

## Research Paper

# Metacognitive Components in Patients With Generalized Anxiety Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder and Depressed Mood Disorder



Fateme Moin Al-Ghorabaiee<sup>1</sup>, Samira Karamloo<sup>2</sup>, Azam Noferesti<sup>3\*</sup>

1. PhD Student, Research Group of Cognitive Sciences, Alborz Branch, Academic Center for Education, Culture and Research, Karaj, Iran.
2. PhD in Psychology, Research Group of Cognitive Sciences, Alborz Branch, Academic Center for Education, Culture and Research, Alborz Branch, Karaj, Iran.
3. PhD in Clinical Psychology, Research Group of Cognitive Sciences, Alborz Branch, Karaj, Academic Center for Education, Culture and Research, Iran.



**Citation:** Moin Al-Ghorabaiee F, Karamloo S, Noferesti A. [Metacognitive Components in Patients With Generalized Anxiety Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder and Depressed Mood Disorder (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2017; 23(2):164-177. <https://doi.org/10.29252/nirp.ijpcp.23.2.164>

<https://doi.org/10.29252/nirp.ijpcp.23.2.164>

Received: 27 Sep. 2015

Accepted: 4 Jan. 2017

## ABSTRACT

**Objectives** The purpose of this study was to compare the metacognitive factors between individuals with Obsessive Compulsive Disorder (OCD), Generalized Anxiety Disorder (GAD), dysthymic disorder (Dys), and non-clinical disorders (Normals).

**Methods** Metacognitive Questionnaire - short form (MCQ-30), Thought Control Questionnaire (TCQ), and Anxious Thought Inventory (ATI) were administered to a sample of 120 individuals (OCD-30; GAD-30; Dys-30 and Normals-30).

**Results** Results of MANOVA and post-hoc comparison revealed significant differences in metacognitive factors between all groups except attention distraction and cognitive confidence. Post-hoc comparisons also showed that OCD patients have significantly higher scores in punishment and reappraisal subscales than GAD and non-clinical groups. Likewise, GAD patients have significantly higher scores in social and health worry than OCD patients and in positive and negative beliefs about worry and need to control subscales than OCD and non-clinical groups. Also Dys group had significantly higher scores in health and social worry than others. In general, nonclinical sample had lower scores in all metacognitive questionnaires, RSQ, and neuroticism.

**Conclusion** Metacognitive beliefs and strategies could differentiate between diagnostic groups. Also findings support the Self regulatory executive function model of Wells.

### Key words:

Metacognitive factors, Obsessive Compulsive Disorder (OCD), Generalized Anxiety Disorder (GAD), Dysthymia, Self Regulatory Executive Function (SREF)

## Extended Abstract

### 1. Introduction

Metacognitive models of depression and anxiety disorders put an emphasis on the predictive role of metacognitive beliefs in experiencing negative emotions [1]. Also, the selection and implementation of coping strategies are considered to be the main determinant of continuation or termination of a psychological

disorder [2]. Thus, people experience emotional discomfort when their metacognitive beliefs produce a special pattern of response to inward experiences that perseveres and intensifies thoughts, emotions, and negative excitements [3, 4, 5]. Generally, studies conducted on metacognition imply the significant role of metacognitive beliefs in the emergence and maintenance of emotional disturbances [2, 3], and reviewing them from a theoretical and practical point of view is necessary. Conducting such studies can increase our knowledge regarding reviewing metacognitive mechanisms that are regulator and controller of cognitive

\* Corresponding Author:

Azam Noferesti, PhD

Address: Research Group of Cognitive Sciences, Academic Center for Education, Culture and Research, Alborz Branch, Karaj, Iran.

Tel: +98 (912) 4948339

E-mail: noferest88@yahoo.com

processes and pave the path for other studies in this area. Such studies can also provide more evidence for practical use of metacognitive therapy for emotional disturbances at various clinical positions and in different populations. Therefore, the present study aims to compare metacognitive components in people with OCD, GAD, depressed mood disorder, and ordinary people.

## 2. Method

### Sample, sampling method and method of implementation

The present study is a descriptive study with a causal-comparative data collection method. According to the research method, the size of each desired group should be at least 30 [18]. Accordingly, 90 people (three groups of thirty) were selected through targeted sampling from among patients with OCD, generalized anxiety, and depressed mood in Tehran city. These people had been referred to psychiatric clinics (5 clinics of counseling and psychology services in the center of North, South, East, West and downtown of Tehran) and private psychiatric clinics (5 psychiatric clinics in North, South, East, West and downtown of Tehran) for treatment for the first time. These participants who received a diagnosis of the disorder based on a Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID) and psychiatrist's diagnosis were assigned to clinical groups. Participants were asked to fill Metacognitive Beliefs-Short Form [19], Anxiety Thoughts [20], and Thought Control [21] questionnaires.

A group of 30 people (14 men and 16 women) who did not have any mental disorders as found by the clinical and diagnostic interviews with a psychiatrist was assigned to a non-patient group. Fourteen questionnaires were answered incompletely; therefore, in the final analysis, only 106 questionnaires were examined. To control unwanted variables and prevent probable difficulties in explaining the results, the study also included subjects that: A) Had not received any psychological treatment before; B) Did not have diagnosis of mental disorders in the axis II (without personality disorder, according to psychiatrist); C) Did not take medication (three months before the questionnaires were administered); D) The minimum level of their literacy was third grade of secondary school; E) Their age range was between 18 and 55 years old; and F) Due to the low sample size, all OCD cases were included in the research.

## 3. Results

Investigating the demographic characteristics of the sample group showed that among the total sample of 120, 77

subjects were women (64.2%) and 43 men (35.8%). Their age range was between 18-37 years, and their average age was 24.71 years. A total of 67 subjects had a bachelor's degree (55.8%), 28 subjects were graduate students and higher (23.4%), and 25 had upper secondary school diploma (20.8%).

In the sample group, the mean scores of patients with general anxiety in metacognitive components of MCQ-30 and AnTI questionnaires were higher than that of other groups. On the scale of cognitive trust, the difference between significant mean of groups suggests higher scores of group of depressed mood subjects than those of generalized anxiety disorder. Scores of this group are higher than that of normal group ( $P < 0.01$ ). About scales of cognitive self-awareness and positive beliefs about worries, there was a significant difference only between the mean scores of two groups of generalized anxiety and depressed mood at the level of 0.05 and 0.01. On the scale of negative beliefs about worries, the difference in mean scores for ordinary, obsessive, and depressed mood groups with generalized anxiety disorder group is significant with a level of 0.05. The scores of subjects in the normal group on this scale are lower than that of other groups.

Results of multivariate analysis of variance indicated a significant difference at the level of 0.01 between the four groups studied in two approaches of thought control, punishment, and concern. Also, the results of multivariate analysis of variance indicated a significant difference (at the level of 0.01) between the four groups studied on the scales of concern areas.

## 4. Discussion

This study has been conducted with the aim to investigate the metacognitive components in patients with generalized anxiety disorder, obsession, depressed mood, and ordinary people. Our findings showed that there is a significant difference between all groups in all variables of metacognitive beliefs, anxious thoughts, and thought control strategies (except for social control strategy).

In this research, results of metacognitive beliefs indicate higher scores of depressed mood group in cognitive trust variable and in other metacognitive beliefs including the need for control, self-conscious, and positive and negative beliefs. The highest scores belonged to the generalized anxiety disorder group. This finding is consistent with the results of the research that showed that among metacognitive beliefs, belief in weak cognitive trust has more relationship with posterior signs of depression [25]. The results of this study regarding the high scores of patients with generalized

anxiety disorder in other metacognitive beliefs are consistent with the results of numerous studies, which showed that positive and negative metacognitive beliefs [3, 13] and need for control [26] have a relationship with general anxiety disorder.

In relation to data on anxiety thoughts, findings indicate higher scores for dimensions of anxiety thoughts in patients with generalized anxiety disorder compared to other groups. Given that, in the present study, patients with generalized anxiety disorder obtained higher scores in most metacognitive beliefs, this finding can be explained on this basis. Findings of this study showed that patients with generalized anxiety disorder used thought control strategies of "worry" and "punishment" more than non-patient subjects. This finding is partly in line with the theoretical background of this research. Results of this study regarding comparison of thinking control strategies showed that anxious-depressed patients use the "distraction" strategy more than patients with obsessive disorder.

### **Acknowledgments**

Academic Center for Education, Culture and Research of Karaj has financially supported the present paper.

### **Conflict of Interest**

The authors declared no conflicts of interest.

## مؤلفه‌های فراشناختی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، اختلال وسواس اجبار و اختلال افسرده‌خویی

فاطمه معین‌الغزبائی<sup>۱</sup>، سمیرا کرملو<sup>۲</sup>، اعظم نوفرستی<sup>۳</sup>

۱- دانشجوی دکتری، گروه پژوهشی علوم شناختی، واحد البرز، جهاد دانشگاهی، کرج، ایران.

۲- دکترای روانشناسی، گروه پژوهشی علوم شناختی، واحد البرز، جهاد دانشگاهی، کرج، ایران.

۳- دکترای روانشناسی بالینی، گروه پژوهشی علوم شناختی، واحد البرز، جهاد دانشگاهی، کرج، ایران.

### حکیده

تاریخ دریافت: ۰۵ مهر ۱۳۹۴

تاریخ پذیرش: ۱۵ دی ۱۳۹۵

**هدف پژوهش حاضر** به منظور بررسی مؤلفه‌های فراشناختی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، وسواس، افسرده‌خویی و افراد غیربیمار انجام شد.

**مواد و روش‌ها** به همین منظور در نمونه بالینی ۹۰ نفری (سه گروه ۳۰ نفری) از مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های روان‌پزشکی و یک گروه نمونه غیربالینی ۳۰ نفری (غیربیمار) که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده بودند، پرسش‌نامه‌های باورهای فراشناختی فرم کوتاه، افکار اضطرابی و کنترل فکر اجرا شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۸ و به روش تحلیل واریانس چندمتغیره انجام شد.

**یافته‌ها** نتایج پژوهش نشان داد که تفاوت معنادار چهار گروه در همه مؤلفه‌های فراشناختی به جز زیرمقیاس توجه بر گردانی در پرسش‌نامه کنترل فکر و زیرمقیاس خودآگاهی شناختی در پرسش‌نامه باورهای فراشناختی بود. همچنین نتایج آزمون‌های تعقیبی نشان داد که مبتلایان به وسواس به صورت معناداری (در سطح ۰/۰۱ و ۰/۰۵) بیش از مبتلایان به اختلال اضطراب منتشر (GAD) و گروه غیربیمار از راهبردهای کنترل فکر تنبیه و ارزیابی مجدد استفاده می‌کنند. از طرفی مبتلایان به GAD به صورت معناداری بیش از افراد مبتلا به اختلال وسواس اجبار (OCD) نگرانی‌های اجتماعی و سلامتی داشتند و در مقایسه با مبتلایان به OCD و افراد غیربیمار نمرات بیشتری در مقیاس‌های باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره نگرانی و نیاز به کنترل، کسب کردند. در حوزه‌های نگرانی، گروه مبتلا به اختلال افسرده‌خویی در زیر مقیاس‌های نگرانی سلامتی، اجتماعی و عمومی تفاوت معناداری با گروه‌های غیربیمار و اضطراب منتشر داشتند و به طور کلی گروه غیربیمار در مقایسه با سه گروه بیمار، نمرات کمتری در زیر مقیاس‌های پرسش‌نامه حوزه‌های نگرانی کسب کردند.

