Obsessive -Compulsive Symptoms, Metacognitive Beliefs and Thought Control Strategies in Nonclinical Population

Saman sadeghpour[* 1], Shahram Mohammadkhani [2], Jafar hasani [3]

1- MA in clinical psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran (sadeghpour.saman@gmail.com).
2- Assistant of Professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran
3- Assistant of Professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

Abstract

Background: Studies show that unwanted intrusive thoughts occur to most people that is a common phenomenon in itself. Trying to control the intrusive thoughts and misinterpretations of thoughts that gives the pathological aspects to common thought.

Objective: The aim of the current study was to predict OCD on the basis of metacognitive beliefs' and thought control strategies' variables. **Method:** A sample of 433 Oshnaviyeh citizens (176 women and 257 men) were conveniently selected and answered Metacognition Questionnaire-30 (MCQ-30), Thought Control Questionnaire (TCQ) and Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI). Data were analyzed using Pearson correlation and stepwise regression analysis. **Result:** Results indicated that metacognitive beliefs and thought control strategies were positively correlated with obsessive- compulsive symptoms. Among the subscales, uncontrollability and danger, punishment, worry and cognitive confidence were the best predictors of obsessive symptoms. **Conclusion:** Result of this study emphasizing the role of metacognitive beliefs and thought control strategies in obsessive compulsive symptoms, can justify the change and modify maladaptive metacognitive beliefs and control strategies in order to control the disorder symptoms.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder, Metacognitive Beliefs. Thought Control Strategies

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال دوم، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۴
صفحات: ۳۴-۲۳

علایم وسواسی–اجباری، باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر در جمعیت غیربالینی

سامان صادق‌پور*[۱]، شهرام محمدخانی[۲]، جعفر حسنی[۳]
۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران (نویسنده مسئول): sadeghpour.saman@gmail.com
۲- دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران
۳- دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران

چکیده

مقدمه: پژوهش‌ها نشان می‌دهند که خطور افکار مزاحم و ناخواسته در اکثر افراد دیده می‌شود که بخودی خود پدیده‌ای معمول است. تلاش به منظور کنترل افکار ناشی و سوء برداشت‌های افکار است که جنبه مرضی به افکار معمول می‌بخشد.

هدف: پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی OCD براساس متغیرهای باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر انجام شده است.

روش: نمونه‌ای شامل ۴۳۳ نفر از شهروندان شهرستان اشنویه (شامل ۱۷۶ زن و ۲۵۷ مرد) بود که بصورت در دسترس انتخاب و به منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های وسواس سنج مادزلی (MOCI)، باورهای فراشناختی ولز (MSQ-30) و راهبردهای کنترل فکر (TCQ) استفاده شد. به منظور تحلیل داده‌ها، از روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که بین باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با علایم وسواسی رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد. از میان خرده مقیاس‌ها، کنترل ناپذیری و خطر، تنبیه، نگرانی و اطمینان شناختی به ترتیب بهترین پیش‌بینی کننده‌های علایم وسواسی بودند.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش با تایید نقش باورهای فراشناختی و کنترل فکر در علایم وسواسی، می‌تواند تغییر و اصلاح باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل ناسازگارانه را به منظور کنترل علایم این اختلال توجیه کند.

کلید واژه‌ها: اختلال وسواسی–اجباری، باورهای فراشناختی، راهبردهای کنترل فکر

مقدمه

خصیصه اصلی اختلال وسواسی-اجباری (OCD[1]) وقوع مکرر افکار وسواسی یا اعمال اجباری است با شدتی قابل ملاحظه که زمان بر هستند (یک ساعت در روز) و عملکرد فرد را مختل می‌کند (انجمن روان-پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اگرچه ملاک تشخیصی OCD وجود افکار وسواسی یا اعمال اجباری است، ولی بیشتر افراد (۷۵-۹۰٪) همزمان افکار و اعمال وسواسی دارند. از جنبه عملکردی رابطه زیادی بین این دو پدیده وجود دارد؛ افکار وسواسی به طور عادی با افزایش چشمگیر اضطراب و پریشانی و گناه مرتبط است که بوسیله اعمال اجباری (برای کاهش اضطراب و پریشانی ناشی از افکار وسواسی) تداوم می‌یابد (کلارک[2]، ۲۰۰۶).

از OCD بعنوان اختلالی خودناهمخوان یاد می‌شود. بدین معنا که فرد مشخصاً می‌داند علایم و نشانه‌های اختلال باعث ناراحتی او می‌شوند و آنها را جزئی از خود نمی‌داند. در تشخیص‌های قبلی نیز اعتقاد بر این بود که فرد وسواسی غیرمنطقی بودن و افراطی بودن ترس‌هایش را درک می‌کند. با این وجود تنها از DSM-IV[3] به بعد است که مولفه فقدان بینش یا فقر بینش به تصریح کننده‌های این اختلال اضافه شده است. که طی آن بعضی افراد نمی‌توانند بی‌معنی بودن و غیر منطقی بودن افکار و اعمال وسواسی‌شان را بپذیرند.

پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نرخ شیوع یک‌ساله این اختلال را ۱/۱ تا 1/8 درصد گزارش کرده است. طبق گزارش DSM-5 میانگین سنی شروع OCD، 19/5 سال است و ۲۵ درصد موارد قبل از ۱۴ سالگی مبتلا شده‌اند. در بزرگسالی نرخ شیوع اندکی در زنان بیشتر است هر چند در کودکی پسران بیشتر به این اختلال مبتلا می-شوند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). شروع علایم بیشتر تدریجی است هر چند موارد شروع حاد نیز گزارش شده است

ویژگی اصلی OCD، خصیصه‌های رسمی پدیده-های وسواس فکری و عملی (یعنی وجود خود وسواس‌های فکری و عملی) و نه محتوای وسواس‌ها ست. به عبارت دیگر محتوای وسواس‌ها در مقابل خود وسواس‌ها در درجه دوم اهمیت قرار دارند (منزیس[4] و داسیلوا[5]، ۲۰۰۳). این اختلال به‌خودی خود ماهیتی پیچیده و ناهمگون دارد و رویکردهای مختلفی از جمله زیست‌شناختی و فیزیولوژیکی، شناختی- رفتاری و فراشناختی درصدد تبیین آن برآمده‌اند ولی هیچ‌کدام به‌طور کامل در این امر توفیق نیافته‌اند و هر یک به جنبه‌هایی از آن پرداخته‌اند. لذا در تبیین این اختلال ترکیبی از مدل‌ها در ارتباط با هم به‌نظر می‌رسد جالب-تر و موفق‌تر از رویکردهای جداگانه باشد. بر همین اساس در این پژوهش نقش مدل‌های فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر در پیش‌بینی و تبیین این اختلال مورد بررسی قرار می‌گیرد.

در سال‌های اخیر، فراشناخت به عنوان پایه و اساس بسیاری از اختلال‌های روان‌شناختی مورد بررسی قرار گرفته است (ولز[6]، ۲۰۰۹، ترجمه محمدخانی، ۱۳۹۰). فراشناخت به طیف وسیعی از عوامل به هم وابسته اطلاق می‌شود که دانش یا فرآیندهای شناختی دخیل در تفسیر، پایش یا کنترل شناخت را در بر می‌گیرد. فراشناخت که در واقع شناخت‌های ما درباره‌ی شناخت هستند، کلید اصلی فهم ایجاد و تداوم اختلالات می-

1 . Obsessive Compulsive Disorder (OCD)
2 . Clark
3 . Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition

4 . Menzies
5 . De Silva
6 . Wells

باشد (سولم[7]، ۲۰۱۰). ولز و متیوز[8] (۱۹۹۴) معتقدند که باور فراشناختی در مورد افکار و فرایند فکر، مؤلفه‌ای مهم از پردازش شناختی ناکارآمد است که نشانه‌های OCD را تحریک می‌کند. به عبارت دیگر افکار، باورها و تردیدهای مزاحم خودآیند، باورهای فراشناختی درباره‌ی خطر، معنای این رویدادها، پرخطر بودن آثار این افکار، نیاز به کنترل افکار و اهمیت پایش آنها را فعال و راهبردهای مقابله‌ای تکراری همانند نشخوار و نگرانی را راه‌اندازی می‌کنند (آیت-مهر، ۱۳۹۲).

مدل فراشناختی وسواس ولز (ولز و متیوس، ۱۹۹۴) که کارکرد اجرائی خودتنظیمی (S-REF[9]) نامیده می-شود، بیان می‌کند که افکار وسواسی در نتیجه باورهای فراشناختی درباره معنا و پیامدهای خطرناک داشتن چنین افکاری، سوءتعبیر می‌شوند. براساس این نظریه، سیستم فراشناختی از طریق باور درباره خود[10]، نقش خودتنظیمی[11] را برای فرد ایفا می‌کند. بنابراین تحریف در کنترل این مدل باعث سوءتعبیر افکار خودآیند و سوگیری نسبت به ادراک خطر می‌شود که منجر به علایم وسواسی می‌شود. این مدل شامل دو حیطه باور در اختلال وسواس فکری-عملی است: ۱- باور درباره اهمیت/معنا و قدرت افکار و ۲- باور درباره نیاز به کنترل افکار و انجام آیین‌مندی‌ها. حوزه اول دربرگیرنده باورهای آمیختگی است و حوزه دوم وسواس‌های عملی و نیاز به انجام آیین‌مندی‌ها به منظور کاهش پیامدهای ارزیابی شده مرتبط با افکار خودآیند را شامل می‌شود. درمان طبق مدل فراشناختی، بر اصلاح باورهای آمیختگی مبتنی است. راچمن[12] (۲۰۰۳، ترجمه افروز و قربانخانی، ۱۳۹۰) ریشه‌دارترین سوگیری شناختی در وسواس را آمیختگی فکر – عمل می‌داند که در آن افکار و اعمال در یکدیگر تنیده شده‌اند و افراد احساس می‌کنند که افکارشان، به ویژه افکار پلیدشان می‌تواند رویدادهای خارجی را تحت تاثیر خود قرار دهد (سوگیری احتمال) و یا طبق سوگیری اخلاقی، افکار مزاحم ناخوشایند و پلید از لحاظ اخلاقی معادل با انجام آن عمل تلقی می‌شود. ایراک[13] و تاسون[14] (۲۰۰۸) نیز معتقدند که فراشناخت-ها رابطه بین وسواس‌ها و اضطراب را تعدیل می‌کنند. مؤلفه‌های فراشناختی در اختلال وسواسی شامل کنترل ناپذیری و خطر است که نقش واسطه‌ای بین وسواس‌ها و علایم اضطرابی دارند. بنابراین طبق این مدل، اصلاح باورهای فراشناختی کنترل ناپذیری و خطر می‌تواند باعث کاهش علایم اضطراب و استرس و نیز کاهش تمایل به انجام اعمال وسواسی شود. مؤلفه فراشناختی دیگر درگیر در OCD، نیاز به کنترل افکار و باورهای مرتبط با خطر است. در پژوهش این محققان نیز این مؤلفه پیش‌بینی کننده علایم انواع مختلف وسواس‌ها بود.

