

رابطه‌ی مولفه‌های فراتگرانی، نشخوار فکری و انعطاف پذیری ذهنی با علائم اختلال‌های طیف وسواس

زهرا علیخانی^۱ و مجتبی امیری مجد^۲

مسأله‌ی نگرانی، باورهای منفی، نشخوار ذهنی و انعطاف پذیری حث مهمی در پدیده‌ی وسواس به شمار می‌رود. در نگرانی معمولاً به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای در پاسخ به افکار مزاحم فعال می‌شود. زمانی که باورهای منفی فعال می‌شوند، فرد نگران اندیشی را به صورت عمل منفی ارزیابی می‌کند، یعنی درباره نگرانی، نگران می‌شود. نشخوار ذهنی مشابه نگرانی است، با این تفاوت که نشخوار ذهنی بر احساسات بد تجارب گذشته تمرکز دارد. هدف این پژوهش، بررسی رابطه‌ی مولفه‌های فراتگرانی، نشخوار فکری و انعطاف پذیری ذهنی با اختلالات طیف وسواس بود. برای این منظور طی یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی، از بین کارمندان ستادی دانشگاه علوم پزشکی قزوین؛ ۷۶ نفر بصورت نمونه‌ی در دسترس انتخاب و از نظر نشخوار ذهنی - تامل، مهارت‌های ذهن آگاهی، وسواس، رفتار ذخیره‌ای، موکتی، دستکاری و کندن پوست و وسواس فکری عملی مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج تحلیل همبستگی چند گانه (کانونی) و رگرسیون چند گانه نشان داد که بین مولفه فراتگرانی، نشخوار فکری و انعطاف پذیری ذهنی با وسواس جبری، و مولفه‌ی فراتگرانی با وسواس احتکار و بدشکلی بدن رابطه معناداری وجود دارد. پیشنهاد می‌شود درمانگران و متخصصان با برنامه‌های آموزشی که مضمّن تغییر باورهای فراشناختی ناکارآمد است، از بروز رفتارهای وسواسی در سایر اختلالات طیف وسواس که آسیب‌های روانی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی جدی به دنبال دارد، پیشگیری کنند. واژه‌های کلیدی: فراتگرانی، نشخوار فکری، انعطاف پذیری ذهنی، اختلالات طیف وسواس.

مقدمه

اختلال وسواس یک از موضوعات مورد علاقه در آسیب شناسی روانی است. در مدل‌های شناختی - رفتاری از OCD تاکید زیادی بر نقش و اهمیت باورها، ارزیابی‌ها و دیگر ویژگی‌های شناختی فرد در شکل‌گیری و تداوم این اختلال می‌شود. اما رویکردهای جدیدتر علاوه بر موارد ذکر شده در رویکردهای سنتی شش حوزه از باورهای مرتبط با OCD، احساس مسوولیت شدید و افراطی، اهمیت دادن افراطی به افکار، نگرانی شدید در زمینه میزان اهمیت کنترل کردن افکار، برآورد افراطی از مورد تهدید واقع شدن، ناتوانی در تحمل عدم قطعیت، کمال‌گرایی را مشخص کرده اند (فروست، استکتی، ۲۰۰۲) که از لحاظ تبیین کمک‌کننده تر هستند. رویکرد فراشناخت از رویکردهای مهم در زمینه OCD است

۱. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، واحد قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران (نویسنده‌ی مسوول) e81.alikhani@yahoo.com

۲. دپارتمان روان‌شناسی، واحد اهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اهر، ایران

که به عنوان یک مفهوم چندوجهی به کار می‌رود. مدل‌های فراشناختی OCD بر نقش فراشناخت تاکید دارند و معتقدند باورهای فرد درباره وسواس فکری خودش موجب تداوم این اختلال می‌شود. امروزه محققان شروع به جمع آوری داده‌هایی کرده‌اند که اهمیت عوامل فراشناختی برای ادراک را تاکید می‌کنند (جی ویلیام، ولز، کارترایت-هاتون، ۲۰۰۴). یکی از بنیادی‌ترین مباحث در مفهوم سازی مدل‌های شناختی و فراشناختی وسواس، کنترل ناپذیر دانستن نگرانی و فراگیر شدن آن و ایجاد اختلال در عملکرد روزانه فرد و حضور فرانگرانی (یا نگرانی در مورد نگرانی) است (کوپر و عثمان، ۲۰۰۷). از نظر کوپراسکی و کاوچی (۱۹۹۷) نگرانی به عنوان یکی از اجزای مهم اضطراب که به صورت پیش‌بینی و انتظار وقایع ناخوشایند در آینده تعریف می‌شود (ریعی، راه نجات، نیک فرجام، نجف پور، ۲۰۱۵). هم در افراد سالم و هم در افراد مبتلا به اختلال دیده می‌شود. به عبارت دیگر نگرانی در بین افراد بیشتر از لحاظ کمی و شدت متفاوت است.

