

اثربخشی درمان فراتشخیصی بر بهبود تحمل ابهام، کارکرد اجرایی (دقت و زمان) و حافظه در بیماران با اختلال وسواسی-جبری

پگاه حسن پور^۱، علیرضا آقاییوسفی^۲، احمد علیپور^۳، محسن ضمیر^۴

The Effectiveness of Transdiagnostic Treatment on Ambiguity Tolerance, Executive Functions (Accuracy and Time) and Memory in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

Pegah Hasanpoor¹, Alireza Aghayousefi², Ahmad Alipoor³, Mohsen Zamir⁴

چکیده

زمینه: با توجه به تغییرات در DSM و در نظر گرفتن رویکرد ابعادی به جای رویکرد طبقاتی این سؤال مطرح است که آیا درمان فراتشخیصی بر درمان اختلال وسواس-ناخودداری مؤثر است؟ **هدف:** این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی بر بهبود، تحمل ابهام، کارکرد اجرایی (دقت و زمان) و حافظه در بیماران با اختلال وسواس-ناخودداری انجام شد. **روش:** از میان افراد مبتلا به اختلال وسواس-ناخودداری مراجعه کننده به مراکز خدمات روانشناختی قزوین ۴۰ بیمار با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری (گروه تحت درمان فراتشخیصی و گروه گواه) قرار گرفتند و پرسشنامه های وسواس ییل براون (گودمن، پریس و همکاران، ۱۹۸۹)، مقیاس تحمل ابهام (مکلین، ۲۰۰۹)، آزمون فراخنای حروف و ارقام (وکسلر، ۱۹۸۷) و آزمون استروپ (استروپ، ۱۹۳۵) را تکمیل کردند. **یافته ها:** نتایج به دست آمده نشان داد که درمان فراتشخیصی به طور معناداری باعث بهبود تحمل ابهام، کارکرد اجرایی (دقت و زمان) و حافظه در افراد مبتلا به اختلال وسواس-ناخودداری شده است ($p < 0/001$). **نتیجه گیری:** رویکرد فراتشخیصی در درمان با مدنظر قرار دادن رویکرد ابعادی و هدف قرار دادن سازه های فراتشخیصی می تواند در بهبود علائم OCD اثرگذار باشد. **واژه کلیدها:** اختلال وسواس-ناخودداری، درمان فراتشخیصی، تحمل ابهام، کارکرد اجرایی، حافظه

Background: Given the changes in DSM and the consideration of dimensional variation, instead of category approach, the question arises as to whether transdiagnostic therapy is effective in the treatment of OCD? **Aims:** The purpose of this study was to investigate the effectiveness of transdiagnostic treatment on ambiguity tolerance, executive functions (accuracy and time) and memory in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD). **Method:** 40 patients were selected by purposeful sampling method and randomly assigned to 2 groups of 20 subjects (transdiagnostic treatment group and control group). The tools used in the present study were: Yale Brown Obsessive Compulsive Inventory (Goodman, Price et al. 1989), McLean ambiguity tolerance scale (McLain 2009), and Letter-Number Sequencing (Wechsler, 1987) and Stroop test (Stroop, 1935). **Results:** The results showed that transdiagnostic treatment significantly improved ambiguity tolerance, cognitive emotion regulation, executive functions (accuracy and time) and memory in patients with OCD ($p < 0/001$). **Conclusion:** transdiagnostic approach in treatment by considering the dimensional approach and targeting of diagnostic structures can be effective in improving the symptoms of OCD. **Key words:** Obsessive-compulsive disorder, transdiagnostic treatment, ambiguity tolerance, executive functions, memory

Corresponding Author: Arayeh1100@gmail.com

این مقاله مستخرج از رساله دکتری می باشد.

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

^۱ Phd student in General Psychology, payam noor university, Tehran, Iran

^۲ دانشیار، گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ Associate Professor, Department of Psychology, Payam noor university, Tehran, Iran (Corresponding Author)

^۳ استاد، گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

^۳ Professor, Department of Psychology, Payam noor university, Tehran, Iran

^۴ استادیار، گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی، قزوین، ایران

^۴ Assistant Professor, Department of Psychiatry, Medical Science university, Qazvin, Iran

پذیرش نهایی: ۹۸/۰۵/۱۶

دریافت: ۹۸/۰۳/۰۷

مقدمه

اختلال وسواس - ناخودداری یکی از مشکلات جدی سلامت روانشناختی بوده و سالیانه هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی هنگفتی به جامعه تحمیل می‌کند. مشکلات همراه با اختلال وسواس-ناخودداری و علائم ناتوان‌کننده آن کارکرد میان‌فردی، شغل و زندگی فرد را مختل می‌کند. اختلال وسواس-ناخودداری یکی از اختلالات رفتاری ناتوان‌کننده‌ای است که با افکار مزاحم تکراری و ناخواسته، فرد را به انجام اعمال اجباری و بیهوده و همچنین فرو بردن در اعماق افکار ناراحت‌کننده وادار می‌کند. ویژگی عمده این وسواس‌ها و اجبارها لذت‌بخش نبودن آنها برای فرد مبتلا می‌باشد. ولی بیمار به نشخوار افکار و تکرار اعمال ادامه می‌دهد تا شاید از ناراحتی‌هایی که برای او به وجود می‌آید کاسته شود. بیماران دارای اختلال وسواس-ناخودداری در آغاز بیماری ممکن است مقاومت‌هایی در برابر افکار و اعمال وسواس-اجبار از خود نشان دهند ولی با پیشرفت و نفوذ بیماری و در موارد شدید، فرد مبتلا مدت زیادی از وقت روزانه خود را صرف اشتغال ذهنی یا رفتارهای وسواسی خود می‌نماید که تنش و اضطراب ناشی از این عملکرد غیرمفید، شرایط زندگی اجتماعی، خانوادگی و فردی او را تحت تأثیر قرار داده و گاهی مختل می‌کند (سادوک، سادوک و رویز، ۲۰۱۵).

بر اساس دیدگاه کارگروه شناخت‌های اختلال وسواس-ناخودداری^۲ از عوامل شناختی در بروز اختلال وسواس-ناخودداری، عدم تحمل ابهام است. در واقع تحمل ابهام به عنوان روشی که یک فرد یا گروه با مجموعه‌ای از روش‌های ناآشنا و پیچیده و نامفهوم روبه‌رو می‌شود، تعریف می‌گردد. اعتقاد بر این است که فردی با تحمل ابهام پایین معمولاً استرس را تجربه می‌کند و گاهی واکنش بی‌موقع از خود نشان می‌دهد و سعی در دور کردن خود از محرک مبهم دارد (فومهام و مارکس^۳، ۲۰۱۳). طبق نظر کارلتون^۴ (۲۰۱۶)، عدم تحمل ابهام، نداشتن ظرفیت تحمل پاسخ‌بیزارکننده است که به واسطه ادراک غیاب اطلاعات برجسته، کلیدی و مهم راه‌اندازی شده است و این باور وجود دارد که به واسطه ادراک بالاتر کیفی تقویت

می‌شود. در واقع عدم تحمل ابهام معرف ترس از ناشناخته‌ها است (کارلتون، ۲۰۱۶). مطالعات نیز ارتباط عدم تحمل ابهام با آسیب-شناسی نگرانی، اضطراب فراگیر و نشانه‌های اختلال وسواس-ناخودداری را نشان داده‌اند (لیند و بوشن، ۲۰۰۹). در تحقیقی که هالووی، هیمبرگ و کولز^۶ جهت مقایسه عدم تحمل ابهام در گروه‌های بیماران اختلال وسواس-ناخودداری، اضطراب فراگیر و گروه کنترل سالم انجام داده‌اند، دریافته‌اند که عدم تحمل ابهام در گروه بیماران از گروه سالم به‌طور معنادار بیشتر است اما بین دو گروه بیمار تفاوت معناداری مشاهده نشد.

