DOI: 10.22122/jhsr.v14i3.3414 Published by Vesnu Publications

بررسی نقش واسطه‌ای آشفتگی استنتاج در رابطه بین تجارب تجزیه‌ای و نشانه‌های وسواسی– اجباری در دانشجویان دانشگاه شاهد در سال ۱۳۹۶

اکرم قربعلی[۱]، محمدرضا شعیری[۲]، محمد غلامی فشارکی[۳]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که در میان افراد مبتلا به اختلال وسواسی- جبری (Obsessive-compulsive disorder یا OCD)، پتانسیلی برای گسستگی وجود دارد. رویکرد مبتنی بر استنتاج نوعی مسیر پژوهشی را در این زمینه برانگیخته است. تحقیق حاضر با هدف تعیین نقش واسطه‌ای آشفتگی استنتاج در رابطه بین تجارب تجزیه‌ای و نشانه‌های OCD انجام شد.

روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، ۲۱۲ نفر از دانشجویان دانشگاه شاهد شرکت نمودند. نمونه‌گیری به روش تصادفی خوشه‌ای انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه بازنگری شده وسواسی- جبری (Obsessive Compulsive Inventory-Revised یا OCI-R)، مقیاس تجارب تجزیه‌ای (Dissociative Experiences Scale-II یا DES-II) و نسخه بسط یافته پرسش‌نامه آشفتگی استنتاج (Inferential Confusion Questionnaire-Expanded Version یا ICQ-EV) بود. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی Pearson، Regression سلسله مراتبی بر اساس روش Baron و Kenny و آزمون Sobel در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: رابطه مثبت و معنی‌داری بین تجارب تجزیه‌ای، نشانه‌های OCD و آشفتگی استنتاج وجود داشت ($P < ۰/۰۱۰$). نتایج تحلیل Regression نشان داد که آشفتگی استنتاج در رابطه بین تجارب تجزیه‌ای و نشانه‌های OCD نقش واسطه‌ای را ایفا نمود ($P < ۰/۰۰۱$، $\beta = ۰/۳۵۶$).

نتیجه‌گیری: نتایج به دست آمده حاکی از نقش آشفتگی استنتاج در تبیین رابطه بین تجارب تجزیه‌ای و نشانه‌های OCD است. این نتیجه می‌تواند شواهدی را در جهت حمایت از سودمندی به کارگیری رویکرد مبتنی بر استنتاج در درمان آن دسته از افراد مبتلا به OCD که دارای تجارب تجزیه‌ای هستند، فراهم سازد.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواسی- جبری، اختلالات تجزیه‌ای، آشفتگی

ارجاع: قربعلی اکرم، شعیری محمدرضا، غلامی فشارکی محمد. **بررسی نقش واسطه‌ای آشفتگی استنتاج در رابطه بین تجارب تجزیه‌ای و نشانه‌های وسواسی- اجباری در دانشجویان دانشگاه شاهد در سال ۱۳۹۶.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۷؛ ۱۴ (۳): ۳۶۱-۳۵۶

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۲/۱۷ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۵/۲۱ تاریخ چاپ: ۱۳۹۷/۷/۱۵

مقدمه

تبیین ایجاد اختلال وسواسی- جبری (Obsessive-compulsive disorder یا OCD)، تلاش‌های نظری- پژوهشی متنوعی را به همراه داشته است. طی چند سال گذشته، یکی از مدل‌هایی که به این امر پرداخته، رویکرد مبتنی بر استنتاج (Inference-based approach یا IBA) بوده است (۱). IBA به ویژه در ارتباط با منشأ وسواس‌ها، نظریه تغییر و اهداف درمانی ویژگی‌هایی را مطرح می‌کند که در مدل‌های دیگر OCD مورد غفلت واقع شده است. طبق IBA، OCD نوعی اختلال تخیل با مشخصه «تردید مرضی» (Pathological doubt) می‌باشد (۲). فرد حالتی از امور را تصور می‌کند و آن را مانند واقعیت در نظر می‌گیرد و به جای مطالبات ادراک شده دنیای واقعی، طبق تخیل خود عمل می‌نماید. با وجود این، افراد مبتلا به OCD مشکلی در زمینه ادراک واقعیت ندارند و قادر به تشخیص چیزهای واقعی و غیر واقعی هستند، اما ممکن است نسبت به آنچه که می‌بینند، اطمینان کمتری داشته باشند (۳).

