

کارآیی و اثربخشی الگوی فراشناختی ولز در درمان یک مورد اختلال وسواسی- اجباری

زهرا اندوز*

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر معرفی الگوی فراشناختی وسواس و بررسی میزان کارآیی و اثربخشی الگوی فراشناختی ولز در درمان اختلال وسواسی- اجباری بود.

مواد و روش کار: در یک بررسی تک‌موردی آزمایشی از نوع خط پایه چندگانه فرآیند درمان بر روی یک آزمودنی (زن) انجام شد. آزمودنی در مرحله پیش از درمان (خط پایه) و جلسه آخر درمان (جلسه هشتم) مقیاس وسواسی- اجباری ییل‌براون، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس، مقیاس واحد ناراحتی ذهنی، پرسش‌نامه کنترل افکار، مقیاس نگرش‌های ناکارآمد و آزمون عزت نفس را تکمیل نمود. افزون بر این آزمودنی سه مقیاس اول را در جلسه‌های اول و چهارم درمان و دوره پیگیری پس از درمان دوباره تکمیل نمود.

یافته‌ها: در مقیاس ییل‌براون نمره آزمودنی از ۳۸ در مرحله پیش از مداخله درمانی به ۸ در مرحله پس از مداخله کاهش یافت. هم‌چنین میزان افسردگی، اضطراب و استرس وی کاهش نشان داد. نمره آزمودنی در مقیاس SUD از ۹ در مرحله پیش از مداخله به نمره ۳ در مرحله پس از مداخله کاهش یافت.

نتیجه‌گیری: رویکرد درمانی مبتنی بر مدل فراشناختی ولز در درمان اختلال وسواسی- اجباری مؤثر بوده است.

کلیدواژه: فراشناختواره، اختلال وسواسی- اجباری، مدل شناختی ولز

مقدمه

روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) وسواس‌ها افکار، تکانه‌ها یا تصاویر ذهنی برگشت‌پذیر^۱ و پایداری هستند که مزاحم تلقی می‌شوند و به آسانی از نگرانی‌های افراطی مربوط به مشکلات روزمره تمیز داده می‌شوند. وسواس‌های آلودگی، شک و تردید، تکانه‌های پرخاشگری و تصاویر خشونت‌بار یا

وسواس‌ها^۱ یکی از انواع شناختواره‌های مزاحم^۲ هستند که با پریشانی و آشفتگی بالایی همراه و ویژگی اختلال خاصی به‌نام اختلال وسواسی- اجباری^۳ (OCD) می‌باشند. در چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات

* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده. تهران، اوین، بلوار دانشجو، دانشگاه شهید بهشتی.

جنسی از وسواس‌های رایج هستند (دی‌سیلوا^۱ و راجمن^۲، ۱۹۹۹). وسواس‌ها را بایستی از سایر انواع افکار مزاحم مانند نگرانی متمایز نمود (ولز^۳ و موریسن^۴، ۱۹۹۴). این شناختواره‌های مزاحم به شکل فرآیندی خودکار رخ می‌دهند و اغلب با نگرانی‌های کنونی فرد ارتباط دارند (سالکوسکیس^۵ و مک‌گاری^۶ به نقل از منزیس^۷ و دی‌سیلوا، ۲۰۰۳). مهم‌ترین عاملی که می‌تواند بین شناختواره‌های مزاحم بالینی و طبیعی تمایز ایجاد کند چگونگی برداشت فرد از شناختواره‌ها می‌باشد (ولز، ۱۹۹۵، ۱۹۹۹).

سالکوسکیس (۱۹۹۹، ۱۹۸۹، ۱۹۸۵) بر این باور است که ارزیابی منفی افکار مزاحم منجر به احساس مسئولیت افراطی برای خطر یا پرهیز از آن می‌شود و تلاش‌هایی که برای خنثی کردن افکار مزاحم انجام می‌شوند در شکل‌گیری OCD نقش دارند. البته ارزیابی مسئولیت به همان اندازه در پیدایش محتوای افکار مزاحم مؤثرند. پورڈن^۸ و کلارک^۹ (۱۹۹۳) نیز باورهای فراشناختی مانند نیاز به کنترل افکار مزاحم را در شکل‌گیری و تداوم وسواس‌ها بسیار مهم دانستند.

ولز و ماتیسوس^{۱۰} (۱۹۹۴) الگویی را برای OCD ارائه نمودند که بر پایه آن افکار وسواسی باورهای فراشناختی مرتبط با معنای فکر را فعال می‌کنند و به‌طور همزمان به باورهای وسیله‌ای مرتبط با پاسخ‌های رفتاری متصل می‌شوند که می‌تواند خطر ارزیابی شده متداعی با افکار وسواسی را کاهش دهند.