بر طبق مدل فراشناختی، افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از نگرانی به عنوان وسیله‌ای برای پیش‌بینی مشکلات احتمالی آینده و روش‌های مقابله‌ای با آن استفاده می‌کنند. در تبدیل نگرانی به اختلالات اضطرابی فعال شدن باورهای شناختی منفی بیشترین نقش را دارد (منظمی، باقریان-سرارودی، احمدی تهور سلطانی، ریعی، ۲۰۱۳). هنگامی که باورهای منفی شخص درباره نگرانی فعال می‌شوند، نشانه‌های اختلال اضطرابی ایجاد می‌شوند. دونوع از باورهای منفی که اهمیت بسزایی دارند عبارتند از: باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری نگرانی و باورهای منفی درباره عواقب مضر یا خطرناک بودن نگرانی، باورهای دسته دوم شامل این باورها است که نگرانی باعث بروز آسیب جسمی (مانند حمله قلبی)، روان شناختی (مانند فروپاشی روانی) و یا فاجعه اجتماعی (مانند طرد شدن توسط دیگران می‌شود) می‌شود. زمانی که باورهای منفی فعال می‌شوند، فرد نگران اندیشی را به صورت عمل منفی ارزیابی می‌کند، یعنی درباره نگرانی، نگران می‌شود و همین امر موجب افزایش اضطراب و احساس ناتوانی برای مقابله می‌شود. نگرانی از نگرانی مثالی از ارزیابی فراشناختی است. این ارزیابی فراشناختی را به دلیل ارزیابی منفی درباره نگرانی و علائم مرتبط با آن (نگرانی) یا نگرانی (نوع دوم) می‌نامند. نگرانی نوع دوم (فرانگرانی) منجر به ایجاد دو عامل دیگر می‌شود که در تداوم نگرانی نقش بسزایی دارند. این عوامل به پاسخ‌های رفتاری و راهبردهای کنترل فکر تقسیم می‌شوند. نتایج پژوهش دیانی و همکاران (دیانی و همکاران، ۲۰۱۳) نشان داد سه بعد فراشناختی باورهای مثبت درباره نگرانی، کنترل ناپذیری و خطر، و خودآگاهی شناختی نقش جدی در پیش‌بینی رفتار ذخیره‌ای/احتکار دارند. استکتی و فراست (استکتی و فروست، ۲۰۰۷)، لوجیان و مک نالی (لاچیان و مک نالی، ۲۰۰۷)، این نکته که باورهای فراشناختی دارای ارتباط مثبت معنادار با رفتارهای احتکاری هستند، تایید نموده‌اند.

نشخوار ذهنی شکلی از شناخت‌های اضافی است و شامل اشتغال ذهنی دایمی با یک اندیشه یا موضوع و تفکر مداوم درباره آن است (سادوک، و سادوک، ۲۰۰۷). مارتین و تسر (۱۹۹۹) نشخوار ذهنی را به عنوان وقوع افکار مزاحم، آگاهانه و نفرت انگیز، تعریف کرده‌اند. این افکار ناخواسته بوده و در عملکرد طبیعی فرد مداخله ایجاد می‌کند. محتویات این افکار مزاحم هر چیز منفی می‌تواند باشد. مثل از دست داد یک دوست، عمل جراحی در آینده نزدیک، شکست در امتحان و مانند آنها

(بهرامی، قادرپور و عباس مرزبان، ۲۰۰۹). ولز و متیوس (۱۹۹۶) بیان می کنند که افراد آسیب پذیر هیجانی درباره نشخوار ذهنی باورهای دارند که در گرایش آنها به سمت انتخاب و درگیر شدن در نشخوار ذهنی مهم است. نشخوار ذهنی بر علایم و علل یک پریشانی و توجه به دلایل و نتایج آن، به جای تمرکز بر راههای حل آن تعریف شده است. نشخوار ذهنی مشابه نگرانی است، با این تفاوت که نشخوار ذهنی بر احساسات بد تجارب گذشته تمرکز دارد، در حالی که توجه نگرانی بر امکان بالقوه وقوع حوادث بد در آینده است. هم نشخوار ذهنی و هم نگرانی مرتبط با اضطراب و سایر وضعیت های منفی هیجانی هستند. نشخوار ذهنی به طور گسترده ای به عنوان یک عامل آسیب پذیری شناختی و به عنوان زمینه ای برای افسردگی مورد پژوهش قرار گرفته است. نشخوار ذهنی در اختلالات طیف وسواس افکاری هستند که بطور پایان ناپذیر مرور می شوند و به ناامیدی درباره آینده و ارزیابی های منفی درباره خود منجر می شود (کلارک، ۲۰۰۴).

مطالعات مختلف، افزایش نشخوار ذهنی را در بیماران مبتلا به وسواس نسبت به افراد عادی گزارش نموده اند (آرمسترانگ و همکاران، ۲۰۱۱؛ بهزادپور، سهرابی، برجلی، مطهری، ۲۰۱۲؛ خسروی، محرابی، عزیزی مقدم، ۲۰۰۸). نشخوار فکری در حیطه های گرایش به تبیین گری و مرتبط با انزوا در بیماران افسرده به طور معناداری بیش از افراد عادی است و میزان نشخوار فکری مرتبط با مرور احساسات ناشی از مشکل، نگرانی در مورد عدم حل مشکل و انتقاد از خود در بیماران افسرده و وسواس - جبری بیش از افراد عادی است (آرمسترانگ و همکاران (۲۰۱۱) نشان دادند که نشخوار ذهنی در افراد مبتلا به وسواس نسبت به افراد عادی بیشتر است. ولز (۲۰۰۹) نیز طی پژوهشی به این نتیجه رسید که نگرانی و نشخوار ذهنی نقشی اساسی در اختلال وسواس عملی دارد. با توجه به مطالب فوق پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه ی مولفه های فرانگرانی، نشخوار ذهنی و انعطاف پذیری ذهنی با اختلالات طیف وسواس انجام شد.

