

آمیختگی فکر - عمل در اسکیزوفرنیا و اختلال وسواسی - اجباری * Thought - Action Fusion in Schizophrenia and Obsessive Compulsive Disorder

Fatemeh Ghadiri Ph.D.

Assistant Professor of Family Research Institute,
Shahid Beheshti University
Email: Sghadiri@hotmail.com

Arash Mirab Zadeh Ph.D.

Assistant Professor department Psychiatry
Wellbeing & Rehabilitation Sciences U.N

دکتر فاطمه قدیری

استادیار پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی

دکتر آرش میراب زاده

استادیار گروه روان پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

Abstract: Thought - Action Fusion (TAF) is the belief that having certain thoughts increases the likelihood that a specific event will occur. It is conceptually similar to some aspects of psychosis. Thus TAF may be a specific type of magical thinking which may be observed in both schizophrenia and obsessive - compulsive disorder (OCD). To examine this hypothesis 2 groups of people suffering from schizophrenia (n=16) and OCD (n=30) with a control group (n=28) were compared using the Revised Thought Action Fusion Questionnaire (TAF-R). The results indicate no significant difference between groups on moral TAF and the valence of thoughts. People with OCD had higher scores than the control on likelihood self and likelihood others (negative, positive and harm avoidance), but in comparison with schizophrenics they had higher scores on likelihood self. OCD group also had more responsibility for negative and positive likelihood others, whereas schizophrenics had more responsibility for positive and harm avoidance. Results have been discussed in terms of different functions of thought - action fusion phenomenon.

Key words: obsessive - compulsive disorder, schizophrenia , thought - action fusion,

چکیده: آمیختگی فکر-عمل احتمال به معنی اعتقاد به این که داشتن افکار خاصی ممکن است احتمال وقوع رویدادهایی را افزایش دهد، دارای شباهت مفهومی با جنبه هایی از روانپریشی است. بدین ترتیب می توان فرض کرد که آمیختگی فکر-عمل احتمال، نوع خاصی از تفکر سحرآمیز است که احتمالاً در هر دو اختلال اسکیزوفرنیا و وسواسی-اجباری وجود دارد. به منظور بررسی این فرضیه سه گروه از بیماران اسکیزوفرنیک (۱۶ نفر)، وسواسی-اجباری (۳۰ نفر) و دانشجویان به عنوان نمونه گواه (۲۸ نفر) به وسیله مقیاس تجدیدنظر شده آمیختگی فکر-عمل مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج نشان داد گروه ها از لحاظ آمیختگی فکر-عمل اخلاقی و نیز ارزش و اهمیتی که به فکر داده می شود تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند. در احتمال خود و هر سه زمینه احتمال دیگری (منفی، مثبت و پیشگیری) بیماران وسواسی-اجباری نمرات بالاتر از گروه گواه داشتند ولی در مقایسه با بیماران اسکیزوفرنیک تنها در مورد احتمال خود، به طور معنادار نمرات بالاتری به دست آوردند. در مورد مسئولیت داشتن این افکار بیماران وسواسی-اجباری در زمینه رویدادهای منفی و مثبت احساس مسئولیت بالاتری نسبت به گروه گواه نشان دادند، در حالی که بیماران اسکیزوفرنیک در زمینه افکار مربوط به رویدادهای مثبت و پیشگیرانه احساس مسئولیت بالاتری نسبت به گروه گواه داشتند. نتایج بر اساس کارکردهای پدیده آمیختگی فکر-عمل مورد بحث قرار گرفته است.

کلید واژه ها: آمیختگی فکر-عمل، اختلال وسواسی- اجباری، اسکیزوفرنیا

مقدمه

آمیختگی فکر - عمل^۱ یک سوگیری شناختی است که دارنده آن بر این باور است که داشتن افکار ناخوشایند و نامقبول دال بر غیراخلاقی بودن منش وی است و یا احتمال وقوع رویدادهای فاجعه انگیز را می‌تواند افزایش دهد (برله و استارسویک^۲، ۲۰۰۵). دو نوع آمیختگی فکر-عمل مشخص شده است (شفران و راچمن^۳ ۲۰۰۴). آمیختگی فکر-عمل احتمال، عبارت است از باور به این امر که داشتن یک فکر مزاحم ناخواسته و نامقبول احتمال وقوع یک رویداد نامطلوب معین را افزایش می‌دهد. این رویداد اگر مربوط به خود فرد باشد، احتمال خود^۴ نامیده می‌شود و اگر مربوط به شخص دیگری باشد، احتمال-دیگری^۵ خوانده می‌شود.

۱- آمیختگی فکر-عمل اخلاقی^۶ اشاره به این باور دارد که داشتن یک فکر مزاحم نامقبول تقریباً معادل اخلاقی انجام دادن آن عمل خاص است.

