



3V2611



دانشگاه اصفهان
دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی
گروه روان شناسی

پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد رشته‌ی روان شناسی عمومی

اثر بخشی مداخله گروهی فراشناختی بر علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس
فکری - عملی

استادان راهنما:

دکتر حسین مولوی

دکتر حمید طاهر نشاط دوست

استادان مشاور:

دکتر شعله امیری

دکتر فاطمه بهرامی

مجموعه‌های روان‌شناسی اصفهان
شهرستان اصفهان

۱۳۸۸/۱۰/۲۷

پژوهشگر:

کاظم خرم دل

شهریورماه ۱۳۸۸

۱۲۹۷۷۴

کلیه حقوق مادی مترتب بر نتایج مطالعات،
ابتکارات و نوآوری های ناشی از تحقیق
موضوع این پایان نامه متعلق به دانشگاه
اصفهان است.



دانشگاه اصفهان

دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی

گروه روان شناسی

پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد رشته روان شناسی عمومی

آقای کاظم خرم‌دل

تحت عنوان

اثر بخشی مداخله گروهی فراشناختی بر علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس

فکری - عملی

در تاریخ ۸۸/۶/۱۷ توسط هیأت داوران زیر بررسی و با نمره ۲۰ و درجه عالی به تصویب نهایی رسید.

۱- استاد راهنمای پایان نامه دکتر حسین مولوی با مرتبه‌ی علمی استاد امضا

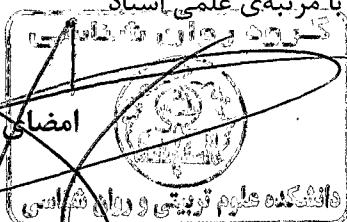
۲- استاد راهنمای پایان نامه دکتر حمید طاهر نشاط دوست با مرتبه‌ی علمی دانشیار امضا

۳- استاد مشاور پایان نامه دکتر شعله امیری با مرتبه‌ی علمی استادیار امضا

۴- استاد مشاور پایان نامه دکتر فاطمه بهرامی با مرتبه‌ی علمی استادیار امضا

۵- استاد داور داخل گروه دکتر مهرداد کلانتری با مرتبه‌ی علمی دانشیار امضا

۶- استاد داور خارج از گروه دکتر احمد رضا احمدی با مرتبه‌ی علمی استاد امضا



امضای مدیر گروه

با سپاس فراوان از

جناب دکتر مسین مولوی

جناب دکتر حمید طاهر نشاط دوست

سرکار خانم دکتر شعله امیری

سرکار خانم دکتر فاطمه بهرامی

و قدردانی از دوستان دیرینم، آقایان

مهدی ربیعی

مسین بهادری

و دکتر محسن مرسل پور.

پیشکش بہ

مادرہ؛

تندیس مہر و ایثار

و پدرہ؛

عصارہ ی جاودانگی و رنج۔

پایندہ باد ایٹان

چکیده

هدف از این پژوهش، بررسی اثر بخشی مداخله گروهی فراشناختی بر علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی بود. جامعه آماری را کلیه بیماران وسواس مراجعه کننده به کلینیک ها و مراکز مشاوره شهر شیراز تشکیل می دادند. از میان جامعه پژوهش ۲۴ نفر به روش گزینش تصادفی انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه ۱۲ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایشی به مدت ۸ هفته تحت مداخله فراشناختی قرار گرفتند و گروه گواه نیز در لیست انتظار قرار گرفتند. آزمون درآمیختگی افکار و پرسشنامه پادواً به عنوان ابزار های اندازه گیری در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری مورد استفاده قرار گرفتند. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که گروه آزمایشی کاهش معناداری در علائم وسواس در پس آزمون و پی گیری مورد استفاده قرار گرفتند. نتایج تحلیل کواریانس نشان دادند ($P < 0.001$). میزان بهبودی برای علائم درآمیختگی افکار در گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه در پس آزمون معادل ۰/۷۶ و در دو ماهه پی گیری معادل ۰/۶۱ بود. همچنین میزان بهبودی برای علائم کل وسواس (پادواً) در پس آزمون معادل ۰/۷۵ و در دو ماهه پی گیری معادل ۰/۷۲ بود.

