



دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی

گروه روان شناسی

پایان نامه

برای دریافت درجه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

عنوان

کارآیی درمان فراشناختی بر اختلال وسواسی اجباری

استاد راهنما

دکتر عباس بخشی پور رودسری

استاد مشاور

دکتر مجید محمودعلیلو

پژوهشگر

احمد امیری پیچاکلایی

شهریور 1390

نام خانوادگی: امیری پیچاکلائی

نام: احمد

عنوان پایان نامه: کارآیی درمان فراشناختی بر اختلال وسواسی - اجباری

استاد راهنما: دکتر عباس بخشی پور رودسری

اساتید مشاور: دکتر مجید محمود عیلو

مقطع تحصیلی: کارشناسی ارشد

رشته: روان شناسی

گرایش: بالینی

دانشگاه: تبریز

دانشکده: علوم تربیتی و روان شناسی

دانشکده: علوم تربیتی و روانشناسی تاریخ فارغ التحصیلی: شهریور 1390 تعداد صفحات:

کلید واژه ها: درمان فراشناختی، اختلال وسواسی - اجباری، باورهای فراشناختی، درمان شناختی رفتاری

هدف: درمان شناختی رفتاری و رویارویی و جلوگیری از پاسخ از موثرترین درمان های روان شناختی برای اختلال وسواسی - اجباری هستند. با این حال، این رویکرد اغلب با نتایج گوناگون و گستره ای از نشانه باقی مانده در فرد درمان شده همراه است. این پژوهش شکل جدیدتری از درمان شناختی بر پایه مدل فراشناختی و لز از اختلال وسواسی - اجباری را ارزیابی می کند.

روش: در یک بررسی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه، فرایند درمان بر روی 3 آزمودنی انجام شد. آزمودنی ها در مرحله پیش از درمان و جلسه پایانی پرسش نامه وسواسی اجباری یل براون، پرسش نامه اضطراب بک، پرسش نامه آمیختگی فکر، پرسش نامه افسردگی بک، و پرسش نامه کنترل فکر را پر نمودند. علاوه بر این، پرسش نامه وسواسی اجباری یل براون، پرسش نامه اضطراب بک، پرسش نامه آمیختگی فکر، و پرسش نامه کنترل فکر را در جلسه های دوم، چهارم، ششم، هشتم، و دوره پیگیری 1 و 3 ماه پس از درمان نیز پر کردند.

یافته ها: نمره های آزمودنی ها در کلیه مقیاس ها در مرحله پس از درمان نسبت به مرحله قبل از آن کاهش نشان دادند. در مقیاس یل براون نمره آزمودنی اول از 32 در خط پایه به 4 در جلسه پایانی، آزمودنی دوم از 26 در خط پایه به 7 در جلسه پایانی، آزمودنی سوم از 35 در خط پایه به 5 در جلسه پایانی کاهش یافت. یافته های دیگر، شامل کاهش نمره در مقیاس های اضطراب بک، آمیختگی فکر، افسردگی بک و زیرمقیاس های تنبیه و نگرانی پرسش نامه کنترل فکر بود.

نتایج: یافته های بدست آمده از پژوهش نشان داد که درمان فراشناختی می تواند درمانی کارآ برای اختلال وسواسی - اجباری باشد.

فصل اول: کلیات پژوهش

Error! ..... دیباچه

Bookmark not defined.

.....Error! ..... 2-1- بیان مسأله

Bookmark not defined.