روش

این پژوهش یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش، شامل کارمندان ستادی دانشگاه علوم پزشکی قزوین بود. از این جامعه، ۷۶ نفر به صورت نمونه ی در دسترس انتخاب و پس از اخذ رضایت با مقیاس موکتی بیمارستان عمومی ماساچوست^۱، مقیاس دستکاری و کندن پوست^۲، مقیاس اصلاح شده وسواس فکری عملی یل - براون^۳، برای اختلال بدشکلی بدن^۴، مقیاس نشخوار ذهنی - تامل^۵، پرسشنامه مهارت های ذهن آگاهی کتاکی^۵ (KIMS)، پرسشنامه رفتار ذخیره ای فراست (SI-R) - سنجح احتکار وسواسی، پرسشنامه فرانگرانی ولز (MWQ)^۶ و پرسشنامه تجدیدنظر شده وسواس جبری (OCI-R)^۷ مورد ارزیابی قرار گرفتند.

1. The Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale
2. Skin Picking Scale (SPS)
3. Yale- Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for BDD (YBOCS-BDD)
4. Rumination-reflection scale
5. Kentaki Inventory mindfulness skills (KIMS)
6. Metaworry Wells Questionnaires (MWQ)
7. Obsessive-Compulsive Inventory-Revised

مقیاس موکتی بیمارستان عمومی ماساچوست یک مقیاس خودسنجی ۷ سوالی که توسط کیتن، سالوین، ریسرد، شیر، سیویج، بورگمن، جنیک و بیر (۱۹۹۵) ساخته شده است؛ و فراوانی، شدت و کنترل میل و اصرار موکتی را در یک ماه گذشته می سنجد. همسانی درونی (کیتن و همکاران، ۱۹۹۵) و پایایی از نوع بازآزمایی (سالوین و همکاران، ۱۹۹۵)، (هیگینس و همکاران، ۱۹۸۲) این مقیاس مورد تایید قرار گرفته است. ریعی، نیک فرجام، قاسمی و خرمدل (۲۰۱۴) نشان داده اند که این مقیاس در نمونه ایرانی از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است.

مقیاس دستکاری و کندن پوست که در سال ۲۰۰۱ توسط کیتن، ویلهلم، دکرسچ، انگلهد و همکاران تهیه شده یک مقیاس خودسنجی ۸ سوالی است که علایم پوست کنی (مانند، میل و اصرار به پوست کنی، زمان صرف شده برای پوست کنی، کنترل بر روی فشار های پوست کنی، تداخل رفتارهای پوست کنی در عملکرد اجتماعی و شغلی فرد، پریشانی مرتبط با پوست کنی، و رفتار اجتنابی ناشی از پوست کنی) را می سنجد (سنوراسون و همکاران، ۲۰۱۲). پاسخگویی به سوال ها به صورت ۴ گزینه ای لیکرت (فقدان علامت=صفر تا نهایت وجود علامت=۴) تنظیم شده است. پایایی و اعتبار این مقیاس مورد تایید قرار گرفته اند (سالکوسکی و همکاران، ۲۰۱۱). ریعی، کلاتری، اصغری و بهرامی (۲۰۱۴) ن روایی و پایایی این مقیاس را تایید کرده اند.

مقیاس اصلاح شده سواس فکری عملی یل - براون که برای اختلال بدشکلی بدن توسط فیلیس و همکاران (۱۹۹۷) طراحی شده ۱۲ سوال دارد و شدت علایم اختلال بدشکلی بدن را مورد سنجش قرار می دهد. پایایی و اعتبار این مقیاس در پژوهش های مختلف تایید شده است (فیلیس، ۲۰۰۲؛ فیلیس، منارد، فای، ویسبر، ۲۰۰۵). پژوهش ریعی و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد که مقیاس اصلاح شده سواس فکری عملی یل - براون برای اختلال بدشکلی بدن از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است.

مقیاس نشخوار ذهنی - تامل توسط تراپنل و کمپل (۱۹۹۹) در تلاش جهت ارائه تمایز میان مولفه های ناسازگارانه و سازگارانه نشخوار فکری ساخته شده با ۲۴ گویه، دو زیر مقیاس نشخوار ذهنی و تامل است. تراپنل و کمپل با استفاده از آلفای کرونباخ برای عامل تامل ۰/۸۹ و فکری ۰/۹۰ و همسانی درونی تامل و نشخوار ذهنی به ترتیب برابر با ۰/۹۱ و ۰/۹۰ گزارش کردند. در پژوهش قربانی، واتسون و هارگیس (قربانی، واتسون، هارگیس، ۲۰۰۸) همسانی درونی مقیاس در ایران ۰/۸۴ و در آمریکا ۰/۸۰ گزارش شده است.

پرسشنامه ی مهارت های ذهن آگاهی کتاکی (KIMS) توسط بیر، اسمیت، و آلن (۲۰۰۴) تدوین و با ۳۹ ماده، چهار مولفه ی مشاهده گری، توصیف بدون برچسب، عملکرد همراه با آگاهی (تمرکز گری) و پذیرش بدون قضاوت را اندازه می گیرد. بایر (۲۰۰۳) همسانی درونی بالایی، ت روایی بازآزمایی، این پرسشنامه را تایید کرده است. دهقان منشادی و همکاران (۲۰۱۳) آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۲ گزارش کرده اند و تحلیل عوامل، بیانگر وجود ۴ عامل تمرکز گری، توصیف گری، توجه به امور (پذیرشگری) و مشاهده گری در این سیاه بود.

