

Determining the Effectiveness of Cognitive-Analytical Intervention of Group Obsession Treatment on Extreme Responsibility and Perfectionism in People with Symptoms of Intellectual-Practical Obsession

*Alihashemi Ashtiyani P¹, Madani F², Janbozorgi M³

Author Address

1. MA in Counseling and Guidance, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
2. MA in General Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahr-e-Qods Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
3. Professor of the Department of Psychology, the Research Institute of Hawzah and University, Tehran, Iran.

*Corresponding Author E-mail: parvaneh.ashtiyani110@yahoo.com

Received: 2022 December 4; Accepted: 2023 January 3

Abstract

Background & Objectives: Obsessive-compulsive disorder is diagnosed based on the presence of unwanted and disturbing thoughts and repetitive behaviors. There is a strong link between dimensions of perfectionism and obsessive-compulsive disorder. In other words, perfectionism can affect the response to treatment in obsessive-compulsive disorder (7). One of the vulnerable cognitive beliefs is extreme responsibility, which is important in the experience of obsessive issues. One of the treatments whose effectiveness has been confirmed in psychological disorders is cognitive-analytical therapy. This short-term therapy adopts an approach based on increasing knowledge, effectively solving problems, and strengthening the patient's motivation to make lifestyle changes. Therefore, the present study investigated the effectiveness of the group cognitive-analytical intervention of obsessive-compulsive therapy on extreme responsibility and perfectionism in people with symptoms of intellectual-practical obsession.

Methods: This quasi-experimental research employed a pretest-posttest design and one control group. The statistical population of the current research comprised all people suffering from obsessive-compulsive disorder who were referred to Talieh Salamat Clinic in Tehran City, Iran, in 2021. In this research, the purposeful sampling method was used due to the difficulty of access. In this way, 30 people were selected from the statistical population using targeted sampling and randomly divided into experimental and control groups (each group includes 15 people). Then, both groups in the pretest and posttest responded to the Multi-Dimensional Perfectionism Scale (Besharat, 2007) and Responsibility Scale of the California Psychological Questionnaire (Gough, 1987). Obsession treatment intervention was implemented in the experimental group, and the control group was not subjected to any treatment program. The inclusion criteria included suffering from obsessive-compulsive disorder, having at least a diploma level of education, not participating in other therapeutic interventions at the same time, and not suffering from another psychological disease at the same time. The exclusion criteria also included the absence of more than three sessions and non-observance of group therapy rules. Data analysis was carried out in two parts: descriptive statistics and inferential statistics. At the level of descriptive statistics, frequency, percentage, mean, and standard deviation were used. At the level of inferential statistics, univariate covariance analysis was used. Data analysis was done in SPSS software version 24, and the significance level of the tests was considered to be 0.05.

Results: The findings showed that the cognitive-analytical intervention of obsessive-compulsive treatment decreased the scores of extreme responsibility ($p < 0.001$) and perfectionism ($p < 0.001$) in people with obsessive-compulsive symptoms.

Conclusion: Based on the results, the intervention of obsession treatment with a cognitive-analytical approach is effective in reducing extreme responsibility and perfectionism in people with obsessive-compulsive symptoms.

Keywords: Cognitive-analytical, Extreme responsibility, Perfectionism, Obsessive-compulsive disorder.

تعیین اثربخشی مداخله شناختی-تحلیلی درمان وسواس به شیوه گروهی بر مسئولیت پذیری افراطی و کمال گرایی در افراد دارای نشانه‌های وسواس فکری-عملی

* پروانه علی هاشمی آشتیانی^۱، فاطمه مدنی^۲، مسعود جان بزرگی^۳

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛
 ۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، واحد شهر قدس، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛
 ۳. استاد گروه روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، تهران، ایران.
 *رایانامه نویسنده مسئول: parvaneh.ashitvami110@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳ آذر ۱۴۰۱؛ تاریخ پذیرش: ۱۳ دی ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: اختلال وسواس فکری-عملی براساس وجود افکارهای ناخواسته و مزاحم و رفتارهای تکراری تشخیص داده می‌شود. درمان شناختی-تحلیلی از جمله درمان‌هایی است که اثربخشی آن در اختلالات روان‌شناختی تأیید شده است؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی مداخله شناختی-تحلیلی درمان وسواس به شیوه گروهی بر مسئولیت‌پذیری افراطی و کمال‌گرایی در افراد دارای نشانه‌های وسواس فکری-عملی بود.

روش بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با یک گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را افراد مبتلا به وسواس فکری-عملی مراجعه‌کننده به کلینیک طبیعه سلامت شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. در این پژوهش، روش نمونه‌گیری دردسترس به‌کار رفت. به این صورت که از میان جامعه آماری سی نفر داوطلب واجد شرایط وارد مطالعه شدند و به تصادف در گروه آزمایش و گروه گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. هر دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به مقیاس کمال‌گرایی چندبُعدی (بشارت، ۱۳۸۶) و مقیاس مسئولیت‌پذیری پرسش‌نامه روان‌شناختی کالیفرنیا (هریسون گاف، ۱۹۸۷) پاسخ دادند. تنها گروه آزمایش مداخله درمان وسواس را دریافت کرد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، مداخله شناختی-تحلیلی درمان وسواس موجب بهبود متغیرهای مسئولیت‌پذیری افراطی و کمال‌گرایی در افراد دارای نشانه‌های وسواس فکری-عملی شد ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج، مداخله درمان وسواس با رویکرد شناختی-تحلیلی بر کاهش مسئولیت‌پذیری افراطی و کمال‌گرایی در افراد دارای نشانه‌های وسواس فکری-عملی اثربخشی دارد.

