مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره ۲۲، شماره ۲، خرداد و تیر ۱۳۹۳
صفحه: ۱۰۶۸-۱۰۵۴

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol. 22, No. 2, May-Jun 2014
Pages: 1054-1068

اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش باورهای مربوط به درآمیختگی افکار افراد مبتلا به نوع شستشوی اختلال وسواسی ـ اجباری

زهره فرهمندمهر*[۱]، مجید محمود علیلو[۲]، حمید پورشریفی[۳]

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
۲- استاد گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
۳- دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۶/۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۲/۱

چکیده

مقدمه: اختلال وسواسی ـ اجباری (OCD) یک اختلال روانی ناتوان‌کننده است و تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی می‌گذارد. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش باورهای مربوط به درآمیختگی افکار افراد مبتلا به نوع شستشوی اختلال وسواسی ـ اجباری انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر در چارچوب یک مطالعه آزمایشی تک موردی همراه با طرح خطوط پایه چندگانه پلکانی مورد بررسی قرار گرفته است. نمونه این پژوهش شامل سه نفر از افراد دارای اختلال وسواسی ـ اجباری (نوع شستشو) می‌باشد که در بهار سال ۱۳۹۲ به مراکز مشاوره خصوصی شهر همدان مراجعه کردند و به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. سپس تحت ۱۰ جلسه درمان فراشناختی قرار گرفتند و پرسشنامه درآمیختگی افکار برای تعیین خط پایه در مرحله اول استفاده شد و در جلسات ۲، ۴، ۶، ۸ و همچنین در پایان درمان نیز این پرسشنامه تکمیل شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل نموداری و تعیین درصد بهبودی استفاده گردید. همچنین داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و t همبسته تحلیل شدند.

نتایج: پیشرفت‌های بالینی و آماری معنی‌داری در بهبود باورهای درآمیختگی افکار بعد از درمان به دست آمد. در ۳ ماه پیگیری، پیشرفت‌های به دست آمده در طول درمان حفظ شد که درمان امیدوار کننده به نظر می‌رسد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده، حمایتی از تأثیر درمان فراشناختی در کاهش باورهای درآمیختگی افکار افراد مبتلا به نوع شستشوی اختلال وسواسی اجباری فراهم شد.

کلیدواژه‌ها: اختلال وسواسی ـ اجباری، باورهای درآمیختگی افکار، درمان فراشناختی

* (نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۱۸۸۱۷۸۸۲۰، پست الکترونیکی: farahmandzohre@yahoo.com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

مقدمه

اختلال وسواسی ـ اجباری (Obsessive Compulsive OCD:Disorder) یکی از مشکلات جدی سلامت روان است و سالانه هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی هنگفتی را بر جامعه تحمیل می‌کند(۱). اختلال وسواسی ـ اجباری یکی از اختلال‌های اضطرابی، با مشخصه افکار، ایده‌ها، تصاویر یا تکانه‌های مزاحم، نامناسب و تکراری است که اضطراب و مقاومت ذهنی (وسواس‌ها) را برمی‌انگیزد و بنابراین فرد را برای خنثی‌کردن ترس وسواسی یا عمل بر پایه قواعد انعطاف‌ناپذیر، مجبور به انجام رفتارهای آشکار یا پنهان (تشریفات اجباری) می‌کند(۲). شیوع اختلال وسواسی- اجباری در طول عمر در جمعیت کلی ۲-۳ درصد تخمین زده می‌شود که در مطالعات همه‌گیرشناسی در کشورها و فرهنگ‌های مختلف ثبات در این میزان شیوع دیده می‌شود(۳). به طور کلی می‌توان گفت که OCDیک بیماری پیچیده و ناهمگن با تنوع گسترده‌ای در ارائه نشانه‌ها، ویژگی‌های بالینی همراه و پاسخ به درمان است(۴). اخیرا محققین پیشنهاد کرده‌اند، اختلال وسواسی ـ اجباری ماهیت ناهمگن دارد و در واقع می‌توان OCD را به انواع فرعی همگن تقسیم کرد. اساس طبقه‌بندی، برگرفته از دیدگاه نشانه‌شناسی با استفاده از تحلیل عاملی و نیز تا حدودی هم بر اساس یافته‌های عصب روان‌شناختی می‌باشد و بررسی میزان پاسخ به درمان یکی از انگیزه‌های اصلی در شناسایی انواع فرعی این اختلال بوده است(۲). از میان این تلاش‌ها، اخیراً مطالعاتی که برخورد مبتنی بر تحلیل عامل (Factor Analysis) با مقوله OCD داشته‌اند، نشانه‌های OCD را به چند بعد تقریباً پایدار و از نظر بالینی معنی‌دار تقسیم کرده‌اند. Baer در مطالعه‌ای ۱۳ گروه اصلی نشانه‌ها را در ۱۰۷ بیمار سنجید و سه عامل را تعریف نمود که آلودگی/ شستشو، قرینه‌سازی/ انبار کردن و وسواس خالص بودند و این طور گزارش کرد که بیمارانی که امتیاز بالا را در عامل قرینه‌سازی و انبار کردن کسب کرده بودند، احتمال بیشتری برای وجود همزمانی تشخیص اختلال مزمن تیک و اختلال شخصیت وسواسی ـ اجباری داشتند(۵). Calamari و همکاران معتقدند که مشخص کردن تفاوت‌های بین نشانه‌های زیرگروه‌های OCD می‌تواند در اقدامات مرتبط با انتخاب درمان و پیش‌بینی پاسخ به درمان کمک‌کننده باشد(۶) Mataix- Cols و همکاران نشان دادند که نمرات بالاتر در عامل خودتحلیلی که در بعد احتکار دیده می‌شود پیش‌بینی‌کننده پاسخ ضعیف به درمان دارویی است. Mataix- Cols و همکاران نشان دادند که نمرات بالا در بعد احتکار پیش‌بینی کننده خروج زودهنگام از رفتار درمانی است و این که نمره‌های بالا در بعد احتکار و یا جنسی/مذهبی پیش‌بینی کننده پاسخ درمانی ضعیف است(۸). از اولین افرادی که به وجود زیرمجموعه‌های وسواسی ـ اجباری توجه نمود Marks بود. او دو شکل اصلی فعالیت‌های وسواسی ـ اجباری را شستشوی ناشی از ترس از آلودگی و وارسی ناشی از ترس از خطر اعلام کرد(۸). در این میان وسواس شستشو یکی از شایع‌ترین زیرگروه‌های اختلال وسواس اجباری است(۹). در حال حاضر با توجه به وجود زیرمجموعه‌های مجزا در درون اختلال وسواسی- اجباری خط جدیدی از پژوهش‌ها را باعث شده است. انواع درمان‌های روان‌شناختی برای مقابله مؤثر با این اختلال پیشنهاد می‌شود اما آنچه باید مورد توجه قرار گیرد تفاوت این مداخلات از نظر سهولت اجرا و تداوم نتایج درمان است. در حوزه درمان‌های جدیدتر روان‌شناختی، نخستین بارWells و Matthews با ترکیب رویکرد طرحواره (Schema Theory) و پردازش اطلاعات (Information Processing)، الگوی فراشناختی (Meta Cognitive Model) را بر مبنای مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی (Self-Regulatory Function Model)، جهت تبیین و درمان اختلالات هیجانی معرفی کردند و سپس Wells آن را اصلاح نمود. فراشناخت به باورها و فرایندهایی اشاره دارد که برای ارزیابی، تنظیم و یا بررسی و بازبینی فکر استفاده می‌شود(۱۰).

در مدل اولیه فراشناختی یک راه‌انداز (ماشه‌چکان) 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

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

می‌باشند. بخصوص در بیماران وسواسی، باورهای فراشناختی مرز بین فکر، رویداد و عمل را از بین می‌برد. به بیان دیگر بیماران باور دارند که یک فکر خاص، یک رویداد را به وجود می‌آورد(۱۱).

