Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 3/ No. 1/ Spring 2016
Page: 26-43

Comparative Efficacy of Metacognitive therapy versus Cognitive-Behavior therapy on reducing the symptoms of washing compulsions, anxiety and depression

Fatemeh Ayat Mehr*[1], Shahram Mohammadkhani[2], Hamid Reza Hasanabadi[3], Saman Sadeghpour[4]

1 . MSc. in clinical psychology, Kharazmi university (Fatemeayatmehr@gmail.com)
2. Assistant Professor of Clinical Psychology, Kharazmi University
3 . Associate professor of Educational psychology, Kharazmi university
4 . MSc in clinical psychology, Kharazmi university

Abstract

Background: Due to the complex nature and varied symptoms of obsessive-compulsive disorder, different treatments can be used.

Objective: The aim of present study was to compare the efficacy of cognitive-behavior therapy (CBT) and meta-cognitive therapy (MCT) on reducing the symptoms of washing compulsions, anxiety and depression.

Method: To do so, 6 women with OCD (pure washing), were selected based on the structured clinical interview for DSM-IV (SCID), and were assigned randomly to CBT or MCT group. In each group, patients received the relevant therapies in 12 one-hour sessions. Research tools included Beck Depression Inventory (BDI-II), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Obsessive-Compulsive Inventory (OCI-R) that were completed by patients in pretest, posttest, follow up 1 and follow up 2. Finally, data was analyzed both individually and in group. In individual analysis, we used diagrams, visual analysis and calculating the effect size, while in group analysis, the analysis of variance with one between group factor (two group of therapies) and one within group factor (time of tests) was used.

Result: The results indicated that CBT was more effective than MCT in reducing washing compulsions symptoms. However, MCT was more effective than CBT in reducing anxiety and depression.

Conclusion: Considering these results, it can be suggested that MCT is more appropriate that the CBT for refractory patients. However, definitive conclusion about the efficacy of these therapies requires more studies.

Key words: obsessive-compulsive disorder, metacognitive therapy, cognitive-behavior therapy, efficacy, washing.

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال سوم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۵
صفحات: ۴۳-۲۶

مقایسه‌ی کارآمدی درمان‌های فراشناختی و شناختی–رفتاری در کاهش نشانه‌های اجبار شست و شو، اضطراب و افسردگی

فاطمه آیت‌مهر*[۱] شهرام محمدخانی[۲]، حمیدرضا حسن آبادی[۳]، سامان صادق‌پور[۴]

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی (Fatemeayatmehr@gmail.com).

۲- دانشیار روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی

۳- دانشیار روانشناسی تربیتی، دانشگاه خوارزمی

۴- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی

چکیده

مقدمه: با توجه به ماهیت پیچیده و نشانگان متنوع اختلال وسواسی-اجباری، درمان‌های متفاوتی برای این اختلال استفاده می-شود.

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه کارآمدی دو درمان شناختی – رفتاری و فراشناختی در کاهش نشانه‌های اجبار شست و شو، اضطراب و افسردگی بود.

روش: به این منظور ۶ بیمار زن مبتلا به اختلال وسواسی – اجباری از نوع شست و شو بر اساس معیار تشخیصی و آماری SCID انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه درمان فراشناختی و شناختی – رفتاری قرار گرفتند. بیماران هر دو گروه به مدت ۱۲ جلسه یک ساعته درمان‌های مربوط به خود را دریافت نمودند. ابزارهای پژوهش شامل نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه اضطراب بک و نسخه ویراست شده پرسشنامه وسواس- اجبار (OCI-R) در چهار نوبت پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری اولیه و ثانویه توسط بیماران تکمیل شد و داده‌ها به دو صورت انفرادی و گروهی تحلیل گردید. در تحلیل انفرادی از شکل‌ها، تحلیل دیداری و اندازه اثر و در تحلیل گروهی داده‌ها از تحلیل واریانس با یک عامل بین گروهی (گروه‌های درمانی) و یک عامل درونی (زمان آزمون‌ها) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی – رفتاری در کاهش نشانه‌های اجبار شست و شو کارآمدتر از درمان فراشناختی عمل کرده است. اما در کاهش اضطراب و افسردگی درمان فراشناختی قدرتمندتر بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به این نتایج به نظر می درمان فراشناختی برای بیماران مقاوم مناسب تر باشد. با این حال، نتیجه‌گیری قطعی در مورد کارآمدی این درمان‌ها نیازمند مطالعات بیشتری است.

کلید واژه‌ها: اختلال وسواسی – اجباری، درمان فراشناختی، درمان شناختی – رفتاری، کارآمدی، شست و شو

مقدمه

اختلال وسواسی-اجباری، نشانگان روانی پیچیده‌ای است که مشخصه‌ی اصلی آن افکار ناخواسته و مزاحم (افکار وسواسی) و نیز رفتارهای تشریفاتی تکرار شونده و آزاردهنده (اعمال وسواسی) می‌باشد که بیمار به منظور اجتناب از اضطراب و یا خنثی کردن افکار وسواسی انجام می‌دهد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). اختلال وسواسی - اجباری با شیوع همه عمر ۲,۳ درصدی، بیماری ناتوان کننده‌ای است که ارتباط زیادی با سایر اختلالات روان شناختی دارد (ولادن[1]، ۲۰۰۵؛ رسیکو[2] و همکاران، ۲۰۰۸). گفته می‌شود که OCD چهارمین اختلال شایع دنیا و دهمین عامل ناتوانی به شمار می‌رود (ولز[3] و فیشر[4]، ۲۰۰۸). طی ۲۰ سال گذشته رویکردهای نظری متنوعی در چهارچوب درمان شناختی-رفتاری شکل گرفته‌اند که بر نقش مؤلفه‌های شناختی مختلف در ایجاد و تداوم این اختلال تاکید می‌نمایند، در این میان مدل سالکووسکیس[5] که بر «حس مسئولیت در ارزیابی افکار مزاحم» تأکید دارد، دارای نفوذ فراوانی می‌باشد (سالکووسکیس، ۲۰۰۷؛ یورلماز، ۲۰۰۷). فرض بر این است که اگر فرد در ارزیابی افکار مزاحمی که به صورت ناگهانی به ذهن خطور می‌کنند، معنایی را به آن‌ها نسبت ندهد، پردازش درباره‌ی آن فکر صورت نخواهد گرفت، اما زمانی که ارزیابی‌ها بر مبنای یک واکنش خاص مثل خطر آسیب و یا مسئولیت باشد، فرآیندهای کنترل کردن و اجبارهای بالینی در بیماران OCD آغاز می‌گردد (سالکووسکیس، ۲۰۰۷؛ یورلماز، ۲۰۰۷؛ آبروموویتز، ۲۰۰۶). بنابراین از دیدگاه سالکووسکیس افکار وسواسی مزاحم به این صورت تفسیر می‌گردد: (۱) احتمال آسیب به خود و یا دیگری وجود دارد، (۲) فرد در برابر چنین آسیبی و یا در پیشگیری از آن مسئول است. درمان در این رویکرد آماج قرار دادن باورهای شناختی به ویژه باورهایی با محتوای مسئولیت می‌باشد. بازنگری‌ها، فراتحلیل‌ها و پارامترهای عملی، درمان شناختی-رفتاری را هم به تنهایی و هم در ترکیب با SSRIها به عنوان درمان خط اول برای بزرگسالان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری معرفی می‌کنند (بارت[6]، فارل[7]، پینا[8]، پیرس[9] و پیاسنتین[10]، ۲۰۰۸؛ واتسون[11] و ریس[12]، ۲۰۰۹). با وجود چنین شواهدی تعداد قابل توجهی از بیماران با دریافت درمان‌های شناختی - رفتاری، نشانه‌های خود را حفظ کرده‌اند و یا هیچ بهبودی نداشته‌اند (ماتیکس‌کلس[13]، روساریو-کامپوس[14]و لک‌من[15]، ۲۰۰۵: اددی[16] و همکاران، ۲۰۰۴). در پژوهشی دیگر ولز و فیشر (۲۰۰۵؛ ۲۰۰۸)، با بازتحلیل درمان‌های شناختی - رفتاری دریافتند که با پی‌گیری ERP، ۶۰ درصد از بیماران بهبود[17] یافتند، اما فقط ۲۵ درصد بدون علامت[18] بودند. بنابراین احتمالاً فرایندهای شناختی دیگری در ایجاد و تداوم این اختلال نقش دارند که در درمان شناختی-رفتاری مورد توجه قرار نگرفته‌اند. رویکرد فراشناختی در تبیین OCD حوزه دیگری از شناخت‌ها مد نظر قرار داده است. ولز به عنوان بنیان گذار این رویکرد ادعا می‌کند که CBT به چالش با محتوای افکاری می‌پردازد که خود محصول فرایندهای سطح بالا و پیچیده تر هستند در حالی که فراشناخت‌ها