باورهای فراشناختی OCD در زمینه افکار و احساسات عبارتند از: درآمیختگی فکر- رویداد^{۱۱} (TEF)، درآمیختگی فکر- عمل^{۱۲} (TAF) و درآمیختگی فکر- شیء^{۱۳} (TOF)؛ باورهای وسیله‌ای راجع به آیین‌مندی‌ها و رفتارهای خنثی‌ساز^{۱۴} عبارت از باورهای مثبت (اعتقاد به سودمندبودن آیین‌مندی‌های شناختی یا رفتاری در کنترل وقایع ذهنی) و باورهای منفی به معنی اعتقاد به مضربودن آیین‌مندی‌های شناختی یا رفتاری در کنترل وقایع ذهنی است.

بیماران مبتلا به OCD بر پایه شیوه پردازش شیء^{۱۵} عمل می‌کنند به گونه‌ای که ارزیابی‌های معنای افکار مزاحم را بی‌چون و چرا درست و معتبر می‌پندارند (ولز، ۲۰۰۰). هدف کلی درمان این است که بیماران به شیوه پردازش فراشناختی^{۱۶} معطوف شوند و به پذیرش بی‌طرفانه‌ای از افکار مزاحم بدون ارتباط با پردازش بیشتر یا عمل دست یابند. هم‌چنین هدف

درمان را از توقف افکار مزاحم به یادگیری این نکته معطوف می‌سازد که نیازی نیست بر پایه افکار وسواسی یا دیگر انواع افکار مزاحم عمل نمود. بیماران باید شیوه‌های فراشناختی جدید برخوردار با افکار مزاحم را بیاموزند. به‌طور کلی مفهوم‌سازی^{۱۷} اصلی درمان بر پایه مدل فراشناختی اختلال وسواسی- اجباری عبارت است از تغییر طیف باورهای فراشناختی مرتبط با درآمیختگی، تغییر باورهای ناکارآمد راجع به آیین‌مندی‌ها، اصلاح و بهبود شیوه به کارگیری نشانه‌های درونی نامناسبی که ملاک ارزیابی‌ها و راهنمایی رفتار قرار می‌گیرند، ایجاد شیوه‌های جایگزین مناسب برای راهنمایی رفتار و افزایش مهارت‌های هوشیاری فراگیر (ولز، ۲۰۰۰).

از آنجا که یافتن شیوه‌های درمانی کوتاه‌مدت کارآ و مؤثر از جمله ضرورت‌های پژوهش در حوزه درمان می‌باشد (فری، ۱۳۸۲) و شیوه درمانی مبتنی بر مدل فراشناختی ولز جزء درمان‌های کوتاه‌مدت به‌شمار می‌رود، انجام پژوهشی برای بررسی کارآیی و اثربخشی این شیوه درمانی دارای اهمیت است. پژوهش حاضر با هدف بررسی کارآیی و اثربخشی شیوه درمانی فراشناختی برای OCD و فراهم کردن پشتوانه علمی برای الگوی فراشناختی ولز انجام شده است.

مواد و روش کار

این پژوهش با بهره‌گیری از طرح تجربی تک‌موردی^{۱۸} انجام شد (هایس^{۱۹}، ۱۹۹۰).

از میان دانشجویان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دانشجویی یک نفر مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری انتخاب شد. تابلوی بالینی اختلال وسواسی- اجباری مراجع مورد نظر عبارت بود از وسواس‌های فکری به‌همراه آیین‌مندی‌های ذهنی (پنهانی). محتوای وسواس فکری او تصاویری ناخوشایند از بستگان فوت شده، صحنه‌های تصادف، مرگ عزیزان و مراسم عزاداری آنها بود. ترس مراجع از این بود که آمدن این تصاویر ناخوشایند به ذهنش باعث شود که برای

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------|
| 1- Desiliva | 2- Rachman |
| 3- Wells | 4- Morrison |
| 5- Salkovskis | 6- McGuire |
| 7- Menzies | 8- Purdon |
| 9- Clark | 10- Matthews |
| 11- Thought Event Fusion | 12- Thought-Action Fusion |
| 13- Thought Object Fusion | 14- neutralizing behaviors |
| 15- object processing mode | |
| 16- metacognitive processing mode | |
| 17- conceptualization | 18- single-subject |
| 19- Hayes | |

خانواده‌اش (به‌ویژه مادر و برادرش) اتفاق ناگواری بیفتد. رفتارهای آیین‌مند از نوع ذهنی (پنهانی) و بدین ترتیب بود که بلافاصله پس از آمدن تصاویر ناخوشایند به ذهنش تصویر زنده و در حال فعالیت فرد مورد نظر را در عین صحت و سلامت به ذهن می‌آورد و اغلب اوقات برای محو کامل تصاویر ناخوشایند و مزاحم چشمان خود را می‌بست و سرش را تکان می‌داد. هم‌چنین از موقعیت‌ها، محرک‌های بیرونی، افراد و گفتگوهایی که موجب راه‌اندازی تصاویر ناخوشایند به ذهنش می‌شدند، پرهیز می‌کرد. افزون بر این به منظور تأیید تشخیص اختلال وسواسی-اجباری و ارزیابی سایر اختلال‌های محورهای I و II آزمودنی به یک روانپزشک ارجاع داده شد. مبتلا نبودن به اختلال افسردگی و اختلال‌های محور II (DSM-IV) (با نظر روانپزشک)، نداشتن سابقه دریافت مداخله‌های درمانی پیشین، قطع مصرف دارو پیش از شروع درمان، برخورداری از بینش خوب نسبت به مشکل به‌عنوان معیارهای انتخاب در نظر گرفته شدند.