IBA ارزیابی‌ها را در تداوم وسواس‌ها مؤثر می‌داند، اما نقطه شروع افکار وسواسی را تردید اولیه می‌بینند و معتقد است که تردید وسواسی از طریق فرایندی استدلالی شکل می‌گیرد که در اصطلاح «آشفتگی استنتاج» (Inferential confusion یا IC) نامیده می‌شود (۲). دو مؤلفه فکری مجزا شامل استنتاج اولیه درباره تردید (به طور مثال شاید گاز روشن باشد) و استنتاج ثانویه به عنوان نتیجه آن (اگر گاز روشن باشد، خانه آتش خواهد گرفت و من همه چیزم را از دست خواهم داد و...) برای تردید شناسایی شده است. تردید اولیه جایی است که فرد دنیای ادراک را رها می‌کند و به داستان‌های وسواسی پناه می‌برد (۱). بنابراین، آشفتگی استنتاج از دو مؤلفه اصلی «سرمایه‌گذاری بر احتمالات بعید به جای واقعیت و بی‌اعتمادی به حواس و ادراک معمول» تشکیل شده است. این دو مؤلفه در کنار هم فرد مبتلا به OCD را بدون شواهد معتبر

۱- دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۳- استادیار، گروه آمار زیستی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
نویسنده مسؤول: محمدرضا شعیری
Email: shairigm@gmail.com

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.17352363.1397.14.3.13.7]
[DOI: 10.22122/jhsr.v14i3.3414]

درباره تردید، هنگام استنتاج نسبت به آن دچار آشفتگی می‌کند. هنگام استنتاج، روایت درونی منجر به بی‌اعتمادی نسبت به حواس و سرمایه‌گذاری روی احتمالات بعید می‌شود (۴).

از طرف دیگر، پژوهشگران «تجزیه» (Dissociation) را به عنوان یکی از فرایندهای خیالی دخیل در نشانه‌های OCD مطرح کرده‌اند (۵). تجزیه شامل نوعی گسیختگی یا ناپیوستگی در یکپارچگی طبیعی هوشیاری، حافظه، هویت، هیجان، ادراک و رفتار است (۶). با وجود این که شیوع طول عمر اختلال تجزیه‌ای در جمعیت عمومی بین ۱ تا ۲ درصد تخمین زده شده است (۶)، اما حدود نیمی از بزرگسالان در طول عمر خود حداقل یک تجربه تجزیه‌ای گذرا را تجربه کرده‌اند (۷). علاوه بر این، ۱۵/۸ درصد افراد مبتلا به OCD به عنوان افرادی که تجارب تجزیه‌ای بالایی دارند، طبقه‌بندی شده‌اند (۸).

به نظر می‌رسد که سه نوع ویژگی تجزیه‌ای مربوط به OCD وجود داشته باشد. نوع اول عبارت است از تجربه تجزیه در حین انجام یک آیین وسواسی که فرد نسبت به جهان اطرافش بی‌اعتنا می‌شود و ممکن است احساسی شبیه «زندگی در یک حباب» (Living as if in a bubble) را گزارش کند. نوع دوم، تجزیه هویت می‌باشد که فرد متقاعد می‌شود می‌تواند فردی باشد یا فردی شود که نیست یا هرگز نمی‌خواهد باشد. این افراد تحت تأثیر ترس‌های وسواسی خود بسیار سخت به این سمت هدایت می‌شوند که باور کنند هویت خود بیگانه آن‌ها یک احتمال واقعی است. سومین نوع تجزیه، گسستگی بین دانستن و عمل کردن است؛ یعنی با وجود این که فرد مبتلا به OCD اغلب بینش عقلانی کاملی به بیهودگی اجبارهای خود دارد، اما تمایل دارد آن‌ها را انجام دهد. این تجارب تجزیه‌ای در OCD سبب می‌شود فرد از واقعیت اینجا و اکنون فاصله بگیرد که می‌تواند از نظر فراشناختی منجر به نوعی آشفتگی بین «هویت خود ناخواسته» (Unwanted self-identity) یا «ضرر احتمالی تخیلی بعید» (Remotely imaginary possible harm) و «یک احتمال واقعی» (Real possibility) شود. این آشفتگی در اصطلاح همان «آشفتگی استنتاج» نامیده می‌شود (۹). IBA نشان می‌دهد که اگرچه افراد مبتلا به OCD می‌توانند واقعیت را به طور دقیق درک کنند، اما نمی‌توانند آن را به طور مؤثری در فرایند استدلالی خود ادغام نمایند. این مسأله مشابه فقدان انسجامی است که در گسستگی به آن اشاره شده است (۱۰).

