

## تدوین و اعتباریابی مدل رفتاری - شناختی - فراشناختی برای تبیین اختلال وسواس-اجباری

مهدی ربیعی<sup>۱</sup>، مسعود نیک فرجام<sup>۲</sup>، امیر محسن راهنجات<sup>۳</sup>، ارسیا تقوایی<sup>۴</sup>، مریم حقانی<sup>۵</sup>

### چکیده

**مقدمه:** اختلال وسواس-اجباری یک اختلال ناتوان کننده است که یک عذاب قابل ملاحظه‌ای برای شخص به وجود می‌آورد. مطالعه حاضر با هدف تدوین و اعتباریابی مدل رفتاری-شناختی و فراشناختی برای تبیین اختلال وسواس-اجباری انجام شد.

**روش بررسی:** برای دستیابی به اهداف پژوهش، ۶۳۵ نفر مشارکت کننده شامل ۳۰۴ مشارکت کننده مذکر و ۴۳۱ مشارکت کننده مؤنث به‌طور تصادفی انتخاب و پرسشنامه‌های OCI-R، DAS، CDS، ATQ، MCQ و OCBS پژوهش روی آنها اجرا شد. روش پژوهش در مرحله اول توصیفی-همبستگی بود و برای اعتباریابی ساختار عاملی مدل رفتاری-شناختی و فراشناختی از مدل معادلات ساختاری استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم افزارهای SPSS و Amos graphic و برای تحلیل مرحله دوم پژوهش از ترسیم نمودار استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج مرحله اول پژوهش نشان داد که عامل شناختی از طریق میانجی‌های عامل فراشناختی و عامل رفتاری بر اختلالات طبقه وسواس-جبری تأثیر دارد. نتایج مدل معادلات ساختاری نشان داد که مدل رفتاری-شناختی و فراشناختی تدوینی پژوهش حاضر توان تبیین اختلالات طبقه وسواسی-جبری را دارد. همچنین نتایج تحلیل ساختاری نشان داد که مدل طراحی شده با داده‌های نمونه پژوهش حاضر برازش مناسبی دارد و ارتباط نزدیکی با فرض‌های نظری دارد.

**بحث و نتیجه گیری:** مدل پژوهش حاضر از جهت این که چند بعدی است و به هر سه جنبه رفتاری، شناختی و فراشناختی توجه می‌کند و این سه جنبه را لازم و ملزوم یکدیگر می‌داند و آنها را جدا یا در تناقض یکدیگر نمی‌داند یک مدل تبیینی جدید به حساب می‌آید. این مدل ممکن است پژوهش‌های آینده که مرتبط با اختلال وسواس-جبری هستند را ارتقاء بخشد و فرمول‌بندی موردی و درمان‌های بالینی مرتبط با این اختلال را تسهیل کند.

**کلمات کلیدی:** مدل‌سازی، اختلال وسواس-اجباری، رفتار، شناخت، فراشناخت

۱. استادیار، تهران، ایران، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی  
(\* مؤلف مسئول)

Rabiei\_psychology@yahoo.com

۲. استادیار، شهرکرد، ایران، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، گروه روانپزشکی

۳. استادیار، تهران، ایران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پزشکی، گروه روانشناسی بالینی

۴. دانشیار، تهران، ایران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پزشکی، گروه روانپزشکی، مرکز پژوهش و فن‌آوری روانپزشکی نظامی و بحران

۵. دانشجوی دکتری روانشناسی، اصفهان، دانشگاه آزاد واحد خوراسگان، گروه روانشناسی

## مقدمه

اختلال وسواس-اجباری<sup>۱</sup>، یک اختلال اضطرابی ناتوان کننده است که خصیصه‌ی اصلی آن وجود وسواس‌ها و اجبارهای مکرر و شدیدی است که رنج و عذاب قابل ملاحظه‌ای را برای فرد به بار می‌آورند. این وسواس‌ها یا اجبارها سبب اتلاف وقت می‌شوند و اختلال برجسته‌ای در روند معمولی و طبیعی زندگی، کارکرد شغلی، فعالیت‌های معمول اجتماع یا روابط فرد ایجاد می‌کنند. بیمار مبتلا به اختلال وسواس-اجباری ممکن است فقط وسواس فکری، اجباری و یا هر دو آنها را باهم داشته باشد [۱]. مفهوم "وسواس"، محاصره فکر و مفهوم "اجباری"، اجبار فکر و عمل را القاء می‌کند و درک این مفاهیم بدون مرتبط ساختن آنها با "من" فرد که در بیان آزادانه فکر، تجسم و عمل خویشتن احساس محدودیت می‌کند، امکان‌پذیر نیست. محدودیتی که فقط بر اساس فعالیت مرضی درهم شکسته می‌شود و آرامش موقت تنها از طریق تکرار به دست می‌آید [۲]. وسواس-اجباری مسئله‌ای است که به وسیله افکار، تصاویر ذهنی و تکانه‌ها یا رفتارهای اجباری ناخوانده و مزاحم مشخص می‌شود. این اختلال آسیب و پیامدهای منفی برای افراد و خانواده‌های درگیر این اختلال به بار می‌آورد. تقریباً ۲/۲٪ از افراد جامعه عمومی مبتلا به اختلال وسواس-اجباری می‌شوند که آسیب شدید عملکرد در حیطه‌های روانی و اجتماعی برای افراد مبتلا به بار می‌آورد [۳]. اخیراً پیشنهاد شده است که اختلال وسواس-اجباری با چند اختلال مرتبط در یک طبقه وسواس-اجباری به‌طور جداگانه دسته‌بندی شوند. طبقه وسواس جبری حالت‌های روانپزشکی زیادی را شامل می‌شود اما مهم‌ترین آنها بر اساس مطالعه سولکوسکی<sup>۲</sup> و همکاران [۴] و اصلاحات پیشنهادی پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی<sup>۳</sup> عبارتند

