

اثربخشی تکنیک‌های ذهن‌آگاهی انفصالی در درمان یک مورد اختلال وسواسی - اجباری

عباس فیروزآبادی*
مربی گروه مشاوره دانشگاه بجنورد
حسین شاره
دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی
بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

هدف: پژوهش حاضر، معرفی و بررسی اثربخشی تکنیک‌های ذهن‌آگاهی انفصالی در کاهش علائم وسواسی یک مورد خاص اختلال وسواسی - اجباری است. روش: در یک بررسی تک‌آزمودنی از نوع طرح A-B، اثر تکنیک‌های ذهن‌آگاهی انفصالی بر یک مورد اختلال وسواسی - اجباری بررسی شد. آزمودنی در مرحله A (خط پایه) و مرحله B (جلسه آخر درمان)، مقیاس وسواسی - اجباری ییل - براون، پرسشنامه کنترل فکر، پرسشنامه فراشناخت، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس و مقیاس خودکارآمدی عمومی شسر را تکمیل کرد. در جلسه چهارم و سه ماه پس از پایان جلسات درمانی، یعنی در مرحله پی‌گیری نیز مقیاس ییل - براون و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس را تکمیل نمود. یافته‌ها: در مقیاس ییل - براون، نمره آزمودنی از ۳۶ در مرحله خط پایه به ۱۲ در جلسه هشتم و ۱۰ در مرحله پی‌گیری تقلیل یافت. در مقیاس کنترل فکر، نمره آزمودنی در زیرمقیاس‌های تنبیه و نگرانی کاهش معنادار نشان داد. نتایج دیگر، شامل کاهش نمره در زیرمقیاس‌های پرسشنامه فراشناخت، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس و افزایش نمره در مقیاس خودکارآمدی عمومی بود. نتیجه‌گیری: تکنیک‌های ذهن‌آگاهی انفصالی در درمان اختلال وسواسی - اجباری مؤثرند.

* نشانی تماس: بجنورد، کیلومتر ۴ جاده اسفراین، پردیس
دانشگاه بجنورد، گروه مشاوره.
Email: ab.firoozabadi@gmail.com

کلیدواژه‌ها: ذهن‌آگاهی انفصالی، فراشناخت، اختلال وسواسی - اجباری

Effectiveness of Detached Mindfulness Techniques in Treating a Case of Obsessive Compulsive Disorder

Objective: The objective of this study was to introduce and explore the effectiveness of detached mindfulness techniques in the treatment of a particular case of obsessive compulsive disorder. **Methods:** In a single-subject experimental trial of A-B type, the detached mindfulness techniques were carried out on a subject with obsessive compulsive disorder. The subject was assessed at both stage A (base line) and stage B (last session) by Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), Thought Control Questionnaire (TCQ), Metacognitions Questionnaire (MCQ), Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) and General Self Efficacy Scale (GSES). In addition, the subject completed Y-BOCS and DASS-21 in the fourth session and after the end of treatment sessions, as well as the follow-up session. **Results:** The subject's Y-BOCS score decreased from 36 in stage A to 12 in the last stage, and 10 in the follow-up stage. There was a significant reduction of scores in the punishment and worry subscales of TCQ. Other findings include score reduction in subscales of MCQ, depression, anxiety and stress and score increase in GSES. **Conclusion:** The detached mindfulness techniques were effective in the treatment of obsessive compulsive disorder.

Abbas Firouzabadi*
Bejnord University
Hossein Shareh
Tehran Psychiatric Institute, Iran
University of Medical Sciences

Keywords: Detached mindfulness, Metacognition, Obsessive Compulsive Disorder.

Email: ab.firoozabadi@gmail.com

مقدمه

اختلال وسواسی- اجباری^۱ (OCD)، نشانگان عصبی - روان‌پزشکی پیچیده‌ای است که مشخصه اصلی آن، افکار ناخواسته، تکراری و مزاحم (افکار وسواسی) و نیز رفتارهای تکراری و آزاردهنده آیین‌مند (اعمال وسواسی) می‌باشد که بیمار به منظور اجتناب از اضطراب یا خنثی‌سازی افکار وسواسی انجام می‌دهد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲، ۱۹۹۴). بسیاری از بیماران مبتلا به OCD در ارزیابی درست از احتمال وقوع خطر ناتوانی نشان می‌دهند، به طوری که نسبت به همه چیز بدگمان شده و به شک مرضی دچار می‌شوند و برای این که از نگرانی‌های خود بکاهند، درگیر نشخوارهای ذهنی و رفتارهای زاید می‌شوند (پیگوت^۳، هیورکس^۴، پوبرت^۵، برنستین^۶ و مورفی^۷، ۱۹۹۴). وسواس‌های عملی (اجبارها) اغلب به وسیله وسواس‌های فکری تحریک و ایجاد شده و چون می‌توانند اضطراب یا آشفتگی ناشی از وسواس را سریع (اما گذرا) کاهش دهند، تقویت می‌شوند (کلارک^۸، ۲۰۰۴). در بعضی موارد افراد با توجه به قوانین شخصی خودشان اعمال کلیشه‌ای انجام می‌دهند، بدون این که علت آن را بدانند (ولز^۹، ۲۰۰۰).