از سوی دیگر گزارش‌های پدیدارشناختی از اختلال وسواسی – اجباری، تاکید دارند که شکایت عمده‌ی بسیاری از افراد وسواسی، ناتوانی در کنترل ذهنی افکار وسواسی است و شاهد آن هم فراوانی، شدت و مدت افکار مزاحم است (پوردون[15]، ۲۰۰۴). مدل‌های شناختی – رفتاری معتقدند که ارزیابی منفی از افکار مزاحم، عامل اصلی در افزایش و تداوم افکار وسواسی است. اگرچه افکار مزاحم پدیده‌ای همه‌گیر و جهان‌شمول است و در افراد عادی نیز دیده می‌شود، با این حال افراد وسواسی معانی منفی و غیرمنطقی به این افکار خود نسبت می‌دهند و در نتیجه برای سرکوب

7 . Solem
8. Matthews
9 . Self-Regulatory Executive Function (S-REF)
10 . Self
11 . Self-Regulatory
12 . Rachman
13 . Irak
14 .Tosun
15 . Purdon

آنها تحریک می‌شوند. این تلاش‌های سرکوبی نتیجه‌ی عکس می‌دهد و باعث افزایش حضور افکار مزاحم می‌شود. (تولین[16] و همکاران، ۲۰۰۲).

ولز (۲۰۰۹، ترجمه محمدخانی، ۱۳۹۰) معتقد است که بسیاری از راهبردهای مقابله‌ای ماهیت فراشناختی دارند که باید در تبیین اختلالات مدنظر قرار گیرند. مطابق مدل فراشناختی، فعال شدن باورهای فراشناختی ناکارآمد، موجب ارزیابی منفی فکر مزاحم به‌عنوان نشانه‌ی تهدید می‌شود. این ارزیابی باعث تشدید هیجان‌های منفی می‌شود که عمدتاً اضطراب‌زا هستند. در نتیجه فرد برای کاهش اضطراب و کنترل نظام شناختی خود، به راهبردهای کنترل فکر متوسل می‌شود. راهبردهای کنترل فراشناختی، پاسخ‌هایی هستند که افراد برای کنترل فعالیت‌های نظام شناختی خود نشان می‌دهند. به نظر می‌رسد برخی از راهبردهای مورد استفاده در سرکوب و کنترل افکار، کارآمدتر باشند (آبراموویتز[17] و همکاران، ۲۰۰۳). ولز و متیوس (۱۹۹۴) اختلالات هیجانی را با راهبردهای کنترل فکر مشخص می‌کنند. آنها پنج راهبرد کنترل فکر را شناسایی کرده‌اند که عبارت‌اند از: ارزیابی مجدد (یعنی تحلیل و تفسیر معنای افکار مزاحم)، خودتنبیهی (عصبانی شدن از خود به خاطر داشتن چنین افکاری)، کنترل اجتماعی (یعنی مطرح کردن افکار و گفتگو با دیگران)، نگرانی (متمرکز شدن بر پیامدهای احتمالی افکار منفی) و توجه برگردانی (یا حواسپرتی یعنی منحرف کردن عامدانه توجه به وسیله‌ی افکار دیگر).

پژوهش آبراموویتز و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد که افراد وسواسی در مقایسه با افراد غیر وسواسی، بیشتر از راهبردهای ارزیابی مجدد، تنبیه، کنترل اجتماعی و نگرانی استفاده می‌کنند. همچنین مشخص شد که راهبردهای نگرانی و تنبیه، بیش از سایر راهبردها با اضطراب صفت مرتبط هستند و در واقع راهبردهای ناسازگاری هستند. امیر و همکاران (۱۹۹۷) نیز در مطالعه‌ای افراد وسواسی را با افراد غیر مضطرب مقایسه کردند و گزارش کردند که افراد OCD در مقایسه با گروه کنترل غیر بیمار، از حواس‌پرتی به مقدار کمتر ولی از چهار راهبرد دیگر بیشتر استفاده می‌کنند. همچنین عنوان کردند که نگرانی و تنبیه بیشترین قدرت تمایز بخشی را در میزان استفاده از راهبردهای کنترل فکر دارد و در افراد غیر بیمار، میزان استفاده از این نگرانی و تنبیه در مقایسه با افراد OCD بسیار کمتر است.

