



The Cognitive Correlates of Obsessive-Compulsive Disorder: The Predictive Role of Looming Maladaptive Style, Executive Function, Thought-Action Fusion and Metacognition

Maryam Koosheshi¹, Rahim Yousefi², Ladan Vaghef³

Abstract

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is one of the most common mental disorders, affecting all aspects of human life. In this study, 300 students from Azarbaijan Shahid Madani University participated through cluster sampling. The participants completed the Threat Magnification Maladaptive Style Questionnaire, the Barkley Deficits in Executive Functioning Scale, the Metacognition Assessment Questionnaire (30 items), the Thought-Action Fusion Questionnaire, and the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. The analysis revealed a significant positive correlation between positive beliefs about anxiety and components such as uncontrollability, confidence, self-management, self-control, and self-motivation, with statistical significance at the 1% level. Additionally, a positive and significant correlation was found between positive beliefs about anxiety, uncontrollability, the need for control, maladaptive style of physical threat magnification, and self-organization at the 5% level, and the cognitive component at the 1% level, with symptoms of obsessive-compulsive disorder. Regression analysis indicated that positive beliefs about anxiety, uncontrollability, self-management, and self-motivation significantly predicted the obsessive-compulsive disorder component. Moreover, the predictors of positive belief about anxiety, cognition, maladaptive style of social threat magnification, self-organization, and self-control significantly contributed to predicting obsessive-compulsive disorder component. Given importance of metacognitive beliefs and thought control strategies, influenced by metacognitive beliefs, metacognitive therapy may be useful in predicting and addressing obsessive-compulsive symptoms.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder, Looming Maladaptive Style, Executive Function, Thought-Action Fusion, Metacognition

Introduction

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is characterized by obsessions, compulsions, or both. Obsessions are intrusive and distressing thoughts that persistently recur, often leading individuals to engage in compulsive actions to alleviate the distress (Jalal et al., 2023). Research shows that individuals with OCD, as well as non-clinical individuals with high OCD-related scores, exhibit significant cognitive biases. Cognitive models of OCD suggest that exaggerated evaluations of intrusive thoughts and a strong commitment to suppress them play a crucial role in distress and the

1. M.A. in Cognitive Science, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran.
Email: m.koosheshi777@gmail.com

2. Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran.

Email: yousefi@azaruniv.ac.ir

3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran.

Email: l.vaghef@gmail.com



urge to engage in behaviors such as compulsions, neutralizing actions, thought suppression, reassurance-seeking, and avoidance. When a heightened sense of vulnerability is triggered, it acts as a cognitive threat factor, making individuals more sensitive to danger cues and influencing their cognitive processes with a bias toward threat perception. Similar to other anxiety disorders, maladaptive threat magnification may heighten vulnerability to OCD by imposing a cognitive burden that undermines mental control abilities. Cognitive theory posits that cognitive processes are central to OCD (Jennings, 2022).

Literature indicates that individuals with high cognitive threat magnification are more susceptible to anxiety in stressful life events compared to those without this predisposition. However, a notable exception is the strong correlation between social and physical components of threat magnification in women compared to men (Gonzales Diez et al., 2014).

Thought-action fusion, a cognitive distortion, can be categorized into probability thought-action fusion and moral distortion (Einstein & Menzies, 2004). Studies on probability and general thought-action fusion in clinical populations reveal high reliability in the general measure. Furthermore, strong links between general thought-action fusion and the probability subscales with OCD characteristics—relative to symptoms of depression and worry—have been confirmed (Myers & Wells, 2013). Recent research has implicated neurological dysfunctions in OCD, including deficits in working memory and executive functions, which may play critical roles in the disorder's assessment and treatment (Bukhari, 2013). Individuals with OCD often exhibit impairments in cognitive control, cognitive flexibility, and inhibitory control.

Wells proposed a metacognitive theory of obsession that merges schema theory and information processing theory, highlighting beliefs individuals hold about their cognitive processes (McNicol & Wells, 2012). A study found significant differences in metacognitive beliefs, thought control strategies, and anxiety-inducing thoughts among individuals with generalized anxiety disorder, OCD, dysthymia, and non-clinical individuals (Moin Al-Ghorabaiee et al., 2017).

The objective of this study was to address the question:

What role do cognitive correlates (specifically, predictors of maladaptive threat magnification style, executive functions, thought-action fusion, and metacognition) play in obsessive-compulsive disorder?

Methodology

This study has a theoretical aim and employs a descriptive-correlational approach for data collection. The statistical population includes all students from Azarbaijan Shahid Madani University during the 2019-2020 academic year. A total of 300 participants were selected through cluster sampling. The following self-report questionnaires assessed maladaptive threat magnification style, executive functions, thought-action fusion, and metacognition in obsessive-compulsive disorder (OCD): the Threat Magnification Self-Report Questionnaire, Barkley Deficits in Executive Functioning Scale, 30-item Metacognition Assessment Questionnaire, Thought-Action Fusion Questionnaire, and Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. Data were analyzed using SPSS software at a significance level of ($P < 0.05$), and divided into descriptive and inferential sections. Descriptive measures of dispersion were used to characterize the research variables, while Pearson's correlation coefficient and multiple regression analysis were utilized for inferential statistics.

Findings

The sample comprised 193 females and 107 males, with 21 participants married and 279 single. Regarding education, 215 participants held bachelor's degrees, 70 ones had master's degrees, and 15

ones had doctoral degrees. Age distribution indicated that 68% were between 20-25 years and 32% between 30-35 years. Results showed that the skewness and kurtosis values for predictor and criterion variables suggested a normal distribution. Pearson correlation analysis revealed significant positive correlations between the positive belief component and components like uncontrollability, cognitive confidence, self-management, self-organization, self-control, and self-motivation. Furthermore, significant correlations existed between cognitive correlates (maladaptive threat magnification style, executive functions, thought-action fusion, and metacognition) and OCD symptoms, particularly in components of positive belief, uncontrollability, need for control, maladaptive physical threat magnification style, and self-organization with cognitive confidence. Regression analysis indicated that the predictor variables of positive belief about anxiety, uncontrollability, self-management, and self-motivation significantly contributed to predicting the OCD component. Additionally, positive belief about anxiety, cognitive confidence, maladaptive social threat magnification style, self-organization, and self-control were significant predictors of the compulsive disorder component.

Discussion and Conclusion

This study examined obsessive-compulsive disorder (OCD) from a cognitive perspective, focusing on cognitive correlates such as maladaptive threat magnification style, executive functions, thought-action fusion, and metacognition. The results showed a positive and significant correlation at the 5% level between the positive belief component and uncontrollability, cognitive confidence, self-management, self-organization, self-control, and self-motivation at the 1% level. Higher levels of these cognitive components in the studied population were associated with a greater likelihood of experiencing OCD symptoms.

Furthermore, Pearson correlation analysis revealed significant positive correlations at the 5% level among cognitive correlates—maladaptive threat magnification style, executive functions, thought-action fusion, and metacognition—and OCD symptoms. Notably, positive belief, uncontrollability, need for control, maladaptive physical threat magnification style and self-organization showed significant correlations at both the 5% and 1% levels with cognitive confidence. Thus, the studied population is likely to exhibit symptoms of compulsive disorder.

These findings align with previous research (Mirza, Fisher, & Wells, 2009; Irah & Toussaint, 2008; Mohammadi, 2013). This study highlights the mediating role of predictor variables—positive belief, cognitive confidence, maladaptive social threat magnification style, self-organization, and self-control—in predicting the compulsive disorder component of obsessive-compulsive symptoms. These variables, thus, clarify the symptoms of OCD. Given their significant role, it is essential for university health authorities to implement training programs and mental health promotion strategies for students. Additionally, metacognitive beliefs and thought control strategies are crucial in predicting obsessive-compulsive symptoms, suggesting that metacognitive therapy and its techniques could be beneficial.

While the instruments used have scientific validity, they may have limitations in measuring certain variables. Due to restrictions, the cognitive assessment tool (Beshra test) was not administered; however, such tools could be valuable in future research. Diagnostic interviews, particularly for clinical groups, are also recommended.





مقاله پژوهشی

همبسته‌های شناختی اختلال وسواسی - جبری: سهم پیش‌بین سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید، کارکرد اجرایی، آمیختگی فکر و عمل و فراشناخت

مریم کوششی^۱، رحیم یوسفی^۲ , لادن واقف^۳

چکیده

اختلال وسواسی - جبری یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی است که بر تمام جنبه‌های زندگی انسان اثرگذار است. ۳۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه شهید مدنی آذربایجان به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای در پژوهش شرکت داده شدند. آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌های خودگزارشی سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید، پرسشنامه نقص کارکردهای اجرایی: بارکلی، پرسشنامه ارزیابی فراشناخت - ۳۰سوالی، پرسشنامه همجوشی فکر و پرسشنامه مقیاس وسواس فکری - عملی ییل - براون پاسخ دادند. یافته‌های به‌دست‌آمده از تحلیل پژوهش نشان داد میان مؤلفه باور مثبت درباره نگرانی ($p \leq 0.05$) و مؤلفه‌های کنترل‌ناپذیری، اطمینان شناختی، خودمدیریتی، خودسازمان‌دهی، خودکنترلی و خودانگیزشی ($p \leq 0.01$) همبستگی مثبت و معناداری با علائم اختلال وسواسی وجود دارد. همچنین، میان مؤلفه‌های باور مثبت درباره نگرانی، کنترل‌ناپذیری، نیاز به کنترل، سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید فیزیکی، خودسازمان‌دهی ($p \leq 0.05$) و مؤلفه اطمینان شناختی ($p \leq 0.01$) همبستگی مثبت و معناداری با علائم اختلال جبری وجود داشت. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد متغیرهای پیش‌بین باور مثبت درباره نگرانی، کنترل‌ناپذیری، خودمدیریتی و خودانگیزشی سهمی معنادار در پیش‌بینی مؤلفه اختلال وسواسی دارند. همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون آشکار کرد متغیرهای پیش‌بین باور مثبت درباره نگرانی، اطمینان شناختی، سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید اجتماعی، خودسازمان‌دهی و خودکنترلی در پیش‌بینی مؤلفه اختلال جبری در آسیب‌شناسی علائم وسواسی - جبری سهم معنادار داشته‌اند. با توجه به اهمیت نقش باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر که آن‌ها هم متأثر از باورهای فراشناختی است، در پیش‌بینی و تبیین علائم وسواسی، درمان فراشناختی پرفایده به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواسی - جبری، سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید، کارکرد اجرایی، آمیختگی فکر و عمل و فراشناخت.

۱. ایمیل: m.koosheshi777@gmail.com

۱. کارشناسی ارشد علوم شناختی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

۲. ایمیل: yousefi@azaruniv.ac.ir

۲. نویسنده مسئول، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران. ایمیل: l.vaghef@gmail.com



مقدمه

اختلال وسواسی - اجباری بیان‌کننده حضور وسواس‌ها یا اجبارها یا هر دو است. وسواس‌ها افکاری آزاردهنده و مزاحم هستند که به طور دایمی تکرار می‌شوند و در بیشتر موارد، فرد تلاش می‌کند تا استرس ناشی از افکار مزاحم را به وسیله یک سری از اعمال (اجبارها) خنثی کند (Jalal et al., 2023). بر اساس پژوهش‌های انجام‌شده در این حیطه، بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - جبری (OCD)^۱ و آزمودنی‌های غیربیمار که در مقیاس‌های مربوط به این اختلال نمره بالایی را کسب می‌کنند، سوگیری‌های شناختی جالب توجهی از خود نشان می‌دهند. مدل‌های شناختی اختلال وسواس فکری - عملی مطرح می‌کنند که ارزیابی‌های اغراق‌آمیز درباره اهمیت افراطی افکار مزاحم و تعهد شخصی زیاد برای بازداری این افکار یا پیام‌های آن‌ها، نقشی مهم را در تجربه ناراحتی و اجبار برای درگیری در فعالیت‌هایی مانند رفتار جبری، خنثی‌سازی، سرکوبی افکار، جست‌وجوی اطمینان مجدد و اجتناب ایفا می‌کنند. نیاز به یک نقطه شروع نظری برای شناسایی عوامل آسیب‌پذیری شناختی در اختلال وسواس فکری عملی برآورده شده است، ولی با فقدان داده‌های آینده‌نگری در آثار علمی اخیر، آزمون فرضیه‌های رایج با مانع روبه‌رو شده است (Hasassri et al., 2023).

آسیب‌پذیری بزرگ‌نمایی تهدید می‌تواند به عنوان پیامد محرک عینی یا به عنوان پیامد سوگیری شناختی اکتسابی رخ دهد یا آنکه خارج از تعامل این دو عامل اتفاق افتد. حس آسیب‌پذیری بزرگ‌نمایی زمانی که فعال شود، به عنوان یک مؤلفه شناختی تهدید، افراد را نسبت به حرکت‌ها و علائم خطر در حال تشدید حساس می‌کند که این امر باعث سوگیری در فرایندهای شناختی می‌شود. در عین حال، سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید تا زمانی که با یک محرک محیطی فعال نشده است، تا حدی نهفته باقی می‌ماند. می‌توان این‌گونه فرض کرد که سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید در افرادی که از لحاظ شناختی آسیب‌پذیر هستند، به سوگیری در پردازش طرحواره‌ای برای اطلاعات در رابطه با تهدید، حتی زمانی که این افراد مضطرب نیستند، منجر می‌شود. همانند سایر اختلال‌های اضطرابی، سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید ممکن است با ایجاد بار شناختی که سبب اختلال در توانایی‌های کنترل ذهنی شخص می‌شود، به آسیب‌پذیری اختلال وسواس فکری عملی منجر شود. نظریه شناختی وسواس‌ها مؤید این است که هسته اصلی این نظریه شناختی است (Jennings, 2022).

نتایج حاصل از پژوهشی که در آن پرسشنامه خودگزارشی سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید در افراد بالغ به کار گرفته شده، حاکی از آن بوده است که در زمان مواجهه با عوامل استرس‌زا در زندگی، افرادی که دارای درجه بالایی از حس شناختی بزرگ‌نمایی تهدید هستند، در مقایسه با آن‌هایی که دارای چنین عاملی نیستند، نسبت به اضطراب مستعدتر خواهند بود. افزون بر این یافته، میزان بالای حس شناختی بزرگ‌نمایی تهدید در اختلال‌های اضطرابی چندگانه شامل وسواس فکری عملی، اضطراب تعمیم‌یافته، فوبیای تخصصی و اضطراب اجتماعی به چشم می‌خورد. مهم‌ترین دستاورد این پژوهش گویای این واقعیت است که ارزیابی مدل پرسشنامه خودگزارشی سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید در میان جمعیت مردان و زنان نتیجه یکسان در بر داشته است. از سوی دیگر، در شرکت‌کنندگان بالینی دارای تا حدی اضطراب اجتماعی تعمیم‌یافته و غیر مضطرب، نتیجه به همین صورت بوده است. اما استثنایی که در این رابطه می‌توان به آن اشاره کرد، پیوند شدیدی است که میان عوامل اجتماعی و فیزیکی حس بزرگ‌نمایی تهدید در زنان نسبت به مردان وجود دارد (Gonzales Diez et al., 2014).

از جمله متغیرهای دیگری که در این پژوهش بررسی شده‌اند، آمیختگی فکر و عمل است که نوعی تحریف شناختی است و به یک دسته از سوگیری‌های شناختی مرتبط است که افکار نقش مهمی را در گسترش این اختلال بازی می‌کنند. به طور ویژه، اگر بخواهیم بیان کنیم آمیختگی فکر و عمل به دو دسته از تحریف‌های شناختی تقسیم می‌شود، دسته اول آمیختگی فکر و عمل احتمالی است که افکار مزاحم، این احتمال را که یک رویداد منفی در حال وقوع است، افزایش می‌دهند؛ اما نوع دیگر، تحریف و سوگیری

اخلاقی است که اندیشیدن به تجربه‌ای از لحاظ اخلاقی برابر با همان رفتار و انجام آن تلقی می‌شود (همانند خشونت). مفهوم آمیختگی فکر و عمل از دهه‌های ۱۹۹۰ در مقاله‌های مرتبط با اختلال وسواسی - جبری ظهور پیدا کرد. پیش از آن، پژوهشگران این مفهوم را به عنوان تفکر سحرآمیز به کار می‌بردند. تفکر سحرآمیز این گونه تعبیر می‌شود که فرد با عقایدی که دارد در برابر قوانین علی که از لحاظ فرهنگی پذیرفته شده هستند، به مقاومت برمی‌خیزد (Einstein & Menzies, 2004); از این رو، این موضوع یک ویژگی شناختی اساسی در اختلال وسواسی - جبری محسوب می‌شود (Fontenelle et al., 2022).

از میان پژوهش‌ها و بررسی‌های انجام‌شده مختلف، بین خرده‌معیار آمیختگی فکر و عمل احتمالی منسوب به اختلال وسواسی - جبری نسبت به آمیختگی فکر و عمل اخلاقی، پیوند بیشتری را می‌توان مشاهده کرد. برای مثال، در پژوهشی بین آمیختگی فکر و عمل احتمالی و وسواس‌ها (اندازه‌گیری با سیاهه وسواس فکری عملی مادزلی)، در مقایسه با آمیختگی فکر و عمل اخلاقی، ارتباطی محکم‌تر و برجسته‌تر وجود داشته است. در پژوهشی دیگر، شرکت‌کنندگان غیربالینی که دارای نشانه‌های اختلال یادشده بوده‌اند، میزان بالایی از شکل آمیختگی فکر و عمل احتمالی را در مقایسه با گروه گواه از خود نشان داده‌اند و این باور اغراق‌آمیز را داشتند که با خنثی‌سازی اندیشه‌های آسیب‌زننده به احتمال زیاد می‌توانند آن آسیب را خود کاهش دهند (Myers & Wells, 2013).

در پژوهشی که روان‌سنجی معیار آمیختگی فکر و عمل را ارزیابی کرده است، به این یافته می‌توان اشاره کرد که آمیختگی فکر و عمل، در مقایسه با اینکه با مقیاس‌های افسردگی و نگرانی انطباق داشته باشد، در حالت عمومی خود بیشتر منطبق با یک مقیاس فکری عملی است. از سوی دیگر، در جنبه آمیختگی فکر و عمل احتمالی، ارتباط بیشتر با وسواس فکری عملی نسبت به افسردگی وجود دارد. همچنین، می‌توان به وجود ارتباط نزدیک بین ساختار دوعاملی آمیختگی فکر و عمل در یک نمونه بالینی وسواس فکری عملی اشاره کرد. در پژوهشی (Ibid) که دو خرده‌معیار آمیختگی فکر و عمل احتمالی و آمیختگی فکر و عمل عمومی در میان شرکت‌کنندگان بالینی را بررسی و ارزیابی کرده است، نتایج حاکی از آن بوده است که پایایی زیاد در معیار آمیختگی فکر و عمل عمومی^۱ گزارش شده است. از طرفی، باید اذعان داشت پیوند شدید میان آمیختگی فکر و عمل عمومی و دو خرده‌معیار آمیختگی فکر و عمل احتمالی با ویژگی‌های اختلال وسواسی - جبری نسبت به نشانه‌های افسردگی و نگرانی از سوی این پژوهشگران تأیید شده است. رویکردهای اخیر به اختلال وسواسی - جبری برخی از بدعملکردی‌های دیگر سیستم عصبی را در این اختلال پیشنهاد کرده‌اند. این بررسی‌ها نقایص شناختی را به عنوان واسطه بین ناهنجاری‌های سیستم اعصاب و گرایش به وسواس معرفی کرده‌اند (Shafran & Rachman, 2004) که از آن جمله می‌توان به نقص در حافظه کاری (Nakao et al., 2009) و کارکردهای اجرایی (Tukel et al., 2012) اشاره کرد. کارکردهای اجرایی در آسیب‌شناسی اختلال وسواسی - جبری نیز می‌توانند سهم داشته باشند؛ بنابراین، بررسی کارکردهای اجرایی می‌تواند نقشی مهم در ارزیابی و درمان اختلال وسواسی - جبری ایفا کند (Bukhari, 2013).

افراد دارای اختلال وسواسی - جبری در وجوه مختلف کنترل شناختی، انعطاف‌پذیری شناختی و کنترل بازداری نیز دارای نقایصی هستند. نتایج پژوهشی که در این زمینه توسط بیگدلی و همکاران (۱۳۹۵) انجام شده، حاکی از آن است که گروه دارای نشانه‌های وسواسی - جبری از نظر انعطاف‌پذیری شناختی تفاوتی معنادار با گروه به‌هنجار دارند و عملکردی ضعیف‌تر را از خود نشان می‌دهند. محتمل است که این نارسایی‌ها در کارکرد اجرایی همچون انتقال مجموعه ذهنی و مفهوم‌سازی انتزاعی غیرکلامی وجود دارند که در افراد مبتلا به اختلال وسواسی - جبری بیشتر نمود دارند. برای مثال، نشانه‌های اختلال وسواسی - جبری از جمله واریسی و شست‌وشوی وسواسی که با کژکاری اجرایی تداعی می‌شود از یک منظر ممکن است نوعی درج‌اماندگی محسوب شود. نقایص گروه وسواسی بیان‌کننده این هستند که این گروه انعطاف‌پذیری شناختی ضعیف و توانایی انتزاع کمتری دارند و بیشتر در معرض حواس‌پرتی توجهی قرار دارند.

از متغیرهای دیگر پژوهش باید به فراشناخت اشاره کرد. فراشناخت بُعدی از فرآیند پردازش اطلاعات است که محتوا و فرآیندهای خود را بازنگری، تعبیر و ارزیابی می‌کند. باورهای مرتبط با فراشناخت در وسواس ممکن است غیردقیق و ناکارآمد جلوه کنند و به این دلیل، افکار بهنجاری که به طور طبیعی در جریان خود آگاهی ایجاد می‌شوند، در بیماران وسواسی امری تهدیدکننده ارزیابی می‌شوند و در عین حال، ممکن است فرایندهای شناختی عملکرد خوبی نداشته باشند (Clark & Purdon, 2004). مکنیکول و ولز در زمینه وسواس نظریه‌ای فراشناختی را ارائه کرده‌اند که ترکیبی از نظریه‌های طرح‌واره‌ای و نظریه پردازش اطلاعات است و بر باورهایی تأکید می‌کند که فرد درباره سازوکار پردازش خویش دارد (McNicol & Wells, 2012). افکار وسواسی زمانی ماهیت تهدیدکننده می‌یابند که موجب برانگیخته شدن باورهای فراشناختی درباره معنای آن افکار می‌شوند. در بررسی‌های متعدد، ارتباط مثبت و معنادار میان علائم وسواس و درهم‌آمیختگی افکار گزارش شده است (Bahrami & Rezavan, 2007). در مفهوم‌سازی فراشناختی اختلال وسواسی - جبری، بر دو بُعد از باورهای فراشناخت تأکید شده است. حوزه اول به باورهای مرتبط با معنا و قدرت افکار اشاره دارد، همچون باورهای درهم‌آمیختگی فکر و عمل، درهم‌آمیختگی فکر و رویداد و درهم‌آمیختگی فکر و شیء. حوزه دوم به باورهایی درباره آیین‌های به کارگرفته شده به منظور خنثی‌سازی پیامدهای افکار مزاحم اشاره دارد، مانند باور فراشناختی کلی نیاز به کنترل افکار برای دور کردن پیامدهای منفی (Shafraan & Rachman, 2004; Akrami et al., 2010). باورهای فراشناختی مرتبط با نیاز برای کنترل فکر، آمیختگی اندیشه کنش و باورهای منفی درباره توانمندی شناختی به عنوان عوامل اساسی برای بروز نشانه‌های وسواسی شناخته شده‌اند (Gwilliam et al., 2004). در مطالعه‌ای دیگر، دو مؤلفه مسئولیت و فراشناخت‌ها با نشانه‌های وسواس رابطه مثبت داشته‌اند و این رابطه حتی با کنترل عامل نگرانی هم پایدار باقی ماند. این نتیجه با مدل مبنی بر ارزیابی مسئولیت و همچنین با مدل فراشناختی هم‌سو بوده است (Myers & Wells, 2005). در پژوهش معین‌الغربایی و همکاران که مؤلفه‌های فراشناختی در افراد دچار اختلال اضطراب منتشر، وسواس، افسرده‌خویی و افراد عادی را بررسی کرده است، برای همه باورهای فراشناختی، راهبردهای کنترل فکر (به جز راهبرد کنترل اجتماعی) و افکار اضطرابی میان تمام گروه‌ها تفاوتی معنادار گزارش شده است (Moin Al-Ghorabaiee et al., 2017).

با توجه به تمام مطالب بیان‌شده در این مجال، هدف ما از پژوهش حاضر پاسخ‌گویی به این پرسش بوده است: همبسته‌های شناختی (پیش‌بین سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید، کارکردهای اجرایی، آمیختگی فکر و عمل و فراشناخت) چه سهمی در اختلال وسواسی - جبری دارند؟

روش پژوهش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر در دسته مطالعات توصیفی - همبستگی بود. از نظر نوع پژوهش نیز کمی محسوب می‌شود و از منظر اهداف جزو پژوهش‌های نظری است. تمامی دانشجویان مرد و زن دانشگاه شهید مدنی آذربایجان مشغول به تحصیل در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ که حدود ۷۰۰۰ نفر بوده‌اند، جامعه آماری پژوهش حاضر را تشکیل داده‌اند. نمونه‌های این پژوهش ۳۳۰ نفر از دانشجویان بوده‌اند. اطلاعات پرسشنامه ۳۰ نفر ناقص یا مخدوش بود و حذف شد. در مجموع، ۳۰۰ نفر به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. در این پژوهش، آزمودنی‌ها با میانگین سنی (۲۵/۱-۲۰)، ۶۸ درصد و (۳۵/۱-۳۰)، ۳۲ درصد شرکت داشتند. شیوه گردآوری داده‌ها در پژوهش حاضر به روش پرسشنامه‌ای بود. پس از انتخاب کردن تصادفی دانشکده‌ها، گروه‌ها و کلاس‌ها، برای انجام پژوهش حاضر، پژوهشگر پرسشنامه‌های مدنظر را همراه با نحوه تکمیل کردن هر یک از آن‌ها برای پاسخ‌گویی در اختیار دانشجویان قرار داد. گفتنی است، با شرکت‌کنندگان صحبت‌های لازم در میان گذاشته شد و تمامی آزمودنی‌ها با رضایت کامل و آگاهانه در پژوهش شرکت کردند و درباره عدم افشای اطلاعات و رازداری به آنان اطمینان خاطر داده شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه خودگزارشی سبک بزرگ‌نمایی تهدید: این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است که توسط ریسک‌اند و همکاران به منظور ارزیابی نوعی آسیب‌پذیری شناختی مشترک برای اختلال‌های اضطرابی ساخته شده است (Riskind et al., 2000). پرسشنامه دارای ۲۶ گویه است و در مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود. پرسشنامه دارای دو عامل است؛ عامل اول بزرگ‌نمایی تهدید فیزیکی و عامل دوم بزرگ‌نمایی تهدید اجتماعی را می‌سنجد. در این پژوهش، از نسخه فارسی ترجمه‌شده علیلو و همکاران (۱۳۹۶) استفاده شده است. ضریب پایایی این ابزار در پژوهش (Riskind et al., 2006) به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمده بود. در پژوهش علیلو و همکاران (۱۳۹۶)، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. همچنین، مطالعه آن‌ها نشان داد این ابزار از روایی سازه، روایی همگرا و تشخیصی نسبی برخوردار است. از این ابزار برای سنجش متغیر سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید در پژوهش حاضر به کار گرفته شد.

پرسشنامه نقص کارکردهای اجرایی بارکلی: این پرسشنامه دارای ۸۹ پرسش است. روش نمره‌گذاری پرسشنامه به شیوه لیکرت است. به پاسخ هرگز یا به ندرت نمره ۱ و به پاسخ اکثر اوقات نمره ۴ تعلق می‌گیرد. گویه‌های ۱، ۶، ۱۴، ۱۶، ۲۴، ۴۹، ۵۰، ۵۵، ۶۰، ۶۵ و ۸۹ نمره‌گذاری معکوس دارند. امتیازهای بالا در هر مقیاس نشانه نقص در آن مؤلفه از نظر کارکرد اجرایی در امور روزانه هستند. پژوهشی که مشهدی و همکاران (۱۳۹۴) مبنی بر بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی فرم فارسی مقیاس نارسایی در عملکرد اجرایی بارکلی - نسخه بزرگسال انجام دادند، با بیان این نکته که این نسخه یکی از نوین‌ترین ابزارهای سنجش کنش‌های اجرایی است، مطابق نتایج به دست آمده از تحلیل عاملی تأییدی، نشان داد الگوی پنج‌عاملی مقیاس نارسایی در کنش‌وری اجرایی بارکلی، در جامعه ایرانی برازش خوبی دارد؛ بنابراین، روایی مقیاس هم مطلوب است. پژوهشگران همچنین در این پژوهش به این نتیجه دست یافتند که مقیاس نارسایی‌ها در کنش‌وری اجرایی بارکلی - نسخه بزرگسال می‌تواند به عنوان ابزاری مناسب برای سنجش نارسایی کنش‌وری‌های اجرایی در زندگی روزمره به کار برده شود. در مطالعه حاضر، از این پرسشنامه برای سنجیدن متغیر کارکرد اجرایی در اختلال وسواسی - جبری استفاده شده است.

پرسشنامه ارزیابی فراشناخت: یک مقیاس ۳۰ گزینه‌ای خودگزارشی است که برای سنجش باورهایی که افراد درباره تفکرات خود دارند استفاده می‌شود. پاسخ‌ها در این مقیاس بر پایه مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت (۱ = موافق نیستم تا ۴ = خیلی زیاد موافقم) قابل محاسبه است. مقیاس خود دارای پنج خرده‌مقیاس است و هر زیرمقیاس ۶ آیتم دارد: (۱) باورهای مثبت درباره نگرانی، (۲) باورهایی درباره کنترل‌ناپذیری خطر افکار، (۳) باورهایی درباره اطمینان شناختی، (۴) باورهایی درباره نیاز به کنترل افکار و (۵) وقوف شناختی. نمره هر زیر مقیاس بین ۲۴ - ۶ است؛ بنابراین، نمره کل مقیاس بین ۱۲۰ - ۲۴ قرار دارد. کسب نمره‌های بالاتر در مقیاس به ترتیب بیانگر باورهای مثبت و منفی بیشتر درباره نگرانی، کاهش اعتماد به حافظه، اعتقاد به نیاز بیشتر در کنترل افکار و افزایش گرایش به سمت توجه متمرکز به خود است.

پرسشنامه همجوشی فکر: سه حیطه همجوشی فکر، از طریق ابزار ۱۴ ماده‌ای که دارای یک مقیاس واحد است، ارزیابی می‌شوند. این حیطه‌ها عبارت‌اند از: آمیختگی فکر - رخداد (برای مثال، افکار من به تنهایی می‌توانند روند حوادث را تغییر دهند)، آمیختگی فکر - عمل (برای مثال، اگر من افکاری درباره صدمه زدن به کسی داشته باشم، به آن عمل خواهم کرد) و آمیختگی فکر - شیء (برای مثال، افکار و خاطرات من می‌توانند به اشیاء منتقل شوند). از منظر ساختار عاملی، در مطالعه‌ای که بر روی دانشجویان انجام شد، بُعد واحدی برای این پرسشنامه آشکار شده است. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در نمونه خارجی ۰/۸۹ گزارش شده است. در رابطه با روایی این ابزار، همبستگی معنادار بین پرسشنامه همجوشی فکر، پرسشنامه باورهای فراشناختی و مقیاس‌های علائم اختلال وسواسی - جبری تأیید شده است (Myers & Wells, 2005). در ایران، در پژوهش فرخی و سهرابی (۱۳۹۸)، پایایی پرسشنامه همجوشی فکر با استفاده از روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی این پژوهش با فاصله زمانی ۵۰ روز تجزیه و تحلیل شد که ضرایب همبستگی آن به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۱ به دست آمد. روایی پرسشنامه همجوشی فکر با استفاده از روش تحلیل عاملی و روایی سازه با اجرای پرسشنامه آمیختگی

فکر - عمل برآورد شد. بین پرسشنامه همجوشی فکر و پرسشنامه آمیختگی فکر - عمل، ضریب همبستگی مثبت و معنادار ($r=0/872$) در سطح معناداری ($p>0/001$) به دست آمد. همچنین، نتایج تحلیل عاملی اکتشافی حاکی از آن بوده است که سه عامل (آمیختگی فکر - رویداد، آمیختگی فکر - عمل و آمیختگی فکر - شیء) برای پرسشنامه همجوشی فکر در کل ۷۵ درصد از واریانس را تبیین می‌کند (فرخی و سهرابی، ۱۳۹۸).

پرسشنامه مقیاس وسواس فکری - عملی ییل - براون: این پرسشنامه به منظور بررسی میزان وسواس فکری - عملی افراد مختلف طراحی شده است. روش نمره‌گذاری به شیوه لیکرت است. برای هر پرسش پنج گزینه (از صفر تا ۴ امتیاز) وجود دارند. پس از فکر کردن درباره پاسخ هر پرسش، گزینه مدنظر انتخاب و دور عدد آن دایره کشیده می‌شود. اعدادی که در کنار پاسخ‌های پرسش‌های یک تا ده نوشته شده‌اند توسط پژوهشگر جمع عددی می‌شوند. نمره کسب‌شده توسط آزمودنی میزان شدت اختلال وسواسی - جبری (OCD) را نشان می‌دهد. نمره کمتر از ۱۰ OCD بسیار خفیف را نشان می‌دهد؛ ولی از ۱۵-۱۰ با علائم و نشانه‌های به طور نسبی خفیف اختلال یادشده و از ۲۵-۱۶ با نشانه‌های متوسط آن مواجه هستیم؛ این در حالی است که اگر نمره کسب‌شده توسط آزمودنی بیشتر از ۲۵ باشد، با علائم شدید OCD روبه‌رو هستیم. بدیهی است، هرچه نمره به دست آمده از آزمودنی‌ها بیشتر باشد، نشان‌دهنده وسواس فکری - عملی شدیدتر شخص پاسخ‌دهنده و برعکس است. در پژوهشی، سپیده راجزی اصفهانی و همکاران (۱۳۹۰) پایایی و روایی نسخه فارسی مقیاس وسواسی - جبری (ییل - براون) را بررسی کردند. در پژوهش آن‌ها، یافته‌ها حاکی از آن بود که Y-BOCS در جامعه ایرانی نیز از روایی و پایایی بالایی برخوردار است. ضریب آلفای کرونباخ Y-BOCS در مطالعه سپیده راجزی و همکاران (۱۳۹۰) نیز بالا بود. این ضریب در پژوهش‌های دیگر (Moritz et al., 2002; Jacobsen et al., 2003) هم بالا گزارش شده است.

یافته‌ها

توصیف داده‌های جمعیت‌شناختی متغیر پیش‌بین این پژوهش شامل همبسته‌های شناختی (سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید، کارکردهای اجرایی، آمیختگی فکر و عمل و فراشناخت) و متغیر ملاک علائم اختلال وسواسی - جبری در جدول (۱) گزارش شد.

جدول ۱: شاخص‌های جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش

Table 1: Demographic indicators of the research sample

متغیر	گروه	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	193	00/64
	مرد	107	00/36
سن	زیر ۲۰ سال	38	66/12
	۲۰ تا ۲۵ سال	204	00/68
	۲۵/۱ تا ۳۰ سال	39	00/13
	۳۰/۱ تا ۳۵ سال	13	33/4
	۳۵/۱ تا ۴۰ سال	6	00/2
وضعیت تأهل	متأهل	21	00/7
	مجرد	279	00/93
سطح تحصیلات	لیسانس	215	67/71
	ارشد	70	33/23
	دکتری	15	00/5
دانشکده	انسانی	158	67/52
	فنی	79	33/26
	پایه	55	33/18
	کشاورزی	8	67/2

همچنین، مقادیر میانگین و انحراف معیار و مقادیر مختص به کجی و کشیدگی متغیرهای پیش‌بین و ملاک همراه با مؤلفه‌های آن‌ها در **جدول (۲)** نشان داده شدند. مقادیر مربوط به کجی و کشیدگی نرمال بودن (در دامنه صفر تا ± 1) توزیع متغیرها را نشان دادند.

جدول ۲: میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی متغیرهای پیش‌بین و ملاک

Table 2: Mean, standard deviation, skewness and elongation of predictor and criterion variables

متغیر	علائم اختلال	متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
ملاک	وسواسی -	وسواس	300	۱۰/۲۲	۲/۷۰	۰/۳۱	۰/۱۷
	جبری	اجبار	300	۱۰/۱۵	۲/۵۱	۰/۱۹	۰/۵۳
متغیر پیش‌بین	همبسته‌های شناختی	آمیختگی فکر - رویداد	300	۲۴/۵۳	۹/۸۹	-۰/۲۵	-۰/۴۲
		آمیختگی فکر - عمل	300	۱۷/۹۱	۱۰/۸۸	۰/۳۷	-۰/۵۷
		آمیختگی فکر - شیء	300	۱۹/۴۵	۹/۵۵	-۰/۰۲	-۰/۸۶
		باور مثبت (فراشناخت)	300	۱۲/۱۳	۴/۰۲	۰/۴۲	-۰/۵۱
		کنترل‌ناپذیری (فراشناخت)	300	۱۴/۷۱	۴/۱۷	۰/۱۱	-۰/۴۶
		اطمینان شناختی	300	۱۲/۲۶	۴/۶۵	۰/۶۵	-۰/۳۷
		نیاز به کنترل (فراشناخت)	300	۱۵/۵۵	۳/۷۲	۰/۰۱	-۰/۳۶
		خودوقوفی (فراشناخت)	300	۱۷/۱۶	۳/۴۷	-۰/۱۸	-۰/۱۲
		سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید فیزیکی	300	۲۸/۴۳	۹/۳۸	۰/۰۲	۰/۳۳
		سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید اجتماعی	300	۲۶/۸۵	۹/۷۳	۰/۰۲	۰/۴۹
		خودمدیریتی (اجرایی)	300	۲۸/۴۳	۹/۳۸	۰/۰۲	۰/۳۳
		خودسازمان‌دهی (اجرایی)	300	۲۶/۸۵	۹/۷۳	۰/۰۲	۰/۴۹
		خودکنترلی (اجرایی)	300	۳۹/۵۲	۱۱/۷۱	۰/۷۱	۰/۶۵
		خودانگیزشی (اجرایی)	300	۴۴/۴۹	۱۲/۵۶	۰/۷۷	۰/۶۲

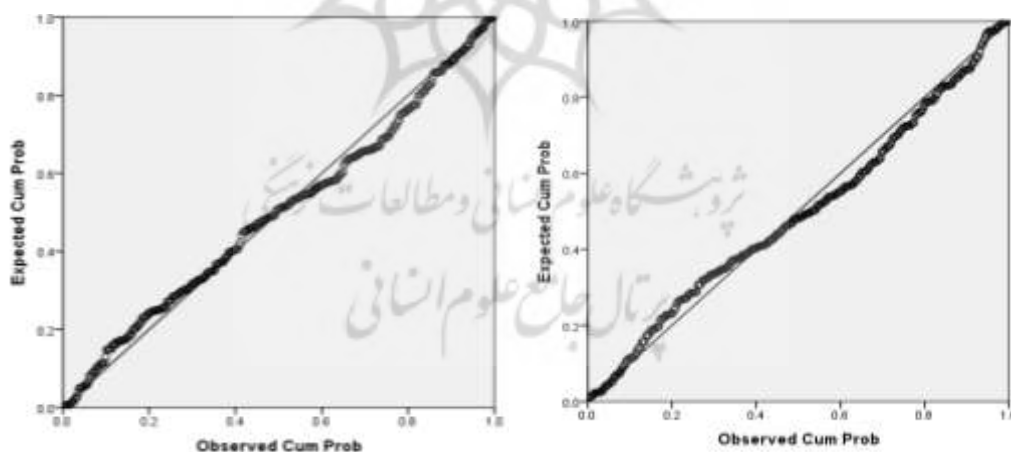
همبستگی متغیرهای پیش‌بین و ملاک در **جدول (۳)** ارائه شد. نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل همبستگی پیرسون میان مؤلفه‌های همبسته‌های شناختی (سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید، کارکردهای اجرایی، آمیختگی فکر و عمل و فراشناخت) و علائم اختلال وسواسی حکایت از آن دارد که بین مؤلفه باور مثبت درباره نگرانی در سطح ۵ درصد و مؤلفه‌های کنترل‌ناپذیری، اطمینان شناختی، خودمدیریتی، خودسازمان‌دهی، خودکنترلی و خودانگیزشی با بیان سطح آماری ۱ درصد همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد (**جدول ۳**)؛ به این معنا که هرچه میزان مؤلفه‌های همبسته‌های شناختی در میان اعضای جامعه مورد مطالعه بیشتر و پررنگ‌تر باشد، جامعه مدنظر بیشتر با علائم اختلال وسواسی مواجه خواهد شد. همچنین، بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل همبستگی پیرسون میان مؤلفه‌های همبسته‌های شناختی (سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید، کارکردهای اجرایی، آمیختگی فکر و عمل و فراشناخت) و علائم اختلال جبری، مشاهده شد بین مؤلفه‌های باور مثبت درباره نگرانی، کنترل‌ناپذیری، نیاز به کنترل، سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید فیزیکی و خودسازمان‌دهی در سطح ۵ درصد و مؤلفه اطمینان شناختی با در نظر گرفتن سطح آماری ۱ درصد همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد؛ به این معنا که هرچه میزان مؤلفه‌های همبسته‌های شناختی در میان اعضای جامعه مورد مطالعه بیشتر و پررنگ‌تر باشد، جامعه مدنظر بیشتر با علائم اختلال جبری مواجه خواهد شد.

Table 3: Correlation of predictor and criterion variables

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸
آمیختگی رویداد	1																	
آمیختگی عمل	۰/۷۱**	1																
آمیختگی شیء	۰/۶۲**	۰/۵۴**	1															
باور مثبت	۰/۲۵**	۰/۱۶**	۰/۱۵**	1														
کنترل ناپذیری	۰/۳۷**	۰/۲۵**	۰/۳۵**	۰/۲۹**	1													
اطمینان شناختی	۰/۲۹**	۰/۲۹**	۰/۲۳**	۰/۳۵**	۰/۴۲**	1												
نیاز به کنترل	۰/۳۸**	۰/۲۱**	۰/۴۱**	۰/۲۵**	۰/۶۱**	۰/۳۵**	1											
خودوقوفی	۰/۲۹**	۰/۲۷**	۰/۳۸**	۰/۲۰**	۰/۲۹**	۰/۰۴ ^{ns}	۰/۴۲**	1										
سبک ناسازگارانهٔ بزرگ‌نمایی فیزیکی	۰/۱۳*	۰/۰۷ ^{ns}	۰/۱۵**	۰/۱۶**	۰/۳۲**	۰/۲۸**	۰/۲۵**	۰/۰۹ ^{ns}	1									
سبک ناسازگارانهٔ بزرگ‌نمایی اجتماعی	۰/۱۶**	۰/۱۷**	۰/۱۸**	۰/۰۶ ^{ns}	۰/۳۲**	۰/۲۷**	۰/۲۳**	۰/۰۶ ^{ns}	1									
خودمدیریتی	۰/۱۹**	۰/۱۸**	۰/۱۰ ^{ns1}	۰/۱۱*	۰/۳۸**	۰/۴۳**	۰/۲۱**	-۰/۱۱ ^{ns}	۰/۲۲**	۰/۳۰**	1							
خودسازمان‌دهی	۰/۲۰**	۰/۲۱**	۰/۱۱*	۰/۱۸**	۰/۴۵**	۰/۴۹**	۰/۲۹**	-۰/۰۸ ^{ns}	۰/۳۳**	۰/۳۸**	۰/۷۰**	1						
خودکنترلی	۰/۲۱**	۰/۲۴**	۰/۱۷**	۰/۱۷**	۰/۴۰**	۰/۴۶**	۰/۲۸**	۰/۰۴ ^{ns}	۰/۳۲**	۰/۴۲**	۰/۵۶**	۰/۶۸**	1					
خودانگیزشی	۰/۲۴**	۰/۲۴**	۰/۱۸**	۰/۱۷**	۰/۳۸**	۰/۴۴**	۰/۲۵**	-۰/۰۴ ^{ns}	۰/۲۶**	۰/۳۰**	۰/۶۶**	۰/۷۳**	۰/۶۶**	1				
خودنظم‌جویی	۰/۲۳**	۰/۲۵**	۰/۱۹**	۰/۱۶**	۰/۴۱**	۰/۳۷**	۰/۲۲**	-۰/۰۷ ^{ns}	۰/۲۷**	۰/۳۴**	۰/۶۳**	۰/۶۷**	۰/۴۵**	۰/۵۹**	1			
وسواس	۰/۰۹ ^{ns}	۰/۰۵ ^{ns}	۰/۰۲ ^{ns}	۰/۱۳*	۰/۱۸**	۰/۱۷**	۰/۰۹ ^{ns}	-۰/۰۱ ^{ns}	۰/۰۶ ^{ns}	۰/۰۱ ^{ns}	۰/۲۲**	۰/۲۲**	۰/۱۵**	۰/۲۲**	-۰/۰۸ ^{ns}	1		
اجبار	-۰/۰۰ ^{ns}	-۰/۰۹ ^{ns}	-۰/۰۷ ^{ns}	۰/۰۱۳*	۰/۱۲*	۰/۱۵**	۰/۱۲*	۰/۰۲ ^{ns}	۰/۰۱۲*	۰/۰۱۶**	۰/۰۹ ^{ns}	۰/۱۴*	۰/۰۷ ^{ns}	۰/۰۷ ^{ns}	۰/۰۲۲**	-۰/۰۳۳**	1	

* معنادار در سطح ۰/۰۵، ** معنادار در سطح ۰/۰۱

در راستای آزمون فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر تعیین سهم همبسته‌های شناختی (سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید، کارکردهای اجرایی، آمیختگی فکر و عمل و فراشناخت) در پیش‌بینی علائم اختلال وسواسی - جبری از تحلیل رگرسیون چندگانه (روش استاندارد) کمک گرفته شد. پیش‌فرض‌های عمده حاصل از تحلیل رگرسیون از طریق بررسی اندازه نمونه، داده‌های پرت، خطی بودن ارتباط متغیرهای پیش‌بین با ملاک، چندهم‌خطی بودن، یکسانی پراکندگی و استقلال پسماندها برای تمامی تحلیل‌ها تأیید شدند. همچنین، بررسی مفروضه هم‌خطی بودن بیانگر آن بوده است که شاخص عامل تورم واریانس (VIF)^۱ و شاخص تولرانس^۲ در دامنه به‌هنگار قرار دارند؛ از این رو، می‌توان بیان کرد متغیرهای پیش‌بین مستقل از یکدیگر هستند و هم‌خطی بودن چندگانه رخ نداده است. یکی از روش‌های بررسی در رابطه با مفروضه‌ها به‌کارگیری نمودار نرمال بودن و خطی بودن باقی‌مانده‌های رگرسیون و نمودار پراکنش است که به عنوان بخشی از نتایج برون‌داد ظاهر و نیز برای بررسی استقلال پسماندها به کار گرفته می‌شود. در نمودار نرمال بودن و خطی بودن باقی‌مانده‌های رگرسیون، انتظار می‌رود نقاط به طرزی قابل قبول بر روی خط قطری یا مورب مستقیم از انتهای سمت چپ تا بالای سمت راست قرار گیرند. این موضوع نشانگر آن است که انحراف زیادی از نرمال بودن رخ نداده است. در نمودار پراکنش پسماندهای استاندارد شده، انتظار می‌رود پسماندها توزیع به نسبت مستطیلی شکل داشته باشند؛ به نحوی که بیشتر نمره‌ها در مرکز نمودار (در امتداد نقطه صفر) متمرکز باشند. وجود داده‌های پرت را همچنین می‌توان از نمودار پراکنش تشخیص داد (Tabachnick et al., 2007). داده‌های پرت را به عنوان داده‌هایی که پسماند استاندارد شده بیشتر از ۳/۳ یا کمتر از -۳/۳ دارند، تعریف می‌کنند. با نمونه‌های بزرگ، یافتن تعدادی از پسماندهای پرت غیرمعمول نیست (Pallant & Tennant, 2007). نرمال بودن و خطی بودن باقی‌مانده‌های رگرسیون استاندارد شده در شکل (۱) نشان داده شده است. طبق شکل، از آنجا که نقاط به طرزی قابل قبول بر روی خط قطری مستقیم از انتهای سمت چپ تا بالای سمت راست (حول خط رگرسیون) قرار دارند، می‌توان نتیجه گرفت باقی‌مانده‌های رگرسیون نرمال و خطی هستند.



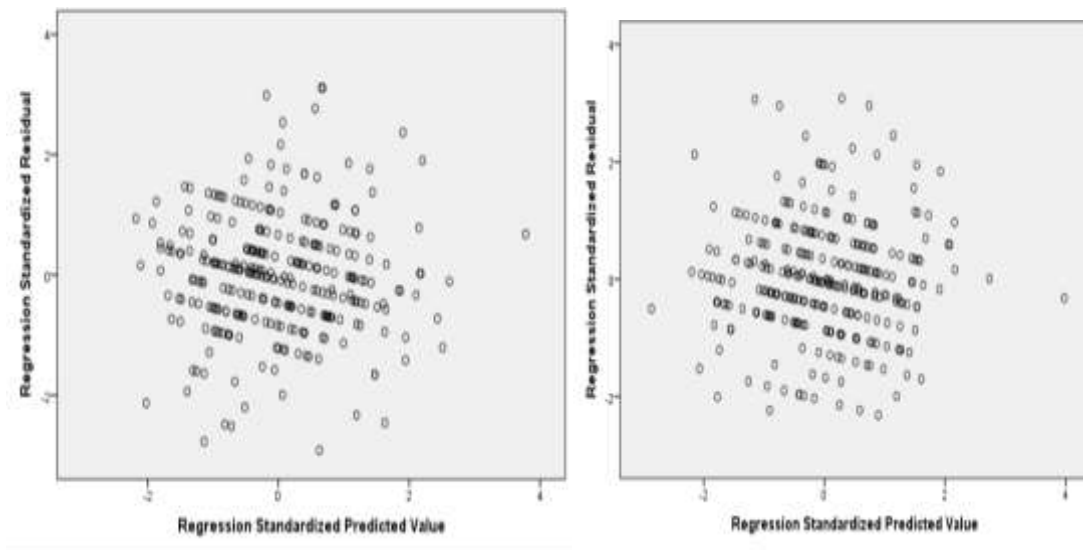
شکل ۱: نرمال بودن و خطی بودن باقی‌مانده‌های رگرسیون برای متغیرهای وسواسی و جبری

Figure 1: The normality and linearity of the regression residuals for the variables of obsession and altruism

مطابق شکل (۲)، به دلیل اینکه بیشتر نمره‌ها در مرکز نمودار (در امتداد نقطه صفر) متمرکز شده‌اند و پسماندها توزیع به نسبت مستطیلی شکل دارند، از مفروضه یکسانی پراکندگی پسماندها تخطی رخ نداده است و همچنین، برای بررسی مفروضه داده‌های پرت، به جدول تشخیص کیس وایس و نمودار جعبه‌ای مراجعه شد و داده‌های پرت شناسایی و سپس اصلاح و تعدیل شدند.

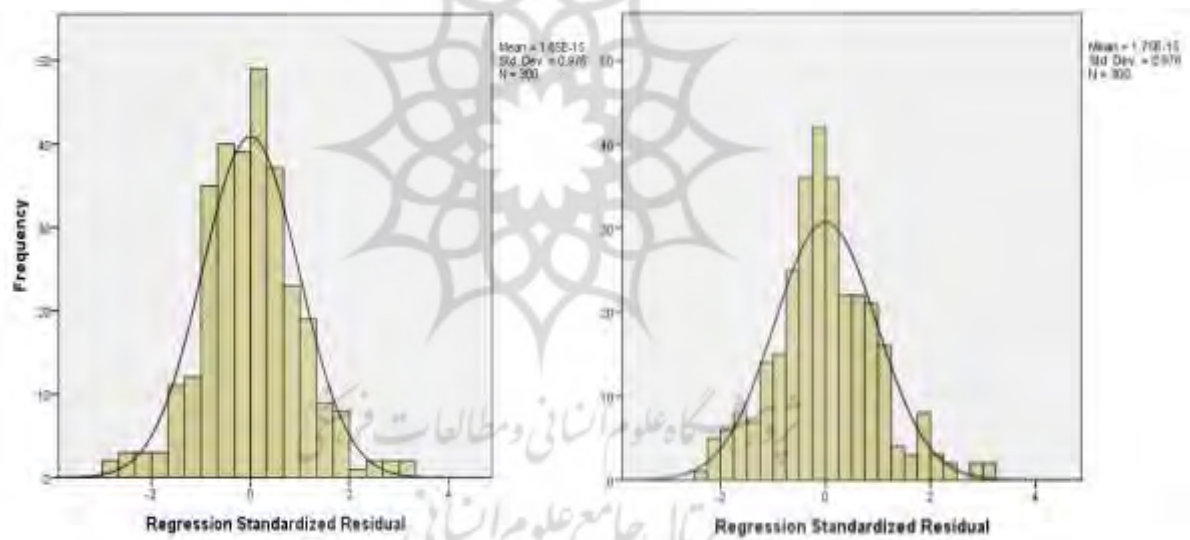
1 variance inflation factor

2 Tolerance



شکل ۲: نمودار پراکنش متغیرهای ملاک وسواسی و جبری

Figure 2: The variable distribution diagram of obsession and determinism



شکل ۳: نمودار هیستوگرام متغیرهای ملاک اختلال وسواسی و جبری

Figure 3: Histogram diagram of obsessive-compulsive and obsessive-compulsive disorder criterion variables

یکی از مفروضه‌های مهم در تحلیل رگرسیون چندگانه پیش‌فرض هم‌خطی بودن است. شاخص‌های هم‌خطی بودن شامل تحمل یا تولرانس و مقدار تورش واریانس هستند. اگر مقدار تولرانس کمتر از ۰/۱ و مقدار تورش واریانس بیشتر از ۱۰ باشد، نشانگر چندهم‌خطی بودن است. از آنجا که شاخص‌های پارامتر تحمل (تولرانس) بیشتر از ۰/۱ هستند و مقدار تورش واریانس نیز کمتر از ۱۰ است (جدول ۴)، از مفروضه چندهم‌خطی تخطی نشده است.

نتایج تحلیل رگرسیون مؤلفه علائم اختلال وسواسی و جبری تعیین سهم همبسته‌های شناختی (سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید، کارکردهای اجرایی، آمیختگی فکر و عمل و فراشناخت) در جداول ۵ تا ۸ ارائه شده است.

جدول ۴: مقدار پارامتر تحمل و تورش واریانس برای متغیرهای پیش‌بین

Table 4: Tolerance parameter value and variance skew for predictor variables

متغیرها	پارامتر تحمل	تورش واریانس
آمیختگی فکر - رویداد	۰/۳۸۴	۶۰/۲
آمیختگی فکر - عمل	۰/۴۴۸	۳۲/۲
آمیختگی فکر - شیء	۰/۵۱۹	۹۲/۱
باور مثبت (فراشناخت)	۰/۷۹۷	۲۵/۱
کنترل‌ناپذیری (فراشناخت)	۰/۴۸۶	۲/۰۵
اطمینان شناختی	۰/۵۹۷	۱/۶۷
نیاز به کنترل (فراشناخت)	۰/۵۲۳	۱/۹۱
خوددوقوفی (فراشناخت)	۰/۶۸۰	۱/۴۷
سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید فیزیکی	۰/۶۶۵	۱/۵۲
سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید اجتماعی	۰/۶۱۶	۱/۶۲
خودمدیریتی (اجرایی)	۰/۴۴۲	۲/۲۶
خودسازمان‌دهی (اجرایی)	۰/۳۱۰	۳/۲۲
خودکنترلی (اجرایی)	۰/۴۲۹	۲/۳۲
خودانگیزشی (اجرایی)	۰/۳۸۰	۲/۶۳

به منظور بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی مؤلفه‌های آمیختگی فکر - عمل، ضرایب رگرسیون و معناداری آن‌ها بررسی شدند. نتایج **جدول (۵)** گویای این موضوع است که هیچ یک از مؤلفه‌های آمیختگی فکر - عمل قادر به پیش‌بینی نمرات مؤلفه اختلال وسواسی - جبری نیستند. نقش پیش‌بینی‌کنندگی تمام مؤلفه‌های فراشناخت، ضرایب رگرسیون و معناداری آن‌ها بررسی شدند.

جدول ۵: نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه پیش‌بینی مؤلفه اختلال وسواسی - جبری بر اساس تعیین مؤلفه‌های آمیختگی فکر - عمل

Table 5: Results of multiple regression analysis of predicting the component of obsessive-compulsive disorder based on determining the components of thought-action fusion

متغیرهای پیش‌بین	متغیر ملاک	R	R Square	F	P	خطای استاندارد	Beta	T	p
آمیختگی فکر - رویداد				۲/۳۲		۰/۰۲۵	۰/۰۶۸	۰/۷۴۹	۰/۴۵۴
آمیختگی فکر - عمل	اختلال وسواسی	۰/۴۹	۰/۲۴	۱/۹۷	۰/۰۰۹	۰/۰۲۱	-۰/۰۵۶	-۰/۶۶۰	۰/۵۱۰
آمیختگی فکر - شیء				۱/۲۵		۰/۰۲۲	-۰/۰۵۱	-۰/۶۴۷	۰/۵۱۸
آمیختگی فکر - رویداد				۲/۰۵		۰/۰۲۳	-۰/۰۴۴	-۰/۴۸۱	۰/۶۳۱
آمیختگی فکر - عمل	اختلال جبری	۰/۶۵	۰/۴۳	۱/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۰۲۰	-۰/۰۴۸	-۰/۵۶۳	۰/۵۷۴
آمیختگی فکر - شیء				۱/۹۱		۰/۰۲۱	-۰/۰۳۵	-۰/۴۴۱	۰/۶۶۰

نتایج **جدول (۶)** نشان می‌دهد باور مثبت درباره نگرانی، کنترل‌ناپذیری و اطمینان شناختی با ضریب رگرسیون استاندارد شده ۰/۰۷۷، ۰/۰۹۳ و ۰/۰۹۴، به ترتیب قادر به پیش‌بینی مؤلفه‌های فراشناخت هستند؛ به این معنا که به‌ازای یک نمره افزایش در

مؤلفه‌های باور مثبت درباره نگرانی، کنترل‌ناپذیری و اطمینان شناختی، می‌توان پیش‌بینی کرد میزان مؤلفه‌های فراشناخت (به ترتیب ۰/۰۷۷، ۰/۰۹۳ و ۰/۰۹۴) افزایش می‌یابد.

جدول ۶: نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه پیش‌بینی مؤلفه اختلال وسواسی - جبری بر اساس تعیین مؤلفه‌های فراشناخت

Table 6: The results of multiple regression analysis of the prediction of the component of obsessive-compulsive disorder based on the determination of the components of metacognition

متغیرهای پیش‌بین	متغیر ملاک	R	R Square	F	P	خطای استاندارد	Beta	T	p
باور مثبت (فراشناخت)			۱/۵۲			۰/۰۴۳	۰/۰۷۷	۱/۲۱۴	۰/۰۰۲
کنترل‌ناپذیری (فراشناخت)			۱/۲۶			۰/۰۵۱	۰/۰۹۳	۱/۱۴۰	۰/۰۱۰
اطمینان شناختی			۲/۲۶			۰/۰۴۳	۰/۰۳۱	-۰/۴۲۶	۰/۶۷۰
نیاز به کنترل (فراشناخت)	اختلال وسواسی	۰/۴۹	۰/۲۴	۳/۲۲	۰/۰۰۹	۰/۰۵۷	-۰/۰۱۹	-۰/۲۴۰	۰/۸۱۱
خودوقوفی (فراشناخت)			۲/۳۲			۰/۰۵۴	-۰/۰۲۱	-۰/۳۰۳	۰/۷۶۲
باور مثبت (فراشناخت)			۲/۶۳			۰/۰۴۰	۰/۰۹۸	۱/۵۳۶	۰/۰۰۶
کنترل‌ناپذیری (فراشناخت)			۲/۷۴			۰/۰۴۸	۰/۰۰۷	۰/۰۸۱	۰/۹۳۶
اطمینان شناختی			۳/۳۸			۰/۰۴۰	۰/۰۹۴	۱/۲۶۷	۰/۰۰۳
نیاز به کنترل (فراشناخت)	اختلال جبری	۰/۶۵	۰/۴۳	۲/۰۹	۰۰۱/۰	۰/۰۵۳	۰/۰۷۵	۰/۹۵۴	۰/۳۴۱
خودوقوفی (فراشناخت)			۲/۵۶			۰/۰۵۰	-۰/۰۰۹	-۰/۱۲۳	۰/۹۰۲

به دلیل بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی مؤلفه‌های سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید، ضرایب رگرسیون و معناداری آن‌ها بررسی شدند. نتایج جدول (۷) نشان می‌دهد فقط سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید اجتماعی با ضریب رگرسیون استاندارد شده ۰/۱۳۵ قادر به پیش‌بینی نمرات مؤلفه اختلال وسواسی - جبری است ($p=۰/۰۰۰$). به عبارت دیگر، به ازای یک نمره افزایش در سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید اجتماعی، می‌توان پیش‌بینی کرد نمره اختلال وسواسی - جبری ۰/۱۳۵ افزایش خواهد یافت.

جدول ۷: نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه پیش‌بینی مؤلفه اختلال وسواسی - جبری بر اساس تعیین مؤلفه‌های سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید

Table 7: Results of multiple regression analysis of predicting the component of obsessive-compulsive disorder based on determining the components of the maladaptive style of threat exaggeration

متغیرهای پیش‌بین	متغیر ملاک	R	R Square	F	P	خطای استاندارد	Beta	T	p
سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید فیزیکی			۲/۳۲			۰/۰۲۰	-۰/۰۶۱	-۰/۸۶۹	۰/۳۸۵
سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید اجتماعی	اختلال وسواسی	۰/۴۹	۰/۲۴	۱/۹۷	۰/۰۰۹	۰/۰۲۰	۰/۰۶۲	-۰/۸۵۶	۰/۳۹۳
سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید فیزیکی			۱/۲۵			۰/۰۱۹	۰/۰۰۹	۰/۱۳۵	۰/۸۹۳
سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید اجتماعی	اختلال جبری	۰/۶۵	۰/۴۳	۲/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۰۱۹	۰/۱۳۵	۱/۸۶۰	۰/۰۰۰

به منظور دست‌یابی به نقش پیش‌بینی‌کنندگی مؤلفه‌های کارکرد اجرایی، ضرایب رگرسیون و معناداری آن‌ها بررسی شدند. نتایج جدول (۸) نشان‌دهنده آن است که خودمدیریتی، خود انگیزشی، خودسازمان‌دهی و خودکنترلی با ضریب رگرسیون استاندارد شده (۰/۱، ۰/۱۱۱، ۰/۰۹۸ و ۰/۰۲۴ به ترتیب) قادر به پیش‌بینی مؤلفه‌های اختلال وسواسی-جبری هستند. سهم مؤلفه خودنظم‌جویی در پیش‌بینی علائم اختلال وسواسی-جبری معنادار نبود.

جدول ۸: نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه پیش‌بینی مؤلفه اختلال وسواسی - جبری بر اساس تعیین مؤلفه‌های کارکرد اجرایی

Table 8: The results of multiple regression analysis of predicting the component of obsessive-compulsive disorder based on determining the components of executive function

متغیرهای پیش‌بین	متغیر ملاک	R	R Square	F	P	خطای استاندارد	Beta	T	p
خودمدیریتی (اجرایی)	اختلال وسواسی	۱/۵۲				۰/۰۲۰	۰/۱	۱/۱۷۵	۰/۰۰۵
خودسازمان‌دهی (اجرایی)		۱/۲۶				۰/۰۲۲	۰/۰۴۵	۰/۴۳۹	۰/۶۶۱
خودکنترلی (اجرایی)		۲/۲۶				۰/۰۲۵	-۰/۰۶۲	۰/۷۱۸	۰/۴۷۴
خودانگیزشی (اجرایی)		۳/۲۲	۰/۲۴			۰/۰۴۳	۰/۱۱۱	۱/۲۰۵	۰/۰۰۹
خودنظم‌جویی هیجان (اجرایی)		۳/۳۲				۰/۰۱۸	-۰/۰۰۶	۰/۰۷۴	۰/۹۴۱
خودمدیریتی (اجرایی)	اختلال جبری	۲/۶۳				۰/۰۲۱	۰/۱۲۹	۱/۲۵۳	۰/۰۰۱
خودسازمان‌دهی (اجرایی)		۲/۷۴				۰/۰۲۴	-۰/۰۹۸	-۱/۱۲۵	۰/۰۰۲
خودکنترلی (اجرایی)		۳/۳۸	۰/۴۳		001/0	۰/۰۴۰	-۰/۰۴۴	-۰/۴۷۷	۰/۶۳۳
خودانگیزشی (اجرایی)		۱/۵۲				۰/۰۲۰	۰/۱	۱/۱۷۵	۰/۰۰۵
خودنظم‌جویی هیجان (اجرایی)		۱/۲۶				۰/۰۲۲	۰/۰۴۵	۰/۴۳۹	۰/۶۶۱

نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل همبستگی پیرسون میان مؤلفه‌های همبسته‌های شناختی و علائم اختلال وسواسی پژوهش حاکی از آن بوده است که میان مؤلفه باور مثبت و مؤلفه‌های کنترل‌ناپذیری، اطمینان شناختی، خودمدیریتی، خودسازمان‌دهی، خودکنترلی و خودانگیزشی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد (جدول ۳). به بیان دیگر، هرچه میزان مؤلفه‌های همبسته‌های شناختی در میان اعضای جامعه مورد مطالعه بیشتر و پررنگ‌تر باشد، جامعه مدنظر بیشتر با علائم وسواسی مواجه خواهد شد. همچنین، بر مبنای نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل همبستگی پیرسون در میان مؤلفه‌های همبسته‌های شناختی (سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید، کارکردهای اجرایی، آمیختگی فکر و عمل و فراشناخت) و علائم اختلال جبری، مشاهده شد بین مؤلفه‌های باور مثبت، کنترل‌ناپذیری، نیاز به کنترل، سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید فیزیکی و خودسازمان‌دهی با مؤلفه اطمینان شناختی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد (جدول ۳)؛ به این معنا که هرچه میزان مؤلفه‌های همبسته‌های شناختی در میان اعضای جامعه مورد مطالعه بیشتر و پررنگ‌تر باشد، جامعه هدف بیشتر با علائم اختلال جبری مواجه خواهد بود. نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل رگرسیون (جدول ۵ تا ۸) نشان می‌دهد متغیرهای پیش‌بین باور مثبت درباره نگرانی، کنترل‌ناپذیری، خودمدیریتی و خودانگیزشی در پیش‌بینی مؤلفه اختلال وسواسی سهمی معنادار دارند. همچنین، متغیرهای پیش‌بین باور مثبت درباره نگرانی، اطمینان شناختی، سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید اجتماعی، خودسازمان‌دهی و خودکنترلی دارای سهمی معنادار در پیش‌بینی مؤلفه اختلال جبری هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

اختلال وسواسی - اجباری از جمله شایع‌ترین اختلال‌های روانی است که بر تمام جنبه‌های زندگی فرد مبتلا اثر می‌گذارد. با توجه به شیوع زیاد این اختلال و اثرهای مخرب آن در طولانی‌مدت بر روابط بین‌فردی و اجتماعی، پژوهش‌هایی متعدد در این حوزه انجام شده‌اند. در پژوهش حاضر، اختلال وسواسی - جبری از منظر شناختی بررسی شده است. برای این منظور، سهم همبسته‌های شناختی که شامل سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید، کارکردهای اجرایی، آمیختگی فکر و عمل و فراشناخت بوده‌اند، بررسی و تعیین شده است. نتایج به‌دست‌آمده حاکی از آن بود که بین مؤلفه باور مثبت در سطح ۵ درصد و مؤلفه‌های کنترل‌ناپذیری، اطمینان شناختی، خودمدیریتی، خودسازمان‌دهی، خودکنترلی و خودانگیزشی در سطح آماری ۱ درصد همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد؛ این بدان معناست که هرچه میزان مؤلفه‌های همبسته‌های شناختی در بین اعضای جامعه مورد مطالعه بیشتر و پررنگ‌تر باشد، جامعه مد نظر بیشتر با علائم اختلال وسواسی مواجه خواهد بود.

همچنین، نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل همبستگی پیرسون میان مؤلفه‌های همبسته‌های شناختی (سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید، کارکردهای اجرایی، آمیختگی فکر و عمل و فراشناخت) و علائم اختلال جبری بیانگر آن بود که بین مؤلفه‌های باور مثبت، کنترل‌ناپذیری، نیاز به کنترل، سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید فیزیکی و خودسازمان‌دهی در سطح ۵ درصد و مؤلفه اطمینان شناختی در سطح آماری ۱ درصد همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. به عبارتی دیگر، هرچه میزان مؤلفه‌های همبسته‌های شناختی در بین اعضای جامعه مورد مطالعه بیشتر و پررنگ‌تر باشد، اجتماع مدنظر بیشتر با علائم اختلال جبری روبه‌رو خواهد بود.

این یافته‌ها با پژوهش‌های میرز و همکاران (Myers et al., 2009)، ایراک و توسان (Irak & Tosun, 2008) و محمدخانی و مظلوم (۱۳۹۰) هم‌سو بوده است. در تأیید این یافته‌ها، ساشی و همکاران (Cucchi et al., 2012) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که زیرمقیاس‌های فراشناختی کنترل‌ناپذیری و خطر و نیاز به کنترل افکار بیشترین همبستگی را با علائم وسواسی دارند. پژوهش حاضر با مدل فراشناختی (Wells & Simones, 2009) ترجمه محمدخانی و مظلوم (۱۳۹۰) که در آن، کنترل‌ناپذیری، اطمینان شناختی و باورهای مثبت درباره نگرانی از پیش‌بینی‌کننده‌های قوی علائم وسواسی محسوب می‌شوند، هم‌خوانی دارد.

بنا بر عقیده ولز و موریسون، باور فراشناختی درباره افکار و نظام فکر، مؤلفه‌ای مهم از پردازش شناختی ناکارآمد است که علائم اختلال وسواسی - جبری را تحریک می‌کند. به بیان دیگر، افکار، باورها و تردیدهای مزاحم خودآیند، باورهای فراشناختی درباره خطر، معنای این رویدادها، پرخطر بودن آثار این افکار، نیاز به کنترل افکار و اهمیت پایش آن‌ها را فعال و راهبردهای مقابله‌ای تکراری مانند نشخوار و نگرانی را راه‌اندازی می‌کنند. از سوی دیگر، مدل فراشناختی وسواس دربرگیرنده دو حیطه باور اختصاصی در اختلال وسواسی - جبری است: ۱- باور درباره اهمیت/معنا و قدرت افکار و ۲- باور درباره نیاز به کنترل افکار و انجام دادن آیین‌مندی‌ها. هر دو حیطه از این باورها در این پژوهش تأیید شدند (Wells & Morrison, 1994).

بررسی‌ها در این زمینه باورهای فراشناختی را به عنوان عوامل تبیین‌کننده اختلال‌های اضطرابی از جمله اختلال وسواسی - جبری دانسته‌اند (Wells & Papageorgiou, 1998; Wells & Simones, 2009) و با ارائه نظریه کارکرد اجرایی خودتنظیمی، نقش فراشناخت را در سبب‌شناسی و تداوم مشکلات هیجانی و اختلال‌های روانی مفهوم‌سازی کرده‌اند. این مدل بیانگر تعامل‌های علی-دوجانبه بین عوامل چندگانه شناخت (باورها، فراشناخت‌ها، کنترل توجه، پردازش پیوسته و خودتنظیمی) است. بر اساس مدل یادشده، هر فرد در سیستم پردازشی خود دارای یک خودتنظیمی فراشناختی است که هنگام ضرورت (هنگام تصمیم‌گیری، نظارت، کنترل و پردازش شناختی) فعالیت می‌کند و به طور معمول پس از زمانی کوتاه به فعالیت خود پایان می‌دهد؛ اما چنانچه این پردازش مداوم و افراط‌گونه باشد، جنبه آسیب شناختی می‌یابد؛ بدان معنا که فرد همواره خود را در حالت مواجهه با تنش، نگرانی و مقابله

احساس می‌کند. رویکرد فراشناختی بر این اساس است که افراد به این دلیل گرفتار ناراحتی‌های هیجانی می‌شوند که فراشناخت‌های آن‌ها به الگویی ویژه از پاسخ‌دهی به تجربه‌های درونی منجر می‌شوند. این الگو که به تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌انجامد، شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت‌شده و راهبردهای خودتنظیمی با رفتارهای مقابله‌ای ناسازگار است که نتیجه معکوس می‌دهد (Wells & Morrison, 1994).

در بخش نتایج، همان‌طور که اشاره شد، مؤلفه‌های باور مثبت، کنترل‌ناپذیری و اطمینان شناختی دارای همبستگی مثبت و معناداری با علائم وسواسی و نیز مؤلفه‌های باور مثبت، کنترل‌ناپذیری، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل همبستگی مثبت و معناداری با علائم جبری نشان دادند. بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش، باور مثبت و کنترل‌ناپذیری به عنوان عامل فراشناختی بیشترین تغییرات نشانه‌های اختلال وسواسی را پیش‌بینی کردند. علاوه بر این، مؤلفه‌های باور مثبت و اطمینان شناختی به عنوان عامل فراشناختی بیشترین تغییرات نشانه‌های اختلال جبری را پیش‌بینی کردند (جداول ۵ و ۶).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند بین باورهای فراشناختی و علائم وسواسی همبستگی مثبت معناداری وجود دارد (Gwilliam et al., 2004). همچنین، رابطه معناداری میان باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر گزارش شده است (Wells et al., 1997; Wells & Morrison, 1994). همانند نتایج این مطالعه، محمدخانی و مظلوم (۱۳۹۰) نیز گزارش کرده‌اند بین باورهای فراشناختی و علائم وسواسی رابطه مثبت وجود دارد. خرده‌مقیاس‌های باورهای مثبت درباره نگرانی و کنترل‌ناپذیری پیش‌بینی‌کننده‌های قوی علائم وسواس در جمعیت غیربالینی محسوب می‌شوند. راهبردهای کنترل فکر و علائم وسواسی نیز رابطه مثبت معناداری با یکدیگر داشته‌اند. از میان خرده‌مقیاس‌های کنترل فکر، راهبردهای تنبیه و نگرانی بیشترین رابطه مثبت را با علائم وسواسی به خود اختصاص داده‌اند. نتایج پژوهش باباپور خیرالدین و همکاران (۱۳۹۱) حاکی از آن بوده است که همه ابعاد فراشناخت با باورهای وسواسی رابطه‌ای مثبت و معنادار دارند؛ اما در رابطه با مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی، توصیف تجربیات درونی، عدم واکنش به تجربیات درونی و قضاوت نکردن درباره تجربه درونی، رابطه‌ای منفی و معنادار با باورهای وسواسی گزارش شده است. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون (گام به گام) نیز نشان داد متغیرهای کنترل‌ناپذیری افکار و خودآگاهی شناختی به طرز معنادار، ۱/۸ درصد از واریانس تغییرهای باورهای وسواسی را تبیین می‌کنند که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد.

باورهای فرد همچون میزان اعتماد به توانایی‌های تفکر و حافظه خویش، نقش محوری در ایجاد اختلال‌های هیجانی از طریق هدایت تمرکز بر فرآیندهای درونی مانند تردید دارند (Wells et al., 1997; Wells & Matthews, 1994). بر اساس این دیدگاه، تمرکز بر فرآیندهای درونی، این اطمینان را که فرد به درستی عمل یا آیین‌هایی ویژه را انجام داده است، کاهش می‌دهد؛ در نتیجه، انجام بیشتر عمل را تا زمان رسیدن به هدف مدنظر الزامی می‌داند. این یافته با پژوهش‌های دیگر نیز هم‌سویی داشته است. نیمیر و همکاران (2013) در پژوهش خود نقش باورهای فراشناختی در پیش‌بینی علائم وسواسی را متوسط به دست آوردند (Niemeyer et al., 2013). پازوانتوگلو و همکاران (2013) نیز بیان کردند نیاز به کنترل و OCD همبستگی بسیار بالایی با یکدیگر دارند (Pazvantoglu et al., 2013). آبراموویتز و همکاران (2003) نیز نشان دادند بیماران وسواسی بیش از سایر بیماران اضطرابی و همچنین بیش از گروه گواه از راهبردهای کنترل فکر استفاده می‌کنند (Abramowitz et al., 2003). ایراک و توسان (2008) اعتقاد دارند نیاز به کنترل فکر و باورهای مرتبط با خطر پیش‌بینی‌کننده علائم انواع مختلف وسواس هستند (Irak & Tosun, 2008). به طور خلاصه، نتایج این بررسی نشان از آن دارد که میان مؤلفه‌های فراشناختی و علائم وسواسی - جبری ارتباط مثبت و مستقیم

وجود دارد و در این میان، زیرمقیاس‌های باور مثبت، کنترل‌ناپذیری و اطمینان شناختی بیشترین توانایی تبیین علائم وسواسی - جبری را به خود اختصاص داده‌اند.

همان‌طور که یافته‌های این بررسی نشان داده است باورهای فراشناختی دارای ارتباط مثبت معنادار با اختلال وسواسی - جبری هستند، در پیش‌بینی علائم اختلال وسواسی - جبری به وسیله مؤلفه‌های فراشناختی، سهم بیشتری به باورهای مثبت درباره نگرانی، کنترل‌ناپذیری و خطر و اطمینان‌شناختی (ضعیف) اختصاص دارد؛ به این ترتیب، نتایج کلی پژوهش حاضر هم‌سو با نتایج پژوهش‌های یادشده بوده است (Coles et al., 2004; Steketee & Barlow, 2002). در حمایت از این یافته‌ها، پژوهشگران نشان دادند باورهای فراشناختی در آسیب‌شناسی وسواس نقش تسریع‌کننده و تداوم‌بخشی دارند (Rees & Anderson, 2013). باورهای فراشناختی منفی به اهمیت و معنای منفی وقایع شناختی درونی ارتباط دارند. این باورهای فراشناختی در دو دسته عمده کنترل‌ناپذیری افکار و معنا، اهمیت و خطر افکار قرار دارند. این باورهای فراشناخت منفی زمینه شکست در کنترل افکار را سبب می‌شوند و موجب تداوم و پایداری سندرم شناختی توجهی می‌شوند (Wells & Simones, 2009). باورهای منفی درباره کنترل‌ناپذیری و خطر، نگرانی و نشانه‌های وسواسی - جبری را پیش‌بینی می‌کنند؛ در حالی که نیاز به کنترل افکار ممکن است به طور اختصاصی شاخصی خوب برای باورهای نگرانی مرتبط با آیین‌مندی‌ها باشد. خودآگاهی شناختی علاوه بر تمرکز و آگاهی بر محتوای افکار به عنوان کشتی برای تمرکز فزاینده بر فرآیندهای ذهنی نیز معرفی شده است. افزون بر این، برخی از پژوهشگران پیشنهاد کرده‌اند خودآگاهی شناختی می‌تواند به عنوان یک ویژگی شناختی متمایز در رابطه با وسواس از اهمیتی ویژه برخوردار باشد (Barahmand, 2009). در این باره، اذعان داشت پژوهش حاضر از چنین فرضیه‌ای حمایت می‌کند. وجود داشتن تفاوت در یافته‌های این پژوهش ممکن است به این دلیل باشد که افراد شرکت‌کننده در این پژوهش از سطح تحصیلات دانشگاهی متنوعی برخوردار بوده‌اند و احتمالاً تحصیلات دانشگاهی، حضور در دانشگاه و نیز تقابل با آرای مختلف موجب شده‌اند تا افراد درباره افکار و باورهای خود بیندیشند و از این رو، خودآگاهی شناختی آزمودنی‌ها افزایش یابد.

در بخش نتایج اشاره شد هیچ یک از مؤلفه‌های آمیختگی فکر و عمل (رویداد، عمل و شیء) ارتباطی معنادار با علائم وسواسی - جبری نشان نداده‌اند. علاوه بر این، بر اساس یافته‌های این مطالعه، هیچ یک از مؤلفه‌های آمیختگی فکر و عمل قادر به پیش‌بینی تغییرات نشانه‌های اختلال وسواسی - جبری نبوده‌اند (مطابق جداول ۵ و ۶). باورهای فراشناختی درباره افکار مزاحم یا احساس‌های مزاحم برای توصیف تحریف‌های شناختی در اختلال وسواس توسط راجمن (Rachman, 1993) «باورهای مرتبط به درهم‌آمیختگی» نام نهاده شده‌اند (Wells et al., 1997). بر اساس تعریف، در پدیده درهم‌آمیختگی افکار، مرزی میان فکر و کنش و همین‌طور فکر و رویداد وجود ندارد. پیامد چنین تفکری موجب می‌شود تا فرد بدون آنکه از اعتبار این باورها اطمینان حاصل یابد، بی‌درنگ آن‌ها را قبول کند (Wells, 2000). پدیده درآمیختگی افکار از ابعاد مهم باورهای فراشناختی محسوب می‌شود که در مفهوم‌سازی، ایجاد و تداوم نشانه‌های اختلال وسواسی - جبری نقشی به‌سزا دارد. اگرچه در آمیختگی افکار فقط مختص به اختلال وسواسی - جبری نیست؛ در این اختلال ردپای آن پررنگ‌تر به نظر می‌رسد (Rassin et al., 1999). در تعریف الگوی فراشناختی اختلال وسواسی - جبری (باورهای فراشناختی اختلال وسواسی - جبری درباره افکار و احساس‌های مزاحم)، مفاهیم سه‌گانه درهم‌آمیختگی افکار، یعنی باورهایی درباره اهمیت، معنی و قدرت افکار بیان شده‌اند. به بیان دیگر، در مدل فراشناختی ولز و همکاران (1997)، سه جنبه فراباورهای مرتبط با آمیختگی توصیف شده‌اند؛ اگرچه این جنبه‌ها جامع و کامل نیستند و در هر فرد دارای اختلال وسواسی - جبری، یک حیطه یا بیشتر از آن ممکن است وجود داشته باشد (Wells et al., 1997).

باورهای افراد مبتلا به اختلال وسواسی - جبری در زمینه آمیختگی فکر و عمل، مانند این باور که داشتن فکری به منزله عمل به آن محسوب می‌شود، سبب می‌شود تا آن‌ها از بیان علائم خود امتناع کنند (Wells & Simones, 2009). بسیاری از پژوهش‌ها ارتباطی مثبت و معنادار بین علائم وسواس و درهم‌آمیختگی افکار را گزارش و آن را یک پیش‌بین قدرتمند برای علائم وسواس قلمداد کرده‌اند (Gwilliam, 2001; Abramowitz et al., 2003; Shafran & Rachman, 2004; Rees & Anderson, 2013; Wells & Papageorgiou, 1998). اگرچه پژوهش‌ها از رابطه آمیختگی فکر - عمل با علائم وسواسی - جبری حکایت دارند، برای استنباط رابطه علی قوی میان باورهای ناکارآمد و علائم وسواسی - جبری باید دست‌کم سه ملاک در نظر گرفته شوند: ۱- همه اشکال مختلف علائم وسواسی باید دست‌کم با باورهای وسواسی ارتباط داشته باشند (اصل عمومیت)، ۲- باورهای وسواسی مختلف با علائم مختلف وسواسی به طریقی معنادار مرتبط باشند (اصل هم‌خوانی) و ۳- شدت تجربه باورهای وسواسی (شدت باورهای مطرح‌شده توسط بیماران وسواسی باید به طور معنادار بیش از علائم گفته‌شده توسط بیماران دارای اختلال‌های اضطرابی دیگر باشد (اصل اختصاصی بودن). پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه آمیختگی فکر - عمل از اصل عمومیت و اصل هم‌خوانی حمایت می‌کنند. گویلیام و همکاران (2004) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که باورهای فراشناختی علائم وسواس را پیش‌بینی می‌کنند. نتایج این پژوهش حاکی از آن بوده است که باورهای فراشناختی نیاز به کنترل افکار، در آمیختگی فکر - عمل و باورهای منفی در رابطه با اطمینان شناختی، پیش‌بین‌های پایایی برای علائم وسواس به شمار می‌روند (Gwilliam et al., 2004). درباره اهمیت آمیختگی افکار در شکل‌گیری و تداوم علائم اختصاصی وسواس، برخی از علائم اختصاصی وسواس مانند ترس از تکانه، آلودگی و تعهد بیش از حد، ریشه در آمیختگی‌های سه‌گانه دارند (Wells, 2000).

مطابق نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر، هیچ یک از مؤلفه‌های سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید فیزیکی و اجتماعی دارای همبستگی مثبت و معناداری با علائم وسواسی نبوده‌اند؛ اگرچه مؤلفه‌های سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید فیزیکی و اجتماعی همبستگی مثبت و معناداری را با علائم جبری نشان داده‌اند. همچنین، بر اساس یافته‌های این مطالعه، فقط مؤلفه سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید اجتماعی به عنوان عامل پیش‌بینی تغییرات نشانه‌های اختلال جبری شناخته شده است (جدول ۵ و ۶). پیامدهای دردناک سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید به واسطه مجموعه‌ای از زنجیره‌های سبب‌شناختی که مرتبط با اضطراب هستند، در سراسر نظام‌های شناختی، عاطفی، فیزیولوژیکی و رفتاری افراد انعکاس می‌یابند. بازنمایی‌های ذهنی از خطر در حال تشدید که توسط سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید ایجاد می‌شود، احساس شدید ترس و آسیب‌پذیری شخصی را ایجاد می‌کنند و به حس شدید اضطراب زمان و نیاز فوری برای عمل منجر می‌شوند؛ از این رو، بازنمایی‌های ذهنی از تهدید در حال افزایش که توسط سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید ایجاد شده‌اند، ممکن است به طور سریع به ارزیابی اولیه از تهدید بالقوه، بسط‌های سوگیرانه از پیش‌روی‌های موقتی، پیامدهای افراطی تهدید و در نهایت حس اضطراب برای به‌کارگیری پاسخ‌های خودحمایتی یا جبرانی منجر شوند. همانند سایر اختلال‌های اضطرابی، سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید ممکن است از طریق ایجاد بار شناختی که توانایی‌های کنترل ذهنی شخص را مختل می‌کند، به اختلال وسواسی - جبری منجر شود. ارزیابی‌ها از خطر در حال افزایش یک عامل پیشاینده مهم تلقی می‌شوند که میزان اهمیت منفی نسبت داده‌شده به افکار منفی و همچنین، تعهد برای بازداري افکار و پیامدهای آن‌ها را افزایش می‌دهند؛ بنابراین، افرادی که افکاری مزاحم را تجربه می‌کنند که محتوای آن‌ها عمل یا پیامدهای نزدیک به وقوع را تجسم می‌کند، ممکن است مسئولیت‌پذیری زیاد و دل‌مشغولی‌های کمال‌گرایانه بیشتری داشته باشند و اهمیت زیادی را برای افکار مزاحم، کنترل‌پذیری آن‌ها و تهدیدهای بازنمایی‌شده توسط آن‌ها قائل شوند (آلوی و ریسکاند، ۱۳۹۵).

بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده از این مطالعه، تمام مؤلفه‌های کارکرد اجرایی همبستگی مثبت و معناداری با علائم وسواسی از خود نشان داده‌اند؛ این در حالی است که هیچ یک از مؤلفه‌های کارکرد اجرایی همبستگی مثبت و معناداری با علائم جبری از خود آشکار نکرده‌اند (جدول ۳). افزون بر این، مطابق یافته‌ها و نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش، مؤلفه‌های خودمدیریتی و خودانگیزشی قابلیت پیش‌بینی تغییرات نشانه‌های اختلال وسواسی را دارا بوده‌اند. بر اساس نتایج حاصل‌شده، فقط مؤلفه‌های خودسازمان‌دهی و خودکنترلی از توانایی پیش‌بینی تغییرات نشانه‌های اختلال جبری برخوردار بوده‌اند (جدول ۵ و ۶). به نظر می‌رسد افراد دارای اختلال وسواسی - جبری از یک سو به دلیل داشتن صفات شخصیتی وسواسی در تکالیف شناختی مختلف کندتر عمل می‌کنند و از سوی دیگر، صفات شخصیتی یادشده تمایل این افراد را برای موشکافی بیشتر، کمال‌گرایی و احتیاط افراطی افزایش می‌دهند. همچنین، افراد دارای اختلال وسواسی - جبری سطوح تا حدودی بالاتر از برانگیختگی فیزیولوژیکی را تجربه می‌کنند که به دلیل ماهیت ناهشیار آن‌ها در مقیاس‌های برانگیختگی گزارش نمی‌شوند. به نظر می‌رسد نیمرخ عصب‌روان‌شناختی اختلال وسواسی - جبری یکی از اختلال‌های اصلی اجرایی باشد. در حیطه عملکرد اجرایی، بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - جبری نهفتگی پاسخ بیشتر، درج‌ماندگی پاسخ‌ها، مشکلاتی در بهره‌برداری از پس‌خوراندها برای انطباق یا تغییر از خود نشان می‌دهند. آسیب‌شناسی بسیار مهم که به نیمرخ عصب‌روان‌شناختی اختلال وسواسی - جبری مربوط می‌شود، اختلال سیستم اجرایی است (Demeter et al., 2008). نتایج بررسی‌ها نشان داده است بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی دارای کمبودهای شناختی نیز هستند.

پژوهش حاضر بر نقش واسطه‌ای متغیرهای پیش‌بین باور مثبت، کنترل‌ناپذیری، خودمدیریتی و خودانگیزشی در اختلال وسواسی و متغیرهای پیش‌بین باور مثبت، اطمینان شناختی، سبک ناسازگارانه بزرگ‌نمایی تهدید اجتماعی، خودسازمان‌دهی و خودکنترلی در پیش‌بینی مؤلفه اختلال جبری در آسیب‌شناسی علائم وسواسی - جبری تأکید کرده است و به این ترتیب، می‌توان بیان کرد این متغیرها علائم و نشانه‌های وسواسی - جبری را تبیین می‌کنند. به دلیل اینکه متغیرهای بررسی‌شده در این پژوهش مفاهیمی هستند که از سبک زندگی، الگوهای فرهنگی جامعه و خانواده در کنار عوامل سرشتی تأثیر می‌پذیرند (Thielsch et al., 2015)، رویکردی که متمرکز بر رشد فرد در خانواده، مدرسه و دانشگاه باشد می‌تواند درکی بهتر از تحول این مؤلفه‌ها در سبب‌شناسی اختلال وسواسی - جبری ارائه دهد. در این میان، میزان آگاهی خانواده‌ها، والدین که اولین مربیان انسان در عرصه زندگی هستند و دست‌اندرکاران حوزه تعلیم و تربیت به ویژه کارشناسان حوزه سلامت در محیط‌های دانشگاهی به عنوان بخشی از شبکه ارتباطی در این رابطه، می‌تواند به کاهش عوامل مؤثری که در ایجاد و تداوم اختلال وسواسی - جبری نقش دارند، کمک کند. با توجه به نقش مهم و مؤثر متغیرهای پژوهش حاضر در اختلال وسواسی - جبری، برگزاری دوره‌های آموزشی مهارت‌های مقابله با اختلال وسواسی - جبری برای دانشجویان و ارائه راهکارهای ارتقای سلامت روان در طول دوران تحصیل آنان باید از سوی متولیان سلامت دانشگاه‌ها تدارک دیده شود. همچنین، با توجه به اهمیت نقش باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر که آن هم متأثر از باورهای فراشناختی است، در پیش‌بینی و تبیین علائم وسواسی، درمان فراشناختی و فنون آن به ویژه فن چالش با باورهای مثبت درباره نگرانی و باور درباره کنترل فکر پرفایده به نظر می‌رسد.

منابع

- آلوی، لارن، و ریسکایند، جان (۱۳۹۵). آسیب‌پذیری شناختی به اختلال‌های هیجانی (رحیم یوسفی و عذرا محمد پناه اردکان، مترجمان؛ صص. ۸-۲۶۵). انتشارات ارجمند.
- باباپور خیرالدین، جلیل، پورشریفی، حمید، هاشمی، تورج، و احمدی، عزت‌اله (۱۳۹۱). رابطه مؤلفه‌های فراشناخت و ذهن‌آگاهی با باورهای وسواسی دانش‌آموزان. *فصلنامه علمی روان‌شناسی مدرسه*، ۱(۴)، ۳۸-۲۳. <https://jssjjournal.ir/article-1-517-fa.html>
- بیگل‌دلی، ایمان‌اله، بادین، ماریه، و صباحی، پرویز (۱۳۹۵). مقایسه انعطاف‌پذیری شناختی، نظریه ذهن و حافظه کاری در دانشجویان دارای نشانه‌های وسواسی - جبری و گروه بهنجار. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۱۸(۴)، ۳۷-۲۴. [http://icssjournal.ir/article-1-517-fa.html](https://www.sid.ir/paper/16598/fa)
- راجزی اصفهانی، سپیده، متقی پور، یاسمن، کامکاری، کامبیز، ظهیرالدین، علیرضا، و جان بزرگی، مسعود (۱۳۹۰). پایایی و روایی نسخه فارسی مقیاس وسواسی - اجباری ییل - براون. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۷(۴)، ۳۰۳-۲۹۷. [https://www.sid.ir/paper/16598/fa](https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2901)
- فرخی، حسین، و سهرابی، فرامرز (۱۳۹۸). بررسی ساختار عاملی، پایایی و روایی پرسشنامه همجوشی فکر (TFI) در دانشجویان. *نشریه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۱۷(۲)، ۲۵۵-۲۴۹. <https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2901>
- علیلو، محمود، خانجانی، زینب، و بیات، احمد (۱۳۹۶). پیش‌بینی اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب نوجوانان بر اساس تنظیم هیجان، راهبردهای مقابله‌ای و نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۷، ۱۰۷-۱۲۸. <https://doi.org/10.22054/jcps.2017.7134>
- محمدخانی، شهرام، و مظلوم، مریم (۱۳۹۰). رابطه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با اضطراب صفت. *دوفصلنامه روان‌شناسی معاصر*، ۵(۲)، ۲۳-۳۲. <https://bjcp.ir/article-1-263-fa.html>
- مشهدی، علی، میردورقی، فاطمه، حسین‌زاده ملکی، زهرا، حسنی، جعفر، و حمزه‌لو، محمد (۱۳۹۴). ساختار عاملی، اعتبار و روایی نسخه فارسی مقیاس نارسایی‌ها در کنش‌وری اجرایی بارکلی - نسخه بزرگسال. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۷(۲۵)، ۵۱-۶۲. <https://ensani.ir/fa/article/342798>

Reference

- Abramowitz, J., 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(9), 1069-1079. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00243-7](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00243-7)
- Akrami, A., Kalantari, M., Azizi, H. R., Abedi, M., & Maroofi, M. (2010). Comparison of the effectiveness of Behavioral-cognitive and behavioral meta cognitive approaches in patient with Obsessive-compulsive disorder (OCD). *Journal of Clinical Psychology*, 2(2), 59-71. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2023>
- Aliloo, M., Khanjani, Z., & Bayat, A. (2017). Predicting anxiety-related emotional disorders in adolescents based on emotion regulation, coping strategies, and symptoms of borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology Studies*, 7, 107-128. <https://doi.org/10.22054/jcps.2017.7134> [In Persian]
- Alloy, L., & Riskind, J. (2016). *Cognitive Pathology of Emotional Disorders* (R. Yousefi & O. Mohammad Panah Ardakan, Trans.; pp. 265-8). Arjomand Publications. [In Persian]
- Babapour Khairuddin, J., Poursharifi, H., Hashemi, T., & Ahmadi, E. (2012). The relationship between metacognitive and mindfulness components with students' obsessive beliefs. *School Psychology Quarterly*, 1(4), 23-38. <https://jssjjournal.ir/article-1-517-fa.html> [In Persian]
- Bahrami, F., & Rezvan S. (2007). Relationship between anxious thoughts and metacognitive beliefs in High school students with generalized anxiety disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 13(3), 249-55. <http://ijpcp.iiums.ac.ir/article-1-270-en.html>
- Barahmand, U. (2009). Meta cognitive profiles in anxiety disorders. *Psychiatry Res*, 169(3), 240-243. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.06.029>

- Bigdali, I., Badin, M., & Sabahi, P. (2016). Comparison of cognitive flexibility, theory of mind, and working memory in students with obsessive-compulsive symptoms and a normal group. *Journal of Cognitive Science*, 18(4), 24-37. <http://icssjournal.ir/article-1-517-fa.html> [In Persian]
- Bukhari, S. J. (2023). Relationship between Thought-action Fusion (TAF), Morality, and Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *The Lighthouse Journal of Social Sciences*, 2(1), 86-92. <https://kpheart.edu.pk/ojs/index.php/ljss/article/view/120>
- Clark, D. A., & Purdon, C. (2004). *Cognitive theory and therapy of obsessions and compulsions*. In M. A. Reinecke & D. A. Clark (Eds.), *Cognitive therapy across the lifespan: Evidence and practice* (pp. 90-116). Cambridge, Cambridge University press.
- Coles, M. E., Frost, R. O., Heimberg, R. G., & Steketee, G. (2004). Hoarding behaviors in a large college sample. *Behaviour Research and Therapy*, 41(2), 179-194. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(01\)00136-x](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00136-x)
- Cucchi, M., Bottelli, V., Cavadini, D., Ricci, L., Conca, V., Ronchi, P., & Smeraldi, E. (2012). An explorative study on metacognition in obsessive compulsive disorder and panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 546-553. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.09.008>
- Demeter, G., Csigo, K., Harsanyi, A., Nemeth, A., & Racsmany, M. (2008). Impaired executive function in obsessive compulsive disorder (OCD). *Review*, 23(2), 85-93. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18956610>
- Einstein, D. A., & Menzies, R. G. (2004). The presence of magical thinking in obsessive - compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 42, 539-549. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(03\)00160-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(03)00160-8)
- Farrokhi, H., & Sohrabi, F. (2019). Investigating the factor structure, reliability, and validity of the Thought Fusion Inventory (TFI) in students. *Journal of Clinical Psychology and Personality*, 17(2), 249-255. <https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2901> [In Persian]
- Fontenelle, L. F., Nicolini, H., & Brakoulias, V. (2022). Early intervention in obsessive-compulsive disorder: From theory to practice. *Comprehensive Psychiatry*, 119. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152353>
- Gonzales_Diez, Z., Sola, I. O., Zumalde, E. C., & Riskind, J. H. (2014). Psychometric Properties of the looming Maladaptive Style Questionnaire (L M S Q - R) in young Spanish adults. *Psicothema*, 26(2), 260-266. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.206>
- Goodman, W. K., & Rasmussen, S. A. (1989). The Yale-Brown obsessive-compulsive scale (Y-BOCS), part II: Validity. *Journal of Archives of General psychiatry*, 46, 1006-1016. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110054008>
- Gwilliam, P. (2001). *An investigation into the cognitive predictors of obsessive - compulsive symptoms* [PhD. Dissertation. Manchester: University of Manchester, College of Psychology and Educational Sciences, pp. 111-9].
- Gwilliam, P., Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). Dose meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: a test of the metacognitive model. *Clinical Psychology & Psychology & Psychotherapy*, 11(2), 137-144. <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.402>
- Hasassri, E., Joshi, S. V., & Zalpuri, I. (2023). Obsessive-Compulsive Disorder. *Pediatr Rev*, 44(5), 297-299. <https://doi.org/10.1542/pir.2022-005715>
- Hermans, D., Martens, K., DeCort, K., Pieters, G., & Eelen, P. (2003). Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive- compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 41, 383- 401. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00015-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00015-3)
- Irak, M., & Tosun, A. (2008). Exploring the role of metacognition in obsessive - compulsive and anxiety symptoms. *Journal of Anxiety Disorder*, 22(8), 1316-1325. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.01.012>
- Jacobsen, D., Kloss, M., Frike, S., Hand, L., & Moritz, S. (2003). Reliability of the German Version of the Yale-Brown obsessive-compulsive scale. *Verhaltenstherapie*, 13(2), 111-113. <http://dx.doi.org/10.1159/000072184>
- Jalal, B., Chamberlain, S. R., & Sahakian, B. J. (2023). Obsessive compulsive disorder: Etiology, neuropathology, and cognitive dysfunction. *Brain and Behavior*, 13(6). <https://doi.org/10.1002/brb3.3000>

- Janeck, A. S., Calamari, J. E., Riemann, B. C., & Heffelfinger, S. K. (2003). Too much thinking about thinking? Metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 181-195. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(02\)00198-6](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(02)00198-6)
- Jennings, A. F. (2022). *Emotional Overcontrol as a Predictor of Treatment Outcome in Obsessive-Compulsive Disorder*. Fairleigh Dickinson University.
- Mashhadi, A., Mirdourghi, F., Hosseinzadeh Maleki, Z., Hassani, J., & Hamzehlou, M. (2015). Factor structure, reliability and validity of the Persian version of the Barkley Executive Function Deficits Scale - Adult Version. *Journal of Clinical Psychology*, 7(25), 51-62. <https://ensani.ir/fa/article/342798> [In Persian]
- McNicol, K., & Wells, A. (2012). Metacognition and Obsessive-Compulsive Symptoms: The Contribution of Thought-Fusion Beliefs and Beliefs about Rituals. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5, 330-340. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1521/ijct.2012.5.3.330>
- Mohammadkhani, Sh., & Mazloun, M. (2011). The relationship between metacognitive beliefs and thought control strategies with trait anxiety. *Contemporary Psychology Bi-Quarterly*, 5(2), 23-32. <https://bjcp.ir/article-1-263-fa.html> [In Persian]
- Moin Al-Ghorabaiee, F., Karamloo, S., & Noferesti, A. (2017). Metacognitive Components in Patients with Generalized Anxiety Disorder, Obsessive-compulsive Disorder and Depressed Mood Disorder. *Psychiatry and Clinical Psychology*, 23(2), 164- 176. <http://dx.doi.org/10.29252/nirp.ijpcp.23.2.164>
- Moritz, S., Meie, B., & Kloss, M. (2002). Dimensional structure of Yale-Brown obsessive- Compulsive scale. *Journal of Psychiatry Research*, 22, 118-124. [https://doi.org/10.1016/s0165-1781\(02\)00012-4](https://doi.org/10.1016/s0165-1781(02)00012-4)
- Myers, S. G., & Wells, A. (2005). Obsessive-compulsive symptoms: The contribution of metacognitions and responsibility. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(7), 806-817. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.09.004>
- Myers, S. G., & Wells, A. (2013). An experimental manipulation of metacognition: a test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 51(4-5), 177-84. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.01.007>
- Myers, S. G., Fisher, P. L., & Wells, A. (2009). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *Journal Anxiety Disorders*, 23(4), 436-42. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.08.007>
- Nakao, T., Nakagawa, A., Nakatani, E., Nabeyama, M., Sanematsu, H., Yoshiura, T., ..., & Kanba, S. (2009). Working memory dysfunction in obsessive-compulsive disorder: a neuropsychological and functional MRI study. *Journal of Psychiatric Research*, 43(8), 784-791. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.10.013>
- Niemeyer, H., Moritz, S., & Pietrowsky, R. (2013). Responsibility, metacognition and unrealistic Pessimism in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-compulsive and Related Disorder*, 2, 119-129. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.jocrd.2013.01.001>
- Pallant, J. F., & Tennant, A. (2007). An introduction to the Rasch measurement model: an example using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *British Journal of Clinical Psychology*, 46(1), 1-18. <https://doi.org/10.1348/014466506x96931>
- Pazvantoglu, O., Algul, A., Ates, M. A., Sarisoy, G., Ebrinc, S., Basoglu, C., & Cetin, M. (2013). Metacognitive functions in obsessive compulsive disorder in a Turkish Clinical Population: The relationship between symptoms types and metacognition subdimensions. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 23(1). <http://dx.doi.org/10.5455/bcp.20130127020802>
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behavior Research and Therapy*, 31, 149-154. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(93\)90066-4](https://doi.org/10.1016/0005-7967(93)90066-4)
- Rajzi Esfahani, S., Mottaqipour, Y., Kamkari, K., Zahireddin, A., & Jan Bozorgy, M. (2011). Reliability and validity of the Persian version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 17(4), 297-303. <https://www.sid.ir/paper/16598/fa> [In Persian]
- Rassin, E., Merckelback, Muris, P., & Spaan, V. (1999). Thought - action fusion as a Casual factor in the development of intrusions. *Behavior Research and Therapy*, 33, 231-237. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00140-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00140-5)

- Rees, C. S., & Anderson, R. A. (2013). A review of metacognition in psychological models of obsessive - compulsive disorder. *Clinical Psychologist*, 17(1), 1-8. <http://dx.doi.org/10.1111/cp.12001>
- Riskind, J. H., Williams, N. L., Gessner, T. L., Chrosniak, L. D., & Cortina, J. M. (2000). The looming maladaptive style: anxiety, danger, and schematic processing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(5). <https://doi.org/10.1037//0022-3514.79.5.837>
- Riskind, J. H., Williams, N. L., & Joiner Jr, T. E. (2006). The looming cognitive style: A cognitive vulnerability for anxiety disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(7), 779-801. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1521/jscp.2006.25.7.779>
- Shafran, R., & Rachman, S. (2004). Thought-action fusion: A review. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 35(2), 87-107. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2004.04.002>
- Steketee, G., & Barlow, D. H. (2002). Obsessive compulsive disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorder: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2007). *Using multivariate statistics* (Vol. 5, pp. 481-498). Boston, MA: Pearson.
- Thielsch, C., Ehring, T., Nestler, S., Wolters, J., Kopei, I., Rist, F., & Andor, T. (2015). Metacognitions, worry and sleep in everyday life: Studying bidirectional Pathways using Ecological Momentary Assessment in GAD patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 33, 53-61. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.04.007>
- Tukel, R., Gurvit, H., Aslantas, B., Oflaz, S., Ertekin, E. Baran, B., ..., & Atalay, F. (2012). Neuropsychological function in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 167-175. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.03.007>
- Wells, A. (2000). *Emotional disorder and meta cognition: Innovative cognitive therapy*. New York: John Wiley and Sons, pp. 13-85.
- Wells, A., White, J., & Carter, K. (1997). Attention Training: Effects on anxiety and beliefs in panic and social phobia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 226-232. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199712\)4:4%3C226::AID-CPP129%3E3.0.CO;2-M](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199712)4:4%3C226::AID-CPP129%3E3.0.CO;2-M)
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove: Erlbaum.
- Wells, A., & Morrison, T. (1994). Qualitative dimensions of normal worry and normal intrusive thoughts: A comparative study. *Behavior Research and Therapy*, 32, 867-870. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90167-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90167-8)
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Relationship between worry, obsessive compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behavior Research and Therapy*, 36, 899- 913. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00070-9](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00070-9)
- Wells, A., & Simons, M. (2009). *Metacognitive therapy*. Wiley Online Library.
- Wells, A., Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the Metacognitions Questionnaire: Properties of the MCQ 30. *Behavior Research and Therapy*, 42, 385- 396. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(03\)00147-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(03)00147-5)