1. Vladan
2. Ruscio
3. Wells
4. Fisher
5. Salkovskis

6. Barrett
7. Farrell
8. Pina
9. Peris
10. Piacentini
11. Watson
12. Rees
13. Mataix-Cols
14. Rosario-Campos
15. Leckman
16. Eddy
17. Recovery
18. Asymptomatic

مسئول کنترل ذهن هستند و آنچه هیجان‌ها و نحوه‌ی کنترل آن‌ها را تعیین می‌کند، نه چیستی افکار فرد، بلکه چگونگی تفکر است (فیشر و ولز، ۲۰۱۱). این مدل بر سه نوع از دانش فراشناختی تاکید می‌کند: باورهای آمیختگی فکر، باورهایی درباره نیاز به انجام آیین-مندی‌ها و نشانه‌های توقف یا معیارهای پایان بخشیدن به آیین‌مندی‌ها (سولم[1]، جی.مایرس[2]، ال.فیشر، ایووگیل[3]، ولز، ۲۰۱۰). مدل فراشناختی اختلال وسواسی- اجباری که مدل کارکرد اجرایی خود نظم بخش (S-REF) خوانده می‌شود (ولز و ماتیوس، ۱۹۹۴)، شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجّه تثبیت شده و راهبردهای خود تنظیمی یا رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه است. بر پایه الگوی فراشناختی افکار مزاحم، دانش فراشناختی را فعال می‌کنند و همین امر منجر به راه اندازی پردازش ناسازگارانه (CAS) می-گردد. افکار وسواسی به خاطر باورهای فراشناختی درباره معنی و یا پیامدهای خطرناک دانستن چنین افکاری، به صورت منفی تفسیر می‌شوند. مهم‌ترین عاملی که می‌تواند بین شناخت‌واره‌های مزاحم بالینی و طبیعی تمایز ایجاد کند، چگونگی برداشت فرد از شناخت‌واره‌ها می‌باشد (ولز، ۱۹۹۵، ۱۹۹۹). درمان فراشناختی سعی در تغییر این برداشت‌ها و فراشناخت-های بیمار دارد. مطالعات اولیه در رابطه با اثربخشی MCT امید بخش به نظر می‌رسد. فیشر و ولز (۲۰۰۸) با استفاده از طرح سری‌های مورد، اثرات درمان فراشناختی را در چهار بیمار مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری مورد ارزیابی قرار دادند. نمرات همه‌ی بیماران پس از درمان و در مرحله‌ی پی‌گیری در مقیاس‌های اختلال وسواسی-اجباری و فراشناخت، بهبودی قابل توجّهی نشان داد. در پی‌گیری ۶ ماهه‌ی پس از درمان، یکی از بیماران، هرچند ملاک بهبودی کامل را برآورده نمی‌کرد، ولی هم‌چنان بهبودی نسبی را حفظ کرده بود. داده‌های مربوط به پی‌گیری ۶ ماهه در مورد یکی دیگر از بیماران در دسترس نبود، امّا دو بیمار دیگر وضعیّت بهبودی کامل خود را حفظ کرده بودند. مطالعات اندوز، دولتشاهی، مشتاق و دادخواه (۲۰۱۳) و ریس و ون‌کولیس‌ویلد[4] (۲۰۰۸) نیز کارآمدی MCT را در کاهش نشانه‌های OCD تأیید کرده‌اند. با در نظر داشتن این که درمان فراشناختی، درمانی کوتاه مدت و فشرده محسوب می‌شود، در صورتی که یافته‌های پژوهشی اثربخشی آن را در درمان اختلال وسواسی- اجباری تایید نماید، می‌تواند گزینه‌ی مطلوبی برای درمان بیماران وسواسی باشد. بنابراین پژوهشگران متعددی به مقایسه‌ی این رویکرد درمانی نوین با درمان‌های پیشین پرداخته‌اند، با توجه به این‌که بسیاری از این بیماران در برابر فنون شناخت‌درمانی مقاومت می‌کنند، شاید درمان فراشناختی که بیشتر بر فرایندهای شناختی تمرکز می‌کند در مدیریت این نوع بیماران موثر واقع شود. این موضوع در کشورهای مسلمان که محتوای شناخت‌ها به دلیل تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی بسیار ویژه است، مهمتر به نظر می‌رسد. در کشورهای اسلامی اجبارهای شست و شو در پاسخ به نوع خاصی از وسواس به نام «نجس – پاکی» ظاهر می‌شود. نجس – پاکی شاید ذیل اشکال مذهبی ترس از آلودگی باشد که در آن فرد از آلوده شدن به نجاست می‌ترسد. بر اساس متون و منابع اسلامی ، محتوای وسواس‌ها بیشتر در ارتباط با اعمال عبادی و مذهبی همچون غسل، نماز، طهارت و نجاست است که با اضطراب و شک و تردید همراه است (فقیهی و مطهری، ۱۳۸۳). وقتی فرد بیمار از آلوده شدن به نجاست می‌ترسد یا در اجرای مناسک عبادی خود مثل

1. Solem
2. Mayers
3. Vogel
4. Van Koesveld

وضو گرفتن دچار شک و تردید می‌شود، اغلب به اجبارهای شست و شو روی می‌آورد. وسواس نجس – پاکی با اشکال ترس از سرایت نجاست و پاک گردانی بعد از نجس شدن منجر به شست و شو و آبکشی مکرر دست‌ها، دهان و دندان‌ها، صورت، محل خروج ادرار، لباس‌ها و لوازم شخصی می‌شود که شباهت زیادی به باورهای آمیختگی مطرح در رویکرد فراشناختی دارد. بنابراین شاید در این نوع از اختلال وسواسی – اجباری درمان‌های فراشناختی کارآمدی بهتری داشته باشند. از همین رو پژوهش حاضر، با هدف مقایسه‌ی کارآمدی درمان فراشناختی و درمان شناختی-رفتاری استاندارد در کاهش نشانه‌های اجبار شست و شو، اضطراب و افسردگی در بیمارانی مبتلا به اجبار شست و شو انجام شده است.

