

The Effects of Paradoxical Time Table Therapy on Worry, Rumination, Thought-Action Fusion and Symptoms in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

Mohammadi Z¹, *Soleimani A², Fathi Ashtiani A³, Ashrafi E², Mokhberi K⁴

Author Address

1. PhD Candidate in Clinical Psychology, University of Science and Culture, Tehran, Iran;
2. Assistant Professor, University of Science and Culture, Tehran, Iran;
3. Professor, University of Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran;
4. MD Psychiatrist, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

* Corresponding author's email: ajsoleimani42@yahoo.com

Received: 2019 December 16; Accepted: 2020 February 1

Abstract

Background & Objectives: Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is a prevalent mental disorder that causes severe disruption in personal life. Extensive experimental evidence suggests behavioral therapy as the first-line treatment for OCD. Some researchers believe that behavioral therapy requires alternative or complementary approaches. One of the newest of these integrated approaches is the Paradoxical Time Table Therapy (PTTT). An approach that incorporates systemic, behavioral, and analytical aspects into treatment could be an appropriate method for managing all disorders, including anxiety disorders and OCD. The present study aimed to explore the effects of PTTT on worry, rumination, thought-action fusion, and symptoms in patients with OCD.

Methods: In this research, a single-case experimental method was used. Among the single-subject approaches, multiple baselines method was applied in this study. The study population consisted of individuals with OCD who referred with an active case to the Aramesh Novin Clinic in Tehran City, Iran, in the spring of 2019. Among them, 3 patients received PTTT. The study participants were selected by purposive sampling approach. Patients who were diagnosed with OCD by a psychiatrist were referred to the therapist. The study inclusion criteria included receiving OCD diagnosis based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5) criteria for OCD by a psychiatrist; not receiving any psychological treatment before entering the study; having a minimum age of 20 years, and a maximum of 40 years; having at least high-school diploma, and providing consent to participate in the research. The PTTT consists of 6 therapeutic sessions, including two basic paradoxical techniques and a time table. To collect the required data, the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (1989), Thought Action Fusion Scale-Revised (Shafran et al., 1996), Penn State Worry Questionnaire (Zingbarg & Barlow, 1990), and Ruminative Response Scale (Nolen-Hoeksema et al., 1993) were employed. Besides, chart analysis, reliable change index, clinical significance, and the improvement percentage of paradoxical time table were used for data analysis.

Results: The paradoxical treatment group participants aged between 25 and 34 years with a mean±SD age of 30.33±4.72 years. The obtained data suggested that in the paradoxical schedule treatment, the reliability index values for worry in the first, second, and third subjects were -4.19, -3.44, and -5.27, respectively. For rumination, the same value in the three subjects were -3.76, -2.42, and -4.46, respectively. The thought-action fusion values were -4.41, -4.32, and -4.73, respectively. Symptoms scores were also -4.42, -3.78, and -5.18, respectively. Furthermore, in the paradoxical time table group, the reliability index values were higher than the criterion value of 1.96; thus, the results were not caused by the measurement error and unreliability of the test, and they were due to the therapeutic intervention. The current study findings demonstrated that PTTT has remarkably reduced worry, thought rumination, the intertwining of thought and action (thought-action fusion), and OCD symptoms ($p \leq 0.05$). Notably, a significant level of symptoms remained declined after the intervention, indicating that the PTTT maintained its consistency in reducing the symptoms in all three study subjects at the follow-up phase.

Conclusion: In general, PTTT is an appropriate and effective method for reducing OCD symptoms. Accordingly, it can be used as a proposed treatment in this area. PTTT could present a greater impact, because it increases the power of ego, and disrupts communication between cue and anxiety, and it changes their meaning. However, this is a novel treatment approach. Moreover, studies that have previously addressed the use of contradictory intention elements only considered one intervention of the paradoxical schedule treatment. It is recommended to use this treatment for other patients, including those with anxiety and mood disorders.

Keywords: Paradoxical time table therapy, Worry, Rumination, Thought-Action fusion, Obsessive-Compulsive disorder.

اثربخشی درمان برنامه‌ زمانی پارادوکسی بر کاهش نگرانی، نشخوار فکری، درهم‌ آمیختگی فکر- عمل و علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری

زهرا محمدی^۱، *علی سلیمانی^۲، علی فتحی آشتیانی^۳، عماد اشرفی^۲، کامران مخبری^۴

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران؛

۲. استادیار، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران؛

۳. استاد، دانشگاه علوم پزشکی بقیةالله، تهران، ایران؛

۴. متخصص اعصاب و روان، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

*رابطه‌نامه نویسنده مسئول: alisoleimani42@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۵ آذر ۱۳۹۸؛ تاریخ پذیرش: ۱۲ بهمن ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: اختلال وسواسی- جبری (OCD) بیماری عصبی- روان‌پزشکی است که اغلب در دوران کودکی ایجاد می‌شود و در بلندمدت باعث مشکلات درخور توجهی در زندگی فردی می‌شود. مطالعه حاضر به دنبال بررسی اثربخشی برنامه‌ زمانی پارادوکسی بر کاهش نگرانی، نشخوار فکری، درهم‌ آمیختگی فکر- عمل و علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری بود.

روش بررسی: در این پژوهش از طرح مطالعه تجربی تک‌موردی استفاده شد. از میان طرح‌های تک‌آزمودنی، در این پژوهش طرح خطوط پایه چندگانه به‌کار رفت جامعه آماری پژوهش حاضر را افراد با تشخیص اختلال وسواس مراجعه‌کننده به کلینیک مرکز آرامش نوین در شهر تهران تشکیل دادند که دارای پرونده فعال در ماه‌های فصل بهار ۱۳۹۷ بودند. در این مطالعه تعداد ۳ بیمار، درمان برنامه‌ زمانی پارادوکسی را دریافت کردند. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها، مقیاس شدت وسواس فکری- عملی ییل- براون (۱۹۹۸)، مقیاس تجدیدنظرشده آمیختگی فکر- عمل (شفران و همکاران، ۱۹۹۶)، پرسشنامه نگرانی پن است (زینبارگ و بارلو، ۱۹۹۰) و مقیاس پاسخ‌های نشخوارگری (نولن- هوکسما و مارو، ۱۹۹۳) استفاده شد. در پژوهش حاضر تجزیه و تحلیل داده‌ها به‌کمک روش‌های تحلیل نمودار، شاخص تغییر پایا، معناداری بالینی و درصد بهبودی صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد که به‌طور کلی درمان برنامه‌ زمانی پارادوکسی تأثیر معناداری بر کاهش نگرانی، نشخوار فکری، درهم‌ آمیختگی فکر- عمل و علائم وسواسی جبری دارد ($p \leq 0/05$)؛ همچنین شاخص پایا و معناداری بالینی و درصد بهبود برنامه‌ زمانی پارادوکسی در هر سه آزمودنی دارای کاهش مطلوبی است.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد درمان برنامه‌ زمانی پارادوکسی می‌تواند مداخله مؤثری برای کاهش علائم وسواس فکری عملی و نشانه‌های همراه آن باشد؛ بنابراین توصیه می‌شود تا پژوهشگران و درمانگران از این روش برای بیماران خود استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: برنامه‌ زمانی پارادوکسی، نگرانی، نشخوار فکری، درهم‌ آمیختگی فکر و عمل، وسواس فکری عملی.

