



نگرش‌های ناکارآمد و راهبردهای کنترل فکر در بیماران وسواسی-اجباری غیربالینی

محمد مهدی حسن شاهی^۱

دانشگاه آزاد اسلامی ارسنجان،

گروه روانشناسی بالینی

اهداف: پژوهش حاضر با هدف بررسی نگرش‌های ناکارآمد و راهبردهای کنترل فکر در افراد وسواسی-اجباری غیربالینی، یعنی افرادی که اختلال وسواسی-اجباری دارند، ولی سابقه مراجعه به مراکز درمانی را ندارند، در مقایسه با افراد بهنجار انجام شده است. **روش:** در این مطالعه مقطعی تحلیلی، شرکت‌کنندگان پژوهش را ۳۰ نفر از افراد دچار اختلال وسواسی-اجباری بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV و ۳۰ فرد بهنجار تشکیل دادند که با استفاده از مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS) و پرسشنامه کنترل افکار (TCQ) آزموده شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که در تمامی زیرمقیاس‌های نگرش‌های ناکارآمد (به جز زیرمقیاس تأثیر گذاشتن) و نیز کل مقیاس، نمرات شرکت‌کنندگان وسواسی-اجباری غیر بالینی در سطوح اطمینان بالا، تفاوت پایایی با گروه کنترل دارد. به عبارت دیگر، افراد دارای اختلال وسواس نسبت به گروه کنترل نگرش‌های ناکارآمد بیشتری داشته‌اند. همچنین نتایج راهبردهای کنترل افکار نشان داد که افراد دارای اختلال وسواس در مقایسه با افراد بهنجار تنبیه، نگرانی، ارزیابی مجدد و کنترل اجتماعی را بیشتر به کار می‌برند. اما پرت کردن حواس بیشتر از جانب افراد سالم مورد استفاده قرار می‌گرفت. **نتیجه‌گیری:** این نتایج نشان دهنده آن است که افراد دچار اختلال وسواسی-اجباری غیر بالینی ممکن است در زمان رویارویی با وسواس‌های فکری و عملی از نگرش‌های ناکارآمد و راهبردهای غیرانطباقی فکر استفاده نمایند.

مقدمه

در زمینه سبب‌شناسی اختلال وسواسی-اجباری، دو نظریه مهم وجود دارد: اول نظریه زیستی و دیگری نظریه شناختی (سالکووسکیس^۲، ۱۹۸۵). بر اساس دیدگاه شناختی، افکار پریشان‌کننده، یکی از ویژگی‌های اصلی اختلال وسواسی-اجباری است (سالکووسکیس و هاریسون^۳، ۱۹۸۴) که این اختلال خود اساساً اختلال در پردازش‌های شناختی می‌باشد. از این رو، تاکنون الگوهای شناختی متفاوتی برای آن مطرح شده است. جامع‌ترین

الگوی شناختی را سالکووسکیس (۱۹۸۵) بر مبنای الگوی شناختی افسردگی و اضطراب بک پیشنهاد کرده است. بر اساس این الگو، افکار، تجسمات و تکانه‌های مزاحم معمولی، زمانی به اغتشاش می‌انجامند که برای فرد مهم باشند و با افکار خودکار منفی مرتبط گردند. او همچنین بر جداسازی افکار خودکار از افکار مداخله‌گر تأکید داشت. بر طبق نظریه سالکووسکیس (۱۹۸۹، ۱۹۸۵)، افکار مزاحم ناخواسته، اغلب خودکار، منفی و ملالت آور می‌باشند. پژوهش‌های رو^۴ و سالکووسکیس (۲۰۰۰) نیز نشان داده‌اند که

2- Salkovskis
4- Wroe

3- Harrison

۱- نشانی تماس: ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، گروه روانشناسی بالینی.



