

مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی به شیوه گروهی و انفرادی بر درمان اختلال وسواس فکری - عملی

Comparison of the effectiveness of metacognitive therapy in a group and individual design patients with obsessive-compulsive disorder

Masoud Chiniforoushan,
Faramarz Sohrabi &
Mahmoud Golzari
Allameh Tabataba'i University
Noorali Farokhi
Psychometrics

مسعود چینی‌فروشان
فرامرز سهرابی* و
محمود گلزاری
دانشگاه علامه طباطبائی
نورعلی فرخی
روان‌سنجی

Abstract

Obsessive compulsive disorder (OCD) is one of the most common psychological disorders that has a great impact on performance and quality of life of patients. The aim of this study was to investigate the effectiveness of metacognitive therapy in group and individual design on obsessive-compulsive and depressive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. 30 patients with obsessive-compulsive disorder, subsequent to primary clinical assessment and obtaining study requirements were selected and randomly assigned to individual therapy (n = 10), group therapy (n = 10) and control group (n = 10). The experimental groups received 10 metacognitive therapy sessions on a weekly basis. Data collection tool was Yale - Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) and Beck Depression Inventory (BDI-II), which was performed in pretest, posttest and one month follow up. Results showed that metacognitive therapy in group and individual design are effective in reducing of obsessive-compulsive and depression symptoms and metacognitive therapy in comparison with the control group causes significant reduction in obsessive-compulsive and depression symptoms in the patients at the post-test stage. There was no significant difference between group therapy and individual therapy. Therapeutic achievements were maintained at the follow-up stage. Based on the results of this study, metacognitive therapy is effective in the treatment of obsessive-compulsive disorder and can be used in a group and individual design to treat obsessive-compulsive disorder.

Keywords: metacognitive therapy, obsessive-compulsive disorder, group therapy, obsessive-compulsive symptom, depression symptom

چکیده

اختلال وسواس فکری-عملی یکی از رایج‌ترین اختلالات روانشناختی است که اثر زیادی بر عملکرد و کیفیت زندگی مبتلایان دارد. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فراشناختی به شیوه‌های گروهی و انفرادی بر نشانه‌های وسواس و افسردگی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی است. تعداد ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی پس از ارزیابی بالینی و احراز شرایط پژوهش، انتخاب و در سه گروه درمان فراشناختی گروهی، درمان فراشناختی انفرادی و کنترل که هرکدام از این گروه‌ها شامل ۱۰ آزمودنی بودند، گماشته شدند. گروه‌های آزمایشی ۱۰ جلسه هفتگی درمان فراشناختی را دریافت کردند. شرکت‌کنندگان مقیاس وسواس فکری-عملی ییل براون (Y-BOCS) و مقیاس افسردگی بک (BDI-II) را در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه تکمیل کردند. یافته‌های پژوهش نشان دادند درمان فراشناختی به شیوه‌های گروهی و انفرادی در کاهش نشانه‌های وسواس و افسردگی اثربخش است و درمان فراشناختی در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون موجب کاهش معنادار نشانه‌های وسواس و افسردگی می‌شود. بین درمان گروهی و درمان انفرادی تفاوت معناداری مشاهده نشد. دستاوردهای درمانی در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است. بر اساس نتایج حاضر، درمان فراشناختی به شیوه‌های گروهی و انفرادی بر درمان اختلال وسواس فکری-عملی موثر است و می‌توان از این درمان برای درمان اختلال وسواس فکری-عملی استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: درمان فراشناختی، اختلال وسواس فکری-عملی، درمان گروهی، افسردگی

* نشانی پستی نویسنده: تهران، میدان دهکده المپیک، میدان دهکده، دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی بالینی. پست الکترونیکی: asmar567@yahoo.com

مقدمه

اختلال وسواس فکری - عملی^۱ اختلالی مزمن و ناتوان - کننده است که با افکار، تکانه‌ها یا تصاویری که تولید هراس یا نگرانی می‌کنند و رفتارهای آشکار یا پنهان برای کاهش یا پیش‌گیری از پیامدهای هراس‌آور شناخته می‌شود. از آنجایی که افراد مبتلا عموماً نشانه‌های خود را از دیگران پنهان می‌کنند، در ابتدا تصور می‌شد اختلال وسواس فکری - عملی اختلالی نادر است، ولی مطالعات همه‌گیری‌شناسی نرخ شیوع سالانه آن را بین ۱ تا ۱/۶ درصد (کسلر، برگلند، دملر، مریکانگاس و والترز، ۲۰۰۵) و نرخ شیوع در طول زندگی را بین ۱/۹ تا ۳ درصد برآورد کردند (کارنو، گلدینگ، سورنسون و برنمن، ۱۹۸۸؛ کسلر و همکاران، ۲۰۰۵). انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۳) در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی شیوع اختلال وسواس فکری - عملی را در ایالات متحده ۱/۲ درصد عنوان کرده است که این درصد مشابه شیوع بین‌المللی با میزان ۱/۱ تا ۱/۸ درصد است. مطابق این آمار، اختلال وسواس فکری - عملی چهارمین اختلال شایع روانی بوده (کارنو و همکاران، ۱۹۸۸) و پس از هراس، اختلالات مرتبط با مواد مخدر و اختلال افسردگی اساسی، شایع‌ترین اختلال روانی محسوب می‌شود.

پیش از دهه ۱۹۷۰، اختلال وسواس فکری - عملی اختلالی مقاوم به درمان قلمداد می‌شد که نیازمند درمان مادام‌العمر بود، مسئله‌ای که بیمار به جای درمان، باید با آن کنار می‌آمد (کلارک و فیروبورن، ۱۹۹۷). می‌توان پایه درمان - های فعلی برای اختلال وسواس فکری - عملی را نظریه مبتنی بر یادگیری ماورر دانست. ماورر (۱۹۶۰) مدل نظری دو عاملی برای ترس و رفتار اجتنابی در اختلالات اضطرابی را تشریح کرد و عنوان داشت ترس از محرک‌های خاص از طریق شرطی‌سازی کلاسیک^۳ آموخته می‌شود و به وسیله شرطی -

سازی عامل^۴ تداوم می‌یابد. روش درمانی که بر پایه این نظریه تدوین شد، مواجهه و جلوگیری از پاسخ^۵ نام نهاده شد و سال‌ها درمان انتخابی اختلال وسواس فکری - عملی و به عنوان استاندارد طلایی درمان این اختلال از آن نام برده می‌شد. در سال‌های بعد، درمان‌های شناختی - رفتاری پیشنهاد شده برای اختلال وسواس فکری - عملی با پذیرش نقش رفتارهای وسواسی و اجتنابی در تداوم اختلال، به نقش شناخت‌ها در شروع و تداوم اختلال تاکید کردند. نظریه‌پردازان شناختی - رفتاری اعتقاد داشتند برای درمان اثربخش، باید شناخت‌ها و باورهای بیمار نیز مورد مداخله درمانی قرار گیرند. تئوری‌های شناختی متعددی به تبیین شروع و تداوم اختلال وسواس فکری - عملی پرداختند که از مهم‌ترین آنها می‌توان به مدل سالکوفسکیس و وستبروک (۱۹۸۹) و ون‌اوپن و آرنتر (۱۹۹۴) اشاره کرد. مداخلات شناختی شامل ثبت افکار خودآیند، بررسی شواهد عینی، برآورد احتمال، برآورد هزینه، ارزیابی توانایی مقابله و آزمایش‌های رفتاری می‌شود و در اغلب موارد تکنیک‌های شناختی به همراه تکنیک‌های رفتاری و درمان ERP اعمال می‌گردد.