4. Compulsive hoarding

5. Health Anxiety

6. Body Dysmorphic

7. Compulsive hair-pulling

8. selective attention

1. obsessive-compulsive disorder -OCD

2. Sulkowski

3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-5

از: اختلال وسواس-جبری، وسواس احتکار<sup>۴</sup>، اضطراب سلامت<sup>۵</sup>، بدشکلی بدن<sup>۶</sup>، وسواس کندن مو<sup>۷</sup> و علائم پاتولوژیک ناشی از پوست‌کنی. از جمله دلایل طبقه‌بندی این اختلالات در یک دسته می‌توان ذکر کرد که این اختلالات از لحاظ مکانیسم‌های پدیدارشناختی، خصیصه‌هایی مانند سن شروع، سیر بالینی، همبودی، فرض‌های سبب‌شناسی، عامل‌های خانوادگی و پاسخ به درمان‌های رفتاری و دارویی با اختلال وسواس-جبری مرتبط و همپوش هستند [۵].

طی سه دهه‌ی اخیر در زمینه‌ی بررسی و شناسایی نقش شناخت در شکل‌گیری، تداوم و درمان بسیاری از اختلال‌های روانشناختی پیشرفت‌های شگرفی رخ داده است. شناخت جایگاه ذهن و تفکر، به‌عنوان مرکز ثقل بسیاری از پژوهش‌های تجربی شده است. سیر تحولات اخیر، مباحث نظری متنوع و مشترکی در ادبیات اختلالات وسواس مانند: نقش پدیده‌ی افکار ناخواسته در اختلال‌های بالینی، الگوها و شیوه‌ی پاسخ‌های رفتاری و هیجانی، نقش فرآیندهای فراشناختی، نحوه‌ی ارزیابی تداوم افکار ناخواسته و در نهایت تأثیر دوجانبه‌ی فرآیند توجه انتخابی<sup>۸</sup> بر فعالیت‌های ذهنی مزاحم مطرح کرده است. مدل‌های و نظریه‌های مختلفی برای تبیین و درمان اختلال وسواس فکری-اجباری ارائه شده است که گستره این دیدگاه‌ها از روانکاو تا مدل‌های جدیدتر پست مدرن ادامه دارد. از درمان‌ها و مدل‌های رایجی که در حال حاضر برای تبیین اختلالات طبقه وسواس-جبری استفاده می‌شود، می‌توان به مدل شناختی-رفتاری و درمان‌های جدیدتر مانند درمان فراشناخت برای اختلال وسواس فکری-عملی و اختلال بدشکلی بدن اشاره کرد. با این وجود هر یک از این مدل‌ها محدودیت‌های دارند که در ادامه به آنها اشاره می‌شود. مدل شناختی-رفتاری جزء مدل‌های موفق برای تبیین اختلالات

طبقه وسواس هستند و از لحاظ دو بُعد شناختی و رفتاری دست به تبیین این اختلالات می‌زنند. ولی مدل شناختی-رفتاری چندین ضعف اساسی دارد که به بعضی از آنها اشاره می‌شود:

۱- بر اساس مدل شناختی، باورهای ناکارآمد، تحریف‌های شناختی و افکار خودآیند منفی علت اختلالات محسوب می‌شود. ولی شواهد پژوهشی و بالینی نشان می‌دهد که شناخت‌های منفی و غیرمنطقی همه افراد را به یک اندازه دچار هیجان منفی نمی‌کنند. این نتایج نشان می‌دهد که اگر محتوای منفی افکار باعث بیماری شود، بایستی همه افرادی که افکار منفی دارند بیمار شوند و در عین حال بایستی هر کس افکار منفی بیشتری داشته باشد، شدت بیماری بالاتری داشته باشد. درحالی که نتایج نشان می‌دهند که افرادی هستند که افکار منفی دارند ولی دچار بیماری نمی‌شوند. در نتیجه می‌توان نتیجه‌گیری کرد که علاوه بر محتوای شناختی (یعنی باورها و افکار منفی و غیرمنطقی)، عوامل دیگری نیز در ایجاد اختلال درگیر هستند.

۲- براساس مدل شناختی، جایگزینی باورهای منطقی و مثبت باعث می‌شود که اختلال افراد بهبود پیدا کند. در حالی که شواهد پژوهشی و بالینی نشان می‌دهند که منطقی کردن باورها و افکار معمولاً سخت و حتی غیرممکن است. به عبارت دیگر کنترل و تغییر باورها و افکار برای انسان سخت و دشوار است. از این منظر نیز می‌توان نتیجه‌گیری کرد که سیستم روانی و جسمانی افراد به طریقی طراحی شده است که نمی‌تواند تهمی از شناختی‌های منفی و غیرمنطقی باشد و معمولاً نیز تلاش افراد برای کنترل شناختی نا موفق است و حتی گاه باعث افزایش افکار منفی می‌شود.