یکی از مهم‌ترین و اثرگذارترین مدل‌های تبیین اختلالات روانی در سال‌های اخیر، مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی^{۱۰} ولز و متیوز^{۱۱} (۱۹۹۴) بوده است. در مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی، همه اختلالات روانی می‌توانند با فعالیت الگویی ناکارآمد از شناخت مرتبط باشند که نشانگان توجهی - شناختی^{۱۲} (CAS) نامیده می‌شود. این نشانگان الگویی از فعالیت پردازش راهبردی است که به وسیله دانش فراشناختی ذخیره‌شده در حافظه درازمدت، راه‌اندازی می‌شود (ولز، ۲۰۰۵). CAS به دلیل تمرکز بر ارزیابی تهدید، ایفای نقش ناکارآمد در فراهم‌سازی اطلاعاتی که می‌توانند ارزیابی‌ها و باورهای اشتباه را اصلاح کنند و یافتن منابع توجهی جدید به منظور ارائه پاسخ‌های سازگار، ایجاد سوگیری در پردازش‌های خودکار سطح پایین‌تر نظام شناختی و در پی داشتن پیامدهای محیطی - بین‌فردی مشکل‌زا، به عنوان مانعی در راه آرام‌بخشی روان‌شناختی مورد توجه قرار گرفته است. بر اساس این تحلیل نظری، تعدیل شناختی در درمان نباید فقط بر چالش با اعتبار نگرانی و افکار منفی (مانند آنچه در شناخت‌درمانی سنتی انجام می‌شود) تمرکز کند، بلکه باید مستقیماً بر تعدیل CAS و تغییر در سبک شناخت نیز متمرکز شود. یکی از بااهمیت‌ترین راهکارها برای انجام این مهم، ایجاد و گسترش حالتی از ذهن‌آگاهی انفصالی^{۱۳} (DM)

است. ولز و متیوز (۱۹۹۴)، ذهن‌آگاهی انفصالی را حالتی خوشایند برای بیماران تحت درمان روان‌شناختی و نقطه مقابل و ناسازگار با CAS می‌دانند. به طور کلی، ذهن‌آگاهی انفصالی شامل حالتی است که در آن با وجود آگاهی عینی از افکار و وقایع درونی، هیچ‌گونه پاسخ‌دهی تلاشگرانه شناختی (ارزیابی تأییدی، تحلیل مفهومی، تلاش برای کنترل یا سرکوب) و یا رفتاری صورت نمی‌گیرد.

هدف از آموزش و تمرین این گروه از تکنیک‌های شناختی را می‌توان تسهیل موارد زیر دانست: رشد شیوه فراشناختی، افزایش کنترل انعطاف‌پذیری در انتخاب راهبردهای شناختی و رفتاری، رشد طرح‌های جدید برای تنظیم فعالیت عملکرد اجرایی خودتنظیمی، افزایش پردازش‌های عدم تأییدی و معطوف به اصلاح باورهای ناکارآمد و ممانعت از فعالیت CAS در پاسخ به راه‌اندازها (ولز، ۲۰۰۰). این مدل با به کارگیری تمرین‌های آموزش توجه که مانع ثبات پردازش‌های منفی می‌شوند، تمرکز بر خود را کاهش می‌دهد و انعطاف‌پذیری توجه را بالا می‌برد (ولز، ۲۰۰۵). ولز به منظور اصلاح و کنترل ابعاد توجه برای جلوگیری از تداوم آسیب‌پذیری هیجانی، تکنیک آموزش توجه^{۱۴} (ATT) را در قالب تکنیک‌های ایجادکننده ذهن‌آگاهی انفصالی ارائه کرده است. درمان آموزش توجه توانایی دسترسی به پردازش‌های عدم تأییدی را افزایش می‌دهد و شرایط ایجاد طرح‌های فراشناختی بهتر را جهت کنترل توجه فراهم می‌سازد.

