

Review

A review article about cognitive and meta-cognitive psychopathological approaches in obsessive - compulsive disorder

Majid Pourfaraj Omran^{1*}, Abbas Bakhshipour², Majid Mahmoud Alilou²

1. PhD candidate of psychology, psychology group, educational science and psychology department, Tabriz University, Tabriz, Iran
 2. Clinical psychology professor, psychology group, educational science and psychology department, Tabriz University, Tabriz, Iran.
- *. Corresponding Author: E-mail: m.pourfaraj@gmail.com

(Received 27 February 2016; Accepted 16 July 2016)

Abstract

The aim of this study is investigation cognitive and metacognitive theories and recent researches about obsessive - compulsive disorder (OCD). Salkovskis believes that critical cognitive component in OCD is inflated responsibility that a person has for her/him intrusive thoughts, this responsibility was caused naturalization behavior. In Rachman theory metacognitive bias such as thought- action fusion (TAF) has more important role. This bias increase responsibility and guilt. Also, this bias could increase compulsion for decrease those feeling. In Wells metacognitive theory is emphasized to metacognitive believes for example; lack of cognitive confidence, TAF, thought-event fusion and thought- object fusion. According to Clark cognitive thought control theory, existence some vulnerabilities such as anxiety trait, negative mood and metacognitive believes with interaction negative mood and events cause intrusive thoughts and unsuccessful try to control them intensify these thoughts. In sum, according to Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) six cardinal cognitive pathology of OCD include: inflated responsibility, overestimation of threat and likelihood, TAF , overimportance and control thoughts, perfectionism and intolerance of uncertainty, that in this article the relation of these factors and their relation with OCD symptoms was studied.

Keywords: Cognition, Metacognition, Obsessive - Compulsive Disorder, Pathology.

ClinExc 2016; 5(1): In Press (Persian).

مروری بر نظریات آسیب شناسی روانی شناختی و مدل‌های فراشناختی برای اختلال وسواس فکری - عملی

مجید پورفرج عمران^{۱*}، عباس بخشی پور^۲، مجید محمود علیلو^۳

چکیده

هدف تحقیق حاضر بررسی نظریه‌ها و تحقیقات انجام شده اخیر در زمینه رویکردهای شناختی و فراشناختی مرتبط با اختلال وسواس فکری-عملی است. سالکوسکیس معتقد است عامل شناختی محوری در این اختلال، احساس مسئولیت افراطی است که شخص در قبال افکار نافذ خود دارد، این احساس مسئولیت سبب ایجاد فعالیت‌های خنثی‌ساز (اعمال اجباری) می‌شود. در نظریه راجمن سوگیری فراشناختی چون آمیختگی فکر-عمل نقش مهم‌تری دارند و این سوگیری سبب افزایش احساس مسئولیت و احساس گناه می‌شود و همچنین انجام اعمال اجباری برای کاهش این احساس‌ها را می‌شود. در نظریه فراشناختی ولز نیز بر نقش باورهای فراشناختی از جمله عدم اعتماد شناختی، آمیختگی فکر-عمل، آمیختگی فکر-رویداد و آمیختگی فکر-شیء تأکید شده است. براساس نظریه کنترل تفکر شناختی کلارک وجود برخی عوامل آسیب‌پذیری مانند اضطراب صفتی، عاطفه منفی و باورهای فراشناختی در تعامل با خلق منفی و رویدادهای منفی موجب ایجاد افکار مزاحم و تلاش ناموفق فرد در کنترل آن‌ها موجب تشدید این افکار می‌شود. در مجموع براساس دیدگاه کارگروه شناخت‌های وسواسی اجباری شش آسیب‌شناختی اصلی در این اختلال عبارت‌اند از: احساس مسئولیت افراطی، بیش ارزیابی تهدید و احتمال، در آمیختگی فکر-عمل، اهمیت کنترل افکار، کمال‌طلبی و عدم تحمل بلا تکلیفی است که در این مقاله ارتباط بین این عوامل و ارتباط آن‌ها با اختلال وسواس بررسی شد.

واژه‌های کلیدی: شناخت، فراشناخت، اختلال وسواس فکری-عملی، نظریه، آسیب‌شناسی.

مقدمه

ارتباط بین آن‌ها به‌عنوان عوامل اصلی شناختی بروز علائم این اختلال تأکید شده است (۲). تجارب بالینی و نتایج تحقیقات نیز مکرراً نشان دادند که آنچه در این اختلال از اهمیت بیشتری برخوردار است عقاید زیربنایی، عوامل شناختی و فراشناختی می‌باشند که اغلب نقش میانجی بین افکار و تکانه‌های وسواسی و اعمال اجباری دارند و در تداوم اختلال نقش مهمی ایفاء می‌کنند (۲).

اختلال وسواس فکری-عملی اختلال روانی است که با نشانه‌های وسواس فکری شامل افکار، تکانه‌ها، یا تصاویر ذهنی برگشت‌کننده و پایدار که به‌شکلی مزاحم و نامناسب تجربه می‌شوند یا اعمال اجباری که به‌صورت رفتارهای تکراری (مانند؛ شستشو، واریسی، منظم کردن) یا اعمال ذهنی (مانند؛ دعا کردن، شمارش و تکرار واژه‌ها به آرامی) مشخص می‌شود (۱). در نظریه‌های شناختی مطرح در مورد تبیین اختلال وسواس فکری-عملی بر نقش باورهای شناختی مختلف و

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۲. استاد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

* نویسنده مسئول: تبریز، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی

E-mail: m.pourfaraj@gmail.com.

Disorder, Psychopathology, OCD و شناخت، فراشناخت، اختلال وسواس فکری-عملی، نظریه، آسیب‌شناسی) به جستجو در پایگاه‌های معتبر علمی فارسی و انگلیسی شامل: Scopus, ScienceDirect, ISI و Magiran IranMedex و SID با محدوده زمانی ۱۹۸۹-۲۰۱۵ پرداخته شد. فرایند انتخاب هر مقاله بر اساس مطابقت به ترتیب عنوان، چکیده و در نهایت متن اصلی مقاله با اهداف اصلی تحقیق بود که در نهایت از بین ۱۱۲ مقاله به دست آمده با توجه به ملاک انتخاب محوریت موضوع آسیب‌شناسی شناختی و فراشناختی اختلال وسواس، بررسی ارتباط بین متغیرها و عوامل شناختی یا فراشناختی با یکدیگر یا با نشانه‌های وسواس و همچنین عدم مطرح شدن مباحث آسیب‌شناسی زیستی یا دارودرمانی ۶۱ مقاله انتخاب شدند.

یافته‌ها

در این قسمت نتایج بررسی انجام شده در مقالات انتخاب شده در قالب دیدگاه‌های اصلی به ترتیب تکامل مفهومی ارائه می‌شود. نخست نظریه‌ی شناختی سالکوسکیس که به نقش محوری عامل شناختی مسئولیت‌پذیری افراطی تأکید دارد مطرح می‌شود. سپس به بررسی نظریه‌ی شناختی راجمن که بر سازه شناختی آمیختگی فکر و عمل به عنوان عامل زمینه‌ساز مسئولیت‌پذیری افراطی تأکید دارد و همچنین دیدگاه کنترل تفکر شناختی کلارک که بیشتر تأکید بر عامل کنترل تفکر به عنوان پیامد مسئولیت‌پذیری افراطی تأکید دارد پرداخته می‌شود. در ادامه به بررسی مختصر سه عامل شناختی دیگر که کارگروه شناخت‌های وسواسی اجباری^۵ به عنوان سایر عوامل شناختی احتمالی مؤثر در اختلال وسواس که در برخی دیدگاه‌ها و پژوهش‌ها مطرح شدند و شامل بیش ارزیابی تهدید، عدم تحمل بلا تکلیفی و کمال‌گرایی می‌باشند، می‌پردازیم. در نهایت

توجه روزافزون به سازه‌های شناختی و فراشناختی در تبیین اختلال وسواس فکری-عملی، ناشی از نارضایتی از تبیین‌های پیشین رفتاری می‌باشد که در آن‌ها علت وقوع و افزایش اعمال اجباری که را به نقشی نسبت می‌دهند که این اعمال در کاهش اضطراب دارند^(۳). افزایش تمایل و تأکید بر دیدگاه‌های شناختی در مورد تبیین اختلال وسواس فکری-عملی از دهه ۱۹۸۰ آغاز شد و اعتقاد صاحب‌نظران بر این بود که افزودن مداخلات شناختی به درمان این اختلال موجب افزایش اثربخشی درمان و کاهش عود بیماری می‌شود و در ضمن می‌تواند به بیمارانی که به رفتاردرمانی پاسخ مطلوبی ندادند بسیار کمک کند^(۴).

با توجه به این امر که آگاهی از رویکردهای شناختی و فراشناختی تبیین اختلال وسواس، بررسی شباهت‌ها و تفاوت‌های دیدگاه‌ها و همچنین ارتباط بین آن‌ها و برقراری نوعی انسجام مفهومی بین آن‌ها هم در عرصه پژوهش‌های آسیب‌شناسی می‌تواند بسیار مفید باشد و هم می‌تواند به متخصصان در فرمول‌بندی و اقدامات تشخیصی و درمانی مناسب‌تری یاری رساند، در این تحقیق مروری بر نظریه‌های شناختی مهم مطرح در این زمینه مانند نظریه شناختی سالکوسکیس^۱ و نظریه شناختی راجمن^۲، نظریه کنترل تفکر شناختی کلارک^۳ و همچنین نظریه فراشناختی ولز^۴ خواهیم داشت و یک جمع‌بندی نهایی در رابطه با نقش آن‌ها در تبیین اختلال وسواس ارائه خواهد شد.

روش مطالعه

با توجه به این که این پژوهش از نوع مطالعات مروری جهت بررسی نظریه‌ها و تحقیقات انجام شده اخیر در زمینه رویکردهای شناختی و فراشناختی مرتبط با اختلال وسواس فکری-عملی است می‌باشد. نخست با انتخاب کلیدواژه‌های مناسب فارسی و انگلیسی مرتبط (شامل؛ Cognition, Metacognition, Obsessive-Compulsive

1. Salkovskis

2. Rachman

3. Clarcck

4. Wells

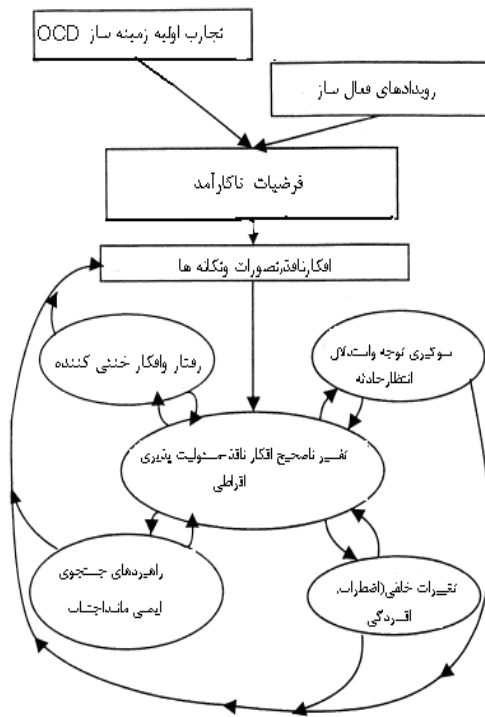
5. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group(OCCWG)

دیدگاه فراشناختی و لزوم که بیشتر بر عوامل فراشناختی تأکید دارد بیان می‌شود.

۱. نظریه‌ی شناختی سالکوسکیس

سالکوسکیس اولین مدل شناختی جامع درباره‌ی اختلال وسواس فکری-عملی را مطرح کرده است. سالکوسکیس معتقد است زمانی که افکار نافذ (مزاحم)، عقاید ناکارآمد درباره‌ی میزان مسئولیت فرد در قبال سلامتی خود و دیگران را فعال می‌سازند، شدت و فراوانی آن‌ها افزایش می‌یابد. او معتقد است این عقاید نقش مهمی در افزایش مسائل وسواسی دارند، زیرا سبب به وجود آمدن پیش‌بینی‌های منفی درباره‌ی افکار (مانند؛ داشتن چنین افکاری بدین معناست که من می‌خواهم آن‌ها را انجام دهم) و در پی آن سبب پیدایش این باور می‌شود که فرد برای جلوگیری از این اعمال باید در رابطه با افکارش کاری کند (فعالیت‌های خنثی‌ساز مانند؛ فرونشانی، جستجوی ایمنی، اجتناب و اعمال اجباری). از طرف دیگر فعالیت‌های خنثی‌ساز خود سبب ثبات عقاید ناکارآمد و سبب بروز بیشتر افکار نافذ می‌شوند و رد افکاری که مورد غفلت قرار گرفته بودند دوباره پیگیری شده و مورد توجه قرار می‌گیرند و در نتیجه آن، فراوانی قبلی این افکار افزایش می‌یابد، افزایش این افکار نیز خود به‌عنوان مدرکی دال بر مهم و با اهمیت بودن این افکار و این‌که بایستی به آن‌ها توجه کرد در نظر گرفته می‌شوند (۵). در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی به‌ویژه اختلال وسواس اهمیت دادن و احساس مسئولیت ادراکی مفرط در مورد این افکار موجب رفتارهای ایمنی‌جویی مانند تلاش جهت فرونشانی افکار می‌شود (۶). فرونشانی افکار راهبرد مقابله‌ای مسئله‌ساز در این رابطه در نظر گرفته می‌شود براساس تحقیق وگنر و زاناکس (۷) فرونشانی به‌طور متناقض موجب افزایش افکار نافذ می‌شود. پیدایش مجدد این افکار شاید به دلیل کاهش حالت خلقی باشد که موجب آسیب‌پذیری کنترل فکر و افزایش پیش‌بینی‌های منفی می‌شود. اگر افکار منفی که به

این طریق برانگیخته می‌شوند دارای محتوایی غیر از مسئولیت‌پذیری باشند تبدیل به وسواس نمی‌شوند گرچه شاید موجب پیدایش اضطرابی کلی یا خلق افسرده گردند (۸). پیامدهای مرتبط با تفسیر افکار مزاحم به‌عنوان نشانه مسئولیت شخصی در مورد آسیب رساندن عبارت‌اند از: افزایش ناراحتی، افزایش توجه نسبت به افکار مزاحم و باورهای مرتبط با آن‌ها و رفتارهایی مانند اجبارها، خنثی‌سازی، اجتناب، ایمنی‌جویی و واپس‌زنی که در حقیقت تلاش‌هایی جهت کاهش یا فرار از مسئولیت می‌باشند. این راهبردها مشغله ذهنی در مورد این افکار را افزایش می‌دهند و فراوانی آن‌ها را افزایش می‌دهند (۹)؛ بنابراین به اعتقاد سالکوسکیس بیش ارزیابی عقاید مرتبط با مسئولیت‌پذیری برای پیدایش افکار وسواسی لازم و احتمالاً کافی می‌باشند (۸).



شکل شماره ۱: مدل شناختی وسواس فکری-عملی سالکوسکیس به نقل از سالکوسکیس و همکاران ۲۰۰۰

نتایج تحقیق سالکوسکیس و همکاران (۱۰) نشان داد بیماران وسواسی عقاید و فرضیات مسئولانه کلی بیشتری نسبت به گروه غیربیمار دارند. بیماران وسواسی همچنین

⁶ Wegner & Zanakos

دارد و سبب تغییر جهت درمان از مواجهه صرف به بازسازی عقاید مسئولانه مسئله‌ساز شده است (۱۰).

۲. نظریه‌ی شناختی راچمن

این نظریه با مدل شناختی سالکوسکیس ارتباط دارد، اما مفهومی فراتر از مسئولیت‌پذیری را مطرح می‌کند. در این نظریه چنین تصور می‌شود که وسواس‌ها از سوءتعبیر فاجعه‌آمیز افکار مزاحم فرد ناشی می‌شوند. لذا وسواس‌ها تا زمانی که این سوءتعبیرها وجود داشته باشند، تداوم می‌یابند. بیمارانی که اهمیت اغراق‌آمیزی به این افکار نسبت داده، آن‌ها را وحشتناک، تهدیدکننده و خطرناک در نظر می‌گیرند (۱۱). به اعتقاد راچمن فرد وسواسی افکار مزاحم را به گونه‌ای تعبیر می‌کند که نشان‌دهنده این هستند که خود فرد بد، دیوانه یا خطرناک است. در این نظریه به محتوای وسواس‌ها شامل افکار، تصاویر، تکانه‌ها و تردیدها توجه بیشتری شده است. آن‌ها به‌عنوان ملاک‌هایی در مورد مسئول بودن فرد در قبال آسیب احتمالی در مورد خود و دیگران تفسیر می‌شوند. این امر موجب حالات خلقی منفی (اضطراب و افسردگی) و عامل انگیزشی جهت فعالیت‌های خنثی‌سازی که می‌تواند شامل رفتارهای اجباری مانند شستشو و واریسی باشند می‌شوند (۱۲). وسواس فکری منجر به توصیف‌ها و متعاقب آن یک‌سری تفسیرهایی از این توصیف‌ها می‌شود. تفسیرهای انجام‌گرفته باعث ترس، آشفتگی شده و این ترس و آشفتگی و سبب بروز پیامدهایی چون خنثی‌سازی یا اجتناب رفتاری می‌شود و این پیامدها باعث تقویت وسواس‌ها می‌شوند. تلاش برای خنثی‌سازی در این مدل اهمیت خاصی دارد. وقتی اجبارها و خنثی‌سازی‌ها موفقیت‌آمیزتر باشند یعنی در کاهش اضطراب و ناراحتی بیمار مؤثرتر باشند تمایل به اعمال اجباری افزایش خواهد یافت (۱۳).

سوگیری‌های شناختی خاصی در بیماران وسواس فکری-عملی وجود دارد. لوپاتکا^۸ و راچمن (۱۴) دریافتند که افراد دارای مشکلات وسواسی، تصور می‌کنند تفکر

ارزیابی‌های مسئولانه بیشتری نسبت به افکار نافذ در رابطه با احتمال آسیب رساندن به دیگران داشتند. از نتایج دیگر این تحقیق این است که این نوع شناخت‌ها یا نگرش‌های مسئولانه خاص وسواس فکری-عملی هستند و نه اختلالات اضطرابی دیگر.

