

# بررسی مقایسه ای کنترل توجه و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی و افراد عادی

تاریخ دریافت مقاله: 91/10/2

تاریخ پذیرش مقاله: 91/10/19

\* سمانه بهزادپور

\*\* دکتر فرامرز سهرابی

\*\*\* دکتر احمد برجعلی

\*\*\*\* زهرا سادات مطهری

## چکیده

هدف از مطالعه حاضر مقایسه کنترل توجه و نشخوار فکری در افراد مبتلا به وسواس فکری - عملی و افراد عادی بود. روش پژوهش از نوع علی مقایسه ای بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه بیماران دچار اختلال وسواس فکری - عملی مراجعه کننده به مراکز درمانی دولتی شهر تهران می باشند. نمونه مورد مطالعه شامل 30 بیمار مبتلا به وسواس فکری - عملی و 30 نفر از افراد فاقد اختلال روانشناختی بودند که به روش در دسترس انتخاب شدند. از سیاهه وسواس مادزلی (هاجسون و راجمن، 1977)، آزمون پاسخ نشخواری و مقیاس کنترل توجه (دریبری و رید، 2002) برای جمع آوری داده ها استفاده شد. داده ها از طریق تحلیل واریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج آزمون t مستقل نشان داد که بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی نشخوار فکری بیشتر و کنترل توجه کمتری نسبت به افراد عادی دارند.

**کلید واژه:** کنترل توجه، اختلال وسواس فکری - عملی، نشخوار فکری

---

\* دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی  
samaneh\_behzadpoor@yahoo.com

\*\* دانشیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی. دانشکده روانشناسی

[sohrabi@atu.ac.ir](mailto:sohrabi@atu.ac.ir)

[borjali@atu.ac.ir](mailto:borjali@atu.ac.ir)

\*\*\* استادیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی. دانشکده روانشناسی

[zahra\\_motahary@yahoo.com](mailto:zahra_motahary@yahoo.com)

\*\*\*\* دانشجوی کارشناسی ارشد خانواده درمانی دانشگاه علم و فرهنگ

## مقدمه

در بین اختلالات اضطرابی، یکی از اختلالاتی که براساس شناخته‌های اضافی منفی تعریف می‌شود، وسواس فکری - عملی<sup>5</sup> (OCD) است. این شناخته‌های هیجانی اضافی در افکار وسواسی نمود می‌یابند که منجر به رفتارهای وسواسی می‌شوند (براون<sup>6</sup> و همکاران، 1993). توجه روز افزون به سازه‌های شناختی و فراشناختی در تبیین اختلال وسواس فکری - عملی، ناشی از نارضایتی از تبیین‌های پیشین رفتاری می‌باشد، که در آن‌ها علت وقوع و افزایش اعمال اجباری را به نقشی که این اعمال در کاهش اضطراب دارند، نسبت می‌دهند.

دو نمونه از سازه‌های شناختی که در اختلال وسواس فکری - عملی کمتر مورد بررسی قرار گرفته‌اند، نشخوار فکری<sup>7</sup> و کنترل توجه<sup>8</sup> است.

نشخوار فکری شکلی از شناخته‌های اضافی است که در افراد مبتلا به این اختلال دیده می‌شود و شامل اشتغال ذهنی دائمی با یک اندیشه یا موضوع و تفکر مداوم درباره آن است (سادوک<sup>9</sup>، سادوک، 2007). نشخوار فکری در بیماری وسواس شامل افکاری هستند که به طور پایدانی ناپذیر مرور می‌شوند و به ناامیدی درباره آینده و ارزیابی‌های منفی درباره خود منجر می‌شود (کلارک<sup>10</sup>، 2004). افزایش نشخوار فکری بیشتر در بافت افسردگی مورد بررسی قرار گرفته است (نولن - هوکسما<sup>11</sup> و همکاران، 1991) اما در افراد مبتلا به وسواس نیز مشاهده شده است (فاینبرگ<sup>12</sup>، گال<sup>13</sup>، 2005).

ولز<sup>14</sup> (2000 و 2009) بر اساس پژوهش‌های خود نتیجه گرفت که نگرانی و نشخوار فکری نقش اساسی در اختلال وسواسی - عملی دارند.

چندین مطالعه نیز به طور خاص به بررسی نشخوار فکری در وسواس پرداخته‌اند که همگی افزایش نشخوار فکری را در بیماران مبتلا به وسواس نسبت به افراد عادی گزارش نمودند (فرسکو<sup>15</sup>، 2002، گریشام<sup>16</sup> و ویلیامز<sup>17</sup>، 2009، آرمسترانگ<sup>18</sup>، زالد<sup>19</sup> و الاتنجی<sup>20</sup>، 2011).

