

Journal of Research in Psychological Health

September 2023, Volume 19, Issue 3



## Structural Relationships Modeling of Obsessive Beliefs based on Social Perception, Mentalization, and Empathy with the Mediating role of Emotional Regulation

Zahra Ramzaninia, Hoosein zare, Susan Alizadeh fard

PhD in Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

Department of Educational Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran

Associate Professor, educational science and psychology departmen, Payame Noor University, Tehran, IRAN

### Highlights

- Social perception, mentalization, and empathy are related to obsessive beliefs.
- Social perception, mentalization, and empathy are related to positive emotional regulation strategies.
- strategies.
- In the relationship between social perception, mentalization, and empathy with Social perception and empathy are related to negative emotional regulation s
- obsessive beliefs, emotional regulation strategies play a mediating role.

## مدل‌یابی روابط ساختاری باورهای وسواسی بر اساس ادراک اجتماعی، ذهنی سازی و همدلی با نقش واسطه

### ای تنظیم هیجان

#### یافته‌های اصلی

- ادراک اجتماعی، ذهنی سازی، و همدلی با باورهای وسواسی رابطه دارند.
- ادراک اجتماعی، ذهنی سازی، و همدلی با راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی رابطه دارند.
- ادراک اجتماعی و همدلی با راهبردهای منفی تنظیم هیجانی رابطه دارند.
- در رابطه ی بین ادراک اجتماعی، ذهنی سازی، و همدلی با باورهای و سواسی، راهبردهای تنظیم هیجانی نقش میانجی ایفا می کنند.

**Article Info:****Received:**  
2023/09/30**Accepted:**  
2023/12/18**Key words**Obsessive Beliefs,  
Social Cognition,  
Social Perception,  
Mentalization,  
Empathy,  
Emotional  
Regulation**Abstract**

The present study as a structural equation modeling research conducted with the aim of determining the fit of the obsessive beliefs model based on social perception, theory of mind or mentalization, and empathy with the mediation of emotional regulation in a non-clinical population. The sample of the study consisted of 400 adults aged 25 to 50 in Tehran selected from the general population by using the convenience sampling method. Data collection tools included OBQ Obsessive Beliefs Questionnaire, the Emotion Recognition Task (ERT), Baron and Cohen's (2001) Reading the Mind in the Eyes Test, Baron-Cohen and Wheelwright's Empathy Quotient Scale (2004), and Kraaij and Garnefski's Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (2019). According to the results, the exogenous variables of social perception and empathy along with the mediating variable of "positive emotional regulation strategies and negative emotional regulation strategies" had a significant effect on the criterion variable i.e., obsessive beliefs. Thus, social perception, empathy, and positive strategies of emotional regulation were able to negatively predict obsessive beliefs and negative strategies of emotional regulation could positively predict them. Among the path coefficients between research variables, the coefficients of the exogenous variable of mentalization on the criterion variable (obsessive beliefs) and negative emotional regulation strategies (as a mediating variable) had no significant effect. The findings of this research have many practical implications both for the prevention and providing more comprehensive and better treatments for OCD.

## مدل یابی روابط ساختاری باورهای وسواسی بر اساس ادراک اجتماعی، ذهنی سازی و همدلی با نقش واسطه ای تنظیم هیجان

|   |   |
|---|---|
| <p><b>چکیده</b></p> <p>پژوهش حاضر، یک مطالعه به روش مدل یابی معادلات ساختاری است که با هدف تعیین میزان برآزش مدل باورهای وسواسی براساس ادراک اجتماعی، تئوری ذهن یا ذهنی سازی، و همدلی با میانجیگری تنظیم هیجان در یک جمعیت غیربالینی انجام گرفت. نمونه این پژوهش شامل ۴۰۰ نفر از بزرگسالان ۲۵ تا ۵۵ ساله شهر تهران بود که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس از جمعیت عمومی انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه باورهای وسواسی (OBQ)، تکلیف بازشناسی هیجان (ERT)، آزمون ذهن خوانی از طریق تصاویر چشم بارون و کوهن (۲۰۰۱)، پرسشنامه بهره همدلی بارون- کوهن و ویلرایت (۲۰۰۴)، و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان کرایچ و گارنفسکی (۲۰۱۹) بود. طبق نتایج، متغیرهای برونزاد ادراک اجتماعی و همدلی به همراه متغیر میانجی «راهبردهای مثبت تنظیم هیجان و راهبردهای منفی تنظیم هیجان» بر متغیر ملاک یعنی باورهای وسواسی اثر معناداری داشتند. بطوریکه ادراک اجتماعی، همدلی و راهبردهای مثبت تنظیم هیجان به صورت منفی و راهبردهای منفی تنظیم هیجان به صورت مثبت توان پیش بینی باورهای وسواسی را داشتند. در بین ضرایب مسیر بین متغیرهای پژوهش، ضرایب متغیر برونزاد ذهنی سازی بر متغیر ملاک (باورهای وسواسی) و راهبردهای منفی تنظیم هیجانی (به عنوان متغیر میانجی)، دارای اثر معنادار نبود. یافته های این پژوهش، تلویحات کاربردی بسیاری هم برای پیشگیری و هم ارائه درمان های جامع تر و بهتر برای وسواس دارد.</p> | <p><b>تاریخ دریافت</b><br/>۱۴۰۲/۰۷/۰۸</p> <p><b>تاریخ پذیرش نهایی</b><br/>۱۴۰۲/۰۹/۲۷</p> <p><b>واژگان کلیدی</b><br/>تلفن های هوشمند<br/>آسیب زنده، برون سازی<br/>مشکلات، خودکنترلی،<br/>نوجوانان خودآزار، خود<br/>آزاری</p> |
|---|---|

## مقدمه

پاسخ های هراس آور را تجربه کنند، خود را فردی ترسو توصیف می کنند. این پاسخ ها آنها را بیشتر در دام هیجانانگشان گیر می اندازد و باعث می شود در جهت اجتناب از آنها بیشتر تلاش کنند (۵). پدیده‌ی درآمیختگی افکار در مفهوم‌سازی، ایجاد و تداوم نشانه‌های اختلال وسواسی جبری نقش عمده ای دارد. اگرچه درآمیختگی افکار لزوماً به اختلال وسواسی جبری اختصاص ندارد، اما میزان آن در این اختلال به میزان قابل ملاحظه‌ای بیشتر است (۶). در مورد اهمیت درآمیختگی افکار در شکل گیری و تداوم علائم اختصاصی وسواس، پژوهش ها نشان می دهند که برخی از علائم اختصاصی وسواس مانند ترس از تکانه، آلودگی و تعهد بیش از حد، ریشه در درآمیختگی های سه گانه دارند (۴). این باورها و علائم وسواس، فشار اجتماعی و هیجانی زیادی بر بیماران و نزدیکان آنها وارد می کنند. در حقیقت، کیفیت زندگی در بیماران که وسواس فکری- عملی دارند آسیب می بیند و کارکرد هیجانی و اجتماعی جزو آسیب دیده ترین بخش های زندگی این بیماران هستند (۷). با وجود تایید مشکلات اجتماعی در وسواس فکری- عملی، تحقیقات تا به امروز، تا حد زیادی به شناخت مشکلات غیراجتماعی محدود شده اند. مطالعات تصویربرداری عصبی در بیماران با وسواس فکری- عملی نشان می دهند که بدکارکردی در رشته تالاموسی- غشایی جسم مخطط، زمینه ساز نقص های شناختی است (۸). تحقیقات اخیر به طور مشخص نقش کورتکس های پیشین حلقه ای جانبی و میانی، کورتکس کمربندی قدامی/ پیشین<sup>۱</sup> و رشته بادامه- بیرونی را در آسیب شناسی روانی وسواس نشان می دهند (۹). کورتکس اینسولار، برای پردازش چندان و نفرت در این اختلال درگیر است، فعالیت بیش از حد این ناحیه در زمان برانگیخته شدن علائم، بخصوص در بیماران با وسواس های مربوط به آلودگی گزارش شده است (۱۰، ۱۱).

