

## مقایسه اعتماد به حافظه و شناخت در بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجباری (از نوع واری)، اختلال اضطراب منتشر و گروه بهنجار

**هدف:** هدف این پژوهش، مقایسه اعتماد به حافظه و شناخت در بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجباری (نوع واری)، بیماران مبتلا به اضطراب منتشر و گروه بهنجار بود. روش: سه گروه شامل ۲۵ بیمار مبتلا به وسواس واری، ۲۳ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب منتشر و ۲۶ نفر بهنجار به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. روش از نوع علی - مقایسه‌ای بود. آزمودنی‌ها مقیاس اعتماد به حافظه و شناخت، پرسش‌نامه پادوا و پرسش‌نامه افسردگی بک (ویرایش دوم) را تکمیل کردند. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد نمرات گروه‌های وسواس واری، اضطراب منتشر و بهنجار، هم در مقیاس اعتماد به حافظه و شناخت در کل (خصوصاً فراحافظه) و هم در خرده‌مقیاس‌های آن از لحاظ آماری تفاوت معناداری داشتند. نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد، یکی از مشکلات اصلی بیماران مبتلا به وسواس واری، فراحافظه آنان است و در این میان کاهش اعتماد به حافظه نقش مهمی در تبیین این بیماری دارد. واژه‌های کلیدی: مقیاس اعتماد به حافظه و شناخت، وسواس فکری - عملی، اختلال اضطراب منتشر

\*نشانی تماس: شیراز - خیابان ارم - تپه

دانشگاه - دانشکده علوم تربیتی - بخش

روانشناسی بالینی

رایانامه: crahimi@hotmail.com

## The Comparison of Memory and Cognitive Confidence among Patients with Obsessive - Compulsive Disorder (Checker-Type), Generalized Anxiety Disorder and Normal Group

**Objective:** The aim of present study was to compare the memory and cognitive confidence among patients with obsessive-compulsive disorder (checker-type), generalized anxiety disorder (GAD) and normal group. **Method:** Using convenience sampling method, three groups including 25 obsessive-compulsive patients (checker-type), 23 patients with generalized anxiety disorder and 26 normal subjects were selected. In the present causal-comparative investigation, participants completed Memory and Cognitive Confidence Scale, Padua Inventory and Beck Depression Inventory-revised. Data were analyzed using analysis of variance. **Results:** The results showed a significant difference between three groups in memory and cognitive confidence (meta-memory trait) scale and its subscales. **Conclusion:** Problem in the process of meta-memory appears to be one of the most important issues among these patients. Meanwhile, low confidence to memory possibly plays a central role in explaining the obsessive-compulsive disorder (checker-type).

**Keywords:** Memory and cognitive confidence Scale, Obsessive-compulsive disorder, Generalized Anxiety Disorder

Sara Keshtkar Ghalati\*

MA in Clinical Psychology

Changiz Rahimi

Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Shiraz University

Norolah Mohamadi

Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Shiraz University

\*Corresponding Author:

Email: crahimi@hotmail.com

## مقدمه

ممکن است به حفظ و رشد اختلال وسواس کمک کند. فرآیند کار به این شکل است که یک دور معیوب فراخوانده می‌شود و به‌موجب آن شک و تردید آغازین دربارهٔ اعمال فرد و به‌خاطر آوردن این اعمال، واریسی کردن‌های مکرر را تشویق می‌کند و در نهایت از اعتماد فرد به حافظه و اعمال می‌کاهد.

برخی تحقیقات دربارهٔ ارتباط میان فراحافظه و اختلال وسواس شواهد بیشتری فراهم کرده‌اند، با این نتیجه‌گیری که با افزایش اعتماد به حافظه، رفتار واریسی کردن در میان دانشجویان کاهش یافته است (فان‌دن‌هات<sup>۱</sup> و کیندت<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳ a، ۲۰۰۳ b). در برخی از تحقیقات، اعتماد به حافظه نسبت به نقص‌های عصب-روان‌شناختی مربوط به نقص حافظه در اختلال وسواس، اندازهٔ تأثیر بیشتری را نشان داد (وودس<sup>۲</sup>، ووا<sup>۳</sup>، چمبلس<sup>۴</sup> و باین<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲). بر اساس این تحقیقات، افراد مبتلا به اختلال وسواس نسبت به گروه کنترل بهنجار (حتی در غیاب بدکارکردی عملکرد حافظه) اعتماد به حافظهٔ کمتری را نشان دادند (مک دونالد<sup>۶</sup>، آنتونی<sup>۷</sup>، مک لئود<sup>۸</sup> و ریشتر<sup>۹</sup>، ۱۹۹۷؛ مک نلی<sup>۱۰</sup> و کولبک<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۳) و این اعتماد کمتر به حافظه هم اطلاعات مرتبط با تهدید و هم اطلاعات نامرتبط با تهدید را شامل می‌شد (تالین<sup>۱۲</sup>، آبراموویتز<sup>۱۳</sup>، بارتولمو<sup>۱۴</sup>، نادر<sup>۱۵</sup>، استریت<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ تونا<sup>۱۷</sup>، تکان<sup>۱۸</sup> و تاپکوگلو<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۵).

کاگل<sup>۲۰</sup>، سالکووسکیس<sup>۲۱</sup> و وال<sup>۲۲</sup> (۲۰۰۷) گزارش کردند که مبتلایان به وسواس واریسی نسبت به گروه کنترل،

اگر چه امروزه اطلاعات زیادی در مورد مکانیسم‌های روانی دخیل در رفتارهای وسواسی-اجباری در دست است، اما در این زمینه هنوز ابهامات زیادی وجود دارد که نیازمند مطالعات بیشتری است. یکی از این موارد برخی ویژگی‌های رفتاری وسواس واریسی کردن است. چرا فرد درگیر واریسی این است که آیا اجاق گاز را خاموش کرده است یا نه؟ و اینکه چرا واریسی کردن تکرار می‌شود؟ به نظر می‌رسد در این مورد گرایش به کاهش ترس و اضطراب و نیز افزایش احساس مسئولیت شخصی نقش دارد؛ با وجود این، مطالعات بیشتری لازم است تا مشخص شود چرا یک بار واریسی کردن، اضطراب ناشی از وضعیت را در افراد مبتلا به وسواس کاهش نمی‌دهد. در این زمینه گروهی از محققان به نقش حافظه اشاره کرده‌اند (هرمنس<sup>۱</sup>، اینگلن<sup>۲</sup>، گروولز<sup>۳</sup>، جوز<sup>۴</sup>، لمنز<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ راجمن<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲). نقش اختلال در حافظه کاملاً محتمل به نظر می‌رسد. بعضی پژوهشگران معتقدند کنترل چندبارهٔ اجاق گاز می‌تواند با این فرض توضیح داده شود که واریسی کردن‌های قبلی فراموش شده است (هرمنس و همکاران، ۲۰۰۸)، اما در این زمینه هنوز شواهد علمی کافی وجود ندارد و پژوهش‌های بیشتر و دقیق‌تری لازم است.

راجمن (۲۰۰۲) نبود اعتماد در یادآوری حوادث را به عنوان مشخصهٔ نشخوار ذهنی در وسواس مطرح کرد. وی در نظریهٔ شناختی خود دربارهٔ وسواس واریسی، "نبود اعتماد به حافظه" را به‌عنوان یک "مکانیسم خودتداوم‌بخش"<sup>۳</sup> در وسواس واریسی توصیف کرد. به نظر او ممکن است در مورد حوادث خاص برانگیختگی اضطراب‌آور در حافظهٔ فرد دخالت کند و در نتیجه برای فرد متأثر از آن به عنوان شاهدی دال بر عدم صلاحیت فردی تفسیر شود. با تکرار واریسی کردن، اعتماد فرد در به‌خاطر آوردن رفتار واریسی کردن خود کمتر شده و این به قوی‌تر شدن سوءتعبیر وی در معناداری شخصی از مشکلات در حافظه کمک می‌کند. بنابراین باورها و ادراکات شخص دربارهٔ توانایی (قابلیت)<sup>۹</sup> حافظهٔ خود

- |                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| 1- Hermans           | 17- Antony      |
| 2- Engelen           | 18- MacLeod     |
| 3- Grouwels          | 19- Richter     |
| 4- Joos              | 20- McNally     |
| 5- Lemmens           | 21- Kohlbeck    |
| 6- Rachman           | 22- Tolin       |
| 7- Self-perpetuating | 23- Abramowitz  |
| 8- Recollection      | 24- Bartholomew |
| 9- Capabilities      | 25- Nader       |
| 10- Van den Hout     | 26- Street      |
| 11- Kindt            | 27- Tuna        |
| 12- Woods            | 28- Tekcan      |
| 13- Vevea            | 29- Topçuoğlu   |
| 14- Chambless        | 30- Cogle       |
| 15- Bayan            | 31- Salkovskis  |
| 16- MacDonald        | 32- Wahl        |

برای اطمینان از تعلق یا عدم تعلق اختصاصی این اختلال به گروه بیماران وسواسی هم می توان گروه دیگری از بیماران اضطرابی مانند بیماران دارای اختلال اضطرابی منتشر را به عنوان گروه کنترل آزمایش کرد.

در این پژوهش سعی شد تا با شناسایی نوع اختلال عملکرد فراحافظه بیماران مبتلا به اختلال وسواس و ارسی و در راستای تبیین سبب شناسی آن، مسیر جدیدی پیش روی متخصصان قرار گیرد؛ در این صورت، تحقیقات بعدی می توانند با توجه به سبب شناسی خاص این اختلال، راهبردهای درمانی جدید ارائه دهند. تحقیق حاضر در پی پاسخ گویی به این سؤال هاست که آیا گروه های وسواس و ارسی، اضطراب منتشر و بهنجار در مقیاس اعتماد به حافظه و شناخت (خصیصه فراحافظه) با یکدیگر تفاوت دارند؟ و دیگر اینکه تفاوت گروه های وسواس و ارسی، اضطراب منتشر و بهنجار در کدام یک از خرده مقیاس های اعتماد به حافظه و شناخت (خصیصه فراحافظه) معنادار است؟

## روش

طرح پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه ای بود. جامعه این پژوهش همه بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجباری مراجعه کننده به درمانگاه ها و مراکز تخصصی روان پزشکی شهر شیراز در سال ۱۳۹۰ بودند. از میان مراجعان به مراکز، ۲۵ بیمار مبتلا به وسواس و ارسی و ۲۳ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، به شیوه نمونه گیری در دسترس، انتخاب شدند. همچنین از میان کارکنان درمانگاه ها و مراکز تخصصی روان پزشکی شهر شیراز ۲۶ نفر که سابقه هیچ گونه تشخیص روان پزشکی نداشتند و پس از معاینه وضعیت روانی نیز تشخیص روان پزشکی دریافت نکرده بودند به عنوان گروه

برای توانایی حافظه خود در هر دو موقعیت مرتبط و نامرتب با وسواس، ادراکات (و احساسات) ضعیف تری نشان دادند، اما اعتماد کمتر در به خاطر آوردن فقط در موقعیت مرتبط با وسواس بود. اعتماد به حافظه در موقعیت های مربوط به وسواس ممکن است با ادراکات فرد از حافظه اش (مانند عقاید و باورها درباره حافظه) و یا احتمالاً معیارهای بالای فرد درباره خودش (مانند باورهای کمال گرایی) ارتباط داشته باشد (فراست<sup>۱</sup>، مارتن<sup>۲</sup>، لهارت<sup>۳</sup>، و روسنبلت<sup>۴</sup>، ۱۹۹۰؛ فراست و شوس<sup>۵</sup>، ۱۹۹۳). در بیشتر تحقیقات، برای بررسی اعتماد به حافظه و نقص در حافظه خاص با کاربرد ابزاری که درجه "حالت یا وضعیت" اعتماد به حافظه را به دست می آورد، از تکالیف خاصی استفاده شده است؛ یعنی آنها با موقعیت ها یا حالات خاصی مرتبط بوده و تغییرات را چندین مرتبه (برای مثال با تکرار و ارسی کردن) نشان می دادند (رادومسکی<sup>۷</sup>، گیلشریست<sup>۸</sup>، دوسالت<sup>۹</sup>، ۲۰۰۶؛ فان دن هات و کیندت، ۲۰۰۳ b).

در مجموع، با وجود اینکه در زمینه عملکرد حافظه در وسواس تحقیقات مختلفی شده است، شواهد مبتنی بر نقص حافظه، به طور کلی، حتی در وسواس و ارسی قانع کننده نیست. نتایج بعضی تحقیقات نشان داده است که در موقعیت های مرتبط با و ارسی مکرر، افراد مبتلا به وسواس، کاهش اطمینان به حافظه را نشان دادند (کلز<sup>۱۰</sup>، رادومسکی و هورنگ<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۶؛ بوشن<sup>۱۲</sup> و واکسانوویک<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۷؛ رادومسکی و همکاران، ۲۰۰۶)، در حالی که نتایج مطالعات هرمنس، مارتنس<sup>۱۴</sup>، دکورت<sup>۱۵</sup>، پیترز<sup>۱۶</sup> و الن<sup>۱۷</sup> (۲۰۰۳) متفاوت بوده است. نمونه بیماران مبتلا به وسواس فقط در یادآوری اعمال ختشی، و نه اعمال مرتبط با وسواس، میزان اعتماد کمتری را نشان دادند. در تحقیق هرمانس و همکاران (۲۰۰۸) نیز این کاهش اطمینان به حافظه در موقعیت های مرتبط با و ارسی مکرر مشاهده نشد.

با توجه به نتایج متفاوت قبلی، بررسی جزئی تر فراحافظه، مانند بررسی خرده مقیاس ها در بیماران وسواس و ارسی می تواند اطلاعات دقیق تری در این زمینه به دست دهد.

- |               |                |
|---------------|----------------|
| 1- Frost      | 10- Coles      |
| 2- Marten     | 11- Horng      |
| 3- Lahart     | 12- Boschen    |
| 4- Rosenblate | 13- Vuksanovic |
| 5- Shows      | 14- Martens    |
| 6- State      | 15- De Cort    |
| 7- Radomsky   | 16- Pieters    |
| 8- Gilchrist  | 17- Eelen      |
| 9- Dussault   |                |

مخالقم؛ ۵ = به شدت موافقم) درجه بندی می شود. این مقیاس که از چهار خرده مقیاس تشکیل شده، نوعی پرسش نامه خود گزارش دهی است که خصیصه فراحافظه را به طور کلی می سنجد. این چهار خرده مقیاس عبارت اند از: ۱- خرده مقیاس اعتماد به حافظه عمومی؛ ۲- خرده مقیاس اعتماد به توانایی تصمیم گیری / برنامه ریزی؛ ۳- خرده مقیاس اعتماد به توانایی تمرکز؛ ۴- معیارهای کمال گرایانه درباره حافظه. مقیاس و خرده مقیاس ها پایایی آزمون- بازآزمون خوبی را در نمونه های بالینی و غیر بالینی دانشجویی اختلال وسواس نشان دادند. پایایی آزمون- بازآزمون (دو تا سه ماه) برای مقیاس درکل ( $r=0.76$ ) و همه خرده مقیاس ها (برای عوامل اول، دوم، سوم و چهارم به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۸۹، ۰/۹۲، ۰/۷۴) رضایت بخش بوده است. ضریب همبستگی مقیاس اعتماد به حافظه و شناخت با پرسش نامه های افسردگی بک (فرم تجدیدنظر شده) (بک، استر<sup>۱</sup> و براون<sup>۱</sup>، ۱۹۹۶) ۰/۴۴ به دست آمد (ندلجکویک و کایریوس، ۲۰۰۷). در این تحقیق برای بررسی پایایی نسخه فارسی پرسش نامه از دو روش دونیمه سازی و آلفای کرونباخ استفاده شد که به ترتیب ضرایب ۰/۸۳ و ۰/۹۲ به دست آمد. برای مطالعه روایی نیز روش روایی همزمان، همگرا و تحلیل عوامل به کار رفت. روایی همزمان مقیاس اعتماد به حافظه و شناخت از طریق اجرای همزمان با مقیاس وسواسی اجباری مادزلی انجام شد که حاصل آن ضریب همبستگی ۰/۲۲ بود. برای بررسی روایی همگرای این مقیاس، از ضرایب همبستگی خرده مقیاس های مقیاس اعتماد به حافظه و شناخت استفاده شد. نتایج نشان داد که ارتباط عوامل مقیاس اعتماد به حافظه و شناخت معنادار و مطلوب است. دامنه ضرایب میان عوامل، بین

- 1- Memory And Cognitive Confidence Scale (MACCS)
- 2- Nedeljkovic
- 3- Kyrios
- 4- Confidence in general memory (MACCS-GEN)
- 5- Confidence in decision-making ability (MACCS-DEC)
- 6- Confidence in concentration abilities (MACCS-CON)
- 7- Perfectionistic expectations of memory (MACCS-PER)
- 8- Beck
- 9- Steer
- 10- Brown

کنترل بهنجار انتخاب شدند. در مجموع، ۲۹/۷ درصد آزمودنی ها مرد و ۷۰/۳ درصد زن، ۴۵/۹ درصد مجرد و ۵۴/۱ درصد متأهل بودند. تحصیلات ۱۷/۶ درصد راهنمایی، ۵۰ درصد دبیرستان و دیپلم بود و ۳۲/۴ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. حداقل سواد آزمودنی ها هفت کلاس بود. میانگین سنی آزمودنی ها ۲۷/۵۲ و انحراف معیار آن ۶/۴۵ بود. افرادی که سابقه اعتیاد به مواد مخدر، اختلال عضوی مغزی و یا اختلال روانی دیگری داشتند، از مطالعه حذف و گروه ها از نظر سن، جنسیت، تحصیلات، وضعیت تأهل، طول درمان و متغیر افسردگی همتا شدند.

بیماران وسواس واریسی شامل هشت مرد و ۱۷ زن و از نظر تحصیلات چهار نفر (۱۶ درصد) در سطح راهنمایی، ۱۵ نفر (۶۰ درصد) در سطح دبیرستان و دیپلم و شش نفر (۲۴ درصد) در سطح دانشگاه بودند. از نظر وضعیت تأهل، ۱۲ نفر (۴۸ درصد) مجرد و ۱۳ نفر (۵۲ درصد) متأهل بودند. تعداد بیماران اضطراب منتشر چهار مرد و ۱۹ زن بودند. از نظر سطح تحصیلات پنج نفر (۲۱/۷ درصد) در سطح راهنمایی، ۱۰ نفر (۴۳/۵ درصد) در سطح دبیرستان و دیپلم و هشت نفر (۳۴/۸ درصد) در سطح دانشگاه قرار داشتند. از نظر وضعیت تأهل ۱۲ نفر (۵۲/۲ درصد) مجرد و ۱۱ نفر (۴۷/۸ درصد) متأهل بودند. افراد بهنجار شامل ۱۰ مرد و ۱۶ زن می شد. چهار نفر (۵/۴ درصد) از آزمودنی ها در سطح راهنمایی، ۱۲ نفر (۴۶/۲ درصد) در سطح دبیرستان و دیپلم و ۱۰ نفر (۳۸/۵ درصد) در سطح دانشگاه بودند. از این تعداد ۱۰ نفر (۳۸/۵ درصد) مجرد و ۱۶ نفر (۶۱/۵ درصد) متأهل بودند. استفاده از آزمون خبی دو برای مقایسه گروه ها در متغیرهای جنسیت ( $p=0.07$ )، میزان تحصیلات ( $\chi^2=1.98$ ،  $df=2$ )، وضعیت تأهل ( $\chi^2=2.96$ ،  $df=2$ ) و تفاوت معناداری نشان نداد.

#### ابزارهای پژوهش

مقیاس اعتماد به حافظه و شناخت: این مقیاس ساخته ندلجکویک<sup>۲</sup> و کایریوس<sup>۳</sup> (۲۰۰۷) و شامل ۲۸ سؤال است که در مقیاس پنج درجه ای لیکرت (۱ = به شدت

کلی از صفر تا ۶۳ است. این ابزار در نمونه بالینی و غیربالینی همسانی درونی بالا ( $\alpha=0/92$ ) و همچنین در طول یک هفته پایایی آزمون-بازآزمون بالایی ( $r=0/93$ ) را نشان داده است (بک و همکاران، ۱۹۹۶). طراحان این پرسش نامه، نمره ۱۰ و بیشتر را افسردگی خفیف و نمره ۲۰ و بیشتر را افسردگی متوسط در نظر می گیرند. ثبات درونی آزمون برای دانشجویان ایرانی  $\alpha=0/87$  و پایایی آزمون-بازآزمون  $r=0/73$  به دست آمده است (قاسم زاده<sup>۶</sup>، خمسه<sup>۷</sup> و ابراهیم خانی<sup>۸</sup>، ۲۰۰۵). روایی و پایایی این پرسش نامه برای بیماران افسرده ایرانی قابل قبول گزارش شده است (دابسون<sup>۹</sup> و محمدخانی<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۷). پژوهشگران این پژوهش این پرسش نامه را برای همتاسازی آزمودنی ها در این متغیر به کار برده اند.

#### روش اجرا

ابتدا بیمارانی که به وسیله روان شناس یا روان پزشک مربوطه، تشخیص اختلال وسواس-اجباری گرفته بودند به محقق ارجاع شدند. برای تشخیص اختلال وسواس-اجباری از نوع واری، با رضایت بیماران مبتلا به اختلال وسواس، براساس ملاک های تشخیصی DSM-IV-RT (۲۰۰۴)، مصاحبه بالینی شد. شرکت کنندگان در آزمون فرم رضایت نامه شرکت در پژوهش را تکمیل کردند. برای بررسی و سرند شرکت کنندگان همراه با مصاحبه بالینی، که با استفاده از نسخه بالینی نیمه ساختار یافته برای تشخیص اختلالات در DSM-IV (SCID-I-CV) (فرست<sup>۱۱</sup>، اسپینزر<sup>۱۲</sup>، گیبون<sup>۱۳</sup> و ویلیامز<sup>۱۴</sup>،

۰/۲۰ تا ۰/۶۹ بود. افزون بر این هر یک از عوامل نیز با کل پرسش نامه، همبستگی بالایی دارند که کمترین و بیشترین آنها به ترتیب ۰/۲۵ و ۰/۹۳ است. نتایج تحلیل عاملی داده ها، مدل چهار عاملی مقیاس اعتماد به حافظه و شناخت را تأیید کرد.

**پرسش نامه پادوا<sup>۱</sup>:** این پرسش نامه که به وسیله ساناوویو<sup>۲</sup> (۱۹۸۸) ساخته شده، یک پرسش نامه خودگزارشی ۶۰ سئوالی است که وسواس فکری-عملی را می سنجد. پاسخ های آزمودنی ها به هر ماده در یک پیوستار پنج رتبه ای لیکرت که در آن صفر معادل اصلاً و چهار معادل خیلی زیاد است درجه بندی شده است. پرسش نامه دارای چهار خرده مقیاس آلودگی (۱۹ ماده)، واری کردن (۱۱ ماده)، اختلال در کنترل فعالیت های ذهنی (۱۲ ماده) و تکانه ها و نگرانی در مورد از دست دادن کنترل رفتارهای حرکتی (۱۳ ماده) است. ساناوویو ضریب همسانی درونی این پرسش نامه را بر حسب آلفای کرونباخ، ۰/۹۵ و روایی همزمان این پرسش نامه را از طریق همبستگی نمره کل پرسش نامه پادوا با پرسش نامه وسواس فکری-عملی مادزلی و پرسش نامه وسواس فکری لیتون، در دامنه ۰/۶۵ تا ۰/۷۵ گزارش کرده است. بررسی پایایی و روایی این پرسش نامه در ایران (گودرزی<sup>۳</sup> و فیروزآبادی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵) ضریب بازآزمایی با فاصله ۳۰ روز در چهار عامل ذکر شده را به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۸۱، ۰/۶۵ و ۰/۶۰ گزارش کرده است. برای بررسی روایی همزمان مقیاس پادوا، همبستگی نمرات آزمودنی های فوق در این مقیاس با نمرات آنها در پرسش نامه وسواس فکری-عملی مادزلی محاسبه و مقدار ۰/۶۷ به دست آمد. در پژوهش حاضر برای سرند بیماران مبتلا به اختلال وسواس واری از خرده مقیاس واری استفاده شد.

**پرسش نامه افسردگی بک (فرم تجدیدنظر شده)<sup>۵</sup>:** این پرسش نامه خودگزارشی ۲۱ ماده ای برای ارزیابی نشانگان افسردگی (بر اساس ملاک های DSM-IV) طراحی و به وسیله بک و همکارانش (۱۹۹۶) ساخته شده است. اساس مواد این پرسش نامه درجه بندی لیکرت (از صفر= اصلاً تا سه= به شدت) با یک نمره

- 1- The Padua Inventory (PI)
- 2- Sanavio
- 3- Goodarzi
- 4- Firoozabadi
- 5- Beck Depression inventory (BDI-II)
- 6- Ghasemzadeh
- 7- Khamse
- 8- Ebrahimkhani
- 9- Dobson
- 10- Mohammadkhani
- 11- Structured Clinical Interview for DSM-IV, axis I disorders, Clinical Version
- 12- Frist
- 13- Spitzer
- 14- Gibbon
- 15- Williams

رفع کنند. برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها محدودیت زمانی وجود نداشت. برای گروه کنترل نیز همین روند به کار گرفته شد. به منظور کنترل تأثیر احتمالی ترتیب آزمون‌ها، مجموعه آزمون‌ها با ترتیبی متفاوت و به طور تصادفی به هر آزمودنی ارائه شد. اطلاعات جمع‌آوری شده با نرم‌افزار SPSS و روش‌های آماری تحلیل واریانس، کروسکال-والیس و آزمون‌های تعقیبی شفه و یومن ویتنی تجزیه و تحلیل شدند.

### یافته‌ها

برای بررسی تفاوت گروه‌های وسواس واریانس، اضطراب منتشر و بهنجار در مقیاس اعتماد به حافظه و شناخت در کل (خصیصه فراحافظه) از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شد. میانگین و انحراف معیار گروه‌ها در این مقیاس و خرده‌مقیاس‌های آن در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

۱۹۹۷) انجام شد، خرده‌مقیاس واریانس پرسش‌نامه پادوا (ساناویو، ۱۹۸۸) نیز به کار رفت. پایایی و قابلیت اجرایی نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته تشخیصی برای DSM-IV (SCID) در ایران تأیید شده است (شریفی<sup>۱</sup>، اسعدی<sup>۲</sup>، محمدی<sup>۳</sup>، امینی<sup>۴</sup>، کاویانی<sup>۵</sup>، و همکاران، ۲۰۰۴). با بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر نیز بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR، در صورت رضایت آنها مصاحبه بالینی شد. پس از اطمینان از رعایت ملاک‌های شمول و رد، محقق پرسش‌نامه‌ها را به صورت انفرادی و در یک جلسه و در فضایی آرام در همان مکان‌های مراجعه شده، به گروه‌ها ارائه کرد. پس از توضیح در مورد دستورالعمل آزمون حافظه و نحوه تکمیل پرسش‌نامه‌ها، از شرکت‌کنندگان خواسته شد در صورت مبهم بودن گویه‌های پرسش‌نامه‌ها، با طرح سؤال ابهامات خود را

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار گروه‌های مختلف در مقیاس اعتماد به حافظه و شناخت در کل (خصیصه فراحافظه) و خرده‌مقیاس‌های آن

متغیرها	گروه‌ها	حجم نمونه	میانگین	انحراف معیار
اعتماد به حافظه و شناخت در کل (خصیصه فراحافظه)	وسواس واریانس	۲۵	۹۵/۴۹	۱۳
	اضطراب منتشر	۲۳	۸۲/۸۱	۱۵/۰۹
	بهنجار	۲۶	۶۱/۷۷	۹/۴۱
اعتماد به حافظه عمومی	وسواس واریانس	۲۵	۴۷/۵۵	۱۴/۳۲
	اضطراب منتشر	۲۳	۳۹/۰۲	۱۲/۱۱
	بهنجار	۲۶	۲۹/۹۸	۶/۷۳
اعتماد به توانایی تصمیم‌گیری / برنامه‌ریزی	وسواس واریانس	۲۵	۱۶/۹۴	۳/۸۱
	اضطراب منتشر	۲۳	۱۴	۳/۹۴
	بهنجار	۲۶	۱۲/۶۵	۳/۰۷
اعتماد به توانایی تمرکز	وسواس واریانس	۲۵	۱۷/۳۲	۲/۸۲
	اضطراب منتشر	۲۳	۱۷/۶۴	۲/۶۶
	بهنجار	۲۶	۱۲/۴۳	۳/۶۲
معیارهای کمال‌گرایانه درباره حافظه	وسواس واریانس	۲۵	۱۱/۴۰	۱/۶۶
	اضطراب منتشر	۲۳	۸/۴۳	۳/۱۰
	بهنجار	۲۶	۷/۱۷	۳/۰۳

1- Sharifi  
2- Asadi

3- Mohammadi  
4- Amini

5- Kaviani

تفاوت معنادار وجود دارد ( $F=46/63, P<0/001$ ). برای مقایسه زوج میانگین‌ها از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ آمده است. گروه‌های وسواس و ارسى، اضطراب منتشر و بهنجار از لحاظ آماری با یکدیگر تفاوت معناداری داشتند.

داده‌های جدول ۱ نشان می‌دهد که در مقیاس اعتماد به حافظه و شناخت در کل (خصیصه فراحافظه) بیشترین میانگین به گروه بیماران وسواس و ارسى و کمترین میانگین به گروه بهنجار مربوط است. نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه در این مقیاس نشان داد که بین گروه‌ها

جدول ۲- آزمون تعقیبی شفه برای مقیاس اعتماد به حافظه و شناخت در کل (خصیصه فراحافظه) و خرده مقیاس‌های آن در گروه‌های مختلف

متغیرها	گروه‌ها	گروه‌ها	حجم نمونه	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	P	
اعتماد به حافظه و شناخت در کل (خصیصه فراحافظه)	وسواس و ارسى	اضطراب منتشر	۲۵	۱۲/۶۸	۳/۶۴	۰/۰۴	
		بهنجار	۲۳	۳۳/۷۳	۳/۵۳	۰/۰۰۱	
	اضطراب منتشر	وسواس و ارسى	۲۵	-۱۲/۶۸	۳/۶۴	۰/۰۴	
		بهنجار	۲۶	۲۱/۰۴	۳/۶۱	۰/۰۰۱	
	بهنجار	وسواس و ارسى	۲۳	-۳۳/۷۳	۳/۵۳	۰/۰۰۱	
		اضطراب منتشر	۲۶	-۲۱/۰۴	۳/۶۱	۰/۰۰۱	
	وسواس و ارسى	اضطراب منتشر	۲۵	۲/۹۴	۱/۰۴	۰/۰۲	
		بهنجار	۲۳	۴/۲۹	۱/۰۱	۰/۰۰۱	
	اعتماد به توانایی تصمیم‌گیری / برنامه‌ریزی	اضطراب منتشر	وسواس و ارسى	۲۵	-۲/۹۴	۱/۰۴	۰/۰۲
			بهنجار	۲۶	۱/۳۵	۱/۰۳	۰/۴۳
	بهنجار	وسواس و ارسى	۲۳	-۴/۲۹	۱/۰۱	۰/۰۰۱	
		اضطراب منتشر	۲۶	-۱/۳۵	۱/۰۳	۰/۴۳	
وسواس و ارسى	اضطراب منتشر	اضطراب منتشر	۲۵	-۰/۳۲	۰/۸۹	۰/۹۴	
		بهنجار	۲۳	۴/۸۹	۰/۸۶	۰/۰۰۱	
اعتماد به توانایی تمرکز	اضطراب منتشر	وسواس و ارسى	۲۵	۰/۳۲	۰/۸۹	۰/۹۴	
		بهنجار	۲۶	۵/۲۱	۰/۸۸	۰/۰۰۱	
بهنجار	وسواس و ارسى	۲۳	-۴/۸۹	۰/۸۶	۰/۰۰۱		
	اضطراب منتشر	۲۶	-۵/۲۱	۰/۸۸	۰/۰۰۱		

گروه بیماران وسواس و ارسى و در خرده‌مقیاس اعتماد به توانایی تمرکز، بیشترین میانگین به گروه بیماران اضطراب منتشر اختصاص دارد. گروه بهنجار در هر چهار خرده‌مقیاس کمترین میانگین را به دست آورد. نتایج آزمون ردیابی پیلایس معنادار ( $F=10/03, P<0/001$ ) و بیان‌گر این بود که اثر کلی گروه معنادار بوده است. نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه برای خرده‌مقیاس‌های اعتماد به توانایی تصمیم‌گیری / برنامه‌ریزی و اعتماد

برای بررسی تفاوت گروه‌ها در خرده‌مقیاس‌های اعتماد به حافظه و شناخت از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار گروه‌های مختلف در خرده‌مقیاس‌های اعتماد به حافظه و شناخت را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، در خرده‌مقیاس‌های اعتماد به حافظه عمومی، اعتماد به توانایی تصمیم‌گیری / برنامه‌ریزی و معیارهای کمال‌گرایانه درباره حافظه، بیشترین میانگین به

وارسی، اما در خرده‌مقیاس اعتماد به توانایی تمرکز بیشترین میانگین به گروه بیماران اضطراب منتشر مربوط بود. در هر دو خرده‌مقیاس کمترین میانگین به گروه بهنجار تعلق داشت.

با توجه به اینکه آزمون لون، که برابری واریانس گروه‌ها را نشان می‌دهد، در خرده‌مقیاس اعتماد به حافظه عمومی ( $F=21/15$ ،  $P<0/001$ ) و خرده‌مقیاس معیارهای کمال‌گرایانه درباره حافظه ( $F=3/15$ ،  $P<0/05$ ) معنادار شد، برای مقایسه گروه‌های سه‌گانه در خرده‌مقیاس‌های اعتماد به حافظه عمومی و معیارهای کمال‌گرایانه درباره حافظه از آزمون کروسکال-والیس استفاده شد. نتایج آزمون کروسکال-والیس نشان داد که تفاوت گروه‌ها در خرده‌مقیاس اعتماد به حافظه عمومی ( $X^2=19/20$ )، معنادار است ( $p<0/001$ ) و معیارهای کمال‌گرایانه درباره حافظه ( $X^2=26/06$ )، معنادار است. همچنین برای مقایسه گروه‌ها در خرده‌مقیاس اعتماد به حافظه عمومی و معیارهای کمال‌گرایانه درباره حافظه از آزمون تعقیبی یومن-ویتنی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ مشاهده می‌شود.

به توانایی تمرکز در گروه‌های مختلف نشان داد که اثر اصلی مربوط به متغیر گروه در خرده‌مقیاس‌های اعتماد به توانایی تصمیم‌گیری/برنامه‌ریزی ( $F=9/34$ ،  $p=0/001$ ) و اعتماد به توانایی تمرکز ( $F=22/62$ ،  $p=0/001$ ) معنادار است و نمرات گروه‌های وسواس واریسی، اضطراب منتشر و بهنجار در این خرده‌مقیاس‌ها از لحاظ آماری تفاوت معناداری دارد.

برای مقایسه جفت میانگین‌ها در خرده‌مقیاس‌های اعتماد به توانایی تصمیم‌گیری/برنامه‌ریزی و اعتماد به توانایی تمرکز، آزمون تعقیبی شفه به کار رفت که نتایج آن در جدول ۲ آمده است. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، مقایسه جفت میانگین‌ها با استفاده از آزمون شفه نشان داد که در خرده‌مقیاس‌های اعتماد به توانایی تصمیم‌گیری/برنامه‌ریزی فقط گروه بیماران اضطراب منتشر و گروه بهنجار از لحاظ آماری با یکدیگر تفاوت معناداری نداشتند. در خرده‌مقیاس اعتماد به توانایی تمرکز نیز فقط گروه بیماران وسواس واریسی و اضطراب منتشر از لحاظ آماری با یکدیگر تفاوت معناداری نداشتند. در خرده‌مقیاس اعتماد به توانایی تصمیم‌گیری/برنامه‌ریزی بیشترین میانگین به گروه بیماران وسواس

جدول ۳- آزمون تعقیبی یومن-ویتنی خرده‌مقیاس اعتماد به حافظه عمومی و معیارهای کمال‌گرایانه درباره حافظه در گروه‌های مختلف

متغیرها	گروه‌ها	حجم نمونه	میانگین رتبه‌ها	آزمون یومن ویتنی	P
اعتماد به حافظه عمومی	وسواس واریسی	۲۵	۲۹/۰۶	۱۷۳/۵۰	۰/۰۱
	اضطراب منتشر	۲۳	۱۹/۵۴		
معیارهای کمال‌گرایانه درباره حافظه	وسواس واریسی	۲۵	۳۴/۷۴	۱۰۶/۵۰	۰/۰۰۱
	بهنجار	۲۶	۱۷/۶۰		
	اضطراب منتشر	۲۳	۳۰/۲۶	۱۷۸	۰/۰۱
	بهنجار	۲۶	۲۰/۳۵		
	وسواس واریسی	۲۵	۳۱/۸۰	۱۰۵	۰/۰۰۱
	اضطراب منتشر	۲۳	۱۶/۵۷		
	وسواس واریسی	۲۵	۳۵/۷۰	۸۲/۵۰	۰/۰۰۱
	بهنجار	۲۶	۱۶/۶۷		
	اضطراب منتشر	۲۳	۲۹/۰۴	۲۰۶	۰/۰۶
	بهنجار	۲۶	۱۶/۶۹		



همان‌گونه که جدول ۳ نشان می‌دهد، مقایسه جفت میانگین‌ها با استفاده از آزمون تعقیبی یومن-ویتی حاکی از آن است که هر سه گروه بیماران وسواس و ارسى، اضطراب منتشر و گروه بهنجار در خرده‌مقیاس اعتماد به حافظه عمومی از لحاظ آماری با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. در خرده‌مقیاس معیارهای کمال‌گرایانه درباره حافظه نیز فقط گروه بیماران اضطراب منتشر و گروه بهنجار از لحاظ آماری با یکدیگر تفاوت معناداری نداشتند. در خرده‌مقیاس اعتماد به حافظه عمومی و معیارهای کمال‌گرایانه درباره حافظه، گروه وسواس و ارسى نسبت به گروه اضطراب منتشر و گروه بهنجار بیشترین میانگین و گروه بهنجار نیز نسبت به دو گروه دیگر کمترین میانگین را داشت.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که بیماران وسواس و ارسى در مقیاس خصیصه فراحافظه و در خرده‌مقیاس‌های اعتماد به حافظه عمومی، اعتماد به توانایی تصمیم‌گیری/ برنامه‌ریزی و معیارهای کمال‌گرایانه درباره حافظه به طور معناداری نسبت به دو گروه دیگر عملکرد ضعیف‌تری داشتند. در خرده‌مقیاس اعتماد به توانایی تمرکز نیز عملکرد بیماران وسواس و ارسى مشابه بیماران اضطرابی منتشر و به طور معناداری از گروه بهنجار ضعیف‌تر بود. بیماران دارای اضطراب منتشر نسبت به گروه بهنجار فقط در مقیاس‌های خصیصه فراحافظه و در خرده‌مقیاس اعتماد به حافظه عمومی و اعتماد به توانایی تمرکز عملکرد بهتری داشتند، ولی در خرده‌مقیاس‌های اعتماد به توانایی تصمیم‌گیری/ برنامه‌ریزی و معیارهای کمال‌گرایانه درباره حافظه با گروه بهنجار تفاوت معنادار نداشتند. بیماران دارای اضطراب منتشر نسبت به بیماران وسواس و ارسى در مقیاس فراحافظه و همه خرده‌مقیاس‌ها، غیر از اعتماد به توانایی تمرکز، عملکرد ضعیف‌تری نشان دادند. در خرده‌مقیاس اعتماد به توانایی تمرکز، بیشترین میانگین مربوط به گروه بیماران اضطراب منتشر بود. در مجموع، این یافته‌ها همسو با نتایج تحقیقاتی است

که گزارش کردند در موقعیت‌های مرتبط با و ارسى مکرر، افراد مبتلا به وسواس کاهش اطمینان به حافظه نشان دادند، در حالی که این کاهش در گروه کنترل بهنجار و سایر گروه‌های اضطرابی مشاهده نشد (کلز و همکاران، ۲۰۰۶؛ باشن<sup>۱</sup> و واکسانوویک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷؛ رادومسکی و همکاران، ۲۰۰۶). یافته‌های این تحقیق نیز نشان داد غیر از خرده‌مقیاس اعتماد به توانایی تمرکز، در سایر خرده‌مقیاس‌ها و مقیاس فراحافظه، بیماران وسواس و ارسى نسبت به بیماران اضطرابی ضعیف‌تر عمل کردند. از سوی دیگر، یافته‌های این تحقیق با نتایج تحقیق هرمانس و همکاران (۲۰۰۸) همسو نیست. بنا به گزارش آنها، در موقعیت‌های مرتبط با و ارسى مکرر کاهش اطمینان به حافظه مشاهده نشد. در تحقیق اخیر افراد مبتلا به وسواس در اطمینان به حافظه و ادراک با گروه بهنجار تفاوتی نداشتند، اما اطمینان به توجه کمتری نشان دادند. ندلجکویک، مولدینگ<sup>۳</sup>، کایروس و درون<sup>۴</sup> (۲۰۰۹) گزارش کردند که اعتماد کم به حافظه و شناخت، و ارسى کردن مکرر را پیش‌بینی می‌کند. به نظر آنها اعتماد کم به حافظه (به‌عنوان یکی از عوامل ایجاد کننده وسواس) به خصوص در رابطه با وسواس و ارسى است. به نظر آنها قضاوت درباره اعتماد کم به حافظه بازتاب یک عقیده کلی در باره عملکرد شناختی سطح پایین در افراد وسواسی است. ولز<sup>۵</sup> و متیوس<sup>۶</sup> (۱۹۹۴) نیز معتقدند عقاید و باورهای فرد، مانند میزان اعتماد و اطمینان به توانایی حافظه و تفکر، از طریق هدایت توجه و تمرکز به فرایندهای درونی در ایجاد اختلالات عاطفی مؤثر است. بر اساس این دیدگاه، تمرکز بیش از اندازه فرد بر فرایندهای درونی تا زمان رسیدن وی به اهدافش، اعتماد فرد را به اینکه کاری را درست انجام داده یا خیر کاهش می‌دهد.

همان‌طور که قبلاً نیز اشاره شد، در بیشتر تحقیقات، برای بررسی اعتماد به حافظه از ابزاری که درجه "حالت یا وضعیت" اعتماد به حافظه را به دست می‌آورد، استفاده

- |               |            |
|---------------|------------|
| 1- Boschen    | 4- Doron   |
| 2- Vuksanovic | 5- Wells   |
| 3- Moulding   | 6- Mathews |

خنثی سازی، واریسی کردن و استدلال ذهنی و ... فعال می‌شوند. این راهبردها باعث می‌شوند فرد نتواند این باورها را در واقعیت بیازماید و اعتبار آنها را رد کند. بنابر نظریه ولز، افزایش "خودآگاهی شناختی" در افراد مستعد و سواس باعث می‌شود که اولویت به رویدادهای درونی داده شود. از این رو، این معیار ذهنی و درونی است که بی‌خطر بودن توقف آیین یا فعالیت ذهنی و سواسی را تعیین می‌کند و نه معیار بیرونی مانند "نمی‌توانم از شستن دست بکشم، مگر آنکه احساس خوشایندی به من دست بدهد". توجه به رویدادهای درونی باعث می‌شود فرد درباره اعمال و رویدادهای واقعی اعتماد کمتری به حافظه خود داشته و با این تردید مواجه باشد که آیا کارهایی را که به نظرش مهم می‌آمده، به‌طور کامل انجام داده است یا نه (کلارک، ۲۰۰۷).

راچمن (۲۰۰۲) در تلاش برای توضیح اینکه چرا واریسی کردن اجباری تکرار می‌شود، به توضیح مکانیسم خود تداوم‌بخش در اختلال و سواس پرداخت. وی برای توضیح این مکانیسم مطرح کرد که واریسی کردن مکرر، حافظه فرد را برای واریسی مخدوش کرده و از این رو دستیابی اعتماد به حافظه را نیز کاهش می‌دهد. با تکرار واریسی کردن، اطمینان و اعتماد شخص به یادآوری خود از واریسی کردن کاهش می‌یابد؛ یعنی هر چه فرد بیشتر واریسی کند، به همان میزان اعتماد به حافظه خود از واریسی کردن را کاهش می‌دهد.

یکی از یافته‌های قابل توجه این پژوهش، تفاوت معنادار بیماران گروه بیماران اضطرابی منتشر و بهنجار در خصیصه فراحافظه بود. اگرچه تفاوت دو گروه و سواس واریسی و بیماران اضطرابی در مقیاس خصیصه فراحافظه معنادار است، این امکان وجود دارد که عملکرد ضعیف در خصیصه فراحافظه در همه بیماران اضطرابی (به صورت طیف) وجود داشته باشد؛ بدین صورت که بیمارانی که در زیرگروه اختلالات اضطرابی قرار دارند، به علت اضطراب بالا به درجات مختلف از این مشکل

شده است. به عبارتی، آنها با موقعیت‌ها یا حالات خاصی مرتبط بوده و تغییرات چندباره (برای مثال تکرار واریسی کردن) را نشان می‌دادند (رادومسکی و همکاران، ۲۰۰۶؛ فان‌دن‌هات و کیندت، ۲۰۰۳b)، اما تاکنون تحقیقی نشده است که خصیصه فقدان اعتماد به حافظه و توانایی‌های شناختی در اختلال و سواس، یعنی فقدان اعتماد به حافظه و توانایی‌های شناختی پایدار در طول زمان و در خلال انواع موقعیت‌ها را بررسی کند. این نقص خصیصه‌ای می‌تواند برای اختلال و سواس اهمیت سبب‌شناسی داشته باشد، زیرا قادر است در فرد آسیب‌پذیری‌ای ایجاد کند که به موجب آن فرد در موقعیت‌های خاص با تکرار واریسی کردن در پاسخ به افکار و سواسی یا شک و تردیدهای مزاحم اطمینان‌جویی مکرر را جست‌وجو می‌کند. همان‌طور که فان‌دن‌هات و کیندت (۲۰۰۳b) پیشنهاد کردند، عقاید و باورهای ناکارآمد درباره حافظه و فرایندهای مربوطه ممکن است با واریسی کردن‌های مکرر تقویت شده، ادامه یابد و حفظ شود.

تحقیق حاضر مبتنی بر مدل فراشناختی ولز (ولز، ۱۹۹۷؛ ولز و کارترایت-هاتون، ۲۰۰۴) است. بر اساس این نظریه، عقاید و باورها درباره فرایندهای تفکر، که علایم و سواس را برمی‌انگیزاند، عنصر مرکزی بدکارکردی پردازش شناختی محسوب می‌شود. به نظر ولز عقاید فراشناختی باعث هدایت و حتی سوگیری توجه به پردازش اطلاعات و نیز اختلال در ارزیابی و پاسخ می‌شود. در این مدل، اساس رفتارهای ختناسازی و واریسی، اهداف و ملاک‌های درونی ناخوشایند است. سایر عقاید فراشناختی مانند اعتماد شناختی کم ممکن است دسترسی به این معیارهای درونی را مشکل و در نتیجه به پافشاری در پاسخ‌دهی (برای مثال رفتار واریسی کردن) منجر شود (ولز، ۱۹۹۷؛ ولز و کارترایت-هاتون، ۲۰۰۴). براساس نظریه ولز، افکار و سواسی زمانی تهدیدکننده تلقی می‌شوند که به برانگیختن باورهای فراشناختی درباره معنای آن افکار بینجامند. در پی این فرایندهای فراشناختی، برای مقابله با خطر ادراک شده، راهبردهای خاص مانند سرکوب فکر،

- 1- Cartwright-Hutton
- 2- Clark

(۲۰۰۵، ۲۰۰۷)، فنون درمانی فراشناختی را پیشنهاد و بدین وسیله توجه متمرکز به خود و نیاز به کنترل و نظارت فزون یافته به افکار خود را کاهش داد.