کلید واژه‌ها: اختلال وسواس فکری-عملی، درآمیختگی افکار، درمان فراشناختی.

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول: کلیات پژوهش

۱-۱-مقدمه	۱
۲-۱-بیان مسئله پژوهشی	۲
۳-۱-ارزش و اهمیت پژوهش	۵
۴-۱-کاربرد نتایج	۶
۵-۱-اهداف پژوهش	۶
۶-۱-فرضیات پژوهش	۷
۷-۱-تعریف اصطلاحات و مفاهیم	۹
۱-۸-۱-تعاریف مفهومی	۹
۲-۸-۱-تعاریف عملیاتی	۱۱

فصل دوم: پیشینه پژوهش

۱-۲-مقدمه	۱۳
۲-۲-سیر تاریخی اختلال وسواس فکری عملی	۱۴
۳-۲-تعریف، ماهیت اختلال و ملاک های تشخیصی	۱۶
۴-۲-اشکال بالینی اختلال وسواس	۲۲
۵-۲-اشکال وسواس های غیر بالینی	۲۳
۶-۲-تظاهرات بالینی اختلال وسواس	۲۴
۷-۲-حیطه های علائم اختصاصی در وسواس	۲۶
۱-۷-۲-احساس مسئولیت بیش از حد	۲۷
۲-۷-۲-ارزیابی بیش از حد خطر و تهدید و ناتوانی در تحمل شرایط گنگ و مبهم	۳۰
۳-۷-۲-اهمیت افکار	۳۳
۴-۷-۲-کنترل افکار	۳۴
۵-۷-۲-کمال طلبی	۳۶
۶-۷-۲-درآمیختگی افکار	۳۸
۸-۲-شیوع و فراوانی	۴۰
۹-۲-همه گیر شناسی	۴۴

عنوان

صفحه

۱۰-۲- سیر و پیش آگاهی	۴۵
۱۱-۲- تفاوت فرآیند شناختی در اختلال وسواسی - اجباری دوران کودکی و بزرگسالی	۴۶
۱۲-۲- تشخیص های افتراقی	۴۸
۱۳-۲- موضع گیری های نظری در قلمرو اختلال وسواس - اجبار	۵۰
۱-۱۳-۲- رویکرد زیست شناختی	۵۰
۲-۱۳-۲- دیدگاه روان پویایی	۵۴
۳-۱۳-۲- مفهوم سازی رفتاری وسواس	۵۵
۴-۱۳-۲- مفهوم سازی شناختی وسواس	۵۷
۵-۱۳-۲- مدل های شناختی مبتنی بر ارزیابی	۵۸
۶-۱۳-۲- رویکرد رفتار شناسی طبیعی	۶۰
۱۴-۲- روش های درمان اختلال وسواس فکری - عملی	۶۱
۱-۱۴-۲- درمان های دارویی	۶۱
۲-۱۴-۲- رفتار درمانی وسواس	۶۳
۳-۱۴-۲- درمان شناختی - رفتاری وسواس	۶۵
۱-۳-۱۴-۲- درمان شناختی رفتاری سالک و وسوسیس	۶۶
۲-۳-۱۴-۲- مدل شناختی رفتاری راجمن	۶۷
۳-۳-۱۴-۲- چند مسأله ویژه در درمان رفتاری شناختی	۶۸
۱۵-۲- درمان فراشناختی	۶۹
۱۶-۲- تحول فراشناخت	۷۱
۱-۱۶-۲- دانش نسبت به خود به عنوان پردازشگر شناختی	۷۲
۲-۱۶-۲- دانش نسبت به راهبردها	۷۳
۳-۱۶-۲- دانش نسبت به تکلیف مورد نظر	۷۴
۱۷-۲- انواع فراشناخت	۷۵
۱-۱۷-۲- دانش فراشناختی	۷۵
۲-۱۷-۲- تجربه های فراشناختی	۷۷
۳-۱۷-۲- راهبردهای کنترل فراشناختی	۷۸
۴-۱۷-۲- هیجان، نظارت فراشناختی و کنترل	۸۱
۵-۱۷-۲- سطح فرا و سطح عینی	۸۵