روش بررسی

شرکت کنندگان

جامعه‌ی آماری این پژوهش، تمام بیماران مبتلا به اختلال وسواسی – اجباری از نوع فرعی شست و شو بود. نمونه از میان افرادی که در سه سال گذشته به یک مرکز درمانی در شهر تبریز مراجعه کرده بودند، انتخاب گردید. برای انتخاب نمونه حدود دو هزار و پانصد پرونده‌ی موجود در این مرکز مورد مطالعه قرار گرفت و از آن میان، ۶ بیمار با تشخیص OCD در محور یک و بدون آلودگی در محور دو انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های MCT و CBT گمارده شد. ملاک‌های ورود بیماران به فرایند پژوهش عبارت بود از: وسواس و اجبارها را تجربه کرده باشند. به مدت یک سال گذشته OCD داشته باشند، ۱۸-۶۵ سال سن داشته باشند، هم زمان در حال دریافت درمان روان شناختی دیگری نباشند، درمان رفتاری یا CT را در دو سال پیش از مراجعه دریافت نکرده باشند، شواهدی از بیماری سایکوتیک یا جسمانی و یا، شرایط بدنی یا دارویی ناشی از اضطراب وجود نداشته باشد، بدون دارو یا در شرایط دارویی ثابت باشند (سه ماه درمان و سه ماه پیگیری بدون تغییر در دوز و نوع دارو). همه‌ی این افراد در پیگیری یک ماهه حضور داشتند، اما یکی از آنها در پیگیری سه ماهه حاضر نشد. در مورد اخیر که بیمار در پیگیری دوم نبود داده‌های مربوط به پیگیری اول را وارد کردیم. شرایط خروج از درمان شامل تشخیص اختلالات سایکوتیک، عدم تمایل به ادامه‌ی درمان و تغییر در شرایط دارویی بود. بیمار اول ۲۴ ساله، متأهل و صاحب یک فرزند دختر ۲,۵ ساله بود. اختلال وسواسی – اجباری این بیمار، حدود ۴ سال پیش آغاز شده بود و از ۲,۵ سال پیش دارو مصرف می‌کرد. اختلال شستن دست بیمار به قدری توسعه یافته بود که فرصت زیادی برای نگهداری از فرزند و انجام تکالیف درسی خود ندارد. بیمار دوم ۳۰ ساله، دیپلمه و متاهل بود. اختلال وسواسی – اجباری این بیمار، حدود ۱۰ سال پیش آغاز شده بود و در این مدت روند متفاوتی داشت. اختلال این بیمار، پیش از ازدواج به شکل وسواس در وضو گرفتن و شک در تعداد رکعات نماز بود. اما، بعد از ازدواج این اختلال شدت و به صورت شستن‌های مکرر بروز یافت. بیمار سوم ۲۳ ساله و دیپلمه بود که از حدود ۱۰ ماه پیش متأهل شده بود. بیمار سوم به مدت ۱۴ سال اختلال وسواسی – اجباری داشت و به مدت ۱۰ سال دارو مصرف کرده است. بیمار چهارم ۴۰ ساله، متأهل و صاحب یک دختر ۱۴ ساله بود. اختلال وسواسی – اجباری این بیمار از حدود ۱۰ سال پیش آغاز شد. سه سال پیش بیمار یک دوره‌ی کوتاه دارو مصرف می‌کرد که به دلیل عوارض جانبی، از مصرف آن امتناع نمود. بیمار پنجم ۴۱ ساله، متأهل و صاحب یک پسر ۲۱ ساله بود. اختلال وسواسی – اجباری این بیمار از حدود ۱۸ سالگی آغاز

شده بود و در زمان مراجعه، داروی فلوکستین مصرف می‌کرد. بیمار ششم مجرد و ۳۳ ساله بود. این بیمار با خانواده پدری زندگی می‌کرد و دو خواهر او، تشخیص اختلال وسواسی - اجباری، یکی وسواس شست و شو و دیگری وسواس فکری داشت. اختلال از اوایل نوجوانی آغاز شده بود و سال‌ها فلوکستین مصرف می‌کرد. دست شویی همراه با ادرار بیمار ۱۰ الی ۱۵ دقیقه، دست شویی همراه با مدفوع بیمار ۱ الی ۲ ساعت و نیم و حمام او ۳-۴ الی ۸-۹ ساعت طول می‌کشید. سه بیمار اول در گروه درمان فراشناختی و سه بیمار بعدی (چهارم، پنجم و ششم) در گروه درمان شناختی – رفتاری قرار گرفتند.

ابزار

نسخه ویراست شده سیاهه وسواسی – اجباری (OCI-R؛ فووا و همکاران، ۲۰۰۲): OCI-R به عنوان مقیاسی از نشانه‌های وسواسی-اجباری به کار می‌رود. چندین مطالعه تصریح کرده‌اند که OCI-Rمی‌تواند شاخص خوبی برای نشانه‌های وسواس اجبار باشد (به عنوان مثال، آبروومویتز و دیاکون، ۲۰۰۶؛ فووا و همکاران، ۲۰۰۲؛ هاجیک، هابرت، سیمونس و فووا، ۲۰۰۴؛ هابرت و همکاران، ۲۰۰۷). فتی، محمدی و زمانی (۱۳۸۷) این مقیاس را در یک جمعیت دانشجویی در ایران هنجاریابی کردند. نتایج پژوهش مذکور، همسانی درونی مطلوبی به دست داد که با ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد (در دامنه ۰/۵ تا ۰/۷۲). علاوه بر این، ساختار شش عاملی که در پژوهش اصلی به دست آمده بود، به وسیله تحلیل عاملی تاییدی به تایید رسید.

پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II): این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که علایم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه گیری می‌کند. هر ماده دارای ۴ گزینه است که بر مبنای ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند. حداکثر نمره در این پرسشنامه ۶۳ است و حداقل آن صفر است. در ایران نیز خصوصیات روان‌سنجی این پرسشنامه در یک نمونه‌ی بالینی مورد ارزیابی قرار گرفته که ضریب اعتبار ۰/۹۱ برای کل مقیاس به دست آمده است. علاوه بر این، روایی سازه بر پایهٔ روش محاسبهٔ روایی همگرا نیز ۰/۸۷ محاسبه شد (دابسون و محمد خانی، ۱۳۸۶).

پرسشنامه اضطراب بک (BAI): پرسشنامه اضطراب بک یک پرسشنامه خود گزارشی برای اندازه گیری شدت علائم اضطراب است (بک و استیر، ۱۹۹۰). این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ سؤالی است که فرد در هر سؤال یکی از چهار گزینه‌ای (از صفر= اصلاً تا سه= به طور شدید) را که نشان دهندهٔ شدت اضطرابش هست، انتخاب می‌کند. مطالعات انجام شده بر روی این پرسشنامه نشان می‌دهند که این آزمون از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن ۰/۹۲، ضریب اعتبار آن با روش باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است (کلارک و واتسون[1]، ۱۹۹۱). نتایج بررسی خصوصیات روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران نیز نشان دهندهٔ آن است که آزمون مورد نظر دارای اعتبار (r=۰/۸۳)، روایی (r=۰/۷۲) و همسانی درونی (آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲) مناسبی است. (کاویانی و موسوی، ۱۳۸۷).

درمان شناختی – رفتاری

راهنمای درمان شناختی – رفتاری پژوهش حاضر بر اساس «راهنمای درمان گروهی برای آزمایش کنترل‌شده در اختلال وسواسی- اجباری» که به منظور مقایسه روش درمانی شناختی – رفتاری با روش درمان رفتاری (مواجهه و پیشگیری از پاسخ) در دانشگاه

1. Watson

کلمبیا توسط ساکتین، ویتال، مک‌لین تدوین شده است، آماده شد. تکنیک‌های شناختی – رفتاری ارائه شده در این مجموعه بر اساس کارهای افرادی نظیر ون‌اپن و آرنتز (۱۹۹۴)، فریستون، رمئو و لادوسور (۱۹۹۶) و سالکووسکیس و ویست‌بروک (۱۹۸۹) پایه گذاری شده است. محتوای جلسات به شرح زیر است: *جلسه‌ی اول*، شامل خوش آمدگویی، مقدمه و ارزیابی بیماران، بازبینی سیاست‌های دارویی و تعیین اهداف روش درمانی، توضیح اختلال وسواسی – اجباری و مدل شناختی-رفتاری بود. محور اصلی *جلسه‌ی دوم*، شناسایی برداشت‌های منفی بیمار و بازسازی شناختی انواع موجود خطاهای شناختی بود. در *جلسه سوم*، *به* بازسازی شناختی بیش برآورد اهمیت افکار، بیش-برآورد خطر و بزرگ‌نمایی عواقب خطر پرداختیم. تهیه‌ی سلسله مراتب وسواس و طراحی آزمایشات رفتاری در جلسه، ارائه‌ی دستورهایی برای پیشگیری از واکنش، سایر اهداف این جلسه بودند. *جلسه چهارم*، شامل بازسازی شناختی ارزیابی مقدار مسئولیت پذیری و نتایج شناخته شده از مسئولیت‌ها، طراحی آزمایش-های رفتاری در جلسه بود. محور *جلسه پنجم*، بازسازی شناختی اطمینان‌خواهی و کنترل افکار و طراحی آزمایش‌های رفتاری در جلسه بود. در *جلسات ششم تا یازدهم*، مطالب جلسات قبل مرور و آزمایش‌های رفتاری انجام شد. در *جلسه دوازدهم*، آمادگی لازم برای پایان دوره در بیمار ایجاد شد. برنامه‌ریزی‌های ضروری برای آینده و پیشگیری از عود بیماری انجام گرفت.