تحقیقات ثابت کرده اند که توانایی های تئوری ذهن، شبکه ای از مناطق مختلف مغز را مانند بادامه، کورتکس کمربندی

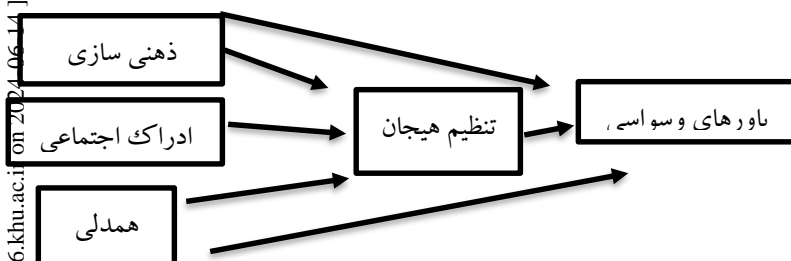
انسان موجودی است مجهز به قدرت تفکر. گاهی افکار انسان ها ناکارآمد و آسیب زنده می شوند. از طرفی فکری که بها داده می شود کم کم به باور تبدیل می شود و وقتی باوری بیش از اندازه بها داده می شود، تبدیل می شود به باور بیش بها داده شده که تقریباً تمام انسان ها کم و بیش باورهای بیش بها داده شده و افکار ناکارآمد دارند. از جمله باورهای ناکارآمد که شیوع بالایی در میان جمعیت غیربالینی (نه لزوماً دچار وسواس) دارند، باورهای وسواسی هستند که اگر شناسایی و تعدیل نشوند، احتمال بروز وسواس را افزایش می دهند. در واقع، باورهای ناکارآمد در بروز و حفظ علائم اختلال وسواس فکری اجباری مهم هستند (۱). فراشناخت به عنوان پایه بسیاری از مشکلات روان شناختی بررسی شده است. طبق این مطالعات، عوامل فراشناختی با ایجاد سبک های تفکر ناسازگارانه به تداوم هیجان های منفی می انجامند. مبنای شکل گیری رویکرد فراشناختی، نظریه بنیادی "کارکرد اجرایی خودنظم بخش" می باشد و این مدل کارکرد اجرایی خودنظم بخش، یک عامل کلی آسیب پذیری در برابر آسیب شناسی روانی است (۲). باورهای فراشناختی درباره افکار یا احساسات مزاحم، در پی اصطلاحات معرفی شده از سوی راجمن (۱۹۹۳) برای توصیف تحریف های شناختی در اختلال وسواس، "باورهای مربوط به در هم آمیختگی" نام گذاری شده اند (۳). در پدیده‌ی در هم آمیختگی افکار، مرز بین فکر و کنش و فکر و رویدادها از بین می رود. پیامد چنین تفکری سبب می شود فرد بدون اینکه اعتبار این باورها را در واقعیت بیازماید بی چون و چرا آنها را بپذیرد (۴). چنین به نظر می رسد که بخشی از آن به دلیل برداشت فراتر از واقعیت است و بخشی دیگر به دلیل قضاوت در مورد تجارب درونی و نفرت از این تجارب. بدین ترتیب، به جای اینکه تنها خشم را تجربه کنند، خشمگین می شوند، از خشم نفرت پیدا می کنند و آرزو می کنند که خشم از آن ها دور شود. به جای اینکه

<sup>1</sup> Anterior cingulate cortex

قدامی خلفی و سایر مناطق پیش پیشانی درگیر می کند که در وسواس فکری- عملی هم نقش دارند (۱۲). بادامه و اینسولا هر دو در درک حالت‌های هیجانی صورت نقش دارند (۱۳). با توجه به اینکه بسیاری از نشانگان وسواس، مانند باورهای وسواسی و درهم آمیختگی افکار در جمعیت غیربالینی نیز وجود دارد (اما با شدت کمتر)، به نظر می رسد کارکرد نواحی مختلف مغزی که در اختلال وسواس دچار آسیب می شوند، در پدیدآیی غیرمرضی این نشانگان (مانند باورهای وسواسی) نیز دستخوش تغییراتی می شوند و این تغییرات نه تنها می توانند کارکردهای مربوط به آن نواحی مغزی را تغییر دهند، بلکه می توانند پیش بینی کننده آسیب های روانی خاص و نشانگان آن آسیب ها، مانند وسواس و باورهای مربوط به آن، نیز بشوند. از این رو، متغیر تنظیم هیجان به عنوان واسطه و متغیر میانجی در مدل علی باورهای وسواسی وارد شده است. تنظیم هیجان یک زیرمجموعه مهم برای واکنش همدلی سازگار است و نحوه تجربه و تنظیم هیجانها ما اهمیت زیادی برای تعامل اجتماعی موفق دارد. افرادی با وسواس فکری- عملی، اغلب هیجانهای را تجربه می کنند که حاصل روابط اجتماعی نیستند، بلکه حاصل فرایندهای داخلی تر مانند افکار و باورهای وسواسی هستند. اگر بیماران نتوانند به طور موثر این هیجانها را تنظیم کنند، به وضوح تعامل آنها با محیط اطرافشان را تحت تاثیر قرار می دهد (۱۴).

همانطور که اشاره شد، مروری بر ادبیات پژوهش نشان می دهد که تاکنون تمرکز اغلب تحقیقات بر مطالعه اختلال وسواسی جبری بوده و تاکنون تلاشی در جهت تبیین و ارائه مدل شناخت اجتماعی برای تبیین باورهای وسواسی در جمعیت غیربالینی، صورت نگرفته است. این در حالیست که شواهد از این ایده حمایت می کنند که عملکرد ضعیف تر شناخت اجتماعی با آسیب‌شناسی روانی مرتبط است و شناخت اجتماعی در اغلب اختلالات و آسیب های روانی از جمله وسواس، صدمه می بیند. شناخت اجتماعی شامل مجموعه‌ای از عملیات ذهنی است که زیربنای تعاملات اجتماعی (۱۵) و ظرفیت درک خود، دیگران، موقعیت‌های

اجتماعی و تعاملات در یک دنیای اجتماعی است (۱۶). به طور خاص، توانایی درک، پردازش، تفسیر و ایجاد پاسخ به نیت، تمایلات و رفتارهای دیگران است (۱۵). مطالعه شناخت اجتماعی توجه محققان را به خود جلب کرده و به عنوان یک حوزه کلیدی برای درک و درمان مشکلات سلامت روان ظاهر شده است (۱۶). همانطور که انواع آسیب های روانی، شناخت اجتماعی را تحت تاثیر منفی خود قرار می دهند، تشخیص اختلالات شناخت اجتماعی در آسیب های روانی مختلف مانند وسواس فکری- عملی نیز، اهمیت کارکردی زیادی دارد. چرا که می تواند فهم ما از تغییر کارکرد اجتماعی بیمارانی با وسواس فکری- عملی را بالا ببرد و به فهم بهتر ما از ظاهر این اختلال کمک کند. این مسئله اهمیت درمانی زیادی هم دارد و مطالعات اخیر شروع به تشخیص بالقوه شناخت اجتماعی به عنوان هدف مداخلات بالینی کرده اند. تحقیق حاضر نیز بر آن بود که نقش شناخت اجتماعی در باورهای وسواسی را بررسی کند. از آنجاییکه جنبه های زیادی در مورد فرایندهای درگیر در شناخت اجتماعی وجود دارند، در این مطالعه از مدلی الهام گرفته شد که در آن، زیرمجموعه های شناخت اجتماعی را با توجه به "مدلهای سازمان یافته سیستم های عصبی در علوم اعصاب" که اخیرا انجام شده، تقسیم بندی کرده اند (۱۷). بنابراین در این پژوهش روی این حوزه ها تمرکز شده است و در ادامه، این مدل پیشنهادی نشان داده شده است. هدف پژوهش حاضر در واقع این بود که برازش این مدل ساختاری پیشنهادی را در جمعیت غیربالینی بررسی کند.



## روش

این پژوهش از لحاظ روش تحقیق در زمره تحقیقات توصیفی-همبستگی از نوع معادلات ساختاری است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بزرگسالان ۲۵ تا ۵۵ ساله شهر تهران تشکیل می‌دادند. نمونه این پژوهش شامل ۴۰۰ نفر از جامعه معرفی شده بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس صورت گرفت. بنا به نظر کلاین اگر از مدل یابی معادلات ساختاری استفاده شود، حدود ۲۰ نمونه برای هر عامل (متغیر پنهان) لازم است. همچنین حداقل حجم نمونه ۲۰۰ قابل دفاع است. در این مطالعه برای کنترل احتمال ریزش آزمودنی و دستیابی به نتایج با اعتبار بیشتر تعداد نمونه ۴۰۰ نفر تعیین شد. گزینش افراد نمونه، بصورت در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انجام یافت. از جمله ملاک‌های ورود و خروج مطالعه؛ داشتن حداقل سواد دبیرستانی، حداقل سن ۲۵ و حداکثر سن ۵۵ سال، عدم ابتلا به هرگونه بیماری پزشکی و روانپزشکی که باعث دارودرمانی در شرکت کننده شود، عدم ابتلا به وسواس، و عدم پاسخدهی به حداقل ۹۵ درصد سوالات، بودند. لازم به ذکر است؛ تعداد ۴۷ نفر از شرکت‌کنندگان در دامنه سنی بین ۲۵ تا ۳۰ سال، تعداد ۹۱ نفر از آنان در دامنه سنی ۳۱ تا ۳۵ سال، تعداد ۸۴ نفر از آنان در دامنه سنی ۳۶ تا ۴۰ سال، تعداد ۶۵ نفر از آنان در دامنه سنی ۴۱ تا ۴۵ سال، تعداد ۶۰ نفر از آنان در دامنه سنی ۴۶ تا ۵۰ سال و تعداد ۵۳ نفر از آنان در دامنه سنی ۵۰ تا ۵۵ سال بودند. تعداد ۱۳۹ نفر از شرکت‌کنندگان، مرد و تعداد ۲۶۱ نفر از آنان، زن بودند. همچنین، تعداد ۱۲۷ نفر از شرکت‌کنندگان با سطح تحصیلی دیپلم و زیردیپلم، تعداد ۱۳۲ نفر از شرکت‌کنندگان با سطح تحصیلی فوق دیپلم و لیسانس، تعداد ۱۱۵ نفر از آنان با سطح تحصیلی فوق لیسانس و تعداد ۲۶ نفر از آنان با سطح تحصیلی دکتری در پژوهش حضور داشتند. سپس، پرسشنامه‌های وسواس‌مادزلی، همدلی، و تنظیم‌شناختی هیجان، آزمون تشخیص هیجان‌چهره و ذهن‌خوانی چشم‌ها با کمک رایانه اجرا شدند. نتایج این آزمون‌ها بررسی و نمرات آزمودنی‌ها

محاسبه شده و سپس با کمک نرم افزار SPSS داده‌های توصیفی استخراج شد و با نرم افزار لیزرل، مدل ساختاری پیشنهادی مورد بررسی قرار گرفته و برازش آن محاسبه شد.

