

اثر درمان فراشناختی ولز بر کنترل افکار وسواسی و افزایش سازگاری یک

مورد وسواسی-جبری

روشنک خدابخش*
استادیار دانشگاه الزهراء، روانشناسی بالینی
لیلی عباسی
دانشجو کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی،
تهران، دانشکده روانشناسی دانشکده
روانشناسی دانشگاه الزهراء(س)
سیده شهره شاهنگیان
دانشجو کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی،
تهران، دانشکده روانشناسی دانشگاه الزهراء(س)

*نشانی تماس: تهران، ده ونک، دانشکده
روانشناسی دانشگاه الزهراء.
رایانامه: roshanakkhodabakhsh@yahoo.com

هدف: هدف این مطالعه، تعیین اثر درمان فراشناختی ولز بر افکار وسواسی و تأثیر غیرمستقیم این روش بر میزان سازگاری یک مورد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری بود. شواهد نشان می‌دهند که باورهای فراشناختی در بروز اختلال وسواس دخیل‌اند؛ از این رو در این پژوهش از روش درمان فراشناختی، که از درمان‌های کوتاه‌مدت مؤثر بر اختلال وسواس است، استفاده شد. روش: در اولین جلسه پیش از آغاز درمان، آزمودنی پرسش‌نامه‌های وسواس فکری-عملی مادزلی، باورهای فراشناختی و سازگاری بل و داس ۲۱ را تکمیل کرد و در ضمن تحت ۱۳ جلسه درمان فراشناختی ولز نیز قرار گرفت. در آخرین جلسه پس از درمان، پرسش‌نامه‌ها یک بار دیگر تکمیل و داده‌ها به وسیله نمودارها و یافتن تفاوت درصدی پیش و پس از درمان تحلیل شدند. یافته‌ها: بررسی داده‌ها نشان داد که درمان فراشناختی ولز بر کاهش باورهای فراشناختی مثبت در مورد افکار وسواسی و در نتیجه کاهش نشانه‌های وسواس مؤثر بوده و علاوه بر آن غیرمستقیم باعث افزایش سازگاری، به ویژه سازگاری عاطفی و خانگی، شده است. نتیجه‌گیری: در مجموع یافته‌های این مطالعه بر نقش مؤثر درمان فراشناختی ولز در کاهش وسواس ناشی از باورهای مثبت در مورد افکار وسواسی و در نتیجه افزایش سازگاری فرد تأکید دارد.

کلیدواژه‌ها: درمان فراشناختی ولز، سازگاری، وسواس فکری-عملی

Effectiveness of metacognition therapy on controlling of obsessive thoughts and increasing of adjustment in case of obsessive-compulsive disorder

Introduction: The purpose of this study was to determine the efficacy of Wells Meta cognition therapy on controlling of obsessive thoughts of a particular case of obsessive-compulsive disorder. **Method:** Maudsley obsessive-compulsive inventory, Meta cognition questionnaire, Bell adjustment inventory and Dass-21 were completed in first and last session of the therapy by the case. The case received 13 sessions of Meta cognition therapy. Data was analyzed before and after of therapy by charts and percentages differentiation. **Result:** The analyzed show that Meta cognition therapy was effective in decreasing both positive Meta cognition beliefs and symptoms of obsessive-compulsive disorder. In addition this therapy indirectly caused increasing of adjustment, specially home and emotional adjustment. **Conclusion:** MCT was remarkably effective for reducing obsessive thoughts which were resulted by positive beliefs about obsessions, also it caused improving adjustment.

Keywords: Wells Meta cognition therapy, Adjustment, Obsessive-compulsive.

Roshanak Khodabakhsh*

Assistance professor of Alzahra University, Faculty of Education and Psychology of Alzahra University.

Leyli Abbasi

M.A student in clinical psychology, Faculty of Education and Psychology of Alzahra University.

Seyede Shohre Shahangian

M.A student in clinical psychology, Faculty of Education and Psychology of Alzahra University.

*Corresponding Author:

Email:

roshanakkhodabakhsh@yahoo.com

مقدمه

عبارت‌اند از: ۱- باورهای مرتبط با معنا و قدرت افکار و ۲- باورهایی درباره تشریفات (۱۰). باورهای مرتبط با فراشناخت در وسواس ممکن است غیردقیق و ناکارآمد باشند و بنابراین افکار بهنجاری که به طور طبیعی در جریان خودآگاهی ایجاد می‌شوند، در بیماران وسواسی امری تهدیدکننده ارزیابی شوند. در عین حال، ممکن است فرایندهای فراشناختی خوب عمل نکنند (۲۳). به نظر ولز و متیوس، افکار وسواسی، باورهای فراشناختی را در ارتباط با معنای فکر فعال می‌کنند. براساس نظریه ولز، وقوع افکار وسواسی زمانی تهدیدکننده تلقی می‌شوند که به برانگیختن باورهای فراشناختی درباره معنای آن افکار منجر شوند (۱۱).