باورهای فراشناختی درباره افکار یا احساسات مزاحم، در پی اصطلاحات معرفی شده از سوی Rachman برای توصیف تحریف‌های شناختی OCD باورهای مربوط به آمیختگی فکر نامگذاری شده‌اند(۱۲). در الگوی فراشناختی سه حیطه فراباور مرتبط با آمیختگی توصیف شده است. این حیطه‌ها عبارتند از: ۱- آمیختگی فکر ـ عمل (Thought Action Fusion): باوری است مبنی بر این که افکار، احساسات یا تکانه‌های مزاحم به تنهایی می‌توانند فرد را به انجام اعمال ناخواسته و ناشایست وادار سازد. برای مثال، فردی که هر وقت چاقویی را در دست می‌گیرد، میل ناخواسته‌ای در خصوص زخمی کردن کسی به ذهنش خطور می‌کند. ۲- آمیختگی فکر- رویداد (Thought Event Fusion): باوری است مبنی بر این که یک فکر مزاحم به تنهایی می‌تواند سبب وقوع رویداد خاص شود یا این باور که داشتن فکر مزاحم به معنای آن است که رویدادی باید قبلاً رخ داده باشد. برای مثال، اگر فردی این فکر به ذهنش خطور کند که "آیا من کسی را کشته‌ام؟"، این فکر به تنهایی به این باور منجر می‌شود که من احتمالاً کسی را کشته‌ام. ۳- آمیختگی فکر- شیء (Thought Object Fusion): باوری است مبنی بر این که افکار و احساسات می‌توانند به اشیاء منتقل شوند، پیامدی که افکار و احساسات را "واقعی‌تر"، قدرت آسیب‌زایی آنها را بیشتر و گریزناپذیر می‌سازد و یا موجب از بین رفتن اشیاء می‌شود. یک نمونه، این باور است که احساسات بد می‌توانند به کتاب‌ها منتقل شده و آنها را آلوده سازند(۱۳).

فعال شدن باورهای درآمیختگی افکار، ارزیابی‌هایی را برمی‌انگیزاند که بر اساس آنها فکر وسواسی خطرناک تلقی می‌شود. این ارزیابی‌ها منجر به بروز احساس ترس، اضطراب، گناه و ناراحتی می‌شوند. خود این احساسات هم می‌توانند نشانه‌ای باشند از این که خطر همراه با افکار مزاحم، خطری واقعی است. در پی آن، فرایندهای فراشناختی، برای مقابله با خطر ادراک شده، راهبردهایی خاص، مانند سرکوب فکر، خنثی‌سازی، وارسی و استدلال ذهنی، فعال می‌شوند. انتخاب یکی از این راهبردها با نوعی از ارزیابی که فکر وسواسی در بیمار ایجاد کرده، مرتبط است. مثلاً وقتی ارزیابی فردی این است که فکر وسواسی نشان‌دهنده وقوع حوادث منفی در آینده است و باید از آنها جلوگیری کرد، ممکن است راهبرد خنثی‌سازی را برگزیند، در حالی که اگر ارزیابی فرد این باشد که فکر وسواسی نشان‌دهنده آن است که اتفاقی خطرناک پیش از این رخ داده است، ممکن است راهبردهای وارسی یا اختلال ذهنی را به کار گیرد. این راهبردها باعث می‌شوند فرد نتواند در واقعیت، این باورها را بیازماید و اعتبار آنها را رد کند(۱۴).

باورهای فراشناختی مرتبط با اغتشاش فکر ـ عمل و باروهای منفی درباره توانمندی شناختی، پیشگویی‌های قابل اعتمادی برای بروز نشانه‌های وسواسی شناخته شده‌اند(۱۵).

در حالی که رویکردهای فراشناختی اختلال وسواسی ـ اجباری، فقط یک الگوی مقدماتی محسوب می‌شود، پیشنهاد می‌کند که درمان بایستی دربرگیرنده تمرکز قابل ملاحظه‌ای بر اصلاح باورهای فراشناختی زیربنایی (باورهایی شامل حوزه‌های اغتشاش فکر ـ عمل، اغتشاش فکر ـ رویداد و اغتشاش فکر ـ شی) باشد(۱۲). پژوهشگران زیادی در حیطه علایم OCD نشان داده‌اند که باورهای فراشناختی در OCD نقش دارند. برای مثال Gwilliam و همکاران نشان دادند که باورهای فراشناختی مربوط به آمیختگی همبستگی مثبتی با علایم وسواسی اجباری دارد(۱۵). همچنین نشان داده شده است، که بین باورهای آمیختگی فکر و علایم وسواسی اجباری رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد. یافته‌های این پژوهش از الگوی فراشناختی اختلال وسواسی اجباری حمایت می‌کند و نشان می‌دهد باورهای آمیختگی فکر می‌تواند در آغاز شدن و تداوم اختلال وسواسی اجباری مؤثر باشد(۱۶).

پژوهش‌های چندی نیز اثربخشی مدل فراشناختی ولز را بر روی اختلال وسواسی ـ اجباری نشان داده‌اند(۲۰-۱۷،۱۳). برای نمونه، Fisher و همکارش نشان دادند که آزمودنی‌ها در آزمون آمیختگی فکر، بهبودی قابل توجهی در پایان درمان

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

فراشناختی و مرحله پیگیری داشته‌اند(۱۷). در ایران نیز Andooz در مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی الگوی فراشناختی ولز در درمان یک مورد اختلال وسواسی ـ اجباری پرداخته است، که با استفاده از روش تک موردی تجربی از نوع خط پایه چندگانه بر روی یک مورد آزمودنی، اثربخشی مدل فراشناختی مورد تأیید قرار گرفت(۲۱). همچنین برخی از پژوهشگران ایرانی در مطالعاتی نشان داده‌اند که درمان فراشناختی در کاهش نشانه‌ها و برخی باورهای مرتبط با اختلال وسواسی ـ اجباری مؤثر می‌باشد(۲۲،۲۳). همچنین تحقیق دیگری نیز نشان می‌دهد که درمان فراشناختی در کاهش درآمیختگی افکار بیماران OCD در پس‌آزمون و پیگیری مؤثر بوده است(۲۴).

با وجود یافته‌های به دست آمده از این پژوهش‌ها، شناخت OCD به علت دامنه گسترده‌ای از علایم رفتاری و روانی آن، کار مشکلی است. بر همین اساس، به دلیل تنوع غیرمعمول الگوی نشانه‌ها، پژوهشگران تلاش کرده‌اند تا وسواس‌ها و اجبارها را در زیرگونه‌هایی طبقه‌بندی کنند و این حوزه به پژوهش‌های بیشتری در زمینه آسیب‌شناسی و درمان نیاز دارد، زیرا در حال حاضر بدون توجه به اینکه محتوای وسواس‌ها (برای مثال شستشو و وارسی) یا اشکال آن (برای مثال تردید و تکانه) چه باشند یا اجبارها و تشریفات وابسته به آن آشکار یا نا آشکار باشند، از درمان‌های روانشناختی و دارویی یکسانی استفاده می‌شود(۲۵). احتمالاً پژوهش‌های جدید به شکل‌گیری درمان‌های متفاوت برای زیرمجموعه‌های اختلال وسواسی- اجباری منجر می‌شود. به نظر می‌رسد انجام پژوهش‌های درمانی بر روی انواع فرعی اختلال وسواسی ـ اجباری و مشخص کردن میزان پاسخ به درمان در انواع فرعی این اختلال به خصوص نوع شستشو که یکی از شایع‌ترین آنها می‌باشد، راهگشایی در درمان مؤثرتر و مقرون به صرفه‌تر این اختلال می‌باشد. همچنین به نظر می‌رسد تاکنون از الگوی فراشناختی و رویکرد درمانی ناشی از آن برای درمان شایع‌ترین شکل اختلال وسواسی ـ اجباری بهره گرفته نشده است. لذا با توجه به مطالب ذکر شده و اهمیت درآمیختگی افکار در اختلال وسواسی ـ اجباری و همچنین ویژگی‌های مثبت درمان فراشناختی از جمله مشخص بودن جلسات و کوتاه مدت بودن این درمان و شیوع بالای نوع شستشوی اختلال وسواسی ـ اجباری، مطالعه حاضر با هدف آزمودن اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش باورهای مربوط به درآمیختگی افکار افراد مبتلا به نوع شستشوی اختلال وسواسی ـ اجباری انجام شده است.