به‌تازگی مطالعاتی به بررسی نقش تجارب تجزیه‌ای در نشانه‌های OCD پرداخته‌اند (۱۵-۱۱، ۸)، اما یافته‌های به دست آمده همسو با هم نیستند. علاوه بر این، پژوهش‌ها حاکی از آن است که OCD به واسطه فرایندهای خیالی دخیل در آن پیچیده‌تر می‌گردد. برای مثال، شواهد اخیر نشان می‌دهد که تمایل به «جذب و غرق شدن در تخیل» (Absorption and imaginative immersion) به عنوان یکی از مؤلفه‌های تجزیه، عنصر اصلی در ایجاد علایم OCD می‌باشد، اما در حال حاضر شیوه دقیقی که «درگیری خیالی یا جذب» (Absorption or imaginative involvemen) از طریق آن منجر به ایجاد نشانه‌های وسواس می‌شود، شناخته نشده است (۹).

ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که در میان افراد مبتلا به OCD، پتانسیلی برای گسستگی وجود دارد، اما درباره نقش آن توضیح زیادی داده نشده است. IBA نوعی مسیر تحقیقی را در این زمینه برانگیخته است (۱۶). با وجود شواهدی در جهت حمایت از رابطه میان آشفتگی استنتاج و نشانه‌های OCD، هنوز به درستی مشخص نشده است که چرا افراد مبتلا به OCD ممکن است نسبت به تأثیر اطلاعات مبتنی بر امکان بیشتر حساس باشند و یا چرا برخی از افراد در نوعی حالات خیالی فرو می‌روند که «امکان وجود چیزی» بر «ادراک آن‌ها از آنچه هست» غلبه می‌یابد (۱۱). ممکن است «جذب تجزیه‌ای» (Dissiciative absorption) به «غرق شدن در دنیای امکان» که OConnor و Aardema آن را به عنوان ویژگی آشفتگی استنتاج معرفی کرده‌اند (۹)، شبیه باشد یا در آن نقش ایفا کند (۱۷). با توجه به اطلاعات محدود درباره نقش تجارب تجزیه‌ای در OCD و مطرح شدن آشفتگی استنتاج به عنوان سنگ‌بنای طیف اختلالات مرتبط با OCD، پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش واسطه‌ای آشفتگی استنتاج در رابطه بین تجارب تجزیه‌ای و نشانه‌های OCD انجام شد.

روش‌ها

این مطالعه از نوع مقطعی و جامعه آماری آن متشکل از تمام دانشجویان مستقر در پردیس جامع دانشگاه شاهد در نیم‌سال نخست سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بود. داده‌های مورد نیاز در فواصل ماه‌های آبان تا آذر سال ۱۳۹۶ جمع‌آوری گردید. نمونه‌ها شامل ۲۱۲ دانشجوی مقطع کارشناسی دانشگاه شاهد بود که به شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. بدین منظور، تمام دانشکده‌های دانشگاه شاهد که در مقطع کارشناسی دارای دانشجو بودند، انتخاب شد (علوم پایه، فنی و مهندسی، علوم انسانی و علوم پزشکی) و نمونه‌های مورد نظر از دانشجویان مقطع کارشناسی آن دانشکده‌ها انتخاب گردید. ابتدا نسبت دانشجویان مقطع کارشناسی هر دانشکده به حجم نمونه محاسبه شد و سپس با توجه به نسبت به دست آمده، از بین دانشجویان مقطع کارشناسی آن دانشکده‌ها کلاس‌هایی به صورت تصادفی انتخاب شد و همه دانشجویان این کلاس‌ها به عنوان نمونه تحقیق در نظر گرفته شدند. با توجه به نظر Tabachnick و Fidell مبنی بر این که حداقل حجم نمونه در Regression چندگانه از نوع سلسله مراتبی، عدد مبنای ۱۰۴ به علاوه ۸ برابر تعداد متغیرهای مستقل می‌باشد (۱۸)، به نمونه‌ای با حجم حداقل ۱۲۰ نفر نیاز بود که در پژوهش حاضر ۲۱۲ نفر مورد بررسی قرار گرفتند.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها، از پرسش‌نامه بازنگری شده وسواسی- جبری (Obsessive Compulsive Inventory-Revised یا OCI-R)، مقیاس تجارب تجزیه‌ای (Dissociative Experiences Scale-II یا DES-II) و نسخه بسط یافته پرسش‌نامه آشفتگی استنتاج (Inferential Confusion Questionnaire-Expanded Version یا ICQ-EV) استفاده گردید که در ادامه به تفصیل معرفی شده است.