لازم است اشاره شود که در این پژوهش همه نکات مربوط به اخلاق پژوهشی از جمله محرمانه بودن اطلاعات، بدون نام بودن نتایج، خروج آزادانه و بدون محدودیت از پژوهش، و دوری از خطرات جسمی و روانشناختی رعایت شدند؛ درضمن این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره IR.PNU.REC.1401.123 از کمیته اخلاق دانشگاه پیام نور می‌باشد.

## ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه باورهای وسواسی OBQ: این پرسشنامه، یکی از پرکاربردترین ابزارها در زمینه سنجش باورهای وسواسی است که دارای ۴۴ ماده است و از فرم اصلی این پرسشنامه یعنی OBQ-۷۷ گرفته شده است. هر دو فرم این پرسشنامه توسط گروه کاری مطالعه شناخت‌ها در اختلال وسواس ساخته شده‌اند. این کار گروه شامل محققانی برجسته از سرتاسر جهان است که در رابطه با نقش شناخت‌ها در اختلال وسواس فکری عملی تحقیق می‌کنند. این پرسشنامه در یک طیف لیکرت ۷ درجه ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم نمره گذاری می‌شود. ویژگی‌های روانسنجی این ابزار در ایران، روی دانشجویان علوم پزشکی بررسی شده است و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲، ضریب دو نیه سازی با عنوان همبستگی اصلاح شده ۰/۹۴، برآورد شده و این پرسشنامه به عنوان یک ابزار معتبر و روا برای جمعیت غیربالینی، گزارش شده است (۱۸). در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۸۸ به دست آمد.

۲- ادراک اجتماعی- تکلیف‌بازشناسی هیجان (ERT): تکلیف تشخیص هیجان‌ها، یک الگوی رایانه ای است که در آن کلیپ‌های ویدئویی شکل گرفته از حالات احساسی صورت با شدت‌های مختلف ارائه می‌شود که باید با استفاده از شش گزینه جایگزین (به عنوان مثال،

در ایران به فارسی برگردان شده و ضریب آلفای کرونباخ  $0/72$  برای آن گزارش شده است (۲۳). در پژوهش حاضر نیز مقدار آلفای کرونباخ برابر با  $0/81$  بوده است.

۴- پرسشنامه بهره همدلی: این پرسشنامه ۶۰ سوالی به دو بخش تقسیم می شود: ۴۰ سؤال برای سنجش میزان همدلی و ۲۰ سؤال خنثی. هدف از طراحی سؤالهای خنثی این بود که از تمرکز آزمودنیها بر مفهوم همدلی اجتناب شود. روش استفاده از آزمون همدلی و نمره گذاری آن بسیار ساده است. تقریباً پاسخ منفی به نیمی از سؤالها و پاسخ مثبت به نیمی دیگر، بیانگر وجود همدلی است. این امر برای جلوگیری از گرایش به پاسخ مثبت یا منفی است. بیشترین نمره ی همدلی در فرم ۴۰ سوالی این پرسشنامه ۸۰ و کمترین آن صفر است. آلفای کرونباخ این آزمون توسط سازندگان،  $0/92$  گزارش شده که نشانگر سطح بالای روایی و پایایی این آزمون است (۲۲). در این پژوهش، ضریب همسانی درونی این پرسشنامه  $0/82$  به دست آمد.

۵- پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ): این پرسشنامه با تمرکز بر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در مواجهه با حوادث تهدیدکننده و استرسزای زندگی، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان ساخته شده است و ابتدا در یک نسخه ۳۶ گویه‌ای ارائه شد که راهبردهای مقابله شناختی را در اندازه های پنج درجه‌ای از (۱هرگز تا ۵ همیشه) بر حسب ۹ زیرمقیاس: خودسرزنشگری، تمرکز بر فکر/ نشخوارگری، دگرسرزنشگری، فاجعه نمایی (فاجعه پنداری)، کم اهمیت شماری، پذیرش، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت، و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی می‌سنجد. در این پرسشنامه، هر زیرمقیاس از ۴ گویه تشکیل شده است و دامنه نمره هر زیرمقیاس از ۴ تا ۲۰ محاسبه می‌شود. همسانی درونی غالب زیرمقیاس‌ها با ضرایب آلفای کرونباخ  $0/80$  تایید شد (۲۴). در این پژوهش، ضریب همسانی درونی این پرسشنامه برای راهبردهای مثبت تنظیم هیجان  $0/79$ ، و برای راهبردهای منفی تنظیم هیجان  $0/735$  به دست آمد.

عصبانیت، انزجار، ترس، شادی، غم و غافلگیری) پاسخ انتخاب برچسب گذاری شود (۱۶). تعداد فریم ها و طول فیلم به شدت احساسی ارائه شده بستگی دارد. عملکرد به عنوان تعداد عبارات دارای برچسب صحیح در هر احساس و شدت محاسبه شد (حداکثر = ۴). در ۴ شدت، حداکثر نمره هر احساس ۱۰، در کل ۶۰ آزمون بود. زمان مدیریت تقریباً ۱۰ دقیقه بود. به دنبال این دستورالعمل ها، سه آزمایش عملی ارائه شده است که حالت های صورت منجر کننده عصبانی و شاد را از بازیگران نشان می دهد که بخشی از مجموعه محرک های نهایی نیستند. بعد از اینکه شرکت کننده دستورالعمل ها را فهمید و نحوه پاسخگویی را دانست، آزمون واقعی پس از مکث شروع می شد. پاسخ ها با کلیک ماوس داده می شد (۱۹). میزان حساسیت این آزمون توسط سازندگان بررسی شده و اندازه اثر آن در همه ۶ هیجان بزرگتر از  $0/14$  (بین  $0/19$  تا  $0/91$ ) بدست آمد که مقدار قابل قبولی است (۲۰). در ایران نیز این آزمون با استفاده از عبارات فارسی تهیه شده و اندازه اثر آن برای همه هیجان بین  $0/17$  تا  $0/89$  (بزرگتر از  $0/14$ ) بدست آمد. همچنین همبستگی نمرات این آزمون با نمرات آزمون ذهن خوانی چشم‌های بارون-کوهن  $0/84$  محاسبه گردید. ضریب بازآزمایی آزمون بعد از ۱۵ روز برابر با  $0/80$  و میزان آلفای کرونباخ آن  $0/73$  بود (۲۱).

۳- آزمون ذهن خوانی از طریق تصاویر چشم: این آزمون یک آزمون عصب‌روانشناسی است که شامل تصاویر باز چشمان افراد مختلف است که ۳۶ حالت مختلف مثلاً آرام، دلسرد، وحشتزده و جز آن را نشان می‌دهند. پاسخ‌دهنده تنها از طریق اطلاعات بینایی موجود در تصویر، باید گزینه‌ای را که به بهترین نحو توصیف‌کننده حالت ذهنی شخص موجود در تصویر است را از بین چهار گزینه انتخاب کند. نمره‌گذاری بصورت صفر (برای پاسخ اشتباه) و یک (برای پاسخ صحیح) است؛ بنابراین حداکثر امتیاز قابل اکتساب در این آزمون ۳۶ و کمترین امتیاز قابل اخذ، صفر است. استفاده از این آزمون برای بررسی توانایی نظریه ذهن افراد سالم و بیمار توصیه شده است (۲۲). این آزمون



## یافته‌ها

جدول ۱، آماره های توصیفی نمرات باورهای وسواسی، ادراک اجتماعی، ذهنی‌سازی، همدلی و تنظیم هیجان را در اعضای شرکت‌کننده در این پژوهش نشان می‌دهد. برای تحلیل داده ها، ابتدا برخی از مفروضه‌ها بررسی شدند.

جدول ۱: آماره های توصیفی و ضریب تحمل و تورم واریانس متغیرهای پژوهش

| متغیر                      | میانگین | انحراف معیار | کجی    | کشیدگی | ضریب تحمل | تورم واریانس |
|----------------------------|---------|--------------|--------|--------|-----------|--------------|
| باورهای وسواسی             | ۱۲۲/۶۴  | ۱۲/۳۶        | ۰/۴۴۸  | -۰/۳۹۱ | -         | -            |
| ادراک اجتماعی              | ۳۲/۸۳   | ۴/۶۶         | ۱/۷۰۳  | -۰/۶۲۷ | ۰/۳۶۹     | ۲/۷۱۵        |
| ذهنی‌سازی                  | ۲۱/۰۲   | ۴/۱۳         | -۱/۱۹۶ | ۱/۶۹۲  | ۰/۳۹۷     | ۲/۳۶۳        |
| همدلی                      | ۵۴/۴۳   | ۷/۱۶         | ۰/۹۰۹  | -۰/۵۷۳ | ۰/۶۱۲     | ۱/۶۳۴        |
| راهبردهای مثبت تنظیم هیجان | ۳۷/۹۸   | ۵/۶۲         | ۰/۸۷۵  | -۰/۷۸۶ | ۰/۵۶۰     | ۱/۸۴۰        |
| راهبردهای منفی تنظیم هیجان | ۲۴/۷۹   | ۴/۶۴         | ۰/۲۲۳  | ۰/۱۳۱  | ۰/۶۲۲     | ۱/۶۰۹        |

خطی که کاربرد زیادی نیز دارد، استفاده از عامل تورم واریانس است که این عامل نشان می‌دهد که واریانس ضرایب تخمینی تا چه حد نسبت به حالتی که متغیرهای تخمینی، هم‌بستگی خطی ندارند، متورم شده است. از سوی دیگر، به منظور بررسی استقلال خطاها از آماره دوربین واتسون استفاده شد و نتایج نشان داد که مفروضه استقلال برای متغیرهای پیش‌بین برقرار است ( $DW=1/114$ ). آماره دوربین-واتسون یک آماره آزمون است که برای بررسی وجود خود همبستگی در بین باقی‌مانده‌ها در رگرسیون به کار برده می‌شود و مقدار این آماره همواره بین ۰ تا ۴ قرار می‌گیرد. آماره دوربین واتسون برای متغیرهای این پژوهش مقدار قابل قبول  $1/114$  به دست آمد. از سوی دیگر، طبق نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف (مقدار sig بزرگتر از  $0/05$ ) پیش‌فرض نرمال بودن برقرار بود. پس از اطمینان از برقراری مفروضه‌ها، به آزمون فرض پژوهش پرداخته شد.