روش بررسی

این پژوهش در چارچوب یک مطالعه آزمایشی تک موردی (Single-Subject) با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه پلکانی مورد بررسی قرار گرفته است. در این گونه طرح‌ها شرایط شرکت‌کننده به دقت کنترل می‌شود و متغیر مستقل نیز به طور منظم در مورد آزمودنی اعمال می‌شود(۲۶). متغیر مستقل در این پژوهش درمان فراشناختی و متغیرهای وابسته، نمرات آزمون درآمیختگی افکار در بیماران مبتلا به OCD در نظر گرفته شد. از میان بیماران مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره خصوصی شهر همدان سه نفر مبتلا به نوع شستشوی اختلال وسواسی - اجباری با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مراجعه کننده به مراکز مشاوره خصوصی شهر همدان بود که در زمان اجرای پژوهش (بهار ۹۲) طی مصاحبه تشخیصی از سوی روانشناس بالینی، مبتلا به اختلال وسواسی ـ اجبار تشخیص داده شدند. مجموع تعداد مراجعه‌کنندگان به این مراکز ۸ نفر بود که پس از غربالگری بر اساس معیارهای ورود و خروج از مطالعه، ۳ نفر انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تشخیص اختلال وسواسی- اجباری بر اساس ملاک‌های تشخیصی اختلال وسواسی ـ اجباری(۲۷)، پرسشنامه وسواسی ـ اجباری مادزلی و تأیید تشخیص بر اساس نظر روانشناس بالینی، داشتن سن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۵۰ سال، دارا بودن سطح تحصیلات حداقل دیپلم، پذیرفتن فرد برای شرکت در پژوهش بود، پس از امضای رضایت نامه کتبی و همچنین نداشتن علایم سایکوتیک یا افکار جدی خودکشی و نداشتن اختلال شخصیت، بیماری عصبی یا سوء مصرف مواد وارد طرح درمان شدند. همچنین استفاده از هر نوع داروی روانپزشکی در سه ماه قبل از اولین جلسه درمان

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

و استفاده از هر نوع خدمات روانشناختی برای هر اختلال روانی محور I و II، سبب کنار گذاشتن افراد از بررسی گردید.

شرکت‌کنندگان در این پژوهش سه آزمودنی زن، ۲۵، ۲۸ و ۳۰ سال بودند که هر سه از نظر سنی و وضعیت اقتصادی در حد نزدیک به هم بودند. تحصیلات آنها دیپلم، کارشناسی و کارشناسی ارشد بود. از نظر وضعیت تاهل، شرکت کننده دوم متاهل و دو شرکت‌کننده دیگر مجرد بودند. هر سه آزمودنی تشخیص اختلال وسواسی ـ اجباری از نوع شستشو دریافت کردند که بر اساس شرح حال گرفته شده، شرکت کننده اول ۵ سال علایم OCD را داشت، شرکت‌کننده دوم از حدود ۱۵ سال پیش علایم OCD را داشته و شرکت‌کننده سوم ۱ سال بود که از علایم OCD شکایت داشت.

خلاصه موضوع جلسات درمانی از این قرار بود:

در جلسه اول (پس از ارزیابی اولیه بیمار)، مفهوم‌سازی مورد، آشنایی با درمان، آزمایش فرونشانی افکار و تمرین ذهن آگاهی گسلیده بر روی افکار خنثی و وسواسی انجام شد و سپس از مراجع خواسته شد، هنگام مواجهه با افکار مزاحم به عنوان تکلیف از فن ذهن آگاهی گسلیده (DM) استفاده کند؛ یعنی جریان فکرش را صرفاً مشاهده کند، بدون اینکه آن را تفسیر، تعبیر و کنترل کند و به آن واکنش نشان دهد. در جلسه دوم، مرور تکالیف خانگی انجام شد و منطق درمان شناختی و الگوی فراشناختی اختلال وسواسی ـ اجباری برای بیمار توضیح داده شد. کاربرد بیشتر فنون ذهن آگاهی گسلیده در دستور کار قرار گرفت و برای افزایش آگاهی فراشناختی بیمار و عدم درگیری او با نگرانی و نشخوار فکری روزانه، فن مواجهه و پاسخ دادن (ERC) و به تعویق انداختن آیین‌مندی‌ها آموزش داده شد. فن مواجهه و پاسخ دادن به بیمار اجازه می‌دهد آدابش را به جا آورد، اما هدف درگیر شدن او در آداب وسواسی اصلاح می‌شود یعنی بیمار به جای استفاده از آداب وسواسی برای خلاص شدن از افکار یا کاهش خطر آنها، فقط باید آداب وسواسی را همراه با حفظ آگاهی از افکار وسواسی آن به جا آورد. به عبارت دیگر، قوانین طوری تغییر می‌یابند که فکر وسواسی در سراسر به جا آوردن آداب وسواسی حفظ می‌شود. این فعالیت فاصله گرفتن از فکر را تسهیل کرده و پردازش فراشناختی افکار مزاحم را تقویت می‌کند. در مورد فن به تعویق انداختن نگرانی به بیمار گفته شد که هرگاه افکار مزاحم ظاهر شدند، باید بداند که افکار اتفاق افتاده‌اند و به خودش بگوید «الان نباید به آنها فکر کنم و درباره پیامدهایش نگرانی و نشخوار فکری داشته باشم، بلکه می‌توانم بعداً فعالانه به آنها فکر کنم» و پس از آن اجازه دهد تا با گذشت زمان این افکار به تدریج محو شوند. اما از بیمار خواسته می‌شود که هر شب ۱۵ تا ۳۰ دقیقه فعالانه به گرانی‌اش فکر کند. در پایان جلسه دوم به بیمار گفته شد تا به عنوان تکلیف خانه از فنون ذهن‌آگاهی گسلیده، مواجهه و پاسخ دادن و به تعویق انداختن آیین‌مندی‌ها استفاده کند. در جلسه سوم چالش کلامی با باورهای مربوط به آمیختگی (TAF، TEF و TOF) انجام شد و آزمایش‌های رفتاری در مورد TAF، TEF و TOF در جلسه درمان اجرا شد و به عنوان تکلیف خانه از مراجع خواسته شد فنون ذهن‌آگاهی گسلیده را در مورد افکار مزاحم بکار بگیرد و آزمایش رفتاری را که در جلسه برنامه‌ریزی شده بود را اجرا کند. در جلسه چهارم سعی شد سایر راهبردهای ناکارآمد و باورهای درآمیختگی فکر بیمار، شناسایی و با شیوه‌های فراشناختی به چالش کشیده شوند. از دیگر راهکارهایی که در این دو جلسه همراه با تمرین بیشتر فنون ذهن‌آگاهی گسلیده انجام گرفت، مواجهه و پاسخ دادن و به تعویق انداختن آیین‌مندی‌ها بود. برای تغییر باورهای آمیختگی، آزمایش‌های رفتاری برای چالش با آنها در جلسه درمان بکار برده شد. در جلسه‌های پنجم و ششم علاوه بر چالش کلامی با باورهای آمیختگی و تمرین فنون فوق، باورهای بیمار در مورد لزوم به جا آوردن آداب وسواسی بررسی و برای به چالش کشیدن این باورها از آزمایش‌های کنترل شده مواجهه همراه با جلوگیری از پاسخ (ERP) استفاده شد. در جلسه‌های هفتم و هشتم با استفاده از شیوه‌های کلامی و آزمایش‌های رفتاری، باورهای حل نشده مراجع درباره افکار مزاحم، باورهای آمیختگی و آداب وسواسی به چالش کشیده شدند و با کشف نشانه‌ها و ملاک‌های توقف آداب وسواسی، درمانگر به مراجع کمک کرد تا این نشانه‌ها و ملاک‌ها را تغییر

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

دهد. در این راستا، مراجع و درمانگر برای مواجهه با افکار مزاحم با مشارکت یکدیگر شروع به ابداع برنامه‌های جدید کردند. در پایان، روی باورهای آمیختگی باقی مانده و خودداری از آیین‌مندی‌ها و اجتناب‌های باقی مانده تمرکز شد، همچنین کار روی «طرح کلی» درمان هم انجام شد. طرح کلی شامل مثالی از فرمول بندی مورد، فهرستی از باورهای فراشناختی بیمار درباره افکار و تکانه‌های مزاحم، باورهای آمیختگی و خلاصه شواهدی است که از طریق روش‌های کلامی و رفتاری حاصل می‌شوند و بیمار آنها را به چالش می‌کشد(۱۴).

