



Neuropsychological profile of obsessive-compulsive disorder: findings from structural equation modeling

Hamid. Zolfaghari¹, Imanollah. Bigdeli*², Ali. Mashhadi³, Ali. Ghanaei Chaman Abad⁴

1. PhD student, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.
2. Professor, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.
3. Professor, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.
4. Associate Professor, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

ARTICLE INFORMATION

Article type

Original research

Pages: 314-326

Corresponding Author's Info

Email: ibigdeli@um.ac.ir

Article history:

Received: 2022/05/23

Revised: 2022/10/03

Accepted: 2022/11/11

Published online: 2022/12/03

Keywords:

neuropsychological profile, cognition, emotion, obsessive compulsive, anxiety sensitivity.

ABSTRACT

Background and Aim: Obsessive compulsive disorder has a wide prevalence in human society. Based on this, it is very important to know the cognitive, behavioral and neurological backgrounds of these patients and the effective methods of therapeutic interventions to improve their conditions. The aim of the current research was to compare the cognitive, emotional and neurological profiles of people with obsessive-compulsive symptoms with normal people. **Method:** The present study was a correlational descriptive study. The statistical population consisted of all people with symptoms of obsessive-compulsive disorder in the second half of 1400 in Mashhad, who entered the research through an invitation. After conducting the screening interview and checking the criteria for entering the research, 80 people were selected as the research sample. The research tools included Stroop color word test, Wisconsin cards, anxiety sensitivity, ambiguous scenarios, Googlen behavioral disorders questionnaire, Yale Brown obsessive compulsive disorder questionnaire and uncertainty intolerance scale. In order to analyze the data, partial least squares (PLS) approach was used due to the exploratory nature of the model, small sample size and non-normal distribution of variables. Analyses were performed with SPSS.25 and SmartPLS.3.3.2 software. **Results:** The results showed that the trajectory of predicting obsessive-compulsive symptoms by five indicators was significant in all dimensions. Based on this, it was found that from the cognitive indicators, congruent reactions ($P < 0.01$), incongruent reactions ($P < 0.01$) and ambiguous scenarios ($P < 0.01$), among the neurological indicators ($P < 0.01$) $P < 0.01$) and completion of classes ($P < 0.01$), among the emotional indices of anxiety sensitivity ($P < 0.01$) and intolerance of uncertainty ($P < 0.01$) and among the behavioral indices of behavioral tendencies Consistency ($P < 0.01$) and impulsive behavior tendencies ($P < 0.01$) were significant predictors for OCD symptoms. **Conclusion:** These results indicate that in explaining the psychological profile of obsessive-compulsive sufferers, the need to pay attention to cognitive, behavioral, emotional and neurological indicators has an important place. Also, based on these findings, it was found that emotional indicators have the highest level of predictability and behavioral indicators have the lowest level of predictability among the investigated indicators.



This work is published under CC BY-NC 4.0 licence.

© 2022 The Authors.

How to Cite This Article:

Zolfaghari, H., Bigdeli, I., Mashhadi, A., & Ghanaei Chaman Abad, A. (2022). Neuropsychological profile of obsessive-compulsive disorder: findings from structural equation modeling. *Jayps*, 3(2): 314-326



نیمرخ عصب روانشناختی اختلال وسواس فکری جبری: یافته‌های حاصل از مدل‌سازی معادلات ساختاری

حمید ذوالفقاری^۱، ایمان الله بیگدلی^{۲*}، علی مشهدی^۳ و علی غنائی چمن آباد^۴

۱. دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

۲. استاد گروه روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

۳. استاد گروه روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

۴. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

زمینه و هدف: اختلال وسواس جبری، دارای شیوع گسترده‌ای در جامعه بشری می‌باشد. بر این اساس شناخت زمینه‌های شناختی، رفتاری و عصب شناختی در این بیماران و روش‌های مؤثر مداخلات درمانی برای بهبود شرایط آن‌ها، از اهمیت بالایی برخوردار است. هدف از پژوهش حاضر، مقایسه نیم رخ شناختی، هیجانی و عصب شناختی در افراد دارای نشانه‌های وسواس جبری با افراد عادی بود. **روش پژوهش:** پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری متشکل از تمام افراد دارای نشانگان اختلال وسواس جبری در شش ماهه دوم ۱۴۰۰ در شهر مشهد بود که از طریق فراخوان به پژوهش وارد شدند. پس از انجام مصاحبه غربالگری و بررسی ملاک‌های ورود به پژوهش، ۸۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل آزمون رنگ واژه استروپ، کارت‌های ویسکانسین، حساسیت اضطرابی، سناریوهای مبهم، پرسشنامه اختلال‌های رفتاری گوگلن، پرسشنامه نشانگان وسواس جبری یل براون و مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، به واسطه اکتشافی بودن مدل، کم بودن حجم نمونه و نرمال نبودن توزیع متغیرها، از رویکرد حداقل مربعات جزئی (PLS) استفاده شد. تحلیل‌ها با نرم افزارهای SPSS.25 و SmartPLS.3.3.2 انجام شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که مسیر پیش‌بینی نشانگان وسواس جبری توسط شاخص‌های پنج‌گانه در همه ابعاد معنادار بوده است. بر این اساس مشخص شد که از شاخص‌های شناختی، واکنش‌های همخوان ($P < 0/01$)، واکنش ناهمخوان ($P < 0/01$) و سناریوهای مبهم ($P < 0/01$)، از بین شاخص‌های عصبی در جازدن ($P < 0/01$) و تکمیل طبقات ($P < 0/01$)، از بین شاخص‌های هیجانی حساسیت اضطرابی ($P < 0/01$) و عدم تحمل بلا تکلیفی ($P < 0/01$) و از بین شاخص‌های رفتاری گرایش رفتار بی ثبات ($P < 0/01$) و گرایش رفتار تکانشی ($P < 0/01$) پیش‌بین‌های معناداری برای نشانگان وسواس جبری بودند. **نتیجه‌گیری:** این نتایج بیانگر این هستند که در تبیین نیمرخ روانشناختی مبتلایان به وسواس جبری، لزوم توجه به شاخص‌های شناختی، رفتاری، هیجانی و عصب شناختی دارای جایگاه مهمی است. همچنین بر اساس این یافته‌ها مشخص شد که از بین شاخص‌های بررسی شده، شاخص‌های هیجانی دارای بیشترین میزان پیش‌بینی‌پذیری و شاخص‌های رفتاری دارای کمترین میزان پیش‌بینی‌کنندگی هستند.

نوع مقاله: پژوهشی

صفحات: ۳۲۶-۳۱۴

اطلاعات نویسنده مسئول

ایمیل: ibigdeli@um.ac.ir

سابقه مقاله

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۳/۰۲

تاریخ اصلاح مقاله: ۱۴۰۱/۰۷/۱۱

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۰۸/۲۰

تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۰۹/۱۲

واژگان کلیدی

نیمرخ عصب روانشناختی، شناخت، هیجان، وسواس جبری، حساسیت اضطرابی.

انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است.

تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.



