



دانشگاه تبریز

دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

پایان نامه کارشناسی ارشد

عنوان:

اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری بر علائم اختلال وسواس فکری- عملی

استاد راهنما:

دکتر مجید محمود علیلو

اساتید مشاور:

دکتر عباس بخشی پور رودسری، دکتر علیرضا فرنام

نگارش:

حمیده انعامی علمداری

بهمن ماه ۱۳۹۰



نام و نام خانوادگی: حمیده انعامی علمداری
عنوان پایان نامه: اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر علائم اختلال وسواس فکری عملی
استاد راهنما: دکتر مجید محمود علیلو
اساتید مشاور: دکتر عباس بخشی پور رودسری، دکتر علیرضا فرنام
مقطع تحصیلی: کارشناسی ارشد      دانشگاه: تبریز
واژه های کلیدی: درمان شناختی رفتاری، اختلال وسواس فکری عملی، وسواس فکری، وسواس شستشو و وسواس واریسی.
<p><b>چکیده:</b></p> <p>هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری بر علائم اختلال وسواس فکری- عملی می باشد. این پژوهش در چهارچوب طرح تک آزمودنی از نوع طرح پایه ای AB ، با استفاده از پروتکل درمان شناختی رفتاری لیهی و هالند بر روی ۳ شرکت کننده مبتلا به وسواس با پیگیری یک ماهه انجام گرفت. درمان کاهش قابل توجهی در شدت افکار و رفتار وسواسی، افسردگی، اضطراب، درآمیختگی فکر- عمل و نگرش مسئولیت بیماران نشان داد. نتایج در دوره پیگیری نیز حفظ شد. یافته ها ی بدست آمده نشان می دهد درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم اختلال وسواس فکری عملی می تواند موثر باشد.</p>

سپاس و قدردانی

بر خود لازم میدانم از راهنمایی های ارزشمند استاد راهنمای فرهیخته ام آقای دکتر محمود علیلو و اساتید مشاورم آقای دکتر بخشی پور و آقای دکتر فرنام سپاسگذاری نمایم.

و نیز از سعه ی صدر ستودنی و کمک های بی دریغ آقای دکتر هاشمی کمال تشکر و قدردانی را دارم.

و همچنین تمام اساتید و دوستانی که مرا در انجام این پژوهش صمیمانه یاری کردند.

## فهرست مطالب

۱	فصل ۱ : کلیات پژوهش
۱-۱	مقدمه.....
۲-۱	بیان مسئله.....
۳-۱	اهمیت و ضرورت پژوهش.....
۴-۱	اهداف پژوهش:.....
۵-۱	فرضیه ها:.....
۶-۱	تعریف متغیرها.....
۱-۶-۱	تعریف نظری.....
۲-۶-۱	تعریف عملیاتی.....
۱۰	
۱۲	فصل ۲ مبانی نظری و پیشینه ی پژوهش
۱-۲	مقدمه:.....
۲-۲	ویژگی های اختلال وسواس فکری- عملی.....
۳-۲	ملاک های تشخیصی DSM-TV-TR برای OCD.....
۴-۲	همه گیر شناسی، سیر و پیش آگهی.....
۵-۲	اختلال های همآیند.....
۶-۲	زیر گونه های علائم اختلال وسواس فکری- عملی.....
۱-۶-۲	زیر گونه شست و شو.....
۲-۶-۲	زیر گونه واریسی.....
۳-۶-۲	زیر گونه وسواس فکری.....
۷-۲	نظریه هایی پیرامون تبیین اختلال وسواس فکری- عملی.....
۱-۷-۲	رویکرد زیست شناختی.....
۲-۷-۲	رویکرد رفتاری.....
۳-۷-۲	نظریه شناختی وسواس.....
۴-۷-۲	نظریه شناختی- رفتاری.....
۵-۷-۲	مدل فراشناختی ولز.....
۶-۷-۲	رویکرد پردازش اطلاعات.....
۸-۲	درمان اختلال وسواس فکری عملی.....
۱-۸-۲	درمان دارویی.....
۲-۸-۲	درمان رفتاری.....
۳-۸-۲	درمان شناختی- رفتاری.....
۹-۲	پیشینه ی پژوهشی.....

