

اثربخشی درمان تلفیقی رویارویی و جلوگیری از پاسخ به همراه تصحیح رمزگذاری ترجیحی مذهبی بر کاهش نشانه‌های اختلال وسواسی- اجباری(نوع شستشو)

فریده یعقوبی‌زاده* و مجید محمود علیلو**

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان تلفیقی رویارویی همراه با جلوگیری از پاسخ و تصحیح رمزگذاری ترجیحی مذهبی بر کاهش نشانه‌های اختلال وسواسی- اجباری انجام شد. این پژوهش شبه آزمایشی در چهارچوب طرح تک‌آزمودنی از نوع طرح پایه‌ای AB بر روی سه شرکت‌کننده مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری به روش نمونه‌گیری داوطلبانه اجرا شد. شرکت‌کنندگان، برای ارزیابی اثرات درمان پرسشنامه وسواسی- اجباری مادزلی را تکمیل کردند. درمان، کاهش معناداری در نشانه‌های آلودگی- نجاست، واری، کندی-تکرار و تردید نشان داد، به‌جز خرده‌مقیاس تردید-وظیفه‌شناسی که نشان می‌دهد مداخله در این متغیر چندان مؤثر نبوده است. درصد تغییر کلی نیز، نشان از اثرات قابل توجه مداخله بر نشانه‌های وسواسی- اجباری دارد. با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان رویارویی و جلوگیری از پاسخ به همراه تصحیح رمزگذاری ترجیحی مذهبی را به عنوان مداخله مؤثر در کاهش نشانه‌های اختلال وسواسی- اجباری پیشنهاد کرد.

کلیدواژه‌ها: اختلال وسواسی- اجباری؛ رویارویی؛ تصحیح رمزگذاری

* کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی،

تبریز، ایران

** استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز

lilou_647@yahoo.com

DOI: 10.22051/psy.2017.10066.1161

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۳/۱۰

مقدمه

در راهنمای تشخیصی، آماری اختلالات روانی ویراست پنجم^۱ (۱۳۹۳)، انجمن روان پزشکی امریکا، اختلال وسواس - اجباری^۲ از فصل اختلالات اضطرابی جدا شده و فصلی به نام اختلال وسواسی - اجباری را تشکیل داده است. اختلال وسواسی - اجباری شامل وسواس‌ها و اجبارها است. وسواس‌ها^۳، به عنوان افکار، تصاویر و تکانه‌های تکراری و مزاحم تعریف شده و اجبارها^۴، رفتارهای تکراری و هدفمند آشکار و پنهان یا به صورت انجام دادن آیین‌مندی‌ها تلقی می‌شوند که در تلاش هستند اضطراب وسواسی را تسکین دهند (اولانتاج، دیویس، پاورز، اسمیت^۵، ۲۰۱۳). از جمله وسواس‌ها، می‌توان به وسواس آلودگی با اجبار شستشو اشاره کرد که در جمعیت زنان نسبت به سایر وسواس‌ها و اجبارها شایع‌تر است. این نوع وسواس تا حدودی وابسته به فرهنگ و در میان زنان ایرانی بسیار شایع است (بابایی، اکبرزاده، نجل رحیم و پورشهریاری، ۱۳۸۹).

در سال‌های اخیر، علاقه روزافزونی به بررسی عوامل شناختی اختلال وسواسی - جبری نشان داده شده است، به ویژه که پژوهشگران نشان داده‌اند که ماهیت تکراری افکار و رفتارهای این اختلال با سوگیری یا نقص در پردازش اطلاعات معینی مشخص می‌شود (تالیس^۶، ۱۹۹۷). سوگیری توجه به افزایش پردازش انواع خاصی از محرک نسبت به محرک‌های دیگر اشاره دارد، در حالی که نقص حافظه اشاره به اختلالات شناختی دارد که ماهیت کلی‌تری دارد. این مسئله در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری کاملاً شایع است که گزارش می‌دهند مطمئن نیستند که آیا واقعاً کار را به‌طور صحیح انجام داده‌اند یا صرفاً تصور می‌کنند که درست انجام داده‌اند (جنیکه، بر، مینی چیاو^۷، ۱۹۹۰). ظاهراً در نتیجه همین عدم قطعیت، این بیماران اغلب در مراسم تکراری درگیر می‌شوند.

-
1. the fifth diagnostic and statistical manual disorders
 2. obsessive-compulsive disorder
 3. obsessions
 4. compulsions
 5. Olatunji, Davis, Powers & Smits
 6. Tallis
 7. Jenike, Baer & Minichiello

علل این شک و تردید از دیدگاه پردازش اطلاعات چیست؟ آیا ممکن است، افراد وسواسی در حافظه خود نقص خاصی داشته باشند که به این عدم قطعیت منجر می‌شود؟ یا ممکن است علت این شک و تردیدها و عدم قطعیت‌ها منعکس کننده ضعف در شیوه‌های استنباطی آن‌ها باشد که به اطلاعات تهدیدآمیز، توجه می‌کنند (سوگیری توجه)؟ (روبرتز و میلر^۱، ۲۰۰۳). به دلیل همین شک و تردیدهای مداوم و عدم قطعیت، می‌توان پذیرفت که نقایص حافظه یا سوگیری‌های توجه، می‌تواند در سبب‌شناسی و تداوم این اختلال نقش کلیدی ایفا کند.