چند مکانیسم که می‌تواند زیربنای اثربخشی بالینی ATT باشد، عبارت است از: کاهش تمرکز بر خود و افزایش انعطاف‌پذیری توجه، قطع راهبردهای پردازشی مبتنی بر نگرانی و نشخوار فکری، افزایش کنترل اجرایی در پردازش و تقویت شیوه فراشناختی پردازش. از آنجا که وجود تکنیک‌هایی عینی، روشن و قابل اجرا در درمان OCD، و توانمند ساختن مراجع برای ورود به دوره پس از درمان و کاهش احتمال عود اهمیت ویژه‌ای دارد، مطالعه حاضر به بررسی اثربخشی تکنیک‌های ذهن‌آگاهی انفصالی در کاهش علائم وسواسی و فراهم کردن پشتوانه علمی درباره اثربخشی این تکنیک‌ها می‌پردازد.

1- Obsessive-Compulsive Disorder

2- American Psychiatric Association

3- Pigott

4- Heureux

5- Pabbert

6- Bernstein

7- Murphy

8- Clark

9- Wells

10- Self-Regulatory Executive Function Model

11- Matthews

12- Cognitive-Attentional Syndrome

13- Detached Mindfulness

14- Attention Training Technique

روش

در جلسه دوم، تکنیک تصویرسازی ابرها^۶ آموزش داده و تمرین شد و از مراجع خواسته شد در فاصله دو جلسه حداقل روزی چهار بار و هر بار به مدت پنج دقیقه این تکنیک را تمرین کند.

در جلسه سوم، پس از توضیح منطق استفاده از تکنیک تجویز ذهن سرگردان^۷، این تکنیک تمرین و از مراجع خواسته شد در فاصله دو جلسه حداقل روزی شش بار و هر بار به مدت سه دقیقه به تمرین این تکنیک پردازد.

در جلسه چهارم، تکنیک هدایت فراشناختی^۸ آموزش داده و تمرین شد و در پایان جلسه مراجع مقیاس‌های ییل - براون و افسردگی، اضطراب و استرس را تکمیل کرد.

در جلسه پنجم، تکنیک تمثیل ایستگاه قطار^۹ آموزش داده و تمرین شد و مراجع در فاصله دو جلسه حداقل روزی چهار بار و هر بار به مدت پنج دقیقه آن را انجام داد.

در جلسه ششم، منطق تکنیک حلقه کلامی^{۱۰} آموزش داده و افکار مزاحم ضبط دیجیتال شد؛ به طوری که مراجع در فاصله دو جلسه روزی سه بار و هر بار به مدت ۱۵ دقیقه به آن گوش می‌داد.

در جلسات هفتم و هشتم به ترتیب تکنیک‌های تداعی آزاد^{۱۱} و تمثیل کودک متمرکز^{۱۲} آموزش داده و تمرین شد و در پایان جلسه مقیاس‌های MCQ، TCQ، Y-BOCS، DASS-۲۱ و GSES دوباره تکمیل گردید.

در مرحله پی‌گیری (سه ماه پس از پایان جلسات درمان) مقیاس‌های Y-BOCS و DASS-۲۱ بر آزمودنی اجرا گردید. داده‌ها به کمک رسم نمودار تحلیل شد. در این روش فراز و فرود متغیر وابسته، پایه داوری در مورد میزان تغییر به شمار می‌رود (بارلو^{۱۳} و هرسن^{۱۴}، ۱۹۷۹). برای محاسبه درصد بهبود آزمودنی در زمینه علایم بالینی از فرمول زیر استفاده شد (اگلز^{۱۵}، منر^{۱۶} و بنستیل^{۱۷}، ۲۰۰۱):

$$\Delta A\% = (A_0 - A_1) / A_0$$

A₀: مشکل آماجی در جلسه اول (وسوسه، احتمال لغزش و مصرف مجدد)

A₁: مشکل آماجی در جلسه آخر (وسوسه، احتمال لغزش و مصرف مجدد)

ΔA%: درصد میزان بهبود

در این پژوهش، طرح آزمایشی تک‌آزمودنی از نوع طرح A-B به کار برده شد. در این نوع طرح ابتدا در مرحله A به بررسی حالت اولیه و رفتار آزمودنی پرداخته، و سپس عمل آزمایشی B انجام می‌شود. در مرحله بعدی که پی‌گیری نام دارد، رفتار آزمودنی مجدداً مورد ارزیابی قرار می‌گیرد (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۸۷).

مراجع یک زن ۲۳ ساله و دانشجوی مقطع کارشناسی بود که مدت سه سال علایم اختلال وسواسی - اجباری داشت. علایم بالینی وی شامل وسواس‌های فکری همراه با وسواس‌های عملی بود. محتوای وسواس‌های فکری او شامل ترس از صدمه زدن به دیگران بر اثر بی‌احتیاطی، تصادف با عابر پیاده به وسیله اتومبیل، و شک و تردید در مورد آسیب زدن به افراد در هنگام رانندگی بود.

