

مقایسه باورهای فرا شناختی و کمال گرایی در افراد دارای اختلال وسواس اجباری با افراد عادی

دکتر محمود جاجرمی^۱

زینب زحمتکش^۲

تاریخ دریافت: 94/03/21

تاریخ پذیرش: 94/05/14

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان تفاوت باورهای فراشناختی و مقیاس کمال گرایی افراد دارای اختلال وسواس - جبری با افراد عادی صورت پذیرفت. روش: جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد دارای اختلال وسواس عملی - اجباری و افراد عادی مراجعه کننده به سه کلینیک مشاوره شهر بجنورد بود. روش این پژوهش، علی - مقایسه ای بود. نمونه پژوهش حاضر شامل 40 نفر از افراد دارای اختلال وسواس عملی - اجباری، و افراد عادی بود (هر گروه 20 نفر) که با شیوه نمونه گیری هدفمند انتخاب گردیدند. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه‌های، باورهای فراشناختی ولز، وسواس - اجبار مادزیو کمال گرایی تری و شورت بود. یافته ها: نتایج تحلیل واریانس نشان داد، بین گروه‌ها در متغیرهای باورهای فراشناختی و ابعاد کمال گرایی تفاوت معنادار وجود دارد. نتیجه گیری: با توجه به وجود تفاوت بین افراد دارای اختلال وسواس - جبری با افراد عادی در متغیرهای باورهای فراشناختی و کمال گرایی، لازم است در درمان این افراد به ضعف این متغیرها در نزد این افراد توجه کافی صورت پذیرد.

کلیدواژه‌ها: باورهای فرا شناختی، کمال گرایی، اختلال وسواس - اجباری

^۱ استادیار و عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، بجنورد، ایران. Mahmoud.jajarmi@yahoo.com

^۲ دانشجوی دکتری روان شناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، بجنورد، ایران.

مقدمه

وسواس - اجباری^۱ (OCD) از اختلالات شایع در میان اختلالات روانی است، به طوریکه در چهارمین و پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا^۲ و وسواس فکری - عملی چهارمین اختلال شایع تشخیص داده شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، 2000، 2013). گستردگی شیوع و پیچیدگی اختلال وسواس فکری - عملی از یک سو و عوارض فردی و اجتماعی آن از سوی دیگر باعث شده نظریه پردازان، پژوهشگران و متخصصین بالینی به ارزیابی جنبه‌های مختلف این اختلالات بپردازند و در خصوص آسیب‌شناسی، پیشگیری و درمان آن نظریه‌پردازی کنند و مدل‌های مختلفی را ارائه دهند، اما هنوز ابعاد وسیعی از آن ناشناخته مانده است (کوچاک^۳ و همکاران، 2010).

بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) اختلال وسواس - اجباری یکی از اختلال‌های رفتاری ناتوان‌کننده‌ای است که با افکار مزاحم تکراری و ناخواسته، فرد را به انجام اعمال اجباری و بیهوده و همچنین فرو بردن در اعماق افکار ناراحت‌کننده وادار می‌کند. ویژگی عمده این وسواسها و اجبارها (افکار و رفتارها) لذت بخش نبودن آنها برای فرد مبتلا می‌باشد ولی بیمار به نشخوار افکار و تکرار اعمال ادامه می‌دهد تا شاید از ناراحتی اش کاسته شود. هم‌چنین وسواس وسواس - اجبار اختلالی است که با افکار^۴، تکانه‌ها^۵ و تصاویر ذهنی^۶ تکراری، مزاحم بازگشت‌کننده مشخص می‌شود (مکای و آبرامویتز، کالاماری، کیروس، رادموسکی و همکاران^۷، 2004). این افکار، تکانه‌ها و تصاویر ذهنی معمولاً از جانب فرد سازگار، بی‌معنی، ناپذیرفتنی و مقاومت ناپذیر تلقی می‌شوند. این وسواس‌ها با ناراحتی^۸، اضطراب^۹، و خنثی‌سازی^{۱۰} (جبران) همراه است. با پیشرفت و نفوذ بیماری، فرد مبتلا مدت زیادی از وقت روزانه خود را صرف اشتغال ذهنی یا

