

## نقش کنترل افکار و در آمیختگی فکر و عمل با علائم وسواس در جمعیت غیر بالینی

زهرا رجیبی<sup>۱</sup>، محمود نجفی<sup>۲\*</sup>، افضل اکبری بلوطبندگان<sup>۳</sup>

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

(مؤلف مسئول) تلفن: ۰۹۱۲۵۰۶۲۱۸۰، ایمیل: M\_najafy@semnan.ac.ir.

۳- دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

### چکیده

**زمینه و هدف:** اختلال وسواس جبری (OCD) یک اختلال عصبی است که توسط فکرها و ترس‌های غیرمنطقی افراد را به تکرار بعضی از رفتارها و امی دارد، لذا هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش کنترل افکار و در آمیختگی فکر و عمل با علائم وسواس در جمعیت غیر بالینی بود.

**روش بررسی:** طرح پژوهش حاضر توصیفی و از نوع مطالعات همبستگی بود. تعداد ۲۳۰ نفر (۱۳۰ دختر و ۱۰۰ پسر) از دانشجویان دانشگاه سمنان در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. همه آنها ابزارهای پژوهش را که شامل پرسشنامه کنترل افکار، در آمیختگی فکر و عمل و علائم وسواسی بود، تکمیل کردند. برای تحلیل داده‌ها از همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به روش گام به گام استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج همبستگی پیرسون نشان داد که بین همه مؤلفه‌های در آمیختگی فکر با علائم وسواسی رابطه منفی و معنی‌داری در سطح  $p < 0/01$  وجود دارد. همچنین از بین مؤلفه‌های کنترل فکر فقط کنترل اجتماعی ( $r = 0/26$  و  $p < 0/01$ ) با علائم وسواسی رابطه معنی‌داری داشت. نتایج رگرسیون گام به گام نشان داد، ۱۹ درصد از واریانس علائم وسواسی توسط متغیرهای کنترل اجتماعی، در آمیختگی فکر- عمل و پرت کردن حواس تبیین می‌شود.

**نتیجه‌گیری:** در نهایت یافته‌های این پژوهش نشان داد که متغیرها کنترل اجتماعی، در آمیختگی فکر- عمل و پرت کردن حواس، رابطه معنی‌داری در تبیین واریانس علائم وسواسی دارند و می‌توان از آنها برای بهبود علائم وسواسی دانشجویان بهره برد.

**واژه‌های کلیدی:** کنترل افکار، در آمیختگی افکار، وسواس.

## مقدمه

ادبیات پژوهش شناختی در باب وسواس جبری عملی<sup>۱</sup> در چند دهه اخیر تصویر چندبعدی پیچیده‌ای را از این اختلال بدست داده است. وسواس، اختلال ناهمگنی است و شیوه‌های درمانی متنوعی را به خود دیده است (۱). این اختلال یکی از اختلال‌های شایع و در عین حال ناشناخته اضطرابی است (۲). اختلال وسواس همراه افکار و تصاویر ذهنی ناخواسته و مزاحم که فرد آنها را بی‌معنی و نپذیرفتنی و مقاومت ناپذیر تلقی می‌کند و نیز با تمایل به خنثی‌سازی و جبران این افکار و تصاویر ذهنی مربوط مشخص و آشکار می‌شود. این اختلال بر اساس همه‌گیری در حال حاضر بعد از فوبیا، سوءمصرف مواد و افسردگی شایع‌ترین اختلال روانی محسوب می‌شود (۳). علائم اختلال وسواس جبری بسیار متنوع است و طیفی از افکار نافذ و اشتغال خاطر تا اعمال و آداب وسواسی را در بر می‌گیرد و علائم آنقدر متنوع است که دو فرد دچار این اختلال می‌توانند علائمی کاملاً متفاوت و بدون همپوشی داشته باشند (۴). برای مطابقت دادن معیارهای تشخیصی اختلال وسواس، فرد باید مدام اضطراب یا اعمال وسواسی را تجربه کند و یا رفتارهای وابسته به آن را مدام تکرار کند. مطالعات اولیه در مورد وسواس روی رفتارهای قابل مشاهده تمرکز می‌کرد و تکرارهای جبری و پنهان وسواس را مشکل می‌سازند (۵). دسیلوا و هاریسون<sup>۲</sup> در پژوهش خود نشان دادند که در حداقل ۹۰ درصد جامعه، نمونه‌ای از افکار ناخواسته گزارش شده که می‌تواند شبیه افکار مبتلا به وسواس باشد. بنابراین باید برای علائم بعدی وسواس چشم‌انداز دیگری داشت. حال این فرض مورد سوال قرار گرفته که، با توجه به افراد شرکت کننده، افکار وسواسی در تعدادی از آنها رسوخ کرده است (۶).

