

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراشناختی بر بهبود علائم وسواس-جبری زنان مبتلا به اختلال وسواس-اجباری شهر خرم‌آباد

*فیروزه غضنفری^۱، فاطمه امیری^۲، معصومه زنگی‌آبادی^۳

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Meta Cognitive Treatment on Improvement of the Symptoms in Women with Obsessive-Compulsive Disorder in Khorramabad City

*Firoozeh Ghazanfari¹, Fatemeh Amiri², Masoumeh Zangi Abadi³

Abstract

Objective: The aim of this research was to investigate the effect of acceptance and commitment therapy and Meta-cognitive treatment on improvement the symptoms in women with obsessive-compulsive disorder in Khorramabad city.

Methods: For this study, 45 women with obsessive-compulsive disorder in the city of Khorramabad were selected by convenience sampling and were randomly assigned in experimental and control groups using the quasi-experimental research of pretest-posttest design (15 people were in the experimental group based on the acceptance and commitment therapy, 15 people were in the meta cognitive treatment experimental group and 15 people were in the control group) The Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (1980) was used. The data were analyzed by ANOVA.

Results: The ANOVA findings showed that there is a significant difference between the groups ($p < 0.001$). Also, the results of the post hoc test showed that the difference between the groups based on the acceptance and commitment therapy and meta cognitive treatment and the control group was significant ($p < 0.001$), while the experimental groups had no meaningful differences ($p > 0.05$).

Conclusion: One of the causes of obsessive thoughts and actions in adults is the weakness in setting up cognitive skills, therefore, Meta cognitive treatments and acceptance and commitment therapy are useful treatment ways for starting appropriate mechanisms to recognize inappropriate thoughts for improving symptoms of this disorder.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Meta cognitive, Anxiety, Obsessive-Compulsive.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراشناختی بر بهبود علائم وسواس جبری زنان مبتلا به اختلال وسواس-اجباری شهر خرم‌آباد انجام گرفت.

روش بررسی: به منظور انجام این پژوهش، ۴۵ زن با نشانگان اختلال وسواس جبری در شهر خرم‌آباد، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون به شکل تصادفی در گروه‌های آزمایشی و گواه گمارده شدند (۱۵ نفر در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۱۵ نفر در گروه آزمایش فراشناخت و ۱۵ نفر در گروه گواه). ابزار استفاده‌شده، مقیاس وسواس-اجباری مادسلی (۱۹۸۰) بود. داده‌های به دست آمده با روش آماری تحلیل واریانس تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس نشان داد که بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.001$). همچنین نتایج آزمون تعقیبی نشان داد که تفاوت گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان فراشناخت با گروه گواه معنادار است ($p < 0.001$)، در حالی که گروه‌های آزمایش تفاوت معناداری با هم ندارند ($p > 0.05$).

نتیجه‌گیری: یکی از عوامل ایجادکننده افکار و اعمال وسواسی در افراد، ضعف در راه‌اندازی مهارت‌های شناختی است، بنابراین روش‌های درمانی فراشناخت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بهبود نشانگان حاصل از این اختلال تأیید شد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، فراشناخت، اضطراب، وسواس جبری.

Accepted: 14/9/2015

Submitted: 30/8/2015

۱۳۹۴/۶/۱۳ پذیرش

۱۳۹۴/۶/۸ دریافت

۱. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران؛ ۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، عضو علمی دانشگاه پیام نور لرستان، دلفان، ایران؛ ۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران. *آدرس نویسنده مسئول: خرم‌آباد، کیلومتر ۵ جاده خرم‌آباد-تهران، دانشگاه لرستان، گروه روان‌شناسی؛ *تلفن:

۰۹۱۲۴۰۵۴۸۱۶؛ *رایانامه: firoozeh.ghazanfari@yahoo.com

1. Assistance Professor of Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran; 2. PhD student, Department of Psychology, Faculty member of Lorestan Payame Noor University, Delfan, Iran; 3. PhD student, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran. *Corresponding Author's Address: Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran; *Tel: 09124054816; *Email: firoozeh.ghazanfari@yahoo.com

مقدمه

اختلال وسواس جبری^۱ در نسخه تجدیدنظرشده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، یک اختلال اضطرابی^۲ طبقه‌بندی شده است و دارای نشانگان عصبی‌روان‌پزشکی 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،۲).

