

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

درمان فراشناختی (MCT) اختلال وسواسی جبری

به انضمام راهنمای عملی درمان فراشناختی (MCT) برای بیماران





عنوان و نام پدیدآور	:	درمان فراشناختی (MCT) اختلال وسواسی جبری: به انضمام راهنمای عملی درمان فراشناختی (MCT) برای بیماران/تالیف محبوبه دادفر... [او دیگران] ؛ [به سفارش] بیمارستان فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء (ع)، مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء.
مشخصات نشر	:	تهران : میرماه ، ۱۳۹۳ .
مشخصات ظاهری	:	۱۱۲ص: مصور(بخشی رنگی).
شابک	:	۷۳۵۰۰ ریال: ۸-۹۴-۰۳۳۳-۰۰-۶۰۰-۹۷۸
وضعیت فهرست نویسی	:	فیپا
یادداشت	:	تالیف محبوبه دادفر، بنفشه غزایی، ربابه نوری فاسم‌آبادی، پیر حسین کولیوند.
موضوع	:	وسواس -- درمان
موضوع	:	فراشناخت درمانی
شناسه افزوده	:	دادفر، محبوبه، ۱۳۴۶ -
رده بندی کنگره	:	RC۵۳۳/۵۴ ۱۳۹۳
رده بندی دیویی	:	۶۱۶/۸۵۲۲۷
شماره کتابشناسی ملی	:	۳۶۵۴۵۰۷

درمان فراشناختی (MCT) اختلال و سواسی جبری

به انضمام راهنمای عملی درمان فراشناختی (MCT) برای بیماران

تألیف:

دکتر بنفشه غرایبی

روانشناس بالینی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان

محبوبه دادفر

دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی

دانشگاه علوم پزشکی ایران - پردیس بین الملل

پیرحسین کولیوند

معاون مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا

دکتر ربابه نوری قاسم آبادی

روانشناس بالینی

عضو هیئت علمی دانشگاه خوارزمی



میراث

۱۳۹۳ شمسی



بیمارستان فوق تخصصی
خاتم الانبیاء (ص)

درمان فراشناختی (MCT) اختلال و سواسی جبری به انضمام راهنمای عملی درمان فراشناختی (MCT) برای بیماران



مرکز
تحقیقات
علوم
شفا،
عماب

تألیف: محبوبه دادفر، دکتر بنفشه غرایبی، دکتر ربابه نوری قاسم آبادی، پیرحسین کولیوند

ناشر: میرماه

گرافیک جلد و متن: مهدیه ناظم زاده

لیتوگرافی و چاپ: قائم چاپ جوربند

صحافی: عطف

نوبت و سال انتشار: نخست/ ۱۳۹۳

شمارگان: ۵۰۰ نسخه

قیمت: ۷۳۵۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۰۹۴-۸

تمام حقوق اثر برای مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا محفوظ است.

خیابان ولیعصر (عج) - خیابان رشید یاسمی - بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ص)

تلفن: ۸۸۸۸۴۰۴۰

انتشارات میرماه: تخریش، دزاشیب، خیابان شهید رضانی، کوی شهید مرتضی عباسی، پلاک ۲، واحد ۲

تلفن: ۲-۲۲۷۲۲۹۰۱ و ۴-۲۲۷۵۹۲۰۳ فاکس: ۲۲۷۱۹۵۲۳

به نام خدا

اختلال وسواسی جبری اختلالی شایع با افکار مزاحم است که موجب اختلال‌های خلقی، هیجانی و اضطرابی در افراد می‌شود. اگر چه افراد مبتلا به غیرواقع بینانه بودن، نادرست بودن یا بیهوده بودن این افکار، اعمال و تکانه‌ها آگاهی دارند ولی میزان تأثیر تکانه به حدی است که سبب می‌شود تا آنها اقدام به کارهای خاص کنند تا آرامش بیشتری بیابند. بسیاری از روانشناسان، وسواس را نوعی اختلال یا بیماری از نوع نوروزهای شدید می‌دانند که سبب عدم تعادل در عملکرد یا سازگاری با محیط می‌شود. به‌طور کلی شیوع این اختلال در جمعیت عمومی حدود ۲-۳ درصد و در جمعیت مراجعه کننده به مراکز درمانی حدود ۱۰ درصد تخمین زده می‌شود که این میزان در هر دو جنس یکسان است. عوامل بسیاری در شکل‌گیری این اختلال نقش دارند از جمله عوامل ژنتیکی، زیست‌شناختی، رفتاری، روان‌پویایی، وجود احساس دوگانه و باور به تفکر سحرآمیز. برای سال‌های بسیار، درمان مؤثر برای رفع این اختلال دارو درمانی بوده، ولی بعد از مطرح شدن برخی از انواع درمان‌های غیر دارویی از جمله رفتار درمانی، استفاده از این شیوه درمانی در پیش‌آگهی و کاهش بسیاری از علائم در مطالعات زیادی مورد تأیید قرار گرفته است. با مطرح شدن سایر شیوه‌های درمانی از جمله درمان‌های شناختی - رفتاری در سه دهه پایانی قرن بیستم و با پژوهش‌های گسترده‌ای که بر روی عملکرد این نگرش درمانی صورت گرفت به تدریج کارآیی

این شیوه در بسیاری از اختلال‌ها و از جمله اختلال‌های خلقی و اضطرابی که همبودی زیادی با اختلال وسواسی جبری دارند، تأیید شد و دستورالعمل‌های گوناگونی برای درمان این اختلال بر مبنای درمان شناختی- رفتاری در دستور کار بسیاری از درمانگران قرار گرفت.

در سال‌های پایانی قرن بیستم و آغاز قرن بیست و یکم اهمیت موضوع فراشناخت (metacognition) در بسیاری از اختلال‌ها به ویژه در رابطه با طرحواره‌ها و اختلال‌های خلقی و هیجانی و نقش آنها در پردازش و تغییر سوگیرانه مورد تأیید بسیاری از درمانگران و پژوهشگران قرار گرفت. در حقیقت فراشناخت عبارت است از هر نوع دانش، اطلاعات یا فرآیند شناختی که در آن ارزیابی، نظارت و کنترل شناختی وجود دارد.

اگر چه می‌توان فراشناخت را یک توصیف یا جنبه عمومی از شناخت در نظر گرفت، ولی بسیاری از صاحب‌نظران در خصوص نقش و تأثیر فراشناخت به برخی جنبه‌های خاص این نگرش و نقش آن در اختلال‌های روان شناختی تأکید نموده‌اند. فراشناخت مفهومی چند وجهی است که همچنان که در بالا ذکر شد راهبردهای متفاوتی از جمله ارزیابی شناخت، نظارت و کنترل آن از باورها و فرآیندهای ذهنی فرد دارد. در حقیقت دانش فراشناختی به باورها و نظریه‌هایی اشاره دارد که افراد در مورد شناخت خود دارند.

نظریه پردازان بسیاری، بین دو جنبه کلی فراشناخت - دانش و نظارت فراشناختی تمایز قائل شده‌اند و عده‌ای نیز بر عملکرد فرآیندهای شناختی که در دو یا چند سطح مرتبط با هم عمل می‌کنند، تأکید نموده‌اند.

کتاب حاضر حاصل تجربه و مطالعه همکاران محترم من و کارشناسان روانشناسان بالینی با تجربه‌ای است که به اهمیت معرفی و درمان اختلال وسواسی جبری پرداخته‌اند و با معرفی کلی فراشناخت، به مفاهیم اصلی، زمینه‌های علمی، پژوهشی و شیوه‌های درمانی این مهم توجه خاصی مبذول داشته‌اند که می‌تواند در پیشبرد اهداف درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواسی بسیار مؤثر باشد.

دکتر بهروز بیرشک

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان

۱۳۹۳ شمسی

پیشگفتار

سالهاست که درمان شناختی رفتاری در ارائه خدمات درمانی به افراد مبتلا به طیف وسیعی از اختلالات روانی پیشتاز بوده است و در بسیاری از موارد در کتاب‌های مرجع به عنوان درمان خط اول حتی در مقایسه با درمان دارویی معرفی شده است.

سوگیری علم‌گرایانه و پژوهش محور این دیدگاه منجر به آن شده است که به منظور حفظ جایگاهش پویایی خود را حفظ نموده و در این راستا شاهد آن هستیم که نه تنها بیشترین پژوهش‌های منتشر شده در حوزه روان‌درمانی در رابطه با درمان شناختی رفتاری است، بلکه هر سال موج‌های جدیدی از روش‌های درمانی موثرتر و اختصاصی‌تر برای هر اختلال ارائه می‌گردد.

یکی از این درمان‌های موثر که اخیراً تحقیقات گسترده‌ای اثربخشی و سودمندی آن را مورد تأیید قرار داده است، درمان فراشناختی می‌باشد. کتاب پیش‌رو در دو بخش ابتدا به زمینه‌های علمی و پژوهشی این روش درمانی در اختلال وسواسی - جبری پرداخته و در انتها ترجمه‌ای از یک کتاب راهنمای عملی برای این بیماران را ارائه می‌دهد.

با توجه به افزایش فرهنگ کتاب‌خوانی در جوامع به‌ویژه در ایران و دسترسی آسان و ارزان به منابع مختلف از طریق اینترنت، به نظر می‌رسد که یکی از وظایف افراد متخصص و دانشگاهی در حوزه روان‌درمانی آن است که با انتشار کتاب‌های خودآموز اجازه ندهند که فرهنگ مطالعاتی جامعه به سمت و سوی غیرعلمی گرایش پیدا کند. این کتاب گامی کوچک در راستای کمک به بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری است.

مؤلفین

۱۳۹۳ شمسی

فهرست

۱۳	تعریف اختلال وسواسی جبری (OCD)
۱۳	ملاک‌های تشخیصی اختلال وسواسی جبری
۱۶	فراشناخت
۱۶	جنبه‌های فراشناخت
۱۷	انواع فراشناخت
۱۷	دانش فراشناختی
۱۸	تجربه‌های فراشناختی
۱۹	راهبردهای کنترل فراشناختی
۲۵	سندرم شناختی - توجهی (CAS) در اختلال وسواسی جبری
۳۰	باورهای فراشناختی
۳۱	باورهای فراشناختی مثبت
۳۱	باورهای فراشناختی منفی
۳۲	درمان فراشناختی (MCT) در اختلال وسواسی جبری
۳۸	فراپاورهای مرتبط با در هم آمیختگی
۳۹	در آمیختگی فکر - کنش (عمل)
۳۹	در آمیختگی فکر - رویداد
۴۰	در آمیختگی فکر - شیء
۴۳	باورهای فراشناختی در باره‌ی آیین مندی‌ها و نگرانی / نشخوار فکری
۴۷	ساختار درمان
۴۸	مراحل درمان فراشناختی اختلال وسواسی جبری
۴۹	خلاصه محتوای جلسات درمان
۵۰	ابزارهای مورد استفاده برای درمان فراشناختی اختلال وسواسی جبری
۵۳	جمع‌بندی
۵۶	منابع
۶۵	اختلال وسواسی جبری (OCD): راهنمای عملی درمان فراشناختی (MCT) برای بیماران
۶۶	در باره کتاب
۶۶	در باره نویسنده

۶۸	.....مقدمه
۷۱	.....پیوست الف - درمان فراشناختی
۷۱	.....الف ۱: اختلال وسواسی جبری (OCD)
۷۷	.....الف ۲: انگیزه برای تغییر
۷۸	.....الف ۳: تبیینی از این برنامه درمانی
۸۰	.....الف ۴: آزمایش‌های شخصی
۸۲	.....الف ۵: ثبت فکر فراشناختی
۸۳	.....الف ۶: افکار مزاحم، قسمت اول
۸۷	.....الف ۷: افکار مزاحم، قسمت دوم
۹۰	.....الف ۸: ذهن آگاهی فکر
۹۳	.....الف ۹: ذهن آگاهی تمرین فکر
۹۴	.....الف ۱۰: آزمایش‌های در هم آمیختگی فکر
۹۵	.....الف ۱۱: برگه ثبت آزمایش
۹۶	.....الف ۱۲: برنامه‌ریزی نگهدارنده: من کجا بودم، در حال حاضر کجا هستم و به کجا می‌خواهم بروم
۹۹	.....الف ۱۳: امتحان سریع
۱۰۱	.....الف ۱۴: برنامه نگهدارنده شخصی من
۱۰۲	.....الف ۱۵: گواهی پیشرفت
۱۰۳	.....پیوست ب- درمان شناختی رفتاری: برگه‌های اطلاعاتی و برگه‌های کار مراجع
۱۰۳	.....ب ۱: افکار غیر مفید و غیر سودمند شایع در اختلال وسواسی جبری
۱۰۵	.....ب ۲: برگه سلسله مراتب و اهداف شخصی
۱۰۶	.....ب ۳: برگه ثبت رویارویی
۱۰۷	.....ب ۴: نمونه ثبت فکر وسواسی جبری
۱۰۸	.....ب ۵: ثبت فکر وسواسی جبری
۱۰۹	.....منابع

تعریف اختلال وسواسی جبری^۱ (OCD)

اختلال وسواسی جبری (OCD) اختلال اضطرابی ناتوان کننده‌ای است که ویژگی اصلی آن وقوع وسواس‌ها و اعمال اجباری (وسواس‌های عملی) است. وسواس‌ها افکار، تصاویر ذهنی و تکانه‌های ناخواسته و مزاحم هستند که بدون میل و اراده بیمار رخ می‌دهند و به صورت ناسازگار و ناهمخوان با خود تجربه می‌شوند. فرد فعالانه در برابر وسواس‌ها مقاومت می‌کند و می‌داند که وسواس‌ها محصول ذهن او هستند. افکار وسواسی اغلب محتوای خصمانه، جنسی یا مذهبی دارند یا به صورت تردیدها و نشخوارهای فکری مربوط به آلودگی تجربه می‌شوند. اعمال اجباری (وسواس‌های عملی) رفتارهای تکراری آشکار و ناآشکاری هستند که در پاسخ به وسواس‌ها انجام می‌شوند. هدف این رفتارها، کاهش ناراحتی و پریشانی یا پیشگیری از برخی رویدادهای هولناک است (سادوک^۲ و سادوک، ۲۰۰۳، ولز^۳، ۲۰۰۹).

ملاک‌های تشخیصی اختلال وسواسی جبری

ملاک‌های تشخیصی اختلال وسواسی جبری در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

1 -Obsessive Compulsive Disorder (OCD)

2 -Sadock

3 -Wells

جدول ۱ ملاک‌های تشخیصی اختلال وسواسی جبری

ملاک الف وجود یکی از وسواس‌ها یا اعمال اجباری
ملاک ب فرد در دوره‌هایی از اختلال، وسواس‌ها یا اعمال اجباری خود را افراطی یا غیر منطقی می‌داند.
ملاک ج وسواس‌ها یا اعمال اجباری اضطراب و پریشانی قابل ملاحظه‌ای ایجاد می‌کنند، بیش از یک ساعت در روز وقت می‌گیرند، یا با کارکرد فرد تداخل می‌کنند.
ملاک د اگر اختلال دیگری در محور ۱ وجود داشته باشد، محتوای وسواس‌ها و اعمال اجباری به آن محدود نمی‌شود.
ملاک ه وسواس‌ها و اعمال اجباری، ناشی از مصرف مواد یا یک بیماری جسمانی نیستند.

اقتباس از سادوک و سادوک (۲۰۰۳)

ادبیات پژوهش‌های شناختی در باب اختلال وسواسی جبری (OCD) در چند دهه‌ی اخیر، تصویر بالینی چندبعدی و پیچیده‌ای را از این اختلال به دست داده است. وسواس، اختلال ناهمگنی است و شیوه‌های درمانی متنوعی دارد (ماتایکس کولز^۱ و همکاران، ۲۰۰۲، تولین^۲، ورهانسکی^۳ و مالتبی^۴، ۲۰۰۶).

1 -Mataix - Cols

2 -Tolin

3 -Worhunsky

4 -Maltby

با وجود موفقیت آمیز بودن نسبی این درمان‌ها، به ویژه درمان شناختی رفتاری، در اکثر افراد تحت درمان نشانه‌هایی از وسواس باقی مانده و یا در دوره‌ی پیگیری، علایم عود می‌کنند (فیشر^۱ و ولز، ۲۰۰۸). نظریه‌های شناختی بر نقش اساسی باورهای ناکارآمد در سبب شناسی و تداوم علائم اختلال وسواسی جبری تاکید می‌کنند (سالکوسکیس^۲، ۱۹۹۳، به نقل از سالکوسکیس، ۱۹۹۹، ولز، ۲۰۰۰).

وسواس‌ها را بایستی از سایر انواع افکار مزاحم مانند نگرانی متمایز نمود (ولز و مورین^۳، ۱۹۹۴). این شناخت‌های مزاحم به شکل فرآیندی خودکار رخ می‌دهند و اغلب با نگرانی‌های کنونی فرد ارتباط دارند (سالکوسکیس و مک‌گاری^۴ به نقل از منزیس^۵ و دی سیلوا^۶، ۲۰۰۳). مهم‌ترین عاملی که می‌تواند بین شناخت‌های مزاحم بالینی و طبیعی تمایز ایجاد کند، چگونگی برداشت فرد از شناخت‌واره‌ها می‌باشد (ولز، ۱۹۹۵، ۱۹۹۹).

سالکوسکیس (۱۹۸۵، ۱۹۸۹، ۱۹۹۹) بر این باور است که ارزیابی منفی افکار مزاحم منجر به احساس مسئولیت افراطی برای خطر یا پرهیز از آن می‌شود و تلاش‌هایی که توسط فرد برای خنثی کردن افکار مزاحم انجام می‌شوند در شکل‌گیری اختلال وسواسی جبری نقش دارند. البته ارزیابی مسئولیت به همان اندازه در پیدایش محتوای افکار مزاحم موثرند. پوردن^۷ و کلارک^۸ (۱۹۹۳) نیز باورهای فراشناختی مانند نیاز به کنترل افکار مزاحم را در شکل‌گیری و تداوم وسواس‌ها بسیار مهم دانسته‌اند.

1 -Fisher

2 -Salkovskis

3 -Morrison

4 -Mac Gary

5 -Menzeis

6 -De Siliva

7 -Purdon

8 -Clark

فراشناخت^۱

فراشناخت عبارت است از هر نوع دانش یا فرایند شناختی که در آن ارزیابی، نظارت یا کنترل شناختی وجود داشته باشد (فلاول^۲، ۱۹۷۹، موسس^۳ و بیرد^۴، ۲۰۰۲). فراشناخت مفهومی چند وجهی است که در بر گیرنده دانش (باورها)، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می کنند (نلسون^۵ و همکاران، ۱۹۹۹، ولز، ۲۰۰۹).

نظریه و تحقیق در مورد فراشناخت عمدتاً از طریق کار در روان شناسی رشد شناختی (فلاول، ۱۹۷۹)، عصب روانشناسی، عملکرد حافظه و سالمندی (متکالف^۶ و شیمامورا^۷، ۱۹۹۴، به نقل از بیابانگرد، ۱۳۸۱) توسعه یافته است.

جنبه های فراشناخت

اغلب نظریه پردازان بین دو جنبه از فراشناخت، یعنی دانش فراشناختی و نظارت فراشناختی تمایز اساسی قایل شده اند.

دانش فراشناختی، اطلاعاتی است که افراد در مورد شناخت خودشان و راهبردهای یادگیری دارند که این راهبردها بر آنها تأثیر می گذارد.

نظارت فراشناختی به دامنه ای از کارکردهای اجرایی نظیر توجه کردن، کنترل کردن، چک کردن، برنامه ریزی کردن و تشخیص خطاها در عملکرد اشاره دارد (براون^۸ و همکاران، ۱۹۸۳).

1 -metacognition

2 -Flavell

3 -Moses

4 -Baird

5 -Nelson

6 -Metkalf

7 -Shimura

8 -Brown

این ایده که فراشناخت، شناخت عمومی را کنترل و بر آن نظارت می‌کند، تایید کننده تمایز دو سطح شناختی می‌باشد.

انواع فراشناخت

سه نوع فراشناخت وجود دارد:

- ۱- دانش فراشناختی
- ۲- تجربه‌های فراشناختی
- ۳- راهبردهای کنترل فراشناختی (بیابانگرد، ۱۳۸۱).

دانش فراشناختی

دانش فراشناختی به باورها و نظریه‌هایی اشاره دارد که افراد در مورد شناخت خود دارند، نظیر باورها در مورد معنای نوع خاصی از افکار و باور در مورد اثر بخشی حافظه و کنترل شناختی.

انواع دانش فراشناختی شامل الف) آشکار (خبری)، ب) ضمنی (رویه ای) می‌باشد. در نظر گرفتن این دو بویژه در زمینه اختلال هیجانی مفید می‌باشد.

دانش فراشناختی آشکار، دانشی هشیار می‌باشد و به طور کلامی قابل بیان است برای مثال بیماران وسواسی جبری معتقدند که افکار خاصی دارند که موجب وقایع منفی یا اعمال ناخواسته می‌شود.

دانش فراشناختی ضمنی معمولاً هشیار نیست و نمی‌توان آن را به طور مستقیم و به صورت کلامی بیان کرد. این دانش مشتمل بر قواعد یا طرح‌هایی است که پردازش را هدایت می‌کند (نظیر توجه کردن، جستجو در حافظه و استفاده از تدابیر اکتشافی و سوگیری در قضاوت کردن). دانش ضمنی نشان‌دهنده‌ی "مهارت‌های نفکر" فرد است.

در نظر گرفتن این دانش به عنوان روش یا طرحی برای پردازش اطلاعات مفید است و چنین طرح‌های فراشناختی ممکن است حداقل به اندازه دانش خبری در اختلال هیجانی مهم باشند.

تجربه‌های فراشناختی

تجربه‌های فراشناختی شامل ارزیابی معنای وقایع ذهنی خاص (برای نمونه افکار)، احساسات فراشناختی و قضاوت در مورد وضعیت شناخت هستند. برای مثال تغییرهای منفی که بیماران وسواسی جبری از افکار مزاحم خود به عمل می‌آورند، تجربه‌های فراشناختی هستند.

ارزیابی‌ها و قضاوت‌های فراشناختی را می‌توان به صورت تفاسیر هشیار و نامگذاری (برچسب زدن) تجربه‌های شناختی تعریف کرد.

تجربه‌های فراشناختی تجلی مستقیم استفاده از دانش فراشناختی برای ارزیابی شناخت است. تجربه‌های فراشناختی، شامل احساس‌های ذهنی نیز می‌شوند.

تجربه‌های فراشناختی از چند طریق با اختلالات هیجانی در ارتباط هستند. برخی از اختلالات با ارزیابی‌ها و قضاوت‌های فراشناختی منفی رابطه دارند. برای مثال بیماران وسواسی جبری افکار و پدیده‌های حافظه را به گونه‌ای منفی ارزیابی می‌کنند (بیابانگرد، ۱۳۸۱).

نلسون و همکاران (۱۹۹۸) دو نوع اطلاعات را شناسایی کرده‌اند که زمینه‌های قضاوت‌های فراشناختی را فراهم می‌سازند:

۱- احساسات یا برداشت‌های گذرا

۲- نظریه‌های ضمنی که پایدارتر هستند.

ولز و ماتیوز^۱ (۱۹۹۴) از این ایده که احساس برای اختلالات روان‌شناختی اطلاعات فراشناختی را فراهم می‌سازد، استفاده کردند. بویژه، در سطح ضمنی، هیجان ممکن است باعث انتخاب سوگیرانه طرح‌ها برای پردازش شود. هر چه هیجان آشکارتر باشد، بیماران مبتلا به اختلالات هیجانی بیشتر تمایل دارند از اطلاعات احساس محور به عنوان راهنمایی برای ارزیابی تهدید و تنظیم راهبردهای مقابله‌ای اجرایی استفاده کنند. برای مثال ممکن است

1 -Matthews

بیماران مبتلا به وسواس فکری از اینکه احساس اطمینان کنند که آن عمل کاملاً درست انجام شده است، آن را تکرار کنند.

راهبردهای کنترل فراشناختی

راهبردهای کنترل فراشناختی پاسخ‌هایی هستند که افراد برای کنترل فعالیت‌های نظام شناختی نشان می‌دهند و به خودتنظیمی هیجانی و شناختی کمک می‌کنند. این راهبردها ممکن است راهبردهای تفکر را افزایش یا کاهش دهند و به افزایش فرایندهای نظارتی کمک کنند. در اختلالات روان شناختی، بیمار احساس می‌کند کنترل را از دست داده است. راهبردهای کنترل اغلب شامل تلاش‌هایی جهت کنترل ماهیت تفکر یا کنترل جریان هشیاری هستند. در اختلالات اضطرابی برای نمونه، اختلال هراس و اختلال اضطراب تعمیم یافته که رویدادهای ذهنی اغلب به عنوان نشانه‌ای از فروپاشیدگی روانی تفسیر می‌شوند، افراد ممکن است تلاش کنند تا افکار خاصی را بازداری یا به طریقی فکر کنند که از فاجعه جلوگیری شود. برای مثال، بیماری که از وسواس رنج می‌برد دچار تصاویر مزاحم و تکرار شونده شیطان بود. باورهای فراشناختی او به گونه‌ای بود که معتقد بود این تصاویر خطرناک هستند و موجب فراخوانی شیطان می‌شوند و به منظور حفاظت خود و خانواده اش به شدت سعی می‌کرد تا ذهنش را در طی عبادت کنترل کند. این راهبرد مشتمل بر تمرکز کامل بر هر کلمه نماز و به خاطر نگه داشتن یک تصویر کامل از مسجد بود. در اینجا نمونه‌هایی از یک راهبرد مقابله‌ای خاص (فرایندهای کنترل فراشناختی) و نیز افزایش نظارت، به صورت چک کردن تصاویر آلوده نشده (پاک) از مسجد وجود دارد هرگونه شکست در این راهبرد با یک عمل وسواسی برای بازگشت و شروع مجدد عبادت همراه است و این فرایندها تکرار می‌گردند تا کامل شوند. این راهبرد وقتی که هدف شخص بر آورده شد، می‌تواند تهدید را رفع و اضطراب را کاهش دهد. با این حال، در این بیمار الزام راهبرد و ماهیت هدف به گونه‌ای بود که دستیابی به آنها بدون اقدامات مکرر و تلاش مستمر مشکل بود (بیابانگرد، ۱۳۸۱).

