

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان فراشناختی بر پرخاشگری و ابرازگری هیجانی

بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری

Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Metacognitive Therapy on Aggression and Emotional Expression of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

Reza Sadeghzadeh

Ph.D Student, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.

Mohsen Razani

Assistant Professor, Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.

Corresponding Author: mohsenrazani2020@yahoo.com

Omid Shokri

Assistant Professor, Department of Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

Hassan Piriaei

Assistant Professor, Department of Mathematics, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran

رضا صادقزاده

دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

محسن رازانی (نویسنده مسئول)

استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

امید شکری

استادیار، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

حسن پیریایی

استادیار، گروه ریاضی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

Abstract

The purpose of the present study was to compare the effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Metacognitive Therapy on aggression and emotional expression in patients with obsessive-compulsive disorder. The research method was quasi-experimental with a pre-test, post-test, and follow-up design with a control group. The research sample consisted of 45 patients with obsessive-compulsive disorder that were divided into three groups: cognitive behavioral therapy, metacognitive therapy, and a control group. For the first experimental group, Cognitive-Behavioral Therapy was implemented and for the second experimental group, Metacognitive Therapy was applied, and the control group did not receive any intervention during the research. The Aggression Questionnaire (AQ, Buus & Perry, 1992) and Emotional Expression Questionnaire (EEQ, King & Emmons, 1990) were used to collect data. The results of variance with repeated measures showed that Cognitive-Behavioral Therapy and Metacognitive Therapy were effective in reducing aggression and improving emotional expression in patients with obsessive-compulsive disorder. ($p < 0.05$). Based on the findings, the use of Cognitive-Behavioral Therapy and Metacognitive Therapy is recommended to reduce aggression and improve emotional expression in patients with obsessive-compulsive disorder.

Keywords: Emotional Expression, Aggression, CBT, MCT, OCD

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و فراشناخت درمانی بر پرخاشگری و ابرازگری هیجانی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل بود. نمونه پژوهش ۴۵ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری بودند که در سه گروه درمان شناختی رفتاری، فراشناخت درمانی و گروه کنترل جایدهی شدند. برای گروه آزمایش اول شناختی رفتاری و برای گروه آزمایش دوم فراشناخت درمانی اجرا شد و گروه کنترل در زمان اجرای پژوهش هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه پرخاشگری (AQ، باس و پری، ۱۹۹۲) و پرسشنامه ابرازگری هیجانی (EEQ، کینگ و ایمونز، ۱۹۹۰) استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که درمان شناختی رفتاری و فراشناخت درمانی در کاهش پرخاشگری و بهبود ابراز هیجان مثبت و ابراز صمیمیت و کاهش ابراز هیجان منفی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری اثربخش بودند ($P < 0.05$). بر اساس یافته‌ها، استفاده از درمان شناختی رفتاری و فراشناخت درمانی برای کاهش پرخاشگری و بهبود ابراز هیجان بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: ابراز هیجان، پرخاشگری، درمان شناختی رفتاری،

فراشناخت درمانی، وسواسی اجباری

مقدمه

اختلال وسواسی-اجباری (OCD) یک اختلال روان‌پزشکی است که با افکار ناخواسته مکرر (وسواس) و رفتارهای تکراری مرتبط (اجبار) مشخص می‌شود که معمولاً یک ساعت یا بیشتر در روز وقت فرد را می‌گیرند و میتوانند باعث اختلال در عملکرد اجتماعی و/یا شغلی فرد شوند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). شیوع این اختلال در حدود ۲ تا ۳ درصد است و شیوع آن در اعضای درجه یک خانواده بین ۱۰ تا ۱۱ درصد برآورد شده است (کارمی و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین شیوع این اختلال بین ۱/۱ تا ۱/۳ درصد از جمعیت جهان گزارش شده است (استین و همکاران، ۲۰۱۶؛ فاوست و همکاران، ۲۰۲۰). در یک پژوهش در پاکستان میزان شیوع OCD ۴/۱ درصد گزارش شده است (جبین و کوثر، ۲۰۲۰). در ایران در دوره کووید-۱۹ میزان شیوع علائم این اختلال ۷۴/۴ درصد گزارش شده است (شاملو و همکاران، ۲۰۲۲). در یک پژوهش دیگر در ایران در سال ۲۰۱۵ میزان شیوع علائم OCD ۴۳ درصد گزارش شده است (خسروی و ناصری، ۲۰۲۰) که نسبت به شیوع جهانی بسیار بالا است. یکی از متغیرهای مرتبط با OCD پرخاشگری است که رفتاری کلامی یا غیرکلامی است که شامل حمله به شخص، حیوان یا شیء دیگری به قصد آسیب رساندن است (سورف و همکاران، ۲۰۲۲). باورهای مبتنی بر خشونت و پرخاشگری در افراد با اختلال OCD شایع هستند این باورها پیش‌بین رفتارهای پرخاشگرانه در این افراد هستند (فرناندز و همکاران، ۲۰۲۳)؛ باورهای پرخاشگرانه جزء باورهای مربوط به بیماران OCD هستند و با اضطراب در این بیماران رابطه معنادار دارند (چاولا و همکاران، ۲۰۲۲). خصومت و پرخاشگری با خودکشی در بیماران OCD مرتبط است؛ به طوری که نشان داده شده است ۲۷ درصد از بیماران OCD در طول زندگی خود افکار خودکشی داشتند و ۳۳ درصد اقدام به خودکشی کرده بودند (ناگی و همکاران، ۲۰۲۰). در یک پژوهش نشان داده شده است که زنان مبتلا به OCD که آسیب‌های عمدی علیه نوزاد خود را گزارش کردند پرخاشگری بیشتری نسبت به نوزاد خود را نشان دادند (فایربرودر و همکاران، ۲۰۲۲).

یکی دیگر از متغیرهایی مرتبط با OCD ابراز هیجان است که به این معنی است که چگونه یک فرد یک تجربه هیجانی را از طریق رفتارهای کلامی و غیرکلامی بیان می‌کند؛ ابراز هیجانی یک بخش مهمی از تنظیم هیجانی است که بیان می‌کند چگونه افراد، آگاهانه یا ناخودآگاه، هیجان را ابراز و تجربه می‌کنند و چگونه تحت تأثیر آن قرار می‌گیرند (گروس، ۱۹۹۹؛ نقل از آریاپوران و عباسی، ۱۳۹۹). به عبارت دیگر، ابراز هیجان به معنای ابراز یا نمایش بیرونی هیجان بدون توجه به ارزش آن (مثبت یا منفی بودن) و یا روش آن (کلامی، بدنی یا چهره‌ای) است (چنگ و همکاران، ۲۰۱۸). افراد دارای توانایی ابراز هیجانی بالا، قدرت تشخیص بالایی در تشخیص احساس‌ها و هیجان‌های خود و دیگران دارند، مفاهیم ضمنی را درک می‌کنند، در کنار آمدن با تجربه‌های منفی موفق هستند و سازگاری بیشتری در ارتباط با دیگران و محیط نشان می‌دهند (مانلیز و همکاران، ۲۰۱۹). بیماران مبتلا به OCD در تشخیص هیجانی از جمله انزجار و همدلی ضعیف عمل می‌کنند (بورا، ۲۰۲۲). همچنین هوش هیجانی افراد با OCD پایین از هم‌تایان عادی است (لازاروف و همکاران، ۲۰۲۲). علاوه بر این نشان داده شده است که افراد مبتلا به OCD تنظیم هیجان پایینی دارند (سی و همکاران، ۲۰۲۳؛ میکونوویز و تول، ۲۰۲۳) و تنظیم هیجان پایینی در آنان خطر افکار خودکشی را افزایش می‌دهد (میکونوویز و تول، ۲۰۲۳). درمان‌های روان‌شناختی برای اختلال OCD بیشتر بر علائم آن متمرکز شده‌اند (رید و همکاران، ۲۰۲۱)، اما اثربخشی درمان‌ها بر پیامدهای OCD در بیماران مبتلا به این اختلال کمتر مورد توجه قرار گرفته است؛ لذا در این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و فراشناخت درمانی بر کاهش پرخاشگری و ابرازگری هیجانی بیماران مبتلا به OCD مورد بررسی قرار گرفته است. خط اول درمان برای بیماران مبتلا به

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان فراشناختی بر کاهش پرخاشگری و ابرازگری هیجانی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری
Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Metacognitive Therapy ...

