

رابطه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با علائم وسواسی در جمعیت غیر بالینی

The Relationship of the Metacognitive Beliefs and Thought Control Strategies with Obsessive-Compulsive Symptoms in Nonclinical Population

تاریخ پذیرش: ۸۸/۱۱/۱۷

تاریخ دریافت: ۸۸/۹/۳

Mohammadkhani, Sh.*Ph.D., farjad, M.

شهرام محمدخانی*، مریم فرجاد**

Abstract

Introduction: The aim of the current study is to investigate the relationship of metacognitive beliefs and thought control strategies with obsessive-compulsive Symptoms in nonclinical population.

Method: A sample of 200 students of Tarbiat Moallem University was randomly selected and completed the following questionnaires: Metacognitions Questionnaire-30 (MCQ-30), The Thought Control Questionnaire (TCQ) and Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI). Data were analyzed using Pearson correlation and multiple regression analysis.

Results: The study showed that the metacognitive beliefs and thought control strategies were positively correlated with obsessive-compulsive symptoms in nonclinical population. In regression analyses MCQ subscales, positive beliefs about worry, uncontrollability and danger and cognitive self-consciousness were the strongest predictors of obsessive-compulsive symptoms. Among the subscales of thought control strategies, Worry and punishment emerged as specific and unique predictors of obsessive-compulsive symptoms in nonclinical population.

Conclusion: Results of this study support the metacognitive model of OCD and showed beliefs that people have about their thought processes and strategies that they use for control of their cognitive system has important role in onset and maintenance of obsessive-compulsive symptoms. Therefore, modification of metacognitive beliefs and maladaptive strategies to control of unwanted thoughts can be useful in prevention of intensifying and maintenance of obsessive-compulsive symptoms.

Keywords: Metacognitive Beliefs, Thought Control Strategies, Obsessive-Compulsive Disorder

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با علائم وسواسی در جمعیت غیر بالینی انجام شده است.

روش: شرکت کنندگان پژوهش شامل ۲۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه تربیت معلم بودند که به صورت تصادفی انتخاب شدند. داده های پژوهش با استفاده از پرسشنامه باورهای فراشناختی، پرسشنامه کنترل فکر و پرسشنامه وسواسی- اجباری مادلزلی گردآوری و از طریق روش همبستگی و تحلیل رگرسیون گام به گام مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که بین باورهای فراشناختی و علائم وسواسی رابطه مثبت معناداری وجود دارد. خرده مقیاس های باورهای مثبت درباره نگرانی، کنترل ناپذیری و خطر و خودآگاهی شناختی قوی ترین پیش بینی کننده های علائم وسواس در جمعیت غیر بالینی می باشند. همچنین بین نمره کلی راهبردهای کنترل فکر و علائم وسواسی نیز رابطه مثبت معناداری به دست آمد. از میان خرده مقیاس های کنترل فکر راهبرد های تنبیه و نگرانی بیشترین رابطه مثبت را با علائم وسواس نشان دادند.

نتیجه گیری: یافته های حاضر با حمایت از مدل فراشناختی وسواس نشان می دهند که باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر نقش مهمی در علائم وسواسی دارند. تغییر باورهای فراشناختی ناکارآمد و جایگزین کردن راهبردهای مقابله ای سازگارانه به جای راهبردهای ناسازگارانه می تواند به کنترل علائم وسواسی کمک کند.

واژه های کلیدی: باورهای فراشناختی، راهبردهای کنترل فکر، وسواس فکری و عملی

*Correspondence E-mail:

Sh. Mohammadkhani@gmail.com

**نویسنده مسئول: گروه روانشناسی دانشگاه تربیت معلم، تهران، ایران

**دانشجوی کارشناسی روانشناسی بالینی دانشگاه تربیت معلم، تهران، ایران

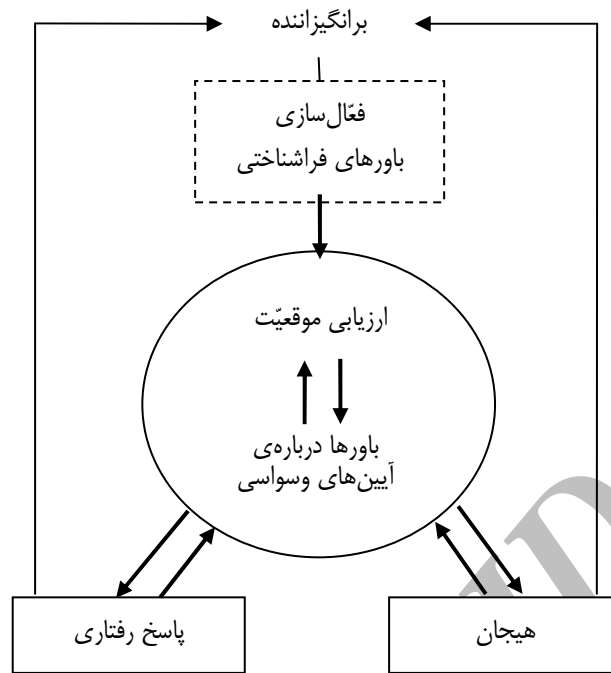
مقدمه

تأکید می کنند [۵-۶]. در نظریه های جدید شناختی در مورد اختلالات اضطرابی و به خصوص وسواس، سازه های فراشناختی جایگاه ویژه ای به خود اختصاص داده است [۲، ۷]. فراشناخت مفهومی چند وجهی است که در برگیرنده دانش (باورها)، فرایندها و راهبردهای است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می کند [۲، ۸-۹]. در سال های اخیر فرا شناخت به عنوان پایه و اساس بسیاری از اختلال های روان شناختی مورد بررسی قرار گرفته است [۱۰-۱۱]. رویکرد فرا شناختی شکل ۱ بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می شوند که فراشناخت های آن ها به الگوی خاصی از پاسخ دهی^۸ به تجربه های درونی^۹ منجر می شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می شود. این الگو (سندرم شناختی - توجهی)^{۱۰} (CAS) خوانده می شود که شامل نگرانی، نشخوار فکری^{۱۱}، توجه تثبیت شده^{۱۲} و راهبردهای خود تنظیمی^{۱۳} یا رفتارهای مقابله ای ناسازگارانه است [۲، ۶]. علاوه بر این، درمان فراشناختی شامل دو حیطه ی محتوایی گسترده نیز است. هر اختلال در درون این حیطه ها، محتوای اختصاصی خود را دارد. این حیطه های گسترده شامل باورهای فراشناختی مثبت و منفی هستند.

اختلال وسواس فکری و عملی^۱ (OCD)، اختلال اضطرابی ناتوان کننده ای است که ویژگی اصلی آن وقوع وسواس ها^۲ و اعمال اجباری^۳ است. وسواس ها افکار، تصاویر ذهنی و تکانه های^۴ ناخواسته و مزاحم هستند که بدون میل و اراده ی بیمار رخ می دهند و به صورت ناسازگار و ناهمخوان با خود تجربه می شوند. فرد فعالانه در برابر وسواس ها مقاومت می کند و می داند که وسواس ها محصول ذهن او هستند [۱]. افکار وسواسی اغلب محتوای خصمانه، جنسی، یا مذهبی دارند یا به صورت تردید ها و نشخوار های فکری مربوط به آلودگی^۵ تجربه می شوند. اعمال اجباری (وسواس های عملی) رفتارهای تکراری آشکار^۶ و ناآشکاری^۷ هستند که در پاسخ به وسواس ها انجام می شوند. هدف این رفتارها، کاهش ناراحتی و پریشانی یا پیش گیری از برخی رویدادهای هولناک است [۱-۲]. در مقایسه با OCD، شیوع ویژگی های موجود در OCD بسیار بالا است. راجمن و دوسیلوا [۳] دریافتند که تقریباً ۹۰ درصد افراد سالم، تجربه هایی از افکار، تصورات یا تکانه های مزاحم دارند که از نظر شکل و محتوا تفاوتی با افراد مبتلا به وسواس ندارند، اما تعبیر بیماران مبتلا به وسواس از افکار مزاحم، متمایز کننده افکار مزاحم طبیعی از افکار مزاحم وسواس است [۴]. نظریه های شناختی بر نقش اساسی باورهای ناکارآمد در سبب شناسی و تداوم علائم این اختلال

- 8- Responding
- 9- Inner experiences
- 10- Cognitive attentional syndrome
- 11- Rumination
- 12- Fixated attention
- 13- Self-regulatory strategies

- 1- Obsessive-compulsive disorder
- 2- Obsessions
- 3- Compulsions
- 4- Impulses
- 5- Contamination
- 6- Overt
- 7- Covert



شکل ۱- مدل فراشناختی اختلال وسواس فکری و عملی (ولز، ۲۰۰۹)

خود باعث تشدید هیجان‌های منفی می‌شود که عمدتاً به صورت اضطراب هستند. در نتیجه فرد برای کاهش اضطراب خود و کنترل نظام شناختی خود به راهبردهای کنترل فکر متوسل می‌شود [۲، ۱۰]. راهبردهای کنترل فراشناختی، پاسخ‌هایی هستند که افراد برای کنترل فعالیت‌های نظام شناختی خود نشان می‌دهند. ولز^{۱۷} و ماتیوس^{۱۸} اختلال هیجانی را با راهبرد کنترل تهدید مشخص می‌کنند [۱۰]. افراد برای کنترل افکار ناخواسته یا اضطراب زای خود از طیف وسیعی از راهبردها استفاده می‌کنند. در یک مطالعه تحلیل عاملی، ولز و دیویس [۱۲] پنج راهبرد کنترل را شناسایی کردند که از طریق پرسشنامه کنترل فکر سنجیده می‌شوند. این پنج راهبرد عبارت‌اند از: ارزیابی مجدد، تنبیه، کنترل اجتماعی، نگرانی و توجه برگردانی. نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد که افراد دارای اختلال وسواس فکری و عملی در مقایسه با

باورهای فراشناختی مثبت، به فواید و سودمندی‌های درگیر شدن در فعالیت‌های شناختی تشکیل‌دهنده‌ی (سندرم شناختی-توجهی) مربوط می‌شوند. نمونه‌هایی از باورهای فراشناختی مثبت از این قرارند: (متمرکز شدن بر تهدید مفید است) و (نگرانی درباره‌ی آینده به من کمک می‌کند تا از خطر اجتناب کنم). باورهای فراشناختی منفی باورهایی هستند که به کنترل‌ناپذیری^{۱۴}، معنی^{۱۵}، اهمیت^{۱۶} و خطرناک بودن افکار و تجربه‌های شناختی مربوط می‌شوند. نمونه‌هایی از این نوع باورها عبارتند از: (اگر افکار خصمانه‌ای داشته باشم، ممکن است برخلاف میل من به آن‌ها عمل کنم) و (ناتوانی در به خاطر سپردن اسامی، نشانه‌ی تومور مغزی است) [۲، ۶، ۱۰-۱۱]. مطابق مدل فراشناختی، فعال شدن باورهای فراشناختی ناکارآمد، موجب ارزیابی منفی فکر مزاحم به‌عنوان نشانه‌ی تهدید می‌شود. این ارزیابی در جای

17 - Wells, A.

18 - Matthews, G.

14- Uncontrollability

15- Meaning

16- Importance

باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر متغیرهای پیش‌بین و علائم وسواسی متغیر ملاک هستند.

آزمودنیها: جامعه آماری پژوهش حاضر را دانشجویان دانشگاه تربیت معلم تشکیل می‌دادند. نمونه مورد مطالعه شامل ۲۰۰ نفر از دانشجویان بود که به صورت تصادفی از میان دانشجویان انتخاب شد. به منظور انتخاب نمونه مورد نظر از میان دانشجویان حاضر در مکان‌های عمومی دانشگاه از جمله کتابخانه و سایت مرکزی، افرادی به طور تصادفی انتخاب و پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل نمودند. نمونه مورد مطالعه در پژوهش حاضر شامل ۱۰۰ دختر و ۱۰۰ پسر با میانگین سنی (۲۱/۵) و انحراف معیار (۱/۹) بود.

ابزار:

۱- پرسشنامه باورهای فراشناختی (MCQ-30): این ابزار به منظور سنجش چند عنصر فراشناختی خصیصه‌ای (صفتی)، که برخی از آن‌ها نقش محوری در مدل فراشناختی اختلال روان‌شناختی دارند، طراحی شده است. پرسشنامه فراشناختی (MCQ) یک مقیاس ۳۰ سوالی خود گزارشی است که حیطه‌های فراشناختی زیر را در پنج مقیاس جداگانه اندازه‌گیری می‌کند: ۱- باورهای مثبت^{۲۰} درباره‌ی نگرانی مانند گرانی به من کمک می‌کند تا با مسایل مقابله کنم، ۲- باورهای منفی^{۲۱} درباره‌ی نگرانی که با کنترل ناپذیری و خطر مرتبط هستند برای مثال، وقتی نگرانی‌ام شروع می‌شود، نمی‌توانم جلوی آن را بگیرم، ۳- اطمینان شناختی^{۲۲} ضعیف برای مثال، حافظه‌ی ضعیفی دارم ۴- لزوم کنترل افکار^{۲۳} برای مثال، ناتوانی در کنترل

افراد غیربیمار، بیشتر از تنبیه، نگرانی، ارزیابی مجدد و کنترل اجتماعی استفاده می‌کنند، ولی افراد غیر بیمار بیشتر از توجه برگردانی استفاده می‌کنند [۱۳-۱۴]. نظریه‌ی فراشناختی مطرح می‌کند که بسیاری از رفتارهای مقابله‌ای ماهیت فراشناختی دارند و این رفتارها باید در تبیین شکل‌گیری اختلال مورد توجه خاص قرار گیرند. برای مثال، نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد که فرونشانی و بازداری افکار ناخوشایند موجب افزایش و بازگشت دوباره‌ی فکر بازداری شده می‌شود، بنابراین، در دراز مدت راهبرد سازنده‌ای نیست [۱۵-۱۶]. مطالعات زیادی به بررسی رابطه‌ی بین باورهای فراشناختی، راهبردهای کنترل فکر و اختلال‌های روان‌شناختی پرداخته اند [۲]. به طور کلی، نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که رابطه‌ی مثبت پایداری بین باورهای فراشناختی، آسیب‌پذیری هیجانی^{۱۹} و طیف وسیعی از اختلال‌های روان‌شناختی وجود دارد. با این حال بیشتر مطالعات بر روی جمعیت بیمار انجام شده است، با توجه به این که بیش از ۹۰ درصد جمعیت عمومی علائم وسواسی را تجربه می‌کنند، پژوهش حاضر به منظور بررسی رابطه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با علائم وسواس در جمعیت غیر بالینی انجام شده است.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از لحاظ هدف از نوع پژوهش‌های بنیادی و بر اساس روش از نوع مطالعات همبستگی است که به منظور بررسی رابطه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با علائم وسواسی در جمعیت غیر بالینی انجام شده است. در این پژوهش

20- Positive beliefs
21- Negative beliefs
22- Cognitive confidence
23- Need to control thoughts

19- Emotional vulnerability

یکدیگر بین ۰/۶۲ تا ۰/۲۶ بود [۲۰]. در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه MCQ-30، ۰/۸۰ و برای خرده مقیاس های باورهای مثبت در مورد نگرانی، کنترل ناپذیر و خطر، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی به ترتیب ۰/۵۲، ۰/۷۱، ۰/۸۳، ۰/۶۰ و ۰/۷۹ به دست آمد.

۲- پرسشنامه کنترل فکر (TCQ): این پرسشنامه توسط ولز و دیویس [۱۲] برای ارزیابی تفاوت های فردی در بهره گیری از راهبردهای گوناگون کنترل فکر و رابطه آن با آسیب پذیری هیجانی تهیه شده است. این پرسشنامه دارای پنج خرده مقیاس توجه برگردانی (D)، تنبیه (P)، ارزیابی مجدد (R)، نگرانی (W) و کنترل اجتماعی (S) می باشد. ضریب آلفای کرونباخ، خرده مقیاس های پرسشنامه از ۰/۶۴ تا ۰/۷۹ گسترده است. همبستگی های آزمون-آزمون مجدد در یک فاصله ی زمانی ۶ هفته ای به شرح زیر بود: توجه برگردانی (۰/۷۲)، کنترل اجتماعی (۰/۷۹)، نگرانی (۰/۷۱)، تنبیه (۰/۶۴) و ارزیابی مجدد (۰/۶۷) و کل پرسشنامه (۰/۸۳) [۱۲]. این ارقام پایایی های قابل قبول تا خیلی خوب را نشان می دهد. در مورد روایی سازه، خرده مقیاس های نگرانی و تنبیه پرسشنامه ی کنترل فکر، با تعدادی از مقیاس های مختلف اختلال عاطفی، همبستگی مثبت دارند [۲۱-۲۲]. روایی افتراقی پرسشنامه ی کنترل فکر (TCQ) در مطالعاتی که به مقایسه ی گروه های بیمار و علامت دار پرداخته اند، نشان داده شده است [۱۴]. در ایران گودرزی و اسماعیلی ترکانپوری [۲۳] ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۱ و برای هر یک از خرده مقیاس ها به شرح زیر گزارش کرده اند: توجه

افکارم، نشانه ی ضعف من است، ۵- خودآگاهی شناختی^{۲۴} برای مثال، به نحوه ی کارکرد ذهنم توجه زیادی دارم [۶].

این مقیاس بر پایه مدل کارکرد اجرایی خود نظم بخش^{۲۵} (S-REF) [۱۷] درباره اختلال های هیجانی و الگوی فراشناختی اختلال اضطراب منتشر ساخته شده است [۱۸]. سوالات بر روی یک مقیاس لیکرتی از موافق نیستم=۱ تا کاملاً موافقم=۴ پاسخ داده می شود. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس های آن از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گسترده است. همبستگی بازآزمایی در فاصله ی زمانی ۲۲ تا ۱۱۸ روز به شرح زیر بود: نمره ی کلی برابر با ۰/۷۵، مقیاس باورهای مثبت برابر ۰/۷۹، کنترل ناپذیری/خطر برابر با ۰/۵۹، اطمینان شناختی برابر با ۰/۶۹، لزوم کنترل افکار برابر با ۰/۷۴ و خودآگاهی شناختی برابر با ۰/۸۷ بود [۷]. در رابطه با روایی سازه، همبستگی مثبتی بین خرده مقیاس های پرسشنامه و مقیاس های مرتبط از لحاظ نظری مشاهده شده و ساختار عاملی آن مجدداً تأیید شده است [۱۹].

در ایران شیرین زاده دستگیری [۲۰] ضریب همسانی درونی آن را به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس های آن در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ و اعتبار بازآزمایی این آزمون را در فاصله چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای خرده مقیاس های آن در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کرد. همچنین همبستگی کل مقیاس با مقیاس اضطراب خصلتی را ۰/۴۳ و همبستگی خرده مقیاس ها را در دامنه ۰/۲۸ تا ۰/۶۸ گزارش نمود. همبستگی خرده مقیاس های آن با کل آزمون در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۸۷ و همبستگی آنها با

24- Cognitive self-consciousness

25- Self-regulatory execution function

نموده است. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۵ به دست آمد.

یافته ها

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را نشان می دهد. همان طور که مشاهده می شود میانگین نمره کل علائم وسواسی نمونه مورد مطالعه (۳۷/۹) با انحراف معیار آن (۴/۵۴) می باشد. میانگین نمره کل باورهای فراشناختی (۶۸/۶۳) و نمره کل کنترل فکر (۶۷/۰۵) و انحراف معیار آنها به ترتیب (۱۳/۷۱ و ۹/۷۰) است.

به منظور بررسی رابطه بین باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با علائم وسواسی در جمعیت غیر بالینی از روش تحلیل همبستگی پیرسون استفاده شد. بر اساس نتایج تحلیل همبستگی جدول ۲ باورهای فراشناختی کلی همبستگی مثبت معناداری با نمره کل علائم وسواسی دارد ($r=0/37, p<0/01$). همچنین از میان خرده مقیاس های باورهای فراشناختی، خودآگاهی شناختی با ($r=0/30, p<0/01$)، نیاز به کنترل افکار با ($r=0/27, p<0/01$) بیشترین همبستگی و اطمینان شناختی با ($r=0/14, p<0/01$) و باورهای مثبت درباره نگرانی با ($r=0/21, p<0/01$) کمترین همبستگی را با علائم وسواسی نشان دادند. میزان همبستگی مقیاس کنترل ناپذیری و خطر با علائم وسواسی ($r=0/24, p<0/01$) به دست آمد. بر اساس نتایج به دست آمده نمره کلی باورهای فراشناختی بیشترین همبستگی مثبت را با علائم واری می یابد. ($r=0/41, p<0/01$) و تردید ($r=0/32, p<0/01$) دارد. مقیاس نیاز به کنترل افکار قوی ترین پیش بینی کننده

برگردانی (۰/۷۹)، کنترل اجتماعی (۰/۷۰)، نگرانی (۰/۷۰)، تنبیه (۰/۷۶)، ارزیابی مجدد (۰/۷۰). در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه TCQ ۰/۷۶، و برای هریک از خرده مقیاس های توجه برگردانی (۰/۷۶)، کنترل اجتماعی (۰/۶۸)، نگرانی (۰/۶۴)، تنبیه (۰/۶۵)، ارزیابی مجدد (۰/۶۹) به دست آمد.

۳- پرسشنامه وسواسی- اجباری مادزلی (MOCI): این آزمون دارای ۳۰ ماده دو گزینه ای (درست یا نادرست) است که خود فرد به آن پاسخ می گوید که برای اندازه گیری علائم وسواس فکری و عملی طراحی شده است [۲۴]. این پرسشنامه انواع گوناگون نشانه های وسواس فکری و عملی را در بیماران که وسواس دارند، مشخص می سازد این آزمون ابزار تشخیصی به شمار نمی رود، ولی ابزاری پژوهشی برای دسته بندی بیماران مبتلا به نشانه های وسواسی است. گاه از آن برای ارزیابی روند درمان بهره گرفته می شود. چهار طبقه عمده نشانه ها که در آزمون مادزلی به تفکیک مشخص می شوند، عبارت اند از: واری (شامل ۹ گزینه)، شستشو (شامل ۱۱ گزینه)، کندی (شامل ۷ گزینه)، شک و تردید (شامل ۷ گزینه). نمره آزمون بین ۰ تا ۳۰ خواهد بود که بیانگر وجود علائم وسواسی اجباری بیشتر است. اعتبار آزمون به طور کلی در هر چهار طبقه بیش از ۰/۸ است. حساسیت آزمون نیز به دلیل دو پاسخی بودن آن نسبت به تغییرات پایین می باشند [۲۴]. در ایران دادفر [۲۵] ضریب اعتبار کل آزمون را ۰/۸۴ و روایی همگرایی آن با مقیاس وسواسی- اجباری یل براون (۰/۸۷) گزارش

کنترل فکر با علائم و سواسی بیشتر مرتبط است. همچنین بر اساس نتایج به دست آمده بین باورهای فراشناختی کلی و نمره کلی کنترل فکر رابطه مثبت معناداری وجود دارد ($r=0/36, p\leq 0/01$). به جز اطمینان شناختی بین سایر خرده مقیاس های باورهای شناختی شامل باورهای مثبت درباره نگرانی $r=0/17$ ، کنترل ناپذیری و خطر ($r=0/26$)، نیاز به کنترل افکار ($r=0/34$) و خودآگاهی شناختی ($r=0/45$) و نمره کلی کنترل فکر نیز رابطه معناداری به دست آمد. از میان خرده مقیاس های کنترل فکر تنبیه، نگرانی و ارزیابی مجدد به ترتیب با $r=0/33$ ، $r=0/46$ و $r=0/22$ بیشترین همبستگی را با باورهای فراشناختی کلی نشان دادند. بین خرده مقیاس های توجه برگردانی و کنترل اجتماعی با باورهای فراشناختی کلی رابطه معناداری به دست نیامد. مقیاس تنبیه کنترل فکر بیشترین همبستگی را با خرده مقیاس های نیاز به کنترل افکار ($r=0/50, p\leq 0/01$) و کنترل ناپذیری و خطر ($r=0/39, p\leq 0/01$) باورهای فراشناختی دارند. ارزیابی مجدد بیشترین همبستگی را با خودآگاهی شناختی ($r=0/51, p\leq 0/01$) دارد. خرده مقیاس نگرانی بیشترین رابطه را با کنترل ناپذیری و خطر ($r=0/35, p\leq 0/01$) و اطمینان شناختی ($r=0/35, p\leq 0/01$) دارد. مقیاس کنترل اجتماعی فقط با باورهای فراشناختی مرتبط با کنترل ناپذیری و خطر ($r=0/16, p\leq 0/01$) رابطه معنادار دارد. بنابراین با توجه به این یافته ها هر چه باورهای فراشناختی قوی تر باشد، فرد بیشتر از راهبردهای کنترل فکر استفاده می کند.

علائم وارسی ($r=0/31, p\leq 0/01$) و شک و تردید ($r=0/32, p\leq 0/01$) است. باورهای مثبت درباره نگرانی بیشترین همبستگی را با علائم شستشو ($r=0/15, p\leq 0/05$) دارد. در میان باورهای فراشناختی خرده مقیاس خودآگاهی شناختی قوی ترین پیش بینی کننده علائم کندی و سواسی ($r=0/21, p\leq 0/01$) است. بنابراین با توجه به این یافته ها هرچه باورهای فراشناختی در فرد بیشتر باشد، میزان علائم و سواسی در او شدیدتر خواهد بود. بر اساس نتایج جدول ۲ بین نمره کلی کنترل فکر و علائم و سواسی در جمعیت غیر بالینی رابطه مثبت وجود دارد ($r=0/26, p\leq 0/01$). همچنین از میان راهبردهای کنترل فکر، تنبیه با ($r=0/31, p\leq 0/01$) و نگرانی با ($r=0/24, p\leq 0/01$) بیشترین همبستگی مثبت را با علائم و سواسی داشتند. میزان همبستگی راهبرد توجه برگردانی و ارزیابی مجدد با علائم و سواسی به ترتیب ($0/14$ و $0/12$) است که در سطح ($p\leq 0/05$) معنادار می باشند. راهبرد کنترل اجتماعی با علائم و سواسی رابطه معناداری ندارد. با توجه به نتایج بدست آمده از میان خرده مقیاس های کنترل فکر، تنبیه قوی ترین همبستگی مثبت را با علائم وارسی ($r=0/35, p\leq 0/01$)، کندی ($r=0/28, p\leq 0/01$) و تردید و سواسی ($r=0/25, p\leq 0/01$) دارد. توجه برگردانی فقط با علائم شستشو ($r=0/12, p\leq 0/05$) رابطه دارد. راهبرد نگرانی با وارسی ($r=0/26, p\leq 0/01$)، کندی ($r=0/26, p\leq 0/01$) و تردید ($r=0/22, p\leq 0/01$) رابطه مثبت معنادار دارد. بنابراین استفاده بیشتر از راهبردهای

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
کل علائم وسواسی (MOCI)	۹/۳۷	۴/۵۴
چک کردن	۲/۸	۱/۹
شستشو	۲/۹	۲/۱
کندی	۲/۱	۱/۴
شک و تردید	۲/۹	۱/۵
کل باورهای فراشناختی	۶۸/۶	۱۳/۷۱
باورهای مثبت در مورد نگرانی	۱۲/۹۲	۵/۷۵
کنترل ناپذیری و خطر	۱۳/۲۰	۳/۷۸
اطمینان شناختی	۱۱/۳۰	۴/۱۸
نیاز به کنترل افکار	۱۵/۴۲	۳/۴۴
خودآگاهی شناختی	۱۶/۴۲	۳/۷۶
نمره کل کنترل فکر	۶۷/۰۵	۹/۷۰
توجه برگردانی	۱۵/۴۲	۳/۴۳
تنبیه	۱۱/۶۶	۳/۱۲
ارزیابی مجدد	۱۵/۴۳	۳/۳۲
نگرانی	۱۰/۹۱	۲/۹۳
کنترل اجتماعی	۱۴/۱۰	۳/۷۷

جدول ۲- ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

	۱۷	۱۶	۱۵	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
۱- نمره کل فراشناخت																	۱
۲- باورهای مثبت در مورد نگرانی																۱	۰/۶۰**
۳- کنترل ناپذیری و خطر															۱	۰/۰۸	۰/۶۹**
۴- اطمینان شناختی														۱	۰/۵۱**	۰/۰۹	۰/۵۷**
۵- نیاز به کنترل افکار													۱	۰/۳۱**	۰/۵۶**	۰/۲۴**	۰/۷۳**
۶- خودآگاهی شناختی												۱	۰/۴۳**	۰/۰۴	۰/۲۶**	۰/۲۴**	۰/۵۸**
۷- نمره کل کنترل فکر											۱	۰/۴۵**	۰/۳۴**	۰/۰۶	۰/۲۶**	۰/۱۷**	۰/۳۶**
۸- توجه برگردانی										۱	۰/۵۹**	۰/۲۶**	۰/۰۹	-۰/۲۰**	-۰/۰۴	۰/۰۱	۰/۰۲
۹- تنبیه											۱	۰/۱۸**	۰/۵۵**	۰/۲۸**	۰/۵۰**	۰/۲۰**	۰/۴۶**
۱۰- ارزیابی مجدد												۱	۰/۲۳**	۰/۲۹**	۰/۶۷**	۰/۵۱**	۰/۲۲**
۱۱- نگرانی													۱	۰/۱۵*	۰/۲۸**	۰/۰۵	۰/۳۳**
۱۲- کنترل اجتماعی														۱	۰/۰۲	۰/۲۶**	۰/۰۹
۱۳- نمره کل وسواس															۱	۰/۲۴**	۰/۳۷**
۱۴- وارسی																۱	۰/۴۱**
۱۵- ششستشو																	۱
۱۶- کندی																	۱
۱۷- تردید																	۱

* = $p < /0.05$, ** = $p < /0.01$

اول متغیر باورهای فراشناختی مربوط به خودآگاهی شناختی وارد مدل رگرسیون شد. نتیجه تحلیل رگرسیون نشان داد که اثر متغیر خود آگاهی شناختی بر علائم وسواسی مثبت و معنادار است ($R=0/31$ ، $p<0/01$ ، $df=1$ و $F=20/3$). بنابراین باور فراشناختی مربوط به خود آگاهی شناختی می تواند علائم وسواسی را پیش بینی کند و این متغیر ۹ درصد ($R^2=0/09$) از واریانس علائم وسواسی را تبیین می کند. در گام دوم متغیر کنترل ناپذیری و خطر وارد مدل رگرسیون شد و نتیجه تحلیل واریانس رگرسیون چندگانه نشان داد که اثر متغیر کنترل ناپذیری و خطر بر علائم وسواسی مثبت و معنادار است ($R=0/35$ و $p<0/01$ و $df=2$ و $F=13/5$). ضریب تعیین متغیر کنترل ناپذیری و خطر ($R^2=0/12$) است و میزان نمو آن پس از ورود متغیر دوم $0/03$ می باشد. بنابراین ۳ درصد از متغیر علائم وسواسی توسط متغیر باور فراشناختی کنترل ناپذیری و خطر و ۱۲ درصد آن به وسیله ترکیب خطی از دو متغیر باور فراشناختی مربوط به کنترل ناپذیری افکار و خطر و خودآگاهی شناختی پیش بینی می شود. در گام سوم متغیر باورهای مثبت درباره نگرانی وارد مدل رگرسیون شد و نتیجه تحلیل واریانس رگرسیون چندگانه نشان داد که اثر متغیر باورهای مثبت درباره نگرانی بر علائم وسواسی مثبت و معنادار است ($R=0/37$ و $p<0/01$ و $df=3$ و $F=10/6$). ضریب تعیین متغیر اطمینان شناختی ($R^2=0/14$) است و میزان نمو آن پس از ورود متغیر دوم $0/02$ می باشد. بنابراین ۲ درصد از متغیر علائم وسواسی توسط باورهای مثبت درباره نگرانی و ۳۷ درصد آن به وسیله ترکیب خطی از سه متغیر باور فراشناختی مربوط به خودآگاهی شناختی، کنترل ناپذیری افکار و خطر و باورهای مثبت درباره نگرانی پیش بینی می شود. در کل، با توجه به این

نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام جدول ۳ نشان داد که باورهای مثبت درباره نگرانی، کنترل ناپذیری و خطر و خودآگاهی شناختی رابطه معناداری با علائم وسواس در جمعیت غیر بالینی دارند ($R=0/37$ ، $p<0/01$ ، $df=3$ ، $F=10/6$). این متغیرها در مجموع ۱۴ درصد علائم وسواس را در جمعیت غیر بالینی پیش بینی می کنند ($R^2=0/14$). ضریب تأثیر متغیر خودآگاهی شناختی، کنترل ناپذیری و خطر و باورهای مثبت درباره نگرانی به ترتیب ($B=0/20$ ، $B=0/27$ ، $B=0/11$) است. بنابراین با توجه به این یافته ها باورهای فراشناختی می تواند علائم وسواسی را پیش بینی کند. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون در مورد سهم خرده مقیاس های کنترل فکر در پیش بینی علائم وسواسی جدول ۴ اثر این خرده مقیاس بر علائم وسواس را نشان می دهد ($F=10/6$ ، $df=3$ ، $p<0/01$). با توجه به این یافته ها از میان خرده مقیاس های کنترل فکر راهبرد های تنبیه و نگرانی رابطه معناداری با علائم وسواس دارند ($R=0/36$). این متغیر در مجموع ۱۳ درصد علائم وسواس را در جمعیت غیر بالینی پیش بینی می کنند ($R^2=0/13$). ضریب تأثیر متغیر تنبیه و نگرانی به ترتیب ($B=0/39$ ، $B=0/20$) است. بنابراین با توجه به این یافته ها راهبردهای کنترل فکر تنبیه و نگرانی می تواند علائم وسواسی را پیش بینی کنند. در پاسخ به این پرسش که از میان خرده مقیاس های باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر کدام یک می توانند درصد معناداری از واریانس علائم وسواس را در جمعیت غیر بالینی پیش بینی کنند، روش تحلیل رگرسیون چندگانه گام به گام به صورت مجزا در مورد هر متغیر اجرا شد. خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام باورهای فراشناختی بر علائم وسواس در جدول ۳ ارائه شده است. در گام

تبيين می کند. در گام دوم متغیر نگرانی وارد مدل رگرسیون شد و نتیجه تحلیل واریانس رگرسیون چندگانه نشان داد که اثر متغیر نگرانی بر علائم وسواسی مثبت و معنادار است ($R^2=0/36$ و $p < 0/01$ و $F=14/2$ و $df=2$). ضریب تعیین متغیر کنترل ناپذیری و خطر ($R^2=0/13$) است و میزان نمو آن پس از ورود متغیر دوم $0/03$ می باشد. بنابراین ۳ درصد از متغیر علائم وسواسی توسط راهبرد تنبیه و ۱۳ درصد آن به وسیله ترکیب خطی از دو متغیر تنبیه و نگرانی پیش بینی می شود. سایر متغیرها به دلیل اینکه سهم معناداری از این متغیر ملاک را تبیین نمی کردند، از تحلیل رگرسیون حذف شدند.

نتایج باورهای فراشناختی باور فراشناختی مربوط به خودآگاهی شناختی، کنترل ناپذیری افکار و خطر و باورهای مثبت درباره نگرانی ۱۴ درصد از واریانس علائم وسواسی را در دانشجویان مورد مطالعه تبیین می کنند. سایر متغیرها به دلیل اینکه سهم معناداری از این متغیر ملاک را تبیین نمی کردند، از تحلیل رگرسیون حذف شدند. به منظور تعیین سهم راهبردهای کنترل فکر نیز در پیش بینی علائم وسواسی از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون باورهای فراشناختی بر علائم وسواس در جدول ۴ ارائه شده است. در گام اول متغیر راهبرد تنبیه وارد مدل رگرسیون شد. نتیجه تحلیل رگرسیون نشان داد که اثر راهبرد تنبیه بر علائم وسواسی مثبت و معنادار است ($R^2=0/31$ و $p < 0/01$ و $F=21/6$ و $df=1$). بنابراین راهبرد تنبیه می تواند علائم وسواسی را پیش بینی کند و این متغیر ۱۰ درصد ($R^2=0/10$) از واریانس علائم وسواسی را

جدول ۳- خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و شاخص های آماری رگرسیون باورهای فراشناختی بر علائم وسواس

مدل	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	R	R^2	خطای برآورد
گام ۱	خودآگاهی شناختی	۳۸۲/۸	۱	۳۸۲/۸	۲۰/۳	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۰۹	۴/۳
گام ۲	کنترل ناپذیری و خطر	۴۹۶/۳	۲	۲۴۸/۱	۱۳/۵	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۱۲	۴/۲
گام ۳	باورهای مثبت درباره نگرانی	۵۷۴/۵	۳	۱۹۱/۵	۱۰/۶	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۰/۱۴	۴/۲

متغیر	ضریب B	خطای معیار	ضریب بتا	t	سطح معناداری
ثابت	۰/۷۲	۱/۶		۰/۴۶	۰/۶۵
خودآگاهی شناختی	۰/۲۷	۰/۰۸	۰/۲۲	۳/۲	۰/۰۰۲
کنترل ناپذیری و خطر	۰/۲۰	۰/۰۸	۰/۱۷	۲/۵	۰/۰۱۵
باورهای مثبت درباره نگرانی	۰/۱۱	۰/۰۵	۰/۱۴	۲/۰۸	۰/۰۳۹

پیش بینی کننده: خودآگاهی شناختی، کنترل ناپذیری و خطر، باورهای مثبت درباره نگرانی پیش بینی شونده: علائم وسواس

جدول ۴- خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و شاخص های آماری رگرسیون راهبردهای کنترل فکر علائم وسواس

مدل	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	R	R ²	خطای برآورد
گام ۱	راهبرد تنبیه	۴۰۵/۱	۱	۴۰۵/۱	۲۱/۶	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۱۰	۴/۳
گام ۲	نگرانی	۵۲۱/۱	۲	۲۶۰/۵	۱۴/۲	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۱۳	۴/۳

متغیر	ضریب B	خطای معیار	ضریب بتا	t	سطح معناداری
ثابت	۱/۹۲	۱/۴		۱/۳۳	۰/۱۸
راهبرد تنبیه	۰/۳۹	۰/۱۰	۰/۲۶	۳/۸	۰/۰۰۱
نگرانی	۰/۲۷	۰/۱۱	۰/۱۸	۲/۵	۰/۰۱

پیش بینی شونده: علائم وسواس

پیش بینی کننده: راهبرد تنبیه و نگرانی

بحث

[۳۲] نشان می دهد که خودآگاهی شناختی که به تمایل فرد به بازیابی افکار اطلاق می شود با علائم وسواسی ارتباط دارد.

بررسی رابطه باورهای فراشناختی خاص با علائم جداگانه وسواس نشان داد که باورهای فراشناختی درباره لزوم کنترل افکار قوی ترین پیش بینی کننده علائم واری و شک و تردید است. باورهای مثبت درباره نگرانی بیشترین همبستگی را با علائم شستشو نشان داد. همچنین خودآگاهی شناختی قوی ترین پیش بینی کننده علائم کندی وسواسی بود. این یافته با مدل فراشناختی وسواس ولز [۶، ۱۸] و ولز و ماتیوس [۱۰] و یافته های سایر مطالعات [۲۶-۲۸، ۳۱] هماهنگ است. بر اساس نتایج این پژوهش باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر و اطمینان شناختی

هدف این مطالعه بررسی رابطه بین باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با علائم وسواسی در جمعیت غیر بالینی بود. نتایج پژوهش نشان داد که همبستگی مثبت معناداری بین باورهای فراشناختی و علائم وسواسی وجود دارد. این یافته با نتایج سایر مطالعات انجام شده هماهنگ می باشند [۲، ۷، ۲۶-۲۹]. مطالعات مختلفی از نقش علی فراشناخت در ایجاد و تداوم اختلالات روانشناختی، به ویژه اختلال وسواس حمایت می کنند [۱۷، ۲۶، ۳۰]. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که سه خرده مقیاس خودآگاهی شناختی، کنترل ناپذیری و خطر و باورهای مثبت درباره نگرانی، قوی تری پیش بینی کننده های علائم وسواسی در جمعیت غیر بالینی هستند. این یافته با نتایج سایر مطالعات [۷، ۲۹، ۳۱-۳۴] هماهنگ است. در همین راستا نتایج بررسی کوهن و کالاماری

ولز [۶، ۱۸] و ولز و ماتیوس [۱۰] اظهار می دارند که باورهای فرد (مانند میزان اعتماد) درباره توانایی های تفکر و حافظه خود نقش محوری در ایجاد اختلالات هیجانی از طریق هدایت تمرکز بر فرایندهای درمانی (مانند تردید) دارد. مطابق این دیدگاه تمرکز بر فرایندهای درونی، این اطمینان را که فرد به درستی عمل یا تشریفات خاصی را انجام داده است، کاهش می دهد، در نتیجه انجام بیشتر عمل تا وقتی که هدف مورد نظر تأمین شود، الزامی می سازد [۳۷]. جی ویلیامز و همکاران [۲۹] نشان دادند که هر دو حیطه های باورهای شناختی (مسئولیت پذیری) و باورهای فراشناختی (مربوط به آمیختگی) همبستگی مثبتی با علائم وسواسی - اجباری دارند اما حیطه های فراشناختی قوی ترین همبستگی را با علائم وسواسی دارند. جینک^{۲۶}، کالماری، ریمن و هفل فینگر [۲۷] دریافتند که خودآگاهی شناختی بالا که نوعی تمایل به بازبینی افکار است، افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی را از گروه مقایسه مبتلا به اختلال اضطراب مختلط، متمایز می سازد.

نتایج پژوهش حاضر در مورد رابطه بین راهبردهای کنترل فکر و علائم وسواس نشان داد که بین نمره کلی کنترل فکر و علائم وسواس در جمعیت غیر بالینی رابطه مثبت وجود دارد. همچنین از میان راهبردهای کنترل فکر، تنبیه و نگرانی، توجه برگردانی و ارزیابی مجدد همبستگی مثبت معناداری با علائم وسواسی داشتند. با توجه به نتایج به دست آمده از میان خرده مقیاس های کنترل فکر، تنبیه قوی ترین همبستگی مثبت را با علائم واری واری و تردید وسواسی دارد. توجه برگردانی فقط با علائم شستشو رابطه دارد. راهبرد نگرانی با واری، کنندی و تردید

مهمترین پیش بینی کننده های علائم وسواس می باشند.

هرمانس، ماتنس، دی کورت، پیترز و الن [۲۸] با مقایسه افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی با شرکت کنندگان غیرمضطرب گروه کنترل دریافتند که در ابعاد مختلف باورهای فراشناختی، تفاوت هایی بین دو گروه وجود دارد. افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی، به باورهای منفی درباره ی کنترل ناپذیری و خطر رویدادهای ذهنی، بیشتر معتقد بودند، باورهای منفی بیشتری در مورد پیامدهای مضر برخی افکار خاص گزارش کردند، بیشتر به بازبینی افکارشان می پرداختند و اطمینان کمتری به توانایی های شناختی خود داشتند. اطمینان شناختی پایین تر در سه جنبه آشکار بود: ۱) حافظه برای اعمال، ۲) تمایز اعمال از تصویرسازی های ذهنی و ۳) مقاومت در برابر حواس پرتی. در همین راستا راجمن [۳۵] اشاره می کند که عدم اطمینان در به خاطر سپردن رویدادها خصیصه اندیشناکی های وسواسی محسوب می شود. وی در نظریه شناختی جدید خود درباره واری اجباری فقدان اطمینان به حافظه را به عنوان عامل عمده تداوم واری اجباری توصیف می کند. بنابراین باورهای فرد درباره توانایی های حافظه خود با ایجاد یک چرخه معیوب که در آن تردید های اولیه درباره اعمال خود و یادآوری این اعمال، به رفتارها و واری مکرر و کاهش بیشتر اعتماد به حافظه خویش منجر می شود، موجب ایجاد و تداوم اختلال وسواسی اجباری می شود. مطالعات تجربی با حمایت از رابطه بین فرا حافظه و اختلال وسواسی اجباری در جمعیت غیر بالینی نشان می دهند که واری مکرر در دانشجویان غیر بالینی نیز به کاهش اطمینان به حافظه منجر می شود [۳۶].

سندرم شناختی توجّهی می‌شوند. باورهای فراشناختی مثبت از استفاده مداوم و مکرر از سبک‌های غیرانطباقی مانند نگرانی و اندیشناکی حمایت می‌کنند، در حالی که باورهای فراشناختی منفی به ناتوانی در تلاش برای اعمال کنترل مؤثر و ادراک رخدادهای درونی به‌عنوان تهدیدکننده منجر می‌شوند و از این طریق باعث افزایش پریشانی می‌شوند. سندرم شناختی-توجّهی نوعی پردازش و مقابله راهبردی پیوسته است. این سندرم نشان‌دهنده راهبردهای فرد برای مقابله با تهدید است. بنابراین، مفهوم مقابله و سبک تفکر خاص، باورهای شخص را به اختلال هیجانی پیوند می‌دهند. باورهای فراشناختی مثبت و منفی در ارزیابی تهدید نقش دارند. برای مثال باور مثبت «برای این که در امان بمانم، باید به خطر توجّه کنم» باعث تداوم احساس تهدید در فرد می‌شود، در حالی که باور منفی «من هیچ کنترلی بر تفکر خود ندارم»، با توانایی فرد در کنارگذاشتن سبک تفکر ناسازگارانه تداخل می‌نماید. علاوه بر این، باورهای منفی مانند «فکر کردن به این افکار باعث می‌شود تا کنترل ذهنم را از دست بدهم» باعث تشدید احساس خطر جاری می‌شود. بنابراین، هر کدام از این حیثه‌های باورهای فراشناختی، در پردازش مداوم و طولانی مدّت تهدید یا ناهمخوانی خود، که موجب تداوم هیجان‌های منفی می‌شوند، نقش دارند [۲].

یافته‌های پژوهش حاضر تلویحات عملی مهمی در برنامه ریزی درمان و نظریه پردازش درباره اختلال وسواس دارد. از لحاظ درمانی با توجه به یافته‌های این پژوهش، شناسایی و تغییر باورهای فراشناختی مرتبط با کنترل ناپذیری خطر و خودآگاهی شناختی و باورهای مثبت درباره نگرانی باید در درمان اختلال وسواس مورد توجه قرار گیرد. همچنین می‌توان از

رابطه مثبت معنادار دارد. این یافته‌ها با نتایج مطالعات [۱۲-۱۴] هماهنگ است. در همین زمینه امیر، کاشمن و فوا [۱۴] نشان دادند که افراد دارای اختلال وسواس فکری و عملی در مقایسه با افراد غیربیمار، بیشتر از تنبیه، نگرانی، ارزیابی مجدد و کنترل اجتماعی استفاده می‌کنند، ولی افراد غیربیمار بیشتر از توجّه برگردانی استفاده می‌کنند. در تبیین رابطه استفاده از راهبردهای کنترل فکر و تشدید علائم وسواسی، بررسی‌ها نشان می‌دهد که راهبردهای کنترل فراشناختی فکر، که به منظور حذف و بیرون‌راندن افکار از هشیاری انجام می‌شوند، موجب افزایش و بازگشت دوباره‌ی فکر بازداری شده، می‌شود، بنابراین، در دراز مدّت راهبرد سازنده‌ای نیست [۱۵-۱۶، ۳۸].

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رابطه معناداری بین باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر وجود دارد. به جز اطمینان شناختی بین سایر خرده مقیاس‌های باورهای شناختی شامل باورهای مثبت درباره نگرانی، کنترل ناپذیری و خطر، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی و نمره کلی کنترل فکر نیز رابطه معناداری به دست آمد. علاوه بر این، از میان خرده مقیاس‌های کنترل فکر تنبیه، نگرانی و ارزیابی مجدد به ترتیب بیشترین همبستگی را با باورهای فراشناختی کلی نشان دادند. به این ترتیب هر چه باورهای فراشناختی قوی‌تر باشد، فرد بیشتر از راهبردهای کنترل فکر استفاده می‌کند. این یافته‌ها نیز با نتایج مطالعات ولز و ولز و ماتیوس [۱۰، ۱۸] هماهنگ است. مطابق مدل فراشناختی وسواس ولز [۶، ۱۸] افراد آسیب‌پذیر به دلیل ترکیبی از باورهای فراشناختی مثبت (برای مثال «برای اجتناب از خطر باید نگران باشم») و باورهای فراشناختی منفی (برای مثال «من هیچ کنترلی بر نگرانی‌هایم ندارم») درگیر

مختلفی با اختلال وسواس مرتبط هستند که برخی از آنها نقش میانجی گری را در رابطه بین فراشناخت ها و راهبردهای کنترل فکر ایفاء می کنند. مطالعات بعدی می توانند با استفاده روش های آماری پیشرفته مانند مدل یابی معادلات ساختاری به ارزیابی مدل فراشناختی اختلال وسواس پراخته و نقش این متغیرها را در پیش بینی و تبیین وسواس فکری و عملی در جمعیت های بالینی و غیر بالینی مشخص نمایند.

منابع

- 1- American Association of Psychiatry. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington: DC: Author; 2000.
- 2- Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: The Guilford Press; 2009.
- 3- Rachman S, DeSilva P. Abnormal and normal obsessions. Behaviour Research and Therapy. 1979; 3: 89- 99.
- 4- Salkovskis p. Obsessive-compulsive disorder, in science and practice of cognitive behavioral therapy, C.G.Fairbum, Editor., Oxford university press: New York; 1999.
- 5- Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problem: A cognitive-behavioral analysis. Behavior research and therapy. 1985; 23: 571- 583.
- 6- Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. Chichester: UK: Wiley; 2000.
- 7- Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the Metacognitions Questionnaire: Properties of the MCQ 30. Behaviour Research and Therapy. 2004; 42: 385- 396.
- 8- Flavell JH. Metacognition and metacognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. American Psychologist. 1979; 34: 906- 911.
- 9- Nelson TO, Stuart RB, Howard G, Crawley M. Metacognition and clinical psychology: A preliminary framework for research and practice.

پرسشنامه باورهای فراشناختی برای شناسایی افراد مستعد اختلال وسواس استفاده کرد و با ایجاد تغییر در باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر ناسازگارانه که در عمل به تداوم علائم وسواسی منجر می شود، از بروز علائم وسواسی پیشگیری کرد. در سطح نظری یافته های حاضر از مدل های فراشناختی اخیر [۷، ۱۰، ۱۵، ۱۸، ۳۹] حمایت می کنند. این نظریه ها اظهار می دارند که باورها درباره فرایندهای فکری نقش مهمی در فرایندهای شناختی ناکارآمد ناشی از علائم وسواسی اجباری ایفاء می کنند. ولز در مدل فراشناختی خود [۷، ۱۸] استدلال می کند که باورهای فراشناختی پردازش اطلاعات را هدایت می کنند، و موجب ارزیابی ها و پاسخ های ناکارآمد می شوند.

پژوهش حاضر دارای محدودیت هایی است که در نتیجه گیری و تعمیم نتایج باید به آن توجه شود. روش این پژوهش از نوع مطالعات همبستگی است که نتیجه گیری علی در مورد یافته ها دشوار می سازد. استفاده از ابزارهای خودسنجی یکی دیگر از محدودیت های پژوهش حاضر است. همچنین این پژوهش بر روی نمونه ای از دانشجویان دانشگاه تربیت معلم تهران انجام شده، بنابراین در تعمیم نتایج به سایر افراد باید احتیاط شود. پژوهش های بعدی می توانند با بررسی رابطه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با علائم وسواسی در جمعیت گسترده تر و نیز بر روی بیماران وسواسی به روشن شدن نقش متغیرهای فراشناختی در اختلال وسواس کمک کنند.

درمان فراشناختی رویکرد نوظهوری است که در نتیجه ی مدل سازی و فرضیه آزمایی نظام دار به وجود آمده است. با این حال پژوهش های زیادی برای ارزیابی اعتبار نظری و تجربی این رویکرد لازم است. با توجه به اینکه متغیرهای فراشناختی و شناختی

- 21- HOLEVA V, TARRIER N, WELLS A. Prevalence and predictors of acute PTSD following road traffic accidents: Thought control strategies and social support. *Behavior Therapy*. 2001; 32: 65-83.
- 22- ROUSSIS P, WELLS A. Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Personality and Individual Differences*. 2006; 40: 111-122.
- ۲۳- گودرزی محمدعلی، اسماعیلی ترکانبوری یعقوب. رابطه بین راهبردهای کنترل افکار رخنه کننده و شدت علائم وسواسی. *مجله پژوهشی حکیم*. ۱۳۸۴؛ (۴): ۴۵-۵۱.
- 24- RACHMAN S, HODGSON R. Obsessive compulsive complaints. *Behavior Research and Therapy*. 1977; 15: 389-395.
- ۲۵- دادفر محبوبه، بوالهبری جعفر، ملکوتی کاظم، بیان زاده اکبر. بررسی شیوع نشانه های اختلال وسواسی - جبری. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱۳۸۴؛ (۲): ۳۲-۳۷.
- 26- WELLS A, PAPAGEORGIOU C. Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms, and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*. 1998; 3: 899-913.
- 27- JANECK AS, CALAMARI JE, RIEMANN BC, HEFFELFINGER SK. Too much thinking about thinking?: Metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2003; 17: 181-195.
- 28- HERMANS D, MARTENS K, DECORT K, PIETERS G, ELEN P. Behaviour Research and Therapy. Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2003; 41: 383-401.
- 29- GWILLIAMS JMG, WELLS A, CARTWRIGHT-HATTON S. Dose meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: a test of the metacognitive model. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2004; 11: 137-144.
- 30- FISHER PL, WELLS A. Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: A test of the metacognitive mode. *Behaviour Research and Therapy*. 2005; 43: 821-829.
- Clinical Psychology and Psychotherapy. 1999; 6: 73-80.
- 10- WELLS A, MATTHEWS G. Attention and emotion: A clinical perspective. Hove, UK: Erlbaum; 1994.
- 11- WELLS A. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalised anxiety disorder. 1995; 23: 301-320.
- 12- WELLS A, DAVIES M. The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thought. *Behaviour Research and Therapy*. 1994; 32: 871-878.
- 13- ABRAMOWITZ JS, WHITESIDE S, KALSKY SA, TOLIN DA. Thought control strategies in obsessive-compulsive disorder: A replication and extension. *Behaviour Research and Therapy*. 2003; 41: 529-554.
- 14- AMIR N, CASHMAN L, FOA EB. Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 1997; 35: 775-777.
- 15- PURDON CC. Metacognition and obsession. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 1999; 30: 102-110.
- 16- WEGNER DM, SCHNEIDER DJ, CARTER SR, WHITE TL. Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987; 53: 5-13.
- 17- WELLS A, MATTHEWS G. Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*. 1996; 32: 867-870.
- 18- WELLS A. Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide. Chichester UK: Wiley; 1997.
- 19- SPADA MM, WELLS A. Metacognitive beliefs about alcohol use: Development and validation of two self-report scales. *Addictive Behaviors*. 2008; 33: 515-527.
- ۲۰- شیرین زاده دستگیری صمد، گودرزی محمدعلی، غنی زاده احمد، تقوی محمدرضا. بررسی ساختار عاملی، روایی و اعتبار پرسشنامه فراشناخت-۳۰. *مجله روانشناسی*. ۱۳۸۷؛ (۴۸): ۴۴۵-۴۶۱.

- 35- Rachman S. A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*. 2002; 40: 625-639.
- 36- Van den Hout M, Kindt M. Repeated checking causes memory distrust *Behaviour Research and Therapy*. 2003; 301-316.
- 37- Nedeljkovic M, Moulding R, Kyrios M, Doron G. The relationship of cognitive confidence to OCD symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*. 2009; 23: 463-468.
- 38- Wenzlaff RM, Wegner DM. Thought suppression. *Annual Review of Psychology*. 2009; 51: 59-91.
- 39- Clark DA, Purdon C. New perspectives for a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist*. 1993; 28: 161-167.
- 31- Cartwright- Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: The Meta- Cognitions Questionnaire and its correlate. *Journal of Anxiety Disorders*. 1997; 11: 279-296.
- 32- Cohen RJ, Calamari JE. Thought-focused attention and obsessive-compulsive symptoms: an evaluation of cognitive self-consciousness in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research*. 2004; 28: 457-471.
- 33- Emmelkamp PMG, Aardema A. Metacognition, specific obsessive-compulsive beliefs and obsessive-compulsive behaviour. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 1999; 6: 139-145.
- 34- Sica CS, Ghisi M, Chiri LR, Franceschini S. Metacognitive beliefs and strategies predict worry, obsessive-compulsive symptoms and coping styles: A preliminary prospective study on an Italian non-clinical sample. *Clinical Psychology And Psychotherapy*. 2008; 14: 258-268.

Archive of SID