راهبردهای فراشناختی شامل پاسخ‌های معطوف به تشدید جریان اطلاعات حاصل از سطح عینی (برای نمونه نظارت کردن) یا راهبردهای معطوف به خاتمه یا اصلاح پردازش سطح عینی هستند.

ولز و ماتیوس (۱۹۹۴) اختلال هیجانی را با راهبرد کنترل تهدید مرتبط می‌دانند که با توجه مستمر به منابع درونی یا بیرونی تهدید مشخص می‌شود. افراد برای کنترل افکار ناخواسته یا اضطراب زای خود از طیف وسیعی از راهبردها استفاده می‌کنند.

ولز و دیویس^۱ (۱۹۹۴) در یک مطالعه تحلیل عاملی، پنج راهبرد کنترل فراشناختی را شناسایی کردند که از طریق پرسشنامه کنترل فکر سنجیده می‌شوند. این پنج راهبرد عبارتند از ارزیابی مجدد، تنبیه، کنترل اجتماعی، نگرانی و توجه برگردانی.

نتایج بررسی‌ها نشان داده‌اند که افراد وسواسی جبری در مقایسه با افراد غیر بیمار بیشتر از تنبیه، نگرانی، ارزیابی مجدد و کنترل اجتماعی استفاده می‌کنند ولی افراد غیر بیمار بیشتر از توجه برگردانی استفاده می‌کنند (آمیر^۲، کاشمن^۳ و فوآ^۴، ۱۹۹۷، آبراموویتز^۵ و همکاران، ۲۰۰۳).

راهبردها به دانش فراشناختی و مدل‌های درونی که فرد در باره‌ی نحوه‌ی عملکرد شناخت و هیجان خود دارد، وابسته است. دانش (باورهای) فراشناختی، تجربه‌ها و راهبردها به هم وابسته‌اند و در فرایند اختلال روانشناختی یکپارچه عمل می‌کنند (ولز، ۲۰۰۹).

نظریه فراشناختی مطرح می‌کند که بسیاری از رفتارهای مقابله‌ای ماهیت فراشناختی دارند و این رفتارها باید در تبیین شکل‌گیری اختلال مورد توجه خاص قرار گیرند. در این نظریه ناسازگاری در دانش، تجربه‌ها و راهبردها، به طور مشترک به الگوی تفکر ناسازگارانه‌ای منجر می‌شوند که موجب بروز اختلال روان‌شناختی می‌شود. مطابق این مدل،

1 -Davies

2 -Amir

3 -Cashman

4 -Foa

5 -Abramowitz

فعال شدن باورهای فراشناختی ناکارآمد، موجب ارزیابی منفی فکر مزاحم به عنوان نشانه‌ی تهدید می‌شود. این ارزیابی در جای خود باعث تشدید هیجان‌های منفی می‌شود که عمدتاً به صورت اضطراب هستند. در نتیجه فرد برای کاهش اضطراب خود و کنترل نظام شناختی خود به راهبردهای کنترل فکر متوسل می‌شود (ولز و ماتیوس، ۱۹۹۴، ولز، ۲۰۰۹).

نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد که فرونشانی و بازداری افکار ناخوشایند موجب افزایش و بازگشت دوباره‌ی فکر بازداری شده می‌شود. بنابراین، در دراز مدت راهبرد سازنده‌ای نیست (ویگنر^۱ و همکاران، ۱۹۸۷، پوردون، ۱۹۹۹، وینزلاف^۲ و ویگنر، ۲۰۰۹ به نقل از ولز، ۲۰۰۹). به طور کلی، نتایج پژوهش‌هایی که به بررسی رابطه بین باورهای فراشناختی، راهبردهای کنترل فکر و اختلال‌های روانشناختی پرداخته‌اند نشان می‌دهند که رابطه‌ی مثبت پایداری بین باورهای فراشناختی، آسیب‌پذیری هیجانی و طیف وسیعی از اختلال‌های روانشناختی وجود دارد (ولز، ۲۰۰۹).

محمدخانی و مظلوم (۱۳۸۹) ۲۲۶ دانشجوی دانشگاه تربیت معلم را با پرسشنامه باورهای فراشناختی (MCQ-39)، پرسشنامه کنترل فکر (TCQ) و پرسشنامه اضطراب حالت-صفت (STAI) بررسی کردند. نتایج نشان داد که بین باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر و اضطراب صفت، همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. از میان زیرمقیاس‌های باورهای فراشناختی، باورهای مربوط به کنترل ناپذیری و خطر افکار، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار با اضطراب صفت رابطه معنادار داشتند. همچنین راهبردهای توجه برگردانی، تنبیه، ارزیابی مجدد و نگرانی از زیرمقیاس‌های راهبردهای کنترل فکر با اضطراب صفت، رابطه مثبت معنادار داشتند. بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون، باورهای فراشناختی مربوط به کنترل ناپذیری و خطر افکار و اطمینان شناختی و راهبردهای توجه برگردانی و ارزیابی مجدد، ۵۱ درصد از واریانس اضطراب صفت را در دانشجویان مورد مطالعه تبیین کردند. این یافته‌ها با

1 -Wegner

2 -Winzlaw

حمایت از مدل فراشناختی اضطراب نشان می‌دهند که تغییر باورهای فراشناختی منفی و راهبردهای ناسازگار کنترل فکر، می‌تواند در کاهش اضطراب مفید واقع شود.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که همبستگی مثبت معنی‌داری بین باورهای فراشناختی و علائم وسواسی وجود دارد (ولز، ۱۹۹۸ به نقل از ولز، ۲۰۰۹، جانیک^۱ و همکاران، ۲۰۰۳، هرمانس^۲ و همکاران، ۲۰۰۳، جی ویلیام^۳ و همکاران، ۲۰۰۴، ولز و کارترایت - هاتون^۴، ۲۰۰۴، ولز، ۲۰۰۹). همچنین رابطه معنی‌داری بین باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر وجود دارد (ولز و ماتیوس، ۱۹۹۴، ولز، ۱۹۹۷، محمدخانی و فرجاد، ۱۳۸۸).

ابوالقاسمی، نریمانی و احدی (۱۳۸۷) نشان دادند که میانگین نمرات باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواس از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه و گروه کنترل غیر بیمار به طور معنی‌داری بیشتر بود. تعامل گروه و بلا تکلیفی برای باورهای فراشناختی معنی‌دار نبود.

محمد خانی و فرجاد (۱۳۸۸) نیز گزارش دادند که بین باورهای فراشناختی و علائم وسواسی رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد. خرده مقیاس‌های باورهای مثبت در باره نگرانی، کنترل ناپذیری و خطر و خودآگاهی شناختی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های علائم وسواس در جمعیت غیر بالینی می‌باشند. بین نمره کلی راهبردهای کنترل فکر و علائم وسواسی نیز رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد. از میان خرده مقیاس‌های کنترل فکر، راهبردهای تنبیه و نگرانی بیشترین رابطه مثبت را با علائم وسواسی نشان دادند.

باباپور خیرالدین، پورشریفی، هاشمی و احمدی (۱۳۹۱) نشان دادند که همه ابعاد فراشناخت با باورهای وسواسی رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار دارد اما از مؤلفه‌های ذهن آگاهی، توصیف تجارب درونی، عدم واکنش به تجارب درونی و عدم قضاوت به تجربه‌ی درونی

1 -Janeck

2 -Hermans

3 -Gwilliams

4 -Cart wright - Hatton

درمان فراشناختی (MCT) اختلال وسواسی جبری / ۲۳

رابطه‌ی منفی و معنی‌دار با باورهای وسواسی دارد. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام نیز نشان داد متغیرهای کنترل ناپذیری افکار، خودآگاهی شناختی و توصیف تجارب درونی به طور معنی‌داری، ۱۸/۸ درصد از واریانس تغییرات باورهای وسواسی را تبیین می‌کنند.

در نظریه‌های جدید شناختی در مورد اختلال‌های اضطرابی و بویژه اختلال وسواسی جبری، سازه‌های فراشناختی جایگاه ویژه‌ای را به خود اختصاص داده است (ولز و کارترایت - هاتون، ۲۰۰۴، ولز، ۲۰۰۹).

مطالعات مختلفی از نقش فرا شناخت به عنوان پایه و اساس در ایجاد و تداوم بسیاری از اختلال‌های روانشناختی بویژه اختلال وسواسی جبری حمایت می‌کنند (ولز و ماتیسوس، ۱۹۹۴، ۱۹۹۶، ولز و پاپاگیورگیو^۱، ۱۹۹۸، ولز، ۱۹۹۵، ۲۰۰۰، فیشر و ولز، ۲۰۰۵، فیشر و ولز، ۲۰۰۸). خودآگاهی شناختی که به تمایل فرد به بازبینی افکار اطلاق می‌شود، با علائم وسواس ارتباط دارد (کوهن^۲ و کالاماری^۳، ۲۰۰۴، به نقل از ولز، ۲۰۰۹).

هرمانس و همکاران (۲۰۰۳) دریافتند که بیماران وسواسی جبری در مقایسه با گروه کنترل به باورهای منفی در باره کنترل ناپذیری و خطر رویدادهای ذهنی بیشتر معتقد بودند، باورهای منفی بیشتری در مورد پیامدهای مضر برخی افکار خاص گزارش دادند، بیشتر به بازبینی افکارشان می‌پرداختند و اطمینان کمتری به توانایی‌های شناختی خود داشتند. اطمینان شناختی پایین تر در سه جنبه زیر آشکارتر بود:

(۱) حافظه برای اعمال

(۲) تمایز اعمال از تصویرسازی‌های ذهنی

(۳) مقاومت در برابر حواس پرتی.

1 -Papageorgiou

2 -Cohen

3 -Kalamary

ولز و ماتیوس (۱۹۹۴) و ولز (۱۹۹۷، ۲۰۰۰) اظهار داشتند که باورهای فرد مانند میزان اعتماد در باره توانایی‌های تفکر و حافظه خود، نقش محوری در ایجاد اختلال‌های هیجانی از طریق هدایت تمرکز بر فرآیندهای درونی مانند تردید دارد. مطابق این دیدگاه تمرکز بر فرآیندهای درونی، این اطمینان را که فرد به درستی عمل یا تشریفات خاصی را انجام داده است، کاهش می‌دهد. در نتیجه، انجام بیشتر عمل را تا وقتی که هدف مورد نظر تامین شود، الزامی می‌سازد (نیدیلی کویک^۱ و همکاران، ۲۰۰۹، به نقل از ولز، ۲۰۰۹).

یافته‌های برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افکار وسواسی یا مناسک اجباری دارای رنگ و بوی مذهبی می‌باشند (فتی و بواله‌ری، ۱۳۷۸، دادفر، بواله‌ری، ملکوتی و بیان زاده، ۱۳۸۰، نظیری، دادفر و کریمی، ۱۳۸۴، گرین برک^۲ و همکاران، ۱۹۸۷، استکتی^۳، وایت^۴ و کوای^۵، ۱۹۹۱، یوسیفووا^۶ و لوینتال^۷، ۱۹۹۹، به نقل از دادفر و همکاران، ۱۳۸۰).

پژوهش دادفر و همکاران (۱۳۸۰) نشان داد که یکی از شایع‌ترین نشانه‌های وسواس فکری در زمینه آلودگی (۹/۸۳٪) و موضوعات مذهبی (۷/۳۵٪) بود. نتایج پژوهش دادفر، نظیری و کریمی (۱۳۸۷) نشان داد که باورهای ناکارآمد مذهبی در مورد مناسک شستشو-نظافت در ۴۳ نفر از بیماران وسواسی-جبری به شرح زیر بود: «شک و تردید در مورد طهارت و نجاست به درجات مختلفی سرچشمه اصلی نگرانی‌ها و دغدغه خاطر آنهاست» (۶۵٪)، «به طور کلی وسواس‌های شستشوی آنها مرتبط با مسائل مذهبی می‌باشد» (۶۳٪)، «وسواس‌های شستشوی آنها بیشتر به خاطر رعایت مسائل شرعی است تا پرهیز از بیمار شدن خود و اطرافیان» (۶۵٪). همچنین درصد بالایی از بیماران اظهار داشتند که به این دلایل به رفتارهای جبری شستشو-نظافت دست می‌زنند: شک در درستی وضو (۶۷٪)، مرور مکرر

1 -Nidilikowik

2 -Greenberg

3 -Stektee

4 -Wight

5 -Koway

6 -Yousifov

7 -Lowintal

مسائل شرعی در رساله (۷۲٪)، اطمینان‌جویی از دیگران در مورد طاهر بودن خود (۶۳٪) و اجتناب از ارتباط و رفت و آمد به دلیل تردید در طاهر بودن سایرین (۶۷٪). آنها نتیجه گرفتند که در بیماران وسواسی جبری اطلاعات ناکافی و باورهای ناکارآمد مذهبی شایع است و رفتارهای جبری بیماران در زمینه اعمالی است که با فرائض مذهبی یا رعایت مسائل شرعی مرتبط می‌باشد و می‌توانند در ایجاد و تداوم این اختلال نقش داشته باشند.

سندرم شناختی - توجهی^۱ (CAS) در اختلال وسواسی جبری

رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آنها به الگوی خاصی از پاسخ دهی به تجربه‌های درونی منجر می‌شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود. این الگو سندرم شناختی - توجهی (CAS) خوانده می‌شود (ولز، ۲۰۰۰، ۲۰۰۹).

سندرم شناختی - توجهی (CAS) شامل این موارد می‌باشد: نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت شده و راهبردهای خودتنظیمی یا رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه (ولز، ۲۰۰۰، ۲۰۰۹).

اصل بنیادین درمان فراشناختی آن است که اختلال روان شناختی با فعال شدن نوعی سبک تفکر ناسازگارانه، موسوم به سندرم شناختی - توجهی، مرتبط است. این سندرم شامل نوعی سبک تفکر تکرار شونده، به صورت نگرانی یا نشخوار فکری متمرکز بر تهدید و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه مانند فرونشانی فکر، اجتناب و مصرف مواد است.

سندرم شناختی - توجهی از دانش و باورها ناشی می‌شود، اما دانش و باورها از لحاظ ماهیت، فراشناختی هستند و در حیطه‌ی باورهای شناختی معمولی در باره‌ی خود و جهان قرار نمی‌گیرند.

الگوی تفکر افراد دچار اختلال روان شناختی، ماهیتی تکراری و نشخواری دارد که بر موضوعات مربوط به خود که کنترل آنها دشوار است، متمرکز می‌شود. این وضعیت نشانه سندرم شناختی - توجهی است که ویژگی آن، توجه معطوف به خود افزایش یافته است.

1 - Cognitive attentive Syndrom

سندرم شناختی - توجهی، شامل پردازش مفهومی افراطی به صورت نگرانی و نشخوار فکری است. این فرایندها زنجیرهای طولانی از افکار عمدتاً کلامی هستند که در آن شخص تلاش می‌کند به سوال "چه می‌شود اگر..." و یا به سوال‌هایی در باره‌ی معنای رویدادها مانند "چرا من چنین احساسی دارم" پاسخ دهد.

علاوه بر این مولفه‌ی مفهومی، سندرم شناختی - توجهی شامل توجه سوگیرانه به صورت توجه متمرکز بر محرک‌های مرتبط با تهدید نیز است. این حالت "پایش تهدید" نامیده می‌شود (ولز و ماتیس، ۱۹۹۴). فرایندهای مفهومی و توجهی، بخشی از راهبرد فرد برای مقابله با تهدید، ناهمخوانی خود و هیجان‌های ناشی از آنها محسوب می‌شوند. راهبردهای دیگری از قبیل راهبردهای کنترل فکر مانند سرکوب افکار و رفتارهایی مانند اجتناب رفتاری، شناختی و هیجانی نیز وجود دارند که بخشی از سندرم شناختی - توجهی به حساب می‌آیند. این سندرم اثراتی دارد که افراد را در اختلال‌های بلندمدت و مکرر گرفتار می‌سازد و پیامدهای متعدد آن به اختلال روانشناختی منجر می‌شود. مولفه "پایش تهدید" سندرم شناختی - توجهی باعث تمرکز توجه بر منابع بالقوه‌ی تهدید می‌شود. این حالت به دلایل زیر مشکل ساز است:

- ۱) احساس خطر ذهنی را افزایش می‌دهد و از این طریق فعال سازی هیجانی را افزایش داده یا تداوم می‌بخشد.
- ۲) موجب تقویت برنامه‌ای برای هدایت سیستم شناختی می‌شود که فرد را به کشف کننده‌ی ماهر و حساس تهدید مبدل می‌سازد.
- ۳) در مواردی مانند اختلال استرس پس از سانحه یا ضربه‌ی روانی که لازم است سیستم شناختی به وضعیت عادی عاری از تهدید برگردد، راهبرد مذکور مانع این فرایند می‌شود.
- ۴) پایش تهدید می‌تواند موجب سوگیری شبکه‌های پردازش ترس که مسئول تولید افکار مزاحم مربوط به محرک‌ها در هشیاری هستند، شود. لذا، پایش تهدید می‌تواند باعث افزایش تجربه‌های ذهنی مزاحم شود (ولز، ۲۰۰۹).

راهبردهای کنترل فکر مانند فرونشانی یا تفکر به شیوه‌های خاص مشکل‌ساز هستند، زیرا مانع پردازش هیجانی عادی مانند خوپذیری از طریق رویارویی مکرر با افکار می‌شوند. فرونشانی مشکل‌ساز است، زیرا در فرونشانی پایدار و دایمی افکار مزاحم موثر نیست و شکست در این کار ممکن است به عنوان از دست دادن کنترل تفسیر شود. در هر حال موجب تداوم پردازش تهدید می‌شود. برخی راهبردهای خودتنظیمی به خاطر تکیه بر فرایندهای ناهمخوان اثر معکوس دارند. در اختلال وسواسی جبری، مولفه مفهومی سندرم شناختی - توجهی به صورت نگرانی، نشخوار فکری و تفکر تحلیلی در پاسخ به افکار یا تردیدها ظاهر می‌شود. پایش تهدید شامل بازنگری افکار یا احساسات ناخواسته معین یا توجه به جنبه‌های بالقوه‌ی تهدیدآمیز محیط برای مثال آلودگی‌های احتمالی است. راهبردهای مقابله‌ای غیر انطباقی تشکیل دهنده‌ی سندرم شناختی - توجهی در اختلال وسواسی جبری شامل فرونشانی فکر، خنثی‌سازی آشکار و ناآشکار و رفتارهای تشریفاتی می‌باشند. سندرم شناختی - توجهی مشکل‌ساز است، زیرا باعث می‌شود که بیمار برای افکار خود اهمیت بیش از حد قائل شود و احساس تهدید او را افزایش می‌دهد. برای مثال داشتن فکری مانند "من آلوده هستم" به موضوع تهدید آمیزی تبدیل می‌شود، چون فرد تمام موقعیت‌هایی را که ممکن است آلودگی را در آنها منتشر کرده باشد، تحلیل می‌کند و منابع احتمالی آلودگی‌های زیان‌بار را واریسی می‌نماید. این واکنش‌ها باعث می‌شوند که فرد به جای در نظر گرفتن افکار به عنوان تصور ذهنی صرف که می‌توان آن را به حال خود رها ساخت، درگیر آمیختن فکر با رویدادهای واقعی شود (ولز، ۲۰۰۹).

در جاماندگی شناختی شامل نشخوار فکری، نگرانی و آیین مندی‌های ناآشکار هستند. بیماران برای اجتناب از تهدید یا خطر، درگیر نشخوار فکری، نگرانی و آیین مندی‌های ناآشکار می‌شوند. این فرایندها مولفه‌های مفهومی سندرم شناختی - توجهی محسوب می‌شوند و توسط باورها یا قواعد فراشناختی در باره‌ی تفکر و دستیابی به حالت‌های هیجانی خاص، فعال می‌شوند. نشخوار فکری، نگرانی و آیین مندی‌های ناآشکار نمونه‌هایی از پاسخ‌های مقابله‌ای فرد هستند و تحت عنوان "پاسخ‌های رفتاری" در فرمول بندی موردی گنجانیده

می‌شوند. پایش تهدید در اختلال وسواسی جبری، بخشی از رفتار مقابله‌ای فرد است و به صورت‌های مختلفی اتفاق می‌افتد. برای مثال، پایش تهدید ممکن است به صورت پایش علایم احتمالی آلودگی، پیگردی افکار "بد" معین در جریان هشیاری، واریسی حالت‌های احساسی / هیجان‌ها / حس‌های بدنی خاص، واریسی تقارن / عدم پاکیزگی و پایش حافظه باشد (ولز، ۲۰۰۹).

تکنیک آموزش توجه (ATT) یک روش درمانی خاص است که توسط ولز در سال ۱۹۹۰ برای استفاده در درمان فراشناختی ایجاد شده است. در حالی که این روش در اصل برای این ایجاد شده بود که جزئی از این درمان باشد، مطالعات تجربی نشان داده‌اند که این تکنیک، زمانی که در جای خودش درست مورد استفاده قرار گیرد، می‌تواند در برخی موارد، تأثیرات مفید قابل توجهی بر اضطراب و افسردگی داشته باشد. با این حال توصیه شده است که تکنیک آموزش توجه (ATT)، در بافت یک بسته درمانی درمان فراشناختی کامل، برای حداکثر تأثیرات به کار گرفته شود. این تکنیک بر اساس نظریه فراشناختی از اختلال روانی، ایجاد شده است. این نظریه که به واسطه شواهدی از مطالعات علمی مورد حمایت قرار گرفته است، بیان می‌کند که یک سبک تفکر که سندرم شناختی توجهی (CAS) نامیده شده، مسئول اختلال‌های روانی است. این سبک به فراشناخت‌های درونی ارتباط دارند که تفکر و توجه را کنترل می‌کنند. سندرم شناختی توجهی (CAS) در اختلال روانی سوگیری می‌شوند و فرد را به الگوهای مقاومی از تفکر و توجه منفی سوق می‌دهند که کنترل آنها مشکل می‌شود و به ایجاد اضطراب و افسردگی کمک می‌کنند. تکنیک آموزش توجه (ATT) به دنبال روش‌هایی است که سندرم شناختی توجهی (CAS) را به هم می‌ریزند و به فرد در تقویت کنترل توجهی که بایستی یک ابزار درمانی مفید باشد، کمک می‌کنند. هدف اصلی ایجاد تکنیک آموزش توجه (ATT) این بود. تکنیک آموزش توجه (ATT) متشکل از گوش دادن فعالانه و متمرکز کردن توجه در زمینه‌ای از صداهای همزمان ارائه شده، با صداها و مکان‌های فضایی مختلف، می‌باشد. این روش حدود ۱۲ دقیقه طول می‌کشد و دارای سه مرحله زیر است که در هر جلسه تمرین انجام می‌شوند:

اولین مرحله توجه انتخابی نامیده می‌شود و لازم است که شرکت کننده روی صداهای شخصی و مکان‌های فضایی که آموزش داده می‌شود تمرکز کند، در عین حال که تلاش برای نگهداری به طور انتخابی و کاهش حواس پرتی صورت می‌گیرد. دومین مرحله شامل تعویض سریع توجه برای صداها و مکان‌های فضایی مختلف است. مرحله سوم یا کوتاه تر نهایی شامل تقسیم توجه و تلاش برای حضور صداها و مکان‌های فضایی تا حد ممکن، همزمان می‌باشد (انستیتو درمان فراشناختی (MCT)، ۲۰۱۰).

در تمرین این تکنیک، هدف دنبال کردن آموزش‌های توجه است، صرف نظر از اینکه توجه ممکن است در ذهن و بدن وجود داشته باشد یا وجود نداشته باشد. رویدادهای درونی که باید رخ بدهند، تحت عنوان منابع اضافی سر و صدا هستند که قبل از توجه اولویت‌بندی نشده‌اند و بایستی به آسانی درمان شوند. هدف از این روش حواس‌پرتی، اجتناب یا فرونشانی افکار، احساسات یا هیجان‌ها نیست. به بیمار گفته می‌شود که اگر آنها رخ می‌دهند، باید به آنها اجازه داده شود به فضای درونی و ذهنتان حرکت کنند، تحت این عنوان که شما دارید تکنیک آموزش توجه (ATT) را تمرین می‌کنید. تمرکز کردن توجه آنگونه که آموزش داده شد، اولویت اول شما است و هیچ چیز دیگری برای پاسخ دادن در ذهن یا بدن شما لازم نیست. جهت کار با تکنیک آموزش توجه (ATT) مشخص شده که تمرین منظم و مداوم این روش ضروری است. به نظر می‌رسد تاثیرات آن با گذشت زمان گسترش پیدا کند و توصیه شده که این تکنیک، در طول دوره درمان، دو بار در روز برای یک دوره اولیه ۴ هفته‌ای انجام شود.

تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT) به طور کلی برای افزایش سطوح فعالیت بیشتر و برای کاهش صرف زمان بودن در منزل و تجزیه و تحلیل افکار و احساسات، کمک کننده می‌باشد. این تکنیک به بیمار کمک خواهد کرد تا این هدف را تحقق بخشد (انستیتو درمان فراشناختی (MCT)، ۲۰۱۰). این انستیتو در حال توسعه طیف وسیعی از موادی است که همه آنها می‌توانند در رابطه با تکنیک آموزش توجه (ATT) به کار گرفته شوند. وب سایت

انستیتو درمان فراشناختی (MCT)، به طور منظم برای به روز رسانی تحولات و اخبار در این زمینه به صورت آنلاین در دسترس است.