برای انجام این پژوهش از ابزارهای ذیل استفاده گردید:

- مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV-TR (نسخهٔ بالینیSCID- I/CV)

- در ارزیابی اختلال‌های اصلی روان‌پزشکی (بر اساس تعاریف و معیارهای DSM-IV-TR)، SCID-I ابزار جامع معیار شده‌ای است که برای استفاده در مقاصد بالینی و پژوهشی طراحی شده است(۱۵) روایی و پایایی این ابزار در پژوهش‌های مختلف قابل قبول گزارش شده است. نسخهٔ فارسی این پرسشنامه را Sharifi و همکاران تهیه و اعتباریابی کرده و روایی و پایایی مطلوبی برای آن گزارش کرده‌اند (کاپای بالاتر از ۶۰٪). توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰٪). توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲٪ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵٪) به دست آمده که رضایت بخش است(۲۸).

پرسشنامه وسواسی ـ اجباری مادزلی (Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory) توسط Hodgson و همکارش به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات وسواس تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ پرسش بسته دو گزینه‌ای (بله/ خیر) است. آزمون افزون بر یک نمره کلی چندین نمره جداگانه برای وارسی کردن، شستشو، کندی/ تکرار و شک/ تردید و نشخوار فکری دارد. بر حسب اطلاعات ارایه شده توسط سازنده آزمون، این پرسشنامه ابزار خوبی برای بررسی سبب‌شناسی، سیر و پیش‌آگهی انواع شکایت‌های وسواسی، می‌باشد. تمرکز اصلی این آزمون روی علایم OCD می‌باشد، به ویژه برای ارزیابی اثرات درمان روی این علایم مناسب است. گفتنی است که اعتبار و پایایی پرسشنامه در جوامع مختلف نشان داده شده است. Hodgson و همکارش و پایایی این ابزار را به روش باز آزمایی ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند(۲۹). همچنین Aliloo در پژوهش خود با یک گروه ۲۵ نفری از دانشجویان پایایی بازآزمون پرسشنامه مذکور را ۰/۸۲ گزارش کرده است(۳۰). بهره‌گیری از پرسشنامه‌هایی مانند پرسشنامه مادزلی بالقوه در تعیین شدت علایم و تعیین زیرگروه‌های علایم و در نتیجه مداخلات درمانی سودمند خواهند بود(۳۱).

- پرسشنامه درآمیختگی افکار (Taught Fusion Instrument) یک آزمون خودسنجی دارای ۱۴ گویه است که باورهای رایج را در مورد معنی و قدرت افکار می‌سنجد. این پرسشنامه سه مقوله درآمیختگی افکار را که در مدل فراشناختی معرفی شده‌اند، می-سنجد. این سه عامل عبارتند از: ۱- درآمیختگی فکر ـ عمل، ۲- درآمیختگی فکر- رویداد، ۳- درآمیختگی فکر- شی. پاسخ‌ها بر یک پیوستار ۱۰۰ درجه‌ای و از ۰= هیچ اعتقادی ندارم تا ۱۰۰= کاملاً معتقدم و به صورت ده‌تایی نمره‌گذاری می‌شوند. حداکثر نمره قابل اکتساب در پرسشنامه، ۱۴۰۰ می‌باشد. ملاک‌های نمره‌دهی در پرسشنامه درآمیختگی افکار بر اساس هر عامل به صورت زیر می‌باشد: عامل درآمیختگی فکر ـ عمل دارای ۶ گویه است که شامل سؤالات ۲، ۴، ۶، ۷، ۱۰ و ۱۲ می‌باشد. عامل درآمیختگی فکر-رویداد نیز دارای ۵ گویه است که شامل سؤالات ۱، ۳، ۵، ۸ و ۱۳ می‌باشد و عامل درآمیختگی فکر- شی هم دارای ۳ گویه است که به سؤالات ۹، ۱۱ و ۱۴ مربوط می‌شود(۳۲). Wells و همکاران پرسشنامه درهم آمیختگی افکار را بر پایه الگوی فراشناختی و با هدف سنجش گسترده مفهوم درآمیختگی افکار ساخته‌اند و در چند بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی آن را سنجیده‌اند(۱۶). آنها ضریب همسانی درونی مناسبی را برای این آزمون گزارش کردند. همچنین همبستگی کل ماده‌ها در دامنه‌ای از ۰/۳۵ تا ۰/۷۸ گزارش شده است. Gwilliam و همکاران همبستگی معنی‌داری بین TFI با پرسشنامه‌های باورهای فراشناختی —۳۰ (MCQ-۳۰) و

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

درآمیختگی فکر- کنش (TAF) را گزارش کرده‌اند(۱۶). Myers و همکاران ضریب پایایی این آزمون را به روش بازآزمایی ۰/۶۹ گزارش نموده‌اند(۳۳)

Khoramdel و همکاران در مطالعه‌ای در یک نمونه ایرانی ضرایب پایایی آلفای کرونباخ و دونیمه‌سازی برای TFI را به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۳ گزارش کردند. در این مطالعه با استفاده از تحلیل عوامل تأییدی، ۳ عامل به دست آمد که در مجموع ۶۰/۴۷ درصد از واریانس پرسشنامه را تبیین نمود. داده‌های روایی همگرا ضریب همبستگی بین آزمون درآمیختگی افکار و پرسشنامه درآمیختگی فکر- کنش را ۰/۶۵ نشان داد. در این پژوهش همچنین بیماران OCD به طور معنی‌داری نمرات بالاتری از جمعیت بهنجار در TFI به دست آوردند(۳۴).

پس از ارجاع بیماران از سوی روانشناس بالینی و بعد از گرفتن مشخصات اولیه از مراجعه‌کنندگان به منظور تشخیص اختلال وسواسی ـ اجباری و رد اختلالاتی که شامل معیارهای خروج از مطالعه بودند، مصاحبه ساختار یافته بر اساس ملاک‌های تشخیصی اختلال وسواسی ـ اجباری در DSM-IV-TR انجام شد و پرسشنامه وسواس ـ اجباری مادزلی استفاده شد و بعد از حصول اطمینان از درستی تشخیص، قسمت دوم ارزیابی صورت گرفت که شامل تاریخچه نشانه‌های وسواس‌ها و اجبارها، پیشایندها، عوامل نگه دارنده و تداوم بخش اختلال بود. در بخش پایانی جلسه اول (جلسه ارزیابی و تشخیص) پرسشنامه درآمیختگی افکار برای تعیین خط پایه در مرحله اول استفاده شد. از آنجا که در این پژوهش از طرح خطوط پایه چندگانه پلکانی استفاده شده از آزمودنی اول یک خط پایه گرفته شد و آزمودنی وارد مرحله درمان شد، از آزمودنی دوم دو خط پایه گرفته شد و سپس وارد مرحله درمان شد و از آزمودنی سوم سه خط پایه گرفته شد و سپس وارد درمان شد که گرفتن خط پایه برای هر آزمودنی با فاصله یک هفته انجام می‌شد و سپس هر آزمودنی تحت ده جلسه هفتگی ۵۰ الی ۶۰ دقیقه‌ای درمان فراشناختی بر مبنای کتاب راهنمای گام به گام این درمان، راهنمای عملی درمان فراشناختی برای اختلال وسواسی ـ اجباری قرار گرفت. هر آزمودنی در پایان جلسه دوم، چهارم، ششم، هشتم و پایانی پرسشنامه درآمیختگی افکار را تکمیل نمودند. همچنین ۳ ماه بعد نیز آزمودنی‌ها برای ارزیابی دوباره مراجعه و پرسشنامه مذکور را تکمیل نمودند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل نموداری استفاده شد. در این روش فراز و فرود متغیر وابسته، پایه داوری در مورد میزان تغییر به شمار می‌رود(۳۵). علاوه بر تحلیل نموداری، از درصد بهبودی نیز برای بررسی معنی‌داری بالینی تغییرات استفاده شد. فرمول درصد بهبودی به قرار زیر می‌باشد:

$$\Delta A\% = (A0 - A1) / A0$$

ΔA%: میزان بهبود، A0 : مشکل آماجی در جلسه اول (باورهای درآمیختگی افکار)،A1: مشکل آماجی در جلسه آخر (باورهای درآمیختگی افکار)