از سویی دیگر دری بری و رید<sup>21</sup> (2002) اظهار می‌دارند در حالیکه افکار وسواسی و نشخوار فکری از لحاظ محتوا و شکل با هم متفاوتند اما می‌توانند از یک آسیب‌پذیری شناختی واحدی نشأت بگیرند. یک احتمال برای این آسیب‌پذیری شناختی ممکن است نقص در کنترل توجه باشد.

<sup>5</sup>. Obsessive - Compulsive Disorder

<sup>6</sup> Brown

<sup>7</sup>. rumination

<sup>8</sup>. attentional control

<sup>9</sup> Sadock

<sup>10</sup>. clark

<sup>11</sup>. Nolen-Hoeksema

<sup>12</sup>. Fineberg

<sup>13</sup>. Gale

<sup>14</sup>. Wells

<sup>15</sup>. Fresco

<sup>16</sup>. Grisham

<sup>17</sup>. Williams

<sup>18</sup>. Armstrong

<sup>19</sup>. Zald

<sup>20</sup>. Olatunji

<sup>21</sup>. Derryberry & Reed

کنترل توجه یک راهبرد مقابله‌ای است که به فرد کمک می‌کند تا از افکار افسرده‌ساز و اضطراب‌آور و الگوهای واکنشی اجتناب کند (تیس‌دال<sup>22</sup>، سگال<sup>23</sup>، ویلیامز، 1995).

این موضع نظری در فرض اینکه توجه توسط (1) سیستم توجهی هدف مدار<sup>24</sup> و (2) سیستم توجهی محرک رانده<sup>25</sup> تنظیم می‌شود، مطرح شد. سیستم توجهی هدف مدار توسط انتظارات، دانش و اهداف حاضر هدایت. در مقابل سیستم توجهی محرک رانده به محرکهای برجسته حساس است. نظریه کنترل توجه اظهار می‌کند که اضطراب تعادل بین این دو سیستم را بر هم می‌زند به اینصورت که اضطراب اثرگذاری سیستم توجهی محرک رانده را افزایش می‌دهد و متقابلاً تأثیر سیستم توجهی هدف مدار را کاهش می‌دهد. (آیزنک<sup>26</sup> و همکاران، 2007) این عدم تعادل بین این دو سیستم توجهی منجر به نقص در عملکرد افراد در انجام تکالیف شناختی می‌شود (آرنل<sup>27</sup>، کیلمن<sup>28</sup> و فیجاوز<sup>29</sup>، 2007؛ بلیر<sup>30</sup> و همکاران، 2007). نظریه کنترل توجه ادعا می‌کند که اضطراب در کنترل توجه مختل شده نمود می‌یابد، که به نقایص عملکردی در تکالیف منجر می‌شود که مستلزم درگیر کردن هماهنگ ساز مرکزی، از سیستم حافظه کاری است (آیزنک و همکاران، 2007).

در تحقیقات انجام شده بر روی فرآیندهای توجه در اختلال وسواس شاهد یافته‌های متضادی هستیم. برخی تحقیقات وجود سوگیری‌های توجهی را در افراد مبتلا به وسواس اعلام کرده‌اند (کیسلر، الاتنجی، 2010، فوآ، مک کارتی، ایلی، شویر، مرداک<sup>31</sup>، 1993، تاتا<sup>32</sup> و همکاران، 1996). بیشتر یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که سوگیری توجه برای اطلاعات هماهنگ با خلق، ویژگی اصلی اضطراب است (دالگلیش<sup>33</sup>، واتز<sup>34</sup>، 1990). در تحقیقی که توسط آرمسترانگ، زالد و الاتنجی (2011) بر روی 30 بیمار مبتلا به وسواس، 29 بیمار مبتلا به اضطراب فراگیر و 29 نفر از افراد عادی انجام شد، نقص در کنترل توجه که توسط یک مقیاس خودگزارشی مورد بررسی قرار گرفت، در بیماران مبتلا به OCD و GAD<sup>35</sup> گزارش شده است. همچنین تاتا و همکاران (1996) در پژوهشی نشان دادند که بیماران مبتلا به وسواس دارای یک نوع سوگیری در توجه انتخابی برای اطلاعات مرتبط با تهدید در تکلیف پرتاب نقطه هستند.

از سویی دیگر برخی تحقیقات نقص در فرآیندهای توجه را در افراد مبتلا به وسواس گزارش نموده‌اند. در مطالعه‌ای که به بررسی سوگیری توجه در بیماران مبتلا به وسواس از نوع واریسی با استفاده از تکلیف جستجوی نقطه<sup>36</sup> پرداخته است، هیچ شواهدی از وجود سوگیری توجه در افراد مبتلا به این نوع وسواس در مقایسه با گروه کنترل یافت نشد (هارکنس<sup>37</sup>، هریس<sup>38</sup>، جونز<sup>39</sup>، وکارو<sup>40</sup>، 2009). پژوهش دیگری که توسط میلی یری<sup>41</sup>، بووارد<sup>42</sup>،