از سویی یکی از مباحث بنیادی در الگوهای شناختی و فراشناختی وسواس، پدیده در آمیختگی فکر و عمل می‌باشد. در این پدیده باورهای شناختی، مرز بین فکر و رویدادها و فکر و عمل را از بین می‌برد. افراد مبتلا به اختلال وسواس اعتقاد دارند که افکار غیر قابل قبول و ناخوشایند آنها می‌تواند حوادث بیرونی جهان را تحت تاثیر قرار دهد (۷). همچنین مطالعات نشان داده است که اثر تفکرات منفی و نداشتن کنترل این افکار باعث ایجاد اضطراب می‌شود و این تلاش برای کاهش اضطراب تکرار رفتار وسواسی را به بار می‌آورد (۸). سالکویسکیز<sup>۳</sup> ارزیابی از مسئولیت در وسواس را استدلال کرد، به عنوان مثال (تقصیر من است اگر چیز بدی اتفاق بیفتد) و نظریه‌پردازان بر روی برآورد بالای ترس و نیاز به کنترل افکار تمرکز کردند (۹). پس مردم با افکار وسواسی مدام نگرانی بروز این افکار را دارند و مدام در صدد کنترل این افکار می‌باشند (۱۰). همچنین سالکویسکیس اولین مدل شناختی جامع را درباره این اختلال مطرح کرد و معتقد بود زمانی که افکار مزاحم، باورهای ناکارآمد درباره میزان مسئولیت فرد در قبال سلامتی خود و دیگران را فعال می‌سازد شدت و فراوانی آنها افزایش می‌یابد. وی معتقد است این باورها نقش مهمی در افزایش مسائل وسواس دارند، زیرا سبب به وجود آمدن پیش‌بینی‌های منفی در مورد افکار و در پی آن سبب پیدایش این باور می‌شود که فرد برای جلوگیری از این اعمال در رابطه با افکارش باید کاری بکند (۱۱).

افزون بر آن نظریه‌های شناختی نشان می‌دهند که بیماران مبتلا به (OCD) در تفسیر وقوع حوادث، وسواس دارند و نشان می‌دهند که حوادث بد یا خطرناک هستند. اگر فرد شخصاً معنی حوادث را تهدید به خود یا دیگران بداند احساسات مرتبط با آن را خنثی یا از تکرار جبری

1- Obsessive-Compulsive Disorder  
2- Desilva & Harrison

3- Salkovskis

## روش بررسی

این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی بوده که به روش همبستگی طراحی شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویانی بود که در نیمسال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ در دانشگاه سمنان مشغول به تحصیل بودند. بر اساس جدول کرجیسی و مورگان تعداد ۲۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای (بر حسب پنج دانشکده دانشگاه سمنان) انتخاب شدند. به این ترتیب ۴۵ نفر از دانشکده علوم انسانی، ۳۵ نفر از دانشکده علوم پایه، ۹۰ نفر از دانشکده فنی، ۲۰ نفر از دانشکده علوم و فن‌آوری‌های نوین و ۴۰ نفر از دانشکده‌های مستقل به روش تصادفی انتخاب و به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. قابل ذکر است که ۷ پرسشنامه به دلیل ناقص بودن اطلاعات از مجموع داده‌ها کنار گذاشته شدند و سایر داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS<sub>v22</sub> مورد تحلیل قرار گرفتند.

**ابزارهای اندازه‌گیری شامل:** ۱- سیاهه وسواسی-اجباری مادزلی<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط هودگسن و راجمن<sup>۲</sup> (۱۹۷۷) به منظور بررسی مشکلات وسواس تهیه شد. دارای ۳۰ پرسش به صورت صحیح-غلط می‌باشد. دامنه نمرات از صفر تا ۳۰ متغیر می‌باشد. پرسشنامه مادزلی شامل ۴ خرده‌مقیاس واری، شستشو، کندی-تکرار و تردید-دقت است (۱۹). تدوین کنندگان ابزار اعتبار همگرا و پایایی این پرسشنامه را با روش آزمون-باز آزمون، رضایت بخش گزارش کردند و اعتبار سازه را در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی تأیید نمودند. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران توسط پژوهش‌های مختلفی رضایت‌بخش اعلام شده، به این معنا که ضریب پایایی کل آزمون ۰/۸۴ و روایی

آن فرار می‌کند، یا از حواس‌پرتی یا سرکوب افکار استفاده می‌کند. درمان شناختی و تمرکز بر روی اندیشه با فردی که تجربه چک کردن و شک کردن تکراری را دارد، بسیار متفاوت است (۱۲). درمان‌های شناختی دیگری برای وسواس وجود دارد که می‌تواند از طریق فیلم‌های ویدئویی صورت گیرد (۱۳). همچنین سازه‌های فراشناختی می‌تواند جایگاه ویژه‌ای را در اختلالات اضطرابی به خصوص وسواس داشته باشند. فراشناخت مفهومی چندوجهی است که در برگیرنده دانش و فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می‌کند (۱۴) راهبردهای کنترل فراشناختی پاسخی هستند که افراد برای کنترل فکر از خودشان نشان می‌دهند (۱۵). علاوه بر آن نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که مدل‌های فراشناختی در درمان اختلال وسواس اثربخش بوده‌اند. به این معنی که آزمودنی‌ها در آزمون درآمیختگی فکر، بهبودی قابل توجهی در انتهای درمان از خود نشان دادند (۱۶). همچنین در پژوهش‌های داخلی یافته‌ها نشان داد که درمان فراشناختی در کاهش نشانه‌ها و برخی باورهای مرتبط با اختلال وسواسی-جبری مؤثر می‌باشد (۱۷) و (۱۸). اختلال وسواس یک اختلال عصبی می‌باشد این اختلال باعث می‌شود افراد مبتلا، مدام تلاش کنند تا افکارهای وسواسی را از خود دور کنند. این افکار یک چرخه ناراحت کننده می‌باشد. بنابراین با توجه به مطالب ذکر شده هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش کنترل افکار (افکار نشان‌دهنده شخصیت، احساسات درونی، تحقیقات ذهنی و بازتاب‌دهنده ضمیر ناخودآگاه افراد می‌باشند) و درآمیختگی فکر و عمل (افکار می‌توانند روی رویدادهای بیرونی اثر مثبت یا منفی بگذارند) با علائم وسواس در جمعیت غیر بالینی می‌باشد.

1- Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory  
2- Hodgson & Rachman

همچنین مایرز، فیشر و ولز<sup>۴</sup> (۲۰۰۷) ضریب اعتبار ابزار را با استفاده از روش بازآزمون ۰/۶۹ گزارش نمودند (۲۴). این ابزار توسط پژوهشگران ایرانی به فارسی برگردانده شد و میزان اعتبار ابزار را با استفاده از دو روش همسانی درونی و دو نیمه کردن ۰/۸۷ و ۰/۷۳ گزارش کردند (۱).

### یافته‌ها

هدف از پژوهش حاضر نقش کنترل افکار و درآمیختگی فکر و عمل با علائم وسواسی در جمعیت غیر بالینی بود. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به روش گام به گام) استفاده شد. میانگین و انحراف استاندارد سن دانشجویان  $25/33 \pm 5/77$  بود. همچنین ۱۳۰ نفر دختر (۵۶/۵۲٪) و ۱۰۰ نفر پسر (۴۳/۴۸٪) نمونه پژوهش را تشکیل داده بود. در جدول ۱ آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش بیان شده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف استاندارد
علائم وسواسی	۴۴/۸۴	۲/۸۹
درآمیختگی فکر-عمل	۱۶۴/۸۰	۱۲۰/۴۴
درآمیختگی فکر-رویداد	۲۲۴/۷۹	۱۰۰/۸۸
درآمیختگی فکر-شیء	۱۳۲/۷۸	۸۰/۵۶
درآمیختگی کلی	۵۲۲/۴۷	۲۶۰/۴۱
پرت کردن حواس	۱۵/۳۱	۳/۶۴
نگرانی	۱۱/۱۱	۳/۹۶
کنترل اجتماعی	۱۳/۶۰	۳/۷۳
تنبیه	۱۰/۳۱	۲/۹۰
ارزیابی دوباره	۱۴/۷۷	۳/۲۲
کنترل فکر کلی	۶۵/۹۵	۹/۸۹

همگرای آن با مقیاس وسواسی- اجباری ییل ۰/۸۷ بدست آمده است (۲۰).

۲- پرسشنامه کنترل فکر: این پرسشنامه توسط ولز و داویز<sup>۱</sup> (۱۹۹۴) ساخته شد. دارای ۳۰ آیتم بوده که بر روی یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای قرار دارد (از ۱ "هرگز" تا ۴ "همیشه"). این ابزار دارای ۵ خرده مقیاس پرت کردن حواس، نگرانی، کنترل اجتماعی، تنبیه و ارزیابی دوباره می‌باشد. نمره هر عامل از مجموع ماده‌های مربوط به آن عامل بدست می‌آید. ماده‌های ۵، ۸ و ۱۲ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. به منظور بررسی اعتبار پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان همسانی درونی عامل‌های پرت کردن حواس ۰/۷۲، کنترل اجتماعی ۰/۷۹، نگرانی ۰/۷۱، تنبیه ۰/۶۴ و ارزیابی دوباره ۰/۶۷ بدست آمد (۲۱). پژوهشگران ایرانی ضریب اعتبار این ابزار را از روش همسانی درونی محاسبه نمودند و این میزان را برای عامل‌های پرسشنامه از ۰/۶۴ تا ۰/۷۴ گزارش نمودند (۲۲).