در مدلیابی معادلات ساختاری، بهنجاری چندمتغیری بیانگر آن است که هر نشانگر باید برای هر مقدار از هر نشانگر دیگر دارای توزیع بهنجار باشد. گارسون (۲۰۰۷) تأکید می‌کند اگر مقادیر چولگی و کشیدگی داده‌ها بین  $+2$  و  $-2$  باشد، داده‌ها در سطح  $0/05$  از توزیع بهنجار برخوردارند. همانطور که در جدول ۲ گزارش شده است، مقادیر کجی و کشیدگی داده‌ها بین  $+2$  و  $-2$  به دست آمده است. از سوی دیگر، مقدار تحمل کمتر از  $0/10$  یا VIF بیشتر از ۱۰ نشان‌دهنده چندگانگی خطی می‌باشد، که در این تحلیل، در هیچ‌یک از مقادیر آماره‌های تحمل و VIF محاسبه شده برای متغیرهای پیش‌بین، انحرافی از مفروضه چندگانگی خطی مشاهده نشد. در مدل‌های معادلات ساختاری یکی از روش‌های تخمین پارامترهای مدل، روش حداقل مربعات است. به عبارتی، یکی از مسائل و مشکلاتی که می‌تواند این روش را به چالش بکشد، وجود پدیده‌ای به نام هم خطی بوده و یکی از شیوه‌های تشخیص وجود هم



جدول (۲) ضرایب مسیر بین متغیرهای برونزاد با متغیر میانجی

| متغیر برونزاد ادراک اجتماعی بر راهبرد | متغیر برونزاد ذهنی سازی بر راهبرد مثبت | متغیر برونزاد همدلی بر راهبرد مثبت | متغیر برونزاد ادراک اجتماعی بر راهبرد | متغیر برونزاد ذهنی سازی بر راهبرد منفی | متغیر برونزاد همدلی بر راهبرد منفی |
|---------------------------------------|--|------------------------------------|---------------------------------------|--|------------------------------------|
| مثبت تنظیم هیجانی                     | تنظیم هیجانی                           | تنظیم هیجانی                       | منفی تنظیم هیجانی                     | تنظیم هیجانی                           | تنظیم هیجانی                       |
| ضرایب خام                             | ضرایب مسیر استاندارد                   | ضرایب خام                          | ضرایب مسیر استاندارد                  | ضرایب خام                              | ضرایب مسیر استاندارد               |
| ۰,۳۴                                  | ۰,۷۷                                   | ۰,۱۲                               | ۰,۳۶                                  | -۰,۲۴                                  | -۰,۳۵                              |
| ۷,۷۷                                  | ۱۱,۶۲                                  | ۳,۶۹                               | -۳,۶۳                                 | -۷,۰۹                                  |                                    |
| T مقدار                               |  |                                    |                                       |  |                                    |

ادامه ضرایب مسیر متغیرهای پیش‌بین و میانجی بر متغیر ملاک گزارش شده است.

جدول (۲) ضرایب مسیر متغیرهای پیش‌بین را بر متغیر میانجی در مدل تحلیل شده نشان می‌دهد. همچنین در

جدول (۳) ضرایب مسیر بین متغیرهای برونزاد با متغیر ملاک

| متغیر برونزاد ادراک اجتماعی بر باورهای | متغیر برونزاد ذهنی سازی بر باورهای | متغیر برونزاد همدلی بر باورهای | متغیر برونزاد ادراک اجتماعی بر باورهای | متغیر برونزاد ذهنی سازی بر باورهای | متغیر برونزاد همدلی بر باورهای |
|--|------------------------------------|--------------------------------|--|------------------------------------|--------------------------------|
| وسواسی                                 | وسواسی                             | وسواسی                         | وسواسی                                 | وسواسی                             | وسواسی                         |
| ضرایب خام                              | ضرایب مسیر استاندارد               | ضرایب خام                      | ضرایب مسیر استاندارد                   | ضرایب خام                          | ضرایب مسیر استاندارد           |
| -۰,۱۸                                  | ۰,۴۵                               | -۰,۱۷                          | -۰,۱۸                                  | -۰,۲۶                              | -۰,۱۷                          |
| -۲,۳۹                                  | ۱,۸۶                               | -۳,۱۰                          | -۲,۳۹                                  | -۳,۱۰                              | -۳,۱۰                          |
| T مقدار                                |                                    |                                |  |                                    |                                |

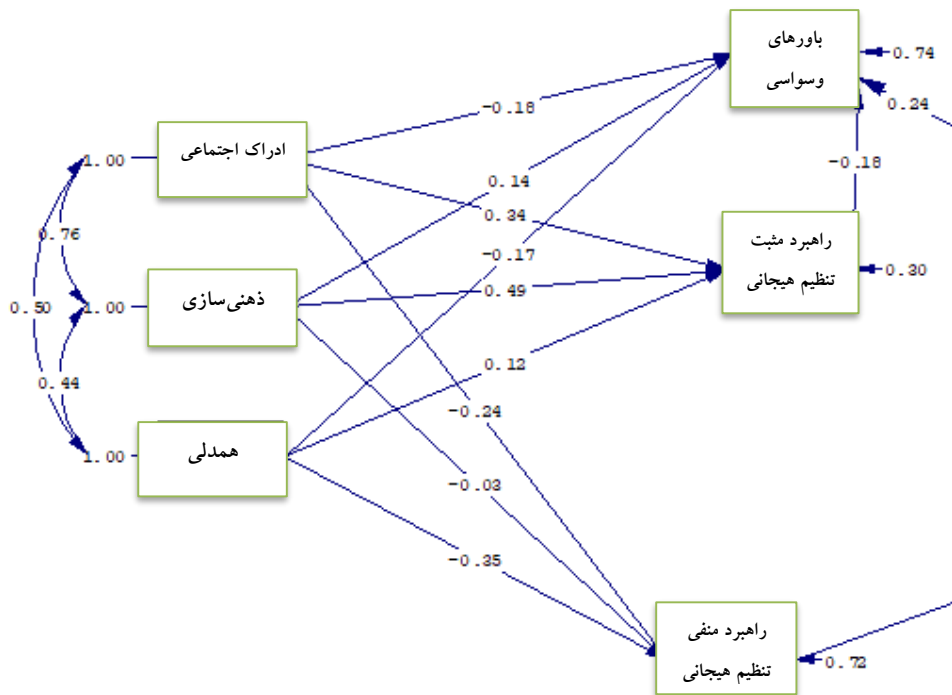
| متغیر برونزاد ادراک اجتماعی بر باورهای | متغیر برونزاد ذهنی سازی بر باورهای | متغیر برونزاد همدلی بر باورهای | متغیر برونزاد ادراک اجتماعی بر باورهای | متغیر برونزاد ذهنی سازی بر باورهای | متغیر برونزاد همدلی بر باورهای |
|--|------------------------------------|--------------------------------|--|------------------------------------|--------------------------------|
| وسواسی                                 | وسواسی                             | وسواسی                         | وسواسی                                 | وسواسی                             | وسواسی                         |
| ضرایب خام                              | ضرایب مسیر استاندارد               | ضرایب خام                      | ضرایب مسیر استاندارد                   | ضرایب خام                          | ضرایب مسیر استاندارد           |
| -۰,۳۶                                  | -۰,۱۸                              | ۰,۲۴                           | -۰,۳۶                                  | ۰,۲۴                               | ۰,۲۴                           |
| -۲,۳۵                                  | -۰,۱۸                              | ۴,۶۴                           | -۲,۳۵                                  | ۴,۶۴                               | ۴,۶۴                           |
| T مقدار                                |                                    |                                |  |                                    |                                |

راهبردهای منفی تنظیم هیجان به صورت مثبت توان پیش‌بینی باورهای وسواسی را داشتند. در بین ضرایب مسیر بین متغیرهای پژوهش، ضرایب متغیر برونزاد ذهنی‌سازی بر متغیر ملاک و متغیر میانجی دارای اثر معنادار نبود. علاوه بر این، نتایج نشانگر آن بود که متغیر باورهای وسواسی به میزان ۰/۱۷ به صورت غیرمستقیم بر اساس ادراک اجتماعی با نقش میانجی راهبرد مثبت تنظیم هیجانی قابل تبیین بود (P-values=۰/۰۰۲ و Z-values =۳/۱۷۳).

