

مطالعه مقایسه ای عوامل شناختی در اختلالات وسواس فکری- عملی، اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی

عباس بخشی پور^۱، مجید محمود علیلو^۱، مجید پورفرج عمران^{۲*}

گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران؛ گروه روانشناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۱/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱/۳۱

چکیده:

زمینه و هدف: با توجه به مطرح شدن نقش عوامل شناختی مختلف در مورد آسیب شناسی اختلالاتی مانند وسواس و اضطراب فراگیر، هدف پژوهش حاضر مقایسه این عوامل شامل آمیختگی فکر- عمل، مسئولیت/ بیش ارزیابی تهدید، اهمیت و کنترل افکار و کمال طلبی/ قطعیت، در اختلالات وسواس فکری- عملی، اضطراب فراگیر و افسردگی و گروه بهنجار می باشد تا نقش این عوامل در آسیب شناسی اختلالات مذکور مشخص تر گردد.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع پژوهش های علی- مقایسه ای است. جامعه ی آماری کلیه افراد بیماری که از دی ماه ۱۳۹۳ تا خرداد ۱۳۹۴ به بیمارستان شهید زارع ساری مراجعه کرده بودند می باشد. از افراد مبتلا به اختلالات مختلف وسواس فکری- عملی، اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی هر کدام ۳۰ نفر از بیمارستان ها و مراکز درمانی شهر ساری و ۳۰ نفر نیز از افراد بهنجار که سابقه هیچگونه اختلال روانی نداشتند از همراهان و کارکنان بیمارستان مذکور به عنوان گروه مقایسه بهنجار انتخاب شدند و پرسشنامه های باورهای وسواسی و آمیختگی فکر و عمل را تکمیل نمودند. داده ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها: نتایج تحلیل واریانس نشان داد، گروه مبتلا به اختلال وسواس در مقایسه با سایر گروه ها نمره بیشتری در آمیختگی فکر- عمل، مسئولیت/ بیش ارزیابی تهدید، اهمیت و کنترل افکار کسب نمود ($P < 0/001$). اما در کمال طلبی/ قطعیت تفاوت معنی داری بین گروه وسواسی و اضطراب فراگیر وجود نداشت ($P > 0/086$). همچنین در گروه وسواسی و اضطراب فراگیر در تمام عوامل شناختی مذکور نسبت به گروه افسرده و بهنجار نمرات بیشتری کسب نمودند ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: نتایج حاصل حاکی از آن است که به نظر می رسد آمیختگی فکر- عمل، مسئولیت/ بیش ارزیابی تهدید، اهمیت و کنترل افکار بیشتر اختصاصی اختلال وسواس اند؛ اما کمال طلبی/ قطعیت چندان اختصاصی اختلال وسواس نیست و به عنوان عامل آسیب پذیری مشترک اختلال وسواس و اضطراب فراگیر است.

واژه های کلیدی: عوامل شناختی، وسواس فکری- عملی، اضطراب فراگیر، افسردگی اساسی.

مقدمه:

نتایج پژوهش های اخیر حاکی از آن است که برخی از این آسیب پذیری های شناختی ممکن است چندان اختصاصی نباشند و با اختلالات مختلفی مرتبط باشند (۱). محققان پیشنهاد می کنند پژوهش های آتی بایستی در جهت بررسی میزان اختصاص هر عامل

از دیدگاه شناختی، عوامل آسیب پذیری شناختی، عوامل روان شناختی با ثباتی اند که استعداد ابتلا به اختلالات روانی را بیشتر می کنند. گرچه از دیدگاه شناختی تصور می شد که هر اختلال خلقی و اضطرابی آسیب پذیری شناختی خاص خود را دارد،

شناختی به هر یک از اختلالات اضطرابی و خلقی باشند تا مشخص شود این آسیب پذیری های شناختی اختصاص به اختلال مشخصی دارند یا نوعی آسیب پذیری عمومی در مورد اختلالات اضطرابی و خلقی به شمار می آیند (۲). از بین آسیب پذیری های شناختی موجود تمرکز بر عوامل شناختی مطرح شده در مورد اختلالات وسواس فکری- عملی و اضطراب فراگیر می تواند اطلاعات مفیدی در مورد آسیب شناسی علائم خلقی و اضطرابی فراهم آورد، زیرا شواهد اولیه تحقیقات حاکی از آن است که این عوامل می توانند هم با علائم خلقی و هم با علائم اضطرابی مرتبط باشند (۳).

