



استاد به این مقاله: امانی، ملاح؛ ابوالقاسمی، عباس؛ احدی، بتول؛ نریمانی، محمد (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر استنتاج بر کاهش علائم وسواس فکری و علمی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۳(۱)، ۶۸-۵۵

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر استنتاج، بر کاهش علائم وسواس فکری و عملی

ملاح امانی^۱، عباس ابوالقاسمی^۲، بتول احدی^۳، محمد نریمانی^۴

دریافت: ۱۳۹۰/۱۰/۴ پذیرش: ۱۳۹۲/۸/۲۰

چکیده

پژوهش حاضر به منظور تعیین اثربخشی روش درمان مبتنی بر استنتاج بر کاهش علائم وسواس فکری و عملی انجام شده است. روش تحقیق مطالعه حاضر از نوع تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل می باشد. تعداد ۳۰ زن مبتلا که از طریق مصاحبه بالینی (SCID) تشخیص اختلال وسواس فکری-عملی را دریافت کرده بودند، بطور تصادفی در گروههای آزمایشی و کنترل (لیست انتظار) قرار گرفتند. شرکت کنندگان مقیاس وسواس فکری-عملی یل براون (Y-BOCS) و آشفته‌گی استنتاج (ICQ) را در پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند. افراد گروه آزمایشی در ۱۲ جلسه درمان گروهی مبتنی بر استنتاج دریافت کردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، از روش تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که، بین گروه‌های آزمایشی و کنترل در همه مقیاس‌های وسواس فکری-عملی یل براون (Y-BOCS) و در آشفته‌گی استنتاج (ICQ) به جز علائم وسواس پرخاشگری، مذهبی و جنسی، تفاوت معناداری وجود داشت. درمان مبتنی بر استنتاج در کاهش علائم وسواس فکری و عملی از اثربخشی لازم برخوردار است.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر استنتاج، اختلال وسواس فکری-عملی

¹ استادیار گروه روانشناسی و مشاوره دانشگاه بجنورد malahat1360@gmail.com

² دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی، abolghasemi_44@yahoo.com

³ دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی

⁴ استاد گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی

مقدمه

اختلال وسواس فکری-عملی^۱ (OCD) یکی از اختلالات اضطرابی است که ویژگی‌های بارز آن افکار و آیین‌های وسواسی است و باعث آشفتگی در افراد مبتلا می‌شود و غالباً در عملکرد و سازگاری اجتماعی این افراد اختلال ایجاد می‌کند. افکار وسواسی پیوسته موجب پریشانی بیمار می‌شوند و فرد مبتلا با تلاش‌های ناموفق، درصدد مقابله با آنها برمی‌آید. اعمال یا آیین‌های وسواسی به صورت رفتارهایی کلیشه‌ای در می‌آیند که بیمار مدام آن‌ها را تکرار می‌کند (سادوک و سادوک^۲، ۲۰۰۵). شیوه درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ روان‌درمانی انتخابی برای کاهش علائم اختلال وسواس فکری-عملی می‌باشد (مارچ، فرانسیس، کارپنتر و کاهن^۳، ۱۹۹۷) و بسیاری از بیماران بهبودی بالینی مهمی را با استفاده از مواجهه و جلوگیری از پاسخ نشان داده‌اند (آبراموویتز^۴، ۱۹۹۷؛ تایلور، آبراموویتز و مک‌کای^۵، ۲۰۰۵). با وجود این، بخش قابل ملاحظه‌ای از بیماران دارای اختلال وسواس فکری-عملی از درگیر شدن در فرایند درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ سر باز می‌زنند یا به طور زود هنگام قطع می‌کنند. حتی بعد از درمان، تعداد زیادی از این بیماران افکار مزاحم ناخواسته و مشکلاتی در سازگاری داشته‌اند (فیشر و ولز^۶، ۲۰۰۵). تعداد قابل توجهی از بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی (احتمالاً حدود ۲۰-۳۰ درصد) به درمان‌های مرسوم مواجهه و جلوگیری از پاسخ و درمان دارویی پاسخ نمی‌دادند. برخی عوامل مانند انگیزه کم، انتظار منفی از درمان، عدم پذیرش و ناتوانی در انجام تکالیف تعیین‌شده، باعث کاهش اثربخشی مواجهه و جلوگیری از پاسخ می‌شوند. احتمالاً مداخله‌های شناختی برای پرداختن به این موانع و مشکلات درمان لازم باشند. در نهایت، سوگیری‌های شناختی، باورهای ناکارآمد و تفکر نادرست در مواجهه و جلوگیری از پاسخ نشان می‌دهد که باید بطور مستقیم به جزء شناختی پرداخته شود (کلارک^۷، ۲۰۰۰). اخیراً در مدل درمان شناختی-رفتاری اوکانور و روبیلارد^۸ (۱۹۹۹) اینگونه مطرح شده است که فرایندهای استنتاجی ممکن است در ایجاد وسواس‌ها نقش داشته باشد. رویکرد مبتنی بر استنتاج^۹ (IBT) به جای تمرکز بر باورها یا ارزیابی‌های خاص در اختلال وسواس فکری-عملی، بر فرایند استدلالی مرتبط با شکل‌گیری وسواس تأکید می‌کند. این رویکرد از سایر مدل‌های شناختی متفاوت

1. Obsessive-compulsive disorder
2. Sadock & Sadock
3. March, Frances, Carpenter & Kahn
4. Abramowitz
5. Taylor & McKay
6. Fisher & Wells
7. Clark
8. O'Connor & Robillard
9. Inference-Based Therapy

است به این علت که رویکرد مبتنی بر استنتاج معتقد نیست که منبع وسواس افکار ناخوانده یا باورهای هستند که افکار مزاحم را خارج از کنترل می‌داند. در واقع، در این رویکرد ادعا می‌شود که ارزیابی‌ها و باورها بطور منطقی از ترندهای اولیه در اختلال وسواس فکری-عملی ناشی می‌شوند.

در رویکرد مبتنی بر استنتاج اختلال وسواس فکری-عملی به عنوان اختلال تخیلی مفهوم سازی می‌شود. فرد حالتی از امور را تصور می‌کند و آن را مثل واقعیت در نظر می‌گیرد، شخص بجای مطالبات ادراک شده دنیای واقعی، طبق تخیل خود عمل می‌کند باوجود این، افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی مشکلاتی در ادراک واقعیت ندارند و قادر به تشخیص بین چیزهای واقعی و غیرواقعی هستند اما ممکن است اطمینان کمتر درباره آنچه که می‌بینند، داشته باشند(براون، کوسلین، بریتر، بائر و جنیک^۱، ۱۹۹۴). رویکرد مبتنی بر استنتاج، شک اولیه را به عنوان نقطه شروع افکار وسواسی می‌بیند. در واقع، دو مولفه فکری مجزا برای شک شناسایی شده است: استنباط اولیه درباره شک "شاید اجاق روشن باشد" و نتیجه آن یا استنتاج ثانویه "اگر اجاق روشن باشد خانه آتش خواهد گرفت، من همه چیزم را از دست خواهم داد و غیره". مدل ارزیابی درباره اختلال وسواس فکری-عملی معمولاً به جای استنتاج اولیه، روی استنتاج ثانویه بعدی تمرکز می‌کند(اوکانور، آردما و پلیسیر^۲، ۲۰۰۵ الف). اگر چه تشخیص بین استنتاج اولیه و ثانویه ممکن است بطور اولیه واضح و مشخص نباشد. با این حال، شک اولیه به عنوان اولین استنتاج در جایی که شخص دنیای ادراکات را رها می‌کند و به داستان‌های وسواسی پناه می‌برد، قابل شناسایی است. در مثال زیر: "من دستگیره در را می‌بینم (راه انداز)- احتمالاً روی دستگیره در میکروبهایی باشد- احتمالاً میکروبها روی دست من قرار خواهند گرفت- احتمالاً من مبتلا به بیماری خواهم شد- احتمالاً بیماری من به افراد دیگر سرایت خواهد کرد." شک درباره دستگیره در، مقدم بر دستانش است، بنابراین شاید میکروبهایی روی دستگیره در باشند، به عنوان استنتاج اولیه محسوب می‌شوند، چون در این نقطه شخص دنیای ادراکات را رها می‌کند(دیدن دستگیره)، این نقطه ای است در زنجیره استنتاج که رویکرد مبتنی بر استنتاج آن را پایه اولیه می‌نامد(اوکانور، کوزگی، آردما، نیکرک و تایلون^۳، ۲۰۰۹).

زنجیره افکار وسواسی همیشه با استنباط تردیدآمیز شروع می‌شود و بواسطه فرایند استدلالی که آشفستگی استنتاج نامیده می‌شود، ایجاد می‌گردد(اوکانور و همکاران، ۲۰۰۵ الف). آشفستگی استنتاج دو

1. Brown, Kosslyn, Breiter, Baer & Jenike
2. Academe & Pe'lissie
3. Koszegi, Seguin, Niekerk & Taillon

مولفه دارد: الف) سرمایه‌گذاری روی احتمالات و ب) بی‌اعتمادی درباره احساسات و ادراکات معمول. این دو مولفه با هم فرد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی را بدون شواهد معتبر در مورد شک، در استنتاج شک دچار آشفتگی می‌کند. ادعای درمان مبتنی بر استنتاج، نامعتبر کردن استدلال تولیدکننده استنتاج اولیه (شک) و برگرداندن شخص به دنیای ادراکات و احساسات معمول است که داستانهای مستدل غیرمعتبر افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی را به سمت عدم اعتماد به ادراکات هدایت می‌کند. ارتقای بینش فراشناختی در مورد ماهیت مشخص و ریشه داستان‌های وسواسی به شخص کمک می‌کند تا افکار وسواسی خود را با موقعیت قبل شروع وسواس و حوزه‌های غیر وسواسی مقایسه کند و متعاقباً اعمالش را دوباره سازماندهی کند (اوکانور و همکاران، ۲۰۰۹).