پرسشنامه رفتار ذخیره ای فراست (SI-R) -سنجه احتکار و سواسی دارای ۲۳ سوال و سه بعد در هم ریختگی، مشکل در دور انداختن و گردآوری است که با هدف ارزیابی میزان احتکار و سواسی مورد استفاده قرار می گیرد. محمدزاده (۲۰۰۹) اعتبار و پایایی این آزمون را مورد تایید قرار داده است. پرسشنامه فرانگرانی ولز (MWQ) که توسط ولز (۲۰۰۵) معرفی شده، ۷ ماده دارد حمیدپور و همکاران (۲۰۰۸) همسانی درونی مقیاس را ۰/۸۸ گزارش کرده اند.

پرسشنامه تجدیدنظر شده سواس جبری (OCI-R) یک مقیاس ۱۸ سوالی که توسط فاو و همکاران (۲۰۰۲) به منظور اندازه گیری علائم و سواسی جبری (مانند، انبار کردن، شستن، نظم دادن، واری کردن، و سواسی فکریو علائم خشی سازی ذهنی) را اندازه می گیرد. فوآ، هوپرت، لیرگ و همکاران، ۲۰۰۲ و قاسم زاده و همکاران (۲۰۱۱) پایایی و اعتبار این پرسشنامه را تایید کرده اند.

برای تحلیل داده‌ها از آزمون ضریب همبستگی کانونی (چندگانه) و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن متغیرهای نشخوار ذهنی، موکنی، احتکار، پوست کنی، انعطاف پذیری، و سواس، فرانگرانی و بدشکلی بدن در کارمندان از آزمون کالموگروف - اسمیرنوف و لوین استفاده شد. و مشخصه Z آزمون کالموگراف - اسمیرنوف و آزمون لوین مربوط به نرمال بودن متغیرهای نشخوار ذهنی، موکنی، احتکار، پوست کنی، انعطاف پذیری، و سواس، فرانگرانی و بدشکلی بدن نشان داد که توزیع نمره‌ها نرمال است $p > 0/05$ ، و مفروضه نرمال بودن داده‌ها رعایت شده است. داده‌ها بعد از تایید مفروضه‌ها با بیست و دومین ویرایش نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ مولفه‌های توصیفی متغیرها ارائه شده است

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرهای نشخوار ذهنی، موکنی، احتکار، پوست کنی،

انعطاف پذیری، و سواس، فرانگرانی و بدشکلی بدن

متغیر	M	sd	متغیر	M	sd
نشخوار ذهنی	۶۶/۰۷	۱۳/۳۹	انعطاف پذیری	۱۰۹/۳۶	۲۴/۰۱
موکنی	۲/۱۴	۴/۳۷	وسواس	۲۱/۱۳	۱۱/۰۷
احتکار	۳۱/۹۱	۱۱/۵۵	فرانگرانی	۱۲/۳۰	۴/۲۹
پوست کنی	۴/۰۵	۵	بدشکلی بدن	۱۱/۹۵	۶/۹۹

ضرایب رگرسیون چندگانه برای پیش‌بینی اختلال و سواس اجباری براساس متغیرهای نشخوار فکری، فرانگرانی و انعطاف پذیری در جدول ۲ ارائه شده است.

**جدول ۲. ضرایب رگرسیون چندگانه برای پیش‌بینی اختلال وسواس اجباری
بر اساس متغیرهای نشخوار فکری، فرانگرانی و انعطاف پذیری**

مقدار B	ضرایب استاندارد نشده		t	sig	مدل	
	خطای استاندارد	مقدار بتا				
-۱۱/۳۰۵	۶/۷۰۶		-۱/۶۸۶	/۰۹۶	مقدار ثابت	اختلال وسواس اجباری
/۹۴۷	/۲۶۰	۳۶۷	۳/۶۴۶	/۰۰۱	فرانگرانی	
/۲۱۴	/۰۹۸	/۲۵۹	۲/۱۹۳	/۰۳۲	نشخوار ذهنی	
/۰۶۱	/۰۵۵	/۱۳۲	۱/۱۴	/۲۶۹	انعطاف پذیری	
-۷۰/۲	۳/۰۴۰		-۲/۳۳۱	/۸۱۸	مقدار ثابت	اختلال موسمی
/۱۷۲	/۱۱۸	/۱۶۹	۱/۴۵۸	/۱۴۹	فرانگرانی	
-۰/۳۰	/۰۴۴	-۰/۹۲	-۰/۶۷۷	/۵۰۱	نشخوار ذهنی	
/۰/۲۵	/۰/۲۵	/۱۳۶	۱/۰۰۲	۳۲۰	انعطاف پذیری	
-۷۰/۲	۱/۵۶۰	۳/۵۲۵		۴۴۲	مقدار ثابت	اختلال پوست کمی
/۱۷۲	/۱۳۴	/۱۳۷	/۱۱۵	/۹۸۵	فرانگرانی	
-۰/۳۰	-۰/۱۷	/۰/۵۱	-۰/۴۶۶	-۳۳۳۳	نشخوار ذهنی	
/۰/۲۵	/۰/۱۸	/۰/۲۹	/۰/۸۶	/۶۲۸	انعطاف پذیری	
۹/۸۲۳	۷/۵۳۷		۱/۳۰۳	/۱۹۷	مقدار ثابت	اختلال ایسکار
/۰/۴۹	/۱۱۰	/۰/۵۶	/۴۴۳	/۶۵۹	انعطاف پذیری	
/۰/۶۹	/۰/۶۱	/۱۴۴	۱/۱۳۲	/۲۶۱	نشخوار ذهنی	
/۹۱۷	/۲۹۲	۳۴۱	۳/۱۴۱	/۰۰۲	فرانگرانی	
-۲/۴۷۶	۴/۴۶۳		-۰/۵۵۵	/۵۸۱	مقدار ثابت	اختلال بشکون بدن
/۶۳۰	/۱۷۳	۳۸۷	۳/۶۴۶	/۰۰۱	فرانگرانی	
/۰/۹۵	/۰/۶۵	/۱۸۲	۱/۴۶۴	/۱۴۷	نشخوار ذهنی	
/۰۰۴	/۰/۳۶	/۰/۱۲	/۰/۹۷	/۹۳۳	انعطاف پذیری	