اما تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد که در برخی موارد، عملکرد حافظه افراد مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری نسبت به گروه کنترل حتی برتر است، افراد با اختلال وسواس آلودگی / شستشو ممکن است حافظه برتر برای محرک‌های مربوط به تهدید آلودگی نشان دهند (رادمچسکی و راجمن^۲، ۱۹۹۹). همچنین مطالعات (گریس برگ و مک کی^۳، ۲۰۰۳) وجود نقص اساسی در حافظه این افراد را تأیید نکرده و اشکالات احتمالی را ناشی از سازمان‌دهی نامناسب اطلاعات در حافظه دانسته‌اند. بنابراین، یافته‌های یک تصویر بالینی پیچیده تولید می‌کند که به وسیله آن افراد مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری به احتمال زیاد حداقل، عملکرد حافظه نرمال دارند، اما در اعتماد به حافظه خود برای رویدادهای خاص مرتبط به تهدید ضعیف عمل می‌کنند. لذا اغلب الگوهای اخیر به وجود سوگیری توجه و زیرمجموعه‌های آن مانند بازداری در پردازش اطلاعات افراد مبتلا به وسواسی - اجباری تأکید می‌کنند. این موضوع از دو منظر بررسی شده است. نخست از منظر فرایند و دوم از منظر محتوا. از منظر فرایند، به سوگیری توجه در قالب مراحل مختلف پردازش شناختی تأکید شده و بر این اعتقاد است که بیماران وسواسی - جبری در بخش ابتدایی پردازش اطلاعات (سطح پیش توجهی) یعنی در جنبه‌های خودکار پردازش پیش از آنکه اطلاعات وارد آگاهی شود، سوگیری شناختی دارند. در بحث محتوا، پژوهشگران سعی کرده‌اند که محتوای فکری خاص این بیماران را بررسی کنند. در این دیدگاه آزمایش‌های پردازش اطلاعات بر محرک‌های وابسته به محتوا متکی است تا

-
1. Roberts & Muller
 2. Radomsky & Rachman
 3. Greisberg & Mckay

سوگیری‌های خاص پردازش اطلاعات را شناسایی کند (ویلیامز، ماتیو و مک لود^۱، ۱۹۹۶). در این راستا ولز^۲ (۲۰۰۰)، به نقل از حسن‌زاده، شریفی درآمدی و سهرابی، (۱۳۹۲) در زمینه سواس، نظریه فرا شناختی ارائه کرده که ترکیبی از نظریه‌های طرح‌واره‌ای و نظریه پردازش اطلاعات است و بر باورهایی تأکید می‌کند که فرد درباره نظام پردازش خویش دارد، بدین معنی که افراد دچار اختلال سواسی - جبری الگوی خاصی از پاسخ‌دهی به تجربه‌های درونی دارند. براساس این نتایج، به نظر می‌رسد که ذهن و سواسی در برابر کلمات آلودگی، انتخابی عمل می‌کند و مدل طرح‌واره‌ای را به کار می‌گیرد. این طرح‌واره‌های ذهنی در بیماران دچار سواس شستشو، حاوی بسیاری از بازنمایی‌های آلودگی است و بنابراین، کلمات مربوط به آلودگی، این طرح‌واره‌ها را به طور کلی فعال می‌کنند، به عبارت دیگر، یک سوگیری نیمه آگاهانه و نیمه توجه‌یافته برای ثبت محرک‌ها مطابق با محتوای این طرح‌واره‌ها ممکن است موجب شود که این محرک‌ها توجه فرد را به تسخیر خود درآورند و اطلاعات مربوط به این محرک‌ها ممکن است به صورت ترجیحی پردازش و در حافظه رمزگردانی شوند و در این هنگام اطلاعات اطمینان بخش دیگر نادیده گرفته شوند. نتیجه نهایی ممکن است ایجاد طرحواره فعال در حافظه باشد که در موقعیت‌های مبهم نیز به آسانی حضور پیدا کند در صورتی که این اطلاعات آشکارا افراطی است (دیویدسون^۳، ۲۰۰۰).

بنابراین، از لحاظ بالینی، بیماران سواسی - اجباری با سوگیری توجه برای رمزگذاری هیجانی و ترجیحی اطلاعات تهدیدآمیز مشخص می‌شوند (برگس^۴، ۱۹۸۱). به عبارت دیگر بیماران مبتلا به اختلال سواسی - اجباری به صورت انتخابی به اطلاعات تهدیدآمیز، به خصوص اطلاعات مربوط به نگرانی خاص خود توجه می‌کنند. لذا، هیجان‌هایی مانند تشویش و نگرانی، داده‌های درونی هستند که بر انگیزه‌ها، رفتار و عملکرد تأثیر می‌گذارند و حتی ممکن است مقدم بر شناخت نیز باشند و بر دامنه‌ای از پردازش‌های شناختی که شامل سوگیری توجه، سوگیری حافظه، دیگر سوگیری‌های شناختی (مانند در آمیختگی فکر و عمل)، قضاوت،

-
1. Williams, Mathews & MacLeod
 2. Wells
 3. Davidson
 4. Burgess

ارزیابی و حتی تصمیم‌گیری تأثیر بگذارند (هاشمی و خیر، ۱۳۸۷).

سوگیری‌های فرد به ویژه در پردازش اطلاعات مرتبط با تهدید نشان داده شده است و مطالعات متعددی، رمزگذاری ترجیحی^۱ اطلاعات هماهنگ با نگرانی‌های بیمار درباره موقعیت تهدیدآمیز را مطرح کرده‌اند. با سوگیری‌های شناختی، وضعیت غیر تهدیدکننده در اثر باورهای فرد درباره خطر یا تهدید، موجب نگرانی او می‌شود (لاپوزا و رکتور^۲، ۲۰۰۹). با فعال شدن باورهای مرتبط با خطرناک بودن وضعیت، ادراک، توجه و حافظه فرد به طور انتخابی برانگیخته می‌شوند (بک، امری و گرینبرگ^۳، ۱۹۸۵) و در صورت فعال شدن طرحواره‌های زیر بنایی معین، طبقه ویژه‌ای از محرکی که بیشتر از سایر اطلاعات، توجه، تفسیر به یاد آورده می‌شود و پردازش این نوع اطلاعات به طور اختصاصی در اولویت قرار می‌گیرد (کلارک و بک^۴، ۱۹۹۹). بنابراین، نشانه‌های وسواسی نشان‌دهنده اغتشاش تعمیم‌یافته و غیر ارادی در فرایند پردازش اطلاعات است و این سوگیری پردازش اطلاعات بیشتر در اختلال وسواسی-اجباری نوع شستشو آشکار می‌شود. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افراد دچار شست و شوی وسواسی، سوگیری مثبتی در توجه به اطلاعات تهدیدکننده دارند. فوا، ایلالی، مک کارتی، شوپرو مرداک^۵ (۱۹۹۳) در مطالعه‌ای نشان دادند که افراد دچار وسواس شستشو که نگرانی‌هایی درباره آلودگی دارند در مقابل افرادی که نگران واریسی یا نظم و ترتیب هستند، برای نام بردن رنگ کلمات مربوط به آلودگی زمان نهفتگی طولانی‌تری نشان دادند.

