

The effectiveness of metacognitive-cognitive-behavioral intervention on severity of the symptoms of hair pulling disorder

Rabiei M. PhD[✉], Nikfarjam M. MD¹, Movassagh MT. MSc²
Goldoz-Khayat N. MSc³

[✉] Behavioral Sciences Research Center, Department of Clinical Psychology, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

¹ Department of Psychiatry, Shahrekord University of Medical Science, Shahrekord, Iran

² Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

³ Department of Psychology, University of Amin, Isfahan, Iran

Received: 2013.7.30

Accepted: 2014.1.15

Abstract

Introduction: Trichotillomania is partly a secret and unknown disorder. Recovering from TTM is not simple. The purpose of this study was to investigate the effect of metacognitive-cognitive-behavioral intervention on severity of the symptoms of hair pulling disorder.

Methods: Patients were selected on the basis of DSM-IV-TR and DSM-5 diagnostic criteria for hair pulling disorder and the instruments (MGH-HPS) were administered on them. According to single case method they received 12 sessions of 45-60 minutes per week of metacognitive -cognitive-behavioral individual intervention. A Chart was also drawn using the data of this study at the second stage.

Results: The results of chart drawing showed that metacognitive-cognitive-behavioral intervention significantly reduced the symptoms of the hair pulling disorder. The results of this study supported a metacognitive-cognitive-behavioral model for hair pulling disorder.

Conclusion: The model presented in this study illustrates a multidimensional approach focusing on the metacognitive-cognitive-behavioral dimensions. The intervention presented in this study is a new explanatory model. The model may promotes future research into hair pulling disorder and facilitate clinical treatment and case formulation.

Keywords: Treatment, Hair Pulling Disorder, Behavior, Cognition, Metacognition

اثربخشی مداخله رفتاری-شناختی-فراشناختی بر کاهش علائم اختلال موکنی

مهدی ربیعی[✉]، مسعود نیک فرجام^۱، محمدتقی موثق^۲، نسیم گلدوز خیاط^۳

[✉] مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

^۱ گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

^۲ گروه روانشناسی صنعتی و سازمانی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

^۳ گروه روانشناسی، دانشگاه امین، اصفهان

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۵/۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۰/۲۵

چکیده

مقدمه: اختلال وسواس موکنی یک اختلال نسبتاً ناشناخته و مقاوم به درمان است. مطالعه حاضر با هدف تدوین و بررسی اثربخشی مداخله رفتاری-شناختی و فراشناختی بر روی علائم اختلال وسواس موکنی انجام شد.

روش: بیماران به روش مورد منفرد مورد ارزیابی قرار گرفتند. نمرات مقیاس MGH-HPS در مرحله خط پایه، درمان و پیگیری بر روی ۳ نفر به دست آمد. روش پژوهش مورد منفرد بود و برای تحلیل داده‌های از ترسیم نمودار استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج ترسیم نمودار نشان داد که مداخله رفتاری-شناختی-فراشناختی علائم اختلال وسواس موکنی را کاهش می‌دهد و از لحاظ بالینی نیز کاهش علائم وسواسی موکنی معنادار بود.

نتیجه‌گیری: مداخله پژوهش حاضر از جهت این که چند بعدی است و به هر سه جنبه رفتاری، شناختی و فراشناختی توجه می‌کند و این سه جنبه را لازم و ملزوم یکدیگر می‌داند و آن‌ها را جدا یا در تناقض با یکدیگر نمی‌داند یک مداخله جدید و نو به محسوب می‌شود. این مدل ممکن است تحقیقات آینده که مرتبط با اختلال وسواس موکنی هستند را ارتقاء بخشد و فرمول‌بندی موردی و درمان‌های بالینی مرتبط با این اختلال را تسهیل کند.

