

نام: پروانه	نام خوانوادگی: اشرفیان
عنوان پایان نامه: پیش بینی گرایشهای وسواسی - اجباری بر اساس باورهای وسواسی	
استاد مشاور: دکتر تورج هاشمی	استاد راهنما: دکتر مجید محمود علیلو
گرایش: روانشناسی عمومی دانشکده: علوم تربیتی و روانشناسی تاریخ دفاع: 89/9/1	رشته: روانشناسی مقطع تحصیلی: کارشناسی ارشد محل تحصیل: دانشگاه تبریز تعداد صفحات: 89
کلید واژه ها: اختلال وسواسی - اجباری، باورهای وسواسی، احساس مسئولیت، احساس تهدید، اهمیت افکار، کنترل افکار، نیاز به یقین و کمال گرایی .	
<p>چکیده:</p> <p>هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش باورهای وسواسی (باورهای ناکارآمد) در پیش بینی گرایش های وسواسی-اجباری است.</p> <p>روش کار: پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی- همبستگی می باشد، که در آن تغییرات متغیر ملاک (گرایش های وسواسی - اجباری) بر اساس تغییرات متغیرهای پیش بین (باورهای وسواسی) مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه آماری این پژوهش شامل دانشجویان دانشگاه تبریز بود که از این جامعه تعداد ۳۹۰ نفر (۲۰۰ دختر و ۱۹۰ پسر) به عنوان نمونه به شیوه تصادفی خوشه ای انتخاب شدند و سپس از دانشجویان خواسته شد تا فرم ویژگیهای دموگرافیکی، پرسشنامه های وسواسی- اجباری مادزلی و باورهای وسواسی (OBQ-44) را پر کنند.</p> <p>یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که باور ناکارآمد نیاز به یقین، کمالگرایی، اهمیت افکار، احساس تهدید و کنترل افکار، به ترتیب اهمیت، تغییرات زیر مجموعه شستشوی وسواسی- اجباری و احساس تهدید، نیاز به یقین و اهمیت افکار، به ترتیب اهمیت، تغییرات زیر مجموعه واری وسواسی- اجباری و احساس مسئولیت بیش از حد، اهمیت افکار و احساس تهدید، به ترتیب اهمیت، تغییرات زیر مجموعه کنندی وسواسی- اجباری و نیاز به یقین، احساس مسئولیت و احساس تهدید، به ترتیب اهمیت، تغییرات زیر مجموعه شک و تردید وسواسی- اجباری و بالاخره باورهای ناکارآمد نیاز به یقین، احساس تهدید، اهمیت افکار و کمال گرایی، به ترتیب اهمیت قادرند تغییرات گرایشهای وسواسی- اجباری را در افراد مورد مطالعه بطور معنی دار پیش بینی کنند.</p>	



مقدمه

اختلال وسواسی- اجباری^۱ (OCD) نشانگان عصبی - روانپزشکی پیچیده ای است که مشخصه اصلی آن افکار ناخواسته، تکراری و مزاحم(افکار وسواسی) و نیز رفتارهای تکراری و آزاردهنده و آیین های اجباری است که به منظور اجتناب از اضطراب یا خنثی نمودن افکار وسواسی نمایان می شوند(انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۰۰). افکار مزاحم و غیر قابل پذیرش، با ماهیت شخصیتی این بیماران ناهمگون است. هر چند این افکار صرفاً به افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری اختصاص ندارد بلکه یک پدیده عام در تفکر است و این فرایند میتواند در کلیه افراد سالم به وقوع بپیوندد (راچمن^۳ و دسیلوا^۴، ۱۹۷۸؛ سالکووسکیس^۵ و هاریسون^۶، ۱۹۸۴).

موضوع " فرایند و سیر تبدیل " یک فکر مزاحم به فکر وسواسی، یکی از موضوعات پراهمیت در ادبیات اختلال وسواسی- اجباری است. در پاسخ به این سوال که فرد در چه مسیری قرار میگیرد تا یک فکر مزاحم و ناخواسته به یک فکر وسواسی تبدیل شود؟، مدل شناختی معتقد است افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری، افکار، تصاویر و تکانه های خود را بسیار مهم و معنی دار تفسیر میکنند و باورهای ناکارآمد، زمینه ساز شکل گیری این افکار، تصاویر و تکانه هاست(سالکووسکیس، ۱۹۸۵).

