

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال دوازدهم شماره ۴۸ زمستان ۱۳۹۶

مقایسه ظرفیت حافظه کاری و راهبردهای کنترل فکر مبتلایان به اختلال وسواسی-اجباری با افراد بهنجار

عباس بخشی پور^۱
سیدولی کاظمی رضایی^{۲*}

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه ظرفیت حافظه کاری و راهبردهای کنترل فکر مبتلایان به اختلال وسواسی-اجباری با افراد بهنجار است. روش مطالعه حاضر توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری و افراد بهنجار در سطح شهر تبریز در سال ۹۳-۱۳۹۲ بودند. از جامعه مورد نظر به روش نمونه‌گیری در دسترس، نمونه‌ای شامل ۶۰ شرکت‌کننده (۳۰ نفر مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری و ۳۰ نفر افراد بهنجار) انتخاب و از لحاظ جنس، سن و تحصیلات هم‌تاسازی شدند. سپس آزمون‌های خرده‌مقیاس فراختای ارقام و کسلر و راهبردهای کنترل فکر (TCS) بر روی آن‌ها اجرا شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس چندمتغیره تحلیل شد. نتایج نشان داد که بین افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری و افراد بهنجار در متغیرهای ظرفیت حافظه کاری و راهبردهای کنترل فکر تفاوت معناداری وجود دارد. بدین صورت که افراد دارای اختلال وسواسی-اجباری حافظه ضعیف‌تری داشتند. همچنین نتایج راهبردهای کنترل افکار نشان داد که افراد دارای اختلال وسواسی-اجباری در مقایسه با افراد بهنجار از راهبردهای نگرانی، کنترل اجتماعی، تنبیه و ارزیابی مجدد بیشتری به کار می‌برند؛ اما راهبرد توجه برگردانی بیشتر در گروه افراد بهنجار مورد استفاده قرار گرفت. این نتایج نشان‌دهنده آن است که رفتارهای تکرارشونده افراد مبتلا به اختلال وسواس ممکن است نتیجه نارسایی‌هایی در حافظه کاری آن‌ها باشد. همچنین ممکن است افراد مبتلا به اختلال وسواس در زمان رویارویی با وسواس‌های فکری-عملی از راهبردهای غیرانطباقی کنترل فکر استفاده کنند.

واژگان کلیدی: اختلال وسواسی-اجباری؛ حافظه کاری؛ راهبردهای کنترل فکر

۱- استاد گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۲- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول) Email: vali.kazemi1988@gmail.com

مقدمه

در بین اختلالات اضطرابی، اختلال وسواسی- اجباری^۱ (OCD) اختلالی بسیار ناتوان‌کننده است که معمولاً به‌عنوان یک بیماری به درمان طولانی مادام‌العمر نیازمند است. در فضای اجتماعی کنونی که لحظه لحظه آن از فشار روانی و تنش مملو است، انسان عصر نوگرایی دستاویز انواع آیین‌مندی‌های وسواسی شده است تا شاید راه‌گریزی از اضطراب بیابد. از این‌رو، وسواس با زندگی و حیات اجتماعی انسان معاصر چنان در هم تنیده شده که دیگر نمی‌توان به راحتی جنبه‌های آسیب‌شناختی آن را از هم جدا کرد (بابایی، اکبرزاده، نجل رحیم و پورشهریاری، ۱۳۸۷).

اختلال وسواسی- اجباری نشانگان عصبی- روان‌پزشکی پیچیده‌ای است که مشخصه اصلی آن افکار ناخواسته، تکراری و مزاحم و نیز رفتارهای تکراری و آزاردهنده و آیین‌های اجباری است که به‌منظور اجتناب از اضطراب یا خنثی نمودن افکار وسواسی نمایان می‌شوند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲، ۱۹۹۴). افکار مزاحم و غیرقابل پذیرش، با ماهیت شخصیتی این بیماران ناهمگون است. هر چند، این افکار صرفاً به افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری اختصاص ندارد، بلکه یک پدیده عام در تفکر است و این فرایند می‌تواند در کلیه افراد سالم به وقوع بپیوندد (راچمن و دی سیلوا^۳، ۱۹۸۷؛ سالکووسکیس و هاریسون^۴، ۱۹۸۴). میزان شیوع طول عمر اختلال وسواسی- اجباری در جمعیت عمومی حدود ۲ تا ۳ درصد است که به‌عنوان یک مشکل سلامت جهانی در نظر گرفته شده است (اسکارف^۵، ۲۰۱۰). اختلال وسواسی- اجباری قبلاً از درجات شیوع پایین‌تر برخوردار بود، در حالی که از دهه ۱۹۸۰ درجه شیوع این اختلال افزایش چشمگیری داشته است. به‌نظر می‌رسد که این افزایش در میزان شیوع این اختلال بیش از هر چیز به پیشرفت‌های به وجود آمده در امر مطالعه و درمان دارویی و رفتاری این اختلال بر می‌گردد (استول، توهن، بالدس‌آرینی^۶، ۱۹۹۲).

1- obsession compulsive disorder

3- Rachman & De silva

5- Scarf

2- American psychiatric association

4- Salkovskis & Harison

6- Stoll, Tohen & Baldessarini

اگرچه دلایل ابتلا به اختلال وسواسی - اجباری و تداوم آن تا حد زیادی ناشناخته است اما در دهه‌های اخیر، دانش بشر درباره علت‌شناسی اختلال مذکور پیشرفت نموده است. به‌طور کلی همه نظریات و تحقیقات بر این عقیده‌اند که تمام اختلالات اضطرابی دارای سطوحی از هیجان‌پذیری منفی یا روان‌رنجوری هستند (مینیکا^۱، واتسون و کلارک، ۱۹۹۸) و از جهتی دیگر عوامل شناختی خاص، مسئول گسترش اختلالات اضطرابی خاص هستند، در نتیجه از جمله حوزه‌هایی که به‌نظر می‌رسد در درک درست‌تر از بیماران اختلال وسواسی - اجباری یاری‌گر باشد، حوزه شناختی می‌باشد.

در نظریه‌های جدید شناختی در مورد اختلالات اضطرابی و به‌خصوص اختلال وسواسی - اجباری سازه‌های شناختی جایگاه ویژه‌ای را به‌خود اختصاص داده‌اند (ولز و کارورایت - هاتون^۲، ۲۰۰۴؛ سالکووسکیس، ۲۰۰۴). از جمله عوامل شناختی خاصی که در سبب‌شناسی اختلال وسواسی - اجباری مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است سازه‌های شناختی ظرفیت حافظه کاری (WMC) و راهبردهای کنترل فکر (TCS) است.

