

مقایسه احساس مسئولیت و آمیختگی فکر-کنش در بیماران مبتلا به وسواس و اضطراب فراگیر

هدف: هدف این پژوهش، بررسی و مقایسه نقش احساس مسئولیت و آمیختگی فکر-کنش در اختلال وسواس فکری-عملی و اضطراب فراگیر است. روش: با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از هر یک از اختلالات ذکر شده و گروه بهنجار ۲۳ نفر (در مجموع ۶۹ نفر) انتخاب شدند و به پرسش‌نامه‌های آمیختگی فکر-کنش تجدید نظر شده و نگرش مسئولیت‌پذیری پاسخ دادند. یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که با کنترل اثر مسئولیت‌پذیری، نمره آمیختگی فکر-کنش در اختلال وسواس فکری-عملی به طور معنادار بیش‌تر از نمره گروه‌های اضطراب فراگیر و بهنجار است، در حالی که با کنترل اثر آمیختگی فکر-کنش بین نمره‌های احساس مسئولیت دو گروه وسواس فکری-عملی و اضطراب فراگیر تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود. نتیجه‌گیری: این یافته مؤید دیدگاه راجمن در مورد اهمیت بیش‌تر سازه آمیختگی فکر-کنش در مقایسه با احساس مسئولیت در آسیب‌شناسی روانی اختلال وسواس فکری-عملی است.

واژه‌های کلیدی: احساس مسئولیت، آمیختگی فکر-کنش، وسواس فکری-عملی، اختلال اضطراب فراگیر

مجید پورفرج عمران*
دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی
دانشگاه تبریز، عضو هیأت علمی دانشگاه
آزاد اسلامی بهشهر
توج هاشمی
دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تبریز
زینب خانجانی
دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تبریز

*نشانی تماس: دانشگاه آزاد اسلامی
بهشهر
رایانامه: m.pourfaraj@gmail.com

A Comparison between the sense of responsibility and thought-action fusion in obsessive compulsive and generalized anxiety disorders

Objective: this study was conducted to comparatively investigate the responsibility and thought-action fusion (TAF) role in obsessive compulsive (OCD) and generalized anxiety (GAD) disorders. **Method:** a convenience sample of 23 people were enrolled in each group comprising OCD, GAD and normal subjects. Participants were asked to complete the revised TAF (TAF-R) and responsibility attitude questionnaires. **Results:** covariance analysis results indicated that with the control of responsibility, TAF scores in OCD were significantly higher than GAD and normal groups, while with the control of TAF, the difference between the responsibility score in OCD and GAD groups was insignificant. **Conclusion:** Our findings are in line with the Rachman theory suggesting the more significant role of TAF as compared to responsibility in psychopathology of OCD.

Keywords: responsibility, thought-action fusion, obsessive compulsive disorder, generalized anxiety disorder

Majid Pourfaraj Omran*

University Scientific Faculty of
Behshahr Islamic Azad University

Touraj Hashemi

Ph.D, associated professor of
Tabriz University

Zeinab Khanjani

Ph.D, associated professor of
Tabriz University

*Corresponding Author:

Email: m.pourfaraj@gmail.com

مقدمه

هر یک از اختلالات وسواس فکری-عملی، افسردگی و همبودی این دو اختلال و گروه بهنجار شهر شیراز انجام شد، نشان داد که گروه‌های وسواس خالص و همبودی وسواس و افسردگی نسبت به گروه افسرده و بهنجار در تمام خرده‌مقیاس‌های TAF به طور معناداری نمرهٔ بیش‌تری کسب کردند. در ضمن نمرهٔ گروه همبود در TAF اخلاقی به‌طور معناداری بیش از سایر گروه‌ها بود. این نتیجه می‌تواند اهمیت نقش TAF در شکل‌گیری وسواس و به خصوص TAF اخلاقی در شکل‌گیری اختلال همبودی وسواس و افسردگی را نشان دهد (پورفرج^۴، ۲۰۰۹). نتایج تحقیق دیگری که روی نمونهٔ دانشجویی شد حاکی از آن بود که TAF اخلاقی به‌طور دقیق‌تر نشانهٔ کنترل فکر؛ احتمال وقوع افکار در مورد خود نشانهٔ ترس از آلودگی و احتمال وقوع وقایع منفی، نشانه‌های واریسی و نگرانی از دست دادن کنترل رفتار حرکتی را تبیین می‌کند (پورفرج، ۲۰۰۹).

در قبال جلوگیری از آسیب، به نظر می‌رسد TAF احتمالاتی در مقایسه با TAF اخلاقی ارتباط نزدیکی با احساس مسئولیت داشته باشد. رفتارهای اجباری به منظور جلوگیری از آسیب ممکن است به وسیلهٔ TAF احتمالاتی برانگیخته شوند (حالا که من چنین فکری دارم، برای جلوگیری از آن باید کاری بکنم، وگرنه باید پاسخ گو باشم). به نظر نمی‌رسد هم‌جوشی فکر و عمل اخلاقی مستقیماً با عقاید مسئولانه دربارهٔ جلوگیری از آسیب وارد شدن به دیگران، هیچ‌گونه لطمه‌ای به خودپندارهٔ شخصی وارد نمی‌شود. غیر از احساس مسئولیت در قبال جلوگیری از وقایع آسیب‌زا، نوع دومی از احساس مسئولیت، که در OCD مشاهده می‌شود، احساس مسئولیت در برابر داشتن افکار مزاحم

سالکوسکیس^۱ اولین مدل شناختی جامع دربارهٔ اختلال وسواس فکری-عملی (OCD)^۲ را مطرح کرده است. به نظر او زمانی که افکار مزاحم، باورهای ناکارآمد دربارهٔ میزان مسئولیت فرد در قبال سلامت خود و دیگران را فعال می‌سازند، شدت و فراوانی آنها افزایش می‌یابد. سالکوسکیس معتقد است این باورها نقش مهمی در افزایش مسایل وسواسی دارند، زیرا باعث به وجود آمدن پیش‌بینی‌های منفی دربارهٔ افکار (مانند داشتن چنین افکاری بدین معناست که من می‌خواهم آنها را انجام دهم) و در پی آن سبب پیدایش این باور می‌شود که فرد برای جلوگیری از این اعمال در رابطه با افکارش باید کاری کند (فعالیت‌های خنثاساز مانند فرونشانی، جست و جوی ایمنی، اجتناب و اعمال اجباری). به طور کلی او در نظریه‌اش به نقش احساس مسئولیت اهمیت بیش‌تری می‌دهد (سالکوسکیس، فروستر^۳ و ریچاردز^۴، ۱۹۹۸). احساس مسئولیت در واقع ناشی از این باور است که فرد قادر به ایجاد یا جلوگیری ذهنی از رویدادهای دنیای واقعی است (رهیوم^۵، فریستون^۶، داگس^۷، لتارت^۸ و لادوسور^۹، ۱۹۹۵).

اما راجمن^{۱۰} (۱۹۹۷) در نظریهٔ خود در مورد اختلال وسواس فکری-عملی، بر نقش جداگانه و مهم‌تر سازهٔ آمیختگی فکر-کنش (TAF)^{۱۱} تأکید دارد. این سازه به پدیده‌ای روان‌شناختی اشاره می‌کند که در آن افکار وسواسی و اعمال مرتبط با آنها معادل در نظر گرفته می‌شوند. تحقیقات اولیه نشان داده‌اند که سازهٔ TAF دارای دو بعد اصلی است: TAF احتمالاتی^{۱۲} و TAF اخلاقی^{۱۳}. منظور از TAF احتمالاتی باور فراشناختی فرد به این است که فکر کردن به رویدادی ناگوار یا غیر قابل قبول احتمال وقوع آن را افزایش می‌دهد. TAF اخلاقی به این باور فراشناختی اشاره دارد که داشتن افکار وسواسی دربارهٔ اعمال منع شده و انجام دادن واقعی این اعمال از لحاظ اخلاقی معادل یکدیگرند (راجمن، ۱۹۹۷). نتایج تحقیقی که به منظور مقایسهٔ وضعیت آمیختگی فکر-کنش در چهار گروه ۲۰ نفره از

- | | |
|----------------------------------|---------------------------|
| 1- Salkovskis | 8- Letarte |
| 2- Obsessive Compulsive Disorder | 9- Ladouceur |
| 3- Forrester | 10- Rachman |
| 4- Richards | 11- Thought-Action Fusion |
| 5- Rheaume | 12- likelihood |
| 6- Freeston | 13- moral |
| 7- Dugas | 14- Pourfaraj |

ادراک شده در قبال احتمال وقوع وقایع منفی رابطه نزدیکی وجود دارد. بررسی‌های آزمایشگاهی اولیه حاکی از آن است که TAF احتمالاتی برای دیگران سبب گرایش به فعالیت‌های خنثاسازی شده و این خنثاسازی در نظر بیمار OCD، مسئولیت ادراک شده برای تهدید و احتمال وقوع رویدادهای ناخوشایند را کاهش می‌دهد (راچمن و تردارسون^۲، شافران و وودی^۱، ۱۹۹۶). افراد دارای TAF اخلاقی بالا نیز که معتقدند فکر کردن به امری ناپسند به اندازه انجام دادن آن بد است، ممکن است در قبال داشتن چنین افکاری احساس مسئولیت اخلاقی شدید بکنند و این احساس مسئولیت شدید در آنها احساس گناه به وجود بیاورد. این احساس گناه خود نشانه‌ای است از مهم بودن این افکار و به این شکل سوءتعبیر می‌شود که شخص به خاطر داشتن چنین افکاری باید سرزنش شود.

راچمن و همکاران (۱۹۹۶) در یک طرح تحقیقی آزمایشی از ۳۲ آزمودنی دانشجوی با TAF بالا خواستند جملات برانگیزاننده TAF بنویسند و به آنها فکر کنند؛ جملاتی شبیه این جمله: "من امیدوارم... (ذکر نام یک دوست یا آشنا) دچار تصادف رانندگی شود." هنگامی که آزمودنی‌ها در شرایطی با احساس مسئولیت مختلف قرار می‌گرفتند، در موقعیت احساس مسئولیت بالا به تکالیف برانگیزاننده TAF با احساس گناه، احساس خطاکاری اخلاقی و میل شدید به خنثاسازی پاسخ می‌دادند. نتایج تحقیق سالکوسکیس و همکاران (۲۰۰۰) نشان داد بیماران وسواسی نسبت به گروه غیربیمار عقاید و فرضیات مسئولانه کلی بیش تری دارند. بیماران وسواسی نسبت به افکار مزاحم در رابطه با احتمال آسیب

است. وقتی شخص اهمیت زیادی به افکار مزاحم (به خصوص افکار مزاحم دارای ماهیت پرخاش گرایانه یا جنسی) می‌دهد، این اهمیت دادن معمولاً با این احساس که شخص به خاطر داشتن این افکار از لحاظ اخلاقی مسئول است ارتباط پیدا می‌کند. در اینجا TAF اخلاقی بیش از TAF احتمالاتی با این نوع احساس مسئولیت رابطه دارد (راچمن، ۱۹۹۳). هر دو نوع احساس مسئولیت و هر دو نوع TAF ممکن است در موقعیتی با هم تداخل داشته باشند. مثلاً فردی که معتقد است داشتن افکار مزاحم پرخاش گرایانه یا جنسی، که در قبال آنها احساس مسئولیت می‌کند، بیان‌گر این است که او یک شخص غیراخلاقی است (TAF اخلاقی)، ممکن است به این باور برسد که به سبب غیراخلاقی بودنش احتمال اینکه به کارهای بد، که او مسئول جلوگیری از آنهاست، دست بزند بیش تر است (TAF احتمالاتی) (برل^۱ و استارسویک^۲، ۲۰۰۵).

نتایج تحقیقات نشان داده‌اند که گرچه TAF ارتباط نزدیکی با احساس مسئولیت افراطی دارد، اما سازه‌ای مجزا از آن است (امیر^۳، فرشم^۴، رامسی^۵، نیری^۶ و بریجیدی^۷، ۲۰۰۱). راچمن (۱۹۹۷) مطرح می‌کند که احساس مسئولیت افراطی می‌تواند هم ایجادکننده و هم پیامد TAF باشد. گرچه سالکوسکیس، شافران^۸، راچمن و فریستون (۱۹۹۹) TAF را به عنوان یک مؤلفه احساس مسئولیت افراطی معرفی کرده‌اند، اما شواهد تجربی برای حمایت از چنین ادعایی اندک است. اگر TAF یک مؤلفه احساس مسئولیت باشد، انتظار می‌رود که با آن همبستگی بسیار بالایی داشته باشد؛ در حالی که مقیاس‌های TAF با مقیاس مسئولیت‌پذیری همبستگی مثبت متوسط (نه بسیار بالا) دارند (گویلیام^۹، ولز^{۱۰} و کاترایت-هاتن^{۱۱}، ۲۰۰۴؛ راچمن، شافران، میتچل^{۱۲}، ترانت^{۱۳} و تیچمن^{۱۴}، ۱۹۹۶؛ اسماری^{۱۵} و هلمستنسن^{۱۶}، ۲۰۰۱؛ یورولماز^{۱۷}، ییلماز^{۱۸} و جنکوز^{۱۹}، ۲۰۰۴). همچنین راچمن و همکاران (۱۹۹۶)، گزارش کردند که TAF اخلاقی با مقیاس احساس مسئولیت‌پذیری همبستگی معناداری ندارد. بین سازه TAF و احساس مسئولیت

- | | |
|-----------------------|-------------------|
| 1- Berle | 12- Mitchell |
| 2- Starcevic | 13- Trant |
| 3- Amir | 14- Teachman |
| 4- Freshman | 15- Smari |
| 5- Ramsey | 16- Holmsteinsson |
| 6- Neary | 17- Yorulmaz |
| 7- Brigidi | 18- Yilmaz |
| 8- Shafraan | 19- Gencoz |
| 9- Gwilliam | 20- Thordarson |
| 10- Wells | 21- Woody |
| 11- Cartwright-Hatton | |

مصاحبه ساختار یافته اختلالات (DSM-SCID) IV^{۱۲} از بین مراجعان به سه مرکز درمانی روان پزشکی ساری انتخاب شدند. نمونه شامل این سه گروه بود: ۲۳ بیمار مبتلا به وسواس فکری- عملی (۱۲ زن و ۱۱ مرد)، ۲۳ فرد مبتلا به اضطراب فراگیر (۱۳ زن و ۱۰ مرد) و ۲۳ فرد بهنجار (۱۱ زن و ۱۲ مرد) که مجموعاً ۶۹ نفر می شد. گروه بهنجار از بین همراهان بیماران و کارکنان مراکز درمانی که سابقه هیچ گونه بیماری روانی نداشتند انتخاب شدند. تحصیلات تمام افراد نمونه به منظور درک مناسب پرسش نامه متوسطه به بالا بود. ملاک های ارجاع آزمودنی ها به هر یک از گروه های بالینی عبارت بود از: تشخیص اختلال مورد نظر در محور I، به وسیله مصاحبه تشخیصی با استفاده از SCID محقق و بر اساس ملاک های تشخیصی چهارمین چاپ راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-IV، ۱۹۹۴)^{۱۳}؛ گرفتن تشخیص برای اولین بار؛ فقدان سایر اختلالات روانی همانند؛ نداشتن سابقه درمان دارویی بیش از یک هفته؛ نداشتن سابقه روان درمانی. ملاک های گروه بهنجار نیز نداشتن تشخیص هیچ نوع اختلال روانی در محور I و II و ابزار تشخیصی این اختلالات نیز مصاحبه تشخیصی محقق با استفاده از SCID بر اساس ملاک های تشخیصی چهارمین چاپ راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-IV، ۱۹۹۴) بود. پس از انتخاب آزمودنی ها و کسب رضایت از آنها، ابتدا محقق درباره هدف پژوهش و نحوه پاسخ گویی به گویه های هر آزمون به اختصار توضیح داد. سپس مجموعه پرسش نامه ها که شامل مقیاس آمیختگی فکر - کنش (امیر و همکاران، ۲۰۰۱) و مقیاس نگرش مسئولیت-پذیری (سالکوسکیس و همکاران، ۲۰۰۰)

رساندن به دیگران نیز ارزیابی های مسئولانه تری داشتند. از دیگر نتایج این تحقیق تخصیص این نوع شناخت ها یا نگرش های مسئولانه به OCD و نه سایر اختلالات اضطرابی است. البته میرزا^۱ و ولز (۲۰۰۵) در تحقیق خود دریافتند که بعد از کنترل باورهای فراشناختی مرتبط با اهمیت افکار و نگرانی، احساس مسئولیت ارتباطی با علائم وسواس ندارد. TAF در اختلال اضطراب فراگیر^۲ هم می تواند به حفظ و گسترش فرآیند نگرانی^۳، که در این اختلال نقش مهمی ایفا می کند، کمک کند. به نظر می رسد سازه TAF احتمالاتی شباهت زیادی با عقاید فراشناختی رایج در این اختلال دارد. یک مورد از عقاید فراشناختی رایج در این اختلال این است که نگرانی می تواند بر احتمال وقوع رویدادهایی که بیم وقوع آنها می رود اثر بگذارد؛ مثلاً این اعتقاد که "اگر من نگران سلامت باشم، احتمال ابتلا به بیماری در من کم خواهد شد. پرسش نامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا^۴ (میر، ۵، میلر، متزگر^۷ و برکووک^۸، ۱۹۹۰) نیز همبستگی مثبت هر دو خرده مقیاس TAF احتمالاتی را نشان داده است (هازلت-استیونس^۹، زوکر^{۱۰} و کراسک^{۱۱}، ۲۰۰۲).

این پژوهش به بررسی این موضوع پرداخت که احساس مسئولیت (بر اساس دیدگاه سالکوسکیس) یا آمیختگی فکر - کنش (به نظر راجمن) نقش زیادی در اختلال وسواس فکری- عملی دارند. بدین منظور احساس مسئولیت و آمیختگی فکر - کنش با کنترل اثر هر یک از این سازه های روان شناختی بیماران مبتلا به وسواس فکری- عملی، گروه مقایسه ای بالینی اضطراب فراگیر و گروه بهنجار مقایسه شد.

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع پژوهش های توصیفی- مقایسه ای است. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال وسواس و اضطراب فراگیر مراجعه کننده سال ۱۳۹۱ به مراکز روان پزشکی ساری بود. برای انتخاب نمونه بالینی نیز از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. بیماران با توجه به پرونده روان پزشکی، تشخیص روان پزشکی و مصاحبه تشخیصی محقق و با استفاده از

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1- Myers | 9- Hazlett-Stevens |
| 2- Generalized Anxiety Disorder | 10- Zucker |
| 3- Meta worry | 11- Craske |
| 4- Penn State Worry Questionnaire | 12- Structured Clinical Interview for DSM-IV |
| 5- Meyer | 13- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| 6- Miller | |
| 7- Metzger | |
| 8- Borkovec | |

بود به آزمودنی‌ها ارائه شد.

ابزار پژوهش

مقیاس آمیختگی فکر - کنش تجدید نظر شده (TAF-R): در این تحقیق به منظور سنجش سازه آمیختگی فکر - کنش، از مقیاس آمیختگی فکر - کنش تجدید نظر شده (امیر و همکاران، ۲۰۰۱) استفاده شد. مقیاس TAF اولیه شافران، تردارسون^۱ و راجمن (۱۹۹۶) شامل سه خرده مقیاس است؛ TAF اخلاقی، TAF احتمالاتی برای دیگران و TAF احتمالاتی برای خود. اما در مقیاس آمیختگی فکر - کنش تجدید نظر شده (امیر و همکاران، ۲۰۰۱)، TAF احتمالاتی برای دیگران بسط داده شده است. این مقیاس جدید مجموعاً ۲۷ گویه دارد که پاسخ آزمودنی به هر جمله (گویه) بر اساس مقیاس پنج نمره‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود (نمره صفر برای کاملاً مخالفم تا نمره چهار برای کاملاً موافقم). (امیر و همکاران (۲۰۰۱)، برای بررسی روایی هم‌زمان، همبستگی تمام خرده‌مقیاس‌ها را با پرسش‌نامه وسواسی - اجباری بررسی کردند. نتایج نشان داد که به جز خرده‌مقیاس TAF اخلاقی سایر خرده‌مقیاس‌ها همبستگی معناداری دارند. برای بررسی روایی ملاک نیز افراد دارای نمرات بالا و پایین در پرسش‌نامه وسواسی - اجباری در مورد نمرات به دست آمده از هر یک از خرده‌مقیاس‌های TAF-R مقایسه شدند. نتایج نشان داد که گروه دارای نمرات بالا در پرسش‌نامه وسواسی - اجباری، به جز در خرده‌مقیاس‌های TAF اخلاقی، در سایر خرده‌مقیاس‌های TAF-R به طور معناداری نمرات بیش‌تری گرفتند. این محققان ضریب همسانی درونی تمام خرده‌مقیاس‌ها را نیز از ۰/۷۷ تا ۰/۹۶ گزارش کردند. نتایج بررسی خصوصیات روان‌سنجی این مقیاس در ایران هم مؤید عوامل مذکور است. برای محاسبه پایایی مقیاس از روش‌های همسانی درونی، بازآزمایی با فاصله چهار هفته برای نمونه ۳۵ نفری و تصنیفی استفاده شد. ضرایب حاصل از پایایی برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۶۱ و ۰/۸۲ بود. برای تعیین روایی مقیاس از روش‌های روایی هم‌زمان و همبستگی

خرده‌مقیاس‌ها با یکدیگر و با کل مقیاس استفاده شد. نتایج روایی مطلوب این مقیاس را نشان داد (پورفرج، محمدی^۲ و تقوی^۳، ۲۰۰۸).

پرسش‌نامه نگرش مسئولیت‌پذیری: این پرسش‌نامه ۲۶ گویه‌ای را که بر اساس مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود (نمره یک = کاملاً موافقم تا نمره هفت = کاملاً مخالفم)، سالکوسکیس و همکاران (۲۰۰۰) ابداع کردند. پرسش‌نامه نگرش مسئولیت‌پذیری، نگرش‌های کلی، باورها و خصوصیات زمینه‌ساز مسئولیت‌پذیری و نگرانی از آسیب در OCD را می‌سنجد. همسانی درونی این پرسش‌نامه ۰/۹۲ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است (سالکوسکیس و همکاران، ۲۰۰۰). ضریب همبستگی پرسش‌نامه با مقیاس وسواس - اجباری مادزلی ۰/۵۷ و با پرسش‌نامه وسواسی - اجباری (OCI)^۴ ۰/۵۴ به دست آمد. همبستگی‌ها در هر دو مورد، حتماً بعد از کنترل هم‌زمان افسردگی و اضطراب، همچنان ثابت ماند. گروه دارای OCD (در مقایسه با سایر گروه‌های اضطرابی) و گروه غیر بیمار به طور معناداری نمرات بیش‌تری کسب کردند (سالکوسکیس و همکاران، ۲۰۰۰). مانسینی^۵، اولیمپیو^۶ و ارکول^۷ (۲۰۰۱) ضریب ثبات درونی کل مقیاس را ۰/۹ و ضرایب پایایی به روش بازآزمایی برای کل مقیاس را ۰/۶۲ گزارش کردند. صلواتی^۸ (۱۳۸۱)، خصوصیات روان‌سنجی این پرسش‌نامه را در ایران بررسی کرده است. برای تعیین روایی محتوا، پرسش‌نامه به دو متخصص روان‌پزشکی و پنج دکترای روان‌شناسی بالینی ارائه و از آنها خواسته شد تا نظرشان را در مورد ترجمه و محتوای سؤال‌ها بدهند. پس از جمع‌آوری آرای آنها و اطلاعات حاصل از روایی صوری، فرم اولیه تهیه شد. برای تعیین روایی صوری و اعتبار مقدماتی، پرسش‌نامه

- 1- Thordarson
- 2- Mohammadi
- 3- Taghavi
- 4- Obsessive compulsive inventory
- 5- Mancini
- 6- Olimpio
- 7- Ercole
- 8- Salavati

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای سن و تحصیلات آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد. همان طور که جدول نشان می‌دهد، میانگین سن و تحصیلات گروه‌های بالینی و گروه بهنجار مقایسه تفاوت معناداری ندارند.

برای ۱۰ بیمار OCD و ۱۰ فرد سالم اجرا شد. اعتبار کل پرسش‌نامه از طریق دو نیمه‌سازی و با استفاده از فرمول پیش‌گویی اسپیرمن-براون به دست آمد. نتایج نشان داد که همبستگی سؤال‌ها در نیمه اول ۰/۸۴ و در نیمه دوم ۰/۸۵ است. اعتبار برآورد شده برای کل آزمون ۰/۷۶ و آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بود.

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای سن و تحصیلات آزمودنی‌ها

گروه‌ها	سن		تحصیلات	
	SD	M	F	SD
وسواس فکری- عملی	۵/۷۹	۲۷/۱۲		۲/۸۵
اضطراب فراگیر	۶/۰۵	۲۵/۴۹	NS*	۳/۲۹
بهنجار	۵/۸۶	۲۶/۱۲		۳/۸۴

*Not significant

که نمره آمیختگی فکر- کنش گروه وسواس فکری- عملی به طور معنادار بیش از نمره آمیختگی فکر- کنش گروه اضطراب فراگیر بوده است (جدول ۲).

نتایج تحلیل کوواریانس با کنترل احساس مسئولیت نشان می‌دهد که با کنترل اثر احساس مسئولیت، تفاوت گروه‌های مختلف در نمره آمیختگی فکر- کنش معنادار است. نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی نیز حاکی از آن است

جدول ۲- نتایج تحلیل کوواریانس نمره آمیختگی فکر- کنش با کنترل احساس مسئولیت

شاخص‌ها	متغیر کنترل شده	مجموع مجذورات	درجه آزادی مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها (بونفرنی)
بین گروهی	احساس مسئولیت	۶۶۶۳/۶۴	۲	۳۳۳۱/۸۲	۱۱۸/۸۹	۰/۰۰۰	وسواس- اضطراب سالم
درون گروهی		۱۸۲۱/۴۴	۶۵	۲۸/۰۲			وسواس- اضطراب سالم

**P<۰/۰۰۱ *P<۰/۰۵

که نمره احساس مسئولیت گروه وسواس فکری- عملی و گروه اضطراب فراگیر به طور معنادار بیش تر از گروه بهنجار است، اما تفاوت دو گروه بالینی معنادار نیست (جدول ۳).

نتایج تحلیل کوواریانس احساس مسئولیت با کنترل آمیختگی فکر- کنش حاکی از آن است که با کنترل اثر آمیختگی فکر- کنش، تفاوت نمرات گروه‌های مختلف معنادار است. نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی نیز نشان داد

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس نمره احساس مسئولیت با کنترل آمیختگی فکر- کنش

شاخص‌ها	متغیر کنترل شده	مجموع مجذورات	درجه آزادی مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها (بونفرنی)
بین گروهی	آمیختگی فکر- کنش	۷۷۰/۲۹	۲	۳۸۵/۱۴	۱۳/۵۱	۰/۰۰۰	وسواس- اضطراب سالم
درون گروهی		۱۸۵۳/۰۵	۶۵	۲۸/۵			وسواس- اضطراب سالم

**P<۰/۰۰۱ *Not significant

نتیجه گیری

اما نقش آمیختگی فکر- کنش در آسیب شناسی اختلال وسواس فکری- عملی بیش از احساس مسئولیت است. یکی از محدودیت های این تحقیق، عدم کنترل سایر سازه ها یا عوامل روان شناختی (مانند اضطراب، نگرانی و احساس گناه) بود که ممکن است در اثر آمیختگی فکر- کنش نقش داشته باشند؛ لذا پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از نمونه آماری بزرگ تر که شامل سایر اختلالات اضطرابی هم بشود استفاده و متغیرهای بیش تری که به لحاظ نظری می توانند در این رابطه نقش داشته باشند بررسی شود.

دریافت مقاله: ۹۱/۴/۲۲؛ پذیرش مقاله: ۹۱/۱۰/۳

یافته های این پژوهش نشان می دهد که با کنترل اثر مسئولیت پذیری، نمره آمیختگی فکر- کنش گروه های اختلال وسواس فکری- عملی به طور معنادار بیش از گروه های اضطراب فراگیر و بهنجار است؛ در حالی که با کنترل اثر آمیختگی فکر- کنش بین نمره های احساس مسئولیت دو گروه وسواس فکری- عملی و اضطراب فراگیر تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته مؤید دیدگاه راجمن در مورد اهمیت بیش تر سازه آمیختگی فکر- کنش است. نتایج این تحقیق با یافته های راجمن و همکاران (۱۹۹۶)، و میرز و ولز (۲۰۰۵) در مورد نقش مهم تر آمیختگی فکر- کنش (نسبت به احساس مسئولیت) در تبیین نشانه های وسواس هماهنگ است. بر اساس دیدگاه راجمن (۱۹۹۷)، عقاید مرتبط با مسئولیت پذیری، که مورد تأکید سالکوسکیس است، در واقع از باور فراشناختی TAF نشأت می گیرند. به نظر او افراد دارای این گونه باور فراشناختی در برابر ابتلا به مشکلات وسواسی آسیب پذیرترند. بر همین اساس او محتمل دانستن وقوع یک رویداد ناگوار و تخمین غیر واقع گرایانه از آن را از عوامل مهم زمینه ساز و مولد اضطراب و دست زدن به رفتارهای وسواسی برای کاهش این اضطراب می داند. به علاوه نتایج تحلیل کوواریانس انجام شده برای گروه اضطراب فراگیر نشان داد که در این گروه (نسبت به گروه بهنجار)، هم آمیختگی فکر- کنش بعد از کنترل احساس مسئولیت و هم احساس مسئولیت بعد از کنترل آمیختگی فکر- کنش به طور معناداری بیش تر است که می تواند حاکی از نقش این دو سازه در آسیب شناسی اضطراب فراگیر باشد. این یافته با نتایج تحقیق هازلت-استیونس و همکاران (۲۰۰۲)، در مورد وجود رابطه مثبت بین آمیختگی فکر- کنش و نگرانی (ویژگی محوری اضطراب فراگیر) هم سویی دارد. در مجموع می توان این طور نتیجه گیری کرد که گرچه هر دو سازه احساس مسئولیت و آمیختگی فکر- کنش در آسیب شناسی اختلالات اضطرابی مانند اضطراب فراگیر و وسواس فکری- عملی نقش دارند،

منابع

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Amir, N., Freshman, M., Ramsey, B., Neary, E., & Brigidi, B. (2001). Thought-action fusion in individuals with OCD symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 765–776.
- Berle, D., Starcevic, V. (2005). Thought Action Fusion: Future direction. *Clinical Psychology Review*, 25, 263–284.
- Gwilliam, P., Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). Does metacognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: a test of the metacognitive model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 137–144.
- Hazlett-Stevens, H., Zucker, B. G., & Craske, M. G. (2002). The relationship of thought-action fusion to pathological worry and generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1199–1204.
- Mancini, F., D'Olimpio, F., & D'Ercole, S. (2001). Responsibility attitude, obsession and compulsion: further support in a nonclinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 274–281.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487–495.
- Myers, S. G., Wells, A. (2005). Obsessive-compulsive symptoms: the contribution of metacognitions and responsibility. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 806–817.
- Pourfaraj, M., Mohammadi, N., & Taghavi, M. (2008). Psychometric Properties of Revised Thought-Action Fusion Questionnaire (TAF-R) in an Iranian population, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 600–609.
- Pourfaraj, M. (2009). Comparison Thought-Action Fusion in OCD, MDD and Comorbidity OCD & MDD. *Psychological Studies*, 5, 35–49.
- Pourfaraj, M. (2009). Study of relationship between Thought-Action Fusion, Responsibility and Guilt with OCD symptoms in Shiraz university students. *Clinical Psychology and Personality*, 37, 69–82.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 149–154.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793–802.
- Rachman, S., Shafran, R., Mitchell, D., Trant, J., & Teachman, B. (1996). How to remain neutral: An experimental analysis of neutralization. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 889–898.
- Rachman, S., Thordarson, D. S., Shafran, R., & Woody, S. R. (1995). Perceived responsibility: Structure and significance. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 779–784.
- Rheume, J., Freeston, M. H., Dugas, M. J., Letarte, H., & Ladouceur, R. (1995). Perfectionism, responsibility and obsessive compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 785–794.
- Salavati, M. (2003). The study of responsibility attitude in obsessive-compulsive disorder patients. *Thesis for M.A degree*, Tehran psychiatric Institute, Iran University.
- Salkovskis, P. M., Forrester, E., & Richards, H. C. (1998). The cognitive behavioural approach to understanding obsessional thinking. *British Journal of Psychiatry*, 173, 53–63.
- Salkovskis, P. M., Shafran, R., Rachman, S., & Freeston, M. H. (1999). Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: Possible origins and implications for therapy and research. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1055–1072.
- Salkovskis, P.M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., & Richards, C., (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 347–372.
- Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 379–391.
- Smari, J., & Ho'lmsteinsson, H. E. (2001). Intrusive thoughts, responsibility attitudes, thought-action fusion and chronic thought suppression in relation to obsessive-compulsive symptoms. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 13–20.
- Yorulmaz, O., Yilmaz, M., & Gencoz, T. (2004). Psychometric properties of Thought-Action Fusion Scale in Turkish sample. *Behaviour Research And Therapy*, 42, 1203–1214.