بر اساس دیدگاه کار گروه شناخت های وسواس اجباری سه بعد باور شناختی ناکارآمد در اختلال وسواس عبارتند از: مسئولیت/ بیش ارزیابی تهدید، اهمیت و کنترل افکار و کمال طلبی/ قطعیت (۴،۵). باور شناختی مسئولیت/ ارزیابی تهدید، در واقع شامل سوء ادراک احتمال و شدت آسیب یا سایر پیامدهای منفی و همچنین احساس مسئولیت فرد در مورد جلوگیری کردن از آن هاست. بر اساس باور شناختی اهمیت و کنترل افکار، افراد وسواسی تصور می کنند صرف وجود افکاری با ماهیت وسواسی، حاکی از اهمیت و مهم بودن آن هاست و همچنین کنترل چنین افکاری امری ضروری و امکان پذیر است. باور شناختی کمال گرایی/ قطعیت نیز بعدی از عوامل شناختی اند که بر اساس آن استانداردهای عملکردی ایده آلی وجود دارند که انجام آن ها تنش مرتبط با عدم قطعیت در مورد پیامدهای آتی را کاهش می دهد. در حقیقت کمال گرایی تلاشی جهت افزایش اطمینان در مورد پیامدهای آینده است که به صورت نوعی پریشانی روانی و عدم قطعیت تجربه می شود (۴).

در نظریه های شناختی تبیین اختلال وسواس بر نقش عوامل شناختی مختلف تأکید شده است. Salkovskis معتقد است عامل شناختی محوری در این اختلال، احساس مسئولیت مفرطی است که شخص در قبال افکار نافذ خود دارد، این احساس مسئولیت سبب

ایجاد فعالیت های خنثی ساز (اعمال اجباری) می شود و مستقیماً با علائم وسواس مرتبط است (۶). در نظریه Rachman آمیختگی فکر- عمل نقش مهم تری دارد. به اعتقاد او آمیختگی فکر- عمل سبب افزایش احساس مسئولیت ادراک شده و اعمال اجباری برای کاهش آن ها می شود (۷). بر اساس مدل شناختی Rachman احساس مسئولیت مفرط از آمیختگی فکر- عمل نشأت می گیرد. بیش ارزیابی اهمیت و مسئولیت مرتبط با افکار نافذ موجب استفاده از راهبردهای کنترل فکر می شود که خود موجب تشدید افکار وسواسی می شود. احساس مسئولیت مفرط می تواند موجب تقویت نیاز به انجام امور به شکل کامل (کمال گرایی) و نیاز به کنترل افکار ناخواسته شود. به این ترتیب احساس مسئولیت با واسطه عوامل شناختی مرتبط با کنترل فکر و کمال گرایی، با نشانه های وسواس ارتباط دارد (۸).

در مورد بررسی میزان اختصاصی بودن باورهای شناختی مطرح شده به اختلال وسواس فکری- عملی و مقایسه باورهای مذکور در اختلالات اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی پژوهش های کمی صورت گرفته است و نتایج نیز تا حدی متناقض می باشد. محققین در تحقیق خود دریافتند گرچه آمیختگی فکر- عمل به نظر می رسد عمدتاً اختصاصی اختلال وسواس می باشد اما در مورد احساس مسئولیت مفرط این میزان درجه اختصاصی بودن وجود ندارد و احساس مسئولیت مفرط نوعی سوگیری شناختی عمومی می باشد (۹).

Bailey و همکاران در تحقیق خود دریافتند آمیختگی فکر- عمل اختصاصی اختلال وسواس اند (۱۰). اما Thompson-Hollands و همکاران در تحقیق خود در مورد اثربخشی درمان شناختی- رفتاری فراتشخیصی در مورد حالت همبودی اختلال وسواس و اختلال اضطراب فراگیر در می یابند آمیختگی فکر- عمل احتمال در موارد همبودی این دو اختلال سطح بالاتری دارد و نسبت به درمان نیز پاسخگویی مناسبی دارد و به نظر می رسد آمیختگی فکر- عمل احتمال نوعی عامل عمومی آسیب پذیری باشد.

بیمارستان شهید زارع ساری با توجه به پرونده روان پزشکی، تشخیص روان پزشکی و مصاحبه تشخیصی روان شناس بالینی از بیماران مبتلا به اختلالات وسواس فکری- عملی، اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی هر کدام ۳۰ نفر با در نظر گرفتن ملاک های رد و شمول ذیل انتخاب شدند. به علاوه ۳۰ نفر نیز از افراد بهنجار که از نظر سن و تحصیلات با گروه بالینی همتا بودند و سابقه هیچ گونه اختلال روانی نداشتند از همراهان و کارکنان بیمارستان به عنوان گروه مقایسه بهنجار انتخاب شدند. قبل از ارائه پرسشنامه ها به هر آزمودنی در مورد رازداری در مورد نتایج و لزوم تکمیل صادقانه پرسشنامه ها توضیحاتی داده شد و هر آزمودنی بعد از ارائه پرسشنامه ها و تشریح نحوه پاسخگویی به پرسشنامه ها آن ها را تکمیل می نمود. تحصیلات تمام افراد نمونه جهت درک مناسب پرسشنامه در حد متوسطه به بالا بود. ملاک های رد و شمول مربوط به ارجاع آزمودنی ها به هر یک از گروه های بالینی و گروه بهنجار به شرح زیر بود:

الف) گروه های بالینی: ۱- تشخیص اختلال مورد نظر بر اساس ملاک های تشخیصی پنجمین چاپ راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی؛ ۲- گرفتن تشخیص برای اولین بار؛ ۳- عدم وجود اختلالات روانی همانند دیگر؛ ۴- نداشتن سابقه درمان دارویی بیشتر از یک هفته؛ ۵- نداشتن سابقه روان درمان.

ب) گروه بهنجار: ۱- عدم تشخیص هیچ گونه اختلال روانی اساس ملاک های تشخیصی پنجمین چاپ راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی؛ ۲- نداشتن هیچ گونه سابقه اختلال یا مشکل روانی و یا مراجعه به مراکز درمانی برای مشکلات عصبی و روانی.

جهت بررسی عوامل شناختی از پرسشنامه باورهای وسواسی (OBQ-44) و مقیاس آمیختگی فکر و عمل استفاده شد. پرسشنامه باورهای وسواسی (OBQ-44) فرم کوتاه شده مقیاس ۷۸ گویه ای است که کارگروه شناخت های وسواسی اجباری جهت سنجش عوامل شناختی اصلی مطرح در مورد اختلال وسواس

در نتایج تحقیقات دیگر عامل کمال گرایی به عنوان آسیب شناسی عمومی مطرح شده است (۱۲،۱۱،۹). در تحقیقی که در مورد رابطه بین شناخت ها با علایم اختلالات اضطرابی بر روی نمونه غیر بالینی صورت گرفت، نتایج حاکی از آن بود که احساس مسئولیت افراطی، بیش ارزیابی تهدید و احتمال و افکار مرتبط با اهمیت و کنترل افکار به طور اختصاصی با علایم اختلال وسواس ارتباط دارند (۱). یافته های تحقیق در مورد بررسی روایی نسخه کوتاه شده پرسشنامه باورهای وسواس نشان داد که نمره بیماران وسواسی در خرده مقیاس های مسئولیت/ بیش ارزیابی تهدید و اهمیت و کنترل افکار به طور معنی داری بیشتر از گروه کنترل اختلالات اضطرابی بود اما در خرده مقیاس قطعیت/ کمال طلبی تفاوت معنی داری مشاهده نشد و به نظر می رسد این بعد شناختی اختصاصی اختلال وسواس فکری- عملی نیست (۴). با توجه به تناقض موجود در برخی مطالعات پیشین در مورد این که این باورهای شناختی مختص اختلال وسواس هستند یا خیر و همچنین عدم مقایسه همزمان همه این باورهای شناختی در گروه های بالینی مبتلا به اختلالات اضطرابی و خلقی و گروه بهنجار، در این تحقیق عوامل شناختی مذکور در سه اختلال وسواس، اضطراب فراگیر و افسردگی و گروه بهنجار مورد مقایسه گرفتند. نتایج این تحقیق می تواند آسیب شناسی شناختی اختلال وسواس را مشخص تر نماید و مشخص نماید که آیا این عوامل شناختی مختص اختلال وسواس اند یا این که در واقع نوعی آسیب پذیری شناختی عمومی اند. نتایج حاصل از این تحقیق می تواند اهمیت قابل توجهی در طرح ریزی اقدامات روان درمانی مؤثرتر و اختصاصی تر برای این اختلالات داشته باشد.

روش بررسی:

این پژوهش از نوع مطالعات علی- مقایسه ای است. برای انتخاب نمونه بالینی از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. بدین ترتیب که از مراجعین

به ترتیب ۰/۵۷ و ۰/۵۰ به دست آمد در تحلیل عاملی نیز سه خرده مقیاس مطرح شده مشخص شدند. در تحقیق حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ نیز برای کل مقیاس ۰/۷۷ و برای هر یک از خرده مقیاس ها شامل احساس مسئولیت/ ارزیابی بیش از حد خطر، کمال گرایی/ ناتوانی در تحمل عدم قطعیت و اهمیت/ کنترل افکار به ترتیب برابر ۰/۶۲، ۰/۵۵ و ۰/۵۵ به دست آمد.

مقیاس آمیختگی فکر و عمل که توسط Shafran و همکاران طراحی شده است، شامل ۱۹ گویه است که در آمیختگی فکر و عمل احتمال و در آمیختگی فکر و عمل اخلاقی را می سنجد. نمره گذاری آن بر اساس مقیاس لیکرت از ۰ (بسیار مخالفم) تا ۴ (بسیار موافقم) است (۱۵). نوریان خصوصیات روان سنجی آن را مطلوب گزارش نموده است و امینی و همکاران آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۱ گزارش نموده است (۱۶، ۱۷). در تحقیق حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ نیز برای کل مقیاس ۰/۸۳ به دست آمد.

یافته‌ها:

جدول شماره ۱ شاخص های جمعیت شناختی شامل جنسیت، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای سن و تحصیلات (سال های تحصیلی) نمونه بالینی و بهنجار را نشان می دهد.

فکری- عملی طراحی نموده است. این پرسشنامه شامل ۴۴ گویه می باشد که از آزمودنی خواسته می شود میزان موافقت خود با هر گزینه را روی مقیاس ۷-۰ انتخاب کند. این پرسشنامه شامل سه خرده مقیاس می باشد که عبارتند از احساس مسئولیت/ ارزیابی بیش از حد خطر، کمال گرایی/ ناتوانی در تحمل عدم قطعیت و اهمیت/ کنترل افکار. کارگروه شناخت های وسواسی اجباری ضرایب همسانی درونی، روایی همزمان بالا و ضرایب پایایی بازآزمایی مطلوبی را برای کل مقیاس و خرده مقیاس های آن گزارش نموده است (۴). Yorulmaz و همکاران در مقایسه ای که در مورد خصوصیات روان سنجی در ترکیه و کانادا انجام داد، در مورد این پرسشنامه انجام داده است، دریافت ضرایب همسانی درونی برای کل مقیاس و خرده مقیاس ها به ترتیب در جامعه ترکیه ۰/۹۲، ۰/۸۰ و ۰/۸۵ و در جامعه کانادا ۰/۹۴، ۰/۸۲، ۰/۸۹ و ۰/۸۷ می باشد (۱۳). در این بررسی آلفای کرونباخ ۰/۹۲، ضریب دو نیمه سازی ۰/۹۴ به دست آمد. نتایج تحلیل عاملی نیز موید ساختار سه عاملی مطرح شده بود. شمس و همکاران خصوصیات روان سنجی آن را در ایران بررسی نمودند (۱۴). بر اساس نتایج حاصل ضرایب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و بازآزمایی ۰/۸۲ به دست آمد. جهت بررسی روایی همزمان همبستگی آن با پرسشنامه های OCI-R و MOCI محاسبه شد که

جدول شماره ۱: شاخص های جمعیت شناختی متغیرهای جنسیت، سن و تحصیلات نمونه ی بالینی و بهنجار

گروه ها	شاخص ها		سن	تحصیلات
	جنسیت	میانگین \pm انحراف معیار		
وسواس فکری- عملی	مرد	۱۳	۳۱/۲۲ \pm ۶/۲۵	کارشناسی ارشد
	زن	۱۷		
اضطراب فراگیر	مرد	۱۶	۲۸/۴۱ \pm ۵/۱۲	کارشناسی
	زن	۱۴		
افسردگی	مرد	۱۲	۲۷/۳۵ \pm ۵/۸۷	دیپلم
	زن	۱۸		
بهنجار	مرد	۱۵	۳۰/۳۳ \pm ۶/۱۴	کارشناسی
	زن	۱۵		

تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. به منظور بررسی پیش فرض برابری ماتریس های کوواریانس ها از آزمون

جهت مقایسه گروه های مبتلا به اختلال وسواس، اضطراب فراگیر، افسردگی و بهنجار در عوامل شناختی از

آزمون لوین جهت بررسی یکسانی واریانس های متغیرهای وابسته معنی دار نشد (جدول شماره ۲). این نتیجه حاکی از یکسانی خطای واریانس هاست. همان طور که نتایج جدول شماره ۲ نشان می دهد نسبت F به دست آمده مانوآ در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است؛ لذا فرض کلی وجود تفاوت معنی دار در گروه ها بر اساس عوامل شناختی مطرح شده تأیید می شود و می توان نتیجه گرفت حداقل در بین گروه ها حداقل در یکی از عوامل شناختی مذکور تفاوت معنی داری وجود دارد. بر این اساس تحلیل واریانس یک طرفه جهت مقایسه گروه ها در عوامل شناختی انجام گرفت که نتایج آن در جدول شماره ۳ آمده است.

باکس استفاده شد که نتایج نشان داد، این آزمون معنی دار نیست؛ لذا مفروضه برابری ماتریس های کوواریانس ها وجود دارد. خی دو حاصل از آزمون کرویت بارتلت جهت بررسی وجود همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته برابر ۲۳۳/۱۱ به دست آمد که معنی دار بود ($P < 0/05$). این نتیجه بیانگر رعایت مفروضه وجود همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته است. میزان F حاصل از آزمون لامبدای ویلکز جهت تعیین اثر متغیر گروه بر متغیرهای پژوهش ۲۴/۸۸ به دست آمد که در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار بود. این نتیجه حاکی از این امر است که بین گروه های مختلف تحقیق حداقل در یکی از عوامل شناختی مذکور تفاوت وجود دارد.

جدول شماره ۲: آزمون لوین به منظور بررسی همگنی واریانس ها

متغیرها	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
آمیختگی فکر - عمل	۱/۴۱۲	۳	۱۱۶	۰/۲۴۳
مسئولیت/ بیش ارزیابی تهدید	۱/۳۶۸	۳	۱۱۶	۰/۲۲۱
اهمیت/ کنترل افکار	۱/۵۲۱	۳	۱۱۶	۰/۲۱۳
کمال گرایی/ عدم قطعیت	۱/۶۸۱	۳	۱۱۶	۰/۳۱۲

جدول شماره ۳: نتایج تحلیل واریانس یک طرفه جهت مقایسه گروه ها در عوامل شناختی

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

تفاوت جفت میانگین های گروه ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. نتایج در جدول شماره ۴ آمده است.

همان طور که در جدول شماره ۳ قابل مشاهده است بین نمرات عوامل شناختی گروه ها تفاوت معنی داری با هم دارند. جهت مقایسه

جدول شماره ۴: نتایج آزمون توکی جهت بررسی تفاوت جفت میانگین های گروه ها در عوامل شناختی

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

باور شناختی کمال طلبی / قطعیت تفاوت معنی داری بین گروه وسواسی و اضطراب فراگیر وجود نداشت ($P < ۰/۰۸۶$).

بحث:

هدف پژوهش حاضر مقایسه آمیختگی فکر- عمل، مسئولیت / بیش ارزیابی تهدید، اهمیت و کنترل افکار و کمال طلبی / قطعیت در اختلالات وسواس فکری- عملی، اضطراب فراگیر و افسردگی و

همان طور که در جدول شماره ۴ قابل مشاهده است، گروه وسواسی و اضطراب فراگیر در تمام عوامل شناختی مذکور نسبت به گروه افسرده و بهنجار نمرات بیشتری کسب نمودند ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین تفاوت جفت میانگین ها در نمرات آمیختگی فکر- عمل، مسئولیت / بیش ارزیابی تهدید، اهمیت و کنترل افکار بین اختلال وسواس، اضطراب فراگیر و افسردگی و گروه بهنجار به طور معنی داری به نفع افراد مبتلا به اختلال وسواس است ($P < ۰/۰۰۱$). اما در

گروه بهنجار بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در گروه های مبتلا به اختلالات وسواس و اضطراب فراگیر نسبت به گروه مبتلا به افسردگی و گروه بهنجار سطح عوامل شناختی آمیختگی فکر- عمل، مسئولیت/ بیش ارزیابی تهدید، اهمیت و کنترل و کمال طلبی/ قطعیت به طور معنی داری بالاتر است. البته نتایج مقایسه جفت میانگین های عوامل شناختی آمیختگی فکر- عمل، مسئولیت/ بیش ارزیابی تهدید و اهمیت و کنترل در گروه ها نشان داد بین دو گروه وسواس و اضطراب فراگیر نمرات گروه وسواس به طور معنی داری بیشتر است، اما کمال طلبی/ قطعیت در گروه فراگیر بالاتر از گروه وسواس است. این یافته با نتایج پژوهش کارگروه شناخت های وسواسی اجباری همسوست (۴).

در تحقیقی که Wu و Fergus در مورد رابطه بین شناخت ها با علائم اختلالات اضطرابی بر روی نمونه غیر بالینی صورت گرفت، نتایج حاکی از آن بود که احساس مسئولیت افراطی، بیش ارزیابی تهدید و احتمال و افکار مرتبط با اهمیت و کنترل افکار به طور اختصاصی با علائم اختلال وسواس فکری- عملی ارتباط دارند و باور شناختی قطعیت/ کمال طلبی بیشتر با اضطراب ارتباط دارد تا افسردگی و همچنین بیشتر اختصاص به اختلال اضطراب فراگیر دارد (۱). همچنین نتایج برخی تحقیقات دیگر از جمله Carleton و همکاران که به مقایسه عدم تحمل بلا تکلیفی (عدم قطعیت) در گروه دانشجویان مبتلا به اختلالات اضطرابی اضطراب فراگیر، وسواس، هراس، اضطراب اجتماعی و اختلال افسردگی با گروه بهنجار پرداخته اند، نشان می دهد که در تمام گروه های بالینی عدم تحمل بلا تکلیفی (عدم قطعیت) بالاتر از گروه بهنجار می باشد و این عامل شناختی می تواند به عنوان یک عامل فراتشخیصی در اختلالات اضطرابی مطرح باشد (۱۸). Dugas و همکاران نیز در تحقیق خود دریافتند این سازه ارتباط بیشتری با نگرانی دارد تا وسواس، اجبار، افسردگی و هراس (۱۹).

در تبیین این یافته ها می توان به نظریه Rachman اشاره کرد که یکی از عوامل مهم آسیب شناختی شکل گیری وسواس بالینی را وجود سوگیری های شناختی همانند آمیختگی فکر- عمل می داند (۷). Lopatka و Rachman دریافتند که افراد دارای مشکلات وسواسی تصور می کنند تفکر آن ها در مورد رویدادهای ناگوار احتمال وقوع این رویدادها را افزایش می دهد. آن ها به خاطر داشتن چنین افکاری مسئول وقوع آن ها هستند و بایستی وقوع آن ها را کنترل کنند. این آمیختگی یا مسئولیت ادراک شده فرد را برای وقوع مشکلات افزایش داده و همین امر سبب افزایش احساس گناه در فرد می شود. بر اساس نظر Rachman واری واری اجباری زمانی رخ می دهد که افرادی که باور مسئولانه خاصی در مورد جلوگیری از آسیب (اکثراً برای دیگران) دارند نامطمئن می شوند که تهدید ادراک شده کاسته شده یا از بین رفته است. بنابراین شدت و مدت واری واری اجباری به وسیله متغیرهای مسئولیت افزایش یافته، احتمال آسیب افزایش یافته و افزایش انتظار جدی بودن آسیب تعیین می شود. تکرار واری واری و ماهیت اجباری آن اثر متناقض افزایشی بر مسئولیت ادراک شده و احتمال ادراک شده در مورد آسیب داشته و موجب کاهش اطمینان به حافظه و اطمینان به اتمام تهدید می شود. در این دیدگاه واری واری اجباری به عنوان تلاشی جهت کسب قطعیت کامل در مورد عدم احتمال تهدید و آسیب مطرح می شود. او معتقد است این تلاش جهت کسب اطمینان تأثیری معکوس دارد و موجب آغاز چرخه خود تداوم بخش واری واری واری می شود (۲۰).

به نظر می رسد گرچه این عوامل شناختی مستعد کننده ابتلا به اختلالاتی همچون وسواس و اضطراب فراگیرند اما ارتباط و اختصاص بیشتری با آسیب شناسی شناختی اختلال وسواس دارند اما در مورد باور شناختی کمال طلبی/ قطعیت چنین درجه ای از اختصاص وجود ندارد. بر اساس یافته های حاصل از این تحقیق آمیختگی فکر- عمل، مسئولیت/ بیش ارزیابی تهدید، اهمیت و کنترل افکار کمال طلبی/ قطعیت در اختلالات

نتیجه گیری:

نتایج این تحقیق موید آن است که باورهای مربوط به کمال گرایی و قطعیت را می توان به عنوان یک عامل آسیب شناسی عمومی یا فراتشخیصی در نظر گرفت، بنابراین توصیه می شود در روش های درمانی فراتشخیصی که امروزه در عرصه روان درمانی اختلالات روانی بیشتر مطرح اند و تأکید بر درمان آسیب شناسی مشترک اختلالات دارند به این عامل فراتشخیصی توجه بیشتری گردد.

تشکر و قدردانی:

بدین وسیله از کلیه افرادی که در انجام این تحقیق مساعدت و همکاری نمودند به ویژه پزشکان و کارکنان بیمارستان شهید زارع قدردانی می گردد. لازم به توضیح است که این مقاله مستخرج از رساله دکتری به شماره کد ۱۱۶۲۹۳۷ مصوب دانشگاه تبریز می باشد.

وسواس و اضطراب فراگیر بالاتر از گروه های افسرده و بهنجار است و همچنین یافته های حاصل نشان دهنده آن است که به نظر می رسد آمیختگی فکر- عمل، مسئولیت/ بیش ارزیابی تهدید، اهمیت و کنترل افکار بیشتر اختصاصی اختلال وسواس اند اما کمال طلبی/ قطعیت چندان اختصاصی اختلال وسواس نیست و به عنوان عامل آسیب پذیری مشترک اختلال وسواس و اضطراب فراگیر است.

از محدودیت های پژوهش حاضر تعداد کم گروه های بالینی مورد مقایسه و عدم کنترل نقش سایر متغیرهای احتمالی تعدیل کننده موثر بود. بنابراین توصیه می شود در پژوهش های آتی این عوامل شناختی در سایر اختلالات به ویژه اختلالات اضطرابی هم مورد بررسی و مقایسه قرار گیرد و متغیرهای احتمالی تعدیل کننده ارتباط مانند نگرانی و عاطفه منفی کنترل گردند.

منابع:

1. Fergus TA, Wu KD. Searching for specificity between cognitive vulnerabilities and mood and anxiety symptoms. *J Psychopathol Behav Assess*. 2011; 33(4): 446-58.
2. Starcevic V, Berle D. Cognitive specificity of anxiety disorders: a review of selected key constructs. *Depress Anxiety*. 2006; 23(2): 51-61.
3. Tolin DF, Worhunsky P, Maltby N. Are "obsessive" beliefs specific to OCD: A comparison across anxiety disorders. *Behav Res Ther*. 2006; 44(4): 469-80.
4. Obsessive Compulsive Cognitions Working G. Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory--Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behav Res Ther*. 2005; 43(11): 1527-42.
5. Calleo JS, Hart J, Bjorgvinsson T, Stanley MA. Obsessions and worry beliefs in an inpatient OCD population. *J Anxiety Disord*. 2010; 24(8): 903-8.
6. Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther*. 1989; 27(6): 677-82.
7. Rachman S. A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther*. 1997; 35(9): 793-802.
8. Calleo JS, Hart J, Bjorgvinsson T, Stanley MA. Obsessions and worry beliefs in an inpatient OCD population. *J Anxiety Disord*. 2010; 24(8): 903-8.
9. Kim S-K, McKay D, Taylor S, Tolin D, Olatunji B, Timpano K, et al. The structure of obsessive compulsive symptoms and beliefs: A correspondence and biplot analysis. *J Affect Disord*. 2016; 38: 79-87.
10. Bailey BE, Wu KD, Valentiner DP, McGrath PB. Thought-action fusion: Structure and specificity to OCD. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2014; 3(1): 39-45.
11. Thompson-Hollands J, Farchione TJ, Barlow DH. Thought-action fusion across anxiety disorder diagnoses: specificity and treatment effects. *J Nerv Ment Dis*. 2013; 201(5): 407-13.

12. Martinelli M, Chasson GS, Wetterneck CT, Hart JM, Bjorgvinsson T. Perfectionism dimensions as predictors of symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder. *Bull Menninger Clin.* 2014; 78(2): 140-59.
13. Yorulmaz O, Yilmaz AE, Gencoz T. Psychometric properties of the Thought-Action Fusion Scale in a Turkish sample. *Behav Res Ther.* 2004; 42(10): 1203-14.
14. Shams G, Ghadiri N, Esmaeli Y, Ebrahimi N. The validity and reability of Persian version of obsessive beliefs -44. *J Adv Cog Sci.* 2005; 23: 6-36.
15. Shafran R, Thordarson DS, Rachman S. Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *J Anx Dis.* 1996; 10: 379-391.
16. Nourian, Z. The role of thought–action fusion and thought suppression in obsessive-compulsive disorder. [MA Thesis]. Sciences and Researches Branch, Islamic Azad University.
17. Amini R, Dolatshahi B, Abbas Pour SH. The role of Thought- action fusion in obsessive- compulsive disorder. *J Adv Cog Sci.* 2011; 25: 13-34.
18. Carleton RN, Mulvogue MK, Thibodeau MA, McCabe RE, Antony MM, Asmundson GJ. Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *J Anxiety Disord.* 2012; 26(3): 468-79.
19. Dugas M J, Schwartz A, Francis K. Intolerance of uncertainty, worry, and depression. *J Cog Therap Res.* 2004; 28: 835-42.
20. Lopatka C, Rachman S. Perceived responsibility and compulsive checking: An experimental analysis. *Behav Res Ther.* 1995; 33(6): 673-84.

Comparative study of cognitive factors in obsessive- compulsive, generalized anxiety, and major depression disorders

Bakhshipour A¹, Mahmoud Alilou M¹, Pourfaraj Omran M^{2*}

¹Psychology Dept., Tabriz University, Tabriz, I.R. Iran; ²Psychology Dept., Shahed University, Tehran, I.R. Iran.

Received: 30/Jan/2016 Accepted: 19/Apr/2016

Background and aims: With attention to considered various cognitive factors in psychopathology of obsessive- compulsive disorder, generalized anxiety disorder, the aim of this study was comparison of Thought Action Fusion (TAF), responsibility and the overestimation of threat (RT), and over importance and Control Thoughts (ICT), Perfectionism and The Intolerance of Uncertainty (PC) cognitive beliefs in Obsessive- Compulsive Disorder (OCD), Generalized Anxiety Disorder (GAD), Major Depression Disorder (MDD) and normal group to more clarification psychopathology of these disorders.

Methods: This study is causal-comparative research. The clinical samples include patients referred from January to June 2016 to Sari Shahid Zareh hospital in this regard. From each of these groups, 30 individuals were selected from hospitals and clinics of Sari and 30 individuals were selected accomplish obsessive beliefs questionnaire and thought action fusion scale. Data were analyzed by MANOVA.

Results: The results of MANOVA and Tukey posthoc test showed that OCD group was significantly higher than other groups in TAF, RT and ICT ($P < 0.001$), but in PC didn't show significantly difference between OCD and GAD groups ($P > 0.086$). Also, the results showed that all of these cognitive beliefs OCD and GAD groups were significantly higher than depression and normal groups ($P < 0.001$).

Conclusion: According to these results, it seems that TAF, RT and ICT are more specific for OCD, but about PC there isn't this specialty and it is common cognitive vulnerability in OCD and GAD.

Keywords: Cognitive factors, Obsessive- compulsive disorder, Generalized anxiety disorder, Major depression disorder.

Cite this article as: Bakhshipour A, Mahmoud Alilou M, Pourfaraj Omran M. Comparative study of cognitive factors in obsessive- compulsive disorder, generalized anxiety disorder, major depression disorder and normal group. J Shahrekord Univ Med Sci. 2017; 18(6): 65-74.

***Corresponding author:**

Psychology Dept., Shahed University, Tehran, I.R. Iran. Tel: 00989111002326,
E-mail: m.pourfaraj@gmail.com