

بررسی نقش پیش‌بین باورهای فراشناختی در علایم وسواسی با واسطه‌گری

راهبردهای کنترل فکر در جمعیت غیربالینی

محمد هرنگ‌زا
کارشناس ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده
علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز،
ایران
محمدعلی گودرزی*
استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی
و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
سید محمدرضا تقوی
استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی
و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
فرهاد خرمایی
استادیار، گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم
تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
عبدالعزیز افلاک سیر
استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم
تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

*نشانی تماس: گروه روانشناسی بالینی، دانشکده
علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز،
ایران.
رایانامه: mgoodarzi@rose.shirazu.ac.ir

هدف: پژوهش حاضر، بررسی نقش باورهای فراشناختی با واسطه‌گری متغیر
راهبردهای کنترل فکر در پیش‌بینی علایم وسواسی جمعیت‌های غیربالینی بود. روش:
جامعه آماری این پژوهش را دانشجویان دانشگاه شیراز تشکیل می‌دادند. در این مطالعه از
بین دانشجویان سال ۱۳۹۱ دانشگاه شیراز، ۳۳۳ نفر (۱۵۱ پسر و ۱۸۲ دختر) با استفاده از
روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای تصادفی انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از
پرسش‌نامه‌های باورهای فراشناختی، کنترل فکر و پرسش‌نامه وسواسی-اجباری مادزلی
جمع‌آوری و با روش‌های آماری تحلیل مسیر و مدل‌یابی معادلات ساختاری بررسی شد.
یافته‌ها: نتایج نشان داد مؤلفه‌های راهبردهای کنترل فکر شامل نگرانی، خودتنبیهی و
ارزیابی مجدد در رابطه میان باورهای فراشناختی و علایم وسواسی تا اندازه‌ای واسطه
شده‌اند. همچنین، بین باورهای فراشناختی و علایم وسواسی رابطه مستقل معناداری
وجود دارد. نتیجه‌گیری: درمان‌گران برای کاهش افکار و آداب وسواسی باید از یک سو
به چالش با افکار فراشناختی منفی و ناسازگار پرداخته و از سوی دیگر برای کنترل افکار
رنج‌کننده راهبردهای مناسب‌تر را جایگزین کنند.
کلیدواژه‌ها: باورهای فراشناختی، راهبردهای کنترل فکر، علایم وسواسی.

The Predictive Role of Meta-Cognitive Beliefs Mediated by Thought Control Strategies in Obsessive-Compulsive Symptoms in a Non-clinical Population

Introduction: This research aimed to investigate the predictive role of meta-cognitive beliefs mediated by thought control strategies in obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical population. **Methods:** The statistical population comprised students of Shiraz University in the 2012-2013 academic year. The sample included 151 males and 182 females who were selected using the random multi-stage cluster sampling method. The measures were Meta-Cognitions Questionnaire-30 (MCQ-30), the Thought Control Questionnaire (TCQ) and The Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI). Obtained data were analyzed using the statistical methods of path analysis and structural equation modeling. **Results:** Result showed that thought control strategies subscale including worry, punishment and re-appraisal were mediated to some extent between meta-cognition beliefs and obsessive-compulsive symptoms. There was an independent and significant association between meta-cognitive beliefs and obsessive-compulsive symptoms. **Conclusion:** In order to decrease the obsessive thoughts and ritualistic behaviors in people with obsessive-compulsive symptoms, therapists need to encourage them to challenge their maladaptive and negative meta-cognitive thoughts and to replace more appropriate strategies to overcome their intrusive thoughts.

Keywords: Meta Cognitive Beliefs, Thought Control Strategies, Obsessive-Compulsive Symptoms.

Mohammad Harangza
M. A. in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, College of Education and Psychology, Shiraz, Iran.

Mohammad Ali Goodarzi*
Professor, Department of Clinical Psychology, College of Education and Psychology, Shiraz, Iran.

Seyed Mohammad Reza Taghavi
Professor of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, College of Education and Psychology, Shiraz, Iran

Farhad Khormayi
Assistant Professor of Educational Psychology, Department of Educational Psychology, College of Education and Psychology, Shiraz, Iran.

Abdolaziz Aflakseir
Assistant Professor of Educational Psychology, Department of Educational Psychology, College of Education and Psychology, Shiraz, Iran.

Corresponding Author:
Email: mgoodarzi@rose.shirazu.ac.ir

مقدمه

نشخوار فکری، توجه تثبیت شده و راهبردهای خودتنظیمی یا رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه است (۱۰-۱۲). در نظریه‌های حوزه‌ی فراشناخت، فراشناخت ضعیف، ناسالم یا منفی از عهده‌ی کنترل و نظارت درست بر پردازش‌های شناختی بر نمی‌آید و در نهایت هیجان منفی به شکل اضطراب ظاهر می‌شود (۱۰).

افکار مزاحم و رخنه‌کننده از خصوصیات اصلی انواع اختلالات اضطرابی از جمله اختلال وسواسی-اجباری، اختلال اضطراب منتشر و اختلال استرس پس از سانحه است. این گونه افکار در اختلالاتی چون افسردگی و خودبیمارانگاری نیز مشاهده می‌شوند (۱۷). بنا بر گزارش بسیاری از افراد عادی، آنها نیز افکار مزاحم و رخنه‌کننده را تجربه می‌کنند و لذا ممکن است این نوع افکار یک پدیده نسبتاً طبیعی شمرده شوند (۱۸، ۶). نظریه‌های جدید در مورد افکار مزاحم و رخنه‌کننده، به ویژه در اختلال وسواسی-اجباری، بر چگونگی برخورد افراد با این گونه افکار و میزان تجربه‌شان در کنترل آنها تأکید دارند (۲۰، ۱۹). ماهیت افکار افراد وسواسی و عادی، از لحاظ شکل، تفاوت چشم‌گیری ندارد. تنها تفاوت این دو گروه که از لحاظ درمانی نیز اهمیت دارد، ممکن است نحوه برخورد آنها با این افکار باشد.

مطابق مدل فراشناختی اختلال وسواسی-اجباری، فعال شدن باورهای فراشناختی ناکارآمد، موجب ارزیابی منفی فکر مزاحم به عنوان نشانه تهدید می‌شود. این ارزیابی در جای خود به تشدید هیجان‌های منفی (که عمدتاً به صورت اضطراب هستند) می‌انجامد. در نتیجه، فرد برای کاهش اضطراب و کنترل نظام شناختی خود به راهبردهای کنترل فکر^۵ توسل می‌جوید (۱۴، ۱۲-۲۱). در واقع، راهبردهای کنترل فراشناختی، پاسخ‌های افراد به کنترل فعالیت‌های نظام شناختی‌شان است و بر این اساس نیز ولز و متیوس اختلال هیجانی را با راهبرد کنترل تهدید مشخص می‌کنند (۲۱). افراد برای کنترل افکار ناخواسته یا اضطراب‌زای خود طیف وسیعی از راهبردها را به کار می‌گیرند که مطالعات نشان می‌دهند راهبردهای افراد مبتلا به وسواس برای