OCI-R این مقیاس ۱۸ آیتمی اولین بار توسط Foa و همکاران در سال ۲۰۰۲ برای ارزیابی OCD طراحی شد (۱۹). OCI-R فرم کوتاه پرسش‌نامه OCI می‌باشد. هر آیتم مقیاس مذکور بر اساس میزان ناراحتی یا نگرانی طی یک ماه گذشته در یک مقیاس پنج درجه‌ای از صفر تا چهار درجه‌بندی می‌گردد. مقیاس OCI-R شامل شش خرده مقیاس (شستشو، وارسی/ تردید، وسواس فکری، خنثی‌سازی ذهنی، نظم و ترتیب و احتکار) است که هر کدام به طور مساوی سه ماده دارد (۲۰). ضریب Cronbach's alpha برای این پرسش‌نامه در نمونه ایرانی ۰/۸۵ و پایایی بازآزمایی آن به فاصله دو هفته ۰/۷۵ گزارش شده است که از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد (۲۱).

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.17352363.1397.14.3.13.7]
[DOI: 10.22122/jhsr.v14i3.3414]

جدول ۱. میانگین و ماتریس ضرایب همبستگی Pearson متغیرهای مورد بررسی

متغیر	ضرایب همبستگی Pearson و سطح معنی‌داری آن‌ها				میانگین ± انحراف معیار
	تجارب تجزیه‌ای	مقدار P	آشفتگی استنتاج	مقدار P	
نشانه‌های OCD	۰/۴۹۶	< ۰/۰۱۰	۰/۴۴۸	< ۰/۰۱۰	۱۸/۶۲ ± ۱۰/۲۷
تجارب تجزیه‌ای	-	-	۰/۵۶۵	< ۰/۰۱۰	۲۲/۰۶ ± ۱۳/۶۷
آشفتگی استنتاج	-	-	-	-	۹۳/۰۷ ± ۲۳/۸۹

OCD: Obsessive-compulsive disorder

DES-II: این مقیاس از ۲۸ آیتم درباره تجارب زندگی روزمره تشکیل شده است و شامل سه خرده مقیاس یادزدودگی تجزیه‌ای، درگیری جذب/ تخیل و مسخ شخصیت/ مسخ واقعیت (Derealization/Depersonalization یا DEP/DER) می‌باشد. آزمودنی‌ها پاسخ‌های خود را در یک مقیاس ۱۱ درجه‌ای (از صفر تا ۱۰۰، با افزایش ۱۰تایی) درجه‌بندی می‌کنند که بیانگر درصد مواقعی است که این تجارب خاص برایشان رخ می‌دهد. میانگین پاسخ‌های آزمودنی به این ۲۸ سؤال به عنوان نمره کلی در نظر گرفته می‌شود (۲۲). ثبات درونی این مقیاس با استفاده از ضریب Cronbach's alpha بین ۰/۹۳ (۱۰) تا ۰/۹۵ (۱۶) گزارش شده است. اعتبار بازآزمایی مقیاس DES-II در مطالعات مختلف از ۰/۷۹ تا ۰/۹۶ (P < ۰/۰۰۱) گزارش شده است (۲۳).

ICQ-EV: این مقیاس ۳۰ سؤالی توسط Aardema و همکاران طراحی شده است و هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت شش درجه‌ای از ۱ (بسیار مخالف) تا ۶ (بسیار موافق) درجه‌بندی می‌شود. در این پرسش‌نامه یک نمره کل محاسبه می‌گردد که در دامنه‌ای از ۳۰ تا ۱۸۰ قرار دارد و نمرات بالاتر بیانگر تمایل بیشتر افراد به تجربه آشفتگی استنتاج است (۲۴). ضریب Cronbach's alpha ابزار مذکور در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۶ و اعتباربازآزمایی آن در فاصله ۱۲ هفته‌ای به طور متوسط ۰/۹۰ (P < ۰/۰۰۱) گزارش شده است (۲۴).

ابتدا درباره اهداف پژوهش و نحوه تکمیل پرسش‌نامه‌ها توضیحاتی به شرکت‌کنندگان ارایه گردید و پرسش‌نامه‌ها توسط افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، تکمیل شد. از آزمون همبستگی Pearson و Regression چند متغیره سلسله مراتبی منطبق با روش Baron و Kenny (۲۵) و آزمون Sobel استفاده گردید. به منظور بررسی نقش واسطه‌ای آشفتگی استنتاج در رابطه بین تجارب تجزیه‌ای و نشانه‌های OCD، سه معادله Regression تشکیل داده شد. در نخستین معادله Regression، رابطه متغیر پیش‌بین و متغیر ملاک؛ در دومین معادله رابطه بین متغیر پیش‌بین و واسطه‌ای و در سومین معادله نیز رابطه بین متغیر پیش‌بین و واسطه‌ای با متغیر ملاک مورد بررسی قرار گرفت. در نهایت، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ (version 22, IBM Corporation, Armonk, NY) تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

۲۱۲ دانشجوی مقطع کارشناسی دانشگاه شاهد (۱۱۵ زن و ۹۷ مرد) با دامنه سنی ۱۸ تا ۲۸ سال و میانگین سنی ۱/۸۱ ± ۱۹/۶۹ سال در پژوهش حاضر شرکت کردند. یافته‌های توصیفی مربوط به میانگین و ماتریس ضرایب همبستگی Pearson بین متغیرها در جدول ۱ ارایه شده است.

