

Diagnostic role of cognitive emotion regulation strategies, cognitive fusion and thought control strategies in Obsessive-Compulsive disorder

Saeidpoor, S., Kazemi-Rezai, S.A*, Karbalaei-Esmaeil, E., Kazemi-Rezai, S.V., Ahmadi, F.

Abstract

Introduction: This study aimed at comparing the discriminative role of the cognitive emotion regulation strategies, cognitive fusion and thought control strategies in Obsessive-Compulsive disorder and normal groups.

Method: The study was benefit of a causal-comparative research design. The target population included all patients with Obsessive-Compulsive disorder that referred to medical centers in Tehran in October to March 2016. A group of 50 persons that diagnosed with Obsessive-Compulsive disorder were selected by purposive sampling method. Then Data were gathered with the Obsessive-Compulsive Scale Yale-Brown, Short form of Cognitive Emotion Regulation Strategies Questionnaire, Thought Control Questionnaire and Cognitive Fusion Questionnaire. Data analyzed with the diagnostic function analysis.

Results: Result showed that mean scores of normal group significantly was more than obsession group in all dimensions except adaptive Emotion Regulation Strategies (except acceptance and reappraisal) as well as thought control strategies (worry, punishment, social control and reappraisal). The mean scores of obsessive group significantly was more than normal group in other variables. Result of diagnostic analysis showed that, according to the cognitive emotion regulation strategies, cognitive fusion and thought control strategies could be predicted membership in group and make a discrimination among two groups.

Conclusion: We can conclude that the activated cognitive fusion beliefs, disposes assessments that based on increased the thought control and maladaptive emotion regulation strategies, consequently obsession is considered dangerous. These assessments lead to feelings of fear, anxiety, guilt and upset. It used inspection or mental disorder strategies, if these assessments indicates that the obsessive thought is dangerous and happening already. These Strategies causes that person cannot be tested reality of beliefs and refused them.

Keywords: Obsessive-Compulsive disorder, cognitive emotion regulation strategies, cognitive fusion, thought control strategies

*Correspondence E-mail:
ali.kazemi8989@gmail.com

نقش تشخیصی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، همجوشی شناختی و راهبردهای کنترل فکر در اختلال وسواسی-اجباری

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۱/۰۳

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۹/۰۱

صابر سعید پور*، سید علی کاظمی رضایی**، انسیه کربلایی اسمعیل***، سید ولی کاظمی رضایی****، فرشاد احمدی*****

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر بررسی نقش تشخیصی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، همجوشی شناختی و راهبردهای کنترل فکر در اختلال وسواسی-اجباری و افراد بهنجار بود.

روش: طرح پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای بود. جامعه هدف پژوهش حاضر شامل کلیه مراجعه‌کنندگان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی بود که در بازه زمانی مهر تا اسفند سال ۱۳۹۵ به مراکز درمانی شهر تهران مراجعه کرده بودند. از این میان تعداد ۵۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس از مقیاس وسواسی-اجباری بیل-براون فرم کوتاه پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان، پرسشنامه کنترل فکر و پرسشنامه آمیختگی شناختی برای گردآوری داده‌ها استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل تابع تشخیصی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که در کلیه متغیرها به جزء راهبردهای سازگارانه پذیرش و ارزیابی مجدد، همچنین راهبردهای کنترل فکر نگرانی، تنبیه، کنترل اجتماعی و ارزیابی مجدد، میانگین گروه بهنجار به صورت معناداری بیشتر از گروه وسواسی بود. در متغیرهای دیگر میانگین گروه وسواس به صورت معناداری بیشتر از گروه بهنجار بود. همچنین یافته‌های این پژوهش بیانگر آن بودند که بر اساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، همجوشی شناختی و راهبردهای کنترل فکر می‌توان عضویت افراد در دو گروه را پیش‌بینی کرد. **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه‌گیری کرد که فعال شدن باورهای درآمیختگی افکار، ارزیابی‌هایی را بر می‌انگیزاند که بر اساس آنها استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان و کنترل فکر بیشتر و متعاقباً فکر وسواسی خطرناک تلقی می‌شود. این ارزیابی‌ها منجر به بروز احساس ترس، اضطراب، گناه و ناراحتی می‌شوند. اگر ارزیابی فرد این باشد که فکر وسواسی نشان‌دهنده آن است که اتفاقی خطرناک پیش از این رخ داده است، ممکن است راهبردهای وارسی یا اختلال ذهنی را به کار گیرد. راهبردها باعث می‌شوند فرد نتواند در واقعیت این باورها را بیازماید و اعتبار آنها را رد کند.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواسی-اجباری، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، همجوشی شناختی، راهبردهای کنترل فکر.

moeinsaeedpoor@yahoo.com

ali.kazemi8989@gmail.com

Ensiesmaeili@yahoo.com

vali.kazemi1988@gmail.com

farshadahmadi22@yahoo.com

* دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

** نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

*** کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی دانشگاه علوم و تحقیقات، تهران، ایران

**** دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

***** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

مقدمه

پس از سانحه و اختلال وسواس-اجباری (۹)، انجام شده است. نتایج اکثر این پژوهش‌ها از نقش واسطه‌ای آمیختگی شناختی در بروز و تشدید اختلال‌های روان‌شناختی حمایت می‌کند. به عبارت دیگر، این مدل‌های روان‌شناختی، همجوشی شناختی را یکی از متداول‌ترین متغیرهای آسیب‌شناسی می‌دانستند که تاکنون شناخته شده است (۱۰). همجوشی شناختی زمانی رخ می‌دهد که افکار فرد روی رفتار اثر گذاشته و باعث می‌شوند، فرد به جای توجه به فرآیند فکر (زمینه) به تولیدات فکر (محتوا) توجه نماید. زمانی که این فرآیند بر تجربه فرد غلبه داشته باشد منجر به انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌گردد. فردی با یک پیشینه طولانی از عدم تایید در روابط بین فردی، شاید نتواند هرگز این فکر «کسی مرا دوست ندارد» را حذف نماید، اما اگر قادر باشد از فکر جدا شود، آن فکر منجر به رفتارهای انزوایی و در نتیجه بدتر شدن افسردگی نمی‌شود (۱۱).