OCD درمان شناختی رفتاری (CBT) است (شوبرت و همکاران، ۲۰۲۲) و در فراتحلیل‌ها اندازه اثر این درمان بر علائم OCD بالا گزارش شده است (رید و همکاران، ۲۰۲۱؛ اسکاپیناکیس و همکاران، ۲۰۱۶). CBT روی تغییر و به چالش کشیدن تحریف‌های شناختی غیرسازنده (افکار، باورها و نگرش‌های نادرست) و رفتارهای معیوب پیرو آن تحریف‌ها و جایگزین کردن رفتارهای ناسازگارانه با سازگارانه متمرکز است (یک، ۲۰۲۰). در CBT، افکار و شناخت‌های منفی شناسایی می‌شوند، پیوندهای میان شناخت، هیجان و رفتار مشخص می‌شوند و افکار تحریف‌شده با افکار واقع‌بینانه و منطقی جایگزین می‌شوند (آگیلرا و همکاران، ۲۰۱۷). CBT می‌تواند به صورت فردی، گروهی، مختصر، خودیاری هدایت‌شده و آنلاین باشد؛ در میان این اشکال، ارائه CBT گروهی رایج است؛ زیرا مشخص شده است که مؤثرتر از سایرین است و دارای مزایایی از جمله اتصال اعضای گروه برای تسهیل کاهش علائم و بینش و همچنین افزایش کارایی ارائه خدمات است (تریمر و همکاران، ۲۰۱۶). اثربخشی CBT بر خشم مورد تأیید قرار گرفته است (حامدی و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین CBT بر کاهش رفتار پرخاشگرانه و رفتار خود آسیبی اثربخش بوده است (شیرازی و همکاران، ۲۰۲۲). در ایران نیز نشان داده شده است که CBT بر افزایش تنظیم هیجانی و عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی، کاهش رفتار پرخاشگرانه و خودآزاری تأثیر معنادار داشته است (قربانی و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه بر این، این درمان بر کاهش خشونت فیزیکی اثربخش بوده است (جاروسون و همکاران، ۲۰۱۵). در یک پژوهش نشان داده شد که CBT بر بهبود آگاهی هیجانی اثربخش بوده است (لاملی و همکاران، ۲۰۱۷).

درمان فراشناختی (MCT) یک درمان روان‌شناختی فراتشخیصی است که در درمان مشکلات روان‌شناختی مؤثر است (نورمن و مورینا، ۲۰۱۸). MCT راه‌های مؤثر تنظیم تفکر منفی تکراری مانند نگرانی و نشخوار فکری را کشف می‌کند، بدون اینکه نیازی به چالش کشیدن نگرانی‌های فردی مختلف باشد که می‌تواند واقع‌بینانه باشند (ویلز و همکاران، ۲۰۲۳). MCT از لحاظ نظری مبتنی بر کارکرد اجرایی خودتنظیمی است (ویلز و متیو، ۱۹۹۶) که بر اساس آن مشکلات روان‌شناختی در نتیجه یک سبک تفکر مداوم به نام نشانگان شناختی هیجانی به وجود می‌آیند. نشانگان شناختی هیجانی راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمدی را در بردارد که فرد از آن‌ها برای مدیریت افکار و احساسات مانند نگرانی، نشخوار فکری، نظارت بر تهدید، راهبردهای کنترل فکر، اجتناب و اطمینان جویی استفاده می‌کند (ویلز، ۲۰۰۹؛ به نقل از ویلز و همکاران، ۲۰۲۳). بر اساس این مدل افکار و احساسات منفی موقتی هستند؛ بنابراین، وقتی یک فرد با فعال شدن نشانگان شناختی هیجانی به آن‌ها پاسخ می‌دهد، ممکن است باعث ناراحتی روانی طولانی‌تر و عاطفه منفی در وی شوند. علاوه بر این، نشانگان شناختی هیجانی از باورهای فراشناختی مثبت و منفی یک فرد، یعنی باورهای مربوط به شناخت، ناشی می‌شوند. فراشناخت‌های مثبت درگیر شدن در فعالیت‌های نشانگان شناختی هیجانی را در بر دارند؛ اما فراشناخت‌های منفی غیرقابل کنترل بودن و خطرناک بودن افکار و احساسات را القا می‌کنند (ویلز و همکاران، ۲۰۲۳).

در MCT، باورها و فرآیندهای فراشناختی مربوط به نشانگان شناختی هیجانی در طول درمان شناسایی و اصلاح می‌شوند. در این درمان بعد از آگاه کردن بیمار با فرآیندهای نگه‌دارنده، از جمله تأثیر نگرانی و نشخوار فکری و ناکارآمدی راهبردهای مقابله‌ای فعلی باورهای فراشناختی در گفت‌وگوهای سقراطی به چالش کشیده می‌شوند. سپس تکنیک آموزش توجه (ویلز، ۲۰۰۹؛ به نقل از نورمن و مورینا، ۲۰۱۸) ارائه می‌شود که بیمار را ملزم می‌کند در توجه انتخابی، توجه تقسیم‌شده و تغییر توجه شرکت کند. این تکنیک باعث افزایش کنترل اجرایی بیمار و بازیابی انعطاف‌پذیری توجه می‌شود (ویلز و همکاران، ۲۰۲۳). پژوهش نشان می‌دهد که بیماران وسواسی در فراشناخت مشکل دارند (ماوروگیورگو و همکاران، ۲۰۲۳). از این‌رو درمان

فراشناختی می‌تواند بر پیامدهای مرتبط با OCD تأثیر داشته باشد؛ فراشناخت درمانی بر بهبود تنظیم هیجانی (نوری‌پور و همکاران، ۲۰۲۳؛ زمستانی و همکاران، ۲۰۱۶) و پریشانی هیجانی (فیشر و همکاران، ۲۰۱۹) اثربخش بوده است. در یک پژوهش نیز درمان فراشناخت موجب کاهش پرخاشگری مازوخیستی شده است (انتظاری و همکاران، ۱۳۹۹). علاوه بر این، پژوهش نشان داده است که درمان فراشناختی بر کاهش پرخاشگری فیزیکی و کلامی و خشم اثربخش بوده است (گودینی و همکاران، ۱۴۰۰؛ کارا و همکاران، ۲۰۲۳؛ قلی‌نژاد و شاهین‌فرد، ۱۳۹۵).