مطالعات عصب‌روانشناختی نشان داده‌اند که اختلال وسواس-ناخودداری، باعث نقص در برخی از عملکردهای شناختی، مانند توجه، حافظه، کارکردهای اجرایی، مهارت‌های دیداری-فضایی و سرعت پردازش اطلاعات می‌شود چرا که اختلال وسواس-ناخودداری دارای مبنای عصبی‌زیستی است و در نتیجه‌ی بدکاری مدارهای خاصی در کورتکس پیشانی و نواحی مخطط مغز، کاهش فعالیت در مناطقی از مغز مانند قشر شکنج قدامی، قشر حدقه‌ای پیشانی و هسته دمدار (بوساتو، بوچیچل، زامیگنتی، کاریو، گلابوس^۷، ۲۰۱۱ و مایا، کونی و پیترسون^۸، ۲۰۰۸) است و این مدارها نقش اساسی در کارکردهای اجرایی دارند (لوگو و گلد، ۲۰۱۴).

پنجمین مجموعه تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی آمریکا^{۱۰}، کارکردهای اجرایی را بدین‌صورت تعریف می‌کند: «کارکردهای اجرایی مجموعه توانایی‌هایی برای عملکرد مفید و مناسب برای تفکر به صورت انتزاعی، برنامه‌ریزی، توالی، نظارت و بازداری رفتارهای پیچیده و هدفدار است. یک مجموعه پردازش‌های شناختی که به شخص اجازه می‌دهد تا مستقل از محیط رفتار کرده و رفتار را به عنوان حد واسطی برای اتصال دنیای درون با محیط بیرون قرار دهد» (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). کارکردهای اجرایی مغز به عنوان یک سازه نظری با ایجاد ارتباط در بین ساختارهای مغزی به ویژه نواحی جلوی پیشانی با کارکردهای روان

6. Holaway, Heimberg & Coles

7. Busatto, Buchpiguel, Zamignani, Garrido, Glabus.

8. Maia, Cooney and Peterson

9. Logue and Gould

10. DSM-V – APA (1996)

1. Sadok, Sadock and Roiz

2. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG)

3. Furnham and Marks

4. Carleton

5. Lind and Boschen

شناختی مانند حل مسأله، تفکر انتزاعی و تغییر راهبردها کمک شایانی در تبیین آسیب‌شناسی روانی بسیاری از اختلالات دارد. در واقع، فرضیه نارسایی کارکردهای اجرایی در تبیین و توجیه بسیاری از اختلالات روانی مورد استفاده قرار گرفته است (مالوی و دینیز^۱، ۲۰۱۷).

در نهایت همانطور که پیش از این نیز بیان شد، اختلال وسواس-ناخودداری اثر مستقیم بر کارکردهای شناختی از جمله حافظه دارد و باعث مختل شدن آن می‌شود. در واقع، به دلیل این که شک و تردیدهای وسواسی اغلب به عنوان یک نشانه در بیماران مبتلا به اختلال وسواس-ناخودداری به شمار می‌رود، پژوهشگران به بررسی کارکردهای حافظه در این افراد پرداخته‌اند و وجود نقص در حافظه را در این بیماران مستند ساخته‌اند (اومری و موراتا، یامانیشی، ناکاکی آکاچی، میکونی و فوروکاوا^۲، ۲۰۱۷، هارکین و کسلر^۳، ۲۰۱۱، رادومسکی، دوگاس، آلکولادو و لاوویی^۴، ۲۰۱۴، موریتز و جاگر^۵، ۲۰۱۸).

پیشینه بالینی مربوط به درمان وسواس حاکی از آن است که درمان شناختی-رفتاری، بیشتر به شکل مواجهه و جلوگیری از پاسخ، اولین انتخاب برای درمان اختلال وسواس-ناخودداری است (ادی، دوترا، براتلی و وسترن^۶، ۲۰۱۴) اما با وجود پیشرفت‌های مهمی که در درمان وسواس دیده می‌شود، بیمارانی هستند که یا اصلاً به درمان پاسخ نمی‌دهند یا میزان پاسخ دهیشان به درمان بسیار اندک است (کیلی، استورچ، مرلو و گیفکن^۷، ۲۰۰۸). تقریباً ۴۰ درصد بیماران اختلال وسواس-ناخودداری در پاسخ به درمان‌های استاندارد شکست می‌خورند (فینبرگ، رگوناندانا، سیمپسون، فیلیپس و ریچتر، متیوز، استرن، سارین، براون و سوکمن^۸، ۲۰۱۵). برخی بیماران، کمی با درمان بهبود می‌یابند اما نشانه‌ها باقی می‌مانند و میزان بالایی از آسیب در عملکرد و کیفیت زندگی را نشان می‌دهند. گروه دیگری از بیماران نمی‌خواهند یا نمی‌توانند پریشانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ را تحمل کنند. برخی دیگر یا درمان را رها کرده

یا آن را نمی‌پذیرند. این عدم پذیرش درمان می‌تواند رفتارهایی مثل لغو یا غیبت در جلسات، عدم انجام تکالیف رفتاری در منزل یا دیگر تکالیفی که درمانگر تعیین می‌کند را شامل شود (فینبرگ و همکاران، ۲۰۱۵). در نهایت، بیماران وسواسی دیگری هستند که چون با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ مشکل دارند اصلاً به دنبال درمان نیستند (سوکمن و پینارد^۹، ۲۰۰۷) در پیشینه بالینی مربوط به وسواس، همه این بیماران «مقاوم به درمان»^{۱۰} نامیده می‌شوند.

از این رو، از سال ۲۰۰۹، مشکلات و محدودیت‌های موجود در درمان‌های متمرکز بر تشخیص، موجب شکل‌گیری پویشی در عرصه درمان اختلالات روانی شد که طی آن بر فرآیندهایی که نقش علی در اختلالات روانی مختلف داشتند، تأکید می‌شد (نولن - هاکسما و واتکینز^{۱۱}، ۲۰۱۴). در حال حاضر، داده‌های نظری و تجربی نشان می‌دهد که اختلالات روانی بیش از آن که متفاوت از هم باشند، دارای نقاط مشترک هستند که خود بر نیاز به یک رویکرد فراتشخیصی به درمان تأکید می‌کند (مک وی، ناتان و نورتن^{۱۲}، ۲۰۰۹).

