

مقایسه باورهای فراشناختی و مسئولیت‌پذیری در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری، اختلال اضطراب منتشر و افراد بهنجار

صمد شیرین‌زاده دستگیری*، دکتر محمدعلی گودرزی**،

دکتر احمد غنی‌زاده***، دکتر سیدمحمد رضا تقوی**

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی نقش باورهای مسئولیت‌پذیری و فراشناختی در اختلال وسواسی- اجباری در صورت کنترل نگرانی و بررسی روابط درونی بین مسئولیت‌پذیری و باورهای فراشناختی بود.

روش: گروه مورد بررسی ۲۵ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری، ۲۵ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب منتشر و ۲۵ فرد بهنجار بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس از میان مراجعه‌کنندگان به بیمارستان‌های روانپزشکی شهر شیراز انتخاب شده بودند. برای اندازه‌گیری باورهای فراشناختی پاسخ‌گویان پرسش‌نامه باورهای فراشناخت-۳۰، برای اندازه‌گیری باور مسئولیت‌پذیری پرسش‌نامه نگرش مسئولیت‌پذیری و برای اندازه‌گیری نگرانی، پرسش‌نامه نگرانی ایالت پنسلوانیا به کار برده شد. داده‌ها به کمک روش‌های آماري تحلیل واریانس یک‌راهه و چند راهه، تحلیل کوواریانس یک‌راهه و آزمون‌های تمییزی مناسب تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که با کنترل مسئولیت‌پذیری و نگرانی، گروه‌های وسواسی و اضطراب منتشر در باورهای فراشناختی با گروه بهنجار تفاوت معنی‌داری دارند ($p < 0/001$)، اما با کنترل باورهای فراشناختی و نگرانی، گروه‌های وسواسی، اضطراب منتشر و افراد بهنجار در باور مسئولیت‌پذیری تفاوت معنی‌داری نداشتند. هم‌چنین، گروه‌های وسواسی و اضطراب منتشر به غیر از باور نیاز به کنترل افکار در سایر باورهای فراشناختی باهم تفاوت معنی‌داری نداشتند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های بررسی حاضر بیشتر از مفهوم‌بندی فراشناختی اختلال وسواسی- اجباری حمایت می‌کند.

کلیدواژه‌ها: اختلال وسواسی- اجباری، اختلال اضطراب منتشر، باورهای فراشناختی، مسئولیت‌پذیری، نیاز به کنترل افکار

مقدمه

نقش اساسی باورهای ناکارآمد در سبب‌شناسی و تداوم

علائم این اختلال تأکید می‌کنند (سالکوفسکیس^۱، ۱۹۸۵؛

نظریه‌های شناختی اختلال وسواسی- اجباری^۱ (OCD) بر

* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مدرس دانشگاه پیام نور واحد مشکین‌شهر. اردبیل، شهرستان مشکین‌شهر، خیابان دکتر بهشتی، کوچه فلسطین، پلاک ۸
دورنگار: ۰۴۵۱-۵۲۲۲۷۳۹ (نویسنده مسئول).
E-mail: samadshirinzadeh@yahoo.com

** دکترای روانشناسی بالینی، دانشیار بخش روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز.

*** فوق تخصص اعصاب و روان کودکان و نوجوانان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شیراز.

تأکید می‌کند که فرد درباره نظام پردازشی خویش دارد. فرآیندهای فراشناختی^{۲۶} یکی از ویژگی‌های شناخت است که می‌تواند کاربرد ویژه‌ای در فهم مکانیسم‌های درگیر در OCD داشته باشد. اصطلاح فراشناخت به فرآیندهای شناختی گفته می‌شود که در کنترل جنبه‌های شناخت نقش دارند (فلاول، ۱۹۷۹، به نقل از پوردون^{۲۷} و کلارک^{۲۸}، ۱۹۹۹). بر پایه الگوی فراشناختی، افکار و سواسی به خاطر باورهای فراشناختی درباره معنی و یا پیامدهای خطرناک داشتن چنین افکاری، به صورت منفی تفسیر می‌شوند. دو زمینه کلی درباره باورها در این الگو مورد تأکید هستند: حوزه اول به باورهای درباره اهمیت/ معنی و قدرت افکار، هم‌چون باورهای درهم آمیختگی فکر- عمل^{۲۹} (TAF)؛ باور به این که فکر و سواسی به تنهایی می‌تواند سبب یک عمل ناخواسته شخصی یا پیامدهای اخلاقی شود، درهم آمیختگی فکر- رویداد^{۳۰} (TEF)؛ برای نمونه، اگر فکر می‌کنم *X* را انجام داده‌ام، احتمالاً آن را انجام داده‌ام، و درهم آمیختگی فکر- شیء^{۳۱} (TOF)؛ این باور که احساسات و افکار مزاحم به دیگر اشیاء منتقل شده و از راه اشیاء آلوده به اشیاء یا افراد دیگر منتقل می‌شوند) می‌پردازد که نوع اخیر ممکن است بیشتر در سواس آلودگی دیده شود (پوردون و کلارک، ۱۹۹۹). حوزه دوم، دربرگیرنده باورهای مرتبط با پاسخ‌ها و آیین‌های به کار برده شده برای خنثی‌سازی پیامدهای افکار مزاحم است؛ برای نمونه، باور فراشناختی کلی مانند نیاز به کنترل افکار برای دور کردن پیامدهای منفی (ولز، ۲۰۰۳).

