

## مقایسه نظریه ذهن در مبتلایان به اختلال وسواسی- اجباری و افراد بهنجار

**هدف:** نظریه ذهن توانایی استنباط حالت‌های ذهنی و هیجانات دیگران است و در بسیاری از اختلالات روانپزشکی دارای نقص می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ای نظریه ذهن در افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری با افراد بهنجار انجام شده است. روش: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- مقایسه‌ای، شامل ۹۰ نفر است که ۴۵ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری و ۴۵ نفر افراد بهنجار با روش نمونه‌گیری در دسترس در آن شرکت داشتند. داده‌های پژوهش با استفاده از مقیاس پریشانی روانشناختی کسلر (K-10)، پرسشنامه وسواسی- اجباری مادزلی، تکلیف داستان‌های تصویری نظریه ذهن، تکلیف داستان‌های عجیب گردآوری و از طریق تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد بین افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری و افراد بهنجار در خرده مقیاس‌های تکلیف داستان‌های تصویری نظریه ذهن (به جز باور اشتباه رده اول) و خرده مقیاس‌های تکلیف داستان‌های عجیب تفاوت معنادار وجود دارد. مقایسه میانگین‌های دو گروه از نظر نمرات تکلیف نظریه ذهن نشان می‌دهد که افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری در مقایسه با افراد بهنجار از توانایی نظریه ذهن پایین‌تری برخوردار هستند. نتیجه‌گیری: نتایج نشان می‌دهد که بیماران وسواسی- اجباری در توانایی‌های پایه و هم در توانایی‌های سطح بالاتر نظریه ذهن عملکرد ضعیف‌تری دارند. در واقع می‌توان استنتاج نمود که عملکرد ضعیف بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری در تکلیف نظریه ذهن با وجود نقایص در تواناییهای شناختی و عاطفی اجتماعی این بیماران مرتبط است.

**واژه‌های کلیدی:** نظریه ذهن، شناخت اجتماعی، وسواسها، اجبارها

نسا درویشی\*  
 کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز  
 مجید محمود علیلو  
 استاد گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز  
 عباس بخشی پور  
 دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز  
 علیرضا فرمانامه  
 دانشیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز  
 محمود بهرامخانی  
 دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

\*نشانی تماس: دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی  
 رایانامه: nesa.darvishi@gmail.com

## Theory of Mind in Obsessive- Compulsive Disorder patients versus Normal Individuals

**Objective:** Theory of mind (ToM) is the ability to infer other persons' mental states and emotions. This ability has been found to be impaired in many psychiatric disorders. The purpose of this study was to compare the theory of mind between obsessive-compulsive disorder patients and normal individuals. **Method:** The present descriptive-comparative study recruited 90 subjects comprising 45 patients with obsessive-compulsive disorder and 45 normal individuals who had been selected through available sampling method. All participants were asked to complete the Kessler Psychological Distress Scale (K10), Maudsley Obsessive Compulsive Inventory, Theory of Mind Picture Stories Task and Strange Stories Task questionnaires. Data were analyzed using the Multivariate Analysis of Variance (MANOVA). **Results:** Our results indicated a significant difference between obsessive-compulsive disorder patients vs. normal individuals with regard to the subscales of theory of mind picture stories task (except for first-order false belief) and subscales of strange stories. The comparison of patients' and control group's mean scores from ToM tasks suggested a poorer performance in terms of ToM task amongst patients vs. healthy controls. **Conclusion:** Current results showed that patients' performance in basic and advanced ToM abilities is notably compromised as compared to healthy individuals. The difference between these two groups may correspond to cognitive and emotional social impairments seen amongst individuals with obsessive-compulsive disorder.

**Keywords:** Theory of Mind, Social Cognition, Obsession, Compulsion

Nesa Darvishi\*  
 Master in Clinical Psychology  
 Maiid Mahmoud Alilou  
 Professor of Tabriz University  
 Abbas Bakhshipour  
 Associate Prof of Tabriz University  
 Alireza Farnam  
 Associate Prof of Tabriz University of Medical Science  
 Mahmoud Bahramkhani  
 PhD Student in Clinical psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences

\*Corresponding Author:

Email: nesa.darvishi@gmail.com

## مقدمه

ویلیامز<sup>۲۰</sup>، بیلی<sup>۲۱</sup>، (۲۰۱۰).

نظریه‌ای که در دهه‌های اخیر بیش از پیش مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته، نظریه شناخت اجتماعی<sup>۲۲</sup> است. شناخت اجتماعی به این موضوع اشاره می‌کند که مردم درباره افکار، احساسات، انگیزه‌ها و رفتارهای خودشان و دیگران چگونه فکر می‌کنند. در مجموع، شناخت اجتماعی به عنوان یک موضوع مهم در روابط بین فردی، جایگاه مهمی در روانشناسی، به خصوص روانشناسی تحولی نگر، دارد (مشهدی<sup>۲۳</sup>، ۲۰۰۳). یکی از مؤلفه‌های اصلی شناخت اجتماعی، نظریه ذهن<sup>۲۴</sup> (TOM) است که به طور گسترده به توانایی درک هیجانات، انگیزه‌ها، افکار و متعاقب آن درک رفتارهای دیگران اشاره دارد (گريشام و همکاران، ۲۰۱۰). به عبارتی، توانایی نظریه ذهن ما را قادر می‌سازد تا به حالت‌های ذهنی خود و دیگران اسناد و درباره آن استدلال کرده و بنابراین بتوانیم رفتار دیگران را درک و پیش‌بینی کنیم. بر اساس تعریف نظریه ذهن - پیچیدگی، از لحاظ نظری اسناد حالت‌های ذهنی به نظریه ذهن رده اول، رده دوم، رده سوم و نظریه ذهن سطح بالاتر طبقه‌بندی شده است. همچنین برای ارزیابی توانایی نظریه ذهن، ابزارهای مختلفی طراحی شده که یکی از مشهورترین آنها تکالیف مربوط به باور غلط<sup>۲۵</sup> است. در واقع این تکالیف فهمی را ارزیابی می‌کنند که بر حسب آن افراد باورهای غلط خود را حفظ و تحت تأثیر این باورها تصمیم‌گیری می‌کنند. در تکالیف نظریه ذهن رده اول<sup>۲۶</sup>، اسناد حالت‌های ذهنی به خود یا دیگران درباره وقایع یا اشیا (به نظر الف در داخل کیسه چیست؟) و در تکالیف نظریه ذهن