در مجموع پژوهش‌ها بر ابرازگری هیجانی و پرخاشگری در بیماران OCD کمتر متمرکز شده‌اند. از این‌رو، هدف قرار دادن ابرازگری هیجان پایین و پرخاشگری می‌تواند به برنامه‌ریزی‌های علمی جهت کاهش پیامدهای روان‌شناختی OCD کمک نماید؛ علاوه بر این مقایسه دو روش درمان شناختی رفتاری و فراشناخت درمانی، می‌تواند به روان‌درمانگران و مشاوران کمک کند تا بهترین گزینه درمانی را برای پیامدهای روان‌شناختی OCD انتخاب کنند. بنابراین هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و فراشناخت درمانی بر کاهش پرخاشگری و ابرازگری هیجانی بیماران مبتلا به OCD اثربخش بود.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری (دوماهه) با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-اجباری مراجعه‌کننده به چند مرکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود که بر اساس مصاحبه بالینی روان‌پزشک و روان‌شناس تشخیص دریافت کردند. نمونه پژوهش ۵۷ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری بود که بر اساس نمره بالا در مقیاس پرخاشگری و نمره پایین در ابرازگری هیجان انتخاب شدند. از این افراد ۴ نفر سواد ابتدایی داشتند و از نمونه نهایی حذف شدند. از میان ۵۳ نفر دیگر ۵ نفر برای شرکت در جلسات درمانی به دلایل شخصی انصراف دادند. ۴۸ نفر باقیمانده به صورت تصادفی در سه گروه درمان شناختی-رفتاری، درمان فراشناختی و گروه کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال، دارا بودن سواد دیپلم به بالا، نمره بالا در مقیاس پرخاشگری و ابراز هیجان منفی، رضایت از شرکت در پژوهش، ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: مصرف داروهای روان‌پزشکی، شرکت در جلسات درمانی دیگر هم‌زمان با انجام پژوهش، شرکت نکردن متوالی در جلسات درمانی، عدم همکاری در جلسات درمانی.

ابزار

۱- پرسشنامه پرخاشگری (AQ، باس و پری، ۱۹۹۲): این پرسشنامه توسط باس و پری (۱۹۹۲) ساخته شده است و شامل ۲۹ عبارت و چهار زیر مقیاس است که عبارت‌اند از: پرخاشگری بدنی (۹ عبارت)، پرخاشگری کلامی (۵ عبارت)، خشم (۷ عبارت) و خصومت (۸ عبارت). دامنه پاسخ به هر ماده پنج درجه لیکرت از کاملاً شبیه من نیست=۱ تا کاملاً شبیه من است=۵ متغیر است. دو عبارت ۹ و ۱۶ به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل برای پرخاشگری با مجموع نمرات زیر مقیاس‌ها به دست می‌آید و نمره بالاتر نشان‌دهنده پرخاشگری بیشتر است. باس و پری (۱۹۹۲) روایی سازه ابزار را با روش تحلیل عاملی تأییدی، تأیید و برای ابزار چهار عامل پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت را شناسایی و پایایی کل آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کردند. روایی سازه ابزار از طریق همبستگی عامل‌ها با نمره کل ابزار برای پرخاشگری بدنی ۰/۸۵، پرخاشگری کلامی ۰/۷۲، خشم ۰/۸۳ و خصومت ۰/۷۷ محاسبه کردند (باس و پری، ۱۹۹۲). در ایران ضریب آلفای

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان فراشناختی بر کاهش پرخاشگری و ابرازگری هیجانی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری
Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Metacognitive Therapy ...

کرونباخ این مقیاس برابر با ۰/۸۳ و بر اساس باز آزمایی ۰/۷۸ بوده است (سامانی، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۳ بود.

۲- پرسشنامه ابرازگری هیجانی (EEQ، کینگ و ایمونز، ۱۹۹۰): پرسشنامه ابرازگری هیجانی توسط کینگ و ایمونز (۱۹۹۰) طراحی شده است و دارای ۱۶ گویه و سه زیر مقیاس است که عبارتند از: ابراز هیجان مثبت (۷ گویه)، ابراز صمیمیت (۶ گویه) ابراز هیجان منفی (۳ گویه). پاسخ‌دهی به این ابزار در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً موافق=۱ تا کاملاً مخالف=۵ است. نتایج تحلیل عاملی برای بررسی روایی سازه نشانگر وجود سه عامل ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی بود؛ در بررسی روایی همگرا، بین نمرات پرسشنامه ابرازگری هیجانی با پرسشنامه شخصیت چندبعدی ($F=0/27$) و مقیاس عاطفه مثبت برودبرن ($F=0/24$) رابطه مثبت وجود داشت. همچنین همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و زیر مؤلفه‌های ذکر شده به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۴، ۰/۶۳ و ۰/۶۷ گزارش شد (کینگ و ایمونز، ۱۹۹۰). در ایران پایایی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و زیر مؤلفه‌های ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۸، ۰/۶۵ و ۰/۶۸ محاسبه شده است (حسینی و شاهقلیان، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۰ بود.

برنامه‌های مداخله‌ای

درمان شناختی-رفتاری (ویلهلم و استکتی، ۲۰۰۶): شرح جلسات دو درمان در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. چارچوب کلی جلسه‌های دو درمان

جلسه	محتوای جلسه
۱	معرفی اعضا و درمان شناختی رفتاری؛ آشنایی کلی با علائم اختلال وسواس فکری عملی، دادن فهرست تصاویر و افکار مزاحم عادی، تمرین آرامیدگی.
۲	معرفی خطاهای شناختی و مدل شناختی وسواس؛ ترسیم مدل شناختی وسواس، عادی‌سازی افکار وسواسی، ترسیم مثلث شناختی، دادن فهرست انواع خطاهای شناختی، پر کردن فرم ثبت افکار روزانه، توضیح اهمیت افکار و اجرای آزمایش‌های رفتاری.
۳	تمرین گروهی و فردی برای رفع خطای شناختی؛ استفاده از تکنیک‌های شناختی، پرسشگری سقراطی و بازبینی برگه ستون افکار، نوشتن فهرست مزایا و معایب افکار مزاحم، اجرای آزمایش رفتاری برای اهمیت افکار.
۴	معرفی آزمایش‌های رفتاری برای افکار وسواسی؛ بررسی فرم ثبت افکار روزانه، آزمایش رفتاری برای عمل خنثی‌سازی افکار، استفاده از تکنیک محاسبه احتمال و پرسشگری سقراطی برای باور برآورد بیش از خطر، طرح آزمایش‌های رفتاری برای باور اطمینان خواهی.
۵	تکنیک‌های مقابله با افکار وسواسی؛ پرسشگری سقراطی و اجرای تکنیک نمودار دایره‌ای و تکنیک استاندارد دوگانه برای باور مسئولیت‌پذیری افراطی.
۶-۹	معرفی تکنیک مواجهه و جلوگیری از پاسخ و تمرین‌های گروهی و انفرادی؛ آموزش و اجرای تکنیک مواجهه و جلوگیری از پاسخ و تمرین در حضور درمانگر، طرح آزمایش‌های رفتاری برای اهمیت افکار.
۱۰	مرور و جمع‌بندی تکنیک‌ها و توضیح نشانه‌های عود؛ بحث و جمع‌بندی فنون شناختی رفتاری و توضیح نشانه‌های عود، آموزش گام‌های حل مسئله، اجرای پس‌آزمون.

در ادامه درمان فراشناختی (ویلز، ۲۰۱۱) ارائه شده است.

جلسه	محتوای جلسه
۱	معرفی اعضا و درمان فراشناختی؛ آشنایی کلی با علائم اختلال. تدوین فرمول‌بندی موردی. اجرای آزمایش سرکوب فکر. تمرین ذهن‌آگاهی گسلیده بر روی افکار خنثی.
۲	معرفی تکنیک‌های غلبه بر کنترل فکر؛ فرمول‌بندی موردی. تمرین بیشتر ذهن‌آگاهی گسلیده بر روی افکار وسواسی. معرفی رویارویی همراه با انجام پاسخ و به تعویق انداختن آیین‌مندی‌ها.
۳	معرفی تکنیک‌های غلبه بر اعمال وسواسی؛ اجرای تمرین توجه. تمرین بیشتر رویارویی و انجام پاسخ. معرفی رویارویی و جلوگیری از پاسخ مبتنی بر مدل فراشناختی و طرح آزمایش‌های رفتاری.
۴-۸	مرور تکنیک‌های پیشین و معرفی آزمایش رفتاری؛ چالش کلامی و اجرای آزمایش‌های رفتاری درباره باورهای مربوط به اهمیت افکار. رویارویی و جلوگیری از پاسخ.
۹	تغییر باورهای فراشناختی و تمرین تکنیک‌های پیشین؛ تغییر باورها درباره آیین‌مندی‌های وسواسی توسط آزمایش‌های رفتاری. تمرین رویارویی و جلوگیری از پاسخ. کاربر روی افکار مزاحم باقی‌مانده. طراحی برنامه جدید برای مقابله با افکار مزاحم.
۱۰	تدوین برنامه پیشگیری از عود و مرور تکنیک‌ها و فنون فراشناختی؛ مرور فنون فراشناختی و کار بر روی باورها و رفتارهای وسواسی باقیمانده. توضیح پیشگیری از عود و تحکیم برنامه جدید برای مقابله با وسواس‌ها در آینده. اجرای پس‌آزمون.