## فصل ۳ روش پژوهش

۴۳

۴۴	۱-۳. مقدمه:.....
۴۴	۲-۳. طرح پژوهش.....
۴۴	۳-۳. شرکت کنندگان.....
۴۴	۴-۳. ویژگی های جمعیت شناختی شرکت کنندگان.....
۴۵	۵-۳. روش نمونه گیری.....
۴۹	۶-۳. روش اجرا.....
۴۹	۷-۳. فرآیند درمان.....
۴۶	۸-۳. ابزار اندازه گیری:.....
۴۶	۱-۸-۳. مقیاس وسواس فکری- عملی ییل براون(Y-BOCS):.....
۴۷	۲-۸-۳. پرسشنامه افسردگی بک (ویراست دوم):.....
۴۷	۳-۸-۳. پرسشنامه اضطراب بک.....
۴۸	۴-۸-۳. مقیاس آمیختگی فکر- عمل:.....
۴۸	۵-۸-۳. مقیاس نگرش مسئولیت:.....
۵۵	۹-۳. روش تجزیه تحلیل داده ها.....
۵۶	۱۰-۳. شرح حال شرکت کنندگان.....

## فصل ۴ نتایج پژوهش

۵۸

۵۹	۱-۴. مقدمه:.....
۶۷	۲-۴. فرضیه ۱: درمان شناختی رفتاری بر کاهش افکار ناخوانده مزاحم و آئین های آشکار و نا آشکار موثر است.....
۶۷	۳-۴. فرضیه ۲: درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی موثر است.....
۶۷	۴-۴. فرضیه ۳: درمان شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب موثر است.....
۶۷	۵-۴. فرضیه ۴: درمان شناختی رفتاری بر کاهش آمیختگی فکر- عمل موثر است.....
۶۷	۶-۴. فرضیه ۵: درمان شناختی رفتاری بر کاهش مسئولیت بیش بها داده شده موثر است.....

## فصل ۵ بحث و نتیجه گیری

۶۸

۶۹	۱-۵. مقدمه:.....
۶۹	۲-۵. بحث و نتیجه گیری.....
۷۲	۳-۵. محدودیت های پژوهش:.....
۷۲	۴-۵. پیشنهاد های پژوهش:.....

## فهرست نمودار و جدول

- جدول ۱-۲. ملاکهای تشخیصی DSM-TV-TR برای اختلال وسواس فکری عمل ۱۲
- جدول ۲-۲. زیرگونه های علائم وسواس فکری- عملی ۱۸
- جدول ۱-۳. ویژگی های جمعیت شناختی شرکت کنندگان در درمان ۴۶
- جدول و نمودار ۱-۴. نمرات شرکت کننده الف (شستشو) ۵۴
- جدول و نمودار ۲-۴. نمرات شرکت کننده ب (فکری) ۵۶
- جدول و نمودار ۳-۴. نمرات شرکت کننده ج (وارسی) ۵۸
- جدول ۴-۴. درصد بهبودی شرکت کنندگان در درمان ۶۵

## فهرست شکل

---

شکل ۱-۲. چرخه معیوب وسواس فکری- عملی ۱۹



## فهرست پیوست

---

پرسشنامه افسردگی بک (ویرایش دوم)

پرسشنامه اضطراب بک

مقیاس ییل- براون

پرسشنامه درآمیختگی فکر- عمل

مقیاس نگرش مسئولیت

کاربرگ ثبت رویارویی واقعی

کار برگ ثبت رویارویی تجسمی

کار برگ ثبت افکار و اعمال و سواسی

رضایت نامه

جزوه آموزشی

# فصل ۱: کلیات پژوهش

## ۱-۱. مقدمه

درمان شناختی- رفتاری (CBT)<sup>۱</sup>، رشد و توسعه جدیدی در درمان روانشناختی به شمار می آید. عوامل علاقمندی روانشناسان به این شیوه درمانی عبارتند از اینکه روش های شناختی رفتاری برعکس سایر شکل های رفتار درمانی، مستقیماً با افکار و احساسات سر و کار دارد و نیز درمان شناختی رفتاری شکافی که بین روش های صرفاً رفتاری و روان درمانی های پویا احساس می شود را پر می کند و سرانجام روش های جدید درمانی، بر عکس روان درمانی پویا، پایه های علمی دارند و قابلیت بیشتری در ارزیابی فعالیت های بالینی از خود نشان می دهد. امروزه درمان شناختی رفتاری بویژه در مواردی که درمان موثر با سایر روش ها ممکن نیست کاربرد وسیعی دارد از جمله در درمان اختلالات اضطرابی و وسواس، اختلال های خوردن، برخی از مسائل جسمی، جنبه هایی از ناتوانیها در بیماران مبتلا به اختلالات روانی مزمن و نیز مسائل جنسی و زناشویی (کرک<sup>۲</sup>، هاوتون<sup>۳</sup>، سالکووسکیس<sup>۴</sup>، کلارک، ۱۳۸۹).