<sup>22</sup> Teasdale

<sup>23</sup> Segal

<sup>24</sup> goal-directed attention

<sup>25</sup> goal-directed attention

<sup>26</sup> Eysenck

<sup>27</sup> Arnell

<sup>28</sup> Killman

<sup>29</sup> Killman

<sup>30</sup> Blair

<sup>31</sup> Murdock

<sup>32</sup> Tata

<sup>33</sup> Dalglis

<sup>34</sup> watts

<sup>35</sup> Generalized Anxiety Disorder

<sup>36</sup> dot probe task

<sup>37</sup> Harkness

آیوپیته<sup>43</sup> و کات راکس<sup>44</sup> (2000) در مورد حفظ توجه<sup>45</sup> در بیماران مبتلا به وسواس در مقایسه با افراد عادی انجام شد، هیچ گونه تفاوت قابل ملاحظه ای بین دو گروه دیده نشد. پژوهشهای نوروسایکولوژی توجه در اختلال وسواس نیز دارای یافته‌های متضادی هستند. در چهار مطالعه‌ای که در این راستا با استفاده از تست نماد ارقام<sup>46</sup> انجام شده است، سه تا از آنها اختلال توجه در بیماران مبتلا به وسواس را گزارش نموده‌اند (فلور-هنری<sup>47</sup> و همکاران، 1979؛ هولاندر<sup>48</sup>، 1991؛ اسچمیدکی<sup>49</sup> و همکاران، 1998) و یک مطالعه وجود چنین نقیصی را در این افراد رد می‌کند (آرون ویتز<sup>50</sup> و همکاران، 1994).

به طور کلی تحقیقات اندکی به خصوص در داخل کشور در خصوص مشکلات توجه و نشخوار فکری در افراد وسواسی صورت گرفته است.

در همین راستا، محقق در این پژوهش در پی یافتن پاسخ علمی برای این پرسش‌ها است که آیا کنترل توجه و نشخوار فکری در بیماران وسواسی با گروه بهنجار متفاوت است یا خیر؟ مسلماً تصریح این موضوع هم از نظر کمک به شناخت علائم و ویژگی‌های این اختلال و هم از نظر تعدیل در شیوه‌های درمانی جاری برای اختلال مذکور ارزش قابل توجهی خواهد. بر این اساس در پژوهش حاضر دو فرضیه زیر تدوین و مورد بررسی قرار گرفتند:

- کنترل توجه در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی کمتر از افراد عادی است.
- نشخوار فکری در افراد مبتلا به وسواس فکری - عملی بیشتر از افراد عادی است.

## روش

طرح پژوهش حاضر از نوع طرح‌های علی مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه بیماران دچار اختلال وسواس فکری - عملی مراجعه کننده به مراکز درمانی دولتی شهر تهران می‌باشند. گروه آزمودنی‌ها شامل 30 بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی هستند که با مراجعه به بیمارستان امام حسین (ع)، بخش کلینیک روانپزشکی و پس از تشخیص روانپزشک از نمونه در دسترس انتخاب شدند. دارا بودن ملاک‌های تشخیصی **OCD** به تشخیص روانپزشک بر اساس مصاحبه‌ی تشخیصی داشتن سن حداقل 18 سال و حداکثر 60 سال، دارا بودن حداقل سطح تحصیلات سوم راهنمایی، موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش از ملاکهای ورود بیماران به پژوهش به پژوهش بود. داشتن علایم سایکوتیک، سوء مصرف مواد، دارا بودن ملاک‌های کامل سایر اختلال‌های روانشناختی در محور و دارا بودن ملاک‌های کامل اختلال شخصیت در محور II به تشخیص روانپزشک بر اساس مصاحبه‌ی تشخیصی از ملاکهای خروج بیماران از پژوهش بود. ملاک انتخاب گروه بهنجار نیز،

<sup>38</sup>. Harris

<sup>39</sup>. Jones

<sup>40</sup>. Vaccaro

<sup>41</sup>. Millierey

<sup>42</sup>. Bouvard

<sup>43</sup>. Aupetit

<sup>44</sup>. Cottraux

<sup>45</sup>. Sustained attention

<sup>46</sup>. digit symbol test

<sup>47</sup>. Flor-Henry

<sup>48</sup>. Hollander

<sup>49</sup>. Schmidtke

<sup>50</sup>. Aronowitz

مبتلا نبودن به بیماری های محور II و I روانپزشکی و دریافت نکردن درمان های روانپزشکی و روانشناختی در یک سال گذشته بود. به این ترتیب آزمودنیها بعد از معاینه و تشخیص توسط روانپزشک و ایجاد یک رابطه خوب با پژوهشگر، به پرسشنامه های خود گزارشی و سواس مادزلی، نشخوار فکری و کنترل توجه پاسخ دادند. علاوه بر این، 30 نفر از افراد عادی و فاقد اختلال که از نظر جنس، سن و وضعیت تأهل با گروه افراد مبتلا به وسواس فکری عملی همتاسازی شدند نیز پرسشنامه های مذکور را تکمیل نمودند. داده ها بوسیله SPSS و با آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**ابزارهای پژوهش:** در این پژوهش از پرسشنامه ها و مقیاس هایی استفاده شده است که در ذیل به تفصیل توصیف شده اند.