کلید واژه‌ها: درمان، اختلال موکنی، رفتار، شناخت، فراشناخت

مقدمه

مرور ادبیات اختلال‌های روانی نشان از این است که تا بیست سال پیش اختلال‌های موکنی و پوست کنی کمتر توجه متخصصان حوزه بهداشت روانی را به خود جلب کرده است. با این حال، نتایج نشان می‌دهد که این اختلالات از شیوع بالایی برخوردار است. نام این بیماری از ریشه یونانی Thrix به معنای مو، Tillein به معنای کندن و Mania به معنای جنون آمده است. اختلال موکنی با مو کندن افراطی و برگشت‌پذیر که آسیب‌معداری برای فرد به دنبال دارد مشخص می‌شود. اختلال موکنی در DSM-IV-TR به عنوان یکی از اختلالات کنترل تکانه طبقه بندی می‌شود. این اختلال تا پیش از سال پیش از این بسیاری از افراد که این اختلال را داشتند آن را تحمل می‌کردند، بدون اینکه متوجه مشکل خود بوده و به فکر درمان آن باشند. افرادی که به این اختلال مبتلا هستند به طور قابل توجهی موی قسمتی از بدن مانند، سر، سینه، آلت تناسلی و یا سایر قسمت‌های بدن خود را می‌کنند. اصرار و میل به مو کندن در این افراد شدید و مرضی است. اغلب بعد از مو کندن، احساس آرامش و لذت موقتی برای این افراد حاصل می‌شود. گاه افراد برای رهایی از تنش‌های روزانه به مو کنی سوق پیدا می‌کنند. با کندن مو فرد آرام شده و فشار عصبی خود را از این طریق تخلیه می‌نماید. با این وجود اخیراً محققان و نظریه پردازان [۱، ۲] بیش تر بر آن‌اند که اختلالات موکنی و پوست کنی بیش‌تر به اختلالات وسواسی شبیه هستند تا به اختلالات کنترل تکانه، به همین خاطر جدیداً این اختلال در DSM-5 در طبقه اختلالات وسواس-جبری و اختلالات مرتبط با آن دسته بندی شده است. عادت کندن مو به طور تدریجی و ناآگاهانه در بیمار شروع می‌شود و ممکن است تا جایی که منجر به کندن تمام موهای سر شود ادامه یابد. این بیماران غالباً کندن مو را انکار نمی‌کنند ولی قادر به کنترل عمل خود نیستند. تقریباً در ۸۲ درصد موارد این اختلال با یک اختلال دیگر (مانند اختلالات اضطرابی، افسردگی، وسواس-جبری، استرس پس از ضربه، وابستگی به مواد و کنترل تکانه) هم‌بندی دارد [۳]. شیوع طول عمر وسواس مو کنی حدود یک درصد برآورد شده است [۴]. البته محققان اخیراً به این نتیجه رسیدند که شیوع وسواس مو کنی رو به افزایش است و حتی حدود ۳ درصد نیز برآورد شده است [۵]. این اختلال بیش‌تر در سنین نوجوانی و جنس مؤنث رخ می‌دهد و یک سیر مزمن دارد [۵]. مطالعات طولی نشان می‌دهد که بهبودی خود به خودی وسواس مو کنی خیلی ناچیز و کم است [۶]. پژوهشگران در این تحقیق، ژن موسوم به (SLITKR) که پیش از این با سندروم تورت مرتبط دانسته شده بود، مورد مطالعه بیش‌تری قرار داده‌اند و به این نتیجه رسیدند که این ژن در بیماران مبتلا به وسواس مو کنی نیز تأثیرگذار است و علاوه بر این تحقیقات نشان می‌دهد که میانجی عصبی دوپامین نیز با این اختلال مرتبط است و مطالعات اولیه نشان می‌دهد که داروهای

جدید ضد روانپریشی (مانند ریسپریدون و زیراکس) در کاهش علائم اختلال موکنی ثمربخش است [۷].

برای بهبود و درمان اختلال موکنی طیفی از درمان‌های زیستی و روان‌شناختی استفاده شده است که در مورد نتایج آن‌ها اتفاق نظر واحدی وجود ندارد. از بین درمان‌های روان‌شناختی، درمان‌های رفتاری (مانند بیوفیدبک، پایش و کنترل خود، حساس سازی، یادگیری رفتار معارض و ناهمساز و انزجار درمانی) از جمله شایع‌ترین و مناسب‌ترین درمان‌های غیر دارویی برای بیماران اختلال موکنی به حساب می‌آید [۲]. در مدل رفتاری درمانگر بیشتر به دنبال شرطی زدایی و یادگیری پاسخ معارض است به عبارت دیگر به بیمار آموزش داده می‌شود که محرک‌های بیرونی که راه‌انداز اندازه‌انداز موکنی هستند شناسایی و رفتارهای معارض جایگزین شود ولی در مدل شناختی درمانگر بیشتر به دنبال راه‌اندازهای شناختی و درونی است که باعث هیجان منفی و تنش در فرد می‌شود و به دنبال آن منجر به موکنی می‌گردد. بنابراین در مدل شناختی درمانگر بیشتر دنبال اصلاح و تغییر شناخت‌های معیوب و غیر منطقی راه‌انداز هیجان منفی است.

