

Research Paper

Comparison of Cognitive Errors and Rumination in Obsessive-Compulsive and Social Phobia Disorders



Seyedeh Elnaz Mousavi¹, Banafsheh Gharraee^{2*}, Abas Ramazani Farani³, Farhad Taremi⁴

1. MSc. Student of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. PhD in Clinical Psychology, Associate Professor, Department of Clinical Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. PhD in Clinical Psychology, Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4. PhD in Clinical Psychology, Assistant Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.



Citation: Mousavi SE, Gharraee B, Ramazani Farani A, Taremi F. [Comparison of Cognitive Errors and Rumination in Obsessive-Compulsive and Social Phobia Disorders (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2017; 23(1):10-21. <https://doi.org/10.18869/NIRP.IJPCP.23.1.10>

doi: <https://doi.org/10.18869/NIRP.IJPCP.23.1.10>

Received: 09 Dec. 2016

Accepted: 15 Feb. 2017

ABSTRACT

Objectives The present research was conducted to compare cognitive errors and rumination in patients with obsessive-compulsive and social phobia disorders.

Methods The research design was cross-sectional post event descriptive survey. The research participants included 30 patients with social phobia disorder and 30 patients with obsessive-compulsive disorder who were aged between 15 and 50 years in Zanjan city, who were available samples. They were selected on the basis of psychiatrist diagnosis and structured diagnostic interviews (SCID-I) and (SCID-II), and the inclusion and exclusion criteria. Cognitive errors questionnaire and ruminative response style questionnaire were used to measure the variables.

Results The results, analyzed using multivariate analysis of variance, indicated that there is a significant difference with regard to the components of cognitive error between the patients belonging to the two groups (obsessive-compulsive and social phobia disorders) ($P \leq 0.05$). There was no significant difference between the mean scores of rumination components in groups' $P \leq 0.05$ level.

Conclusion According to the research findings, cognitive errors and rumination play important roles in obsessive-compulsive and social phobia disorders as experienced by both the groups. However, the patients with obsessive-compulsive disorder had more cognitive errors compared to the patients with social phobia disorder. The results confirm the equal role of rumination in the psychopathology of these two groups.

Key words:

Obsessive compulsive disorder, Social phobia disorder, Cognitive errors, Rumination

Extended Abstract

1. Introduction

Anxiety disorders are one of the most common disorders with anxiety excitement playing a central role. Cognitive theorists believe that the ways of thinking make some people vulner-

able to anxiety disorders. This study was conducted to compare the cognitive errors and mental ruminations in patients with obsessive-compulsive and social phobia disorders.

Patients with social phobia disorder and obsessive-compulsive disorder have more deficits in attentional control, have more symptoms of obsessive-compulsive disorder, and experience bouts of rumination, anxiety and depres-

* Corresponding Author:

Banafsheh Gharraee, PhD

Address: Department of Clinical Psychology, School of Behavioral Sciences (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 66551655

E-mail: gharraee.b@iums.ac.ir

sion [18]. To the best of our knowledge, no research on the type of cognitive errors in patients with obsessive-compulsive disorder and social phobia has been conducted in Iran. Therefore, the aim of this study was to compare the content of mental ruminations and cognitive errors in patients with obsessive-compulsive disorder and social phobia in order to provide better treatment to the two groups of patients.

2. Methods

The research design is descriptive ex post facto and takes up the form of a cross-sectional study. The participants were 30 patients with obsessive-compulsive disorder and 30 patients with social phobia in the age group of 15-50 years in Zanjan City. The participants were selected in the form of Available Sampling and using the psychiatric diagnosis and structured diagnostic interviews (SCID-I) and (SCID-II). Inclusion criteria were being afflicted with either of the two clinical disorders, having a minimum degree of junior level at a secondary school, and being in the age range of 15-50 years. The exclusion criteria were having personality disorders, mental retardation, bipolar disorder, psychosis, and substance abuse. To measure variables, the Cognitive Errors Test and Ruminative Response Style Questionnaire were used. Data analysis was carried out using SPSS-18 software. In order to analyze the research hypotheses, parametric statistical methods were used. To study the differences between obsessive-compulsive disorder and social phobia groups in relation to the component of cognitive errors, multivariate variance analysis (MANOVA) was conducted.

3. Results

In conjunction with the demographic information relating to the groups under study, the average age of patients with obsessive-compulsive disorder and social phobia was 30.56 and 24.13, respectively. In general, 55% were female and 45% were male. The participants had attained education levels of under-diploma (21.7%), high school diploma (28.3%) and above high school diploma (50%). With regard to marital status, 58.3% were single, 36.7% were married and 5% were divorced. Despite a significant difference in some demographic variables among the two groups, the results of analysis of covariance showed that these differences had no contribution to the results obtained in this study.

To test the normal distribution of scores for cognitive errors and mental ruminations in the two groups, the Kolmogorov-Smirnov test was used. The significance level (sig) for the values obtained in this test was higher than

0.05 for all the above factors.. Levine's test was used to test the homogeneity of variances for components of cognitive errors and mental ruminations in obsessive-compulsive disorder and social phobia groups. The significance level (Sig.) of statistics obtained from this test was higher than 0.05 for all variables. Therefore, assuming similarity of the discussed variables, the variances in both the groups was accepted. According to the assumptions of parametric statistics in this research, including the relativity of variables' scale, the normal distribution and variances of the same variables were observed in the two groups.

4. Discussion

The results showed that there is a significant difference between the components of all-or-nothing thinking, hasty conclusions, labeling others, ignoring positive affairs, catastrophizing and sensory argument between both the groups of patients. Mental filter components scores, extreme generalization, and the Dos and personalization in patients with obsessive-compulsive disorder are more than that of social phobia patients, but this difference is not significant. Patients with social phobia had fewer cognitive errors compared to patients with obsessive-compulsive disorder. This is Social skills in social phobia disorder plays an important role. Sometimes people due to defects in these skills, failure in their social relationships and environment which does not give good feedback.. These shortcomings play a more important role with respect to social skills than cognitive errors [27].

The results showed that there was no significant difference in the mean of components such as distraction, pondering and sinking in rumination among the two groups of patients. The mean of components such as distraction and sinking in rumination was higher in patients with obsessive-compulsive disorder than that of the social phobia group, but according to MANOVA test results, this difference was not statistically significant.

According to the results of this study, which showed that there is no significant difference between patients with obsessive-compulsive disorder and social phobia in ruminations, therefore in explaining these findings it can said that anxiety is a prominent feature in both, and given that these two disorders in the same category in DSM-IV, their diagnostic features are somewhat similar . Rumination is maladaptive component in all anxiety disorders but it is predicted that this can discriminate non-patient group from social phobia and Obsessive-Compulsive Disorder groups.

In general, our results showed that there was a significant difference between patients belonging to the two

groups when the component of cognitive error was taken into account ($P<0.05$). There was no significant difference between the mean scores of the groups as far as the component of rumination was concerned ($P<0.05$).

Acknowledgments

This research was extracted from the MSc. thesis of the first author, in the Department of Clinical Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Conflict of Interest

The authors declared no conflicts of interest.

مقایسه خطاهای شناختی و نشخوارهای فکری در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی و فوبی اجتماعی

سیده‌الناز موسوی^۱، بنفشه غرایبی^۲، عباس رمضانی‌فرانی^۳، فرهاد طارمیان^۴

- ۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.
- ۲- دکترای روان‌شناسی بالینی، دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.
- ۳- دکترای روان‌شناسی بالینی، استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.
- ۴- دکترای روان‌شناسی بالینی، استادیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۹ آذر ۱۳۹۵
تاریخ پذیرش: ۲۷ بهمن ۱۳۹۵

اهداف: این مطالعه، با هدف مقایسه خطاهای شناختی و نشخوارهای فکری، در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی و فوبی اجتماعی انجام شد.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش، تحقیق توصیفی پس‌رویدادی، از نوع مقطعی بود. شرکت‌کنندگان پژوهش، سی نفر بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی و سی نفر بیمار مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی، در رده سنی پانزده تا پنجاه سال شهر زنجان بودند. این افراد، به صورت نمونه در دسترس و با استفاده از تشخیص روان‌پزشک و مصاحبه تشخیصی ساختاریافته (SCID-I) و (SCID-II) و براساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. برای اندازه‌گیری متغیرها، پرسش‌نامه خطاهای شناختی (CET) و پرسش‌نامه سبک پاسخ‌دهی نشخواری (RRS) به کار رفت. داده‌ها، با استفاده از نسخه هجدهم نرم‌افزار SPSS و از طریق روش تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین مؤلفه‌های خطای شناختی بیماران دو گروه، تفاوت معنادار وجود دارد ($P \leq 0/05$). افزون‌براین، بین میانگین نمرات مؤلفه‌های نشخوار فکری در گروه‌ها، در سطح $0/05$ تفاوت معنادار وجود ندارد.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، خطاهای شناختی و نشخوارهای فکری، نقش مهمی در اختلالات وسواس فکری عملی و فوبی اجتماعی دارد که هر دو گروه، آن‌ها را تجربه می‌کنند؛ هرچند بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی، در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی، خطاهای شناختی بیشتری دارند. همچنین نتایج، نقش برابر نشخوارهای فکری را در آسیب‌شناسی این دو گروه تأیید می‌کند.

کلیدواژه‌ها:

اختلال وسواس فکری عملی،
اختلال فوبی اجتماعی،
خطاهای شناختی،
نشخوارهای فکری

مقدمه

روان‌شناختی دخیل در شروع و تداوم اختلالات وسواس فکری عملی و فوبی اجتماعی انجام شده و هریک به‌نوعی، یکی از مؤلفه‌های دخیل در این اختلال‌ها را بررسی کرده است. یکی از این مؤلفه‌ها، خطاهای شناختی^۱ و دیگری نشخوارهای فکری^۲ است. همه نظریه‌های شناختی، به نقش عاملی مهم در ایجاد و حفظ اختلالات اضطرابی اشاره کرده‌اند و آن، وجود خطاهای شناختی است. خطاهای شناختی، در فرایند پردازش اطلاعات مداخله می‌کند و مانع از دستیابی فرد به اطلاعات ناب می‌شود

اختلالات اضطرابی، یکی از اختلالات رایج با محور هیجان اضطراب است. نظریه‌پردازان شناختی معتقدند که شیوه‌های تفکر، برخی افراد را در برابر اختلالات اضطرابی آسیب‌پذیر می‌کند. به عقیده این نظریه‌پردازان، افرادی که بیشتر از دیگران دچار مشکلات اضطرابی می‌شوند، موقعیت‌های بی‌خطر را تهدیدکننده‌تر ارزیابی و توجه خود را بیش‌ازحد بر تهدیدها متمرکز می‌کنند و به صورت انتخابی، اطلاعاتی را یادآوری می‌کنند که تهدیدکننده به نظر می‌رسد [۱].

در چند دهه قبل، مطالعات زیادی برای شناسایی عوامل

1. Cognitive error
2. Rumination

* نویسنده مسئول:

دکتر بنفشه غرایبی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، گروه روان‌شناسی بالینی.

تلفن: ۹۸۰۶۶۵۵۱۶۵۵ (۲۱)

پست الکترونیکی: gharraee.b@iums.ac.ir

نمی‌شود؛ بلکه ممکن است در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواسی جبری نیز دیده شود [۱۳، ۱۲]. پژوهش سوچونگ^۶ و همکاران [۱۴]، نشان داد که در نشخوارهای فکری، بین گروه‌های مختلف اختلالات اضطرابی و افسردگی، تفاوت معناداری وجود ندارد و نشخوارهای فکری، در بیماران مبتلا به اختلالات افسردگی اساسی و اضطراب فراگیر و وسواسی اجباری بیشتر است. همچنین، بیماران مبتلا به اختلال وسواسی اجباری در مقایسه با دو گروه دیگر، نشخوارهای فکری و نقص در کنترل آن‌ها بارزتر بود. افزون‌براین، نتایج مطالعه‌ای دیگر نشان داد که نشخوارهای فکری، هم در جمعیت‌های بالینی و هم در جمعیت‌های غیربالینی اتفاق می‌افتد؛ وقوع آن، به یک اختلال محدود نیست [۱۵]. براساس پژوهش عطایی و فتی و احمدی‌بهری (۱۳۹۱)، افراد مبتلا به فوبی اجتماعی همانند افرادی که سطح چشمگیری از صفت اضطراب را دارند، به دنبال رویدادهای استرس‌زا، از سبک پاسخ نشخوار ذهنی استفاده می‌کنند [۱۶].