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و t همبسته تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

تغییرات کسب شده در خرده مقیاس‌های پرسشنامه درآمیختگی افکار برای آزمودنی‌ها در خرده مقیاس آمیختگی فکر ـ عمل پرسشنامه درآمیختگی افکار در مرحله خط پایه برای شرکت‌کننده اول ۳۲۰، شرکت‌کننده دوم ۳۲۰ و شرکت‌کننده سوم ۳۷۰ بود که سیر نزولی علایم در فرایند درمان در پس آزمون به ترتیب به ۱۴۰، ۹۰ و ۲۲۰ رسید که این روند بهبودی ۵۶٪ برای شرکت کننده اول، ۷۲٪ برای شرکت‌کننده دوم و ۴۶٪ را برای شرکت‌کننده سوم نشان می‌دهد.

همچنین نتایج به دست آمده از درمان فراشناختی کاهش نمرات خرده مقیاس آمیختگی فکر ـ رویداد را نیز نشان می‌دهد. بر این اساس نمره شرکت‌کننده اول از ۳۷۰، به ۹۰، شرکت‌کننده دوم از ۳۷۰ به ۱۹۰ و شرکت‌کننده سوم از ۴۲۰ به ۱۷۰ طی درمان فراشناختی کاهش یافت که به ترتیب بهبودی ۷۶ درصد، ۴۹ درصد و ۶۰ درصد را برای شرکت‌کننده‌ها نشان می‌دهد.

از دیگر نتایج به دست آمده کاهش نمرات شرکت‌کننده‌ها در خرده مقیاس آمیختگی فکر- شی در روند درمان می‌باشد.

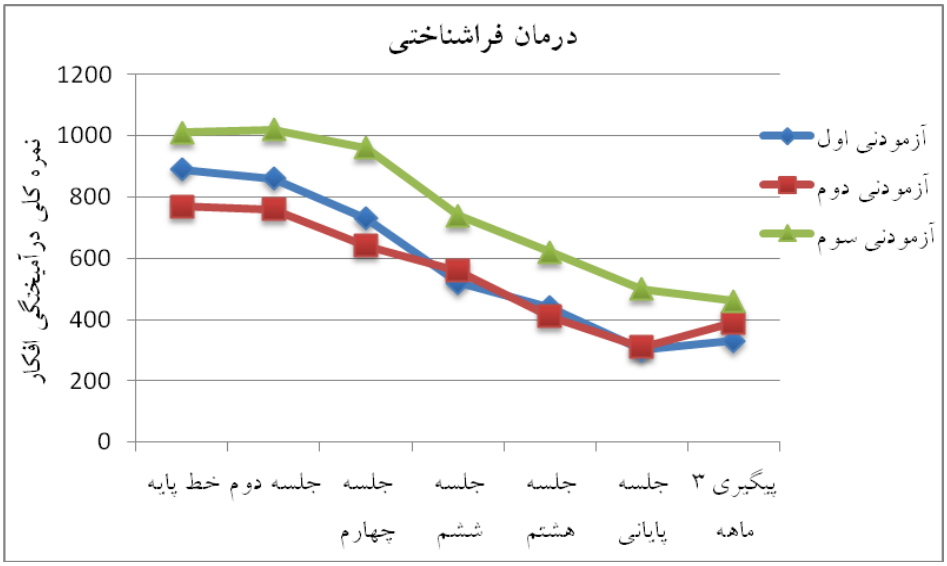
[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

به طوری که نمره شرکت کننده اول در خط پایه ۲۰۰، شرکت کننده دوم ۸۰ و شرکت‌کننده سوم ۲۲۰ بود که پس از درمان به ۷۰، ۳۰ و ۱۱۰ کاهش یافت که نشان از میزان بهبودی خوب ۶۵ درصد برای شرکت‌کننده اول، ۶۲ درصد برای شرکت کننده دوم و ۵۰ درصد برای شرکت کننده سوم می‌باشد.

به طور کلی یافته‌های به دست آمده نشان دادند که میزان بهبود کلی در TFI برای بیمار اول ۶۵/۵ درصد، برای بیمار دوم ۶۱ درصد و برای بیمار سوم ۵۲ درصد در درمان بود. در نمودار ۱ کاهش نمرات شرکت کننده‌ها در مقیاس کلی درآمیختگی افکار برای هر سه آزمودنی در روند درمان نشان داده شده است.

شاخص‌های توصیفی متغیر وابسته نمره کل درآمیختگی افکار در مراحل درمان در جدول ۱ مشاهده می‌شود که میانگین نمرات کل درآمیختگی افکار و همه خرده مقیاس‌های آن در جلسه نهایی نسبت به آزمون پایه کاهش یافته است. میانگین نمرات خرده مقیاس "درآمیختگی فکر-عمل" از حدود ۳۳۸ به ۱۵۰، "درآمیختگی فکر-رویداد" از ۳۸۴ به ۱۵۰، "درآمیختگی فکر-شیء" از ۱۶۹ به ۷۰ و سرانجام میانگین نمرات کل "درآمیختگی افکار" نیز از ۸۹۰ در آزمون پایه به ۳۷۰ در آزمون جلسه نهایی رسیده است.

نمودار ۱: نمره کلی درآمیختگی افکار در مراحل درمان



جدول ۱: نمرات درآمیختگی فکر و خرده مقیاس‌های آن

	درآمیختگی فکر-عمل (میانگین ± انحراف استاندارد)	درآمیختگی فکر-رویداد (میانگین ± انحراف استاندارد)	درآمیختگی فکر-شیء (میانگین ± انحراف استاندارد)	درآمیختگی افکار (میانگین ± انحراف استاندارد)
آزمون پایه	۳۳۸/۳۳±۲۷/۵۴	۳۸۴±۲۸/۶۹	۱۶۹±۷۸/۲۵	۸۹۰±۱۲۰
جلسه دوم	۳۵۳/۳۳±۳۰/۵۵	۳۶۶/۶۷±۴۷/۲۶	۱۶۰±۶۵/۵۷	۸۸۰±۱۳۱/۱۵
جلسه چهارم	۳۱۶/۶۷±۵۸/۵۹	۳۱۶/۶۷±۸۰/۸۳	۱۴۳/۳۳±۷۶/۳۸	۷۷۶/۶۷±۱۶۵/۰۳
جلسه ششم	۲۴۶/۶۷±۶۵/۰۶	۲۵۰±۷۹/۳۷	۱۱۰±۴۰	۶۰۶/۶۷±۱۱۷/۱۹
جلسه هشتم	۲۰۳/۳۳±۷۰/۲۴	۲۰۰±۵۱/۹۶	۸۶/۶۷±۳۵/۱۲	۴۹۰±۱۱۳/۵۸
جلسه نهایی	۱۵۰±۶۵/۵۷	۱۵۰±۵۲/۹۲	۷۰±۴۰	۳۷۰±۱۱۲/۶۹

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

در جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس درون گروهی با اندازه‌گیری‌های مکرر برای بررسی معنی‌داری تفاوت میانگین‌های یاد شده، آمده است؛ با توجه به اطلاعات جدول ۲ مشاهده می‌شود که سطح معنی‌داری مقادیر F در مورد تفاوت میانگین نمرات "کل درآمیختگی افکار" و همچنین هر سه خرده مقیاس آن پایین‌تر از ۰/۰۵ است (p<۰/۰۵). بنابراین می‌توان گفت درمان فراشناختی در کاهش باورهای مربوط به "درآمیختگی فکر-عمل"، "درآمیختگی فکر-رویداد"، "درآمیختگی فکر-شیء" و همچنین در کاهش "کل درآمیختگی افکار" افراد مبتلا به نوع شستشوی اختلال وسواسی ـ اجباری تأثیر معنی‌داری دارد.