شیوه استناد به این مقاله:

ذوالفقاری، حمید، بیگدلی، ایمان الله، مشهدی، علی. و غنائی چمن آباد، علی. (۱۴۰۱). نیمرخ عصب روانشناختی اختلال وسواس فکری جبری:

یافته‌های حاصل از مدل‌سازی معادلات ساختاری. *دوفصلنامه مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان*، ۳(۲): ۳۲۶-۳۱۴

مقدمه

اختلال وسواس جبری^۱ یک بیماری روانپزشکی رایج است که با وسواس یا اجبار مشخص می‌شود و بر اکثر جنبه‌های زندگی فرد اثر میگذارد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۶). این اختلال از جمله بیماری‌های روانپزشکی است که دارای پیچیدگی‌های بسیار زیادی است. تفاوت‌های گسترده میان علائم مشاهده شده در وسواس جبری عامل مهمی برای پژوهش‌های ناهمگون در زمینه وسواس جبری بوده است، و ارزیابی تفاوت علائم رایج‌ترین رویکرد برای بررسی ناهمگونی شرایط است (دامز و همکاران، ۲۰۲۰). در همین راستا مطالعات عصب روانشناختی نشان داده است که بیماران مبتلا به وسواس جبری احتمالاً اختلال‌های قابل توجهی در کنش‌های اجرایی نشان می‌دهند (کریمخانی و کوچک خوشنویس، ۱۴۰۰؛ مورین و همکاران، ۲۰۱۴)؛ فراتحلیل‌ها بیانگر این هستند که افراد دارای نشانگان اختلال وسواسی جبری در حوزه عصب شناختی عملکرد بسیار ضعیف‌تری دارند. آبراموویچ و همکاران (۲۰۱۳) اشاره کرده‌اند که افراد دارای نشانگان وسواس جبری، عملکرد ضعیف‌تری نسبت به نمونه غیر بالینی (افراد هنجار) در بسیاری از شاخص‌های عصب شناختی از جمله توجه، حافظه، برنامه ریزی، بازداری پاسخ، انعطاف پذیری، حافظه کلامی و غیر کلامی و حافظه کاری فضایی دارند (آبراموویچ و میلمن، ۲۰۱۳).

مدل‌های تبیین کننده موجود در خصوص اختلال وسواس جبری، چگونگی تفسیر افکار مزاحم وسواسی، بر حسب تهدیدات شخصی را عامل کلیدی در بروز و تشدید این اختلال می‌دانند (اکمان و هالتونین، ۲۰۱۸). این فرایند نوعی درآمیختگی فکر به شمار می‌رود که بیانگر یکسان شمردن افکار با کنش‌ها و اعمال. به عبارت دیگر باور به اینکه با تفکر در مورد یک رخداد، اتفاقات بد بعدی در راه خواهند بود (کلارک، ۲۰۱۵). به عبارت دیگر در این فرایند می‌توان تبیین کرد که چگونه یک تجربه اولیه و یا یک رویداد حیاتی زندگی می‌تواند یک فرض کلی برای مسئولیت آسیب را فعال کند. در همین راستا سالک ابراهیمی و همکاران (۲۰۱۷) دریافتند که در بیماران

مبتلا به وسواس جبری، بالاترین میانگین خطای شناختی مربوط به خطای فاجعه آمیز و مجزاسازی می‌باشد. میسیر و همکاران (۲۰۱۸) نیز دریافتند که بیماران مبتلا به وسواس جبری، دارای میانگین بالاتری در نقص‌های عصب شناختی و عوامل شناختی و سطح بینش، نسبت به افراد عادی می‌باشند. افراد مبتلا به اختلال وسواس جبری، به میزان فزاینده و غیر قابل انعطافی، نگران اعمال کنترل بر تمام جزئیات مربوط به مسائل هستند و اعتقاد دارند که بایستی تمام جزئیات مربوط به مسائل دارای نظم منطقی باشند (فرانسس، ۲۰۱۸). بر این اساس یکی از مشکلات عمده در این بیماران، وجود ناکارآمدی در پردازش‌های درونی و بیرونی است که در قالب بازبینی، ارزشیابی و تعدیل شاخص‌های هیجانی، تعریف می‌شوند (مک‌کان، ۲۰۰۹). طی پژوهش‌های انجام شده روی بیماران مختلف از جمله بیماران وسواسی - جبری، نقص در عواملی که مبتنی بر هیجانات از جمله حساسیت اضطرابی، به عنوان یکی از مشکلات عمده آن‌ها گزارش شده است (نارانیاسوامی و همکاران، ۲۰۱۷)؛ ظهیرالدین و همکاران، (۱۳۹۲). مطالعات از ارتباط بین خرده مقیاس نگرانی‌های شناختی حساسیت اضطرابی و نشانه‌های وسواسی حمایت کرده‌اند (بازول و همکاران، ۲۰۱۳). مطالعات نشان می‌دهد که بین خرده مقیاس‌های حساسیت اضطرابی و ابعاد مختلف نشانه‌های وسواسی ارتباط معناداری وجود دارد (راینسون و فریستون، ۲۰۱۴). به این معنا که هرچه سطح حساسیت اضطرابی بالاتر باشد، شدت نشانه‌های وسواسی در گروه‌های بالینی و غیر بالینی بیشتر است (لاپوسا و همکاران، ۲۰۱۵).

یکی از اساسی‌ترین مفاهیم در افراد مبتلا به وسواس جبری، وسواس‌ها و اجبارهایی هستند که پریشانی را کاهش می‌دهند و این برانگیختگی‌های هیجانی را معمولاً به عنوان ترس یا اضطراب می‌شناسیم (بلاکی و همکاران، ۲۰۱۷) که گاهی به صورت احساس گناه مشاهده می‌شود (ملی، کارارسی، پولی، مارازیتی، و پینتو، ۲۰۱۷). افراد دارای نشانگان اختلال وسواس جبری، با احساس انزجار

1. Obsessive compulsive disorder

توسط مطالعات تصویربرداری عصبی بیانگر تفاوت‌های قابل توجهی بین افراد دارای نشانگان وسواسی - جبری و نمونه‌های غیر بالینی است که بیانگر وجود فعالیت زیاد در قشر جلوی پیشانی، قشر کمربندی قدامی و هسته دمی است که این مساله به عنوان مدل کورتیکو-استریاتو-تالامو-قشر نورویبولوژی فرض شده است (هازاری و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین یافته‌های تصویربرداری مغزی از کودکان و نوجوانان، گویای تغییرات عصب روانشناختی مرتبط با تحول در طول سن در اختلال وسواسی - جبری است (بوئدهو و همکاران، ۲۰۱۹). در واقع برخی شواهد موجود به درگیری عصبی غیرطبیعی در وسواس جبری اشاره می‌کند که با علائم نرم عصبی بزرگتر مشخص می‌شود (جعفری و همکاران، ۲۰۱۳). در همین راستا موکای و همکاران (۲۰۱۷) با ارزیابی تغییرات همودینامیک در طول تست عصب روانی با استفاده از طیف سنجی مادون قرمز نزدیک در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - جبری، دریافتند که همبستگی منفی بین فعالیت‌های قشر^۱ DLPFC با شدت علائم وسواسی - جبری وجود دارد. اما در پژوهشی متفاوت، کازونگیل و همکاران (۲۰۱۷) دریافتند که تفاوتی بین بیماران اسکیزوفرن با نشانگان وسواسی - جبری و اسکیزوفرن‌های بدون نشانگان وسواس، از نظر مشخصات عصبی روانی وجود ندارد. چالش موجود در خصوص این پژوهش این است که آیا افراد مبتلا به اختلال وسواس جبری دارای ساختار مشخصی از ابعاد شناختی، هیجانی، رفتاری و عصب شناختی می‌باشند که بتواند به درمانگران در خصوص تدوین یک زمینه درمانی مشخص جامع بر پایه همه جانبه نگری کمک کند. بر این اساس هدف اصلی این پژوهش، بررسی نیم رخ عصب شناختی در افراد دارای نشانگان وسواس جبری و مفهوم سازی اختلال بر اساس شاخص‌های عصبی، شناختی (سوگیری شناختی،

نسبت به تشدید علائم همراه هستند که این مورد در حساسیت‌های مربوط به آلودگی بیشتر خود را نشان می‌دهد (ویتون و همکاران، ۲۰۲۱). در همین راستا پیرخانی و همکاران (۱۳۹۵) دریافتند که بین افراد وسواسی، افراد دارای افسردگی و افراد دارای علائم اضطراب فراگیر از نظر ثبات ادراکی تفاوت معناداری وجود ندارد. اما از نظر حافظه دیداری بین بیماران وسواسی با دو گروه دیگر تفاوت معناداری وجود دارد. از طرفی دیگر اسنادهای ناکارآمد و هیجانات سرکوب شده در اعضای خانواده بیماران وسواسی در مقایسه با افراد عادی به میزان معناداری بیشتر است و این اسنادها به شکل نسبت دادن مشکلات به عوامل غیرقابل کنترل خود را نشان می‌دهد (رنشاو و همکاران، ۲۰۱۷). نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهند هرچه حساسیت اضطرابی در اعضای خانواده و مراقبان بیمار بیشتر باشد، آن‌ها به احتمال بیشتری درگیر نشانه‌های وسواسی عضو بیمار خانواده می‌شوند و نشانه‌های او را تقویت می‌کنند (کاسنتینو، ۲۰۱۵). مشخص شده است که وجود مشکل در هیجانات، در مفاهیمی مانند استرس، مقابله شناختی، دلبستگی و نظریات مطرح شده در رابطه با هیجان نمود دارد (گراس، ۲۰۰۷). بر این اساس با توجه به نقش مؤلفه‌های مهم نظام شناختی-هیجانی (کاراگوزل و همکاران، ۲۰۱۹)، می‌توان گفت، عدم تحمل بلا تکلیفی و حساسیت اضطرابی در اختلالات روانی مبتنی بر اضطراب، دو عامل اساسی و دارای اثر متقابل نسبت به هم می‌باشند و این تعامل در شدت گرفتن نشانگان وسواسی - جبری نقش بسزایی دارد (نور و همکاران، ۲۰۱۳).