میزان استفاده از نشخوار فکری در گروه وسواسی اجباری، بیشتر از گروه غیرمبتلا بود. براساس یافته‌های این پژوهش، نشخوار فکری نقش مهمی در اختلال وسواسی جبری دارد [۱۷]. مبتلایان به اختلالات اضطراب فراگیر و وسواس فکری عملی در مقایسه با افراد عادی، نقص بیشتری در کنترل توجه و علائم بیشتری از وسواس فکری عملی، نشخوار فکری، اضطراب و افسردگی نشان می‌دهند [۱۸]. تاکنون در ایران، پژوهشی در زمینه نوع خطاهای شناختی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی و فوبی اجتماعی انجام نشده است. از این رو هدف پژوهش حاضر، مقایسه محتوای نشخوارهای فکری و خطاهای شناختی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی و فوبی اجتماعی، به منظور ارائه درمان مطلوب‌تر به این دو گروه از بیماران است.

روش

پژوهش حاضر، مطالعه توصیفی پس‌رویدادی، از نوع مقطعی بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل تمامی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی و فوبی اجتماعی، در دامنه سنی پانزده تا پنجاه در شهر زنجان بودند. نمونه بررسی شصت نفر، شامل سی بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی و سی بیمار مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی بودند که به کلینیک‌های شهر زنجان مراجعه کرده بودند. سن گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی، در دامنه ۲۰ تا ۴۵ سال با میانگین ۳۰/۵۶ و سن گروه مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی، در دامنه ۱۷ تا ۳۳ سال و با میانگین ۲۴/۱۳ بود. این بیماران، پس از دریافت تشخیص اولیه روان‌پزشک و انجام مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور ۱ و II، با استفاده از SCID-I و SCID-II انتخاب شدند. روش

[۲]. نمونه‌هایی از خطاهای شناختی در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی، بیش‌برآورد کردن خطر و مسئولیت‌پذیری زیاد را شامل می‌شود و در افراد مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی، این خطاها کم‌برآورد کردن صلاحیت خویش و بیش‌برآورد کردن علائم و فاجعه‌بار کردن را دربرمی‌گیرد [۴، ۳]. پژوهش‌هایی که در زمینه خطاهای شناختی انجام شده، نتایج مشابهی را نشان می‌دهد؛ برای مثال، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که خطاهای شناختی، شدت اختلال وسواسی اجباری را بیشتر و افکار وسواسی را پیش‌بینی می‌کند. همچنین وجود این افکار، به‌ویژه افکار مسئولیت‌پذیری زیاد، علائم اضطراب را در اختلال وسواسی اجباری شدت می‌بخشد [۵]. افزون‌براین، بین علائم اضطراب و افکار خودآیند منفی، هم‌بستگی مثبت وجود دارد و این هم‌بستگی، به‌ویژه در بیماران مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی بیشتر است [۶].

درواقع شدت زیاد علائم اختلالات اضطرابی، با سطوح بالای افکار خودآیند منفی در ارتباط بود و هر قدر این افکار شدت بیشتری داشت، احساس کنترل بر رویدادها کمتر بود. دامینیک، کیرون و فردریک^۳ (۲۰۰۷)، در مطالعه‌ای مروری که روی افکار مزاحم و وسواس‌ها و برانگیزاننده‌ها در اختلال وسواسی اجباری انجام دادند، بدین نتیجه رسیدند که درون‌مایه اصلی خطای شناختی اختلالات اضطرابی، به خطر و آسیب‌پذیری و فاجعه‌آمیز کردن و عبارت مرتب‌با پایدما مربوط است [۷].

استر^۴ و همکاران (۲۰۱۳)، در پژوهشی با هدف بررسی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در اختلال فوبی اجتماعی، به این نتیجه رسیدند که وجود افکار خودآیند منفی، فوبی اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند [۸]. همچنین، نتیجه پژوهش پیرباگلو^۵ (۲۰۱۳) نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی، در فرایند فکری خود خطاهای شناختی دارند [۹]. نشخوار فکری، به‌عنوان افکاری مقاوم و عودکننده تعریف می‌شود که گرد موضوعی معمولی، دور می‌زند و به‌طور غیرارادی، به آگاهی وارد می‌شود. پاسخ‌های نشخواری، نقطه مقابل حل مسئله مؤثر و ساختاریافته است و توجه را از موضوع‌های مدنظر و اهداف کنونی، منحرف می‌کند و مانع بروز رفتارهای مؤثری می‌شود که می‌تواند به درمان کمک کند [۱۰].

بررسی‌ها، نشان داده است که نشخوار فکری، نه تنها بر افسردگی دلالت دارد؛ بلکه با علائم اضطرابی نیز در ارتباط است [۱۱]. همچنین مطالعات مختلف، نشان می‌دهد که نشخوارهای فکری، فقط در میان افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی دیده

3. Dominic, Kieron, & Frederick

4. Esther

5. Pirbaglou

6. Sojung

نشخواری، نشان می‌دهد که آزمودنی، چقدر در هر فکر یا رفتار نشخواری درگیر می‌شود. نمرات، می‌تواند بین ۲۲ تا ۸۸ متغیر باشد. ترینور^{۱۰} و همکاران (۲۰۰۳)، ضریب آلفا و اعتبار بازآزمایی این مقیاس را به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۶۷ گزارش کرده‌اند. باقری‌نژاد و صالحی‌فرددی و طباطبایی، این پرسش‌نامه را به فارسی ترجمه کردند که اعتبار آن در نمونه ایرانی، به‌واسطه ضریب آلفای کرونباخ و به‌عنوان شاخصی از همسانی درونی، ۰/۸۸ گزارش شده است [۲۱].

مصاحبه بالینی ساختار یافته DSM-IV برای محور (SCID-I)^{۱۱}

SCID-I، ابزار جامع استاندارد شده‌ای برای ارزیابی اختلالات اصلی روان‌پزشکی محور I، براساس تعریف‌ها و معیارهای DSM-IV است که فرست، اسپیتزر، گیبون و ویلیامز (۱۹۹۷)، آن را برای مقاصد بالینی و پژوهشی طراحی کردند. در ایران نیز، شریفی و همکارانش (۱۳۸۳)، نسخه فارسی مصاحبه بالینی ساختار یافته را برای اختلالات محور I در DSM-IV، باروش‌شناسی بین‌فرهنگی به فارسی ترجمه کرده و در مطالعه‌ای چندمرکزی، روایی آن را سنجیده‌اند. در این مطالعه، ۲۹۹ مراجعه‌کننده ۱۸ تا ۶۵ ساله شرکت کردند که در درمانگاه‌های سرپایی حاضر شده یا در بخش‌های سه مرکز روان‌پزشکی در تهران بستری بودند. در نتایج این مطالعه، توافق تشخیصی برای بیشتر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط تا خوب بود (کاپای بالاتر از ۰/۶). توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص‌های کنونی، ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر، ۰/۵۵ بود. بیشتر مصاحبه‌شوندگان و مصاحبه‌کنندگان، قابلیت اجرای نسخه فارسی SCID را مطلوب گزارش کردند. بنابراین، ابزاری معتبر برای تشخیص‌گذاری و مقاصد بالینی، به‌ویژه پژوهشی و حتی آموزشی است [۲۲].

مصاحبه بالینی ساختار یافته DSM-IV برای محور (SCID-II)^{۱۲}

این ابزار، مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختار یافته‌ای است که فرست، اسپیتزر، گیبون و ویلیامز (۱۹۹۷)، آن را برای سنجش ده اختلال شخصیت محور II، براساس DSM-IV و نیز اختلال شخصیت منفعل‌پرخاشگر تدوین کرده‌اند. با این ابزار، می‌توان محور II را به دو شکل طبقه‌بندی (داشتن یا نداشتن اختلال شخصیت) یا ابعادی (توجه به ملاک‌های اختلال شخصیت) تشخیص داد.

درباره پایایی SCID-II، مطالعاتی انجام شده که همگی، پایایی بالای این آزمون را نشان داده است. ضریب کاپا برای بیماران، از ۰/۲۴ برای اختلال شخصیت وسواسی تا ۰/۷۴ برای اختلال شخصیت نمایشی (کاپای کلی ۰/۵۳)، متغیر بود و برای

نمونه‌گیری مطالعه حاضر، نمونه‌گیری در دسترس بود. معیار ورود افراد مبتلا به هریک از اختلالات بالینی، عبارت بود از: داشتن تحصیلات حداقل سوم راهنمایی و دامنه سنی پانزده تا پنجاه سال و وجود اختلال وسواس فکری عملی یا اختلال فوبی اجتماعی. همچنین، معیارهای خروج را این معیارها تشکیل می‌داد: وجود اختلالات شخصیت، عقب‌ماندگی ذهنی، مبتلابودن به اختلالات دوقطبی، روان‌پریشی و سوءمصرف مواد. پس از تشریح اهمیت پژوهش و اخذ رضایت کتبی از مراجعان، آن‌ها مقیاس‌های خطای شناختی و نشخوارهای فکری را تکمیل کردند.

ابزار اندازه‌گیری

پرسش‌نامه خطاهای شناختی (CET)^۷

میگونی (۱۳۸۰)، این پرسش‌نامه را ساخت و روی هشتاد نفر از افراد پادگان‌های نظامی شهر تهران و شهر میگون هنجاریابی کرد. پرسش‌نامه خطاهای شناختی (CET)، پنجاه جمله دارد که پنج وضعیت اجتماعی را ترسیم می‌کند: تصور شرکت در مصاحبه‌ای پذیرشی یا استخدامی، تصور موردبوقولی قرار گرفتن، تصور داشتن حجم زیادی کار، تصور موردانتقاد قرار گرفتن و تصور شرکت در مهمانی ناخوشایند. در زمینه هر وضعیت اجتماعی، برای هر خطای شناختی ده گانه، پنج گزینه مناسب تدوین شده است. گزینه‌ها براساس مقیاس لیکرت، به‌گونه‌ای طراحی شده که به پاسخ «کاملاً موافق»، ۴ نمره؛ «موافق»، سه نمره؛ «بی‌نظر»، دو نمره؛ «مخالف»، یک نمره؛ و «کاملاً مخالف»، صفر نمره تعلق می‌گیرد. نمرات بالا در گزینه‌های «کاملاً موافق» و «موافق»، در مقایسه با هنجار آزمون، بر وجود خطای مذکور دلالت دارد.

میگونی (۱۳۸۰) برای تعیین ضریب پایایی این ابزار، از بین شرکت‌کنندگان در مرحله اول هنجاریابی، از هر جنس بیست نفر را به‌طور تصادفی انتخاب کرد و به‌فاصله دو هفته بعد از اجرای نوبت اول آزمون، با استفاده از همان پرسش‌نامه دوباره آن را آزمون. میانگین ضریب هم‌بستگی کلی بین پاسخ‌های نوبت اول و نوبت دوم برای خانم‌ها، ۰/۶۱ و برای آقایان، ۰/۶۷ و میانگین ضریب هم‌بستگی کل نمرات هر دو جنس، ۰/۶۴ تعیین شد [۱۹].

پرسش‌نامه سبک پاسخ‌دهی نشخواری (RRS)^۸

مقیاس سبک پاسخ نشخواری، زیرمقیاسی از پرسش‌نامه سبک‌های پاسخ نولن-هوکسما و مورو^۹ به‌شمار می‌رود. نولن-هوکسما و مورو (۱۹۹۱)، این مقیاس خودگزارشی را برای دستیابی به نشخوار فکری طراحی کرده‌اند. این ابزار، ۲۲ سؤال چهارگزینه‌ای لیکرتی دارد [۲۰]. پرسش‌نامه سبک پاسخ‌دهی

10. Trınor

11. Structured Clinical Interview for DSM-IV

12. First, Spitzer, Gibbon, & Williams

7. Cognitive Error Test (CET)

8. Ruminative Response Scale (RRS)

9. Nolen-Hokeseına & Morou

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های خطاهای شناختی در گروه‌ها

خطاهای شناختی	وسواس فکری عملی	فوبی اجتماعی
خطاهای شناختی	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
تفکر همه یا هیچ	۱۳/۲۶(۲/۵)	۱۱/۳(۲/۵)
فیلتر ذهنی	۱۱/۶(۲/۵)	۱۱/۵(۲/۵۸)
تعمیم افراطی	۱۱/۹(۲/۵۵)	۱۱/۰۳(۱/۸۴)
نتیجه‌گیری عجولانه	۱۱/۷(۲/۲۸)	۱۰/۴(۲/۸۵)
برچسب‌زدن به دیگران	۱۰/۹۳(۲/۸۵)	۸/۶۶(۲/۹۹)
بی‌توجهی به امر مثبت	۱۱/۵(۲/۴)	۹(۲/۲۱)
فاجعه‌سازی	۱۴/۹۳(۳/۱)	۱۲/۶۶(۱۲/۹۶)
عبارت بایدها	۱۲/۹۶(۲/۵)	۱۱/۶(۳/۱۹)
استدلال حسی	۱۲/۸۳(۲/۱)	۱۰/۳۶(۳/۱۳)
شخصی‌سازی	۱۱/۹۶(۲/۴۵)	۱۱/۴(۲/۸۹)

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

بالای دیپلم، به ترتیب ۲۱/۷ و ۲۸/۳ و ۵۰ درصد بودند. همچنین ۵۸/۳ درصد، مجرد و ۳۶/۷ درصد، متأهل و ۵ درصد، مطلقه بودند. با وجود تفاوت معنادار در برخی از متغیرهای جمعیت‌شناختی در دو گروه بررسی‌شده، نتایج تحلیل کوواریانس بیانگر آن بود که این تفاوت‌ها، سهمی در نتایج به دست آمده از این پژوهش نداشته است.

همان‌طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود، در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی، بیشترین میانگین خطای شناختی، «فاجعه‌سازی» (۱۴/۹۳(۳/۱) و «تفکر همه یا هیچ» (۱۳/۲۶(۲/۵) و کمترین آن، «برچسب‌زدن به دیگران» (۱۰/۹۳(۲/۸۵) است. همچنین در بیماران مبتلا به فوبی اجتماعی، بیشترین میانگین خطای شناختی مربوط به «فاجعه‌سازی» (۱۲/۶۶(۱۲/۹۶) و کمترین آن نیز، «برچسب‌زدن به دیگران» (۸/۶۶(۲/۹۹) است.

بیماران غیرروان‌پزشکی، توافق بین ارزیابان به‌طور چشمگیری کمتر و کاپای کلی، ۰/۳۸ گزارش شد. روایی محتوایی نسخه ترجمه‌شده آزمون در ایران، در پژوهش بختیاری (۱۳۷۹) تأیید شد و ضریب پایایی این آزمون نیز، با استفاده از روش بازآزمایی با فاصله یک هفته، ۰/۸۷ به دست آمد [۲۳]. گفتنی است که برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نسخه هجدهم نرم‌افزار SPSS و آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) استفاده شد.

یافته‌ها

درباره ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌های مطالعه‌شده، میانگین سنی گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی و فوبی اجتماعی، به ترتیب ۳۰/۵۶ و ۲۴/۱۳ بود. در کل، ۵۵ درصد آزمودنی‌ها زن و ۴۵ درصد مرد بودند. افراد زیردیپلم و دیپلم و

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های نشخوار فکری در گروه‌ها

نشخوارهای فکری	وسواس فکری عملی	فوبی اجتماعی
نشخوارهای فکری	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
حواس‌پرتی	۳۱/۸۳(۶/۱۷)	۳۰/۱۶(۵/۳۳)
تعمق	۱۰/۴(۳/۳۹)	۱۱/۴۶(۲)
درفکر فرورفتن	۱۴/۱۳(۲/۴)	۱۳/۹(۲/۶۸)
نمره کل	۵۶/۳۶(۷/۴۹)	۵۵/۵۳(۷/۵۵)

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) تفاوت دو گروه وسواس فکری عملی و فوبی اجتماعی در مؤلفه‌های خطاهای شناختی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات (Ss)	درجه آزادی (df)	میانگین مجذورات (MS)	F	سطح معناداری (sig.)	مجذور اتا (Eta ²)
تفکر همه یا هیچ	۵۸/۰۱۷	۱	۵۸/۰۱۷	۹/۲۹	**۰/۰۰۳	۰/۱۳۸
فیلتر ذهنی	۰/۱۵	۱	۰/۱۵	۰/۰۲۳	۰/۸۷۹	۰/۰۰۰
تعمیم افراطی	۱۱/۲۶	۱	۱۱/۲۶	۲/۲۷	۰/۱۳۷	۰/۰۳۸
نتیجه‌گیری عجولانه	۲۶/۶۶	۱	۲۶/۶۶	۴/۰۱	۰/۰۰۵	۰/۰۶۵
برچسب‌زدن به دیگران	۷۷/۰۶	۱	۷۷/۰۶	۹	**۰/۰۰۴	۰/۱۳۴
بی‌توجهی به امر مثبت	۹۶/۲۶	۱	۹۶/۲۶	۱۷/۹	**۰/۰۰۰	۰/۲۳۶
فاجعه‌سازی	۷۷/۰۷	۱	۷۷/۰۷	۸/۳	**۰/۰۰۶	۰/۱۲۵
عبارت بایدها	۲۸/۰۱۷	۱	۲۸/۰۱۷	۳/۳۹	۰/۰۰۷	۰/۰۵۵
استدلال حسی	۹۱/۲۶	۱	۹۱/۲۶	۱۲/۸	**۰/۰۰۱	۰/۱۸۱
شخصی‌سازی	۴/۸۱	۱	۴/۸۱	۰/۶۶	۰/۴۱۷	۰/۰۱۱

**P≤۰/۰۵، *P≤۰/۰۱

و نشخوارهای فکری در دو گروه وسواس فکری عملی و فوبی اجتماعی، آزمون لوین^{۱۳} به کار رفت. سطح معناداری (Sig.) مقادیر آماره‌های به دست آمده از این آزمون، در همه متغیرها بیش از ۰/۰۵ بود. بنابراین، فرض یکسان بودن واریانس‌های متغیرهای بررسی شده در دو گروه وسواس فکری عملی و فوبی اجتماعی پذیرفته می‌شود.

باتوجه به اینکه در این پژوهش، پیش فرض‌های آمار پارامتریک از جمله نسبی بودن مقیاس متغیرها، طبیعی بودن توزیع آن‌ها و یکسان بودن واریانس‌های متغیرها، در دو گروه وسواس فکری عملی و فوبی اجتماعی رعایت شده است؛ بنابراین، برای تحلیل فرضیه‌های پژوهش، از روش‌های آمار پارامتریک استفاده شد. برای بررسی تفاوت دو گروه وسواس فکری عملی و فوبی اجتماعی در مؤلفه‌های خطاهای شناختی، آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) انجام شد که نتایج آن،

همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی، میانگین و انحراف معیار نشخوار فکری «حواس‌پرتی» (۳۱/۸۳(۶/۱۷) و «تعمق» (۱۰/۴(۳/۳۹) و «در فکر فرورفتن» (۱۴/۱۳(۲/۴) است. همچنین، در بیماران مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی، میانگین و انحراف معیار نشخوار فکری، «حواس‌پرتی» (۳۰/۱۶(۵/۳۳) و «تعمق» (۱۱/۴۶(۲) و «در فکر فرورفتن» (۱۳/۹(۲/۶۸) است.

برای آزمون طبیعی بودن توزیع نرمات خطاهای شناختی و نشخوارهای فکری هر یک از گروه‌های مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی و فوبی اجتماعی، از آزمون کلموگروف اسمیرنوف استفاده شد. سطح معناداری (Sig.) مقادیر آماره‌های به دست آمده از این آزمون، در هر دو گروه وسواس فکری عملی و فوبی اجتماعی، در همه متغیرهای مذکور بیش از ۰/۰۵ است. از این‌رو، فرض طبیعی بودن متغیرهای بحث شده در گروه اختلال وسواس فکری عملی و فوبی اجتماعی پذیرفته می‌شود.

برای آزمون همگنی واریانس‌های مؤلفه‌های خطاهای شناختی

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) تفاوت دو گروه وسواس فکری عملی و فوبی اجتماعی در مؤلفه‌های نشخوار فکری

متغیر وابسته	مجموع مجذورات (Ss)	درجه آزادی (df)	میانگین مجذورات (MS)	F	سطح معناداری (sig.)	مجذور اتا (Eta ²)
حواس‌پرتی	۴۱/۶۶	۱	۴۱/۶۶	۱/۲۵	۰/۲۶۸	۰/۰۲۱
تعمق	۱۷/۰۶	۱	۱۷/۰۶	۲/۱۹	۰/۱۴۴	۰/۰۳۶
در فکر فرورفتن	۰/۸۲	۱	۰/۸۲	۰/۱۲۵	۰/۷۲۵	۰/۰۲

در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر، نشان داد که بین میانگین مؤلفه‌های «تفکر همه یا هیچ»، «نتیجه‌گیری عجولانه»، «برچسب‌زدن به دیگران»، «بی‌توجهی به امر مثبت»، «فاجعه‌سازی» و «استدلال حسی». بین گروه‌های بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی و فوبی اجتماعی، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در تمامی مؤلفه‌های ذکر شده، میانگین نمرات گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی، بیش از گروه مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی است. میانگین نمرات مؤلفه‌های «فیلتر ذهنی»، «تعمیم افراطی»، «عبارت بایدها» و «شخصی‌سازی»، در گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی نیز، بیش از فوبی اجتماعی است؛ اما این تفاوت معنادار نیست.

این یافته‌ها، با یافته‌های دامینیک و همکاران [۲۵] و پیرباگلو [۹] و کیمبرلی [۵] همسو است. براین اساس، بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و وسواس فکری عملی، در فرایند فکری خود خطاهای شناختی دارند و درون‌مایه اصلی خطای شناختی، بر افکار مزاحم و وسواس‌ها و برانگیزاننده‌ها در اختلال وسواسی اجباری، با خطر و آسیب‌پذیری و فاجعه‌آمیز کردن و عبارت مربوط به بایدها ارتباط دارد. همچنین نتایج مطالعه حاضر، با نتایج پژوهش کیمبرلی [۵] همخوان است. کیمبرلی مطالعه‌ای با هدف بررسی ادراک بیش‌ازحد مسئولیت‌پذیری و علائم وسواسی جبری انجام داد. نتایج پژوهش وی نشان داد که خطاهای شناختی، شدت اختلال وسواسی اجباری را افزایش می‌دهد و افکار وسواسی را پیش‌بینی می‌کند و وجود این افکار، به‌ویژه افکار مسئولیت‌پذیری زیاد، علائم اضطراب را در اختلال وسواسی اجباری شدت می‌بخشد.

افزون‌براین یافته‌های مطالعه حاضر، با یافته‌های لیهی [۴] همخوان است. یافته‌های پژوهش لیهی، نشان داد که بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی و فوبی اجتماعی، خطای شناختی «بیش‌برآورد کردن خطر» و «فاجعه‌آمیز کردن» و «کم‌ارزش قلمداد کردن خود» دارند. لیهی، نمونه‌هایی از خطاهای شناختی را در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی، «بیش‌برآورد کردن خطر» و «مسئولیت‌پذیری زیاد» و در بیماران مبتلا به فوبی اجتماعی، «کم‌برآورد کردن صلاحیت خویش» و «بیش‌برآورد کردن علائم خویش» و «فاجعه‌سازی» می‌داند.

شایان ذکر است که نتیجه این پژوهش، با نتایج پژوهش موریز و همکاران [۶] همسو نیست. آن‌ها نشان دادند که هم‌بستگی مثبتی بین علائم اضطراب و افکار خودآیند منفی وجود دارد و میزان این هم‌بستگی، به‌ویژه در بیماران مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی، زیاد است و بیماران مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی، دچار خطاهای شناختی بیشتری هستند. در تبیین این یافته، می‌توان گفت که همه نظریه‌های شناختی، به نقش عاملی مهم در ایجاد و حفظ اختلالات اضطرابی اشاره کرده‌اند و آن، وجود خطاهای شناختی

همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد، بین گروه‌های مطالعه‌شده حداقل در یکی از مؤلفه‌های خطاهای شناختی، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بین میانگین نمرات مؤلفه‌های «تفکر همه یا هیچ» ($F=9/29$)، «نتیجه‌گیری عجولانه» ($F=4/01$)، «برچسب‌زدن به دیگران» ($F=9$)، «بی‌توجهی به امر مثبت» ($F=71/9$)، «فاجعه‌سازی» ($F=8/3$) و «استدلال حسی» ($F=21/8$)، میان گروه‌های افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی و فوبی اجتماعی، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بین میانگین نمرات مؤلفه‌های «فیلتر ذهنی»، «تعمیم افراطی»، «عبارت بایدها» و «شخصی‌سازی»، میان گروه‌های افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی و فوبی اجتماعی، تفاوت معنی‌داری در سطح $0/05$ یافت نشد.

ذکر این نکته لازم است که در تمامی مؤلفه‌هایی که تفاوت معناداری بین میانگین‌ها مشاهده شد، میانگین نمرات گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی، بیش از گروه مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی بود. بنابراین، گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی، خطاهای شناختی «تفکر همه یا هیچ»، «نتیجه‌گیری عجولانه»، «برچسب‌زدن به دیگران»، «بی‌توجهی به امر مثبت»، «فاجعه‌سازی» و «استدلال حسی» بیشتری در مقایسه با گروه مبتلا به فوبی اجتماعی داشتند.

براساس نتایج ارائه‌شده در جدول شماره ۴، بین گروه‌های مطالعه‌شده در مؤلفه‌های نشخوار فکری، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. مجذور آتا، نشان داد که تفاوت بین دو گروه باتوجه به متغیرهای وابسته، در مجموع معنی‌دار نیست و میزان این تفاوت، براساس آزمون لامبدای ویلکز $0/074$ است؛ یعنی حدود $7/4$ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه، ناشی از تأثیر متقابل متغیرهای وابسته است. بین میانگین نمرات مؤلفه‌های «حواس‌پرتی» ($F=1/25$) و «تعمق» ($F=2/19$) و «در فکر فرورفتن» ($F=0/125$) نشخوار فکری، میان گروه‌های افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی و فوبی اجتماعی تفاوت معنی‌داری یافت نشد.

نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، مقایسه خطاهای شناختی و نشخوارهای فکری، در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی و فوبی اجتماعی بود. این اعتقاد که هر اختلال از خوشه‌ای از خطاهای شناختی خاص تشکیل شده است، فرضیه اختصاصی بودن شناختی نامیده می‌شود. این عنصر، یکی از عناصر مهم شناخت‌درمانی است؛ چون به روان‌شناسان بالینی کمک می‌کند که اختلال‌ها را مفهوم‌بندی کنند و بسنجند و روش‌های درمانی ابداع کنند و عناصر درمان را برای مراجعان توضیح دهند [۲۴].

همچنین نشخوارهای فکری، هم در جمعیت‌های بالینی و هم در جمعیت‌های غیر بالینی، اتفاق می‌افتد و وقوع آن، به یک اختلال محدود نیست.

نتیجه پژوهش حاضر، نشان داد که اختلاف معنی‌داری بین بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی و فوبی اجتماعی در نوع نشخوارهای فکری وجود ندارد. از این رو، در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که اختلال وسواس فکری عملی و فوبی اجتماعی، جزو اختلالاتی به‌شمار می‌آید که در هر دو، اضطراب، ویژگی بارز و برجسته به‌شمار می‌آید. با توجه به اینکه در DSM-IV هم، این دو اختلال در یک طبقه قرار داشت و ویژگی‌های تشخیصی آن‌ها تا حدودی مشابه بود، احتمالاً یکی از دلایل معنی‌دار نشدن اختلاف، همین شباهت‌ها باشد. نشخوار فکری، به‌عنوان نمونه‌ای از افکار منفی عودکننده در نظر گرفته شده است که در بسیاری از آسیب‌های روان‌شناختی اتفاق می‌افتد [۱۵].

بر اساس نظریه سبک‌های پاسخ نولن هوکسما، نشخوار فکری، افکار تکرار شونده درباره علت و پیامد و نشانه‌های عاطفی منفی است که فرد به‌تازگی تجربه کرده است. نشخوار فکری، با اضطراب شدیدتر و طولانی‌تر، تأخیر در بهبودی، افزایش اندیشه‌پردازی‌های خودکشی، تخریب در حل مسئله، انگیزش و تمرکز، ارتباط دارد که عاطفه منفی و اندیشه‌پردازی‌های مخرب، در هر دو اختلال مشهود است. به‌نظر می‌رسد دلیل هم‌پوشانی اختلالات هیجانی و اضطرابی، وجود مؤلفه‌های مشترکی از جمله نشخوار فکری و اجتناب باشد [۱۱]. به‌بیان دیگر، نشخوار فکری در همه اختلالات اضطرابی، مؤلفه ناسازگارانه است و فقط پیش‌بینی می‌شود که می‌تواند گروه غیربیمار را از گروه مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی و وسواس فکری عملی متمایز کند.

این پژوهش نیز همانند پژوهش‌های دیگر، محدودیت‌هایی داشت. یکی از محدودیت‌های مهم این مطالعه، تعداد زیاد پرسش‌نامه‌ها بود؛ هرچند سعی شده بود از فرم‌های کوتاه آن‌ها استفاده شود. همچنین قبل از ارائه پرسش‌نامه‌ها، با نمونه‌ها مصاحبه تشخیصی ساختاریافته (SCID-I) و (SCID-II) می‌شد که این مسئله نیز، باعث طولانی‌شدن فرایند و ارزیابی می‌شد. در این زمینه، سعی شد با ارائه تصادفی پرسش‌نامه‌ها، اثر خستگی کنترل شود.

پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، متغیرهای خطاهای شناختی و نشخوارهای فکری در دیگر اختلالات اضطرابی و اختلالات محور ۱ نیز مقایسه شود؛ به‌ویژه در اختلالات شخصیتی، که امکان شباهت تابلوهای بالینی آن‌ها، با اختلال وسواس فکری عملی و فوبی اجتماعی، زیاد است و امکان وجود مؤلفه‌های همسان وجود دارد؛ مانند اختلالات شخصیت وسواسی-اجباری و اجتنابی. در نهایت، پیشنهاد می‌شود که این پژوهش با تعداد نمونه بیشتر انجام شود.

است [۱]. همچنین خطاهای شناختی، از ویژگی‌های اصلی انواع مختلفی از اختلالات اضطرابی، از جمله اختلال وسواس فکری عملی و اختلال فوبی اجتماعی است [۳]. خطاهای شناختی، در بیشتر اختلالات اضطرابی نقش اساسی دارد. در همین راستا، چندین نوع ارزیابی‌های ناکارآمد به‌عنوان احتمال محوری یا اساسی، در رشد و تداوم وسواس تشخیص داده شده است. برای مثال، ارزیابی‌های مسئولیت و اغراق در ترس و تهدید یا نیاز به کنترل بیش‌از حد افکار، جزو این ارزیابی‌هاست [۲۶].

در تبیین این یافته که بیماران مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی در مقایسه با بیماران وسواسی، خطاهای شناختی کمتری دارند؛ می‌توان گفت که خطاهای شناختی در کنار کاستی در مهارت‌های اجتماعی، به‌طور برابر در علت پیدایش و تثبیت این مشکلات نقش دارد. همچنین، بیماران مبتلا به فوبی اجتماعی، نقص‌هایی در مهارت‌های اجتماعی خود دارند که باعث می‌شود در شروع یا تداوم ارتباطات اجتماعی‌شان مشکل ایجاد کند و پس‌خوراند منفی از محیط خود دریافت کنند. همین کاستی در مهارت‌های اجتماعی، نقش مهم‌تری در مقایسه با خطاهای شناختی ایفا می‌کند [۲۷].

شاید بتوان گفت که چون بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی، در مهارت‌های اجتماعی خود کاستی و نقص کمتری دارند؛ از این رو، وجود خطاهای شناختی در افکار آن‌ها، نقش بیشتری در پیدایش و تداوم اختلال آن‌ها دارد. نشخوارهای فکری، به‌عنوان اشتغال دائمی به اندیشه یا موضوع و تفکری درباره آن، شناخته می‌شود که موجب جدا شدن افراد از واقعیت می‌شود و مشکل در خور توجهی در روند طبیعی زندگی و فعالیت‌های معمولی اجتماعی یا روابط فرد ایجاد می‌کند [۱۲].

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در میانگین نمرات مؤلفه‌های «حواس‌پرتی» و «تعمق» و «درفکر فرورفتن» در نشخوار فکری، بین گروه‌های بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی و فوبی اجتماعی، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. میانگین مؤلفه‌های «حواس‌پرتی» و «درفکر فرورفتن» در نشخوارهای فکری، در گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی و میانگین مؤلفه «تعمق» در نشخوارهای فکری، در گروه فوبی اجتماعی بیشتر است؛ اما با توجه به نتایج آزمون چندمتغیره، این تفاوت ناچیز است و از لحاظ آماری معنادار نیست.

این یافته‌ها، با یافته‌های پژوهش‌های عطایی و همکاران [۱۶] و پروزیچ و همکاران [۲۷]، مبنی بر اینکه نشخوار فکری در گروه وسواسی-اجباری بیشتر از گروه غیرمبتلاست، همخوانی ندارد. با این حال، با نتایج پژوهش سوجونگ و همکاران [۱۴]، همخوان است؛ زیرا یافته‌های آن‌ها نشان داد که در پاسخ‌های نشخوار فکری بین گروه‌های افسرده اساسی و اختلال دوقطبی و اختلال اضطراب فراگیر و وسواسی-اجباری، تفاوت معناداری وجود ندارد.

سپاسگزاری

از همکاری بیمارستان شهیدبهبشتی شهر زنجان که در این پژوهش ما را یاری کردند تشکر می‌کنیم. پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران است. بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است.

References

- [1] Ryan CE, Epstein NB, Keitner G. Evaluating and treating families: The McMaster Approach. New York: Routledge Taylor & Francis Group; 2005.
- [2] Rapee RM, Spence SH. The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*. 2004; 24(7):737-67. doi: 10.1016/j.cpr.2004.06.004
- [3] 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. doi: 10.1016/0005-7967(94)90168-6
- [4] Leahy L, Holland J. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. New York: Guilford Press; 2001.
- [5] Wilson KA, Chambless DL. Inflated perceptions of responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*. 1999; 37(4):325-35. doi: 10.1016/s0005-7967(98)00146-6
- [6] Peter M, Birgit M, Madelon A, Tamara R, Julie W. Predictors of change following cognitive-behavioral treatment of children with anxiety problems: A preliminary investigation on negative automatic thoughts and anxiety control. *Child Psychiatry and Human Development*. 2008; 40(1):139-151. doi: 10.1007/s10578-008-0116-7
- [7] Julien D, O'Connor KP, Aardema F. Intrusive thoughts, obsessions, and appraisals in obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review*. 2007; 27(3):366-383. doi: 10.1016/j.cpr.2006.12.004
- [8] Calvete E, Orue I, Hankin BL. Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: The mediating role of anxious automatic thoughts. *Journal of Anxiety Disorders*. 2013; 27(3):278-88. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.02.011
- [9] Pirbaglou M, Cribbie R, Irvine J, Radhu N, Vora K, Ritvo P. Perfectionism, anxiety, and depressive distress: Evidence for the mediating role of negative automatic thoughts and anxiety sensitivity. *Journal of American College Health*. 2013; 61(8):477-83. doi: 10.1080/07448481.2013.833932
- [10] Hong RY. Worry and rumination: Differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *Behaviour Research and Therapy*. 2007; 45(2):277-90. doi: 10.1016/j.brat.2006.03.006
- [11] Kim S, Yu BH, Lee DS, Kim JH. Ruminative response in clinical patients with major depressive disorder, bipolar disorder, and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2012; 136(1-2):77-81. doi: 10.1016/j.jad.2011.06.034
- [12] Aderka IM, Hofmann SG, Nickerson A, Hermesh H, Gilboa-Schechtman E, Marom S. Functional impairment in social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2012; 26(3):393-400. doi: 10.1016/j.janxdis.2012.01.003
- [13] Kim S, Yu BH, Lee DS, Kim JH. Ruminative response in clinical patients with major depressive disorder, bipolar disorder, and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2012; 136(1-2):77-81. doi: 10.1016/j.jad.2011.06.034
- [14] Calmes CA, Roberts JE. Repetitive thought and emotional distress: Rumination and worry as prospective predictors of depressive and anxious symptomatology. *Cognitive Therapy and Research*. 2007; 31(3):343-56. doi: 10.1007/s10608-006-9026-9
- [15] Atayi Sh, Fata L, Ahmadi A. [Rumination and cognitive-behavioral avoidance in major depression disorder and social anxiety disorder (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2014; 19(4):283-295
- [16] Segerstrom SC, Tsao JCI, Alden LE, Craske MG. Worry and rumination: Repetitive thought as a concomitant and predictor of negative mood. *Cognitive Therapy and Research*. 2000; 24(6):671-88. doi: 10.1023/A:1005587311498
- [17] Clark DA. Cognitive-Behavioral Therapy for OCD. New York: Guilford Publications; 2004.
- [18] Meygouni D. [The relationship between personality categories and cognitive errors (Persian)] [MSc. thesis]. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2001.
- [19] Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Thompson-Hollands J, Carl JR, et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*. 2012; 43(3):666-78. doi: 10.1016/j.beth.2012.01.001
- [20] Freeston MH, Rheume J, Ladouceur R. Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behaviour Research and Therapy*. 1996; 34(5-6):433-46. doi: 10.1016/0005-7967(95)00076-3
- [21] Sharifi V, As'adi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y. [Reliability and capability of administration of Persian version of SCID for DSM-IV (Persian)]. *Advances in Cognitive Science*. 2004; 6(1-2):10-22.
- [22] Bakhtiari M. [Epidemiology of mental disorder in body dysmorphic disorder (Persian)] [MSc. thesis]. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2000.
- [23] Kramer GP, Bernestain DA, Phares V. Introduction to clinical psychology, [M. Firoozbakht, Persian trans]. Tehran: Arasbaran; 2011.
- [24] Christoffel DJ, Golden SA, Russo SJ. Structural and synaptic plasticity in stress-related disorders. *Reviews in the Neurosciences*. 2011; 22(5):535-49. doi: 10.1515/rms.2011.044
- [25] Hofman SG. Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implication. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2007; 36(4):195-209. doi: 10.1080/16506070701421313
- [26] Galassi JP, Galassi MD. Modification of heterosocial skills deficits. In: Bellack AS, Hersen M, editors. *Research and Practice in Social Skills*. New York: Plenum; 1979.
- [27] Brozovich FA, Goldin P, Lee I, Jazaieri H, Heimberg RG, Gross JJ. The Effect of Rumination and Reappraisal on Social Anxiety Symptoms During Cognitive-Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2014; 71(3):208-18.