نظریه فراتشخیصی به دنبال شناسایی عوامل فراتشخیصی یا سازه‌هایی است که در شروع یا حفظ اختلالات مختلف نقش دارند. به طور سنتی، عوامل خطر درون بافت یک اختلال خاص مورد مطالعه قرار می‌گرفتند. برای مثال، عوامل خطر افزایش احتمال اختلال وسواس-ناخودداری اساساً در میان افرادی که ملاک‌های تشخیصی اختلال وسواس-ناخودداری را داشتند مورد مطالعه قرار می‌گرفت. اما مطابق با نظریه فراتشخیصی، شواهد نشان می‌داد که عوامل خطر یک اختلال خاص ممکن است عامل خطر سایر اختلالات (به طور ویژه اختلالات همبود یا با علائم مشترک) نیز باشند. برای مثال، عدم تحمل ابهام یک عامل خطر برای اختلالات مختلف از قبیل اختلال اضطراب فراگیر، اختلال افسردگی عمده و اختلال وسواس-ناخودداری است (فرناندز، جزایری و گروس^{۱۳}، ۲۰۱۶). از این رو، بیان شد که به جای بررسی عوامل خطر هر اختلال خاص، بهتر است

8. Fineberg, Reghunandanan, Simpson, Phillips, Richter, Matthews, Stein, Sareen, Brown and Sookman

9. Sookman, and Pinard

10. Resistant to the treatment

11. Nolen-Hoeksema & Watkins

12. McEvoy, Nathan and Norton

13. Fernandez, Jazaieri and Gross

1. Malloy-Diniz

2. Omori, Murata, Yamanishi, Nakaaki, Akechi, Mikuni & Furukawa

3. Harkin & Kessler

4. Radomsky, Dugas, Alcolado & Lavoie

5. Moritz & Jaeger

6. Eddy, Dutra, Bradley and Westen

7. Keeley, Storch, Merlo and Geffken

تحمل ابهام، کارکرد اجرایی (دقت و زمان) و حافظه در افراد مبتلا به OCD است.

سؤال‌های پژوهش

با توجه به ابهامات و چالش‌های مطرح شده این پژوهش در صدد پاسخ به سؤالات زیر است؟

- آیا درمان فراتشخیصی بر بهبود تحمل ابهام افراد مبتلا به اختلال وسواس-ناخودداری نقش دارد؟

- آیا درمان فراتشخیصی بر بهبود کارکرد اجرایی افراد مبتلا به اختلال وسواس-ناخودداری نقش دارد؟

- آیا درمان فراتشخیصی بر بهبود حافظه افراد مبتلا به اختلال وسواس-ناخودداری نقش دارد؟

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون است. جامعه مورد مطالعه در پژوهش حاضر کلیه افراد مبتلا به وسواس مراجعه کننده به مراکز خدمات روانشناختی قزوین در سال ۱۳۹۶ بودند. ۴۰ بیمار با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در ۲ گروه ۲۰ نفری (گروه تحت درمان فراتشخیصی و گروه گواه) قرار گرفتند.

روش اجرای تحقیق به این شکل بود که ابتدا پرسشنامه وسواس ییل - براون بین مراجعان با شکایت وسواس پخش شد و سپس افرادی که نمره‌شان بر روی این پرسشنامه در دامنه اختلال قرار داشت انتخاب و با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته آنها را از نظر برخورداری از ضوابط تشخیصی DSM-5 مورد بررسی قرار گرفت. سپس افراد نمونه (۴۰ نفر) به طور تصادفی در ۲ گروه ۲۰ نفری قرار گرفتند. در گروه آزمون اکثریت افراد را زنان (۵۵٪ درصد)، متأهل (۶۰٪ درصد)، بین ۲۵ تا ۴۰ سال (۴۵٪ درصد) با تحصیلات لیسانس (۶۰٪ درصد) تشکیل داده‌اند. در گروه گواه نیز جنسیت به صورت برابر، اکثریت افراد مجرد (۶۰٪ درصد)، دارای سن کمتر از ۲۵ سال (۵۵٪ درصد) با تحصیلات لیسانس (۵۵٪ درصد) بوده‌اند. و هر دو گروه درمان دارویی برای اختلال وسواس دریافت نمی‌کردند.

قبل از انجام درمان در هر دو گروه پرسشنامه‌های پژوهش تکمیل شد. سپس به مدت سه ماه بعد از درمان مجدد این پرسشنامه

بر عوامل فراتشخیصی که در ایجاد و حفظ اختلالات مختلف نقش دارند تمرکز شود (آلداو، نولن هاگسمن و شویزر^۱، ۲۰۱۰). باکلتز و میر لیندنبرگ^۲، ۲۰۱۲). علاوه بر این، از مزایای قابل ملاحظه درمان‌های فراتشخیصی می‌توان به اعمال اثرات درمانی بر اختلالات همایند، فرآیند درمانی ساده و آموزش اشاره کرد که می‌تواند به شکل‌گیری درمان‌های تجربی بیش‌تر نیز کمک کند (مک وی و همکاران، ۲۰۰۹).

پروژه معیارهای دامنه تحقیقاتی^۳ اقدام نوآورانه مؤسسات ملی سلامت روان ایالات متحده است که طی آن روش‌های جدیدی برای طبقه‌بندی اختلالات روانی برای اهداف پژوهشی، بر اساس ابعاد مرتبط با کارکردهای عصبی و رفتاری چند حوزه مختلف ارائه می‌شود. در واقع، پیش‌فرض پروژه مذکور این است که کژکاری یا اختلال عملکرد در حوزه‌های مطرح‌شده، زمینه‌ساز اشکال مختلف آسیب‌روانی (سایکوپاتولوژی) است و تمرکز بر این حوزه‌ها، در مقایسه با سیستم‌های تشخیصی سنتی که متکی بر علائم رفتاری هستند، روشی سودمندتر برای تشریح ارتباط مغز و رفتار فراهم می‌آورد (اوا هنج بولم^۴ و همکاران، ۲۰۱۴).

کارگروه‌های پروژه RDoC چند حوزه را شناسایی کرده‌اند که عبارتند از: سیستم‌های شناختی؛ سیستم‌های جاذبه مثبت و منفی^۵؛ سیستم‌های برانگیختگی و تنظیم‌کننده؛ و سیستم‌های مرتبط با فرآیندهای اجتماعی. البته حوزه ششم، یعنی فرآیندهای حسی-حرکتی نیز در حال توسعه است. این حوزه‌ها خود به ساختارها و زیرساختارهای متعدد تقسیم می‌شوند (لناردو، فونتل و موراد^۶، ۲۰۱۹) و در باب این که چه چیزی می‌تواند مستقلاً موجب اعمال جبری شود، دو مدل پیشنهاد شده است که هر یک بر حوزه مجزایی از RDoC متمرکز شده‌اند. مدل اول تأکید می‌کند که اعمال جبری ناشی از نقص در سیستم کنترل شناختی است، در حالی که، در مدل دوم، بر ناهنجاری‌های موجود در سیستم جاذبه مثبت جستجوی پاداش تأکید می‌شود. در این پژوهش با توجه به زیر ساخت‌های RDOC و نقش آن در عوامل مختلف دخیل در اختلال وسواس-ناخودداری، هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی بر بهبود

4. Eva Henje Blom

5. Negative and positive valence

6. Leonardo F. Fontenelle and Murat

1. Aldao, Nolen-Hoeksema and S. Schweizer

2. Buckholtz. And Meyer-Lindenberg

3. Research Domain Criteria Project

ها تکمیل و تفاوت نمرات دو گروه تحلیل شد. جهت رعایت اخلاق پژوهشی حق خروج از پژوهش برای هر یک از شرکت کنندگان در هر مرحله از تحقیق محفوظ بود. شرکت در مطالعه حاضر موجب آسیب جسمانی یا روانی هیچ یک از شرکت کنندگان نشد و موارد احتمالی پیش‌بینی شده و در رضایت‌نامه آگاهانه قید شد. علاوه بر این، تمامی داده‌ها و یادداشت‌های مربوط به مطالعه، به جای اسم شرکت‌کننده با یک کد عددی مشخص شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون تحلیل شد.