حافظه کاری، سیستمی ذهنی است که وظیفه همزمان اندوزش و پردازش موقتی اطلاعات را برای انجام رشته‌ای از تکالیف شناختی پیچیده مانند فهمیدن، استدلال و یادگیری را بر عهده دارد، حافظه کاری شامل یک مجری مرکزی و چند سیستم فرعی است (بدلی^۳، ۱۹۸۶). بر اساس این نظریه‌ها، در فرایند پردازش اطلاعات مبتلایان به اختلال وسواسی - اجباری در بخش حافظه نارسایی‌هایی وجود دارد که باعث می‌شود این افراد با وجود انجام دادن یک فعالیت، نظیر خاموش کردن اجاق گاز، یا شستن دست‌ها، در یادآوری و اطمینان به آن دچار مشکل شوند و به‌طور مکرر مبادرت به انجام آن کنند. تردید دائمی آن‌ها و نیاز به واریسی کردن مکرر، با ناتوانی در یادآوری انجام این اعمال ارتباط دارد؛ بنابراین نگرانی رایج افراد وسواسی در مورد چک کردن به مشکلات حافظه آن‌ها برمی‌گردد (هنین و همکاران، ۲۰۰۱). یکی از دیدگاه‌های موجود در مورد مشکلات حافظه بیماران وسواسی - اجباری این است که منبع اصلی شک و تردیدهای

1- Minika

3- Baddeley

2- Wells & Cartwright-Hatton

بیماران وسواسی را به یک نارسایی عمومی در حافظه یا دستگاه‌های فرعی آن مرتبط دانسته‌اند (کلومپ، امیر و گارفینکل^۱، ۲۰۰۵؛ شر، فروست و اتو^۲، ۱۹۸۳؛ به نقل از محمودعلیلو، عاطف وحید، بیان‌زاده و ممتازی، ۱۳۸۲). از جریان‌های مهم این دیدگاه بررسی حافظه کاری است.

یکی از وظایف مهمی که نخستین بار از سوی جانسون، هشترودی و لیندزی^۳ (۱۹۹۳) برای حافظه کاری برشمرده شد غربالگری و کنترل اطلاعات به هنگام بازیابی از حافظه بلندمدت است. این عملکرد حافظه کاری که «پایش منبع»^۴ نامیده می‌شود، با صحت و دقت اطلاعات بازیابی شده روابط تنگاتنگی دارد (به نقل از گری و گری^۵، ۲۰۰۷). این مکانیسم به‌عنوان ابزاری برای تشخیص منبع اطلاعات و تصمیم‌گیری در مورد این که اطلاعات واقعی هستند یا تصویری به‌کار گرفته می‌شود، لذا ممکن است وجود ضعف در عملکرد نظارتی و کنترلی حافظه کاری که مسئول تفکیک اطلاعات واقعی از تصویری است، به ایجاد مشکلات حافظه‌ای بیماران وسواسی منجر شود.

از سویی امروزه در دیدگاه‌های شناختی بر نقش فرآیندهای فکری از جمله راهبردهای کنترل فکر در شکل‌گیری و تداوم اختلال وسواسی- اجباری تأکید شده است. در این راستا ولز و دیویس (۱۹۹۴) بیان داشته‌اند که راهبردهای کنترل فکر عبارت است از مجموعه‌ای از روش‌های مقابله‌ای که در پاسخ به هیجان‌های ناخوشایند با هدف غلبه بر فشار حاصل از هیجان‌ها برانگیخته می‌شوند. نظریه‌های جدیدی که در مورد افکار مزاحم و ناخوانده، به‌ویژه در اختلال وسواسی- اجباری، مطرح شده است، بر چگونگی برخورد افراد با افکار ناخوانده خود و میزان تجربه فرد در کنترل آن‌ها تأکید دارند (سالکووسکیس، ریچارد و فورستر^۶، ۱۹۹۵؛ لادوسر، فریستون، رهیومه، ۲۰۰۰). ماهیت افکاری که در افراد وسواسی و عادی مشاهده می‌شود، از لحاظ شکلی تفاوت قابل ملاحظه‌ای با هم ندارند آنچه که ممکن است بین این دو گروه تفاوت بگذارد و از لحاظ

1- Klumpp, Amir & Garfinkel

3- Johnson, Hashtroudi & Lindsay

5- Gerrie & Garry

7- Ladouceur, Freeston & Rheume

2- Sher, Frost & Otto

4- source-monitoring

6- Richards & Forrester

درمانی نیز مهم باشد، نحوه برخورد این دو گروه با افکار مزاحم است.

مطابق مدل‌های فراشناختی، فعال شدن افکار مزاحم موجب ارزیابی منفی فکر مزاحم به‌عنوان نشانه‌ی تهدید می‌شود، این ارزیابی در جای خود باعث تشدید هیجان‌های منفی می‌شود که عمدتاً به‌صورت اضطراب هستند و در نتیجه فرد برای کاهش اضطراب خود و کنترل نظام شناختی خود به راهبردهای کنترل فکر متوسل می‌شود (ولز و متهاوز^۱، ۱۹۹۴؛ ولز، ۲۰۰۹). ولز و دیویس (۱۹۹۴) اظهار می‌دارند که راهبردهایی را که افراد برای مقابله با افکار مزاحم خود به‌کار می‌گیرند، می‌توان به پنج دسته تقسیم کرد که عبارت‌اند از: توجه برگردانی، تنبیه، ارزیابی مجدد، نگرانی و کنترل اجتماعی. در زمینه استفاده از راهبردهای کنترل فکر، نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد که افراد مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری بیشتر از تنبیه، ارزیابی مجدد، نگرانی و کنترل اجتماعی استفاده می‌کنند، اما افراد غیربیمار از توجه برگردانی استفاده می‌کنند (امیر، کاشمن و فوا^۲، ۱۹۹۷).

مطالعات وگنر^۳ (۱۹۸۹) در مورد شناخت‌واره‌های وسواسی نشان می‌دهد که کوشش جهت کنترل افکار وسواسی منجر به اثر بازگشت می‌گردد و افکار سرکوب شده با فراوانی بیشتری عود می‌کند که این پدیده را، «اثر بازگشت^۴» نامید؛ بنابراین، به‌منظر می‌رسد که افراد وسواسی ممکن است پس از تجربه افکار ناخوانده از روش‌هایی استفاده کنند که موجب افزایش فراوانی آن افکار شود و به این ترتیب آمادگی بیشتری را برای بروز اختلال وسواسی داشته باشند. برعکس، افراد عادی ممکن است از روش‌هایی برای کنترل افکار مزاحم و ناخوانده استفاده کنند که فراوانی آن‌ها را کاهش دهد. وگنر پیشنهاد می‌کند که تفکر وسواسی ممکن است ناشی از ناکامی در کنترل اولیه افکار باشد و آن نیز به کوشش افراطی در سرکوبی افکار منجر می‌شود که حاصل آن تشدید و تقویت این افکار است (گودرزی و اسماعیلی ترکانبوری، ۱۳۸۴).

1- Matthews
3- Wegner

2- Cashman & Foa
4- Rebound effect

شواهد پژوهشی نیز حاکی از آن است که راهبردهای نگرانی و تنبیه با نشانه‌های اختلال وسواسی- اجباری رابطه دارند و بیماران وسواسی از این راهبردها با فراوانی بیشتری نسبت به غیر بیماران استفاده می‌کنند (واردا و بریانت^۱، ۱۹۹۸). همچنین نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد که سرکوب افکار ناخوشایند موجب افزایش و بازگشت دوباره‌ی فکر سرکوب شده می‌شود، بنابراین در دراز مدت راهبرد سازنده‌ای نیست (ونزلاف^۲ و وگنر، ۲۰۰۰)، در این زمینه پوردون^۳ پژوهشی انجام داد که در آن از بیماران مبتلا به اختلال وسواسی اجباری خواسته شد تا افکار مزاحم خود را سرکوب کنند و یافته‌ها نشان داد که بیماران دچار نتایج متناقضی شدند، بدین ترتیب که با انجام فرو نشانی، افکار وسواسی با شدت بیشتری ظاهر شدند (پوردون، ۲۰۰۴). بر اساس پیشینه موجود چنین استنباط می‌شود که حافظه کاری و راهبردهای کنترل فکر نقش اساسی در آسیب‌پذیری افراد نسبت به اختلالات روانی دارند و انتظار بر این است که این مؤلفه‌های شناختی در اختلالات اضطرابی خصوصاً اختلال وسواسی- اجباری نیز سهمیم باشند. حال این سؤال مطرح است که آیا بین ظرفیت حافظه کاری و راهبردهای کنترل فکر در افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری با افراد بهنجار تفاوتی وجود دارد؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری و افراد بهنجار در سطح شهر تبریز در سال ۹۳-۱۳۹۲ بودند. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر، روش نمونه‌گیری در دسترس بوده است که از افراد مراجعه‌کننده به بیمارستان روان‌پزشکی رازی تبریز انتخاب شدند. ملاک تشخیص برای افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری، مصاحبه تشخیصی سازمان یافته بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-V توسط روان‌پزشک بود. در این پژوهش ۶۰ نفر که شامل ۳۰ نفر مبتلا به

1- Warda & Bryant
3- Purdon

2- Wenzlaff

اختلال وسواسی-اجباری و ۳۰ نفر بهنجار که بیماری نداشتند و با گروه بیمار هم‌تا شده بودند، انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه این پژوهش برای آزمودنی‌های بیمار، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم و عدم وجود اختلال‌های همایند بود. همچنین نداشتن سابقه بیماری روانی، عدم مراجعه به کلینیک‌های روانشناسی و روان‌پزشکی و عدم مصرف داروهای اعصاب و روان از ملاک‌های ورود افراد بهنجار برای شرکت در پژوهش بود.

ابزارهای اندازه‌گیری

خرده‌مقیاس فراخنای ارقام و کسلر برای بزرگسالان: برای اندازه‌گیری حافظه کاری از خرده‌مقیاس آزمون و کسلر بزرگسالان تحت عنوان «مقیاس فراخنای ارقام» استفاده شد. فراخنای ارقام یک آزمون حافظه کوتاه‌مدت و توجه به‌شمار می‌رود. آزمودنی باید اطلاعات شنیداری را به‌ترتیب مناسب به یاد بیاورد و تکرار کند (وکسلر، ۱۹۸۹؛ به نقل از گری گراث، ۱۳۸۴). مقیاس فراخنای ارقام شامل دو زیر مقیاس است. زیرمقیاس اول شامل یک مجموعه زنجیره‌ای طولانی است که به‌طور فزاینده از ارقامی که به‌سرعت یک ثانیه‌ای ارائه می‌شوند، تشکیل شده است. زیرمقیاس دوم، آزمودنی باید زنجیره‌ای در حال افزایش عددی را در نظم معکوس ارائه شده به‌وسیله آزمونگر تکرار کند. در یک مطالعه ملی در آمریکا که توسط بنگاه روان‌شناختی (۱۹۹۷) به منظور هنجاریابی آزمون حافظه‌ی وکسلر بر روی یک نمونه ۱۲۵۰ نفری در ۱۳ گروه سنی انجام گرفت. میانگین آلفای کرونباخ همه گروه‌های سنی برای این خرده‌آزمون ۰/۸۲ و میزان پایایی به روش آزمون مجدد ۰/۷۴ به‌دست آمد (عسگر پور، ۱۳۸۸).

پرسشنامه کنترل فکر^۱ (TCQ): پرسشنامه کنترل افکار (TCQ؛ ولز و دیویس، ۱۹۹۴) برای سنجش تفاوت‌های فردی در به‌کارگیری راهبردهای کنترل افکار ناخواسته و ناخوشایند طراحی شده است. پس از به‌کارگیری تحلیل عاملی برای سؤالاتی که به‌صورت مفهومی گردآوری شده بودند، یک مقیاس پنج عاملی به‌دست آمد (ولز و دیویس، ۱۹۹۴). اجرای آزمون در نمونه بیماران مبتلا به اختلال افسردگی و اختلال

1- Thought Control Questionnaire

استرس پس از سانحه همین ساختار پنج عاملی را متعاقباً تکرار نمود (رینولدز و ولز، ۱۹۹۹). آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های آن بین ۰/۶۴ تا ۰/۷۹ است. همبستگی آزمون-باز آزمون خرده‌مقیاس‌ها به فاصله ۶ هفته به این ترتیب بود: توجه برگردانی (۰/۷۲)، کنترل اجتماعی (۰/۷۹)، نگرانی (۰/۷۱)، تنبیه (۰/۶۴) و ارزیابی مجدد (۰/۶۷) (ولز و دیویس، ۱۹۹۴). در پژوهشی که در ایران در یک نمونه ۱۰۰ نفری انجام شد، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه (۰/۸۱) و برای زیرمقیاس‌های توجه برگردانی (۰/۷۹)، تنبیه (۰/۷۶)، ارزیابی مجدد (۰/۷۷)، نگرانی (۰/۷۰) و کنترل اجتماعی (۰/۷۰) گزارش شد (گودرزی و اسماعیلی ترکانپوری، ۱۳۸۴).

روش اجرای پژوهش

روش اجرا در این پژوهش بدین صورت بوده است که افراد مورد نظر پس از مصاحبه تشخیصی سازمان‌یافته اولیه توسط روانپزشک در بیمارستان رازی برای انجام پرسشنامه‌های مورد نظر به محقق ارجاع داده شدند. برای اجرای پژوهش پس از معرفی هدف پژوهش، جلب رضایت، انجام مصاحبه و ثبت اطلاعات اولیه، افرادی که برای شرکت در پژوهش موافق بودند، پرسشنامه و تکالیف مورد نظر با توجه به دستورالعمل آن‌ها اجرا شد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. در بخش آمار توصیفی از شاخص‌هایی چون میانگین و انحراف معیار جهت نشان دادن وضعیت داده‌ها و از آمار استنباطی جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش و برای بررسی فرضیه‌ها از روش آماری تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) استفاده شده است. همچنین جهت طبقه‌بندی، پردازش و تجزیه و تحلیل اطلاعات، نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

داده‌های جمع‌آوری شده از دو منظر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. از یک‌سو با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مثل میانگین و انحراف استاندارد مربوط به هر یک از متغیرها محاسبه گردید که نتایج آن در جدول (۱) نشان داده شده است و از سوی دیگر با استفاده از روش‌های استنباطی من جمله، تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) داده‌های مربوط به فرضیه‌ها مورد تحلیل قرار گرفته است (جدول ۵) و برای پی بردن به اینکه میانگین کدام گروه بیشتر است و معناداری به نفع کدام گروه است از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد که نتایج آن در جدول (۶) آورده شده است.

جدول (۱) شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) در دو گروه مبتلا به اختلال

وسواسی - اجباری و بهنجار

متغیرها	مؤلفه‌ها	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
حافظه کاری		وسواس	۱۰/۰۳	۱/۷۵	۳۰
		بهنجار	۱۲/۷۰	۲/۳۹	۳۰
		کل	۱۱/۳۷	۲/۴۷	۶۰
توجه برگردانی		وسواس	۱۳/۳۳	۲/۵۷	۳۰
		بهنجار	۱۶/۹۰	۲/۹۱	۳۰
		کل	۱۵/۱۲	۳/۲۶	۶۰
نگرانی		وسواس	۱۶/۹۳	۳/۸۰	۳۰
		بهنجار	۱۲/۹۰	۲/۲۸	۳۰
		کل	۱۴/۹۲	۳/۷۱	۶۰
راهبردهای کنترل فکر	کنترل اجتماعی	وسواس	۱۵/۱۰	۲/۸۵	۳۰
		بهنجار	۱۳/۶۷	۲/۰۷	۳۰
		کل	۱۴/۳۸	۲/۵۷	۶۰
تنبیه		وسواس	۱۱/۶۰	۲/۵۵	۳۰
		بهنجار	۸/۱۰	۱/۶۸	۳۰
		کل	۹/۸۵	۲/۷۷	۶۰
ارزیابی مجدد		وسواس	۱۷/۱۷	۳	۳۰
		بهنجار	۱۴/۳۷	۲/۹۶	۳۰
		کل	۱۵/۷۷	۳/۲۸	۶۰

در جدول (۱) یافته‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) مربوط به نتایج خرده مقیاس حافظه کاری آزمون هوشی و کسلر بزرگسالان و راهبردهای کنترل فکر (شامل راهبرد توجه برگردانی، نگرانی، کنترل اجتماعی، تنبیه و ارزیابی مجدد)، ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول (۱) مشاهده می‌شود گروه مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری نسبت به گروه بهنجار در ۴ زیرمقیاس راهبرد نگرانی $M=۱۶/۹۳$ ، کنترل اجتماعی $M=۱۵/۱۰$ ، تنبیه $M=۱۱/۶۰$ و ارزیابی مجدد $M=۱۷/۱۷$ میانگین بالاتر و در حافظه کاری $M=۱۰/۰۳$ و راهبرد توجه برگردانی $M=۱۳/۳۳$ میانگین پایین‌تری به‌دست آوردند. برای اثبات اینکه تفاوت‌های فوق معنادار است یا خیر از آمار استنباطی استفاده گردید.

پیش از تحلیل واریانس چندمتغیره، مفروضه‌های برابری ماتریس‌های واریانس و کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به نتایج آزمون باکس و معنی‌دار نشدن آن در سطح $(P>۰/۰۱)$. پیش‌فرض مورد نظر در خصوص عدم اختلاف واریانس گروه‌ها محقق شد. از سویی دیگر برای مقایسه گروه‌های مورد مطالعه در متغیر ترکیبی از آزمون اثر لامبدای ویلکز استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که گروه‌های مورد مطالعه، در ترکیب متغیرها در سطح $(P>۰/۰۱)$ تفاوت معنی‌داری با یکدیگر ندارند؛ بنابراین فرض کلی پژوهش مبنی بر تفاوت گروه‌ها در متغیرهای مورد بررسی تأیید شد. همچنین با توجه به نتایج آزمون لوین و سطح معنی‌داری متغیرها، همگنی واریانس‌ها در گروه‌های مورد مطالعه محقق شد؛ بنابراین این پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها نیز رعایت شده است.

جدول (۲) نتایج تحلیل واریانس بین دو گروه در متغیر حافظه کاری و راهبردهای کنترل فکر

متغیر	مؤلفه‌ها	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	f	سطح معناداری	مجذور اتا
حافظه کاری		۱۰۶/۶۶	۱	۱۰۶/۶۶	۲۴/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۲۹
توجه برگردانی		۱۹۰/۸۱	۱	۱۹۰/۸۱	۲۵/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۳۰
نگرانی		۲۴۴/۰۱	۱	۲۴۴/۰۱	۲۴/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۳۰
کنترل اجتماعی		۳۰/۸۱	۱	۳۰/۸۱	۴/۹۴	۰/۰۳۰	۰/۰۷
کنترل فکر	تنبیه	۱۸۳/۷۵	۱	۱۸۳/۷۵	۳۹/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۴۰
	ارزیابی مجدد	۱۱۷/۶۰	۱	۱۱۷/۶۰	۱۳/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۱۸

همانطور که در جدول (۲) نشان داده شده است، بین دو گروه در متغیرهای حافظه کاری [$F=24/23$ ، $P=0/001$]، راهبرد توجه برگردانی [$F=25/18$ ، $P=0/001$]، نگرانی [$F=6/42$ ، $P=0/001$]، کنترل اجتماعی [$F=4/94$ ، $P=0/030$]، تنبیه [$F=39/19$ ، $P=0/001$] و ارزیابی مجدد [$F=13/19$ ، $P=0/001$] تفاوت معنی‌داری مشاهده شد؛ بنابراین برای بررسی چگونگی تفاوت در گروه‌ها از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد که نتایج آن در جدول (۳) ارائه شده است.

جدول (۳) نتایج آزمون تعقیبی LSD جهت مقایسه زوجی گروه‌ها

متغیر	مؤلفه‌ها	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
حافظه کاری	وسواس	پهنجار	پهنجار	-۲/۶۶	۰/۵۴	۰/۰۰۱
توجه برگردانی	وسواس	پهنجار	پهنجار	-۳/۵۶	۰/۷۱	۰/۰۰۱
نگرانی	وسواس	پهنجار	پهنجار	۴/۰۳	۰/۸۱	۰/۰۰۱
راهبردهای کنترل فکر	کنترل اجتماعی	وسواس	پهنجار	۱/۴۳	۰/۶۴	۰/۰۳۰
کنترل فکر	تنبیه	وسواس	پهنجار	۳/۵۰	۰/۵۵	۰/۰۰۱
ارزیابی مجدد	وسواس	پهنجار	پهنجار	۲/۸۰	۰/۷۷	۰/۰۰۱

همانطور که نتایج آزمون مقایسه‌های زوجی LSD نشان می‌دهد بین میانگین دو گروه در متغیرهای حافظه کاری، راهبرد کنترل توجه برگردانی، نگرانی، کنترل اجتماعی، تنبیه و ارزیابی مجدد تفاوت معنادار وجود دارد. بدین صورت که در متغیرهای حافظه کاری و راهبرد کنترل توجه برگردانی گروه مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری نسبت به گروه بهنجار نمرات پایین‌تری به دست آوردند اما در متغیرهای راهبرد کنترل نگرانی، کنترل اجتماعی، تنبیه و ارزیابی مجدد نمرات بیشتری را به دست آوردند به عبارت دیگر گروه وسواسی نسبت به گروه بهنجار از این راهبردها بیشتر استفاده می‌کنند (جدول ۳).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه ظرفیت حافظه کاری و راهبردهای کنترل فکر در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری و افراد بهنجار بود. بدین منظور دو گروه از افراد مبتلا

به اختلال وسواسی- اجباری و افراد بهنجار در متغیرهای حافظه کاری، راهبرد کنترل فکر توجه برگردانی، نگرانی، کنترل اجتماعی، تنبیه و ارزیابی مجدد مورد مقایسه قرار گرفتند.

پژوهش حاضر آشکار ساخت که میزان حافظه کاری در افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری کمتر از افراد بهنجار است. این یافته همسو با یافته‌های انجام شده به‌وسیله‌ی هنین و همکاران (۲۰۰۱)، ناکائو و همکاران (۲۰۰۹)، کلومپ و همکاران (۲۰۰۹)، مجلسی و همکاران (۱۳۸۷)، ملکشاهی بیرانوند و همکاران (۱۳۹۲) و ناهمسو با یافته موریتز^۱ و همکاران (۲۰۰۹) است.

در تبیین این یافته می‌توان مطابق نظر هنین و همکاران (۲۰۰۱) بیان داشت که در فرایند پردازش اطلاعات مبتلایان به اختلال وسواسی- اجباری در بخش حافظه نارسایی‌هایی وجود دارد که باعث می‌شود این افراد با وجود انجام دادن یک فعالیت، نظیر خاموش کردن اجاق گاز، یا شستن دست‌ها، در یادآوری و اطمینان به آن دچار مشکل باشند و به‌طور مکرر مبادرت به انجام آن کنند. تردید دائمی آن‌ها و نیاز به وارسی کردن مکرر، با ناتوانی در یادآوری انجام این اعمال ارتباط دارند؛ بنابراین نگرانی رایج افراد وسواسی در مورد چک کردن به مشکلات حافظه آن‌ها برمی‌گردد. یکی از وظایف مهمی که نخستین بار از سوی جانسون، هشترودی و لیندزی (۱۹۹۳) برای حافظه کاری برشمرده شد غربالگری و کنترل اطلاعات به هنگام بازیابی از حافظه بلندمدت است. این عملکرد حافظه کاری که «پایش منبع» نامیده می‌شود، با صحت و دقت اطلاعات بازیابی شده روابط تنگاتنگی دارد (به نقل از گری و گری، ۲۰۰۷). این مکانیزم به‌عنوان ابزاری برای تشخیص منبع اطلاعات و تصمیم‌گیری در مورد این که اطلاعات واقعی هستند یا تصویری به کار گرفته می‌شود، لذا ممکن است وجود ضعف در عملکرد نظارتی و کنترلی حافظه کاری که مسئول تفکیک اطلاعات واقعی از تصویری است، به ایجاد مشکلات حافظه‌ای بیماران وسواسی منجر شود.

1- Moritz

از سویی دیگر در تبیین این یافته می‌توان از نتایج مطالعه‌های عصب شناختی انجام شده در زمینه وضعیت حافظه کاری بیماران وسواسی سود جست. شواهد فزاینده‌ای نشان می‌دهند که وسواس دارای مبنای عصبی-زیستی است (وندروی^۱ و همکاران، ۲۰۰۷). بر اساس یکی از نظریه‌ها این اختلال نتیجه بدکاری مدارهای خاصی در کورتکس پیشانی، تالاموس و نواحی مخطط مغز است (ساکسنا^۲ و همکاران، ۲۰۰۱). در این راستا مطالعه وندروی و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد که همین مدارها نقشی اساسی را در حافظه کاری بازی می‌کنند. همچنین مطالعه‌های انجام شده با استفاده از تصویربرداری تشدید مغناطیسی عملکردی نشان داده‌اند که قشر پیش‌پیشانی خلفی-جانبی، بخش‌هایی از قشر آهیانه‌ای و شکنج قدامی نقش بارزتری در فعالیت‌های حافظه کاری دارند. مطالعه آن‌ها نشان داد که میزان فعالیت نواحی اطراف شکنج قدامی در بیماران وسواسی به‌طور قابل توجهی بالاتر از افراد سالم است. همچنین پژوهش انجام گرفته توسط مجلسی و همکاران (۱۳۸۷) نشان داد که شدت فعالیت مدارهای مغزی درگیر در حافظه کوتاه مدت فضایی که از عملکردهای حافظه کاری محسوب می‌شود، با شدت نشانه‌های اختلال وسواسی-اجباری رابطه دارد. آن‌ها نشان داده‌اند که حافظه کاری فضایی بیماران وسواسی نسبت به افراد سالم کمتر است. نشانه‌های وسواس دارای توان پیش‌بینی ظرفیت حافظه کاری است، اما نشانه‌های افسردگی و اضطراب فاقد این قابلیت هستند. علاوه بر این، معلوم شده است که مشکلات عصب شناختی مشاهده شده در مدارهای مربوط به حافظه کاری فضایی در بیماران وسواسی، در بیماران افسرده تک قطبی و بیماران پانیک وجود ندارد. این یافته به این معنی است که این کاستی‌های شناختی مختص اختلال وسواس است (سیگالاس^۳ و همکاران، ۲۰۰۸).

یافته دیگر پژوهش حاکی از آن بود که میزان استفاده از راهبرد کنترل فکر توجه برگردانی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری کمتر از افراد بهنجار است. این یافته همسو با یافته‌های ولز و دیویس (۱۹۹۴)، مک‌کی و گریسبرگ^۴ (۲۰۰۲)،

1- van der Wee
3- Segalas

2- Saxena
4- Mckay & Greisberg

آبراموویتز^۱ و همکاران (۲۰۰۳)، بیلوچ و همکاران (۲۰۰۴)، گودرزی و اسماعیلی ترکانبوری (۱۳۸۴)، حسن شاهی (۱۳۸۲) و ناهمسو با یافته‌های محمدخانی و فرجاد (۱۳۸۸)، امیری پیچاکالایی و همکاران (۱۳۹۱) است.

پژوهش‌های گزارش شده حاکی از این موضوع است که راهبرد کنترل فکر ساختاری چند عاملی است، برخی از راهبرها غیرسودمند و برخی دیگر مؤثر در مدیریت افکار و تصاویر مزاحم هستند (ری^۲ و همکاران، ۲۰۰۵). برخی از یافته‌ها اظهار می‌دارند که توجه برگردانی به‌عنوان راهبردی کارآمد می‌باشد و با سطوح پایین‌تری از آسیب روانی مرتبط است (امیر، کاشمن و فوا، ۱۹۹۸؛ واردا و بریانت، ۱۹۹۸). بیلوچ^۳ و همکاران (۲۰۰۴) اظهار می‌دارند، زمانی که یک فکر مزاحم، ناخوشایند و فاجعه‌آمیز ارزیابی شده و عود می‌کند، می‌توان نتیجه گرفت که فرد به جز راهبرد توجه برگردانی از تمامی راهبردهای کنترل فکر استفاده کرده است. یافته‌های آبراموویتز و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد که افراد سالم بیشتر از راهبرد توجه برگردانی استفاده می‌کنند.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش مؤید آن بود که میزان استفاده از راهبرد کنترل فکر نگرانی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری بیشتر از افراد بهنجار است. این یافته همسو با یافته‌های ولز و دیویس (۱۹۹۴)، آبراموویتز و همکاران (۲۰۰۳)، بیلوچ و همکاران (۲۰۰۴)، مک کی و گریسبرگ (۲۰۰۲)، حسن شاهی (۱۳۸۲)، گودرزی و اسماعیلی ترکانبوری (۱۳۸۴)، محمدخانی و فرجاد (۱۳۸۸) و امیری پیچاکالایی و همکاران (۱۳۹۱) است.

نگرانی مشابه خود تنبیهی به افزایش افکار ناخواسته منجر شده و با مرور زمان تبدیل به افکار وسواسی می‌گردد. برخی از یافته‌ها نشان می‌دهند که استفاده از نگرانی به‌عنوان راهبرد کنترل فکر به‌طور معنادار مرتبط با نشانه‌های وسواسی در نمونه غیربالینی است (مک کی و گریسبرگ، ۲۰۰۲). امیر و همکاران (۱۹۹۷) معتقدند نگرانی راهبرد مختص

1- Abramowitz
3- Belloch

2- Ree

مختص اختلال وسواسی- اجباری است. وجود این باور که افکار مزاحمی که در ذهن وجود دارند از اهمیت خاصی برخوردار است باعث می‌شود فرد خود را موظف به کنترل آن‌ها کند. راهبرد کنترل نگرانی، روشی برای رها کردن خود از این افکار آشفته کننده است. نگرانی در واقع به‌عنوان شکلی از اجتناب شناختی عمل کرده و از پردازش هیجانی در مورد حوادث ممانعت می‌کند.

همچنین یافته دیگر پژوهش آشکار ساخت که میزان استفاده از راهبرد کنترل اجتماعی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری بیشتر از افراد بهنجار است. این یافته همسو با یافته‌های بیلوچ و همکاران (۲۰۰۴)، حسن شاهی (۱۳۸۲)، امیری پیچاکالایی و همکاران (۱۳۹۱) و ناهمسو با نتایج پژوهش ولز و دیویس (۱۹۹۴)، مک کی و گریسبرگ (۲۰۰۲)، آبراموویتز و همکاران (۲۰۰۳)، گودرزی و اسماعیلی ترکانبوری (۱۳۸۴) و محمدخانی و فرجاد (۱۳۸۸) است. بررسی‌ها نشان داده‌اند که راهبرد کنترل اجتماعی راهبردی کارآمد بوده که ممکن است به‌عنوان یک سپر حمایت‌کننده در مقابل آشفته‌گی‌های روانی باشد (ولز و دیویس، ۱۹۹۴؛ هاروی^۱، ۲۰۰۱؛ بلک^۲ و همکاران، ۲۰۰۳).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که میزان استفاده از راهبرد کنترل فکر تنبیه در افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری بیشتر از افراد بهنجار است. این یافته همسو با یافته‌های ولز و دیویس (۱۹۹۴)، وگنر (۱۹۹۴)، مک کی و گریسبرگ (۲۰۰۲)، آبراموویتز و همکاران (۲۰۰۳)، بیلوچ و همکاران (۲۰۰۴)، حسن شاهی (۱۳۸۲)، گودرزی و اسماعیلی ترکانبوری (۱۳۸۴)، محمدخانی و فرجاد (۱۳۸۸) و امیری پیچاکالایی و همکاران (۱۳۹۱) است. بررسی‌ها نشان می‌دهد که افراد وسواس برای کنترل افکار مزاحم و آشفته‌گی‌های ناشی از آن، بیشترین استفاده را از راهکارهای خود تنبیهی می‌کنند. در واقع تنبیه راهبرد غالب در بین بیماران وسواسی بوده و قوی‌ترین تمیزدهنده افراد وسواسی از افراد سالم است (امیر و همکاران، ۱۹۹۸). خود تنبیهی و نگران اندیشی به‌عنوان راهبردهای ناکارآمد، سبب محدود شدن توجه به محرک‌های تهدیدآور و مقابله

1- Harvey

2- Blake

به صورت تلاش برای اجتناب شده و به این ترتیب، مانع پردازش سازگارانه و اصلاح راهبردهای ناسازگار می‌شود و چرخه معیوبی را ظاهر می‌سازد (نیوس^۱ و راجمن، ۲۰۰۱؛ آندریوز^۲ و همکاران ۲۰۰۲). استفاده از راهبرد خود تنبیهی می‌تواند مرتبط با سبک‌های اسنادی باشد، آن‌ها معمولاً خود را به خاطر داشتن چنین افکاری مسئول دانسته و مستحق هرگونه عذاب و تنبیه می‌دانند.

یافته آخر پژوهش حاکی از آن بود که میزان استفاده از راهبرد کنترل فکر ارزیابی مجدد در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری بیشتر از افراد بهنجار است. این یافته همسو با یافته‌های ولز و دیویس (۱۹۹۴)، مک‌کی و گریسبرگ (۲۰۰۲)، آبراموویتز و همکاران (۲۰۰۳)، بیلوچ و همکاران (۲۰۰۴)، حسن شاهی (۱۳۸۲)، گودرزی و اسماعیلی ترکانبوری (۱۳۸۴)، محمدخانی و فرجاد (۱۳۸۸) و امیری پیچاکالایی و همکاران (۱۳۹۱) است.

ماهیت ارزیابی مجدد کمتر شناخته شده است. برخی بررسی‌ها (ولز و دیویس، ۱۹۹۴؛ آبراموویتز و همکاران، ۲۰۰۳) ارتباط مثبت و برخی دیگر (راسین و دیپستران، ۲۰۰۳) ارتباط منفی بین ارزیابی مجدد و شدت آسیب روانی را نشان دادند. آبراموویتز و همکاران (۲۰۰۳) نشان دادند که بین نشانه‌های وسواسی و راهبردهای ارزیابی مجدد ارتباط وجود دارد. ولز و دیویس (۱۹۹۴) به این نتیجه رسیدند، زمانی که راهبرد ارزیابی مجدد انعطاف‌پذیر بوده و به‌طور دوره‌ای به کار رود در کنترل افکار مؤثر است، در حالی که اگر به شیوه متناوب و انعطاف ناپذیر باشد ناکارآمد خواهد بود.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که افکار پریشان‌کننده یکی از ویژگی‌های اصلی اختلال وسواسی-اجباری می‌باشد. این افکار در بسیاری از مردم نیز دیده می‌شود (کلارک و دی سیلوا، ۱۹۸۵؛ راجمن و دی سیلوا، ۱۹۷۸؛ سالکووسکیس و هاریسون، ۱۹۸۴). اگرچه این افکار از نظر محتوا شبیه افکاری هستند که افراد دارای اختلال وسواسی-اجباری تجربه می‌کنند، اما در افراد دارای اختلال وسواس با درماندگی و

1- Newth
3- Rassini & Diepstraten

2- Andrews

پیشانی بیشتری همراه هستند. پرسش این است که اگر افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری و افراد سالم هر دو افکار پریشان‌کننده را تجربه می‌کنند، پس چرا این افکار در افراد دارای اختلال وسواسی-اجباری ناتوان‌کننده‌تر از افراد سالم هستند؟ یک تبیین احتمالی در این باره به استفاده افتراقی افراد دارای اختلال وسواسی-اجباری از راهبردهای کنترل فکر برای مهار کردن افکار مزاحشان مربوط می‌شود. مطابق مدل فراشناختی، فعال شدن افکار مزاحم موجب ارزیابی منفی فکر مزاحم به‌عنوان نشانه تهدید می‌شود، این ارزیابی در جای خود باعث تشدید هیجان‌های منفی می‌شود که عمدتاً به‌صورت اضطراب هستند و در نتیجه فرد برای کاهش اضطراب خود و کنترل نظام شناختی خود به راهبردهای کنترل فکر متوسل می‌شود (ولز و متهاوز، ۱۹۹۴؛ ولز، ۲۰۰۹). افکار اضطراب‌انگیز مزاحم، ویژگی اصلی اختلال وسواسی-اجباری هستند.

نظریه‌های جدیدی که در مورد افکار مزاحم و ناخوانده، به‌ویژه در اختلال وسواسی-اجباری، مطرح شده است، بر چگونگی برخورد افراد با افکار ناخوانده خود و میزان تجربه فرد در کنترل آن‌ها تأکید دارند (سالکووسکیس، ریچارد و فورستر، ۱۹۹۵؛ لادوسر و همکاران، ۲۰۰۰). مطالعات وگنر (۱۹۸۹) در مورد شناخت‌واره‌های وسواسی نشان می‌دهد که کوشش جهت کنترل افکار وسواسی منجر به اثر بازگشت می‌گردد و افکار سرکوب شده با فراوانی بیشتری عود می‌کند که این پدیده را، «اثر بازگشت» نامید؛ بنابراین، به نظر می‌رسد که افراد وسواسی ممکن است پس از تجربه افکار ناخوانده از روش‌هایی استفاده کنند که موجب افزایش فراوانی آن افکار شود و به این ترتیب آمادگی بیشتری را برای بروز اختلال وسواسی داشته باشند. برعکس، افراد عادی ممکن است از روش‌هایی برای کنترل افکار مزاحم و ناخوانده استفاده کنند که فراوانی آن‌ها را کاهش دهد. وگنر پیشنهاد می‌کند که تفکر وسواسی ممکن است ناشی از ناکامی در کنترل اولیه افکار باشد و آن نیز به کوشش افراطی در سرکوبی افکار منجر می‌شود که حاصل آن تشدید و تقویت این افکار است.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی است از جمله استفاده از مقیاس خودگزارش‌دهی برای جمع‌آوری داده‌ها که در این‌گونه مقیاس‌ها امکان سوگیری هست و همچنین عدم امکان نمونه‌گیری تصادفی، در واقع در این پژوهش از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شده که در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد. به‌علاوه روش این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای است که نتیجه‌گیری علیتی را محدود می‌کند. در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود پژوهش بر روی حجم بزرگ‌تری از بیماران انجام گیرد تا به‌طور کلی فرضیه‌ها با قوت بیشتری رد یا تأیید شوند و نمونه‌های مورد نظر در تحقیقات بعدی با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی انتخاب گردند. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود درمانگران و مشاوران بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری را تشویق کنند تا با جایگزین کردن راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه به‌جای راهبردهای ناسازگارانه علائم وسواسی خود را بهبود بخشند.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه تبریز می‌باشد. از تمامی پرسنل و شرکت‌کنندگان بیمارستان روانپزشکی رازی تبریز و کسانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، نهایت تشکر را داریم.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۵/۱۰/۱۵

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۶/۰۴/۱۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۶/۱۵

منابع

- بابایی، مهناز؛ اکبرزاده، نسرین؛ نجل رحیم، عبدالرحمن و مه‌سیما پور شهریاری (۱۳۸۷). تأثیر درمان ترکیبی شناختی-رفتاری و کاهش اندیشه پردازشی خطر بر اختلال وسواسی-اجباری در دانشجویان دختر، *مطالعات روان‌شناختی*، ۶ (۱).
- گری گراث، مارنات (۱۳۸۴). *راهنمای سنجش روانی برای روانشناسان بالینی، مشاوران و روان‌پزشکان*. (ترجمه حسن پاشا شریفی و محمدرضا نیکخو)، جلد اول، تهران: سخن.
- گودرزی، محمدعلی و یعقوب اسماعیلی ترکانبوری (۱۳۸۴). رابطه بین راهبردهای کنترل افکار رخنه‌کننده و شدت علائم وسواسی، *مجله پزشکی حکیم*، ۸ (۴).
- مجلسی، نوشین؛ بهزادی، صفیه و حمزه گنجی (۱۳۸۷). مقایسه زمان واکنش خالص، حافظه‌ی فضایی کوتاه‌مدت و بازداری شناختی در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، *مجله اندیشه و رفتار*، ۳ (۱۰).
- محمودعلیلو، مجید؛ عاطف وحید، محمدکاظم؛ بیان‌زاده، سیداکبر و سیدکاظم ملکوتی (۱۳۸۲). بررسی آزمایشی مشکلات حافظه در مبتلایان به نوع واری اختلال وسواسی-اجباری، *اندیشه و رفتار*، ۱۱ (۱): ۶۲-۷۰.
- Abramowitz, J.S., Whiteside, S., Kalsy., S.A., & Tolin, D.F. (2003). Thought Control Strategies in Obsessive-Compulsive Disorder: replication and Extention. *Behaviour research and therapy*, 41, 529-540.
- Amir, N., Cashman, L., & Foa. B. E. (1998). Strategies of thought control in obsessive- compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 35, 775-777.
- Andrews, L., Troop, N., Joseph, S., Hiskey, S., & Coyne, I. (2002). Attempted versus successful avoidance: Associations with distress, symptom and strategies for mental control, *Personality and individual difference*, 33, 897-907.
- Baddeley, A.D. (1986). *Working memory*, Oxford, Clarendon Press.
- Belloch, A., Morillo, C., Lucero, M., Cabedo, E., & Carrio, C. (2004). Intrusive thought in nonclinical subjects: the role of frequency and unpleasantness on appraisalrangs control strategies, *Clinical psychology and psychotherapy*, 11, 100-110.

- Gerrie, M.P., Garry, M. (2007) . Individual differences in working memory capacity affect false memories for missing aspects of events, *Psychology Press Memory*, 15 (5): 561-71.
- Henin, A., Savage, C.R., Rauch, S.L., Deckersbach, T., Wilhem, S., Baer, L., Otto, M.W., Jenike, M.A. (2001). Is age at symptom onset associated with severity of memory impairment in adult with obsessive-Compulsive disorder? *American Journal of Psychiatry*, 158, 137-139.
- Klumpp, H., Amir, N., Garfinkel, S.N. (2009). False memory and obsessive-compulsive symptoms, *Depress Anxiety*, 26 (5): 396-402.
- Ladouceur, R., Freeston, M.H., Rheaume, J. et al. (2000) .Strategies used with intrusive thoughts: A comparison of OCD patients with anxious and community controls, *Journal Abnormal Psychology*, 109, 2: 179-87.
- Mckay, D., & Greisberg, S. (2002), Specificity of measures of thought control, *Journal of psychology*, 136, 149-160.
- Mineka, S., Watson, D., & Clark, L.R. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders, *Annual Review of Psychology*, 49, 377-412.
- Moritz, S., Kloss, M., Eckstaedt, F.V., Jelinek, L. (2009). Comparable performance of patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) and healthy controls for verbal and nonverbal memory accuracy and confidence: Time to forget the forgetfulness hypothesis of OCD?, *Psychiatry Research*, 166(2-3): 247-253.
- Nakao, T., Nakagawa, A., Nakatani, E., et al. (2009). Working memory dysfunction in obsessive -compulsive disorder: A neuropsychological and functional MRI study, *Journal Psychiatry Research*, 43 (8): 779-84.
- Newth, S., & Rachman, S. (2001). The concealment of obsessions, *Behaviour research and therapy*, 39, 457-464.
- Rachman, S. & de Silva, P. (1987). Abnormal and normal obsessions, *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Rassin, E., & Diepstraten, P. (2003), How to suppress obsessive thoughts, *Behaviour research and therapy*, 37, 1029-1054.
- Ree, M.J, Harvey, A.G, Blake, R, Tang, N.Y. & Taylor, M.S. (2005), Attempts to control unwanted thoughts in the night: development of the

- thought control questionnaire-insomnia revised (TCQI-R), *Behaviour research and therapy*, 43, 985-998.
- Salkovskis, P.M, Richards, H.C., Forrester, E. (1995). The relationship between obsessional problems and intrusive thoughts, *Behaviour Cognitive Psychopathology*, 25, 281-299.
- Salkovskis, P. M., Harrison, J (1984). Abnormal and normal obsessions: A replica on. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 549-552.
- Saxena, S., Bota, R.G. & Brody, A.L. (2001). Brain-behaviour relationships in obsessive- compulsive disorder, *Semin Clinical Neuropsychiatry*, 6 (2): 82-101.
- Segalas, C., Alonso, P., Labad, J., et al. (2008). Verbal and nonverbal memory processing in patients with obsessive-compulsive disorder: its relationship to clinical variables. *Neuropsychology*, 22 (2): 262-272.
- Scarff, J.R.(2010). The Potential application of obsessions to reduce compulsions in individuals with obsessive- compulsive disorder, *Medical Hypotheses*, 74, 216-218.
- Sher, K.J., Frost. R.O. & Otto. R. (1983). Cognitive deficits in compulsive checkers: an exploratory study, *Behaviour Research and Therapy*, 21(4): 357-63.
- Stoll, A.L., Tohen, M. & Baldessarini, R.J. (1992). Increasing frequency of the diagnosis of obsessive-compulsive, *American Journal of Psychiatry*, 149 (5), 638-640.
- Van der Wee, N.J., Ramsey N.F., Jansma, J.M., et al.(2003). Spatial working memory deficits in obsessive compulsive disorder are associated with excessive engagement of the medial frontal cortex. *Neuroimage*; 20 (4): 2271-2280.
- Van der Wee, N.J., Ramsey, N.F., van Megen, H.J, et al. (2007). Spatial working memory in obsessive-compulsive disorder improves with clinical response: A functional MRI study, *Neuropsychopharmacol*, 17(1): 16-23.
- Warda, G., Bryant, R.A. (1998). Cognitive bias in acute stress disorder, *Behaviour Research and Therapy*, 36:1177-83.

- Wegner, D.M. (1989). *White bears and other unwanted thoughts: Suppression, obsession, and the psychology of mental control*. New York: Guilford Press.
- Wells, A., Davies, M. (1994). The thought control questionnaire: a measure of individual differences in the control of unwanted thought, *Behaviour Research and Therapy*, 32, 871-878.
- Wells, A. (2009). *Meta-cognitive therapy for anxiety and depression*, New York: The Guilford Press.
- Wells, A., Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the meta-cognitions questionnaire: properties of the MCQ30, *Behaviour Research and Therapy*, 42, 385-396.
- Wells, A., Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: a clinical perspective*, Hove, UK: Erlbaum.
- Wenzlaff, R.M., Wegner, D.M. (2000). Thought suppression, *Annual Review of Psychology*, 51: 59-91.