گرچه هر دو الگو بر اهمیت ارزیابی افکار و سواسی تأکید می‌کنند، اما محتوای این ارزیابی‌ها در دو الگو تفاوت دارند. در الگوی سالکوسکیس (۱۹۸۵)، مسئولیت‌پذیری و در الگوی فراشناختی ولز (۲۰۰۰) باورهای فراشناختی درباره

ولز^۱، ۲۰۰۰). به باور سالکوسکیس (۱۹۸۵) ادراک مبالغه‌آمیز مسئولیت‌پذیری در OCD نقش مرکزی را دارا می‌باشد. بر پایه این الگو، افراد و سواسی رخداد شناخت‌های مزاحم را مسئول صدمه‌زدن به خود یا دیگران، تفسیر می‌کنند، مگر این که برای پیش‌گیری از آن اقدامی انجام دهند. بنابراین، ارزیابی‌های مسئولیت‌پذیری از سویی باعث تجربه ناراحتی و اضطراب به دنبال رخداد افکار مزاحم^۲ شده و از سوی دیگر موجب تلاش برای خنثی‌سازی افکار مزاحم و شک و تردیدهای و سواسی می‌شود. فریستون^۳، لادوسر^۴، تیبدو^۵ و گاکونو^۶ (۱۹۹۲) نشان دادند افراد دارای نمره بالا در پرسش‌نامه افکار و فعالیت‌های و سواسی، در احساس مسئولیت نیز نمره بالایی به دست می‌آورند. سالکوسکیس و همکاران (۲۰۰۰) نیز نشان دادند که بین گروه‌های و سواسی، اضطرابی و بهنجار، در مقیاس تفسیر مسئولیت و نگرش مسئولیت‌پذیری تفاوت وجود دارد. بررسی‌های دیگر نیز بر نقش مسئولیت‌پذیری در OCD تأکید نموده‌اند (لوپاتکا^۷ و راجمن^۸، ۱۹۹۵). با وجود این، به علت کنترل نشدن سازه‌هایی چون اضطراب، افسردگی و فراشناخت در پژوهش‌های یادشده نمی‌توان یافته‌های به دست آمده را به نقش مسئولیت‌پذیری نسبت داد، زیرا در بررسی‌هایی که این سازه‌ها کنترل شده، این یافته‌ها تکرار نشده‌اند (فرست^۹، استکی^{۱۰}، چون^{۱۱} و گریس^{۱۲}، ۱۹۹۴؛ راجمن، توردارسون^{۱۳}، شافران^{۱۴} و وودی^{۱۵}، ۱۹۹۵؛ تولین^{۱۶}، وودز^{۱۷} و آبراموویتز^{۱۸}، ۲۰۰۶؛ می‌ریز^{۱۹} و ولز، ۲۰۰۵؛ جی‌ویلیام^{۲۰}، ولز و کارترایت-هاتون^{۲۱}، ۲۰۰۴). مک‌کین^{۲۲} و سمپسون^{۲۳} (۲۰۰۶) در بازبینی پژوهش‌های انجام شده پیرامون مسئولیت‌پذیری دریافتند که یافته‌های مربوط به اهمیت سازه مسئولیت‌پذیری چندان قابل استناد نیستند. افزون بر این، گوناگون بودن نشانه‌های دیده‌شده در OCD، الگوهای مختلف همبندی با اختلال‌های دیگر مانند اضطراب و افسردگی، تغییرپذیری در سن شروع اختلال و ناهمگنی در میزان آگاهی افراد از جریان هوشیاری‌شان گویای ناهمگرایی سبب‌شناختی OCD هستند. این ناهمگرایی دیده‌شده در OCD پژوهشگران را بر آن داشته است تا نظریه‌های سبب‌شناختی گسترده‌تری برای سبب‌شناسی و درمان OCD مطرح کنند (کالاماری^{۲۴} و همکاران، ۲۰۰۶).

ولز و متیوس^{۲۵} (۱۹۹۶) و ولز (۲۰۰۰) در زمینه و سواس نظریه‌ای فراشناختی ارائه کرده‌اند که ترکیبی از نظریه‌های طرحواره‌ای و نظریه پردازش اطلاعات بوده و بر باورهای

- | | |
|---------------------------|-----------------------------|
| 1- Wells | 2- intrusive thoughts |
| 3- Freeston | 4- Ladouceur |
| 5- Thibodeau | 6- Gagnono |
| 7- Lopatka | 8- Rachman |
| 9- Frost | 10- Steketee |
| 11- Chon | 12- Griess |
| 13- Thordarson | 14- Shafran |
| 15- Woody | 16- Tolin |
| 17- Woods | 18- Abramowitz |
| 19- Myers | 20- Gwilliam |
| 21- Cartwright-hatton | 22- McCubbin |
| 23- Sampson | 24- Calamari |
| 25- Matthews | 26- metacognitive processes |
| 27- Purdon | 28- Clark |
| 29- thought-action fusion | 30- thought-event fusion |
| 31- thought-object fusion | |

کرده بودند. حجم نمونه به دلیل محدودیت در نمونه‌گیری و کافی بودن از نظر تحلیل آماری، ۲۵ بیمار (۱۸ مرد و ۷ زن) دارای تشخیص OCD (۱۲ بیمار و سواس و ارسی، شش بیمار و سواس شستشو، چهار بیمار و سواس مذهبی/جنسی، سه بیمار و سواس فکری تقارن^{۱۱} همراه با رفتارهای اجباری نظم بخشی^{۱۲} و شمارش)، ۲۵ بیمار (۱۰ مرد و ۱۵ زن) دارای تشخیص GAD و ۲۵ نفر (۱۲ مرد و ۱۳ زن) فرد بهنجار بود. آزمودنی‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به این ترتیب که بیماران پس از مراجعه به مراکز مربوطه، نخست توسط روانپزشک بیمارستان معاینه شدند. سپس، بیماران دارای OCD و GAD به روانشناس بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های به کمک مقیاس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV^{۱۳} (فرست، اسپیتزر و میریام، ۱۳۸۴) با بیماران مصاحبه شود. در صورت تأیید تشخیص با کسب رضایت نامه، از افراد بیمار درخواست شد که به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دهند. گروه گواه نیز با در نظر گرفتن ویژگی‌های سن و تحصیلات متناسب با بیماران مبتلا به OCD و GAD از میان کارکنان همان مراکز و افراد بهنجار انتخاب شدند. معیار انتخاب بیماران و افراد گروه گواه داشتن میزان تحصیلات اول دبیرستان و بالاتر بود. برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌های پژوهشی در جدول ۱ آورده شده است. از آنجا که هدف، سنجش علایمی بود که شدت و نوع آن در اثر مصرف دارو یا روان‌درمانی تغییر نیافته است، بیمارانی در پژوهش شرکت داده شدند که برای نخستین بار برای درمان مراجعه کرده بودند و سابقه دریافت درمان دارویی و یا درمان روان‌شناختی برای اختلال را نداشتند.