براساس مدل‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی، همجوشی شناختی یکی از فرآیندهای میانجی است که در اکثر اختلال‌های روان‌شناختی نقش کلیدی و بنیادین ایفا می‌کند (۱۲). مدل‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی معتقدند شکل خاصی از کیفیت آگاهی منجر به رنج بیمار می‌گردد و متقابلاً تغییر کیفیت آگاهی می‌تواند وی را از بیماری برهاند. بر طبق این مدل‌ها افراد معمولاً در تجارب درونی‌شان «گیر می‌افتند». چنین به نظر می‌رسد که بخشی از آن به دلیل برداشت فراتر از واقعیت است و بخشی دیگر به دلیل قضاوت در مورد تجارب درونی‌شان و نفرت از این تجارب. بدین ترتیب، به جای اینکه تنها خشم را تجربه کنند، خشمگین می‌شوند، از خشم نفرت پیدا می‌کنند و آرزو می‌کنند که خشم از آنها دور شود. به جای اینکه پاسخ‌های هراس‌آور را تجربه کنند، خود را فردی ترسو توصیف می‌کنند. این پاسخ‌ها آن‌ها را بیشتر در هیجانات‌شان گیر می‌اندازد و باعث می‌شود در جهت اجتناب از آن‌ها بیشتر تلاش کنند (۱۳). از جهتی دیگر امروزه در دیدگاه‌های شناختی و

در فضای اجتماعی کنونی که لحظه‌لحظه آن از فشار روانی و تنش مملو است، انسان عصر نوگرایی دستاویز انواع آیین‌مندی‌های وسواسی شده است، تا شاید راه‌گریزی از اضطراب بیابد. از این‌رو، وسواس با زندگی و حیات اجتماعی انسان معاصر چنان درهم‌تنیده شده که دیگر نمی‌توان به راحتی جنبه‌های آسیب‌شناختی آن را از هم جدا کرد (۱). برطبق تعریف ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5)، اختلال وسواس فکری عملی^۱ (OCD)، از طبقه اختلال‌های اضطرابی جدا شد و در طبقه تشخیصی جداگانه‌ای قرار گرفته است. اختلال وسواس فکری عملی اختلال اضطرابی ناتوان‌کننده‌ای است که ویژگی اصلی آن وقوع وسواس‌ها و اعمال اجباری است. وسواس‌ها افکار، تصاویر ذهنی و تکانه‌های^۲ ناخواسته و مزاحمی هستند که بدون میل و اراده بیمار رخ می‌دهند و به صورت ناسازگار و ناهمخوان با خود تجربه می‌شوند. فرد فعالانه در برابر وسواس‌ها مقاومت می‌کند و می‌داند که وسواس‌ها محصول ذهن او هستند (۲). افکار وسواسی اغلب محتوای خصمانه، جنسی یا مذهبی دارند و یا به صورت تردیدها و نشخوارهای فکری مربوط به آلودگی^۳ تجربه می‌شوند. اعمال اجباری (وسواس عملی) رفتارهای تکراری آشکار^۴ و ناآشکاری^۵ هستند که در پاسخ به وسواس‌ها انجام می‌شوند. هدف این رفتارها، کاهش ناراحتی و پریشانی یا پیشگیری از برخی رویدادهای هولناک است (۳).

تقریباً ۹۰ درصد افراد سالم، تجربه‌هایی از افکار، تصورات یا تکانه‌های مزاحم دارند که از نظر شکل و محتوا تفاوتی با افراد مبتلا به وسواس ندارند، اما تعبیر بیماران مبتلا به وسواس از افکار مزاحم، متمایزکننده افکار مزاحم، طبیعی از افکار مزاحم وسواس است (۴). میزان شیوع مادام‌العمر اختلال وسواسی-اجباری در جمعیت عمومی حدود ۲ تا ۳ درصد است که به‌عنوان یک مشکل سلامت جهانی در نظر گرفته شده است (۵).

در طی دو دهه اخیر پژوهش‌های زیادی در حمایت از نقش آسیب‌زا بودن همجوشی شناختی^۶ به عنوان یک فرآیند بنیادین در سبب‌شناسی اختلال‌های روان‌شناختی از جمله اختلال افسردگی (۶)، اختلال‌های سایکوتیک (۷)، اختلال اضطراب اجتماعی (۸)، اضطراب امتحان (۶) اختلال استرس

1- obsessive-compulsive disorder
2- impulses
3- contamination
4- overt.
5- covert
6- cognitive fusion

فراشناختی بر نقش فرآیندهای شناختی از جمله راهبردهای کنترل فکر در شکل گیری و تداوم اختلال وسواسی- اجباری تأکید شده است (۱۴).

فراشناخت مفهومی چند وجهی است که در برگیرنده دانش، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می کنند (۱۵). مطابق مدل فراشناختی، فعال شدن باورهای فراشناختی ناکارآمد، موجب ارزیابی منفی فکر مزاحم به عنوان نشانه تهدید می شود. این ارزیابی در جای خود باعث تشدید هیجان های منفی می شود که عمدتاً به صورت اضطراب هستند. در نتیجه فرد برای کاهش اضطراب و کنترل نظام شناختی خود به راهبردهای کنترل فکر متوسل می شود (۳). راهبردهای کنترل فکر، پاسخ هایی هستند که افراد برای کنترل فعالیت های نظام شناختی خود نشان می دهند (۱۶). مطالعات وگنر و گری (۱۷) در مورد شناخت واره های وسواسی نشان می دهد که کوشش جهت کنترل افکار وسواسی منجر به اثر بازگشت می گردد و افکار سرکوب شده با فراوانی بیشتری عود می کنند. وگنر پیشنهاد می کند که تفکر وسواسی ممکن است ناشی از ناکامی در کنترل اولیه افکار باشد و آن نیز به کوشش افراطی در سرکوبی افکار منجر می شود که حاصل آن تشدید و تقویت این افکار است. در نتیجه، کوشش برای کنترل افزایش و چرخه کوشش افراطی تداوم می یابد (۱۷).

افراد برای کنترل افکار ناخواسته یا اضطراب زای خود از طیف وسیعی از راهبردها استفاده می کنند. در یک مطالعه تحلیل عاملی، (۱۸) پنج راهبرد کنترل را شناسایی کردند که از طریق پرسشنامه کنترل فکر سنجیده می شود. این پنج راهبرد عبارت اند از: ارزیابی مجدد، تنبیه، کنترل اجتماعی، نگرانی و توجه برگردانی. نتایج بررسی ها نشان می دهد که افراد دارای اختلال وسواس فکری- عملی در مقایسه با افراد غیربیمار، بیشتر از تنبیه، نگرانی، ارزیابی مجدد و کنترل اجتماعی استفاده می کنند، ولی افراد غیربیمار بیشتر از توجه برگردانی استفاده می کنند (۱۹).

در کنار راهبردهای کنترل فکر که یکی از عوامل مهم و اثرگذار در شدت علائم وسواسی- اجباری می باشد، می توان گفت هیجانات و پردازش های شناختی مرتبط با آن نقشی انکارناپذیر را دارند (۲۰). یافته های اخیر دیدگاه شناختی- تحولی، کنترل هیجانی و تنظیم شناختی هیجان را به

عنوان متغیرهای مهم پیش بین برای آسیب پذیری در مقابل اختلال وسواس مطرح کرده اند (۲۱). مفهوم نظم- جویی شناختی هیجان به روش شناختی مدیریت اطلاعات برانگیزاننده هیجانی (۲۲) و بخش شناختی مقابله اشاره می کند و تنظیم هیجان از طریق افکار و شناخت ها ارتباطی اجتنابناپذیر با زندگی انسانی دارد. پس از تجربه ی رویدادهای استرس زا به افراد کمک می شود تا هیجان های خود را مدیریت کنند (۲۳). نه راهبرد شناختی وجود دارد که افراد گوناگون برای تنظیم هیجان هاییشان از آن بهره می برند که عبارتند از: ملامت خویش^۱، ملامت دیگران^۲، نشخوار فکری^۳، فاجعه سازی^۴، دیدگاه گیری^۵، تمرکز مجدد مثبت^۶، ارزیابی مجدد مثبت^۷، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی^۸ و پذیرش^۹ (۲۴).