نتایج تحقیقی که به بررسی شدت باورهای ناکارآمد درباره ترس، عدم اطمینان، اهمیت و کنترل افکار، مسئولیت‌پذیری و کمال‌گرایی در بیماران وسواس فکری-عملی (۸۹ نفر)، گروه کنترل دارای اختلال اضطراب فراگیر^۷ (۷۲ نفر) و گروه کنترل غیربالینی (۳۳ نفر) پرداخت نشان داد که بیماران وسواس فکری-عملی نسبت به بیماران کنترل اضطرابی و غیر بالینی شدت بیشتری از باورهای ارزیابی ترس، تحمل عدم اطمینان، اهمیت و کنترل افکار و کمال‌گرایی را تجربه می‌کنند اما در زمینه باورهای مسئولیت‌پذیری چنین نیست. تحلیل خرده مقیاس‌ها نشان داد که باورهای کمال‌گرایی، اطمینان، باورهای درباره اهمیت و کنترل افکار مابین گروه‌های وسواس فکری-عملی و اضطراب فراگیر تفاوت معنی‌داری دارد اما باورهای مسئولیت‌پذیری افراطی و ارزیابی ترس مابین گروه‌های وسواس فکری-عملی و اضطراب فراگیر تفاوت نداشت و هنگامی که اضطراب صفتی و افسردگی کنترل شد فقط در مورد باورهای نیاز به کنترل افکار شخصی مابین دو گروه وسواس فکری-عملی و گروه اضطراب فراگیر تفاوت وجود داشت (۶). در مجموع نتایج تحقیقات حاکی از آن است گرچه احساس مسئولیت سازه شناختی مهمی می‌تواند در اختلالاتی با نمود بارز اضطراب مانند اضطراب فراگیر و وسواس باشد اما به نظر می‌رسد آنچه متمایزکننده اختلال وسواس است باورهای خاص افراد وسواسی در مورد کنترل افکارشان و سعی در کنترل شدید افکار است که می‌تواند در نتیجه این اهمیت و احساس مسئولیت مفرط باشد (۹). مدلی که سالکوسکیس مطرح کرد در افزایش درک ما از اختلال وسواس فکری-عملی نقش اساسی

^۸. Lopatka

^۷. Generalized Anxiety Disorder

آن‌ها در مورد رویدادهای ناگوار احتمال وقوع این رویدادها را افزایش می‌دهد و آن‌ها به خاطر داشتن چنین افکاری مسئول وقوع آن‌ها هستند و بایستی وقوع آن‌ها را کنترل کنند. این درهم آمیختگی فکر و عمل، مسئولیت ادراک شده فرد را برای وقوع مشکلات افزایش داده و همین امر سبب افزایش احساس گناه در فرد می‌شود. در واقع آمیختگی فکر-عمل در هر دو حالت (اخلاقی و احتمال) بیانگر سوءتعبیر افکار است. وقوع چنین سوگیری‌های شناختی آسیب‌پذیری شخص را نسبت به وسواس‌های نابهنجار افزایش می‌دهد (۱۵). راجمن معتقد است که آمیختگی فکر-عمل نقش محوری در وسواس‌های فکری با موضوع جنسی، پرخاشگری و گناه دارند زیرا این نوع محتواهای در تمام نظام‌های اخلاقی مهم‌اند و بنابراین موجب افزایش حس مسئولیت در قبال این افکار و تصاویر وسواسی می‌شوند بدین معنا که این وظیفه شخص است که جهت جلوگیری از آسیب احتمالی حاصل از این افکار به خود یا دیگران بایستی جلوی آن‌ها را بگیرد. تجربه افکار مزاحم خود آیند بسیار رایج است و برای ۹۰-۸۰ درصد افراد جامعه اتفاق می‌افتد (۱۳). در مورد افراد مبتلا به وسواس تمیزی این افکار به صورت ترس از آلودگی خود و دیگران تجربه می‌شود (۱۶). پژوهش‌ها نشان داده‌اند این افکار به وسیله اکثر افراد به راحتی نادیده انگاشته می‌شوند، اما افراد دارای آمیختگی فکر-عمل بالا اهمیت و معنای ویژه‌ای برای این افکار قائل‌اند و متعاقب آن از دوباره تجربه کردن آن نگران می‌شوند و در نهایت تجربه آمیختگی فکر-عمل بیشتر و بیشتر برایشان رخ می‌دهد (۱۷).

در این نظریه به محتوای وسواس‌ها توجه بیشتری شده است. وسواس فکری منجر به توصیف‌ها و متعاقب آن یکسری تفسیرهایی از این توصیف‌ها می‌شود. تفسیرهای انجام گرفته باعث ترس، آشفتگی شده و این ترس و آشفتگی سبب بروز پیامدهایی چون خنثی‌سازی یا اجتناب رفتاری می‌شود و این پیامدها باعث تقویت وسواس‌ها می‌شوند. تلاش برای خنثی‌سازی در این مدل اهمیت خاصی دارد. وقتی اجبارها و خنثی‌سازی‌ها موفقیت‌آمیزتر

باشند یعنی در کاهش اضطراب و ناراحتی بیمار مؤثرتر باشند تمایل به اعمال اجباری افزایش خواهد یافت (۱۸). تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که سازه آمیختگی فکر-عمل دارای دو بعد اصلی است؛ آمیختگی فکر-عمل احتمال^۹ و آمیختگی فکر-عمل اخلاقی^{۱۰} (۱۸). مفهوم آمیختگی فکر-عمل احتمال را این گونه می‌توان بیان کرد: اعتقاد فرد به این که فکر کردن درباره‌ی رویدادی آشفته ساز یا غیرقابل پذیرش احتمال وقوع آن را افزایش می‌دهد. به عنوان مثال؛ خانمی که افکار نافذی درباره‌ی تصادف همسرش دارد احساس می‌کند که این افکار نافذ سبب می‌شوند خطر تصادف همسرش افزایش یابد و در واقع او با داشتن چنین فکری همسرش را در معرض این خطر قرار داده است و برای جلوگیری از آن احساس مسئولیت می‌کند، گاهی نیز سعی در خنثی‌سازی ذهنی آن می‌کند. این نوع آمیختگی فکر-عمل خود دارای دو جنبه است: آمیختگی فکر-عمل احتمال برای خود؛ یعنی، در آمیختگی بین افکار و وقایعی که برای خود فرد اتفاق می‌افتند و در آمیختگی فکر-عمل احتمال برای دیگران؛ یعنی، در آمیختگی بین افکار و وقایعی که برای دیگران رخ می‌دهند (۱۱). نشانه‌های وسواس که با ترس از آسیب یا آلودگی خود یا دیگران می‌باشند با این افکار بیشتر ارتباط دارند (۱۹).

این تعبیر که داشتن افکار وسواسی درباره‌ی اعمال منع شده و انجام واقعی این اعمال از لحاظ اخلاقی معادل هم‌اند را آمیختگی فکر-عمل اخلاقی می‌نامند. به عنوان مثال مادری که افکار نافذی در ارتباط با آسیب رساندن به کودکش دارد، احساس می‌کند که به سبب داشتن چنین افکاری به همان میزان آسیب رساندن واقعی به کودکش از لحاظ اخلاقی مسئول است. این مادر احساس می‌کند که چنین افکاری ماهیت واقعی او را نمایان می‌سازند و چون تنها افراد پست و جنایت‌کار چنین افکاری دارند، او نیز به خاطر داشتن چنین افکاری فردی پلید و گناهکار است. به نظر می‌رسد این دو نوع در آمیختگی

⁹. Likelihood

¹⁰. Moral

افراطی دارد، اما سازه‌ای مجزا از آن است. راجمن مطرح می‌کند که احساس مسئولیت افراطی می‌تواند هم ایجادکننده و هم پیامد آمیختگی فکر-عمل باشد (۲۰). گرچه آمیختگی فکر-عمل توسط سالکوسکیس به‌عنوان یک مؤلفه احساس مسئولیت افراطی معرفی شده است، اما به‌طور تجربی شواهد کمی برای حمایت از چنین ادعایی وجود دارد. اگر آمیختگی فکر-عمل یک مؤلفه احساس مسئولیت باشد، انتظار می‌رود که با آن همبستگی بسیار بالایی داشته باشد. درحالی‌که مقیاس‌های آمیختگی فکر-عمل همبستگی مثبت متوسط (نه بسیار بالا) با مقیاس مسئولیت‌پذیری دارند (۲۷). همچنین راجمن و همکاران (۱۸) گزارش کردند که آمیختگی فکر-عمل اخلاقی با مقیاس احساس مسئولیت‌پذیری آن‌ها همبستگی معناداری ندارد. تحقیقات آزمایشگاهی هم نشان داده است که دست‌کاری آمیختگی فکر-عمل اغلب سبب افزایش احساس مسئولیت می‌شود (۲).

رابطه نزدیکی بین سازه آمیختگی فکر-عمل و احساس مسئولیت ادراک‌شده در قبال احتمال وقوع وقایع منفی وجود دارد بررسی‌های آزمایشگاهی اولیه حاکی از آن می‌باشند که آمیختگی فکر-عمل احتمال برای دیگران سبب گرایش به فعالیت‌های خنثی‌سازی شده و این خنثی‌سازی در نظر بیمار و سواس فکری-عملی، مسئولیت ادراک‌شده برای تهدید و احتمال وقوع رویدادهای ناخوشایند را کاهش می‌دهد (۱۶). افراد دارای آمیختگی فکر-عمل اخلاقی بالا نیز که معتقدند تفکر درباره‌ی امری ناپسند به بدی انجام دادن آن است، ممکن است به خاطر داشتن چنین افکاری احساس مسئولیت اخلاقی شدیدی در قبال این افکار داشته باشند و این احساس مسئولیت شدید سبب به وجود آمدن احساس گناه شود و خود این احساس گناه به‌عنوان نشانه‌ای که حاکی از مهم بودن این افکار است و این که شخص به خاطر داشتن چنین افکاری باید مورد سرزنش قرار گیرد سوءتعبیر می‌شود. راجمن و همکاران (۱۳) در طرح تحقیقی آزمایشی از ۳۲ آزمودنی دانشجو با آمیختگی فکر-عمل بالا خواستند جملاتی شبیه این جمله «من امیدوارم... (ذکر نام یک دوست یا آشنا)

فکر-عمل (اخلاقی و احتمال) با یکدیگر ارتباط داشته باشند: اگر فردی معتقد باشد افکارش خطر واقعی در پی دارد، در قبال آن‌ها احساس مسئولیت و گناه خواهد کرد و خطوط چنین افکاری به ذهنش را غیراخلاقی دانسته و تصور می‌کند به خاطر داشتن چنین افکاری فرد پلیدی است. در واقع در آمیختگی فکر-عمل در هر دو حالت (اخلاقی و احتمال) بیانگر سوءتعبیر افکار است. وقوع چنین سوگیری‌های شناختی آسیب‌پذیری شخص را نسبت به وسواس‌های نابهنجار افزایش می‌دهد (۲۰).

