

# مقایسه باورهای شناختی در اختلال‌های وسواس فکری-عملی، اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی

مجید پورفرج عمران<sup>۱</sup>، عباس بخشی پور<sup>۲\*</sup>، مجید محمود علیلو<sup>۳</sup>

۱. مربی گروه روان‌شناسی، واحد بهشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بهشهر، ایران
۲. استادگروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
۳. استادگروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

## چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۸/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۹/۲۴

**زمینه و هدف:** زمینه پژوهش بر طبق تأکید دیدگاه شناختی بر نقش باورهای شناختی در آسیب‌شناسی اختلال‌های روانی است. هدف پژوهش حاضر مقایسه باورهای شناختی شامل آمیختگی فکر-عمل، مسئولیت/بیش‌ارزیابی تهدید، اهمیت و کنترل افکار و کمال‌طلبی/قطعیت، در اختلال‌های وسواس، اضطراب فراگیر و افسردگی و گروه بهنجار است.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری برای نمونه بالینی عبارت است از همه بیماران دارای اختلال‌های وسواس فکری-عملی، اضطراب فراگیر و افسردگی که در نیمه دوم سال به بیمارستان شهید زارع ساری ۱۳۹۴ مراجعه کرده‌اند. از هر یک از گروه‌های بالینی و سالم ۳۰ نفر با استفاده از روش‌های نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌های باورهای وسواسی و آمیختگی فکر و عمل را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره بررسی شدند.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل واریانس نشان داد گروه مبتلا به اختلال وسواس در مقایسه با دیگر گروه‌ها نمره بیشتر در آمیختگی فکر-عمل، مسئولیت/بیش‌ارزیابی تهدید، اهمیت و کنترل افکار را کسب کرد ( $p < 0/001$ )؛ اما در کمال-طلبی/قطعیت، تفاوت معناداری بین گروه وسواسی و اضطراب فراگیر وجود نداشت ( $p < 0/086$ ). گروه وسواسی و اضطراب فراگیر در تمام عوامل شناختی مذکور نسبت به گروه افسرده و بهنجار نمره‌های بهتری کسب کردند ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج حاصل حاکی از آن است که آمیختگی فکر-عمل، مسئولیت/بیش‌ارزیابی تهدید، اهمیت و کنترل افکار بیشتر اختصاصی اختلال وسواس‌اند اما کمال‌طلبی/قطعیت چندان اختصاصی اختلال وسواس نیست و عامل آسیب‌پذیری مشترک اختلال وسواس و اضطراب فراگیر است. بنابراین توجه به این نتیجه در طرح‌ریزی اقدامات روان‌درمانی و اختصاصی‌تر می‌تواند مؤثر باشد.

## کلیدواژه‌ها:

باورهای شناختی، وسواس فکری-عملی، اضطراب فراگیر، افسردگی اساسی.

## ۱. مقدمه

بیشتر می‌کنند [۱]. گرچه از دیدگاه شناختی تصور می‌شد که هر اختلال خلقی و اضطرابی آسیب‌پذیری شناختی خاص خود را دارد،

از دیدگاه شناختی، عوامل آسیب‌پذیری شناختی، عوامل روان-شناختی با ثباتی هستند که استعداد ابتلا به اختلال‌های روانی را

\* نویسنده مسئول: عباس بخشی پور

نشانی: تبریز، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

تلفن: ۰۴۱۳۳۳۹۲۰۷۵

رایانه: abbas\_bakhsipour@yahoo.com

شناسه ORCID: 0000-0003-0345-4975

شناسه ORCID نویسنده اول: 0000-0002-4964-2683

مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۷، شماره ۲، خرداد و تیر ۱۳۹۹، ص ۱۶۲-۱۵۴

آدرس سایت: <http://jsums.medsab.ac.ir> رایانه: [journal@medsab.ac.ir](mailto:journal@medsab.ac.ir)

شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

موجب استفاده از راهبردهای کنترل فکر است که خود موجب تشدید افکار وسواسی می‌شود. احساس مسئولیت مفرط می‌تواند موجب تقویت نیاز به انجام امور به شکل کامل (کمال‌گرایی) و نیاز به کنترل افکار ناخواسته شود. به این ترتیب احساس مسئولیت به واسطه عوامل شناختی مرتبط با کنترل فکر و کمال‌گرایی، با نشانه‌های وسواس ارتباط دارد [۸].