اختلال وسواسی اجباری^۱، یکی از اختلالات اضطرابی با مشخصه افکار، ایده‌ها، تصاویر یا تکانه‌های مزاحم، نامناسب و تکراری است که اضطراب و مقاومت ذهنی (وسواس‌ها) را برمی‌انگیزد و بنابراین فرد را برای خنثی کردن ترس وسواسی یا عمل بر پایه قواعد انعطاف‌ناپذیر، مجبور به انجام دادن رفتارهای آشکار یا پنهان (آداب اجباری) می‌کند (۲، ۱). مسایل رایج در اختلال وسواسی اجباری، آلودگی، پرخاشگری، مسایل جنسی، مذهب، مسؤلیت‌پذیری، احتکار و تقارن است (۲، ۱). میزان شیوع این اختلال که چهارمین اختلال شایع روان‌پزشکی در آمریکا (۴) و به نظر سازمان جهانی بهداشت^۲ دهمین علت ناتوانی است (۵)، در جمعیت عمومی دو تا سه درصد تخمین زده شده است (۳). راجمن و دسیلوا (۶) دریافتند که تقریباً ۹۰ درصد افراد سالم، تجاربی از افکار، تصورات یا تکانه‌های مزاحم دارند که از نظر شکل و محتوا تفاوتی با تجارب افراد مبتلا به وسواس ندارد، اما این تعبیر بیماران مبتلا به وسواس از افکار مزاحم است که افکار مزاحم طبیعی را از افکار مزاحم وسواسی متمایز می‌کند (۷). نشانه‌های این اختلال با آشفتگی فردی و ناتوانی کارکردی همراه است (۸) و بر کارکردهای خانوادگی، شغلی و اجتماعی تأثیر می‌گذارد (۴).

نظریه‌های شناختی بر نقش اساسی باورهای ناکارآمد در سبب‌شناسی و تداوم علائم این اختلال تأکید دارند (۱۰، ۹). در نظریه‌های جدید شناختی در مورد اختلالات اضطرابی و به خصوص وسواس، سازه‌های فراشناختی جایگاه ویژه‌ای به خوداختصاص داده‌اند (۱۱-۱۳). فراشناخت^۳ که یک عامل مهم در پدیدآیی و حفظ اختلالات روانی از جمله اختلال اضطراب منتشر (۱۱) و اختلال وسواسی-جبری (۱۴) شناخته شده، یک مفهوم چندوجهی است و به دانش یا باورهای مربوط به فکر کردن و راهبردهایی که افراد از آنها برای تنظیم و کنترل فرآیندهای تفکر استفاده می‌کنند، اشاره دارد (۱۵، ۱۶).

رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آنها به الگوی خاصی از پاسخ‌دهی به تجارب درونی که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود می‌انجامد. این الگو، سندرم شناختی-توجهی^۴ خوانده می‌شود که شامل نگرانی،

1. Obsessive-compulsive disorder
2. WHO
3. Meta cognition
4. Cognitive Attentional Syndrome
5. Thought Control Strategies

کنترل افکار ناخوشایندشان نامناسب است (۲۲).
 به نظر کلارک (۲۳) باورها و ارزیابی‌های مرتبط با کنترل افکار رخنه‌کننده نقش مهمی در ایجاد سواس دارند. نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد که افراد دارای اختلال سواس فکری و عملی در مقایسه با افراد غیر بیمار، بیشتر از تنبیه، نگرانی، ارزیابی مجدد و کنترل اجتماعی و افراد غیر بیمار بیشتر از توجه‌برگردانی استفاده می‌کنند (۲۲، ۲۴). مطالعات بسیاری به بررسی رابطه بین باورهای فراشناختی، راهبردهای کنترل فکر و اختلال روان‌شناختی پرداخته‌اند (۱۲). به طور کلی، نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که بین باورهای فراشناختی، آسیب‌پذیری هیجانی^۱ و طیف وسیعی از اختلالات روان‌شناختی رابطه مثبت پایداری وجود دارد. با این حال، بیشتر مطالعات به جمعیت بیمار پرداخته‌اند. با توجه به اینکه بیش از ۹۰ درصد جمعیت عمومی علایم و سواسی را تجربه می‌کنند، پژوهش حاضر قصد دارد مدل فرضی بیانگر نقش پیش‌بین باورهای فراشناختی در علایم و سواسی با واسطه‌گری راهبردهای کنترل فکر را بیازماید؛ به عبارت دیگر، این پژوهش در پی پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا مؤلفه‌های راهبردهای کنترل فکر، به عنوان متغیر واسطه‌ای^۲، می‌توانند در ارتباط میان باورهای فراشناختی و علایم و سواسی نقش داشته باشند؟

روش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف جزو پژوهش‌های بنیادی و از لحاظ روش از نوع مطالعات همبستگی است که به منظور آزمون مدل فرضی علایم و سواسی با هدف بررسی نقش پیش‌بین فراشناخت در علایم و سواسی در جمعیت‌های غیربالینی با در نظر گرفتن نقش متغیر واسطه‌گر راهبردهای کنترل فکر انجام شد. روش تحلیل این پژوهش، تحلیل مسیر و تحلیل معادلات ساختاری است که با استفاده از آن روابط علی متغیرهای پژوهش بررسی شد. متغیر برون‌زاد در این پژوهش باورهای فراشناختی، متغیر واسطه‌ای راهبردهای کنترل فکر و متغیر درون‌زاد علایم و سواسی بود. داده‌ها نیز با نرم افزارهای SPSS و ایموس^۳ تحلیل شد.

جامعه آماری این پژوهش را همه دانشجویان دانشگاه شیراز که در سال تحصیلی ۹۲-۹۱ در این دانشگاه مشغول به تحصیل بودند تشکیل می‌دادند. براساس

روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای تصادفی، ابتدا از میان کلیه دانشکده‌های دانشگاه شیراز چهار دانشکده (علوم تربیتی و روان‌شناسی، ادبیات و علوم انسانی، مهندسی و علوم پایه) و سپس از هر دانشکده سه کلاس به تصادف انتخاب شد. پس از ارائه توضیح مختصری در مورد اهداف پژوهش و جلب مشارکت آزمودنی‌ها از آنها خواسته شد به ترتیب پرسش‌نامه‌های فراشناخت (۲۵)، راهبردهای کنترل فکر (۲۶) و پرسش‌نامه سواسی-جبری مادزلی (۲۷) را تکمیل کنند. با توجه به اینکه در متون مربوط به مدل‌یابی معادلات ساختاری (۳۶) پیشنهاد شده بود که برای هر مسیر ۱۵ آزمودنی در نظر گرفته شود، ابتدا حجم نمونه‌ای برابر ۲۷۰ نفر در نظر گرفته شد و چون احتمال می‌رفت تعدادی از پرسش‌نامه‌ها ناقص باشند، ۸۰ نفر به نمونه اضافه شد و بنابراین مجموعاً ۳۵۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. ۱۷ نفر از اعضای نمونه به دلیل ناقص بودن پاسخ‌نامه‌هایشان از مطالعه حذف شدند و نمونه مورد بررسی نهایتاً به ۳۳۳ نفر رسید. در این مطالعه ابزارهای زیر به کار رفت:

پرسش‌نامه فراشناختی^۴ (کارترایت-هاتون و ولز، ۲۰۰۴): یک مقیاس ۳۰ گویه‌ای خودگزارشی است که حیطه‌های فراشناختی زیر را در پنج مقیاس جداگانه اندازه‌گیری می‌کند: ۱- باورهای مثبت به نگرانی؛ ۲- باورهای منفی به نگرانی؛ ۳- اطمینان شناختی^۵ ضعیف؛ ۴- نیاز به کنترل افکار؛ ۵- خودآگاهی شناختی^۶ (۱۰). این مقیاس بر پایه مدل کارکرد اجرایی خود نظم‌بخش (۲۸) درباره اختلالات هیجانی و الگوی فراشناختی اختلال اضطراب منتشر ساخته شده است (۹). گویه‌ها روی یک مقیاس لیکرتی از موافق نیستم=یک تا کاملاً موافقم=چهار پاسخ داده می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گسترده است. همبستگی بازآزمایی در فاصله زمانی ۲۲ تا ۱۱۸ روز به شرح زیر بود: نمره کلی ۰/۷۵، مقیاس باورهای مثبت ۰/۷۹، کنترل ناپذیری/خطر ۰/۵۹، اطمینان شناختی ۰/۶۹، لزوم کنترل افکار ۰/۷۴ و خودآگاهی شناختی ۰/۸۷ (۲۵).

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. Emotional vulnerability | 7. Cognitive confidence |
| 2. Mediator variable | 8. Need to control thought |
| 3. AMOS | 9. Cognitive self-consciousness |
| 4. MCQ | |
| 5. Positive beliefs about worry | |
| 6. Negative beliefs about worry | |

همراه با چرخش واریماکس استفاده شد. نتایج نشان داد که ساختار پنج عاملی (توجه‌برگردانی، نگرانی، تنبیه، کنترل اجتماعی و ارزیابی مجدد) می‌تواند به بهترین شکل داده‌های پژوهشی را با ساختار نظری مقیاس برازش داده و بیش از ۴۴ درصد از واریانس کل مقیاس را تبیین کند. همچنین، در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰/۵۵ تا ۰/۷۱ در حد قابل قبول تا عالی به دست آمد.

پرسش‌نامهٔ وسواسی-اجباری مادزلی^۲ (راچمن و هوگسون، ۱۹۷۷): این پرسش‌نامه با ۳۰ گویهٔ دو گزینه‌ای (درست یا نادرست) با روش خودگزارشی انواع نشانه‌های وسواس فکری و عملی را در بیماران مبتلا به وسواس و وسواس فکری و عملی مشخص کرده و اندازه می‌گیرد (۲۷). چهار گروه عمدهٔ نشانه‌ها که در آزمون مادزلی به تفکیک مشخص می‌شوند عبارت‌اند از: واریسی^۳، شست‌وشو^۴، کندی^۵ و شک و تردید^۶. نمرهٔ آزمون بین صفر تا ۳۰ خواهد بود که وجود علائم وسواسی اجباری بیشتر را نشان می‌دهد. پایایی آزمون به طور کلی در هر چهار طبقه بیش از ۰/۸۰ و حساسیتش نیز به دلیل دو پاسخی بودن آن نسبت به تغییرات پایین است (۲۷). در ایران، دادفر (۳۴) پایایی کل آزمون را ۰/۸۴ و روایی همگرایی آن با مقیاس وسواسی-اجباری یل براون را ۰/۸۷ گزارش کرد. در پژوهش حاضر، برای تعیین روایی این ابزار از روش همسانی درونی استفاده شد. نتایج نشان دادند که همبستگی نمرات گویه‌ها با نمرهٔ کل آزمون قابل قبول است. ضریب آلفای کرونباخ گویه‌ها و نمرهٔ کل آزمون در دامنه ۰/۸۰ به دست آمد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی گروه نمونه به ترتیب ۲۰/۸ و ۱/۴ بود. ۴۵/۳۵ درصد از افراد گروه نمونه، پسر و ۵۴/۶۵ درصد دختر بودند. گروه نمونهٔ پژوهش را دانشجویان سال اول مقطع کارشناسی تشکیل می‌دادند. جدول ۱ یافته‌های توصیفی متغیرهای

در رابطه با روایی سازه، بین خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه و مقیاس‌های مرتبط از لحاظ نظری همبستگی مثبتی مشاهده و ساختار عاملی آن مجدداً تأیید شد (۲۹). در ایران، شیرین‌زاده دستگیری (۳۰)، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را ۰/۹۱ و برای خرده‌مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی این آزمون را در فاصلهٔ چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای خرده‌مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کرد (۳۰). در پژوهش حاضر نیز برای تعیین روایی سازهٔ این ابزار از روش تحلیل عاملی اکتشافی به روش مؤلفه‌های اصلی همراه با چرخش واریماکس استفاده شد. تعداد عوامل بر اساس مقادیر ویژه و نمودار اسکری تعیین شد که در نهایت نتیجه نشان داد که ساختار چهار عاملی (باور مثبت به نگرانی، خودآگاهی شناختی، اطمینان شناختی و باور منفی به نگرانی) می‌تواند به بهترین شکل داده‌های پژوهشی را با ساختار نظری مقیاس برازش دهد؛ به طوری که این ساختار توانست بیش از ۴۶ درصد واریانس کل مقیاس را تبیین کند. همچنین، در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰/۶۷ تا ۰/۷۸ در حد قابل قبول تا عالی به دست آمد.

پرسش‌نامهٔ راهبردهای کنترل فکر^۱ (ولز و متیویس، ۱۹۹۴): این پرسش‌نامه را که ولز و متیویس (۲۱) برای ارزیابی تفاوت‌های فردی در بهره‌گیری از راهبردهای گوناگون کنترل فکر و رابطهٔ آن با آسیب‌پذیری هیجانی تهیه کرده‌اند، دارای پنج خرده‌مقیاس توجه‌برگردانی، تنبیه، ارزیابی مجدد، نگرانی و کنترل اجتماعی است. ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه از ۰/۶۴ تا ۰/۷۹ گسترده است (۲۱). در مورد روایی سازه، خرده‌مقیاس‌های نگرانی و تنبیه پرسش‌نامه کنترل فکر، با تعدادی از مقیاس‌های مختلف اختلال عاطفی همبستگی مثبت دارند (۳۱، ۳۲). روایی افتراقی پرسش‌نامهٔ کنترل فکر در مطالعاتی که به مقایسهٔ گروه‌های بیمار و علامت‌دار پرداخته‌اند، نشان داده شده است (۲۴). در ایران گودرزی و اسماعیلی ترکان‌بوری (۳۳) ضریب آلفای کرونباخ را برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۱ و برای هر یک از خرده‌مقیاس‌ها به شرح زیر گزارش کرده‌اند: توجه‌برگردانی ۰/۷۹، کنترل اجتماعی ۰/۷۰، نگرانی ۰/۷۰، تنبیه ۰/۷۶، ارزیابی مجدد ۰/۷۰. در پژوهش حاضر نیز برای تعیین روایی سازهٔ این ابزار از تحلیل عامل اکتشافی به روش مؤلفه‌های اصلی

1. TCQ
2. MOCI
3. Checking
4. Washing
5. Retardation
6. Doubt

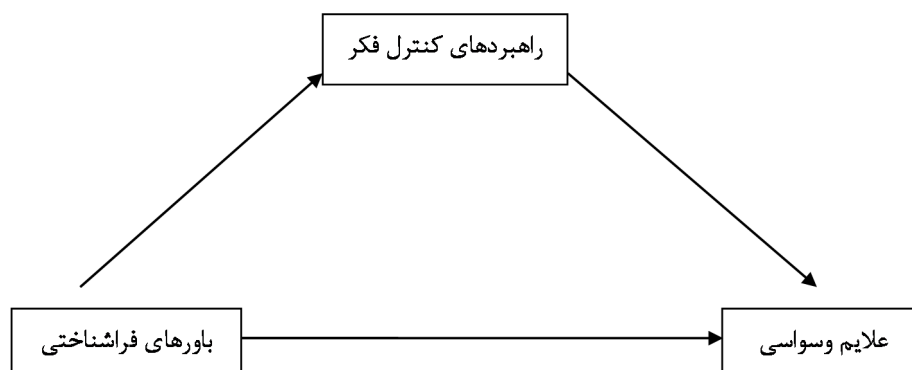
جدول ۱ - ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

| | ۱۰ | ۹ | ۸ | ۷ | ۶ | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ |
|----|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| ۱ | | | | | | | | | | |
| ۲ | | | | | | | | | ۰/۳۶*** | |
| ۳ | | | | | | | | ۰/۱۰ | ۰/۳۰*** | |
| ۴ | | | | | | | ۰/۱۰ | ۰/۳۰*** | ۰/۱۱* | |
| ۵ | | | | | | ۰/۰۸ | ۰/۱۰ | ۰/۳۵*** | ۰/۳۶*** | ۰/۰۸ |
| ۶ | | | | | ۰/۰۳ | ۰/۱۵*** | ۰/۰۲ | ۰/۰۳ | ۰/۴۲*** | ۰/۲۹*** |
| ۷ | | | | ۰/۰۵ | ۰/۱۷*** | ۰/۰۸ | ۰/۰۳ | ۰/۴۲*** | ۰/۴۷*** | ۰/۱۴* |
| ۸ | | | ۰/۰۵ | ۰/۱۲* | ۰/۰۷ | ۰/۰۴ | ۰/۴۲*** | ۰/۰۶ | ۰/۴۷*** | ۰/۳۵*** |
| ۹ | | ۰/۲۹*** | ۰/۴۹*** | ۰/۱۵* | ۰/۴۲*** | ۰/۰۹ | ۰/۴۴*** | ۰/۳۶*** | ۰/۵۲*** | ۰/۳۵*** |
| ۱۰ | ۰/۲۹*** | ۰/۴۹*** | ۰/۱۵* | ۰/۴۲*** | ۰/۰۹ | ۰/۴۴*** | ۰/۳۶*** | ۰/۵۲*** | ۰/۳۵*** | ۰/۳۵*** |

۰/۰۱ < p < ۰/۰۵** * p < ۰/۰۱
 ۱- باور مثبت به نگرانی ۲- باورهای منفی به کنترل ناپذیری و خطر ۳- خودآگاهی شناختی ۴- اطمینان شناختی ۵- توجه برگردانی ۶- نگرانی ۷- کنترل اجتماعی ۸- تنبیه ۹- ارزیابی مجدد ۱۰- علایم وسواسی جبری

رگرسیون چندگانه به نقش واسطه‌گر متغیرها پی برد. در این روش، نقش واسطه‌گر متغیرهای وابسته میانی در چهار گام متمایز زیر بررسی می‌شود:
 الف) رگرسیون هم‌زمان برای پیش‌بینی متغیر وابسته نهایی (علایم وسواسی) به وسیله متغیر برون‌زاد (باورهای فراشناختی)؛
 ب) رگرسیون هم‌زمان برای پیش‌بینی متغیر وابسته میانی (راهبردهای کنترل فکر) به وسیله متغیر برون‌زاد (باورهای فراشناختی)؛
 ج) رگرسیون هم‌زمان برای پیش‌بینی متغیر وابسته نهایی (علایم وسواسی) به وسیله متغیر وابسته میانی (راهبردهای کنترل فکر) و متغیر برون‌زاد (باورهای فراشناختی)؛
 د) مقایسه ضرایب تأثیر متغیر برون‌زاد (باورهای فراشناختی) در مراحل اول و سوم.
 در همین راستا، اگر ضرایب تأثیر متغیر برون‌زاد بر متغیر وابسته نهایی از مرحله اول به سوم کاهش یافت، نقش واسطه‌گر متغیر وابسته میانی (راهبردهای کنترل

پژوهش را نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول ۱ دیده می‌شود، میان مؤلفه‌های باورهای فراشناختی با علایم وسواسی رابطه معناداری وجود دارد. ارتباط مؤلفه‌های باورهای فراشناختی با مؤلفه‌های راهبردهای کنترل فکر (به استثنای مؤلفه کنترل اجتماعی) در سطح ۰/۰۱ و نیز همبستگی مؤلفه‌های راهبردهای کنترل فکر (به استثنای مؤلفه توجه برگردانی) با علایم وسواسی در سطح ۰/۰۱ و ۰/۰۵ معنادار است. بر اساس روابط معنادار فوق، نقش واسطه‌گری راهبردهای کنترل فکر با استفاده از تحلیل مسیر و مدل‌سازی معادلات ساختاری بررسی شد. با توجه به مدل‌سازی برای این فرضیه، باورهای فراشناختی به عنوان متغیر برون‌زاد یا مستقل، راهبردهای کنترل فکر به عنوان متغیر وابسته میانی و علایم وسواسی به عنوان متغیر وابسته نهایی یا متغیر برون‌زاد در نظر گرفته شدند (شکل ۱).
 بارون و کنی (۳۵) در سال ۱۹۸۶ روشی را مطرح کردند که به وسیله آن می‌توان با استفاده از تحلیل



شکل ۱- مدل فرضی چگونگی تأثیر باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر بر علایم وسواسی

جدول ۲- نتایج تحلیل رگرسیون در گام اول برای مؤلفه‌های باورهای فراشناختی

| متغیر | β_1 | T | سطح معناداری | R | R^2 |
|---------------------|-----------|-------|--------------|------|-------|
| باور مثبت به نگرانی | ۰/۲۷ | ۷/۵۳ | ۰/۰۱ | | |
| خودآگاهی شناختی | ۰/۳۱ | ۸/۰۱ | ۰/۰۰۹ | | |
| اطمینان شناختی | ۰/۲۷ | ۹/۱۴ | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۳ | ۰/۵۲ |
| باور منفی به نگرانی | ۰/۴۴ | ۱۰/۲۸ | ۰/۰۰۰ | | |