آزمودنی یک زن ۲۰ ساله، دانشجوی مقطع کارشناسی بود که دو سال از آغاز بیماری وی می‌گذشت. او طی هشت جلسه (در هشت هفته) با رویکرد فراشناختی تحت درمان قرار گرفت. برای گردآوری داده‌های پژوهش، ابزارهای زیر به کار برده شد:

مقیاس وسواسی-اجباری یل براون^۱ (Y-BOCS): این مقیاس یکی از ابزارهای سنجش OCD است و بدون توجه به انواع وسواس‌ها یا اجبارها، شدت آنها را اندازه‌گیری می‌کند (استکتی، ۱۳۷۶). این مقیاس ده ماده دارد؛ پنج ماده متمرکز بر وسواس‌ها و پنج ماده متمرکز بر اجبارها است (گودمن^۲، پرایس^۳، راسموسن^۴، مازور^۵، دلگادو^۶، ۱۹۸۹، به‌نقل از استکتی^۷، ۱۳۷۶).

بالاترین نمره در این مقیاس ۴۰ می‌باشد. برای پایایی بین نمره‌گذاران ضریب همبستگی از ۰/۸۰ تا ۰/۹۹ (ودی^۸ و همکاران، ۱۹۹۵، به‌نقل از منزیس و دی‌سیلوا، ۲۰۰۳). گزارش شده و با فاصله دو هفته برابر ۰/۸۱ تا ۰/۹۷ بوده است (کیم^۹ و همکاران، ۱۹۹۳، به‌نقل از همان‌جا). برای ثبات درونی آن ضریب آلفای ۰/۶۹ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (همان‌جا).

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS)^{۱۰}: (لویباند^{۱۱} و لویباند، ۱۹۹۵): در پژوهش حاضر فرم ۲۱ سؤالی آن به کار برده شد. ارزش آلفا برای این مقیاس در یک نمونه هنجاری ۷۱۷ نفری به این شرح به‌دست آمده است: افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۳ و استرس ۰/۸۱

(صاحبی، میرعبداللهی و سالاری، ۱۳۸۰). ارزش آلفا برای این مقیاس بر روی ۴۰۰ نفر از جمعیت عمومی شهر مشهد برای افسردگی ۰/۷۱، اضطراب ۰/۶۹ و استرس ۰/۷۶ گزارش شده است (همان‌جا).

مقیاس نگرش‌های ناکارآمد^{۱۲} (DAS): برای تعیین سبک شناختی فرد تهیه شده، دارای ۴۰ عبارت است و از آزمودنی خواسته می‌شود میزان موافقت خود را بر روی یک مقیاس هفت‌درجه‌ای نشان دهد. دامنه نمرات این مقیاس از ۴۰ تا ۲۸۰ می‌باشد و افراد سالم نمره‌ای بین ۱۱۹ تا ۱۲۸ می‌گیرند. نمره‌های بالاتر از ۱۲۸ نشان‌دهنده انعطاف‌ناپذیری و ناکارآمدی نظام باورها می‌باشد. همسانی درونی این مقیاس ۰/۹۰ و ثبات آن $r=0.73$ می‌باشد (ریپیر^{۱۳}، ۱۹۹۴). در پژوهشی با استفاده از روش بازآزمایی در یک گروه ۳۰ نفری، پایایی ۰/۷۲ برای این مقیاس گزارش شده است (یزدان‌دوست، رضوان‌طلب و پیروی، ۱۳۸۰).

پوشش‌نامه کنترل فکر^{۱۴} (TCQ): این پرسش‌نامه توسط ولز و دیویس (۱۹۹۴) برای ارزیابی تفاوت‌های فردی در بهره‌گیری از راهبردهای گوناگون کنترل فکر و رابطه آن با آسیب‌پذیری هیجانی تهیه شده است. این پرسش‌نامه دارای پنج خرده‌مقیاس توجه‌برگردانی (D)، تنبیه (P)، ارزیابی مجدد (R)، نگرانی (W) و کنترل اجتماعی (S) می‌باشد. ثبات درونی به‌دست آمده برای خرده‌مقیاس‌ها عبارت بود از $D=0.72$ ، $P=0.64$ ، $R=0.67$ ، $W=0.71$ و $S=0.79$ و پایایی بازآزمایی خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب برابر با ۰/۶۸، ۰/۶۷، ۰/۸۳، ۰/۷۲ و ۰/۸۳ بود (همان‌جا).

مقیاس واحد ناراحتی ذهنی^{۱۵} (SUD): از صفر تا ۱۰ نمره‌گذاری می‌شود و نوع مقیاس دیداری است که آزمودنی می‌تواند شدت ناراحتی خود را بر روی آن رتبه‌بندی کند (فری، ۱۳۸۲). در این مقیاس صفر به معنای "مشکلی ندارم" و نمره ۱۰ به معنای بالاترین میزان شدت ناراحتی می‌باشد.

