http://jcp.khu.ac.ir

فصلنامه روانشناسی شناختی دوره ۵، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۶ مقاله علمی- پژوهشی

باورهای وسواسی و نقص بازداری شناختی در مبتلایان وسواس فکری و عملی

فاطمه شهامت ده سرخ: (نویسنده مسئول)، استادیار، دانشگاه غیر انتفایی خیام مشهد. fatemeshahamat@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۲/۱۴ پذیرش اولیه: ۱۳۹۶/۰۲/۰۲ پذیرش نهایی: ۱۳۹۶/۰۳/۰۱

چکیده

تفاوت اصلی بین افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی و نمونه‌های غیر بالینی، وجود عقاید ناکارآمد مرتبط با وسواس است. تکرار اجبارگونه وسواسی با هدف خنثی‌سازی این افکار پریشان کننده صورت می‌گیرد. با توجه به علایم اصلی اختلال وسواس فکری و عملی نقص کنش بازداری شناختی در انجام اعمال وسواسی مطرح است. اما نتایج در این زمینه ناهمسو است. در پژوهش حاضر سعی در بررسی نقص احتمالی بازدرای شناختی در چارچوب پارادایم بازداری بازگشت (IOR) در نمونه ای بالینی از مبتلایان به وسواس شستشو است. این مطالعه به روش علی مقایسه ای صورت گرفته است. سه مقیاس پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI- II)، پرسشنامه باورهای وسواسی (OBQ-44) و آزمون IOR هیجانی بر روی نمونه پژوهش شامل ۴۷ فرد مبتلا به اختلال وسواس شستشو اجرا شدند. تحلیل داده ها با آزمون تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که بین دو گروه تفاوتی در میزان بازداری شناختی وجود ندارد ($F_{(۴و۴۲)}$=۰/۵۷۸ و P =۰/۷۳۵؛ Wilk's Lambda =۰/۹۵۵ ؛ Partial η^2=۰/۰۴۵). از طرفی بدون در نظر گرفتن عامل گروه بین زمان واکنش افراد در کوشش های معتبر و نامعتبر در فاصله زمانی ۵۰۰ هزارم ثانیه تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۱؛ t =۴/۲۰۹) که نشان دهنده پدیده IOR عمومی در آزمودنی‌ها است. نتایج پژوهش نقصی در بازداری شناختی در نمونه بالینی با توجه به باورهای وسواسی نشان نداد. به نظر می‌رسد مؤلفه های توجه برونزاد نمی‌توانند نشان‌دهنده وجود این نقص باشند.

کلیدواژه‌ها: بازداری شناختی، وسواس فکری و عملی، بازداری بازگشت، باورهای وسواسی

Journal of Cognitive Psychology, Vol. 5, No. 2, Summer 2017

Obsessional Belief and Cognitive Inhibition in Patients with Obsessive Compulsive Disorder

***Shahamat Dehsorkh, F.** (Corresponding author), Assistant Professor, Khayyam University, Mashhad.
fatemeshahamat@gmail.com

Abstract

The crucial difference between people with OCD and non-clinical individuals would be the presence of OCD-related dysfunctional beliefs. Compulsions are aimed at undoing the intrusive thoughts. With respect of core symptoms of Obsessive Compulsive Disorder (OCD) deficit in cognitive inhibition is probable. But results are inconsistent in this field. Here researchers are aimed to study the probable IOR deficit in clinical sample of compulsive washing. This study is a causal- comparative research. Beck Depression Inventory - version II (BDI-II), Obsessional Beliefs Questionnaire- 44 (OBQ-44) and emotional Inhibition of Return test were administered of 47 clinical samples of compulsive washing. The results of MANOVA analysis showed that there is no differences between two groups in IOR (F (4, 42) =-0.578, P=0.735; Wilk's Lambda= 0.955; Partial η2= 0.045). Moreover there is a significant deference between reaction times in valid and invalid trails (t= 4.209; P≤0.01) that shows the general IOR phenomena in participants. This research failed to show cognitive inhibition deficit in clinical samples of compulsive washing according to their dysfunctional beliefs.IT seems that IOR deficient is not detectable in OCD patients according to exogenous attention. Other theoretical and experimental implications are discussed.

Keywords: Cognitive Inhibition, Obsessive Compulsive Disorder, Inhibition of Return, Obsessional Beliefs.

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1396.5.2.4.0]

مقدمه

وسواس فکری و عملی [1] (OCD) یک بیماری روانشناختی با افکار مزاحم و اجبارهای تکراری است (فوا و مک نالی[2]، ۱۹۸۶). برخی مطالعه‌ها، علت اصلی در نشانه‌های اختلال وسواس را نقص کلی در توانایی توجه انتخابی به محرک مربوط و نادیده گرفتن یا بازداری توجه به دیگر محرک‌های رقیب محیطی عنوان کرده‌اند (کلایتون، ریچاردز و ادرواردز[3]، ۱۹۹۹؛ دی هوور، تیگ- ماسیگمبا، اسپرویت و مورز[4]، ۲۰۰۹؛ کوهن، لاچن میر و اسپرینگر[5]، ۲۰۰۳). این محققان معتقدند که نقص در توجه افراد مبتلا به وسواس نتیجه حساسیت بیش از اندازه آن‌ها در ردیابی تهدید است. بحث سوگیری توجه و نقص بازداری در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی، یکی از مسایل مطرح در تبیین این اختلال است. پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه نتایج متناقضی را نشان داده‌اند. به عنوان مثال در رابطه با پارادایم استروپ نتایج هم تداخل (فوا، ایلای، مک کارتی ، شویر و مورداک[6]، ۱۹۹۳) و هم عدم تداخل (کمپمن، کیسرز، وربراک، نارینگ و هوگدوین[7]، ۲۰۰۲؛ گیوی، شایقی و قاسم نژاد ۲۰۰۹) را نشان داده‌اند. یافته‌های مطالعه صورت گرفته توسط مجلسی، بهزادی و گنجی (۲۰۰۹) در چارچوب تکلیف سیمون نشان دهنده این است که افراد دچار اختلال وسواس فکری و عملی در بازدرای شناختی نقص دارند.