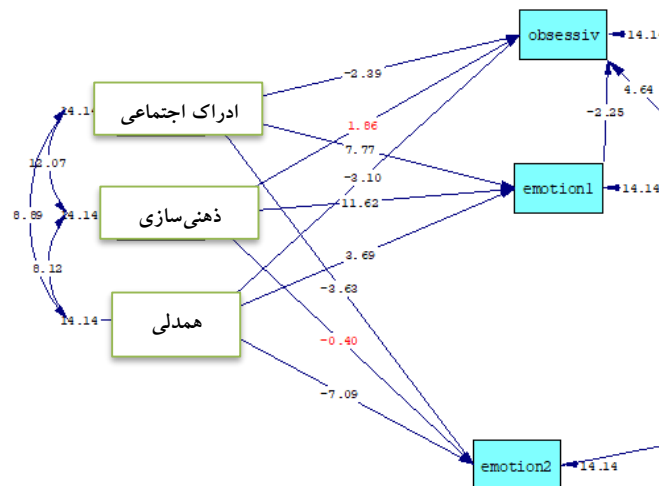
یافته‌ها نشان می‌دهد که از بین متغیرهای موجود در مدل تحلیل شده، متغیرهای برونزاد ادراک اجتماعی و همدلی به همراه متغیر میانجی «راهبردهای مثبت تنظیم هیجان و راهبردهای منفی تنظیم هیجان» بر متغیر ملاک یعنی باورهای وسواسی دارای اثر معنادار هستند و به ترتیب به میزان ۰/۱۸، ۰/۱۷، -۰/۱۸ و ۰/۲۴ بر باورهای وسواسی اثر دارند. نتایج نشان می‌دهد که ادراک اجتماعی، همدلی و راهبردهای مثبت تنظیم هیجان به صورت منفی و

باورهای وسواسی را تبیین کرد ( $Z\text{-values} = ۳/۶۹۳$  و  $P\text{-values} = ۰/۰۰۱$ ). همچنین، متغیر همدلی نیز به مانند ذهنی‌سازی  $۰/۱۳$  از ضریب مسیر باورهای وسواسی را به صورت غیرمستقیم و با نقش میانجی راهبرد منفی تنظیم هیجانی تبیین کرد ( $Z\text{-values} = ۳/۷۷۸$  و  $P\text{-values} = ۰/۰۰۱$ ). در بین ضرایب غیرمستقیم، صرفاً ضرایب متغیر ذهنی‌سازی با نقش میانجی راهبرد مثبت تنظیم هیجانی بر باورهای وسواسی معنادار نبود ( $Z\text{-values} = ۰/۵۸۷$  و  $P\text{-values} = ۰/۵۵۷$ ).

همچنین، نقش میانجی راهبرد مثبت تنظیم هیجانی در رابطه بین همدلی و باورهای وسواسی معنادار بود و مقدار آن  $۰/۶۶$  بدست آمد ( $Z\text{-values} = ۲۲/۴۲۹$  و  $P\text{-values} = ۰/۰۰۱$ ). در مورد نقش میانجی راهبرد منفی تنظیم هیجانی، نتایج نشان داد که متغیر باورهای وسواسی به میزان  $۰/۲۳$  به صورت غیرمستقیم براساس ادراک اجتماعی و با نقش میانجی راهبرد منفی تنظیم هیجانی قابل تبیین است ( $Z\text{-values} = ۵/۲۳۵$  و  $P\text{-values} = ۰/۰۰۱$ ). از سوی دیگر، متغیر ذهنی‌سازی با نقش میانجی راهبرد منفی تنظیم هیجانی به صورت غیرمستقیم  $۰/۱۳$  از ضریب مسیر



نمودار ۲: نمودار روابط بین متغیرهای پژوهش بر حسب ضرایب مسیر استاندارد



نمودار ۳: نمودار روابط بین متغیرهای پژوهش بر حسب ضرایب معناداری آزمون t

برازش مقایسه‌ای (CFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش انطباقی (AGFI) و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA) ارزیابی شد و مقادیر آن به ترتیب برابر با ۰/۹۷، ۰/۹۵، ۰/۹۷ و ۰/۳۳ به دست آمد. بنابراین، براساس ارزش عددی مقادیر شاخص‌های نیکویی برازش الگوی اصلاح شده، برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها قابل قبول است.

در مدل اصلاح شده، ضریب مسیر اثرات متغیر واسطه‌ای تنظیم هیجان به صورت غیرمستقیم توسط ادراک اجتماعی و همدلی بر باورهای و سواسی به میزان ۲۰/۷ بوده است. از سوی دیگر، برای مدل مفروض باورهای و سواسی براساس ادراک اجتماعی، ذهنی‌سازی و همدلی، با نقش میانجی راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی با درجه آزادی یک و مقدار مجذور خی ۱۱۲/۱۷، شاخص مجذور خی بر درجه آزادی ( $\chi^2/df$ )، شاخص

جدول ۵: شاخص‌های نیکویی برازش

| RMSEA      | AGFI  | GFI   | CFI   | $\chi^2/df$ | $\chi^2$ |                   |
|------------|-------|-------|-------|-------------|----------|-------------------|
| ۰,۰۳۳      | ۰,۹۷  | ۰,۹۵  | ۰,۹۷  | ۲,۱۸        | ۱۱۲,۱۷   | مقادیر مشاهده شده |
| ۰/۸ تا ۰/۱ | >۰/۹۰ | >۰/۹۰ | >۰/۹۰ | >۰/۰۵       | <۰۰/۳    | مقادیر بهینه      |

به میزان ۰/۴۹ از ضریب مسیر راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی را به صورت مثبت تبیین می‌کند. از سوی دیگر، اثرات مستقیم متغیر ذهنی‌سازی بر راهبردهای منفی تنظیم هیجانی معنادار نیست.

اثرات مستقیم متغیر همدلی بر راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی معنادار است و میزان ۰/۱۲ از ضریب مسیر راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی را به صورت مثبت تبیین می‌کند. از سوی دیگر، نتایج حاصل از مدل نشان می‌دهد که اثرات مستقیم متغیر همدلی بر راهبردهای منفی تنظیم هیجانی معنادار است و میزان ۰/۳۵- از ضریب مسیر راهبردهای منفی تنظیم هیجانی را به صورت منفی تبیین می‌کند.

### بحث و نتیجه‌گیری

بررسی ادبیات تحقیق نشان می‌دهد که تاکنون هیچ مدلی برای تبیین باورهای و سواسی براساس شناخت اجتماعی در

همچنین، نتایج حاصل از تحلیل مسیر نشان داد که اثرات مستقیم متغیر ادراک اجتماعی بر باورهای و سواسی معنادار است و باورهای و سواسی را با ضریب مسیر ۰/۱۸- به صورت منفی تبیین می‌کنند. اثرات مستقیم متغیر ذهنی‌سازی بر باورهای و سواسی معنادار نبود. اثرات مستقیم متغیر همدلی بر باورهای و سواسی معنادار است و به میزان ۰/۱۷- از ضریب مسیر باورهای و سواسی به صورت منفی تبیین شده است. اثرات مستقیم متغیر ادراک اجتماعی بر راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی معنادار است و میزان ۰/۳۴ از ضریب مسیر راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی به صورت مثبت تبیین شده است. اثرات مستقیم متغیر ادراک اجتماعی بر راهبردهای منفی تنظیم هیجانی معنادار است و میزان ۰/۲۴- از ضریب مسیر راهبردهای منفی تنظیم هیجانی را به صورت منفی تبیین می‌کند. اثرات مستقیم متغیر ذهنی‌سازی بر راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی معنادار است و

که ارتباط تنگاتنگی بین مؤلفه های شناخت اجتماعی (از جمله ذهنی سازی و همدلی و ادراک اجتماعی و ادراک چهره های هیجانی) وجود دارد. بنابراین خواه، ناخواه تبیین یافته های پژوهش به مجموعه متغیرهای پیش بین این مطالعه، مربوط خواهد بود. از طرفی، با توجه به نتایج پژوهش حاضر، این احتمال وجود دارد که در جمعیت غیربالینی، شدت نواقص شناخت اجتماعی ناچیز بوده و باعث شده برخی ضرایب مسیر به معناداری آماری نرسند. در همین زمینه، حتی در مورد بیماران نشان داده شده که بیماران وسواس فکری- عملی نقص های کم یا متوسطی در شناخت اجتماعی دارند (۲۸). لذا احتمالاً شدت نواقص در جمعیت بالینی و غیربالینی، در نتیجه گیری های دقیق تر، خیلی تعیین کننده است و نتایج مطالعات در خصوص ذهنی سازی در وسواس فکری عملی هنوز از مناقشه ها و ابهام هایی برخوردار است و لزوم بررسی های بیشتر و دقیق تر وجود دارد.