به نظر می‌رسد بین احساس مسئولیت ادراک‌شده که توسط سالکوسکیس مطرح شده است و کارکرد سوگیری‌های شناختی همچون آمیختگی فکر-عمل نوعی ارتباط و پیوستگی وجود داشته باشد. راجمن معتقد است عقاید مرتبط با مسئولیت‌پذیری که مورد تأکید سالکوسکیس می‌باشد در واقع از سوگیری شناختی آمیختگی فکر-عمل نشئت گرفته است و افراد دارای این‌گونه سوگیری شناختی آسیب‌پذیری بیشتری نسبت به ابتلا به مشکلات و سواسی دارند (۲۰). بر همین اساس احتمال دادن وقوع یک رویداد ناگوار و تخمین وقوع پیامدهای واقعی را از عوامل مهم زمینه‌ساز و مولد اضطراب می‌دانند (۱۳). همچنین وسواس‌ها در طول دوره‌های ملال و دل‌تنگی افزایش می‌یابند (۲۲). ریکاردی^{۱۱} و مک‌نالی^{۱۲} نشان دادند بین وسواس‌ها و خلق افسرده ارتباط وجود دارد. حالات خلقی منفی همچون ملال خود می‌تواند موجب افزایش و حفظ وسواس شوند زیرا در این حالات خلقی امکان پذیرش تفاسیر منفی افکار همانند پذیرش خود افکار افزایش یابد (۲۳).

امیر^{۱۳} و همکاران (۲۴)، راسین^{۱۴} و همکاران (۲۵) و شافران^{۱۵} و همکاران (۲۶) مطرح کردند که گرچه آمیختگی فکر-عمل ارتباط نزدیکی با احساس مسئولیت

11. Ricciardi

12. McNally

13. Amir

14. Rassin

15. Shafraan

دارد و نقش آمیختگی فکر-عمل برای آمیختگی فکر-عمل احتمال برای خود و دیگران نسبت به آمیختگی فکر-عمل اخلاقی بیشتر می‌باشد.

مدلی که سالکوسکیس مطرح کرد در افزایش درک ما از وسواس فکری-عملی نقش اساسی دارد و سبب تغییر جهت درمان از مواجهه صرف به بازسازی عقاید مسئولانه مسئله‌ساز شده است. نظریه راجمن نیز دیدگاه جدیدی به سوگیری‌های شناختی وسواس فکری-عملی ایجاد نمود و مدل او دلالت بر درمان مبتنی بر سوء تفسیر فاجعه‌آمیز مرکزی (اصلی) که شخص به افکار وسواسی می‌دهد، دارد به عبارت دیگر به جای درمان مبتنی بر خنثی‌سازی به درمان مبتنی بر خود وسواس تأکید دارد (۱۰).

۳. نظریه کنترل تفکر شناختی^{۱۸} کلارک

یکی دیگر از نظریه‌های شناختی مطرح در تبیین اختلال وسواس دیدگاه کلارک است. کلارک مدلی را برای تبیین وسواس بر اساس سطوح آسیب‌پذیری و ارزیابی‌های اولیه و ثانویه مطرح می‌کند (شکل شماره ۲). در این مدل در سطح آسیب‌پذیری، بالا بودن اضطراب صفتی و عاطفه منفی به همراه خودارزیابی‌های دوسوگرایانه و باورهای فراشناختی ناسازگارانه فرد را مستعد افکار مزاحم ناخواسته می‌کند که در تعامل با عوامل فعال‌سازی مانند تنش و خلق منفی بروز می‌یابند (۳۲). همانند راجمن، کلارک معنایی که فرد به این افکار می‌دهد و تهدیدکنندگی (خودناهمخوانی) آن‌ها را به ارزیابی اولیه نسبت می‌دهد. بیماران مبتلا به وسواس این افکار را تهدیدکننده و ناهمخوان با شخصیت خود تعبیر می‌کنند و لذا سعی بر بیرون راندن آن‌ها از حیطه آگاهی خود می‌کنند؛ اما در ارزیابی سطح دوم به دلیل احساس نداشتن کنترل کافی بر این افکار احساس شکست می‌کنند؛ بنابراین ارزیابی‌های ناسازگارانه بر پایه احساس تهدید و خطر اولیه و احساس مسئولیت و احتمال بروز پیامدهای منفی موجب افزایش آشفتگی روانی و برجستگی وسواس‌های فکری و تلاش بیشتر جهت کنترل

دچار تصادف راندگی شود. که برانگیزاننده آمیختگی فکر-عمل هستند را بنویسند و درباره‌ی آن‌ها فکر کنند هنگامی که آزمودنی‌ها در شرایطی با احساس مسئولیت مختلف قرار می‌گرفتند در موقعیت احساس مسئولیت بالا به تکالیف برانگیزاننده آمیختگی فکر-عمل با احساس گناه، احساس خطاکاری اخلاقی و میل شدید به خنثی‌سازی پاسخ می‌داند. نتایج تحقیق پورفرج (۲۸) جهت مقایسه وضعیت آمیختگی فکر-عمل در چهار گروه ۲۰ نفر از هر یک از اختلالات وسواس فکری-عملی، افسردگی و همبودی این دو اختلال و گروه بهنجار نشان داد که گروه همبود در نمره کل آمیختگی فکر-عمل و آمیختگی فکر-عمل اخلاقی به طور معناداری نمره بیشتری کسب کردند. این نتیجه می‌تواند بیانگر اهمیت نقش آمیختگی فکر-عمل اخلاقی در شکل‌گیری اختلال همبودی وسواس و افسردگی باشد. در مطالعه دیگر پورفرج (۲۹) در نمونه ۶۵۶ نفری از دانشجویان دانشگاه شیراز، تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام جهت بررسی این که از بین خرده مقیاس‌های TAF-R^{۱۶}، احساس گناه و احساس مسئولیت کدام‌یک از نشانه‌های وسواس را بیشتر تبیین می‌کنند انجام گرفت. نتایج این تحقیق بیانگر آن بود که آمیختگی فکر-عمل اخلاقی نشانه کنترل فکر، احتمال وقوع افکار در مورد خود نشانه ترس از آلودگی و احتمال وقوع وقایع منفی نشانه‌های واری و نگرانی از دست دادن کنترل رفتار حرکتی را بیشتر تبیین می‌کنند. نتایج تحلیل رگرسیون موسی نژاد و علیلو نشان داد عامل اهمیت، کنترل افکار به‌تنهایی ۲۹ درصد و به همراه عامل مسئولیت، ارزیابی ۳۳ درصد واریانس آمیختگی فکر-عمل را پیش‌بینی می‌کند و به‌طور کلی باورهای وسواسی ۳۰ درصد از واریانس آمیختگی فکر-عمل را پیش‌بینی می‌کنند (۳۰). بایلی، وو، والتینر و مک گراث^{۱۷} (۳۱) در مورد مقایسه باورهای شناختی بر علائم وسواس انجام دادند به این نتیجه رسیدند که آمیختگی فکر-عمل نسبت به سایر باورها نقش بیشتری در تبیین نشانه‌های وسواس

¹⁶. Thought Action Fusion-revised scale

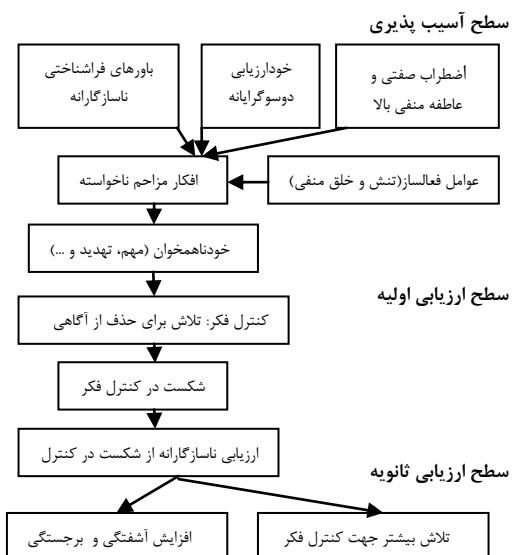
¹⁷. Bailey, Wu, Valentinera & McGrath

¹⁸. Cognitive Thought Control

۴. کارگروه شناخت‌های وسواسی اجباری

کارگروه شناخت‌های وسواسی اجباری شامل گروه بزرگی از محققان بین‌المللی است که به منظور مطالعه جنبه‌های شناختی اختلال وسواس فکری-عملی در خلال برگزاری کنگره جهانی درمان‌های شناختی رفتاری دانمارک در سال ۱۹۹۵ شکل گرفت. اهداف اصلی این گروه شناسایی مهم‌ترین باورهای اصلی و تهیه ابزارهایی برای سنجش باورهای شناختی که متمایزکننده اختلال وسواس فکری-عملی از اختلالات دیگر است. این گروه در سال ۱۹۹۷ ابتدا با مروری بر ادبیات تحقیق موجود مؤلفه‌های شناختی مطرح‌شده در تحقیقات و نظریه‌های مختلف را برمی‌شمرد که عبارت‌اند از: بیش ارزیابی شدت تهدید، احتمال و خطر، احساس مسئولیت افراطی، آمیختگی فکر-عمل، افکار سحرآمیز و خرافی، اهمیت دادن مفرط به افکار، بها دادن به افکار هیجانی، کنترل افکار، ایده‌آل‌طلبی، داشتن استانداردهای بالا در مورد عملکرد شخصی، نگرانی در مورد اشتباهات، انعطاف‌ناپذیری، کنترل اوضاع زندگی، عدم تحمل اضطراب و ناراحتی روانی، عدم تحمل بلا تکلیفی، تازگی و تغییر، تردید در تصمیم‌گیری، باورهای پیرامون سازگار شدن با تنش‌ها، عدم اطمینان به حافظه و حواس و بیش تعمیم‌دهی (۳۶). این کارگروه از بین این عوامل شش آسیب‌شناسی اصلی در ایجاد و حفظ این اختلال را مطرح می‌کند که شامل احساس مسئولیت افراطی، بیش ارزیابی تهدید و احتمال، در آمیختگی فکر-عمل، نگرانی زیاد در مورد اهمیت کنترل افکار و ایده‌آل (کمال) طلبی است (۱۰). در مورد احساس مسئولیت افراطی، آمیختگی فکر-عمل و نگرانی زیاد در مورد اهمیت کنترل افکار در نظریه‌های مطرح‌شده پیشین توضیح داده شدند. در اینجا به شرح مختصر سه آسیب‌شناختی دیگر می‌پردازیم که شامل بیش ارزیابی تهدید، عدم تحمل بلا تکلیفی و کمال‌گرایی می‌باشند.

افکار می‌شود و رفتارهای اجباری جهت جلوگیری از افکار صورت می‌گیرند. تأکید بر کنترل ذهنی هسته اصلی این مدل به نظر می‌رسد. تحقیقات هم نشان داده است بیماران وسواسی نسبت به نمونه‌های غیربالینی سطح کمتری از موفقیت در کنترل افکار مزاحم گزارش می‌کنند. در رابطه با راهبردهای کنترل فکر تحقیقات نشان داده‌اند که بیماران وسواسی از راهبردهای نگرانی و خود تنبیه‌گری بیشتر از سایر راهبردها استفاده می‌کنند (۳۳). از سوی دیگر یکی از راهبردهای مورد استفاده بیشتر واپس‌زنی فکری است که گزارش‌شده اثر متناقض شدیدی دارد و موجب افزایش افکار مزاحم می‌شود (۳۴). مهم‌ترین عامل شناختی از دیدگاه کلارک احساس نیاز به کنترل افکار ناخواسته و تلاش برای حذف آن‌ها از آگاهی است و احساس شکستی که فرد در این راستا دارد خود موجب افزایش آشفتگی و برجستگی افکار و ایجاد نوعی چرخه معیوب می‌شود که خود موجب تداوم بیشتر افکار می‌شود (۴). نتایج تحقیق ساسورلی و همکاران (۳۵) نیز حاکی از آن است که رابطه بین احساس مسئولیت با نشانه‌های وسواس کاملاً به‌وسیله نیاز به کنترل افکار تعدیل می‌شود.



شکل شماره ۲: مدل کنترل تفکر شناختی کلارک (۲۰۰۴)

۴-۱- بیش ارزیابی تهدید

یکی از عوامل شناختی احتمالی در بروز اختلال وسواس بر اساس دیدگاه کارگروه شناخت‌های وسواسی اجباری بیش ارزیابی تهدید می‌تواند باشد. بیش ارزیابی تهدید بنا به تعریف این کارگروه شامل باورهایی است که نشان‌دهنده تخمین اغراق‌شده احتمال یا شدت آسیب‌اند. این باور اشاره به میزان بیش ارزیابی یک بیمار وسواسی در مورد مقدار و شدت خطرات موجود در دنیای اطراف و افکار وسواسی‌اش دارد. باورهایی مانند «احتمال وقوع رویدادهای منفی برای من بیشتر از دیگران است یا چیزهای پیرامون من ناامن و خطرناک‌اند». تأکید مدل‌های اولیه (مانند؛ کار^{۱۹} سال ۱۹۷۴، لازاروس^{۲۰} سال ۱۹۶۶) در مورد باورهای ناکارآمد در مورد تهدید در بیماران وسواسی این بود که این باور نشئت گرفته از تمایل این بیماران به کمتر تخمین زدن توانایی و مهارتشان در رویارویی یا تهدید و خطر است. درک نداشتن توانایی لازم رویارویی موجب اضطراب و پناه بردن به رفتارهای تکراری که تلاشی برای کاهش خطر در نظر گرفته می‌شوند می‌شود (۳۷).

باورهایی مانند احساس مسئولیت افراطی، نگرانی زیاد در مورد اهمیت کنترل افکار، عدم تحمل بلا تکلیفی (قطعیت) و ایده‌آل (کمال) طلبی صرفاً به تمایل زیاد مفرط فرد به کنترل رویدادها و پیامدها اشاره دارند درحالی که بیش ارزیابی تهدید اغلب با کنترل ادراکی فرد بر پیامدها ارتباط دارد (۳۸). به نظر می‌رسد ایمنی‌جویی مفرط^{۲۱} در اختلال وسواس و افسردگی مشترک است اما درحالی که افراد مبتلا به وسواس این ایمنی‌جویی را عمدتاً در مورد بیش ارزیابی تهدیدهای عمومی مانند آتش‌سوزی و آسیب جسمی و بیماری دارند، افراد مبتلا به افسردگی این ایمنی‌جویی را عمدتاً در مورد بیش ارزیابی تهدیدهای اجتماعی مانند از دست دادن حمایت و طرد احساس می‌کنند (۳۹). نتایج تحقیقات همچنین حاکی از آن است که نسبت به سایر عوامل شناختی، مسئولیت‌پذیری و بیش

ارزیابی تهدید به‌طور خاص عامل مهمی در رابطه با نشانه‌شناسی این اختلال می‌باشد و احتمالاً عامل خطر بیش مرضی^{۲۲} جهت ایجاد اختلال وسواس فکری-عملی است (۴۰).

۴-۲- عدم تحمل بلا تکلیفی

از عوامل شناختی احتمالی دیگر در بروز اختلال وسواس بر اساس دیدگاه کارگروه شناخت‌های وسواسی عدم تحمل بلا تکلیفی می‌تواند باشد. عدم تحمل بلا تکلیفی که خود شامل سه نوع باور است:

- (الف) باورهایی در مورد ضرورت مطمئن بودن؛
 (ب) باورهایی در مورد که فرد توانایی سازگاری ضعیفی در تغییرات غیرقابل پیش‌بینی دارد و
 (ج) باورهایی در مورد سخت بودن داشتن عملکردی مناسب در موقعیت‌های ذاتاً مبهم (۳۷).

در سال‌های اخیر ارتباط عدم تحمل بلا تکلیفی با آسیب‌شناسی نگرانی، اضطراب فراگیر و نشانه‌های اختلال وسواس مطرح شده است (۴۱). در تحقیقی که هالووی، همبرگ و کلز^{۲۳} در مورد مقایسه عدم تحمل بلا تکلیفی در گروه‌های بیماران وسواس، اضطراب فراگیر و گروه کنترل سالم انجام داده‌اند دریافتند که عدم تحمل بلا تکلیفی در گروه بیمار از گروه سالم به‌طور معنادار بیشتر است اما بین دو گروه بیمار تفاوت معناداری مشاهده نشد (۴۲).

سطح پایین‌تر تحمل بلا تکلیفی و نامطمئن بودن در بیماران وسواسی نسبت به افراد بهنجار می‌تواند به حافظه آن‌ها نیز گسترش یابد بر این اساس این چنین فرض می‌شود که واریس اجباری به‌واسطه عدم اطمینان به حافظه در مورد واریس قبلی برانگیخته می‌شود. اخیراً برخی صاحب‌نظران معتقدند که افرادی که شدیداً رفتار واریس را انجام می‌دهند شاید جهت کاهش این عدم اطمینان برانگیخته می‌شوند؛ اما این واریس تکراری اثری متناقض دارد و به‌جای اطمینان بخشی موجب تردید بیشتر می‌شود و

¹⁹ Carr

²⁰ Lazarus

²¹ Excessive reassurance-seeking (ERS)

²² Premorbid Risk Factor

²³ Holaway, Heimberg & Coles

بالایی است که فرد برای خود در نظر گرفته است (۴۷). اسلاد و اونز^{۲۶} مدلی را بر اساس تمایز گذاشتن بین ایده آل طلبی مثبت و منفی (مبتنی بر عملکرد رفتار ایده آل گرایانه) مطرح می‌کنند (۴۸). ایده آل طلبی مثبت سازگارانه و تقویت کننده است و اشاره به شناخت‌ها و رفتارهایی دارد که جهت کسب تقویت مثبت شکل یافتند. تقویت مثبت با ایده آل طلبی معطوف به خود همبستگی دارد (برای مثال، تمایل به ایجاد استانداردهای بسیار بالا و نگرانی در رابطه با شکست در برآورده سازی آن‌ها) افراد ایده آل طلب مثبت از طریق درگیری آگاهانه و فعال تمایل به حل مسائل دارند. لیکن ایده آل طلبی منفی شامل نگرانی در مورد اشتباهات، انتظارات والدینی و انتقاد و سبک حل مسئله ناسازگارانه (مانند؛ اجتناب و نشخوار ذهنی) است. تقویت منفی شامل شناخت‌ها و رفتارهایی است که در جهت رسیدن به اهداف اجتناب و فرار از شکست ایجاد شده‌اند. در اختلال وسواس ابعاد ایده آل طلبی منفی مد نظر است (۴۹)؛ یعنی اعتقاد به وجود راه‌حل‌های ایده آل و نگرانی مفرط در مورد اشتباهات. تحقیقات نشان داده است کمال طلبی منفی با مقیاس‌های سنجش نشانه‌های وسواس و اجبار چه در گروه‌های غیر بالینی و چه نمونه‌های بالینی همبستگی دارد (۵۰، ۵۱).

برخی صاحب نظران کمال گرایی را به عنوان تلاشی جهت اجتناب از عدم اطمینان یا ایجاد کنترل مفهوم سازی می‌کنند در حالی که برخی دیگر معتقدند که کمال گرایی خود موجب عدم اطمینان و نیاز به کنترل می‌شود (۵۲). مارتینلی^{۲۷} و همکاران (۵۳) در تحقیقی که در مورد ابعاد کمال گرایی با انواع نشانه‌های وسواس انجام دادند دریافتند کمال گرایی به طور خاص با نشانه نظم و وسواسی ارتباط دارد. البته نتایج برخی از تحقیقات حاکی از آن دارد که همانند عامل شناختی عدم تحمل بلا تکلیفی (عدم قطعیت)، کمال گرایی هم می‌تواند به عنوان یک عامل فراتشخیصی به ویژه در اختلالات اضطرابی، افسردگی و اختلالات خوردن نیز مطرح باشد (۵۴).

موجب کاهش اطمینان به حافظه در مورد رویدادهای وارسی شده می‌شود (۴۳). گرچه در برخی تحقیقات مانند تحقیق ساراوگی، اوگلسبی و کوگل^{۲۴} (۴۴) مشخص شد افرادی که نمره بالایی در مقیاس عدم تحمل قطعیت می‌آورند نشانه‌های وسواس را نیز بیشتر گزارش می‌دهند؛ اما در سایر تحقیقات مطرح شده است که این عامل شناختی چندان اختصاصی اختلال وسواس نیست از جمله دوگاس و شوارز و فرانسیس^{۲۵} (۴۵) در تحقیق خود دریافتند این سازه ارتباط بیشتری با نگرانی دارد تا وسواس، اجبار، افسردگی و هراس. کارلتون و همکاران (۴۶) نیز که به مقایسه عدم تحمل بلا تکلیفی (عدم قطعیت) در گروه دانشجویان مبتلا به اختلالات اضطرابی اضطراب فراگیر، وسواس، هراس، اضطراب اجتماعی و اختلال افسردگی با گروه بهنجار پرداخته‌اند دریافتند در تمام گروه‌های بالینی عدم تحمل بلا تکلیفی (عدم قطعیت) بالاتر از گروه بهنجار می‌باشد و این عامل شناختی می‌تواند به عنوان یک عامل فراتشخیصی در اختلالات اضطرابی مطرح باشد و در رویکردهای جدید درمانی به ویژه درمان‌های فراتشخیصی مورد توجه خاص قرار گیرد.

۴-۳- کمال گرایی

یکی دیگر از عوامل شناختی مؤثر احتمالی بر اساس دیدگاه کارگروه شناخت‌های وسواسی اجباری کمال گرایی مفرط است. کمال گرایی یا معادل مناسب‌تر آن ایده آل طلبی بر اساس تعریف این کارگروه شامل سه باور است: نخست، برای هر مسئله‌ای یک راه حل ایده آل وجود دارد؛ دوم، انجام کارها به صورت ایده آل (بدون اشتباه) امری ممکن و الزامی است و سوم، حتی اشتباهات کوچک پیامدهای جدی در پی خواهند داشت. ایده آل طلبی نقشی اصلی در نظریه‌های مرتبط با اختلال وسواس دارد (۳۷). مشخصه ایده آل طلبی تمایل به انتقاد آشکار از خود در مورد زیر پا گذاشتن استانداردهای

²⁶ Slade and Owens

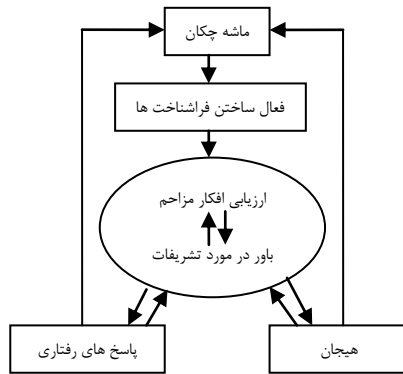
²⁷ Martinelli

²⁴ Sarawgi, Oglesby, Coughle

²⁵ Dugas, Schwartz, & Francis

۵. نظریه‌ی فراشناختی ولز

در نظریه‌های جدید شناختی در مورد اختلالات اضطرابی به‌خصوص اختلال وسواس فکری- عملی نقش سازه‌های فراشناختی جایگاه ویژه‌ای یافته است. در واقع این رویکردها بیشتر بر فرایندهای شناختی تأکید دارند و یک مرحله فراتر از رویکردهای شناختی که صرفاً به محتواهای شناختی می‌پردازند را مدنظر قرار می‌دهند (۳).



شکل شماره ۳: مدل مختصر فراشناختی ولز

نتایج تحقیق کارترایت- هاتون^{۲۹} و ولز نشان داد که باورهای مثبت درباره نگرانی و باورهای منفی درباره نگرانی با اضطراب صفتی، وسواس‌ها، واری‌های اجباری و آسیب‌پذیری نسبت به نگرانی‌های مربوط به سلامتی و نگرانی‌های اجتماعی، همبستگی مثبت دارد به‌طور کلی باورهای منفی درباره غیرقابل کنترل و خطرناک بودن، قوی‌ترین رابطه را با میزان آسیب‌پذیری ارزیابی شده در این تحقیق داشتند (۵۶). نتایج تحقیق ولز و پاپاگرچو^{۳۰} نشان داد که همبستگی مثبت معناداری بین عدم اعتماد شناختی و علائم وسواس فکری عملی مثل واری‌ها، شستشو، نظم، تکانه‌ها و افکار وسواسی وجود دارد (۵۷). تونا^{۳۱} و همکاران در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که افراد دچار بیماری وسواس فکری- عملی نسبت به گروه کنترل، اعتماد کمتری نسبت به توانایی خود در به یادآوری اطلاعات فراموش شده دارند. این محققان اظهار داشتند که چنین باورهای فراشناختی ممکن است تا حدودی مسئول مشکلات حافظه افراد بیمار باشد. باورهای فراشناختی منفی و اشتغال ذهنی ناشی از این باورها با رمزگردانی اطلاعات تداخل می‌کند. چنین باورهایی ممکن است توجه را از تمرکز بر یادسپاری منحرف کرده و سبب عملکرد پایین حافظه شود (۵۸). نتایج تحقیق میرز^{۳۲} و ولز نشان داد که رابطه مسئولیت‌پذیری با علائم وسواس هنگامی که واریانس نگرانی و باورهای

ولز سازه‌های فراشناختی را مؤلفه‌هایی از نظام پردازش اطلاعات که در ارتباط با بازیابی‌ها، تفسیرها، ارزیابی‌ها و تنظیم محتواها و فرایندهای ذهنی خود ارگانیزم هستند تعریف می‌کند. در مدل اولیه فراشناختی یک راه اندز^{۲۸} (ماشه چکان) مانند یک فکر مزاحم، تردید و یا یک هیجان و احساس مزاحم، باورهای فراشناختی در مورد خطر یا معنای فکر را فعال می‌کند. در بیماران وسواسی، این باورهای فراشناختی، مرز بین فکر و رویدادها و اعمال را از بین می‌برند. باورهایی مانند این که یک فکر خاص، یک رویداد را به وجود می‌آورد (آمیختگی فکر-عمل). بسیاری از بیماران وسواسی بر این باورند که در صورتی که اعمالی برای تعدیل تکانش‌های منفی یا احساسات آن‌ها انجام نگیرد، این گونه تکانش‌ها و احساسات تحمّل‌ناپذیر، خطرناک و دائمی می‌شوند. باورهای فراشناختی دیگری نیز بر این ارزیابی‌ها تأثیر می‌گذارند، مثل باورهای مثبت و منفی در رابطه با اعمال اجباری. این باورها بر انتخاب و اجرای اجبارها و شدت واکنش‌های هیجانی کوتاه‌مدت تأثیر می‌گذارند. در این مدل دو حلقه بازخوردی وجود دارند (شکل شماره ۳). اضطراب و واکنش‌های هیجانی منفی که نتیجه ارزیابی افکار مزاحم هستند، خودشان سبب تعبیر و تفسیرهای منفی دیگر می‌شوند. مثلاً علائم اضطراب، به‌عنوان شاهدهی برای حمایت از تعبیر و تفسیرهای منفی افکار مزاحم، ارزیابی می‌شود (۵۵).

²⁹ Cartwright-Hatton

³⁰ Papageorgiou

³¹ Tuna

³² Myers

²⁸ Trigger

دیدگاهی صرفاً رفتاری به سمت دیدگاه‌های شناختی و فراشناختی سوق یافته‌اند. در دیدگاه شناختی سه نظریه مهم مطرح عبارت‌اند از نظریه سالکوسکیس و نظریه راجمن و نظریه کلارک که در این تحقیق به تبیین آن‌ها پرداخته شد. آنچه در مجموع به‌طور خلاصه در مورد ارتباط بین مفاهیم مطرح شده در هر یک از این نظریه‌ها با یکدیگر و ایجاد انسجام بین این نظریه‌ها می‌توان گفت این است که در نظریه سالکوسکیس بر نقش احساس مسئولیت افراطی به‌عنوان سازه‌ای محوری که در تشدید افکار نافذ و سواسی و بروز اعمال اجباری داد تأکید شده است در حالی که در نظریه راجمن بیش ارزیابی اهمیت و سازه آمیختگی فکر-عمل در شکل‌گیری احساس مسئولیت افراطی و به‌تبع آن اعمال اجباری نقش مهم‌تری ایفاء می‌کنند و در واقع منشأ احساس مسئولیت مفرط می‌باشد؛ اما از دیدگاه کنترل تفکر شناختی کلارک آسیب‌پذیری اولیه (اضطراب صفتی، عاطفه منفی و خودارزیابی دوسوگرایانه و باورهای فراشناختی) در تعامل با خلق و منفی و رویدادهای منفی موجب ایجاد و افزایش افکار مزاحم شده که به دلیل اهمیتی که فرد به آن‌ها می‌دهد و تلاش ناموفقی که برای خارج کردن آن‌ها از ذهن می‌کند سطح آشفتگی و برجستگی افکار و سعی بر بیرون راندن افکار در ذهن هم افزایش می‌یابند. از نظر دیدگاه مذکور محور اصلی آسیب‌شناسی در اختلال و سواس تلاش برای کنترل ذهنی افکار و سواسی است. در نظریه فراشناختی ولز نیز تأکید بر سازه‌های فراشناختی همچون آمیختگی فکر-عمل، آمیختگی فکر-رویداد، آمیختگی فکر-شیء و عدم اعتماد شناختی می‌باشد. در مجموع کارگروه شناخت‌های و سواسی اجباری شش آسیب‌شناختی اصلی در ایجاد و حفظ این اختلال را مطرح می‌کند که شامل احساس مسئولیت افراطی، بیش ارزیابی تهدید و احتمال، در آمیختگی فکر-عمل، نگرانی زیاد در مورد اهمیت کنترل افکار، کمال‌طلبی و عدم تحمل بلا تکلیفی است؛ که از بین عوامل مذکور نظریه‌های مطرح شده و نتایج تحقیقات بیشتر بر نقش مهم‌تر چهار عامل اول تأکید دارند و عامل‌های کمال

فراشناخت کنترل می‌شود، معنی‌دار نبود اما با کنترل واریانس مسئولیت‌پذیری و نگرانی، رابطه بین علائم و سواس و باورهای فراشناختی مثبت و معنی‌دار بود، بنابراین رابطه بین باورهای فراشناختی و علائم و سواس فکری-عملی مستقل از نگرانی و مسئولیت‌پذیری بود. این محققان نتیجه گرفتند که مسئولیت‌پذیری در تبیین علائم و سواس نسبت به باورهای فراشناختی قدرت کمتری دارد و مسئولیت‌پذیری خصیصه‌ای ناشی از باورهای فراشناختی افراد می‌باشد (۵۹). در تحقیقی دیگر بر روی ۲۰۰ فرد غیر بیمار، جی ویلیام، ولز، کاترایت-هاتون نشان دادند که باورهای فراشناختی علائم و سواس را پیش‌بینی می‌کنند اما مسئولیت‌پذیری هنگامی که روابط درونی این دو سازه کنترل می‌شود قادر به پیش‌بینی علائم و سواس نیست. این تحقیق نشان داد که باورهای فراشناختی نیاز به کنترل افکار، در آمیختگی فکر-عمل و باورهای منفی درباره اطمینان شناختی پیش‌بین‌های پایایی برای علائم و سواس می‌باشند (۶۰). نتایج تحقیق فیشر^{۳۳} و ولز نشان داد که مواجهه کوتاه بر اساس روش درمان فراشناختی منجر به کاهش معنی‌دار اضطراب، باورهای فراشناختی و تمایل برای خنثی‌سازی نسبت به مواجهه کوتاه بر اساس روش خوگیری می‌شود (۶۱). نتایج تحقیق میرز، فیشر و ولز (۶۲) انجام دادند دریافتند عوامل فراشناختی بیش از عوامل شناختی مانند احساس مسئولیت، بیش ارزیابی تهدید و کمال‌گرایی نشانه‌های و سواس را تبیین می‌کنند. نتایج تحقیق گروت^{۳۴} و همکاران (۶۳) نیز حاکی از آن است که باور آمیختگی فکر-عمل به‌عنوان عامل فراشناختی اولیه با تأثیری که بر عوامل شناختی احساس مسئولیت و کمال‌گرایی می‌گذارد می‌تواند بر کاهش نشانه‌های و سواس تأثیرگذار باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که بیان شد در سال‌های اخیر نظریه‌های روان‌شناختی در مورد اختلال و سواس فکری-عملی از

³³. Fisher

³⁴. Grotte

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدودیت باورهای شناختی مورد بررسی در این پژوهش به ابعاد اصلی باورهای شناختی اصلی مطرح شده توسط کارگروه شناخت‌های و سواسی اجباری اشاره نمود، لذا پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی عوامل شناختی مذکور، در سایر اختلالات هم مورد بررسی قرار گیرند تا مشخص شود که این عوامل اختصاصی اختلال و سواس هستند یا به‌نوعی عوامل آسیب‌شناختی عمومی در اختلالات روانی‌اند؛ و همچنین از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدودیت زبانی منابعی که مورد استفاده قرار گرفت اشاره نمود. در این تحقیق صرفاً منابع فارسی و انگلیسی بررسی شد؛ بنابراین توصیه می‌شود از منابع علمی سایر زبان‌ها هم استفاده گردد.

طلبی و عدم تحمل بلا تکلیفی بیشتر به‌عنوان عوامل آسیب‌شناختی مشترک (فراثشیصی) مطرح می‌شوند. با توجه به نتایج به‌دست آمده توصیه می‌شود در مداخلات روان‌درمانی شناختی اختلال و سواس توجه ویژه به عوامل شناختی اصلی این اختلال شامل احساس مسئولیت افراطی، بیش‌ارزیابی تهدید و احتمال، درآمیختگی فکر-عمل و نگرانی زیاد در مورد اهمیت کنترل افکار شود. به‌علاوه، نتایج این تحقیق مؤید آن است که باورهای مربوط به کمال‌گرایی و قطعیت را می‌توان به‌عنوان یک عامل آسیب‌شناسی عمومی یا فراثشیصی در نظر گرفت، بنابراین توصیه می‌شود در روش‌های درمانی فراثشیصی که امروزه در عرصه روان‌درمانی اختلالات روانی بیشتر مطرح‌اند به این عامل فراثشیصی توجه بیشتری گردد.

References

1. Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, et al. The Obsessive- Compulsive Inventory: Development and validation short version. *Psycholol Assess.* 2000; 14(4):485-496.
2. Starcevic, V. Berle, D. Cognitive specificity of anxiety disorders: a review of selected key constructs . *J Depression and Anxiety.* 2006; 23(2):51-61.
3. Rees, CS. Anderson, RA. A review of metacognition in psychological models of obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychologist.* 2014;17(2):1-8.
4. Anholt GE, Kalanthroff E. Recent Advances in Research on Cognition and Emotion in OCD: A Review. *Current Psychiatry Reports.* 2013;15(12):416-420.
5. Salkovskis, PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy.* 1989;27(4):677-682.
6. Kobori O, Salkovskis, PM. Patterns of Reassurance Seeking and Reassurance-Related. Behaviours in OCD and Anxiety Disorders Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2013;41(1):1-23.
7. Wegner DM, Zanakos S. Chronic thought suppression. *Journal of Personality.* 1994;62(4): 615-640.
8. 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):347-372.
9. Taylor S, Purdon C. Responsibility and hand washing behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.* 2016;51(1):43-50.
10. Fava L, Bellantuono S, Bizzi A, Cesario ML, Costa B, De Simoni, E. Review of Obsessive Compulsive Disorders Theories. *Global Journal of Epidemiology and Public Health.* 2014(1);1:1-13.
11. Rachman S. A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy.* 1997; 35(9):793-802.
12. Startup HM, Davey GC. Inflated responsibility and the use of stop rules for catastrophic worrying, *Behaviour Research and Therapy.* 2003;41(4): 495-503.
13. Rachman, S. Shafran, R. Mitchell, D. Trant, J. & Teachman, B. How to