۲- مفهوم آمیختگی فکر-عمل اولین بار به طور رسمی توسط شفران، ترارسن^۷ و راچمن (۱۹۹۶) از مشاهدات بالینی بیماران مبتلا به وسواس فکری برگرفته و معرفی شد. در مدل شناختی اختلال وسواسی-اجباری، هسته اصلی شکایات وسواس فکری عبارت است از گرایش به تعبیر افکار مزاحم به صورت فاجعه‌آمیز (راچمن، ۱۹۹۷). آمیختگی فکر-عمل باوری است که احتمال چنین سوء تعبیر فاجعه‌آمیزی را افزایش می‌دهد. مثلاً این فکر که فرد ممکن است مادرش را بکشد، اگر بدین صورت مورد سوء تعبیر قرار گیرد که این فکر می‌تواند احتمال وقوع این اتفاق را افزایش دهد، منجر به افزایش تهدید ادراک شده از این فکر می‌گردد و ماهیت ناهمخوان با خود^۸ این فکر، خودپنداره فرد را تهدید کرده و باعث اضطراب در وی می‌گردد.

نقش احساس مسئولیت نیز در نظریه های شناختی در مورد وسواس فکری و عملی مورد تأکید قرار گرفته است (سالکوفسکیس^۹، ۱۹۸۵). فرد وسواسی باور دارد که از نظر اخلاقی مسئول داشتن افکار مزاحم به خصوص افکار پرخاشگرانه و/یا جنسی است (راچمن، ۱۹۹۳) و از طرف دیگر مسئول پیشگیری از پیامدهای سرنوشت ساز است و لذا رفتارهای اجباری با قصد پیشگیری از آسیب ممکن است در نتیجه برداشت‌های مربوط به آمیختگی فکر-عمل برانگیخته شوند: «حالا که چنین فکری کرده‌ام بهتر است کاری کنم که از آن پیشگیری نمایم وگرنه مسئول آن خواهم بود» (برله و استارسویک، ۲۰۰۵). همبستگی بالای بین نمرات مقیاس آمیختگی فکر-عمل و مقیاس مسئولیت (۴۷/۰ = r) در مطالعه اسماری و هلم اشتاین سون^{۱۰} (۲۰۰۱) نشان داده شده است.

به نظر می‌رسد باور به اهمیت و واقعی بودن افکار، مختص به اختلال وسواسی-اجباری نیست بلکه در سایر اختلالات به ویژه اختلالات اضطرابی، نیز وجود دارد. به طور مثال در مطالعه بورکویک، هازلت-استیونس و دیاز^{۱۱} (۱۹۹۹) افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر باور داشتند که افکار و نگرانی آنها می‌تواند بر رویدادهای خارجی تأثیر بگذارد. در مطالعه دیگری هازلت-استیونس، زوکر و

کراسکه^{۱۲} (۲۰۰۲) رابطه معناداری بین مقیاس نگرانی و خرده مقیاس‌های احتمال در یک نمونه دانشجو یافتند.

در مطالعه آبراموویتز، وایتساید، لینام و کالسی^{۱۳} (۲۰۰۳) که علاوه بر بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری، بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، هراس، فوبیای اجتماعی و افسردگی عمده به همراه یک گروه نمونه غیربیمار شرکت داشتند، در آمیختگی فکر-عمل اخلاقی هیچ تفاوت معناداری بین گروه‌ها یافته نشد. در مورد «احتمال-دیگری» بیماران وسواسی-اجباری با غیربیماران و افراد مبتلا به فوبیای اجتماعی و افسردگی تفاوت معنادار داشتند در حالی که با افراد مبتلا به اختلال هراس و اضطراب منتشر تفاوتی نداشتند.

بین آمیختگی فکر-عمل و جنبه‌هایی از روان‌پیشی نیز شباهت مفهومی وجود دارد. به این صورت که افراد مبتلا به هذیان غالباً به نظر می‌رسد همبستگی‌های خیالی بین رویدادها برقرار می‌سازند و به عبارتی تفکر سحرآمیز^{۱۴} دارند. پیوند بین آمیختگی فکر-عمل و روان‌پیشی تاکنون مستقیماً بررسی نشده است. ارتباط آن با اسکیزوتایپی در مطالعه موریس و مرکل باخ^{۱۵} (۲۰۰۳) در یک نمونه دانشجو بررسی شد و مشاهده گردید که نمرات بالا در مقیاس آمیختگی فکر-عمل با سطح بالاتری از اسکیزوتایپی مرتبط است. یافته‌های لی، کوگل و تلچ^{۱۶} (۲۰۰۵) نیز مؤید رابطه مشابهی بین آمیختگی فکر-عمل احتمال و اسکیزوتایپی حتی پس از کنترل نشانه‌های افسردگی، اضطراب و اختلال وسواسی-اجباری است.

در مطالعه اینستاین و منزیس^{۱۷} (۲۰۰۴) در نمونه‌هایی از جمعیت بالینی و دانشجو، مشخص شد که وقتی نمرات خیال‌پردازی سحرآمیز^{۱۸} ثابت نگه داشته شود آمیختگی فکر-عمل با نشانه‌های وسواسی ارتباطی نشان نمی‌دهد ولی با ثابت نگه داشتن نمرات آمیختگی فکر-عمل، خیال‌پردازی سحرآمیز همچنان با نشانه‌های وسواسی-اجباری همبستگی دارد. به عبارت دیگر نمرات مقیاس‌های آمیختگی فکر-عمل با نشانه‌شناسی وسواسی-اجباری با میانجی‌گری خیال‌پردازی سحرآمیز ارتباط داشتند.

بدین ترتیب می‌توان فرض کرد که آمیختگی فکر-عمل احتمال نوع خاصی از تفکر سحرآمیز است که احتمالاً در هر دو اختلال، اسکیزوفرنیا و وسواسی-اجباری وجود دارد. با توجه به همبودی نسبتاً بالای نشانه‌های وسواسی-اجباری و اسکیزوفرنیا (بایرلی، گودمن، آکولونیو، بیوگنو و راش^{۱۹}، ۲۰۰۵)، شناسایی تفاوت‌ها و شباهت‌های فرآیند و ساختار تفکر در این دو گروه می‌تواند فهم دانش بشری را در زمینه سبب‌شناسی و همپوشی احتمالی این دو اختلال توسعه بخشد.

آمیختگی فکر-عمل به عنوان یک باور فراشناختی مستقیماً در بیماران اسکیزوفرنیک بررسی نشده و در ارتباط با اختلال وسواسی-اجباری مورد مقایسه قرار نگرفته است. لذا مطالعه حاضر در

این راستا به نوبه خود کار جدیدی بوده و به دنبال بررسی پدیده آمیختگی فکر-عمل در این دسته از بیماران و نیز یک گروه گواه بهنجار است.

روش

شرکت کنندگان

سه گروه در این پژوهش شرکت داشتند. گروه اول، گروه گواه بهنجار بودند که از بین دانشجویان دانشکده‌های مختلف دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به طور تصادفی در دسترس نمونه‌گیری شدند. گروه دوم بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و گروه سوم بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری بودند که از میان افراد مراجعه کننده در یک محدوده زمانی یک ماهه جهت درمان سرپایی به مراکز درمان خصوصی و درمانگاه بیمارستان روانپزشکی رازی با تشخیص روانپزشکی اسکیزوفرنیا یا اختلال وسواسی-اجباری، در صورت تمایل به شرکت در پژوهش، انتخاب شدند. ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه نمونه در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: ویژگی های جمعیت شناختی گروه نمونه

| گروه | فراوانی | جنسیت | | سن | میزان تحصیلات | وضعیت تأهل | |
|--------------|---------|------------|------------|---------------|---------------|------------|-----------|
| | | مؤنث | مذکر | | | متأهل | مجرد |
| گواه بهنجار | ۲۸ | ۲۱ (۷۵٪) | ۷ (۲۵٪) | ۲۱/۴۴ (۱۰۵) | ۱۴ (۰) | ۲۷ (۹۶/۴٪) | ۱ (۳/۶٪) |
| اسکیزوفرنیک | ۱۶ | ۸ (۵۰٪) | ۸ (۵۰٪) | ۳۲/۵۳ (۹/۵۱) | ۱۰/۳۳ (۲/۳۵) | ۱۱ (۶۸/۸٪) | ۵ (۳۱/۲٪) |
| وسواسی-جباری | ۳۰ | ۱۱ (۳۶/۷٪) | ۱۹ (۶۳/۳٪) | ۲۹/۴۳ (۱۱/۰۲) | ۱۲/۸۴ (۲/۷۹) | ۱۵ (۵۰٪) | ۱۵ (۵۰٪) |

ابزار پژوهش

۱- مقیاس تجدید نظر شده آمیختگی فکر-عمل^{۲۰}: امیر، فرشمن، رمسی، نیری و بریجیدی^{۲۱} (۲۰۰۱) فرم اولیه مقیاس آمیختگی فکر-عمل شفران، ثردارسون و راجمن (۱۹۹۶) را مورد تجدیدنظر قرار دادند و سؤالات دیگری را به آن افزودند به طوری که مقیاس تجدیدنظر شده علاوه بر سنجش آمیختگی فکر-عمل در زمینه احتمال رویدادهای منفی در مورد دیگری، این پدیده را در زمینه احتمال رویدادهای مثبت و حتی احتمال پیشگیری از وقوع آسیب نیز اندازه‌گیری می نماید. از طرف دیگر میزان اهمیت و ارزشی که به افکار مثبت و منفی داده می‌شود و همچنین میزان مسئولیت در برابر داشتن این افکار در مقیاس جدید قابل اندازه‌گیری است. به این ترتیب این مقیاس علاوه بر آمیختگی فکر-عمل اخلاقی و آمیختگی فکر-عمل احتمال-خود، ۹ خرده‌مقیاس دیگر نیز دارد که عبارتند از: احتمال-دیگری منفی، احتمال-دیگری مثبت، احتمال-دیگری