**نتیجه‌گیری** باورها و راهبردهای فراشناختی می‌توانند به‌خوبی بین افراد بیمار و غیربیمار و نیز گروه‌های تشخیصی تمایز بگذارند. همچنین یافته‌های این پژوهش از الگوی عملکرد اجرایی خودنظم‌بخش حمایت می‌کنند.

### کلیدواژه‌ها:

مؤلفه‌های فراشناختی، اختلال وسواس اجبار، اختلال اضطراب منتشر، اختلال افسرده‌خویی، الگوی عملکرد اجرایی خودنظم‌بخش

### مقدمه

بنیادین در سازوکارهای آسیب‌شناختی اختلال‌های روان‌شناختی مختلف، هر اختلال محتوای خاص خود را در سطوح شناختی و فراشناختی دارد [۱]. برای مثال، تفکر منفی تکرار شونده، حالتی است که در بسیاری از ناکارآمدی‌های روان‌شناختی مشاهده می‌شود. این مؤلفه شناختی در افسردگی با نشخوار فکری، در اضطراب با نگرانی و در وسواس اجبار با درهم‌آمیختگی افکار همراه است. وقتی فردی دچار افسردگی می‌شود، تمایل دارد که کاملاً خودآگاه باشد، بر مسائل گذشته متمرکز باشد و خود را در مشکلات حال و آینده مربوط به آن‌ها درگیر کند [۲، ۳]. به همین دلیل ولز<sup>۱</sup> معتقد است در مدل فراشناختی درمان افسردگی، باید به چرخه نشخوار فکری افراد حمله کرد [۴].

مدل‌های فراشناختی اختلالات افسردگی و اضطرابی بر نقش پیش‌بینی‌کننده باورهای فراشناختی در تجربه احساسات منفی تأکید می‌کنند [۱]. همچنین انتخاب و اجرای راهبردهای مقابله‌ای، تعیین‌کننده اصلی تداوم یا اختتام اختلال‌های روان‌شناختی محسوب می‌شود [۲]. به این ترتیب افراد زمانی دچار ناراحتی‌های هیجانی می‌شوند که باورهای فراشناختی آن‌ها، الگوی ویژه‌ای از پاسخ‌دهی به تجربیات درونی را تولید می‌کند که باعث تداوم و شدت گرفتن افکار، عقاید و هیجانات منفی می‌شود [۳-۵].

در این مدل، اعتقاد بر این است که بر خلاف شباهت‌های

1. Wells

\* نویسنده مسئول:

دکتر اعظم نوفرستی

نشانی: کرج، واحد البرز، جهاد دانشگاهی، گروه پژوهشی علوم شناختی.

تلفن: ۴۹۴۸۳۳۹ (۹۱۲) ۰۹۸

پست الکترونیکی: noferest88@yahoo.com

برای مثال اگر فکر می‌کنم که X را انجام داده‌ام، احتمالاً آن را انجام داده‌ام) و در هم آمیختگی فکر و شی (TOF): این باور که احساسات و افکار مزاحم به دیگر اشیا منتقل می‌شود و از راه‌آشای آلوده به اشیا یا افراد دیگر منتقل می‌شوند). حوزه دوم به باورهایی درباره تشریفات و آیین‌های به‌کار گرفته‌شده به منظور خنثی‌سازی پیامدهای افکار مزاحم اشاره می‌کند؛ مانند باور فراشناختی کلی نیاز به کنترل افکار برای دور کردن پیامدهای منفی [۱۵، ۱۴]. مطالعات متعددی از نقش باورهای فراشناختی در پدیدآیی و تداوم مشکلات و سواسی حمایت می‌کنند [۱۶، ۱۷].

به طور کلی پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه فراشناخت، حاکی از نقش چشمگیر باورهای فراشناختی در پیدایش و حفظ اختلال‌های هیجانی [۲، ۳] است که بررسی آن‌ها از جنبه نظری و عملی ضرورت دارد. انجام پژوهش‌هایی از این قبیل می‌تواند دانش ما را در خصوص بررسی سازوکارهای فراشناختی که تنظیم‌گر و کنترل‌کننده فرایندهای شناختی هستند، افزایش دهد و راهگشای پژوهش‌های دیگر در این حوزه باشد. همچنین انجام چنین پژوهش‌هایی می‌تواند شواهد بیشتری برای استفاده کاربردی از درمان فراشناختی برای اختلالات هیجانی در جایگاه‌های مختلف بالینی و در جمعیت‌های مختلف ایجاد کند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه مؤلفه‌های فراشناختی افراد مبتلا به وسواس، اضطراب منتشر، افسرده‌خویی و افراد عادی انجام شد تا کوششی برای رسیدن به این مهم باشد.

## روش

### نمونه، شیوه نمونه‌گیری و روش اجرا

پژوهش حاضر از نظر هدف، پژوهشی توصیفی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها مطالعه‌ای علی‌مقایسه‌ای<sup>۵</sup> است. با توجه به روش پژوهش، حجم هریک از گروه‌های مدنظر حداقل باید ۳۰ نفر در نظر گرفته می‌شد [۱۸]. بر این اساس ۹۰ نفر (سه گروه سنی نوری) از بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجبار، اضطراب منتشر و افسرده‌خویی شهر تهران که برای اولین بار برای درمان به کلینیک‌های روان‌شناسی (پنج کلینیک خدمات مشاوره و روان‌شناسی در مرکز شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز شهر تهران) و مطب‌های خصوصی روان‌پزشکان (پنج مطب روان‌پزشکی در مرکز شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز شهر تهران) مراجعه کرده بودند، به شیوه نمونه‌گیری هدفمند در سال ۱۳۸۸-۱۳۸۹ انتخاب شدند. این شرکت‌کنندگان که بر اساس مصاحبه بالینی ساخت‌یافته (SCID) و تشخیص روان‌پزشک، تشخیص اختلال‌های مدنظر را دریافت کرده بودند، در گروه‌های بالینی قرار داده شدند. پرسش‌نامه‌های باورهای فراشناختی فرم

همچنین مدل فراشناختی بیان می‌کند که بیماران در اختلال اضطراب منتشر همانند بسیاری از افراد درباره نگرانی‌های خود باورهای مثبتی دارند و از آن به عنوان ابزار سودمندی در جهت مقابله با تهدید استفاده می‌کنند [۱۷]. بنابراین فرایند نگرانی نوعی سازوکار مقابله‌ای است که خود می‌تواند کانون نگرانی قرار گیرد. این مسئله زمانی مشکل‌ساز می‌شود که باورهای منفی در خصوص کنترل‌ناپذیری و پیامدهای مخاطره‌آمیز نگرانی گسترش می‌یابند و به راهبردهای کنترل ناکارآمد منجر می‌شوند. این پردازش شناختی مبتنی بر نگرانی ناسازگارانه دامنه تکرار شونده‌ای از نتایج منفی را به دنبال دارد که در آن شخص سعی می‌کند راه‌حل‌های مقابله‌ای را تا زمان رسیدن به برخی هدف‌های درونی ادامه دهد [۸، ۹].

در پژوهشی که به بررسی باورهای فراشناختی و نگرانی در گروهی از افراد با اختلال اضطراب منتشر در مقایسه با گروه‌هایی از افراد با تشخیص فوبی اجتماعی، افسردگی، اختلال پانیک و افراد غیربیمار پرداخته شد، نتایج بیانگر نمرات بیشتر افراد با اختلال اضطراب منتشر در مقایسه با سایر اختلال‌ها بود [۱۰]. همچنین در پژوهشی دیگر رابطه مثبت و معناداری میان راهبرد نگرانی و باورهای فراشناختی مثبت و منفی با نشانه‌های اضطرابی نشان داده شد و همچنین راهبرد کنترل نگرانی و باورهای فراشناختی مثبت و منفی به طور مثبت با نشانه‌های استرس رابطه معناداری را نشان دادند [۱۱]. سایر پژوهش‌ها به نقش پیش‌بینی‌کنندگی باورهای فراشناختی منفی در خصوص کنترل‌ناپذیری و خطر نگرانی در افسردگی و اضطراب اشاره می‌کنند [۱۲]. در واقع بین باورهای فراشناختی و علائم افسردگی، اضطراب و تنش رابطه مثبت و معناداری وجود دارد [۱]. همچنین به نظر می‌رسد باورهای فراشناختی مثبت و منفی ممکن است سبب تداوم نگرانی شوند [۱۳].

از طرفی به نظر ولز [۷] افکار وسواسی، باورهای فراشناختی را در ارتباط با معنای فکر فعال می‌کنند. در واقع وقوع افکار وسواسی زمانی تهدیدکننده می‌شوند که به برانگیختن باورهای فراشناختی درباره معنای آن افکار منجر شوند. مطالعات متعددی ارتباط مثبت و معنادار میان علائم وسواس و درآمیختگی افکار را گزارش کرده‌اند [۱۳]. همچنین در خصوص اهمیت درآمیختگی افکار در شکل‌گیری و تداوم علائم اختصاصی وسواس مانند ترس از تکانه، آلودگی و تعهد بیش از حد، به نظر می‌رسد که این نشانه‌ها ریشه در درآمیختگی‌های سه‌گانه دارند [۴]. در مفهوم‌سازی فراشناختی اختلال وسواس اجبار بر دو بعد از باورهای فراشناخت تأکید شده است. حوزه اول به باورهای مرتبط با معنا و قدرت افکار می‌پردازد؛ همچون باورهای درهم‌آمیختگی فکر و عمل (TAF): باور به اینکه فکر وسواسی به‌تنهایی می‌تواند سبب عمل ناخواسته شخصی یا پیامدهای اخلاقی شود، درهم‌آمیختگی فکر و رویداد (TEF):

4. Thought Object Fusion  
5. Causal-comparative research

2. Thought Action Fusion  
3. Thought Event Fusion



مسئولیت و نیاز به کنترل افکار شامل سؤال‌های ۶، ۱۳، ۲۰، ۲۲، ۲۵، ۲۷ است. خودآگاهی شناختی (توجه زیادی به شیوه‌ای که ذهنم کار می‌کند دارم) شامل سؤال‌های ۳، ۵، ۱۰، ۱۲، ۱۶، ۱۸ است.