راهبردهای مذکور به دو دسته سازگارانه (تمرکز مجدد مثبت، تمرکز بر برنامه ریزی پذیرش، دیدگاه گیری) و ناسازگارانه (ملامت خویش، فاجعه سازی، نشخوار فکری و ملامت دیگران) تقسیم می شوند. تنظیم هیجانی سازگار، به فرد اجازه می دهد که کارکرد او در محیط موفقیت آمیز باشد (۲۵) و هنگام مواجه شدن با یک تجربه هیجانی مشکل زا بتواند رفتارهای متناسب با هدفش را به کار گیرد. تنظیم هیجانی سازگار نیازمند مهارت هایی از جمله آگاهی و پذیرش هیجانی است (۲۶). در مقابل کسی که از تنظیم هیجانی ناسازگار^{۱۰} استفاده می کند، هنگام روبه رو شدن با یک تجربه مشکل زا نمی تواند رفتارهایش را طوری تنظیم کند که بتواند به اهدافش در محیط برسد.

یکی از ویژگی های برجسته افراد دچار علائم وسواس- جبری سبک شناختی ضعیف آنان از جمله نشخوارگری، فاجعه سازی و ملامت خویش می باشد که بیشتر از سایر افراد در برابر مشکلات هیجانی و اضطرابی و به تبع آن وسواس آسیب پذیرند (۲۷). افرادی که از راهبردهای

- 1- self-blame
- 2- other-blame
- 3- rumination
- 4- catastrophizing
- 5- putting into perspective
- 6- positive refocusing
- 7- positive reappraisal
- 8- refocus on planning
- 9- acceptance
- 10- madaptive emotion regulation

این دو راهبرد مانعی برای سازگاری با رویدادهای استرس-آمیز زندگی می‌باشند، زمانی که فرد اتفاق بدی را تجربه می‌کند وقوع آن را ناشی از نقایص و کمبودهای خود

است که در بازه زمانی مهر تا اسفند سال ۱۳۹۵ به مراکز درمانی شهر تهران مراجعه کرده بودند. از این میان تعداد ۵۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس شرکت‌کننده‌ها از لحاظ جنس، سن و تحصیلات هم‌تاسازی شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص اختلال وسواسی اجباری برای گروه بالینی بر مبنای تشخیص روانپزشک، حداقل سواد خواندن و نوشتن، رضایت آگاهانه و عدم مصرف دیگر داروهای روان‌پزشکی بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل تابع تشخیصی استفاده شد.

ابزار

۱- مقیاس وسواسی-اجباری ییل-برآوان (Y-BOCS): این فهرست بخشی از مقیاس وسواسی اجباری ییل-برآوان است که توسط گودمن و همکاران (۳۱) ساخته شد. در این فهرست دو مقیاس فرعی برای سنجش وسواس وجود دارد. در هر دو مقیاس شدت علائم بر حسب فراوانی، مدت اضطراب حاصله، آسیب کنشی و مداخله در زندگی بیمار، مقاومت و درجه کنترل طی ۷ روز قبل از مصاحبه ارزیابی می‌شود. نمره صفر در صورت نبود مشکل، نمره ۱ به مشکل کم، نمره ۲ به مشکل متوسط، نمره ۳ به مشکل زیاد و نمره ۴ به مشکل خیلی زیاد داده می‌شود. به این ترتیب با جمع نمرات، نمره کل از صفر تا ۴۰ در رابطه با وسواس بیمار به دست می‌آید. نقاط برش پیشنهاد شده برای این پرسش‌نامه عبارتند از: ۲۰-۱۰ وسواس خفیف، ۳۰-۲۱ وسواس متوسط و ۴۰-۳۱ وسواس شدید (۳۲). برای پایایی بین نمره‌گذران، ضریب همبستگی از ۰/۸۰ تا ۰/۹۹ گزارش شده و این مقدار با فاصله دو هفته برابر ۰/۸۱ تا ۰/۹۷ بوده است. برای ثبات درونی آن ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۹ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (۳۳).

۲- فرم کوتاه پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان (CERQ): نسخه اصلی این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران (۳۴) به دو زبان هلندی و انگلیسی تهیه شده است. این نسخه شامل ۹ خرده مقیاس، معرف ۹ راهبرد

ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان استفاده می‌نمایند شدت علایم وسواسی آنان بیشتر می‌باشد (۲۸). همچنین استفاده از راهبردهای ملامت دیگران و ملامت خود با سطح بالای اضطراب و افسردگی و به تبع آن با وسواس همراه هستند. می‌داند، خود را سرزنش می‌کند و در این حالت بیشتر دچار افسردگی و وسواس می‌شود. بنابراین استفاده از راهبردهای ناسازگارانه با آسیب‌شناسی و رشد و تداوم اختلالات از جمله اختلال وسواس ارتباط دارد (۲۹). مطالعات طولی نیز نشان داده است که راهبردهای ناسازگارانه در مقایسه با راهبردهای سازگارانه، ارتباط بیشتری با آسیب‌شناسی دارند و این موضوع در فرهنگ‌های مختلف و کشورهای مختلف نیز مورد تایید واقع شده است (۳۰).

با توجه به آنچه اشاره گردید مشخص می‌شود تنظیم شناختی هیجان، همجوشی شناختی و راهبردهای کنترل فکر در زمینه سازی و تشدید نشانه‌های اختلال وسواس فکری عملی نقش مهمی دارند و همچنین با توجه به مشکلات فراوانی که برای افراد مبتلا به وسواس در زمینه‌های شغلی و تحصیلی وجود دارد به جاست که پژوهش‌های گسترده‌ای در مورد ارتباط این سازه‌ها با اختلال وسواس انجام گیرد. با مروری بر مطالعات پیشین می‌توان گفت متغیرهای مذکور به عنوان فرآیندهایی بنیادین در سبب‌شناسی اختلالات روانشناختی به ویژه علایم وسواسی نقش قابل توجهی دارند. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی نقش تشخیصی تنظیم شناختی هیجان، همجوشی شناختی و راهبردهای کنترل فکر در تفکیک اختلال وسواسی-اجباری و افراد بهنجار می‌باشد. در واقع ما در این پژوهش برآنیم که نقش تفکیکی و تشخیصی هر کدام از مؤلفه‌های فوق در اختلال وسواسی اجباری را مورد بررسی قرار دهیم و در نهایت با بررسی سهم تشخیصی هر یک از این مؤلفه‌ها گامی در راستای پیشبرد فهم، درمان و پیشگیری از اختلال وسواسی-اجباری برداشته شود.

روش

طرح پژوهش: روش پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای بود.

