

Effectiveness of Cognitive Analytic Therapy on Reducing Guilt Fleeing and Doubt in People with Obsessive-Compulsive Disorder

Mohsen Nazemi¹, Samane Sadat J. Tabatabaei², Fateme Moeeni^{3*}, Naser Goodarzi³, Emelia Tatari⁴

¹ Department of Psychology, Islamic Azad University, Birjand branch, Birjand, Iran

² Department of Educational Psychology, Islamic Azad University, Birjand branch, Birjand, Iran

³ Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, AJA University of medical sciences, Tehran, Iran

⁴ Department of Psychology, Bahar Institute of Higher Education, Mashhad, Iran

Abstract

Introduction: Obsessive-compulsive disorder is a chronic anxiety disorder that characterized by excessive preoccupation about orderliness and minor disputes and doubts. The current study aimed to survey the effectiveness of cognitive analytic therapy on reducing guilt fleeing and doubt in people with obsessive-compulsive disorder.

Methods and Materials: For this purpose, among the people with this disorder who referred to psychiatric and psychological clinics in Mashhad, 24 people were selected voluntarily and they were randomly assigned in to two experimental and control groups. The experimental group received cognitive analytic therapy in 9 sessions of 1.5 hours and the control group did not receive any intervention. The dependent variables were measured twice in pretest and posttest. The guilt fleeing Scale and Maudsley Obsessive Compulsive Inventory were used to measure the variables.

Results: Data analysis using univariate and multivariate analysis of covariance showed that cognitive analytical therapy effectively reduced guilt fleeing and doubt in the experimental group compared to the control group by controlling the effects of pretest.

Discussion and Conclusion: The present study shows that cognitive analytic therapy persuades clients to change and achieve more constructive methods and guide their thoughts by providing knowledge about cognitive errors and the nature of the symptoms of obsessive-compulsive disorder.

Keywords: Cognitive analytic therapy, Obsessive compulsive disorder, Guilt fleeing, Doubt

* (Corresponding Author) Fateme Moeeni, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, AJA University of Medical sciences, Tehran, Iran. E-mail: f.r.moeeni86@gmail.com

اثربخشی درمان شناختی تحلیلی بر کاهش احساس گناه، شک و تردید در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری

محسن ناظمی^۱، سمانه سادات جعفر طباطبائی^۲، فاطمه معینی^{۳*}، ناصر گودرزی^۳، املیا تاتاری^۴

^۱ گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بیرجند، بیرجند، ایران

^۲ گروه روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بیرجند، بیرجند، ایران

^۳ گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تهران، ایران

^۴ گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی بهار، مشهد، ایران

چکیده

مقدمه: اختلال وسواس فکری، یک اختلال اضطرابی مزمن است که با اشتغال ذهنی مفرط در مورد نظم، ترتیب و امور جزئی و هم چنین شک و تردید همراه است. هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی تحلیلی بر کاهش احساس گناه و شک و تردید در مبتلایان به این اختلال بود.

مواد و روش‌ها: بدین منظور از بین افراد مبتلا به این اختلال که به کلینیک‌های روانپزشکی و روانشناسی شهر مشهد مراجعه کردند تعداد ۲۴ نفر به صورت داوطلبانه انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۹ جلسه ۱/۵ ساعته درمان شناختی تحلیلی را دریافت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. متغیرهای وابسته در دو نوبت پیش آزمون و پس آزمون مورد اندازه‌گیری قرار گرفت. برای اندازه‌گیری متغیرهای وابسته از پرسشنامه احساس گناه و پرسشنامه وسواس مادزلی استفاده شد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس تک متغیره و چند متغیره نشان داد که با کنترل اثرات پیش آزمون، درمان شناختی تحلیلی به طور موثری باعث کاهش احساس گناه و شک و تردید در شرکت کنندگان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد.

بحث و نتیجه‌گیری: مطالعه‌ی حاضر نشان می‌دهد که درمان شناختی تحلیلی با ارائه‌ی آگاهی در زمینه‌ی خطاهای شناختی و ماهیت علائم اختلال وسواس، مراجع را مجاب به تغییر و دستیابی به روش‌های سازنده‌تر و هدایت افکارش می‌کند.

کلمات کلیدی: درمان شناختی تحلیلی، اختلال وسواس فکری، احساس گناه، شک و تردید

مقدمه

کننده و رفتارهای اجباری و تکراری (وسواس عملی) می‌باشد، اما بر طبق پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Five edition) نیازی نیست کسی هم دچار وسواس فکری و هم وسواس عملی باشد تا تشخیص این اختلال را بگیرد، بلکه بودن یکی از این دو برای تشخیص این اختلال کافی است.

اختلال وسواس فکری یا عملی، یک اختلال اضطرابی مزمن است که با اشتغال ذهنی (Rumination) مفرط در مورد نظم و ترتیب و امور جزئی و همچنین کمال‌طلبی همراه است، تا حدی که به از دست دادن انعطاف‌پذیری، صراحت و کارایی می‌انجامد (۱). اختلال وسواس فکری-عملی شامل دو قسمت افکار وسواسی ناراحت

خودش و دیگران سوال پرسد (۳).