پارادایم دیگری که بازداری را بررسی می‌کند و نتایج متناقضی در رابطه با وسواس دارد، بازداری بازگشت[8] ((IOR است. این پارادایم به بررسی بازداری شناختی می پردازد و اولین بار توسط (پوسنر، والکر ، فردریچ و رافال[9]، ۱۹۸۴) معرفی شد. بازداری شناختی عبارت است از "توقف یا لغو تمام یا بخشی از یک فرایند ذهنی، با یا بدون قصد و نیت (مک لئود[10] ، ۲۰۰۷؛ ص ۵). بر اساس این پارادایم در حالت طبیعی، زمانی که فاصله بین یک نشانه و محرک هدف که در این پارادایم تحت عنوان ناهمزمانی بروز محرک [11] (SOA) یاد می‌شود، کوتاه باشد، زمان واکنش نیز کوتاه خواهد بود. یعنی در این شرایط، تسهیل رخ می‌دهد، زیرا نشانه سبب شده است توجه پیشاپیش به مکان ارایه محرک جلب شده، آزمودنی زودتر بتواند محرک هدف را ردیابی کند. برعکس، اگر SOA طولانی باشد (بیشتر از ۳۰۰ هزارم ثانیه)، نوعی بازداری در پاسخ به محرک هدف، رخ می دهد که به طولانی شدن زمان واکنش خواهد انجامید. فاصله زمانی در رابطه با دو نوع ارائه مکانی به کار می‌رود. در یک حالت، نشانه در همان مکان محرک هدف (نشانه معتبر) ارائه می‌شود و در حالت دیگر نشانه در مکانی متفاوت از محرک هدف (نشانه نامعتبر) ارائه می‌گردد. بر اساس پارادایم IOR، زمان واکنش برای نشانه های معتبر برای فاصله زمانی کوتاه، در مقایسه با نشانه های نامعتبر، سریع تر خواهد بود، در حالی‌که برای فاصله زمانی طولانی، واکنش فرد برای نشانه های معتبر کندتر از نشانه های نامعتبر است. این تأخیر را بازداری از بازگشت نامند. نقص در IOR می‌تواند منجر به درجاماندگی در موقعیت‌هایی که قبلا مورد کاوش قرار گرفته شود. و در شرایط ناتوانی در توجه به محرک‌های جدید، فرد بیشتر امکان دارد که مکرارا موقعیت قبلی را بررسی کند (تیپر، گریسون و کسلر[12]، ۲۰۰۳). این روایت شباهت زیادی به علایمی دارد که ما در وسواس فکری و عملی مشاهده می‌کنیم.

علی رغم این همپوشی نظری، بررسی نقص بازداری بازگشت در وسواس نتایج متناقضی را نشان داده است. به عنوان مثال بیماران مبتلا به OCD عموما در اهدافی که به دنبال تصاویر نشانه می آید (هم در کوشش‌های معتبر و هم نامعتبر) کندتر عمل می کنند (موریتز، وون ماهالن، راندبر، فریک و جلینک[13]، ۲۰۰۹)، در حالی‌که در دیگر مطالعات تفاوتی در عملکرد بازداری بین گروههای مبتلا به وسواس و افراد نرمال گزارش نشده است (موریتز و ون موهلنن[14]، ۲۰۰۵، موریتز و ون موهلنن، ۲۰۰۸). برخی پژوهش‌های مربوط به بررسی بازداری شناختی در قالب IOR در افراد مبتلا به وسواس فکری و عملی کاهش معناداری در میزان IOR گزارش کرده‌اند (نلسون، ارلی و هالر[15]، ۱۹۹۳؛ رانکینز، برادشو، ماس و کاریستیانیز[16]، ۲۰۰۴). هارکین و کسلر[17] (۲۰۱۲) در بررسی وسواس‌های چک کننده غیر بالینی، ضمن

[1] . Obsessive Compulsive Disorder (OCD)
[2]. Foa and McNally
[3]. Clayton, Richards, and Edwards
[4]. De Houwer, Teige-Mocigemba, Spruyt, and Moors
[5] .Cohen , Lachen and Springer
[6]. Foa, Ilai, McCarthy, Shoyer, and Murdock
[7]. Kampman, Keijsers, Verbraak, Naring, and Hoogduin
[8]. Inhibition of Return
[9]. Posner, Walker, Friedrich, and Rafal
[10]. MacLeod
[11]. Stimulus Onset Asynchrony
[12] .Tipper, Grison, and Kessler
[13] .Moritz, Von Muhlenen, Randjbar, Fricke, and Jelinek
[14] .Moritz and von Muhlenen
[15]. Nelson, Early, and Haller
[16]. Rankins, Bradshaw, Moss, and Georgiou-karistianis
[17] . Harkin and Kessler

