Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 2/ No. 2/ Summer 2015
Page: 39-49

Predicting Obsessive Symptoms on the Bases of Metacognitive Beliefs, Responsibility and Latent Aggression

Saman Sadeghpour*[1], Shahram Mohammadkhani[2], Fatemeh Ayat Mehr[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- MA in clinical psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

Abstract
Background: Due to the complex and heterogeneous nature of Obsessive- Compulsive Disorder (OCD), one cannot rely on a theory to explain this disorder.
Purpose: So the aim of the current study was to predict OCD based on three variables including latent aggression, metacognitive beliefs and responsibility.
Method: A sample of 158 students of kharazmi university (100 female and 58 male) were conveniently selected and answered Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI), Metacognition Questionnaire-30 (MCQ-30), Responsibility and Interpersonal Behaviors and Attitudes Questionnaire (RIBAQ) and Responsibility Attitude Scale (RAS). Data were analyzed using Pearson correlation and stepwise regression analysis.
Results: Results indicated that among the predictor variables, uncontrollability metacognitive variable was the best predictor of obsessive symptoms. In the next step worry-responsibility variable had the most predicting potency.
Conclusion: So it seems that among this three models of OCD, metacognitive model has the best potency of predicting OCD symptoms and this result can be considered in therapeutic implications.
Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder, Metacognitive beliefs, responsibility, Latent aggression, Ambivalence.

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال دوم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۴
صفحات: ۳۹-۴۹

پیش‌بینی علایم وسواسی براساس باورهای فراشناختی، مسئولیت-پذیری و پرخاشگری نهفته در دانشجویان

سامان صادق‌پور*[۱]، شهرام محمدخانی[۲]، فاطمه آیتمهر[۳]
۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی،
(sadeghpour.saman@gmail.com)
۲- دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی
۳- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی

چکیده
مقدمه: با توجّه به ماهیت پیچیده و ناهمگون اختلال وسواس فکری-عملی(OCD) نمی‌توان با اتکا به یک نظریه امیدوار به تبیین این اختلال بود.
هدف: لذا پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی OCD براساس سه متغیر پرخاشگری نهفته، باورهای فراشناختی و مسئولیت‌پذیری انجام شده است.
روش: نمونهٔ پژوهش شامل ۱۵۸ نفر از دانشجویان دانشگاه خوارزمي(شامل ۱۰۰ دختر و ۵۸ پسر) بود که بصورت در دسترس انتخاب و به منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های وسواس سنج مادزلی، پرسشنامه باورهای فراشناختی، مسئولیت‌پذیری و نگرش‌ها و رفتارهای بین‌فردی موریتز و مسئولیت‌پذیری سالکووسکیس استفاده شده است. به منظور تحلیل داده‌ها، از روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد.
یافته‌ها: یافته‌هاي پژوهش نشان داد که از بین متغیرهای پیش‌بین، متغیر فراشناختی کنترل‌ناپذیری بهترین پیش‌بینی کننده‌ی علایم وسواسی است. در مرحله‌ی بعد متغیر نگرانی- مسئولیت‌پذیری بیشترین توان پیش-بینی کنندگی را داشت؛
نتیجه‌گیری: بنابراین بنظر می‌رسد که از بین سه مدل تبیین OCD، مدل فراشناختی بیشترین توان پیش‌بینی نشانگان وسواسی را دارد و این یافته در کاربردهای درمانی می‌تواند مدنظر قرار گیرد.
کلید واژه‌ها: اختلال وسواس فکری-عملی؛ باورهای فراشناختی؛ مسئولیت-پذیری؛ پرخاشگری نهفته؛ دوسوگرایی