پیشگیرانه، مسئولیت افکار منفی، مسئولیت افکار مثبت، مسئولیت افکار پیشگیرانه، ارزش فکر منفی، ارزش فکر مثبت و ارزش فکر پیشگیرانه. امیر و همکاران (۲۰۰۱) نشان دادند که این مقیاس دارای ثبات درونی کافی است به طوری که مقدار آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس های مختلف آزمون در گستره بین ۰/۷۷ برای احتمال دیگری مثبت و ۰/۹۶ برای خرده مقیاس احتمال-دیگری پیشگیرانه به دست آمد. به علاوه همبستگی متوسط تا بالای خرده مقیاس ها با پرسشنامه هایی که آسیب شناسی روانی را می سنجند (پرسشنامه وسواسی-اجباری، پرسشنامه اضطراب صفت و حالت اسپیلبرگر و پرسشنامه افسردگی بک) حاکی از روایی سازه^{۲۲} این مقیاس است (امیر و همکاران، ۲۰۰۱). این مقیاس برای اولین بار در ایران در مطالعه حاضر به کار گرفته شده است که روایی صوری و اعتبار بازآزمایی^{۲۳} ترجمه آن در نتایج این مطالعه گزارش شده است.

۲- مقیاس وسواسی-اجباری ییل-براون^{۲۴}: این مقیاس توسط گودمن، پرایس، راسموسن، مازیور، دلگادو، هنینجر و چارنی^{۲۵} (۱۹۸۹) تهیه شده است. مقیاس وسواسی-اجباری ییل-براون در ارزیابی شدت نشانه های وسواسی-اجباری دارای روایی و پایایی خوبی است و به ویژه نسبت به تغییرات مربوط به درمان حساس است (استکتی و شپیرو^{۲۶}، ۱۹۹۳). همسانی درونی این مقیاس در دامنه ۰/۶۹ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (ملکوتی، مهربانی، بولهری و دادفر، ۱۳۸۰؛ میرسپاسی و سالیانی، ۱۳۸۲؛ کاشمن و فوآ، ۱۳۷۷).

روش اجرا

در ابتدا مقیاس تجدیدنظر شده آمیختگی فکر-عمل ترجمه شد و روایی صوری آن به تأیید سه نفر از متخصصین روان شناسی بالینی و روانپزشکی (دکتر کتایون خوشابی، دکتر علیرضا جزایری و دکتر بهروز دولتشاهی) قرار گرفت. سپس ۱۶ بیمار اسکیزوفرنیک و ۳۰ بیمار وسواسی-اجباری این مقیاس را تکمیل کردند. گروه گواه که ۲۸ دانشجوی دانشکده های مختلف دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی بودند جهت ارزیابی پایایی بازآزمایی مقیاس پس از دو هفته مجدداً مورد آزمون قرار گرفتند.

نتایج

نتایج ضرائب همبستگی دو نوبت اجرای مقیاس تجدیدنظر شده آمیختگی فکر-عمل به فاصله ۲ هفته، نشان داد که همه خرده مقیاس ها پایایی بازآزمایی قابل قبولی دارند. کمترین میزان همبستگی مربوط به خرده مقیاس احتمال خود ($r=0/446$ و $p < 0/05$) و بالاترین میزان مربوط به خرده مقیاس مسئولیت فکر مثبت ($r=0/929$ و $p < 0/01$) است.

میانگین و انحراف استاندارد نمرات هر یک از گروه‌ها در خرده مقیاس‌های تجدیدنظر شده آمیختگی فکر-عمل به تفکیک در جدول ۲ آمده است. همچنین نمرات به دست آمده از همین مقیاس در مطالعه امیر و همکاران (۲۰۰۱) در مورد دو گروه دانشجو با و بدون نشانه‌های وسواسی-اجباری جهت مقایسه در همین جدول مشاهده می‌شود.

جدول ۲: میانگین و (انحراف استاندارد) نمرات هر یک از گروه‌ها در خرده مقیاس‌های تجدیدنظر شده آمیختگی فکر-عمل

| خرده مقیاس | گواه | اسکیزوفرنیک | وسواسی - اجباری | غیروسواسی - اجباری (امیر، ۲۰۰۱) | وسواسی - اجباری (امیر ۲۰۰۱) |
|-------------------------|-------------|-------------|-----------------|---------------------------------|-----------------------------|
| اخلاقی | ۲/۶۴ (۰/۶۱) | ۲/۶۰ (۰/۷۲) | ۲/۷۴ (۰/۶۱) | ۱/۴۶ (۰/۷۷) | ۱/۷۴ (۰/۸۸) |
| احتمال خود | ۱/۷۷ (۱/۱۴) | ۱/۹۴ (۱/۲۰) | ۲/۶۷ (۱/۰۴) | ۰/۹۸ (۰/۷۲) | ۱/۵۱ (۰/۹۴) |
| احتمال دیگری | ۱/۰۲ (۰/۹۳) | ۱/۳۰ (۱/۳۶) | ۱/۶۳ (۰/۹۷) | ۰/۳۰ (۰/۴۵) | ۱/۰۹ (۱/۰۳) |
| مسئولیت دیگری | ۱/۴۶ (۰/۹۲) | ۱/۳۱ (۰/۷۲) | ۲/۰۰ (۰/۸۱) | ۰/۹۳ (۰/۸۱) | ۱/۵۲ (۱/۱۰) |
| ارزش افکار منفی | ۲/۴۳ (۰/۸۴) | ۲/۴۵ (۰/۸۶) | ۲/۸۰ (۰/۸۴) | ۲/۱۰ (۱/۱۱) | ۲/۷۲ (۱/۰۱) |
| احتمال دیگری مثبت | ۱/۰۲ (۰/۹۲) | ۱/۱۸ (۱/۰۲) | ۱/۷۱ (۰/۹۹) | ۰/۳۵ (۰/۴۸) | ۱/۲۱ (۱/۶۲) |
| مسئولیت فکر مثبت | ۱/۶۷ (۱/۰۱) | ۲/۲۹ (۰/۸۶) | ۲/۱۷ (۰/۸۶) | ۱/۵۰ (۰/۹۸) | ۱/۹۷ (۱/۰۰) |
| ارزش افکار مثبت | ۲/۶۲ (۰/۹۰) | ۳/۰۶ (۰/۵۳) | ۲/۸۹ (۰/۶۱) | ۲/۸۰ (۰/۹۰) | ۳/۰۵ (۰/۶۹) |
| احتمال دیگری پیشگیرانه | ۱/۰۴ (۰/۹۴) | ۱/۲۳ (۱/۰۷) | ۱/۷۰ (۱/۰۲) | ۰/۳۶ (۰/۵۰) | ۰/۸۰ (۰/۸۶) |
| مسئولیت افکار پیشگیرانه | ۱/۵۸ (۰/۹۹) | ۲/۴۴ (۰/۹۵) | ۲/۰۲ (۰/۷۳) | ۱/۴۶ (۰/۹۲) | ۱/۸۰ (۱/۲۱) |
| ارزش فکر پیشگیرانه | ۲/۵۵ (۰/۸۱) | ۳/۰۶ (۰/۶۰) | ۲/۸۶ (۰/۶۳) | ۲/۷۹ (۰/۹۵) | ۲/۹۴ (۰/۹۴) |

چنانچه از داده‌های جدول ۲ می‌توان استنباط نمود، غیر از نمرات مربوط به ارزش فکر چه منفی، چه مثبت و چه پیشگیرانه، مجموعاً نمرات گروه‌های نمونه در مطالعه حاضر بالاتر از نمرات گروه نمونه مطالعه امیر و همکاران (۲۰۰۱) است.

به علاوه تفاوت گروه‌ها در هر یک از خرده مقیاس‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس یک راهه و آزمون تعقیبی 27 LSD مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۳ ملاحظه می‌شود. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، گروه‌ها برخلاف انتظار در خرده مقیاس آمیختگی فکر-عمل اخلاقی تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند. اگر چه میانگین نمرات همه گروه‌ها در مقایسه با نمونه امیر و همکاران (۲۰۰۱) بسیار بالاتر است که مبین بالا بودن آمیختگی فکر-عمل اخلاقی در فرهنگ ایرانی است.

اما در خرده مقیاس آمیختگی فکر-عمل احتمال خود، بیماران وسواسی-اجباری طبق انتظار، نمرات به طور معنادار بالاتری را هم از افراد گروه گواه بهنجار و هم از بیماران اسکیزوفرنیک داشتند.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس یک راهه خرده مقیاس ها و آزمون تعقیبی LSD

برای بررسی تفاوت گروه ها

| خرده مقیاس | نسبت F | سطح معناداری | گروه های مورد مقایسه | تفاوت میانگین | سطح معناداری |
|-------------------------|--------|--------------|----------------------|---------------|--------------|
| اخلاقی | ۰/۳۲ | ۰/۷۳۱ | ۳و۱ | -۰/۸۹۵ | ۰/۰۰۳ |
| احتمال خود | ۵/۱۳ | ۰/۰۰۸ | ۳و۲ | -۰/۷۳۱ | ۰/۰۳۷ |
| احتمال دیگری | ۲/۴۳ | ۰/۰۹۶ | ۳و۱ | -۰/۶۰۷ | ۰/۰۳۱ |
| مسئولیت دیگری | ۴/۴۴ | ۰/۰۱۵ | ۳و۱ | -۰/۵۳۶ | ۰/۰۱۹ |
| ارزش افکار منفی | ۱/۶۹ | ۰/۱۹۲ | ۳و۲ | -۰/۶۸۸ | ۰/۰۱۱ |
| احتمال دیگری مثبت | ۲/۸۹ | ۰/۰۲۵ | ۳و۱ | -۰/۶۸۵ | ۰/۰۰۹ |
| مسئولیت افکار مثبت | ۳/۰۴ | ۰/۰۵۴ | ۲و۱ | -۰/۶۱۶ | ۰/۰۳۷ |
| ارزش افکار مثبت | ۲/۰۱ | ۰/۱۴۱ | ۳و۱ | -۰/۵۰۰ | ۰/۰۴۶ |
| احتمال دیگری پیشگیرانه | ۳/۳۲ | ۰/۰۴۲ | ۳و۱ | -۰/۶۶۴ | ۰/۰۱۴ |
| مسئولیت افکار پیشگیرانه | ۴/۹۱ | ۰/۰۱۰ | ۲و۱ | -۰/۸۵۵ | ۰/۰۰۳ |
| ارزش افکار پیشگیرانه | ۳/۰۳ | ۰/۰۵۵ | ۲و۱ | -۰/۵۱۴ | ۰/۰۲۲ |

در مورد آمیختگی فکر-عمل در زمینه وقوع رویدادهای منفی برای دیگران، بیماران وسواسی-اجباری نمرات بالاتر از نمرات گروه گواه بهنجار داشتند ولی تفاوت معناداری را با بیماران اسکیزوفرنیک نشان ندادند. اما در ارتباط با مسئولیت در برابر داشتن افکار منفی در مورد وقوع رویدادهای منفی برای دیگران در مقایسه با هر دو گروه گواه بهنجار و اسکیزوفرنیک نمرات به طور معنادار بالاتری داشتند. در زمینه ارزش چنین فکری تفاوت معناداری بین گروه های مورد بررسی دیده نشد.

اگرچه گروه ها در زمینه ارزش فکر در مورد وقوع رویدادهای مثبت برای دیگران، تفاوت معناداری نداشتند ولی در مورد احتمال تأثیر چنین فکری در وقوع آن رویداد در واقعیت، بیماران وسواسی-اجباری نمرات به طور معنادار بالاتری را نسبت به افراد گروه گواه بهنجار به دست آوردند، در حالی که تفاوتی با بیماران اسکیزوفرنیک نداشتند. در مورد احساس مسئولیت در مقابل چنین فکری، چنانچه در جدول ۳ دیده می شود، هم بیماران وسواسی-اجباری و هم بیماران اسکیزوفرنیک نمرات به طور معنادار بالاتری را در مقایسه با افراد بهنجار به دست آوردند.

اما در مورد ارزش فکر پیشگیرانه، بالاترین نمرات مربوط به گروه اسکیزوفرنیک است که تفاوت نمره آن ها با گروه گواه بهنجار معنادار است. همچنان که در مورد مسئولیت در برابر داشتن افکار

پیشگیرانه، این برتری در مورد بیماران اسکیزوفرنیک در مقایسه با افراد گروه گواه بهنجار مشهود است، هرچند که تفاوتی با بیماران وسواسی-اجباری نشان نمی‌دهند. در مورد احتمال تأثیر داشتن افکار پیشگیرانه در مورد دیگران، بر اجتناب از آسیب دیدن آن‌ها بیماران وسواسی-اجباری بودند که نمرات به طور معنادار بالاتری را در مقایسه با افراد بهنجار به دست آوردند، ولی تفاوت معناداری با گروه اسکیزوفرنیک نداشتند.

بحث

همانطور که در بخش نتایج اشاره شد، گروه‌های بالینی و غیربالینی تفاوت معناداری در زمینه آمیختگی فکر-عمل اخلاقی نشان ندادند. اگر چه مقایسه نمرات آن‌ها با نمرات نمونه دانشجوی در مطالعه امیر و همکاران (۲۰۰۱) حاکی از نمرات بالای آن‌هاست. این امر احتمالاً ناشی از غلبه آموزه‌های فرهنگی و مذهبی در ارتباط با پاک اندیشی در فرهنگ ایران است. چنانچه شعار زرتشت، پیامبر ایرانی مبنی بر «پندار نیک، کردار نیک و گفتار نیک» (ناس، ۱۳۷۳) دلالت بر آن دارد. در دین مبین اسلام نیز آیات شریفی همچون «ز آن خداست هر چه در آسمان‌ها و زمین است، آن چه را که در دل دارید خواه آشکار سازید یا پوشیده‌اش دارید، خدا شما را بدان بازخواست خواهد کرد» (بقره، ۲۸۴) و آیه «بگو هر چه در دل دارید، چه پنهانش کنید و چه آشکارش سازید، خدا به آن آگاه است» (آل عمران، ۲۹) اشاره به آگاهی خداوند از افکار درونی و بازخواست از آن‌ها دارد که دال بر اهمیت افکار درونی است. در پژوهش‌ها نیز ارتباط همبستگی بین مذهبی بودن و آمیختگی فکر-عمل اخلاقی در مطالعه راسین و کاستر^{۲۸} ۲۰۰۳؛ به نقل از نلسون، آبراموویتز، وایتساید و دیکن^{۲۹}، ۲۰۰۶) نشان داده شده است.

این بدین معنی است که آمیختگی فکر-عمل اخلاقی یک فراشناخت است که لزوماً بیماری‌زا نیست و می‌تواند در افراد بهنجار نیز وجود داشته باشد. عدم تفاوت معنا دار گروه‌ها در میزان ارزش و اهمیتی که به فکر داده می‌شود نیز نشان می‌دهد که آمیختگی فکر-عمل تحت تأثیر میزان ارزش فکر نیست. چنانچه در مطالعه امیر و همکاران (۲۰۰۱) نیز همین یافته به دست آمد. اما وقتی به نمرات مربوط به مسئولیت فکر، نگاه کنیم می‌بینیم که بیماران وسواسی-اجباری در برابر داشتن افکار منفی و مثبت در مورد دیگران احساس مسئولیت بیشتری دارند. در مورد افکار پیشگیرانه نیز اگر چه نمرات بیماران وسواسی-اجباری از نمرات افراد بهنجار بالاتر است ولی از لحاظ آماری این تفاوت معنادار نیست. این نکته می‌تواند مبین ارتباط بین احساس مسئولیت و آمیختگی فکر-عمل باشد (اسماری و هلم اشتاین سون، ۲۰۰۱). به این معنی که آمیختگی فکر-عمل به عنوان یک فراشناخت زمانی بیماری‌زا می‌شود که احساس مسئولیت در قبال داشتن چنین فکری و خودارزیابی

بر این اساس، به عنوان یک میانجی وارد عمل می‌شود. «من فکر کردم که اتفاق بدی برای کسی بیافتد، پس من آدم بدی هستم». در چنین شرایطی است که طبق نظریه ناهماهنگی خویشتن^{۳۰} (هیگینز^{۳۱}، ۱۹۸۷) بین خویشتن بایسته^{۳۲} و خویشتن واقعی^{۳۳} ناهماهنگی پیش می‌آید که منجر به احساس تنش و گناه می‌شود و فرد می‌کوشد تا با انتخاب راهبردهای مقابله‌ای به ایجاد هماهنگی بین آن‌ها کمک نماید. راهبردهای مقابله‌ناکارآمدی همچون سعی در فرونشانی فکر، خنثی‌سازی و نگرانی، چرخه باطلی را شکل می‌دهند که حاصل آن اختلال وسواسی-اجباری است.

اما یافته دیگر تحقیق در مورد بیماران اسکیزوفرنیک نشان می‌دهد که ممکن است این تبیین ساده نگرانه باشد. چنانچه بیماران اسکیزوفرنیک اگر چه در مورد ارزش فکر پیشگیرانه و نیز مسئولیت در برابر داشتن چنین فکری نمره بالایی به دست آوردند ولی در زمینه آمیختگی فکر-عمل پیشگیرانه، تفاوتی با افراد بهنجار نداشتند. به عکس، بیماران وسواسی-اجباری علیرغم عدم تفاوت معنادار با افراد بهنجار در زمینه ارزش فکر و مسئولیت فکر پیشگیرانه، در زمینه احتمال پیشگیری تفاوت معنادار نشان دادند. این مسأله می‌تواند ناشی از این امر باشد که آمیختگی فکر-عمل در عین حال می‌تواند یک کارکرد دفاعی نیز داشته باشد. به ویژه هنگامی که در ارتباط با فکر کردن به رویدادهای مثبت و یا پیشگیرانه است باعث می‌شود که ناهماهنگی بین خود بایسته و خود واقعی کمتر شده و فرد ارزیابی مثبت تری نسبت به خود داشته باشد (لئوناردلی، لاکین و آرکین^{۳۴}، ۲۰۰۷). بدین ترتیب فرد هنگام مواجه با افکار مزاحم در جهت کاهش تعارض و ناهماهنگی خویشتن می‌کوشد با داشتن افکاری در جهت رویدادهای مثبت و یا پیشگیری از وقوع رویداد منفی، به ابطال فکر مزاحم پرداخته و به این صورت تصور مثبتی از خویشتن داشته باشد.

بنابراین نقش آمیختگی فکر-عمل در علامت-شناسی اختلال وسواسی-اجباری از دو جهت قابل بررسی است. یکی در جهت افزایش احساس مسئولیت و اتخاذ راهبردهای مقابله‌ای همچون نگرانی، فرونشانی فکر و اطمینان جویی که چرخه معیوب اختلال را راه می‌اندازد و تداوم می‌بخشد و دیگری به عنوان یک روش دفاعی برای ابطال و خنثی‌سازی فکر مزاحم از طریق سعی در فکر کردن به رویدادهای مثبت و پیشگیرانه.

یافته دیگر پژوهش از طریق مقایسه نمرات بیماران وسواسی اجباری و اسکیزوفرنیک نشان می‌دهد که بیماران وسواسی-اجباری در خرده مقیاس‌های مسئولیت افکار منفی و مسئولیت افکار مثبت، نمرات به طور معنادار بالاتری از اسکیزوفرنیک‌ها داشتند. این امر شاید انعکاسی از بالاتر بودن سطح بینش این افراد باشد که به نوعی می‌دانند این افکار زاییده ذهن خودشان است و منجر به احساس تعارض درونی برای آنها می‌گردد. در حالیکه پایین‌تر بودن نمرات بیماران اسکیزوفرنیک در این خرده مقیاس‌ها نشان از پایین‌تر بودن سطح بینش در آنها دارد، به نحوی که فکر مزاحم را به یک منبع بیرونی نسبت داده و علائم توهمی نشان می‌دهند. در واقع آمیختگی فکر-عمل در علامت‌شناسی

بیماران اسکیزوفرنیک بیشتر به عنوان یک کارکرد دفاعی عمل می‌نمایند در حالی که در علامت-شناسی بیماران وسواسی-اجباری علاوه بر کارکرد دفاعی، تقویت‌کننده احساس مسئولیت نیز است.

یادداشت‌ها

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Thought – action fusion | 2. Berle & Starcevic | 3. Shafran & Rachman |
| 4. Likelihood - self | 5. Likelihood - others | 6. Moral TAF |
| 7. Thordarson | 8. Ego- dystonic | 9. Salkovskis |
| 10. Smari & Holmsteinson | 11. Borkovec, Hazlett – stevens & Diaz | 12. Zucker & Craske |
| 13. Abramowitz, Whiteside, Lynam & Kalsy | 14. Magical thinking | 15. Morris & Merckelbach |
| 16. Lee, Cogle & Telch | 17. Einstein & Menzies | 18. Magical ideation |
| 19. Byerly, Goodman , Acholonu , Bugno & Rush | 20. The Revised Thought– Action Fusion Questionnaire (TAF-R) | 21. Amir, Freshman, Ramsy, Neary & Brigidy |
| 22. Construct validity | 23. Test-retest reliability | 24. Yale – Brown Obsessive – Compulsive Scale |
| 25. Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Delgado , Heninger & Charney | 26. Steketee & Shapiro | 27. Least Significant Difference |
| 28. Rassin & Koster | 29. Nelson, Abramowitz, Whiteside & Deacon | 30. Self - discrepancy |
| 31. Higgins | 32. Ought self | 33. Actual self |

منابع

امیر، نادر، کاشمن، لوری و فوآ، اندا. (۱۳۷۷). راهبردهای کنترل فکر در اختلال وسواس فکری عملی (ترجمه محمد غفاری خان، فرهود کاظمی و مالک میرهاشمی). فصلنامه اندیشه و رفتار، سال چهارم، شماره ۱، ۶۸-۷۳.

ملکوتی، کاظم، مهربانی، فریدون، بوالهروی، جعفر و دادفر، محبوبه. (۱۳۸۰). تأثیر اختلال‌های شخصیت بر نتیجه درمان دارویی بیماران وسواسی-اجباری. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال ششم، شماره ۴، ۱۳-۲۲.

میر سپاسی، غلامرضا و سالیانی، انوشه. (۱۳۸۲). مقایسه کارآیی ترکیب فلوکستین- هالوپریدول با فلوکستین و دارونما در بیماران اختلال وسواسی-جبری. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هشتم، شماره ۴، ۱۰-۴.

ناس، جان. (۱۳۷۳). تاریخ جامع ادیان. ترجمه علی اصغر حکمت، چاپ هفتم. تهران: شرکت انتشارات علمی و فرهنگی.

Abramowitz, J. S., Whiteside, S., Lynam, D., & Kalsy, S. (2003). Is thought – action fusion specific to obsessive – compulsive disorder? :A mediating role of negative affect. *Behavior Research and Therapy*, 41, 1069-1079

Amir, N., freshman, M., Ramsy, B., Neary, E., & Brigidi, B. (2001). Thought – action fusion in individuals with OCD symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 39, 765-776.

- Berle, D., & Starcevic, V. (2005). Thought – action fusion: Review of literature and future directions. *Clinical Psychology Review*, 25, 263-284.
- Borkovic, T. D., Hazlett-Stevens, H., & Diaz, M. L. (1999). The role of positive beliefs about worry in generalized anxiety disorder and its treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 126-38.
- Byerly, M., Goodman, W., Acholonu, W., Bugno, R., & Rush, A. J. (2005). Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: Frequency and clinical features. *Schizophrenia Research*, 76, 309-316.
- Einstein, D. A., & Menzies, R. G. (2004). The presence of magical thinking in obsessive compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 42, 539-550.
- Goodman, W., Price, L., Rasmussen, S., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. L., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Hazlett-Stevens, H., Zucker, B. G., & Craske, M. G. (2002). The relationship of thought – action fusion to pathological worry and generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 40, 1199-1204.
- Higgins, E. T. (1987). Self – discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 219-340.
- Lee, H. J., Couple, J. R., & Teach, M. J. (2005). Thought-action fusion and its relationship to schizotypy and OCD symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 43, 29-41.
- Leonadrelli, G. J., Lakin, J. L., & Arkin, R. M. (2007). A regulatory focus model of self-evaluation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43 (6), 1002-1009.
- Muris, P., & Merckelbach, H. (2003). Thought – action fusion and schizotypy in undergraduate students. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 211-216.
- Nelson, E. A., Abramowitz, J. S., Whiteside, S. P., & Deacon, B. J. (2006). Scrupulosity in patients with obsessive – compulsive disorder: Relationship to clinical and cognitive phenomena. *Anxiety Disorders*, 20, 1071-1086.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behavior Research and Therapy*, 31, 149-154.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 35, 793-802.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessive – compulsive problems: A cognitive behavioral analysis. *Behavior Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Shafraan, R., & Rachman, S. (2004). Thought – action fusion: A review. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 87-107.
- Shafraan, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought – action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 379-391.
- Smari, J., & Holmsteinsson, E. (2001). Intrusive thoughts, responsibility attitudes, thought-action fusions and chronic thought suppression in relation to obsessive-compulsive symptoms. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 29, 13-20.
- Steketee, G. & Shapiro, L. J. (1993). Obsessive-compulsive disorder. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.). *Handbook of behavior therapy in the psychiatric setting* (pp.199-228). New York: Plenum Press.