وگنر[18] (۱۹۸۷، به نقل از تولین و همکاران، ۲۰۰۲) عنوان می‌کند که تلاش برای سرکوب افکار، دربرگیرنده‌ی دو فرآیند شناختی است. یکی جستجوی عمدی برای یک فکر منحرف‌ساز و دیگری جستجوی خودکار برای فکر سرکوب شده. فرآیند پایش خودکار که در جستجوی افکار سرکوب شده است، به طور متناقضی باعث افزایش دسترسی‌پذیری آن افکار به حیطه‌ی هشیاری می‌شود. بنابراین فرایند پایش خودکار افکار، تلاش خودآگاهانه برای سرکوب افکار را خنثی می‌سازد و تلاش برای سرکوب افکار ناموفق خواهد بود (تولین و همکاران، ۲۰۰۲). هنگامی‌که تلاش برای متوقف کردن افکار غیر قابل توجیه، با شکست مواجه می‌شود، معمولاً بیماران به خنثی‌سازی پیامدهای احتمالی افکار پلید خود متوسل می‌شوند. تلاش برای خنثی‌سازی شامل پرورش افکار تقابلی[19]، انجام اعمال خنثی‌سازی، تلاش برای سرکوبی افکار، رفتارهای اجتنابی و غیره است (راچمن، ۲۰۰۳، ترجمه افروز و قربانخانی، ۱۳۹۰). هدف این راهبردهای

16 . Tolin
17 . Abramowitz
18 . Wegner
19 . Counter-thought

سرکوبی و کنترل فکر، کاهش افکار یا احساسات منفی است که با تغییر جنبه‌هایی از شناخت ایجاد می‌شود (محمدخانی و مظلوم، ۱۳۸۹). مطالعات گسترده‌ای در حوزه فراشناخت و بویژه ارتباط آن با سایر شناخت‌های دخیل در اختلالات اضطرابی و وسواس صورت گرفته است و بر نقش باورهای فراشناختی در شکل‌گیری باورهای ناکارآمد تاکید دارد (محمدخانی و مظلوم ۱۳۸۹). با این حال دامنه‌ی گسترده‌ای از این پژوهش‌ها در جمعیت‌های بالینی انجام شده است. با توجه به فراگیر بودن افکار مزاحم وسواسی و اینکه ۷۵-۹۰ درصد افراد افکار مزاحم دخیل در وسواس را گزارش می‌دهند، لذا بررسی نقش عوامل فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر در علایم وسواسی بر روی جمعیت غیربالینی، آن هم در محیطی که کمتر مورد پژوهش قرار گرفته است، موجه به‌نظر می‌رسد.

روش

پژوهش حاضر با توجه به عدم دستکاری متغیرها از نوع طرح‌های همبستگی است. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه‌ی شهروندان غیربالینی شهرستان اشنویه بود. برای انتخاب نمونه تعداد ۴۳۳ نفر از شهروندان (۱۷۶ زن و ۲۵۷ مرد) به‌صورت در دسترس انتخاب شدند. دامنه‌ی سنی شرکت کنندگان ۱۵ تا ۵۸ سال با میانگین 27/2 و انحراف استاندارد 8/7 سال است. در مقاله‌ی حاضر از ابزارهای زیر استفاده شده است:

سیاهه‌ی وسواسی-اجباری مادزلی (MOCI: هاجسون[20] و راچمن، ۱۹۷۷): این پرسشنامه در دهه ۱۹۷۰ در بیمارستان مادزلی ساخته شد و دارای ۳۰ سئوال بصورت درست و غلط نمره گذاری می‌شود. این پرسشنامه شامل ۴ خرده مقیاس وارسی کردن، شستشو، کندی/تکرار و شک/وجدانی بودن است. هاجسون و راچمن ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را بین 0/7 تا 0/8 و پایایی آزمون-بازآزمون آن را 0/69 تا 0/84 گزارش کرده‌اند (هاجسون و راچمن، ۱۹۷۷). در ایران محمدخانی و فرجاد (۲۰۰۹ نقل از محمدخانی، ۲۰۱۳) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را 0/75 گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه‌ی کنترل فکر (TCQ: ولز و دیویس[21]، ۱۹۹۴): این پرسشنامه توسط ولز و دیویس (۱۹۹۴) برای ارزیابی تفاوت‌های فردی در بهره‌گیری از راهبردهای گوناگون کنترل فکر و رابطه‌ی آن با آسیب‌پذیری هیجانی تهیه شده است. دارای ۳۰ گویه و در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. شامل پنج خرده مقیاس توجه برگردانی، تنبیه، ارزیابی مجدد، نگرانی و کنترل اجتماعی است. ضریب الفای کرونباخ خرده مقیاس‌ها در دامنه‌ی 0/64 تا 0/79 است. در ایران ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه 0/80 گزارش شده است (محمدخانی و مظلوم، ۱۳۸۹).

پرسشنامه‌ی باورهای فراشناختی (MCQ-30): یک مقیاس خودگزارشی ۳۰ سؤالی است که توسط ولز (کارترایت-هاتون و ولز، ۱۹۹۷، نقل از محمدخانی، ۲۰۱۳) ساخته شده و شامل ۵ خرده مقیاس باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی، کنترل‌ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی است. سؤالات این پرسشنامه در مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. اعتبار این پرسشنامه در دامنه‌ای بین 0/72 تا 0/93 گزارش شده است. در ایران شیرین زاده دستگردی و همکاران (۱۳۸۷، به نقل از آیت‌مهر، ۱۳۹۲) همسانی درونی این آزمون را برای کل خرده مقیاس‌ها 0/91 گزارش کرده‌اند. همچنین محمدخانی و مظلوم (۱۳۸۹) نیز آلفای کرونباخ کل این مقیاس را 0/80 و برای خرده مقیاس‌های آن در

20 . Hodgson

21 . Davies

دامنه‌ی 0/53 تا 0/83بدست آورده‌اند.

یافته‌ها

پژوهش حاضر با هدف بررسی روابط متغرهای فراشناخت و راهبردهای کنترل فکر و تعیین نقش آنها در پیش‌بینی و تبیین علایم وسواسی – اجباری در جمعیت غیربالینی طراحی شده بود. جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش و مؤلفه‌های مربوط به متغیرهای پیش‌بین را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین نمره‌ی کل علایم وسواسی 41/70، باورهای فراشناختی 77/30 و راهبردهای کنترل فکر 69/91 است.

به منظور بررسی رابطه‌ی بین باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با علایم وسواسی–اجباری، از روش تحلیل همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد بین نمره‌ی کلی باورهای فراشناختی و علایم وسواسی همبستگی مثبت و معنادار (r=0/38, P<0/01) وجود دارد. همه‌ی زیر مقیاس‌های باورهای فراشناختی در سطح 0/01 با علایم وسواسی همبستگی مثبت و معنادار نشان دادند. همچنین بین نمره‌ی کل راهبردهای کنترل فکر و علایم وسواسی همبستگی مثبت و معنادار (r=0/31, P<0/01) وجود دارد. از بین زیرمقیاس‌های راهبردهای کنترل فکر، مؤلفه‌های تنبیه (r=0/39, P<0/01) و نگرانی (r=0/34, P<0/01) در سطح 0/01 و کنترل اجتماعی (r=0/10, P<0/05) در سطح 0/05 با علایم وسواسی همبستگی معنادار داشتند. بین راهبردهای توجه برگردانی و ارزیابی مجدد با علایم وسواسی همبستگی معناداری به‌دست نیامد. ** P<0/01 * P< 0/05

بررسی رابطه‌ی بین باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر نشان می‌دهد که بین این دو متغیر رابطه‌ی مثبت و معناداری (r=0/29, P<0/01) وجود دارد. همچنین بین باورهای فراشناختی مثبت درباره‌ی نگرانی با راهبردهای کنترل فکر تنبیه (r=0/15, P<0/01) و نگرانی (r=0/25, P<0/01) همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد. بین باور فراشناختی کنترل ناپذیری و خطر با راهبردهای تنبیه (r=0/34, P<0/01) و نگرانی (r=0/39, P<0/01) همبستگی مثبت و معنادار و با راهبرد توجه برگردانی (r=0/17, P<0/01) همبستگی منفی و معنادار وجود دارد. بین باور فراشناختی اطمینان شناختی با راهبرد تنبیه (r=0/16, P<0/01) و نگرانی (r=0/29, P<0/01) همبستگی مثبت و با راهبردهای توجه برگردانی (r=0/18, P<0/01) و ارزیابی مجدد (r=0/17, P<0/01) همبستگی منفی و معنادار وجود دارد. بین باور فراشناختی نیاز به کنترل افکار با راهبردهای تنبیه (r=0/28, P<0/01)، ارزیابی مجدد (r=0/18, P<0/01) و نگرانی (r=0/20, P<0/01) همبستگی مثبت و معنادار بدست آمد. در نهایت بین باور فراشناختی خودآگاهی شناختی با راهبردهای تنبیه (r=0/18, P<0/01)، ارزیابی مجدد (r=0/27, P<0/01) و نگرانی (r=0/11, P<0/05) همبستگی معناداری بدست آمد. بنابراین با توجه به نتایج این پژوهش، در کل بین باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با مؤلفه‌های آنها همبستگی ارتباط وجود. هرچه باورهای فراشناختی بیشتر فعال شود، تمایل به استفاده از راهبردهای کنترل فکر بیشتر خواهد بود.

در مرحله‌ی بعد به منظور تعیین سهم هر یک از باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر در پیش-بینی علایم وسواسی از روش رگرسیون گام به گام استفاده شد. نتایج تحلیل رگرسیون در جدول ۳ ارایه شده است. در گام اول متغیر فراشناختی کنترل ناپذیری و خطر وارد معادله‌ی رگرسیون شد. نتیجه‌ی تحلیل رگرسیون نشان داد که اثر متغیر کنترل ناپذیری و خطر