۳- علاوه بر این، شواهد نشان می‌دهند که افراد سالم و طبیعی هم به نسبتی باورها و افکار غیرمنطقی دارند. همان‌طور که ذکر شد سیستم جسمانی و روانشناختی بشر طوری آفریده شده است که خطا و اشتباه جزء ذاتی و طبیعی آن است و در نتیجه افراد سالم نیز به نسبتی افکار غیرمنطقی و منفی دارند و این موضوع نشان‌دهنده بیماری در آنها نیست.

۴- دیدگاه شناختی-رفتاری اعتقاد دارد که افراد برای کنترل باورها و افکار منفی معمولاً از طریق رفتاری دست به کاهش اضطراب ناشی از شناخت‌های غیرمنطقی می‌زنند. در حالی که شواهد نشان می‌دهند که افراد علاوه بر رفتارهای (وسواسی، اجتنابی و ایمنی)، از طریق راهبردهای شناختی مانند: حذف<sup>۱</sup>، کنترل، سرکوبی<sup>۲</sup>، سرزنش خود<sup>۳</sup>، احساس مسئولیت و احساس گناه نیز سعی دارند که اضطراب ناشی از شناخت‌های منفی خود را کاهش دهند. لذا، دیدگاه شناختی بیشتر به محتوای افکار توجه کرده است و کمتر بعد فرایند پردازش اطلاعات و فراشناختی (مانند، باورهای مثبت فراشناختی، فرانگرانی<sup>۴</sup> و راهبردهای کنترل فراشناختی) اختلالات را مورد توجه و تبیین خود قرار می‌دهد. از طرف دیگر مدل و درمان فراشناختی نیز فقط به بعد فرایندی و پردازش اطلاعات توجه دارد و نقش محتوای افکار مانند باورهای هسته‌ای، تحریف‌های شناختی، افکار خودآیند منفی و بعد رفتاری را کم رنگ‌تر می‌داند.

در پژوهش حاضر مدلی ارائه شده است که هر سه بعد شناختی، رفتاری و فراشناختی در سبب‌شناسی اختلال وسواس-اجباری لحاظ شده است. مدل ارائه شده در شکل ۱ ترسیم شده است. پژوهش حاضر درصدد است مدل و درمانی جدید که چند بعدی و مشترک در بین اختلالات طبقه وسواس-جبری که هم جنبه رفتاری، هم محتوای افکار یعنی جنبه شناختی و هم فرایند افکار و روش پردازش افکار یعنی جنبه فراشناختی را در نظر داشته و در مدل و درمان به کار گیرد. این الگو جهت تبدیل و برطرف کردن خلاءهای نظریه‌های رادیکال که فقط یک بعدی به تبیین اختلالات پرداخته است شکل گرفته است. معرفی و بسط رویکرد‌های جدید در حیطه آسیب‌شناسی و درمان اختلالات روان‌شناختی موجبات گسترش مرزهای دانش در این حیطه و موجب کاربرد عملی آن در درمان اختلالات

1. elimination  
2. suppression  
3. self blame  
4. meta-worry

روان شناختی می شود. این رویکرد بالینی موجب تعمیق درمان شده و به متخصصان بالینی کمک می کند تا به بیماران آموزش دهند که بتوانند با تغییر در چند جنبه یعنی رفتار، محتوای افکار و فرایند پردازش اطلاعات به شیوه‌ای متفاوت با افکارشان چالش و برخورد داشته باشند و فراشناخت های ناسازگار را که باعث افزایش این باورها می شود، را نیز تغییر دهند و همچنین رفتارهای که باعث حفظ باورهای ناکارآمد و فراشناخت‌های مشکل ساز می شود را تغییر دهند.

بنابراین، با توجه به شیوع بالای این اختلالات و آسیب‌های فردی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی ناشی از این اختلالات و فقدان پژوهش جامع و کامل در مورد شناسایی عامل‌های مشترک روانشناختی برای تبیین و درمان اختلال وسواس، انجام پژوهش حاضر می‌تواند ارزشمند و ضروری باشد. با عنایت به اهمیت این مدل و ضرورت تبیین اختلال وسواس- جبری، هدف مطالعه حاضر رسیدن به یک مدل رفتاری- شناختی- فراشناختی برای تبیین اختلال وسواس- جبری است. به عبارت دیگر سؤال اساسی پژوهش حاضر تدوین مدل رفتاری- شناختی- فراشناختی برای تبیین اختلال وسواس- جبری و بررسی روایی مدل تدوین شده است.