کارت رایت و همکاران [۲۲] ضرایب اعتبار به روش آلفای کرونباخ را برای مؤلفه‌ها از ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ و به روش آزمون‌آزمون مجدد از ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ گزارش کردند. در ایران، شیرین‌زاده دستگیری [۲۳] ضریب همسانی درونی آن را با آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای زیرمقیاس‌های آن در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی آن را در فاصله چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای زیرمقیاس‌های آن در دامنه ۰/۲۸ تا ۰/۶۸ گزارش کرد. همبستگی زیرمقیاس‌های آن با کل آزمون در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۸۷ و همبستگی آن‌ها با یکدیگر بین ۰/۲۶ تا ۰/۶۲ بود.

#### پرسش‌نامه افکار اضطرابی (AnTi)<sup>۱۱</sup>

ولز این مقیاس را در سال ۱۹۹۴ ساخت [۲۰]. این پرسش‌نامه برای اندازه‌گیری نگرانی در چند بعد طراحی شده است. خرده مقیاس‌ها عبارتند از: نگرانی اجتماعی، نگرانی سلامتی و فرانگرانی. سؤالات این پرسش‌نامه بر اساس مصاحبه با بیماران مبتلا به آسیب‌پذیری اختلال اضطراب منتشر طراحی شده است. برای طراحی سؤالات پرسش‌نامه افسردگی این پرسش‌نامه از بک و پرسش‌نامه وسواس اجباری مادزلی و خرده‌مقیاس صفت اضطراب در پرسش‌نامه اضطراب آشکار و پنهان اشیپلبرگر کمک گرفته شده است [۴].

در ایران ۲۰ نفر از روان‌شناسان بالینی و پژوهشگران و روان‌پزشکان این پرسش‌نامه را بررسی و روایی محتوایی آن را تأیید کرده‌اند. همسانی درونی آن با اجرا بر روی ۶۰ دانش‌آموز به روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که میزان آن برای اضطراب اجتماعی ۰/۶۷، اضطراب جسمانی ۰/۶۷ و اضطراب فرانگرانی ۰/۶۸ به دست آمد [۱۳].

#### پرسش‌نامه کنترل فکر (TCQ)<sup>۱۲</sup>

ولز و دیویس<sup>۱۳</sup> [۲۱] این مقیاس خودسنجی ۳۰ ماده‌ای را برای تعیین فراوانی به کارگیری پنج راهبرد کنترل فکر، یعنی توجه برگردانی، تنبیه، ارزیابی مجدد، کنترل اجتماعی و نگرانی تهیه کرده‌اند. هر خرده‌مقیاس شش ماده دارد. گزینه‌های هر ماده به صورت «هیچ وقت» تا «تقریباً همیشه» است [۳]. در مطالعه ولز و متیوز<sup>۱۴</sup> [۵] که برای بررسی همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های TCQ (n=۲۲۹) انجام شد، نتایج زیر به دست آمد: توجه برگردانی=۰/۷۲، کنترل اجتماعی=۰/۷۹، نگرانی=۰/۷۱، تنبیه=۰/۶۴، ارزیابی مجدد=۰/۶۷.

کوتاه<sup>۱۵</sup> [۱۹] افکار اضطرابی<sup>۱۶</sup> [۲۰] و کنترل فکر<sup>۱۷</sup> [۲۱] به آن‌ها داده شد تا تکمیل کنند. همچنین پرسش‌نامه‌ها روی گروهی ۳۰ نفری (۱۴ نفر مرد، ۱۶ نفر زن) که بر اساس مصاحبه بالینی و تشخیصی روان‌پزشک هیچ‌گونه اختلال روانی نداشتند نیز به عنوان گروه غیربیمار اجرا شد. از آنجا که از مجموع پرسش‌نامه‌های تکمیل‌شده، ۱۴ پرسش‌نامه به صورت ناقص پاسخ داده شده بود، در تحلیل نهایی پرسش‌نامه‌های ۱۰۶ نفر بررسی شد.

برای کنترل متغیرهای ناخواسته و جلوگیری از دشواری‌های احتمالی در تبیین نتایج، افرادی در این پژوهش شرکت داده شدند که: الف) قبلاً هیچ‌گونه درمان روان‌شناختی دریافت نکرده بودند. ب) در محور II طبقه‌بندی تشخیص اختلال شخصیت نداشتند. (بدون اختلال شخصیت بر اساس نظر روان‌پزشک). ج) سه ماه قبل از اجرای پرسش‌نامه‌ها دارو مصرف نکرده بودند. د) حداقل میزان سواد آن‌ها تا سوم راهنمایی بود. ه) محدوده سنی آن‌ها بین ۱۸ تا ۵۵ سال بود. ز) به دلیل حجم کم نمونه تمام موارد اختلال وسواس اجبار در پژوهش شرکت داده شدند.