1- Obsessive-Compulsive disorder

2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth fifth revised edition (DSM- V)

3. Koçak

4. Thoughts

5. impulses

6. Images

7. Mckay Abramowitz Calamarikyrios . Radomsky et al

8. Discomfort

9. Anxiety

10. Neutralizing

رفتارهای وسواسی خود می‌نماید. تنش و اضطراب ناشی از این عملکرد غیر مفید، شرایط زندگی اجتماعی، خانوادگی و فردی او را تحت تاثیر قرار داده و گاهی مختل می‌کند (فرانکلین^۱ و همکاران، 2011).

بر اساس تحقیقات یکی از مولفه‌های مرتبط با اختلال وسواس، کمال گرایی است. زیرا کمال گرایی یکی از ویژگی‌های شخصیتی است و نقش مهمی را در علت شناسی، استمرار و دوره بالینی آسیب شناسی‌های روانی بازی می‌کند (شافران و همکاران، 2002). هویت و فلت^۲ (2002) عقیده دارند، کمال گرایان در مقایسه با غیر کمال گرایان، با توجه به نگرش غیر واقع بینانه شان به زندگی با استرس بیشتری مواجه هستند. کمال گرایان علاوه بر عوامل استرس زای رایج برای هر فرد بهنجار، خود به ایجاد استرسورها می‌پردازند؛ زیرا در بسیاری از قلمروها به دنبال کمال می‌گردند. رفتار کمال گرایانه که خود از تمایلات کمال گرایانه برای به شدت ارزیابی کردن خود و دیگران، تمرکز بر جنبه های منفی عملکرد، و تجربه اندک رضایت نشأت می‌گیرد، می‌تواند ایجاد استرس کند. کمال گرایی باعث افزایش یا شدت یافتن اثرات منفی استرس می‌شود که خود منجر به فرسودگی شغلی می‌گردد.

اولین بار مؤلفه کمال گرایی به عنوان یک سازه تک بعدی توسط برنز تعریف گردید (هیل و همکاران، 2004). در نظر کمال گرایان بی کفایتی در هر چیزی، نشانه ای از عدم کفایت و بی ارزشی فرد است. الیس (1962) در اولین نوشته اش درباره درمان عقلانی هیجانی رفتاری^۳، مجدداً کمال گرایی را تحت عنوان یکی از باورهای غیر منطقی اصلی معرفی کرد که مشکلات هیجانی به دنبال دارد. کمال گرایی داشتن این باور است که همواره یک راه حل دقیق، کامل و درست برای مشکلات انسانی وجود دارد و اگر این راه حل کامل پیدا نشود فاجعه آمیز خواهد بود)) (الیس، 1962؛ به نقل از خسروی و علیزاده صحرايي، 1388، صص 16 و 15). فلت و همکاران (1991) بر آنند که کمال گرایی عبارت است از تمایل شخص به داشتن ملاک‌های خیلی بالا و توجه به نقص‌ها و ناکامی‌های موجود در عملکرد خود.