پرسشنامه ی ویژگی های جمعیت شناختی: این پرسشنامه ی پژوهشگر ساخته برای به دست آوردن اطلاعات جمعیت شناختی مراجعین به کار رفت که شامل مواردی از جمله سن، جنس، وضعیت تاهل و تحصیلات بود. پرسشنامه وسواسی - جبری مادزلی (MOCI)<sup>51</sup>: توسط هاجسون<sup>52</sup> و راجمن<sup>53</sup> (1977) تدوین شد و شامل 30 گزینه درست و نادرست میباشد و برای اندازه گیری شدت علائم وسواس فکری - عملی طراحی شده است. هنگامی که پاسخ با کلید هماهنگ است نمره یک و هنگامی که هماهنگ نیست نمره صفر داده می شود. این پرسشنامه علاوه بر یک نمره کلی وسواس گرایی، چهار نمره فرعی برای واری واری کردن، شستن و تمیز کردن، کندی - تکرار، تردید - دقت به دست می دهد. بیشترین نمره کلی آزمون 30 می باشد و بیشترین نمره در چهار زیرمجموعه واری، شستشو، کندی/ تکرار و شک/ تردید به ترتیب 7، 7، 11، 9 است. برخی از پرسش ها به بیش از یک مجموعه تعلق دارند و بنابراین نمره کلی آزمون کمتر از جمع نمرات زیرمجموعه ها می باشد. در مورد افراد با نمره 11 به بالا تشخیص اختلال وسواس فکری - عملی مطرح می شود. راجمن و هاجسون تدوین کنندگان آزمون وسواس فکری - عملی مادزلی، پژوهشی انجام دادند. ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای خرده مقیاس واری 53% و برای خرده مقیاس شستشو 55%، برای خرده مقیاس نشخوار فکری 53% است که ضرایب نسبتاً متوسطی هستند. اما خرده مقیاس های کندی/ تکراری و تردید/ وظیفه شناسی به ترتیب بت ضریب آلفای 17% و 27% از ضرایب پایینی برخوردارند. در زمینه حساسیت این پرسشنامه نسبت به اثرات درمان تحقیقات راجمن و هاجمن به نتایج قابل قبولی دست یافت.

مقیاس کنترل توجه (ACS)<sup>54</sup>: این پرسشنامه در سال 2002 توسط درگیری و رید برای سنجش کنترل توجه ساخته شد. این پرسشنامه خودگزارشی 20 گزینه دارد که کنترل توجه را در راستای دو بعد ارزیابی می کند: تمرکز توجه<sup>55</sup> که توانایی حفظ توجه بر یک تکلیف داده شده است و تغییر توجه<sup>56</sup> که توانایی تمرکز مجدد بر یک تکلیف جدید یا به کارگیری توجه بر تکالیف متعدد است. سؤالهای آن بر روی یک مقیاس 4 درجه ای از 1 (تقریباً هرگز) تا 4 (همیشه) نمره گذاری میشود. همسانی درونی این مقیاس مطلوب ارزیابی شده است (0/88). این مقیاس به طور مثبت با شاخصهای هیجانی مثبت مانند برونگرایی<sup>57</sup> ( $r=0/40$ ) و به طور معکوس با شاخصهای هیجانی منفی

<sup>51</sup>. Maudsly obsessive compulsive inventory

<sup>52</sup>. Hodgson

<sup>53</sup>. Rachman

<sup>54</sup> Attentional Control Scale

<sup>55</sup> focusing

<sup>56</sup> shifting

<sup>57</sup> extraversion

مانند اضطراب خصیصه ای<sup>58</sup> ( $r = -0/55$ ) ارتباط دارد این پرسشنامه توسط محقق به فارسی برگردانده شد در ابتدا آیت‌های پرسشنامه توسط محقق و سپس توسط یک کارشناس ارشد رشته‌ی زبان انگلیسی به فارسی برگردانده شد سپس با استفاده از روش ترجمه‌ی معکوس<sup>59</sup> توسط یک مترجم دیگر دارای مدرک کارشناسی ارشد زبان انگلیسی، درستی ترجمه بررسی شد. در نهایت با نظر اساتید روانشناسی نسخه‌ی نهایی تهیه گردید. روایی محتوایی<sup>60</sup> و صوری<sup>61</sup> توسط اساتید محترم روانشناسی مورد تأیید قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ در گروه بیماران OCD 0/87

به دست آمد.