۸۷	۲-۱۷-۶-مدل عملکرد اجرایی خود تنظیمی (S-REF)
۸۸	۲-۱۷-۶-۱-سطوح مختلف مدل (S-REF)
۸۸	۲-۱۷-۶-۲-تغییر باور؛ مقابله و شیوه های روانی
۹۱	۲-۱۸-۱۸-پیشینه مطالعات در مورد مدل فراشناختی
۹۱	۲-۱۸-۱-پیشینه مطالعات خارجی
۹۶	۲-۱۸-۲-پیشینه مطالعات داخلی
۹۸	۲-۱۹-جمع بندی

فصل سوم: روش پژوهش

۱۰۰	۳-۱-مقدمه
۱۰۰	۳-۲-روش پژوهش
۱۰۱	۳-۳-جامعه آماری
۱۰۱	۳-۴-نمونه و روش نمونه گیری
۱۰۱	۳-۴-۱-ملاک های انتخاب نمونه
۱۰۱	۳-۴-۲-ملاک های حذف نمونه
۱۰۲	۳-۵-متغیر های پژوهش
۱۰۲	۳-۵-۱-متغیر مستقل
۱۰۲	۳-۵-۲-متغیر های وابسته
۱۰۲	۳-۵-۳-متغیر کنترل
۱۰۲	۳-۶-ابزار
۱۰۲	۳-۶-۱-پرسشنامه ی درآمیختگی افکار
۱۰۴	۳-۶-۲-پرسش نامه اندازه گیری میزان وسواس فکری-عملی پادوا
۱۱۰	۳-۶-۳-فرم جمعیت شناختی
۱۱۰	۳-۷-روش اجرا
۱۱۰	۳-۸-محتوای جلسات درمان
۱۱۲	۳-۹-ملاحظات اخلاقی
۱۱۲	۳-۱۰-روش آماری تجزیه و تحلیل داده ها

فصل چهارم: یافته های پژوهش

۱۱۳	۴-۱-مقدمه
-----	-----------

۱۱۳	۲-۴- بررسی توصیفی متغیر های جمعیت شناختی
۱۱۶	۳-۴- شاخص های توصیفی متغیر های وابسته
۱۲۱	۴-۴- آمار استنباطی و بررسی فرضیه ها
۱۲۳	۴-۴-۱- فرضیه نخست
۱۲۳	۴-۴-۲- فرضیه دوم
۱۲۴	۴-۴-۳- فرضیه سوم
۱۲۴	۴-۴-۴- فرضیه چهارم
۱۲۶	۴-۴-۵- فرضیه پنجم
۱۲۶	۴-۴-۶- فرضیه ششم
۱۲۸	۴-۴-۷- فرضیه هفتم
۱۲۸	۴-۴-۸- فرضیه هشتم
۱۳۰	۴-۴-۹- فرضیه نهم
۱۳۰	۴-۴-۱۰- فرضیه دهم
۱۳۱	۴-۴-۱۱- فرضیه یازدهم
۱۳۱	۴-۴-۱۲- فرضیه دوازدهم
۱۳۳	۴-۴-۱۳- فرضیه سیزدهم
۱۳۳	۴-۴-۱۴- فرضیه چهاردهم
۱۳۵	۴-۴-۱۵- فرضیه پانزدهم
۱۳۵	۴-۴-۱۶- فرضیه شانزدهم
۱۳۶	۴-۴-۱۷- فرضیه هفدهم
۱۳۶	۴-۴-۱۸- فرضیه هجدهم
۱۳۸	۴-۵- یافته های کیفی تحقیق