ارتباط آشفتگی استنتاج با رفتارهای وسواسی در چندین مطالعه هم با نمونه‌های بالینی و هم نمونه‌های غیر بالینی اثبات شده است که بطور همسانی با نشانه‌های وسواس فکری و عملی روابط قوی تا متوسط داشته‌اند (املکامپ و آردما، ۱۹۹۹؛ آردما، کلیجر، تریه‌ری^۱، اوکانور و املکامپ، ۲۰۰۶؛ آردما، اوکانور، املکامپ، مارچند و تودوروو^۲، ۲۰۰۵). اوکانور و همکاران (۲۰۰۵) تلاش کردند تا کارآمدی رویکرد مبتنی بر استنتاج را برای درمان اختلال وسواس فکری-عملی در مقایسه با درمان مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ و مدل ارزیابی شناختی اثبات کنند. برای این منظور تعداد ۴۴ شرکت‌کننده در هر گروه درمانی بطور تصادفی گمارده شدند، نتایج نشان داد که این سه درمان اثربخشی یکسانی در کاهش نشانه‌های وسواس فکری و عملی داشته است. در حالیکه رویکرد مبتنی بر استنتاج اصولاً برای اختلال وسواس فکری-عملی دارای افکار بیش‌بها داده شده^۳ رشد یافته است. در مقایسه با مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ و مدل ارزیابی شناختی، به نظر می‌رسد اثربخشی رویکرد مبتنی بر استنتاج در کاهش علائم اختلال وسواس فکری-عملی بادوام و پایدار است. این یافته‌های آزمایشی اشاره می‌کند که آشفتگی استنتاج با درجات متفاوت ممکن است مشخصه همه اختلالات وسواس فکری-عملی با افکار بیش‌بها داده شده و بدون افکار بیش‌بها داده شده، باشد (آردما و همکاران ۲۰۰۵؛ پلیسیر و اوکانور، ۲۰۰۲).

تاکنون به جز کارآزمایی بالینی اوکانور و همکاران (۲۰۰۵) ب)، پژوهشی در مورد اثر بخشی درمان مبتنی بر استنتاج انجام نشده است. همچنین اثربخشی این مدل درمانی در بین مراجعین که از علائم وسواس فکری و عملی در رنج هستند بررسی نشده است، بنابراین انجام این تحقیق ضرورت داشت.

1. Kleijer & Trihey
2. Aardema, Emmelkamp, Marchand & Todorov
3. overvalued ideation

روش

طرح پژوهش

روش تحقیق مطالعه حاضر از نوع تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل می باشد. در این پژوهش روش درمان مبتنی بر استنتاج به عنوان متغیر مستقل و علائم و سواس فکری و عملی و آشفتگی استنتاج به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شدند.

آزمودنی ها

جامعه آماری تحقیق حاضر، کلیه زنان مبتلا به اختلال و سواس فکری-عملی ساکن شهر اردبیل در سال ۱۳۹۰ بودند. در تحقیقات آزمایشی حداقل نمونه ۱۵ نفر در نظر گرفته شده است (دلاور، ۱۳۸۰)، برای پیش بینی کاهش تعداد آزمودنی ها در جریان جلسات درمانی، از میان زنانی که از طریق مصاحبه بالینی سازمان یافته توسط روان شناس تشخیص اختلال و سواس را دریافت کرده بودند، تعداد ۴۰ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب و در گروه آزمایشی و گروه کنترل (لیست انتظار) گمارده شدند. ملاک های ورود افراد مبتلا به و سواس در گروههای آزمایشی و کنترل به شرح زیر بودند: حداقل تحصیلات دبیرستان، فاقد تشخیص اختلالات سایکوتیک، عدم مصرف داروهای روانپزشکی، فقدان بیماری جسمی مزمن، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ ساله و رضایت داوطلبانه بیمار.

ابزار

مصاحبه بالینی ساختار یافته^۱: این مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته برای تشخیص گذاری اختلالات محور یک براساس چهارمین ویراست تجدید نظر شده راهنمای آماری تشخیصی اختلالات روانی^۲ به کار می رود. در مطالعه ای که توسط بسکو و همکاران او انجام شد فواید بالقوه این مصاحبه برای استفاده در کلینیک بهداشت روانی مورد آزمایش قرار گرفت و به این نتیجه رسید که این مصاحبه می تواند برای تضمین یک تشخیص پایا و دقیقی مورد استفاده قرار گیرد (محمدخانی، تابش و تمنائی فر، ۱۳۸۴).

مقیاس و سواس فکری-عملی یل-براون^۳: این مقیاس در سال ۱۹۸۹ توسط گودمن^۴ و همکاران تهیه و تدوین شده است. مقیاس یل براون شدت علائم و سواس فکری عملی را مورد سنجش قرار می دهد و در

1. Structured Clinical Interview for DSM-IV- TR (SCID)

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 4thed., text revision (DSM-IV-TR)

3. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

4. Goodman

مورد بیمارانی به کار می‌رود که به سئوالات مصاحبه بالینی اولیه در رابطه با وسواس جواب داده‌اند. مقیاس یل براون شاخص بالینی ۱۰ آیتمی است که هر آیتم از صفر تا ۴ در رابطه با شدت علائم، فراوانی علائم، مدت زمان علائم، میزان مقاومت بیمار در انجام تشریفات درجه بندی می‌شود. ضریب پایایی بین ارزیابان مختلف در ۴۰ بیمار ۰/۹۸ و ضریب همسانی درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است. دیکون و آبراموویتز^۱ (۲۰۰۵) ضریب همبستگی مقیاس یل براون را با پرسشنامه تجدید نظر شده وسواس فکری و عملی ۰/۴۵، مقیاس باورهای براون (ایزن و همکاران، ۱۹۹۸) ۰/۳۴، پرسشنامه افسردگی بک ۰/۴۶، مقیاس اضطراب زونگک ۰/۳۸ و مقیاس ناتوانی شیهان (۱۹۸۶) ۰/۵۵ بدست آوردند. این ضرایب بیانگر اعتبار خوب و بالای این مقیاس می‌باشد. محمدخانی (۱۳۷۲) ضریب پایایی این مقیاس را از طریق بازآزمایی به فاصله دو هفته، ۰/۸۴ گزارش نموده و اعتبار محتوایی این آزمون را با نظر متخصصان تایید کرده است.

پرسشنامه آشفتگی استنتاج^۲: این پرسشنامه توسط آردما و همکاران (۲۰۰۵) ساخته شده است. هدف این پرسشنامه ارزیابی تمایل به خنثی کردن واقعیت و ادراک مبتنی بر اطلاعات براساس احتمالات ذهنی است. پرسشنامه آشفتگی استنتاج شامل ۱۵ آیتم است که روی مقیاس پنج نقطه‌ای در دامنه‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) درجه بندی شده است. ضریب همسانی درونی پرسشنامه آشفتگی استنتاج ۰/۹۰ می‌باشد. این پرسشنامه با مقیاس‌های روان رنجورخویی، اضطراب و افسردگی در هر دو نمونه بالینی و غیر بالینی همبستگی متوسطی داشته است (آردما و همکاران، ۲۰۰۵). در ترکیه یورولماز، دیریک، کرآلی و یوز^۳ (۲۰۱۰) ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را در بین بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی ۰/۸۶، بیماران دارای اختلالات اضطرابی دیگر ۰/۸۵ و در بین دانشجویان ۰/۸۵ گزارش کردند. همچنین ضریب پایایی بازآزمایی این پرسشنامه بعد از دو هفته ۰/۸۷ بدست آمد. در مطالعه مقدماتی پژوهشگر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۸ بدست آمده است.

روند اجرای پژوهش

از افرادی که با علائم اختلال وسواس فکری-عملی به مرکز مشاوره و روان درمانی مراجعه کرده بودند، توسط روانشناس مصاحبه تشخیصی به عمل آمد و بعد از تشخیص از افراد مبتلا جهت شرکت در

1. Deacon & Abramowitz
2. Inferential Confusion Questionnaire
3. Yorulmaz, Dirik, Karaali & Uvez

تحقیق رضایت نامه گرفته شد و بصورت تصادفی برای هر گروه ۲۰ نفر گمارده شدند. قبل از شروع مداخله پیش آزمون صورت گرفت. تعداد ۱۲ جلسه گروهی درمانی ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته دو جلسه) برای گروه آزمایشی اعمال شد و گروه کنترل به عنوان گروه انتظار برای درمان بعد از پایان پژوهش قرار گرفت. در جریان درمان، تعدادی از شرکت کنندگان از ادامه درمان انصراف دادند و در نهایت در هر گروه ۱۵ نفر باقی ماندند. بعد از جلسات درمانی از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. برای تجزیه و تحلیل داده های پژوهش، از روش تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد.

جدول ۱: فرایند درمان مبتنی بر استنتاج در قالب ۱۲ جلسه درمانی

جلسه	محتوای جلسه
اول	انجام پیش آزمون، توضیح در مورد ماهیت اختلال وسواس فکری-عملی، دلایل شرکت در گروه و توضیح در مورد مدل کلی درمان
دوم	کار بر روی شناختن تفاوت بین شک وسواسی و بهنجار، توصیف توالی افکار وسواسی از جمله راه اندازهای شک، خود شک، پیامد هیجانی آن و رفتارهای تکانه ای
سوم	آشناسازی با استدلال های پشت شک
چهارم	اثبات نقش خیال پردازی در شک و آگاهی نسبت به ذهنی بودن و نامناسب بودن استدلال پشت شک وسواسی در شرایط زمانی و مکانی فعلی
پنجم	روشن کردن قدرت خیال پردازی و تبیین اینکه چگونه شک وسواسی قوی می شود و داستان متقاعد کننده ای را شکل می دهد و شخص را بصورت منطقی به سمت شک هدایت می کند
ششم	آگاهی یافتن نسبت به رها کردن واقعیت به محض درگیری در شک وسواسی و شناسایی افکار و ادراکاتی که منجر به مشغولیت با شک و رها کردن واقعیت می شود
هفتم	شناسایی استدلالهای دارای خطا به عنوان مقدمه شک وسواسی، شناسایی خطاهای طبقه بندی، عدم اطمینان به ادراکات معمولی خود و اعتماد به زنجیره خیالات
هشتم	شناختن نقش ابزارهای استدلالی وسواسی برای فاصله گرفتن از واقعیت و ایجاد داستان افکار وسواسی و کمک به ایجاد داستان غیر وسواسی منطبق با واقعیت و ادراکات
نهم	شناساندن موقعیت هایی که مراجع شک ها را تجربه نمی کند و آشناسازی با انتخابی بودن شک وسواسی
دهم	شناسایی باورهای آسیب پذیر در مورد خود در داستانهای وسواسی، انتخاب باورهای منطبق با واقعیت در مورد خود و خلق داستان غیر وسواسی براساس باورهای جدید
یازدهم	آموزش مراجع در اعتماد درست به ادراکات در موقعیت وسواسی
دوازدهم	حل مسائلی که ایجاد شده، جمع بندی و انجام پس آزمون