آزمودنی‌ها: جامعه هدف پژوهش حاضر شامل کلیه مراجعه‌کنندگان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی

پرسشنامه (۰/۸۱) و برای زیرمقیاس‌های توجه برگردانی (۰/۷۹)، تنبیه (۰/۷۶)، ارزیابی مجدد (۰/۷۷)، نگرانی (۰/۷۰) و کنترل اجتماعی (۰/۷۰) گزارش شد (۳۷). در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ برای این مقیاس محاسبه شد که نتایج آن برای کل پرسشنامه ۰/۸۳ و برای خرده‌مقیاس‌های توجه برگردانی ۰/۷۶، کنترل اجتماعی ۰/۷۳، نگرانی ۰/۶۹، تنبیه ۰/۷۷ و ارزیابی مجدد ۰/۸۰ می‌باشد.

۴- پرسشنامه آمیختگی شناختی^۲ (CFQ): این ابزار جهت سنجش آمیختگی شناختی طراحی شده است (۳۸). این پرسشنامه ۷ گویه دارد و بر روی یک مقیاس ۷ درجه‌ای از یک تا هفت نمره گذاری می‌شود. بنابراین، نمره کل این پرسشنامه در دامنه ۷-۴۹ قرار دارد (۳۸). ضریب آلفای کرونباخ در یک جمعیت دانشجویی با حجم نمونه ۱۰۴۰، ۰/۹۳ و ضریب پایایی باز آزمایی را در فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۰ گزارش کردند. در این پژوهش ضریب همبستگی پرسشنامه آمیختگی شناختی با پرسشنامه تعهد و پذیرش (AAQ) و پرسشنامه ذهن آگاهی ساوتمتون (SMS) به ترتیب برابر ۰/۷۲ و ۰/۷۰ به دست آمد. اکبری و همکاران (۳۹) در پژوهش خود بر روی یک نمونه دانشجویی، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۱ و ضریب پایایی باز آزمایی به فاصله ۵ هفته را هم ۰/۸۶ گزارش کردند. در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه آمیختگی شناختی ۰/۸۷ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش: جهت اجرای پژوهش، ابتدا به مراکز درمانی شهر تهران مراجعه شد از مسئولان این مراکز خواسته شد لیست بیماران مبتلا به وسواسی را که در گذشته به مراکز مراجعه کرده‌اند در اختیار پژوهشگران قرار دهند. سپس با بیمارانی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند تماس گرفته شد و از آنها خواسته شد در صورت تمایل در این پژوهش همکاری کنند. سپس از میان آنان کسانی که مبتلا به وسواس بوده و اختلالات روانی دیگری مثل افسردگی، دوقطبی، اسکیزوفرنی، سوء مصرف مواد و عقب ماندگی نداشتند، مشخص و مقیاس شدت وسواس فکری عملی ییل-برون بر روی این افراد اجرا شد. و ۵۰ نفر از کسانی که نمره ۱۶ و یا بالاتر داشتند به عنوان نمونه

نظم جویی شناختی هیجان می‌باشد که به دودسته سازگاران شامل تمرکز مجدد مثبت، تمرکز بر برنامه‌ریزی پذیرش، دیدگاه گیری و ناسازگاران شامل ملامت خویش، فاجعه سازی، نشخوار فکری، ملامت دیگران تقسیم می‌شوند؛ که هر یک چهار ماده از این پرسشنامه را به خود اختصاص می‌دهند. حسنی (۳۵) نسخه کوتاه‌تر این پرسشنامه را در ۱۸ سؤال تنظیم کرد. در CERQ هر یک از خرده مقیاس‌ها شامل دو ماده هستند که بر اساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل هر یک از خرده مقیاس‌ها از طریق جمع کردن نمره‌های ماده‌ها به دست می‌آید. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ماده‌های CERQ همسانی درونی (دامنه‌ی آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۶ بود) بیانگر پایایی این مقیاس بود (۲۴). همچنین، الگوی ضریب همبستگی بین خرده مقیاس‌های این پرسشنامه و پرسشنامه افسردگی بک بیانگر اعتبار هم‌زمان مناسب CERQ می‌باشد.

۳- پرسشنامه کنترل فکر^۱ (TCQ): پرسشنامه‌ی کنترل افکار (TCQ)؛ (۱۸) برای سنجش تفاوت‌های فردی در به‌کارگیری راهبردهای کنترل افکار ناخواسته و ناخوشایند طراحی شده است. نکته‌ی مهم این است که سرکوبی افکار را سازه‌ی واحد تلقی نکنیم. به‌علاوه، سرکوبی را می‌توان هدفی تلقی کرد که از راه‌های مختلف قابل دستیابی است. برخی از راهبردهای کنترل فکر، دردسرساز هستند که در نظریه‌ی فراشناختی به آن‌ها اشاره شده است. پس از به‌کارگیری تحلیل عاملی برای سؤالاتی که به‌صورت مفهومی گردآوری شده بودند، یک مقیاس پنج عاملی به دست آمد (۱۸). اجرای آزمون در نمونه‌ی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه همین ساختار پنج عاملی را متعاقباً تکرار نمود (۳۶). پرسشنامه‌ی کنترل افکار پنج‌عاملی خرده مقیاس دارد: توجه برگردانی، کنترل اجتماعی، نگرانی، تنبیه و ارزیابی مجدد. آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۶۴ تا ۰/۷۹ است. همبستگی آزمون-باز آزمون خرده مقیاس‌ها به فاصله ۶ هفته به این ترتیب بود: توجه برگردانی (۰/۷۲)، کنترل اجتماعی (۰/۷۹)، نگرانی (۰/۷۱)، تنبیه (۰/۶۴) و ارزیابی مجدد (۰/۶۷) (۳۳). در پژوهشی که در ایران در یک نمونه ۱۰۰ نفری انجام شد، ضریب آلفای کرونباخ برای کل

1- thought control questionnaire

2- cognitive fusion questionnaire (CFQ)

درصد) بودند. میانگین و انحراف استاندارد سنی در گروه وسواس $29/6 \pm 6/81$ و در گروه بهنجار $31/45 \pm 7/12$ بود. میانگین و انحراف استاندارد تحصیلات نیز در گروه وسواس $12/58 \pm 3/26$ و در گروه بهنجار $13/74 \pm 3/88$ بود. نتایج آزمون χ^2 دو برای بررسی برقراری فرض همتا بودن گروه‌ها در دو متغیر جنسیت و وضعیت تاهل نشان داد که دو گروه وسواس و بهنجار به ترتیب در متغیرهای جنسیت ($\chi^2=2/19, P>0/05$) و وضعیت تاهل ($P>0/05$)، ($\chi^2=1/74$) همتا شده‌اند. همچنین نتایج آزمون t مستقل نشان داد که بین دو گروه از نظر سن ($t(98)=0/83, P>0/05$) و سطح تحصیلات ($t(98)=0/78, P>0/05$) تفاوت معناداری وجود ندارد. این نتایج بیانگر آنند که دو گروه از لحاظ متغیرهای فوق همتا می‌باشند. جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد پژوهش را به تفکیک گروه نشان می‌دهد.

انتخاب شدند و فرم کوتاه پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان، پرسشنامه کنترل فکر و پرسشنامه آمیختگی شناختی را پر کردند. قبل از اجرای پژوهش، ماهیت و هدف پژوهش برای شرکت‌کنندگان تشریح شد و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده از آنها محرمانه بوده و نتایج پژوهش بدون ذکر نام و نشان آنها منتشر خواهد شد و هر زمان که بخواهند می‌توانند از پژوهش خارج شوند. در مرحله‌ی بعدی هر یک از پرسشنامه‌ها مطابق با دستور العمل نمره گذاری و به کمک ابزارهای آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در گروه وسواس ۲۲ نفر مرد (۴۴ درصد) و ۲۸ نفر زن (۵۶ درصد) و در گروه بهنجار ۲۶ نفر مرد (۵۲ درصد) و ۲۴ نفر زن (۴۸ درصد) حضور داشتند. ۳۴ نفر از گروه وسواس متاهل (۶۸ درصد) و ۱۶ نفر مجرد (۳۲ درصد)؛ و ۳۱ نفر از گروه بهنجار متاهل (۶۲ درصد) و ۱۹ نفر نیز مجرد (۳۸ درصد)

جدول ۱) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد پژوهش

م (SD) گروه بهنجار	م (SD) گروه وسواس	متغیر
۲۰/۷۴ (۴/۸۳)	۲۶/۳۲ (۴/۲۷)	همجوشی شناختی
۴/۶۱ (۱/۹۵)	۶/۴۴ (۲/۱۶)	ملاطت خویش
۳/۸۷ (۱/۴۶)	۶/۷۲ (۲/۰۴)	نشخوارگری
۴/۲۲ (۱/۲۴)	۷/۲۸ (۳/۱۵)	فاجعه سازی
۳/۴۸ (۲/۵۶)	۵/۶۳ (۲/۷۱)	ملاطت دیگران
۳/۹۲ (۲/۴۰)	۶/۲۲ (۱/۷۴)	پذیرش
۷/۱۴ (۲/۵۷)	۴/۱۶ (۱/۸۷)	تمرکز مجدد مثبت
۶/۳۲ (۲/۷۴)	۳/۶۳ (۲/۷۹)	تمرکز مجدد بر برنامه ریزی
۴/۸۴ (۲/۱۱)	۶/۱۷ (۱/۴۲)	ارزیابی مجدد
۶/۷۷ (۲/۶۸)	۴/۲۶ (۱/۶۱)	دیدگاه گیری
۱۸/۴۴ (۵/۱۲)	۱۳/۲۸ (۴/۷۲)	توجه برگردانی
۱۳/۶۷ (۳/۴۹)	۱۹/۵۲ (۴/۱۶)	کنترل اجتماعی
۱۱/۸۲ (۳/۱۰)	۱۷/۳۸ (۳/۸۸)	نگرانی
۱۲/۰۴ (۲/۷۸)	۱۸/۶۰ (۴/۱۵)	تنبیه
۱۲/۷۵ (۳/۱۹)	۱۸/۴۷ (۳/۷۶)	ارزیابی مجدد

تمرکز مجدد مثبت، تمرکز بر برنامه‌ریزی و دیدگاه‌گیری میانگین گروه بهنجار از گروه وسواس بیشتر است. در ادامه به منظور تعیین نقش تشخیصی متغیرهای پیش‌بین در عضویت گروهی افراد نمونه، از تحلیل تابع تشخیص به روش گام‌به‌گام استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ قابل مشاهده است.

همچنان که در جدول ۱ مشاهده می‌شود در متغیر همجوشی شناختی، کلیه راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان و راهبردهای کنترل فکر به غیر از راهبرد توجه-برگردانی، میانگین گروه وسواس از گروه بهنجار بیشتر است. در راهبردهای سازگارانه پذیرش و ارزیابی مجدد، میانگین گروه وسواس بیشتر است ولی در راهبردهای

جدول ۲) نتایج تحلیل تابع تشخیص به روش گام به گام

گام	متغیر وارد شده	لامبدای ویلکز				F واقعی			
		آماره	Df1	Df2	Df3	آماره	Df1	Df2	Sig.
۱	نگرانی	۰/۳۱۶	۱	۱	۹۶	۱	۹۶	۱۱۶/۵۷۳	۰/۰۰۰۱
۲	همجوشی شناختی	۰/۲۸۵	۲	۱	۹۶	۲	۹۵	۹۸/۷۲۴	۰/۰۰۰۱
۳	ارزیابی مجدد	۰/۲۶۳	۳	۱	۹۶	۳	۹۴	۸۶/۳۱۹	۰/۰۰۰۱
۴	توجه برگردانی	۰/۲۲۷	۴	۱	۹۶	۴	۹۳	۷۱/۴۳۵	۰/۰۰۰۱
۵	نشخوارگری	۰/۲۰۲	۵	۱	۹۶	۵	۹۲	۶۴/۷۵۱	۰/۰۰۰۱
۶	پذیرش	۰/۱۷۴	۶	۱	۹۶	۶	۹۱	۴۲/۶۴۰	۰/۰۰۰۱

جدول ۲ متغیرهایی که سهم معناداری در تابع تشخیص به روش گام به گام داشته اند را به ترتیب اهمیت نشان می دهد. همان گونه که مشاهده می شود؛ نگرانی ($P < ۰/۰۰۱$)؛ $F = ۱۱۶/۵۷۳$ ؛ $F = ۰/۳۱۶$ ؛ لامبدای ویلکز) بیشترین میزان تأثیر را در این تابع تشخیصی دارد و پس از آن متغیرهای همجوشی شناختی ($P < ۰/۰۰۱$)؛ $F = ۹۸/۷۲۴$ ؛ $F = ۰/۲۸۵$ ؛ لامبدای ویلکز)، ارزیابی مجدد ($P < ۰/۰۰۱$)؛ $F = ۸۶/۳۱۹$ ؛ $F = ۰/۲۶۳$ ؛ لامبدای ویلکز)، توجه برگردانی ($P < ۰/۰۰۱$)؛ $F = ۷۱/۴۳۵$ ؛ $F = ۰/۲۲۷$ ؛ لامبدای ویلکز)، نشخوارگری ($P < ۰/۰۰۱$)؛ $F = ۶۴/۷۵۱$ ؛ $F = ۰/۲۰۲$ ؛ لامبدای ویلکز) و پذیرش ($P < ۰/۰۰۱$)؛ $F = ۴۲/۶۴۰$ ؛ $F = ۰/۱۷۴$ ؛ لامبدای ویلکز) قرار دارند. در جدول ۳ نتایج تحلیل تابع تشخیص و معناداری آن نشان داده می شود.

جدول ۲ متغیرهایی که سهم معناداری در تابع تشخیص به روش گام به گام داشته اند را به ترتیب اهمیت نشان می دهد. همان گونه که مشاهده می شود؛ نگرانی ($P < ۰/۰۰۱$)؛ $F = ۱۱۶/۵۷۳$ ؛ $F = ۰/۳۱۶$ ؛ لامبدای ویلکز) بیشترین میزان تأثیر را در این تابع تشخیصی دارد و پس از آن متغیرهای همجوشی شناختی ($P < ۰/۰۰۱$)؛ $F = ۹۸/۷۲۴$ ؛ $F = ۰/۲۸۵$ ؛ لامبدای ویلکز)، ارزیابی مجدد ($P < ۰/۰۰۱$)؛ $F = ۸۶/۳۱۹$ ؛ $F = ۰/۲۶۳$ ؛ لامبدای ویلکز)، توجه برگردانی ($P < ۰/۰۰۱$)؛ $F = ۷۱/۴۳۵$ ؛ $F = ۰/۲۲۷$ ؛ لامبدای ویلکز)، نشخوارگری ($P < ۰/۰۰۱$)؛ $F = ۶۴/۷۵۱$ ؛ $F = ۰/۲۰۲$ ؛ لامبدای ویلکز) و پذیرش ($P < ۰/۰۰۱$)؛ $F = ۴۲/۶۴۰$ ؛ $F = ۰/۱۷۴$ ؛ لامبدای ویلکز) قرار دارند. در جدول ۳ نتایج تحلیل تابع تشخیص و معناداری آن نشان داده می شود.

جدول ۳) نتایج تحلیل تابع تشخیص

تابع تشخیص	ارزش ویژه تابع	درصد واریانس	همبستگی بنیادی	لامبدای ویلکز	خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری
۱	۱۲/۷۳۸	۸۸/۲۶	۰/۸۴	۰/۱۷۴	۱۰۴/۷۲۹	۶	۰/۰۰۰۱

جدول ۴ ضرایب همبستگی متغیرهای پیش بین وارد شده به مدل و تابع تشخیصی را نشان می دهد. در واقع، این جدول بیانگر اهمیت متغیرها در تابع تشخیصی است؛ به طوری که متغیر نگرانی بیشترین سهم را در تابع به وجود آمده دارد و پس از آن متغیرهای دیگر به ترتیب اهمیت ذکر شده اند.

با توجه به نتایج جدول ۳، ارزش ویژه تابع که بین گروه های وسواس و بهنجار تمایز ایجاد می کند، ۱۲/۷۴ است؛ این بدان معناست که این تابع تشخیصی ۸۸/۲۶ درصد از واریانس را تبیین می کند. همبستگی بنیادی ۰/۸۴ و مقدار خی دو برابر با ۱۰۴/۷۲۹ است که بیانگر معناداری تمایز ایجاد شده در دو گروه به واسطه این تابع است.

جدول ۴) ضرایب همبستگی متغیرهای پیش بین با تابع تشخیصی

متغیر	تابع تشخیص	سطح معناداری
نگرانی	۰/۵۸	۰/۰۰۱
همجوشی شناختی	۰/۵۱	۰/۰۰۱
ارزیابی مجدد	۰/۴۳	۰/۰۰۱
توجه برگردانی	۰/۳۶	۰/۰۰۱
نشخوارگری	۰/۲۹	۰/۰۰۸
پذیرش	۰/۲۴	۰/۰۱۲

توانسته است ۸۴ درصد افراد وسواس و ۹۲ درصد افراد بهنجار را درست گروه بندی کند؛ به عبارت دیگر به صورت کلی ۸۸ درصد کل آزمودنی ها درست طبقه بندی شده اند.

در ادامه، جدول ۵ نتایج نهایی و خلاصه تحلیل تابع تشخیصی به منظور تفکیک دو گروه را نشان می دهد. در واقع نتایج جدول نشان می دهد که این تابع تشخیصی

جدول ۵) نتایج نهایی تحلیل تشخیصی به منظور تفکیک دو گروه

جمع	بهنجار	وسواس	گروه	
۵۰	۸	۴۲	وسواس	فراوانی
۵۰	۴۶	۴	بهنجار	
۱۰۰	۱۶	۸۴	وسواس	درصد
۱۰۰	۹۲	۸	بهنجار	

بحث

یکی از اهداف پژوهش حاضر بررسی نقش تشخیصی همجوشی شناختی در تفکیک دو گروه وسواس و بهنجار بود. نتایج پژوهش با پژوهش‌های (۴۰-۴۴)، همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت همان طوری که نظریه فراشناختی ولز بیان می‌کند؛ باورهای درآمیختگی افکار یک عامل مهم و تعیین‌کننده در ارزیابی منفی از افکار مزاحم است و با فعال شدن باورهای فراشناختی مربوط به معنای افکار، وقوع افکار خودآیند به صورتی تهدیدکننده توسط فرد تلقی می‌شود و علائم و نشانه‌های وسواس را در فرد به وجود می‌آورد (۴۵). به عبارت دیگر، فعال شدن باورهای درآمیختگی افکار، ارزیابی‌هایی را بر می‌انگیزاند که بر اساس آنها فکر وسواسی خطرناک تلقی می‌شود. این ارزیابی‌ها منجر به بروز احساس ترس، اضطراب، گناه و ناراحتی می‌شوند. خود این احساسات هم می‌توانند نشانه‌ای باشند از این که خطر همراه با افکار مزاحم، خطری واقعی است. در پی آن، فرآیندهای فراشناختی، برای مقابله با خطر ادراک شده، راهبردهایی خاص، مانند سرکوب فکر، خنثی‌سازی، وارسی و استدلال ذهنی فعال می‌شوند. انتخاب یکی از راهبردها با نوعی از ارزیابی که فکر وسواسی در بیمار ایجاد کرده، مرتبط است. مثلاً وقتی ارزیابی فرد این است که فکر وسواسی نشان‌دهنده وقوع حوادث منفی در آینده است و باید از آنها جلوگیری کرد، ممکن است راهبرد خنثی‌سازی را برگزیند، در حالی که اگر ارزیابی فرد این باشد که فکر وسواسی نشان‌دهنده آن است که اتفاقی خطرناک پیش از این رخ داده است، ممکن است راهبردهای وارسی یا اختلال ذهنی را به کار گیرد. راهبردها باعث می‌شوند فرد نتواند در واقعیت، این باورها را بیازماید و اعتبار آنها را رد کند (۴۶).

هدف دیگر پژوهش حاضر بررسی نقش تشخیصی راهبردهای کنترل فکر در تفکیک دو گروه وسواس و بهنجار بود. نتایج این پژوهش با یافته‌های (۴۶-۴۸) همسو بود. در

تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که مطابق مدل فراشناختی، فعال شدن باورهای فراشناختی ناکارآمد، موجب ارزیابی منفی فکر مزاحم به عنوان نشانه 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 (۱۹). نکته 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 متناقضی داشته باشد و باعث افزایش افکار مزاحم شود (۴۹). در واقع راهبردهای کنترل فکر را می‌توان به نوعی با وسواس‌های 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 نمی‌توانند راه‌حل مناسبی برای مقابله با افکار وسواسی باشند. یافته دیگر این تحقیق حاکی از نقش ارزیابی مجدد، در تفکیک گروه وسواسی از افراد بهنجار است. در این مورد می‌توان گفت، افراد دارای افکار وسواسی در مواجهه با شرایط ناگوار به ارزیابی تجارب ناشی از رویارویی با شرایط به وجود آمده پرداخته و بر سازنده بودن این شرایط تاکید می‌کنند که این تأکید موجب تکرار نحوه رویارویی به نوبه خود باعث مخدوش شدن حافظه فرد می‌شود. این یافته را می‌توان براساس نظریه راجمن (۵۰) این طور تبیین کرد که چون آخرین بخش از سازوکار خود تداوم بخش در وسواس، نوع دیگری از سوگیری شناختی است که در آن با سپری شدن یک چرخه وارسی ایمنی، مسئولیت فرد افزایش می‌

پردازد تجربه هیجانی را برای خود پذیرفتنی می‌سازد و همانند افراد سرکوبگر رفتار حلقه معیوب نمی‌شود و بر همین اساسی کاهشی را در سطح ناراحتی مرتبط با افکار مزاحم تجربه می‌نمایند. در مجموع با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که فعال شدن باورهای درآمیختگی افکار، ارزیابی‌هایی را بر می‌انگیزاند که بر اساس آنها استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان و کنترل فکر بیشتر و متعاقباً فکر وسواسی خطرناک تلقی می‌شود. این ارزیابی‌ها منجر به بروز احساس ترس، اضطراب، گناه و ناراحتی می‌شوند. اگر ارزیابی فرد این باشد که فکر وسواسی نشان دهنده‌ی آن است که اتفاقی خطرناک پیش از این رخ داده است، ممکن است راهبردهای واری یا اختلال ذهنی را به کار گیرد. راهبردها باعث می‌شوند فرد نتواند در واقعیت این باورها را بیازماید و اعتبار آنها را رد کند.

لازم به ذکر است که این پژوهش نیز همانند سایر مطالعات دارای محدودیت‌هایی بود از جمله اینکه از مقیاس خود گزارش‌دهی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد و در این گونه مقیاس‌ها امکان سوگیری هست. همچنین استفاده از نمونه‌گیری در دسترس تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌کند و اینکه روش این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای است که نتیجه‌گیری علیتی را محدود می‌کند. به تبع محدودیت‌های یاد شده، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی بر روی نمونه‌های گسترده‌تر صورت گیرد و از طرح‌های تجربی یا طولی که امکان استنتاج یک رابطه علت و معلولی را به دست دهد استفاده گردد. مطالعات بعدی می‌توانند با استفاده از سایر همبسته‌ها نظیر مؤلفه‌های هیجانی، روانی و فیزیولوژیک و آزمایش‌های مختلف شناختی انجام گردد تا به تبیین بهتر نتایج کمک کند. یکی از یافته‌های پژوهش حاضر این بود که گروه مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری از راهبردهای کنترل فکر ناکارآمد بیشتری استفاده می‌کنند. با توجه به این نتایج توصیه می‌شود بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری تشویق شوند تا با جایگزین کردن راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه به جای راهبردهای ناسازگارانه علائم وسواسی خود را بهبود بخشند.

یابد، ارزیابی مجدد به منزله یک چرخه واری ایمن بخش نقشی را ایفا می‌کند که به بیشتر شدن مسئولیت فرد می‌انجامد. احساس مسئولیت کردن یکی از مؤلفه‌های اصلی افکار وسواسی است. در واقع، در شرایطی که احساس مسئولیت بیشتر می‌شود، فرد دچار افکار وسواسی می‌شود. یافته‌ی دیگر این تحقیق هماهنگ با پژوهش‌های (۲۷، ۲۸) حاکی از آن است که نشخوارگری در تفکیک گروه وسواسی از افراد بهنجار نقش معناداری دارد. برای تبیین این یافته، براساس نظریهٔ راجمن (۴۸)، می‌توان گفت که وسواس را یک سازوکار خود تداوم بخش پدید می‌آورد که در بخش نخست، هیجان منفی ناشی از احساس خطر، فرد را به جست‌وجوی ناموفق برای اطمینان از عدم وقوع آن می‌کشاند. سپس در بخش دیگر، بر اثر تکرار اقدامات برای اطمینان‌یابی، حافظهٔ شخص برای واری مخدوش شده و دستیابی به اطمینان کاهش می‌یابد؛ به طوری که فرد هرچه بیشتر به تکرار مبتلا شود، اطمینان وی به حافظه کمتر می‌شود و به تبع آن تجربهٔ هیجان ناخوشایند افزایش می‌یابد. یافته‌ی دیگر این تحقیق هماهنگ با هیز و همکاران (۱۳) بود حاکی از آن است که راهبرد پذیرش در تفکیک گروه وسواسی از افراد بهنجار نقش معناداری دارد. کسانی که در رویارویی با وقایع ناراحت‌کننده، فکر می‌کنند باید این اتفاق و این شرایط را بپذیرند و یاد بگیرند که از این پس با این مسأله زندگی کنند و آنهایی که برای تغییر شرایط احساس ناتوانی می‌کنند؛ احتمال آسیب آنان بیش از کسانی است که به دنبال تغییر دادن شرایط هستند. این بدین معناست که فرد اگر مشکلاتش را منفعلانه و بدون تلاش برای تغییر دادن شرایط بپذیرد، حالت غم و اندوه و در نتیجه اختلال به بار خواهد آورد. البته نوع رویکردی که به پذیرش مشکلات منجر می‌شود، در اینکه این پذیرش و تسلیم چه پیامد هیجانی به دنبال داشته باشد، مؤثر است. این بدین معناست که اگر پذیرش، با اختیار فرد و حس مثبت توأم باشد، پیامد هیجانی مثبت و اگر با حس منفی و انفعال همراه باشد، پیامد منفی به دنبال خواهد داشت. همچنین تلاش برای سرکوبی تفکر یا اجتناب از آن فقط به تکرار، سرزدگی و مزاحمت افکار، احساسات و انتظارات کمک می‌نماید. در این راستا به نظر می‌رسد ارزیابی مجدد در درون خود عنصری از پذیرش را در خود جای داده است و وقتی فرد به ارزیابی مجدد می

responsibility. *Journal of Anxiety Disorders*. 2005; 19(7): 806-17.

15- Shareh HA, A. Brain Behavioral Systems, Metacognitive Beliefs, and Thought Control Strategies in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2013; 13(9): 11-22.

16- Myers SG, Wells A. An experimental manipulation of metacognition: A test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour research and therapy*. 2013; 51(4): 177-84.

17- Wegner DM, Gray K. *The mind club: Who thinks, what feels, and why it matters*: Penguin. 2017.

18- Wells A, Davies MI. The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour research and therapy*. 1994; 32(8): 871-8.

19- Abramowitz JS, Arch JJ. Strategies for improving long-term outcomes in cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: insights from learning theory. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2014; 21(1): 20-31.