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۱۴۰	۵-۱- مقدمه
۱۴۱	۵-۲- بحث در یافته های پژوهش
۱۴۷	۵-۳- دلایل و فرضیات احتمالی در تبیین اثر بخشی درمان فراشناختی
۱۵۰	۵-۴- محدودیت های پژوهش
۱۵۰	۵-۵- پیشنهادات

عنوان

صفحه

۱۵۰	۵-۱-۵ پیشنهادات کاربردی
۱۵۰	۵-۲-۵ پیشنهادات پژوهشی
۱۵۲	پیوست ۱: پروتکل درمان فراشناختی برای اختلال وسواس فکری-عملی
۱۶۴	پیوست ۲: فرم جمعیت شناختی
۱۶۵	پیوست ۳: آزمون درآمیختگی افکار
۱۶۶	پیوست ۴: پرسشنامه پادوآ
۱۶۹	منابع و مأخذ

فهرست شکلها

عنوان	صفحه
شکل ۱-۲-مدل شناختی رفتاری مبتنی بر ارزیابی برای شکل گیری و تداوم مسائل وسواسی.....	۵۹
شکل ۲-۲-خوپذیری به آشفتگی ناشی از وسواس.....	۶۴
شکل ۳-۲- نظریه عمومی طرح واره در اختلالات هیجانی.....	۸۳
شکل ۴-۲- سازوکار سطح فرا / سطح عینی از نلسون و نارنز.....	۸۵
شکل ۵-۲- یک مدل فراشناختی اولیه، مشتمل بر عواملی که در ماندگاری وسواس مشارکت می کنند.....	۸۶

فهرست جدولها

عنوان	صفحه
جدول ۱-۲- ملاکهای تشخیصی اختلال وسواس- اجبار بر مبنای متن تجدید نظر شده چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی	۱۸
جدول ۲-۲- ویژگی های شیوه عینی و شیوه فراشناختی در مدل S-REF	۹۰
جدول ۱-۳- طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل	۱۰۱
جدول ۳-۳- بارهای عاملی در حالت چرخش یافته آزمون درآمیختگی افکار به روش واریماکس (n=۱۳۰)	۱۰۴
جدول ۲-۳- ماتریس عاملی چرخش یافته به روش واریماکس پرسشنامه پادوا بر روی نمونه ایرانی (n=۲۹۷)	۱۰۹
جدول ۳-۴- طرح درمان فراشناختی ولز برای اختلال وسواس فکری-عملی	۱۱۱
جدول ۱-۴- میانگین، انحراف معیار، کمینه و بیشینه نمرات متغیر توزیع سنی به تفکیک گروه‌های نمونه	۱۱۳
جدول ۲-۴- فراوانی و درصد توزیع متغیر جنسیت در دو گروه کنترل و آزمایشی	۱۱۴
جدول ۳-۴- فراوانی و درصد توزیع متغیر تحصیلات در دو گروه کنترل و آزمایشی	۱۱۴
جدول ۴-۴- فراوانی و درصد توزیع متغیر تحصیلات پدر در دو گروه کنترل و آزمایشی	۱۱۵
جدول ۵-۴- فراوانی و درصد توزیع متغیر تحصیلات مادر در دو گروه کنترل و آزمایشی	۱۱۵
جدول ۶-۴- فراوانی و درصد توزیع سابقه مصرف دارو در دو گروه کنترل و آزمایشی	۱۱۶
جدول ۷-۴- میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات کل درآمیختگی افکار به تفکیک مراحل و گروهها	۱۱۶
جدول ۸-۴- میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات درآمیختگی فکر-کنش به تفکیک گروه ها	۱۱۷
جدول ۹-۴- میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات درآمیختگی فکر-رویداد به تفکیک گروه ها	۱۱۷
جدول ۱۰-۴- میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات درآمیختگی فکر-شیء به تفکیک گروهها	۱۱۸
جدول ۱۱-۴- میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات کل پادوا به تفکیک گروه ها	۱۱۸
جدول ۱۲-۴- میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات آلودگی به تفکیک گروه ها	۱۱۹
جدول ۱۳-۴- میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات واریسی به تفکیک گروه ها	۱۱۹