درباره بررسی میزان اختصاصی بودن باورهای شناختی مطرح شده به اختلال وسواس فکری - عملی و مقایسه باورهای مذکور در اختلال‌های اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی پژوهش‌های کمی صورت گرفته است و نتایج نیز تاحدی متناقض است. برای مثال، فراسر در تحقیق خود دریافت گرچه به نظر می‌رسد که آمیختگی فکر-عمل اغلب اختصاصی اختلال وسواس است؛ اما در احساس مسئولیت مفرط این میزان درجه اختصاصی بودن وجود ندارد و احساس مسئولیت مفرط نوعی سوگیری شناختی عمومی است (به نقل از ۹). در مطالعه‌ای آمیختگی فکر-عمل عامل اختصاصی اختلال وسواس مطرح شده است [۱۰]. اما در تحقیق دیگری درباره اثربخشی درمان شناختی-رفتاری فراتشخیصی در حالت همبودی اختلال وسواس و اختلال اضطراب فراگیر چنین نتیجه گرفته می‌شود که آمیختگی فکر-عمل احتمال در موارد همبودی این دو اختلال سطح بالاتری دارد و در قبال درمان نیز پاسخ‌گویی مناسبی دارد و به نظر می‌رسد آمیختگی فکر-عمل احتمال نوعی عامل عمومی آسیب‌پذیری باشد [۱۱]. در نتایج تحقیق‌های دیگر عامل کمال‌گرایی به نام آسیب‌شناسی عمومی مطرح شده است [۹]. ۱۱، ۱۲. در تحقیقی که درباره رابطه بین شناخت‌ها با علائم اختلال‌های اضطرابی بر نمونه غیربالینی صورت گرفت، نتایج حاکی از آن بود که احساس مسئولیت افراطی، بیش‌ارزیابی تهدید و احتمال و افکار مرتبط با اهمیت و کنترل افکار به‌طور اختصاصی با علائم اختلال وسواس ارتباط دارند [۱]. یافته‌های تحقیق درباره بررسی روایی نسخه کوتاه‌شده پرسش‌نامه باورهای وسواس نشان داد که نمره بیماران وسواسی در خرده‌مقیاس‌های مسئولیت/بیش-ارزیابی تهدید و اهمیت و کنترل افکار به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل اختلال‌های اضطرابی بود؛ اما در خرده‌مقیاس قطعیت/کمال‌طلبی تفاوت معناداری مشاهده نشد و به نظر می‌رسد این بعد شناختی اختصاصی اختلال وسواس فکری-عملی نیست [۴]. با توجه به تناقض موجود در برخی بررسی‌های پیشین درباره اینکه این باورهای شناختی مختص اختلال وسواس هستند یا نه، نیز عدم مقایسه هم‌زمان همه این باورهای شناختی در گروه‌های بالینی مبتلای اختلال‌های اضطرابی و خلقی و گروه بهنجار، در این تحقیق عوامل شناختی مذکور در سه اختلال وسواس، اضطراب فراگیر و افسردگی و گروه بهنجار مقایسه شدند. نتایج

نتایج پژوهش‌های اخیر حاکی از آن است که برخی از این آسیب‌پذیری‌های شناختی ممکن است چندان اختصاصی نباشند و با اختلال‌های مختلفی مرتبط باشند (۱). محققان پیشنهاد می‌کنند پژوهش‌های آتی باید در راستای بررسی میزان اختصاص هر باور شناختی به هر یک از اختلال‌های اضطرابی و خلقی باشند تا مشخص شود این آسیب‌پذیری‌های شناختی اختصاصی به اختلال مشخصی دارند یا نوعی آسیب‌پذیری عمومی درباره اختلال‌های اضطرابی و خلقی به‌شمار می‌آیند [۲]. از بین آسیب‌پذیری‌های شناختی موجود، تمرکز بر عوامل شناختی مطرح‌شده درباره اختلال‌های وسواس فکری-عملی و اضطراب فراگیر می‌تواند اطلاعات مفیدی درباره آسیب‌شناسی علائم خلقی و اضطرابی فراهم آورد؛ زیرا نشانه‌های اولیه تحقیقات حاکی از آن است که این عوامل می‌توانند هم با نشانه‌های خلقی و هم با نشانه‌های اضطرابی مرتبط باشند [۳].

بر اساس دیدگاه کارگروه شناخت‌های وسواسی اجباری [۴] سه بعد باور شناختی ناکارآمد در اختلال وسواس عبارت است از: مسئولیت بیش‌ارزیابی تهدید، اهمیت و کنترل افکار و کمال‌طلبی/قطعیت [۵]. باور شناختی مسئولیت/ارزیابی تهدید، در واقع شامل سوء ادراک احتمال و شدت آسیب یا دیگر پیامدهای منفی، نیز احساس مسئولیت فرد برای پیشگیری از آن‌هاست. بر اساس باور شناختی اهمیت و کنترل افکار، افراد وسواسی تصور می‌کنند صرف وجود افکاری با ماهیت وسواسی، حاکی از اهمیت و مهم بودن آن‌هاست و کنترل چنین افکاری امری ضروری و امکان‌پذیر است. باور شناختی کمال‌گرایی/قطعیت نیز بعدی از عوامل شناختی است که بر اساس آن استانداردهای عملکردی ایدئالی وجود دارند که انجام آن‌ها تنش مرتبط با عدم قطعیت درباره پیامدهای آتی را کاهش می‌دهد. در حقیقت کمال‌گرایی تلاشی برای افزایش اطمینان از پیامدهای آینده است که به‌صورت نوعی پریشانی روانی و عدم قطعیت تجربه می‌شود [۴].