مقدمه

ویژگی اصلی اختلال وسواس فکری- عملی (OCD)[4]، افکار وسواسی عودکننده یا اعمال وسواسی است. افکار وسواسی شامل افکار، تصاویر و تکانه-هایی هستند که بطور مکرر و ناخواسته وارد ذهن می‌شوند. اعمال وسواسی نیز اعمال ذهنی یا رفتاری تکراری هستند که افراد برای کاهش یا جلوگیری از اضطراب احساس می‌کنند مجبور به اجرای آنها هستند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). این اختلال ماهیتی پیچیده و ناهمگون دارد و رویکردهای مختلفی نیز درصدد تبیین آن برآمده-اند ولی هیچ کدام به طور جامع در این زمینه توفیق نیافته‌اند و هر یک به جنبه-هایی از آن پرداخته‌اند. در همین راستا تئوری‌های روان تحلیل‌گری به نقش تثبیت در مراحل کودکی و مکانیزم‌های دفاعی در شکل‌گیری این اختلال پرداخته‌اند (دادستان، ۱۳۸۷). نظریه‌های روان تحلیلی بر نقش تمایلات پرخاشگرانه سرکوب شده در پیدایش علایم وسواسی تاکید دارند. این رویکرد فرض می کند که پرخاشگری نهفته نقش کلیدی در OCD دارد و اخلاق-گرایی افراطی که در این اختلال دیده می‌شود، نتیجه‌ی واکنش وارونه در برابر تکانه‌های پرخاشگری نهفته است. پرخاشگری نهفته، خشونت یا پرخاشگری نسبت به دیگران تعریف می‌شود که به طور مستقیم ابراز نمی‌شود، بلکه به صورت تخیلی یا از طریق سایر روش‌های سانسور شده که معمولاً خارج از دسترس خودآگاهی‌اند، بیان می‌گردد (موریتز[5] و همکاران، ۲۰۰۹).

در سال‌های اخیر رویکردهای شناختی-رفتاری نیز بر پرخاشگری نهفته در آسیب-شناسی اختلال وسواس فکری-عملی تاکید کرده‌اند و حمایت-های تجربی برای این فرضیه بدست آورده‌اند (موریتز و همکاران، ۲۰۰۹؛ ماسکوویچ و همکاران، ۲۰۰۸؛ شوال و همکاران، ۲۰۰۶). از منظر روانکاوي، توجه بسیار زیاد توأم با رفتارهای محبت‌آمیز و باملاحظه‌ای که بیماران مبتلا به OCD در مقابل دیگران نشان می‌دهند، واکنش این بیماران به احساس ناخوشایند خصومت می‌باشد.

برخی از متخصصان بالینی معتقدند که افراد مبتلا به وسواسهای فکری در بیان عصبانیت‌های خود دچار مشکل هستند. توجه بسیار زیادی که این افراد به دیگران نشان می‌دهند و رفتارهای محبت آمیز و باملاحظه‌ی آنها با دیگران، واکنشهای آنها به احساس ناخوشایند خصومت می-باشد و این نکته ریشه در تفکر روانکاوانه دارد. شواهدی نیز در تائید این نکته وجود دارد. برای مثال خصومت خودتنبیهی را یکی از مشخصه‌های این اختلال‌ها می-دانند (دادس[6] و همکاران، ۱۹۹۳). یافته‌های مشابهی گزارش شده است که نتایج نشان داده‌اند ۳۰ بیمار وسواس فکری عملی بالاترین نمره را در میزان خصومت و برعکس نمره پایینی در بیان خشم کسب کرده‌اند (راچمن، ۱۳۹۱). راچمن نیز به این نتیجه رسید که خصومت بهترین

4 . Obsessive-Compulsive Disorder

5 . Moritz
6 . Dadds

پیش‌بینی کننده برای وجود نمره بالا در مقیاس وسواس فکری- عملی می‌باشد. در حالیکه نمره‌ی بالا در مقیاس وسواس فکری- عملی، نمره‌ی پایینی در بیان خشم (عصبانیت) نشان می‌دهد. نتایج بدست آمده با این احتمال که افراد مبتلا به وسواسهای فکری آسیب‌رسانی، دارای احساسهای رو به تزاید خصومت می‌باشند، اما ابراز این احساس ها را سرکوب می‌کنند، مطابقت دارد.