درمان فراشناختی

درمان فراشناختی برای بیماران مبتلا به اختلال وسواسی – اجباری توسط آدریان ولز (۲۰۰۸) ایجاد شد. این یک درمان ۱۰ جلسه‌ای است که به صورت هفتگی و به مدت ۴۵ الی ۶۰ دقیقه برگزار می‌شود. قدم اول در این درمان تشویق بیمار برای آگاهی از نقش فراشناخت‌ها در تداوم نشانه‌های بیماری است. در واقع هدف این است که بیمار به جای این که با افکار خود درباره‌ی وسواس‌ها و اجبارها به عنوان واقعیت رفتار کند، آنها را صرفاً حوادثی ذهنی[1] بداند که نیازمند پردازش ذهنی بیشتری نمی‌باشد (فیشر و ولز، ۲۰۰۸؛ ولز، ۱۹۶۲). جلسه اول درمان به تدوین فرمول‌بندی موردی، معرفی مدل فراشناختی و آماده سازی بیمار، اجرای آزمایش فرونشانی فکر، تمرین ذهن آگاهی گسلیده بر روی افکار خنثی و تمرین ذهن آگاهی گسلیده بر روی افکار وسواسی اختصاص می‌یابد. جلسه دوم علاوه بر مرور و تمرین و آماده سازی بیشتر شامل معرفی ERP یا به تعویق انداختن آیین‌مندی‌ها می‌شود. جلسه سوم شامل معرفی باورهای آمیختگی، چالش کلامی با باورهای مربوط به آمیختگی، اجرای آزمایش رفتاری در مورد باورهای آمیختگی، جلسه چهارم نیز شامل اجرای آزمایش رفتاری در مورد باورهای آمیختگی، جلسه پنجم شامل بررسی باورها درباره‌ی آیین‌مندی‌های وسواسی و ارائه‌ی منطق کار، جلسه ششم شامل چالش کلامی با باورها درباره‌ی آیین‌مندی‌ها (تحلیل مزایا و معایب) بود. جلسات هفتم و هشتم به ترتیب به موضوعات مواجهه و آغاز تغییر نشانه‌های توقف و ایجاد برنامه‌ی جدید برای مقابله با افکار مزاحم اختصاص داشت. در جلسه نهم بقیه‌ی باورهای آمیختگی بررسی شد و سایر آیین‌مندی‌ها و اجتناب‌ها ممنوع و بیمار برای خاتمه‌ی درمان آماده گردید. درمان با پیشگیری از عود: یکپارچه کردن برنامه‌ی جدید مواجهه با افکار وسواسی در آینده و برنامه‌ریزی جلسات تقویتی خاتمه یافت.

شیوه‌ی اجرا

1. Mental Event

پس از ارزیابی و انتخاب بیماران، آنها را به صورت تصادفی در دو گروه قرار دادیم، هر یک از بیماران بعد از تکمیل پیش آزمون به صورت انفرادی ۱۰ - ۱۲ جلسه درمان ۶۰ دقیقه‌ای شناختی – رفتاری یا فراشناختی دریافت نمودند. یک ماه بعد از اتمام جلسات درمانی، بیماران مجدداً به کلینیک فرا خوانده شدند و بررسی کوتاهی طی یک جلسه نیم ساعتی به عمل آمد. در این جلسه به سئوالات بیماران در حفظ بهبودی پس از درمان پاسخ داده شد. جلسه‌ای مشابه سه ماه پس از درمان برای بیماران برگزار گردید.

یافته‌ها

در جدول ۱ اطلاعات جمعیت شناختی و وضعیت بیماران از نظر چند متغیر، از جمله شدت وسواس آنها در آغاز درمان، میزان اعتماد آن‌ها به درمان و میزان انجام تکالیف مربوط به جلسات درمانی ذکر شده است. تمام شرکت کنندگان در پژوهش زن بودند و از میزان تحصیلات تقریباً یکسانی برخوردار بودند. هر دو راهنمای درمان شامل دو پرسشنامه ضمیمه پاسخ به درمان و تعهد به تکلیف بودند. نمره‌ی بیماران در پرسشنامه پاسخ به درمان از ۱ تا ۴۰ تغییر می‌کند. بیماران این پرسشنامه را، بعد از ارائه‌ی منطق درمان تکمیل می‌کنند. این پرسشنامه نشان می‌دهد که بیمار تا چه اندازه منطق درمان را می‌پذیرد و آن را در حل مشکلات وسواسی خود، اثر بخش و کارآمد پیش بینی می‌کند نمره‌ی بیماران در پرسشنامه‌ی انجام تکالیف، در واقع میزان تعهد و تلاش آنها برای انجام تکالیف خانگی را نشان می‌دهد. این نمره می‌تواند بین صفر تا شش تغییر یابد. جدول ۱. نشان می‌دهد که بیماران ما در دو گروه MCT و CBT از نظر سطح تحصیلات، میانگین پاسخ به درمان قبل و بعد از ارائه درمان تفاوت چندانی ندارند. اما بیماران گروه CBT تمایل بیشتری به انجام تکالیف جلسات درمانی داشتند. داده‌های این پژوهش به دو صورت گروهی و انفرادی مورد تحلیل قرار گرفت. روش اصلی تحلیل داده‌ها در طرح‌های تک آزمودنی، استفاده از شکل و تحلیل دیداری آن است. در تحلیل دیداری طراز، روند و تغییر پذیری نقاط داده‌ها در مراحل مختلف مورد بررسی قرار می‌گیرد، در واقع تحلیل دیداری مستلزم بررسی این سه ویژگی در هر مرحله و در بین شرایط مختلف است (کوپر[1]، هرون[2] و هوارد[3]، ۱۹۸۷): طراز عملکرد، روند یا خط پیشرفت، تغییرپذیری نقاط داده‌ها. فراز و فرود متغیر وابسته پایه داوری میزان تغییر به شمار می‌رود. افزون بر این از ملاک معناداری بالینی هم برای تحلیل داده‌ها بهره گرفته می‌شود. برای محاسبه اندازه اثر از روش «میانگین کاهش از خط پایه» استفاده کردیم. در این روش میانگین مشاهدات مرحله درمان یا پیگیری از میانگین مشاهدات خط پایه کم می‌شود و سپس تقسیم بر میانگین مشاهدات خط پایه می‌شود و حاصل در عدد ۱۰۰ ضرب می‌گردد (کمپبل[4]، ۲۰۰۴).

$$A\% = \frac{A0 - A1}{A0}$$

در فرمول فوق، A0 مشکل آماجی در جلسه‌ی اول، A1 مشکل آماجی در جلسه‌ی آخر و r٪ میزان بهبودی را نشان می‌دهد (اوگلز، لونر و بونستیل، ۲۰۰۱).

شکل ۱، تغییرات نمرات بیماران گروه MCT و شکل ۲ تغییرات نمرات بیماران گروه CBT را در زیر مقیاس شست و شو آزمون OCI، در ۴ اندازه گیری (پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری اولیه و پیگیری ثانویه) نشان می‌دهد.

1. Cooper
2. Hersen
3. Heward
4. Campbell

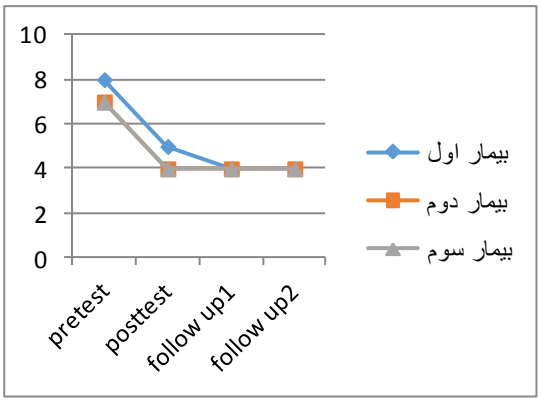
جدول ۱: وضعیت بیماران از نظر متغیرهای توصیفی و شدت اجبار

گروه	بیماران	میزان تحصیلات	شدت شست و شو*	انجام تکالیف	پاسخ به درمان**	میانگین گروه	پاسخ به درمان***	میانگین گروه	انجام تکالیف	میانگین گروه
گروه فراشناختی	بیمار ۱	دانشجوی کارشناسی	۸	۸,۳۳	۳۳	۲۹,۳۳	۳۷	۳۱,۶۶	۴,۰۸	۳,۸۳
	بیمار ۲	دیپلم	۷		۳۲		۳۵		۳	
	بیمار ۳	دیپلم	۷		۲۳		۲۳		۳,۴۲	
گروه شناختی – رفتاری	بیمار ۴	دیپلم	۷	۱۰,۳۳	۳۳	۳۰	۳۹	۳۱	۶	۴,۸
	بیمار ۵	دیپلم	۱۲		۳۶		۳۳		۵	
	بیمار ۶	سیکل	۱۲		۲۱		۲۱		۳,۴۲	

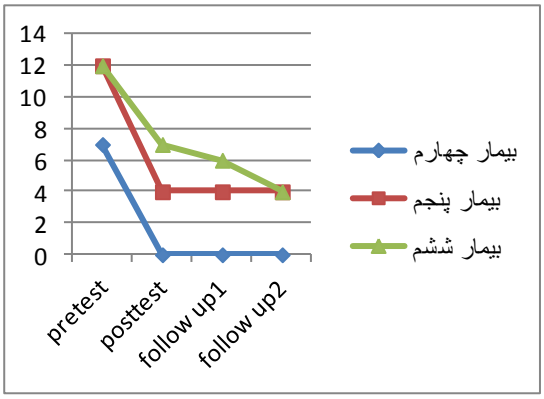
* شدت اجبار شست و شو در این جدول بر اساس زیر مقیاس شست و شو OCI-R گزارش شده است.