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1396.5.2.4.0]

استفاده از تصاویر هیجانی مرتبط با محتوای وسواس، توجه افراد را به قسمت‌های تهدید کننده تصویر (دکمه های روشن/ خاموش انها) جلب کردند. در مطالعه اخیر در وسواس‌های چک کننده IOR عمومی بدون نقص بود، اما زمانیکه توجه به جنبه های تهدید کننده تکلیف مرتبط با دغدغه فرد جلب می شد، کاهش معناداری در IOR مشاهده می‌گردید. ده‌سرخ، فدردی، امین یزدی و طلائی (۱۳۹۳) با توجه به تناقض‌های موجود در پیشینه به بررسی نقص احتمالی بازدرای بازگشت در یکی از زیر گروههای وسواس یعنی وسواس شستشو پرداختند. برای این منظور نمونه گیری از مبتلایان بالینی وسواس شستشو صورت گرفت. IOR هیجانی با استفاده از تصاویر مرتبط با دغدغه‌های مبتلایان به وسواس شستشو تدوین شد. در این پژوهش متغیر وابسته مورد نظر علایم وسواسی بود. نتایج این بررسی علی رغم شواهد نظریه‌ای، تفاوتی بین افراد مبتلا و غیر مبتلا از نظر بازداری شناختی نشان نداد. در این مطالعه پژوهشگر قصد دارد جهت بررسی کیفیت بازداری شناختی در مبتلایان به اختلال وسواس به مؤلفه های زیربنایی تری از نشانه های وسواس توجه کند. متغیر مورد نظر در این مطالعه باورهای وسواسی است.

گفته می‌شود بیماران وسواسی در اثر وجود باورهای وسواسی، افکار خود را نشانه‌ای از آسیب احتمالی می‌بینند که ممکن است به خودشان یا دیگران برسد و نیز فکر می‌کنند که آنان در قبال این آسیب و پیشگیری از آن مسئول هستند (کلارک[1]، ۲۰۰۰). در نظریه‌های شناختی وسواس، فرض بر این است که افراد دچار اختلال وسواس فکری و عملی، افکار مزاحمی دارند که در افراد بهنجار هم دیده می‌شوند. بین افکار افراد دچار وسواس فکری و عملی و افراد بهنجار، از نظر کیفی تفاوت وجود ندارد. بر اساس این نظریه‌ها، تفاوت اساسی در معنایی است که این افراد برای افکار خود قایل هستند. در این مدل‌ها فرض بر این است که باورهای ناکارآمد که مرجع ارزیابی افکار وسواسی هستند، علت تبدیل افکار مزاحم به افکار وسواسی است (جولین، اکانر، و آردما[2]، ۲۰۰۷). باورهای ناکارآمد[3]، سبب می‌شوند همانطور که تمرکز توجه بر افکار وسواسی افزایش می‌یابد، تلاش در اجتناب و سرکوبی آنها نیز بیشتر بی نتیجه بماند (کالکینز، برمن، و ویلیام[4]، ۲۰۱۳). از این رو باورهای ناکارآمد نقش مهمی در ایجاد و حفظ علایم اختلال وسواس فکری و عملی دارند. حتی گفته می شود که نوع و شدت علایم را نیز پیش بینی می‌کنند (کیم[5] و همکاران، ۲۰۱۶ و دورون، دربی، زپنوال، ناهالونی، و مولدینگ[6]، ۲۰۱۶). حال این سؤال مطرح می‌شود که آیا باورهای ناکارآمد افراد مبتلا می‌تواند با ناتوانی در بازداری توجه به محرک‌های تهدید کننده، مرتبط باشد؟

از آنجا که پژوهشگر در این مطالعه سعی دارد با توجه به تناقض‌های ذکر شده در بالا، جهت بررسی نقص احتمالی بازداری بازگشت از بررسی ظاهری علایم اختلال وسواس فکری و عملی فراتر رفته و باورهای ناکارآمد افراد مبتلا را در نظر بگیرد، از این رو، آزمون IOR به صورت هیجانی ساخته شده است. از آنجا که در پژوهش‌ها مقوله‌های مختلف نشانه‌های وسواس فکری و عملی با باورهای ناکارآمد متفاوتی همراه است (بارکولیاس[7] و همکاران، ۲۰۱۴)، برای افزایش دقت کار تنها یکی از زیر شاخه‌های اختلال وسواس فکری و عملی یعنی وسواس شستشو استفاده شده است. از این رو پژوهش حاضر جهت بررسی نقص احتمالی بازداری بازگشت در مبتلایان، به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا کنش بازداری شناختی در مبتلایان به اختلال وسواس شستشو با باورهای ناکارآمد مختلف رابطه دارد؟

روش

طرح پژوهش

پژوهش حاضر به شیوه توصیفی و از نوع علی مقایسه ای است.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری عبارت است از کلیه مبتلایان به اختلال وسواس شستشو در کلینیک‌های رواندرمانی سطح شهر مشهد. نمونه مورد مطالعه در این پژوهش به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و شامل ۴۷ نفر افراد مبتلا به اختلال وسواس شستشو می‌شود. برآورد حجم نمونه برای با توجه به روش‌های آزمون فرضیه و اندازه های اثر به دست آمده از تحقیق‌های قبلی و با استفاده از نرم افزار GPower3.0 انجام شد. به منظور برآورد تعداد شرکت کنندگان مورد نیاز، علاوه بر الگوی آماری تحلیل واریانس

