

## مقایسه مؤلفه‌های فراشناخت در نوجوانان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی

احمدحسن زاده<sup>\*</sup>، پرویز شریفی درآمدی<sup>\*\*</sup> و فرامرز سهرابی<sup>\*\*\*</sup>  
چکیده

هدف این پژوهش بررسی مقایسه‌ای مؤلفه‌های فراشناخت در نوجوانان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی بود. روش پژوهش از نوع علی - مقایسه‌ای بود، به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس نمونه‌ای به حجم ۶۰ نفر انتخاب شد، به صورتی که ۳۰ نوجوان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی بودند (از میان افراد مراجعه کننده به درمانگاه‌های روان‌پزشکی بیمارستان‌های امام حسین (ع) و روزبه شهر تهران) و ۳۰ نوجوان غیرمبتلا به اختلال مذکور بودند (از میان دانش‌آموزان شهر تهران). برای جمع‌آوری داده‌ها از تشخیص روان‌پزشک و مصاحبه بالینی سازمان یافته مطابق با چهارمین نسخه بازنگری شده راهنمای آماری و تشخیص اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکان آمریکا، فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت ولز و کارترایت - هاتون و پرسشنامه وسواس فکری - عملی مادزلی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون T دو گروه مستقل تحلیل شدند. نتایج نشان داد که فراشناخت نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی در مقایسه با نوجوانان غیرمبتلا به این اختلال متفاوت است و تنها در مؤلفه مربوط به لزوم کنترل افکار در دو گروه تفاوتی مشاهده نشد. با توجه به نتایج به دست آمده، باورهای فراشناخت در مهم جلوه دادن افکار، احساسات، لزوم انجام دادن آیین‌مندی‌های وسواسی و همچنین در نگهداری، پایداری و تشدید نشانه‌های بیماری در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی نقشی مهم را ایفا می‌کنند.

### کلید واژه‌ها

باورهای فراشناختی؛ اختلال وسواس فکری - عملی؛ نوجوان

\*. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد مشاوره از دانشگاه علامه طباطبایی hasanzadeh\_a63@yahoo.com

\*\* . دانشیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علامه طباطبایی

\*\*\* دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی

تاریخ پذیرش: ۹۱/۲/۲۷

تاریخ دریافت: ۹۰/۲/۲۰

## مقدمه

پردازش اطلاعات و شناخت انسان به وسیله عوامل هیجانی یا عاطفی و عوامل فراشناختی<sup>۱</sup> تحت تأثیر قرار می‌گیرد. فراشناخت وظیفه کنترل و تنظیم شناخت ما را به عهده دارد و به عنوان هرگونه دانش یا فرایندی تعریف شده که در ارزیابی، نظارت یا کنترل شناخت مشارکت دارد. از طرف دیگر، فراشناخت یکی از متغیرهای مهمی است که در اختلالات اضطرابی نقش عمده‌ای دارد و در افراد مبتلا به اختلالات مذکور آسیب جدی می‌بیند (ولز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). در توضیح فراشناخت، فلاول<sup>۳</sup> (۱۹۷۹) آن را به صورت «فرایند تفکر درباره تفکر» تعریف کرده است.

کلارک<sup>۴</sup> (۲۰۰۴) در چهارچوب نظریه‌های شناختی معتقد است که افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی<sup>۵</sup> در تفسیر اهمیت «رویدادهای شناور ذهنی<sup>۶</sup>» نظیر افکار مزاحم و ناخواسته، دچار اشتباه یا بینش تخمینی می‌شوند و هنگامی که فرد به چنین افکاری بیش از اندازه اهمیت می‌دهد این افکار به وسواس‌های فکری تبدیل شده و وسواس‌های فکری نیز می‌توانند به وسواس‌های عملی منجر شوند. اما از دیدگاه فراشناختی، باورهای فراشناختی ناکارآمد، احتمالاً عنصر محوری در تمام اختلال‌هایی هستند که در آن‌ها افکار مزاحم ناپه‌نجار دخالت دارند. بنابراین، آن‌ها می‌توانند کاربرد ویژه‌ای در فهم مکانیسم‌های درگیر در اختلال وسواس فکری - عملی داشته باشند (فلاول، ۱۹۷۹، به نقل از پوردون<sup>۷</sup> و کلارک، ۱۹۹۹).

همچنین درباره تفاوت درمان‌های شناختی - رفتاری با درمان‌های فراشناختی می‌توان گفت که در درمان شناختی - رفتاری به تغییر محتوای افکار و باورهای شخص درباره درست بودن این محتوا اقدام می‌کند. در مقابل، درمان فراشناختی با شیوه تفکر افراد سر و کار دارد و معتقد است که مشکلات افراد، نتیجه سبک تفکر انعطاف‌ناپذیر و تکراری در واکنش به افکار،

- 
1. meta-cognitive
  2. Wells
  3. Flavell
  4. Clark
  5. Obsessive Compulsive Disorder (OCD)
  6. mental flotsam
  7. Purdon

احساسات و باورهای منفی است و بر تغییر این سبک پردازش بی‌ثمر<sup>۱</sup> تأکید می‌کند (ولز، ۱۳۸۸).

ولز و ماتیوز<sup>۲</sup> (۱۹۹۴) نقش فراشناخت در تحول و حفظ اختلالات اضطرابی را از طریق مدل پردازش اطلاعات توسعه دادند. همچنین، مدل کنش اجرایی خود تنظیمی<sup>۳</sup> (ولز و ماتیوز ۱۹۹۶) چهارچوب شناختی برای فهم چگونگی سطوح و مؤلفه‌های چندگانه تعامل شناخت و رفتار در پایداری اختلالات اضطرابی فراهم کرده است. طبق این مدل، مشکل اصلی در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی باورهای فراشناختی مختل است. برای بسیاری از افراد، تجربه ناراحتی هیجانی، گذرا و کوتاه مدت است، چون راه‌های مقابله‌ای انعطاف‌پذیر در برابر عقاید منفی ساخته ذهن (مانند افکار و باورها) را آموخته‌اند. رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آن‌ها به الگوی خاصی از پاسخ‌دهی<sup>۴</sup> به تجربه‌های درونی<sup>۵</sup> منجر می‌شود. این الگو «سندرم شناختی - توجهی<sup>۶</sup>» خوانده می‌شود که نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت شده<sup>۷</sup> و راهبردهای خودتنظیمی<sup>۸</sup> یا رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه را شامل است (ولز، ۱۳۸۸).

ولز و ماتیوز (۱۹۹۶) و ولز (۲۰۰۰) در زمینه وسواس نظریه فراشناختی ارائه کرده‌اند که ترکیبی از نظریه‌های طرحواره‌ای و نظریه پردازش اطلاعات است و بر باورهایی تأکید می‌کند که فرد درباره نظام پردازش خویش دارد. بر پایه الگوی فراشناختی، افکار وسواسی به دلیل باورهای فراشناختی درباره معنی یا پیامدهای خطرناک داشتن چنین افکاری، به صورت منفی تفسیر می‌شوند. به دو زمینه کلی درباره باورها در این الگو تأکید شده است. به حوزه اول در سه بعد توجه شده است. الف- در هم آمیختگی فکر - عمل<sup>۹</sup>: به آمیختگی بین افکار و اعمال

- 
1. unhelpful
  2. Matthews
  3. Self-Regulatory Executive Function modle (S-REF)
  4. responding
  5. monitors
  6. Cognitive Attentional Syndrome (CAS)
  7. fixated attention
  8. self - reglatory strategies
  9. thought - action fusion

اشاره می‌کند (راچمن و شافران<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹)؛ ب- در هم آمیختگی فکر - رویداد<sup>۲</sup>: به باورهایی اشاره دارد که یک فکر می‌تواند شواهدی از وقوع یک رویداد باشد (ولز، ۱۹۹۷)؛ ج- در هم آمیختگی فکر - شیء<sup>۳</sup>: این باور که، احساسات و افکار مزاحم به دیگر اشیاء منتقل شده و از راه اشیاء آلوده به اشیاء یا افراد دیگر منتقل می‌شوند (ولز، ۲۰۰۰). نوع اخیر ممکن است بیشتر در وسواس آلودگی دیده شود (پوردون و کلارک، ۱۹۹۹). حوزه دوم، در برگیرنده باورهای مرتبط با پاسخ‌ها و آیین‌مندی‌های به کار برده شده برای خنثی‌سازی پیامدهای افکار مزاحم است. برای نمونه، باور فراشناختی کلی، مانند نیاز به کنترل رفتار برای دور کردن پیامدهای منفی (ولز، ۲۰۰۳). افکار وسواسی، باورهای فراشناختی را در ارتباط با معنای فکر فعال می‌کنند. در این زمان، افراد باورهایی درباره مفید بودن پاسخ‌های رفتاری دارند و معتقد هستند که این پاسخ‌ها می‌توانند به آن‌ها کمک کنند تا خطرهای ارزیابی شده‌ای را که به واسطه افکار وسواسی به وجود آمده‌اند، به حداقل برسانند (ولز و ماتیوز، ۱۹۹۴).

یافته‌های پژوهشی زیادی از نقش باورهای فراشناختی در مبتلا شدن به اختلال وسواس فکری - عملی حمایت می‌کنند. پوردون و کلارک (۱۹۹۴) دریافتند که باورهای فراشناختی از علامت‌شناسی مهم اختلال وسواس به حساب می‌آیند. دیوی<sup>۴</sup> و همکاران (۱۹۹۶) متوجه شدند اعتقاد به این که نگرانی به تفکر تحلیلی کمک می‌کند، با اضطراب صفت، نگرانی آسیب‌شناختی، افسردگی و اضطراب، همبستگی مثبت معناداری دارد. همچنین باورهای بیمار درباره مهارناپذیری افکار با نشانه‌های اختلال وسواس ارتباط دارد. مطابق با یافته‌های کارترایت - هاتن<sup>۵</sup> و ولز (۱۹۹۷)، همه مقیاس‌های فرعی پرسش‌نامه فراشناخت<sup>۶</sup>، همبستگی مثبت و معناداری با چک کردن وسواس گونه و افکار وسواسی داشت. ولز و پاپاگورجیو<sup>۷</sup> (۱۹۹۸) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که فراشناخت به طور معناداری نشانه‌های وسواس

- 
1. Rachman & Shaffran
  2. thought-event fusion
  3. thought-object fusion
  4. Davey
  5. Cartwright-Hatton
  6. Meta-Cognition Questionnaire (MCQ)
  7. Papageorgiou

فکری - عملی را پیش‌بینی می‌کند. همچنین سالکوسکیس<sup>۱</sup> (۱۹۹۸) بیان می‌کند افراد مبتلا به اختلال وسواس باورهای مختلفی مانند سرزنش کردن خود، احساس مسئولیت افراطی و اشتغال ذهنی درباره وقوع آسیب برای خود و دیگران دارند. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد آمیختگی فکر - عمل در وسواس‌های بالینی نقش مهمی را ایفا می‌کند (راچمن و شافران، ۱۹۹۹). کلارک (۲۰۰۴) در این زمینه بیان می‌کند که باورها و ارزیابی‌های غلط از مهار افکار مزاحم، عوامل فراشناختی مهمی در پایداری اختلال وسواس هستند. از سوی دیگر، مایرز<sup>۲</sup> و ولز (۲۰۰۵) بین فراشناخت و شدت نشانه‌های اختلال وسواس فکری - عملی ارتباط مثبت معناداری به دست آوردند. در پژوهشی دیگر، مونتز و آلوارز<sup>۳</sup> (۲۰۰۶) دریافتند که باورهای فراشناختی بیماران وسواسی از افراد سالم مختل‌تر است و باورهای فراشناختی مختل‌تری مهم در باورهای خرافی و افکار جادویی این بیماران نقش مهم دارد.

با توجه به موارد مذکور، یکی از گام‌های اساسی در درمان وسواس این است که بیماران در جهت مدل فراشناختی تغییر مسیر دهند، به گونه‌ای که آن‌ها از نقش عقاید و باورهای فراشناختی در این زمینه آگاهی بیشتری پیدا کنند، و به جای ممانعت از افکار وسواسی، با عقاید و ارزیابی‌های مربوط به افکار وسواسی چالش شود، زیرا بسیاری از بیماران از دخالت و نقش عقاید فراشناختی در مشکلات کنونی خود آگاهی ندارند.

مطالعات مختلف درباره بیماران بزرگسال مبتلا به این اختلال نشان داده که تقریباً ۶۶٪ از آن‌ها اولین علائم را قبل از سن هجده سالگی تجربه کرده‌اند (کارنو<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۸۸؛ راپاپورت<sup>۵</sup>، ۱۹۸۹). مطالعات مقدماتی هم در این زمینه نشان می‌دهد که پاره‌ای از علائم قطعی این اختلال در سنین بین سه تا چهار سال دیده شده که البته بسیار نادر است. با مطالعه در میان کودکان و نوجوانان ارجاعی با علائم وسواسی سن بیماری بین نه الی سیزده سالگی بیان شده و زمان شروع در دختران و پسران تقریباً یکسان است (تامسن، ۱۳۸۱).

در بعضی از موارد، وسواس فکری - عملی در کودکان و نوجوانان همانند بزرگسالان

- 
1. Salkovskis
  2. Myers
  3. Monets & Alvarez
  4. Karno
  5. Rapoport

است. چنانچه این وسواس درمان نشود، نه تنها باعث ناراحتی و استرس بیشتر می‌شود، بلکه ممکن است موجب اختلالاتی در امور تحصیلی، روابط طبیعی اجتماعی و رشد عاطفی شود. وقتی شدت این بیماری در فرد بیشتر باشد، هم کلاسی‌های دانش‌آموز او را به مسخره گرفته و باعث آزار او می‌شوند. عاقبت فرد منزوی شده و از مدرسه گریزان می‌شود (ویل و ویلسون، ۱۳۸۵).

با توجه به موارد مذکور، درباره این که عمدتاً زمان بروز علائم وسواسی مصادف با شروع دوران نوجوانی است و تأثیر مخرب این اختلال بر امور تحصیلی و با عنایت به اینکه بیشتر بررسی‌های انجام شده در زمینه فراشناخت در میان افراد بهنجار و بیماران بزرگسال انجام شده است. بنابراین، محقق این نیاز را احساس کرد که مؤلفه‌های فراشناخت نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی را در مقایسه با نوجوانان غیرمبتلا به این اختلال مقایسه کند، تا با هدایت مداخلات درمانی در جهت تغییر فراشناخت‌های مختل نوجوانان وسواسی، به اهداف درمانی دست یافت. لذا، در این پژوهش، محقق به دنبال پاسخگویی به این سؤال اصلی بود که آیا بین مؤلفه‌های فراشناخت در نوجوانان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی تفاوت وجود دارد؟ بر این اساس، هدف پژوهش حاضر مقایسه هر یک از مؤلفه‌های فراشناخت در دو گروه و سنجش میزان تأثیر هر یک از مؤلفه‌های فراشناخت در ایجاد و شدت اختلال در افراد نمونه است، تا بدین وسیله سهم هر یک از مؤلفه‌های فراشناخت به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین در ایجاد اختلال وسواس فکری - عملی مشخص شود.

به‌منظور رسیدن به اهداف، فرضیه‌های زیر تدوین شد.

**فرضیه اصلی:** بین مؤلفه‌های فراشناخت در نوجوانان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی تفاوت وجود دارد.

### فرضیه‌های فرعی

۱. بین مؤلفه باورهای مثبت درباره نگرانی در نوجوانان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی تفاوت وجود دارد.
۲. بین مؤلفه باورهای منفی درباره کنترل‌ناپذیری و خطر نگرانی در نوجوانان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی تفاوت وجود دارد.

۳. بین مؤلفه اعتماد شناختی در نوجوانان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی تفاوت وجود دارد.
۴. بین مؤلفه باورهایی درباره نیاز به افکار کنترل در نوجوانان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی تفاوت وجود دارد.
۵. بین مؤلفه خودآگاهی شناختی در نوجوانان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی تفاوت وجود دارد.

## روش

روش پژوهش حاضر از نوع پس رویدادی یا علی - مقایسه‌ای<sup>۱</sup> و جامعه آماری کلیه نوجوانان ۱۲-۲۰ ساله شهر تهران بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس نمونه‌ای به حجم ۶۰ نفر انتخاب شد. نمونه مذکور شامل ۳۰ نوجوان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی از میان نوجوانانی گزینش شدند که در سال ۱۳۸۹، به درمانگاه‌های روان‌پزشکی بیمارستان‌های امام حسین (ع) و روزبه شهر تهران مراجعه کرده و تشخیص اختلال وسواس فکری - عملی را توسط روان‌پزشک مطابق با چهارمین نسخه بازنگری شده راهنمای آماری و تشخیص اختلالات روانی<sup>۲</sup> (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) دریافت کرده و قبل از شروع ارزیابی‌های مورد نیاز این پژوهش هیچ‌گونه درمان دارویی یا روان‌شناختی برای دوره جدید اختلال خود کسب نکرده بودند و ۳۰ نوجوان بدون مبتلا که بعد از تشخیص قطعی مبنی بر مبتلا نبودن به اختلال وسواس از میان دانش‌آموزان شهر تهران انتخاب شدند. ضمناً سعی شد این دو گروه در ویژگی‌های جمعیت‌شناختی از لحاظ سن، جنس، تحصیلات با یکدیگر منطبق شوند. شیوه هم‌تاسازی این گونه اعمال شد که پس از بررسی همه افراد گروه مبتلا به اختلال وسواس سعی شد تا حد امکان اعضای گروه غیر مبتلا به وسواس در متغیرهای سن، جنس و تحصیلات با هم مشابهت داشته باشند. در آخر هدف از اجرای پژوهش برای هر دو گروه توضیح داده شد و سپس پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار آنها قرار گرفت و از آنها

---

1. ex post factor

2. Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed. Text rev). (DSM-IV)

درخواست شد که مناسب‌ترین پاسخ را انتخاب کنند و تا حد امکان هیچ سؤالی را بدون پاسخ نگذارند. سرانجام داده‌ها جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل شد.

برای گردآوری داده‌های پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شده:

۱- **تشخیص روان‌پزشک و مصاحبه بالینی:** برای بررسی بیماران ابتدا از تشخیص روان‌پزشک و مصاحبه بالینی مطابق با چهارمین نسخه بازنگری شده راهنمای آماری و تشخیص اختلالات روانی استفاده شد.

۲- **فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت:** این ابزار به منظور سنجش چند عنصر فراشناختی خصیصه‌ای<sup>۱</sup> طراحی شده است که برخی از آن‌ها در مدل فراشناختی اختلال روان‌شناختی نقش محوری دارند، و ۳۰ گویه دارد (MCQ-30: ولز و کارترایت - هاتن، ۲۰۰۴). این پرسشنامه حیطه‌های فراشناختی را در پنج مقیاس جداگانه به صورت زیر می‌سنجد: ۱- باورهای مثبت<sup>۲</sup> درباره نگرانی، ۲- باورهای منفی<sup>۳</sup> درباره نگرانی که با کنترل‌ناپذیری و خطر افکار مرتبط هستند، ۳- اطمینان شناختی<sup>۴</sup>، ۴- لزوم کنترل افکار<sup>۵</sup>، ۵- خود آگاهی شناختی<sup>۶</sup>. تحلیل عاملی تأییدی نشان می‌دهد که فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت ساختار عاملی فرم بلند پرسش نامه مذکور را حفظ کرده است. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های آن از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گسترده است. همبستگی بازآزمایی در فاصله زمانی ۲۲ - ۱۱۸ روز به شرح زیر بود: نمره کلی برابر با ۰/۷۵، مقیاس باورهای مثبت برابر ۰/۷۹، کنترل‌ناپذیری خطر برابر با ۰/۵۹، اطمینان شناختی برابر با ۰/۶۹، لزوم کنترل افکار برابر با ۰/۷۴ و خود آگاهی شناختی برابر با ۰/۸۷ (ولز و کارترایت - هاتن، ۲۰۰۴). در رابطه با روایی سازه، بین خرده مقیاس‌های پرسشنامه و مقیاس‌های مرتبط از لحاظ نظری همبستگی مثبتی مشاهده شده و ساختار عاملی آن مجدداً تأیید شده است (اسپادا<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۸).

- 
1. trait
  2. positive beliefs
  3. negative beliefs
  4. cognitive confidence
  5. need to control thoughts
  6. cognitive self-consciousness
  7. Spada



۳- پرسشنامه وسواس فکری - عملی مادزلی<sup>۱</sup>: این پرسشنامه ۳۰ ماده دارد و در برگیرنده پرسش‌های درست/نادرست است. این پرسشنامه علاوه بر نمره کلی وسواس، ۴ نمره فرعی مربوط به رفتارهای زیر را هم در بر دارد: واریسی، شست و شو، کندی - تکرار و تردید - و وظیفه‌شناسی. یک بررسی داخلی در ایران که به‌منظور هنجاریابی پرسشنامه وسواس فکری - عملی مادزلی انجام شده حاکی از روایی پیش‌بین و روایی سازه خوب این پرسشنامه است. در این بررسی ضرایب همبستگی به دست آمده از دوباره اجرای این پرسشنامه، برای نمره کل ۰/۶۵ و برای خرده مقیاس‌های واریسی، شست و شو، کندی - تکرار و تردید - وظیفه‌شناسی به ترتیب ۰/۴۲، ۰/۶۳، ۰/۳۵، ۰/۵۲ و ۰/۵۱ بود که همه این ضرایب در سطح ۰/۰۱ معنادار هستند. این یافته‌ها مؤید اعتبار بازمایمی مقبول این پرسشنامه است. ضریب آلفای به‌دست آمده برای کل آزمون نیز ۰/۷۰ بود که تأییدی دیگر بر اعتبار آن است. همچنین ضرایب همبستگی به‌دست آمده بین نمره کل با خرده مقیاس‌های واریسی، شست و شو، کندی - تکرار و تردید - وظیفه‌شناسی به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۶، ۰/۵۸ و ۰/۶۲ بود که تمامی این ضرایب در سطح ۰/۰۱ معنادار هستند. این یافته‌ها نیز نشان دهنده آن است که پرسشنامه وسواس فکری - عملی مادزلی همسانی درونی خوبی دارد. به طور کلی پرسشنامه مذکور ابزاری است که روایی، اعتبار و همسانی درونی مقبولی دارد (نبوی گیلده، ۱۳۸۵).

بعد از اینکه نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی از میان مراجعه‌کنندگان به درمانگاه‌های روان‌پزشکی بر اساس تشخیص روان‌پزشک و مصاحبه بالینی بر حسب ملاک‌های تشخیصی انجمن روان‌پزشکان آمریکا انتخاب شدند. هدف از اجرای پژوهش برای آن‌ها توضیح داده شد و سپس پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار آن‌ها قرار گرفت و از آن‌ها درخواست شد که مناسب‌ترین پاسخ را انتخاب کنند و تا حد امکان هیچ سؤالی را بدون پاسخ نگذارند. بعداً، گروه نوجوانان بدون اختلال وسواس از میان دانش‌آموزان دوره سنی ۱۲-۲۰ انتخاب شدند و پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار آن‌ها قرار گرفت. سرانجام، داده‌ها جمع‌آوری شد و با استفاده از آزمون T در دو گروه مستقل تجزیه و تحلیل شد.

## یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی ارائه شده است.

جدول ۱: توصیف آماری جنسیت برحسب افراد مبتلا و غیر مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی

جنسیت	وسواس فکری - عملی	سالم	مجموع	درصد
دختر	۱۶	۱۳	۲۹	۴۸/۳
پسر	۱۴	۱۷	۳۱	۵۱/۷
مجموع	۳۰	۳۰	۶۰	۱۰۰

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود از دختران ۱۶ نفر مبتلا به اختلال وسواس و ۱۳ نفر بدون اختلال وسواس هستند و از مجموع پسران ۱۴ نفر مبتلا به اختلال وسواس و ۱۷ نفر بدون اختلال هستند. بنابراین، ۴۸/۳ درصد را دختران و ۵۱/۷ درصد را پسران تشکیل می‌دهند.

جدول ۲: توصیف آماری میزان تحصیلات بر حسب افراد مبتلا و غیرمبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی

تحصیلات	وسواس فکری - عملی	سالم	مجموع	درصد
راهنمایی	۱۱	۶	۱۷	۲۸/۳
دبیرستان	۱۹	۲۴	۴۳	۷۱/۷
مجموع	۳۰	۳۰	۶۰	۱۰۰

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد در مقطع راهنمایی ۱۱ نفر مبتلا به اختلال وسواس و ۶ نفر سالم و در مقطع دبیرستان ۱۹ نفر مبتلا به اختلال وسواس و ۲۴ نفر سالم هستند. در این میان، ۲۸/۳ درصد در مقطع راهنمایی و ۷۱/۷ درصد در مقطع دبیرستان هستند.

جدول ۳: آزمون t دو نمونه مستقل پیرامون مؤلفه‌های فراشناخت در نوجوانان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی

آزمون آماری	غیر مبتلا به وسواس		مبتلا به وسواس		مؤلفه‌های فراشناخت
	SD	X	SD	X	
T=۱۱/۹۱ sig=۰/۰۰۱	۱/۴۲	۱۳/۸	۱/۲۵	۱۷/۹۹	باورهای مثبت درباره نگرانی
T=۳/۱۵ sig=۰/۰۰۳	۲/۹۶	۱۵/۹۶	۱/۳۱	۱۷/۸۳	باورهای منفی درباره نگرانی
T=۱۳/۲۵ sig=۰/۰۰۱	۱/۹۴	۱۱/۵	۲/۲۳	۱۸/۶۶	اعتماد شناختی ضعیف
T=۱/۰۲ sig=۰/۰۳	۱/۴۳	۱۷	۱/۳۲	۱۷/۳۶	لزوم کنترل افکار
T=۱۲/۲۱ sig=۰/۰۰۱	۱/۰۹	۱۴/۳۳	۱/۹	۱۹/۲۳	خودآگاهی شناختی
T=۱۹/۱۷ sig=۰/۰۰۱	۴/۶۷	۶۸/۳۶	۴/۴۸	۹۱/۰۳	کل

بر اساس داده‌های جدول فوق مشاهده می‌شود میزان مؤلفه‌های فراشناخت نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی (برابر با ۹۱/۰۳) در مقایسه با نوجوانان غیرمبتلا به وسواس فکری - عملی (برابر با ۶۸/۳۶) بیشتر است. یافته‌های به دست آمده حاکی از آن است که آماره  $T=۱۹/۱۷$  و سطح معناداری حاصل ( $sig=۰/۰۰۱$ ) مطلوب است. بررسی پنج خرده مقیاس پرسشنامه فراشناخت به کمک آزمون T دو نمونه مستقل نشان می‌دهد که خرده مقیاس‌های «باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره نگرانی، اعتماد شناختی و خود آگاهی شناختی» در بین دو گروه از نظر آماری تفاوت دارد، ولی در خرده مقیاس لزوم کنترل افکار بین دو نمونه تفاوتی مشاهده نشد.

## بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این پژوهش در ارتباط با فرضیه اول و دوم، یعنی، خرده مقیاس‌های باورهای مثبت درباره نگرانی و باورهای منفی درباره نگرانی (کنترل‌ناپذیری و خطر افکار) مشخص شد که، نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی باورهای مثبت بیشتری درباره فواید نگرانی و از طرف دیگر باورهای منفی بیشتری درباره کنترل‌ناپذیر بودن نگرانی و خطر رویدادهای ذهنی در مقایسه با نوجوانان غیرمبتلا به این اختلال دارند. داده‌های پژوهشی گسترده‌ای از این مفهوم حمایت می‌کنند که سبک‌های تفکر تکراری به شکل نگرانی برای سلامت هیجانی مضر هستند. ولز و کارتر<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) دریافتند که باورهای فراشناختی غلط، از جمله باورهای مثبت درباره نگرانی، با اضطراب و اختلال‌های مرتبط با آن در رابطه هستند. در پژوهشی دیگر، هرمنز<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۳) با مقایسه افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی با شرکت‌کنندگان غیر مضطرب گروه کنترل، دریافتند که افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی، باورهای منفی بیشتری درباره کنترل‌ناپذیری، خط رویدادهای ذهنی و پیامدهای مضر برخی افکار خاص دارند. همچنین، در پژوهشی که بابایی و همکاران (۱۳۸۹) در جهت بررسی درمان ترکیبی شناختی - رفتاری و کاهش اندیشه‌پردازی خطر بر اختلال وسواسی - اجباری در دانشجویان انجام دادند، نتایج، نقش مؤثر کاهش اندیشه‌پردازی خطر (کاهش باورهای منفی درباره نگرانی) در درمان افراد مبتلا به اختلال مذکور را نشان داد. در تبیین نتایج مذکور، ولز (۲۰۰۰) چنین اظهار می‌کند که، نگرانی اثرات مضری بر خود تنظیمی دارد، زیرا پردازش هیجانی را بازداری می‌کند، ظرفیت شناختی را تحلیل می‌برد، موجب بروز مشکلاتی در عملکرد می‌شود و پردازش را بر تهدید متمرکز می‌کند. باورهای مثبت درباره نگرانی به‌عنوان کاهش دهنده انگیزش برای رهایی از افکار عمل می‌کنند. علاوه بر این، ولز اظهار می‌کند که، افراد آسیب‌پذیر به دلیل ترکیبی از باورهای فراشناختی مثبت درباره نگرانی (برای مثال «برای اجتناب از خطر باید نگران باشم») و باورهای فراشناختی منفی درباره نگرانی (برای مثال «من هیچ کنترلی بر نگرانی ندارم») گرفتار سندرم شناختی - توجهی

- 
1. Carter
  2. Hermans

می‌شوند. هنگامی که باورهای فراشناختی منفی فعال می‌شوند، فرد به ارزیابی منفی نگرانی اقدام می‌کند، یعنی دچار نوعی نگرانی درباره نگرانی می‌شود و همین امر موجب افزایش اضطراب و مهم جلوه کردن فکر مزاحم برای فرد مبتلا به اختلال وسواس می‌شود.

درباره فرضیه سوم و چهارم، همان‌طور که مشاهده شد، نوجوانان مبتلا به وسواس فکری - عملی در مقایسه با نوجوانان غیرمبتلا به این اختلال اطمینان کمی به توانایی‌های شناختی خود دارند، در عوض آن‌ها خودآگاهی شناختی فزاینده‌ای از خود نشان می‌دهند که نوعی تمایل به پایش فرایندهای فکری است. این یافته نیز با گزارشات واندن هات و کینت<sup>۱</sup> (۲۰۰۳ الف، ۲۰۰۳ ب) هماهنگ است که در یک خط پژوهشی متفاوت درباره اثرات رفتار بر فراشناخت نشان دادند که واری مکرر تأثیری بر دقت حافظه ندارد، اما بر فراحافظه<sup>۲</sup> اثر می‌گذارد، به ویژه، واری کردن اطمینان به حافظه را کاهش می‌دهد. از سوی دیگر، خودآگاهی شناختی بالا در پژوهشی نشان داده شده است که هرمنز و همکاران (۲۰۰۳)، برای مقایسه افراد مبتلا به وسواس فکری - عملی با شرکت کنندگان غیر مضطرب گروه کنترل انجام داده‌اند. در تبیین اعتماد شناختی ضعیف در افراد مبتلا به اختلال وسواس، ولز و ماتوز (۱۹۹۴) بر این عقیده‌اند که، افکار وسواسی، تمایل به از پیش تعیین کردن اتفاقات درونی دارند و بر وقایع بیرونی تمرکز نمی‌کنند. بنابراین، حتی وقتی که حسی، اجرای عملی را تصدیق می‌کند، افراد بیشتر بر تصوراتی درباره پیامدهای انجام ندادن آن تمرکز می‌کنند. این تمایل به تمرکز بر تردیدها یا خیال‌های درونی، میزان اطمینان به حافظه درباره اعمال یا اتفاقات را کاهش می‌دهد و احتمالاً به عمل بررسی کردن رفتار منجر می‌شود و این عمل به وسیله باورهای تقویت می‌شوند که با مفید بودن بررسی کردن در ارتباط هستند. از طرفی افراد وسواسی برای رهایی از این افکار نامطلوب از راهبردهای مقابله‌ای مثل، سعی در سرکوب کردن فکر و راهبرد بازنگری به‌طور مکرر استفاده می‌کند. اما به‌کارگیری این راهبردهای مقابله‌ای نتیجه معکوسی دارد و موجب فعال شدن تفکر فراشناختی می‌شود که در آن شخص وقوع افکار مورد نظر را بازبینی می‌کند و این عمل می‌تواند به افزایش خود آگاهی یا ورود افکار ناخواسته جدید به ذهن منجر شود.

- 
1. Van den Hout & Kindt
  2. meta-memory

در ارتباط با فرضیه پنجم، با توجه به یافته‌های به‌دست آمده تفاوتی در مولفه لزوم کنترل افکار در بین دو گروه مورد آزمون به‌دست نیامد. این نتیجه نیز با یافته‌های ولز (۲۰۰۰)، موریسون<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۳)، هرمنز و همکاران (۲۰۰۳)، مایرز و ولز، (۲۰۰۵) همخوانی دارد. همان‌گونه که ولز و ماتیوز (۱۹۹۴) اظهار کرده‌اند این احتمال وجود دارد که نوجوانان دو گروه مورد مطالعه به علت استفاده از «سبک عینی<sup>۲</sup>» و استفاده نکردن از «سبک فراشناختی» برای تجربه کردن افکار یا باورهای خود به مولفه لزوم کنترل افکار در پرسشنامه فراشناخت پاسخ‌های مشابهی دادند.

در رابطه با فرضیه اصلی، نتایج آزمون t دو نمونه مستقل، در کل تفاوت‌های مشخصی در فراشناخت نوجوانان مبتلا به وسواس فکری - عملی در مقایسه با نوجوانان غیر مبتلا به وسواس فکری - عملی نشان داد. در یک تبیین کلی می‌توان گفت، فراشناخت نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی مختل‌تر از گروه نوجوانان غیرمبتلا است و تمایل بیشتری در حفظ و به‌کارگیری باورهای فراشناختی مختل دارند. به طوری که، استفاده بیش از حد از باورهای مختل فراشناختی رابطه مثبت پایداری با اختلال وسواس فکری - عملی دارد و به خوبی آن را پیش‌بینی می‌کند.

در همسانی این نتایج با یافته‌های پژوهشی دیگر می‌توان به گزارش‌های گیلیام<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۴) اشاره کرد. آن‌ها بین باورهای فراشناختی با افکار وسواسی رابطه مثبت معناداری به‌دست آوردند و نشان داده‌اند که باورهای فراشناختی نشانه‌های اختلال وسواس فکری - عملی را پیش‌بینی می‌کند. از دیدگاه نظریه فراشناختی، بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی در سطح باورهای مربوط به افکار (باورهای فراشناختی) بر این باور هستند که افکار، امیال و تکانه‌های آن‌ها مهم هستند و معنی یا قدرت خاصی دارند. بنابراین، باورهای فراشناختی علت مهم جلوه کردن افکار یا احساسات و لزوم انجام دادن آیین‌مندی‌های وسواسی در افراد می‌شود (ولز، ۱۳۸۸). یافته‌های این پژوهش می‌تواند شواهدی در حمایت از مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی (ولز و ماتیوز، ۱۹۹۴، ۱۹۹۶؛ ولز، ۲۰۰۰) باشد، اما نتایج مذکور

---

1. Morrison  
2. object mode  
3. Gwilliam

را نمی‌توان درباره سایر اختلالات نیز به کار برد، چرا که احتمال دارد مؤلفه فراشناختی که در این پژوهش کم‌ترین تفاوت را در بین دو گروه بیمار و غیربیمار داشت در اختلالی دیگر مانند افسردگی بالاترین تفاوت را نشان دهد.

پژوهشگر در بررسی یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های دیگر که درباره مؤلفه‌های فراشناخت در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی انجام شده است، به این نتیجه رسید که، نقش هر یک از مؤلفه‌های فراشناخت در ابتلا به انواع مختلفی از اختلالات اضطرابی متفاوت است. مثلاً مؤلفه باورهای منفی درباره نگرانی بیش‌ترین نقش را در ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر نشان داده است. در حالی که در این پژوهش مؤلفه‌های خودآگاهی شناختی بالا و اعتماد شناختی ضعیف، بیش‌ترین نقش را در ابتلای نوجوانان به اختلال وسواس فکری و عملی دارند.