پس به نظر منطقی می‌رسد که چنین سوگیری‌هایی در توجه انتخابی، می‌تواند در توسعه و نگهداری افکار وسواسی مزاحم در اختلال وسواسی-اجباری نقش داشته باشد و به خصوص انتظار می‌رود که نادیده گرفتن چنین اطلاعات تهدیدآمیز (بازداری توجه) برای این افراد سخت خواهد بود.

از سوی دیگر، علائم اختلال وسواسی-اجباری، علائمی به فرهنگ وابسته هستند و متغیرهای فرهنگی می‌توانند در تظاهرات اختلال مؤثر باشند؛ در کشور ما، زیرگونه‌ای از

-
1. preferential encoding
 2. Lapsa & Rector
 3. Beck, Emery & Greenberg
 4. Clark & Beck
 5. Foa, Ilali, McCarthy, Shoyer & Murdock

وسواس شستشو به نام نجاست وجود دارد که افراد مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری به خاطر باورهای شناختی ناکارآمد و پردازش اطلاعات غلط از مذهب، آیین‌های مذهبی را به اشکال افراطی به نمایش می‌گذارند. با توجه به اینکه در دین اسلام برخی از مواد نجس شمرده می‌شوند و غیر این مواد پاک به حساب می‌آیند مانند مدفوع، ادرار، خون و منی هر حیوانی که خون جهنده دارد و... افراد وسواسی جبری با احتمال‌دهی رسیدن نجاست به جایی، حکم به نجاست می‌دهند (توجه انتخابی، رمزگذاری ترجیحی مذهبی در جهت محتوای وسواس فرد ویژه خود) و در نتیجه با آنجا درست همانند محلی برخورد می‌کنند که رسیدن ماده نجس را به آن، با چشم دیده یا با دست لمس کرده‌اند. این افراد به تدریج به جایی می‌رسند که فکر می‌کنند همه جا نجس است، به گونه‌ای که از گرد و خاک هم اجتناب می‌کنند، وسایل شخصی خود را نجس می‌دانند و پیوسته آن‌ها را آب می‌کشند. این افراد بعد از اینکه جایی نجس شد (مانند دست، بدن و لباس) به سختی آن را پاک می‌کنند. گاهی چندین دقیقه تا چند ساعت آب می‌ریزند تا احساس پاک شدن شیء یا محل نجس برایشان به وجود آید (نارویی نصرتی و منصور، ۱۳۸۸). لذا با همراه شدن سوگیری توجه به سمت وسواس آلودگی و اجبارهای شستن و اضافه شدن نجاست به آن، اطلاعات مربوط به آلودگی، رمزگردانی ترجیحی به سمت آلودگی «خیلی بیشتر» شده و در نتیجه حالت‌های اضطرابی تشدید و حفظ می‌شوند.

لذا مکانیسم احتمالی از تغییر در رفتار درمانی شناختی این است که به همراه فن رفتاری مواجهه و جلوگیری از پاسخ، باورهای ناکارآمد و سوگیری‌های پردازش اطلاعات هدف قرار گرفته و تصحیح شود. موج‌شناختی در درمان وسواس و توجه دوباره به شناخت در وسواس به معنای کنار گذاشتن رویارویی و جلوگیری از پاسخ نیست، بلکه رویارویی همچنان عنصر اصلی درمان شناختی - رفتاری وسواس و اجزاء شناختی این درمان‌ها مکمل رویارویی و جلوگیری از پاسخ است. شیوه مواجهه و جلوگیری از پاسخ همواره جزء اساسی از فرایند درمان‌های شناختی - رفتاری وسواس محسوب می‌شود. در این شیوه، بیمار در مواجهه با موقعیت برانگیزاننده افکار وسواسی قرار گرفته، اما از انجام دادن رفتارهای اجباری جلوگیری می‌کند. این شیوه اگرچه در ابتدا با افزایش اضطراب‌های بیمار، همراه است، اما در بلندمدت، حفظ این فرایند در کنار انواع تکنیک‌های شناختی، می‌تواند به کاهش وسواس‌ها و اجبارهای

بیمار منجر شود (کلارک، ۲۰۰۷).

بدین ترتیب، با توجه به تأثیر عمیق فرهنگ بر روند علائم و سواس در ایران، هدف این پژوهش نشان دادن اهمیت این رمزگذاری‌های ترجیحاً مذهبی در جهت منفی، اهمیت تغییر شناخت‌های تحریف شده در بیماران مبتلا به وسواسی- اجباری است تا به این ترتیب، با افزودن شیوه‌های شناختی و تصحیح این رمزگذاری‌ها به درمان رفتاری، شکست درمانی در بیماران مبتلا با درون‌مذهبی را کاهش دهد، لذا بررسی حاضر، در این راستا و برای محک زدن فرضیه پژوهش مبنی بر تصحیح رمزگذاری‌های ترجیحی مذهبی به همراه مواجهه و جلوگیری از پاسخ در کاهش نشانه‌های اختلال وسواسی جبری اثر بخش، انجام شد.