کلیدواژه‌ها: شناختی-تحلیلی، مسئولیت‌پذیری افراطی، کمال‌گرایی، وسواس فکری-عملی.

اختلال وسواسی-عملی^۱، از اختلالات روانی شایع‌تر و از علل عمده ناتوانی در جمعیت عمومی به‌شمار می‌رود که با پیامدهای منفی متعددی در ابعاد روانی-اجتماعی همراه است (۱). در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲، اختلال وسواسی-عملی، اختلال روان‌شناختی رایجی است که اختلال شدیدی در زندگی فردی ایجاد می‌کند؛ به‌طورکلی این اختلال با علائمی نظیر افکار تکراری و مکرر، تصاویر یا اصرارهای دچارکننده فرد به آشفتگی یا اضطراب مشخص (وسواس)، معلوم می‌شود (۲). در افرادی که اختلال وسواس فکری-عملی دارند، در پی افکار وسواسی و وسواس‌های عملی نیز اتفاق می‌افتد (۳) و این وسواس‌های عملی را فرد برای کاهش اضطراب خود انجام می‌دهد (۴). اعمال وسواسی غیرارادی هستند و به‌صورت ناخواسته بروز می‌کنند که معمولاً برخاسته از اضطراب فرد است (۵). هرچه فرد سعی کند در برابر این افکار و اعمال مقاومت کند، اضطرابش بیشتر می‌شود. وسواس عملی تکانه مقاومت‌ناپذیر برای انجام عملی غیرمنطقی است؛ یعنی اعمالی است که شخص بارها و بارها در پاسخ به یک فکر وسواسی انجام می‌دهد (۶).

همچنین پیوندی محکم بین ابعاد کمال‌گرایی و اختلال وسواس فکری-عملی وجود دارد؛ به‌طوری‌که کمال‌گرایی می‌تواند پاسخ به درمان را در اختلال وسواس فکری-عملی تحت‌تأثیر قرار دهد (۷). کمال‌گرایی ازجمله ویژگی‌های روانی است که بر زندگی افراد تأثیر می‌گذارد. درواقع کمال‌خواهی سازه‌ای به‌شمار می‌رود که در دو دهه اخیر توجه به آن بیشتر شده است؛ تاآنجاکه بررسی‌ها نشان داد، کمال‌خواهی نقش بااهمیتی در آسیب‌شناسی و سبب‌شناسی و ماندگاری اختلال‌های روانی ایفا می‌کند (۸).

یکی از باورهای شناختی آسیب‌پذیر، باورهای مسئولیت‌پذیری افراطی^۳ است که در تجربه مسائل وسواسی اهمیت دارد. در پژوهش‌های مختلف، مسئولیت‌پذیری دارای نقش علیت و پیش‌بین برای اختلال وسواس-عملی یا علائم آن است (۹). سالکوسکیس اعتقاد داشت، افکار مزاحم باعث افزایش میزان مسئولیت‌پذیری فرد می‌شود و میزان شدت انجام اعمال وسواسی را افزایش می‌دهد؛ همچنین این افکار نقش مؤثری در افزایش میزان اعمال وسواسی دارد و سبب ایجاد پیش‌بینی‌های منفی در فرد می‌شود (۱۰).

به‌دلیل شیوع فراوان اختلال وسواس-عملی، تاکنون روش‌های درمانی روان‌شناختی متعددی در کنار دارودرمانی استفاده شده است که ازجمله می‌توان به روان‌تحلیل‌گری، رفتاردرمانی، شناخت‌درمانی، درمان پذیرش و تعهد، خانواده‌درمانی و غیره اشاره کرد (۱۱). درمان شناختی-تحلیلی^۴ به‌عنوان درمانی کوتاه‌مدت، با اتخاذ رویکردی مبتنی بر دانش‌افزایی به‌طور مؤثری در حل مسائل و تقویت انگیزه‌های بیمار برای ایجاد تغییر در سبک زندگی عمل می‌کند (۱۲). این درمان توسط رابیل و کر بیش از ۲۵ سال پیش در انگلستان توسعه داده شد و

از التقاط نظری و عملی عناصر نظریه روان‌تحلیلی روابط شیء با روان‌شناسی شناختی به‌وجود آمد. این مدل به‌فراوانی درباره اختلال‌های پیچیده به‌خصوص اختلال شخصیت مرزی^۵ استفاده شد. همچنین درمان شناختی-تحلیلی در نمونه‌های بسیاری همچون اختلال‌های اضطرابی و افسردگی و رفتارهای خودآسیب‌رسان به‌کار رفت (۱۲). مدل شناختی-تحلیلی، مسائلی مانند ظهور رویه‌های نقش‌های متقابل ناکارآمد معمول بیمار را در نظر می‌گیرد و بررسی می‌کند؛ 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 شست‌وشو یا چک‌کردن) را به‌منزله پیامد بررسی می‌کنند؛ لذا 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 می‌شود، تغییر نمی‌دهد؛ بنابراین هدف پویای درمان، متمرکز بر اصلاح و تغییر الگوهای ناسازگارانه و تکراری تفکر و رفتار است (۱۳). اثربخشی این درمان بر متغیرهای مختلف تأیید شده است. برطبق نتایج پژوهشی، درمان شناختی-تحلیلی اثربخشی مطلوبی بر کاهش علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری داشت (۱۴). یوسفی و همکاران در پژوهش خود دریافتند، درمان شناختی-تحلیلی بر بهبود سلامت روان مبتلایان به اختلال وسواس جبری مؤثر است (۱۵).

درزمینه اثربخشی مدل شناختی-تحلیلی به‌عنوان مدلی نسبتاً جدید، برای بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی در داخل و خارج از کشور، شواهد زیادی موجود نیست. همچنین این درمان درمقایسه با سایر درمان‌ها از نظر موضع فعال بیمار و مشارکت بیمار در طول درمان و تمرکز جدی درمان بر تجربه هیجان‌ناک جدید توسط بیماران، برتری دارد؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد این درمان می‌تواند در کاهش اختلال وسواس و مؤلفه‌های شناختی آن نظیر مسئولیت‌پذیری افراطی و کمال‌گرایی مؤثر باشد؛ ازاین‌رو باتوجه به مطالب گفته‌شده، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله شناختی-تحلیلی درمان وسواس به‌شیوه گروهی بر مسئولیت‌پذیری افراطی و کمال‌گرایی در افراد دارای نشانه‌های وسواس فکری-عملی انجام شد.

۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه آزمایش و گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی افراد مبتلا به وسواس فکری-عملی مراجعه‌کننده به کلینیک طلایه سلامت شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. تعداد آزمودنی‌ها در گروه‌ها در مطالعات نیمه‌آزمایشی حداقل پانزده نفر در نظر گرفته شده است (۱۶)؛ ازاین‌رو در پژوهش حاضر از میان جامعه آماری، سی نفر داوطلب واجد شرایط وارد مطالعه شدند و به‌تصادف در گروه آزمایش و گروه گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. سپس هر دو گروه به مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی^۶ (۱۷) و مقیاس

4. Analytic Cognitive Therapy

5. Borderline Personality Disorder

6. Multidimensional Perfectionism Scale

1. Obsessive Compulsive Disorder

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)

3. Extreme responsibility

مسئولیت‌پذیری پرسش‌نامه روان‌شناختی کالیفرنیا^۱ (۱۸) پاسخ دادند. پس از آن مداخله درمان و سواس روی گروه آزمایش اجرا شد؛ اما گروه گواه هیچ برنامه درمانی دریافت نکرد. در انتها مجدد از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد.

در این پژوهش رعایت موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه و تضمین حریم خصوصی و رازداری صورت گرفت؛ همچنین در زمان شرکت در پژوهش، شرکت‌کنندگان برای خروج از پژوهش در هر زمان و ارائه اطلاعات فردی مختار بودند. به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد. به علاوه پس از پایان پژوهش برنامه‌های درمانی ارائه شده در این پژوهش، برای گروه گواه اجرا شد.

معیارهای ورود بیماران به پژوهش عبارت بود از: ابتلا به وسواس فکری-عملی؛ حداقل سطح تحصیلات دیپلم؛ شرکت نکردن هم‌زمان در مداخلات درمانی دیگر؛ مبتلانی بودن هم‌زمان به بیماری روان‌شناختی دیگر. معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از سه جلسه و رعایت نکردن قوانین گروه درمانی بود.

ابزارهای زیر در این پژوهش به کار رفت.

- مقیاس کمال‌گرایی چند بُعدی^۲: این مقیاس توسط بشارت در سال ۱۳۸۶ ساخته شد (۱۷). این پرسش‌نامه، آزمونی سی‌سؤالی است که سه بُعد کمال‌گرایی خودمدار و کمال‌گرایی دیگرمدار و کمال‌گرایی جامعه‌مدار را می‌سنجد. نمره‌گذاری پرسش‌نامه در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۵ است. پانزده گویه مربوط به کمال‌گرایی خودمدار (سؤالات ۱، ۳، ۵، ۷، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۲۱، ۲۳، ۲۵، ۲۶، ۲۸، ۳۰)، یازده گویه مربوط به دیگرمدار (سؤالات ۴، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۷، ۲۹) و چهار گویه مربوط به کمال‌گرایی جامعه‌مدار (سؤالات ۲، ۶، ۲۲، ۲۴) است. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیرمقیاس‌های سه‌گانه آزمون به ترتیب ۱۰ و ۵۰ است. همچنین حداکثر نمره ممکن در این مقیاس ۱۵۰ و حداقل نمره ۳۰ است (۱۷). بشارت اعتبار محتوایی مقیاس کمال‌گرایی چندبُعدی را با استفاده از ضرایب توافق کندانال برای ابعاد کمال‌گرایی خودمدار ۰/۸ و کمال‌گرایی دیگرمدار ۰/۷۲ و کمال‌گرایی جامعه‌مدار ۰/۶۹ محاسبه کرد؛ همچنین ضریب بازآزمایی همبستگی بین نمره‌های ۷۸ نفر از آزمودنی‌ها را در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای مؤلفه‌های کمال‌گرایی خودمدار ۰/۸۵ و کمال‌گرایی دیگرمدار ۰/۷۹ و کمال‌گرایی جامعه‌مدار ۰/۸۴، به دست آورد. همسانی درونی مقیاس کمال‌گرایی نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمودنی‌ها برای مؤلفه‌های کمال‌گرایی خودمدار ۰/۹ و کمال‌گرایی دیگرمدار ۰/۹۱ و

کمال‌گرایی جامعه‌مدار ۰/۸۱ بود که نشانه همسانی درونی رضایت‌بخشی بود (۱۷).

- مقیاس مسئولیت‌پذیری پرسش‌نامه روان‌شناختی کالیفرنیا: پرسش‌نامه روانی کالیفرنیا، توسط هریسون‌گاف در سال ۱۹۸۷ تدوین شد (۱۸). کل پرسش‌نامه ۴۶۲ سؤال دارد که ۴۲ سؤال آن مربوط به حس مسئولیت‌پذیری است. زیرمقیاس سنجش مسئولیت‌پذیری ۴۲ سؤالی که به صورت پرسش‌نامه مستقل استفاده می‌شود، به منظور سنجش ویژگی‌هایی از قبیل وظیفه‌شناسی، احساس تعهد، سخت‌کوشی، جدیت، قابلیت اعتماد، رفتار مبتنی بر نظم و مقررات، منطقی و احساس مسئولیت به کار می‌رود (۱۹). سؤالات پرسش‌نامه به شکل دوگزینه‌ای صحیح و غلط است. آزمودنی با مطالعه هر عبارت، پاسخ لازم را در پاسخ‌نامه علامت‌گذاری می‌کند و پاسخ‌ها به صورت صفر و ۱ نمره‌گذاری می‌شود. گاف ضرایب پایایی در بازآزمایی و همسانی درونی هر مقیاس را بین ۰/۵۲ تا ۰/۸۱ و ضریب اعتبار کلی را ۰/۷۰ گزارش کرد (۱۸). در پژوهش حمیدی و قیطاسی، ضرایب پایایی مقیاس مسئولیت‌پذیری از طریق روش تنصیف و آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۵ و ۰/۵۵ و اعتبار ملاکی هم‌زمان این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه تعادل‌ورزی شوارزر و همکاران^۳ (۲۰۰۰) برابر با ۰/۲۹ - بود (۲۰).

- درمان شناختی-تحلیلی وسواس: محتوای گروه درمانی شناختی-تحلیلی، توسط جان بزرگی و راجری اصفهانی، براساس بسته درمانی ولز و همکاران طراحی شد و روایی آن توسط متخصصان به تأیید رسید (۲۱). این روش مداخله گروه‌درمانی شناختی-رفتاری به تفکیک جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی صورت گرفت. در سطح آمار توصیفی، فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار به کار رفت. در سطح آمار استنباطی به منظور بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف و برای ارزیابی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون و به منظور بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس‌کوواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد؛ همچنین پیش فرض همگنی شیب خطوط رگرسیونی با مطالعه اثر متقابل گروه-پیش‌آزمون در مدل رگرسیون بررسی شد. در نهایت آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره به کار رفت. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱. هدف و محتوای مداخله گروه‌درمانی شناختی-رفتاری به تفکیک جلسات

مرحله اول جلسات ۱ تا ۵	افزایش انگیزش و هشیاری، بینش‌دهی
گام اول	استفاده از فنون برای افزایش اعتماد و انسجام گروهی شامل فنون افزایش امید (حضور فردی درمان‌شده با این روش در گروه)، بیان قانون رازداری، تجزیه مشکل (صحبت اعضا درباره نشانه‌های وسواس خود)، بیان قواعد گروه
گام دوم	آشنایی با وسواس، درون‌مایه‌های وسواس و پدیده‌های وسواس با بیان شاخص‌ها (اجبار، تکرار، عرف، اضطراب)، نحوه شکل‌گیری وسواس (زمینه‌های خانوادگی یا حوادث زندگی)

3. Schwarzer et al.'s Procrastination Questionnaire

1. Responsibility Scale of the California Psychological Questionnaire
2. Tehran multidimensional perfectionism scale

گام سوم	توضیح مسئله مراجع و روش درمان به زبان درمان‌گرانه و متخصصانه (الگوی شناختی، سازوکار مغزی و سواس)
گام چهارم	هماهنگ‌سازی گروه با منطق درمان و ابعاد مداخله
گام پنجم	آماده‌سازی گروه برای مداخله (انجام گروهی آزمون ییل براون ^۱)
گام ششم	آموزش ریلکس (بنسون و جکوبسن ^۲)
گام هفتم	اصلاح افکار سطحی دربارهٔ سواس خود با شیوهٔ هدایت خودگویی
مرحلهٔ دوم جلسات ۷ تا ۷	انتقال، مدیریت مقاومت‌ها و آمادگی برای درمان
گام اول	بررسی مقاومت‌ها (نشان دادن gain و سواس و تصور زندگی بدون سواس در حوزه‌های مختلف)
گام دوم	حل مقاومت‌ها (تجزیه و تحلیل مقاومت‌ها، بیان منطق و کاربرد هر فن در زمان ارائهٔ هر تکنیک)
مرحلهٔ سوم جلسات ۷ تا ۱۸	کار روی سواس‌های عملی و مواجهه‌ها
گام اول	ارزیابی مجدد آزمون ییل براون (قسمت عملی سؤالات ۳۸ تا ۵۸)
گام دوم	تبدیل نشانه‌های هر سواس به بی‌اختیاری و بی‌اختیاری‌زدایی و اولویت‌بندی براساس suds
گام سوم	آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای برای کنترل اضطراب و موفقیت در هنگام مواجهه (صبر، ریلکس، order و...)
گام چهارم	انتخاب رفتار هدف براساس عرف
مرحلهٔ چهارم جلسات ۱۸ تا ۲۱	کار روی سواس‌های فکری و فراشناخت‌ها و جایگزین‌کردن رفتارهای کارآمد و تعمیم آن‌ها
گام اول	ارزیابی مجدد آزمون ییل براون (قسمت فکری سؤالات ۱ تا ۳۷)
گام دوم	کار روی سواس‌های فکری
گام سوم	شناسایی و تغییر فراشناخت‌ها و جایگزینی رفتارهای کارآمد و تعمیم آن‌ها
مرحلهٔ پنجم جلسات ۲۱ تا ۲۴	حفظ نتایج به‌دست‌آمده، کار روی پدیده‌های سواس
شناسایی و کنترل پدیده‌های سواس (کامل‌گرایی، مسئولیت‌پذیری افراطی، احساس گناه و...) با اصلاح خطای شناختی	
مرحلهٔ ششم	پیگیری و پیشگیری از عود نشانه‌ها در طی پنج ماه مراجعان ماهی یک‌بار جلسهٔ گروه‌درمانی برای پیگیری حفظ نتایج و رفتارهای سالم داشتند.

در جدول ۲ ویژگی‌های توصیفی متغیر مسئولیت‌پذیری افراطی و خرده‌مقیاس‌های متغیر کمال‌گرایی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین تفاوت میانگین دو مرحلهٔ آزمون در گروه‌های آزمایش و گواه ارائه شده است.

در جدول ۲ میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و گواه قبل و بعد از اجرای برنامهٔ درمان و سواس آورده شده است. همان‌طور که در جدول ۲ مشخص است، نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در هر دو متغیر کمال‌گرایی و مسئولیت‌پذیری افراطی کاهش یافت؛ اما در گروه گواه تغییر چشمگیری مشاهده نشد.

۳ یافته‌ها

براساس ویژگی‌های توصیفی سن شرکت‌کنندگان در پژوهش، در مجموع سی آزمودنی (پانزده نفر گروه آزمایش و پانزده نفر گروه گواه) در پژوهش شرکت کردند که میانگین سنی و انحراف معیار افراد گروه آزمایش $41/8 \pm 2/2$ سال و افراد گروه گواه $40/7 \pm 2/5$ سال بود. در گروه آزمایش، ده نفر (۶۶/۶ درصد) زن و پنج نفر (۳۳/۴ درصد) مرد بودند. در گروه گواه، یازده نفر (۷۳/۴ درصد) زن و چهار نفر (۲۶/۶ درصد) مرد بودند.

جدول ۲. ویژگی‌های توصیفی خرده‌مقیاس‌های متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه مطالعه‌شده

متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		گروه آزمایش		گروه گواه	
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
کمال‌گرایی خودمدار	۷/۷	۳۴/۴	۶/۴	۲۹/۵	۶/۴	۳۵/۶	۸/۱	۳۴/۱
کمال‌گرایی دیگرمدار	۶/۳	۲۹/۸	۶/۴	۲۳/۷	۶/۹	۳۱/۷	۷/۱	۳۲/۸
کمال‌گرایی جامعه‌مدار	۶/۷	۳۰/۵	۶/۴	۲۶/۷	۶/۷	۳۱/۳	۶/۵	۳۲/۴
مسئولیت‌پذیری افراطی	۷/۱	۳۳/۸	۶/۱	۲۸/۶	۷/۴	۳۱/۲	۶/۴	۳۴/۹

1. Yale-Brown Test

2. Benson & Jacobson

آزمون لون به تأیید رسید ($p > 0/05$)؛ بنابراین تمام مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برقرار بود و برای تحلیل داده‌ها از این آزمون استفاده شد.

نتایج تحلیل کوواریانس برای هریک از خرده‌مقیاس‌های کمال‌گرایی و مسئولیت‌پذیری افراطی نشان می‌دهد، در خرده‌مقیاس‌های کمال‌گرایی و متغیر مسئولیت‌پذیری افراطی بین دو گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون، بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/001$).

نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف به منظور بررسی وضعیت توزیع داده‌های جمع‌آوری‌شده از نظر نرمال بودن آن‌ها نشان داد، برای تمامی خرده‌مقیاس‌های مطالعه‌شده فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها تأیید شد ($p > 0/05$)؛ بنابراین داده‌های جمع‌آوری‌شده نرمال بود و استفاده از آزمون‌های پارامتری امکان‌پذیر بود. همچنین نتایج موازی بودن شیب‌های رگرسیون به تأیید رسید ($p > 0/05$). نتایج آزمون ام‌باکس بیانگر مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس بود ($p > 0/05$). مفروضه همگنی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش نیز با

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در خرده‌مقیاس‌های کمال‌گرایی و مسئولیت‌پذیری افراطی

متغیر	F	مقدار p	مجذور اتا
کمال‌گرایی خودمدار	۱۵/۵	< 0/001	0/45
کمال‌گرایی دیگرمدار	۳۹/۵	< 0/001	0/63
کمال‌گرایی جامعه‌مدار	۱۱/۷	< 0/001	0/31
مسئولیت‌پذیری افراطی	۲۷/۳۸	< 0/001	0/56

فکر، بازسازی شناختی، خود‌پذیری، دیگر‌پذیری، مهارت‌های مقابله‌ای و توجه‌برگردانی زمینه عملکرد مناسب خود را فراهم آوردند و در راستای آن حرکت کنند (۲۵). به علاوه امکان دارد آموزش شناختی-رفتاری به افراد دارای اختلال وسواس کمک کند ظرفیت بنیادی خود را بشناسند و در مقابل آن احساس مسئولیت کنند؛ همین‌طور در موقعیت‌هایی که ظرفیت و توانایی آن را ندارند و در آن‌ها شکست می‌خورند، خود را به‌صورت افراطی هدف انتقاد و سرزنش قرار ندهند و احساس گناه نداشته باشند و برای جبران شکست که ممکن است به تلاش ناکافی ارتباط دهند، تلاش نکنند (۲۲).

همچنین نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد، مداخله شناختی-تحلیلی درمان وسواس به‌شیوه گروهی بر کمال‌گرایی و مسئولیت‌پذیری افراطی در افراد دارای اختلال وسواس و سواس همکاران نتیجه گرفتند، درمان شناختی-تحلیلی با ارائه آگاهی در زمینه خطاهای شناختی و ماهیت علائم اختلال وسواس، مراجع را مجاب به تغییر و دستیابی به روش‌های سازنده‌تر و هدایت افکارش می‌کند (۲۲)؛ باتیمان و همکاران بیان کردند، در بهبود عملکرد و علائم روانی اجتماعی بیماران مبتنی بر بیش با تأکید بر تغییر در سبک زندگی نتایج مطلوبی را به دنبال دارد (۲۳).

در تبیین اثربخشی مداخله شناختی-تحلیلی درمان وسواس بر بهبود مسئولیت‌پذیری می‌توان گفت، یکی از مشخصه‌های اصلی اختلال وسواس-عملی، مسئولیت‌پذیری افراطی است. اخیراً چندسویگری شناختی به مدل بیماری‌زایی وسواس اضافه شده است (۲۶). سویگری‌های شناختی درمقایسه با نقایص شناختی زیستی، تحریفاتی در ارزیابی حافظه و پردازش اطلاعات ایجاد می‌کنند. یکی از این سویگری‌ها که درباره آن تحقیقات گسترده‌ای انجام شده، مسئولیت‌پذیری افراطی است. مسئولیت‌پذیری بیش‌ازحد، باور و حالت ذهنی است و فرد فرض می‌کند، قدرتی دارد که بتواند پیامدهای

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی مداخله شناختی-تحلیلی درمان وسواس به‌شیوه گروهی بر کمال‌گرایی و مسئولیت‌پذیری افراطی در افراد دارای نشانه‌های وسواس فکری-عملی بود. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد، مداخله شناختی-تحلیلی درمان وسواس به‌شیوه گروهی موجب بهبود نمرات کمال‌گرایی در افراد دارای نشانه‌های وسواس فکری-عملی شد. این یافته بیانگر بهبود درخور توجه آزمون‌ها در نمرات کمال‌گرایی درمقایسه با ابتدای تحقیق بود. نتایج مطالعه حاضر با نتایج پژوهش‌های زیر همسوست: ناظمی و همکاران نتیجه گرفتند، درمان شناختی-تحلیلی با ارائه آگاهی در زمینه خطاهای شناختی و ماهیت علائم اختلال وسواس، مراجع را مجاب به تغییر و دستیابی به روش‌های سازنده‌تر و هدایت افکارش می‌کند (۲۲)؛ باتیمان و همکاران بیان کردند، در بهبود عملکرد و علائم روانی اجتماعی بیماران وسواس اجباری، استفاده از روان‌درمانی‌های مبتنی بر بیش با تأکید بر تغییر در سبک زندگی نتایج مطلوبی را به دنبال دارد (۲۳).

در تبیین اثربخشی مداخله شناختی-تحلیلی درمان وسواس بر بهبود کمال‌گرایی می‌توان گفت، کامل‌خواهی سبک شخصیتی معیوب نیست؛ بلکه آسیب روانی به‌شمار می‌آید که با شناخت‌ها و طرح‌واره‌ها و رفتارهای خاصی ایجاد و حفظ می‌شود (۲۴)؛ همچنین کامل‌خواهی خودمدار به تمایل به وضع معیارهای سخت‌گیرانه و غیرواقع‌بینانه برای خود اشاره دارد که زمینه‌ساز رفتارها و اعمال خاصی هستند (۷). در مداخلات شناختی-رفتاری افراد یاد می‌گیرند افکار، طرح‌واره‌ها، شناخت‌ها، رفتار و اعمال خود را اصلاح و تعدیل کنند. با توجه به اینکه افراد دارای وسواس کمال‌گرایی زیادی دارند، ممکن است آموزش مداخلات شناختی-رفتاری به آن‌ها کمک کند ظرفیت‌ها و توانمندی‌های روان‌شناختی و شناختی خود را که موجب احساس رضایت و آرامش بیشتر می‌شود و عوامل تعیین‌کننده رضایت زندگی خود هستند، شناسایی کنند؛ همچنین از طریق روش‌هایی مانند توقف

با احتیاط صورت گیرد. همچنین نداشتن دوره پیگیری از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود؛ در نتیجه پیشنهاد می‌شود پژوهشگران بعدی دوره‌های پیگیری را برای سنجش اثر بلندمدت مداخله در نظر بگیرند. به علاوه توصیه می‌شود افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی و کلینیک‌ها از این روش به منظور خدمت‌رسانی به مراجعان خود استفاده کنند.

۵ نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج پژوهش، مداخله درمان وسواس با رویکرد شناختی- تحلیلی باعث کاهش کمال‌گرایی و مسئولیت‌پذیری افراطی در افراد دارای نشانه‌های وسواس فکری- عملی می‌شود؛ بنابراین توصیه می‌شود پژوهشگران و درمانگران از این روش برای بیماران خود استفاده کنند.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و مسئولان کلینیک طلیعه سلامت شهر تهران که در مطالعه حاضر ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

۷ بیانی‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان
پژوهش حاضر در راستای رعایت اخلاق پژوهش فرم رضایت‌نامه کتبی امضا شده از بیماران دریافت کرد؛ همچنین اطلاعات لازم در زمینه پژوهش به صورت مکتوب در اختیار افراد قرار گرفت و افراد داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند؛ به علاوه به آن‌ها در زمینه رازداری و محفوظ ماندن اطلاعات اطمینان داده شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

دردسترس بودن

دسترس دیگری به غیر از این مقاله وجود ندارد.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش با حمایت مالی سازمان یا نهادی انجام نشده و هزینه‌های آن توسط نویسندگان مقاله تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان این مقاله به یک میزان در انجام آن مشارکت داشتند.

منفی را به وجود آورد یا از آن‌ها پیشگیری کند. افراد مبتلا به انواع وسواس، مسئولیت‌پذیری شدیدی را احساس می‌کنند و از اینکه کار اشتباهی انجام دهند که در آن مقصر شناخته شوند، بیم دارند (۱۰). شیوه درمان شناختی- تحلیلی، شیوه‌ای است که در آن به بیمار کمک می‌شود الگوهای تفکر تحریف‌شده و رفتار ناکارآمد خود را تشخیص دهد و برای اینکه بتواند این افکار تحریف‌شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تغییر دهد، از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان‌یافته‌ای استفاده می‌شود (۱۵). لازم به ذکر است، از دیدگاه شناختی- تحلیلی، هرگونه تفکر افراط و تفریطی جزئی از تحریف‌های شناختی است و این تحریف‌ها در طی فرایند درمان باید کنترل و تعدیل شود. شناخت درمانگران معتقد هستند، آگاهی و ایجاد بینش درباره تحریف‌های شناختی، اساس شناخت درمانی را تشکیل می‌دهد و کنترل و مدیریت آن‌ها منجر به تولید هیجانات واقع‌بینانه می‌شود؛ بنابراین می‌توان انتظار داشت که درمان شناختی- رفتاری تأثیر معناداری بر کاهش مسئولیت‌پذیری افراطی داشته باشد که چنین نیز بوده است و نتایج پژوهش حاضر با این دیدگاه نظری هماهنگی دارد (۲۶). از سوی دیگر افکار مزاحم ناخواسته پایدار می‌مانند؛ اگر از نظر شخصی مهم تلقی شوند یا مغایر با ارزش‌ها یا آرمان‌های فرد باشند (یعنی خودناپذیر) یا به دلیل پیامدهای منفی انتظار داشته برای خود یا دیگران تهدیدآمیز ادراک شوند، این ارزیابی نادرست همراه با حس زیادی از مسئولیت به تلاش‌های بیشتر کنترل فکر از طریق اعمال وسواسی و خنثی‌سازی منجر خواهد شد. در سطح ارزیابی ثانویه ارزیابی‌های شکست در کنترل فکر، عامل اصلی در افزایش فراوانی برجستگی و پریشانی همراه با فکر وسواسی خواهد بود. در نهایت فرد وسواسی نه تنها برای کنترل فکر وسواسی بسیار سخت تلاش می‌کند، بلکه درباره پیامدهای کنترل ناقص فکر بسیار دلواپس است (۲۷)؛ بنابراین در درمان شناختی- تحلیلی به علت استفاده از راهبردهایی که در جلسات درمان به کار می‌رود، این درمان منشأ شکل‌گیری روند آسیب‌زا را در قالب نمودار و نامه‌های صورت‌بندی مجدد به مراجع نشان می‌دهد. این کار باعث می‌شود ریشه الگوهای تکراری ناکارآمد، مشکل اصلی و روند رشد آن‌ها مشخص شود (۲۸).

پژوهش حاضر محدودیت‌های به همراه داشت؛ در این پژوهش نمونه فقط شامل افرادی بود که برای دریافت خدمات به کلینیک طلیعه سلامت شهر تهران مراجعه کردند؛ بنابراین، تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر مانند افرادی که داوطلب دریافت این خدمات نیستند، گروه بیماران بستری در بیمارستان و... به راحتی امکان‌پذیر نیست و باید

References

- Gharayeli Z, Saberi H. Relationship between metacognition and delusional beliefs with obsessive-compulsive symptoms. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2019;14(56):17-26. [Persian] https://jtbcp.roudehen.iau.ir/article_1854_325.html?lang=en
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2015.
- Blair J. *The role of guilt in obsessive compulsive disorder* [PhD dissertation]. The Adler University; 2016.
- Melli G, Chiorri C, Carraresi C, Stopani E, Bulli F. The role of disgust propensity and trait guilt in OCD symptoms: a multiple regression model in a clinical sample. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2015;5:43-8. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.01.007>
- Zaidel A. Obsessive states: aesthetics, erotism, and fantasy. *Psychoanal Rev*. 2016;103(4):483-513. <https://doi.org/10.1521/prev.2016.103.4.483>

6. De Alvarenga PG, Mastrososa RS, Do Rosario MC. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents. In: Rey JM; editors. IACAPAP textbook of child and adolescent mental health. Sections F: anxiety disorder. Geneva: IACAPAP; 2015.
7. Sarlati M, Saadat S, Eivazi A, Bigdeli I, Gol A. The relationship between perfectionism and anxiety with sensory phenomena in patients with obsessive-compulsive disorder in Lahijan city, Iran. *Health System Research*. 2020;16(1):7–14. [Persian] <http://hsr.mui.ac.ir/article-1-22-en.html>
8. Brandt VC, Hermanns J, Beck C, Bäumer T, Zurowski B, Münchau A. The temporal relationship between premonitory urges and covert compulsions in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2018;262:6–12. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.041>
9. Zhu Y, Xu W, Fu Z, Yu M, Xu Q, Wang J, et al. Thought-action fusion mediates the relation between inflated responsibility and obsessive-compulsive symptoms in China: a cross-sectional structural equation model. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2017;12:23–8. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.11.003>
10. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Ther*. 1985;23(5):571–83. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(85\)90105-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90105-6)
11. McKay D, Sookman D, Neziroglu F, Wilhelm S, Stein DJ, Kyrios M, et al. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2015;225(3):236–46. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.058>
12. Hepple J. Cognitive-analytic therapy in a group: reflections on a dialogic approach. *Br J Psychother*. 2012;28(4):474–95. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0118.2012.01312.x>
13. Bosch MJ, Drummond LM. Community treatment of severe, refractory obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 2012;50(3):203–9. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.01.002>
14. Ryle A, Kerr IB. *Introducing cognitive analytic therapy: principles and Practice*. New York, NY: John Wiley & Sons Ltd; 2002.
15. Yousefi A, Boogar-Rahimian I, Rezaei AM. The effectiveness of cognitive analytic therapy on mental health of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2012;5(3):1–12. [Persian] https://jcp.semnan.ac.ir/article_2131.html?lang=en
16. Delavar A. *Educational and psychological research*. Tehran: Virayesh Pub; 2015. [Persian]
17. Besharat M. Sakht va etebar yabi meghyas kamal geraei chand bodi Tehran [Development and validation of the Tehran multidimensional perfectionism scale]. *Psychological Research*. 2007;10(2):49–67. [Persian]
18. Gough HG. *California Psychological Inventory administrator's guide*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1987.
19. Marnat GG. *Rahnamaye sanjesh ravani: baraye ravanshenasan moshaveran va pezeshkan* [Psychological assessment guide: for clinical psychologists, counselors and psychiatrists]. Tehran: Roshd Pub; 1995.
20. Hamidi F, Gheytsi M. Comparison of perfectionism, procrastination and responsibility in students of Ahvaz teacher training centers by gender. *The Women & Families Cultural Educational*. 2011;18(18):159–93. [Persian] https://cwfs.ihu.ac.ir/article_201572.html?lang=en
21. Janbozorgi M, Rajezi Esfahani S. Multi-dimensional group therapy for obsessive-compulsive disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2012;17(4):289–96. [Persian] <http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-1452-en.html>
22. Nazemi MJ, Tabatabaei SS, Moeeni F, Goodarzi N, Tatari E. Effectiveness of cognitive analytic therapy on reducing guilt fleeing and doubt in people with obsessive-compulsive disorder. *Paramedical Sciences and Military Health*. 2020;15(2):10–18. [Persian] <http://jps.ajaums.ac.ir/article-1-218-en.html>
23. Bateman AW, Ryle A, Fonagy P, Kerr IB. Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization based therapy and cognitive analytic therapy compared. *Int Rev Psychiatry*. 2007;19(1):51–62. <https://doi.org/10.1080/09540260601109422>
24. Riley C, Lee M, Cooper Z, Fairburn CG, Shafran R. A randomised controlled trial of cognitive-behaviour therapy for clinical perfectionism: a preliminary study. *Behav Res Ther*. 2007;45(9):2221–31. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.12.003>
25. Sadeghiyan A, Fallah M, Zareei H, Zare M. Effectiveness of cognitive training on self-esteem and life satisfaction of female perfectionist students. *Toloo-e-Behdasht*. 2015;14(2):57–68. [Persian] <http://tbj.ssu.ac.ir/article-1-1559-en.html>
26. PourMohammed Ghouchani K. The effectiveness of cognitive-analytical therapy on improving uncertainty tolerance and reducing anxiety and avoiding experiences of patients with obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology*. 2022;13(4):65–76. [Persian] https://jcp.semnan.ac.ir/article_5494.html?lang=en
27. Izadi R, Abedi M. Comparison of the effectiveness of treatment based on correcting of secondary control appraisals and treatment based on correcting of inflated responsibility in patients with obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology*. 2013;5(1):21–34. [Persian] https://jcp.semnan.ac.ir/article_2113.html?lang=en
28. McCutcheon LK, Kerr IB, Chanen AM. Cognitive analytic therapy: a relational approach to young people with severe personality disorder. In: Kramer U; editor. *Case formulation for personality disorders*. Elsevier; 2019. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813521-1.00006-0>