اختلال وسواس فکری عملی پدیده جدیدی نیست و افراد برجسته ای چون چارلز داروین از آن رنج می برده اند. وسواس های فکری<sup>۵</sup> عقاید، افکار، تکانه ها و یا تصاویر ذهنی پایداری هستند که مزاحم و نامناسب می نمایند و به اضطراب یا پریشانی آشکار منجر می شوند. وسواس های عملی<sup>۶</sup> رفتارهای تکراری (مانند شست و شو، منظم کردن) یا اعمال ذهنی (دعا کردن و شمارش) هستند که هدف آنها پیشگیری یا کاهش اضطراب و پریشانی است (APA<sup>۷</sup>، ۲۰۰۰).

تا همین اواخر اختلال وسواس فکری عملی اختلال نه چندان شایع که پیش آگهی خیلی ضعیفی

---

<sup>۱</sup> Cognitive behavioral therapy

<sup>۲</sup> Kirk

<sup>۳</sup> Hawton

<sup>۴</sup> Salkovskis

<sup>۵</sup> obsession

<sup>۶</sup> compulsion

<sup>۷</sup> American Psychology Association

به درمان دارد در نظر گرفته می شد (آبراموویچ<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷؛ به نقل از استورچ<sup>۲</sup>، لیزا<sup>۳</sup> و مرلو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶). پیش آگهی این بیماران قبل از سالهای ۱۹۶۰ خوب نبود و درمان های پیشنهادی عبارت بود از بستری کردن های طولانی مدت و جراحی مغز. در چنین وضع ناامید کننده ای مه یر<sup>۵</sup> گزارش داد که توانسته است دو مورد روان نژندی مزمن وسواسی را با شیوه رفتاری درمان کند. کار مه یر سلسله جنبان کاربرد مدل های روان شناختی در وسواس و گسترش درمان های رفتاری موثر به حساب می آید. با این که مه یر رویارویی مرحله به مرحله با موقعیت وسواسی را در درمان خود به کار می گرفت، اما کار اصلی درمان جلوگیری از بروز رفتارهای آیین مند بود و رویارویی امری فرعی تلقی می شد. در همین زمان راکمان<sup>۶</sup> و هاچسون<sup>۷</sup> و مارکس<sup>۸</sup> (۱۹۷۱) روشی وضع کردند که سیمایه اصلی آن رویارویی با موقعیت های ترسناک بود. بالاخره این رویکرد های مختلف در یک برنامه کاملاً موثر درمان رفتاری ادغام شدند که در آن از اصول رویارویی همراه با جلوگیری از پاسخ (ERP)<sup>۹</sup> استفاده می شود. اخیراً نیز روش های شناختی جزء این برنامه قرار گرفته اند و به روش درمان شناختی رفتاری مشهور شده اند. ادغام این روش ها بر اساس این نظر صورت گرفته که افکار وسواسی زیاده رویایی در جنبه های مهم کارکرد بهنجار شناختی به شمار می روند (هاوتون، کرک، سالکووس کیس و کلارک، ۱۳۸۹).

## ۲-۱. بیان مسئله

اختلال وسواس فکری- عملی (OCD)<sup>۱۰</sup> یک بیماری مزمن و ناتوان کننده است و معمولاً سبب اختلال در کارکردهای اجتماعی، شغلی و خانوادگی می شود. ده درصد از مراجعین سرپایی