مقیاس پاسخ‌های نشخواری (RRS)<sup>62</sup>: RRS مقیاسی 22 ماده ای است که ماده های آن در مقیاسی 4 نقطه ای از 1 (تقریباً هرگز) تا 4 (تقریباً همیشه) نمره گذاری می شود. این مقیاس توسط نولن هوکسما و مارو (1991) ساخته شده است. در این آزمون دامنه نمره ها از 22 تا 88 قرار دارد. نمره کل نشخوار فکری به وسیله جمع همه ماده ها محاسبه می شود (موریس و همکاران، 2005). به علاوه، این مقیاس متشکل از سه خرده مقیاس حواسپرتی<sup>63</sup>، تعمق<sup>64</sup> و در فکر فرو رفتن<sup>65</sup> است. با استفاده از آلفای کرونباخ (دامنه ای از 0/88 تا 0/92) نشان داده شده که این پرسشنامه پایایی درونی بالایی دارد. همبستگی درون طبقه ای پنج دفعه اندازه گیری (0/75) نیز بالا بوده است. با استفاده از آلفای کرونباخ (دامنه ای از 0/88 تا 0/92) نشان داده شد که این مقیاس پایایی درونی بالایی دارد. همبستگی درون طبقه ای آن نیز پنج مرتبه اندازه‌گیری شد و 0/75 گزارش گردید (پاپاجورجیو و ولز، 2004). بر پایه شواهد تجربی، مقیاس پاسخ‌های نشخواری، پایایی درونی بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ای از 0/88 تا 0/92 قرار دارد. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند همبستگی بازآزمایی برای RRS 0/67 است (لامینت، 2004). لطفی نیا و همکاران (1386) ضرایب پایایی آن را با اجرا بر روی 54 نفر دانشجوی با فاصله زمانی سه هفته 0/82 محاسبه نمودند.

## یافته ها

به منظور توصیف داده های پژوهش از محاسبه شاخص های آماری شامل میانگین و انحراف معیار و ترسیم نمودار استفاده شد و فرضیه‌های پژوهش به وسیله تحلیل واریانس چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

جدول 1: شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در آزمودنی ها

	متغیر گروه ها	تعداد	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار
کنترل توجه	گروه افراد مبتلا	30	35	65	48.43	8.03
	گروه افراد عادی	30	44	74	58.23	6.95
نشخوار فکری	گروه افراد مبتلا	30	31	85	58	14.25
	گروه افراد عادی	30	30	60	41.73	7.34

<sup>58</sup>. trai  
<sup>59</sup>. bac  
<sup>60</sup>. cor  
<sup>61</sup>. for  
<sup>62</sup>. Ruminative Response Scale  
<sup>63</sup>. Distraction  
<sup>64</sup>. Reflection  
<sup>65</sup>. Brooding

با توجه به نتایج جدول 1 میانگین نمرات کنترل توجه در افراد مبتلا به وسواس 48/43 با انحراف معیار 8/03 و در افراد عادی 58/23 با انحراف معیار 6/95 به دست آمده است. میانگین نمرات نشخوار فکری نیز در افراد مبتلا به وسواس 58 با انحراف معیار 14/25 و در افراد عادی 41/73 با انحراف معیار 7/34 به دست آمده است.

توزیع نمونه‌ها از	جدول 2: نظر جنسیت				
	افراد عادی		افراد مبتلا		متغیر
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
جدول 2، در هر	33/3	10	33/3	10	مرد
مبتلا به وسواس	66/7	20	66/7	20	زن
نفر (66/7)					

درصد) زن و 10 نفر (33/3 درصد) مرد می‌باشند.

تجزیه داده‌ها جهت بررسی فرضیه‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS و با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره انجام شد.

جدول 3. نتایج آزمون لوین برای کنترل توجه و نشخوار فکری در دو گروه

متغیرها	F	Df1	Df2	سطح معنی داری
نشخوار فکری	0.007	1	58	0.933
کنترل توجه	1.067	1	58	0.09

  

آزمون باکس	سطح معناداری
F	0.139
1.612	

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیری، پیش فرض همگنی واریانس با آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس نتایج جدول 3 پیش فرض همگنی واریانس‌ها در نشخوار فکری و کنترل توجه دو گروه تأیید شد. این آزمون برای هیچ کدام از متغیرها معنی دار نبود. در نتیجه استفاده از آزمون‌های پارامتریک بلامانع شناخته شد. همچنین برای بررسی فرض همگنی کوواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار باکس معنی دار نیست و در نتیجه پیش فرض تفاوت بین کوواریانسها برقرار است.

جدول 4. نتایج آزمون‌های معنی داری تحلیل واریانس چندمتغیری روی میانگین نمرات نشخوار فکری و کنترل توجه در مبتلایان به وسواس فکری-عملی و افراد عادی

نام آزمون	مقدار	F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معنی داری	مجذور اتا
اثر پیلایی	0.4	18.986	2	57	0.001	0.4
لامبدای ویلکز	0.6	18.986	2	57	0.001	0.4
اثر هتلینگ	0.666	18.986	2	57	0.001	0.4

در جدول 4 نتایج آزمون معنی داری تحلیل واریانس چندمتغیری نشان می دهد که بین مبتلایان به وسواس فکری - عملی با افراد عادی حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد. مجذور اتا که در واقع مجذور ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته و عضویت گروهی است، نشان میدهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنی دار است و میزان این تفاوت 40 درصد است، یعنی 40 درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه در تأثیر متقابل متغیرهای وابسته می باشد.