جدول ۲ نشان می‌دهد، یافته‌ها نشان می‌دهد که در مجموع مولفه‌های فرانگرانی، نشخوار ذهنی، و انعطاف پذیری ۲۵ درصد واریانس متغیر وسواس اجباری را تبیین می‌کنند. همچنین معلوم شد چنانچه یک واحد مولفه فرانگرانی افزایش یابد به مقدار ۳۷ درصد وسواس اجباری افزایش می‌یابد. همچنین مقادیر مربوط به بتای مولفه نشخوار ذهنی برابر با ۰/۲۶ است و نشان می‌دهد چنانچه یک واحد مولفه نشخوار ذهنی افزایش یابد به مقدار ۲۶ درصد وسواس اجباری افزایش می‌یابد. میزان تبیین کنندگی مولفه انعطاف پذیری تایید نشده است. این جدول نشان می‌دهد که در مجموع مولفه‌های فرانگرانی، نشخوار ذهنی،

و انعطاف پذیری واریانس متغیر اختلال موکنی و اختلال پوست کنی را تبیین نمی کنند. همانگونه که مشاهده می شود، مقادیر مربوط به بتای مولفه فرانگری برابر با ۳۴۱ است و یعنی چنانچه یک واحد مولفه فرانگری افزایش یابد به مقدار ۳۴ درصد اختلال احتکار افزایش می یابد. اما میزان تبیین کنندگی مولفه های نشخوار ذهنی و انعطاف پذیری تایید نشده است. همچنین، مقادیر مربوط به بتای مولفه فرانگری برابر با ۳۸۷ است و نشان می دهد چنانچه یک واحد مولفه فرانگری افزایش یابد به مقدار ۳۹ درصد بد شکلی افزایش می یابد. اما میزان تبیین کنندگی مولفه های نشخوار ذهنی و انعطاف پذیری تایید نشده است.

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه ی مولفه های فرانگرانی، نشخوار فکری و انعطاف پذیری ذهنی با اختلالات طیف وسواس انجام انجام شد. نتایج به دست آمده از تحلیل داده های پژوهش نشان داد که بین مولفه فرانگرانی، نشخوار فکری و انعطاف پذیری ذهنی با وسواس جبری، رابطه معناداری وجود دارد. همچنین بین مولفه فرانگرانی با وسواس احتکار و بدشکلی بدن نیز رابطه معناداری وجود دارد. اما بین مولفه های فرانگرانی، نشخوار فکری و انعطاف پذیری ذهنی با اختلال موکنی و پوست کنی رابطه معناداری وجود ندارد.

یافته های بدست آمده نشان داد متغیر فرانگرانی و نشخوار ذهنی هر دو بر اختلال وسواس اجباری تاثیر دارد، اما میزان تبیین کنندگی مولفه انعطاف پذیری تایید نشده است. به عبارت دیگر، بین مولفه های نشخوار ذهنی، فرانگرانی با اختلال وسواس اجباری رابطه معناداری وجود دارد. اما بین مولفه انعطاف پذیری ذهنی با اختلال وسواس اجباری رابطه معناداری وجود ندارد. نتایج پژوهش بهزادپور و همکاران (بهزادپور و همکاران، ۲۰۱۲)، آرمسترانگ و همکاران (همکاران، ۲۰۱۱)، ولز (۲۰۰۹)، عزیزی مقدم و همکاران (۲۰۰۸) یافته های بدست آمده از فرضیه فوق را مورد تایید قرار می دهند. در تبیین یافته های بدست آمده میتوان گفت فرایندهای فرانشاختی یکی از ویژگی های شناخت است که می تواند کاربرد ویژه ای در فهم مکانیسم های درگیر در وسواس اجباری داشته باشد. یکی از برجسته ترین سیمایه های وسواس، اشتغال ذهنی بیماران درباره محتوای جریان آگاهی و نیز اشتغال ذهنی آنان با تلاش برای تنظیم این جریان ذهنی است (پاردون و کلارک، ۲۰۰۴).

برطبق الگوی فرانشاخت، افکار و سواسی به خاطر باورهای فرانشاختی درباره معنی و یا پیامدهای خطرناک چنین افکاری، به صورت منفی تفسیر می شوند. بررسی های انجام شده نیز نقش باورهای فرانشاختی در پدیدایی و تداوم مشکلات وسواسی حمایت می کنند. سالکوسکیس (سالکوسکی، ۱۹۹۹) بر این باور است که ارزیابی منفی افکار مزاحم منجر به احساس مسوولیت افراطی برای خطر یا پرهیز از آن می شود و تلاش هایی که برای خنثی سازی افکار مزاحم انجام می شود در شکل گیری وسواس اجباری نقش دارند. همچنین ارزیابی مسوولیت نیز به همان اندازه در پیدایش افکار مزاحم مؤثرند. پوردن و

کلارک (۱۹۹۳) نیز باورهای فراشناختی مانند نیاز به کنترل افکار مزاحم را در شکل گیری و تداوم اختلال وسواس بسیار مهم دانسته‌اند.