در این پژوهش، همدلی نیز چه بصورت مستقیم و چه بصورت غیر مستقیم و با واسطه ی تنظیم شناختی هیجان، باورهای وسواسی را پیش بینی می کرد. تصور می شود که سرایت هیجان<sup>۱</sup> (که در آن حالت عاطفی دیگری در خود منعکس می شود) جزء ضروری همدلی تحت چارچوب هایی است که گفته می شود در آن همدلی زمانی رخ داده که همدل کننده تشخیص می دهد که دیگری منشأ وضعیت عاطفی فعلی آنهاست (۲۹). آنها حداقل بر یک فرآیند مشترک متکی هستند، اما عناصر متمایز نیز دارند. برای مثال، استدلال شده که چندین فرآیند اجتماعی-شناختی بر توانایی تشخیص بازنمایی از خود و دیگران متکی هستند. هنگام همدلی با دیگری، فرد باید بتواند بین حالت عاطفی خود و دیگری تمایز قائل شود، و هنگام جلوگیری از تمایل به تقلید از دیگری، باید بتواند بین برنامه حرکتی خود و دیگری تمایز قائل شود. باورهای وسواسی از جمله درآمیختگی هایی که افراد دارای باورهای وسواسی تجربه می کنند، می توانند با ضعف در توانایی تشخیص بازنمایی از خود و دیگران، تبیین شوند. یعنی به نظر می رسد افراد دارای وسواس و باورهای وسواسی، هنگام همدلی با دیگری،

جمعیت غیربالینی ارائه نشده است. این امر بحث مقایسه نتایج مطالعه حاضر با مطالعات قبلی را با محدودیت روبرو کرده است. در این پژوهش، مشاهده شد که ادراک اجتماعی به عنوان یکی از مؤلفه های مهم شناخت اجتماعی، هم بطور مستقیم و هم بطور غیرمستقیم و با واسطه ی راهبردهای تنظیم هیجان بر متغیر ملاک یعنی باورهای وسواسی اثر داشت. شناخت اجتماعی زیربنای تعاملات اجتماعی (۱۵) و ظرفیت ادراک از خود، دیگران، موقعیت های اجتماعی و تعاملات در یک دنیای اجتماعی است (۱۶). به طور خاص، توانایی درک، پردازش، تفسیر و ایجاد پاسخ به نیت، تمایلات و رفتارهای دیگران است (۱۵). در کنار ادراک اجتماعی، به نظر می رسد تنظیم هیجان، موجب سلامت هیجانی می شود و سلامت هیجانی، که به تعادل بین عواطف مثبت و منفی اشاره دارد (۲۶)، باعث انعطاف پذیری بیشتر و کنترل و تعدیل باورهای وسواسی می گردد. در مورد ذهنی سازی، در این پژوهش مشاهده شد که متغیر ذهنی سازی هرچند بطور مستقیم و به تنهایی توان پیش بینی باورهای وسواسی را نداشت اما بطور غیرمستقیم و از طریق واسطه گری متغیر راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی، توان پیش بینی معکوس شدن شدت باورهای وسواسی را داشت. علیرغم بسیاری از مطالعات که ذهنی سازی را در وسواس فکری- عملی، آسیب دیده مشاهده کرده اند (۲۷)، این پژوهش که روی جمعیت غیربالینی انجام گرفته است، رابطه مستقیمی بین نواقص ذهنی سازی و باورهای وسواسی ندید. در واقع این مطالعه از این ایده حمایت می کند که در جمعیت غیربالینی، باورهای وسواسی با نواقصی در ذهنی سازی که به واسطه ی مهارت های مثبت تنظیم هیجان تعدیل می شوند، قابل پیش بینی هستند. نتایج متفاوت پژوهش حاضر که روی جمعیت غیربالینی انجام شده با مطالعاتی که روی بیماران وسواسی دیده شده، لزوم بررسی های دقیقتر و مقایسه نتایج را نشان می دهد. زیرا هنوز نتایج ضد و نقیضی از مطالعات مختلف گزارش می شوند. لازم به یادآوری است

<sup>۱</sup> emotion contagion

تفسیر و موقعیت‌های اجتماعی گول زده و آن وضعیت‌ها را مطابق با اهداف، انگیزه‌ها و تصویر ذهنی خود هماهنگ کنند. این تفکر اجتماعی تعریف شده، ابزاری قدتمند برای سازگاری دنیای اجتماعی ما با دیدگاهی است که نسبت به خود داریم. در واقع، مردم در ارتباطات بین فردی، تصویری که از خود دارند همانند ابزاری برای معنا بخشیدن به کار می‌گیرند تا رفتار خود و دیگران، و راهبردهای استنتاج آنها را توضیح دهند، امری که موجب تصمیم‌گیری‌های اجتماعی می‌گردد. به ویژه، خود اجتماعی نوعی بازنمایی ذهنی است که خودتنظیمی و مقایسه اجتماعی را هدایت می‌کند و هدف بیشتر اسنادهای عمومی درباره علیت اجتماعی، تبیین رفتارهای اجتماعی به شیوه‌های کم و بیش منطقی است، که معمولاً به شکل میانبرهای رضایت‌بخش مشخص می‌شوند (۳۱). بر این اساس آسیب‌های اجتماعی منعکس شده در این زمینه را می‌توان براساس بازنمایی غیر عادی از رویدادها و اشخاص در ذهن، مانند باورهای درهم آمیختگی که در وسواس دیده می‌شود، توضیح داد. در خصوص همدلی و پریشانی همدلانه که افراد دچار وسواس تجربه می‌کنند، این نظریه مطرح شده که ارتباط متقابل توسط یک سیستم اخلاقی اغراق آمیز و احساس گناه بین فردی ایجاد می‌شود. زیرا سیستم اخلاقی، احساس گناه و نگرانی برای دیگران از موضوعات رایج افکار مزاحم در وسواس فکری عملی است (۳۲). این نشان می‌دهد که همدلی می‌تواند بیش از حد در وسواس فکری عملی فعال باشد، نه تنها به این دلیل که افسردگی همراه در افراد مبتلا به وسواس فکری عملی شایع است (۳۳)، که ممکن است بر عملکرد اجتماعی تأثیر بگذارد، بلکه ممکن است یک الگوی ذهن اجتماعی باشد که هر دو اختلالات مشترک هستند از آنجایی که افکار مزاحم بسیار استرس زا هستند و استرس منجر به اختلال در عملکرد ذهنی سازی می‌شود (۳۴)، می‌توان هم عملکرد ذهنی سازی کمتر و هم همدلی بالاتر را در وسواس فکری عملی فرض کرد، به ویژه به این دلیل که برخی از مناطق مغز با هم تداخل دارند که دخیل در توانایی‌های درک اجتماعی و زیست‌شناسی عصبی وسواس فکری عملی در نظر گرفته می‌شوند (۳۵). با توجه به نتایج مطالعه حاضر، به نظر می‌رسد، جمعیت غیربالیینی مطالعه شده در این تحقیق، مشابه جمعیت دارای نشانگان بالینی وسواس فکری عملی نبوده‌اند.

نمی‌توانند بین حالت عاطفی خود و دیگری تمایز قائل شوند. وظیفه تفسیر یک موقعیت اجتماعی، معناسازی و پاسخ به یک محیط اجتماعی است که شامل وظایف بهم پیوسته گوناگونی است و شناخت اجتماعی را می‌سازد. با توجه به باورهای وسواسی و درآمیختگی‌های آن، به نظر می‌رسد شناخت اجتماعی در وسواس، به خاطر علیت آسیب می‌بیند. از جمله اینکه: (۱) درون دادهایی از یک موقعیت معین آمده‌اند که این درون دادها ناشی از منابعی در بیرون ادراک کننده هستند. (۲) داده‌هایی از دانش قبلی فرد به موقعیت آورده شده‌اند که این دانش قبلی در قالب‌های مختلف منبع بسیار متنوعی از اطلاعات، مانند دانش عمومی، زنجیره‌های رفتاری، فرضیه‌های ذهنی، انتظارات عمومی یا اطلاعات اختصاصی هستند. (۳) پردازش‌هایی که روی این درون‌دادها به اجرا در می‌آیند. مانند پردازش‌های سطحی یا عمیق و پردازش‌های خودکار یا تحت کنترل یا در دو مسیر عملکرد مستقیم بر درون دادها یا عمل بر دانش قبلی. البته لازم به اشاره است که این سه جز خیلی قابل تفکیک و به راحتی قابل شناسایی نیستند. اما این ساده سازی در جهت تسهیل ادراک سهم مشارکت آنها در ساختار ذهنی است (۳۰).