۳- پرسشنامه درآمیختگی افکار<sup>۲</sup>: این پرسشنامه توسط ویلیام، کارترایت هاتون و ولز<sup>۳</sup> (۲۰۰۱) ساخته شد. دارای ۱۴ آیتم می‌باشد که دارای سه مؤلفه درآمیختگی فکر-عمل، درآمیختگی فکر-رویداد و درآمیختگی فکر-شیء می‌باشد. پاسخ‌های آزمودنی‌ها بر روی یک پیوستار ۱۰۰ درجه‌ای از ۰= هیچ اعتقادی ندارم تا ۱۰۰= کاملاً معتقدم به صورت ده‌تایی نمره‌گذاری می‌شود. نمره کلی ابزار از مجموع نمرات بدست می‌آید. تدوین کنندگان ضریب اعتبار کلی و خرده‌مقیاس‌های ابزار را رضایت‌بخش گزارش نمودند و همبستگی کل ماده‌ها را در دامنه‌ای از ۰/۳۵ تا ۰/۷۸ گزارش کردند (۲۳).

1- Wells & Davies

2- Taught Fusion Instrument

3- Gwilliam, Cartwright-Hatton & Wells

4- Myers, Fisher & Wells

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود، بالاترین میانگین مربوط به نمره کلی درآمیختگی پایین‌ترین میزان میانگین مربوط به متغیر تنبیه توصیفی مربوط به میانگین و انحراف استاندارد متغیرها در جدول ۱ ارائه شده است. علاوه بر آن برای تعیین رابطه ساده متغیرهای مستقل با متغیر وابسته از ضریب همبستگی پیرسون و برای تعیین رابطه چندگانه متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک و تعیین سهم هر کدام از آنها از رگرسیون چندگانه به روش گام به گام استفاده شد. نتایج همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین متغیرها در جدول ۲ ارائه شده است.

علاوه بر آن، به منظور بررسی رابطه چندگانه بین متغیرهای پژوهش در پیش‌بینی علائم و سواسی از روش رگرسیون چندگانه به روش گام به گام استفاده شد. پیش از استفاده از تحلیل رگرسیون، در ابتدا وجود داده‌های پرت تک متغیری با استفاده از نمودار مستطیلی (باکس پلات) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که ۷ داده پرت وجود دارد که از بین داده‌ها و تحلیل کنار گذاشته شدند. یکسانی شکل توزیع متغیرها نیز با استفاده از نمودار مستطیلی بررسی شد. نتایج نشان داد که توزیع‌ها هم شکل هستند. علاوه بر آن نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که توزیع باقیمانده‌ها نرمال است. به منظور بررسی استقلال خطاها از آماره دوربین واتسون استفاده شد. نتایج نشان داد مفروضه استقلال برقرار است ( $DW=2/20$ ). مفروضه هم‌خطی چندگانه از طریق آماره تلرانس و همچنین تورم واریانس (VIF) بررسی شد. نتایج نشان داد که مقدار تلرانس برابر با  $0/53$  و مقدار تورم واریانس برابر  $1/90$  است که نشان می‌دهد هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای مستقل وجود ندارد. پس از بررسی مفروضه‌های رگرسیون چندگانه و حصول اطمینان از برقراری مفروضه‌ها، به منظور تعیین سهم متغیرهای پیش‌بین در تبیین واریانس متغیر ملاک از رگرسیون چندگانه استفاده شد. نتایج در ادامه ارائه شده است.

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود، بالاترین میانگین مربوط به نمره کلی درآمیختگی پایین‌ترین میزان میانگین مربوط به متغیر تنبیه توصیفی مربوط به میانگین و انحراف استاندارد متغیرها در جدول ۱ ارائه شده است. علاوه بر آن برای تعیین رابطه ساده متغیرهای مستقل با متغیر وابسته از ضریب همبستگی پیرسون و برای تعیین رابطه چندگانه متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک و تعیین سهم هر کدام از آنها از رگرسیون چندگانه به روش گام به گام استفاده شد. نتایج همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین متغیرها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: همبستگی پیرسون متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک (علائم و سواسی)

متغیرهای پیش‌بین	همبستگی	معناداری
درآمیختگی فکر-عمل	-۰/۲۵	۰/۰۰۱
درآمیختگی فکر-رویداد	-۰/۲۹	۰/۰۰۵
درآمیختگی فکر-شیء	-۰/۲۸	۰/۰۰۵
درآمیختگی کلی	-۰/۳۲	۰/۰۰۵
پرت کردن حواس	۰/۰۹	۰/۲۲۱
نگرانی	۰/۰۱	۰/۹۸۹
کنترل اجتماعی	۰/۲۶	۰/۰۰۱
تنبیه	-۰/۰۶	۰/۴۱۵
ارزیابی دوباره	-۰/۰۵	۰/۵۵۷
کنترل فکر کلی	۰/۱۰	۰/۱۷۸

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود بین همه مؤلفه‌های درآمیختگی فکر و عمل شامل درآمیختگی فکر-عمل ( $r=-0/25$  و  $P=0/001$ )، درآمیختگی فکر-رویداد ( $r=-0/29$  و  $P=0/0005$ )، درآمیختگی فکر-شیء ( $r=-0/28$  و  $P=0/0005$ ) و درآمیختگی کلی

جدول ۳: خلاصه مدل رگرسیون و آماره‌های تحلیل واریانس

مدل	متغیرها	منابع	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	P	R	مجذور R
۱	کنترل اجتماعی	رگرسیون	۶۸/۸۲۳	۱	۶۸/۸۲۳	۱۴/۳۱۱	۰/۰۰۰۵	۰/۳۳۳	۰/۱۱
		خطا	۵۵۳/۰۴۰	۱۱۵	۴/۸۰۹				
		کل	۶۲۱/۸۶۳	۱۱۶					
۲	کنترل اجتماعی درآمیختگی فکر-عمل	رگرسیون	۹۸/۳۲۱	۲	۴۹/۱۶۰	۱۰/۷۰۵	۰/۰۰۰۵	۰/۳۹۸	۰/۱۶
		خطا	۵۲۳/۵۴۳	۱۱۴	۴/۵۹۲				
		کل	۶۲۱/۸۶۳	۱۱۶					
۳	کنترل اجتماعی درآمیختگی فکر-عمل پرت کردن حواس	رگرسیون	۱۱۸/۶۰۴	۳	۳۹/۵۳۵	۸/۸۷۷	۰/۰۰۰۵	۰/۴۳۷	۰/۱۹
		خطا	۵۰۳/۲۵۹	۱۱۳	۴/۴۵۴				
		کل	۶۲۱/۸۶۳	۱۱۶					

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد در مدل اول، متغیر کنترل اجتماعی وارد تحلیل شده و ۱۱ درصد از واریانس علائم و سواسی را تبیین نموده، در گام دوم با اضافه شدن متغیر درآمیختگی فکر-عمل، میزان واریانس تبیین شده از ۱۱ درصد به ۱۶ درصد افزایش یافته و در گام نهایی با اضافه شدن متغیر پرت کردن حواس میزان واریانس تبیین شده از ۱۶ درصد به ۱۹ درصد افزایش یافته است. بنابراین مجموعاً ۱۹ درصد از واریانس علائم و سواسی توسط متغیرهای کنترل اجتماعی، درآمیختگی فکر-عمل و پرت کردن حواس تبیین شده است. در جدول ۴ ضرایب استاندارد و غیر استاندارد رگرسیون ارائه شده است.

جدول ۴: ضرایب استاندارد و غیر استاندارد مدل نهایی رگرسیون برای پیش‌بینی علائم و سواسی از طریق متغیرهای پیش‌بین

متغیرها	B	خطای B	Beta	t	p	تلرانس	تورم واریانس
ثابت	۴۰/۷۸	۱/۲۰	--	۳۳/۸۸	۰/۰۰۰۵	--	--
کنترل اجتماعی	۰/۲۲	۰/۰۶	۰/۳۴	۳/۹۷	۰/۰۰۰۵	۱	۱
درآمیختگی فکر-عمل	-۰/۰۵	۰/۰۲	-۰/۲۱	-۲/۴۶	۰/۰۱۵	۱	۱
پرت کردن حواس	۰/۱۱	۰/۰۵	۰/۱۸	۲/۱۳	۰/۰۳۵	۱	۱

در جدول فوق ضرایب غیر استاندارد b و همچنین ضرایب استاندارد بتا برای پیش‌بینی علائم و سواسی ارائه شده است. همانگونه که مشاهده می‌شود ضرایب بتا برای متغیرهای کنترل اجتماعی (۰/۳۴) و پرت کردن حواس (۰/۱۸) مثبت است که نشان می‌دهد با افزایش کنترل اجتماعی و پرت کردن حواس، علائم و سواسی بهبود می‌یابد. این در حالی بود که برای متغیر درآمیختگی فکر-عمل (-۰/۲۱)

این میزان منفی بوده به این معنی که با کاهش درآمیختگی فکر-عمل میزان علائم و سواسی در افراد افزایش می‌یابد.

### بحث و نتیجه‌گیری

اختلال و سواسی- اجباری به وسواس‌ها و اجبارهای تکرار شونده‌ای تعریف می‌شود که در کارکرد روزمره و فعالیت‌های اجتماعی معمول تداخل ایجاد می‌کند (۲۵). از این رو، وسواس‌ها

مطرح شده که بر چگونگی برخورد افراد با افکار رخنه‌کننده و میزان تجربه فرد در کنترل آنها تأکید دارند. به این معنا که ماهیت افکاری که در افراد وسواسی و عادی مشاهده می‌شود، از لحاظ شکلی تفاوت قابل ملاحظه‌ای با هم ندارند، اما آنچه بین این دو گروه تفاوت می‌گذارد و مهم است نحوه برخورد این دو گروه با افکار مزاحم است (۲). برای مثال وگنر بیان می‌کند، تلاش برای بازداری یک فکر، غالباً به افزایش فراوانی وقوع آن منتهی می‌شود (۳۴). به اعتقاد ولز افکار وسواسی موجب فعال شدن باورهای فراشناختی (آمیختگی فکر) می‌شوند (۱۵). باورهای مطرح شده شامل باورهایی درباره خطرات و معنی فکر می‌باشد که در این حالت، مرز بین فکر و عمل، فکر و رویداد و فکر و شیء از بین می‌رود. همچنین فعال شدن این باورهای فراشناختی ناکارآمد بوسیله افکار وسواسی موجب ارزیابی منفی فکر ناخواسته و مزاحم به عنوان نشانه تهدید می‌شود. زمانی که تفسیرهای منفی از افکار و احساسات مزاحم صورت می‌گیرد، باورهای فراشناختی در مورد آیین‌مندی‌های فعال شده و آیین‌مندها و راهبردهای کنترل‌کننده فکر به منظور کاهش تهدید انجام می‌شود. انجام آیین‌مندی‌ها و بکارگیری راهبردهای کنترل‌کننده فکر موجب تشدید ورود افکار مزاحم به جریان هوشیاری شده که باعث افزایش اضطراب می‌شود (۲۳).

### محدودیت پژوهش

این پژوهش نیز خالی از محدودیت نبوده است. نخستین محدودیت مطالعه حاضر مربوط به ماهیت پژوهش بوده است. به این معنا که این پژوهش از نوع مطالعات همبستگی بوده و نمی‌توان از آن

شامل افکار، تکانه‌ها و باورهایی هستند که به دلیل ناهمخوانی، اضطراب و پریشانی ایجاد می‌کنند. همچنین اجبارها نیز رفتارهای تکرار شونده یا اعمال ذهنی می‌باشند که هدفشان جلوگیری یا کاهش اضطراب و پریشانی است (۲۶). نتایج همبستگی پیرسون نشان داد، همه مؤلفه‌های درآمیختگی افکار شامل درآمیختگی فکر-عمل، درآمیختگی فکر-رویداد و درآمیختگی فکر-شیء با علائم وسواسی رابطه معنی‌داری دارند. این یافته همسو با نتایج پژوهش محمدی و همکاران می‌باشد (۱۴ و ۲۷ تا ۳۱). علاوه بر آن از بین مؤلفه‌های کنترل افکار دو متغیر تنبیه و نگرانی رابطه معنی‌داری را با علائم وسواسی داشتند. مطالعه ریچسبوک و همکاران (۲۰۰۴) در آلمان نیز همین نتایج را نشان داد (۲ و ۳۱ و ۳۲). بعلاوه به منظور پیش‌بینی علائم وسواسی از رگرسیون گام به گام استفاده شد که نتایج نشان داد، متغیرهای درآمیختگی فکر-عمل، تنبیه و نگرانی، قابلیت پیش‌بینی علائم وسواسی را داشتند. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش گودرزی، گراهام و کلز هماهنگ است (۲، ۳۲ و ۳۳). در پژوهشی که توسط محسنی (۱۳۹۱) صورت گرفت آمیختگی فکر و عمل قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده علائم وسواسی در جمعیت غیربالینی است که با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد. علاوه بر آن، گودرزی و اسماعیلی ترکانبوری (۱۳۸۴) نشان دادند که دو متغیر تنبیه و نگرانی از مؤلفه‌های کنترل افکار، قابلیت پیش‌بینی علائم وسواسی را دارد این یافته با نتایج پژوهش حاضر و همچنین سایر پژوهش‌ها همخوان می‌باشد (۱۵ و ۲۴). نظریه‌های جدیدی در مورد افکار مزاحم و رخنه‌کننده، به ویژه در اختلال وسواسی-اجباری

انجام پژوهش با حجم نمونه بزرگتر و محدوده جغرافیایی وسیع تر توصیه می‌شود تا ادبیات متراکم و منسجمی در خصوص نحوه به کارگیری متغیرهای ذکر شده فراهم شود.