اختلال وسواسی - اجباری<sup>۱</sup> (OCD) یک اختلال اضطرابی با شیوع مادام‌العمر تقریباً ۲/۵ درصدی است که به عنوان یک مشکل جهانی سلامت روان مطرح است (اسکارف<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). این اختلال با وسواس‌ها<sup>۳</sup> (افکار، تصاویر یا تکانه‌های ناخواسته که موجب اضطراب می‌شوند) و همچنین اجبارها<sup>۴</sup> (رفتارها یا اعمال ذهنی کاهنده اضطراب ناشی از وسواس‌ها) مشخص می‌شود (کاتلر<sup>۵</sup>، گراف<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸). اختلال وسواسی - اجباری یکی از چهار اختلال شایع روان‌پزشکی است که تقریباً دو سوم مبتلایان را در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی درگیر می‌کند. اثر این اختلال بر زندگی شخص و در واقع همه وجوه زندگی فرد (نحوه تفکر، احساس و رفتار) چشم‌گیر است (رکتور<sup>۷</sup>، بارثا<sup>۸</sup>، کیچن<sup>۹</sup>، کاترمن<sup>۱۰</sup>، ریچتر<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۱). نشانه‌های وسواسی - اجباری مانند دیگر اختلالات اضطرابی، موجب آسیب‌های اجتماعی، شغلی و نیاز بیشتر به خدمات پزشکی می‌شود (بورنز<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۲). در باب سبب‌شناسی و مفهوم‌سازی این اختلال، مدل‌های مختلفی ارائه شده است. بر اساس اولین نظریه‌های رفتاری وسواس، وسواس ممکن است از نظریه دو عاملی ماورر برای شکل‌گیری و تداوم ترس پیروی کند. بر پایه این نظریه، اضطراب با رخدادهای ذهنی (مانند افکار یا تصاویر) شرطی می‌شود (شرطی‌سازی کلاسیک<sup>۱۳</sup>) و وسواس‌های عملی برای کاهش آشفتگی ناشی از این افکار شکل می‌گیرند. با گذشت زمان، توانایی وسواس عملی در کاهش آشفتگی به تقویت منفی<sup>۱۴</sup> آن منجر می‌شود. هر چه وسواس عملی در کاهش آشفتگی موفق‌تر باشد، قدرتمندتر خواهد شد (شرطی‌سازی کنش‌گر<sup>۱۵</sup>) (توکلی<sup>۱۶</sup>، قاسم‌زاده<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۶). در پاسخ به محدودیت‌ها و کاستی‌های این مدل، مدل‌های شناختی وسواس ارائه شده‌اند که بر نقش اساسی باورهای ناکارآمد در سبب‌شناسی و تداوم علائم این اختلال تأکید می‌کنند. همچنین بر نقش کارکرد اجتماعی - هیجانی در مدل‌هایی از اختلال وسواسی - اجباری تأکید فزاینده‌ای شده است (گریشام<sup>۱۸</sup>، هنری<sup>۱۹</sup>،

- |                                  |                            |
|----------------------------------|----------------------------|
| 1- Obsessive-Compulsive Disorder | 14- Negative Reinforcement |
| 2- Scarff                        | 15- Operant Conditioning   |
| 3- Obsessions                    | 16- Tavakoli               |
| 4- Compulsions                   | 17- Ghasemzadeh            |
| 5- Cuttler                       | 18- Grisham                |
| 6- Graf                          | 19- Henry                  |
| 7- Rector                        | 20- Williams               |
| 8- Bartha                        | 21- Bailey                 |
| 9- Kitchen                       | 22- Social Cognition       |
| 10- Katzman                      | 23- Mashhadi               |
| 11- Richter                      | 24- Theory of Mind         |
| 12- Burns                        | 25- False Belief Task      |
| 13- Classical Conditioning       | 26- First-order Tom tasks  |

سندرم آسپرگر و اسکیزوفرنیا با نشانه‌های منفی، در کاربست حالت‌های ذهنی ناتوان‌اند (ابوعاکل<sup>۸</sup>، ۲۰۰۳).  
ساین<sup>۹</sup>، اورال<sup>۱۰</sup>، یوتکو<sup>۱۱</sup>، بایساک<sup>۱۲</sup>، کاندانسایر<sup>۱۳</sup> (۲۰۱۰) مطرح کرده‌اند که نقایص شناختی مهمی که در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری مشاهده می‌شود، ممکن است با توانایی‌های نظریه ذهن ارتباط داشته باشد. نقص کارکردهای اجرایی و آسیب در حافظه غیرکلامی این افراد از جمله نقایص شناختی‌اند که در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده‌اند (گریسبرگ<sup>۱۴</sup> و مک‌کی<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۳). در واقع، بر اساس مطالعات تحولی، کارکردهای اجرایی ممکن است به عنوان پیش‌نیازی برای درک باور غلط یا توانایی بیان این درک اهمیت داشته باشند (گوکان<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). مطالعات اخیر نشان می‌دهند که این توانایی‌های شناختی در تکالیف نظریه ذهن (جایی که باید دیدگاه‌های چندگانه مرتبط با تکلیف در نظر گرفته شود، دانش خود فرد بازداری و به باورهای مرتبط با هیجان‌ات و اعمال بعدی توجه شود) نقش اساسی دارند (بول<sup>۱۷</sup>، فیلیپس<sup>۱۸</sup>، کانوی<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۸).  
از دیگر علل توجه به ارتباط بین اختلال وسواسی- اجباری و نظریه ذهن این است که بین نواحی مغزی مرتبط با توانایی‌های نظریه ذهن و نوروبیولوژی اختلال وسواسی- اجباری هم‌پوشانی دیده می‌شود. مطالعات عصب زیست‌شناختی نشان داده‌اند که در توانایی نظریه ذهن، ارتباطات عصبی بین آمیگدالا، شکنج کمربندی قدامی، شکنج گیجگاهی بالایی و نواحی جلوی پیشانی اهمیت دارند. اعتقاد بر این است که این نواحی، که اصطلاحاً "سیستم فرونتواستریاتال"<sup>۲۰</sup> نامیده می‌شوند، در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری دچار بدکارکردی هستند (ساین و همکاران، ۲۰۱۰). روابط

رده- دوم<sup>۱</sup>، اسناد حالت‌های ذهنی درباره حالت‌های ذهنی ارزیابی می‌شود. به عبارتی، موفقیت در تکالیف رده- دوم، نیازمند اسناد باورهای اشتباه به دیگران است تا رفتارهایی که بر اساس افکار خود فرد به درستی قابل توضیح دادن یا پیش‌بینی نیست، توضیح داده و پیش‌بینی شود (به نظر الف، ب قصد انجام چه کاری را دارد؟).  
مشابه تکالیف رده اول و دوم، تکالیف رده- سوم<sup>۲</sup> شامل اسناد حالت‌های ذهنی درباره حالت‌های ذهنی است که خود آن نیز با سایر حالت‌های ذهنی ارتباط دارد (مثلاً، شخص فکر می‌کند که دیگران در مورد افکار وی چه فکر می‌کنند) (کنرد<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). همچنین در تلاش برای آگاهی یافتن از محدودیت‌های نظریه ذهن در کودکان دارای اختلال طیف اوتیستیک (ASD) با کارکرد بالا، محققان تکالیفی طراحی کردند که به باور آنها ارزیابی دقیق‌تر و حساس‌تری از درک حالت‌های ذهنی در تعاملات اجتماعی فراهم می‌کند. این تکالیف که به آنها تکالیف سطح بالاتر یا پیشرفته<sup>۴</sup> می‌گویند (چون در مقایسه با تکالیف رده- اول و دوم چالش‌انگیزتر هستند) با موقعیت‌های اجتماعی و مشکلات مربوط به زندگی واقعی ارتباط دارد. برای مثال، این تکالیف توانایی کشف اشتباه‌های سهوی در موقعیت‌های اجتماعی و یا درک مقاصد روانی در پس اظهارات تحت‌اللفظی را ارزیابی می‌کنند (کنرد، ۲۰۰۵).  
از نظر آسیب‌شناسی روانی، اولین زمینه تحقیقی در ارتباط با نظریه ذهن، بررسی نشانه‌های رفتاری در اختلالات طیف اوتیستیک است. در طی دهه گذشته مشاهده شده که نقایص نظریه ذهن با تابلوی بالینی بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی و نورولوژیکی از جمله آسیب آمیگدالا<sup>۵</sup>، آسیب لوب فرونتال<sup>۶</sup>، دامانس فرونتوتمپورال<sup>۷</sup>، اسکیزوفرنیا، بیماری پارکینسون، اختلال دوقطبی، افسردگی و اختلالات شخصیت مرتبط است. همچنین تلاش‌هایی شده تا تابلوی بالینی این اختلالات با آسیب‌های نظریه ذهن توضیح داده شود. برای مثال، ناتوانی در بیان حالت‌های ذهنی، بیشتر در بیماران اوتیستیک مطرح شده است، در حالی که افراد مبتلا به