نحوه اجرا

روند کار به این صورت بود که این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد تأیید شد. شرکت‌کنندگان در پژوهش فرم رضایت از شرکت در پژوهش را تکمیل کردند. در کل فرایند پژوهش داده‌ها محرمانه بود. همچنین در فرایند پژوهش ورود و خروج افراد آزادانه بود و هیچ شرکت‌کننده‌ای به‌صورت اجباری در پژوهش شرکت نکرد. ابتدا سه گروه ابزار پژوهش را در مرحله پیش آزمون تکمیل کردند، سپس دو گروه آزمایش ده جلسه توسط روان‌شناس آموزش دیده مورد مداخله درمانی قرار گرفتند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. بعد از آن برای هر دو گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون اجرا شد. درنهایت از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. ضمناً در گروه درمان فراشناختی یک نفر در حین جلسات به دلیل شرکت نکردن متوالی در جلسات در ارزیابی نهایی حذف شد. از این رو در گروه درمان شناختی-رفتاری و گروه کنترل نیز یک نفر به‌صورت تصادفی حذف شدند (هر گروه ۱۵ نفر).

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد که در گروه CBT ۱۱ زن (۷۳/۳۳٪) و ۴ مرد (۲۳/۶۷٪)، در گروه MCT ۱۰ زن (۶۶/۶۷٪) و ۵ مرد (۳۳/۳۳٪) و در گروه کنترل ۹ زن (۶۰/۱۰٪) و ۶ مرد (۴۰/۴۰٪) حضور داشتند. در گروه CBT ۶ نفر (۴۰/۱۰٪) دارای مدرک کاردانی، ۷ نفر (۴۶/۶۷٪) کارشناسی و ۲ نفر (۱۳/۳۳٪) کارشناسی ارشد و بالاتر، در گروه MCT ۷ نفر (۴۶/۶۷٪) دارای مدرک کاردانی، ۵ نفر (۳۳/۳۳٪) دارای مدرک کارشناسی و ۳ نفر (۲۰/۱۰٪) دارای مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر و در گروه کنترل ۷ نفر (۴۶/۶۷٪) دارای مدرک کاردانی، ۶ نفر (۴۰/۱۰٪) دارای مدرک کارشناسی و ۲ نفر (۱۳/۳۳٪) دارای مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. میانگین (انحراف معیار) سن گروه CBT، MCT و کنترل به ترتیب ۳۴/۰۱ (۹/۲۴)، ۳۳/۷۴ (۹/۹۹) و ۳۵/۷۳ (۹/۰۷) بود. در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته در سه گروه نشان داده شده است.

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان فراشناختی بر کاهش پرخاشگری و ابرازگری هیجانی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری
Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Metacognitive Therapy ...

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در سه گروه

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پرخاشگری	CBT	۹۰/۶۹	۵/۱۵	۷۳/۳۱	۵/۰۹	۷۳/۶۹	۵/۶۶
	MCT	۸۸/۹۴	۵/۸۸	۷۶/۸۸	۶/۹۷	۷۷/۲۴	۷/۳۳
	کنترل	۸۹/۴۷	۶/۰۷	۸۸/۲۱	۶/۲۰	۸۸/۱۳	۶/۰۲
ابراز هیجان مثبت	CBT	۱۵/۸۴	۲/۲۳	۱۹/۸۵	۲/۶۷	۱۹/۶۱	۲/۳۹
	MCT	۱۵/۹۴	۳/۰۹	۱۸/۶۴	۲/۸۹	۱۸/۷۶	۲/۸۸
	کنترل	۱۶/۴۷	۲/۸۷	۱۶/۱۳	۲/۹۷	۱۶/۳۳	۲/۴۹
ابراز صمیمیت	CBT	۱۱/۹۲	۲/۲۱	۱۵/۳۸	۱/۴۴	۱۵/۲۳	۱/۵۳
	MCT	۱۱/۰۶	۱/۲۹	۱۳/۳۵	۱/۴۹	۱۳/۵۹	۱/۸۴
	کنترل	۱۱/۸۰	۲/۰۸	۱۲/۰۶	۲/۱۹	۱۲/۲۷	۲/۰۹
ابراز هیجان منفی	CBT	۹/۲۳	۱/۴۲	۸/۹۲	۱/۸۹	۹/۰۱	۱/۵۳
	MCT	۹/۴۷	۱/۵۸	۸/۴۸	۱/۲۳	۸/۹۴	۱/۵۹
	کنترل	۹/۶۸	۱/۶۸	۹/۷۳	۱/۳۹	۹/۸۱	۱/۵۷

قبل از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد در پیش‌آزمون ($Z=0/34$ ؛ $P<0/55$)، پس‌آزمون و پیگیری برای متغیرهای مورد مطالعه توزیع نرمال رعایت شده است ($P>0/05$)، نتایج آزمون لوین نیز نشان داد که واریانس‌های بین گروهی متغیرهای مورد مطالعه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برابر هستند ($P>0/05$)، علاوه بر این نتایج آزمون ام باکس برای متغیرهای مورد مطالعه معنی دار نبود ($P>0/05$) که نشان می‌دهد شرط برابری ماتریس‌های واریانس-کوواریانس نیز رعایت شده است.

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با عوامل درون گروهی و بین گروهی

متغیر	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	P	Eta ²
پرخاشگری	دوره	۲۲۲۸/۹۹۰	۱	۲۲۲۸/۹۹۰	۲۱۲/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۸۳
	تعامل دوره * گروه	۹۰۵/۴۵۸	۲	۴۵۲/۷۲۹	۴۳/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۸۷
	گروه	۲۱۶۵/۱۷۸	۲	۱۰۸۲/۵۸۹	۱۲/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۳۸
ابراز هیجان مثبت	دوره	۱۰۳/۰۶۷	۱	۱۰۳/۰۶۷	۴۵/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۹۱
	تعامل دوره * گروه	۲۲۲۵/۳۶	۲	۷۵۳/۹۹	۱۱/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۴۱
	گروه	۱۲۴/۸۹۹	۲	۶۲/۴۴۹	۳/۴۴	۰/۰۴	۰/۱۴
ابراز صمیمیت	دوره	۹۸/۱۵۹	۱	۹۸/۱۵۹	۶۳/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۶۰
	تعامل دوره * گروه	۳۱/۰۳۱	۲	۱۵/۵۱۶	۹/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۳۲
	گروه	۹۹/۵۶۰	۲	۴۹/۷۸۰	۶/۳۷	۰/۰۰۴	۰/۲۳
ابراز هیجان منفی	دوره	۶۰/۷۰۱	۱	۶۰/۷۰۱	۶۳/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۶۰
	تعامل دوره * گروه	۳۶/۸۳	۲	۱۸/۴۱۵	۱۹/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۴۸
	گروه	۱۱۶/۴۱۴	۱	۵۸/۲۰۷	۱۳/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۳۹

همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که مفروضه کرویت مخلی در متغیر پرخاشگری ($\chi^2=26/77$ ؛ $P<0/001$) و ابراز هیجان مثبت ($\chi^2=7/18$ ؛ $P<0/03$) برقرار نیست؛ اما برای ابراز صمیمیت ($p<0/09$ ؛ $\chi^2=2/61$) و ابراز هیجان منفی ($P<0/06$)؛ این مفروضه رعایت شده است؛ بنابراین باید از اصلاح درجه آزادی (=شاخص اپسیلون گرین هاوس گیسر) برای

پرخاشگری و برای ابراز هیجان مثبت ($Epsilon=0/74$) استفاده نمود و نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را با توجه به عدم برقراری مفروضه کرویت محاسبه نمود. جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثربخشی CBT و MCT بر پرخاشگری و ابراز هیجان را نشان می‌دهد.

جدول ۴. آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

اختلاف میانگین‌ها		گروه	دوره	متغیر
MCT	در انتظار درمان			
۱/۷۵	۱/۲۲	CBT	پیش‌آزمون	پرخاشگری
	-۰/۵۲۵	MCT		
-۳/۷۵	-۱۴/۸۹**	CBT	پس‌آزمون	
	-۱۱/۳۲**	MCT		
-۳/۵۴	-۱۴/۴۴**	CBT	پیگیری	
	-۱۰/۸۹**	MCT		
-۰/۰۹۵	-۰/۶۲۰	CBT	پیش‌آزمون	ابراز هیجان مثبت
	-۰/۵۲۵	MCT		
۰/۱۹۵	۳/۹۴**	CBT	پس‌آزمون	
	۳/۷۵**	MCT		
۰/۸۵	۳/۲۸**	CBT	پیگیری	
	۲/۴۳*	MCT		
۰/۸۶۴	۰/۱۲۳	CBT	پیش‌آزمون	ابراز صمیمیت
	۰/۷۴۱	MCT		
۲/۰۳**	۳/۳۲**	CBT	پس‌آزمون	
	۱/۲۸	MCT		
۱/۶۴	۲/۹۶**	CBT	پیگیری	
	۱/۳۲**	MCT		
-۰/۲۳۹	-۰/۴۳۵	CBT	پیش‌آزمون	ابراز هیجان منفی
	-۰/۱۹۶	MCT		
۰/۲۳۵	-۲/۷۳**	CBT	پس‌آزمون	
	-۲/۴۹**	MCT		
۰/۸۱	-۲/۹۵**	CBT	پیگیری	
	-۳/۰۳**	MCT		

با توجه به یافته‌های جدول ۳ می‌توان گفت که عامل درون‌گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر دوره (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) پرخاشگری ($F=212/56$ ؛ $Eta^2=0/83$)، ابراز هیجان مثبت ($F=45/89$ ؛ $Eta^2=0/91$)، ابراز صمیمیت ($F=63/07$ ؛ $Eta^2=0/60$) و ابراز هیجان منفی ($F=63/47$ ؛ $Eta^2=0/60$) معنادار است ($P<0/01$). همچنین اثر تعاملی گروه و مراحل برای پرخاشگری ($F=43/17$ ؛ $Eta^2=0/87$)، ابراز هیجان مثبت ($F=11/19$ ؛ $Eta^2=0/41$)، ابراز صمیمیت ($F=0/32$ ؛ $Eta^2=0/97$) و ابراز هیجان منفی ($F=19/25$ ؛ $Eta^2=0/48$) معنادار است ($P<0/01$). برای عامل بین‌گروهی نیز مقدار F محاسبه شده برای پرخاشگری ($F=12/69$ ؛ $Eta^2=0/38$)، ابراز هیجان مثبت ($F=3/44$ ؛ $Eta^2=0/14$)، ابراز صمیمیت ($F=0/23$ ؛ $Eta^2=0/23$) و ابراز هیجان منفی ($F=6/37$ ؛ $Eta^2=0/39$) معنادار است ($P<0/05$). در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی به‌منظور

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان فراشناختی بر کاهش پرخاشگری و ابرازگری هیجانی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری
Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Metacognitive Therapy ...

بررسی تفاوت بین میانگین‌های مراحل در گروه‌ها جدول ۴ آورده شده است. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد MCT و CBT بر کاهش پرخاشگری در پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنادار داشته‌اند ($P < 0.01$)؛ اما بین دو درمان در این متغیرها تفاوت وجود ندارد ($P > 0.05$). به این معنی که CBT و MCT بر افزایش ابراز هیجان مثبت و ابراز صمیمیت در پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنادار داشته‌اند ($P < 0.01$) و در طی زمان دارای پایداری اثر است. علاوه بر این نتایج نشان می‌دهد که در افزایش نمرات ابراز صمیمیت اثربخشی CBT بیشتر از MCT بوده است. همچنین CBT و MCT بر کاهش نمرات ابراز هیجان منفی در پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنادار داشته‌اند ($P < 0.01$) و در طی زمان دارای پایداری اثر است؛ اما بین دو درمان بر کاهش نمرات ابراز هیجان منفی تفاوت وجود ندارد ($P > 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی CBT و MCT بر کاهش پرخاشگری (پرخاشگری بدنی و کلامی) و ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری بود. نتایج نشان داد که CBT و MCT بر کاهش پرخاشگری (پرخاشگری بدنی و کلامی) بیماران مبتلا به OCD تأثیر معنادار داشتند؛ اما بین اثربخشی دو درمان در کاهش پرخاشگری این بیماران تفاوت معنادار مشاهده نشد. در مورد اثربخشی درمان CBT بر کاهش پرخاشگری بیماران مبتلا به OCD می‌توان گفت که این نتیجه همخوان با یافته‌های قبلی است که نشان دادند CBT بر کاهش خشم (حامدی و همکاران، ۲۰۲۰) و رفتار پرخاشگرانه و رفتار خود آسیبی (شیرازی و همکاران، ۲۰۲۲) و خشونت فیزیکی (جاروسون و همکاران، ۲۰۱۵) اثربخش بوده است. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که CBT تحریف‌های شناختی غیرسازنده یعنی افکار، باورها و نگرش‌های نادرست را شناسایی نموده و به افراد اجازه می‌دهد علاوه بر شناخت این افکار معیوب، آن‌ها را با افکار سازنده جایگزین کنند (بک، ۲۰۲۰) به عبارت دیگر، CBT با برخورداری از تکنیک‌هایی مانند محاسبه احتمال و پرسشگری سقراطی و اطمینان بخشی و همچنین تکنیک مواجهه و جلوگیری از پاسخ، به افراد و این امکان را می‌دهد که افکار و شناخت‌های منفی خود و ارتباط بین شناخت، هیجان و رفتار آگاه شوند و افکار و احساسات منفی تحریف‌شده را با افکار واقع‌بینانه و منطقی جایگزین کنند (آگیلرا و همکاران، ۲۰۱۷)؛ از این‌رو افراد مبتلا به OCD از طریق CBT موقعیت‌هایی که موجب تحریک پرخاشگری می‌شوند را تشخیص دهند و به جای نشان دادن پرخاشگری آن‌ها را با رفتاری مناسب‌تر که مبتنی بر منطق است جایگزین کنند و همین باعث می‌شود که آن‌ها بعد از CBT پرخاشگری کمتری را نشان بدهند.