8..... 3-1- اهمیت و ضرورت تحقیق

9..... 4-1- هدف های پژوهش

9..... 1-4-1- هدف کلی

9..... 2-4-1- هدف های جزئی

9..... 5-1- فرضیه های پژوهش

10..... 8-1- تعاریف مفهومی و کاربردی متغیرها

فصل دوم: پیشینه پژوهش

14..... دیباچه

14..... 1-2- اختلال وسواسی - اجباری

17..... 1-1-2. شناسایی وسواس ها از نشخوار فکری و نگرانی

17..... 2-2- نظریه های علت شناسی اختلال وسواس اجباری

17..... 1-2-2. رویکرد روانپویشی

18..... 2-2-2. رویکرد زیست شناسی

18..... 2-2-3. فشار روانی

- 3-2. نظریه‌های شناختی - رفتاری اوسه.دی ..... 19
- 1-3-2. رویکرد رفتاری ..... 19
- 2-3-2. رویکرد ارزیابی ..... 20
- 3-3-2. حوزه باورهای شناختی و گروه کاری ..... 21
- 4-2. مدل‌های روان‌شناختی اوسه.دی ..... 22
- 1-4-2. مدل سالکووسکیس ..... 22
- 2-4-2. مدل استکتی و بارلو ..... 24
- 3-4-2. فراشناخت و مدل فراشناختی ..... 26
- 1-3-4-2. انواع فراشناخت ..... 28
- 1-1-3-4-2. دانش فراشناختی ..... 28
- 2-1-3-4-2. تجربه‌های فراشناختی ..... 28
- 3-1-3-4-2. راهبردهای کنترل فراشناختی ..... 29
- 5-2. درمان فراشناختی ..... 30
- 1-5-2. الگوی A-B-C بازبینی شده ..... 35
- 6-2. درمان فراشناختی وسواس ..... 36
- 1-6-2. نشانگان شناختی توجهی در اختلال وسواسی اجباری ..... 37
- 2-6-2. درجاماندگی شناختی: نشخوار فکری، نگرانی و آیین‌مندی‌های ناآشکار و پایش تهدید ..... 37
- 3-6-2. باورهای فراشناختی در اختلال وسواسی اجباری ..... 38
- 7-2. مدل فراشناختی اختلال وسواسی اجباری ..... 40
- 1-7-2. ساختار درمان ..... 42

## فصل سوم: روش پژوهش

- 1-3. نوع و طرح پژوهش ..... 46
- 2-3. جامعه و نمونه مورد بررسی ..... 46

3-3. ابزارهای پژوهش ..... 46

3-4. روش اجرا ..... 50

3-5. روش تحلیل داده ها ..... 50

### فصل چهارم: یافته های پژوهش

دبیاچه ..... 52

4-1. داده های جمعیت شناختی ..... 52

4-2. آزمون فرضیه های پژوهش ..... 54

### فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

5-1- بحث و نتیجه گیری ..... 78

5-2- محدودیت های پژوهش ..... 85

5-3- پیشنهادات ..... 85

### منابع

منابع ..... 86

پیوست ..... 92

# فصل اول

## کلیات پژوهش

## دبیاچه

اضطراب<sup>1</sup> مفهومی است چند بعدی و دارای سطوح گوناگون که به‌عنوان پدیده‌ای 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<sup>2</sup>، 1995).

اضطراب زمانی مایه نگرانی<sup>3</sup> 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<sup>4</sup> هستند. افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی در اثر احساس‌های دیرپا<sup>5</sup> 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، 1383).

عصری که ما در آن زندگی می‌کنیم، عصر اضطراب نامیده می‌شود، طبق آمار سازمان بهداشت جهانی (WHO)<sup>6</sup>، 400 میلیون نفر در جهان به اضطراب مبتلا هستند؛ این پدیده، علت اولیه 6 تا 25 درصد از تمام مشکل‌های روانی محسوب می‌شود (نیکبخت نصرآبادی، مظلوم، نثاری، و گودرزی، 1387).

اضطراب، حالت خلقی منفی با علائم جسمی و اندیشناکی نسبت به آینده است. مطالعه اضطراب مشکل است، زیرا با علائم پیچیده‌ای 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<sup>7</sup>، 2002).

---

1 Anxiety

2 Allen

3 worry

4 Anxiety disorder

5 chronic

6 World Health organization

ربر<sup>8</sup> (1985) اضطراب را چنین تعریف می‌نماید: «اضطراب معمولاً به یک حالت هیجانی ناخوشایند و مبهم اطلاق می‌شود که با پریشانی، وحشت و هراس و تشویش همراه می‌باشد». چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV-TR)<sup>9</sup> هفت نوع اصلی اختلال‌های اضطرابی را مشخص می‌کند که به عنوان اختلال هراس<sup>10</sup> از نوع خاص یا اجتماعی، گذر هراسی<sup>11</sup>، وحشت‌زدگی<sup>12</sup>، اختلال اضطراب فراگیر<sup>13</sup> (GAD)، اختلال وسواسی- اجباری<sup>14</sup> (OCD)، اختلال استرس پس از سانحه<sup>15</sup>، طبقه‌بندی می‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>16</sup>، 2000).

در بین اختلال‌های اضطرابی، OCD اختلالی بسیار ناتوان‌کننده است که معمولاً به‌عنوان یک بیماری به درمان طولانی مادام-العمر نیازمند است. در فضای اجتماعی کنونی که لحظه لحظه آن از فشار روانی و تنش، مملو است، انسان عصر نوگرایی<sup>17</sup> دستاویز انواع آیین‌مندی‌های وسواسی شده است تا شاید راه‌گریزی از اضطراب بیابد. از این‌رو، وسواس با زندگی و حیات اجتماعی انسان معاصر چنان درهم‌تنیده شده که دیگر نمی‌توان به راحتی جنبه‌های آسیب‌شناختی و غیرآسیب‌شناختی آن را از هم جدا کرد (بابایی، اکبرزاده، نجل رحیم، و پورشهریاری، 1387).

در این فصل، نخست به بحث و بررسی دربارهٔ مسأله، اهمیت و ضرورت و سپس هدف‌های کلی و جزئی، فرضیه‌ها، متغیرها و تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها پرداخته شده است. در فصل دوم، به بیان بنیان نظری پژوهش و بحث درباره‌ی پژوهش‌های انجام شده در زمینه‌ی پژوهش حاضر پرداخته شده و در فصل سوم به بحث درباره‌ی روش‌شناسی پژوهش و در ادامه، در فصل چهارم به بررسی یافته‌های پژوهش و در پایان، در فصل پنجم به بحث و نتیجه‌گیری در مورد یافته‌های بدست آمده پرداخته شده است.

---

7 Barlow

8 Robber

9 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

10 Phobia

11 Agoraphobia

12 panic

10 Generalized anxiety disorder

14 Obsessive- compulsive disorder

15 Post traumatic stress disorder

16 American Psychiatric Association

17 Modernist



OCD یکی از مشکلات جدی سلامت روان است و سالانه هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی هنگفتی را بر دوش جامعه می‌اندازد (بارلو، 2002). OCD با وسواس‌های<sup>18</sup> پی‌درپی و یا رفتارهای اجباری<sup>19</sup> که موجب پریشانی برجسته و یا تداخل در عملکردهای روزمره است، توصیف می‌شود؛ وسواس‌ها، افکار، تصورات، یا تکانه‌های مزاحم و تکراری هستند که خودناهم‌خوانند<sup>20</sup> و در بیشتر زمان‌ها، بی‌معنی هستند. وسواس‌ها به طور کلی با اضطراب، بی‌زاری، شک و تردید، یا یک احساس ناتمامی همراهند، بنابراین با پریشانی تجربه می‌شوند؛ اعمال اجباری، رفتار تکراری و هدفمندند که برای کاهش اضطراب و پریشانی انجام می‌شوند، اعمال اجباری اغلب بر طبق قواعد انعطاف‌ناپذیر یا در یک سبک رفتار قالبی عمل می‌کنند (انجمن روانپزشکی آمریکا، 2000).

برای درمان این اختلال، روش‌های گوناگونی از جمله دارودرمانی، روان‌درمانی، خانواده‌درمانی، گروه‌درمانی، درمان با تشنج برقی و روان‌جراحی به کار می‌رود (کاپلان و سادوک، 2003). با اینکه گستره‌ای از مداخله‌ها می‌توانند موجب بهبود معنادار این اختلال شوند، گرایش‌های وسواسی معمولاً تاحدودی پایرجا باقی می‌مانند، هرچند مهار بیشتری بر آنها اعمال می‌شود و در جریان زندگی بیماران کمتر مزاحمت تولید می‌کنند (دیویسون، نیل، و کرینگ، 1383). امروزه درمان‌های شناختی- رفتاری<sup>21</sup>، روش انتخابی در حوزه‌ی درمان اختلال‌های روان‌شناختی هستند (دادستان، 1999). از طرفی روش شناختی- رفتاری در درمان OCD موفقیت‌آمیز بوده است، باوجوداین، هنوز پایداری اثرات درمانی مورد سوال پژوهش‌گران می‌باشد (کریس و بروین، 2006؛ استورچ، لیزا، و مرلو<sup>22</sup>، 2006).

در نظریه‌های جدید شناختی در مورد اختلال‌های اضطرابی و به‌خصوص وسواس، سازه‌های فراشناختی<sup>23</sup> جایگاه ویژه‌ای به خود اختصاص داده‌اند (ولز و کارترورایت- هاتون، 2004؛ ولز، 2009). پورڈن و کلارک (1993) نیز باورهای فراشناختی مانند نیاز به کنترل افکار مزاحم را در شکل‌گیری و تداوم وسواس‌ها بسیار مهم دانستند.

الگوی فراشناختی<sup>24</sup> به‌طور مستقیم فراشناخت<sup>25</sup> و شکل تفکر را با آسیب‌پذیری هیجانی و تداوم اختلال هیجانی پیوند داده و فرآیند تشکیل و تداوم افکار وسواسی را تشریح می‌کند (ولز، 2000) و برای تعدیل سایر حوزه‌های باورها (برای نمونه مسئولیت-

---

18 Obsession

19 Compulsive

20 Ego- dystonic

21 Cognitive behavioral therapy

22 Storch, Lisa & Merlo

23 Metacognitive structure

24 Metacognitive model

پذیری افراطی<sup>26</sup>، ناشکیبایی در برابر ابهام<sup>27</sup>، و یا بی‌نقص‌گرایی<sup>28</sup> تلاش نمی‌کند. این باورها پیامد و محصول باورهای فراشناختی نابهنجار تلقی می‌شوند (جوولیم و همکاران، 2004؛ مایرز و ولز، 2005). نخستین بار ولز و متیوس با ترکیب رویکرد طرح‌واره و پردازش اطلاعات، الگوی فراشناختی را بر مبنای مدل عملکرد اجرایی خودنظم‌بخش<sup>29</sup>، جهت تبیین و درمان اختلال‌های هیجانی معرفی کردند. در مدل عملکرد اجرایی خودنظم‌بخش، همه اختلال‌های روانی می‌توانند با فعالیت الگویی ناکارآمد از شناخت مرتبط باشند که نشانگان توجهی - شناختی (CAS) نامیده می‌شود. این نشانگان الگویی از فعالیت پردازش راهبردی است که به - وسیله دانش فراشناختی ذخیره شده در حافظه درازمدت، راه‌اندازی می‌شود (ولز، 2005).

همانند رویکرد شناختی - رفتاری، درمان فراشناختی نیز فرض می‌کند که اختلال روان‌شناختی از تفکر سوگیرانه ناشی می‌شود، ولی درمان فراشناختی تبیین دیگری از ماهیت و علل آن ارائه می‌کند. باورهای منفی الزاما به الگوهای تفکر مختل و تداوم ناراحتی هیجانی منجر نمی‌شود. براساس نظریه‌های فراشناختی، اختلال در تفکر و هیجان از فراشناخت‌ها ناشی می‌شود. فراشناخت‌ها با سایر افکار و باورهایی که در درمان شناختی - رفتاری مورد تاکید قرار می‌گیرند، فرق دارند (ولز، 2000 و 2009).

در مدل شناختی OCD، تفسیر منفی افکار، تصورات و تکانه‌های مزاحم، و شک و تردید نقش اصلی را در تجربه درماندگی و برانگیختگی برای رفتارهایی همچون خنثی‌سازی، بازداری رفتاری، اطمینان‌جویی، و اجتناب دارند (سالکووسکیس و همکاران، 1999) و اینکه وجود افکار مزاحم به خودی خود ایجاد مشکل نمی‌کند، بلکه تفسیر آنهاست که مشکل‌زا می‌باشد. درمان رفتاری - شناختی OCD سعی در بازبینی ارزیابی مسئولیت افراطی، باورهای تحریف شده و آیین‌مندی‌هایی می‌کند که نگهدارنده باورهای فرد درباره احساس مسئولیت برای جلوگیری از آسیب، کمال‌گرایی، بیش برآورد خطر، و نیاز به کنترل افکار و غیره هستند (فیشر و ولز، 2005؛ کوساک و همکاران؛ 2009).

ولز و متیوس<sup>30</sup> (1994) 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 متوسل می‌شوند که می‌توانند خطر ارزیابی - شده متداعی با افکار وسواسی را کاهش دهند. باورهای فراشناختی OCD در زمینه افکار و احساس‌ها عبارتند از: درآمیختگی فکر -

---

25 metacognition

26 Over-responsibility

27 Uncertainty of intolerance

28 perfectionism

29 Self-regulation executive function model

30 Matthews

رویداد<sup>31</sup>(TEF)، درآمیختگی فکر - عمل<sup>32</sup>(TAF) و درآمیختگی فکر - شی<sup>33</sup>(TOF)، باورهای وسیله‌ای راجع به آیین‌مندی‌ها<sup>34</sup> و رفتارهای خنثی‌ساز<sup>35</sup> عبارت از باورهای مثبت مانند اعتقاد به سودمند بودن آیین‌مندی‌های شناختی یا رفتاری در کنترل وقایع ذهنی و باورهای منفی به معنی اعتقاد به مضر بودن آیین‌مندی‌های شناختی یا رفتاری در کنترل وقایع ذهنی است.

با وجود بعضی شباهت‌ها، این رویکردها دارای تفاوت‌های بنیادی با یکدیگر هستند که به تفاوت‌های قابل توجه در روش درمانی منجر می‌شود. گزاره‌های مدل فراشناخت شامل باورهایی درباره افکار و فرآیندهای فکری بنیادی هستند. این گزاره‌ها اساسی بوده و حکم ارزیابی منفی از افکار مزاحم را در رویکردهای شناختی دیگر دارند (فیشر و ولز، 2008). در رویکرد فراشناخت نیازی به اصلاح ارزیابی‌های منفی در سطوح پایین همچون ارزیابی مسئولیت و غیره نیست، در عوض درمان بر بازبینی فرآیندهای شناختی سطوح بالاتر مانند باورهایی در مورد اهمیت و قدرت افکار متمرکز می‌شود. دومین تفاوت تعیین‌کننده، تاکید رویکرد فراشناخت بر باورها در مورد آیین‌مندی‌ها و ملاک‌های ناکارآمد درونی<sup>36</sup> است که بیماران OCD برای هدایت آیین‌مندی‌هایشان از آن استفاده می‌کنند. درحالی‌که این مساله در دیگر مدل‌های شناختی، به‌عنوان یک عامل ویژه نیازمند بازبینی در روند درمان مفهوم‌سازی نشده است (فیشر و ولز، 2008؛ ولز، 2000). این تفاوت‌های نظری به تفاوت‌های اساسی در فرمول‌بندی OCD و روش‌های درمانی آن منجر شده است. به این ترتیب برخلاف سایر رویکردهای شناختی و جدای از محتوای وسواس‌ها، درمان فراشناخت تنها بر روی باورهای فراشناخت متمرکز می‌کند و بعدهای دیگر همچون مسئولیت افراطی به‌عنوان اینکه حاصل باورهای فراشناختی هستند، مورد توجه درمانی مستقیم قرار نمی‌گیرد (فیشر و ولز، 2008).