وسواس ذهنی وی شامل توجه‌برگردانی بر وضعیت تحصیلی و عدم کفایت تحصیلی و رفتارهای وسواسی‌اش (شکایت اصلی مراجع) شامل حمل کردن یک کیف با بار اضافه (در حدود ۹/۵ کیلوگرم) بر دوش، بستن چشم‌ها، تند راه رفتن و گاه دویدن بود. مراجع از موقعیت‌هایی که امکان حمل کیف نبود، اجتناب می‌کرد.

علاوه بر تشخیص روان‌شناس بالینی، مراجع برای تأیید تشخیص اختلال وسواسی - اجباری و بررسی عدم تشخیص اختلال در محور II به روان‌پزشک ارجاع داده شد. وی در سه سال گذشته و همچنین حین درمان سابقه هیچ‌گونه مداخله دارویی و روان‌شناختی نداشت و نسبت به مشکل خود بینش داشت. او طی هشت جلسه (هر هفته یک جلسه یک‌ساعته) تحت آموزش و تمرین تکنیک‌های ذهن‌آگاهی انفصالی قرار گرفت.

در مرحله خط پایه (شامل یک هفته قبل از شروع مداخله و جلسه اول درمان) مراجع مقیاس وسواسی - اجباری ییل - براون^۱ (Y-BOCS)، پرسشنامه کنترل فکر^۲ (TCQ)، پرسشنامه فراشناخت^۳ (MCQ)، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس^۴ (DASS-۲۱) و مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر^۵ (GSES) را تکمیل کرد. در جلسه اول درمان، منطق تکنیک آموزش کنترل توجه (ATT) در ایجاد ذهن‌آگاهی انفصالی برای مراجع توضیح و آموزش داده و سپس تمرین شد. در پایان جلسه از مراجع خواسته شد در فاصله بین دو جلسه روزی دو بار (صبح و شب) و هر بار به مدت ۱۵ دقیقه به اجرای این تکنیک پردازد. این تکنیک شامل سه مرحله توجه انتخابی (هشت دقیقه)، تغییر و جابه‌جایی توجه (پنج دقیقه) و تقسیم توجه (دو دقیقه) بود که در فاصله بین جلسات مراجع متعهد بود آنها را انجام دهد. در شروع هفت جلسه بعدی، از مراجع در مورد انجام تکلیف سؤال می‌شد.

- 1- Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale
- 2- Thought Control Questionnaire
- 3- Metacognitions questionnaire
- 4- Depression, Anxiety and Stress Scale
- 5- General self Efficacy Scale
- 6- Clouds Image
- 7- Prescriptive Mind-Wandering
- 8- Metacognitive Guidance
- 9- Passenger Train Analogy
- 10- Verbal Loop
- 11- Free Association Task
- 12- Recalcitrant Child Analogy
- 13- Barlow
- 14- Hersen
- 15- Ogles
- 16- Lunner
- 17- Bonesteel

ابزارها

۱- مقیاس وسواسی - اجباری ییل - براون

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^۱ این مقیاس با روش پایایی بین ارزیاب‌ها در ۴۰ بیمار ۰/۹۸ و ضریب همسانی درونی ۰/۹۸ (صبوری، مهریار و قریب، ۱۳۷۷) و با استفاده از روش بازآزمایی^۲ به فاصله دو هفته ۰/۸۴ (دادفر، بواله‌ری، ملکوتی و بیان‌زاده، ۱۳۸۰) گزارش شده است. در بررسی مقدماتی در ۲۶ بیمار که به منظور بررسی اعتبار همگرا^۳ صورت گرفت، بین نمرات این مقیاس و مقیاس وسواسی - اجباری مادزلی^۴ (MOCI) همبستگی ۰/۷۲ گزارش شد (هالندر^۵، زهر^۶ و مارازیتی^۷، ۱۹۹۴).

۲- پرسشنامه کنترل فکر

این پرسشنامه ۳۰ ماده‌ای را ولز و دیویس^۸ (۱۹۹۴) به منظور ارزیابی راهبردهای کنترل فکر و رابطه آن با آسیب‌پذیری هیجانی تهیه کرده‌اند. پنج زیرمقیاس این پرسشنامه شامل توجه بر گردانی (D)، تنبیه (P)، ارزیابی مجدد (R)، نگرانی (W) و کنترل اجتماعی (S) است. ولز و دیویس (۱۹۹۴) با استفاده از روش بازآزمایی، برای زیرمقیاس‌های این پرسشنامه پایایی ۰/۶۷ تا ۰/۸۳ و ضریب آلفای کرونباخ^۹ ۰/۶۴ تا ۰/۷۹ را گزارش کرده‌اند. در بررسی روایی این پرسشنامه، ضریب همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه‌های وسواس فکری - عملی پادوآ^{۱۰}، افکار اضطرابی^{۱۱} 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 ۰/۷۰ گزارش شد (گودرزی و اسماعیلی ترکانبوری، ۱۳۸۴).

۳- پرسشنامه فراشناخت

پرسشنامه فراشناخت را کارترایت-هاتون^{۱۲} و ولز (۱۹۹۷) به منظور اندازه‌گیری تفاوت‌های فردی در باورهای مثبت و منفی در زمینه نگرانی و افکار مزاحم ناخوانده، بازمینی و قضاوت فراروان‌شناختی در مورد کارآمدی شناختی طراحی کرده‌اند. این پرسشنامه ۶۵ ماده دارد و از پنج زیرمقیاس تشکیل شده است که عبارت‌اند از: باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی (مثلاً، «نگرانی کم‌کم می‌کند با مشکلات کنار بیایم»؛ باورهای فراشناختی منفی در مورد نگرانی که بر کنترل‌ناپذیری و خطرناک

بودن نگرانی‌ها تأکید می‌کنند (مثلاً «وقتی نگران می‌شوم نمی‌توانم به آن پایان دهم»؛ کارآمدی شناختی (مثلاً، «حافظه ضعیفی دارم»؛ باورهای فراشناختی منفی در مورد افکار شامل موضوعات خرافی^{۱۳}، تنبیه، مسئولیت^{۱۴} و نیاز به کنترل افکار (مثلاً، «ناتوانی در کنترل افکارم یکی از نشانه‌های بیماری است») و خودآگاهی شناختی (مثلاً، «توجه زیادی به شیوه‌ای که ذهنم کار می‌کند دارم»). سازندگان برای این مقیاس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۸۹ را به دست آوردند (ولز، ۲۰۰۰). نسخه ایرانی این پرسشنامه را ضیایی (۱۳۸۴) آماده و برای این مقیاس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و ضریب پایایی به روش دونیم‌سازی معادل ۰/۸۷ را گزارش کرده است.

۴- مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس

این مقیاس را لوویانند^{۱۵} و لوویانند (۱۹۹۵) تهیه کرده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ برای شکل ۲۱ سؤالی این مقیاس در یک نمونه ۴۰۰ نفری برای افسردگی ۰/۷۰، اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ گزارش شده است. همچنین، ضریب همبستگی پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس اضطراب زونک با زیرمقیاس‌های این آزمون به ترتیب برای افسردگی ۰/۶۶، استرس ۰/۴۹ و اضطراب ۰/۶۷ به دست آمده است (صاحبی، میرعبداللهی و سالاری، ۱۳۸۰).

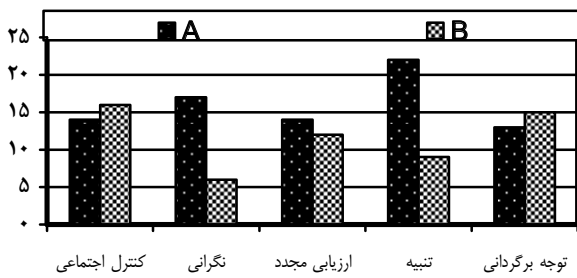
۵- مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر

مقیاس (GSES) را شرر و همکاران (۱۹۸۲) ساخته‌اند که شامل ۱۷ ماده می‌باشد. پایایی این مقیاس در پژوهش‌های داخلی ۰/۷۶ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (اعرابیان، خداپناهی، حیدری و صالح صدق‌پور، ۱۳۸۳).

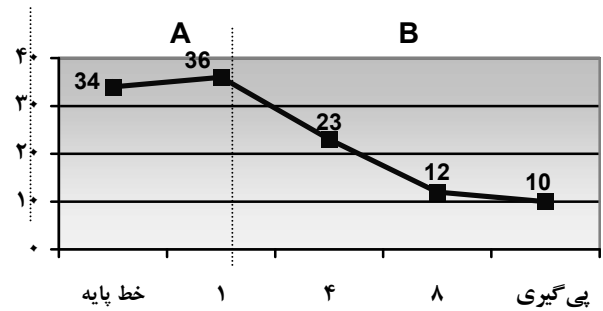
یافته‌ها

شکل ۱ نشان‌دهنده نمره آزمودنی در مقیاس ییل - براون است. آزمودنی با نمره ۳۶ در مرحله خط پایه، میزان بالایی از نشانگان OCD را تجربه کرده است. نمره آزمودنی در جلسه آخر درمان به ۱۲ (۶۶ درصد

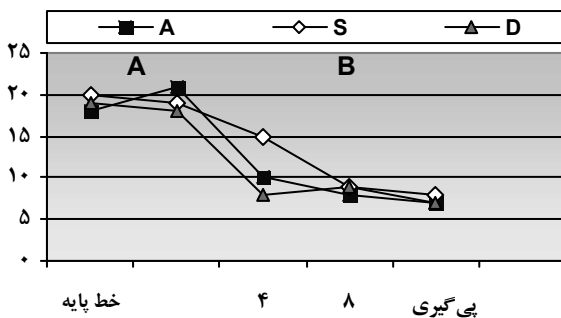
1- reliability	2- test-retest
3- convergent validity	
4- Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory	
5- Hollender	6- Zohar
7- Marazziti	8- Davies
9- Cronbach's alpha	10- Padua Inventory
11- Anxious thought inventory	12- Cartwright-Hotton
13- superstition themes	14- responsibility
15- Lovibond	



شکل ۲- نمرات آزمودنی در مقیاس کنترل فکر پیش و پس از درمان



شکل ۱- شدت نشانگان اختلال وسواس بر اساس پرسشنامه بیل - براون



شکل ۳- شدت اضطراب (A)، استرس (S) و افسردگی (D) بر مبنای DASS-21

جدول ۱- نمرات آزمودنی در زیرمقیاس‌های پرسشنامه فراشناخت

مقیاس عامل	A	B	درصد بهبود
باورهای مثبت در مورد نگرانی	66	19	71
باورهای منفی در مورد نگرانی (کنترل ناپذیری و خطرناک بودن)	56	20	64
باورها در مورد کفایت شناختی	33	12	63
باورهای منفی کلی (مسئولیت پذیری، تنیبه، خرافات)	39	16	59
خودآگاهی شناختی	15	21	40

کفایت شناختی ۶۳ درصد، باورهای منفی کلی (مسئولیت پذیری، تنیبه، خرافات) ۵۹ درصد و خودآگاهی شناختی ۴۰ درصد بوده است. در مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر، نمره آزمودنی از ۳۲ در مرحله A به ۵۸ در مرحله B افزایش پیدا کرد. همچنین، از ابتدای شروع درمان تا مرحله پی گیری، وزن کیفی که مراجع با خود حمل می کرد، کاهش قابل توجهی یافت. در مرحله A (خط پایه) وزن کیف حمل شده ۹/۵ کیلوگرم بود که این میزان در مرحله B به تدریج کم شد؛ به طوری که در جلسه چهارم به ۵/۵ کیلوگرم و در جلسه هشتم به یک کیلوگرم رسید و در مرحله پی گیری مراجع بدون حمل هیچ بار اضافی از خانه خارج می شد.

بحث

نتایج این پژوهش نشان می دهد که تکنیک‌های ذهن آگاهی انفصالی در کاهش نشانگان اختلال وسواسی - اجباری مؤثر می باشند. کاهش نمره‌های آزمودنی در Y-BOCS از مرحله خط پایه تا پایان جلسه هشتم (بهبود ۶۶ درصد) و مرحله پی گیری (بهبود ۷۲ درصد) نشان دهنده

بهبود) و در مرحله پی گیری به ۱۰ (۷۲ درصد بهبود) کاهش پیدا کرد. شکل ۲ نشان دهنده نمرات آزمودنی در مقیاس کنترل فکر است. همان طور که مشاهده می شود، نمرات آزمودنی در زیرمقیاس‌های تنیبه (P) و نگرانی (W) در مرحله B (جلسه هشتم) نسبت به مرحله A (خط پایه) کاهش معناداری داشته است (به ترتیب درصد بهبود ۵۹ برای تنیبه و ۶۴ برای نگرانی). آزمودنی در زیرمقیاس ارزیابی مجدد کاهش کم و در زیرمقیاس‌های کنترل اجتماعی و توجه برگردانی افزایش داشته است. یافته‌های ارائه شده در شکل ۳ نشان می دهند که میزان اضطراب، استرس و افسردگی آزمودنی در مقیاس DASS-21 در طول دوره درمان، نسبت به مرحله A کاهش پیدا کرده و این بهبود تا مرحله پی گیری (سه ماه پس از اتمام درمان) نیز ادامه داشته است. میزان بهبود در مقیاس اضطراب ۶۲ درصد، در مقیاس استرس ۵۲ درصد و در مقیاس افسردگی ۵۰ درصد بوده است.

جدول ۱ نمرات و درصد بهبود آزمودنی را در پنج زیرمقیاس پرسشنامه فراشناخت در دو مرحله A و B نشان می دهد. درصد بهبود آزمودنی در زیرمقیاس‌های باورهای مثبت در مورد نگرانی ۷۱ درصد، باورهای منفی در مورد نگرانی، کنترل ناپذیری و خطرناک بودن ۶۴ درصد، باورها در مورد

نمره‌های افسردگی، اضطراب و استرس آزمودنی در مقیاس ۲۱-DASS در مرحله B نسبت به مرحله A کاهش قابل ملاحظه‌ای یافته است. درصد بهبود در زیرمقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس در جلسه هشتم نسبت به خط پایه به ترتیب ۵۰، ۶۲ و ۵۲ درصد بوده است که نشان می‌دهد تکنیک‌های ذهن‌آگاهی انفصالی، علاوه بر کاهش میزان اضطراب و استرس در کاهش میزان افسردگی که همبودی ۶۷ درصدی با اختلال وسواسی - اجباری دارد نیز اثربخش می‌باشد (سلیگمن^۵، روزنهان^۶ و واکر^۷، ۲۰۰۱).

نمره‌های آزمودنی در مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر نشان می‌دهد که ایجاد و تمرین وضعیت ذهن‌آگاهی انفصالی در افزایش احساس خودکارآمدی مؤثر است که با یافته‌های کیم^۸ (۲۰۰۳) درباره ارتباط معنادار بین احساس خودکارآمدی و تغییر در وضعیت روانی همسوست.

دوره کوتاه درمان، روشن و ساده بودن تکنیک‌ها و تکالیف بین جلسات و همچنین، توانمند ساختن مراجع برای خروج از دوره درمان از جمله عواملی بودند که باعث همکاری مراجع و اثربخشی معنادار این تکنیک‌ها در تغییر وضعیت روانی مراجع و حفظ نتایج در مرحله پس از درمان شدند.

با توجه به یافته‌های پژوهش و بهبود معنادار آزمودنی می‌توان نتیجه گرفت که آموزش و تمرین تکنیک‌های ذهن‌آگاهی انفصالی در درمان و کاهش نشانگان اختلال وسواسی - اجباری اثربخش می‌باشد. اجرای طرح آزمایشی تک آزمودنی از نوع A-B در یک نفر، از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود که با انجام تحقیقات گسترده‌تر از نوع طرح‌های خط پایه چندگانه قابل رفع است. پیشنهاد می‌شود در قالب طرح‌های آزمایشی، اثربخشی این تکنیک‌ها در درمان سایر اختلالات اضطرابی نیز مورد آزمون قرار گیرد و با سایر شیوه‌های درمانی مقایسه شود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۸/۱۱؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۵/۲۲

اثرگذاری این تکنیک‌ها بر درمان و همچنین پیشگیری از بازگشت نشانگان است. آموزش ذهن‌آگاهی انفصالی و مراحل آموزش توجه (ATT) در از بین بردن پردازش‌های ماندگار و جلوگیری از تجربه ذهنی افکار مزاحم مفید می‌باشند (ولز، ۲۰۰۰). وزن کیفی مراجع (عمل اجباری) در طول درمان و مرحله پی‌گیری کاهش قابل توجهی نشان داد. به طور کلی تمرین‌های ذهن‌آگاهی انفصالی می‌توانند پاسخ‌های مقابله‌ای غیرارادی ناسازگار را از بین ببرند. در این شرایط، راهبردهای فرشناختی جدیدی (طرح‌ریزی‌ها) ایجاد می‌گردند که برای کنار آمدن با افکار مزاحم مفید هستند (ولز، ۲۰۰۰).

نمره آزمودنی در مقیاس کنترل فکر، در زیرمقیاس‌های تنبیه و نگرانی (درصد بهبود ۵۹ برای تنبیه و ۶۴ برای نگرانی) کاهش معنادار نشان می‌دهد. مراجع قبل از شروع درمان به منظور کنترل افکار خود به میزان زیادی از راهبرد تنبیه و در درجه دوم نگرانی استفاده می‌کرد (همسو با تحقیقات ولز و دیویس، ۱۹۹۴ و امیر، کاشمن^۲ و فوا^۳، ۱۹۹۷). ولز و دیویس (۱۹۹۴) راهبردهای مقابله‌ای تنبیه و نگرانی را در ارتباط نزدیک با میزان آسیب‌پذیری روانی می‌دانند. نتایج نشان داد که با ایجاد وضعیت ذهن‌آگاهی انفصالی، راهبردهای کنترل فکر آزمودنی به وضعیت طبیعی تغییر پیدا کرده است؛ به طوری که در طول درمان وزن کیفی که آزمودنی خود را موظف به حمل آن می‌کرد، کاهش معناداری یافت.