### روش بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی و مدل سازی بود. در این مرحله روابط بین متغیرهای پیش بین (رفتاری-شناختی و فراشناختی) و اختلال وسواس مورد بررسی و مدل تدوین و برآزش آن سنجیده شد. مدل پژوهش حاضر بر اساس مطالعات پژوهشی و بالینی مؤلفان تدوین شده است و از لحاظ نظری پشتوانه پژوهشی و بالینی دارد. تمامی متغیرهای ذکر شده در مدل پژوهش حاضر روایی صوری و محتوایی دارند و با مدل های رفتاری، شناختی و فراشناختی مطابقت دارند. یعنی تعریف این متغیرها در مدل پژوهش حاضر با تعریف صاحب نظران شناختی، رفتاری و فراشناختی از این متغیرها هیچ تفاوتی وجود ندارد. برای سنجش روایی سازه و برآزش

مدل با داده‌ها از مدل معادلات ساختاری استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مراجع کنندگان به مراکز روانپزشکی نظامی و مراکز مشاوره نظامی شهر تهران در سال ۱۳۹۲-۱۳۹۱ بودند. نمونه پژوهش از مراکز مورد بحث به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. جهت تعیین حجم نمونه، از روش برآورد حجم نمونه کوکران استفاده شده است. با توجه به این که در این پژوهش، تعداد واقعی جامعه آماری نامعلوم بوده و لذا انحراف استاندارد جامعه نیز به تبع آن نامعلوم بوده و قابل ردیابی نبود، لذا از فرمول مبتنی بر مجذور انحراف استاندارد نمونه جهت برآورد حجم نمونه آماری استفاده شده است. در این راستا با توجه به نامعلوم بودن انحراف استاندارد جامعه نیاز است تا با گزینش تعدادی نمونه آماری که تعداد آن ترجیحاً نباید کمتر از ۳۰ نفر باشد، نسبت به برآورد انحراف استاندارد نمونه اقدام شود [۶]. به همین جهت برای تعیین حجم نمونه، ابتدا نمونه‌ای مقدماتی ۴۰ نفری گزینش شد و واریانس به دست آمده از نمونه اول در فرمول زیر جای گذاری شد. نتایج نشان داد که نمونه ۶۰۰ نفری برای نمونه حاضر کافی و مناسب می باشد. با این وجود ۶۴۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند که در صورت ریزش و مشکلات تکمیل پرسشنامه‌ها بر حجم اصلی نمونه ایرادی وارد نباشد. در این خصوص ۵ مورد به دلیل تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها از نمونه حذف و نهایتاً داده‌های ۶۳۵ نفر مورد تحلیل قرار گرفت. داشتن حداقل سواد دیپلم، بستری نبودن، اهل شهر تهران بودن، فارسی زبان بودن، بین دامنه سنی ۵۰-۱۵ سال بودن، رضایت و همکاری شرکت کنندگان از جمله ملاک‌های ورود پژوهش حاضر بود و ملاک‌های خروج نیز شامل افرای می شد که ملاک‌های ورود را نداشتند.

برای سنجش علائم وسواس-جبری از پرسشنامه تجدیدنظر شده وسواس جبری، برای سنجش تحریف‌های شناختی و افکار خودآیند منفی از پرسشنامه باورهای شناختی نادرست، برای سنجش باورهای ناکارآمد شناختی از مقیاس نگرش‌های ناکارآمد، برای سنجش باورهای مثبت و منفی

خطر و اتفاقات بد. این مقیاس شامل ۴۰ سؤال است. شرکت کنندگان پاسخ خود را در یک مقیاس پنج درجه‌ای (از کاملاً درست تا کاملاً نادرست) نمره‌گذاری می‌کند. دامنه نمره هر پاسخ‌دهنده از ۰ تا ۲۰۰ متغیر است. آلفای کرونباخ آن بالای ۰/۹۷ گزارش شده است [۱۲].

### ۳- مقیاس نگرش‌های ناکارآمد<sup>۴</sup>: این ابزار مقیاسی

خودگزارشی است که برای سنجش نگرش‌ها، طرحواره‌ها و عقاید منفی توسط ویس من<sup>۵</sup> [۱۳] فراهم شده است. این مقیاس که یکی از شناخته شده‌ترین ابزارها در حیطه‌ی پژوهش‌های شناختی است، ۲۶ عبارت دارد که بر اساس یک مقیاس ۷ درجه‌ای به سبک لیکرت درجه‌بندی می‌شود. این مقیاس باورهای هسته‌ای و بینابینی را می‌سنجد. ضرایب پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب ۰/۹ و ۰/۷۳ گزارش شده است. این مقیاس شامل چهار عامل زیربنایی کمال‌طلبی، نیاز به تأیید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب‌پذیری-ارزشیابی عملکرد می‌شود.

### ۴- پرسشنامه افکار خودآیند<sup>۶</sup>: این پرسشنامه ۳۰

سؤالی، فراوانی افکار خودآیند منفی را می‌سنجد [۱۴]. ۳۰ عبارت منفی در مورد خود در این پرسشنامه فهرست شده است. که فرد بایستی تجربه افکار خود را در طول هفته گذشته مشخص کند. نمره‌گذاری در یک طیف لیکرت (هیچ وقت) تا ۵ (همه اوقات) نمره‌گذاری می‌شود. پایایی از نوع همسانی درونی و بازآزمایی بالای ۰/۸ به دست آمده است [۱۱].