جدول ۳- نتایج گام‌های سوم و چهارم برای مؤلفه‌های باورهای فراشناختی

| متغیر | β_2 | T | سطح معناداری | R | R^2 | $(\beta_1 - \beta_2)$ |
|---------------------|-----------|------|--------------|------|-------|-----------------------|
| باور مثبت به نگرانی | ۰/۲۰ | ۴/۰۲ | ۰/۰۰۱ | | | ۰/۷ |
| خودآگاهی شناختی | ۰/۱۸ | ۳/۷۳ | ۰/۰۰۵ | | | ۰/۱۳ |
| اطمینان شناختی | ۰/۲۶ | ۵/۳۷ | ۰/۰۰۲ | ۰/۸۳ | ۰/۶۱ | ۰/۱۱ |
| باور منفی به نگرانی | ۰/۳۱ | ۷/۷۲ | ۰/۰۰۰ | | | ۰/۱۳ |

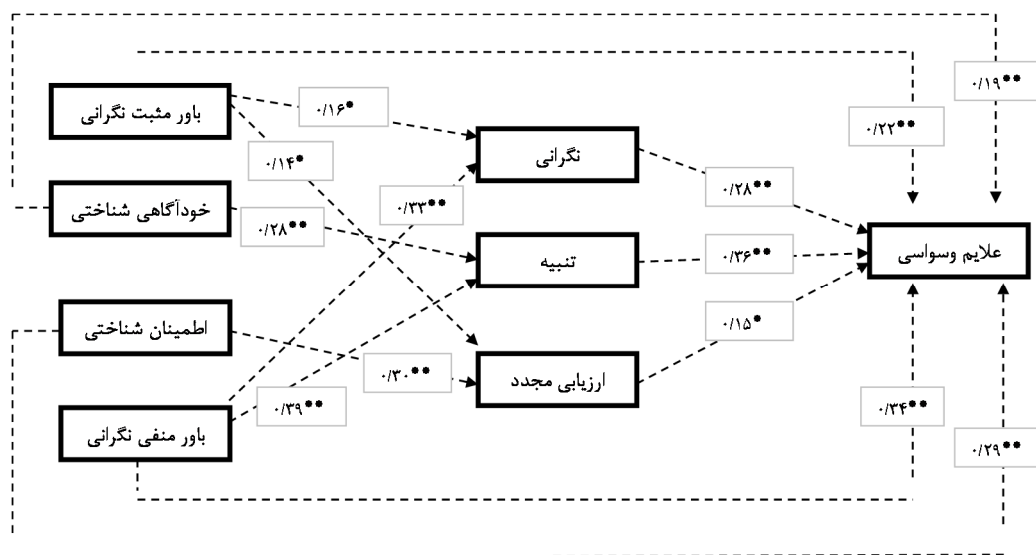
تأثیر مؤلفه‌های باورهای فراشناختی در گام اول و سوم و با توجه به معناداری ضرایب تأثیر مؤلفه‌های نگرانی، تنبیه و ارزیابی مجدد (از بین مؤلفه‌های راهبردهای کنترل فکر)، مدل واسطه‌گری راهبردهای کنترل فکر در ارتباط بین مؤلفه‌های باورهای فراشناختی و علایم و سواسی دانشجویان استخراج شد (جدول ۳). به طور کلی، پس از اینکه مؤلفه‌های راهبردهای کنترل فکر وارد تحلیل رگرسیون شدند، ضرایب رگرسیون کاهش بسیار زیادی نشان داد. ضریب تأثیر باورهای مثبت به نگرانی از ۰/۲۷ به ۰/۲۰، خودآگاهی شناختی از ۰/۳۱ به ۰/۱۸، اطمینان شناختی از ۰/۳۷ به ۰/۲۶ و باورهای منفی به نگرانی از ۰/۴۴ به ۰/۳۱ کاهش یافت. با وجود کاهش اساسی، این ضریب هنوز معنادار بود ($p < ۰/۰۱$)؛ بدین معنا که مؤلفه‌های راهبردهای کنترل فکر نه کاملاً بلکه تا اندازه‌ای بین باورهای فراشناختی و علایم و سواسی واسطه شده‌اند (جدول ۳).

در نهایت، برای بررسی میزان برآزش مدل استخراج شده، از روش تحلیل مسیر و روش تحلیل مدل‌سازی معادلات ساختاری تعبیه شده در نرم‌افزار ایموس استفاده شد. در گام اول پس از تنظیم معادلات ساختاری، برآزش مدل حاضر بررسی و در گام بعدی، با توجه به شاخص‌های برآزش و شاخص‌های اصلاح در برون‌زاد نرم‌افزار ایموس این مدل اصلاح شد. شکل ۲ مدل نهایی پس از اعمال تغییرات بر مبنای شاخص‌های ایموس را نشان می‌دهد.

تحلیل مسیر و تحلیل معادلات ساختاری (شکل ۲) نشان داد که باورهای مثبت به نگرانی، خودآگاهی شناختی، اطمینان شناختی و باورهای منفی به نگرانی به

فکر) مشخص می‌شود (۳۵). به علاوه، این کاهش می‌تواند به صورت جزئی یا کامل رخ دهد؛ به عبارت دیگر، اگر کاهش ضرایب تأثیر متغیر برون‌زاد از مرحله اول به مرحله سوم به حدی باشد که در مرحله سوم معناداری خود را از دست بدهد، این کاهش به صورت کلی اتفاق می‌افتد، اما اگر کاهش ایجاد شده از مرحله اول به سوم آنقدر نباشد که معناداری خود را در مرحله سوم از دست بدهد، کاهش جزئی بوده است. با توجه به مراحل ذکر شده، در گام اول، متغیر پیش‌بین مربوط به مؤلفه‌های باورهای فراشناختی وارد تحلیل رگرسیون شدند. این نتایج نشان دادند که باورهای مثبت به نگرانی، خودآگاهی شناختی، اطمینان شناختی و باورهای منفی به نگرانی به ترتیب با ضریب تأثیر ۰/۲۷، ۰/۳۱، ۰/۳۷، ۰/۴۴ در سطح $p < ۰/۰۱$ به طور معنادار قادر به پیش‌بینی علایم و سواسی‌اند و ترکیب خطی این مؤلفه‌ها توانسته‌اند ۵۲ درصد از تغییرات علایم و سواسی را پیش‌بینی کنند (جدول ۲).

در گام دوم، مؤلفه‌های راهبردهای کنترل فکر به صورت جداگانه، به عنوان متغیر ملاک و چهار مؤلفه باورهای فراشناختی حاصل از مرحله اول، به عنوان متغیر پیش‌بین وارد تحلیل رگرسیون شدند. نتایج نشان دادند که مؤلفه‌های باورهای فراشناختی قادرند چهار زیرمؤلفه راهبردهای کنترل فکر (به جز مؤلفه کنترل اجتماعی) را پیش‌بینی کنند. در گام سوم نیز تمام مؤلفه‌های راهبردهای کنترل فکر و چهار مؤلفه باورهای فراشناختی حاصل از گام اول به عنوان متغیر پیش‌بین و علایم و سواسی به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند. در نهایت، با مقایسه ضرایب