سایر رفتار مقابله‌ای غیر انطباقی در اختلال وسواسی جبری، آیین مندی‌های وسواسی آشکار و ناآشکاری هستند که به منظور کاهش ناراحتی و جلوگیری از آسیب، انجام می‌شوند. پاسخ‌های ناآشکار شامل بیان جملات جادویی، دعا کردن، ایجاد تصاویر ذهنی ایمن، ردیابی حافظه (پایش حافظه)، تکرار کلمات، شمارش و غیره است. پاسخ‌های آشکار اغلب شامل شستن، واریسی کردن، مرتب کردن، اعمال تکراری، پاک کردن، ردیف کردن اشیاء و اجتناب است. این رفتارها به دلایل زیر معمولاً نتیجه‌ی معکوس دارند:

- ۱- با تداوم بخشیدن به باور فرد در باره‌ی نیرومندی، معنی و اهمیت افکار و احساسات مزاحم، اهمیت فزاینده‌ای به این افکار نسبت می‌دهند.
- ۲- فرد را از تقویت سبک فراشناختی تجربه کردن که در آن افکار به مثابه رویدادهای ذهنی گذرا تلقی می‌شوند، باز می‌دارند.
- ۳- بر معیارهای درونی نامناسبی تکیه می‌کنند که می‌توانند به تشدید و تداوم افکار وسواسی منجر شوند.

باورهای فراشناختی

علاوه بر این، درمان فراشناختی شامل دو حیطه محتوایی گسترده نیز است. هر اختلال درون این حیطه‌ها محتوای اختصاصی خود را دارد. این حیطه‌های گسترده شامل موارد زیر هستند:

- باورهای فراشناختی مثبت

- باورهای فراشناختی منفی

سندرم شناختی - توجهی از طریق باورهای غلط در باره‌ی تفکر کنترل می‌شود. باورهای فراشناختی مثبت و منفی، باورهای وسیله‌ای راجع به آیین مندی‌ها و رفتارهای خنثی ساز هستند (ولز و ماتیوس، ۱۹۹۴، ولز، ۱۹۹۵، ۲۰۰۰، ۲۰۰۹).

باورهای فراشناختی مثبت

باورهای فراشناختی مثبت به فواید و سودمندی‌های درگیر شدن در فعالیت‌های شناختی تشکیل دهنده‌ی (سندرم شناختی - توجهی) یا به سودمندی نگرانی، نشخوار فکری، پایش تهدید و سایر راهبردهای مشابه مربوط می‌شوند. به عبارت دیگر باورهای مثبت، اعتقاد به سودمند بودن آیین مندی‌های شناختی یا رفتاری در کنترل وقایع ذهنی است. در زیر نمونه‌هایی از باورهای فراشناختی مثبت آورده شده است:

- متمرکز شدن بر تهدید مفید است.
- نگرانی در باره‌ی آینده به من کمک می‌کند تا از خطر اجتناب کنم.
- اگر نگران باشم، آماده‌تر خواهم بود.
- من باید افکارم را کنترل کنم، در غیر این صورت ممکن است دست به کار بدی بزنم.

باورهای فراشناختی منفی

باورهای فراشناختی منفی باورهایی هستند که شامل دو مجموعه گسترده هستند: (۱) باورهای مربوط به کنترل ناپذیری افکار و (۲) باورهای مرتبط به خطر، اهمیت و معنای این افکار و تجربه‌های شناختی. به عبارت دیگر باورهای منفی به معنی اعتقاد به مضر بودن آیین مندی‌های شناختی یا رفتاری در کنترل وقایع ذهنی است. این نوع باورها به دلیل ناتوانی در کنترل افکار و رویدادها از یک طرف و نیز به دلیل این که به تفسیرهای منفی و تهدیدآمیز از رویدادهای ذهنی منجر می‌شوند، موجب تداوم سندرم شناختی - توجهی می‌شوند. همچنین این باورها ممکن است به تجربه‌های هیجانی یا حالت‌های احساسی نیز تسری پیدا کند. در زیر نمونه‌هایی از باورهای فراشناختی منفی آورده شده است.

- داشتن برخی افکار می‌تواند موجب بروز اتفاقات بد شود.
- فکر کردن درباره برخی چیزها موجب می‌شود که آنها تحقق یابند.
- داشتن افکار غیر قابل کنترل، نشانه‌ی دیوانگی است.
- اگر افکار خصمانه‌ای داشته باشم، ممکن است بر خلاف میلم به آنها عمل کنم.

۳۲ / درمان فراشناختی (MCT) اختلال وسواسی جبری

- ناتوانی در به خطر سپردن اسامی، نشانه تومور مغزی است (ولز و ماتیسوس، ۱۹۹۴، ولز، ۱۹۹۵، ۲۰۰۰، ۲۰۰۹).

در درمان فراشناختی، باورهای فراشناختی، عوامل مهمی هستند که بر شیوه‌ی پاسخ دهی فرد به افکار، باورها، علایم و هیجان‌های منفی تاثیر می‌گذارند. باورهای فراشناختی نیروی پنهان برانگیزنده سبک تفکر زیان بار هستند که به ناراحتی هیجانی درازمدت منجر می‌شوند (ولز، ۲۰۰۹).

درمان فراشناختی (MCT) در اختلال وسواسی جبری

نخستین بار ولز و ماتیسوس با ترکیب رویکرد طرح‌واره و پردازش اطلاعات، الگوی فراشناختی را بر مبنای مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی^۱ (S-REF)، جهت تبیین و درمان اختلالات هیجانی معرفی کردند. درمان فراشناختی به ویژه به منظور رفع نواقص درمان شناختی رفتاری (CBT) ظهور کرد. به عقیده‌ی ولز، شناخت درمانی با توجه به این نظر که افکار منفی در اختلال‌های هیجانی از فعالیت باورهای ناکارآمد منتج می‌شوند، سعی کرده است بیشتر بر روی منشا محتوای افکار کار کند، ولی در مورد این که چگونه این افکار شکل می‌گیرد و یا چه ساز و کاری این تفکرات ناکارآمد را برجسته می‌سازد تلاشی نکرده است (ولز و ماتیسوس، ۱۹۹۴، ولز، ۲۰۰۰).

ولز و ماتیسوس (۱۹۹۴) الگویی را برای اختلال وسواسی جبری ارائه نمودند که بر پایه آن افکار وسواسی باورهای فراشناختی مرتبط با معنای فکر را فعال می‌کنند و به طور همزمان به باورهای وسیله‌ای مرتبط با پاسخ‌های رفتاری متوسل می‌شوند که می‌توانند خطر ارزیابی شده متداعی با افکار وسواسی را کاهش دهند.

کاربرد درمان فراشناختی در مورد اختلال وسواسی جبری، مستلزم تلاش فزاینده‌ی درمانگر برای حفظ فعالانه‌ی تمرکز بر کار در سطح فراشناختی است. برخی بیماران به نظر می‌رسد به شدت در سطح عینی یا در سبک عینی تثبیت شده‌اند. برای مثال بیمار دچار ترس

1 -Self – Regulation Function

از آلودگی معمولاً بر این باور است که مشکل او آلوده شدن توسط میکروب‌ها است (سبک عینی) نه افکار مربوط به آلودگی (سبک فراشناختی).

درمان فراشناختی به جای تاکید بر باورهای بیمار در مورد حیطه‌های خارجی بر باورهای او در باره تجربه‌ی درونی که عمدتاً شامل افکار و احساسات است، متمرکز می‌شود. همانطور که قبلاً اشاره شد درمان فراشناختی بر دو نوع تغییر فراشناختی بنیادی تاکید می‌کند. این نوع تغییرات عبارتند از: ۱) بیمار چگونه با افکارش رابطه برقرار می‌کند و آنها را تجربه می‌نماید برای مثال ماهیت آگاهی تجربی و ۲) فرد چه باورهایی در باره‌ی افکارش دارد. این دو عامل به هم وابسته اند، ولی یکسان نیستند.

درمان فراشناختی بر کسب شیوه‌ی بدیل تجربه کردن افکار و تغییر باورهای فرد در باره‌ی معنی و اهمیت افکار و احساسات تمرکز می‌نماید. همچنین درمان بر تغییر باورهای فرد در باره‌ی آیین مندی‌های وسواسی و راهبردها و معیارهای درونی نامناسی که افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری برای تعیین سطح تهدید در موقعیت‌ها به کار می‌برند، تاکید می‌نماید.

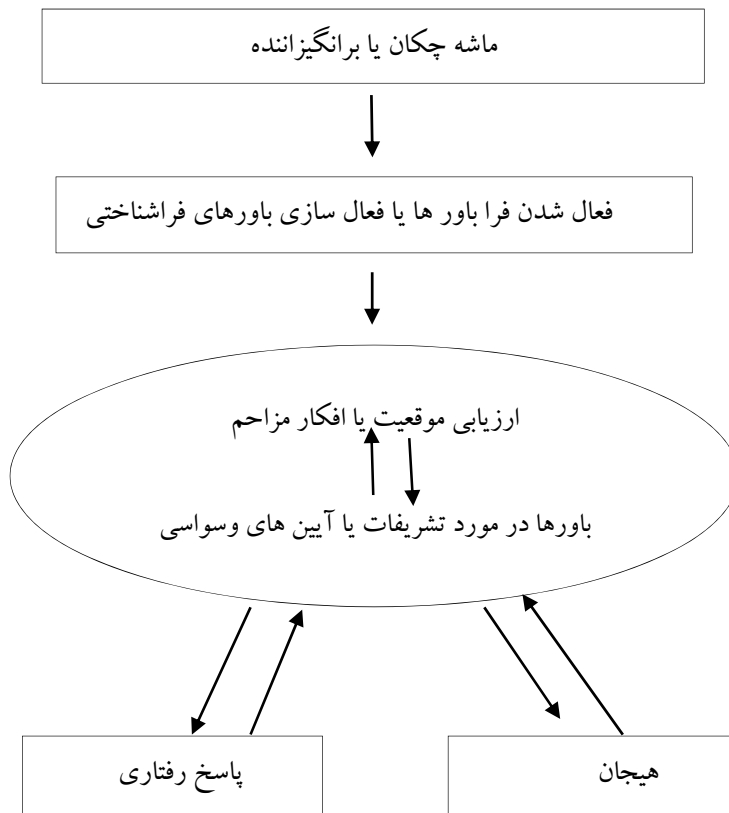
درمان فراشناختی بر تغییر راهبردهای مورد استفاده بیمار برای هدایت رفتار و پردازش خود، از طریق بازنویسی برنامه‌های ذهنی برای عمل و شناخت، متمرکز می‌شود. درمان، باورهای فراشناختی در باره‌ی افکار و نیز شیوه‌ی برخورد افراد با افکار مزاحم خود را به چالش می‌کشد. در مورد اخیر، درمان فراشناختی به ایجاد فنون جدیدی مانند رویارویی و انجام پاسخ^۱ (ERC) منجر شده است. در تکنیک (ERC) بیماران ترغیب می‌شوند آیین مندی‌های وسواسی خود را به گونه‌ای انجام دهند که آنها را قادر به تغییر ماهیت رابطه‌ی خود با افکارشان سازد.

به بیان دقیق‌تر، به بیمار اجازه داده می‌شود تا درگیر آیین مندی‌های وسواسی خود شود، اما به او آموزش داده می‌شود تا در طول انجام آیین مندی‌های وسواسی، افکار وسواسی خود را در ذهنش حفظ نماید. این فعالیت، روشی برای ایجاد ذهن آگاهی گسلیده و تغییر در جهت سبک فراشناختی تجربه کردن، محسوب می‌شود. در کنار این نتایج، این فعالیت (درگیر شدن

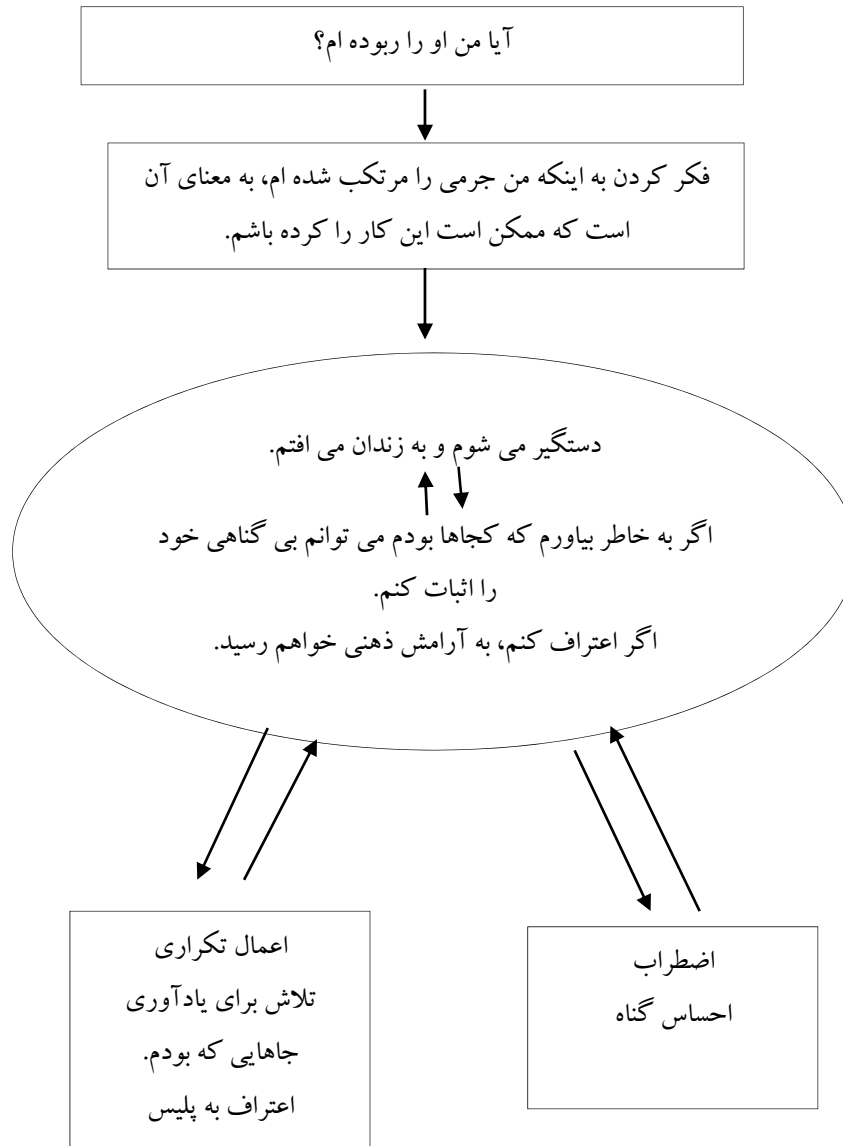
در آیین مندی‌های وسواسی) می‌تواند باورهای بیمار در مورد لزوم انجام آیین مندی‌های وسواسی را نیز تضعیف نماید.

لذا برای فهم فرآیندهای تفکر لازم است که بر باورهای فرد درباره‌ی تفکر، راهبردهای فردی در مورد کنترل توجه و هم‌چنین نوع باورهای فراشناختی او تأکید شود. الگوی حاضر به طور مستقیم فراشناخت و شکل تفکر را با آسیب‌پذیری هیجانی و تداوم اختلال هیجانی پیوند داده و فرآیند تشکیل و تداوم افکار وسواسی را تشریح می‌نماید (ولز، ۲۰۰۹).

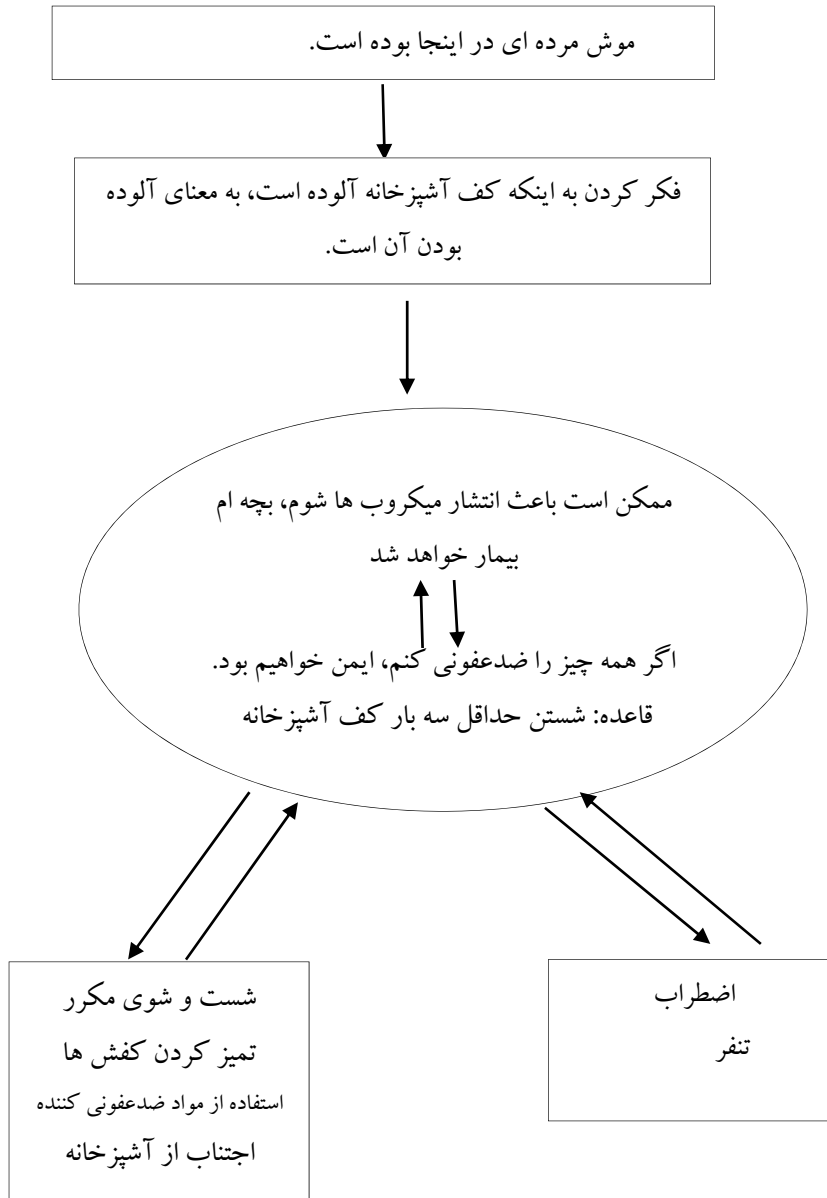
تصویر ۱ یک مدل فراشناختی اولیه و تصویر ۴-۲ نمونه‌ای از مفهوم‌سازی یا فرمول‌بندی موردی اختلال وسواسی جبری را نشان می‌دهند.



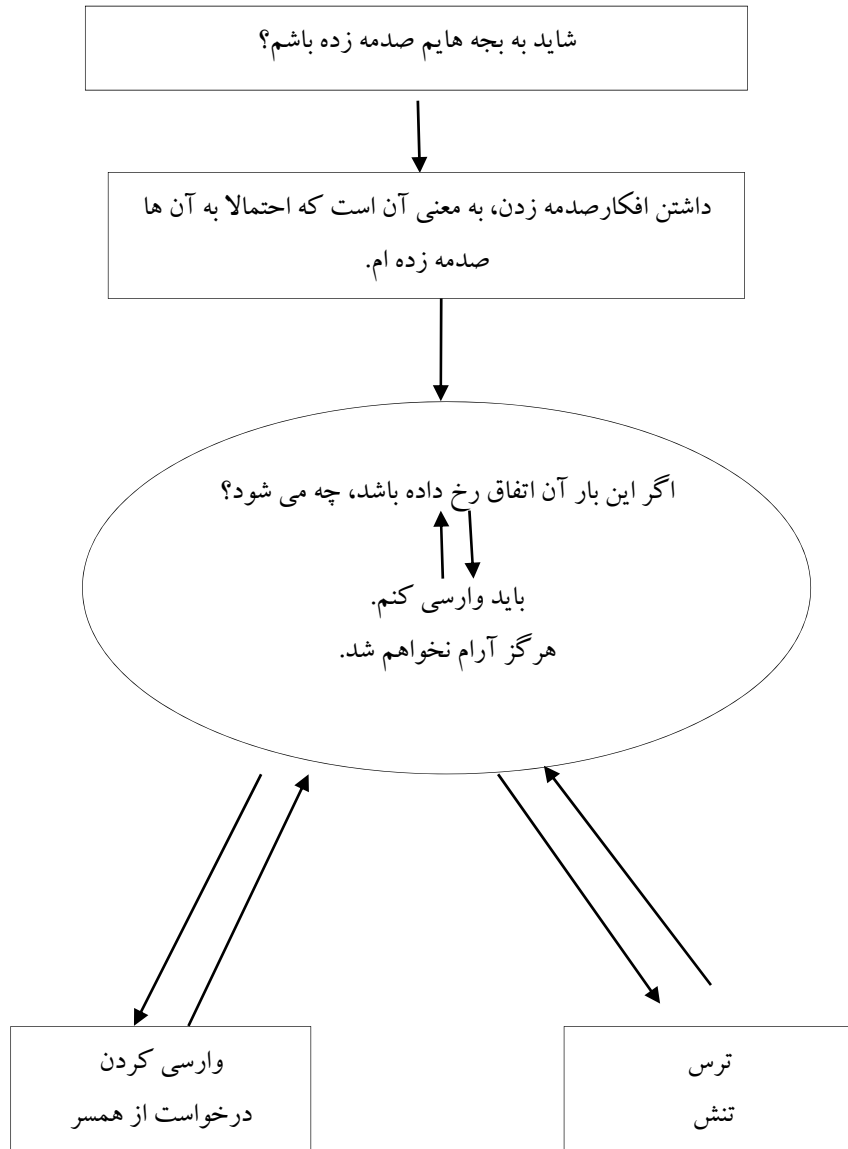
تصویر ۱- یک مدل فراشناختی اولیه، مشتمل بر عواملی که در تشکیل و تداوم اختلال وسواسی جبری مشارکت می‌کنند (ولز، ۲۰۰۹).



تصویر ۲- نمونه‌ای از مفهوم سازی یا فرمول بندی موردی اختلال وسواسی جبری بر اساس مدل فراشناختی. در این مورد، عامل برانگیزاننده شامل افکار مزاحم در باره‌ی ارتکاب جرایم است (ولز، ۲۰۰۹).



تصویر ۳- نمونه‌ای از مفهوم سازی یا فرمول بندی موردی اختلال وسواسی جبری در مورد وسواس‌های آلودگی بر اساس مدل فراشناختی (ولز، ۲۰۰۹).



تصویر ۴- نمونه‌ای از مفهوم سازی یا فرمول بندی موردی اختلال وسواسی جبری در مورد
نشخوار فکری وسواسی بر اساس مدل فراشناختی (ولز، ۲۰۰۹).

دو حیطه عمده باورهای فراشناختی در مدل و درمان فراشناختی اختلال وسواسی جبری عبارتند از:

- (۱) باورهای فراشناختی در باره‌ی اهمیت یا معنی افکار و احساسات
- (۲) باورهای فراشناختی در باره‌ی لزوم انجام آیین مندی‌های وسواسی (ولز، ۲۰۰۹).

فرا باورهای مرتبط با در هم آمیختگی

باورهای فراشناختی در باره‌ی افکار یا احساسات مزاحم، در پی اصطلاحات معرفی شده از سوی راجمن^۱ (۱۹۹۳) برای توصیف تحریف‌های شناختی در اختلال وسواس، "باورهای مربوط به در هم آمیختگی" نام گذاری شده‌اند (ولز، ۱۹۹۷). بر این اساس از اساسی‌ترین باورهای دخیل در مفهوم سازی مدل فراشناختی اختلال وسواسی جبری، پدیده‌ی در هم آمیختگی افکار می‌باشد. بنا بر تعریف، در پدیده‌ی در هم آمیختگی افکار، مرز بین فکر و کنش و فکر و رویدادها از بین می‌رود. پیامد چنین تفکری سبب می‌شود فرد بدون اینکه اعتبار این باورها را در واقعیت بیازماید بی‌چون و چرا آنها را بپذیرد (ولز، ۲۰۰۰).

پدیده‌ی در آمیختگی افکار از ابعاد مهم باورهای فراشناختی است که در مفهوم سازی، ایجاد و تداوم نشانه‌های اختلال وسواسی جبری نقش عمده‌ای دارد. اگرچه در آمیختگی افکار لزوماً به اختلال وسواسی جبری اختصاص ندارد، اما میزان آن در این اختلال به میزان قابل ملاحظه‌ای بیشتر است (راسین^۲ و همکاران، ۱۹۹۹).

ولز در معرفی الگوی فراشناختی اختلال وسواسی جبری (باورهای فراشناختی اختلال وسواسی جبری در باره‌ی افکار و احساسات مزاحم)، به بیان مفاهیم سه گانه‌ی در هم آمیختگی افکار یعنی باورهایی در باره‌ی اهمیت، معنی و قدرت افکار می‌پردازد. به بیانی دیگر، در مدل فراشناختی ولز (۱۹۹۷) سه حیطه‌ی فرا باورهای مرتبط با آمیختگی توصیف شده است، ولی

1 -Rachman

2 -Rassin

این حیطه‌ها احتمالا جامع و کامل نیستند در هر فرد مبتلا به اختلال وسواسی جبری ممکن است یک حیطه یا بیشتر از این باورها وجود داشته باشد. این حیطه‌ها عبارتند از:

۱- **در آمیختگی فکر - کنش (عمل):** در آمیختگی فکر - عمل به یکسان شمردن افکار با کنش‌ها (عمل‌ها) اطلاق می‌شود، در آمیختگی فکر - عمل باوری است مبنی بر اینکه افکار، احساسات یا تکانه‌های مزاحم به تنهایی می‌توانند فرد را به انجام اعمال ناخواسته و ناشایست وادار سازند. برای مثال، فردی که هر وقت چاقویی را در دست می‌گیرد، میل ناخواسته‌ای در خصوص زخمی کردن کسی به ذهنش خطور می‌کند، این فکر را این‌طور تعبیر می‌کند که داشتن چنین فکری باعث خواهد شد که آن عمل غیر قابل کنترل را مرتکب شود. هم چنین در آمیختگی فکر - عمل می‌تواند منجر به این باور شود که فکر کردن در باره‌ی به زبان آوردن کلمات زشت در یک مکان عمومی، موجب انجام آن عمل خواهد شد. نوع دیگر در آمیختگی فکر - عمل، این باور است که انجام یک عمل، درست زمانی که فکر مزاحمی به ذهن فرد خطور می‌کند، می‌تواند آن فکر را واقعی‌تر ساخته و احتمال تحقق آن را افزایش دهد. همانند اینکه اگر من فکر کنم به کسی آسیب خواهیم رساند به این معنی است که این کار را خواهیم کرد. در سازه فراشناختی آمیختگی فکر، اعتقاد به این است که افکار مزاحم خاص شخص می‌توانند به طور مستقیم بر رویدادهای بیرونی اثر بگذارند یا این که چنین افکاری از لحاظ اخلاقی معادل انجام آن اعمال منع شده است.