مواجهه و جلوگیری از پاسخ، به‌عنوان یکی از درمان‌های روان‌شناختی اثربخش‌تر برای وسواس، دارای تأثیر ۶۰ تا ۸۵ درصدی است؛ اما این درمان دارای محدودیت‌های بزرگی است. در حقیقت، مواجهه برای وسواس، درمانی مشکل و دشوار به‌شمار می‌رود، در این نوع درمان، از بیمار خواسته می‌شود با بزرگ‌ترین ترسش روبه‌رو شود و همچنین هیچ رفتار اجتنابی نکند و منتظر سیر نزولی اضطراب شود. همین ویژگی به‌عنوان عامل اصلی میزان بالای ریزش مراجع و رد درمان از سوی آن‌ها به‌شمار می‌رود. در پاسخ به این محدودیت‌ها نظریات شناختی وسواس پا به عرصه گذاشتند (۳). اخیراً جهت برطرف کردن این مشکل، موج سوم رفتاردرمانی پدیدار گشته است. در این روش‌ها به‌جای تغییر شکل، فراوانی یا حساسیت موقعیتی شناخت‌ها و هیجان‌ها، کارکرد آن‌ها را هدف قرار می‌دهند. نمونه‌هایی از این مداخلات عبارت‌اند از رفتاردرمانی دیالکتیک، زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه، ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۳ (۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) برخلاف رویکرد درمان شناختی رفتاری سنتی، مستقیماً بر روی کاهش نشانگان عمل نمی‌کند، بلکه در عوض، سودمندی و کارکرد تجارب روان‌شناختی نظیر افکار، احساسات، خاطرات و احساسات روان‌شناختی را هدف قرار می‌دهد. این روش فعالیت‌های معنادار زندگی را بدون توجه به وجودشان پیگیری می‌کند (۵). اصول زیربنایی آن شامل: (۱) پذیرش^۴ (تمایل به

تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته‌کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها)؛ (۲) عمل مبتنی بر ارزش^۵ (تعهد توأم با تمایل به عمل، به‌عنوان اهداف معنادار شخصی بیشتر از حذف تجارب ناخواسته) است. همین‌طور روش‌های زبانی و فرآیندهای شناختی هستند که در تعامل با دیگر وابستگی‌های غیرکلامی، منجر به کارکرد سالم می‌شوند. این روش شامل تمرینات مبتنی بر مواجهه^۶، استعاره‌های زبانی و روش‌هایی چون مراقبت ذهنی است (۶). در این درمان به‌جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد^۷ درباره تجارب ذهنی (افکار، احساسات) افزایش یافته و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید (این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها)، به‌طور کامل پذیرفت (۷).

فرآیند مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد می‌آموزد چگونه دست از بازداری فکر بردارند، چگونه با افکار مزاحم آمیخته نشوند و باعث می‌شود فرد هیجانانامطبوع را بیشتر تحمل کند (۸،۹). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بر بسیاری از نشانه‌ها و تظاهرات بالینی اختلال وسواس فکری و عملی، مثلاً اجتناب، بازداری فکر، کیفیت زندگی مختل و مشکلات خلقی، تأثیر مثبت بگذارد (۱۰). یکی دیگر از روش‌های درمانی نوین فراشناخت است. نخستین بار آدرین ولز (۱۱) درمان فراشناختی را معرفی کرد. این روش درمانی شامل ارتباط با افکار و رفتار به طریقی است که مانع ایجاد مقاومت یا تحلیل ادراکی پیچیده شده تا بتواند راهبردهای تفکر ناسازگار یا نسنجیده نگرانی و نظارت غیرقابل انعطاف بر رفتار را از بین ببرد (۱۱،۱۲). براساس مدل فراشناختی فرد مبتلا به اختلال وسواس در پاسخ به یک برانگیزاننده که معمولاً