ابزار

۱. پرسشنامه وسواس ییل براون (YBOCS): این ابزار را گودمن، پریس، راسموسن، مازور، فلیسچمان، هیل، هنینگر و چارنی^۱ ساخته‌اند و دارای سه بخش است. در بخش اول مصاحبه‌کننده اختلال وسواس بی‌اختیاری را برای مراجع تعریف می‌کند و چند مثال می‌زند. در بخش دوم، سیاهه، نشانه‌ها^۲ ارزیابی و در بخش سوم شدت^۳ نشانه‌ها درجه‌بندی می‌شود. یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته^۴ برای ارزیابی شدت وسواس‌ها و اجبارها، بدون توجه به شمار و محتوای وسواس‌ها و اجبارهای کنونی است. ۱۶ گویه SC در مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای و به‌صورت خودگزارشی پاسخ داده می‌شود. در SS هر یک از وسواس‌ها و اجبارها در پنج بعد میزان آشفتگی^۵، فراوانی^۶، تداخل^۷، مقاومت^۸ و کنترل نشانه‌ها^۹ برآورد می‌شود. Y-BOCS سه نمره به دست می‌دهد: شدت وسواس‌ها، شدت اجبارها و یک نمره کل که دربرگیرنده تمامی گویه‌ها است. در مطالعه اصفهانی و همکاران در مورد سیاهه نشانه‌ها و شدت آنها، همسانی درونی به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵ و اعتبار بازآزمایی ۰/۹۹ گزارش شده است.

۲. مقیاس تحمل ابهام مک‌لین: این پرسشنامه دارای ۱۳ آیت می‌باشد که توسط مک‌لین ۲۰۰۹ ساخته شده است و بر روی طیف لیکرت پنج گزینه‌ای از دامنه ۱ (بسیار مخالفم) تا ۵ (بسیار موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. بر اساس این پرسشنامه افرادی که نمره تحمل ابهام آنها از ۴۵ بالاتر باشد، دارای سطح مناسبی از تحمل ابهام هستند.

مک‌لین با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضریب پایایی پرسشنامه را ۰/۸۲ گزارش کرده است در پژوهش علیپور و همکاران ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد.

۳. آزمون استروپ: استروپ این آزمون را در سال ۱۹۳۵ برای ارزیابی توجه اختصاصی و انعطاف‌پذیری شناختی ابداع کرد. از آن زمان به بعد انواع متفاوتی از این آزمون ساخته شده است. در این پژوهش از نوع کاردی آزمون استروپ که بسیار شبیه به آزمون طرح‌شده با استروپ است، استفاده شده است. این آزمون از چهار کارت تشکیل شده است (W خواندن واژه)، (C نامیدن رنگ) و CW نیز خواندن واژه‌ها بدون توجه به رنگ آنها در کارت سوم و در کارت چهارم، واژه‌ها بدون توجه به چیزی که نوشته شده است، گفته می‌شود. هر کارت ۲۵ محرک را نشان می‌دهد که به ترتیب در پنج سطر و پنج ستون تنظیم شده‌اند. از آزمودنی خواسته می‌شود به هر کارت نگاه کند و از سمت چپ به طور افقی به سمت راست این کار را ادامه دهد و سریع و تا جایی که محتمل است، پاسخ مناسب دهد. در کارت W محرک، نام رنگ‌های پنج‌گانه است (قرمز، آبی، سبز، قهوه‌ای و زرد). در این قسمت از آزمودنی درخواست می‌شود واژه‌ها را بخواند. کارت C مربع‌های رنگی را نشان می‌دهد (قرمز، آبی، سبز، قهوه‌ای و زرد). در این قسمت از آزمودنی خواسته می‌شود تا رنگ مربع‌ها را بگوید. کارت CW نیز واژه‌هایی را که به نام رنگ‌های پنج‌گانه اشاره دارند و با رنگ‌های متعارض نوشته شده‌اند، نشان می‌دهد؛ مثلاً واژه قرمز به رنگ آبی نوشته شده است. در کارت سوم از آزمودنی خواسته می‌شود آن واژه‌ها را بدون توجه به رنگ آنها بخواند. در کارت چهارم از آزمودنی خواسته می‌شود تا رنگ آن واژه‌ها را بدون توجه به چیزی که نوشته شده است، بگوید. در هر چهار کارت زمان واکنش آزمودنی و تعداد خطاها ثبت می‌شود (رضایی نیاسر، زارع و همکاران، ۱۳۹۶). پایایی این آزمون برای کارت‌های اول و دوم ۰/۸۸ و برای کارت‌های سوم و چهارم ۰/۸۰ گزارش شده است. (بشپور، ۲۰۰۴)

۴. آزمون فراخوانی حروف- ارقام: این آزمون از ارقام تشکیل شده است که آزمودنی باید آنها را به ترتیب، ابتدا اعداد را از

5. distress

6. frequency

7. intervention

8. resistance

9. symptoms control

1. Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Fleischmann,

Hill, Heninger, Charney

2. Symptom Checklist

3. Severity Scale

4. semi-structured

کوچک به بزرگ و سپس حروف را به ترتیب حروف الفبا کنار همدیگر قرار دهد. این آزمون به منظور بررسی حافظه فعال طراحی شده است. برای تدوین این ابزار از خرده آزمون فراخوانی حروف - ارقام موجود در آزمون حافظه و کسلر استفاده شده است. در یک مطالعه ملی در آمریکا که توسط بنگاه روانشناختی در سال ۱۳۹۷، به منظور هنجاریابی آزمون حافظه و کسلر بر روی یک نمونه ۱۲۵۰ نفری در ۱۳ گروه سنی انجام گرفت. میانگین آلفای کرونباخ ۱۳ گروه سنی برای این آزمون ۰/۸۲ و میزان اعتبار به روش بازآزمایی آزمون ۰/۷۴ دست آمد. در ایران در پژوهشی که بوسیله ساعد انجام گرفت، میزان اعتبار این خرده آزمون به روش الفای کرونباخ ۰/۷۴ و به روش دونیمه کردن ۰/۷۵ به دست آمد.

محتوای درمان فراتشخیصی: با توجه به محتوای درمان‌های فراتشخیصی موجود و ساختارهای RDOC و عوامل آن در وسواس و پیشینه پژوهش در این زمینه، محتوای جلسات درمانی به شرح ذیل برای درمان وسواس طراحی گردید. لازم به ذکر است که محتوای جلسات برگرفته از کتاب‌های رویکرد فراتشخیصی به وسواس و اختلال‌های مرتبط (۲۰۱۹) و کتاب کیس فرمولیشن طبق رویکرد فراتشخیصی و مقالات مربوط در این زمینه ها می باشد. با توجه به رویکرد فراتشخیصی بنابر سیستم RDOC برای درمان وسواس، درمان سه مرحله دارد:

در جلسات اول و دوم مصاحبه انگیزشی، کیس فرمولیشن طبق رویکرد فراتشخیصی.

جلسات سوم تا پنجم برای درمان اختلال وسواس با توجه به مدل فراتشخیصی، برای اضطراب در سیستم جاذبه منفی که مربوط به روان-رنجورخویی و حساسیت اضطرابی است می‌توان از درمان‌های مهارت درمان استرس DBT، مواجهه درون‌نگری، مداخلات اکت استفاده کرد.

مرحله اول درمان شامل آشنایی مراجع با هیجانات و تکنیک‌های مواجهه درون‌نگر و مواجهه موقعیتی با توجه به مداخلات اکت و DBT برای پذیرش هیجان.