در نظریه‌های شناختی تبیین اختلال وسواس بر نقش عوامل شناختی مختلف تأکید شده است. سالکوسکیس [۶] معتقد است عامل شناختی محوری در این اختلال، احساس مسئولیت مفرطی است که شخص در قبال افکار نافذ خود دارد. این احساس مسئولیت سبب ایجاد فعالیت‌های خنثی‌ساز (اعمال اجباری) می‌شود و مستقیم با علائم وسواس مرتبط است. در نظریه راجمن [۷] آمیختگی فکر-عمل نقش مهم‌تری دارد. به اعتقاد او آمیختگی فکر-عمل سبب افزایش احساس مسئولیت ادراک و اعمال اجباری برای کاهش آن‌ها می‌شود. بر اساس مدل شناختی راجمن احساس مسئولیت مفرط از آمیختگی فکر-عمل نشئت می‌گیرد. بیش‌ارزیابی اهمیت و مسئولیت مرتبط با افکار نافذ

این تحقیق می‌تواند آسیب‌شناسی شناختی اختلال وسواس را آشکارتر کند و نشان دهد که آیا این عوامل شناختی مختص اختلال وسواس است یا اینکه در واقع نوعی آسیب‌پذیری شناختی عمومی‌اند. نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند اهمیت زیادی در طرح‌ریزی اقدامات روان‌درمانی مؤثرتر و اختصاصی‌تر برای این اختلال‌ها داشته باشد.

## ۲. مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع بررسی‌های علی-مقایسه‌ای است. برای انتخاب نمونه بالینی از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین-ترتیب که از مراجعان دوم سال ۱۳۹۴ بیمارستان شهید زارع ساری با توجه به پرونده روان‌پزشکی، تشخیص روان‌پزشک و مصاحبه تشخیصی روان‌شناس بالینی از بیماران مبتلا به اختلال‌های وسواس فکری-عملی، اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی هر کدام ۳۰ نفر با در نظر گرفتن ملاک‌های رد و شمول زیر انتخاب شدند. ۳۰ نفر نیز که از نظر سن و تحصیلات با گروه بالینی هم‌تا بودند و سابقه هیچ‌گونه اختلال روانی نداشتند از بین همراهان و کارکنان بیمارستان در قالب گروه مقایسه به‌هنگار انتخاب شدند. پیش از ارائه پرسش‌نامه‌ها ابتدا با دریافت رضایت‌نامه به هر آزمودنی درباره رازداری نتایج و لزوم تکمیل صافانه پرسش‌نامه‌ها توضیحاتی داده شد و هر آزمودنی پس از ارائه پرسش‌نامه‌ها و تشریح شیوه پاسخ-گویی به پرسش‌نامه‌ها، آن‌ها را تکمیل کرد. تحصیلات تمام افراد نمونه برای درک مناسب پرسش‌نامه، متوسطه به بالا بود. ملاک-های رد و شمول مربوط به ارجاع آزمودنی‌ها به هر یک از گروه‌های بالینی و گروه به‌هنگار به شرح زیر بود:

### الف) گروه‌های بالینی

۱. تشخیص اختلال مورد نظر بر اساس ملاک‌های تشخیصی پنجمین چاپ راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی؛
۲. گرفتن تشخیص برای اولین بار؛
۳. نبود اختلال‌های روانی همانند دیگر؛
۴. نداشتن سابقه درمان دارویی بیشتر از یک هفته؛
۵. نداشتن سابقه روان درمان.

### ب) گروه به‌هنگار

۱. عدم تشخیص هیچ‌گونه اختلال روانی بر اساس ملاک‌های تشخیصی پنجمین چاپ راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی؛
  ۲. نداشتن هیچ‌گونه سابقه اختلال یا مشکل روانی یا مراجعه به مراکز درمانی برای مشکلات عصبی و روانی.
- برای بررسی عوامل شناختی مطرح‌تر در آسیب‌شناسی شناختی اختلال‌های مذکور از پرسش‌نامه باورهای وسواسی (OBQ-44) و

مقیاس آمیختگی فکر و عمل استفاده شد. پرسش‌نامه باورهای وسواسی (OBQ-44) فرم کوتاه‌شده مقیاس ۷۸ گویه‌ای است که کارگروه شناخت‌های وسواسی اجباری برای سنجش عوامل شناختی اصلی مطرح در اختلال وسواس فکری-عملی طراحی کرده است. این پرسش‌نامه شامل ۴۴ گویه است که در آن از آزمودنی خواسته می‌شود تا میزان موافقت خود با هر گزینه را روی مقیاس صفر تا هفت انتخاب کند. این پرسش‌نامه شامل سه خرده‌مقیاس است که عبارت‌اند از: احساس مسئولیت/ارزیابی بیش از حد خطر، کمال‌گرایی/ناتوانی در تحمل عدم قطعیت و اهمیت/کنترل افکار. کارگروه شناخت‌های وسواسی اجباری (۴) ضرایب هم‌سانی درونی، روایی هم‌زمان بالا و ضرایب پایایی بازآزمایی مطلوبی را برای کل مقیاس و خرده‌مقیاس‌های آن گزارش کرده است. یورلماز در مقایسه‌ای که در خصوصیات روان-سنجی در ترکیه و کانادا انجام داد، دریافت ضرایب هم‌سانی درونی برای کل مقیاس و خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب در جامعه ترکیه ۰/۹۲، ۰/۸۰ و ۰/۸۵ و در جامعه کانادا ۰/۹۴، ۰/۸۲، ۰/۸۹ و ۰/۸۷ است [۱۳]. در این بررسی آلفای کرونباخ ۰/۹۲، ضریب دو نیمه-سازی ۰/۹۴ به دست آمد. نتایج تحلیل عاملی نیز مؤید ساختار سه عاملی مطرح شده بود. شمس و همکاران [۱۴] خصوصیات روان-سنجی آن را در ایران بررسی کردند. بر اساس نتایج حاصل ضرایب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و بازآزمایی ۰/۸۲ به دست آمد. برای بررسی روایی هم‌زمان همبستگی آن با پرسش‌نامه‌های OCI-R و MOCI محاسبه شد که به ترتیب ۰/۵۷ و ۰/۵۰ به دست آمد و در تحلیل عاملی نیز سه خرده‌مقیاس مطرح‌شده مشخص شدند. در تحقیق حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ نیز برای کل مقیاس ۰/۷۷ و برای هر یک از خرده‌مقیاس‌ها شامل احساس مسئولیت/ارزیابی بیش از حد خطر، کمال‌گرایی/ناتوانی در تحمل عدم قطعیت و اهمیت/کنترل افکار به ترتیب ۰/۶۲، ۰/۵۵ و ۰/۵۵ به دست آمد.