¹ Obsessive-compulsive disorder

² Anxiety Disorders

³ Acceptance and Commitment Therapy

⁴ Accept

⁵ Values-based action

⁶ Exposure-based

⁷ Psychological acceptance

یک فکر، احساس یا میل ناخواسته است، مضطرب می‌شود. وقوع افکار مزاحم، باورهای فراشناختی فرد درباره معنا و اهمیت این افکار را فعال می‌سازند (۱۳). فراشناخت وجهی از نظام پردازش اطلاعات است که محتوا و فرآیندهای خود را بازنگری و ارزیابی می‌کند (۱۴). ابتدا ولز و ماتیوس (۱۵) و سپس ولز (۱۲) نقش فراشناخت را در اختلالات روانی به‌ویژه OCD، فرمول‌بندی کردند که در سال ۲۰۰۹ به‌عنوان یک روش درمانی مدرن برای اختلالات روان‌شناختی مطرح شد (۱۱). مدل فراشناختی اختلال وسواس جبری با عنوان کنش اجرایی خودنظم‌بخش^۱ شناخته می‌شود (۱۵) و بر این فرض استوار است که افکار وسواسی، نتیجه تفسیر منفی باورهای فراشناختی برای معنا یا پیامد خطرناک یک فکر یا افکار ویژه است. اساس درمان اختلال وسواسی اجباری بر پایه مدل فراشناختی عبارت است از: ۱. تغییر طیف باورهای فراشناختی مرتبط با درآمیختگی؛ ۲. تغییر باورهای ناکارآمد درباره آیین‌مندی‌ها؛ ۳. بهبود شیوه به‌کارگیری از نشانه‌های درونی نامناسبی که ملاک ارزیابی‌ها و راهنمایی‌های رفتار قرار می‌گیرند؛ ۴. ایجاد شیوه‌های جایگزین مناسب برای راهنمایی رفتار و افزایش مهارت‌های هوشیاری فراگیر (۱۶). در مطالعه‌ای عنوان‌شده که بیماران وسواس جبری در دو مؤلفه از مقیاس فراشناخت به نام‌های غیرقابل کنترل بودن نگرانی و خطر و باورهای منفی برای افکار به‌طور معنی‌داری با گروه بهنجار و اختلالات هیجانی دیگر تفاوت دارند (۱۲، ۱۷، ۱۸).

هایز و همکاران (۸) روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به‌عنوان درمانی برای وسواس ۴ فرد بیمار بررسی کردند. نتایج کاهش نسبتاً کامل اعمال وسواسی را برای همه شرکت‌کنندگان در پایان درمان نشان داد که همسو با یافته‌های پژوهشی پور فرج (۱۹)؛ ایزدی و همکاران (۲۰) نیز هست. همچنین خرم‌دل و همکاران (۲۱)؛ اندوز (۲۲)؛ سالکوسکی و همکاران (۲۳) نشان دادند که درمان فراشناختی ولز از جمله درمان‌های کوتاه‌مدت مؤثر بر اختلال وسواسی جبری است. فرنام و همکاران (۲۴) در پژوهشی با عنوان مقایسه باورهای

فراشناختی بیماران افسرده، وسواسی اجباری و گروه سالم نشان داد که بیماران افسرده و وسواس، با اختلال در بسیاری از مؤلفه‌های باورهای فراشناختی همراه هستند که همسو با یافته‌های پژوهشی (۳۱-۲۵) است. حال با توجه به وجود مشکلات جدی در روش‌های درمانی گذشته نظیر روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ در درمان اختلال وسواس جبری؛ همچنین تلاش شیوه‌های جدید درمانی نظیر درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ضرورت این پژوهش جهت بررسی اثربخشی درمان‌های فوق، برای پژوهشگر احساس شد؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراشناختی بر بهبود علائم وسواس جبری زنان مبتلا به اختلال وسواس اجباری شهر خرم‌آباد بود.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک طرح نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. در این پژوهش از دو گروه آزمایشی با نام‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه فراشناخت و یک گروه گواه استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل زنان مبتلا به اختلال وسواس- اجباری بودند که در سال ۱۳۹۲ به مراکز درمانی و بالینی شهر خرم‌آباد مراجعه کرده بودند. به‌منظور انجام این پژوهش، از بین مراجعه‌کنندگان مراکز درمانی و کلینیکی شهر خرم‌آباد، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۶۵ نفر دارای علائم اختلال وسواس جبری انتخاب شدند؛ ملاک‌های انتخاب، داشتن اختلال وسواس جبری و نداشتن اختلال همراه دیگر بود. از این افراد، در سه جلسه گروهی ۲۲ نفره، دعوت به عمل آمد تا در این پژوهش شرکت نمایند. سپس جهت اطمینان از وجود اختلال وسواس جبری در این افراد، از آن‌ها مصاحبه بالینی و پرسشنامه وسواسی اجباری مادسلی (۱۹۸۰) به عمل آمد. پس از تشخیص نهایی، تعداد ۴۵ نفر از این افراد به‌تصادف انتخاب و به همین شیوه در گروه‌های

