

# بررسی سهم نسبی سازه‌های فراتشخیصی در پیش‌بینی اختلال وسواسی - اجباری در یک جمعیت بالینی: عدم تحمل بلا تکلیفی، همجوشی شناختی، عدم تحمل آشفته‌گی

مهدی اکبری<sup>۱\*</sup>

۱. دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

## چکیده

**مقدمه:** اختلال وسواسی - اجباری، با سیر مزمن، ناهمگنی در علائم و مقاومت در برابر تغییر و همچنین به‌عنوان یکی از ناتوان‌کننده‌ترین اختلال‌های اضطرابی، لزوم پرداختن فرایندها به ماهیت آسیب‌شناسی چندبعدی، پیچیده و فراتشخیصی این اختلال را نمایان می‌سازد. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر، بررسی سهم فرآیندهای فراتشخیصی همچون عدم تحمل بلا تکلیفی، همجوشی شناختی و عدم تحمل آشفته‌گی در پیش‌بینی اختلال وسواسی - اجباری در جمعیت بالینی است.

**روش:** در پژوهش همبستگی - مقطعی حاضر، ۱۵۵ آزمودنی مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های بیمارستان روان‌پزشکی روزبه، بیمارستان آیت‌الله طالقانی (بخش روان‌پزشکی) و بیمارستان روان‌پزشکی ایران، به روش در دسترس انتخاب شدند و نسخه تجدیدنظر شده پرسشنامه وسواسی - اجباری، مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی، مقیاس تحمل آشفته‌گی و پرسشنامه همجوشی شناختی را تکمیل کردند. داده‌های پژوهش با روش همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** نتایج پژوهش نشان داد که عدم تحمل بلا تکلیفی، همجوشی شناختی و عدم تحمل آشفته‌گی با اختلال وسواسی - اجباری، رابطه معناداری داشتند. همچنین بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون، متغیرهای مذکور به‌طور کلی قادر به پیش‌بینی ۶۹ درصد از واریانس اختلال وسواسی - اجباری شدند که از این میان، نقش تبیین‌کنندگی همجوشی شناختی نسبت به سایر متغیرها بیشتر بود.

**بحث و نتیجه‌گیری:** طبق یافته‌های پژوهش حاضر، سازه‌های فراتشخیصی همچون عدم تحمل بلا تکلیفی، همجوشی شناختی و عدم تحمل آشفته‌گی قادر به پیش‌بینی اختلال وسواسی - اجباری هستند و این یافته می‌تواند گام مهمی در پیشبرد و توسعه پروتکل‌های فراتشخیصی در درمان این اختلال محسوب شود.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال وسواسی - اجباری، عدم تحمل بلا تکلیفی، همجوشی شناختی و عدم تحمل آشفته‌گی.

\*Email: m.akbari@khu.ac.ir

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

## روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۵، شماره ۲، پیاپی ۲۹  
پانیز و زمستان ۱۳۹۶  
صص: ۱۶۷-۱۷۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۳/۲۸

Biannual Journal of

## Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 15, No. 2, Serial 29

Autumn & Winter  
2017-2018

pp.: 167-177

## مقدمه

قبیل کاهش احساس مسئولیت و خودسرزنشگری) دال بر علیت نیست؛ به عبارت دیگر، نمی‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری کرد که چون کاهش مسئولیت‌پذیری افراطی منجر به موفقیت درمانی شده، پس دلیل ایجاد وسواس‌های فکری است [۱۲].

با ظهور پارادیم فراتشخیصی<sup>۳</sup> در درمان و سبب‌شناسی اختلال‌های هیجانی و در ادامه تمرکز بر نقش شناخت در آسیب‌شناسی و درمان اختلال وسواسی - اجباری، تأکید پژوهشگران در دو دهه اخیر، بر اهمیت سازه‌های فراتشخیصی شناختی سطح بالا معطوف شده است تا بتوانند شناخت عمیق‌تر و گسترده‌تری هم بر این اختلال و هم اختلال‌های همبود آن به دست آورند؛ بنابراین تمرکز پژوهش حاضر، بررسی سهم متغیرهای فراتشخیصی شناختی برآمده از مدل‌های جدید حوزه شناختی رفتاری در پیش‌بینی علائم اختلال وسواسی - اجباری است که در ادامه به آن پرداخته خواهد شد [۱۴].

یکی از متغیرهای فراتشخیصی مهم در تبیین آسیب‌شناسی اختلال‌های هیجانی به‌ویژه اختلال وسواسی - اجباری، «همجوشی شناختی»<sup>۴</sup> است که بر تنظیم بیش از حد و نامناسب رفتار توسط فرآیندهای کلامی مانند قواعد کلامی و شبکه‌های رابطه‌ای که از این فرآیندها اشاره دارد. در بافتارهایی که این همجوشی بیشتر می‌شود، شبکه‌های کلامی نسبتاً غیر انعطاف‌پذیری، به رفتار انسان جهت می‌دهند و در نتیجه، ممکن است رفتار فرد ناهماهنگ و ناسازگار با چیزی باشد که محیط در ارتباط با ارزش‌ها و اهداف انتخاب‌شده، ارائه می‌دهد [۱۵]؛ به عبارت دیگر، وقتی فرآیندهای چارچوب رابطه‌ای مانند چارچوب‌های زمانمند<sup>۵</sup> و ارزیابانه<sup>۶</sup> شکل می‌گیرند، زبان در تنظیم رفتار تا حد زیادی درگیر می‌شود که باعث می‌گردد تجربه‌ی مستقیم جهان برای فرد دشوار شود چون روابط محرک‌ها و قواعد کلامی بر تنظیم رفتار غالب می‌شود. در چنین حالتی، عدم همخوانی قواعد کلامی با وابستگی‌های<sup>۷</sup> دنیای واقعی باعث می‌شود که رفتار فرد انعطاف‌ناپذیر شود [۱۶]. از دیدگاه رویکرد شناختی مبتنی بر تعهد و پذیرش<sup>۸</sup>، تغییر شکل کارکرد محرک‌ها می‌تواند باعث ایجاد احساسات فیزیولوژیکی و روان‌شناختی دخیل در بروز یک رفتار از طریق روابط شود. فرد می‌تواند نتیجه‌ی اجبارها را صرفاً با فکر کردن در مورد آن به‌طور غیرمستقیم تجربه کند. در واقع، این‌گونه تصور می‌شود که فکر کردن مثل انجام آن، «بد» است. وقتی فکری به ذهن ما

اختلال وسواسی - اجباری<sup>۱</sup> یکی از ناتوان‌کننده‌ترین اختلال‌های اضطرابی است که با افکار تکرارشونده، تکانه‌ها، تصاویر اضطراب‌زا («وسواس‌ها») یا فعالیت‌های رفتاری یا ذهنی که بیمار احساس می‌کند باید به شیوه‌ای تکراری و آیین‌مند انجام دهد تا اضطرابش کاهش یابد و یا از پیامدهای اضطراب‌آور جلوگیری کند («اجبارها») شناخته می‌شود. این اختلال با میزان شیوع طول عمر ۲/۳ درصد در جمعیت عمومی یکی از شایع‌ترین [۱] و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روان‌پزشکی به شمار می‌آید [۲] که در چند دهه‌ی اخیر، در بین سایر اختلالات اضطرابی بعد از اختلال استرس پس از سانحه بیشترین پژوهش‌ها را به خود اختصاص داده است [۳]. اختلال وسواسی - اجباری با آسیب عمده در عملکرد [۴]، کاهش کیفیت زندگی [۶، ۷]، افزایش خطر اقدام به خودکشی [۸، ۹]، سوءمصرف مواد [۱۰] و همچنین افزایش هزینه‌های اقتصادی بر جامعه [۱۱] همراه است. لذا در چنین شرایطی، لزوم درک بیشتر در زمینه آسیب‌شناسی این اختلال به‌منظور ارتقاء اثربخشی دستورالعمل‌های درمانی موجود برای افرادی که از علائم اختلال وسواسی - اجباری رنج می‌برند، ضروری می‌باشد.

تا چندی پیش، در مفهوم‌پردازی و درمان اختلال وسواسی - اجباری، به عوامل رفتاری بیشتر از عوامل شناختی توجه می‌شد، زیرا اثربخشی مداخلات رفتاری برای اختلال وسواسی - اجباری به‌خوبی تثبیت‌شده بود. با این حال، به دلیل اینکه در مفهوم‌پردازی رفتاری شواهد کافی برای شروع اختلال وسواسی - اجباری وجود نداشت، در دو دهه اخیر توجه به نقش شناخت در آسیب‌شناسی و درمان این اختلال افزایش یافته است [۱۲].

نتایج پژوهش‌های اولیه در زمینه آسیب‌شناسی شناختی بر یافته‌های سالکوفسکیس<sup>۲</sup> [۱۳] مبنی بر مسئولیت‌پذیری و خودسرزنشگری افراطی افراد مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری متمرکز بود. با این حال، منتقدین اعتقاد دارند ارزیابی‌ها و رفتارهای خنثی‌ساز به‌خودی‌خود توجیه‌کننده نابهنجار بودن وسواس‌های فکری نیستند. همچنین منتقدین بر این باورند که مسئولیت‌پذیری و خودسرزنشگری، برخی از مضامین اختلال وسواسی - اجباری (از قبیل، افکار خشونت آمیز، جنسی و کفرآمیز) را بیشتر از مضامین دیگر (از قبیل، ترس از آلودگی، آیین‌مندی‌های شستشو) توجیه می‌کند [۱۲]. نهایتاً، منتقدین تأکید دارند مداخله موفقیت‌آمیز (از

<sup>5</sup> temporal

<sup>6</sup> evaluative

<sup>7</sup> contingency

<sup>8</sup> Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

<sup>1</sup> Obsessive Compulsive Disorder (OCD)

<sup>2</sup> Salkovskis

<sup>3</sup> transdiagnostic

<sup>4</sup> cognitive fusion

سومین مشخصه عمده افراد با تحمل آشفتگی پایین، تلاش فراوان این افراد برای جلوگیری از هیجانات منفی و تسکین فوری هیجانات منفی تجربه شده می‌باشد. لازم به ذکر است که اگر این افراد قادر به تسکین این هیجانات نباشند، تمام توجهشان جلب این هیجان آشفتگی می‌گردد و عملکردشان به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد [۲۰]. شواهدی وجود دارد که بیان می‌کند تحمل آشفتگی به‌عنوان یک عامل آسیب‌زا برای اختلال وسواسی - اجباری قابل طرح است. محققان پی برده‌اند که ترس از هیجانات منفی، به‌شدت با نشانه‌های اختلال وسواسی - اجباری مرتبط است [۲۱]. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که توجه مهمی بر تحمل افزایش یافته بر حالات هیجانی منفی دارد و ممکن است به‌طور غیرمستقیم باعث افزایش تحمل آشفتگی شود [۲۲] و اخیراً در درمان اختلال وسواسی - اجباری مؤثر واقع شده است [۲۳]. شواهد مستقیم از یک مطالعه در مورد اندازه‌گیری تحمل آشفتگی نیز به‌طور منحصربه‌فردی نشانه‌های کلی اختلال وسواسی - اجباری را حتی پس از کنترل اضطراب، افسردگی و حساسیت اضطرابی پیش‌بینی کرد [۲۴].

«عدم تحمل بلا تکلیفی»<sup>۴</sup>، سازه‌ای فراتشخیصی شناختی دیگری است که بر اهمیت این متغیر در آسیب‌شناسی اختلال های اضطرابی به‌ویژه اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواسی - اجباری تأکید بسیاری شده است [۲۵] و به یک ویژگی سرشتی ناشی از یک سری باورهای منفی در مورد بلا تکلیفی و معانی ضمنی آن اشاره دارد [۲۶] و می‌توان آن را به‌عنوان سوگیری شناختی بر چگونگی ادراک، تفسیر و پاسخ فرد به موقعیت‌های نامطمئن تعریف کرد که بر روی سطوح شناختی، هیجانی و رفتاری فرد تأثیر دارد [۲۷]. عدم تحمل بلا تکلیفی سازه‌ای شناختی است که ناتوانی افراد در تحمل موقعیت‌های مبهم و ناشناخته را بیان می‌کند [۲۸]. هرچند برخی از تحقیقات بیان می‌کنند که عدم تحمل بلا تکلیفی مخصوص نگرانی و اضطراب فراگیر است [۲۶]، اما هالاوای و همکاران [۲۹] دریافتند که عدم تحمل بلا تکلیفی احتمال دارد یک زمینه مشترک در طیف گسترده‌ای از اختلالات اضطرابی باشد. توصیف‌های نظری این سازه در مورد اختلال وسواسی - اجباری به نظریه کار [۲۹] برمی‌گردد که پیشنهاد می‌کند بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری، نیاز شدیدی به قطعیت دارند و ممکن است اضطراب شدیدی را تا زمانی که قطعیت به دست آورند، تجربه کنند. تولین<sup>۵</sup> و

خطور می‌کند احساسات جسمی و احساسات مرتبط با آن را تجربه نمی‌کنیم. برای مثال، اگر کسی که مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری نیست، در مورد آسیب دیدن مادرش فکر کند، کمی احساس غم می‌کند، اما این احساس موقتی است و مثل آن نیست که واقعاً این اتفاق رخ داده باشد. این موضوع نتیجه‌ی کنترل بافتاری و کارکردهای اعمال رابطه‌ی شخص است. این فکر به‌صورت «قابل باور»<sup>۱</sup> و یا «واقعی»<sup>۲</sup> تجربه نمی‌شود. افراد مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری، وسواس فکری خود را به شکل بافتاری واقعی‌تر نسبت به افراد غیر مبتلا به این اختلال تجربه می‌کنند [۱۷]؛ به عبارت دیگر، هر گونه تلاشی برای کاهش وسواس فکری توسط بیمار و درمانگر، به شکل متناقضی، باعث حمایت از این بافتار و بافتارهای دیگر مثل کنترل هیجانی یا استدلال می‌شود. هدف قرار دادن این افکار، باعث تقویت این بافتار می‌شود، چون تلاش برای تغییر این بافتارها آن‌ها را طوری نشان می‌دهد که افکار پرمعنا بوده و یا واقعی و قابل باورند. از سوی دیگر، باعث تقویت چارچوب‌های زمانمند و ارزیابانه می‌شود که این امر به افزایش پیروی از قواعد کلامی، انعطاف‌ناپذیری رفتار و کاهش خزانه‌ی رفتارهای فرد منجر می‌شود؛ بنابراین، هر گونه تلاش برای اثبات نادرستی این افکار وسواسی یا تغییر آن‌ها باعث تقویت بافتارهایی می‌شود که وسواس فکری را ایجاد می‌کنند. همچنین باعث می‌شود تا این افکار با قدرت بیشتری رفتار فرد را تنظیم و کنترل نمایند [۱۷]. این فرضیه با مدل فراسناختی [۱۸] که نشان دادند تلاش برای کاهش افکار ناخواسته به افزایش بروز این افکار منجر می‌شود، هماهنگ می‌باشد.

از دیگر سازه‌های فراتشخیصی شناختی که در دو دهه اخیر نقش آن در سبب‌شناسی اختلال‌های روان‌شناختی، به‌ویژه اختلال‌های اضطرابی برجسته شده است، «عدم تحمل آشفتگی»<sup>۳</sup> است که به ناتوانایی تجربه و تحمل موقعیت های روان‌شناختی منفی اطلاق می‌گردد. آشفتگی ممکن است ماحصل فرآیندهای فیزیکی و شناختی باشد، لیکن بازنمایی آن به‌صورت حالت هیجانی است که اغلب با تمایل به عمل، جهت‌رهایی از تجربه هیجانی مشخص می‌گردد [۱۹]. افراد دارای تحمل آشفتگی پایین، اولاً هیجان را غیر قابل تحمل می‌دانند و نمی‌توانند به آشفتگی و پریشانی‌شان رسیدگی نمایند، ثانیاً این افراد وجود هیجان را نمی‌پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آشفتگی می‌کنند، زیرا که توانایی های مقابله‌ای خود با هیجانات را دست‌کم می‌گیرند.

<sup>4</sup> intolerance of uncertainty

<sup>5</sup> Tolin

<sup>1</sup> believable

<sup>2</sup> literal

<sup>3</sup> distress tolerance

بودن اختلال‌های نورولوژیکی، مصرف داروهای روان‌پزشکی، سابقه دریافت درمان‌های روان‌شناختی بود. برای جلوگیری از اثر تقدم و تأخر، پرسشنامه‌ها به صورت تصادفی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت.

### ابزارهای پژوهش

**الف) پرسشنامه وسواسی - اجباری (تجدیدنظر شده)<sup>۴</sup>:** این مقیاس توسط فوآ<sup>۵</sup> و همکارانش [۳۶] برای بررسی انواع وسواس ساخته شده است که ابزاری مناسب برای غربالگری وسواس بوده است. این پرسشنامه دارای ۱۸ سؤال و ۶ خرده مقیاس شستشو، فکری، انباشت، وارسی، نظم و ترتیب و خنثی‌سازی است و در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. بررسی همسانی درونی توسط فوآ برای نمره کل ۰/۸۱ و برای زیر مقیاس‌ها بین ۰/۳۴ تا ۰/۹۳ بوده است. پایایی به روش باز آزمون پس از دو هفته بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۱ بوده است. نسخه فارسی این پرسشنامه توسط قاسم‌زاده و همکارانش بررسی شده است [۳۷]. در این مطالعه آلفا برای نمره کل ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۶ محاسبه شد. همچنین پایایی به روش بازآزمایی و در طول ۲ هفته برای نمره کل ۰/۷۵ و برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۲ و ۰/۷۶ بود.

**ب) مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی<sup>۶</sup>:** این مقیاس در سال ۲۰۰۲ توسط بوهر<sup>۷</sup> و داگاس<sup>۸</sup> [۳۸] برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بلا تکلیفی طراحی شد و دارای ۲۷ گویه در یک مقیاس لیکرتی پنج‌درجه‌ای است. بوهر و داگاس [۳۸] ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و ضریب روایی بازآزمایی پنج‌هفته‌ای را ۰/۷۴ گزارش کردند. در پژوهش اکبری و همکاران آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و پایایی بازآزمایی سه‌هفته‌ای ۰/۷۶ بود [۳۹] برای محاسبه روایی پیش‌بین از همبستگی این ابزار با پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا<sup>۹</sup> (۰/۷۸) و پرسشنامه اجتناب شناختی<sup>۱۰</sup> (۰/۷۱) استفاده شده است [۳۹].

**ج) مقیاس تحمل آشفتگی<sup>۱۱</sup>:** این ابزار یک مقیاس ۱۵ گزینه‌ای است که توسط سیمونز و گاهر [۲۰] ساخته شده است. گزینه‌های این مقیاس تحمل آشفتگی را بر اساس توانمندی فرد برای تحمل آشفتگی هیجانی، ارزیابی ذهنی آشفتگی، میزان توجه به هیجان‌ات منفی در صورت وقوع و

همکاران [۳۰] ادعا کرده‌اند که عدم تحمل بلا تکلیفی ممکن است نقش اصلی در اختلال وسواسی - اجباری داشته باشد. استکتی<sup>۱</sup> و همکاران [۳۱] نیز نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری، عدم تحمل بلا تکلیفی بیشتری را نسبت به سایر اختلال‌های اضطرابی از جمله اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی گزارش می‌کنند. نتایج پژوهش روتج و همکاران [۳۲] نشان داد که شدت عدم تحمل بلا تکلیفی با فراوانی رفتارهای وارسی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری ارتباط دارد. لیند و بوشن<sup>۲</sup> [۳۳] نیز نشان داد که عدم تحمل بلا تکلیفی در رابطه بین مسئولیت‌پذیری و رفتارهای وارسی نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند. همچنین بولن و کارلتون<sup>۳</sup> [۳۴] و ارین و همکاران [۳۵] در پژوهشی دیگر نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری، سطوح بالاتری از عدم تحمل بلا تکلیفی را نسبت به گروه کنترل نشان دادند.

### آزمودنی

**الف) جامعه آماری:** جامعه آماری پژوهش مقطعی همبستگی حاضر، شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری بودند که در سال ۱۳۹۵ به درمانگاه‌های بیمارستان روان‌پزشکی روزبه، بیمارستان آیت‌الله طالقانی (بخش روان‌پزشکی) و بیمارستان روان‌پزشکی ایران مراجعه کرده بودند.

**ب) نمونه آماری:** از بین مراجعه‌کنندگان به این درمانگاه‌ها، ۱۵۵ بیمار به روش در دسترس انتخاب شدند. به این ترتیب که بیماران پس از مراجعه به مراکز مربوطه، نخست توسط روان‌پزشک بیمارستان معاینه شدند. سپس، بیماران دارای اختلال وسواسی - اجباری به روانشناس بالینی ارجاع داده شدند تا به کمک «مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس نسخه تجدیدنظر شده چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی» برای تشخیص اختلال موردنظر غربال گردند. در صورت تأیید تشخیص، با کسب رضایت‌نامه کتبی، از افراد درخواست می‌شد که در پژوهش شرکت کنند. ملاک‌های ورود شامل تشخیص اختلال وسواسی - اجباری بر اساس «نسخه تجدیدنظر شده چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی»، داشتن شرط سنی ۱۸ تا ۶۵ سال، داشتن حداقل سواد دیپلم و ملاک‌های خروج نیز شامل وجود سایر اختلال‌های همبود روان‌شناختی محور یک، دارا

<sup>7</sup> Buhr

<sup>8</sup> Dugas

<sup>9</sup> Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)

<sup>10</sup> Cognitive Avoidance Questionnaire (CAQ)

<sup>11</sup> Distress Tolerance Scale (DTS)

<sup>1</sup> Steketee

<sup>2</sup> Lind & Boschen

<sup>3</sup> Boelen & Carleton

<sup>4</sup> Obsessive Compulsive Inventory Revised (OCI-R)

<sup>5</sup> Foa

<sup>6</sup> Intolerance Uncertainty Scale (IUS)

### نتایج

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان ۲۵/۱۳ سال (با انحراف معیار ۲/۵۱) بود. از ۱۵۵ آزمودنی، ۸۶ نفر زن و ۶۹ نفر مرد بودند. ۲۷ درصد از شرکت‌کنندگان مجرد و مابقی متأهل بودند. مفروضه نرمال بودن هر چهار مقیاس با آزمون آماری کولموگروف-اسمیرنف<sup>۷</sup> تأیید شد. ضریب همبستگی پیرسون (جدول ۱) بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک نشان داد عدم تحمل بلا تکلیفی، همجوشی شناختی و عدم تحمل آشفتگی با علائم وسواسی - اجباری رابطه قوی و مثبت داشتند. بالاترین همبستگی مربوط به همجوشی شناختی با علائم وسواسی - اجباری بود. لازم به ذکر است که در ماتریس همبستگی متغیرهای پیش‌بین، هیچ هم‌خطی ساده و چندگانه [۴۲] (یعنی همبستگی بالاتر از ۰/۷۵) میان متغیرهای پیش‌بین دیده نشد، از این رو هیچ‌یک از متغیرها از تحلیل نهایی حذف نشدند.

برای تعیین سهم هر یک از متغیرهای عدم تحمل بلا تکلیفی، همجوشی شناختی و عدم تحمل آشفتگی در پیش‌بینی علائم وسواسی - اجباری، از آزمون تحلیل رگرسیون چندمتغیره هم‌زمان استفاده شد. نمره کل مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی، پرسشنامه همجوشی شناختی و مقیاس تحمل آشفتگی، به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین و نمره کلی علائم وسواسی - اجباری به‌عنوان متغیر ملاک وارد مدل رگرسیون شدند. نتایج پژوهش نشان داد که F مشاهده شده از تحلیل واریانس (جدول ۲) و شاخص‌های آماری مدل رگرسیون (جدول ۳) برای سه متغیر پیش‌بین مورد بررسی در مقایسه با مقادیر بحرانی، معنادار بودند ( $F=163/23$ ،  $P=0/001$ ). شاخص تحمل<sup>۸</sup> و عامل تورم واریانس<sup>۹</sup> نیز نشان داد میان متغیرهای پیش‌بین هیچ هم‌خطی و هم‌خطی معنی‌داری وجود نداشت و این متغیرها از استقلال بالایی برخوردار بودند و نیاز به خروج هیچ‌یک از آن‌ها از مدل رگرسیونی نبود. بر پایه الگوی رگرسیون، بین متغیرهای پیش‌بین سه‌گانه مورد بررسی با علائم وسواسی - اجباری رابطه معنی‌داری وجود داشت ( $R=0/833$ ) و در مجموع ۶۹/۳ درصد واریانس افکار تکرارشونده منفی تبیین شد ( $0/693$   $R^2=$ ). همچنین در صورت تعمیم یافته‌های به‌دست آمده از آزمودنی‌های پژوهش به جامعه اصلی، متغیرهای پیش‌بین توان تبیین ۶۸/۶ درصد از واریانس افکار تکرارشونده منفی را دارند ( $R^2Adj=0/686$ ). وزن این متغیرها به ترتیب برای

اقدام‌های تنظیم‌کننده برای تسکین آشفتگی، مورد سنجش قرار می‌دهند. گویه‌های این ابزار بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند و دارای چهار خرده مقیاس تحمل (من نمی‌توانم به احساس آشفتگی‌ام رسیدگی کنم)، جذب (هنگامی که آشفتگی و پریشان هستم، همواره به این فکر می‌کنم که چه احساس بدی دارم)، ارزیابی (تحمل آشفتگی و پریشانی همیشه برای من کار بسیار سختی است) و تنظیم (من برای جلوگیری از بروز احساساتم حاضرم هر کاری را انجام دهم) است [۲۰]. بر اساس داده‌های پژوهش عزیز، میرزایی و شمس [۳۹] میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۶۷۲ برآورد شد. ضریب پایایی به روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۹، ۰/۷۷ و ۰/۷۳ می‌باشد. طبق این پژوهش، همبستگی مقیاس تحمل آشفتگی با سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌محور و هیجان‌محور به ترتیب برابر ۰/۲۱ و ۰/۲۷- است [۳۹].

**د) پرسشنامه همجوشی شناختی:** پرسشنامه همجوشی شناختی [۴۰] یک ابزار برای سنجش همجوشی شناختی است. این پرسشنامه ۷ گویه دارد و بر روی یک مقیاس ۷ درجه‌ای از یک تا هفت نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین، نمره کل این پرسشنامه در دامنه ۷-۴۹ قرار دارد. گیلاندرز و همکاران [۴۰] ضریب آلفای کرونباخ در یک جمعیت دانشجویی با حجم نمونه ۱۰۴۰، ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی را در فاصله‌ی ۴ هفته‌ای ۰/۸۰ گزارش کردند. در این پژوهش ضریب همبستگی پرسشنامه همجوشی شناختی با پرسشنامه تعهد و پذیرش<sup>۲</sup> و پرسشنامه ذهن آگاهی ساوتمتون<sup>۳</sup> به ترتیب برابر ۰/۷۲ و ۰/۷۰ به دست آمد. اکبری و همکاران [۴۱] در پژوهش خود بر روی یک نمونه دانشجویی، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۱ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله ۵ هفته را هم ۰/۸۶ گزارش کردند.

### شیوه تحلیل داده‌ها

در این پژوهش علاوه بر شاخص‌های توصیفی، تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار آماری «اس. پی. اس. اس»<sup>۴</sup> و به روش همبستگی پیرسون<sup>۵</sup> و تحلیل رگرسیون چندگانه<sup>۶</sup> هم‌زمان انجام شد.

<sup>۶</sup> multiple regression analysis

<sup>۷</sup> Kolmogorov-Smirnov test

<sup>۸</sup> tolerance index

<sup>۹</sup> Variance Inflation Factor (VIF)

<sup>۱</sup> Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ)

<sup>۲</sup> Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-2)

<sup>۳</sup> Southampton Mindfulness Scale (SMS)

<sup>۴</sup> Statistical Package for the Social Science-version (SPSS)

<sup>۵</sup> Pierson correlation

همجوشی شناختی، عدم تحمل بلا تکلیفی و تحمل آشفتگی برابر با  $۰/۵۳$ ،  $۰/۴۴$  و  $۰/۴۱$  بود (جدول ۳).

جدول ۱. میانگین (و انحراف معیار) و ضریب همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	میانگین (انحراف معیار)
علائم وسواسی - اجباری (۱)	۱				۴۲ (۹/۳۴)
عدم تحمل بلا تکلیفی (۲)	$۰/۷۹^{**}$	۱			۱۱۲/۴۵ (۱۴/۱۱)
همجوشی شناختی (۳)	$۰/۸۶^{**}$	$۰/۳۷^{**}$	۱		۳۴/۱۷ (۷/۳۴)
تحمل آشفتگی (۴)	$-۰/۷۷^{**}$	$-۰/۴۱^{**}$	$-۰/۴۵^{**}$	۱	۲۳/۳۰ (۳/۶۷)

جدول ۲. نتایج مدل رگرسیون هم‌زمان و تحلیل واریانس برای رابطه متغیرهای پیش‌بین با علائم وسواسی - اجباری

مدل	F	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Adjust	سطح معناداری
هم‌زمان	۱۶۳/۲۳	۰/۸۳۳	۰/۶۹۳	۰/۶۸۶	۰/۰۰۱

جدول ۳. نتایج مربوط به شاخص‌های آماری رگرسیون برای مؤلفه‌های پیش‌بین‌کننده علائم وسواسی - اجباری

مدل رگرسیون	B	S.E.	$\beta$	t	P-Value	Tolerance	VIF
مقدار ثابت مدل	-۰/۳۸۱	۲/۵۶	-	-۰/۱۵	-	-	-
همجوشی شناختی	۰/۰۸۷	۰/۰۰۷	۰/۵۳	۹/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۲/۱۱
عدم تحمل بلا تکلیفی	۰/۴۲۳	۰/۰۴	۰/۴۴	۶/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۱/۹۲
تحمل آشفتگی	-۰/۲۵۷	۰/۰۲	-۰/۴۱	-۵/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱/۲۷

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر بر اساس شواهد موجود در مورد ارتباط اختلال وسواسی - اجباری با همجوشی شناختی، عدم تحمل بلا تکلیفی و تحمل آشفتگی و با هدف یکپارچه‌سازی این شواهد در قالب مطالعه مقدماتی برای تطبیق رویکرد فراتشخیصی برای مداخلات پیشگیرانه و درمانی برای اختلال وسواسی - اجباری انجام شده است.

نخستین هدف پژوهش حاضر بررسی ارتباط میان همجوشی شناختی، عدم تحمل بلا تکلیفی و تحمل آشفتگی با علائم اختلال وسواسی - اجباری بود که نتایج پژوهش نشان داد که رابطه مثبت و معنی‌داری میان این سازه‌ها با علائم این اختلال وجود دارد. دومین هدف این پژوهش بررسی سهم نسبی و کلی این متغیرها در پیش‌بینی واریانس علائم اختلال وسواسی - اجباری در قالب یک مدل رگرسیونی هم‌زمان بود. تجزیه و تحلیل مدل رگرسیونی نیز نشان داد ترتیب ورود متغیرهای پیش‌بین در تحلیل رگرسیون با توجه به وزن آن‌ها به ترتیب به صورت همجوشی شناختی، عدم تحمل بلا تکلیفی و عدم تحمل آشفتگی بود. این متغیرها به طور کلی توانستند حدود ۶۹ درصد واریانس علائم اختلال وسواسی - اجباری را تبیین کنند.

همجوشی شناختی، اولین متغیر فراتشخیصی از نظر توان پیش‌بینی‌کنندگی علائم وسواسی - اجباری در بیماران مبتلا به این اختلال بود.

این یافته با پژوهش‌های توهیگ و همکاران [۴۳]، پورفرج

عمران [۴۴]، بلوت<sup>۱</sup> و همکاران [۴۵]، توهیگ، موریسون و بلوت<sup>۲</sup> [۴۶]، توهیگ و همکاران [۴۷]، ماسودا<sup>۳</sup> و همکاران [۴۸] مبنی بر ارتباط میان این سازه و علائم اختلال وسواسی - اجباری همسو است و می‌توان آن را چنین تبیین کرد که طبق رویکرد مبتنی بر تعهد و پذیرش [۴۹]، تکنیک‌های گسلش شناختی، به‌عنوان تکنیک‌های مؤثر بر همجوشی شناختی، تلاش دارند تا به جای این که شکل و فراوانی افکار و سایر رخدادهای خصوصی را تغییر دهند، در عوض، عملکردهای ناخوشایند این رخدادهای را اصلاح کنند [۴۹]. گسلش شناختی در درمان اختلال وسواسی - اجباری، شامل تغییر کارکرد رخدادهای خصوصی فرد از رخدادهای واقعی است که به این رخدادهای خصوصی مانند افکار وسواسی مربوط می‌شود. در این صورت، افکار وسواسی و احساسات اضطراب‌آور صرفاً به صورت یک فکر یا یک هیجان تجربه می‌شود. نمونه‌ای از تمرین گسلش که در درمان اختلال وسواسی - اجباری به کار می‌رود، تکرار وسواس‌های فکری تا زمانی است که تمام معنی خود را از دست دهد. این عمل برای کاهش اثر آن بر فرد مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری نیست، بلکه به فرد کمک می‌نماید تا درک کند که یک فکر علاوه بر ایجاد ترس، کارکردهای دیگری نیز دارد. گسلش شناختی، فرآیند تضعیف تغییر شکل کارکردهای محرک و کاهش تأثیر تجارب درونی مانند افکار وسواسی و احساسات منفی در تنظیم رفتار است. طبق رویکرد مبتنی بر تعهد و پذیرش، اگر روش‌های گسلش شناختی موفقیت‌آمیز باشد، وسواس‌های فکری احتمالاً هنوز هم برای فرد رخ می‌دهد، اما

<sup>3</sup> Masuda

<sup>1</sup> Bluett

<sup>2</sup> Twhig, Morrison & Bluett

ارتباط است. تولین و همکاران [۳۰] نیز نشان دادند افراد مبتلا به «ا. سی. دی.» با رفتارهای وارسی نسبت به افراد بدون این رفتارها، سطح بالاتری از تحمل نکردن بلا تکلیفی را گزارش می‌کنند. به بیان دیگر شک و تردید موجب نابردباری بیشتر در برابر بلا تکلیفی می‌شود و رفتارهای وارسی تلاشی برای کاهش نااطمینانی و پریشانی‌های مرتبط است [۳۰].

در پژوهشی استکتی، فروست و کوهن<sup>۱۰</sup> [۳۱] نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری، عدم تحمل بلا تکلیفی بیشتری از افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی و گروه بهنجار گزارش کردند. همچنین بولن، ریجینتز و کارلتون [۳۴] و ارین و همکاران [۳۵] در پژوهشی دیگر نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری، سطوح بالاتری از عدم تحمل بلا تکلیفی را نسبت به گروه کنترل نشان دادند. در پژوهشی جنسس، مرون و روسیو [۵۳] نشان دادند که افرادی که به اختلال وسواس مبتلا بودند از عدم تحمل بلا تکلیفی بالایی رنج می‌برند. به علاوه جاکوبی و همکاران [۵۲] نشان دادند که با استفاده از میانگین نمرات عدم تحمل بلا تکلیفی می‌توان افراد مبتلا به اختلال وسواس را شناسایی کرد. همچنین نتایج پژوهش ساراوگی و همکاران [۵۱] نشان داد که مؤلفه‌ی عدم تحمل بلا تکلیفی با گزارش اختلال وسواسی - اجباری از جانب خود افراد، همبستگی بالایی دارد.

سومین متغیر فراتشخیصی پیش‌بین‌کننده علائم وسواسی - اجباری، عدم تحمل آشفتگی است. این یافته با نتایج پژوهش‌های بلکی<sup>۱۱</sup> و همکاران [۱۴] آبرامویتز<sup>۱۲</sup> و همکاران [۱۲]، برنستین<sup>۱۳</sup> و همکاران [۵۷]، کوگل و همکاران [۵۸]، کوگل، تیمپو و گوئتز<sup>۱۴</sup> [۵۹]، هزل<sup>۱۵</sup> و همکاران [۶۰]، مکاتی<sup>۱۶</sup> و همکاران [۲۱] و رایبسنون و فریستون<sup>۱۷</sup> [۶۱] همسو است.

پژوهش حاضر نخستین پژوهشی است که به‌طور هم‌زمان به بررسی نقش سه متغیر فراتشخیصی مهم در پیش‌بینی علائم وسواسی - اجباری جهت مطالعه مقدماتی برای کاربرد این مؤلفه‌ها در پیشگیری و درمان این اختلال و تطبیق آن‌ها در یک رویکرد فراتشخیصی برای این اختلال بررسی کرد. یافته‌ها پژوهش حاضر، هم‌سو با یافته‌های قبلی نشان

شبه بسیاری از افراد غیر مبتلا به «ا. سی. دی.» که چنین افکار ناخواسته‌ای را تجربه می‌کنند، فقط به‌صورت یک فکر یا احساس تجربه خواهد شد [۴۷]. آرمسترانگ<sup>۱</sup> [۵۰] در پژوهش موردی با استفاده از خط پایه‌ی چندگانه اثربخشی «ای. سی. تی.» را بر روی سه نوجوان مبتلا به «ا. سی. دی.» بررسی کرد. نتایج نشان داد «ای. سی. تی.» در کاهش علائم «ا. سی. دی.» این بیماران مؤثر بود. همچنین تغییرات در اجتناب تجربه‌ای و گسلس شناختی با تغییرات در شدت علائم «ا. سی. دی.» رابطه داشت [۵۰].

دومین متغیر فراتشخیصی پیش‌بین‌کننده علائم وسواسی - اجباری، عدم تحمل بلا تکلیفی است. این یافته با نتایج پژوهش‌های ساراوگی<sup>۲</sup> و همکاران [۵۱]، جاکوبی<sup>۳</sup> و همکاران [۵۲]، جنسس، مرون و روسیو<sup>۴</sup> [۵۳]، ویتال<sup>۵</sup> و همکاران [۵۴]، بولن و همکاران [۳۴]، ارین<sup>۶</sup> و همکاران [۳۵] و فهیمی فهیمی و همکاران [۵۵] همسو است که این نتیجه احتمالاً بیانگر این حقیقت است که افراد مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری بیشتر دچار سوگیری شناختی هستند که همیشه به‌وسیله‌ی فقدان یا ناکارآمدی دانش ایجاد می‌گردد که مربوط به عوامل درونی فرد است که فرد نمی‌تواند آن را کنترل کند و این افراد درباره‌ی حوادث آینده دیدی منفی و نگران دارند و بر این باورند که نامطمئن بودن، یک ویژگی منفی است که باید از آن دوری کرد. همچنین آن‌ها در موقعیت‌های مبهم در عملکردشان مشکل دارند و عدم تحمل بلا تکلیفی روی عقاید و جنبه‌هایی از شخصیت فرد تأثیر می‌گذارد که این جنبه‌ها فرد را مستعد هرگونه مشکل روان‌شناختی اعم از اضطراب می‌کند که به‌تبع آن فرد احتمال اینکه اعمال آیینی برای کاهش آن انجام دهد، وجود دارد [۲۵].

یافته‌ها نشان داده‌اند تحمل نکردن بلا تکلیفی ویژه یک اختلال نیست، به بیان دیگر به هر دو اختلال اضطراب فراگیر و «ا. سی. دی.» مرتبط است [۲۶].

این موضوع با یافته‌های پژوهش حاضر هماهنگ است. شک و تردید و رفتارهای وارسی در افراد مبتلا به «ا. سی. دی.» بیشترین ارتباط را با مقیاس تحمل نکردن بلا تکلیفی دارد؛ رید<sup>۹</sup> [۵۶] نشان داد شک و تردید در تجربه‌ها و اعمال یک فرد به‌طور مستقیم با نااطمینانی یک موقعیت مبهم در

<sup>10</sup> Steketee, Frost & Cohen

<sup>11</sup> Blakey

<sup>12</sup> Abramowitz

<sup>13</sup> Bernstein

<sup>14</sup> Cogle, Timpano & Goetz

<sup>15</sup> Hezel

<sup>16</sup> Macatee

<sup>17</sup> Robinson & Freeston

<sup>1</sup> Armstrong

<sup>2</sup> ACT

<sup>3</sup> OCD

<sup>4</sup> Sarawgi

<sup>5</sup> Jacoby

<sup>6</sup> Gentes, Meron & Ruscio

<sup>7</sup> Whittal

<sup>8</sup> Erin

<sup>9</sup> Reed

- 53-63.
- 2- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Washington, DC: Author.
  - 3- Boschen, M. J. (2008). Publication trends in individual anxiety disorders: 1980–2015. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, pp. 570-575.
  - 4- Markarian, Y., Larson, M. J., Aldea, M. A., Baldwin, S. A. Good, D, Berkeljon, A, et al. (2010). Multiple pathways to functional impairment in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 30, pp.78-88.
  - 5- Storch, E. A., Abramowitz, J. S, & Keeley, M. (2009). Correlates and mediators of functional disability in obsessive-compulsive disorder. *Depression and anxiety*, 26, pp. 806-813.
  - 6- Fontenelle, I. S., Fontenelle, L. F, Borges, M. C, Prazeres, A. M, Rangé, B. P, Mendlowicz, M. V, et al. (2010). Quality of life and symptom dimensions of patients with obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 179, pp. 198-203.
  - 7- Moritz, S. (2008). A review on quality of life and depression in obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrums*, 13, pp. 16-22.
  - 8- Kamath, P, Reddy, Y, & Kandavel, T. (2007). Suicidal behavior in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, pp.1741-1750.
  - 9- Torres, A, Prince, M, Bebbington, P, Bhugra, D, Brugha, T, Farrell, M, et al. (2006). Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *American Journal of Psychiatry*, 163, pp. 1978-1985.
  - 10- Mancebo, M. C, Grant, J. E, Pinto, A, Eisen, J. L, & Rasmussen, S. A. (2009). Substance use disorders in an obsessive compulsive disorder clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, pp. 429-435.
  - 11- Hollander, E, Wong, C. (1998). Psychosocial function and economic costs of obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrums*, 3, pp. 48-58.
  - 12- Abramowitz, J. S, Fabricant, L. E, Taylor, S, Deacon, B. J., McKay, D. and Storch, E. A. (2014). The relevance of analogue studies for understanding obsessions and compulsions. *Clinical Psychology Review*, 34, pp. 206–217.
  - 13- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., et al. (2000). Responsibility attitudes and

می‌دهند که اختلال وسواسی - اجباری پدیده‌ای است که دارای دامنه‌ای متغیر از نشانه‌ها و با آسیب‌شناسی متفاوت و بالطبع درمان‌های اختصاصی برای آن است که لازم است در تبیین یا درمان انواع مختلف، مؤلفه‌های متعدد و متفاوتی را مدنظر قرار داشت؛ بنابراین، با توجه به مسائل اثربخشی و مشکلات تبعیت درمانی درمان‌های رایج رفتاری، شناختی- رفتاری و دارویی، این مؤلفه‌های جدیدتر می‌توانند به‌تنهایی یا در ترکیب با مداخلات سنتی برای موارد مقاوم به درمان یا افزایش اثربخشی این درمان‌ها بررسی شوند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود. جمعیت نمونه این پژوهش از نمونه‌ای داوطلب و در دسترس انتخاب شده است؛ بنابراین باید به دلیل این محدودیت در تعمیم یافته‌ها با احتیاط صورت گیرد. همچنین با توجه به این‌که طرح این پژوهش از نوع همبستگی بود، در زمینه روابط علی متغیرهای مورد بررسی باید احتیاط شود. علاوه بر این، به دلیل تعداد حجم نمونه محدود، انجام تحلیل‌های پیچیده‌تر نظیر مدل‌سازی و بررسی روابط متقابل این متغیرها با زیرمجموعه‌های اختلال‌های وسواسی - اجباری، به‌طور اختصاصی، پژوهش حاضر با محدودیت‌های روش‌شناسی روبرو بود؛ بنابراین با توجه به محدودیت‌های فوق‌الذکر پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی، گسترده و با جامعیت بالا استفاده شود. همچنین با توجه به اهمیت پژوهش‌های مدل‌سازی و بررسی روابط متقابل متغیرهای پژوهش با علائم مختلف اختلال وسواسی - اجباری در تبیین بیشتر آسیب‌شناسی فراتشخیصی این اختلال پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در قالب مدل‌سازی روابط ساختاری عدم تحمل بلا تکلیفی، همجوشی شناختی و عدم تحمل آشفتگی با زیرمجموعه‌های این اختلال صورت گیرد.

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه بیماران شرکت‌کننده در پژوهش، از تمامی کادر درمانی بیمارستان روان‌پزشکی روزبه، بیمارستان آیت‌الله طالقانی (بخش روان‌پزشکی) و بیمارستان روان‌پزشکی ایران به دلیل ارجاع بیماران و همچنین از آقایان محمد شعبانی و سعید مهدوی و خانم سیما سعیدی به خاطر کمک در جمع‌آوری داده‌های پژوهش، تشکر و سپاسگزاری می‌کنم.

### منابع

- 1- Ruscio, A, Stein, D., Chiu, W., & Kessler, R. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, 15, pp.



- 24-Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., & Schmidt, N. B. (2010). Anxiety symptomatology: the association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior Therapy*, 41, pp. 567-574.
- 25-Summers, B. J., Matheny, N. L., Sarawgi, S., Cogle, J. R. (2016). Intolerance of uncertainty in body dysmorphic disorder. *Body Image*, 16, pp. 45-53.
- 26-Dugas, M. J., Robichaud, M. (2007). *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York: Guilford Press.
- 27-Dugas, M. J. Schewartz, A & Francis, A. (2004). Intolerance of uncertainty, worry, and depression. *Cognitive Therapy Research*, 28, pp. 835- 842.
- 28-Freeston, M., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, pp. 791-802.
- 29-Holaway, R. M., Heimberg, R. G., & Coles, M. E. (2006). A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, pp. 158-174.
- 30-Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D., & Foa, E. B. (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 233-242.
- 31-Steketee, G, Frost, R. O, & Cohen, I. (1998). Beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, pp. 525-537.
- 32-Rotge, J., Langbour, N., Dilharreguy, B., Bordessoulles, M., Guehl, D., Bioulac, B., et al. (2015). Contextual and behavioral influences on uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Cortex*, 62, pp. 1-10.
- 33-Lind, C., & Boschen, M. J. (2009). Intolerance of uncertainty mediates the relationship between responsibility beliefs and compulsive checking. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, pp. 1047-1052.
- 34-Boelen, P. A., Carleton, R. N. (2012). Intolerance of uncertainty, hypochondriacal concerns, obsessive compulsive symptoms and worry. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, pp. 200-208.
- 35-Erin, T. R., Thompson, E. D., Brittany, M. R., Whitney, S. J., Whiting, E. S., May, C. A. (2013). Intolerance of Uncertainty as a Mediator of the relationship between perfectionism and obsessive-compulsive symptom severity. *Journal of Depression and Anxiety*, 30, pp. 773-777.
- 14-Blakey, S. M., Jacoby, R. J., Reuman, L., Abramowitz, J. S. (2016). The Relative Contributions of Experiential Avoidance and Distress Tolerance to OC Symptoms. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44, pp. 460-471
- 15-Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York: Guilford.
- 16-Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, pp. 639-665.
- 17-Twohig, M. P., Shoenberger, D., Hayes, S. C. (2007). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for marijuana dependence in adults. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 40, pp. 619-632.
- ۱۸- طوبائی، مصطفی؛ شعیری، محمد رضا؛ قائدی، غلامحسین؛ شمس، گیتی (۱۳۹۳). مقایسه باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی با بینش بالا، پایین و افراد سالم. روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار سابق). ۲(۱۱)، صص. ۱۲۱-۱۳۲.
- 19-Zvolensky, M. J, Bernstein, A, Vujanovic, A. A. (2011). *Distress tolerance: Theory, Research, and Clinical Application*, New York: Guilford Press.
- 20-Simons, J. S. and Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29, pp. 83-102.
- 21-Macatee, R. J., Capron, D. W., Schmidt, N. B. and Cogle, J. R. (2013). An examination of low distress tolerance and life stressors as factors underlying obsessions. *Journal of Psychiatric Research*, 47, pp. 1462-1468.
- 22-Brown, R. A., Palm, K. M., Strong, D. R., Lejuez, C. W., Kahler, C. W., Zvolensky, M. J., Gifford, E. V. (2008). Distress tolerance treatment for early-lapse smokers: Rationale, program description, and preliminary findings. *Behavior Modification*, 32, pp. 302-332.
- 23-Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., Woidneck, M. R. (2010). A randomized clinical trial of Acceptance and Commitment Therapy vs. Progressive Relaxation Training for obsessive compulsive disorder. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 78, pp. 705-716.

- of Anxiety Disorders, 28, pp. 612-624.
- 46-Twohig, M. P., Morrison, K. L., & Bluett, E. J. (2014). Acceptance and commitment therapy for OCD and OC-spectrum disorders. *Current Psychiatry Reviews*, 10, pp. 296-307.
- 47-Twohig, M. P., & Whittal, M. L., Cox, J. M., & Gunter, R. (2010). An initial investigation into the processes of change in ACT, CT, and ERP for OCD. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6, pp. 67-83
- 48-Masuda, A., Twohig, M. P., Stormo, A. R., Feinstein, A. B., Chou, Y., & Wendell, J. W. (2010). The effects of cognitive defusion and thought distraction on emotional discomfort and believability of negative self-referential thoughts. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 4, 11-17.
- 49-Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. and Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, pp. 1-25.
- 50-Armstrong, A. (2011). Acceptance and commitment therapy for adolescent obsessive-compulsive disorder. Unpublished doctoral dissertation, University of Utah, Logan, Utah.
- 51-Sarawgi, S. H., Oglesby, M. E., Cogle, J. R. (2013). Intolerance of uncertainty and obsessive compulsive symptom expression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, pp. 456-462.
- 52-Jacoby, R.J., Fabricant, L.E., Leonard, R.C., Riemann, B.C., Abramowitz, J.S. (2013). Just to be certain: Confirming the factor structure of the Intolerance of Uncertainty Scale in patients with obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, pp. 535-542.
- 53-Gentes, E. L., Meron, R., Ruscio, A. A. (2011). Meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 31, pp. 923-933.
- 54-Whittal, M. L., Robichaud, M., Woody, S. R. (2010). Cognitive Treatment of Obsessions: Enhancing Dissemination. *Journal of Cognitive Behavior Practice*, 17, pp. 1-8.
- ۵۵- فهیمی، صمد؛ محمودعلیلو، مجید؛ پورشریفی، حمید؛ فخاری، علی؛ اکبری، ابراهیم؛ رحیم خانلی، معصومه (۱۳۹۳). افکار بازانجامی اندیشناکی و نشخوار فکری به‌عنوان ساز و کارهایی برای مقابله با عدم تحمل بلاتکلیفی در اختلالات
- 36-Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langer, R., Kitchic, R., Hajcak, G., et al. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, pp. 485-496.
- 37-Ghassemzadeh H, Shams G, Abedi J, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N, Rajabloo M. Psychometric properties of a Persian-language version of the obsessive-compulsive inventory-revised: OCI-R-Persian. *Psychology*, 2011 Jun 29.
- ۳۸- اکبری، مهدی؛ حمیدپور، حسن و اندوز، زهرا (۱۳۸۹). بررسی عوامل پیش‌بینی کننده نگرانی پاتولوژیک در دانشجویان. پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، ۲۲-۲۴ اردیبهشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- ۳۹- عزیزی، علیرضا؛ میرزایی، آزاده؛ شمس، جمال (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیمی هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *مجله پژوهشی حکیم*، ۱۱(۱)، صص. ۱۸-۱۳.
- 40-Gillanders, D., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., Remington, B. (2014). The Development and Initial Validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45, pp. 83-101.
- ۴۱- اکبری، مهدی؛ روشن، رسول؛ فتی، لادن و شعبانی، امیر (۱۳۹۳). طراحی پروتکل فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی برای درمان افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی همایند. رساله دکتری تخصصی، دانشگاه شاهد.
- 42-Meyers, L., Gamst, G., Guarino, A. J. (2005). *Applied multivariate research*. London: SAGE Publications.
- 43-Twohig, M. P., Plumb Vilardaga, J. C., Levin M. E., & Hayes, S. C. (2015). Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4, pp. 196-202.
- ۴۴- پورفرج عمران، مجید (۱۳۸۸). بررسی رابطه همجوشی فکر-عمل، احساس مسئولیت و گناه با ابعاد مختلف علائم وسواس در دانشجویان دانشگاه شیراز. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار سابق)*، ۱ (۳۷)، صص. ۶۹-۸۲
- 45-Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal*

اضطراب منتشر و افسردگی عمده. مجله اصول بهداشت روانی،  
۱۶(۱)، صص. ۳۴-۴۶.

- 56-Reed, G. F. (1985). *Obsessional experience and compulsive behavior*. Orlando, FL: Academic Press.
- 57-Bernstein, A., Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., & Moos, R. (2009). Integrating anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance: A hierarchical model of affect sensitivity and tolerance. *Behavior Therapy*, 40, pp. 291-301.
- 58-Cogle, J. R., Timpano, K. R., Fitch, K. E. and Hawkins, K. A. (2011). Distress tolerance and obsessions: an integrative analysis. *Depression and Anxiety*, 28, pp. 906-914.
- 59-Cogle, J. R., Timpano, K. R. and Goetz, A. R. (2012). Exploring the unique and interactive roles of distress tolerance and negative urgency in obsessions. *Personality and Individual Differences*, 52, pp. 515-520.
- 60-Hezel, D. M., Riemann, B. C. and McNally, R. J. (2012). Emotional distress and pain tolerance in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, pp. 981- 987.
- 61-Robinson, L. J., & Freeston, M. H. (2014). Emotion and internal experience in Obsessive Compulsive Disorder: reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. *Clinical Psychology Review*, 34, pp. 256-271.