در تحلیل شناختی، باورهای منفی موجود در افکار وسواسی، در دو گروه متمایز قرار میگیرند: الف) باورهای عام مختص به وسواس و ب) باورهای مرتبط با وسواس. باورهای دسته اول به

1 - obsessive-compulsive disorder
 2 -American Psychiatric Association
 3 -Rachman
 4- Desilva
 5 -Salkovskis
 6 -Harison

افزایش میزان بسامد افکار و ارزیابی های ناکارآمد در بیماری وسواسی-اجباری، در مقایسه با اختلالات دیگری همچون اضطراب و غیره مربوط است. باورهای این دسته با این فرض همراه است که باورهای معینی به طور اختصاصی و قطعی، عامل اصلی در شکل گیری اختلال وسواسی- اجباری هستند که به عنوان عامل بیماریزایی OCD قلمداد میشوند. دسته دوم شامل باورها و ارزیابی های ناکارآمدی است که علاوه بر اختلال وسواسی- اجباری در اختلالهایی همچون اضطراب و شاید افسردگی نیز مشاهده میشوند. این دسته در مجموع، به مشکلات روانشناختی موجود در اختلالهای روانپزشکی مربوط میشود و مختص بیماری OCD نیست. از این رو، در این اختلال بر نقش اساسی باورهای ناکارآمد، در سبب شناسی و تداوم علائم آن تاکید میشود (سالکووسکیس، ۱۹۸۵؛ ولز، ۲۰۰۰).

شش حوزه از این باورها، یعنی: احساس مسئولیت بیش از حد، ارزیابی بیش از حد خطر و تهدید، نیاز به یقین (یا ناتوانی در تحمل شرایط گنگ و مبهم)، اهمیت افکار، کنترل افکار و کمال گرایی، به عنوان عوامل مرکزی در OCD قلمداد میشوند که در نظریه ها و تحقیقات مربوط به اختلال وسواسی-اجباری به طور برجسته به آنها پرداخته شده است.

بیان مساله

اختلال وسواسی-اجباری، اختلال شدید و مزمنی است که به وسیله وسواسها و اجبارها، یاهر دوی آنها مشخص میشود. وسواسها، افکار مزاحم و آشفته کننده یا تصاویر و تکانه ها را شامل میشود. نشانه های رایج افکار مزاحم عبارتند از: آلوده بودن، شک های مکرر (به طور مثال

،آیافرد،دررابسته یانه؟) و افکار مزاحم آسیب رساندن به شخصی که فرد دوستش دارد. اجبارها، رفتارها یا اعمال تکراری و ارادی هستند که فرد احساس اجبار در انجام آنها میکند واغلب تمایل به ابقا دارند(انجمن روانپزشکی آمریکا،۲۰۰۰). از دیگر علائم OCD میتوان به افکار واعمال اجباری مختلفی چون ناهنجاریهای حسی، شک و تردیدها، عقاید بیش بها داده شده، آشفتگیهای هیجانی و نقایص حافظه فوری (لوپز-ایپور^۱،۲۰۰۳) اشاره نمود. برخی نظریه های وسواسی- اجباری به نقش ذهن (باورهای غیر منطقی ویا دلیل ومنطق نادرست) و عامل شناخت، به عنوان یکی از عوامل اصلی در شکل گیری و تداوم اختلال وسواس وهمینطورعامل مداخله درمانی توجه دارند (فوا^۲وکوزاک^۳،۱۹۸۶؛تالیس^۴،۱۹۹۵). همچنین، تحقیقات بسیاری بیانگر این نکته است که ابعاد شناختی به طور عام و حوزه های معینی به طور خاص، میتوانند ویژگی های شناختی بیماران OCD قلمداد شوند. برخی محققان یک یا چند نمونه از ابعاد شناختی اختلال وسواسی- اجباری را مورد بررسی قرار داده اند. به عنوان مثال مک فال^۵ و والرزهایم^۶(۱۹۷۹)ابعاد شناختی این اختلال را در حیطه قابلیت و توانایی فرد^۷، قطعیت و یقین و نیاز به اجتناب^۸ از انتقاد میبینند. محققانی مانند فراست^۹، نووارا^{۱۰} و رامی^{۱۱}(۲۰۰۲) حوزه های شناختی بیماران وسواسی-اجباری را در میزان و شدت باورهای آنها در زمینه کمال طلبی^{۱۲}، قطعیت و یقین و عدم پذیرش انواع

1 -Lopez- Ipor

2-Foa

3-Kozac

4-Tallis

5-McFall

6-Waller sheim

7-competence

8 -need to avoid criticism

9 - Frost

10 - Novara

11 - Rheume

12-perfectionism

معینی از افکار و تکانه ها میدانند. اعضای گروه کاری^۱ (2005) در زمینه دریافت های شناختی در اختلال وسواسی-اجباری (که در سمینار جهانی درمانهای رفتاری و شناختی برگزار شده در ژوئیه ۱۹۹۵ در دانمارک شکل گرفت) ۶ حیطه را به عنوان عوامل مرکزی در OCD در نظر گرفتند: ۱-احساس مسئولیت بیش از حد ۲-ارزیابی بیش از حد تهدید ۳- نیاز به یقین ۴-اهمیت افکار ۵-کنترل افکار ۶-کمال گرایی.