۲- **در آمیختگی فکر - رویداد:** همانند اینکه فکر کردن در مورد یک اتفاق به این معنی است که آن اتفاق رخ خواهد داد یا اینکه فکرهای بد منجر به حادثه‌های بد می‌شوند. در آمیختگی فکر - رویداد باوری است مبنی بر اینکه یک فکر مزاحم به تنهایی می‌تواند سبب وقوع رویداد خاص شود یا این باور که داشتن فکر مزاحم به معنای آن است که رویدادی باید قبلا رخ داده باشد. برای مثال اگر فردی این فکر به ذهنش خطور کند که "آیا من کسی را کشته‌ام؟"، این فکر به تنهایی به این باور منجر می‌شود که من احتمالا کسی را کشته‌ام. مثال

دیگر، این باور است که داشتن تصویر ذهنی مزاحم در باره‌ی تصادف یک دوست، باعث وقوع آن حادثه می‌شود.

۳- در آمیختگی فکر- شیء: در آمیختگی فکر- شیء این باور است که احساسات و افکار مزاحم به دیگر اشیا منتقل شده و از راه اشیا آلوده به اشیا یا افراد دیگر منتقل می‌شوند همانند اینکه اشیا می‌توانند از طریق حافظه‌ها و افکار، کثیف شوند (فیشر و ولز، ۲۰۰۸). در آمیختگی فکر- شیء باوری است مبنی بر اینکه افکار و احساسات می‌توانند به اشیا منتقل شوند، پیامدی که افکار و احساسات را "واقعی تر"، قدرت آسیب‌زایی آنها را بیشتر و گریزناپذیر می‌سازد و یا موجب از بین رفتن اشیا می‌شود. مثلاً این باور که "احساسات بد" می‌توانند به کتاب‌ها منتقل شده و آنها را آلوده سازند، به این ترتیب هنگام استفاده از کتاب‌های آلوده هرگز نمی‌توان از شر این احساسات خلاص شد. این باورها فکر اغراق آمیز باورهایی هستند که بسیاری از مردم به نوعی دارند. برای مثال افراد اشیا‌ی جادویی را با خودشان حمل می‌کنند، چون بر این باورند که این اشیا می‌توانند از آنها محافظت کنند یا در مناسک مذهبی اشیا‌ی مقدس شمرده می‌شوند، بنابراین افراد خلوص، نیرومندی یا اهمیت ویژه‌ای به آنها قایل می‌شوند. همچنین اکثر افراد از اینکه بخواهند فرد محبوب شان آسیب ببیند، احساس ناراحتی می‌کنند و به همین دلیل در برابر این فکر مقاومت می‌کنند که نمونه‌ای از در آمیختگی فکر- شیء محسوب می‌شود. برای مثال فرد می‌ترسد اگر آرزو کند که اتفاقی بیفتد، به احتمال زیاد آن اتفاق می‌افتد.

باورهای افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری در زمینه‌ی در آمیختگی فکر و عمل مانند این باور که داشتن فکر به منزله‌ی عمل به آن است باعث می‌شود تا آنها از بیان علایم خود امتناع کنند (تیلور^۱ و همکاران، ۲۰۰۲، به نقل از ولز، ۲۰۰۹).

مطالعات متعددی ارتباط مثبت و معنی‌دار بین علایم وسواس و در آمیختگی افکار را گزارش نموده و آن را پیش بین قدرتمندی برای علایم وسواس دانسته‌اند (ولز و پاپاگیورگیو،

1 - Tylor

درمان فراشناختی (MCT) اختلال وسواسی جبری / ۴۱

۱۹۹۸، املکمپ^۱ و آردیما^۲، ۱۹۹۹، جی ویلیامز، ۲۰۰۱، راسین و کوستر^۳، ۲۰۰۳، آبراموویتز و همکاران، ۲۰۰۳، بارت^۴ و هیلی^۵، ۲۰۰۳، شافرانا^۶ و راجمن، ۲۰۰۴، کولز^۷ و همکاران، ۲۰۰۵، ریس^۸ و وان کوئیزولد^۹، ۲۰۰۸).

گرچه پژوهش‌ها حاکی از رابطه درآمیختگی فکر - عمل با علائم وسواسی جبری هستند ولی طبق نظر تولین و همکاران (۲۰۰۶) برای استنباط رابطه علی قوی بین باورهای ناکارآمد و علائم وسواسی جبری باید حداقل سه ملاک برآورده شوند. اول، همه اشکال مختلف علائم وسواسی باید حداقل با تعدادی از باورهای وسواسی ارتباط داشته باشند (اصل عمومیت)، دوم، باورهای وسواسی مختلف با علائم مختلف وسواسی به صورت معناداری ارتباط داشته باشند (اصل همخوانی)، سوم، شدت تجربه باورهای وسواسی (حداقل یکی از باورهای مطرح شده مدل) توسط بیماران وسواسی باید به طور معناداری بیشتر از بیماران دارای اختلالات اضطرابی دیگر باشد (اصل اختصاصی بودن).

پژوهش‌های انجام شده در زمینه درآمیختگی فکر - عمل از اصل عمومیت و اصل همخوانی حمایت می‌کنند. برای مثال جی ویلیامز و همکاران (۲۰۰۴) نشان دادند که باورهای فراشناختی، علائم وسواس را پیش بینی می‌کنند. این پژوهش نشان داد که باورهای فراشناختی نیاز به کنترل افکار، درآمیختگی فکر - عمل، و باورهای منفی در باره اطمینان شناختی، پیش بین‌های پایایی برای علائم وسواس هستند.

1 -Emmelkamp

2 -Ardema

3 -Koster

4 -Barett

5 -Hilly

6 -Shafrana

7 -Coles

8 -Rees

9 -Van Koesveld

در مورد اهمیت درآمیختگی افکار در شکل گیری و تداوم علائم اختصاصی وسواس، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که برخی از علائم اختصاصی وسواس مانند ترس از تکانه، آلودگی و تعهد بیش از حد، ریشه در درآمیختگی‌های سه گانه دارند (ولز، ۲۰۰۰).

شیرین زاده دستگیری، ناطقیان و گودرزی (۱۳۸۸) باورهای درآمیختگی فکر - عمل را در بین بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری، اضطراب منتشر و افراد غیر بالینی مورد مقایسه قرار دادند. نتایج نشان داد که بین باورهای درآمیختگی فکر - عمل و علائم اختلال وسواسی جبری رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین بین بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری و اضطراب منتشر با افراد غیر بالینی در زمینه‌های باورهای درآمیختگی فکر - عمل تفاوت معناداری وجود دارد، ولی بین گروه‌های بیمار در این باورها تفاوت معناداری وجود ندارد. آنها بیان کردند که به نظر می‌رسد باورهای درآمیختگی فکر - عمل شکلی از آسیب شناسی اختلالات اضطرابی باشند و در این میان احتمالاً فقط باور درآمیختگی فکر - شیء نظریه فراشناختی مختص به اختلال وسواسی جبری باشد.

بخشی پور رودسری و فرجی (۱۳۸۹) ۶۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی را با پرسشنامه وسواس فکری - عملی مادسلی (MOCI) و پرسشنامه آمیختگی فکر - عمل (TAF) را بررسی نمودند. نتایج نشان داد که بین نشانه‌های وسواس و آمیختگی فکر - عمل همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد. همچنین، احتمال برای دیگری بهترین پیش بینی کننده وسواس فکری - عملی و خوشه علائم واری و احتمال برای خود، پیش بینی کننده خوشه علائم تردید و وسواس فکری بود. این مطالعه نشان داد که بین آسیب شناسی روانی اختلال وسواس فکری - عملی و زیرمقیاس‌های احتمال رابطه وجود دارد. بنابراین، سوگیری‌های شناختی آسیب‌پذیری فرد را به وسواس افزایش می‌دهند به این معنا که فرد مبتلا به اختلال وسواس، به اشتباه نوعی رابطه بین افکار منفی و غیراخلاقی خود و وقایع دنیای بیرونی تصور می‌کند و بر اساس نظریه فراشناختی، سعی در کنترل افکار خود سبب افزایش افکار مزاحم و اعمال اجباری برای خنثی سازی این افکار می‌شود.

امیری پیجا کولایی، پورشریفی و قاسم پور (۱۳۹۲) گزارش دادند که بین باورهای آمیختگی فکر و علائم وسواسی اجباری رابطه مثبت معنی داری وجود دارد. این یافته از الگوی فراشناختی حمایت می کند و نشان می دهد باورهای آمیختگی فکر می توانند در شروع و تداوم علائم وسواسی اجباری موثر باشند.

باورهای فراشناختی در باره‌ی آیین مندی‌ها و نگرانی / نشخوار فکری

این باورها معمولاً منعکس کننده اهمیت کنترل افکار، تکانه‌ها و حالت‌های احساسی مانند انگیزتگی و اضطراب هستند برای مثال "من باید شیر گاز را وارسی کنم، در غیر این صورت احساس ناراحتی و اضطرابم هرگز پایان نخواهد یافت". این باورها شامل لزوم حفظ حالت‌های ذهنی و بدنی خاص هستند و می‌توانند به صورت قواعد شخصی برای خودتنظیمی ظاهر شوند برای مثال "برای اینکه عملکرد مناسبی داشته باشم، باید حالت ذهنی خاصی را حفظ کنم" و "برای ایمن ماندن باید ذهن خودم را منظم کنم". باورهای فراشناختی در باره‌ی آیین مندی‌های وسواسی، برنامه‌ای برای هدایت پاسخ‌های مقابله‌ای بوجود می‌آورند. هدف این برنامه، دستیابی به حالت مطلوبی است که به عنوان علامتی برای توقف آیین مندی‌های وسواسی عمل می‌کنند.

پژوهش‌های چندی اثربخشی مدل فراشناختی ولز را بر روی اختلال وسواسی جبری (فیشر و ولز، ۲۰۰۸، ریس و وان کوئیزولد، ۲۰۰۸، مایرز^۱، فیشر و ولز، ۲۰۰۸، ۲۰۰۹، سولم^۲، مایرز، فیشر، وگل^۳ و ولز، ۲۰۱۰)، اختلال اضطراب فراگیر (ولز و کینگ^۴، ۲۰۰۶) و اختلال استرس پس از سانحه (ولز و سیمی^۵، ۲۰۰۴) گزارش کرده اند.

1 -Mayers
2 -Solem
3 -Vogel
4 -King
5 -Simbi

مطالعاتی در ایران نیز اثربخشی این مدل را بر اختلال بد شکلی بدن (ربیعی، کلاتتری و مولوی، ۱۳۸۸، احمدی طهور، ۱۳۹۰، اختلال استرس پس از سانحه (بخت آور و همکاران، ۲۰۰۷، داداشی، ۱۳۸۸)، اختلال اضطراب فراگیر (بهرامی و رضوان، ۱۳۸۶، اکبری، ۱۳۸۸) مورد پژوهی وسواس (اندوز، ۱۳۸۳) و اختلال وسواسی جبری (شاره، غرابی و عاطف وحید، ۱۳۸۹، ۱۳۹۰، خرم دل، طاهر نشاط، مولوی و همکاران، ۱۳۸۹، ابوالقاسمی، حسنعلی زاده، کاظمی و نریمانی، ۱۳۸۹، عبدالله زاده، جوانبخت و عبدالله زاده، ۱۳۹۰) گزارش داده‌اند.

پژوهش خرم دل، طاهر نشاط، مولوی و همکاران (۱۳۸۹) نشان دادند که به کارگیری الگوی فراشناختی ولز در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری در کاهش علائم درآمیختگی افکار آنان موثر است. بیماران وسواسی جبری در نمره‌ی کل درآمیختگی افکار و هم چنین در نمرات سه گانه درآمیختگی، کاهش معنی‌داری نسبت به گروه شاهد در پس آزمون و پیگیری نشان دادند.

اکرمی، کلاتتری، عریضی، عابدی و معروفی (۱۳۸۹) گزارش داد در بیماران وسواسی- اجباری اندازه اثر درمان رفتاری- شناختی برابر ۱/۶ و اندازه اثر درمان رفتاری- فراشناختی برابر ۱/۴ بود که نشان دهنده میزان تاثیر زیاد درمانی هر دو گروه است. مقایسه نتایج دو گروه با روش تحلیل کواریانس تفاوت معنی‌داری به دست نیامد. تمرکز درمان روی تحریفات شناختی و باورهای فراشناخت هر دو منجر به کاهش علائم وسواس- اجبار در بیماران وسواسی اجباری شد و میزان تاثیر دو روش رفتاری- شناختی و رفتاری- فراشناختی تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشت.

نتایج پژوهش شاره، غرابی و عاطف وحید (۱۳۸۹) نشان داد که درمان فراشناختی و ترکیبی بیش از درمان با فلووکسامین بر بهبود باورهای فراشناختی و پریشانی ذهنی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری تأثیر دارد. درمان فراشناختی و ترکیبی بیشتر از درمان با فلووکسامین باعث بهبود معنادار شدت پریشانی ذهنی، باورهای مثبت به نگرانی، باورهای منفی به نگرانی، اعتماد شناختی و نیاز به کنترل افکار می‌شوند. اثر درمان فراشناختی و ترکیبی بر بهبود بیماران هیچ تفاوت معناداری نداشت.

درمان فراشناختی (MCT) اختلال وسواسی جبری / ۴۵

در پژوهشی دیگر شاره، غرایبی، و عاطف وحید (۱۳۹۰) گزارش دادند که درمان‌های فراشناختی و ترکیبی در بهبود راهبردهای کنترل فکر و نشانه‌های توقف آداب وسواسی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری مؤثرتر از فلووکسامین (۳۰۰-۵۰ میلی گرم) در روز هستند. افزودن دارو به درمان فراشناختی منجر به بهبود بیشتر بیماران نمی‌شود.

عبداله زاده، جوانبخت و عبدالله زاده (۱۳۹۰) تأثیر درمان فراشناختی و درمان دارویی را در وسواس فکری مورد مقایسه قرار دادند. یافته‌های پژوهش آنها نشان داد که کاهش شدت وسواس‌های فکری، استرس و باورهای فراشناختی منفی با استفاده از روش درمانی فراشناختی، نتایج بهتری نسبت به درمان دارویی داشت. اما نتایج در خصوص افزایش عملکرد کلی به نفع درمان دارویی بود. ارتباط معناداری نیز بین دو نوع درمان استفاده شده جهت متغیرهای افسردگی، نگرانی و اضطراب وجود نداشت.

ابوالقاسمی، حسنعلی زاده، کاظمی، و نریمانی (۱۳۹۰) گزارش دادند که بین دو گروه درمانی (فراشناختی و دارویی) و گروه کنترل در متغیرهای باورهای فراشناختی و نشانه‌های وسواسی تفاوت معناداری وجود دارد. آزمون چندمقیاسه‌ای نشان داد که درمان فراشناختی در مقایسه با درمان دارویی در کاهش نشانه‌های وسواسی مؤثرتر بود. همچنین روش درمانی فراشناختی بیشتر از روش دارویی در اصلاح باورهای فراشناختی مؤثر بود. این نتایج از نقش درمان فراشناختی در کاهش نشانه‌های وسواسی و اصلاح باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری حمایت می‌کند.

فرهمند، محمود علیلو و پور شریفی (۱۳۹۳) در یک بررسی آزمایشی تک موردی همراه با طرح خطوط پایه چندگانه پلکانی، اثربخشی درمان فراشناختی را در کاهش باورهای مربوط به درآمیختگی افکار افراد مبتلا به نوع شستشوی اختلال وسواسی - اجباری بعد از درمان و مرحله ۳ ماه پیگیری گزارش دادند.

به نظر می‌رسد در تبیین اثر بخشی الگوی فراشناختی ذکر این نکات لازم است که در این رویکرد به جای اینکه درمان شامل چالش با افکار مزاحم و باورهای ناکارآمد باشد، شامل ارتباط با افکار به طریقی است که مانع ایجاد مقاومت و یا تحلیل ادراکی پیچیده شود و بتواند

را هبردهای تفکر ناسازگار در مورد نگرانی و همچنین نظارت غیرقابل انعطاف بر تهدید را از بین ببرد.

مسئله مهم تر ذکر این نکته است که وجود باورهای منفی به طور مشخص نمی‌توانند درباره‌ی الگوی تفکر و پاسخ‌های متعاقب آن توضیحی ارائه دهند. آنچه در این جا مورد نیاز است به حساب آوردن عواملی است که تفکر را کنترل می‌کنند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهند که مهم ترین وجه تمایز درمان فراشناختی با مدل طرحواره است (ولز، ۲۰۰۰).

همچنین به دلیل این که بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری به شیوه‌ی پردازش عینی عمل می‌کنند، ارزیابی‌های مربوط به معنای افکار مزاحم را کاملاً معتبر قلمداد می‌کنند. درمان فراشناختی از این رو موثر می‌افتد که موجب آگاهی بیماران از فرآیند سیستم پردازش فراشناختی شان می‌شود و در واقع کمک می‌کند به شیوه‌ی پردازش فراشناختی بیندیشند.

این امر از این رو اهمیت دارد که تاکید درمان را از توقف بر روی افکار وسواس گونه برداشته و به سمت یادگیری این موضوع هدایت می‌کند که افکار وسواس گونه و یا انواع دیگر افکار مزاحم، الزاماً به عمل ختم نمی‌شوند. مثلاً در بیمارانی که زمینه‌های خشک مذهبی دارند و در نتیجه در آمیختگی افکار بیشتری هم در ایشان به چشم می‌خورد، بیمار یاد می‌گیرد که صرف نیت در مورد یک مساله‌ی گناه آلود به معنای انجام آن عمل نیست، چرا که این فقط یک فکر مزاحم است و نباید اضطراب و احساس گناه را وقتی عملی انجام نشده است، متحمل شوند.

در درمان فراشناختی، روش‌های اسنادسازی مجدد کلامی و تجارب رفتاری، در آمیختگی افکار را به چالش می‌طلبند. احتمالاً افزایش کنترل فراشناختی به بیماران کمک می‌کند تا رابطه‌ی جدیدی با افکار خود شکل دهند و آنها را قادر می‌نماید تا فراشناخت‌هایی را که شیوه‌ی ناسازگارانه تفکرات منفی تکرار شونده را فزونی می‌بخشند و یا باعث افزایش باورهای عمومی منفی می‌گردند، تغییر دهند.

درمان فراشناختی (MCT) اختلال وسواسی جبری / ۴۷

ضمن اینکه به بیماران روش‌هایی آموزش داده می‌شود که در آینده و در صورت هجوم افکار مزاحم با به کارگیری این روش‌ها با آنها مقابله کنند. در الگوی فراشناختی سعی بر این است که این نواقص از طریق تاکید بر فرآیند تفکر فرد اصلاح شوند.

به عبارت دیگر بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری بر پایه شیوه پردازش شیء عمل می‌کنند به گونه‌ای که ارزیابی‌های معنای افکار مزاحم را بی‌چون و چرا درست و معتبر می‌پندارند (ولز، ۲۰۰۰).

هدف کلی درمان این است که بیماران به شیوه پردازش فراشناختی معطوف شوند و به پذیرش بی‌طرفانه‌ای از افکار مزاحم بدون ارتباط با پردازش بیشتر با عمل دست یابند.

همچنین هدف درمان را از توقف افکار مزاحم به یادگیری این نکته معطوف می‌سازد که نیازی نیست بر پایه افکار وسواسی یا دیگر انواع افکار مزاحم عمل نمود. بیماران باید شیوه‌های فراشناختی جدید برخورد با افکار مزاحم را بیاموزند.

به طور کلی مفهوم سازی اصلی درمان بر پایه مدل فراشناختی اختلال وسواسی جبری ولز (۲۰۰۰) عبارتند از موارد زیر:

- تغییر طیف باورهای فراشناختی مرتبط با درآمیختگی
- تغییر باورهای ناکارآمد راجع به آیین مندی‌ها
- اصلاح و بهبود شیوه بکارگیری نشانه‌های درونی نامناسبی که ملاک ارزیابی‌ها و راهنمایی رفتار قرار می‌گیرند
- ایجاد شیوه‌های جایگزین مناسب برای راهنمایی رفتار و افزایش مهارت‌های هوشیاری فراگیر.

ساختار درمان

جلسات درمان معمولاً به صورت هفتگی تشکیل می‌شود. تعداد معمول جلسات درمانی ۱۲ جلسه است (در مورد افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری دارای خصیصه‌ی شخصیتی

۴۸ / درمان فراشناختی (MCT) اختلال وسواسی جبری

کمال گرایانه، تعداد جلسات بیشتر است). مدت جلسات درمانی ۶۰-۴۵ دقیقه برنامه ریزی می شود.

برنامه‌ی کامل شامل ۱۰ جلسه درمان است. هدف این برنامه ارایه‌ی راهنمایی برای تعیین ساختار و محتوی درمان است و باید به صورت انعطاف پذیر، متناسب با شرایط فرد به کار برده شود.

مهم ترین تکلیف، در اوایل درمان، تغییر جهت دادن بیمار از سبک پردازش عینی به سبک فراشناختی است. این تغییر از طریق آماده سازی و استفاده‌ی فشرده از فنون ذهن آگاهی و راهبردهای مرتبط نظیر رویارویی و انجام پاسخ (ERC) حاصل می شود.

مراحل درمان فراشناختی اختلال وسواسی جبری

مراحل درمان فراشناختی اختلال وسواسی جبری عبارتند از موارد زیر:

۱- مفهوم سازی موردی که شامل شش گام زیر می باشد:

گام اول: شناسایی فکر مزاحم برانگیزاننده

گام دوم: شناسایی هیجان

گام سوم: شناسایی برداشت فرد از افکار مزاحم

گام چهارم: تعیین باورهای فراشناختی در باره‌ی افکار مزاحم

گام پنجم: شناسایی ماهیت آیین مندی‌های وسواسی / خنثی سازی

گام ششم: شناسایی باورها در باره‌ی آیین مندی‌های وسواسی و علایم توقف

۲- آماده سازی بیمار برای شروع درمان

۳- آموزش فنون ذهن آگاهی گسلیده (و تغییر جهت به سبک فراشناختی)

۴- تغییر باورهای فراشناختی (در آمیختگی) در باره‌ی افکار مزاحم

۵- تغییر باورهای فراشناختی در باره‌ی آیین مندی‌های وسواسی و علایم توقف

۶- تقویت برنامه‌های پردازشی جدید

۷- پیشگیری از عود

خلاصه محتوای جلسات درمان

جلسه اول:

معارفه، ارزیابی و گردآوری داده‌هایی چون ماهیت نشانه‌های وسواسی، اعمال آیینی، معرفی هیجان‌ها و ابعاد آن و رابطه‌ی آنها با باورهای فراشناختی.

جلسه دوم:

معرفی اختلال وسواسی جبری (OCD) به عنوان بی‌نظمی هیجانی و ترسیم نمودار فراشناختی آن، معرفی منطق درمان شناختی و الگوی فراشناختی اختلال وسواسی جبری (OCD) و تعیین اهداف درمانی، شناسایی و فراخوانی شناخت واره‌های منفی.

جلسه سوم:

آموزش تکنیک فاصله گرفتن از ذهن آگاهی (بیماران یاد بگیرند که با افکار هم چون ابری در ذهن خود برخورد کنند، چنانچه نیاز به پردازش نداشته باشد).

جلسه چهارم:

ارزیابی فرااورهای مثبت و منفی جهت تغییر فرااورها راجع به آیین مندی‌ها و درآمیختگی‌ها. آموزش تجارب رفتاری، ارایه‌ی اسناد مجدد کلامی جهت شکستن سیکل درآمیختگی از طریق سؤالاتی درباره‌ی ساز و کار درآمیختگی افکار یعنی کاهش ناهمخوانی، بازنگری تاریخچه‌ای و تجارب رفتاری.

جلسه پنجم:

آموزش جهت درگیر شدن با نشخوار فکری، نگرانی تکرارشونده و تضعیف باورهای مربوط و ایجاد سبک سازگارتر فکری و رفتاری (جریان پردازشی جدید). توضیح تفاوت شیوه‌ی پردازشی بین افراد بهنجار و بیمار.

جلسه‌ی ششم:

رویکردهای رفتاری درمان اختلال وسواسی جبری (OCD): روش‌های تحلیل سود و زیان، آزمایش به تعویق انداختن رفتارهای آیینی، روش آموزش توجه^۱ (ATT) یا روش کنترل توجه^۲ (ACT) و تمرکز مجدد توجه موقعیتی^۳ (SAR) جهت کاهش شدت افکار وسواسی.

جلسه‌ی هفتم:

آموزش به بیمار جهت فاصله گرفتن از غنی سازی ذهن از حد، به تعویق انداختن نگرانی و توسعه‌ی هوشیاری. برنامه‌های رفتاری اصلاح توجه، مواجهه و تجارب جلوگیری از پاسخ.

جلسه‌ی هشتم:

آماده کردن شرکت کنندگان برای اختتام جلسات، اصلاح نشانه‌های توقف و ملاک دانستن، طرحریزی اولیه، طرحریزی جایگزین، شناسایی موانع موجود در به کارگیری روش‌ها، علت یابی و رفع آن و در نهایت نتیجه‌گیری. در هر جلسه علاوه بر مرور جلسه و تمرینات جلسه‌ی قبل، تکالیف خانگی نیز داده می‌شود (ولز، ۲۰۰۰).