در مورد اثربخشی MCT بر کاهش پرخاشگری نیز می‌توان گفت که این نتیجه همخوان با یافته‌های قبلی است که نشان دادند MCT کاهش پرخاشگری مازوخیستی (انتظاری و همکاران، ۱۳۹۹) و کاهش پرخاشگری فیزیکی و کلامی و خشم اثربخش بوده است (گودینی و همکاران، ۱۴۰۰؛ کاراو همکاران، ۲۰۲۳؛ قلی‌نژاد و شاهین‌فرد، ۱۳۹۴). در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد تأکید اصلی این درمان به چالش کشیدن باورهای منفی استفاده از باورهای فراشناختی مثبت است و بیمار یاد می‌گیرد که فرآیندهای نگرانی و نشخوار فکری را به تعویق بیندازد (ویلز و همکاران، ۲۰۲۳). این امر به بیماران این امکان را می‌دهد که نگرانی و نشخوارهای فکری خود را بی‌ضرر بدانند و در توجه به این مشکلات انعطاف‌پذیری داشته باشند. علاوه بر این به بیماران یاد داده می‌شود که نگرانی و نشخوارهای فکری و افکار منفی غیرقابل کنترل هستند و فرد نباید برای کنترل آن‌ها تلاش کند (ویلز و همکاران، ۲۰۲۳)؛ از این‌رو بیماران وسواسی با برخورداری از تکنیک‌های MCT که نسبت به موقعیت‌های زندگی خود دچار نگرانی می‌شوند، تکنیک‌های غلبه بر کنترل فکر، چالش کلامی، رویارویی و جلوگیری از پاسخ

سعی می‌کنند از پاسخ به موقعیت‌هایی که ممکن است آن‌ها را به پرخاشگری تحریک کند جلوگیری کنند و بر رفتار پرخاشگرانه خود کنترل داشته باشند. از این رو، آن‌ها به احتمال زیاد پرخاشگری‌های کمتری را نشان خواهند داد.

نتایج نشان داد که CBT و MCT بر بهبود ابراز هیجان مثبت و ابراز صمیمیت بیماران مبتلا به OCD اثربخش بود و اثربخشی CBT در بهبود ابراز صمیمیت بیشتر از MCT بوده است همچنین نتایج حاکی از اثربخشی دو درمان بر کاهش ابراز هیجان منفی بود و دو درمان بر بهبود آن تفاوت معنادار نداشتند. در مورد اثربخشی CBT بر بهبود ابراز هیجان بیماران مبتلا به OCD می‌توان گفت که این نتیجه همخوان با یافته‌های قبلی است که نشان دادند CBT بر افزایش تنظیم هیجانی و عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی (قربانی و همکاران، ۲۰۲۰) و بهبود آگاهی هیجانی (لاملی و همکاران، ۲۰۱۷) اثربخش بوده است. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که CBT با شناسایی افکار، باورها و نگرش‌های منفی به افراد این امکان را می‌دهد که این افکار و باورهای منفی را با باورهای مثبت جایگزین کنند (بک، ۲۰۲۰) و تکنیک‌های محاسبه احتمال و پرسشگری سقراطی، اطمینان‌بخشی، مواجهه و جلوگیری از پاسخ، به افراد یاد می‌دهد که ارتباط منفی افکار و هیجان‌های خود را تشخیص دهد و به جای نشان دادن هیجان‌های منفی، آن‌ها را به صورت افکار و هیجانات واقع‌بینانه نشان دهند (آگیلرا و همکاران، ۲۰۱۷). همین امر موجب می‌شد که افراد OCD در ابراز هیجان خود تجدیدنظر و آن را به شکل مناسب ابراز کنند. به عبارت دیگر، CBT به افراد OCD کمک می‌کند که موقعیت‌هایی که موجب تحریک هیجان‌های نامناسب می‌شوند را شناسایی کنند و با آگاهی کامل از پیامدهای منفی هیجانات نامناسب به جایگزین کردن آن‌ها با هیجان‌های مناسب بپردازند و همین امر موجب ابراز مناسب هیجانات در آنان می‌شود.

در مورد اثربخشی MCT بر بهبود ابراز هیجان می‌توان گفت که این نتیجه همخوان با یافته‌های قبلی است که نشان دادند MCT بر بهبود تنظیم هیجانی (نوری پور و همکاران، ۲۰۲۳؛ زمستانی و همکاران، ۲۰۱۶) و پریشانی هیجان (فیشر و همکاران، ۲۰۱۹) اثربخش بوده است. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که در MCT، باورها و فرآیندهای فراشناختی مربوط به نشانگان شناختی، شناسایی و اصلاح می‌شوند و ضمن آگاه شدن بیمار از تأثیرات منفی نگرانی و نشخوار فکری و ناکارآمدی راهبردهای مقابله‌ای فعلی باورهای فراشناختی فرد به صورت گفت‌وگوهای سقراطی به چالش کشیده می‌شوند (ویلز و همکاران، ۲۰۲۳). از این رو بیمار مبتلا به OCD با یادگیری تکنیک‌های درمان فراشناختی با آگاهی از تأثیرات منفی هیجان‌های نامناسب خود به اصلاح آن‌ها می‌پردازد و به احتمال زیاد در موقعیت‌های مختلف به صورت مثبت آن‌ها را ابراز می‌کند. به عبارت دیگر، در درمان MCT تکنیک آموزش توجه (ویلز، ۲۰۰۹؛ نقل از نورمن و مورینا، ۲۰۱۸) ارائه می‌شود که بیمار را ملزم به انعطاف‌پذیری در توجه می‌کند (ویلز و همکاران، ۲۰۲۳)؛ از این رو، انعطاف‌پذیری توجه باعث می‌شود که بیمار OCD توجهی آگاهانه به هیجان‌های خود و ابراز آن‌ها داشته باشد و همین امر احتمالاً باعث می‌شود که بیمار در هنگام ابراز هیجان با بازنگری منطقی، آن‌ها را به صورت مفید و مثبت نشان دهد.

در مورد اثربخشی بیشتر CBT در بهبود ابراز صمیمیت نسبت به MCT می‌توان بیان کرد پژوهش‌های قبلی خط اول درمان OCD را CBT معرفی کرده‌اند (شوبرت و همکاران، ۲۰۲۲) و فرا تحلیل‌ها نیز این امر را تأیید نموده‌اند (رید و همکاران، ۲۰۲۱؛ اسکاپیناکیس و همکاران، ۲۰۱۶). می‌توان گفت که CBT تحریف‌های شناختی غیرسازنده در افکار، باورها و نگرش‌ها و رفتارهای معیوبی که به دنبال این تحریف‌ها ایجاد می‌شوند را به چالش می‌کشد و موجب جایگزین کردن آن‌ها با افکار، نگرش‌ها و رفتارهای مثبت می‌شود (بک، ۲۰۲۰)، بنابراین به احتمال زیاد این تغییر در باورها و نگرش‌ها موجب می‌شود افراد

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان فراشناختی بر کاهش پرخاشگری و ابرازگری هیجانی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری
Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Metacognitive Therapy ...

وسواسی در ابراز صمیمیت خود تجدید نظر کنند و عدم ابراز صمیمیت خود را به عنوان یک مشکل در نظر بگیرند و بعد از CBT سعی می کنند صمیمیت خود را به دیگران صورت مثبت ابراز کنند.

در مورد این که چرا بین دو درمان در پرخاشگری و بهبود ابراز هیجان مثبت و منفی تفاوت معنادار مشاهده نشد می توان گفت که CBT به افراد کمک می کند تا الگوهای تحریف شده تفکر و مشکلات هیجانی را بشناسند و این به آن ها کمک می کند تا پرخاشگری خود را به عنوان راهی که مانع حل موقعیت های استرس زا و پریشانی عاطفی می شود را شناسایی کنند (چاروسون و همکاران، ۲۰۱۵؛ هنوود و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین در درمان فراشناختی نیز فرد با برخورداری از آموزش توجه و انعطاف پذیری توجه (ویلز و همکاران، ۲۰۲۳) موجب بهبود تفکر فرد در مورد موقعیت های برانگیزاننده پرخاشگری و هیجان های منفی می شود و همین امر کاهش پرخاشگری و بهبود ابراز هیجان در بیماران مبتلا به OCD را به دنبال دارد. به عبارت دیگر، هر دو درمان به بیماران وسواسی کمک می کنند که به باز ارزیابی و توجه مناسب نسبت به پرخاشگری و هیجان های خود داشته باشند و این وجه مشترک می تواند عدم تفاوت این دور درمان را توجیه نماید. هر چند لازم است در این زمینه نتایج تکرار شود.

از جمله محدودیت های این پژوهش عدم تفکیک بیماران بر اساس نوع OCD بود. این امر به دلیل محدودیت نمونه بوده است و به پژوهش های بعدی پیشنهاد می شود که نوع OCD را در پژوهش های مشابه کنترل کنند. عدم امکان ارزیابی کیفی شرکت کنندگان در پژوهش در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نیز یکی از محدودیت های این پژوهش بود؛ زیرا در این پژوهش از روش کمی ارزیابی متغیرها یعنی پرسشنامه های خود گزارش دهی استفاده شده است؛ بنابراین پیشنهاد می شود در پژوهش های بعدی این محدودیت مورد توجه پژوهشگران قرار بگیرد. نتایج نشان داد که هم CBT و هم MCT بر کاهش پرخاشگری و بهبود ابراز هیجان بیماران مبتلا به OCD اثربخش بوده اند و بین اثربخشی این دو درمان بر متغیرهای وابسته تفاوت معنادار مشاهده نشد. از این رو، پیشنهاد می شود که برای بهبود مشکلات روان شناختی همراه OCD از جمله پرخاشگری و ابراز هیجان نامناسب از هر دو درمان CBT و MCT استفاده شود. علاوه بر این اجرای کارگاه های آموزشی در مورد این دو درمان و آموزش آنان به روان شناسان و مشاوران می تواند در شناخت گزینه درمانی مناسب برای کاهش پرخاشگری و ابراز هیجان نامناسب در بیماران OCD مؤثر واقع شود.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری روان شناسی عمومی بوده و در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد با کد IR.IAU.B.REC.1402.027 مورد تأیید قرار گرفته است.

حمایت مالی

این مطالعه هیچ گونه حمایت مالی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

رضا صادق زاده (نویسنده اول): جمع آوری داده ها، انجام آموزش ها، تحلیل آماری و تهیه پیش نویس اصلی مقاله؛ محسن ارزانی (نویسنده دوم) مدیریت فرایند پژوهش، ویرایش و بازنگری مقاله؛ امید شکری (نویسنده سوم) ویرایش و بازنگری اصلاحات مقاله؛ ویرایش و بازنگری اصلاحات مقاله؛ حسن پیریائی (نویسنده چهارم): ویرایش و بازنگری اصلاحات مقاله.

تعارض منافی

نویسندگان مقاله اعلام می دارند در انجام این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش قدردانی می شود.

References

- Aguilera, A; Bruehlman-Senecal, E; Demasi, O; & Avila, P. (2017). Automated text messaging as an adjunct to cognitive behavioral therapy for depression: A clinical trial. *Journal of Medical Internet Research*, 19(5), 148-162. [\[Link\]](#)
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 5th Ed, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association. [\[Link\]](#)
- Ariapooran, S; & Abbasi, M. (2020). The symptoms of anxiety disorders, emotional expression and social acceptance in students with parental divorce and death experience with normal student. *Journal of Family Research*, 16(2), 259-283. [\[Link\]](#)
- Bagheri Sheykhangafshe, F; Fathi-Ashtiani, A; Savabi Niri, V; Nakhostin Asef, Z; & Bourbour, Z. (2023). The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Obsessive-Compulsive Disorder and Post-Traumatic Stress Disorder in Nurses with COVID-19 Burnout: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 21(11), 1115-1132. [\[Link\]](#)
- Beck, J. S. (2020). Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (2nd ed.), New York, NY: The Guilford Press, pp. 19–20. [\[Link\]](#)
- Bora, E. (2022). Social cognition and empathy in adults with obsessive compulsive disorder: a meta-analysis. *Psychiatry Research*, 114752. [\[Link\]](#)
- Buss, A. H. & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63 (3), 452-459. [\[Link\]](#)
- Carmi, L; Brakoulias, V; Arush, O. B; Cohen, H; & Zohar, J. (2022). A prospective clinical cohort-based study of the prevalence of OCD, obsessive compulsive and related disorders, and tics in families of patients with OCD. *BMC psychiatry*, 22(1), 1-7. [\[Link\]](#)
- Chawla, S; Menzies, R. E; & Menzies, R. G. (2022). Existential concerns in OCD with aggressive and sexual obsessions. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 32, 100710. [\[Link\]](#)
- Cheng, F; Wang, Y; Zhao, J; & Wu, X. (2018). Mothers' negative emotional expression and preschoolers' negative emotional regulation strategies in Beijing, China: The moderating effect of maternal educational attainment. *Child abuse & neglect*, 84, 74-81. [\[Link\]](#)
- Entezari, S; Taher, M; & Aghaei, H. (2021). The comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and metacognitive therapy on depression, suicide ideation, and masochistic aggression in individuals with subclinical symptoms of body dysmorphic disorder. *Journal of Child Mental Health*, 7(4), 1-18. [\[Link\]](#)
- Fairbrother, N; Collardeau, F; Woody, S. R; Wolfe, D. A; & Fawcett, J. M. (2022). Postpartum thoughts of infant-related harm and obsessive-compulsive disorder: Relation to maternal physical aggression toward the infant. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 83(2), 39944. [\[Link\]](#)
- Fawcett, E. J; Power, H; & Fawcett, J. M. (2020). Women are at greater risk of OCD than men: a meta-analytic review of OCD prevalence worldwide. *The Journal of clinical psychiatry*, 81(4), 13075. [\[Link\]](#)
- Fernandez, S. J; Daffern, M; Moulding, R; & Nedeljkovic, M. (2023). Exploring predictors of aggressive intrusive thoughts and aggressive scripts: Similarities and differences in phenomenology. *Aggressive behavior*, 49(2), 141-153. [\[Link\]](#)
- Fisher, P. L; Byrne, A; Fairburn, L; Ullmer, H; Abbey, G; & Salmon, P. (2019). Brief metacognitive therapy for emotional distress in adult cancer survivors. *Frontiers in psychology*, 10, 162. [\[Link\]](#)

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان فراشناختی بر کاهش پرخاشگری و ابرازگری هیجانی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری
Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Metacognitive Therapy ...

- Gholinezhad, J; & Shahinfard, M. (2015). Metacognitive therapy (MCT) impact on reduction of physical and verbal aggression of duty personnel of training and education centre martyr Feizollah Amani... Nezaja in year 1393. *Military Science and Tactics*, 11(33), 5-2. [\[Link\]](#)
- Ghorbani, S; Kameneh, A. S; Motahedy, A; & Alipour, Z. (2020). Comparative effectiveness of cognitive-behavioral therapy and dialectical behavior therapy on emotion regulation, positive and negative affection, aggressive and self-harm behaviors of 13-16-year-old female students. *International Journal of Multicultural and Multireligious Understanding*, 7(9), 20-32. [\[Link\]](#)
- Godini, A; Rasooli, M; & Mohsenzadeh, F. (2021). Comparing the Effectiveness of Group Counseling based on Dialectical Behavior Therapy and Metacognitive Therapy on Reducing Aggression in Adolescent Boys with Divorced Parents. *Journal of Counseling Research*, 20(80), 76-105. [\[Link\]](#)
- Goodman, W. K; Price, L. H; Rasmussen, S. A; Mazure, C; Fleischmann, R. L; Hill, C. L; ... & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown obsessive-compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry*, 46(11), 1006-1011. [\[Link\]](#)
- Hamedí, V; Hamid, N; Beshlideh, K; Marashi, S. A; & Shabani, S. E. H. S. (2020). Effectiveness of conventional cognitive-behavioral therapy and its computerized version on reduction in pain intensity, depression, anger, and anxiety in children with cancer: A randomized, controlled trial. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 14(4), e83110. [\[Link\]](#)
- Henwood, K. S; Chou, S; & Browne, K. D. (2015). A systematic review and meta-analysis on the effectiveness of CBT informed anger management. *Aggression and violent behavior*, 25, 280-292. [\[Link\]](#)
- Hosseini, J; & Shahgholijan, M. (2014). Emotional expressiveness, Emotional control, and Ambivalence over emotional expressiveness in Runaway and Normal Girls. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 5(17), 117-134. [\[Link\]](#)
- Jabeen, S; & Kausar, R. (2020). Obsessive compulsive disorder: frequency and gender estimates. *Pakistan journal of medical sciences*, 36(5), 1048-1052. [\[Link\]](#)
- Jarwson, S; Nasset, M. B; Palmstierna, T; Nottestad, J. A; & Søndena, E. (2015). Cognitive-behavioral group treatment for men voluntarily seeking help for violence towards their intimate partners: the impact of treatment components 4-7 years after therapy. *Open Journal of Nursing*, 5(9), 836-842. [\[Link\]](#)
- Kara, N; Sarigedik, E; & Ataoglu, A. (2023). The Role of Metacognition in the Emergence of Anger and Aggression in Patients with Alcohol Use Disorder. *Konuralp Medical Journal/Konuralp Tip Dergisi*, 15(1), 24-33. [\[Link\]](#)
- Khosravi, S; & Naseri, A. (2022). Obsessive-Compulsive prevalence investigation in Jahrom city. *Pars Journal of Medical Sciences*, 15(3), 1-8. [\[Link\]](#)
- King, L. A; & Emmons, R. A. (1990). Conflict over emotional expression: psychological and physical correlates. *Journal of personality and social psychology*, 58(5), 864-877. [\[Link\]](#)
- Lazarov, A; Oren, E; Liberman, N; Gur, S; Hermesh, H; & Dar, R. (2022). Attenuated access to emotions in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 53(1), 1-10. [\[Link\]](#)
- Lumley, M. A; Schubiner, H; Lockhart, N. A; Kidwell, K. M; Harte, S. E; Clauw, D. J; & Williams, D. A. (2017). Emotional awareness and expression therapy, cognitive-behavioral therapy, and education for fibromyalgia: a cluster-randomized controlled trial. *Pain*, 158(12), 2354-2363. [\[Link\]](#)
- Manelis, A; Huppert, T. J; Rodgers, E; Swartz, H. A; & Phillips, M. L. (2019). The role of the right prefrontal cortex in recognition of facial emotional expressions in depressed individuals: fNIRS study. *Journal of affective disorders*, 258, 151-158. [\[Link\]](#)
- Mavrogiorgou, P; Becker, S; Lee-Grimm, S. I; & Juckel, G. (2023). Embitterment and metacognition in obsessive-compulsive disorder. *BMC psychiatry*, 23(1), 1-10. [\[Link\]](#)
- Mikonowicz, D. N; & Tull, M. T. (2023). Examining the role of emotion dysregulation in the association between obsessive compulsive symptom severity and suicide risk. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 36, 100784. [\[Link\]](#)

- Nagy, N. E; El-Serafi, D. M; Elrassas, H. H; Abdeen, M. S; & Mohamed, D. A. (2020). Impulsivity, hostility and suicidality in patients diagnosed with obsessive compulsive disorder. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 24(3), 284-292. [[Link](#)]
- Nooripour, R; Naserhariati, M. A; Amirinia, M; Ilanloo, H; Habibi, A; & Chogani, M. (2023). Investigating the Effectiveness of Group Metacognitive Therapy on Internet Addiction and Cognitive Emotion Regulation Among Adolescents. *Practice in Clinical Psychology*, 11(2), 93-102. [[Link](#)]
- Normann, N; & Morina, N. (2018). The efficacy of metacognitive therapy: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 9, 2211. [[Link](#)]
- Rajezi Esfahani, S; Motaghipour, Y; Kamkari, K; Zahiredin, A; & Janbozorgi, M. (2012). Reliability and Validity of the Persian Version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 17(4), 297-303. [[Link](#)]
- Reid, J. E; Laws, K. R; Drummond, L; Vismara, M; Grancini, B; Mpavaenda, D; & Fineberg, N. A. (2021). Cognitive behavioural therapy with exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Comprehensive psychiatry*, 106, 152223. [[Link](#)]
- Samani, S. (2008). Study of Reliability and Validity of the Buss and Perry's Aggression Questionnaire. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 13(4), 359-365. [[Link](#)]
- Schubert, C; Hilbert, S; Favreau, M; Wolstein, J; & Voderholzer, U. (2022). Psychological flexibility as a potential change factor in cognitive behavioural therapy of OCD. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 50(4), 381-391. [[Link](#)]
- See, C. C; Tan, V. S; Tan, J. M; & Sündermann, O. (2023). The effects of brief emotional acceptance instructions on emotional distress and compulsive urges of various obsessive-compulsive symptoms dimensions. *Journal of Experimental Psychopathology*, 14(3), 20438087231190121. [[Link](#)]
- Shamloo, M. B. B; Kalani, L; Ramezanpour, E; Khaneghah, Z. N; & Rashidi, N. (2022). Frequency of Obsessive-Compulsive Symptoms Related to Anxiety in Nurses Care for COVID-19 Patients: A Cross-sectional Study. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 16(4), e127173. [[Link](#)]
- Shirazi, M; Sanagooye Moharrar, G; & Sayyad Mollashahi, M. (2022). The Effectiveness of Online Training on Cognitive Behavioral and Acceptance and Commitment Therapy to Reduce self-regulation, Aggressive Behavior, and Self-Harm Among Students. *Interdisciplinary Journal of Virtual Learning in Medical Sciences*, 13(4), 263-274. [[Link](#)]
- Skapinakis, P; Caldwell, D. M; Hollingworth, W; Bryden, P; Fineberg, N. A; Salkovskis, P; ... & Lewis, G. (2020). Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis. *Focus*, 19(4), 457-467. [[Link](#)]
- Soreff, S.M; Gupta, V; Wadhwa, R, & Arif, H. (2022). *Aggression*. In: StatPearls. StatPearls Publishing. [[Link](#)]
- Stein, D. J; Hermesh, H; Eilam, D; Segalas, C; Zohar, J; Menchon, J; & Nesse, R. M. (2016). Human compulsivity: A perspective from evolutionary medicine. *European Neuropsychopharmacology*, 26(5), 869-876. [[Link](#)]
- Trimmer, C; Tyo, R; & Naeem, F. (2016). Cognitive behavioural therapy-based music (CBT-Music) group for symptoms of anxiety and depression. *Canadian journal of community mental health*, 35(2), 83-87. [[Link](#)]
- Wells, A. (2011). Metacognitive therapy. *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies*, 83-108. [[Link](#)]
- Wells, A; & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour research and therapy*, 34(11-12), 881-888. [[Link](#)]
- Wells, A; Reeves, D; Heal, C; Fisher, P; Doherty, P; Davies, L; & Capobianco, L. (2023). Metacognitive therapy home-based self-help for anxiety and depression in cardiovascular disease patients in the UK: A single-blind randomized controlled trial. *PLoS medicine*, 20(1), e1004161. [[Link](#)]
- Wilhelm, S; & Steketee, G. S. (2006). *Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: A guide for professionals*. New Harbinger Publications. [[Link](#)]

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان فراشناختی بر کاهش پرخاشگری و ابرازگری هیجانی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری
Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Metacognitive Therapy ...

Zemestani, M; Davoodi, I; Honarmand, M. M; Zargar, Y; & Ottaviani, C. (2016). Comparative effects of group metacognitive therapy versus behavioural activation in moderately depressed students. *Journal of Mental Health*, 25(6), 479-485. [[Link](#)]