درمان‌های شناختی و درمان‌های رفتاری اشاره کرد (۱۱). به نظر می‌رسد در بحث روان‌درمانی استفاده از روش‌های تلفیقی می‌تواند اثرات بیشتری داشته باشد (۱۲). از رویکردهای بسیار جدید تلفیقی، درمان برنامه‌زمانی پارادوکسی است. این رویکرد که جنبه‌های سیستمی و رفتاری و تحلیلی را در درمان در نظر می‌گیرد، می‌تواند روش مناسبی برای همه اختلالات از جمله اختلالات اضطرابی و وسواس باشد (۱۲). براساس آثار مکتوب، پارادوکس در فرهنگ روان‌شناسی، به نظریه‌ها و فعالیت‌های بالینی آدلر^۱ و دانلپ^۲ و فرانکل^۳ باز می‌گردد. درمان برنامه‌زمانی پارادوکسی^۴ که توسط بشارت در سال ۱۳۹۸ ارائه شد، دارای دو عنصر اساسی است که سرعت درمان را تسریع می‌کند: مؤلفه نخست یعنی پارادوکس، به معنای تجویز نشانه رفتاری یا نشانه بیماری است؛ مؤلفه دوم تدوین جدول زمانی برای این تغییرات است. بشارت اعتقاد دارد این کوتاه‌ترین روش و بهترین روش برای افراد با اختلالات اضطرابی است (۱۳). با این حال شواهد پژوهشی اندکی به این مسئله پرداخته‌اند؛ بنابراین مطالعه حاضر به دنبال بررسی اثربخشی برنامه‌زمانی پارادوکسی بر کاهش نگرانی، نشخوار فکری، درهم‌آمیختگی فکر-عمل و علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری صورت‌بندی شد.

۲ روش بررسی

در این پژوهش از طرح مطالعه تجربی تک‌موردی^۵ استفاده شد. از میان طرح‌های تک‌آزمودنی، در این پژوهش طرح خطوط پایه چنگانه^۶ به کار رفت. جامعه آماری را افراد با تشخیص اختلال وسواس مراجعه‌کننده به کلینیک مرکز آرامش نوین در شهر تهران تشکیل دادند که دارای پرونده فعال در ماه‌های فصل بهار ۱۳۹۷ بودند. با توجه به طرح پژوهش حاضر از ۳ مراجع استفاده شد. بیماران واجد شرایط که توسط روان‌پزشک تشخیص اختلال وسواسی-اجباری گرفتند به درمانگر (پژوهشگر) ارجاع یافتند. معیارهای ورود شامل دارا بودن ملاک‌های تشخیص DSM-5 برای اختلال وسواس به تشخیص روان‌شناسی بالینی یا روان‌پزشک، دریافت نکردن درمان‌های روان‌شناختی قبل از ورود به پژوهش، داشتن حداقل سن ۲۰ سال و حداکثر ۴۰ سال، دارا بودن حداقل سطح تحصیلات دیپلم، موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامه کتبی بود. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

- مقیاس شدت وسواس فکری-عملی ییل-براون^۷: این مقیاس در سال ۱۹۸۹ توسط گودمن و همکاران ساخته شد. ده ماده دارد که پنج ماده آن متمرکز بر وسواس‌های فکری و پنج ماده متمرکز بر وسواس‌های عملی است (۱۴). نمره بیشتر در این مقیاس ۴۰ است. جهت نمره‌گذاری در این پرسشنامه باید اعدادی را که در کنار پاسخ‌های سؤالات ۱ تا ۱۰ نوشته شده‌اند و برای پاسخ‌دادن به سؤالات یکی از

