

پیش‌بینی باورهای فراشناختی در علایم وسواسی با واسطه‌گری مسوولیت‌پذیری و درآمیختگی افکار در جمعیت غیربالینی

محمد هرنگ ز^۱ و محمدعلی گودرزی^۲

مدل فراشناختی بر این فرض استوار است که افکار وسواسی، نتیجه‌ی تفسیر منفی باورهای فراشناختی در مورد معنی و یا پیامد خطرناک یک فکر یا افکار ویژه است. تحریف در باورهای فراشناختی بر معانی و کارکرد شناخت تاثیر می‌گذارد. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه متغیرهای مسوولیت‌پذیری و درآمیختگی افکار در رابطه با باورهای فراشناختی و علایم وسواسی در جمعیت‌های غیر بالینی بود. بدین منظور، طی یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی، ۳۳۳ نفر (۱۵۱ پسر و ۱۸۲ دختر) دانشجوی با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب و از نظر باورهای فراشناختی نگرش مسوولیت‌پذیری، درآمیختگی افکار و عقاید وسواسی-جبری مورد آزمون قرار گرفتند. تحلیل مسیر و مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان داد که باورهای فراشناختی، مسوولیت‌پذیری و درآمیختگی افکار؛ مسوولیت‌پذیری و درآمیختگی افکار، علایم وسواسی را به صورت مثبت پیش‌بینی می‌کنند و همچنین، رابطه‌ی مستقل معناداری بین باورهای فراشناختی و علایم وسواسی وجود دارد. یافته‌های پژوهش از واسطه‌شدن متغیرهای مسوولیت‌پذیری و درآمیختگی افکار در رابطه‌ی میان باورهای فراشناختی و علایم وسواسی-اجباری، حمایت می‌کند. بنابراین، می‌توان گفت که باورهای فراشناختی از طریق مسوولیت‌پذیری و درآمیختگی افکار به وجه بهتری می‌توانند علایم وسواسی را تبیین کنند.

واژه‌های کلیدی: باورهای فراشناختی، مسوولیت‌پذیری، درآمیختگی افکار، علایم وسواسی

مقدمه

اختلال وسواس فکری و عملی^۳، اختلال اضطرابی ناتوان‌کننده‌ای است که ویژگی اصلی آن وقوع وسواس‌ها و اعمال اجباری است. وسواس‌ها، افکار، تصاویر ذهنی و تکانه‌های ناخواسته و مزاحمی است که بدون میل و اراده‌ی بیمار رخ می‌دهد و به صورت ناسازگار و ناهمخوان با خود تجربه می‌شود. فرد فعالانه در برابر وسواس‌ها مقاومت می‌کند و می‌داند که وسواس‌ها محصول ذهن او است. اعمال اجباری (وسواس‌های عملی) رفتارهای تکراری آشکار و ناآشکاری است که در پاسخ به

۱. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

۲. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران (نویسنده مسوول) (mgoodarzi@rose.shirazu.ac.ir)

وسواس‌ها انجام می‌شود. هدف این رفتارها، کاهش ناراحتی و پریشانی یا پیشگیری از برخی رویدادهای هولناک است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰؛ ولز، ۲۰۰۹). علایم اختلال وسواسی-جبری به طور معناداری در عملکرد عمومی کودکان و بزرگسالان مبتلا مداخله می‌کند و به ناسازگاری فرد در خانواده یا محیط‌های دانشگاهی منجر می‌شود. این اختلال با عملکرد اجتماعی مختل و کیفیت زندگی پایین همراه است (تنی، دنیس، ون مگن، گلاس و وستنبرگ، ۲۰۰۳؛ هلندر، استین، برواج، هیملین و رولاند، ۱۹۹۷).

مدل اختلال هیجانی ولز و متیوس (۱۹۹۶) مستقیماً فراشناخت^۱ و شکل تفکر را با آسیب‌پذیری هیجانی و تداوم اختلال هیجانی پیوند می‌دهد. فراشناخت به ساختارهای روان شناختی، دانش وقایع و فرآیندهایی که در کنترل، تغییر و تفسیر تفکر درگیرند، می‌پردازد (ولز و کارترایت-هاتون، ۲۰۰۴) و به عنوان یک عامل مهم در تکوین و تداوم اختلالات روانی گوناگون، به ویژه اختلال وسواسی-اجباری (ولز و پاپاجورجیو، ۱۹۹۸) و افسردگی (اسپادا، نیک سویک، مونتا و ولز، ۲۰۰۸)، در نظر گرفته می‌شود. از نظر سالکوسکیس (۱۹۸۵) زمانی که افکار مزاحم، باورهای ناکارآمد درباره‌ی میزان مسوولیت فرد در قبال سلامتی خود و دیگران را فعال می‌سازد، شدت و فراوانی آن‌ها افزایش می‌یابد. او معتقد است این باورها نقش مهمی در افزایش مسایل وسواسی دارند، زیرا سبب به وجود آمدن پیش‌بینی‌های منفی درباره‌ی افکار (مانند داشتن چنین افکاری بدین معناست که من می‌خواهم آن‌ها را انجام دهم) و در پی آن سبب پیدایش این باور می‌شود که فرد برای جلوگیری از این اعمال در رابطه با افکارش باید کاری کند (فعالیت‌های خنثی ساز مانند فرونشانی، جستجوی ایمنی، اجتناب و اعمال اجباری) اما چنین راهبردهایی (اعمال اجباری) موفقیت آمیز نیست و یا گاهی متقابلاً راه انداز یا رهاساز افکار مداخله‌گری می‌شود که باید بازدارنده باشد.

سالکوسکیس و همکاران (۲۰۰۰) به این نتیجه رسیدند که عقاید مسوولیت‌پذیری در تجربه مشکلات وسواسی مهم است. در مدل فراشناختی، باورهای شناختی ای که در اختلال وسواس-اجباری دخیل هستند مانند مسوولیت‌پذیری بیش از حد، به عنوان پیامدها و فرآورده‌های باورهای فراشناختی نابهنجار در نظر گرفته می‌شوند (مایرز و ولز، ۲۰۰۵؛ گویلیام، ولز و کارترایت-هاتون، ۲۰۰۴). به باور اکانر، آردما و پلیسایر (۲۰۰۴)، نقش فرآیندهای شناختی در ایجاد و تداوم افکار وسواسی و رفتارهای آیینی نادیده انگاشته شده است. یکی از مباحث بنیادی در مفهوم سازی الگوهای شناختی و فراشناختی

وسواس، پدیده درآمیختگی افکار^۱ است. در این پدیده، باورهای فراشناختی، مرز میان فکر و رویدادها و فکر و عمل را از میان می‌برد و پیامد چنین تفکری سبب می‌شود فرد بدون این که اعتبار این باورها را در واقعیت بیازماید بی چون و چرا آن‌ها را بپذیرد (ولز، ۲۰۰۲). باورهای فراشناختی مربوط به درآمیختگی افکار، عامل مهمی در پیش بینی بروز نشانه‌های وسواسی شناخته شده‌اند (گویلیام، ولز و کارترایت-هاتون، ۲۰۰۴). ولز (۲۰۰۲) در معرفی الگوی فراشناختی وسواس به بیان مفاهیم سه گانه‌ی درآمیختگی افکار یعنی باورهایی درباره‌ی اهمیت، معنی و قدرت افکار می‌پردازد. در هر فرد مبتلا به اختلال وسواسی جبری ممکن است یک حیطه یا بیشتر از این باورها وجود داشته باشد. این حیطه‌ها عبارتند از درآمیختگی فکر-عمل^۲، درآمیختگی فکر-رویداد^۳ و درآمیختگی فکر-شی^۴ (فیشر و ولز، ۲۰۰۸). مطالعات متعددی ارتباط مثبت و معنی دار بین علایم وسواس و درآمیختگی افکار را گزارش نموده و آن را پیش‌بین قدرتمندی برای علایم وسواس دانسته‌اند (شافران، راجمن، ۲۰۰۴؛ گویلیام، ۲۰۰۱). اگرچه درآمیختگی افکار لزوماً به اختلال وسواسی جبری اختصاص ندارد اما، میزان آن در این اختلال به میزان قابل ملاحظه‌ای بیشتر است (راسین، مرکلباج، موریس، اسپان، ۱۹۹۹). با توجه به آنچه گفته شد، این پژوهش در پی پاسخ به این سوال بود که آیا در ارتباط میان باورهای فراشناختی و علایم وسواسی، مسوولیت‌پذیری و درآمیختگی افکار می‌تواند به عنوان متغیرهای واسطه‌ای نقش داشته باشند؟

روش

این پژوهش یک پژوهش توصیفی از نوع مطالعات همبستگی بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش، شامل دانشجویان دانشگاه شیراز بود که از این جامعه، براساس روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای ۳۵۰ نفر انتخاب و با پرسشنامه‌های فراشناخت^۵ (MCQ-30)، نگرش مسوولیت‌پذیری^۶ (RAS)، درآمیختگی افکار^۷ (TFI) و وسواسی-جبری مادزلی^۸ (MOCI) مورد آزمون قرار گرفتند. پرسش‌نامه‌ی فراشناختی (ولز و کارترایت-هاتون، ۲۰۰۴) یک مقیاس ۳۰ گویه‌ای خود گزارشی است که حیطه‌های فراشناختی زیر را در پنج مقیاس تحت عنوان باورهای مثبت درباره‌ی

1. Thought Fusion
2. Thought Action Fusion
3. Thought Event Fusion
4. Thought Object Fusion

5. Meta-Cognitive Questionnaire-30(MCQ-30)
6. Responsibility Attitude Scale(RAS)
7. Thought Fusion Instrument
8. Maudsley Obsessive Compulsive Inventory(MOCI)

نگرانی^۱؛ باورهای منفی درباره نگرانی^۲؛ اطمینان شناختی ضعیف^۳؛ نیاز برای کنترل افکار^۴ و خودآگاهی شناختی^۵ را اندازه گیری می کند (ولز، ۲۰۰۲). این مقیاس بر پایه ی مدل کارکرد اجرایی خود نظم بخش (ولز و متیوس، ۱۹۹۶) درباره ی اختلال های هیجانی و الگوی فراساختی اختلال اضطراب منتشر ساخته شده است (ولز، ۱۹۹۷). گویه ها روی یک مقیاس لیکرتی از موافق نیستم=۱ تا کاملاً موافقم=۴ پاسخ داده می شود. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس های آن از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گسترده است. اعتبار این پرسشنامه تایید شده است (اسپادا و ولز، ۲۰۰۸). در ایران، شیرین زاده دستگیری، گودرزی، غنی زاده و تقوی (۲۰۰۷) ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس های آن در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی این آزمون را در فاصله چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای خرده مقیاس های آن در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کرده اند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده مقیاس ها در دامنه ۰/۶۷ تا ۰/۷۸ به دست آمد.

پرسش نامه ی نگرش مسوولیت پذیری (سالکووسکیس و همکاران، ۲۰۰۰) مقیاسی خود گزارشی است که باورهای فرد را درباره ی مسوولیت پذیری می سنجد. این مقیاس ۲۶ گویه دارد و آزمودنی ها میزان موافقت خود را با هر گویه در یک مقیاس هفت درجه ای (۱=کاملاً مخالفم تا ۷=کاملاً موافقم) بیان می کنند. این مقیاس نگرش های کلی مسوولیت پذیری را می سنجد. سازندگان، آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضریب پایایی باز آزمایی ۰/۹۴ را در یک دوره ی چهار هفته ای برای این مقیاس گزارش کرده اند. در ایران، رضایی (۲۰۰۴) ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۰ و با دو نیمه سازی به کمک فرمول اسپیرمن- براون ۰/۶۳ و برای همبستگی بین پرسش ها در نیمه ی اول ۰/۸۳ و برای نیمه ی دوم ۰/۹۰ گزارش کرده است. اعتبار هم زمان این آزمون با پرسش نامه ی پادوآ ۰/۵۵ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ گویه ها و نمره ی کل آزمون در دامنه ی ۰/۹۰ به دست آمد.

پرسش نامه ی درآمیختگی افکار (ولز، گویلیام و کارترایت- هاتون، ۲۰۰۱) یک آزمون خودسنجی ۱۴ گویه ای است که باورهای رایج را در مورد معنی و قدرت افکار می سنجد. «TFI» سه مقوله درهم آمیختگی افکار شامل درآمیختگی فکر- عمل (TAF)، درآمیختگی فکر - شی (TOF) و درآمیختگی فکر - واقعه (TEF) را می سنجد. مطالعات متعددی اعتبار و پایایی این پرسشنامه را تایید کرده اند (گویلیام و همکاران، ۲۰۰۴؛ مایرز، فیشر و ولز، ۲۰۰۸). خرمدل، ربیعی، مولوی و نشاط

1. positive beliefs about worry
2. negative beliefs about worry

3. cognitive confidence
4. need to control thought

5. cognitive self-consciousness

دوست (۲۰۰۰) ضرایب آلفای کرونباخ و دو نیمه سازی برای TFI را به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۳ گزارش کردند.

پرسش نامه ی وسواسی- اجباری مادزلی (راچمن و هوگسون، ۱۹۷۷) دارای ۳۰ گویه ی دو گزینه ای (درست یا نادرست) است که با روش خود گزارشی به اندازه گیری علایم وسواس فکری و عملی می پردازد. این پرسشنامه، انواع گوناگون نشانه های وسواس فکری و عملی را در بیمارانی که وسواس دارند، مشخص می سازد. این آزمون، ابزار تشخیصی به شمار نمی رود ولی ابزاری پژوهشی برای دسته بندی بیماران مبتلا به نشانه های وسواسی است. چهار طبقه ی عمده ی نشانه ها که در آزمون مادزلی به تفکیک مشخص می شوند، عبارتند از: وارسی، شستشو، کندن، شک و تردید. پایایی آزمون به طور کلی در هر چهار طبقه بیش از ۰/۸۰ است (راچمن و هوگسون، ۱۹۷۷). در ایران، دادفر، بوالهروی، ملکوتی و بیان زاده (۲۰۰۵) اعتبار و پایایی این آزمون را مورد تایید قرار داده اند.

برای تحلیل داده ها، از تحلیل مسیر و تحلیل معادلات ساختاری استفاده شد، متغیر برون زاد در این پژوهش باورهای فراشناختی، متغیرهای واسطه ای مسوولیت پذیری و درآمیختگی افکار و متغیر درون زاد علایم وسواسی بود. تحلیل داده ها نیز توسط نرم افزارهای SPSS و ایموس انجام شد.

یافته ها

یافته های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول ۱. مولفه های توصیفی متغیرهای پژوهش

۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	sd	M	
						۱	۳/۸۸	۱۲/۴۴	۱
					۱	۰/۳۶**	۲/۵۷	۷/۸۲	۲
				۱	۰/۱۰	۰/۳۰**	۳/۴۱	۱۶/۶۱	۳
			۱	-۰/۱۰	۰/۳۰**	۰/۱۱*	۸/۶۱	۳/۱۳	۴
		۱	۰/۴۶**	۰/۱۳*	۰/۳۶**	۰/۳۵**	۲۴	۱۱۱/۴۶	۶
	۱	۰/۲۱**	۰/۳۰**	۰/۴۱**	۰/۴۸**	۰/۰۷	۲۴/۳۷	۲۶/۳۷	۷
۱	۰/۵۱**	۰/۴۳**	۰/۴۶**	۰/۳۶**	۰/۵۲**	۰/۳۵**	۴/۶۷	۶/۳۶	۸

۱= باورهای مثبت درباره ی نگرانی؛ ۲= باورهای منفی درباره ی کنترل ناپذیری؛ ۳= خود آگاهی شناختی؛ ۴= اطمینان شناختی؛ ۵= مسوولیت پذیری؛ ۶= درآمیختگی افکار؛ ۷= علایم وسواسی

همان گونه که مشاهده می شود، رابطه ی معناداری میان مولفه های باورهای فراشناختی با علایم وسواسی وجود دارد که در سطح ۰/۰۱ معنادار است. با وارد کردن متغیر پیش بین مربوط به مولفه های

باورهای فراشناختی در تحلیل رگرسیون نتایج نشان دادند که باورهای مثبت درباره ی نگرانی، خودآگاهی شناختی، اطمینان شناختی و باورهای منفی درباره ی نگرانی به ترتیب با ضریب تاثیر (۰/۲۷، ۰/۳۱، ۰/۳۷، ۰/۴۴) در سطح $P < ۰/۰۱$ به طور معنادار قادر به پیش بینی علایم و سواسی بودند و ترکیب خطی این مولفه ها توانستند ۵۲ درصد از تغییرات علایم و سواسی را پیش بینی کنند (جدول ۲).

جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون در گام اول برای مولفه های باورهای فراشناختی

متغیر	β_1	T	Sig.	R	R^2
باور مثبت درباره نگرانی	۰/۲۷	۷/۵۳	۰/۰۱	۰/۷۳	۰/۵۲
خود آگاهی شناختی	۰/۳۱	۸/۰۱	۰/۰۰۹		
اطمینان شناختی	۰/۳۷	۹/۱۴	۰/۰۰۱		
باور منفی درباره نگرانی	۰/۴۴	۱۰/۲۸	۰/۰۰۱		

در گام دوم، مسوولیت پذیری و درآمیختگی افکار به صورت جداگانه، به عنوان متغیر ملاک و ۴ مولفه ی باورهای فراشناختی حاصل از مرحله ی اول، به عنوان متغیر پیش بین وارد تحلیل رگرسیون شدند. در گام سوم نیز، مسوولیت پذیری، درآمیختگی افکار و ۴ مولفه ی باورهای فراشناختی حاصل از گام اول به عنوان متغیر پیش بین و علایم و سواسی به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند. در نهایت، با مقایسه ی ضرایب تاثیر مولفه های باورهای فراشناختی در گام اول و سوم و نظر به معناداری ضرایب تاثیر متغیرهای مسوولیت پذیری و درآمیختگی افکار، مدل واسطه گری راهبردهای کنترل فکر در ارتباط بین مولفه های باورهای فراشناختی و علایم و سواسی در دانشجویان استخراج شد (جدول ۳).

به طور کلی، پس از این که متغیرهای مسوولیت پذیری و درآمیختگی افکار وارد تحلیل رگرسیون شدند، کاهش بسیار زیادی در ضرایب رگرسیون دیده شد. ضریب تاثیر باورهای مثبت درباره ی نگرانی از ۰/۲۷ به ۰/۱۸، خودآگاهی شناختی از ۰/۳۱ به ۰/۲۰، اطمینان شناختی از ۰/۳۷ به ۰/۲۳ و باورهای منفی درباره ی نگرانی از ۰/۴۴ به ۰/۲۸ کاهش پیدا کرد. با وجود کاهش اساسی، این ضریب هنوز معنادار ($p < ۰/۰۱$) بود. بنابراین، این نتایج بدین معناست که متغیرهای مسوولیت پذیری و درآمیختگی افکار نه به صورت کامل بلکه تا اندازه ای بین باورهای فراشناختی و علایم و سواسی واسطه شده اند (جدول ۳). در نهایت، برای بررسی میزان برآزش مدل استخراج شده از روش تحلیل مسیر و

روش تحلیل مدل سازی معادلات ساختاری تعیبه شده در نرم افزار ایموس استفاده شد. در گام اول پس از تنظیم معادلات ساختاری، برازش مدل حاضر مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۳. نتایج حاصل از گام‌های سوم و چهارم برای مولفه‌های باورهای فراشناختی

متغیر	β_r	T	Sig.	R	R^2	$(\beta_1 - \beta_r)$
باور مثبت درباره نگرانی	۰/۱۸	۴/۰۲	۰/۰۰۵	۰/۸۷	۰/۶۶	۰/۹
خود آگاهی شناختی	۰/۲۰	۳/۷۳	۰/۰۰۵			۰/۱۱
اطمینان شناختی	۰/۲۳	۵/۳۷	۰/۰۰۲			۰/۱۴
باور منفی درباره نگرانی	۰/۲۸	۷/۷۲	۰/۰۰۱			۰/۱۶
مسؤولیت پذیری	۰/۳۳	۸/۲۱	۰/۰۰۱			
درآمیختگی افکار	۰/۴۱	۱۰/۰۳	۰/۰۰۱			

در گام بعدی، با توجه به شاخص‌های برازش و شاخص‌های اصلاح در برون زاد نرم افزار ایموس این مدل اصلاح شد. نتایج تحلیل مسیر و تحلیل معادلات ساختاری نشان داد که باورهای مثبت درباره ی نگرانی، خود آگاهی شناختی، اطمینان شناختی و باورهای منفی درباره ی نگرانی به ترتیب با ضرایب تاثیر (۰/۲۳، ۰/۲۶، ۰/۳۳، و ۰/۳۷) در سطح معناداری ($p < ۰/۰۱$) بدون واسطه توانستند علایم و سواسی را پیش بینی کنند. از جهتی دیگر، مسوولیت‌پذیری توسط باور مثبت نگرانی ($\beta = ۰/۳۱$)، اطمینان شناختی ($\beta = ۰/۳۸$) و باور منفی نگرانی ($\beta = ۰/۳۳$) در سطح $p < ۰/۰۱$ پیش بینی شد. همچنین، درآمیختگی افکار توسط خود آگاهی شناختی ($\beta = ۰/۲۸$) و باور منفی نگرانی ($\beta = ۰/۳۳$) در سطح $p < ۰/۰۱$ پیش بینی شد. در نهایت، مسوولیت‌پذیری ($\beta = ۰/۳۸$ ، $p < ۰/۰۱$) و درآمیختگی افکار ($\beta = ۰/۴۶$ ، $p < ۰/۰۱$) توانستند علایم و سواسی را پیش بینی کنند.

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش، نقش پیش‌بین باورهای فراشناختی در علایم و سواسی و نقش‌های مسوولیت‌پذیری و درآمیختگی افکار به عنوان متغیر واسطه‌ای بررسی شد. نتایج نشان داد که دو متغیر مسوولیت‌پذیری و درآمیختگی افکار در بررسی نقش پیش‌بین باورهای فراشناختی در علایم و سواسی تا اندازه‌ای واسطه شده‌اند. با وجود این، باورهای فراشناختی به تنهایی نیز رابطه ی مثبت معناداری با علایم و سواسی نشان دادند. هرمانس، ماتنس، دی کورت، پیترز و الن (۲۰۰۳) دریافتند که افراد مبتلا به اختلال و سواس فکری و عملی به باورهای منفی درباره ی کنترل ناپذیری و خطر رویدادهای ذهنی، بیشتر معتقد

بودند. باورهای منفی بیشتری در مورد پیامدهای مضر برخی افکار خاص گزارش کردند، بیشتر به بازبینی افکارشان می‌پرداختند و اطمینان کم‌تری به توانایی‌های شناختی خود داشتند. این یافته با سایر مطالعات (سیکا، قیسی، چیری و فرانسس چینی، ۲۰۰۸؛ ایراک و توسان، ۲۰۰۸) هماهنگ است. در این پژوهش، مولفه‌های باورهای فراشناختی (باور مثبت درباره ی نگرانی، اطمینان شناختی و باور منفی درباره ی نگرانی) توانستند مسوولیت‌پذیری را پیش بینی کنند. این یافته، هم سو با نتایج برخی پژوهش‌ها (ولز و پاپاجورجیو، ۱۹۹۸؛ سالکووسکیس و همکاران، ۲۰۰۰؛ مانسینی، دالیمپو و ساری، ۲۰۰۴؛ کاگل، لی و سالکووسکیس، ۲۰۰۶) است. می‌توان گفت که در بیماران وسواسی، نگرش مسوولیت‌پذیری به عنوان روشی برای پیش‌گیری از خطر بوده و ممکن است مسوولیت‌پذیری بخشی از تغییرات رفتاری مربوط به نگرانی باشد. بنابراین، باورهای شناختی ای که در اختلال وسواس-جبری دخیل هستند مانند مسوولیت‌پذیری بیش از حد، به عنوان پیامدها و فرآورده‌های باورهای فراشناختی نابهنجار در نظر گرفته می‌شوند (مایرز و ولز، ۲۰۰۵؛ گویلیام، ولز و کارترایت-هاتون، ۲۰۰۴).

مولفه‌های باورهای فراشناختی (خود آگاهی شناختی و باور منفی درباره ی نگرانی) نیز توانستند درآمیختگی افکار را پیش بینی کنند و درآمیختگی افکار توانستند علایم وسواسی را پیش بینی کنند. این یافته مطابق با الگوی فراشناختی وسواس ولز (۲۰۰۰) است که بیان می‌کند از اساسی‌ترین باورهای دخیل در مفهوم سازی مدل فراشناختی اختلال وسواسی جبری، پدیده‌ی درآمیختگی افکار است. همچنین، این یافته هماهنگ با نتیجه بخش بودن درمان فراشناختی بر درآمیختگی افکار در بیماران وسواسی (فیشر و ولز، ۲۰۰۸؛ رس، ون کوسلد، ۲۰۰۸) است که نشان از ارتباط الگوی فراشناختی وسواس با پدیده‌ی درآمیختگی افکار بود. باورهای فراشناختی منفی، شیوه‌های ارزیابی و پاسخ‌های مقابله‌ای معیوب را شکل می‌دهد که این عوامل خود باعث افزایش باورهای منفی عمومی می‌شود. در واقع، درآمیختگی افکار یک نوع باور ناکارآمد است که فراشناخت‌های ناسازگار باعث افزایش این باورها می‌شود (فلاول، ۱۹۷۹). افراد وسواسی دارای سوگیری شناختی درآمیختگی افکار بالا، تصور می‌کنند که صرف داشتن یک فکر، همانند انجام آن است و به سبب این که وقوع افکار وسواسی خود را بیش ارزیابی می‌کنند، احساس نگرانی و اضطراب بیشتری دارند (برل و ستارویک، ۲۰۰۵) و در پی آن باورهای فراشناختی ناسازگار به قوت خود باقی می‌ماند و افکار وسواسی را ماندگارتر می‌کند و یک تسلسل معیوب ایجاد می‌شود. به طور کلی، یافته‌های این پژوهش نشان داد که باورهای فراشناختی بر مسوولیت‌پذیری و درآمیختگی افکار به عنوان متغیرهای میانجی اثر می‌گذارند و اینها خود بر علایم OCD تاثیر می‌گذارند. یافته‌های این پژوهش می‌تواند به بسط و گسترش دانش در

حوزه‌های مختلف پژوهش از جمله اختلال وسواسی کمک کند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که درمانگران به منظور کاهش افکار و تشریفات وسواسی باید از یک سو به چالش با افکار فراشناختی منفی و ناسازگار بپردازند و از سوی دیگر با چالش‌های فراشناختی و شناختی به دنبال کاهش علایم درآمیختگی افکار و نگرش مسوولیت‌پذیری باشند. اتخاذ رویکرد فوق می‌تواند وضعیت فعلی درمان‌های روان شناختی را به سمت درمان‌های اختصاصی‌تری سوق دهد.

References

- American Association of Psychiatry. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington: DC: Author.
- Berle, D., & Starcevic, V. (2005). Thought-action fusion: review of the literature and future directions. *Clinical Psychology Review*, 25(3): 263-84.
- Cogle, J. R., Lee, H., & Salkovskis, P. M. (2006). Are responsibility beliefs inflated in non-checking OCD patients? *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 153-59.
- Dadfar, M., Bolhari, J., Malakouti, K., & Bayanzade, A. (2005). Study of Obsessive-compulsive disorder symptoms. *Journal of Thought and Behavior*, (2): 27-32. [Persian]
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). Meta-cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39 (2): 117-32.
- Flavell, J. H. (1979). Meta cognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34(10), 906-11.
- Gwilliam, P., Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). Does meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: A test of the Meta cognitive model? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11(2), 137-44.
- 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, 111-19.
- Hermans, D., Martens, K., De Cort, K., Pieters, G., & Eelen, P. (2003). Reality monitoring and Meta cognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behavioral Research and Therapy*, 41(4), 383-401.
- Hollander, E., Stein, D. J., Broatch, J., Himelein, C., & Rowland, C. A. (1997). A pharmacology economic and quality of life study of obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrums*, 2, 16-25.
- Irak, M., & Tosun, A. (2008). Exploring the role of Meta cognition in obsessive-compulsive and anxiety symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1316-25.
- Khoramdel, K., Rabiei, M., Molavi, H., & Neshatdoost, H. (2010). [A study psychometric properties of thought fusion instrument (TFI) in student of Isfahan University]. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*, 16: 375-80. [Persian]
- Mancini, F., D'Olimpio, F., & Cieri, L. (2004). Manipulation of responsibility in non-clinical subjects: Does expectation of failure exacerbate obsessive compulsive behaviors? *Behavior Research and Therapy*, 42, 449-57.
- Myers, S. G., Fisher, P.L., & Wells, A. (2008). An empirical test of the Meta cognitive model of obsessive compulsive symptoms: Fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *Journal of Anxiety Disorders*, 919-27.
- Myers, S.G., & Wells, A. (2005). Obsessive-compulsive symptoms: the contribution of Meta cognitions and responsibility. *Journal of Anxiety Disorders*, 19: 806-17.
- O'Connor, K. P., Aardema, F., & Pelissier, M.C. (2004). *Beyond reasonable doubt: Reasoning processes in and related disorders*. Chichester, England: John Wiley & Sons, Ltd; (p.p 1-16).
- Rachman, S., & Hodgson, R. (1977). Obsessive compulsive complains. *Behavior Research and Therapy*, 15: 389-95.
- Rachman, S., & Shafran, R. (1999). Cognitive distortions: thought-action fusion. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6(2): 80-5.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behavior Research and Therapy*, 31, 149-54.
- Rassin, E., Merckelbach, H., Muris, P., & Spaan, V. (1999). Thought-action fusion as arousal factor in the development of intrusions. *Behavior Research Therapy*, 37: 231-37.

- Rees, C. S., & van Koesveld, K. E. (2008). An open trial of group Meta cognitive therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(4): 451-58.
- Rezaei, P. (2004). *Exploration of responsibility, thoughts control and dysfunctional beliefs in patients with obsessive pulsive disorder*. Master thesis in psychology. Islamic Azad University. [Persian]
- Salkovskis, P. (1999). Obsessive-compulsive disorder, in science and practice of cognitive behavioral therapy, C.G. Fairburn, Editor. Oxford University Press: New York.
- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., & et al. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 347-72.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problem: A cognitive-behavioral analysis. *Behavior Research and Therapy*, 23: 571- 83.
- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., & et al. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 347-372.
- Shafraan, R., & Rachman, S. (2004). Thought-action fusion: A review. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 87-107.
- Shirinzadeh, S., Goodarzi, M. A., Ghanizadeh, A., & Taghavi, M. R. (2007). Exploration of Factor Structure, Validity and Reliability Meta cognitive 30 Questionnaire. *Journal of Psychology*, 48: 445-61. [Persian]
- Sica, C. S., Ghisi, M., Chiri, L. R., & Franceschini, S. (2008). Meta cognitive beliefs and strategies predict worry, obsessive-compulsive symptoms and coping styles: A preliminary prospective study on an Italian nonclinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14: 258-68.
- Spada, M. M., & Wells, A. (2008). Meta cognitive beliefs about alcohol use: Development and validation of two self- report scales. *Addictive Behaviors*, 33: 515- 27.
- Spada, M. M., Nikcevic, A. V., Moneta, G. B., & Wells A. (2008). Meta cognition, perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences*, 44(5): 1172-81.
- Tenney, N. H., Denys, D. A. J. P., van Megen, H. J., Glas, G., & Westenberg, H. G. (2003). Effect of pharmacological intervention on quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 18(1), 29-33.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the Meta cognitions Questionnaire: Properties of the MCQ 30. *Behavior Research and Therapy*, 42: 385- 96.
- Wells, A., Gwilliam, P., & Cartwright-Hatton, S. (2001). *The Thought Fusion Instrument* (unpublished self report scale). Manchester: University of Manchester.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behavioral Research Therapy*, (34): 881-88.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behavior Research Therapy*, 36(9): 899-913.
- Wells, A. (2009). *Meta cognitive therapy for anxiety and depression*. New York: The Guilford Press.
- Wells, A. (2002). *Emotional disorders and Meta cognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Willey & Sons.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Willey & Sons.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 9 (No. 33), pp.57-66, 2014

**The predictor role of meta-cognitive beliefs on obsessive thoughts
with mediation of taking responsibility and Intersection of thoughts in
nonclinical population**

Harangza, Mohammad

Shiraz University, Shiraz, Iran

Goodarzi, Mohammad Ali

Shiraz University, Shiraz, Iran

Received: Oct 21, 2013

Accepted: March 08, 2013

The Meta-cognitive model is based on the assumption that obsessive thoughts are the result of negative interpretation of Meta-cognitive beliefs in relation to meaning or dangerous consequences of a particular thought or opinion. The distortion on meta-cognitive belief is effective on meanings and function of cognition. The present study aims to investigate the role of mediator variables such as taking responsibility and intersection of thoughts in relation between metacognitive beliefs and obsessive symptoms in non-clinical populations. For this purpose, in a descriptive study, 333 students (151 male and 182 female) were selected using multistage cluster random sampling. They were tested in terms of metacognitive beliefs, responsibility attitude, taking responsibility, intersection of thoughts, obsessive-compulsive ideas. Path analysis and structural equation modeling indicated that metacognitive beliefs positively predict taking responsibility, the intersection of ideas and thoughts and obsessive-compulsive symptoms. Also, there is an independent, significant difference between metacognitive beliefs and obsessive-compulsive symptoms. The research finding support the mediator variables of taking responsibility and intersection of thoughts on the relationship between metacognitive beliefs and obsessive-compulsive symptoms. So, we can say that metacognitive beliefs can better explain the obsessive symptoms through taking responsibility and intersection of thoughts.

Keywords: metacognitive beliefs, taking responsibility, intersection thoughts, obsessive-compulsive symptoms

Electronic mail may be sent to: mgoodarzi@rose.shirazu.ac.ir