#### ابزارهای پژوهش

#### پرسش‌نامه باورهای فراشناختی (MCQ)<sup>۹</sup>

کارت رایت هاتون و ولز<sup>۱۰</sup> [۲۲] این پرسش‌نامه را بر اساس الگوی فراشناختی به منظور ارزیابی تفاوت‌های فردی در باورهای مثبت و منفی درباره نگرانی و افکار ناخواسته، بازبینی فراشناختی و قضاوت در خصوص کارآمدی شناختی طراحی کرده‌اند. اخیراً ولز و کارت رایت هاتن [۱۹] فرم کوتاهی از MCQ ارائه کردند که شامل ۳۰ سؤال است که خود شامل پنج زیرمقیاس اطمینان شناختی ضعیف (حافظه ضعیفی دارم)، باورهای مثبت درباره نگرانی (برای مثال وقتی نگرانی‌ام شروع می‌شود، نمی‌توانم جلوی آن را بگیرم)، وقوف شناختی، باورهای منفی درباره خطرناک بودن نگرانی و نیاز به کنترل افکار (برای مثال ناتوانی در کنترل افکارم یکی از نشانه‌های بیماری است) می‌شود. سؤالات روی مقیاس لیکرت از موافق نیستم (۱) تا کاملاً موافقم (۴) پاسخ داده می‌شود. باورهای فراشناختی مثبت درباره نگرانی با سؤالات ۱، ۷، ۱۰، ۱۹، ۲۳، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴، ۵۵، ۵۶، ۵۷، ۵۸، ۵۹، ۶۰، ۶۱، ۶۲، ۶۳، ۶۴، ۶۵، ۶۶، ۶۷، ۶۸، ۶۹، ۷۰، ۷۱، ۷۲، ۷۳، ۷۴، ۷۵، ۷۶، ۷۷، ۷۸، ۷۹، ۸۰، ۸۱، ۸۲، ۸۳، ۸۴، ۸۵، ۸۶، ۸۷، ۸۸، ۸۹، ۹۰، ۹۱، ۹۲، ۹۳، ۹۴، ۹۵، ۹۶، ۹۷، ۹۸، ۹۹، ۱۰۰، ۱۰۱، ۱۰۲، ۱۰۳، ۱۰۴، ۱۰۵، ۱۰۶، ۱۰۷، ۱۰۸، ۱۰۹، ۱۱۰، ۱۱۱، ۱۱۲، ۱۱۳، ۱۱۴، ۱۱۵، ۱۱۶، ۱۱۷، ۱۱۸، ۱۱۹، ۱۲۰، ۱۲۱، ۱۲۲، ۱۲۳، ۱۲۴، ۱۲۵، ۱۲۶، ۱۲۷، ۱۲۸، ۱۲۹، ۱۳۰، ۱۳۱، ۱۳۲، ۱۳۳، ۱۳۴، ۱۳۵، ۱۳۶، ۱۳۷، ۱۳۸، ۱۳۹، ۱۴۰، ۱۴۱، ۱۴۲، ۱۴۳، ۱۴۴، ۱۴۵، ۱۴۶، ۱۴۷، ۱۴۸، ۱۴۹، ۱۵۰، ۱۵۱، ۱۵۲، ۱۵۳، ۱۵۴، ۱۵۵، ۱۵۶، ۱۵۷، ۱۵۸، ۱۵۹، ۱۶۰، ۱۶۱، ۱۶۲، ۱۶۳، ۱۶۴، ۱۶۵، ۱۶۶، ۱۶۷، ۱۶۸، ۱۶۹، ۱۷۰، ۱۷۱، ۱۷۲، ۱۷۳، ۱۷۴، ۱۷۵، ۱۷۶، ۱۷۷، ۱۷۸، ۱۷۹، ۱۸۰، ۱۸۱، ۱۸۲، ۱۸۳، ۱۸۴، ۱۸۵، ۱۸۶، ۱۸۷، ۱۸۸، ۱۸۹، ۱۹۰، ۱۹۱، ۱۹۲، ۱۹۳، ۱۹۴، ۱۹۵، ۱۹۶، ۱۹۷، ۱۹۸، ۱۹۹، ۲۰۰، ۲۰۱، ۲۰۲، ۲۰۳، ۲۰۴، ۲۰۵، ۲۰۶، ۲۰۷، ۲۰۸، ۲۰۹، ۲۱۰، ۲۱۱، ۲۱۲، ۲۱۳، ۲۱۴، ۲۱۵، ۲۱۶، ۲۱۷، ۲۱۸، ۲۱۹، ۲۲۰، ۲۲۱، ۲۲۲، ۲۲۳، ۲۲۴، ۲۲۵، ۲۲۶، ۲۲۷، ۲۲۸، ۲۲۹، ۲۳۰، ۲۳۱، ۲۳۲، ۲۳۳، ۲۳۴، ۲۳۵، ۲۳۶، ۲۳۷، ۲۳۸، ۲۳۹، ۲۴۰، ۲۴۱، ۲۴۲، ۲۴۳، ۲۴۴، ۲۴۵، ۲۴۶، ۲۴۷، ۲۴۸، ۲۴۹، ۲۵۰، ۲۵۱، ۲۵۲، ۲۵۳، ۲۵۴، ۲۵۵، ۲۵۶، ۲۵۷، ۲۵۸، ۲۵۹، ۲۶۰، ۲۶۱، ۲۶۲، ۲۶۳، ۲۶۴، ۲۶۵، ۲۶۶، ۲۶۷، ۲۶۸، ۲۶۹، ۲۷۰، ۲۷۱، ۲۷۲، ۲۷۳، ۲۷۴، ۲۷۵، ۲۷۶، ۲۷۷، ۲۷۸، ۲۷۹، ۲۸۰، ۲۸۱، ۲۸۲، ۲۸۳، ۲۸۴، ۲۸۵، ۲۸۶، ۲۸۷، ۲۸۸، ۲۸۹، ۲۹۰، ۲۹۱، ۲۹۲، ۲۹۳، ۲۹۴، ۲۹۵، ۲۹۶، ۲۹۷، ۲۹۸، ۲۹۹، ۳۰۰، ۳۰۱، ۳۰۲، ۳۰۳، ۳۰۴، ۳۰۵، ۳۰۶، ۳۰۷، ۳۰۸، ۳۰۹، ۳۱۰، ۳۱۱، ۳۱۲، ۳۱۳، ۳۱۴، ۳۱۵، ۳۱۶، ۳۱۷، ۳۱۸، ۳۱۹، ۳۲۰، ۳۲۱، ۳۲۲، ۳۲۳، ۳۲۴، ۳۲۵، ۳۲۶، ۳۲۷، ۳۲۸، ۳۲۹، ۳۳۰، ۳۳۱، ۳۳۲، ۳۳۳، ۳۳۴، ۳۳۵، ۳۳۶، ۳۳۷، ۳۳۸، ۳۳۹، ۳۴۰، ۳۴۱، ۳۴۲، ۳۴۳، ۳۴۴، ۳۴۵، ۳۴۶، ۳۴۷، ۳۴۸، ۳۴۹، ۳۵۰، ۳۵۱، ۳۵۲، ۳۵۳، ۳۵۴، ۳۵۵، ۳۵۶، ۳۵۷، ۳۵۸، ۳۵۹، ۳۶۰، ۳۶۱، ۳۶۲، ۳۶۳، ۳۶۴، ۳۶۵، ۳۶۶، ۳۶۷، ۳۶۸، ۳۶۹، ۳۷۰، ۳۷۱، ۳۷۲، ۳۷۳، ۳۷۴، ۳۷۵، ۳۷۶، ۳۷۷، ۳۷۸، ۳۷۹، ۳۸۰، ۳۸۱، ۳۸۲، ۳۸۳، ۳۸۴، ۳۸۵، ۳۸۶، ۳۸۷، ۳۸۸، ۳۸۹، ۳۹۰، ۳۹۱، ۳۹۲، ۳۹۳، ۳۹۴، ۳۹۵، ۳۹۶، ۳۹۷، ۳۹۸، ۳۹۹، ۴۰۰، ۴۰۱، ۴۰۲، ۴۰۳، ۴۰۴، ۴۰۵، ۴۰۶، ۴۰۷، ۴۰۸، ۴۰۹، ۴۱۰، ۴۱۱، ۴۱۲، ۴۱۳، ۴۱۴، ۴۱۵، ۴۱۶، ۴۱۷، ۴۱۸، ۴۱۹، ۴۲۰، ۴۲۱، ۴۲۲، ۴۲۳، ۴۲۴، ۴۲۵، ۴۲۶، ۴۲۷، ۴۲۸، ۴۲۹، ۴۳۰، ۴۳۱، ۴۳۲، ۴۳۳، ۴۳۴، ۴۳۵، ۴۳۶، ۴۳۷، ۴۳۸، ۴۳۹، ۴۴۰، ۴۴۱، ۴۴۲، ۴۴۳، ۴۴۴، ۴۴۵، ۴۴۶، ۴۴۷، ۴۴۸، ۴۴۹، ۴۵۰، ۴۵۱، ۴۵۲، ۴۵۳، ۴۵۴، ۴۵۵، ۴۵۶، ۴۵۷، ۴۵۸، ۴۵۹، ۴۶۰، ۴۶۱، ۴۶۲، ۴۶۳، ۴۶۴، ۴۶۵، ۴۶۶، ۴۶۷، ۴۶۸، ۴۶۹، ۴۷۰، ۴۷۱، ۴۷۲، ۴۷۳، ۴۷۴، ۴۷۵، ۴۷۶، ۴۷۷، ۴۷۸، ۴۷۹، ۴۸۰، ۴۸۱، ۴۸۲، ۴۸۳، ۴۸۴، ۴۸۵، ۴۸۶، ۴۸۷، ۴۸۸، ۴۸۹، ۴۹۰، ۴۹۱، ۴۹۲، ۴۹۳، ۴۹۴، ۴۹۵، ۴۹۶، ۴۹۷، ۴۹۸، ۴۹۹، ۵۰۰، ۵۰۱، ۵۰۲، ۵۰۳، ۵۰۴، ۵۰۵، ۵۰۶، ۵۰۷، ۵۰۸، ۵۰۹، ۵۱۰، ۵۱۱، ۵۱۲، ۵۱۳، ۵۱۴، ۵۱۵، ۵۱۶، ۵۱۷، ۵۱۸، ۵۱۹، ۵۲۰، ۵۲۱، ۵۲۲، ۵۲۳، ۵۲۴، ۵۲۵، ۵۲۶، ۵۲۷، ۵۲۸، ۵۲۹، ۵۳۰، ۵۳۱، ۵۳۲، ۵۳۳، ۵۳۴، ۵۳۵، ۵۳۶، ۵۳۷، ۵۳۸، ۵۳۹، ۵۴۰، ۵۴۱، ۵۴۲، ۵۴۳، ۵۴۴، ۵۴۵، ۵۴۶، ۵۴۷، ۵۴۸، ۵۴۹، ۵۵۰، ۵۵۱، ۵۵۲، ۵۵۳، ۵۵۴، ۵۵۵، ۵۵۶، ۵۵۷، ۵۵۸، ۵۵۹، ۵۶۰، ۵۶۱، ۵۶۲، ۵۶۳، ۵۶۴، ۵۶۵، ۵۶۶، ۵۶۷، ۵۶۸، ۵۶۹، ۵۷۰، ۵۷۱، ۵۷۲، ۵۷۳، ۵۷۴، ۵۷۵، ۵۷۶، ۵۷۷، ۵۷۸، ۵۷۹، ۵۸۰، ۵۸۱، ۵۸۲، ۵۸۳، ۵۸۴، ۵۸۵، ۵۸۶، ۵۸۷، ۵۸۸، ۵۸۹، ۵۹۰، ۵۹۱، ۵۹۲، ۵