اختلال وسواسی-جبری^۱ که در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-5 طبقه‌جداگانه‌ای را به خود اختصاص داده، دربرگیرنده افکار مهارنشده و پایدار لبریزشده است. این اختلال فرد را مجبور به تکرار مجدد اعمال مشخصی می‌کند که سبب درماندگی و اخلال در کارکرد روزانه‌اش می‌شود (۱). علاوه بر علائم بالینی اصلی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری نشانه‌های جانبی دیگری وجود دارد که می‌تواند روند درمان را در این افراد تحت‌تأثیر قرار دهد؛ همچنین باعث تشدید نشانه‌های دیگر در آن‌ها می‌شود. اختلال وسواسی-اجباری اختلالی در پردازش شناختی است (۲). در یکی از مطالعات اخیر میرز و همکاران نشان دادند که هر نوع باور شناختی به‌طور معنادار و مثبت با علائم وسواسی-اجباری ارتباط دارد (۳). براساس مطالعات وی نشخوار فکری از جنبه‌های بسیار مهم شناختی است که می‌تواند منطبق با نظریه‌های موجود علائم وسواسی را پیش‌بینی کند. سازه مشابه دیگر نگرانی است که همانند نشخوار فکری به‌عنوان جنبه‌های شناختی در اختلال وسواسی-اجباری می‌تواند روند درمان را با مشکل روبه‌رو سازد (۳). نگرانی، جنبه‌ای مهم و پایه‌ای در اختلال وسواسی-اجباری است که به‌طور هم‌زمان با نشانه‌های این اختلال بررسی شده است (۴). رابطه نگرانی و نشخوار باهم و با علائم اختلالات روانی نیز نشان داده شده است (۵). یکی دیگر از مشکلات شناختی افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری که روند درمان این بیماران را دشوار می‌کند، درهم‌آمیختگی فکر و عمل است که اولین بار توسط راجمن^۲ مطرح شده است (۶). مفهوم درهم‌آمیختگی فکر و عمل^۳ تفسیری است که در آن فرد افکار را به خود عمل منتسب می‌کند و فکرکردن را معادل اقدام به عمل می‌داند (۷). درهم‌آمیختگی فکر و عمل نه‌تنها در مدل‌های شناختی بلکه در مدل‌های فراشناختی مشخصه برجسته این اختلال به‌شمار می‌رود. این ویژگی به ماهیت تکراری وسواس و تفکر غلط در افراد وسواسی-اجباری کمک می‌کند (۸). با توجه به مطالب گفته‌شده، در کنار افکار و اعمال وسواسی متغیرهایی وجود دارد که باعث تداوم و پایداری نشانگان این اختلال می‌گردد؛ در نتیجه مقاومت آن‌ها را به درمان افزایش می‌دهد. در واقع علائم اصلی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری فکری-عملی و ویژگی‌های جانبی مانند نگرانی و نشخوار فکری و درهم‌آمیختگی فکر و عمل از جمله عواملی هستند که در این بیماران سبب می‌شوند فرد به‌شدت تحت‌تأثیر اختلال منفعل شود و واکنش‌های شدیدی را از خود نشان دهد (۹). درگیری‌های شدید این بیماران به علت فشار بیماری و مشکلات عدیده همراهمان آن‌ها از جمله خانواده باعث می‌شود تا این افراد بخش زیادی از مراجعان به مراکز مشاوره را به خود اختصاص دهند (۱۰).

از درمان‌های رایج برای اختلال وسواس می‌توان به دارودرمانی و

7. Paradoxical time table therapy

8. Single subject

9. Multiple baseline design

10. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)

1. Obsessive-compulsive Disorder

2. Rachman

3. Thought-action fusion

4. Adler

5. Dunlop

6. Frankl

همکاران آلفای کرونباخ این مقیاس و زیرمقیاس‌های آن را بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۶ گزارش کردند (۱۶). خرمدل و همکاران ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس را بررسی نموده و نشان دادند که دامنه ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۷۷ تا ۰/۸۲ است. ضریب آلفای کل نیز ۰/۸۷ به دست آمد (۱۷).

– پرسشنامه نگرانی پن است: پرسشنامه نگرانی پن است در سال ۱۹۹۰ توسط زینبارگ و بارلو ساخته شد که نوعی ابزار خودسنجی برای تشخیص صفت نگرانی است. این پرسشنامه ۱۶ آیتمی سطح نگرانی را می‌سنجد. این ماده‌ها برای دستیابی به ابعاد عمومیت و شدت و کنترل‌ناپذیری نگرانی مرضی طراحی شده است. پرسشنامه در مقیاس لیکرتی پنج‌گزینه‌ای از یک (اصلاً معمول نیست) تا پنج (خیلی معمول) درجه‌بندی می‌شود. مجموع نمراتی که فرد کسب می‌کند در دامنه‌ای بین ۱۶ تا ۸۰ است (به نقل از ۱۸). خوشکام و همکاران اعتبار آزمون را به روش بازآزمایی در دو گروه بیمار و بهنجار ۰/۸۸ و ۰/۸۵ به دست آوردند. در مطالعه‌ای اعتبار این آزمون با استفاده از روش همسانی درونی ۰/۸۶ و به روش بازآزمایی با چهار هفته فاصله ۰/۷۷ گزارش شد. اعتبار هم‌زمان این آزمون نیز با آزمون اضطراب بک برابر با ۰/۴۹ بود (۱۹).

آن‌ها را علامت زده‌اید، باهم جمع کنید. اگر پاسخ آزمودنی به این پرسش «هیچ» باشد، برای پرسش‌های ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ نیز پاسخ هیچ را علامت بزنید و به سؤال ۶ بروید. اگر پاسخ آزمودنی به این پرسش هیچ باشد برای پرسش‌های ۷، ۸، ۹ و ۱۰ نیز پاسخ هیچ را علامت بزنید (۱۴). در ایران اسدی و همکاران پایایی بین مصاحبه‌کنندگان برای این مقیاس ($r=0/98$) و ضریب همسانی درونی آن ($r=0/89$) و ضریب پایایی آن را به روش بازآزمایی در فاصله دو هفته ($r=0/84$) گزارش کردند. همچنین روایی تشخیصی آن با پرسشنامه افسردگی بک^۱ و مقیاس درجه‌بندی اضطراب همپلتون^۲ به ترتیب $r=0/64$ و $r=0/59$ به دست آمد (۱۵).

– مقیاس تجدیدنظرشده آمیختگی فکر–عمل^۳: این مقیاس نوعی ابزار خودگزارشی است که توسط شفران و همکاران در سال ۱۹۹۶ طراحی و ساخته شد و دارای ۱۹ ماده است (۱۶). ۱۲ ماده این مقیاس مربوط به اخلاق «آمیختگی فکر–عمل» (مواد ۱ تا ۱۲) و ۷ ماده بعدی مربوط به احتمال «آمیختگی فکر–عمل» است. مواد در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرتی از صفر کاملاً مخالف تا چهار کاملاً موافق، توسط آزمودنی‌ها درجه‌بندی می‌شود. دامنه نمرات این مقیاس از ۰ تا ۷۶ است. نمرات بیشتر، بیانگر «آمیختگی فکر–عمل» شدیدتر در فرد است. شفران و