1. Clark
2. Julien, O'Connor and Aardema
3. dysfunctional beliefs
4. Calkins, Berman and Wilhelm
5. Kim
6. Doron, Derby, Szepsenwol, Nahaloni and Moulding
7. Brakoulias

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1396.5.2.4.0]

چند عاملی، موارد زیر برای هر دو مطالعه لحاظ شده اند: (الف) اندازه تاثیر[1] به دست آمده در پژوهش مشابه قبلی f =۰/۳۵ (رانکینز و همکاران، ۲۰۰۴) (ب) تعداد گروهها g=۲ و قدرت آماری ۰/۸۰ با شیوه تحلیل واریانس چندمتغیره، برای چهار متغیر و دو گروه، حداقل باید ۴۶ شرکت کننده باشد (کوهن، ۱۹۹۲).

در انتخاب آزمودنی به علت مهم بودن عامل سن در بازداری شناختی (لوستیگ، هاشر، و زاکس[2]، ۲۰۰۷) از طیف سنی ۱۸ تا ۴۰ سال استفاده شد. عامل دیگری که کنترل شده است، دریافت درمان روانشناختی بود. کلیه آزمودنی‌ها تحت درمان روانشناختی نبودند و در واقع آزمودنی‌ها مواردی را شامل می‌شدند که برای دریافت درمان به تازگی مراجعه کرده بودند.

ابزار

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم[3] (BDI-II): این مقیاس شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (بک، استیر، بال، و رانیر[4]، ۱۹۹۶). یک ابزار خودگزارشی ۲۱ گویه ای است که برای سنجش شدت افسردگی و نشانه های آن طراحی شده است. ماده های این پرسشنامه با استفاده از یک مقیاس لیکرت چهار درجه ای (از صفر تا سه) نمره گذاری می‌شوند و نمره های بالاتر حاکی از شدت افسردگی هستند. ویژگیهای روانسنجی این پرسشنامه در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران به شرح زیر بوده است، ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه آزمون ۰/۸۹ و ضریب آلفای باز آزمایی ۰/۹۴ (فتا، بیرشک، عاطف وحید، و دابسون[5]، ۲۰۰۵).

پرسشنامه باورهای وسواسی[6] (OBQ): این پرسشنامه شامل ۴۴ پرسش است که ابعاد بیماری زایی را در حیطه شناختی بیماران مبتلا به وسواس مورد ارزیابی قرار میدهد. این پرسشنامه توسط کارگروه شناخت‌های اختلال وسواسی طراحی و ساخته شده است. سه خرده مقیاس این پرسشنامه احساس مسئولیت برای صدمه و آسیب و ارزیابی خطر (۱۶ گویه)، کمال طلبی و نیاز به برخورداری از اطمینان (۱۶ گویه) و اهمیت و کنترل افکار (۱۲ گویه) است. این آزمون در ایران توسط شمس، قدیری، اسماعیلی، و ابراهیمی (۲۰۰۵) هنجاریابی شد که در این مطالعه آلفای کرونباخ ۰/۹۲، ضریب همبستگی به روش دو نیمه سازی ۰/۹۴، ضریب پایایی باز آزمایی ۰/۸۲ و روایی آن با دو پرسشنامه وسواس فکری – عملی[7] (OCI-R) و وسواسی- جبری مادزلی[8] (MOCI) ۰/۵۰ گزارش شده است.

آزمون بازداری بازگشت: در تکلیف بازداری بازگشت سه مربع در صفحه نمایشگر ظاهر شده و از آزمودنی خواسته می‌شود، ضمن تمرکز به مربع وسط، در پاسخ به محرک هدف، که در یکی از دو مربع پیرامونی ظاهر می‌گردد، کلیدی را فشار دهد (/ برای مربع سمت راست و z برای مربع سمت چپ). علاوه بر این یک نشاندارسازی (ارائه یک روشنایی کوتاه به شکل تصادفی در یکی از دو مربع پیرامونی) صورت می گیرد، که محرک هدف به صورت تصادفی ممکن است در همان مکان نشاندار شده (کوشش معتبر) یا در مربع سمت مقابل (کوشش نامعتبر) رخ بدهد. فاصله زمانی بین نشاندارسازی و ارائه محرک هدف متفاوت و دو فاصله زمانی ۱۰۰ و ۵۰۰ هزارم ثانیه است.

این آزمون توسط نرم افزار سوپر لب ۴ ساخته شد. که در ساختار آن از ۳ بلاک استفاده گردید. بلاک اول توضیحاتی برای آزمودنی بود که در آن نحوه آزمون و کلیدهای پاسخ و نکات مرتبط با آزمون ارائه می گردید. بلاک دوم و سوک مربوط به کوشش‌های آزمایش بودند که در مجموع ۱۲۰ کوشش را شامل می شدند. در ابتدا در صفحه ای مشکی رنگ دو مربع خالی در دو طرف صفحه ظاهر می شدند که یک علامت بعلاوه (مدت زمان ۷۰۰ هزارم ثانیه) در وسط اینان به منظور برگرداندن توجه به وسط صفحه ارائه می گردید. سپس نشانه مورد نظر (یک تصویر هیجانی) به طور اتفاقی در یکی از دو موقعیت چپ و راست ظاهر می گردید. مدت زمان ارائه نشانه ۵۰ هزارم ثانیه بود. در مرحله بعد پس از یک فاصله زمانی که به طور تصادفی ۱۰۰ و ۵۰۰ هزارم ثانیه بود محرک هدف (یک دایره خاکستری رنگ) در یکی از دو مربع راست یا چپ ظاهر می‌گردید. محرک هدف با ارائه پاسخ توسط آزمودنی محو می‌شد و سپس کوشش بعدی با همین کیفیت از سر گرفته می شد. در این دو بلاک در مجموع ۱۶۰ کوشش وجود داشت (۵ نشانه هیجانی در دو

[1]. Effect Size
[2]. Lustig, Hasher and Zacks
[3]. Beck Depression Inventory (BDI)
[4]. Beck, Steer, Ball and Ranieri
[5]. Fata, Birashk, Atefvahid and Dabson
[6]. Obsessional Beliefs Questionnaire- 44 (OBQ)
[7]. Obsessive Compulsive Inventory- Revised
[8]. Maudsley Obsessive Compulsive Inventory

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1396.5.2.4.0]

سوی چپ و راست، دو فاصله زمانی و محرک هدف در دو سوی چپ و راست؛ ۲×۲×۱۰، که کلیه این ترکیب ۴ بار تکرار گردید). بین دو بلاک دو و سه بلاکی با نام استراحت طراحی گردید که از آزمودنی خواسته می شد در وسط آزمون برای افزایش دقت و کارآمدی استراحت کند. مدت زمان این کوشش ۵ دقیقه بود. در ضمن نشانه‌های هیجانی شامل تصاویری بودند که توسط مبتلایان به عنوان تصاویر با درجه بالای تهدید رتبه بندی شده بودند.

شیوه اجرای پژوهش

برای اجرای این پژوهش ابتدا پس از شناسایی مراجعان دچار وسواس شستشو که توسط روانپزشک تشخیص آنها تأیید شده بود، و دریافت رضایت ایشان مبتنی بر شرکت در پژوهش ابتدا پرسشنامه‌های مداد کاغذی توسط مراجعین پر شد. سپس با ارائه توضیحی در مورد چگونگی آزمون IOR، آزمودنی به اجرای این آزمون پرداخت.

برای اجرای تحقیق از یک دستگاه لب تاپ سونی (VGN-Z31MN) استفاده شد. لب تاپ بر روی میزی قرار داده شد که فاصله آن با چشم آزمودنی بین ۴۰ تا ۶۰ سانتی متر بود.

روش تحلیل داده‌ها

داده های این پژوهش با روش تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) و با استفاده از نرم افزار SPSS 20 مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در رابطه با مقیاس‌های خودسنجی، مطالعه داده‌ها نشان داد که بین نمرات دو گروه در نمرات مربوط به BDI-II تفاوت معنادار وجود ندارد (P=۰/۶۵۲؛ t =۰/۴۵۵) . از این رو نیازی به وارد کردن این متغیر به عنوان کواریانس وجود ندارد. شاخص‌های توصیفی متغیر باورهای وسواسی در جدول ۱ نشان داده شده است.

در متغیر باورهای وسواسی، به آزمودنی‌ها در یکی از سه حوزه RT، PC، ICT، با توجه به میانگین‌های ذکر شده در هنجار ایرانی کد داده شد. به این صورت که آزمودنی در هر باوری که میانگین نمره‌اش بالاتر از میانگین نمره ذکر شده در هنجار افراد مبتلا باشد کد مربوط به آن باور را دریافت می‌کرد. بررسی داده های آزمودنی‌ها در این متغیر نشان داد که هیچ یک از آزمودنی‌ها، در باور ICT کد دریافت نکرده است و آزمودنی‌ها در کدهای مربوط به دو باور اول گنجانده شدند. که کد یک ۱۵ نفر معادل ۳۱/۹ ٪ افراد را شامل می‌شود.

برای محاسبه میانگین زمان واکنش در کوشش‌های مختلف، زمان واکنش‌هایی که دو انحراف استاندارد بالاتر و پایین تر از میانگین هر دسته بودند، به منظور کنترل پاسخ‌های تصادفی حذف شدند. جهت اجرای تحلیل MANOVA میانگین زمان واکنش برای چهار حالت (۲ حالت کوشش‌های معتبر و نامعتبر، و دو SOA، که شامل ۱۰۰ و۵۰۰ هزارم ثانیه) محاسبه شد (جدول۲).

بررسی داده های جدول بالا نشان می‌دهد که آزمون ساخته شده پدیده IOR را نشان می دهد. به این صورت که بین زمان واکنش افراد در SOA=۱۰۰ در کوشش‌های معتبر و نامعتبر تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵؛ t = –۰/۲۹۸) اما در SOA=۵۰۰ تفاوت معنادار است (P<۰/۰۱؛ =۴/۲۰۹

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی مربوط به باورهای وسواسی

	بالاترین نمره	پایین ترین نمره	میانگین و انحراف استاندارد
مسئولیت پذیری	۹۹	۲۵	۶۲/۱۲(۱۷/۶۱)
کمال طلبی	۱۰۴	۲۹	۷۶/۰۴(۱۸/۵۰)
اهمیت دادن به افکار	۷۵	۲۶	۵۰/۹۵(۱۲/۵۱)
کل	۲۷۰	۸۵	۱۸۹/۱۲(۴۴/۱۴)

جدول ۲- میانگین و انحراف زمان واکنش دو گروه وسواس و غیر وسواس به ۶ نوع کوشش

گروه	نوع کوشش			
	معتبر		نامعتبر	
	ms۱۰۰	ms۵۰۰	ms۱۰۰	ms۵۰۰
مسئولیت پذیری	۴۶۸/۹۰(۸۱/۲۴)	۴۸۷/۴۳(۹۹/۷۹)	۴۷۷/۱۰(۹۴/۶۲)	۴۷۱/۸۰(۶۹/۲۲)
کمال طلبی	۴۶۰/۶۵(۵۴/۷۳)	۴۷۴/۲۹(۶۳/۳۷)	۴۶۱/۳۸(۵۶/۸۴)	۴۵۷/۹۷(۵۳/۲۷)

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1396.5.2.4.0]

جدول ۳- نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنوف جهت بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها

گروه	نوع کوشش			
	معتبر		نامعتبر	
	ms۱۰۰	ms۵۰۰	ms۱۰۰	ms۵۰۰
مقادیر K-S	۰/۸۹۹	۱/۱۹۰	۱/۰۲۰	۰/۷۱۰
سطح معناداری	۰/۳۹۴	۰/۱۱۸	۰/۲۴۹	۰/۶۹۴

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس

اثر	ارزش	نسبت F	درجه آزادی فرضی	درجه آزادی خطا	معناداری	مجذور ایتا
اثر پیلای	۰/۰۴۵	۰/۵۰۰	۴	۴۲	۰/۷۳۵	۰/۰۴۵
لامبدای ویلکز	۰/۹۵۵	۰/۵۰۰	۴	۴۲	۰/۷۳۵	۰/۰۴۵
اثر هتلینگ	۰/۰۴۸	۰/۵۰۰	۴	۴۲	۰/۷۳۵	۰/۰۴۵
ریشه روی	۰/۰۴۸	۰/۵۰۰	۴	۴۲	۰/۷۳۵	۰/۰۴۵

t). طولانی‌تر بودن زمان واکنش برای کوشش‌های معتبر در ۵۰۰ هزارم ثانیه نشان دهنده وجود پدیده IOR عمومی است (هارکین و کسلر، ۲۰۱۲).

جهت بررسی فرضیه پژوهش از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد که در آن چهار متغیر ذکر شده در جدول یک به عنوان متغیرهای وابسته و متغیر گروه (دو گروه با باورهای مسئولیت پذیری و کمال طلبی) به عنوان متغیرهای مستقل وارد تحلیل شدند.

در ابتدا جهت بررسی فرضیه همگنی واریانس‌ها آزمون باکس را بررسی می‌کنیم. با توجه به معنادار نشدن آزمون باکس ($F_{(۱۰, ۳۶۲۳/۷۴)}$ =۱/۴۷ ،p =۰/۱۴۱) ، این پیش فرض برای تحلیل مورد نظر برقرار است. از این رو شاخص لامبدای ویلکز مورد تأکید است. پیش فرض دیگر مربوط به نرمال بودن توزیع متغیرهای زمان‌های واکنش است (جدول ۳).

عدم معناداری مقادیر کالموگروف اسمیرنوف برای چهار متغیر زمان‌های واکنش نشان داد که این فرض برقرار است.

جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس چند متغیره را نشان می‌دهد. نتایج تحلیل نشان می‌دهد که بین افراد دو گروه تفاوت معنی داری در میانگین زمان‌های واکنش وجود ندارد. از این رو فرضیه مربوط به نقص احتمالی بازدرای رد می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

هسته اصلی نشانه‌شناسی در اختلال وسواس فکری و عملی افکار مزاحم و برگشت پذیری است که ایجاد اضطراب می‌کنند. عمل وسواسی، تمایل اجباری به انجام آیین‌های ذهنی یا رفتاری است که برای کاهش این اضطراب و تنش صورت می‌گیرد. در این پژوهش احتمال وجود نقص بازداری شناختی در چارچوب پارادایم بازداری بازگشت مورد بررسی قرار گرفت. نتایج به دست آمده در این مطالعه حاکی از این است که با توجه به باورهای وسواسی مختلف تفاوت معناداری در کنش بازداری شناختی وجود ندارد.

بازداری بازگشت کنشی است بهنجار در سازمان توجه انسان که از بازگشت مجدد توجه به محرکی که به هدف ختم نشده جلوگیری می‌کند. با توجه به پژوهش‌های فراوانی که نقص سوگیری توجه را در مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی نشان داده‌اند، پژوهشگران مختلفی سعی در بررسی نقص احتمالی بازداری بازگشت داشته‌اند، که نتایج متناقضی به همراه داشته است. مطالعه موریتز و همکاران (۲۰۰۹ و ۲۰۰۸) نقصی در بازداری شناختی مبتلایان پیدا نکردند. هارکینز و کسلر (۲۰۱۲) از تصاویر هیجانی مرتبط با دغدغه‌های فرد استفاده کردند. نتایج به دست آمده توسط این محققان، نقص بارزی در توانایی بازداری بازگشت در مبتلایان نشان داد. ضعف این پژوهش استفاده از آزمودنی‌های غیر بالینی است. شهامت، فدردی، امین یزدی، و طلائی (۱۳۹۳) نیز با تدوین آزمون بررسی بازداری بازگشت که از محرک‌های مرتبط با دغدغه های فرد استفاده شد، تفاوتی بین گروه مبتلای بالینی و غیر مبتلا در توانایی بازدرای بازگشت، نیافتند. باورهای وسواسی هم به عنوان شناخت‌های زیربنایی تبیین‌گر نشانه‌های وسواسی، راهگشا نبود. درمطالعه حاضر، محقق با تدوین آزمون بازدرای بازگشت کلاسیک به بررسی مبتلایان بالینی به وسواس شستشو پرداخت. مبتلایان با توجه به باور وسواسی زیربنایی به دو گروه تقسیم شدند. فرض بر این بود که در مبتلایان به باور وسواسی خاصی احتمال نقص بازدرای بازگشت وجود

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1396.5.2.4.0]

دارد. بررسی یافته‌های تحقیق نشان داد که تفاوت معناداری بین این دو گروه وجود ندارد. از آنجا که بدون در نظر گرفتن عامل گروه تفاوت معنادار زمان‌های واکنش در کوشش‌های معتبر و نامعتبر، نشان دهنده اعتبار آزمون ساخته شده توسط محقق در نشان دادن کنش بازداری بازگشت است. لذا نمی‌توان نتیجه را به مشکل در ابزار بررسی این کنش نسبت داد. از طرفی با توجه به نتایجی که تاکنون به دست آمده، ممکن است مسئله‌ای متفاوت از دقیق شدن در زیر شاخه اختلال به وسواس مطرح باشد. از این رو می‌توان گفت که توصیه موریتز و همکاران (۲۰۰۸)، راهشگا نیست. این محققان در تبیین نتیجه مشابهی که به دست آورده بودند از تنوع علایم اختلال وسواس فکری و عملی و لزوم دقیق شدن در یک زیرگروه خاص از مبتلایان به این اختلال و فراتر رفتن از نشانه‌های ظاهری صحبت می‌کردند.

تبیین مهمی که با توجه به نتایج به دست امده در این پژوهش و مطالعات قبلی به ذهن می‌رسد این است که بازداری بازگشت به بررسی کنشی از توجه برونزاد پایین به بالا می‌پردازد، که توسط محرک‌های پیرامونی فراخوانده می‌شود (پوسنر، ۱۹۸۰). ممکن است مسئله این باشد که افراد دچار اختلال وسواس فکری و عملی بیشتر در مؤلفه‌های توجه درونزاد و بالا به پایین، مشکل دارند تا برونزاد. پیشنهاد می‌شود آزمون بر اساس این متغیرها ساخته شود، زیرا بررسی این مسئله می‌تواند کمک زیادی به روشن‌سازی ابهام به وجود آمده کند. به این صورت که افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی، سوای تنوع ظاهری علایم در قالب وسواس شستشو، چک کردن و غیره، از آسیب مؤلفه‌های زیربنایی تری در سطح کنش‌های شناختی، که از محرک‌های درونزاد نشأت می‌گیرد، رنج می‌برند. پژوهش کنونی به رابطه معناداری بین نقص بازداری و کنش‌های شناختی زیربنایی یعنی باورهای وسواسی دست نیافت. به نظر می‌رسد پرداختن به هیجان‌های زیربنایی در پژوهش‌های آینده بتواند روشن‌گر باشد. این مسئله در این ادعا نهفته است که اعمال وسواسی وسیله‌ای برای فرونشاندن هیجان‌های غیر قابل تحمل هستند (کالکینز، برمان، و ویلهلم[1]، ۲۰۱۳).

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر کار با آزمودنی‌های مؤنث است. به این علت که مکان پژوهش (اتاق مشاوره دانشگاه) فقط در ساعت‌های اداری در اختیار پژوهشگر قرار می‌گرفت، لذا آزمودنی‌های مذکر حاضر به شرکت در این بازه زمانی نبودند. محدودیت بعدی کنترل نوع داروی مصرفی توسط مبتلایان بود. از آنجا که آزمودنی‌ها مبتلایان وسواس شستشوی مزمن بودند، تنوع داروهای استفاده شده بسیار بالا بود. علاوه بر پیشنهاد ذکر شده در بالا در رابطه با نوع محرک ارائه قابل ارائه در تکلیف، به نظر می‌رسد استفاده از زیرگروههای دیگر مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی و مقایسه آنها با هم نیز به دقت یافته‌ها بیفزاید.

[1]. Calkins, Berman and Wilhelm

منابع

Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. J Pers Assess, 67(3), 588-597. doi: 10.1207/s15327752jpa6703_13

Brakoulias, V., Starcevic, V., Berle, D., Milicevic, D., Hannan, A., & Martin, A. (2014). The relationships between obsessive-compulsive symptom dimensions and cognitions in obsessive-compulsive disorder. Psychiatr Q, 85(2), 133-142. doi: 10.1007/s11126-013-9278-y

Calkins, A. W., Berman, N. C., & Wilhelm, S. (2013). Recent advances in research on cognition and emotion in OCD: a review. Curr Psychiatry Rep, 15(5), 357. doi: 10.1007/s11920-013-0357-4

Clark, D. A. (2000). Cognitive Behavior Therapy for Obsessions and Compulsions: New Applications and Emerging Trends. Journal of Contemporary Psychotherapy, 30(2), 129-147. doi: 10.1023/a:1026562628287

Clayton, I. C., Richards, J. C., & Edwards, C. J. (1999). Selective Attention in Obsessive-Compulsive Disorder. Journal of Abnormal Psychology, 108(1), 171-175.

Cohen, J. (1992). A power primer. Psychol Bull, 112(1), 155-159.

Cohen, Y., Lachenmeyer, J. R., & Springer, C. (2003). Anxiety and selective attention in obsessive-compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy, 41(11), 1311-1323.

De Houwer, J., Teige-Mocigemba, S., Spruyt, A., & Moors, A. (2009). Implicit measures: A normative analysis and review. Psychol Bull, 135(3), 347-368. doi: 10.1037/a0014211

dehsorkh, F. S., Fadardi, J. S., Amin Yazdi, S. A., & Talaei, A. (2014). Cognitive Inhibition in Compulsive Washing Disorder: IOR Paradigm. Recent Psychological Research, 9(35), 117-130 [Persian].

Doron, G., Derby, D., Szepsenwol, O., Nahaloni, E., & Moulding, R. (2016). Relationship Obsessive-Compulsive Disorder: Interference, Symptoms, and Maladaptive Beliefs. Front Psychiatry, 7, 58. doi: 10.3389/fpsyt.2016.00058

Fata, L., Birashk, B., Atefvahid, M., & Dabson, K. (2005). Meaning assignment structures/schema,

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1396.5.2.4.0]

emotional states and cognitive processing of emotional information: comparing two conceptual frameworks. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 11(3), 312-326.

Foa, E. B., Ilai, D., McCarthy, P. R., Shoyer, B., & Murdock, T. (1993). Information processing in obsessive—compulsive disorder. Cognitive Therapy and Research, 17(2), 173-189. doi: 10.1007/bf01172964

Foa, E. B., & McNally, R. J. (1986). Sensitivity to feared stimuli in obsessive-compulsives: A dichotic listening analysis. Cognitive Therapy and Research, 10(4), 477-485. doi: 10.1007/bf01173299

Givi, H. G., Shaieghi, H., & Chasemnejad, S. (2009). Investigation of cognitive and motor inhibition in persons with obsessive compulsive and schizophrenic disorders. Contemporary Psychology, 4(2), 45-58[Persian].

Harkin, B., & Kessler, K. (2012). Deficient inhibition of return in subclinical OCD only when attention is directed to the threatening aspects of a stimulus. Depression And Anxiety, 29(9), 807-815.

Julien, D., O'Connor, K. P., & Aardema, F. (2007). Intrusive thoughts, obsessions, and appraisals in obsessive-compulsive disorder: a critical review. Clin Psychol Rev, 27(3), 366-383. doi: 10.1016/j.cpr.2006.12.004

Kampman, M., Keijsers, G. P. J., Verbraak, M. J. P. M., Naring, G., & Hoogduin, C. A. L. (2002). The emotional Stroop: a comparison of panic disorder patients, obsessive-compulsive patients, and normal controls, in two experiments. Journal of Anxiety Disorders, 16(4), 425-441.

Kim, S. K., McKay, D., Taylor, S., Tolin, D., Olatunji, B., Timpano, K., & Abramowitz, J. (2016). The structure of obsessive compulsive symptoms and beliefs: A correspondence and biplot analysis. J Anxiety Disord, 38, 79-87. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.01.003

Lustig, C., Hasher, L., & Zacks, R. T. (2007). Inhibitory deficit theory: Recent developments in a "new view". In D. S. G. C. M. M. hibitory deficit theory: Recent developments in a "new view (Ed.), Inhibition in cognition (pp. 145-162). Washington, DC, US: American Psychological Association.

MacLeod, C. M. (2007). The concept of inhibition in cognition. In D. S. G. C. M. MacLeod (Ed.), Inhibition in cognition (pp. 3-23). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Majlesi N. , Behzadi S. , & Ganji H. . (2009). comparison between net reaction time span, short term spatial memory and cognitive inhibition in those suffering from compulsion and obsession Thought and Behavior in Clinical Psychology, 3(10), 83-98[Persian].

Moritz, S., & von Muhlenen, A. (2008). Investigation of an attentional bias for fear-related material in obsessive-compulsive checkers. Depress Anxiety, 25(3), 225-229. doi: 10.1002/da.20294 [doi]

Moritz, S., & von Mühlenen, A. (2005). Inhibition of return in patients with obsessive-compulsive disorder. Journal of Anxiety Disorders, 19(1), 117-126.

Moritz, S., Von Muhlenen, A., Randjbar, S., Fricke, S., & Jelinek, L. (2009). Evidence for an attentional bias for washing- and checking-relevant stimuli in obsessive-compulsive disorder. J Int Neuropsychol Soc, 15(3), 365-371.

Nelson, E., Early, T. S., & Haller, J. W. (1993). Visual attention in obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Research, 49(2), 183-196.

Posner, M. I., Walker, J. A., Friedrich, F. J., & Rafal, R. D. (1984). Effects of parietal injury on covert orienting of attention. J Neurosci, 4(7), 1863-1874.

Rankins, D., Bradshaw, J., Moss, S., & Georgiou-Karistianis, N. (2004). Inhibition of return in obsessive-compulsive disorder. J Int Neuropsychol Soc, 10(1), 54-59. doi: 10.1017/s1355617704101070

Shams, G., Ghadiri, N., Esmaeili, Y., & Ebrahimi, N. (2005). The validity and reability of Persian version of obsessive beliefs-44. Advances in Cognitive Sciences 23:6-36., 21, 23-36 [Persian].

Tipper, S. P., Grison, S., & Kessler, K. (2003). Long-term inhibition of return of attention. Psychol Sci, 14(1), 19-25.

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1396.5.2.4.0]