افکار است. در نتیجه، کوشش برای کنترل افزایش و چرخه کوشش افراطی تداوم می‌یابد. بر همین اساس، ولز^۱ و دیویس^۲ (۱۹۹۴) اظهار می‌دارند که راهبردهایی را که افراد برای مقابله با افکار مزاحم خود به کار می‌گیرند، به پنج دسته می‌توان تقسیم کرد: پرت کردن حواس (من کاری را انجام می‌دهم که لذت بخش است)؛ تنبیه (من به خاطر داشتن این فکر از دست خودم عصبانی می‌شوم)؛ نگرانی (من به نگرانی‌های خود توجه می‌کنم)؛ ارزیابی دوباره (من این فکر را به طور منطقی تحلیل می‌کنم) و کنترل اجتماعی (من از دوستانم می‌پرسم که آیا آنها هم چنین رفتاری دارند). آنها دریافتند که استفاده از راهبردهای تنبیه و نگرانی برای کنترل افکار مزاحم با شاخص‌های مربوط به نشانه‌های اضطراب و وسواس فکری - عملی در یک نمونه سالم ارتباط دارد.

با وجود کوشش‌های فراوان در مورد فراهم کردن الگوهای شناختی اختلال وسواسی - اجباری، هنوز چهارچوب قانع کننده‌ای در این زمینه وجود ندارد و نیازمند پژوهش‌های گسترده می‌باشد. از این رو، با توجه به نبود پژوهش‌های منسجم در کشور و نیز از آنجا که تا کنون در مورد راهبردهای مورد استفاده افراد وسواسی - اجباری غیربالینی پژوهشی (در داخل یا خارج از کشور) صورت نگرفته است، پژوهش حاضر با هدف بررسی نگرش‌های ناکارآمد و راهبردهای کنترل فکر در آزمودنی‌های وسواسی غیربالینی و مقایسه آن با افراد بهنجار انجام شد. سؤال اساسی پژوهش حاضر این بود که آیا شرکت کنندگان وسواسی غیربالینی و افراد بهنجار از لحاظ نگرش‌های ناکارآمد و کنترل افکار تفاوت دارند؟ فرضیه‌های این مطالعه عبارتند از: اول - «شرکت کنندگان وسواسی غیربالینی در مقایسه با افراد بهنجار نگرش‌های ناکارآمدتری دارند». دوم - «شرکت کنندگان وسواسی غیربالینی در مقایسه با افراد بهنجار کنترل بیشتری بر افکار خود دارند».

روش

در این مطالعه مقطعی تحلیلی، جامعه آماری عبارت بود از

افکار وسواسی، افکار مزاحم طبیعی هستند که به وسیله بیماران وسواسی به عنوان علامتی خطرزا که باید خود را از آسیب ناشی از آن حفاظت کنند، سوء تعبیر می‌شود. منشأ این تعبیرات فرضیات کلی است که بر اساس آن فرد مسئولیت افکار مزاحم و آسیب‌ها را به خود نسبت می‌دهد و مشخص شده است که فرض‌های مسئول دانستن خود و تفسیرهای فرد، نقش مهمی در تداوم اختلال وسواسی - اجباری دارد. این یک نمونه این فرض‌ها است که ویژگی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری می‌باشد:

«زمانی که احساس خطر می‌کنم، اگر کاری نکنم و خطر به وقوع پیوندد، باید خود را به خاطر آن سرزنش کنم. من مسئول همه اتفاقات بد هستم».

وارن و زگوریدس (به نقل از استکتی^۱، فراست^۲ و کوهن^۳، ۱۹۹۸) نیز بر اساس دیدگاه عقلانی - هیجانی الیس، نگرش‌های غیر منطقی اساسی بیماران وسواسی را در قالب سه فکر اصلی بیان داشته‌اند: (۱) من باید تصمیم درستی بگیرم، (۲) من باید آنقدر دقیق عمل کنم که به هیچ وجه به دیگران آسیب نرسانم و (۳) من نباید افکار و تکانه‌های عجیب و غریب داشته باشم. نظریه شناختی همچنین فرض می‌کند که در اختلال وسواس، رویدادها و یا محتوای افکار، تصورات و تکانه‌های مزاحم به گونه‌ای تفسیر می‌شوند که فرد ممکن است خودش را مسئول آسیب به خود یا دیگران بداند. این امر می‌تواند به خلق نامناسب (اضطراب و افسردگی) و گستره‌ای از رفتارها، مثل وسواس چک کردن، شستن و آیین‌مندی‌های پنهانی بینجامد، تا از این طریق افکار مزاحم خنثی شوند. خلق نامناسب و رفتارهای خنثی کننده هم می‌توانند احتمال تقویت افکار مزاحم را افزایش دهند و هم موجب ادراک تهدید و مسئولیت شوند که این امر به چرخه‌ای از افکار منفی و خنثی کننده منجر می‌گردد (سالکوسکیس و همکاران، ۲۰۰۰).