**مقیاس آمیختگی فکر و عمل** که توسط شافران (Shafraan) و همکاران طراحی شده است، شامل ۱۹ گویه است که در آمیختگی فکر و عمل احتمال و در آمیختگی فکر و عمل اخلاقی را می‌سنجد. نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس لیکرت از صفر (بسیار مخالفم) تا چهار (بسیار موافقم) است [۱۵]. نوریان، خصوصیات روان‌سنجی آن را مطلوب گزارش کرده است [۱۶]. آمینی و همکاران آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۱ گزارش کرده است [۱۷].

## ۳. نتایج

جدول (۱) شاخص‌های جمعیت‌شناختی شامل جنسیت، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای سن و تحصیلات (سال‌های تحصیلی) نمونه بالینی و به‌هنگار را نشان می‌دهد.

جدول ۱. شاخص‌های جمعیت‌شناختی متغیرهای جنسیت، سن و تحصیلات نمونه بالینی و بهنجار

گروه‌ها	شاخص‌ها	جنسیت (مرد، زن)	میانگین	سن		تحصیلات	
				انحراف استاندارد	زیردیپلم	دیپلم	کارشناسی
وسواس فکری- عملی	(۱۷، ۱۳)	۳۱/۲۲	۶/۲۵	۱۱	۷	۹	۳
اضطراب فراگیر	(۱۴، ۱۶)	۲۸/۴۱	۵/۱۲	۶	۸	۱۲	۴
افسردگی	(۱۸، ۱۲)	۲۷/۳۵	۵/۸۷	۹	۹	۱۰	۲
به‌هنجار	(۱۵، ۱۵)	۳۰/۳۳	۶/۱۴	۹	۸	۱۰	۳

برای مقایسه گروه‌های مبتلا به اختلال وسواس، اضطراب فراگیر، افسردگی و به‌هنجار در عوامل شناختی از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. به‌منظور بررسی پیش‌فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد که نتایج نشان داد این آزمون معنادار نیست؛ بنابراین فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس‌ها وجود دارد. خی دو حاصل از آزمون کرویت بارلت برای بررسی وجود همبستگی کافی

بین متغیرهای وابسته برابر ۲۳۳/۱۱ به‌دست آمد که معنادار بود ( $P < ۰/۰۵$ )؛ این نتیجه بیانگر رعایت فرض وجود همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته است. آزمون لوین برای بررسی یکسانی واریانس‌های متغیرهای وابسته معنادار نشد (جدول ۳). این نتیجه حاکی از یکسانی خطای واریانس- هاست. بر این اساس تحلیل واریانس یک‌طرفه برای مقایسه گروه‌ها در عوامل شناختی انجام گرفت که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول ۳. آزمون لوین به‌منظور بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیرها	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
آمیختگی فکر-عمل	۱/۴۱۲	۳	۱۱۶	۰/۲۴۳
مسئولیت/بیش‌ارزیابی تهدید	۱/۳۶۸	۳	۱۱۶	۰/۲۲۱
اهمیت/کنترل افکار	۱/۵۲۱	۳	۱۱۶	۰/۲۱۳
کمال‌گرایی/عدم قطعیت	۱/۶۸۱	۳	۱۱۶	۰/۳۱۲

میزان F حاصل از آزمون لامبدای ویلکز برای تعیین اثر متغیر گروه بر متغیرهای پژوهش ۲۴/۸۸ به‌دست آمد که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود. این نتیجه حاکی از این امر است

که بین گروه‌های مختلف تحقیق دست‌کم در یکی از عوامل شناختی مذکور تفاوت وجود دارد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه برای مقایسه گروه‌ها در عوامل شناختی

متغیر وابسته	منبع پراکندگی	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
درآمیختگی فکر و عمل	واریانس بین‌گروهی	۵۸۶۸/۸۲۵	۳	۱۹۵۶/۲۵۷	۲۶/۶۵	۰/۰۰۰
	واریانس درون‌گروهی	۸۵۱۳/۷۶۷	۱۱۶	۷۳/۳۶۵		
مسئولیت/بیش‌ارزیابی تهدید	واریانس بین‌گروهی	۱۸۳۱۵/۱۳۳	۳	۶۱۰۵/۰۴۴	۷۶/۹۶	۰/۰۰۰
	واریانس درون‌گروهی	۹۲۰۱/۵۳۳	۱۱۶	۷۹/۳۲۴		
اهمیت و کنترل افکار	واریانس بین‌گروهی	۴۸۷۹/۶۲۵	۳	۱۶۲۶/۵۴۲	۵۱/۰۵	۰/۰۰۰
	واریانس درون‌گروهی	۳۶۹۵/۳۶۷	۱۱۶	۳۱/۸۵۷		
کمال‌طلبی/ قطعیت	واریانس بین‌گروهی	۱۶۳۹۵/۲۱۱	۳	۵۴۶۵/۰۲۱	۲۷/۹۸	۰/۰۰۰
	واریانس درون‌گروهی	۲۲۶۵۴/۴۶۷	۱۱۶	۱۹۵/۲۹۷		

همان‌گونه که در جدول (۴) مشاهده می‌شود نمره‌های عوامل شناختی گروه‌ها تفاوت معناداری باهم دارند. برای مقایسه

تفاوت جفت میانگین‌های گروه‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. نتایج در جدول (۵) آمده است.

جدول ۵. نتایج آزمون توکی برای بررسی تفاوت جفت میانگین‌های گروه‌ها در عوامل شناختی

متغیر وابسته	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معناداری
درآمیختگی فکر و عمل	وسواس اضطراب فراگیر	۱۰/۸۰	۲/۲۱۲۰۱	۰/۰۰۰
	وسواس افسرده	۹/۵۰	۲/۲۱۲۰۱	۰/۰۰۰
	افسرده اضطراب فراگیر	۱/۳۰	۲/۲۱۲۰۱	۰/۹۳۶
مسئولیت/ بیش‌ارزیابی تهدید	وسواس به‌هنجار	۱۹/۷۳	۲/۲۱۲۰۱	۰/۰۰۰
	افسرده به‌هنجار	۱۰/۲۳	۲/۲۱۲۰۱	۰/۰۰۰
	اضطراب فراگیر به‌هنجار	۸/۹۳	۲/۲۱۲۰۱	۰/۰۰۱
اهمیت و کنترل افکار	وسواس اضطراب فراگیر	۲۱/۲۰	۲/۲۹۹۶	۰/۰۰۰
	وسواس افسرده	۲۷/۱۶	۲/۲۹۹۶	۰/۰۰۰
	افسرده اضطراب فراگیر	-۵/۹۶	۲/۲۹۹۶	۰/۰۵۲
کمال‌طلبی/ قطعیت	وسواس به‌هنجار	۳۲/۵۶	۲/۲۹۹۶	۰/۰۰۰
	افسرده به‌هنجار	۵/۴۰	۲/۲۹۹۶	۰/۰۹۳
	اضطراب فراگیر به‌هنجار	۱۱/۳۶	۲/۲۹۹۶	۰/۰۰۰
کمال‌طلبی/ قطعیت	وسواس اضطراب فراگیر	۹/۷۶	۱/۴۵۷۳	۰/۰۰۰
	وسواس افسرده	۱۲/۸۰	۱/۴۵۷۳	۰/۰۰۰
	افسرده اضطراب فراگیر	-۳/۰۳	۱/۴۵۷۳	۰/۱۶۵
کمال‌طلبی/ قطعیت	وسواس به‌هنجار	۱۷/۴۰	۱/۴۵۷۳	۰/۰۰۰
	افسرده به‌هنجار	۴/۶۰	۱/۴۵۷۳	۰/۰۱۱
	اضطراب فراگیر به‌هنجار	۷/۶۳	۱/۴۵۷۳	۰/۰۰۰
کمال‌طلبی/ قطعیت	وسواس اضطراب فراگیر	-۸/۶۰	۰/۷۴۱۸۰	۰/۰۸۶
	وسواس افسرده	۱۰/۳۰	۰/۷۴۱۸۰	۰/۰۰۰
	افسرده اضطراب فراگیر	۱۸/۹۰	۰/۷۴۱۸۰	۰/۰۰۰
کمال‌طلبی/ قطعیت	وسواس به‌هنجار	۲۲/۷۰	۰/۷۴۱۸۰	۰/۰۰۰
	افسرده به‌هنجار	۱۲/۴۰	۰/۷۴۱۸۰	۰/۰۰۸
	اضطراب فراگیر به‌هنجار	۳۱/۳۰	۰/۷۴۱۸۰	۰/۰۰۰

وسواس فکری-عملی، اضطراب فراگیر و افسردگی و گروه به-هنجار انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در گروه‌های مبتلا به اختلال‌های وسواس و اضطراب فراگیر نسبت به گروه مبتلا به افسردگی و گروه به‌هنجار سطح عوامل شناختی آمیختگی فکر-عمل، مسئولیت/ بیش‌ارزیابی تهدید، اهمیت و کنترل و کمال‌طلبی/ قطعیت به‌طور معناداری بالاتر است. البته نتایج مقایسه جفت میانگین‌های عوامل شناختی آمیختگی فکر-عمل، مسئولیت/ بیش‌ارزیابی تهدید و اهمیت و کنترل در گروه‌ها نشان داد بین دو گروه وسواس و اضطراب فراگیر نمره-های گروه وسواس به‌طور معناداری بیشتر است؛ اما کمال‌طلبی/ قطعیت در گروه وسواس و فراگیر بالاتر از گروه وسواس است؛ اگرچه این تفاوت معنادار نبود. این یافته با نتایج پژوهش کارگروه شناخت‌های وسواسی اجباری هم‌سو است (۴). در

همان‌گونه که در جدول (۵) دیده می‌شود گروه وسواسی و اضطراب فراگیر در تمام عوامل شناختی مذکور نسبت به گروه افسرده و به‌هنجار نمره‌های بیشتری کسب کردند ( $p < 0/001$ ). نیز تفاوت جفت میانگین‌ها در نمره‌های آمیختگی فکر-عمل، مسئولیت/ بیش‌ارزیابی تهدید، اهمیت و کنترل افکار بین اختلال وسواس، اضطراب فراگیر و افسردگی و گروه به‌هنجار به‌طور معناداری به‌سود افراد مبتلا به اختلال وسواس است ( $p < 0/001$ ). اما در باور شناختی کمال‌طلبی/ قطعیت تفاوت معناداری بین گروه وسواسی و اضطراب فراگیر وجود نداشت ( $p < 0/086$ ).

#### ۴. بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه باورهای شناختی در اختلال‌های

به صورت تلاشی برای کسب قطعیت کامل در عدم احتمال تهدید و آسیب مطرح می‌شود. او معتقد است این تلاش برای کسب اطمینان تأثیری معکوس دارد و موجب آغاز چرخه خودتداوم بخش واری و سواس می‌شود (۲۱). به نظر می‌رسد گرچه این عوامل شناختی مستعدکننده ابتلا به اختلال‌هایی مانند سواس و اضطراب فراگیرند؛ اما ارتباط و اختصاص بیشتری با آسیب‌شناسی شناختی اختلال سواس دارند. درباره باور شناختی کمال‌طلبی/ قطعیت چنین درجه‌ای از اختصاص وجود ندارد. این یافته با نتایج تحقیقی که به نقش عمومی آسیب‌شناختی عدم تحمل ابهام یا عدم قطعیت در قیاس با نقش اختصاصی آن دست یافته‌اند هم‌سو است (۲۲). طبق یافته‌های حاصل از تحقیق حاضر آمیختگی فکر-عمل، مسئولیت/بیش-ارزیابی تهدید، اهمیت و کنترل افکار کمال‌طلبی/ قطعیت در اختلال‌های سواس و اضطراب فراگیر بالاتر از گروه‌های افسرده و به‌هنجار است. یافته‌های حاصل نشان دهنده آن است که گویا آمیختگی فکر-عمل، مسئولیت/بیش‌ارزیابی تهدید، اهمیت و کنترل افکار بیشتر اختصاصی اختلال سواس هستند؛ اما کمال‌طلبی/ قطعیت چندان اختصاصی اختلال سواس نیست و عامل آسیب‌پذیری مشترک اختلال سواس و اضطراب فراگیر است.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر تعداد کم گروه‌های بالینی مورد مقایسه و عدم کنترل نقش دیگر متغیرهای احتمالی تعدیل‌کننده مؤثر بود. بنابراین توصیه می‌شود در پژوهش‌های بعدی این عوامل شناختی در دیگر اختلال‌ها به‌ویژه اختلال‌های اضطرابی هم بررسی و مقایسه شود و متغیرهای احتمالی تعدیل‌کننده ارتباط مانند نگرانی و عاطفه منفی کنترل شوند. با توجه به یافته‌های پژوهش درباره نقش اختصاصی تر آمیختگی فکر-عمل، مسئولیت/بیش‌ارزیابی تهدید، اهمیت و کنترل افکار در اختلال سواس، طراحی اقدامات درمانی که این باورهای شناختی را اهداف درمانی قرار دهند، می‌تواند در درمان مؤثرتر اختلال سواس بسیار مفید باشد. بررسی رابطه بین این باورهای شناختی با یک‌دیگر و رابطه هر یک از این باورها با نشانه‌های اختلال سواس می‌تواند در طراحی درمان‌های اختصاصی برای الگوهای مختلف سواس مؤثر باشد. نتایج این تحقیق مؤید آن است که باورهای مربوط به کمال‌گرایی و قطعیت را می‌توان یک عامل آسیب‌شناسی عمومی یا فراتشخیصی در نظر گرفت. بنابراین توصیه می‌شود در روش‌های درمانی فراتشخیصی که امروزه در عرصه روان‌درمانی اختلال‌های روانی بیشتر مطرح هستند و تأکید بر درمان آسیب‌شناسی مشترک اختلال‌ها دارند به این عامل فراتشخیصی توجه بیشتری شود.

تحقیقی که فرگوس و وو درباره رابطه بین شناخت‌ها با علائم اختلال‌های اضطرابی بر نمونه غیربالینی صورت گرفت، نتایج حاکی از آن بود که احساس مسئولیت افراطی، بیش‌ارزیابی تهدید و احتمال و افکار مرتبط با اهمیت و کنترل افکار به‌طور اختصاصی با نشانه‌های اختلال سواس فکری-عملی ارتباط دارند و باور شناختی قطعیت/کمال‌طلبی بیشتر با اضطراب ارتباط دارد تا افسردگی و همچنین بیشتر اختصاصی به اختلال اضطراب فراگیر دارد (۱). همچنین نتایج برخی پژوهش‌های دیگر از جمله کارلتون و همکاران که به مقایسه عدم تحمل بلا تکلیفی (عدم قطعیت) در گروه دانشجویان مبتلا به اختلال-های اضطرابی اضطراب فراگیر، سواس، هراس، اضطراب اجتماعی و اختلال افسردگی با گروه به‌هنجار پرداخته‌اند نشان می‌دهد که در تمام گروه‌های بالینی عدم تحمل بلا تکلیفی (عدم قطعیت) بالاتر از گروه به‌هنجار است و این عامل شناختی می‌تواند به‌صورت یک عامل فراتشخیصی در اختلال‌های اضطرابی مطرح باشد (۱۸). دوگاس و همکاران نیز در تحقیق خود دریافتند این سازه ارتباط بیشتری با نگرانی دارد تا سواس، اجبار، افسردگی و هراس (۱۹). در تحقیق دیگر مشخص شد احساس مسئولیت افراطی با نشانه‌های سواس با شدت پایین ارتباط دارد؛ درحالی‌که افکار مرتبط با اهمیت و کنترل افکار با نشانه‌های سواس به هر شدتی ارتباط دارد (۲۱).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان به نظریه راجمن (۷) اشاره کرد که یکی از عوامل مهم آسیب شناختی شکل‌گیری سواس بالینی را وجود سوگیری‌های شناختی همانند آمیختگی فکر-عمل می‌داند. لوباتکا و راجمن دریافتند که افراد با مشکلات سواسی، تصور می‌کنند تفکر آن‌ها درباره رویدادهای ناگوار احتمال وقوع این رویدادها را افزایش می‌دهد و آن‌ها به دلیل داشتن چنین افکاری مسئول وقوع آن‌ها هستند و باید وقوع آن‌ها را کنترل کنند. این آمیختگی یا مسئولیت ادراک‌شده وقوع مشکلات را برای فرد افزایش می‌دهد و سبب افزایش احساس گناه در او می‌شود. بر اساس نظر راجمن واری اجباری زمانی رخ می‌دهد که افرادی که باور مسئولانه خاصی درباره پیشگیری از آسیب (اغلب برای دیگران) دارند نامطمئن می‌شوند که تهدید ادراک‌شده کاسته شده یا از بین رفته است. بنابراین شدت و مدت واری اجباری به‌وسیله متغیرهای مسئولیت افزایش یافته، احتمال آسیب افزایش یافته و افزایش انتظار جدی بودن آسیب تعیین می‌شود. تکرار واری و ماهیت اجباری آن اثر متناقض افزایشی بر مسئولیت ادراک‌شده و احتمال ادراک‌شده درباره آسیب دارد و موجب کاهش اطمینان به حافظه و اطمینان به اتمام تهدید می‌شود. در این دیدگاه واری اجباری



همکاری کردند؛ به‌ویژه پزشکان و کارکنان بیمارستان شهید زارع قدردانی می‌کنیم.

این مقاله مستخرج از رساله دکتری با عنوان «مدل‌یابی رابطه بین باورهای شناختی با نشانه‌های وسواس» با کد ۱۱۶۲۹۳۷ مصوب دانشگاه تبریز است.

## قدردانی

بدین‌وسیله از همه افرادی که در انجام این پژوهش مساعدت و

## References

- [1]. 1-Fergus TA, Wu KD. Searching for Specificity Between Cognitive Vulnerabilities and Mood and Anxiety Symptoms. *J Psychop Behav Ass* 2011; 33:446-458.
- [2]. 2-Starcevic V, Berle D. Cognitive specificity of anxiety disorders: a review of selected key constructs. *J Dep Anx* 2006; 23:51-61.
- [3]. 3-Tolin DF, Worhunsky P, Maltby N. Are "obsessive" beliefs specific to OCD? A comparison across anxiety disorders. *J Behav Res Therap* 2006;44: 469-480.
- [4]. 4-Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Psychometric validation of the Obsessive Belief Questionnaire and Interpretation of Intrusions Inventory—Part 2: factor analyses and testing of a brief version. *J Behav Res and Therap* 2005; 43:1527-1542.
- [5]. 5-Calleo JS, Hart I, Björgvinsson T, Stanley MA. Obsessions and worry beliefs in an inpatient OCD population. *J Anx Dis* 2010; 24:903-908.
- [6]. 6-Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Therap* 1989;27: 677-682.
- [7]. 7-Rachman S. A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy* 1997; 35:793-802.
- [8]. 8-Calleo JS, Hart I, Björgvinsson T, Stanley M A. Obsessions and worry beliefs in an inpatient OCD population. *J Anx Dis* 2010; 24: 903-908.
- [9]. 9-Kim S, Abramowitz J, McKay D, Taylor SD, Tolin B, Olatunji K, Timpano, The Structure of Obsessive Compulsive Symptoms and Beliefs: A Corresand Biplot *Ana* 2015;22: 37-49.
- [10]. 10- Bailey EB, Wu KD, Valentinera, DP, McGrath, PB. Thought-action fusion: Structure and specificity to OCD. *J Obs Com Rel Dis* 2014;3(1):39-45.
- [11]. 11- Thompson-Hollands MA, Farchione T J, Barlow DH. Thought-action fusion across anxiety disorder diagnoses: Specificity and treatment effects. *J Nerv Ment Dis.* 2013; 201(5): 407-413.
- [12]. 12- Martinelli M, Chasson, GS, Wetterneck CT, Hart IM, Björgvinsson, T. Perfectionism dimensions as predictors of symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder, *Bul Menninger Clinic* 2014,78 (2), 140-159.
- [13]. 13- Shams G, Ghadiri N, Esmaeli Y, Ebrahimi, N. The validity and reability of Persian version of obsessive beliefs -44, *J Adv Cog Sci* 2005; 23: 6-36. (Persian)
- [14]. 14- Yorulmaz O, Yilmaz M, Gencoz T. Psychometric properties of Thought-Action Fusion Scale in Turkish sample. *J Behaviour Research And Therapy* 2004;42:1203-1214.
- [15]. 15- Shafran R, Thordarson DS, Rachman S. Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *J Anx Dis* 1996; 10: 379-391.
- [16]. 16-Nourian, Z. The role of thought-action fusion and thought suppression in obsessive-compulsive disorder. M.A thesis sciences and researches branch of Islamic Azad university, ۲۰۰۷ (Persian)
- [17]. 17-Amini R, Dolatshahi B, Abbaspour SH. The role of Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *J Adv Cog Sci* 2011;25:13-34. (Persian)
- [18]. 18- Carleton RN, Mulvoguea MK., Thibodeau MA, McCabeRE, Antonyc MM, Asmundson G. Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *J Anx Dis* 2012;26: 468- 479.
- [19]. 19- Dugas MJ, Schwartz A, Francis K. Intolerance of uncertainty, worry, and depression. *J Cog Therap Res* 2004; 28: 835-842.
- [20]. ۲۰-Kim S, Abramowitz J, McKay D, Taylor S, Tolin D, Olatunji B K Timpano, The structure of obsessive compulsive symptoms and beliefs: A correspondence and biplot analysis. *J Anx Dis* ۲۰۱۶;۲۸ :79-87
- [21]. 2۱- Lopatka, C, Rachman, S. Perceived responsibility and compulsive checking: An experimental analysis. *J Behav Res Therap* 1995;33:673-684.
- [22]. ۲۲-Shihata S, McEvoy P M, Mulla, BA. Pathways from uncertainty to anxiety: An evaluation of a hierarchical model of trait and disorder-specific intolerance of uncertainty on anxiety disorder. *J Anx Dis* 2017; 45:72-79.

## Comparison cognitive beliefs in obsessive –compulsive disorder, generalized anxiety disorder, major depression disorder

Majid Pourfaraj Omran<sup>1</sup>, Abbas Bakhshipour<sup>2\*</sup>, Majid Mahmoud Alilou<sup>3</sup>

1. Lecture, department of psychology, Behshahr branch, Islamic Azad University, Behshahr, Iran
2. Professor, department of psychology, educational science and psychology department, Tabriz University, Tabriz, Iran
3. Professor, department of psychology, educational science and psychology department, Tabriz University, Tabriz, Iran

### Abstract

**Introduction:** With attention to considered various cognitive beliefs in psychopathology of disorders, the purpose of this study was comparison of cognitive beliefs include; thought action fusion (TAF), responsibility and the overestimation of threat (RT), and overimportance and control thoughts (ICT), perfectionism and the intolerance of uncertainty (PC) in obsessive –compulsive disorder (OCD), generalized anxiety disorder (GAD), major depression disorder (MDD) and normal group for more clarification psychopathology of these disorders.

**Materials and Methods:** This study is causal-comparative research. The clinical samples include patients with OCD, GAD and MDD that referred to Sari Shahid Zareh hospital in 2015. From each of these clinical groups and normal people, 30 persons were selected available sampling method and accomplish obsessive beliefs questionnaire and thought action fusion scale. Data were analyzed by MANOVA.

**Results:** The result of MANOVA and Tukey posthoc test showed that OCD group were significantly higher than other groups in TAF, RT and ICT ( $p < 0/001$ ), but in PC didn't show the significant difference between OCD and GAD groups ( $p < 0/086$ ). Also, the result was shown that in all of these cognitive beliefs OCD and GAD groups were significantly higher than depression and normal groups ( $p < 0/001$ ).

**Conclusion:** According to this result it seems that TAF, RT, and ICT are more specific for OCD but about PC there isn't this specialty and it is a common cognitive vulnerability in OCD and GAD. Thus considering this result can be effective in designing more specific psychotherapeutic interventions.

**Received:** 2018/11/19

**Accepted:** 2018/12/15

**Keywords:** Cognitive beliefs, Obsessive –compulsive disorder, Generalized anxiety disorder, Major depression disorder.