### ۵- پرسشنامه فراشناخت<sup>۷</sup>: فرم کوتاه پرسشنامه

فراشناخت [۱۵] به منظور سنجش باورهای فراشناختی مجدداً تجدید نظر شده است. این پرسشنامه ۳۰ آیتم دارد و هر آزمودنی به آیتم‌ها به صورت چهار گزینه‌ای (موافق نیستم، تا حدودی موافقم، به طور متوسط موافقم و خیلی موافقم) پاسخ می‌دهد. این گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ نمره‌گذاری می‌شود.

فراشناخت، فرانگرانی و راهبردهای کنترل فراشناختی از پرسشنامه فراشناخت ولز و در نهایت برای سنجش عامل رفتاری از مقیاس سنجش رفتاری اختلالات وسواسی که محقق ساخته می‌باشد استفاده شده است. در ادامه ابزارهای مذکور، توضیح داده می‌شوند.

### ۱- پرسشنامه تجدیدنظر شده وسواس جبری<sup>۱</sup>:

یک مقیاس ۱۸ سؤالی می‌باشد که علائم وسواس جبری (مانند انبار کردن، شستن، نظم دادن، واری کردن، وسواس فکری و علائم خنثی‌سازی ذهنی) را اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس یک طبقه لیکرت ۵ درجه‌ای می‌باشد و خود علائم و شدت وسواس-جبری را در یک زمان می‌سنجد. در کل، دامنه شدت نمرات پرسشنامه تجدیدنظر شده وسواس جبری از ۰ تا ۷۲ می‌باشد که نمرات بالاتر نشان‌دهنده شدت علائم می‌باشد [۷]. همسانی درونی مطلوب ( $\alpha=0/80-0/88$ ) و پایایی از نوع بازآزمایی مورد قبول ( $r=0/07-0/67$ ) در یک نمونه غیربالینی برای پرسشنامه تجدیدنظر شده وسواس-جبری به دست آمده است [۸]. روایی همگرا از پرسشنامه تجدید نظر شده وسواس جبری حمایت می‌کند و نشان‌دهنده همبستگی بالای این پرسشنامه با مقیاس‌های سنجش وسواس-جبری سالکووسکیس<sup>۲</sup> و همکاران [۹] می‌باشد. روایی تشخیصی نیز از پرسشنامه تجدیدنظر شده وسواس جبری حمایت می‌کند و نشان‌دهنده این می‌باشد که این مقیاس توان تمیز بیماران مبتلا به وسواس-جبری را از سایر بیماران دارد [۷، ۱۰]. در ایران نیز قاسم‌زاده و همکاران [۱۱] نسخه فارسی این پرسشنامه هنجاریابی کرده‌اند و نتایج آنها نشان داده است که آن در نمونه ایرانی از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است.

### ۲- پرسشنامه تحریف‌های شناختی<sup>۳</sup>: این

پرسشنامه تحریف شناختی را می‌سنجد که عبارتند از: الف) خودسرزنی؛ ب) درماندگی؛ پ) ناامیدی و ت) اشتغال ذهنی با

4. Ddysfunctional Attitudes-DAS

5. Weissman

6. Automatic thoughts questionnaire-ATQ

7. Metacognition questionnaire-MCQ

1. obsessive-compulsive Inventory-OCI\_R

2. Salkovskis

3. cognitive distortions-CDS

در پژوهش حاضر از آماره‌های توصیفی و برای بررسی فرضیه‌ها از همبستگی، رگرسیون و مدل‌یابی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS و AMOS جهت تأیید مدل تدوین شده، استفاده شد. از همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه برای بررسی فرضیه‌های رابطه‌ای و از شاخص‌های کلی برازش، شاخص‌های مقتصد مدل و شاخص‌های مقایسه‌ای برای بررسی برازش مدل پیشنهادی و تدوین شده استفاده شد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، به شرکت‌کنندگان پژوهش توضیح داده شد که آنان در پژوهشی که قصد دارد ساخت و بررسی یک مدل جدید را بر روی علائم وسواس بررسی نماید، شرکت می‌کنند. همچنین به شرکت‌کننده‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات مرتبط با آنها به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند. علاوه بر این، ضمن پاسخ به تمام سؤالات شرکت‌کنندگان در مورد پژوهش، به آنان اطمینان داده شد که نتایج پژوهش به صورت آماری و نتیجه‌گیری کلی و نه فردی منتشر خواهد شد و آنها اختیار کامل دارند که در پژوهش شرکت نکنند یا در هر مرحله که بخواهند، مختارند که از ادامه پژوهش انصراف دهند.

فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت ۵ مؤلفه اعتماد شناختی<sup>۱</sup>، باورهای مثبت در مورد نگرانی<sup>۲</sup>، خودآگاهی شناختی<sup>۳</sup>، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار و خطر<sup>۴</sup> و باورهایی در مورد مورد نیاز به کنترل<sup>۵</sup> را می‌سنجد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه و مؤلفه‌های آن در دامنه‌ای از ۰/۹۳ و ۰/۷۲ گزارش شده است. ضریب پایایی بازآزمایی فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت ۰/۷۳ می‌باشد.