در بسیاری موارد خصومت این گونه افراد بطور قابل درکی، واکنشی به بدرفتاری از سوی دوستان و سایر اشخاص می‌باشد. اما هنگامیکه احساسهای متعاقب خصومت، با ارزشی که آنها برای رفتار محبت‌آمیز قائل هستند، در تعارض قرار می‌گیرد، شخص سعی در فرونشانی بیان خشم خود می‌کند. تکرار رویداد افکار مزاحم، ناخوشایند و غیرقابل پذیرش بوده و بیمار در مقابل آنها مقاومت می‌کند. یک جنبه این دشواری ممکن است از حس مسئولیت‌پذیری مفرط آنان، و اینکه گرایش دارند تقصیر را به عوامل درونی نسبت دهند، سرچشمه بگیرد. در موقعیت‌هایی که آنان عوامل بیرونی را مقصر می‌دانند، بدون شک خشمشان را بروز می‌دهند. این تحلیل که افراد وسواسی هنگامی که چگونگی ابراز خشم خود را می‌آموزند، پیشرفت بهتری حاصل می‌کنند، می‌تواند بعنوان یک تعیین مسیر احساس مسئولیت افراطی و استنادهای درونی بیش از حدشان تعبیر شود (راچمن، ۱۳۹۱).

وجود تعارض بین احساس مسئولیت و پرخاشگری افراد وسواسی، ناشی از میزان بالای دوسوگرایی در روابط بین فردی این افراد تلقی می‌شود (موریتز و همکاران، ۲۰۰۹). وجود دوسوگرایی می‌تواند تبیین کند که چرا افراد وسواسی متقبل باورهای کمال‌گرایانه و استانداردهای بالای اخلاقی، مسئولیت‌پذیری و کنترل افکار می‌شوند. این باورهای مرتبط با وسواس (مسئولیت‌پذیری و کمالگرایی) ممکن است به عنوان یک دستاویز محافظتی در قالب یک راهبرد جبرانی برای استقرار حس ارزشمندی و اخلاقیات عمل کنند.

از سوی دیگر، نظریه‌های شناختی اختلال وسواس فکری- عملی در تبیین مسئولیت‌پذیری افراطی این بیماران، بر اهمیت باورهای شناختی و فراشناختی تاکید دارند. در این راستا مطالعات زیادی اهمیت حس مسئولیت‌پذیری مفرط و ارتباط آن با فراشناخت‌ها را مورد تاکید قرار داده‌اند (مایرز و ولز، ۲۰۰۵). مفهوم مسئولیت‌پذیری افراطی که از سوی سالکووسکیس[7] (۲۰۰۰) بیان شده است، به گرایش افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی به حس مسئولیت مفرط در مقابل اتفاق‌های ناگوار ذهنی یا حقیقی، و یا پیش‌بینی شده اطلاق می‌شود. این مدل بر مسئولیت‌پذیری مفرط بعنوان مولفه شناختی اصلی که باعث بروز مشکلات وسواسی می‌شود تاکید دارد (نیمایر و همکاران، ۲۰۱۳). طبق این نظریه افرادی که مشکلات وسواسی دارند، افکار مزاحم یا تکانه‌های عادی را که در سایر افراد هم رخ می‌

7 . Salkovskis

دهد، به عنوان یک خطر برای خود و دیگران ارزیابی می‌کنند و خود را مسئول این خطرات می‌دانند. افراد وسواسی افکار مزاحم را سوء تعبیر می‌کنند؛ به گونه‌ای که وقوع آن نشان از مسئولیت‌پذیری مفرط برای جلوگیری از وقوع آسیب و خطر است. این ارزیابی مسئولیت‌پذیری منجر به ترس و برانگیختگی شدید می‌شود و افراد را برمی‌انگیزد که به منظور جلوگیری از وقوع پیامدهای ناگوار به رفتارهای خنثی‌سازی متوسل شوند. مبنای مدل شناختی سالکووسکیس، نظریه‌ی شناختی بک است که طبق آن وسواس‌ها و اعمال اجباری از باورهای ناکارآمد ناشی می‌شود.