یافته‌های این پژوهش را می‌توان از طریق بحث شبیه سازی آینه‌ای نیز بدین صورت تبیین کرد که شبیه سازی آینه‌ای فرآیند خودکاری است که بر شناخت اجتماعی تأثیر دارد. به این حالت که وقتی شخصی، حرکت شخص دیگر را می‌بیند، نورون‌های آینه‌ای به صورت خودکار فعالیت مشاهده شده را در مغز بیننده تحریک می‌کنند. این کار مغز را به برقراری ارتباط با افکار و احساسات مربوط به آن فعالیت وا می‌دارد و طوری تجربه می‌کند که گویی خود آن کار را انجام می‌دهد. در واقع در این فرآیند درآمیختگی‌های مربوط به باورهای فراشناختی مربوط به وسواس از طریق شبیه سازی آینه‌ای، بروز می‌کنند یا حداقل، شدت می‌یابند. یعنی بحث شبیه سازی آینه‌ای در افراد وسواسی، با اغراق بیشتری رخ می‌دهد. در واقع، افراد در معرض حالات گوناگونی از ذهن خود قرار می‌گیرند که این عامل ویژگی‌های کوتاه مدت و بلند مدت خاصی را به دنبال خواهد داشت که به احتمال زیاد کارکرد ذهن را دستخوش تغییر می‌کند. برای مثال، بزرگسالان سالم از استدلال انگیزه‌شده استفاده می‌کنند تا به شکلی نامحسوس خود را در

همچنین فعالیت های عصبی متغیری در حین تنظیم هیجانی در بیماران وجود دارند که احتمالاً نشان دهنده استفاده آنها از استراتژی های تنظیم هیجانی جایگزین یا جبرانی است. اختلال در تنظیم هیجانها در شروع، نگهداری و تشدید علائم وسواس موثر است (۴۱) و توانایی تنظیم و سازگاری هیجانها متناسب با الزامات موقعیت-های خاص، یکی از مهم ترین قابلیت های انسان است (۴۲). بنابراین به نظر می رسد جمعیت مطالعه شده در این تحقیق، غیرمشابه با جمعیت دارای وسواس، از توانایی تنظیم و سازگاری هیجانها متناسب با الزامات موقعیت-های خاص (راهبردهای مثبت تنظیم هیجانها)، برخوردار بوده اند. در همین خصوص، حتی نشان داده شده که روش افشای نوشتاری بعنوان روشی برای تخلیه هیجانی، را می توان به عنوان شیوه ای کم هزینه، کارآمد، مؤثر و با قابلیت کاربرد وسیع و آسان در بهبود اختلال وسواس و افسردگی همزمان دانست و بکارگیری آن را در مورد افراد وسواسی به روان درمانگران توصیه نمود (۴۳). در مورد مهارت های تنظیم هیجانی، حتی پژوهشی نشان می دهد که اکتساب موفقیت آمیز مهارت های تنظیم هیجانی با کاهش نشانه های وسواس فکری عملی مرتبط است. زیرا تئوری شناختی بیماران وسواس فکری- عملی نشان می دهد که بیماران افکار ناخوانده را به اشتباه تفسیر کرده و فکر می کنند که این نشان دهنده آن است که آنها مسئول پیشگیری از آسیبی هستند که به دیگران یا خودشان می رسد، که به نوبه خود منجر به وسواس های عملی برای پیشگیری از رویدادهای ترسناک می شود (۴۴).

یافته های این پژوهش را می توان با اشاره به اساس زیستی مشترک وسواس و شناخت اجتماعی نیز توضیح داد. طبق مطالعات، بیماران وسواس فکری عملی افزایش فعال سازی را در آمیگدال نشان می دهند، قشر اوربیتوفرونتال در حین پردازش هیجانی به داخل سینگولیت قدامی کمربندی<sup>۱</sup> و قشر جلوی پیشانی شکمی میانی<sup>۲</sup>، پوتامن<sup>۳</sup> و نواحی میانی گیجگاهی و تحتانی پس سری افزایش می یابد. در نهایت، مطالعات با میانگین طول مدت طولانی تر بیماری، تفاوت های بیشتری را در فعال سازی پوتامن راست و تفاوت های کمتری در قطب تمپورال چپ و

نتایج پژوهش حاضر همچنین حاکی از میانجی گر بودن راهبردهای تنظیم هیجان (بخصوص راهبردهای مثبت) در رابطه ادراک اجتماعی و باورهای وسواسی، بود. پژوهش های اخیر حاکی از تأثیر مهم هیجانها بر استدلال و عقلانیت است (۳۶). این تأثیرات احساسی بر قضاوت، تجربیات فراشناختی نامیده می شوند که در وسواس و باورهای وسواسی نیز دیده می شوند. این عقیده که مردم هیجانهای خود را به جای اطلاعات به کار می گیرند، برای بسیاری از ما آشنا است. به خصوص تفسیر درونی ما از موضوعات به شدت تحت تأثیر آن است که سخت یا آسان احساس شود. زمانی که یک موضوع را به راحتی بفهمیم، به احتمال زیاد باور می کنیم که واقعیت دارد (۳۷). همانند این پژوهش که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (بخصوص راهبردهای مثبت) را در ارتباط مستقیم با باورهای وسواسی در جمعیت غیروسواسی دید، تحقیقات قبلی وجود اختلالات تنظیم شناختی در وسواس فکری عملی را نیز نشان می دهد. در یک مطالعه، به طور سیستماتیک ادبیات گذشته برای روشن کردن فرآیندهای اصلی تنظیم شناختی تحت تأثیر وسواس فکری عملی مرور شد و بر مطالعاتی تمرکز شد که پارامترهای رفتاری، فیزیولوژیکی و عصب بیولوژیکی عینی را ارزیابی می کردند (۳۸). در مورد رفتار، این مطالعات نشان دادند که پریشانی و افکار مزاحم را می توان با ارزیابی مجدد شناختی و استراتژی های پذیرش کاهش داد. مطالعه حاضر نیز راهبردهای مثبت تنظیم شناختی را در مسیر پیش بینی باورهای وسواسی موثرتر دید. در همین خصوص، برخی نویسندگان نیز نشان داده اند که ظرفیت ارزیابی مجدد با تغییرات اتصال عملکردی بین آمیگدال و اینسولای خلفی در وسواس فکری عملی مرتبط است (۳۹).

با یادآوری اینکه در این پژوهش باورهای وسواسی در یک جمعیت عادی و غیربالینی بررسی شده اند، مطالعات نشان می دهند که باورهای وسواسی در ارتباط بین هیجانهای مانند اضطراب و علائم وسواس در افراد عادی، نقش میانجی دارند (۴۰). افراد دارای نشانه های وسواس فکری- عملی از مهارت های تنظیم هیجانی ناسازگارانه بیشتری استفاده می کنند و به نظر می رسد که این عوامل مستقل از هماپندی سطوح اضطراب و افسردگی باشند.

<sup>3</sup> putamen

<sup>1</sup> subgenual anterior cingulate

<sup>2</sup> ventromedial prefrontal cortex

جمعیت‌شناختی اجتماعی (یعنی جنسیت، تحصیلات، وضعیت تأهل، اشتغال و ...) در نمونه مورد مطالعه نیز مهم است. برخی از داده‌های بالینی خاص شرکت‌کنندگان (به عنوان مثال، وجود بیماری‌های خاص یا مصرف درمان‌های دارویی) ارائه نشد و نمی‌توان آنها را در نظر گرفت، زیرا داده‌ها برای تیم تحقیقاتی در دسترس نبودند، که تکرارپذیری مطالعه را محدود می‌کند. همچنین تعدیل‌کننده‌ها یا واسطه‌های بالقوه‌ای که ممکن است نتایج را توضیح دهند مورد تجزیه و تحلیل قرار نگرفتند (به عنوان مثال، تأثیر شخصیت، آسیب‌های روانی مانند افسردگی، و ...). لذا مطالعات بیشتر باید پیش‌بینی‌کننده‌ها و واسطه‌های قابل توجه توانایی‌های شناخت اجتماعی را مورد بررسی قرار دهند، که ممکن است به توسعه مداخلات هدفمند کمک کند.

قشر اوربیتوفرونتال نشان داده اند (۴۵). آنها همچنین پیامدهایی برای تحقیقات آتی دارند و فاکتورهایی را نشان می‌دهند که باید به دقت در نظر گرفته شوند تا به طور دقیق پاسخ در نواحی لیمبیک اندازه‌گیری شود. این یافته‌های مغزنگاری، تلویحات کاربردی بسیاری در زمینه ارائه درمان‌های زیستی-مغزی دارند. برای مثال، با توجه به یافته‌ها به نظر می‌رسد، تحریک الکتریکی مغز، در جهت بازسازی فعال شدن آمیگدال دوطرفه، می‌تواند در جهت تنظیم بهتر هیجانات که در ارتباط مستقیم با باورهای وسواسی است، مفید واقع شود.

این پژوهش از محدودیت‌هایی برخوردار بود. با توجه به اینکه این مطالعه یک طرح مقطعی بود، استنتاج علی‌امکان پذیر نیست. ادراک اجتماعی از طریق ادراک چهره‌های هیجانی مورد ارزیابی قرار گرفت، زیرا ابزار بخصوصی برای ارزیابی حوزه ادراک اجتماعی وجود نداشت. هیجانات و عواطف خاص در تکالیف تشخیص هیجان و آزمون ذهنی سازی به صورت جداگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار نگرفتند. در حالی که این یک موضوع جالب بر اساس مطالعاتی است که نشان می‌دهد تنظیم هیجان ممکن است در افراد مبتلا به OCD بسته به ظرفیت عاطفی متفاوت باشد. با توجه به اینکه نمونه این پژوهش، غیربالینی بودند و از طرفی احتمالاً همگن نبودند، این ممکن است نتایج را تحت تأثیر قرار دهد. لذا در نظر گرفتن تفاوت معنی‌دار در داده‌های