- |                            |                           |
|----------------------------|---------------------------|
| 1- Second-order Tom tasks  | 11- Utku                  |
| 2- Third-order Tom tasks   | 12- Baysak                |
| 3- Coonrod                 | 13- Candansayar           |
| 4- Advanced Tom tasks      | 14- Greisberg             |
| 5- Amigdala                | 15- McKay                 |
| 6- Frontal lobe            | 16- Goukan                |
| 7- Frontotemporal dementia | 17- Bull                  |
| 8- Abu-Akel                | 18- Phillips              |
| 9- Sayin                   | 19- Conway                |
| 10- oral                   | 20- Frontostriatal system |

اختلال وسواسی- اجباری، هم‌جوشی فکر و عمل با توانایی‌های نظریه ذهن معنادار گزارش شد (اوکرنی<sup>۱</sup>، نیکلسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). همچنین در تنها تحقیقی که به طور خاص توانایی‌های نظریه ذهن در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری را بررسی کرد، نتایج تکالیف نظریه ذهن سطح بالاتر معنادار گزارش شد؛ اگرچه عملکرد این بیماران در همه تکالیف نظریه ذهن ضعیفتر از گروه بهنجار بود (ساین و همکاران، ۲۰۱۰). از آنجا که در این حوزه تاکنون در ایران پژوهشی روی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری نشده، هدف پژوهش حاضر بررسی توانایی نظریه ذهن در افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری در مقایسه با افراد بهنجار بود.

### روش

پژوهش حاضر از نظر هدف از نوع پژوهش‌های بنیادی و بر اساس روش پس‌رویدادی (علی-مقایسه‌ای) است، از این رو در پژوهش حاضر متغیر نظریه ذهن در افراد دارای اختلال وسواسی- اجباری و افراد بهنجار بررسی و مقایسه شد. در این پژوهش، وجود یا فقدان اختلال وسواسی- اجباری متغیر مقوله‌ای و توانایی نظریه ذهن متغیر مقایسه‌ای در نظر گرفته شد. آزمودنی‌های این پژوهش را ۴۵ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری و ۴۵ فرد بهنجار تشکیل می‌دادند. در هر دو گروه ۱۲ مرد و ۳۳ زن شرکت داشتند که میزان تحصیلات آنها بالاتر از سوم راهنمایی و دامنه سنی آنها ۱۸ تا ۵۴ بود. آزمودنی‌هایی به پژوهش معرفی می‌شدند که روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی آنها را دارای اختلال وسواسی- اجباری تشخیص داده بود. پس از آن با این افراد بر پایه ملاک‌های تشخیصی اختلال وسواسی- اجباری در ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) مصاحبه می‌شد. آزمودنی‌های مبتلا به اختلال از میان مراجعان به کلینیک‌های روان‌پزشکی انتخاب شدند. گروه گواه (۴۵ نفر) نیز که بر پایه

اجتماعی موفق نیز نیازمند مکانیسمی خاص جهت درک حالات درونی دیگران و پردازش اطلاعات ذهنی آنهاست که وجود این مکانیسم شرط لازم و ضروری عملکرد گروه‌های اجتماعی است.

از آنجا که در روابط اجتماعی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری آسیب معناداری دیده می‌شود، به نقش مهم توانایی نظریه ذهن در این دسته از بیماران توجه شده است. اگرچه افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری آسیب اجتماعی معنادار و کیفیت پایین زندگی را حتی پس از بهبود گزارش می‌کنند (بیستریسکی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۱)، در ارتباط با توانایی‌های شناختی اجتماعی این بیماران تحقیقات محدودی شده است. برای مثال، بررسی‌ها نشان داده‌اند که افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری با ویژگی‌های رفتار احتکاری<sup>۲</sup> در مقایسه با وسواسی‌های خالص، سطوح بالایی از ناکنشوری اجتماعی را تجربه می‌کنند. همچنین بیماران وسواسی، تکانش‌گری شناختی، انعطاف ناپذیری و عدم بازداری نشان می‌دهند که این ممکن است بر تعامل آنها با دیگران تأثیر گذاشته و در نهایت باعث آشفتگی شدن کارکرد اجتماعی، به ویژه نقایصی در نظریه ذهن، شود (استوس<sup>۳</sup>، گالوپ<sup>۴</sup>، الکساندر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱).

تامسن<sup>۶</sup> از ارتباط بین نشانه‌های وسواسی- اجباری و نقایص نظریه ذهن شواهد مقدماتی گزارش کرده است. در این تحقیق یک گروه از کودکان با تشخیص اختلال وسواسی- اجباری و دارای تاریخچه‌ای از عدم پاسخ‌دهی اجتماعی، در آزمون نظریه ذهن رده دوم شکست خوردند. در این آزمون کودک می‌بایست فکر کند که شخص دیگر به چه چیزی فکر می‌کند. در تحقیق گریشام و همکاران (۲۰۱۰) نشانه‌های شدید این اختلال با کاهش توانایی نظریه ذهن و نیز کاهش دقت در رمزگشایی<sup>۷</sup> هیجان نفرت ارتباط داشت. در واقع، این مطالعه برای اولین بار نشان می‌دهد که نشانه‌های وسواسی- اجباری با وجود مشکل در درک دیدگاه دیگران و نیز رمزگشایی بیان چهره‌ای مرتبط است. در یافته‌های سایر پژوهش‌ها، ارتباط بین نشانه‌های

- |              |              |
|--------------|--------------|
| 1- Bysritsky | 6- Tomson    |
| 2- Hording   | 7- Decoding  |
| 3- Stuss     | 8- O'Kearney |
| 4- Gallup    | 9- Nicholson |
| 5- Alexander |              |



بود. برای بررسی بیماران و سرند آنها علاوه بر مصاحبه بالینی از پرسش نامه وسواسی- اجباری مادزلی استفاده شد. سپس برای ارزیابی توانایی نظریه ذهن، تکلیف داستان‌های تصویری نظریه ذهن<sup>۲</sup> و تکلیف داستان‌های عجیب<sup>۳</sup> به کار برده شد. تکلیف داستان‌های تصویری نظریه ذهن، توانایی نظریه ذهن پایه (یعنی باورهای رده اول تا سوم) را می‌سنجد. همچنین برای ارزیابی توانایی نظریه ذهن سطح بالاتر، از تکلیف داستان‌های عجیب استفاده شد. برای بررسی نتایج، روش تحلیل واریانس چندمتغیری به کار رفت. جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش را نشان می‌دهد.

ویژگی‌هایی همچون سن، جنس، میزان تحصیلات با گروه بیماران وسواس همتا بودند، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس، از بین دانشجویان و کارکنان دانشگاه تبریز انتخاب شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌های بیمار به این مطالعه، داشتن حداقل تحصیلات راهنمایی و فقدان اختلال همایند بود. ملاک‌های ورود افراد بهنجار به پژوهش، نداشتن سابقه بیماری روانی، عدم مراجعه به کلینیک‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان و نداشتن فرد دارای اختلال روانی در بستگان درجه اول و در نهایت کسب نمره کمتر از ۲۴ در مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر<sup>۱</sup> (K-10)

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش بر حسب جنس، سن، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل

متغیر	اختلال وسواسی- اجباری	افراد بهنجار
تعداد	۴۵	۴۵
جنسیت	مرد	۱۲
	زن	۳۳
سن	۱۵-۳۰	۲۴
	۳۱-۴۵	۱۱
	۴۶-۶۰	۱۰
تحصیلات	زیر دیپلم	۱۱
	دیپلم	۲۰
	فوق دیپلم	۶
	لیسانس	۸
وضعیت تأهل	مجرد	۲۱
	متأهل	۲۴

در خرده‌آزمون کندی وسواسی هفت و در خرده‌آزمون تردید وسواسی هفت است. راجمن و هاجسون (۱۹۸۰)، روایی همگرا و پایایی<sup>۶</sup> با روش آزمون- آزمون مجدد<sup>۷</sup> این پرسش‌نامه را رضایت‌بخش گزارش کرده و روایی سازه<sup>۸</sup> آن را در نمونه‌های بالینی و غیربالینی تأیید کردند.