رابطه‌ی بین مسئولیت‌پذیری و فراشناخت‌ها دقیقاً مشخص نیست. هرچند ولز[8] (۲۰۰۴) در مدل کارکرد اجرایی خودتنظیمی خود به این مسئله اشاره کرده و در آن فراشناخت‌ها را علت سببی مسئولیت‌پذیری مفرط دانسته است. از سوی دیگر سالکووسکیس در مدل شناختی وسواس اگرچه صریحاً به فراشناخت اشاره نکرده ولی بنظر می‌رسد آن را بیشتر به‌صورت جزئی از مسئولیت‌پذیری درنظر می‌گیرد. در نظر اول شاید این دو مفهوم چندان ارتباطی با هم نداشته باشند ولی مفهوم مسئولیت‌پذیری در بافت مدل ارزیابی (باتوجه به تعبیر افکار شناختی مزاحم بعنوان یک جزء اصلی از مدل ارزیابی وسواس) بسیار شبیه به مفهوم فراشناخت است (نیمایر و همکاران، ۲۰۱۳).

فراشناخت فرآیند تفکر درباره‌ی تفکر، آگاهی از آنچه می‌دانیم و آنچه نمی‌دانیم و نیز توانایی کنترل افکار است. فراشناخت به ساختارهای روانشناختی، دانش و فرآیندهایی که درگیر کنترل، اصلاح و تعبیر افکارند، اطلاق می‌شود. در سال‌های اخیر فراشناخت بعنوان یک عامل مهم در رشد و تداوم اختلالات، بویژه اختلال اضطراب فراگیر و وسواس مورد تاکید زیادی قرار گرفته است (ولز و کارترایت هاتون، ۲۰۰۴). طبق مدل فراشناختی وسواس باورهای فراشناختی مرتبط با وسواس به سه حوزه تقسیم می‌شوند: باورهای مربوط به کنترل‌ناپذیری افکار، باورهای مربوط به معنا و اهمیت افکار و باورهای مرتبط با نیاز به انجام آیین‌مندی‌ها. ارزیابی‌های فراشناختی باعث تحریک باورهایی درباره‌ی آیین‌مندی‌ها می‌شود و در نتیجه وسواس‌های عملی و رفتارهای خنثی کننده برای کنترل افکار شخص به اجرا درمی‌آیند (نیمایر و همکاران، ۲۰۱۳). به نظر می‌رسد مکانیزم این فرآیند یعنی تحریک باورهای فراشناختی درباره‌ی آیین‌مندی‌ها، مفهوم آمیختگی فکر-عمل باشد. آمیختگی فکر-عمل این ایده را مطرح می‌کند که افکار و باورها مستقیماً می‌توانند باعث وقوع رخدادهایی در جهان شوند و یا به اشیاء دیگر سرایت کنند (مایرز و ولز، ۲۰۰۵). هنگامی که باورهای آمیختگی فعال می‌شوند، منجر به نگرانی در مورد وقوع افکار مزاحم و آشفتگی می‌شود. آشفتگی و

8 . Wells

احساس خطر باعث تحریک باورهایی درباره‌ی آیین‌مندی‌ها می‌شود که نهایتاً منجر به خنثی‌سازی و رفتارهای مقابله‌ای می‌شود. با وجود نظریه‌ي زیربنایی مشترک مسئولیت‌پذیری و فراشناخت، این نکته که آیا مسئولیت‌پذیری مفرط یک عامل سببی در بروز فراشناخت‌های ناکارآمد است (آن گونه که سالکووسکیس به طور تلویحي اشاره می‌کند) یا این که نتیجه و محصول فراشناخت است (آن گونه که ولز مطرح می‌کند)، کماکان حل نشده باقی مانده است. از سوی دیگر، همان طور که گفته شد تئوری پرخاشگری نهفته وسواس مطرح می‌کند که مسئولیت‌پذیری مفرط در وسواس حالت وارونه شده پرخاشگری و حس خصومت در روابط بین فردی است و با توجه به دوسوگرایی، به عنوان یک خصیصه وسواس تبیین می‌شود. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه این سه عامل (فراشناخت، مسئولیت‌پذیری و پرخاشگری نهفته) و تعیین نقش هر یک از آنها در پیش بینی و تبیین اختلال وسواس فکری-عملی انجام شده است.

روش

شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر از منظر هدف در دستهٔ طرح‌هاي همبستگي قرار مي‌گيرد. جامعه پژوهشی حاضر شامل کلیهٔ دانشجویان مشغول به تحصیل دانشگاه خوارزمی بود که از آن میان، ۱۵۸ نفر شامل ۱۰۰ دختر (۶۳ درصد) و ۵۸ پسر (۳۷ درصد) از طریق نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. دامنه‌ی سنی شرکت کنندگان ۱۸ تا ۴۱ سال با میانگین 22/66 و انحراف استاندارد 3/39سال است.

ابزار: پرسشنامه‌ی باورهای فراشناختی (MCQ-30): یک مقیاس خودگزارشی ۳۰ سؤالی است که توسط ولز و کارترایت-هاتون[9] (۲۰۰۴) ساخته شده و شامل ۵ خرده مقیاس نگرانی مثبت، کنترل ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی است. سئوالات این پرسشنامه بر روي يك مقياس ۴ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. در ایران شیرین زاده دستگردی و همکاران (۱۳۸۷) همسانی درونی این آزمون را برای کل خرده مقیاس‌ها 0/91 گزارش کرده اند.

پرسشنامه وسواس سنج مادزلی (MOCI): این پرسشنامه‌ي ۳۰ سئوالي که در دهه ۱۹۷۰ در بیمارستان مادزلی[10] ساخته شد، به صورت درست و غلط نمره گذاری می‌شود. این پرسشنامه شامل ۴ خرده مقیاس وارسی کردن، شستشو، کندی/تکرار و شک/وجدانی بودن است. ضریب اعتبار این آزمون در ایران 0/65 گزارش شده است (صرامی و همکاران، ۱۳۸۸).

پرسشنامه مسئولیت‌پذیری سالکووسکیس (۲۰۰۰): یک مقیاس خودگزارشی ۲۶ سئوالی است که بر روي يك طيف ليكرت ۷ درجه‌ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق نمره گذاری می‌شود. در ایران اعتبار برآورد شده برای کل آزمون0/76 و آلفای کرونباخ 0/89 بوده است (پورفرج و همکاران، ۱۳۹۱). در این پژوهش براي

9 . Cartwright-Hatton
10 . Maudsley

سنجش متغیر مسئولیت‌پذیری استفاده شده است.

پرسشنامه مسئولیت‌پذیری و نگرش‌ها و رفتارهای بین فردی موریتز[11] (RIBAQ): یک مقیاس ۳۲ آیتمی خودگزارشی است که توسط موریتز (۲۰۰۹) ساخته شده است. و در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق نمره گذاری می‌شود. شامل ۳ خرده مقیاس نگرانی مفرط/مسئولیت‌پذیری (اعتبار 0/87)، پرخاشگری نهفته/محاسبه رفتار (اعتبار 0/70) و بدگمانی بی‌اعتمادی (اعتبار 0/75) است (موریتز، ۲۰۰۹) و برای سنجش متغیر پیش‌بین پرخاشگری نهفته مورد استفاده قرار گرفته است.

یافته‌ها

پژوهش حاضر با هدف بررسی روابط سه عامل فراشناخت، مسئولیت‌پذیری و پرخاشگری نهفته و تعیین نقش هر یک از آنها در پیش‌بینی و تبیین اختلال وسواس فکری-عملی دانشجویان طراحی شده بود. براي دستيابي به هدف فوق از روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود میانگین نمره کل علایم وسواسی ۳۹/۰۱، باورهای فراشناختی ۶۷/۱۷، مسئولیت پذیری۱۰۱/۴۴ و مقیاس RIBAQ ۷۳/۷۷ است.

11 . Responsibility and Interpersonal Behaviors and Attitudes Questionnaire (RIBAQ)

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	N
سن	22/6	3/39	۱۵۸
جنسیت	–	–	۱۵۸
RIBAQ			**۱۵۸**
نگرانی-مسئولیت-پذیری	**73/77**	**10/38**	۱۵۸
پرخاشگری	42/35	7/55	۱۵۸
نهفته/محاسبه رفتار	17/97	3/03	۱۵۸
بدگمانی/بی اعتمادی	13/44	3/00	**۱۵۸**
مسئولیت‌پذیری	**101/44**	**25/76**	۱۵۸
فراشناخت	**67/17**	**15/39**	۱۵۸
باورهای مثبت درباره نگرانی	12/70	4/89	۱۵۸
کنترل ناپذیری و خطر	12/86	4/43	۱۵۸
اطمینان شناختی	11/42	4/26	**158**
نیاز به کنترل افکار	14/03	3/93	
خودآگاهی شناختی	16/15	3/65	
علایم وسواسی	**39/01**	**5/59**	

جدول ۲ نتایج همبستگي سه متغیر فراشناختي (شامل خرده مقیاس‌هاي نگراني مثبت، کنترل‌ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار، خود آگاهي شناختی) مسئولیت‌پذیری و نگرش‌ها و رفتارهای بین فردی موریتز (نگراني- مسئولیت-پذیری، پرخاشگری نهفته، عدم اعتماد) را نشان مي‌دهد. همان طور که نتایج ارائه شده در جدول ذیل نشان مي‌دهد، تمام متغیرهاي پژوهش به جز زیر مقیاس پرخاشگری نهفته با علائم وسواس در سطح P<0/001 همبسته هستند.

جدول ۲: ماتریس همبستگي متغیرهاي پژوهش

	مسئولیت-پذیری	خود آگاهي شناختی	نیاز به کنترل افکار	اطمینان شناختی	کنترل-ناپذیری	نگراني مثبت	عدم اعتماد	پرخاشگری نهفته	نگراني/مسئولیت-پذیری	MOCI
MOCI	0/44**	0/36**	0/39**	0/23**	0/47**	0/25**	0/26**	0/08	0/36**	۱
نگراني-مسئولیت	0/55**	0/27**	0/39**	0/18*	0/38**	0/22**	0/19*	0/38**	۱	
پرخاشگری نهفته	0/35**	0/08	0/18*	0/29**	0/26**	0/14	0/35**	۱		
عدم اعتماد	0/35**	0/19*	0/25*	0/31**	0/34**	0/17*	۱			

نگراني مثبت	0/32**	0/35**	0/42**	0/23**	0/35**	۱
کنترل‌ناپذیری	0/51**	0/46**	0/61**	0/48**	۱	
اطمینان شناختی	0/28**	0/19*	0/43**	۱		
نیاز به کنترل افکار	0/57**	0/56**	۱			
خود آگاهي شناختی	0/46**	۱				
مسئولیت‌پذیری	۱					

در مرحله بعد، به منظور تعیین نقش هر يك از متغيرهاي پژوهش در پيش‌بيني علائم OCD، از رگرسیون گام به گام استفاده شد. همان طور که نتایج جدول ۳ نشان مي‌دهد، از بین متغیرهای پیش‌بین، کنترل‌ناپذیری (پرسشنامه باورهاي فراشناختی) بهترین پیش‌بینی کننده‌ی علایم وسواسی است در مرحله‌ی بعد نگراني- مسئولیت-پذیری (پرسشنامه مسئولیت-پذیری و نگرش‌ها و رفتارهای بین فردی موریتز) و در نهایت خود آگاهي شناختی (باور فراشناختی) بیشترین توان پیش‌بینی کنندگی را داشت. نتایج جدول ذیل حاکي از آن است که این سه متغیر در مجموع تقریباً ۲۸/۵ درصد از واریانس نشانه‌هاي اختلال وسواس فکري- عملي را پیش‌بیني مي‌کنند.