کارل منیستو (۱۹۹۵) تلاش کرد تا یک مدل چند بعدی و فراگیر در مورد وسواس مو کنی ارائه دهد. منیستو به دنبال این مسئله بود که چرا تلاش برای درمان اختلال وسواسی موکنی موفقیت‌آمیز نیست. او به این نتیجه رسید که بین بیماران مبتلا به مو کنی تفاوت‌های فردی زیادی وجود دارد و یک مدل واحد جوابگوی این بیماران نیست. منیستو در تلاش بود تا مدلی ارائه دهد که تبیین جامعی برای اکثر بیماران موکنی باشد. بر طبق مدل منیستو هر دو عوامل درونی و بیرونی در اختلال موکنی دخیل هستند. منیستو معتقد است که عوامل شناختی (باورها و افکار)، عاطفی (حالات هیجانی افراد)، حرکتی (اعمال فیزیکی)، حسی (دید، لمس و غیره) و عامل محیطی در سبب‌شناسی اختلال موکنی درگیر و با یکدیگر تعامل دارند [۲].

به طور کلی طرفداران رویکرد یکپارچه بر این باورند که جنبه‌های ژنتیکی از طریق عامل‌های زیستی مانند سیستم سرتونین و دوپامین فرد را مستعد وسواس موکنی می‌کنند و اگر فرد دچار شرطی‌سازی عاملی شود و به دنبال آن جنبه‌های استرسی محیطی را بیش برآورد کند احتمال ابتلاء به وسواسی مو کنی را بالا می‌برد. به عبارت دیگر، این دیدگاه بر این عقیده است که به دلایل ارثی یک عدم تعادل در فرد ایجاد می‌شود و این عدم تعادل به وسیله عوامل درونی مانند عامل شناختی، رفتاری و هیجانی و عامل‌های محیطی مانند خستگی ناشی از محیط تشدید می‌شود و به دنبال آن فرد تلاش می‌کند تا به وسیله رفتارهای وسواسی مانند موکنی عدم تعادل درونی را تسکین دهد.

مدل ارائه شده در پژوهش حاضر بر این عقیده است که علاوه بر عوامل بیرونی و عوامل درونی ذکر شده در رویکرد منیستو عامل فراشناختی نیز با عامل رفتاری و شناختی تعامل دارد.

می‌شود که دید منفی نسبت به افکار، تصاویر، تکانها و باورهای منفی نداشته باشند و نسبت به وجود آنها احساس مسئولیت و گناه نکنند و خود را به خاطر وجود آنها سرزنش و احساس ترس نکنند، چرا که ممکن است این شناختها به ذهن هر فردی بیاید و وجود آنها در ذهن نشان‌دهنده بیماری نیست. ۲- علاوه بر این به بیماران آموزش داده می‌شود که تحریفها و خطاهای شناختی خود (مانند، مطلق نگری، مسئولیت‌پذیری افراطی و غیره) را شناسایی و مورد چالش شناختی و رفتاری قرار دهند. ۳- به بیماران آموزش داده می‌شود که اگر دید منفی نسبت به شناخت‌های منفی داشته باشند رفته رفته باعث نگرانی و به دنبال آن باعث فرانگرانی خود می‌شوند، یعنی فکر می‌کنند که ذهن آنها غیرعادی عمل می‌کند و شاید فکر کنند که دیوانه شدند و کنترل خود را از دست دادند. و همین عامل منجر به این می‌گردد که به فکر بیافتند به هر طریقی که شده باید از شر شناخت‌های منفی خلاصی یابند. ۴- به بیماران آموزش داده می‌شود که در این مرحله است که فرد به این فکر می‌افتد که شناخت‌های منفی خود را کنترل کند. افراد راهبردهای مانند سرکوبی، حذف، حواس‌پرتی، سرزنش خود، مصرف دارو و غیره را برای کنترل شناخت‌های منفی استفاده می‌کنند. بایستی به بیماران آموزش داده شود که تلاش برای کنترل افکار معمولاً به طور عکس جواب می‌دهد و معمولاً منجر به شکست می‌شود. ۵- علاوه بر این به بیماران آموزش داده می‌شود که استفاده از رفتاری‌های وسواسی به طور موقتی باعث آرامش آنها می‌شود ولی در طولانی مدت باعث ماندگاری سیکل معیوب شده و به آنها آموزش داده شود که برای درمان لازم است که از رفتارهای وسواسی، اجتنابی و ایمنی جلوگیری کنند.

قابل ذکر است که این ۵ مرحله به طور خلاصه بیان شده است و هر یک از این مراحل تکنیکها و تکالیف خاص خود را دارد. واضح است که در ۵ مرحله ذکر شده در مداخله تدوینی رفتاری-شناختی-فراشناختی به هر سه مؤلفه رفتاری، شناختی و فراشناختی توجه و تمرکز می‌شود.

مرور پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که برای تبیین اختلال وسواس موکنی مدل‌های مختلفی ارائه شده است ولی اکثر این مدل‌ها یا در تبیین و پیش‌بینی اختلال وسواس موکنی ناتوان هستند و یا در تبیین این اختلال کل نگر و چند بعدی نیستند. مداخله ارائه شده در پژوهش حاضر جهت جبران بخشی از این نقص تدوین شده است. هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله تدوینی رفتاری-شناختی-فراشناختی بر روی علائم اختلال وسواس موکنی است.

روش

روش مورد منفرد بود. پژوهش مورد منفرد، که گاهی آن را آزمایش تک آزمودنی یا آزمایش سری‌های زمانی نامیده‌اند، پژوهشی است که مشتمل بر تحقیق فشرده بر روی تعداد

در مدل ارائه شده رفتاری-شناختی-فراشناختی اعتقاد بر این است که عامل شناختی می‌تواند شروع کننده مشکل باشد ولی برای شدت بخشیدن به مشکل نیاز به تعامل با عامل فراشناختی و رفتاری دارد. به عبارت دیگر، این عوامل لازم و ملزوم یکدیگر هستند و معمولاً جدا از هم‌دیگر عمل نمی‌کنند. برای درک بهتر، مدل تدوینی به طور مرحله‌ای توضیح داده می‌شود:

در این مدل اعتقاد بر این است که ابتدا شناخت‌های منفی به ذهن خطور می‌کنند که این مرحله که تقریباً در ذهن و کارکرد شناختی اکثر افراد رخ می‌دهد و یک مرحله نسبتاً طبیعی است، یعنی حضور شناخت‌های (افکار، تکانه و تصاویر) منفی به معنی اختلال نیست، نتایج بعضی تحقیقات [۸] نیز از این ایده حمایت می‌کند. ممکن است این سؤال در ذهن ایجاد شود که اگر شناخت‌های منفی باعث اختلال نمی‌شود پس چه عاملی باعث اختلال می‌شود؟

در مدل ارائه شده رفتاری-شناختی-فراشناختی به این سؤال پاسخ داده می‌شود. در این مدل اعتقاد بر این است که دید و نگاه ما نسبت به شناخت‌های منفی می‌تواند باعث تقویت و افزایش میزان آنها شود. برای مثال، اگر ما نسبت به شناخت‌های منفی ذهن خود، دید و نگاه منفی (باورهای منفی فراشناختی) داشته باشیم و آنها را غیرطبیعی بدانیم بعد از مدتی از وجود آنها می‌ترسیم و آنها را خطرناک می‌دانیم. خطرناک و ترسناک دانستن شناخت‌های منفی باعث فرانگرانی می‌شود. نگرانی ممکن است در خیلی از افراد رخ دهد و باعث بیماری نشود ولی فرانگرانی جدی‌تر است و معمولاً افراد را به سوی بیماری هدایت می‌کند. در این مدل نیز اعتقاد بر این است که باور منفی نسبت به شناخت‌های منفی باعث فرانگرانی می‌شود و به دنبال فرانگرانی است که افراد تصمیم می‌گیرند که به هر نحوی شده باید از شناخت‌های منفی خلاص و رهایی یابند. در این مرحله است که افراد برای کاهش فرانگرانی از راهبردهای کنترل افکار و رفتارهای وسواسی مانند موکنی استفاده می‌کنند.

راهبردهای کنترل افکار شامل راهبردهایی است که برای کنترل و حذف افکار و شناخت‌های منفی استفاده می‌شود. از جمله این راهبردها سرکوبی، حواس‌پرتی و حذف هستند. استفاده از این راهبردها معمولاً با شکست مواجهه می‌شود چون تلاش برای کنترل و حذف شناخت‌های منفی در اکثر مواقع بجای کاهش میزان شناخت‌های منفی باعث افزایش آنها می‌شود. افراد برای کاهش فرانگرانی علاوه بر راهبردهای کنترل افکار از رفتارهای وسواسی و ایمنی نیز استفاده می‌کنند. رفتاری‌های وسواسی موقتاً احساس آرامش و رضایت به فرد می‌دهند ولی در درازمدت باعث ماندگاری این سیکل معیوب می‌گردند.

در پژوهش حاضر، مداخله‌ای ارائه شده است که هر سه بعد شناختی، رفتاری و فراشناختی را در سبب‌شناسی اختلال وسواس موکنی لحاظ می‌کند. در مداخله رفتاری-شناختی-فراشناختی به ترتیب به این موارد تاکید می‌شود: ۱- به بیماران آموزش داده

در پژوهش حاضر برای مقایسه‌ی داده‌های موقعیت‌های آزمایشی مختلف، داده‌ها روی نمودار ترسیم شد و تفاوت‌های ظاهری داده‌ها مد نظر قرار گرفت. برای هر شرکت‌کننده، داده‌های مربوط به سه موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری به ترتیب بر روی یک نمودار رسم گردید. تحلیل دیداری، پرکاربردترین راهبرد تحلیل داده‌های پژوهش مورد منفرد است.

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، به شرکت‌کنندگان پژوهش توضیح داده شد که آنان در پژوهشی که قصد دارد ساخت و بررسی یک مدل درمانی جدید را بر روی علائم وسواس بررسی نماید شرکت می‌کنند. همچنین به مراجعین اطمینان داده شد که اطلاعات مرتبط با آن‌ها به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند. علاوه بر این، ضمن پاسخ به تمام سؤالات شرکت‌کنندگان در مورد پژوهش، به آنان اطمینان داده شد که نتایج پژوهش به صورت آماری و نتیجه‌گیری کلی و نه فردی منتشر خواهد شد و اختیار کامل دارند که در پژوهش شرکت نکنند یا در هر مرحله که بخواهند، مختارند که از ادامه پژوهش انصراف دهند.

یافته‌ها

ابتدا داده‌های گردآوری شده از سه موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری هر شرکت‌کننده روی یک نمودار رسم شد. سپس جهت تفسیر و نتیجه‌گیری از این نمودارها به تحلیل درون موقعیتی، بین موقعیتی و تغییرات در موقعیت‌های مشابه هر نمودار پرداخته شد.

همان‌طور که در جدول ۱ قابل مشاهده است مداخله رفتاری-شناختی-فراشناختی بر علائم اختلال موکنی در سه شرکت‌کننده پژوهش حاضر تأثیر گذاشته و شدت بیماری را کاهش داده است و نتایج آن تا مرحله پیگیری ماندگار بوده است.

یافته‌های جدول ۱ به صورت نمودار داده‌ها در نمودار ۱ آمده است. همان‌طور که در نمودار ۱ مشاهده می‌شود، کاهش نمرات در دوره درمانی نسبت به دوره خط پایه بارز است و این کاهش در دوره پیگیری نیز ثبات داشته است و میزان تغییر سطح میانگین (در جدول ۲) نیز گواه این مسئله است. بر اساس نتایج جدول ۲، مداخله رفتاری-شناختی-فراشناختی بر علائم اختلال موکنی در سه شرکت‌کننده پژوهش حاضر تأثیر گذاشته و میانگین شدت بیماری را در سطح خط پایه که ۲۸ بوده به ۱۴/۷۵ در دوره درمان کاهش داده است و نتایج آن تا مرحله پیگیری نیز ماندگار بوده است.

محدودی از افراد است که به صورت انفرادی یا به عنوان یک گروه واحد در نظر گرفته می‌شوند.

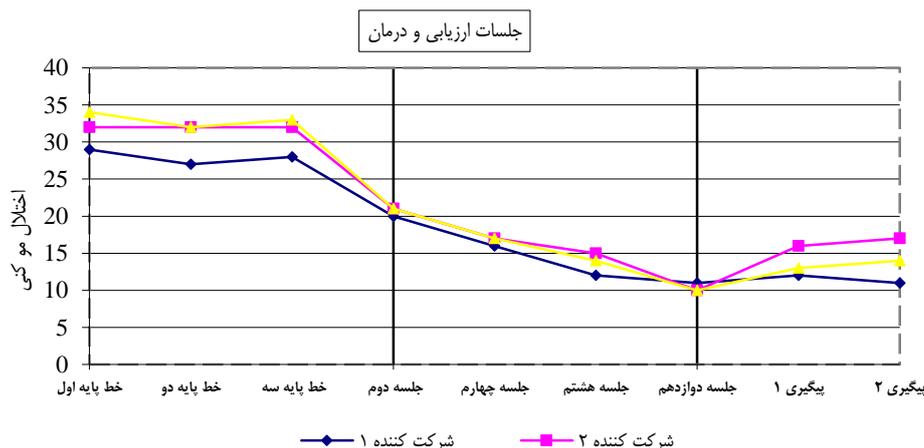
جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران سرپایی مبتلا به اختلال‌های موکنی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۲ می‌باشند. بر اساس ملاک‌های DSM-IV-TR و اصلاحات پیشنهادی DSM-V [۳] به طور هدفمند ۳ بیمار سرپایی مبتلا به اختلال وسواس موکنی از مرکز مشاوره فولاد مبارکه شهر اصفهان انتخاب شدند و به روش پژوهش مورد منفرد تحت درمان مداخله رفتاری-شناختی-فراشناختی قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری پژوهش، هدفمند بود. قصد پژوهشگر در چنین نمونه‌گیری‌هایی، انتخاب کسانی است که با اهداف پژوهش همخوانی داشته باشند. به همین دلیل مایکل پاتون، این شیوه نمونه‌گیری را هدفمند نام‌گذاری کرده است. داشتن حداقل سواد دیپلم، نداشتن سابقه بستری، اهل شهر اصفهان بودن، فارسی زبان بودن، قرار داشتن در دامنه سنی ۱۵-۵۰ سال، رضایت و همکاری شرکت‌کننده‌ها از جمله ملاک‌های ورود پژوهش حاضر بود و ملاک‌های خروج نیز شامل افرادی می‌شد که ملاک‌های ورود را نداشتند.

مقیاس موکنی بیمارستان عمومی ماساچوست: مقیاس موکنی بیمارستان عمومی ماساچوست [MGH-HPS] [۹]: یک مقیاس خود سنجی ۷ سؤالی می‌باشد که رفتارهای موکنی را می‌سنجد. مقیاس MGH-HPS فراوانی، شدت و کنترل میل و اصرار موکنی را در یک ماه می‌سنجد. این مقیاس در یک طبقه لیکرت ۵ درجه‌ای رتبه بندی می‌شود و نمره صفر فقدان علائم و نمره ۲۸ به بالا نهایت آسیب را نشان می‌دهد. این مقیاس در هر دو گروه بالینی و غیر بالینی استفاده شده است [۹]. همسانی درونی مطلوب ($\alpha = 0.89$) و روایی از نوع بازآزمایی مورد قبول ($r = 0.97$) به وسیله پژوهش *اوسالیون* و همکاران به دست آمده است. روایی همگرا از مقیاس MGH-HPS حمایت می‌کند و نشان‌دهنده همگرایی بالای این مقیاس با مقیاس‌های سنجش اضطراب و افسردگی می‌باشد [۹].

فرم جمعیت شناختی: این فرم محقق ساخته وضعیت شخصی بیمار را از لحاظ سن، جنس، وضعیت تأهل، تعداد اعضای خانواده، وضعیت تحصیلات، تحصیلات پدر و مادر، مراجعه پیشین به روانپزشک یا روان‌شناس به علت مشکل روانی و سابقه مصرف دارو، مدت بیماری را مشخص می‌کند.

جدول ۱. نمرات پرسشنامه‌ی MGH-HPS در موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری برای دو آزمودنی مبتلا به اختلال موکنی

آزمودنی	جلسات درمان						خط پایه	
	پیگیری		درمان				دوم	سوم
	یک ماه	دو ماه	جلسه دوازدهم درمان	جلسه هشتم درمان	جلسه چهارم درمان	جلسه دوم درمان	اول	
اول	۱۲	۱۱	۱۱	۱۲	۱۶	۲۰	۲۷	۲۹
دوم	۱۶	۱۰	۱۰	۱۵	۱۷	۲۱	۳۲	۳۲
سوم	۱۳	۱۰	۱۰	۱۴	۱۷	۲۱	۳۳	۳۴



نمودار ۱. اثربخشی مداخله رفتاری-شناختی-فراشناختی بر علائم اختلال موکنی

و افکار خودآیند منفی) و رفتاری را کم اهمیت می‌داند دارای نقص است. مداخله تدوینی پژوهش حاضر به هر سه بعد رفتاری، شناختی و فراشناختی توجه دارد و اعتقادش بر این است که برای اختلال وسواس-جبری این سه جنبه لازم و ملزوم یکدیگرند و در تعامل با همدیگر می‌باشند. همان طور که در مداخله ذکر شده است عامل شناختی مانند باورهای هسته‌ای و افکار خودآیند منفی باعث افزایش نگرانی و به دنبال آن فرانگرانی می‌شوند و همین عامل باعث افزایش رفتارهای وسواسی و راهبردهای کنترل افکار گردیده است. در حالی که دیدگاه شناختی اعتقادش بر این است که عامل شناختی به خودی خود می‌تواند باعث اختلال شود. تحقیقات نشان داده است که این دید می‌تواند تا حدی نادرست باشد چون شناخت های منفی به خودی خود باعث اختلال نمی‌شوند و در اکثر عموم مردم وجود دارد. راجمن و همکاران [۸] اولین کسانی بودند که به این نکته پی بردند. در تحقیق آنان ۸۷ درصد از نمونه‌های غیر بالینی گزارش داده‌اند که تکانه‌ها، تصاویر، افکار مزاحم و ناخواسته شبیه به محتوا و مضمون افراد وسواسی (مانند موضوع احساسات مشمئزکننده، کثیفی، آلودگی، تصادف-ها، صدمه و آسیب، پرخاشگری، توهین به مقدسات، مسائل جنسی و...) دارند. تحقیقات بعدی بیانگر وجود ۸۰ تا ۹۰ درصد تکانه‌ها، تصاویر و افکار مزاحم و وسواسی در افراد سالم است [۱۲، ۱۴].

در مداخله تدوینی پژوهش حاضر اعتقاد بر این است که زمانی شناخت‌های منفی مشکل‌ساز است که باعث فرانگرانی شود. فرانگرانی زمانی رخ می‌دهد که فرد از شناخت‌های منفی خود بترسد و آن‌ها را غیرطبیعی و فقط خاص ذهن خود بداند. ولز [۱۲] اعتقاد دارد زمانی که افراد از افکار خود می‌ترسند و آن‌ها را غیرطبیعی و غیرقابل کنترل می‌دانند باعث ترس بیش‌تر خود می‌شوند. در همین زمان از روی نگرانی و ترس زیاد دست به حذف و کنترل افکار می‌زنند. ولز [۱۵] اعتقاد دارد که تلاش برای کنترل و حذف افکار منفی باعث کاهش افکار و تکانه‌های منفی نمی‌شود بلکه باعث شکست در کنترل افکار می‌گردد و

جدول ۲. تغییر سطح میانگین، اختلاف مقدار میانگین موقعیت A از مقدار میانگین موقعیت B

شرکت کننده‌ها	میانگین A	میانگین B	اختلاف میانگین‌ها
اول	۲۸	۱۴/۷۵	-۱۳/۲۵
دوم	۳۲	۱۵/۷۵	-۱۶/۲۵
سوم	۳۳	۱۵/۵	-۱۷/۵

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله رفتاری-شناختی-فراشناختی بر روی علائم اختلال وسواس موکنی انجام شد. در این مداخله مؤلفه‌های رفتاری (رفتاری‌های اجتنابی، وسواسی، ایمنی) - شناختی (باورهای هسته‌ای، باورهای بینابینی، افکار خودآیند) - فراشناختی (باورهای مثبت و منفی فراشناختی و راهبردهای فراشناختی) در تبیین اختلال وسواس موکنی لحاظ می‌شود. یافته‌های پژوهش حاضر از جهت ارتباط بین مؤلفه‌های شناختی با اختلال وسواسی موکنی با نتایج [۱۰، ۱۱] همخوان است. از جمله دلایل این ارتباط می‌توان به این مسئله اشاره کرد که در این بیماران باورهای زیر بنایی خیلی کلی، فراگیر، انعطاف ناپذیر، سخت گیرانه، منفی و غیر منطقی هستند که باعث می‌شوند فرایندهای طبیعی ذهن با تحریف شناختی همراه شود و منجر به افزایش افکار خودآیند منفی در این بیماران گردد. همچنین از جهت ارتباط بین مؤلفه‌های رفتاری با اختلال وسواسی موکنی یافته‌ها با نتایج [۵] همخوان است و در نهایت نیز از جهت ارتباط بین اثربخشی بین درمان فراشناختی بر روی علائم نگرانی و فرانگرانی با یافته‌های ولز [۱۲]، قهوه چی و همکاران [۱۳] و ابوالقاسمی و همکاران [۱۱] همخوان است.

در کل می‌توان نتیجه‌گیری کرد که رویکرد CBT به دلیل اینکه فقط به ابعاد شناختی و رفتاری توجه می‌کند و به جنبه‌های فراشناختی مانند فرانگرانی و راهبردهای کنترل افکار توجه ندارد کمبود دارد و از طرف دیگر رویکرد فراشناختی به دلیل اینکه فقط به جنبه‌های فرایندی توجه دارد و ابعاد شناختی (مانند باورهای هسته‌ای، باورهای بینابینی، تحریف‌های شناختی

چگونگی تعامل آن‌ها توجه و تمرکز شده است، یعنی در درمان هم مشکلات شناختی-رفتاری و هم مشکلات فراشناختی مورد هدف درمان قرار می‌گیرند. پژوهش حاضر به روش مورد منفرد انجام شده است و لازم است که مداخله تدوین شده در تحقیقات تجربی کنترل شده بر روی بیماران وسواس موکنی به طور کمی و کیفی مورد آزمون قرار گیرد و در صورت امکان با مداخله‌های موجود در نمونه‌های بزرگتر و متفاوت مورد مقایسه قرار گیرد.

تشکر و قدرانی: از شرکت‌کنندگان و تمامی همکارانی که در اجرا و انتشار پژوهش حاضر همکاری داشتند کمال قدرانی را به جا می‌آوریم.

منابع

- Bartz JA, Hollander E. Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder? *Progress Neuro-Psychopharmacol Biological Psychiatr.* 2006; 30(3):338-52.
- Sulkowski ML, Mancil TL, Jordan C, Reid A, Chakoff E, Storch EA. Validation of a classification system of obsessive-compulsive spectrum disorder symptoms in a non-clinical sample. *Psychiatr Res.* 2011; 188(1):65-70.
- Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR:* American Psychiatric Pub; 2013.
- Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE. Characteristics of 60 adult hair pullers. *Am J Psychiatr.* 1991, 148(3): 365-70.
- Keuthen NJ, O'Sullivan RL, Ricciardi JN, Shera D, Savage CR, Borgmann AS, et al. The Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale: 1. development and factor analyses. *Psychother Psychosom.* 1995; 64(3-4):141-5.
- Keuthen NJ, Wilhelm S, Deckersbach T, Engelhard IM, Forker AE, Baer L, et al. The Skin Picking Scale: scale construction and psychometric analyses. *J Psychosom Res.* 2001; 50(6):337-41.
- Zuchner S, Cuccaro M, Tran-Viet K, Cope H, Krishnan R, Pericak-Vance M, et al. SLITRK1 mutations in trichotillomania. *Molecular Psychiatr.* 2006; 11(10):888-9.
- Rachman S, Hodgson R, Marks IM. The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis. *Behav Rese Ther.* 1971; 9(3):237-47.
- O'Sullivan RL, Keuthen NJ, Hayday CF, Ricciardi JN, Buttolph ML, Jenike MA, et al. The Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale: 2. reliability and validity. *Psychother Psychosom.* 1995; 64(3-4):146-8.
- Freeston MH, Ladouceur R, Thibodeau, N, Gagnon F. Cognitive intrusions in a nonclinical population: I. (Response style, subjective experience, and appraisal. *Behav Res Ther.* 1991; 29(2):585-97.
- Abolghasemi A, HassanAli-Zade M, Kazemi R, Narimani M. The effect of meta-cognitive and drug therapies on meta-cognitive beliefs of disease with obsessive-compulsive disorder. *J Behav Sci.* 2011; 4(4):305-12.[Persian]
- Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression:* Guilford Press; 2009.
- Ghahvehchi-Hosseini F, Fathi-Ashtiani A, Azad-Fallah P. Meta-cognitive therapy versus cognitive therapy in reducing meta-worry in students with test anxiety. *J Behav Sci.* 2013; 4(1):1-8.[Persian]
- Clark DA, Beck AT. *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice:* Guilford Publication; 2010.
- Wells A, King P. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *J Behav Ther Exper Psychiatr.* 2006; 37(3):206-12.

حتی گاه منجر به افزایش افکار منفی می‌شود. زمانی که فرد از کنترل افکار منفی ناامید می‌شود برای کاهش اضطراب و تنش خود دست به رفتارهای وسواسی، اجتنابی و ایمنی می‌زند. رفتارهای وسواسی و اجتنابی به طور موقت باعث کاهش اضطراب شده و همین مسئله فرد را تقویت می‌کند تا از رفتارهای وسواسی به طور مکرر و اجباری استفاده نماید، ولی در درازمدت باعث ماندگاری رفتاری وسواسی و در نتیجه دوام اختلال می‌شود.

نتیجه‌گیری

در تبیین اختلال وسواس-جبری از دیدگاه مداخله تدوینی پژوهش حاضر، به هر سه بعد رفتاری، شناختی، فراشناختی و