در مدل اولیه فراشناختی، یک راه‌انداز^۱ - که اغلب یک فکر مزاحم، تردید و یا یک هیجان و احساس مزاحم است - باورهای فراشناختی مرتبط را فعال می‌کند. باورهایی که در این سطح وجود دارند، شامل باورهایی در مورد خطر یا معنای فکر هستند. باورهای فراشناختی، به خصوص در بیماران وسواسی، مرز بین فکر، رویداد و عمل را از بین می‌برند. به بیان دیگر، بیماران باور دارند که یک فکر خاص، یک رویداد را به وجود می‌آورد. این باورها شامل اغتشاش فکر - عمل و نیز اغتشاش فکر - رویداد است. اغتشاش فکر - رویداد به این معناست که بروز فکر وسواسی درباره اینکه واقعه‌ای رخ داده، شاهدی است درونی و قوی مبنی بر اینکه موضوع در واقعیت رخ داده است: "اگر دائم فکر می‌کنم کار الف را کرده‌ام، پس واقعاً آن را انجام داده‌ام". باور دیگر در این بیماران به پیامدهای عاطفی و آشفته‌گی ناشی از وسواس مرتبط است: "آن کار را کرده‌ام. اگر آشفته‌گی و علایم من ادامه یابد، دیوانه می‌شوم" (۹، ۲۲).

فعال شدن این باورها، ارزیابی‌هایی را برمی‌انگیزاند که بر اساس آنها فکر وسواسی خطرناک تلقی می‌شود. این ارزیابی‌ها به بروز احساس ترس، اضطراب، گناه و ناراحتی می‌انجامد. خود این احساسات هم می‌توانند نشانه این باشند که خطر همراه با افکار مزاحم، واقعی است (۹، ۲۹). به طور کلی، اساس درمان اختلال وسواسی - جبری بر پایه مدل فراشناختی عبارت است از: ۱- تغییر طیف باورهای فراشناختی مرتبط با

وسواس نشانگان عصبی - روان‌پزشکی پیچیده‌ای است که مشخصه اصلی آن، افکار ناخواسته، تکراری و مزاحم (افکار وسواسی) و نیز رفتارهای تکراری و آزاردهنده آیین‌مند (اعمال وسواسی) است که برای دفع اضطراب انجام می‌شود (۱). بیماری اختلال وسواسی جبری می‌تواند به ناتوانی فراوان بینجامد (۲). درمان این اختلال در حالی که ظاهراً "آسان" به نظر می‌رسد، در عمل دشوار است (۳، ۴). مطالعات درمانی در مورد این اختلال، به طور کلی، سه شکل دارد که عبارت‌اند از: دارودرمانی، رفتاردرمانی، شناخت‌درمانی و ترکیب درمان‌های شناختی رفتاری با دارودرمانی. اختلال وسواس فکری - عملی طی چندین دهه، یکی از مقاوم‌ترین بیماری‌های روانی در برابر درمان به‌شمار می‌رفت (۳) و تا همین اواخر، یعنی دهه ۱۹۸۰، اختلالی نه‌چندان شایع با پاسخ ضعیف به درمان تلقی می‌شد. امروزه معلوم شده که اختلال وسواس نسبت به درمان حساس و شایع‌تر از آن است که تصور می‌شد (۵). پیشرفت‌های به دست آمده در درمان رفتاری و دارویی در سه دهه اخیر، درمان این بیماری را آسان‌تر کرده است (۳).

یکی از روش‌های درمانی اختلال وسواس، درمان فراشناختی است. فراشناخت به بررسی فرایندها و ساختارهایی از شناخت، که جنبه‌های مختلف شناخت را بازنگری و کنترل می‌کنند، می‌پردازد. بنابراین، فراشناخت وجهی از نظام پردازش اطلاعات است که محتوا و فرایندهای خود را بازنگری، تعبیر و ارزیابی می‌کند (۶). اصطلاح فراشناخت به فرایندهای شناختی وسواسی - جبری گفته می‌شود که در کنترل جنبه‌های شناخت نقش دارند (۷). نخستین بار ولز و متیوس، به منظور تبیین و درمان عملکرد اجرایی خودتنظیمی اختلالات هیجانی، با ترکیب رویکرد طرح‌واره و پردازش اطلاعات، الگوی فراشناختی را بر مبنای مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی^۱ معرفی کردند (۷). این سیستم بر کاهش فاصله بین اهداف و واقعیت اثر می‌گذارد (۸، ۲۲).

مدل خودنظم‌بخش در خدمت‌کنش فراشناختی ارزیابی اهمیت شخصی افکار (مانند ارزیابی اهمیت محرک‌های درونی) نیز هست (۹). در این مدل پیشنهادی برای اختلال وسواس - اجباری، بر دو بعد از باورهای فراشناخت تأکید شده است. این دو بعد

1. Self-Regulatory Executive Function (S-REF)
2. Activator

طرح الف - ب به کار رفت. در این نوع طرح ابتدا در مرحله "الف" حالت اولیه و رفتار آزمودنی بررسی و سپس عمل آزمایشی "ب" اجرا شد.