جدول ۳: پیش‌بیني متغیر MOCI با استفاده از متغیرهاي نگراني- مسئولیت‌پذیری، پرخاشگری نهفته، عدم اعتماد، نگراني مثبت، کنترل‌ناپذیری، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار

متغیرها	R	R^2	درجه آزادي	F	B	Beta	سطح معناداري
کنترل‌ناپذیری	0/47	0/22	156	46/09	0/60	0/47	0/001
کنترل‌ناپذیری	0/51	0/26	155	27/94	0/50	0/39	0/001
نگراني/مسئولیت					0/15	0/20	0/01
کنترل‌ناپذیری	0/53	0/28	154	20/31	0/41	0/33	0/001
نگراني/مسئولیت					0/14	0/19	0/01
خود آگاهي شناختی					0/23	0/15	0/05

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی سهم پیش بینی کنندهٔ سه عامل فراشناخت، مسئولیت‌پذیری و پرخاشگری نهفته در اختلال وسواس فکری-عملی بود. همان طوری که در قسمت نتایج اشاره شد نیاز به کنترل افکار (به عنوان عامل فراشناختی)، مسئولیت – نگرانی و خودآگاهی شناختی (به عنوان عامل فراشناختی) بیشترین تغییرات نشانه‌های اختلال را پیش بینی کردند. این یافته با پژوهش‌های دیگر همسو است. کالس[12] و همکاران به نقل از نیمایر[13] و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهش

12 . Coles
13 . Niemeyer

خود نقش باورهای فراشناختی در پیش‌بینی علایم وسواسی را متوسط بدست آوردند. پازوانت-قولی[14] و همکاران (۲۰۱۳) نیز نشان دادند که نیاز به کنترل و OCD همبستگی بسیار بالایی دارند. آبرامویتز[15] و همکاران (۲۰۰۳) نیز نشان دادند که بیماران وسواسی بیش از سایر بیماران اضطرابی و همچنین بیش از گروه کنترل از راهبرهای کنترل فکر استفاده می‌کنند. ایراک[16] و تاسون[17] (۲۰۰۸) معتقدند که نیاز به کنترل افکار و باورهای مرتبط با خطر پیش‌بینی کننده علایم انواع مختلف وسواس‌ها بود. مطابق داده‌های جدول ۳ نگرانی و مسئولیت دومین عاملی است که سهم مهمی در پیش بینی OCD دارد. در همین راستا نیمایر و همکاران، (۲۰۱۳) نشان دادند که فراشناخت و مسئولیت به خوبی نشانه‌های OCD را پیش بینی می‌کنند همچنین نتایج بررسی مایرز[18] و ولز (۲۰۰۵) نشان داد که طبق انتظار هم مسئولیت‌پذیری و هم فراشناخت با علایم OC همبستگی مثبت معناداری داشتند. ولی نکته قابل توجه این است که پس از کنترل رابطه متقابل بین فراشناخت و مسئولیت‌پذیری، این باورهای فراشناختی بود که نقش پیش‌بینی کنندگی خود را حفظ کرد ولی مسئولیت-پذیری در این حالت قدرت پیش-بینی کنندگی خود را از دست داد. فیشر[19] و ولز (۲۰۰۸) نیز نشان دادند که فراشناخت-ها (حتی با وجود کنترل مسئولیت‌پذیری) به خوبی می-تواند علایم OCD را پیش‌بینی کند. درحالیکه رابطه بین مسئولیت‌پذیری و علایم وسواسی در صورت کنترل فراشناخت‌ها معنادار نبود. بوچارد[20] و همکاران (۱۹۹۹) نیز نشان دادند که مسئولیت پذیری با OCD ارتباط دارد. مطالعه موسوی و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که مسئولیت پذیری افراطی و خشم نهفته ارتباط معناداری با نشانه‌های وسواس دارد که اولی همسو و دومی نا همسو با یافته‌های این پژوهش است. بنابراین از بین تمام متغیرهای مورد مطالعه فراشناخت و مسئولیت و نگرانی بیشترین سهم را در پیش بینی علایم اختلال وسواس فکری – عملی بر عهده داشتند.

به‌طور خلاصه نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که بین مؤلفه‌های فراشناختی با علایم وسواسی ارتباط مثبت و مستقیمی وجود دارد و در این بین زیرمقیاس‌های نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی بشترین توانایی تبیین علایم وسواسی را دارند. یافته‌های این پژوهش با توجه به مبانی نظری و مدل‌های درمانی زیربنایی، می-تواند کاربردهای عملی داشته باشد و پیشنهادات درمانی را توجیه کند. نظر به نقش مهم باورهای فراشناختی در پیش-بینی و تبیین علایم وسواسی، استفاده از درمان فراشناختی و تکنیک‌های آن به‌ویژه فنون چالش با باورهای مرتبط با نگرانی و باور درباره کنترل فکر مثمرثمر به نظر می‌رسد.

14 . Pazvantoglu
15 . Abramowitz
16 . Irak
17 . Tosun
18 . Myers
19 . Fisher
20 . Bouchard

References

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, 529-540.

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

Bouchard, C., Rhéaume, J., & Ladouceur, R. (1999). Responsibility and perfectionism in OCD: An experimental study. Behaviour Research and Therapy, 37, 239-248.

Dadds, M., Gaffney, L. R., Kenardy, J., Oei, T. P., Evans, L. (1993). An exploration of the relationship between expression of hostility and the anxiety disorder. Journal of psychiatric research, 7, 17- 26.

Dadsetan, P. (2009). Developmental Psychopathology: From Infancy through Adulthood. Samt Pub.

Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive–compulsive disorder: A case series. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39, 117-132.

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

Moosavi, S. S., Naziri, G., & Mohammadi, M. (2012). Relationship between Latent Aggression, Inflated Responsibility, Guilt Feeling and Reaction Formation with Severity of Obsessive-Compulsive Symptoms. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences, 14, 30-34.

Moritz, S., Wahl, K., Ertle, A., Jelinek, L., Hauschildt, M., Klinge, R., Hand, I. (2009). Neither Saints nor Wolves in Disguise: Ambivalent Interpersonal Attitudes and Behaviors in Obsessive-Compulsive Disorder. Behavior Modification, 33, 274-292.

Moscovitch, D.A., McCabe, R.E., Antony, M.M., Rocca, L., Swinson, R.P. (2008). Anger experience and expression across the anxiety disorders. Depression and Anxiety, 25, 107–113.

Myers, S. G., Wells, A. (2005). Obsessive–compulsive symptoms: The contribution of metacognitions and responsibility. Journal of Anxiety Disorders, 19, 806–817.

Niemeyer, H., Moritz, S., Pietrowsky, R. (2013). Responsibility, metacognition and unrealistic pessimism in obsessive–compulsive disorder. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 2, 119–129.

Pazvantoglu, O., Algul, A., Ates, M. A., Sarisoy, G., Ebrinc, S., Basoglu, C., & Cetin, M. (2013). Metacognitive Functions in Obsessive Compulsive Disorder in a Turkish Clinical Population: The Relationship between Symptom Types and Metacognition Subdimensions. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni, 23(1).

Pourfaraj, M., Hashemi, T., Khanjani, Z. (2012). Comparison of Responsibility and Thought-Action Fusion in patients with OCD and GAD. Journal of news in Cognition Sciences, 4, 49-56.

Rachman, S. (2012). The Treatment of Obsession. Translated by: Afrouz, Gh & Ghorbankhani, M. Arjmand Pub.

Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive-compulsive disorder. Behavior Research and Therapy, 38, 347–372.

Sarami, Z., Amiri, Sh., Neshatdoust, H, T., Molavi, H. (2009). Obsessive-Compulsive Disorder of Mother and Anxiety in Children. Journaj of Iranian psychologist, 20, 333-342.

Shirinzadeh Dastgerdi, S., Goudarzi, M, A., Rahimi, Ch., Naziri, Gh. (2008). Study of Factor Structure, Validity and reliability of Metacognition Questionnare 30. Psychology journal, 12, 445-461.

Shoval, G., Zalsman, G., Sher, L., Apter, A., Weizman, A. (2006). Clinical

characteristics of inpatient adolescents with severe obsessive–compulsive disorder. Depression and Anxiety, 23, 62–70.

Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ 30. Behaviour Research and Therapy, 42, 385–396.