

پیش‌بینی‌کننده‌های علائم وسواسی - اجباری در دانشجویان

ابوالفضل محمدی^۱، دکتر لادن فتی^۲، دکتر رخساره یکه‌یزدان دوست^۳

مقدمه

اختلال وسواسی-اجباری یکی از مشکلات جدی سلامت روان است و سالانه هزینه‌های بالای اقتصادی و اجتماعی را بر جامعه تحمیل می‌کند (بارلو، ۲۰۰۲). مشکلات همراه OCD و علائم ناتوان‌کننده‌ی آن کارکرد بین‌فردی، شغلی و زندگی فرد را مختل می‌کند (کلارک، ۲۰۰۴). از هر ۴۵ نفر در جامعه یک نفر مبتلا به این اختلال است (راسموسن و ایسن، ۱۹۹۲). این در حالی است که بیش از ۹۰ درصد از افراد جامعه علائم وسواس‌ها و اجبارها را با همان کیفیت و شکل تجربه می‌کنند (راکمان و دسیلوا، ۱۹۷۸؛ پوردون و کلارک، ۱۹۹۳). این موضوع اهمیت و ضرورت شناخت علائم وسواس‌ها و اجبارها را دوچندان می‌کند. آسیب‌شناسی شناختی وسواس‌ها و اجبارها (سالکووسکیس، ۱۹۸۵؛ راکمان، ۱۹۹۷؛ کلارک، ۲۰۰۴) معتقد به رویکرد ابعادی است. طبق مدل شناختی، علائم وسواسی-اجباری توسط اغلب افراد تجربه می‌شوند، ولی اختلال وسواسی-اجباری با توجه به باورهای ناکارآمد درباره‌ی ماهیت این افکار و نحوه‌ی ارزیابی آن‌ها توصیف می‌شود. این رویکرد در سال‌های اخیر به پژوهش‌های بسیاری در زمینه‌ی آسیب‌شناسی وسواس‌ها و اجبارها منجر شده است.

سالکووسکیس (۱۹۸۵) تحلیل شناختی جامعی از OCD ارائه کرده است. مطابق دیدگاه سالکووسکیس، حس افراطی مسؤولیت‌پذیری مضمون اصلی نظام باور افراد مبتلا به OCD است. از این دیدگاه، خنثی‌سازی کوششی برای کاهش حس مسؤولیت‌پذیری و پیش‌گیری از سرزنش شناخته می‌شود. سالکووسکیس (۱۹۸۵، ۱۹۸۹، ۱۹۹۹) بر این باور است که ارزیابی منفی افکار مزاحم منجر به احساس مسؤولیت افراطی برای خطر و یا پرهیز از آن می‌شود و تلاش‌هایی که برای خنثی‌کردن افکار مزاحم صورت می‌گیرد، در شکل‌گیری OCD نقش دارند.

نقش کمال‌گرایی نیز در تبیین آسیب‌شناسی OCD از گذشته مورد توجه بوده است. برای مثال مک‌فال و والرسهام (۱۹۷۹) روی باورهای غلط افراد مبتلا به OCD تاکید کرده‌اند. نمونه‌ی باورهایی که آن‌ها گزارش کردند عبارت بود از این‌که: فرد باید در تمام کارهایی که بر عهده می‌گیرد، کاملاً شایستگی نشان دهد تا بتوان او را فرد باارزشی تلقی کرد؛ ناتوانی فرد در دست یافتن به ایده‌آل‌های کمال‌جویانه باید موجب تنبیه وی شود. از آن پس پژوهش‌های بسیاری درباره‌ی ارتباط کمال‌گرایی و OCD صورت گرفته و نقش آن را در این اختلال تأیید کرده‌اند (برای مثال: فراست و استکتی، ۱۹۹۷).

علاوه بر باورهای مسؤولیت‌پذیری و کمال‌گرایی، افسردگی نقش مهمی در فرایند شکل‌گیری OCD دارد. تحقیقات نشان داده‌اند که افکار ناشی از افسردگی خلق منفی افراد مبتلا به OCD را افزایش می‌دهند (سالکووسکیس، کمپل، ۱۹۹۴؛ وگنر، ۱۹۸۹؛ به نقل از استکتی و بارلو، ۲۰۰۲). ممکن است OCD و افسردگی همدیگر را تشدید کنند و یا تداوم بخشند و دور باطلی را به وجود آورند. برای برخی از بیماران مبتلا به OCD شکل‌گیری افسردگی شدید ممکن است با کاهش در نشانه‌های OCD همراه باشد. این مسأله احتمالاً ممکن است به دلیل ماهیت بازدارنده و کندکننده‌ی افسردگی شدید باشد (راکمان و هاجسون، ۱۹۸۰).

پژوهش‌ها نشان داده است که بیش از ۸۰ درصد افراد مبتلا به OCD بر اساس مقیاس‌هایی که شدت افسردگی را ارزیابی می‌کردند، افسرده بودند (استکتی و بارلو، ۲۰۰۲). با این حال رابطه‌ی افسردگی با زیرگونه‌های OCD تاکنون به خوبی مشخص نشده است. شناسایی ارتباط افسردگی و هر یک از زیرگونه‌ها در شناخت آسیب‌شناسی این اختلال کمک‌کننده خواهد بود.

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی، نویسنده مسؤول

۲. دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

۳. فوق دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

به جز افسردگی مؤلفه‌های هیجانی دیگر مثل اضطراب و استرس نیز در آسیب‌شناسی OCD اهمیت دارد. مشخص شده است که افکار مزاحم در حالت‌های اضطرابی بیشتر گزارش می‌شود (راکمان و هاجسون، ۱۹۸۰). هم‌چنین شواهدی وجود دارند که نشان می‌دهد اجبارها در نتیجه‌ی استرس ایجاد می‌شوند و به نظر می‌رسد که آن‌ها کوشش‌هایی در جهت کنترل محیط استرس‌زا باشند. افراد مبتلا به OCD، این استعداد زیستی را دارند که به استرس پاسخ هیجانی بدهند (استکتی و بارلو، ۲۰۰۲). با این حال، شناسایی مؤلفه‌های هیجانی در زیرگونه‌های OCD به مطالعات بیشتری نیاز دارد. علاوه بر مؤلفه‌های شناختی و هیجانی فوق‌الذکر، اخیراً بازداری رفتاری در آسیب‌شناسی اختلال‌های اضطرابی مطرح شده است (فاکس و همکاران، ۲۰۰۵). بازداری رفتاری به عنوان یک سبک سرشتی رفتاری معرفی شده است و پژوهش‌ها نشان داده است که بازداری رفتاری به‌طور اختصاصی با علائم OCD ارتباط دارد (کولز و همکاران، ۲۰۰۶). اجتناب از محرک‌های جدید و پرهیز از برخورد با پدیده‌های نو به عنوان مؤلفه‌های بازداری رفتاری در شکل‌گیری OCD موثر شناخته شده است. نقش بازداری رفتاری در برخی از زیرگونه‌ها، در پژوهش‌های اولیه مشخص شده است. با این وجود، پژوهش‌های بیشتر در این رابطه لازم است (کولز و همکاران، ۲۰۰۶).

روش

در یک مطالعه‌ی همبستگی، تعداد ۴۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه تهران و علوم پزشکی تهران با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. میانگین سنی و انحراف استاندارد این افراد به ترتیب، ۲۱/۴۴ و ۲/۴۳ بود. نزدیک به ۹۶ درصد از این دانشجویان مجرد بودند و تمامی آن‌ها در مقطع کارشناسی تحصیل می‌کردند و یا دانشجوی علوم‌بایه‌ی گروه پزشکی بودند. نمونه‌ی پژوهش ۵ گروه تحصیلی را شامل می‌شد تا اغلب رشته‌های تحصیلی در دانشگاه را پوشش دهد. ابزارهای پژوهش مورد استفاده در این پژوهش عبارت بود از: پرسش‌نامه‌ی وسواسی-اجباری - بازنگری شده (OCI-R)؛ مقیاس بازداری رفتاری بزرگسالان (AMBI)؛ مقیاس نگرش مسؤولیت (RAS)؛ مقیاس کمال‌گرایی اهواز (APS) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS). تمای ابزارهای استفاده شده دارای روایی و پایایی مورد قبول بودند و برای جمعیت ایرانی اعتباریابی شده‌اند.

یافته‌ها

برای تعیین ارتباط و وزن هر یک از متغیرهای پیش‌بین نمره‌های مقیاس‌های مسؤولیت‌پذیری، کمال‌گرایی، بازداری رفتاری، اضطراب، افسردگی و استرس به‌عنوان متغیر پیش‌بین و نمره‌ی مقیاس وسواسی-اجباری به‌عنوان متغیر ملاک وارد معادله‌ی رگرسیون شدند. برای انجام تحلیل رگرسیون از روش گام‌به‌گام استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول‌های ۲ و ۳ آمده است. با توجه به نتایج تحلیل واریانس و شاخص‌های آماری رگرسیون متغیرهای پیش‌بین بر علائم وسواسی-اجباری میزان F به دست آمده برای پنج متغیر شامل کمال‌گرایی، اضطراب، مسؤولیت‌پذیری، بازداری رفتاری و استرس معنادار است ($F=42/590$ و $P<0/001$). از بین متغیرهای پیش‌بین، افسردگی از مدل رگرسیون خارج شد. براساس مدل رگرسیون متغیرهای پیش‌بین باقی‌مانده می‌توانند بخشی از تغییرات مربوط به علائم وسواسی-اجباری را تبیین نمایند. بین متغیرهای پیش‌بین کمال‌گرایی، اضطراب، مسؤولیت‌پذیری، بازداری رفتاری و استرس با علائم وسواسی-اجباری رابطه‌ی معناداری وجود دارد ($R=0/592$) و در مجموع ۰/۳۵ واریانس علائم وسواسی-اجباری را تبیین می‌نمایند ($R^2=0/351$). هم‌چنین در صورت تعمیم نمونه‌ی مورد مطالعه به جامعه اصلی نیز متغیرهای پیش‌بین قادر به تبیین ۳۴ درصد از واریانس علائم وسواسی-اجباری می‌باشند ($Radj=0/343$).

بر اساس جدول ۳، ضریب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین نشان می‌دهد که این پنج متغیر می‌توانند تغییرات علائم وسواسی-اجباری را به‌گونه‌ی معنادار تبیین نمایند. وزن کمال‌گرایی ($p<0/001$ و $t=3/515$)، اضطراب ($p<0/001$ و $t=2/543$)، مسؤولیت‌پذیری ($p<0/001$ و $t=4/655$)، بازداری رفتاری ($p<0/004$ و $t=2/878$) و استرس ($p<0/001$ و $t=2/549$) نشان می‌دهد که این متغیرها در سطح معناداری می‌توانند تغییرات مربوط به علائم وسواسی-اجباری را پیش‌بینی کنند.

در صورت تعمیم این نتایج به جامعه‌ی پژوهش، وزن این متغیرها به ترتیب برای کمال‌گرایی، اضطراب، مسؤولیت‌پذیری، بازدارندگی رفتاری و استرس برابر با ۰/۲۰، ۰/۱۴، ۰/۱۳ و ۰/۱۵ خواهد بود. به این ترتیب هر قدر کمال‌گرایی، اضطراب، مسؤولیت‌پذیری، بازدارندگی رفتاری و استرس بالاتر باشد، علائم وسواسی-اجباری افزایش خواهد یافت. فرمول پیش‌بینی علائم وسواسی-اجباری بر مبنای متغیرهای پیش‌بین عبارت است از:

$$\text{استرس} (۰/۳۶۹) + \text{بازدارندگی رفتاری} (۰/۲۸۹) + \text{مسؤولیت‌پذیری} (۰/۱۱۳) + \text{اضطراب} (۰/۴۱۲) + \text{کمال‌گرایی} (۰/۱۸۱) - ۷/۵۴۰ = \text{علائم وسواسی-اجباری}$$

جدول ۲: خلاصه تحلیل واریانس و مدل رگرسیون برای رابطه متغیرهای پیش‌بین با علائم وسواسی-اجباری

شاخص	SS	df	MS	F	P	R	R ²	RAdj
رگرسیون	۳۵۶/۱۶۸۳۹	۵	۸۷۱/۳۳۶۷	۵۹۰/۴۲	۱/۰۰۱	۷۵۹۲	۳۵۱	۰/۳۴۳
باقیمانده	۱۲۲/۳۱۱۵۶	۳۹۴	۰/۷۶/۷۹					
کل	۴۷۷/۴۷۹۹۵	۳۹۹						

جدول ۳: شاخص‌های آماری رگرسیون مولفه‌های پیش‌بین علائم وسواسی-اجباری

متغیرها	B	SEB	β	t	P
مقدار ثابت	-۷/۵۴۰	۲/۷۴۳		-۲/۷۴۹	۰/۰۰۶۰
کمال‌گرایی	۰/۱۸۱	۰/۰۵۲	۰/۱۹۶۰	۳/۵۱۵	۱/۰۰۰
اضطراب	۰/۴۱۲	۰/۱۶۲	۰/۱۴۰۰	۲/۵۴۳	۰/۰۱۱۰
مسؤولیت‌پذیری	۰/۱۱۳	۰/۰۲۴	۰/۲۰۶۰	۴/۶۵۵	۱/۰۰۰
بازدارندگی رفتاری	۰/۲۸۹	۰/۱۰۱۰	۰/۱۳۱۰	۲/۸۷۸	۰/۰۰۴۰
استرس	۰/۳۶۹	۰/۱۴۵۰	۰/۱۵۲۰	۲/۵۴۹	۰/۰۱۱۰

بحث و تفسیر

یافته‌های این پژوهش همخوان با پژوهش‌هایی است که در خصوص نقش مسؤولیت‌پذیری در علائم وسواسی-اجباری انجام شده است (برای مثال: بوچارد و همکاران، ۱۹۹۹؛ لادوکر و همکاران، ۱۹۹۵). یافته‌های پژوهش با مطالعات اخیر در زمینه‌ی ارتباط باور مسؤولیت‌پذیری با علائم وسواسی-اجباری (OCCWG، ۲۰۰۵) هماهنگ است. در مقابل پژوهش حاضر با یافته‌های تولین و همکاران (۲۰۰۳، ۲۰۰۶) مغایر است. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که احتمالاً در صورت کنترل سایر متغیرها، مسؤولیت‌پذیری با علائم وسواسی-اجباری ارتباط اختصاصی ندارد.

پژوهش جولین و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که کمال‌گرایی نمرات علائم وسواسی-اجباری را پیش‌بینی می‌کند. این یافته که کمال‌گرایی پیش‌بینی‌کننده‌ی این علائم است، با نتایج تولین و همکاران (زیرچاپ) و نتایج گروه کاری شناخت‌واره‌های وسواسی-اجباری (۲۰۰۵) همسو است. این یافته هم‌چنین با یافته‌ی کالماری و همکاران (۲۰۰۶) مبنی بر پیش‌بینی علائم از روی کمال‌گرایی همسان بود. یافته‌ی حاضر در مورد نقش کمال‌گرایی در علائم وسواسی‌اجباری، یافته‌ی فراست و همکاران (۱۹۹۴) را تأیید می‌کند. آن‌ها در یک مطالعه با نمونه‌ی غیربالینی به این نتیجه رسیدند که افراد دارای تمایلات وسواسی-اجباری بالا به طور معناداری کمال‌گراتر بودند. هم‌چنین این یافته با پژوهش‌های زیادی در این زمینه هماهنگ است (برای مثال، میرز، فیشر و ولز، زیر چاپ؛ فراست و استکتی، ۱۹۹۷؛ رومه و همکاران، ۱۹۹۵؛ هویت و فلت، ۱۹۹۱، هویت و همکاران، ۱۹۹۲). این پژوهش‌ها به این نتیجه رسیدند که کمال‌گرایی، علاوه بر مسؤولیت‌پذیری، پیش‌بینی‌کننده‌ی مستقلی برای OCD است.

ارتباط بازداری رفتاری با علائم وسواسی- اجباری با تنها پژوهش انجام شده در این زمینه (کولز و همکاران، ۲۰۰۶) همسوست. همچنین پژوهش‌هایی که ارتباط بازداری رفتاری و اختلال‌های اضطرابی را مطالعه کرده‌اند (برای مثال، موریس، مسترز و همکاران، ۲۰۰۳؛ موریس، مرچلایک و همکاران، ۲۰۰۱) رابطه‌ی معناداری بین بازداری رفتاری و علائم وسواسی- اجباری یافتند. کولز و همکاران (۲۰۰۶) فرض کردند کسانی که بازداری رفتاری بالایی گزارش می‌کنند، به احتمال زیاد به افکار مزاحم با آیین‌های درونی و خنثی‌سازی ذهنی پاسخ می‌دهند.

افسردگی در مدل رگرسیون برای پیش‌بینی علائم وارد نشد. به طور کلی افسردگی کمترین وزن را در پیش‌بینی علائم وسواسی- اجباری به خود اختصاص داد و این با یافته‌ی فریستون، رومه و لادوکر (۱۹۹۶)، هانگ و همکاران (۲۰۰۴) و آبراموتیز و همکاران (زیرچاپ) ناهمخوان است. تمام این پژوهش‌ها بر ارتباط افسردگی با علائم وسواسی- اجباری تأکید کرده‌اند. با این تفاوت که این مطالعات در جمعیت بالینی انجام شده است و آزمودنی‌های آن‌ها مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری بودند. پژوهش حاضر در جمعیت به‌هنگار دانشجویی اجرا شد و با وجود همبستگی جزئی معنادار بین افسردگی و علائم وسواسی- اجباری افسردگی مدل پیش‌بینی وارد نشد. به این ترتیب به نظر می‌رسد در شرایطی که شدت علائم در حد بالینی نیست، احتمالاً نقش افسردگی کمتر آشکار است.

افکار مزاحم در پاسخ به محرک‌های آزارنده و استرس‌زا افزایش می‌یابد. مک لارن و کراو (۲۰۰۳) در یک مطالعه‌ی آزمایشی به این نتیجه رسیدند که حوادث استرس‌زای زندگی در ایجاد علائم وسواسی- اجباری در جمعیت بالینی و به‌هنگار نقش دارد. کمال‌گرایی و مسؤولیت‌پذیری به عنوان دو متغیر مطرح در آسیب‌شناسی OCD است. بوچارد و همکاران (۱۹۹۹) تأکید کردند که تمایلات کمال‌گرایی بالا می‌تواند افراد را برای بیش تخمین مسؤولیت شخصی برای حوادث منفی مستعد کند. مطالعات تجربی و کنترل شده در ارتباط با عوامل پیش‌بینی‌کننده‌ی OCD لازم است.

منابع

- Barlow, D., H. (2002). Anxiety and its disorder: the nature and treatment of anxiety and panic, 2nd Ed. New York: Guilford Press.
- Clark, D. A. (2004). Cognitive behavioral therapy for OCD. New York: Guilford Press.
- Coles, M., E., Schofield, C., A., Pietrefesa, A., S. (2006). Behavioral inhibition and obsessive-compulsive disorder. Anxiety Disorders, 20, 1118-1132.
- Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group. (2005). Psychometric working the Obsessive Questionnaire and Interpretation of Intrusions Inventory. Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. Behaviour Research and Therapy, 43, 1527-1542.