ابزارهای مورد استفاده برای درمان فراشناختی اختلال وسواسی جبری

ابزارهای مورد استفاده در درمان فراشناختی اختلال وسواسی جبری شامل موارد زیر می‌باشند:

- پرسشنامه درآمیختگی افکار (TFI)

- پرسشنامه فراشناخت‌ها^۴ (MCQ - 30)

- پرسشنامه کنترل فکر^۱ (TCQ)

1 -Attentive Training Thechnique (ATT)

2 -Attentive Control Thechnique (ACT)

3 -Situational Attentive Reconcentration (SAR)

4 -Meta Cognition Questionnaire

- پرسشنامه توقف نشانه‌های فکر^۱ (SSQ)
 - پرسش نامه فرا نگرانی^۳ (MWQ) (ولز، ۱۹۹۴)
 - برگه خلاصه فنون آموزش توجه
 - مقیاس درجه بندی توجه معطوف به خود
 - سندرم شناختی - توجهی (CAS)
 - مقیاس اختلال وسواسی جبری (OCD - S)
 - مصاحبه فرمول بندی موردی اختلال وسواسی جبری (OCD)
 - پرسشنامه‌های سنجش اختلال وسواسی جبری شامل مادزلی، مقیاس وسواسی جبری
یل- براون (YBOBS)، پادوآ و غیره
 - پرسشنامه‌های سنجش افسردگی و اضطراب بک و غیره
- تعدادی از پرسشنامه‌های فوق در زیر توضیح داده می‌شوند:

پرسشنامه درآمیختگی افکار (TFI)

این پرسشنامه توسط ولز، جی ویلیام و کارترایت - هاتن (۲۰۰۱) ساخته شده است. یک آزمون خودسنجی دارای ۱۴ گویه است که باورهای رایج را در مورد معنی و قدرت افکار می‌سنجد. این پرسشنامه سه مقوله‌ی درآمیختگی افکار را که در مدل فراشناختی معرفی شده‌اند می‌سنجد. این سه عامل عبارتند از: ۱) درآمیختگی فکر-کنش، ۲) درآمیختگی فکر-شیء، ۳) درآمیختگی فکر- رویداد. پاسخ‌ها بر یک پیوستار ۱۰۰ درجه‌ای و از ۰=هیچ اعتقادی ندارم تا ۱۰۰=کاملاً معتقدم و به صورت ده تایی نمره گذاری می‌شوند. حداکثر نمره‌ی قابل اکتساب در این پرسشنامه، ۱۴۰۰ می‌باشد.

1 -Thought Control Questionnaire

2 -Stop Signal Questionnaire

3 -Meta Worry Questionnaire

پرسشنامه فراشناختها (30 - MCQ)

توسط ولز و کارترایت و هاوتون (۲۰۰۴) بر پایه مدل کارکرد اجرایی خود نظم بخشی (S- REF) در باره اختلال‌های هیجانی و الگوی فراشناختی اختلال اضطراب منتشر، ولز، (۱۹۹۷) ساخته شده است. این پرسشنامه یک مقیاس ۳۰ ماده‌ای و دارای پنج خرده مقیاس است که برای سنجش باورهای مثبت و منفی افراد نسبت به نگرانی و افکار مزاحم، طراحی، تدوین و ارائه شده است.

پرسشنامه کنترل فکر (TCQ)

این پرسشنامه توسط ولز و دیویس (۱۹۹۴) به منظور اندازه گیری تفاوت‌های فردی در استفاده از راهبردهای کنترل افکار مزاحم ناخوانده طراحی شده است و دارای ۳۰ ماده می‌باشد که از پنج خرده مقیاس (توجه گردانی، کنترل اجتماعی، نگرانی، صدمه به خود و ارزیابی دوباره) تشکیل شده است. هر یک از این خرده مقیاس‌ها نیز دارای ۶ ماده هستند.

پرسشنامه توقف نشانه‌های فکر (SSQ)

پرسشنامه توقف نشانه‌های فکر توسط میرز، فیشر و ولز، (۲۰۰۹) برای ارزیابی اهمیت معیارهای خاص تصمیم‌گیری و برای متوقف کردن تشریفات و آداب وسواسی ساخته شده است. این پرسشنامه ۱۲ گویه نشانه‌های توقف را فهرست کرده، از بیمار خواسته می‌شود میزان اهمیت این نشانه‌ها برای متوقف کردن تشریفات شان را روی مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای، از صفر (کاملاً بی اهمیت) تا چهار (بسیار با اهمیت) را مشخص نماید. گویه‌ها به جای معیارهای عینی برای هدایت رفتار، احساس‌های درونی یا قواعد شخصی را توصیف می‌کنند.

مقیاس وسواسی جبری یل - براون (YBOBS)

مقیاس وسواسی جبری یل - براون از ابزارهای سنجش اختلال وسواسی - جبری است و بدون توجه به انواع وسواس‌ها یا اجبارها، شدت آنها را اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس ۱۰

درمان فراشناختی (MCT) اختلال وسواسی جبری / ۵۳

ماده دارد که پنج ماده آن متمرکز بر وسواس‌ها و ۵ ماده متمرکز بر اجبارها است. بالاترین نمره در این مقیاس ۴۰ می‌باشد.

جمع‌بندی

فراشناخت شامل دانش هشیاری در مورد حالت‌های شناختی فرد، تجربه‌های فراشناختی و راهبردهای کنترل است. با این حال، فراشناخت همچنین مرکب از دانش ضمنی ناهشیار است که به نیروهای اجرایی مرکزی در فعالیت شناختی جهت می‌دهد. برای مثال، بیشتر فعالیت‌هایی که در ارزیابی و رفتار نقش دارد به طور کلامی بیان شدنی نیستند.

احساسات می‌توانند به صورت یک منبع اطلاعاتی بر قضاوت اثر بگذارند و هیجان‌ها موجب هدایت و سوگیری شناخت می‌شوند. در پردازش اطلاعات در انسان، شناخت تحت تأثیر عوامل هیجانی و فراشناختی است. بنابراین، دستکاری حالت‌های احساسی ممکن است باعث تغییر ارزیابی‌ها و شناخت شود.

با وجود این، اگر فراشناخت، شناخت را کنترل و هدایت می‌کند و آشفتگی در تفکر، اختلال هیجانی را که در سطح باور است مشخص می‌کند، پس بسیار مهم است که به تأثیر دانش فراشناختی توجه داشته باشیم.

یک احتمال مهم این است که اگر فراشناخت را بتوان در یک مدل شناختی عمومی از خودگردانی و هیجان وارد کرد، پایه‌ای برای مفهوم‌سازی و گسترش فرایندهای اصلاح شناختی در درمان شناختی رفتاری فراهم خواهد شد.

مطابق مدل فراشناختی وسواس ولز (۱۹۹۷، ۲۰۰۰) افراد آسیب پذیر به دلیل ترکیبی از باورهای فراشناختی مثبت برای مثال "برای اجتناب از خطر باید نگران باشم" و باورهای فراشناختی منفی برای مثال "من هیچ کنترلی بر نگرانی ام ندارم"، درگیر سندرم شناختی توجهی می‌شوند.

باورهای فراشناختی مثبت از استفاده مداوم و مکرر از سبک‌های غیر انطباقی مانند نگرانی و اندیشناکی حمایت می‌کنند، در حالی که باورهای فراشناختی منفی به توانایی در

تلاش برای اعمال کنترل موثر و ادراک رخدادهای درونی به عنوان تهدیدکننده منجر می‌شوند و از این طریق باعث افزایش پریشانی می‌شوند.

سبک ناسازگارانه‌ای که در همه اختلال‌ها مشاهده می‌شود، سندرم شناختی - توجهی نامیده می‌شود و شامل نگرانی، نشخوار فکری، پایش تهدید، راهبردهای ناسازگارانه کنترل فکر و سایر رفتارهایی مانند اجتناب می‌شود که مانع یادگیری انطباقی هستند. این سندرم نتیجه‌ی باورهای (دانش) فراشناختی نادرست است که افکار و حالت‌های احساسی را کنترل و تفسیر می‌کنند. سندرم شناختی - توجهی نوعی پردازش و مقابله راهبردی پیوسته است. لذا مفهوم مقابله و سبک تفکر خاص، باورهای شخص را به اختلال هیجانی پیوند می‌دهند. این سندرم از طریق چندین ساز و کار / مسیر مشخص، تجربه‌ی هیجانی را طولانی و تشدید می‌نماید.

باورهای فراشناختی مثبت و منفی در ارزیابی تهدید نقش دارند. برای مثال باور فرا شناختی مثبت "برای اینکه در امان بمانم، باید به خطر توجه کنم"، باعث تداوم احساس تهدید در فرد می‌شود.

در حالی که باور فراشناختی منفی "من هیچ کنترلی بر تفکر خود ندارم"، با توانایی فرد در کنار گذاشتن سبک تفکر ناسازگارانه تداخل می‌نماید. علاوه بر این باورهای منفی مانند "فکر کردن به این افکار باعث می‌شود تا کنترل ذهنم را از دست بدهم"، باعث تشدید احساس خطر جاری می‌شود.

بنابراین هر کدام از این حیطه‌های باورهای فراشناختی، در پردازش مداوم و طولانی مدت تهدید یا ناهمخوانی خود، که موجب تداوم هیجان‌های منفی می‌شوند، نقش دارند (ولز، ۲۰۰۹).

ولز در مدل فراشناختی خود استدلال می‌کند که باورهای فراشناختی، پردازش اطلاعات را هدایت می‌کنند و موجب ارزیابی‌ها و پاسخ‌های ناکارآمد می‌شوند.

بر اساس یافته‌های پژوهش‌های ذکر شده، از لحاظ درمانی، شناسایی و تغییر باورهای فراشناختی مرتبط با کنترل ناپذیری خطر و خودآگاهی شناختی و باورهای مثبت در باره

درمان فراشناختی (MCT) اختلال وسواسی جبری / ۵۵

نگرانی باید در درمان اختلال وسواسی جبری مورد توجه قرار گیرد. همچنین با ایجاد تغییر در باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر ناسازگارانه که در عمل به تداوم علائم وسواسی جبری منجر می‌شود، می‌توان از بروز علائم وسواسی جبری پیشگیری کرد.

درمان فراشناختی رویکرد نوظهوری است که در نتیجه‌ی مدل سازی و فرضیه آزمایی نظام دار به وجود آمده است. با این حال پژوهش‌های زیادی برای ارزیابی اعتبار نظری و تجربی این رویکرد لازم است. شیوه درمانی مبتنی بر مدل فراشناختی و لجز جزء درمان‌های کوتاه مدت به شمار می‌رود. با توجه به اینکه متغیرهای شناختی و فراشناختی مختلفی با اختلال وسواسی جبری مرتبط هستند که برخی از آنها نقش میانجی‌گری را در رابطه بین فرا شناخت‌ها و راهبردهای کنترل فکر ایفاء می‌کنند، می‌توان با استفاده از مدل یابی معادلات ساختاری به ارزیابی مدل فراشناختی اختلال وسواسی جبری پرداخت و نقش این متغیرها را در پیش بینی و تبیین وسواس فکری و عملی در جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی مشخص نمود.

منابع

ابوالقاسمی، عباس، حسنعلی زاده، مهدیه، کاظمی، رضا، نریمانی، محمد (۱۳۹۰). تاثیر درمانهای فراشناختی و دارویی بر باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری. مجله علوم رفتاری، ۱، ۴، ۳۲-۴۶.

ابوالقاسمی، عباس، نریمانی، محمد، احدی، بتول (۱۳۷۸). مولفه‌های فراشناخت در بیماران مبتلا به اختلال وسواس و اختلال وحشت زدگی. مجله علمی پژوهشی علوم روانشناختی، ۴، ۲، ۱۳-۲۵.

ابوالقاسمی، عباس، نریمانی، محمد، احدی، بتول (۱۳۸۷). مقایسه باورهای فراشناختی و ابعاد کمال گرایی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس و اختلال تنیدگی پس از ضربه در تعامل با بلا تکلیفی. مجله علمی پژوهشی روانشناسی، ۴، ۱، ۲۲-۳۶.

احمدی طهور، محسن (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی مداخله‌ی فراشناختی بر علایم مولفه‌های فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۳، ۵۱، ۲۷۷-۲۷۰.

اسدالله‌پور، امین، فتی، لادن، غرابی، بنفشه (۱۳۸۹). اضطراب فراشناختی و قضاوت یادگیری آنی و تأخیر یافته: در جستجوی ساز و کارهای زیرساز اضطراب در نظریه ولز. فصلنامه روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال شانزدهم، شماره ۴، ۴۱۹-۴۱۲.

اکبری، مهدی (۱۳۸۸). مقایسه اثربخشی شناخت درمانی داگاس با درمان فراشناختی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی تهران، انستیتو روانپزشکی تهران.

اکرمی، ناهید، کلاتری، مهرداد، عریضی، حمیدرضا، عابدی، محمدرضا، معروفی، محسن (۱۳۸۹). مقایسه تاثیر روشهای درمان رفتاری شناختی و رفتاری فراشناختی در درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجبار. روانشناسی بالینی، ۲، ۲ (پیاپی ۶)، ۷۱-۵۹.

درمان فراشناختی (MCT) اختلال وسواسی جبری / ۵۷

امیری پیچاکولایی، پورشریفی، حمید، قاسم پور (۱۳۹۲). بررسی ارتباط باورهای درآمیختگی فکر و راهبردهای کنترل فکر با علایم وسواسی اجباری در جمعیت غیر بالینی. مجله پزشکی ارومیه، ۲۳، ۴، ۳۴۵-۳۶۲.

اندوز، زهرا (۱۳۸۵). کارایی و اثربخشی الگوی فراشناختی ولز در درمان یک مورد اختلال وسواسی اجباری. مجله اندیشه و رفتار، سال ۱۲، شماره ۱، ۶۶-۵۹.

باباپور خیرالدین، جلیل، پورشریفی، حمید، هاشمی، تورج، احمدی، عزت اله. (۱۳۹۱). رابطه‌ی مولفه‌های فرا شناخت و ذهن آگاهی با باورهای وسواسی دانش آموزان. مجله روانشناسی مدرسه، ۱، ۴، ۳۸-۲۳.

بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۸۱). تحلیلی بر فراشناخت و شناخت‌درمانی. تازه‌های علوم شناختی، سال ۴، شماره ۴، ۳۹-۳۲.

بخشی پور رودسری، عباس، فرجی، رباب (۱۳۸۹). رابطه آمیختگی فکر - عمل با علایم وسواس در بیماران وسواسی، دو فصلنامه روانشناسی معاصر، ۵، ۲، ۲۲-۱۵.

بهرامی، فاطمه، رضوان، شیوا (۱۳۸۶). رابطه افکار اضطرابی با باورهای فراشناختی در دانش آموزان دبیرستانی مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. فصلنامه روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال ۱۳، شماره ۳ (پیاپی ۵۰)، ۲۵۵-۲۴۹.

حق‌شناس گرگانی، زینب، نوری قاسم‌آبادی، ربابه، مرادی، علیرضا، صرامی، غلامرضا (۱۳۹۳). ارزیابی سبک‌های مقابله، باورهای فراشناختی و ارتباط آن با اضطراب امتحان در دانشجویان دانشگاه تربیت معلم تهران. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۳، ۱، ۱۴۵-۱۵۵.

خرمدل، کاظم، طاهر نشاط دوست، حمید، مولوی، حسین، امیری، شعله، بهرامی، فاطمه، کلاتری، مهرداد، احمدی، احمدرضا (۱۳۸۹). اثر درمان فراشناختی ولز بر درآمیختگی

- افکار بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری. مجله اصول بهداشت روانی، دوره دوازدهم، شماره ۱ (پیاپی ۴۵)، ۴۰۹ - ۴۰۰.
- داداشی، محسن (۱۳۸۸). مقایسه اثربخشی ترکیب دارودرمانی و درمان فراشناختی و دارو درمانی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی تهران، انستیتو روانپزشکی تهران.
- دادفر، محبوبه، بوالهروی، جعفر، ملکوتی، سید کاظم، بیان زاده، سید اکبر (۱۳۸۰). شیوع علایم وسواسی-اجباری. مجله اندیشه و رفتار، سال ۷، شماره ۱ و ۲، ۳۲-۲۷.
- دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). درمان شناختی تحلیلی، تهران: انتشارات میرماه.
- ریعی، مهدی، کلانتری، مهرداد، مولوی، حسین (۱۳۸۸). اثربخشی درمان فراشناختی رفتاری بر روی کاهش علائم اختلال بدشکلی بدن. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه اصفهان، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. ۱۱۲-۴۰.
- رضای فرانی، عباس، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین، دادفر، محبوبه، بهرامی، فاضل (۱۳۹۳). معرفی مدل‌های مداخله شناختی رفتاری مذهبی در درمان اضطراب و اختلال وسواسی جبری. تهران: انتشارات میرماه.
- سلطان محمدلو، سپیده، غرای، بنفشه، فتحعلی لواسانی، فهیمه، گوهری، محمودرضا (۱۳۹۲). بررسی ارتباط بین سیستم‌های فعال‌ساز و بازداری رفتار، دشواری در تنظیم هیجانی و فراشناخت با نگرانی. پژوهش علوم شناختی و رفتاری، سال سوم، شماره ۲، پیاپی ۵، ۱۰۰-۸۵.
- شاره، حسین، غرای، بنفشه، عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۸۹). مقایسه اثر بخشی درمان فرا شناختی، درمان با فلووکسامین و درمان ترکیبی بر بهبود باورهای فراشناختی و پریشانی

درمان فراشناختی (MCT) اختلال وسواسی جبری / ۵۹

ذهنی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری. تازه‌های علوم شناختی، سال دوازدهم، شماره ۱، ۱۶ - ۱.

شماره، حسین، غرابی، بنفشه، عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۹۰). مقایسه درمان فراشناختی، فلووکسامین و درمان ترکیبی در بهبود راهبردهای کنترل فکر و نشانه‌های توقف در اختلال وسواسی-اجباری. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۱۷، ۳ (پیاپی ۶۶)، ۲۰۷-۱۹۹.

شیرین زاده دستگیری، صمد، ناطقیان، سمانه، گودرزی، محمدعلی (۱۳۸۸). مقایسه باورهای در هم آمیختگی فکر - عمل در بین بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری، اضطراب منتشر و افراد غیر بالینی. پژوهش‌های روانشناختی، دوره ۱۲، شماره ۳ و ۴، ۱۱۱ - ۹۷.

عبداله زاده، فریبا، جوانبخت، مریم، عبدالله زاده، حسن (۱۳۹۰). مقایسه تأثیر درمان فراشناختی و درمان دارویی در وسواس فکری. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، ۱۸، ۲، ۱۱۸ - ۱۱۰.

فتی، لادن؛ بوالهروی، جعفر (۱۳۷۸). بررسی تابلو بالینی اختلال وسواس فکری- عملی در تهران. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۲، ۱۵۲-۱۴۰.

فرهمنند، زهره، محمود علیلو، مجید، پور شریفی، حمید (۱۳۹۳). اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش باورهای مربوط به درآمیختگی افکار افراد مبتلا به نوع شستشوی اختلال وسواسی- اجباری. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲۲، ۲، ۱۰۶۸-۱۰۵۴.

کولیوند، پیرحسین، دادفر، طیبه، دادفر، محبوبه، کاظمی، هادی (۱۳۹۳). خودکارآمدی، تهران: انتشارات میرماه.

محمدخانی، شهرام. (۱۳۹۱). راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی. تهران: انتشارات ورای دانش.

محمدخانی، شهرام، فرجاد، مریم (۱۳۸۸). بررسی باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با علائم وسواسی در جمعیت غیر بالینی. *مجله روان شناسی بالینی*، سال اول، شماره ۳، ۳۵-۵۱.

محمدخانی، شهرام، مظلوم، مریم (۱۳۸۹). رابطه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با اضطراب صفت. *دو فصلنامه روانشناسی معاصر*، ۵ سال، ۲، ۲۳-۳۲.

محمدی، ابوالفضل (۱۳۸۹). تنگنای تکرار: اختلال وسواسی اجباری.

ra1shena3.persiangig.com/Birjand-asib/%20

نظیری، قاسم، دادفر، محبوبه، کریمی کیسمی، عیسی (۱۳۸۴). نقش پایبندی‌های مذهبی، باورهای ناکارآمد مذهبی، احساس گناه و باورهای ناکارآمد شناختی در شدت علائم وسواسی - اجباری. *مجله اندیشه و رفتار*، سال ۱۱، شماره ۳، ۲۸۳-۲۸۹.

Abramowitz, J.S., Whiteside, S., Lynam, D., Kalsy, S. (2003). Is thought-action fusion specific to obsessive compulsive disorder? A mediating role of negative affect. *Behaviour Research Therapy*, 41, 1069-79.

Amir, N., Cashman, L., Foa, E.B. (1997). Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 775- 777.

Bakhtavar, E., Neshat-Doost, H., Molavi, H., Bahrami, F. (2007). Efficacy of meta cognitive behavioral therapy in reducing self punishment in patients with post traumatic stress disorder. *Journal Research Behaviour Science*, 5, 2, 93-7.

Barrett, P.M., Healy, L.J. (2003). An examination of the cognitive processes involved in childhood obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research Therapy*, 41, 285-300.

Brown, A.L., Bransford, J.D., Ferrara, R.A., & Campione, J.C. (1983). Learning, remembering, and understanding. Eds In J.H. Flavell & E.M. Markman. *Handbook of child psychology, cognitive development*. Vol. 3., pp.77-166). New York: John Wiley & Sons.

Coles, M.E., Heimberg, R.G., Frost, R.O., Steketee, G. (2005). Not just right experiences and obsessive compulsive features: Experimental and self-monitoring perspectives. *Behaviour Research Therapy*, 41, 6, 681-700.

Emmelkamp, P.M., Ardema, A. (1999). Metacognition, specific obsessive-compulsive beliefs and obsessive compulsive behavior. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 6, 139-45.

- Fisher, P. & Wells, A. (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: A test of the metacognitive model. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 821-829.
- Fisher, P. & Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioural treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1543-1558.
- Fisher, P.L., Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder (OCD): A case series. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 2,117-132.
- Flavell, J.H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive – developmental inquiry. *American Psychologist*, 34,906-911.
- Gwilliam, P. (2001). An investigation into the cognitive predictors of obsessive - compulsive symptoms. PhD. Dissertation. Manchester: University of Manchester, College of psychology and educational sciences, 111-9.
- Gwilliam, P., Wells, A., Cartwright-Hatton, S. (2004). Does meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: A test of the meta-cognitive model. *Clinical Psychological Psychotherapy*,11, 137-44.
- Hermans, D., Martens, K., DeCort, K., Pieters, G., Eelen, P. (2003). Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive– compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 383- 401.
- Janeck, A.S., Calamari, J.E., Riemann, B.C., Heffelfinger, S.K. (2003). Too much thinking about thinking?: Metacognitive differences in obsessive– compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*,17, 181- 195.
- Mataix-Cols, D., Sonchez, M., Vallejo, J.A. (2002). Spanish version of the Padua Inventory: Factor structure and psychometric properties. *Behaviour Cognitive Psychotherapy*, 30, 25-36.
- MCT Institute. Innovation through research – metacognitive therapy – improving mental wellbeing. (2010). <http://www.mct-institute.com/obsessive.html>.
- Menzies, R., & Desiliva, P. (2003). *Obsessive-compulsive disorder: Theory research and treatment*. New York: John Wiley & Sons .
- Morrison, A.P, Wells, A. (2003). Comparison of met cognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. *Behaviour Research Therapy*, 41, 251-6.
- Moses, L.J., & Baird, J.A. (2002). Metacognition. In R.A. Wilson & F.C. Keil (Eds.) *The MIT encyclopedia of the cognitive sciences*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Myers, S.G., Fisher, P.L., Wells, A. (2009). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *Journal Anxiety Disorders*,23,4,436-42.

- Myers, S.G., Fisher, P.L., Wells, A. (2009). Metacognition and Cognition as Predictors of Obsessive-Compulsive Symptoms: A Prospective Study, 2, 2,132-142.
- Nelson, T.O., Kruglanski, A.W., & Jost, T.J. (1998). Knowing thyself and others: Progress in metacognitive social psychology. In V.Y. Yzerbyt G. Lories & B Dardenne (Eds). Metacognition: Cognitive and social dimensions. London: Sage.
- Nelson, T.O., Stuart, R.B., Howard, G., Crawley, M. (1999). Metacognition and clinical psychology: A preliminary framework for research and practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 73- 80.
- Purdon, C., & Clark, A. D. (2001). Suppression of obsessionlike thought in nonclinical individuals: impact on thought frequency, appraisal and mood state. *Behavior Research and Therapy*, 39, 1163-1181.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects: Content and relation with depressive anxious and obsessional symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 31, 713-720.
- Purdon, C.C. (1999). Metacognition and obsession. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 30, 102- 110.
- Rassin, E., Koster, E. (2003). The correlation between thought-action fusion and religiosity in a normal sample. *Behaviour Research Therapy*, 41, 361-8.
- Rassin, E., Merckelbach, H., Muris, P., Spaan, V. (1999). Thought-action fusion as arousal factor in the development of intrusions. *Behaviour Research Therapy*, 37, 231-7.
- Rees, C.S., Van Koesveld, K.E. (2008). An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal Behaviour Therapy Experimental Psychiatry*, 39,4,451-458.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Synopsis of psychiatry*, (9th. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. *Behavior Research and Therapy*, 37, 529-552.
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioral factor and the persistence of intrusive thought in obsessional problems. *Behavior Research and Therapy*, 27, 677-682.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive- compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 37, 529-552.
- Shafrana, R., Rachman, S. (2004). Thought-action fusion: A review. *Journal Behaviour Therapy Experimental Psychiatry* , 35, 87-107.