جدول ۱. خلاصه جلسات درمانی برنامه زمانی پارادوکسی

جلسات	هدف و محتوای جلسات	تکلیف
اول	معارفه و برقراری ارتباط اولیه، بیان اهداف مداخله و تعداد جلسات، مرور مختصر چارچوب کلی جلسات، مقدماتی درباره تاریخچه درمان برنامه زمانی پارادوکسی و اصول اصلی آن. اجرای پیش‌آزمون.	درخواست از فرد جهت نوشتن هدف‌های مدنظر خود از درمان و اینکه چه می‌خواهد و برای به دست آوردن آن چه می‌کند و سپس آوردن آن‌ها. پاسخ به پرسشنامه‌های پژوهش.
دوم	طرح‌ریزی پلان درمان، استفاده از تکنیک مکانیزم اول، دستورسازی و مصنوعی‌سازی.	انجام تمرین‌های دستوری، بازسازی و تجربه نشانه‌های بیماری در وقت‌های از پیش تعیین شده.
سوم	گسترش تمرین‌های پارادوکسی، پیگیری انجام تکالیف جلسه قبل، بررسی میزان عملیاتی‌کردن بازسازی و تجربه‌کردن مشکلات.	تعیین تعدادی وقت سه نوبت در روز برای انجام تمرین‌های برنامه زمانی پارادوکسی در زمان‌های مشخص شده.
چهارم	تمرکز بر مکانیزم دوم؛ قطع رابطه نشانه و اضطراب تا ایجاد مکانیزم سوم، تغییر نشانه‌ها برای شخص بیمار و سیستم دربرگیرنده او.	ادامه تکالیف و انجام برنامه زمانی پارادوکسی در زمان‌های مشخص شده.
پنجم	استفاده از مکانیزم چهارم؛ استحکام من، کمک به تعارضات با برنامه پارادوکسی با تشخیص قطع رابطه نشانه‌ها و اضطراب.	ادامه تکالیف و انجام برنامه زمانی پارادوکسی در زمان‌های مشخص شده.
ششم	پیگیری تکالیف، جمع‌بندی از همه جلسات، پاسخ به پرسش‌ها و خاتمه جلسات با اجرای آزمون‌ها (پس‌آزمون).	انجام پرسشنامه‌ها در قالب پس‌آزمون.

مقیاس پاسخ‌های نشخوارگری^۴: این مقیاس در سال ۱۹۹۳ توسط نولن-هوکسما و مارو، به‌عنوان یکی از زیرمقیاس‌های سبک‌های

4. Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)

5. Ruminative Responses Scale (RRS)

1. Beck Anxiety Inventory (BAI)

2. Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)

3. Thought Action Fusion Scale-Revised

و تحمیل تغییر به خانواده در مشقت درمانی اقتباس شده است. روایی این پروتکل اولین بار توسط بشارت در سال ۱۳۹۸ به لحاظ محتوایی و عملی روی بیمار اضطرابی بررسی شد (۱۳). در ادامه خلاصه جلسات آموزشی در جدول ۱ گزارش شده است.

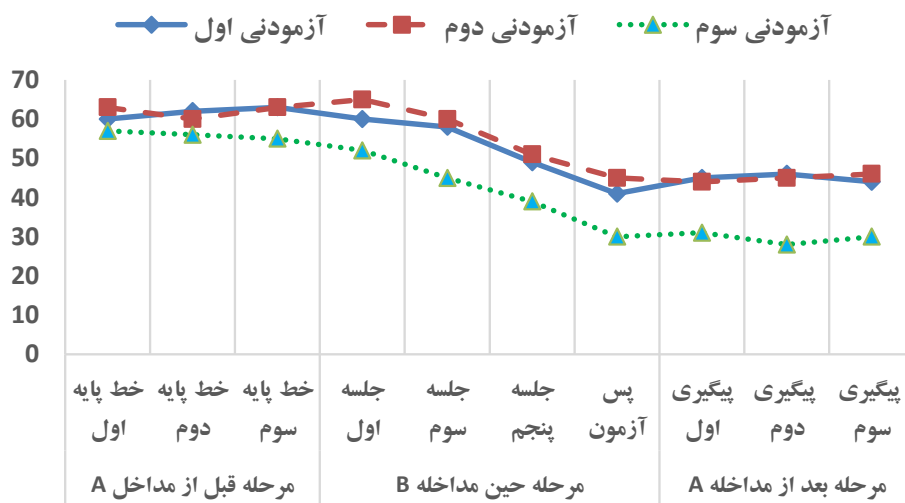
درمان برنامه زمانی پارادوکسی شامل شش جلسه درمانی بود که از دو تکنیک اصلی پارادوکس و برنامه زمانی تشکیل شد. در فاز اول این پژوهش از مصاحبه با متخصصان و پرسشنامه اعتبارسنجی پروتکل استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک روش‌های تحلیل نمودار، شاخص تغییر پایا، معناداری بالینی و درصد بهبودی صورت گرفت.

۳ یافته‌ها

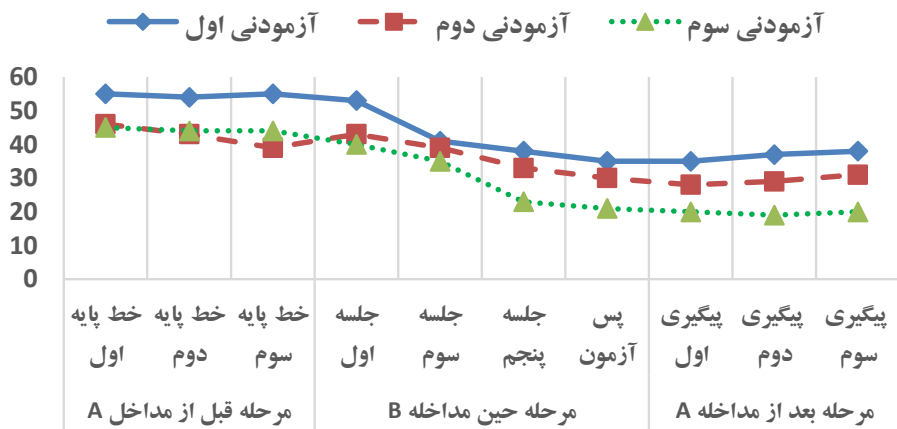
سن شرکت‌کنندگان گروه درمان برنامه زمانی پارادوکسی بین ۲۵ تا ۳۴ سال قرار داشت و میانگین سن آن‌ها $4/72 \pm 30/33$ سال بود. در ادامه نمودارهای روند ۱ تا ۴ مربوط به نمرات و سواسی-اجباری و نیز سایر علائم در مراحل قبل از مداخله و حین مداخله و بعد از مداخله برای چهار گروه به تفکیک گزارش شده است.