مطالعات وگنر^۴ (۱۹۸۹) در مورد شناختواره‌های وسواسی نیز نشان می‌دهد که کوشش جهت کنترل افکار وسواسی منجر به اثر بازگشت می‌گردد و افکار سرکوب شده با فراوانی بیشتری عود می‌کند. وگنر پیشنهاد می‌کند که تفکر وسواسی ممکن است ناشی از ناکامی در کنترل اولیه افکار باشد و آن نیز به کوشش افراطی در سرکوبی افکار منجر می‌شود که حاصل آن تشدید و تقویت این

1- Steketee
3- Cohen
5- Wells

2- Frost
4- Wegner
6- Davies



جمعیت عمومی بالای ۱۵ سال شهر ارسنجان (استان فارس)، که در طرح همه گیرشناسی اختلالات روان پزشکی شهرستان ارسنجان (حسن شاهی، گودرزی، میرجعفری و فرنام، ۱۳۸۱) شرکت کرده بودند. شرکت کنندگان پژوهش را ۳۰ نفر که بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) تشخیص اختلال وسواسی-اجباری گرفته بودند و ۳۰ فرد بهنجار تشکیل می‌دادند. گروه وسواسی-اجباری، به صورت تصادفی ساده، از میان افرادی انتخاب شدند که در مطالعه همه گیرشناسی اختلالات روان پزشکی به وسیله مقیاس SCL-90-R غربالگری شده بودند و با استفاده از چک لیست مصاحبه بالینی ساختار یافته بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV (نوریالا، محمد و باقری یزدی، ۱۳۷۸)، در محور اول تشخیصی نداشتند. این توضیح لازم است که دو گروه از لحاظ ویژگی‌های سنی، تحصیلی و جنسی تا حد امکان همتا شدند.

ابزارهای پژوهش

مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS) این مقیاس که دارای پنج زیر مقیاس می‌باشد، شامل ۴۰ عبارت برای تعیین نگرش‌ها و نگرش‌های زمینه‌ساز افسردگی است که بر مبنای نظریه شناختی بک ساخته شده و اعتبار و پایایی آن، به وسیله نمونه‌ای شامل ۲۰۲۳ نفر از بیماران سرپایی که برای درمان شناختی مراجعه کرده بودند، برآورد گردیده و ضرایب رضایت‌بخشی نیز به دست داده است (بک^۱، بروان^۲، استیر^۳ و ویسمن^۴، ۱۹۹۱). در یک پژوهش، با استفاده از روش بازآزمایی در یک گروه ۳۰ نفری، برای مقیاس نگرش‌های ناکارآمد در ایران، پایایی ۰/۷۲ به دست آمد (غزایی، ۱۳۷۲).

پرسشنامه کنترل افکار (TCQ) این مقیاس خودسنجی ۳۰ ماده‌ای را ولز و دیویس (۱۹۹۴) برای تعیین فراوانی به کارگیری پنج راهبرد کنترل فکر، یعنی پرت کردن حواس، تنبیه، ارزیابی مجدد، کنترل اجتماعی و نگرانی ساخته و اعتباریابی کرده‌اند. سازندگان این پرسشنامه برای ارزیابی پایایی آزمون، از روش بازآزمایی با فاصله زمانی شش هفته استفاده و برای پنج زیرمقیاس فرعی پایایی نسبتاً زیادی گزارش کردند (۰/۶۴-۰/۸۳). همچنین

به منظور بررسی روایی، ارتباط این پرسشنامه با پرسشنامه‌های خودنگرشی^۵ (فنیگستین^۶، اسپیر^۷ و باس^۸، ۱۹۷۵)، پادوا (ساناویو^۹، ۱۹۸۸)، افکار اضطرابی^{۱۰} (ولز و دیویس، ۱۹۹۴)، شخصیت آیزنک^{۱۱} (آیزنک و آیزنک، ۱۹۶۴) و نگرش‌های ناکارآمد (DAS) مورد بررسی قرار گرفت و ضریب همبستگی بالایی نشان داده شد.

برای اطمینان از ویژگی‌های روان‌سنجی ابزارهای مورد استفاده، ابتدا به صورت مقدماتی، ویژگی‌های این آزمون‌ها روی نمونه‌ای متشکل از ۱۵ شرکت کننده دارای وسواس غیر بالینی مورد ارزیابی و سنجش قرار گرفت. نتایج این بررسی در مورد مقیاس نگرش‌های ناکارآمد بر اساس همسانی درونی آزمون (آلفای کرونباخ)، روش تصنیف و همبستگی بین زیرمقیاس‌ها نشان داد که همسانی درونی در شرکت کنندگان مورد بررسی ۰/۸۷ می‌باشد. در بررسی دو نیمه آزمون، با استفاده از روش تصنیف نیز مقدار ۰/۷۶ به دست آمد. در مقیاس کنترل افکار نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و ضریب تصنیف ۰/۷۱ به دست آمد. در هر دو مقیاس، بررسی ارتباط میان زیرمقیاس‌ها و ارتباط میان زیرمقیاس‌ها با کل مقیاس، وجود یک عامل عمومی را نشان می‌دهد.

برای اجرای پژوهش، سه تا چهار هفته بعد از تشخیص روان پزشکی، به آدرس مندرج در پرونده بهداشتی افراد منتخب مراجعه و بعد از برقراری ارتباط، در صورت تمایل، ابزارهای پژوهش در مورد آنها اجرا گردید. همچنین، بر اساس ویژگی‌های سنی، تحصیلی و جنسی شرکت کنندگان وسواسی-اجباری، گروه گواه نیز از بین افراد بهنجار مطالعه همه گیرشناسی نزدیک محل سکونت بیماران انتخاب شد و پس از مراجعه به منازل آنها، در صورت تمایل آزمودنی، بررسی انجام می‌گرفت. برای هم‌تاسازی گروه‌های پژوهش آزمون خی دو و تحلیل واریانس یک طرفه به کار رفت. همچنین برای مقایسه و بررسی اثر متغیرهای اصلی پژوهش در گروه‌های مسورد بررسی، از روش آماری t برای

1- Dysfunctional Attitude Scale	2- Beck
3- Brown	4- Steer
5- Weissman	6- Thought Control Questionnaire
7- Self - Consciousness Scale	8- Fenigstein
9- Scheier	10- Buss
11- Sanavio	12- Anxious Thoughts Inventory
13- Eysenck Personality Inventory	



آزمون فرضیه اول پژوهش (شرکت کنندگان وسواسی غیربالینی در مقایسه با افراد بهنجار نگرش‌های ناکارآمدتری دارند):

جدول شماره ۲، نمرات شرکت کنندگان را در مقیاس نگرش‌های ناکارآمد بررسی کرده است. بررسی تفاوت شرکت کنندگان وسواسی غیربالینی و افراد بهنجار، نشان می‌دهد که به جز در زیر مقیاس تأثیر گذاشتن، در سایر زیر مقیاس‌ها، نمرات شرکت کنندگان وسواسی غیربالینی بیشتر از افراد بهنجار بوده و تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار است و می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه پژوهشی تأیید شده است. آزمون فرضیه دوم پژوهش (شرکت کنندگان وسواسی غیربالینی در مقایسه با افراد بهنجار کنترل بیشتری بر افکار خود دارند):