شکل ۲- مدل نهایی پس از اعمال تغییرات بر مبنای شاخص‌های ایموس

بر اساس نظر متخصصان آمار در زمینه مدل‌سازی معادلات ساختاری، اگر مقدار شاخص جذر میانگین مجذور خطای تقریب (RMSEA) کمتر از ۰/۰۵ باشد، مدل از برازش مطلوب برخوردار است (۳۶). همچنین، اگر شاخص‌های نیکویی برازش (GFI)، نیکویی برازش تعدیل‌یافته (AGFI)، شاخص برازندگی هنجار شده (NFI)، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)، شاخص برازندگی افزایشی (IFI) و شاخص تولر-لوپس (TLI) بیشتر از ۰/۹ باشد، برازش مدل مطلوب است. با توجه به مقادیر این شاخص‌ها می‌توان گفت که برازش مدل حاضر مطلوب است.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش نقش پیش‌بین باورهای فراشناختی در علایم وسواسی و نقش راهبردهای کنترل فکر به عنوان متغیر واسطه‌ای بررسی شد. نتایج نشان داد که سه مؤلفه مربوط به راهبردهای کنترل فکر (نگرانی، تنبیه و ارزیابی مجدد) در بررسی نقش پیش‌بین باورهای فراشناختی در علایم وسواسی تا اندازه‌ای واسطه شده‌اند. با وجود این، باورهای فراشناختی به تنهایی نیز رابطه مثبت معناداری با علایم وسواسی نشان دادند. هرمانس، ماتنس، دیکورت، پیترز و الن (۳۷) پس از مقایسه افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی با شرکت‌کنندگان غیرمضطرب (گروه کنترل) دریافتند که بین دو گروه در ابعاد مختلف باورهای فراشناختی تفاوت‌هایی وجود دارد. افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی درباره کنترل‌ناپذیری و خطر رویدادهای

ترتیب با ضرایب تأثیر ۰/۲۲، ۰/۱۹، ۰/۲۹ و ۰/۳۴ در سطح معناداری ۰/۰۱ بدون واسطه توانستند علایم وسواسی را پیش‌بینی کنند. از جهتی دیگر، باورهای مثبت به نگرانی توانست نگرانی ($\beta=0.16, p<0.05$) و ارزیابی مجدد ($\beta=-0.14, p<0.05$) را پیش‌بینی کند. همچنین، خودآگاهی شناختی توانست تنبیه ($p<0.01$)، اطمینان شناختی، ارزیابی مجدد ($\beta=0.28, p<0.01$) و باورهای منفی به نگرانی، نگرانی ($\beta=0.30, p<0.01$) و تنبیه ($\beta=0.16, p<0.01$) را پیش‌بینی کند. همچنین، نگرانی ($\beta=0.28, p<0.01$)، تنبیه ($\beta=0.36, p<0.01$) و ارزیابی مجدد ($\beta=0.15, p<0.05$) توانستند علایم وسواسی را پیش‌بینی کنند. با توجه به اینکه هیچ یک از مؤلفه‌های باورهای فراشناختی نتوانستند کنترل اجتماعی را پیش‌بینی کنند از تحلیل حذف شدند. راهبرد توجه برگردانی نیز به این دلیل که قادر به پیش‌بینی علایم وسواسی نبود از تحلیل حذف شد. به طور کلی، نتایج این تحلیل نشان داد که برازش مدل نهایی مطلوب است (جدول ۴).

جدول ۴ - شاخص‌های نیکویی برازش مدل اصلاح شده

| مقدار | ویژگی‌های برازندگی |
|-------|--------------------------------------|
| ۱ | شاخص نیکویی برازش (GFI) |
| ۰/۹۷ | شاخص نیکویی برازش تعدیل‌یافته (AGFI) |
| ۰/۹۹ | شاخص برازندگی هنجار شده (NFI) |
| ۰/۹۸ | شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) |
| ۱ | شاخص برازندگی افزایشی (IFI) |
| ۱ | شاخص توکر-لوپس (TLI) |
| ۰/۰۴ | جذر میانگین مجذور خطای تقریب (RMSEA) |

ذهنی باورهای منفی بیشتری داشتند، در مورد پیامدهای مضر برخی افکار خاص باورهای منفی بیشتری گزارش کردند، بیشتر به بازبینی افکارشان می‌پرداختند و به توانایی‌های شناختی‌شان اطمینان کمتری داشتند.

در این پژوهش، مؤلفه‌های باورهای مثبت و منفی به نگرانی توانستند نگرانی را پیش‌بینی کنند که براساس مدل فراشناختی و سواس ولز (۲۰، ۱۰)، افراد آسیب‌پذیر به دلیل ترکیبی از باورهای فراشناختی مثبت (مثلاً، «برای اجتناب از خطر باید نگران باشم.») و باورهای فراشناختی منفی (برای مثال، «هیچ کنترلی بر نگرانی‌ام ندارم.») درگیر سندرم شناختی توجهی می‌شوند. باورهای فراشناختی مثبت از استفاده مداوم و مکرر از سبک‌های غیرانطباقی (مانند نگرانی و اندیشناکی) حمایت می‌کنند، در حالی که باورهای فراشناختی منفی به ناتوانی در تلاش برای کنترل مؤثر و ادراک رخدادهای درونی به عنوان تهدیدکننده منجر شده و از این طریق باعث افزایش پریشانی می‌شوند. سندرم شناختی-توجهی نوعی پردازش و مقابله راهبردی پیوسته است. این سندرم نشان‌دهنده راهبردهای فرد برای مقابله با تهدید است، بنابراین مفهوم مقابله و سبک تفکر خاص، باورهای شخص را به اختلال هیجانی پیوند می‌دهد (۱۲).

برای تبیین استفاده افراد و سواسی از راهبرد نگرانی می‌توان گفت که طبق آخرین ویرایش راهنمای تشخیصی-آماري اختلالات روانی (۳۸)، نگرانی هسته اصلی اختلالات اضطرابی است. با توجه به اینکه اختلال و سواس جزو اختلالات اضطرابی طبقه‌بندی می‌شود و فرد و سواسی درگیر افکار رخنه‌کننده و نگران‌کننده است، برای کنترل آن از راهبرد نگرانی بهره می‌جوید. "نگران شدن" به عنوان یک راهبرد کنترل فکر عبارت است از جایگزین کردن نگرانی‌ها و افکار کم اهمیت‌تر به جای فکر ناخوشایند اصلی. این تعریف تلویحاً اشاره به اجتناب پنهان دارد که در نهایت این راهبرد نیز مؤثر نخواهد بود و موجب تشدید شدن علائم و سواس می‌شود. از سوی دیگر، اسپادا و همکاران (۳۹) نیز ابعاد فراشناختی از جمله باورهای فراشناختی مثبت در زمینه نگرانی و اعتماد شناختی پایین را جزو علل ایجادکننده اضطراب و نگرانی می‌دانند. پژوهش الیس و هادسون نیز نشان داد که نگرانی یکی از مؤلفه‌های اساسی اختلالات اضطرابی است که به ویژه با باورهای مثبت و منفی فراشناختی

ارتباط دارد (۴۰).

راهبرد تنبیه به وسیله دو مؤلفه خودآگاهی شناختی و باورهای منفی درباره نگرانی پیش‌بینی شد. طبق مدل شناختی-رفتاری سالکووسکیس و همکاران (۳۸)، فرد آسیب‌پذیر با داشتن باور فراشناختی منفی، از نگران بودن خود عیب‌جویی می‌کند و خود را مسؤل داشتن چنین افکاری می‌داند و معتقد است برای جلوگیری از آن هر چه سریع‌تر باید کاری انجام دهد. او خود را به سبب داشتن چنین افکاری تنبیه می‌کند و به خود برچسب احمق بودن و ... می‌زند. استفاده بیشتر افراد و سواسی از راهبرد تنبیه، ممکن است به دلیل ناخوشایند بودن افکار ناخواسته (۴۱، ۴۲)، مسؤلیت‌پذیری مفرط آنها (۴۳) و خطای شناختی تداخل فکر-عمل‌شان (۴۴) باشد.