یافته‌ها نشان داد بین مولفه فرانگرانی با اختلال احتکار رابطه وجود دارد، اما فقط بین مولفه فرانگرانی با اختلال احتکار رابطه معناداری وجود دارد. نتایج پژوهش دیانی و همکاران (دیانی و همکاران، ۲۰۱۳) یافته‌های بدست آمده از فرضیه فوق را مورد تایید قرار می‌دهند. تولین و همکاران (تولین، برادی، هانان، ۲۰۰۸)، ویتان و همکاران (۲۰۱۱)، ماروف و همکاران (۲۰۱۲)، این نکته که باورهای فراشناختی دارای ارتباط مثبت معنادار با رفتارهای احتکاری هستند، تایید نموده‌اند. براساس مفروضات مدل مفهومی احتکار که بوسیله استکی و فراست (۲۰۰۷) ارائه شده است، افراد احتکاری، برای نگرانی بار ارزشی مثبت قائل‌اند؛ بدین معنا که برای انجام امور خود گران بودن را لازم و مفید می‌دانند.

براساس این مدل، افراد مبتلا به احتکار، اموال و اشیاء خود را اتبار می‌کنند و دست به اندوخته سازی می‌زنند، زیرا بر این باورند که خطر همواره در کمین است و آنان توانایی مواجهه و مقابله با شرایط را ندارند و وضعیت پیش آمده خارج از کنترلشان است. از دیگر ویژگی مطرح شده در این مدل، عدم اطمینان به حافظه است. نتایج پژوهش ساکسنا و میدمنت (۲۰۰۴) که به بررسی حافظه و میزان اطمینان به حافظه افراد مبتلا به احتکار پرداخته‌اند، حاکی از اطمینان بخشی شناختی ضعیف افراد احتکاری است. آنان به حافظه و توجه خود اعتماد ندارند و بر این باورند که حافظه ضعیفی دارند. مدل مفهومی استکی و فراست (۲۰۰۷) بر آن است که افراد احتکاری، باور آسیب پذیری، ناتوانی در کنترل شرایط پیش آمده، ضعف حافظه و باور به لزوم کنترل‌های افراطی افکار را دارا هستند. ولز (۲۰۰۶) نیز باورهای فراشناختی را عامل جدایی ناپذیر اختلالات اضطرابی از جمله وسواس و احتکار می‌داند.

یافته‌ها حاکی از این بود که، بین مولفه فرانگرانی با اختلال بدشکلی بدن رابطه معناداری وجود دارد. اما بین مولفه‌های نشخوار ذهنی و انعطاف پذیری رابطه معناداری وجود ندارد. نتایج پژوهش ریعی و همکاران (۲۰۱۵)، کوپر و عثمان (۲۰۰۷) یافته‌های بدست آمده از فرضیه فوق را مورد تایید قرار می‌دهند. بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن معمولاً در ابتدای ابتلا به این بیماری دید و باور مثبتی نسبت به افکار مربوط به بدشکلی ظاهر خود دارند. بعنوان مثال بر این باورند که افکار یا نگرانی مربوط به ظاهر باعث می‌شود تا همیشه منظم و زیبا بمانند و به ظاهر خود برسند. به عبارتی فکر می‌کنند که افکار مربوط به بدشکلی بدن فوایدی برای آنها دارد. اما بعد از این که افکار و نگرانی این بیماران زیاد می‌شود و فرد توان کنترل آنها را ندارد نسبت به این افکار و نگرانی‌ها، باور منفی پیدا می‌کند. در تنظیم فراشناختی فرایند پردازش اطلاعات تسهیل و یا با مشکل مواجه می‌شود. به عبارت دیگر در تنظیم فراشناختی فرد برای کنترل سیستم شناختی پاسخ‌هایی به کار می‌برد؛ که ممکن است راهبردهای فکری را شدت یا سرکوب بخشد و یا فرایندهای نظارتی را افزایش دهد. برای مثال اگر بیک راهبرد اشتباه مثل درگیری بیش از اندازه با فکر داشته باشیم موجب دوام فکر اشتباه و حتی افزایش هیجان ناراحت کننده می‌شود (خرمدل و ریعی، ۲۰۱۳).

ربیی و همکاران (۲۰۱۴) برخی راهبردها همچون نشخوار فکری، فرانگرانی، خودتسبی و احساس گناه، سرکوبی، و حواس پرتی را در افراد مبتلا به اختلال بدشکلی شناسایی کردند که پردازش اطلاعات را با مشکل روبرو می سازد و همچنین موجب رفتارهای وسواسی و هیجان ناراحت کننده در این افراد می شوند. از دیدگاه فراشناختی عینیت و واقعیت دادن به افکار و نگرانی ها نیز از جمله مشکلات دیگر بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن است.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Edition) Text Revision*. Washington DC: Author.
- Armstrong, T., Zald, D.H., Olatunji, B.O. (2011). Attentional control in OCD and GAD: Specificity and associations with core cognitive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 49(11), 756-762.
- Baer, R.A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Bahrami, F., Qaderpour, R., Abbas, Marzban, A. (2009). The relationship between depression, rumination, and positive/negative metacognitive beliefs. *New Educational Approaches*, 4(2), 31-38. [Persian]
- Behzadpoor, S., Sohrabi, F., Borjali, A., Motahari, Z.S. (2012). Comparative Study of Attentional control and rumination in patients with Obsessive-Compulsive Disorder and normal people. *Quarterly Journal of Psychological Researches*, 5(17), 1-12. [Persian]
- Brown, T., Moras, K., Zinbarg, R., & Barlow, D.H. (1993). Differentiating generalized anxiety disorder and obsessive compulsive behavior. *Behavior Therapy*, 24, 227-240.
- Campbell-Sills, L., Cohan, S., & Stein, M. (2005). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour, Research and Therapy*, 44(4), 585-599.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral theory and treatment of obsessive compulsive disorder*. In R. L. Leahy (Ed.), *Contemporary cognitive therapy: Theory, research and practice*. New York: Guilford Press.
- Cooper, M., & Osman, S. (2007). Metacognition in body dysmorphic disorder-A preliminary exploration. *Journal of cognitive psychotherapy: an international Quarterly*, 21, 148-155.
- Dayyani, N., Nouri, A., Golparvar, M. (2013). The relationship between metacognitive beliefs with saving behavior/hoarding among graduate students. *Advances in Cognitive Science*, 15(3), 40-50.
- Dehghan manshadi, Z., Taghavi, S.M., Dehghanmanshadi, M. (2013). Psychometric Properties Kentaki Inventory mindfulness skills (KIMS). *Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 7(26), 27-37. [Persian]
- Fazeli, M., Ehteshamzadeh, P., Hashemi Sheikh Bahani, S.E. (2014). The effectiveness of cognitive behavior therapy on cognitive flexibility of depressed people. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 9(34), 27-36. [Persian]
- Foa, E.B., Huppert, J.D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., Salkovskis, P.M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychol Asses J*, 14(4), 485.
- Frost, R., & Steketee, G. (2002). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment*. Oxford, UK: Elsevier.
- Ghassemzadeh, H., Shams, G., Abedi, J., Karamghadiri, N., Ebrahimkhani, N., Rajabloo, M. (2011). Psychometric properties of a Persian-language version of the obsessive-compulsive inventory-revised: OCI-R-Persian. *Psychol J*, 2(03), 210. [Persian]
- Ghorbani, N., Watson, P.J., Hargis, M.B. (2008). Integrative self-knowledge: correlations and incremental validity of across-cultural measure developed in Iran and the United States. *J Psychol*, 142(4), 395-412. [Persian]
- Gwilliam, G., Wells, A., & Cartwright-hatton, S. (2004). Dose metacognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: A test of the metacognition model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 137-144.
- Hamidpour, H., Behrooz Dolatshai, B., Pour shahbaz, A., Dadkhah, A. (2008). The Efficacy of Schema Therapy in Treating Women's Generalized Anxiety Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 4(16), 420-431. [Persian]
- Higgins, A.C., Pencharz, P.B., Strawbyidge, J.E., Maughan, G.B., Moxley, J.E. (1982). Maternal hemoglobin changes and their relational to ship infant birth weight in mothers receiving a program of nutritional assessment and rehabilitation. *Nutrition Research*, 2, 641-9.
- Khomamdol, K., & Rabiee, M. (2013). *Obsessive-Compulsive Disorder and Related Disorders: New Approaches to Etiology and Treatment*. Tehran: Danje. [Persian]
- Khosravi, M., Mehrabi, H.A., Azizi moghadam, M. (2008). A comparative study of obsessive- rumination component on obsessive-compulsive and depressive patients. *Journal of Semnan University of Medical Sciences*, 10(1), 65-72. [Persian]
- Luchian, S.A., & Mc nally, R.J. (2007). Cognitive aspects of nonclinical obsessive-compulsive hoarding. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 323-35.

- Masuda, A., & Tully, E.C. (2012). The Role of Mindfulness and Psychological Flexibility in Somatization, Depression, Anxiety, and General Psychological Distress in a Nonclinical College Sample. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 17 (1), 66-71.
- Mohammadzadeh, A. (2009). Validation of Saving Inventory-Revised (SI-R): Compulsive Hoarding Measure. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 15(1), 33-41. [Persian]
- Monnazami, F., Bagherian-Sararoudi, R., Ahmadi Tahour Soltani, M., Rabiei, M. (2013). Comparison of Metacognitive (MCT) and Cognitive-Behavioral (CBT) Interventions on Reducing the General Anxiety Symptoms and Metacognitive Beliefs of Patient with This Disorder. *Journal of Isfahan Medical School*, 31(233), 475-485. [Persian]
- Moses, L.J., & Baird, J.A. (2002). Metacognition. In R.A. Wilson & F.C. Keil (Eds.), *The MIT encyclopedia of the cognitive sciences*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Muroff, M.W., Steketee, G., Bratitios C, Ross, A. (2012). Group cognitive and behavioral therapy and bibliotherapy for hoarding. *Depression and Anxiety*, 23, 127-36.
- Nikfarjam, M., Rabiei, M., Rahnejat, A.M., Kazem Khoramdel, K. (2015). Development and Validation of a New Behavioral-Cognitive-Metacognitive Model for Explanation of SPD. *Psychology*, 6(10): 1223-1231. [Persian]
- Phillips, K.A. (2002). Pharmacologic treatment of body dysmorphic disorder: Review of the evidence and are commended treatment approach. *CNS Spectrums*, 7, 453-463.
- Phillips, K.A., Menard, W., Fay, C., & Wesber, G.R. (2005). Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with BDD. *Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 46, 317-325.
- Purdon, C., & Clark, D.A. (2004). Psychological treatment of rumination. In: C. Papageorgiou and A. Wells, Editors, *Depressive rumination: Nature, theory, and treatment*, John Wiley & Sons, Chichester, England.
- Purdon, C., & Clark, D.A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in no clinical subjects: Content and relation with depressive anxious and Obsessional symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 31, 713-720.
- Rabiei, M., Kalantari, K., Asgari, K., Bahrami, F. (2014). Factor Structure, Validity and Reliability of the Skin Picking Scale Revised Version. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 16(9), 40-44. [Persian]
- Rabiei, M., Khoramdel, K., Kalantari, K., Molavi, H. (2010). Validity of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD) in students of the University of Isfahan. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical psychology*, 15, 343-350. [Persian]
- Rabiei, M., Nikfarjam, M., Ghasemi, N., Khoramdel, K. (2014). Development and Validation of a Metacognitive-Cognitive-Behavioral Model for Explaining Trichotillomania. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*, 21(6), 518-531. [Persian]
- Rabiei, M., Rahnejat, A.M., Nikfarjam, M., Najafipour, F. (2015). The investigation of correlation between metacognitive subscales, Meta worry and thoughts-fusion with body dysmorphic disorder. *Nurse and Physician Within War*, 3(4), 162-167. [Persian]
- Rabiei, M., Salahian, A., Bahrami, F., & Palahang, H. (2011). Construction and Standardization of the Body Dysmorphic Metacognition Questionnaire. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 21, 43-52. [Persian]
- Regier, D.A., Kuhl, E.A., & Kupfer, D.J. (2013). *The DSM-5: Classification and criteria changes*. World Psychiatry, 12(2), 92-8.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2007). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/ clinical psychiatry, Tenth Edition*. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Salkovskis, P.M. (1999). Understanding and treating obsessive-Compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 37, 529-552.
- Saxena, S., Maidment, K.M. (2004). Treatment of compulsive hoarding. *Journal of Clinical Psychology*, 60(11), 1143-54.
- Snomason, I., Belleau, E.L., & Woods, D.W. (2012). How Related Are Hair Pulling Disorder (Trichotillomania) and Skin Picking Disorder? A Review of Evidence for Comorbidity, Similarities and Shared Etiology. *Clinical Psychology Review*, 32, 618-629.
- Steketee, G., & Frost, R.O. (2007). *Compulsive Hoarding and Acquiring*. New York: Oxford University Press.
- Sulkowski, M.L., Mancil, T.L., Jordan, C., Reid, A., Chakoff, E., Storch, E.A. (2011). Validation of a classification system of obsessive-compulsive spectrum disorder symptoms in a non-clinical sample. *Psychiatry Res*, 188(1), 65-70.
- Tolin, D.F., Brady, R.E., Hannan, S. (2008). Obsessional beliefs and symptoms of ocd in a clinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30, 31-42.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A. (2006). *Emotional Disorders and Metacognition, Innovative Cognitive Therapy*. Translated by Bahrami F, Rezvan SH. Esfahan: Mani. [Persian]
- Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 107-21.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). *Attention and emotion, a clinical perspective*. Hove: Erlbaum.
- Wheaton, M.G., Abramowitz, J.S., Franklin, J.C., Berman, N.C., Fabricant, L.E. (2011). Experiential avoidance and saving cognitions in the prediction of hoarding symptom. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 511-16. 29.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 13 (No. 51), pp.47-56, 2019

The relationship components of meta-worry, rumination and psychological flexibility with obsessive-compulsive spectrum disorders

Zahra Alikhani

Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University of Qazvin, Qazvin, Iran
Mojtaba AmiriMajd

Department of Psychology, Islamic University of Abhar, Abhar, Iran

Received: 31.04.2018

Accepted: 14.10.2018

Worry, negative beliefs, rumination and flexibility are important topics in the phenomenon of obsessive-compulsive disorder. Worries are usually activated as a coping strategy in response to the disturbing thoughts. When negative beliefs are activated, a worried person evaluated a thought in a negative manner that is worried about worry. Rumination is similar to worry, with the difference that rumination focuses on the bad feelings of past experiences. The purpose of this research is to investigate the relationship between the components of meta-worry, mental rumination and mental flexibility with obsessive spectrum disorder. For this aim, in the descriptive - correlation research among all staff of Medical Sciences University of Qazvin, 76 people were selected by convenience sampling method and were tested in terms of mental rumination, contemplation, mindfulness, obsessive-compulsive, custodial, muscular, skin manipulation and practical obsessive-compulsive skills. According to multiple correlation analysis method (focal correlation) and multiple regression, there is a significant relationship between component of meta-worry, mental rumination and mental flexibility with obsessive-compulsive disorder and meta-worry component with obsessive compulsive and body deformity. It is suggested that therapists and specialist with educational programs that involve modifying and changing the meta-cognitive beliefs ineffective will result in the emergence and continuation of obsessive-compulsive behaviors in other obsessive-compulsive disorders that are seriously related to psychological, familial, social and economic harm. Followed, prevented.

Keywords: Meta-worry, Mental rumination, Mental flexibility, Obsessive spectrum disorder)

Electronic mail may be sent to: e81.alikhani@yahoo.com