افرادی که مستعد احساس مسئولیت اغراق آمیز هستند، به ویژه وقتی که این افکار، تصاویر یا تکانه ها با آسیب احتمالی به دیگران مرتبط باشد، بیشتر احتمال دارد از افکار مزاحم ناخواسته خود، سوء تعبیر های فاجعه آمیز داشته باشند(سالکوویس و کیرک^۲، ۱۹۹۹). در مطالعه ویلسون^۳ و چمبلس^۴ (۱۹۹۹) رابطه بین باورهای وسواسی و نشانه های وسواس مورد بررسی قرار گرفت و احساس مسئولیت فراگیر به طور معنادار در پیش بینی نشانه های وسواس سهم عمده ای داشت. اعضای گروه کاری (۱۹۹۷) ارزیابی بیش از حد خطر و تهدید را به عنوان اغراق^۵ در احتمال یا شدت وقوع آسیب تعریف کرده اند. طبق نظریه شناختی راجمن (۱۹۹۷) این افکار ناخواسته یا شناختارهای مزاحم نیستند که باعث آشفتگی و رفتارهای اجباری می گردند (به نقل از کلارک^۶، ۲۰۰۴ ؛ اوکانر^۷، آردما^۸ و پلیسر^۹، ۲۰۰۴). فرایند های اصلی تبدیل شدن افکار مزاحم معمولی به به وسواس، سوء تعبیری است که بر اساس آن یک فکر مزاحم، امری بسیار پر اهمیت و دارای معنای شخصی و تهدید کننده و فاجعه آمیز تلقی میشود. در یک مطالعه، در حدود ۹۰٪ از

1- Obsessive Compulsive Cognitions working Group(OCCWG)

2- Kirk

3- Wilson

4- Chambless

5- exaggeration

6- Clark

7- Oconnor

8- Aardema

9- Pelissier

دانشجویان سالم گروه گواه افکار مزاحمی را گزارش کردند که از نظر محتوا و شکل، شبیه افکار مزاحم گروه بیماران وسواسی-اجباری بود و نشان داده شد که شدت و فراوانی این افکار در افراد دچار وسواس بیشتر بوده است (به نقل از کلارک، ۲۰۰۴).

طبق بررسی های گروه کاری، نیاز به یقین یا ناتوانی در تحمل شرایط گنگ و مبهم به صورت " باورهایی در زمینه ضرورت یقین^۱ و قطعیت، پتانسیل مقابله با تغییرات غیر قابل پیش بینی^۲ و کارایی مناسب در موقعیت هایی که ماهیت گنگ و مبهمی داشته باشند " تعریف شده است. تحقیقات زیادی نشان داده اند که نیاز به یقین به عنوان یک عامل تاثیرگذار در برآورد خطر و تهدید در OCD عمل میکند (گروه کاری، ۲۰۰۱؛ استکتی^۳، فراست^۴ و چوهن^۵، ۱۹۹۸). از طرفی اهمیت افکار و کنترل افکار، ویژگی کسانی است که از پیامد داشتن افکار مزاحم واهمه دارند و احساس نیاز شدیدی برای خلاص شدن از دست این افکار میکنند. باور به اهمیت افکار، باعث میشود فرد صرف وجود یک فکر وسواسی را مهم و معنی دار تلقی کند و در باور به کنترل افکار، فرد معتقد است که کنترل کامل بر افکار، لازم و حتمی است (گروه کاری، ۲۰۰۵). در ۲۵ سال اخیر، این فرضیه مطرح بوده که افراد مبتلا به OCD، به افکار مزاحم خود، بیش از حد اهمیت میدهند و لازم است آنها را به عدم توجه به این افکار ترغیب کرد (گروه کاری، ۲۰۰۵).

به نظر راجمن (۱۹۹۳) عامل اصلی در پیدایش افکار مزاحم، همان آمیختگی اندیشه - کنش است. افراد مبتلا به وسواس به تفسیر مبالغه آمیز افکار مزاحم خود دچار میشوند، تا جایی که تمایز بین خیال و واقعیت در ذهن آنها کمرنگ میشود و آنها در وضعیتی مبهم به سر میبرند.

1- Certainty
2- unpredictable
3- steketee
4- frost
5- chohen

از آنجاییکه انسان برای تسلط بر محیط ذهنی خود، به کنترل آگاهانه در تنظیم میزان توجه به افکار ناخواسته یا رویگردانی از افکار، تصاویر ذهنی و تکانه ها نیاز دارد، از دست دادن کنترل ذهنی، یکی از کلیدی ترین شکایات در اختلالات روانشناختی و بخصوص OCD به شمار می‌رود (وگنر^۱ ۱۹۹۴). در مطالعه سیکا^۲، کسدادنچی^۳ و ساواو یو^۴ (۲۰۰۴) مشخص شد که کنترل افکار، مختص OCD بوده و عامل بیماری - زای شناختی در وسواس تلقی می‌شود.