## ۶- مقیاس سنجش رفتاری اختلالات وسواسی:

مقیاس سنجش رفتاری اختلالات وسواسی یک آزمون خودسنجی ۸ سؤالی است که رفتارهایی مشکل‌ساز که در اختلالات وسواس جبری را نشان می‌دهد. این آزمون محقق ساخته بر پایه مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای از صفر تا ۴ نمره‌گذاری شده و ابعاد این مقیاس شامل رفتارهای ایمنی و خنثی‌ساز، رفتارهای اجتنابی و رفتارهای وسواسی است. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در مطالعه‌ی محقق به‌دست آمد که به این ترتیب ضرایب آلفای کرونباخ و بازآزمایی (به فاصله زمانی ۳ هفته) به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۱ بود. همچنین آزمون دارای روایی محتوا و صوری مطلوب است و بررسی روایی سازه با استفاده از تحلیل عوامل اکتشافی با چرخش نهایی واریماکس، ۴ عامل رفتارهای ایمنی و خنثی‌ساز، رفتارهای اجتنابی و رفتارهای وسواسی را نشان داد که مجموعاً ۶۷٪ از واریانس پرسشنامه را تبیین کردند.

## ۷- پرسشنامه جمعیت شناختی: این پرسشنامه

وضعیت شخصی بیمار را از لحاظ سن، جنس، وضعیت تأهل، تعداد اعضای خانواده، وضعیت تحصیلات، تحصیلات پدر و مادر، مراجعه پیشین به روانپزشک یا روان‌شناس به علت مشکل روانی و سابقه مصرف دارو، مدت بیماری را مشخص می‌کند.

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



انجام شد. برای دستیابی به این هدف براساس پیشنه نظری و پژوهشی و تجارب کلینیکی مؤلفان مدل مورد هدف تدوین و از لحاظ روایی و پایایی مورد آزمون قرار گرفت. در این مدل مؤلفه‌های رفتاری (رفتاری‌های اجتنابی، وسواسی، ایمنی) - شناختی (باورهای هسته‌ای، باورهای بینابینی افکار خودآیند) - فراشناختی (باورهای مثبت و منفی فراشناختی و راهبردهای فراشناختی) در تبیین اختلال وسواس - جبری لحاظ شد. از جهت ارتباط بین مؤلفه‌های شناختی با اختلال وسواسی - جبری با نتایج سایر پژوهش‌ها همخوانی دارد [۱۸، ۴]. از جمله دلایل این ارتباط می‌توان به این مسئله اشاره کرد که در این بیماران باورهای زیربنایی خیلی کلی و فراگیر، انعطاف‌ناپذیر، سخت‌گیرانه، منفی و غیرمنطقی است که باعث می‌شود که فرایندهای طبیعی ذهن با تحریف شناختی همراه شود و منجر به افزایش افکار خودآیند منفی در این بیماران شود. از جهت ارتباط بین مؤلفه‌های رفتاری نیز با اختلال وسواسی - جبری با نتایج پژوهش‌های دیگر همخوان است [۴، ۱۸]. از جمله دلایل این ارتباط می‌توان به این مسئله اشاره کرد که رفتارهای وسواسی، اجتنابی، ایمنی و رفتارهای خنثی‌ساز در این بیماران باعث می‌شود که باورهای زیربنایی خیلی کلی و فراگیر، انعطاف‌ناپذیر، سخت‌گیرانه، منفی و غیرمنطقی و باورهای فراشناختی مشکل‌ساز اصلاح نشود و باعث شوند که فرایندهای طبیعی ذهن با تحریف شناختی و افکار خودآیند منفی در این بیماران ادامه یابد و شدت پیدا کند.

در کل می‌توان نتیجه‌گیری کرد که رویکرد CBT به دلیل اینکه فقط به جنبه‌های شناختی و رفتاری توجه می‌کند و به جنبه‌های فراشناختی مانند فرآیندهای کنترل افکار توجه ندارد، نقص و کمبود دارد و از طرف دیگر رویکرد فراشناختی به دلیل اینکه فقط به جنبه‌ها فرایندی توجه دارد و جنبه‌های شناختی (مانند باورهای هسته‌ای، باورهای بینابینی، تحریف‌های شناختی و افکار خودآیند منفی) و رفتاری را کم اهمیت می‌داند، نقص و عیب دارد. مدل تدوینی پژوهش حاضر به هر سه بعد رفتاری، شناختی و فراشناختی توجه دارد و

افزایش آن می‌شود. همچنین تحریف‌های شناختی از طریق میانجی افکار خودآیند منفی روی فرآیندهای تأثیر گذاشته و باعث افزایش آن می‌شود. علاوه بر این افکار خودآیند منفی از طریق میانجی فرآیندهای کنترل افکار تأثیر گذاشته و باعث افزایش آن می‌شود و افکار خودآیند منفی از طریق میانجی فرآیندهای وسواسی تأثیر گذاشته و باعث افزایش آن می‌شود و در نهایت نیز فرآیندهای وسواسی از طریق میانجی رفتارهای وسواسی روی اختلال وسواس - جبری تأثیر می‌گذارند.