- remain neutral: An experimental analysis of neutralization. *Behaviour Research and Therapy*. 1996;34(11-12):889-898.
14. Lopatka, C. Rachman, S. Perceived responsibility and compulsive checking: An experimental analysis. *J Behaviour Research and Therapy*. 1995;33(6):673.
 15. Rachman, S. & Shafran, R. Cognitive distortions: Thought-action fusion. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 1999;6(2):80-85.
 16. Rachman, SJ, Radomsky, AS, Elliot, CM, Zysk, E. Mental contamination: The perpetrator effect. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*. 2012;43(1):587-593.
 17. Rassin, E. & Koster, E. The correlation between thought-action fusion and religiosity in a normal sample. *Behaviour Research and Therapy*. 2003;41(3):361-368.
 18. Rachman, S. A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*. 2002;40(6): 625-639.
 19. Rachman, S. Fear of contamination. *Behaviour Research and Therapy*. 2004;42(11):1227-1255.
 20. Rachman S. Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*. 1993;31(2):149-154.
 21. van Oppen P, Arntz A. Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 1994;32(1):79-87.
 22. Rachman S. Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*. 1993;31(3):149-154.
 23. Ricciardi JN, & McNally RJ. Depressed Mood is Related to Obsessions, But Not to Compulsions, in Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Anxiety Disorder*. 1995;9(2):249-256.
 24. Amir N, Freshman M, Ramsey B, Neary E, Brigidi, B. Thought-action fusion in individuals with OCD symptoms. *Behaviour Research and Therapy*. 2001;39(7):765-776.
 25. Rassin E, Merckelbach H, Muris P, Spaan, V. Thought-action fusion as a causal factor in the development of intrusions. *Behaviour Research and Therapy*. 1999; 37(3): 231-237.
 26. Shafran, R. Thordarson, D. S. & Rachman, S. Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disorders*. 1996;10(5):379-391.
 27. Gwilliam, P. Wells, A. & Cartwright-Hatton, S. Does metacognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: a test of the metacognitive model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2004; 11(2):137-144
 28. Pourfaraj, M. Comparison Thought-Action Fusion in OCD, MDD and Comorbidity OCD & MDD. *Psychological Studies*. 2009;5(1):35-49.
 29. Pourfaraj, M. Study of relationship between Thought-Action Fusion, Responsibility and Guilt with OCD symptoms in Shiraz university students. *Clinical Psychology and Personality*. 2009;37(16):69-82.
 30. Mosanejad, E. Aliliu, M.M. relationship between Thought-Action Fusion with OCD believes. *Clinical psychology*. 2014;11(3):77-90.
 31. Bailey, EB. Wu, KD. Valentinera, DP. McGrath, PB. Thought-action fusion: Structure and specificity to OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2014;3(1):39-45.
 32. Clark, DA. *Cognitive-behavioral Therapy for OCD*. 2nd ed. New yourk. Guilford Press. 2004.
 33. Amir, N. Cashman, L. & Foa, E. B. Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 1997; 35(8):775-777.
 34. Tolin, D. F. Worhunsky, P. Maltby, N. Are "obsessive" beliefs specific to OCD?: A comparison across anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*. 2006;44(4):469-480.
 35. Sassaroli, Centorame S. Caselli G, Favaretto E, Fiore F, Gallucci M, Rapee RM. Anxiety control and metacognitive beliefs mediate the relationship between inflated responsibility and obsessive compulsive symptoms. *Psychiatry Research*. 2015;228(3):560-564.
 36. Taylor S, Cole ME. Abramowitz JS. McKay D. How Are Dysfunctional Beliefs Related to Obsessive-Compulsive Symptoms? *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2010;24(3): 165-176.
 37. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Psychometric validation of the Obsessive Belief Questionnaire and Interpretation of Intrusions Inventory-Part 2: factor analyses and testing of a brief version. *J Behaviour Research and Therapy*. 2005; 43(11):1527-1542.

38. Moulding R, Kyrios M. Anxiety disorders and control related beliefs: the exemplar of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *Clinical Psychology Review*. 2006;26(5):573-583.
39. Starr LR, Davila J. Excessive reassurance seeking, depression, and interpersonal rejection: A meta-analytic review. *Journal of Abnormal Psychology*. 2008;117(4):762-775.
40. Calleo JS, Hart J, Björgvinsson T, Stanley MA. Obsessions and worry beliefs in OCD population. *Journal of Anxiety Disorders*. 2010;24(8):903-908.
41. Lind C, Boschen MJ. Intolerance of uncertainty mediates the relationship between responsibility beliefs and compulsive checking. *Journal of Anxiety Disorders*. 2009;23(8):1047-1052.
42. Holaway RM, Heimberg RG, Coles ME. A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2006;20(2):158-174.
43. Van den Hout, M. & Kindt, M. Obsessive-compulsive disorder and the paradoxical effects of perseverative behaviour on experienced uncertainty. *J Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2004;35(2):165-181.
44. Sarawgi S, Oglesby ME, Cogle JR. Intolerance of uncertainty and obsessive-compulsive symptom expression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2013;44(4):456-462.
45. Dugas, MJ. Schwartz, A. Francis, K. Intolerance of uncertainty, worry, and depression. *J Cognitive Therapy and Research*. 2004;28(6):835-842.
46. Carleton, RN. Mulvoguea, MK. Thibodeaua, MA. McCabeb, RE. Antonyc, MM. Asmundson, G. Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *J Anxiety Disorders*. 2012;26(3):468-479.
47. Moretz MW, McKay D. The role of perfectionism in obsessive-compulsive symptoms: "Not just right" experiences and checking compulsions. *Journal of Anxiety Disorders*. 2009;23(5):640-644.
48. Slade, P. & Owen, R. G. A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavioural Modification*. 1998;22(3):372-390.
49. Frost, R.O. & Steketee, G. Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*. 1997;35(4):291-296.
50. Burns, L. R. & Fedewa, B. A. Cognitive styles: links with perfectionistic thinking. *Personality and Individual Differences*. 2005;38(1): 103-113.
51. Martinelli, M. Chasson, G. S. Wetterneck, C. T. Hart, J.M. Bjorgvinsson, The Perfectionism dimensions as predictors of symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder, *Bulletin Menninger Clinic*. 2014;78(2):140-159.
52. Yiend J, Sauvlich G, Coughtrey A. Shafran R. Biased interpretation in perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*. 2011;49(12):892-900.
53. Martinelli M, Chasson GS, Wetterneck CT, Hart JM, Bjorgvinsson T. Perfectionism dimensions as predictors of symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder, *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2014;78 (2):140-159.
54. Egan S, Wade TD, Shafran R. Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*. 2011; 31:203-212.
55. Wells, A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. 2nd ed. New York. John Wiley & Sons Ltd; 2000.
56. Cartwright-Hatton, S. & Wells, A. Beliefs about worry and intrusions: the metacognitions questionnaire and its correlates. *J Anxiety Disorders*. 1997;11(3):279-296.
57. Wells, A. & Papageorgiou, C. Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*. 1998;36(9): 899-913.
58. Tuna, S. Tekcan, A.I. & Topcuoglu, V. Memory and metamemory in obsessive-compulsive disorder, *Behaviour Research and Therapy*. 2005;43(1):15-27.
59. Myers, S.G., Wells, A. Obsessive-compulsive symptoms: the contribution of metacognitions and responsibility, *J Anxiety Disorders*. 2005;19(7):806-817.
60. Gwilliam P, Wells A, Cartwright-Hatton S. Does metacognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: a test of the metacognitive model. *Clinical*

- Psychology and Psychotherapy.2004; 11(4):137-144.
61. Fisher, L.P. Wells,A. Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: a test of the metacognitive model. Behaviour Research and Therapy. 2005;43(6):821-829.
62. Myers SG, Fisher PL, Wells A. An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. Journal of Anxiety Disorders. 2009;23(4):436-442.
63. Grøtte T, Solem S, Vogel PA, Güzey I, Hansen S, Myers G. Metacognition, Responsibility, and Perfectionism in Obsessive-Compulsive Disorder Cognitive Therapy and Research. 2015;39(1):41-50.

سؤالات

۱- سالکوسکیس معتقد است عامل شناختی محوری در اختلال وسواس کدام عامل است؟

الف) احساس مسئولیت افراطی

ب) بیش ارزیابی تهدید و احتمال

ج) در آمیختگی فکر - عمل

د) اهمیت کنترل افکار

۲- در نظریه راچمن کدام سوگیری فراشناختی نقش مهم تری دارد؟

الف) احساس مسئولیت افراطی

ب) بیش ارزیابی تهدید و احتمال

ج) در آمیختگی فکر - عمل

د) اهمیت کنترل افکار

۳- در نظریه ولز بر نقش کدام کمتر تأکید شده است؟

الف) اعتماد شناختی

ب) آمیختگی فکر - عمل

ج) آمیختگی فکر - شیء

د) احساس مسئولیت افراطی

۴- بر اساس مدل کلارک عامل شناختی محوری در اختلال وسواس کدام عامل است؟

الف) احساس مسئولیت افراطی

ب) بیش ارزیابی تهدید و احتمال

ج) در آمیختگی فکر - عمل

د) کنترل افکار

۵- در کدام نظریه بر نقش عوامل فراشناختی در ایجاد اختلال وسواس بیشتر تمرکز شده است؟

الف) سالکوسکیس

ب) راچمن

ج) ولز

د) کلارک

۶- کدام عوامل شناختی احتمالاً عامل خطر پیش مرضی جهت ایجاد اختلال وسواس فکری - عملی است؟

الف) احساس مسئولیت افراطی / بیش ارزیابی تهدید

ب) در آمیختگی فکر - عمل

ج) اهمیت کنترل افکار

د) کمال طلبی و عدم تحمل بلا تکلیفی

۷- کدام عامل شناختی ارتباط بیشتری با نگرانی دارد تا وسواس و اجبار؟

الف) احساس مسئولیت افراطی

ب) بیش ارزیابی تهدید

ج) کمال طلبی و عدم تحمل بلا تکلیفی

د) آمیختگی فکر- شیء

۸- بر اساس دیدگاه کلارک کدام عامل جزء عوامل آسیب پذیری اولیه وسواس نیست؟

الف) اضطراب صفتی

ب) رویدادهای منفی

ج) خودارزیابی دوسوگرایانه

د) باورهای فراشناختی

۹- کدام باور شناختی می تواند به عنوان یک عامل فراتشخیصی به ویژه در اختلالات اضطرابی، افسردگی مطرح باشد؟

الف) احساس مسئولیت افراطی/ بیش ارزیابی تهدید

ب) در آمیختگی فکر - عمل

ج) اهمیت کنترل افکار

د) کمال طلبی و عدم تحمل بلا تکلیفی

۱۰- بر اساس مدل شناختی کلارک کدام عامل در سطح ارزیابی ثانویه قرار می گیرد؟

الف) تلاش بیشتر جهت کنترل فکر

ب) اضطراب صفتی

ج) رویدادهای منفی

د) خودارزیابی دوسوگرایانه