جدول شماره ۳، بررسی نمرات زیر مقیاس‌های مختلف پرسشنامه کنترل افکار را در دو گروه وسواس غیربالینی و بهنجار نشان می‌دهد. یافته‌ها نشان می‌دهد که در تمامی زیر مقیاس‌ها و نیز کل مقیاس کنترل افکار، تفاوت نمرات شرکت کنندگان وسواسی غیربالینی و افراد بهنجار از لحاظ آماری معنی‌دار است و می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه پژوهشی تأیید شده است. تحلیل نتایج نشان می‌دهد که آزمودنی‌های وسواسی غیربالینی هنگام تلاش برای کنترل افکار مزاحم خود، بیشتر از گروه گواه از ارزیابی مجدد ($t = 5/35, p < 0/0001$)، نگرانی ($t = 4/62, p < 0/0001$)، تنبیه ($t = 3/22, p < 0/002$) و کنترل اجتماعی ($t = 3/22, p < 0/002$) استفاده می‌کنند. در مقابل، گروه گواه بیش از شرکت کنندگان وسواسی غیربالینی، از راهبرد پرت کردن حواس استفاده می‌کنند ($t = 2/20, p < 0/002$).

گروه‌های مستقل استفاده شد. شایان ذکر است که یافته‌ها به کمک نرم‌افزار رایانه‌ای SPSS.11 به دست آمدند.

یافته‌ها

جدول ۱ به بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان مورد بررسی بر اساس جنس، سن و تحصیلات پرداخته است. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد، گروه‌های وسواسی - اجباری و کنترل تا حد امکان همتا شده‌اند، به عبارتی با همتا کردن این متغیرها، هر دو گروه به یک اندازه از آنها متأثر می‌شوند.

جدول ۱- توزیع فراوانی شرکت کنندگان مورد بررسی بر اساس جنس، سن و تحصیلات

ویژگی‌ها	گروه‌ها	
	بهنجار فراوانی (درصد)	وسواس غیربالینی فراوانی (درصد)
جنس		
زن	۱۰ (۳۳/۳)	۱۲ (۴۰/۰)
مرد	۲۰ (۶۶/۷)	۱۸ (۶۰/۰)
مجموع	۳۰ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)
گروه‌های سنی		
۱۶-۲۱	۲ (۶/۷)	۱ (۳/۳)
۲۲-۲۷	۶ (۲۰/۰)	۷ (۲۳/۳)
۲۸-۳۳	۶ (۲۰/۰)	۵ (۱۶/۷)
۳۴-۳۹	۶ (۲۰/۰)	۵ (۱۶/۷)
۴۰-۴۵	۵ (۱۶/۷)	۶ (۲۰/۰)
بالتر از ۴۵	۵ (۱۶/۷)	۶ (۲۰/۰)
مجموع	۳۰ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)
گروه‌های تحصیلی		
راهنمایی و دبیرستان	۱۵ (۵۰/۰)	۱۶ (۵۳/۳)
دیپلم	۱۱ (۳۶/۷)	۱۱ (۳۶/۷)
بالتر از دیپلم	۳ (۱۰/۰)	۳ (۱۰/۰)
مجموع	۳۰ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)

جدول ۲- میانگین، انحراف معیار و تفاوت نمرات شرکت کنندگان وسواس غیربالینی و افراد بهنجار در زیر مقیاس‌های نگرش‌های ناکارآمد

سطح معنی‌داری	t	گروه‌ها	
		افراد بهنجار میانگین (انحراف معیار)	وسواس غیربالینی میانگین (انحراف معیار)
۰/۰۱	۲/۵۱	۷/۰۳ (۳/۲۵)	۹/۱۰ (۳/۱۱)
ns	۱/۶۶	۲/۶۳ (۲/۱۷)	۳/۶۶ (۲/۶۱)
۰/۰۱	۲/۶۲	۲۰/۷۶ (۷/۱۰)	۲۵/۶۳ (۷/۲۸)
۰/۰۰۱	۴/۹۲	۲۲/۹۰ (۸/۲۶)	۳۳/۳۳ (۸/۱۵)
۰/۰۰۱	۴/۱۵	۳۷/۲۰ (۹/۴۷)	۴۸/۵۳ (۱۱/۵۳)
۰/۰۰۳	۳/۰۵	۱۵۰/۲۰ (۴۶/۸)	۱۸۲/۲ (۳۲/۹)



جدول ۳- میانگین، انحراف معیار و تفاوت نمرات شرکت کنندگان وسواس غیربالینی و افراد بهنجار در زیر مقیاس‌های کنترل افکار

سطح معنی‌داری	t	افراد بهنجار		گروه‌ها
		میانگین (انحراف معیار)	وسواس غیربالینی میانگین (انحراف معیار)	
۰/۰۰۲	۳/۹۱	۱۷/۳۰ (۲/۷۸)	۱۴/۲۳ (۴/۹۶)	پرت کردن حواس
۰/۰۰۰۱	۳/۷۵	۱۱/۴۰ (۴/۲۱)	۱۵/۶۰ (۴/۴۳)	تنبیه
۰/۰۰۰۱	۵/۳۵	۱۲/۶۰ (۴/۱۵)	۱۷/۸۳ (۳/۳۷)	ارزیابی مجدد
۰/۰۰۰۱	۴/۶۲	۱۱/۵۷ (۳/۵۲)	۱۵/۸۷ (۳/۶۷)	نگرانی
۰/۰۰۲	۳/۲۲	۱۴/۸۷ (۳/۸۹)	۱۷/۹۰ (۳/۳۶)	کنترل اجتماعی
۰/۰۰۱	۳/۴۴	۶۳/۷۰ (۱۵/۷۷)	۷۹/۰۳ (۱۸/۶۱)	کل مقیاس

بحث

فرضیه اول پژوهش وجود نگرش‌های ناکارآمد در شرکت کنندگان وسواسی غیربالینی را پیش‌بینی نموده است. بر پایه نظریه‌های ارائه شده از طرف نظریه‌پردازان مختلف (ریوم^۱، فریستون^۲، دوگاس^۳، لئارت^۴ و لادوسر^۵، ۱۹۹۵؛ فریستون، لادوسر، تیوداکس^۶ و گاگنون^۷، ۱۹۹۲؛ فریستون و ادوسرز^۸، ۱۹۹۳)، اختلال وسواسی- اجباری تفکراتی همانند کمال‌گرایی، عدم تأیید از سوی دیگران و نیاز به مؤثر بودن را به طور گسترده‌ای به دنبال داشته است. بر اساس این مباحث، نمرات افراد وسواسی غیربالینی شرکت کننده در بررسی می‌بایست بالاتر از نمرات افراد بهنجار شرکت کننده باشد. تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها نشان داد که در تمامی زیرمقیاس‌های نگرش‌های ناکارآمد و نیز کل مقیاس، نمرات افراد دارای اختلال وسواس در سطوح اطمینان بالا تفاوت معنی‌داری با گروه گواه دارد. به عبارت دیگر، افراد دارای اختلال وسواس نسبت به گروه گواه نگرش‌های ناکارآمد بیشتری داشتند. نتایج این بخش از پژوهش، با نتایج بررسی‌های ریوم و همکاران (۱۹۹۵)، فریستون و همکاران (۱۹۹۲) و لوپاتکا^۹ و راجمن^{۱۰} (۱۹۹۵) همسو می‌باشد. از این رو، فرض اول پژوهش مبنی بر وجود نگرش‌های ناکارآمد در افراد وسواسی- اجباری غیربالینی تأیید شد و نشان داد که این افراد در ابعاد خشنود کردن، تأثیر گذاشتن، متأثر شدن، آسیب‌پذیری و کمال‌گرایی نگرش‌های ناکارآمدتری دارند. بر این اساس، نگرش‌های ناکارآمد بیماران وسواسی- اجباری غیربالینی را می‌توان در قالب چهار فکر اصلی بیان داشت: ۱- من باید تأیید کسانی را که برایم مهم‌اند، جلب

کنم؛ ۲- من همواره باید تلاش کنم و فرد مؤثری باشم؛ ۳- من باید آنقدر دقیق عمل کنم که به هیچ وجه به خود و دیگران آسیب نرسانم؛ ۴- من باید در کارهای مهم عملکرد خوبی داشته باشم. در بررسی این نگرش‌ها، نوعی بایدهای مطلق‌گرایانه مشخص است که بر اساس نظریه و درمان عقلانی- هیجانی، عملاریشه اصلی مشکلات هیجانی می‌باشد.

فرضیه دوم پژوهش، کنترل افکار مختل را در شرکت کنندگان وسواسی غیربالینی پیش‌بینی نموده است. جهت بررسی این فرضیه پژوهشی، نتایج شرکت کنندگان دارای اختلال وسواس و بهنجار در مقیاس کنترل افکار ولز و دیویس (۱۹۹۴) مورد بررسی قرار گرفت. بر طبق نظریه‌های استکنی و همکاران (۱۹۹۸)، فریستون و ادوسرز (۱۹۹۳)، ولز و دیویس (۱۹۹۴)، ریوم و همکاران (۱۹۹۵)، امیر^{۱۱}، کاشمن^{۱۲} و فوآ^{۱۳} (۱۹۹۷)، سالکوسکیس و همکاران (۲۰۰۰) و سایر نظریه‌پردازان، افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری از راهبردهای کنترل فکر بیشتری استفاده می‌نمایند، لذا بر اساس ادبیات پژوهشی، در بررسی حاضر نیز باید نمرات شرکت کنندگان وسواسی غیربالینی در شاخص کنترل افکار و زیرمقیاس‌های آن بیشتر باشد. نتایج بررسی حاضر در تأیید فرضیه دوم نشان داد که در تمامی زیرمقیاس‌های پنج‌گانه و نیز کل مقیاس کنترل افکار ولز و دیویس، تفاوت نمرات افراد دارای اختلال وسواس غیربالینی و گروه گواه در سطوح اطمینان بالا معنی‌دار

1- Rheume
3- Dugas
5- Ladouceur
7- Gagnon
9- Lopatka
11- Amir
13- Foa

2- Freeston
4- Letart
6- Thibodaux
8- Adduczerz
10- Rachman
12- Cashman



می‌گردد. این پدیده‌ها بی‌شک در پدیدآیی و سیر اختلال مؤثر هستند و لذا تغییر این افکار یا تصورات و نیز روش‌های کنترل فکر در درمان اختلال وسواسی-اجباری ضروری به نظر می‌رسند. از این رو، استفاده از شیوه‌های درمان شناختی می‌تواند در درمان افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری مفید واقع شود.

ذکر این نکته لازم است که این بررسی روشن نمی‌کند که اختلال وسواسی-اجباری به استفاده از راهبردهای معین می‌انجامد و یا برعکس، استفاده از سایر راهبردها را مانع می‌شود، لذا نتیجه‌گیری علی‌ممكن نیست و برای این کار می‌توان از پژوهش‌های طولی مناسب سود جست.

سپاسگزاری

شایسته است از راهنمایی‌های سودمند اساتید گرامی آقایان دکتر محمدعلی گودرزی، دکتر سید احمد میرجعفری و دکتر رابرت فرنام و همکاری‌های ارزشمند آقای ولی... حسن شاهی قدردانی و سپاسگزاری نمایم.

منابع

- انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۹۹۴)، *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی* (۱۳۷۵). (ترجمه م. ر. نیکخو، ه. اوادیس یانس، س. نقشبندی، م. میرهاشمی، و م. غفرانی). تهران: نشر سخن.
- حسن شاهی، م. م.، گودرزی، م. ع.، میرجعفری، س. ا.، و فرنام، ر. (۱۳۸۱). بررسی شیوع اختلالات روانپزشکی در شهرستان ارسنجان. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، (۲۰-۱۹) ۵.
- غزایی، ب. (۱۳۷۲). بررسی پاره‌ای از الگوهای شناختی در بیماران مبتلا به همبودی اضطراب و افسردگی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. تهران: انستیتو روانپزشکی تهران.
- نوربالا، ا. ع.، محمد، ک.، و باقری‌یزدی، س. ع. (۱۳۷۸). بررسی شیوع اختلالات روانپزشکی در شهر تهران. *مجله حکیم*، (۴) ۲۲۳-۲۱۲.

Amir, N., Cashman, L., & Foa, B.E. (1997). Strategies of thought control in obsessive compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 35(8), 775-777.

Beck, T., Brown, G., Steer, A.R., & Weissman, N.A. (1991). Factor analysis of the dysfunctional attitude scale in a clinical population. *Psychological Assessment*, 3, 478-483.

Eysenck, H.J., & Eysenck, S.B.G. (1964). *Manual of the personality inventory*. London: University Press.

است. این بررسی همچنین نشان داد که تنبیه، نگرانی، ارزیابی مجدد و کنترل اجتماعی را بیشتر افراد دارای اختلال وسواسی-اجباری و پرت کردن حواس را بیشتر افراد سالم به کار برده‌اند. همچنین راهبردهای ارزیابی مجدد و نگرانی، شاخص‌ترین وجه تمایز شرکت‌کنندگان دارای اختلال وسواسی-اجباری از افراد گروه گواه بود. به نظر می‌رسد که ارزیابی مجدد، تنبیه و نگرانی، راهبردهای مناسبی برای مهار وسواس‌های فکری و عملی باشد. این نتایج با پژوهش‌های استکتی و همکاران (۱۹۹۸)، فریستون و آدوسرز (۱۹۹۳)، ولز و دیویس (۱۹۹۴) و سالکوسکیس و همکاران (۲۰۰۰) همسو می‌باشد. بر این اساس، فرض دوم پژوهش نیز تأیید شد و نشان داد که شرکت‌کنندگان وسواسی غیربالینی نسبت به افراد بهنجار از راهبردهای کنترل افکار (تنبیه، ارزیابی مجدد، نگرانی و کنترل اجتماعی) بیشتر استفاده می‌نمایند.

با توجه به نتایج این پژوهش به نظر می‌رسد که افراد دچار اختلال وسواسی-اجباری غیربالینی از پدیده‌های ذهنی ویژه مانند افکار بیش بها داده شده، کمال‌گرایی و ... رنج می‌برند و کوشش‌های آنها جهت کنترل افکار وسواسی منجر به اثر بازگشت

Fenigstein, A., Scheier, M.F., & Buss, A.H. (1975). Public and private self consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 522-527.

Freestone, M.H., Ladouceur, R., Thibodaux, N., & Gagnon, F. (1992). Cognitive intrusions in a non-clinical population. Associations with depressive, anxious and compulsive symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 30, 1-9.



- Freeston, M.H., & Adducerz, R. (1993). Appraisal of cognitive intrusions and response style: Replication and extension. *Behavior Research and Therapy*, 31, 185-191.
- Lopatka, C., & Rachman. S. (1995). Perceived Responsibility and compulsive checking: An experimental analysis. *Behavior Research and Therapy*, 33, 673-684.
- Rheaume. J., Freeston, M.H., Dugas, J.M., Letart, H., & Ladouceur, R. (1995). Perfectionism, responsibility and obsessive – compulsive symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 33, 785-794.
- Salkovskis, P.M., Wroe, A.L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Reynolds, M., & Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 347-372.
- Salkovskis, P.M. (1985). Obsessional–compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. *Behavior Research and Therapy*, 27, 677-682.
- Salkovskis, P.M. (1989). Cognitive-behavioral factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 677-682.
- Salkovskis, P.M., & Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsession: A replication. *Behavior Research & Therapy*, 22, 549-552.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua inventory. *Behavior Research and Therapy*, 26, 169-177.
- Steketee, G., Frost, R.O., & Cohen, I. (1998). Beliefs in obsessive–compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorder*, 12, 525-537.
- Wells, A., & Davies, M.I. (1994). The thought control questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behavior Research and Therapy*, 32, 871-878.
- Wegner, D.M. (1989). *White bears and other unwanted thoughts: Suppression, obsession, and the psychology of mental control*. New York: Guilford Press.
- Wroe, L.A., & Salkovskis, M.P. (2000). Causing harm and allowing harm: A study of Beliefs in obsession problems. *Behavior Research and Therapy*, 38, 2141-2162.

