

مقایسه باورهای وسواسی در بیماران مبتلا به وسواس و سایر اختلالات اضطرابی با گروه شاهد

دکتر گیتی شمس^۱

گروه روانپزشکی و روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

نرگس کرم قدیری

دانشگاه علوم پزشکی تهران

یعقوب اسماعیلی ترکانبوری

مرکز مشاوره دانشگاه شهید بهشتی

دکتر فاطمه رحیمی نژاد

دانشگاه علوم پزشکی تهران

نرگس ابراهیم خانی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

هدف: در سال‌های اخیر، تحقیقات بسیاری در ادبیات وسواس به شناسایی عوامل شناختی مؤثر در شکل‌گیری اختلال وسواس فکری-عملی پرداخته‌اند، تا تعیین کنند که کدام یک از شناختارها (اهمیت و کنترل افکار (ICT)، احساس مسئولیت و ارزیابی احساس خطر و تهدید (RT)، کمال‌طلبی و عدم قطعیت (PC))، در ایجاد و بقای علائم و نشانه‌های وسواس نقش دارند. هدف مطالعه اخیر مقایسه باورهای وسواسی در بیماران وسواسی، اضطرابی و سالم بود. **روش:** سه گروه آزمودنی شامل بیماران وسواسی، بیماران اضطرابی و افراد سالم پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه‌های MOCI، BDI-II، STAI، BAI، OBQ-44 و Y-BOCS (درمورد بیماران وسواسی) را تکمیل نمودند. **یافته‌ها:** نمرات OBQ-44 کل و خرده‌مقیاس‌های PC و RT در دو گروه وسواسی و اضطرابی بیشتر از گروه سالم بود، ولی تفاوت بین دو گروه وسواسی و اضطرابی معنی‌دار نبود. در خرده‌مقیاس ICT نمرات گروه وسواسی از دو گروه سالم و اضطرابی بیشتر بود، اما تفاوت بین گروه‌های اضطرابی و سالم معنی‌دار نبود. به عبارتی OBQ-44 کل، مقیاس مناسبی برای سنجش افکار مختص وسواس است، به طوری که مقیاس‌های فرعی RT و PC برای وسواس و اضطراب و مقیاس فرعی ICT صرفاً برای وسواس اختصاصی است. میانگین، انحراف‌معیار و آزمون معنی‌داری نمرات سه گروه در مواد آزمون OBQ-44 محاسبه گردید و ۲۷ ماده به‌عنوان مواد سنجش باورهای شناختی مختص وسواس تشخیص داده شد. **نتیجه‌گیری:** خرده‌مقیاس‌های PC و RT (OBQ-44) در اختلال وسواس و اختلال اضطرابی مشترک ولی خرده‌مقیاس ICT مختص اختلال وسواس می‌باشد. بنابراین یافته‌های اخیر پیشنهاد می‌کند که OBQ-44 نقطه شروع معتبری برای بررسی ساختار و محتوای شناختی وسواس می‌باشد.

کلید واژه‌ها: باور، وسواس فکری-عملی، ارزیابی شناختی، OBQ-44

مقدمه

اختلال وسواس فکری-عملی^۲ (OCD) نشانگان عصبی-روان‌پزشکی پیچیده‌ای است که مشخصه اصلی آن، افکار ناخواسته، تکراری و مزاحم (افکار وسواسی) و نیز رفتارهای

تکراری و آزاردهنده آیین‌مند (اعمال وسواسی) می‌باشد که بیمار به‌منظور اجتناب از اضطراب یا خنثی کردن افکار وسواسی انجام می‌دهد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴). محققان در دهه اخیر علاقه زیادی به بررسی عامل شناخت در OCD از خود نشان داده‌اند و در زمینه تحقیق و درمان OCD به ساختارها، فرآیندها و

۱- نشانی تماس: تهران، خیابان کارگر جنوبی، بیمارستان روزبه.

Email: gkshams2000@yahoo.com

2- Obsessive Compulsive Disorder

جمعیت غیربالینی غیرانگلیسی زبان اجرا شده است. با توجه به تازگی موضوع، تحقیقات کمی روی OBQ به عنوان یک پرسشنامه معتبر در زمینه سنجش حوزه شناخت در وسواس شده است که به شرح زیر می باشد:

اولین تحقیق OCCWG، بخش I (۲۰۰۳) روی ۲۴۸ بیمار وسواسی (با ملاک های تشخیصی DSM-IV)، ۱۰۵ بیمار مبتلا به اختلالات اضطرابی^{۲۱} بدون علائم وسواس، ۸۷ نفر از جمعیت عمومی و ۲۹۱ دانشجو انجام شد. نتایج نشان داد که OBQ دارای ثبات درونی^{۲۲} ($\alpha = 0.80$) و پایایی^{۲۳} بازآزمون مناسب است. افراد مبتلا به وسواس در مقایسه با دانشجویان و گروه شاهد (جامعه عادی) در کلیه خرده مقیاس های OBQ تفاوت معنی دار داشتند. به علاوه، سه خرده مقیاس OBQ (اهمیت و کنترل افکار و احساس مسئولیت) افراد مبتلا به وسواس را از گروه کنترل و اضطرابی متمایز می ساخت. از طرف دیگر، بیماران اضطرابی در مقایسه با گروه غیربالینی در کلیه خرده مقیاس های OBQ تفاوت معنی دار داشتند. با توجه به یافته های فوق، ظاهراً سه حوزه شناخت در OBQ (ناتوانی در تحمل عدم اطمینان، ارزیابی بیش از حد خطر و تهدید و همین طور کمال طلبی) با OCD رابطه دارد ولی مختص OCD نیست.

OCCWG (۲۰۰۵) در مطالعه بخش II، شش عاملی را که از بُعد نظری و طبق نظر OCCWG (۱۹۹۷)، به عنوان خرده مقیاس های OBQ در نظر گرفته شده بود، به کمک تحلیل عاملی مورد بررسی آماری قرار دادند. سه عامل برای OBQ-44 به دست آمد: عامل اول احساس مسئولیت / ارزیابی خطر و تهدید؛ عامل دوم، کمال طلبی / نیاز به کسب قطعیت و یقین؛ عامل سوم، اهمیت و کنترل افکار.

1- Clark	2- Purdon
3- Freeston	4- Rheaume
5- Ladouceur	6- vanoppen
7- Arntz	8- Rachman
9- Salkovskis	10- Sookman
11- Pinard	12- Beauchemin
13- Foa	14- Kozak
15- Westbrook	
16- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group	
17- Obsessional Beliefs Questionnaire	
18- Responsibility/ Threat estimation	
19- Perfectionism Certainty	
20- Importance/ Thought Control	21- anxiety disorders
22- Internal consistency	23- reliability

محتوای شناختی این اختلال توجه خاصی نموده اند (کلارک^۱ و پوردون^۲، ۱۹۹۳؛ فری استون^۳، ریوم^۴ و لادوسور^۵، ۱۹۹۶؛ ون اوپن^۶ و آرنتز^۷، ۱۹۹۴؛ راجمن^۸، ۱۹۹۷، ۱۹۹۸؛ سالکووسکیس^۹، ۱۹۸۵؛ سوکمن^{۱۰}، پینارد^{۱۱} و بوشومن^{۱۲}، ۱۹۹۴). پژوهشگران مدل های متعددی پیشنهاد کرده اند که هر کدام از آنها بر عامل خاصی تأکید دارد اما در همه این نظریه ها و مدل ها، عوامل شناختی هسته اصلی OCD تلقی می شود (مانند فوآ^{۱۳} و کوزاک^{۱۴}، ۱۹۸۶؛ سالکووسکیس و وست بروک^{۱۵}، ۱۹۸۹؛ تلیس، ۱۹۹۵). هم چنین درمان هایی به وجود آمده اند که بر تغییر دریافت ها، باورها و ارزیابی های شناختی مبتلایان به OCD متمرکزند (فری استون و همکاران، ۱۹۹۶؛ سالکووسکیس و وست بروک، ۱۹۸۹؛ سوکمن و همکاران، ۱۹۹۴؛ ون اوپن و همکاران، ۱۹۹۵). نظریه های وسواس فکری- عملی، باورهای غیرمنطقی (نادرست) را عامل ایجاد و شکل گیری این اختلال و نیز عامل مداخله کننده درمانی قلمداد می کنند. تحقیقات بسیاری بیانگر این نکته اند که ابعاد شناختی به طور عام و حوزه هایی از باورهای معین، به طور خاص، می توانند به عنوان ویژگی شناختی مختص OCD مطرح شوند (فوآ و کوزاک، ۱۹۸۶؛ تلیس، ۱۹۹۶؛ ون اوپن و همکاران، ۱۹۹۵). بسیاری از تحقیقات نشان داده اند که باورها و ارزیابی های ما با OCD رابطه مستقیمی دارند و با شناخت این حوزه ها، درک ما از OCD وضوح بیشتری می یابد (کلارک، ۲۰۰۳).

«گروه کاری دریافت های شناختی در اختلال وسواس فکری- عملی»^{۱۶} (OCCWG) یک گروه بین المللی از محققان علاقمند شناسایی و درک بهتر نقش عوامل شناختی در OCD هستند. این گروه پرسشنامه باورهای وسواسی^{۱۷} (OBQ-44) را به عنوان ابزاری جهت ارزیابی نقش شناختها در سبب شناسی و حفظ وسواس تدوین نموده اند (OCCWG، ۱۹۹۷، ۲۰۰۱، ۲۰۰۳). OBQ-44 شامل باورهای ناکارآمد احساس مسئولیت / ارزیابی خطر و تهدید (RT)^{۱۸}، کمال طلبی / نیاز به کسب اطمینان و قطعیت (PC)^{۱۹} و اهمیت و کنترل افکار (ICT)^{۲۰} است. براساس تعریف OCCWG (۱۹۹۷) باورها شامل فرض های عام، نسبتاً بادوام و پایداری هستند که مختص یک واقعه معین نمی باشند. تاکنون پرسشنامه OBQ-44 روی جمعیت های بالینی و غیربالینی انگلیسی زبان و همین طور

با گروه اضطرابی، با کنترل افسردگی و اضطراب، به جز کنترل افکار، در هیچ ویژگی دیگری تفاوت آماری معنی داری به دست نیامد.

انجام مطالعات بیشتر در این زمینه لازم است. بنابراین هدف مطالعه حاضر این بود که حوزه‌های شناخت وسواس را در جمعیت ایرانی مشخص و با داده‌های سایر کشورها مقایسه نماید و بتواند مبانی تئوریکي ارائه نماید که تعیین کننده حوزه‌های شناخت در OCD به طور عام، و در جامعه ایران به طور خاص، باشد. همچنین از اهداف این مطالعه پاسخ به این سؤال بود که کدام یک از شش حوزه شناخت در OBQ-44 می‌تواند در OCD (نسبت به سایر اختلالات اضطرابی و نمونه‌های سالم) در جمعیت بالینی ایرانی از همبستگی بالایی برخوردار باشد. بنابراین شاید بتوان در زمینه ارتباط بین حوزه‌های شناخت و علائم وسواس در ایران به ویژگی‌های اختصاصی معینی رسید.

روش

انتخاب آزمودنی‌ها از طریق نمونه‌گیری در دسترس انجام گرفت و هر سه گروه از نظر متغیرهایی مانند سن، جنسیت، وضعیت تاهل و میزان تحصیلات با روش همسان‌سازی عددی^۱ هم‌تا گردیدند. ملاک‌های خروج عبارت بود از وجود سابقه اختلال نورولوژیک یا ضربه به سر، مشکل طبی جدی، مصرف الکل و مواد. نمونه بیماران از میان بیماران سرپایی مراجعه کننده به بیمارستان روزبه انتخاب شدند. بیمار ابتدا توسط انجام مصاحبه نیمه ساختاریافته توسط روان‌پزشک ارزیابی می‌شد و در صورت تأیید تشخیص OCD و سایر اختلالات اضطرابی (فوبی، پانیک، اضطراب فراگیر و اختلال استرس پس از سانحه) بر مبنای معیارهای DSM-IV، به کلینیک شناختی- رفتاری بیمارستان روزبه ارجاع می‌شد. در درمانگاه CBT نیز به وسیله یک روان‌پزشک دیگر مورد مصاحبه نیمه ساختاریافته قرار می‌گرفت. سپس بیماران در درمانگاه ارزیابی روان‌شناختی به وسیله یک روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی به صورت فردی ارزیابی می‌شدند و آزمون‌های بالینی شامل

در مطالعه سیکا^۱، کسادشی^۲ و ساناوینو^۳ (۲۰۰۴)، ۴۲ بیمار مبتلا به وسواس، ۱۷ بیمار مبتلا به اضطراب فراگیر و ۵۰ نمونه شاهد سالم، نسخه ایتالیایی OBQ-44 را همراه با آزمون‌های علامت‌شناسی وسواس، افسردگی، اضطراب و نگرانی تکمیل نمودند. پرسشنامه OBQ-44 از پایایی بسیار بالا و ثبات نسبی برخوردار بود. هر شش عامل OBQ-44، در سطح وسیعی از یکدیگر متمایز شدند. به طوری که OBQ-44 افراد مبتلا به OCD، اضطراب و غیربیمار را از یکدیگر تفکیک نمود. حداقل سه حوزه از شناخت (ناتوانی در تحمل عدم اطمینان، مشغله ذهنی بیش از حد در مورد اهمیت افکار و کمال‌طلبی) مختص OCD برآورد گردید، در حالی که اهمیت دادن بیش از حد به افکار و احساس مسئولیت بیش از حد، به سختی بیماران مضطرب و افراد سالم را از بیماران OCD متمایز ساخت.

در مطالعه شمس، کرم‌قدیری، اسماعیلی و ابراهیم‌خانی (۱۳۸۴) که به منظور بررسی اعتبار و پایایی نسخه فارسی OBQ-44 صورت گرفت، ۲۲۲ دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران در دو مرحله آزمون و بازآزمون با فاصله زمانی ۱۴-۵ روز مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج حاکی از ثبات درونی ($\alpha = 0.92$) و ضریب پایایی ($r = 0.82$) بالای این آزمون در جمعیت ایرانی فارسی‌زبان بود. روایی ملاک پرسشنامه به کمک پرسشنامه MOCI^۴ ۵۰ درصد به دست آمد که معنی دار بود. بررسی تحلیل عاملی، سه عامل PC، ICT، RT را به دست آورد که همبستگی بالایی با هم داشتند. داده‌ها و یافته‌های بالا، بیانگر اعتبار و پایایی پرسشنامه OBQ-44 در جمعیت ایرانی می‌باشد.

تولین^۵، ورشونسکی^۶ و متلبای^۷ (۲۰۰۶) نیز به بررسی این نکته پرداختند که آیا باورهای مختص به وسواس پیشنهادی در OCCWG (۱۹۹۷، ۲۰۰۱، ۲۰۰۳) در بیماران وسواسی در مقایسه با مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی و گروه شاهد سالم متفاوت است. یافته‌ها بیانگر این بود که عوامل ارزیابی احساس خطر و تهدید، ناتوانی در تحمل عدم اطمینان، اهمیت و کنترل افکار و کمال‌طلبی در بیماران وسواسی در مقایسه با گروه اضطرابی و گروه شاهد سالم، تفاوت معنی دار داشت. ولی این همبستگی بالا در مورد احساس مسئولیت به دست نیامد. در مقایسه گروه وسواسی

1- Sica
3- Sanavio
5- Tolin
7- Matlby
2- Cosadeschi
4- Maudsley Obsessive Compulsive Inventory
6- Worshunsky
8- frequency matching

پرسشنامه اضطراب بک (بک و همکاران، ۱۹۹۰) برای سنجش میزان اضطراب طراحی شده و شامل ۲۱ عبارت است. هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب است. فرد باید فهرست علائم را بخواند و علامت را از نظر کمی درجه‌بندی کند. دامنه تغییرات از صفر تا ۶۳ است. نمرات زیاد نشان‌دهنده شدیدتر بودن اضطراب است. این پرسشنامه به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن بررسی شده است (کاویانی، موسوی و محیط، ۱۳۸۰).

پرسشنامه حالت - صفت (اشپیلبرگر^{۱۲}، گورسوج^{۱۳} و سیموس^{۱۴}، ۱۹۸۳): این مقیاس شامل ۴۰ گزینه خودگزارشی است و اضطراب فراگیر را می‌سنجد. ۲۰ گزینه اول حالت^{۱۵} اضطراب را می‌سنجد؛ یعنی اینکه "در حال حاضر" شخص چه احساسی دارد. ۲۰ گزینه بعدی صفت^{۱۶} اضطراب را می‌سنجد یعنی "به‌طور کلی" شخص چه احساسی دارد. مقیاس STAI از میزان روایی و پایایی بالایی برخوردار است (پناهی شهری، ۱۳۷۲). در تحقیق حاضر از مقیاس حالت استفاده شد.

پرسشنامه افسردگی (بک، استیر^{۱۷} و براون^{۱۸}، ۱۹۹۶): این ابزار یک پرسشنامه ۲۱ عبارتی خودگزارشی است که برای ارزیابی افسردگی طراحی شده است (بک و همکاران، ۱۹۶۱). نمره کلی از صفر تا ۶۳ است و طراحان آن، نمره ۱۰ و بالاتر را افسردگی خفیف و نمره ۲۰ و بالاتر را افسردگی متوسط در نظر می‌گیرند. این پرسشنامه به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن بررسی شده است (قاسم‌زاده، مجتبیایی، کرم‌قدیری و ابراهیم‌خانی، ۲۰۰۵).

پرسشنامه وسواس فکری - عملی مادلزی (هاجسون^{۱۹} و راجمن^{۲۰}، ۱۹۷۷): شامل ۳۰ گزینه درست - نادرست می‌باشد که برای اندازه‌گیری علائم وسواس فکری - عملی طراحی شده است (هرروز وقت زیادی را صرف واری مکرر چیزها می‌کنم). آزمون شامل چهار زیرگروه است: واری^{۲۱} شامل نه گزینه؛ شست‌وشو^{۲۲}

پرسشنامه باورهای وسواسی - ۴۴ (OBQ-44)، پرسشنامه وسواس مادلزی (MOCI)، پرسشنامه اضطراب بک^۱ (BAI)، پرسشنامه اضطراب اشپیل برگر^۲ (STAI)، پرسشنامه افسردگی بک^۳ (BDI-II) و مقیاس وسواس ییل‌براون^۴ (Y-BOCS)، روی آنها اجرا می‌شد. برای جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک (نظیر سن، جنس، تحصیلات و وضعیت تأهل) یک پرسشنامه کلی طراحی گردید. گروه شاهد از میان کارکنان بیمارستان روزبه و همراهان بیماران مراجعه‌کننده به این بیمارستان انتخاب شد. آزمودنی‌ها در مرحله اول شامل ۱۵۶ نفر (۴۸ بیمار مبتلا به وسواس، ۵۸ بیمار مبتلا به سایر اختلالات اضطرابی و ۵۰ فرد سالم) بودند که پس از اتمام نمونه‌گیری، پرسشنامه‌هایشان بررسی شد و پس از اعمال همسان‌سازی و معیارهای خروج از مطالعه، ۹ نفر از گروه وسواسی، ۱۲ نفر از گروه اضطرابی و ۹ نفر از گروه سالم حذف گردیدند. بنابراین نمونه طرح شامل ۱۲۶ نفر (۳۹ بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی، ۴۶ بیمار مبتلا به اختلالات اضطرابی (۱۳ بیمار مبتلا به فوبی، ۱۰ بیمار پانیک، ۱۵ بیمار مبتلا به اضطراب فراگیر و ۸ بیمار مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه) و ۴۱ زن و مرد سالم بود.

در این مطالعه از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه باورهای وسواسی (OCCWG، ۲۰۰۱): پرسشنامه OBQ-44 شامل ۴۴ پرسش می‌باشد که ابعاد بیماری‌زایی^۵ را در حیطه شناخت در بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. از پاسخ‌دهنده درخواست می‌شود، میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر کدام از گزینه‌ها که روی مقیاس صفر تا هفت مرتبه‌بندی شده است، اعلام کند [خیلی زیاد مخالف (۳-)، نظری ندارم (صفر) و خیلی زیاد موافق (۳+)]. آزمون از شش زیرگروه افکار تشکیل شده که دامنه‌های کلیدی حوزه‌های شناخت در اختلال وسواس فکری - عملی هستند؛ شامل احساس مسئولیت برای صدمه و آسیب^۶، ارزیابی تهدید و خطر^۷ (۱۶ گزینه)، کمال‌طلبی^۸، نیاز به بر خورداری از اطمینان^۹ (۱۶ گزینه)، اهمیت دادن به افکار^{۱۰} و کنترل افکار^{۱۱} (۱۲ گزینه). این پرسشنامه به فارسی ترجمه شده و از روایی و پایایی بالایی در جمعیت ایرانی برخوردار است (شمس و همکاران، ۱۳۸۴).

1- Beck Anxiety Inventory	2- State Trait Anxiety Inventory
3- Beck Depression Inventory - II	
4- Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale	
5- pathogenesis	6- responsibility for hurt
7- threat estimation	8- perfectionism
9- need for certainty	10- importance of thoughts
11- control of thoughts	12- Speilberger
13- Gorsuch	14- Simos
15- state	16- trait
17- Steer	18- Brown
19- Hodgson	20- Rachman
21- checking	22- cleaning

تحلیل‌های آماری این مطالعه در چند مرحله انجام شد. ابتدا با استفاده از تحلیل واریانس یک طرفه (ANOVA) و آزمون‌های تعقیبی میانگین نمرات OBQ-44 و سایر آزمون‌های BAI، MOCI، BDI-II و STAI بیماران وسواسی و اضطرابی و افراد سالم مقایسه شد. سپس، برای سنجش توانایی OBQ-44 در تفکیک باورهای وسواسی در گروه بیماران وسواسی و بیماران اضطرابی و افراد سالم، همبستگی این آزمون با سایر آزمون‌ها در هر سه گروه، به‌طور جداگانه، با استفاده از روش همبستگی پیرسون مقایسه گردید. همبستگی آزمون OBQ-44 و MOCI با مقیاس وسواس فکری- عملی ییل‌براون (Y-BOCS) در گروه وسواسی با استفاده از روش همبستگی پیرسون محاسبه و نهایتاً ۴۴ آیتم OBQ-44 با استفاده از ANOVA و آزمون‌های تعقیبی در هر سه گروه به‌طور جداگانه مقایسه شد.

یافته‌ها

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، ۱۲۶ شرکت‌کننده شامل ۳۹ نفر دارای اختلال وسواس فکری- عملی، ۴۶ نفر دارای اختلالات اضطرابی و ۴۱ فرد سالم در این تحقیق مورد مطالعه قرار گرفتند. در مورد وضعیت تأهل، سن، جنسیت و سطح تحصیلات در بین سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۱).

شامل ۱۱ گزینه؛ کندی^۱ شامل هفت گزینه و شک^۲ شامل هفت گزینه. نمره آزمون بین صفر تا ۳۰ خواهد بود که نمره بالا بیانگر وجود علائم وسواس فکری- عملی بیشتر است. این پرسشنامه به فارسی ترجمه شده و از روایی و پایایی بالایی برخوردار است (مستشاری و قاسم‌زاده، ۲۰۰۵).

پرسشنامه وسواس فکری- عملی ییل‌براون (گودمن و همکاران، ۱۹۸۹a، ۱۹۸۹b): این مقیاس به کمک یک مصاحبه نیمه ساختاریافته تکمیل می‌شود و دارای مقیاس شدت وسواس و مقیاس فهرست علائم وسواس فکری و عملی است و با ۱۰ گزینه میزان شدت وسواس را در شرایط کنونی بیمار می‌سنجد. این مقیاس شامل (الف) مدت‌زمان صرف شده؛ (ب) میزان تداخل؛ (ج) میزان ناراحتی؛ (د) میزان مقاومت و (ه) میزان کنترل است و علائم وسواس‌ها و اجبارها را به‌طور جداگانه می‌سنجد. با جمع ۱۰ گزینه مذکور (صفر تا چهار)، مجموع کل گزینه‌ها می‌تواند بین حداقل صفر (بدون علامت) و حداکثر ۴۰ (علامت بسیار شدید) باشد. این پرسشنامه به فارسی ترجمه شده و در تحقیقات متعددی به کار رفته و از روایی و پایایی بالایی برخوردار است (قاسم‌زاده، خمسه و ابراهیم‌خانی، ۲۰۰۵). اطلاعات دموگرافیک مربوط به سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت اجتماعی- اقتصادی نیز توسط پرسشنامه کلی جمع‌آوری شد.

جدول ۱- ویژگی‌های دموگرافیک نمونه مورد مطالعه (n = 126)

متغیرها	گروه وسواس	گروه اضطرابی	گروه سالم	کل	df	شاخص آماری
تعداد آزمودنی‌ها (درصد) تعداد جنسیت (درصد) تعداد	۳۹ (۳۱٪)	۴۶ (۳۶٪)	۴۱ (۳۲٪)	۱۲۶ (۱۰۰٪)	۲	$\chi^2 = 0.619$
زن	۲۷ (۲۱٪)	۳۳ (۲۶٪)	۲۶ (۲۰٪)	۸۶ (۶۸٪)	۲	$\chi^2 = 0.718$
مرد	۱۲ (۹٪)	۱۳ (۱۰٪)	۱۵ (۱۱٪)	۴۰ (۳۱٪)		
وضعیت تحصیلات (درصد) تعداد					۶	$\chi^2 = 5.4$
ابتدایی	۴ (۳٪)	۷ (۵٪)	۵ (۴٪)	۱۶ (۱۲٪)		
راهنمایی	۶ (۴٪)	۳ (۲٪)	۶ (۴٪)	۱۵ (۱۱٪)		
متوسطه	۱۷ (۱۳٪)	۱۵ (۱۱٪)	۱۱ (۸٪)	۴۳ (۳۴٪)		
بالتر از دیپلم	۱۲ (۹٪)	۲۱ (۱۶٪)	۱۹ (۱۵٪)	۵۲ (۴۱٪)		
وضعیت تأهل (درصد) تعداد					۲	$\chi^2 = 0.927$
متأهل	۱۸ (۱۴٪)	۲۲ (۱۷٪)	۲۳ (۱۸٪)	۶۳ (۵۰٪)		
مجرد	۲۱ (۱۶٪)	۲۴ (۱۹٪)	۱۸ (۱۴٪)	۶۳ (۵۰٪)		
سن (انحراف معیار) میانگین						
مرد	۳۰/۲۵ (۹/۲۱)	۳۲ (۸/۴۸)	۲۷/۲۰ (۸/۸۷)	۲۹/۶۸ (۸/۸۶)	۳۷	F = 1.062
زن	۳۰/۱۱ (۱۰/۲۹)	۲۸/۸۲ (۸/۴۵)	۳۲/۰۴ (۹/۶۳)	۳۰/۲۰ (۹/۴)	۸۳	F = 0.853
بدون تفکیک جنسیتی	۳۰/۱۵ (۹/۸۴)	۲۹/۷۲ (۸/۴۹)	۳۰/۲۷ (۹/۵۴)	۳۰/۰۳ (۹/۲)	۱۲۳	F = 0.43

1- slowness

2- doubting

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار (داخل پرانتز) نمرات سه گروه بیماران وسواسی، بیماران اضطرابی و افراد سالم در آزمون‌های BDI-II, STAI, BAI, MOCI, OBQ-44
(n=126)

متغیرها	گروه وسواس (n=39)	گروه اضطرابی (n=46)	گروه سالم (n=41)	F (df=2)	سطح معنی داری	آزمون‌های تعقیبی شفه
OBQ-44						
Total	217/69 (44/48)	196/05 (34/45)	166/79 (40/86)	14/208	0/001	سالم > اضطرابی = وسواسی
RT	75/73 (17/84)	68/71 (15/47)	58/36 (16/39)	10/107	0/001	سالم > اضطرابی = وسواسی
PC	84/78 (16/83)	79/14 (12/62)	65/74 (15/64)	15/999	0/001	سالم > اضطرابی = وسواسی
ICT	56/74 (14/58)	48/65 (11/78)	42/49 (12/47)	12/005	0/001	اضطرابی > وسواسی، سالم > وسواسی سالم = اضطرابی
MOCI						
کل	16/51 (4/94)	10/55 (5/22)	7/75 (4/81)	28/07	0/001	اضطرابی > وسواسی، سالم > وسواسی سالم = اضطرابی
چک کردن	5/03 (2/41)	2/64 (2/04)	1/58 (1/35)	30/262	0/001	اضطرابی > وسواسی، سالم > وسواسی سالم = اضطرابی
شست و شو	4/76 (2/28)	3/50 (2/22)	2/56 (2/3)	8/930	0/001	اضطرابی > وسواسی، سالم > وسواسی سالم = اضطرابی
کندی	3 (1/68)	2/61 (1/51)	2/76 (1/26)	0/688	ns	
شک	5/31 (1/66)	3/64 (1/55)	2/17 (1/38)	38/375	0/001	سالم > اضطرابی > وسواسی
STAI	47/31 (6/2)	48/56 (5/38)	43/82 (4/95)	7/644	0/001	سالم > اضطرابی > وسواسی
BAI	22/33 (12/48)	16/74 (12/9)	7/64 (10/35)	14/879	0/001	سالم > اضطرابی > وسواسی
BDI-II	27/4 (11/35)	19/09 (11/87)	8/5 (8/6)	30/843	0/001	سالم > اضطرابی > وسواسی

خرده‌مقیاس‌های آن به‌جز خرده‌مقیاس کندی معنی‌دار است. آزمون‌های تعقیبی نشان داد که میانگین نمرات کل MOCI و دو خرده‌مقیاس واری و شست‌وشو در گروه وسواسی بیشتر از دو گروه اضطرابی و سالم است، اما تفاوت میانگین بین دو گروه اضطرابی و سالم معنی‌دار نیست. در خرده‌مقیاس شک و تردید تفاوت هر سه گروه معنی‌دار است؛ بدین ترتیب که میانگین گروه وسواسی بیشترین و میانگین گروه سالم کمترین مقدار را داراست و میانگین گروه اضطرابی بین آن دو قرار دارد.

در آزمون‌های STAI و BAI هر دو گروه وسواسی و اضطرابی نسبت به گروه سالم نمرات بالاتری کسب کردند که این تفاوت معنی‌دار بود، اما میانگین دو گروه وسواسی و اضطرابی تفاوت معنی‌داری نداشت. به‌نظر می‌رسد که آزمون‌های اضطرابی در تفکیک دو گروه بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و وسواسی از افراد سالم قدرت بالایی داشته باشند، اما در مورد متمایز کردن

میانگین نمرات سه گروه بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی، بیماران اضطرابی و افراد سالم در آزمون‌های بالینی مختلف در جدول ۲ نشان داده شده است.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد که تفاوت بین سه گروه وسواسی، اضطرابی و سالم در نمره کل OBQ-44 و سه خرده‌مقیاس آن معنی‌دار است. آزمون تعقیبی شفه نشان داد که در OBQ-44 کل و دو خرده‌مقیاس RT و PC، نمرات دو گروه وسواسی و اضطرابی بیشتر از گروه سالم است، ولی تفاوت بین دو گروه وسواسی و اضطرابی معنی‌دار نیست. در خرده‌مقیاس ICT نمرات گروه وسواسی از دو گروه سالم و اضطرابی بیشتر بود، اما تفاوت دو گروه اضطرابی و سالم معنی‌دار نبود.

هم‌چنین جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین سه گروه وسواسی، اضطرابی و سالم در نمرات کل MOCI و

شک و تردید در سطح $p < 0.01$ و با خرده‌مقیاس واریسی در سطح $p < 0.05$ همبستگی معنی‌دار داشت، در حالی که همبستگی بین PC با شست‌وشو و کندی معنی‌دار نبود. خرده‌مقیاس ICT با خرده‌مقیاس واریسی، MOCI کل و خرده‌مقیاس شک و تردید همبستگی معنی‌دار داشت. در گروه سالم فقط همبستگی خرده‌مقیاس RT با MOCI کل و خرده‌مقیاس شک و تردید معنی‌دار بود (جدول ۳). آزمون STAI در سه گروه وسواسی، اضطرابی و سالم. با OBQ-44 کل و خرده‌مقیاس‌های آن معنی‌دار نبود (جدول ۳). ادامه نتایج نشان می‌دهد که بین BAI با OBQ-44 کل و خرده‌مقیاس‌های آن در گروه وسواسی همبستگی وجود ندارد. در گروه اضطرابی همبستگی OBQ-44 کل و RT با BAI و در گروه سالم بین OBQ-44 کل و RT، ICT و PC معنی‌دار بود. هم‌چنین نتایج نشان می‌دهد که BDI-II همبستگی معنی‌داری با OBQ-44 کل و خرده‌مقیاس‌های آن در سه گروه وسواسی، اضطرابی و سالم دارد که همه همبستگی‌ها به جز همبستگی PC و ICT با BDI-II در گروه سالم معنی‌دار می‌باشد.

بیماران وسواسی از اضطرابی حساسیت چندانی ندارند. میزان افسردگی گروه‌ها با توجه به نمرات BDI-II، در سه گروه بیماران وسواسی، اضطرابی و سالم تفاوت معنی‌دار نشان داد (جدول ۲)، به طوری که میزان افسردگی در گروه وسواسی بیشتر از گروه اضطرابی و در گروه اضطرابی بیشتر از گروه سالم بود. نتایج فوق نشان دهنده همبودی افسردگی با اختلالات وسواس و اضطراب است، اگرچه شدت آن در اختلال وسواس شدیدتر است. جدول ۳ همبستگی آزمون OBQ-44 و خرده‌مقیاس‌های آن با آزمون MOCI و سایر آزمون‌های STAI و BDI-II در سه گروه وسواسی، اضطرابی و سالم را نشان می‌دهد. در گروه وسواسی، همبستگی بین OBQ کل، خرده‌مقیاس ICT و خرده‌مقیاس RT معنی‌دار بود (جدول ۳). در گروه اضطرابی، همبستگی بین OBQ-44 کل و خرده‌مقیاس RT با MOCI کل و خرده‌مقیاس‌های واریسی، شست‌وشو و شک و تردید در سطح $p < 0.01$ معنی‌دار بود، ولی همبستگی OBQ-44 و RT با خرده‌مقیاس کندی معنی‌دار نبود. خرده‌مقیاس PC با MOCI کل و

جدول ۳- همبستگی آزمون OBQ-44 و خرده‌مقیاس‌های آن با آزمون MOCI و سایر آزمون‌های STAI، BDI-II و BAI در سه گروه وسواسی (OC)، اضطرابی (AC) و سالم (CC)

متغیر	MOCI کل			MOCI چک کردن			MOCI شست‌وشو			MOCI کندی			MOCI شک			
	OC	AC	CC	OC	AC	CC	OC	AC	CC	OC	AC	CC	OC	AC	CC	
OBQ Total	0.035			0.078			0.046			0.122*			0.149			0.575**
	0.699**	0.555**	0.487**	0.003	0.156	0.173	0.256	0.267	0.319	0.152	0.517**	0.06	0.634**	0.54**	0.33*	0.54**
	0.267	0.256	0.173	0.156	0.319	0.152	0.517**	0.06	0.634**	0.54**	0.33*	0.54**	0.33*	0.54**	0.33*	0.54**
OBQ RT	0.059			0.145			0.046			0.177			0.218			0.49**
	0.703**	0.556**	0.487**	0.044	0.269	0.2	0.317	0.377*	0.628**	0.189	0.566**	0.048	0.628**	0.524**	0.277	0.553**
	0.377*	0.317	0.2	0.269	0.355*	0.189	0.566**	0.048	0.628**	0.524**	0.277	0.553**	0.277	0.553**	0.277	0.553**
OBQ PC	0.083			0.037			0.089			0.173			0.173			0.591**
	0.496**	0.348*	0.281	0.082	0.206	0.078	0.496**	0.405**	0.575**	0.088	0.342*	0.088	0.575**	0.405**	0.301	0.405**
	0.156	0.225	0.078	0.206	0.355*	0.189	0.566**	0.048	0.628**	0.524**	0.277	0.553**	0.277	0.553**	0.277	0.553**
OBQ ICT	0.156			0.014			0.219			0.13			0.13			0.431**
	0.411*	0.456**	0.224	0.113	0.078	0.027	0.225	0.156	0.36*	0.046	0.3	0.046	0.36*	0.446**	0.3	0.446**
	0.184	0.284	0.001	0.123	0.245	0.111	0.245	0.111	0.245	0.111	0.245	0.111	0.245	0.111	0.245	0.111

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

جدول ۴- میانگین، انحراف معیار و آزمون معنی‌داری نمرات سه گروه وسواسی، اضطرابی و سالم در مواد آزمون OBO-44

موارد	وسواسی	اضطرابی	سالم	F (df=۲)	سطح معنی‌داری	آزمون تعقیبی شفه
۱	۴/۲۳ (۱/۸۸)	۴/۱۷ (۱/۸۹)	۲/۶۱ (۱/۵۸)	۱۰/۸۹۳	۰/۰۰۱	سالم > اضطرابی = وسواسی
۲	۵/۱۵ (۱/۶۸)	۴/۸ (۱/۸۲)	۳/۵ (۱/۸۸)	۹/۴۲۶	۰/۰۰۱	سالم > اضطرابی = وسواسی
۳	۵/۵۹ (۱/۸۷)	۴/۹۱ (۱/۹۶)	۳/۳۷ (۲/۰۵)	۱۳/۶۲۱	۰/۰۰۱	سالم > اضطرابی = وسواسی
۴	۵/۹۵ (۱/۴۱)	۵/۹۳ (۱/۴۸)	۵ (۱/۸۶)	۴/۸۱۹	۰/۰۱	سالم > اضطرابی = وسواسی
۵	۵/۷۹ (۱/۶۳)	۶ (۱/۳۲)	۵/۸۸ (۱/۲۵)	۰/۲۴۱	ns	
۶	۵/۷۷ (۱/۷۸)	۵/۳۳ (۱/۵۱)	۴/۹۷ (۱/۵۳)	۲/۴۲۹	ns	
۷	۵/۷۹ (۱/۵۸)	۵/۶۱ (۱/۶۷)	۵/۲ (۲)	۱/۲۰۲	ns	
۸	۵/۹۵ (۱/۲۶)	۵/۲۹ (۱/۶۳)	۴/۸ (۱/۶۷)	۵/۵۵۸	۰/۰۰۵	اضطرابی = وسواسی، سالم = اضطرابی، سالم > وسواسی
۹	۴/۹۷ (۲/۱۷)	۴/۵ (۱/۸۹)	۳/۵۹ (۲/۰۷)	۴/۸۲۶	۰/۰۱	اضطرابی = وسواسی، سالم = اضطرابی، سالم > وسواسی
۱۰	۶/۱۱ (۱/۱۸)	۶/۱۳ (۱/۱۷)	۵/۶۶ (۱/۶۵)	۱/۶۰۹	ns	
۱۱	۵/۷۹ (۱/۴۹)	۵/۶۱ (۱/۲)	۴/۹۳ (۱/۶۲)	۴/۰۹۶	۰/۰۵	اضطرابی = وسواسی، سالم = اضطرابی، سالم > وسواسی
۱۲	۴/۷۷ (۲/۱۳)	۳/۹۸ (۱/۹۶)	۲/۹۸ (۱/۸۵)	۸/۲۵۱	۰/۰۰۱	اضطرابی = وسواسی، سالم = اضطرابی، سالم > وسواسی
۱۳	۲/۹ (۲/۳۱)	۲/۳۸ (۱/۹۶)	۲/۱۲ (۱/۶۸)	۱/۵۶۷	ns	
۱۴	۶/۲۳ (۱/۱۸)	۶ (۱/۴۵)	۵/۷۸ (۱/۴۹)	۱/۵۶	ns	
۱۵	۲/۸۴ (۲/۰۵)	۳/۳۱ (۲)	۲/۶۴ (۱/۷۸)	۱/۳۲۵	ns	
۱۶	۴/۷۹ (۲/۰۳)	۴/۶۹ (۱/۶۴)	۳/۶۳ (۱/۸۴)	۵/۰۳۷	۰/۰۰۸	سالم > اضطرابی = وسواسی
۱۷	۴/۹ (۲/۰۹)	۶/۱۳ (۶/۰۱)	۴/۹۵ (۴/۹۵)	۱/۳۹۴	ns	
۱۸	۵/۳۶ (۱/۹۹)	۴/۶۷ (۱/۹۳)	۳/۴۱ (۱/۹۲)	۱۰/۳۲۳	۰/۰۰۱	سالم > اضطرابی = وسواسی
۱۹	۵/۴۹ (۱/۴۸)	۴/۷۶ (۱/۶۸)	۴/۰۵ (۱/۷۹)	۷/۳۲۷	۰/۰۰۱	اضطرابی = وسواسی، سالم = اضطرابی، سالم > وسواسی
۲۰	۵/۷۹ (۱/۸)	۵/۵۷ (۱/۴۹)	۴/۶۲ (۱/۸۴)	۵/۲۴۳	ns	سالم > اضطرابی = وسواسی
۲۱	۴/۶۹ (۲/۱۸)	۳/۵ (۱/۸۳)	۳/۸۵ (۱/۹)	۴/۰۰۲	ns	اضطرابی > وسواسی، سالم = اضطرابی، سالم = وسواسی
۲۲	۴/۷۷ (۱/۸۸)	۴/۲۲ (۲/۱۹)	۳/۵۶ (۱/۹۵)	۳/۵۸۵	ns	اضطرابی = وسواسی، سالم = اضطرابی، سالم > وسواسی
۲۳	۱/۷۹ (۵/۲۱)	۵/۳۹ (۱/۶۹)	۴/۵۵ (۱/۸۹)	۲/۵۳۷	ns	
۲۴	۶/۱۳ (۱/۵۹)	۵/۵۴ (۱/۶)	۴/۶۸ (۱/۹۲)	۷/۲۸۱	۰/۰۰۱	اضطرابی = وسواسی، سالم = اضطرابی، سالم > وسواسی
۲۵	۳/۷۹ (۲/۴۵)	۲/۷۴ (۱/۸۶)	۲/۲ (۱/۶۹)	۶/۵۲۳	۰/۰۰۷	اضطرابی = وسواسی، سالم = اضطرابی، سالم > وسواسی
۲۶	۵/۴۴ (۱/۸۵۱)	۵/۲۸ (۱/۷۲)	۴/۶۸ (۱/۸۵)	۱/۹۸۶	۰/۰۲۱	
۲۷	۵/۳۶ (۲/۱۳)	۴/۸۳ (۱/۷۶۱)	۴/۴۱ (۲/۱)	۲/۲۵۷	۰/۰۳۱	
۲۸	۶/۵۱ (۰/۷۶)	۵/۷۴ (۱/۵۴)	۵/۰۷ (۱/۵۲)	۱۱/۵۱۸	۰/۰۰۱	اضطرابی > وسواسی، سالم = اضطرابی، سالم > وسواسی
۲۹	۳/۸۹ (۱/۹۶)	۲/۸۴ (۱/۸۶)	۲/۵۱ (۱/۷۸)	۵/۸۹۱	۰/۰۰۱	اضطرابی > وسواسی، سالم = اضطرابی، سالم > وسواسی
۳۰	۴/۷۷ (۲/۲۳)	۳/۲۴ (۱/۹۲)	۲/۷۱ (۱/۷۹)	۱۱/۶۰۸	۰/۰۰۱	اضطرابی > وسواسی، سالم = اضطرابی، سالم > وسواسی
۳۱	۵/۸۷ (۱/۲۸)	۶/۰۲ (۱/۲۷)	۵/۲۹ (۱/۶)	۳/۲۱۱	۰/۰۱	
۳۲	۲/۸۲ (۲/۱۵)	۲/۹۸ (۲/۰۱)	۲/۶۸ (۱/۵۶)	۰/۲۵۱	ns	
۳۳	۵/۲۳ (۱/۶۶)	۴/۱۲ (۱/۸۹)	۳/۸ (۱/۸۱)	۶/۹۵۷	۰/۰۰۱	اضطرابی > وسواسی، سالم = اضطرابی، سالم > وسواسی
۳۴	۴/۹۵ (۲/۱)	۴/۳۱ (۲/۱۷)	۲/۸۸ (۱/۹۴)	۱۰/۴۰۹	۰/۰۰۱	اضطرابی = وسواسی، سالم > اضطرابی، سالم > وسواسی
۳۵	۵/۲۱ (۲/۱۵)	۴ (۲/۲۲)	۲/۹ (۱/۸)	۱۲/۳۸۸	۰/۰۰۱	اضطرابی > وسواسی، سالم = اضطرابی، سالم > وسواسی
۳۶	۴/۹۲ (۲/۱۷)	۴/۵۹ (۱/۹۸)	۳/۳۴ (۱/۹۴)	۶/۸۵۵	۰/۰۱	اضطرابی = وسواسی، سالم > اضطرابی، سالم > وسواسی
۳۷	۵/۵۱ (۲/۰۶)	۵/۶۴ (۱/۱۷)	۵/۰۲ (۱/۶۲)	۱/۶۸۳	ns	
۳۸	۳/۶۷ (۲/۱۱)	۲/۷۶ (۱/۸۷)	۲/۶۶ (۱/۷۳)	۳/۴۲	ns	
۳۹	۳/۷۲ (۲/۱)	۳/۰۹ (۱/۸۵)	۲/۳۷ (۱/۳۹)	۵/۶۴۳	۰/۰۰۵	اضطرابی = وسواسی، سالم = اضطرابی، سالم > وسواسی
۴۰	۴/۴۴ (۱/۹۳)	۳/۸۷ (۲/۰۶)	۲/۹۵ (۱/۷۷)	۶/۰۵۳	۰/۰۱	اضطرابی = وسواسی، سالم = اضطرابی، سالم > وسواسی
۴۱	۳/۷۶ (۲/۱۹)	۳/۴۴ (۲/۰۷)	۲/۶۱ (۱/۵۹)	۳/۶۸۴	۰/۰۵	اضطرابی = وسواسی، سالم = اضطرابی، سالم > وسواسی
۴۲	۴/۴۵ (۲/۳۲)	۴/۳۱ (۱/۹۸)	۳/۶۸ (۱/۹)	۰/۵۸	ns	
۴۳	۴/۱۸ (۱/۸۶)	۳/۶۱ (۱/۹۹)	۲/۳۷ (۱/۵۱۱)	۱۰/۶۸	۰/۰۰۱	اضطرابی = وسواسی، سالم > اضطرابی، سالم > وسواسی
۴۴	۴/۶۹ (۲/۰۷)	۳/۵۲ (۱/۸۹)	۲/۵۱ (۱/۶۱)	۱۳/۷۱۱	۰/۰۰۱	اضطرابی > وسواسی، سالم > اضطرابی، سالم > وسواسی

مشترک از بُعد نظری حائز اهمیت و قابل تعمق است. نکته جالب تر اینکه، عامل شناختی احساس مسؤولیت به جز در تحقیق OCCWG (۲۰۰۳) در بقیه تحقیقات (تولین و وودز، ۲۰۰۳؛ سیکا و همکاران، ۲۰۰۴؛ تحقیق حاضر) در شکل گیری وسواس عامل بیماری را تلقی نمی‌شود. یافته حاضر در تحقیقات موجود خلاف دیدگاه سالکووسکیس است (سالکووسکیس، ۱۹۸۵؛ سالکووسکیس و وست بروک، ۱۹۸۹).

با توجه به تحقیقات پیشین به نظر می‌رسد در افراد مبتلا به OCD این باور که باید بتوانند افکار مضر به حال خود و دیگران را کنترل کنند و بر آنها تسلط یابند، بسیار مشهود است. بیماران مبتلا به وسواس به طور مکرر از روش‌های تنبیهی گوناگون جهت کنترل افکار استفاده می‌کنند و به نظر می‌رسد این فرآیند در این بیماران بارزتر از بیماران مبتلا به اضطراب باشد (تولین و وودز، ۲۰۰۳). شاید افراد وسواسی دارای معضل اهمیت و کنترل افکار، نسبت به اختلالات دیگر و یا افراد سالم از استراتژی‌های کنترل افکار ناسازگارانه‌تری استفاده می‌کنند و در نتیجه احتمال شکست در این فرآیند بیشتر می‌شود. با توجه به یافته‌های ناهمگون فوق، شایسته است در تحقیقات بعدی، OBQ-44 روی نمونه‌هایی با وسواس شدید و خفیف آزمایش شود. استفاده از نمونه‌های وسواسی بدون افسردگی و همین‌طور به کارگیری OBQ-44 در مقیاس‌های فرعی وسواس‌ها- اجبارها، زمینه را جهت غربال و غنی‌سازی هرچه بیشتر حوزه‌های شناخت در OCD مهیا می‌سازد. اگرچه OBQ-44 مقیاس معتبری برای ارزیابی عوامل شناختی در گیر در OCD است ولی توانایی این متغیرهای شناختی در تبیین علائم OCD جای بحث و بررسی بیشتری دارد، به‌ویژه این که آیا باورهای غیرمنطقی را به‌طور کلی می‌سنجد (تیلور^۲، کیریوس^۳، توردارسون^۴، استکتی^۵ و فراست^۶، ۲۰۰۲) یا آن که صرفاً برآوردی از موقعیت‌های خلقی منفی است (امل کمپ، ۲۰۰۲). بنابراین اگر معتقد باشیم که این ارزیابی‌ها و باورهای ناکارآمد در سبب‌شناسی OCD نقش دارند، برای اثبات این قضیه باید دلایل کافی در دست داشته باشیم که البته نیازمند بررسی‌های بیشتری است.

همان‌گونه که در جدول ۴ ملاحظه می‌گردد، در مواد ۱، ۲، ۳، ۴، ۸، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۲۵، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۳ و ۴۴، گروه بیماران مبتلا به وسواس فکری- عملی از گروه سالم نمرات بیشتری به دست آوردند و این مواد توانایی تفکیک گروه وسواسی از گروه سالم را دارند. یعنی این مواد باورهای وسواسی در OCD تلقی می‌گردند. از طرف دیگر، گروه مبتلا به وسواس در مقایسه با گروه اضطرابی در مواد ۲۱، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۳، ۳۵ و ۴۴ نمرات بالاتری را به خود اختصاص دادند که به نظر می‌رسد مواد فوق به عنوان باورهای خاص OCD بتوانند بیماران وسواسی را از مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی متمایز نمایند و در نهایت تفاوت میان سه گروه بیماران وسواسی و اضطرابی و افراد سالم در بقیه آیت‌ها معنی‌دار نبود و لذا این آیت‌ها باورهای مشترک هر سه گروه تلقی می‌گردند.

بحث

براساس نتایج به دست آمده، در OBQ-44 کل و خرده‌مقیاس‌های RT و PC، نمرات دو گروه وسواسی و اضطرابی بیشتر از گروه سالم بود، ولی تفاوت دو گروه وسواسی و اضطرابی معنی‌دار نبود. در خرده‌مقیاس ICT نمرات مبتلایان به وسواس از دو گروه سالم و اضطرابی بیشتر بود، اما تفاوت دو گروه اضطرابی و سالم معنی‌دار نبود. یافته تحقیق حاضر بیانگر این نکته مهم است که عامل بیماری‌زایی شناختی افکار در اختلال وسواس فکری- عملی در ایران فقط به اهمیت و کنترل افکار (ICT) اختصاص دارد، و نه به کمال‌طلبی و تحمل عدم اطمینان و احساس مسؤولیت و احساس تهدید و خطر. به‌علاوه مطالعه حاضر مطرح می‌کند که PC و RT هر دو از عوامل شناختی مشترک در بیماران مبتلا به وسواس و اضطراب هستند.

با جمع‌بندی یافته‌های تحقیق حاضر و یافته‌های پژوهش‌های دیگر (OCCWG، ۲۰۰۵، ۲۰۰۳، ۲۰۰۱، ۱۹۹۷؛ سیکا و همکاران، ۲۰۰۴؛ تولین و همکاران، ۲۰۰۶)، به نظر می‌رسد به جز مطالعه سیکا و همکاران (۲۰۰۴) (کنترل افکار و نه اهمیت افکار مختص OCD است) در کلیه تحقیقات، عامل شناختی ICT به صورت مشترک عامل بیماری‌زایی شناختی در وسواس تلقی می‌شود. این یافته

1- Woods
3- Kyrrios
5- Steketeetee

2- Taylor
4- Thordarson
6- Frost

مخصوصاً از نظر احساس گناه، اضطراب، تردید درباره خویشتن و پایین بودن احساس ارزشمندی. برخی نیز از احساس مسئولیت شدید و کمال گرایی در وسواس سخن به میان آورده‌اند که از ویژگی‌های افراد افسرده نیز به‌شمار می‌آیند (قاسم‌زاده، ۱۳۸۴). در مطالعه حاضر نیز افسردگی در گروه‌های وسواسی، اضطرابی و سالم، تفاوت معنی‌دار داشت، به‌طوری که میزان افسردگی در گروه وسواس بیشتر از گروه اضطراب و در گروه اضطراب بیشتر از گروه سالم بود. گزارش ریکساردی و مک‌نالی (۱۹۹۵) نیز حکایت از آن دارد که خلق افسرده بیشتر با افکار وسواسی ارتباط دارد تا با رفتارهای وسواسی، و به‌علاوه خلق افسرده و سایر وضعیت‌های خلقی، میزان آسیب‌پذیری به افکار وسواسی را افزایش می‌دهد. پژوهش حاضر نشان داد که آزمون OBQ-44 در گروه بیماران وسواسی در نمره کل و خرده‌مقیاس‌های RT و ICT با خرده‌مقیاس‌های MOCI همبستگی دارد. عدم همبستگی میان OBQ-44 و خرده‌مقیاس‌هایش با MOCI در گروه بیماران وسواسی احتمالاً به‌علت همگن بودن گروه‌هاست و از آنجا که OBQ-44 و MOCI هر دو توانایی تفکیک سه گروه را داشته‌اند، در عین حال که آزمون وسواس هستند، ابعاد متفاوتی از بیماری وسواس را می‌سنجند.

تفکر وسواسی می‌تواند ناشی از ناکامی در کنترل اولیه افکار باشد که خود به کوشش افراطی در سرکوبی افکار منجر می‌شود و حاصل آن نیز تشدید و تقویت این افکار است. در نهایت کوشش برای کنترل افکار افزایش و چرخه کوشش افراطی تداوم می‌یابد (وگنر^۸، ۱۹۸۹). شاید این فرآیند با علامت‌گذاری در وسواس قابل توجه باشد و همبستگی بالای آزمون OBQ-44 با آزمون افسردگی BDI-II نشان‌دهنده آن باشد که باورهای وسواسی OBQ-44 می‌تواند صرفاً مختص بیماری وسواس نباشد و با حالت‌های خلق پایین و عاطفه منفی ارتباط داشته باشد. چنین به‌نظر می‌رسد که باورها و ارزیابی‌ها در زمینه اهمیت و کنترل فکر، مسئولیت‌پذیری و برآورد افراطی تهدید و خطر در سایر موقعیت‌های شناختی ناسازگار (مثل اختلالات خلقی) نیز اهمیت

از آنجا که اغلب بیماران OCD، خلق افسرده و اضطراب را نیز نشان می‌دهند، ارزیابی شدت این علائم و پیش‌بینی احتمال تداخل آنها در درمان مفید خواهد بود. بدین منظور ما از پرسشنامه‌های افسردگی BDI-II و اضطرابی STAI و BAI استفاده کردیم. در آزمون‌های اضطرابی STAI و BAI دو گروه وسواسی و اضطرابی نسبت به گروه سالم نمرات بالاتری کسب کردند و تفاوت معنی‌داری به‌دست دادند، این تفاوت در دو گروه وسواسی و اضطرابی معنی‌دار نبود. به‌نظر می‌رسد که آزمون‌های اضطرابی فوق در تفکیک دو گروه بیماران مبتلا به وسواس فکری-عملی و سایر اختلالات اضطرابی (پانیک، فوبی و غیره) از حساسیت چندانی برخوردار نباشد و تنها در متمایز نمودن بیماران اضطرابی و وسواسی از افراد سالم قدرت زیادی داشته باشد. در بسیاری از تحقیقات، از بُعد علامت‌شناسی، بین وسواس و اضطراب ارتباط تنگاتنگی دیده شده است (براون^۱، دودال^۲ و کت^۳، ۱۹۹۳؛ زینبارک، بارلو^۴، ۱۹۹۶). همبستگی بین علائم وسواس و اضطراب می‌تواند با شباهت موجود در فرآیند شناخت هر دو اختلال ارتباط داشته باشد. هنوز بسیاری از سؤالات در مورد تمایز بین وسواس و اضطراب در زمینه علامت‌شناسی و همین‌طور محتوای شناختی کلیدی هر کدام از آنها بی‌پاسخ مانده است. یافته حاضر در زمینه عدم تمایز OBQ-44 بین گروه‌های وسواسی و اضطرابی می‌تواند نشأت گرفته از انسجام تنگاتنگ این دو اختلال در زمینه علامت‌شناسی و تشابه در ویژگی‌های شناختی باشد. از طرف دیگر، بسیاری از یافته‌ها نشان می‌دهند که بیش از ۷۵ درصد از درمان‌جویان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، اضطراب هم دارند (فرید^۵، ۱۹۸۶). درحقیقت OCD در DSM-IV به‌عنوان اختلال اضطرابی طبقه‌بندی شده است و به‌طور معمول با چند اختلال اضطرابی دیگر نیز همراه می‌باشد.

از آنجا که میان وسواس و افسردگی ارتباط واضحی وجود دارد و افسردگی می‌تواند قبل و یا بعد از بروز علائم وسواس ظاهر شود برخی از متخصصان معتقدند که این میزان بالای هم‌وقوعی نشان می‌دهد که OCD گونه‌ای از بیماری خلقی است (ریکساردی^۶ و مک‌نالی^۷، ۱۹۹۵). اکثر محققان معتقدند که از لحاظ علائم بین این دو اختلال همپوشانی‌هایی وجود دارد،

1- Brown
3- Cote
5- Farid
7- McNally

2- Dowdal
4- Barlow
6- Ricciardi
8- Wegner

بود؛ هرچند که با همین حجم نمونه، تفاوت میان افراد وسواسی و اضطرابی و سالم معنی دار بود. هم چنین گروه بیماران، از بیمارانی انتخاب شده بودند که به کلینیک سرپایی بیمارستان روزبه مراجعه کرده بودند که این مسأله می تواند در تعمیم نتایج تأثیر داشته باشد. علیرغم این محدودیت ها، یافته های مطالعه از روایی OBQ-44 فارسی به عنوان مقیاسی برای ارزیابی باورهای وسواسی در ایران، مانند سایر کشورها (یونان، ایتالیا و آمریکا) حمایت می کند (شمس و همکاران، ۱۳۸۴). چنین به نظر می رسد که باورهای وسواسی یک ویژگی شناختی ثابت در فرهنگ های متفاوت است و می تواند نقش بسزایی در درمان داشته باشد. توصیه می شود در مطالعات بعدی این پرسشنامه قبل و بعد از درمان ارزیابی و مقایسه شود، به ویژه در مورد بیمارانی که تحت درمان با CBT و دارودرمانی قرار دارند. در شرایط خاص فرهنگی ما به نظر می رسد که تنها مقیاس ICT (اهمیت و کنترل افکار) توانایی تفکیک OCD را از سایر اختلالات اضطرابی دارد، بنابراین OBQ-44 فارسی، ابزار مناسبی برای سنجش باورهای وسواسی در مطالعات بین فرهنگی آینده در زمینه وسواس به شمار می رود.

داشته باشند. سالکوسکیس (۱۹۸۵) معتقد است که افکار، تجسمات و تکانه های مزاحم معمولی زمانی منجر به اغتشاش می شوند که برای فرد مهم باشند و با افکار اتوماتیک منفی مرتبط گردند. تشویش نه فقط به دلیل آسیب احتمالی، بلکه ادراک مسؤلیت درقبال خطر و آسیب به خود و درگیری ایجاد می گردد که این نیز به نوبه خود به محکوم سازی منجر می شود و بیمار برای تبرئه خود از سرزنش و یا شرم، احتیاط هایی می کند. پس مشکل فقط به افکار مزاحم مربوط نمی شود، بلکه به ارتباط پردازشی آنها با افکار منفی اتوماتیک و باورهای مربوط نیز برمی گردد.

در مواد ۱، ۲، ۳، ۴، ۸، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۲۵، ۲۸، ۳۰، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۳ و ۴۴، نمرات گروه وسواس بیشتر از گروه سالم بود. بنابراین مواد فوق به عنوان باورهای خاص OCD در مقایسه با گروه سالم می باشد و توان تفکیک گروه OCD را از افراد سالم دارد. هم چنین آیتنم های ۲۱، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۳، ۳۵ و ۴۴ به عنوان باورهای خاص OCD تلقی می شوند که بیماران وسواسی را از مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی متمایز می سازد. در نهایت، تفاوت میان سه گروه بیماران وسواسی، اضطرابی و سالم در بقیه مواد معنی دار نبود و این مواد به عنوان باورهای مشترک در هر سه گروه تلقی شدند که البته نیازمند بررسی های دقیق تری است.

یکی از محدودیت های پژوهش کوچک بودن حجم نمونه

دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۵/۲۰؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۶/۲۱

منابع

پناهی شهری، م. (۱۳۷۲). هنجاریابی آزمون اضطراب صفت حالت اشپیل برگر در میان دانش آموزان و دانشجویان شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد: دانشگاه تربیت مدرس.

شمس، گ، کرم قدیری، ن.، اسماعیلی، ی.، و ابراهیم خانی، ن. (۱۳۸۴). اعتبار و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه باورهای وسواسی -۴۴. فصلنامه تازه های علوم شناختی، ۶، ۳۶-۲۳.

کاویانی، ح.، موسوی، ا.، و محیط، ا. (۱۳۸۰). مصاحبه و آزمون های روانی. تهران: انتشارات شفا.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.

Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990). *Beck Anxiety Inventory manual*. Toronto: Psychological Corporation.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelsohn, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Beck, A., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Brown, T. A., Dowdal, D. J., & Cote, G. (1994). Worry and obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 23, 263-278.

- Clark, D. A. (2003). *Cognitive behavior therapy for OCD*. New York: the Guilford Press.
- Clark, D. A., & Pordon, C. (1993). New perspective for a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist*, 28, 161-167.
- Farid, B. T. (1986). Obsessional symptomatology and adverse mood states. *British Journal of Psychiatry*, 149, 108-112.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Freeston, M. H., Rheaume, J., & Ladouceur, R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behavior Research and Therapy*, 34, 433-446.
- Ghassemzadeh, H., Khamseh, A., & Ebrahimkhani, N. (2005). Demographic variables and clinical features of obsessive-compulsive disorder in Iranian patients (Second report), In B. E. Ling (Ed.), *Obsessive-Compulsive Disorder Research* (243-271). New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhani, N. (2005). Psychometric properties of a Persian Language version of BDI-II. *Depression and Anxiety*, 21, 185-192.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., & Heninger, G. R., (1989a). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989b). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Hodgson, R., & Rachman, S. (1977). Obsessional complaints. *Behavior Research and Therapy*, 15, 389-395.
- Mostashari, G., & Ghassemzadeh, H. (2005). Assessment of obsessive-compulsive symptoms in housewives of Nazi Abad district in Tehran. In B. E. Ling (Ed.), *Obsessive-compulsive disorder research* (219-241). New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Groups (1997). Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG), Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 35, 667-681.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Groups (2001). Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG), Development and initial validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory. *Behavior Research and Therapy*, 39, 987-1006.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Groups (2003). Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG), Psychometric validation of the Obsessive Belief Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part I. *Behavior Research and Therapy*, 41, 863-878.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Groups (2005). Psychometrics validation of the beliefs questionnaire and interpretation of intrusions inventory: part II, factor analysis and testing of a belief version. *Behavior Research and Therapy*, 41, 863-878.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 25, 793-802.
- Rachman, S. J. (1998). Cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behavior Research and Therapy*, 36, 385-402.
- Ricciardi, J. N., & McNally, R. J. (1995). Depressed mood is related to obsessions, but not to compulsions, in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorder*, 9, 249-256.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. *Behavior Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P. M., & Westbrook, D. (1989). Behavior therapy and obsessional ruminations: Can failure be turned into failures? *Behavioral Psychotherapy*, 13, 243-255.
- Sica, C., Cosadeschi, D., & Sanavio, E. (2004). A study of the psychometric properties of the Obsessive Beliefs Inventory and Interpretations of Intrusions Inventory on clinical Italian individuals. *Journal of Anxiety Disorder*, 18, 2943-07.
- Sookman, D., Pinard, G., & Beauchemin, N. (1994). Multidimensional schematic restructuring treatment for obsessions: Therapy and practice. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 8, 175-194.
- Speilberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Simos, G. (1983). *Manual for the State Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press.
- Tallis, F. (1995). *Obsessive compulsive disorder: A cognitive and neuropsychological perspective*. New York: Willey.
- Tallis, F. (1996). Compulsive washing in the absence of phobic and illness anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 34, 361-362.
- Taylor, S., Kyrios, M., Thordarson, D. S., Steketee, G., & Frost, R. O. (2002). Development and validation of instruments for measuring and beliefs in obsessive-compulsive disorder. In R. O. Frost, G. Steketee (Eds.), *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions: Theory, Research and Treatment* (pp. 117-137). Oxford: Elsevier.
- Tolin, D. F., Woods, C. M., & Abramowitz, J. S. (2003). The relationship between obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 657-669.
- Tolin, D. F., Worshunsky, P., & Matlby, N. (2006). Are "obsessive" beliefs specific to OCD? A comparison across anxiety disorders. *Behavior Research and Therapy*, 44, 469-480.
- Van Oppen, P., & Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 32, 79-87.

vanOppen, P., Dehaan, E., VanBalkom, A. J. L. M., Spinhoven, P., Hoogdoin, K., & van Dyck, R. (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 33, 379-390.

Wegner, D. M. (1989). *White bears and other unwanted thoughts*. New York: Viking Penguin.

Zinbarg, R. E., & Barlow, D. H. (1996). Structure of anxiety and the anxiety disorder: A hierarchical model. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 181-193.

Archive of SID