- 1- Kessler Psychological Distress Scale (K-10)
- 2- Tom Picture Stories Task
- 3- Strange Stories Task
- 4- Rachman
- 5- Hodgson
- 6- Reliability
- 7- Test-Retest
- 8- Construct Validity

#### ابزارهای پژوهش

۱- پرسش‌نامه وسواسی- اجباری مادزلی (MOCI): این پرسش‌نامه ۳۰ سئوالی را راجمن<sup>۴</sup> و هاجسون<sup>۵</sup> (۱۹۷۷) برای پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات وسواس تهیه کردند. پاسخ سئوال‌ها به صورت صحیح و غلط و نمره کل وسواس آزمودنی‌ها که با این پرسش‌نامه ارزیابی میشود از یک تا ۳۰ متغیر است. آزمون وسواسی- اجبار مادزلی چهار خرده‌آزمون دارد. بیشترین نمرات در خرده‌آزمون واریسی<sup>۹</sup>، در خرده‌آزمون شست‌وشو<sup>۱۱</sup>،

دانشجوی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران انجام داد. ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه ۰/۹۳ و ضریب پایایی تصنیف و اسپیرمن-براون ۰/۹۱ به دست آمد. شایان ذکر است که در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای مقیاس K-10 محاسبه شد و ۰/۸۷ به دست آمد که بیانگر پایایی بالا و مطلوب این ابزار است.

**۳- تکلیف داستان‌های تصویری نظریه ذهن:** کرکان<sup>۵</sup>، کاهیل<sup>۶</sup> و فریث<sup>۷</sup> (۱۹۹۷) برای ارزیابی نظریه ذهن داستان‌های تصویری<sup>۸</sup> را معرفی کردند (براون<sup>۹</sup>، ریبرت<sup>۱۰</sup>، اسکیفن هوول<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۳). تکلیف داستان‌های تصویری نظریه ذهن شامل شش تصویر داستانی کارتونی است که براون آنها را کامل تر کرده است. در این تکلیف ابتدا از آزمودنی خواسته می‌شود این تصاویر را در یک توالی صحیح قرار دهد. اگر آزمودنی در قراردعی درست این تصاویر شکست بخورد، آزمون گر ترتیب صحیح برای ادامه آزمون را ارائه می‌کند. در مورد هر تصویر به آزمودنی یک توضیح شفاهی داده و متعاقب آن از وی سؤال‌های مربوط به باورهای اشتباه پرسیده می‌شود. چنانچه آزمودنی در قراردعی کارت‌های هر یک از تصاویر داستانی موفق شود، شش امتیاز می‌گیرد. به پاسخ‌گویی صحیح به هر سؤال، یک امتیاز و به پاسخ‌گویی غلط، صفر امتیاز تعلق می‌گیرد. به‌طور کلی، موفقیت آزمودنی در قراردعی کلیه کارت‌ها و سؤال‌ها ۵۹ امتیاز نصیب وی می‌کند. بنابراین نمره آزمودنی در تکلیف تصویری نظریه ذهن، از مجموع قراردعی صحیح تصاویر و پاسخ صحیح به سؤال‌ها محاسبه می‌شود که نمرات بیشتر نمایان‌گر توانایی نظریه ذهن بیشتر است (براون و همکاران، ۲۰۰۳). نسخه انگلیسی این آزمون به

- |  |                     |
|--|---------------------|
| 1- Mahmoud Alilou                                | 12- Furukawa        |
| 2- Sajjadiyan                                    | 13- Slade           |
| 3- Neshatdust                                    | 14- Andrews         |
| 4- Molavi  | 15- Corcoran        |
| 5- Maroufi                                       | 16- Cahill          |
| 6- Kessler                                       | 17- Frith           |
| 7- Veldhuizen                                    | 18- Picture Stories |
| 8- Cairney                                       | 19- Brune           |
| 9- Kurdyak                                       | 20- Ribbert         |
| 10- Streiner                                     | 21- Schiefenhovel   |
| 11- Composite International Diagnostic Interview |                     |

محمود علیلو<sup>۱</sup> (۲۰۰۶)، ضریب پایایی بازآزمایی این آزمون را در مورد یک گروه ۲۵ نفری از دانشجویان دانشگاه تربیت معلم تهران ۰/۸۲ برآورد کرده است (سجادیان<sup>۲</sup>، نشاطدوست<sup>۳</sup>، مولوی<sup>۴</sup>، معروفی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸).

**۲- مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر (K-10):** مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر ویژه شناسایی اختلالات روانی در جمعیت عمومی را کسلر<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۰۳) به دو صورت ۱۰ سئوالی (K-10) و شش سئوالی (K-6) تدوین و در مطالعات مختلف از آن استفاده کرده‌اند. سؤال‌های این دو فرم که از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شوند، به صورت لیکرتی از «هیچ‌وقت» تا «همیشه» است؛ لذا بیشترین نمره در K-10 برابر ۴۰ و در K-6 برابر ۲۴ است. ولدهوزن<sup>۷</sup>، سیرنی<sup>۸</sup>، کوردیاک<sup>۹</sup> و استرینز<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۷) حساسیت K-6 را در مقایسه با CIDI<sup>۱۱</sup> برای اختلالات مختلف محاسبه و دریافتند که حساسیت آن برای آن دسته از بیمارانی که هم‌زمان چند اختلال را داشتند بسیار بالاست. همچنین حساسیت آن برای بیشتر اختلالات مناسب و فقط برای اختلال گذرهراسی کمتر بود. در یک مطالعه کشوری فوروکاوا<sup>۱۲</sup>، کسلر، اسلید<sup>۱۳</sup> و آندروز<sup>۱۴</sup> (۲۰۰۳) پرسش‌نامه‌های K-10, K-6, GHQ-12 را با استفاده از CIDI اعتباریابی و مقایسه کردند. آنان نتیجه گرفتند که برای شناسایی اختلالات خلقی و اضطرابی، کارایی فرم K-10 از کارایی K-6 بیشتر است و هر دوی این مقیاس‌ها از GHQ-12 کارآمدترند (یعقوبی، ۲۰۰۸). در مقیاس K-10، نمرات زیر ۲۰ در طیف بهنجار، نمرات ۲۰ تا ۲۴ دارای پریشانی روان‌شناختی خفیف، نمرات ۲۵ تا ۲۹ دارای پریشانی روان‌شناختی متوسط و نمره ۳۰ و بیشتر از آن با پریشانی روان‌شناختی شدید همراه است (کسلر و همکاران، ۲۰۰۳).