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که در گروه آزمایشی از نظر تحصیلی ۱۳/۳ درصد سیکل، ۶۰ درصد دیپلم، ۱۳/۳ درصد فوق‌دیپلم و ۱۳/۳ درصد لیسانس بودند، از نظر وضعیت تاهل ۶۶/۷ درصد مجرد و ۳۳/۳ درصد متأهل بودند و از نظر شغلی ۳۳/۳ درصد بیکار، ۳۳/۳ درصد خانه‌دار و ۳۳/۳ درصد خانه‌دار بودند. در گروه کنترل از نظر تحصیلی ۲۰ درصد سیکل، ۵۳/۳ درصد دیپلم، ۶/۷ درصد فوق‌دیپلم، ۲۰ درصد لیسانس بودند، از نظر وضعیت تاهل ۷۳/۳ درصد مجرد و ۲۶/۷ درصد متأهل بودند و از نظر شغلی ۲۶/۷ درصد بیکار، ۲۶/۷ درصد خانه‌دار و ۳۳/۳ درصد دانشجو و ۱۳/۳ درصد کارمند بودند. همچنین دامنه سنی گروه آزمایش ۲۰ تا ۳۶ سال با میانگین ۲۴/۸۰ و انحراف استاندارد ۵/۴۸ و دامنه سنی گروه کنترل ۲۰ تا ۳۸ سال با میانگین ۲۵/۲۶ و انحراف استاندارد ۵/۹۶ می‌باشد.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها		گروه آزمایش				گروه کنترل			
		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
وسواس	آلودگی	۸/۰۷	۴/۷۲	۳/۱۳	۲/۶۴	۹/۶۶	۲/۸۹	۹/۹۳	۴/۷۷
فکری	پرخاشگری	۸/۱۳	۴/۴۵	۵/۱۳	۲/۷۴	۹/۶۰	۴/۹۵	۸/۶۰	۵/۳۷
	جنسی	۱/۲۰	۲/۲۱	۱/۰۶	۱/۲۲	۲/۴۶	۲/۴۷	۱/۸۰	۲/۵۷
	مذهبی	۱/۲۰	۱/۰۸	۱/۱۳	۰/۸۳	۱/۶۷	۱/۳۰	۱/۶۰	۱/۲۹
	کلی	۲۵	۱۲/۸۳	۱۲/۷۳	۵/۹۸	۳۱/۰۷	۱۳/۱۹	۲۸/۵۳	۱۳/۵۴
وسواس	وارسی	۵/۴۰	۴/۶۲	۲/۰۷	۱/۱۶	۵/۰۶	۳/۴۵	۵	۴/۷۵
عملی	شستن	۶/۲۰	۳/۹۸	۲/۶۰	۱/۷۲	۷/۵۳	۵/۳۷	۷/۴۶	۳/۵۶
	شمارش	۱/۷۳	۱/۰۳	۰/۴۰	۰/۵۰	۱/۳۳	۳/۴۶	۱/۱۳	۰/۹۰
	نظم و ترتیب	۲/۹۳	۰/۷۰	۱/۰۷	۰/۴۵	۲/۶۷	۰/۹۷	۲/۴۰	۱/۱۸
	تکرار	۲/۵۳	۱/۰۶	۰/۶۰	۰/۵۰	۱/۹۳	۱/۰۳	۲	۱
	کلی	۲۵/۳۳	۲/۰۱	۱۰/۲۰	۰/۸۶	۲۵/۲۰	۲/۶۵	۲۳/۷۳	۲/۶۹
	آشفته‌گی استنتاج	۳۷/۲۰	۴/۹۵	۲۳/۸۶	۱۰/۸۵	۳۷/۳۵	۸/۷۲	۳۸/۸۰	۱۰/۸۰

همانطوری که جدول ۱ نشان می دهد میانگین و انحراف استاندارد علائم و سواس فکری و عملی و آشفتگی استنتاج بصورت مجزا در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل آمده است.

جدول ۲: بررسی تفاوت سطوح متغیر مستقل در ارتباط با متغیرهای وابسته

آزمون	ارزش	F	sig	خطای Df	فرضیه Df	اندازه اثر
اثر پیلاهی	۰/۸۶۹	۱۴/۷۴۲	۰/۰۰۰۱	۲۰	۹	۰/۸۶۹

جدول ۲ اشاره می کند که در آزمون اثر پیلاهی تفاوت بین سطوح متغیر مستقل در ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنی دار است. در بین آزمونهایی که در تحلیل واریانس چندمتغیری انجام می شود به دلیل حجم پایین نمونه، آزمون اثر پیلاهی گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری بر روی تفاضل نمرات پیش آزمون-پس آزمون علائم و سواس فکری و عملی در گروه های آزمایش و کنترل

متغیر	میانگین و مجموع		میانگین		مجموع	
	مجموع	میانگین	مجموع	میانگین	مجموع	میانگین
متغیر	مجموع	میانگین	خطا	خطا	F	Sig
وسواس	۱۸۲/۵۳	۱۷/۸۹	۵۰۰/۹۳	۱۰/۲۰	۱۰/۲۰	۰/۰۰۳
آلودگی	۳۰	۱۷/۷۸	۴۹۸	۱/۶۹	۱/۶۹	۰/۰۵
های فکری	۲/۱۳	۱/۴۷	۴۱/۰۷	۱/۴۵	۱/۴۵	۰/۰۵
پرخاشگری	۰/۱۳	۱/۰۶	۲۹/۸۷	۰/۱۲	۰/۱۲	۰/۰۰۴
جنسی	۸۳/۳۳	۱۰/۶۲	۲۹۷/۳۳	۷/۸۴	۷/۸۴	۰/۰۰۹
مذهبی	۹۳/۶۳	۱۰/۸۰	۳۰۲/۵۳	۸/۶۷	۸/۶۷	۰/۰۰۶
وسواس	۹/۶۳	۰/۳۵	۹/۷۳	۲۷/۷۱	۲۷/۷۱	۰/۰۰۰۱
های عملی	۱۹/۲۰	۰/۴۵	۱۲/۶۶	۴۲/۴۴	۴۲/۴۴	۰/۰۰۰۱
شستن	۳۰	۰/۵۷	۱۵/۸۷	۵۲/۴۹	۵۲/۴۹	۰/۰۰۰۱
شمارش						
نظم و ترتیب						
تکرار						

برای اجرای آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری ابتدا تفاضل نمره های پیش آزمون-پس آزمون علائم و سواس فکری عملی محاسبه شد، سپس بر روی تفاوت نمرات آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری بکار

رفت. همانطوری که جدول ۳ نشان می‌دهد بین گروه‌های آزمایشی و کنترل از لحاظ تفاضل نمرات علائم وسواس فکری و عملی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. البته در وسواس پرخاشگری، مذهبی و جنسی تفاوت بین دو گروه معنی‌دار نبود. به عبارت دیگر، بجز وسواس پرخاشگری، مذهبی و جنسی، درمان مبتنی بر استنتاج در کاهش علائم وسواس فکری و عملی موثر بوده است. برای تفاضل نمرات کلی وسواس فکری و عملی و آشفتگی استنتاج آزمون t مستقل بکار برده شد که برای کل وسواس فکری ($t=2/47$ و $p<0/020$)، برای کل وسواس عملی ($t=5/26$ و $p<0/0001$) و برای آشفتگی استنتاج ($t=5/70$ و $p<0/0001$) تفاوت بین دو گروه بطور معناداری متفاوت بود. اندازه اثر گزارش شده برای علائم وسواس فکری و عملی البته در مواردی که تفاوت بین دو گروه معنی‌دار بود، از ۰/۲۲ تا ۰/۶۵ بوده که نشان‌دهنده اندازه اثر مناسب می‌باشد.

نتیجه‌گیری

در رویکرد درمانی مبتنی بر استنتاج فرض بر این است که شخص مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی در ادراک درست یا احساس واقعی دچار نقص است و تقریباً احتمال وجود رخدادی را صرفاً براساس داده‌های ذهنی برآورد می‌کند، بطوری که فرد احتمال ذهنی و بعید را هم در غیاب شواهد حمایت‌کننده و یا هم حتی علی‌رغم حضور شواهد متناقض می‌پذیرد، بنابراین هدف درمان نامعتبر کردن استدلال‌های تولیدکننده استنتاج‌های تردیدآور و برگرداندن شخص به دنیای احساسات و ادراکات معمول است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روش درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر استنتاج بر علائم وسواس فکری و عملی انجام شد. نتایج مقایسه تفاضل نمره‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون علائم وسواس عملی نشان داد که نمرات وسواس عملی در گروه آزمایش و کنترل بطور معناداری متفاوت می‌باشد. نمرات وسواس‌های عملی شستن، واری، شمارش، تکرار و نظم و ترتیب در گروه آزمایشی بطور معنی‌داری کاهش یافته بود که حاکی از تاثیر درمان مبتنی بر استنتاج بر وسواس‌های عملی می‌باشد. این یافته‌ها با نتایج مطالعات موردی پیر دلمور^۱ و همکاران (۲۰۱۱)، اوکانور و همکاران (۲۰۰۹) و اوکانور و همکاران (۲۰۰۵) هماهنگ می‌باشد.

همچنین نتایج نشان داد گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل نمرات وسواس فکری کلی و آلودگی در مرحله پس‌آزمون کاهش یافته است این یافته نیز با مطالعات موردی پیر دلمور و همکاران (۲۰۱۱)،

اوکانور و همکاران (۲۰۰۹) و اوکانور و همکاران (۲۰۰۵) هماهنگ می باشد. موثر بودن درمان مبتنی بر استنتاج از ادعای این رویکرد درباره اینکه وسواس های فکری و عملی با استنباط تردید آمیز شروع می شود، حمایت می کند. همچنین مطالعاتی که نشان داده اند افراد با نمرات بالا در وسواس کمتر بر اساس واقعیت و بیشتر بصورت ذهنی بین محتوای افکار مزاحم و مفهوم بی واسطه افکارشان ارتباط برقرار می کنند (جولین^۱ و همکاران، ۲۰۰۹)، دو مطالعه آزمایشی که استدلال رسمی را بررسی کرده اند و نشان دادند که افراد مبتلا به وسواس فکری و عملی احتمالات موجود را قابل قبول تر می دانند و این می تواند اعتقاد به نتیجه گیری منطقی اولیه را تحت تاثیر قرار دهد (پلیسیر و اوکانور، ۲۰۰۲؛ پلیسیر، اوکانور و دوپوس^۲، ۲۰۰۹)، آرهما و همکاران (۲۰۰۹) دریافته اند که بین میزان احتمالات ذهنی و نشانه های بالینی اختلال وسواس فکری- عملی ارتباط وجود دارد. ارتباط آشفتگی استنتاج با رفتار وسواس فکری و عملی در چندین مطالعه هم با نمونه های بالینی و هم نمونه های غیر بالینی اثبات شده است که بطور همسانی با نشانه های وسواس فکری و عملی روابط قوی تا متوسط داشته اند (املکامپ و آرهما، ۱۹۹۹؛ آرهما و همکاران، ۲۰۰۵ و ۲۰۰۶) و اینها از اثربخشی رویکرد درمانی مبتنی بر استنتاج حمایت می کند.

همچنین نتایج نشان داد که بعضی از وسواس های فکری مثل وسواس جنسی، مذهبی و پرخاشگری در گروه آزمایشی بطور معنی داری کاهش نیافته بود، که این نتیجه با مطالعات موردی پیر دلمور و همکاران (۲۰۱۱)، اوکانور و همکاران (۲۰۰۹) و اوکانور و همکاران (۲۰۰۵) هماهنگ نمی باشد. نتایج مربوط به وسواس جنسی و مذهبی بدین گونه توجیه می گردد که افراد شرکت کننده در تحقیق، اصولاً دارای وسواس مذهبی و جنسی نبودند که درمان مبتنی بر استنتاج روی این موارد تاثیر گذار باشد. گرچه در مطالعات متعددی، آشفتگی استنتاج با نشانه های وسواس فکری و عملی مرتبط است اما بعضی تناقض هایی در مورد نقش آشفتگی استنتاج بر حوزه رفتارهای وسواسی وجود دارد (اوکانور و همکاران، ۲۰۰۵ الف). وسواس های فکری درباره آسیب به خود و دیگران، وسواس مذهبی و جنسی نیازمند کار بیشتری است تا نقش آشفتگی استنتاج در همه وسواس های عملی تایید گردد. همچنین در مورد وسواس پرخاشگری می توان گفت که رویکرد مبتنی بر استنتاج روی دلایل شناختی بنیادین برای شکل گیری وسواس فکری و عملی تمرکز می کند، بنابراین به نظر می رسد تغییر پایدار در افکار وسواسی و اصلاح روند استدلال ها و استنتاج های مبتنی بر واقعیت نیازمند جلسات درمانی بیشتری باشد، بطوری که در مطالعه موردی اوکانور و همکاران (۲۰۰۹) در ۱۶ جلسه و مطالعه کارآزمایی بالینی اوکانور و

1.Julien
2.Dupuis

همکاران (۲۰۰۵ب) در ۲۰ جلسه اجرا شده است.

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که، در مقایسه با گروه کنترل، میزان آشفتگی استنتاج بطور معنی داری در گروه آزمایشی کاهش یافته است. این یافته نیز هماهنگ با مطالعه اوکانور و همکاران (۲۰۰۹) می باشد. این نتیجه هماهنگ با یافته آردما و همکاران (۲۰۰۵الف) است که، در جریان درمان شناختی- رفتاری، میزان آشفتگی استنتاج کاهش و این کاهش با پیامد درمانی مرتبط بوده است. بنابراین، به نظر می رسد که تغییرات در آشفتگی استنتاج ممکن است عنصر شناختی مهم برای درمان موفقیت آمیز برای همه افراد تحت درمان باشد. می توان بیان کرد که آشفتگی استنتاج برای تمیز گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی از دیگر گروه های اضطرابی و گروه کنترل حتی بعد از کنترل باورهای وسواسی و اضطراب ابزار مناسبی است. آشفتگی استنتاج بعد از کنترل تنیدگی کلی، اضطراب، افسردگی، بطور معنی داری نشانه های اختلال وسواس فکری- عملی را پیش بینی می کند (آردما و همکاران، ۲۰۰۹).

از آنجایی که درمان ارائه شده در طرح تحقیق حاضر به صورت گروهی بوده و به دلیل وجود پویایی های گروه و نقش اعضای گروه در ترغیب همدیگر برای همکاری و ادامه درمان و افزایش امید به درمان، توصیه می شود درمان مبتنی بر استنتاج بصورت گروهی برای درمان افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی در سایر گروه های سنی و جنسی نیز اجرا شود. همچنین چون رویکرد مبتنی بر استنتاج در همه مواردی که سطوح بالایی از اعتقاد و شک وسواسی وجود داشته باشد و یا در مواردی که افکار وسواسی عجیب و غریب، بیش بها داده شده باشد، سودمندتر است (اوکانور و همکاران، ۲۰۰۵الف). بنابراین توصیه می شود که این رویکرد درمانی بر روی افراد دارای اعتقاد وسواسی و افکار بیش بها داده شده و همچنین برای درمان اختلالات نظیر خودبیمارپنداری و بدشکلی بدنی نیز اجرا شود.

کتابنامه

دلاور، علی (۱۳۸۰). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم اجتماعی و اجتماعی، تهران: انتشارات رشد.
 محمدخانی، پروانه (۱۳۷۲). بررسی راهبردهای مقابله با استرس و علایم در مبتلایان به اختلال وسواسی-اجباری، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، تهران: انستیتو روانپزشکی تهران.
 محمدخانی، پروانه؛ جهانی، عذرا؛ و تمنائی فر، شیما (۱۳۸۴). مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات دی اس ام، تهران: انتشارات فرادید.

- Aardema, F., Kleijer, T.M.R., Trihey, M., O'Connor, K., & Emmelkamp, P. (2006). Inference processes, schizotypal thinking and obsessive-compulsive disorder. *Psychol Rep*, 99, 213-220.
- Aardema, F., O'Connor, K. P., Emmelkamp, P. M. G., Marchand, A., & Todorov, C. (2005). Inferential confusion in obsessive-compulsive disorder: The inferential confusion questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 293-308.
- Aardema, F., O'Connor, K., Pélissier, M.-C., & Lavoie, M. (2009). The quantification of doubt in obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2, 188-205.
- Abramowitz, J. S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatment for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 44-52.
- Brown, H.D., Kosslyn, S.M., Breiter, H.C., Baer, L., & Jenike, M.A. (1994). Can patients with obsessive-compulsive disorder discriminate between percepts and mental images? A signal detection analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(3), 445-454.
- Clark, L.A. (2000). Cognitive behavior therapy for obsessions and compulsions: new applications and emerging trends. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 30, 129-147.
- Deacon, B.J., & Abramowitz, J.S. (2005). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(5), 573-585.
- Emmelkamp, P.M.G., Aardema, F. (1999). Metacognition specific obsessive compulsive beliefs and obsessive-compulsive behaviour. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 6, 139-145.
- Fisher, P.L., & Wells, M.J. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1543-1558.
- Giles, D. (2002). *Advanced research methods in psychology*. New York: Cambridge University Press.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heniger, G. R., et al. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Julien, D., O'Connor, K., & Aardema, F. (2009). Intrusions related to obsessive-compulsive disorder: A question of content or context? *Journal of Clinical Psychology*, 65, 709-722.

- March, J. S., Frances, A., Carpenter, D., & Kahn, D. A. (1997). Expert consensus guidelines for treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 5–72.
- O'Connor, K., Aardema, F., & Pelissier, M. (2005a). *Beyond reasonable doubt reasoning processes in obsessive-compulsive disorder and related disorders*, Manchester: John Wiley & Sons Ltd.
- O'Connor, K.P., & Robillard, S. (1999). A cognitive approach to modifying primary inferences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13, 1–17.
- O'Connor, K., Koszegi, N., Aardema, F., Seguin, F., Niekerk, J., & Taillon, A. (2009). An Inference-Based Approach to Treating Obsessive-Compulsive Disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 420–429.
- O'Connor, K.P., Aardema, F., Bouthillier, D., Fournier, S., Guay, S., Rebilled, S., Pelissier, et al. (2005b). Evaluation of an inference-based approach to treating obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behavior Therapy*, 34(3), 148-63.
- Pelissier, M.C., & O'Connor, K. (2002). The role of inductive reasoning in obsessional doubt. Abstracts, 32nd European Advancement for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT), Maastricht, The Netherlands.
- Pélissier, M.C., O'Connor, K. P., & Dupuis, G. (2009). When doubting begins: Exploring inductive reasoning in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(1), 39–49.
- Sadock, b., & Sadock, V. (2005). *Comprehensive textbook of psychiatry*, New York: Lippincott Willims&Wilkins,
- St-Pierre-Delorme, M-E., Lalonde, M.P., Perreault, V., Koszegi, N., & O'Connor, K. (2011). Inference-Based Therapy for compulsive hoarding: a clinical case study. *Clinical Case Study*, in press, 1-13.
- Taylor, S., Abramowitz, J. S., & McKay, D. (2006). Cognitive-behavioral models of obsessive-compulsive disorder. In M. M. Antony, C. Purdon, & L. Summerfeldt (Eds.), *Psychological treatment of OCD: Fundamentals and beyond* (pp. 9–29). Washington DC: American Psychological Association Press.
- Yorulmaz, O., Dirik, G., Karaali, O., & Üvez, E. (2010). The Psychometric Properties of the Inferential Confusion Scale Based in Turkish Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Turkish Journal of Psychiatry*, 21(2), 135-142.