آزمون عزت‌نفس (SEI)^{۱۶}: این آزمون دارای ۳۰ عبارت است که به‌صورت بلی، خیر و نمی‌دانم، به آنها پاسخ داده

- 1- Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale
- 2- Goodman
- 3- Price
- 4- Rasmussen
- 5- Mazure
- 6- Delgado
- 7- Stektee
- 8- Woody
- 9- Kim
- 10- Depression Anxiety Stress Scale
- 11- Lovibond
- 12- Dysfunctional Attitude Scale
- 13- Rapiar
- 14- Thought Control Questionnaire
- 15- Subjective Unit Distress
- 16- Self-Esteem Inventory

می‌شود. این آزمون را آیزنک برای ارزیابی میزان ثبات هیجانی و اعتماد به نفس افراد تهیه نموده است (بیابانگرد، ۱۳۷۶).

روش درمان مبتنی بر الگوی فراشناختی (ولز، ۲۰۰۰) بود. برای دستیابی به هدف‌های اصلی درمان یعنی فراخواندن شناختواره‌های اصلی و تغییر آنها، جلسه اول (یک هفته پس از مرحله خط پایه) به ارزیابی بیمار و گردآوری داده‌هایی هم‌چون: ماهیت نشانگان و سواسی-اجباری، تأثیر بر انگیزاننده‌ها، ارزیابی باورها در ارتباط با معنا و اهمیت و سواس و شیوه‌های خنثی‌سازی و اجتناب، اختصاص یافت.

در جلسه دوم، نخست منطق درمان شناختی و الگوی فراشناختی اختلال و سواسی-اجباری برای بیمار توضیح داده شد. هدف آن بود که با مرور یک مورد اخیر و سواس، آگاهی فراشناختی بیمار افزایش یابد. یعنی بتواند افکار و تصاویر ذهنی مزاحم، شک و تردیدها و احساس‌های مقدم بر پاسخ‌های رفتاری (آیین‌مندی‌های ذهنی) خود را شناسایی کند. سپس کوشش شد که باورهای مربوط به افکار مزاحم بررسی شود. این کار با پرسش‌هایی درباره فراخوانی معنا و خطرناک‌ترین افکار و سواسی، باورهای راجع به افکار و سواسی/آیین‌مندی‌ها/نشانه و ملاک‌های نامناسب توقف و کنترل آیین‌مندی‌ها انجام شد. فرااورهای اصلی که برای این بیمار به دست آمد عبارت بودند از:

• فرااورهای مثبت راجع به آیین‌مندی‌ها مانند "اگر حواسم را جمع کنم و مدام ذهنم را جستجو کنم می‌توانم به سرعت به تصاویر ذهنی‌ام پاسخ دهم و جلوی اتفاقات ناگوار را بگیرم".

• فرااورهای منفی راجع به آیین‌مندی‌ها مانند "ممکن است ضمن انجام این کارها کنترلم را از دست بدهم و دیوانه شوم".

• فرااورهای راجع به ملاک‌ها و نشانه‌های درونی مانند "باید تصویر روشن و واضحی از مادرم را به ذهن بیاورم تا احساس آرامش کنم" و "اگر نتوانم تصویر واضحی به‌خاطر بیاورم بدین معناست که من می‌خواهم اتفاق ناگوار برای او بیفتد".

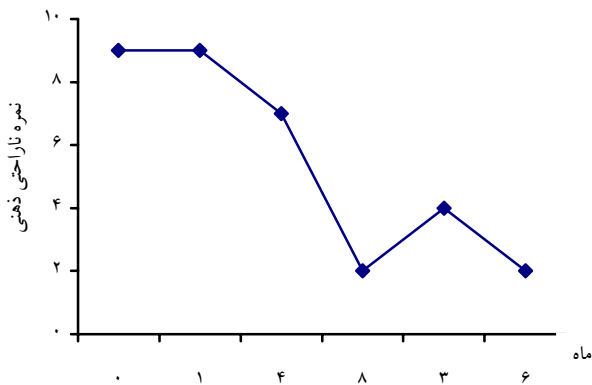
از روش‌های تحلیل سود و زیان، آزمایش به تعویق انداختن آیین‌مندی‌ها و روش کنترل توجه^۱ (ACT) برای کاهش شدت افکار و سواسی بهره گرفته شد. روش ACT یک روش تنفسی است که با هدف کاهش فراوانی افکار مزاحم مرتبط با پیامدهای ناگوار اجرا می‌شود. از این رو در جلسه سوم درمان، منطق ACT و شیوه انجام کار به بیمار