<sup>1</sup> Abramowitz

<sup>2</sup> Storch

<sup>3</sup> Liza

<sup>4</sup> Merlo

<sup>5</sup> Meyer

<sup>6</sup> rachman

<sup>7</sup> hodgson

<sup>8</sup> marks

<sup>9</sup> Exposure response prevention

<sup>10</sup> Obsession Compulsion Disorder

روانپزشکی را بیماران وسواسی تشکیل می‌دهند. شیوع اختلال وسواس فکری- عملی در طول عمر در جمعیت عمومی ۲-۳ درصد برآورد شده است. این رقم آن را پس از ترس مرضی، اختلال وابسته به مواد و اختلالات افسردگی در ردیف چهارم از شایع ترین تشخیصهای روانپزشکی قرار می‌دهد. میانگین سن شروع بیماری حدود ۲۰ سالگی است، هرچند در مردها سن شروع پایین تر ( حدود ۱۹ سالگی) از زنان (حدود ۳۲ سالگی) است (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲). اختلال وسواس فکری- عملی مسئله ای است که به وسیله افکار، تصاویر ذهنی و تکانه های ناخوانده و مزاحم مشخص می شود. اعمال اجباری رفتارهایی هستند که فرد در پاسخ به یک فکر وسواسی انجام می دهد که بر طبق اصولی که به آن باور دارد، سرسختانه و به طور انعطاف ناپذیری باید انجام شوند. برای اینکه رفتارهای اجباری به عنوان اعمال وسواسی در نظر گرفته شوند لازم است با هدف جلوگیری یا کاهش ناراحتی یا پیامدهای دردناک انجام شوند بدون آنکه پیوند و ارتباط واقع بینانه ای با آن چه قرار است بی اثر سازند، وجود داشته باشند (کلارک و فربورن<sup>۱</sup>، ۱۳۸۵).

متناسب با تبیین های متفاوت از اختلال وسواس فکری - عملی، روش های مختلفی برای درمان این اختلال به کار رفته است. درمان رفتاری فقط بر افکار وسواسی بیمارانی موثر است که رفتار تشریفاتی آشکار دارند ( همان منبع) و از این میان ۴۲٪ به طور متوسط درمان شدند یا اصلا بهبود نیافتند (محمود علیلو و بخشی پور، ۱۳۷۶) علاوه بر آن در وسواس به غیر از اضطراب، احساسات منفی دیگری مانند احساس گناه نیز وجود دارد که انتظار نمی رود تنها به درمان های مبتنی بر رویارویی پاسخ دهند. از طرفی ۲۰ تا ۳۰ درصد از بیماران وسواسی نیز از شروع درمان ERP سر باز می زنند یا درمان را قبل از موعد مقرر قطع می کنند. بیماران وسواسی که با ERP درمان شده اند همچنان برخی نشانه های وسواسی را تجربه می کنند و نیز ERP در درمان برخی از وسواس ها مثل وسواس انباشت یا وسواس فکری بدون آئین های آشکار موفقیت کمتری دارد (رکتور، ۲۰۰۱). تعداد زیادی از بیماران وسواسی نه به درمان دارویی و نه به درمان رفتاری پاسخ نمی دهند (استنلی و ترنر، ۱۹۹۵). برخی از عوامل مثل انگیزه کم، نگرش منفی به درمان، ناتوانی در انجام تکالیف ارائه شده باعث کاهش اثربخشی ERP می شود (رکتور، ۲۰۰۱). برای پرداختن به این محدودیت های درمان و