نتایج تحلیل Regression نشان داد که رابطه معنی‌داری بین تجارب تجزیه‌ای و نشانه‌های OCD وجود داشت (P < ۰/۰۰۱، β = ۰/۴۹۶). همچنین، همبستگی معنی‌داری بین تجارب تجزیه‌ای و آشفتگی استنتاج مشاهده گردید (P < ۰/۰۰۱، β = ۰/۵۶۵). پس از کنترل اثر تجارب تجزیه‌ای، بین آشفتگی استنتاج و نشانه‌های OCD رابطه معنی‌داری وجود داشت (P < ۰/۰۰۱، β = ۰/۲۴۷). پس از کنترل آشفتگی استنتاج، رابطه بین تجارب تجزیه‌ای و نشانه‌های OCD با حفظ معنی‌داری از ۰/۴۹۶ به ۰/۳۵۶ کاهش یافت. نتایج آزمون Sobel نشان داد که این میزان تغییر معنی‌دار می‌باشد (P < ۰/۰۰۱، Z = ۳/۳۳) (جدول ۲). این یافته‌ها حاکی از نقش واسطه‌ای نسبی در رابطه بین تجارب تجزیه‌ای و نشانه‌های OCD بود.

بحث

هدف از انجام مطالعه حاضر، وارسی نقش واسطه‌ای آشفتگی استنتاج در رابطه بین تجارب تجزیه‌ای و نشانه‌های OCD بود. نتایج ا از نقش واسطه‌ای نسبی سازه مورد مطالعه در رابطه بین تجارب تجزیه‌ای و نشانه‌های OCD حمایت کرد. توجه اندکی به نقش تجارب تجزیه‌ای در OCD شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل Regression چند متغیره برای آزمون نقش واسطه‌ای آشفتگی استنتاج در رابطه بین تجارب تجزیه‌ای و نشانه‌های Obsessive-compulsive disorder (OCD)

مدل Regression	متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	Total R^2	آماره F	B	خطای استاندارد	β	مقدار P	آزمون Sobel
۱	نشانه‌های OCD	تجارب تجزیه‌ای	۰/۲۴۶	۶۸/۴۹۰	۰/۳۷۳	۰/۰۴۵	۰/۴۹۶	< ۰/۰۰۱	۳/۳۳
۲	آشفتگی استنتاج	تجارب تجزیه‌ای	۰/۳۲۰	۹۸/۷۲۱	۰/۹۸۸	۰/۰۹۹	۰/۵۶۵	< ۰/۰۰۱	
۳	نشانه‌های OCD	تجارب تجزیه‌ای	۰/۲۸۷	۴۲/۱۴۱	۰/۲۶۸	۰/۰۵۳	۰/۳۵۶	< ۰/۰۰۱	
		آشفتگی استنتاج			۰/۱۰۶	۰/۰۳۰	۰/۲۴۷	< ۰/۰۰۱	

OCD: Obsessive-compulsive disorder

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.17352363.1397.14.3.13.7]
[DOI: 10.22122/jhsr.v14i3.3414]

برخی از تحقیقات رابطه معنی‌داری را بین OCD و تجارب تجزیه‌ای گزارش کرده‌اند (۲۷، ۲۶، ۱۲) و برخی پژوهش‌ها به چنین نتایجی دست نیافتند (۱۳، ۸). یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که همبستگی معنی‌داری بین تجارب تجزیه‌ای، آشفتگی استنتاج و نشانه‌های OCD وجود دارد. همچنین، نتایج به دست آمده با یافته‌های تحقیقات پیشین (۱۱، ۵) همسو بود. پژوهش‌های مذکور به این نتیجه رسیدند که آشفتگی استنتاج و تجارب تجزیه‌ای، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های نشانه‌های OCD می‌باشد. نتایج آن‌ها در جهت حمایت از این مفهوم بود که آشفتگی استنتاج و تجارب تجزیه‌ای در فهم نشانه‌های OCD مستقل از باورهای وسواسی و حالات خلقی منفی، متغیرهای مهمی هستند.

Dčttore در مطالعه خود بر روی نمونه بالینی از بیماران مبتلا به OCD، به بررسی نقش تعدیل‌کنندگی آشفتگی استنتاج در رابطه بین حالات تجزیه‌ای و شدت نشانه‌های OCD پرداخت. او به این نتیجه رسید که از بین مؤلفه‌های پرسش‌نامه DES-II، رابطه بین مؤلفه DEP/DER با شدت کلی OCD می‌تواند توسط IC تعدیل شود (۲۸). در تبیین این یافته می‌توان گفت که IC در شرایط توجه محدود و زوال یافتن مرزهای واقعیت- خیال که از ویژگی‌های DEP/DER است، منجر به بروز شدیدتر نشانه‌های OCD می‌شود (۲۹). همچنین، IC توانست رابطه میان یکی از زیرگروه‌های وسواس بر اساس مقیاس Padua (Padua Inventory یا PI) به نام «زیرگروه کنترل ناکافی بر فعالیت‌های ذهنی» (Insufficient control of mental activities) با مؤلفه یادزدودگی تجزیه‌ای را تعدیل نماید. یک توضیح بالقوه برای یافته مذکور می‌تواند این باشد که بیماران تجزیه‌ای دارای تجارب یادزدودگی تجزیه‌ای و آشفتگی استنتاج بیشتری هستند، ترس شدیدتری را در مورد از دست دادن کنترل خود بر افکار تجربه می‌کنند و افکار ناخواسته را با افکار واقعی درهم آمیزند. میزان یادزدودگی تجزیه‌ای گزارش شده در بیماران مبتلا به OCD بیانگر بی‌اعتمادی به حافظه و عمل است. همان‌گونه که نتایج برخی تحقیقات پیشین حاکی از اعتماد ضعیف‌تر افراد مبتلا به OCD به حافظه، ادراک و اعمالشان است (۳۰). بنابراین، اعتماد افرادی که تجارب تجزیه‌ای بیشتری را تجربه می‌کنند (افرادی که به سرعت کانون توجه خود را تغییر می‌دهند، آن را به طور کامل به یک محرک واحد اختصاص می‌دهند و در زمان‌هایی آن را به سمت تصاویری در جهت حمایت از ادراک خود به درون معطوف می‌کنند)، به اعمال خود کاهش می‌یابد که این امر سبب ایجاد رفتارهای افراطی چک کردن می‌شود.

یافته‌های به دست آمده بیانگر اهمیت مؤلفه آشفتگی استنتاج در رابطه بین تجارب تجزیه‌ای و نشانه‌های OCD است. از این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که ممکن است جذب تجزیه‌ای به «غرق شدن در دنیای امکان»که OConnor و Aardem آن را به عنوان ویژگی آشفتگی استنتاج معرفی کردند (۹)، شبیه باشد یا در آن نقش ایفا نماید (۱۷). آن‌ها معتقد هستند که آشفتگی استنتاج در افراد مبتلا به OCD می‌تواند حاصل آستانه پایین «جذب خیالی» باشد.

پژوهش حاضر شواهدی را در راستای مشخص کردن نقش تجارب تجزیه‌ای در OCD فراهم آورد. از جمله کاربردهای عملی این مطالعه می‌توان به معرفی IBA در درمان آن دسته از افراد مبتلا به OCD که دارای تجارب تجزیه‌ای هستند، اشاره کرد. به عنوان مثال، IBA می‌تواند اولین گام درمانی برای کاهش اضطراب و علایم DEP/DER باشد که به نوبه خود اجرای تکنیک‌های مبتنی بر مواجهه و منع پاسخ را در اقدامات بعدی تسهیل می‌کند. وجود هم‌زمان تجارب DEP/DER با وسواس، عاطفه بیشتری را به همراه دارد و سبب بازداری آزمون واقعیت، تنظیم هیجانی و خوگیری طی درمان مبتنی بر مواجهه می‌شود. بنابراین، IBA می‌تواند این موانع را برای رسیدن به موفقیت درمانی هدف قرار دهد (۲۸).