با توجه به اندازه اثر (مجذور اتا) در جدول ۲ مشاهده می‌شود که درمان فراشناختی بیشترین تأثیر را بر کاهش کل درآمیختگی افکار دارد (۰/۹۹). پس از کل درآمیختگی افکار بیشترین تأثیر را به ترتیب بر کاهش درآمیختگی فکر-عمل (۰/۹۷)، درآمیختگی فکر-رویداد (۰/۹۶) و سرانجام کمترین تأثیر را نیز بر درآمیختگی فکر –شیء (۰/۸۸) دارد.

در جدول ۳ نتایج آزمون‌های t همبسته برای مقایسه میانگین نمرات آزمون نهایی و آزمون پیگیری، برای بررسی ماندگاری اثر روش درمان فراشناختی آمده است؛ اطلاعات جدول ۳ نشان می‌دهد که سطح معنی‌داری مقدار t به دست آمده در مورد تفاوت میانگین نمرات کل درآمیختگی افکار و هر سه خرده مقیاس آن در آزمون نهایی و آزمون پیگیری بالاتر از ۰/۰۵ است (p>۰/۰۵) که نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمرات آزمون‌های پیگیری با آزمون‌های نهایی درآمیختگی افکار معنی‌دار نیست. بنابراین می‌توان گفت نتایج آزمون پیگیری تفاوت معنی‌داری با آزمون نهایی نداشته و روش درمان فراشناختی دارای تأثیر ماندگاری بر کاهش باورهای مربوط به درآمیختگی افکار و خرده مقیاس‌های آن در افراد مبتلا به نوع شستشوی اختلال وسواسی ـ اجباری دارد.

جدول ۲: نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر روی نمرات درآمیختگی فکر و خرده مقیاس‌های آن

متغیرها	تأثیرات	SS	df	MS	F	P-Value	Partial Eta Squared
درآمیختگی فکر-عمل	اثر درمان فراشناختی	۹۱۵۶۲/۹۸	۱	۹۱۵۶۲/۹۸	۵۴/۴۸	۰/۰۱۸	۰/۹۷
	Error	۳۳۶۱/۶۷	۲	۱۶۸۰/۸۳			
درآمیختگی فکر-رویداد	اثر درمان فراشناختی	۱۲۹۲۵۷/۶۲	۱	۱۲۹۲۵۷/۶۲	۵۰/۸۶	۰/۰۱۹	۰/۹۶
	Error	۵۰۸۳/۰۹	۲	۲۵۴۱/۵۵			
درآمیختگی فکر-شیء	اثر درمان فراشناختی	۲۴۰۰۰/۱۲	۱	۲۴۰۰۰/۱۲	۱۴/۸۵	۰/۰۴۱	۰/۸۸
	Error	۳۲۳۱/۶۷	۲	۱۶۱۵/۸۳			
درآمیختگی افکار	اثر درمان فراشناختی	۶۶۵۲۹۷/۱۴	۱	۶۶۵۲۹۷/۱۴	۱۸۹/۵۴	۰/۰۰۵	۰/۹۹
	Error	۷۰۲۰	۲	۳۵۱۰			

جدول ۳: نتایج آزمون‌های t همبسته برای مقایسه میانگین نمرات آزمون نهایی و آزمون پیگیری

متغیرها	آزمون‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین	t	df	P-Value
درآمیختگی فکر-عمل	نهایی	۱۵۰	۶۵/۵۷	۶/۶۷	۰/۵۵۵	۲	۰/۶۳۵
	پیگیری	۱۵۶/۶۷	۴۷/۲۶				
درآمیختگی فکر-رویداد	نهایی	۱۵۰	۵۲/۹۲	۱۰	۱	۲	۰/۴۲۳
	پیگیری	۱۶۰	۵۰				
درآمیختگی فکر-شیء	نهایی	۷۰	۴۰	۳/۳۳	۰/۲۷۷	۲	۰/۸۰۸
	پیگیری	۷۳/۳۳	۲۰/۸۲				
درآمیختگی افکار	نهایی	۳۷۰	۱۱۲/۶۹	۲۳/۳۳	۰/۶۷۰	۲	۰/۵۷۲
	پیگیری	۳۹۳/۳۳	۶۵/۰۶				

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

بحث

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش باورهای مربوط به درآمیختگی افکار افراد مبتلا به نوع شستشوی اختلال وسواسی ـ اجباری انجام گرفت و درمان فراشناختی بر روی ۳ بیمار در چارچوب یک مطالعه آزمایشی تک موردی به اجرا در آمد. یافته‌های به دست آمده از پژوهش حاضر، کاهش نمرات شرکت‌کننده‌ها در خرده مقیاس‌های TFI از مرحله خط پایه تا پایان جلسه دهم را نشان می‌دهد. همچنین شرکت کننده‌ها از لحاظ بالینی بهبود معنی‌داری در نمره کلی پرسشنامه درآمیختگی افکار داشته‌اند و اندازه اثر گرفته شده معنی‌دار گزارش شد که بر این اساس به نظر می‌رسد درمان فراشناختی در بهبود درآمیختگی افکار بیماران مبتلا به نوع شستشوی OCD مؤثر بوده است. نتایج آزمون پیگیری تفاوت معنی‌داری با آزمون نهایی نداشته و روش درمان فراشناختی دارای تأثیر ماندگاری بر کاهش باورهای مربوط به درآمیختگی افکار داشته است که نتایج حاضر با یافته‌های این حوزه همسو می‌باشد(۱۷،۱۹،۲۰،۲۴).

همچنین همسو با پژوهش حاضر، در پژوهش‌هایی به اثربخشی مداخله فراشناختی بر کاهش علایم درآمیختگی افکار در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن (Body Dysmorphic Disorder) پرداختند. با توجه به شباهت خیلی زیاد بین OCD و BDD گاهی اوقات BDD به عنوان طیفی از OCD مفهوم‌سازی می‌شود. لذا درآمیختگی افکار در این اختلال نیز به چشم می‌خورد. یافته‌های این پژوهش‌ها نیز نشان دادند، شدت عینیت بخشی و درآمیختگی افکار مراجع پس از درمان به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته است(۳۶،۳۷).

همچنین پژوهشگران زیادی در حیطه علایم OCD نشان داده‌اند که باورهای فراشناختی در OCD نقش دارند(۱۵،۱۶). همان طور که تئوری فراشناختی ولز بیان می‌کند باورهای درآمیختگی افکار یک عامل مهم و تعیین کننده در ارزیابی منفی از افکار مزاحم است و با فعال شدن باورهای فراشناختی مربوط به معنای افکار، وقوع افکار خودآیند به صورتی تهدید کننده توسط فرد تلقی می‌شود و علائم و نشانه‌های وسواس را در فرد به وجود می‌آورد(۱۱).

درمان فراشناختی بر مبنای مدل فراشناختی ولز از شیوه‌های نوین درمان‌های غیردارویی است که در راستای برطرف کردن خلاءهای نظریه شناختی شکل گرفته است. به بیان واضح‌تر، باورها و طرحواره‌هایی که الیس و بک در نظریه شناختی‌شان بر آنها تأکید کرده‌اند، می‌تواند عامل فراشناخت‌هایی باشند که توجه به شیوه ارزیابی و پاسخ‌های مقابله‌ای را شکل می‌دهند و این عوامل خود باعث افزایش باورهای منفی عمومی می‌گردد. این رویکرد بالینی موجب تعمیق درمان شده و به متخصصان بالینی کمک می‌کند تا به بیماران‌شان آموزش دهند که بتوانند با شیوه‌ای متفاوت با افکارشان برخورد کنند و به جای چالش با باورهای ناکارآمد، فراشناخت‌های ناسازگار را که باعث افزایش این باورها می‌شود، تغییر دهند(۳۸).

بر اساس نتایج به دست آمده می‌توان گفت که یکی از علت‌های اثربخشی مداخله فراشناختی، اثرگذاری بر روی مؤلفه فراشناختی به ویژه بر روی درآمیختگی افکار می‌باشد. درآمیختگی افکار در افراد مبتلا به وسواس شستشو نشان می‌دهد که این افراد به افکار مربوط آلودگی عینیت می‌بخشند و آنها را واقعی می‌دانند و با توجه به اینکه درمان فراشناختی راهبردهایی را برای از بین بردن درآمیختگی افکار و عینیت بخشی به افکار ارائه می‌دهد. بیماران مبتلا به اختلال وسواسی ـ اجباری که سبک پردازش عینی آنها فعال است، بدون چون و چرا افکار مزاحم خود را به عنوان امری معتبر می‌پذیرند و در ارزیابی‌های خویش از محتوا و معنای این افکار با چالش روبرو نمی‌شوند. گام آغازین در درمان این بیماران ایجاد گذر به سبک پردازش فراشناختی است، تا جایی که آگاهی بیشتری نسبت به نقش باورهای فراشناختی زیربنایی پیدا کنند که عامل ایجاد و تداوم رفتارهای اجباری و راهبردهای ناکارآمد می‌باشد. در این وهله درمان بیش از آنکه بر متوقف ساختن افکار وسواسی استوار باشد، بر یادگیری این امر استوار است که نیازی نیست طبق این افکار، یا دیگر انواع

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

افکار مزاحم عمل کرد و هدف اساسی بیش از آنکه ممانعت از وسواس‌ها باشد، به چالش کشیدن باورها و ارزیابی‌ها در مورد افکار مزاحم و ناخوانده است. بیشتر بیماران نسبت به نقش باورهای فراشناختی در ایجاد معضلات پردازشی خود ناآگاه هستند. بنابراین هدف کلی درمان در مورد این بیماران این است که به آنها کمک کنیم که افکار مزاحم و ناخوانده خود را به عنوان افکاری غیرمرتبط با پردازش و عمل، و فاصله‌دارانه با احساس بپذیرند(۱۲). در این پژوهش نیز سعی شد با استفاده از روش‌های اسنادسازی مجدد کلامی و آزمایش‌های رفتاری، درآمیختگی افکار به چالش کشیده شود که به بیماران کمک کرده است رابطه جدیدی با افکار خود شکل دهند و آنها را قادر نموده تا فراشناخت‌هایی را که شیوه ناسازگارانه تفکرات منفی تکرارشونده را فزونی می‌بخشند و یا باعث افزایش باورهای عمومی منفی می‌گردند، تغییر دهند.

همان طور که مشاهده شد با توجه به نمره بالای آزمودنی‌ها در خرده مقیاس‌های TFI و کاهش نمره آزمودنی‌ها در فرایند درمان فراشناختی می‌توان نتیجه گرفت که درمان فراشناختی می‌تواند در کاهش باورهای درآمیختگی افکار بیماران نوع شستشوی OCD مؤثر و کارآمد باشد. همان طور که Wells معتقد است، در طول فرایند درمان فراشناختی، تغییر در باورهای درآمیختگی افکار به طور مستقیم به کاهش علایم OCD منجر می‌شود(۱۱).

پژوهش حاضر با وجود نتایج به دست آمده محدودیت‌هایی روبرو بوده است که می‌توان به خودگزارشی بودن متغیرهای مورد بررسی و دوره پیگیری کوتاه اشاره کرد. در هر حال همان طور که قبلاً نیز اشاره شد برای نتیجه‌گیری قطعی‌تر، نیاز به مطالعات بیشتر است و گرچه شیوه مطالعات تک موردی روشی خلاقانه برای بررسی اثربخشی درمان است، جهت بالا بردن اعتبار بیرونی یافته‌ها به محققان علاقمند به این حوزه پیشنهاد می‌شود که درمان فراشناختی را در چارچوب طرح‌های گروهی مورد بررسی قرار دهند و مطالعات پیگیری را در دوره‌های طولانی‌تری (۶ ماه و یک سال) دنبال نمایند، و یا اثربخشی این درمان را در مقایسه با سایر درمان‌ها از جمله دارو درمانی و درمان شناختی – رفتاری مورد بررسی قرار دهند. همچنین پیشنهاد می‌شود از الگوی فراشناختی و رویکرد درمانی ناشی از آن برای درمان سایر اشکال اختلال وسواسی ـ اجباری بهره گرفته شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های همسو با آن و مؤلفه‌های فراشناختی بارز در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی ـ اجباری (نوع شستشو)، درمان فراشناختی می‌تواند به عنوان شیوه روان‌درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی در جهت کاهش باورهای درآمیختگی افکار این بیماران بکار گرفته شود. بر این اساس می‌توان گفت که یکی از علت‌های اثربخشی مداخله فراشناختی، اثرگذاری بر روی مؤلفه فراشناختی به ویژه بر روی درآمیختگی افکار می‌باشد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از مراکز مشاوره مهرآور و سینا همدان که در اجرای این پژوهش ما را یاری کردند، سپاسگزاری می‌شود. همچنین از مراجعینی که در این پژوهش شرکت و با صرف وقت خود همکاری نمودند، قدردانی می‌گردد.

References

1- Ballow DH. ***Anxiety and its disorder: the nature and treatment of anxiety and panic(2nd.ed).*** New York: Guilford Press; 2002.

2- McKay D, Abramowitz JS, Calamari JE, Kyrios M, Radomsky A, Sookman D, et al. ***A critical evaluation of obsessive–compulsive disorder subtypes: symptoms versus mechanisms.*** Clin Psychol Rev 2004; 24(3): 283-313.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

3- Abramowitz JS, Taylor S, McKay D. ***Obsessive-compulsive*** disorder 2009; 374: 491-99.

4- Storch EA, Mc Key D. ***Introduction to the special Issue: recent developments in childhood obsessive-compulsive disorder.*** Behavioral Science, Child and youth care forum 2010; 39(2): 69-71.

5- Mataix-cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF. ***A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder.*** Am J Psychl 2005; 162(2): 228-38.

6- Calamari JE, Wiegartz PS, Riemann BC, Cohen RJ, Greer A, Jacobi DM, et al. ***Obsessive–compulsive disorder subtypes: an attempted replication and extension of a symptom-based taxonomy***. Behav Res Ther 2004; 42(6): 647-70.

7- Belloch A, Morilllo C, Garcia-Soriano G. ***Obsession subtypes: relationships with obsessive-compulsive sympotoms, dysfunctional beliefs and thught control strategies.*** Revista de Psicopatologia y Psicologia Clinica ago 2006; 11(2): 65-78.

8- Mahmood-Aliloo M, Bairami M, Hashemi Nosratabad T. Bakhshipoor A. ***The stady of memory and memory confidence in obsessive- compulsive disorder chekers and obsessive- compulsive personality***. J Psychol Univ Tabriz 2007; 2(6): 139-151. [Persian]

9- Cougle JR, Wolitzky-Taylor KB, Lee HJ, Telch MJ. ***Mechanisms of change in ERP treatment of compulsive hand washing: does primary threat make a difference?.*** Behav Res Ther 2007; 45(7): 1449-59.

10- Myers SG, Fisher PL, Wells A. ***An empirical test of the meta-cognitive model of obsessive-compulsive symptoms: fusion beliefs, beliefs about rituals، and stop signals.*** J Anxiety Disorder 2009; 23(4): 436-42.

11- Wells A, Papageorgiou C. ***Relationship between worry, obsessive – compulsive symptons and meta- cognitive beliefs.*** Behav Res Ther 1997; 36(9): 899 -913.

12- Wells A. ***Emotional disorders and meta-cognition: Innovative cognitive therapy.*** UK: Wiley Sons; 2000.p. 13-199.

13- Wells A. ***Meta-cognitive therapy for anxiety and depression.*** New York: Guilford; 2009.p. 1-22.

14- Clark DA, Purdon C, Byers S. ***Appraisal and control of sexual and non -sexual intrusive thoughts in university students.*** Behav Res Ther 1999; 38: 439-55.

15- Gwilliam P, Wells A, Cartwright-Hatton S. ***Does meta cognition or responsibility predict obsessive compulsive symptoms: A test of the meta cognitive model.*** Clin Psychol psychotherapy 2004; 11(2): 137-44.

16- Amiri Pichacolaei A, Poursharifi H, Ghasempour A. ***Investigating the relationship of thought fusion beliefs and thought control strategies with obsessive-compulsive symptoms in nonclinical population***. Urmia Med J 2012; 23(4): 354-62. [Persian]

17- Fisher PL, Wells A. ***Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case series.*** J Behav Ther Exper Psychiat 2008; 39(2): 117-32.

18- Simons M, Schneider S, Herpertz-Dahlmann B. ***Metacognitive therapy versus exposure and response***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

prevention for pediatric obsessive–compulsive disorder. Psychother Psychosom 2006; 75(4): 257-64.

19- Rees CS, van Koesveld KE. ***An open trial of group meta-cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder.*** J Behav Ther Exp Psych 2008; 39(4): 451-58.

20- Hansen B, Vogel PA. ***En metakognitiv behandlingsmodell ved tvangslidelser.*** Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2006; 43(7): 708-13.

21- Andooz Z. ***Efficacy of the Wales' model of meta-cognitive therapy in treatment of one case with obsessive compulsive disorder***. Andeesheh Va Raftar 2004; 12(1): 59-66. [Persian]

22- Abolghasemi A, Hasan Alizadieh M, Kazemi R, Narimani M. ***The effect of meta-cognitive and drug therapies on meta-cognitive beliefs of disease with obsessive-compulsive disorder.*** J Behav Sci 2011; 4 (4): 15-16. [Persian]

23- Shareh H, Gharraee B, Atef Vahid M. ***Comparison between metacognitive therapy, fluvoxamine and combined therapy in the improvement of thought control strategies and stop signal criteria in obsessive compulsive disorder***. Iran J Psychiat Clin Psychol 2011; 17(3): 199-207. [Persian]

24- Khorramdel K, Neshatdoost H, Molavi H, Amiri Sh, Bahrami F. ***Effect of Wells' metacognitive therapy on thought fusion in patients with obsessive compulsive disorder.*** J Fundamentals Mental Health 2010;12(1): 9-400. [Persian]

25- Mohammadi A, Zamani R, Fata L. ***Validation of the persian version of the obsessive-compulsive inventory-revised in a student sample***. Psychological Res 2008; 11(1-2): 66-75. [Persian]

26- Hayes SC. ***Single case experimental design and empirical clinical practice.*** In A. E. Kazdin (Ed.). Methodological Issue Strategies Clin Res 1990; 419-50.

27- American Psychiatric Association. ***Diagnostic and Statistical manual of mental disorders.*** 4 th ed. USA: American Psychiatric Association; 2000.

28- Sharifi V, Asadi M, Mohammadi M. ***Validity and reability SCDI (DSMIV).*** Cognitive Sci 2005; 3: 8-12. [Persian]

29- Hodgson RJ, Rachman S. ***Obsessional-compulsive complaints.*** Behav Res Ther 1977; 15(5): 389-95.

30- Mahmood Aliloo M. ***Worry and Its relationship with checking and washing subscales of OCD.*** J Current Psychol 2007; 1: 3-9. [Persian]

31- Craig T, Hwang MY, Bromet EJ. ***Obsessive-compulsive and panic symptoms in patients with first-admission psychosis.*** Am J Psychiatry 2002; 159(4): 592-98.

32- Wells A, Gwilliam P, Cartwright-Hatton S. ***The thought fusion instrument, unpublished self-report scale.*** UK: Manchester University; 2001.

33- Myers S, Fisher PL, Wells A. ***The meta-cognitive model of obsessional-compulsive symptoms: an empirical model.*** World Congress of Cognitive and Behavior Therapy, Barcelona, Spain; 2007.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

34- Khoramdel K, Rabiee M, Molavi H, Taher Neshatdoost H. ***Psychometric properties of thought fusion instrument (TFI) in students.*** IJPCP 2010; 16 (1): 74-78. [Persian]

35- Barlow DH، Hersen M. ***Single case experimental designs strategies for studying behavior change.*** New York: Pergamon Press; 1979.

36- Rabie M, Salahian A, Kajbaf M, Palahang H. ***Efficacy of metacognitive therapy in reducing thoughts fusion in outpatients with body dysmorphic disorder***. Ofogh-e-Danesh 2012; 18(1): 53-60. [Persian]

37- Ahmadi Tahoor M, Rabiee M, Karimi L, Shomoossi N. ***The effect of metacognitive intervention on symptoms of patient with body dysmorphic disorde***r. ***a case study***. J Savzavar Univ Med Sci 2011; 18(1): 26-32. [Persian]

38- Flavell JH. ***Metacognition and cognitive monitoring: a new area of cognitive-developmental inquiry.*** Am Psychol 1979; 34(10): 906-11.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

Effectiveness of Meta-cognitive Therapy on Decreasing of Thought- fusion Beliefs in Patients with Washing Type of Obsessive- compulsive Disorder

Farhmandmehr Z(MSc)*[*1], Mahmoud Aliloo M(MSc)[2], Poursharifi H(PhD)[3]

[1-3]*Department of Psycology, Tabriz University, Tabriz, Iran*

Received: Aug 2013 ***Accepted:*** 20 Feb 2014

Abstract

Introduction: Obsessive–compulsive disorder (OCD) is a severe disabling psychiatric affliction with a strong impact on life quality. This study was planned to investigate the effectiveness of meta-cognitive therapy on decreasing of thought-fusion beliefs in patients with washing type of obsessive- compulsive disorder.

Methods: A single case study with multiple baselines was implemented. The study sample consisted of three subjects who were OCD patients (washers), chosen from private clients of counseling centers of Hamedan city (Iran). They had been registered from Spring of 2013, and were selected via purposeful sampling. In fact, the patients received 10 sessions of meta-cognitive therapy. Thought Fusion Instrument (TFI) was used to determine the baseline in the first step. This questionnaire was also completed in sessions of 2, 4, 6, 8, as well as the end of treatment. Visual analysis and percentage of improvement were used in order to analyze the data via SPSS 18 software. Moreover, descriptive statistics, ANOVA with repeated measure, and paired T- test were used.

Results: statistically significant clinical developments were found in improving thought-fusion beliefs after treatment. Moreover, at the 3-month follow-up, the attained improvements during treatment were retained.

Conclusion: The study results confirmed the role of meta-cognitive therapy in decreasing thought-fusion beliefs in patients with washing type of obsessive- compulsive disorder.

Keywords: Meta-Cognitive Therapy; Obsessive- Compulsive Disorder; Thought-Fusion Beliefs

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

This paper should be cited as:
Farhmandmehr Z, Mahmoud Aliloo M, Poursharifi H. ***Effectiveness of meta-cognitive therapy on decreasing of thought- fusion beliefs in patients with washing type of obsessive- compulsive disorder***. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2014; 22(2): 1054-68.

Corresponding author: Tel: +98 9188178820, Email: farahmandzohre@yahoo.com