1. Franklin

2. Hewitt & Flett

3. Rational-Emotive Behavior Therapy

با این حال بر اساس نتایج بسیاری از مطالعات رابطه معناداری بین کمال گرایی و مهارت‌های فراشناختی یافت شده است. از این رو فراشناخت عبارتست از فرایند فکر کردن در مورد فکر کردن و دانستن در مورد آنچه میدانیم و نمیدانیم و توانایی کنترل افکار خویشتن. به عبارت دیگر فراشناخت به ساختارهای روانشناختی، دانش وقایع و فرایندهایی که در کنترل، تغییر و تفسیر تفکر درگیرنده می‌پردازد. (ولز 2004). سالوفسکی (1989) اولین فردی بود که پیشنهاد کرد افراد دارای باورهای ناکارآمد و سواسی و افسرده، درگیر افکار سرزنش و مسئولیت در مورد آسیب‌های اتفاق افتاده برای خود و دیگران هستند. با توجه به اهمیت و تاثیر این دو اختلال بر سلامت روانی افراد، این پژوهش در نظر دارد به تفاوت باورهای فراشناختی و کمال گرایی در بین افراد دارای اختلال و سواس - اجباری با افراد عادی بپردازد.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بوده است. در این پژوهش جامعه آماری به دو گروه تقسیم شده‌اند. گروه اول شامل کلیه افراد دارای اختلال و سواس عملی-اجباری و گروه دوم شامل تمام افراد عادی شهر بجنورد بود. نمونه پژوهش حاضر شامل 40 نفر از افراد دارای اختلال و سواس عملی-اجباری و افراد عادی شهر بجنورد بود (هر گروه 30 نفر) مشخص شده بودند که با شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب گردیدند. شیوه نمونه‌گیری بدین صورت بود که با مراجعه به سه کلینیک روانشناختی و مشاوره در بجنورد، افراد دارای اختلال و سواس-اجباری از طریق پرسشنامه شناسایی و از آنان درخواست گردید که به پرسشنامه‌های مذکور پاسخ دهند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه و سواس فکری عملی مادزلی: به منظور بررسی میزان نشانه‌های اختلال و سواس اجبار در بیماران مبتلا از این پرسشنامه استفاده گردید. توسط هاجسون و راچمن² (1980) به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات و سواس تهیه شده است و دارای 30 سوال است. پاسخ سوالات بصورت صحیح و غلط است. این آزمون دارای 4 زیرمقیاس است که حداکثر نمرات در خرده آزمون واری 9، در خرده آزمون شست و شو 11، در کندی و سواس 7 و در تردید و سواسی 7

¹. Salkofskis

². Rachman & Hodgson

می‌باشد. راچمن و هاجسون (1980) روایی همگرا و پایایی با روش آزمون-بازآزمون مجدد این پرسشنامه را رضایت بخش گزارش نموده و روایی سازه این آزمون را در نمونه‌های دارای اختلال واسواس عملی - جبری و افراد فاقد این اختلال تایید نمودند. نورمن¹ و دیگران (1996).

پرسشنامه فراشناختی ولز دارای 30 گزینه است. گزینه‌های آن از طریق مقیاس 4 درجه ایلیکرت محاسبه می‌شوند.

30-MCQ بعدافراشناختی رادرپنج خرده مقیاس جداگانه مورد بررسی قرار می‌دهد که عبارتند از: 1- باورهای مثبت درمورد نگرانی 2. باورهای منفی درمورد کنترل ناپذیری وخطر 3. باورهایی در مورد کیفیت شناختی 4. باورهای فراشناختی عمومی منفی در ارتباط با نیاز کنترل 5. باورهای فراشناختی در ارتباط با خودآگاهی شناختی. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ومولفه‌های آن دردامنه ای از 0/72 تا 0/93 گزارش شده است. پایایی آن به روش بازآزمایی برای کل آزمون پس از دوره 18 تا 22 روزه 0/75 و برای خرده مقیاس‌ها از 0/59 تا 0/87 گزارش شده است (ولز، کارترایت هاتون²، 2004). ضریب همسانی درونی این آزمون در ایران به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس 0/91 و برای خرده مقیاس‌ها در دامنه ای از 0/71 تا 0/87 گزارش شده است (شیرین زاده دستگردی، 1387).