از محدودیت‌های این تحقیق می‌توان به عدم کنترل شدت وسواس و نوع درمان‌هایی که بیماران دریافت می‌کردند اشاره کرد. همچنین به علت نابرابر بودن نسبت زنان و مردان، تفاوت‌های جنسیتی بررسی نشد. محدود بودن تعداد نمونه باعث شد تا انواع بیماران وسواسی نیز مقایسه نشوند. با توجه به این محدودیت‌ها، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اعتماد به حافظه و شناخت در انواع وسواس مقایسه و سعی شود تا حجم نمونه مورد بررسی افزایش یابد. همچنین متغیرهایی مانند جنسیت بررسی و انواع اختلالات وسواس مقایسه شود. علاوه بر عملکرد حافظه، عملکرد توجه در افراد مبتلا به اختلال وسواس-جبری از نوع واریسی نیز بررسی و با اعتماد به توانایی توجه (به عنوان یک عامل فراشناختی) مقایسه شود.

رنج ببرند. نقش خرده‌مقیاس‌های مختلف در انواع بیماران اضطرابی هم می‌تواند متفاوت باشد که بررسی این یافته به مطالعات بیشتر نیاز دارد.

از یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان برای شناسایی علل اختلال وسواسی-اجباری از نوع واریسی و انجام مداخلات درمانی استفاده کرد. نتایج تحقیق حاضر، در جهت گسترش نتایج تحقیقات پیشین، این فرض را تأیید می‌کند که نقص در خصیصه فراحافظه با اختلال وسواس ارتباط دارد. یافته‌های حاضر نشان می‌دهد که اطمینان کم به دامنه‌ای از توانایی‌های شناختی (مانند اعتماد به حافظه عمومی، اعتماد به توانایی تصمیم‌گیری/ برنامه‌ریزی و معیارهای کمال‌گرایانه درباره حافظه) با اختلال وسواس واریسی ارتباط دارد و میان گروه اضطراب منتشر و گروه بهنجار تمایز می‌گذارد. بر اساس این یافته‌ها، اختلال وسواس واریسی با اطمینان کم و انتظارات زیاد از حافظه و پردازش‌های مربوطه مرتبط است. برای منظور می‌توان بر پایه نظریه فراشناختی و لن

دریافت مقاله: ۹۱/۷/۱۸؛ پذیرش مقاله: ۹۱/۱۱/۲۹

## منابع

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Boschen, M. J., & Vuksanovic, D. (2007). Deteriorating memory confidence, responsibility perceptions and repeated checking: Comparisons in OCD and control samples. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2098-2109.
- Clark, D. A. (2007). *Cognitive-behavioural therapy for OCD*. New York: The Guilford Press.
- Coles, M. E., Radomsky, A., & Horng, B. (2006). Exploring the boundaries of memory distrust from repeated checking: Increasing external validity and examining thresholds. *Behaviour Research & Therapy*, 44, 995-1006.
- Cogle, J. R., Salkovskis, P. M., & Wahl, K. (2007). Perception of memory ability and confidence in recollections in obsessive-compulsive checking. *Anxiety Disorders*, 21, 118-130.
- Dobson, K.S. and Mohammadkhani, P. (2007). Psychometric characteristics of Beck Depression Inventory-II in patients with major depressive disorder. *Rehabilitation*, 29, 82-89.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinician Version*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Frost, R. O., & Shows, D. L. (1993). The nature and measurement of compulsive indecisiveness. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 683-692.
- Ghasemzadeh, H., Khamseh, A., & Ebrahimkhani, N. (2005). Demographic variables and clinical features of obsessive compulsive disorder in Iranian patients (2nd report). In B. E. Ling (Eds.), *OCD Research* (pp. 243-271). New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Goodarzi, M. A., Firoozabadi, A. (2005). Reliability and Validity of the Padua Inventory in an Iranian Population.

*Behaviour Research Therapy*, 43, 43-45.

Hermans, D., Martens, K., De Cort, K., Pieters, G., & Eelen, P. (2003). Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 383-401.

Hermans, D., Engelen, U., Grouwels, L., Joos, E., Lemmens, J., & Pieters, G. (2008). Cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder: Distrusting perception, attention and memory. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 98-113.

MacDonald, P. A., Antony, M. M., MacLeod, C. M., & Richter, M. M. (1997). Memory and confidence in memory judgements among individuals with obsessive-compulsive disorder and non-clinical controls. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 497-505.

McNally, R. J., & Kohlbeck, P. A. (1993). Reality monitoring in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 249-253.

Nedeljkovic, M., & Kyrios, M. (2007). Confidence in memory and other cognitive processes in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research & Therapy*, 45, 2899-2914.

Nedeljkovic, M., Moulding, R., Kyrios, M., & Doron, G. (2009). The relationship of cognitive confidence to OCD symptoms. *Behaviour Research & Therapy*, 45, 2899-2914.

Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 625-639.

Radomsky, A. S., Gilchrist, P. T., & Dussault, D. (2006). Repeated checking really does cause memory distrust. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 305-316.

Reynolds, CR, & Kamphaus, RW. (2004). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Eds.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169-177.

Sharifi V, Assadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, Shabani A, Shahrivar Z, Davari-Ashtiani R, Hakim Shooshtari M, Seddigh A, Jalali M. (2004). Reliability and feasibility of the Persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV (SCID). *Advances in Cognitive Science*, 6, 10-22

Tawakoli, S., Ghasemzadeh, H. (2004). Theory and cognitive behavior therapy for OCD. *Advances in Cognitive Science*, 8, 62-63.

Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Bartholomew, B. D., Nader, A., Street, G. P., & Foa, E. B. (2002). Memory and memory confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour*

*Research and Therapy*, 39, 913-927.

Tuna, S., Tekcan, A.I., & Topcuoglu, A. V. (2005). Memory and metamemory in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 15-27.

van den Hout, M., & Kindt, M. (2003a). Phenomenological validity of an OCD-memory model and the remember/know distinction. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 369-378.

van den Hout, M., & Kindt, M. (2003b). Repeated checking causes memory distrust. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 301-316.

Wells, A., & Mathews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum.

Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester: John Wiley & Sons.

Wells, A., & Cartwright-Hutton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 385-396.

Wells, A. (2005). The meta-cognitive model of GAD: assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 107-121.

Wells, A. (2007). Cognition about cognition: Metacognitive Therapy and change in generalized Anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 18-25.

Woods, C. M., Vevea, J. L., Chambless, D. L., & Bayan, U. J. (2002). Are compulsive checkers impaired in memory? A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 353-366.