لیکرت چهاردرجه‌ای از نمره یک (تقریباً هرگز) تا نمره چهار (تقریباً همیشه) سنجیده می‌شود. از مجموع پاسخ‌ها، نمره نشخوارگری کلی به دست می‌آید در این پرسشنامه نمره کل نشخوار فکری از جمع همه ماده‌ها حاصل می‌شود. این مقیاس متشکل از سه خرده‌مقیاس حواس‌پرتی (سؤالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۴، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۲) و تعمق (سؤالات ۷، ۱۱، ۱۲، ۲۰، ۲۱) و درک فرورفتن (سؤالات ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۵، ۱۶) است (۲۰). این پرسشنامه توسط باقری‌نژاد و همکاران به فارسی ترجمه شد و اعتبار آن به واسطه ضریب آلفای کرونباخ به عنوان شاخصی از همسانی درونی ۰/۸۸ به دست آمد. اعتبار پیش‌بین این آزمون نشان می‌دهد که مقیاس یادشده می‌تواند شدت افسردگی را در دوره‌های پیگیری در نمونه‌های بالینی و غیربالینی پیش‌بینی کند (۲۱).

درمان برنامه زمانی پارادوکسی^۱: در این مطالعه پروتکل از مبنای نظری در چهارچوب مدل‌های نظری متفاوت، از تکنیک‌های تکرار انبوه، سیری محرکه، غرقه‌سازی تجسمی و عینی در رفتاردرمانی، تا بازچهارچوب‌دهی در شناخت درمانی، قصد پارادوکسی در معنادرمانی

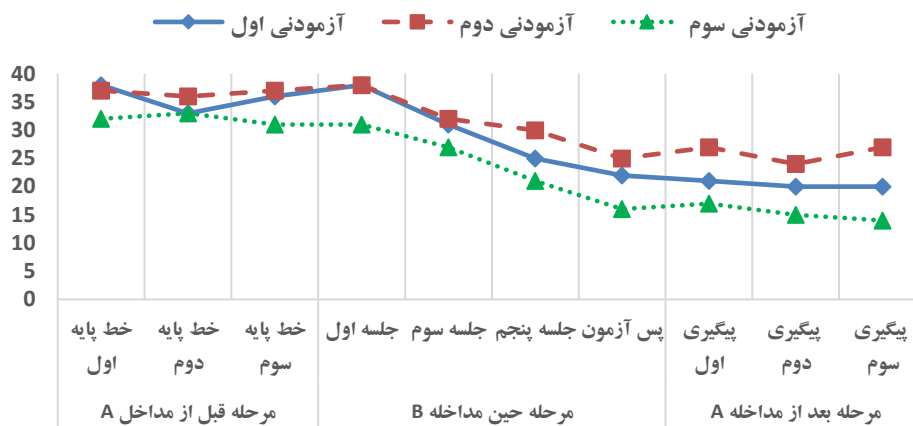


نمودار ۱. سیر نمرات نگرانی برای آزمودنی‌ها در گروه برنامه زمانی پارادوکسی (PTC)

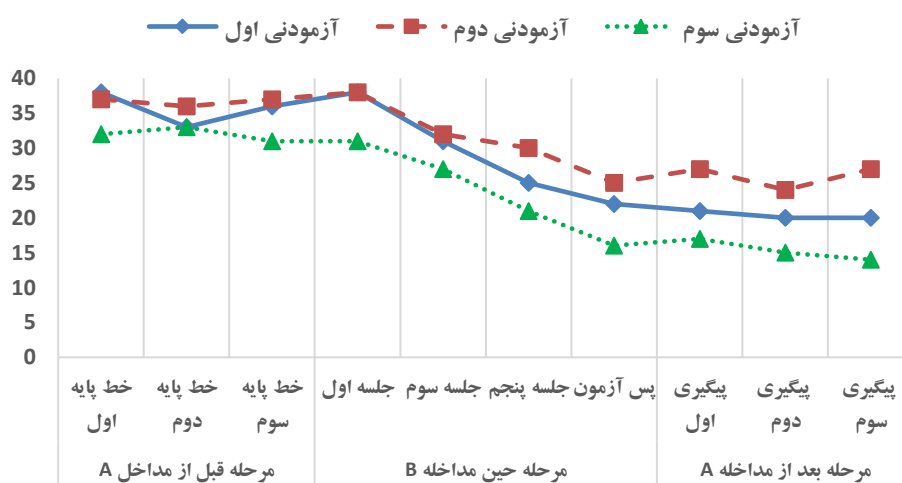


1. Paradoxical Time Table Therapy

نمودار ۲. سیر نمرات نشخوار فکری برای آزمودنی‌ها در گروه برنامه زمانی پارادوکسی (PTC)



نمودار ۳. سیر نمرات درهم آمیختگی فکر و عمل برای آزمودنی‌ها در گروه برنامه زمانی پارادوکسی (PTC)



نمودار ۴. سیر نمرات وسواسی-اجباری برای آزمودنی‌ها در گروه برنامه زمانی پارادوکسی (PTC)

نتایج نمودارها روند کاهش علائم را در پس آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. یکی از بهترین روش‌ها برای بررسی معناداری اثربخشی مداخلات، روش جاکوبسن و تراکس^۱ است؛ بنابراین به منظور بررسی مداخلات، هدف پژوهش یعنی اثربخشی مداخلات، از این روش آماری استفاده شده است. در جدول ۲ ابتدا شاخص تغییر پایدار و سپس نقطه برش برای بررسی معناداری آن گزارش شده است.

