

مروری بر مسایل قابل بحث در رفتار درمانی وسواس*

دکتر حبیب الله قاسم زاده**

مقدمه

دستش را "آب بکشد" و یا فردی را که دایما "نگران است مبادا کاری زشت" و "غیر قابل انتظار" از او سربزند و او باتمام قوای خود درصدد است از بروز آن جلوگیری کند. و یا فردی را که پیوسته در حال تردید و دودلی است. بی شک چنین بیماری قادر نخواهد بود در زندگی حرفه‌ای، زناشویی و اجتماعی خویش چنان که باید، موفق باشد.

درباره اتیولوژی (علت شناسی) این بیماری، از متقدمین پی‌یرزانه،*** فروید**** و پاولوف***** نظریه‌هایی ارائه داده‌اند و هر یک متناسب با چهارچوب تئوریک و متد و لوژیک (نظری و اسلوبی) خود با این موضوع برخورد کرده‌اند. امروزه نظریه‌های مربوط به

شناخت آن دسته از اختلال‌های روانی که با عنوان‌هایی مانند Obsessive - Compulsive disorder و یا Obsessive-compulsive neurosis مشخص می‌شوند، توجه بسیاری از روان‌شناسان، روان‌پزشکان و پژوهندگان را به خود جلب کرده است. گفته می‌شود این بیماری طی تاریخ بشر همواره وجود داشته است و امروزه نسبت قابل ملاحظه‌ای از روان‌نژندی‌ها (نوروزها) را به خود اختصاص داده است. شدت و استمرار این بیماری گاه به حدی می‌رسد که نیروی کارآیی فرد را کاملاً پایین می‌برد و اثری فلج‌کننده در زندگی شخصی و اجتماعی بیمار برجای می‌گذارد. در نظر بگیرید کسی را که هر روز باید صد دفعه

* قسمتی از این مقاله به صورت سخن رانی در بیمارستان روزبه ارائه شده است.

** استادیار گروه روان پزشکی، بیمارستان روزبه.

Obsession and Psychoasthenia (1903) در

Obsessive acts and religious practices; Obsession and Phobia : their در

Physical mechanisms and their etiology (Collected Papers, Vol. I, II)

***** در "کوشش برای تفسیر فیزیولوژیک نوروز وسواس و پارانوئیا"، "احساس تسلط و مرحله فوق متضاد" (نامه سرگشاده به پروفسور پی‌یرزانه) و "درون‌گرایی پی‌یرزانه" و غیره (منتخب آثار پاولوف ترجمه و تنظیم دکتر جلال کیا).

پردازندگان به کار بالینی عموماً " در این نکته همدستانند که بیماری وسواس از جمله مشکلات عمده روان پزشکی، پسیکوپاتولوژی و روان شناسی مرضی و بالینی است. عوارض این بیماری معمولاً " در برابر شیوه های درمانی رایج دارویی و روان کاوی از خود مقاومت نشان می دهند. لیکن به نظر می رسد رفتار درمانی در این زمینه نیز، همانند برخی از قلمروهای روان شناسی مرضی، به نتایج نوید بخشی دست یافته باشد. از لحاظ فراوانی نیز آن چنان که از جدول سالزمن وتلر برمی آید، بیشترین نسبت را به خود اختصاص داده است. در این مقاله سعی خواهد شد مروری بر شیوه های رایج در درمان وسواس به عمل آید، وضع کلی آن در حال حاضر روشن شود و به اهم مسایل مطروحه در رفتار درمانی وسواس اشاره گردد.

رفتار وسواسی به عنوان یک پاسخ اجتنابی

تکنیک های رفتاری به کار برده شده در درمان وسواس، در سالهای اخیر، به قدری افزونی گرفته است که مارکس در بررسی که در سال ۱۹۷۸ به عمل آورد، به ۵۵ اصطلاح مختلف برخورد^۴. اما در همه آن ها عنصر مشترکی وجود دارد که به عقیده مارکس همان شیوه مواجه سازی (رویارویی) است. پیش از آن که به پاره ای از این تکنیک ها اشاره شود، شاید لازم باشد کمی درباره مبانی تئوریک پسیکوپاتولوژی وسواس از نظرگاه شرطی سازی، سخن گفته شود. اصل مسلم در شرطی سازی عملگر سردی (Operant Conditioning) آن است که رفتاری که تقویت می شود، بیشتر راسخ میگردد و احتمال وقوع آن بالا می رود. تقویت می تواند مثبت یا منفی باشد. تقویتی که به دنبال پاسخ یا رفتاری معین می آید، به نحوی که احتمال وقوع آن را بیشتر گرداند، تقویت مثبت نام دارد. تقویتی که از دور ساختن محرک ناگوار (aversive) حاصل می شود، تقویت منفی نامیده می شود^۵.

اتیولوژی، طیف وسیعی را در برمی گیرند که در یک قطب آن نظریه های نور و فیزیولوژیک و در قطب دیگر نظریه های روان شناختی (روانکاوی، یادگیری و شرطی سازی) به چشم می خورند. البته جایی نیز برای طرح عوامل ژنتیک با گذاشته می شود.

درباره سمپتوماتولوژی (علامت شناسی) این بیماری نیز بحث هایی وجود دارد، اگرچه تعاریف در اکثر منابع جدید پسیکوپاتولوژی، اغلب مشابه است. این بیماری در DSM-III در بخش " حالت های اضطرابی " ذکر شده است و بین وسواس فکری و عملی تفکیک به عمل آمده است و در ICD-10 تعریفی کلی داده شده است که هم وسواس عملی و هم وسواس فکری را در برمی گیرد.

درباره درمان این بیماری شیوه های متفاوتی مطرح شده است که دامنه گسترده ای را تشکیل می دهند. سالزمن و تلر^۹ این شیوه های درمانی را در ۵ دسته قرار داده اند: روان درمانی، رفتار درمانی، دارو درمانی، جراحی و روش های آزمایشگاهی. این دو محقق با مراجعه به Index Medicus از سال ۱۹۵۳ تا ۱۹۷۸ - به ۱۷۷ مقاله در زمینه روش های درمانی وسواس برخوردند* و توزیع آن ها را به شکل زیر گزارش دادند:

شیوه درمانی	تعداد بررسی ها	درصد
درمان های رفتاری	۶۶ مورد	۳۷/۳
درمان دارویی	" ۴۹	۲۷/۷
روان درمانی	" ۲۹	۱۶/۳
جراحی	" ۱۴	۸
روشهای تجربی (آزمایشگاهی)	" ۱۳	۷/۴
مختلف	" ۶	۳/۳
	۱۷۷	۱۰۰

* محققان مزبور اشاره کرده اند که ۱۷۷ مقاله به غیر از ۱۱۹ مقاله ای بوده است که به زبان های خارجی (غیر از زبان انگلیسی) منتشر شده است. آنان از این مجموعه ۹۳ مقاله را مورد مطالعه دقیق قرار داده اند و با توجه به داده ها و یافته های مربوط به هر کدام از شیوه های درمانی، تصویر روشنی به دست داده اند (مراجعه شود به مقاله سالزمن و تلر).

** " تقویت کننده عبارت است از یک رویداد محرک که اگر با رابطه زمانی بخصوصی با پاسخ همراه شود، می تواند پاسخ یا پیوند محرک - پاسخ را حفظ کند یا نیرومندی آنرا افزایش دهد. (در مورد شرطی سازی کلاسیک، تقویت کننده عبارت است از محرک یا UCS محرک غیر مشروط که بازتاب غیرشرطی یا UCR را فرا می خواند). تقویت کننده های منفی، محرک هایی هستند که وقتی آن ها را به محض ظهور پاسخ بخصوصی حذف کنیم، موجب نیرومندی پاسخ می شوند" (دیوزوالسی، روان شناسی یادگیری، ترجمه محمد نقی براهنی، ۱۳۵۸، ۲۹-۲۸).

نمی‌تواند این پارادوکس را حل کند. به نظر او وسواس تنها راه حل مسئله است (۲، ص ۲۸۲ - ۲۷۹).

اضطراب و وسواس

ولپی درباره شکل گیری وسواس و به طور کلی نوروها (روان نژندی ها) در انسان، نظری ارائه داده است که به تفصیل آن را در کتاب خود به نام " روان درمانی از طریق بازداری متقابل " (۱۹۵۸) توضیح داده است. از نظر ولپی اضطراب پاسخی است که اورگانسیم در مواجهه با محرک هایی معین از خود نشان می‌دهد. او هسته اصلی نوروها را یک عادت پاسخ اضطرابی ناسازگار می‌داند و اضطراب را "الگوی مشخصه" پاسخ های اتونومیک اورگانسیم در برابر تحریک درد آور " تعریف می‌کند (۱۴، ص ۱۱).

اضطراب گاه در برابر الگوهای اختصاصی نشان داده می‌شود و گاه در برابر الگوهای کم و بیه موجود در همه جا بروز می‌کند. در حالت دوم، واکنش اضطرابی ظاهرا " بدون دلیل آشکار می‌شود. در این صورت ولپی از اضطراب فراگیرنده (Pervasive) - که آنرا بر اصطلاح رها گشته از محرک اصلی (free-floating) ترجیح می‌دهد - سخن می‌گوید.

گاه علاوه بر " تخلیه های اتونومیک مشخصه" اضطراب"، پاسخ های دیگری نیز در نوروها مشاهده می‌شوند که ممکن است حسی، حرکتی و یا ذهنی باشند. این نوع پاسخ ها در صورتی که زنجیره های فکری مشخصی را شامل شوند و یاکنش های پیچیده ای را در بر بگیرند، وسواس نامیده می‌شوند. وسواس ها ممکن است طیفی بسیار وسیع از پندارها وکنش ها را به وجود آورند، اما در نهایت به نتیجه ای واحد می‌انجامند*.

ولپی مبتنی بر چنین تئوریهایی وسواس را به دو نوع

رفتار وسواسی از نظر بسیاری از روانشناسان، پیش از همه، رفتاری اجتنابی (avoidance) است. بدین معنی که بیمار برای آن که بتواند اثر محرک اضطراب زا را کاهش دهد و یا از تاءثیر آن در امان باشد، از خود رفتاری اجتنابی نشان می‌دهد. به عبارت دیگر، وقتی بیمار پاسخی اجتنابی از خود بروز می‌دهد، تقویت کننده منفی مشروط را از خود دور می‌سازد و از آن جا که تقویت کننده منفی تواءم با اضطراب است، بنابراین پاسخ اجتنابی به نوبه خود اضطراب را نیز کاهش می‌دهد. پس، رفتار وسواسی را می‌توان پاسخی به منظور دور ساختن محرک اضطراب انگیز دانست. بدین ترتیب، بر اثر اقدام به فعالیت وسواسی، اضطراب به طور موقت کاهش پیدا می‌کند و کاهش اضطراب، خود، در نقش تقویت برای رفتار وسواسی عمل می‌کند. نتیجه آن که تقویت وسواس از حذف محرک های نامطبوع و کاهش اضطراب حاصل می‌شود که خود ناشی از شرایط عمل وسواسی است. ایمن تقویت، موقتی است و وقتی رفتار وسواسی انجام گرفت، دوباره تکرار می‌شود، حتی اگر این تکرار برای بیمار دردناک باشد.

این جا "پارادوکسی" مطرح می‌شود که به پارادوکس وسواس معروف است و آن این است: رفتاری که آزار دهنده است، چگونه دوام می‌یابد و از خود مقاومت نشان می‌دهد؟ در پاسخ گفته می‌شود که رفتار وسواسی کاملا "هم آزار دهنده نیست. اگرچه جنبه های ناگوار در آن وجود دارد، لیکن به عنوان یک رفتار اجتنابی تقویت کننده نیز هست. شاید آثار کاهش اضطراب، قوی تر از عواقب ناگوار کنش وسواسی باشد. تازمانی که محرک های ناگوار در محیط بیمار وجود داشته باشند، و بیمار با اقدام به رفتار وسواسی بتواند آن ها را تا حدی از خود دور سازد، وسواس ادامه خواهد یافت. بیمار وسواسی به علت عدم دسترسی به شق دیگر رفتاری،

* در مورد وسواس هایی که جنبه های عملی در آن ها برجسته تر باشد، اصطلاح Compulsive بکار می‌رود. لیکن ولپی این تمایز را سودمند نمی‌داند، چه از نظر وی هر رفتاری به نحوی اجباری و دترمی نیستیک است. خصوصیت رفتار وسواسی، درناگریز بودن و یا در اجتناب ناپذیر بودن آن نیست، بلکه در مخل بودن و در مزاحم بودن آن است.

گویا فروید نیز همانند کرپلین، اصطلاح Zwangsneurose را در مورد وسواس بکار می‌برد. این اصطلاح در انگلستان به Obsession و در آمریکا به Compulsion ترجمه و بعدها ترکیبی از آن دو متداول شد.

مراجعه شود به زیر نویس مقاله* زیر

Rado, S. Obsessive behavior. In S. Areiti and E. B. Brody (Eds.) American handbook of Psychiatry (Vol. III). New York: Basic Books, 1974.

اشتباه می‌کنند. شواهد تجربی نشان می‌دهند که وقتی پاسخ‌های اضطرابی همراه با پاسخ‌های اجتنابی حرکتی از بین می‌روند، خود پاسخ‌های اجتنابی حرکتی نیز ناپدید می‌شوند. روش‌هایی که بدین طریق اعمال می‌شوند، مستلزم برانگیختن پاسخ‌های اجتنابی نیستند، آن‌گونه که برای خاموشی تجربی آنها مورد لزومند. در زمینه بالینی نیز معمولاً "کل سندرم نوروتیک، از جمله اجتناب، از طریق حذف عادت اضطراب از بین می‌رود" (۱۴، ص ۲۶). حتی ولپی متذکر می‌شود که اگر هم پاسخ اجتنابی از طریق جلوگیری از اجتناب فرو نشانده شود، عادت اتومونیک اغلب باقی می‌ماند - مخصوصاً مواردی که اضطراب زیاد باشد. نتیجه آن‌که به نظر ولپی فروپاشی عادت حرکتی، به خودی خود اضطراب را کم نمی‌کند.

اینک به یکی از مسایل قابل طرح در رفتار درمانی وسواس نزدیک می‌شویم و آن این است که نقش اضطراب به عنوان یک پدیده اتونومیک از یک سوی و رفتار اجتنابی از سوی دیگر چیست و اصولاً "طرح چنین تقابلی تاچه حد مفید می‌تواند باشد؟

برای آن‌که پاسخی در برابر سؤال ارائه دهیم، شاید لازم باشد نخست مختصری درباره یادگیری ترسو اضطراب و رابطه آن‌ها با رفتار اجتنابی سخن بگوئیم. می‌دانیم نخستین آزمایش جدی در این باره، علاوه بر کارهای بنیادی پاولوف و شاگردانش در خصوص روان نژندی‌های تجربی، در سال ۱۹۱۹ بوسیله وات سون و شاگردش ری نر صورت گرفت. در این آزمایش به یک کودک ۱۱ ماهه یاد داده شد که از یک محرک خنثی و یا حتی خوشایند مانند موش و خرگوش و غیره بترسد و خود را کنار بکشد. آزمایش دیگری که در سال ۱۹۲۴ بوسیله جونز انجام گرفت نشان داد که با استفاده از روش‌هایی که امروزه جزء روش‌های شناخته شده رفتار درمانی به حساب می‌آیند، می‌توان ترس را در کودک خردسال از بین برد. جونز از دو روش استفاده کرد: در یکی از آنها خرگوش را به تدریج به کودک نزدیک ساخت در حالی که کودک مشغول خوردن غذای دلخواهش بود. در دیگری که آن ایام توجه چندانی را به خود جلب نکرد - از بچه‌های دیگر که ترسی از خرگوش نداشتند، به عنوان مدل استفاده کرد. هر دو روش، امروزه کاربردی وسیع در رفتار درمانی پیدا کرده است، روش اول اساس حساسیت

تقسیم می‌کند: وسواس اضطراب افزا و وسواس اضطراب کاه. "به نظر می‌رسد وسواس نوع اول جزئی و بخشی از پاسخ فوری (بلا واسطه) به تحریک اضطراب‌زا و دارای آثار ثانویه در جهت افزایش اضطراب باشد" (۱۳، ص ۳۰۱). نوع دوم رفتار وسواسی، به عنوان واکنشی در برابر اضطراب - بروز می‌کند که بروز آن تاحدی و حداقل برای مدت زمانی کوتاه اضطراب را کاهش می‌دهد" (ص ۳۰۲). در بررسی شرح حال این‌گونه بیماران معلوم می‌شود که بیمار، زمانی در برابر شرایط ناگوار، پاسخی معلوم و مشخص از خود بروز می‌دهد است و بعدها این رفتار در حکم تنها الگوی پاسخی در کاهش اضطراب به کار گرفته می‌شود. پس پایداری وسواس نوع اول بر اثر افزایش اضطراب و پایداری وسواس نوع دوم بر اثر کاهش اضطراب است.

طبیعی است اگر ولپی با چنین نگرشی، روش حذف و یا از بین بردن اضطراب را در درمان وسواس، دارای نقشی مسلم بداند. برای این منظور او از اصل "بازداری متقابل" (Reciprocal inhibition) استفاده می‌کند. طبق آن "می‌توان یک پاسخ عادت‌ی اضطراب‌زا از طریق برانگیختن پاسخی ناسازگار با اضطراب، در حضور محرک اضطراب‌زا، تضعیف کرد" (۱۴، ص ۱۷). یکی از تکنیک‌هایی که بدین منظور به کار می‌رود "حساسیت زدایی منظم" (Systematic desensitization) است که در سال‌های پس از ۱۹۶۰ مطالعات بسیار گسترده‌ای را در زمینه کاهش اضطراب برانگیخت. در این تکنیک سعی می‌شود طبق یک برنامه منظم، دقیق و تدریجی در برابر محرک اضطراب‌انگیز، پاسخی معارض با اضطراب از جمله آرامش عضلانی (Relaxation) به وجود آید و به تدریج جای پاسخ قبلی یعنی اضطراب را بگیرد. در این شیوه برخورد، به رفتار حرکتی به طور مستقیم پرداخته نمی‌شود، چرا که فرض بر این است که در صورت کاهش اضطراب، خود رفتار اجتنابی نیز از بین می‌رود. ولپی این فرض را در همه روان نژندی‌ها صادق می‌داند. او می‌نویسد: "روان نژندی به عنوان یک عادت ناسازگار مقاوم تعریف می‌شود که بر اثر یادگیری در موقعیت اضطراب‌زا کسب شده است و معمولاً اضطراب، خصوصیت اصلی آن را تشکیل می‌دهد. آنان که مرکزیت شرطی سازی اضطراب را در روان نژندی‌ها متوجه نیستند، اغلب بین شرطی سازی نوروتیک و شرطی سازی اجتنابی

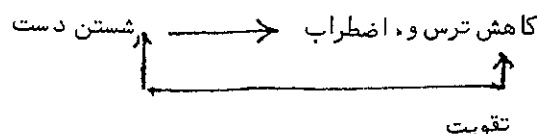
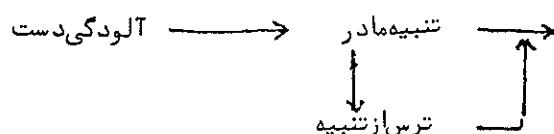
به طور خلاصه، ماورر نتیجه می‌گیرد که جلوگیری از رفتار وسواسی موجب افزایش اضطراب و انجام رفتار وسواسی باعث کاهش آن می‌شود. اما به نظر وی درباره ریشه ترس و اینکه چرا باید فقط فلان نوع عمل وسواسی به کاهش اضطراب بیانجامد، به نظر وی باید تجربیات فرد را به طور دقیق تجزیه و تحلیل کرد. گاه نیز این ریشه همچنان نامعلوم باقی میماند.

عده‌ای معتقدند که این نظریه دو عاملی ترس و رفتار اجتنابی قادر نیست علت مقاومت و دوام رفتار روان نژدانه ای مانند وسواس را توضیح دهد. چرا که مواجهه تقویت نشده با محرک مشروط را می‌توان شرط لازم و کافی برای خاموشی دانست. یعنی به ظاهر باید اضطراب بر اثر رفتار اجتنابی از بین برود. لیکن در عمل چنین نیست. از طرف دیگر، شواهد تجربی و بالینی حاکی از آنند که رفتار اجتنابی دارای ارتباطی علی با حالت برانگیختگی زیر ساخت خود نیست. مثلاً "دید شده است که از کنار انداختن کارکرد اتونومیک در جانوران، چندان تأثیری در فراگیری رفتار اجتنابی نداشته است. و نیز مشاهده شده است مدتها پس از آن که اضطراب مشروط خاموش می‌شود، رفتار اجتنابی ادامه می‌یابد. محققانی نشان داده اند که می‌توان در درمان فوبیای رفتار اجتنابی را بر اثر تغییر در آثار (یا پسایندهای) تقویت کننده تغییر داد، بدون آنکه در اضطراب به معنی فیزیولوژیک آن، بازداری به عمل آید. کاهش در اضطراب، گاه نتیجه تغییر رفتار است، به جای آن که علت تغییر رفتار باشد. شاید آنچه که بندورا طرح می‌کند، هم برانگیختگی اتونومیک، و هم رفتار اجتنابی هر دو اثر مشترک و همبسته یک وضع یا حالت واسطه ای مرکزی باشند.

بدین ترتیب می‌بینیم که برخلاف نظر ماورر و ولپی که در آن اضطراب، نقش اساسی را در وسواس برعهده دارد، مدل دیگری می‌توان عرضه کرد که بیشترین تأکید را بر خود رفتار اجتنابی می‌گذارد. مسلماً "اگر این شق را بپذیریم، یعنی رفتار اجتنابی را از اهمیت بیشتری برخوردار بدانیم،

زدایی منظم را تشکیل می‌دهد و روش دوم همان مدل سازی (الگوپذیری) است.

ماورر (۱۹۳۹) با توجه به این یافته ها و آزمایش‌هایی که خود انجام داد، نظریه دو عاملی خویش را وضع کرد این نظریه بر اساس دو فرض استوار است: (۱) اضطراب یک سابقه اکتسابی است که بر اساس فرایند شرطی سازی کلاسیک یعنی تواءم شدن محرک بی اثر با محرک مشروط ایجاد می‌شود و (۲) این اضطراب باعث برانگیخته شدن رفتار وسیله ای و یا اجتنابی می‌شود که به نوبه خود بر اثر کاهش سابقه اضطراب زیر ساخت خود، تقویت می‌گردد. مثلاً "ترس بیمبار از "آلودگی" و "نجاست" یک پاسخ مشروط کلاسیک است که بیمار را وادار می‌سازد پس از دست زدن به هر چیز "آلوده" و "نجس" دست خود را "آب بکشد" شستن دست، "آلودگی" و "نجاست" را می‌زداید و در نتیجه ترس از آن را از بین می‌برد. کاهش اضطراب خود، شستن دست را تقویت می‌کند و بدین ترتیب این دور باطل تکرار می‌شود. به نظر ماورر اگرچه طریقی از بروز واکنش جلوگیری کنیم، اضطراب افزایش می‌یابد و به محض اینکه بیمار اقدام به عمل وسواسی کند، اضطراب از بین می‌رود. پس چنین به نظر می‌رسد که رفتار وسواسی درست به همان ترتیبی که پاسخ اجتنابی در فوبیا و پاسخ فشار دادن میله و کشیدن دسته - برای فرار از شوک - در حیوانات دیده می‌شود، تقویت می‌گردد. پاسخ های وسواسی ممکن است بر اثر آزمایش و لغزش شکل گیرند، لیکن این پاسخ ها به عقیده ماورر اکثراً "در گنجینه الگوهای رفتاری فرد وجود دارند. مثلاً "مادری که کودک خود را به علت تمیز نبودن دست وی تنبیه می‌کند، در واقع به او یاد می‌دهد که برای اجتناب از تنبیه، دست های خود را بشوید. پس شستن دست، علاوه بر زدودن آثار آلودگی، در حکم اجتناب از تنبیه و یا ترس عمل می‌کند و به دنبال آن یک اطمینان و راحتی خیال می‌نشیند و خود این ایمنی خاطر، بعدها می‌تواند خصوصیت بازداری ترس را همچنان حفظ کند، اگرچه دست کودک کثیف نباشد.



سطوح عمده می‌شود. بدون آن که ضرورتاً آن شیوه‌شکل-گیری ترس و رفتار اجتنابی در بیماری معین نقش برجسته ای داشته باشد. می‌بینیم در این مدل، ترس طی جریانی آموخته می‌شود و خود فرد در این جریان کم و بیش فعال است و رفتار اجتنابی به‌نحوی حکایت از این فعال بودن می‌کند. اگر بازداری متقابل در نظر ولپی از اهمیت خاصی برخوردار است - به اعتبار تبیین رفتار نوروتیک آن گونه که ذکر آن گذشت - مواجه سازی عینی است که در مدل راچمن و دیگران نقش اصلی را ایفاء می‌کند (مرجع اصلی قسمت مربوط به ماورر و راچمن، ۱۵۲ - ۱۴۵).

(Exposure)

مواجه سازی (رویا رویی، روب روسازی یا مقابله)

منظور از مواجه سازی، به طور کلی عبارت است از در تماس قرار دادن دراز مدت بیمار با محرک هایی که باعث ناراحتی او می‌شوند و در او رفتار وسواسی به وجود می‌آورند. مواجهه می‌تواند عینی یا ذهنی، تدریجی یا دفعی، تواءم با مدل سازی ویا بدون آن، همراه با جلوگیری از پاسخ و یا بدون آن باشد. به یک معنی می‌توان تکنیک های مبتنی بر مواجه سازی را به صورت طیفی نگریست که در یک سوی آن حساسیت زدایی منظم و تدریجی و در طرف دیگر تشدید سازی دفعی (Flooding) * (یا روبروسازی ناگهانی با محرک به منظور ایجاد شدیدترین واکنش هیجانی در مدتی طولانی) قرار دارد.

از زمانی که حساسیت زدایی منظم و تدریجی نتوانست نتایج امیدبخشی در درمان وسواس به دست آورد - برخلاف آنچه در درمان فوبیاها نصیص شده بود - محققان به روش تشدید سازی در شکل های مختلف آن روی آوردند. تشدید سازی برعکس حساسیت زدایی که براساس مواجهه تدریجی بیمار با شرایط اضطراب انگیز و با کنترل خودی قرار دارد، براساس مواجهه دراز مدت بیمار با محرک ناگوار، استوار است. تشدید سازی ممکن است تصویری و یا واقعی باشد، لیکن بیشتر سعی می‌شود بصورت *In vivo* یعنی واقعی یا زنده صورت پذیرد.

اصطلاح تشدید سازی نخستین بار در سال ۱۹۵۹

باید ارائه محرک واقعی از یک طرف و جلوگیری از پاسخ از طرف دیگر، بتوانند در شرایط خاصی در رفتار خاموشی ایجاد کنند.

در مدلی که از جانب بندورا و سایر مدافعان نظریه های یادگیری اجتماعی و شناختی - رفتاری و پیشنهاد شده است، فرض اصلی برای این است که یادگیری به صورت اتوماتیک براساس مجاورت زمانی و یا پیوستگی بین رویدادها صورت نمی‌پذیرد. این فرض، درست برعکس فرض ولپی است که می‌گوید: "همه یادگیری ها به طور اتوماتیک صورت می‌پذیرند" (۱۲، ص ۴۴۴). بندورا درباره این که چگونه یک محرک بی اثر قادر می‌شود بر اثر همراهی تجربه ای ناگوار در فردی اضطراب به وجود آورد، چنین فرمول بندی می‌کند که نخست بین دو محرک رابطه پیش بینی در شخص ایجاد می‌شود و آن گاه بر اثر فرایند *Self arousal* احساس مربوط به پیش بینی اضطراب، در پاسخ به یک محرک مشروط در او بیدار می‌گردد. آگاهی به ارتباط دو محرک، در اکتساب پاسخ های اختصاصی نقشی مهم بازی می‌کند و آن ها را در برابر خاموشی مقاوم می‌سازد. به نظر می‌رسد واکنش های ترس و سایر پاسخ های هیجانی ناگوار، تابع دو منشاء تحریکی مختلف باشند:

(۱) برانگیختگی هیجانی که ناشی از افکار و تصورات نامطبوع است و (۲) برانگیختگی هیجانی که مستقیماً به وسیله محرک مشروط ایجاد می‌شود. راچمن در چهارچوب این مدل، چگونگی فراگیری ترس را به ترتیب زیر شرح داده است:

۱- فراگیری ترس از طریق تجربه مستقیم یا حادثه ای تکان دهنده.

۲- فراگیری ترس از طریق مشاهده افراد دیگر (مدل سازی)

۳- فراگیری ترس از طریق گرفتن اطلاعات

با توجه به این مدل، ضرورتی ندارد که در بسیاری از پاسخ های اجتنابی، تجربه ای تروماتیک در کار باشد بلکه خود تبادل اطلاعاتی می‌تواند کافی باشد. شاید یکی از دلایل اساسی مقاومت در برابر خاموشی در رفتار وسواسی، به این امر مربوط باشد که معمولاً "دخالت، تنها در یکی از این

* از قرار معلوم دکتر محمد نقی براهنی و دکتر مهیار در برابر کلمه *Flooding*، "غرقه سازی" را قرار داده اند.

که جانور یادگرفته بود از طریق فرار از ضربه در امان بماند. لیکن این بار اجازه داده نشد که صحنه را ترک گوید. در این مرحله نیز ضربه‌های در کار نبود، اما صدا ایجاد می‌شد. پس از چند بار آزمایش معلوم شد که دیگر اضطرابی در جانور وجود ندارد. حتی موقعی که این امکان فراهم آمد که حیوان پاسخ اجتنابی خود را تکرار کند، از آن قسمت قفس دور نشد (۱۵، ص ۱۱۸-۱۱۷).

شاید بتوان از این سری آزمایش‌ها و آزمایش‌های دیگر چنین نتیجه گرفت که در بیماران وسواسی نیز ممکن است بر اثر تجربه‌های دردناک زندگی، یک‌عده پاسخ اجتنابی ناسازگار و مقاوم ایجاد شود. برای ایجاد خاموشی در این گونه پاسخ‌ها لازم است بیمار را در معرض محرک‌های اضطراب انگیز قرار داد و در عین حال از بروز پاسخ در آنان جلوگیری کرد. فرض بر این است وقتی چنین اضطرابی، بدون آن که عواقب ناگواری به دنبال داشته باشد تجربه شود، پیوند بین اضطراب و پیش‌بینی آن عواقب به سستی می‌گراید و اضطراب از بین می‌رود و در نتیجه محرک‌های اضطراب انگیز، دیگر نمی‌توانند در فرد ایجاد اضطراب و یا رفتار اجتنابی بکنند*.

به وسیله پولین در زمینه پژوهش‌ها بر روی جانوران به کار گرفته شد و در همان سال مالسون از آن به عنوان روشی در درمان ترس سخن گفت. وی از بیماران می‌خواست که بر اثر مقابله با محرک ترسناک روبروشوند و ترس را هرچه بیشتر در خود تجربه کنند** . ریشه‌های تئوریک شرطی سازی به آزمایش‌های سولومون و وین با حیوانات مربوط می‌شود. این دو محقق دریافته‌اند که اگر قبل از یک علامت اختطار دهنده‌ای مانند صدا، ضربه الکتریکی اجتناب ناپذیری به جانور وارد شود، خود صدا طبق شرطی سازی کلاسیک می‌تواند در حیوان پاسخ‌های هیجانی ایجاد کند. می‌توان این پاسخ‌های هیجانی را به پیش‌بینی جانور از محرک ناگوار ارتباط داد. اگر جانوران بتوانند از طریق پریدن به طرف دیگر قفس، خود را از این ضربه در امان نگهدارند، به زودی فرا می‌گیرند که به محض ایجاد صدا، این پاسخ اجتنابی را از خود نشان دهند. سولومون و وین در تحقیقات خود مشاهده کردند که جانور علی‌رغم آنکه ضربه‌ای در کار نبود همچنان به رفتار اجتنابی خود ادامه می‌داد. پس ممکن است در رفتار اجتنابی مقاومتی ایجاد شود که در غیاب محرک دردآور نیز تداوم داشته باشد. محققان مذکور، در آزمایشی دیگر جانور را در قسمت اول قفس قرار دادند: همان قسمتی

** اگرچه گاه *implosion* و *flooding* را دو مفهوم مشابه می‌دانند، ولی باید بین آنها فرق گذاشت. *implosion* *therapy* تکنیکی است که در سال ۱۹۶۷ بوسیله *Levis* و *Stampfel* ابداع شد. تفاوت آنها در این است که در *implosion* معمولاً "تأکید بر مفاهیم پسیکودینامیک (مانند پرخاشگری و تکانه‌های جنسی) قرار دارد، که در سبب شناسی رفتار نوروتیک مهم قلمداد می‌شوند. در حالیکه در *flooding* تأکید بر قوانین شرطی سازی و خاموشی است. از طرف دیگر در *implosion* درمان معمولاً "به صورت تصویری صورت می‌پذیرد ولی در *flooding* اکثراً "به شکل زنده و واقعی انجام می‌گیرد. و نیز برخلاف *flooding, implosion* به نشانه‌های اختصاصی محرک مربوط می‌شود (مراجعه شود به ویلسون و اولیاری، ۱۹۸۰، ص ۱۶۴).

* در ادبیات ماگاه صحنه‌هایی توصیف شده‌اند که تناسبی با بعضی از روش‌های علمی جدید دارند. ذکر داستان زیر از گلستان در رابطه با *flooding* شاید خالی از لطف نباشد:

"پادشاهی با غلامی عجمی در کشتی نشست و غلام دیگر دریا را ندیده بود و محنت کشتی نیازموده. گریه وزاری در نهاد و لرزه بر اندامش افتاد. چندان که ملاحظت کردند آرام نمی‌گرفت و عیش ملک از او منغض بود. چاره ندانستند. حکیمی در آن کشتی بود ملک را گفت: اگر فرمان دهی او را به طریقی خامش گردانم. گفت غایت لطف و کرم باشد. بفرمود تا غلام به دریا انداختند. باری چند غوطه خورد مویش گرفتند و پیش کشتی آوردند. به دو دست در سکان کشتی آویخت. چون برآمد گوشه‌ای بنشست و قرار یافت. ملک را عجب آمد. پرسید: در این چه حکمت بود؟ گفت: از اول، محنت غرقه شدن ناچشیده بود و قدر سلامت کشتی نمی‌دانست. همچنین عافیت کسی داند که به مصیبتی گرفتار آید."

گلستان سعدی: به کوشش دکتر خلیل خطیب رهبر، تهران: مطبوعاتی صفی‌علیشاه، ۱۳۴۴، جلد ۱، ص ۷۳-۷۴.

یافته های تجربی

از سال ۱۹۷۰ به بعد مطالعات فراوانی درباره تأثیر تشدید سازی در کاهش رفتار وسواسی، تلفیق آن با روش جلوگیری از بروز پاسخ (response prevention) و مدل سازی (modeling) و مقایسه آن با آرامش عضلانی و حساسیت زدایی صورت گرفته است. مارکس در مروری که در سال ۱۹۸۱ به عمل آورده است، اهم این مطالعات را از لحاظ طرح تجربی، روش ها و نتیجه گیری ها مورد بررسی قرار داده است. او چهار بررسی دارای گروه کنترل و ده مطالعه بدون گروه کنترل را برشمرده است. این مطالعات که گاه پی گیری ۳-۲ ساله ای رانیز به دنبال داشته اند، افق جدیدی در درمان بیماری وسواس باز کرده اند.

یکی از مطالعات اولیه بوسیله لوی و مایر صورت گرفت (۱۹۷۱). آنان ۱۵ بیمار وسواسی را در معرض محرک هایی قرار دادند که تکانه های شدیدی برای انجام رفتارهای وسواسی در آنان ایجاد می کرد. به این بیماران اجازه داده نمی شد که عمل وسواسی خود را نشان بدهند. با نظارت کامل پرستاران در ۲۴ ساعت شبانه روز، ده بیمار از ۱۵ بیمار بهبودی قابل ملاحظه ای یافتند. محققان نام این روش خود را apotrepic therapy گذاشتند. apotrepic از ریشه یونانی است و معنی آن باز داشتن، منصرف کردن و برگرداندن است (۱۹۸۱، ۹). سودمندی درمانی جلوگیری از پاسخ در مطالعه دیگری که بوسیله میلزو دیگران (۱۹۷۳) انجام گرفت، نشان داده شد. طی این مطالعه، نخست تعداد دفعات شستن دست و یا میل به این کار در ۵ بیمار وسواسی، در ۸ روز اول ثبت و به عنوان سطح پایه پذیرفته شد. طی ۸ روز دوم، بیماران در برابر محرک هایی قرار می گرفتند که به طور معمول شستن دست را در آنان برمی انگیزتند. چنان که پیش بینی می شد، شستن دست در این مدت افزایش یافت. آن گاه دارونما (Placebo) داده شد - کپسول گلوکوز و تزریق سالیین - و به بیمار توضیح داده شد که این دارو وسواس را از بین می برد. در خلال این دوره نیز رفتار وسواسی افزایش یافت و به طور متوسط به ۶۰ بار در روز رسید. در مرحله سوم آزمایش، به بیمار اجازه شستن دست داده نشد. به دنبال آن، فراوانی رفتار وسواسی به حداقل خود رسید. اگرچه میل به این کار هنوز از بین نرفته بود، لیکن قابل کنترل شده

بود. پس از چند جلسه استفاده از شیوه درمانی مواجهه سازی، میل درونی نیز کاهش پیدا کرد.

باید اشاره کرد که درباره ارزش شیوه جلوگیری از پاسخ، نظرهای متفاوتی وجود دارد. مثلاً "در مطالعه کنترل شده ای که بوسیله فو و دیگران (۱۹۸۰) انجام گرفت، بیمار وسواسی (که مرتب دست خود را می شستند) به طور تصادفی با دو روش مورد درمان قرار گرفتند: (۱) روش مواجهه سازی عینی، به مدت ۶ ساعت در هر روز و (۲) روش جلوگیری از پاسخ طی ۲۴ ساعت شبانه روز بدون استفاده از روش مواجهه سازی سنجیده و آگاهانه. گروه اول بهبودی بیشتری از خود نشان دادند. وقتی دو گروه به روش متقاطع تحت درمان بیشتر قرار گرفتند و تلفیقی از روش های مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ به کار برده شد، کاهش بیشتری در اضطراب و رفتارهای وسواسی پیدا شد (۴).

یک سلسله مطالعات دراز مدتی که به وسیله گروه راجمن، مارکس و هاج سون و دیگران انجام گرفته است، سودمند بودن روش تشدید سازی را در کاهش رفتارهای وسواسی به اثبات می رساند.

در بررسی که در سال ۱۹۷۱ به عمل آمد، شیوه های مدل سازی و تشدید سازی با هم و در مقام مقایسه با آرامش عضلانی مورد مطالعه قرار گرفتند. در این مطالعه ۱۰ بیمار وسواسی مزمن که هم وسواس عقلی و هم وسواس فکری داشتند، انتخاب شدند. بیمارانی که فقط وسواس فکری داشتند کنار گذاشته شدند. میانگین سنی آنان ۳۵ و میانگین مدت ابتلا به بیماری ۱۰ سال بود. طول زمان اصلی بررسی ۷ هفته تعیین شد. هفته اول به مشاهده و سنجش اختصاص داشت. همه بیماران طی ۳ هفته اول در معرض تشدید شیوه درمانی کنترل (آرامش عضلانی) قرار گرفتند. در ۳ هفته دوم، نصف بیماران با شیوه درمانی تشدید سازی و نیمه دیگر با شیوه درمانی مدل سازی مورد درمان قرار گرفتند.

برای اجرای شیوه درمانی تشدید سازی عینی، لیستی با کمک بیمار ساخته شد و در اولین جلسه از او خواسته شد که وسواس انگیزترین صحنه را به مرحله اجرا درآورد. مثلاً "از بیماری که درباره آلودگی از تماس با حیوانات وسواس داشت، خواسته شد در اولین جلسه به سگ یا موش دست زند و بعد جانور را روی رختخواب او قرار می دادند و

از پاسخ روشن نشده بود، حدس زدند که شاید علت تاءثیر هر دو روش به دخالت عامل جلوگیری از پاسخ - که در این تحقیق مورد کنترل دقیق قرار نگرفته بود - مربوط می‌شود. نتایج فرعی نیز از این مطالعه به دست آمد. بیمارانی که وسواس آنها موقعیتی و اختصاصی بود طی ده روز اول درمان شدند - یکی از طریق مدل سازی و دیگری از طریق تشدید سازی. و نیز معلوم شد که درمان در منزل در مواردی اثر بهبودی را تسریع می‌کند (۶).

سلسله دیگری از مطالعات باز به وسیله گروه مزبور (راچمن، مارکس و هاج سون) در سال های ۱۹۷۲، ۱۹۷۳ و ۱۹۷۵ انجام پذیرفت. در این سری از مطالعات جمعا " ۲۰ بیمار وسواسی مزمن بررسی شدند. پنج نوع گروه مقایسه وجود داشت: یک گروه مربوط به آرامش عضلانی و ۴ گروه مربوط به مواجهه سازی در حالت های مختلف. در همه گروه‌ها دوره درمان اصلی شامل ۱۵ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای به مدت ۳ هفته بود. بیماران همگی در بیمارستان بستری بودند. هر بیمار به طور متوسط ۲۳ جلسه درمانی مواجهه سازی عینسی دریافت کرد. پانزده بیماری که ۳ هفته به آرامش عضلانی می‌پرداختند، طی این مدت بهبودی از خود نشان ندادند. اگرچه به نظر می‌رسید آرامش در افسردگی و احساس دگرگونی شخصیت (depersonalization) تاءثیر خوبی گذاشته است، اما در کاهش رفتار وسواسی مؤثر نبود. همین عده، طی سه هفته بعدی که با شیوه مواجهه سازی - مورد درمان قرار گرفتند، بهبودی قابل ملاحظه‌ای از خود نشان دادند. پنج بیماری که اصلا " به تمرین و تجربه آرامش عضلانی نپرداخته بودند به اندازه ۱۵ بیماری که از این تکنیک استفاده نکرده بودند از خود بهبودی نشان دادند. در عین حال در این سری از آزمایش‌ها معلوم شد که مدل سازی به خودی خود چندان تاءثیری در اثر بخشی روش مواجهه سازی ندارد.

در این رشته از آزمایش‌ها اثر بهبودی تا ۲ سال ادامه داشت. از ۲۰ بیمار ۱۴ بیمار بهبودی خوبی از خود نشان دادند. یک بیمار بهبودی متوسطی پیدا کرد و ۵ بیمار یا بهبودی اندکی حاصل کردند و یا اصلا " تغییری در رفتار آنان ایجاد نشد. البته برخی از بیماران بهبود یافته، گاه به گاه در ارتباط با افکار وسواسی رفتارهای وسواسی

شرایطی فراهم می‌کردند که روی لباس و وسایل شخصی او راه برود. حتی چند دقیقه‌ای موش را در کیف دستی بیمار قرار دادند. هر جلسه، حدود ۶۰ - ۴۰ دقیقه طول می‌کشید و در عین حال از بیمار خواسته می‌شد در فواصل بین جلسات تا حد امکان از اقدام به رفتارهای وسواسی خودداری کند. اگرچه این قسمت از مطالعه مانند مطالعه لوی و ماير تحت نظارت کامل نبود.

برای اجرای شیوه درمانی مدل سازی عینی نیز لیستی تهیه شد. این بار از ضعیف ترین صحنه آغاز شد. خود در مانگر کارهایی می‌کرد و از بیمار می‌خواست آن‌ها را تکرار کند. هر جلسه ۶۰ - ۴۰ دقیقه بطول می‌انجامید و همزمان با آن از بیمار خواسته می‌شد تا حد امکان از اقدام به رفتار وسواسی خودداری کند. مثلا " در مورد بیماری که ترس آلودگی از بیمارستان‌ها را داشت، لیستی تهیه شد که ضعیف ترین مرحله درباره نوار پانسمان بود و قوی ترین صحنه به قدم زدن در محوطه بیمارستان و دست زدن به در و دیوار آن اختصاص داشت. پس از ۳ هفته، رفتار بیماران مورد ارزیابی قرار گرفت. بیمارانی که بهبودی حاصل کرده بودند، مرخص شدند ولی اجرای روش هادر مورد بیمارانی که هنوز بهبودی پیدا نکرده بودند، همچنان ادامه داشت. در مواردی نیز شیوه های درمانی در منزل پی گیری می‌شد (به منظور سنجش رفتار بیماران از آزمون‌ها و پرسش نامه هایی که ترس، اضطراب و سایر خصوصیت های رفتاری و هیجانی را می‌سنجیدند، استفاده شد). نتایج به شرح زیر بود: ۱- ترکیب مدل سازی با تشدید سازی در مقایسه با آرامش عضلانی، نتیجه بهتری به دست داد.

۲- تشدید سازی و مدل سازی به تنهایی نتیجه بهتری از آرامش عضلانی به دست دادند. ۳- بین تشدید سازی و مدل سازی تفاوت معنی داری وجود نداشت. پی گیری تا ۳ ماه ادامه داشت. سه بیمار پس از پایان سه هفته دوم دیگر نیازی به درمان نداشتند. دو بیمار علاوه بر جلسات درمانی یاد شده، ۲۰ جلسه دیگر در منزل و بیمارستان تحت معالجه قرار گرفتند و ۵ بیمار به طور متوسط به ۵ جلسه اضافی در مدت پی گیری نیاز داشتند.

محققان درباره این که چرا بین دو شیوه مدل سازی و تشدید سازی تفاوت معنی داری وجود ندارد، به بحث پرداختند و چون در آن مرحله از تحقیق هنوز نقش جلوگیری

میانگین مدت بیماری در این نمونه حداقل ۱ سال و دامنه سنی از ۱۸ تا ۵۹ سال بود. شیوه مواجهه سازی به صورت عینی و تواءم با مدل سازی و جلوگیری از پاسخ به کار برده شد. نتایج زیر حاصل شد: هفته هفتم، شیوه مواجهه در مقایسه با آرامش نتیجه موفق تری بدست داد؛ یعنی در کاهش رفتار وسواسی و اجتنابی مؤثرتر بود. اما در خلق بیماران چندان تغییری مشاهده نشد. وقتی گروه هایی که دارو مصرف می کردند با گروه هایی که دارو نماند دریافت می کردند یکی شدند، شیوه مواجهه سازی باز تأثیر خود را نشان داد. البته این تأثیر در گروه های دارو کمتر از گروه های دارونما بود.

روش مواجهه سازی، در هفته ۴ تا ۷ با روش آرامش مورد مقایسه قرار گرفت. تأثیر مواجهه سازی در کاهش وسواس بارز بود، ولی در خلق بیماران تأثیر نداشت. آرامش عضلانی چه در رفتار وسواسی و چه در خلق و خوی بیماران، بدون تأثیر باقی ماند. اثر مواجهه سازی و دارو با هم، اندکی بهتر از تأثیر آن هابه تنهایی بود. لیکن این تأثیر از نوع تجمعی بود و نه تعاملی. مواجهه سازی به تنهایی، بیشتر از داروی تنها در کاهش اضطراب تأثیر داشت. کلومی پرامین بیشترین تأثیرش را در خلق بیمار به جای گذاشت، در حالی که مواجهه سازی بیشترین تأثیرش در رفتار وسواسی بود. به نظر محققان اثر دارو در خلق بیمار اثر اولیه و اثر آن در کاهش وسواس اثر ثانویه است. حدس زده می شود کلومی پرامین آن حالت ناراحتی بیمار را در مقابله با محرک های وسواس انگیز کاهش می دهد و از این راه مقابله با آن ها را راحت تر می سازد. یعنی تأثیر غیر مستقیم در وسواس دارد. گاهی نیز گفته می شود کلومی پرامین مستقیماً "عادت پذیری در مقابل محرک نامطبوع نام گذاری می کند.

در هر صورت تصور می رود نقش برجسته و اولیه این دارو، ضد افسردگی باشد تا ضد وسواس. در اکثر بیماران که در این تحقیق مطالعه شدند، افسردگی وجود داشت. با قطع کلومی پرامین افسردگی عود کرد و وسواس نیز تا حدی افزایش یافت. اما وسواس به وسیله مواجهه سازی باز سیر نزولی خود را طی کرد.

علت نرسیدن به یک ارتباط متقابل سینرژیک بین تأثیر شیوه مواجهه سازی و کلومی پرامین احتمالاً به این مسئله مربوط می شود که در این طرح، امکان سنجش

نیز از خود نشان می دادند، ولی بیماران که پس از ۳ هفته درمان، آثار بهبودی از خود بروز دادند، همین وضع را تا ۲ سال حفظ کردند. از طرف دیگر، سطح کلی افسردگی خفیف و اضطراب در جریان درمان بدون تغییر باقی ماند (۷) در مطالعه کنترل شده دیگری که به وسیله رپر، راجمن و مارکس (۱۹۷۵) صورت گرفت، سه روش مدل سازی همراه با آرامش عضلانی، شیوه مواجهه سازی تواءم با مدل سازی غیر فعال و شیوه مواجهه سازی تواءم با مدل سازی فعال با هم مقایسه شدند. روش آخر بهترین نتیجه را به دست داد. بهبودی تا ۶ ماه پی گیری ادامه داشت. حد متوسط تعداد جلسات مورد نیاز ۲۳ جلسه بود.

مطالعاتی که بوسیله رابرت سون (۱۹۷۷)، بولو-گوریس (۱۹۷۷)، فو و گلدشتاین (۱۹۷۸) و دیگران در کشورهای مختلف انجام گرفته اند، جملگی در مؤثر بودن شیوه مواجهه سازی عینی در درمان رفتار وسواسی همداستانند (۴).

آخرین بررسی مفصلی که در این باره به عمل آمده است، مطالعه مارکس و همکاران وی است که در سال ۱۹۸۰ منتشر شد. از مشخصات عمده این بررسی، انتخاب طرح تجربی دقیق و مناسب و امکان تأثیر تواءم مواجهه سازی با دارو و با دارونما است.

در این مطالعه ۴۰ بیمار وسواسی مزمن انتخاب شدند. نصف این گروه به طور تصادفی تحت روش دارو درمانی (با کلومی پرامین) قرار گرفتند و نیمه دیگر دارونما دریافت کردند. پس از ۴ هفته دارو درمانی، دوره ۶ هفته ای درمان روان شناختی آغاز شد: هر روز ۴۵ دقیقه به مدت سه هفته (۱۵ جلسه). نمونه، کلا "به چهار گروه تقسیم شد: گروهی که دارو مصرف می کردند و شیوه مواجهه سازی در مورد آنان اجرا می شد، گروهی که دارو مصرف می کردند و به تمرین آرامش عضلانی می پرداختند. گروهی که دارو نماند دریافت می کردند و شیوه مواجهه سازی را در مورد آنان اعمال می کردند. و بالاخره گروهی که دارونما دریافت می کردند و به آرامش عضلانی و درمانی می پرداختند. از هفته هفتم، دو گروهی که به آرامش عضلانی می پرداختند نیز از تکنیک مواجهه سازی استفاده کردند، یعنی همه بیماران از هفته هفتم تا هفته دهم تحت روش مواجهه سازی قرار گرفتند. رفتار بیماران طی مدت دو سال و در مجموع ۸ بار ارزیابی شد.

بلکه به عواملی دیگر بستگی دارد (۱۴). از سوی دیگر، او کلا "حساسیت زدایی و تشدید سازی را دارای آثاری مشابه می‌داند (۱۴). هنوز زود است که در این باره به نتیجه قابل دفاعی دست یافت. آنچه مسلم است این است که در زمینه کاربرد روش درمانی مواجهه سازی نیز علی‌رغم سودمندی آن، پرسش‌هایی مطرح است: از جمله آن که چرا رویارویی با محرک و سواست انگیز در فردی اثر مثبت می‌گذارد و در فرد دیگری اثر می‌ماند. در پاسخ عده‌ای می‌گویند مدت زمان مواجهه را باید به عنوان یکی از عوامل مهم تلقی کرد. آی‌زنک برای

عقیده است که ارائه محرک مشروط اضطراب انگیز، بدون آنکه با محرک غیر مشروط همراه باشد، به دو نوع اثر می‌انجامد: یا پاسخ اجتنابی مشروط را خاموش می‌سازد و یا دوام آن را بیشتر می‌گرداند. او اثر دوم را *incubation effect* (یا اثر کمون و پختگی) نام گذاری می‌کند.

طبق این فرضیه پاسخ مشروط (اضطراب) دارای همان مختصات سابقه‌ای پاسخ غیر مشروط است و به همین دلیل بر اثر روبرو شدن با محرک مشروط می‌توان همان خصوصیت‌های پاسخ طبیعی را انتظار داشت. به نظر آی‌زنک، اثر دوم در شرایطی مانند مواجهه بسیار کم با محرک مشروط، در مواردی که پاسخ غیر مشروط بسیار نیرومند است، و نیز در مواردی که اورگانیزم بر اثر خصوصیت‌های ژنتیک مستعد پاسخ‌های هیجانی از قبیل ترس است، دیده می‌شود (۱۱، ۱۴۷، ۱۴۶). اگرچه این فرضیه هنوز قطعیت عام نیافته است، اما نشان می‌دهد که مدت رویارویی با محرک باید طولانی باشد تا خاموشی صورت پذیرد. در مطالعه‌ای معلوم شد که زمان مواجهه بیش از دو ساعت مداوم اثر بیشتری از ۴ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای دارد. در عمل مشاهده شده است که زمان مقابله باید بیشتر از ۱ ساعت باشد تا اثر بخشی خود را نشان دهد (میانگین حدود یک ساعت و نیم ذکر شده است).

علاوه بر مدت زمان مقابله، عواملی چون انگیزش، گرایش، خصوصیت‌های ارتباطی و همکاری بیمار نیز مؤثر شناخته شده‌اند (از این میان شرایط خانوادگی، ارتباط بین افراد خانواده، روابط با دیگران، شرایط حرفه‌ای و زناشویی، علاقمندی، منش و گرایش‌های عاطفی بسیار مهم قلمداد می‌شوند). به نظر می‌رسد هر قدر عوامل درونی و

تأثیر توأم آن دو، پس از هفته هفتم وجود نداشت. اثر کلومی پرامین از هفته دهم تا هیجدهم به اوج خود رسید. شاید روش مواجهه سازی در این دوران بهتر می‌توانست اثر بگذارد.

پژوهندگان در مجموع به این نتیجه رسیدند: (۱) کلومی پرامین تنها در بیماران که از قبل خلق‌افسوده داشتند، تأثیر قابل ملاحظه‌ای دارد و (۲) در حال حاضر روش مواجهه سازی عینی بهترین روش مؤثر در درمان سواسی‌های غیر افسرده است مارکس و دیگران، ۱۹۸۰، (۵).

با توجه به مروری که گذشت، معلوم می‌شود امروزه روند حاکم در رفتار درمانی و سواست کاربرد شیوه درمانی مواجهه سازی - در شکل‌های مختلف و مخصوصاً "تشدید سازی" است. اگرچه هنوز تا حل نهایی و قطعی مسئله سواست راه درازی در پیش است، لیکن نتایج به دست آمده از کاربرد روش مواجهه‌سازی امیدبخش به نظر می‌رسد. مقاله‌های منتشر شده در این باره حدود ۲۰۰ بیمار را در برمی‌گیرند که عموماً "در تأثیر مواجهه سازی گاه با پی‌گیری ۲ تا ۳ ساله - همداستانند (۴).

با وجود آن که حساسیت زدایی سودمندی خود را در درمان فوبیها نشان داده است در درمان سواست چندانی کارآیی نداشته است (البته تا سال ۱۹۸۱ در این باره پژوهشی که دارای گروه کنترل باشد به عمل نیامده است). این واقعیت که مواجهه سازی دراز مدت با موقعیت‌های اضطراب انگیز می‌تواند اثر درمانی داشته باشد، به ظاهر با فرضیه بازداری متقابل ولپی - که مطابق آن خاموشی زمانی صورت می‌گیرد که میزان اضطراب کاهش یابد در مقام تعارض قرار دارد. دیدیم ولپی اساس کار را بر بازداری اضطراب به عنوان یک پاسخ اتونومیک می‌گذارد و حال آن که در تشدید سازی، اساس کاربرد رویارویی و پاسخ اجتنابی است.

پذیرفتنی است که فرضیه ولپی از بنیان تئوریک و متد و لوژیک آزمایشگاهی و بالینی کنترل شده‌ای برخوردار است، اما کاهش رفتارهای سواسی بر اثر مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ‌ها چگونه باید توجیه کرد؟ ولپی کاهش سواست را به پاسخ اجتنابی مربوط نمی‌داند و می‌گوید اگر هم در شرایط خاصی بر اثر تشدید سازی، کاهش در اضطراب پدید می‌آید، این کاهش بر اثر ضعف در عادت حرکتی نیست،

برخلاف نظر برخی از متقدمان، منظور یک رابطه ساده و مستقیم نیست. و این امر در مورد انسان به عنوان یک اورگانیزم بی اندازه پیچیده و سازمان یافته، بسی بیشتر از جانوران ساده تر صدق می‌کند. مسلماً "روشی در درمان سودمندتر خواهد بود که به کلیت و انسجام اورگانیزم توجه کند و تأثیر آن را در ادراک محرک و نشان دادن پاسخ به وجه جامعی منظور نماید. شاید موفقیتی که نصیب شیوه‌مواجه سازی در درمان وسواس می‌شود بدین سبب باشد که تا حد امکان درمان را در شرایط واقعی و عملی انجام می‌دهد. طبیعی است که در شرایط واقعی، دخالت سیستم فعال مغز، تفکر و آگاهی و استدلال در فرایند درمان و امکان گرفتن فیدبک از داد و ستد اطلاعات بیشتر می‌شود. به نظر می‌رسد که در زمینه دخالت سیستم واسطه‌ای در درمان وسواس باید تحقیق‌های جدیدی صورت گیرد، چرا که نمی‌توان ونباید از تأثیر عوامل شناختی و فرایندهای عالی ذهنی در شکل‌گیری رفتار وسواسی غافل بود. نباید رفتار وسواسی را تنها در دست شستن، ترس از کثیف شدن، تیرها را شمردن، بسته شدن قفل را بارها و ارسی کردن و غیره خلاصه کرد. بیمار وسواسی با کل وجود و اندیشه و احساس خود به شرایط پاسخ می‌دهد. تعمیم یابندگی اضطراب وی نه تنها ممکن است به سیستم برانگیختگی و هیجانی مربوط شود، شاید به سیستم شناختی نیز وابستگی پیدا کند. در این باره هنوز بررسی‌های جامعی صورت نگرفته است. شاید در آینده در درمان وسواس برنامه دقیق چند وجهی تنظیم شود که در آن به اعتبار شدت و دوام و نوع وسواس و با توجه به شرایط شکل‌گیری وسواس و با منظور کردن دخالت فعالانه بیمار در بروز پاسخ‌های وسواسی، هر کدام از شیوه‌های درمانی (چه دارویی و چه رفتاری) جای خاصی پیدا کنند. بی شک لازمه این پیشرفت، تکامل نگرش انسان نسبت به نابهنجاری‌ها در پرتو دانش و بینشی مبتنی بر جدیدترین دستاوردها در زمینه‌های پژوهشی و بالینی است.

بیرونی بیشتر مد نظر قرار گیرند، اثر درمان بیشتر خواهد بود. شاید حساسیت زدایی منظم، تشدید سازی، مدل سازی و جلوگیری از پاسخ، جملگی براساس یک مکانیسم مشترک تأثیر می‌گذارند و هر کدام وجه خاصی از پدیده پیچیده‌ای مانند وسواس را عمده می‌کنند. شاید یک فرایند عالی واسطه‌ای (mediating process) در کار است که چگونگی درک محرک و پاسخ به آن را تعیین می‌کند. در صورت قبول این فرض نباید در تبیین آثار درمانی ایمن روش‌ها، تنها پاسخ معینی را در برابر محرکی معین و جداگانه در نظر گرفت.

محرک با کل سیستم ادراک می‌شود و پاسخ با کل سیستم‌نشان داده می‌شود. منظور از محرک تنها مجموعه‌ای از علائم و نشانه‌ها نیست که فقط با توجه به خصوصیت‌های جداگانه و صرفاً "عینی" خود قابل تعریف باشد. اولاً باید هر محرک را در رابطه با محرک‌های دیگر که بر فرد اثر می‌گذارند نگرست و ثانياً باید به این نکته مهم اشاره شود که معنی و مفهومی که از جانب فرد به محرک بخشیده می‌شود، به سیستم اطلاعاتی، سنجشی، استنتاجی و تفسیری او مربوط می‌شود. از طرف دیگر وقتی از پاسخ حرف می‌زنیم، تنها بلند کردن پا، ترشح بزاق، سمت راست یا چپ چرخیدن درمازو یا شستن دست یک بیمار وسواسی نیست. در واقع پاسخ، نمایانگر سطحی از آمادگی، رسایی و بیداری باشی کل اورگانیزم است. مثلاً "لیدل (۱۹۳۴) دریافت وقتی شوکی وارد پای گوسفند میشود، حرکت پای حیوان با تغییر در نبض، ضربان قلب و تغییر در کل سیستم حرکت‌ها و همراه است. این نکته در آزمایش‌های زی من و اسمیت (۱۹۶۵) نیز به اثبات رسیده است. گانت در این باره نظریه‌ای نیز وضع کرده است (۸، ص ۱۴۴). پس پاسخ مشروط، خود از اجزای متفاوتی تشکیل یافته است. ما معمولاً مشهودترین و به اصطلاح ملموس‌ترین و حرکتی‌ترین قسمت آن را می‌بینیم و به سایر اجزای آن چندان توجهی نداریم. پیچیدگی موضوع موقعی خود را نشان می‌دهد که جزیی از پاسخ مشروط، خاموشی پذیرد ولی سایر اجزاء به دلایل مختلف در مقابل خاموشی مقاومت ورزند (مانند رفتار وسواسی). ایمن مقاومت می‌تواند به عواملی مانند شرایط ارائه محرک و شرایط بیوفیزیولوژیک و رفتاری اورگانیزم مربوط شود. بدین ترتیب وقتی در روان‌شناسی از رابطه محرک و پاسخ سخن می‌گوئیم،

REFERENCES

- 1- Jacobson, M.E. Behavioral psychotherapy of obsessional checking: treatment through the relationship. In H. Fensterheim of I. Glazer (Eds.). Behavioral Psychotherapy. New York: Brunner/Mazel, 1983.
- 2- Lundin, R.M. Principles of Psychopathology, Columbus, Ohio: Charles E. Merrill Publishing Co., 1965.
- 3- Marks, I.M. Behavioral treatment of phobic and obsessive-compulsive disorders: a critical appraisal. In M. Hersen, et al. (Eds.) Progress in behavior modification (I), Academic Press: New York, 1975.
- 4- Marks, I.M. A review of behavioral psychotherapy, I: Obsessive-Compulsive disorders. AM. J. Psychiat., 5 : 582-592, 1981.
- 5- Marks, I.M. et al., Clomipramine and exposure for obsessive-compulsive rituals: I: Brit. J. Psychiat. 136: 1-25, 1980.
- 6- Rachman, S., Hodgson, R. of Marks, I.M. The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis. Beh., Research et therapy, 9:237-247,1971.
- 7- Rachman, S., Marks, I.M. et Hodgson, R. The treatment of obsessive-compulsive neurotics by modlling and flooding in vivo. Beh., Research et therapy, 11: 463-471, 1973.
- 8- Ruch, F.L. et Zimbardo, P.G. Psychology and life. Scott, Foreman et Compary, Glenview, ILL., 1971.
- 9- Salzman, L. et Thaler, F. Obsessive-compulsive disorders: a review of the literature. Am. J. Psychiat., 3: 286-296, 1981.
- 10-Walker, C.E., et al., Clinical Procedures for behavior therapy. Prentice-Hall: Englewood cliffs, New Jersey, 1981.
- 11-Wilson, G.T. et O'Leary, K.D. Principles of behavior therpay. Prentice-Hall: Englewood Cliffs, New Jersey, 1980.
- 12-Wolpe, J. Cognition and causation in human behavior and its therapy. Am. Psychol., 5: 437-446, 1978.
- 13-Wolpe, J. the etiology of human neurosis. In B. Maher(Ed.) Contemporary abnormal psychology. Penguin, 1973.
- 14-Wolpe, J. theme and variations. Penguin, 1976.