عنوان

صفحه

- جدول ۴-۱۴- میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات شک و تردید به تفکیک گروه ها ۱۲۰
- جدول ۴-۱۵- میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات کنترل تکانه به تفکیک گروه ها ۱۲۰
- جدول ۴-۱۶- آزمون شاپیروویک در مورد پیش فرض نرمال بودن نمرات کلیه متغیرها در جامعه ۱۲۱
- جدول ۴-۱۷- آزمون لوین جهت سنجش فرض برابری واریانس ها برای کلیه متغیرهای پژوهش ۱۲۲
- جدول ۴-۱۸- آزمون شاپیروویک در مورد پیش فرض نرمال بودن نمرات درآمیختگی افکار در جامعه ۱۲۳
- جدول ۴-۱۹- آزمون لوین جهت سنجش فرض برابری واریانس ها برای متغیر درآمیختگی افکار در جامعه ۱۲۳
- جدول نتایج ۴-۲۰- تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان علائم درآمیختگی افکار کل دو گروه ۱۲۴
- جدول ۴-۲۱- آزمون شاپیروویک در مورد پیش فرض نرمال بودن نمرات درآمیختگی فکر- کنش در جامعه ۱۲۵
- جدول ۴-۲۲- آزمون لوین جهت سنجش فرض برابری واریانس ها برای متغیر درآمیختگی فکر- کنش ۱۲۵
- جدول نتایج ۴-۲۳- تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان علائم درآمیختگی فکر- کنش دو گروه ۱۲۵
- جدول ۴-۲۴- آزمون شاپیروویک در مورد پیش فرض نرمال بودن نمرات درآمیختگی فکر- روی داد در جامعه ۱۲۶
- جدول ۴-۲۵- آزمون لوین جهت سنجش فرض برابری واریانس ها برای متغیر درآمیختگی فکر- روی داد ۱۲۷
- جدول نتایج ۴-۲۶- تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان علائم درآمیختگی فکر- روی داد دو گروه ۱۲۷
- جدول ۴-۲۷- آزمون شاپیروویک در مورد پیش فرض نرمال بودن نمرات درآمیختگی فکر- شیء در جامعه ۱۲۸
- جدول ۴-۲۸- آزمون لوین جهت سنجش فرض برابری واریانس ها برای متغیر درآمیختگی فکر- شیء در جامعه ۱۲۸
- جدول ۴-۲۹- نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان علائم درآمیختگی فکر- شیء دو گروه ۱۲۹
- جدول ۴-۳۰- آزمون شاپیروویک در مورد پیش فرض نرمال بودن نمرات علائم کل پادوآ در جامعه ۱۳۰
- جدول ۴-۳۱- آزمون لوین جهت سنجش فرض برابری واریانس ها برای متغیر علائم پادوآ ۱۳۰