جدول ۲. اثربخشی برنامه زمانی پارادوکسی در کاهش علائم برحسب شاخص پایا و درصد بهبودی

آزمودنی شماره ۳	آزمودنی شماره ۲	آزمودنی شماره ۱	مراحل ارزیابی
۵۶	۶۲	۶۱/۶۶	متوسط پیش آزمون
۳۰	۴۵	۴۱	پس آزمون
۳/۴۸	۳/۴۸	۳/۴۸	خطای معیار اندازه‌گیری
۲۶	۱۷	۲۰/۶۶	تفاوت پیش آزمون-پس آزمون
-۵/۲۷	-۳/۴۴	-۴/۱۹	شاخص تغییر پایا* پس آزمون
۴۶ درصد	۲۷ درصد	۳۳ درصد	درصد بهبودی پس از مداخله
۲۹/۶۶	۴۵	۴۵	متوسط پیگیری
۲۶/۳۴	۱۷	۱۶/۶۶	تفاوت پیش آزمون-پیگیری
-۵/۳۴	-۳/۴۴	-۳/۳۸	شاخص تغییر پایا* پیگیری

نشانگر

1. Jacobsan & Trux

درصد ۴۷ درصد	درصد ۲۷ درصد	درصد ۲۷ درصد	درصد بهبودی دو ماه پس از مداخله	
۴۴/۳۳	۴۲/۶۶	۵۴/۶۶	متوسط پیش‌آزمون	میزان نشخوار فکری
۲۱	۳۰	۳۵	پس‌آزمون	
۳/۶۹	۳/۶۹	۳/۶۹	خطای معیار اندازه‌گیری	
۲۳/۳۳	۱۲/۶۶	۱۹/۶۶	تفاوت پیش‌آزمون- پس‌آزمون	
-۴/۴۶	-۲/۴۲	-۳/۷۶	شاخص تغییر پایا* پس‌آزمون	
درصد ۵۲ درصد	درصد ۲۹ درصد	درصد ۳۵ درصد	درصد بهبودی پس از مداخله	
۱۹/۶۶	۲۹/۳۳	۳۶/۶۶	متوسط پیگیری	
۲۴/۶۷	۱۳/۳۳	۱۸	تفاوت پیش‌آزمون- پیگیری	
-۴/۷۲	-۲/۵۵	-۳/۴۴	شاخص تغییر پایا* پیگیری	
درصد ۵۵ درصد	درصد ۳۱ درصد	درصد ۳۲ درصد	درصد بهبودی دو ماه پس از مداخله	
۴۲/۳۳	۶۷/۶۶	۵۵	متوسط پیش‌آزمون	میزان درهم‌آمیختگی فکر و عمل
۲۳	۵۰	۳۵	پس‌آزمون	
۲/۸۸	۲/۸۸	۲/۸۸	خطای معیار اندازه‌گیری	
۱۹/۳۳	۱۷/۶۶	۱۸	تفاوت پیش‌آزمون- پس‌آزمون	
-۴/۷۳	-۴/۳۲	-۴/۴۱۰	شاخص تغییر پایا* پس‌آزمون	
درصد ۴۵ درصد	درصد ۲۶ درصد	درصد ۳۲ درصد	درصد بهبودی پس از مداخله	
۲۲	۵۰/۶۶	۳۷/۳۳	متوسط پیگیری	
۲۰/۳۳	۱۷	۱۷/۶۷	تفاوت پیش‌آزمون- پیگیری	
-۴/۹۸	-۴/۱۶	-۴/۳۲	شاخص تغییر پایا* پیگیری	
درصد ۴۸ درصد	درصد ۲۵ درصد	درصد ۳۲ درصد	درصد بهبودی دو ماه پس از مداخله	
۳۲	۳۶/۶۷	۳۵/۶۷	متوسط پیش‌آزمون	علائم وسواس
۱۶	۲۵	۲۲	پس‌آزمون	
۲/۱۸	۲/۱۸	۲/۱۸	خطای معیار اندازه‌گیری	
۱۶	۱۱/۶۷	۱۳/۶۷	تفاوت پیش‌آزمون- پس‌آزمون	
-۵/۱۸	-۳/۷۸	-۴/۴۲	شاخص تغییر پایا* پس‌آزمون	
درصد ۵۰ درصد	درصد ۳۱ درصد	درصد ۳۸ درصد	درصد بهبودی پس از مداخله	
۱۵/۳۳	۲۶	۲۰/۳۳	متوسط پیگیری	
۱۶/۶۷	۱۰/۶۷	۱۵/۳۴	تفاوت پیش‌آزمون- پیگیری	
-۵/۴۰	-۳/۴۵	-۴/۹۷	شاخص تغییر پایا* پیگیری	
درصد ۵۲ درصد	درصد ۲۹ درصد	درصد ۴۳ درصد	درصد بهبودی دو ماه پس از مداخله	

همان‌طور که در جدول ۲، ملاحظه می‌شود برنامه زمانی پارادوکسی مقادیر شاخص پایا برای نگرانی، نشخوار فکری، درهم‌آمیختگی فکر و عمل و علائم وسواس جبری از مقدار ملاک یعنی ۱/۹۶ بیشتر است؛ از این رو می‌توان گفت در درمان برنامه زمانی پارادوکسی نتایج به‌دست‌آمده ناشی از خطای اندازه‌گیری و عدم پایایی آزمون نیست و حاصل مداخله درمانی است. شایان توجه است که مقدار معناداری پس از مداخله نیز باقی مانده است؛ این مطلب بیان می‌کند که در مرحله پیگیری برنامه زمانی پارادوکسی در هر سه آزمودنی ثبات تأثیر خود را حفظ کرده است.

۴ بحث

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی برنامه زمانی پارادوکسی بر کاهش نگرانی، نشخوار فکری، درهم‌آمیختگی فکر-عمل و علائم بیماران

مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری بود؛ به‌طور کلی نتایج این مطالعه مبین تأثیر برنامه زمانی پارادوکسی در کاهش علائم بیماران وسواسی جبری است. این درمان رویکرد جدیدی است و مطالعاتی که پیش از این به موضوع بحث شده پرداخته‌اند، عناصر درمان، قصد متناقض را که تنها یک‌وجه مداخله درمان برنامه زمانی پارادوکسی است، به‌کار برده‌اند (۱۲، ۱۳). یکی از محدود پژوهش‌های صورت‌گرفته در رابطه با این پروتکل بشارت نشان داد که درمان برنامه زمانی پارادوکسی می‌تواند اضطراب اجتماعی را کاهش دهد (۱۳). همچنین بشارت در مطالعه خود بر آن باور است که این روش می‌تواند برای تمامی اختلالات اضطرابی استفاده شود (۱۳)؛ با این حال شواهد پژوهشی پس از نتایج وی در رابطه با بیماران وسواسی گزارش نشده است. تنها یافته‌های همخوان برای اختلالات وسواسی روش یکپارچه‌نگر و

تلفیقی است که توسط تنبور و همکاران انجام شد و آن نیز دارای تأثیر پذیرفتنی بر علائم این اختلال بود (۱۲).