تحقیق حاضر محدودیت‌هایی را به همراه داشت. از جمله این که طرح پژوهشی آن از نوع مقطعی بود. در نتیجه، ضرایب همبستگی و Regression به دست آمده از مطالعه را نباید به عنوان شواهدی دال بر رابطه علی و معلولی بین متغیرهای مورد بررسی تلقی کرد. استفاده از نمونه دانشجویی غیر بالینی از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود. از این‌رو، استفاده از نمونه‌های بالینی در پژوهش‌های دیگر و دستیابی به یافته‌های بالینی اصیل‌تر ضروری به نظر می‌رسد. همچنین، پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده ماهیت ناهمگون تجارب تجزیه‌ای مورد توجه قرار گیرد و بررسی‌های دقیق‌تری درباره رابطه وسواس و انواع زیرمقیاس‌های تجارب تجزیه‌ای صورت پذیرد.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر تا حدودی به بسط دانش قبلی درباره رابطه بین تجارب تجزیه‌ای و نشانه‌های OCD پرداخت و از نقش واسطه‌ای متغیر شناختی آشفتگی استنتاج در رابطه بین تجارب تجزیه‌ای و نشانه‌های OCD حمایت کرد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع دکتری روان‌شناسی بالینی با شماره ۲۴۴، مصوب شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده علوم انسانی دانشگاه شاهد می‌باشد. بدین وسیله از همه استادان و دانشجویان دانشگاه شاهد که در انجام این مطالعه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. لازم به ذکر است که تحقیق حاضر فاقد هرگونه حمایت مالی می‌باشد.

References

1. O'Connor K, Aardema F, Pélissier MC. Beyond reasonable doubt: Reasoning processes in obsessive-compulsive disorder and related disorders. John Wiley & Sons; 2005.
2. Aardema F, O'Connor KP, Emmelkamp PM, Marchand A, Todorov C. Inferential confusion in obsessive-compulsive disorder: The inferential confusion questionnaire. Behav Res Ther 2005; 43(3): 293-308.
3. Brown HD, Kosslyn SM, Breiter HC, Baer L, Jenike MA. Can patients with obsessive-compulsive disorder discriminate between percepts and mental images? A signal detection analysis. J Abnorm Psychol 1994; 103(3): 445-54.
4. Clark DA, O'Connor K. Thinking is believing: Ego-dystonic intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder. In: Clark DA, Editor. Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, research, and treatment. New York, NY: Guilford Press; 2005. p. 145-76.
5. Paradisis SM, Aardema F, Wu KD. Schizotypal, dissociative, and imaginative processes in a clinical OCD sample. J Clin Psychol 2015; 71(6): 606-24.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.17352363.1397.14.3.13.7]
[DOI: 10.22122/jhsr.v14i3.3414]

6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2013.
7. Soffer-Dudek N. Dissociation and dissociative mechanisms in panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression: A review and heuristic framework. Psychol Conscious 2014; 1(3): 243-70.
8. Lochner C, Seedat S, Hemmings SM, Kinnear CJ, Corfield VA, Niehaus DJ, et al. Dissociative experiences in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: Clinical and genetic findings. Compr Psychiatry 2004; 45(5): 384-91.
9. OConnor K, Aardema F. Living in a Bubble Dissociation, Relational Consciousness, and Obsessive Compulsive Disorder. J Conscious Stud 2012; 19(7-8): 7-8.
10. van Ijzendoorn MH, Schuengel C. The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). Clin Psychol Rev 1996; 16(5): 365-82.
11. Blanchemaison P, Gorny P, Muntlak H, Griton P, Cloarec M. Angioscopy and the surgical treatment of varices in the area of the external saphenous vein. Phlebologie 1990; 43(4): 543-9.
12. Goff DC, Olin JA, Jenike MA, Baer L, Buttolph ML. Dissociative symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. J Nerv Ment Dis 1992; 180(5): 332-7.
13. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The yale-brown obsessive compulsive scale. I. Development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry 1989; 46(11): 1006-11.
14. Pozza A, Giaquinta N, Dettore D. Exploring the role of dissociation dimensions in obsessive compulsive disorder. European Psychiatry 2016; 33: S496.
15. Raszka M, Prasko J, Koprivova J, Novak T, Adamcova K. Psychological dissociation in obsessive-compulsive disorder is associated with anxiety level but not with severity of obsessive-compulsive symptoms. Neuro Endocrinol Lett 2009; 30(5): 624-8.
16. Morrison KA. The Relationship between dissociation, susceptibility to doubt and obsessive-compulsiveness [PhD Thesis]. Guildford, UK: University of Surrey; 2015.
17. O'Leary N. The relationship between inferential confusion, obsessive compulsiveness, schizotypy and dissociation in a non-clinical sample [PhD Thesis]. Guildford, UK: University of Surrey; 2015.
18. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. New York, NY: HarperCollins College Publishers; 1996.
19. Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, Langner R, Kichic R, Hajcak G, et al. The obsessive-compulsive inventory: Development and validation of a short version. Psychol Assess 2002; 14(4): 485-96.
20. Foa EB, Kozak MJ, Salkovskis PM, Coles ME, Amir N. The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The Obsessive-Compulsive Inventory. Psychol Assess 1998; 10(3): 206-14.
21. Ghassemzadeh H, Shams G, Abedi J, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N, Rajabloo M. Psychometric properties of a Persian-language version of the obsessive-compulsive inventory-revised: OCI-R-Persian. Psychology 2011; 2(3): 210-5.
22. Carlson EB, Putnam FW. An update on the dissociative experiences scale. Dissociation 1993; 6(1): 16-27.
23. Bruce AS, Ray WJ, Carlson RA. Understanding cognitive failures: What's dissociation got to do with it? Am J Psychol 2007; 120(4): 553-63.
24. Aardema F, Wu KD, Careau Y, O'Connor K, Julien D, Dennie S. The expanded version of the inferential confusion questionnaire: Further development and validation in clinical and non-clinical samples. J Psychopathol Behav Assess 2010; 32(3): 448-62.
25. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. J Pers Soc Psychol 1986; 51(6): 1173-82.
26. Belli H, Ural C, Vardar MK, Yesilyurt S, Oncu F. Dissociative symptoms and dissociative disorder comorbidity in patients with obsessive-compulsive disorder. Compr Psychiatry 2012; 53(7): 975-80.
27. Prasko J, Raszka M, Diveky T, Grambal A, Kamaradova D, Koprivova J, et al. Obsessive compulsive disorder and dissociation-comparison with healthy controls. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub 2010; 154(2): 179-83.
28. Dčttore D. Inferential Confusion moderates the effects of dissociative experiences on OCD symptoms severity in a clinical sample with Obsessive-Compulsive Disorder. Clin Neuropsychiatry 2016; 13(6): 108-14.
29. Giesbrecht T, Lynn SJ, Lilienfeld SO, Merckelbach H. Cognitive processes in dissociation: An analysis of core theoretical assumptions. Psychol Bull 2008; 134(5): 617-47.
30. Coles ME, Radomsky AS, Horng B. Exploring the boundaries of memory distrust from repeated checking: Increasing external validity and examining thresholds. Behav Res Ther 2006; 44(7): 995-1006.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.17352363.1397.14.3.13.7]