از طرفی، گایدانو^۵ و لیوتی^۶ (۱۹۸۳) معتقدند که وسواس، تظاهری از در هم آمیختگی کمال طلبی و نیاز به کسب اطمینان و نیز باور به ضرورت حل کاملاً صحیح و قطعی مساله هاست. مک فال^۷ و والرزهایم^۸ (۱۹۷۹) عامل هسته ای در شکل گیری وسواس را میزان باورها و فرضهای مربوط به ارزیابی احساس خطر، در زمینه کمال گرایی میدانند. فراری^۹ (۱۹۹۵) در تحقیق خود موفق شد همبستگی معناداری بین باورهای کمال گرایی و مقیاس وسواسی - اجباری بدست آورد. البته لازم به ذکر است که مفهوم کمال گرایی مختص وسواس نیست و در بسیاری از اختلالات اضطرابی و افسردگی (بلت^{۱۰}، ۱۹۹۵) و دیگر آسیبهای روانی شایع است. در کل به نظر می‌رسد محتوا و فرایندهای شناختی در سبب شناسی اختلال وسواسی - اجباری دارای اهمیت بسزایی است و آگاهی از باور - های وسواسی تغییر آنها میتواند در پیش بینی یا درمان اختلال وسواسی - اجباری نقش بسزایی داشته باشند.

1- wegner
 2- Sica
 3- Cosdadenchi
 4- Savavio
 5- Guidano
 6- liotti
 7- Mcfall
 8- Wallersheim
 9- Ferrari
 10- Blatt

اهمیت و ضرورت تحقیق:

اختلال وسواسی - اجباری که ویژگی اصلی آن وسواس و اجبار میباشد، برای بیماران زمان بر و مایه احساس درماندگی است (بارت^۱ و هیلی^۲، ۲۰۰۲). به نظر میرسد که در شکل گیری و تداوم آن، نقش عامل شناخت (باورها و ارزیابی های ناکارآمد)، در مقایسه با پردازش اطلاعات (اوتو^۳، ۱۹۹۲) از ارجحیت تئوریک و تحقیقاتی بالاتری برخوردار است و نقش باورها و ارزیابی های ناکارآمد به عنوان عامل بیماری زایی در اختلال وسواسی - اجباری، درعین پیچیده بودن، برجسته تر است. از طرفی، تعدد متغیرهای شناختی و همپوشی آنها با یکدیگر این مساله را غامض تر کرده است و بیماری وسواسی - اجباری که ماهیتی متعامل و چند بعدی دارد، با مشکل تحقیقاتی روبروست که در آنها تک سازه ها بعنوان پایه های شناخت مطرح اند. در عین حال که ماهیت شناخت در این اختلال چند بعدی است، ولی بسیاری از مطالعات بالینی - شناختی بر یک حوزه از شناخت متمرکز شده اند. در این خصوص می توان به فراست و همکاران (۲۰۰۲) اشاره کرد که بر روی کمال طلبی و مک نالی^۴ (۱۹۹۴) بر احساس تهدید و خطر تاکید کرده اند.

با توجه به شواهد مذکور، به نظر میرسد تمرکز روی باورهای شناختی مختص بیماری وسواسی - اجباری امری ضروری است و تحقیق حاضر نقش این باورها و ارزیابی های شناختی ناکارآمد را در اختلال وسواسی اجباری، و همچنین ارتباط این باورها با نشانه های خاص این اختلال را مورد بررسی قرار میدهد. و از آنجا که ابزار بکار رفته جهت بررسی باورهای وسواسی، تقریباً مختص باورهای افراد OCD است، بنظر میرسد با به کار بردن آن بتوان افرادی را که در

1 - Barrett

2 - Healy

3 - Otto

4 - McNally

معرض ابتلا به اختلال OCD هستند، شناسایی کرد و با اصلاح باورهای ناکارآمد و شناخت این افراد، در پیشگیری ابتلا به این اختلال ناتوان کننده، مفید واقع شد. از این روست که فرستون^۱، رامی^۲ و لادوسیر^۳ (۱۹۹۶) اصلاح باورهای مربوط به این اختلال را گامی اساسی در جهت درمان آن میدانند.

از آنجا که تاکنون اجماع و توافق قطعی و کلی در مورد میزان باورهای ناسازگار و زمینه ساز اختلال وسواسی-اجباری، و تصویر روشنی از نقش و سهم تفکیکی هر کدام از آنها در ابتلا به نشانه های خاص OCD در دست نیست لذا ضروری است که به این پرسش پاسخ داده شود که آیا باورهای وسواسی میتوانند گرایش های وسواسی -اجباری را پیش بینی کنند؟ و کدام باور وسواسی بهتر میتواند زیر مجموعه یا نشانه های خاص این اختلال را پیش بینی کند؟ در راستای پاسخ گویی به این سوالات، پژوهش حاضر، لازم و ضروری به نظر میرسد. از طرفی وجود تناقضات نظری و پژوهشی، این ضرورت را به وجود آورده که پژوهشهای مداومی به انجام رسد تا به رفع این تناقضات کمک کنند. و نیز وجود طیف وسیعی از مبتلایان به اختلال وسواسی-اجباری ایجاب می کند که در راه سبب شناسی این اختلال تلاش های پژوهشی مداوم انجام گیرد تا در جهت بهبود مداخلات درمانی بکار گرفته شود.

اهداف تحقیق:

پیش بینی گرایش های وسواسی - اجباری بر اساس باورهای وسواسی

1-freeston
2-reaume
3-ladoucur

اهداف جزئی:

- ۱- پیش بینی گرایش به وسواس شستشو بر اساس باورهای وسواسی
- ۲- پیش بینی گرایش به وسواس واریسی بر اساس باورهای وسواسی
- ۳- پیش بینی گرایش به وسواس کندی بر اساس باورهای وسواسی
- ۴- پیش بینی گرایش به وسواس شک و تردید بر اساس باورهای وسواسی

فرضیه های تحقیق:

- ۱- باورهای وسواسی سهم تعیین کننده در پیش بینی گرایش وسواس شستشو دارند.
- ۲- باورهای وسواسی سهم تعیین کننده در پیش بینی گرایش وسواس واریسی دارند
- ۳- باورهای وسواسی سهم تعیین کننده در پیش بینی گرایش وسواس کندی دارند.
- ۴- باورهای وسواسی سهم تعیین کننده در پیش بینی گرایش وسواس شک و تردید دارند.
- ۵- باورهای وسواسی سهم تعیین کننده در پیش بینی گرایش وسواسی - اجباری دارند.

متغیر های تحقیق:

- الف) متغیرهای پیش بین: باورهای وسواسی (احساس مسئولیت بیش از حد، ارزیابی بیش از حد خطر و تهدید، نیاز به یقین، اهمیت افکار، کنترل افکار و کمال گرایی)
- ب) متغیرهای ملاک: وسواس شستشو، واریسی، کندی و شک و تردید

تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها:

تعریف مفهومی اختلال وسواسی-اجباری: اختلال وسواسی- اجباری (OCD) اختلالی است که مشخصه اصلی آن، افکار ناخواسته، تکراری و مزاحم و نیز رفتارهای تکراری و آزاردهنده آیین مندی است که به منظور اجتناب از اضطراب یا خنثی کردن افکار وسواسی انجام میشود (انجمن روانپزشکی امریکا، ۱۹۹۴).

تعریف عملیاتی اختلال وسواسی- اجباری: عبارت است از نمره ای که آزمودنی در پرسشنامه وسواسی-اجباری مادزلی بدست میآورد.

تعریف مفهومی باور وسواسی احساس مسئولیت بیش از حد: بر اساس دیدگاه سالکووسکیس (۱۹۹۶) در زمینه نقش دریافت ها در اختلال وسواسی - اجباری، احساس مسئولیت بیش از حد یعنی اعتقاد به این باور که فرد دارای یک قدرت قطعی در وقوع یا جلوگیری از وقایع منفی حتمی است.

تعریف عملیاتی باور وسواسی احساس مسئولیت بیش از حد: عبارت است از نمره ای که آزمودنی در خرده مقیاس احساس مسئولیت بیش از حد، در پرسشنامه^۱ OBQ-44 کسب میکند.

تعریف مفهومی باور وسواسی ارزیابی بیش از حد خطر و تهدید: اعضای گروه کاری در زمینه دریافتهای شناختی در اختلال وسواس فکری-اجباری (۱۹۹۷) ارزیابی بیش از حد خطر و تهدید را به عنوان اغراق در احتمال یا شدت وقوع آسیب تعریف کرده اند.

۴۴-1-Obsessive Compulsive Questionair

تعریف عملیاتی باور وسواسی ارزیابی بیش از حد خطر و تهدید: عبارت است از نمره ای که آزمودنی در خرده مقیاس ارزیابی بیش از حد خطر و تهدید در پرسشنامه 44-OBQ کسب میکند.

تعریف مفهومی باور وسواسی نیاز به یقین: طبق نظر گروه کاری (۱۹۹۷) نیاز به یقین به صورت " باورهایی در زمینه ضرورت یقین و قطعیت، پتانسیل مقابله با تغییرات غیر قابل پیش بینی^۱ و کارایی مناسب در موقعیت هایی که ماهیت گنگ و مبهمی داشته باشند " تعریف شده است.

تعریف عملیاتی باور وسواسی نیاز به یقین: عبارت است از نمره ای که آزمودنی در خرده مقیاس نیاز به یقین در پرسشنامه 44-OBQ کسب میکند.

تعریف مفهومی باور وسواسی اهمیت افکار: اهمیت افکار، به عنوان یکی از حوزه های شناخت در OCD شامل انواع باورها و تفاسیری است که فرد در واکنش به ظهور افکار مزاحم منفی از خود نشان میدهد (گروه کاری، ۱۹۹۷).

تعریف عملیاتی باور وسواسی اهمیت افکار: عبارت است از نمره ای که آزمودنی در خرده مقیاس اهمیت افکار در پرسشنامه 44-OBQ کسب میکند.

تعریف مفهومی باور وسواسی کنترل افکار: کنترل افکار به توانایی فرد در تسلط بر محیط ذهنی خود اطلاق میشود و گنر (۱۹۹۴).

تعریف عملیاتی باور وسواسی کنترل افکار : عبارت است از نمره ای که آزمودنی در خرده مقیاس کنترل افکار در پرسشنامه 44-OBQ کسب میکند.

1-unpredictable

تعریف مفهومی باور وسواسی کمال گرایی: گایدانو و لیوتی^۱ (1983) معتقدند که کمال

گرایی، نیاز و باور به ضرورت حل کاملاً صحیح و قطعی مساله هاست.

تعریف عملیاتی باور وسواسی کمال گرایی: عبارت است از نمره ای که آزمودنی در خرده

مقیاس کمال گرایی در پرسشنامه OBQ-44 کسب میکند.

با توجه به اینکه پژوهش حاضر به بررسی و شناسایی اختلال OCD از دیدگاه شناختی

میپردازد، در این فصل ابتدا به توصیف مختصر این اختلال و نظریه های اولیه و نظریه های

شناختی معاصر پرداخته شده تا بیان شود که نظریه های مختلف چگونگی پدیدایی اختلال

وسواسی-اجباری را تبیین میکنند و چه عواملی رادر آن موثر میدانند.

1-Guidano

2-liotti

همه گیرشناسی و تظاهر بالینی اختلال وسواسی-اجباری:

اختلال وسواسی-اجباری (OCD)^۱ یکی از شایع ترین اختلالات روانی در جمعیت عمومی است و تقریباً از هر چهل بزرگسال یک نفر (حدود یک تا ۴ درصد از کل جمعیت) را در ایالت متحده مبتلا میکند (مریکنگاس^۲، ۲۰۰۵). مطالعات انجام شده در ایران نیز این اختلال را از شایعترین دسته اختلالات روانپزشکی یافته اند و شیوعی را در همان حدود در جمعیت بزرگسال ایرانی (۱/۸ درصد) برآورد کرده اند (محمدی و همکاران، ۲۰۰۴). به این ترتیب، OCD دو برابر اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی شایعتر و چهارمین بیماری شایع روانپزشکی است (رکتور^۳، ۲۰۰۱). این اختلال معمولاً در کودکی یا اوایل بزرگسالی آغاز میشود و غالباً با سیر مزمن خود تاثیر منفی شدیدی بر کارکرد روانی-اجتماعی و شغلی بیمار دارد (پاین^۴ و مک کلور^۵، ۲۰۰۵؛ کلارک^۶، ۲۰۰۰). نشانه اصلی OCD، وجود وسواسها و اجبارهای مکرر و ناتوان کننده است. وسواسها، افکار، تصاویر یا تکانه های مزاحم^۷، تکراری و مداومی هستند که ناخواسته و غیر ارادی ایجاد میشوند و باعث اضطراب یا آشفتگی قابل توجه فرد میگردند. محتوای وسواسها اغلب فرد ویژه^۸ است و با رخدادهای فعالیت هایی مرتبط است که برای بیمار کاملاً نامتناسب یا بیگانه با خود^۹ تلقی میشود. وسواسها غالباً منجر به مقاومت ذهنی بیمار میشوند اما کنترل آنها دشوار است. بیمار معمولاً وسواسها را ساخته ذهن خود میدانند و اغلب آنها را بی معنی یا غیر منطقی میشناسد. اما سطح

1- Obsessive Compulsive Disorder

2- Merikangas

3 - Rector

4- Pine

5- McClure

6- Clark

7- intrusive

8- idiosyncratic

9- ego-alient

بصیرت بیماران نسبت به بی معنی بودن وسواسها بسیار متفاوت است (کلارک، ۲۰۰۰؛ رکتور، ۲۰۰۱؛ کلارک، ۲۰۰۴؛ پاین و مک کلور، ۲۰۰۵).

اگرچه ۴۴-۸ درصد بیماران ممکن است از اندیشناکی^۱ های وسواسی بدون اجبارهای آشکار رنج ببرند، اکثریت قابل توجه افرادی که معیارهای تشخیصی OCD را دارند، هم دارای وسواسها هستند و هم اجبارها (کلارک، ۲۰۰۰؛ کلارک، ۲۰۰۴). اجبارها، رفتارها یا پاسخ های ذهنی تکراری، قالبی و هدفمندی هستند که بیمار از نظر ذهنی، برای عمل کردن به آنها احساس اجبار میکند و غالباً در برابر آنها مقاومت می نماید. بیمار ممکن است اجبارها را زیاده از حد یا بی معنی بداند و در مقابل آنها احساس ضعف اراده داشته باشد. اجبارها اغلب بوسیله وسواسها تحریک و ایجاد میشوند؛ و چون میتوانند اضطراب یا آشفتگی ناشی از وسواس را سریع، اما گذرا کاهش دهند، تقویت میشوند (کلارک، ۲۰۰۰؛ کلارک، ۲۰۰۴).

ولپی^۲ بر اساس تبیین خود درباره OCD، وسواسها رابه دو دسته ی وسواس های اضطراب افزا و اضطراب کاه تقسیم میکند. به نظر میرسد وسواس اضطراب افزا، بخشی از پاسخ فوری و بلاواسطه فرد به تحریک اضطراب زا و دارای آثار ثانویه در جهت افزایش اضطراب باشد. وسواس اضطراب کاه در واکنش به اضطراب بروز میکند و تا حدی، و حداقل برای مدتی کوتاه، اضطراب را کاهش میدهد (به نقل از قاسم زاده، ۱۳۶۶). لی^۳ و کوون^۴ (۲۰۰۳) نیز مطرح میکنند که وسواسها به دو زیر گروه وسواسهای خودزاد^۵ و وسواسهای واکنشی^۶ تقسیم میشوند. آنان این دو زیر گروه از وسواس را (بر اساس وجود محرک های برانگیزاننده مشخص، تجربه ذهنی

1- ruminations
2- Wolpe
3- Lee
4- Kwon
5- autogenous
6- reactive

همراه، محتوا و فرایندهای شناختی مرتبط) متفاوت از هم میدانند. وسوسه‌های خودزاد بطور ناگهانی به ذهن خطور میکنند، محرک و برانگیزنده مشخصی ندارند، ناهماهنگ با خود هستند، چنان نفرت انگیزند که فرد میکوشد آنها را دفع کند و محتوای آنها شامل افکار و تکانه‌های جنسی، خشونت آمیز و غیر اخلاقی است. وسوسه‌های واکنشی بوسیله محرک‌های خارجی مشخص، برانگیخته میشوند، بیمار آنها را نسبتاً واقع‌گرایانه و منطقی میدانند، بیمار را به واکنش و امیدارد و محتوای آنها شامل افکار مرتبط با آلودگی، خطا، حادثه، ناقربینی و مانند آن است. در مطالعه تجربی لی و کوون، وسوسه‌های خودزاد به ارزیابی^۱ بالایی درباره کنترل فکر و اهمیت فکر منجر میشد و با کاربرد مکرر راهبردهای اجتنابی، همراه بود؛ در حالی که وسوسه‌های واکنشی با ارزیابی بالا درباره مسئولیت و کاربرد مکرر راهبرد مقابله جویانه^۲ ارتباط داشت.

وسوسه‌ها ممکن است در طول زمان تغییر کنند یا شدید و خفیف شوند، اما بهبود خودبخود این اختلال گزارش نشده است (اکانر^۳، آردما^۴ و پلیسیر^۵، ۲۰۰۴).

برای تمایز وسوسه‌ها از پدیده‌های روانپزشکی، وجود آگاهی فرد از افکار و تصاویر ناخوانده مزاحم به عنوان فرآورده ذهن خودش، ضروری است. در اصل افراد مبتلا به افکار وسواسی تلاش میکنند تا افکار ناخوانده مزاحم خود را فراموش کنند، واپس برانند و یا بی اثر سازند. اجبارها که به عنوان رفتارهای تکراری تعریف میشوند و فرد در پاسخ به وسوسه‌ها انجام میدهند، طبق اصولی که به آن باور دارد، سرسختانه و به طور انعطاف ناپذیری باید انجام شوند. برای اینکه این رفتارها بعنوان اجبارها در نظر گرفته شوند، لازم است با هدف جلوگیری و یا کاهش ناراحتی

1- appraisal
2- confrontational
3- Oconnor
4- Aardema
5- Pelissier

یا پیامدهای دردناک، انجام شوند بدون آنکه پیوند و ارتباط واقع بینانه ای با آنچه قرار است بی اثر سازند، وجود داشته باشد (کلارک و فربورن، ترجمه کاویانی ۱۳۸۰).

سبب شناسی اختلال وسواسی-اجباری

در تبیین اتیولوژی این اختلال، پژوهشگران، مدل های متعددی را پیشنهاد کرده اند که هر کدام از آنها برعوامل خاصی تاکید دارند. هر چند در سال های اخیر، در اکثر این نظریه ها و مدلها، عوامل شناختی هسته اصلی OCD تلقی میشود (فوا^۱ و کوزاک^۲، ۱۹۸۶؛ تالیس، ۱۹۹۵)، با این همه در آغاز، به توصیف سایر مدل های تبیینی نیز میپردازیم.

نظریه روانکاوی: در نظریه روانکاوی، وسواسها و اجبارها یکی هستند و از نیروهای غریزی جنسی یا پرخاشگرانه ای سرچشمه گرفته اند که به خاطر آموزش سخت گیرانه ی آداب تواللت رفتن، قابل مهار نیستند. بنابراین، شخص در مرحله مقعدی تثبیت شده است. نشانه های مشاهده شده، نتیجه کشمکش میان نهاد و مکانیسم های دفاعی است. گاهی اوقات غرایز پرخاشگرایانه نهاد غلبه دارند و گاهی مکانیسمهای دفاعی (به نقل از دیویسون، نیل و کرینگ، ترجمه دهستانی ۱۳۸۴). همچنین، فروید در آثار اولیه خود مطرح کرد که نشانه های وسواسی، نشانه برگشت به مرحله مقعدی-آزارگرانه پیش تناسلی رشد است و مشخصه آن، تعارض بین پرخاشگری و سلطه پذیری، کثیفی و تمیزی، نظم و بی نظمی است. در ضابطه بندی های بعدی روانپویایی، فرض بر آن است که بیماران وسواسی، "مرزهای من ضعیفی" دارند و بنابراین ممکن است در مرحله

1-Foa

2-Kozak

پیش-روانپزش^۱ قرار گرفته باشند (سالکوسکیس، ۱۹۸۸). آلفرد آدلر (۱۹۳۱)، به نقل از همان منبع (این اختلال را ناشی از احساس بی کفایتی میدانست. او عقیده داشت که وقتی کودکان به خاطر وجود والدینی بیش از حد مسلط یا حمایت کننده از پرورش احساس کفایت در خود باز میمانند، در آنها عقده حقارت شکل گرفته و به طور ناهشیار به آداب و تشریفات و سواسی روی میآورند تا برای خود قلمرویی ایجاد کنند که بر آن کنترل داشته و بتوانند احساس کفایت و سودمندی بکنند. آدلر بیان میکند که عمل و سواسی به شخص این امکان را میدهد تا بالاخره بر چیزی تسلط داشته باشد.

عوامل زیست شناختی: التهاب مغز، جراحات سر و غدد مغزی با ظهور اختلال و سواسی-

اجباری همراه هستند (جنیک، ۱۹۸۶؛ به نقل از دیویسون، ۱۳۸۴). توجه دانشمندان معطوف به دو ناحیه مغز است که میتواند تحت تاثیر این قبیل آسیبها قرار بگیرد: قطعه پیشانی و عقده های پایه. بررسیها بیانگر افزایش فعالیت قطعه پیشانی در افراد مبتلا به و سواس است که احتمالاً منعکس کننده توجه بیش از حد آنها به افکار خودشان میباشد. توجه به عقده های پایه، که با کنترل رفتار حرکتی ارتباط دارد، به خاطر پیوند آن با اجبارها و همچنین رابطه و سواسی-اجباری با نشانگان تورت است بیماران مبتلا به تورت غالباً و سواس دارند (شپرد، ۱۹۹۹؛ به نقل از دیویسون، ۱۳۸۴). از طرفی، آزمایش های بالینی بسیاری که با داروهای مختلف به عمل آمده تاکید کننده این فرضیه است که بی نظمی سروتونین در پیدایش علائم و سواسها و اجبارها در این اختلال در کار است. ولی اینکه سروتونین در علت اختلال و سواسی-اجباری هم دخیل است یا خیر فعلاً معلوم نیست. همچنین تصویرگیری از مغز این بیماران اختلال کارکرد جریانات عصبی بین قشر اوربیتو فرونتال،

1 -pre-psychotic

هسته دمدار و تالاموس را مطرح میکند و مطالعات توموگرافی کامپیوتری و هم تصویرسازی با رزونانس مغناطیسی کاهش اندازه هسته های دمدار را در دو طرف سر بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری پیدا کرده اند (کاپلان-سادوک، ۱۳۸۲). از طرفی، داده های ژنتیک در مورد اختلال وسواسی- اجباری با این فرضیه هماهنگ است که این اختلال یک جزء ژنتیک قابل ملاحظه دارد. معهذ این داده ها هنوز تاثیر عوامل فرهنگی و رفتاری را در انتقال اختلال مشخص نکرده اند مطالعات تطابقی در دوقلوها برای این اختلال، بطور ثابت میزان تطابق بالاتر در دوقلوهای یک تخمکی را در مقایسه با دو تخمکی نشان داده اند (به نقل از همان منبع).

نظریه رفتاری: نظریه دو مرحله ای^۱ ماورر^۲ (۱۹۳۹) درباره اکتساب و نگهداری رفتارهای ترس و اجتناب معمولاً برای توضیح و توجیه اختلالات وسواسی- اجباری و ترسهای مرضی مورد استفاده قرار می گیرد. این نظریه چنان فرض میکند که ابتدا یک رویداد خنثی بر اثر همراه شدن با یک محرک که به علت طبیعت خاص خود ایجاد ناراحتی یا اضطراب می کند، خاصیت ترس زایی بدست می آورد. به این ترتیب، از طریق یک فرایند بازخوانی یا تداعی^۳، هم اشیای خارجی قابل لمس و هم افکار و تصورات ذهنی، قدرت ایجاد ترس و ناراحتی را کسب میکنند. در مرحله ی دوم فرد پاسخهای فرار^۴ یا پرهیز^۵ لازم برای تقلیل دادن اضطراب و ناراحتی ایجاد شده توسط محرکهای شرطی مختلف را فرا میگیرد و این پاسخها به علت موفقیت آنها در تقلیل دادن اضطراب تقویت میشوند و ادامه می یابند. به علت تعمیم پیدا کردن پاسخ ترس و اضطراب به اشیا و موقعیت های متعدد، بیماران وسواسی- اجباری نمی توانند به راحتی از موقعیت های زیادی که

1-Two-stage Theory

2-Mowrer

3- Associative Process

4 -Escape

5-Avoidance