بر علایم وسواسی مثبت و معنادار است (R=0/39، P<0/001، df=431، F=76/93). بنابراین متغیر فراشناختی کنترل ناپذیری افکار و خطر می‌تواند علایم وسواسی را پیش‌بینی کند و ۱۵ درصد (R^2=0.15) از واریانس علایم وسواس را پیش‌بینی کند.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	N
علایم وسواسی	41/70	5/03	۴۳۳
باورهای فراشناختی	77/30	11/30	۴۳۳
باورهای مثبت درباره نگرانی	15/37	4/23	۴۳۳
کنترل ناپذیری و خطر	15/11	3/50	۴۳۳
اطمینان شناختی	13/02	3/56	۴۳۳
نیاز به کنترل افکار	16/13	3/22	۴۳۳
خودآگاهی شناختی	17/66	2/83	۴۳۳
راهبردهای کنترل فکر	69/91	9/06	۴۳۳
کنترل اجتماعی	14/56	2/97	۴۳۳
توجه برگردانی	16/09	3/39	۴۳۳
تنبیه	11/81	3/43	۴۳۳
ارزیابی مجدد	15/51	3/16	۴۳۳
نگرانی	11/93	3/06	۴۳۳

جدول ۲: ماتریس همبستگی متغیرها و مؤلفه‌های پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
۱.علایم وسواسی	۱												
۲.باورهای فراشناختی	0/38**	۱											
۳.باورهای مثبت درباره	0/23**	0/71**	۱										
نگرانی	0/39**	0/73**	0/30**	۱									
۴.کنترل ناپذیری و خطر	0/26**	0/55**	0/19**	0/36**	۱								
۵.اطمینان شناختی	0/15**	0/70**	0/36**	0/43**	0/17**	۱							
۶.نیاز به کنترل افکار	0/18**	0/54**	0/30**	0/26**	-0/03	0/37**	۱						
۷.خودآگاهی شناختی	0/31**	0/29**	0/16**	0/20**	0/05	0/27**	0/28**	۱					
۸.راهبردهای کنترل فکر	0/10*	0/12**	0/09	0/07	0/08 -0/18**	0/06	0/09	0/39**	۱				
۹.کنترل اجتماعی	-0/05	-0/11*	-0/10*	-0/17**	0/16**	0/03 0/28**	0/14**	0/54**	-0/09	۱			
۱۰.توجه برگردانی	0/39**	0/34**	0/15**	0/34**	-0/17**	0/18**	0/18**	0/65**	-0/08	0/11**	۱		
۱۱.تنبیه	0/08	0/07	0/06	-0/04	0/29**	0/20**	0/27**	0/65**	0/07	0/36**	0/24**	۱	
۱۲.ارزیابی مجدد	0/34**	0/39**	0/25**	0/39**			0/11*	0/59**	0/11*	0/05	0/43**	0/15**	۱
۱۳.نگرانی													

جدول ۳: مشخصه‌های آماری رگرسیون گام به گام مؤلفه‌های فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر بر علایم وسواسی-اجباری

متغیرهای پیش‌بین	R	R^2	درجه آزادی	T	F	B	Beta	P
کنترل‌ناپذیری و خطر	0/39	0/15	431	8/77	76/93	0/56	0/39	**0/001**
تنبیه	0/48	0/23	430	6/40	62/51	0/42	0/29	**0/001**
نگرانی	0/49	0/24	429	2/86	45/11	0/23	0/14	**0/01**
اطمینان شناختی	0/50	0/25	428	2/23	35/40	0/15	0/10	**0/02**

در گام دوم راهبرد کنترل فکر تنبیه وارد مدل رگرسیون شد و نتیجه‌ی تحلیل رگرسیون نشان داد که اثر ترکیبی راهبرد کنترل فکر تنبیه و کنترل ناپذیری و خطر بر علایم وسواسی مثبت و معنادار است (R=0/48، P<0/001، df=430، F=62/51) و این دو متغیر با هم ۲۳ درصد از واریانس علایم وسواسی را تبیین می‌کنند.

در گام سوم راهبرد کنترل فکر نگرانی وارد مدل رگرسیون شد و نتیجه‌ی تحلیل رگرسیون نشان داد که اثر ترکیبی این متغیر با راهبرد کنترل فکر تنبیه و کنترل ناپذیری و خطر بر علایم وسواسی مثبت و معنادار است (R=0/49، P<0/01، df=429، F=45/11) و این سه متغیر در مجموع ۲۴ درصد از واریانس علایم وسواسی را تبیین می‌کنند.

در نهایت متغیر فراشناختی اطمینان شناختی وارد مدل رگرسیون شد و نتیجه تحلیل حاکی از آن بود که متغیر اطمیان شناختی در ترکیب با سه متغیر قبلی نگرانی، تنبیه و کنترل ناپذیری و خطر به‌طور معناداری علایم وسواسی را پیش‌بینی می‌کند (R=0/50، P<0/02، df=428، F=35/40). این ۴ متغیر وارد شده به مدل رگرسیون در مجموع ۲۵ درصد از واریانس علایم وسواسی-اجباری را تبیین کردند.