مراجع یک زن ۴۲ ساله، لیسانس ادبیات و از طبقه متوسط جامعه بود که پس از یک تماس تلفنی به خیانت همسرش مشکوک شده بود، اما پس از حل مسأله، افکار و سواسی اش همچنان ادامه یافته بود. وی در مورد افکار و سواسی و کنترل افکار باورهای مثبت دارد. استدلال او برای استفاده از این روش این است که "تا قبل از این هیچ گاه به همسرم شک نمی کردم، اما حالا که این اتفاق افتاده دیگر نمی خواهم مثل گذشته باشم تا این مسأله تکرار شود."

افکار و سواسی بیمار شامل افکار اغراق شده در مورد خیانت همسر و داستان سازی بود. فکر و سواسی او با توجه به علایم آشکار سازش حداقل روزی ۳۰ دقیقه از وقتش را می گرفت و مانع داشتن خواب خوب شبانه اش می شد. از آنجا که فرد مورد نظر هر زمان که با افکار و سواسی اش مواجه می شد، بلافاصله با همسرش تماس می گرفت، رابطه زناشویی آنها بر اثر این تماس های تکراری و کنترل کننده تا حدی مختل شده بود. مراجع علاوه بر نشانگان محور I، نشانگان اختلال شخصیت و سواسی در محور II را نیز نشان داد. نشانگان شخصیت و سواسی اختلالی در درمان ایجاد نکرد. تشخیص محورهای پنج گانه راهنمای آماری تشخیص اختلالات روانی^۱ برای بیمار به شرح زیر است:

محور I: اختلال و سواس فکری - عملی (با نشانه غالب و سواس فکری)؛

محور II: نشانگان اختلال شخصیت و سواسی؛

محور III: سالم بودن از نظر پزشکی؛

محور IV: عامل آشکار ساز: احتمال خیانت همسر؛

محور V: ۷۵-۸۰.

برای دریافت خط پایه درمان و محاسبه اثربخشی و میزان بهبود، در شروع درمان و پیش از آغاز جلسات و نیز پس از اتمام درمان، پرسش نامه های باورهای فراشناختی ولز، پرسش نامه و سواسی - جبری مادزلی، سازگاری بل و داس ۲۱ به منظور سنجش تفاضل نمرات تکمیل شد.

درآمیختگی؛ ۲- تغییر باورهای ناکارآمد درباره آیین مندی ها؛ ۳- اصلاح و بهبود شیوه به کارگیری نشانه های درونی نامناسبی که ملاک ارزیابی ها و راهنمایی رفتار قرار می گیرند؛ ۴- ایجاد شیوه های جایگزین مناسب برای راهنمایی رفتار و افزایش مهارت های هوشیاری فراگیر (۱۲).

شواهد حاکی از آن است که درمان فراشناختی ولز از جمله درمان های کوتاه مدت مؤثر بر اختلال و سواسی - جبری است (۲۴). اثربخشی این درمان را پژوهش هایی در داخل و خارج از کشور تأیید کرده اند (۸، ۱۳). هر یک از پژوهش های مربوط به درمان فراشناختی، بر جنبه خاصی از این حوزه تأکید دارند. پژوهش خرم دل و همکاران به وجود درآمیختگی زیاد افکار در افراد و سواسی و تأثیر درمان فراشناختی بر این افکار اشاره دارد. در حالی که در پژوهش اندوز بیشتر بر باورهای فراشناختی تنبیه و نگرانی تأکید شده و اثربخشی درمان فراشناختی را علاوه بر و سواس بر کاهش استرس و نگرانی نشان داده است. پژوهش های سایر کشورها نیز اثر این درمان را تأیید کرده اند که از آن جمله می توان به تحقیق سلم و مایرز اشاره کرد (۱۴).

مطالعات نشان می دهند که تاکنون در مورد اثر درمان فراشناختی بر سازگاری، تحقیقی در ایران انجام نشده است. پژوهش حاضر با هدف تأیید یافته های قبلی در زمینه اثربخشی درمان فراشناختی و ایجاد دانش جدید در باره اثر این درمان بر سازگاری شکل گرفت. در پژوهش ما با توجه به اهمیت اختلال و سواس و اثربخشی و کوتاه مدت بودن درمان فراشناختی، تأثیر این درمان بر اختلال و سواس همراه با افکار تکرارشونده بررسی شده است. مسأله ای که این پژوهش را از سایر پژوهش ها در این زمینه متمایز می کند، بررسی تأثیر غیرمستقیم روش فراشناختی بر افزایش سازگاری فرد و در نتیجه کاهش نشانگان و سواس است. در این پژوهش این سؤال مطرح شد: آیا درمان فراشناختی ولز بر یک مورد درگیر با افکار و سواسی که زندگی شخصی و خانوادگی اش را مختل کرده تأثیر دارد؟ و آیا با بهبود این افکار به وسیله روش فراشناختی، سازگاری فرد مورد نظر بهبود می یابد؟