- Solem, S., Myers, S.G., Fisher, P.L., Vogel, P.A., Wells, A. (2010). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Replication and extension. *J Anxiety Disord*, 24,1,79-86.
- Tolin, D. F., Worhunsky, P., & Maltby, N. (2006). Are “obsessive” beliefs specific to OCD? A comparison across anxiety disorders. *Behaviour Research and therapy*, 44, 469 – 480.
- Wegner, D.M., Schneider, D.J., Carter, S.R., White, T.L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53. 5-13.
- Wells, A. (1995). Meta-cognitive and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.
- Wells, A. (1999). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Modification*, 23, 526-530.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorder and meta cognition: Innovative cognitive therapy*. New York: John Wiley & Sons, 13-85.
- Wells, A. (2007). The Attention Training Technique: Theory, effects and a metacognitive hypothesis on auditory hallucinations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 134-138 .
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press. (Contains the ATT treatment manual for therapists).
- Wells, A. White, J. & Carter, K. (1997). Attention Training: Effects on anxiety and beliefs in panic and social phobia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 226-232.
- Wells, A. (2001). Panic disorder in association with relaxation-induced-anxiety: An attentional training approach to treatment. *Behavior Therapy*, 21, 273-280.
- Wells, A., & Davies, M.I. (1999). The thought control questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 871-878.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove: Erlbaum .
- Wells, A., & Morrison, T. (1994). Qualitative dimensions of normal worry and normal intrusive thoughts: A comparative study. *Behavior Research and Therapy*, 32, 867-870.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Relationship between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behavior Research and Therapy*, 36, 899- 913.
- Wells, A., Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the Metacognitions Questionnaire: Properties of the MCQ 30. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 385- 396.

- Wells, A., Davies, M. (1994). The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thought. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 871-878.
- Wells, A., Gwilliam, P., Cartwright-Hatton, S. (2001). The thought fusion instrument (unpublished self-report scale). Manchester University. UK, 2001.
- Wells, A., King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal Behaviour Therapy Experimental Psychiatry* , 37, 3, 206-12.
- Wells, A., Matthews, G. (1996). Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research Therapy*, 34, 881-8.
- Wells, A., Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary intervention of new brief treatment. *Journal Behaviour Therapy Experimental Psychiatry*, 35, 307-18.

اختلال وسواسی جبری (OCD):

راهنمای عملی درمان فراشناختی (MCT) برای بیماران

نویسنده: کلر ریس

مترجم: محبوبه دادفر

در باره کتاب

در این کتاب دو راهنمای کامل درمانی شامل کتابچه راهنمای درمان فراشناختی و کتابچه راهنمای درمان شناختی رفتاری گنجانیده شده است، هر یک از این دو راهنما قبلاً مورد آزمایش قرار گرفته و در ادبیات تحقیق اختلال وسواسی جبری منتشر شده اند، هر یک از آنها می‌توانند هم برای درمان انفرادی و هم برای درمان گروهی مورد استفاده قرار بگیرند. این کتاب یک راهنمای عملی برای درمان اختلال وسواسی جبری را برای متخصصان بهداشت روانی در کلیه سطوح تجربی و دانشجویان مقاطع کارشناسی ارشد و دکترا در رشته روانشناسی، ارائه می‌کند.

در باره نویسنده

دکتر کلر ریس^۱ سخنران ارشد دانشکده روانشناسی دانشگاه کورتین است. او آموزش آسیب شناسی روانی بزرگسالان و روان درمانی بزرگسالان در برنامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی را تدریس می‌کند. حوزه‌های پژوهشی مورد علاقه وی عبارتند از ماهیت و درمان اختلال‌های اضطرابی، به خصوص اختلال وسواسی جبری، تله روانشناسی و کنفرانس ویدیویی، شخصیت و شواهد مبتنی بر درمان.

برای بیش از ده سال است که خانم کلر ریس به عنوان درمانگری کار کرده است که اختلال وسواسی جبری (OCD) را درمان می‌کند و در این کتاب او رویکرد ترجیحی اش را در درمان این اختلال ارائه می‌دهد.

برای موثر بودن کار با مراجعان مبتلا به اختلال وسواسی جبری، دکتر ریس استدلال می‌کند که متخصصین بالینی به یک دانش کامل از مدل تبیینی نیاز دارند که در انتخاب راهنمای رویکردهای درمانی به آنها کمک کند. دکتر ریس دریافته است که مدل شناختی، مناسب ترین و دقیق ترین مدل برای اختلال وسواسی جبری است. مرور این مدل چهارچوبی را برای این کتاب، ارائه می‌دهد.

1 -Clare Rees

راهنمای عملی درمان فراشناختی (MCT) برای بیماران / ۶۷

از نظر دکتر ریس یک چالش، برای هر درمانگری که آرزو می‌کند به مراجعانی کمک کند که تشخیص اختلال وسواسی جبری (OCD) را می‌گیرند، حرکت نظریه و یافته‌های تجربی به سمت کار بالینی معنی‌دار و موثر است. استفاده از اجزای درمان خاص مانند مواجهه و پیشگیری از پاسخ، در حین تداوم ساخت و پرورش رابطه درمانی، یک چالش ویژه و خاص می‌باشد.

مقدمه

اختلال وسواسی جبری (OCD)

وسواس‌های فکری، افکار یا تکرارهای خودبخودی و ناخواسته هستند. این افکار توسط فرد به عنوان افکار زشت و خارج از منش فرد تجربه می‌شوند. آنها می‌توانند پیوسته و مداوم شوند. به عنوان مثال فکر صدمه زدن به کسی، حتی اگر شما نخواهید آن کار را انجام دهید. وسواس‌های فکری معمولاً شامل موضوع‌های خشونت، اعمال جنسی، شک، کفر و آلودگی توسط میکروب‌ها، مایعات بدن یا کثیفی هستند.

وسواس‌های عملی یا اعمال جبری پاسخ‌های مردم به وسواس‌های فکری یا احساسات ناخوشایند می‌باشند. آنها معمولاً تکراری بوده و از قوانین خاصی پیروی می‌کنند. آنها به کاهش احساسات ناخوشایند منجر می‌شوند یا از اتفاق افتادن چیزهای بد جلوگیری می‌کنند. برخی اعمال وسواسی، پاسخ‌های درونی خصوصی یا ذهنی هستند از قبیل شمارش، دعا کردن، تکرار عبارات خاص یا داشتن برخی از تصاویر ذهنی "امن" معین. سایر اعمال جبری آشکار بوده و شامل رفتارهایی مانند شستن مکرر دست‌ها، چک کردن چیزها، قرار دادن اشیاء با ترتیب خاص یا اشیاء قرینه می‌باشند.

وسواس‌های فکری طبیعی هستند و مطالعات نشان داده‌اند که در حدود ۸۰ درصد از مردم این افکار را دارند. این افکار برای فرد هیچ معنایی ندارند و هشدار دهنده خطر نیستند.

اختلال وسواسی جبری (OCD) زمانی اتفاق می‌افتد که فرد تا حد زیادی به واسطه وسواس‌های فکری پریشان می‌شود و یا اعمال جبری وقت گیر بوده و متوقف کردن آنها مشکل می‌شود. چنین وسواس‌های فکری و اعمال جبری با کیفیت زندگی فرد تداخل پیدا می‌کنند و در موارد شدیدتر، می‌توانند از عملکرد طبیعی روزمره فرد جلوگیری کنند. به عنوان مثال، فرد مبتلا به وسواس‌های فکری آلودگی ممکن است در استفاده از دستشویی‌های عمومی و استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی دچار مشکل شود و زمان زیادی صرف تشریفات شستشو کند که باعث می‌گردد شخص اغلب دیر سر کار یا قرار ملاقات‌ها حاضر شود.

زیر گروه‌های مختلف اختلال وسواسی جبری (OCD) بر اساس ماهیت وسواس‌های فکری و عملی شناسایی شده‌اند. میزان رفتارهای آشکار متفاوت هستند و بعضی از مردم غالباً افکار وسواسی را به جای اعمال وسواسی گزارش می‌دهند، در چنین مواردی مشکل ممکن است یکی از نشخوارهای وسواسی باشد.

افکار منفی مقاوم در زمینه سایر اختلال‌های روانشناختی نیز رخ می‌دهند و مهم این است که مطمئن شوید که مشکل، اختلال دیگری نیست. برای مثال، در اختلال اضطراب منتشر نگرانی بیش از حد وجود دارد و در اختلال افسردگی رویدادهای منفی وجود دارد. این افکار منفی به دو طریق از وسواس‌های فکری متفاوت هستند. اول، آنها به شرایط زندگی واقعی متمایل هستند در حالی که وسواس‌های فکری به ایده‌های نامناسب متمایل دارند. دوم، افکار وسواسی تحت عنوان زشت یا نفرت انگیز تلقی می‌شوند اما یک فکر نگرانی یا افسردگی معمولاً به این شکل تلقی نمی‌شود. در برخی از موارد افکار تکراری و مقاوم ناشی از مصرف مواد هستند و در چنین شرایطی ممکن است شخص از یک اختلال اضطرابی ناشی از مصرف مواد رنج ببرد.

درمان‌های روانشناختی توصیه شده برای اختلال وسواسی جبری (OCD)، رفتار درمانی^۱ (BT) یا درمان رفتاری شناختی (CBT) هستند. رفتار درمانی شامل رویارویی تدریجی بیماران با وسواس‌های فکری یا آلاینده‌های ترسناک، در ترکیب با کاهش عمل مناسب یا اعمال جبری هستند، این شکل از درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ نام دارد. هنگامی که این اتفاق رخ دهد، سطح اضطراب و ناراحتی همراه با وسواس فکری یا شرایط، به تدریج کاهش می‌یابد و ناپدید می‌گردد. این می‌تواند یک فرآیند کند و تدریجی باشد و از طریق کنترل بدست می‌آید. درمان رفتاری شناختی (CBT) اغلب این نوع رویارویی و پیشگیری از تشریفات وسواسی را به کار می‌گیرد، اما افکار اشخاص را نیز مورد آزمایش قرار می‌دهد و عقاید و اهداف آنها را به چالش می‌کشد. این درمان‌ها به نظر می‌رسد در اثر بخشی

1 - Behavior Therapy (BT)

۷۰ / راهنمای عملی درمان فراشناختی (MCT) برای بیماران

شان به طور وسیعی مساوی هستند، حدود ۵۰-۶۰ درصد از بیماران معیارهای بهبودی را پیدا می‌کنند. با این حال، معیارها نشان می‌دهند که نشانه‌های باقی مانده مشکل، در بسیاری از موارد ادامه پیدا می‌کنند.

درمان فراشناختی (MCT)، یک پیشرفت جدیدتر در CBT است و تاکید بر درمان سنتی را تغییر می‌دهد. در این درمان نسبت به رفتار درمانی (BT)، مواجهه کمتر وجود دارد و درمانگر به طور اختصاصی بر باورهایی متمرکز است که بیمار در مورد اهمیت و معنی افکار و سواسی و اعمال جبری دارد. درمان همچنین بر روی توسعه روش‌های انعطاف پذیر جدید از تجربه و سواس‌های فکری متمرکز است که اهمیت آنها و پریشانی که آنها ایجاد می‌کنند را کاهش می‌دهد. مطالعات مقدماتی اخیر استفاده از درمان فراشناختی (MCT) را مورد حمایت قرار می‌دهند اما آزمایش‌های کنترل شده هنوز انجام نگرفته‌اند.

درمان‌های دارویی نیز برای درمان اختلال و سواسی جبری استفاده می‌شوند. اما به نظر می‌رسد برخی از داروهای ضد افسردگی، نه همه آنها، مفید باشند. یک طبقه اختصاصی که مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRI's) نامیده می‌شوند، می‌توانند برای برخی از مردم مفید باشند، اما آنها می‌توانند باعث عوارض جانبی نیز بشوند. پزشک شما می‌تواند شما را در مورد گزینه‌های درمانی موجود راهنمایی کند.

پیوست الف - درمان فراشناختی:

الف ۱: اختلال وسواسی جبری (OCD)

اختلال وسواسی جبری یک اختلال اضطرابی است که بر روی حدود ۳ درصد از جمعیت تاثیر می‌گذارد. گرچه فقط ۳ درصد از جمعیت، اختلال وسواسی جبری قابل تشخیص دارند، اکثر افراد برخی از علائم اختلال وسواسی جبری را به میزان کمتری تجربه می‌کنند. تحقیقات نشان داده‌اند که در بیش از ۹۰ درصد از افراد بدون اختلال وسواسی جبری، افکار مزاحم و یا ناراحت کننده وجود دارد.

وسواس‌های فکری

وسواس‌های فکری افکار، تصاویر، تکانه‌ها یا ایده‌هایی هستند که از نظر ماهیت ناراحت کننده‌اند و مقدار زیادی اضطراب ایجاد می‌کنند. به عنوان مثال، یک وسواس فکری ممکن است یک فکر تکرارشونده‌ای مانند این باشد که همه خانه در آتش خواهد سوخت. این فکر وسواسی می‌تواند به شکل تصویری از سوختن خانه یا فقط این ایده باشد که "خانه ام ممکن است بسوزد". وسواس‌های فکری، بهترین افکار تحت عنوان افکار ناراحت کننده هستند که شخص نمی‌تواند آنها را متوقف کند. در طول درمان این برنامه شما یاد خواهید گرفت که چگونه افکار مزاحمی که تقریباً در دنیا توسط هر کسی و در هر زمانی تجربه می‌شوند، می‌توانند به وسواس‌های فکری تبدیل شوند. محتوای وسواس‌های فکری تا حد زیادی می‌تواند متنوع باشد، اما آنها در مقوله‌های خاصی قرار می‌گیرند. در زیر فهرستی از برخی از مقوله‌های شایع و نمونه‌هایی از افکار وسواسی وجود دارند، اما بسیاری از موارد دیگر نیز وجود دارند.

افکاری که ممکن است شامل صدمه زدن به خود یا شخص دیگری باشند شامل موارد

زیر هستند:

- این فکر ناراحت کننده که شاید آنها یا کسی که آنها از او مراقبت می‌کنند توسط میکروب‌ها آلوده شده و خیلی مریض شوند.

- افکار وسواسی که آنها یا کسی که آنها از او مراقبت می کنند ممکن است مورد لعنت قرار گیرند.
- افکاری که ممکن است خانه بسوزد و یا شعله ور شود.
- افکاری که آنها ممکن است یک بیماری جدی بگیرند، مانند HIV یا بیماری جنون گاوی.
- افکاری که ممکن است باعث انجام کاری نامتناسب یا غیر اخلاقی شوند شامل موارد زیر هستند:
- افکار ناراحت کننده یا تصاویر داشتن رابطه جنسی با کودکان
- افکار ناراحت کننده یا تصاویری از سلاح سرد، مشت زدن یا کتک زدن به یک فرد دیگر
- افکار کفر آمیز مانند فحاشی به بزرگان مذهبی (ائمه یا پیامبران)

تجربه افکاری از قبیل آنهایی که در بالا فهرست شده اند، منجر به پریشانی و اضطراب می شود. این موضوع باعث شده است که اختلال وسواسی جبری به عنوان یک اختلال اضطرابی طبقه بندی شود. افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری می دانند که محتوای افکار وسواسی شان احتمالاً غیر منطقی است، اما وقتی آنها این افکار را تجربه می کنند، به دلیل اضطراب شدید ناشی از این افکار، برای آنها بسیار دشوار است که به طور واضح و روشنی فکر کنند. اگرچه افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری معمولاً می توانند بپذیرند که چیزی که آنها در باره آن نگران هستند، بعید است که اتفاق بیفتد، ولی باز هم احساس اضطراب می کنند، به این دلیل که آنها روی چگونگی ترسی که پیدا خواهد شد، اگر آن موضوع در واقعیت درست باشد، تمرکز می کنند.

وسواس های عملی

در پاسخ به افکار ناراحت کننده و سطح بالای اضطراب، قابل فهم است که شخص سعی خواهد کرد که کاری را انجام دهد تا احساس بهتری پیدا کند. در اختلال وسواسی جبری چندین اتفاق می افتد. معمولاً فرد از هر چیزی که ممکن است افکار ناخوشایند را آغاز

کند، اجتناب می‌کند. برای مثال، اگر این وسواس‌های فکری ناراحت‌کننده در باره این احتمال هستند که تمام خانواده از تماس با پنبه نسوز بیمار می‌شوند، بنابراین شخص به طور طبیعی شروع خواهد کرد به اجتناب از مکان‌ها یا حتی افرادی که می‌توانند با پنبه نسوز به شیوه‌های مختلفی در ارتباط باشند.

علاوه بر اجتناب از عوامل شروع‌کننده، افراد همچنین ممکن است برای کمک به "محافظت" از خود و خانواده‌شان، درگیر اعمال وسواسی یا تشریفات معینی شوند. در مثال پنبه نسوز، این اعمال ممکن است شامل عمل وسواسی شستن دست‌ها و لباس‌ها هر بار که شخص بیرون از خانه بوده است، بشود. با انجام این اعمال وسواسی یا تشریفات، شخص در کوتاه مدت احساس بهتری پیدا می‌کند، به طوری که آن عمل اضطراب را کاهش می‌دهد و حس کنترل را ایجاد می‌کند. در این جا مشکل این است که اعمال وسواسی شروع به بیشتر شدن می‌کنند و می‌توانند در نهایت بسیار وقت‌گیر شده و تا حد زیادی با زندگی شخص تداخل پیدا کنند.

یک مثال دیگر شخصی است که افکار ناراحت‌کننده (وسواس‌های فکری) دارد که شامل تصاویری از اعضای خانواده است که دارند بیمار می‌شوند یا در حال مرگ هستند. این افکار به طور طبیعی باعث اضطراب زیاد می‌شوند، بنابراین شخص یاد می‌گیرد که تصویر ناراحت‌کننده‌ای را با تصویر دیگری یعنی تصویری لذت‌بخش‌تر، جایگزین کند. بار دیگر، این کار اضطراب را در کوتاه مدت کاهش می‌دهد، اما در نهایت تبدیل به یک رفتار بسیار وقت‌گیر می‌شود.

بزرگترین مشکل در استفاده از اعمال جبری یا تشریفات وسواسی برای کاهش اضطراب این است که اگر مردم تشریفات "محافظت‌کننده" را انجام ندهند، هرگز آنچه واقعا اتفاق خواهد افتاد را آزمایش نخواهند کرد. در نتیجه، شخص باور جدیدی پیدا می‌کند که به احتمال زیاد بیشتر از افکار ناراحت‌کننده رخ می‌دهند، برای مثال، "فقط به این دلیل چیز بدی اتفاق نیفتاده است که من این تشریفات را انجام داده‌ام". آنها حتی بیشتر متکی به انجام

تشریفات می‌شوند و کمتر قادر هستند که به قضاوت هایشان اعتماد کنند. در زیر فهرستی از برخی اعمال جبری یا تشریفات وسواسی شایع وجود دارد:

- دست شستن بیش از حد، تمیز کردن، شست و شوی بسته‌های مواد غذایی
- چک کردن بیش از حد درها، قفل‌ها، سوئیچ‌های برق، اجاق‌های گاز، اشیاء فلزی داغ
- ذکر وردها و دعاها برای جایگزین کردن افکار و تصاویر ناراحت کننده
- نیاز به انجام کارها در زمان‌های معین یا مطابق با قاعده و قانون معین
- کسب اطمینان مجدد
- مرتب کردن مجدد اشیاء به صورت تقارن یا در یک جهت
- چک کردن جاده برای دیدن اینکه شخصی را زیر نگرفته باشد.

علل اختلال وسواسی جبری

در مورد علت اختلال وسواسی جبری جواب مشخصی وجود ندارد. با این حال، عوامل متعددی برای علت اختلال وسواسی جبری شناخته شده‌اند. هر شخص مبتلا به اختلال وسواسی جبری ترکیبی از عوامل مختلف را دارد. برای مثال، برخی از افراد سابقه خانوادگی قوی از اضطراب دارند، در حالی که برخی دیگر ندارند. بعضی از افراد خانواده‌ای دارند که در آن رفتارهای خاصی وجود دارد مانند ترس از بیماری یا عدم قطعیت که ممکن است الگوگیری شده باشد، در حالی که دیگران ممکن است این زمینه را نداشته باشند. خوشبختانه، برای درمان موثر اختلال وسواسی جبری لازم نیست دقیقاً بدانیم که چه چیزی علت آن است. خبر خوب این است که ما بدانیم که چه نوع چیزهایی اختلال وسواسی جبری را به پیش می‌برند و چه چیزهایی می‌توانند تغییر داده شوند.

ژنتیک

برخی شواهد وجود دارد که افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری میزان بروز بالاتری از حداقل یک اختلال اضطرابی را در اعضای خانواده خود دارند. به نظر می‌رسد که آسیب

پذیری زیست شناختی کلی به اضطراب ممکن است به لحاظ ژنتیکی منتقل شود. با این حال، این آسیب پذیری به خودی خود، برای توضیح اینکه چرا برخی از افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری می‌شوند، در حالی که دیگران مبتلا به سایر اختلال‌های اضطرابی مانند اختلال اضطراب اجتماعی می‌شوند، کافی نیست. بنابراین، همچنین به نظر می‌رسد که یادگیری بخش مهمی را در این اختلال بازی می‌کند.

یادگیری

برخی از افراد در خانواده‌هایی پرورش یافته‌اند که قوانین بسیار سفت و محکمی در این خصوص که چه کارهایی بایستی انجام شود، داشته‌اند. این نوع سوابق شامل ارائه تحسین برای انجام دادن کارها به طور کامل و انتقاد برای عملکرد ناقص می‌باشند. به این ترتیب، کودکان می‌توانند راه‌های معینی از انجام چیزهایی که می‌توانند آنها را نسبت به ابتلاء به اختلال وسواسی جبری بیشتر آسیب پذیر کنند، یاد بگیرند.

نوع دیگری از یادگیری می‌تواند هنگامی رخ دهد که به کودک مسئولیت پذیری بیش از حد داده می‌شود و کودک یاد می‌گیرد نقش سرپرستی از دیگران را بر عهده بگیرد. این امر می‌تواند منجر به مشکلات قبول مسئولیت پذیری بیش از حد در مراحل بعدی زندگی شود و در افرادی شایع است که مبتلا به اختلال وسواسی جبری هستند. با این حال، بسیاری از کودکان با چنین سوابقی به اختلال وسواسی جبری مبتلا نمی‌شوند. بار دیگر یادآوری می‌شود که اختلال وسواسی جبری بستگی به ترکیب معینی از عوامل دارد.

آیا اختلال وسواسی جبری یک بیماری مغزی است؟

این مهم است که شما آگاهی داشته باشید که اختلال وسواسی جبری یک "بیماری مغزی" یا ناشی از یک مغز غیر طبیعی نیست. این احتمال وجود دارد که شما آن را به عنوان یک ادعای رایج در سایت‌های اینترنتی خوانده باشید. واقعیت این است که مطالعاتی که انجام گرفته است نمی‌تواند هیچ گونه پیوند علت و معلولی را بین بدکارکردی مغز و اختلال وسواسی جبری تایید نماید. تمام آنچه که در مطالعاتی از این قبیل نشان داده شده این است که هنگامی که شخص دچار اختلال وسواسی جبری می‌باشد، مغز فعال تر است، به این دلیل که

۷۶ / راهنمای عملی درمان فراشناختی (MCT) برای بیماران

فرد زمان زیادی صرف تشریفات نگران کننده و کامل کننده می کند. با این حال، این بیش فعالی بعد از درمان شناختی رفتاری موفق ناپدید می شود. حداکثر آنچه می توان گفت این است که بین بیش فعالی در مغز و اختلال وسواسی جبری رابطه وجود دارد، اما مطلقاً هیچ مدرکی دال بر این که این موضوع علت این مشکل است، وجود ندارد.

الف ۲: انگیزه برای تغییر

این برگه به چهار بخش تقسیم شده است. هر بخش یک جنبه مثبت یا منفی در مورد ابتلاء به اختلال وسواسی جبری را نشان می‌دهد. لطفا زمانی را برای ملاحظه هر بخش با جزئیات در نظر بگیرید و سعی کنید به برخی از جنبه‌های مثبت و منفی ابتلاء به اختلال وسواسی جبری و تغییر فکر کنید. ایده‌های خود را ثبت کنید. درمانگرتان در مورد اینکه چگونه تعادل شما در جنبه‌های مثبت و منفی اختلال وسواسی جبری، روی انگیزه شما برای کار سخت در درمان تاثیر خواهد گذاشت، بحث خواهد کرد.

فهرست همه جنبه‌های منفی ابتلاء به OCD	فهرست همه جنبه‌های مثبت ابتلاء به OCD
فهرست همه مزایای شخصی که شما انتظار دارید اگر شما تغییر کنید	فهرست همه هزینه‌های شخصی که شما انتظار دارید اگر شما تغییر کنید

الف ۳: تبیینی از این برنامه درمانی

درمانی که شما در حال انجام آن هستید، درمان فراشناختی نامیده می‌شود. فراشناخت ها، فکر کردن در باره فکر کردن، هستند. شناخت اصطلاح دیگری از تفکر است. به یک طریق، فراشناخت‌ها مانند مرکز کنترل مغز هستند، آنها تفکر روزمره‌ای را نظارت و ارزیابی می‌کنند که به یک سطح پایین تر می‌رود. فکر کردن در باره فکر کردن می‌تواند مثبت یا منفی باشد. به عنوان مثال، یک فکر مثبت در باره فکر ممکن است این جمله باشد. "آه، نگاه کنید که من دوباره دارم در باره سفرمان فکر می‌کنم، من باید هیجان زده بشوم". یک فکر منفی در باره فکر ممکن است این جمله باشد. "آه، ای کاش من نگرانی در مورد فردا را متوقف کنم، من احساس می‌کنم عصبی هستم".

دلیل اینکه چرا فراشناخت یا فکر کردن در باره فکر کردن مهم هستند، این است که افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری دریافته‌اند که فراشناخت‌های غیر مفید اختصاصی دارند. اغلب افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری افکارشان را به گونه بسیار مهمی ارزیابی خواهند کرد و بر این باورند که وقوع انواع معینی از افکار ممکن است معنای به خصوصی داشته باشد. به عنوان مثال، یک فرد مبتلا به اختلال وسواسی جبری خودش متوجه شد که دارای فکر ناراحت کننده‌ای است که برادرش ممکن است تصادف کند و لذا او یک فکر در باره این فکر داشت (فراشناخت): "واقعیت دارد که اگر من این فکر را داشته‌ام این احتمال که آن فکر به حقیقت خواهد پیوست، را بیشتر می‌کند". در نتیجه این فراشناخت، او بارها و بارها با برادرش تماس گرفته بود، چک می‌کرد که حال او خوب است یا نه. این رفتار باعث تقویت فکر شد و به او این قدرت را داد که احساس اضطراب کند. همچنین او با احتمال بیشتری به این نوع تفکر در آینده توجه خواهد کرد.

این درمان به شما کمک خواهد کرد تا از فراشناخت‌های غیر مفید و سودمند خود آگاه شوید و درمان به شما در پاسخ دادن به آنها به شیوه‌ای متفاوت، یاری خواهد کرد. این افکار به طور کامل ناپدید نخواهند شد. همانطور که در جلسه ۱ بحث کردیم، افکار یا تصاویر

مزاحم بخشی از زندگی هستند و در گستره کمتری، برای هر فردی، و هر زمانی، اتفاق می‌افتند. نکته مهم یادگیری این است که چگونه به افکار به طور متفاوتی پاسخ دهید به طوری که آنها برای شما خیلی ناراحت کننده نباشند و به وسواس عملی یا اجتناب منجر نشوند. معمولاً، افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری به افکارشان با تشریفات و اجتناب از هر چیزی که ممکن است ماشه چکان یک فکر مزاحم باشد، پاسخ می‌دهند: این امر، افکار مزاحم را در دراز مدت تقویت می‌کند و لذا کمک کننده نیست. این درمان به شما در تغییر رفتارهایتان کمک خواهد کرد به طوری که شما بتوانید برخی از باورهای فرا شناخت‌های مفید و سودمند را ایجاد کنید.

در این درمان لازم است که شما حداکثر تلاش خود را برای همکاری با درمانگران (و گروه اگر شما در حال گروه درمانی هستید)، انجام دهید و همچنین در این درمان لازم خواهد بود که شما برخی اوقات از طریق تمرین‌ها و آزمایش‌هایی که در درمان تاکید می‌شود، برنامه درمان را پیگیری کنید. لازم است که شما برای تمرین‌های برنامه ریزی شده و برگه‌های کار یا آزمایش‌های هفتگی بین جلسات، در جلسه‌های درمانی شرکت کنید.

وظیفه شما در هفته، همراه با برگه‌های کار تعیین شده توسط درمانگران این است که عادت کنید فراشناخت‌های خود را مشاهده کنید، و به واکنش‌ها و پاسخ‌هایتان به افکار خود کارتان توجه کنید. سعی نکنید آنها را تغییر دهید، فقط به افکارتان در مورد این افکار و اثر آنها توجه کنید.

الف ۴: آزمایش‌های شخصی

بیاد داشته باشید که افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری از آنچه ما افکار مزاحم می‌نامیم در رنج هستند، توقف این افکار و پاسخ دادن به آنها خیلی سخت است. محتوای این افکار معمولاً بسیار نگران‌کننده است و باعث اضطراب بسیار زیادی می‌شود، به این دلیل که افراد بر این باورند که این افکار به احتمال زیاد به حقیقت می‌پیوندند. به طور طبیعی، افراد کاری را انجام می‌دهند که فکر می‌کنند برای کاهش دادن شانس اتفاق بدی که می‌افتد، بهترین است. این شامل رفتار جبری مانند واریسی کردن چیزی بارها و بارها، تمیز کردن در حد افراطی، "ختی سازی" افکار یا پرسیدن مکرر برای اطمینان از یک شخص دیگری می‌باشد.

بزرگترین مشکل با انجام این تشریفات این است که مردم هرگز به طور واقعی باورهای خود را مورد آزمایش قرار نمی‌دهند. آنها تمایل به تجربه فکر ناراحت‌کننده دارند، سپس به آن به گونه‌ای که واقعی هستند، پاسخ می‌دهند. هر زمانی که افراد فکر ناراحت‌کننده دارند و سپس تشریفات را انجام می‌دهند، اعتقاد پیدا می‌کنند که فقط به این دلیل چیز بدی اتفاق نیفتاد که آنها این تشریفات را انجام دادند و این تشریفات از آنها محافظت کرد. این موضوع می‌تواند برای امتحان کردن مقاومت در برابر این تشریفات و دیدن اینکه چه اتفاقی خواهد افتاد، بیش از حد ترسناک به نظر برسد، اما این دقیقاً همان چیزی است که لازم است به منظور مشاهده بهبود علائم اختلال وسواسی جبری رخ دهد.

اگر چه شما اکنون این نظریه را آموخته‌اید که "افکار فقط افکار هستند و نمی‌توانند باعث چیزهای بدی که اتفاق می‌افتند بشوند"، شما با استفاده از تجربیات شخصی نیاز به آزمایش آن دارید تا بتوانید آن را باور کنید. تجربیات شخصی، آزمایش‌های ساده‌ای هستند که شما با درمانگر تان روی آنها کار می‌کنید - آزمایش‌هایی که به شما اجازه می‌دهند تا باورهای خودتان را در مورد چیزهای بد خاص در حال وقوع آزمایش کنید. آزمایش‌ها لازم است انجام شوند به طوری که چندان چالش برانگیز نباشند تا شما بتوانید آنها را انجام دهید، اما لازم است آنها هم به اندازه کافی به چالش کشیده شوند و بعضی اضطراب‌ها را برانگیزند، به گونه‌ای که باورهای وسواسی جبری شما را به چالش بکشند. در زیر نمونه‌ای از تجربه شخصی یک مراجع ارایه شده است:

دیوید افکار مزاحمی را در مورد اینکه اعضای خانواده اش تصادف‌های ناگواری می‌کنند، تجربه می‌کند. او به این افکار با تشریفات پاسخ می‌دهد که فقط شامل به کارگیری تعدادی اعداد فرد می‌شود. او معتقد است که باید هر کاری را حتی با اعداد انجام دهد تا از افکاری که دارند به وقوع می‌پیوندند، جلوگیری کند. درمانگر او روی آزمایشی کار کرد که در آن از دیوید پرسید اگر او برخی از اعداد فرد را بر روی یک تکه کاغذ بنویسد، فکر می‌کند چه اتفاقی خواهد افتاد. دیوید معتقد بود که اگر او این کار را انجام دهد، پدر یا مادرش در یک تصادف کشته خواهند شد. دیوید و درمانگرش با یکدیگر توافق کردند که می‌توان احتمال این باور را از طریق نوشتن ۱ و ۳ در پایین یک تکه کاغذ برای مدت یک دقیقه، بارها و بارها به آزمایش گذاشت. این تجربه، بررسی این موضوع خواهد بود که آیا یک عضو خانواده در تصادف کشته شده یا نه، و درمانگر از دیوید در این باره در جلسه آینده خواهد پرسید.

وقتی دیوید یک هفته بعد به جلسه درمانی اش برگشت، گزارش داد که اعضای خانواده اش همه زنده و سالم هستند و نوشتن اعداد فرد باعث هیچ واقعه مصیبت باری برای کسی نشد. درمانگر از دیوید پرسید باور او در مورد اجتناب از اعداد فرد چیست. دیوید پذیرفت که این آزمایش نشان داد که استفاده از اعداد فرد، احتمال رخ دادن اتفاق بدی برای خانواده اش را افزایش نمی‌دهد.

به منظور آزمون باورهای خود، لازم است که شما چندین آزمایش مختلف را انجام دهید، زیرا به طور کلی مدت زمانی طول می‌کشد تا باورهای قدیمی از بین بروند. با این حال، بعد از مدتی شما شواهد بیشتر و بیشتری بر علیه باورهای خود در مورد وقوع اتفاق‌های بد جمع‌آوری خواهید کرد. این امر به ویژه برای تکمیل ثبت یک فکر فراشناختی، پس از اینکه آزمایش را انجام داده‌اید و ممکن است احساس مقداری اضطراب کرده باشید، مفید و سودمند است. این کار به شما کمک خواهد کرد تا تجربه بیشتری را کسب کنید و کمتر احساس اضطراب کنید.

الف ۵: ثبت فکر فراشناختی

<p>افکار مفید و سودمند در باره افکار (به عنوان مثال "این فقط یک فکر است، یک واقعیت نیست، من لازم نیستم که به آن واکنش نشان بدهم")."</p>	<p>پیامدها (به عنوان مثال احساس اضطراب و اجبار به شستن دست‌ها بارها و بارها)</p>	<p>افکار غیرمفید و غیرسودمند در باره افکار (به عنوان مثال "من نمی‌توانم این فکر را نادیده بگیرم، آن احتمالاً واقعی است")."</p>	<p>افکار ناراحت کننده (به عنوان مثال "دست‌های من آلوده شدند، من بیماری خواهم گرفت")."</p>	<p>ماشه چکان (به عنوان مثال دست زدن به درب‌های عمومی)</p>

الف ۶: افکار مزاحم، قسمت اول

ثبت واقعیت‌هایی در باره افکار ناراحت‌کننده و ناخواسته (مزاحم)

همانطور که می‌دانید، ما دائماً در حال فکر کردن هستیم؛ فکر کردن واقعا هرگز متوقف نمی‌شود. گاهی اوقات ما در مقایسه با زمان‌های دیگر از افکارمان کمتر آگاه هستیم، گاهی اوقات آنچه به عنوان "افکار مزاحم" نامیده می‌شوند را تجربه می‌کنیم، اینها افکاری هستند که فقط به نظر می‌رسد به ذهن ما می‌آید، هنگامی که ما واقعا انتظار آنها را نداریم. این افکار به عنوان بهترین فعالیت تصادفی مغز در نظر گرفته می‌شوند، به طوری که مغز شما خودش به سادگی کار می‌کند. این فعالیت می‌تواند شامل افکار خود به خودی در باره هر چیز مطلق باشد، از چیزهای خنده دار مثل تصاویری از پوشیدن یک کلاه بزرگ خنده دار گرفته تا افکار الهام بخش در مورد جایگاه خودتان در سکوی برنده در بازی‌های المپیک.

با این حال، از آنجا که مغز خودش به طور تصادفی کار می‌کند، گاهی اوقات افکار یا تصاویر بسیار ناراحت‌کننده و نگران‌کننده تولید خواهد کرد، برای مثال، تصویر تشییع جنازه خودتان یا تصاویری از پرتاب کردن خودتان از یک پل. بدیهی است که افکار و تصاویر خنده دار و الهام بخش برای پذیرش آسان هستند و شما ممکن است زمانی که این افکار رخ می‌دهند، به طور اختصاصی خودتان را در مورد آنها واریسی کنید. با این حال اغلب، مقابله با افکار مختل‌کننده آسان نیستند. ما می‌دانیم که افراد تحت استرس تمایل دارند که فراوانی بالاتری از افکار مزاحم منفی را داشته باشند. برای برخی افراد، محتوای این افکار می‌تواند بسیار ناراحت‌کننده شود به طوری که بر روی آنها تمرکز می‌کنند و شروع به سوال کردن می‌کنند که معنی آنها چیست.

برای مثال، یک فکر مزاحم ناراحت‌کننده شایع، داشتن رابطه جنسی با کسی است که شما نبایستی با او رابطه جنسی داشته باشید یا صدمه زدن یا کشتن کسی که شما از او مراقبت می‌کنید، می‌باشد. مطالعات تایید کرده‌اند که افراد گزارشی در مورد این نوع افکار، در هر زمانی می‌دهند. با این حال، این افکار زمانی که به برخی از انواع آنها معنی منفی داده می‌شود،

تبدیل به یک مشکل می‌شوند مانند "من به دلیل این نوع تفکر، یک شخص بد هستم، من باید خودم را از هر نوع افکاری از این قبیل، دور کنم".

متأسفانه، صرف عمل تلاش برای فکر کردن به فکر ناراحت کننده تکراری که منجر به رخ دادن چیزی مخالف می‌شود، مفید نیست. این افکار حتی دوباره به طور فراوان تری برگشت می‌کنند. بنابراین، به منظور کمک به شما برای غلبه بر مشکلات تان با این افکار، ما باید مشغولیت ذهنی شما را از آنها کمتر کنیم، نه از طریق تلاش برای دور کردن آنها، بلکه فقط از طریق اطلاع و آگاهی از آنچه آنها هستند یعنی: فعالیت مغز، فقط افکار نه چیزی بیشتر از آن. به جای اینکه آنها را دور کنید، به آنها اجازه دهید داد که به سادگی اتفاق بیفتند، با آنها مبارزه نکنید، فقط این واقعیت را به خودتان یاد آوری کنید که: "آنها فقط افکار هستند".

چرا برخی از افکار ناراحت کننده تراز سایر افکار هستند؟

معمولاً وقتی افکار به طور مستقیم ارزش‌ها و اخلاقیات شخصی ما را مورد بی‌احترامی و توهین قرار می‌دهند، اکثراً ناراحت کننده هستند. این اتفاق به این دلیل می‌افتد که خارج کردن یک فکر یا تصویر توهین آمیز خیلی سخت تر است، به ویژه هنگامی که آن از درون شما سرچشمه می‌گیرد. سوالات معمول "من چگونه می‌توانم به چنین چیزی فکر کنم؟" یا "نمی‌دانستم من این جنبه را در شخصیت ام داشتم".

ما معمولاً در می‌یابیم که افکاری که متمایل به صدمه زدن به کسانی هستند که ما حداکثر مراقبت از آنها را می‌کنیم مثل نوزاد تازه متولد شده، همسر یا مادر، منجر کننده ترین افکار هستند. به عنوان مثال، جامعه‌ای که ما در آن زندگی می‌کنیم بزرگترین محکومیت را برای شکارچیان جنسی، افراد متمایل به برقراری رابطه جنسی با بچه‌ها، قاتلان و افراد ضد اجتماعی اختصاص می‌دهد به طوری که افکاری که مرتبط با این حوزه‌ها هستند، بخصوص ناراحت کننده و پریشان کننده خواهند بود.

افکار پر خاشک‌گرانه نسبت به کسانی که سست یا ضعیف تلقی می‌شوند نیز شایع و بسیار ناراحت کننده هستند، مانند فکر مزاحم حمله کردن یا هل دادن یک بانوی مسن در سوپر مارکت یا فکر پرتاب کردن یک نوزاد از پله‌ها.

اگرچه ما می‌دانیم که هر کسی افکاری مانند اینها را تجربه می‌کند، مردم معمولاً آنها را به دیگران اعتراف نکرده و آنها را مخفی نگه می‌دارند. افکار مزاحم شایع که به طور ناشناس توسط جمعیت عمومی گزارش شده‌اند شامل موارد زیر هستند:

صدمه و آسیب زدن

- فکر پریدن جلو یک ماشین
- فکر پرتاب کردن یک نوزاد از پله‌ها
- ایده برداشتن یک ساطور گوشت و تهدید کردن فردی در خانواده توسط آن
- به تصویر کشیدن یک شخص محبوب مرده
- فکر اینکه اگر من فراموش کنم با کسی خداحافظی کنم، او ممکن است بمیرد.
- تصور تصادف کردن یک عابر پیاده با ماشین من.

آلودگی یا بیماری

- ترس از صدمه زدن به خانواده مثلاً از طریق قرار گرفتن در معرض پنبه نسوز
- افکار ابتلا به یک بیماری از طریق دست زدن به یک صندلی توالت
- این ایده که کثافت و چرک همیشه روی دست‌های من است.
- ایده ابتلا به بیماری از طریق تماس با یک فرد
- فکر ابتلا به یک بیماری جدی از طریق استخر عمومی

رفتار نامتناسب یا غیر قابل قبول

- تکانه گفتن چیزی تند و زننده و فحش دادن به کسی
- تصور خود در حال خواندن آواز شاد در مراسم به خاکسپاری یک دوست
- تکانه انجام دادن کاری شرم آور و وحشتناک
- فکر عمل جنسی غیر طبیعی

- تصور آلت تناسلی مرد
- افکار اعمال خشونت در رابطه جنسی
- ایده داشتن رابطه جنسی با مردم زشت و بدقواره در اتوبوس
- ایده رابطه جنسی با اعضای خانواده.

شک و تردید در مورد ایمنی و حافظه

- فکر اینکه من درب خانه را آن طور که باید و شاید قفل نکرده ام.
 - تصور این که خانه من در آتش سوخته است و من همه چیز را از دست داده ام.
 - ایده این که اشیاء کاملاً مرتب چیده نمی شوند.
 - این ایده که من آن طور که باید و شاید ترمز دستی ماشینم را نکشیده ام، بنابراین ماشین من در ترافیک دچار چرخش، پیچیدن یا غلت زدن می شود.
- به طور خلاصه این نکته خیلی مهم است که شما به یاد داشته باشید که تجربه افکار ناراحت کننده و نگران کننده کاملاً طبیعی است و توسط همه افراد تجربه می شود. با این حال، هیچ کس به طور واقعی در مورد چنین افکاری صحبت نمی کند. افکار مزاحم تنها زمانی تبدیل به یک مشکل می شوند که ما توجه زیادی به آنها بکنیم و به آنها معنایی، فراتر از صرف یک فعالیت تصادفی مغز، بدهیم.

الف ۷: افکار مزاحم، قسمت دوم

آیا افکار مزاحم می‌توانند باعث چیزهای بد یا اتفاق‌های بد بشوند؟

پاسخ به این سوال منفی است. تجربه کردن یک فکر ناخواسته مزاحم مانند "من ممکن است آلوده شوم"، می‌تواند بسیار ناراحت‌کننده باشد، اگر شما معتقد باشید که هر فکری که شما دارید با اهمیت است و معنایی دارد. همانطور که ما قبلاً مطرح کردیم، افکار مزاحم، افکار ساده‌ای هستند که اکثر افراد در هر زمانی آنها را تجربه می‌کنند. مهم این است که اهمیت یا معنای اختصاصی به این افکار ندهید.

بسیاری از افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری که به واسطه محتوای افکار مزاحم ناراحت می‌شوند بر این باورند که داشتن چنین افکاری شانس اتفاق افتادن چیزهای بد را افزایش می‌دهد، برای مثال، "حالا که من این فکر را داشته‌ام، به این معنی است که در آینده با احتمال بیشتری به واقعیت خواهد پیوست". اعتقاد داشتن به اینکه این افکار شانس اتفاق افتادن چیزهای بد را افزایش می‌دهد، بسیار ناراحت‌کننده است. در واقع بسیار ناراحت‌کننده است که آن اعتقاد می‌تواند باعث شود تلاش سختی برای دور کردن افکار ناخوشایند و یا تلاش برای اینکه به خودتان اطمینان دهید که هیچ چیز بدی اتفاق نخواهد افتاد، صورت گیرد. همان‌طور که می‌دانید، تلاش برای دور کردن افکار ناخوشایند، کار ساز نیست و به سادگی، فراوانی رخ دادن این افکار را بیشتر می‌کند. مهم‌ترین چیز برای انجام دادن، شناسایی این نکته است که آنچه که رخ داده است، فقط یک فکر تکراری می‌باشد و اینکه لازم نیست معنای این افکار به هیچ وجه تجزیه و تحلیل شود.

این ایده که تجربه یک فکر می‌تواند در واقعیت تاثیر بگذارد، این است که شما نیاز به سوال کردن پیدا خواهید کرد. برای مثال، اگر این امر واقعیت دارد که وقوع ساده یک فکر می‌تواند باعث شود چیزی زیاد اتفاق بیفتد، پس باید برای شما فکر برنده شدن در قرعه‌کشی هفته آینده در جهت اینکه آن اتفاق بیفتد، ممکن باشد. مشکل افکار مزاحم این است که آنها ما را ناراحت می‌کنند به این دلیل که محتوای آنها معمولاً برای ما بسیار توهین‌آمیز است.

چه اتفاقی خواهد افتاد اگر شما به سختی تصور کنید چیز وحشتناکی برای یک دوست خوب اتفاق می‌افتد؟ آیا افکار شما قادرند زندگی دوست تان را تغییر دهند؟ اگر شما پاسخ بله بدهید، پس از خودتان پرسید چگونه افکار شما قادرند زندگی دوست تان را تغییر دهند. ارتباط بین افکار موجود در ذهن شما و حوادث جهان خارج چگونه رخ می‌دهد؟ تلاش برای متقاعد کردن یک دانشمند که این ارتباط امکان پذیر است، را تصور کنید. شما فکر می‌کنید که این دانشمند به شما چه خواهد گفت؟

بر اساس آنچه که ما در باره علت و معلول می‌دانیم، پاسخ علمی این است که برای رخ دادن حوادث لازم است برخی از مکانیسم‌های علی همراه وجود داشته باشد. برای مثال، اگر شخصی از تصادف با ماشین رنج می‌برد، اغلب چندین عوامل علی دخیل برای این تصادف وجود دارند مانند سایر رانندگان، شرایط جاده، هوشیاری ذهنی راننده و عملکرد ماشین. بهر حال، افکار منفی سایر افراد باعث انجام تصادفات با ماشین نمی‌شود.

احتمال رخ دادن چیزهای بد، به واسطه تجربه افکار ناراحت کننده در باره اتفاق افتادن چیزهای بد، افزایش پیدا نمی‌کند، به عنوان مثال، احتمال آلوده شدن توسط ویروس HIV بستگی به عوامل خطر شناخته شده واقعی دارد که می‌توانند به راحتی مشخص شوند. تجربه افکار مکرر مزاحم که شما ممکن است توسط ویروس HIV آلوده شوید، به این معنا نیست که شما به احتمال زیادی آلوده شده‌اید. باز هم شما باید از خودتان پرسید چه عوامل سببی شناخته شده‌ای وجود دارند. هرگز مشخص نشده است که افکار ناراحت کننده تکراری در باره داشتن ویروس HIV، شانس آلوده شدن به آن را افزایش بدهد.

داشتن افکار مزاحم منفی باید به این معنی باشد که من می‌خواهم آنها رخ بدهند.

برخی اوقات افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری به اشتباه فرض می‌کنند به این دلیل که آنها افکار ناراحت کننده خاصی را نگهداری می‌کنند مانند "من ممکن است به دوستم ضربه بزنم"، احتمالاً آنها واقعا می‌خواهند که این فرضیه در برخی از سطوح رخ دهد. آنها نتیجه گیری می‌کنند که به این دلیل که این افکار نگهداری شده، رخ می‌دهند، باید این معنی

راهنمای عملی درمان فراشناختی (MCT) برای بیماران / ۸۹

را بدهد که آنها می‌خواهند این افکار را داشته باشند. اگر شما این عقیده را دارید، ضروری است که شما موارد زیر را به خودتان یادآوری کنید:

- دلیل اینکه وقوع افکار مزاحم فراوان تر می‌شوند این است که اکثر افراد سعی می‌کنند آنها را دور کنند و انجام این امر همیشه فراوانی این افکار را افزایش می‌دهد. تمرین خرس سفید را به یاد داشته باشید: هر چه شما بیشتر سعی کنید به یک خرس سفید فکر نکنید، وجود این افکار برای شما قوی تر می‌شوند.
- هر کسی افکار ناراحت کننده را از در هر زمانی تجربه می‌کند، تجربه یک فکر، معادل تمایل محتوای این فکر برای اینکه اتفاق بیفتد، نیست.
- اگر شما در باره این افکار خوشحال بودید و می‌خواستید آنها به واقعیت تبدیل شوند، پریشانی در مورد محتوا و مفهوم آنها را تجربه نمی‌کردید.

الف ۸: ذهن آگاهی فکر

ذهن آگاهی به معنای یادگیری مشاهده افکار تان بدون قضاوت کردن در مورد آنها است. این برای توجه عمدی به افکار تان است، اما نه برای ارزیابی آنها به عنوان افکار "خوب" یا "بد" و نه تلاش برای دور کردن آنها. ذهن آگاهی با آرام سازی یکسان نیست، اگر چه برخی افراد آن را آرامش بخش در می یابند. در صورتی که شما آن را آرامش بخش نیافتید، ولی تا زمانی که شما در حال بدست آوردن این فرصت برای مشاهده افکار تان بدون قضاوت آنها هستید، خوب است.

این تمرین خوبی است برای ذهن آگاهی به مدت ۵ تا ۱۰ دقیقه در روز تا زمانی که شما با انجام آن تمرین احساس خوبی دارید. به این ترتیب، قادر خواهید بود تا این مهارت را به آسانی و تا زمانی که نیاز به آن دارید، بکار بگیرید. جهت آمادگی برای تمرین ذهن آگاهی، شما نیاز دارید که خودتان را یا به حالت نشسته یا دراز کشیدن، در یک جای راحتی قرار دهید. در جایی آرام، جایی که در آن شما بتوانید برای ۱۰ دقیقه بدون ناراحتی و پریشانی بمانید. اگر نشسته اید، سعی کنید که هر دو پاهایتان را روی زمین گذاشته، زیرا پاهای متقاطع، شما را با احتمال بیشتر دچار بی قراری و ناراحتی می کند.

شما ممکن است بخواهید سعی کنید از یکی از این تصاویر در تمرین ذهن آگاهی تان کمک بگیرید. هنگامی که در حال تلاش برای انجام دادن تمرین های تجسمی از این قبیل هستید، خوب است که ابتدا برای ایجاد این تصویر وقت صرف کنید: با جزئیات به آن چیزی که در اطراف تان می بینید، همچنین هر صدا یا بویی، توجه کنید.

• **برگ های شناور در جریان یک رودخانه.** خودتان را تصور کنید که بیرون از جریان یک رودخانه نشسته اید، درختان در اطرافتان است، یک نسیم ملایم می وزد و چمن سبز نرم است. همانطور که افکار یا احساسات بدون مقدمه با فشار به ذهن شما می آید، هر یک از آنها را به عنوان یک برگ در جریان رودخانه تصور کنید و آن را در آب شناور تماشا کنید، به تدریج برگ حرکت می کند، سپس برگ بعدی را تماشا کنید که همین

روند را طی می‌کند. این افکار را ارزیابی نکنید یا سعی نکنید آنها را از بین ببرید. فقط به هر یک با علاقه توجه کنید - چه نوع برگی است، سپس با آرامش برگ‌های شناور در جریان رودخانه را تماشا کنید.

• *افکار در حال رژه رفتن.* خودتان را در حال تماشای یک رژه، موسیقی نظامی با مارش، فلوت‌ها، بادکنک‌ها و تعداد زیادی از افراد با تابلوها یا اعلامیه‌ها تصور کنید. به محض اینکه فکر یا احساسی توجه شما را به خود جلب می‌کند، آن را به صورت نوشتاری روی یکی از اعلامیه‌هایی که در رژه حمل می‌شود، تجسم کنید. این افکار را ارزیابی نکنید یا سعی نکنید از آنها دوری کنید. فقط به هر یک از آنها با علاقه توجه کنید و رژه آنها را در مقابل خودتان تماشا کنید. شما فقط در حال تماشای رژه این افکار هستید، ولی در داخل آن نیستید.

• *زیرنویس‌های تلویزیون.* این تمرینی است مشابه با تمرین بالا، به استثنای اینکه افکار شما به صورت متن پایین صفحه نمایش تلویزیون ظاهر می‌شوند مانند متن در حال اجرای پایین اخبار و نمایش‌های متنوع صبح گاهی.

این کلیدی است برای تمرین کردن مشاهده افکار خود با علاقه بدون تعصب، بدون قضاوت کردن در مورد آنها تحت عنوان افکار "خوب"، یا افکار "بد"، برای دوری کردن از آنها. فقط اجازه دهید این افکار اتفاق بیفتند. هر فکر یا احساسی - نه فقط افکار و سواسی - می‌تواند بر روی یک برگ یا تابلو یا زیر نویسی قرار داده شود، حتی افکاری مانند "این احمقانه است، من نکته‌ای از این تمرین را متوجه نمی‌شوم"، "بینی من خارش دارد"، "من گرسنه‌ام"، یا هر چیزی از این قبیل. نکته این نیست که از افکار و سواسی دوری کنید یا ضرورتاً با این افکار راحت باشید، این فقط روش دیگری است برای تمرین دستیابی برای فاصله گرفتن از برخی از افکارتان به جای این که در دام آنها بیفتید.

تکالیف این هفته:

تلاش برای کنترل کردن افکار تان در مقابل اجازه دادن به آنها که "فقط اتفاق بیفتند".

یک روز را صرف این کنید که در طی آن روز شما به سختی تلاش می‌کنید تا بتوانید همه افکار ناخواسته یا مزاحم را از ذهن تان، خارج کنید. هنگامی که آنها اتفاق می‌افتند، تا حد ممکن در برابر آنها مقاومت کنید، سعی کنید آنها را از ذهن تان خارج کنید و به خودتان بگوئید دوباره به آنها فکر نکن. توجه کنید که از نظر فراوانی افکار، سطح پریشانی در مورد این افکار و سطوح اضطراب به طور کلی چه اتفاقی می‌افتد.

حالا روز دیگری را صرف این کنید که برای اینکه به افکار تان اجازه دهید که "فقط اتفاق بیفتند". سعی نکنید آنها را کنترل کرده یا از آنها دوری کنید. هنگامی که خودتان متوجه شدید که افکار مزاحم دارید، فقط به یاد داشته باشید که "این فقط یک فکر است" و خودتان را بخاطر داشتن این فکر سرزنش نکنید. باز هم توجه کنید که به طور کلی از نظر فراوانی افکار، سطح پریشانی در مورد این افکار و سطوح اضطراب چه اتفاقی می‌افتد.

الف ۹: ذهن آگاهی تمرین فکر

سعی کنید هر روز چند دقیقه را برای تمرین مشاهده افکارتان، فقط با توجه کردن به آنها و نه قضاوت کردن در باره آنها تحت این عنوان که این افکار خوب هستند یا بد، کنار بگذارید. وقت زیادی صرف یک تمرین می شود تا قادر شویم یک گام به عقب برداشته و با نقش ناظر به افکار مان نگاهی بیندازیم.

ممکن است بخواهید سعی کنید یک تکلیف دیداری مانند آنهایی که در این گروه مورد بحث قرار گرفتند، را انجام دهید: افکارتان را به عنوان تابلوهای تجسم شده در یک رژه، یا به عنوان برگ شسته شده پایین رود و یا به صورت متن در حال اجرای پایین صفحه نمایش یک تلویزیون تصور کنید. اطمینان حاصل کنید که شما در یک مکان کاملاً راحت قرار دارید که در آنجا واقعاً می توانید برای پنج دقیقه کاملاً تمرکز کنید. به یاد داشته باشید که هدف فقط مشاهده افکارتان است، نه قضاوت در مورد آنها. هنگام انجام این تمرین، چند یادداشت در مورد آنچه توجه یا تجربه می کنید، بنویسید.

همچنین تکمیل سایر برگه های کار ارائه شده توسط درمانگرتان را به یاد داشته باشید.

الف ۱۰: آزمایش‌های در هم آمیختگی فکر

در جلسه، ما چند آزمایش برای آزمون کردن اینکه آیا افکار ما می‌توانند واقعیت را کنترل کرده یا روی آن تاثیر بگذارند، انجام دادیم. به منظور درک واقعی این مفهوم، آزمون این نظریه، با آزمایش‌های متعلق به خودتان، در خارج از جلسه، مهم است.

در فضای زیر، یک آزمایش کوچک طرح ریزی کنید تا بتوانید برای آزمون کردن تاثیر افکارتان روی واقعیت از آن استفاده کنید. به عنوان مثال، شما می‌توانید یک دقیقه برای فکر کردن در مورد کسی که شما از او در مورد بیمار شدنش مراقبت می‌کنید، وقت صرف کنید، سپس ببینید که آیا آن اتفاق می‌افتد. شما عمداً می‌توانید فکر کنید که چیز بدی اتفاق می‌افتد و ببینید آیا بعداً آن اتفاق می‌افتد یا نه. سپس به مشاهدات خود در پایین توجه کنید.

آزمایش من این خواهد بود:

نتیجه تجربه من این بود (آیا واقعیت فقط از طریق فکر کردن روی شما تاثیر می‌گذارد؟ چگونه آن را احساس کردید؟ چه چیزی را یاد گرفتید؟).

الف ۱۱: برگه ثبت آزمایش

عقیده جدید و مفیدتر من	عقیده من درست بود؟	پیامد این آزمایش چه بود؟	عقیده من در مورد آنچه اتفاق خواهد افتاد	جزئیات آزمایش
داشتن این فکر که چیزی آلوده است، این معنا را ندارد که واقعی است.	نه	من کمی احساس اضطراب کردم اما من حالم خوب بود و دچار بیماری نشدم	من مدت کوتاهی پس از آن خیلی بیمار خواهم شد	مثال ۱: من از یک چیز بدون پاک کردن آن خواهم نوشید (تا حد ممکن است اختصاصی باشد)

الف ۱۲: برنامه‌ریزی نگهدارنده: من کجا بودم، در حال حاضر کجا هستم و به کجا می‌خواهم بروم کار را خوب دارید انجام می‌دهید. شما در حال حاضر در مسیر خودتان برای یادگیری مهارت‌هایی که شما با درمانگرتان در ادامه درمان و سواس تان لازم است انجام دهید، خوب پیش می‌روید. در حال حاضر زمان مناسبی است برای فکر کردن روی دستاوردهای کنونی تان و برنامه‌ریزی اولویت‌های تان برای دو جلسه آینده، به طوری که شما حداکثر آن چیزی را که می‌توانید خارج از جلسه درمان بدست آورید، کسب کنید.

در پایان درمان می‌توانید احساس مختلطی از بیم و امید داشته باشید. از یک طرف دیدن اینکه شما به سختی تلاش کرده‌اید و چه چیزی بدست آورده‌اید یا چه پیشرفتی کرده‌اید و اینکه ممکن است برای کسب چیزی در "دنیای واقعی"، با تمرین مهارت‌های فردی تان، نگاه رو به جلویی داشته باشید، یک دستاورد بزرگ است و از سوی دیگر ممکن است احساسی مانند یک چشم انداز ترسناک برای حمایت ارائه شده در جلسات داشته باشید و ممکن است در مورد توانایی تان برای حفظ درمان به تنهایی نگران باشید، یا به اینکه به پیشرفتی که داشته‌اید و می‌توانید به آن امیدوار باشید، شک کنید. به همین دلیل مهم است که چرا اکنون زمان مناسبی است برای فکر کردن در مورد اینکه انجام دادن بر عکس کار چیست، به طوری که شما بتوانید بهترین کار را در آخرین جلسه انجام داده و اعتماد به نفس پیدا کنید و در مورد ادامه درمان خارج از جلسه درمانی، انگیزه پیدا کنید.

به قبل از شروع آمدن در این برنامه درمانی فکر کنید. چه چیزی بزرگترین نگرانی یا مسئله شما بود؟ کدام علائم یا کدام نوع افکار مزاحم بیشتر باعث زحمت شما می‌شد؟ اختلال و سواسی جبری از چه راه‌هایی زندگی تان را از هم پاشیده بود؟

الف ۱۲: برنامه‌ریزی نگهدارنده: من کجا بودم، در حال حاضر کجا هستم و به کجا می‌خواهم بروم
(ادامه)

کدامیک از این زمینه‌ها بعد از درمان بهبود یافته‌اند؟

کدامیک از این زمینه‌ها هنوز به مقدار زیادی کار نیاز دارند؟

در نظر داشته باشید که این زمینه‌ها و مسائل شاید فقط با اختلال وسواسی جبری مرتبط نیستند (برای مثال، آسیب‌ها یا درد و رنج‌های گذشته که شما با خود حمل می‌کنید)، یا نشان دادن ترس‌های بسیار قابل توجهی که مقابله کردن با آنها بیش از حد دشوار به نظر می‌رسند. اینها را در اینجا به عنوان لیستی از موضوع‌ها برای اداره کردن بیشتر مسیر درمان، البته نه همه مسیرها، (شاید در درمان انفرادی یا گروه درمانی بعدی)، ثبت کنید. خوب است که با همه نگرانی‌های مان یک دفعه مقابله نکنیم!

حالا زمینه‌هایی از اختلال وسواسی جبری تان که شما فکر می‌کنید دوست دارید روی آنها در هفته‌های پایانی درمان تمرکز کنید، شاید برخی از چیزهایی که شما از آنها اجتناب کرده‌اید یا انجام آزمایش‌هایی در مورد آنها را فراموش کرده‌اید، را در نظر بگیرید. این به شما برای یادآوری گنجاندن این موارد در آزمایش‌های تان برای هفته‌های باقی مانده درمان،

کمک می‌کند. به یاد داشته باشید، شما هنوز هم نیاز به داشتن اهداف واقع بینانه و دست یافتنی دارید، بنابراین با مراحل آسان و ساده شروع کنید، سپس این چالش را افزایش دهید.

آیا حوزه‌هایی وجود دارند که فکر می‌کنید نیاز دارید بیشتر از دو هفته آخر اصلاح و تکمیل شوند، از قبیل تعمق و کنکاش کردن بیشتر در آزمایش‌ها، تکمیل تمام برگه‌ها به طور کامل، مرور یادداشت‌های جلسات، انجام آزمایش‌های روزانه، یا شناسایی باورهای غیر منطقی و افکار جایگزین؟

الف ۱۳: امتحان سریع

- ۱- اختلال وسواسی جبری ناشی از یک اختلال مغزی است. صحیح / غلط
- ۲- دو عامل دیگری که می‌توانند در ایجاد اختلال وسواسی جبری سهم داشته باشند را نام ببرید.

الف

ب

- ۳- اگر شما واقعا به اندازه کافی سخت تلاش کنید، می‌توانید افکار ناخواسته را متوقف و کنترل کنید تا آنها اتفاق نیفتند. صحیح / غلط
- ۴- محتوای افکار مزاحم یا وسواسی شما، خواسته‌ها و نیات عمیق شما را منعکس می‌کند. صحیح / غلط
- ۵- چرا آیین‌ها یا اعمال وسواسی (مانند شستشو، واریسی کردن، اجتناب، به دنبال اطمینان بودن، خنثی سازی افکار و شمارش) افکار مزاحم را بدتر می‌کنند؟

-
-
- ۶- مشخص کنید که کدامیک از افکار زیر متعلق به یک فرد مبتلا به اختلال وسواسی جبری است و کدامیک در جمعیت عمومی بدون اختلال وسواسی جبری هستند.

الف- فکر پرتاب کردن یک نوزاد از پله‌ها

ب- ایده برداشتن یک ساطور گوشت و تهدید کردن فردی در خانواده توسط آن

ج- افکار ابتلا به یک بیماری از طریق دست زدن به یک صندلی توالت

د- این ایده که کثافت و چرک همیشه روی دست‌های من است

ه- تصور خود در حال خواندن آواز نامناسب در مراسم به خاکسپاری یک دوست

و- تکانه انجام دادن کاری شرم آور و وحشتناک

ط- ایده داشتن رابطه جنسی با مردم زشت و بدقواره در اتوبوس

ک- این ایده که اشیاء کاملاً مرتب چیده نمی‌شوند.

ل- این ایده که من آن طور که باید و شاید ترمز دستی ماشینم را نکشیده‌ام، بنابراین ماشین من در ترافیک دچار چرخش، پیچیدن یا غلت زدن می‌شود.

۷- اگر من در مورد اتفاق افتادن چیزی وحشتناک فکر کنم یا آن را پایین کاغذ بنویسم، باعث می‌شوم که آن اتفاق، با احتمال بیشتری به طور واقعی، اتفاق بیفتد.

صحیح / غلط

۸- مشکل من با استفاده از "احساس واقعی" به عنوان معیاری برای انجام تشریفات و آیینی که دارند به درستی انجام می‌شوند (مانند شستن دست‌ها تا زمانی که "احساس تمیزی و پاک شدن" کنم یا مرتب کردن اشیاء تا زمانی که "احساس واقعی" کنم، چیست؟

۹- دو نمونه از "افکار غیر مفید و غیر سودمند در باره افکار" که به افکار مزاحم قدرت این را می‌دهند که شما را مضطرب کنند، فهرست کنید.

الف: _____

ب: _____

۱۰- دو نمونه از فراشناخت‌های مفیدتر و سودمندتر یا افکار در باره افکار را فهرست کنید.

الف: _____

ب: _____

هرچند وقت یکبار من باید آنها را انجام دهم	من چه کاری برای مدیریت این استرس می‌توانم انجام دهم.	فهرست عوامل استرس زای بالقوه
<p>روزانه: نموداری با مشاوره با خانواده تشکیل خواهم داد.</p> <p>روزانه:</p> <p>هفتگی:</p>	<p>من می‌توانم اطمینان حاصل کنم که کارهای خانه را در خانه بیشتر به دیگری محول کنم.</p> <p>من اطمینان حاصل خواهم کرد که من با حیوان خانگی ام قدم بزنم، به طوری که آن کار برای من آرامش بخش است.</p> <p>من قهوه را با دانه آن خواهم خورد.</p>	<p>مثال: بازگشت به کار استرس من را افزایش خواهد داد.</p>



گواهی می‌شود که شما

دوره درمان فراشناختی برای اختلال وسواسی جبری را به پایان رسانیده‌اید.
برای سخت کار کردن برای درک افکار، افکار در باره این افکار و برداشتن گام‌های واقعی
برای تغییر دادن آنها تبریک می‌گوئیم. ما می‌دانیم که شما دارای مهارت‌هایی برای ادامه گام
به گام مقابله با ترس‌های تان، هستید، بنابراین شما می‌توانید از زندگی بیشتر لذت ببرید.

امضاء



درمانگران

_____ / _____ / _____ تاریخ

پیوست ب: درمان شناختی رفتاری: برگه‌های اطلاعاتی و برگه‌های کار مراجع

ب ۱: افکار غیر مفید و غیر سودمند شایع در اختلال وسواسی جبری

بیش برآورد کردن

ما تمایل داریم که احتمال اتفاق افتادن چیزهای منفی را بیش از حد برآورد کنیم، برای مثال، ممکن است معتقد باشیم که احتمال اینکه خانواده مان توسط پنبه نسوز پس از شعله ور شدن، آلوده شوند، حدود ۶۰ درصد است. این تفسیر باعث مقدار زیادی اضطراب می‌شود. با این حال، بر اساس واقعیت، این یک بیش برآورد از احتمال یا خطر واقعی این اتفاق است. وقتی که همه متغیرها در نظر گرفته شوند، خطر بسیار کم تر برآورد خواهد شد.

مسئولیت پذیری بیش از حد

ما تمایل به داشتن مسئولیت پذیری بیشتر را نسبت به ضرورت چیزهایی که ممکن است در مورد آنها اشتباه کنیم، داریم به عنوان مثال، اگر مادرمان مریض شده باشد، ما ممکن است ۱۰۰ درصد خود را مسئول احساس کنیم. ممکن است اعتقاد داشته باشیم که باید هر روز به او زنگ بزنیم و حال او را بررسی کنیم و اگر یک فکر نگران کننده در باره او داشته باشیم، ممکن است برای جایگزینی این فکر با یک فکر مثبت، یا شاید تکرار دعای کوچک هر بار برای او، احساس کامل بودن کنیم. ما یک فکر مزاحم در باره بیماری او داریم.

باور به اینکه شما ۱۰۰ درصد مسئول هستید، مقدار زیادی پریشانی ایجاد می‌کند. بر اساس واقعیت، معمولاً بسیاری از متغیرها یا عوامل دخیل دیگری در رخدادن چیزهای منفی مسئول هستند. در این مثال، مادر ما بزرگترین مسئولیت را برای بهبود خود دارد.

تفکر جادویی

ما باور می‌کنیم که رویدادهای منفی می‌توانند به سادگی در نتیجه یک فکر منفی یا یک بدبختی رخ دهند، به عنوان مثال، ممکن است معتقد باشیم که یک شخص بدبخت هستیم و به سادگی، با داشتن یک فکر منفی در باره کسی، تاثیر بدی روی دیگران می‌گذاریم. ممکن

است یک فکر مزاحم از اینکه یکی از دوستان مان تصادف کرده اند، داشته باشیم و سپس به طور جادویی معتقد باشیم که این فکر ممکن است به نحوی ایجاد شود که واقعیت پیدا کند. افکار به خودی خود نمی توانند موجب شوند حوادث واقعی رخ دهند. اگر فکر کنیم، که به سختی می توانیم وارد سقف غاری شویم، این فکر احتمال وقوع این اتفاق را افزایش نخواهد داد. با این وجود عقاید خرافی در سراسر جهان وجود دارند، و هیچ شواهدی وجود ندارد که تعداد معینی از این عقاید، علت اتفاق افتادن چیزهای بد شوند.

کمال گرایی

ما باور داریم که اگر چیزی را به طور کامل انجام ندهیم، اتفاق بدی خواهد افتاد. افراد مستعد به کمال گرایی اگر معتقد باشند که کاری را به طور کامل انجام ندادند می توانند بسیار خود انتقادگر باشند. بنابراین آنها به دلیل شکست شان در انجام کاری به طور کامل و یا انجام کاری به اشتباه، احساس مسئولیت می کنند. به عنوان مثال، من تشریفات واریسی کردن قفل ها را کامل انجام ندادم و کسی در را شکسته است، بنابراین من ۱۰۰ درصد مسئول هستم.

ب ۲: برگه سلسله مراتب و اهداف شخصی

هدف شخصی من این است:

برای رسیدن به این هدف من باید مراحل سلسله مراتب زیر را تکمیل کنم:

شماره مرحله درجه پریشانی ذهنی (SUD)

- | | | |
|-------|-------|-----------|
| _____ | _____ | مرحله ۱: |
| _____ | _____ | مرحله ۲: |
| _____ | _____ | مرحله ۳: |
| _____ | _____ | مرحله ۴: |
| _____ | _____ | مرحله ۵: |
| _____ | _____ | مرحله ۶: |
| _____ | _____ | مرحله ۷: |
| _____ | _____ | مرحله ۸: |
| _____ | _____ | مرحله ۹: |
| _____ | _____ | مرحله ۱۰: |
| _____ | _____ | مرحله ۱۱: |
| _____ | _____ | مرحله ۱۲: |
| _____ | _____ | مرحله ۱۳: |
| _____ | _____ | مرحله ۱۴: |
| _____ | _____ | مرحله ۱۵: |
| _____ | _____ | مرحله ۱۶: |
| _____ | _____ | مرحله ۱۷: |
| _____ | _____ | مرحله ۱۸: |
| _____ | _____ | مرحله ۱۹: |
| _____ | _____ | مرحله ۲۰: |

۱۰۶ / راهنمای عملی درمان فراشناختی (MCT) برای بیماران

ب ۳: برگه ثبت رویارویی

ماده سلسله مراتب:

تاریخ تکمیل:

۱۰۰	
۹۰	
۸۰	
۷۰	
۶۰	
۵۰	
۴۰	
۳۰	
۲۰	
۱۰	
۰	

ثبت سطح پریشانی شما از صفر تا ۱۰۰

زمان را به دقیقه در زیر بنویسید. سعی کنید در ابتدا هر یک را ۲ تا ۳ دقیقه ثبت کنید و

سپس تا ۱۰ - ۵ دقیقه بعد توقف کنید.

ب ۴: نمونه ثبت فکر وسواسی جبری

۱- عامل شروع کننده (ماشه چکان): دیدن یک سگ سیاه

۲- فکر من چیست: دیدن این سگ یک نشانه است که امروز یکی از فرزندانم دچار آسیب خواهند شد.

من با پلیس تماس می‌گیرم تا بگویم که فرزندانم در یک تصادف اتومبیل کشته شده‌اند. من باید کاری انجام دهم تا مطمئن شوم این اتفاق نمی‌افتد، اگر کاری انجام ندهم، آنها خواهند مرد و این تقصیر من خواهد بود.

۳- چه احساسی کردم: ترس، وحشت، اضطراب.

۴- چه کاری انجام دادم: انجام تشریفات ذهنی ام برای گفتن اسم هایشان و اینکه من عاشق آنها هستم و آنها حالشان خوب خواهد بود. به آنها تلفن زدم و گفتم امروز در جاده‌ها حرکت نکنند.

۵- من چگونه افکار وسواسی ام را به چالش می‌کشم: من در حال انجام یک تفکر جادویی هستم. تفکر جادویی بر پایه واقعیت نیست. امکان ندارد که دیدن یک سگ سیاه از ۳۰ کیلومتری باعث شود تا فرزندان من با ماشین تصادف کنند.

دیدن این سگ احتمال اینکه فرزندان من با اتومبیل تصادف کنند را افزایش نمی‌دهد. انجام تشریفات وسواسی لازم نیست، به این دلیل که آن چیزی که من در ذهنم فکر می‌کنم، تاثیری بر رخدادن آن نمی‌گذارد.

۱۰۸ / راهنمای عملی درمان فراشناختی (MCT) برای بیماران

ب ۵: ثبت فکر وسواسی جبری

عامل شروع کننده (ماشه چکان):

چه فکری کردم:

چه احساسی کردم:

چه کاری انجام دادم:

چگونه افکار وسواسی ام را به چالش کشیدم:

منابع:

- Cavanagh M & Franklin J (2000). Attention Training and hypochondriasis: Preliminary results of a controlled treatment trial. Paper presented at the World Congress of Cognitive and Behavioral Therapy, Vancouver, Canada .
- Fisher, P. & Wells, A. (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: A test of the metacognitive model. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 821-829 .
- Fisher, P. & Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioural treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1543-1558 .
- Fisher, P.L., Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder (OCD): A case series. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 117-32.
- Papageorgiou C & Wells, A (2000). Treatment of recurrent major depression with attention training. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 407-413.
- Papageorgiou C. & Wells A (1998). Effects of attention training on hypochondriasis: a brief case series. *Psychological Medicine*, 28, 193-200 .
- Rees, C. (2009). *Obsessive Compulsive Disorder: A practical guide to treatment*. Australia: New Zealand.
- Siegle, G.J., Ghinassi, F., Thase, M.E. (2007). Neurobehavioral therapies in the 21st century: Summary of an emerging field and an extended example of cognitive control training for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 235-262.
- Valmaggia, L., Bouman, T.K. & Schuurman, L. (2007). Attention Training with auditory hallucinations: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 127-133 .
- Wells A (1990). Panic disorder in association with relaxation induced anxiety: An attentional training approach to treatment. *Behavior Therapy*, 21, 273-280.
- Wells A (2007). The Attention Training Technique: Theory, effects and a metacognitive hypothesis on auditory hallucinations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 134-138 .
- Wells A (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press. (Contains the ATT treatment manual for therapists).
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester UK: Wiley. (Chapter 9-treatment manual for OCD).
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester, UK: Wiley .
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford Press.

- Wells, A. White, J. & Carter, K. (1997). Attention Training: Effects on anxiety and beliefs in panic and social phobia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 226-232.
- Wilson & F.C. Keil. (Eds). *The MIT encyclopedia of the cognitive sciences*. Cambridge, MA: MIT Press.

MetaCognitive Therapy (MCT) of Obsessive-Compulsive Disorder

and Practical Guide of MetaCognitive Therapy (MCT) for the patients



by:

Mahboubeh Dadfar

PhD student in clinical psychology,
International Campus,
Iran University of Medical Sciences

Dr. Banafsheh Gharraee

Clinical psychologist
Faculty member of Iran University of Medical Sciences
School of Mental Health & Behavioral Sciences

Dr. Robabeh Nouri Ghasemabadi

Clinical psychologist
Faculty member of Kharazmi University

Pir Hossein Kolivand

Assistant of Shafa Neuroscience Research Center