درحالی‌که ERP به عنوان خط اول روان‌درمانی برای اختلال وسواس فکری - عملی استفاده می‌شد (اوست، هاوین، هانسن و وال، ۲۰۱۵)، تحقیقات و فراتحلیل‌های متعددی نشان دادند با وجود این‌که ERP موجب بهبود معناداری در ۷۵ درصد از بیماران می‌شود، تنها ۶۰ درصد از بیماران به بهبودی کامل دست پیدا می‌کنند، و تقریباً ۲۵ درصد از بیماران در انتهای درمان فاقد نشانه‌های بالینی وسواس خواهند بود (فیشر و ولز، ۲۰۰۵). از آنجایی‌که در این تحقیقات فقط از نمرات افرادی استفاده شده است که درمان را به پایان رسانده‌اند، نرخ بهبود، درصد به مراتب پایین‌تری را نشان می‌دهد. حدود ۳۰ درصد از بیماران به دلیل طولانی

^۴. operant conditioning

^۵. exposure and response prevention (ERP)

^۶. cognition

^۱. obsessive compulsive disorder (OCD)

^۲. impulse

^۳. classic conditioning

اختلالات روانی را می‌توان یکی از مدل‌های موج سوم رفتارگرایی دانست که ابتدا توسط ولز و متیوس (۱۹۹۴) ارائه شد و سپس توسط ولز مورد بازبینی قرار گرفت و تکمیل شد. در این مدل محتوای شناختی کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد و عمده تمرکز بر روی محتوای فراشناختی است. درمان فراشناختی برخلاف درمان شناختی- رفتاری بر این فرض استوار نیست که شناخت‌های تحریف شده و رفتارهای مقابله‌ای از باورها نشأت گرفته‌اند، بلکه تاکید می‌کند که الگوی فکری در نتیجه کنش فراشناخت بر روی فرایندهای تفکر ایجاد می‌شود (فیشر و ولز، ۲۰۰۹).

نخستین تبیین‌های فراشناختی برای اختلال وسواس فکری- عملی را می‌توان در مدل‌های سالکوفسکیس و راجمن جستجو کرد. راجمن در تحقیقی پیشگام (راجمن و داسیلوا، ۱۹۷۸) نشان داد افکار وسواسی تجربیات معمول هستند که اغلب افراد عادی نیز آنها را تجربه می‌کنند. راجمن مشاهده کرد نوع افکار وسواسی مثل افکار وسواسی پرخاشگری، جنسی و کفرآمیز انعکاس‌دهنده سیستم اخلاقی فرد است. اگر داشتن این افکار فاجعه‌بار ارزیابی شود و فرد نسبت به داشتن آن‌ها احساس گناه شدیدی کند، این افکار پراهمیت می‌شوند و به سادگی از ذهن خارج نخواهند شد. تلاش برای خنثی کردن، اجتناب و سرکوب کردن افکار وسواسی در بلندمدت حساسیت فرد را نسبت به این افکار بیشتر می‌کند و باورهای وی درباره خطرناک بودن این افکار تشدید می‌شود (راجمن، ۱۹۹۸). سالکوفسکیس (۱۹۸۵) و سالکوفسکیس و وستبروک (۱۹۸۹) اعتقاد داشتند افکار مزاحم موجب تحریک باورهای مسئولیت‌پذیری در فرد می‌شود و در نتیجه فرد تلاش مفرطی برای ایجاد امنیت خود و دیگران انجام می‌دهد که به رفتارهای وسواسی و سرکوبی افکار منجر می‌شود. در مدل جامع سالکوفسکیس به این باورها اهمیت زیادی داده می‌شد و مداخله درمانی به منظور تعدیل این باورها، خصوصاً باورهای مرتبط با مسئولیت‌پذیری انجام می‌گرفت.

بودن مدت درمان، ترس از طاقت‌فرسا بودن اضطراب ناشی از مواجهه، و ترس از نتایج درمان، درمان ERP را نمی‌پذیرند یا پیش از اتمام درمان، جلسات درمان را رها می‌کنند (کلارک، ۲۰۰۴). عدم پذیرش درمان را می‌توان در شکل‌های مختلفی از قبیل لغو یا غیبت از جلسات، عدم انجام تکالیف رفتاری در منزل یا عدم متابعت درمانی مشاهده کرد (آبراموویتز، ۲۰۰۶). علاوه بر این، رابطه دُز- اثر^۱ در ERP نشان می‌دهد هر چه تعداد ساعات درمان بیشتر باشد، درصد بهبودی نشانه‌ها بیشتر خواهد بود (فیشر و ولز، ۲۰۰۸). در نتیجه رسیدن به سطح مطلوبی از بهبود، وقت زیادی از درمانگر و وقت و هزینه زیادی از بیمار را صرف می‌کند، این درمان‌ها به طور معمول ۱۵ تا ۲۰ جلسه درمانی ۹۰ دقیقه‌ای به طول می‌انجامد (فوا و کوزاک، ۱۹۹۶). در پایان می‌توان به این موضوع اشاره کرد که درمان‌های سنتی رفتاری و شناختی- رفتاری اغلب متمرکز بر انواع خاصی از وسواس‌ها از جمله وسواس شستشو بود و بر روی وسواس‌های فکری خالص^۲ و برخی از وسواس‌های عملی موثر نبودند، در حالی که تحقیقات به عمل آمده نشان می‌دهد شکایت اصلی یا تنها شکایت ۲۰ تا ۳۰ درصد از بیمارانی که تشخیص اختلال وسواس فکری- عملی را دریافت می‌کنند وسواس‌های فکری خالص است (راجمن، ۲۰۰۸). درمان‌های موج سوم رفتارگرایی از جمله درمان فراشناختی^۳ در پاسخ به این نیازها شکل گرفتند.

عبارت فراشناخت^۴ اشاره به باورهای افراد درباره فکر کردن و راهبردهای مورد استفاده برای تنظیم و کنترل تفکر دارد و برای اولین بار ابتدا توسط فلاول در حوزه روانشناسی رشد مطرح شد (فلاول، ۱۹۷۹)؛ به نقل از ریس و اندرسون، (۲۰۱۳) و سپس به حوزه‌های روانشناسی حافظه، سالمندی و نوروسایکولوژی^۵ راه یافت. مدل فراشناختی در تبیین

^۱. dose- effect relationship

^۲. pure obsession

^۳. metacognitive therapy

^۴. metacognition

^۵. neuropsychology

نظریه جامع فراشناختی برای تبیین اختلال وسواس فکری- عملی توسط ولز (۱۹۹۷) ارائه شد که بر اساس مدل کارکرد اجرایی خودنظم‌بخش^۱ (ولز و متیوس، ۱۹۹۴) شکل گرفته بود. بر اساس این مدل، زمانی که فرد احساس کند اهداف مهمی برآورده نشده‌اند و یا مورد تهدید قرار گرفته‌اند، سیستم S-REF فعال شده و از طریق مجموعه وسیعی از فرایندها از قبیل جستجوی نظام‌دار، توجه انتخابی و ارزیابی خود تلاش می‌کند فاصله بین اهداف و واقعیت را کاهش دهد. بر اساس مدل ولز، نوع خاصی از تفکر که سندرم شناختی توجهی^۲ نام دارد، دلیل اصلی تداوم همه اختلالات روانی است (ولز، ۲۰۰۹). در مدل ارائه شده توسط ولز برای اختلال وسواس فکری- عملی بر اهمیت سه نوع از فراشناخت‌ها در شروع و تداوم اختلال وسواس فکری- عملی تاکید شد: باورهای همجوشی^۳، باورها درباره لزوم استفاده از آیین‌مندی^۴‌ها، و ملاک هیجانی برای توقف آیین‌مندی‌ها (ولز و متیوس، ۱۹۹۴).

رویکرد اصلی درمان فراشناختی کمک به بیمار برای آگاهی از فرایندهای فراشناختی و تعدیل فراشناخت‌های آسیب‌زا است. این درمان تلاش زیادی برای چالش با افکار خودآیند و تعدیل آن‌ها نمی‌کند و در عوض به فرایندهای تفکر توجه دارد. اگرچه درمان فراشناختی نیز از تکنیک‌های مواجهه‌سازی استفاده می‌کند، ولی هدف از اجرای این تکنیک خوگیری نیست و از آن به عنوان آزمایش رفتاری برای محک زدن فراشناخت‌ها و کمک به تعدیل فرایندهای فراشناختی استفاده می‌شود. در نتیجه در درمان فراشناختی تاکید زیادی بر ساختن سلسله مراتب مواجهه و جلسات مواجهه‌سازی صورت نمی‌گیرد (ریس و اندرسون، ۲۰۱۳). نتایج تحقیقات حکایت از اثربخشی درمان فراشناختی بر اختلال وسواس فکری- عملی دارند (فیشر و ولز، ۲۰۰۸؛ ون-در هیدن، ون روسن، دکر و دامسترا، ۲۰۱۶). پژوهش‌هایی

که در ایران نیز اکرمی، کلانتری، عریضی، عابدی و معروفی (۱۳۸۹)، اندوز (۱۳۸۵) و شاره، قرایی، عاطف‌وحید و افتخار (۲۰۱۰) در پژوهش‌های خود نشان دادند که درمان فراشناختی بر کاهش نشانه‌های اختلال وسواس فکری- عملی اثربخش است. از مزایای درمان فراشناختی نسبت به درمان‌های پیشین می‌توان به تاکید بر مواجهه‌سازی و در نتیجه افزایش متابعت درمانی نام برد (ریس و فن‌کوسولد، ۲۰۰۸). همچنین نتایج پژوهش‌ها نشان داد که درمان فراشناختی علاوه بر درمان الگوهای رایج وسواس عملی، در بهبود وسواس‌های فکری خالص نیز موثر است (اندوز، دولت‌شاهی، مشتاق و دادخواه، ۲۰۱۲) و می‌تواند برای طیف وسیع‌تری از وسواس‌های فکری و عملی مورد استفاده قرار گیرد.

درمان فراشناختی نیز مانند سایر درمان‌های معرفی شده اغلب به صورت انفرادی اجرا می‌شود، در حالی که درمان‌های گروهی از مزایای بسیاری برخوردار هستند. از مزایای عمومی درمان گروهی می‌توان به کاهش هزینه‌های درمان، افزایش منابع محدود روان‌درمانی در سیستم سلامت عمومی (باور و گیلبدادی، ۲۰۰۵)، کسب حمایت گروهی، تبادل اطلاعات و راهبردها و افزایش اعتمادبه‌نفس بیماران اشاره کرد (ریس و اندرسون، ۲۰۱۳). علاوه بر مزایای عمومی درمان گروهی، از منظر نظریه فراشناختی انتظار می‌رود درمان‌های گروهی برای بیماران اختلال وسواس فکری-عملی مزایای اختصاصی نیز به همراه داشته باشند. افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی مدت‌ها نسبت به داشتن افکار و رفتارهای وسواسی احساس گناه و شرم کرده و این افکار را از دیگران مخفی می‌کنند (نیو و راچمن، ۲۰۰۲). ملاقات با افرادی با نشانه‌های مشابه و ابراز تجربیات خود می‌تواند علاوه بر تخلیه هیجانی، موجب عادی‌سازی^۵ و انگ‌زدایی^۶ نشانه‌ها شده و در بیماران احساس آرامش ایجاد کند (بیلینگ، مک کاب و آنتونی، ۲۰۰۶). علاوه بر این درمان‌های رفتاری و شناختی-رفتاری

^۱. self-regulatory executive function (S-REF)

^۲. cognitive attentional syndrome (CAS)

^۳. fusion beliefs

^۴. ritual

^۵. normalization

^۶. destigmatizing

اندازه درمان انفرادی در درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی موثر باشد یا خیر؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: طرح تحقیق حاضر نیمه‌آزمایشی بوده و پژوهش به صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی بود که در سال ۱۳۹۵ به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران مراجعه کردند. نمونه‌گیری با شیوه در دسترس انجام شد. بدین منظور مراجعانی که با شکایت اختلال وسواس فکری-عملی به چند مرکز مشاوره شهر تهران مراجعه کرده‌اند انتخاب شدند و ۳۰ نفر از آنها که در مصاحبه ساختاریافته بالینی، تشخیص اختلال وسواس فکری-عملی را دریافت کردند وارد پژوهش شدند. ۱۳ نفر از بیماران مرد و ۱۷ نفر زن بودند و سن آنها بین ۱۸ تا ۴۶ سال بود که میانگین سنی افراد ۲۹/۷۳ بود. ملاک ورود به پژوهش مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، عدم ابتلا به اختلالات روان‌پریشی یا عقب‌ماندگی ذهنی و دریافت نکردن هم‌زمان درمان روانشناختی دیگر بود. بیماران به صورت تصادفی در سه گروه درمان فراشناختی انفرادی، درمان فراشناختی گروهی و گروه کنترل گماشته شدند.

بیماران گروه‌های آزمایشی تحت ۱۰ جلسه مداخله روان- درمانی قرار گرفتند. بیمارانی که در گروه درمان گروهی قرار داشتند به دو گروه پنج نفره تقسیم شده و ۱۰ جلسه درمان فراشناختی به شیوه گروهی بر روی آنها اجرا شد. محتوای جلسات درمان فراشناختی در جدول شماره ۱ ارائه شده است. مدت جلسات درمان گروهی ۹۰ دقیقه بود. درمان انفرادی نیز در جلسات ۴۵ دقیقه‌ای اجرا شد. گروه کنترل در فهرست انتظار قرار گرفتند و هیچ مداخله‌ای بر روی آنها اجرا نشد. پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر روی تمامی بیماران اجرا شد.

به دلیل تاکید بر مواجهه به عنوان عنصر اصلی درمان، بر شکل‌دهی سلسله مراتب مواجهه تمرکز دارند. از آنجایی که نشانه‌های اختلال وسواس فکری-عملی بسیار ویژه هستند، گنجاندن سلسله مراتب مواجهه همه بیماران در قالب درمان گروهی کار ساده‌ای نیست. در نتیجه با وجود این که تحقیقات از اثربخش بودن نسبی درمان‌های گروهی حکایت دارند (اکانر و همکاران، ۲۰۰۶؛ اندرسون و ریس، ۲۰۰۷؛ براگا، کوردیولی، نیدرور و مانفرو، ۲۰۰۵؛ فالس- استورات، مارکز و شافر، ۱۹۹۳؛ مکملی و عابدی ۱۳۸۶؛ مکملی، نشاط‌دوست و عابدی، ۱۳۸۴؛ نویدیان، حق‌شناس، عابدی، باغبان و فاتحی-زاده، ۱۳۹۰) درمان گروهی اختلال وسواس به شیوه‌های رفتاری و شناختی-رفتاری چندان رایج نیست (ریس و فن-کوسولد، ۲۰۰۸). با توجه به این که درمان فراشناختی تمرکز کمتری بر تکنیک مواجهه و جلوگیری از پاسخ دارد و از مواجهه به عنوان آزمایش رفتاری برای بررسی فراشناخت‌های بیمار درباره لزوم استفاده از آیین‌مندی‌ها و باورهای هم-جوشی استفاده می‌شود، به نظر می‌رسد برای درمان گروهی تناسب بیشتری داشته باشد. از طرفی عادی‌سازی تجربه نشانه‌های وسواس بخش مهمی از درمان فراشناختی وسواس را تشکیل می‌دهد و ساختار گروهی می‌تواند در این زمینه مزیت مهمی به شمار آید. چنانچه نتایج پژوهش‌ها نشان-دهنده اثربخشی درمان فراشناختی به شیوه گروهی باشد، می‌توان علاوه بر استفاده از مزایای درمان فراشناختی، از مزایای عمومی و اختصاصی درمان گروهی در درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی بهره برد. پیش از این پژوهش‌های موفق درباره اثربخشی درمان فراشناختی به شیوه گروهی انجام شده است (خرمدل، ۱۳۸۸؛ ریس و فن-کوسولد، ۲۰۰۸؛ عبدالله‌زاده، جوانبخت، و عبدالله‌زاده، ۱۳۹۰)، ولی جای خالی پژوهشی که به مقایسه اثربخشی درمان گروهی و انفرادی بپردازد وجود دارد. پژوهش حاضر قصد دارد به این پرسش پاسخ دهد که آیا درمان گروهی می‌تواند به

همچنین یک ماه پس از اتمام جلسات درمانی، پیگیری بر روی بیماران گروه‌های آزمایشی اجرا شد.

جدول ۱

محتوای جلسات درمان فراشناختی

جلسه	محتوای جلسه
یکم	مفهوم‌پردازی موردی اختلال. معرفی اختلال وسواس فکری- عملی و ارائه کاربرگ آشنایی با اختلال. معرفی درمان فراشناختی و قوانین جلسات درمانی. امضای فرم شرکت در جلسات درمانی.
دوم	بررسی باور فراشناختی اهمیت افکار. چالش کلامی با این باور فراشناختی. انجام آزمایش‌های رفتاری. ارائه تکلیف برای بررسی باور فراشناختی اهمیت افکار.
سوم	بررسی باور کنترل فکر. آزمایش سرکوب کردن افکار. آموزش ذهن‌آگاهی گسلیده ^۱ . تمرین ذهن‌آگاهی گسلیده بر روی افکار خنثی. ارائه تکلیف ذهن‌آگاهی و آزمایش رفتاری باور کنترل فکر.
چهارم	بررسی باور فراشناختی درباره لزوم استفاده از آیین‌مندی. چالش کلامی و اجرای آزمایش رفتاری درباره این فکر. تمرین ذهن‌آگاهی گسلیده در جلسه. ارائه تکلیف ذهن‌آگاهی.
پنجم	ادامه چالش با باورهای فراشناختی درباره آیین‌مندی. معرفی مدل مواجهه و جلوگیری از پاسخ برای بررسی این باور فراشناختی. اجرای آزمایش رفتاری مواجهه و جلوگیری از پاسخ. تمرین ذهن‌آگاهی درباره افکار وسواسی. ارائه تکلیف خانگی مواجهه و جلوگیری از پاسخ و تمرین ذهن‌آگاهی.
ششم	معرفی باورهای هم‌جوشی. چالش کلامی و اجرای آزمایش‌های رفتاری. ارائه تکالیف درباره باورهای هم‌جوشی و تمرین‌های ذهن‌آگاهی.
هفتم	ادامه بررسی باورهای هم‌جوشی. چالش کلامی و اجرای آزمایش رفتاری برای تعدیل باورهای هم‌جوشی.
هشتم	بررسی تاثیر رفتارهای اجتنابی در زندگی بیمار و تاثیر آن در روند اختلال. بررسی آیین‌مندی‌های پنهان. تکلیف: تمرین مواجهه با افکار وسواسی و رویارویی با موقعیت‌های اجتنابی. توجه به رفتارهای ذهنی برای افزایش فراآگاهی درباره آیین‌مندی‌های پنهان.
نهم	معرفی نشخوار فکری و تاثیر آن بر روند درمان. ادامه بررسی باورهای هم‌جوشی و باور فراشناختی درباره ملاک توقف.
دهم	مرور تکنیک‌های موثر و منطق استفاده از آنها. پیشگیری از عود: آشنایی با نوسان‌ها در روند بهبودی و احتمال بازگشت علائم و راه‌های مقابله با آنها. آموزش نحوه برخورد با وسواس‌های فکری و عملی جدید. معرفی نحوه استفاده از جلسات تقویتی. اجرای پس‌آزمون.

ابزار سنجش

پایایی^۳ این مقیاس بالاتر از ۰/۸۰ گزارش شده است. برای همسانی درونی^۴ این مقیاس نیز آلفای ۰/۶۹ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (ودی، استکتی و چمبلس، ۱۹۹۴). دادفر، بواله‌ری، ملکوتی و بیان‌زاده (۱۳۸۰) پایایی نسخه فارسی بین مصاحبه‌کنندگان را برای این مقیاس (r=۰/۹۸)، ضریب همسانی درونی آن را ۰/۸۹ و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی را در فاصله دو هفته ۰/۸۴ گزارش کردند. همچنین روایی^۵ تشخیصی آن با پرسش‌نامه افسردگی بک و مقیاس درجه‌بندی اضطراب هامیلتون به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۵۹ گزارش شد.

مقیاس وسواس فکری-عملی ییل براون: مقیاس وسواس فکری-عملی ییل براون^۲ (Y-BOCS؛ گودمن و همکاران، ۱۹۸۹) ابزاری معتبر و کارا در ارزیابی شدت اختلال وسواس فکری-عملی و بررسی اثربخشی درمان است. این مقیاس ۱۰ ماده‌ای از نوع خودگزارشی است که میزان آسیب یا پریشانی ناشی از وسواس‌های فکری و عملی و میزان مقاومت و کنترل بیمار نسبت به آن‌ها را درجه‌بندی می‌کند. هر ماده از صفر (بدون علامت) تا ۴ (نشانه‌های مفرط) درجه‌بندی می‌شود و نمره کلی نشان‌دهنده شدت اختلال است که به صورت ۰-۷ (زیر آستانه‌ای)، ۸-۱۵ (ملایم)، ۱۶-۲۳ (متوسط)، ۲۴-۳۱ (شدید)، ۳۲-۴۰ (بسیار شدید) درجه‌بندی می‌شود. میزان

^۳. reliability

^۴. internal consistency

^۵. validity

^۱. detached mindfulness

^۲. yale -brown obsessive compulsive scale

مقیاس/افسردگی بک: مقیاس افسردگی بک^۱ (BDI-II) فارسی ترجمه شده است و روایی و پایایی آن مورد بررسی یک پرسشنامه خودگزارشی است که شامل ۲۱ گویه است و برای ارزیابی نشانه‌های افسردگی طراحی شده است. این پرسشنامه در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران وی معرفی شد و در سال ۱۹۷۸ منتشر گردید (بک، شاو و امری، ۱۹۷۹). در سال ۱۹۹۶ این پرسشنامه مورد بازبینی قرار گرفت و ارزیابی برخی نشانه‌ها به پرسشنامه اضافه شد تا هماهنگی بیشتری با ملاک‌های تشخیصی DSM داشته باشد. از آزمودنی خواسته می‌شود به هر گویه در مقیاس لیکرت پاسخ دهد. پاسخ هر گویه می‌تواند در یک مقیاس ۴ درجه‌ای علامت شده زده شود و از ۰ تا ۳ نمره دریافت کند. نمره کلی آزمودنی از ۰ تا ۶۳ خواهد بود و نمرات بالاتر از ۱۰ به عنوان افسردگی خفیف و نمرات بالاتر از ۲۰ به عنوان افسردگی متوسط در نظر گرفته می‌شوند. این پرسشنامه به

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های آزمایشی و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول شماره ۲ ارائه شده است. میانگین نمرات وسواس در مرحله پیش‌آزمون در گروه‌های درمان گروهی، درمان انفرادی و کنترل به ترتیب ۲۳/۶۰، ۲۴/۲۰ و ۲۳/۲۰ است. میانگین نمرات گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون ۱۶، ۱۶/۶۰ و ۲۴/۱۰ است. همچنین میانگین گروه‌های درمان گروهی و درمان انفرادی در مرحله پیگیری ۱۴/۸۰ و ۱۵/۴۰ است.

جدول ۲

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های درمان گروهی، درمان انفرادی و گروه کنترل

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	وسواس	افسردگی	وسواس	افسردگی	وسواس	افسردگی
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
درمان گروهی	۲۳/۶۰ (۵/۴۶)	۲۳/۷ (۸/۸۱)	۱۶/۶۸ (۶/۶۸)	۱۳/۶۰ (۸/۳۷)	۱۴/۸۰ (۵/۴۹۳)	۱۳/۳۰ (۱۱/۹۳)
درمان انفرادی	۲۴/۲۰ (۵/۳۹)	۲۲/۹۰ (۱۲/۶۵)	۱۶/۶۰ (۷/۳۸)	۱۳/۰۰ (۲/۸۹)	۱۵/۴۰ (۶/۵۸۶)	۱۰/۹۰ (۷/۸۰)
کنترل	۲۳/۲۰ (۶/۵۶)	۲۷/۵۰ (۱۲/۸۷)	۲۴/۱۰ (۷/۷۵)	۲۶/۸۰ (۱۲/۹۲)		

برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. پیش از بررسی فرضیات پژوهشی باید پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع و تساوی واریانس‌ها جهت استفاده از آزمون‌های پارامتریک بررسی شوند. برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع از آزمون شاپیرو-

¹. beck depression inventory-II

جدول ۳

نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای پیش‌فرض نرمال بودن توزیع و تساوی واریانس

متغیر	گروه	آماره	درجه آزادی	سطح معناداری
سواس	درمان گروهی	۰/۹۴۲	۱۰	۰/۵۷۳
	درمان انفرادی	۰/۹۶۱	۱۰	۰/۸۰۲
	کنترل	۰/۹۱۵	۱۰	۰/۳۱۷
افسردگی	درمان گروهی	۰/۹۶۴	۱۰	۰/۸۳۵
	درمان انفرادی	۰/۹۳۲	۱۰	۰/۴۶۸
	کنترل	۰/۸۸۰	۱۰	۰/۱۲۹

همچنین برای بررسی پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها از نشان می‌دهد واریانس نمرات گروه‌ها با هم برابر است و به آزمون لوین استفاده شد (مولوی، ۱۳۸۶). نتایج پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها که در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول ۴

آزمون لوین برای تساوی واریانس‌ها

متغیر	F	df۱	df۲	سطح معناداری
سواس	۱/۱۱۹	۲	۲۷	۰/۳۴۱
افسردگی	۰/۱۸۳	۲	۲۷	۰/۸۳۳

نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۵ نشان می‌دهد عضویت گروهی بر تفاوت نمرات در مرحله پس‌آزمون موثر است ($p=0/003$). برای بررسی این که تفاوت بین نمرات کدام گروه‌ها معنادار است، از آزمون‌های تعقیبی استفاده شد. نتایج آزمون تعقیبی که در جدول ۶ مشاهده می‌شود نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌های درمان کنترل با گروه‌های درمان گروهی و درمان انفرادی معنادار است ($p=0/002$ و $p=0/003$). ولی تفاوت بین گروه‌های آزمایشی درمان گروهی و درمان انفرادی معنادار نیستند.

جدول ۵

نتایج تحلیل کوواریانس گروه‌های آزمایشی درمان گروهی و انفرادی و گروه کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	ایتا	توان آماری
سواس	پیش‌آزمون	۵۴۱/۰۴۳	۱	۵۴۱/۰۴۳	۱۷/۶۶۷	۰/۰۰۰	۰/۴۰۵	۰/۹۸۱
	عضویت گروه	۴۶۱/۹۱۹	۲	۴۶۱/۹۱۹	۷/۵۴۱	۰/۰۰۳	۰/۳۶۷	۰/۹۱۶
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۶۸۳/۳۷۱	۱	۱۶۸۳/۳۷۱	۳۶/۳۹۳	۰/۰۰۰	۰/۵۸۳	۱/۰۰۰
	عضویت گروه	۷۳۰/۹۹۹	۲	۳۶۵/۵۰۰	۷/۹۰۲	۰/۰۰۲	۰/۳۷۸	۰/۹۲۹

جدول ۶

نتایج آزمون تعقیبی گروه‌های آزمایشی درمان گروهی، درمان انفرادی و گروه کنترل

متغیر	گروه	اختلاف میانگین	خطای انحراف استاندارد	سطح معناداری	
وسواس	درمان گروهی	درمان انفرادی	۰/۱۳۹-	۲/۴۷۷	۰/۹۵۶
	کنترل		-۸/۴۰۷	۲/۴۷۶	۰/۰۰۲
	درمان انفرادی	درمان گروهی	۰/۱۳۹	۲/۴۷۷	۰/۹۵۶
	کنترل		-۸/۲۶۸	۲/۴۸۲	۰/۰۰۳
افسردگی	درمان گروهی	درمان انفرادی	۰/۰۵۵	۳/۰۴۳	۰/۹۸۶
	کنترل		-۱۰/۶۱۲	۳/۰۷۲	۰/۰۰۲
	درمان انفرادی	درمان گروهی	-۰/۰۵۵	۳/۰۴۳	۰/۹۸۶
	کنترل		-۱۰/۶۶۷	۳/۰۸۶	۰/۰۰۲

برای بررسی باقی ماندن اثر درمان در مرحله پیگیری، از آزمون t وابسته استفاده شد. نتایج آزمون t برای گروه‌های درمان گروهی و درمان انفرادی بین نمرات به دست آمده در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۷ قابل مشاهده است. نتایج این تحلیل نشان می‌دهد پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها بوده و تفاوت نمرات پس‌آزمون و پیگیری معنادار نیستند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که اثر درمان در بازه زمانی یک ماه پس از اتمام درمان باقی می‌ماند.

جدول ۷

نتایج تحلیل t بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری درمان گروهی و درمان انفرادی

متغیر	گروه	آزمون لوین برای تساوی واریانس‌ها	آزمون t برای تساوی میانگین‌ها	df	t	سطح معناداری
وسواس	درمان گروهی	۰/۲۳۳	۰/۶۳۵	۱۸	۰/۴۳۹	۲/۷۳۶
	درمان انفرادی	۰/۵۰۱	۰/۴۸۸	۱۸	۰/۳۸۴	۳/۱۲۸
	درمان گروهی	۲/۷۶۰	۰/۱۱۴	۱۸	۰/۰۶۵	۴/۶۰۷
	درمان انفرادی	۰/۸۱۶	۰/۳۷۸	۱۸	۰/۵۵۲	۳/۸۰۱

بحث

پیشین همسو بود. پیش از این تحقیقات اکرمی و همکاران (۱۳۸۹)، اندوز (۱۳۸۵)، شاره و همکاران (۲۰۱۰)، فیشر و ولز (۲۰۰۸) و ون‌درهیدن و همکاران (۲۰۱۶) اثربخشی درمان فراشناختی به شیوه انفرادی، و پژوهش‌های خرم‌دل (۱۳۸۸)، ریس و فن کوسولد (۲۰۰۸) و عبدالله‌زاده و همکاران (۱۳۹۰) اثربخشی درمان فراشناختی به شیوه گروهی را تایید کرده بودند. بر اساس نظریه فراشناختی، اختلال وسواس فکری- عملی ناشی از فراشناخت‌های معیوب بیماران نسبت به تجربه‌های درونی خود از قبیل وسواس فکری و اضطراب، و همچنین باورهای ناکارآمد فراشناختی

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی به شیوه گروهی و انفرادی بر کاهش نشانه‌های وسواس و افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی بوده است. یافته‌های این پژوهش نشان داد درمان فراشناختی به شیوه گروهی و انفرادی در کاهش نشانه‌های وسواس بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی اثربخش هستند و دستاورد درمانی در مرحله پیگیری نیز حفظ شد. اثربخش بودن درمان فراشناختی با تحقیقات

که رفتاردرمانی بر نشانه‌های اختصاصی وسواس تأثیر دارد. با توجه به این که پروتکل درمانی حاضر تمرکز اختصاصی برای بهبود نشانه‌های افسردگی نداشت، می‌توان کاهش نشانه‌های افسردگی را به دو صورت تفسیر کرد. نخست آن که افزایش فراآگاهی بیماران نسبت به فرآیندهای شناختی و الگوهای واکنشی سبب می‌شود بتوانند با سندرم‌های شناختی-توجهی خود آشنا شده و برای بهبود آنها تلاش کنند. از طرفی تحقیقات نشان داده است که نشانه‌های افسردگی عموماً پس از بروز اختلال وسواس فکری- عملی مشاهده می‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) و در صورت همبودی تشخیص افسردگی و وسواس فکری- عملی، اختلال وسواس فکری- عملی عنوان تشخیص اصلی را به خود اختصاص می‌دهد و به نظر می‌رسد افسردگی یک واکنش نسبت به بروز وسواس است (دینیز و همکاران، ۲۰۰۴). بنابراین می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که کاهش نشانه‌های وسواس موجب بهبود نشانه‌های افسردگی می‌شوند و نتایج پژوهش حاضر را می‌توان تایید بر واکنشی بودن نشانه‌های افسردگی در اختلال وسواس فکری- عملی دانست.

در تحقیق حاضر در مرحله‌های پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری بین درمان گروهی و درمان انفرادی مشاهده نشد. با وجود این که تحقیقات به عمل آمده از اثربخشی درمان فراشناختی به شیوه‌های گروهی و انفرادی حکایت داشتند، در ادبیات پژوهشی، موردی از مقایسه روش‌های درمانی گروهی و انفرادی برای درمان اختلال وسواس فکری- عملی مشاهده نمی‌شود. یکی از دلایل عدم استفاده از درمان-های رفتاری و شناختی- رفتاری در قالب گروهی برای اختلال وسواس فکری- عملی، تنوع محتوای وسواس بیماران است. این تنوع موجب می‌شد که درمانگر نتواند برای تمرکز بر محتوای هر وسواس و تشکیل سلسله مراتب مواجهه زمان کافی صرف کند. از آنجایی که مدل فراشناختی وسواس (ولز، ۲۰۰۹؛ ولز و متیوس ۱۹۹۴) بر تعدیل فکر درباره فکر بیماران تمرکز دارد و تأکیدی بر تشکیل سلسله‌مراتب مواجهه

درباره پیامدهای این تجربیات و عدم استفاده از وسواس‌های عملی است. در بسیاری از موارد بیماران نسبت به داشتن این باورهای فراشناختی آگاهی ندارند. درمان فراشناختی به بیماران کمک می‌کند نسبت به تجربیات درونی خود، فراآگاهی^۱ پیدا کنند و سپس به بررسی و اعتبارسنجی باورها و الگوهای ناکارآمد بپردازند. درمان فراشناختی از تکنیک‌ها متفاوتی مانند چالش کلامی، آزمایش رفتاری، ذهن‌آگاهی گسلیده و مواجهه و جلوگیری از پاسخ استفاده می‌کند تا بیماران ضمن شناسایی افکار مزاحم برانگیزاننده، هیجان‌ها و برداشت‌های خود درباره افکار مزاحم و باورهای فراشناختی ناکارآمد را اصلاح کنند.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد درمان فراشناختی در کاهش نشانه‌های افسردگی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی اثربخش است و این دستاورد درمانی در مرحله پیگیری نیز حفظ شد. این نتیجه با نتایج پژوهش ریس و فن کوسولد (۲۰۰۸) ناهمسو است. نتایج تحقیق یادشده نشان داده بود درمان فراشناختی به شیوه انفرادی در کاهش نشانه‌های افسردگی بیماران موثر نبوده است. از طرفی تحقیق به عمل آمده توسط شاره و همکاران (۲۰۱۰) نشان داده بود درمان فراشناختی به شیوه انفرادی موجب کاهش نشانه‌های وسواسی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی می‌شود. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد درمان فراشناختی در کاهش نشانه‌های افسردگی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی موثر است.

نتایج پژوهش آبراموویتز (۲۰۰۴) نشان داده بود درمان-های رفتاری تنها بر نشانه‌های وسواس در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی تأثیر دارد، و موجب کاهش نشانه‌های افسردگی در آنها نمی‌شود، ولی درمان‌های شناختی- رفتاری می‌توانند نشانه‌های افسردگی و وسواس این بیماران را کاهش دهند، زیرا مهارت‌های یاد گرفته شده در درمان شناختی برای هر دو اختلال کاربرد دارند، در حالی

^۱. meta- awareness

به جلسات اضافی عنوان کردند. نرخ بالای اتمام پیش از موعد جلسات درمانی یکی از نقاط ضعف درمان‌های رفتاری و شناختی- رفتاری بود (ریس و فن کوسولد، ۲۰۰۸) و نتایج تحقیق حاضر نشان‌دهنده برتری نسبی درمان فراشناختی در این زمینه است. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به تعداد کم بیماران شرکت‌کننده در پژوهش اشاره کرد که تعمیم‌پذیری نتایج درمان را محدود می‌کند. همچنین در این پژوهش از شیوه نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با روش نمونه‌گیری تصادفی و حجم نمونه بالاتر اجرا شود. همچنین دوره یک ماهه برای پیگیری بهینه نیست و پیگیری‌های بلندمدت می‌تواند اطلاعات بیشتری درباره پایداری عواید درمانی پس از اتمام دوره درمان ارائه خواهد کرد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت درمان فراشناختی برای بهبود نشانه‌های وسواس و افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی موثر است و تفاوت معناداری بین درمان‌های انفرادی و گروهی وجود ندارد و هر دو قالب درمانی برای بهبود بیماران استفاده نمود.

مراجع

اکرمی، ن.، کلانتری، م.، عریضی، ح.، ر.، عابدی، م.، ر.، معروفی، م. (۱۳۸۹). مقایسه تاثیر روش‌های درمان رفتاری- شناختی و رفتاری- فراشناختی در درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواس- اجبار. *مجله روانشناسی بالینی*، ۲، ۵۹-۷۱.

اندوز، ز. (۱۳۸۵). کارآیی و اثربخشی الگوی فراشناختی ولز در درمان یک مورد اختلال وسواسی- اجباری. *مجله اندیشه و رفتار*، ۱۲ (۱)، ۵۶-۶۶.

خرم‌دل، ک.، نشاط‌دوست، ح. ط.، مولوی، ح.، امیری، ش. و بهرامی، ف. (۱۳۸۹). اثر درمان فراشناختی ولز بر درآمیختگی افکار بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۲، ۴۰۰-۴۰۹.

ندارد، پیش‌بینی می‌شد این مدل درمانی برای قالب گروهی مناسب باشد و نتایج تحقیق حاضر تاییدکننده این فرضیه بود. یکی از مزایای مهم درمان گروهی، کاهش زمان مورد استفاده درمانگر، کوتاه شدن فهرست انتظار و کاهش هزینه بیماران است. با وجود این که تحقیق حاضر به منظور مقایسه هدفمند صرفه‌جویی در هزینه و زمان درمان انجام نشده بود، در پژوهش حاضر میزان زمان صرف شده در درمان انفرادی حدود ۲۰۰ ساعت و برای درمان گروهی ۲۰ ساعت بود که نشان‌دهنده صرفه‌جویی ۸۰ درصدی در وقت درمانگر است. پیش از این هیمل، ون ایتن و فیسچر (۲۰۰۳) برآورد کرده بودند درمان گروهی می‌تواند زمان مورد استفاده درمانگر برای هر بیمار را تا ۷۵ درصد و هزینه‌های درمان برای هر بیمار را تا ۶۰۰ دلار کاهش دهد.

یکی از مزیت‌های پژوهش حاضر خارج نکردن بیماران مبتلا به اختلالات همبود بود. تحقیقات نشان می‌دهد اغلب افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی، آسیب روانی دیگری نیز دارند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) و حدود ۵۰ تا ۶۰ درصد از افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی در طول مدت بیماری به یک اختلال همبود مبتلا می‌شوند (متیوز، ۲۰۰۹) و برخی تحقیقات گزارش کرده‌اند ۲۸ تا ۳۸ درصد بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی، ملاک‌های تشخیصی افسردگی اساسی را نیز دارند (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵). برخی از تحقیقات که اندازه اثر بالایی گزارش می‌کنند (اکرمی و همکاران، ۱۳۸۹؛ شاره و همکاران، ۲۰۱۰؛ فالس- استورات و همکاران، ۱۹۹۳)، عموماً مبتلا به اختلالات همبود را محدود می‌کنند. خارج نکردن بیماران همبود از پژوهش می‌تواند تصویر واقع‌گرایانه‌تری از اثربخشی درمان ارائه کند. از نکات دیگر مشاهده شده در این پژوهش، متابعت درمانی بالای بیماران بود. تمامی ۲۰ بیماری که وارد گروه‌های درمانی شدند، درمان را به پایان رساندند. در درمان انفرادی، تعداد جلسات دو نفر از بیماران کمتر از ۱۰ جلسه بود که دلیل آن را احساس بهبودی کامل و عدم احساس نیاز

- Metacognitive Therapy on Patients Suffering from Pure Obsession. *Iranian Journal of Psychiatry*, 7, 11-21.
- Beck, A. T., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy for Depression*. New York: Guilford Press.
- Bieling, P. J., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2006). *Cognitive-Behavioral Therapy in Groups*. New York: Guilford press.
- Bower, P., & Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: Access, effectiveness and efficiency. *British Journal of Psychiatry*, 186(1), 11-17.
- Braga, D. T., Cordoli, A. V., Niederauer, K., & Manfro, G. G. (2005). Cognitive behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: A 1-year group follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 180-186.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York: Guilford Press.
- Clark, D. A., Fairborn, C. (1997). *The science and practice of cognitive behavior therapy*. New York: Oxford University Press.
- Fals-Stewart, W., Marks, A., & Schafer, J. (1993). A comparison of behavioral group therapy and individual therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 189-193.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder: a clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1543-1558.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). *Metacognitive therapy: Distinctive features*. London: Routledge.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1996). Psychological treatment for obsessive-compulsive disorder In: M. R. Mavissakalian, & R. F. Prien (Eds.), *Long-term treatments of anxiety disorders* (pp. 285-309). Arlington, VA, US: American Psychiatric Association.
- Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhani, N. (2005). Psychometric properties of Persian Language version of the Beck Depression Inventory- Second Edition: BDI-II-Persian. *Journal of Depression and Anxiety*, 21, 185-192.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., et al. (1989). The Yale-brown obsessive compulsive scale. Development, use, and
- دادفر، م.، بوالهروی، ج.، ملکوتی، ک.، و بیان زاده، س. ا. (۱۳۸۰). بررسی شیوع نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری. *مجله/اندیشه و رفتار*، شماره ۱ و ۲، ۲۷-۳۲.
- عبداله‌زاده، ف.، جوانبخت، م.، و عبدالله زاده، ح. (۱۳۹۰). مقایسه تاثیر درمان فراشناختی و درمان دارویی در وسواس فکری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی سبزوار*، ۱۸، ۱۱۰-۱۱۷.
- مکملی، ز.، و عابدی، م. ر. (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی درمان گروهی مواجهه و بازداری از پاسخ بر کاهش علائم مبتلایان به اختلال وسواس فکری-عملی. *مجله تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، ۲۲، ۵۷-۷۲.
- مکملی، ز.، نشاط دوست، ح. ط.، و عابدی، م. ر. (۱۳۸۴). اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی در اختلال وسواسی-اجباری. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۷، ۸-۱۳.
- مولوی، ح. (۱۳۸۶). *راهنمای عملی SPSS 10-13-14* در علوم رفتاری. اصفهان: انتشارات پویش اندیشه.
- نویدیان، ع.، حق‌شناس، ل.، عابدی، م. ر.، باغبان، ا.، و فاتحی زاده، م. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان تلفیقی با مصاحبه انگیزشی بر علایم بیماران وسواسی-جبری. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۹، ۱۳-۲۳.

References

- Abramowitz, J. S. (2006). The psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 407-416.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders (5th ed)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, R. A., & Rees, C. S. (2007). Group versus individual cognitive-behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: A controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 45, 123-137.
- Andouz, Z., Dolatshahi, B., Moshtagh, N., & Dadkhah, A. (2012). The Efficacy of

- Durbano (Ed.), *New insights into anxiety disorders* (pp. 427-444). New York: InTech.
- 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, 451-458.
- Salkovskis, P. M., Westbrook, D. (1989). Behaviour therapy and obsessional rumination. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 149-160.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-584.
- Shareh, H., Gharraee, B., Atef-Vahid, M. K., & Eftekhari, M. (2010). Metacognitive Therapy (MCT), Fluvoxamine, and Combined Treatment in Improving Obsessive-Compulsive, Depressive and Anxiety Symptoms in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 4(2), 17-25.
- Van der Heiden, C., Van Rossen, K., Dekker, A., & Damstra, M. (2016). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 9, 24-29.
- Van Oppen, P., Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behavioral research and therapy*, 32, 79-87.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and Emotion: A Clinical Perspective*. Hove: Erlbaum.
- Woody, S. R., Steketee, G., & Chambless, D. L. (1994). Reliability and validity of the Yale-Brown obsessive compulsive scale. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 33, 597-605.
- reliability. *Archives of general psychiatry*; 46, 1006- 1011.
- Himle, J. A., Van Etten, M., & Fischer, D. J. (2003). Group cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a review. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3, 217-229.
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. b., & Burnman, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1094- 1099.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62, 593-602.
- Menzies, R., & Desiliva, P. (2003). *Obsessive-compulsive Disorder: Theory research and treatment*. New York: John Wiley & Sons.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning Theory and Behavior*. New York: Wiley.
- O'conner, K. P., Aardema, F., Robillard, S., Guay, S., Pelissier, M. C., Todorov, C., et al. (2006). Cognitive-behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A controlled study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 64-71.
- Öst, L.-G., Havnen, A., Hansen, B., & Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. *Clinical Psychology Review*, 40, 156-169.
- Rachman, S. J. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385-401.
- Rachman, S. J. (2008). *Treatment of obsessions*. New York: Oxford University Press.
- Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*. 16(4), 233-248.
- Rees, C & Anderson, R. (2013). New approaches to the psychological treatment of obsessivecompulsive disorder in adults, In F.