عنوان

صفحه

- جدول ۴-۳۲- نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان علائم پادوآ دو گروه..... ۱۳۱
- جدول ۴-۳۳-آزمون شاپیروویک در مورد پیش فرض نرمال بودن نمرات آلودگی در جامعه..... ۱۳۲
- جدول ۴-۳۴-آزمون لوین جهت سنجش فرض برابری واریانس‌ها برای متغیر آلودگی..... ۱۳۲
- جدول ۴-۳۵- نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان علائم آلودگی دو گروه..... ۱۳۲
- جدول ۴-۳۶-آزمون شاپیروویک در مورد پیش فرض نرمال بودن نمرات علائم واریسی در جامعه..... ۱۳۳
- جدول ۴-۳۷-آزمون لوین جهت سنجش فرض برابری واریانس‌ها برای متغیر علائم واریسی..... ۱۳۴
- جدول ۴-۳۸- نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان علائم واریسی دو گروه..... ۱۳۴
- جدول ۴-۳۹-آزمون شاپیروویک در مورد پیش فرض نرمال بودن نمرات علائم شک و تردید در جامعه.. ۱۳۵
- جدول ۴-۴۰-آزمون لوین جهت سنجش فرض برابری واریانس‌ها برای متغیر علائم شک و تردید..... ۱۳۵
- جدول ۴-۴۱- نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان علائم شک و تردید دو گروه..... ۱۳۶
- جدول ۴-۴۲-آزمون شاپیروویک در مورد پیش فرض نرمال بودن نمرات علائم کنترل تکانه در جامعه.... ۱۳۷
- جدول ۴-۴۳-آزمون لوین جهت سنجش فرض برابری واریانس‌ها برای متغیر علائم کنترل تکانه..... ۱۳۷
- جدول ۴-۴۴- نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان علائم کنترل تکانه دو گروه..... ۱۳۷

فصل اول

کلیات پژوهش

۱-۱- مقدمه

اختلال وسواس فکری- عملی^۱ (OCD)، که به عنوان چهارمین اختلال شایع روانپزشکی شناخته شده است، بیمار را متحمل اضطراب، پریشانی و آشفتگی فراوانی می‌کند و عملکرد اجتماعی وی را مختل می‌کند. اختلال وسواس اجباری یک اختلال اضطرابی است که مشخصه آن وجود وسواسها یا اجبارهای مکرر و چنان شدید است که رنج و عذاب قابل ملاحظه‌ای را برای فرد به بار می‌آورند. این افکار یا اعمال مستمر و تکراری سبب اتلاف وقت شده و در روند معمولی و طبیعی زندگی فرد، کارکرد شغلی، فعالیت‌های معمول اجتماعی و روابط بین فردی او اختلال قابل ملاحظه‌ای به وجود می‌آورد. گرچه این وسواس‌های فکری و اعمال وسواسی حتی برای خود افراد مبتلا غیرمنطقی و مخرب است، اما مقاومت در برابر آنها فوق العاده مشکل است. رفتارهای تشریفاتی و افکار روزمره تا اندازه‌ای بخشی از زندگی هر انسانی است، بدون آنها تمدن نمی‌توانست وجود داشته باشد یا حداقل نمی‌توانست خیلی کارآمد باشد. در بسیاری موارد، افراد عادی احساس می‌کنند که لازم است قبل از خواب، از بسته بودن درب منزل مجدداً اطمینان حاصل کنند ولی این علائم را نمی‌توان به وجود وسواس در افراد مرتبط دانست، تنها زمانی در مورد فردی اختلال وسواسی- اجباری تشخیص داده

می‌شود که این افکار یا اعمال مکرراً و به قدری رخ دهند که در اعمال عادی و عملکرد شغلی و اجتماعی او اختلال ایجاد کنند.

علیرغم شیوع فراوان و ماهیت نسبتاً شناخته شده اختلال وسواس اجبار برای درمانگران، پژوهش‌های جدید در حیطه‌ی سبب‌شناسی و درمان اختلال وسواس اجبار، تصویر بالینی چند بعدی از این اختلال به تصویر می‌کشد که ماهیت و درمان آن را با پیچیدگی‌هایی روبرو می‌سازد.

۱-۲- شرح و بیان مسئله پژوهشی

شناخت واره‌های مزاحمی که با پریشانی و آشفتگی بالایی همراه هستند، ویژگی اختلال خاصی به نام اختلال وسواس-اجباری می‌باشند. در چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR)، وسواس‌ها، افکار، تکانه‌ها یا تصاویر ذهنی برگشت‌پذیر و پایداری هستند که مزاحم تلقی می‌شوند به آسانی از نگرانی‌های افراطی مربوط به مشکلات روزمره تمیز داده می‌شوند. علائم اختلال وسواسی-اجباری، شامل افکار و اعمال وسواسی مختلف با تشریفات، ناهنجاری‌های حسی، شک و تردیدها، عقاید بیش‌بها داده شده، ناهنجاری‌های گفتاری، آشفتگی‌های هیجانی (افسردگی، اضطراب، تحریک‌پذیری و...)، نقایص حافظه فوری و نشانه‌های نورولوژیکی می‌شود (لوپز - ایبور^۱ و لوپز - ایبور، ۱۳۸۶). در حقیقت اختلال وسواسی - اجباری، نشانگانی با طیف وسیع علائم است که به صورت انواع مشخص با اختلالات اضطرابی و خلقی همپوشی دارد.

وسواس‌های آلودگی^۲، شک و تردید^۳، تکانه‌های پرخاشگری^۴ و تصاویر خشونت‌بار یا جنسی از وسواس‌های رایج هستند (دی‌سیلوا^۵ و راجمن^۶، ۱۹۹۹). وسواس‌ها را باید از انواع افکار مزاحم مانند نگرانی^۷ متمایز نمود (ولز^۸ و موریسون^۹، ۱۹۹۴). این شناخت‌واره‌های مزاحم به شکل فرایندی خودکار رخ می‌دهند و اغلب با نگرانی‌های کنونی فرد ارتباط دارند (سالکوسکیس^{۱۰} و مک‌کاری^{۱۱}، به نقل از منزیس^{۱۲} و دی‌سیلوا،

1 - Lopez - Ibor

2 - Contamination

3 - Doubt

4 - Aggression impulses

5 - Desilva

6 - Rachman

7 - Worry

8 - Wells

9 - Morrison

10 - Salkovovskis

11 - Mcguire

12 - Menzies

۲۰۰۳). مهمترین عاملی که می‌تواند بین شناخت واره‌های مزاحم بالینی و طبیعی تمایز ایجاد کند، چگونگی برداشت فرد از شناخت واره‌ها می‌باشد (ولز، ۱۹۹۵ و ۱۹۹۹). اختلال وسواس فکری- عملی یا اختلال وسواسی- اجباری از دیدگاه بالینی یک اختلال ناهمگن است. نشانه‌های اختلال وسواسی- اجباری بطور قابل ملاحظه‌ای آن چنان متفاوت هستند که دو بیمار با تشخیص اختلال وسواس- اجبار می‌توانند الگوهای رفتاری کاملاً متفاوتی داشته باشند. با وجود این ناهمگونی ظاهری، سیستمهای «ICD-10»^۱ و «DSM-IV-TR» به «اختلال وسواس فکری- عملی» به عنوان یک بیماری واحد پرداخته‌اند و به استثناء مدل تکاملی، اکثر مدل‌های رایج مانند نورویولوژی^۲، رشدی^۳ یا رفتاری^۴- شناختی برای تفاوت‌های موجود در نشانه‌های این اختلال، ارزشی قابل نشده‌اند. با توجه به این تفاوتها، دانشمندان سعی بر تقسیم بندی ظاهری این اختلال به زیرگروه‌های مجزایی کرده‌اند، ولی عموماً این تلاشها در زمینه مرتبط سازی زیرگروه‌ها به شاخص‌های بیولوژیکی، عوامل ژنتیکی یا پاسخ به درمان، ناموفق مانده است و زیرگروه خالصی از بیماران مبتلا به این اختلال خیلی نادر است (ماتیکس-کولز، ۲۰۰۵)^۵.

در باب نشانه شناسی اختلال وسواس اجبار، چهارمین ویرایش تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ملاک‌های زیر را ذکر کرده است:

الف: وجود وسواس فکری^۶ و عملی^۷:

تعریف وسواس فکری از قرار زیر است:

(۱) افکار، تصورات یا تکانه‌های عود کننده که گاه در طول بیماری فرد احساس کند مزاحم و بی جا هستند و اضطراب یا رنج شدیدی ایجاد می‌کنند.

(۲) این افکار به راحتی قابل تمیز از نگرانی‌ها و مشکلات روزمره هستند.

(۳) فرد سعی در سرکوب یا خنثی کردن این افکار مزاحم دارد.

(۴) فرد باور دارد که این افکار و تصورات ذهنی محصول ذهن خودش است و از بیرون وارد ذهن او

نشده‌اند. به عبارتی ناهمخوان با فکر^۸ هستند.

1 -International classification of diseases (ICD-10)

2 -Neurobiological

3 -Developmental

4 -Behavioral-Cognitive

5 -Mataix-cols

6 -Obsessive

7 -Compulsive

8-Ego dystonic

تعریف وسواس عملی نیز به قرار زیر است:

۱) یک رفتار تکراری (همانند شستن ظرف یا وارسی^۱)، یا یک عمل ذهنی تکراری (مانند دعا، شمارش اعداد) می‌باشد که فرد احساس کند که در مواجهه با یک فکر وسواسی مجبور است انجام دهد.
 ۲) هدف از انجام این رفتارها و اعمال ذهنی این است که از رنج و عذاب فرد کاسته شود. اما این پاسخ‌های رفتاری با آنچه برای خنثی کردنش انجام می‌شود ارتباطی واقعی ندارد یا به شدت افراطی است.
 ب) فرد نسبت به افراطی یا غیر معمول بودن افکار وسواسی بینش^۲ دارد. (این نکته لزوماً در مورد کودکان صدق نمی‌کند).

پ) وسواس‌ها بیش از یک ساعت در روز از وقت بیمار را می‌گیرد و لذا در عملکرد اجتماعی^۳ وی اختلال به وجود می‌آورد.

در صورت وجود اختلال دیگری در محور I نشانه‌های وسواس محدود به آن نباشد (مثل احساس مداوم گناه^۴ در اختلال افسردگی یا کندن مو در اختلال وسواس مو کنی^۵).

ث) علائم ناشی از اثرات مستقیم مصرف مواد یا یک بیماری طبی نباشد.

- مشخص شود که مقدار بینش فرد در مورد افراطی بودن یا نامعقول بودن اختلال چقدر است.

نظر به اهمیت اختلال وسواس در بین اختلالات اضطرابی، نیاز آزمودن شیوه‌های نوین درمانی برای آن ضروری می‌نماید. الگوی درمان فراشناختی که در این پژوهش برای اختلال مذکور اجرا خواهد شد مدل فراشناختی ولز می‌باشد. ولز و متیوس^۶ (۱۹۹۴)، الگویی را برای اختلال وسواس فکری- عملی معرفی کردند که بر پایه‌ی آن، افکار وسواسی، باورهای فراشناختی مرتبط با معنای فکر را فعال می‌کنند و به طور همزمان به پاسخ‌های رفتاری متوسل می‌شوند که می‌تواند خطر ارزیابی شده متداعی با افکار وسواسی را در بیماران سرپایی مبتلا به وسواس کاهش دهند. باورهای فراشناختی اختلال وسواس فکری و عملی در زمینه‌ی افکار و احساسات عبارتند از: درآمیختگی فکر- کنش^۷ (TAF)، درآمیختگی فکر- روی داد^۸ (TEF) و درآمیختگی فکر- شیء^۹ (TOF).

-
- 1-Checking
 - 2-Insight
 - 3-Social functional
 - 4-Guilt
 - 5- Trichotillomania
 - 6-Matthews
 - 7-Thought Action Fusion
 - 8-Thought Event Fusion
 - 9-Thought object Fusion