از محدودیت‌های این پژوهش، می‌توان محدود بودن نمونه پژوهش به چند بیمارستان در تهران، توجه نکردن به جنسیت به‌عنوان یک متغیر مستقل و نوع ابزار استفاده شده در این پژوهش را نام برد، که تعمیم‌پذیری نتایج را تا حدودی دشوار می‌کند. لذا پیشنهاد می‌شود، پرسشنامه‌ها مجدداً در میان نمونه‌های دیگر اجرا شود و نتایج آتی با نتایج موجود مقایسه شود. همچنین پژوهشی دیگر با توجه به متغیر جنسیت، به‌عنوان متغیر مستقل، انجام شود.

## منابع

- بابایی، مهناز، نسرین اکبرزاده، عبدالرحمان نجل رحیم و مه سیما پورشهریاری (۱۳۸۹). تأثیر درمان ترکیبی شناختی - رفتاری و کاهش اندیشه پردازشی خطر بر اختلال وسواسی - اجباری در دانشجویان دختر، *مطالعات روان‌شناختی*، دوره ۶، شماره ۱، صص ۴۳ - ۵۵.
- تامسن، پر هوو (۱۳۸۱). *از فکر تا وسواس*. ترجمه مژگان مسعودی، تهران، سنا.
- نبوی گیلده، فاضل (۱۳۸۵). *هنجاریابی پرسش‌نامه وسواس-اجبار مادزلی در بین دانش‌آموزان دبیرستانی و پیش‌دانشگاهی استان گیلان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبائی*.
- ولز، آدرین (۱۳۸۸). *راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی*، ترجمه شهرام محمدخانی، تهران، ورا دانش.
- ویل، دیوید و ویلسون راب (۱۳۸۵). *وسواس و درمان آن*، ترجمه سیاوش جمالیفر، تهران، ارسباران.
- American psychiatric association. (2000).** *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. Text rev). Washington, DC:Author.
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997).** Beliefs about worry and intrusion. *Journal of anxiety disorder*, 11, 279-315.
- Clark, D. A. (2004).** *Cognitive Behavioral Theory for OCD*, New York, Guilford Press.
- Davey, G. C. L., Tallis, F., & Capuzzo, N. (1996).** Beliefs about the consequences of worrying. *Cognition therapy and research*, 20, 499-520.
- Flavell, J. (1979).** Meta-cognition and cognitive monitoring. *American psychologist*. Vol 34, 906-911.
- Gwilliam, P., Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004).** *Does metacognition and responsibility predict obsessive-compulsive symptoms a test of the metacognitive model*.
- Hermans, D., Martens, D., DeCort, K., Pieters, G., & Eelen, P. (2003).** Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour reseach and therapy*, 41(4), 383-401.
- Karno, M., Golding, J., Sorenson, S., and Burnam, M. (1988).** The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1094-1099.
- Monets, J., & Alvarez, M. (2006).** Metacognitions in patients with hallucination and obsessive-compulsive disorder. *behaviour research and therapy*, 44, 1091-1104.



- Morrison, A. P., Wells, A., & Nothard, S. (2003).** Cognitive and emotional predictors of predisposition to hallucinations in non-patients. *British journal of clinical psychology*, 41, 259-270.
- Myers, S. & Wells, A. (2005).** Obsessive-compulsive symptoms. *Journal of anxiety disorder*, 19, 806-818.
- Purdon, C., & Clark, D. (1994).** Obsessions intrusive thoughts in nonclinical subjects. *Behavior research and therapy*, 32, 403-410.
- Purdon, C., & Clark, D. (1999).** Meta-cognition and obsessions. *Clinical psychology and psychotherapy*, 6, 102-111 (special issue, metacognition and cognitive behavior therapy).
- Rachman, S., & Shaffran, R. (1999).** Cognitive distortions thought-action fusion. *clinical psychology and psychotherapy*, 6, 80-85.
- Rapoport, J. (1989).** *Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents*. Washington: American Psychiatric Press.
- Salkovskis, P. M. (1998).** *Psychological approaches to the understanding of obsessional problems*. Inc R. P. Swinson & M.M. Antony (Eds), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment* (pp. 33-50). New York, NY: Guilford Press.
- Spada, M. M., Mohiyeddini, C., & Wells, A. (2008).** *Measuring metacognitions associated with emotional distress: factor structure and predictive validity of the Metacognitions Questionnaire 30*. *personality and individual differences*, 45, 238-242.
- Van den Hout, M., & Kindt, M. (2003a).** Repeated checking causes memory distrust. *Behaviour research and therapy*, 41, 301-316.
- Van den Hout, M., & Kindt, M. (2003b).** phenomenological validity of an OCD memory model and the remember/know distinction. *Behaviour research and therapy*, 41, 369-378.
- Wells, A. (1997).** *Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide*. Chichester: wiley.
- Wells, A. (2000).** *Emotional disorder and meta cognition*. pp 143-175.
- Wells, A. (2003).** *Anxiety disorders, meta-cognition, and change*. in R. L. Leahy (ED).
- Wells, A., & Carter, K. (2001).** Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior therapy*, 32, 85-102.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004).** A short form of the Metacognitions Questionnaire: properties of the MCQ 30. *Behavior research and therapy*, 42, 385-396.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994).** *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, uk: Erlbaum.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996).** Modeling cognitive in emotional. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 881-888.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998).** Relationships between worry and obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behavior research and therapy*, 36, 899-913.