** نمرات بیماران در پرسشنامه پاسخ به درمان قبل از دریافت درمان

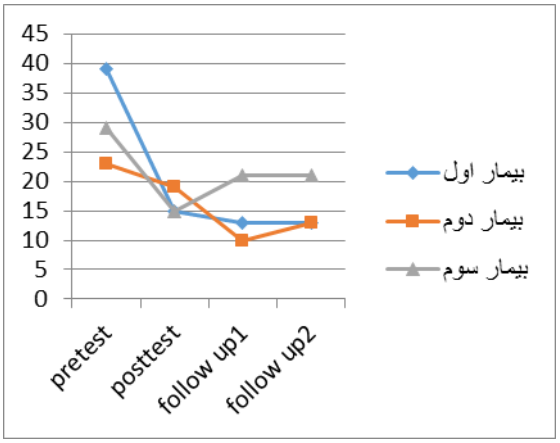
*** نمرات بیماران در پرسشنامه پاسخ به درمان بعد از دریافت درمان



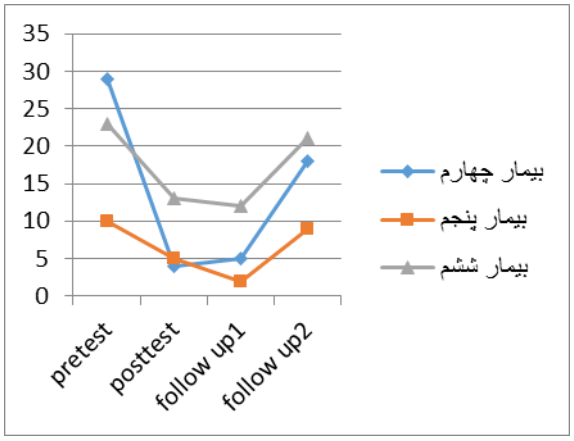
شکل ۱. نمودار تغییرات نمرات بیماران گروه MCT در زیر مقیاس شست و شو آزمون OCI



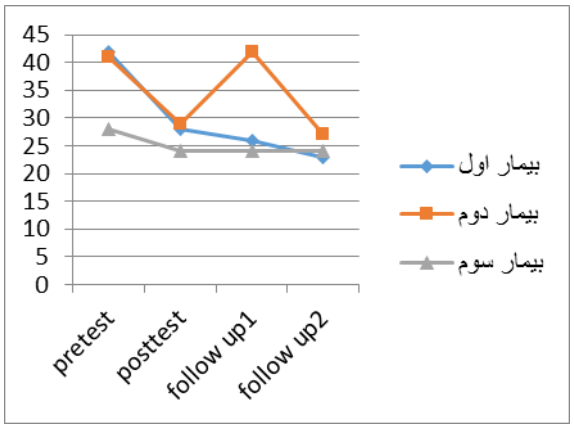
شکل ۲: نمودار تغییرات نمرات بیماران گروه CBT در زیر مقیاس شست و شو آزمون OCI



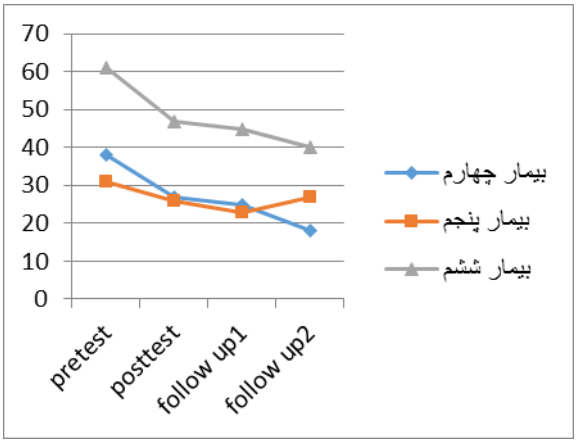
شکل ۳. نمودار تغییرات نمرات بیماران گروه MCT در آزمون BDI



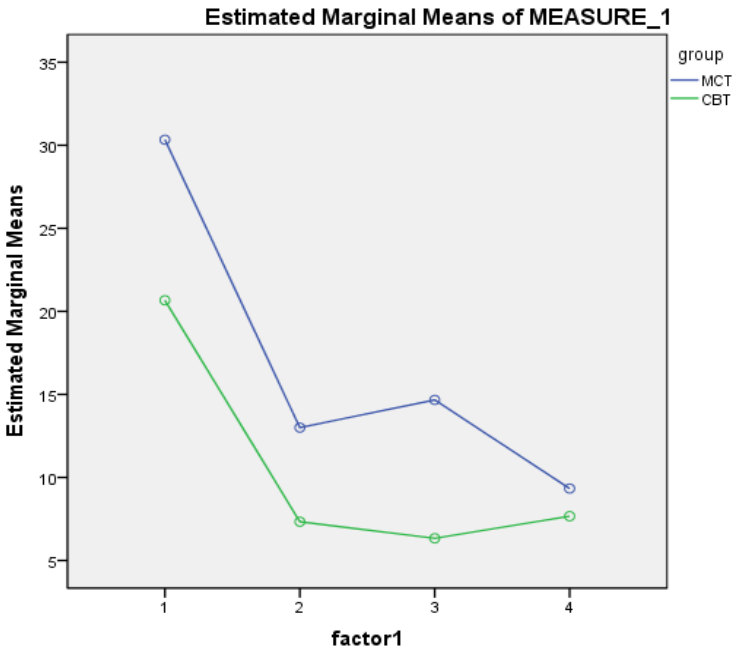
شکل ۴. نمودار تغییرات نمرات بیماران گروه CBT در آزمون BDI



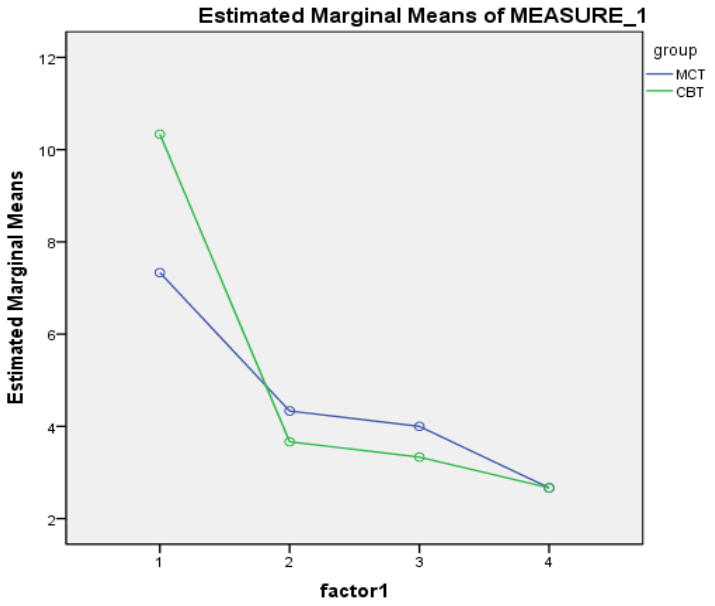
شکل ۵. نمودار تغییرات نمرات بیماران گروه MCT در آزمون BAI