یافته ها

جدول 1: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه

| متغیر | گروه | تعداد | میانگین | انحراف استاندارد |
|-----------------------|------------|-------|---------|------------------|
| نمره باورهای فراشناخت | گروه عادی | 20 | 81/36 | 3/11 |
| | گروه وسواس | 20 | 76/55 | 4/05 |
| کمال گرایی | گروه عادی | 20 | 18/27 | 1/25 |
| | گروه وسواس | 20 | 14/59 | 1/52 |

جدول فوق یافته‌های توصیفی پژوهش را نشان می‌دهد. همانگونه که مشخص است میانگین متغیرها در گروه‌های مورد بررسی دارای تفاوت‌هایی می‌باشد. نتایج جدول باکس جهت بررسی پیش

¹. Norman

². Wells & Cartwright_Hatton

فرض‌های یکسانی ماتریس کواریانس‌ها نیز نشان داد که بین این دو گروه با مقدار $F = 1/22$ و سطح معنی داری $0/061$ تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول 2: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه متغیرها دو گروه

| سطح معناداری | درجه آزادی خطا | درجه آزادی فرض | مقدار F | ارزش | |
|--------------|----------------|----------------|---------|-------|-------------------|
| 0/001 | 158 | 38 | 11/36 | 1/12 | اثر پیلایی |
| 0/001 | 156 | 38 | 25/19 | 0/06 | لامبدای ویلکز |
| 0/001 | 154 | 38 | 48/35 | 11/30 | اثر هتلینگ |
| 0/001 | 79 | 18 | 96/86 | 11/03 | بزرگترین ریشه روی |

با معناداری آزمون MANOVA این نتیجه حاصل می‌گردد که بین گروهها تفاوت معنادار وجود دارد

جدول (3): نتایج تحلیل واریانس تک متغیری

| اندازه اثر | سطح معناداری | F | میانگین مجذورات | درجه آزادی | مجموع مجذورات | متغیر | |
|------------|--------------|-------|-----------------|------------|---------------|--------------------------|-----------|
| 0/44 | 0/002 | 23/20 | 234/7 | 2 | 469/5 | فراشناخت | گروه بندی |
| 0/34 | 0/003 | 21/61 | 122/9 | 2 | 245/9 | باورهای نگرانی مثبت | |
| 0/53 | 0/004 | 28 | 111/6 | 2 | 232/2 | باورهای فراشناختی منفی | |
| 0/21 | 0/001 | 72/17 | 66 | 2 | 132 | باوردرموردکفایت شناختی | |
| 0/54 | 0/002 | 34/52 | 60/4 | 2 | 120/7 | باورهای منفی درموردافکار | |
| 0/66 | 0/003 | 1/107 | 209/2 | 2 | 418/4 | خودآگاهی شناختی | |
| 0/32 | 0/001 | 52/20 | 27/5 | 2 | 55/02 | درجاماندگی | |
| 0/26 | 0/001 | 67/74 | 43/74 | 2 | 87/48 | کمال گرایی | |

همانطور که جدول فوق نشان می‌دهد در هر نه متغیر فراشناخت و ابعاد آن (باورهای نگرانی مثبت، باورهای فراشناختی منفی، باوردرموردکفایت شناختی، باورهای منفی درموردافکار و خودآگاهی شناختی و همچنین کمال گرایی بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. حال جهت بررسی این نکته که این تفاوت مشاهده شده بین کدامیک از گروه هاست، به بررسی آزمون تعقیبی LSD پرداخته می‌شود.



پروژه پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

جدول(4): نتایج آزمون تعقیبی در ابعاد باورهای فراشناختی

| متغیر | گروه ها | تفاوت میانگین ها | انحراف استاندارد خطا | مقدار معناداری |
|--------------------------|---------|------------------|----------------------|----------------|
| باورهای نگرانی مثبت | عادی | 2/18 | 0/28 | 0/002 |
| | عادی | 3/68 | 0/28 | 0/002 |
| | وسواس | -3/68 | 0/28 | 0/001 |
| | وسواس | -0/35 | 0/28 | 0/45 |
| باورهای فراشناختی منفی | عادی | 3/23 | 0/49 | 0/002 |
| | وسواس | -3/46 | 0/50 | 0/001 |
| | وسواس | 3/46 | 0/52 | 0/001 |
| | افسرده | 0/23 | 0/52 | 0/66 |
| باوردرموردکفایت شناختی | نرمال | 2/60 | 0/49 | 0/001 |
| | وسواس | 2/55 | 0/55 | 0/001 |
| | وسواس | -2/55 | 0/55 | 0/001 |
| | وسواس | 0/04 | 0/55 | 0/66 |
| باورهای منفی درموردافکار | نرمال | -2/43 | 0/27 | 0/003 |
| | وسواس | -2/49 | 0/27 | 0/003 |
| | وسواس | 2/49 | 0/36 | 0/001 |
| | وسواس | 0/06 | 0/36 | 0/67 |
| خودآگاهی شناختی | نرمال | 4/63 | 0/22 | 0/001 |
| | وسواس | 4/54 | 0/22 | 0/001 |
| | وسواس | -4/54 | 0/44 | 0/001 |
| | وسواس | 0/10 | 0/44 | 0/55 |

همانگونه که از نتایج جدول فوق مشخص است در تمام ابعاد باورهای فراشناختی (باورهای نگرانی مثبت، باورهای فراشناختی منفی، باوردرموردکفایت شناختی، باورهای منفی درموردافکار و خودآگاهی شناختی) بین گروه افراد عادی با گروه وسواس تفاوت معنادار وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری:

پژوهش حاضر با هدف مقایسه باورهای فراشناختی و مقیاس‌های کمال‌گرایی افراد دارای اختلال واسواس -جبری با افراد عادی صورت پذیرفت. تحلیل داده‌ها نشان داد در مقیاس‌های باورهای فراشناخت و کمال‌گرایی بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد در تبیین این یافته می‌توان ابراز نمود که: در حالی که بسیاری از ما خود را افرادی کمال‌گرا می‌دانیم، اغلب به این موضوع به عنوان یک مشکل نمی‌نگریم. در واقع ممکن است بر این باور باشیم که این کمال‌گرایی به سخت‌کوشی ما برای بهترین بودن کمک می‌کند، غافل از اینکه این تمایل در بعضی از افراد می‌تواند با پیامدهای منفی همراه باشد (حاجلو و همکاران، 1390). از نظر استویر و استویر¹ (2009) کار و مطالعه حوزه‌هایی هستند که بیشتر شرکت‌کنندگان اعلام کردند در آنها کمال‌گرا می‌باشند. یافته‌ها نشان دادند که، در بیشتر حوزه‌ها، کمال‌گرایی از درون فرد برانگیخته می‌شود و علت بیرونی ندارد. علاوه بر این، این یافته‌ها نشان می‌دهند که، در حالی که تعدادی کمال‌گرا ممکن است در تمام حوزه‌ها کمال‌گرا باشند، بیشتر کمال‌گرایان تنها در حوزه‌های خاصی کمال‌گرا هستند.

کمال‌گرایی یکی از ویژگی‌های شخصیتی است و نقش مهمی را در علت‌شناسی، استمرار و دوره بالینی آسیب‌شناسی‌های روانی بازی می‌کند (شافران و همکاران، 2002). هویت و فلت² (2002) عقیده دارند، کمال‌گرایان در مقایسه با غیر کمال‌گرایان، با توجه به نگرش غیر واقع‌بینانه شان به زندگی با استرس بیشتری مواجه هستند. کمال‌گرایان علاوه بر عوامل استرس‌زای رایج برای هر فرد بهنجار، خود به ایجاد استرسورها می‌پردازند؛ زیرا در بسیاری از قلمروها به دنبال کمال می‌گردند. رفتار کمال‌گرایانه که خود از تمایلات کمال‌گرایانه برای به شدت ارزیابی کردن خود و دیگران، تمرکز بر جنبه‌های منفی عملکرد، و تجربه اندک رضایت‌نشأت می‌گیرد، می‌تواند ایجاد استرس کند. کمال‌گرایی باعث افزایش یا شدت یافتن اثرات منفی استرس می‌شود که خود منجر به فرسودگی شغلی می‌گردد.

دو بعد تفکر انسان شامل شناخت و فراشناخت است، شناخت به معنای آگاهی از ابعاد درونی و ذهنی است اما فراشناخت نیرویی ورای شناخت انسانی و به معنای فرایند فکر در مورد فکر و توانایی کنترل افکار خویش است. به عبارت دیگر فراشناخت به ساختارهای روان‌شناختی، دانش وقایع و فرایندهایی که در کنترل، تغییر و تفسیر تفکر درگیرند، می‌پردازد. در همین راستا نظریه‌های شناختی

¹ .Stoerber

² . Hewitt & Flett

در مورد اختلالات هیجانی نظیر نظریه‌طرحواره بر این اصل مبتنی است که اختلالات روانی با آشفتگی در تفکر همراه اند، بویژه اختلالاتی مانند وسواس و افسردگی که با افکار منفی خودکار و تحریف در تفسیر محرک‌ها و رویدادها مشخص می‌شوند (بیابانگرد، 2002). از سوی دیگر مدل اختلال هیجانی ولز و ماتیوز نیز مستقیماً فراشناخت و شکل تفکر را با آسیب‌پذیری هیجانی و تداوم اختلال هیجانی پیوند می‌دهد. این پیوند در قالب ارتباط سه بعد از باورهای منفی فراشناختی با بدکارکردی روان‌شناختی است که شامل «نگرانی معطوف به کنترل ناپذیری»، «خطر، اطمینان‌شناختی» و «باورهای مرتبط با نیاز به کنترل افکار» هستند (اسپادا و همکاران، 2008). بنابراین فراشناخت به عنوان یک عامل مهم در بروز و تداوم اختلالات هیجانی مانند اختلال وسواسی-جبری (جاکوبی و همکاران، 2006) و افسردگی (اسپادا و همکاران، 2008) در نظر گرفته می‌شود.

در تبیینی دیگر می‌توان ابراز نمود که یکی از اشکال وسواس فکری- عملی تمایل به تمرکز توجه روی فرایندهای تفکر است که خودآگاهی شناختی را افزایش می‌دهد و باعث کشف افکار ناخواسته و یا شروع شدن افکار مزاحم می‌گردد. افرادی که معتقدند نگرانی غیرقابل کنترل است و باورهای درباره‌ی کنترل کردن افکار دارند معمولاً از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار استفاده می‌کنند مانند الگوی تفکر دوری، اجتناب و سرکوب افکار. استفاده از این راهبردها موجب در دسترس‌تر بودن مفاهیم تهدید در پردازش و تشدید استرس و هیجانات منفی می‌شود. در حقیقت این فرایندها باعث می‌شوند افراد تهدیدهای محیطی را بیشتر برآورد کرده و توانایی مقابله‌ای خود را ناچیز تلقی کنند که نتیجه آن تداوم اختلال روانی می‌باشد (اسپادا و همکاران، 2008).

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Barcelo, F. , (2001). Does the Wisconsin Card Sorting Test (WCST) Measure Prefrontal Function? *The Spanish Journal of Psychology* 1, 79-100.
- Beck, A. T. , Steer, R. A. , &Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, 8(1), 77-100.
- Beck, A. T. , Ward, C. , &Mendelson, M. (1961). Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Beck, A. T. (1978). *Depression Inventory*. Center for Cognitive Therapy, Philadelphia.
- Berg, E. A. (1948). A simple objective technique for measuring flexibility in thinking. *The Journal of general psychology*, 39(1), 15-22.
- Biringer, E. , Lundervold, A. , Stordal, K. , Mykletun, A. , Egeland, J. , Bottlender, R. , & Lund, A. (2005). Executive function improvement upon remission of recurrent unipolar depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255(6), 373-380.
- Dear, B. F. , Zou, J. , Titov, N. , Lorian, C. , Johnston, L. , Spence, J. , Anderson, T. , Sachdev, P. , Brodaty, H. , Knight, R. G. , 2013. Internet-delivered cognitive behavioural therapy for depression: a feasibility open trial for older adults. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 47, 169–176.
- Dobson, K. , & Mohammad Khani, P. (2005). A psychometric coordinates of Depression Inventory 1- 2-in patients with major depressive disorder. *Quarterly of Rehabilitation, Special Issue, Mental illness*, 29 (8), 88-83.

- Franklin, D. , Conrad, P. , Aldana, G. , & Hough, S. (2011, March). Animal tlatoque: attracting middle school students to computing through culturally-relevant themes. In Proceedings of the 42nd ACM technical symposium on Computer science education (pp. 453-458). ACM.
- Greden, J. F. (2001). The burden of recurrent depression: causes, consequences, and future prospects. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 5-9.
- Katon, W. , Lin, E. H. , & Kroenke, K. (2007). The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *General hospital psychiatry*, 29(2), 147-155.
- Kenny, M. A. , & Williams, J. M. G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behavior research and therapy*, 45(3), 617-625.
- Koçak, O. M. , Nalçacı, E. , Özgüven, H. D. , Nalçacı, E. G. , & Ergenç, İ. (2010). Evaluation of cognitive slowing in OCD by means of creating incongruence between lexicon and prosody. *Psychiatry research*, 179(3), 306-311.
- Krystal, A. D. , Thakur, M. , & Roth, T. (2008). Sleep disturbance in psychiatric disorders: effects on function and quality of life in mood disorders, alcoholism, and schizophrenia. *Annals of Clinical Psychiatry*, 20(1), 39-46.
- Kuelz, A. A. , Hohagen, F. , Voderholzer, U. (2004). Neuropsychological performance in obsessive compulsive disorder: A critical review. *Biological Psychology*, 65, 185-236.
- Locascio, G. , Mahone, E. M. , Eason, S. H. , & Cutting, L. E. (2010). Executive dysfunction among children with reading comprehension deficits. *Journal of Learning Disabilities*, 43(5), 441-54
- McKay, D. , Abramowitz, J. S. , Calamari, J. E. , Kyrios, M. , Radosky, A. , Sookman, D. , . . . & Wilhelm, S. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: symptoms versus mechanisms. *Clinical psychology review*, 24(3), 283-313.

- Norman, R. M. , Davies, F. , Malla, A. K. , Cortese, L. , & Nicholson, I. R. (1996). Relationship of obsessive—compulsive symptomatology to anxiety, depression and schizotypy in a clinical population. *British Journal of Clinical Psychology*, 35(4), 553-566.
- Paelecke-Habermann, Y. , Pohl, J. , & Leplow, B. (2005). Attention and executive functions in remitted major depression patients. *Journal of affective disorders*, 89(1), 125-135.
- Rachman, S. J. , & Hodgson, R. J. (1980). *Obsessions and compulsions*. Prentice Hall.
- Rao, N. P. , Reddy, Y. J. , Kumar, K. J. , Kandavel, T. , & Chandrashekar, C. R. (2008). Are neuropsychological deficits trait markers in OCD?. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32(6), 1574-1579.
- Rempfer, M. , Hamera, E. , Brown, C. , & Bothwell, R. J. (2006). Learning proficiency on the Wisconsin Card Sorting Test in people with serious mental illness: What are the cognitive characteristics of good learners?. *Schizophrenia research*, 87(1), 316-322.
- Salkovskis PM. Cognitive-behavioral factors and the persistence of intrusive thoughts in obsession problems. *Behavior Research and Therapy* 1989; 27(6): 677–82.
- Shirinzadeh S. The comparison of Metacognitive beliefs and responsibility among OCD, GAD and normal group. M. Sc. thesis in Clinical psychology, Shiraz University, 2006; PP 84-7 [Persian].
- Spada MM, Nikcevic AV, Moneta GB, Wells A. Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences* 2008; 44(5): 1172– 81.