رویارویی و جلوگیری از پاسخ، رویکرد اصلی درمان شناختی- رفتاری سنتی در درمان OCD است. این رویکرد معمولاً مستلزم رویارویی گسترده با محرک‌ها یا افکار ترسناک و جلوگیری از هرگونه پاسخ وسواسی، به منظور ترغیب خوپذیری است (ولز، 2009). شواهد آزمایشی توانسته‌اند موثر بودن روش رویارویی و جلوگیری از پاسخ در درمان OCD را ثابت کنند. برای مثال فوآ و همکاران (1984) هجده پژوهش کنترل شده را تحلیل کرده و به این نتیجه دست یافتند که پس از بکارگیری این روش، نشانه‌های مرضی در 51 درصد بیماران از بین رفته و یا بهبود قابل ملاحظه‌ای یافته‌اند، 31 درصد بهبود نسبی و در 10 درصد از بیماران این روش موثر واقع نشده است. اگرچه رویارویی و جلوگیری از پاسخ توسط پژوهش‌های گوناگونی به‌عنوان موثرترین درمان در نظر

---

31 Thought event fusion

32 Thought action fusion

33 Thought object fusion

34 Ritual

35 Neutralizing behaviors

36 internal dysfunctional criteria

گرفته شده است (فاستر و ایزلر، 2001)، اما پژوهش‌گران دیگر اظهار داشته‌اند که حدود 25 درصد بیماران به این درمان پاسخ نمی‌دهند (سالکوسکیس، 1989) و حدود 28 درصد بیماران به دلیل فشار زیاد روش رویارویی و جلوگیری از پاسخ، درمان را نیمه‌کاره رها می‌کنند.

از طرفی دیگر، پژوهش‌های زیادی به مقایسه حوزه باورهای رویکرد شناختی و فراشناختی در حیطه‌ی علائم OCD پرداختند که یافته‌ها از الگوی فراشناختی حمایت کرده‌اند (سولم و همکاران، 2010؛ مایرز، فیشر، و ولز، 2009؛ جی‌ویلیامز و همکاران، 2004). برای نمونه در پژوهشی مایرز، فیشر و ولز (2009) به بررسی رابطه فراشناخت‌ها (باورهای آمیختگی فکر، باورها در مورد آیین‌مندی‌ها، و باورها در مورد علائم) و باورهای حوزه شناختی (همچون مسئولیت‌پذیری، بی‌نقص‌گرایی و ناشکیبایی در برابر ابهام) با علائم OCD پرداختند. یافته‌ها نشان دادند که هر دو حوزه باور رابطه مثبت معناداری با علائم OCD داشته‌اند. در تحلیل رگرسیون زمانی که نگرانی و باورهای حوزه شناختی کنترل شدند، باورهای فراشناختی همچنان در معادله باقی ماندند، اما بعد از کنترل باورهای فراشناختی و نگرانی، ارتباط باورهای حوزه شناختی با علائم OCD از بین رفت.

همچنین پژوهش‌های چندی اثربخشی درمان فراشناختی را بر OCD نشان دادند (فیشر و ولز؛ 2008، فیشر و ولز، 2005؛ ریس و وان کوسفیلد<sup>37</sup>، 2008)؛ فیشر و ولز (2005) در یک مطالعه ارزش‌یابی، اثرات نسبی رویارویی کوتاه‌مدت و جلوگیری از پاسخ مبتنی بر منطق فراشناختی در مقایسه با رویارویی و جلوگیری از پاسخ مبتنی بر منطق خوپذیری را در بیماران مبتلا به OCD، مورد بررسی قرار دادند. رویارویی شامل گوش دادن پی‌درپی به افکار وسواسی ضبط شده بر روی نوار صوتی بود. منطق خوپذیری بر حفظ و ادامه‌ی ارتباط با افکار به‌جای اجتناب از آن‌ها از طریق خنثی‌سازی تاکید می‌کرد، به گونه‌ای بیمار متوجه کاهش اضطراب شود. منطق فراشناختی تاکید می‌کرد که بیمار معتقد است که افکار وسواسی مهم‌اند و یک راه برای پی‌بردن به نادرستی این باور، کنار گذاشتن آیین‌مندی‌ها در پاسخ به آن‌ها است. هر دو منطق به یک اندازه معتبر به نظر می‌رسند. اما رویارویی و جلوگیری از پاسخ مبتنی بر رویکرد فراشناختی، نسبت به وضعیت خوپذیری، به کاهش بیش‌تری در اضطراب، تمایل به خنثی‌سازی و باورهای منفی منجر شد.

اگرچه روش‌های درمان رفتاری و شناختی موفق به کسب پیشرفت‌هایی در خصوص درمان OCD شده‌اند، اما پژوهش به‌منظور دستیابی به روش‌های موثرتر همچنان انگیزه پژوهش‌های گسترده و گوناگون در این حوزه درمانی است؛ و از آنجا که یافتن شیوه‌های درمانی کوتاه‌مدت کارآ و مؤثر از جمله ضرورت‌های پژوهش در حوزه درمان می‌باشد (فری، 1382) و شیوه درمانی مبتنی

بر مدل فراشناختی ولز جزء درمان‌های کوتاه‌مدت به‌شمار می‌رود؛ پژوهش حاضر با هدف بررسی کارایی شیوه درمانی فراشناختی برای اختلال وسواسی اجباری انجام می‌شود.

### 1-3- اهمیت و ضرورت پژوهش

افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی به‌ویژه OCD، 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 موجب ناخوشایندی این افراد می‌شود و باعث می‌شود که نتوانند از موقعیت‌های عادی لذت ببرند. (هالچین و ویتبورن، 1383). شیوع OCD در طول عمر در جمعیت کلی 2 تا 3 درصد برآورد می‌شود. این در حالی است که بیش از 90% از افراد جامعه‌علایم وسواسی را با همان کیفیت و شکل افراد مبتلا به این اختلال تجربه می‌کنند (راکمان<sup>38</sup> و دسیلوا<sup>39</sup>، 1979؛ پوردون<sup>40</sup> و کلارک، 1993). OCD چهارمین اختلال شایع روانشناختی بعد از هراس‌ها، سوءمصرف مواد و افسردگی اساسی در آمریکا به‌شمار می‌رود.

OCD یکی از مشکل‌های جدی سلامت روان است و سالانه هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی هنگفتی را بر جامعه تحمیل می‌کند، مشکلات همراه با OCD و علایم ناتوان‌کننده آن، کارکرد میان‌فردی، شغلی و زندگی فرد را مختل می‌کند (کلارک، 2004). OCD یکی از رایج‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی و ناتوان‌کننده‌ترین اختلال‌های اضطرابی می‌باشد (بارلو، 2002)، به‌طوری‌که 10 درصد از مراجعین سرپایی را بیماران وسواسی تشکیل می‌دهند، و از هر 45 نفر در جامعه یک نفر مبتلا به این اختلال است (راسموسن<sup>41</sup> و ایسن<sup>42</sup>، 1992). درمان OCD از جمله دشوارترین درمان‌هاست، مثلاً، یک بررسی پیگیر 40 ساله که اخیراً به پایان رسیده است، نشان داد که تنها 20 درصد از بیماران بهبودی کامل یافته‌اند (دیویسون، نیل، و کرینگ، 1383). در پایان لازم است برنامه‌ی درمانی موثر و رضایت‌بخشی برای این اختلال طراحی گردد. درمانی که برخلاف درمان‌های گذشته، کوتاه‌مدت‌تر، کم‌هزینه‌تر، ساده و قابل اجرا باشد و ضمن این‌که دارای اثربخشی فوری و مداوم نیز باشد. درمان فراشناختی، درمانی است که دارای ویژگی‌های گفته شده می‌باشد و پژوهش‌ها در زمینه کارایی و اثربخشی درمان فراشناختی برای ایجاد پشتوانه آزمایشی می‌تواند دارای اهمیت باشد.

---

38 Rachman

39 De silva

40 Purdon

41 Rasmussen

42 Eisen

## 4-1- هدف‌های پژوهش

### 1-4-1- هدف کلی

تعیین کارایی درمان فراشناختی بر اختلال وسواسی- اجباری

### 1-4-2- اهداف جزئی

1- تعیین کارایی درمان فراشناختی در کاهش علائم OCD افراد مبتلا OCD

2- تعیین کارایی درمان فراشناختی در کاهش اضطراب افراد مبتلا OCD

3- تعیین کارایی درمان فراشناختی در کاهش باورهای مربوط به آمیختگی افکار افراد مبتلا OCD

4- تعیین کارایی درمان فراشناختی در کاهش افسردگی افراد مبتلا OCD

5- تعیین کارایی درمان فراشناختی در کاهش راهبردهای کنترل فکر در افراد مبتلا به OCD

### 1-5- فرضیه‌های پژوهش

1- درمان فراشناختی در کاهش علائم OCD در افراد مبتلا به OCD کارایی دارد.

2- درمان فراشناختی در کاهش اضطراب افراد مبتلا به OCD کارایی دارد.

3- درمان فراشناختی در کاهش باورهای مربوط به آمیختگی افکار افراد مبتلا به OCD کارایی دارد.

4- درمان فراشناختی در کاهش افسردگی افراد مبتلا به OCD کارایی دارد.

5- درمان فراشناختی در کاهش استفاده از راهبردهای کنترل فکر تنبیه و نگرانی و افزایش استفاده از توجه‌برگردانی افراد مبتلا به

OCD کارایی دارد.

## 8-1- تعاریف مفهومی و کاربردی متغیرها

### 1- اختلال وسواسی - اجباری:

**تعریف مفهومی؛** اختلال وسواسی - اجباری با وسواس‌ها و اجبارهایی مشخص می‌شود که ایجاد پریشانی کرده و اغلب در عملکردهای روزانه تداخل می‌کنند؛ ویژگی‌های تعریف‌کننده این اختلال بر اساس DSM-IV-TR عبارتند از: وسواس فکری، افکار، تجسم‌ها و تکانه‌هایی است که برای شخص بی‌معنی به نظر می‌رسند. اجبارها یا آیین‌مندی‌ها، رفتارهای تکراری عمدی یا اعمال ذهنی هستند که در پاسخ به وسواس‌های فکری به وقوع می‌پیوندند. آن‌ها به‌طور ویژه‌ای جهت سرکوبی و یا خنثی‌سازی تشویش و جلوگیری از رخداد‌های ترسناک طراحی شده‌اند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، 2000).

**تعریف کاربردی؛** آن دسته از آزمودنی‌هایی که توسط روان‌شناس بالینی با استفاده از مصاحبه تشخیصی بر اساس DSM-IV-IR ملاک‌های اختلال وسواسی - اجباری را داشته باشند.

### 2- درمان فراشناختی

**تعریف مفهومی؛** مدل فراشناختی 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، 2000).

**تعریف کاربردی؛** منظور از درمان فراشناختی در این پژوهش عبارت است از جلسه‌های درمانی که بر اساس برنامه‌ی گام به گام درمان برای اختلال وسواسی اجباری انجام می‌شود (راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی، ولز، 2009).

### 3) کارآیی

**تعریف مفهومی؛** کارآیی در پیشینه پژوهشی درمان‌های روان‌شناختی به روایی درونی و بازده پژوهش اشاره دارد که بهترین حالت آن زمانی است که نشان داده شود درمان در شرایط کنترل شده اثر داشته است (حمیدپور، 1387).

**تعریف کاربردی؛** کارآیی درمان در این پژوهش با استفاده از تحلیل نمودار بررسی می‌شود. در روش تحلیل نمودار، قضاوت در مورد میزان تغییر، بر اساس تغییرات مشاهده شده در متغیر وابسته صورت می‌گیرد. علاوه بر این، جهت عینی‌سازی میزان بهبودی از فرمول درصد بهبودی استفاده می‌شود.

#### 4) اضطراب

**تعریف مفهومی؛** اضطراب عبارت است از یک تجربه ذهنی ناخوشایند و مبهم که با نگرانی در مورد خطرها و رخداد‌های ناگوار آینده و نشانه‌های جسمی از جمله سردرد، تعریق، تپش قلب و بی‌قراری همراه است (کاپلان و سادوک، 2002).

**تعریف کاربردی؛** اضطراب در این پژوهش عبارت است از نمره آزمودنی در مقیاس اضطراب بک (بک و همکاران، 1988).

#### 5) آمیختگی افکار

**تعریف مفهومی؛** به باورهای فراشناختی گفته می‌شود که مرز بین فکر با عمل، فکر با رویدادها و فکر با اشیاء از بین می‌رود (ولز، 2000).

**تعریف کاربردی؛** در این پژوهش آمیختگی افکار عبارت است از نمراتی که فرد در پرسش‌نامه آمیختگی افکار بدست می‌آورد (ولز، جوویلیام و کاترایت-هاتون، 2001).

#### 6) افسردگی

**تعریف مفهومی؛** افسردگی عبارت است از خلق افسرده، از دست دادن لذت، ناامیدی و غمگینی و داشتن افکار خودکشی و دوری‌گزینی، اختلال در خواب و اشتها که با شکایت‌های جسمانی نیز همراه است (سادوک و سادوک، 2003).

**تعریف کاربردی؛** افسردگی در این پژوهش عبارت است از نمره آزمودنی در پرسش‌نامه افسردگی بک-ویرایش دوم (بک، استیر و براون<sup>43</sup>، 1996).

---

<sup>43</sup> Steer & Brawn



## 7) راهبردهای کنترل فکر

تعریف مفهومی؛ راهبردهای کنترل فراشناختی، پاسخهایی هستند که افراد برای کنترل فعالیت‌های نظام شناختی خود نشان می‌دهند.