شکل ۶. نمودار تغییرات نمرات بیماران گروه CBT در آزمون BAI



شکل ۷: مقایسه دو گروه در نمره‌ی OCI، در زمان‌های اندازه گیری



شکل ۸: مقایسه دو گروه در نمره‌ی BDI، در زمان‌های اندازه گیری

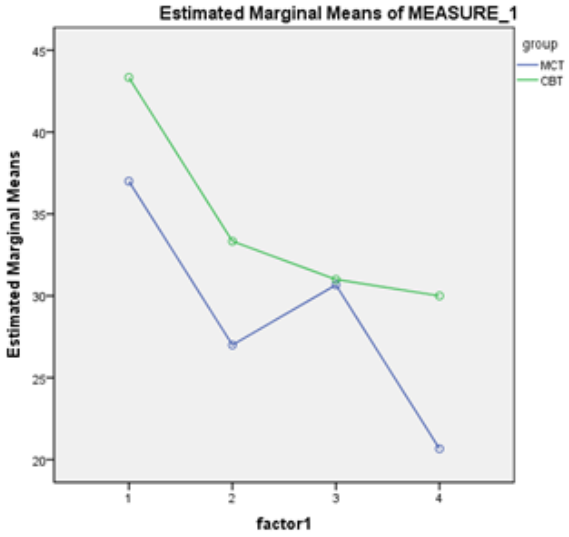
شکل‌های مربوط به تحلیل دیداری نشان می‌دهد که هر دو درمان CBT و MCT در کاهش نشانه‌های شست و شو موثر بودند. اما کدام درمان در کاهش نشانه‌های OCD کارآمدتر است؟ برای پاسخ به این

سئوال اندازه اثر درمان را در مراحل مختلف ارزیابی مقایسه کردیم. اندازه اثر، یک متغیر غیر فاصله‌ای است، برای مقایسه دو درمان، از میانه این متغیر کمک گرفتیم. در جدول ۲ میانه اندازه اثر دو درمان را در کاهش نشانه‌های OCD و اضطراب و افسردگی در مرحله بعد از درمان، پیگیری یک و دو ذکر کرده‌ایم.

جدول ۲: مقایسه اندازه اثر درمان در کاهش نشانه‌های شست و شو ، نمره BDI و نمره BAI بیماران دو گروه MCT و CBT در مراحل مختلف ارزیابی

		درمان فراشناختی			درمان شناختی – رفتاری		
OCI	مراحل ارزیابی	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	بیمار چهارم	بیمار پنجم	بیمار ششم
	بعد از درمان	۳۷٫۵	۷۵	۴۲٫۸۵	۱۰۰	۶۶٫۶۶	۴۱٫۶۶
	پیگیری اولیه	۵۰	۷۵	۴۲٫۸۵	۱۰۰	۶۶٫۶۶	۵۰
	پیگیری ثانویه	۵۰	۷۵	۴۲٫۸۵	۱۰۰	۶۶٫۶۶	۶۶٫۶۶
BDI	بعد از درمان	۶۱٫۵	۶۰٫۸۶	۴۸٫۲۷	۸۶٫۲	۵۰	۴۳٫۴۷
	پیگیری اولیه	۶۶٫۶	۵۶٫۵۲	۲۷٫۵۸	۸۲٫۷۵	۸۰	۴۷٫۸۲
	پیگیری ثانویه	۶۶٫۶	۴۳٫۴۷	۲۷٫۵۸	۳۷٫۹۳	۱۰	۴۳٫۴۲
BAI	بعد از درمان	۳۳٫۳	۲۹٫۲۶	۱۶٫۶	۲۸٫۹۴	۱۶٫۱۲	۲۲٫۹۵
	پیگیری اولیه	۳۸	-۲	۱۶٫۶	۳۴٫۲۱	۲۵٫۸	۲۶٫۲۲
	پیگیری ثانویه	۴۵٫۲	۴۳٫۹	۱۶٫۶	۴۷٫۳۶	۱۲٫۹	۳۴٫۴۲

برای تحلیل گروهی داده‌های این پژوهش، از روش تحلیل واریانس با یک عامل بین گروهی (گروه‌های درمانی) و یک عامل درونی (زمان آزمون‌ها که شامل پیش/پس آزمون، پیگیری یک / دو) استفاده شد. در جدول ۳، نتایج تحلیل واریانس چند عاملی را برای بیماران دو گروه در متغیرهای BDI، BAI و OCI مشاهده می‌کنید. جدول ۳، نشان می‌دهد که اثر گروه و اثر زمان در هر سه پرسشنامه معنادار می‌باشد. اما معناداری اثر متقابل گروه و زمان در هیچ یک آزمون‌های نشانه‌های وسواس، اضطراب و افسردگی تأیید نگردید. تفاوت دو گروه در کاهش نشانه-های اختلال وسواسی – اجباری در سطح ۰٫۰۰۵ معنادار است و این تفاوت به نفع درمان شناختی – رفتاری می‌باشد. به عبارت دیگر CBT در کاهش نشانه‌های OCD موفق‌تر از MCT بود. این جدول همچنین معناداری اثر زمان را در سطح ۰٫۰۰۱ نشان می‌دهد. داده‌های جدول به شکل ملموس‌تری در نمودار ۷، نمایش داده شده است. محور افقی نمودار به ترتیب مربوط به زمان‌های اندازه گیری (pretest، posttest، follow up1، follow up2) و نمودار عمودی مربوط به تغییرات نمرات بیمار در آزمون OCI می-باشد. رنگ آبی تغییرات میانگین گروه MCQ و رنگ سبز تغییرات میانگین گروه CBT، در نمره‌ی OCI را طی زمان نشان می‌دهد. نکته‌ی آخر این که اثر متقابل گروه و زمان معنادار نمی‌باشد. که تفاوت دو گروه در کاهش نشانه‌های افسردگی و همچنین اثر زمان در سطح ۰٫۰۰۱ معنادار است. تفاوت دو گروه در کاهش نشانه‌های اضطراب اندازه گیری شده با BAI، در سطح ۰٫۰۰۲ معنادار است. در واقع درمان فراشناختی در کاهش نمره‌ی BAI به خوبی عمل کرده است. همچنین اثر زمان در سطح ۰٫۰۴۰ و از پیش آزمون به پس آزمون معنادار بود. اما معناداری اثر متقابل گروه و زمان به اثبات نرسید.



شکل ۹: مقایسه دو گروه در نمره‌ی BAI، در زمان‌های اندازه گیری

جدول ۳. خلاصه آماره‌ها و نتایج تحلیل واریانس چندعاملی برای دو گروه با MCT و CBT

		گروه MCT n=۳		گروه CBT n=۳		اثر زمان			اثر گروه			اثر متقابل گروه و زمان		
متغیرها	زمان اندازه گیری	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	F	df	Sig	F	df	Sig	F	Df	Sig
۱	پیش آزمون	۷,۳۳	۰,۵۷۷	۱۰,۳۳	۶,۵۵۷	۳۵,۲۱۵	۳	۰,۰۰۰۱	۳۲,۸۱۶	۱	۰,۰۰۵	۰,۰۴۸	۳	۳,۵۵۹
	پس آزمون	۴,۳۳	۰,۵۷۷	۳,۶۷	۶,۳۵۱									
	پیگیری ۱	۴	۰,۰۰۰	۳,۳۳	۴,۶۱۹									
	پیگیری ۲	۲,۶۷	۲,۳۰۹	۲,۶۷	۳,۶۰۶									
۲	پیش آزمون	۳۰,۳۳	۸,۰۸۳	۲۰,۶۷	۹,۷۱۳	۱۰,۲۰۵	۳	۰,۰۰۱	۷۲,۲۵۳	۱	۰,۰۰۱	۰,۵۰۴	۳	۰,۹۸۷
	پس آزمون	۱۳	۳,۴۶۴	۷,۳۷	۴,۹۳۳									
	پیگیری ۱	۱۴,۶۷	۵,۶۸۶	۶,۳۳	۵,۱۳۲									
	پیگیری ۲	۹,۳۳	۹,۰۱۸	۷,۶۷	۳,۲۱۵									
۳	پیش آزمون	۳۷	۷,۸۱۰	۴۳,۳۳	۱۵,۶۹۵	۳,۸۰۵	۳	۰,۰۴۰	۵۶,۰۳۹	۱	۰,۰۰۲	۰,۳۵۳	۳	۰,۷۸۸
	پس آزمون	۲۷	۲,۶۴۶	۳۳,۳۳	۱۱,۸۴۶									
	پیگیری ۱	۳۰,۶۷	۹,۸۶۶	۳۱	۱۲,۱۶۶									
	پیگیری ۲	۲۰,۶۷	۲۱	۳۰	۸,۸۸۸									