روش

در این پژوهش، طرح آزمایشی تک آزمودنی از نوع

1. DSM

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه وسواس فکری - عملی مادزلی^۱: این پرسش‌نامه که دارای ۳۰ ماده است و نیمی از آنها کلید درست و نیمی کلید غلط دارد، به وسیله هاجسون و راجمن (۱۵) به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات وسواس تهیه شده است. این پرسش‌نامه در اعتباریابی اولیه در بیمارستان مادزلی توانسته است چهار مؤلفه عمده را که منعکس‌کننده چهار نوع مشکل وسواسی در بیماران است را مشخص کند. این چهار مؤلفه عبارت‌اند از: وارسی، تمیزی، کندی و شک وسواسی که چهار مقیاس فرعی را تشکیل می‌دهند. در بررسی هاجسون و راجمن، ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها ۰/۷۰، ۰/۸۰، ۰/۷۰ و ۰/۷۰ است. ضریب اعتبار آزمون_بازآزمون آن ۰/۸۲ برآورد شده است (۱۰). روایی محتوایی این آزمون در ایران بررسی و مناسب گزارش شده است (۱۵).

پرسش‌نامه باورهای فراشناختی ولز^۲: باورهای فراشناختی به وسیله پرسش‌نامه فراشناخت ولز و کارت رایت هاتون (۱۶) بررسی و ارزیابی شد. این پرسش‌نامه پنج خرده‌مقیاس دارد که عبارت‌اند از: اعتماد شناختی، باورهای مثبت در مورد نگرانی، وقوف شناختی، افکار خطرناک و کنترل‌ناپذیری و نیاز به کنترل افکار. پاسخ‌ها در این مقیاس بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت " موافق نیستم، کمی موافقم، نسبتاً موافقم، کاملاً موافقم " محاسبه می‌شوند. پرسش‌نامه باورهای فراشناختی دارای پایایی^۳ و روایی^۴ قابل قبولی است. پایایی به دست آمده از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی برای نمره کل، بعد از ۲۲ تا ۱۱۸ روز، ۰/۷۵ و برای خرده‌مقیاس‌ها ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (۱۷).

پرسش‌نامه افسردگی، اضطراب و تنیدگی: این پرسش‌نامه که یک آزمون خودسنجی ۲۱ سؤالی با سه زیرمقیاس و هر زیرمقیاس شامل هفت سؤال است، به وسیله لوی باند و لوی باند (۱۸) با توجه به هم‌پوشی افسردگی و اضطراب ساخته شده است. این پرسش‌نامه را در ایران صاحبی و همکاران هنجاریابی کرده‌اند. همبستگی‌های بین زیرمقیاس‌های افسردگی این پرسش‌نامه با آزمون بک ۰/۷۰، زیرمقیاس اضطراب با آزمون اضطراب زانگ ۰/۶۷ و زیرمقیاس تنیدگی با آزمون تنیدگی ادراک شده ۰/۴۹ بوده است (۱۹).

پرسش‌نامه سازگاری بل^۵: پرسش‌نامه سنجش سازگاری بل یک ابزار ۱۵۸ سؤالی است که روی یک مقیاس سه درجه‌ای (بلی، خیر و نمی‌دانم) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه را بل ساخته است. کسب نمره بالا در این پرسش‌نامه نشان‌دهنده سازگاری پایین و کمتر است. این ابزار پنج بعد جسمانی، عاطفی، خانگی، شغلی و اجتماعی را می‌سنجد. ضرایب پایایی این پرسش‌نامه به شیوه بازآزمایی با یک فاصله زمانی دو هفته‌ای از ۰/۷۰ تا ۰/۹۳ و به روش همسانی درونی از ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ متغیر بوده است. بهرامی در پژوهش خود ضریب پایایی پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ را ۰/۸۹ گزارش کرده است. بل با بررسی روایی پرسش‌نامه نشان داد که این پرسش‌نامه در تشخیص گروه‌های بهنجار از نوروتیک مناسب عمل کرده و ضریب همبستگی آن با آزمون ایزینگ ۰/۵۶ است (۲۰).

روش اجرا

درمان بر اساس پروتوکل درمان فراشناختی ولز، طی ۱۳ جلسه ۴۵ دقیقه تا ۶۰ دقیقه‌ای به وسیله دو دانشجوی کارشناس ارشد پس از گذراندن دوره‌های درمان فراشناختی و مطالعه مقالات و پروتکل‌های درمانی با نظارت دکتر بالینی انجام شد. این برنامه درمانی شامل مراحل زیر بود:

- ۱- معرفی اختلال وسواس، به عنوان بی‌نظمی هیجانی و ترسیم نمودار و آگاهی از فراشناخت‌ها؛
 - ۲- بالا بردن مهارت بیمار در استفاده از راهبرد فاصله گرفتن از ذهن مشغولی؛
 - ۳- ارزیابی و اصلاح باورهای فراشناختی مربوط به آمیختگی فکر- رویداد، فکر و عمل و فکر و شی؛
 - ۴- مواجهه با موقعیت مشکل‌ساز و جلوگیری از پاسخ؛
 - ۵- ایجاد راهبردهای جایگزین برای هدایت و جهت‌دهی به رفتار؛
 - ۶- تمرین مکرر رفتارها و راهبردهای بدیل در جریان مواجهه با موقعیت مشکل‌ساز.
- برای دستیابی به برنامه فوق، جلسات را می‌توان به این شکل خلاصه کرد:

1. Maudsley obsessive-compulsive inventory
2. Metacognition questionnaire
3. Reliability
4. Validity
5. Bell adjustment inventory

فکر خیانت و رها شدنم به وسیله همسر - بی خیال و بی فکری بودم که شوهرم این کار را انجام داد - احساس غم و بیهودگی



اگر به خیانت همسر فکر کنم، دیگر این اتفاق تکرار نخواهد شد.

جلسه اول به مدت ۴۵ دقیقه، با هدف آشنا شدن مراجع و درمانگر با یکدیگر؛ ایجاد یک فضای امن برای مراجع و کسب اطلاعات مورد نیاز برگزار شد. جلسه دوم به مدت ۴۵ دقیقه، با هدف تحکیم رابطه درمانی و کسب اطلاعات بیشتر از مراجع برای تأیید صحت اقدام به درمان برگزار شد. جلسه سوم به مدت ۵۵ دقیقه، با هدف توضیح به مراجع درباره اختلال و فرایند فراشناختی تشکیل شد. در جلسه چهارم، سنجش باورهای فراشناختی و طراحی مجدد طرح آ.ب.ث همانند شکل زیر انجام شد.

در جلسه پنجم، تکنیک توجه آموزش داده شد که هدف آن عبارت بود از: ۱- قرار گرفتن مراجع در شرایط بحران و مدیریت بحران؛ مراجع با استفاده از این تکنیک و کنترل توجه تا حد قابل قبولی می توانست بحران را مدیریت کند. ۲- در جریان ارزیابی، باورهای فراشناختی مراجع تا حدی به چالش کشیده شده بود. در جلسه ششم، باورهای فراشناختی و ناآمیختگی شناختی به چالش کشیده شد. در این روش، راهبردهای درمانی (که باعث به چالش کشاندن باورهای فراشناختی می شود) و راهبرد بازاسنادی کلامی و آزمون های رفتاری به کار رفت. در جلسه هفتم، به چالش کشیدن افکار و سواسی از طریق روش های کلامی (سؤال کردن از مکانیزم های هم آمیختگی بیمار، ایجاد ناسازی، مرور گذشته) ادامه یافت. در جلسه هشتم درباره داشتن باورهای مثبت به فکر و سواسی توضیح داده شد و این باورها به چالش کشیده شدند؛ در نتیجه مراجع پذیرفت که روش دیگری را برای جانشینی این گونه کنترل کردن امتحان کند. جلسه نهم به منظور استفاده از تجارب رفتاری برای آزمون باورهای مربوط به هم آمیختگی تشکیل و استفاده از مواجهه و جلوگیری از پاسخ به بیمار آموزش داده شد. در جلسه دهم، مواجهه بیمار با فکر و سواسی و جلوگیری از پاسخ (شامل اجازه ندادن به مراجع برای تماس گرفتن با همسرش و انجام هر گونه اقدام کنترل کننده) انجام شد. در جلسه یازدهم، تکنیک به

تعویق انداختن^۱ و خودگویی^۲ کلامی آموزش داده شد. در جلسه دوازدهم، طرح ابتدایی بررسی و جایگزینی آن با طرح پیشنهادی و تمرین رفتاری آن اجرا شد. در جلسه سیزدهم، بررسی درمان، آماده کردن مراجع برای قطع درمان، پر کردن مجدد پرسش نامه و مصاحبه پایانی انجام شد.

یافته ها

برای تحلیل داده ها از فرمول درصد بهبود بالینی به شرح زیر استفاده شد:

$$\Delta A = (A_0 - A_1) / A_1$$

A₀: مشکل آماجی در جلسه اول؛

A₁: مشکل آماجی در جلسه آخر؛

ΔA درصد: درصد میزان بهبود (۲۵).

با توجه به نمودار و جداول، درمان فراشناختی و لنز

جدول ۱- درصد بهبود فرد در نمرات وسواس و فراشناخت

عوامل مقیاس	A	B	میزان بهبود (درصد)
باورهای مثبت در مورد نگرانی	۳۱	۱۰	۶۷
باورهای منفی در مورد نگرانی	۲۳	۱۱	۵۲
باورها در مورد کفایت شناختی	۱۵	۶	۶۰
باورهای منفی	۱۵	۶	۶۰
وقوف شناختی	۶	۱۷	۶۴
نمره کلی	۷۱	۳۲	۵۴
وسواس مادزلی	۹	۳	۶۶

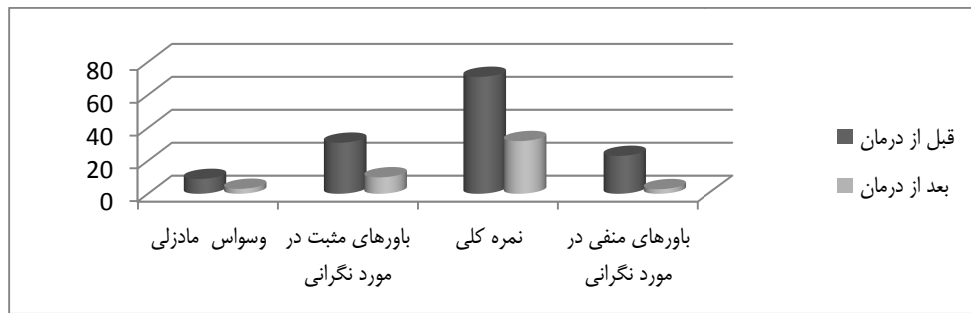
جدول ۲- میزان بهبود سازگاری پیش و پس از درمان

نمره	A	B	درصد بهبود
سازگاری عاطفی	۱۶	۷	۵۶
سازگاری خانگی	۸	۵	۳۷
سازگاری کلی	۵۶	۳۲	۴۲

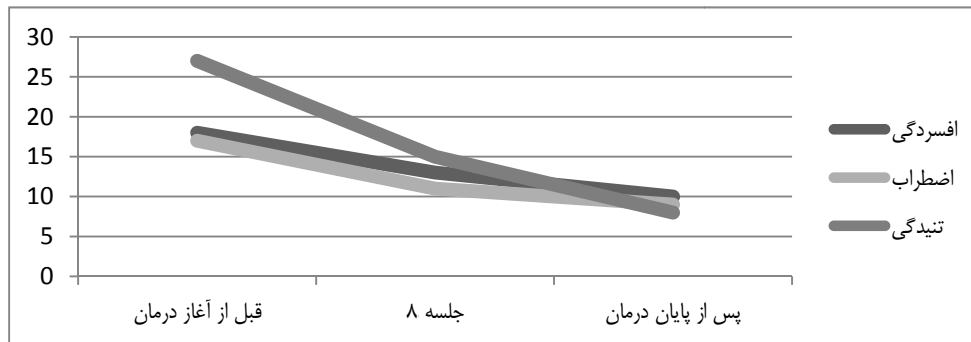
باعث کاهش باورهای مثبت فرد در مورد اختلال وسواسی-جبری شده و عدد مورد نظر یعنی ۳۱ به ۱۰ کاهش پیدا کرده که این نشان دهنده ۶۷ درصد بهبود در باورهای مثبت فرد در مورد نگرانی است. از آنجا که بزرگترین عامل آسیب رسان به مراجع، داشتن باورهای مثبت به افکار بود، این بهبود به درمان اختلال بسیار کمک کرد.

در مورد باورهای منفی، از جمله کنترل ناپذیری خطر،

1. Postponement
2. Self Speech



شکل ۱- نمودار نمرات فراشناخت قبل و بعد از درمان



شکل ۲- نمرات آزمون افسردگی، اضطراب، تنیدگی پیش و پس از درمان

بر سازگاری عاطفی و خانگی بود. این پژوهش ابتدا نشان داد که روش درمانی فراشناختی می‌تواند بر بهبود فرد اثر بگذارد و نتایج پرسش‌نامه‌ها و ارزیابی و مصاحبه پایانی بیمار نیز نشان می‌دهد که درمان فراشناختی ولز برای بهبود افکار عودکننده بیمار در مورد خیانت کردن همسرش به وی بسیار مناسب است. به علاوه، این درمان باعث افزایش کنترل فرد بر خود و کاهش آشفتگی وی شده و او را از شرایط بحرانی رها ساخته است.

نتایج تحقیقات پیشین از این تحقیق حمایت می‌کند؛ برای مثال می‌توان به تحقیق شیرین‌زاده دستگیری و همکاران اشاره کرد که یافته‌هایشان از مفهوم پردازش فراشناختی اختلال وسواسی-جبری حمایت می‌کند (۱۷). بر اساس پژوهش ذکر شده، باورهای فراشناختی بر تداوم اختلال وسواسی جبری تأثیر بسزایی دارد که نتایج با مفهوم‌سازی اولیه درمان در پژوهش همخوان است (۶).

خرم‌دل و همکاران نشان دادند که الگوی فراشناختی ولز بر بهبود علائم درآمیختگی افکار افراد مبتلا به وسواس مؤثر بوده و درمان فراشناختی موجب تعمیق و پایداری آثار درمان می‌شود (۷). نتایج یک پژوهش موردی مشابه نشان داد که کاهش وسواس آزمودنی بر اثر بازسازی باورهای فراشناختی، در زمینه افکار

ارقام جدول ۵۲ درصد بهبود نشان می‌دهد. کفایت شناختی نیز از ۱۵ به شش کاهش یافت که این ۶۰ درصد بهبود را نشان می‌دهد. در مورد باورهای منفی نیز وضعیت همین است (۶۰ درصد). در مورد وسواس مادزلی نیز با توجه به اینکه نمره به دست آمده زیاد نبود، اما پنج نمره از نمره متعلق به وسواس‌های فکری آزاردهنده بود، بعد از درمان فراشناختی ولز، نمره وسواس شش نمره کاهش و ۶۶ درصد بهبود نشان داد. درصدها و یافته‌ها نشان می‌دهند که در همه زمینه‌ها بهبود و بیشترین بهبود در مورد باورهای مثبت حاصل شده است. در زمینه تنیدگی، افسردگی و اضطراب روند بهبود در نمودار ۲ قابل مشاهده است. با توجه به اینکه فرد در حالت بحرانی برای درمان مراجعه کرده، نمره تنیدگی از همه بیشتر بوده و در نهایت هر سه نمره به ۱۰ یا زیر ۱۰ کاهش پیدا کرده است. جدول ۲ نیز نشان می‌دهد که بیشترین بهبود در زمینه سازگاری مربوط به سازگاری عاطفی (۵۶ درصد) است. در دو بعد دیگر سازگاری نیز بهبود مشاهده شده است.

نتیجه‌گیری

هدف این مطالعه، بررسی تأثیر درمان فراشناختی بر درمان یک مورد وسواسی و تأثیر غیرمستقیم این درمان

درمان نشانگان اختلال وسواسی-جبری، استرس، پریشانی، اضطراب و افسردگی پس از ارائه شش تا هشت هفته نشان داد(۲۱).

با توجه به نتایج و یافته‌ها می‌توان بیان کرد که مفهوم‌سازی فراشناختی، یکی از مفهوم‌سازی‌های مناسب در زمینه وسواس است (۶،۲۷،۲۸). درمان فراشناختی ولز می‌تواند در بهبود افکار وسواسی (۱۱) و افزایش سازگاری افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری کمک‌کننده و مؤثر باشد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم پیگیری پس از اتمام جلسات درمان و همانند سایر مطالعات موردی پایین بودن قدرت تعمیم‌دهی این نوع پژوهش‌ها اشاره کرد که باعث می‌شود این پژوهش آغازی باشد برای یک سری تحقیقات آزمایشی به منظور تعمیم نتایج حاصل. از این رو پیشنهاد می‌شود، اثر درمان فراشناختی ولز بر سازگاری و مدیریت بحران‌های زناشویی مستقیماً بررسی شود.

وسواسی و فعالیت‌های آیین‌مند است. در ضمن، این سبک درمانی افسردگی، اضطراب و پریشانی را کم کرده است (۱۲،۲۵).

مقایسه دو روش درمانی فراشناختی و شناختی-رفتاری در پژوهش اکرمی و همکاران، تأثیرگذاری هر دو روش را نشان داده و بیان کرده که مفهوم‌سازی روش فراشناختی به روش فراشناختی در درمان این اختلال مؤثر بوده است (۹). نتایج مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی با درمان دارویی در یک پژوهش دیگر، کاهش بیشتر شدت وسواس‌های فکری، استرس و باورهای فراشناختی منفی با استفاده از روش درمانی فراشناختی را نشان می‌دهد. در این پژوهش، همانند پژوهش حاضر، از روش درمان فراشناختی (برخلاف روش معمول که از این روش درمانی در اختلال وسواس-جبری استفاده می‌شود) در درمان افکار وسواسی استفاده شده و نتایج نشان‌دهنده اثرگذاری این روش بر درمان افکار وسواسی بدون اجبار است (۱۱،۲۶).

پژوهش‌های خارج از کشور نیز از نتایج تحقیق حمایت می‌کنند؛ از میان آنها می‌توان به تحقیق فیت و ریس اشاره کرد که اثربخشی مدل درمانی فراشناختی را در

دریافت مقاله: ۹۱/۱۲/۱۵؛ پذیرش مقاله: ۹۲/۵/۱۲

منابع

1. Khanipour H, Sohrabi F, Tabatabayi S. Comparison of metacognition beliefs and thought control strategies in students with worry. *Clinical Psychology and counseling researches of Ferdousi University of Mashhad* 2009; 1:72-82. [Persian].
2. Toorzandjani H, Kamalpour N. How can overcome with obsessional thoughts and behaviours. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2004; 2(1):1-11. [Persian].
3. Ghasemzadeh H, Tavakoli S. Cognitive – behavior Theories and therapies of OCD. *Advances in Cognitive Science* 2006; 8(2):29. [Persian].
4. Lee B. *Getting control: overcoming your obsession and compulsions*. Tehran: Roshd; 2009. [Persian].
5. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan & Sadocks synopsis of psychiatry behavioral science/clinical psychiatry*. 10th ed. Tehran: Arjman; 2007. [Persian].
6. Clark DA, Purdon c, Byers ES. Appraisal and control of sexual and non sexual intrusive thoughts in university students. *Behaviour Research and Therapy* 2000; 38:439-455.
7. Shirinzade dastgerdi S, Goudarzi MA, Ghanizade A, Taghavi SMR. Comparison of Metacognitive and Responsibility Beliefs in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder, Generalized Anxiety Disorder and Normal Individuals. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2008; 14(1):46-55. [Persian].
8. Khoramdel K, Neshatdoost HT, Molvai M, Arizi HR, Abedi M, Maroofi M. Effect of Wells' metacognitive therapy on thought fusion in patients with obsessive compulsive disorder. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2010; 12(1):401-409. [Persian].
9. Wells A, Papageorgiou c. Relationship between worry, obsessive –compulsive symptoms and Meta cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy* 1995; 36(9):899-913.
10. Akrami N, Kalantari M, Arizi HR, Abedi M, Maroofi M. Comparison of the Effectiveness of Behavioural- Cognitive & Behavioural-Metacognitive Approaches in Patients with Obsessive- Compulsive Disorder (OCD). *Journal of Clinical Psychology* 2010; 2(6):59-71. [Persian].
11. Wells A, Mathews G. *Attention and Emotion: A clinical perspective*. Hove UK: Lawrence Erlbaum Associates; 1994.
12. Abdolazadeh F, Javanbakht M, Abdolazadeh H. comparing the effect of metacognitive therapy and medical therapy in OCD. *Journal of Sabzevar University of Medical Science* 2011; 18(2):111-117. [Persian].
13. Andooz Z. The effective of metacognitive

- therapy in OCD (A case study). *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 2007; 12(1):59-71.[Persian].
14. Solem S, Myers SG, Fisher PL, Vogel PA, Wells A. An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: replication and extension. *Journal of Anxiety Disorder* 2010; 24(1):79-86.
 15. Hodgson RJ, Rachman S. Obsessional compulsive complaints. *Journal of Behavior Research Therapy* 1997; 15:389-95.
 16. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the Metacognitions Questionnaire: properties of the MCQ- 30. *Behaviour Research and Therapy* 2004; 42:385-96.
 17. Shirinzadeh dastgiri S, Goodarzi MA, Rahimi CH, Naziri GH. Study of factor structure, validity and reability of metacognition questionnaires-30. *Journal f psychology* 2009; 12(48)445-52. [Persian].
 18. Crawford JR, Henry JD. The depression anxiety stress scales (DASS). Normative data and latent structure in a large non clinical sample. *British Journal of Cline Psychology* 2003; 4 2:111-31.
 19. Sahebi A, Asghari MJ, Salehi RS. Validity and reability of DASS-21 in Iranian population. *Developmental psychology* 2006; 1(4): 299-319.[Persian]
 20. Fathi ashtiani A, Dadsetani M. *Psychological tests personality and mental health*. 2th ed. Tehran: Besat publshed; 2010. [persian].
 21. Fitt s, Rees c. Metacognitive therapy for obsessive compulsive disorder by videoconference: preliminary study. *Behavior change* 2012; (29):213-29.
 22. Wells A. M. *Metacognition in emotional disorders*. Tehran: Kankash; 2004. [persian].
 23. Wells A. *Emotional disorder and metacognition: Innovative cognitive therapy*. New York: John Wiley& Sons Ltd; 2000.
 24. Salkovskis PM, Forrester E, Richards C. Cognitive behavioral approach to understanding obsessional thinking. *British Journal of Psychiatry* 1998; 17(35):53-63.
 25. Firouzabadi A, shareh H. Effectiveness of Detached Mindfulness Techniques in Treating a Case of Obsessive Compulsive Disorder. *Advances in Cognitive Science* 2009; 11(2):1-7. [Persian].
 26. Shareh H, Gharraee B, Atef-Vahid MK, Eftekhar M. 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* 2010; 4(2):199-207.
 27. McFall ME, Wollersheim JP. Obsessive-compulsive neurosis: A cognitive behavioural formulation and approach to treatment. *CognitiveTherapy and Research*. 1997; 3:333-48.
 28. Gholami khoojin R. Review article of diagnosis and therapy of OCD. *Novin pezeszki* 2009; (454):706-710.[Persian].
 29. Salkovskis P, Shafran R, Rachman S, Freeston MH. Multiple pathways to innate responsibility beliefs in obsession problems: possible origins and implications for therapy and research. *Behavior Research and Therapy* 1999; 37(11):1055-72.