یعقوبی (زیرچاپ) برای بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی، ساختار عاملی و نقطه برش پرسش‌نامه پریشانی روان‌شناختی کسلر روی دانشجویان و نیز آماده‌سازی آن به عنوان یک ابزار غربال‌گری سلامت عمومی، مطالعه‌ای با روش نمونه‌گیری نسبی روی ۵۰۰

ذهن و سپس داستان‌های فیزیکی و به دومین آزمودنی، ابتدا داستان‌های فیزیکی و بعد داستان‌های نظریه ذهن ارائه می‌شود و ... . سؤال بعد از هر متن نیز در یک صفحه جداگانه می‌آید. برای هر دو نوع داستان، پاسخ‌ها از صفر (برای پاسخ‌های نامربوط یا نادرست) و دو (برای پاسخ‌های کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه امتیازهای ممکن از صفر تا ۱۶ برای داستان‌های نظریه ذهن و صفر تا ۱۶ برای داستان‌های فیزیکی تغییر می‌کند (هپه<sup>۴</sup>، وینر<sup>۵</sup>، برونل<sup>۶</sup> ۱۹۹۸؛ جولیف<sup>۷</sup>، بارون-کوهن<sup>۸</sup>، ۱۹۹۹؛ کنرود، ۲۰۰۵؛ مک‌کلیری<sup>۹</sup>، ۲۰۰۹؛ سایین و همکاران، ۲۰۱۰). نسخه انگلیسی این آزمون به کمک اساتید گروه زبان ترجمه و قبل از اجرای اصلی، یک مطالعه مقدماتی روی نمونه ۵۰ نفری اجرا شد. اعتبار و همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) تست در این پژوهش ۰/۷۸ به دست آمد.

#### یافته‌ها

اطلاعات مربوط به یافته‌های توصیفی در جدول ۲ آمده است. جدول ۲ اطلاعات مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات تکالیف نظریه ذهن را برای دو گروه وسواسی- اجباری و افراد بهنجار نشان می‌دهد.

کمک اساتید گروه زبان ترجمه شد. قبل از اجرای اصلی، یک مطالعه مقدماتی روی نمونه ۵۰ نفری شد. اعتبار و همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) آزمون در این پژوهش ۰/۷۵ به دست آمد.

۴- تکالیف داستانهای عجیب: این آزمون از دو مجموعه داستان نظریه ذهن<sup>۱</sup> و داستان‌های کنترل فیزیکی<sup>۲</sup> تشکیل شده که هر کدام از این مجموعه‌ها شامل هشت داستان است (فلچر<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۵). داستان‌های نظریه ذهن از داستان‌های عجیب هپه (۱۹۹۴) اقتباس شده است. در این تکالیف از آزمودنی خواسته می‌شود تا بر اساس فریب‌ها، اشتباه‌ها و وانمودها، درباره احساسات و افکار شخصیت داستان قضاوت کند. داستان‌های نظریه ذهن (TOM) مربوط به جنبه شناختی نظریه ذهن است و در آن آزمودنی برای رسیدن به یک نتیجه باید از اطلاعات درباره موقعیت استفاده کند. از داستان‌های کنترل فیزیکی (Phys) که از نظر درجه دشواری بر داستان‌های نظریه ذهن منطبق شده است، برای کنترل توانایی استدلال کلی استفاده می‌شود. مطابق با دستورالعمل آزمون، ابتدا به ترتیب همه هشت متن مربوط به یک نوع داستان در اختیار آزمودنی قرار می‌گیرد؛ به این صورت که مثلاً به اولین آزمودنی، ابتدا داستان‌های مربوط به نظریه

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات نظریه ذهن در دو گروه مورد مطالعه

افراد بهنجار		اختلال وسواسی- اجباری		متغیرها
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۴۰	۲/۸۶	۰/۶۱	۲/۷۳	باور اشتباه رده- اول
۰/۴۴	۲/۷۳	۰/۸۵	۲/۳۵	باور اشتباه رده- دوم
۰/۳۶	۲/۸۴	۰/۷۸	۲/۵۱	باور اشتباه رده- سوم
۵/۲۸	۳۲/۳۳	۶/۶۶	۲۹/۴۰	ترتیب‌گذاری تصاویر
۲/۴۸	۱۰/۷۱	۲/۸۳	۷/۲۶	داستان‌های نظریه ذهن
۲/۱۴	۱۰/۷۳	۲/۸۰	۸/۱۳	داستان‌های کنترل فیزیکی

- 1- Tom Stories
- 2- Physical Stories
- 3- Fletcher
- 4- Happe
- 5- Winner

- 6- Brownell
- 7- Jolliffe
- 8- Baron-Cohen
- 9- McCleery

شده است ( $F=1/77, P>0/05$ ). همچنین پیش از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری، از آزمون‌های چندمتغیری برای تعیین اثر مستقیم متغیر گروه بر متغیرهای پژوهش استفاده شد. نتایج نشان داد که آزمون‌های موردنظر در سطح  $P=0/001$  معنادارند. نتایج مقدار اثر پیلایی در جدول ۳ آمده است. جدول ۴ داده‌های مربوط به نتایج تحلیل واریانس نمرات گروه‌ها را نشان می‌دهد.

برای آزمون فرضیه پژوهش که بیان می‌دارد توانایی نظریه ذهن در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری در مقایسه با افراد سالم آسیب دیده است، نمرات حاصل از تکالیف نظریه ذهن به کمک آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری مطالعه شد. پیش از تحلیل واریانس چندمتغیری، مفروضه برابری ماتریس کوواریانس به وسیله آزمون باکس بررسی شد. نتایج این آزمون نشان داد که برابری ماتریس کوواریانس در دو گروه مطالعه محقق

جدول ۳- آزمون چندمتغیری اثر پیلایی

اثر	شاخص	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	P	مجذور اتا
گروه	اثر پیلایی	0/369	8/08	6/00	83/00	0/001	0/369

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نمره‌های نظریه ذهن در دو گروه وسواسی-اجباری و بهنجار

منبع	مقیاس	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه	باور اشتباه رده اول	1	0/40	0/40	1/46	0/229
	باور اشتباه رده دوم	1	3/21	3/21	6/87	0/010
	باور اشتباه رده سوم	1	2/50	2/50	6/63	0/012
	ترتیب گذاری تصاویر	1	193/60	193/60	34/5	0/023
	داستان‌های نظریه ذهن	1	266/94	266/94	37/52	0/001
	داستان‌های کنترل فیزیکی	1	152/10	152/10	24/33	0/001

در داستان‌های کنترل فیزیکی نیز نمره کمتری گرفته‌اند، در یک تحلیل تکمیلی این نمره به عنوان کوواریت در نظر گرفته شد تا اثر آن حذف شود. برای بررسی همسانی کوواریانس‌ها، پیش از تحلیل از آزمون باکس استفاده شد که نتایج نشان داد کوواریانس‌های گروه‌ها ( $F=2/30, P>0/05$ ) برابرند. همچنین نتایج آزمون‌های چندمتغیری برای تعیین اثر مستقیم متغیر گروه بر متغیرهای پژوهش نشان داد که آزمون‌های موردنظر در سطح  $P<0/01$  معنادارند. مقدار اثر پیلایی که قدرتمندترین آزمون از چهار آزمون است، معنادار بود ( $F=3/69, P<0/01$ ). نتایج تحلیل واریانس نشان داد که بین دو گروه همچنان در باور اشتباه رده-دوم ( $P<0/05$ )، باور اشتباه رده-سوم ( $F=5/22, P<0/05$ )، باور اشتباه رده-اول ( $F=1/46, P>0/05$ ) تفاوت معناداری وجود دارد، اما در باور اشتباه رده - اول ( $F=1/46, P>0/05$ ) تفاوت معناداری دیده نمی‌شود. همچنین در تکلیف داستان‌های عجیب، در دو خرده‌مقیاس آن؛ یعنی داستان‌های نظریه ذهن ( $F=37/52, P<0/01$ ) و داستان‌های کنترل فیزیکی ( $F=24/33, P<0/01$ ) تفاوت معناداری مشاهده شد که با توجه به جدول میانگین‌ها مشخص می‌شود که افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری در مقایسه با افراد بهنجار از توانایی نظریه ذهن کمتری برخوردارند. با توجه به اینکه افراد دارای اختلال وسواسی-اجباری