---

<sup>1</sup> Fairburn

نیز برجسته بودن سویمندیهای شناختی و باورهای ناکارآمد مداخلات شناختی لازم می باشد. با توجه به اینکه منظور از مسائل وسواسی، الگوهای غیر عادی و تحریف شده تفکر می باشد یک رویکرد شناختی برای بسط شناختی رویکردهای رفتاردرمانی موجود مطرح شدند. از طرفی درمان شناختی تنها در مورد آن دسته از بیماران وسواسی کارایی دارد که فرضیه های اساسی در مورد خود، دنیا و آینده دارند که این مورد بسیار نادر است (محمود علیلو و بخشی پور، ۱۳۷۶). محدودیت های درمان رفتاری و درمان شناختی نیاز به یک رویکرد جایگزین برای مفهوم سازی و درمان OCD با حفظ جنبه های برتر رفتاردرمانی و درمان شناختی را برجسته می کند. لذا به نظر می آید با توجه به نرخ عود بالای درمان رفتاری و دارویی و نیز کارایی نه چندان بالای درمان شناختی، تلفیق دو نوع درمان رفتاری و شناختی در قالب درمان شناختی - رفتاری بهبودی بیشتری را در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی به دنبال داشته باشد. طبق نظریه شناختی- رفتاری فکریهای وسواسی مرضی، شناختارهای ناخوانده مزاحمی هستند که بیماران بروز می دهند و محتوای آنها را این گونه تعبیر می کنند که گویی خودشان مسئول آسیب رساندن به خود یا دیگران هستند. مگر آنکه اقدامی برای پیش گیری از آن نکنند. این تعبیر به واپس رانی و خنثی سازی افکار، تصاویر ذهنی یا تکانه ها منجر می شود. خنثی سازی به مثابه فعالیتی است که اثر کاهنده بر مسئولیت ادراک شده دارد که به صورت آشکار و نا آشکار (رفتار اجباری یا آیین های فکری) وجود دارد و نیز برحسب این نظریه بیماران وسواسی به عنوان کسانی در نظر گرفته می شوند که به خصوص در زمینه حافظه و تصمیم سازی خود نگران هستند. در نتیجه آنها تلاش می کنند تا فرایندها و فعالیت های ذهنی خود را تحت کنترل داشته باشند، البته به شیوه های ضد مولد و بنابراین اضطراب افزا (کلارک و فربورن، ۱۳۸۵).

در صورت تاثیر مثبت درمان شناختی رفتاری بر بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی، تعمیم نتایج پژوهش حاضر به کلینیک های درمانی گام مثبتی در جهت درمان بهتر بیماران خواهد داشت و نیز با توجه به این که مسائل وسواسی را می توان به عنوان مجموعه ای از پاسخ ها و فرایندهای درهم تنیده مفهوم سازی کرد (مانند رخداد افکار مزاحم، مسئولیت بیش نما، خنثی سازی) میزان موفقیت درمان شناختی رفتاری بر تاثیر گذاری و نیز در زمینه فهم ساز و کارهای احتمالی تغییر بر هر کدام از مولفه ها بسیار جالب و حائز اهمیت خواهد بود.

در زمینه درمان شناختی رفتاری و اختلال وسواس فکری عملی پژوهش های مختلفی صورت گرفته است. نتایج نشان می دهد اگرچه علائم این اختلال به دنبال درمان کاهش پیدا می کند ولی

درمان صد در صد صورت نمی گیرد و لذا نیاز به تکرار پژوهش ها و دستیابی به یافته های بیشتری احساس می شود. از طرفی تکرار نتایج بدست آمده بر قابلیت تعمیم پذیری یافته های حاصل خواهد افزود.

با توجه به نبودن اطلاعات کافی در مورد درمان شناختی رفتاری اختلال وسواس فکری- عملی در ایران و بویژه فقدان پژوهش های کافی در مورد زیر گونه های این اختلال و با توجه به تاثیر عمیق فرهنگ بر علائم این اختلال، نیاز به پژوهش در زمینه بررسی میزان تغییر علائم وسواسی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی با استفاده از درمان شناختی رفتاری احساس می شود.

با توجه به مطالب فوق، در پژوهش حاضر، با استفاده از مطالعه موردی، اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری بر روی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی سنجیده می شود.

### ۳-۱. اهمیت و ضرورت پژوهش

اختلال وسواس فکری عملی یک اختلال شدید روانی با شیوع تقریبی ۲ تا ۳ درصدی در جمعیت عمومی (والنی - باسیلی<sup>۱</sup>، گریسون<sup>۲</sup>، جکسون<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۴) و چهارمین اختلال شایع روانپزشکی در آمریکا (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲) است که به نظر سازمان جهانی بهداشت (WHO)<sup>۴</sup> دهمین علت ناتوانی است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۶) که در ۸۰ درصد موارد از ۱۸ سالگی شروع می شود (پالس<sup>۵</sup>، آلسوبروک<sup>۶</sup>، گودمن<sup>۷</sup>، راسموسن<sup>۸</sup> و لکمن<sup>۹</sup>، ۱۹۹۵). علائم اختلال وسواس فکری عملی به طور معناداری در عملکرد عمومی کودکان و بزرگسالان مبتلا مداخله می کند و به ناسازگاری فرد در خانواده یا محیط های دانشگاهی منجر می شود. این اختلال با عملکرد اجتماعی مختل و