## References

1. Şahin, H., Köşger, F., Eşsizoglu, A., & Aksaray, G. (2018). The Relationship Between Obsessive Belief Level and Cognitive Flexibility in Patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Arch Neuropsychiatry*, 55, 376-379.
2. Mousavi, E., Alipour, A., Zare, H., Agah Heris, M., & Janbozorgi, M. (2014). Effectiveness of LEARN Multifaceted Intervention in Modifying Meta-Cognition and the Meta-Worry Beliefs. *Advances in Cognitive Sciences*, 16 (1), 39-48. [Persian].
3. Wells, A., White, J., & Carter, K. (1997). Attention Training: Effects on anxiety and beliefs in panic and social phobia. *Clin. Psychol. Psychother*, 4, 226-232.
4. Wells, A. (2000). *Emotional disorder and meta cognition: Innovative cognitive therapy*. New York, NY: John Wiley & Sons.
5. Payandeh, M., Moradi, A., Hasani, J., & Noury Ghasemabadi, R. (2021). The Relationship between Cognitive Fusion, Sense of Coherence, Rumination, and Psychological distress in Cancer patients: The Mediating role of Emotional Dysregulation. *Journal of Research in Psychological Health*, 15(1), 1-19. [Persian].
6. Rassin, E., Merckelbach, H., Muris, P., & Spaan, V. (1999). Thought-action fusion as arousal factor in the development of intrusions. *Behav Res Ther*, 37, 231-7
7. Macy, A. S., Theo, J. N., Kaufmann, S.C.V., Ghazzaoui, R. B., Pawlowski, P.A.,



- Fakhry, H.I., et al. (2013). Quality of life in obsessive compulsive disorder. *CNS Spectr*, 18, 21–33.
8. Melloni, M., Urbistondo, C., Sedeño, L., Gelormini, C., Kichic, R., Ibanez, A. (2012). The extended fronto-striatal model of obsessive-compulsive disorder: Convergence from event-related potentials, neuropsychology and neuroimaging. *Front Hum Neurosci*, 6, 259.
  9. Milad, M.R., & Rauch, S.L. (2012). Obsessive-compulsive disorder: beyond segregated cortico-striatal pathways. *Trends Cogn Sci*, 16, 43–51.
  10. Schienle, A., Schafer, A., Stark, R., Walter, B., & Vaitl, D. (2005). Neural responses of OCD patients towards disorder-relevant, generally disgust-inducing and fear-inducing pictures. *Int J Psychophysiol*, 57, 69–77.
  11. Stein, D.J., Costa, D.L.C., Lochner, C., Miguel, E.C., Reddy, Y.C.J., Shavitt, R.G., van den Heuvel, O.A., Simpson, H.B. (2019). Obsessive-compulsive disorder. *Nat. Rev. Dis. Prim*, 5, 52.
  12. Molenberghs, P., Johnson, H., Henry, J.D., & Mattingley, J.B. (2016). Understanding the minds of others: a neuroimaging meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*, 65, 276–91.
  13. Lindquist, K.A. (2012). The brain basis of emotion: a meta-analytic review. *Behav Brain Sci*, 35(3), 121-43.
  14. Dalir, M., Alipour, A., Zare, H., & Farzad, W.E. (2014). The Comparative efficacy of cognitive bias Modification-interpretation and combined of it with group cognitive behavior therapy in reducing the severity of symptoms, beliefs, and obsessional behaviors. *Journal of Psychological Achievements*. *Journal of Psychological Achievements*, 4(22), 1-24. [Persian].
  15. Green, M.F., Penn, D.L., Bentall, R., Carpenter, W.T., Gaebel, W., Gur, R.C., et al. (2008). Social Cognition in Schizophrenia: An NIMH Workshop on Definitions, Assessment, and Research Opportunities. *Schizophr Bull*, 34, 1211–1220.
  16. Lieberman, MD. (2007). Social Cognitive Neuroscience: A Review of Core Processes. *Annu Rev Psychol*, 58, 259–289.
  17. Green, M. F., Horan, W. P., & Lee, J. (2015). Social cognition in schizophrenia. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(10), 620-631.
  18. Shams, G., Karam Ghadiri, N., Esmaeli Torkanbori, Y., & Ebrahimkhani, N. (2004). Validation and Reliability Assessment of the Persian Version of Obsessive Beliefs Questionnaire-44. *Advances in Cognitive Sciences*, 6(1-2), 23-36. [Persian].
  19. Schlegel, K., Grandjean, D., & Scherer, K.R. (2014). Introducing the Geneva emotion recognition test: An example of Rasch-based test development. *Psychological Assessment*, 26(2), 666-672.
  20. Kessels, R.P.C., Gerritsen, L., Montagne, B., Ackl, N., Diehl, J., & Danek, A. (2007). Recognition of facial expressions of different emotional intensities in patients with frontotemporal lobar degeneration. *Behavioural neurology*, 18(1), 31-36.
  21. Sadatrasoul, S., & Alizadeh-Fard, S. (2022). Comparison of Facial Emotion Recognition in Alzheimer's Dementia and Frontotemporal Dementia. *International Journal of Behavioral Sciences*, 15(4), 261-267.
  22. Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The "Reading the Mind in the Eyes" Test Revised Version: A Study with Normal Adults, and Adults with Asperger Syndrome or High-functioning Autism. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 42(2), 241–51.
  23. Nejati, V., Zabihzadeh, A., Maleki, G., & Mohseni, M. (2012). Social cognitive impairment in patients with major depression: evidence from eye reading mind test. *Journal of Applied Psychology*, 6(4,24), 57-70. [Persian].
  24. Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire Development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41, 1045-1053.
  25. Taylor, S., Abramowitz, J.S., McKay, D., Calamari, J.E., Sookman, D., Kyrios, M., Wilhelm, S., & Carmin, C. (2006). Do dysfunctional beliefs play a role in all types of obsessive-compulsive disorder? *J Anxiety Disord*, 20, 85–97.
  26. Alinasab, S., Shahgholian, M., & Farahani, M.N. (2017). Relationship between

- extraversion/neuroticism and mental well-being: The mediating role of mindfulness. *Journal of Research in Psychological Health*, 11(1), 1-12. [Persian].
27. 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. *Nord. J. Psychiatry*, 73, 462-469.
  28. Plana, I., Lavoie, M.A., Battaglia, M., Achim, A.M. (2014). A meta-analysis and scoping review of social cognition performance in social phobia, posttraumatic stress disorder and other anxiety disorders. *J Anxiety Disord*, 28, 169-177.
  29. de Vignemont, F., & Singer, T. (2006). The empathic brain: How, when and why? *Trends Cogn. Sci*, 10(10), 435-41.
  30. Greifeneder, R., Bless, H., & Fiedler, K. (2018). Social cognition. (S. Alizadehfard and H. Zare, Trans.). Tehran: Arjmand Book. [Persian].
  31. Fisk, S.T., & Taylor, S.A. (2019). Social cognition from brain to culture. (S. Alizadehfard and H. Zare, Trans.). Tehran: Aizh. [Persian].
  32. Jansen, M., Overgaauw, S., & De Bruijn, E.R. (2020). Social cognition and obsessive-compulsive disorder: A review of subdomains of social functioning. *Front. Psychiatry*, 11, 118.
  33. Masellis, M., Rector, N.A., & Richter, M.A. (2003). Quality of life in OCD: differential impact of obsessions, compulsions, and depression comorbidity. *Can J Psychiatry*, 48, 72-77.
  34. Smeets, T., Dziobek, I., & Wolf, O.T. (2009). Social cognition under stress: differential effects of stress-induced cortisol elevations in healthy young men and women. *Horm Behav*, 55, 507-513.
  35. Sayin, A., Oral, N., Utku, Ç., Baysak, E., & Candansayar, S. (2010). Theory of mind in obsessive-compulsive disorder: Comparison with healthy controls. *Eur Psychiatry*, 25, 116-122.
  36. Blanchette, I. (2014). Emotion and reasoning. (H. Zare, M. Roshan, and Z. Rafezi, Trans.). Tehran: Arjmand Book. [Persian].
  37. Alizadehfard, S., Kharaman, A., & Zare, H. (2021). Investigating the mediating role of Embodied self-awareness in predicting Rubber Hand Illusion based on psychological self-awareness. *Cognitive Psychology Quarterly*, 9(1), 55-70.
  38. 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. *Psychol. Bull*, 138, 775-808.
  39. Picó-Pérez, M., Radua, J., Steward, T., Menchón, J.M., Soriano-Mas, C. (2017). Emotion regulation in mood and anxiety disorders: A meta-analysis of fMRI cognitive reappraisal studies. *Prog. Neuro Psychopharmacol. Biol. Psychiatry*, 79, 96-104.
  40. Vatan, S. (2015). Investigating the mediator roles of obsessive beliefs in the relationships between, attachment and obsessive compulsive symptoms. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 16(3), 155-163.
  41. Plate, A.J., & Aldao, A. (2017). Emotion Regulation in Cognitive Behavioral Therapy: Bridging the gap between treatment studies and laboratory experiments. *Cogn. Behav. Ther.*, 42, 107-127.
  42. Hofmann, S.G., & Kashdan, T.B. (2010). The affective style questionnaire: Development and psychometric properties. *Psychopathol. Behav. Assess*, 32(2), 255-263.
  43. Zare, H., Shaghghi, F., & Delir, M. (2018). The effect of written disclosure on severity of symptoms of OCD and depression of individuals with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 3(4, 12), 27-34. [Persian].
  44. Allen, L.B., & Barlow, D.H. (2009). Relationship of exposure to clinically irrelevant emotion cues and obsessive-compulsive symptoms. *Behav. Modif*, 33(6), 743-762.
  45. van den Heuvel, O.A., Veltman, D.J., Groenewegen, H.J., Dolan, R.J., Cath, D.C., Boellaard, R., et al. (2004). Amygdala activity in obsessive-compulsive disorder with contamination fear: a study with oxygen-15 water positron emission tomography. *Psychiatry Res. Neuroimaging*, 132, 225-237.