علاوه بر شاخص‌های شناختی، هیجانی و رفتاری، سازه‌های عصب شناختی ماهیت قالبی علائم وسواس جبری در خصوص مزمن بودن و شیوع آن نقش ویژگی‌های عصب روانشناختی را برجسته می‌سازد (خسروی و همکاران، ۱۳۹۴). پژوهش‌های انجام شده

1. dorsolateral prefrontal cortex

کارکردهای اجرایی)، رفتاری و هیجانی (عدم تحمل بلا تکلیفی و حساسیت اضطرابی) می‌باشد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر به لحاظ روش توصیفی از نوع همبستگی بود که در آن از معادلات ساختاری استفاده شده است. جامعه آماری متشکل از تمامی افراد مبتلا به نشانگان وسواس جبری در شش ماهه دوم سال ۱۴۰۰ در شهر مشهد بود. با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری هدفمند، در مطالعه اول در گام نخست ۱۵۰ فرد که از طریق فراخوان پژوهش، با فرایند پژوهش آشنا شده بودند، مورد بررسی و غربالگری اولیه قرار گرفتند و در نهایت ۸۰ نفر به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند. یکی از دلایل انتخاب این حجم نمونه این هست که برای پژوهش‌های مدل‌یابی تعداد ۱۰ نفر برای هر متغیر، کفایت خوبی از نظر حجم نمونه ایجاد می‌کند (میلر و کانس، ۱۹۷۰؛ نقل از هومن، ۱۳۹۵). از اعضای نمونه دعوت به عمل آمد تا در یکی از مراکز مشاوره که دارای سهولت بیشتری در دسترسی اعضا می‌باشد، به منظور اجرای پرسشنامه‌ها حضور پیدا کنند. ابتدا فرم رضایت آگاهانه به رویت و تأیید فرد داوطلب حضور در پژوهش رسید. برای افرادی که به هر دلیل توان اجرای پرسشنامه را نداشتند، تکمیل پرسشنامه توسط خود پژوهشگر انجام شد. با توجه به شرایط موجود و عدم امکان انجام یکباره پرسشنامه‌ها، این فرایند در ۴ الی ۵ روز متوالی انجام شد. ملاحظات اخلاقی شامل هماهنگی و کسب اجازه برای ورود به محیط، توضیح هدف تحقیق و روش تکمیل پرسشنامه‌ها و حق مشارکت کنندگان برای شرکت در مطالعه یا امتناع آن‌ها، دادن اطمینان به مشارکت کنندگان در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات فردی و کسب رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش رعایت گردید. معیارهای ورود شمول به پژوهش عبارت بودند از دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال وسواسی - جبری بر اساس DSM-5، دارا بودن میانگین سن بین ۲۸ تا ۵۵ سال، عدم وجود مشکلات هوشی در فرد آسیب دیده، تحصیلات حداقل دیپلم، عدم سوء

مصرف مواد. ملاک‌های خروج نیز شامل این موارد بودند: تشخیص اختلال روانی که در روند پژوهش تأثیر گذار باشن مانند اختلال دو قطبی و اسکیزوفرنی (این ملاک از طریق مصاحبه بالینی انجام شد)، عدم تمایل به حضور در پژوهش در هر مرحله از روند پژوهش.

ابزار پژوهش

۱. **آزمون سناریوهای مبهم:** این آزمون، توسط برنا و همکاران (۲۰۱۱) جهت سنجش سوگیری تفسیری در افراد افسرده، ساخته شد. این مقیاس دارای ۲۴ سناریوی مبهم است. در این پرسشنامه، از شرکت کنندگان خواسته می‌شود، هر یک از سناریوها را بخوانند و تصویرسازی ذهنی کنند؛ یعنی تصور کنند، آن سناریوها برای خودشان اتفاق افتاده است. بعد از تصویرسازی ذهنی، آن‌ها باید میزان خوشایندی هر سناریو را بر اساس مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت، از ۱ (خیلی ناخوشایند) تا ۹ (خیلی خوشایند) درجه‌بندی کنند. نمره بالاتر خوشایندی، نشانگر سوگیری تفسیری مثبت و نمره پایین‌تر نشان دهنده سوگیری تفسیری منفی است. در پژوهش برنا و همکاران (۲۰۱۱)، آلفای کرونباخ این آزمون ۰/۸۲ بدست آمد که نشانگر همسانی درونی خوب این آزمون است. در ایران نیز نیکبخت و همکاران (۱۳۹۶)، پایایی این ابزار را در نمونه دانشجویان، ۰/۷۸ بدست آوردند.

۲. **مقیاس وسواسی - جبری یل براون:** این مقیاس در سال ۱۹۸۹ توسط گودمن و همکاران تهیه و تدوین شده است. این مقیاس دارای ۱۰ ماده است که هر ماده از ۰ تا ۴ درجه بندی می‌شود. داده‌های مربوط به پایایی این مقیاس نشان می‌دهد که ضریب پایایی ارزیابان مختلف در ۴۰ بیمار ۰/۹۸ و ضریب همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بوده است. ضریب همبستگی این مقیاس با پرسشنامه تجدید نظر شده وسواسی - جبری ۰/۴۵ و با مقیاس باورهای براون ۰/۳۴ گزارش شده که بیانگر روایی خوب و بالای این مقیاس است. در ایران ضریب پایایی این مقیاس از طریق آزمون - بازآزمون و اجرای مجدد

بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰) نشان داده است. اعتبار بازآزمایی بعد از ۲ هفته ۰/۷۵ و به مدت سه سال ۰/۷۱ بوده است که نشان می‌دهد ASIR یک سازه‌ی شخصیتی پایدار است (ریس، پترسون، گارسکی و مکنالی، ۱۹۸۶). اعتبار آن در نمونه ایرانی بر اساس سه روش همسانی درونی، بازآزمایی و تنصیفی محاسبه شد که برای کل مقیاس به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۹۵/۹۳ و ۰/۹۷ به دست آمد. روایی بر اساس سه روش روایی همزمان، همبستگی خرده مقیاس‌ها با مقیاس کل و با یکدیگر و تحلیل عوامل محاسبه شد. روایی همزمان از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه (sci90) انجام شد که ضریب همبستگی ۰/۵۶ حاصل آن بود. ضرایب همبستگی با نمره کل در حد رضایتبخش و بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ متغیر بود (مرادیمنش، میرجعفری، گودرزی، و محمدی، ۱۳۸۶).

۵. آزمون دسته بندی کارت‌های ویسکانسین: این آزمون به کوشش گرانت و برگدر سال ۱۹۴۸ تدوین و برای رفتار انتزاعی، تغییر مجموعه و عملکردهای اجرایی تهیه گردید. آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین یکی از شناخته شده‌ترین آزمون‌های عصب روانشناختی است که کارکردهای لوب پیش‌پیشانی چون استدلال انتزاعی، انعطاف‌پذیری شناختی، درجاماندگی، حل مسأله، تشکیل مفاهیم، تغییر آمایه، تولدایی آزمون فرضیه و استفاده از بازخورد خطاها، راهبرد شروع و توقف عمل و نگهداری توجه را می‌سنجد. این آزمون به عنوان یکی از حساس‌ترین آزمونهای مربوط به قشر جلوی پیشانی و پشتی جانبی در نظر گرفته می‌شود. لزاک (۱۹۹۵) میزان روایی این آزمون را برای سنجش نقایص شناختی به دنبال آسیب‌های مغزی بالای ۰/۸۶ ذکر کرده است. پایایی این آزمون نیز بر اساس ضریب توافق ارزیابی کنندگان در مطالعه اسپرین و استراوس (۱۹۹۱) معادل ۰/۸۳ گزارش گردیده است. نادری (۱۳۷۳) این آزمون را در جمعیت ایران با روش بازآزمایی ۰/۸۵ ذکر کرده است.

۶. آزمون رنگ-واژه استروپ: به منظور اندازه‌گیری بازداری پاسخ در این پژوهش از آزمون رایانه‌ای استروپ

پس از دو هفته، ۰/۸۴ گزارش شد و روایی محتوایی این آزمون با نظر متخصصان تأیید گردید.

۳. مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی: این مقیاس توسط فریستون و همکاران در سال ۱۹۹۴ طراحی شده است. این آزمون ۲۷ سؤال دارد که مربوط به غیرقابل قبول بودن بلا تکلیفی و ابهام است و معمولاً منجر به ناکامی، استرس و ناتوانی برای انجام عمل می‌شوند. این آزمون با یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای (هرگز، بندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه) پاسخ داده می‌شود و هر یک از گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ نمره می‌گیرند. در نسخه اولیه به زبان فرانسوی همسانی درونی (۰/۹۱) و ضریب پایایی بازآزمایی نسبتاً خوبی با فاصله ۴ هفته (۰/۷۸) به دست آمده است. ضریب اعتبار این آزمون معنادار و رضایتبخش گزارش شده است (فریستون، ۱۹۹۴). مقیاس بلا تکلیفی در سال ۲۰۰۲ توسط باهر و دوگاس مجدداً اعتباریابی شد. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از ۵ هفته) این مقیاس به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۷۴ گزارش شده است. ضریب همبستگی این مقیاس با پرسشنامه اضطراب بک ($r=0/59$) معنادار به دست آمده است (باهر و دوگاس، ۲۰۰۴).

۴. مقیاس حساسیت اضطرابی: این مقیاس یک پرسشنامه خودگزارش دهی می‌باشد که دارای ۱۶ گویه به صورت مقیاس پنج درجه ای لیکرت (خیلی کم=۰ تا خیلی زیاد=۴) است. هر گویه این عقیده که احساسات اضطرابی به صورت ناخوشایند تجربه می‌شوند و توان منتهی شدن به پیامد آسیب زا دارند، را منعکس می‌کند. درجه تجربه ترس از نشانه‌های اضطرابی با نمرات بالاتر مشخص می‌شود. دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۴ می‌باشد (فلوید، گارفیلد و مارکز، ۲۰۰۵). ساختار این پرسشنامه از سه عامل؛ ترس از نگرانی‌های بدنی (۸ گویه)، ترس از عدم کنترل شناختی (۴ گویه) و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران (۴ گویه) تشکیل شده است (زینبرگ، بارلو و براون، ۱۹۹۷). بررسی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس، ثبات درونی بالای آن را (آلفای

نرم افزارهای SPSS.25 و SmartPLS.3.3.2 انجام گردید.

یافته‌ها

از بین ۸۰ نفر شرکت کننده مبتلا به وسواس جبری، تعداد ۳۴ نفر (۴۲/۵۰ درصد) مرد و ۴۶ نفر (۵۷/۵۰ درصد) زن بودند. در کل نمونه ۱۵ نفر (۱۸/۷۵ درصد) تحصیلات زیر دیپلم، ۴۳ نفر (۵۳/۷۵ درصد) تحصیلات کارشناسی و ۲۲ نفر (۲۷/۵۰ درصد) تحصیلات کارشناسی ارشد یا بالاتر داشتند. در غربالگری داده‌ها، نمودار جعبه‌ای نتایج نشان داد که پرت تک متغیره‌ای وجود ندارد. آماره ماهالانوبیس^۲ نیز نشان داد که پرت چندمتغیره‌ای در داده‌ها وجود ندارد ($P > 0.01$). بررسی مفروضه نرمال بودن با آزمون کالموگروف-اسمیرنوف نشان داد که توزیع متغیرها نرمال نیست ($P < 0.05$). در بررسی عدم همخطی متغیرهای پیش‌بین مدل، شاخص تحمل^۳ بزرگتر از ۰/۴۱ و شاخص تورم واریانس^۴ (VIF) کوچکتر از ۲/۴۶ بود که نشان دهنده عدم همخطی چندگانه میان متغیرهای پیش‌بین بود. آماره دوربین واتسون^۵ برابر با ۲/۱۲ بود که نشان دهنده استقلال خطاها بود. پس از تحقق مفروضات، مدل مفهومی پژوهش با استفاده از نرم افزار Smart PLS ارزیابی شد. شاخص‌ها توصیفی و ضرایب همبستگی متغیرهای پیش‌بین و ملاک در جدول ۱ آورده شده است. نتایج نشان می‌دهد که حساسیت اضطرابی بیشترین و واکنش همخوان کمترین همبستگی را با وسواس جبری دارند (۰/۷۲- در برابر ۰/۳۴-). شاخص‌های شناختی، عصبی و هیجانی همبستگی منفی و شاخص‌های رفتاری همبستگی مثبت و معناداری با وسواس جبری دارند ($P < 0.001$).

استفاده شد. آزمون (رنگ-واژه) استروپ اولین بار در سال ۱۹۳۵ توسط رایدلی استروپ به منظور اندازه‌گیری توجه انتخابی و انعطاف‌پذیری شناختی ساخته شد. آزمون استروپ یکی از مهمترین آزمون‌هایی است که به منظور اندازه‌گیری بازداری پاسخ مورد استفاده پژوهشگران واقع شده است. پایایی این آزمون برای کارتهای اول و دوم ۰/۸۸ و برای کارتهای سوم و چهارم ۰/۸۰ گزارش شده است (دنی و همکاران، ۲۰۰۵؛ به نقل از نریمانی و همکاران، ۱۳۹۱).

۷. پرسشنامه اختلال‌های رفتاری گوگلن: مقیاس اندازه‌گیری نوع اختلال‌های رفتاری توسط میشل گوگلن معرفی شده است. این مقیاس ۴۱ گویه دارد و به فرد اجازه می‌دهد تا بتواند نوع اختلال خود را چه از لحاظ ساخت فیزیکی، چه از نظر ویژگی‌های روانی برآورد کند. در این پرسشنامه ۵ محور برای تشخیص اختلال‌های رفتاری روانی پیش‌بینی شده است که در پژوهش حاضر دو محور ۴ و ۵ مورد بررسی قرار گرفته شده است. اگر ستون IV بیش از ۴ پاسخ مثبت داشته باشد آزمودنی در طبقه روان پریشهای مانیک - دپرسیو قرار می‌گیرد و اگر ستون V بیش از ۱۳ پاسخ مثبت داشته باشد نشان دهنده این است که فرد به سرشت مانیک، در معنای روان پزشکی کلمه، متمایل خواهد شد. روایی محتوایی پرسشنامه توسط اساتید دانشگاه تایید شده است. همچنین پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ ذکر شده است. در گام بعد شرکت کنندگان به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. در انتها به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، به واسطه اکتشافی بودن مدل، کم بودن حجم نمونه و نرمال نبودن توزیع متغیرها، از رویکرد حداقل مربعات جزئی (PLS) استفاده شد. تحلیل‌ها با

4. Variance inflation factor (VIF)
5. Durbin-Watson

1. Partial leatest squares
2. Mahalanobis
3. Tolerance

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و ضرایب همبستگی						
متغیرها	نشانه‌ها	شاخص‌های توصیفی			همبستگی با متغیر ملاک	
		میانگین	انحراف معیار	آماره	سطح معناداری	
شاخص‌های شناختی	واکنش همخوان	۱۱۰۳/۴۸	۵/۶۹	-۰/۳۴	۰/۰۰۱	
	واکنش ناهمخوان	۱۰۲۷/۷۳	۲۰/۱۰	-۰/۴۶	۰/۰۰۱	
	سناریوهای مبهم	۱۳۴/۲۱	۵/۲۴	-۰/۷۱	۰/۰۰۱	
شاخص‌های عصبی	درج‌زدن	۲۳/۹۹	۲/۰۳	-۰/۶۸	۰/۰۰۱	
	تکمیل طبقات	۶/۹۹	۲/۸۱	-۰/۶۰	۰/۰۰۱	
شاخص‌های هیجانی	حساسیت اضطرابی	۲۲/۸۹	۳/۸۹	-۰/۷۲	۰/۰۰۱	
	عدم تحمل بلا تکلیفی	۹۷/۷۵	۵/۵۱	-۰/۵۳	۰/۰۰۱	
شاخص‌های رفتاری	گرایش‌های رفتاری مثبت	۶/۴۸	۳/۴۶	۰/۶۲	۰/۰۰۱	
	گرایش‌های رفتاری تکانشی	۹/۶۹	۳/۲۵	۰/۷۱	۰/۰۰۱	
وسواس جبری		۱۵۳/۸۹	۵/۱۲	-	-	

فورنل و لارکر (۱۹۸۱) ضریب $0/50$ و بزرگتر معیار میانگین واریانس استخراج شده 14 (AVE) را برای روایی همگرایی سازه‌ها توصیه کردند. در بررسی روایی واگرا نیز از روش فورنل و لارکر (۱۹۸۱) استفاده شد. بر اساس این روش جذر میانگین واریانس استخراج شده (AVE) باید از همبستگی نشانگرهای هر سازه بزرگتر باشند. جدول ۲ نشان می‌دهد که تمامی سازه‌ها از پلایایی و روایی همگرایی مناسب برخوردارند. در مورد تمامی سازه‌ها روایی واگرا نیز محقق شده است.

برآورد خطای استاندارد با روش بوت استرپ^۸ و بازتولید مدل با ۵۰۰۰ تکرار انجام شد. برای ارزیابی مدل‌های اندازه‌گیری از پایایی شاخص^۹، روایی همگرا^{۱۰} و روایی واگرا^{۱۱} استفاده شد. بررسی بارهای عاملی^{۱۲} هر نشانگر انعکاسی بر روی سازه متناظر آن نشان دهنده مطلوب بودن پایایی مدل‌های اندازه‌گیری است. ضرایب مناسب برای این شاخص مقادیر $0/40$ و بالاتر را شامل می‌شوند. ضرایب بالاتر از $0/70$ برای آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی^{۱۳} (CR) نشان از همسانی درونی سازه‌ها دارند.

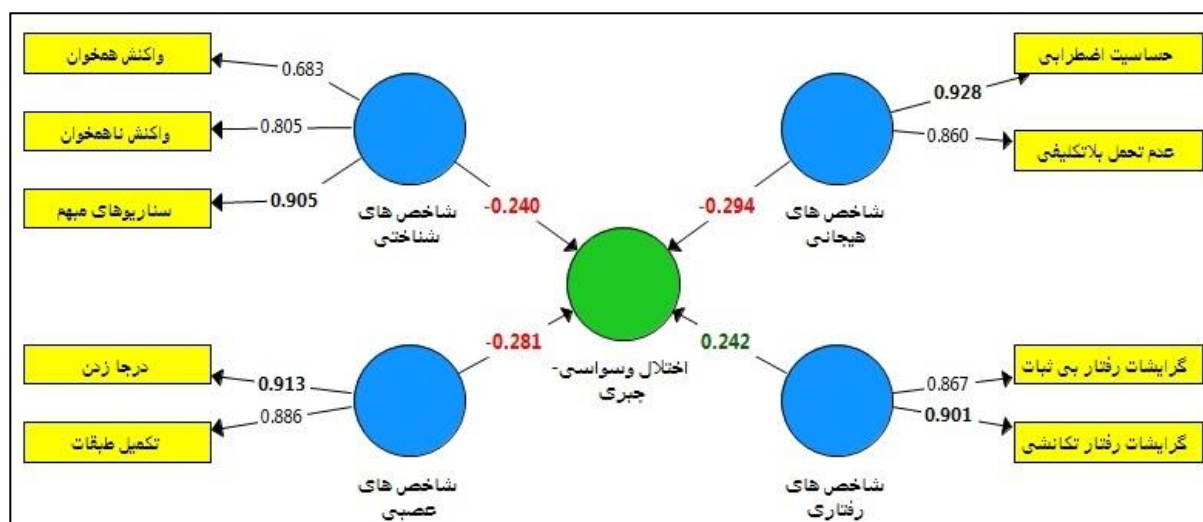
جدول ۲. بررسی پایایی و روایی همگرا و واگرا						
سازه‌ها	روایی		پایایی شاخص			
	واگرا	همگرا	CR	آلفای کرونباخ	AVE	همگرا
۱. شاخص‌های شناختی	۰/۸۰			۰/۷۳	۰/۶۵	
۲. شاخص‌های عصبی	۰/۴۹	۰/۹۰		۰/۷۷	۰/۸۱	
۳. شاخص‌های هیجانی	۰/۴۵	۰/۵۷	۰/۹۰	۰/۷۶	۰/۸۰	
۴. شاخص‌های رفتاری	-۰/۶۸	-۰/۶۱	-۰/۶۰	۰/۷۲	۰/۷۸	۰/۸۸
۵. وسواس جبری	-۰/۶۸	-۰/۷۱	-۰/۷۱	-۰/۷۵	-۰/۷۱	-۰/۷۵

12 Factor Loadings
13 Composite Reliability (CR)
14 Average Variance Extracted (AVE)

8 Bootstrapping
9 Item Reliability
10 Convergent Validity
11 Divergent Validity

شاخص‌های عصبی نیز در جازدن بار عاملی بالاتری دارد. در مدل اندازه‌گیری شاخص‌های هیجانی، حساسیت اضطرابی و در مدل اندازه‌گیری شاخص‌های رفتاری، گرایش‌های رفتار تکانشی از بار عاملی بالاتری برخوردارند.

ضرایب t برای بارهای عاملی مندرج در شکل ۱ نیز بزرگتر از ۱/۹۶ و معنادار بودند ($P < ۰/۰۱$). ضرایب استاندارد شده در مدل‌های اندازه‌گیری نشان‌دهنده آن است که در مدل اندازه‌گیری شاخص‌های شناختی، سناریوهای مبهم بالاترین بار عاملی را داراست. در مدل اندازه‌گیری



شکل ۱. نمودار مسیر و ضرایب استاندارد شده مدل پیش‌بینی وسواس جبری

هیجانی دارای بیشترین ضریب مسیر بر روی وسواس جبری هستند ($\beta = -۰/۲۹$). سایر نتایج نشان می‌دهد که شاخص‌های شناختی، عصبی و هیجانی دارای ضریب مسیر منفی و شاخص‌های رفتاری دارای ضریب مسیر مثبت و معنادار بر روی وسواس جبری هستند ($P < ۰/۰۱$). جهت بررسی اهمیت هر سازه و هر نشانگر در تعیین اختلال وسواس جبری از تحلیل نقشه اهمیت-عملکرد^۲ (IPMA) استفاده شد. می‌توان بر اساس این تحلیل سازه‌هایی را که دارای اهمیت بالا و عملکرد پایین هستند شناسایی نمود تا بتوان مداخلاتی جهت بهبود در آنها ارائه کرد. نتایج در جدول ۳ آورده شده است.

در ادامه جهت برازش بخش ساختاری مدل به بررسی مقادیر ضریب تبیین (R^2) و معیار تناسب پیش‌بین^۱ (Q^2) پرداخته شد. مقادیر ضریب تبیین (R^2) ۰/۱۹، ۰/۳۳ و ۰/۶۷ به ترتیب ملاک ضعیف، متوسط و قوی برای این شاخص به شمار می‌روند. سه مقدار ۰/۰۲، ۰/۱۵ و ۰/۳۵ برای معیار تناسب پیش‌بین (Q^2) نشان از قدرت ضعیف، متوسط و قوی دارند (هیر و همکاران، ۲۰۱۹). نتایج نشان داد که ضریب تبیین برابر با $R^2 = ۰/۷۵$ ضریب تبیین اصلاح شده برابر با $R^2_{adjusted} = ۰/۷۴$ و معیار تناسب پیش‌بین برابر با $Q^2 = ۰/۷۱$ است. این مقادیر نشان از برازش قوی مدل دارد. ضرایب استاندارد شده ساختاری در شکل ۱ نشان می‌دهند که شاخص‌های

جدول ۳. نقشه اهمیت-عملکرد

سازه‌ها	نشانگرها	ساز	نشانگر
		عملکرد	اهمیت
		رتبه ضریب	رتبه ضریب
		رتبه ضریب	رتبه ضریب

2. Importance-Performanc Map Analysis (IPMA)

1 Predictive relevance

شاخص‌های شناختی	واکنش همخوان	۰/۲۰۲	چهارم	۴۳/۹۰۹	سوم	۰/۰۶۰	نهم	۴۳/۴۴۰	هفتم
	واکنش ناهمخوان					۰/۰۷۳	هشتم	۴۵/۲۱۱	پنجم
	سناریوهای مبهم					۰/۱۱۲	ششم	۴۶/۵۹۵	دوم
شاخص‌های عصبی	درج‌زدن تکمیل طبقات	۰/۲۳۵	سوم	۴۳/۴۸۰	چهارم	۰/۱۵۶	سوم	۴۳/۹۲۳	ششم
						۰/۱۱۱	هفتم	۱۲/۴۰۰	نهم
شاخص‌های هیجانی	حساسیت اضطرابی	۰/۳۰۰	اول	۴۴/۳۴۳	دوم	۰/۱۹۱	اول	۳۲/۵۰۰	هشتم
	عدم تحمل بلا تکلیفی					۰/۱۴۵	پنجم	۴۵/۴۸۵	چهارم
شاخص‌های رفتاری	گرایش‌های رفتاری ثبات	۰/۲۹۶	دوم	۴۸/۹۶۹	اول	۰/۱۵۵	چهارم	۴۵/۶۲۵	سوم
	گرایش‌های رفتار تکانشی					۰/۱۷۹	دوم	۵۱/۷۰۵	اول

همکاران، ۲۰۱۹؛ علیلو و همکاران، ۲۰۱۸ و گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۸) می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت اختلال وسواسی-جبری، اختلالی چندوجهی و ناتوان کننده است و عوامل شناختی مختلفی در سبب شناسی و تداوم آن دخیل هستند. حساسیت اضطرابی یکی از عوامل مطرح شده در این حوزه است که می‌تواند به درک هرچه بیشتر نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری و همچنین بهبود مدل‌های تبیینی و فرایندهای درمانی کمک کند. مشخص شده است که بیماران OCD به جای استفاده از استراتژی‌های ارزیابی مجدد سودمندتر، اغلب احساسات خود را سرکوب می‌کنند (پازبیچی و پازبیچی، ۲۰۱۹). استفاده مداوم از سرکوب اثرات معکوس دارد که منجر به ناراحتی بیشتر و افکار مزاحم می‌شود (ویب و همکاران، ۲۰۱۲). از آنجا که ارزیابی مجدد شناختی شامل تغییر تجربه اولیه محرک‌های عاطفی است، دو راهبرد اصلی معمولاً برای ارزیابی مجدد شناختی وجود دارد که شامل تفسیر مجدد محرک برای دستیابی به مفهوم خوشایندتر و فاصله گرفتن و تجسم محرک از منظر یک ناظر غیر مرتبط یا یک موقعیت غیر واقعی می‌شود.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در میان سازه‌ها، شاخص‌های هیجانی، عصبی، شناختی و رفتاری به ترتیب دارای بیشترین اولویت مداخله هستند. میزان اهمیت شاخص‌های هیجانی بیشتر از سایر شاخص‌هاست. اما تمامی شاخص‌ها از عملکرد پایین‌تر از متوسط برخوردارند. بر این اساس نیازمند مداخله هستند. سایر نتایج در خصوص نشانگرها گویای آن است که حساسیت اضطرابی دارای بیشترین اهمیت است و عملکرد آن پایین است. پس از آن درجا زدن و گرایش‌های رفتاری بی‌ثبات، عدم تحمل بلا تکلیفی، تکمیل طبقات، واکنش ناهمخوان، واکنش همخوان و در نهایت سناریوهای مبهم و گرایش‌های رفتاری تکانشی قرار دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، مطالعه ابعاد شناختی، هیجانی، عصبی و رفتاری در بروز نشانگان اختلال وسواسی-جبری می‌باشد. یافته‌های بدست آمده از تحلیل داده‌ها نشان داد که سازه‌های مورد ارزیابی در مدل چند بعدی، دارای مسیرهای معناداری در تبیین اختلال وسواسی-جبری بوده‌اند. یافته‌های همسو با این نتایج، شامل پژوهش‌های انجام شده توسط (پاگلیاچیو و همکاران، ۲۰۲۱؛ پیکوپرز و همکاران، ۲۰۲۰؛ بورین و همکاران، ۲۰۲۰؛ پزول و

شواهد موجود مبنی بر ارتباط حساسیت اضطرابی و اختلال وسواسی-جبری، به نظر می‌رسد درمان‌هایی که این سازه شناختی را هدف قرار می‌دهند، بتوانند بر کاهش نشانه‌های وسواسی - جبری اثر بگذارند. بازول و همکاران در مطالعه خود به بررسی اثر درمان فرا تشخیصی در کاهش حساسیت اضطرابی و نشانه‌های اضطرابی پرداختند.

از طرف دیگر شاخص‌های عصبی نیز تبیین‌کننده‌های معناداری برای اختلال وسواسی-جبری بودند. در تبیین این یافته نیز می‌توان گفت همانطور که اشاره به پریشانی‌های مربوط به نگرش‌ها در خصوص افکار وسواسی شده است، در وسواس جبری به خصوص در نوع وسواس پاکیزگی، پریشانی زیاد همراه با فعال شدن در قشر پیش پیشانی، قشر ارتباط بینایی و ناحیه حسی جسمی اولیه بود که درگیر شدن این نواحی در هنگام تحریک علائم، بیانگر پردازش‌های ناکارآمد هیجانی می‌باشد (مایا و همکاران، ۲۰۰۸). بنابراین افراد دارای اختلال وسواس جبری، به لحاظ شاخصه‌های شناختی و هیجانی و عصب روانشناختی دارای تفاوت‌های معناداری با افراد عادی هستند که می‌توان نیمرخ فرض شده توسط پژوهشگر را در مورد این بیماران کاربردی دانست. در همین راستا پژوهش‌های انجام شده در زمینه کاهش و نقص توجه در بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری، ضمن تأیید این مشکل، تأکید دارند که افراد مبتلا به این اختلال به دلیل نقص‌های شناختی و ناکارآمدی در پردازش اطلاعات دچار هستند که نقص در کنترل رفتاری نیز از جمله آن‌هاست. در تبیین مشکل در کنترل رفتاری در افراد مبتلا به وسواس، می‌توان گفت مطابق با نظریه رفتاری، با توجه به اینکه اختلال وسواس جبری نوعی پاسخ به محرک‌های تحریک‌کننده افکار وسواسی به شمار می‌رود، تعادل موجود در سیستم توجهی هدف مدار و سیستم توجهی محرک از بین می‌رود و در نتیجه به دلیل ایجاد نقص در کنترل رفتاری، عملکرد فرد بیمار، در انجام تکالیف رفتاری دچار نقص می‌شود (دن کیودن و همکاران، ۲۰۲۰). از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بودن در تعمیم نتایج به دلیل انتخاب نمونه پژوهش از شهر مشهد و تعداد زیاد ابزارهای پژوهش اشاره

از سوی دیگر مشخص شد که شاخص‌های هیجانی نیز در تبیین اختلال وسواسی-جبری نقش معناداری داشته‌اند و این شاخص‌ها پیش‌بین‌های قوی‌تری نسبت به سایر شاخص‌ها بوده‌اند. در تبیین این یافته می‌توان گفت حساسیت اضطرابی یک سبک هیجانی است که ترس شدید از علائم اضطرابی را شامل می‌شود (تیلور، ۲۰۱۴). افرادی که به علائم اضطرابی بسیار حساس هستند، باور دارند علائم اضطرابی، پیامدهای خطرناک یا فاجعه‌آمیزی مانند بیماری‌های جسمانی و روانی، از دست دادن کنترل و خجلت زدگی را به دنبال دارند؛ این افراد از نظر تعداد دفعات تجربه علائم اضطرابی و ترس از این علائم با یکدیگر متفاوت هستند (رایس و همکاران، ۱۹۸۶). نتایج حاصل از تحلیل‌های عاملی نشان می‌دهد که حساسیت اضطرابی سازه‌ای سلسله‌مراتبی و چندوجهی است که شامل عامل‌های سطح بالا (حساسیت اضطرابی کلی) و عامل‌های سطح پایین شامل ترس از حس‌های بدنی، ترس از دست دادن کنترل شناختی و ترس از نشانه‌های اجتماعی قابل مشاهده است (کریمخانی و کوچک خوشنویس، ۱۴۰۰). یافته‌های بدست آمده نشان می‌دهند که هرچه سطح حساسیت اضطرابی بالاتر باشد، شدت نشانه‌های وسواسی در گروه‌های بالینی و غیر بالینی بیشتر است (لاپوسا و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهند هرچه حساسیت اضطرابی در اعضای خانواده و مراقبان بیمار بیشتر باشد، آن‌ها به احتمال بیشتری درگیر نشانه‌های وسواسی عضو بیمار خانواده می‌شوند و نشانه‌های او را تقویت می‌کنند (کاسنتینو، ۲۰۱۵). در نهایت با توجه به مطالعات مطرح شده می‌توان گفت، سازه حساسیت اضطرابی نقش قابل توجهی در سبب‌شناسی و درمان اختلال وسواسی-جبری دارد و بالینگران باید به این سازگاری هیجانی و اثرات چندوجهی آن در کار با بیماران وسواسی توجه کنند. با وجود آنکه به نظر می‌رسد بررسی اختلال وسواسی-جبری به عنوان یک ساختار چندبعدی به درک دقیق‌تر ارتباط حساسیت اضطرابی با این اختلال کمک کند، مطالعات بسیار کمی به بررسی این موضوع پرداخته‌اند. بدین منظور، درمان‌های روانشناختی متعددی برای اختلال وسواسی-جبری پیشنهاد شده است. با توجه به

روان‌سجی شاخص تجدید نظر شده حساسیت اضطرابی. *روان‌شناسی*، ۴۴(۴): ۴۲۶-۴۴۴.

نادری، ناهید. (۱۳۷۵). *بررسی پردازش اطلاعات و برخی از عملکردهای نوروسیکولوژی مبتلایان به اختلال وسواس فکری عملی*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

نریمانی، محمد؛ پوراسمعی، اصغر؛ عندلیب کورایم، مرتضی؛ آقاجانی، سیفا... (۱۳۹۱). مقایسه عملکرد استروپ در دانش آموزان دارای اختلال یادگیری با دانش آموزان عادی. *ناتوانی‌های یادگیری*، ۲(۱)، ۱۳۸-۱۵۷.

نیک بخت، علی؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ مهربانی، حسینعلی. (۲۰۱۸). مقایسه اثربخشی اصلاح سوگیری شناختی تفسیری مثبت، اصلاح سوگیری شناختی مبتنی بر خود-زایی و آموزش شناختی-رفتاری کامپیوتری بر افسردگی. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۸(۲۹)، ۴۵-۶۷.

Abramovitch, A., Abramowitz, J. S., & Mittelman, A. (2013). The neuropsychology of adult obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev [Internet]*, 33(8):1163-71.

American Psychiatric Association: DSM-V Development. (2016). Retrieved on August 22, from: <http://www.dsm5.org/pages/default.aspx>.

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & et al. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. New York: Oxford University Press.

Berna, C., Lang, T. J., Goodwin, G. M., & Holmes, E. A. (2011). Developing a measure of interpretation bias for depressed mood: An ambiguous scenarios test. *Personality and Individual Differences*, 51(3), 349-354.

Blakey, S. M., Abramowitz, J. S., Reuman, L., Leonard, R. C., & Riemann, B. C. (2017). Anxiety sensitivity as a predictor of outcome in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 57, 113-117.

Boedhoe, P. S., Heymans, M. W., Schmaal, L., Abe, Y., Alonso, P., Ameis, S. H.,... & Twisk, J. W. (2019). An empirical comparison of Meta- and mega-analysis with data from the ENIGMA obsessive-compulsive disorder working group. *Frontiers in neuroinformatics*, 12, 102.

Boswell, J. F., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray, H. W., Fortune, M. R., & Barlow, D. H. (2013). Anxiety sensitivity and interoceptive

داشت. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران علاقمند به حوزه اختلال وسواس جبری، به بررسی این نیمرخ در بیماران که اختلال‌های همبود با وسواس فکری عملی دارند، بپردازند.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نمایند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

ایزدی، راضیه؛ عابدی، محمدرضا؛ معین، سارا. (۱۳۹۱). بررسی ساختار عاملی، پایایی و اعتبار نسخه فارسی پرسشنامه وسواسی جبری و نکوور. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی (اندیشه و رفتار)*، ۷(۲۶)، ۵۷-۶۶.

پیرخائفی، علیرضا؛ تابع بردبار، فریبا؛ آبخاری، لیلا. (۱۳۹۵). مقایسه و بررسی نیمرخ عصب روانشناختی و تنظیم شناختی هیجان در مبتلایان به وسواس فکری- عملی و اضطراب فراگیر. *روان‌شناسی بالینی*، ۸(۴)، ۱۱-۲۱.

خسروی، زهره؛ پاست، نگین؛ و مهری نژاد، سیدابوالقاسم. (۱۳۹۴). مقایسه نیمرخ عصب - روان شناختی بیماران مبتلابه اختلال شخصیت وسواسی و اختلال وسواس فکری- جبری با جمعیت سالم. *مطالعات روانشناسی بالینی*، ۵(۲۰)، ۱۰۷-۱۳۲.

ظهورالدین، علیرضا؛ آگاهی، زینب؛ برجعلی، احمد، راجزی، سپیده. (۱۳۹۳). مقایسه راهبردهای تنظیم هیجانی در افراد مبتلا به اختلال وسواس- اجبار و سوءمصرف‌کنندگان مواد. *مجله بولتن پژوهش در علوم پزشکی*، ۱۹(۱)، ۱۸-۲۴.

کریمخانی، شیوا، کوچک خوشنویس، هدیه. (۱۴۰۰). تأثیر آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی بر شفقت ورزی به خود و تنظیم هیجان دختران چاق. *دوفصلنامه مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان*، ۲(۲): ۱-۱۰.