مرحله دوم درمان شامل اصلاح خطاهای شناختی می‌باشد. جلسات ششم تا هشتم در مورد افکار وسواسی می‌تواند در سیستم شناختی و با توجه نقص در سیستم شناختی در کنترل افکار از مداخلات درمان‌های فراشناختی و شناختی، اکت استفاده می‌شود. مرحله سوم درمان هم می‌تواند تغییر در اهداف و رفتار و سبک زندگی بیمار باشد.

نقص در بازداری هم در وسواس‌های فکری و هم در وسواس‌های عملی می‌تواند نقش داشته باشد. نقص در بازداری در دو بعد شناختی و رفتاری، که نقص در بازداری شناختی با وسواس‌های فکری و نقص در بازداری رفتاری با وسواس عملی مرتبط است.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان فراتشخیصی

جلسه	عنوان	محتوا
جلسه اول	مصاحبه انگیزشی	مصاحبه انگیزشی و بررسی انگیزه و بینش بیمار نسبت به مشکل وسواس فکری و عملی
جلسه دوم	کیس فرمولیشن و آشنایی بیشتر با بیمار	کیس فرمولیشن طبق رویکرد فراتشخیصی و تعیین مؤلفه‌های هیجانی، شناختی و رفتاری مربوط به اختلال وسواس فکری و عملی
جلسه سوم تا پنجم	مداخلات مربوط به هیجان	مواجهه درون‌نگری، مداخلات ACT و مداخلات تحمل استرس در DBT که هدف آن آشنایی با هیجان‌ها، تفاوت آنها و آشنایی بیمار با رفتارهای ناشی از هیجان و ارتباط آن با شروع و تداوم اختلال وسواس فکری و عملی می‌باشد.
جلسه ششم تا هشتم	مداخلات مربوط به شناخت	تکنیک‌های شناختی و فراشناخت و اکت که هدف آن اصلاح خطاهای شناختی و آموزش بیمار برای شناخت تفاوت فکر و عمل و تغییر پاسخ بیمار به افکار ناسازگار
جلسه نهم تا دهم	مداخلات مربوط به تعیین اهداف و ارزش‌ها	تعیین اهداف و ارزش‌های بیمار برای تغییر سبک زندگی بیمار

فرض‌ها می‌باشد که می‌بایست در مورد این فرضیات و متغیرهای مربوط به آن بررسی شود.

بر اساس نتایج حاصل از این آزمون مقادیر F نمرات پیش آزمون در سطح ۰/۰۰۱ معنادار می‌باشد که نشان می‌دهد. پیش فرض همبستگی بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون رعایت شده است.

داده‌ها و یافته‌ها

برای برآورد اثربخشی درمان فراتشخیصی بر روی تحمل ابهام، تنظیم شناختی هیجان، کارکرد اجرایی (در دو بعد دقت و زمان) و بهبود حافظه از آزمون‌ها تحلیل کوواریانس استفاده شده است. استفاده از آنالیز کوواریانس مستلزم برقراری یک سری از پیش

نتیجه آزمون آنالیز کواریانس در مورد متغیر کارکر اجرایی (دقت)، در جدول ۶ خلاصه شده است. ملاحظه می شود که اثر گروه بر نمره معنی دار است ($\text{sig} < 0/05$)، بدین معنی که درمان فراتشخیص بر بهبود کارکرد اجرایی در افراد مبتلا به اختلال وسواس-ناخودداری از نظر دقت مؤثر بوده است.

نتیجه آزمون آنالیز کواریانس در مورد متغیر حافظه، در جدول ۷ خلاصه شده است. ملاحظه می شود که اثر گروه بر نمره معنادار است. بدین معنی که درمان فراتشخیص بر بهبود حافظه در افراد مبتلا به اختلال وسواس-ناخودداری مؤثر است.

جدول ۲. نتایج آزمون خطی بودن همبستگی نمرات پیش آزمون و پس آزمون		
متغیر	آماره آزمون (F)	سطح معنی داری
تحمل ابهام	۶/۶۸۹	۰/۰۰۰
کارکرد اجرایی (دقت)	۲۴/۳۴۸	۰/۰۰۰
کارکرد اجرایی (زمان)	۴۷/۲۱۴	۰/۰۰۰
بهبود حافظه	۳۱/۴۱۰	۰/۰۰۰

نمرات پیش آزمون و پس آزمون بیشتر از ۰/۰۵ است لذا فرض صفر آزمون تأیید و نمرات پیش آزمون و پس آزمون دارای واریانس همگون هستند.

جدول ۳ نتیجه آزمون لون برای نمرات را نشان می دهد. ملاحظه می شود که سطح معنی داری آزمون لون برای تمام نتیجه آزمون آنالیز کواریانس در مورد متغیر کارکر اجرایی (زمان)، در جدول ۵ خلاصه شده است. ملاحظه می شود که اثر گروه بر نمره معنی دار است ($\text{sig} < 0/05$)، بدین معنی که درمان فراتشخیص بر بهبود کارکرد اجرایی در افراد مبتلا به اختلال وسواس-ناخودداری از نظر زمان مؤثر بوده است.

نتیجه آزمون آنالیز کواریانس در مورد متغیر تحمل ابهام، در جدول ۴ خلاصه شده است. ملاحظه می شود که اثر گروه بر نمره معنی دار است ($\text{sig} < 0/05$)، بدین معنی که درمان فراتشخیص بر بهبود تحمل ابهام در افراد مبتلا به اختلال وسواس-ناخودداری مؤثر بوده است.

جدول ۳. نتایج آزمون همگونی واریانس ها					
متغیر	مرحله	آماره آزمون	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
تحمل ابهام	پیش آزمون	۳/۴۱	۱	۳۸	۰/۰۵
	پس آزمون	۰/۱۰	۱	۳۸	۰/۷۴
کارکرد اجرایی (دقت)	پیش آزمون	۰/۰۷	۱	۳۸	۰/۷۸
	پس آزمون	۰/۰۸	۱	۳۸	۰/۷۷
کارکرد اجرایی (زمان)	پیش آزمون	۰/۲۷	۱	۳۸	۰/۶۰
	پس آزمون	۰/۵۹	۱	۳۸	۰/۴۴
بهبود حافظه	پیش آزمون	۰/۴۵	۱	۳۸	۰/۵۰
	پس آزمون	۰/۰۷	۱	۳۸	۰/۷۸

جدول ۴. نتیجه آزمون آنالیز کواریانس برای متغیر تحمل ابهام						
منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره آزمون (F)	سطح معنی داری	اندازه اثر (η^2)
اثر ثابت	۹/۱۸	۱	۹/۱۸	۱۴۸/۸۹۴	۰/۰۰	۰/۹۲
اثر پیش آزمون	۰/۴۱	۱	۰/۴۱	۶/۶۸۹	۰/۰۱	
اثر گروه (مداخله)	۲۸/۸۶	۱	۲۸/۸۶	۴۶۷/۸۶۰	۰/۰۰	
اثر خطا	۲/۲۸	۳۷	۰/۰۶			

جدول ۵. نتیجه آزمون آنالیز کواریانس برای متغیر کارکرد اجرایی (زمان)						
منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره آزمون (F)	سطح معنی داری	اندازه اثر (η^2)
اثر ثابت	۰/۳۳	۱	۰/۳۳	۹/۳۹۲	۰/۰۰	۰/۴۱
اثر پیش آزمون	۱/۶۶	۱	۱/۶۶	۴۷/۲۱۴	۰/۰۰	
اثر گروه (مداخله)	۰/۹۳	۱	۰/۹۳	۲۶/۵۷	۰/۰۰	
اثر خطا	۱/۳۰	۳۷	۰/۰۳			