جدول ۱- شاخص برازش مدل فرضی متناسب با شکل

شاخص‌ها	نتایج
مجذور کای (خی‌دو)	$X^2$
شاخص نیکویی برازش	GFI
شاخص توکر - لوییس	TLI
شاخص برازش هنجار شده	AGFI
شاخص برازش تطبیقی	CFI
ریشه میانگین مربعات خطای برآورد	RMSEA
	۱/۸۲
	۰/۹۰
	۰/۸۹
	۰/۹۰
	۰/۸۳
	۰/۰۴۱

در مدل فوق مقدار کای اسکوار بعد از اصلاح معنادار نشده است ( $p=۰/۰۷$  و  $X^2=۱/۸۲$ ) و این نتیجه حاکی از قابل قبول بودن مدل است. ریشه دوم میانگین مربعات باقی‌مانده که یکی از شاخص‌های برازش مدل است ۰/۰۴ می‌باشد که نشان می‌دهد مدل از برازش خوبی برخوردار است. همچنین مقادیر شاخص توکر-لوییس و شاخص برازش تطبیقی بالای ۰/۸۹ شده است که این خود بر تأیید مدل فوق می‌افزاید. شاخص‌های مقتصد در جدول فوق ارائه نشده است ولی مقدار PCFI و PNFI به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۶۶ است که این خود بر تأیید مدل فوق می‌افزاید. مقدار  $p_{close}$  به ۰/۱۲ رسیده که عدد بالای ۰/۱۰ مقدار خوبی برای مدل است.

## بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف تدوین و اعتباریابی مدل رفتاری - شناختی - فراشناختی برای تبیین اختلال وسواس - اجباری



اختلالات هیجانی مانند وسواس با عامل شناختی و عامل رفتاری تعامل دارند [۱۹].

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: در مدل تدوینی پژوهش حاضر فقط ابعاد رفتاری، شناختی و فراشناختی مورد هدف بوده است و به ابعاد دیگر مانند ابعاد زیستی، اجتماعی-بومی، خانوادگی، اقتصادی، معنوی و دیگر عوامل توجه نشده است و مورد هدف پژوهش حاضر نبوده است. برای تدوین مدل فقط از شرکت‌کننده‌های جامعه عمومی و غیر بالینی استفاده شد، یعنی روش همبستگی بوده است و امکان علی-مقایسه نبوده است. پژوهش حاضر روی جامعه غیربالینی انجام شده است و لازم است که مدل تدوین شده در تحقیقات طولی و تجربی بر روی بیماران وسواسی به‌طور کمی و کیفی مورد آزمون قرار گیرد و در صورت امکان با مدل‌های موجود مورد مقایسه قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند که از کلیه افراد مشارکت‌کننده در این پژوهش، کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورند.

اعتقادش بر این است که برای اختلال وسواس-جبری این سه جنبه لازم و ملزوم یکدیگرند و در تعامل با همدیگر هستند. همان‌طور که در مدل آورده شده است عامل شناختی مانند باورهای هسته‌ای و افکار خوآیند منفی باعث افزایش نگرانی و به دنبال آن فرانگرانی می‌شوند و همین عامل باعث افزایش رفتارهای وسواسی و راهبردهای کنترل افکار می‌شوند. در حالی که دیدگاه شناختی اعتقادش بر این است که عامل شناختی به خودی خود می‌تواند باعث اختلال شود.

در مدل تدوینی پژوهش حاضر اعتقاد بر این است زمانی شناخت‌های منفی مشکل‌ساز است که باعث فرانگرانی شود. فرانگرانی زمانی رخ می‌دهد که فرد از شناخت‌های منفی خود بترسد و آنها را غیرطبیعی و فقط خاص ذهن خود بداند. ولز اعتقاد دارد زمانی که افراد از افکار خود می‌ترسند و آنها را غیرطبیعی و غیرقابل کنترل می‌دانند، باعث ترس بیشتر خود می‌شوند و در همین زمان از روی نگرانی و ترس زیاد دست به حذف و کنترل افکار می‌زنند [۱۹]. وی اعتقاد دارد که تلاش برای کنترل و حذف افکار منفی باعث کاهش افکار و تکانه‌های منفی نمی‌شود بلکه باعث شکست در کنترل افکار می‌شود و حتی گاه باعث افزایش افکار منفی می‌شود [۱۹]. زمانی که فرد از کنترل افکار منفی ناامید می‌شود برای کاهش اضطراب و تنش خود دست به رفتارهای وسواسی، اجتنابی و ایمنی می‌زند. رفتارهای وسواسی و اجتنابی به‌طور موقت باعث کاهش اضطراب می‌شوند و همین مسئله باعث تقویت فرد می‌شود تا از رفتارهای وسواسی به‌طور مکرر و اجباری استفاده کند، ولی در درازمدت باعث ماندگاری رفتاری وسواسی و در نتیجه باعث دوام اختلال می‌شود. بنابراین در تبیین اختلال وسواس-جبری از دیدگاه مدل تدوینی پژوهش حاضر، به هر سه بعد رفتاری، شناختی، فراشناختی و چگونگی تعامل آنها توجه و تمرکز شده است. این یافته با نتایج سایر پژوهشگران [۱۹،۲۰] مبنی بر اینکه باورهای مثبت باعث افزایش افکار منفی می‌شوند همخوان و همسو است. با این وجود برخی به این مسئله اشاره نداشتند که مؤلفه‌های فراشناختی از لحاظ تأثیرگذاری روی

