

## نقش بینش شناختی، مسئولیت پذیری و باورهای فراشناختی در

### پیش بینی وسواس

مریم محبی شیخلری<sup>۱</sup>

دکتر محمود نجفی<sup>۲</sup>

### چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش بینش شناختی، مسئولیت پذیری و باورهای فراشناختی در پیش بینی وسواس بود. روش پژوهش توصیفی- همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی تشکیل می دهند که در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ مشغول به تحصیل بودند. ۳۹۶ نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قزوین بر اساس جدول مورگان با روش نمونه گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه بینش شناختی بک، باورهای فراشناختی ولز، نگرش

---

<sup>۱</sup>- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات قزوین، ایران (مسئول مکاتبات)

Mohebbi82@yahoo.com

<sup>۲</sup>- استادیار، گروه روان شناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

M-najafi@semnan.ac.ir

مسئولیت و وسواس مادزلی بود. داده‌ها با استفاده از روش ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که بین بینش شناختی و مؤلفه خود اندیشمندی با وسواس رابطه مثبت معنادار وجود دارد. بین باورهای فراشناختی و مؤلفه‌های آن با وسواس رابطه مثبت معناداری وجود دارد. نتایج رگرسیون گام به گام نشان داد که از بین مؤلفه‌های باورهای فراشناختی، مؤلفه‌های باورهای فراشناخت منفی در مورد افکار، باورهای نگرانی مثبت و باورهای فراشناختی منفی به ترتیب بیشترین سهم را در وسواس دارند و در مجموع ۱۴ درصد از واریانس وسواس را تبیین می‌کنند. نتایج رگرسیون گام به گام نشان داد که در مجموع از بین متغیرهای پژوهش باورهای فراشناخت و مسئولیت‌پذیری ۱۵ درصد از واریانس وسواس را تبیین می‌کنند. در مجموع نتایج حاکی از آن است که باورهای فراشناختی، بینش شناختی و مسئولیت‌پذیری در پیش‌بینی وسواس نقش دارند.

کلید واژه‌ها: بینش شناختی، مسئولیت‌پذیری، باورهای فراشناختی، وسواس

## مقدمه

اختلالات اضطرابی، که مهمترین مشخصه آنها اضطراب، تنش و نگرانی است، در هر مقطع زمانی بیش از یک سوم جمعیت عمومی جهان را پریشان کرده است. این بدین معناست که یکی از عارضه‌های حاد روانی جوامع امروزی، اضطراب و استرس است (کرایچ و دابسون، ۱۹۹۵). علائم و نشانه‌های اختلالات اضطرابی طیف وسیعی از مشکلات را شامل است که تعادل زندگی روزمره و کنشوری‌های اجتماعی، حرفه‌ای و تحصیلی فرد را در هم می‌ریزد (عابدی، ۱۳۸۲). در بین اختلالات اضطرابی، اختلال وسواسی، اختلالی بسیار ناتوان کننده است که معمولاً به عنوان یک بیماری صعب‌العلاج به درمان مادام‌العمر نیازمند است. در فضای اجتماعی کنونی که لحظه به لحظه آن از استرس، فشار و تنش مملو است. انسان عصر مدرن دستاویز انواع آیین مندی‌ها و تشریفات وسواسی شده است تا شاید راه‌گریزی از اضطراب بیابد. لذا، وسواس با زندگی و حیات اجتماعی انسان معاصر چنان در هم تنیده شده که دیگر نمی‌توان به راحتی جنبه‌های مرضی و غیر مرضی آن را از هم تفکیک کرد (بابایی، ۱۳۸۷).

بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) اختلال وسواس فکری و عملی (OCD)، اختلال اضطرابی ناتوان کننده‌ای است که ویژگی اصلی آن وقوع وسواس‌ها و اعمال اجباری است (محمد خانی و فرجاد، ۱۳۸۸). وسواس‌ها افکار، تصاویر ذهنی و تکانه‌های ناخواسته و مزاحم هستند که بدون میل و اراده بیمار رخ می‌دهند و به صورت ناسازگار و ناهمخوان با خود تجربه می‌شوند. فرد فعالانه در برابر وسواس‌ها مقاومت می‌کند و می‌داند که وسواس‌ها محصول ذهن او هستند (ولز، ۱۹۶۲)؛ ترجمه اکبری و دیگران، ۱۳۹۱). افکار وسواسی اغلب محتوای خصمانه، جنسی یا مذهبی دارند یا به صورت تردیدها و نشخوارهای فکری مربوط به آلودگی تجربه می‌شوند. اعمال اجباری (وسواس‌های عملی) رفتارهای تکراری آشکار و نا آشکاری هستند که در پاسخ به وسواس‌ها انجام می‌شوند. هدف این رفتارها، کاهش ناراحتی و پریشانی یا پیشگیری از برخی از رویدادهای هولناک است. این اختلال با عملکرد اجتماعی مختل و کیفیت زندگی پایین همراه است. (شاره و همکاران، ۱۳۹۰). بررسی‌های علمی نشان داده‌اند که وضع هوشی آنها در سطحی متوسط و یا بالاتر از متوسط است (پورفخاران و آق‌قلعه، ۱۳۹۱). افراد دچار وسواس، دارای گستره حافظه خوبی برای اطلاعات غیر شخصی هستند اما در حافظه مربوط به اطلاعات

شخصی دچار ضعف می‌باشند (محمود علیلو، ۱۳۸۲). راجمن و دوسیلوا دریافتند که تقریباً ۹۰٪ افراد سالم، تجربه‌هایی از افکار، تصورات یا تکانه‌های مزاحم دارند که از نظر شکل و محتوا تفاوتی با افراد مبتلا به وسواس ندارند، اما تعبیر بیماران مبتلا به وسواس از افکار مزاحم، متمایزکننده افکار مزاحم طبیعی از افکار مزاحم وسواس است. (سالکووسکیس، ۱۹۹۰). افرادی که مبتلا به OCD هستند، معتقدند که آنها می‌توانند و باید از وقوع رویدادها که منجر به خود آزاری یا آسیب و ضرر می‌شوند، جلوگیری کنند و همین امر باعث می‌شود که آنها در این زمینه سخت کار کنند. احساسی که چنین مسئولیتی را همراه خود داشته باشد باعث می‌شود که فرد مبتلا کوشش‌هایی را در جهت اجتناب از وقوع رویدادها انجام دهد که همین امر وجود OCD را تأیید می‌کند (حسن زاده ۱۳۸۹). نزدیک به صد سال است که محققین و دانشمندان درباره‌ی علت شناسی اختلال‌های اضطرابی به ویژه (OCD) مطالعه می‌کنند. با این وجود به باور راجمن (۲۰۰۴)، به رغم کوشش‌هایی که در جهت آزمون کارآیی و محدودیت درمان‌های (OCD) انجام شده است، اما این کوشش‌ها " به ندرت فرصت‌های کافی برای آزمون مکانیسم‌های (درمان) فراهم کرده و یا برای ارزیابی مفاهیم آسیب شناسی طراحی شده است. رویکردهای مختلفی به مطالعه در مورد آسیب شناسی (OCD) پرداخته‌اند که از میان آنها نظریه‌های جدید شناختی در مورد اختلالات اضطرابی به خصوص اختلال وسواس فکری- عملی و سازه‌های فراشناختی جایگاه ویژه‌ای به خود اختصاص داده اند. (سالکووسکیس، ۱۹۸۵).

توجه روز افزون به سازه‌های شناختی و فرا شناختی در تبیین اختلال وسواس فکری - عملی، ناشی از نارضایتی از تبیین‌های پیشین رفتاری می‌باشد که در آن‌ها علت وقوع و افزایش اعمال اجباری را به نقشی که این اعمال در کاهش اضطراب دارند، نسبت می‌دهند. آن چه در این اختلال اهمیت بیشتری دارد عقاید زیر بنایی، عوامل شناختی و فراشناختی می‌باشند، که اغلب نقش میانجی بین افکار، تکانه‌های وسواسی و اعمال اجباری داشته و در تداوم اختلال نقش مهمی ایفا می‌کنند (ولز، ۲۰۰۴؛ به نقل از بخشی پور و همکاران، ۱۳۹۰).

نظریه‌های شناختی اختلال وسواس (OCD) بر نقش اساسی باورهای ناکارآمد در سبب شناسی و تداوم علائم این اختلال تأکید می‌کنند (سالکووسکیس، ۱۹۸۵؛ ولز، ۲۰۰۰). به باور سالکووسکیس (۱۹۸۵) اداراک مبالغه آمیز مسئولیت‌پذیری در (OCD) نقش مرکزی را دارا می‌باشد. بر پایه این الگو، افراد وسواسی رخداد شناخت‌های مزاحم را مسئول صدمه زدن

به خود یا دیگران ، تفسیر می‌کنند ، مگر اینکه برای پیشگیری از آن اقدامی انجام دهند . بنابراین ، ارزیابی‌های مسئولیت پذیری از سویی باعث تجربه ناراحتی و اضطراب به دنبال رخداد افکار مزاحم شده و از سوی دیگر موجب تلاش برای خنثی سازی افکار مزاحم و شک و تردیدهای وسواسی می‌شود . سارکووسکیس ، فورستر و ریچاردز ، (۱۹۹۸) مسئولیت پذیری را به این عنوان تعریف کرده اند: اعتقادی که فرد را به این قدرت می‌رساند که بتواند در ایجاد و جلوگیری کردن از نتایج وخیم و بد نقش مهمی ایفا کند. این نتایج که برای جلوگیری کردن اساسی به نظر می‌رسند، ممکن است واقعی باشد (نیمیر و همکاران، ۲۰۱۳).

افزون بر این، گوناگون بودن نشانه‌های دیده شده در OCD ، الگوهای مختلف همبندی با اختلال‌های دیگر مانند اضطراب و افسردگی، تغییر پذیری در سن شروع اختلال و ناهماهنگی در میزان آگاهی افراد از جریان هوشیاری شان گویای ناهمگرایی سبب شناختی OCD هستند. این ناهمگرایی دیده شده در OCD پژوهشگران را بر آن داشته است تا نظریه‌های سبب شناختی گستره تری برای سبب شناسی و درمان OCD مطرح کنند ( شیرین زاده دستگیری و همکاران، ۱۳۸۷؛ به نقل از کالاماری و همکاران، ۲۰۰۶) . بک تأیید می‌کند که فرآیندهای شناختی از تجربه‌هایی استخراج می‌شوند که تفسیرهای غلط و فاجعه آمیز را در افکار مزاحم فعال می‌کند که خود در درمان اختلال وسواس موثر است. به هر حال اغلب فعالیت‌های شناختی بر اساس عوامل فراشناختی هستند. بنابراین فراشناخت‌ها برای ارزیابی کردن این فرآیندها لازم هستند (آنین و همکاران، ۲۰۱۳). فراشناخت بعنوان "شناخت درباره شناخت" یا " دانستن درباره دانستن" تعریف می‌شود. فراشناخت شامل دانش ،فرآیندهای استراتژی‌هایی است که فکر را کنترل ، ارزیابی و بررسی میکند . باورهای فراشناختی بر معنا و کاربرد شناخت تأثیر می‌گذارد و فکر فعال و اندیشناکی را تقویت می‌کند (ولز، ۱۹۹۴؛ به نقل از آنین و همکاران، ۲۰۱۳). ولز و متیوس (۱۹۹۵) و ولز (۲۰۰۰) در زمینه وسواس نظریه‌ای فراشناختی ارائه کرده اند که ترکیبی از نظریه‌های طرحواره‌ای و نظریه پردازش اطلاعات بوده و بر باورهایی تأکید می‌کند که فرد درباره نظام پردازشی خویش دارد. فرآیندهای فرا شناختی یکی از ویژگی‌های شناخت است که می‌تواند کاربرد ویژه‌ای در فهم مکانیسم‌های درگیر در OCD داشته باشد . اصطلاح فراشناخت به فرآیندهای شناختی گفته می‌شود که در کنترل جنبه‌های شناخت نقش دارند (فلاول، ۱۹۷۹، به نقل از پوردون و کلارک، ۱۹۹۳) . بر پایه‌الگوی فراشناختی ، افکار وسواسی به خاطر باورهای فراشناختی درباره

معنی و یا پیامدها خطرناک داشتن چنین افکاری، به صورت منفی تفسیر می‌شوند. دو زمینه کلی درباره باورها در این الگو مورد تاکید هستند: حوزه اول به باورهایی درباره اهمیت/معنی و قدرت افکار و حوزه دوم، در برگیرنده باورهای مرتبط با پاسخ‌ها و آیین‌های به کار برده شده برای خنثی سازی پیامدهای افکار مزاحم را در بر می‌گیرد (محمدی، ۱۳۸۶).

در الگوی سالکووسکیس (۱۹۸۵) مسئولیت‌پذیری و در الگوی فراشناختی ولز (۲۰۰۰) باورهای فراشناختی درباره افکار و پاسخ‌های خنثی سازی به عنوان ویژگی اصلی وسواس در نظر گرفته شده است. در الگوی فراشناختی، مسئولیت‌پذیری برخاسته از باورهای فراشناختی فرد بوده و به تنهایی توان تبیین مشکلات وسواسی بیماران OCD را ندارند. بررسی‌های انجام شده با بیماران نیز از نقش باورهای فراشناختی در پدیدآیی و تداوم مشکلات وسواسی حمایت می‌کنند (شیرین زاده دستگیری، ۱۳۸۷). در مطالعات اخیر نیز فرا شناخت به طور معنا داری مسئولیت افراطی را پیش بینی می‌کند، اما بر عکس آن اتفاق نمی افتد. هنوز این مسئله حل نشده است که آیا مسئولیت تنها حاصل فرعی فراشناخت بدون هیچ سهم اضافی در علائم OCD است یا در جای خود دارای ارزش پیشگویانه است (نیمیر، موریتس و پتروسکی، ۲۰۱۳). بینش شناختی نیز توانایی ارزیابی و تصحیح باورهای تحریف شده و تفسیرهای نادرست را در بر می‌گیرد (بک و دیگران، ۲۰۰۴؛ به نقل از یوسفی، ۱۳۹۱). این ارزیابی بر اساس سطوح بالاتر فرآیندهای شناختی (که گاهی اوقات فراشناخت نامیده می‌شوند) نظیر توانایی برای تفکیک خود از سوء تفسیرها و ارزیابی مجدد آنها بنا شده دارای دو مؤلفه است: (۱) خود-اندیشمندی، که به عنوان شاخصی از درون نگری، تمایل برای تصدیق خطا پذیری، باز بودن و پذیرندگی توصیف شده است. (۲) اطمینان به خود، که نشانگر درجه اطمینان و اعتماد فرد نسبت به باورها، قضاوت‌ها و نتیجه گیری‌های شخصی و همچنین مقاومت در برابر بازخوردهای دیگران و حق به جانب بودن است (یوسفی، عریضی و صادقی، ۱۳۸۶). بینش توانایی تشخیص دلایل و مفاهیم موقعیت یک فرد است که به آگاهی نیز اشاره می‌کند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳؛ به نقل از آن و دیگران، ۲۰۱۳).

گر چه هیچ اجماعی بر بینش در OCD وجود ندارد ولی فرض می‌شود که بینش در OCD در یک پیوستار قرار می‌گیرد که از بینش خوب (قوی) که بیماران به وضوح، افراط و یا بی احساس بودن نگرانی هایشان را درک می‌کنند تا افراد متوهم که در آن اضطراب‌ها واقعی و منطقی تصور می‌شوند. بیماران درباره اینکه علائم آنها غیر منطقی و افراطی است، مطمئن

نیستند که این خود نشان دهنده میزان زیادی بینش در OCD است. اکنون می‌توان تشخیص داد که بینش ممکن است از آگاهی کامل درباره بی‌احساس بودن و یا پوچی در یک طرف و فقدان کامل وجود چنین آگاهی در طرف دیگر پیوستار گسترده شده باشد (از آنین و همکاران، ۲۰۱۳؛ به نقل مارکوا، جفری و یرسیوس، ۲۰۰۹). مطالعات زیادی به بررسی رابطه بین متغیرهای باورهای فراشناختی، مسئولیت‌پذیری، بینش شناختی به صورت مستقل با اختلال‌های روان‌شناختی پرداخته‌اند. باین حال بیشتر مطالعات بر روی جمعیت بیمار انجام شده است، با توجه به اینکه بیش از ۹۰ درصد جمعیت عمومی علائم وسواسی را تجربه می‌کنند، پژوهش حاضر به منظور پیش‌بینی رابطه وسواس فکری- عملی و باورهای فراشناختی، بینش شناختی و مسئولیت‌پذیری در جمعیت غیر بالینی و دانشجویی انجام شد.

## روش

روش پژوهش حاضر توصیفی - همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش مورد نظر را کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قزوین تشکیل دادند که در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ مشغول به تحصیل بودند. از جامعه فوق نمونه‌ای به حجم ۳۹۶ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند که از بین آنها ۱۹۳ نفر پسر و ۲۰۴ نفر دختر بودند. بدین صورت که پس از انتخاب تصادفی ۳ دانشکده از آن دانشگاه، ۴ رشته به صورت تصادفی تعیین شد. و نهایتاً در بین هر رشته، پرسشنامه به صورت تصادفی در بین دانشجویان توزیع شد. دامنه سنی آزمودنی‌ها بین ۱۸ تا ۳۲ سال با میانگین ۲۲/۹ و انحراف استاندارد ۲/۹۶ بود.

ابزارهای استفاده شده در این پژوهش عبارت بودند از:

### ۱- پرسشنامه وسواس فکری- عملی مادوزلی (Moudsely):

دارای ۳۰ پرسش بسته دو گزینه‌ای (بله/ خیر) است. این آزمون افزون بر یک نمره کلی چندین نمره جداگانه برای کنترل کردن، شستشو، کندي/تکرار و شک و تردید دارد.

تمرکز اصلی این آزمون روی علائم وسواس (OCD) می‌باشد و به ویژه برای ارزیابی اثرات درمان روی این علائم مناسب است. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جوامع مختلف، مطلوب گزارش شده است. روایی این ابزار را با استفاده از روش باز آزمایی ۰/۸۵ و ضریب پایایی کل آزمون ۰/۸۴ می‌باشد. (استکی و همکاران، ۱۹۹۷؛ به نقل از خسروی و همکاران، ۱۳۸۷). حساسیت آزمون نیز به دلیل دو پاسخی بودن آن نسبت به تغییرات پایین می‌باشد. در ایران دادفر ضریب اعتبار کل آزمون را ۰/۸۴ و روایی همگرای آن با مقیاس وسواسی - اجباری یا براون ۰/۸۷ گزارش نموده است.

## ۲- پرسشنامه‌ی فراشناخت -۳۰ (MCQ-30):

این آزمون یک پرسشنامه ۳۰ سوالی است که به منظور سنجش ابعاد باورهای فراشناختی ساخته شده است. (MCQ-30). از روی نسخه اصلی ۶۵ سوالی فراشناخت (کارت رایت هاتون و ولز، ۱۹۹۷) بدست آمده است. پرسشنامه فراشناخت در اجرا به روی جمعیت بزرگسالان، اعتبار و پایایی مناسبی را بدست آورده است (دامنه ضریب آلفا برای فرم بلند از ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ و آلفای کرونباخ کل برای فرم کوتاه ۰/۹۳) این آزمون ۵ خرده مقیاس از باورهای مرتبط با فکر کردن و پردازش افکار (بویژه نگرانی و افکار مزاحم) را اندازه می‌گیرد که عبارتند از: ۱- باورهای مثبت راجع به نگرانی مثبت راجع به نگرانی، ۲- باورهایی راجع به غیر قابل کنترل بودن و خطر ۳- خرافات تنبیه و مسئولیت‌پذیری ۴- خودآگاهی شناختی و ۵- کفایت شناختی. در پژوهش خرم دل و همکاران، روایی و پایایی آن با دو روش، آلفای کرونباخ و دو نیمه سازی که ضریب آلفا را برای عامل کلی ۰/۷۹ و برای خرده مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ نشان دادند چنین مقادیر ضریب دو نیمه سازی برای عامل کلی ۰/۷۶ و برای عوامل در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۷۵ نشان دهنده انسجام درونی (MQ-A) می‌باشد.

## ۳-مقیاس بینش شناختی بک (BCIS):

این مقیاس میزان بینش شناختی فرد را با توجه به دو عامل خود - اندیشمندی و اطمینان به خود می‌سنجد. یک ابزار خود - سنجی است و دارای ۱۵ سوال می‌باشد که توسط خود فرد تکمیل می‌شود. مقیاس بینش شناختی بک، دو مجموعه از سوال‌ها را شامل می‌شود. (۱) خود- اندیشمندی، که به عنوان شاخصی از درون‌نگری، تمایل برای تصدیق خطا



پذیری، باز بودن و پذیرندگی توصیف شده است. ۲) اطمینان به خود، که نشانگر درجه اطمینان و اعتماد فرد نسبت به باورها، قضاوت ها و نتیجه گیری های شخصی و همچنین مقاومت در برابر بازخوردهای دیگران و حق به جانب بودن است (یوسفی، عریضی و صادقی، ۱۳۸۶). پژوهش های متعددی (مارتین و همکاران و بک، ۲۰۰۴) درباره مقیاس بینش شناختی بک انجام گرفته است که مشخصه های روان سنجی مقیاس را در جمعیت بالینی و غیر بالینی تأیید کرده اند. این مقیاس در ایران به وسیله یوسفی و همکاران (۱۳۸۶) ترجمه و از لحاظ روایی و اعتبار مورد بررسی قرار گرفته است.

#### ۴- مقیاس نگرش مسئولیت (RAS):

یک پرسشنامه ۲۶ سوالی است که به منظور بررسی اعتقادات کلی در مورد مسئولیت طراحی شده است. ساختار این مقیاس بر اساس مقیاس نگرش های ناکارآمد (DAS) بک و همکاران (۱۹۹۱) طراحی شد. دامنه نمرات در یک مقیاس ۷ درجه ای دسته بندی می شود. سالکوسکیس و همکاران (۲۰۰۰) پایایی برابر با آلفای ۰/۹۴ را برای این مقیاس به دست آوردند. همچنین همسانی درونی برابر با ۰/۹۲ بوده است. اعتبار پیش بین با نمرات پرسشنامه وسواسی-اجباری مادزلی ۰/۵۷ است. بین مقیاس نگرش مسئولیت و پرسشنامه وسواسی اجباری (فوا و همکاران، ۱۹۹۸) اعتبار پیش بین برابر ۰/۵۴ بود. اعتبار و روایی مقدماتی این مقیاس توسط صلواتی (۱۳۸۱) برای جمعیت ایرانی تعیین شده است. اعتبار برآورد شده برای کل تست از طریق دونیمه سازی، همبستگی بین نیمه اول را برابر ۰/۸۴ و همبستگی بین سوالها را در نیمه دوم را برابر ۰/۸۵ است. اعتبار برآورد شده برای کل آزمون برابر ۰/۶۷، همچنین آلفای کرونباخ برای قضاوت در مورد هماهنگی درونی برابر ۰/۸۹ بود.

#### یافته ها

به منظور بررسی رابطه بینش شناختی، مسولیت پذیری و باورهای فراشناختی با وسواس از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. در جدول ۱ ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱: ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش با وسواس

متغیر	وسواس
بینش شناختی	۰/۱۰*
خوداندیشمندی	۰/۱۵**
اطمینان به خود	۰/۰۴۷
مسئولیت‌پذیری	۰/۲۸**
باورهای فراشناختی	۰/۳۸**
باورهای نگرانی مثبت	۰/۲۸**
باورهای فراشناختی منفی	۰/۳۰**
کارآمدی شناختی پایین	۰/۲۸**

\* $P < 0.05$

در جدول ۱ مشاهده می‌شود که بین بینش و مؤلفه خوداندیشمندی با وسواس رابطه منفی معنادار وجود دارد. بین باورهای فراشناختی و مؤلفه‌های آن با وسواس رابطه مثبت معنادار وجود دارد. همچنین بین مسولیت‌پذیری و وسواس نیز رابطه مثبت معنادار وجود دارد.

به منظور بررسی اینکه کدام یک از مؤلفه‌های باورهای فراشناختی سهم بیشتری در پیش‌بینی وسواس دارند از رگرسیون گام به گام استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج تحلیل رگرسیون وسواس بر اساس مؤلفه‌های باورهای فراشناختی

گام	متغیر پیش بین	B	$\beta$	R	$R^2$
۱	باورهای فراشناخت منفی در مورد افکار	۰/۴۳۴	۰/۳۲۹	۰/۳۳	۰/۱۱
۲	باورهای فراشناخت منفی در مورد افکار	۰/۳۳۶	۰/۲۵۴	۰/۳۶	۰/۱۳
	باورهای نگرانی مثبت	۰/۱۸۱	۰/۱۶۶		
۳	باورهای فراشناخت منفی در مورد افکار	۰/۲۳۰	۰/۱۷۴	۰/۳۸	۰/۱۴
	باورهای نگرانی مثبت	۰/۱۶۷	۰/۱۵۳		
	باورهای فراشناختی منفی	۰/۱۷۴	۰/۱۴۹		

چنانچه از جدول ۲ مشاهده می‌شود در گام اول باورهای فراشناخت منفی در مورد افکار وارد معادله پیش بینی شده است. به طوری که این متغیر به تنهایی ۱۱ درصد از واریانس وسواس را تبیین می‌کند. در گام دوم باورهای نگرانی مثبت وارد معادله رگرسیون شده است که با اضافه شدن این متغیر ضریب همبستگی چند متغیره برابر با  $R=0/36$  شده است. این دو متغیر مجموعاً ۱۳ درصد از واریانس وسواس را تبیین می‌کنند. در گام سوم باورهای فراشناختی منفی نیز اضافه شده است که این سه متغیر مجموعاً ۰/۱۴ درصد از واریانس وسواس را تبیین می‌کنند

به منظور بررسی اینکه کدام یک از متغیرهای، بینش شناختی، مسولیت پذیری و باورهای فراشناختی سهم بیشتری در پیش بینی وسواس دارند؟ از رگرسیون گام به گام استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵-۴ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون وسواس بر اساس متغیرهای پژوهش

گام	متغیر پیش بین	B	$\beta$	R	$R^2$
۱	باورهای فراشناخت	۰/۱۳۰	۰/۳۸۰	۰/۳۸	۰/۱۴
۲	باورهای فراشناخت	۰/۱۱۰	۰/۳۲۲	۰/۳۹	۰/۱۵
	مسولیت پذیری	۰/۰۲۵	۰/۱۱۷		

چنانچه از جدول ۳ مشاهده می‌شود در گام اول باورهای فراشناخت وارد معادله پیش‌بینی شده است. به طوری که این متغیر به تنهایی ۱۴ درصد از واریانس وسواس را تبیین می‌کند. در گام دوم مسولیت‌پذیری وارد معادله رگرسیون شده است که با اضافه شدن این متغیر ضریب همبستگی چند متغیره برابر با  $R=0/39$  شده است. این دو متغیر مجموعاً ۱۵ درصد از واریانس وسواس را تبیین می‌کنند.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش بینش شناختی، مسئولیت‌پذیری و باورهای فراشناختی در پیش‌بینی وسواس بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین باورهای فراشناختی و مؤلفه‌های آن با وسواس رابطه مثبت و معنا داری وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین، کارترایت، هاتن و ولز (۱۹۹۸)، ولز و پاپاچورجیو (۱۹۹۸) میرز و ولز (۲۰۰۵)، متیوس، دتیولا و دیرسلی (۲۰۰۶)، نیمیر و دیگران (۲۰۱۳) خرم دل و همکاران (۱۳۸۸) و شیرین زاده و همکاران (۱۳۸۷)، محمدخانی و فرجاد (۱۳۸۸)، همسوست. یافته‌های این پژوهش هم سو با نظریه فراشناختی ولز (۲۰۰۰) ولز و ماتیوز (۱۹۹۶) که معتقدند افکار وسواسی به خاطر باورهای فراشناختی درباره معنی و یا پیامدهای خطرناک داشتن چنین افکاری، به صورت منفی تفسیر می‌شود. دو زمینه کلی درباره باورها در این الگو مورد تأکید هستند. حوزه اول به باورهایی درباره اهمیت/ معنی و قدرت افکار، همچون باورهای درهم آمیختگی فکر- عمل، درهم آمیختگی فکر-رویداد و درهم آمیختگی فکر- شی می‌پردازد که نوع اخیر ممکن است بیشتر در وسواس آلودگی دیده شود (پوردون و کلارک، ۱۹۹۹؛ به نقل از صلواتی، ۱۳۸۳). حوزه دوم در برگیرنده باورهای مرتبط با پاسخ‌ها و آیین‌های به کاربرده شده برای خنثی سازی پیامدهای افکار مزاحم است (ولز، ۲۰۰۳). در این پژوهش از بین مؤلفه‌های باورهای فراشناختی ابتدا باورهای فراشناختی منفی در مورد افکار و سپس باورهای نگرانی مثبت وسواس را پیش‌بینی میکنند. ولز (۱۹۹۸)، دوی، تالیس، کیپوزد (۱۹۹۶)، ولز و پاپاچورجیو (۱۹۹۸) هرمانس، ماتنس، دی کورت، پیترز و این (۲۰۰۳) دریافتند که باورهای فراشناختی منفی درباره کنترل ناپذیری و خطر نگرانی بیشترین همبستگی را با OCD دارد. محقق در توجیه و تفسیر بدست آمده از این پژوهش با توجه به نظریه فراشناختی ولز (۲۰۰۰) اظهار می‌کند که افراد آسیب‌پذیر به دلیل ترکیبی از باورهای فراشناختی مثبت، برای مثال "

برای اجتناب از خطر باید نگران باشم" و باورهای فراشناختی منفی درباره افکار، برای مثال "من هیچ کنترلی بر نگرانی ندارم" درگیر سندرم شناختی- توجهی می‌شوند. باورهای فراشناختی منفی به ناتوانی در تلاش برای اعمال کنترل مؤثر و ادراک رخدادهای درونی به عنوان تهدید کننده منجر شده و از این طریق باعث افزایش پریشانی می‌شوند. از سوی دیگر، هنگامی که باورهای فراشناختی منفی فعال می‌شوند، خود به ارزیابی منفی نگرانی می‌پردازد. یعنی دچار نوعی نگرانی درباره نگرانی می‌شود و همین امر موجب افزایش اضطراب و مهم جلوه کردن فکر مزاحم برای فرد مبتلا به اختلال وسواس شده و احساس ناتوانی در مقابله با آن فکر مزاحم می‌شود. برای مثال فرد وسواسی می‌گوید "می‌ترسم واقعاً چاقو را بردارم و به بچه‌هایم آسیب بزنم". طبق مدل فراشناختی باورهای نگرانی مثبت اثرات مضر بر خود تنظیمی دارد. زیرا پردازش هیجانی را بازداری می‌کند، ظرفیت شناختی را تحلیل می‌برد. موجب بروز مشکلاتی در عملکرد می‌شود و پردازش را بر تهدید متمرکز می‌سازد. باورهای مثبت درباره نگرانی، بعنوان کاهش دهنده انگیزش برای رهایی از افکار، عمل می‌کنند. همچنین آنها از استفاده مداوم و مکرر از سبک‌های غیر انطباقی مانند نشخوار فکری حمایت می‌کنند. با توجه به نتایج پژوهش‌ها افراد مبتلا به OCD در مقایسه با افراد غیر بیمار، از نگرانی بیشتر بعنوان نوعی راهبرد مقابله‌ای استفاده می‌کنند. و این راهبرد مقابله‌ای اکثراً در پاسخ به یک فکر منفی مزاحم فعال می‌شود. برای نمونه: فرد وسواسی که فکر آسیب زدن به بچه‌هایش به ذهنش خطور می‌کند، می‌ترسد که دست به کاری بزند. بنابراین از نگرانی بعنوان یک راهبرد مقابله‌ای برای جلوگیری از وقوع این افکار استفاده می‌کند. این فرآیند در ظاهر مشکل ساز نیست، چون از لحاظ نظری تا وقتی فرد بر این باور است که نگرانی اش مفید است و جلوی خطر را می‌گیرد، ممکن است "نگران خوشحال" باشد اما این فرآیند زمینه را برای ظهور باورهای فراشناختی منفی درباره کنترل ناپذیری و خطر نگرانی میسر می‌کند. یافته‌های دیگر پژوهش حاضر این بود که بینش شناختی و مؤلفه‌های آن نقش معناداری در پیش بینی وسواس دارند. این یافته نیز با سایر تحقیقات انجام شده مثل سادوک و همکاران (۲۰۰۹) و آنین و همکاران (۲۰۱۳) همسوست. آمادور و بک (۲۰۰۴)، بینش را به عنوان یک سازه چند بعدی و دارای زیر عامل‌هایی که بر روی یک پیوستار قرار دارد توصیف کرده‌اند. اگر چه بسیاری از پژوهش‌ها، اغلب، پیامدهای منفی بینش ضعیف اشاره دارند (نتایج پژوهش یوسفی و همکاران، ۱۳۸۹) اما در چندین پژوهش و بررسی جدید به پیامدهای منفی بینش قوی و بالا اشاره شده است (آمادور و دیوید، ۱۹۹۸؛ به نقل از یوسفی، ۱۳۹۱). در حالی که اختلالات شدید

در آگاهی و بینش می‌تواند برای بیمار مشکل آفرین باشد، مطرح شده است که بعضی از درجات بینش بعنوان عملکرد طبیعی باید لحاظ شود، چرا که بعضی از حالت‌های آسیب شناختی به ویژه افسردگی با بینش بالا همراه است (یوسفی، ۱۳۸۲). رباک و آبراموتنیر (۱۹۷۹) نیز پیشنهاد می‌کنند که بیماران دارای بینش بالا از نظر روان شناختی رنج می‌برند و به دلیل این خود آگاهی در حد بالایی ناراحتی ذهنی را تجربه می‌کنند. و همانطور که بینش پایین در درمان تأثیر منفی دارد. افسردگی ناشی از بینش بالا نیز در فرآیند درمان و نتایج آن می‌تواند تأثیر منفی داشته باشد. آنین و دیگران (۲۰۱۳)، سادوک و سادوک، مارکوا، جفری و بریوس (۲۰۰۹) فرض می‌کنند که بینش در یک پیوستاری قرار می‌گیرد که از بینش قوی (بالا) که بیماران به طور وضوح افراط و بی احساس بودن نگرانی هایشان را درک می‌کنند تا افراد متوهم که در آن اضطراب واقعی و منطقی تصور می‌شوند. DSMTV (۲۰۰۴) اشاره می‌کند که در حدود یک چهارم بیماران درباره اینکه علائم آنها غیر منطقی و افراطی هستند مطمئن نیستند که این خود نشان دهنده این است که میزان زیادی بینش در بیماران OCD وجود دارد. نتایج پژوهش جاکوفسکی و همکاران (۲۰۱۱) نشان می‌دهد که بینش ضعیف (منفی) افراد با علائم کلی وسواس ارتباط دارد. بینش ضعیف افراد با افزایش علائم OCD ارتباط دارد. جانک، کلامری، ریمان و فینگر (۲۰۰۳) به نقل از آنین و همکاران (۲۰۱۳) در مقایسه بیماران OCD با دیگر بیماران، نگرانی، خودآگاهی (خوداندیشمندی) و تمایل برای بازبینی و انعکاس مراحل فکر در بیماران OCD را بیشتر از دیگر بیماران گزارش کردند. جانک و دیگران (۲۰۰۳) پیشنهاد می‌کنند که خود آگاهی شناختی، فرآیندهای شناختی و مجزا ست که در درک ویژگیهای خاص شناختی OCD مهم به نظر می‌رسد.

همانطور که به نظر می‌رسد مؤلفه بینش بر روی یک پیوستاری قرار دارد که اگر در پایین ترین حد آن (بینش ضعیف و پایین)، بیماران سایکوز مثل اسکیزوفرن و اسکیزوئید و .. (با علائم توهم و هذیان) را در نظر بگیریم، در حد متوسط افراد بهنجار که سطح مناسبی از آگاهی، منطق و شناخت را در برگیرد، در بالاترین حد آن (سطح بالا و قوی بینش) را افراد با بعضی از حالت‌های آسیب شناختی به ویژه افسردگی و یا وسواس را تشکیل می‌دهند که نوعی اندیشناکی، درون نگری را در نوع تفکر افراطی خود دارند. پس همانطور که بینش ضعیف تبعات درمانی را مختل می‌کند، بینش قوی نیز به دلیل عدم اطمینان از افکار غیر منطقی و افراطی، تأثیر منفی در درمان خواهد داشت. در یافته دیگر پژوهش حاضر، نقش مسئولیت‌پذیری را

در وسواس تبیین کرد. این یافته نیز با سایر پژوهش‌های راچمن (۱۹۹۳) سالکووسکیس و همکاران (۱۹۸۵) سالکووسکیس و همکاران (۲۰۰۰) صلواتی (۱۳۸۳) همسو است. نتایج بدست آمده از این پژوهش همخوان و همسو با این نظریه شناختی است که افراد مبتلا به وسواس، احساس مسئولیت شدیدی در مقابل خطر احتمالی را تجربه می‌کند. ارزیابی مسئولیت، با هدف ایجاد و آسیب یا ممانعت از خطر، حائز اهمیت زیادی است. چون اینگونه فرض شده که این ارزیابی‌ها، نه افکار مزاحم، منجر به رنج و ناراحتی و تلاش‌های با انگیزه زیاد به منظور خنثی کردن افکار مزاحم می‌شود (راچمن، ۱۹۹۳؛ سالکووسکیس و همکاران، ۱۹۸۵ و سالکووسکیس و همکاران، ۲۰۰۰؛ به نقل از صلواتی، ۱۳۸۳). لوباتکا و راچمن (۱۹۹۵) در بررسی سویمندی‌های شناختی در مبتلایان به وسواس دریافتند که افراد مبتلا به مشکلات وسواسی گرایش به این نوع تفکر دارند که آنها مسئول ایجاد و یا ممانعت از افزایش احتمال بروز یک واقعه مصیبت بار هستند. همچنین این بیماران اعتقاد دارند که مسئول به وجود آمدن یا ممانعت کردن از مصیبت‌ها و خطرهایی هستند که هیچ‌گونه کنترلی بر آنها ندارند. به علاوه، رابطه‌ای بین وسواس و یک سویمندی شناختی وجود دارد که همجوشی فکر- عمل نامیده می‌شود (راچمن و همکاران، ۱۹۹۶، ۱۹۹۳؛ به نقل از راچمن، ۱۹۹۷).

این سویمندی به دو شکل می‌تواند خود را نشان دهد: (۱) اعتقاد به اینکه داشتن یک فکر ناپذیرفتنی، ممکن است منجر به افزایش وقوع یک حادثه منفی و ناگوار شود، (۲) اعتقاد به این امر که داشتن یک فکر ناپذیرفتنی نفرت انگیز از نظر اخلاقی، معادل انجام عمل مربوط به آن فکر است. پیشنهاد شده است که این همجوشی فکر- عمل به افزایش مسئولیت درک شده برای وقوع یک مصیبت می‌شود. این مسئله خود منجر به ایجاد احساس گناه در فرد می‌گردد. همجوشی فکر- عمل در هر دو شکل منجر به سوء تعبیرهایی در افکار فرد می‌شود. افزایش حس مسئولیت در فرد هم منجر به تشدید همجوشی فکر- عمل می‌شود و هم می‌تواند محصولی از این همجوشی باشد و در نتیجه سویمندی‌های شناختی بیشتری در فرد ایجاد می‌شود. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش، صلواتی (۱۳۸۳)، شیرین زاده و همکاران (۱۳۸۷) یافته‌های نیمیر و دیگران (۲۰۱۳) همخوان و همسوست.

در پژوهش حاضر، باورهای فراشناختی بیشترین سهم را بین متغیرهای بینش شناختی و مسئولیت پذیری در پیش بینی وسواس به خود اختصاص داده است. ویلیام (۲۰۰۴) به نقل از نیمیر و دیگران (۲۰۱۳). ولز و میرز (۲۰۰۵) دریافتند وقتی که فرا شناخت کنترل می‌شود

مسئولیت به صورت با اهمیتی در علائم OCD دخالت ندارد، در صورتی که فرا شناخت تأثیر مهمی پس از کنترل مسئولیت دارد. با توجه به بررسی‌های انجام شده، ارتباط باور مسئولیت‌پذیری با علائم OCD وابسته به باورهای فراشناختی است. در حالی که ارتباط باورهای فراشناختی با علائم OCD جدا از نگرانی و باور مسئولیت‌پذیری است. (شیرین زاده و همکاران، ۱۳۸۷).

بنابراین، با توجه به یافته‌های پژوهش؛ باورهای فراشناختی نقش مهم‌تر و مؤثرتری نسبت به مسئولیت‌پذیری و بینش شناختی در پیش‌بینی OCD دارند که خود نیازمند توجه ویژه‌ای در سبب‌شناسی و درمان این اختلال می‌باشد؛ هر چه نوع اختلال متمرکز تر و شناخته تر شده باشد، نوع درمان انتخابی نیز می‌تواند متمرکز تر و عمیق تر ارائه گردد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر، تعمیم یافته‌ها می‌باشد زیرا نمونه مورد بررسی در این پژوهش را دانشجویان دانشگاه آزاد قزوین تشکیل می‌دادند. پیشنهاد می‌شود اجرای پژوهش در فضای جغرافیایی وسیع‌تر و یا در مناطق دیگر و در نمونه‌های بالینی نیز صورت گرفته و نتایج مقایسه گردد.



## منابع

### الف - فارسی :

۱. بابایی، مهناز. (۱۳۸۷). تدوین و بکارگیری پروتکل‌های درمانی شناختی- رفتاری بر پایه رویکرد نوروسیکولوژیک در درمان اختلال وسواسی اجباری. رساله دکتری، تهران، دانشگاه الزهراء(س).
۲. بخشی پور، عباس؛ فرجی، رباب؛ نریمانی، محمد و صادقی موحد، فریبا. (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین محتوای اغتشاش فکر- عمل با خوشه‌های علائم اختلال وسواس فکری- عملی در بیماران وسواسی. مجله تحقیقات علوم رفتاری. شماره ۹، دوره ۱۳
۳. حسن زاده، احمد (۱۳۸۹). مقایسه مؤلفه‌های فراشناخت در نوجوانان با و بدون اختلال وسواس فکری - عملی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی (ره).
۴. پوفخاران، محمد و نوری آق قلعه، مرضیه. (۱۳۹۱). نکات طلایی برای غلبه بر وسواس و اضطراب. انتشارات ابتکار دانش، چاپ ششم.
۵. دسیلوا، پادمان و راچمان، استانلی. (۱۳۸۵). حقایقی درباره اختلال وسواس. ترجمه: شاپوریان، رضا. انتشارات سمت، چاپ اول.
۶. شاره، حسین؛ غرابی، بنفشه و عاطف وحید، محمد کاظم. (۱۳۹۰). مقایسه درمان فراشناختی، فلوروکسامین و درمان ترکیبی در بهبود راهبردهای کنترل فکر و نشانه‌های توقف در اختلال وسواس اجباری. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. شماره ۱۷، دوره ۳، ص ۱۹۹-۲۰۷
۷. شیرین زاده دستگیری، صمد؛ گودرزی، محمدعلی؛ غنی‌زاده، احمد و تقوی، محمد رضا. (۱۳۷۷). مقایسه باورهای فراشناختی و مسئولیت‌پذیری در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری، اختلال اضطراب منتشر و افراد بهنجار. مجله روانپزشکی بالینی ایران. شماره ۱، دوره ۴، ص ۴۶-۵۵
۸. صلواتی، مژگان. (۱۳۸۱). بررسی نگرش مسئولیت در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انیستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.
۹. عابدی، علی. (۱۳۸۲). بررسی اجزاء و مؤلفه‌های شناختی مرتبط با افسردگی در بیماران وسواسی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز.

۱۰. قاسم زاده، حبیب اله. (۱۳۸۵). رفتار درمانی - شناختی، تهران: انتشارات ارجمند.
۱۱. کاپلان و سادوک. (۱۳۸۷). خلاصه روانپزشکی. ترجمه: رفیعی، حسن و رضاعی، فرزین. انتشارات ارجمند، جلد دوم.
۱۲. محمدخانی، شهرام و فرجاد، مونا. (۱۳۸۸). رابطه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با علائم وسواسی در جمعیت غیر بالینی روان‌شناسی بالینی. مجله روانپزشکی بالینی ایران. شماره ۴، دوره ۱، ص ۳۵-۵۱.
۱۳. ولز، آدریان. (۲۰۰۹). راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی. ترجمه: محمدخانی، شهرام تهران: انتشارات وراى دانش.
۱۴. محمدی، ابوالفضل؛ فتی، لادن و یزدان دوست، رخساره. (۱۳۸۶). رابطه برخی مؤلفه‌های شناختی، رفتاری، هیجانی با زیرگونه‌های علائم وسواسی - اجباری در دانشجویان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.
۱۵. محمود علیلو، مجید. (۱۳۸۲). بررسی الگوهای شناختی و شاخص‌های پردازش هیجانی در اختلال وسواس فکر - عملی. پایان نامه دکترای روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.
۱۶. ولز، آدرین. (۱۳۹۱). فراشناخت درمانی برای اضطراب و افسردگی. مترجم: اکبری، مهدی؛ محمدی، ابوالفضل؛ حمیدپور، حسن و اندوز، زهرا. نشر: سامان.
۱۷. هاوتون، کرک و سالکوسکیس، کلارک. (۱۳۸۹). راهنمای کاربردی در درمان اختلالات روانی. ترجمه: قاسم زاده، حبیب اله. تهران: نشر ارجمند.
۱۸. هومن، حیدر علی. (۱۳۹۱). شناخت روش علمی در علوم رفتاری. انتشارات سمت.
۱۹. یوسفی، رحیم؛ عابدین، علیرضا؛ فتح‌آبادی، جلیل و تیرگری، عبدالحکیم. (۱۳۹۰). مقایسه اثر بخشی دو مداخله آموزش محور و سبک زندگی محور در ارتقاء سطح بینش شناختی زوجین دارای ناراضی زناشویی. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده. شماره ۲، دوره ۱، ص ۱۶۰-۱۳۹.
۲۰. یوسفی، رحیم؛ فتح‌آبادی، جلیل و ایزانلو، بلال. (۱۳۹۱). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی و ساختار عاملی مقیاس بینش شناختی بک در نمونه غیر بالینی ایرانی. فصلنامه علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان. شماره ۱۵، دوره ۱، ص ۵۵.

۲۱. یوسفی، رحیم، عریضی، حمیدرضا؛ کلاتتری، مهرداد و صادقی، سیروس. (۱۳۸۲). مقایسه بینش شناختی در بیماران دچار اسکیزوفرنیا، اختلال اسکیزوافکتیو و اختلالات خلقی. تازه‌های علوم شناختی. شماره ۵، دوره ۳

### ب- انگلیسی:

1. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision). Washington DC: Author.
2. Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *Am Psychol* 1979; 34: 906-11.
3. Lopatka C, Rachman S.(1995). Perceived responsibility and compulsive checking: an experimental analysis. *Behavior Research* . 33(6): 673-84.
4. -Morris, R. J., Bergan, J. R., &Fulginiti, J. V. (1992).Structural equation modeling in clinical assessment research with children. In Alan, E. Kazdin (ed), *Methodological issues & strategies in clinical research* (pp. 377-386). Washington DC: American Psychological Association.
5. Muris, P., Meesters, C., &Spinder, M. (2003). Relationships between child- and parent-reported behavioral inhibition and symptoms of anxiety and depression in normal adolescents. *Personality and individual Differences*, 34, 759-771.
6. Niemeyer, H, Moritz, s, Pietrowsky, R.(2013).Resposibility, Metacognition and unrealistic Pessimism in Obsessive – Compulsive Disorder. *Journal of obsessive – compulsive and related Disorder*, 2,119-129.
7. Onen, S, Ugurlu, GK, Caykoylu, A.(2013). The relationship between metacognitions and insight in obsessive –compulsive disorder. *comprehensivepsychoartry* ,54,541-548

8. Purdon, C., & Clark, D. A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects: content and relation with depressive anxious and obsessional symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1163-1181.
9. Rachman, S. (2004). OCD in and out of clinic. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 207-208.
10. Williams & Wilkins.
11. Salkovskis, P. M., Rachman, S. L., Ladouceur, R., Freeston, M. H., Taylor, S., Kyrios, M., & Sica, C. (1996). Defning responsibility in obsessional problems. In *Proceedings of the Smith College Women's Room after the Toronto Cafeteria*
12. Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S29-S52.
13. Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Reynolds, M., & Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 374-372.
14. Salkovskis, P. (1999). Obsessive-compulsive disorder, in *science and practice of cognitive behavioral therapy*, C.G. Fairburn, Editor., Oxford university press: New York
15. Wells A, Cartwright-Hatton S. A. (2004). short form of the Metacognitions Questionnaire: Properties of the MCQ 30. *Behaviour Research and Therapy*. 42: 385- 396.
16. Wells A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. 1st ed. Chichester: Wiley and sons .14-54.
17. Wells A, Matthews G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. 1st ed. Hove: Erlbaum 267.
18. Wells A, Matthews G. (1996). Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behav Res Ther*. 34: 881-8.

19. Wells, A. (1995). Metacognitive and worry: a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.

Wells, A. (1999). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Modification*, 23, 526-530