۱. نمره بیمار در OCI

۲. نمره بیمار در BDI

۳. نمره بیمار در BAI

بحث

پژوهش حاضر، با هدف مقایسه کارآمدی دو درمان شناختی – رفتاری و فراشناختی در کاهش نشانه‌های اجبار شست و شو، اضطراب و افسردگی انجام شد. داده‌ها نشان داد که درمان شناختی – رفتاری در کاهش نشانه‌های شست و شو در مرحله‌ی بعد از درمان و مراحل پیگیری، کارآمدتر از درمان فراشناختی عمل کرد. در تحلیل گروهی میانگین نمرات بیماران در OCI نیز گروه CBT به طور معناداری موفق‌تر از MCT بود. پیش از این نیز کارآمدی درمان شناختی – رفتاری برای اختلال وسواسی – اجباری به خوبی اثبات شده بود (به عنوان مثال، فوا و همکاران، ۲۰۰۵؛ فریستون و همکاران، ۱۹۹۷؛ اددی، دوترا، برادلی و ویستون، ۲۰۰۴؛ هاپرت و همکاران، ۲۰۰۴؛ اددی و همکاران، ۲۰۰۴؛ وین بالکوم[29] و همکاران، ۱۹۹۴). البته کارآمدتر بودن CBT، به معنای عدم کارآمدی MCT نیست، بلکه در مقام مقایسه با درمان شناختی – رفتاری، موفقیت کمتری کسب کرده است. سالکووسکیس و ویست‌بروک[30] (۱۹۸۹)، بیان کردند که دست‌یابی به ۵۰ درصد بهبودی در کاهش نشانه‌های OCD، یک معیار بهبودی مناسب از اثربخشی درمان می‌باشند. درمان فراشناختی در مورد یکی از بیماران در مرحله بعد از درمان و در مورد دو بیمار در مرحله‌ی پیگیری ثانویه بیش از ۵۰ درصد بهبودی نشان داد. بنابراین نتایج این پژوهش، در راستای پژوهش‌های متعددی است که اثربخشی درمان فراشناختی را در کاهش نشانه‌های وسواس نشان داده‌اند (به عنوان مثال فیشر و ولز، ۲۰۰۸؛ اندوز، دولتشاهی، مشتاق و دادخواه، ۲۰۱۳؛ ریس و ون‌کولیس‌ویلد[31]، ۲۰۰۸). در زمینه‌ی مقایسه‌ی دو درمان فراشناختی و شناختی – رفتاری، به جز مطالعه‌ی اکرمی، کلانتری، عریضی، عابدی و معروفی (۱۳۸۹)، به پژوهشی دست نیافتیم. در این پژوهش نیز اندازه اثر درمان برای فراشناختی – رفتاری (MCBT) گروهی ۱,۴ و برای CBT گروهی، ۱,۶ به دست آمد که با تحلیل کوواریانس تفاوت آنها معنادار نبود. ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-R درباره‌ی اختلال وسواسی اجباری، نشان دهنده‌ی وجود نشانه‌هایی در سطح شناخت (افکار وسواسی)، هیجان (اضطراب و پریشانی) و رفتار (اجبارها) می‌باشد. البته نظریات آسیب شناسی نوین، مولفه‌های فراشناختی را نیز به این مجموعه افزوده‌اند. وجود مولفه‌ی رفتاری در وسواس‌های همراه با اجبار آشکار (به ویژه، نوع فرعی شست و شو) اهمیت بیشتری می‌یابد. درمان شناختی – رفتاری در بخش ERP، مستقیماً این مولفه‌ی رفتاری را آماج درمان خود قرار می‌دهد. اما درمان فراشناختی به طور مستقیم به فرایندهای فراشناختی دخیل در اختلال می‌پردازد و آزمایش‌های رفتاری مکرر برای فرآیند خاموشی یا خوگیری اتفاق نمی‌افتد. در راستای تأیید این گفته، می‌توان به مطالعه‌ی اکرمی و همکاران (۱۳۸۹) اشاره کرد که با افزودن مولفه‌ی رفتاری به درمان فراشناختی (MCBT) و مقایسه‌ی آن با CBT کارآمدی یکسانی برای این دو درمان برآورد کردند. یافته‌ی دیگر پژوهش حاضر این بود که هر دو درمان در کاهش نشانه‌های افسردگی موثر بودند و در مرحله بعد از درمان منجر به روند کاهشی نمره‌ی BDI شده‌اند. روند کاهشی در پیگیری اولیه در هر دو گروه ادامه داشت، اما در مرحله پایانی ارزیابی گروه MCT، در دو بیمار روند صفر و در بیمار سوم روند افزایشی نشان داد. در حالی که روند افزایشی در گروه CBT مشاهده می‌شود. پدر یکی از بیماران گروه CBT فوت کرد، دیگری باردار شد و مصرف الکل همسر بیمار دیگر عود کرد، احتمالاً افزایش در BDI به دلایل این چنینی

29. Van balkom
30. Westbrook
31. Van Koesveld

مربوط می‌گردد به همین دلیل ما داده‌های مربوط به پیگیری ثانویه را در مورد نمره BDI مقایسه نکردیم. اما با اغماض در شرایط پیش آمده، MCT در کاهش نمره‌ی BDI بیماران در مراحل بعد از درمان و پیگیری ثانویه موفق‌تر از CBT بود. اما در پیگیری کوتاه مدت یک ماهه CBT کارآمدتر ظاهر شد. هر دو درمان ضمن کاهش اضطراب که پیامد هیجانی اصلی حاصل از OCD می‌باشد، در مورد کاهش نمره‌ی BAI نیز MCT بعد از درمان و پیگیری ثانویه موفقتر از CBT بود. تحلیلی گروهی داده‌های پژوهش نیز نشان داد که درمان فراشناختی به طور معناداری در کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی بیماران وسواسی کارآمدتر بوده است. درمان شناختی – رفتاری به عنوان TAU، کار آمدی خود را در کاهش نمره اضطراب افسردگی بیماران مبتلا به OCD نشان داده است: به عنوان مثال روکلینگ (۲۰۰۹)، چالامکوب و سالکووسکیس (۲۰۱۱). پژوهش‌های متعددی به اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش نشانه‌های افسردگی (نمره‌ی بیمار در BDI) و اضطراب (نمره‌ی بیمار در BAI)، در بیماران مبتلا به OCD اشاره کرده‌اند که از آن جمله می‌توان ولز و فیشر (۲۰۰۸)، عبداله زاده، جوان‌بخت و عبداله زاده (۱۳۹۰) و اندوز (۲۰۱۲) را خاطرنشان کرد. یکی از مهمترین مولفه‌های درمان OCD، کاربرد ذهن آگاهی گسلیده می‌باشد. بهره گیری از این تکینیک بویژه در درمان OCD ضرورت دارد. بدیهی است که ذهن آگاهی باعث انتقال بیمار به سبک فراشناختی، توقف سبک پردازشی درجاماندگی و افزایش کنترل اجرایی بر تخصیص توجه می‌گردد. داده‌های پژوهشی گسترده‌ای از این مفهوم که سبک پردازش تکراری برای سلامت هیجانی مضر هستند، حمایت می‌کنند (ولز، ۲۰۰۸). درمان فراشناختی با اصلاح سندرم شناختی – توجهی و کاهش سبک‌های تکراری و نشخوار فکری، می‌تواند در کاهش نشانه‌های هیجانی معیوب کارآمد باشد. از سوی دیگر نتایج نشان داد که MCT در دراز مدت کارآمدتر از CBT است. در توجیه این داده می‌توان گفت که اصلاح سیستم پردازش اطلاعات، سندم شناختی – توجهی و راهبردهای مقابله‌ای، اگرچه می‌تواند تغییرات عمیق و پایداری ایجاد بکند، اما در مقایسه با شرایطی که محتوای شناخت به طور مستقیم مورد توجه و اصلاح قرار می‌گیرد، نیازمند مدت زمان بیشتری برای اثرگذاری می‌باشد (اکرمی و همکاران، ۱۳۸۹). بنابراین در دراز مدت نتایج بهبودی بهتری در گروه MCT ارائه شد. با توجه به این که درمان فراشناختی ضمن ایجاد تغییر در فرایندهای تفکر، در محتوا نیز تغییراتی ایجاد کرده است، به نظر می‌رسد کارآمدی MCT در کاهش سطح اضطراب، می‌توان ناشی از تفاوت دو درمان در سطح اثر گذاری بر فراشناخت و شناخت باشد. نکته‌ی دیگری که باید مورد توجه قرار داد اثرات نسبی ERP مبتنی بر فراشناخت در مقایسه با ERP مبتنی بر خود پذیری است که در CBT به کار می‌رود. در EPR مبتنی بر فراشناخت به بیمار کمک می‌شود تا بر اساس باورهای فراشناختی خود به پیش بینی بپردازد و سپس برای بررسی صحت آنها دست به آزمایش‌های رفتاری بزند و یا این که از این تکنیک برای بررسی باورهای TAF استفاده می‌گردد. در واقع این تکنیک برخلاف ERP مبتنی بر خودپذیری که به حفظ سبک عینی می‌پردازد، با بهره گیری از ذهن آگاهی گسلیده در جریان رویارویی، بیمار را به حفظ رابطه فراشناختی با افکار وسواسی ترغیب می‌کند. ولز و فیشر (۲۰۰۵) نشان دادند که ERP مبتنی بر فراشناخت بیش از EPR مبتنی بر خود پذیری باعث کاهش اضطراب و تمایل به خنثی سازی و باورهای منفی می‌شود. همین مطلب می-تواند دلیلی دیگر بر کارآمدی بیشتر MCT در کاهش

اضطراب باشد. نمرات بیماران گروه MCT بعد از اتمام درمان (در فاصله‌ی بعد از درمان تا پیگیری اولیه)، یک افزایش نسبتاً چشمگیر در میانگین افسردگی و اضطراب نشان داده‌اند. بیمار شماره‌ی دو که در گروه فراشناختی قرار داشت، در جلسات پایانی درمان، نشانه-های از شخصیت وابسته را نشان داد. به نظر می‌رسد که افزایش نمره‌ی این بیمار در آزمون‌های BDI و BAI می‌تواند در میانگین کلی گروه اثر داشته باشد. اما از سوی دیگر در مورد بیمار شماره سه نیز این افزایش نمره افسردگی و اضطراب در پیگیری اولیه مشاهده می‌گردد. در مورد بیمار اخیر علت خاصی یافت نشد. به زعم پژوهشگر عوامل مزاحم و تعهد بیماران در اجرای تکالیف، از جمله عوامل پیش بینی کننده‌ی این یافته می‌باشد. منظور از کارآمدی درمان کاهش اضطراب، نگرانی و نشانه‌های وسواسی-اجباری بیماران بعد از دریافت درمان و حفظ وضعیت نسبتاً ثابت در پیگیری و عدم عود کامل می‌باشد. در مورد کاهش نمره OCI هر دو درمان (در مقایسه گروهی) در تمام مراحل بعد از درمان، پیگیری ۱ و ۲ روند کاهشی داشتند در مورد نمرات BDI گرچه درمان فراشناختی نا منظم عمل کرده است اما در نهایت کاهش بیشتری در بیماران این گروه مشاهده می‌شود و در نهایت در مورد نمرات BAI نیز روال به همین منوال است. بنابراین در یک جمع‌بندی نهایی می‌توان با احتیاط مطرح کرد که MCT درمان کارآمدتری برای بیماران مقاوم به درمان می‌باشد. در پایان باید اشاره کرد که درجه رشد شناختی و ذهن روان شناختی بیماران ارزیابی نشد که می‌تواند نتایج را تحت تاثیر قرار دهد.

سپاسگزاری

از اقای دکتر سعید اکبری حقیقت روان پزشک و ارزیاب مستقل پژوهش، از راهنمایی‌های دکتر آرین-مارین ویتال و همکاری دوستان ارزشمندم آقای محمد درهرج و خانم زهرا بهادری سپاس گزارم.

منابع

Abramowitz, J. S. (2006). The Psychological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry—In Review*, 51 (7), 407-416.

Abramowitz, J. S. (2006). *Understanding and treating obsessive-Compulsive Disorders: A Cognitive Behavioral Approach*. New Jersey: law Rence erlbance associates.

Akrami, N. M. A., Kalantari, M., Oreyzi, H. R., Abedi, M. R., Maroofi, M. (2010). Comparison of the Effectiveness of Behavioural- Cognitive & Behavioural-Metacognitive Approaches in Patients with Obsessive- Compulsive Disorder (OCD). *Journal of Clinical Psychology*. VOL. 2, No. 2 (6), 59-71. [Persian]

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edn. Washington D. C, APA.

Andouz, Z., Dolatshahi, B., Moshtagh, N., & Dadkhah, A. (2012). The Efficacy of Metacognitive Therapy on Patients Suffering from Pure Obsession. *Iran Journal Psychiatry*, 7, 11-21.

Barrett, P. M., Farrell, L., Pina, A. A., Peris, T. S., & Piacentini, J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *37*(1), 131-155.

Eddy, K. T., Dutra, L., Bradley, R., & Westen, D. (2004). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive–compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 24(8), 1011–1030.

Fagihi, A.N., & Motahari, J. (?).Comparing Classic Cognition and Behavior and Islamic Treatment. *Marefat Journal*. 45-58. [Persian]

Fisher, P., & Wells, A. (2011). Book review: Metacognitive Therapy. *Journal of Psychosomatic Research, 17*: 113.

Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E., & et al. (2005). Treatment of obsessive-compulsive disorder by exposure and ritual prevention. Clomipramine, and their combination: a randomized, placebo controlled trial. *American Journal of Psychiatry. 162*, 151-6I.

Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F., Thibodeau, N., Rheaume, J., Letarte, H., & Bujold, A. (1997). Cognitive– behavioral treatment of obsessive thoughts: A controlledstudy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65(3)*, 405–413.

Huppert, J. D., Schultz, L. T., Foa, E. B., Barlow, D. H., Davidson, J. R., Gorman, J. M., & Woods, S. W. (2004). Differential response to placebo among patients with social phobia, panic disorder, and obsessive–compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *161(8)*, 1485–1487.

Mataix-Cols, D., Rosario-Campos, M ,. &Leckman, J. (2005). A Multidimentional Model of Obsessive - Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 162: 228- 238.

Rees, C. S., & Van Koesveld, K. E. (2008). An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 451-458.

1., Stein DJ, Chiu WT, Ruscio AM Kessler RC. (2008).The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 15(1): 53–63.

Salkovskis P. M., & Westbrook, D. (1989). Behaviour therapy and obsessional ruminations: Can failure be turned into success? Behaviour Research and Therapy, 27, 149–160.

Salkovskis, P. M. (2007). Psychological treatment of obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry, 6*: 6-12.

Solem, S., Mayers, S. G., Fisher, P. L., Vogel, P. A., & Wells, A. (2010). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: *Journal of Anxiety Disorders, 24:* 79-86.

Van Balkom, AJLM. Van Oppen, P., Vermeulen, AWA. Van Dyck, R., Nauta MCE., Vorst HCM. (1994). a meta-analysis of the treatment of obsessive compulsive disorder: a comparison of antidepressants, behavior, and cognitive therapy. *Clinical Psychology Review.* 14:359 – 381.

Vladan, S. (2005). *Anxiety disorders in Adults*. London: oxford university press.

Watson, H. J., & Rees, C. S. (2008). Meta-analysis of randomized controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*(5): 489-498.

Wells, A., & Fisher, P. L. (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: a test of the metacognitive model. *Behavior Research and Therapy*, *43*: 821-829.

Wells, A., & Fisher, P. L. (2008). Metacognitive therapy for obsessive–compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *39*(2): 117-132.

Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and Emotion: A clinical perspective*. Hove: Erlbum.

Yorulmaz, O. (2007). *A Comprehensive model for obsessive compulsive disorder symptoms: a mediated by psychological inflexibility*. Unpublished Phd Thesis. School of social sciences: Middle East technical university.