## References

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
2. Menzies RG, De Silva P. Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment. New York: John Wiley & Sons; 2003.
3. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(6):617-627.
4. Sulkowski ML, Mancil TL, Jordan C, Reid A, Chakoff E, Storch EA. Validation of a classification system of obsessive-compulsive spectrum disorder symptoms in a non-clinical sample. *Psychiatry research*. 2011;188(1):65-70.
5. Hollander E, Kim S, Braun A, Simeon D, Zohar J. Cross-cutting issues and future directions for the OCD spectrum. *Psychiatry research*. 2009;170(1):3-6.
6. Kerlinger Fred N, Lee Howard B. Foundations of behavioral research. Harcourt College Publishers; 2000.
7. Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, Langner R, Kichic R, Hajcak G, et al. The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological assessment*. 2002;14(4):485-496.
8. Hajcak G, Huppert JD, Simons RF, Foa EB. Psychometric properties of the OCI-R in a college sample. *Behaviour research and therapy*. 2004;42(1):115-123.
9. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM, Clark DM. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological medicine*. 2002;32(5):843-853.
10. Huppert JD, Walther MR, Hajcak G, Yadin E, Foa EB, Simpson HB, et al. The OCI-R: validation of the subscales in a clinical sample. *Journal of anxiety disorders*. 2007;21(3):394-406.
11. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory--Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depression and anxiety*. 2005;21(4):185-192.
12. Mehdi R, Mehrdad K, Kariem A, Fatemeh B. Factor Structure Analysis, Validity and Reliability of the Health Anxiety Inventory-Short Form. *J Depress Anxiety*. 2013;2(125):2167-1044.1000125.
13. Rabiei M, Nikfarjam M, Movassegh M, Goldooz N. The effectiveness of metacognitive-cognitive-behavioral intervention on severity of the symptoms of hair pulling disorder. *Journal of Behavioral Sciences*. 2014;7(4):21-22. [Persian].
14. Rabiei M, Nikfarjam M, Ghasemi N, Khorramdel K. Development and validation of a metacognitive-cognitive-behavioral model for explaining trichotillomania. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*. 2014;21(6):518-531.
15. Briere J. Cognitive distortion scales: Professional manual. Psychological Assessment Resources; 2000.
16. Weissman AN, Beck AT. Development and validation of the dysfunctional attitude scale: A preliminary investigation. 1978.
17. Hollon SD, Kendall PC. cognitive self-statements in depression: development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive therapy and research*. 1980;4(4):383-395.
18. Cartwright-Hatton S, Mather A, Illingworth V, Brocki J, Harrington R, Wells A. Development and preliminary validation of the Meta-cognitions Questionnaire-Adolescent Version. *Journal of anxiety disorders*. 2004;18(3):411-422.
19. Freeston MH, Ladouceur R, Thibodeau N, Gagnon F. Cognitive intrusions in a non-clinical population. I. Response style, subjective experience, and appraisal. *Behaviour research and therapy*. 1991;29(6):585-597.
20. Purdon C, Clark DA. Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behaviour research and therapy*. 1993;31(8):713-720.
21. Clark DA, Beck AT. Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice. Guilford Press; 2011.
22. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. Guilford press; 2011.
23. Wells A, King P. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: an open trial. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2006;37(3):206-212.

## **Development and validation a metacognitive-cognitive-behavioral model for obsessive– compulsive disorder**

\*Rabiei M<sup>1</sup>, Nikfarjam M<sup>2</sup>, Rahnejat AM<sup>3</sup>, Taghva A<sup>4</sup>, Haghani M<sup>5</sup>

### **Abstract**

**Background:** Obsessive-compulsive disorder is disabling and distressing for the affected person. The purpose of this study was to develop and validation a metacognitive-cognitive-behavioral model for obsessive – compulsive disorder.

**Materials and methods:** Totally, 635 participants (304 male and 331 female) were randomly selected and the instruments (OCI-R, DAS, CDS, ATQ, MCQ and OCBS) were administered on them. To test the factor structure validity of the model of metacognitive-cognitive-behavioral for obsessive–compulsive disorder were used of structure Analyses.

**Results:** The results of this study showed that cognitive factor through metacognitive and behavior mediators affected on the symptoms of the obsessive-compulsive disorder. And the results of the structural equation modeling supported a metacognitive-cognitive-behavioral model for obsessive-compulsive disorder. Also, the results showed that the model had the best fit to the data and is closely related to the theoretical assumptions.

**Conclusion:** The model presented in this study illustrates a multidimensional approach that the model focuses on the metacognitive -cognitive-behavioral dimensions; hence, the model presented in this study is a new explanatory model. The model may prompt future research into obsessive–compulsive disorder and facilitate clinical treatment and case formulation.

**Keywords:** Modeling, Obsessive–compulsive disorder, Behavior, Cognition, Metacognition

1. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(\*Corresponding author)  
Rabiei\_psychology@yahoo.com

2. Assistant Professor, Department of Psychiatry, Shahrekord University of Medical Science, Shahrekord, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4. Associate Professor, Department of psychiatry, Faculty of medicine, AJA University of Medical Sciences, Disaster and military psychiatry research center, Tehran, Iran

5. PhD student of Psychology, Islamic Azad University Isfahan Branch Khorasgan, Isfahan, Iran