[DOI: 10.22122/jhsr.v14i3.3414]

DOI: *10.22122/jhsr.v14i3.3414* *Published by Vesnu Publications*

Journal of Health System Research **Vol. 14, No. 3, Autumn**

Received: 07.05.2018 Accepted: 12.08.2018 Published: 07.10.2018

Investigation the Mediatory Role of Inferential Confusion in Explaining the Relationship between Dissociative Experiences and Obsessive-Compulsive Symptoms in Students at Shahed University, Iran, in 2017

Akram Ghorbali[1], Mohammad Reza Shaeiri[2], Mohammad Gholami-Fesharaki[3]

Original Article

Abstract

Background: Research has indicated the potential for dissociation amongst individuals with obsessive-compulsive disorder (OCD). The Inference-Based Approach (IBA) offers one provoking line of enquiry in this context. This study aimed to determine the mediating role of the inferential confusion in the relationship between dissociative experiences and obsessive-compulsive symptoms.

Methods: In this cross-sectional study, 212 students from Shahed University, Tehran, Iran, participated. The participants were selected using cluster random sampling method. Data were collected using the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R), Dissociative Experiences Scale (DES-II), and Inferential Confusion Questionnaire (ICQ-EV). Data were analyzed using Pearson correlation, hierarchical regression based on Baron and Kenny's method, and Sobel test via SPSS software.

Findings: There were significant relationships between dissociative experiences and obsessive-compulsive symptoms and inferential confusion ($P < 0.010$). Regression analysis demonstrated that inferential confusion mediated the relationship between dissociative experiences and obsessive-compulsive symptoms ($\beta = 0.356$, $P < 0.001$).

Conclusion: Results of this study indicate the role of the inferential confusion in explaining the relationship between dissociative experiences and obsessive-compulsive symptoms. This finding can provide evidence to support the usefulness of IBA in treating those with OCD who have dissociative experiences.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, Dissociative disorders, Confusion

Citation: Ghorbali A, Shaeiri MR, Gholami-Fesharaki M. **Investigation the Mediatory Role of Inferential Confusion in Explaining the Relationship between Dissociative Experiences and Obsessive-Compulsive Symptoms in Students at Shahed University, Iran, in 2017.** J Health Syst Res 2018; 14(3): 356-61.

1- Department of Clinical Psychology, School of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran
2- Associate Professor, Department of Clinical Psychology, School of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran
3- Assistant Professor, Department of Biostatistics, School of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
Corresponding Author: Mohammad Reza Shairi, Email: shairigm@gmail.com

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.17352363.1397.14.3.13.7]
[DOI: 10.22122/jhsr.v14i3.3414]