

## بررسی میزان کارایی درمان فراشناختی در واسوسی نوجوانان شهر سنندج

آرتین شعبانی

دانشجوی کارشناسی، رشته روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران

Dr.fathipoor514@gmail.com

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان کارایی درمان فراشناختی در واسوسی نوجوانان شهر سنندج انجام شد. فرضیه‌های این پژوهش در چارچوب یک مطالعه آزمایشی تک موردی با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه پلکانی مورد بررسی قرار گرفته‌اند. در این گونه طرحها شرایط آزمودنی به دقت کنترل می‌شود و متغیر مستقل نیز به طور منظم در مورد آزمودنی اعمال می‌گردد. جامعه مورد پژوهش را دانشجویان مبتلا به اختلال وسواسی اجباری در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ تشکیل می‌دهد. که دارا بودن ملاکهای تشخیصی OCD بر طبق DSM-IV-TR؛ 2- سن حداقل 18 سال و حداکثر 50 سال یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که آزمودنی‌ها در روند درمان کاهش چشمگیری در نمره های پرسش‌نامه وسواسی اجباری یل‌براون داشته‌اند و مبنی بر اینکه درمان فراشناختی در کاهش علائم OCD آزمودنی‌ها تاثیر دارد، از لحاظ بالینی تایید می‌شود. با توجه به داده‌ها، میتوان نتیجه گرفت که کارایی درمان فراشناختی که در این پژوهش در مورد همه متغیرهای مربوط به این فرضیه ها، به جزء خرده مقیاس توجه برگردانی، مورد تایید قرار میگیرد. واژگان کلیدی: وسواسی ، فراشناختی ، کارایی درمان ، نوجوانان

## ۱. مقدمه

اضطراب مفهومی است چند بعدی و دارای سطوح گوناگون که به‌عنوان پدیده‌های بدنی، شناختی، عاطفی و بین‌فردی جلوه‌گر می‌شود. اضطراب یک علامت هشداردهنده است و باید خاطر نشان کرد که اندکی اضطراب برای ادامه بقا و نگاهداری فرد از خطرهای تهدیدکننده و حفاظت از خود لازم است. اما با وجود اینکه نوعی عامل انگیزش محسوب می‌شود، وقتی از حد می‌گذرد، عامل آشفتگی و فروریختگی سازمان رفتارها می‌گردد. بنابراین اضطراب ممکن است ما را از مسیر زندگی خارج کند، به نحوی که مهار زندگی را از دست بدهیم (آلن، ۱۹۹۵).

اضطراب زمانی مایه نگرانی بالینی می‌شود که به چنان سطح شدیدی رسیده باشد که توانایی عمل کردن در زندگی روزمره را مختل کند، به طوری که فرد دچار حالت ناسازگارانه‌ای شده باشد که مشخصه‌ی آن واکنش‌های جسمانی و روانی شدید است. این تجربه‌های شدید، غیرمنطقی و توانکاه اساس اختلالهای اضطرابی هستند. افراد مبتلا به اختلالهای اضطرابی در اثر احساسهای دیرپا و شدید اضطراب، درمانده می‌شوند. این احساسها به قدری نیرومند هستند که افراد مبتلا به این اختلالها قادر نیستند فعالیت‌های روزمره‌ی خود را انجام دهند. اضطراب آنها ناخوشایند است و باعث می‌شود نتوانند از موقعیت‌های عادی لذت ببرند، اما علاوه بر آن می‌کوشند از موقعیت‌هایی که سبب می‌شوند احساس اضطراب کنند، اجتناب ورزند (هالچین و کراس، ۱۳۸۳).

عصری که ما در آن زندگی می‌کنیم، عصر اضطراب نامیده می‌شود، طبق آمار سازمان بهداشت جهانی (WHO)، ۴۰۰ میلیون نفر در جهان به اضطراب مبتلا هستند؛ این پدیده، علت اولیه ۶ تا ۲۵ درصد از تمام مشکل‌های روانی محسوب می‌شود (نیکبخت نصرآبادی، مظلوم، نثاری، و گودرزی، ۱۳۸۷).

اضطراب، حالت خلقی منفی با علائم جسمی و اندیشناکی نسبت به آینده است. مطالعه اضطراب مشکل است، زیرا با علائم پیچیده‌های همچون حس ذهنی نگرانی، مجموعه‌ای از رفتارها (بی‌قراری، پریشانی) و یا پاسخ‌های فیزیولوژیکی که در مغز آغاز می‌شود و بازتاب و انعکاس آن افزایش ضربان قلب و تنش ماهیچه‌ای است، همراه است (بارلو، ۲۰۰۲).

شناخت اختلال وسواسی- اجباری توجه بسیاری از روانشناسان و روانپزشکان و پژوهندگان را به خود جلب کرده است. گفته می‌شود این اختلال طی تاریخ بشر همواره وجود داشته است و امروزه نسبت قابل ملاحظه‌ای از روان‌نژندها (نوروزها) را به خود اختصاص داده است. شدت و استمرار این اختلال گاه به حدی می‌رسد که نیرو و کارایی افراد را کاملاً از بین می‌برد و اثری فلج‌کننده در زندگی شخصی و اجتماعی بیمار بر جای می‌گذارد (قاسم زاده، ۱۳۷۶).

در این مقاله به بررسی مباحث نظری و پژوهشی که در راستای اهداف پژوهش می‌باشند، پرداخته می‌شود. در بخش نظری به بحث و بررسی درباره‌ی اختلال وسواسی- اجباری، نظریه‌ها، درمانها و پژوهش‌های موجود در این زمینه پرداخته شده است.

## اختلال وسواسی اجباری

وسواسها و اجبارها پدیده‌های تاریخی هستند و OCD از اوایل قرن هفده میلادی شناخته شده است (کروچمالیک و منزیس، ۲۰۰۳). علائم وسواسی را نزدیک به ۹۰ درصد از افراد جامعه تجربه می‌کنند (راکمان و دسیلوا، ۱۹۷۹؛ سالکوسکیس و هاریسون، ۱۹۸۴). چنین یافته‌هایی هر چند کمتر، ولی به اندازه‌ای قابل توجه در مورد اجبارها هم گزارش شده است (موریس و همکاران، ۱۹۹۷). ویژگی اصلی OCD، وقوع وسواسها و رفتارهای اجباری می‌باشد. وسواسها افکار، تصاویر ذهنی و تکانه‌های ناخواسته و مزاحم هستند که بدون میل و اراده‌ی بیمار رخ می‌دهند و به‌صورت ناسازگار و ناهمخوان با خود تجربه می‌شوند. فرد فعالانه در برابر وسواسها مقاومت می‌کند و می‌داند که وسواسها محصول ذهن او هستند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). عمده‌ترین محتواهای وسواسی عبارتند از: کثیفی/ آلودگی، زیان/ آسیب به خود یا دیگران، شک و تردید پاتولوژیک، تقارن/ دقت، افکار جنسی ناخواسته، مذهبی، دغدغه‌های سلامتی/ جسمانی و انباشت (کلارک، ۲۰۰۴). محتوای افکار، تجسم‌ها یا تکانه‌های وسواسی بسیار فردی است و براساس تجربه‌های شخصی، تأثیرات فرهنگی، اجتماعی و رخدادهای شاخص زندگی شکل می‌گیرند. اعمال اجباری رفتارهای تکراری آشکار و ناآشکاری هستند که در پاسخ به وسواسها انجام می‌شوند. هدف این رفتارها، کاهش ناراحتی و پریشانی یا پیش‌گیری از برخی رویدادهای هولناک است (انجمن روانپزشکی

آمریکا،)

### شناسایی وسواسها از نشخوار فکری و نگرانی

افکار وسواسی مربوط به اکنون و یا آینده و نشخوارهای فکری افسردگی مربوط به گذشته هستند. هم‌چنین افراد وسواسی اندیشه خود را مزاحم، بی‌معنی و ناخواسته می‌دانند و بیشتر آنها تلاش می‌کنند تا در برابر آنها ایستادگی کنند، ولی افراد دارای نشخوارهای افسردگی، افکارشان را مزاحم نمی‌دانند و کمتر در مقابل آنها مقاومت می‌کنند. در نهایت این‌که، افکار وسواسی بیشتر اوقات باعث اضطراب می‌شوند؛ در حالی که نشخوارهای افسردگی خلق افسرده ایجاد می‌کنند (کروچمالیک و منزیس، ۲۰۰۳).

در زمینه شناسایی وسواسها از نگرانی؛ نگرانی ممکن است به صورت خود هم‌خوان توصیف شود، در مقابل افکار مزاحم وسواسی، خودناهمخوان هستند. افکار وسواسی کوتاهمدت و شامل تصاویر ذهنی است، درحالی که نگرانی بیش‌تر کلامی، واقع‌بینانه و ارادی است. تفاوت دیگر بین افکار وسواسی و نگرانی آن است که افکار وسواسی ممکن است شامل امیال و تکانه‌ها باشد که این ویژگی‌های نگرانی محسوب نمی‌شود (ولز، ۲۰۰۹).

### نظریه‌های علت‌شناسی اختلال وسواس اجباری

#### رویکرد روانپویشی

در نظریه روانکاوی وسواسهای فکری و عملی یکی هستند و از نیروهای غریزی جنسی و یا پرخاشگرانه‌ای سرچشمه گرفته‌اند که بخاطر آموزش سخت‌گیرانه‌ی آداب توالی رفتن قابل مهار نیستند. بنابراین، شخص در مرحله نشیمنگاهی تثبیت شده است. نشانه‌های مشاهده شده، نتیجه کشمکش میان نهاد و سازوکارهای دفاعی است؛ گاهی اوقات غرایز پرخاشگرانه نهاد غلبه دارد و گاهی اوقات سازوکارهای دفاعی. برای نمونه، هنگامی که افکار وسواسی مربوط به کشتن هجوم می‌آورند، نیروهای نهاد غلبه می‌یابند. اما در غالب مواقع، نشانه‌های مشاهده شده حاکی از عملکرد نسبتاً موفقیت‌آمیز یکی از سازوکارهای دفاعی است. مثلاً، فردی که در مرحله مقعدی تثبیت شده است، ممکن است بخاطر مکانیسم واکنش وارونه در مقابل میل به کشیفی مقاومت کند و به طرزی وسواسگونه مرتب، منظم، و شسته و رفته باشد (دیویسون و کرینگ، ۱۳۸۳).

#### فراشناخت و مدل فراشناختی

اصطلاح شناخت به فرایندهای درون ذهنی یا راههایی که در آنها دادهها پردازش می‌شوند، یعنی راههایی که ما به‌وسیله آنها اطلاعات را مورد توجه قرار می‌دهیم، آنها را تشخیص می‌دهیم و به رمز در می‌آوریم و در حافظه ذخیره می‌سازیم و هر وقت که نیاز داشته باشیم آنها را از حافظه فرا می‌خوانیم و مورد استفاده قرار می‌دهیم، گفته می‌شود (ولز، ۲۰۰۰). ورود موضوع شناخت به درمان اختلالهای هیجانی در قالب تکوین نظریه "طرحواره" به کارهای بک باز می‌گردد. مطابق با این نظریه اختلال روانشناختی و هیجانی با اختلال در تفکر ارتباط دارد. به این معنی که اختلالاتی مانند اضطراب و افسردگی، با افکار خودآیند منفی و تحریف‌هایی در تفسیرها مشخص می‌شوند (ولز، ۲۰۰۰).

ولز برای تعدیل و اصلاح نظریه شناختی در درمان اختلالات هیجانی و خارج ساختن آن از رکود و ایستایی، مفهوم فراشناخت را عرضه کرده است. از نظر فلسفی، ریشه فراشناخت را بایستی در آثار و تفکرات کانت جستجو کرد. تفکر بازتابی کانتی با عینیت دادن بنیانی فعالیت شناختی شکل گرفت، که این فعالیت خود به موضوع شناخت "درجه دوم" تبدیل شد؛ شناخت درباره شناخت، با ایجاد اصولی درباره اصول، مقوله‌هایی درباره مقوله‌ها. بدین‌سان، این فراسوی دیدگاه، از نظر فلسفی امکان داد تا شرایط و امکانها و محدودیت‌های شناخت مورد بررسی قرار گیرند. در واقع کانت اظهار می‌دارد که ما تنها توانایی شناختن واقعیت خارجی دسته دوم را داریم، اما می‌توانیم واقعیت درونی دست اول، یعنی سازمان شناخت خود را بشناسیم (ولز، ۲۰۰۰).

در روانشناسی برای نخستین بار پیازه فراشناخت را به‌گونه‌ای ضمنی مورد استفاده قرار داد؛ چراکه تفکر عملیات صوری پیازه آشکارا ماهیتی فراشناختی دارد، زیرا مستلزم تفکر درباره گزارهها، فرضیه‌ها و احتمالات قابل تصویری است که ماهیت شناختی دارند. ولی پیازه اصطلاح "فراشناخت" را به کار نبرد. شاید اولین روانشناسی که به گونه‌ای روشن این اصطلاح را وارد

روانشناسی شناختی کرد، فلاول بود. ویژگی مهم نظریه ولز آن است که وی فراشناخت را در مفهوم درمانی آن به کار برده است. ولز نیز اذعان دارد که فراشناخت عبارت است از "شناخت درباره شناخت". وی در این مبحث رابطه فراشناخت را در رابطه با اختلالهای روانشناختی، با پیش کشیدن نوعی الگوی ضمنی مورد بررسی قرار می‌دهد. در این الگوی ضمنی ولز به تشخیص بخشیدن به فرایندهایی می‌پردازد که پیامد آنها تغییر ذهن، تفکر و شناخت فرد است. وی در این باره محتوای تفکر را کنار می‌گذارد و در عوض به چگونگی بروز آگاهی در نظام ذهنی ما می‌پردازد.

### روش پژوهش

#### نوع و طرح پژوهش

فرضیه‌های این پژوهش در چارچوب یک مطالعه آزمایشی تک موردی با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه پلکانی مورد بررسی قرار گرفته‌اند. در این گونه طرحها شرایط آزمودنی به دقت کنترل می‌شود و متغیر مستقل نیز به طور منظم در مورد آزمودنی اعمال می‌گردد. از این رو طرحهای آزمایشی تک موردی نسبت به بررسی‌های موردی از نظر کنترل شرایط ناخواسته مناسب‌ترند (هایمن، ۱۹۹۸؛ به نقل از حمیدپور، ۱۳۸۲). متغیر مستقل در این پژوهش درمان فراشناختی و متغیرهای وابسته، تغییرهای درمانی حاصل از کاربرد درمان فراشناختی در جلسات درمان بودند.

#### جامعه آماری و نمونه

جامعه مورد پژوهش را دانشجویان مبتلا به اختلال وسواسی اجباری در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ تشکیل می‌دهد. شرکت‌کنندگان پژوهش نیز از بین دانشجویان دارای اختلال وسواسی- اجباری گزینش شدند. تعداد شرکت‌کننده نیز برای این پژوهش ۳ نفر می‌باشند که بر اساس ملاکهای ورود و خروج و احراز شرایط وارد طرح درمان شدند.

#### ابزارهای پژوهش

##### مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالهای محور I (SCID-I)

مصاحبه مزبور ابزاری انعطاف‌پذیر است که توسط فرست و همکاران تهیه شد (۱۹۹۶). ترن و اسمیت ضریب کاپای ۶۰ درصد را به‌عنوان ضریب اعتبار بین ارزیابها برای SCID گزارش کرده‌اند (۲۰۰۴). شریفی و همکاران این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند (۱۳۸۳). توافق تشخیصی برای بیشتر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد) به دست آمده نیز رضایت بخش است.

##### مقیاس وسواسی- اجباری ییل- براون (YBOQ)

این مقیاس که ۱۰ ماده دارد، ابزار اندازه‌گیری شدت اختلال وسواسی- اجباری، بدون توجه به نوع وسواس یا اجبار است. از این ۱۰ ماده، پنج ماده بر وسواسها و پنج ماده بر اجبارها متمرکز است (استکتی، ۱۳۷۶). پایایی این مقیاس با روش پایایی بین ارزیابها در ۴۰ بیمار ۹۸٪ و ضریب همسانی درونی ۹۸٪/۹۸. (صبور، مهریار، و قریب، ۱۳۷۷) و با استفاده از روش بازآزمایی به فاصله‌ی دو هفته ۸۴٪/۸۴. (دادفر، بولهری، ملکوتی و بیابانزاده، ۱۳۸۰) گزارش شده است. در بررسی مقدماتی در ۲۶ بیمار که به منظور بررسی روایی همگرا صورت گرفت، بین نمرات این مقیاس و مقیاس وسواسی- اجباری مادزلی همبستگی ۷۲٪/۷۲. گزارش شد (هالندر، زهر و مارازیتی، ۱۹۹۴). بیشترین نمره در این پرسش‌نامه ۴۰ می‌باشد.

##### پرسش‌نامه اضطراب بک (BAI)

BAI یک پرسش‌نامه خود گزارشی ۲۱ آیتمی است که برای اندازه‌گیری شدت علائم جسمی و شناختی افراد در یک هفته گذشته است. این مقیاس به صورت ۴ درجه‌ای از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و بالاترین نمره‌هایی که در آن بدست می‌آید ۶۳ می‌باشد. بک، براون و استیر (۱۹۸۸) همسانی درونی مقیاس را برابر با ۹۲ درصد و پایایی بازآزمایی یک هفته‌ای آن را ۷۵ درصد گزارش کرده‌اند. بک و استیر روایی محتوا؛ هم‌زمان؛ سازه؛ تشخیصی و عاملی را برای هر مقیاس بررسی کرده و کارایی بالای این ابزار را در اندازه‌گیری شدت اضطراب مورد تایید قرار داده‌اند.

شیوه امتیازبندی پاسخها به صورت اصلا (0)، خفیف (1)، متوسط (2)، و شدید (3) است. به این ترتیب، دامنه نمره فرد از صفر تا 63 می‌تواند در نوسان باشد.

#### آزمون درآمیختگی افکار (TFI)

این پرسش‌نامه یک آزمون خودسنجی 14 گویه‌ای است که باورهای رایج را در زمینه معنی و توانمندی افکار می‌سنجد. پرسش‌نامه آمیختگی فکر سه مقوله درهم‌آمیختگی افکار را که در الگوی فراشناختی معرفی شده‌اند را می‌سنجد. این 3 عامل عبارتند از: 1- درآمیختگی فکر-کنش (TAF)، 2- درآمیختگی فکر شئی (TOF)، و 3- درآمیختگی فکر رویداد (TEF). پاسخ‌ها بر یک پیوستار 100 درجه‌ای (از صفر، "ابدا اعتقادی ندارم" تا 100، "کاملاً معتقدم") و به صورت ده‌تایی نمره‌گذاری می‌شوند (ولز، جوپلیام و کاترایت-هاتون، 2001). ولز، جوپلیام و کاترایت-هاتون (2001) ضریب همسانی درونی مناسبی را برای این آزمون گزارش کرده است (آلفای کرونباخ،  $0.89$ ). همچنین همبستگی کل ماده‌ها در دامنه‌ای از  $0.35$  تا  $0.78$  گزارش شده است. مه-یرز، فیشر و ولز (2008) ضریب پایایی این آزمون را به روش بازآزمایی  $0.69$  گزارش نموده‌اند. خرم دل، ربیعی، مولوی و نشاط دوست در تحلیل پایایی همسانی درونی، ضریب آلفا را برای عامل کلی  $0.87$ ، و برای عامل اول، دوم، سوم و دونیمه سازی به ترتیب  $0.77$ ،  $0.82$ ،  $0.80$ ، و  $0.73$  بدست آوردند. داده‌های روایی همگرا ضریب همبستگی بین آزمون درآمیختگی افکار و پرسش‌نامه درآمیختگی فکر-کنش را  $0.65$  نشان داد.

#### پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI)

این پرسش‌نامه شکل بازنگری شده پرسش‌نامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (بک، استیر و براون، 1996). این ویرایش در مقایسه با ویرایش اول بیشتر با DSM-IV همخوان است و همانند پرسش‌نامه اضطراب بک، 21 سوالی است و تمام عناصر افسردگی بر اساس نظریه شناختی را پوشش می‌دهد. یافته‌های پژوهش بک، استیر و براون نشان داد که این پرسش‌نامه ثبات درونی بالایی دارد (بک، استیر و براون، 1996)، همچنین بررسی دیگری ضریب آلفا  $0.91$ ، ضریب همبستگی میان دو نیمه  $0.89$ ، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته  $0.94$  را برای آن گزارش داد (کیت و محمدخانی، 1385) ثبات درونی آزمون برای دانشجویان ایرانی  $0.87$  و پایایی بازآزمایی آن  $0.73$  گزارش شده است (کیت و محمدخانی،

1385). فتی نیز در یک نمونه 94 نفری در ایران، ضریب آلفای کرونباخ  $0.91$  و پایایی بازآزمایی این مقیاس را در طی یک هفته  $0.96$  گزارش کرده است (فتی، 1382). پاسخ‌دهندگان به این آزمون، برای درک ماده‌های آن باید حداقل در سطح کلاس پنجم یا ششم توانایی خواندن داشته باشند. آنها باید به هر ماده بر مبنای یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای از صفر تا سه پاسخ دهند.

حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر آن 63 است. با جمع کردن نمرات فرد در هر یک از ماده‌ها، نمره فرد به طور مستقیم به دست می‌آید. نمره‌های زیر را می‌توان برای نشان دادن سطح کلی افسردگی به کار بست:

0 تا 13: هیچ یا کمترین افسردگی

14 تا 19: افسردگی خفیف

20 تا 28: افسردگی متوسط

29 تا 63: افسردگی شدید

#### پرسش‌نامه‌ی کنترل فکر (TCQ)

این پرسش‌نامه‌ی 30 ماده‌ای را ولز و دیویس (1994) به منظور ارزیابی راهبردهای کنترل فکر و رابطه آن با آسیب‌پذیری هیجانی تهیه کرده‌اند. پنج زیرمقیاس این پرسش‌نامه شامل توجه‌برگردانی (D)، تنبیه (P)، ارزیابی مجدد (R)، نگرانی (W)، و کنترل اجتماعی (S) است. ولز و دیویس (1994) با استفاده از روش بازآزمایی، برای زیرمقیاس‌های این پرسش‌نامه پایایی  $0.67$  تا  $0.83$  و ضریب آلفای کرونباخ  $0.64$  تا  $0.79$  را گزارش کرده‌اند. در بررسی روایی این پرسش‌نامه، ضریب همبستگی

این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه‌های اوسی‌دی پادوا، افکار اضطرابی و نگرش‌های ناکارآمد، بالا ارزیابی شده است (ولز، ۲۰۰۰). در پژوهشی که در ایران در یک نمونه ۱۰۰ نفری انجام شد، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۱ و برای زیرمقیاس‌های توجه‌برگردانی ۰/۷۹، تنبیه ۰/۷۶، ارزیابی مجدد ۰/۷۰، نگرانی ۰/۷۰ و کنترل اجتماعی گزارش شد (گودرزی، اسماعیلی و ترکانبوری، ۱۳۸۴).

این پرسش‌نامه از یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای برخوردار است (از ۱ "هرگز" تا ۴ "همیشه"). نمره هر عامل از راه مجموع ماده‌های مربوط به آن عامل بدست می‌آید.

توجه‌برگردانی: 1، 9، 16، 19، 21، 30

تنبیه: 2، 6، 11، 13، 15، 28

ارزیابی دوباره: 3، 10، 14، 20، 23، 27

نگرانی: 4، 7، 18، 22، 24، 26

کنترل اجتماعی: 5، 8، 12، 17، 25، 29

### روش اجرا

نخست با نصب آگهی در دانشکده‌های از همه کسانی که علایم اختلال وسواسی اجباری را داشته‌اند برای مصاحبه جهت ورود به طرح پژوهشی دعوت شد. پس از مراجعه افراد به روانشناس بالینی با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات محور I (SCID-I) و با توجه به علایم ورود و خروج، و پس از تشخیص OCD، نمونه مورد نظر گزینش شدند. سپس پرسش‌نامه‌های وسواسی اجباری ییل‌براون، اضطراب بک، آزمون آمیختگی فکر، پرسش‌نامه افسردگی بک، و پرسش‌نامه کنترل فکر برای تعیین خط پایه در مرحله پیش از درمان و در پایان درمان در مرحله پس از درمان استفاده شد. پرسش‌نامه‌های وسواسی اجباری ییل‌براون، اضطراب بک، آزمون آمیختگی فکر، و پرسش‌نامه کنترل فکر در جلسه‌های دوم، چهارم، ششم، هشتم، پیگیری 1 و 3 ماه نیز اجرا شدند.

**معیارهای ورود:** 1- دارا بودن ملاک‌های تشخیصی OCD بر طبق DSM-IV-TR؛ 2- سن حداقل 18 سال و حداکثر 50

سال؛ 3) دارا بودن سطح تحصیلات حداقل دیپلم 4- پذیرفتن فرد برای شرکت در پژوهش، پس از امضای رضایت‌نامه کتبی.

**معیارهای خروج:** 1- داشتن علایم سایکوتیک یا افکار جدی خودکشی، 2- داشتن اختلال شخصیت، بیماری عصبی یا سوء مصرف مواد، و 3- دریافت دارودرمانی یا سایر مداخلات روانشناختی هنگام ورود به پژوهش.

### روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از تحلیل نموداری و ترسیمی استفاده شد و براساس روند نیمرخ اثرات متغیر مستقل بر متغیر وابسته بررسی گردید. در این پژوهش داده‌های مربوط به تغییرات درمانی (براساس پرسش‌نامه‌های ارایه شده) به صورت ترسیمی مورد بررسی قرار گرفته‌اند. همچنین برای محاسبه درصد بهبودی از فرمول زیر استفاده شد:

$$\Delta\% = (A0 - A1) / A0$$

$A0$ : مشکل آماجی در جلسه اول (علایم وسواسی اجباری، اضطراب، باورهای آمیختگی فکر و .....)

$A1$ : مشکل آماجی در جلسه آخر (علایم وسواسی اجباری، اضطراب، باورهای آمیختگی فکر و .....)

$\Delta\%$ : میزان بهبودی

### پژوهش یافته

در این پژوهش، نخست داده‌های جمعیت شناختی در مورد آزمودنیان ارایه می‌شود، سپس یافته‌های حاصل از آزمون فرضیه‌های پژوهش، به صورت جدول و نمودار ارایه خواهند شد. داده‌های ارایه شده در این فصل برآمده از اجرای آزمونهای وسواسی اجباری ییل‌براون، پرسش‌نامه اضطراب بک، آزمون آمیختگی فکر، پرسش‌نامه افسردگی بک، پرسش‌نامه کنترل فکر

می‌باشد.

## داده‌های جمعیت شناختی

## جدول ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

آزمودنی‌ها	سن	جنس	میزان	شغل	وضعیت تاهل	اقدامات
			تحصیلات			درمانی
						پیشین
آزمودنی اول	۲۰	زن	کارشناسی	دانشجو	مجرد	نداشته است
آزمودنی دوم	۲۳	زن	دکترای حرفه- ای	دانشجو	مجرد	دارو درمانی
آزمودنی سوم	۲۱	زن	کارشناسی	دانشجو	مجرد	نداشته است

## شرح حال آزمون

آزمودنی اول زن، ۲۰ سال و دانشجوی سال دوم رشته زبان فرانسه مقطع کارشناسی می‌باشد که مدت ۴ سال علائم اختلال وسواسی- اجباری را داشت. پس از مصاحبه‌ی تشخیصی بر اساس چک لیست علائم مربوط در چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تشخیص اختلال وسواسی- اجباری برای وی تایید گردید. علائم بالینی وی شامل وسواسهای فکری همراه با وسواسهای عملی بوده است. وسواسهای فکری شامل تصاویری در رابطه با آسیب زدن به خود و اعضای خانواده با چاقو، تصاویری از مورد تجاوز جنسی قرار گرفتن و تصاویری از رابطه جنسی بوده است. اجبارهای فرد شامل کنش‌های ذهنی مانند شمردن و نام بردن اعضای خانواده در ذهن، توجه برگردانی، و وارسی حافظه بوده است. آیین مندی‌هایی مانند شستن دست‌ها بصورت پی‌درپی هنگام ورود به منزل، وارسی اتاق خواب اعضای خانواده برای اطمینان خاطر از سالم بودنشان، فشردن چاقو و کلید در کف دست، فرو بردن سر در تشت آب سرد، و روشن و خاموش کردن پی‌درپی لامپ، را انجام می‌داده است. وی در ۴ سال گذشته و همچنین حین درمان سابقه‌ی هیچ‌گونه مداخله‌ی دارویی و روانشناختی نداشته و نسبت به مشکل خود بینش داشته است. در خانواده آزمودنی اول پیشینه‌ای از اختلال روانشناختی وجود نداشته است. وضعیت اجتماعی و اقتصادی آزمودنی در سطح متوسط می‌باشد.

آیین‌مندی دیگر فرد شامل وارسی اتاق خواب برای اطمینان از شرایط مناسب اتاق بوده است. آزمودنی نسبت به مشکل خود آگاهی داشته است. مبتلا به اختلال همراه دیگری نمی‌باشد. آزمودنی دارای وضعیت اجتماعی و اقتصادی بالایی می‌باشد.

## آزمون فرضیه‌های پژوهش

## فرضیه

در فرضیه اول پژوهش، این پیش‌بینی مطرح شده است که درمان فراشناختی در کاهش نمره‌های بیماران مبتلا به OCD در پرسش‌نامه وسواسی اجباری یل‌براون تاثیر خواهد داشت.

## جدول نمره‌های آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه یل‌براون

آزمودنی‌ها	درمان فراشناختی	درمان	آزمودنی‌ها
مراحل درمان	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم
خط پایه	۳۲	۲۶	۳۵

۲۹	۲۳	۲۳	جلسه دوم
۲۱	۱۴	۱۷	جلسه چهارم
۱۲	۱۰	۱۴	جلسه ششم
۹	۸	۹	جلسه هشتم
۵	۷	۴	جلسه پایانی
۵	۷	۴	پیگیری 1 ماه
۴	۸	۴	پیگیری 3 ماه
۸۶	۷۳	۸۷	میزان بهبودی
	۸۲		بهبودی کلی

جدول فوق نمره های آزمودنی‌ها را در آزمون وسواسی اجباری یل براون، پیش از شروع درمان، جلسه دوم، چهارم، ششم، هشتم، جلسه پایانی، پیگیری 1 و 3 ماه را نشان می‌دهد. داده‌ها نشان می‌دهد که آزمودنی‌ها 82 درصد بهبودی کلی را بدست آوردند. همه آزمودنی‌ها در مرحله خط پایه دارای ملاکهای OCD بودند که در جلسه پایانی هیچ یک از آزمودنی‌ها واجد ملاک های تشخیصی OCD نیستند و با توجه به درصد بهبودی، می‌توان اظهار داشت که بهبودی آزمودنی‌ها به لحاظ بالینی معنی‌دار است.

#### نتیجه گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی کارایی درمانی فراشناختی بر روی اختلال وسواسی اجباری انجام شده است. بر پایه یافته های کارایی داشته است. یافته‌ها نشان می‌دهد که OCD بدست آمده از پژوهش، می‌توان اظهار داشت که درمان فراشناختی در کاهش علائم دهد که آزمودنی‌ها در پرسشنامه وسواسی اجباری یل براون ۸۲ درصد بهبود کلی، در پرسشنامه اضطراب ۶۵ درصد بهبود کلی، در پرسشنامه آمیختگی فکر ۸۸ درصد بهبود کلی، در پرسشنامه افسردگی بک ۵۴ درصد بهبود کلی، و در خرده مقیاس‌های تنبیه، نگرانی، و توجه برگردانی به ترتیب ۴۴ درصد، ۳۹ درصد و ۱ درصد بهبود کلی را نشان داده‌اند. با توجه به داده‌ها، می‌توان نتیجه گرفت که کارایی درمان فراشناختی که در این پژوهش در مورد همه متغیرهای مربوط به این فرضیه‌ها، به جزء خرده مقیاس توجه برگردانی، مورد تایید قرار می‌گیرد.

#### منابع

ابوالقاسمی، ع؛ حسنعلی زاده، م؛ کاظمی، ر؛ نریمانی، م. (1389). تاثیر درمان‌های فراشناختی و دارویی بر باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری. مجله علوم رفتاری، دوره 4، شماره 4، صفحه: 312-305.  
استکتی، گ. (1376). درمان رفتاری وسواس (ترجمه ع. بخشی پور رودسری و م. علیلو). تبریز: روان پویا.  
اندوز، ز. (1385). کارایی و اثربخشی الگوی فراشناختی ولز در درمان یک مورد اختلال وسواسی- اجباری. مجله روان‌پزشکی و روان- شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۱۲ (۱)، ۵۹-۶۶.  
بابایی، م؛ اکبرزاده، ن؛ نجل رحیم، ع؛ پورشهریاری، مه سیم. 1387. تاثیر درمان ترکیبی شناختی- رفتاری و کاهش اندیشه‌پردازی خطر بر اختلال وسواسی- اجباری در دانشجویان دختر. مطالعات روان‌شناختی، دوره 6/ شماره 1.



- بیابانگرد، ا. (1381). تحلیلی بر فراشناخت و شناخت درمانی. تازه‌های علوم شناختی، سال 4، شماره‌ی 4، 1381.
- حمیدپور، حسن (1387). اهمیت روش‌شناسی در پژوهش‌های رفتاری- شناختی. بازتاب دانش، نشریه‌ی درباره‌ی شناخت، مغز، و رفتار. دوره سوم، شماره 10، زمستان 1387.
- خرمدل، ک؛ نشاط دوست، ح ط؛ مولوی، ح؛ امیری، ش؛ بهرامی، ف. (1389). اثر درمان فراشناختی "ولز" بر در آمیختگی افکار بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری. مجله اصول بهداشت روانی، سال 12 (1)، صفحه 9-400
- دابسون کیت، محمدخانی پروانه. اثربخشی مداخله مبتنی بر افسردگی عودکننده، گزارش مورد. تهران: دانشگاه توان‌بخشی. 1385: 25-30.
- دابسون کیت، محمدخانی پروانه. ویژگی‌های روان‌سنجی BDI-II. مجله توان‌بخشی. 1385: (29): 82-88.
- دادفر، م.، بوالهروی، ج.، ملکوتی، ک.، و بیا نزاده، ا. (1380). بررسی شیوع نشان‌های اختلال وسواسی اجباری. مجله روان‌پزشکی و روان-شناسی بالینی ایران، ۷، ۲۷-۳۲.
- سرمد، ز.، بازرگان، ع.، و حجازی، ا. (1387). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: نشر آگه.
- دیویسون، جerald سی؛ نیل، جان ام؛ کرینگ، آن ام (1384). آسیب‌شناسی روانی. ترجمه: مهدی دهستانی. تهران، نشر روان، جلد اول. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، 1939).