مرادی‌منش، فردین؛ میرجعفری، سیداحمد؛ گودرزی، محمدعلی؛ محمدی، نوراله. (۱۳۸۶). بررسی ویژگی‌های

- Hazari, N., Narayanaswamy, J. C., & Venkatasubramanian, G. (2019). Neuroimaging findings in obsessive-compulsive disorder: A narrative review to elucidate neurobiological underpinnings. *Indian journal of psychiatry*, 61(Suppl 1), S9.
- Hezel, D. M., & McNally, R. J. (2016). A theoretical review of cognitive biases and deficits in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychology*, 121, 221-232.
- Karagüzel, E. Ö., Arslan, F. C., Uysal, E. K., Demir, S., Aykut, D. S., Tat, M., & Karahan, S. C. (2019). Blood levels of interleukin-1 beta, interleukin-6 and tumor necrosis factor-alpha and cognitive functions in patients with obsessive compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 89, 61-66.
- Kazhungil, F., Kumar, K. J., Viswanath, B., Shankar, R. G., Kandavel, T., Math, S. B., & Reddy, Y. C. J. (2017). Neuropsychological profile of schizophrenia with and without obsessive compulsive disorder. *Asian journal of psychiatry*, 29, 30-34.
- Laposa, J. M., Collimore, K. C., Hawley, L. L., & Rector, N. A. (2015). Distress tolerance in OCD and anxiety disorders, and its relationship with anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty. *J Anxiety Disord*, 33, 8-14.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Loring, D. W., & Fischer, J. S. (2004). *Neuropsychological assessment*. Oxford University Press, USA.
- Mahmood Alilou, M., Bakhshipour Roudsari, A., & Nasiri, M. (2018). Structural Relationships between Behavioral Brain Systems, Disgust Sensitivity, and Obsessive-Compulsive Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 23(4), 466-479.
- McCann, J. T. (2009). Obsessive-compulsive and negativistic personality disorders. *Oxford text book of psychopathology*, 671-691.
- Melli, G., Carraresi, C., Poli, A., Marazziti, D., & Pinto, A. (2017). The role of guilt sensitivity in OCD symptom dimensions. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(5), 1079-1089.
- Morein-Zamir, S., Pappmeyer, M., Pertusa, A., Chamberlain, S. R., Fineberg, N. A., Sahakian, B. J.,... & Robbins, T. W. (2014). The profile of executive function in OCD hoarders and hoarding disorder. *Psychiatry research*, 215(3), 659-667.
- Mukai, K., Matsuura, N., Nakajima, A., Yanagisawa, Y., Yoshida, Y., Maebayashi, K., & Matsunaga, H. (2017). Evaluations of hemodynamic changes during neuropsychological test batteries using near-exposure: a transdiagnostic construct and change strategy. *Behav Ther*, 44(3), 417-431
- Bruin, W. B., Taylor, L., Thomas, R. M., Shock, J. P., Zhutovsky, P., Abe, Y., & van Wingen, G. A. (2020). Structural neuroimaging biomarkers for obsessive-compulsive disorder in the ENIGMA-OCD consortium: medication matters. *Translational psychiatry*, 10(1), 1-12.
- Ckark, D. A. (2015). *Cognitive- Behavioral Therapy for OCD*. New York, NY 10012. The Guilford Press. 3- 23.
- Cusack, S. E., Cash, T. V., & Vrana, S. R. (2018). An examination of the relationship between misophonia, anxiety sensitivity, and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 18, 67-72.
- Dams, G. M., Calamari, J. E., Rector, N. A., & Riemann, B. C. (2020). Identification of belief-based subtypes in obsessive-compulsive disorder using latent profile analysis. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 26, 100555.
- Ekman, E., & Hiltunen, A. J. (2018). The cognitive profile of persons with obsessive compulsive disorder with and without autism spectrum disorder. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 14, 304.
- Ferguson, K. L., & Rodway, M. R. (1994). Cognitive behavioral treatment of perfectionism: Initial evaluation studies. *Research on Social Work Practice*, 4(3), 283-308
- Floyd, M., Garfield, A., & Marcus, T. (2005). *Anxiety sensitivity and worry*. Personality and Individual Differences, 38, 1223-1229.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981) Structural equation models with unobservable variables and measurement error: Algebra and statistics. *Journal of Marketing Research*, 18(1): 39-50.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and individual differences*, 17(6), 791-802.
- Gilbert, A. R., Mataix-Cols, D., Almeida, J. R., Lawrence, N., Nutche, J., Diwadkar, V., & Phillips, M. L. (2008). Brain structure and symptom dimension relationships in obsessive-compulsive disorder: a voxel-based morphometry study. *Journal of affective disorders*, 109(1-2), 117-126.
- Gross, J. J. (Ed.). (2013). *Handbook of emotion regulation*. Guilford publications.
- Hair, J. F., Risher, J. J., Sarstedt, M., & Ringle, C. M. (2019). When to use and how to report the results of PLS-SEM. *European business review*, 3(1): 2-24.

- Spren, O., & Strauss, E. (1998). *A compendium of neuropsychological tests (2nd. Ed.)*. Oxford: Oxford University Press, Inc.
- Wheaton, M. G., Ward, H. E., Silber, A., McIngvale, E., & Björgvinsson, T. (2021). How is the COVID-19 pandemic affecting individuals with obsessive-compulsive disorder (OCD) symptoms? *Journal of Anxiety Disorders*, 81, 102410.
- Wong, S. F., & Grisham, J. R. (2017). Causal role for inverse reasoning on obsessive-compulsive symptoms: Preliminary evidence from a cognitive bias modification for interpretation bias study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 57, 143-155.
- Zinbarg, R. E., Barlow, D. H., & Brown, T. A. (1997). Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index: Evidence and implications. *Psychological Assessment*, 9, 277-284.
- Yazici, K. U., & Yazici, I. P. (2019). Decreased theory of mind skills, increased emotion dysregulation and insight levels in adolescents diagnosed with obsessive compulsive disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 73(7), 462-469.
- Webb, T. L., Miles, E., & Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: a meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological bulletin*, 138(4), 775.
- Maia, T. V., Cooney, R. E., & Peterson, B. S. (2008). The neural bases of obsessive-compulsive disorder in children and adults. *Development and psychopathology*, 20(4), 1251-1283.
- Den Ouden, L., Tiego, J., Lee, R. S., Albertella, L., Greenwood, L. M., Fontenelle, L., & Segrave, R. (2020). The role of Experiential Avoidance in transdiagnostic compulsive behavior: a structural model analysis. *Addictive Behaviors*, 108, 106464.
- infrared spectroscopy in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 262, 1-7.
- Norr, A. M., Oglesby, M. E., Capron, D. W., Raines, A. M., Korte, K. J., & Schmidt, N. B. (2013). Evaluating the unique contribution of intolerance of uncertainty relative to other cognitive vulnerability factors in anxiety psychopathology. *Journal of affective disorders*, 151(1), 136-142.
- Pagliaccio, D., Durham, K., Fitzgerald, K. D., & Marsh, R. (2021). Obsessive-compulsive symptoms among children in the adolescent brain and cognitive development study: clinical, cognitive, and brain connectivity correlates. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 6(4), 399-409.
- Picó-Pérez, M., Moreira, P. S., de Melo Ferreira, V., Radua, J., Mataix-Cols, D., Sousa, N., & Morgado, P. (2020). Modality-specific overlaps in brain structure and function in obsessive-compulsive disorder: multimodal meta-analysis of case-control MRI studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 112, 83-94.
- Pujol, J., Blanco-Hinojo, L., Maciá, D., Alonso, P., Harrison, B. J., Martínez-Vilavella, G., & Soriano-Mas, C. (2019). Mapping Alterations of the Functional Structure of the Cerebral Cortex in Obsessive-Compulsive Disorder. *Cerebral Cortex*, 29(11), 4753-4762.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behavior Research and Therapy*, 4, 241-248.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behav Res Ther*, 24(1), 1-8
- Renshaw, K. D., Chambless, D. L., & Thorgusen, S. (2017). Expressed emotion and attributions in relatives of patients with obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 205(4), 294.
- Robinson, L. J., & Freeston, M. H. (2014). Emotion and internal experience in Obsessive Compulsive Disorder: reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. *ClinPsychol Rev*, 34(3), 256-271.
- Salek Ebrahimi, L., Mousavi, S. E., Gharraee, B., Mohammadi Bytamar, J., & Saberi Isfeedvajani, M. (2019). Cognitive Errors and Psychological Resilience in Patients with Social Anxiety and Obsessive-Compulsive Disorder: A Cross-Sectional Study. *Hospital Practices and Research*, 4(1), 25-30.