روش

طرح پژوهش تک آزمودنی^۱ و از نوع طرح‌های پژوهشی شبه آزمایشی است. جامعه آماری، کلیه افراد دارای نشانه‌های اختلال وسواسی- اجباری شهر تبریز بودند. برای دستیابی به نمونه مورد نظر، اطلاعیه پژوهشی برای شرکت در این مطالعه تدوین شد و در اختیار کلینیک‌های روان‌شناسی، مراکز بهداشت، دانشگاه‌ها قرار گرفت. نمونه پژوهش را ۳ نفر فرد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری تشکیل داد و روش نمونه‌گیری داوطلبانه بود. ملاک‌های ورود، دارا بودن تشخیص اختلال وسواسی- اجباری براساس مصاحبه تشخیصی، نمره مادزلی بالاتر از ۲۰ داشتن حداقل ۱۸ سال سن و حداقل مدرک دیپلم بود. شرکت‌کنندگان بعد از امضای رضایت‌نامه کتبی وارد پژوهش شدند. ملاک‌های خروج، ابتلا به سایر اختلالات روانی همزمان، استفاده از هر نوع داروی روان‌پزشکی در سه ماه قبل از اولین جلسه درمان، داشتن تحصیلات پایین‌تر از دیپلم و سن کم‌تر از ۱۸ سال بود.

ابزار مورد استفاده در پژوهش، پرسشنامه وسواسی- اجباری مادزلی^۳ بود. این پرسشنامه دربرگیرنده ۳۰ جمله (درست / نادرست) است که با ابعاد مختلف علائم وسواس ارتباط دارد و تشریفات آشکار و ارتباط آن‌ها را با اجبارها ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه علاوه بر یک

-
1. single subject designs
 2. quasi-experimental
 3. maudsley obsessional -compulsive inventory

نمره کلی و سواس، شامل ۴ خرده‌مقیاس (وارسی، آلودگی، کندی، شک و تردید) است. این خرده‌آزمون‌ها، آزمون مادزلی را به ابزاری مفید برای ارزیابی تغییرات در نشانه‌های ویژه تبدیل کرده و تمرکز آن بر نشانه‌های اختلال و سواسی - اجباری غیر از صفات شخصیتی، باعث شده است که این آزمون در ارزیابی درمان‌های معطوف به نشانه‌های و سواسی - اجباری سودمندی ویژه داشته باشد. این تست از پایایی آزمون - بازآزمون و اعتبار درونی مناسب بهره‌مند است. همبستگی میان آزمون - بازآزمون ۰/۸۰ و اعتبار درونی ۰/۷۰-۰/۸۰ است (راچمن و هاجسون، ۱۹۹۷). در ایران دادفر (۱۳۷۶) ضریب پایایی کل آزمون را ۰/۸۴، برای خرده‌مقیاس‌های آن حداقل ۰/۳۹ و روایی همگرایی آن با مقیاس و سواسی - اجباری ییل را ۰/۸۷ گزارش کرده است.

در این پژوهش از طرح پایه‌ای AB استفاده شد. این طرح ساده‌ترین طرح تک‌آزمودنی است و پایه‌ی طرح‌های دیگر را تشکیل می‌دهد. طرح AB مشتمل بر یک خط پایه است که به دنبال آن درمان می‌آید (بیابانگرد، ۱۳۸۶). بعد از گزینش شرکت‌کنندگان، هر سه شرکت‌کننده به دنبال یک بار ارزیابی در خط پایه به شیوه پلکانی وارد درمان شدند. درمان به صورت ترکیب مواجهه همراه با جلوگیری از پاسخ و اصلاح رمزگذاری ترجیحی مذهبی در ۸ جلسه هفتگی ۵۰ الی ۶۰ دقیقه‌ای انجام شد. ارزیابی‌ها به صورت دو جلسه یکبار و با دادن پرسشنامه و سواسی - اجباری مادزلی اجرا شد. جلسات ارزیابی قبل از شروع درمان، با هدف اخذ شرح حال و تاریخچه بیماری (شروع، سیر، عوامل زمینه‌ساز، عوامل نگهدارنده و تداوم بخش)، آشنایی با درمان و توضیح منطق آن، افزایش میزان انگیزه (تا آگاهی بیمار افزایش یابد و آمادگی لازم را برای ادامه درمان پیدا کند) انجام شد. در پایان ارزیابی برای هر مراجع یک طرح درمان جداگانه تهیه شد، زیرا با اینکه هر سه شرکت‌کننده تم غالب و سواس شستشو داشتند، اما موقعیت‌های و سواسی اضطراب‌برانگیز یا به عبارت دیگر محتوای تم و سواس هر کدام متفاوت از هم بود؛ در عین اینکه موقعیت‌های و سواسی اضطراب‌برانگیز مشابه نیز داشتند. طرح درمان به صورت ۱- تعیین موقعیت‌های و سواسی اضطراب‌برانگیز (رویداد رهاساز)؛ ۲- تعیین نمره اضطراب‌زایی؛ ۳- تعیین اجبارها؛ ۴- تعیین قواعد رویارویی؛ ۵- تعیین قواعد رویارویی در منزل توسط کمک درمانگر (یکی از اعضای خانواده) به همراه تصحیح رمزگذاری‌های ترجیحی مذهبی بود و هر جلسه درباره یکی از موقعیت‌های اضطراب‌برانگیز رویارویی و تصحیح انجام می‌شد (رویارویی برای هر مراجع با موقعیتی شروع شد که ناراحتی

در سطح متوسط داشت). در طی درمان، ابتدا رویارویی و جلوگیری از پاسخ انجام شد و بعد اینکه خوگیری حاصل می‌شد، رمزگذاری‌های ترجیحی مذهبی (به‌طور مثال: وقتی دستشویی می‌روم، ادرار و مدفوع به پاها و جاهای دیگر بدن می‌باشد) با چالش شناختی محک خورده و تصحیح می‌شدند (هرچه را من با چشم خود ندیده‌ام یا لمس نکرده‌ام که یکی از مواد نجس به آن رسیده، آن چیز قطعاً پاک است).