براساس نتایج ارائه شده در جدول ۴، بین دو گروه در خرده‌مقیاس‌های باور اشتباه رده-دوم ( $P<0/05$ )، باور اشتباه رده-سوم ( $F=6/87, P<0/05$ )، باور اشتباه رده-اول ( $F=6/63, P<0/05$ ) و ترتیب گذاری ( $F=34/5, P<0/05$ ) از تکلیف داستان‌های تصویری نظریه ذهن تفاوت معناداری وجود دارد، اما در باور اشتباه رده - اول ( $F=1/46, P>0/05$ ) تفاوت معناداری دیده نمی‌شود. همچنین در تکلیف داستان‌های عجیب، در دو خرده‌مقیاس آن؛ یعنی داستان‌های نظریه ذهن ( $F=37/52, P<0/01$ ) و داستان‌های کنترل فیزیکی ( $F=24/33, P<0/01$ ) تفاوت معناداری مشاهده شد که با توجه به جدول میانگین‌ها مشخص می‌شود که افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری در مقایسه با افراد بهنجار از توانایی نظریه ذهن کمتری برخوردارند. با توجه به اینکه افراد دارای اختلال وسواسی-اجباری



دهند (بکاک<sup>۴</sup>، واترز<sup>۵</sup>، مایبری<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷). مطالعه گارسیا- مونتز<sup>۷</sup>، پرز- آوارز<sup>۸</sup>، بالبوئنا<sup>۹</sup>، گارسلان<sup>۱۰</sup>، کانگاز<sup>۱۱</sup> (۲۰۰۶) نشان داد که باورهای فراشناختی توهمات در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا مشابه بیماران وسواسی- اجباری است، چرا که هر دو گروه افکار خود را خطرناک و کنترل نشدنی (باورهای منفی در مورد غیر قابل کنترل و خطرناک بودن افکار) و نیز مؤثر بر جهان پیرامون خود در نظر می گیرند (باورهای خرافی و مسئولیت در ارتباط با افکار خود، مانند هم جوشی فکر با عمل). در واقع فرد ممکن است دارای این فکر مزاحم باشد که او یک آسیب بالقوه برای محیط پیرامون خود است. چنانچه این شخص دارای توانایی نظریه ذهن سالمی باشد، درک می کند که این فکر اوست و چیزی بیش از یک فکر نیست. اما اگر این شخص یک بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا باشد و بنابراین توانایی نظریه ذهن او آسیب دیده باشد، ممکن است نتواند تشخیص دهد که این فکر به خودش مربوط است (نقص نظریه ذهن رده- اول)<sup>۱۲</sup>. او ممکن است در مورد حالت های ذهنی دیگران نیز دارای فرضیه اشتباه باشد (افکار) و در نتیجه دیگران را به صورت یک منبع خطر بالقوه ای برای خود بداند (نقص نظریه ذهن رده- دوم)<sup>۱۳</sup> (ساین و همکاران، ۲۰۱۰). در مورد بیماران وسواسی- اجباری می توان گفت یک بیمار دارای اختلال وسواسی- اجباری می تواند تشخیص دهد که این فکر مربوط به خودش است (نظریه ذهن رده- اول سالم)، اما ممکن است در ارتباط با حالت های ذهنی دیگران دچار اشتباه شود (نقص در نظریه ذهن رده- دوم و سوم). همچنین با توجه به اینکه نقص عمده بیماران وسواسی- اجباری در توانایی نظریه ذهن سطح بالاتر است، معانی / اهمیت این افکار را سوء تعبیر می کنند و در نهایت ممکن است

ذهن (F=۱۵/۲۳, P<۰/۰۱) تفاوت معناداری وجود دارد. در باور اشتباه رده- اول تفاوت معناداری مشاهده نشد (F=۱/۰۵۳, P>۰/۰۵). با توجه به جدول میانگین ها مشخص می شود که افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری با حذف اثر داستان های کنترل فیزیکی باز هم میزان خطای بیشتری در نظریه ذهن داشتند.

## نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بیماران وسواسی- اجباری در مقایسه با افراد سالم در نظریه ذهن نقص دارند و عملکرد آنها در این زمینه ضعیف تر از افراد سالم است؛ این یافته با پژوهش ساین و همکاران (۲۰۱۰) همسوست. هماهنگی با پژوهش ساین و همکاران (۲۰۱۰)، بیماران وسواسی- اجباری در تکالیف مربوط به نظریه ذهن سطح بالاتر، عملکرد ضعیف تری نشان دادند، اگرچه بیماران وسواسی- اجباری پژوهش حاضر نیز در توانایی نظریه ذهن پایه (باور اشتباه رده- دوم و باور اشتباه رده- سوم) ضعیف تر عمل کردند. برای فهم اغتشاشات مربوط به نقص نظریه ذهن در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری، مقایسه آنها با بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا مطرح شده است. درباره بررسی توانایی های نظریه ذهن بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در طول دهه گذشته پژوهش های زیادی شده است. از آنجا که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا آسیب های نظریه ذهن را حتی در مرحله بهبود بیماری نیز نشان می دهند، مطرح شده است که بد کارکردی نظریه ذهن در این افراد یک آسیب مرتبط با صفت است (بورا<sup>۱</sup>، یوسل<sup>۲</sup>، پانتسیل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹). شناخت های مزاحمی که در بیماران وسواسی- اجباری و همچنین در توهم های شنیداری بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا وجود دارد، نشان دهنده نقایص شناختی این افراد است. بیماران وسواسی- اجباری همانند بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا با توهم شنیداری در توانایی بازداری عمدی دچار آسیب هستند که این ممکن است با افکار مزاحم آنها مرتبط باشد، اما بر خلاف بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا حافظه متنی آنها سالم است و این کمک می کند تا این افراد منشأ افکار مزاحم را از هم تمیز

- |                   |                              |
|-------------------|------------------------------|
| 1- Bora           | 8- Perez-Alvarez             |
| 2- Yucel          | 9- Balbuena                  |
| 3- Pantesil       | 10- Garcelan                 |
| 4- Badcock        | 11- Cangas                   |
| 5- Waters         | 12- First order Tom deficit  |
| 6- Maybery        | 13- Second order Tom deficit |
| 7- Garcia- montes |                              |

با اعمال. همچنین ممکن است سایر حوزه‌های شناختی و فراشناختی، از قبیل اهمیت کنترل افکار، ارزیابی تهدید و ارزیابی مسئولیت با سوگیری نظریه ذهن تعامل داشته باشند و منجر به آشفتگی هیجانی و رفتارهای خنثاساز در این بیماران شوند، چرا که فراشناخت<sup>۲</sup> از نظر ادراکی هم‌پوشی زیادی با نظریه ذهن دارد. در واقع این باورهای اشتباه درباره افکار خود ممکن است ویژگی‌های مشترکی با توانایی نظریه ذهن داشته باشند (ساین و همکاران، ۲۰۱۰). از آنجا که فراشناخت یکی از حوزه‌های عمده درمان در اختلال وسواسی-اجباری است، آگاهی بیشتر از ارتباط بین توانایی نظریه ذهن سطح بالاتر و فراشناخت می‌تواند در تکنیک‌های بازسازی شناختی این بیماران سهم مهمی داشته باشد.

همچنین بررسی‌ها نشان داده‌اند که توانایی نظریه ذهن با دامنه‌ای از کارکردهای مرتبط با خود، کارکردهای اجتماعی شناختی مانند توجه مشترک در موقعیت‌های اجتماعی، همدلی، برنامه‌ریزی و بازسازی عمل مرتبط است. از نظر آسیب‌شناسی روانی نیز بسیاری از این کارکردها در بیماران دارای اختلال وسواسی-اجباری آسیب دیده‌اند. در واقع عملکرد ضعیف بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری در تکالیف نظریه ذهن می‌تواند با وجود نقص در توانایی‌های شناختی و عاطفی اجتماعی این بیماران مرتبط باشد. همچنین با توجه به اینکه این توانایی برای زندگی انسان ضروری است، هر آسیب کارکردی یا آشفتگی ساختاری در زیرلایه‌های عصبی، که ظرفیت شناختی را درگیر می‌کند، برای کارکرد اجتماعی می‌تواند زیان‌آور باشد. نتیجه چندین بررسی مربوط به کارکرد عصب شناختی آشکار ساخت که لوب‌های فرونتال در بیماران وسواسی-اجباری از نظر کارکردی نابهنجار است. همچنین تحقیقات اخیر، در کارکرد شبکه‌های عصبی با کرتکس اوربیتوفرونتال نابهنجاری‌هایی گزارش کرده‌اند. از نظر کارکردی، لوب‌های فرونتال و گره‌های پایه،

به یک چنین نتیجه‌گیری برسند: «اگر من چنین افکاری داشته باشم، به این معناست که ممکن است طبق این افکار عمل کنم و به افراد پیرامونم آسیب برسانم». از این رو تبدیل یک فکر مزاحم به یک فکر وسواسی در بیماران وسواسی-اجباری ممکن است حاصل نقص در توانایی نظریه ذهن آنها باشد.

ممکن است فرآیندهای استدلال پاتولوژیکی نیز که در بیماران وسواسی-اجباری مشاهده می‌شود، با نقایص نظریه ذهن در این بیماران مرتبط باشد (ساین و همکاران، ۲۰۱۰). در مدل شناختی رفتاری اختلال وسواسی-اجباری سالکوسکیس<sup>۱</sup> (۱۹۹۹)، ریشه تفکر وسواسی در شناخت‌های مزاحم نرمال یا غیر وسواسی قرار دارد. شناخت‌های مزاحم، عقاید، افکار، شک و تردیدها، تصاویر و تکانه‌هایی هستند که جریان آگاهی را آشفتاده کرده و شخص آنها را به عنوان افکاری پریشان‌کننده، غیرقابل قبول و نامطلوب تفسیر می‌کند. در واقع تفاوت شناخت‌های مزاحم نرمال و شناخت‌های وسواسی در میزان وقوع این افکار و یا حتی کنترل‌ناپذیر بودن آنها نیست، بلکه به چگونگی تفسیر بیماران وسواسی از رخداد و محتوای این افکار بستگی دارد. شواهد تجربی حاکی از اهمیت ارزیابی‌های منفی افکار مزاحم (فراشناخت) مانند «هم‌جوشی فکر با عمل» (این باور که افکار می‌توانند بر وقایع تأثیر بگذارند و یا تقریباً هم‌ارز با اعمال در نظر گرفته شوند) و نیز باورها درباره «قابلیت کنترل افکار» (نیاز به داشتن کنترل بر فعالیت‌های ذهنی) در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری است.

مطالعه اوکرنی و نیکلسون (۲۰۰۸)، بیانگر این است که این ارزیابی‌های منفی با توانایی نظریه ذهن در ارتباط است. بر اساس مدل‌هایی از اختلال وسواسی-اجباری، عدم تحمل شک و تردید درباره تجارب ذهنی (افکار، تصاویر و ...)، نگرانی فراشناختی عمده‌ای است که در اختلال وسواسی-اجباری وجود دارد و ممکن است این نگرانی درباره قطعیت، قسمتی از نظریه ذهن باشد که پایه‌ای است برای گرایش به در نظر گرفتن افکار هم‌ارز

1- Salkovskis

2- Metacognition

فراایندهای اجرایی (به خصوص شکست در بازداری در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری) شده است. از طرفی، شکست در بازداری به عنوان مکانیسم زیربنایی مشکلات نظریه ذهن در اختلالات مختلف ذکر شده است. همچنین مطالعات اخیر نشان داده‌اند که فراایندهای اجرایی در انجام دادن تکالیف نظریه ذهن درگیر می‌شوند. در حقیقت، در ارتباط با هیجانات یا اعمال متعاقب آن، نقطه نظرهای چندگانه، بازداری دانش خود و همچنین باورها باید در نظر گرفته شوند. مهارت‌های بازداری در رابطه با نظریه ذهن ممکن است در سطحی از فراایندهای انتخاب پاسخ، به خصوص در ارتباط با درک باور اشتباه، اهمیت داشته باشند (لسلی<sup>۱</sup>، فریدمن<sup>۱۱</sup>، جرمن<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۴؛ گوکان و همکاران، ۲۰۰۶). بنابراین توجه به ارتباط بین نظریه ذهن و آسیب کارکردهای اجرایی در این بیماران ضروری به نظر می‌رسد. این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌های مربوط به حوزه علوم رفتاری و روان‌شناسی با محدودیت‌هایی مواجه بود که برای مثال می‌توان به تعداد محدود نمونه آماری و استفاده از آزمودنی‌های در دسترس اشاره کرد. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهشگران علاقه‌مند به این حوزه شناختی، با حجم نمونه وسیع‌تر و استفاده از ابزارهای عینی‌تر اندازه‌گیری به بررسی بیشتر نظریه ذهن در بیماران وسواسی- اجباری و ارتباط آن با سایر حوزه‌ها چون فراشناخت و دیگر کارکردهای شناختی مرتبط بپردازند.

دریافت مقاله: ۹۰/۱۲/۱۷؛ پذیرش مقاله: ۹۱/۱۲/۱۳

مدار فرونتال- استریاتال را تشکیل می‌دهند. مطالعات کارکردی و ساختاری، هم در گره‌های پایه و هم در کرتکس اوربیتوفرونتال<sup>۱</sup> در بیماران وسواسی- اجباری نابهنجاری‌هایی را نشان می‌دهند (دادونا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹) بر اساس مطالعات نورویولوژیکی نظریه ذهن، ارتباطات عصبی بین آمیگدالا، شیارهای سینگولیت قدامی<sup>۳</sup>، شیارهای گیجگاهی بالایی<sup>۴</sup> و نواحی جلوی پیشانی مهم هستند. این نواحی شامل ناحیه‌ای به نام سیستم فرونتواستریاتال<sup>۵</sup> می‌شوند که اعتقاد بر این است در بیماران وسواسی- اجباری کارکرد بهنجاری ندارند (ساین و همکاران، ۲۰۱۰). در مطالعات مختلف مطرح شده است که مدارهای فرونتواستریاتال نواحی‌ای هستند که در بد کارکردی نظریه ذهن نقش دارند. همچنین در پژوهش‌ها گزارش شده است که کارکرد نابهنجار کرتکس پره فرونتال پشتی و جانبی<sup>۶</sup> (DLPFC)، که در بیماران وسواسی- اجباری مشاهده می‌شود، ممکن است به طور عمده بر توانایی‌های نظریه ذهن شناختی تأثیر بگذارد. در سایر پژوهش‌ها برای مؤلفه نظریه ذهن، زیرلایه‌های عصبی زیستی چون کرتکس پره فرونتال و ترومدیال<sup>۷</sup> (VMPFC)، کرتکس اوربیتوفرونتال و آمیگدالا ذکر شده است (تاگر- فلاسبرگ<sup>۸</sup>، سالیوان<sup>۹</sup>، ۲۰۰۰). در واقع محققان دریافته‌اند که کرتکس اوربیتوفرونتال، که با همدلی عاطفی در ارتباط است، در بیماران دارای اختلال وسواسی- اجباری آسیب دیده است. آمیگدالا نیز به عنوان منطقه پردازش هیجانی محرکات اجتماعی پیچیده شناخته شده است.