تعریف کاربردی؛ راهبردهای کنترل فکر در این پژوهش عبارت است از نمره آزمودنی در پرسش‌نامه کنترل فکر (ولز و دیویس، 1994).

# فصل دوم

## پیشینه پژوهش

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 فلج-کننده در زندگی شخصی و اجتماعی بیمار بر جای می‌گذارد (فاسم زاده، 1376).

در این فصل 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.

### 2-1. اختلال وسواسی اجباری

وسواس‌ها و اجبارها پدیده‌های تاریخی هستند و OCD از اوایل قرن هفده میلادی شناخته شده است (کروچمالیک و منزیس<sup>44</sup>، 2003). علایم وسواسی را نزدیک به 90 درصد از افراد جامعه تجربه می‌کنند (راکمان و دسیلوا، 1979؛ سالکووسکیس و هاریسون<sup>45</sup>، 1984). چنین یافته‌هایی هر چند کمتر، ولی به اندازه‌ای قابل توجه در مورد اجبارها هم گزارش شده است (موریس<sup>46</sup> و همکاران، 1997).

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، 2000). 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، 2004). 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، 2000). اجبارها معمولاً با میل

---

44 Krochmalik & Menzies

45 Harrison

46 Muris

شدید برای اجرای آیین‌هایی همراه می‌شوند که کنترل ارادی کمی بر آنها وجود دارد (راکمان و هاجسون، 1980). با وجود آنکه اغلب مقاومت ذهنی نسبت به افکار وسواسی وجود دارد، فرد مبتلا میل نیرومندی برای اجرای آیین‌های وسواسی دارد. شستشو، واریسی کردن، تکرار رفتارها یا عبارات ویژه، نظم (مرتب کردن مکرر اشیاء به منظور حفظ توازن و تقارن)، انباشت، و آیین‌های روانی (تکرار لغات یا عبارات ویژه) معمول‌ترین وسواس‌های عملی را تشکیل می‌دهند (کلارک، 2004).

کلیدی‌ترین نگاه در مورد OCD این است که این اختلال در طبقه‌ی اختلال‌های اضطرابی قرار می‌گیرد. زیرا نیمرخ علائم آن مشابه اختلال‌هایی مانند اختلال اضطراب فراگیر و هراس اختصاصی است. بویژه، ویژگی‌هایی که با طبقه‌ی اختلال اضطرابی هماهنگ است عبارتند از: احساس ذهنی اضطراب یا ناراحتی؛ ترس از فاجعه و رفتارهای اجتنابی (دسیلوا، 1986). برخی از پژوهشگران بالینی طبقه‌بندی OCD را به عنوان اختلال اضطرابی به چالش کشیده‌اند. سامرفلت و اندلر<sup>47</sup> (1998) به نقل از کلارک، (2004)، زیرگونه‌های OCD به استثنای شستشو را اختلال اضطرابی در نظر نمی‌گیرند، انرایت<sup>48</sup> (1996) به نقل از کلارک، (2004) به تفاوت مهمی بین اختلال‌های اضطرابی و OCD اشاره کرده است. این تفاوت در بیوشیمی، وجود آسیب کارکردی بیشتر در OCD، پیچیدگی و ابهام بیشتر در محرک‌های برانگیزاننده ترس در OCD دیده می‌شود. برخی دیگر نیز OCD را در طبقه‌های مختلف اختلال‌های روانی قرار داده‌اند. تمام این اختلاف نظرها نشان می‌دهند که OCD ماهیت همگن و یگانه‌ای در میان سایر اختلال‌های اضطرابی ندارد. با این وجود هنوز معتبرترین نظام تشخیصی حاضر (DSM-IV-TR) OCD را جزو اختلال‌های اضطرابی طبقه‌بندی می‌کند و این رویکرد در حال حاضر پذیرفته‌شده‌ترین رویکرد در حوزه‌ی آسیب‌شناسی و درمان OCD است (کلارک، 2004).

ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR برای اختلال وسواسی - اجباری در زیرارایه شده است.

A- وجود فکر وسواسی یا عمل وسواسی؛ بطوری که با 1، 2، 3، و 4 تعیین می‌شوند:

- 1- افکار، تکانه‌ها، یا تصاویر ذهنی تکراری و مقاوم که زمانی در طول اختلال برای شخص، مزاحم و نامتناسب شمرده می‌شوند و اضطراب و ناراحتی بارز به وجود می‌آورند.
- 2- افکار، تکانه‌ها و تصاویر ذهنی فقط نگرانی ساده در مورد مسایل زندگی واقعی نمی‌باشند.
- 3- شخص می‌کوشد این افکار یا تکانه‌ها را نادیده گرفته یا از ذهن خود کنار بزند یا آنها را با عمل یا فکری دیگر خشی نماید.

47 Summerfeldt & Andler

48 Aneryat