توضیح داده شد و از او خواسته شد که این تکنیک را هر روز ۳ بار به مدت ۱۰ دقیقه تا پایان جلسه‌های درمان انجام دهد. هم‌چنین باورهای مربوط به بدترین پیامدهای ناشی از عدم انجام آیین‌مندی‌ها شناسایی شدند تا اعتبار آنها به کمک آزمایش‌های رفتاری سنجیده شود. در پایان جلسه تکلیف خانگی به تعویق انداختن فعالانه آیین‌مندی‌ها و بررسی رخدادهای ناخوشایند احتمالی ناشی از وجود تصاویر مزاحم به بیمار داده شد. در جلسه چهارم به‌منظور تغییر فرااورهای راجع به آیین‌مندی‌ها، فرااورهای مثبت و منفی هدف ارزیابی دوباره قرار گرفتند. در پایان جلسه چهارم، بیمار مقیاس‌های Y-BOCS، DASS و SUD را دوباره تکمیل کرد. در جلسه پنجم برای تغییر فراشناختواره‌های در آمیختگی، آزمایش‌های رفتاری برای چالش با آنها به کار برده شد. ماهیت افکار مزاحم، فراوانی و محتوای آنها در افراد بهنجار، چگونگی کنترل افکار مزاحم و تفاوت شیوه پردازش افکار مزاحم بین افراد بهنجار و بیمار توضیح داده شد. در پایان جلسه به‌عنوان تکلیف خانگی از بیمار خواسته شد تا ترتیب یک آزمایش رفتاری را برای بررسی اعتبار TEF طراحی و اجرا نماید. هم‌چنین بیمار بایستی وجود و ماهیت افکار مزاحم و شیوه کنترل آنها را در اطرافیان خود بررسی نماید. در جلسه ششم، برای چالش با فرااورهای در آمیختگی و فرااورهای راجع به آیین‌مندی‌ها، اسناددهی دوباره کلامی به کار برده شد. بدین ترتیب که بیمار باید فهرستی از شواهد ارایه می‌کرد که نشان می‌داد افکار مزاحم وی منجر به رویدادهای ناخوشایند می‌شوند. در جلسه‌های هفتم و هشتم بیمار با موقعیت‌ها، افکار و تصاویری روبرو شد که به‌شدت اضطراب‌آور بودند و سپس به کمک اسناددهی دوباره کلامی و رفتاری با آنها مقابله شد. هدف از این رویارویی‌ها آن بود که فرااورهای جدید در موقعیت‌های واقعی تثبیت و تقویت شوند و بیمار خود عملاً نادرستی و بیهوده بودن آیین‌مندی‌ها را آزمایش کند. در پایان دوره درمان (جلسه هشتم) مقیاس‌های یاد شده اجرا شدند.

گفتنی است که جلسه‌های درمانی ۹۰-۶۰ دقیقه و به‌صورت هفتگی انجام می‌شد و پیش از اجرای درمان، آزمودنی مقیاس‌های Y-BOCS، DASS، DAS، TCQ، SUD و SEI را به‌عنوان خط پایه تکمیل نمود. در مرحله پیگیری^۲، سه ماه و شش ماه پس از پایان جلسات درمان مقیاس‌های Y-BOCS، DASS و SUD بر روی آزمودنی اجرا شدند.

1- Attentional Control Technique

2- follow up



نمودار ۳- میزان ناراحتی کلی آزمودنی تا شش ماه پس از پیگیری بر پایه مقیاس واحد ناراحتی ذهنی

نمودار ۲ نشان می‌دهد که آزمودنی در مرحله خط پایه میزان متوسطی از افسردگی و میزان بالایی از اضطراب و استرس را تجربه می‌کرده که کم‌کم با ادامه درمان شدت افسردگی، اضطراب و استرس کاهش یافته است. میزان بهبودی به دست آمده برای افسردگی ۰/۷۳، برای اضطراب ۰/۸۴ و برای استرس ۰/۷۰ بود.

نمودار ۳ نشان می‌دهد که آزمودنی در مرحله خط پایه میزان ناراحتی کلی بسیار بالایی را در مقیاس SUD گزارش نموده است (نمره ۹)؛ اما میزان ناراحتی گزارش شده بیمار با پیشرفت جلسات درمان کاهش یافته، به طوری که در جلسه هشتم به سطح بسیار پایینی (نمره ۳) رسیده است (۶۷٪ میزان بهبودی).

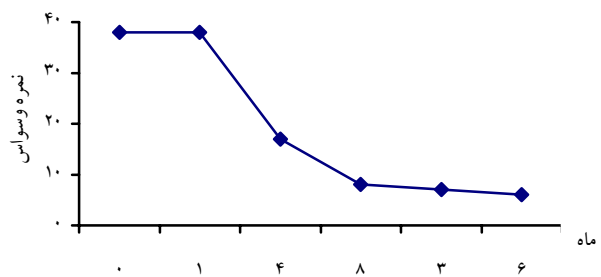
نمودار ۴ نشان می‌دهند که نمره‌های آزمودنی در پرسش‌نامه کنترل فکر در خرده مقیاس‌های تنبیه (P) و نگرانی (W) کاهش یافته است و در خرده مقیاس‌های توجه‌برگردانی (D)، ارزیابی مجدد (R) و کنترل اجتماعی (S) افزایش یافته است.

آزمودنی در مرحله خط پایه (با نمره ۱۹۸) از نظام باورهای بسیار ناکارآمد برخوردار بوده است، در حالی که در پایان جلسه هشتم نمره وی در پرسش‌نامه DAS تا ۵۱ کاهش یافته است (میزان بهبودی ۷۴٪). افزون بر این نمره آزمودنی در SEI نیز از ۵ در مرحله پیش از درمان تا ۲۴ در مرحله پس از درمان افزایش یافته است.

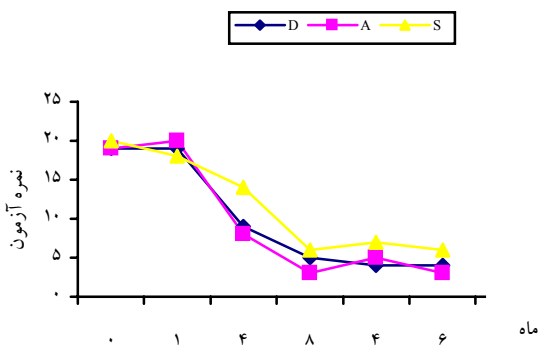
تحلیل داده‌ها به کمک رسم نمودار انجام شد. در این روش فراز و فرود متغیر وابسته پایه داوری میزان تغییر به‌شمار می‌رود (بارلو^۱ و هرسن^۲، ۱۹۷۹). افزون بر این از معنی‌داری بالینی (کازدین^۳، ۱۹۹۲) نیز برای تحلیل داده‌ها بهره گرفته شد. برای عینی‌سازی میزان بهبودی از فرمول درصد بهبودی $\Delta A\% = \frac{AO - A1}{AO}$ استفاده شد (به نقل از اوگلز^۴، لونر^۵ و بونستیل^۶، ۲۰۰۱). A0 مشکل آماجی در جلسه اول، A1 مشکل آماجی در جلسه آخر، Δ ٪ میزان بهبودی.

یافته‌ها

یافته‌های ارایه شده در **نمودار ۱** نشان می‌دهند که آزمودنی با به دست آوردن نمره ۳۸ در مرحله خط پایه در مقیاس بیل-براون، میزان بالایی از نشانگان وسواس را تجربه می‌کرده است (نمره بالاتر از ۲۵ در Y-BOCS، شدت بالای اختلال را نشان می‌دهد) اما در جلسه آخر درمان (جلسه هشتم)، شدت وسواس تا نمره هشت کاهش یافت (۸۰٪ میزان بهبودی).



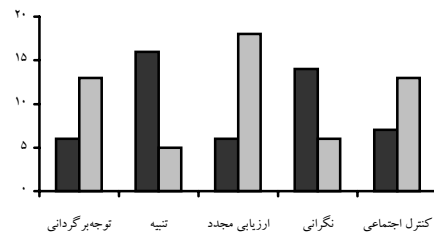
نمودار ۱- شدت نشانگان اختلال وسواس تا شش ماه پس از پیگیری بر پایه نمره پرسش‌نامه بیل-براون



نمودار ۲- شدت افسردگی (D)، اضطراب (A) و استرس (S) تا شش ماه بعد از پیگیری بر پایه نمره مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس

1- Barlow
2- Herson
3- Kazdin
4- Ogles
5- Lunner
6- Bonesteel

پس از درمان ■ پیش از درمان ■



نمودار ۴- شدت کنترل فکر بر پایه پرسش‌نامه کنترل فکر

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که روش درمانی فراشناختی ولز در درمان اختلال وسواس مؤثر است.

کاهش نمره‌های آزمودنی در Y-BOCS از مرحله خط پایه تا پایان جلسه هشتم، گویای تأثیر شیوه درمانی فراشناختی در پیش‌گیری از عود و بازگشت نشانگان اختلال می‌باشد. الگوی فراشناختی با آموزش بیمار در راستای شناسایی و بازسازی باورهای فراشناختی در زمینه محتوای افکار وسواسی و فعالیت‌های آیین‌مند، ملاک‌های درونی ارزیابی بیمار از افکار وسواسی را تغییر می‌دهد (ولز و ماتیسوس، ۱۹۹۴؛ ولز، ۲۰۰۰).

از سوی دیگر نمره‌های افسردگی، اضطراب و استرس آزمودنی از مرحله خط پایه تا پایان دوره پیگیری در مقیاس DASS کاهش یافته است. این یافته نشان می‌دهد که این رویکرد درمانی ضمن کاهش میزان اضطراب و استرس که از جمله پیامدهای هیجانی اصلی OCD می‌باشند، شدت افسردگی بیمار را نیز کاهش می‌دهد که معمولاً میزان همبودی این اختلال با OCD ۶۷٪ می‌باشد (سادوک و سادوک^۱، ۲۰۰۳؛ جنیک^۲، بیر^۳ و مینی‌چیلو^۴، ۱۹۹۸؛ سلیگمن^۵، روزنهان^۶ و واکر^۷، ۲۰۰۱).

یافته‌های به‌دست آمده از مقیاس SUD نشان می‌دهد که گزارش بیمار از میزان ناراحتی کلی خود در طی روند درمان کاهش بسیار خوبی داشته (۶۷٪ میزان بهبودی) و تا مرحله پیگیری ادامه داشته است که با یافته‌های ولز و دیویس (۱۹۹۴) و ولز و پاپاگورگیو^۸ (۱۹۹۵) هم‌سویی دارد. مهم‌ترین وجه تمایز گروه مبتلا به OCD و گروه گواه در درجه اول استفاده از راهبرد تنبیه و در درجه دوم نگرانی بود. یافته‌های به‌دست آمده از پژوهش حاضر هم‌سو با یافته‌های پیشین (ولز و

دیویس، ۱۹۹۴؛ ولز، ۱۹۹۵) نشان داد که آزمودنی مورد نظر بیشتر از خرده‌مقیاس‌های تنبیه و نگرانی برای کنترل افکار ناخواسته استفاده می‌کرده است. افزون بر این با پایان یافتن جلسات درمان و تأکید بر الگوی پردازش فراشناختی، راهبردهای کنترل افکار ناخواسته آزمودنی تغییر کرده و به راهبردهای کنترل افراد غیربالینی نزدیک شده است.

نمره‌های آزمودنی در SEI نشان داد که شیوه درمان فراشناختی در افزایش عزت‌نفس مؤثر بوده است که با یافته‌های هالندر^۹، ذوهر^{۱۰} و مارازیتی^{۱۱} (۱۹۹۴) هم‌سویی دارد. آنان کاهش عزت‌نفس را باعث افت تحصیلی، کاهش کیفیت روابط زناشویی بروز افسردگی و کم‌شدن رضایتمندی شغلی و اجتماعی گزارش کردند. هم‌چنین در زمینه میزان تغییر در موقعیت‌های شغلی و میان‌فردی یافته‌های پژوهش نشان داد که نمره آزمودنی در مقیاس SUD کاهش یافته است. از آن‌جا که آزمودنی دانشجوی خوابگاهی و متأهل (عقد کرده) بود، بیشترین اثر تداخل اختلال در زمینه‌های تحصیلی و ارتباط با دوستان به‌ویژه با همسر بروز نمود.

همکاری آزمودنی در فرآیند درمان تا جلسه پایانی رویکرد درمانی فراشناختی با هشت جلسه درمان در مقایسه با سایر درمان‌های رایج که دست‌کم ۱۲ جلسه را ضروری می‌دانند (ولز، ۲۰۰۰) می‌تواند به‌دلیل کوتاه‌مدت بودن دوره درمان باشد.

در ارتباط با میزان تداوم یافته‌های مثبت درمان، یافته‌های به‌دست آمده از نمرات آزمودنی در Y-BOCS، DASS و SUD در پیگیری ماه سوم و ششم پس از پایان جلسات درمان نشان داد که شدت نشانگان اختلال وسواس، اضطراب، افسردگی، استرس و ناراحتی کلی بازگشت نداشته است.

با توجه به یافته‌های پژوهش و میزان بهبودی آزمودنی، می‌توان گفت که شیوه درمانی فراشناختی در درمان اختلال وسواس، کارآیی لازم را دارد. در زمینه اثربخشی یا کاربرد بالینی درمان‌های روان‌شناختی، انجمن روانپزشکی آمریکا (بارلو و هافمن^{۱۲}، ۱۹۹۷) به سه ملاک کاربردپذیری، تعمیم‌پذیری و هزینه-سود اشاره نموده است.

- | | |
|---------------|-----------------|
| 1- Sadowk | 2- Jenik |
| 3- Bear | 4- Minichiello |
| 5- Seligman | 6- Rosenhan |
| 7- Walker | 8- Papageorgiou |
| 9- Hollender | 10- Zohar |
| 11- Marazziti | 12- Hofman |

Barlow, D.H., & Hofman, S. G. (1997). Efficacy and dissemination of psychological treatment. In D. M. Clark & E. G. Fairburn (Eds.). *Science and practice cognitive behavior therapy* (p.p. 95-117). Oxford: Oxford University Press.

Desiliva, P., & Rachman, S. (1999). *Obsessive-compulsive disorder: The facts*. Oxford: Oxford University Press.

Freeston, H., & Ladouceur, R. (1998). The cognitive-behavioral treatment of obsessions. In V. E. Caballo (Ed.). *Cognitive & behavioral treatment for psychological disorders*. New York: Pergamon Press.

Hayes, S. C. (1990). Single case experimental design and empirical clinical practice. In A. E. Kazdin (Ed.). *Methodological Issue and strategies in clinical research* (p.p.419-450).

Hollender, E., Zohar, J., & Marazziti, D. (1994). *Current insights in obsessive-compulsive disorder: Practical management*. New York: John Willy & Sons.

Jenik, M. A., Bear, L., & Minichiello, W. E. (1998). *Handbook of obsessive compulsive disorder: Practical management*. New York: Mosby.

Kazdin, A. E. (1992). *Research design in clinical psychology* (2nd. ed.). Boston, M. A.: Allyn & Bacon.

Lovibond, S. M., & Lovibond, P. F. M. (1995). *Manual for Depression and Anxiety Stress Scale*. Australia: Psychology Foundation of Australia.

Menzies, R., & Desiliva, P. (2003). *Obsessive-compulsive disorder: Theory research and treatment*. New York: John Wiley & Sons.

Ogles, B. M., Lunner, K. M., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application and current practice. *Clinical Psychology Review*, 21, 421-446.

Purdon, C., & Clark, A. D. (2001). Suppression of obsession-like thought in nonclinical individuals: impact on thought frequency, appraisal and mood state. *Behavior Research and Therapy*, 39, 1163-1181.

Purdon, C., & Clark, D. A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects: Content and relation with depressive anxious and obsessional symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 31, 713-720.

Repiar, W. (1994). Depression, In G. W. Lindsay & G. E. Powel (Eds.). *The Handbook of clinical psychology* (2nd. ed.). (p.p. 92-109). London: Routledge.

افزون بر این میزان بهبودی به دست آمده از این بررسی در کاهش شدت نشانگان وسواس ۸۰٪ می باشد که با میزان بهبودی (۸۲٪) به دست آمده در بررسی فرستون^۱ و لادوسر^۲ (۱۹۹۸) نزدیک است. با این تفاوت که در راهنمای درمان شناختی- رفتاری ارایه شده از سوی فرستون و لادوسر (همانجا)، دوره درمان بین ۴ تا ۵ ماه بوده که طی سه ماه آن جلسات دوبار در هفته برگزار می شده است.

با وجود این اجرای طرح تجربی تک موردی بر روی یک نفر، در اختیار نداشتن ابزار سنجش شناختواره های ویژه اختلال وسواس برای ارزیابی یافته های ناشی از تغییر شناختواره ها و هنجار نبودن برخی از ابزار سنجش در جمعیت ایران از محدودیت های پژوهش حاضر به شمار می روند.

برای اجرای پژوهش های بعدی پیشنهاد می شود از الگوی فراشناختی و رویکرد درمانی ناشی از آن برای درمان سایر اشکال اختلال وسواسی- اجباری بهره گرفته شود.

یک رشته طرح های آزمایشی تک موردی برای بررسی بیشتر کارایی و اثربخشی این شیوه درمانی در درمان OCD به کار برده شود و با سایر شیوه های درمانی رایج مقایسه گردد.

دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۳/۲؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۳/۴/۳۰؛
پذیرش مقاله: ۱۳۸۳/۵/۷

منابع

استکئی، گیل (۱۳۷۶). *درمان رفتاری وسواس*. ترجمه: عباس بخشی پور رودسری و مجید محمود علیلو. تبریز: روان پویا.

بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۷۶). *راههای افزایش عزت نفس در کودکان و نوجوانان*. تهران: انتشارات انجمن اولیاء و مربیان.

صاحبی، علی؛ میر عبداللهی، عفت السادات؛ سالاری، راضیه (۱۳۸۰). *هنجاریابی مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس در دانشجویان دانشگاه فردوسی*. مشهد: دانشگاه فردوسی.

فری، مایکل (۱۳۸۲). *شناخت درمانی گروهی برای افسردگی*. ترجمه علی صاحبی، حسن حمیدپور و زهرا اندوز. مشهد: جهاد دانشگاهی دانشگاه فردوسی.

یزدان دوست، رخساره؛ رضوان طلب، هادی؛ پیروی، امیرحسین (۱۳۸۰). بررسی نگرش های ناسالم، افسردگی و شدت بیماری کرونر قلب در بیمارستان بستری در CCU. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال ششم، شماره ۴، ۴۴-۲۴.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4 ed.)*. Washington, DC: APA.

Barlow, D. H., & Hersen, M. (1979). *Single case experimental designs strategies for studying behavior change*. New York: Pergamon Press.

- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Synopsis of psychiatry, (9th. ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. *Behavior Research and Therapy, 37*, 529-552.
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioral factor and the persistence of intrusive thought in obsessional problems. *Behavior Research and Therapy, 27*, 677-682.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy, 37*, 529-552.
- Seligman, M. P., Rosenhan, D. L., & Walker, E. F. (2001). *Abnormal psychology*. New York: Norton Company.
- Wells, A. (1995). Meta-cognitive and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 23*, 301-320.
- Wells, A. (1999). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Modification, 23*, 526-530.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorder and meta cognition: Innovative cognitive therapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Wells, A., & Davies, I. M. (1994). The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behavior Research and Therapy, 32*, 871-878.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and Emotion: A clinical perspective*. Hove: Erlbaum.
- Wells, A., & Morrison, T. (1994). Qualitative dimensions of normal worry and normal intrusive thoughts: A comparative study. *Behavior Research and Therapy, 32*, 867-870.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Relationship between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behavior Research and Therapy, 36*, 899-913.