با توجه به یافته‌های بالا، نقص نظریه ذهن در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری می‌تواند به نواحی مغزی یکسان درگیر در اختلال وسواسی- اجباری و عملکرد در نظریه ذهن نسبت داده شود. مشکل در نظریه ذهن و مشکلاتی که در رمزگذاری تظاهرات چهره‌ای هیجانات در بیماران وسواسی- اجباری وجود دارد، به تنهایی نمی‌تواند به ویژگی‌های کلی آسیب‌شناسی روانی این اختلال نسبت داده شود. در واقع در روان‌شناسی تأکید فزاینده‌ای بر توجه به کارکردهای شناختی چون

- 1- Orbitofrontal cortex
- 2- Daddon
- 3- Anterior cingulate gyrus
- 4- Superior temporal gyrus
- 5- Frontostriatal system
- 6- Dorsolateral prefrontal cortex
- 7- Ventromedial prefrontal cortex
- 8- Tager-flusberg
- 9- Sullivan
- 10- Leslie
- 11- Friedman
- 12- German

## منابع

- Abu-Akel, A. (2003). The neurochemical hypothesis of theory of mind. *Medical Hypotheses*, 60, 382-386.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Eds.). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Badcock, J. C., Waters, F. A. V., Maybery, M. (2007). On keeping intrusive thoughts to one's self: testing a cognitive model of auditory hallucinations. *Cognitive Neuropsychiatry*, 12, 78-89.
- Bora, E., Yucel, M., Pantelis, C. (2009). Theory of mind impairments in schizophrenia: meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 109, 1-9.
- Brune, M., Ribbert, H., Schiefenovel, W. (2003). *The social brain, evolution and pathology*. Bochum, Germany: Wiley.
- Bull, R., Phillips, L.H., Conway, C.A. (2008). The role of control functions in mentalizing: Dual-task studies of Theory of Mind and executive function. *Cognition*, 107,663-72.
- Burns, J. A. (2002). Obsessive-Compulsive Disorder and Attention. *Thesis for Doctoral degree*, Graduate College, University of Nebraska.
- Bystritsky, A., Liberman, R. P., Hwang, S., Wallace, Ch. J., Vapnik, T., Mainment, K., Saxena, S. (2001). Social functioning and a quality of life comparisons between obsessive-compulsive and schizophrenic disorders. *Depression and Anxiety*, 14, 214-218.
- Coonrod, E. E. (2005). *Theory of mind, executive function, and social skills in high functioning children with autism spectrum disorders*. (Doctoral Thesis). Faculty of the Graduate School of Vanderbilt University.
- Corcoran, R., Cahill, C. and Frith, C. D. (1997). The appreciation of visual jokes in people with schizophrenia. A study of mentalizing ability. *Schizophr. Res.* 24, 319- 327.
- Cuttler, C., Graf, P. (2008). Sub-clinical checking compulsions are related to impaired prospective memory independently of depression, anxiety and distractibility. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 642-654.
- Daddona, K. (2009). An investigation of working memory ability, executive functioning and judgment of learning in obsessive-compulsive disorder. *Thesis for Doctoral degree*, Department of psychology, Fordham University.
- Fletcher, P. C., Happe, F., Frith, U., Baker, S.c., Dolan, R. J., Frackowiak, R. S. J., Frith, C.D. (1995). Other minds in the brains: a functional imaging study of theory of mind in story comprehension. *Cognition*, 57, 109-128.
- Garcia-Montes, J. M., Perez-Alvarez, M., Balbuena, C. S., Garcelan, S. P., Cangas, A. J. (2006) Metacognitions in patients with hallucinations and obsessive-compulsive disorder: the superstition factor. *Behav Res Therapy*, 44(8), 1091-1104.
- Goukan, A., Ohuchi, T., Kikuchi, T., Hirano, M., Noguchi, K., Hosokawa, T. (2006). Developmental order driving the relationship between executive functions and theory of mind: a case study. *Psychol Re*, 98,662-70.
- Greisberg S, McKay D. (2003). Neuropsychology of obsessive-compulsive disorder: a review and treatment implications. *Clin Psychol Rev*, 23, 95-117.
- Grisham, J. R., Henry, J. D., Williams, A. D., Bailey, Ph. E. (2010). Socioemotional deficits associated with obsessive-compulsive symptomatology. *Psychiatry Research*, 175, 256-259.
- Happe, FG. E., Winner, E., Brownell, H. (1998). The getting of wisdom : Theory of mind in old age. *developmental psychology*, 14, 358-362.
- Jolliffe, T., Baron- Cohen, S. (1999). The strange stories test: A replication with high- functioning adults with autism or asperger syndrome. *Autism and Developmental Disorders*, 29, 395-404.
- Kessler, R. C., Barker, P.R., Colpe, L.J., Epstein, J.F., Gfroerer, J.C., Hiripi, E., Howes, M.J., Normand, S.L., Manderscheid, R.W., Walters, E.E., & Zaslavsky, A.M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 60, 184-189.
- Leslie, A.M., Friedman, O., & German, T.P. (2004). Core mechanisms in 'theory of mind. *TRENDS in Cognitive Sciences*, 8, 528-533.
- Mahmoud Alilou, M. (2006). Worry and its relationship with checking and washing subtypes of obsessive-compulsive disorder. *Contemporary Psychology*, 1, 3-10.
- Mashhadi, A. (2003). Theory of Mind: New approach to developmental psychology. *Advances in Cognitive Science*, 70-83.
- Mc Cleery, A. (2009). Social cognition and social functioning in schizotypy. *Thesis for M.A degree*, Kenstate University.
- O'Kearney, R., & Nicholson, ch. (2008). Can a Theory of Mind Disruption Help Explain OCD Related Metacognitive

- Disturbances?. *Behaviour Change*, 25,55-70.
- Rachman, S. J., Hodgson, R. J. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood cliffs. New York. Prentice-Hall.
- Rector, N. A., Bartha, C., Kitchen, K., Katzman, M. & Richter, M. (2001). *Obsessive-Compulsive Disorder: An Information Guide*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.
- Sajjadiyan, I., Neshatdust, H.T., Molavi, H., Maroufi, H. (2008). The effects of mindfulness training on symptoms of obsessive - compulsive disorder in Isfahan women. *Studies in Education and Psychology*, 1, 127-141.
- Salkovskis, PM. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*, 37, S29-52.
- Sayin, A., oral, N., Utku, C., Baysak, E., Candansayar, S. (2010). Theory of mind in obsessive-compulsive disorder: Comparison with healthy controls. *European Psychiatry*, 25, 116-122.
- Scarff, J. R. (2010). The potential application of obsessions to reduce compulsions in individuals with obsessive-compulsive disorder. *Medical Hypotheses*, 74, 216-218.
- Stuss, D., Gallup, G. G., Jr & Alexander, M.P. (2001). The frontal lobes are necessary for theory of mind. *Brain*, 124, 279-286.
- Tager-Flusberg, H., Sullivan, K. (2000). A componential view of theory of mind: evidence from Williams syndrome. *Cognition*, 76, 59-89.
- Tavakoli, S., Ghasemzadeh, H. (2006). Theories and cognitive-behavioral therapies of obsession. *Advances in Cognitive Science*, 8, 54-76.
- Yaghoubi, H. (2008). Screening for mental disorders: Tests position and how to determine the cut-off score and validation. *Journal of Mental Health*, 1, 39-51.
- Yaghoubi, H. (in press). Psychometric characteristics of a 10-item version of the Kessler Psychological Distress Scale (K10). *Applied Psychology Research*.

