

رابطه باورهای آمیختگی فکر و راهبردهای کنترل فکر با علایم وسواسی اجباری در جمعیت غیر بالینی

احمد امیری پیچاکلایی*^۱، دکتر حمید پورشریفی^۲، عبدالله قاسم پور^۳

تاریخ دریافت: ۹۱/۰۳/۰۳ تاریخ پذیرش: ۹۱/۰۶/۰۸

چکیده

پیش زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه باورهای آمیختگی فکر و راهبردهای کنترل فکر با علایم وسواسی اجباری در جمعیت غیر بالینی انجام شده است.

مواد و روش کار: ۴۲۰ دانشجوی دانشگاه تبریز در این پژوهش شرکت کردند. این دانشجویان پرسشنامه آمیختگی فکر، پرسشنامه کنترل فکر و پرسشنامه وسواسی-اجباری مادزلی را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از روش آماری همبستگی و تحلیل رگرسیون گام به گام مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: داده‌های پژوهش نشان داد که بین باورهای آمیختگی فکر و علایم وسواسی اجباری رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد. خرده مقیاس آمیختگی فکر و کنش قوی‌ترین پیش‌بینی کننده علایم وسواسی اجباری در جمعیت غیر بالینی می‌باشند. همچنین بین نمره راهبردهای کنترل فکر و علایم وسواسی نیز رابطه مثبت معنی‌داری به دست آمد. از میان خرده مقیاس‌های کنترل فکر، راهبرد نگرانی علایم وسواس را پیش‌بینی می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری: بنابراین یافته‌های پژوهش حاضر از الگوی فراشناختی اختلال وسواسی اجباری حمایت می‌کند و نشان می‌دهد باورهای آمیختگی فکر و راهبردهای کنترل فکر می‌تواند در آغازیدن و تداوم اختلال وسواسی اجباری موثر باشد.

کلید واژه‌ها: باورهای آمیختگی فکر، راهبردهای کنترل فکر، علایم وسواسی اجباری، اختلال وسواسی-اجباری

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و سوم، شماره چهارم، ص ۳۶۲-۳۵۴، مهر و آبان ۱۳۹۱

آدرس مکاتبه: تبریز، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، تلفن: ۰۹۳۸۴۵۲۱۶۸۵

Email: amiri.mo17@yahoo.com

مقدمه

طبق قواعد انعطاف‌ناپذیر یا در یک سبک رفتار قالبی عمل می‌کنند (۱).

مفهوم‌سازی‌های OCD، برگرفته از نظریه شناختی بک^۴ هستند. در مدل شناختی OCD، هسته اصلی شکایات عبارت است از گرایش به تعبیر افکار مزاحم به صورت فاجعه‌آمیز (۲). در نظریه‌های جدید شناختی در مورد اختلالات اضطرابی و به خصوص OCD، سازه‌های فراشناختی جایگاه ویژه‌ای به خود اختصاص داده است (۳-۶).

اختلال وسواسی اجباری^۴، با اجباری‌های تکراری و یا فعالیت‌های اجباری که موجب پریشانی برجسته و یا تداخل در عملکردهای روزمره است، توصیف می‌شود؛ وسواس‌ها، افکار، تصورات، یا تکانه‌های مزاحم و تکراری هستند که خود ناهم‌خوانند^۵ و در بیشتر مواقع، بی‌معنی هستند. وسواس‌ها به‌طور کلی با اضطراب، بی‌زاری، شک و تردید، یا یک احساس ناتمامی همراهند؛ اعمال اجباری، رفتارهای تکراری و هدفمندند که برای کاهش اضطراب و پریشانی انجام می‌شوند، اعمال اجباری اغلب بر

^۱ کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تبریز، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی (نویسنده مسئول)

^۲ دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

^۳ کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، عضو باشگاه پژوهشگران جوان دانشگاه آزاد اسلامی واحد آمل، آمل، ایران

^۴ obsessive-compulsive disorder

^۵ Ego-dystonic

^۶ Beck

برای علایم OCD دانسته‌اند (۱۱-۱۹). برای مثال در پژوهشی مایرز^۸ و ولز^۹ (۲۰۰۵) نشان دادند که نمره‌های درهم آمیختگی فکر (TFI) دانشجویان با مسئولیت پذیری و علائم OCD رابطه مثبت و معنی‌داری دارد (۲۰). همچنین در پژوهشی راسین^{۱۰} و همکاران (۱۹۹۹) دست‌کاری تجربی در بالا بردن آمیختگی فکر و عمل، به افزایشی در فراوانی افکار مزاحم و ناخوانده و احساس ناراحتی منجر شده است (۲۱). در مورد اهمیت در آمیختگی افکار در شکل‌گیری و تداوم علایم اختصاصی OCD، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که برخی از علایم اختصاصی OCD مانند ترس از تکانه، آلودگی و تعهد بیش از حد، ریشه در درآمیختگی‌های سه‌گانه دارند (۸).

مطابق مدل فراشناختی، فعال شدن باورهای فراشناختی ناکارآمد، موجب ارزیابی منفی فکر مزاحم به عنوان نشانه‌ی تهدید می‌شود. این ارزیابی در جای خود باعث تشدید هیجان‌های منفی می‌شود که عمدتاً به صورت اضطراب هستند و در نتیجه فرد برای کاهش اضطراب خود و کنترل نظام شناختی خود به راهبردهای کنترل فکر متوسل می‌شود (۴،۹). ولز و دیویس^{۱۱} (۱۹۹۴) اظهار می‌دارند که راهبردهایی را که افراد برای مقابله با افکار مزاحم خود به کار می‌گیرند، به پنج دسته می‌توان تقسیم کرد -۱ توجه برگردانی^{۱۲} (حواس من کاری را انجام می‌دهم که لذت بخش است)؛ ۲- تنبیه^{۱۳} (من به خاطر داشتن این فکر از دست خودم عصبانی می‌شوم)؛ ۳- نگرانی^{۱۴} (من به نگرانی‌های خود توجه می‌کنم)؛ ۴- ارزیابی مجدد^{۱۵} (من این فکر را به طور منطقی تحلیل می‌کنم) و ۵- کنترل اجتماعی^{۱۶} (من از دوستانم می‌پرسم که آیا آن‌ها هم چنین رفتاری دارند) (۲۲).

در زمینه استفاده از راهبردهای کنترل فکر، نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد که افراد دارای OCD در مقایسه با افراد غیر بیمار، بیشتر از تنبیه، نگرانی، ارزیابی مجدد و کنترل اجتماعی استفاده می‌کنند، ولی افراد غیر بیمار بیشتر از توجه برگردانی استفاده می‌کنند (۲۴،۲۲،۱۳). همچنین نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که فرونشانی و بازداری افکار ناخوشایند موجب افزایش و بازگشت دوباره‌ی فکر بازداری شده می‌شود، بنابراین در درازمدت راهبرد سازنده‌ای نیست (۲۵،۲۶).

در جریان مطالعه افکار خودآیند ناخواسته^۱ به‌عنوان ویژگی اصلی OCD مشاهده شده است که تعدادی از بیماران مبتلا به این اختلال اعتقاد دارند که افکار غیر قابل قبول و ناخوشایند آن‌ها می‌تواند رخدادهای جهان بیرونی را تحت تأثیر قرار دهند (۷). الگوی فراشناختی (شکل ۱) بر باورهایی در مورد اهمیت، معنی و قدرت افکار و باورهایی در مورد نیاز به کنترل افکار و انجام آیین‌مندی‌ها تأکید می‌کند (۸،۹). باورهای فراشناختی درباره‌ی افکار یا احساسات مزاحم، در پی اصطلاحات معرفی شده از سوی راجمن^۲ (۱۰) برای توصیف تحریف‌های شناختی OCD، باورهای مربوط به آمیختگی فکر^۳ نام‌گذاری شده‌اند (۸). در الگوی فراشناختی (۸) سه حیطه فراپاور^۴ مرتبط با آمیختگی توصیف شده است. این حیطه‌ها عبارتند از: ۱- آمیختگی فکر-رویداد^۵ (TEF): آمیختگی فکر- رویداد باوری است مبنی بر این که یک فکر مزاحم به تنهایی می‌تواند سبب وقوع رویداد خاص شود یا این باور که داشتن فکر مزاحم به معنای آن است که رویدادی باید قبلاً رخ داده باشد. برای مثال، اگر فردی این فکر به ذهنش خطور کند که "آیا من کسی را کشته‌ام؟"، این فکر به تنهایی به این باور منجر می‌شود که من احتمالاً کسی را کشته‌ام. ۲- آمیختگی فکر- کنش^۶ (TAF): آمیختگی فکر- کنش باوری است مبنی بر این که افکار، احساسات یا تکانه‌های مزاحم به تنهایی می‌توانند فرد را به انجام اعمال ناخواسته و ناشایست وادار سازند. برای مثال، فردی که هر وقت چاقویی را در دست می‌گیرد، میل ناخواسته‌ای در خصوص زخمی کردن کسی به ذهنش خطور می‌کند، این فکر را این‌طور تعبیر می‌کند که داشتن چنین فکری باعث خواهد شد که آن عمل غیرقابل کنترل را مرتکب شود. ۳- آمیختگی فکر- شی^۷ (TOF): آمیختگی فکر- شی باوری است مبنی بر این که افکار و احساسات می‌توانند به اشیاء منتقل شوند، پیامدی که افکار و احساسات را "واقعی‌تر"، قدرت آسیب‌زایی آن‌ها را بیش‌تر و گریز ناپذیر می‌سازد و یا موجب از بین رفتن اشیاء می‌شود. یک نمونه، این باور است که احساسات بد می‌توانند به کتاب‌ها منتقل شده و آن‌ها را آلوده سازند (۴).

پژوهش‌های بسیاری ارتباط مثبت و معنی‌دار بین علایم OCD و در آمیختگی افکار را گزارش نموده و آن را پیش‌بین قدرتمندی

⁸ Mayers

⁹ Wells

¹⁰ Rassin

¹¹ Davies

¹² Distraction

¹³ punishment

¹⁴ worry

¹⁵ Reappraisal

¹⁶ Social control

¹ Intrusive thought

² Rachman

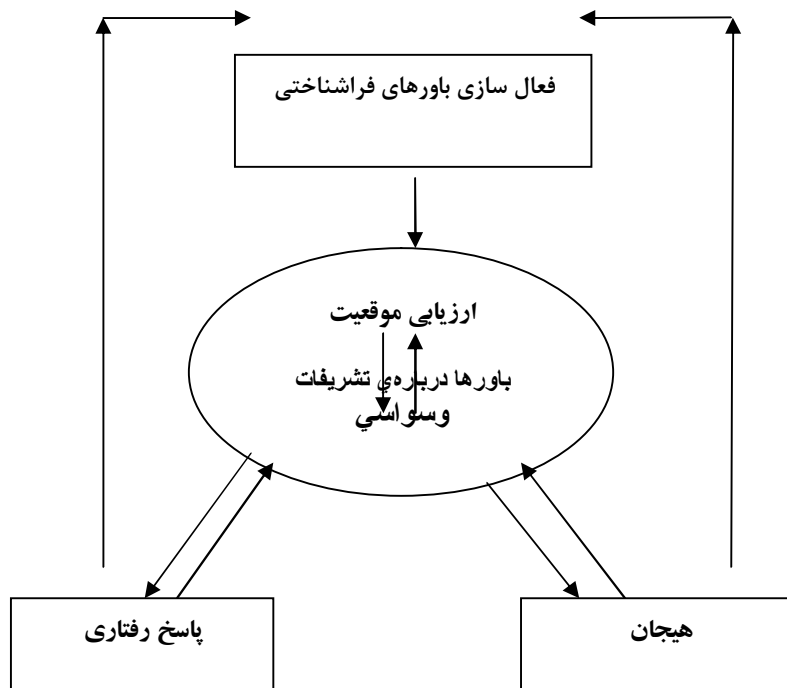
³ Thought fusion

⁴ Meta- belief

⁵ Thought- event fusion

⁶ Thought- action fusion

⁷ Thought- object fusion



شکل شماره (۱): مدل فراشناختی اختلال فکری و عملی

وسواس اجباری طراحی شده است (۲۷). این پرسشنامه انواع گوناگون نشانه‌های وسواسی را در بیمارانی که وسواس دارند، مشخص می‌سازد. این آزمون ابزار تشخیصی به شمار نمی‌رود. ولی ابزاری پژوهشی برای دسته بندی بیماران مبتلا به نشانه‌های وسواسی است. گاه از آن برای ارزیابی روند درمان بهره گرفته می‌شود. چهار طبقه عمده نشانه‌ها که در آزمون مادزلی به تفکیک مشخص می‌شوند، عبارت‌اند از: واری (شامل ۹ گزینه)، شستشو (شامل ۱۱ گزینه)، کندی (شامل ۷ گزینه)، شک و تردید (شامل ۷ گزینه). نمره آزمون بین ۰ تا ۳۰ خواهد بود. پایایی آزمون به طور کلی در هر چهار طبقه بیش از ۰/۸ است، حساسیت آزمون نیز به دلیل دو پاسخی بودن آن نسبت به تغییرات پایین می‌باشد (۲۷). در ایران دادفر (۲۸) ضریب پایایی کل آزمون را ۰/۸۴ و روایی همگرای آن با مقیاس وسواسی- اجباری یل براون (۰/۸۷) گزارش نموده است.

آزمون درآمیختگی افکار^۱ (TFI) (۲۹): این پرسشنامه یک آزمون خود سنجی ۱۴ گویه‌ای است که باورهای رایج را در زمینه معنی و توانمندی افکار می‌سنجد. TFI سه مقوله درهم آمیختگی افکار را که در الگوی فراشناختی معرفی شده‌اند را می‌سنجد. این ۳ عامل عبارتند از: ۱- درآمیختگی فکر-کنش^۲

هر چند پژوهش‌های بسیاری به بررسی رابطه سازه مطرح شده از سوی راجمن، یعنی آمیختگی فکر و عمل با اختلال وسواس پرداخته‌اند، اما پژوهش‌ها در مورد باور فراشناختی آمیختگی فکر در نظریه ولز و اختلال وسواس نسبتاً کم می‌باشد و با توجه به اینکه ۹۰ درصد افراد عادی علائم وسواسی را تجربه می‌کنند، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه آمیختگی فکر و راهبردهای کنترل فکر با علایم OCD در افراد عادی انجام شده است.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع پژوهش‌های بنیادی و به لحاظ نحوه جمع آوری داده‌ها از نوع همبستگی می‌باشد. باورهای آمیختگی فکر و راهبردهای کنترل فکر متغیرهای پیش بین و علائم OCD متغیر ملاک هستند. جامعه‌ی آماری، کلیه دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه تبریز بودند که در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ شاغل به تحصیل بودند. از بین آن‌ها ۴۲۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه علائم اختلال وسواسی- اجباری مادزلی (MOCI): این آزمون دارای ۳۰ ماده دو گزینه‌ای (درست یا نادرست) است که خود فرد به آن پاسخ می‌گوید و برای اندازه گیری علائم

^۱ Thought fusion test

^۲ Thought action fusion

جدول شماره (۱): میانگین و انحراف معیار متغیرهای

پژوهش		
متغیرها	میانگین	انحراف معیار
علایم OCD	۱۱/۷۴	۶/۷
وارسی	۲/۸	۲
شستشو	۱/۹۴	۲/۳۴
کندی	۴/۵۸	۳/۷۶
تردید	۳/۸۶	۲/۹
نمره کل آمیختگی فکر	۶۴/۸۸	۲۴/۳۸
آمیختگی فکر و کنش	۱۸/۹۹	۹/۷۹
آمیختگی فکر و رویداد	۲۴/۵۷	۱۰/۵۴
آمیختگی فکر و شئی	۲۱/۳۲	۸/۸۶
نمره کل کنترل فکر	۶۸/۸۴	۹/۹۸
تنبیه	۱۲/۴۹	۲/۹۸
نگرانی	۱۲/۱	۳/۲۱
توجه برگردانی	۱۴/۸۰	۳/۳۷
ارزیابی مجدد	۱۴/۰۳	۲/۸۵
کنترل اجتماعی	۱۴/۲۰	۲/۷۲

به منظور بررسی رابطه بین باورهای آمیختگی فکر و راهبردهای کنترل فکر با علائم OCD از آزمون معنی‌داری همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه استفاده شد. بر اساس نتایج تحلیل همبستگی (جدول ۲)، باورهای آمیختگی فکر کلی همبستگی مثبت و معنی‌داری با نمره کل علائم OCD دارد ($r=0/35, p=0/01$).

با توجه به نتایج جدول (۲)، نمره کلی کنترل فکر همبستگی ($r=0/28, p<0/01$) مثبت و معنی‌دار بالایی با نمره کلی علائم OCD دارا می‌باشد. همچنین بین نمره کلی باورهای آمیختگی فکر و نمره کلی کنترل فکر نیز همبستگی ($p<0/01$)، مثبت معنی‌داری وجود دارد. ($r=0/39$)

جدول شماره (۲): ضریب همبستگی بین متغیرهای مورد

پژوهش		
متغیرها	۱	۲
۱. OCD	۱	
۲. آمیختگی فکر	۰/۳۵**	۱
۳. کنترل فکر	۰/۲۸**	۰/۳۹**

** $P < 0/01$

از میان خرده مقیاس‌های باورهای آمیختگی فکر، خرده مقیاس آمیختگی فکر و کنش با ($r=0/39, p<0/01$) بیشترین همبستگی مثبت را با علائم OCD دارا بود. آمیختگی فکر و رویداد و فکر و شئی به ترتیب با ($r=0/21, p<0/01$) و ($r=0/11, p<0/01$)

(TFI)، ۲- درآمیختگی فکر شئی^۱ (TFI) و ۳- درآمیختگی فکر رویداد^۲ (TFI). پاسخ‌ها بر یک پیوستار ۱۰۰ درجه‌ای (از صفر، "آبداً اعتقادی ندارم" تا "۱۰۰"، کاملاً معتقدم) و به صورت ده تایی نمره گذاری می‌شوند. ولز، جوویلیام^۳ و کاترایت-هاتون^۴ (۲۰۰۱) ضریب همسانی درونی مناسبی را برای این آزمون گزارش کرده است (آلفای کرونباخ، ۰/۸۹). هم چنین همبستگی کل ماده‌ها در دامنه‌ای از ۰/۳۵ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (۲۹). مایرز، فیشر^۵ و ولز ضریب پایایی این آزمون را به روش بازآزمایی ۰/۶۹ گزارش نموده‌اند (۳۰). خرم دل، ربیعی، مولوی و نشاط دوست (۳۱) در تحلیل پایایی همسانی درونی، ضریب آلفا را برای عامل کلی ۰/۸۷، و برای عامل اول، دوم، سوم و دونیمه سازی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۲، ۰/۸۰ و ۰/۷۳ بدست آوردند. داده‌های روایی همگرا ضریب همبستگی بین آزمون درآمیختگی افکار و پرسشنامه درآمیختگی فکر-کنش را ۰/۶۵ نشان داد. پرسشنامه کنترل فکر-این پرسشنامه ۳۰ ماده‌ای را ولز و دیویس (۲۲) به منظور ارزیابی راهبردهای کنترل فکر و رابطه آن با آسیب‌پذیری هیجانی تهیه کرده‌اند. پنج زیر مقیاس این پرسشنامه شامل توجه برگردانی (D)، تنبیه (P)، ارزیابی مجدد (R)، نگرانی (W) و کنترل اجتماعی (S) است. ولز و دیویس با استفاده از روش بازآزمایی، برای زیرمقیاس‌های این پرسشنامه پایایی ۰/۶۷ تا ۰/۸۳ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۴ تا ۰/۷۹ را گزارش کرده‌اند (۲۲). در بررسی روایی این پرسشنامه، ضریب همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه‌های OCD پادوا، افکار اضطرابی و نگرش‌های ناکارآمد، بالا ارزیابی شده است (۳۲). در پژوهشی که در ایران در یک نمونه ۱۰۰ نفری انجام شد، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۱ و برای زیرمقیاس‌های توجه برگردانی ۰/۷۹، تنبیه ۰/۷۶، ارزیابی مجدد ۰/۷۰، نگرانی ۰/۷۰ و کنترل اجتماعی گزارش شد (۳۴).

یافته‌ها

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. همان طور که مشاهده می‌شود میانگین نمره کل علائم OCD (۱۱/۷۴) و انحراف معیار آن (۶/۷) می‌باشد. میانگین و انحراف معیار نمره کل باورهای آمیختگی فکر به ترتیب (۶۴/۸۸) و (۲۴/۳۸) می‌باشد. همچنین میانگین و انحراف معیار نمره کل کنترل فکر به ترتیب (۶۸/۸۴) و (۹/۹۸) می‌باشد.

¹ Thought object fusion

² Thought event fusion

³ Gwilliam

⁴ Cartwright-Hatton

⁵ Fisher

داشت. هم‌چنین راهبرد کنترل اجتماعی بیش‌ترین همبستگی ($r = 0/14$) را با خرده‌مقیاس کندی ($r = 0/322$, $p < 0/01$)، و با خرده‌مقیاس کندی ($r = 0/27$, $p < 0/01$) دارا بود. بنابراین استفاده بیش‌تر از راهبردهای کنترل فکر با بروز بیش‌تر نشانه‌های OCD رابطه دارد. از خرده‌مقیاس‌های آمیختگی فکر، باور آمیختگی فکر و کنش ($r = 0/40$, $p < 0/01$) بیش‌ترین همبستگی را با نمره کلی کنترل فکر داشت. هم‌چنین باور آمیختگی فکر و رویداد و فکر و شئی نیز همبستگی ($r = 0/28$, $p < 0/01$)، ($r = 0/29$, $p < 0/01$) مثبت معنی‌داری با نمره کلی کنترل فکر داشتند. از میان خرده‌مقیاس‌های کنترل فکر، تنبیه بیش‌ترین همبستگی ($p < 0/01$)، p ، $r = 0/39$) را با نمره کل باورهای آمیختگی فکر دارا بود. هم‌چنین بین راهبردهای کنترل فکر نگرانی، توجه برگردانی، ارزیابی مجدد و کنترل اجتماعی به ترتیب با ($r = 0/30$, $p < 0/01$)، ($r = 0/18$, $p < 0/01$)، ($r = 0/23$, $p < 0/01$)، ($r = 0/22$, $p < 0/01$) و ($r = 0/18$, $p < 0/01$)، همبستگی مثبت معنی‌داری وجود داشت.

نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام جدول ۳ نشان می‌دهد که آمیختگی فکر و کنش به طور معنی‌داری می‌تواند علائم OCD را پیش‌بینی کند ($R = 0/39$, $p < 0/01$, $f = 75/52$, $df = 1$). آمیختگی فکر و کنش ۱۵ درصد علائم OCD را در جمعیت غیربالینی پیش‌بینی می‌کند ($R^2 = 0/153$). بنابراین با توجه به این یافته‌ها باورهای آمیختگی فکر می‌توانند علائم OCD را پیش‌بینی کنند. هم‌چنین تحلیل رگرسیون گام به گام جدول ۴ نشان می‌دهد که راهبرد کنترل فکر نگرانی به طور معنی‌داری می‌تواند علائم OCD را پیش‌بینی کند ($R = 0/35$, $p < 0/01$, $f = 60/03$, $df = 1$). راهبرد نگرانی ۱۳ درصد علائم OCD را در جمعیت عادی پیش‌بینی می‌کند ($R^2 = 0/13$). بنابراین با توجه به این یافته‌ها راهبرد کنترل فکر نگرانی می‌تواند علائم OCD را پیش‌بینی کند.

دارای همبستگی مثبت معنی‌داری با علائم OCD بودند. آمیختگی فکر و رویداد و فکر و شئی به ترتیب با ($p < 0/01$)، ($r = 0/21$) و ($r = 0/28$, $p < 0/01$)، دارای همبستگی مثبت معنی‌داری با نشانه‌های OCD داشتند. نمره کلی آمیختگی فکر بیش‌ترین همبستگی را با خرده‌مقیاس کندی ($r = 0/32$, $p < 0/01$) و تردید ($r = 0/28$, $p < 0/01$) دارا بود. نمره آمیختگی فکر و رویداد بیش‌ترین همبستگی را با خرده‌مقیاس تردید ($r = 0/29$, $p < 0/01$) داشت. نمره آمیختگی فکر و کنش بیش‌ترین همبستگی را با خرده‌مقیاس کندی ($r = 0/45$, $p < 0/01$) داشت. نمره آمیختگی فکر و شئی بیش‌ترین همبستگی را با خرده‌مقیاس کندی ($p < 0/01$)، p ، $r = 0/33$) دارا بود. بنابراین با توجه به داده‌ها هرچه باورهای فراشناختی در فرد بیشتر باشد، میزان نشانه‌های OCD در فرد نیز بیشتر می‌باشد.

از بین خرده‌مقیاس‌های راهبردهای کنترل فکر، راهبرد نگرانی بیش‌ترین همبستگی ($r = 0/35$, $p < 0/01$) را با علائم کلی OCD دارا بود. هم‌چنین راهبردهای تنبیه، توجه برگردانی، ارزیابی مجدد و کنترل اجتماعی به ترتیب با ($r = 0/22$, $p < 0/01$)، ($r = 0/15$, $p < 0/01$)، ($r = 0/12$, $p < 0/01$) و ($r = 0/27$, $p < 0/01$) همبستگی مثبت و معنی‌داری را با علائم کلی OCD داشتند. نمره کلی کنترل فکر بیش‌ترین همبستگی را با خرده‌مقیاس‌های شستشو و کندی به ترتیب با ($r = 0/25$, $p < 0/01$) و ($p < 0/01$)، p ، $r = 0/27$) دارا بود. راهبرد تنبیه بیش‌ترین همبستگی را با خرده‌مقیاس واریسی ($r = 0/32$, $p < 0/01$) داشت. راهبرد نگرانی بیش‌ترین همبستگی را با خرده‌مقیاس‌های واریسی ($p < 0/01$)، p ، $r = 0/26$) و کندی ($r = 0/43$, $p < 0/01$) دارا بود. راهبرد توجه برگردانی بیش‌ترین همبستگی را با خرده‌مقیاس کندی و تردید ($r = 0/15$, $p < 0/01$)، ($r = 0/15$, $p < 0/01$) داشت. راهبرد ارزیابی دوباره بیش‌ترین همبستگی را با خرده‌مقیاس کندی ($p < 0/01$)، p ،

جدول شماره (۳): خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و شاخص‌های آماری رگرسیون باورهای آمیختگی فکر بر علایم OCD

مدل	متغیر	مجموع مجذور	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	R	R ²	خطای برآورد
گام ۱	آمیختگی فکر و کنش	۲۸۸۲/۲	۱	۲۸۸۲/۲	۷۵/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۰/۱۵	۶/۱۷
متغیر	ضریب B	خطای برآورد	ضریب بتا	T	سطح معنی‌داری				
ثابت	۶/۶۵	۰/۶۵		۱۰/۱۱	۰/۰۰۱				
آمیختگی فکر و کنش	۰/۲۶	۰/۱۳	۰/۳۹	۸/۶۹	۰/۰۰۱				

پیش‌بینی شونده: علائم و سواسی اجباری پیش‌بینی کننده: آمیختگی فکر و عمل

جدول شماره (۴): خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و شاخص‌های آماری رگرسیون راهبردهای کنترل فکر بر علائم OCD

مدل	متغیر	مجموع مجذور	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	R	R ²	خطای برآورد
گام ۱	نگرانی	۲۳۶۵/۳	۱	۲۳۶۵/۳	۶۰/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۱۳	۶/۲۸
متغیر	ضریب B	خطای برآورد	ضریب بتا	T	سطح معنی داری				
ثابت	۲/۸۶	۱/۱۸		۲/۴۱	۰/۱۶				
نگرانی	۰/۷۳	۰/۰۹	۰/۳۵	۷/۷۴	۰/۰۰۱				

پیش بینی شونده: علائم وسواسی اجباری پیش بینی کننده: راهبرد کنترل فکر نگرانی

بحث

هدف این پژوهش بررسی رابطه بین باورهای آمیختگی فکر و راهبردهای کنترل فکر با علائم وسواسی در جمعیت غیربالینی می‌باشد. نتایج پژوهش نشان داد که همبستگی مثبت و معنی داری بین باورهای آمیختگی فکر و خرده مقیاس‌های آن با علائم وسواسی وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های دیگر هماهنگ می‌باشد (۳۵، ۳۴، ۳۰، ۲۰، ۱۹). همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که خرده مقیاس آمیختگی فکر و کنش قوی‌ترین پیش بینی کننده علائم وسواسی در جمعیت غیربالینی می‌باشد. این یافته نیز با نتایج سایر پژوهش‌ها هماهنگ می‌باشد (۳۵، ۳۴، ۳۰، ۲۱).

به نظر ولز افکار وسواسی موجب فعال شدن باورهای فراشناختی (آمیختگی فکر) درباره معنی فکر می‌شود. باورهای مطرح در این سطح، دربرگیرنده باورهایی درباره خطرات و معنی فکر می‌باشد که در این حالت، مرز بین فکر و کنش، فکر و رویداد و فکر و شئی از بین می‌رود. فعال شدن این باورهای فراشناختی ناکارآمد به وسیله افکار وسواسی موجب ارزیابی منفی فکر ناخواسته و مزاحم به عنوان نشانه تهدید می‌شود. زمانی که تفسیرهای منفی از افکار و احساسات مزاحم صورت می‌گیرد، باورهای فراشناختی در مورد آیین‌مندی‌ها فعال شده و آیین‌منداها و راهبردهای کنترل کننده فکر به منظور کاهش تهدید انجام می‌شود. انجام آیین‌مندی‌ها و به‌کارگیری راهبردهای کنترل کننده فکر موجب تشدید ورود افکار مزاحم به جریان هوشیاری شده که باعث افزایش اضطراب می‌شود (۴).

داده‌های برآمده از تحلیل مسیر و مدل یابی معادلات ساختاری در زمینه‌ی علائم OCD نشان داده‌اند که مدل فراشناختی، توصیف کننده‌ی رابطه‌ی بین باورهای مربوط به آمیختگی فکر، ارزیابی و باورهای مربوط به آیین‌مندی‌های OCD و علائم در افراد غیربیمار، با داده‌های به دست آمده برآزش دارد.

ارزیابی مدل‌های مشابه در مورد رابطه بین این متغیرها، با داده‌ها برآزش نداشت (۳۰).

همچنین پژوهشگران زیادی در حیطه‌ی علائم وسواسی- اجباری نشان داده‌اند که باورهای فراشناختی در OCD نقش دارند. برای مثال جی ویلیامز، ولز و کارت رایت هاتون (۲۰۰۴) به بررسی این موضوع پرداختند که آیا باورهای فراشناختی یا شناخت‌واره‌های مربوط به مسئولیت پذیری، علائم وسواس فکری عملی را در افراد غیر بیمار پیش بینی می‌کنند یا نه؟ هر دو حیطه‌های باورهای شناختی (مسئولیت پذیری) و باورهای فراشناختی (مربوط به آمیختگی) همبستگی مثبتی با علائم وسواسی اجباری داشتند. با این حال، حیطه‌های فراشناختی، قوی‌ترین همبستگی را با علائم وسواسی نشان دادند و زمانی که متغیرهای مربوط به فراشناخت‌ها وارد معادله رگرسیون می‌شدند، رابطه‌ی بین مسئولیت پذیری و علائم از بین می‌رفت (۳۵).

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بین راهبردهای کنترل فکر و علائم OCD در جمعیت غیربالینی رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. از بین خرده مقیاس‌های کنترل فکر نیز نگرانی، کنترل اجتماعی و تنبیه رابطه معنی دار بالایی با علائم OCD دارند. همچنین راهبردهای توجه برگردانی و ارزیابی مجدد رابطه معنی داری با علائم OCD دارند. داده‌های این پژوهش با نتایج پژوهش دیگر هماهنگ می‌باشد (۳۶، ۲۴، ۲۳، ۱۳).

نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد که فرونشانی افکار ناخوشایند موجب افزایش و بازگشت دوباره‌ی فکر سرکوب شده می‌شود (اثر بازگشت)، بنابراین در درازمدت راهبرد سازنده‌ای نیست (۳۸، ۳۷، ۲۶، ۲۵). برای مثال در پژوهشی که پوردون (۲۰۰۴) انجام داده‌اند از بیماران OCD خواسته شد تا افکار OCD خود را سرکوب کنند و یافته‌ها نشان داد که بیماران دچار نتایج متناقضی شدند، به این ترتیب که با انجام فرونشانی، افکار وسواسی با شدت بیشتری ظاهر می‌شدند (۲۵).

باورهای وسواسی اهمیت و کنترل افکار رابطه معنی‌داری وجود دارد (۳۹).

نتیجه گیری

در پایان با توجه به داده‌های به دست آمده، می‌توان نتیجه گرفت که پژوهش حاضر از مدل فراشناختی OCD حمایت می‌کند، مبنی بر اینکه باورهای فراشناختی (آمیختگی فکر) در مورد افکار وسواسی، باعث ایجاد ارزیابی منفی از افکار وسواسی می‌شود که این ارزیابی‌ها، موجب به کارگیری راهبردهایی برای کنترل افکار وسواسی می‌شود. وجود این فرایند در شکل گیری و تداوم اختلال وسواس نقش داشته باشد. همچنین با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان تغییر باورهای آمیختگی فکر و راهبردهای کنترل فکر ناسازگارانه را در درمان OCD مدنظر قرار داد.

روش این پژوهش از نوع بررسی‌های همبستگی می‌باشد که نتیجه‌گیری علی در مورد یافته‌ها را محدود می‌سازد. نمونه دانشجویی می‌تواند یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر باشد. که می‌توان پیشنهاد کرد در پژوهش‌های آینده از نمونه‌های غیر دانشجویی استفاده کرد. همچنین می‌توان در پژوهش‌های دیگر الگوی ولز را با الگوی‌های دیگر در مورد اختلال وسواس مقایسه کرد.

سپاس گذاری

در پایان کمال سپاسگزاری را از همه دانشجویانی که در پژوهش حاضر شرکت کرده و به پرسش‌نامه‌ها پاسخ داده‌اند، داریم.

References:

1. American Association of Psychiatry. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th Ed. Washington DC: The Institute; 2000.
2. Rachman S. A cognitive theory of obsessions. Behav Res Ther 1997; 35: 793-802.
3. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the meta-cognitions questionnaire: properties of the MCQ 30. Behav Res Ther 2004;42: 385-96.
4. Wells A. Meta-cognitive therapy for anxiety and depression. New York: The Guilford Press; 2009.
5. Rachman S, DeSilva P. Abnormal and normal obsessions. Behav Res Ther 1979; 3: 8999.

مقاله‌های پژوهشی زیادی در مورد اثرات فرونشانی فکر وجود دارد، اما نتایج این پژوهش‌ها از لحاظ اعتبار اثرات فوری یا تأخیری تلاش برای فرونشانی یک فکر خاص، مبهم است. با این حال، نتیجه‌ی مهم این است که تلاش برای فرونشانی یک فکر، کاملاً موثر نیست. در کل، این نتیجه‌گیری نشان می‌دهد که راهبردهای کنترل فکر فراشناختی که به منظور حذف و بیرون راندن افکار از هشیاری انجام می‌شوند، احتمالاً موثر نیستند، هرچند اغلب بیماران گزارش می‌کنند که از این راهبردها استفاده می‌کنند (۴). ولز سه مکانیزم را مشخص کرده است که می‌تواند چگونگی تشدید مزاحمت‌های فکری را با توجه به پاسخ‌های رفتاری و راهبردهای کنترل فکر تبیین کند.

۱- تلاش‌هایی که برای واپس راندن افکار صورت می‌گیرد، ممکن است موجب آگاهی بیشتر به افکار ناخواسته شود.

۲- تلاش‌هایی که برای نشخوار کردن افکار مزاحم یا خنثی کردن آن‌ها به صورت ذهنی صورت می‌گیرد، می‌تواند موجب حفظ اشتغال ذهنی به رویدادهای ذهنی و زایش افکار مزاحم، به احتمال بیشتر شود.

۳- فعالیت‌ها و کنش‌هایی از جمله واریسی مکرر و پاک گردانی مداوم تداعی‌ها و روابط بین طیفی از محرک‌ها و افکار مزاحم را بوجود می‌آورد که می‌تواند برانگیزان افکار مزاحم شوند (۸).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رابطه معنی‌داری بین باورهای آمیختگی فکر و راهبردهای کنترل فکر وجود دارد. همچنین رابطه مثبت و معنی‌داری بین خرده مقیاس‌های آمیختگی فکر و خرده مقیاس‌های کنترل فکر نیز وجود دارد. این یافته نیز همسو با پژوهش‌های دیگر می‌باشد (۳۹). پژوهش تولین، وورونوسکی و بردی نشان داد که بین راهبردهای کنترل فکر و

6. Salkovskis PM. Frontiers of cognitive therapy. New York: Guilford; 1996.
7. Shafrana R, Rachman S. Thought-action fusion: a review. J Behav Ther Exper Psychiatr 2004; 35:87-107.
8. Wells A. Emotional disorders and meta-cognition: innovative cognitive therapy. Chichester: Wiley & Sons; 2000. P. 13-85.
9. Wells A, Matthews G. Attention and emotion: a clinical perspective. Hove, UK: Erlbaum; 1994.
10. Rachman S. Obsessions, responsibility and guilt. Behav Res Ther 1993; 31: 149-54.
11. Rassin E, Merckelbach H, Muris P, Spaan V. Thought-action fusion as arousal factor in the

- development of intrusions. *Behav Res Ther* 1999; 37: 231-7.
12. Rassin E, Koster E. The correlation between thought-action fusion and religiosity in a normal sample. *Behav Res Ther* 2003; 41: 361-8.
 13. Abramowitz JS, Whiteside S, Lynam D, Kalsy S. Is thought-action fusion specific to obsessive-compulsive disorder? A mediating role of negative effect. *Behav Res Ther* 2003; 41: 1069-79.
 14. Barrett PM, Healy LJ. An examination of the cognitive processes involved in childhood obsessive compulsive disorder. *Behav Res Ther* 2003; 41: 285-300.
 15. Emmelkamp PM, Ardema A. Meta-cognition specific obsessive-compulsive beliefs and obsessive compulsive behavior. *Clin Psychol Psychother* 1999; 6: 139-45.
 16. Wells A, Papageorgiou C. Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behav Res Ther* 1998; 36: 899-913.
 17. Coles ME, Heimberg RG, Frost RO, Steketee G. Not just right experiences and obsessive compulsive features: Experimental and self-monitoring perspectives. *Behav Res Ther* 2005; 41(6): 681-700.
 18. Morrison AP, Wells A. Comparison of met cognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. *Behav Res Ther* 2003; 41: 251-6.
 19. Gwilliam P. An investigation into the cognitive predictors of obsessive-compulsive symptoms (Dissertation). Manchester: University of Manchester; 2001. P. 111-9.
 20. Myers SG, Wells A. Obsessive-compulsive symptoms: the contribution of meta-cognition and responsibility. *J Anxiety Disord* 2005; 19: 806-17.
 21. Rassin E, Merckelbach H, Muris P, Spaan V. Thought-action fusion as a causal factor in the development of intrusions. *Behav Res Ther* 1999; 37: 231-7.
 22. Wells A, Davies M. The thought control questionnaire: a measure of individual differences in the control of unwanted thought. *Behav Res Ther* 1994; 32: 871-8.
 23. Salkovskis PM, Wroe AL, Gledhill A, Morrison N, Forrester E, Richards C, et al. Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behav Res Ther* 2000; 38: 347-72.
 24. Amir N, Cashman L, Foa EB. Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1997; 35: 775-7.
 25. Purdon C. Empirical investigations of thought suppression in OCD. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2004; 35: 121-36.
 26. Wegner DM, Schneider DJ, Carter SR, White TL. Paradoxical effects of thought suppression. *J Pers Soc Psychol* 1987; 53: 5-13.
 27. Rachman S, Hodgson R. Obsessive compulsive complains. *Behav Res Ther* 1977; 15: 389-95.
 28. Dadfar M, Bolhari J, Malakoty K, Bayanzade A. Investigate prevalence of obsessive-compulsive symptoms. *Andishe va Raftar* 2001; 6(4): 4. (Persian)
 29. Wells A, Gwilliam P, Cartwright-Hatton S. The thought fusion instrument. Manchester: University of Manchester; 2001.
 30. Myers S, Fisher PL, Wells A. The meta-cognitive model of obsessional-compulsive symptoms: an empirical model. Barcelona: World Congress of Cognitive and Behavior Therapy; 2007.
 31. Khoramdel K, Rabiee M, Molavi H, Neshatdoost HT. Psychometric properties of thought fusion instrument (TFI) in Students. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2010; 16(1): 74 -8.
 32. Wells A. Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy. Chichester: Wiley; 2000.

33. Myers SG. Belief domains of the obsessive beliefs questionnaire-44 (OBQ-44) and their specific relationship with obsessive-compulsive symptoms. *J Anxiety Disord* 2008; 22:475-84.
34. Myers G, Fisher L, Wells A. An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *J Anxiety Disord* 2009; 23: 436-42.
35. Gwilliam P, Wells A, Cartwright-Hatton S. Does meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: a test of the meta-cognitive model. *Clin Psychol Psychother* 2004; 11: 137-44.
36. Belloch A, Morillo C, Garcia-Soriano G. Strategies to control unwanted intrusive thoughts: which are relevant and specific in obsessive-compulsive disorder. *Cogn Ther Res* 2009; 33(1): 75-89.
37. Purdon C. Thought suppression and psychopathology. *Behav Res Ther* 1999; 37: 1029-54.
38. Wenzlaff RM, Wegner DM. Thought suppression. *Ann Rev Psychol* 2000; 51: 59-91.
39. Tolin DF, Worhunsky P, Brady RE, Maltby N. The relationship between obsessive beliefs and thought-control strategies in a clinical sample. *Cogn Ther Res* 2009;31(3):307-18.