

Research Paper



**Structural Relationship Between Cognitive-Obsessional Beliefs
and Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder**



Mahdi Khodabandeh Loi¹, Ali Asgar Asgharnejad Farid^{2*}, Mohammad Ebrahim Madahi³

1. PhD student of General Psychology, Research Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. Professor, Department of Clinical Psychology, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Professor, Department of Psychology, Shahed University, Tehran, Iran.



DOI: [10.22034/jmpr.2024.61321.6172](https://doi.org/10.22034/jmpr.2024.61321.6172)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_18568.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:
Obsessive-Compulsive Disorder, Cognitive Beliefs, Control of Thoughts, Importance of Thoughts

Received: 2024/04/22
Accepted: 2024/06/02
Available: 2024/09/28

The present study aimed to investigate the structural relationship between cognitive-obsessional beliefs and symptoms of obsessive-compulsive disorder. 315 students from University of Tabriz were randomly selected and responded to the Obsessive Beliefs Questionnaire (OCCWG) and the Revised Obsessive-Compulsive Questionnaire (OCI-R) by Foa et al. Data were analyzed by path analysis. Results showed that 1) the effect of feeling too much responsibility on the symptoms of obsession with checking, and obsession with thought is significant. 2) The effect of overestimation of risk on the symptoms of checking obsession and intellectual obsession was significant. 3) The effect of the inability to tolerate ambiguous conditions on the symptoms of inspection obsession was significant. 4) The effect of the importance of thoughts on the symptoms of checking obsession and thought obsession was significant. 5) The effect of thought control on the symptoms of obsessive thoughts and obsession with symmetry/order was significant. These findings have practical implications in clinical settings that are discussed.



* Corresponding Author: Ali Asgar Asgharnejad Farid
E-mail: aliasghar.farid@gmail.com

مقاله پژوهشی



روابط ساختاری باورهای شناختی-وسواسی با نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری



مهدی خدابنده لوی^۱، علی اصغر اصغرنژاد فرید^{۲*}، محمد ابراهیم مداحی^۳

۱. دانشجوی دکتری تخصصی رشته روانشناسی عمومی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.



DOI: [10.22034/jmpr.2024.61321.6172](https://doi.org/10.22034/jmpr.2024.61321.6172)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_18568.html



چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

اختلال وسواسی-جبری، باورهای شناختی، کنترل افکار، اهمیت افکار

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه ساختاری باورهای شناختی-وسواسی با نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری بود. این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی بود. از جامعه دانشجویان دانشگاه تبریز تعداد ۳۱۵ نفر به شیوه تصادفی خوشه‌ای انتخاب و به پرسشنامه باورهای وسواسی (OCCWG) و پرسشنامه بازنگری شده وسواسی-اجباری (OCI-R) فوآ و همکاران پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان داد (۱) اثر احساس مسئولیت بیش از حد بر علایم وسواس واری (۰/۲۵) و وسواس فکری (۰/۲۷) معنی‌دار است. (۲) اثر ارزیابی بیش از حد خطر بر علایم وسواس واری (۰/۳۲) و وسواس فکری (۰/۱۳) معنی‌دار است. (۳) اثر ناتوانی در تحمل شرایط ابهام بر علایم وسواس واری (۰/۱۲) معنی‌دار است. (۴) اثر اهمیت افکار بر علایم وسواس واری (۰/۱۸) و وسواس فکری (۰/۳۲) معنی‌دار است. (۵) اثر کنترل افکار بر علایم وسواس فکری و وسواس تقارن/نظم معنی‌دار است ($p < 0/05$). این یافته‌ها تلویحات عملی در مداخلات بالینی دارد که مورد بحث واقع شده‌اند.

دریافت شده: ۱۴۰۳/۰۲/۰۳

پذیرفته شده: ۱۴۰۳/۰۳/۱۳

منتشر شده: ۱۴۰۳/۰۷/۰۷

* نویسنده مسئول: علی اصغر اصغرنژاد فرید

رایانامه: aliasghar.farid@gmail.com

مقدمه

سومین الگوی شایع اختلال وسواسی، افکار مزاحم بدون اجبار است. این افکار وسواسی معمولاً افکار تکراری از نوع عمل جنسی یا پرخاشگرانه است که بیمار آنها را قابل سرزنش می‌داند (سادوک و سادوک^{۱۸}، ۲۰۱۸). حدود ۲۵-۲۰ درصد بیماران OCD وسواس ناراحت‌کننده‌ای را بدون تشریفات اجباری آشکار گزارش می‌کنند. زیرمجموعه وسواس فکری خالص از OCD با حضور وسواس در غیاب رفتار اجباری کاهنده اضطراب سنتی مشخص می‌شود. وسواس‌ها ممکن است مذهبی/ کفرآمیز، خشونت/ پرخاشگری و یا ماهیت جنسی داشته باشد، و اگر چه در برخی از موارد وسواس‌ها ممکن است با اجبارها توأم اتفاق بیافتند اما برای اشخاصی با زیرمجموعه وسواس فکری خالص هیچ ارتباطی با رفتار اجباری آشکار وجود ندارد (آبراموویچ و همکاران^{۱۹}، ۲۰۱۸).

همچنین، افراد دارای نوع تقارن، نظم و ترتیب با اجبارهایی شامل تشریفات تکرار و شمارش، تقارن، نظم و ترتیب و همچنین وسواس مربوط به دقت/ کمال‌گرایی و کندی وسواسی مشخص می‌شود. یکی از ویژگی‌های متمایز این زیرگروه این است که اجبارها به منظور کاهش احساس ناراضی، ناراحتی، و یا احساس بی‌کفایتی، انجام می‌شوند (مک‌کی و همکاران، ۲۰۱۸). علاوه بر این، افراد دارای نوع احتکار (ذخیره سازی) از خرده‌الگوی اجبارها، اشیاء جزئی و پیش‌پا افتاده را جمع‌آوری کرده و در صورتی که درصد دور انداختن آنها برآیند، اضطراب زیادی را متحمل می‌شوند (استکتی و همکاران، ۲۰۰۳). این بیماران دارای باورهای ناکارآمد در مورد ارزش اموال و وابستگی عاطفی بیش از حد به موارد احتکار شده، هستند. علاوه بر این، این افراد دچار علائم کمال‌گرایی؛ عدم تحمل ابهام؛ شک در مورد حافظه؛ اشکال در تصمیم‌گیری؛ تعویق؛ و اجتناب رفتاری می‌شوند (تیلور و همکاران^{۲۰}، ۲۰۱۷). علاوه بر این، زیرگروه آیین‌مندی‌های ذهنی بدون اعمال وسواسی آشکار، تحت عنوان «اعمال ذهنی^{۲۱}» تعریف می‌شود که به صورت دعا خواندن، شمارش یا تکرار آرام کلمات نمایان می‌شوند (فوا و همکاران، ۲۰۰۲).

شیوع ۱۲ ماهه بین‌المللی اختلال OCD ۱/۳ درصد است و در زنان بزرگسال قدری بیشتر از مردان است، هرچند که مردان معمولاً در کودکی بیشتر مبتلا می‌شوند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۳). میزان ابتلای زنان به اجبارها، اندکی بیشتر از مردان است. سن شروع اختلال معمولاً در دوره جوانی و دهه ۲۰ سالگی است (ویسمن و همکاران^{۲۲}، ۲۰۱۹). مطالعات همه‌گیرشناختی در اروپا، آسیا و آفریقا شیوع نسبتاً بالای این اختلال را در فرهنگ‌های مختلف نشان داده است و با وجود تفاوت در محتوای علائم وسواسی، شکل آنها تشابهات انکارناپذیری دارد. میزان شیوع OCD در جمعیت عمومی ۲ تا ۳ درصد تخمین زده شده است و حدود ۱۰ درصد

اختلال وسواسی-اجباری (OCD)^۱ با وجود وسواس‌های فکری و یا وسواس‌های عملی مشخص می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^{۲۳}، ۲۰۲۳) و خصوصیت اصلی این اختلال، افکار وسواسی عودکننده^۲ و اعمال اجباری است (استکتی و همکاران^۳، ۲۰۱۶). وسواس‌ها، افکار، امیال یا تصورات عودکننده و مداوم هستند که به صورت مزاحم و ناخواسته تجربه می‌شوند، درحالی‌که اجبارها، رفتارها یا اعمال ذهنی مکرر هستند که فرد احساس می‌کند در پاسخ به وسواس‌ها یا برطبق مقرراتی که باید با واقعیت اجرا شوند، وادار به انجام دادن آنها می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۳). بعلاوه، وسواس‌ها، افکار مزاحمی هستند که بوسیله بیماران وسواسی بعنوان علامتی خطرناک که باید خود را از آسیب ناشی از آن حفاظت کنند، سوءتعبیر می‌شود (استکتی و همکاران، ۲۰۱۶). با این حال، اعمال یا تشریفات وسواسی به صورت رفتارهای کلیشه‌ای هستند که بیمار مدام آنها را تکرار می‌کند (ریگز و فوا^۴، ۲۰۱۹).

علائم اختلال وسواسی- اجباری بسیار متنوع بوده و طیفی از افکار ناخوانده و اشتغال خاطر تا اعمال و آداب وسواسی^۵ را دربرمی‌گیرد (راسموسن و آیزن^۶، ۲۰۱۲) و دارای انواع مختلفی هستند که می‌تواند شامل ترس از آلودگی، پرخاشگری، آسیب‌های احتمالی، موضوعات جنسی و... باشد و همین تنوع، سبب دشواری در سنجش و درمان این اختلال شده است (آی و ایربای^۷، ۲۰۱۷). بعلاوه، انواع خرده‌الگوهای اجبارها شامل آلودگی و شستشو/ تمیزی^۸؛ وارسی^۹؛ تقارن، نظم و ترتیب^{۱۱}؛ احتکار (ذخیره‌سازی)^{۱۲} و آیین‌مندی‌های ذهنی بدون اعمال وسواسی آشکار^{۱۳} است (انجمن روان-پزشکی آمریکا، ۲۰۲۳). زیرگونه شستشو، شایع‌ترین شکل بالینی اختلال بوده (جونز و کرچمالیک^{۱۴}، ۲۰۱۸) و افراد مبتلا به آن به طور معمول درگیر شستن بیش از حد و یا تمیز کردن برای کاهش احساس آلودگی، یا جلوگیری از خطر بالقوه آلودگی می‌شوند (مک‌کی و رابینز^{۱۵}، ۲۰۰۸). علائم وارسی دومین گروه عمده اختلال وسواسی- اجباری را تشکیل می‌دهند (راچمن^{۱۶}، ۱۹۹۷). این بیماران گرفتار نگرانی‌های مداوم درباره وقوع یک حادثه بد هستند، حادثه‌ای که ممکن است در اثر غفلت یا کوتاهی آنها در وارسی کامل امور رخ دهد. آنها خود را مسئول این اتفاق‌های احتمالی ناخوشایند می‌دانند، بنابراین به ایمن‌سازی محیط اقدام می‌کنند، همیشه با اتفاقات آینده دل‌مشغول‌اند. شک و تردید در کنار بلاتصمیمی ویژگی اصلی آنهاست (جنایک و همکاران^{۱۷}، ۲۰۱۹).

12. hoarding
13. compulsive hoarding and acquiring therapist guide
14. Jones & Krochmalik
15. McKay & Robbins
16. Rachman
17. Jenike et al
18. Sadock & Sadock
19. Abramowitz et al
20. Taylor et al
21. mental acts
22. Weissman

1. Obsessive-Compulsive Disorder
2. American Psychiatric Association
3. recurrent
4. Steketee et al
5. Riggs & Foa
6. ritual
7. Rasmussen & Eisen
8. AY & Erbay
9. contamination and washing/ cleaning
10. Obsessions about causing harm and checking
11. symmetry, ordering and arranging

پس از توقف تلاش برای سرکوب فکر، این افکار مزاحم به شکل متناقضی افزایش می‌یابد (کلارک و پردون^۷، ۲۰۱۴).

باورهای وسواسی گزاره‌های عمومی هستند که به ارزیابی اشتباه از تفکرات سرزده منجر شده و موجب ایجاد و حفظ اختلال وسواس فکری- عملی می‌گردند (OCCWG^۸، ۲۰۰۱). این باورها شامل احساس مسئولیت بیش از حد، ارزیابی بیش از حد خطر و تهدید، ناتوانی در تحمل شرایط مبهم، اهمیت افکار و کنترل افکار و کمال‌گرایی است. این ۶ باور در قالب ۳ عامل ظاهر می‌شوند که عبارتند از: احساس مسئولیت بالا/ ارزیابی بالای تهدید که اشاره به باورهای مرتبط با وجود احساس مسئولیت بالا در قبال حوادث منفی و عدم درک احتمال و شدت پیامدهای منفی دارد؛ اهمیت/کنترل افکار که شامل داشتن این باور که افکار مزاحم نشانگر وجود تمایل درونی راجع به وقوع آن فکر و ضروری بودن کنترل این افکار است؛ و کمال‌گرایی/عدم تحمل شرایط مبهم که اشاره به باور وجود معیار عملکرد بدون نقص و اینکه یقین و قطعیت ضروری بوده و وجود ابهام غیر قابل تحمل است (OCCWG^۸، ۲۰۰۵). به اعتقاد تولین، وُرهانسکی و ملتبای^۹ (۲۰۱۶) رابطه مشخص بین باورهای شناختی و علایم اختلال وسواسی- اجباری زمانی اثبات می‌شود که سه الگو مشاهده شود: نخست، تمام انواع علایم این اختلال حداقل با برخی از باورهای شناختی مرتبط باشند (ملاک عمومیت)، دوم، باورهای شناختی متفاوت با علایم متفاوت این اختلال رابطه معنی‌دار داشته باشند (ملاک تناسب)، و سوم اینکه این باورها در بیماران وسواسی نسبت به سایر اختلالات بیشتر وجود داشته باشند (ملاک اختصاصی بودن).

مطالعات نشان می‌دهد بین باورهای وسواسی و اختلال وسواسی- اجباری رابطه مثبتی وجود دارد (تولین، بریدی و حنان^{۱۰}، ۲۰۰۸). در این راستا، سالکوسکیس^{۱۱} (۲۰۱۹) معتقد است عامل شناختی محوری در OCD، احساس مسئولیت مفرطی است که شخص در قبال افکار نافذ خود دارد، این احساس مسئولیت موجب ایجاد فعالیت‌های خنثی‌ساز (اعمال اجباری) می‌شود و مستقیماً با علایم وسواس مرتبط است. در این مدل باورهای شناختی مسئولیت/بیش ارزیابی تهدید، اهمیت و کنترل افکار و کمال‌طلبی/قطعیت هر یک به طور مستقل با نشانه‌های وسواس مرتبطند. در تأیید نقش برجسته مسئولیت در وارسو، مانسینی^{۱۲} (۲۰۱۸) دریافت که حس مسئولیت متمرکز بر این باور فرد که آن دارای قدرت آسیب‌زایی است، رابطه نزدیکی با نشانه‌های وارسو دارد. اما حس مسئولیت متمرکز بر جلوگیری از خطر، بیشتر برای نشانه‌های تمیز کردن مطرح شده است. با این وجود، یورولماز^{۱۳} (۲۰۱۹) نشان داده است که حس مسئولیت با دیگر زیرگروه‌های این اختلال نیز رابطه دارد. اسماری، گلایفاداتیر، و هالدورسداتیر^{۱۴} (۲۰۱۸) مطرح نمودند که رابطه بالایی بین نگرش‌های مسئولیت و افکار وسواسی در ارتباط با آسیب‌پذیری نسبت به وارسو وجود دارد.

بیماران سرپایی مراکز بالینی و روان‌پزشکی را تشکیل می‌دهد (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۸). در ایران، نتایج پژوهش صادقیان، خدایی‌اردکانی، اسکندری، تمیزی و خدایی (۱۳۹۲) در گروه مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی شهر تهران نشان می‌دهد که رایج‌ترین وسواس‌ها، به ترتیب شامل وسواس فکری آلودگی (۹/۲۳٪)، وسواس فکری متفرقه (۶۶/۹۹٪) و وسواس فکری جسمی (۵۷/۲۸٪) بوده و رایج‌ترین اجبارها شامل وسواس عملی متفرقه (۷۸/۶۴٪)، نظافت و شستشو (۷۳/۷۸٪) و وارسو (۶۴/۰۷٪) است. علت واقعی اختلال وسواسی- اجباری بطور کامل کشف نشده است و همانند سایر اختلالات روانی این اختلال نتیجه ترکیب عوامل مختلف زیستی - ژنتیکی، روانی و اجتماعی است. با این حال افراد مختلف با علائم و نشانه‌های متفاوت می‌توانند ترکیب گوناگونی از عوامل را داشته باشند و همین امر شناخت علت بیماری را بسیار پیچیده می‌کند (ویل و ویلسون^۱، ۱۳۸۵). در سبب‌شناسی OCD، نظریه‌های متنوعی مطرح شده است. در این میان، محققان علاقه زیادی به بررسی نقش عامل شناخت در OCD از خود نشان داده‌اند و در زمینه تحقیق و درمان OCD، به ساختارها، فرایندها و محتوای شناختی این اختلال توجه خاصی نموده‌اند (راچمن و شافران^۲، ۲۰۱۶). بیشتر تحقیقات نشان داده‌اند باورها و ارزیابی‌های افراد، با OCD رابطه مستقیمی دارند و با شناخت این حوزه‌ها، درک از OCD وضوح بیشتری می‌یابد. در این راستا، در نظریه‌های معاصر بر نقش باورهای ناکارآمد در رشد و تداوم OCD تأکید شده است (فراست و استکتی^۳، ۲۰۲۱). بر اساس نظریه شناختی، تفاوت اساسی بین افکار مزاحم بهنجار و وسواس‌ها، در معنایی است که افراد وسواسی به افکار مزاحم خود می‌دهند. بیماران وسواسی این افکار را نشانه‌ای از آسیب احتمالی می‌بینند که ممکن است به خودشان یا دیگران برسد و نیز فکر می‌کنند که آنان ممکن است در قبال این آسیب (یا پیشگیری از آن) مسئول باشند (رکتور^۴، ۲۰۲۰).

مبتنی بر مدل شناختی - رفتاری سالکوسکیس^۵، افکار وسواسی بیمارگون، افکار ناخوانده و مزاحمی هستند که بیماران محتوای آنها را به گونه‌ای تعبیر می‌کنند که گویی خودشان مسئول آسیب رساندن به خود یا دیگران هستند. به عبارتی، در این مدل روی دادن وسواس‌ها کاملاً جدا از ارزیابی‌های بعدی افکار وسواسی در نظر گرفته می‌شود. به این ترتیب، تمرکز این مدل بر ارزیابی افکار، تصاویر، تردیدها و تکانه‌های وسواسی بعنوان منبع آشفتگی است و نه بر محتوای خود وسواس‌ها (کلارک و بک^۶، ۲۰۲۰). در این راستا، عنوان می‌شود که باورها و ارزیابی‌های مرتبط با کنترل افکار مزاحم ممکن است نقش مهمی در ایجاد وسواس داشته باشند زیرا این افراد تلاش می‌کنند تا تفکر وسواسی خود را کنترل کنند. با این حال در بهترین شرایط این افراد نمی‌توانند افکار ناخواسته خود را بطور کامل سرکوب کنند و لذا

8. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group
9. Tolin, Worhunsky, & Maltby
10. Tolin, Brady, & Hannan
11. Salkovskis
12. Mancini
13. Yorulmaz
14. Smari, Glayfadottir, & Halldorsdottir

1. Will & Wilson
2. Shafraan
3. Frost
4. Rector
5. Salkovskis
6. Clark & Beck
7. Purdon

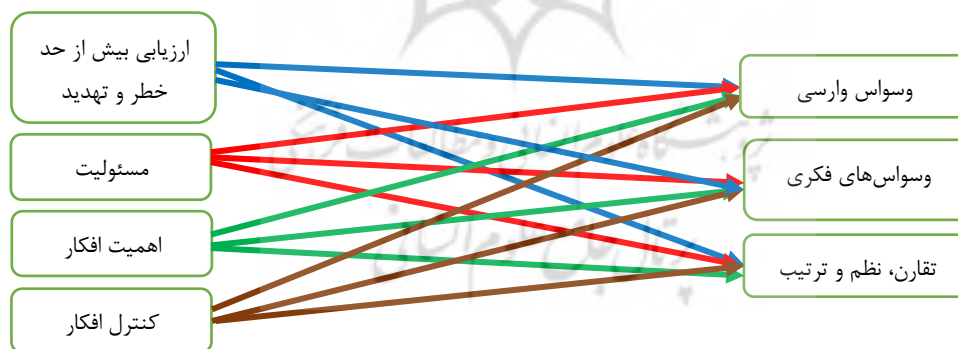
روانی است (کسلر و همکاران^۶، ۲۰۰۵). طبق بررسی‌های بعمل آمده شیوع بسیار بالای این اختلال مشکلات زیادی در کارکرد شغلی، بین‌فردی، مالی، تحصیلی، زناشویی و مراقبتی افراد مبتلا ایجاد می‌کند و همین امر هزینه‌های گزافی از خدمات بهداشتی را متحمل جوامع می‌کند (کسلر و همکاران، ۲۰۱۵). بی‌توجهی در آسیب‌شناسی این اختلال موجب اقدام به خودکشی‌های مکرر (براون و همکاران^۷، ۲۰۱۹)، اختلالات هیجانی و وابستگی به مواد، افت کیفیت زندگی و اخلال در کارکردهای فردی، خانوادگی و اجتماعی می‌شود (آنجلاکیس و همکاران^۸، ۲۰۱۵).

هرچند در سال‌های اخیر، در مورد اختلال سواسی-جبری تحقیقات زیادی صورت گرفته است (مک‌کی و همکاران، ۲۰۱۸)، ولی اغلب سمت و سوی تحقیقات در جهت تدوین پروتکل‌های درمانی و برخاسته از تجارب بالینی و با تأکید بر جنبه رفتاری (نه نتایج پژوهش‌های آسیب‌شناختی) بوده است (آبراموویتز و همکاران، ۲۰۲۱) این در حالی است که تحقیقات آسیب‌شناسی، به ویژه عوامل شناختی آن، مورد غفلت واقع شده‌است که ناکارآمدی تدابیر درمانی را در پی دارد (مک‌کی و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین، توجه به عوامل شناختی در آسیب‌شناسی اختلال سواسی-جبری، جهت شناخت بهتر این اختلال و تدوین راهبردهای درمانی، از اهمیت شایانی برخوردار است. با توجه به موارد مذکور قابل ذکر است که از لحاظ نظری در تبیین نقش عامل‌های شناختی در اختلال سواسی-اجباری، همچنان خلأهای فراوانی وجود دارد و در حقیقت، هنوز ماهیت این اختلال به اندازه کافی شناخته نشده است. بر این اساس، سؤال این است که آیا باورهای شناختی در پیش‌بینی زیرمؤلفه‌های اختلال سواسی-اجباری (وارسی، نظم و ترتیب و سواس‌هاس فکری) نقش دارند.

راچمن و دی‌سیلوا (۲۰۱۸) اظهار داشتند که بروز حس مسئولیت در OCD ممکن است موقعیت-ویژه باشد و این زمانی برجسته است که شخص خودش را برای وقایع آسیب‌زا/ خطرناک، مسئول بداند. یافته‌های تجربی (یورولماز و همکاران، ۲۰۱۹) حاکی از آن است که این مسئولیت افزایش یافته نقش برجسته‌ای در اجبارهای وارسی به نسبت اجبارهایی در ارتباط با تمیز کردن دارد و نیز، نتایج پژوهش مک‌کی و همکاران (۲۰۱۷) حاکی از آن است که نشانه‌های نوع وارسی با هر سه بعد باور شناختی اصلی کارگروه شناخت‌های سواسی اجباری (OCCWG) رابطه دارد.

در اکثر سیمایه‌های بالینی سواس مانند وارسی، رفتارهای اجباری جهت جلوگیری از وقوع رویدادی وحشتناک انجام می‌گیرد اما مطالعه رادومسکی^۱ و راچمن (۲۰۱۲) حاکی از آن است که این گروه، رفتار نظم‌دهی اجباری را جهت کاهش اضطراب انجام می‌دهند نه کاهش احساس تهدید. باور مهم مرتبط با این نوع سواس، مسئولیت/ بیش‌ارزیابی تهدید و کمال‌طلبی است [۲۶]. باور اهمیت افکار (OCCWG، ۲۰۱۰). کمترین ارتباط را با این نشانه دارد. پیش‌تهدید در اختلال سواسی-اجباری بخشی از رفتار مقابله‌ای فرد است و به صورت‌های مختلفی اتفاق می‌افتد. در این راستا، پیش‌تهدید ممکن است به صورت وارسی حالت‌های احساسی/هیجان‌ها/حس‌های بدنی خاص، و وارسی تقارن/عدم پاکیزگی و پیش‌حافظه باشد (ولز^۲، ۲۰۱۸).

اختلال سواسی-اجباری یکی از مشکلات جدی حوزه سلامت بوده و سالانه هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی هنگفتی بر جامعه تحمیل می‌کند (بارلو^۳، ۲۰۱۹). این اختلال غالباً وضعیت مزمن و فراگیری را ایجاد می‌کند به طوری که افراد مبتلا، عودهای مکرری را تجربه می‌کنند (جونز و همکاران^۴، ۲۰۱۸). این اختلال با نقائصی در حوزه‌های مختلف عملکردی و کیفیت پایین زندگی همراه بوده (توییک و همکاران^۵، ۲۰۱۵) و چهارمین اختلال شایع



به شیوه تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. در این راستا، از بین ۵ دانشکده در این انتخاب، ابتدا از بین دانشکده‌ها تعداد ۵ دانشکده و از هر دانشکده ۲ کلاس به صورت تصادفی انتخاب و کلیه دانشجویان حاضر در کلاس‌ها به عنوان نمونه نهایی در نظر گرفته شدند.

5. Twohig, Vilardaga, & Levin
6. Kessler et al
7. Brown
8. Angelakis et al

روش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع بنیادی و با توجه به شیوه جمع‌آوری داده‌ها از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بود ($N=24000$). با در نظر گرفتن نظر کلاین (۲۰۱۱) مبنی بر لحاظ کردن تعداد متغیرهای آشکار و انتخاب ۱۰ الی ۱۵ نفر به ازای هر متغیر، در این پژوهش تعداد ۳۱۵ دانشجو

1. Radomsky
2. Wells
3. Barlow
4. Jones et al

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسشنامه بازنگری شده وسواسی - اجباری (OCI-R): این پرسشنامه در سال ۱۹۹۸ توسط فوآ و همکاران تدوین و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدیدنظر قرار گرفت. نسخه بازنگری شده دارای ۱۸ عبارت بوده و انواع وسواس‌ها و اجبارها را اندازه‌گیری می‌کند که عبارتند از: واریسی، شستشو، وسواس فکری، خنثی‌سازی ذهنی، نظم و احتکار. نمره گذاری این پرسشنامه در طیف ۵ درجه ای لیکرت انجام می‌گیرد. فوآ و همکاران (۲۰۰۲) روایی سازه آن را تایید نموده اند. همچنین در پژوهشی، ساختار عاملی OCI-R نیز تایید و آلفای کرونباخ و پایایی بازآزمایی آن برای کل مقیاس و نیز خرده‌مقیاس‌ها رضایت‌بخش گزارش شده است (اسماری و همکاران، ۲۰۱۷). محمدی و همکاران (۲۰۰۸) نیز روایی این ابزار را برای ارزیابی علائم OCD در جمعیت فارسی زبان تایید کرده و همسانی درونی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۵۰ تا ۰/۷۲ بدست آورده اند. در پژوهش حاضر، پایایی این پرسشنامه یا استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۰ تا ۰/۷۸ بدست آمد.

پرسشنامه باورهای وسواسی (OBQ-44): این پرسشنامه توسط کارگروه شناخت‌واره‌های وسواسی-اجباری در سال ۲۰۰۱ تهیه شده و حاوی ۴۴ گویه است و در طیف ۷ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. محتوای این پرسشنامه از پنج گروه باور تشکیل شده که دامنه‌های کلیدی حوزه‌های

شناخت در اختلال وسواسی-اجباری هستند، شامل: مسئولیت‌پذیری/ارزیابی بالای خطر، اهمیت / کنترل افکار و عدم تحمل ابهام. گروه سازندگان آزمون، روایی سازه آن را تایید و پایایی آن را برای کل آزمون ۰/۸۲ گزارش نموده‌اند. در ایران نیز شمس و همکاران (۱۳۸۳) ثبات درونی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ (۰/۷۹) و ضریب دو نیمه‌سازی با عنوان همبستگی اصلاح شده (۰/۹۴) گزارش کرده‌اند و برای برآورد روایی ملاک، همبستگی نمرات این پرسشنامه با دو پرسشنامه OCI-R¹ و MOCI² را به ترتیب ۰/۵۷ و ۰/۵۰ به دست آورده‌اند. در پژوهش حاضر، پایایی این پرسشنامه یا استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بدست آمد.

در پژوهش حاضر، داده‌های بدست آمده یا روش مدل‌یابی معادلات ساختاری با استفاده از نرم افزار AMOS تحلیل شد.

یافته‌ها

در این پژوهش از تعداد ۳۱۵ نفر تعداد ۲۰۵ نفر زن و ۱۱۰ نفر مرد (با میانگین سنی ۲۳ سال) بودند. یافته‌های این پژوهش در قالب آماره‌های توصیفی و استنباطی به شرح ذیل است: جهت توصیف داده‌ها از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی به ویژه میانگین و انحراف استاندارد به شرح جدول ۱ استفاده شد:

جدول ۱: خلاصه شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرها

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کشیدگی	کجی	تعداد آزمودنی
واریسی	۷/۱۲	۲/۵۲	۱/۲۵	۱/۰۱	۳۱۵
وسواس فکری	۷/۳۶	۲/۶۵	۱/۱۹	-۰/۸۹	۳۱۵
ترتیب	۶/۲۱	۲/۱۶	۰/۹۷	-۰/۶۷	۳۱۵
احساس مسئولیت بیش از حد	۳۹/۱۱	۱۰/۲۱	۰/۹۷	-۰/۸۶	۳۱۵
ارزیابی بیش از حد خطر	۳۱/۱۷	۸/۶۵	۱/۰۷	۱/۱۱	۳۱۵
اهمیت افکار	۲۷/۱۴	۶/۴۲	۱/۵۲	۱/۶۰	۳۱۵
کنترل افکار	۲۴/۱۰	۵/۲۵	۰/۸۶	-۰/۶۹	۳۱۵

جهت آزمون فرضیه‌ها از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. در این راستا، ابتدا همبستگی متغیرها محاسبه شد. نتایج ماتریس همبستگی در جدول ۲. ارایه شده است:

جدول ۲: ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

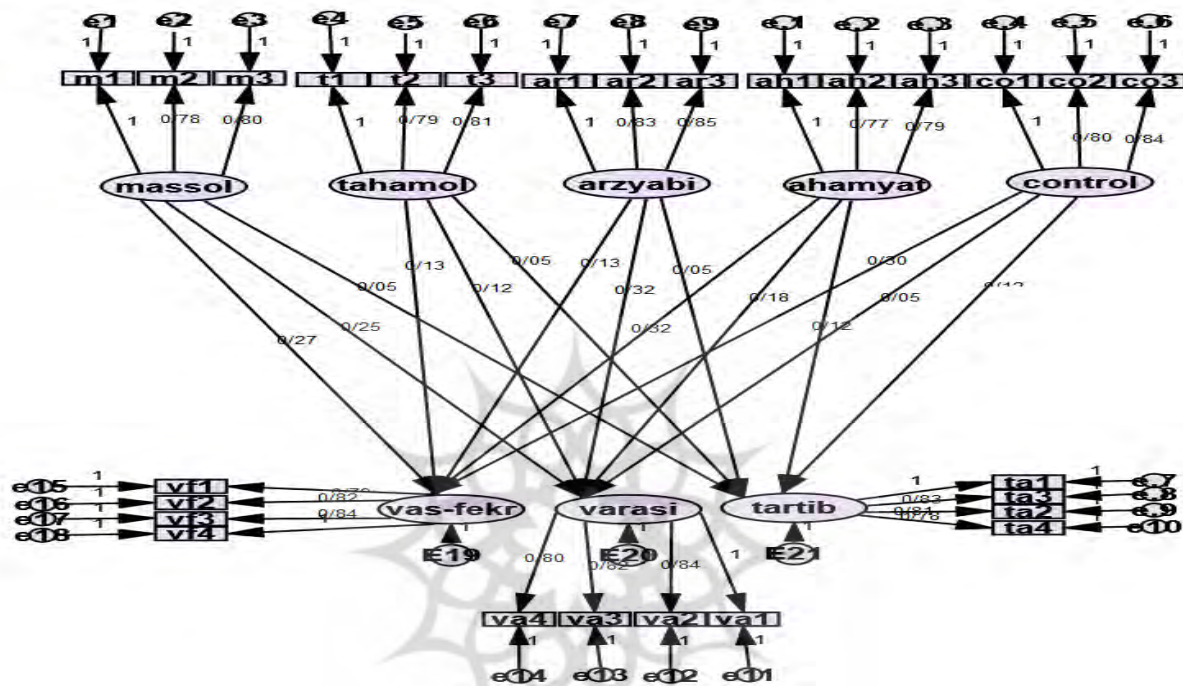
متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
واریسی	۱							
وسواس فکری	۰/۲۳**	۱						
ترتیب	۰/۲۶**	۰/۱۵*	۱					
احساس مسئولیت	۰/۳۲**	۰/۳۶**	۰/۱۹*	۱				
ارزیابی خطر	۰/۴۰**	۰/۱۹*	۰/۱۵*	۰/۱۵*	۱			
اهمیت افکار	۰/۲۸**	۰/۳۹**	۰/۲۰**	۰/۱۰*	۰/۱۱*	۱		
کنترل افکار	۰/۱۶*	۰/۳۸**	۰/۱۵*	۰/۱۴*	۰/۱۵*	۰/۱۱*	۱	

* → $p \leq 0/05$ ** → $p \leq 0/01$

و استقلال منابع خطا با استفاده از آزمون دوربین واتسون مورد بررسی قرار گرفت که باتوجه به تحقق پیش‌فرض‌های این روش از مدل یابی معادلات ساختاری جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد.

مندرجات جدول ۱ نشان می‌دهد: بین متغیرهای درونزاد و برونزاد، همبستگی‌های متعارف و معنی‌دار وجود دارد.

در پژوهش حاضر جهت تحلیل داده‌های مربوط به سوال اصلی پژوهش از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. در این راستا ابتدا پیش‌فرض‌های این روش نظیر فاصله‌ای بودن مقیاس متغیرهای مورد مطالعه، نرمال بودن توزیع متغیر مورد مطالعه با استفاده از آزمون کالموگروف-اسمیرنف، عدم هم خطی چندگانه با استفاده از ضرایب VIF و tolerance



مدل (۱): مسیرهای علی روابط بین متغیرهای درونزاد و برونزاد

TLI	IFI	RFI	NFI	CFI	GFI	RMSEA	P	χ^2/df
۰/۹۱	۰/۹۰	۰/۹۱	۰/۹۳	۰/۹۲	۰/۹۳	۰/۰۴	۰/۰۰۱	۲/۲۲

مندرجات مدل مسیر علی (۱) نشان می‌دهد روابط ساختاری موجود بین متغیرها از برازش مطلوب برخوردار است، چراکه کلیه شاخص‌های برازش از وضعیت مطلوب برخوردار بوده به طوری که مقدار نسبت χ^2/df در حد مطلوب (کوچکتر از ۵) قرار داشته و مقدار RMSEA نیز در حد مطلوب (کوچکتر از ۰/۰۵) قرار دارد. در همین راستا، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص برازش تطبیقی (CFI)، شاخص برازش هنجار شده (NFI)، شاخص برازش نسبی (RFI)، شاخص برازش افزایشی (IFI) و شاخص توکر-لوئیس (TLI) جملگی در حد مطلوب (بزرگتر از ۰/۹۰) قرار گرفته‌اند و لذا می‌توان نتیجه گرفت که باورهای شناختی قادرند نشانه‌های و سواس‌ها و اجبارها را به طور مطلوب تعیین و پیش‌بینی نمایند.

در راستای آزمون فرضیه‌های اختصاصی پژوهش از آزمون بوت استراپ به شرح جدول ۳ استفاده شد.

جدول ۳: خلاصه آزمون بوت استرپ جهت تعیین اثرات متغیرهای پیش‌بین (برون‌زاد) بر متغیرهای ملاک

نتیجه	سطح معنی‌داری	t	مقدار اثر	حدود بوت استرپ		متغیر وابسته	متغیر مستقل
				حد بالا	حد پایین		
تایید فرضیه	۰/۰۱	۳/۵۲	۰/۲۵	۰/۲۰	۰/۳۱	وسواس واریسی	احساس مسئولیت بیش از حد
تایید فرضیه	۰/۰۱	۳/۵۹	۰/۲۷	۰/۲۱	۰/۳۳	وسواس فکری	احساس مسئولیت بیش از حد
عدم تایید فرضیه	۰/۲۱	۰/۸۱	۰/۰۵	-۰/۰۱	۰/۰۷	وسواس تقارن/نظم	احساس مسئولیت بیش از حد
تایید فرضیه	۰/۰۱	۴/۱۹	۰/۳۲	۰/۲۸	۰/۳۸	وسواس واریسی	ارزیابی بیش از حد خطر
تایید فرضیه	۰/۰۱	۲/۳۱	۰/۱۳	۰/۰۹	۰/۱۸	وسواس فکری	ارزیابی بیش از حد خطر
عدم تایید فرضیه	۰/۲۲	۰/۷۹	۰/۰۵	-۰/۰۲	۰/۰۷	وسواس تقارن/نظم	ارزیابی بیش از حد خطر
تایید فرضیه	۰/۰۲	۲/۲۵	۰/۱۲	۰/۰۸	۰/۱۷	وسواس واریسی	ناتوانی در تحمل شرایط مبهم
عدم تایید فرضیه	۰/۱۸	۰/۹۴	۰/۰۷	-۰/۰۴	۰/۱۱	وسواس فکری	ناتوانی در تحمل شرایط مبهم
عدم تایید فرضیه	۰/۲۲	۰/۸۲	۰/۰۵	-۰/۰۳	۰/۰۷	وسواس تقارن/نظم	ناتوانی در تحمل شرایط مبهم
تایید فرضیه	۰/۰۱	۳/۰۱	۰/۱۸	۰/۱۵	۰/۲۳	وسواس واریسی	اهمیت افکار
تایید فرضیه	۰/۰۱	۴/۲۰	۰/۳۲	۰/۲۷	۰/۳۶	وسواس فکری	اهمیت افکار
تایید فرضیه	۰/۰۲	۲/۲۴	۰/۱۲	۰/۰۷	۰/۱۷	وسواس تقارن/نظم	اهمیت افکار
عدم تایید فرضیه	۰/۲۳	۰/۸۱	۰/۰۵	-۰/۰۳	۰/۰۷	وسواس واریسی	کنترل افکار
تایید فرضیه	۰/۰۱	۳/۵۶	۰/۳۰	۰/۲۶	۰/۳۵	وسواس فکری	کنترل افکار
تایید فرضیه	۰/۰۱	۲/۲۶	۰/۱۲	۰/۰۸	۰/۱۷	وسواس تقارن/نظم	کنترل افکار

$p \leq 0.05$

می‌کنند که رفتارهای اجباری موثرترین وسیله برای کاهش اضطراب مربوط به پیامدهای منفی هستند.

در این خصوص راجمن (۱۹۹۷) عنوان داشته است که اختلال وسواسی حاصل سوءتعبیر فاجعه آمیز فرد از اهمیت افکار (تصاویر، تکانها) مزاحم خود است، در نتیجه، تا زمانی که سوءتعبیرها ادامه دارند اختلال وسواسی-اجباری به قوت خویش باقی خواهد ماند و در صورت تضعیف سوءتعبیرها، این اختلال نیز کاهش یافته یا از بین خواهد رفت، بنابراین افرادی که برای وسواس معنای شخصی و پراهمیت قائل می‌شوند و برداشتی فاجعه‌آمیز از آنها دارند ناراحتی بیشتری نیز تجربه کرده و نیاز خواهند داشت تا آن را خنثی کنند. راجمن (۱۹۹۷) معتقد است که همه انسانها گاهی دچار افکار مزاحم می‌شوند اما اهمیت و معنابخشی به این افکار آنها را بیش از پیش ناراحت‌کننده و عذاب‌آور کرده و از تغییرات جزئی یک طوفان می‌سازند. وی مشاهده کرد که افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری اغلب افکارشان را به مثابه آشکارکننده خود «واقعی» یا «مخفی» شان تعبیر می‌کنند و در تلاش برای حفظ «خلوص ذهن»، فرد شرایطی می‌آفریند که به موجب آن، افکار مزاحم ناخواسته و ناراحت‌کننده بیشتری به ذهن می‌آیند.

بعلاوه مک‌فال و والرشمیم^۳ (۲۰۱۲) بیان داشته‌اند که OCD از طریق باورهای شناختی ناکارآمد نظیر ارزیابی بیش از حد خطر، عدم اطمینان و نیاز به کنترل افکار ناشی می‌شوند و لذا استدلال می‌کنند که افراد مبتلا به اختلال اجباری-وسواسی تخمین اغراق‌آمیزی از درجه تهدید درباره رویداد

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد:

(۱) اثر احساس مسئولیت بیش از حد بر علایم وسواس واریسی و وسواس فکری معنی‌دار است. (۲) اثر ارزیابی بیش از حد خطر بر علایم وسواس واریسی و وسواس فکری معنی‌دار است. (۳) اثر ناتوانی در تحمل شرایط مبهم بر علایم وسواس واریسی معنی‌دار است. (۴) اثر اهمیت افکار بر علایم وسواس واریسی، وسواس فکری و وسواس تقارن/نظم معنی‌دار است. (۵) اثر کنترل افکار بر علایم وسواس فکری و وسواس تقارن/نظم معنی‌دار است.

بحث و نتیجه‌گیری

تحلیل داده‌ها نشان داد باور وسواسی ارزیابی بیش از حد تهدید و خطر با علایم اختلالات وسواسی و اجباری رابطه دارد. این یافته با یافته‌های مولدینگ و کیروس^۱ (۲۰۱۷)، لی و وون^۲ (۲۰۱۳) و لی و همکاران (۲۰۱۵) همسو است. در تبیین این رابطه می‌توان به نظریه کلارک استناد نمود که بیان می‌کند که افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری درباره احتمال وقوع پیامدهای منفی برآورد افراطی انجام می‌دهند به این معنی که هر موقعیتی که بالقوه دربردارنده آسیب باشد به افزایش اضطراب تهدید منجر می‌شود زیرا افراد در احتمال وقوع تهدید مبالغه می‌کنند و رفتارهای اجباری به عنوان مکانیسم‌های کاهش تهدید بکار گرفته می‌شوند و تدریجا این رفتارها به صورت عادت در می‌آیند، زیرا افراد با اختلال OCD این طور درک

3. McFall & Wallersheim

1. Moulding & Kyrios
2. Lee & Kwon

درباره افکار مزاحم خود را به وجود می آورند. علاوه بر این، به نظر می‌رسد باورهای مسئولیت‌پذیری افراطی بیشتر با جلوگیری از پیامدهای منفی ادراک شده حاصل از افکار مزاحم که ممکن است اتفاق بیفتد رابطه دارند، تا مسئولیت‌پذیری نسبت به وقوع افکار.

بعلاوه سالکوسکیس (۲۰۱۹) توضیح می‌دهد که فرض مسئولیت‌پذیری برای جلوگیری از آسیب به خود یا دیگران به اضطراب و ناراحتی منجر می‌شود. سپس، این افراد همه منابع توجهی خود را به سوی حذف مزاحمت‌های شناختی معطوف می‌کنند. بعلاوه، نیاز بیش از اندازه به کاهش حس مسئولیت‌پذیری به ناراحتی زیاد، اضطراب و گاهی اوقات افسردگی، و افکار مزاحمی منتهی می‌شود که خیلی زیاد در دسترس بوده و معنادار هستند و از طرفی، موجب محدود شدن توجه به مزاحمت‌های افکار و شروع رفتارهای اجباری (خنثی سازی) در تلاش برای کاهش حس مسئولیت‌پذیری ادراک شده می‌شود.

بعلاوه تحلیل داده‌ها نشان داد بیش‌ارزیابی به عنوان باور شناختی و اهمیت/کنترل افکار به صورت مستقیم با نشانه‌های واریسی رابطه دارد. در تبیین این یافته، راجمن و شافران (۲۰۱۶) عنوان داشته‌اند که احساس مسئولیت مفرد از آمیختگی فکر- عمل نشأت می‌گیرد و بیش‌ارزیابی اهمیت و مسئولیت مرتبط با افکار نافذ موجب استفاده از راهبردهای کنترل فکر می‌شود که خود موجب تشدید نشانه‌های وسواسی می‌شود. بعلاوه راجمن (۱۹۹۷) عنوان داشته است که احساس مسئولیت مفرد موجب نیاز به کنترل افکار ناخواسته می‌شود تا از بروز آسیب‌های مرتبط با این افکار جلوگیری شود. همچنین احساس مسئولیت مفرد می‌تواند موجب تقویت نیاز به انجام امور به شکل کامل (کمال‌گرایی) و بر طرف شدن تردید و رسیدن به قطعیت شود تا اطمینان حاصل شود که مسئولیت مرتبط با نقص در انجام امور بر عهده فرد نیست. به این ترتیب احساس مسئولیت با واسطه باورهای شناختی مرتبط با کنترل فکر و به نشانه‌های وسواس منتهی می‌گردد.

همچنین در تبیین رابطه باورهای شناختی ارزیابی تهدید و اهمیت و کنترل افکار با وسواس واریسی، راجمن و شافران (۲۰۱۶) و فرگوس و وو^۵ (۲۰۲۱) بیان داشته‌اند که واریسی اجباری زمانی رخ می‌دهد که فرد باور مسئولانه خاصی در مورد جلوگیری از آسیب (اکثراً برای دیگران) داشته باشد و در خصوص کاهش تهدید ادراک شده به عدم اطمینان برسد. بنابراین شدت و مدت واریسی اجباری بوسیله افزایش مسئولیت و احتمال آسیب و نیز افزایش انتظار جدی بودن آسیب تعیین می‌شود. از سویی، تکرار واریسی و ماهیت اجباری آن اثر متناقض افزایشی بر مسئولیت ادراک شده و احتمال ادراک شده آسیب دارد. بعلاوه این تلاش‌ها جهت کنترل افکار و کسب اطمینان از عدم آسیب، تأثیر معکوس برجای می‌گذارد و موجب آغاز چرخه خودتداوم بخش واریسی می‌شود.

همچنین تحلیل داده‌ها نشان داد عدم تحمل ابهام با نشانه‌های اختلال وسواسی-اجباری رابطه دارد. این یافته با یافته‌های داگاس و همکاران^۶

از طریق ارزیابی‌های اولیه دارند. در واقع، در این افراد بعد از برآورد اغراق‌آمیز از احتمال و هزینه حوادث منفی، هیجانات مربوط به عدم اطمینان در آنها به وجود می‌آید. بعد از آن، این افراد برآورد اغراق‌آمیزی از توانایی‌هایشان برای سازگاری با تهدید از طریق ارزیابی خطای ثانویه انجام می‌دهند که به اضطراب منجر می‌شود. لذا رفتارهای اجباری تلاش فرد برای کاهش احساسات عدم اطمینان و اضطراب ناشی از ارزیابی‌های اولیه و ثانویه است. از سویی در تبیین رابطه ارزیابی بیش از حد خطر و نشانه‌های وسواسی- اجباری، راجمن [۸] و سالکوسکیس (۲۰۱۹) بیان نموده‌اند که افکار وسواسی از سوء تعبیر فاجعه‌آمیز فرآیندهای ذهنی (افکار، تصورات یا تکانه‌ها) ناشی می‌شود در صورتی که اجبارها (واریسی، شستشو) از بیش برآورد تهدید و مسئولیت در قبال جلوگیری از صدمه ناشی می‌شود که این برآورد غیرواقعی، موجب می‌شود که فرد فکر کند که خطر بیرونی در محیط یا در آینده وجود دارد و لذا فرد برای جلوگیری از وقوع این خطر، به نمایش پاسخ‌های رفتاری آشکار و واکنشی روی می‌آورد. در همین راستا، لی و وون (۲۰۱۳) و راجمن و شافران (۲۰۱۶) عنوان نموده‌اند که افکار وسواسی براساس محتوا به دو نوع واکنشی و خودزاد تقسیم می‌شوند و تفکر واکنشی با سوء تعبیرهای فاجعه‌آمیز سنخیت داشته و از این روست که در افراد وسواسی که دچار نگرانی درباره پدیده‌های پیرامونی زندگی می‌شوند، این نگرانی به عنوان راهبردی برای کنترل تفکر واکنشی به راه می‌افتد. در همین راستا بلوچ و همکاران^۱ (۲۰۱۶) عنوان نموده‌اند که افکار واکنشی با تشدید نشانه‌های اختلال وسواس و اعمال اجباری همبسته بوده و بکارگیری روش‌های کنترل فکر در کاهش چنین افکاری سودمند است، چراکه این روش‌ها به کاهش نگرانی منتهی گردیده و با کاهش نگرانی، از وقوع افکار واکنشی بازدارد می‌شود. از سویی مطالعات مولدینگ و همکاران (۲۰۱۷)، لی و وون (۲۰۱۳) و لی و همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان داده‌اند که افکار وسواسی واکنشی با رفتار واریسی مرتبط بوده، چرا که در این نوع اجبار، پدیده نگرانی، هسته اصلی و شکل دهنده علایم محسوب می‌شود که در واکنش به افکار وسواسی واکنشی بروز می‌کنند.

از سویی تحلیل داده‌ها نشان داد مسئولیت‌پذیری افراطی با علایم اختلال وسواسی و اجباری رابطه دارد. این یافته با یافته‌های قاسم‌زاده و همکاران (۲۰۱۵)، لوباتکا^۲ و راجمن (۲۰۱۹)، شافران و همکاران (۲۰۱۶) و روم و همکاران^۳ (۲۰۲۰) همسو است که نشان داده‌اند مسئولیت‌پذیری افراطی در اختلال وسواسی- جبری نقش اساسی دارد. در تبیین این رابطه، سالکوسکیس (۲۰۱۹) مبتنی بر فرضیه وضوح^۴ شناختی بک و راجمن، مدل مسئولیت‌پذیری افراطی را پیشنهاد داده است که در آن، باورهای شناختی ناکارآمد به عنوان شناخت‌های مزاحم و ناخواسته در انتهای پیوستار باورهای طبیعی قرار دارند. بر اساس این نظریه، مسئولیت‌پذیری در دو سطح باورهای مسئولیت‌پذیری و ارزیابی مسئولیت‌پذیری مفهوم سازی گردیده است که در آن، باورهای مسئولیت‌پذیری به این تمایل منجر می‌شود که فرد فعالیت‌های روانی خود را بد تفسیر کند. سپس، این افراد ارزیابی‌های مسئولیت‌پذیری

1. Bloch
2. Lopatka
3. Rheume

4. specificity
5. Fergus & Wu
6. Dugas

- Abramowitz, JS, Fabricant, LE, Taylor, S, Deacon, B.J., McKay, D., & Storch, E.A. (2021). The relevance of analogue studies for understanding obsessions and compulsions. *Clinical Psychology Review*, 34(3), 206-217.
- Abramowitz, J. S., Taylor, S., & McKay, D. (2018). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, 374, 491-499.
- Ay R, & Erbay LG. (2017). Relationship between childhood trauma and suicide probability in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*, 261, 132-6.
- American Psychiatric Association. (2023). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th TR)*. Washington, DC: Author.
- Angelakis I., Gooding P., Tarrier N., Panagioti, M. (2015). Suicidality in obsessive compulsive disorder (OCD): A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 39, 1-15.
- Barlow, DH. (2019). *Anxiety and its disorder: The nature and treatment of anxiety and panic* (8nd. Ed). New York: Guilford Press.
- Bloch, M H, Landeros-Weisenberger A., Rosario MC., Pittenger, C., & Leckman, J. F. (2016). Meta-analysis of the symptom structure of Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(12), 1532-1542.
- Borkovec, TD, Roemer L. (2019). Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 25-30.
- Brown, L.A., Wakschal, E., Russman-Block, S., Boisseau, C.L., Mancebo, M.C., Eisen, J.L., & Rasmussen S.A. (2019). Directionality of change in obsessive compulsive disorder (OCD) and suicidal ideation over six years in a naturalistic clinical sample. *Journal of Affective Disorders*, 245, 841-847.
- Carleton, RN, Mulvoguea, MK, Thibodeau, MA, McCabe, RE, Antony, MM, & Asmundson, G. (2018). Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 468-479.
- Clark, DA & Beck AT. (2020). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. New York: Guilford Press.
- Clark, DA., & Purdon C. (2014). The assessment of unwanted intrusive thoughts: a review and critique of the literature. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 967-976.
- Dugas, MJ, Schwartz A., & Francis K. (2014). Intolerance of uncertainty, worry, and depression. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 28, 835-842.
- Fergus, TA, & Wu KD. (2021). Searching for Specificity between Cognitive Vulnerabilities and Mood and Anxiety Symptoms. *Journal of Psychopathology and Behaviour Assessment*, 33 :446-458.
- Foa, EB, Huppert JD, Leiberg S, Langner R, Kichic R, Hajcak G, et al. (2002). The Obsessive- Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychol Assess*, 14: 485-496.

(۲۰۱۴) و کارلتون و همکاران^۱ (۲۰۱۸) همسو است. در تبیین این رابطه الگوی عدم تحمل ابهام مطرح می‌کند که افراد وسواسی، موقعیت‌های نامعین یا مبهم را فشار آور و آشفته‌کننده درک کرده، لذا در پاسخ به چنین موقعیت‌هایی، نگرانی مزمنی را تجربه می‌کنند. به باور این افراد، نگرانی برای مقابله کارآمد با موقعیت‌های ترس آور و یا جلوگیری از وقوع این حوادث به آنها کمک می‌کند (بورکووک و رومر^۲، ۲۰۱۹). در این راستا، داگاس و همکاران (۲۰۱۴) نیز دریافتند که عدم توانایی در تحمل ابهام، ارتباط بیشتری با نگرانی دارد که در افراد وسواسی- اجباری مشاهده می‌شود. همچنین نتایج برخی تحقیقات از جمله کارلتون و همکاران (۲۰۱۸) که به مقایسه عدم تحمل ابهام (عدم قطعیت) در گروه دانشجویان مبتلا به اختلالات اضطرابی، وسواس‌ها، هراس، اضطراب اجتماعی و اختلال افسردگی با گروه بهنجار پرداخته اند نشان می‌دهد که در تمام گروه‌های بالینی، عدم تحمل ابهام (عدم قطعیت) بالاتر از گروه بهنجار است و این عامل شناختی می‌تواند به عنوان یک عامل فراتشخیصی در اختلالات وسواسی مطرح باشد. این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بود از جمله اینکه جهت جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای خودگزارشی استفاده شد که احتمال وجود سوگیری در پاسخدهی را افزایش می‌دهد. لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از روش‌های دیگر گردآوری داده‌ها نظیر مصاحبه استفاده شود. همچنین، پژوهش حاضر درمورد دانشجویان دانشگاه تبریز صورت گرفت، لذا پیشنهاد می‌شود این مطالعه در سایر شهرها و گروه‌ها صورت گیرد. روی هم رفته نتایج حاکی از این بود که باورهای شناختی وسواسی در بروز وسواس‌ها و اجبارها نقش علی داشته و زمینه‌ساز بروز آنها هستند. بنابراین، مبتنی بر این یافته‌ها پیشنهاد می‌شود در آسیب‌شناسی وسواس‌ها و اجبارها، ارزیابی باورهای وسواسی شناختی مد نظر قرار گیرد و در مداخله‌های درمانی بر تغییر این باورها تمرکز بیشتری انجام گیرد. علاوه بر این، از آنجا که این مطالعه بر روی جمعیت غیربالینی انجام گرفته است لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی، جمعیت‌های بالینی مدنظر قرار گیرد و زمینه مقایسه باورهای وسواسی در جمعیت بالینی و عادی مهیا گردد.

منابع

- شمس گیتی، کرم قدیری نرگس، اسماعیلی یعقوب، ابراهیم خانی نرگس. (۱۳۸۸). اعتبار و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه باورهای وسواسی-۴۴. *تازه‌های علوم شناختی*، ۶، ۲۰۱-۲۳۶.
- صادقیان حمیده، خدایی‌اردکانی محمدرضا، اسکندری حسین، تمیزی زهرا؛ و خدایی علیرضا. (۱۳۹۲). بررسی علایم وسواسی-اجباری در مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی شهر تهران. *روان‌پرستاری*، ۱(۲)، ۲۱-۲۹.
- ویل‌دیوید، ویلسون راب. (۱۳۸۵). *وسواس و درمان آن*، ترجمه سیواوش جمالفر، تهران، ارسباران.

- Compulsive Disorder (OCD). *Clinical Psychology Review*, 26, 573-583.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2001). Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 987-1006.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2005). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the interpretation of Intrusions Inventory—Part 1. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 863-878.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2010). Development and initial validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the interpretation of Intrusions Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 98-1005.
- Rachman S. (1997). Cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 9, 793-802.
- Rachman S, de Silva P. (2018). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16(4), 233-248.
- Rachman, S, & Shafran R. (2016). Cognitive distortions: Thought-action fusion. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 80-85.
- Radomsky, AS, & Rachman S. (2012). Symmetry, ordering and arranging compulsive behavior. *Behavior Research and Therapy*, 42(8), 893-913.
- Rasmussen, SA, & Eisen, JL. (2012). The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 4-10.
- Rector, NA. (2020). Innovations in cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Rounds*, 5, 1-6.
- Rheume, J, Freeston, MH, Dugas, MJ, Letarte H., & Ladouceur R. (2020). Perfectionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 785-794.
- Riggs, D, & Foa, EB. (2019). Obsessive-compulsive disorders. In D.H. Barlow (Ed.). *Clinical hand book of psychological disorder*. New York -Guilford.
- Sadock, BJ., Ahmad S., & Sadock, V.A. (2018). *Kaplan & Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry*, 6th Edition, Wolters Kluwer Press.
- Salkovskis, PM. (2019). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. Special Issue: Cognitive Behaviour Therapy: Evolution and prospects. A festschrift in honour of Dr S. Rachman, Editor of *Behavior Research and Therapy*, 37(1), 29-52.
- Shafran, R., Thordarson, DS., & Rachman, S. (2016). Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 379-391.
- Smari J, Glyfadottir T, & Halldorsdottir, G. (2018). Responsibility attitudes and different types of obsessive-compulsive symptoms in a student population. *Behavioural Cognitive Psychotherapy*, 31, 45-51.
- Smári J, Olason, D.T, Eypórsdóttir, A, & Frólunde, M.B. (2017). Psychometric properties of the Obsessive Compulsive Inventory-Revised among Icelandic college students. *Scand j psychol.*, 48(2): 127-33.
- Frost, RO, & Steketee, G. (2021). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behavior research and therapy*, 35, 291-296.
- Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Khamseh, A., Ebrahimkhani Issazadegan, A., & Saif-Nobakht, Z. (2015). Symptoms of obsessive-compulsive disorder in a sample of Iranian patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 48, 20-28.
- Jenike, MA, Baer, L, & Minichiello, WE. (2019). *Obsessive-compulsive disorders: Practical management*. 3rd ed. St. Louis: Mosby.
- Jones, M.K, & Krochmalik, A. (2018). Obsessive-Compulsive washing. In R.G. Menzies and P. De Silva (Eds), *Obsessive-Compulsive disorder: Theory, research and treatment*, Chichester: John Wiley, 121-138.
- Jones, PJ, Mair P, Riemann BC, Musee B, et al. (2018). A network perspective on comorbid depression in adolescents with obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 53, 1-8.
- Kaplan, H, & Sadock J. (2018). *Synopsis of psychiatry 12 the edition: Behavioural Sciences/ Clinical psychiatry USA*. Publisher: Lippincott Williams and Wilkins.
- Kessler, RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, & Walters EE. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*; 62: 593-602. <https://doi.org/10.1001/ARCHPSYC.62.6.593>.
- Kessler, R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., & Walters, EE. (2015). Life time prevalence and age-of-onset distributions of DSM-5 disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychology*, 62, 593-602.
- Lee, HJ, Kim, ZS, & Kwon, SM. (2015). Thought disorder in patients with obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychol*, 61(4), 401-413.
- Lee, H-J, Kwon, S-M. (2013). Two different types of obsession: Autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 11-29.
- Lopatka, C, & Rachman, S. (2019). Perceived responsibility and compulsive checking: an experimental analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 33(6), 673-684.
- McFall M., & Wallersheim, J. (2012). Obsessive compulsive neurosis: A cognitive-behavior formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 333-348.
- Mancini, F. (2018). *The Obsessive Mind*. Abingdon-on-Thames. Routledge.
- McKay, D. (2018). Obsessive-compulsive disorder research: Growing in scope, advances unclear. *Journal of Anxiety Disorders*, 56, 5-7.
- McKay, D, Abramowitz JS, Calamari J, Kyrios M, Sookman D, Taylor, S. (2018). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: Symptoms versus mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 24, 283-313.
- Mohammadi, A, Zamani, R, & Fata, L. (2008). *Validation of the Persian Version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised in a Student Sample*, 1, 66-78. [Persian].
- Moulding, R, & Kyrios, M. (2017). Anxiety disorders and control related beliefs: the exemplar of Obsessive-

- Steketee, G, Frost RO, Cohn L, & Griess, KE. (2016). Personality traits in subclinical and non-obsessive-compulsive volunteers and their parents. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 47-56.
- Steketee G, Frost RO, & Kyrios M. (2003). Cognitive aspects of compulsive hoarding. *Cognit Ther Res*; 27: 463-479.
- Taylor, S., Coles ME., Abramowitz JS, & McKay D. (2017). How Are Dysfunctional Beliefs Related to Obsessive-Compulsive Symptoms? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24, 165-176.
- Tolin, DF., Worhunsky P. Maltby N. (2016). Are “obsessive” beliefs specific to OCD?: A comparison across anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 469-480.
- Tolin, DF, Brady RE, & Hannan S. (2008). Obsessional beliefs and symptoms of obsessive-compulsive disorder in a clinical sample. *J Psychopathol Behav Assess*; 30: 31-42.
- Twohig, MP., Vilardaga JCP., Levin ME., & Hayes, SC. (2015). Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(3), 196-202.
- Weissman, M.M, Bland RC, Canino GJ., & Greenwald S. (2019). The cross-national epidemiology of obsessive compulsive disorder: The Cross National Collaborative Group. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- Wells, A. (2018). Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and metacognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 36(9), 899-913.
- Yorulmaz, O. (2019). A comprehensive model for obsessive-compulsive disorder symptoms: A cross-cultural investigation of cognitive and other vulnerability factors. (Doctoral Thesis). *Department of Psychology. Middle East Technical University*.
- Yorulmaz, O., Karancı AN. N., & Tekok-Kılıç A. (2019). What are the roles responsibility and perfectionism in checking and cleaning symptoms? *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 312-327.