20- Pirkhaefi AT-B, F. Abshari, L. Comparison of Neuropsychological Profile and Cognitive Emotion Regulation in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Generalized Anxiety. *Journal of Clinical Psychology*. 2017; 4(32): 11-21.

21- Ahadi B, Azizinezhad, F, Narimani, M, Berahmand, O. Explaining the role of attachment styles and defensive mechanisms in obsession-compulsion disorder. 2009.

22- Öngen DE. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression and submissive behavior: Gender and grade level differences in Turkish adolescents. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010; 9: 1516-23.

23- Garnefski N, Kraaij, V. . The cognitive emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*. 2007; 23(3): 141-9.

24- Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*. 2001; 30(8): 1311-27.

25- Vohs KD, Baumeister RF. *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications*: Guilford Publications. 2016.

26- Gratz KL, Tull MT. Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance-and mindfulness-based treatments. *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change*. 2010; 107-33.

27- Garnefski N, Kraaij V. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Cognition and Emotion*. 2016; 1-8.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی شرکت کنندگان که صمیمانه ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدر دانی می‌شود.

منابع

- 1- Babaee M, kbarzade, N , najal Rahim, A, Poorshahriari, M. The effect of combination therapy, cognitive-behavioral and ideation reduction of risk on obsessive-compulsive disorder in female students. *Psychological Studies*. 2008; 6(1).
- 2- Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub. 2013.
- 3- Wells A, Simons M. *Metacognitive therapy*: Wiley Online Library. 2009.
- 4- Mohammadkhani S, Farjad M. The relationship of the metacognitive beliefs and thought control strategies with obsessive-compulsive symptoms in nonclinical population. *Journal of Clinical Psychology*. 2009; 1(3)(3): 35-55.
- 5- Scarff JR. The potential application of obsessions to reduce compulsions in individuals with obsessive-compulsive disorder. *Medical hypotheses*. 2010; 74(2): 216-8.
- 6- Zettle RD, Hayes SC, Barnes-Holmes D, Biglan A. *The Wiley handbook of contextual behavioral science*: John Wiley & Sons. 2016.
- 7- Gaudio BA, Herbert JD. Believability of hallucinations as a potential mediator of their frequency and associated distress in psychotic inpatients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2006; 34(4): 497-502.
- 8- Dalrymple KL, Herbert JD. Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behavior Modification*. 2007; 31(5): 543-68.
- 9- Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for treatment-resistant posttraumatic stress disorder: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2009; 16(3): 243-52.
- 10- Herbert JD, Forman EM. *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies*: John Wiley & Sons. 2011.
- 11- Hayes S, Lillis J. *Acceptance and Commitment Therapy*. Washington DC: American Psychological Association. 2012.
- 12- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*: Guilford Press. 2011.
- 13- Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2008; 76(6): 1083.
- 14- Myers SG, Wells A. Obsessive-compulsive symptoms: The contribution of metacognitions and

- obsessive-compulsive disorder. *Clinical psychology review*. 2017.
- 42- Morrison AP, Shryane N, Fowler D, Birchwood M, Gumley AI, Taylor HE, et al. Negative cognition, affect, metacognition and dimensions of paranoia in people at ultra-high risk of psychosis: a multi-level modelling analysis. *Psychological medicine*. 2015; 45(12): 2675-84.
- 43- Coles ME, Schubert JR, Heimberg RG, Weiss BD. Disseminating treatment for anxiety disorders: step 1: recognizing the problem as a precursor to seeking help. *Journal of anxiety disorders*. 2014; 28(8): 737-40.
- 44- Myers G FL, Wells A. An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *Journal of anxiety disorders*. 2009; 23: 436-42.
- 45- Papageorgiou C, Wells A. Group metacognitive therapy for severe antidepressant and CBT resistant depression: A baseline-controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*. 2015; 39(1): 14-22.
- 46- Steketee G. Individual cognitive and behavioral treatment for hoarding. *The Oxford handbook of hoarding and acquiring*: Oxford, NY. 2014; 260-73.
- 47- Clark DA, Abramowitz J, Alcolado GM, Alonso P, Belloch A, Bouvard M, et al. Part 3. A question of perspective: The association between intrusive thoughts and obsessionality in 11 countries. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*. 2014; 3(3): 292-9.
- 48- Salkovskis PM, Millar JF. Still cognitive after all these years? Perspectives for a cognitive behavioural theory of obsessions and where we are 30 years later. *Australian Psychologist*. 2016; 51(1): 3-13.
- 49- Lambert AE, Hu Y, Magee JC, Beadel JR, Teachman BA. Thought suppression across time: Change in frequency and duration of thought recurrence. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*. 2014; 3(1): 21-8.
- 50- Rachman S. The evolution of behaviour therapy and cognitive behaviour therapy. *Behaviour research and therapy*. 2015; 64: 1-8.
- 28- Khosravi M, Mehrabi H, Azizimoghadam M. A comparative study of obsessive-rumination component on obsessive-compulsive and depressive patients. *Koomesh*. 2008; 10(1): 65-72.
- 29- Legerstee JS, Garnefski N, Verhulst FC, Utens EM. Cognitive coping in anxiety-disordered adolescents. *Journal of adolescence*. 2011; 34(2): 319-26.
- 30- Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*. 2010; 30(2): 217-37.
- 31- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry*. 1989; 46(11): 1006-11.
- 32- Kim SW, Dysken MW, Kuskowski M. The Yale-Brown obsessive-compulsive scale: a reliability and validity study. *Psychiatry Research*. 1990; 34(1): 99-106.
- 33- Andooz Z. Efficacy of the wells model of meta cognitive therapy in treatment of one case with obsessive compulsive disorder. *Andishe va raftar* 2004; 12(1): 56-66.
- 34- Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Leiderdorp, The Netherlands: DATEC. 2002.
- 35- Hasani J. The reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire. 2011.
- 36- Reynolds M, Wells A. The Thought Control Questionnaire—psychometric properties in a clinical sample, and relationships with PTSD and depression. *Psychological Medicine*. 1999; 29(5): 1089-99.
- 37- Goodarzi M, Esmaili Torkanbori Y. The relation between intrusive thoughts control strategies and severity of obsessive-compulsive symptoms. *Hakim Research Journal*. 2006; 8(4): 44-51.
- 38- Gillanders DT, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, Flaxman PE, Campbell L, et al. The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior therapy*. 2014; 45(1): 83-101.
- 39- Akbari M, Roshan R, Shabani A, Fata L, Shairi MR, Zarghami F. Transdiagnostic treatment of co-occurrence of anxiety and depressive disorders based on repetitive negative thinking: A case series. *Iranian journal of psychiatry*. 2015; 10(3): 200.
- 40- Welsh P, Cartwright-Hatton S, Wells A, Snow L, Tiffin PA. Metacognitive beliefs in adolescents with an at-risk mental state for psychosis. *Early intervention in psychiatry*. 2014; 8(1): 82-6.
- 41- De Putter LM, Van Yper L, Koster EH. Obsessions and compulsions in the lab: A meta-analysis of procedures to induce symptoms of