احساس گناه نیز بخش زجرآور دیگر این بیماری است. شما می‌توانید به راحتی در مورد هر چیزی به یک بیمار وسواسی، احساس گناه بدهید. آن‌ها خود را برای چیزهایی مقصر می‌دانند که هیچ کس هرگز فکرش را هم نمی‌کند. می‌توان نتیجه گرفت، ترس از احساس گناه عامل اصلی در عمل به شیوه‌ی محتاطانه است که بر روی آزمون فرضیه‌های افراد تأثیر دارد. اثر احساس گناه بر روی آزمون فرضیه، می‌تواند نشخوارهای ذهنی و فعالیت‌های خنثی سازی مثل آنچه در رفتارهای وسواسی مشاهده می‌شود را توضیح دهد. بیماران وسواسی از احساس گناه به عنوان شاخصی که هم اکنون اتفاق وحشتناکی رخ می‌دهد و خیلی خطرناک است، استفاده می‌کنند (۴). گنگمی، مانسینی و ون دن هات (۵) در پژوهش خود به این نکته اشاره کردند که بیماران وسواسی، احساس گناه زیاد و ترس و تردید بسیاری را در مورد کارهای پیشگیرانه‌ی خود تجربه می‌کنند. آنان همچنین در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آزمودنی‌ها با احساس گناه و اضطراب القاء شده در آزمایشگاه، به عنوان منبع اطلاعاتی استفاده می‌کنند که باعث احساس ترس و تردید در مورد کار انجام شده می‌شود.

طبق نتایج به دست آمده از پژوهش‌های متعدد، ارتقاء سلامت روان جزء مهمی از برنامه‌ی درمان اختلال وسواس به شمار می‌رود و در صورت عدم توجه و دریافت درمان روانشناختی مناسب، فرد دچار درجات شدیدتری از اختلال می‌گردد (۶، ۷). بنابراین انتخاب درمان روانشناختی مناسب گام مهمی در درمان این اختلال به شمار می‌رود؛ زیرا اغلب بیماران مبتلا به این اختلال از مواجهه با افکار و اعمال وسواسی شان در طی درمان به دلیل تجربه‌ی اضطراب زیاد اجتناب می‌ورزند، بنابراین نیازمند درمانی هستند که با دستورالعمل‌های موثر و مبتنی بر شواهد پژوهشی به تواند مدیریت موثری بر این اختلال داشته باشد (۸). به همین دلیل استفاده از روان‌درمانی‌های بینش مدار می‌تواند باعث ایجاد تغییرات باثبات در سبک زندگی این افراد و در نتیجه بهبود علائم اختلال در این بیماران گردد (۹، ۱۰). درمان شناختی تحلیلی (CAT: Cognitive Analytic Therapy) به عنوان یک درمان کوتاه مدت، با اتخاذ رویکردی مبتنی بر دانش افزایی به طور موثری به حل مسائل و تقویت انگیزه‌های بیمار برای ایجاد تغییر در سبک زندگی عمل می‌کند (۱۱، ۱۲).

وسواس‌ها (یا افکار وسواسی)؛ افکار، تصاویر و یا امیال ناخواسته و مزاحمی هستند که به شدت فرد را مضطرب می‌کند و اعمال وسواسی (اجبارها)، رفتارهایی هستند که فرد با قصد رهایی از افکار وسواسی و یا کاهش اضطرابش، انجام می‌دهد. کسی که به اختلال وسواس مبتلا است چرخه وسواس و اجبارش آن قدر شدید است که وقت زیادی از او می‌گیرد و در انجام کارهای روزمره زندگی او مشکل ایجاد کند. موضوع‌های افکار وسواسی شامل: افکار مربوط به آلودگی و نجس و پاکی، نگرانی درباره‌ی از دست دادن کنترل خود یا آسیب زدن به دیگران، وسواس‌های مرتبط با کمالگرایی، وسواس‌های جنسی و مذهبی است. وسواس‌های عملی رایج نیز شامل: وسواس شستشو، چک کردن، تکرار و اجبارهای ذهنی است (۲).

شدت درگیری فرد درباره افکار یا اعمال وسواسی متفاوت است. اگر فردی ساعت‌های زیادی از وقت خود را درگیر افکار یا اعمال وسواسی خود باشد دچار وسواس فکری شدید یا وسواس عملی شدید است. مثلاً اگر حمام رفتن فردی بیش از ۲ ساعت طول بکشد به وسواس شدید مبتلا است و یا فردی که ساعت‌های زیادی از روز درگیر افکار وسواسی باشد به طوری در کار و تحصیل او اختلال جدی ایجاد کرده است به وسواس فکری شدید مبتلا است. به عبارت دیگر ملاک وسواس فکری شدید میزان اختلالی است که وسواس در زندگی روزمره او ایجاد کرده است (۱).

دو مورد از مشخصه‌های وسواس فکری که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفته، داشتن تردید (Doubt) و احساس گناه (Guilt) (Fleeing) است. در دهه‌ی ۱۹۴۰، وسواس با عنوان "اختلال تردید" شناخته می‌شد. فرد وسواسی ممکن است به ابتدایی‌ترین واقعیت‌ها در مورد خودش، دیگران یا دنیایی که در آن زندگی می‌کند، شک کند. دلیل این تردید می‌تواند عوامل ناخودآگاه باشد. به طور مثال احساس عدم امنیت درونی می‌تواند منجر به ایجاد تردیدهایی در زندگی بیرونی شود. بیماران وسواسی گاهی حتی به جنسیت، سلامت عقل، احتمال اینکه قاتل شوند و چیزهای دیگر شک می‌کنند. این شک و تردید می‌تواند حتی بر باهوش‌ترین افراد هم غالب شود. چون ریشه این شک‌ها مربوط به ایراد در بخش‌های داخلی مغز است و در کنترل فرد نیست. همین شک و تردید است که بیمار را مجبور می‌کند همه چیز را بارها چک کنند یا دائماً از

با توجه به اینکه تا کنون پژوهش‌های اندکی در رابطه با اثربخشی درمان شناختی تحلیلی بر علائم مختلف بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی در ایران انجام شده، این مطالعه با هدف پاسخ‌گویی به این سوال طراحی شده است که آیا درمان شناختی تحلیلی بر کاهش احساس گناه و شک و تردید در اختلال وسواس فکری موثر است؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل بود.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه‌ی هدف مطالعه‌ی حاضر تمامی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روانپزشکی و روانشناسی سطح شهر مشهد بودند. ۲۴ بیمار به شیوه‌ی نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شده و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش عبارتند از: مونث بودن، مبتلا بودن به اختلال وسواس فکری بر اساس تشخیص روانپزشک کلینیک، حداقل تحصیلات سیکل، شرکت نکردن در جلسات فردی و گروهی درمان‌های روانشناختی به صورت هم‌زمان، سکونت در شهر مشهد، داشتن علاقه و توانایی برای شرکت در برنامه‌ی آموزشی، رضایت داشتن برای شرکت در گروه. همچنین ملاک خروج شامل غیبت بیش از یک جلسه در جلسات گروه بود.

ابزار

۱. پرسشنامه احساس گناه: یکی از ابزارهای خودسنجی تهیه شده در زمینه احساس گناه است. این پرسشنامه توسط کوگلر و جونز (۱۷) ساخته، تکمیل و اصلاح گردیده است. این پرسشنامه دارای ۴۵ گویه و سه خرده‌مقیاس خصیصه گناه، حالت گناه و معیارهای اخلاقی است. خصیصه گناه زمینه مستعد و پایدار احساس گناه، ندامت و سرزنش خود تعریف شده است. حالت گناه تجربه آنی فرد از این احساس است که در حال حاضر یکی از معیارهای اخلاقی خود را نقض کرده یا تصور می‌کند که نقض کرده است. معیارهای اخلاقی درجه پایبندی فرد به

این درمان توسط رایبل و کر بیش از ۲۵ سال پیش در انگلستان توسعه داده شد و از التقاط نظری و عملی عناصر نظریه‌ی روان تحلیلی روابط شی با روانشناسی شناختی به وجود آمد. این مدل به فراوانی در مورد اختلال‌های پیچیده به خصوص اختلال شخصیت مرزی مورد استفاده قرار گرفته است. همچنین از درمان شناختی تحلیلی در موارد بسیاری همچون اختلال‌های اضطرابی، افسردگی و رفتارهای خود آسیب‌رسان استفاده شده است (۱۲). مدل شناختی تحلیلی مسائلی مانند ظهور «رویه‌های نقش‌های متقابل» ناکارآمد معمول بیمار را در نظر می‌گیرد و مورد بررسی قرار می‌دهد. به این صورت که بیماران از خواسته‌ها و نیازهایشان محروم می‌شوند و مراقبان بالینی، واکنش بیماران به این ناکامی و محرومیت از خواسته‌ها (مانند نیازمندی‌های متناوب بیماران به شستشو یا چک کردن) را به عنوان یک پیامد بررسی می‌کنند. بنابراین در این درمان هدف درک این مطلب است که چرا فرد مبتلا به اختلال روانی شیوه‌های تفکر و عمل خود را که سبب حفظ مشکل می‌شوند تغییر نمی‌دهد. بنابراین هدف پویای درمان، متمرکز بر اصلاح و تغییر الگوهای ناسازگارانه و تکراری تفکر و رفتار است (۱۳).

اثربخشی این درمان بر روی متغیرهای مختلف مورد تأیید قرار گرفته است. بر طبق نتایج پژوهش‌ها درمان شناختی تحلیلی اثربخشی مطلوبی بر کاهش علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری دارد (۱۴). یوسفی، رحیمیان و رضایی (۱۵) در پژوهش خود بیان کردند که درمان شناختی تحلیلی بر بهبود سلامت روان مبتلایان به اختلال وسواس جبری موثر بوده است. بر این اساس درمان شناختی تحلیلی به عنوان یک درمان مبتنی بر شواهد تجربی، روشی مناسب و مقرون به صرفه برای درمان اختلال‌های روانشناختی از جمله اختلال وسواس جبری است و موجب کاهش علائم این اختلال از جمله مشغله‌های ذهنی و تردیدها و بهبود کیفیت زندگی این افراد می‌شود. بر اساس مطالعات موردی انجام شده نیز درمان شناختی تحلیلی تأثیر قابل توجهی بر بهبود وضعیت سلامت روان بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی دارد (۱۴). همچنین این درمان در مقایسه با تلفیق دارو درمانی و شناخت درمانی و دارو درمانی به تنهایی، تأثیر بیشتری بر اصلاح الگوهای ناسازگار، سردرگمی، تردیدها و در نهایت کاهش بی‌ثباتی هیجانی دارد و سبب کاهش هزینه‌های اضافی درمان گردیده است (۱۶).

طرح درمان درمان شناختی تحلیلی در ۹ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای برگزار می‌شود. این الگو بر مبنای پروتکل‌های موجود در کتاب مقدمه‌ای بر درمان شناختی تحلیلی: اصول و تمرین‌ها (۲۲)، کتاب درمان شناختی تحلیلی (۲۳) و کتاب درمان شناختی تحلیلی و سیاست‌های بهداشت روان (۲۴) انتخاب و تنظیم گردید. داده‌های به دست آمده از پژوهش نیز با استفاده از SPSS۲۴ مورد تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

دامنه‌ی سنی افراد شرکت کننده در این پژوهش بین ۲۰ تا ۴۰ سال بود و دامنه تحصیلات بین سیکل تا لیسانس متغیر بود. قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره برای متغیر احساس گناه به بررسی پیش فرض‌های اجرای تحلیل کوواریانس می‌پردازیم. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان می‌دهد که توزیع نمره متغیر احساس گناه ($Z = 0/138, P > 0/05$) نرمال می‌باشد. بنابراین پیش فرض اول رعایت می‌گردد. مفروضه‌ی برابری واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین برای این برقرار و برابر با ($F = 0/98, P > 0/05$) بود. هم چنین پیش فرض همگنی شیب رگرسیون نیز برقرار و برابر با ($F = 2/817, P > 0/05$) بود. بنابراین اجرای آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره مجاز می‌باشد. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره برای متغیر احساس گناه نشان می‌دهد که اثرات پیش آزمون معنادار می‌باشد. ($P < 0/05, F = 150/54$) بدین معنا که بین نمرات پیش آزمون در متغیر احساس گناه و نمرات پس آزمون این متغیر رابطه معناداری وجود دارد. هم چنین نتایج مندرج در جدول ۱ نشان می‌دهد پس از کنترل نمرات پیش آزمون، اثر گروه بر نمرات پس - آزمون احساس گناه نیز معنادار می‌باشد. ($F = 67/08, P < 0/05$) به عبارت دیگر بین آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل در میانگین نمرات احساس گناه در مرحله‌ی پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به شاخص‌های توصیفی در جدول ۲ این تفاوت‌ها به گونه‌ای است که میانگین نمرات پس آزمون احساس گناه برای آزمودنی‌های گروه آزمایش به طور معناداری کمتر از میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه کنترل است. همچنین قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره برای متغیر علائم وسواس (وارسی، تمیزی، کندی، شک و تردید) به

مجموعه‌ای از اصول اخلاقی تعریف شده است. در هیچ یک از این مقیاس‌ها رفتارهای خاص یا معیارهای ویژه مطرح نبوده بلکه احساس‌ها، حالت‌ها و پایبندی‌های کلی فرد مدنظر است. پاسخ‌ها در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت نمره گذاری می‌شود. در هر سه مقیاس، به طور تقریبی نیمی از موارد جهت گیری معکوس دارند که نشانگر احساس گناه کمتر یا پایبندی نازل تر به معیارها است که در نمره گذاری نیز این مطلب لحاظ شده است. در دو مطالعه وسیع با ۸۳۲ آزمودنی جوان دانشجوی و مجرد و نیز ۲۰۹ آزمودنی بزرگسال متأهل روایی همگرا و افتراقی آن نشان داده شده است. ضریب همبستگی درونی این پرسشنامه در گزارش‌های فوق ۰/۷۹ در مورد حالت گناه و ۰/۸۹ در مورد خصیصه گناه گزارش شده است. در ایران روایی محتوا و صوری آن توسط نظیری و به وسیله نظرخواهی از ۱۵ نفر از اساتید روانپزشک، دستیاران سال آخر روانپزشکی و کارشناسان ارشد روانشناسی مورد بررسی قرار گرفت که همگی این افراد روایی محتوا و صوری آن را مورد تأیید قرار دادند. پایایی حاصل از بازآزمایی در یک فاصله ۱۰ هفته‌ای به ترتیب برای خرده مقیاس‌های معیارهای اخلاقی، خصیصه گناه و حالت گناه ۰/۸۱، ۰/۷۲ و ۰/۵۶ ذکر شده است (۱۸).

۲. پرسشنامه وسواس فکری عملی مادزلی: این پرسشنامه توسط هاجسون و راجمن (۱۹) به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه‌ی مشکلات وسواسی تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ ماده با کلیدهای درست و نادرست است و منعکس کننده‌ی چهار نوع مشکل عمده در بیماران وسواسی می‌باشد که عبارتند از: وارسی، تمیزی، کندی و شک و تردید است که بنابراین با استفاده از این پرسشنامه می‌توان یک نمره‌ی کلی و چهار نمره‌ی فرعی مربوط به هر خرده مقیاس را به دست آورد. پایایی و اعتبار این آزمون در مطالعات انجام شده بر روی نمونه‌های بالینی کشورهای مختلف تأیید شده است. هاجسون و راجمن ضریب آلفای کرونباخ مقیاس‌ها را ترتیب ۰/۷۰، ۰/۸۰، ۰/۷۰ و ۰/۷۰ گزارش کردند. ترنر، بیدل و استنلی (۲۰) نیز اعتبار این آزمون را ۰/۸۹ به دست آوردند. در ایران نیز اعتبار محتوایی این آزمون مناسب و برابر ۰/۸۴ گزارش شده است (۲۱).

جدول ۱- خلاصه جلسات درمان شناختی تحلیلی

جلسات	محتوا
۱	اجرای پیش آزمون، بازنگری فرمول‌بندی، تدوین فهرست مشکلات آماجی بیمار و ترغیب وی به کسب بینش و آگاهی نسبت به منبع اصلی مشکلات با همکاری متقابل بین درمانگر و بیمار، تدوین تاریخچه‌ی فردی و تاریخچه‌ی بیماری
۲	بازنگری فرمول‌بندی بر اساس چگونگی بروز و پیدایش مشکلات و نشانه‌های بیماری و افکار ناکارآمد، شناسایی تله یا چرخه‌ی تکراری رفتار و در نهایت نوشتن نامه‌ی فرمول‌بندی بازنگری شده به بیمار
۳	تعیین اهداف درمانی و تدوین فرمول بندی نهایی مربوط به مشکلات و علائم بالینی، بازشناسی رخداد‌های آشکارساز مشکلات، نقاط قوت و توانمندی بیمار، شناسایی روند آسیب شناسی و در نهایت ارائه فرمول بندی ترسیمی
۴	بازشناسی مشکلات و اشتغالات ذهنی و تدوین فهرستی جهت شناخت رویه‌ها و افکار ناکارآمد با همکاری بیمار و بازبینی رویه‌های ناکارآمد و اصلاح این روابط، نشانه‌ها و روش زندگی، بازشناسی و چالش با الگوهای قدیمی اکتسابی و تاثیرگذار در زندگی از طریق روابط بین فردی و آموزش فنون بازبینی رویه‌های ناکارآمد و اصلاح این روابط، نشانه‌ها و روش زندگی
۵	بازشناسی در رویه ارزیابی علائم و نشانه‌ها و اصلاح بازبینی‌های انجام گرفته توسط بیمار، تجدید نظر رویه‌ای بر اساس شدت هیجان و رفتارهای بیمار بر علائم و نشخوارهای ذهنی و آگاهی از نحوه‌ی استمرار طرحواره‌های قدیمی مرتبط با وسواس نظیر کنترل و احساس گناه و مسئولیت
۶	تجدید نظر رویه‌ای بر اساس شناسایی و ترسیم نمودار رویه‌ای در مورد ارزش گذاری اجتناب‌های بیمار و ارزیابی افکار خودآیند منفی، و ارزشیابی وضعیت فعلی درمانجو، کسب بینش نسبت به چگونگی تأیید و تثبیت نقش‌های واقع‌گرایانه
۷	تجدید نظر رویه‌ای بر اساس اصلاح نقش‌های بین فردی و حمایت‌های اجتماعی و کمک به بیمار در دستیابی به منبع طرح‌واره‌های واقع‌بینانه، تله‌ها و موانع رشد
۸	تجدید نظر رویه‌ای بر اساس بینش‌افزایی و آگاه‌سازی بیمار از مسیر تکاملی مشکلاتش در جهت کاهش مشغله‌های ذهنی، مدیریت زندگی، تعریف مجدد از زندگی
۹	نوشتن نامه‌ی خداحافظی و اختتام جلسات توسط درمانگر و بیمار و خلاصه‌سازی روند درمان بر اساس آن چه کسب شده و هر آن چه نیازمند تغییر است، اجرای پس آزمون

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی متغیر شدت پرخوری و کیفیت زندگی

متغیر / زمان	گروه آزمایش (n=۱۲)		گروه کنترل (n=۱۲)	
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
وارسی	پیش آزمون	۷/۰۸۳ (۰/۹۹۶)	۷/۳۳۳ (۱/۲۳۰)	
	پس آزمون	۳/۳۳۳ (۰/۸۸۷)	۷ (۱/۰۴۴)	
تمیزی	پیش آزمون	۸/۱۶۶ (۱/۱۱۴)	۷/۵۸۳ (۱/۱۳۱)	
	پس آزمون	۴/۶۶۶ (۱/۰۷۳)	۷/۲۵۰ (۱/۱۳۸)	
کندی	پیش آزمون	۵/۱۶۶ (۰/۷۱۷)	۵/۳۳۳ (۰/۸۸۷)	
	پس آزمون	۲/۶۱۴ (۰/۵۱۴)	۵/۴۱۶ (۱/۰۰۳)	
شک و تردید	پیش آزمون	۵/۵۸۳ (۱/۰۸۳)	۵/۹۱۶ (۰/۹۹۶)	
	پس آزمون	۲/۵۸۸ (۰/۵۱۴)	۵/۳۷۱ (۱/۰۳۱)	
احساس گناه	پیش آزمون	۹۶/۱۶۶ (۵/۹۰۵)	۸۶/۶۶۶ (۵/۹۸۹)	
	پس آزمون	۸۴/۹۱۶ (۴/۷۳۷)	۸۴/۲۵۰ (۵/۷۷۰)	

بررسی پیش‌فرض‌های اجرای تحلیل کوواریانس می‌پردازیم. $Z=۰/۱۲۲$, $P>۰/۰۵$ ، تمیزی $P>۰/۰۵$ ،

نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان می‌دهد که توزیع $Z=۰/۱۱۴۳$ ، کندی $P>۰/۰۵$ ، شک و تردید $P>۰/۰۵$ ،

نمره متغیرهای واریانس $Z=۰/۱۲۲$, $P>۰/۰۵$ ، تمیزی $P>۰/۰۵$ ،

نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان می‌دهد که توزیع $Z=۰/۱۱۴۳$ ، کندی $P>۰/۰۵$ ، شک و تردید $P>۰/۰۵$ ،

$Z=0/134$ نرمال می‌باشد.

تردید میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش به طور معناداری از میانگین گروه کنترل کمتر می‌باشد.

هم چنین نتایج آزمون باکس به لحاظ بالینی معنادار نبود ($P>0/05$)، $F=1/166$ و این به معنای برقراری مفروضه‌ی همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس می‌باشد. بنابراین استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره بلامانع است. (جدول ۳)

نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر وابسته‌ی ترکیبی، به‌عنوان متغیر وابسته حاصل شده، تفاوت معناداری وجود دارد (اثر پیلایی = $0/86$ ، $P<0/001$)، $F=31/18$ ($F=4$)، (19) .

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی تحلیلی بر کاهش احساس گناه و شک و تردید در بیماران مبتلا به وسواس فکری انجام شد. با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش، می‌توان گفت این درمان موجب کاهش احساس گناه و شک و تردید در شرکت کنندگان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد. این نتایج همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین بود که نشان دهنده‌ی اثربخشی درمان شناختی تحلیلی بر بهبود علائم اختلال وسواس جبری بود (14 ، 16).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که استفاده از مدل زنجیره‌ای در درمان شناختی تحلیلی، فرآیندهای متوالی رفتاری و ذهنی را نشان

نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها در جدول ۵ نشان می‌دهد که بین آزمودنی‌های دو گروه در تمام متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد ($P<0/05$). اما متغیر مورد نظر در این پژوهش شک و تردید بود که با توجه به شاخص‌های توصیفی موجود در جدول ۲ مشاهده می‌کنیم این تفاوت به‌گونه‌ای است که در متغیر شک و

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای شفقت درمانی بر احساس گناه

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب ایما
پیش‌آزمون	۵۳۸/۱۰۵	۱	۵۳۸/۱۰۵	۱۵۰/۵۴۵	۰/۰۰۰	۰/۸۷۸
گروه	۲۳۹/۷۹۶	۱	۲۳۹/۷۹۶	۶۷/۰۸۷	۰/۰۰۰	۰/۷۶۲
خطا	۷۵/۰۶۲	۲۱	۳/۵۷۴			
کل	۱۷۶۴۱۲/۰۰۰	۲۴				

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره جهت مقایسه‌ی خرده مقیاس‌های وسواس در دو گروه

نام آزمون	مقدار	Df فرضیه	Df خطا	مقدار f	مقدار معناداری	ضریب ایما
اثر پیلایی	۰/۸۶۸	۴	۱۹	۳۱/۱۸۷	۰/۰۰۰	۰/۸۶۸
لامبدای ویلکز	۰/۱۳۲	۴	۱۹	۳۱/۱۸۷	۰/۰۰۰	۰/۸۶۸
اثر هتلینگ	۶/۵۶۶	۴	۱۹	۳۱/۱۸۷	۰/۰۰۰	۰/۸۶۸
بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی	۶/۵۶۶	۴	۱۹	۳۱/۱۸۷	۰/۰۰۰	۰/۸۶۸

جدول ۵- نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها جهت خرده مقیاس‌های وسواس در دو گروه

شاخص آماری متغیر	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار معناداری
وارسی	۸۰/۶۶۷	۱	۸۰/۶۶۷	۸۵/۸۷۱	۰/۷۹۶
تمیزی	۴۰/۰۴۲	۱	۴۰/۰۴۲	۳۲/۷۲۸	۰/۵۹۸
کندی	۵۴/۰۰۰	۱	۵۴/۰۰۰	۷۵/۰۳۲	۰/۷۷۳
شک و تردید	۶۶/۶۶۷	۱	۶۶/۶۶۷	۱۰۶/۰۲۴	۰/۸۲۸

استراتژی‌های مقابله‌ای متمرکز بر مساله و ارزیابی متمرکز در این مدل درمانی به دست می‌آید (۱۵).

هم چنین به علت استفاده از راهبردهایی که طی جلسات درمان به کار می‌رود؛ این درمان منشا شکل‌گیری روند آسیب‌زا را در قالب نمودار و نامه‌های صورت‌بندی مجدد به مراجع نشان می‌دهد. این کار باعث می‌شود تا ریشه‌ی الگوهای تکراری ناکارآمد، مشکل اصلی و روند رشد آن‌ها مشخص شود (۲۶). علاوه بر این بسیاری از نامه‌های صورت‌بندی مجدد شامل نموداری از نقش‌های متقابل به کار رفته توسط مراجع، روندهای متوالی به کار رفته در نقش‌های متقابل و پیامدهای حاصل از آن می‌شود. پاسخ بیماران به نامه صورت‌بندی مجدد به مشکلات پایه‌ای آن‌ها بستگی دارد. بعضی از بیماران این تجربه را که نامه‌ای به آن‌ها نوشته شود و به آن فکر کنند، جالب و تجربه‌ای رو به جلو توصیف می‌کنند که مانع از بروز نشخوار فکری و الگوهای فکری تکرار شونده‌ی منفی می‌شود. در طی جلسات درمان، درمانگران با نشان دادن دام‌ها و تله‌های کلیدی به مراجعان، الگوهایی از افکار یا رفتار خود تقویت‌کننده که نشخوار فکری را تأیید می‌کنند، شناسایی می‌کنند تا بیماران با آگاهی از سبک‌های تکرار شونده‌ی رفتار که در آن پیامد رفتار به تداوم چرخه‌ی افکار معیوب منجر می‌شود، بتواند اشتغالات ذهنی و افکار ناکارآمد را کم کنند (۲۷).

در انتها لازم به یادآوری است که پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود که بر تعمیم‌پذیری نتایج اثر می‌گذارد. عدم امکان انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها، نگرش آزمودنی‌ها به آزمون مورد استفاده، میزان همکاری آن‌ها با پژوهشگر و میزان صداقت و علاقه‌ی آن‌ها به پایبندی و اجرای کامل موارد آموزشی از مواردی است که تقریباً از اراده و کنترل پژوهشگر خارج است و می‌تواند نتایج تحقیق را تحت تأثیر قرار دهد.

می‌دهد و نحوه‌ی سازماندهی رویدادها و نظمی که طی مراحل این فرآیندهای روانی یکی بعد از دیگری بروز می‌کند را مشخص می‌سازد و به همین دلیل است که این مدل در کاهش بیشتر استفاده از الگوهای سه‌گانه‌ی ناسازگار (دام‌ها، دوراهی‌ها و موانع) در بیمار به میزان زیادی موثر است. در مدل زنجیره فرایندی و در طی فرآیند فرمول‌بندی مجدد، معانی مشکل فرد در شرح روایتی، مطرح شده و سبب افزایش بینش فرد نسبت به معانی در سطح نا هوشیار می‌شود و این نکته حاصل ترکیب تکنیک‌های شناختی و روان تحلیل‌گری است (۱۶).

این درمان با گذر از مقاومت بیمار از طریق ایجاد زنجیره‌ی متوالی فرآیندهای ذهنی بیمار، سبب نزدیک شدن بیمار به هسته‌ی زنجیره وار مشکلات خود می‌شود و هر آن چه در بیمار نیاز به تغییر داشته باشد، در این درمان برای تعدیل فراخوانده می‌شود (۲۵). در این پژوهش درمانگر با ارائه‌ی آگاهی در زمینه‌ی خطاهای شناختی و ماهیت علائم اختلال وسواس، مراجع را مجاب به تغییر و دستیابی به روش‌های سازنده‌تر و هدایت افکارش کرد. به گونه‌ای که ابتدا راه‌های این تغییر نگرش را در طی جلسات درمان به مراجعان ارائه کرد و آن‌ها آموختند تا به جای اجتناب از تجربه‌ی حس‌ها، افکار و هیجانات منفی، بتوانند آن‌ها را به عنوان بخشی از عوارض بیماری خود بپذیرند و سعی در اصلاح رفتارهای خود بکنند (۲۳). تبیین دیگر در جهت تعیین اثربخشی درمان شناختی تحلیلی بر اختلال وسواس فکری، بروز فرآیند خودانعکاسی در مراجع است. در این فرآیند، فرد سعی می‌کند حالت‌های مرتبط به احساسات ناهوشیار خود را ترسیم کند که در نهایت منجر به قابل درک‌تر شدن سازه‌های نا هوشیار برای فرد می‌شود (۱۶). در واقع یکی از اهداف درمان شناختی تحلیلی، از بین بردن ارتباطات تقویت‌کننده بین افکار مزاحم، وقایع منفی و رفتارهای اجباری است که با استفاده از

References

- 1- Cutler JL. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. Journal of Psychiatric Practice®. 2016 Jan 1; 22(1): 68-9.
- 2- American Psychiatric Association Division of Research. DSM-5: Somatic Symptom and Related Disorders. Focus. 2013 Oct; 11(4): 525-7.
- 3- Beheshtian M. 10 condition for the success of the treatment of OCD. [Cited 2019 October 7]; [https://beheshtian.ir/disorders/10-conditions-successful-obsession-therapy/].
- 4- Demehri F. Honarmand M. Yavari A. Depression and Obsessive -Compulsive as Antecedent of Guilt Feeling and Anxiety as Consequences of it in University Girl Students. Scientific Research Quarterly of Woman and Culture, 2011; 2(6): 25-36.
- 5- Gangemi A, Mancini F, van den Hout M. Feeling guilty as

- a source of information about threat and performance. *Behavior research and therapy*. 2007 Oct 1; 45(10): 2387-96.
- 6- Levy HC, McLean CP, Yadin E, Foa EB. "Characteristics of individuals seeking treatment for obsessive-compulsive disorder". *Behave Ther*. 2013; 44: 408-16.
- 7- Olatunji BO, Davis ML, Powers MB, Smits JA. "Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of treatment outcome and moderators". *J Psychiatr Res*. 2013; 47: 33-41.
- 8- Raffin AL, Guimarães Fachel JM, Ferrão YA, Pasquoto de Souza F, Cordioli AV. "Predictors of response to group cognitive-behavioral therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder". *Eur Psychiatry*. 2009; 24: 297-306.
- 9- Rayner K, Thompson AR, Walsh S. "Clients' experience of the process of change in cognitive analytic therapy". *Psychol Psychother*. 2011; 84: 299-313.
- 10- Boschen MJ, Drummond LM. "Community treatment of severe, refractory obsessive-compulsive disorder". *Behav Res Ther*. 2012; 50: 203-9.
- 11- Marriott M, Kellett S. "Evaluating a cognitive analytic therapy service; practice-based outcomes and comparisons with person-centred and cognitive-behavioral therapies". *Psychol Psychother*. 2009; 82: 57-72.
- 12- Hepple J. "Cognitive Analytic Therapy in a Group: Reflections on a Dialogic Approach". *British Journal of Psychotherapy*. 2012; 28: 474-495.
- 13- Boschen MJ, Drummond LM. Community treatment of severe, refractory obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2012 Mar 1; 50(3): 203-9.
- 14- Ryle A, Kerr LB. *Introducing Cognitive Analytic Therapy: Principles and Practice*, New York, NY: John Wiley & Sons Ltd, 2002.
- 15- Yoosefi A, Rahimian-Boogar E, Rezaei, A. The Effectiveness of Cognitive Analytic Therapy on Mental Health of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 2013; 5(3): 1-12.
- 16- Kazemi H, Rasoulzade-Tabatabaei SK, Dezhkam M, Azad-Fallah P, Momeni Kh. Comparison of cognitive analytic therapy, cognitive therapy and medication on emotional instability, impulsivity and social instability in bipolar II disorder. *Journal of Behavioral Sciences*. 2011; 5: 91-99.
- 17- Kugler K, Jones WH. On conceptualizing and assessing guilt. *Journal of personality and Social Psychology*. 1992 Feb; 62(2): 318.
- 18- Naziri Gh. The role of guilt fleeing in the information processing process of obsessive-compulsive patients and the study of its roots in perfectionist parenting practices. Master Thesis in Clinical Psychology. Tehran Psychiatric Institute. 1995.
- 19- Hodgson RJ, Rachman S. The maudslay obsessive compulsive inventory. *Behav Res Ther*. 1977; 15: 389-95.
- 20- Turner SM, Beidel DC, Stanley MA. Are obsessional thoughts and worry different cognitive phenomena?. *Clinical Psychology Review*. 1992 Jan 1; 12(2): 257-70.
- 21- Sajjadian I. Effectiveness of Mindfulness on Obsessive Compulsive symptoms. Master Thesis in Clinical Psychology. University of Esfahan. 2006.
- 22- Ryle A, Kerr IB. *Introducing cognitive analytic therapy: Principles and practice*. John Wiley & Sons; 2003 Jan 10.
- 23- Dadfar M, Vahid MA, Kazemi H, Kolivand PH. *Cognitive analytic therapy (CAT)*. Tehran: Mirmah Publication. 2014.
- 24- Pollard R, Lloyd J, editors. *Cognitive Analytic Therapy and the Politics of Mental Health*. Routledge. 2018.
- 25- Ryle A, Low J. Cognitive analytic therapy. In *Comprehensive handbook of psychotherapy integration*. Springer, Boston, MA. 1993; p. 87-100.
- 26- McCutcheon LK, Kerr IB, Chanen AM. Cognitive analytic therapy: A relational approach to young people with severe personality disorder. In *Case Formulation for Personality Disorders*. Academic Press. 2019 Jan; p. 95-111.
- 27- Ganbari Hashem Abadi, B., chagosaz, M., Ghaseminiaii, F., Akbari Klor, S., Mosavi, S., Jadidi, S. The Effectiveness of Cognitive-Analytical Group Therapy on Experiential Avoidance and Rumination in Students with Major Depressive Disorder. *Journal of Psychological Studies*, 2019; 15(3): 89-104.