جدول ۶. نتیجه آزمون آنالیز کوواریانس برای متغیر کارکرد اجرایی (زمان)						
منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره آزمون (F)	سطح معنی داری	اندازه اثر (η^2)
اثر ثابت	۱۶/۵۸	۱	۱۶/۵۸	۱۷/۵۷	۰/۰۰	۰/۲۲
کارکرد اجرایی (دقت)	۲۲/۹۸	۱	۲۲/۹۸	۲۴/۳۴	۰/۰۰	
اثر پیش آزمون	۹/۹۳	۱	۹/۹۳	۱۰/۵۲	۰/۰۰	
اثر گروه (مداخله)	۳۴/۹۲	۳۷	۰/۹۴			
اثر خطا						

جدول ۷. نتیجه آزمون آنالیز کوواریانس برای متغیر حافظه						
منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره آزمون (F)	سطح معنی داری	اندازه اثر (η^2)
اثر ثابت	۱۴/۴۹	۱	۱۴/۴۹	۳۰/۲۶	۰/۰۰	۰/۱۲
حافظه	۱۵/۰۳	۱	۱۵/۰۳	۳۱/۴۱	۰/۰۰	
اثر پیش آزمون	۲/۵۴	۱	۲/۵۴	۵/۳۱	۰/۰۲	
اثر گروه (مداخله)	۱۷/۷۱	۳۷	۰/۴۷			
اثر خطا						

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی بر بهبود تحمل ابهام، تنظیم شناختی هیجان، کارکرد اجرایی (دقت و زمان) و حافظه در بیماران اختلال وسواس-ناخودداری انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد که درمان فراتشخیصی به طور معناداری باعث بهبود در تحمل ابهام، تنظیم شناختی هیجان، کارکرد اجرایی (دقت و زمان) و حافظه در افراد مبتلا به اختلال وسواس-ناخودداری شده است ($p < ۰/۰۰۱$).

این یافته‌ی پژوهشی با مطالعاتی که اثربخشی درمان فراتشخیصی را بر بهبود علائم بیماران با اختلال‌های روانشناختی از جمله اختلال وسواس-ناخودداری نشان داده‌اند (بخشی‌پور رودسری، علیلو، فرنام و عبدی، ۱۳۹۲). ساعد، مسجدی (۱۳۹۵)، بیلک^۱ (۲۰۱۱)، اوینگ، مونستن، تامپسون، کارترایت، و فیلد^۲ (۲۰۱۵) و اکبری (۲۰۱۸) همسو است.

در مطالعه عبدی و همکاران نیز درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت عوامل فراتشخیصی از جمله بازداری رفتاری (به عنوان یکی از کارکردهای اجرایی) در اختلالات هیجانی مؤثر است (عبدی، بخشی و علیلو، ۲۰۱۳).

در خصوص اثربخشی درمان فراتشخیصی بر افزایش تحمل ابهام بیماران اختلال وسواس-ناخودداری می‌توان گفت که عدم تحمل ابهام معرف ترس از ناشناخته‌ها است (کارلتون، ۲۰۱۶). از اینرو، در

پروتکل درمان فراتشخیصی با اتخاذ رویکردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به بیماران کمک می‌شود تا پیچیدگی‌ها و ابهامات رویدادهایی که با آنها مواجه می‌شوند را به جای تفسیر فاجعه بار و تهدیدآمیز آنها، مورد مشاهده و پذیرش قرار دهند و تمامی امکانات و راه‌حل‌های موجود را برای انتخاب و ارائه پاسخی سازگارانه را در نظر بگیرند. از سوی دیگر، نقص حافظه و عدم اطمینان به حافظه نیز در سطح پایین‌تر تحمل بلا تکلیفی و نامطمئن بودن در بیماران وسواسی نقش دارد. افراد مبتلا به اختلال وسواس-ناخودداری به جای تحمل موقعیت اضطراب‌زا شدیداً به رفتار واری‌گریز دارند که شاید جهت کاهش این عدم اطمینان به حافظه برانگیخته می‌شوند؛ اما این واری‌گریزی اثری متناقض دارد و به جای اطمینان بخشی، موجب تردید بیشتر شده و عدم اطمینان مستمر به حافظه در مورد رویدادهای واری‌گریز شده را به همراه دارد. از این‌رو، در پروتکل درمانی فراتشخیصی بهبود عملکرد حافظه (یافته‌ی دیگر این پژوهش) نیز می‌تواند مسیر غیرمستقیمی در افزایش تحمل ابهام در بیماران وسواسی باشد. علاوه بر این، کاهش اجتناب تجربه‌ای نیز مسیر دیگری برای افزایش تحمل ابهام در بیماران اختلال وسواس-ناخودداری است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند افراد دارای تحمل بلا تکلیفی پایین به کاربرد قوانین ثابت به شیوه‌ی سیاه و سفید بیشتر تمایل دارند و از لحاظ شناختی پیچیدگی کمتری را از خود نشان می‌دهند. همچنین، این افراد تحت شرایط پیچیده بیشتر به

2. Ewing, Monsen, Thompson, Cartwright-Hatton and Field

1. Bilek

جستجوی اطلاعات حمایتی (تأییدی) گرایش دارند تا اطلاعات عینی (هیلن، گوتهل، استرویت، اسمت و هان)^۱ (۲۰۱۷). در پروتکل درمان فراتشخیصی مواجهه‌سازی با موقعیت‌ها و احساسات اضطراب‌زا و پذیرش هیجانات و افکار منع شده که منجر به کاهش اجتناب تجربه‌ای در بیماران می‌شود می‌تواند به طور همراستا، منجر به تحمل عدم قطعیت و ابهام موجود در برخی موقعیت‌های پیچیده برای بیماران اختلال وسواس-ناخودداری شود.

در خصوص اثربخشی درمان فراتشخیصی بر بهبود کارکردهای اجرایی (دقت و زمان) در بیماران اختلال وسواس-ناخودداری می‌توان گفت که از یک سو کاهش اضطراب به واسطه اجرای پروتکل درمان فراتشخیصی می‌تواند با تقویت کارکردهای اجرایی در بیماران اختلال وسواس-ناخودداری همراه باشد. چراکه اضطراب و برانگیختگی فیزیولوژیک ناشی از آن خود عاملی اثرگذار بر کارکردهای اجرایی است (شارپ، میلر و هلر^۲، ۲۰۱۵) از سوی دیگر، پروتکل درمان فراتشخیصی با بهبود علائم اختلال وسواس-ناخودداری از قبیل اجتناب تجربه‌ای و تحمل ابهام (یافته دیگر پژوهش) می‌تواند بهبود در کارکرد اجرایی را به همراه داشته باشد. چرا که مواجهه با موقعیت‌های جدید از جمله مجموعه توانایی‌های مرتبط با کارکرد اجرایی بوده (لوگو و گلد ۲۰۱۴، میاک، فریدمن، امرسون، ویتزکی، هوورتر و واگر^۳ ۲۰۰۳). و بازداری پاسخ نیز یکی از اصلی‌ترین فرآیندهای کنترل اجرایی است (مظفری‌نژاد و نظربلند، ۲۰۱۷) همچنین، می‌بایست خاطرنشان شود علاوه بر اینکه کارکردهای اجرایی را می‌توان به عنوان شاخصی برای «چگونه» انجام دادن کارها بیان کرد. آن را می‌توان برای «چه‌وقت» انجام دادن عملکردهای رفتاری نیز توصیف نمود. از این‌رو، پروتکل درمان فراتشخیصی با استفاده از رویکردهای درمانی مبتنی بر مدیریت زمان به افراد مبتلا به اختلال وسواس-ناخودداری کمک می‌کند تا با برنامه‌ریزی اهداف، خودگردانی، بازداری پاسخ نامناسب، انعطاف-پذیری و رفتار آینده‌مدار به تقویت کارکردهای اجرایی در بعد زمانی بپردازند.