جدول 5: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه کنترل توجه و نشخوار فکری در دو گروه

P	F	MS	Df	SS	افراد عادی		افراد وسواسی		متغیرها
					Mean	SD	Mean	SD	
0.001	28.515	1591.350	1	1591.350	6.95	58.23	8.03	48.43	کنترل توجه
0.001	30.892	3969.067	1	3969.067	41.73	7.34	58	14.25	نشخوار فکری

نتایج جدول 5 نشان میدهد که بین دو گروه مبتلایان به وسواس و افراد عادی از نظر دو متغیر کنترل توجه و نشخوار فکری افراد تفاوت معنادار وجود دارد. مبتلایان به وسواس در مقایسه با افراد عادی در متغیر نشخوار فکری میانگین نمرات بیشتری را بدست آورده اند. در مقابل افراد عادی در مقایسه با افراد مبتلا به وسواس در متغیر کنترل توجه میانگین نمرات بالاتری را بدست آورده اند.

## بحث

نتایج پژوهش حاکی بر آن بود که بین دو گروه از لحاظ کنترل توجه تفاوت معنادار وجود دارد به طوریکه کنترل توجه افراد مبتلا به وسواس فکری - عملی کمتر از افراد عادی است ( $P < 0.01$ ). در واقع این یافته تأییدی است بر نتایج پژوهش آرمسترانگ، زالد و الاتنجی (2011) که در آن به مقایسه کنترل توجه در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی، اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی پرداختند. یافته های پژوهش آنها نیز حاکی بر آن بود که افراد مبتلا به وسواس و اضطراب فراگیر کنترل توجه کمتری نسبت به افراد عادی دارند. همچنین این نتایج با نتایج تحقیقات تتا و همکاران (1996)، فوآ، مک کارتی، ایلامی، شویر، مرداک (1993)، فوآ و مک نالی (1986) و مجلسی، بهزادی و گنجی (9138) که سوگیری توجه را در افراد مبتلا به وسواس نسبت به افراد عادی گزارش کرده اند نیز همسوست.

از طرفی برخی پژوهش های انجام شده در این زمینه نقص در فرآیندهای توجه را در افراد مبتلا به وسواس گزارش نموده اند که در واقع یافته های آنها با نتایج پژوهش حاضر ناهماهنگ است. برای مثال در مطالعه ای که به بررسی سوگیری توجه در بیماران مبتلا به وسواس از نوع واریسی با استفاده از تکلیف جستجوی نقطه پرداخته است، هیچ شواهدی از وجود سوگیری توجه در افراد مبتلا به این نوع وسواس در مقایسه با گروه کنترل یافت نشد (هارکنس، 2009). از آنجاییکه این پژوهش فقط بر نوع واریسی از اختلال وسواس انجام گرفته است. احتمال دارد



دستیابی به نتایج ناهماهنگ را بتوان بر این اساس توجیه کرد.

در پژوهش دیگری که توسط میلی یری، بووارد، آپویتیت و کات راکس (2000) در مورد حفظ توجه در بیماران مبتلا به وسواس در مقایسه با افراد عادی انجام شد، هیچ گونه تفاوت قابل ملاحظه ای بین دو گروه دیده نشد. ممکن است به دلیل اینکه این تحقیق در مورد حفظ توجه در بیماران وسواس بوده نتایج متضادی با پژوهش حاضر که منحصراً کنترل توجه در وسواس را مورد بررسی قرار داده است، داشته است.

به طور کلی بیشتر تحقیقات انجام شده در زمینه نقص توجه در وسواس، وجود چنین نقصی را تأیید کرده اند. بر این اساس می توان گفت که بیماری وسواس با نوعی نقایص شناختی و اشکال در پردازش اطلاعات همراه است که نقص در کنترل توجه نیز از جمله آن هاست. برای تبیین اینکه چرا افراد مبتلا به وسواس دچار مشکل کنترل توجه می شوند می توان به نظریه کنترل توجه استناد کرد. اختلال وسواس فکری - عملی نوعی اختلال اضطرابی است که منشا آن اضطراب است. در نتیجه اضطراب در افراد مبتلا باعث بر هم زدن تعادل دو سیستم سیستم توجهی هدف مدار و سیستم توجهی محرک رانده می شود. این عدم تعادل بین این دو سیستم توجهی منجر به نقص در عملکرد افراد در انجام تکالیف شناختی می شود.

از سویی دیگر نتایج نشان داد که بین دو گروه در متغیر نشخوار فکری تفاوت معنادار وجود دارد. به این صورت که افراد مبتلا به وسواس فکری - عملی نشخوار فکری بیشتری را نسبت به افراد عادی تجربه می کنند ( $P < 0.01$ ).

این یافته هماهنگ با یافته های آرمسترانگ، زالد و الاتنجی (2011)، گریشام و ویلیامز (2009) و فرسکو و همکاران (2002) می باشد. نتایج پژوهش این پژوهشگران نیز افزایش نشخوار فکری را در بیماران مبتلا به وسواس نسبت به افراد عادی گزارش نمودند. همچنین در ایران نیز منصور، فرنام، بخشی پور رودسری و محمود علیلو (1389) و خسروی، مهربابی و عزیزی مقدم (1388) در پژوهش هایی نشان دادند که تفاوتی در شدت وجود نشخوار فکری افراد افسرده و افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی وجود ندارد. به علاوه، افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی نشخوار فکری شدیدتری نسبت به افراد بهنجار تجربه میکنند.

محقق در بررسی پیشینه، هیچ پژوهشی مبنی بر عدم تفاوت بین افراد مبتلا به وسواس و افراد عادی در نشخوار فکری نیافت. تمامی پژوهش ها مبنی بر این بود که افراد مبتلا به وسواس، نشخوار فکری بیشتری را نسبت به افراد عادی تجربه می کنند.

افراد مبتلا به وسواس اغلب به علایم و نشانه های خود مخصوصاً افکار وسواسی حساسیت بیش از اندازه دارند و تمایل دارند تا علایم را به طور منفی تفسیر کنند. چنین تمایلی می تواند الگوهای نشخوار فکری را در این بیماران فعال کند.

در واقع نشخوار فکری هم در افراد عادی و هم در افراد مبتلا به وسواس تجربه می شود. در نتیجه به نظر می رسد این سازه شناختی، مشابه بسیاری از ویژگی های آسیب شناسی روانی دیگر، در طول یک پیوستار از هنجار به ناهنجار قرار دارد.

یکی از محدودیت عمده این پژوهش روش نمونه گیری در دسترس بود، عاملی که تعمیم یافته های پژوهش را محدود می کند. در آینده مطالعاتی با نمونه های بزرگ تر و تصادفی می تواند این کاستی را جبران کند.

پژوهش حاضر را می توان یک مطالعه مقایسه ای مقدماتی ولی راهگشا در نظر گرفت که برای بررسی دو سازه ی شناختی ای که می توانند به نوبه خود در تشدید و تداوم اختلال مطرح شده سهمی داشته باشند، صورت گرفته است. موضوعی که خود نشان دهنده اهمیت توجه به آن ها در فرآیند درمان است. لذا پیشنهاد می شود در پژوهش های

آتی بیشتر به نقش این دو سازه یعنی کنترل توجه و نشخوار فکری در اختلال وسواس پرداخته شود تا درک ما از نقش این سازه های شناختی کلیدی در اختلال وسواس روشن تر شود. همچنین مد نظر قرار دادن روش های درمانی که این دو سازه را هدف قرار می دهند، مانند روش درمانی آموزش کنترل توجه، که بر گرفته از رویکرد فراشناختی است و پژوهش های بیشتر در زمینه اثربخشی آنها به پژوهشگران و متخصصان توصیه می شود.

خسروی، معصومه؛ مهربابی، حسین علی؛ عزیزی مقدم، میعاد. (1387). بررسی مقایسه ای مؤلفه های نشخوارفکری در بیماران افسرده، وسواس اجباری و افراد عادی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان. جلد 10. شماره 1: 65-72

لطفی نیا، علی. (1386). مقایسه روشهای حل مسئله در دانش آموزان افسرده با پاسخ نشخواری. پایان نامه دکتری. انستیتو روان پزشکی

مجلسی، نوشین؛ بهزادی، صفیه. (1389). توجه انتخابی در اختلال وسواس فکری - عملی. روانشناسی معاصر، 5، 681-679

منصوری، احمد؛ فرنام، علیرضا؛ بخشی پور رودسری، عباس، علیلو، مجید. (1389). دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی سبزه وار، 17، 3، 189 - 195.

**Arnell, K. M., Killman, K. V., & Fijavz, D. (2007).** Blinded by emotion: target misses follow attention capture by arousing distractors in RSVP. *Emotion*, 7(3), 465–477.

**Armstrong Thomas, Zald H. David, Olatunji O. Bunmi. (2011).** Attentional control in OCD and GAD: Specificity and associations with corecognitive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*. 1-7

**Aronowitz, B.R., Hollander, E., DeCaria, C., Cohen, L., Saoud, J.B., Liebowitz, M.R., Rosen, W.G. (1994).** Neuropsychology of obsessive-compulsive disorder: preliminary findings. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioural Neurology*, 7, 81-86.

**Brown, T., Moras, K., Zinbarg, R., & Barlow, D. H. (1993).** Differentiating generalized anxiety disorder and obsessive compulsive behavior. *Behavior Therapy*, 24, 227-240

**Cisler, J. M., & Olatunji, B. O. (2010).** Components of attentional biases in contamination fear: Evidence for difficulty in disengagement. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 74–78.

**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.

**Dagleish, T., & Watts, F. N. (1990).** Biases of attention and memory in disorder of anxiety and depression. *Clinical psychology, Review*. 10. 589-604.

**Derryberry, D., & Reed, M. A. (2002).** Anxiety-related attentional biases and their regulation by attentional control. *Journal of Abnormal Psychology*, 2. 225-236.

**Eysenck, M. W., Derakshan, N., Santos, R., & Calvo, M. G. (2007).** Anxiety and cognitive performance: Attentional control theory. *Emotion*, 7, 336–35

**Fineberg, N. A., & Gale, T. M. (2005).** Evidence-based pharmacotherapy of obsessive compulsive disorder. *Int. J. Neuropsychopharmacol*, 8, 107-129.

**Flor-Henry, P., Yeudall, L.T., Koles, Z.J., Howarth, B.G. (1979).** Neuropsychological and power spectral EEG investigations on the obsessive compulsive syndrome. *Biological Psychiatry*. 14, 119-130.

**Foa, E. B., Illali, D., McCarthy, P. R., Shoyer, B., & Murdock, T. (1993).** Information processing in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 173- 189.

**Fresco DM, Frankel AN, Mennin DS, Turk CL, Heimberg RG. (2002).** Distinct

and overlapping features of rumination and worry: The relationship of cognitive production to negative affective states. *Cognitive Therapy and Research*, 26(2): 179-188.

**Grisham, J. R., & Williams, A. D. (2009).** Cognitive control of obsessional thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 395-402

**Harkness, L., Harris, M., Jones, K., Vaccaro. (2009).** No evidence of attentional bias in obsessive compulsive checking on the dot probe paradigm. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 437-443

**Hollander, E., Liebowitz, M.R., Rosen, W.G. (1991).** Neuropsychiatric and neuropsychological studies in obsessive-compulsive disorder. In: Zohar, J., Insel, T., Rasmussen, S. Eds., *Psychobiology of Obsessive-Compulsive Disorder*. Springer, New York, pp. 126-145.

**Luminet, O. (2004).** Measurement of Depressive Rumination and Associated Constructs. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment* (pp. 187-215). New York: Wiley.

**Millierey, A., Bouvarda, Martine., Aupetitb, Jacques., Cottrauxa ,U. (2000).** Sustained attention in patients with obsessive-compulsive disorder: a controlled study *Psychiatry Research* 96. 199-209

**Nolen-Hoeksema, S. & Marrow, J. (1991).** A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of personality and social psychology*, 61, 115-121

**Rachman, S. (1997).** A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793- 802.

**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.

**Schmidtke, K., Schorb, A., Winkelmann, G., Hohagen, F. (1998).** Cognitive frontal lobe dysfunction in obsessive]compulsive disorder. *Biological Psychiatry* 43, 666-673.

**Tata, Lebowitz, Prunty, Cameron, and Pickering (1996)** attempted to demonstrate that patients with OCD are also characterized by a bias in selective attention for threat-related information using the dot-probe task.

**Teasdale, J. D., Segal, Z., & Williams, J. M. G. (1995).** How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25-39

**Wells, A. (2000).** *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*, Chichester, UK: Wiley.

**Wells, A. (2009).** *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*, New York: Guilford Press.

## **Comparative study of Attentional control and rumination in patients with Obsessive- Compulsive Disorder and normal people**

**Samaneh Behzadpoor\***  
**Faramarz Sohrabi, Ph.D\*\***  
**Ahmad Borjali, Ph.D Abstract\*\*\***  
**Zahra Sadat Motahari\*\*\*\***

### **Abstract**

The purpose of this research was to investigate Attentional control and rumination in people with Obsessive- Compulsive Disorder and normal people.

Method of research was ex post facto. The statistical population of the present research comprised the patient with OCD referred to psychiatric clinics in the Tehran city (Iran). The research sample consisted of 30 patients with OCD and 30 people without psychological disorder who were selected by available sampling method. Maudsly obsessive compulsive inventory (Rachman and Hodgson,1977), Attentional Control Scale (Derryberry and Reed, 2002) and Ruminative Response Scale (Nolen-Hoeksema and Marrow 1991) were used to gather data. Data were analyzed by Multiple analyze of variance (MONOVA). The result of independent t-test indicated that people with OCD have more rumination and less attentional control rather than normal people.

**Keywords:** attentional control, obsessive-compulsive disorder, rumination

---

\* M.A. Student of clinical psychology, university of Allameh Tabataba'i. Tehran. Iran.

\*\* Department of Psychology Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran.

\*\*\* Department of Psychology Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran.

\*\*\*\* M.A. Student of clinical psychology- Family therapy, university of science & culture