<sup>1</sup> Valleni-Basile

<sup>۲</sup> Garrison

<sup>۳</sup> Jackson

<sup>۴</sup> World health organization

<sup>5</sup> Pauls

<sup>6</sup> Alsobrook

<sup>7</sup> Goodman

<sup>8</sup> Rasmussen

<sup>9</sup> Leckman

کیفیت زندگی پایین همراه است (تنی<sup>۱</sup>، دنیسن<sup>۲</sup>، ون مگن<sup>۳</sup>، گلاس<sup>۴</sup> و وستنبرگ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳، هلندر<sup>۶</sup>، استین<sup>۷</sup>، برواج<sup>۸</sup>، هیلمین<sup>۹</sup> و رولاند<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۷). پژوهش ها نشان می دهد که کودکان مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی اگر به موقع درمان نشوند، در خطر بالای مبتلا شدن به دیگر اختلالات روانپزشکی در دوره بزرگسالی خواهند بود (استورچ، لیزا و مرلو، ۲۰۰۶). اختلال وسواس فکری- عملی همایندی زیادی با اختلال افسردگی اساسی دارد و نیز خودکشی خطر مهمی در تمام این بیماران می باشد (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲). اگر OCD درمان نشود سیر مزمنی پیدا خواهد کرد (آبراموویچ، تایلور<sup>۱۱</sup> و مک لی<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۹). از طرفی در ۱۵ درصد موارد به دنبال نشانه های OCD علائم سایکوتیک نیز ظاهر می شود (برمن، مرسون، وانگیز، لوسونی، پاپس و کرین، ۱۹۹۸). این نکته اهمیت شناسایی و درمان بموقع این بیماری را نشان میدهد. از آنجاییکه سه زیرگونه وسواس فکری، شست و شو و واریسی سه زیر گونه شایع اختلال وسواس فکری- عملی هستند نیاز به پژوهش بیشتر در این زمینه می باشد (کلارک، ۲۰۰۴).

با توجه به این مطالب و نیز با در نظر داشتن این که این اختلال ناراحتی شدید در بیماران ایجاد می کند از جمله اختلال در فعالیت های اجتماعی و شغلی، ضرورت مطالعه حاضر مشخص می گردد.

---

<sup>1</sup> Tenney

<sup>^</sup> Denys

van Megen<sup>3</sup>

<sup>4</sup> Glas

<sup>5</sup> Westenberg

<sup>۱۲</sup>Hollander

<sup>7</sup> Stein

<sup>8</sup> Broatch

<sup>9</sup> Himelein

Rowland<sup>10</sup>

Taylor<sup>11</sup>

<sup>12</sup> McKay



**۴-۱. اهداف پژوهش:****هدف کلی**

هدف کلی این پژوهش تعیین میزان اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در کاهش علائم اختلال وسواس فکری- عملی است.

**اهداف جزئی پژوهش حاضر عبارتند از:**

۱. تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش افکار ناخوانده مزاحم و آئین های آشکار و نا آشکار؛
۲. تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی؛
۳. تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب؛
۴. تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش در آمیختگی فکر و عمل؛
۵. تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش مسئولیت پذیری بیش نما.

**۵-۱. فرضیه ها:**

۱. درمان شناختی رفتاری بر کاهش افکار ناخوانده مزاحم و آئین های آشکار و نا آشکار موثر است.
۲. درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی موثر است.
۳. درمان شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب موثر است.
۴. درمان شناختی رفتاری بر کاهش در آمیختگی فکر و عمل موثر است.
۵. درمان شناختی رفتاری بر کاهش مسئولیت پذیری بیش نما موثر است.

## ۱-۶. تعریف متغیرها

### ۱-۶-۱. تعریف نظری

**افکار وسواسی و اعمال وسواسی:** فکر وسواسی یک فکر، احساس، عقیده، یا حس مزاحم و تکرار شونده است. عمل وسواسی رفتار خودآگاه، میزان شده، تکراری، نظیر شمارش یا اجتناب است. فکر وسواسی موجب افزایش اضطراب فرد و عمل وسواسی باعث کاهش آن می شود. معهدا وقتی فرد در برابر عمل وسواسی مقاومت می کند اضطراب افزایش می یابد (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲).