در نهایت، در خصوص اثربخشی درمان فراتشخیصی بر بهبود حافظه در بیماران اختلال وسواس-ناخودداری می‌توان گفت که در

بسیاری از تقسیم‌بندی‌های نظری، حافظه کاری خود به عنوان یک کرکرد اجرایی شناخته می‌شود که وابسته به نحوه عملکرد لوب-پیشانی است که مکان اصلی شناسایی شده برای کارکردهای اجرایی می‌باشد. از این‌رو، بهبود در کارکردهای اجرایی بهبود در حافظه را نیز شامل می‌شود. همچنین، مطالعات عصب‌روانشناختی مختلف نشان داده‌اند که اختلال وسواس-ناخودداری، باعث نقص در برخی از عملکردهای شناختی، از قبیل حافظه می‌شود چراکه اختلال وسواس-ناخودداری در نتیجه‌ی بدکاری مدارهای خاصی در کرتکس پیشانی و نواحی مخطط مغز و کاهش فعالیت در مناطقی از مغز مانند قشر شکنج قدامی، قشر حلقه‌ای پیشانی و هسته دمدار رخ می‌دهد که این مدارها نقش اساسی در کارکردهای اجرایی و حافظه کوتاه مدت دارند از این‌رو، طبیعی شدن فعالیت مغزی در این نواحی درگیر در اختلال وسواس-ناخودداری به واسطه راهبردهای درمانی ارائه شده در پروتکل فراتشخیصی می‌تواند بهبود علائم اختلال وسواس-ناخودداری از قبیل حافظه را هم به دنبال داشته باشد.

این پژوهش نیز با محدودیت‌هایی همراه بود. یکی از اصلی‌ترین محدودیت‌های این پژوهش تعمیم‌پذیری محدود نتایج آن است. چرا که این پژوهش روی بیماران مبتلا به وسواس مراجعه‌کننده به مراکز خدمات روانشناختی قزوین در سال ۱۳۹۶ انجام شد که از نظر طبقه اجتماعی اقتصادی قابلیت تعمیم نتایج را محدود می‌کند. همچنین، استفاده از حجم نمونه کوچک نیز تعمیم‌پذیری داده‌ها را با مشکل مواجه می‌سازد. موانع و محدودیت‌های اداری جهت کسب مجوزهای لازم در خصوص اجرای پژوهش و مسائل غیر مترقبه‌ای که افراد در گروه‌ها با آن مواجه شدند از قبیل درگیری در مسائل خانوادگی و سلامتی نیز از جمله دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود.

در پایان، با توجه به نتایج به دست آمده در این پژوهش و هماهنگی با یافته‌های آن، برای پژوهشگرانی که قصد انجام پژوهش در این حیطه را دارند پیشنهاد می‌شود به دلیل کمبود مطالعات داخلی و خارجی در این حیطه، از درمان‌های دیگر که درمان فراتشخیصی را در کنار سایر درمان‌های روانشناختی قرار می‌دهد نیز برای کار با افراد مبتلا اختلال وسواس-ناخودداری و سایر اختلالات روانشناختی استفاده شود. توجه به مؤلفه‌های فرهنگی مرتبط با محتوای درمان و

³. Miyake, Friedman, Emerson, Witzki, Howerter and Wager

¹. Hillen, Gutheil, Strout, Smets and Han

²Sharp, Miller & Heller

- Aldao, A., S. Nolen-Hoeksema & S. Schweizer. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology Review*, 30(2), 217-237.
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*, American Psychiatric Pub.
- Basharpour, S. (2004). *The study of information processing speed, automated and controlled processing, and the effect of antidepressants on these three variables in depression disorder*, MSc. thesis]. Ardabil: University of Mohaghegh Ardabili.
- Bilek, E. L. (2011). An Open Trial Investigation of Emotion Detectives: A Transdiagnostic Group Treatment for Children with Anxiety and Depression. *Behavior Therapy*, 43(4), 887-897.
- Buckholtz, J. W. & A. Meyer-Lindenberg. (2012). Psychopathology and the human connectome: toward a transdiagnostic model of risk for mental illness. *Neuron*, 74(6), 990-1004.
- Busatto, G. F., C. A. Buchpiguel, D. R. Zamignani, G. E. Garrido, M. F. Glabus, M. C. Rosario-Campos, C. C. Castro, A. Maia, E. T. Rocha & P. K. McGuire. (2001). Regional cerebral blood flow abnormalities in early-onset obsessive-compulsive disorder: an exploratory SPECT study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(3), 347-354.
- Carleton, R. N. (2016). Fear of the unknown: One fear to rule them all?. *Journal of Anxiety Disorders*, 41, 5-21.
- Gillan, C. M., Fineberg, N. A & Robbins, T. W. (2017). A trans-diagnostic perspective on obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychological Medicine*, 47, 1528-1548.
- Eddy, K. T., L. Dutra, R. Bradley & D. Westen. (2004). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical psychology Review*, 24(8), 1011-1030.
- Esfahani, S. R., Y. Motaghipour, K. Kamkari, A. Zahiredin & M. Janbozorgi (2012). Reliability and Validity of the Persian Version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*, 17(4), 297-303.
- Eva Henje Blom, Larissa G. Duncan, Tiffany C. Ho, Colm G. Connolly, Kaja Z. LeWinn, Margaret Chesney, Frederick M. Hecht & Tony T. Yang. (2014). The development of an RDoC-based treatment program for adolescent depression: "Training for Awareness, Resilience, and Action" (TARA). *Frontiers in Human Neuroscience*, 19, 125-135.
- Ewing, D. L., J. J. Monsen, E. J. Thompson, S. Cartwright-Hatton & A. Field. (2015). A meta-analysis of transdiagnostic cognitive behavioural therapy in the treatment of child and young person anxiety disorders. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 43(5), 562-577.
- Fernandez, K. C., H. Jazaieri & J. J. Gross. (2016). Emotion regulation: a transdiagnostic perspective

تأثیرگذار در فرآیند پژوهش و نیز زمینه‌های اثرگذار جسمی و شخصیتی آزمودنی‌ها حائز اهمیت است. همچنین، با توجه به مشاهده اثربخشی درمان فراتشخیصی در بهبود علائم اختلال وسواس-ناخودداری، پیشنهاد می‌شود تا مراکزی که به انجام خدمات بالینی و آموزشی می‌پردازند رویکردهای فراتشخیصی و کار درمانی بر روی عوامل فراتشخیصی اختلال‌های روانی را مورد توجه قرار دهند.

منابع

- بخشی‌پور رودسری، عباس؛ علیلو، محمود؛ فرنام، علیرضا و عبدی، رضا (۱۳۹۲). ارزیابی کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر همراه با اختلال هیجانی همانند. *پژوهش‌های نوین روانشناختی* ۳۲(۸)، ۴۱-۷۴.
- جعفری جوزانی، راضیه؛ موسوی، سید علی محمد؛ احمدی، عبدالجواد و عسگری، نصرالله (۱۳۹۵). مقایسه کارکردهای اجرایی و جهت‌گیری زندگی در افراد مبتلا به مولتیپل اسکیزوفرنی و افراد سالم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲(۲۳)، ۳۳۵-۳۲۸.
- سادوک، بنجامین جیمز، سادوک، ویرجینا آلکوت و رویز، پدرو (۲۰۱۵). "خلاصه روانپزشکی". (ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۹۴)). تهران: انتشارات ارجمند.
- ساعده، امید؛ مسجدی، عباس و طارمیان، فرهاد (۱۳۹۵). "مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری فراتشخیصی و درمان دارویی در کاهش شدت نشانه‌های اختلال وسواس-جبری همراه با اختلالات اضطرابی و خلقی همانند. رساله دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران.
- عبدی، رضا؛ بخشی، عباس و علیلو، محمود (۲۰۱۳). کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت عوامل فراتشخیصی و نشانه‌های اختلالات هیجانی. *فصلنامه علمی-پژوهشی روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۴(۱۳)، ۱-۲۷.
- رضایی نیاسر، آسیه؛ زارع، حسین و برجسته، فرزانه (۱۳۹۶). ارزیابی عملکرد شناختی کودکان دارای مشکل اضافه وزن و چاق در آزمون برج لندن و آزمون استروپ در مقایسه با کودکان دارای وزن نرمال. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۶(۲۲)، ۵۰-۳۵.
- Akbari, M. (2018). The relative contributions of transdiagnostic constructs to obsessive compulsive disorder in clinical population: intolerance of uncertainty, cognitive fusion and distress intolerance. *Clinical Psychology & Personality*, 15(2), 167-177.

- Lind, C. & M. J. Boschen .(2009). Intolerance of uncertainty mediates the relationship between responsibility beliefs and compulsive checking. *Journal of Anxiety Disorders* , 23(8), 1047-1052.
- Logue, S. F. & T. J. Gould. (2014). The neural and genetic basis of executive function: attention, cognitive flexibility, and response inhibition. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 123, 45-54.
- Maia, T. V., R. E. Cooney & B. S. Peterson .(2008). The neural bases of obsessive-compulsive disorder in children and adults. *Development and psychopathology* , 20(4), 1251-1283.
- Malloy-Diniz LF, Miranda DM & Grassi-Oliveira R .(2017). Executive Functions in Psychiatric Disorders *Frontiers in Psychology*, 8, 1461
- McEvoy, P. M., P. Nathan & P. J. Norton (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy* ,23(1), 20, DOI: 10.3389/fpsyg.2017.01461
- McLain, D. L. (2009). Evidence of the Properties of an Ambiguity Tolerance Measure: The Multiple Stimulus Types Ambiguity Tolerance Scale-II (MSTAT-II). *Psychological Reports*, 105(3), 975-988.
- Miyake, A., N. P. Friedman, M. J. Emerson, A. H. Witzki, A. Howerter & T. D. Wager .(2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "frontal lobe" tasks: A latent variable analysis. *Cognitive psychology* ,41(1), 49-100.
- Mohammadi, A., B. Birashk & B. Gharraee. (2014). Comparison of the Effect of Group Transdiagnostic Treatment and Group Cognitive Therapy on Emotion Regulation. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 19(3), 187-194.
- Moritz, S. & A. Jaeger .(2018). Decreased memory confidence in obsessive-compulsive disorder for scenarios high and low on responsibility: is low still too high? *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* ,268(3), 291-299.
- Mozaffarnejad, F. & N. Nazarboland. (2017). Executive functioning, response inhibition and attentional process impairments in impulsive children. *European Psychiatry* ,41, S126.
- Newby, J.M. Mckinnon, A .Kuyken ,W .Gilbody, S & Dalgelish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review*, (40), 91-110
- Nolen-Hoeksema, Susan & Watkins , Edward R.(2011). A Heuristic for Developing Transdiagnostic Models of Psychopathology: Explaining Multifinality and Divergent Trajectories. *Perspectives on Psychological Science*,6(6), 589-609.
- Omori, I. M., Y. Murata, T. Yamanishi, S. Nakaaki, T. Akechi, M. Mikuni & T. A. Furukawa .(2007). The differential impact of executive attention dysfunction on episodic memory in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive therapy and research* , 40(3), 426-440.
- Fineberg, N. A., S. Reghunandanan, H. B. Simpson, K. A. Phillips, M. A. Richter, K. Matthews, D. J. Stein, J. Sareen, A. Brown & D. Sookman .(2015). Obsessive-compulsive disorder (OCD): practical strategies for pharmacological and somatic treatment in adults. *Psychiatry Research*, 227(1), 114-125.
- Fineberg, N.A .Reghunandanan ,S.Simpson,H . Phillips,K,A& Richter,M,A.(2015) .Obsessive compulsive disorder:practical strategies for pharmacological and somatic treatment in adult.*Psychiatry Researc*, (1), 114-125
- Furnham, A. & J. Marks. (2013). Tolerance of ambiguity: A review of the recent literature. *Psychology* , 4(09), 717.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR, Charney DS.(1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*,46(11), 1006-1011
- Group, O. C. C. W. (2005). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory—Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy* , 43(11), 1527-1542.
- Harkin, B. and K. Kessler. (2011). The role of working memory in compulsive checking and OCD: a systematic classification of 58 experimental findings. *Clinical Psychology Review* ,31(6), 1004-1021.
- Hillen, M. A., C. M. Gutheil, T. D. Strout, E. M. Smets & P. K. Han. (2017). Tolerance of uncertainty: Conceptual analysis, integrative model, and implications for healthcare. *Social Science & Medicine* , (18), 62-75.
- Holaway, R. M., R. G. Heimberg & M. E. Coles. (2006). "A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(2), 158-174.
- Hooman, F., M. Mehrabizadeh Honarmand, Y. Zargar & I. Davodi.(2016).The Effectiveness of Transdiagnostic Therapy on Anxiety, Depression, Cognitive Strategies of Emotional Regulation, and General Performance in Women with Comorbid Anxiety and Depression. *Journal of Fasa University of Medical Sciences* , 5(4), 551-563.
- Keeley, M. L., E. A. Storch, L. J. Merlo & G. R. Geffken. (2008). Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical psychology review*, 28(1), 118-130.
- Leonardo F. Fontenelle, Murat Y ü cel. (2019). *A Transdiagnostic Approach to Obsessions, Compulsions and Related Phenomena*, University Printing House, Cambridge CB2 8BS, United Kingdom .

- compulsive disorder patients with checking symptoms vs. those with washing symptoms. *Journal of psychiatric research* ,41(9), 776-784.
- Radomsky, A. S., M. J. Dugas, G. M. Alcolado & S. L. Lavoie .(2014). When more is less: Doubt, repetition, memory, metamemory, and compulsive checking in OCD. *Behaviour research and therapy* ,59, 30-39.
- Sharp, P. B., G. A. Miller & W. Heller .(2015). "Transdiagnostic dimensions of anxiety: neural mechanisms, executive functions, and new directions. *International Journal of Psychophysiology* ,98(2), 365-377.
- Sookman, D. & G. Pinard .(2007). *Specialized. Cognitive Behavior Therapy for resistant Obsessive–Compulsive Disorder: Elaboration of a schemabased model.* "Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: a scientistpractitioner guide. Washington, DC: American Psychological Association, 93-109.