برای گردآوری داده‌های پژوهش ابزارهای زیر به کار برده شد:

- ۱- پرسش‌نامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا^{۱۴} (PSWQ): پرسش‌نامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا دارای ۱۶ گویه پنج گزینه‌ای (اصلاً صدق نمی‌کند تا کاملاً صدق می‌کند) است

1- Yuna	2- Tekcan
3- TopÇuoğlu	4- Rassin
5- Merckelbach	6- Muris
7- Spaan	8- Fisher
9- Meyers	
10- Generalized Anxiety Disorder	
11- symmetry	12- ordering
13- Structured Clinical Interview For DSM-IV Axis I Disorders (SCID-1)	
14- Pennsylvania State Worry Questionnaire	

افکار و پاسخ‌های خنثی‌سازی به‌عنوان ویژگی اصلی سواس در نظر گرفته شده است. در الگوی فراشناختی، مسئولیت‌پذیری برخاسته از باورهای فراشناختی فرد بوده و به‌تهایی توان تبیین مشکلات و سواسی بیماران OCD را ندارند. بررسی‌های انجام‌شده با بیماران نیز از نقش باورهای فراشناختی در پدیدآیی و تداوم مشکلات و سواسی حمایت می‌کنند (تیونسا^۴، تککان^۱ و تاپکوگلو^۲، ۲۰۰۴؛ راسین^۳، مرکل‌باخ^۵، موریس^۶ و اسپین^۷، ۱۹۹۹؛ فیشر^۸ و ولز^۹، ۲۰۰۵). بررسی‌های انجام‌شده بر روی افراد داوطلب بهنجار (جی ویلیام و همکاران، ۲۰۰۴؛ میرز^{۱۰} و ولز^{۱۱}، ۲۰۰۵) نشان داده‌اند که در صورت کنترل نگرانی و باورهای فراشناختی، مسئولیت‌پذیری با هیچ کدام از نشانه‌های OCD رابطه معنی‌داری ندارد، در حالی که در صورت کنترل نگرانی و مسئولیت‌پذیری، باورهای فراشناختی با علایم و سواسی ارتباط معنی‌داری دارد. هرچند این بررسی‌ها بر روی افراد بیمار انجام نشده است ولی می‌توان گفت که شاید مسئولیت‌پذیری، ناشی از باورهای فراشناختی باشد. افزون بر این در پژوهش‌های پیشین درباره الگوی مسئولیت‌پذیری بیشتر به بررسی رابطه نشانه‌های OCD و باور مسئولیت‌پذیری پرداخته شده و الگوی فراشناختی ولز کمتر مورد توجه بوده است. از سوی دیگر، بررسی‌های یادشده در زمینه الگوی فراشناختی بیشتر بر روی افراد بهنجار انجام شده‌اند و بنابراین این نیاز احساس می‌شود که وضعیت بیماران مبتلا به OCD در زمینه باورهای فراشناختی بررسی شود. پژوهش حاضر با در نظر گرفتن پیش فرض‌های زیر به بررسی تفاوت باورهای فراشناختی و مسئولیت‌پذیری در بیماران مبتلا به OCD، اختلال اضطراب منتشر^۱ (GAD) و افراد بهنجار پرداخته است: ۱- در صورت کنترل نگرانی و مسئولیت‌پذیری، باورهای فراشناختی در گروه‌های OCD، GAD و افراد بهنجار تفاوت معنی‌دار دارند و ۲- در صورت کنترل نگرانی و باورهای فراشناختی، باور مسئولیت‌پذیری در گروه‌های OCD، GAD و افراد بهنجار تفاوت معنی‌داری دارند.

روش

جامعه آماری پژوهش همه بیمارانی بود که در سال ۸۵-۱۳۸۴ به بیمارستان‌های روانپزشکی حافظ، ابن سینا و درمانگاه مطهری شهر شیراز مراجعه نموده و بر پایه ملاک‌های DSM-IV تشخیص OCD و GAD را دریافت

تفکرشان را می‌سنجد. این مقیاس بر پایه الگوی کنش اجرایی خود نظّم بخش^۱ (S-REF) ولز و متیوس (۱۹۹۶) درباره اختلال‌های هیجانی و الگوی فراشناختی اختلال اضطراب منتشر (ولز، ۱۹۹۷، به نقل از ولز و کاترایت-هاتون، ۲۰۰۴) ساخته شده است و پرسش‌هایی هم‌چون «من دائماً از افکارم آگاهم، به حافظه‌ام اعتماد ندارم» را در بر می‌گیرد. پاسخ‌ها در این مقیاس بر پایه مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (۱=موافق نیستم تا ۴=خیلی زیاد موافقم) محاسبه می‌شود. این مقیاس دارای پنج خرده‌مقیاس است: (۱) باورهای مثبت درباره نگرانی، (۲) باورهایی درباره کنترل‌ناپذیری و خطر افکار، (۳) باورهای درباره اطمینان شناختی، (۴) باورهای درباره نیاز به کنترل افکار و (۵) وقوف شناختی. در زمینه روایی این پرسش‌نامه دامنه ضرب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها را ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و پایایی آن به روش بازآزمایی برای نمره کل پس از دوره ۲۲ تا ۱۱۸ روزه را ۰/۷۵ و برای خرده‌مقیاس‌ها ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند (ولز و کاترایت-هاتون، ۲۰۰۴).

در ایران شیرین‌زاده دستگیری (۱۳۸۵)، ضریب همسانی درونی آن را به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱، برای خرده‌مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی این آزمون را در فاصله چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای خرده‌مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کرد. هم‌چنین همبستگی کل مقیاس با مقیاس اضطراب خصالتی را ۰/۴۳ و همبستگی خرده‌مقیاس‌ها را در دامنه ۰/۲۸ تا ۰/۶۸ گزارش نمود. همبستگی خرده‌مقیاس‌های آن با کل آزمون در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۸۷ و همبستگی آنها با یکدیگر بین ۰/۶۲ تا ۰/۲۶ بود.

برای اجرای پژوهش پس از معرفی هدف پژوهش به بیماران و جلب رضایت آنها، برای کسانی که موافقت خود را برای شرکت در پژوهش اعلام می‌نمودند، راهنمای پاسخ به پرسش‌نامه خوانده و در صورت نیاز توضیح درباره پرسش‌نامه ارایه می‌شد. پرسش‌نامه‌ها توسط یک روانشناس بالینی و به صورت انفرادی بر روی بیماران اجرا می‌شد. برای تحلیل داده‌ها نیز روش‌های آماری تحلیل واریانس یک‌راهه، تحلیل کوواریانس یک‌راهه، تحلیل واریانس چندراهه و آزمون‌های تعقیبی مناسب به کار برده شد.

که برای ارزیابی گرایش افراد به نگرانی عادی و افراطی ساخته شده است و دارای پرسش‌هایی مانند «همیشه نگرانم، موقعیت‌های زیادی مرا نگران می‌کند» می‌باشد. دامنه نمره‌ها در این مقیاس از ۱۶ تا ۶۴ است و نمره بیشتر، نشانه تجربه نگرانی بیشتر می‌باشد (میرز، میلر^۲، متزگر^۳ و بورکوک^۴، ۱۹۹۰).

در ایران، شیرین‌زاده دستگیری (۱۳۸۵) پایایی آزمون را به روش همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) ۰/۸۶ و به روش بازآزمایی با چهار هفته فاصله ۰/۷۷ گزارش نمود (n=۲۵۰). برای بررسی روایی این مقیاس، روش تجربی روایی افتراقی و روایی هم‌زمان با آزمون اضطراب بک به کار برده شد. روایی هم‌زمان آزمون PSWQ با آزمون اضطراب بک مطلوب گزارش شد (r=۰/۴۹). برای ارزیابی روایی افتراقی، آزمون PSWQ در مورد ۲۰ بیمار مبتلا به OCD، ۲۰ بیمار مبتلا به GAD و ۲۰ نفر فرد بهنجار اجرا شد. نتایج نشان داد که آزمون توانایی جداسازی گروه اضطرابی را از گروه سواسی و بهنجار دارد (p<۰/۰۰۱، F=۲۳/۰۹).

۲- مقیاس نگرش مسئولیت‌پذیری^۵ (RAS): مقیاس نگرش مسئولیت‌پذیری (سالکوسکیس و همکاران، ۲۰۰۰) مقیاسی خودگزارشی است که باورهای فرد را درباره مسئولیت‌پذیری می‌سنجد. این مقیاس ۲۶ گویه دارد و پرسش‌هایی مانند «من اغلب برای رویدادهای ناگواری که رخ می‌دهد، احساس مسئولیت می‌کنم، تفکر در مورد چیزهای بد درست مانند انجام دادن عمل بد است» را در بر می‌گیرد. آزمودنی‌ها میزان موافقت خود را با هر گویه در یک مقیاس هفت‌درجه‌ای (۱=کاملاً مخالفم تا ۷=کاملاً موافقم) بیان می‌کنند. این مقیاس نگرش‌های کلی مسئولیت‌پذیری را می‌سنجد. سالکوسکیس و همکاران (۲۰۰۰) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۹۴ را در یک دوره چهار هفته‌ای برای این مقیاس گزارش کرده‌اند.

در ایران رضایی (۱۳۸۲) پایایی آزمون را به روش همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) ۰/۹۰ و با دو نیمه‌سازی به کمک فرمول اسپیرمن-براون ۰/۶۳ و برای همبستگی بین پرسش‌ها در نیمه اول ۰/۸۳ و برای نیمه دوم ۰/۹۰ گزارش کرد. روایی هم‌زمان این آزمون با پرسش‌نامه پادو ۰/۵۵ گزارش شده است.

۳- پرسش‌نامه فراشناخت-۳۰ (MCQ-30): یک مقیاس ۳۰ گویه‌ای خودگزارشی است که باورهای افراد درباره

1- Miller
2- Metzger
3- Borkovec
4- Responsibility Attitude Scale
5- Meta Cognition Questionnaire-30
6- self-regulatory execution function

یافته‌ها

برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌های مورد بررسی در **جدول ۱** نشان داده شده است. تحلیل واریانس یک‌راهه نشان داد که میانگین سنی و تحصیلی گروه‌ها از نظر آماری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری ندارند. آزمون خی‌دو نشان داد که از نظر جنسیت، گروه‌های آزمایشی تفاوت آماری معنی‌داری ندارند.

در **جدول ۲** یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه نشان داده شده است.

برای بررسی فرضیه‌های مطرح شده نخست در شرایط عدم کنترل، نمره‌های گروه‌های مورد بررسی در دو متغیر وابسته، به کمک تحلیل واریانس یک‌راهه تحلیل گردید. نتایج نشان داد، تفاوت میزان باورهای فراشناختی بین گروه‌ها از نظر آماری معنی‌دار است ($p < 0/001$, $F=25/66$). برای این که مشخص شود باورهای فراشناختی بین کدام جفت میانگین‌ها تفاوت دارد آزمون تعقیبی تصحیح بونفرونی به کار برده شد. نتایج نشان دادند که میزان باورهای فراشناختی بین گروه‌های وسواسی و اضطرابی منتشر از نظر آماری معنی‌دار نیست. با این وجود، میزان باورهای فراشناختی بیماران وسواسی و اضطرابی با افراد بهنجار از لحاظ آماری تفاوت معنی‌دار داشت.

۵۰
50

آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه نشان داد که میزان باور مسئولیت‌پذیری در شرایط عدم کنترل نگرانی و باورهای فراشناختی بین گروه‌های وسواسی و اضطراب منتشر و افراد بهنجار از لحاظ آماری تفاوت معنی‌دار دارد ($p < 0/001$, $F=16/54$). آزمون تعقیبی تصحیح بونفرونی نیز نشان داد که میزان باور مسئولیت‌پذیری بین بیماران وسواسی و اضطرابی تفاوت معنی‌دار آماری ندارد. با وجود این، تفاوت هر دو گروه بیماران وسواسی و اضطرابی از نظر میزان مسئولیت‌پذیری با افراد بهنجار از نظر آماری معنی‌دار بود.

بررسی پیش‌فرض‌های مطرح شده در شرایط کنترل، به کمک تحلیل کوواریانس یک‌راهه نشان داد که در صورت کنترل باورهای فراشناختی، میزان مسئولیت‌پذیری بین گروه‌های پژوهش تفاوت معنی‌دار آماری ندارد (**جدول ۳**). با این حال، در صورت کنترل نگرانی و مسئولیت‌پذیری، میزان باورهای فراشناختی بین گروه‌های وسواسی، اضطرابی و بهنجار از نظر آماری تفاوت معنی‌داری دارد. آزمون تصحیح بونفرونی نشان داد که گروه وسواسی و اضطرابی در باورهای فراشناختی با یکدیگر تفاوت معنی‌دار آماری ندارند اما هر دو گروه بیمار با افراد بهنجار از نظر آماری تفاوت معنی‌دار دارند.

جدول ۱- مقایسه سنی و پایه تحصیلی گروه‌ها

ویژگی‌های گروه‌ها	وسواسی (n=25)	کنترل اضطرابی (n=25)	بهنجار (n=25)
سن	۲۳/۴ (۶/۰۷)	۲۶/۲۴ (۶/۹۱)	۲۵/۰۸ (۵/۵۷)
تحصیلات	۱۲/۷۶ (۴/۶)	۱۳/۲ (۵/۱)	۱۳/۱۶ (۳/۷)

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار گروه‌های مورد بررسی برای متغیرهای وابسته

گروه‌ها	وسواسی (n=25)	کنترل اضطرابی (n=25)	بهنجار (n=25)
RAS	۱۳۲/۷۶ (۲۳/۸۲)	۱۲۹/۸۴ (۱۴/۹۴)	۹۹/۲ (۲۷/۸۵)
MCQ-30	۸۳ (۱۳/۸۶)	۷۶/۸۸ (۱۲/۷۷)	۵۷/۳۶ (۱۲/۹۷)
PSWQ	۵۵/۸۸ (۱۱/۷۳)	۶۹/۴ (۹/۳۹)	۴۳/۹۲ (۱۱/۰۹)

RAS: مقیاس نگرش مسئولیت‌پذیری؛ MCQ-30: پرسش‌نامه فراشناخت-۳۰؛ PSWQ: پرسش‌نامه نگرانی آیات پتسلوانیا

جدول ۳- تحلیل کوواریانس یک‌طرفه باورهای فراشناختی و مسئولیت‌پذیری بین گروه‌های مورد بررسی

گروه‌ها	متغیر کنترل شده	وسواسی (n=25) میانگین (انحراف معیار)	کنترل اضطرابی (n=25) میانگین (انحراف معیار)	بهنجار (n=25) میانگین (انحراف معیار)	F	سطح معنی داری
MCQ-30	PSWQ RAS	۸۳ (۱۳/۸۶)	۷۶/۸۸ (۱۲/۷۷)	۵۷/۳۶ (۱۲/۹۷)	۸/۶	۰/۰۰۱
RAS	MCQ-30 PSWQ	۱۳۲/۷ (۲۳/۸۲)	۱۲۹/۸ (۱۴/۹۴)	۹۹/۲ (۲۷/۸۵)	۱/۱۵	۰/۳۲

MCQ-30: پرسش‌نامه فراشناخت-۳۰؛ RAS: مقیاس نگرش مسئولیت‌پذیری؛ PSWQ: پرسش‌نامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا

جدول ۴- تحلیل واریانس چندراهه برای خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه باورهای فراشناختی (MCQ-30)

گروه‌ها	وسواسی (n=25) میانگین (انحراف معیار)	کنترل اضطرابی (n=25) میانگین (انحراف معیار)	بهنجار (n=25) میانگین (انحراف معیار)	F	سطح معنی داری
کنترل‌ناپذیری و خطر	۲۳/۵۲ (۴/۴۸)	۲۳/۳ (۵/۰۷)	۱۵/۶۸ (۵/۳۲)	۱۹/۸۸	۰/۰۰۱
باورهای مثبت درباره نگرانی	۱۳/۶۴ (۵/۴۷)	۱۱/۳۶ (۴/۶۷)	۹/۱۲ (۳/۹۳)	۵/۶۹	۰/۰۱
وقوف شناختی	۲۱/۹۶ (۴/۴۳)	۲۱/۰۸ (۳/۸۶)	۱۶/۴۸ (۴/۶۸)	۱۱/۵	۰/۰۰۱
اطمینان شناختی	۱۱/۸۴ (۳/۹)	۱۰/۹۶ (۳/۲۳)	۸/۳۲ (۳/۱۹)	۷	۰/۰۰۱
نیاز به کنترل افکار	۱۲/۴ (۲/۰۱)	۱۰/۲۸ (۲/۷۷)	۷/۷۶ (۱/۶۱)	۲۴/۱۷	۰/۰۰۱

صورت کنترل نگرانی و مسئولیت‌پذیری، باورهای فراشناختی بین گروه‌های وسواسی، اضطراب منتشر و کنترل بهنجار تفاوت معنی‌داری دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که گروه‌های بیمار از نظر باورهای فراشناختی با افراد بهنجار تفاوت آماری معنی‌داری دارند، ولی این تفاوت بین گروه‌های بیمار وجود ندارد. این یافته مطابق با یافته‌های ولز و پاپاجورجیو^۱ (۱۹۹۸)، جی ویلیام و همکاران (۲۰۰۴) و میرز و ولز (۲۰۰۵) و هم‌سو با الگوی فراشناختی ولز (۲۰۰۰) در مورد اختلال‌های هیجانی (الگوی S-REF) است که مطرح می‌کند باورهای فراشناختی از مهمترین عوامل ایجادکننده و تداوم‌دهنده در اختلال‌های هیجانی بوده و شکلی کلی از آسیب‌شناسی اختلال‌های اضطرابی می‌باشد و به اختلال اضطرابی اختصاص ندارد. هم‌چنین، پژوهش حاضر نشان داد که نقش باورهای فراشناختی مطرح‌شده در الگوی کنش اجرایی خودنظم‌بخش (S-REF) مستقل از نگرانی و مسئولیت‌پذیری می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت هم‌چنان که بررسی‌ها نشان داده‌اند باورهای فراشناختی به‌طور مثبت و معنی‌داری با علائم وسواسی-اجباری و مسئولیت‌پذیری رابطه دارند، ارتباط باور مسئولیت‌پذیری با علائم OCD وابسته به باورهای فراشناختی است. در حالی که

بررسی میانگین گروه‌های پژوهش در پنج خرده‌مقیاس پرسش‌نامه فراشناخت-۳۰ به کمک روش تحلیل واریانس چندراهه نشان داد که خرده‌مقیاس‌های کنترل‌ناپذیری و خطر، باورهای مثبت درباره نگرانی، وقوف شناختی، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار (هم در شرایط کنترل نگرانی و مسئولیت‌پذیری و هم بدون کنترل آنها) بین گروه‌ها از نظر آماری تفاوت معنی‌داری دارد که به‌علت عدم تفاوت نتایج تحلیل کوواریانس و واریانس، تنها نتایج تحلیل واریانس گزارش شد (جدول ۴).

آزمون‌های تعقیبی تصحیح بونفرونی نشان داد که تنها در خرده‌مقیاس نیاز به کنترل افکار (هم در شرایط کنترل نگرانی و مسئولیت‌پذیری و هم بدون کنترل آنها) نمرات گروه وسواسی با گروه‌های اضطرابی و بهنجار تفاوت معنی‌دار آماری دارد، ولی در سایر خرده‌مقیاس‌ها گروه‌های بیمار با افراد بهنجار تفاوت معنی‌دار داشتند و با یکدیگر تفاوت معنی‌دار نداشتند.

بحث

هدف این پژوهش مقایسه باورهای فراشناختی و مسئولیت‌پذیری در میان بیماران مبتلا به OCD و GAD و افراد بهنجار بود. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که در

نشان داده‌اند که شدت ارزیابی مسئولیت‌پذیری تحت‌تأثیر حالت‌های خلقی بیماران است و این مسأله می‌تواند در درک عدم تفاوت بیماران مبتلا به GAD با OCD در ارزیابی مسئولیت‌پذیری کمک‌کننده باشد. افزون بر این، یافته حاضر همسو با الگوی فراشناختی و سواس (ولز، ۲۰۰۰) است که مسئولیت‌پذیری را یک ویژگی ناشی از باورهای فراشناختی بنیادین و پیونددهنده افکار مزاحم و اعمال و سواسی به هم می‌داند و از این رو تنها توجه به مسئولیت‌پذیری در سبب‌شناسی و درمان اختلال و سواسی-اجباری کمک‌چندان زیادی به دانش موجود در این زمینه نخواهد کرد (جی‌ویلیام و همکاران، ۲۰۰۴).

این بررسی نشان داد که هر پنج خرده‌مقیاس پرسش‌نامه باورهای فراشناختی بین گروه‌های مبتلا به OCD و GAD و بهنجار تفاوت معنی‌دار دارد. مقایسه جفت میانگین‌ها نیز به کمک آزمون تصحیح بونفرونی نشان داد که گروه‌های بیمار (OCD و GAD) با افراد بهنجار در باورهای کنترل‌پذیری و خطر افکار، باورهای مثبت درباره نگرانی، خودآگاهی شناختی و باورهایی درباره اطمینان شناختی از نظر آماری تفاوت معنی‌دار دارند، اما بین بیماران و سواسی و اضطراب منتشر در این باورها تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این یافته‌گویای آن است که باورهای یادشده شکلی کلی از آسیب‌شناسی اختلال‌های اضطرابی است و به OCD یا GAD اختصاص ندارد (تولین و همکاران، ۲۰۰۶). آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که تنها باور فراشناختی نیاز به کنترل افکار (در هر دو شرایط کنترل و عدم کنترل مسئولیت‌پذیری و نگرانی) بین هر سه گروه تفاوت معنی‌دار دارد. به بیان دیگر، تفاوت بیماران مبتلا به OCD با بیماران مبتلا به GAD و افراد بهنجار، و تفاوت بیماران مبتلا به GAD با افراد بهنجار در این باور از نظر آماری معنی‌دار است. این یافته هم‌سو با بررسی‌های جولین^{۱۸}، اوکونور^۲، آردما و تودوروف^{۱۱}

ارتباط باورهای فراشناختی با علائم OCD جدا از نگرانی و باور مسئولیت‌پذیری است (ولز و پاپاجورجیو، ۱۹۹۸؛ هرمنز^۱، مارتنز^۲، دکورت^۳، پایترز^۴ و ایلن^۵، ۲۰۰۳).

هم‌چنین این بررسی نشان داد که میزان باور مسئولیت‌پذیری در میان بیماران مبتلا به OCD و گروه کنترل GAD تفاوت معنی‌داری ندارد، ولی هر دو گروه بیمار با گروه بهنجار از نظر میزان مسئولیت‌پذیری تفاوت معنی‌دار دارند. در صورت کنترل باورهای فراشناختی و نگرانی، نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که مسئولیت‌پذیری در بین گروه‌های OCD، GAD و بهنجار تفاوت معنی‌داری ندارد.

این یافته با یافته‌های ولز و پاپاجورجیو (۱۹۹۸)، جی‌ویلیام و همکاران (۲۰۰۴)، میرز و ولز (۲۰۰۵)، تولین و همکاران (۲۰۰۳) و تولین، ورهونسکی^۶ و مالتبی^۷ (۲۰۰۶) هم‌سو و با نتایج کاگل^۸، لی^۹ و سالکوسکیس (۲۰۰۶)، ویلسون^{۱۰} و چامبلس^{۱۱} (۱۹۹۹)، سالکوسکیس و همکاران (۲۰۰۰) و مانسینی^{۱۲}، دالمپیو^{۱۳} و ساری^{۱۴} (۲۰۰۴) ناهماهنگ می‌باشد.

راچمن (۱۹۹۳) بر این باور بود که مسئولیت‌پذیری ممکن است تنها در نوع خاصی از سواس مانند واریسی نقش داشته باشد، در حالی که ایملکمپ^{۱۵} و آردما^{۱۶} (۱۹۹۹) مسئولیت‌پذیری را بهترین پیش‌بین برای علائم و سواس دقت^{۱۷} دانسته‌اند. تولین و همکاران (۲۰۰۳) دریافتند که در صورت کنترل افسردگی و اضطراب، مسئولیت‌پذیری با هیچ کدام از انواع و سواس‌ها ارتباط معنی‌داری ندارد. گروه کاری شناخت‌های و سواسی-اجباری^{۱۸} (۲۰۰۵) دریافتند که ارزیابی ترس / مسئولیت‌پذیری برای علائم و سواس شش‌تو بهترین پیش‌بین می‌باشد، اما این یافته نیز ممکن است یا ناشی از ارزیابی ترس باشد (که به‌طور مشترک با مسئولیت‌پذیری در یک عامل مقیاس به کار برده شده در آن پژوهش، قرار دارد) (تولین و همکاران، ۲۰۰۶) یا ناشی از نگرانی (ولز و پاپاجورجیو، ۱۹۹۸). و سواس‌های واریسی و شش‌تو به‌عنوان روشی برای پیش‌گیری از خطر بوده، بنابراین کارکردی شبیه به نگرانی دارد و ممکن است بخشی از تغییرات رفتاری مربوط به نگرانی باشد. این نوع و سواس‌ها با باورهای مثبت درباره نگرانی در نظریه فراشناخت، رابطه مثبت و معنی‌دار دارد (همان‌جا). از این رو هم‌سو با بیشتر یافته‌های پژوهشی به نظر می‌رسد که انواع فرعی و سواس‌ها با باورهای ناکارآمد گوناگونی رابطه دارند و مسئولیت‌پذیری توانایی توجیه و تبیین همه انواع و سواس را ندارد. از سوی دیگر، بررسی‌ها

- | | |
|---|--------------|
| 1- Hermans | 2- Martens |
| 3- De cort | 4- Pieters |
| 5- Eelen | 6- Worhunsky |
| 7- Maltby | 8- Cougle |
| 9- Lee | 10- Wilson |
| 11- Chambless | 12- Mancini |
| 13- D'Olimpio | 14- Cieri |
| 15- Emmelkamp | 16- Ardema |
| 17- precision | |
| 18- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) | 19- Julien |
| 20- O'Connor | 21- Todorov |

با توجه به محدودیت نمونه گیری و در دسترس نبودن امکانات لازم برای نمونه گیری گسترده تر، پیشنهاد می شود که پژوهش های بعدی تا حد امکان با نمونه بزرگ تری بررسی شود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۱۲/۲۲؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۶/۵/۳

پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۵/۱۶

منابع

شیرین زاده دستگیری، صمد (۱۳۸۵). *مقایسه باورهای فراشناختی و مسئولیت پذیری در بین بیماران دچار اختلال وسواسی- اجباری، اضطراب منتشر و افراد بینچار*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز.

رضایی، پریوش (۱۳۸۲). *بررسی احساس مسئولیت، کنترل افکار و عقاید ناکارآمد در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی ارسنجان.

فرست، مایکل؛ اسپیتزر، گیبون؛ میریام، ویلیامز (۱۳۸۴). *مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال های محور I در DSM-IV (CCID-1)*. ترجمه: ونداد شریفی. تهران: مهر کاویان.

گودرزی، محمدعلی؛ اسماعیلی ترکانوری، یعقوب (۱۳۸۴). *رابطه بین راهبردهای کنترل افکار رخنه کننده و شدت علائم وسواسی*. *مجله حکیم*، دوره هشتم، شماره ۴، ۵۱-۴۵.

Abramowitz, J. S., Whiteside, S., Kalsy, S. A., & Tolin, D. F. (2003). Thought control strategies in obsessive compulsive disorder: A replication and extension. *Behavior Research and Therapy*, 41, 529-540.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Calamari, J. E., Cohen, R. J., Rector, N. A., Szacun-Shimizu, K., Riemann, B. C., & Norberg, M. M. (2006). Dysfunctional belief-based obsessive-compulsive disorder subgroups. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1347-1360.

Cougle, J. R., Lee, H., & Salkovskis, P. M. (2006). Are responsibility beliefs inflated in non-checking OCD patients?. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 153-159.

(۲۰۰۶)، تولین و همکاران (۲۰۰۶)، ولز و پاپاجورجیو (۱۹۹۸)، جی ویلیام و همکاران (۲۰۰۴) و میرز و ولز (۲۰۰۵) می باشد. می توان گفت که بر پایه معیارهای تشخیصی DSM-IV نگرانی، هسته اصلی GAD و افکار وسواسی، هسته اصلی OCD است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴). ویژگی مهم متمایزکننده افکار وسواسی از دیگر افکار منفی همچون نشخوار ذهنی افسردگی یا نگرانی، خود ناهمخوانی^۲ افکار وسواسی است. افکار ناهماهنگ با ارزش ها و ویژگی های شخصیتی فرد، در هوشیاری فرد برجسته شده و بر خلاف سایر افکار فوراً توجه فرد را به خود جلب خواهد کرد (پوردون و کلارک، ۱۹۹۹). فرد در تلاش برای حذف این ناهماهنگی پیوسته روش های ناسازگارانه (مانند کنترل فکر، ارزیابی دوباره، تنبیه و نگرانی) را به کار می برد (گودرزی و اسماعیلی ترکانوری، ۱۳۸۴؛ ولز، ۲۰۰۰؛ آبراموویتز^۳، وایتساید^۴، کالسی^۵ و تولین، ۲۰۰۳). از آن جا که محرک های مرتبط با افکار وسواسی- اجباری، بیشتر محرک های درون ذهنی هستند، نسبت به محرک های GAD در دسترس تر، کنترل آنها دشوارتر و احتمال شکست بیشتر است (پوردون و کلارک، ۱۹۹۹؛ آبراموویتز و همکاران، ۲۰۰۳). بنابراین، به نظر می رسد ویژگی اصلی بیماران OCD، بهره گیری بیشتر از روش های کنترل افکار، احتمال شکست بالا در کنترل افکار و گرایش به کاربرد روش های ناسازگارانه کنترل افکار همانند ارزیابی دوباره افکار، تنبیه و نگرانی می باشد (گودرزی و اسماعیلی ترکانوری، ۱۳۸۴).

با توجه به باورهای تولین و همکاران (۲۰۰۶) مبنی بر رابطه علی قوی بین باورهای ناکارآمد و علائم وسواسی- اجباری باید دست کم سه ملاک اصل عمومیت^۶، اصل همخوانی^۷ و اصل ویژگی^۸ را داشته باشد. ارتباط میان مسئولیت پذیری و علائم وسواسی- اجباری (اصل عمومیت) و نقش پیش بین مسئولیت پذیری برای وسواس واری و شستشو (اصل همخوانی) را تأیید می کنند (جی ویلیام و همکاران، ۲۰۰۴؛ میرز و ولز، ۲۰۰۵؛ راجمن، ۱۹۹۳؛ ایملکمپ و آردما، ۱۹۹۹). اما الگوی مسئولیت پذیری در زمینه ملاک سوم (اصل اختصاصی بودن) توفیق چندانی به دست نیاورده است. بنابراین مقایسه یافته های پژوهش حاضر با یافته های پیشین نشان می دهد که باورهای فراشناختی نقش بالاتری در سبب شناسی OCD دارند تا مسئولیت پذیری و نیازمند توجه ویژه ای در سبب شناسی و درمان این اختلال می باشند.

1- American Psychiatric Association

2- ego-dystonic

3- Abramowitz

4- Whiteside

5- Kalsy

6- generality

7- congruence

8- specificity

- Emmelkamp, P. M. G., & Ardema, A. (1999). Metacognition, specific obsessive-compulsive beliefs and obsessive-compulsive behavior. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 139-145.
- Fisher, L., & Wells, A. (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: A test of the metacognitive model. *Behavior Research and Therapy*, 43, 821-829.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., & Gagnon, F. (1992). Cognitive intrusions in a non-clinical population, associations with depressive, anxious and compulsive symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 30, 263-271.
- Frost, R. O., Steketee, G., Chou, L., & Griess, K. (1994). Personality traits in subclinical and nonobsessive volunteers and their parents. *Behavior Research and Therapy*, 32, 47-56.
- Gwilliam, G., Wells, A., & Cartwright-hatton, S. (2004). Dose metacognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: A test of the metacognition model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 137-144.
- Hermans, D., Martens, K., De cort, K., Pieters, G., & Eelen, P. (2003). Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 41, 383-401.
- Julien, D., O'Connor, K. P., Aardema, F., & Todorov, C. (2006). The specificity of belief domains in obsessive-compulsive symptom subtypes. *Personality and Individual Differences*, 41, 1205-1216.
- Lopatka, C., & Rachman, S. (1995). Perceived responsibility and compulsive checking: An experimental analysis. *Behavior Research and Therapy*, 33, 673-684.
- Mancini, F., D'Olimpio, F., & Cieri, I. (2004). Manipulation of responsibility in non-clinical subjects: Does expectation of failure exacerbate obsessive compulsive behaviors? *Behavior Research and Therapy*, 42, 449-457.
- McCubbin, R. A., & Sampson, M. J. (2006). The relationship between obsessive-compulsive symptoms and appraisals of emotional state. *Anxiety Disorders*, 20, 42-57.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Pennsylvania State Worry Questionnaire. *Behavior Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Myers, S. G., & Wells, A. (2005). Obsessive-compulsive symptoms: The contribution of metacognition and responsibility. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 806-817.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) (2005). Psychometric validation of the Obsessive Belief Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part 2. Factor analyses and testing of a brief version. *Behavior Research and Therapy*, 43, 1527-1542.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1999). Metacognition and obsessions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 102-110.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behavior Research and Therapy*, 31, 149-154.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 35, 793-802.
- Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behavior Research and Therapy*, 40, 625-639.
- Rachman, S., Thordarson, D. S., Shafran, R., & Woody, S. R. (1995). Perceived responsibility: Structure and significance. *Behavior Research and Therapy*, 33, 779-784.
- Rassin, E., Merckelbach, H., Muris, P., & Spaan, V. (1999). Thought-action fusion as arousal factor in the development of intrusions. *Behavior Research and Therapy*, 37, 231-237.
- Salkovskis, M. P., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Reynold, M., & Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 347-372.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. *Behavior Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Tolin, D. F., Woods, C. M., & Abramowitz, J. S. (2003). Relationship between obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 657-669.
- Tolin, D. F., Worhunsky, P., & Maltby, N. (2006). Are "obsessive" beliefs specific to OCD? A comparison

- across anxiety disorders. *Behavior Research and Therapy*, 44, 469-480.
- Tuna, Ş., Tekean, A. İ., & TopÇuoğlu, V. (2005). Memory and metamemory in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 43, 15-27.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behavior Research and Therapy*, 34, 881-888.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester: Wiley.
- Wells, A. (2003). Anxiety disorders, metacognition, and change. In R. L. Leahy (Ed.), *Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change*. New York: Guilford Publications.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the Metacognitions Questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behavior Research and Therapy*, 42, 385-396.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and metacognitive beliefs. *Behavior Research and Therapy*, 36, 899-913.
- Wilson, K. A., & Chambless, D. L. (1999). Inflated perceptions of responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 37, 325-335.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی