

راهبردهای شناختی در بیماران مبتلا به اضطراب-افسردگی مختلط و وسواس-بی‌اختیاری

Cognitive Strategies in Patients with Mixed Anxiety-Depression and Obsessive-Compulsive Disorders

Fatemeh Moin Alghorabaie

Jahad Daneshgahi
Tarbiat Moalem Branch

Mohammad R. Shaeeri, PhD

Shahed University

دکتر محمدرضا شعیری

استادیار دانشگاه شاهد

فاطمه معین الغربائی

مری جهاد دانشگاهی
واحد تربیت معلم

Mohammad Sanati, MD

Tehran University of
Medical Sciences

Mahdi Fadaee

MA in Clinical
Psychology

مهدی فدائی

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

دکتر محمد صنعتی

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

افکار مزاحم از ویژگیهای اختلالهای هیجانی و اضطرابی هستند. این پژوهش با هدف مقایسه راهبردهایی که بیماران و غیربیماران، برای مهار افکار مزاحم به کار می‌برند، انجام شد. دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری (OCD؛ ۱۱ مرد و ۱۴ زن با میانگین سنی ۲۹ سال) و اختلال اضطراب - افسردگی مختلط (MADD؛ ۱۰ مرد و ۱۵ زن با میانگین سنی ۲۷ سال) و یک گروه غیربیمار (۱۲ مرد و ۱۳ زن با میانگین سنی ۲۸ سال) انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌های مهار فکر (ولز و دیویس، ۱۹۹۴) و اضطراب و افسردگی بک (بک، اپشتین، براون و استیر، ۱۹۸۸؛ بک، راش، شاو و ابری، ۱۹۷۹) پاسخ دادند. یافته‌ها نشان دادند که بیماران OCD و MADD بیشتر از راهبردهای نگرانی و تنبیه استفاده می‌کنند. گروه غیربیمار راهبردهای مهار اجتماعی و انحراف توجه را بیشتر به کار می‌برند. بین گروهها تفاوت معناداری براساس استفاده از راهبرد ارزیابی مجدد دیده نشد. **واژه‌های کلیدی:** راهبردهای مهار فکر، اختلال وسواس - بی‌اختیاری، اختلال اضطراب - افسردگی مختلط.

Abstract

Intrusive thoughts are characteristic of emotional and anxiety disorders. This study aimed to compare strategies that patients and nonpatients use to control the intrusive thoughts. Two groups of patients with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD, 11 males and 14 females, mean age 29) and Mixed Anxiety-Depression Disorder (MADD; 10 males and 15 females, mean age 27), and a group of non patients (12 males and 13 females, mean age 28) were selected. Participants answered the Thought Control Questionnaire (Wells & Davies, 1994) and Beck Anxiety and Depression Inventories (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). The findings showed that OCD and MADD patients mostly used punishment and worry strategies. The non patient group used more distraction and social control strategies. No significant differences between groups were found in terms of utilizing the reappraisal strategy.

Key words: thought control strategies, obsessive-compulsive disorder, mixed anxiety-depression disorder.

received: 12 Oct 2009

accepted: 8 Jun 2010

دریافت: ۸۷/۷/۲۰

پذیرش: ۸۹/۳/۱۹

Contact information: famoin@gmail.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی است.

مقدمه

افکار ناخوانده^۱، آشفته و مهارناپذیر یکی از مشخصه‌های اصلی برخی از اختلال‌های اضطرابی مانند وسواس-بی‌اختیاری، اختلال اضطراب‌تعمیم‌یافته^۲ (GAD)، تنیدگی پس‌ضربه‌ای^۳، افسردگی و خودبیمارپنداری^۴ است (ولز و دیویس، ۱۹۹۴). این افکار که قابل تمیز از افکار وسواسی نیستند، در جمعیت غیربالینی نیز وجود دارند و نود درصد مردم آنها را تجربه می‌کنند. مشکل اساسی در وسواس، نحوه تعبیر و تفسیر یا ارزیابی‌های بیمار از افکار ناخوانده است (راچمن^۵ و دسیلوا^۶، ۱۹۷۸، سالکوس کیس^۷ و هریسون^۸، ۱۹۸۴ نقل از تاریخ، ولز و هادوک، ۱۹۹۸). در افسردگی و اضطراب نیز افکار ناخوانده منفی و تحریف آنها مشاهده می‌شوند (ولز، ۲۰۰۰ الف، ۲۰۰۹). از دیدگاه شناختی آثار نامطلوب افکار تکراری و نشخوارشونده^۹ بر حالت‌های عاطفی برجسته شده‌اند (سگرس‌رام، تسو، آلدن و کراسک، ۲۰۰۰؛ ولز، ۲۰۰۹). اعتقاد بر این است که افکار یا تعابیر منفی، حاصل باورهای منفی هستند که در حافظه بلندمدت ذخیره می‌شوند. بنابراین، شناسایی فرایندها، قوانین و مکانیزم‌هایی که افراد را به تعابیر و باورهای سازش‌نا یافته^{۱۰} می‌رسانند، ضروری است (ولز، ۲۰۰۰ الف). تغییر محتوای ذهن افراد مستلزم شناسایی و مفهوم‌سازی عواملی است که افکار را مهار، تصحیح، ارزیابی و تنظیم می‌کنند و این همان قلمرو فراشناخت^{۱۱} است. فراشناخت عبارت است از هر نوع دانش یا فرایند شناختی که در ارزیابی^{۱۲}، نظارت^{۱۳} یا مهار شناخت مشارکت دارد (ولز، ۲۰۰۰ الف؛ بورن، دومینوسکی، لافتوس و هیلی، ۱۹۸۶). بسیاری از فعالیت‌های شناختی به عوامل فراشناختی وابسته‌اند. افزون بر آن، اطلاعاتی که از بازنگری فراشناختی فراهم می‌آیند، اغلب به عنوان احساس‌هایی تجربه می‌شوند که می‌توانند بر رفتار تأثیر بگذارند (ولز، ۲۰۰۰ الف).

نلسون و نارنس (۱۹۹۷) بر این باورند که فرایندهای شناختی در دو یا چند سطح مرتبط با یکدیگر عمل می‌کنند. این سطوح عبارتند از: فراسطح^{۱۴} و سطح عینی^{۱۵}. اطلاعاتی که از سطح عینی به فراسطح جریان می‌یابند، نظارتگر^{۱۶}، خوانده می‌شوند و فراسطح را از وضعیت سطح عینی آگاه می‌کنند. اطلاعاتی که از فراسطح به سطح عینی جریان می‌یابند، مهار نامیده می‌شوند و سطح عینی را از اینکه بعداً چه کاری باید انجام دهد، آگاه می‌کنند.

ارتباط بین فراسطح و سطح عینی می‌تواند برای درک نقش شناخت در اختلال روان‌شناختی مورد استفاده قرار گیرد. از آنجا که نظارتگر، یک فرایند خودنظم‌جویی^{۱۷} و نظام مهار^{۱۸} است، هر اشتباه یا انحراف آن می‌تواند بر کارآمدی روان‌شناختی فرد تأثیر گذارد. بنابراین، اختلالها یا سوگیری‌های مهار مانند انتخاب راهبردهای مقابله‌ای^{۱۹} نامناسب، ممکن است به بروز اختلال روان‌شناختی منجر شوند (ولز، ۲۰۰۰ الف).

تفاوت بین فراسطح و سطح عینی شناخت، یکی از مشخصه‌های الگوی ولز و متیوز (۱۹۹۶) درباره اختلال‌های هیجانی^{۲۰} است. در این الگو انتخاب و اجرای راهبردهای مقابله‌ای، تعیین‌کننده اصلی تداوم یا اختتام یک اختلال روان‌شناختی است. این الگو که به الگوی کنش اجرایی خودنظم‌دهنده^{۲۱} (S-REF) معروف است، شامل سه سطح متعامل شناختی است:

- ۱- شبکه‌ای از واحدهای پردازشی که خارج از قلمرو هشیاری عمل می‌کند و در پایین‌ترین سطح مربوط به محرک-کشاننده^{۲۲} قرار گرفته است. محصولات این سطح ممکن است به قلمرو هشیاری وارد شوند. با این وجود، پردازش در این سطح کمتر به منابع شناختی وابسته است.
- ۲- سطح پردازش مهار شده پیوسته^{۲۳} که در ارزیابی و مهار هشیارانه اعمال و افکار نقش دارد.

- | | | |
|-----------------------------------|-------------------|--|
| 1. intrusive | 9. ruminative | 17. self-regulation |
| 2. Generalized Anxiety Disorder | 10. maladaptive | 18. control system |
| 3. post-traumatic stress disorder | 11. metacognition | 19. coping strategies |
| 4. hypochondria | 12. appraisal | 20. emotional disorders |
| 5. Rachman, S. | 13. monitor | 21. Self – Regulatory Executive Function (S-REF) |
| 6. De Silva, P. | 14. meta-level | 22. stimulus-driven |
| 7. Salkovskis, P. M. | 15. object-level | 23. online controlled processing |
| 8. Harrison, J. | 16. monitoring | |

اختلال‌های بالینی افزایش می‌یابند. زیرمقیاس‌های TCQ، بیماران با بیماری‌های متفاوت را از هم متمایز می‌کنند و نیز بهبود اختلال در روند درمان را نشان می‌دهند (گراس، سیمز و آنتونی، ۲۰۱۰)؛ به ویژه شواهد اولیه نشان داده‌اند که بهبود افسردگی و اختلال تئیدی پس‌ضربه‌ای با افزایش استفاده از انحراف توجه (ون‌مینن و هگنارس، ۲۰۱۰) و ارزیابی مجدد با کاهش استفاده از راهبردهای نگرانی و تنبیه همراهند. در مجموع نگرانی و تنبیه به عنوان راهبردهای باثباتی هستند که در اختلال‌های روانی افزایش می‌یابند (رحمانی، صالحی و رضایی، ۱۳۸۸) و به عنوان راهبردهای پیش‌بینی‌کننده آسیب‌پذیری شناخته می‌شوند (فیشر و ولز، ۲۰۰۵، ۲۰۰۸؛ ولز، ۲۰۰۰ الف، ۲۰۰۹). بنابراین هدف این پژوهش شناخت ویژگی‌های فکری افراد مبتلا به اختلال هیجانی و به طور خاص افراد مبتلا به اختلال اضطراب-افسردگی مختلط و اختلال وسواس-بی‌اختیاری است. این شناخت می‌تواند به عنوان پیش‌نیاز هر اقدام پیشگیرانه و راهبرد درمانی در این اختلال مطرح شود. تلاش در این جهت نه تنها به تعمیق و گسترش اطلاعات در قلمرو علوم شناختی و فراشناختی منجر می‌شود، بلکه از نظر کاربردی نیز حائز اهمیت است.

روش

براساس یک روش پس‌رویدادی دو گروه از افراد مبتلا به اختلال وسواس-بی‌اختیاری (۱۴ زن و ۱۱ مرد با میانگین سنی ۲۹ سال) و اختلال اضطراب-افسردگی مختلط (۱۵ زن و ۱۰ مرد با میانگین سنی ۲۷ سال) به شیوه غیر-تصادفی از بین کسانی انتخاب شدند که برای نخستین بار به دو درمانگاه روان‌پزشکی مراجعه کرده بودند و طبق تشخیص روان‌پزشک براساس ملاک‌های DSM IV-TR (APA، ۲۰۰۰) ویژگی‌های هر یک از اختلال‌های یاد شده را داشتند. در مورد گروه غیربیمار نیز، ۱۳ زن و ۱۲ مرد (با میانگین سنی ۲۸ سال) که در زمان مطالعه به هیچیک از بیماری‌های روان‌شناختی مبتلا نبودند و در شش ماه

۳- مجموعه‌ای از دانش‌های مربوط به خود^۱ (باورها) که در حافظه بلندمدت قرار دارد. این باورها یک مؤلفه فراشناختی دارند و شامل بخشی از برنامه‌های پردازشی هستند که افراد برای مهار فعالیت‌های نظام شناختی خود از آنها بهره می‌جویند. این باورها در حقیقت یک ردیف راهبردهای مهار فراشناختی هستند که ممکن است راهبردهای مختلف تفکر را سرکوب کنند، شدت بخشند و یا فرایندهای نظارت را ارتقا دهند (ولز، ۲۰۰۰ الف، ۲۰۰۹).

ولز و متیوز (۱۹۹۴) اختلال‌های هیجانی را با یک راهبرد نظارت‌گر خطر^۲ مرتبط دانسته‌اند؛ راهبردی که مشخصه آن توجه مستمر بر منابع خطر درونی و برونی است. با در نظر گرفتن راهبردهایی که هدف آنها تعدیل پردازش در اختلال هیجانی است، افراد گستره‌ای از راهبردهایی را که واجد توانایی مهار افکار ناراحت‌کننده و یا ناخواسته‌اند، در اختیار دارند.

ولز و دیویس (۱۹۹۴) در یک بررسی تحلیل‌عاملی پنج راهبرد مهار فکر را که توسط پرسشنامه مهار فکر^۳ (TCQ) سنجیده شده بود، مشخص کردند: ارزیابی مجدد^۴، تنبیه^۵، مهار اجتماعی^۶، نگرانی^۷ و انحراف توجه^۸. مطالعات تجربی با TCQ، نشان داده‌اند که راهبردهای مقابله‌ای نگرانی و تنبیه با گستره‌ای از شاخص‌های سلامت روانی همبستگی منفی و با آسیب‌پذیری نسبت به اختلال هیجانی و بهبودی کمتر، همبستگی مثبت دارند (ولز، ۲۰۰۰ الف؛ ۲۰۰۹).

تنها در چند سال اخیر است که پژوهش‌هایی درباره ابعاد فراشناختی مرتبط با آسیب‌پذیری هیجانی و اختلال‌های روانی انجام شده‌اند. اغلب کارهای جالب توجه در این حوزه در چهارچوب الگوی S-REF و ارتباط آن با فراشناختها در اختلال‌های اضطرابی شکل گرفته‌اند (ولز، ۲۰۰۰ الف؛ ۲۰۰۹). یکی از ابعاد فراشناخت که براساس الگوی S-REF با مشکلات روان‌شناختی مرتبط است، استفاده از راهبردهای خاص مهار فکر است. به نظر می‌رسد این راهبردهای خاص مانند نگرانی و تنبیه در برخی از

1. self-knowledge
2. threat-monitoring strategy
3. Thought Control Questionnaire (TCQ)

4. reappraisal
5. punishment
6. social control

7. worry
8. distraction
9. American Psychiatric Association

گذشته نیز به مرکز روان پزشکی و روان شناسی مراجعه کرده و یا به دلیل مشکل روان شناختی در بیمارستان بستری نشده بودند، از مناطق مرکزی شهر تهران انتخاب شدند.

بدین ترتیب، نمونه پژوهش از ۲۵ نفر از مبتلایان به اختلال وسواسی-اختیاری، ۲۵ نفر از مبتلایان به اختلال اضطراب-افسردگی مختلط و ۲۵ نفر غیربیمار تشکیل شد. در این پژوهش ابزارهای زیر مورد استفاده قرار گرفتند:

پرسشنامه مهار فکر (TCQ): ولز و دیویس، (۱۹۹۴) یک مقیاس خودگزارش دهی ۳۰ گویه‌ای است که برای تعیین فراوانی به کارگیری پنج راهبرد انحراف توجه، تنبیه، ارزیابی مجدد، نگرانی و مهار اجتماعی تهیه شده است. هر زیرمقیاس دارای شش گویه است که به صورت ۴ امتیازی نمره گذاری می‌شود. ولز و متیوز (۱۹۹۴) ضریب همسانی درونی^۱ زیرمقیاسهای TCQ را برای انحراف توجه، مهار اجتماعی، نگرانی، تنبیه و ارزیابی مجدد به ترتیب برابر با ۰/۷۲، ۰/۷۹، ۰/۷۱، ۰/۶۴ و ۰/۶۷ گزارش کردند.

در پژوهش حاضر، در یک مطالعه مقدماتی، پرسشنامه TCQ قبل از به کارگیری در مورد آزمودنیهای بالینی و غیربالینی، در ۴۰ دانشجوی دوره کارشناسی (۲۷ زن و ۱۳ مرد با میانگین سنی ۲۱ سال)، اجرا و ضریب همسانی درونی زیرمقیاسها برای انحراف توجه، مهار اجتماعی، نگرانی، تنبیه و ارزیابی مجدد به ترتیب برابر با ۰/۸۰،

۰/۶۸، ۰/۸۱، ۰/۵۳ و ۰/۷۱ به دست آمد. ضریب همسانی درونی نمره کل نیز برای این پرسشنامه برابر با ۰/۸۶ بود.

پرسشنامه افسردگی بک^۲ (بک، راش، شاو و امری، ۱۹۷۹) یک مقیاس متداول خودگزارش دهی افسردگی است. نتایج یک پژوهش فراتحلیل نشان دادند که ضریب همسانی درونی آن بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲، با میانگین ۰/۸۶ بوده است (گراث-مارنات^۳، ۱۹۹۷/۱۳۸۴). این ضریب در دانشجویان ایرانی برابر با ۰/۸۷ و ضریب اعتبار بازآزمایی^۴ آن برابر با ۰/۷۳ به دست آمد (ابوالقاسمی و نیرمانی، ۱۳۸۵).

مقیاس اضطراب بک^۵ (بک، اپشتاین، براون و استیر، ۱۹۸۸) برای سنجش میزان اضطراب طراحی شده است. این مقیاس شامل ۲۱ گویه است که هر کدام بازتاب یکی از نشانه‌های اضطراب هستند. در نمونه ایرانی ضریب روایی همگرایی این مقیاس ۰/۷۴ گزارش شده است (ماردپور، ۱۳۸۳).

یافته‌ها

برای مقایسه گروههای مورد مطالعه از تحلیل واریانس و آزمون پس تجربی توکی استفاده شد.

شاخصهای توصیفی مربوط به متغیرهای راهبردهای مهار فکر و اضطراب آزمودنیهای پژوهش حاضر، در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱.
میانگین و انحراف استاندارد راهبردهای مهار فکر و اضطراب به تفکیک گروههای پژوهش

متغیر	وسواسی (۱)		مضطرب-افسرده (۲)		غیربیمار (۳)	
	SD	M	SD	M	SD	M
انحراف توجه	۱/۷۸	۸/۵۶	۳/۰۹	۱۰/۲۰	۲/۹۵	۱۶/۱۶
تنبیه	۳/۱۴	۱۶/۹۲	۳/۵۳	۱۴/۴۴	۱/۸۰	۸/۶۰
ارزیابی مجدد	۳/۰۵	۱۲/۵۶	۳/۰۳	۱۳/۸۴	۲/۶۱	۱۴
نگرانی	۳/۲۲	۱۴/۱۶	۳/۳۸	۱۷/۲۴	۱/۶۲	۷/۶۸
مهار اجتماعی	۲/۸۴	۱۱/۲۰	۳/۳۰	۱۱/۴۰	۲/۲۵	۱۳/۲۰
اضطراب	۵/۶۹	۱۸/۲۸	۹/۳۱	۳۰/۴۴	۳/۶۶	۴/۷۶

1. internal consistency

2. Beck Depression Inventory

3. Groth- Marnat, G.

4. test-retest

5. Beck Anxiety Inventory

منفی معنادار و بین تنبیه، نگرانی و اضطراب همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. همبستگی بین انحراف توجه، ارزیابی مجدد و مهار اجتماعی نیز مثبت معنادار است.

در جدول ۲ ضرایب همبستگی بین راهبردهای مهار فکر در گروه‌های سه‌گانه پژوهش آمده است. یافته‌های این جدول نشان می‌دهند، بین راهبردهای انحراف توجه و مهار اجتماعی با تنبیه، نگرانی و اضطراب همبستگی

جدول ۲. ضرایب همبستگیهای متقابل متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
۱. انحراف توجه	—				
۲. تنبیه	-.۰/۴۷**	—			
۳. ارزیابی مجدد	.۰/۲۸*	.۰/۰۲	—		
۴. نگرانی	-.۰/۵۹**	.۰/۶۴**	-.۰/۰۴	—	
۵. مهار اجتماعی	.۰/۳۳**	-.۰/۲۲	.۰/۳۳**	-.۰/۳۰**	—
۶. اضطراب	-.۰/۵۵**	.۰/۵۶**	-.۰/۰۸	.۰/۷۴**	-.۰/۲۴*

* $P < .05$. ** $P < .001$.

جدول ۳. خلاصه تحلیل واریانس چند متغیری برای گروه‌های آزمایشی

متغیر و منبع	df	ss	MS	F	آزمون توکی
انحراف توجه					
بین گروهی	۲	۷۹۹/۷۶۰	۳۹۹/۸۸۰	۵۴/۹۹۶**	۳ > ۱ و ۲
درون گروهی	۷۲	۵۲۳/۵۲۰	۷/۲۷۱		
تنبیه					
بین گروهی	۲	۹۱۲/۳۲۰	۴۵۶/۱۶۰	۵۳/۳۱۷**	۱ > ۲ و ۳
درون گروهی	۷۲	۶۱۶/۰۰۰	۸/۵۵۶		
ارزیابی مجدد					
بین گروهی	۲	۳۱/۱۴۷	۱۵/۵۷۳	۱/۸۴۰	۱ = ۲ = ۳
درون گروهی	۷۲	۶۰۹/۵۲۰	۸/۴۶۶		
نگرانی					
بین گروهی	۲	۱۱۹۰/۵۸۷	۵۹۵/۲۹۳	۷۲/۹۷۲**	۲ > ۱ و ۳
درون گروهی	۷۲	۵۸۷/۳۶۰	۸/۱۵۸		
مهار اجتماعی					
بین گروهی	۲	۶۰/۶۶۷	۳۰/۳۳۳	۳/۷۷۹*	۳ > ۱
درون گروهی	۷۲	۵۸۷/۰۰۰	۸/۰۲۸		

توجه: F چند متغیری لاندای ویلکز = ۲۸/۹۶۳، $P < .001$. ۱ = گروه وسواسی، ۲ = مضطرب - افسرده، ۳ = غیربیمار.

* $P < .05$. ** $P < .001$.

از راهبردهای مهار فکر، انحراف توجه ($F=۵۴/۹۹$)، نگرانی ($P < .001$)، تنبیه ($F=۵۳/۳۲$)، نگرانی ($P < .001$)، و مهار اجتماعی ($F=۳/۷۸$)، تفاوت معنادار وجود دارد. ($P < .05$)

نتایج آزمون پس تجربی توکی نشان دادند که استفاده

در جدول ۳ نتایج مربوط به تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه میانگینهای راهبردهای مهار فکر در سه گروه آمده است.

با توجه به اطلاعات مندرج در جدول ۳، می‌توان نتیجه گرفت که بین گروه‌های پژوهش از لحاظ استفاده

از راهبرد انحراف توجه در دو گروه وسواسی و مضطرب-افسرده تفاوت معنادار ندارد. با این وجود هر دو گروه وسواسی و مضطرب-افسرده به صورت معناداری کمتر از گروه غیربیمار از این راهبرد استفاده می‌کردند.

در مورد استفاده از راهبرد تنبیه هر سه گروه به صورت معناداری با هم تفاوت داشتند. به این صورت که وسواسیها ($M=16/92$) بیشتر از گروه مضطرب-افسرده ($M=14/44$) و گروه مضطرب-افسرده بیش از گروه غیربیمار ($M=8/60$)، راهبرد تنبیه را به کار می‌بردند.

در مورد راهبرد نگرانی، میانگینهای هر سه گروه به صورت معناداری با هم تفاوت داشتند. به این ترتیب که گروه مضطرب-افسرده بیشتر از وسواسیها و وسواسیها بیش از گروه غیربیمار از راهبرد نگرانی استفاده می‌کردند.

در مورد استفاده از راهبرد مهار اجتماعی بین دو گروه وسواسی و مضطرب-افسرده تفاوت معنادار مشاهده نشد. اما دو گروه وسواسی و غیربیمار به صورت معنادار با هم تفاوت داشتند، بدین ترتیب که این راهبرد در گروه غیر-بیمار بیش از گروه وسواسی به کار گرفته می‌شد. همچنین بین میانگینهای سه گروه در راهبرد ارزیابی مجدد تفاوت معنادار مشاهده نشد.

بحث

یافته‌های این پژوهش بیانگر این نکته بودند که اغلب افراد مبتلا به اختلال وسواس-بی‌اختیاری برای مهار فکر به راهبردهای تنبیه و نگرانی متوسل می‌شوند. مؤلفان مختلف (مانند ولز و دیویس، ۱۹۹۴؛ فیشر و ولز، ۲۰۰۵، ۲۰۰۸) نیز به وجود همبستگی بین نگرانی و تنبیه برای مهار افکار ناخواسته با آمادگی جهت ابتلا به مشکلات هیجانی، اشاره دارند. ولز (۲۰۰۹) نشان داد که مهمترین عوامل متمایزکننده افراد مبتلا به وسواس و افراد غیر-بیمار استفاده از راهبرد تنبیه و راهبرد نگرانی است. این نکته در مقایسه نمونه‌های بالینی و غیربالینی در ایران نیز آشکار شده است (برهمنده، ۲۰۰۹). از سوی دیگر، افراد مبتلا به اختلال وسواس-بی‌اختیاری، از راهبرد انحراف

توجه کمتر استفاده می‌کنند که این امر با یافته‌های پژوهش امیر، کش‌من و فوآ (۱۹۹۷) و برهمنده (۲۰۰۹) همسو است و نشان می‌دهد (ولز، ۱۹۹۹، ۲۰۰۹) که اگر افراد وسواسی می‌توانستند به نوعی بر افکار خود متمرکز نشوند و به محض بروز افکار ناخواسته، توجه خود را به سوی امر دیگری معطوف کنند، امکان فاصله‌گیری از نشانه‌های وسواس-بی‌اختیاری وجود داشت. چون این فرایند به کاهش فراوانی افکار ناخواسته و تغییر راهبردهای سازش‌نیافته (تنبیه و نگرانی) به راهبرد سازش‌یافته (انحراف توجه) منجر می‌شود و در نتیجه نشانه‌های اختلال کاهش می‌یابند.

نکته دیگری که نباید از نظر دور داشت این است که براساس یافته‌های پژوهش حاضر افراد مبتلا به اختلال وسواس-بی‌اختیاری، در مقایسه با افراد غیربیمار از راهبرد مهار اجتماعی، کمتر استفاده می‌کنند که این امر با یافته‌های پژوهش امیر و دیگران (۱۹۹۷) و برهمنده (۲۰۰۹) ناهمخوان است. در این پژوهشها بین افراد عادی و مبتلایان به اختلالهای اضطرابی در استفاده از این راهبرد تفاوت معنادار گزارش نشده است. در ارتباط با این ناهمخوانی می‌توان این پرسش را مطرح کرد که آیا شدت اختلال و یا نوع وسواس عملی (نجسی و پاکی، شستشو، نظم و ترتیب) یا وسواس فکری، در یافته‌ها مؤثر بوده است؟ به نظر می‌رسد با افزایش شدت اختلال و برحسب نوع وسواس استفاده از راهبرد مهار اجتماعی کاهش می‌یابد. واریسی گویه‌های زیرمقیاس مهار اجتماعی این مطلب را روشن می‌سازد. افراد مبتلا به اختلال وسواس-بی‌اختیاری به گویه‌هایی مانند «از دوستانم می‌پرسم که آیا چنین فکری دارند» یا «با یکی از دوستانم درباره افکارم صحبت می‌کنم»، پاسخ منفی می‌دهند چرا که آنها افکار خود را با دیگران در میان نمی‌گذارند و به فکر می‌کنند که تنها خودشان این افکار را دارند و به همین دلیل در منطق شناخت درمانگری برای اختلال وسواس-بی‌اختیاری، بحثی به نام بهنجارسازی^۱ وجود دارد؛ یعنی اینکه حضور چنین افکاری در ذهن افراد از سوی

اختلال وسواس-بی‌اختیاری، قابل توجه است. پژوهش حاضر نیز نشان داد که افراد عادی در ارزیابی مجدد با افراد وسواسی تفاوتی نداشتند. این یافته با نتایج پژوهش ولز و دیویس (۱۹۹۴) و امیر و دیگران (۱۹۹۷) ناهمخوان است. در تبیین این ناهمخوانی می‌توان به این نکته اشاره کرد که شناخت، یک مؤلفه فرهنگی است (لوریا^۲، ۱۹۸۲/۱۳۷۶) و ممکن است فرایندهای فراشناختی نیز تحت تأثیر فرهنگ باشند زیرا ارزیابی مجدد نوعی راهبرد مثبت مهار فکر است (ولز، ۲۰۰۰ الف). از سوی دیگر می‌توان بدین نکته نیز اشاره کرد که شاید جنبه‌های بومی-فرهنگی، بیش از آنکه در نوع راهبردهای مهار فکر افراد بیمار مورد توجه قرار گیرند، باید در شیوه ارزیابی این راهبردها در نظر گرفته شوند.

در خصوص افراد مبتلا به اختلال اضطراب-افسردگی مختلط، یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که آنها بیش از افراد غیربیمار از راهبردهای نگرانی و تنبیه استفاده می‌کنند. این یافته با پیشینه‌های پژوهش همخوان است. دوگاس و لادوسور (۱۹۹۸) و ولز (۲۰۰۰ الف) نیز بر این باورند که ویژگی اصلی افراد مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته (GAD) نگرانی است که این نکته در آخرین ویرایش راهنمای تشخیصی-آماري اختلال‌های روانی (APA، ۲۰۰۰) نیز ذکر شده است. افزون بر آن، افراد مبتلا به اختلال اضطراب-افسردگی مختلط، از تنبیه نیز برای مهار افکار ناخوانده خود استفاده می‌کنند، اما برخلاف افراد مبتلا به اختلال وسواس-بی‌اختیاری، این راهبرد در مرتبه بعد از نگرانی قرار می‌گیرد.

از دیگر نتایج پژوهش حاضر این بود که افراد مبتلا به اختلال اضطراب-افسردگی مختلط، از راهبردهای انحراف توجه و مهار اجتماعی در مقایسه با افراد غیر-بیمار کمتر استفاده می‌کنند. این یافته با الگوی فرا-شناختی هماهنگ است، زیرا ولز (۲۰۰۰ الف، ب، ۲۰۰۰) بر این باور است که مهار اجتماعی و انحراف توجه با آسیب‌شناسی روانی رابطه منفی دارد. افزون بر این به نظر می‌رسد ارزیابی مجدد، یک راهبرد مثبت و مفید

درمانگر به عنوان یک پدیده عادی تلقی می‌شود که تفاوت فرد وسواسی در اهمیت‌دادن به این افکار و خصوصی پنداشتن آنهاست (فربستون و لادوسور، ۱۹۹۸). استفاده از راهبرد ارزیابی مجدد نیز، در دو گروه غیر-بالینی و افراد مبتلا به اختلال وسواس-بی‌اختیاری، تفاوت نداشت. این یافته با پژوهش برهمند (۲۰۰۹) همخوان و با پژوهش امیر و دیگران (۱۹۹۷) ناهمخوان است. در این مورد می‌توان این احتمال را مطرح کرد که ارزیابی مجدد نیازمند میان‌واگرایی^۱ و فاصله‌گیری از افکار ناخواسته است (کولوبین، ۲۰۰۲). در صورتی که افراد وسواسی چنین قدرتی ندارند، زیرا ارزیابی مجدد مستلزم فعال-شدن سبک پردازش فراشناختی است (ولز، ۲۰۰۰ الف). افزون بر این، به نظر می‌رسد که ارزیابی مجدد در مقوله پردازش مهار شده می‌گنجد که نیازمند توجه زیاد، تلاش بسیار و منابع شناختی قدرتمند است (اوهمن، ۱۹۹۹) در حالی که در اختلال وسواس-بی‌اختیاری پردازش خودکار فعال می‌شود و شاید به همین دلیل باشد که برخی از مؤلفان (ولز، ۲۰۰۹) هدف شناخت درمانگری را جانشین-کردن پردازش مهار شده به جای پردازش خودکار دانسته‌اند. ممکن است عدم تفاوت بین افراد مبتلا به اختلال وسواس-بی‌اختیاری، با افراد غیربیمار در راهبرد ارزیابی مجدد پیامد باورهای فراشناختی آنها باشد؛ باورهایی که در پژوهش حاضر مورد سنجش قرار نگرفته‌اند. از سوی دیگر می‌توان از خود پرسید که آیا نوع خاص وسواس-بی‌اختیاری آزمودنی‌های این پژوهش، در این مسئله دخیل نبوده است؟ چه، بیشتر آزمودنی‌های پژوهش حاضر مبتلایان به وسواس شستشو بوده‌اند و این نکته شاید بر انتخاب و فعال‌سازی نوع راهبردهای مهار فکر مؤثر بوده است. در صورت پذیرش چنین نکته‌ای، بحث از راهبردها حتی در سطح یک اختلال خاص نیز می‌باید اختصاصی‌تر پی‌گرفته شود، بدون آنکه برخی از گمانه‌های مربوط به تمایزهای بومی-فرهنگی نیز نادیده گرفته شوند. این نکته در ناهم‌سویی یافته‌های مربوط به راهبرد ارزیابی مجدد در دو گروه افراد غیربیمار و افراد مبتلا به

برای مهار فکر است و به احتمال زیاد افراد مبتلا به مشکلات هیجانی در برخورد با مسائل کمتر این شیوه را به کار می‌گیرند (کلارک^۱ و فربرون^۲، ۱۳۸۰/۱۹۹۸).

مقایسه راهبردهای مهار فکر در افراد مبتلا به اختلال اضطراب-افسردگی مختلط و افراد مبتلا به اختلال وسواس-بی‌اختیاری نشان داد که افراد وسواسی در مقایسه با افراد مضطرب-افسرده، از راهبرد انحراف توجه یا انحراف توجه کمتر استفاده می‌کنند. در تبیین این یافته، می‌توان گفت که با توجه به الگوی فراشناختی OCD (ولز، ۱۹۹۷) یکی از ویژگیهای اساسی اختلال اخیر، تمایل متمرکز شدن بر افکار است. چنین گرایشی که خودآگاهی شناختی^۳ نام دارد باعث افزایش توجه به افکار ناخواسته می‌شود. شاید به همین دلیل افراد وسواسی هنگام تجربه افکار ناخواسته با تمرکز بر این افکار سعی در مهار و کاهش خطر آنها دارند و از همین رو کمتر از راهبرد انحراف توجه استفاده می‌کنند.

نتایج پژوهش حاضر نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال وسواس-بی‌اختیاری در مقایسه با افراد مبتلا به اختلال اضطراب-افسردگی مختلط، از تنبیه بیشتر استفاده می‌کنند. این یافته‌ها با نتایج مطالعه امیر و دیگران (۱۹۹۷) و برهمند (۲۰۰۹) همخوان است و ممکن است استفاده بیشتر از تنبیه در افراد وسواسی به دلیل ناخوشایند بودن افکار ناخواسته (فریستون و لادوسور، ۱۹۹۸؛ ویتال، راجمن و مک‌لین، ۲۰۰۲) و مسئولیت‌پذیری مفرط آنها (سالکوفسکیس، فورستر، ریچارد و موريسن، ۱۹۹۸) و خطای شناختی تداخل فکر-عمل (املکمپ و آردما، ۱۹۹۹) باشد.

این پژوهش همسو با دیگر پژوهشها، این نتیجه را مورد تأیید قرار می‌دهد که مبتلایان به اختلالهای اضطرابی از جمله وسواس-بی‌اختیاری و اضطراب-افسردگی مختلط برای مقابله با افکار ناخوانده و اضطراب‌زا از راهبردهای تنبیه و نگرانی استفاده می‌کنند که همین امر موجب دوام و شدت اختلال می‌شود.

پژوهش حاضر با محدودیتهایی مانند عدم توجه به

شدت و نوع اختلال وسواس، در نظرنگرفتن سایر اختلالهای اضطرابی، به کارنگرفتن پرسشنامه باورهای فراشناختی به صورت همزمان و نمونه‌گیری از دو درمانگاه روان‌پزشکی با حجم اندک نمونه، مواجهه بوده است. پیشنهاد می‌شود پژوهشهای مشابهی در حجمی گسترده‌تر، با در نظرگرفتن شدت و نوع اختلال، در زمینه سایر اختلالهای اضطرابی و با به کارگیری همزمان پرسشنامه باورهای فراشناختی در فرهنگهای متفاوت ایران، صورت پذیرد.

آنچه در این پژوهش به دست آمد، در عین همسویی با دیگر یافته‌ها در خارج از ایران، بیانگر تمایزهایی نیز بود. واقعی بودن یا نبودن این تمایزها و درست یا نادرست بودن حدسها و فرضهای مربوط به این تمایزها و تشابه‌ها، امری عینی نیست بلکه نوعی گمانه‌زنی است، بدین خاطر هر نوع فرض یا حدسی خود نیازمند بازکاوی مسئله و از سرگیری آن در جلوه‌ای دیگر است. چه به زمینه‌های فرهنگی نزدیک شویم، چه ابزار ارزیابی را نقادانه بنگریم و چه محدودبودن شرایط آزمایش کنونی را بهانه کنیم، راهی جز پذیرش این نکته نیست که تنها بازآزماییهای مکرر می‌توانند زداینده ابهامها و تردیدها باشند، وگرنه ما از عینیتها فاصله می‌گیریم پس آنچه به دست آمده، همخوانی یا ناهمخوانی یافته‌ها، تنها دریچه‌ای است و نه بیشتر.

منابع

- ابوالقاسمی، ع. و فریمانی، م. (۱۳۸۵). *آزمونهای روان‌شناختی*. اردبیل: انتشارات باغ رضوان.
- رحمانی، ف.، صالحی، م. و رضاعی، ف. (۱۳۸۸). *درمان اضطراب* تعمیم‌یافته با استفاده از روی آوردهای درمانگری دارویی و روان-پویشی. *فصلنامه روان‌شناسان ایرانی*، ۲۰، ۲۸۸-۲۷۷.
- کلارک، د. و فربرون، ک. (۱۳۸۰). *دانش و روشهای کاربردی رفتاردرمانی شناختی* (جلد دوم). ترجمه: ح. کاویانی. تهران: انتشارات سنا (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۹۸).
- گراث-مارنات، گ. (۱۳۸۴). *راهنمای سنجش روانی* (جلد اول).

- Fisher, P. L., & Wells, A. (2005).** Experimental modification of beliefs in obsessive compulsive disorder: A test of the metacognitive model. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 821-829.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2008).** Metacognitive therapy for obsessive compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 117-132.
- Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1998).** The cognitive-behavioral treatment of obsessions. In V. E. Caballo (Ed.), *International handbook of cognitive and behavioral treatments for psychological disorders* (pp. 129-160). Oxford: Pergamon Press.
- Gros, D. F., Simms, L. J., & Antony, M. M. (2010).** Psychometric properties of the State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA) in friendship dyads. *Behavior Therapy*, 41 (3), 277-284.
- Kuhlwein, K. T. (2002).** The cognitive treatment of depression. In G. Simos (Ed.), *Cognitive behavior therapy: A guide for the practicing clinician* (pp. 3-41). Hove: Brunner- Routledge.
- Nelson, T. O., & Narens, L. (1997).** Metamemory: A theoretical framework and some findings. In G. H. Bower (Ed.), *The psychology of learning and motivation* (pp. 125-173). New York: Academic Press.
- Ohman, A. (1999).** Distinguishing unconscious from conscious emotional processes: Methodological considerations and theoretical implications. In T. Dalgleish & M. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 321-352). Chichester: Wiley & Sons.
- Salkovskis, P. M., Forrester, E., Richards, H. C., & Morrison, N. (1998).** The devil is in the detail: Conceptualizing and treating obsessional prob-
- ترجمه: ح. پاشا شریفی و م. ح. نیکخو. تهران: انتشارات رشد (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۹۷).
- لوریا، ل. (۱۳۷۶).** *زبان و شناخت*. ترجمه: ح. قاسم‌زاده. تهران: فرهنگان (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۸۲).
- ماردپور، ع. ر. (۱۳۸۳).** *وارسی و ویژگیهای روان‌سنجی پرسشنامه چهار سامانه‌ای اضطراب (FSAQ) در مورد دانشجویان دانشگاه گیلان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی دانشگاه گیلان.
- American Psychiatric Association (2000).** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed. Text Revised). Washington, DC: APA.
- Amir, N., Cashman, L., & Foa, E. B. (1997).** Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 35, 775-777.
- Barahmand, U. (2009).** Meta-cognitive profiles in anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 169, 240-243.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988).** An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 893-897.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979).** *Cognitive psychotherapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bourne, L. F., Dominowski, R. L., Loftus, E. F., & Healy, A. F. (1986).** *Cognitive processes* (2nd ed.) New Jersey: Prentice-Hall International.
- Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1998).** Analysis and treatment of generalized anxiety disorder. In V. E. Caballo, *International handbook of cognitive and behavioral treatments for psychological disorders*. New York: Pergamon Press.
- Emmelkamp, P. M. G., & Ardema, A. (1999).** Metacognition, specific obsessive compulsive beliefs and obsessive-compulsive behavior. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 139-145.

- niton. Chichester: Wiley & Sons.
- Wells, A. (2000b).** Cognitive therapy for GAD. In F. W. Born & W. Dryden. (Eds.), *Handbook of brief cognitive behavior therapy*. New York: Wiley & Sons.
- Wells, A. (2009).** *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. London: The Guilford Press.
- Wells, A., & Davies, M. I. (1994).** The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behavior Research and Therapy*, 32 (8), 871-878.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994).** *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove: Erlbaum.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996).** Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 867-870.
- Whittal, M. L., Rachman, S., & McLean, P. D. (2002).** Psychosocial treatment for OCD: Combining cognitive and behavioral treatments. In G. Simos (Ed.), *Cognitive behavior therapy: A guide for the practicing clinician* (pp. 125-149). Hove: Brunner-Routledge.
- lems. In N. Tarrier, A. Wells & G. Haddock (Eds.), *Treating complex cases: The cognitive behavioral approach* (pp. 46-80). Chichester: Wiley & Sons.
- Seegerstrom, S. C., Tsao, J. C. I., Alden, L. E., & Craske, M. G. (2000).** Worry and rumination: Repetitive thought as a concomitant and predictor of negative mood. *Cognitive Therapy and Research*, 24 (6), 671-688.
- Tarrier, N., Wells, A., & Haddock, G. (1998).** *Treating complex cases*. Chichester: Wiley & Sons.
- VanMinnen, A., & Hageraars, M. A. (2010).** Avoidance behavior of patients with Post-Traumatic Stress Disorder: Initial development of a questionnaire, psychometric properties and treatment sensitivity. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41 (3), 191-198.
- Wells, A. (1997).** *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley & Sons.
- Wells, A. (1999).** A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 86-96.
- Wells, A. (2000a).** *Emotional disorder and metacog-*