در رابطه با اثربخشی درمان و نتایج به دست آمده می توان گفت در این روش فرد موظف می شود در برنامه زمانی مشخصی که توسط خود وی و درمانگر تعیین می شود، درباره افکار و احساسات مزاحم خود فکر کند. مکانیزم اثرگذاری به این صورت است که درمانگر مدل PTC با مهندسی زمان (برنامه زمانی) و با استفاده از تجویز نشانه (پارادوکس)، تمرین هایی را برای بیمار تجویز می کند (دستوری سازی) تا براساس آن ها بیمار نشانه های بیماری اش را خودش در وقت های از پیش تعیین شده (مصنوعی) بازسازی و تجربه کند. وقتی نشانه های بیماری به صورت مصنوعی بازسازی و تجربه شدند، بیمار، با تجربه و واقعیتی جدید مواجه می شود. نشانه ها می توانند وجود داشته باشند؛ اما بدون اضطراب و ناراحتی (۱۳). با شروع درمان، از جایی که قرار می شود بیمار، بیماری اش را بازسازی کند و با آن زندگی نماید معنای نشانه ها برای بیمار و سیستمی که او را در بر گرفته (عمدتاً اعضای خانواده)، تغییر می کند. در نهایت درمانگر مدل PTC به بیمار کمک می کند با برنامه زمانی پارادوکسی، کشمکش های میان نهاد و فرامن را در قالب نشانه های بیماری قطع کند و در این فرایند، اقتدار من صورت می گیرد (۱۲). به نظر می رسد این روش می تواند با تقویت من میزان نگرانی و نشخوار فکری و درهم آمیختگی فکر و عمل بیمار را کاهش داده و باعث شود او بتواند با اضطراب خود و علائم و سواس فکری عملی کنار بیاید.

همان طور که گفته شد، زمانی که رابطه نشانه و اضطراب کاهش می یابد، شناخت های بیمار نیز به خودی خود تغییر پیدا می کند. هنگامی که بیمار به صورت عملی درمی یابد نشانه ها دیگر اضطراب زا نیستند، آن ها معنا و ارزش خود را از دست می دهند (۱۲). زمانی که بیماران با تکرار تکالیف بی اثر بودن نشانه ها را تجربه می کنند، دیگر درباره بیماری و مشکلات خود احساس نگرانی ندارند. همچنین موقعی که عین نشانه ها به بیماران تجویز می شود، معنای نشانه به طور ملموسی برای بیمار و خانواده وی تغییر می کند. خانواده ای که قبلاً نشانه ها را آسیب زا پنداشتند، اکنون آن را به گونه ای دیگر تفسیر می کنند. همچنین عادی سازی که در رابطه با نشانه ها رخ می دهد، باعث بی معنا شدن رابطه نشانه با اضطراب ناشی از رفتارها و افکار و سواس می شود. این بی معنا شدن می تواند تغییرات ساختاری شناختی عمده ای را ایجاد کند که نتیجه آن را به خوبی می توان در کاهش علائم و ثبات آن پس از درمان برنامه زمانی پارادوکسی مشاهده کرد؛ بنابراین تغییر معنای نشانه سبب اضطراب زدایی از نشانه می شود (۱۱). هر سه بیمار قبل از جلسات بر این باور بودند که علائم و نشانه ها برای آن ها اضطراب زا و نگران کننده است. همچنین آن ها نگران باورهای منفی خود و خانواده شان درباره بیماری خویش بودند که باعث شد اضطراب آن ها افزایش یابد. زمانی که عین نشانه به بیمار تجویز شد، این معنا شروع به تغییر کرد؛ تغییری که معنای بیماری را برای فرد تغییر می دهد و نیز باعث می شود در فرایند درمان بتواند تکالیف را به خوبی انجام دهد

(۱۳). در درمان پارادوکسی این فرایند به گونه ای ادامه یافت تا «ایگو»^۱ بیمار دستخوش تغییرات اساسی شد. به طور معمول در خلال مصاحبه با هر سه آزمودنی مشخص شد که آن ها «من» ضعیفی دارند و تعارضات «اید»^۲ در برابر «سوپرایگو»^۳ باعث شد که نتوانند به خوبی از پس مشکل خود برآیند. هدف اصلی برای درمان برنامه زمانی پارادوکسی افزایش قدرت «ایگو» بود تا فرد بتواند تعارضات خود را به درستی حل و فصل کند. آزمودنی ها در خلال مداخله کاملاً دریافتند که این نشانه ها زمانی می توانند مشکل ساز شوند که بیمار تسلیم آن ها شود و نتواند با ایگو قدرت مند درک درستی از آن ها داشته باشد. «ایگو»، فرایند رشد است که ماهیت رشدی آن، پیشروی به سمت رشد روان شناختی، پختگی سازگاری، وابستگی متقابل اجتماعی، شایستگی و عملکرد مستقل است (۱۲)؛ در واقع، «ایگو» از جنبه های بسیار مهم فرد است که رشد آن در راستای پرورش فرد جهت تعامل ثمربخش با محیطش می باشد. به عبارتی «ایگو» را می توان ویژگی در حال تحولی دانست که فرد را در تعامل با دنیای پیرامونش می پروراند و مسیر صحیح و آرامش بخش در زندگی را برایش به ارمغان می آورد. همچنین با توجه به قابلیت های «ایگو» می توان انتظار داشت که رشد و تحول آن می تواند نشانه های اختلال را از جمله نگرانی فرد به دلیل تعارض های درون روانی بین اید و سوپرایگو کاهش دهد.

۵ نتیجه گیری

در رابطه با نتایج این مطالعه می توان گفت برنامه زمانی پارادوکسی بر کاهش نگرانی، نشخوار فکری، درهم آمیختگی فکر-عمل و علائم بیماران مبتلا به اختلال و سواس-اجباری اثربخش است. با توجه به اینکه فرض مداخله برنامه زمانی پارادوکسیکال تغییر من و استحکام آن در بیمار بود، به نظر می رسد در این روند برای هر سه آزمودنی موفق عمل کرده است؛ زیرا همان طور که مشخص شد نشخوار فکری بیماران کاهش یافته و ثبات نیز داشته است. نشخوار فکری می تواند ناشی از تعارضات درون روانی بین اید و سوپرایگو باشد و باعث شود که بیمار مدام در حال مرور و خودگویی ناشی از این تعارضات باشد. استحکام ایگو باعث می شود بیمار به خوبی از پس نشخوارهای فکری خود برآید.

۶ تشکر و قدردانی

از گروه درمانی و اساتید ناظر بر طرح و نیز مراجعان محترم برای درمان، تشکر و قدردانی می نمایم.

۷ بیانیه

این مقاله برگرفته از رساله مقطع دکتری رشته روان شناسی بالینی است. هیچ گونه تضاد منافی با سازمان ها و اشخاص دیگری وجود ندارد. همچنین پیش از انجام این پژوهش، فرم رضایت نامه کتبی از افراد حاضر در طرح گرفته شد و با رضایت آنان این پژوهش اجرا شد. این پژوهش توسط هیچ سازمان، نهاد یا مؤسسه ای حمایت مالی نشده است.

3. superego

1. ego

2. id

References

1. Rapp AM, Bergman RL, Piacentini J, McGuire JF. Evidence-Based Assessment of Obsessive-Compulsive Disorder. *J Cent Nerv Syst Dis*. 2016;8:13–29. doi: [10.4137/JCNSD.S38359](https://doi.org/10.4137/JCNSD.S38359)
2. Berman NC, Fang A, Hansen N, Wilhelm S. Cognitive-based therapy for OCD: Role of behavior experiments and exposure processes. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2015;6:158–66. doi: [10.1016/j.jocrd.2015.01.001](https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.01.001)
3. Myers SG, Grøtte T, Haseth S, Guzey IC, Hansen B, Vogel PA, et al. The role of metacognitive beliefs about thoughts and rituals: A test of the metacognitive model of obsessive-compulsive disorder in a clinical sample. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2017;13:1–6. doi: [10.1016/j.jocrd.2017.01.007](https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.01.007)
4. Calleo JS, Hart J, Björgvinsson T, Stanley MA. Obsessions and worry beliefs in an inpatient OCD population. *J Anxiety Disord*. 2010;24(8):903–8. doi: [10.1016/j.janxdis.2010.06.015](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.06.015)
5. McEvoy PM, Watson H, Watkins ER, Nathan P. The relationship between worry, rumination, and comorbidity: evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. *J Affect Disord*. 2013;151(1):313–20. doi: [10.1016/j.jad.2013.06.014](https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.014)
6. Craig JC, Lafreniere KD. Positive thought–action fusion as an independent construct. *Personality and Individual Differences*. 2016;94:228–36. doi: [10.1016/j.paid.2016.01.033](https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.01.033)
7. Siwec SG, Davine TP, Kresser RC, Rohde MM, Lee H-J. Modifying thought-action fusion via a single-session computerized interpretation training. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2017;12:15–22. doi: [10.1016/j.jocrd.2016.11.005](https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.11.005)
8. Hezel DM, Stewart SE, Riemann BC, McNally RJ. Clarifying the thought-action fusion bias in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2019;20:75–84. doi: [10.1016/j.jocrd.2017.10.004](https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.10.004)
9. Erhan C, Balci F. Obsessive compulsive features predict cautious decision strategies. *Q J Exp Psychol (Hove)*. 2017;70(1):179–90. doi: [10.1080/17470218.2015.1130070](https://doi.org/10.1080/17470218.2015.1130070)
10. Lebowitz ER, Panza KE, Bloch MH. Family accommodation in obsessive-compulsive and anxiety disorders: a five-year update. *Expert Rev Neurother*. 2016;16(1):45–53. doi: [10.1586/14737175.2016.1126181](https://doi.org/10.1586/14737175.2016.1126181)
11. Mancebo MC, Steketee G, Muroff J, Rasmussen S, Zlotnick C. Behavioral therapy teams for adults with OCD in a community mental health center: An open trial. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2017;13:18–23. doi: [10.1016/j.jocrd.2017.03.002](https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.03.002)
12. Tenore K, Basile B, Mancini F, Luppino OI. A Theoretical Integration of Schema Therapy and Cognitive Therapy in OCD Treatment: Conceptualization and Rationale (Part II). *PSYCH*. 2018;9(9):2278–95. doi: [10.4236/psych.2018.99130](https://doi.org/10.4236/psych.2018.99130)
13. Besharat MA. Evaluating the effectiveness of paradox therapy for the treatment of social anxiety disorder: A case study. *Journal of psychological science*. 2019;18(76):383–96. [Persian] <http://psychologicalscience.ir/article-1-383-en.pdf>
14. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46(11):1006–11. doi: [10.1001/archpsyc.1989.01810110048007](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007)
15. Asadi S, Daraeian A, Rahmani B, Kargari A, Ahmadiani A, Shams J. Exploring yale-brown obsessive-compulsive scale symptom structure in Iranian OCD patients using item-based factor analysis. *Psychiatry Res*. 2016;245:416–22. doi: [10.1016/j.psychres.2016.08.028](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.028)
16. Shafran R, Thordarson DS, Rachman S. Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 1996;10(5):379–91. doi: [10.1016/0887-6185\(96\)00018-7](https://doi.org/10.1016/0887-6185(96)00018-7)
17. Khoramdel K, Rabiee M, Molavi H, Taher Neshatdoost H. Psychometric properties of Thought Fusion Instrument (TFI) in students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2010;16(1):74–8. [Persian] <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-921-en.pdf>
18. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, & Borkovec TD. Development and validation of the Penn state worry questionnaire. *Behavior Research and Therapy*. 1990; 28:487-95.
19. Khoshkam S, Bahrami F, Ahmadi SA, Fatehizade M, Etemadi O. Attachment style and rejection sensitivity: The mediating effect of self-esteem and worry among Iranian college students. *Europe’s Journal of Psychology*. 2012;8(3):363–74. doi: [10.5964/ejop.v8i3.463](https://doi.org/10.5964/ejop.v8i3.463)
20. Nolen-Hoeksema S, Marrow J. Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Journal of Cognition and Emotion*. 1993;7:561-570. doi: [10.1080/02699939308409206](https://doi.org/10.1080/02699939308409206)
21. Bagherinejad, M, Salehi Fadri J, Tabatabai, SM. Relationship between intellectual rumination and depression in a sample of Iranian students. *Educational studies and Psychology*. 2010;11(1):21-38. <https://tpccp.um.ac.ir/article/view/6910>