بحث

در پژوهش حاضر نقش باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر در پیش‌بینی علایم وسواسی-اجباری در جمعیت غیر بالینی بررسی شد. نتایج نشان داد که بین باورهای فراشناختی و علایم وسواسی – اجباری رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین همه‌ی زیرمقیاس‌های باورهای فراشناختی، با علایم وسواسی-اجباری همستگی مثبت و معناداری نشان دادند. در بین این زیرمقیاس‌ها کنترل ناپذیری /خطر و اطمینان شناختی به ترتیب بیشترین همبستگی را با علایم وسواسی داشتند. این یافته‌ها با پژوهش‌های محمدخانی (۲۰۱۳)، ایراک و تاسون (۲۰۰۸)، مایرز[۲۲]، فیشر[۲۳] و ولز (۲۰۰۹) و تیمپانو[۲۴] و همکاران (۲۰۱۳) همسو است. در تایید این یافته‌ها کوچی[۲۵] و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی به این یافته رسیدند که زیرمقیاس‌های فراشناختی کنترل ناپذیری و خطر و نیاز به کنترل افکار بیشترین همبستگی را با علایم وسواسی دارد. این پژوهش با مدل فراشناختی ولز (۲۰۰۹ ترجمه محمدخانی، ۱۳۹۰) همخوانی دارد و در آن کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی و باورهای مثبت درباره نگرانی از پیش‌بینی کننده‌های قوی علایم وسواسی است.

22 . Myers
23 . Fisher
24 . Timpano
25 . Cucchi

ولز و متیوز (۱۹۹۴) معتقدند که باور فراشناختی در مورد افکار و فرایند فکر، مؤلفه‌ای مهم از پردازش شناختی ناکارآمد است که نشانه‌های OCD را تحریک می‌کند. به عبارت دیگر افکار، باورها و تردیدهای مزاحم خودآیند، باورهای فراشناختی درباره‌ی خطر، معنای این رویدادها، پرخطر بودن آثار این افکار، نیاز به کنترل افکار و اهمیت پایش آنها را فعال و راهبردهای مقابله‌ای تکراری همانند نشخوار و نگرانی را راه‌اندازی می‌کنند. همچنین مدل فراشناختی وسواس شامل دو حیطه باور اختصاصی در اختلال وسواس فکری-عملی است: ۱- باور درباره اهمیت/معنا و قدرت افکار و ۲- باور درباره نیاز به کنترل افکار و انجام آیین‌مندی‌ها. هر دو حیطه‌ی این باورها در این پژوهش تایید شد.

همچنین پژوهش حاضر نشان داد که راهبردهای کنترل فکر با علایم وسواسی همبستگی مثبت و معناداری دارد و این متغیر توان پیش‌بینی علایم وسواسی را دارد. از بین زیرمقیاس‌های این متغیر، راهبردهای تنبیه، نگرانی و کنترل اجتماعی همبستگی مثبت و معناداری با علایم وسواسی داشتند و راهبرد توجه برگردانی و ارزیابی مجدد با علایم وسواسی همبستگی معناداری نشان ندادند. بیشترین همبستگی مربوط به تنبیه و نگرانی بود. این یافته‌ها با مطالعات آبراموویتز و همکاران (۲۰۰۳) و امیر و همکاران (۱۹۹۷) همسو است. نکته‌ی قابل بحث این است که علی‌رغم استفاده از راهبردهای کنترل فکر به منظور حذف افکار مزاحم و وسواسی، در واقع افکار مزاحم سرکوب یا حذف نمی‌شوند. استفاده از این راهبردها حتی می‌تواند اثر تناقضی داشته باشد و باعث افزایش افکار مزاحم شود (تولین و همکاران، ۲۰۰۲). در واقع راهبردهای کنترل فکر را می‌توان به نوعی با وسواس-های عملی مقایسه کرد که به منظور رهایی از افکار وسواسی انجام می‌شود ولی در خوشبینانه‌ترین حالت اثر کوتاه مدتی دارند و در بلند مدت می‌تواند باعث تداوم افکار وسواسی شود. بنابراین این راهبردها نمی-تواند راه حل مناسبی برای مقابله با افکار وسواسی باشد.

مور[۲۶] و آبراموویتز (۲۰۰۷) نیز در پژوهشی به بررسی باورهای شناختی مرتبط با راهبردهای کنترل فکر پرداختند. یافته‌ها حاکی از آن بود که باورهای بیش برآورد خطر و مسئولیت‌پذیری، باور درباره‌ی اهمیت و نیاز به کنترل افکار مزاحم با راهبردهای کنترل فکر تنبیه (و نه نگرانی) رابطه معناداری دارد. در همین راستا ولز (۲۰۰۹، ترجمه محمدخانی، ۱۳۹۰) معتقد است که بسیاری از راهبردهای مقابله‌ای ماهیت فراشناختی دارند که باید در تبیین اختلالات مدنظر قرار گیرند. مطابق مدل فراشناختی، فعال شدن باورهای فراشناختی ناکارآمد، موجب ارزیابی منفی فکر مزاحم به‌عنوان نشانه‌ی تهدید می‌شود. این ارزیابی باعث تشدید هیجان‌های منفی می‌شود که عمدتاً اضطراب‌زا هستند. در نتیجه فرد برای کاهش اضطراب و کنترل نظام شناختی خود، به راهبردهای کنترل فکر متوسل می‌شود. راهبردهای کنترل فراشناختی، پاسخ‌هایی هستند که افراد برای کنترل فعالیت‌های نظام شناختی خود نشان می‌دهند. به نظر می‌رسد برخی از راهبردهای مورد استفاده در سرکوب و کنترل افکار، کارآمدتر باشند (آبراموویتز و همکاران، ۲۰۰۳).