جدول ۱: نمونه‌ای از جلسات درمان بعد از جلسه ارزیابی

موقعیت وسواسی	پاشیدن ذرات ادرار به پاها در هنگام دستشویی رفتن
اضطراب برانگیز	
تعیین اجبارها (پاسخ اجباری)	شستن پاها
مراجع به موقعیت اضطراب‌زا	
برای کاهش اضطراب)	
رمزگذاری‌های ترجیحی	وقتی دستشویی می‌روم، ادرار و مدفوع به پاها و جاهای دیگر بدن می‌باشد. بنابراین، هر جا را احتمال بدهم آلوده است، قطعاً کثیف است و باید تمیز شوند.
مذهبی	
مراجع	
تعیین قواعد رویارویی درون جلسه‌ای (محتوای جلسه)	رفتن به دستشویی، ممانعت از شستن پاها، از مراجع خواسته شد تا در ابتدا به اضطراب خود نمره دهد، لمس پاها با دستان خیس و تماس دادن با تمامی بدن، حضور افکار نجس شدن و پدیدار شدن علائم اضطراب و نشانه‌های برانگیختگی ذهنی و جسمی، نگه داشتن مراجع در احساس نجاست تا زمانی که علائم اضطراب در حضور افکار مربوط به نجاست، ناپدید شد یا به میزان اضطراب اولیه رسید (هدف: خوگیری درون جلسه‌ای).
تعیین قواعد رویارویی بین جلسه (منزل) به کمک درمانگر	کمک درمانگر نباید اجازه می‌داد مراجع به محض رسیدن به خانه، اقدام به استحمام یا شستن لباس‌ها کند، مراجع حق شستن پاها را نداشت و بعد هر بار دستشویی، از او خواسته می‌شد تا با دستان خیس پاها را لمس کند و به همه جای بدن و همچنین وسایل خانه دست بکشد. همچنین از کمک درمانگر خواسته شد به دستورات وسواسی مراجع عمل نکند و در برابر تلاش‌های مراجع برای اطمینان گرفتن، پاسخ مبهم دهد (هدف: خوگیری بین جلسه‌ای).
رفتار مورد انتظار	فراخوانی مجدد موقعیت وسواسی اضطراب برانگیز در مراجع، افکار وسواسی را فراخوانی نکند یا رفتار اجباری در پی نداشته باشد.
تصحیح رمزگذاری‌های ترجیحی مذهبی	هرچه را من با چشم خود ندیده‌ام یا لمس نکرده‌ام که یکی از مواد نجس به آن رسیده، آن چیز قطعاً پاک است.

بدین ترتیب هر جلسه درباره یکی از موقعیت‌های وسواسی کار شد و موقعیت‌هایی که نمره اضطراب‌زای یکسان داشت، در یک جلسه ادغام شدند. متناسب با طرح اجرا شده برای بررسی اثربخشی مداخلات به عمل آمده، از روش تحلیل نموداری طرح‌های A-B در مراحل مختلف طرح استفاده شد و همچنین برای تحلیل نتایج، فرمول درصد بهبودی استفاده شد.

یافته‌ها

براساس مندرجات جدول ۲، درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ همراه با تصحیح رمزگذاری ترجیحی مذهبی، موجب کاهش نمرات آزمودنی‌ها در خرده‌مقیاس‌های آلودگی نجاست، واریسی و کندی و تکرار شد.

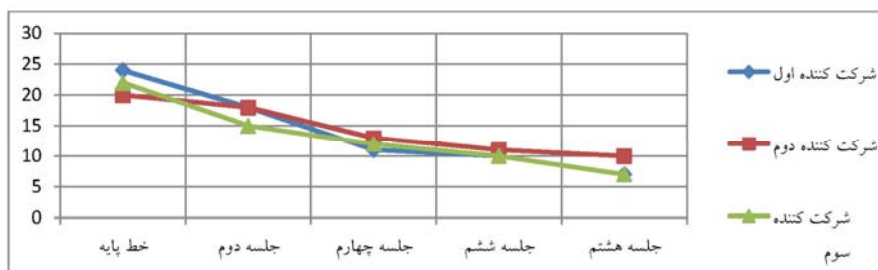
جدول ۲: میزان تغییرات و درصد بهبودی شرکت‌کننده‌ها در هر خرده‌مقیاس

خرده‌مقیاس	شرکت‌کننده اول (%)	شرکت‌کننده دوم (%)	شرکت‌کننده سوم (%)	میانگین درصد بهبودی هر خرده‌مقیاس (%)
آلودگی-نجاست	۷۱/۴۳	۸۵/۷۱	۷۵	۷۷/۳۸
واریسی	۸۳/۳۴	۳۳/۳۴	۶۶/۶۷	۶۱/۱۲
کندی و تکرار	۶۰	۱۰۰	۶۶/۶۷	۷۵/۵۶
تردید-وظیفه‌شناسی	۵۰	۱۶/۶۷	۴۲/۸۵	۳۶/۵۰

براساس جدول ۳ و با درصد بهبودی کلی ۶۳ درصد، درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ همراه با تصحیح رمزگذاری ترجیحی مذهبی، موجب کاهش نمرات کل وسواس شد.

جدول ۳: میزان درصد بهبودی شرکت‌کننده‌ها در نمره کل وسواس

شرکت‌کننده اول (%)	شرکت‌کننده دوم (%)	شرکت‌کننده سوم (%)	درصد بهبودی بر اساس نمره کل وسواس
۷۰/۸۳	۵۰	۶۸/۱۸	۶۳
			بهبودی کلی



نمودار ۱: دگرگونی‌های روند درمان در کاهش نمره کل نشانه‌های اختلال وسواسی-اجباری

بحث و نتیجه‌گیری

از مهم‌ترین ویژگی‌های انسان، وجود کارکردهای عالی کرتکس است. ما نمی‌توانیم همه اطلاعاتی را پردازش کنیم که مدام به دستگاه‌های حسی ما می‌رسند، این امر مهم است بتوانیم اطلاعاتی را برای پردازش انتخاب کنیم که بیشترین اهمیت را برای اهداف فعلی ما دارند و سایر اطلاعات را از چرخه تحلیل خارج کنیم. برای اینکه موضوعی به فرایند پردازشی ادراک وارد شود، لازم است در ابتدا فرد به آن موضوع توجه کند. توجه انتخابی به توانایی اجتناب از تداخل اطلاعات نامربوط به تکلیف و با انتخاب اطلاعات مرتبط با هدف اشاره دارد. به نظر می‌رسد که بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری به صورت انتخابی به محرک‌هایی توجه می‌کنند که مرتبط با آن اختلال‌هاست و به صورت ترجیحی اطلاعات دریافتی را در جهت تم وسواس خود رمزگذاری و حالت‌های وسواسی خود را تشدید و در عین حال حفظ می‌کنند، به عبارت دیگر در این افراد اطلاعات مربوط و نامربوط در سیستم پردازش اطلاعات فرد به یک اندازه پردازش می‌شوند و در حقیقت عملکرد توجه انتخابی در این افراد دچار مشکل است و مکانیزم بازداری (توجه هشیارانه درباره اطلاعات مربوط و بازداری اطلاعات نامربوط) آنقدر که در افراد بهنجار به غریب کردن اطلاعات منجر شده و محرک‌های هدف یا همان اطلاعات مربوط را در کانون توجه فرد قرار می‌دهد، در افراد وسواسی-اجباری، چندان وظیفه فیلترسازی را انجام نمی‌دهد (زارع، مرادی، قاضی، صفری و لطفی، ۱۳۹۳). در دیگر سو، با توجه به اینکه در دین اسلام برخی از مواد نجس شمرده می‌شوند و غیر این مواد پاک به حساب می‌آیند مانند مدفوع، ادرار، خون و منی هر حیوانی که خون جهنده دارد و... حکم

روشن و شرعی این مواد آن است که برای درستی برخی اعمال (نماز خواندن) نباید در بدن و لباس مکلف، به صورت قطعی یا احتمال عقلایی وجود داشته باشند. همین امر به همراه تأکیدی که بر ضرورت پاک بودن لباس و بدن در وقت نماز خواندن و طواف خانه خدا، زمینه ابتلای برخی از افراد بی‌اطلاع، از ظرافت‌های مسائل شرعی به وسواس طهارت و نجاست، را فراهم می‌آورد. این افراد با بی‌اطلاعی از نحوه ساخته شدن حالت‌های روان احکام، به ویژه قواعد طهارت و نجاست به قواعدی عمل می‌کنند که به‌طور قطع، خلاف دین است، ولی آن‌ها به گمان خود به دین عمل می‌کنند (نارویی نصرتی و منصور، ۱۳۸۸).

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان تلفیقی رویارویی همراه با جلوگیری از پاسخ و تصحیح رمزگذاری ترجیحی مذهبی بر کاهش نشانه‌های اختلال وسواس اجباری با استفاده از طرح تک آزمودنی انجام شد. بعد از اتمام جلسات درمان، تمام شرکت‌کنندگان درمان، کاهش قابل ملاحظه‌ای در نشانه‌های هدف به‌دست آوردند. با مقایسه نمرات شرکت‌کنندگان در خط پایه و پس از درمان، می‌توان بهبودی کسب شده را ناشی از درمان دانست. نتایج به‌دست آمده از تأثیر رویارویی و جلوگیری از پاسخ در کاهش علائم وسواسی- اجباری با نتایج اسدی، شیرعلی پور، شکوری و محمدخانی (۱۳۹۱)، فرانکلین (۲۰۰۲)، فیشر و ولز (۲۰۰۵) همسو است. تمامی این پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مواجهه و جلوگیری از پاسخ در کاهش علائم اختلال وسواسی- جبری مؤثر است. در تبیین این یافته می‌توان گفت رویارویی همراه با جلوگیری از پاسخ شامل رویارو کردن بیمار با موقعیت‌های گوناگون ایجادکننده وسواس‌ها به صورت واقعی و سپس ممانعت از انجام‌دادن هرگونه پاسخ رفتاری یا خنثی‌کننده به وسیله بیمار است. منطق این نوع درمان آن است که رویارویی مکرر با موقعیت‌های ترس‌آوری که باعث بروز وسواس و اضطراب همراه آن می‌شود، همراه با جلوگیری از هرگونه فعالیت کاهش‌دهنده اضطراب اجازه می‌دهد تا نسبت به اضطراب خوپذیری رخ دهد، با این کار وسواس به تدریج خصوصیت آسیب‌رسانی خود را از دست می‌دهد و کم‌تر تکرار خواهد شد، به‌طوری‌که دیگر نیازی به انجام‌دادن پاسخ‌ها و رفتارهای وسواسی نخواهد بود و بدین علت است که این درمان در خط مقدم درمان‌های اختلال وسواسی- اجباری است.

نتایج پژوهش در خصوص اثربخشی تصحیح رمزگذاری ترجیحی مذهبی درباره

شرکت کنندگان محسوس بود و اصلاح رمزگذاری ترجیحی مذهبی در جهت مثبت، به کاهش نشانه‌های این اختلال منجر شد، روند پاسخ به درمان را تسهیل کرد و در تبیین احتمالی دیگر می‌توان گفت که میزان عود نشانه‌ها را کاهش داد. برای مثال

رمزگردانی مطابق با وسواس: هر جا، مورد خارجی را احتمال بدهم آلوده است: قطعاً کثیف است، باید از آن اجتناب کرد و اگر دست یا بدن به آن برخورد کرد، باید گندزدایی شود (تصحیح رمزگردانی: هر جا که در ظاهر شیء آلوده کننده‌ای نباشد، آنجا قطعاً تمیز است). رمزگردانی مطابق با وسواس: در موقع شستشوی نجاست اگر از آب آن به جای دیگر بپاشد، آن جا هم نجس می‌شود (تصحیح رمزگردانی: در موقع شستشو نجاست، اگر آب آن متصل به آب کر باشد، پاشیدن آن به جای دیگر، آنجا را نجس نمی‌کند).

در تبیین احتمالی نقش تصحیح رمزگذاری‌های ترجیحی مذهبی می‌توان گفت افراد مبتلا به اختلال وسواسی- جبری درباره مسائل طهارت و نجاست یا آگاهی کافی ندارند یا اگر دارند رمزگذاری مثبت آن‌ها به قدری مختل است که به رمزگذاری ترجیحی منفی و مطابق با تم وسواس فرد، ویژه خود اقدام می‌کند. با توجه به اینکه مواجهه و جلوگیری از پاسخ در کوتاه مدت، از شدت علائم و نشانه‌های اختلال می‌کاهد و احتمال عود مجدد آن‌ها در بلند مدت وجود دارد، درمان نیازمند یک مداخله شناختی نظیر تصحیح رمزگذاری ترجیحی مذهبی بوده که این نقص را پوشش داده و علاوه بر تسهیل و تسریع روند درمان از عود مجدد جلوگیری کند. در بسیاری از موارد، پردازش‌های شناختی فرد مبتلا درباره طهارت و نجاست به حدی منفی و نیرومند می‌شود که بر رمزگذاری مثبت فرد غلبه کرده و قدرت آن را روزبه روز کم‌رنگ‌تر می‌کند. بدین ترتیب رمزگذاری منفی بر پردازش اطلاعات بیمار مسلط می‌شود. لذا با مواجهه و رویارویی از پاسخ در ابتدا و سپس مداخله شناختی و اصلاح این چرخه از طریق تصحیح رمزگذاری منفی، قدرت رمزگذاری مثبت بیشتر شده و فراوانی وقوع افکار وسواسی کاهش پیدا می‌کند، تا موقعیت وسواس برانگیز برای فرد خاصیت اضطراب‌زایی خود را از دست دهد یا به حداقل برسد و به تبع آن، قرارگیری مجدد در این موقعیت، افکار وسواسی و به دنبال آن، اجباری در پی نداشته باشد.

قدردانی و تشکر: در انتها لازم می‌دانیم، از مساعدت همه شرکت کنندگان در پژوهش و تمامی کسانی که در این راه، ما را یاری رساندند، تشکر و قدردانی نمایم.

منابع

- اسدی، مسعود، شیرعلی پور، اصغر، شکوری، زینب و محمدخانی، شهرام (۱۳۹۱). فراتحلیل اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواس، *مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۰(۳): ۳۹۶-۴۰۵.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۳۹۳). *پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی*، ترجمه یحیی سید محمدی، تهران: روان.
- بابایی، مهناز، اکبرزاده، نسرین، نجل رحیم، عبدالرحمان و پورشهریاری، مه سیما (۱۳۸۹). تأثیر درمان ترکیبی شناختی-رفتاری و کاهش اندیشه پردازی خطر بر اختلال وسواسی-اجباری در دانشجویان دختر، *فصلنامه مطالعات روان شناختی*، ۶(۱): ۴۳-۵۵.
- بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۸۶). روش‌های تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی، تهران: دوران.
- حسن‌زاده، احمد، شریفی‌درآمدی، پرویز و سهرابی، فرامرز (۱۳۹۲). مقایسه مؤلفه‌های فراشناخت در نوجوانان مبتلا و غیر مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، *فصلنامه مطالعات روان شناختی*، ۹(۱): ۹۱-۱۰۸.
- دادفر، محبوبه (۱۳۷۶). *بررسی همبودی اختلالات شخصیت در بیماران وسواسی-جبری و مقایسه آن‌ها با افراد بهنجار*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- زارع، حسین، مرادی، کبری، قاضی، شیرین، صفری، نوش آفرین و لطفی، راضیه (۱۳۹۳). مقایسه توجه انتخابی بین بیماران افسرده، وسواسی، اضطرابی و افراد عادی، *فصلنامه علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، ۱۶(۳): ۶۹-۶۲.
- نارویی نصرتی، رحیم و منصور، محمود (۱۳۸۸). طرح خودیابی اسلامی و درمان وسواس (آلودگی و طهارت، نجاست)، *مجله روان‌شناسی دین*، ۲(۵): ۱۷۰-۱۴۵.
- هاشمی، زهرا و خیر، محمد (۱۳۸۷). بررسی رابطه ابعاد فراشناخت عاطفی و جهت‌گیری هدف، *فصلنامه علمی-پژوهشی روان‌شناسی دانشگاه تبریز*، ۳(۱۱): ۱۲۳-۱۴۶.
- America Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Translation Yahya Syed Mohammadi, Tehran: Ravan Publication (Text in persian).