**درمان شناختی - رفتاری:** درمان شناختی - رفتاری از سه جزء تشکیل شده است مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ مشابه درمان رفتاری است و یک جزء هم درمان شناختی است. در درمان شناختی به بیمار آموزش داده می شود تا شناخت های برانگیزاننده اضطراب را شناسایی کرده و آنها را دوباره سازماندهی کند. این جزء درمان بر این اساس است که بیماران وسواسی افکار مخصوص به خود دارند که این افکار باعث رشد و نگهداری وسواس های این افراد می گردد، مانند برآورد اشتباه از وجود یک خطر احتمالی، احساس مسئولیت پذیری افراطی در برابر آسیب نزدن به دیگران. بخش شناختی از رفتار درمانی شناختی به این افکار ناسازگارانه توجه کرده و روش هایی به بیماران آموزش می دهد تا افکارشان را بازسازی کنند (استورچ و همکاران، ۲۰۰۶).

**مسئولیت پذیری بیش نما:** مسئولیت به این معنا است که فرد باور دارد دارای قدرتی است که

اتفاقات منفی قطعی را به وجود آورد یا از آن پیش گیری کند (کلارک و فربورن، ۱۳۸۶).

**آمیختگی فکر - عمل (TAF):**<sup>۱</sup> اغتشاش فکر و عمل به گرایش به در نظر گرفتن روابط علی

نادرست بین افکار خود فرد و واقعیت بیرونی اشاره دارد و به عنوان ترکیبی از دو مولفه، مفهوم سازی شده است، که شامل TAF احتمال (باور به اینکه فکر کردن در مورد یک رویداد غیرقابل قبول یا ناراحت کننده احتمال وقوع آن را افزایش می دهد) و دو زیر مقیاس مربوط به TAF اخلاقی، (که به این باور اشاره دارد که افکار غیراخلاقی معادل با اعمال آشکار هستند) موریس<sup>۲</sup>، مسترز<sup>۳</sup>،

<sup>1</sup> -Thought Action Fusion

<sup>2</sup> Muris

<sup>3</sup> Meesters

راسین<sup>۱</sup>، مرکلباچ<sup>۲</sup> و کامبل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱).

**افسردگی:** افسردگی عبارت است از افت گذرا یا دوام دار تنش عصبی روانی که به صورت یک مولفه جسمی (سردردها، خستگی پذیری، بی اشتها، یبوست، کاهش فشارخون و ...) و یک مولفه روانی (احساس ناامیدی، غمگینی، حقارت و ...) نمایان می شود (کرسینی، ۱۹۹۹).

**اضطراب:** اضطراب یک احساس منتشر، بسیار ناخوشایند و اغلب مبهم دلواپسی است که بیشتر اوقات با علائم دستگاه اتونوم همراه می گردد، مثل تنگی قفسه سینه، طپش قلب، تعریق، سردرد، ناراحتی مختصر معده و بی قراری که با عدم توانایی برای نشستن یا ایستادن مشخص می شود (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲).

#### ۱-۶-۲. تعریف عملیاتی

**افکار وسواسی و اعمال وسواسی:** در پژوهش حاضر برای سنجش افکار وسواسی و اعمال وسواسی از مقیاس ییل - براون استفاده شده است.

**درمان شناختی - رفتاری:** در این پژوهش جهت انجام درمان بر روی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی از پروتکل درمان شناختی رفتاری لیهی<sup>۴</sup> و هالند<sup>۵</sup> استفاده شد.

**افسردگی:** در این پژوهش شدت افسردگی با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم<sup>۶</sup> (BDI-II) اندازه گیری شد.

**اضطراب:** در این پژوهش شدت اضطراب با استفاده از پرسشنامه اضطراب بک (BAI)<sup>۷</sup> اندازه گیری شد.

<sup>1</sup> Rassin

<sup>2</sup> Merkelbach

<sup>3</sup> Campbell

<sup>4</sup> Leahy

<sup>5</sup> Holland

<sup>6</sup> Beck Depression Inventory

<sup>7</sup> Beck Anxiety Inventory

---

---

در هم آمیختگی فکر و عمل: با توجه به نمره فرد در مقیاس آمیختگی فکر و عمل (TAFS<sup>1</sup>)  
مورد ارزیابی قرار گرفت.

مسئولیت پذیری بیش نما: میزان مسئولیت با استفاده از مقیاس نگرش مسئولیت (RAS)<sup>2</sup>  
ارزیابی شد.