به‌طور خلاصه نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که بین راهبردهای کنترل فکر و باورهای فراشناختی با علایم وسواسی ارتباط مستقیم وجود دارد و در این بین راهبردهای تنبیه، نگرانی و کنترل ناپذیری و خطر بیشتر ارتباط را با علایم وسواسی دارد. یافته‌های این پژوهش با توجه به مبانی نظری و مدل‌های درمانی زیربنایی،

26 . Moore

می‌تواند کاربردهای عملی داشته باشد و پیشنهادات درمانی را توجیه کند. نظر به نقش مهم باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر (که آن هم به میزان زیادی متاثر از باورهای فراشناختی است) در پیش‌بینی و تبیین علایم وسواسی، استفاده از درمان فراشناختی و تکنیک‌های آن به‌ویژه فنون چالش با باورهای مثبت درباره نگرانی و باور درباره کنترل فکر مثمرثمر به نظر می‌رسد.

از جنبه‌ی روش‌شناختی این پژوهش با محدودیت-هایی مواجه است. استفاده صرف از ابزارهای خودسنجی و عدم بررسی بالینی یا آزمایشگاهی یکی از محدودیت‌های این مطالعه است. ماهیت همبستگی نیز اگرچه تا اندازه‌ای می‌تواند نتایج پژوهش را تحت تاثیر قرار دهد و نتیجه‌گیری علّی را دشوار سازد، با این‌حال نباید از نظر دور داشت که همبستگی در علیت ریشه دارد و در واقع علیت مستلزم همبستگی است. در مطالعات آتی پرداختن به روش‌های آماری پیشرفته‌تر و نیز سایر عوامل و باورهای شناختی مرتبط با علایم وسواسی می‌تواند نتایج جامع‌تر و گسترده‌تری در پی داشته باشد.

در پایان از مجتمع ادارات و ارگان‌های دولتی، دانشگاه پیام نور، و سایر مراکز خصوصی که در امر تکمیل پرسشنامه همکاری نمودند تشکر می‌نماییم.

Refference

Abramowitz, J. S., Whiteside, S., Kalsy, S. A., & Tolin, D. F. (2003). Thought control strategies in obsessive-compulsive disorder: a replication and extension. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(5), 529-540.

American Psychiatric Association (2013*). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, ۵th ed***.** Arlington, VA, American Psychiatric Association.

Amir N, Cashman L, Foa EB. Strategies of thought control in obsessive–compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 1997; 35: 775-777.

Ayat mehr, Fatemeh. (2013*). efficacy of metacognitive therapy and cognitive-behavioral therapy in obsessive-compulsive disorder, washing type*. Thesis of MA in clinical psychology. Kharazmi University. [Persian].

Clark, A. d. (2006). *Cognitive behavior therapy for OCD*. Guilford press.

Cucchi, M., Bottelli, V., Cavadini, D., Ricci, L., Conca, V., Ronchi, P., & Smeraldi, E. (2012). An explorative study on metacognition in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Comprehensive psychiatry*, *53*(5), 546-553.

Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, *15*(5), 389-395.

Irak, M., Tosun, A. (2008). Exploring the role of metacognition in obsessive-compulsive and anxiety disorder. *Journal of anxiety disorder, 22, 1316-1325.*

Menzies, R. G., De Silva. P. (2003). *Obsessive-compulsive disorder (theory, research and treatment***)**, Blackwell publishing.

Mohammadkhani, Sh. (2013). The Role of Fusion Beliefs and Metacognitions in Obsessive– Compulsive Symptoms in General Population. *Iranian Journal of Clinical Psychology, 1 (2).*

Mohammadkhani, Sh. & Mazloum, M. (2010). The Relationship of metacognitive beliefs and thought control strategies with trait anxiety. Contemporary Psychology. 5, 23-32. [Persian].

Moore, E. L., & Abramowitz, J. S. (2007). The cognitive mediation of thought-control strategies. *Behaviour research and therapy*, *45*(8), 1949-1955.

Purdon, C. (2004). Empirical investigations of thought suppression in

OCD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry***,** *35*(2), 121-136.

Rachman, S. (2003). *The treatment of Obsession*. Translated by Afrouz, G. & Ghorbankhani, M. (2011). Arjmand pub. [Persian].

Solem, S., Myers, S. G., Fisher, P. L., Vogel, P. A., & Wells, A. (2010). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: replication and extension. *Journal of anxiety disorders***,** *24*(1), 79-86.

Timpano, K. R., Rasmussen, J. L., Exner, C., Rief, W., & Wilhelm, S. (2013). The association between metacognitions, the obsessive compulsive symptom dimensions and hoarding: A focus on specificity. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*.

Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Przeworski, A., & Foa, E. B. (2002). Thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *40*(11), 1255-1274.

Wells, A. (2009). Metacognitive therapy for anxiety and depression. Translated by Mohammadkhani, Sh. (2011). Varaye danesh pub [Persian].

Wells, A., & Davies, M. (1994). The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thought. *Behaviour Research and Therapy*, 32,871-878.

Wells, A., Mathews, G. (1994). *Attention and emotion: a clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum.