

مقایسه باورهای وسواسی در بیماران مبتلا به وسواس و سایر اختلالات اضطرابی با گروه شاهد

دکتر گیتی شمس^۱

گروه روانپزشکی و روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

نرگس کرم قدیری

دانشگاه علوم پزشکی تهران

یعقوب اسماعیلی ترکانبوری

مرکز مشاوره دانشگاه شهید بهشتی

دکتر فاطمه رحیمی نژاد

دانشگاه علوم پزشکی تهران

نرگس ابراهیم‌خانی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

هدف: در سال‌های اخیر، تحقیقات بسیاری در ادبیات وسواس به شناسایی عوامل شناختی مؤثر در شکل‌گیری اختلال وسواس فکری-عملی پرداخته‌اند، تا تعیین کنند که کدام‌یک از شناختارها (اهمیت و کنترل افکار (ICT)، احساس مسئولیت و ارزیابی احساس خطر و تهدید (RT)، کمال‌طلبی و عدم قطعیت (PC))، در ایجاد و بقای علایم و نشانه‌های وسواس نقش دارند. هدف مطالعه اخیر مقایسه باورهای وسواسی در بیماران وسواسی، اضطرابی و سالم بود. **روش:** سه گروه آزمودنی شامل بیماران وسواسی، بیماران اضطرابی و افراد سالم پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه‌های MOCI، BAI، STAI، BDI-II، OBQ-44 و Y-BOCS (درمورد بیماران وسواسی) را تکمیل نمودند. یافته‌ها: نمرات OBQ-44 کل و خرده‌مقیاس‌های PC و RT در دو گروه وسواسی و اضطرابی بیشتر از گروه سالم بود، ولی تفاوت بین دو گروه وسواسی و اضطرابی معنی‌دار نبود. در خرده‌مقیاس ICT نمرات گروه وسواسی از دو گروه سالم و اضطرابی بیشتر بود، اما تفاوت بین گروه‌های اضطرابی و سالم معنی‌دار نبود. به عبارتی OBQ-44 کل، مقیاس مناسبی برای سنجش افکار مختص وسواس است، به طوری که مقیاس‌های فرعی RT و PC برای وسواس و اضطراب و مقیاس فرعی ICT صرفاً برای وسواس اختصاصی است. میانگین، انحراف‌معیار و آزمون معنی‌داری نمرات سه گروه در مواد آزمون OBQ-44 محاسبه گردید و ۲۷ ماده به‌عنوان مواد سنجش باورهای شناختی مختص وسواس تشخیص داده شد. **نتیجه‌گیری:** خرده‌مقیاس‌های PC و RT (OBQ-44) در اختلال وسواس و اختلال اضطرابی مشترک ولی خرده‌مقیاس ICT مختص اختلال وسواس می‌باشد. بنابراین یافته‌های اخیر پیشنهاد می‌کند که OBQ-44 نقطه شروع معتبری برای بررسی ساختار و محتوای شناختی وسواس می‌باشد.

کلید واژه‌ها: باور، وسواس فکری-عملی، ارزیابی شناختی، OBQ-44

مقدمه

اختلال وسواس فکری-عملی^۲ (OCD) نشانگان عصبی-روان‌پزشکی پیچیده‌ای است که مشخصه اصلی آن، افکار ناخواسته، تکراری و مزاحم (افکار وسواسی) و نیز رفتارهای

تکراری و آزاردهنده آیین‌مند (اعمال وسواسی) می‌باشد که بیمار به‌منظور اجتناب از اضطراب یا خنثی کردن افکار وسواسی انجام می‌دهد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴). محققان در دهه اخیر علاقه زیادی به بررسی عامل شناخت در OCD از خود نشان داده‌اند و در زمینه تحقیق و درمان OCD به ساختارها، فرآیندها و

۱ - نشانی تماس: تهران، خیابان کارگر جنوبی، بیمارستان روزبه.

Email: gkshams2000@yahoo.com

جمعیت غیربالینی غیرانگلیسی‌زبان اجرا شده است. با توجه به تازگی موضوع، تحقیقات کمی روی OBQ به‌عنوان یک پرسشنامه معتبر در زمینه سنجش حوزه شناخت در وسواس شده است که به شرح زیر می‌باشد:

اولین تحقیق OCCWG، بخش I (۲۰۰۳) روی ۲۴۸ بیمار وسواسی (با ملاک‌های تشخیصی DSM-IV)، ۱۰۵ بیمار مبتلا به اختلالات اضطرابی^{۱۱} بدون علائم وسواس، ۸۷ نفر از جمعیت عمومی و ۲۹۱ دانشجوی انجام شد. نتایج نشان داد که OBQ دارای ثبات درونی^{۱۲} ($\alpha = 0.80$) و پایایی^{۱۳} بازآزمون مناسب است. افراد مبتلا به وسواس در مقایسه با دانشجویان و گروه شاهد (جامعه عادی) در کلیه خرده‌مقیاس‌های OBQ تفاوت معنی‌دار داشتند. به‌علاوه، سه خرده‌مقیاس OBQ (اهمیت و کنترل افکار و احساس مسئولیت) افراد مبتلا به وسواس را از گروه کنترل و اضطرابی متمایز می‌ساخت. از طرف دیگر، بیماران اضطرابی در مقایسه با گروه غیربالینی در کلیه خرده‌مقیاس‌های OBQ تفاوت معنی‌دار داشتند. با توجه به یافته‌های فوق، ظاهراً سه حوزه شناخت در OBQ (ناتوانی در تحمل عدم اطمینان، ارزیابی بیش‌ازحد خطر و تهدید و همین‌طور کمال‌طلبی) با OCD رابطه دارد ولی مختص OCD نیست.

OCCWG (۲۰۰۵) در مطالعه بخش II، شش عاملی را که از بُعد نظری و طبق نظر OCCWG (۱۹۹۷)، به‌عنوان خرده‌مقیاس‌های OBQ در نظر گرفته شده بود، به کمک تحلیل عاملی مورد بررسی آماری قرار دادند. سه عامل برای OBQ-44 به‌دست آمد: عامل اول احساس مسئولیت/ ارزیابی خطر و تهدید؛ عامل دوم، کمال‌طلبی/ نیاز به کسب قطعیت و یقین؛ عامل سوم، اهمیت و کنترل افکار.

محتوای شناختی این اختلال توجه خاصی نموده‌اند (کلارک^۱ و پوردون^۲، ۱۹۹۳؛ فری‌استون^۳، ریوم^۴ و لادوسور^۵، ۱۹۹۶؛ ون‌اوپن^۶ و آرتنز^۷، ۱۹۹۴؛ راجمن^۸، ۱۹۹۷، ۱۹۹۸؛ سالکووسکیس^۹، ۱۹۸۵؛ سوکمن^{۱۰}، پینارد^{۱۱} و بوشومن^{۱۲}، ۱۹۹۴). پژوهشگران مدل‌های متعددی پیشنهاد کرده‌اند که هرکدام از آنها بر عامل خاصی تأکید دارد اما در همه این نظریه‌ها و مدل‌ها، عوامل شناختی هسته اصلی OCD تلقی می‌شود (مانند فوآ^{۱۳} و کوزاک^{۱۴}، ۱۹۸۶؛ سالکووسکیس و وست‌بروک^{۱۵}، ۱۹۸۹؛ تلیس، ۱۹۹۵). هم‌چنین درمان‌هایی به‌وجود آمده‌اند که بر تغییر دریافت‌ها، باورها و ارزیابی‌های شناختی مبتلایان به OCD متمرکزند (فری‌استون و همکاران، ۱۹۹۶؛ سالکووسکیس و وست‌بروک، ۱۹۸۹؛ سوکمن و همکاران، ۱۹۹۴؛ ون‌اوپن و همکاران، ۱۹۹۵). نظریه‌های وسواس فکری-عملی، باورهای غیرمنطقی (نادرست) را عامل ایجاد و شکل‌گیری این اختلال و نیز عامل مداخله‌کننده درمانی قلمداد می‌کنند. تحقیقات بسیاری بیانگر این نکته‌اند که ابعاد شناختی به‌طور عام و حوزه‌هایی از باورهای معین، به‌طور خاص، می‌توانند به‌عنوان ویژگی شناختی مختص OCD مطرح شوند (فوآ و کوزاک، ۱۹۸۶؛ تلیس، ۱۹۹۶؛ ون‌اوپن و همکاران، ۱۹۹۵). بسیاری از تحقیقات نشان داده‌اند که باورها و ارزیابی‌های ما با OCD رابطه مستقیمی دارند و با شناخت این حوزه‌ها، درک ما از OCD وضوح بیشتری می‌یابد (کلارک، ۲۰۰۳).

«گروه کاری دریافت‌های شناختی در اختلال وسواس فکری-عملی»^{۱۶} (OCCWG) یک گروه بین‌المللی از محققان علاقمند شناسایی و درک بهتر نقش عوامل شناختی در OCD هستند. این گروه پرسشنامه باورهای وسواسی^{۱۷} (OBQ-44) را به‌عنوان ابزاری جهت ارزیابی نقش شناختارها در سبب‌شناسی و حفظ وسواس تدوین نموده‌اند (OCCWG، ۱۹۹۷، ۲۰۰۱، ۲۰۰۳). OBQ-44 شامل باورهای ناکارآمد احساس مسئولیت/ ارزیابی خطر و تهدید (RT)^{۱۸}، کمال‌طلبی/ نیاز به کسب اطمینان و قطعیت (PC)^{۱۹} و اهمیت و کنترل افکار (ICT)^{۲۰} است. براساس تعریف OCCWG (۱۹۹۷) باورها شامل فرض‌های عام، نسبتاً بادوام و پایداری هستند که مختص یک واقعه معین نمی‌باشند. تاکنون پرسشنامه OBQ-44 روی جمعیت‌های بالینی و غیربالینی انگلیسی‌زبان و همین‌طور

1- Clark	2- Purdon
3- Freeston	4- Rheaume
5- Ladouceur	6- vanoppen
7- Arntz	8- Rachman
9- Salkovskis	10- Sookman
11- Pinard	12- Beauchemin
13- Foa	14- Kozak
15- Westbrook	
16- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group	
17- Obsessional Beliefs Questionnaire	
18- Responsibility/ Threat estimation	
19- Perfectionism Certainty	
20- Importance/ Thought Control	21- anxiety disorders
22- Internal consistency	23- reliability

با گروه اضطرابی، با کنترل افسردگی و اضطراب، به جز کنترل افکار، در هیچ ویژگی دیگری تفاوت آماری معنی داری به دست نیامد.

انجام مطالعات بیشتر در این زمینه لازم است. بنابراین هدف مطالعه حاضر این بود که حوزه‌های شناخت وسواس را در جمعیت ایرانی مشخص و با داده‌های سایر کشورها مقایسه نماید و بتواند مبانی تئوریکي ارائه نماید که تعیین‌کننده حوزه‌های شناخت در OCD به‌طور عام، و در جامعه ایران به‌طور خاص، باشد. همچنین از اهداف این مطالعه پاسخ به این سؤال بود که کدام‌یک از شش حوزه شناخت در OBQ-44 می‌تواند در OCD (نسبت به سایر اختلالات اضطرابی و نمونه‌های سالم) در جمعیت بالینی ایرانی از همبستگی بالایی برخوردار باشد. بنابراین شاید بتوان در زمینه ارتباط بین حوزه‌های شناخت و علائم وسواس در ایران به ویژگی‌های اختصاصی معینی رسید.

روش

انتخاب آزمودنی‌ها از طریق نمونه‌گیری دردسترس انجام گرفت و هر سه گروه از نظر متغیرهایی مانند سن، جنسیت، وضعیت تأهل و میزان تحصیلات با روش همسان‌سازی عددی^۱ هم‌ترا گردیدند. ملاک‌های خروج عبارت بود از وجود سابقه اختلال نورولوژیک یا ضربه به سر، مشکل طبی جدی، مصرف الکل و مواد. نمونه بیماران از میان بیماران سرپایی مراجعه‌کننده به بیمارستان روزبه انتخاب شدند. بیمار ابتدا توسط انجام مصاحبه نیمه‌ساختاریافته توسط روان‌پزشک ارزیابی می‌شد و در صورت تأیید تشخیص OCD و سایر اختلالات اضطرابی (فوبی، پانیک، اضطراب فراگیر و اختلال استرس پس از سانحه) بر مبنای معیارهای DSM-IV، به کلینیک شناختی-رفتاری بیمارستان روزبه ارجاع می‌شد. در درمانگاه CBT نیز به وسیله یک روان‌پزشک دیگر مورد مصاحبه نیمه‌ساختاریافته قرار می‌گرفت. سپس بیماران در درمانگاه ارزیابی روان‌شناختی به وسیله یک روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی به صورت فردی ارزیابی می‌شدند و آزمون‌های بالینی شامل

در مطالعه سیکا^۲، کسادشی^۳ و ساناوو^۴ (۲۰۰۴)، ۴۲ بیمار مبتلا به وسواس، ۱۷ بیمار مبتلا به اضطراب فراگیر و ۵۰ نمونه شاهد سالم، نسخه ایتالیایی OBQ-44 را همراه با آزمون‌های علامت‌شناسی وسواس، افسردگی، اضطراب و نگرانی تکمیل نمودند. پرسشنامه OBQ-44 از پایایی بسیار بالا و ثبات نسبی برخوردار بود. هر شش عامل OBQ-44، در سطح وسیعی از یکدیگر متمایز شدند. به طوری که OBQ-44 افراد مبتلا به OCD، اضطراب و غیربیمار را از یکدیگر تفکیک نمود. حداقل سه حوزه از شناخت (ناتوانی در تحمل عدم اطمینان، مشغله ذهنی بیش از حد در مورد اهمیت افکار و کمال‌طلبی) مختص OCD برآورد گردید، درحالی که اهمیت دادن بیش از حد به افکار و احساس مسؤولیت بیش از حد، به‌سختی بیماران مضطرب و افراد سالم را از بیماران OCD متمایز ساخت.

در مطالعه شمس، کرم‌قدیری، اسماعیلی و ابراهیم‌خانی (۱۳۸۴) که به‌منظور بررسی اعتبار و پایایی نسخه فارسی OBQ-44 صورت گرفت، ۲۲۲ دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران در دو مرحله آزمون و بازآزمون با فاصله زمانی ۱۴-۵ روز مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج حاکی از ثبات درونی ($\alpha = 0.92$) و ضریب پایایی ($r = 0.82$) بالای این آزمون در جمعیت ایرانی فارسی‌زبان بود. روایی ملاک پرسشنامه به کمک پرسشنامه MOCI^۵ ۵۰ درصد به‌دست آمد که معنی‌دار بود. بررسی تحلیل عاملی، سه عامل ICT، PC و RT را به‌دست آورد که همبستگی بالایی با هم داشتند. داده‌ها و یافته‌های بالا، بیانگر اعتبار و پایایی پرسشنامه OBQ-44 در جمعیت ایرانی می‌باشد.

تولین^۶، ورشونسکی^۷ و متلبای^۸ (۲۰۰۶) نیز به بررسی این نکته پرداختند که آیا باورهای مختص به وسواس پیشنهادی در OCCWG (۱۹۹۷، ۲۰۰۱، ۲۰۰۳) در بیماران وسواسی درمقایسه با مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی و گروه شاهد سالم متفاوت است. یافته‌ها بیانگر این بود که عوامل ارزیابی احساس خطر و تهدید، ناتوانی در تحمل عدم اطمینان، اهمیت و کنترل افکار و کمال‌طلبی در بیماران وسواسی در مقایسه با گروه اضطرابی و گروه شاهد سالم، تفاوت معنی‌دار داشت. ولی این همبستگی بالا در مورد احساس مسؤولیت به‌دست نیامد. در مقایسه گروه وسواسی

1- Sica
2- Cosadeschi
3- Sanavio
4- Maudsley Obsessive Compulsive Inventory
5- Tolin
6- Worshunsky
7- Matlby
8- frequency matching

پرسشنامه اضطراب بک (بک و همکاران، ۱۹۹۰) برای سنجش میزان اضطراب طراحی شده و شامل ۲۱ عبارت است. هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب است. فرد باید فهرست علایم را بخواند و علامت را از نظر کمی درجه بندی کند. دامنه تغییرات از صفر تا ۶۳ است. نمرات زیاد نشان دهنده شدیدتر بودن اضطراب است. این پرسشنامه به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن بررسی شده است (کاویانی، موسوی و محیط، ۱۳۸۰).

پرسشنامه حالت - صفت (اشپیلبرگر^{۱۲}، گورسوج^{۱۳} و سیموس^{۱۴}، ۱۹۸۳): این مقیاس شامل ۴۰ گزینه خودگزارشی است و اضطراب فراگیر را می سنجد. ۲۰ گزینه اول حالت^{۱۵} اضطراب را می سنجد؛ یعنی اینکه "در حال حاضر" شخص چه احساسی دارد. ۲۰ گزینه بعدی صفت^{۱۶} اضطراب را می سنجد یعنی "به طور کلی" شخص چه احساسی دارد. مقیاس STAI از میزان روایی و پایایی بالایی برخوردار است (پناهی شهری، ۱۳۷۲). در تحقیق حاضر از مقیاس حالت استفاده شد.

پرسشنامه افسردگی (بک، استیر^{۱۷} و براون^{۱۸}، ۱۹۹۶): این ابزار یک پرسشنامه ۲۱ عبارتی خودگزارشی است که برای ارزیابی افسردگی طراحی شده است (بک و همکاران، ۱۹۶۱). نمره کلی از صفر تا ۶۳ است و طراحان آن، نمره ۱۰ و بالاتر را افسردگی خفیف و نمره ۲۰ و بالاتر را افسردگی متوسط در نظر می گیرند. این پرسشنامه به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن بررسی شده است (قاسم زاده، مجتبابی، کرم قدیری و ابراهیم خانی، ۲۰۰۵).

پرسشنامه وسواس فکری - عملی مادزلی (هاجسون^{۱۹} و راجمن^{۲۰}، ۱۹۷۷): شامل ۳۰ گزینه درست - نادرست می باشد که برای اندازه گیری علایم وسواس فکری - عملی طراحی شده است (هرروز وقت زیادی را صرف واری مکرر چیزها می کنم). آزمون شامل چهار زیرگروه است: واری^{۲۱} شامل نه گزینه؛ شست و شو^{۲۲}

پرسشنامه باورهای وسواسی - ۴۴ (OBQ-44)، پرسشنامه وسواس مادزلی (MOCI)، پرسشنامه اضطراب بک^۱ (BAI)، پرسشنامه اضطراب اشپیل برگر^۲ (STAI)، پرسشنامه افسردگی بک^۳ (BDI-II) و مقیاس وسواس ییل براون^۴ (Y-BOCS)، روی آنها اجرا می شد. برای جمع آوری اطلاعات دموگرافیک (نظیر سن، جنس، تحصیلات و وضعیت تأهل) یک پرسشنامه کلی طراحی گردید. گروه شاهد از میان کارکنان بیمارستان روزبه و همراهان بیماران مراجعه کننده به این بیمارستان انتخاب شد. آزمودنی ها در مرحله اول شامل ۱۵۶ نفر (۴۸ بیمار مبتلا به وسواس، ۵۸ بیمار مبتلا به سایر اختلالات اضطرابی و ۵۰ فرد سالم) بودند که پس از اتمام نمونه گیری، پرسشنامه هایشان بررسی شد و پس از اعمال همسان سازی و معیارهای خروج از مطالعه، ۹ نفر از گروه وسواسی، ۱۲ نفر از گروه اضطرابی و ۹ نفر از گروه سالم حذف گردیدند. بنابراین نمونه طرح شامل ۱۲۶ نفر (۳۹ بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی، ۴۶ بیمار مبتلا به اختلالات اضطرابی (۱۳ بیمار مبتلا به فوبی، ۱۰ بیمار پانیک، ۱۵ بیمار مبتلا به اضطراب فراگیر و ۸ بیمار مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه) و ۴۱ زن و مرد سالم بود.

در این مطالعه از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه باورهای وسواسی (OCCWG، ۲۰۰۱): پرسشنامه OBQ-44 شامل ۴۴ پرسش می باشد که ابعاد بیماری زایی^۵ را در حیطه شناخت در بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی مورد ارزیابی قرار می دهد. از پاسخ دهنده درخواست می شود، میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر کدام از گزینه ها که روی مقیاس صفر تا هفت مرتبه بندی شده است، اعلام کند [خیلی زیاد مخالف (۳-)، نظری ندارم (صفر) و خیلی زیاد موافق (۳+)]. آزمون از شش زیرگروه افکار تشکیل شده که دامنه های کلیدی حوزه های شناخت در اختلال وسواس فکری - عملی هستند؛ شامل احساس مسؤلیت برای صدمه و آسیب^۶، ارزیابی تهدید و خطر^۷ (۱۶ گزینه)، کمال طلبی^۸، نیاز به برخورداری از اطمینان^۹ (۱۶ گزینه)، اهمیت دادن به افکار^{۱۰} و کنترل افکار^{۱۱} (۱۲ گزینه). این پرسشنامه به فارسی ترجمه شده و از روایی و پایایی بالایی در جمعیت ایرانی برخوردار است (شمس و همکاران، ۱۳۸۴).

- | | |
|--|----------------------------------|
| 1- Beck Anxiety Inventory | 2- State Trait Anxiety Inventory |
| 3- Beck Depression Inventory - II | |
| 4- Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale | |
| 5- pathogenesis | 6- responsibility for hurt |
| 7- threat estimation | 8- perfectionism |
| 9- need for certainty | 10- importance of thoughts |
| 11- control of thoughts | 12- Spilberger |
| 13- Gorsuch | 14- Simos |
| 15- state | 16- trait |
| 17- Steer | 18- Brown |
| 19- Hodgson | 20- Rachman |
| 21- checking | 22- cleaning |

شامل ۱۱ گزینه؛ کندی^۱ شامل هفت گزینه و شک^۲ شامل هفت گزینه. نمره آزمون بین صفر تا ۳۰ خواهد بود که نمره بالای بیانگر وجود علائم وسواس فکری- عملی بیشتر است. این پرسشنامه به فارسی ترجمه شده و از روایی و پایایی بالایی برخوردار است (مستشاری و قاسم‌زاده، ۲۰۰۵).

پرسشنامه وسواس فکری- عملی ییل براون (گودمن و همکاران، ۱۹۸۹a، ۱۹۸۹b): این مقیاس به کمک یک مصاحبه نیمه ساختاریافته تکمیل می‌شود و دارای مقیاس شدت وسواس و مقیاس فهرست علائم وسواس فکری و عملی است و با ۱۰ گزینه میزان شدت وسواس را در شرایط کنونی بیمار می‌سنجد. این مقیاس شامل (الف) مدت زمان صرف شده؛ (ب) میزان تداخل؛ (ج) میزان ناراحتی؛ (د) میزان مقاومت و (ه) میزان کنترل است و علائم وسواس‌ها و اجبارها را به‌طور جداگانه می‌سنجد. با جمع ۱۰ گزینه مذکور (صفر تا چهار)، مجموع کل گزینه‌ها می‌تواند بین حداقل صفر (بدون علامت) و حداکثر ۴۰ (علامت بسیار شدید) باشد. این پرسشنامه به فارسی ترجمه شده و در تحقیقات متعددی به کار رفته و از روایی و پایایی بالایی برخوردار است (قاسم‌زاده، خمسه و ابراهیم‌خانی، ۲۰۰۵). اطلاعات دموگرافیک مربوط به سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت اجتماعی- اقتصادی نیز توسط پرسشنامه کلی جمع‌آوری شد.

تحلیل‌های آماری این مطالعه در چند مرحله انجام شد. ابتدا با استفاده از تحلیل واریانس یک طرفه (ANOVA) و آزمون‌های تعقیبی میانگین نمرات OBQ-44 و سایر آزمون‌های BAI، MOCI، BDI-II و STAI بیماران وسواسی و اضطرابی و افراد سالم مقایسه شد. سپس، برای سنجش توانایی OBQ-44 در تفکیک باورهای وسواسی در گروه بیماران وسواسی و بیماران اضطرابی و افراد سالم، همبستگی این آزمون با سایر آزمون‌ها در هر سه گروه، به‌طور جداگانه، با استفاده از روش همبستگی پیرسون مقایسه گردید. همبستگی آزمون OBQ-44 و MOCI با مقیاس وسواس فکری- عملی ییل براون (Y-BOCS) در گروه وسواسی با استفاده از روش همبستگی پیرسون محاسبه و نهایتاً ۴۴ آیتم OBQ-44 با استفاده از ANOVA و آزمون‌های تعقیبی در هر سه گروه به‌طور جداگانه مقایسه شد.

یافته‌ها

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، ۱۲۶ شرکت‌کننده شامل ۳۹ نفر دارای اختلال وسواس فکری- عملی، ۴۶ نفر دارای اختلالات اضطرابی و ۴۱ فرد سالم در این تحقیق مورد مطالعه قرار گرفتند. در مورد وضعیت تأهل، سن، جنسیت و سطح تحصیلات در بین سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۱).

جدول ۱- ویژگی‌های دموگرافیک نمونه مورد مطالعه (n=126)

متغیرها	گروه وسواس	گروه اضطرابی	گروه سالم	کل	df	شاخص آماری
تعداد آزمودنی‌ها (درصد) تعداد جنسیت (درصد) تعداد زن مرد وضعیت تحصیلات (درصد) تعداد ابتدایی راهنمایی متوسطه بالاتر از دیپلم وضعیت تأهل (درصد) تعداد متأهل مجرد سن (انحراف معیار) میانگین مورد زن بدون تفکیک جنسیتی	۳۹ (۳۱٪)	۴۶ (۳۶٪)	۴۱ (۳۲٪)	۱۲۶ (۱۰۰٪)	۲	$\chi^2 = 0.619$
	۲۷ (۲۱٪)	۳۳ (۲۶٪)	۲۶ (۲۰٪)	۸۶ (۶۸٪)	۲	$\chi^2 = 0.718$
	۱۲ (۹٪)	۱۳ (۱۰٪)	۱۵ (۱۱٪)	۴۰ (۳۱٪)	۲	$\chi^2 = 0.4$
	۴ (۳٪)	۷ (۵٪)	۵ (۴٪)	۱۶ (۱۲٪)	۶	$\chi^2 = 0.927$
	۶ (۴٪)	۳ (۲٪)	۶ (۴٪)	۱۵ (۱۱٪)	۲	$\chi^2 = 0.927$
	۱۷ (۱۳٪)	۱۵ (۱۱٪)	۱۱ (۸٪)	۴۳ (۳۴٪)	۲	$\chi^2 = 0.927$
	۱۲ (۹٪)	۲۱ (۱۶٪)	۱۹ (۱۵٪)	۵۲ (۴۱٪)	۲	$\chi^2 = 0.927$
	۱۸ (۱۴٪)	۲۲ (۱۷٪)	۲۳ (۱۸٪)	۶۳ (۵۰٪)	۲	$\chi^2 = 0.927$
	۲۱ (۱۶٪)	۲۴ (۱۹٪)	۱۸ (۱۴٪)	۶۳ (۵۰٪)	۲	$\chi^2 = 0.927$
	۳۰/۲۵ (۹/۲۱)	۳۲ (۸/۲۸)	۲۷/۲۰ (۸/۱۷)	۲۹/۶۸ (۸/۱۶)	۲۷	$F = 1/0.62$
	۳۰/۱۱ (۱۰/۲۹)	۲۸/۸۲ (۸/۴۵)	۳۲/۰۴ (۹/۶۳)	۳۰/۲۰ (۹/۴)	۸۳	$F = 0.852$
	۳۰/۱۵ (۹/۸۴)	۲۹/۷۲ (۸/۴۹)	۳۰/۲۷ (۹/۵۴)	۳۰/۰۳ (۹/۲)	۱۲۳	$F = 0.42$

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار (داخل پرانتز) نمرات سه گروه بیماران وسواسی، بیماران اضطرابی و افراد سالم در آزمون‌های BAI، MOCI، STAI، و BDI-II (n=126)

متغیرها	گروه وسواس (n=39)	گروه اضطرابی (n=46)	گروه سالم (n=41)	F (df=2)	سطح معنی داری	آزمون‌های تعقیبی شفه
OBQ-44						
Total	217/69 (44/48)	196/05 (34/45)	166/79 (40/86)	14/208	0/001	سالم > اضطرابی = وسواسی
RT	75/73 (17/84)	68/71 (15/47)	58/36 (16/39)	10/107	0/001	سالم > اضطرابی = وسواسی
PC	84/78 (16/83)	79/14 (12/62)	65/74 (15/64)	15/999	0/001	سالم > اضطرابی = وسواسی
ICT	56/74 (14/58)	48/65 (11/78)	42/49 (12/47)	12/005	0/001	اضطرابی > وسواسی، سالم > وسواسی سالم = اضطرابی
MOCI						
کل	16/51 (4/94)	10/55 (5/22)	7/75 (4/81)	28/07	0/001	اضطرابی > وسواسی، سالم > وسواسی سالم = اضطرابی
چک کردن	5/03 (2/41)	2/64 (2/04)	1/58 (1/35)	30/262	0/001	اضطرابی > وسواسی، سالم > وسواسی سالم = اضطرابی
شست و شو	4/76 (2/28)	3/50 (2/22)	2/56 (2/3)	8/930	0/001	اضطرابی > وسواسی، سالم > وسواسی سالم = اضطرابی
کدی	3 (1/68)	2/61 (1/51)	2/76 (1/26)	0/688	ns	
شک	5/31 (1/66)	3/64 (1/55)	2/17 (1/38)	38/375	0/001	سالم > اضطرابی > وسواسی
STAI	47/31 (6/2)	48/56 (5/38)	43/82 (4/95)	7/644	0/001	سالم > اضطرابی > وسواسی
BAI	22/33 (12/48)	16/74 (12/9)	7/64 (10/35)	14/879	0/001	سالم > اضطرابی > وسواسی
BDI-II	27/4 (11/35)	19/09 (11/87)	8/5 (8/6)	30/843	0/001	سالم > اضطرابی > وسواسی

خرده‌مقیاس‌های آن به جز خرده‌مقیاس‌کننده معنی‌دار است. آزمون‌های تعقیبی نشان داد که میانگین نمرات کل MOCI و دو خرده‌مقیاس واری و شست‌وشو در گروه وسواسی بیشتر از دو گروه اضطرابی و سالم است، اما تفاوت میانگین بین دو گروه اضطرابی و سالم معنی‌دار نیست. در خرده‌مقیاس شک و تردید تفاوت هر سه گروه معنی‌دار است؛ بدین ترتیب که میانگین گروه وسواسی بیشترین و میانگین گروه سالم کمترین مقدار را داراست و میانگین گروه اضطرابی بین آن دو قرار دارد.

در آزمون‌های STAI و BAI هر دو گروه وسواسی و اضطرابی نسبت به گروه سالم نمرات بالاتری کسب کردند که این تفاوت معنی‌دار بود، اما میانگین دو گروه وسواسی و اضطرابی تفاوت معنی‌داری نداشت. به نظر می‌رسد که آزمون‌های اضطرابی در تفکیک دو گروه بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و وسواسی از افراد سالم قدرت بالایی داشته باشند، اما در مورد متمایز کردن

میانگین نمرات سه گروه بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی، بیماران اضطرابی و افراد سالم در آزمون‌های بالینی مختلف در جدول ۲ نشان داده شده است.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد که تفاوت بین سه گروه وسواسی، اضطرابی و سالم در نمره کل OBQ-44 و سه خرده‌مقیاس آن معنی‌دار است. آزمون تعقیبی شفه نشان داد که در OBQ-44 کل و دو خرده‌مقیاس RT و PC، نمرات دو گروه وسواسی و اضطرابی بیشتر از گروه سالم است، ولی تفاوت بین دو گروه وسواسی و اضطرابی معنی‌دار نیست. در خرده‌مقیاس ICT نمرات گروه وسواسی از دو گروه سالم و اضطرابی بیشتر بود، اما تفاوت دو گروه اضطرابی و سالم معنی‌دار نبود.

هم‌چنین جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین سه گروه وسواسی، اضطرابی و سالم در نمرات کل MOCI و

جدول ۴- میانگین، انحراف معیار و آزمون معنی‌داری نمرات سه گروه وسواسی، اضطرابی و سالم در مواد آزمون OBQ-44

موارد	وسواسی	اضطرابی	سالم	F	سطح معنی‌داری	آزمون تعقیبی شده
۱	۴/۲۳ (۱/۸۸)	۴/۱۷ (۱/۸۹)	۲/۶۱ (۱/۵۸)	۱۰/۸۹۳	۰/۰۰۱	سالم > اضطرابی = وسواسی
۲	۵/۱۵ (۱/۶۸)	۴/۱۸ (۱/۸۲)	۳/۵ (۱/۸۸)	۹/۴۲۶	۰/۰۰۱	سالم > اضطرابی = وسواسی
۳	۵/۵۹ (۱/۸۷)	۴/۹۱ (۱/۹۶)	۳/۳۷ (۲/۰۵)	۱۳/۶۲۱	۰/۰۰۱	سالم > اضطرابی = وسواسی
۴	۵/۹۵ (۱/۴۱)	۵/۹۳ (۱/۴۸)	۵ (۱/۸۶)	۴/۸۱۹	۰/۰۱	سالم > اضطرابی = وسواسی
۵	۵/۷۹ (۱/۶۳)	۶ (۱/۳۲)	۵/۸۸ (۱/۲۵)	۰/۲۴۱	ns	
۶	۵/۷۷ (۱/۷۸)	۵/۳۳ (۱/۵۱)	۴/۹۷ (۱/۵۳)	۲/۴۲۹	ns	
۷	۵/۷۹ (۱/۵۸)	۵/۶۱ (۱/۶۷)	۵/۲ (۲)	۱/۲۰۲	ns	
۸	۵/۹۵ (۱/۲۶)	۵/۲۹ (۱/۶۳)	۴/۸ (۱/۶۷)	۵/۵۵۸	۰/۰۰۵	اضطرابی = وسواسی، سالم = اضطرابی، سالم > وسواسی
۹	۴/۹۷ (۲/۱۷)	۴/۵ (۱/۸۹)	۳/۵۹ (۲/۰۷)	۴/۸۲۶	۰/۰۱	اضطرابی = وسواسی، سالم = اضطرابی، سالم > وسواسی
۱۰	۶/۱۱ (۱/۱۸)	۶/۱۳ (۱/۱۷)	۵/۶۶ (۱/۶۵)	۱/۶۰۹	ns	
۱۱	۵/۷۹ (۱/۴۹)	۵/۶۱ (۱/۲)	۴/۹۳ (۱/۶۲)	۴/۰۹۶	۰/۰۵	اضطرابی = وسواسی، سالم = اضطرابی، سالم > وسواسی
۱۲	۴/۷۷ (۲/۱۳)	۳/۹۸ (۱/۹۶)	۲/۹۸ (۱/۸۵)	۸/۲۵۱	۰/۰۰۱	اضطرابی = وسواسی، سالم = اضطرابی، سالم > وسواسی
۱۳	۲/۹ (۲/۳۱)	۲/۳۸ (۱/۹۶)	۲/۱۲ (۱/۶۸)	۱/۵۶۷	ns	
۱۴	۶/۲۳ (۱/۱۸)	۶ (۱/۴۵)	۵/۷۸ (۱/۴۹)	۱/۵۶	ns	
۱۵	۲/۸۴ (۲/۰۵)	۳/۳۱ (۲)	۲/۶۴ (۱/۷۸)	۱/۳۲۵	ns	
۱۶	۴/۷۹ (۲/۰۳)	۴/۶۹ (۱/۶۴)	۳/۶۳ (۱/۸۴)	۵/۰۲۷	۰/۰۰۸	سالم > اضطرابی = وسواسی
۱۷	۴/۹ (۲/۰۹)	۶/۱۳ (۶/۰۱)	۴/۹۵ (۴/۹۵)	۱/۳۹۴	ns	
۱۸	۵/۳۶ (۱/۹۹)	۴/۶۷ (۱/۹۳)	۳/۴۱ (۱/۹۲)	۱۰/۳۲۳	۰/۰۰۱	سالم > اضطرابی = وسواسی
۱۹	۵/۴۹ (۱/۴۸)	۴/۷۶ (۱/۶۸)	۴/۰۵ (۱/۷۹)	۷/۳۲۷	۰/۰۰۱	اضطرابی = وسواسی، سالم = اضطرابی، سالم > وسواسی
۲۰	۵/۷۹ (۱/۸)	۵/۵۷ (۱/۴۹)	۴/۶۲ (۱/۸۴)	۵/۲۴۳	ns	سالم > اضطرابی = وسواسی
۲۱	۴/۶۹ (۲/۱۸)	۳/۵ (۱/۸۳)	۳/۸۵ (۱/۹)	۴/۰۰۲	ns	اضطرابی > وسواسی، سالم = اضطرابی، سالم = وسواسی
۲۲	۴/۷۷ (۱/۸۸)	۴/۲۲ (۲/۱۹)	۳/۵۶ (۱/۹۵)	۳/۵۸۵	ns	اضطرابی = وسواسی، سالم = اضطرابی، سالم > وسواسی
۲۳	۱/۷۹ (۵/۲۱)	۵/۳۹ (۱/۶۹)	۴/۵۵ (۱/۸۹)	۲/۵۳۷	ns	
۲۴	۶/۱۳ (۱/۵۹)	۵/۵۴ (۱/۶)	۴/۶۸ (۱/۹۲)	۷/۲۸۱	۰/۰۰۱	اضطرابی = وسواسی، سالم = اضطرابی، سالم > وسواسی
۲۵	۳/۷۹ (۲/۴۵)	۲/۷۴ (۱/۸۶)	۲/۲ (۱/۶۹)	۶/۵۲۳	۰/۰۰۷	اضطرابی = وسواسی، سالم = اضطرابی، سالم > وسواسی
۲۶	۵/۴۴ (۱/۸۵۱)	۵/۲۸ (۱/۷۲)	۴/۶۸ (۱/۸۵)	۱/۹۸۶	۰/۰۲۱	
۲۷	۵/۳۶ (۲/۱۳)	۴/۸۳ (۱/۷۶۱)	۴/۴۱ (۲/۱)	۲/۲۵۷	۰/۰۳۱	
۲۸	۶/۵۱ (۰/۷۶)	۵/۷۴ (۱/۵۴)	۵/۰۷ (۱/۵۲)	۱۱/۵۱۸	۰/۰۰۱	اضطرابی > وسواسی، سالم = اضطرابی، سالم > وسواسی
۲۹	۳/۸۹ (۱/۹۶)	۲/۸۴ (۱/۸۶)	۲/۵۱ (۱/۷۸)	۵/۸۹۱	۰/۰۰۱	اضطرابی > وسواسی، سالم = اضطرابی، سالم > وسواسی
۳۰	۴/۷۷ (۲/۲۳)	۳/۲۴ (۱/۹۲)	۲/۷۱ (۱/۷۹)	۱۱/۶۰۸	۰/۰۰۱	اضطرابی > وسواسی، سالم = اضطرابی، سالم > وسواسی
۳۱	۵/۸۷ (۱/۲۸)	۶/۰۲ (۱/۳۷)	۵/۲۹ (۱/۶)	۳/۲۱۱	۰/۰۱	
۳۲	۲/۸۲ (۲/۱۵)	۲/۹۸ (۲/۰۱)	۲/۶۸ (۱/۵۶)	۰/۲۵۱	ns	
۳۳	۵/۲۳ (۱/۶۶)	۴/۱۲ (۱/۸۹)	۳/۸ (۱/۸۱)	۶/۹۵۷	۰/۰۰۱	اضطرابی > وسواسی، سالم = اضطرابی، سالم > وسواسی
۳۴	۴/۹۵ (۲/۱)	۴/۳۱ (۲/۱۷)	۲/۸۸ (۱/۹۴)	۱۰/۴۰۹	۰/۰۰۱	اضطرابی = وسواسی، سالم > اضطرابی، سالم > وسواسی
۳۵	۵/۲۱ (۲/۱۵)	۴ (۲/۲۲)	۲/۹ (۱/۸)	۱۲/۳۸۸	۰/۰۰۱	اضطرابی > وسواسی، سالم = اضطرابی، سالم > وسواسی
۳۶	۴/۹۲ (۲/۱۷)	۴/۵۹ (۱/۹۸)	۳/۳۴ (۱/۹۴)	۶/۸۵۵	۰/۰۱	اضطرابی = وسواسی، سالم > اضطرابی، سالم > وسواسی
۳۷	۵/۵۱ (۲/۰۶)	۵/۶۴ (۱/۱۷)	۵/۰۲ (۱/۶۲)	۱/۶۸۳	ns	
۳۸	۳/۶۷ (۲/۱۱)	۲/۷۶ (۱/۸۷)	۲/۶۶ (۱/۷۳)	۳/۴۲	ns	
۳۹	۳/۷۲ (۲/۱)	۳/۰۹ (۱/۸۵)	۲/۳۷ (۱/۳۹)	۵/۶۴۳	۰/۰۰۵	اضطرابی = وسواسی، سالم = اضطرابی، سالم > وسواسی
۴۰	۴/۴۴ (۱/۹۳)	۳/۸۷ (۲/۰۶)	۲/۹۵ (۱/۷۷)	۶/۰۵۳	۰/۰۱	اضطرابی = وسواسی، سالم = اضطرابی، سالم > وسواسی
۴۱	۳/۷۶ (۲/۱۹)	۳/۴۴ (۲/۰۷)	۲/۶۱ (۱/۵۹)	۳/۶۸۴	۰/۰۵	اضطرابی = وسواسی، سالم = اضطرابی، سالم > وسواسی
۴۲	۴/۴۵ (۲/۳۲)	۴/۳۱ (۱/۹۸)	۳/۶۸ (۱/۹)	۰/۵۸	ns	
۴۳	۴/۱۸ (۱/۸۶)	۳/۶۱ (۱/۹۹)	۲/۳۷ (۱/۵۱۱)	۱۰/۶۸	۰/۰۰۱	اضطرابی = وسواسی، سالم > اضطرابی، سالم > وسواسی
۴۴	۴/۶۹ (۲/۰۷)	۳/۵۲ (۱/۸۹)	۲/۵۱ (۱/۶۱)	۱۳/۷۱۱	۰/۰۰۱	اضطرابی > وسواسی، سالم > اضطرابی، سالم > وسواسی

همان گونه که در جدول ۴ ملاحظه می گردد، در مواد ۱، ۲، ۳، ۴، ۸، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۲۵، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۳ و ۴۴، گروه بیماران مبتلا به وسواس فکری- عملی از گروه سالم نمرات بیشتری به دست آوردند و این مواد توانایی تفکیک گروه وسواسی از گروه سالم را دارند. یعنی این مواد باورهای وسواسی در OCD تلقی می گردند. از طرف دیگر، گروه مبتلا به وسواس در مقایسه با گروه اضطرابی در مواد ۲۱، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۳، ۳۵ و ۴۴ نمرات بالاتری را به خود اختصاص دادند که به نظر می رسد مواد فوق به عنوان باورهای خاص OCD بتوانند بیماران وسواسی را از مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی متمایز نمایند و در نهایت تفاوت میان سه گروه بیماران وسواسی و اضطرابی و افراد سالم در بقیه آیتیم ها معنی دار نبود و لذا این آیتیم ها باورهای مشترک هر سه گروه تلقی می گردند.

بحث

بر اساس نتایج به دست آمده، در OBQ-44 کل و خرده مقیاس های RT و PC، نمرات دو گروه وسواسی و اضطرابی بیشتر از گروه سالم بود، ولی تفاوت دو گروه وسواسی و اضطرابی معنی دار نبود. در خرده مقیاس ICT نمرات مبتلایان به وسواس از دو گروه سالم و اضطرابی بیشتر بود، اما تفاوت دو گروه اضطرابی و سالم معنی دار نبود. یافته تحقیق حاضر بیانگر این نکته مهم است که عامل بیماری زایی شناختی افکار در اختلال وسواس فکری- عملی در ایران فقط به اهمیت و کنترل افکار (ICT) اختصاص دارد، و نه به کمال طلبی و تحمل عدم اطمینان و احساس مسئولیت و احساس تهدید و خطر. به علاوه مطالعه حاضر مطرح می کند که PC و RT هر دو از عوامل شناختی مشترک در بیماران مبتلا به وسواس و اضطراب هستند.

با جمع بندی یافته های تحقیق حاضر و یافته های پژوهش های دیگر (OCCWG، ۲۰۰۵، ۲۰۰۳، ۲۰۰۱، ۱۹۹۷؛ سیکا و همکاران، ۲۰۰۴؛ تولین و همکاران، ۲۰۰۶)، به نظر می رسد به جز مطالعه سیکا و همکاران (۲۰۰۴) (کنترل افکار و نه اهمیت افکار مختص OCD است) در کلیه تحقیقات، عامل شناختی ICT به صورت مشترک عامل بیماری زایی شناختی در وسواس تلقی می شود. این یافته

مشترک از بُعد نظری حائز اهمیت و قابل تعمق است. نکته جالب تر اینکه، عامل شناختی احساس مسئولیت به جز در تحقیق OCCWG (۲۰۰۳) در بقیه تحقیقات (تولین و وودز^۱، ۲۰۰۳؛ سیکا و همکاران، ۲۰۰۴؛ تحقیق حاضر) در شکل گیری وسواس عامل بیماری زا تلقی نمی شود. یافته حاضر در تحقیقات موجود خلاف دیدگاه سالکووسکیس است (سالکووسکیس، ۱۹۸۵؛ سالکووسکیس و وست بروک، ۱۹۸۹).

با توجه به تحقیقات پیشین به نظر می رسد در افراد مبتلا به OCD این باور که باید بتوانند افکار مضر به حال خود و دیگران را کنترل کنند و بر آنها تسلط یابند، بسیار مشهود است. بیماران مبتلا به وسواس به طور مکرر از روش های تنبیهی گوناگون جهت کنترل افکار استفاده می کنند و به نظر می رسد این فرآیند در این بیماران بارزتر از بیماران مبتلا به اضطراب باشد (تولین و وودز، ۲۰۰۳). شاید افراد وسواسی دارای معضل اهمیت و کنترل افکار، نسبت به اختلالات دیگر و یا افراد سالم از استراتژی های کنترل افکار ناسازگارانه تری استفاده می کنند و در نتیجه احتمال شکست در این فرآیند بیشتر می شود. با توجه به یافته های ناهمگون فوق، شایسته است در تحقیقات بعدی، OBQ-44 روی نمونه هایی با وسواس شدید و خفیف آزمایش شود. استفاده از نمونه های وسواسی بدون افسردگی و همین طور به کارگیری OBQ-44 در مقیاس های فرعی وسواس ها- اجبارها، زمینه را جهت غربال و غنی سازی هرچه بیشتر حوزه های شناختی در OCD مهیا می سازد. اگرچه OBQ-44 مقیاس معتبری برای ارزیابی عوامل شناختی در گیر در OCD است ولی توانایی این متغیرهای شناختی در تبیین علائم OCD جای بحث و بررسی بیشتری دارد، به ویژه این که آیا باورهای غیرمنطقی را به طور کلی می سنجد (تیلور^۲، کیریوس^۳، توردارسون^۴، استکتی^۵ و فراست^۶، ۲۰۰۲) یا آن که صرفاً برآوردی از موقعیت های خلقی منفی است (امل کمپ، ۲۰۰۲). بنابراین اگر معتقد باشیم که این ارزیابی ها و باورهای ناکارآمد در سبب شناسی OCD نقش دارند، برای اثبات این قضیه باید دلایل کافی در دست داشته باشیم که البته نیازمند بررسی های بیشتری است.

1- Woods
3- Kyrios
5- Steketee

2- Taylor
4- Thordarson
6- Frost

مخصوصاً از نظر احساس گناه، اضطراب، تردید درباره خویشتن و پایین بودن احساس ارزشمندی. برخی نیز از احساس مسؤولیت شدید و کمال گرایی در وسواس سخن به میان آورده‌اند که از ویژگی‌های افراد افسرده نیز به‌شمار می‌آیند (قاسم‌زاده، ۱۳۸۴). در مطالعه حاضر نیز افسردگی در گروه‌های وسواسی، اضطرابی و سالم، تفاوت معنی‌دار داشت، به‌طوری که میزان افسردگی در گروه وسواس بیشتر از گروه اضطراب و در گروه اضطراب بیشتر از گروه سالم بود. گزارش ریکساردی و مک‌نالی (۱۹۹۵) نیز حکایت از آن دارد که خلق افسرده بیشتر با افکار وسواسی ارتباط دارد تا با رفتارهای وسواسی، و به‌علاوه خلق افسرده و سایر وضعیت‌های خلقی، میزان آسیب‌پذیری به افکار وسواسی را افزایش می‌دهد. پژوهش حاضر نشان داد که آزمون OBQ-44 در گروه بیماران وسواسی در نمره کل و خرده‌مقیاس‌های RT و ICT با خرده‌مقیاس‌های آزمون MOCI همبستگی دارد. عدم همبستگی میان OBQ-44 و خرده‌مقیاس‌هایش با MOCI در گروه بیماران وسواسی احتمالاً به‌علت همگن بودن گروه‌هاست و از آنجا که OBQ-44 و MOCI هر دو توانایی تفکیک سه گروه را داشته‌اند، در عین حال که آزمون وسواس هستند، ابعاد متفاوتی از بیماری وسواس را می‌سنجند.

تفکر وسواسی می‌تواند ناشی از ناکامی در کنترل اولیه افکار باشد که خود به کوشش افراطی در سرکوبی افکار منجر می‌شود و حاصل آن نیز تشدید و تقویت این افکار است. در نهایت کوشش برای کنترل افکار افزایش و چرخه کوشش افراطی تداوم می‌یابد (وگنر^۱، ۱۹۸۹). شاید این فرآیند با علامت‌گذاری در وسواس قابل توجیه باشد و همبستگی بالای آزمون OBQ-44 با آزمون افسردگی BDI-II نشان‌دهنده آن باشد که باورهای وسواسی OBQ-44 می‌تواند صرفاً مختص بیماری وسواس نباشد و با حالت‌های خلق پایین و عاطفه منفی ارتباط داشته باشد. چنین به‌نظر می‌رسد که باورها و ارزیابی‌ها در زمینه اهمیت و کنترل فکر، مسؤولیت‌پذیری و برآورد افراطی تهدید و خطر در سایر موقعیت‌های شناختی ناسازگار (مثل اختلالات خلقی) نیز اهمیت

از آنجا که اغلب بیماران OCD، خلق افسرده و اضطراب را نیز نشان می‌دهند، ارزیابی شدت این علائم و پیش‌بینی احتمال تداخل آنها در درمان مفید خواهد بود. بدین منظور ما از پرسشنامه‌های افسردگی BDI-II و اضطرابی STAI و BAI استفاده کردیم. در آزمون‌های اضطرابی STAI و BAI دو گروه وسواسی و اضطرابی نسبت به گروه سالم نمرات بالاتری کسب کردند و تفاوت معنی‌داری به‌دست دادند، این تفاوت در دو گروه وسواسی و اضطرابی معنی‌دار نبود. به‌نظر می‌رسد که آزمون‌های اضطرابی فوق در تفکیک دو گروه بیماران مبتلا به وسواس فکری-عملی و سایر اختلالات اضطرابی (پانیک، فوبی و غیره) از حساسیت چندانی برخوردار نباشد و تنها در متمایز نمودن بیماران اضطرابی و وسواسی از افراد سالم قدرت زیادی داشته باشد. در بسیاری از تحقیقات، از بُعد علامت‌شناسی، بین وسواس و اضطراب ارتباط تنگاتنگی دیده شده است (براون^۲، دودال^۳ و کت^۴، ۱۹۹۳؛ زینبارک، بارلو^۵، ۱۹۹۶). همبستگی بین علائم وسواس و اضطراب می‌تواند با شباهت موجود در فرآیند شناخت هر دو اختلال ارتباط داشته باشد. هنوز بسیاری از سؤالات در مورد تمایز بین وسواس و اضطراب در زمینه علامت‌شناسی و همین‌طور محتوای شناختی کلیدی هر کدام از آنها بی‌پاسخ مانده است. یافته حاضر در زمینه عدم تمایز OBQ-44 بین گروه‌های وسواسی و اضطرابی می‌تواند نشأت گرفته از انسجام تنگاتنگ این دو اختلال در زمینه علامت‌شناسی و شباهت در ویژگی‌های شناختی باشد. از طرف دیگر، بسیاری از یافته‌ها نشان می‌دهند که بیش از ۷۵ درصد از درمان‌جویان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، اضطراب هم دارند (فرید^۶، ۱۹۸۶). درحقیقت OCD در DSM-IV به‌عنوان اختلال اضطرابی طبقه‌بندی شده است و به‌طور معمول با چند اختلال اضطرابی دیگر نیز همراه می‌باشد.

از آنجا که میان وسواس و افسردگی ارتباط واضحی وجود دارد و افسردگی می‌تواند قبل و یا بعد از بروز علائم وسواس ظاهر شود برخی از متخصصان معتقدند که این میزان بالای هم‌وقوعی نشان می‌دهد که OCD گونه‌ای از بیماری خلقی است (ریکساردی^۷ و مک‌نالی^۸، ۱۹۹۵). اکثر محققان معتقدند که از لحاظ علائم بین این دو اختلال همپوشانی‌هایی وجود دارد،

1- Brown	2- Dowdall
3- Cote	4- Barlow
5- Fard	6- Ricciardi
7- McNally	8- Wegner

داشته باشند. سالکووسکیس (۱۹۸۵) معتقد است که افکار، تجسمات و تکانه‌های مزاحم معمولی زمانی منجر به اغتشاش می‌شوند که برای فرد مهم باشند و با افکار اتوماتیک منفی مرتبط گردند. تشویش نه فقط به دلیل آسیب احتمالی، بلکه ادراک مسؤولیت درقبال خطر و آسیب به خود و درگیری ایجاد می‌گردد که این نیز به نوبه خود به محکوم‌سازی منجر می‌شود و بیمار برای تیرئه خود از سرزنش و یا شرم، احتیاط‌هایی می‌کند. پس مشکل فقط به افکار مزاحم مربوط نمی‌شود، بلکه به ارتباط پردازشی آنها با افکار منفی اتوماتیک و باورهای مربوط نیز برمی‌گردد.

در مواد ۱، ۲، ۳، ۴، ۸، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۲۵، ۳۰، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۳ و ۴۴، نمرات گروه وسواس بیشتر از گروه سالم بود. بنابراین مواد فوق به‌عنوان باورهای خاص OCD در مقایسه با گروه سالم می‌باشد و توان تفکیک گروه OCD را از افراد سالم دارد. هم‌چنین آیت‌های ۲۱، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۳، ۳۵ و ۴۴ به‌عنوان باورهای خاص OCD تلقی می‌شوند که بیماران وسواسی را از مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی متمایز می‌سازد. در نهایت، تفاوت میان سه گروه بیماران وسواسی، اضطرابی و سالم در بقیه مواد معنی‌دار نبود و این مواد به‌عنوان باورهای مشترک در هر سه گروه تلقی شدند که البته نیازمند بررسی‌های دقیق‌تری است.

یکی از محدودیت‌های پژوهش کوچک بودن حجم نمونه

بود؛ هرچند که با همین حجم نمونه، تفاوت میان افراد وسواسی و اضطرابی و سالم معنی‌دار بود. هم‌چنین گروه بیماران، از بیمارانی انتخاب شده بودند که به کلینیک سرپایی بیمارستان روزبه مراجعه کرده بودند که این مسأله می‌تواند در تعمیم نتایج تأثیر داشته باشد. علیرغم این محدودیت‌ها، یافته‌های مطالعه از روایی OBQ-44 فارسی به‌عنوان مقیاسی برای ارزیابی باورهای وسواسی در ایران، مانند سایر کشورها (یونان، ایتالیا و آمریکا) حمایت می‌کند (شمس و همکاران، ۱۳۸۴). چنین به‌نظر می‌رسد که باورهای وسواسی یک ویژگی شناختی ثابت در فرهنگ‌های متفاوت است و می‌تواند نقش بسزایی در درمان داشته باشد. توصیه می‌شود در مطالعات بعدی این پرسشنامه قبل و بعد از درمان ارزیابی و مقایسه شود، به‌ویژه در مورد بیمارانی که تحت درمان با CBT و دارودرمانی قرار دارند. در شرایط خاص فرهنگی ما به‌نظر می‌رسد که تنها مقیاس ICT (اهمیت و کنترل افکار) توانایی تفکیک OCD را از سایر اختلالات اضطرابی دارد، بنابراین OBQ-44 فارسی، ابزار مناسبی برای سنجش باورهای وسواسی در مطالعات بین‌فرهنگی آینده در زمینه وسواس به‌شمار می‌رود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۵/۲۰؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۶/۲۱

منابع

- پناهی شهری، م. (۱۳۷۲). هنجاریابی آزمون اضطراب صفت حالت اشپیل‌برگر در میان دانش‌آموزان و دانشجویان شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد: دانشگاه تربیت مدرس.
- شمس، گک، کرم‌قدیری، ن.، اسماعیلی، ی.، و ابراهیم‌خانی، ن. (۱۳۸۴). اعتبار و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه باورهای وسواسی -۴۴. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۶، ۳۶-۲۳.
- کاویانی، ح.، موسوی، ا.، و محیط، ا. (۱۳۸۰). مصاحبه و آزمون‌های روانی. تهران: انتشارات شفا.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.

Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990). *Beck Anxiety Inventory manual*. Toronto: Psychological Corporation.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelsohn, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Beck, A., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Brown, T. A., Dowdal, D. J., & Cote, G. (1994). Worry and obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 23, 263-278.

- Clark, D. A. (2003). *Cognitive behavior therapy for OCD*. New York: the Guilford Press.
- Clark, D. A., & Pordon, C. (1993). New perspective for a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist*, 28, 161-167.
- Farid, B. T. (1986). Obsessional symptomatology and adverse mood states. *British Journal of Psychiatry*, 149, 108-112.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Freeston, M. H., Rheaume, J., & Ladouceur, R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behavior Research and Therapy*, 34, 433-446.
- Ghassemzadeh, H., Khamseh, A., & Ebrahimkhani, N. (2005). Demographic variables and clinical features of obsessive-compulsive disorder In Iranian patients (Second report), In B. E. Ling (Ed.), *Obsessive-Compulsive Disorder Research* (243-271). New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhani, N. (2005). Psychometric properties of a Persian Language version of BDI-II. *Depression and Anxiety*, 21, 185-192.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., & Heninger, G. R., (1989a). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989b). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Hodgson, R., & Rachman, S. (1977). Obsessional complaints. *Behavior Research and Therapy*, 15, 389-395.
- Mostashari, G., & Ghassemzadeh, H. (2005). Assessment of obsessive-compulsive symptoms in housewives of Nazi Abad district in Tehran. In B. E. Ling (Ed.), *Obsessive-compulsive disorder research* (219-241). New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Groups (1997). Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG), Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 35, 667-681.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Groups (2001). Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG), Development and initial validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory. *Behavior Research and Therapy*, 39, 987-1006.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Groups (2003). Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG), Psychometric validation of the Obsessive Belief Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part I. *Behavior Research and Therapy*, 41, 863-878.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Groups (2005). Psychometrics validation of the beliefs questionnaire and interpretation of intrusions inventory: part II. factor analysis and testing of a belief version. *Behavior Research and Therapy*, 41, 863-878.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 25, 793-802.
- Rachman, S. J. (1998). Cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behavior Research and Therapy*, 36, 385-402.
- Ricciardi, J. N., & McNally, R. J. (1995). Depressed mood is related to obsessions, but not to compulsions, in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorder*, 9, 249-256.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. *Behavior Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P. M., & Westbrook, D. (1989). Behavior therapy and obsessional ruminations: Can failure be turned into failures? *Behavioral Psychotherapy*, 13, 243-255.
- Sica, C., Cosadeschi, D., & Sanavio, E. (2004). A study of the psychometric properties of the Obsessive Beliefs Inventory and Interpretations of Intrusions Inventory on clinical Italian individuals. *Journal of Anxiety Disorder*, 18, 291-307.
- Sookman, D., Pinard, G., & Beauchemin, N. (1994). Multidimensional schematic restructuring treatment for obsessions: Therapy and practice. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 8, 175-194.
- Spilberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Simos, G. (1983). *Manual for the State Trait Anxiety Inventory*. PaloAlto, CA: Consulting Psychology Press.
- Tallis, F. (1995). *Obsessive compulsive disorder: A cognitive and neuropsychological perspective*. New York: Willey.
- Tallis, F. (1996). Compulsive washing in the absence of phobic and illness anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 34, 361-362.
- Taylor, S., Kyrios, M., Thordarson, D. S., Steketee, G., & Frost, R. O. (2002). Development and validation of instruments for measuring and beliefs in obsessive-compulsive disorder. In R. O. Frost, G. Steketee (Eds.), *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions: Theory, Research and Treatment* (pp. 117-137). Oxford: Elsevier.
- Tolin, D. F., Woods, C. M., & Abramowitz, J. S. (2003). The relationship between obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 657-669.
- Tolin, D. F., Worshunsky, P., & Matlby, N. (2006). Are "obsessive" beliefs specific to OCD? A comparison across anxiety disorders. *Behavior Research and Therapy*, 44, 469-480.
- Van Oppen, P., & Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 32, 79-87.

vanOppen, P., Dehaan, E., VanBalkom, A. J. L. M., Spinhoven, P., Hoogdoin, K., & van Dyck, R. (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 33, 379-390.

Wegner, D. M. (1989). *White bears and other unwanted thoughts*. New York: Viking Penguin.

Zinbarg, R. E., & Barlow, D. H. (1996). Structure of anxiety and the anxiety disorder: A hierarchical model. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 181-193.

