مجله علوم پزشکی رازی دوره ۲۲، شماره ۱۳۹، دی ۱۳۹۴ http://rjms.iums.ac.ir مقاله پژوهشی

تعیین اثر آمیختگی فکر-عمل، اجتناب تجربی و مسؤولیت‌پذیری در پیش‌بینی علائم وسواسی - اجباری در جمعیت غیر بالینی

* **جواد کریمی**: دکترای مشاوره، استادیار، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران (*نویسنده مسئول). dr.karimi10@yahoo.com
بهروز احمدنیا: کارشناس روان‌شناسی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران. bahmadniya@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۴/۶/۲۵ تاریخ پذیرش: ۹۴/۹/۱

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه آمیختگی فکر-عمل، اجتناب تجربی و مسئولیت‌پذیری با علائم وسواسی-اجباری در جمعیت غیر بالینی انجام شده است.

روش کار: شرکت‌کنندگان پژوهش شامل ۲۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه ملایر بودند که به‌صورت در دسترس انتخاب شدند. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه آمیختگی فکر، پرسشنامه پذیرش و عمل ۲، پرسشنامه نگرش مسئولیت‌پذیری و پرسشنامه وسواسی اجباری – بازنگری شده گردآوری و از طریق روش همبستگی و تحلیل رگرسیون به روش گام به گام مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: در الگوی به دست آمده از تحلیل رگرسیون گام به گام، هر سه متغیر آمیختگی فکر-عمل، اجتناب تجربی و مسئولیت‌پذیری به‌عنوان پیش‌بینی کننده وارد الگو شدند. این سه متغیر به ترتیب ۲۹، ۲۶ و ۱۹ درصد از تغییرات علائم وسواسی-اجباری را پیش‌بینی کرد. فرمول پیش‌بینی برای علائم وسواسی-اجباری در دانشجویان گزارش شد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش استفاده از درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان وسواس پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: علائم وسواسی-اجباری، آمیختگی فکر-عمل، اجتناب تجربی، مسئولیت‌پذیر

مقدمه

وسواس که قبلاً اختلالی نادر تلقی می‌شد، اینک به نظر می‌رسد که همه‌گیری پنهانی داشته باشد. اختلال وسواسی- اجباری (Obsessive compulsive disorder) یکی از اختلالات ناتوان‌کننده است که از هر ۴۰ نفر بزرگسال ۱ نفر (بین ۰/۹ تا ۴/۴ درصد از کل جمعیت) را مبتلا می‌کند (۱). مطالعات انجام شده در ایران نیز شیوعی ر ا در همان حدود در جمعیت عمومی بزرگسال ایرانی (۱/۴۹) برآورد کرده‌اند (۲). سن شروع وسواس نوعاً دارای دامنه‌ای از اوایل نوجوانی تا اوایل بزرگسالی است هرچند در برخی موارد با سنین پایینی همچون ۲ سالگی هم گزارش شده است (۳). مردان نوعاً زودتر به این اختلال دچار می‌شوند، در سال‌های نوجوانی و سنین ۱۳ تا ۱۵ سالگی در حالی که سن شروع زنان بیشتر در اوایل دوران بزرگسالی یعنی سنین ۲۰ تا ۲۴ سالگی است (۴). در میان بزرگسالان، میزان شیوع وسواس در زنان و مردان برابر است (۵).

وسواس در صورت عدم درمان اثرات منفی قابل‌توجهی را بر زندگی افراد بر جای می‌گذارد؛ زیرا مواجهه مداوم با وسواس‌های فکری و اجبارها در طی روز، موجب برآشفتگی فردی و ایجاد تداخل در روابط، شغل و فعالیت‌های روزمره‌ی فرد شود. چیزی بین ۸۰ تا ۱۰۰٪ از کل افراد مبتلا به وسواس شدید، اختلال جدی در خانه، محل کار، روابط و زندگی اجتماعی را گزارش می‌کنند (۶). مطالعات نشان می‌دهد که ۲۲ تا ۴۰٪ از بیماران جویای درمان مبتلا به وسواس بیکار بوده‌اند که این میزان در مقایسه با نرخ بیکاری ۶٪ در میان جمعیت عادی آمریکا رقم بالایی محسوب می‌شود (۷-۹). افراد مبتلا به وسواس علاوه بر رنج ناشی از فقدان شغل مشکلات مربوط به روابط بین فردی را هم متحمل می‌شوند (۱۰-۱۲).

آشفتگی زناشویی نیز در بین حدود ۵۰٪ از افراد متأهل جویای درمان برای وسواس گزارش شده

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

است (۱۱, ۱۲). ۵۰٪ از افراد مبتلا به وسواس از دست دادن دوستی‌ها و ۲۵٪ آن‌ها از دست دادن روابط صمیمانه به خاطر نشانگان وسواس را گزارش کرده‌اند (۱۳). نرخ تجرد در جمعیت‌های مبتلا به وسواس حتی در قیاس با سایر اختلالات اضطرابی بالا است (۸). در مجموع وسواس یکی از ده علت رده اول برای ناتوانی در دنیا محسوب می‌شود (۱۴). این موضوع اهمیت و ضرورت شناخت علائم وسواس‌ها و اجبارها را دوچندان می‌کند. در سال‌های اخیر پیشرفت‌هایی در حوزه‌ی نظریه‌پردازی در مورد این اختلال صورت گرفته است. از مهم‌ترین این پیشرفت‌ها می‌توان به نظریه شناختی سالکووسکیس (۱۵)، نظریه فراشناخت (Metacognitive Therapy) ولز (۱۶) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy) هیز (۱۷) اشاره کرد.

در دهه‌های اخیر، الگوهای شناختی-رفتاری گوناگون، نقش شناخت را در سبب‌شناسی و تداوم وسواس تبیین کرده‌اند (۱۸). این الگوها سازه‌های شناختی (Cognitive constructs) متفاوتی را به‌عنوان مهم‌ترین عامل پدیده‌ای افکار و اعمال وسواسی معرفی می‌کنند. نظریه‌های شناختی اختلال وسواسی -اجباری (OCD) بر نقش اساسی باورهای ناکارآمد در سبب‌شناسی و تداوم علائم این اختلال تأکید می‌کنند (۱۵، ۱۶). در بین نظریه‌های شناختی اختلال وسواس سالکووسکیس (۱۹۸۵) تحلیل شناختی گسترده‌ای از OCD ارائه کرده است (۱۵). بر پایه دیدگاه سالکووسکیس حس افراطی مسئولیت‌پذیری مضمون اصلی باورهای افراد مبتلا به OCD است. طبق این دیدگاه زمانی که افکار مزاحم، باورهای ناکارآمد دربارهٔ میزان مسئولیت فرد در قبال سلامت خود و دیگران را فعال می‌سازند، شدّت و فراوانی آن‌ها افزایش می‌یابد. از این دیدگاه، خنثی‌سازی کوششی برای کاهش حس مسئولیت‌پذیری و پیشگیری از سرزنش شناخته می‌شود (۱۵، ۱۹، ۲۰). بنابراین در این دیدگاه، ارزیابی‌های مسئولیت‌پذیری از سویی باعث تجربه ناراحتی و اضطراب به دنبال رخداد افکار مزاحم شده و از سوی دیگر موجب تلاش برای خنثی‌سازی افکار مزاحم و شک و تردیدهای وسواسی می‌شود. با توجه به نقش مهم مسئولیت‌پذیری در وسواس ولی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این سازه درصد کمی از تغییرپذیری‌های وسواس را تبیین می‌کند این محدودیت پژوهشگران را بر آن داشته است تا نظریه‌های سبب‌شناختی گسترده‌تری برای سبب‌شناسی و درمان OCD مطرح کنند.

ولز و متیوس (۱۹۹۶) و ولز (۲۰۰۰) در زمینه وسواس نظریه‌ای فراشناختی ارائه کرده‌اند که ترکیبی از نظریه‌های طرح‌واره‌ای و نظریه پردازش اطلاعات بوده و بر باورهایی تأکید می‌کند که فرد درباره نظام‌پردازشی خویش دارد (۱۶، ۲۱). فرآیندهای فراشناختی یکی از ویژگی‌های شناخت است که می‌تواند کاربرد ویژه‌ای در فهم مکانیسم‌های درگیر در OCD داشته باشد. اصطلاح فراشناخت به فرآیندهای شناختی گفته می‌شود که در کنترل جنبه‌های شناخت نقش دارند (۲۲). بر پایه الگوی فراشناختی، افکار وسواسی به خاطر باورهای فراشناختی درباره معنی و یا پیامدهای خطرناک داشتن چنین افکاری، به‌صورت منفی تفسیر می‌شوند. یکی از باورهایی که در این الگو مورد تأکید است آمیختگی فکر-عمل (Thought-Action Fusion; TAF) است. این سازه اشاره به پدیده‌ای روان‌شناختی دارد که در آن افکار وسواسی و اعمال مرتبط با آن‌ها معادل هم در نظر گرفته می‌شوند (۲۳).

باورهای فراشناختی درباره‌ی افکار یا احساسات مزاحم، در پی اصطلاحات معرفی شده از سوی راچمن برای توصیف تحریف‌های شناختی در اختلال وسواس، «باورهای مربوط به آمیختگی (Fusion beliefs)» نام‌گذاری شده‌اند (۲۴). در مدل فراشناختی ولز سه حیطه‌ی فراباورهای (Meta-belief) مرتبط با آمیختگی توصیف شده است، این حیطه‌ها عبارتند از: آمیختگی فکر-رویداد (Thought Event Fusion (TEF)، باوری است مبنی بر اینکه یک فکر مزاحم به تنهایی می‌تواند سبب وقوع رویداد خاصی شود یا این باور که داشتن فکر مزاحم به معنای آن است که رویدادی باید قبلاً رخ داده باشد. آمیختگی فکر -

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

عمل، باوری است مبنی بر اینکه افکار، احساسات یا تکانه‌های مزاحم به تنهایی می‌توانند فرد را به انجام اعمال ناخواسته‌ای و ناشایست وادار سازند. آمیختگی فکر-شیء (Thought Object Fusion TOF)، باوری است مبنی بر اینکه افکار و احساسات می‌توانند به اشیا منتقل شوند، پیامدی که افکار و احساسات را «واقعی‌تر»، قدرت آسیب‌زایی بیشتر و گریزناپذیر می‌سازد و یا موجب از بین رفتن اشیاء می‌شود (۲۴، ۲۵). دسته‌ی دیگری از باورهای فراشناختی، به لزوم انجام آیین‌مندی‌ها و رفتارهای خنثی‌ساز مربوط می‌شوند. این باورها معمولاً منعکس‌کننده اهمّیّت کنترل افکار، تکانه‌ها و حالت‌های احساسی مانند انگیختگی و اضطراب هستند (۲۵). در حیطه‌ی وسواس باورهای فراشناختی مربوط به آمیختگی بیشترین پژوهش‌ها را به خود اختصاص داده است (۲۳، ۲۶).

در نهایت درمانی که اخیراً در زمینه وسواس پژوهش‌هایی را به خود اختصاص داده است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نام دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که به اختصار ACT خوانده می‌شود یک رفتاردرمانی موج سوم است که آشکارا این رویکرد بر تغییر کارکرد افکار و احساسات به‌جای تغییر شکل، محتوا یا فراوانی آن‌ها تأکید می‌کند (۲۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اعتقاد دارد که این محتوای افکار نیست که باعث بروز مشکلات می‌شود بلکه ارتباط افراد با افکار است که باعث بروز مشکلات می‌شود (اجتناب تجربی). اجتناب تجربی سازه‌ای است که به‌منظور اجتناب از تجارب دردناک به‌کاربرده می‌شود. این سازه شامل دو جزء مربوط به هم است: اول، بی‌میلی نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی (حساسیت‌های بدنی هیجان‌ها، افکار، خاطره‌ها و زمینه‌های رفتاری) و دوم، تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک و یا وقایعی که باعث فراخواندن این تجارب می‌گردند (۲۸). این شکل از اجتناب شامل اجتناب رفتاری، عاطفی و شناختی نیز می‌شود.

اجتناب تجربی در مقابل پذیرش قرار می‌گیرد که به معنای تمایل فرد به پذیرش افکار، هیجان‌ها و تظاهرات رفتاری بدون تلاش برای اجتناب از آن‌ها است. اجتناب تجربی به‌عنوان عامل آسیب‌شناختی (Psychological diathesis) انواع مختلف اختلال‌های روانی شناخته شده است (۲۹). عملکرد اجتناب تجربی، کنترل یا به حداقل رساندن تأثیر تجارب آزارنده است و می‌تواند آرامش فوری و کوتاه‌مدت ایجاد کند که به شکل منفی رفتار را تقویت می‌نمایند. این اجتناب زمانی مشکل‌زا خواهد شد که با عملکرد روزانه و دستیابی به اهداف زندگی شخص تداخل نماید (۳۰). اجتناب تجربی به‌عنوان ناتوانی در حفظ تماس با تجربه‌های درونی ناخوشایند و آشفته کننده و در نتیجه تلاش برای تغییر دادن، دوری کردن، فرونشاندن، یا در غیر این صورت کنترل کردن آن‌ها تعریف می‌شود. حجم فزاینده‌ای از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این اجتناب تجربی با افسردگی، سوءمصرف مواد، اضطراب، وحشت‌زدگی، وسواس‌های فکری و وسواس‌های عملی، اختلال مو کنی، نشانه‌های استرس پس از سانحه و کاهش کیفیت زندگی همراه می‌باشند (۳۱، ۳۲).

مطالعات زیادی نشان داده است که وسواس‌ها و اجبارهای افراد عادی مشابه افراد مبتلا به OCD است، ولی علائم غیر بالینی فراوانی و شدّت کمتری دارند (۳۳). بر اساس این دیدگاه، استفاده از جمعیت غیر بالینی در مطالعه‌ی OCD مفید به نظر می‌رسد و این امکان را فراهم می‌سازد تا حوزه‌ها و ساختارهای مختلفی را در نمونه‌های بسیار بزرگ بررسی کنیم (۳۴). با توجه به آنچه گفته شد، پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط مؤلفه‌ی شناختی (مسئولیت‌پذیری)، فراشناختی (آمیختگی فکر-عمل) و هیجانی (اجتناب تجربی) با علائم وسواسی – اجباری و برای تعیین وزن هر یک از این متغیرها در پیش‌بینی علائم وسواسی – اجباری انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی است. این بررسی سه گروه از متغیرهای مطرح در آسیب‌شناسی اختلال وسواسی – اجباری را در برمی‌گیرد. از میان متغیرهای شناختی مرتبط با علائم OCD، متغیر مسئولیت‌پذیری که بیشترین

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

توجه را در آسیب‌شناسی شناختی OCD به خود جلب کرده است (۳۵، ۳۶)، به‌عنوان متغیر شناختی و باورهای فراشناختی (آمیختگی فکر – عمل) به‌عنوان متغیر فراشناختی وارد پژوهش شدند. این پژوهش همچنین تازه‌ترین مؤلفه‌ی مطرح در آسیب‌شناسی OCD، یعنی اجتناب تجربی را به‌عنوان متغیر پیش‌بین در پژوهش بررسی نمود. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری به روش گام به گام استفاده گردید. برای گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌های زیر به کار برده شد:

پرسشنامه وسواسی اجباری – بازنگری شده (Obsessive-Compulsive Inventory-Revised: OCI-R): این پرسش‌نامه یک مقیاس خودسنجی برای ارزیابی شدت و علائم OCD در جمعیت بالینی و غیر بالینی است. این پرسش‌نامه دارای ۱۸ ماده است که در یک مقیاس پنج درجه‌ای از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شود. این ابزار دارای شش زیر مقیاس شستشو، وسواس فکری، انباشت، نظم و ترتیب، وارسی کردن و خنثی‌سازی است. برای هر یک از زیر مقیاس‌ها، ۳ ماده در نظر گرفته شده است. محاسبه ویژگی‌های روان‌سنجی آن همسانی درونی را برای نمره کل در گروه‌های OCD و اختلال اضطراب فراگیر به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۹۳ نشان داد (۳۷). همسانی درونی زیرمقیاس‌ها نیز بالا و برای گروه‌های گوناگون بین ۰/۳۴ تا ۰/۹۳ بود. همبستگی بین زیر مقیاس‌ها بین ۰/۳۱ تا ۰/۵۷ بود. همبستگی بین زیر مقیاس‌ها و نمرات کلی نیز بین ۰/۶۳ تا ۰/۸۰ بود. پایایی آزمون به روش بازآزمایی پس از دو هفته برای گروه OCD بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۱ و برای گروه گواه پس از یک هفته بین ۰/۵۷ تا ۰/۶۷ محاسبه شد. روایی همگرا و واگرا با بهره‌گیری از مقیاس‌های معتبر نیز خوب گزارش شد (۳۷). نسخه فارسی این ابزار نیز همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۸۵ و برای زیر مقیاس‌های وارسی، نظم، وسواس فکری، انباشت، شستشو و خنثی‌سازی به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۶۹، ۰/۷۲، ۰/۶۳، ۰/۶۹ و ۰/۵۰ به دست داده است. افزون بر این، ساختار شش عاملی که در پژوهش اصلی به دست آمده بود به‌وسیله تحلیل عاملی تأییدی به تأیید رسید (۳۳).

مقیاس نگرش مسئولیت‌پذیری (Responsibility Attitude Scale) (RAS): مقیاس نگرش مسئولیت‌پذیری (۳۵) مقیاسی خود گزارشی است که باورهای فرد را درباره مسئولیت‌پذیری می‌سنجد. این مقیاس دارای ۲۶ پرسش است که برای بررسی باورهای کلی درباره مسئولیت طراحی شده است. آزمودنی‌ها میزان موافقت خود را با هر گویه در یک مقیاس هفت درجه‌ای (۱=کاملاً مخالفم تا ۷= کاملاً موافقم) بیان می‌کنند. سالکووسکیس و همکاران آلفای ۰/۹۴ را برای پایایی این مقیاس به دست آوردند. همچنین همسانی درونی برابر با ۰/۹۲ بود (۳۵). اعتبار پیش‌بین با نمرات پرسش‌نامه وسواسی-اجباری مادزلی ۰/۵۷ گزارش شد و بین مقیاس نگرش مسئولیت و پرسش‌نامه وسواسی اجباری مادزلی اعتبار پیش‌بین ۰/۵۴ بود (۳۸). در ایران رضایی پایایی آزمون را به روش همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) ۰/۹۰ و با دو نیمه‌سازی به کمک فرمول اسپیرمن- براون ۰/۶۳ و برای همبستگی بین پرسش‌ها در نیمه اول ۰/۸۳ و برای نیمه دوم ۰/۹۰ گزارش کرد. روایی هم‌زمان این آزمون با پرسش‌نامه پادوآ ۰/۵۵ گزارش شده است (۳۹).

پرسش‌نامه آمیختگی فکر (Thought Fusion Instrument: TFI): پرسش‌نامه آمیختگی (TFI) در ابتدا توسط ولز، جی‌ویلیامز و کارترایت-هاتن (۲۰۰۱)، برای ارزیابی باورهای افراد درباره‌ی افکار در حیطه‌های «آمیختگی» که به فرمول‌بندی و درمان فراشناختی اختلال وسواسی اجباری مربوط می‌شود، تهیه شده است (۲۵). سه حیطه‌ی آمیختگی فکر، از طریق ابزار ۱۴ مادّه‌ای که دارای یک مقیاس واحد است، ارزیابی می‌شود. این حیطه‌ها عبارتند از: آمیختگی فکر-رویداد (برای مثال، «افکار من به تنهایی این توان را دارند که روند حوادث را تغییر دهند»)، آمیختگی فکر-عمل (برای مثال، «اگر من افکاری درباره‌ی صدمه زدن به کسی داشته باشم، به آن‌ها عمل خواهم کرد») و آمیختگی فکر-شیء (برای

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

مثال، «افکار و خاطرات من می‌توانند به اشیا منتقل شود»). از نظر ساختار عاملی، در مطالعه‌ای بر روی دانشجویان، بعد واحدی برای این پرسش‌نامه آشکار شده است (۴۰). همچنین ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۹ به دست آمده است. در خصوص روایی این ابزار همبستگی مثبت معنادار بین پرسش‌نامه آمیختگی فکر، پرسش‌نامه باورهای فراشناختی و مقیاس‌های علائم وسواس فکری عملی به دست آمده است (۴۰، ۴۱). در پژوهش حاضر پایایی آزمون به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۹۰ و با دو نیمه سازی به کمک فرمول اسپیرمن-براون ۰/۸۰ به دست آمد.

پرسش‌نامه پذیرش و عمل ویرایش۲ Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II): این پرسش‌نامه توسط باوند و همکاران (۴۲) برای سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به‌ویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته تدوین شده و دارای ۷ سؤال است. سؤال‌های این پرسش‌نامه بر اساس میزان توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (هرگز=۱، خیلی بندرت=۲، بندرت=۳، گاهی اوقات=۴، بیشتر اوقات=۵، تقریباً همیشه=۶، همیشه=۷) رتبه‌بندی می‌شود. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر و اجتناب تجربی بالاتر است. پایایی آزمون- بازآزمون این پرسش‌نامه توسط بوند Bond و همکاران ۰/۸۱ و همسانی درونی آن ۰/۸۴ به دست آمده است (۴۲). در ایران نیز ضریب پایایی آلفای کرونباخ پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش دوم ۰/۸۹ و ضریب پایایی بازآزمون ۰/۷۱ به دست آمده است (۴۳).

یافته‌ها

در این پژوهش، ۲۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه ملایر به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان در پژوهش پس از امضای رضایت‌نامه پژوهش پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. همچنین هیچ‌گونه اطلاعات شناساننده از دانشجویان درخواست نشده بود و به دانشجویان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها کاملاً محرمانه خواهد ماند و نتایج به‌صورت گروهی و آماری و نه به‌صورت فردی منتشر خواهد شد. میانگین سن آزمودنی‌ها ۲۱/۲۶ سال (انحراف معیار ۱/۵۱) بود. ۹۶/۵ ٪ (۱۹۳ نفر) از این دانشجویان مجرد بودند و همه آن‌ها در مقطع کارشناسی تحصیل می‌کردند. آزمودنی‌ها از پنج دانشکده علوم پایه، ریاضی و آمار، ادبیات و علوم انسانی، کشاورزی و منابع طبیعی و فنی مهندسی انتخاب شدند.

رابطه‌ی بین مسئولیت‌پذیری، آمیختگی فکر- عمل و اجتناب تجربی با علائم وسواسی- اجباری در جدول ۱ آورده شده است.

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود بین آمیختگی فکر-عمل، اجتناب تجربی و مسئولیت‌پذیری با علائم وسواسی- اجباری در سطح p<۰/۰۱ رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری وجود دارد. برای تعیین ارتباط و وزن هر یک از متغیرهای پیش‌بین، نمره‌های آمیختگی فکر-عمل، اجتناب تجربی و مسئولیت‌پذیری به‌عنوان متغیر پیش‌بین و نمره مقیاس وسواسی- اجباری به‌عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند. برای انجام تحلیل رگرسیون از آزمون آماری ضریب رگرسیون چندگانه روش گام به گام و ضرایب بتا استفاده شد که نتایج در جدول ۲ ارائه شده است. با توجه به نتایج تحلیل واریانس و شاخص‌های آماری ضریب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین بر

جدول ۱- ماتریس ضرایب همبستگی پیرسون مسئولیت‌پذیری، آمیختگی فکر-عمل و اجتناب تجربی با علایم وسواسی- اجباری

	۱	۲	۳	۴
۱- مسئولیت‌پذیری	۱			
۲- آمیختگی فکر-عمل	**۰/۴۱	۱		
۳- اجتناب تجربی	**۰/۲۹	**۰/۴۱	۱	
۴- علایم وسواس	**۰/۳۹	**۰/۴۸	**۰/۴۴	۱

*p<۰/۰۵ **p<۰/۰۱

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

جدول ۲- شاخص‌های آماری رگرسیون مؤلفه‌های پیش‌بین علائم وسواسی-اجباری

متغیرها	B	SEB	β	t
مقدار ثابت	-۰/۴۹	۳/۶۹		-۰/۱۳
آمیختگی فکر-عمل	۰/۰۱۴	۰/۰۰۳	۰/۲۹	**۰۴/۳۸
اجتناب تجربی	۰/۳۸	۰/۰۹	۰/۲۶	**۰۴/۱۰
مسئولیت پذیری	۰/۱۰	۰/۰۳۶	۰/۱۹	**۰۲/۹۸

*p<۰/۰۵ **p<۰/۰۱

علائم وسواسی-اجباری ($R=۰/۵۸$، $R^2=۰/۳۳$، $R\ Adj=۰/۳۲$) بود.

در جدول ۲ قابل مشاهده است که آمیختگی فکر-عمل، اجتناب تجربی و مسئولیت‌پذیری می‌توانند ۳۳ درصد از پراکندگی‌های علائم وسواس را به‌صورت معنی‌دار پیش‌بینی نمایند ($p<۰/۰۰۱$) هم‌چنین در صورت تعمیم نمونه مورد بررسی به جامعه‌ی اصلی نیز متغیرهایی پیش‌بین توان تبیین ۳۲٪ از واریانس علائم وسواسی-اجباری را دارند. برای تعیین سهم تفکیکی هریک از متغیرهای پیش‌بین (آمیختگی فکر-عمل، اجتناب تجربی و مسئولیت‌پذیری) در پیش‌بینی پراکندگی‌های متغیر ملاک (علائم وسواسی-اجباری) از ضریب بتا استفاده شد. نتایج حاکی از آن است که آمیختگی فکر-عمل با ضریب بتای (۰/۲۹) و خطای استاندارد ۰/۰۰۳، اجتناب تجربی با ضریب بتای (۰/۲۶) و خطای استاندارد ۰/۰۹ و مسئولیت‌پذیری با ضریب بتای (۰/۱۹) و خطای استاندارد ۰/۰۳ قادر هستند علائم وسواسی-اجباری را تبیین نمایند. به‌این‌ترتیب هرقدر آمیختگی فکر-عمل، اجتناب تجربی و مسئولیت‌پذیری بیشتر باشد، علائم وسواسی-اجباری افزایش خواهد یافت.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی ارتباط مؤلفه‌ی شناختی (مسئولیت‌پذیری)، فراشناختی (آمیختگی فکر-عمل) و هیجانی (اجتناب تجربی) با علائم وسواسی – اجباری و برای تعیین وزن هر یک از این متغیرها در پیش‌بینی علائم وسواسی -اجباری انجام شد. این پژوهش بر پایه پژوهش‌های انجام شده در سال‌های اخیر در زمینه علّت شناسی OCD انجام شده است.

نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که قوی‌ترین متغیر پیش‌بینی کننده برای علائم وسواس فکری - عملی آمیختگی فکر-عمل بود که ۲۳ درصد از واریانس علائم وسواس فکری -عملی را تبیین کرده است. این یافته با نتایج تحقیق راچمن و همکاران (۴۴)، میرز و ولز (۴۱)، جی ویلیام و همکاران (۴۰)، پورفرج عمران، هاشمی و خانجانی (۴۵) و شیرین‌زاده دستگیری و همکاران (۴۶) و با الگوی فراشناختی ولز (۱۶) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که در مدل فراشناختی، یک راه‌انداز که اغلب یک فکر مزاحم، تردید و یا یک هیجان و احساس مزاحم است، باورهای فراشناختی مرتبط را فعال می‌کند. براساس نظریه ولز، وقوع افکار وسواسی زمانی تهدیدکننده تلقی می‌شود که منجر به برانگیختن باورهای فراشناختی درباره معنای آن افکار شوند. این باورها شامل آمیختگی فکر-رویداد، آمیختگی فکر –عمل و آمیختگی فکر-شیء است (۲۴، ۲۵). در پی این فرآیندهای فراشناختی، برای مقابله با خطر ادراک‌شده، راهبردهایی خاص (سرکوب فکر، خنثی‌سازی، وارسی و استدلال ذهنی) فعال می‌شوند.

یافته‌ی دیگر پژوهش حاکی از آن بود که اجتناب تجربی به‌طور معناداری قادر به پیش‌بینی علائم وسواس است. این یافته همسو با حجم فزاینده‌ای از پژوهش‌ها است که نشان می‌دهند اجتناب تجربی با افسردگی، سوءمصرف مواد، اضطراب، وحشت‌زدگی، وسواس‌های فکری و وسواس‌های عملی، اختلال مو کنی، نشانه‌های استرس پس از سانحه و کاهش کیفیت زندگی همراه می‌باشند (۳۱، ۳۲). همچنین این یافته با نظریه و

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

پژوهش‌های کنترل ذهنی عمدی وگنر (۴۷) همسو می‌باشد. وگنر و همکاران دریافتند که تلاش عمدی برای بازداری افکار ناخواسته، بلافاصله یا کمی پس از توقف تلاش‌های بازداری، به‌طور متناقضی فراوانی و کیفیت پریشان‌زایی افکار ناخواسته را افزایش می‌دهد (۴۸).

در تبیین این یافته باید خاطر نشان کرد که بر طبق دیدگاه ACT علائم وسواس، به‌واسطه‌ی اجتناب از تجارب روانی از قبیل شک و تردید، اضطراب و نگرانی تداوم پیدا می‌کنند. از دیدگاه ACT، افکار و احساسات نیستند که مسئله‌ی ایجاد می‌کنند، بلکه سعی و کوشش برای کنترل آن‌ها یا اجتناب از آن‌هاست که مسئله‌ساز می‌شود (۴۹). هیز معتقد است که اجتناب از درد و ناراحتی می‌تواند در جهان مادی و فیزیکی کارساز باشد، اما اجتناب از تجارب خصوصی و درونی (افکار، هیجان‌ها، تکانه‌ها و احساس‌ها) ثمری ندارد (۵۰). در مورد اختلال‌های اضطرابی رویکرد ACT بر این عقیده مبتنی است که اختلال‌های اضطرابی از طریق اجتناب هیجانی یا تجربی شکل می‌گیرند و اجتناب تجربی به‌صورت تمایل برای درگیری در رفتارها به‌منظور تغییر فراوانی، مدت یا تغییر رویدادهای خصوصی زندگی (احساس‌ها، افکار، رویدادهای فیزیولوژیک و خاطرات) تعریف شده است (۱۷).

در نهایت نتایج پژوهش نشان داد که از بین متغیرهای پیش‌بین مسئولیت‌پذیری کمترین وزن را در پیش‌بینی علائم وسواسی-اجباری دارد. در تبیین این یافته باید بیان داشت که الگوی سالکووسکیس فرض می‌کند که ارزیابی‌ها و باورهای مسئولیت‌پذیری افراطی، ویژگی‌های هسته‌ای افکار وسواسی‌اند (۱۸). در بسیاری از مطالعات ارزیابی‌ها و باورهای مسئولیت با مقیاس‌های خودسنجی نشانه‌های وسواس همبستگی معناداری دارند (۵۱-۵۴). همچنین شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد مبتلایان به وسواس در مقایسه با گروه‌های کنترل غیر وسواس در مقیاس‌های احساس مسئولیت برای آسیب، به‌طور معناداری نمره‌ی بالاتری کسب می‌کنند (۵۵، ۵۶). با این حال مسئولیت ادراک‌شده صرفاً مقدار کمی از واریانس نشانه‌های وسواسی خاص را تبیین می‌کند، هرچند این مقدار کم، معنادار است (۵۳، ۵۷).

علاوه بر این مک‌کبین و سمپسون (۲۰۰۶) در بازبینی پژوهش‌های انجام شده پیرامون مسئولیت‌پذیری دریافتند که یافته‌های مربوط به اهمیت سازه مسئولیت‌پذیری چندان قابل استناد نیستند. افزون بر این، گوناگون بودن نشانه‌های دیده شده در OCD، الگوهای مختلف همایندی با اختلال‌های دیگر مانند اضطراب و افسردگی، تغییر پذیری در سن شروع اختلال و ناهماهنگی در میزان آگاهی افراد از جریان هوشیاری‌شان گویای ناهمگرایی سبب‌شناختی OCD هستند (۵۸). همسو با این یافته که مسئولیت‌پذیری در تبیین علائم وسواس نسبت به سایر متغیرهای نقش کمتر دارد در ایران نیز شیرین‌زاده دستگیری و همکاران طی پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که با کنترل مسئولیت‌پذیری و نگرانی، گروه‌های وسواسی و اضطراب منتشر در باورهای فراشناختی با گروه بهنجار تفاوت معناداری دارند، امّا با کنترل باورهای فراشناختی و نگرانی، گروه‌های وسواس، اضطراب منتشر و افراد بهنجار در باور مسئولیت‌پذیری تفاوت معناداری نداشتند (۴۶). افزون بر این، یافته حاضر همسو با الگوی فراشناختی وسواس ولز است، که مسئولیت‌پذیری را یک ویژگی ناشی از باورهای فراشناختی بنیادین و پیوند دهندهٔ افکار مزاحم و اعمال وسواسی به هم می‌داند و از این رو تنها توجه به مسئولیت‌پذیری در سبب‌شناسی و درمان اختلال وسواسی -اجباری کمک چندان زیادی به دانش موجود در این زمینه نخواهد کرد (۴۰).

نتایج این پژوهش می‌تواند رهنمودهای بالینی در درمان اختلال وسواسی-اجباری داشته باشد. هرچند که مشخص شده است که درمان رویارویی به همراه جلوگیری از پاسخ (ERP) (Exposure with ritual prevention) و درمان رویارویی به همراه جلوگیری از پاسخ به همراه شناخت درمانی (ERP- CT (ERP with cognitive procedures) درمانی مؤثر در برای اکثر بیماران مبتلا به اختلال وسواس است (۵۹) با این حال این درمان دارای

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

محدودیت‌هایی است. یکی از این محدودیت‌ها این است که بیمارانی هستند که یا اصلاً به درمان پاسخ نمی‌دهند یا میزان پاسخ‌دهی‌شان به درمان بسیار اندک است (۶۰). محدودیت عمده‌ی دیگر درمان رویارویی به همراه جلوگیری از پاسخ نرخ ترک درمان (Dropout rate) است که ۲۵٪ برآورد شده است (۵۹). همچنین بسیاری از بیماران وسواسی چون با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ مشکل دارند اصلاً به دنبال درمان نمی‌روند (۶۱). در نهایت، OCD یک اختلال پیچیده است که اکثریت بیماران مبتلا به آن نیز همزمان اختلالات خلق تک‌قطبی، سایر اختلالات اضطرابی یا اختلالات مصرف مواد را دارند (۵۹) بنابراین نیاز به توسعه روش‌های جدید برای درمان اختلال وسواس (OCD) وجود دارد. طبق یافته‌هایی این پژوهش استفاده از درمان فراشناختی ولز و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان اختلال وسواسی-اجباری توصیه می‌شود.

این پژوهش بر روی گروهی از دانشجویان دانشگاه ملایر انجام شد. تعمیم یافته‌ها به جامعه عمومی بر پایه یافته‌های به دست آمده از این پژوهش باید با احتیاط انجام شود. هم‌چنین، به دلیل انجام پژوهش بر روی جمعیت دانشجویی بهنجار، امکان تعمیم یافته‌های آن به جامعه بالینی وجود ندارد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده در زمینه آسیب‌شناسی علائم وسواسی-اجباری در گروه‌های سنی گوناگون انجام شود. هم‌چنین توصیه می‌شود متغیرهای دیگری مانند باورهای فراشناختی مربوط به کنترل فکر و باورهای فراشناختی مربوط به لزوم انجام آیین‌مندی‌ها و رفتارهای خنثی‌ساز (۶۲) و همجوشی شناختی (۲۷) در پژوهش‌ها وارد شوند.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از دانشجویان دانشگاه ملایر که بی‌هیچ چشم‌داشتی به تکمیل پرسشنامه‌ها پرداختند قدردانی می‌شود.

منابع

1. Kessler R, Ruscio A, Shear K, Wittchen HU. Epidemiology of Anxiety Disorders. In: Stein MB, Steckler T, editors. Behavioral Neurobiology of Anxiety and Its Treatment. Current Topics in Behavioral Neurosciences. 2: Springer Berlin Heidelberg; 2010. p. 21-35.

2. Mohammadi MR, Rahgozar M, Bagheri Yazdi A, Naghavi HR, Pour Etemad HR, Amini H, et al. Epidemiological Study of Psychiatric Disorders in Tehran Province. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2003;9(2):4-13.

3. Rapoport JL, Swedo SE, Leonard HL. Childhood obsessive compulsive disorder. Journal of Clinical Psychiatry. 1992;53(4, Suppl):11-6.

4. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. The Journal of clinical psychiatry. 1994;55 Suppl:5-10.

5. Adam Y, Meinlschmidt G, Gloster A, Lieb R. Obsessive–compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2012;47(3):339-49.

6. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. Mol Psychiatry. 2010;15(1):53-63.

7. Koran LM, Thienemann ML, Davenport R. Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. The American Journal of Psychiatry. 1996;153(6):783-8.

8. Steketee G, Grayson JB, Foa EB. A comparison of characteristics of obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. Journal of Anxiety Disorders. 1987;1(4):325-35.

9. Leon AC, Portera L, Weissman MM. The social costs of anxiety disorders. The British Journal of Psychiatry. 1995;166(Suppl 27):19-22.

10. Calvocoressi L, Lewis B, Harris M, Trufan SJ, Goodman WK, McDougle CJ, et al. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. American Journal of Psychiatry. 1995;152(3):441-3.

11. Emmelkamp PM, de Haan E, Hoogduin CA. Marital adjustment and obsessive-compulsive disorder. The British Journal of Psychiatry. 1990; 156(1):55-60.

12. Riggs DS, Hiss H, Foa EB. Marital distress and the treatment of Obsessive Compulsive Disorder. Behavior Therapy. 1992;23(4):585-97.

13. Samuels J, Joseph Bienvenu Iii O, Riddle MA, Cullen BAM, Grados MA, Liang KY, et al. Hoarding in obsessive compulsive disorder: results from a case-control study. Behaviour Research and Therapy. 2002;40(5):517-28.

14. Lopez AD, Murray CCJL. The global burden of disease, 1990-2020. Nat Med. 1998;4(11):1241-3.

15. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

problems: A cognitive-behavioural analysis. Behaviour Research and Therapy. 1985;23(5):571-83.

16. Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. Chicheste: Wiley; 2000.

17. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindfulchange. New York: Guilford Press; 2012.

18. Clark DA. Cognitive-behavioral therapy for OCD. New York: Guilford Press; 2004.

19. Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive—compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy. 1999;37(Supplement 1(0): S29-S52.

20. Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. Behaviour Research and Therapy. 1989;27(6):677-82.

21. Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. Behaviour Research and Therapy. 1996;34(11–12):881-8.

22. Purdon C, Clark DA. Metacognition and obsessions. Clinical Psychology & Psychotherapy. 1999;6(2):102-10.

23. Shafran R, Rachman S. Thought-action fusion: a review. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2004;35(2):87-107.

24. Wells A. Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide. Chichester: Wiley; 1997.

25. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford Press; 2009.

26. Berle D, Starcevic V. Thought-action fusion: review of the literature and future directions. Clinical psychology review. 2005 May;25(3):263-84

27. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior therapy. 2004;35(4):639-65.

28. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. Journal of consulting and clinical psychology. 1996;64(6): 1152-68.

29. Boulanger JL, Hayes SC, Pistorello J. Experiential Avoidance as a Functional Contextual Concept. In: Kring AM, Sloan DM, editors. Emotion regulation and psychopathology: a transdiagnostic approach to etiology and treatment. New York: Guilford Press; 2010. p. 107-36.

30. Eifert GH, Forsyth JP, Arch J, Espejo E, Keller M, Langer D. Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. Cognitive and Behavioral Practice. 2009;16(4):368-85.

31. Chawla N, Ostafin B. Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: an empirical review. Journal of clinical psychology. 2007 Sep;63(9):871-90.

32. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG, Bissett RT, Pistorello J, Toarmino D, et al. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. The Psychological Record. 2004; 54(4):553-78.

33. Mohammadi A, Zamani R, Fata L. Validation of the Persian Version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised in a Student Sample. Psychological research. 2008;11(1 & 2):66-78.

34. Wu KD, Watson D. Further investigation of the Obsessive-Compulsive Inventory: psychometric analysis in two non-clinical samples. Journal of Anxiety Disorders. 2003;17(3):305-19.

35. Salkovskis PM, Wroe AL, Gledhill A, Morrison N, Forrester E, Richards C, et al. Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy. 2000;38(4):347-72.

36. Arntz A, Voncken M, Goosen ACA. Responsibility and obsessive–compulsive disorder: An experimental test. Behaviour Research and Therapy. 2007;45(3):425-35.

37. Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, Langner R, Kichic R, Hajcak G, et al. The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. Psychological Assessment. 2002;14(4):485-96.

38. Foa EB, Kozak MJ, Salkovskis PM, Coles ME, Amir N. The validation of a new obsessive–compulsive disorder scale: The Obsessive–Compulsive Inventory. Psychological Assessment. 1998;10(3):206-14.

39. Salavati M. The study of responsibility attitude in obssecive–compulsive disorder patients. Tehran psychitric Institue: Iran University; 2003.

40. Gwilliam P, 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(2):137-44.

41. Myers SG, Wells A. Obsessive-compulsive symptoms: the contribution of metacognitions and responsibility. J Anxiety Disord. 2005;19(7):806-17.

42. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behav Ther. 2011 Dec;42(4):676-88.

43. Abasi E, Fti L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian Version of Acceptance and Action Questionnaire –II. 2013; 2(2): 65-80.

44. Rachman S, Shafran R, Mitchell D, Trant J,

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

Teachman B. How to remain neutral: An experimental analysis of neutralization. Behaviour research and therapy. 1996;34(11–12):889-98.

45. Pourfaraj Omran M, Hashemi T, Khanjani Z. A Comparison between the sense of responsibility and thought-action fusion in obsessive compulsive and generalized anxiety disorders. Advances in Cognitive Sceince. 2013;14(4):49-56.

46. Shirinzadeh Dastgiri S, Gudarzi MA, Ghanizadeh A, Taghavi SMR. Comparison of Metacognitive and Responsibility Beliefs in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder, Generalized Anxiety Disorder and Normal Individuals. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2008;14(1):46-55.

47. Wegner DM. Ironic processes of mental control. Psychological Review. 1994;101(1):34-52.

48. Wegner DM, Schneider DJ, Carter SR, White TL. Paradoxical effects of thought suppression. Journal of Personality and Social Psychology. 1987;53(1):5-13.

49. Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. Increasing willingness to experience obsessions: acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. Behav Ther. 2006 Mar;37(1):3-13.

50. Hayes SC, Smith S. Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy: New Harbinger Publications; 2005.

51. Rhéaume J, Freeston MH, Dugas MJ, Letarte H, Ladouceur R. Perfectionism, responsibility and Obsessive-Compulsive symptoms. Behaviour Research and Therapy. 1995;33(7):785-94.

52. Rhéaume J, Ladouceur R, Freeston M, Letarte H. Inflated responsibility in obsessive-compulsive disorder: Psychometric studies of a semiidiographic measure. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 1994;16(4):265-76.

53. Wilson KA, Chambless DL. Inflated perceptions of responsibility and obsessive–compulsive symptoms. Behaviour Research and Therapy. 1999;37(4):325-35.

54. Smári J, Hólmsteinsson H, oacute, Eidur l. Intrusive thoughts, responsibility attitudes, thought–action fusion, and chronic thought suppression in relation to obsessive–compulsive symptoms. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2001; 29(01):13-20.

55. Salkovskis PM, Wroe A, Gledhill A, Morrison N, Forrester E, Richards C, et al. Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy; Behaviour Research and Therapy. 2000;38:347-72.

56. Steketee G, Frost RO, Cohen I. Beliefs in Obsessive-Compulsive Disorder. Journal of Anxiety Disorders. 1998;12(6):525-37.

57. Emmelkamp PMG, Aardema A. Metacognition, specific obsessive–compulsive beliefs and obsessive–compulsive behaviour. Clinical Psychology & Psychotherapy. 1999; 6(2):139-45.

58. McCubbin RA, Sampson MJ. The relationship between obsessive–compulsive symptoms and appraisals of emotional states. Journal of anxiety disorders. 2006;20(1):42-57.

59. Abramowitz JS, Taylor S, McKay D. Obsessive-compulsive disorder. The Lancet. 2009;374(9688):491-9.

60. Keeley ML, Storch EA, Merlo LJ, Geffken GR. Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive–compulsive disorder. Clinical Psychology Review. 2008; 28(1):118-30.

61. Twohig MP, Hayes SC, Plumb JC, Pruitt LD, Collins AB, Hazlett-Stevens H, et al. A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2010;78(5):705-16.

62. Fisher PL, Wells A. Experimental modification of beliefs in obsessive–compulsive disorder: a test of the metacognitive model. Behaviour Research and Therapy. 2005;43(6):821-9.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

The role of thought Action Fusion, experiential avoidance and responsibility in predicting symptoms of obsessive – compulsive in non-clinical population

Javad Karimi, Assistant Professor, Department of Psychology, University of Malayer, Malayer, Iran
(*Corresponding author). dr.karimi10@yahoo.com
Behruz Ahmadniya, Department of Psychology, University of Malayer, Malayer, Iran.
bahmadniya@yahoo.com

Abstract

Background: The aim of the current study is to investigate the relationship of thought Action Fusion, experiential avoidance and responsibility with obsessive–compulsive Symptoms in nonclinical population.

Methods: A sample of 200 students of Malayer University was selected through convenience sampling method and completed the following questionnaires: Thought Fusion Instrument (TFI), Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II), Responsibility Attitude Scale Obsessive-Compulsive Inventory-Revised. Data were analyzed using Pearson correlation and multiple regression analysis.

Results: Results from stepwise regression showed that thought Action Fusion, experiential avoidance and responsibility entered in the model as predictors. Predictors had different weights in predicting symptoms. Predictive equation is reported for obsessive-compulsive symptoms in students.

Conclusion: Based on the research results use of metacognitive therapy and acceptance and commitment therapy in the treatment of OCD is suggested.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, Thought Action Fusion, Experiential avoidance, Responsibility

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]