همچنین، در این پژوهش مؤلفه‌های باورهای فراشناختی (باورهای مثبت به نگرانی و اطمینان شناختی) توانستند ارزیابی مجدد را پیش‌بینی کنند. این یافته‌ها با نتایج مطالعات برهمند (۴۵) ناهمسو و با نتایج امیر، کاشمن و فوا (۲۳) که نشان دادند بیماران و سواسی برای مهار افکار ناخواسته بیشتر از افراد غیر بیمار از ارزیابی مجدد استفاده می‌کنند، هم‌سوست. شاید در اینجا این سؤال مطرح شود که چرا افراد و سواسی در برخی تحقیقات و همچنین این پژوهش از راهبرد ارزیابی مجدد استفاده کرده‌اند، در حالی که برای مهار فکر ممکن است این راهبرد راهبردی مثبت در نظر گرفته شود. در پاسخ به این پرسش که چرا ارزیابی مجدد که در درمان شناختی رفتاری اساس تکنیک‌های شناختی را در بر دارد، نمی‌تواند به عنوان یک مکانیسم مؤثر در کنترل فکر نقش داشته باشد باید گفت یافته‌های اخیر، راهبردهای مبتنی بر کنترل را نه راه حل بلکه عامل اصلی ایجاد اختلالات روان‌شناختی از جمله اضطراب می‌دانند، زیرا اساساً فرآیندهای درونی اعم از افکار نگران‌کننده و سایر تجارب هیجانی و شناختی همراه آن جزو اموری نیستند که راهبردهای متمرکز بر کنترل بر آنها اثر بگذارد (۴۶). اثر این دیدگاه را در راهبردهای جدید درمانی که بر نقش پذیرش و حضور ذهن در مواجهه با تجارب آشفته‌ساز درونی تأکید دارند می‌توان مشاهده کرد.

افراد و سواسی در بسیاری از مواقع درگیر افکار ناخواسته و خودکار هستند و باورهای فراشناختی نقش مهمی در ایجاد و تداوم چنین افکاری دارد. آنچه در

فوق می‌تواند وضعیت فعلی درمان‌های روان‌شناختی را به سمت درمان‌های اختصاصی‌تر سوق دهد. محدودیت اصلی تحقیق پیش رو این بود که این پژوهش روی نمونه‌ای از دانشجویان دانشگاه شیراز انجام شد و لذا در تعمیم نتایج به سایر افراد باید احتیاط شود. سایر محققان با تکرار این پژوهش در دیگر مناطق می‌توانند به تعمیم‌پذیری نتایج آن کمک کنند. همچنین، بیان فرضیه‌ها به شکل رابطه‌ی علی صرفاً بر اساس پیشینه‌ی پژوهشی تدوین شده است و در نتیجه‌گیری علت و معلولی از یافته‌های تحقیق حاضر باید احتیاط و به محدودیت‌های پژوهش‌های همسبستگی توجه کرد.

پژوهشگران این پژوهش پیشنهاد می‌کنند که در پژوهش‌های آتی به طراحی و آزمون مدل مطرح شده در این پژوهش در نمونه‌ای از بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجباری پرداخته و نتایج آن را با نتایج پژوهش حاضر مقایسه شود. علاوه بر این، در بررسی و اعتبارسنجی مجدد مدل پژوهش، باید به نقش سایر متغیرهای شناختی دخیل در علائم وسواس نیز توجه و مدل پیشنهادی بسط و گسترش داده شود. بدیهی است که بررسی اثر مستقیم و غیرمستقیم مطرح شده در این پژوهش از طریق اجرای پژوهش‌های آزمایشی و در طرح‌های مداخله‌ای می‌تواند نقش علی متغیرهای مطرح شده در این مدل را آشکارتر سازد.

دریافت: ۹۲/۱۰/۱۶ ; پذیرش: ۹۳/۴/۳

تبیین ارتباط باورهای فراشناختی و اختلالات اضطرابی، به خصوص اختلال وسواسی-جبری، می‌تواند به آن اشاره کرد، نقش درمان فراشناختی در اختلالات اضطرابی است که پژوهش‌ها این درمان را به عنوان درمان مؤثر معرفی می‌کنند (۴۷-۵۰). افراد وسواسی برای مقابله با افکار ناخوانده و اضطراب‌زا از راهبردهای مختلفی استفاده می‌کنند که ناکارآمد بودن این نوع راهبردها، موجب دوام و افزایش شدت اختلال می‌شود؛ بنابراین، راهبردهای کنترل فراشناختی فکر که به منظور حذف و بیرون راندن افکار از هشیاری وارد عمل می‌شوند، به افزایش و بازگشت دوباره فکر بازداری شده می‌انجامند و از این رو تأثیرشان کوتاه-مدت است و در درازمدت راهبردهای سازنده‌ای نیستند (۵۱-۵۳). به این ترتیب، شاید آمادگی افراد وسواسی برای بروز اختلال وسواسی بیشتر باشد و برعکس، افراد عادی برای کنترل افکار مزاحم و رخنه-کننده از روش‌هایی استفاده کنند که از فراوانی آنها بکاهد.

به طور کلی، یافته‌های این پژوهش که می‌تواند به بسط و گسترش دانش در حوزه‌های مختلف پژوهش از جمله اختلال وسواسی کمک کند، نشان داد که در این مدل باورهای فراشناختی بر راهبردهای کنترل فکر اثرگذارند و راهبردهای کنترل فکر خود بر علائم OCD تأثیر می‌گذارند؛ بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که درمان‌گران به منظور کاهش افکار و آداب وسواسی از یک سو باید به چالش با افکار فراشناختی منفی و ناسازگار بپردازند و از سوی دیگر برای کنترل افکار رخنه‌کننده راهبردهای مناسب‌تر را جایگزین کنند. اتخاذ رویکرد

منابع

1. 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;14:485-96.
2. McKay D, Abramowitz JS, Calamari JE, Kyrios M, Radomsky AS, Sookman D, et al. A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: Symptoms versus mechanisms. *Clinical Psychology Review* 2004;24:283-313.
3. Valleni-Basile LA, Garrison CZ, Jackson KL, Waller J, McKeown RE, Addy CL, et al. Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1994; 33(6):782-91.
4. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
5. Murray CJL, Lopez AD. *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health, (Global Burden of Disease and Injury Series, vol. I); 1996.
6. Rachman S, DeSilva P. Abnormal and normal obsessions. *Behavior Research and Therapy* 1979; 3:89-99.
7. Salkovskis p. Obsessive-compulsive disorder, in science and practice of cognitive behavioral therapy. CG Fairbum, Editor, Oxford university press: New York 1999.