۹۳، ۵۹۴، ۵۹۵، ۵۹۶، ۵۹۷، ۵۹۸، ۵۹۹، ۶۰۰، ۶۰۱، ۶۰۲، ۶۰۳، ۶۰۴، ۶۰۵، ۶۰۶، ۶۰۷، ۶۰۸، ۶۰۹، ۶۱۰، ۶۱۱، ۶۱۲، ۶۱۳، ۶۱۴، ۶۱۵، ۶۱۶، ۶۱۷، ۶۱۸، ۶۱۹، ۶۲۰، ۶۲۱، ۶۲۲، ۶۲۳، ۶۲۴، ۶۲۵، ۶۲۶، ۶۲۷، ۶۲۸، ۶۲۹، ۶۳۰، ۶۳۱، ۶۳۲، ۶۳۳، ۶۳۴، ۶۳۵، ۶۳۶، ۶۳۷، ۶۳۸، ۶۳۹، ۶۴۰، ۶۴۱، ۶۴۲، ۶۴۳، ۶۴۴، ۶۴۵، ۶۴۶، ۶۴۷، ۶۴۸، ۶۴۹، ۶۵۰، ۶۵۱، ۶۵۲، ۶۵۳، ۶۵۴، ۶۵۵، ۶۵۶، ۶۵۷، ۶۵۸، ۶۵۹، ۶۶۰، ۶۶۱، ۶۶۲، ۶۶۳، ۶۶۴، ۶۶۵، ۶۶۶، ۶۶۷، ۶۶۸، ۶۶۹، ۶۷۰، ۶۷۱، ۶۷۲، ۶۷۳، ۶۷۴، ۶۷۵، ۶۷۶، ۶۷۷، ۶۷۸، ۶۷۹، ۶۸۰، ۶۸۱، ۶۸۲، ۶۸۳، ۶۸۴، ۶۸۵، ۶۸۶، ۶۸۷، ۶۸۸، ۶۸۹، ۶۹۰، ۶۹۱، ۶۹۲، ۶۹۳، ۶۹۴، ۶۹۵، ۶۹۶، ۶۹۷، ۶۹۸، ۶۹۹، ۷۰۰، ۷۰۱، ۷۰۲، ۷۰۳، ۷۰۴، ۷۰۵، ۷۰۶، ۷۰۷، ۷۰۸، ۷۰۹، ۷۱۰، ۷۱۱، ۷۱۲، ۷۱۳، ۷۱۴، ۷۱۵، ۷۱۶، ۷۱۷، ۷۱۸، ۷۱۹، ۷۲۰، ۷۲۱، ۷۲۲، ۷۲۳، ۷۲۴، ۷۲۵، ۷۲۶، ۷۲۷، ۷۲۸، ۷۲۹، ۷۳۰، ۷۳۱، ۷۳۲، ۷۳۳، ۷۳۴، ۷۳۵، ۷۳۶، ۷۳۷، ۷۳۸، ۷۳۹، ۷۴۰، ۷۴۱، ۷۴۲، ۷۴۳، ۷۴۴، ۷۴۵، ۷۴۶، ۷۴۷، ۷۴۸، ۷۴۹، ۷۵۰، ۷۵۱، ۷۵۲، ۷۵۳، ۷۵۴، ۷۵۵، ۷۵۶، ۷۵۷، ۷۵۸، ۷۵۹، ۷۶۰، ۷۶۱، ۷۶۲، ۷۶۳، ۷۶۴، ۷۶۵، ۷۶۶، ۷۶۷، ۷۶۸، ۷۶۹، ۷۷۰، ۷۷۱، ۷۷۲، ۷۷۳، ۷۷۴، ۷۷۵، ۷۷۶، ۷۷۷، ۷۷۸، ۷۷۹، ۷۸۰، ۷۸۱، ۷۸۲، ۷۸۳، ۷۸۴، ۷۸۵، ۷۸۶، ۷۸۷، ۷۸۸، ۷۸۹، ۷۹۰، ۷۹۱، ۷۹۲، ۷۹۳، ۷۹۴، ۷۹۵، ۷۹۶، ۷۹۷، ۷۹۸، ۷۹۹، ۸۰۰، ۸۰۱، ۸۰۲، ۸۰۳، ۸۰۴، ۸۰۵، ۸۰۶، ۸۰۷، ۸۰۸، ۸۰۹، ۸۱۰، ۸۱۱، ۸۱۲، ۸۱۳، ۸۱۴، ۸۱۵، ۸۱۶، ۸۱۷، ۸۱۸، ۸۱۹، ۸۲۰، ۸۲۱، ۸۲۲، ۸۲۳، ۸۲۴، ۸۲۵، ۸۲۶، ۸۲۷، ۸۲۸، ۸۲۹، ۸۳۰، ۸۳۱، ۸۳۲، ۸۳۳، ۸۳۴، ۸۳۵، ۸۳۶، ۸۳۷، ۸۳۸، ۸۳۹، ۸۴۰، ۸۴۱، ۸۴۲، ۸۴۳، ۸۴۴، ۸۴۵، ۸۴۶، ۸۴۷، ۸۴۸، ۸۴۹، ۸۵۰، ۸۵۱، ۸۵۲، ۸۵۳، ۸۵۴، ۸۵۵، ۸۵۶، ۸۵۷، ۸۵۸، ۸۵۹، ۸۶۰، ۸۶۱، ۸۶۲، ۸۶۳، ۸۶۴، ۸۶۵، ۸۶۶، ۸۶۷، ۸۶۸، ۸۶۹، ۸۷۰، ۸۷۱، ۸۷۲، ۸۷۳، ۸۷۴، ۸۷۵، ۸۷۶، ۸۷۷، ۸۷۸، ۸۷۹، ۸۸۰، ۸۸۱، ۸۸۲، ۸۸۳، ۸۸۴، ۸۸۵، ۸۸۶، ۸۸۷، ۸۸۸، ۸۸۹، ۸۹۰، ۸۹۱، ۸۹۲، ۸۹۳، ۸۹۴، ۸۹۵، ۸۹۶، ۸۹۷، ۸۹۸، ۸۹۹، ۹۰۰، ۹۰۱، ۹۰۲، ۹۰۳، ۹۰۴، ۹۰۵، ۹۰۶، ۹۰۷، ۹۰۸، ۹۰۹، ۹۱۰، ۹۱۱، ۹۱۲، ۹۱۳، ۹۱۴، ۹۱۵، ۹۱۶، ۹۱۷، ۹۱۸، ۹۱۹، ۹۲۰، ۹۲۱، ۹۲۲، ۹۲۳، ۹۲۴، ۹۲۵، ۹۲۶، ۹۲۷، ۹۲۸، ۹۲۹، ۹۳۰، ۹۳۱، ۹۳۲، ۹۳۳، ۹۳۴، ۹۳۵، ۹۳۶، ۹۳۷، ۹۳۸، ۹۳۹، ۹۴۰، ۹۴۱، ۹۴۲، ۹۴۳، ۹۴۴، ۹۴۵، ۹۴۶، ۹۴۷، ۹۴۸، ۹۴۹، ۹۵۰، ۹۵۱، ۹۵۲، ۹۵۳، ۹۵۴، ۹۵۵، ۹۵۶، ۹۵۷، ۹۵۸، ۹۵۹، ۹۶۰، ۹۶۱، ۹۶۲، ۹۶۳، ۹۶۴، ۹۶۵، ۹۶۶، ۹۶۷، ۹۶۸، ۹۶۹، ۹۷۰، ۹۷۱، ۹۷۲، ۹۷۳، ۹۷۴، ۹۷۵، ۹۷۶، ۹۷۷، ۹۷۸، ۹۷۹، ۹۸۰، ۹۸۱، ۹۸۲، ۹۸۳، ۹۸۴، ۹۸۵، ۹۸۶، ۹۸۷، ۹۸۸، ۹۸۹، ۹۹۰، ۹۹۱، ۹۹۲، ۹۹۳، ۹۹۴، ۹۹۵، ۹۹۶، ۹۹۷، ۹۹۸، ۹۹۹، ۱۰۰۰، ۱۰۰۱، ۱۰۰۲، ۱۰۰۳، ۱۰۰۴، ۱۰۰۵، ۱۰۰۶، ۱۰۰۷، ۱۰۰۸، ۱۰۰۹، ۱۰۱۰، ۱۰۱۱، ۱۰۱۲، ۱۰۱۳، ۱۰۱۴، ۱۰۱۵، ۱۰۱۶، ۱۰۱۷، ۱۰۱۸، ۱۰۱۹، ۱۰۲۰، ۱۰۲۱، ۱۰۲۲، ۱۰۲۳، ۱۰۲۴، ۱۰۲۵، ۱۰۲۶، ۱۰۲۷، ۱۰۲۸، ۱۰۲۹، ۱۰۳۰، ۱۰۳۱، ۱۰۳۲، ۱۰۳۳، ۱۰۳۴، ۱۰۳۵، ۱۰۳۶، ۱۰۳۷، ۱۰۳۸، ۱۰۳۹، ۱۰۴۰، ۱۰۴۱، ۱۰۴۲، ۱۰۴۳، ۱۰۴۴، ۱۰۴۵، ۱۰۴۶، ۱۰۴۷، ۱۰۴۸، ۱۰۴۹، ۱۰۵۰، ۱۰۵۱، ۱۰۵۲، ۱۰۵۳، ۱۰۵۴، ۱۰۵۵، ۱۰۵۶، ۱۰۵۷، ۱۰۵۸، ۱۰۵۹، ۱۰۶۰، ۱۰۶۱، ۱۰۶۲، ۱۰۶۳، ۱۰۶۴، ۱۰۶۵، ۱۰۶۶، ۱۰۶۷، ۱۰۶۸، ۱۰۶۹، ۱۰۷۰، ۱۰۷۱، ۱۰۷۲، ۱۰۷۳، ۱۰۷۴، ۱۰۷۵، ۱۰۷۶، ۱۰۷۷، ۱۰۷۸، ۱۰۷۹، ۱۰۸۰، ۱۰۸۱، ۱۰۸۲، ۱۰۸۳، ۱۰۸۴، ۱۰۸۵، ۱۰۸۶، ۱۰۸۷، ۱۰۸۸، ۱۰۸۹، ۱۰۹۰، ۱۰۹۱، ۱۰۹۲، ۱۰۹۳، ۱۰۹۴، ۱۰۹۵، ۱۰۹۶، ۱۰۹۷، ۱۰۹۸، ۱۰۹۹، ۱۱۰۰، ۱۱۰۱، ۱۱۰۲، ۱۱۰۳، ۱۱۰۴، ۱۱۰۵، ۱۱۰۶، ۱۱۰۷، ۱۱۰۸، ۱۱۰۹، ۱۱۱۰، ۱۱۱۱، ۱۱۱۲، ۱۱۱۳، ۱۱۱۴، ۱۱۱۵، ۱۱۱۶، ۱۱۱۷، ۱۱۱۸، ۱۱۱۹، ۱۱۲۰، ۱۱۲۱، ۱۱۲۲، ۱۱۲۳، ۱۱۲۴، ۱۱۲۵، ۱۱۲۶، ۱۱۲۷، ۱۱۲۸، ۱۱۲۹، ۱۱۳۰، ۱۱۳۱، ۱۱۳۲، ۱۱۳۳، ۱۱۳۴، ۱۱۳۵، ۱۱۳۶، ۱۱۳۷، ۱۱۳۸، ۱۱۳۹، ۱۱۴۰، ۱۱۴۱، ۱۱۴۲، ۱۱۴۳، ۱۱۴۴، ۱۱۴۵، ۱۱۴۶، ۱۱۴۷، ۱۱۴۸، ۱۱۴۹، ۱۱۵۰، ۱۱۵۱، ۱۱۵۲، ۱۱۵۳، ۱۱۵۴، ۱۱۵۵، ۱۱۵۶، ۱۱۵۷، ۱۱۵۸، ۱۱۵۹، ۱۱۶۰، ۱۱۶۱، ۱۱۶۲، ۱۱۶۳، ۱۱۶۴، ۱۱۶۵، ۱۱۶۶، ۱۱۶۷، ۱۱۶۸، ۱۱۶۹، ۱۱۷۰، ۱۱۷۱، ۱۱۷۲، ۱۱۷۳، ۱۱۷۴، ۱۱۷۵، ۱۱۷۶، ۱۱۷۷، ۱۱۷۸، ۱۱۷۹، ۱۱۸۰، ۱۱۸۱، ۱۱۸۲، ۱۱۸۳، ۱۱۸۴، ۱۱۸۵، ۱۱۸۶، ۱۱۸۷، ۱۱۸۸، ۱۱۸۹، ۱۱۹۰، ۱۱۹۱، ۱۱۹۲، ۱۱۹۳، ۱۱۹۴، ۱۱۹۵، ۱۱۹۶، ۱۱۹۷، ۱۱۹۸، ۱۱۹۹، ۱۲۰۰، ۱۲۰۱، ۱۲۰۲، ۱۲۰۳، ۱۲۰۴، ۱۲۰۵، ۱۲۰۶، ۱۲۰۷، ۱۲۰۸، ۱۲۰۹، ۱۲۱۰، ۱۲۱۱، ۱۲۱۲، ۱۲۱۳، ۱۲۱۴، ۱۲۱۵، ۱۲۱۶، ۱۲۱۷، ۱۲۱۸، ۱۲۱۹، ۱۲۲۰، ۱۲۲۱، ۱۲۲۲، ۱۲۲۳، ۱۲۲۴، ۱۲۲۵، ۱۲۲۶، ۱۲۲۷، ۱۲۲۸، ۱۲۲۹، ۱۲۳۰، ۱۲۳۱، ۱۲۳۲، ۱۲۳۳، ۱۲۳۴، ۱۲۳۵، ۱۲۳۶، ۱۲۳۷، ۱۲۳۸، ۱۲۳۹، ۱۲۴۰، ۱۲۴۱، ۱۲۴۲، ۱۲۴۳، ۱۲۴۴، ۱۲۴۵، ۱۲۴۶، ۱۲۴۷، ۱۲۴۸، ۱۲۴۹، ۱۲۵۰،

**جدول شماره ۱** نشان می‌دهد در گروه نمونه، میانگین نمرات مبتلایان به اضطراب منتشر در مؤلفه‌های فراشناختی پرسش‌نامه‌های AnTI و MCQ-۳۰ از سایر گروه‌ها بیشتر است. همچنین مقادیر F حاصل از تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) برای مقایسه گروه‌های مطالعه‌شده در باورهای فراشناختی نشان‌دهنده تفاوت معنادار گروه‌ها در تمامی مؤلفه‌های فراشناختی، افکار اضطرابی و نیز راهبردهای کنترل فکر (به جز راهبرد کنترل اجتماعی) است (**جدول شماره ۱**). برای مقایسه دوبه‌دو گروه‌ها با یکدیگر در چهار مقیاس باورهای مثبت، نیاز به کنترل، خودآگاهی شناختی و اعتماد شناختی از آزمون تعقیبی بن فرونی و برای مقایسه گروه‌ها در مقیاس باورهای منفی از آزمون تعقیبی دانکن C استفاده شد (**جدول شماره ۲ و ۳**).

نتایج **جدول شماره ۲** نشان داد که در مقیاس اعتماد شناختی تفاوت میانگین معنادار میان گروه‌های بیانگر نمرات بیشتر آزمودنی‌های گروه افسرده‌خوبی از گروه اضطراب منتشر و این گروه بیشتر از گروه عادی است ( $P < 0/01$ ). درباره نیاز به کنترل نیز نمرات آزمودنی‌های گروه اضطراب منتشر بیشتر از گروه افسرده‌خوبی و این گروه بیشتر از گروه عادی در مقیاس یادشده، بوده است ( $P < 0/01$ ). درباره مقیاس‌های خودآگاهی شناختی و باورهای مثبت درباره نگرانی تنها بین میانگین نمرات دو گروه اضطراب منتشر و افسرده‌خوبی تفاوت معنادار در سطح ۰/۰۵ و ۰/۰۱ مشاهده شد. بدین صورت

در پژوهشی در ایران این پرسش‌نامه روی ۱۰۰ نفر اجرا شد که ضریب آلفای کرونباخ آن برای کل مقیاس و خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب بالا ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۷۰، ۰/۷۰، ۰/۷۰، ۰/۷۶، ۰/۷۰ گزارش شد [۲۴]. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چندراهه و آزمون بن فرونی برای مقایسه دوبه‌دو گروه‌ها استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۱۸ انجام شد.

## یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه نشان داد که از کل نمونه ۱۲۰ نفری، ۷۷ نفر زن (۶۴/۲ درصد) و ۴۳ نفر مرد (۳۵/۸ درصد) بودند که بازه سنی آن‌ها بین ۱۸ تا ۳۷ سال و میانگین سنی آن‌ها ۲۴/۷۱ سال بود. ۶۷ نفر از آن‌ها تحصیلات لیسانس (۵۵/۸ درصد) ۲۸ نفر فوق‌لیسانس و بالاتر (۲۳/۴ درصد) و ۲۵ نفر دیپلم و فوق‌دیپلم (۲۰/۸ درصد) داشتند. اطلاعات تفکیکی مربوط به گروه‌ها شامل ۱۶ زن و ۱۴ مرد در گروه عادی، ۱۹ زن و ۱۱ مرد در گروه وسواسی، ۲۱ زن و ۹ مرد در گروه اضطراب منتشر، ۲۱ زن و ۹ مرد در گروه افسرده‌خوبی بودند. همچنین خلاصه یافته‌های توصیفی گروه‌های نمونه در خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه‌های TCQ، MCQ-۳۰ و AnTI در **جدول شماره ۱** ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین‌ها، انحراف استاندارد‌ها و تحلیل واریانس چندراهه (MANOVA) برای مقایسه گروه‌های مطالعه‌شده در باورهای فراشناختی

| F      | عادی         |              |              |              | خرده‌مقیاس          | پرسش‌نامه |
|--------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------------|-----------|
|        | افسرده‌خو    | اضطراب منتشر | وسواسی       | M(SD)        |                     |           |
| ۸/۰۹*  | ۱۵/۴۳(۳/۱۳)  | ۱۶/۵۶(۳/۱۵)  | ۱۴/۲۶(۲/۱۸۹) | ۱۲/۵۶(۳/۱۸۸) | اعتماد شناختی       |           |
| ۱۲/۹۶* | ۱۰/۹۰(۲/۱۸۲) | ۱۶/۶۰(۳/۵۷)  | ۱۲/۴۶(۳/۰۵)  | ۱۳/۳۰(۴/۱۸۳) | باورهای مثبت        |           |
| ۱۶/۳۳* | ۱۲/۷۳(۳/۳۲)  | ۱۶/۱۸۶(۲/۶۳) | ۱۶/۰۶(۱/۶۸)  | ۱۶/۵۲(۲/۴۳)  | خودآگاهی شناختی     | MCQ-۳۰    |
| ۱۸/۳۵* | ۱۲/۸۳(۳/۹۴)  | ۱۸/۷۰(۲/۰۱)  | ۱۵/۳۳(۲/۲۱)  | ۱۴/۴۶(۳/۹۱)  | کنترل ناپذیری و خطر |           |
| ۲۴/۵۹* | ۱۲/۲۳(۳/۰۵)  | ۱۸/۰۶(۲/۵۳)  | ۱۶/۱۶(۲/۴۷)  | ۱۵/۴۶(۲/۶۲)  | نیاز به کنترل افکار |           |
| ۵/۳۵*  | ۱۲/۴۶(۲/۶۴)  | ۱۴/۴۳(۳/۶۰)  | ۱۵/۴۶(۳/۲۱)  | ۱۴/۸۰(۲/۶۳)  | توجه برگردانی       |           |
| ۱۷/۱۳* | ۱۱/۶۰(۳/۰۲)  | ۱۳/۷۶(۳/۸۲)  | ۱۷/۲۳(۳/۲۲)  | ۱۲/۶۳(۲/۸۰)  | تنبیه               |           |
| ۹/۱۳*  | ۱۳/۲۳(۳/۴۴)  | ۱۴/۰۶(۲/۱۸۷) | ۱۶/۷۰(۲/۷۸)  | ۱۶/۲۳(۲/۹۷)  | ارزیابی مجدد        | TCQ       |
| ۱۲/۶۸* | ۱۳/۱۶(۲/۴۳)  | ۱۵/۴۳(۳/۳۳)  | ۱۵/۶۳(۲/۶۷)  | ۱۱/۲۰(۴/۱۶)  | نگرانی              |           |
| ۱/۷۰   | ۱۴/۵۳(۲/۹۷)  | ۱۳/۶۳(۲/۵۹)  | ۱۳/۸۳(۲/۴۳)  | ۱۵/۰۰(۲/۵۷)  | کنترل اجتماعی       |           |
| ۲۰/۷۷* | ۲۱/۷۳(۴/۶۱)  | ۲۶/۹۳(۳/۴۷)  | ۲۱/۳۶(۳/۳۱)  | ۱۸/۲۶(۵/۴۶)  | نگرانی اجتماعی      |           |
| ۲۲/۵۲* | ۱۲/۶۰(۲/۶۶)  | ۱۷/۵۶(۳/۲۴)  | ۱۳/۶۳(۳/۱۰)  | ۱۰/۷۶(۴/۰۹)  | نگرانی سلامتی       | AnTI      |
| ۲۰/۵۸* | ۱۴/۹۳(۴/۹۵)  | ۲۰/۰۳(۳/۵۲)  | ۲۰/۰۶(۲/۸۱)  | ۱۳/۹۶(۴/۱۱)  | فرانگرانی           |           |

\* $P < 0/01$

جدول ۲. خلاصه نتایج آزمون بن فرونی درباره مقایسه دو به دو گروه‌های مورد مطالعه در چهار باور فراشناختی

| مقایسه میانگین‌ها | سطح معناداری | MD    | گروه ۲       | گروه ۱       | باور فراشناختی             |
|-------------------|--------------|-------|--------------|--------------|----------------------------|
| ۳>۱ <sup>۰</sup>  | ۰/۰۰۰        | -۴/۶۰ | افسرده‌خویی  | عادی         | اعتماد شناختی              |
| ۳>۲               | ۰/۰۰۱        | ۳/۹۸  | اضطراب منتشر | عادی         |                            |
| ۳>۴ <sup>۱</sup>  | ۰/۰۰۵        | -۲/۸۳ | اضطراب منتشر | عادی         | نیاز به کنترل              |
| ۳>۱               | ۰/۰۰۰        | ۴/۸۲  | افسرده‌خویی  | اضطراب منتشر |                            |
| ۳>۴               | ۰/۰۴۴        | ۲/۴۴  | افسرده‌خویی  | اضطراب منتشر | خودآگاهی                   |
| ۳>۴               | ۰/۰۰۳        | ۵/۰۸  | افسرده‌خویی  | اضطراب منتشر | باورهای مثبت درباره نگرانی |

\* منظور از ۱، گروه اول (عادی)؛ ۲، گروه دوم (وسواسی)؛ ۳، گروه سوم (اضطراب منتشر) و ۴، گروه چهارم (افسرده‌خویی) است.

جدول ۳. خلاصه نتایج آزمون دانکن C برای مقایسه گروه‌های مطالعه شده در مقیاس باورهای منفی درباره نگرانی

| مقایسه میانگین‌ها | سطح معناداری | MD                | گروه ۲      | گروه ۱       | متغیر                      |
|-------------------|--------------|-------------------|-------------|--------------|----------------------------|
| ۳>۱ <sup>۰</sup>  | ۰/۰۰۵        | ۴/۳۸ <sup>۰</sup> | عادی        |              |                            |
| ۳>۲               | ۰/۰۰۵        | ۳/۴۳ <sup>۰</sup> | وسواسی      | اضطراب منتشر | باورهای منفی درباره نگرانی |
| ۳>۴               | ۰/۰۰۵        | ۴/۱۴ <sup>۰</sup> | افسرده‌خویی |              |                            |

\* منظور از ۱، گروه اول (عادی)؛ ۲، گروه دوم (وسواسی)؛ ۳، گروه سوم (اضطراب منتشر) و ۴، گروه چهارم (افسرده‌خویی) است.

مقیاس به ترتیب بیشتر می‌شود (جدول شماره ۳).

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره، بیانگر تفاوت معنادار در سطح ۰/۰۱ بین چهار گروه مطالعه شده در دو راهبرد کنترل فکر تنبیه و نگرانی است. تفاوت میانگین نمره تنبیه در گروه وسواسی و اضطراب منتشر به صورت معناداری (در سطح ۰/۰۱) بیشتر از گروه‌های افسرده‌خویی و عادی است. میانگین نمره نگرانی نیز در گروه عادی به صورت معناداری (در سطح ۰/۰۱ و ۰/۰۵) کمتر از

که نمرات آزمودنی‌های گروه اضطراب منتشر بیشتر از نمرات گروه افسرده‌خویی در دو مقیاس یادشده بود.

درباره مقیاس باورهای منفی درباره نگرانی تفاوت میانگین نمرات گروه‌های عادی، وسواسی و افسرده‌خویی با گروه اضطراب منتشر در سطح ۰/۰۵ معنادار است و نمرات آزمودنی‌های گروه عادی در این مقیاس از سایر گروه‌ها کمتر است و پس از آن در گروه‌های افسرده‌خویی یا وسواس و اضطراب منتشر نمرات این

جدول ۴. خلاصه نتایج آزمون بن فرونی درباره مقایسه دو به دو گروه‌های آزمایشی در راهبردهای کنترل فکر تنبیه و نگرانی

| مقایسه میانگین‌ها | سطح معناداری | MD   | گروه ۲      | گروه ۱       | راهبردهای کنترل فکر |
|-------------------|--------------|------|-------------|--------------|---------------------|
| ۳>۱ <sup>۰</sup>  | ۰/۰۰۰        | ۴/۳۶ | عادی        | وسواسی       | تنبیه               |
| ۳>۴               | ۰/۰۰۱        | ۴/۲۳ | افسرده‌خویی |              |                     |
| ۳>۱               | ۰/۰۰۳        | ۳/۲۱ | عادی        | اضطراب منتشر | نگرانی              |
| ۳>۴               | ۰/۰۱۸        | ۳/۰۸ | افسرده‌خویی |              |                     |
| ۳>۱               | ۰/۰۰۲        | ۴/۱۱ | عادی        | وسواسی       | نگرانی              |
| ۳>۱               | ۰/۰۰۰        | ۵/۴۰ | عادی        | اضطراب منتشر |                     |
| ۳>۱               | ۰/۰۳۷        | ۲/۹۷ | عادی        | افسرده‌خویی  |                     |
| ۳>۱               | ۰/۰۳۷        | ۲/۹۷ | عادی        | افسرده‌خویی  |                     |

\* منظور از ۱، گروه اول (عادی)؛ ۲، گروه دوم (وسواسی)؛ ۳، گروه سوم (اضطراب منتشر) و ۴، گروه چهارم (افسرده‌خویی) است.



جدول ۵. خلاصه نتایج آزمون بن فرونی درباره مقایسه دو به دو گروه‌های آزمایشی در حوزه‌های نگرانی

| حوزه‌های نگرانی | گروه ۱       | گروه ۲       | MD     | سطح معناداری | مقایسه میانگین‌ها |
|-----------------|--------------|--------------|--------|--------------|-------------------|
| نگرانی اجتماعی  | اضطراب منتشر | عادی         | ۸/۵۸   | ۰/۰۰۰        | ۳>۱*              |
|                 |              | وسواسی       | ۵/۱۰   | ۰/۰۰۸        | ۳>۲               |
|                 | افسرده‌خویی  | عادی         | ۶/۱۴   | ۰/۰۰۰        | ۳>۱               |
| نگرانی سلامتی   | اضطراب منتشر | عادی         | ۶/۸۳   | ۰/۰۰۰        | ۳>۱               |
|                 |              | وسواسی       | ۳/۲۸   | ۰/۰۴۹        | ۳>۲               |
|                 |              | افسرده‌خویی  | ۳/۸۹   | ۰/۰۱۰        | ۳>۴               |
|                 | وسواسی       | عادی         | ۳/۵۴   | ۰/۰۱۳        | ۳>۱               |
| فرانگرانی       | عادی         | وسواسی       | -۶/۲۸  | ۰/۰۰۰        | ۲>۱               |
|                 |              | اضطراب منتشر | -۶/۷۸  | ۰/۰۰۰        | ۳>۱               |
| نگرانی کلی      | عادی         | وسواسی       | -۱۳/۳۱ | ۰/۰۰۱        | ۲>۱               |
|                 |              | اضطراب منتشر | -۲۲/۲۰ | ۰/۰۰۰        | ۳>۱               |
|                 |              | افسرده‌خویی  | -۱۲/۲۳ | ۰/۰۰۲        | ۳>۱               |
|                 | اضطراب منتشر | افسرده‌خویی  | ۹/۹۶   | ۰/۰۳۸        | ۳>۴               |

\* منظور از ۱، گروه اول (عادی)؛ ۲، گروه دوم (وسواسی)؛ ۳، گروه سوم (اضطراب منتشر) و ۴، گروه چهارم (افسرده‌خویی) است.

## بحث

این مطالعه که با هدف بررسی مؤلفه‌های فراشناختی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، وسواس، افسرده‌خویی و افراد عادی انجام شد، نشان داد که در تمام باورهای فراشناختی، افکار اضطرابی و راهبردهای کنترل فکر (به جز راهبرد کنترل اجتماعی) میان تمام گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. یکی از ویژگی‌های اختلال‌های هیجانی مانند اختلالات اضطرابی و افسردگی سوگیری در تفکری است که کنترل آن دشوار می‌شود و همین موضوع موجب تداوم ناراحتی روان‌شناختی می‌شود. در این پژوهش نتایج در خصوص باورهای فراشناختی میان گروه‌ها بیانگر نمرات بیشتر گروه افسرده در اعتماد شناختی بود و در سایر باورهای فراشناختی از جمله نیاز به کنترل و خودآگاه و باورهای مثبت و باورهای منفی بیشترین نمرات به گروه اضطراب منتشر تعلق داشت. این یافته با نتایج پژوهشی که نشان داد از میان باورهای فراشناختی، باور به اعتماد شناختی ضعیف با نشانه‌های خلفی در افسردگی ارتباط بیشتری دارد، همخوانی دارد [۲۵].

نتایج پژوهش حاضر در خصوص نمرات بالای افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر در سایر باورهای فراشناختی با پژوهش‌های متعددی همسو است که نشان می‌دهند باورهای فراشناختی مثبت و منفی [۱۳، ۳] نیاز به کنترل [۲۶] با اختلال اضطراب منتشر رابطه دارند، زیرا وجود این باورها باعث می‌شود

گروه‌های وسواسی، اضطراب منتشر و افسرده‌خویی است. درباره استفاده از سایر راهبردهای کنترل فکر یعنی توجه برگردانی، ارزیابی مجدد و کنترل اجتماعی، بین چهار گروه مطالعه‌شده تفاوت معناداری مشاهده نشد (جدول شماره ۴).

همچنین نتایج تحلیل واریانس چندراهه بیانگر تفاوت معنادار (در سطح ۰/۰۱) بین چهار گروه مطالعه‌شده در مقیاس‌های حوزه‌های نگرانی است. تفاوت میانگین نمره نگرانی اجتماعی در گروه اضطراب منتشر به صورت معناداری (در سطح ۰/۰۱) بیشتر از گروه‌های عادی و وسواسی است. همچنین میانگین نمرات گروه افسرده‌خویی بیشتر از گروه عادی است (در سطح ۰/۰۱). درباره مقیاس نگرانی سلامتی، نمرات گروه اضطراب منتشر بیشتر از سه گروه دیگر است (در سطح ۰/۰۵ و ۰/۰۱). همچنین تفاوت میانگین نمرات گروه وسواسی با گروه عادی، معنادار است و گروه وسواسی بیشتر از گروه عادی نگرانی سلامتی دارند. همچنین میانگین نمرات گروه عادی به صورت معناداری (در سطح ۰/۰۱) کمتر از گروه‌های اضطراب منتشر و وسواسی بود. درباره مقیاس نگرانی کلی، بین گروه عادی و سه گروه دیگر تفاوت معنادار وجود داشت. به این صورت که نمرات گروه عادی کمتر از گروه‌های اضطراب منتشر، وسواسی و افسرده‌خویی بود. همچنین بین گروه اضطراب منتشر و افسرده‌خویی نیز تفاوت معنادار دیده شد؛ یعنی نمرات گروه اضطراب منتشر بیش از گروه افسرده‌خویی بود (جدول شماره ۵).

با افراد غیربیمار بیشتر از راهبردهای کنترل فکر «نگرانی» و «تنبیه» استفاده می‌کنند که تا حدودی این یافته با پیشینه نظری این پژوهش همخوان است؛ زیرا نظریه پردازان صاحب نظر در زمینه اختلال اضطراب منتشر نظیر بور کوویک، هازلت و دیاز<sup>۱۷</sup> [۳۱]، دوگاس و لاداسر<sup>۱۸</sup> [۳۲] و ولز [۴] بر این باورند که ویژگی اصلی افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر نگرانی است و این افراد از «تنبیه» برای کنترل افکار ناخوانده خود استفاده می‌کنند، اما برخلاف افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری، این راهبرد در رتبه دوم بعد از «نگرانی» قرار می‌گیرد. همچنین افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، از راهبردهای «توجه برگردانی» و کنترل اجتماعی» در مقایسه با افراد غیربیمار کمتر استفاده می‌کنند. این یافته با مدل فراشناختی هماهنگ است، زیرا ولز [۴] بر این باور است که کنترل اجتماعی و توجه برگردانی با آسیب‌شناسی روانی رابطه منفی دارد. علاوه بر این به نظر می‌رسد «ارزیابی مجدد» راهبرد مثبت و مفیدی برای کنترل فکر است، زیرا در پرسش‌نامه کنترل فکر در خرده‌مقیاس «ارزیابی مجدد» جملاتی از این قبیل آمده است: «دلایل داشتن چنین افکاری را بررسی می‌کنم» یا «از دید دیگری به مسئله نگاه می‌کنم» و به احتمال زیاد افراد مبتلا به مشکلات هیجانی در برخورد با مسائل خود کمتر این شیوه را به کار می‌گیرند [۳۳].

در خصوص مقایسه راهبردهای کنترل فکر نتایج پژوهش حاضر نشان داد که افراد مضطرب‌افسرده در مقایسه با افراد وسواسی از راهبرد «توجه برگردانی» بیشتر استفاده می‌کنند. به نظر می‌رسد به دلیل اینکه افکار وسواسی افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری، با شدت و ناراحتی بیشتری همراه است، راهبرد «توجه برگردانی» اثر کمتری دارد و شاید به همین دلیل باشد که امروزه از آموزش این راهبرد به شیوه تکنیک توقف فکر کمتر استفاده می‌شود و بر تکنیک‌هایی نظیر هوشیاری فراگیر [۳۴] و تکنیک آموزش توجه [۴] بیشتر تأکید می‌شود. همچنین افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری راهبردهای تنبیه و نگرانی را به‌وفور استفاده می‌کنند. ولز و دیویس [۲۱] اشاره می‌کنند که استفاده از نگرانی و تنبیه برای کنترل افکار ناخواسته با آمادگی برای ابتلا به مشکلات هیجانی، همبستگی دارد. این نکته در پژوهش دیگری [۳۵] که نشان داد تنبیه مهم‌ترین متمایزکننده بین افراد وسواسی و افراد گروه گواه است نیز تأیید شد. پس از آن یکی از متغیرهای مهم، نگرانی بوده است. این نکته در مقایسه نمونه‌های بالینی و غیربالینی در ایران نیز آشکار شده است. علاوه بر این افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری در مقایسه با افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، از «تنبیه» بیشتر استفاده می‌کنند و ممکن است به‌کارگیری بیشتر «تنبیه» در افراد وسواسی به دلیل ناخوشایند بودن افکار ناخواسته [۳۶] و

که افراد احساس کنترل شخصی کمتری داشته باشند و در خصوص توانایی‌های شخصی خود دچار تردید شوند [۲۷]. به نظر می‌رسد فعال شدن هم‌زمان این باورها فرد را در بن‌بست قرار می‌دهد، زیرا از یک‌سو تمایل دارند نگران شوند و از سوی دیگر نمی‌خواهند این کار صورت بگیرد. در نهایت، این تعارض موجب می‌شود که این بیماران معتقد شوند که نگرانی به آن‌ها کمک می‌کند تا خود و اطرافیان‌شان را از خطرات بالقوه و بالفعل دور نگه دارند و همین موضوع باعث می‌شود که به شدت احساس نیاز به کنترل در آن‌ها نسبت به افراد عادی و حتی مبتلایان به وسواس و افسرده‌خویی، زیاد باشد.

همسو با این یافته نیتو<sup>۱۵</sup> و همکاران [۲۸] در پژوهشی نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر در عقاید مربوط به کنترل‌ناپذیری خطر نمرات بالاتری از افراد عادی دریافت کردند و این عقاید در این گروه منجر به استفاده از راهبردهای کنترل فکر از قبیل تنبیه شده بود. البته مطالعه جدیدی [۲۹] نشان داد که بر خلاف پژوهش‌های قبلی، باورهای مثبت درباره نگرانی نقشی در راه‌اندازی و تداوم نگرانی ندارند. درباره داده‌های مربوط به افکار اضطرابی، یافته‌ها بیانگر نمرات بالاتر افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر در مقایسه با سایر گروه‌ها در ابعاد افکار اضطرابی بود. همسو با این یافته‌ها پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر نه تنها از تعدد حوزه‌های نگرانی خود رنج می‌برند، بلکه در خصوص شدت نگرانی خود نیز نظر مثبتی ندارند [۲۷].

ولز و کارتر<sup>۱۶</sup> [۱۰] معتقدند که عامل فرانگرانی (ارزیابی منفی از نگرانی) به طور مؤثری نگرانی آسیب‌شناختی را پیش‌بینی می‌کند که متمایزکننده بیماران اختلال اضطراب منتشر از سایر اختلالاتی همچون هراس اجتماعی، احتلال وحشت‌زدگی و افراد عادی است. آن‌ها معتقدند که بین فرانگرانی و باورهای فراشناختی مانند کنترل‌ناپذیر بودن نگرانی رابطه وجود دارد؛ به طوری که هرچه افراد بیشتر نگرانی را کنترل‌ناپذیر بدانند، بیشتر برای نگرانی خود نگران می‌شوند [۳]. در نتیجه به نظر می‌آید که فرانگرانی‌ها به نحوی با فعال‌سازی باورهای منفی فراشناختی در ارتباط هستند. با توجه به اینکه در پژوهش حاضر مبتلایان به اضطراب منتشر در اکثر باورهای فراشناختی نمرات بالاتر گرفتند، این یافته بر این اساس قابل تبیین است. از طرفی طبق نظر ولز [۳۰] این افراد هم به نگرانی نوع ۱ (نگرانی سلامتی و نگرانی اجتماعی) و هم به نگرانی نوع ۲ (فرانگرانی) مبتلا هستند. همسو با این پژوهش یافته‌های حاضر بیانگر نمرات بیشتر در حوزه‌های نگرانی نوع ۱ نیز بود.

در خصوص راهبردهای کنترل فکر، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر در مقایسه

17. Borkovec, Hazlett, &amp; Diaz

18. Dugas &amp; Ladoucer

15. Nieto

16. Wells &amp; Carter

مسئولیت‌پذیری افراطی این افراد [۳۷] و خطای شناختی تداخل فکر و عمل [۳۸] باشد.

محدود بودن تعداد آزمودنی‌های پژوهش و توجه نکردن به شدت یا ویژگی‌های خاص گروه‌های بالینی از جمله محدودیت‌های اساسی در این پژوهش بود. پژوهش‌های بعدی می‌توانند با گسترش گروه نمونه و دیگر اختلالات هیجانی انجام شوند تا امکان مقایسه متغیرها در اختلالات مختلف هیجانی در سطحی گسترده‌تر فراهم شود.

### نتیجه‌گیری

به طور کلی، این پژوهش نشان می‌دهد که باورها و راهبردهای فراشناختی می‌توانند به خوبی بین افراد بیمار و غیربیمار و همچنین بین گروه‌های تشخیصی تمایز بگذارند. بنابراین شناسایی و تغییر باورهای فراشناختی می‌تواند به عنوان یک هدف مهم در درمان اختلالات مورد توجه قرار گیرد. همچنین یافته‌های این پژوهش از الگوی عملکرد اجرایی خودنظم‌بخش حمایت می‌کنند.

### سپاسگزاری

این پژوهش با حمایت مالی دفتر مرکزی جهاد دانشگاهی انجام شده است. بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است.

## References

- [1] Saed O, Purehsan S, Akbari S. Correlation among meta-cognitive beliefs and anxiety - depression symptoms. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2010; 5:1685-9. doi: 10.1016/j.sbspro.2010.07.346
- [2] Papageorgiou C, Wells A. Meta cognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive & Behavior Practice*. 2011, 8, 160-4.
- [3] Wells A. *Metacognitive therapy for Anxiety and depression*. New York: Guilford press; 2009.
- [4] Wells A. *Emotional disorders and metacognition*. New York: John Wiley & Sons Ltd; 2002. doi: 10.1002/9780470713662
- [5] Wells A, Matthews G. *Attention and emotion (Classic edition): A clinical perspective*. Hove: Erlbaum; 2014.
- [6] Papageorgiou C, Wells A. An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*. 2003; 27(3):261-73. doi: 10.1023/A:1023962332399
- [7] Wells A. Cognition about cognition: Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2007; 14(1):18-25. doi: 10.1016/j.cbpra.2006.01.005
- [8] Papageorgiou C, Wells A. Meta cognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive & Behavior Practice*. 2011, 8, 160-4.
- [9] Wells A, King P. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2006; 37(3):206-12. doi: 10.1016/j.jbtep.2005.07.002
- [10] Wells A, Carter K. Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior Therapy*. 2001; 32(1):85-102. doi: 10.1016/s0005-7894(01)80045-9
- [11] Roussis P, Wells A. Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Personality and Individual Differences*. 2006; 40(1):111-22. doi: 10.1016/j.paid.2005.06.019
- [12] Yılmaz AE, Gençöz T, Wells A. The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life-stress: A prospective study. *Journal of Anxiety Disorders*. 2011; 25(3):389-96. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.11.001
- [13] Bahrami F, Rezvan S. [Relationship between anxious thoughts and metacognitive beliefs in high school students with generalized anxiety disorder (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2007; 13(3):249-55.
- [14] Akrami A, Kalantari M, Arizi HR, Abedi M, Maroofi M. [Comparison of the effectiveness of behavioral - cognitive and behavioral meta cognitive approaches in patient with obsessive-compulsive disorder (OCD) (Persian)]. *Journal of Clinical Psychology*. 2010; 2(2):59-71.
- [15] Shafran R, Rachman S. Thought-action fusion: A review. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2004; 35(2):87-107. doi: 10.1016/j.jbtep.2004.04.002
- [16] Fisher PL, Wells A. Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: A test of the metacognitive model. *Behaviour Research and Therapy*. 2005; 43(6):821-9. doi: 10.1016/j.brat.2004.09.002
- [17] Tuna Ş, Tekcan Aİ, Topçuoğlu V. Memory and metamemory in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2005; 43(1):15-27. doi: 10.1016/j.brat.2003.11.001
- [18] Delavar A. [Research Methods in Psychology and Educational Sciences (Persian)]. Tehran: Virayesh Publication Institute; 2006.
- [19] Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*. 2004; 42(4):385-96. doi: 10.1016/s0005-7967(03)00147-5
- [20] Wells A. A multi-dimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the anxious thoughts inventory. *Anxiety, Stress & Coping*. 1994; 6(4):289-99. doi: 10.1080/10615809408248803
- [21] Wells A, Davies MI. The thought control questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy*. 1994; 32(8):871-8. doi: 10.1016/0005-7967(94)90168-6
- [22] Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: The meta-cognitions questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*. 1997; 11(3):279-96. doi: 10.1016/s0887-6185(97)00011-x
- [23] Shirinzadeh Dastgiri S, Gudarzi MA, Ghanizadeh A, Taghavi SM. [Comparison of metacognitive and responsibility beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and normal individuals (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008; 14(1):46-55.
- [24] Goodarzi MA, Esmaili Torkanbori Y. [The relation between intrusive thoughts control strategies and severity of obsessive-compulsive symptoms (Persian)]. *Hakim Research Journal*. 2006; 8(4):44-51.
- [25] Donnellan C, Al Banna M, Redha N, Al Sharoqi I, Al-Jishi A, Bakhiet M, et al. Association between metacognition and mood symptoms poststroke. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. 2016; 29(4):212-20. doi: 10.1177/0891988716640374
- [26] Pournamdarian S, Birshak B, Asgharnejad Farid AA. [Explanation of cognitive beliefs in predicting symptoms of depression, anxiety and stress among nurses (Persian)]. *Knowledge and Research in Applied Psychology*. 2012; 13(3):86-94.
- [27] Behar E, DiMarco ID, Hekler EB, Mohlman J, Staples AM. Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*. 2009; 23(8):1011-23. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.07.006
- [28] Miguel Ángel PN, Marta M<sup>o</sup> RD, Leticia LM, Nereida B. Metacognitive beliefs and strategies of control thought in GAD and OCD. *Clínica y Salud*. 2010; 21(2):159-66. doi: 10.5093/cl2010v-21n2a5
- [29] Prados JM. Do beliefs about the utility of worry facilitate worry. *Journal of Anxiety Disorders*. 2011; 25(2):217-23. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.09.005
- [30] Wells A. The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*. 2005; 29(1):107-21. doi: 10.1007/s10608-005-1652-0



- [31] Borkovec TD, Hazlett-Stevens H, Diaz ML. The role of positive beliefs about worry in generalized anxiety disorder and its treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 1999; 6(2):126-38. doi: 10.1002/(sici)1099-0879(199905)6:2<126::aid-cpp193>3.0.co;2-m
- [32] Dugas MJ, Ladouceur R. Analysis and treatment of generalized anxiety disorder. In: Caballo VE, editors. *International Handbook of Cognitive and Behavioural Treatments for Psychological Disorders*. New York: Pergamon; 1998. doi: 10.1016/b978-008043433-9/50009-2
- [33] Clark D, Ferborn CG. Science and CBT methods [Kavyani H, Persian trans]. Tehran: Fars Publication; 2001.
- [34] Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000; 68(4):615-23. doi: 10.1037/0022-006x.68.4.615
- [35] Amir N, Cashman L, Foa EB. Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 1997; 35(8):775. doi: 10.1016/s0005-7967(97)00030-2
- [36] Freeston MH, Ladouceur R. The cognitive-behavioral treatment of obsessions. In: VE. Caballo (Ed), *International handbook of cognitive and behavioural treatments for psychological disorders*. Oxford: Pergamon Press; 1998. doi: 10.1016/b978-008043433-9/50007-9
- [37] Salkovskis PM, Forrester E, Richards HC, Morrison N. The devil is in the detail: Conceptualising and treating obsessional problems. In: Tarrier N, Wells A, editors. *Treating Complex Cases: A Cognitive Behavioural Therapy Approach*. Chichester: John Wiley & Sons; 1998.
- [38] Emmelkamp PM, Aardema A. Metacognition, specific obsessive compulsive beliefs and obsessive compulsive behaviour. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 1999; 6:139-45. doi: 10.1002/(sici)1099-0879(199905)6:2<139::aid-cpp194>3.3.co;2-0