### تشکر و قدردانی

در نهایت پژوهشگران از همه افراد شرکت کننده در این پژوهش به خاطر صبر و همکاری صمیمانه و همچنین اعتماد به پژوهشگران تقدیر و تشکر می‌نماید.

استنتاج‌های علت و معلولی به عمل آورد. محدودیت دیگر این مطالعه مربوط به قلمرو زمانی و مکانی مطالعه می‌باشد. این مطالعه بر روی دانشجویان دانشگاه سمنان صورت گرفته و لذا نمی‌توان یافته‌های آن را به سایر اقشار جامعه یا دانشگاه‌های دیگر تعمیم داد. لذا در صورت تعمیم‌پذیری باید جوانب احتیاط را مد نظر قرار داد. در نهایت پیشنهاد می‌شود این متغیرها در جوامع غیربالینی دیگر، با سازه‌های پرکاربرد دیگری صورت گیرند. همچنین

### References

- 1- Khoramdel K, Rabiee M, Molavi H, Taher Neshatdoost H. Psychometric Properties of Thought Fusion Instrument (TFI) in Students. *J Psych and Clin Psycho*. 2010; 16(1): 74-78. (Persian).
- 2- Goodarzi MA, Esmaili Torkanbori Y. The Relation between intrusive thoughts control strategies and severity of obsessive- compulsive symptoms. *Hakim*. 2006; 8(4): 45-51.
- 3- Mokameli Z, Abedi MR, Mortazavi M. The effectiveness of self-education of cognitive - behavioral symptoms of obsessive – compulsive. *Cognitive Science News*. 2008; 10(1): 29-36. (Persian).
- 4- Rasmussen SA, Eisen JL. Clinical features and phenomenology of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric annals*. 1989; 19(1): 67-73.
- 5- Salkovskis PM, Harrison J. Abnormal and normal obsessions a replication. *Be Res and therapy*. 1984; 22(2): 549-52.
- 6- Rassin E, Coughle JR, Muris P. Content difference between normal and abnormal obsessions. *Be Res and Therapy*. 2007; 46(2): 2800-03.
- 7- Shirinzadeh Dastgiri S, Goodarzi MA, Rahimi Ch & Naziri Gh. Study of factor structure, Validity and Reliability of Meta cognition Questionnaire-30. *J of Psycho*. 2009; 12(4): 445-61. (Persian).
- 8- Calleo J, Hart JB, Jorgvinsson T, Stanley MA. Obsessions and worry beliefs in an inpatient OCD population. *J of anxiety dis*. 2010; 24(2): 903-08.
- 9- Clark, DA, Purdon C. New perspectives for a cognitive theory of obsessions. *Australian psychologist*. 1998; 28(1), 101-67.
- 10- Morillo C, Belloch A, Garcia-Soriano G. Clinical obsessions in obsessive compulsive patients and obsession relevant intrusive thoughts in non clinical. *Be Res and Therapy*. 2007; 45(2): 1319-33.
- 11- Salkovskis PM. Obsession compulsive problems: A cognitive behavioral analysis. *Be Res and Therapy*. 1985; 23(2): 571-83.
- 12- Calamari JE, Cohen RJ, Rector NA, Szacun-Shimizu K, Riemann BC, Norberg MM. Dysfunctional belief based obsessive compulsive disorder subgroups. *Be Res and Therapy*. 2006; 44(1): 1347-60.
- 13- Rachman SJ, DeSilva P. Normal and abnormal obsessions. *Be Res and Therapy*. 1978; 16(1): 232-48.



- 14- Mohammadkhani S, Farjad M. The Relationship of the Metacognitive Beliefs and Thought Control Strategies with Obsessive-Compulsive Symptoms in Nonclinical Population. 2009; 1(3): 35-51. (Persian).
- 15- Wells A. Worry, intrusive thoughts, and generalized anxiety disorder: the Meta cognitive theory and treatment. In: D. A. Clark (Ed.), *Intrusive thoughts in clinical disorders: theory, research and treatment* (pp. 119-142). New York: The Guilford Press. 2005.
- 16- Fisher PL, Wells A. Meta cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case series. *J Be Ther Expert Psychiatry*. 2008; 39(2): 117-32.
- 17- Abolghasemi A, Hasan Alizadieh M, Kazemi R, Narimani M. The effect of meta-cognitive and drug therapies on meta-cognitive beliefs of disease with obsessive-compulsive disorder. *J Be Sci*. 2011; 4(4): 15-16. (Persian).
- 18- Shareh H, Gharraee B, Atef Vahid M. Comparison between Meta cognitive therapy, fluvoxamine and combined therapy in the improvement of thought control strategies and stop signal criteria in obsessive compulsive disorder. *Iran J Psychiatry Clinic Psychol*. 2011; 17(3): 199-207. (Persian).
- 19- Hodgson RJ, Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. *Be Res Ther*. 1977; 15(5): 389-95.
- 20- Mahmood Aliloo M. Worry and Its relationship with checking and washing subscales of OCD. *J Current Psychol*. 2007; 1(3): 3-9. (Persian).
- 21- Wells A, Davies MI. The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Be Res and Therapy*. 1994; 32(2), 871-78.
- 22- Fata L, Motabi F, Molodi R, Zeyaei K. Psychometric adequacy Persian Thought Control Questionnaire version and a questionnaire to students anxious thoughts. *J of psychol methods and models*. 2009; 1(1): 81-103. (Persian).
- 23- Wells A, Gwilliam P, Cartwright-Hatton S. *The thought fusion instrument, unpublished self-report scale*. UK: Manchester University; 2001.
- 24- Myers S, Fisher PL, Wells A. The meta-cognitive model of obsession-compulsive symptoms: an empirical model. *World Congress of Cognitive and Behavior Therapy, Barcelona, Spain; 2007*.
- 25- Clark, D.A. *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York: Guilford Press. 2004.
- 26- Barlow, DH. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual (4thed.)*. New York: Guilford Press. 2008.
- 27- Bakhshipour A, Faraji R. Relationship between thought-action fusions with obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *Contemporary psychology*. 2011; 5(2): 15-22. (Persian).
- 28- Herangza M, Goodarzi MA. The predictor role of meta-cognitive beliefs on obsessive thoughts with mediation of taking responsibility and Intersection of thoughts in nonclinical population. *Thought & Be in Clinic Psychol*. 2015; 33(9): 57-66.
- 29- Mohseni J. Forecast for obsessive compulsive disorder based on the intersection of thoughts in non-clinical population. MS Thesis, University of Tabriz. 2013. (Persian).
- 30- Nelson EA, Abramowitz JS, Whiteside SP, Deacon BJ. Scrupulosity in patients with obsessive-compulsive disorder: Relationship to clinical and cognitive phenomena. *J of Anx Dis*, 2006; 20(8): 1071-1086.
- 31- Hanstede M, Gidron, Y, Nyklicek I. The effects of a mindfulness intervention on obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical student population. *The J of nervous and mental disease*. 2008; 196(10), 776-779.
- 32- Coles ME, Mennin DS, Heimberg RG. Distinguishing obsessive features and worries: the role of thought-action fusion. *Behavior Research and Therapy*. 2001; 39(8), 947-959.
- 33- Graham CL, Meeten F, Barnes G, Dash SR. Aversive intrusive thoughts as contributors

- to inflated responsibility, intolerance of uncertainty, and thought action fusion. Clin Neuropsychiatry. 2013; 10(3), 30-44.
- 34- Wegner DM. Ironic processes of mental control. Psycho rev.1994; 101(3), 34-52.

## The Role of Thoughts Control and the Fusion of Thought and Action with Obsession Symptoms in Non-Clinical Population

Rajabi Z<sup>1</sup>, Najafi M<sup>2\*</sup>, Akbari Balootbangan A<sup>3</sup>

1. MSc general psychology, Semnan University, Semnan, Iran.

2. Assistant professor, Clinical psychology, Semnan University, Semnan, Iran (Corresponding author).

Tel:+989125062180, Email: M\_najafy@semnan.ac.ir

3. Ph.D student educational psychology, Semnan University, Semnan, Iran.

### Abstract

**Background and Aim:** Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is a neurological disorder characterized by irrational fears and thoughts to repeat some behavior that makes people, so the aim of present research is investigation of the effect of the thoughts control and the fusion of thought and action with obsession symptoms in non-clinical population.

**Materials and Methods:** The present study was descriptive and of correlation studies' type. For this purpose, 230 students (130 girls and 100 boys) from University of Semnan in the academic year 2013-14 were selected by stratified random sampling method. The instruments of research as the questionnaire of the thought control, fusion of thought and action as well as the questionnaire of obsession symptoms were supplemented. Pearson's correlation and stepwise multiple regression methods were used for data analysis.

**Results:** The Pearson's correlation results show that there is significantly negative relation ( $P < 0.01$ ) between the components of the thought fusion and obsession symptoms. In addition, there is merely a significant relation between obsession symptoms and social control ( $r = 0.26$  &  $P < 0.01$ ) through the component of the thought control. The results of step by step regression show 19% of the variance of obsession symptoms is determined by the variables of the social control, fusion of thought and action as well as the distraction.

**Conclusion:** Finally, the results of this research show the determination of the variance of obsession symptoms is significantly related to the variables of the social control, fusion of thought and action as well as the distraction which we can use them to improve the obsession symptoms for students.

**Keywords:** Thought Control, Thought Fusion, Obsession