8. Crino R, Slade T, Andrews G. The changing prevalence and severity of obsessive-compulsive disorder criteria from DSM-III to DSM-IV. *American Journal of Psychiatry* 2005;162:876-82.
9. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problem: A cognitive-behavioral analysis. *Behavior Research and Therapy* 1985;23:571-83.
10. Wells A. Emotional disorders and meta cognition: Innovative cognitive therapy. Chichester, UK: Willey & sons; 2002.
11. Wells A. The meta-cognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research* 2004;29:107-21.
12. Wells A. Meta cognitive therapy for anxiety and depression. New York: The Guilford Press; 2009.
13. Yilmaz EA, Gencoze T, Wells A. "The temporal precedence of meta cognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life stress: A prospective study. *Journal of Anxiety Disorder* 2011;25:389-96.
14. Irak M, Tosun A. Exploring the role of meta cognition in obsessive-compulsive and anxiety symptoms. *Journal of Anxiety Disorders* 2008; 22:1316-25.
15. Flavell JH. Meta cognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist* 1979; 34(10):906-11.
16. Moses LJ, Baird JA. Meta cognition. In RA Wilson, FC Keil, editors, *The MIT encyclopedia of the cognitive sciences* Cambridge, MA: MIT Press; 1996.
17. Wells A. Meta-cognition and worry: a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Cognitive Psychology Therapy* 1995; (23):301-20.
18. Wells A & Morrison T. Qualitative dimensions of normal worry and normal obsessions: a comparative study. *Behavioral Research Therapy* 1994; (32):867-70.
19. Ladouceur R, Freeston MH, Rheaume J. Strategies used with intrusive thoughts: A comparison of OCD patients with anxious and community controls. *Journal Abnormal Psychology* 2000; 109(2):179-87.
20. Salkovskis PM, Richards HC, Forrester E. The relationship between obsessional problems and intrusive thoughts. *Behavior Cognitive Psychopathology* 1995; 25:281-99.
21. Wells A, Matthews G. Attention and emotion: a clinical perspective. Harvard UK: Erlbaum; 1994.
22. Abramowitz JS, Whiteside S, Kalsky SA, Tolin DA. Thought control strategies in obsessive-compulsive disorder: A replication and extension. *Behavior Research and Therapy* 2003;4:529-54.
23. Clark DA. Cognitive-Behavioral Therapy for OCD. New York: The Guilford Press; 2006.
24. Amir N, Cashman L, Foa EB. Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy* 1997; 35:775-77.
25. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the Meta cognitions Questionnaire: Properties of the MCQ 30. *Behavior Research and Therapy* 2004; 42:385-96.
26. Wells A, Davies M. The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thought. *Behavior Research and Therapy* 1994;32:871-78.
27. Rachman S, Hodgson R. Obsessive compulsive complains. *Behavior Research and Therapy* 1977;15:389-95.
28. Wells A, Matthews G. Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behavioral Research Therapy* 1996;(34):881-88.
29. Spada MM, Wells A. Meta cognitive beliefs about alcohol use: Development and validation of two self-report scales. *Addictive Behaviors* 2008;33:515-27.
30. Shirinzadeh S, Goodarzi MA, Ghanizadeh A, Thaghavi MR. Exploration of Factor Structure, Validity and Reliability Meta cognitive 30 Questionnaire. *Journal of Psychology* 2007; 48:445-61.[Persian].
31. Holeva V, TARRIER N, Wells A. Prevalence and predictors of acute PTSD following road traffic accidents: Thought control strategies and social support. *Behavior Therapy* 2001; 32:65-83.
32. Roussis P, Wells A. Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the meta cognitive model. *Personality and Individual Differences* 2006; 40:111-22.
33. Goodarzi MA, Esmaili-Torkanburi Y. The Relationship between strategies of intrusive thought control and Severity of OCD Symptoms. *Journal of Hakim Research* 2005;8:45-51.[Persian].
34. Dadfar M, Bolhari J, Malakouti K, Bayanzade A. study of Obsessive-compulsive disorder symptoms. *Journal of Thought and Behavior* 2005; (2):27-32.[Persian].
35. Baron RM, Kenny DA. Moderator – Mediator Variables Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology* 1986;51(6):1173-82.
36. Kalantari KH. Structural Equation Modeling in Social-Economic Research. Tehran: Saba Cultural Publications; 2009.[Persian].
37. Hermans D, Martens K, De Cort K, Pieters G, Eelen P. Reality monitoring and meta cognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behavioral Research and Therapy* 2003;41(4):383-401.
38. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder.

- Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
39. Salkovskis PM, Wroe AL, Gledhill A, Morrison, N, Forrester E, Richards C, et al. Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy* 2000;38:347-72.
40. Spada MM, Caselli G, Manfredi C, Rebecchi, D, Rovetto F, Ruggiero GM, et al. Parental overprotection and meta cognitions as predictors of worry and anxiety. *Behavioral cognitive psychotherapy*, 2012;38(5):629-637.
41. Ellis, DM, Hudson JL. The meta cognitive model of generalized anxiety disorder in children and adolescents. *Clinical Child And Family Psychology Review* 2010;13:151-163.
42. Freeston MH, Ladouceur R, Rheaume J, Legar E. Cognitive Models of OCD in clinical practice In: Sanavio E. (Ed), *Behaviour and cognitive therapy today. Essays in honor of Hans. J. Eysenck*, 117-26. Elsevier Science, Oxford; 1998.
43. Whittal ML, Rachman S, McLean PD. Psychology treatment for OCD: Combining cognitive and behavioral treatments. In G. Simos(Ed), *Cognitive behavior therapy: A guide for the practicing clinician*. Hove: Brunner-Rout ledge; 2002.
44. Salkovskis PM. Cognitive-behavioral factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behavior Research and Therapy* 1998; 27(2):677-82.
45. Emmelkamp PMG, Aardema A. Meta cognition, Specific Obsessive-Compulsive Beliefs and Obsessive-Compulsive Behavior. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 1999; 6:139-45.
46. Barahmand U. Meta-cognitive profiles in anxiety disorders. *Psychiatry* 2009;169:240-43.
47. Hayes SC, Strosahi K, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy. New York: Guilford Press; 2003.
48. Wells A, Welford M, King P, Papageorgiou C, Wisely J, Mendel E. A pilot randomized trial of Meta cognitive therapy versus applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behavior Research Therapy* 2010;48:429-34.
49. Solem S, Myers SG, Fisher PL, Vogel PA, Wells A. An empirical test of the meta cognitive model of obsessive-compulsive symptoms: replication and extension. *Journal Anxiety Disorders* 2010;24(1):79-86.
50. Heiden CV, Muris P, Molen V. Randomized controlled trial on the effectiveness of meta cognitive therapy and intolerance-of uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Journal Behavior Research Therapy* 2012;50:100-109.
51. Wells, A. Meta cognitive Therapy for anxiety and depression. *Cognitive behavioral therapy book reviews* 2010;6(1):1-4.
52. Purdon C. Thought suppression and psychopathology. *Behavior Research and Therapy* 1999; 37:1029-54.
53. Wegner DM, Schneider DJ, Carter SR, White TL. Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987;53:5-13.
54. Wenzlaff RM, Wegner DM. Thought suppression. *Annual Review of Psychology* 2009; 51:59-91.