¹ Self regulatory executive function

آزمایشی و گواه گمارده شدند. متغیرهای مستقل در این پژوهش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و فراشناخت و متغیر وابسته میزان اضطراب زنان مبتلا به اختلال وسواس جبری بود. مداخلات آموزشی درمان‌ها، مطابق با پروتکل ذیل بر روی گروه‌های آزمایش صورت پذیرفت. این درحالی بود که گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را طی پژوهش دریافت نکرد. قابل ذکر است که جهت رعایت اخلاق در پژوهش، علاوه بر توضیح کامل فرآیند پژوهش جهت شرکت آگاهانه افراد در این پژوهش برای هر دو گروه آزمایش و گواه، به گروه گواه این اطمینان داده شد که پس از انجام پژوهش، آن‌ها نیز این پروتکل درمانی را دریافت خواهند نمود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از میانگین، انحراف معیار و برای تعیین اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از آزمون تحلیل ANOVA استفاده شد.

جلسات آموزشی فراشناخت:

جلسه اول: برقراری رابطه حسنه، توضیحات لازم و کافی درباره مشکل، علل و پیامدهای آن، اجرای پیش‌آزمون.

جلسه دوم و سوم: فراخوانی فراشناخت‌های مختل، به منظور ایجاد ضابطه‌بندی موردی جهت استخراج اطلاعاتی درباره ماهیت و محتوای نشانگان افکار وسواسی و اعمال اجباری.

جلسه چهارم و پنجم: باورهای مثبت و منفی درباره آیین‌ها و افکار وسواسی و مرور تجربیات وسواسی اخیر.

جلسه ششم و هفتم: استخراج باورها و ارزیابی‌های ناکارآمد درباره افکار وسواسی، آیین‌ها و نشانه‌های توقف آیین‌ها.

جلسه هشتم و نهم: به چالش کشیدن باورهای فراشناخت مربوط به آیین‌های وسواسی.

جلسه دهم: انجام مواجهه و جلوگیری از پاسخ و اصلاح باورهای فراشناختی. جلسه یازدهم و دوازدهم: متوقف‌سازی آیین‌ها و ایجاد یک طرح جانشین جدید

به منظور ایجاد اعتماد به حافظه و کاهش تردید بیمار به خودش.

جلسه سیزدهم: اجرای پس‌آزمون.

جلسات آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد:

جلسه اول و دوم: رابطه درمانی: استعاره دو کوه؛

اجرای پیش‌آزمون، آموزش، آموزش در خصوص درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اهداف آن؛

جلسه سوم و چهارم: درماندگی خلاق: بررسی راهبردهای کنترل خاصی که فرد تاکنون استفاده کرده است. بررسی هزینه‌ها و خساراتی که این راهبردها در زندگی فرد داشته‌اند، استعاره شخص در چاه، آموزش مراجع در خصوص اینکه چگونه با استفاده از تمرینات ذهن‌آگاهی، به جای واکنش به اضطراب، آن را مشاهده کند؛

جلسه پنجم و ششم: پذیرش و زندگی طبق ارزش‌ها، جایگزین مدیریت کردن وسواس؛ تمرکز بر کنترل به‌عنوان راهبردی بی‌فایده در برخورد با اضطراب؛ استعاره طناب‌کشی با هیولا؛

جلسه هفتم و هشتم: حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خود پذیرا و مشاهده‌گر، استعاره صفحه شطرنج؛

جلسه نهم و دهم: ایجاد الگوهای منعطف رفتاری از طریق مواجهه ارزش محور، تمایل به جای اجتناب، استعاره مسافران در اتوبوس؛

جلسه یازدهم و چهاردهم: در ۴ جلسه آخر به بیمار کمک شد تا در پاسخ به فکر وسواسی و اضطراب، خزانه رفتاری‌اش را توسعه داده و الگوهای منعطف‌تر پاسخ‌دهی به وسواس را ایجاد کند. از طریق ذهن‌آگاهی، ارزش‌ها و تعهد (مشارکت در فعالیت‌های ارزش محور)، بیمار آموخت که چگونه با ننگ داشتن خود در زمان حال، افکار و هیجانات نامطبوع را بپذیرد و به‌طور عینی توصیف کند.

ابزار پژوهش: پرسشنامه وسواس اجبار مادزلی: به منظور بررسی میزان نشانه‌های اختلال وسواس اجبار در بیماران مبتلا، از این پرسشنامه استفاده شد. این پرسشنامه توسط هاجسون و راجمن (۳۲) به منظور پژوهش نوع و حیطه مشکلات وسواس تهیه شده که دارای ۳۰ سؤال است. پاسخ سؤالات به صورت

صحیح و غلط است. این آزمون دارای ۴ زیرمقیاس بوده که حداکثر نمرات در خرده‌آزمون واریسی ۹، در خرده‌آزمون شست‌وشو ۱۱، در کندی و سواس ۷ و در تردید و سواسی ۷ است. راجمن و هاجسون (۳۲) رویی همگرا و پایایی با روش آزمون-بازآزمون مجدد این پرسشنامه را رضایت‌بخش گزارش نمودند؛ ایشان رویی سازه‌ای این آزمون را در نمونه‌های بالینی و غیربالینی تأیید کردند. همچنین استرنبرگر و برنز (۳۳) گزارش نمودند که هماهنگی درونی و پایایی این مقیاس در روش آزمون-بازآزمون مجدد رضایت‌بخش بوده و دارای رویی همگرا و واگرایی قابل قبولی است. نورمن و دیگران (۳۴) نیز برای این آزمون، هماهنگی درونی را با آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش نمودند. در ایران نیز قاسم‌زاده رویی محتوایی این آزمون را بررسی کرده است (۳۵). علیلو (۳۶)، ضریب پایایی این آزمون را در یک گروه ۲۵ نفری از دانشجویان دانشگاه تربیت‌معلم تهران ۰/۸۲ برآورد کرد.

فراشناخت بر درمان مبتلایان به اختلال وسواسی‌اجباری از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد. ابتدا جهت بررسی یکسانی واریانس‌ها، آزمون لوین به کار رفت که نتایج نشان داد، شرط یکسانی واریانس‌ها برقرار است ($p=0/19$) و با رعایت سایر پیش‌فرض‌ها، استفاده از آزمون F با محدودیتی مواجه نیست. شاخص‌های توصیفی گروه‌ها، قبل و بعد از آزمایش در جدول ۱ آمده است.

با بررسی جدول فوق مشخص می‌شود که میانگین گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون بر اثر مداخله متغیرهای مستقل (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراشناختی) کاهش یافته است. قبل از بررسی معناداری کاهش در نمرات میانگین، به بررسی تفاوت بین میانگین گروه‌ها قبل از ارائه مداخله پرداخته شد. ($f=2/33$ و $p=0/10$). مقدار p حاکی از نبود تفاوت معنادار بین گروه‌ها قبل از ارائه متغیر مستقل است.

پس از این مرحله به بررسی معناداری کاهش میانگین دو گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون به وسیله آزمون واریانس پرداخته شد ($f=9/91$ و $p=0/0001$).

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها قبل و بعد از آزمایش

زمان اندازه‌گیری				گروه
پس‌آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	پیش‌آزمون	
۱/۱۲	۱۸/۶۰	۱/۵۰	۲۱/۸۶	گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
۱/۵۱	۱۹/۰۱	۱/۴۵	۲۱/۱۳	گروه آزمایش درمان فراشناختی
۱/۲۴	۲۰/۵۳	۱/۶۳	۲۰/۶۶	گروه گواه

یافته‌ها

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از میانگین، انحراف معیار و برای تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و

گروه‌ها است، از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد که خلاصه نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

مقدار p نشان‌دهنده ایجاد تفاوت معنادار متغیر گروه‌بندی (مستقل) در گروه‌هاست ($p=0/0001$). برای تعیین اینکه این تفاوت معنادار در کدام جفت از

جدول ۲. خلاصه نتایج آزمون کمترین تفاوت معنادار (LSD)

مقدار p	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده	جفت مقایسه‌شده
$p>0/01$	۰/۴۷	-۰/۴۰	گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه آزمایش درمان فراشناختی
$p<0/01$	۰/۴۷	-۱/۹۳	گروه گواه با گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
$p<0/01$	۰/۴۷	۱/۹۳	گروه گواه با گروه درمان فراشناختی

براساس جدول ۲، گرچه هر دو گروه آزمایش تفاوت معناداری با گروه گواه دارند، اما تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش مشاهده نمی‌شود.

بحث

پژوهش حاضر جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراشناختی بر بهبود علائم وسواس جبری زنان شهر خرم‌آباد صورت پذیرفت. نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراشناختی بر بهبود علائم وسواس جبری زنان شهر خرم‌آباد منجر شده است. برای تعیین اینکه این تفاوت معنادار در کدام جفت از گروه‌ها است، از آزمون LSD استفاده شد. گرچه هر دو گروه آزمایش تفاوت معناداری با گروه کنترل داشتند، اما تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش مشاهده نشد. نتایج این پژوهش همسو با پژوهش ویدیک (۵)، پورفرج عمران (۱۹) و ایزدی و همکاران (۲۰) است. چنانکه این پژوهشگران در پژوهش‌های جداگانه‌ای خاطر نشان ساخته‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی شاخص‌های مختلف آسیب روانی مانند افسردگی، اضطراب و نشانه‌های اختلال استرس پس از آسیب مؤثر هستند. خرم‌دل و همکاران (۲۱)، اندوز (۲۲)؛ سالک‌وسکی و همکاران (۲۳) نشان دادند که درمان فراشناختی و لژ از جمله درمان‌های کوتاه‌مدت مؤثر بر اختلال وسواسی جبری است.

یافته‌های پژوهش حاضر را می‌توان این‌چنین تبیین نمود: مراجعان زیادی از طیف اختلال وسواسی جبری به درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ که یکی از درمان‌های رایج است، رویکرد مناسبی ندارند. یکی از عمده دلایل این رویگردانی، عدم تحمل اضطراب همراه با این روش درمانی است و همین عامل سبب سرباززدن مراجعین از ادامه حضور در جلسات درمانی می‌شود. فرآیندهای محوری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این پژوهش، به دنبال آموزش‌هایی از فونونی که بیماران برای کنترل فکر به کار می‌گرفتند، بود؛ اینکه چگونه با افکار مزاحم و اضطراب‌زا در هم نیامیزند و اینکه چگونه هیجان‌اتشان را مدیریت و کنترل کنند. استفاده از فن‌های گسلش و پذیرش در فرآیند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب می‌شود که افراد از

موقعیت‌های وسواس‌طلب، کمتر احساس رنج کنند. باید توجه نمود که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تمرکز بر افکار و رفتار وسواسی به شکلی مستقیم نیست، ولی با استفاده از فنون پذیرش و گسلش، هیجان‌های ناخوشایند، سیری نزولی داشته و به تبع آن افکار و رفتار وسواسی نیز کاهش می‌یابد. یکی از فنون مهم در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تصریح ارزش‌ها برای مراجع است. چنانکه به‌جای ارزش‌های تعریف‌شده در فرآیند شناختی بیمار، ارزش‌های جدیدی تعریف و جایگزین می‌شود که این ارزش‌گذاری مجدد، در فرآیند شناختی بیماران وسواسی جبری سبب کاهش میزان تفکر وسواسی آنان می‌شود؛ نتیجه این کاهش، نزول فراوانی رفتار و اعمال اجبارآمیز است. انعطاف‌پذیری شناختی نیز به این بیماران می‌آموزد که وجود افکار وسواسی، مسئله اصلی به شمار نمی‌رود، بلکه مسئله اصلی، اقدام جهت پاسخ‌دادن به این افکار به‌صورت انجام اعمال وسواسی است. لذا با یادگیری انعطاف‌پذیری شناختی، آن‌ها جهت کسب خزانة رفتاری گسترده‌تر آموزش می‌بینند. حال می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بدون تمرکز بر علائم اصلی اختلال وسواسی جبری و عدم تلاش در جهت سرکوب افکار وسواسی، توانست به بهبود علائم وسواسی زنان یاری رساند.

از طرفی در رویکرد درمان فراشناختی، به‌جای اینکه فرد به دنبال چالش با افکار مزاحم و باورهای ناکارآمد و اضطراب‌زا باشد، به‌طریقی با افکار ارتباط برقرار می‌کند؛ این روش با ممانعت از ایجاد مقاومت یا تحلیل ادراکی پیچیده باعث می‌شود فرد بتواند راهبردهای تفکر ناسازگار درباره نگرانی و همچنین نظارت غیرقابل‌انعطاف بر تهدید را از بین برد. اساس درمان اختلال وسواسی اجباری بر پایه مدل فراشناختی عبارت است از: ۱. تغییر طیف باورهای فراشناختی مرتبط با درآمیختگی؛ ۲. تغییر باورهای ناکارآمد درباره آیین‌مندی‌ها؛ ۳. اصلاح و بهبود شیوه به‌کارگیری برای نشانه‌های درونی نامناسبی که ملاک ارزیابی‌ها و راهنمایی‌های رفتار قرار می‌گیرند؛ ۴. ایجاد شیوه‌های جایگزین مناسب برای راهنمایی رفتار و افزایش مهارت‌های هوشیاری فراگیر. در این نوع درمان نیز

علائم اختلال وسواس جبری مؤثرند. حال آنکه این دو نوع درمان در تأثیرگذاری بر اختلال وسواس جبری دارای تفاوت معناداری نبودند. لذا با توجه به ویژگی‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراشناختی در درمان اختلال‌های روان‌شناختی، می‌توان از این دو مدل درمان در جهت بهبود علائم اختلال وسواسی جبری بهره برد.

تقدیر و تشکر

لازم است از تمام مسئولین کلینیک‌های روان‌شناختی و مشاوره که با این پژوهش همکاری صادقانه‌ای داشتند، تشکر و قدردانی شود.

بیمار یاد می‌گیرد که بر افکار خود نظارت کند و از آن آگاهی یابد. وجود آگاهی از فرآیندهای شناختی و افکار اضطراب‌زا و هیجان‌زا سبب می‌شود که فرد قدرت کافی برای ناکارآمد دانستن آن‌ها را به دست آورد؛ این فرآیند سبب می‌شود که دیگر بیمار مبتلا به اختلال وسواسی جبری از این افکار دچار اضطراب نشود. این نکته زمانی بیشتر مهم جلوه می‌کند که بدانیم اعمال وسواسی جهت کاهش اضطراب ظهور می‌یابد. مسلماً وقتی با آگاهی از افکار، اضطراب کاهش یابد به همان نسبت نیز اعمال و افکار وسواسی کاهش می‌یابند.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاکی از آن بود که هر دو روش درمانی فراشناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود

References

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 Firdausi University of Mashhad*. 2009; 1:72-82. [Persian]
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, DC; 2000.
3. Abramowitz JS. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *J Consult Clin Psychol*. 1997;65(1):44-52.
4. Hayes SC, Strosahl KD. *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer Science & Business Media; 2010.
5. Woidneck MR. *Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Posttraumatic Stress Among Adolescents*. [PhD thesis Of Philosophy in Psychology]. [Logan,Utah]: Utah state university;2012.
6. Walser RD, Hayes SC. Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Cogn-Behav Ther Trauma*. 2006;2:146-72.
7. Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. In: *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. 2nd ed. New Jersey: Wiley; 2009; p. 77-101.
8. Masuda A, Hayes SC, Sackett CF, Twohig MP. Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety year old technique. *Behav Res Ther*. 2004;42(4):477-85.
9. Twohig MP. The application of acceptance and commitment therapy to obsessive-compulsive disorder. *Cogn Behav Pract*. 2009;16(1):18-28.
10. Levitt JT, Brown TA, Orsillo SM, Barlow DH. The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behav Ther*. 2004;35(4):747-66.
11. Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. 1st ed. London: Guilford press; 2009.
12. Wells A, Papageorgiou C. Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behav Res Ther*. 1998;36(9):899-913.
13. Mohamadkhani SH, Firoozabadi A. Relationship between obsessive beliefs and Metacognitive beliefs with the severity of obsessive compulsive symptoms in students. *The fifth seminar of college student's mental health*; 2010, p:313-5. [Persian]
14. Clark DA, Purdon C, Byers ES. Appraisal and control of sexual and non-sexual intrusive thoughts in university students. *Behav Res Ther*. 2000;38(5):439-55.
15. Wells A, Matthews G. *Attention and Emotion (Classic Edition): A Clinical Perspective*. Hove: Erlbum; 2014.
16. Abdoallah Zadeh F, Javanbakht V, Abdoallahzade H. Comparison of cognitive therapy and pharmacotherapy in obsessive thought. *Journal of Medical Science University of Sabzevar*. 2011; 18 (2): 110-8. [Persian]
17. Emmelkamp PM, Aardema A. Metacognition, Specific Obsessive Compulsive Beliefs and Obsessive Compulsive Behaviour. *Clin Psychol Psychother*. 1999;6:139-145.
18. Purdon C, Clark DA. Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behav Res Ther*. 1993;31(8):713-20.
19. Pour Faraj Omran M. Acceptance and Commitment Therapy group of student's social phobia. *Knowledge & Health*; 2011; 6(2): 1-5. [Persian]
20. Izadi R, Asgari K, Neshatdoost H, Abedi M. Efficacy of Acceptance and commitment therapy on frequency and severity of obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Information Sciences*. 2011;10(14):107-12. [Persian]
21. Khorramdel K, Neshatdoost HT, Molavi H, Amiri SH, Bahrami F. Effect of Wells' metacognitive therapy on thought fusion in patients with obsessive compulsive disorder. *J Fundam Ment Health*. 2010;12(45):400-9. [Persian].

22. 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]
23. Salkovskis PM, Forrester E, Richards C. Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *Br J Psychiatry Suppl*. 1997;(35):53–63.
24. Farnam E, Gholizade H, Pirzade J, Hekmati E, Rasoolvand A. Compare metacognition depressed patients, obsessive-compulsive and healthy. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*. 2011;18(4): 339-48. [Persian]
25. Hermans D, Martens K, De Cort K, Pieters G, Eelen P. Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive–compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 2003;41(4):383–401.
26. Simons M, Schneider S, Herpertz-Dahlmann B. Metacognitive therapy versus exposure and response prevention for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychother Psychosom*. 2006;75(4):257–64.
27. Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive–compulsive disorder: A case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2008;39(2):117–32.
28. Rees CS, van Koesveld KE. An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2008;39(4):451–8.
29. Firouzabadi A, Shareh H. Effectiveness of detached mindfulness techniques in treating a case of obsessive compulsive disorder. *Adv Cogn Sci*. 2009;11(2):1–7. [Persian]
30. Irak M, Tosun A. Exploring the role of metacognition in obsessive–compulsive and anxiety symptoms. *J Anxiety Disord*. 2008;22(8):1316–25.
31. Shirinzadeh S. The comparison of Metacognitive beliefs and responsibility among OCD, GAD and normal group. [MSc. thesis in Clinical psychology]. Shiraz University; 2006, pp: 7-84. [Persian]
32. Rachman SJ, Hodgson RJ. Obsessions and compulsions. Prentice Hall; 1980.
33. Sternberger LG, Burns GL. Maudsley obsessional-compulsive inventory: obsessions and compulsions in a nonclinical sample. In: *Behaviour Research and Therapy*. 1990, p. 337–40.
34. Norman RMG, Davies F, Malla AK, Cortese L, Nicholson IR. Relationship of obsessive—compulsive symptomatology to anxiety, depression and schizotypy in a clinical population. *Br J Clin Psychol*. 1996 Nov 1;35(4):553–66.
35. Mahin H. Relationship between Obsessive-compulsive symptoms associated with anxiety, depression and disruptive shed. [PhD thesis in psychology]. [Tehran]: Tehran University;2001. [Persian]
36. Alilo M. Concerns the relation between a subset of washing, checking, and obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Contemporary Psychology*.2006;1(1):3-10. [Persian]