- Asadi, M., Shiralipour, A., Shakouri, Z., Mohammadkhani, SH (2012). Meta-analysis of the effectiveness of cognitive-behavior therapy on improvement of patients suffering from obsession disorder, *Journal of Yazd University of Medical Sciences*, 20(3): 396-405 (Text in persian).
- Babaei, M., Akbarzada, N., Njl Rahim, A.R., Poursharyary, M.S. (2010). The Effectiveness of combination therapy of cognitive-behavioral and the reduce risk ideation on obsessive-compulsive disorder at among female students, *Journal of Psychological Studies*, 6(1):43-55 (Text in persian).
- Beck, AT., Emery, GD., Greenberg, RL (1985) *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York (NY): Basic Books.
- Biyabangard, A (2007). *Research methods in Psychology and Educational Sciences*, Tehran: Dowran Publication (Text in persian).
- Burgess, J. S., Jones, L. N., Robertson, S. A., Radcliffe, W. N., Emerson, E., Lawler, P. et al (1981). The degree of control exerted by phobic and nonphobic verbal stimuli over the recognition behavior of phobic and nonphobic subjects, *Behaviour Research and Therapy*, 19(3): 223-234.
- Clark, D.A (2007). *Cognitive – behavioral therapy for OCD*, New York: The Guilford Press.
- Clark, D. A. & Beck, A. T (with Alford, B.) (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*, New York: Wiley.
- Dadfar, M (1997). *Comorbidity of personality disorders in obsessive-compulsive patients and compare them with normal individuals*, Master's thesis in clinical psychology, Tehran Psychiatric Institute (Text in persian).
- Davidson, J.R.T(2000). Social Anxiety Disorder Under Scrutiny, *Depression and Anxiety*, 11(3): 93 – 98.
- Fisher, P.L., Wells, A (2005). *How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive compulsive disorder? A clinical significance analysis*, *J Behav Res Ther*; 43(12): 1543-58.
- Foa, E. B., Ilai, D., McCarthy, P. R., Shoyer, B. & Murdock, T(1993). Information processing in obsessive-compulsive disorder, *Cognitive Therapy and Research*, 17(2)::173-189.
- Franklin, M.E., Abramowitz, J.S., Bux, D.A., Zoellner, L.A., Feeny, N.C (2002). Cognitive-behavioral therapy with and without medication in the treatment of obsessive compulsive disorder, *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(2):162-168.
- Greisberg, S. & Makay, D (2003). Neuropsychology of Obsessive-Compulsive disorder. A review and treatment implications, *clinical Psychology Review*, 23(1):95-117.
- Hashemi, Z., Xeyr, M(2008). Relationship between emotional metacognition and goal orientation, *Journal of Psychology, University of Tabriz*. 3 (11):123-146(Text in persian).
- Hassan Zadeh, A., Sarifi daramadi, P. & Sohrabi, F(2013). Compared the metacognition Components in adolescents with and without obsessive-compulsive, *Journal of Psychological Studies*, 9(1):91-108 (Text in persian).

- Jenike, M. A., Baer, L. & Minichiello, W. E (1990). *Obsessive compulsive disorders: theory and management* (2nd ed.), Chicago: Yearbook Publishers.
- Laposa, M.L. & Rector, N.A(2009). Cognitive Bias to Symptom and Obsessive Belief Threat Cues in Obsessive-Compulsive Disorder, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(8):599–605.
- Naroui Nosrati, R.& Mansour, M (2009).Islamic self-discovery Plan and treatment of OC (contamination and purity, impurity), *Journal of Psychology of religion*,2(5):145-170(Text in persian).
- Olatunji,B.O., Davis,M.L., Powers,M.B.& Smits,J.A.J (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder:A meta-analysis of treatment outcome and moderators, *Journal of Psychiatric Research*,47 (1):33-41.
- Rachman, S. J & Hodgson, R. J (1997).*Obsessive- compulsive disorder*, Englewood Cliffs , NJ: Prentice- Hall.
- Radomsky, A. S & Rachmen, S (1999). Memory bias in obsessive compulsive disorder (OCD),*Behaviour Research and Therapy*, 37(7): 605–618.
- Roberts, j. E., Muller,j (2004). Memory and attention in Obsessive–Compulsive Disorder: a review, *Journal of Anxiety Disorders*,19(1):1-28.
- Tallis, F(1997). The neuropsychology of obsessive–compulsive disorder: a review and consideration of clinical implications,*British Journal of Clinical Psychology*, 36(1): 3–20.
- Williams, J. M. G., Mathews, A. & MacLeod, C (1996). The emotional Stroop task and psychopathology, *Psychological Bulletin*, 120(1): 3–24.
- Zare, H., Moradi, K., Qazi, SH., Safari, N. & Lotfi,R (2014). Comparison of selective attention between the MDD, OCD, anxiety and normal individuals, *Journal of Lorestan University of Medical Sciences*,16(3):62-69 (Text in persian).

Abstracts

Psychological Studies
Faculty of Education and Psychology,
Alzahra University

Vol.12, No.4
Winter 2017

The effectiveness of treatment of obsessive-compulsive disorder (type washing) through religious preferential encoding correction with exposure and response prevention

Farideh Yaghubi* & Majid Mahmood Alilou**

Abstract

The present research aimed to examine the effectiveness of combination therapy exposure and response prevention with religious preferential encoding correction in reduces symptoms of obsessive-compulsive disorder(OCD).This research was performed in the framework of the single case of the type of AB design on the three participants with obsessive-compulsive disorder by voluntarily sampling. All participants, for evaluating the effect of treatment filled Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI).The treatment showed a significant reduction in the symptoms of contamination-impurity, checking, slow-repetition except scale doubt duty that shows intervention was not effective in this variable.The percentage change for all the symptoms of OCD indicate the significant effect of the intervention on the obsessive-compulsive symptoms.According to these findings, exposure and response prevention with religious preferential encoding correction was suggested as an effective intervention in reduction of symptoms of obsessive-compulsive disorder.

Key words: obsessive-compulsive disorder; exposure and encoding correction

*Master Clinical Unit, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

** Professor of Psychology, University of Tabriz

DOI: 10.22051/psy.2017.10066.1161

Reseived:2016/5/30 Accepted:2017/2/20