نتایج پژوهش در پنج زیرمقیاس پرسشنامه فراشناخت نشان می‌دهد که مراجع در هر پنج زیرمقیاس درصد بهبود معناداری داشته است. بیشترین درصد بهبود به ترتیب در زیرمقیاس‌های باورهای مثبت در مورد نگرانی (۷۱ درصد)، باورهای منفی در مورد نگرانی، کنترل‌ناپذیری و خطرناک بودن (۶۴ درصد)، باورهای مرتبط با کفایت شناختی (۶۳ درصد) و باورهای منفی کلی، مسؤولیت‌پذیری، تنبیه و خرافات (۵۹ درصد) بوده است. نمره آزمودنی در مرحله خط پایه در زیرمقیاس‌های باورهای مثبت در مورد نگرانی و باورهای منفی در مورد نگرانی در حد بالایی بود که با نظر ولز (۲۰۰۰) مبنی بر این که باورهای مثبت و منفی در مورد نگرانی بیشترین ارتباط را با آسیب‌پذیری در اختلال وسواسی - اجباری دارند، همسوست. ایجاد و تمرین وضعیت ذهن‌آگاهی انفصالی در طول هشت جلسه درمان باعث کاهش قابل ملاحظه این باورها و نشانگان وسواسی - اجباری شد. همچنین، مراجع در زیرمقیاس کفایت شناختی بهبود معناداری نشان داد که با تحقیقات ولز و پاپاجورجیو^۴ (۱۹۹۸) مبنی بر همبستگی بین عدم کفایت شناختی و علائم وسواسی - اجباری همسو می‌باشد.

1- Amir
3- Foa
5- Seligman
7- Walker

2- Cashman
4- Papageorgiou
6- Rosenhan
8- kim

منابع

- استکتی، گ. (۱۳۷۶). درمان رفتاری وسواس (ترجمه ع. بخشی پور رودسری و م. علیلو). تبریز: روان پویا.
- اعرابیان، ا.، خداپناهی، م.، حیدری، م.، و صالح صدق پور، ب. (۱۳۸۳). بررسی رابطه باورهای خودکارآمدی بر سلامت روانی و موفقیت تحصیلی. *مجله روان‌شناسی*، ۸(۴)، ۳۷۱-۳۶۱.
- دادفر، م.، بوالهروی، ج.، ملکوتی، ک.، و بیان‌زاده، ا. (۱۳۸۰). بررسی شیوع نشانه‌های اختلال وسواسی-اجباری. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۷، ۳۲-۲۷.
- سرمد، ز.، بازرگان، ع.، و حجازی، ا. (۱۳۸۷). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: نشر آگه.
- صاحبی، ع.، میرعبداللهی، ع. و سالاری، ر. (۱۳۸۰). *هنجار یابی مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس در جمعیت عادی و دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد*. طرح پژوهشی دانشگاه فردوسی مشهد.
- صبوری، ش.، مهریار، ا.، و قریب، ع. (۱۳۷۷). مقایسه اثربخشی تکنیک‌های شناختی-رفتاری، کلومیپرامین و ترکیب آنها در بهبود مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۴(۱۰)، ۳۴-۲۵.
- ضیایی، ک. (۱۳۸۴). نقش فرآیندهای شناختی در اختلال اضطراب فراگیر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- گودرزی، م.، و اسماعیلی ترکانبوری، ی. (۱۳۸۴). رابطه بین راهبردهای کنترل افکار رخنه‌کننده و شدت علائم وسواسی. *مجله پژوهشی حکیم*، ۸(۴)، ۵۰-۴۱.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual disorders* (4ed.). Washington, DC: APA.
- Amir, N., Cashman, L., & Foa, E. B. (1997). Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 35, 775-777.
- Barlow, D. H., & Hersen, M. (1979). *Single case experimental designs strategies for studying behavior change*. New York: Pergamon press.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive behavior therapy for OCD*. New York, The Guilford Press.
- Hollender, E., Zohar, J., & Marazziti, D. (1994). *Current insights in obsessive-compulsive disorder*. New York: John willy and Sons Inc.
- Kim, Y. M. (2003). Correlation of mental health problems with psychological constructs in adolescence: Final results from a 2-year study. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 115-124.
- Ogles, B. M., Lunner, K. M., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History application and current practice. *Journal of Clinical Psychology Review*, 21, 421-446.
- Pigott, T. A. L., Heureux, F., Pubbert, B., Bernstein, S., & Murphy, D. L. (1994). OCD: Comorbid condition. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 15-22.
- Seligman, M. P., Rosenhan, D. L., & Walker, E. F. (2001). *Abnormal Psychology*. New York: Norton Company.
- Wells, A. (2005). Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23(4), 337-355.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition in innovative cognitive therapy*. UK: Wiley.
- 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., & Mathews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove: Erlbaum.
- Wells, A. & Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: Effect of external attention on anxiety, negative beliefs, and perspective taking. *Behavior Therapy*, 29, 357-370.