

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۰۱/۱۶
تاریخ بررسی مقاله: ۱۳۹۴/۰۱/۱۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۳/۱۲

مجله دست‌آوردهای روان‌شناسی بالینی
دانشگاه شهید چمران اهواز، بهار و تابستان ۱۳۹۴
دوره‌ی اول، سال ۱، شماره ۱
صص: ۶۰-۴۱

بازداری پاسخ، خودآگاهی شناختی و تجربیات تجزیه‌ای در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی

عباس ابوالقاسمی *

شیرین یحیی نژاد **

محمد نریمانی ***

علی رضا نبی دوست ****

چکیده

هدف پژوهش حاضر، مقایسه بازداری پاسخ، خود آگاهی‌شناختی و تجربیات تجزیه‌ای در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی (زیر گروه‌های وارسی و شستشو) می‌باشد. این پژوهش علی-مقایسه‌ای است. نمونه پژوهش ۸۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی (زیر گروه‌های وارسی و شستشو) است که به صورت در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل سن بالای ۲۵ سال، مدرک تحصیلی حداقل سیکل و عدم ابتلا به بیماری‌های حاد جسمانی و روانی دیگر بود. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه وسواس فکری- عملی، آزمون رنگ- واژه استروپ، پرسشنامه فراشناخت و مقیاس تجربیات تجزیه‌ای بود. داده‌های پژوهش، با روش تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که میانگین زمان پاسخ و میزان خطا در آزمون استروپ در بیماران زیر گروه وارسی از بیماران زیر گروه شستشو به‌طور معناداری بیشتر است ($P < 0/001$). در صورتی که بین میانگین نمرات خودآگاهی‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی (زیر گروه‌های وارسی و شستشو) تفاوت معناداری، بدست نیامد. این یافته‌ها نشان می‌دهند که بازداری پاسخ و

* استاد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی (نویسنده مسئول)
abolghasemi1344@uma.ac.ir

** کارشناس ارشد، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل

*** استاد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

**** کارشناس ارشد، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران

تجربیات تجزیه‌ای می‌تواند به عنوان متغیرهای تأثیرگذار در فهم سبب‌شناسی، پیشگیری و درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی نقش مهمی ایفا کند.

کلید واژگان: بازداری پاسخ، خودآگاهی شناختی، تجربیات تجزیه‌ای، اختلال وسواس فکری- عملی.

مقدمه

اختلال وسواس فکری- عملی^۱ (OCD) یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی می‌باشد که در حوزه آسیب‌شناسی، پژوهش‌های زیادی را به خود اختصاص داده است. علایم وسواس فکری- عملی بسیار متنوع است و طیفی از افکار نافذ، اشتغال ذهنی و اعمال و آداب وسواسی را در بر می‌گیرد (آلیسون، واترسا، لارا و فارلا^۲، ۲۰۱۴). اگرچه اختلال وسواس فکری- عملی اختلالی شایع می‌باشد و طی سال‌های گذشته تحقیقات در این زمینه افزایش یافته است، ولی هنوز علت واقعی آن به‌طور کامل کشف نشده است (بوسچن^۳، ۲۰۰۸). این اختلال، معمولاً به صورت تدریجی شروع می‌شود و این امر شناسایی علل شروع آن را مشکل می‌سازد (ویال و ویلسون^۴، ۲۰۰۵). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که وجود تفاوت در انواع فرعی OCD است که این اختلال را ناهمگون می‌سازد (مرکادانته، روساریو- کامپوس، کوآرانتینی و ساتو^۵، ۲۰۰۴). هم‌چنین توصیف‌های بالینی از افراد مبتلا به OCD، در پاسخ‌های درمانی، علایم و شدت این اختلالات نیز ناهمگون است (میگوئل، لکمن، راج، دوساریو- کامپوس، هونی و همکاران^۶، ۲۰۰۵).

یکی از متغیرهای مهم در بیماران مبتلا به OCD، بازداری پاسخ^۷ است (آبرامویتچا، شامب، لوینب، بار- هنب و شوایگر^۸، ۲۰۱۴؛ هارسانی، سیگو، راجکای، دیمیتیر، نمث و

1- obsessive- compulsive disorder

2- Allison, Watersa, Lara, & Farrella

3- Boschen

4- Veal & Willson

5- Mercadante, Rosario-Campos, Quarantini, & Sato

6- Miguel, Leckman, Rauch, Do Rosario-Campos, Hounie, & et al

7- response inhibition

8- Abramovitcha, Shahamb, Levinb, Bar-Henb, & Schweiger

همکاران^۱، ۲۰۱۳). بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی در بازداری فعالیت‌ها و افکار تکراری مشکلاتی دارند و همین مشکل بازداری ممکن است نقش اساسی در سبب‌شناسی آن ایفا کند (ویهلم و فاما^۲، ۲۰۱۰). بازداری افکار، راهبرد مهمی برای تنظیم هیجان‌ها است (تولین، آبرامویچ، همیلین، فوآ و سینودی^۳، ۲۰۰۲) و اغلب جهت کاهش پریشانی حاصل از افکار مزاحم به کار می‌رود (اردلی و گلدبرگ^۴، ۱۹۷۸). به‌علاوه، ناتوانی در منع افکار ناخواسته، به احساسات شکست (وگنر، اشنایدر، کارتر و وایت^۵، ۱۹۸۷) و خلق منفی (پاردون، روا و آنتونی^۶، ۲۰۰۵) منجر می‌شود. بازداری، اشاره به خودکنترلی روان‌شناختی دارد و با تنظیم رفتار، افکار و هیجان‌ها مرتبط است (باری و ترور^۷، ۲۰۱۳). بازداری پاسخ در رابطه با این اختلال، به دو دلیل در خور توجه خاصی است. اولاً، نشانه‌شناسی بالینی این اختلال با افکار وسواسی مزاحم و عودکننده همراه است که به نقص در بازداری پاسخ مربوط می‌شود. دوم این که، پژوهشگران فرض را بر این قرار داده‌اند که احتمالاً بازداری پاسخ، یک کارکرد زیربنایی اولیه است و اگر آسیب ببیند منجر به نقایص ثانوی در کارکردهای اجرایی خواهد شد (بانون، گونزالوز، کرفت و بایس^۸، ۲۰۰۲). مشاهدات نوروسایکولوژیکی نقایص کارکردی، از سه احتمال در ارتباط با ماهیت آسیب‌شناختی حمایت کرده است: ۱. آسیب اساسی توانایی کارکرد اجرایی ۲. نقصان حافظه‌ی ضمنی و ثانوی، و ۳. اختلال در پردازش اطلاعات فضایی (برسانی، کورتینی، راتی، پالگیوکا و گالو^۹، ۲۰۱۳). تصویری که بیشترین حمایت را جلب کرده است، نشانه‌های OCD را به بدکاری اجرایی و مخصوصاً ناتوانی برای تنظیم رفتار هدفمند ارتباط می‌دهد (سباستین، پول، کلوپل، فیگ-لانگ، استال و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۳). هم‌چنین نقصان حافظه‌ی ضمنی و ثانوی، نقص کنترل بازداری را با توجه به فرآیندهای

1- Harsanyi, Csigo, Rajkai, Demeter, Nemeth, & et al

2- Wilhelm & Fama

3- Tolin, Abramowitz, Hamlin, Foa, & Synodi

4- Erdelyi & Goldberg

5- Wegner, Schneider, Carter, & White

6- Purdon, Rowa, & Antony

7- Bari & Trevor

8- Bannon, Gonsalvez, Croft, & Boyce

9- Bersani, Quartini, Ratti, Pagliuca, & Gallo

10- Sebastian, Pohl, Kloppel, Feige- Lange, Stahl, & et al

شناختی نشان داده است (کریکوریان، زیمرمن و فلک^۱، ۲۰۰۴) و تصور می‌شود که این نارسایی‌ها در بازداری، با افکار مزاحم و در نتیجه با رفتار وسواسی مرتبط باشند (بونی، ساواگ، دکرسیچ، کوتن و ویلهلم^۲، ۲۰۰۸). با توجه به اختلال در پردازش فضایی، مشکلات کنترل بازداری ناشی از عدم هماهنگی بین رفتارهای نامتناسب و چرخش ذهنی مرتبط با آن ایجاد می‌شود (برسانی و همکاران، ۲۰۱۳). بنابراین در اختلال وسواس فکری- عملی که با افکار مزاحم و رفتار آشکار و ناآشکار تکراری مشخص می‌شود، نقص در بازداری شناختی، تنظیم رفتار و نقصان پردازش اطلاعات فضایی می‌تواند از مهم‌ترین عوامل ایجاد و تداوم این اختلال باشد.

شناخت معیوب در OCD به ویژه در زیرگروه واریسی بهترین شکل توسط نقصان بازداری یا نقصان تغییر توجه از افکار جاری یا فعالیت‌های حرکتی به سمت شناخت‌های لذت‌بخش‌تر و کمتر پرباشان‌کننده توصیف می‌شود (چامبرلین، بلکوایل، فینبرگ، رابینز و اهاکیانان^۳، ۲۰۰۴).

خودآگاهی شناختی^۴ در تحلیل فرآیندهای فراشناختی OCD، سازه‌ای مرتبط است. پژوهش‌ها، تأثیر خودآگاهی شناختی را بر روی دوره‌های اختلال OCD تأیید کرده‌اند (اوزان، آیهان، آتس، ساریسوی، ابرینک و همکاران^۵، ۲۰۱۳؛ کیکولا، سارای، آلن و اکسرنب^۶، ۲۰۱۲). براساس نظریه فراشناختی، افزایش خودآگاهی شناختی در افراد مستعد وسواس باعث می‌شود که اولویت به رویدادهای درونی داده شود (ولز^۷، ۲۰۰۰). از این‌رو، معیار ذهنی و درونی است که بی‌خطر بودن توقف آئین یا فعالیت ذهنی وسواسی را تعیین می‌کند نه معیار بیرونی (کلارک^۸، ۲۰۰۴). بیماران مبتلا به OCD بوسیله باورهای منفی درباره نگرانی مشخص می‌شوند که با شدت افکار وسواسی رابطه دارد و نیاز بیشتر به کنترل افکار را نشان می‌دهد

- 1- Krikorian, Zimmerman, & Fleck
- 2- Bohné, Savage, Deckersbach, Keuthen, & Wilhelm
- 3- Chamberlain, Blackwell, Fineberg, Robbins, & Ahakianan
- 4- cognitive self -consciousness
- 5- Ozan, Ayhan, Ates, Sarisoy, Ebrinc, & et al
- 6- Kikula, Sarai, Allenb, & Exnerb
- 7- Wells
- 8- Clark

(موریتز، پترز، لاروی و لینکلن^۱، ۲۰۱۰). جنبه دیگر از فراشناخت مرتبط با OCD اعتماد شناختی^۲ است. بیماران مبتلا به OCD فاقد اعتماد به نفس در کارکردهای شناختی از جمله حافظه، توجه و تمرکز هستند. بنابراین این جنبه از فراشناخت می‌تواند به عنوان عاملی مهمی در وسواس واریسی باشد (ولز و پاپاگیورگیو^۳، ۱۹۹۸؛ هرمنز، انگلن و گروز^۴، ۲۰۰۸). به نظر می‌رسد OCD اختلالی است که در آن عملکرد ناکارآمد فراشناخت در باورها و راهبردهای خودتنظیمی، از عوامل روانی اولیه حفظ اختلال بوده و فرآیندهای فراشناختی می‌تواند در فهم مکانیزم‌های درگیر اختلال وسواسی- اجباری کاربرد ویژه‌ای داشته باشد. مدل فراشناختی در آسیب‌شناسی وسواس، به خودآگاهی شناختی توجه دارد که ممکن است در پیدایش و تداوم وسواس مؤثر باشد. خودآگاهی بالا نیز از اشکال ویژه اختلال هیجانی است که نیاز به درمان پیشرفته‌تری دارد و در حین درمان عناصر دقیق خودآگاهی که شامل تداوم و حل اختلال می‌شوند، باید مشخص گردد (ولز، ۲۰۰۰).

برخی محققان پیشنهاد می‌کنند که ماهیت تکراری افکار و اعمال تشکیل‌دهنده اختلال OCD به نقص یا سوگیری در نظام پردازش اطلاعات باز می‌گردد (تالیس^۵، ۱۹۹۷). بویژه در افراد مبتلا به وسواس واریسی که در مقایسه با وسواس شستشو، نقص شناختی بیشتری را نشان می‌دهند که تبیین‌کننده شک و تردیدهای ناخواسته است، که آن‌ها را وادار به واریسی مجدد می‌کند. در واقع این بیماران، کاهش اطمینان و اعتماد به کارکرد حافظه را نشان می‌دهند (هریس و کرانی^۶، ۲۰۱۲). مطالعات عصب‌شناختی بر تأثیر شدت علائم و زیر مجموعه‌های مختلف این اختلال در نقص و ناکارآمدی عصب‌شناختی در زیر گروه واریسی تأکید کرده‌اند (ناکائو، ناکاگاوا، یوشیورا، ناکاتانی، نایاما و همکاران^۷، ۲۰۰۹). طبق گزارش پژوهش‌های عصب روان‌شناختی متعدد، واریسی‌های مکرر و تردید در بسیاری از اشکال اختلال وسواسی جبری توسط نقصان‌هایی از قبیل کاهش حافظه اعمال یا کاهش اطمینان به حافظه خود تبیین

1- Moritz, Peters, Laroi, & Lincoln

2- cognitive confidence

3- Papageorgiou

4- Hermans, Engelen, & Grouwels

5- Tallis

6- Harris & Cranney

7- Nakao, Nakagawa, Yoshiura, Nakatani, Nabeyama, & et al

می‌شود (شر، فراست، کوشنر، کروس و الکساندر^۱، ۱۹۸۹).

از سوی دیگر، در اختلال وسواس فکری- عملی، مواردی وجود دارد که به نحوی با اختلالات دیگر اشتراک دارد که این طیف، اختلالات تجزیه‌ای^۲ را نیز شامل می‌شود. اکثر محققان معتقدند که بین این دو اختلال همپوشانی وجود دارد و فرآیندهای شناختی وسواس شبیه به فرآیندهای ادراکی تجزیه می‌باشد (پیکا- بیر و مائورر^۳، ۱۹۹۷). بین OCD و تجربیات تجزیه‌ای^۴ نیز رابطه معنی‌داری بدست آمده است (بلی^۵، ۲۰۱۴ و مرکلباخ و وسل^۶، ۲۰۰۰). پژوهشگران در پژوهشی نشان دادند که بیماران مبتلا به وسواس، اختلالات تجزیه بیشتری نسبت به گروه بهنجار دارند (پراسکو، رازکا، دیوکی، گرامبال، کامارادوا و همکاران^۷، ۲۰۱۰؛ سلوی، بسیروغللو، آیدین، گالیک، آتلی و همکاران^۸، ۲۰۱۲). سطوح بالای تجربیات تجزیه‌ای می‌تواند یکی از دلایل مقاومت به درمان در بیماران OCD باشد (پراسکو و همکاران، ۲۰۱۰).

مطالعات کمی درباره تجربیات تجزیه‌ای با زیرمجموعه‌های اختلال وسواسی- اجباری صورت گرفته است، اما در همه این بررسی‌ها مشخص شده است که تجربیات تجزیه‌ای رابطه‌ای خاص با نوع واری فعالیت‌های وسواسی- اجباری دارد (میتلی، سو، آنگ، اسموند، پیکو و همکاران^۹، ۲۰۱۴؛ رافر، فریک، هلد، کریمر، هند و همکاران^{۱۰}، ۲۰۰۶؛ و گراب، گلداسمیت، لیمکول، گانسیک، اسپتزر و همکاران^{۱۱}، ۱۹۹۹). به‌علاوه، وسواس و تجربیات تجزیه‌ای، به نقایص خاص در توجه انتخابی (کلایتون و ریچاردز- ادواردز^{۱۲}، ۱۹۹۹) و حافظه قبل از عمل (شر، من و فراست^{۱۳}، ۱۹۸۴) مربوط می‌شود. بنابراین مشکلات حافظه

- 1- Sher, Frost, Kushner, Crews, Alexander, & et al
- 2- dissociative disorders
- 3- Pica, Beere, & Maurer
- 4- dissociative experiences
- 5- Belli
- 6- Merckelbach & Wessel
- 7- Prasko, Raszka, Diveky, Grambal, Kamaradova, & et al
- 8- Selvi, Besiroglu, Aydin, Gulec, Atli, & et al
- 9- Mithily, Soh, Ong, Esmond, Picco, & et al
- 10- Rufer, Fricke, Held, Cremer, Hand, & et al
- 11- Grabe, Goldschmidt, Lehmkuhl, Gansicke, Spitzer, & et al
- 12- Clayton, Richards, & Edwards
- 13- Sher, Mann, & Frost

توجه تا حدی خاص قابل بررسی بوده و نشانه‌های دیگر OCD مثل شستشو (برودبنت، برودبنت و جون^۱، ۱۹۸۶) را مشخص نمی‌کند. با توجه به میزان بالای بروز اختلال وسواسی-اجباری، پایداری این اختلال، پژوهش‌های بسیار معدود در این زمینه و تعیین پیش‌بینی‌کننده‌های علائم اختلال، انجام این پژوهش از اهمیت و ضرورت بسیاری برخوردار است. هدف پژوهش حاضر مقایسه بازداری پاسخ، خودآگاهی شناختی و تجربیات تجزیه‌ای در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی (زیر گروه‌های واری، شستشو) می‌باشد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش از نوع مقایسه‌ای است. در این پژوهش بازداری پاسخ، خودآگاهی شناختی و تجربیات تجزیه‌ای، به‌عنوان متغیرهای وابسته در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی در دو زیر گروه واری و شستشو مقایسه شدند.

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی (واری و شستشو) می‌باشند که به مراکز درمانی شهر رشت مراجعه کرده بودند. نمونه پژوهش ۸۰ بیمار مبتلا به OCD (۴۰ بیمار در زیر گروه واری و ۴۰ بیمار در زیر گروه شستشو) بود که به صورت در دسترس انتخاب شدند. افراد مورد مطالعه توسط روان‌پزشک و براساس ملاک DSM-IV تشخیص OCD دریافت کردند. شناسایی زیر گروه‌های شستشو و واری براساس شکایت اصلی آزمودنی‌ها در مورد وسواس‌های شستشو یا واری، نمره بالا در زیرمقیاس‌های وسواس‌های شستشو یا واری در پرسشنامه وسواس فکری-عملی و نظر روان‌پزشک صورت گرفت. ملاک‌های ورود شامل دارا بودن سن بالای ۲۵ سال، داشتن مدرک تحصیلی حداقل سیکل و عدم ابتلا به بیماری‌های حاد جسمانی و روانی دیگر بود. بعد از انتخاب و رضایت داوطلبانه آن‌ها جهت شرکت در پژوهش، هدف پژوهش برای آن‌ها توضیح داده شد و سپس از آن‌ها خواسته شد که به صورت انفرادی در اتاقی که برای پر کردن پرسشنامه و اجرای آزمون استروپ فراهم شده بود به سئوالات مندرج در پرسشنامه‌ها با دقت

پاسخ دهند و تا حد امکان سؤالی را بی‌جواب نگذارند. آزمون استروپ هم بر طبق اصول اجرای عملی آن بر روی آزمودنی‌ها اجرا شد. بعد از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌های پژوهش با روش‌های آماری تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه وسواس فکری-عملی. این پرسشنامه توسط فوآ و همکاران (۱۹۹۸) هنجاریابی شده است. پرسشنامه وسواس فکری عملی^۱ ۴۲ آیتم دارد و آیتم‌های این پرسشنامه با یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (۰-۴) پاسخ داده می‌شود. این پرسشنامه شامل ۷ خرده مقیاس می‌باشد که شامل شستن، شک و تردید، نظم و ترتیب، وسواس، احتکار و خنثی‌سازی می‌باشد. نمرات ۲۱ یا بیشتر نشان‌دهنده وجود اختلال OCD می‌باشد. افراد مبتلا به OCD در پرسشنامه وسواس فکری عملی، به‌طور معناداری از نظر اضطراب و فراوانی نمرات کل از افراد مبتلا به هراس اجتماعی فراگیر، اختلال استرس پس از سانحه و گروه بهنجار بالاتر بودند (فوآ، کوزاک، سالکویسکی، کولز و امیر^۲، ۱۹۹۸). ضریب همسانی درونی این پرسشنامه در دامنه‌ای از ۰/۸۶ تا ۰/۹۵ و ضریب پایایی بازآزمایی آن از ۰/۸۴ تا ۰/۹۰ بوده است (فوآ و همکاران، ۱۹۹۸). این پرسشنامه با سایر ابزارهای خودگزارشی نشانه‌های وسواس فکری عملی (از جمله ییل براون، ۱۹۸۶)، همبستگی (۰/۶۵ تا ۰/۸۱) معناداری داشته است ($P < ۰/۰۱$). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه وسواس فکری عملی نیز در نمونه دانشجویان به خوبی اثبات شده است (سیمونز، تروپ و الیوت^۳، ۲۰۰۰). ضریب همسانی درونی نسخه تجدیدنظر شده این پرسشنامه در میان دانشجویان ایرانی برای کل مقیاس ۰/۸۵ و برای همبستگی بین زیرمقیاس‌ها در دامنه ۰/۵۰ تا ۰/۷۲ گزارش شده است (محمدی، زمانی و فتی، ۱۳۸۷).

آزمون رنگ-واژه استروپ. آزمون استروپ^۴ یک ابزار مناسب برای سنجش پردازش

- 1- Obsessive- Compulsive Questionnaire
- 2- Foa, Kozak, Salkovskis, Coles, & Amir
- 3- Simonds, Thorpe, & Elliott
- 4- stroop test

توجه و توانایی تغییر پردازش شناختی است که توسط استروپ در سال ۱۹۳۵ ساخته شد. این آزمون در شکل اصلی خود شامل چهار مرحله است (گولدن^۱، ۱۹۷۸). این آزمون از چهار کارت تشکیل شده است: خواندن واژه (کارت اول)، نامیدن رنگ (کارت دوم)، خواندن واژه‌ها بدون توجه به رنگ (کارت سوم) و گفتن رنگ واژه‌ها بدون توجه به چیزی که نوشته شده است (کارت چهارم). هر کارت ۲۵ محرک را نشان می‌دهد که به ترتیب در ۵ سطر و ۵ ستون تنظیم شده‌اند. نمرات هر آزمودنی در این آزمون در دامنه‌ای از ۰ تا ۲۵ قرار می‌گیرد. ضریب پایایی بازآزمایی در تحقیق لزاک، هویسون، لورینگ، هانای^۲ (۲۰۰۴) برای زمان واکنش مرحله اول ۰/۶۰ و برای تعداد خطاهای همین مرحله ۰/۵۵ به دست آمده است. هم‌چنین در مرحله دوم همین تحقیق زمان واکنش ضریب پایایی ۰/۸۳ و برای تعداد خطاها ضریب ۰/۷۸ گزارش شد. در مرحله سوم آزمایش ضریب پایایی برای زمان واکنش ۰/۷۹ و برای تعداد خطاها ۰/۷۹ بود (لزاک و همکاران، ۲۰۰۴). اعتبار این آزمون از طریق بازآزمایی در دامنه ۰/۸۰ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (مشهدی، رسول‌زاده طباطبایی، آزاد فلاح و سلطانی‌فر، ۱۳۸۸).

فرم کوتاه پرسشنامه باورهای فراشناختی. فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت (ولز، سرترایت-هاتون^۳، ۲۰۰۴) یک مقیاس خودگزارشی ۳۰ ماده‌ای است که باورهای افراد درباره تفکراتشان را مورد سنجش قرار می‌دهد. پاسخ به سؤالات آن در قالب یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (از ۱ تا ۴) محاسبه می‌شود. این مقیاس داری پنج خرده مقیاس تضادشناختی، باورهای مثبت، خودآگاهی شناختی، کنترل ناپذیری و خطر افکار و نیاز به کنترل افکار می‌باشد (ولز، ۲۰۰۰) که در پژوهش حاضر فقط از خرده مقیاس خودآگاهی شناختی استفاده شده است. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از یک ماه) این مقیاس به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۷۸ گزارش شده است. ضریب همبستگی این آزمون با پرسشنامه اضطراب صفت-حالت اسپیرگر ($r=0.3$)، پرسشنامه نگرانی حالت پن ($r=0.54$)، و پرسشنامه اختلال وسواس فکری پادوا ($r=0.49$) معنی‌دار می‌باشد ($P<0.01$). در مطالعه شیرین‌زاده (۱۳۸۷)، ضریب همسانی درونی آن به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۷ و اعتبار بازآزمایی این آزمون در فاصله چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۸ بدست آمده است.

1- Golden

2- Lezak, Howieson, Loring, & Hannay

3- Wells & Certwright-Hatton

مقیاس تجربیات تجزیه‌ای. مقیاس تجربیات تجزیه‌ای یک پرسشنامه خودگزارشی ۲۸ سؤالی است. این پرسشنامه یک ابزار تشخیصی نیست اما برای غربال کردن افراد دارای اختلالات تجزیه‌ای مزمن استفاده می‌شود. نمره‌گذاری این پرسشنامه روی یک طیف انجام می‌شود که در آن «هرگز» بیانگر صفر درصد و «همیشه» بیانگر ۱۰۰ درصد می‌باشد. ضریب همسانی درونی این پرسشنامه ۰/۷۶ گزارش شده است. ضریب پایایی بازآزمایی آن ۰/۹۳ به دست آمده است (برنستاین، پوتنم^۱، ۱۹۸۶). یحیی‌نژاد (۱۳۹۰) در مطالعه‌ای مقدماتی بر روی ۱۰۰ دانشجوی، ضرایب آلفای کرونباخ و بازآزمایی (بعد از سه هفته) این مقیاس را به ترتیب، ۰/۷۹ و ۰/۸۱ گزارش کرده است.

یافته‌ها

توزیع فراوانی جنسیت، وضعیت تاهل و تحصیلی و شغلی در گروه‌های وسواس (وارسی، شستشو) و بهنجار در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی جنسیت، وضعیت تاهل، وضعیت تحصیلی و شغلی در گروه‌های وسواس (وارسی، شستشو) و بهنجار

متغیر	وارسی فراوانی (درصد)	شستشو فراوانی (درصد)	بهنجار فراوانی (درصد)
جنسیت			
مرد	۲۴ (۶۰)	۱۹ (۴۷/۵)	۱۹ (۴۷/۵)
زن	۱۶ (۴۰)	۲۱ (۵۲/۵)	۲۱ (۵۲/۵)
وضعیت تاهل			
مجرد	۱۳ (۳۲/۵)	۴ (۱۰)	۶ (۱۵)
متاهل	۲۷ (۶۷/۵)	۳۶ (۹۰)	۳۴ (۸۵)
سیکل	۱ (۲/۵)	۴ (۱۰)	۲ (۵)
وضعیت تحصیلی			
دیپلم	۲۶ (۶۵)	۲۲ (۵۵)	۳۴ (۸۵)
فوق دیپلم	۱ (۲/۵)	۷ (۱۷/۵)	-
لیسانس	۱۲ (۳۰)	۷ (۱۷/۵)	۴ (۱۰)
دانشجو	۴ (۱۰)	-	۳ (۷/۵)
وضعیت شغلی			
کارمند	۹ (۲۲/۵)	۱۰ (۲۵)	۶ (۱۵)
آزاد	۲۰ (۵۰)	۱۲ (۳۰)	۲۲ (۵۵)
خانه دار	۷ (۱۷/۵)	۱۸ (۴۵)	۹ (۲۲/۵)

میانگین (و انحراف معیار) نمرات بازداری پاسخ (زمان پاسخ و تعداد خطا)، خودآگاهی شناختی و تجربیات تجزیه‌ای در افراد مبتلا به اختلال وسواس واریسی و وسواس شستشو در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار و نتایج آزمون لوین در مورد معیار بازداری پاسخ، خودآگاهی شناختی و تجربیات تجزیه‌ای در زیرگروه‌های واریسی و شستشو

P	df ₂	df ₁	F	زیرگروه واریسی		متغیر
				زیرگروه شستشو	X±SD	
۰/۲۱	۷۸	۱	۱/۱۹	۱/۳۹±۲۵/۶۸	۱/۵۰±۱۷/۷۴	زمان پاسخ
۰/۴۸	۷۸	۱	۰/۵۰	۷/۰۷±۱/۱۶	۷/۴۲±۱/۰۰	تعداد خطا
۰/۰۹	۷۸	۱	۲/۵۶	۱۵/۹۲±۲/۸۷	۱۶/۰۰±۳/۷۱	خودآگاهی شناختی
۰/۸۹	۷۸	۱	۰/۲۲	۳۲/۰۲±۶/۹۷	۳۶/۶۵±۶/۸۷	تجربیات تجزیه‌ای

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیری جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون‌های باکس و لون استفاده شد. براساس آزمون باکس که معنادار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس / کواریانس به درستی رعایت شده است ($F= ۱/۵۰$, $P= ۰/۱۳$). $BOX= ۱۵/۹۲$. براساس آزمون لون و عدم معناداری آن برای همه متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است (جدول ۲).

نتایج آزمون لامبدا ویلکز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب متغیرهای بازداری پاسخ، خودآگاهی شناختی و تجربیات تجزیه‌ای معنادار می‌باشد ($\text{Eta}=۰/۱۶$, $P< ۰/۰۱$, $F=۳/۵۷$, $F_{(۷,۵)}=$ Wilks Lambda). آزمون فوق قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره (مانووا) را مجاز شمرد. نتایج نشان داد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت ۱۶ درصد می‌باشد؛ یعنی ۱۶ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دوگروه ناشی از تأثیر متقابل متغیرهای وابسته می‌باشد.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود میانگین زمان پاسخ ($F= ۴/۶۱$)، میزان خطا ($F= ۳/۰۷$) و تجربیات تجزیه‌ای ($F= ۸/۹۴$) در زیر گروه واریسی نسبت به زیر گروه شستشو بیشتر است ($P<۰/۰۵$). بین میانگین نمرات خودآگاهی شناختی در زیر گروه‌های واریسی و شستشو تفاوت معناداری بدست نیامد.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) بر روی بازداری پاسخ، خودآگاهی شناختی و تجربیات تجزیه‌ای در زیر گروه‌های واری و شستشو

متغیر وابسته	SS	Df	MS	F
بازداری پاسخ	۲۲۴۷/۲۰	۱	۱۷۶۶۷/۶۰۸	*۴/۶۱
تعداد خطا	۲/۴۵	۱	۱۴۲/۰۵۸	*۳/۰۷
خودآگاهی شناختی	۰/۱۲	۱	۱۶۹/۲۷۵	۰/۱۰
تجربیات تجزیه‌ای	۴۲۷/۸۵	۱	۴۲۷/۸۵	*۸/۹۴

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، مقایسه بازداری پاسخ، خودآگاهی شناختی و تجربیات تجزیه‌ای در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی (زیر گروه‌های واری و شستشو) بود. نتایج این پژوهش، نشان داد که میانگین زمان پاسخ در آزمون استروپ در بیماران زیر گروه واری و شستشو، از بیماران زیر گروه شستشو، به‌طور معناداری بیشتر است ($P<۰/۰۵$). این نتیجه در راستای یافته‌های پژوهشی دیگر (هارکین، ملیت و کسلر^۱، ۲۰۱۲؛ شلوسر، واگنر، شاجزابل، پیکرت، کخ^۲ و همکاران، ۲۰۱۰؛ ناکائو، ناکاگوا، یوشیرا، ناکانانی، نایاما و همکاران، ۲۰۰۹؛ بانون و همکاران، ۲۰۰۲) قرار دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که عدم انعطاف‌پذیری و خشکی ذهن که از نشانه‌های بالینی وسواس است، می‌تواند مبین شناخت ضعیف این بیماران باشد. بیماران وسواسی در زیر گروه واری و شستشو، تاخیر زمانی در پاسخ دادن به تکالیف مربوط به کارکرد اجرایی دارند. تاخیر بیشتر در پاسخگویی بیانگر این است که بیماران، زمان بیشتری را صرف افزایش انواع دیگری از پاسخ کرده‌اند. به همین صورت، احتمال خطای بیماران وسواسی در انجام تکالیف بالاتر می‌رود. و این مسئله می‌تواند شک وسواسی و اجبار واری (دو نشانه شایع OCD) را ایجاد کند. به نظر می‌رسد که عملکرد ضعیف بیماران وسواسی در زیر گروه واری و شستشو با افراد زیر گروه شستشو در زمینه کارکرد اجرایی (بازداری پاسخ) موید نارسایی‌های عصب‌شناختی و عصب روان‌شناختی در آنان باشد که منجر به نیاز و تکرار دوباره یک‌سری افکار و اعمال مشخص می‌شود.

1- Harkin, Miellet, & Kessler

2- Schlosser, Wagner, Schachtzabel, Peikert, & Koch

نتایج نیز نشان داد میانگین میزان خطا در آزمون استروپ در بیماران زیر گروه واریسی از بیماران زیر گروه شستشو، به‌طور معناداری بیشتر است ($P < 0/05$) که همسو با یافته‌های (هویسر، ولتمن، والترز، هان و بوئر^۱، ۲۰۱۱؛ فیتزجرالد، ولش، گرینگ، ابلسون، هیمل و همکاران^۲، ۲۰۰۵) می‌باشد. در تبیین این نکته می‌توان گفت از آنجا که فرآیند سرعت و توجه نقش مهمی در میزان خطای واکنش ایفا می‌کند، در انجام تکالیف حافظه فعال، توجه پیچیده اهمیت بسزایی می‌یابد. با توجه به درگیری‌های شناختی اختلالات وسواسی در سطوح مختلف وجود نقایص عصب روان‌شناختی، به‌ویژه مشکلات بارز در پردازش‌شناختی انتظار می‌رود که میزان خطای واکنش بیشتری داشته باشد (بادلی^۳، ۲۰۰۳). هارکین و همکاران (۲۰۱۲) نیز به این نتیجه رسیدند که میزان خطای واکنش متأثر از مشکلاتی است که در حافظه فعال وجود دارد، به‌طوری که آسیب حافظه فعال به نقص در میزان خطا منجر می‌شود.

نتایج پژوهش نشان داد که بین بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی (زیر گروه‌های واریسی، شستشو) در خودآگاهی شناختی تفاوت معناداری وجود ندارد. معنادار نبودن تفاوت خودآگاهی شناختی در گروه‌های وسواسی (واریسی و شستشو) احتمالاً حاکی از آن است که خودآگاهی شناختی اختصاص به زیر گروه خاصی از اختلال وسواس ندارد. این یافته مطابق با یافته‌های پژوهشی دیگر (آبرامویچ و کوپرمن^۴، ۲۰۱۵؛ هارکین، میل و کسلر، ۲۰۱۲؛ ولز، ۱۹۹۸، ۲۰۰۰؛ ویلیام^۵، ولز، سرترایت- هاتون، ۲۰۰۴) و همسو با الگوی فراشناختی می‌باشد (هرمنز و همکاران، ۲۰۰۸) که مطرح می‌کند باورهای فراشناختی شکل کلی از آسیب‌شناسی اختلالات اضطرابی می‌باشد. در واریسی مستمر، دقت حافظه تا حدودی سالم باقی می‌ماند، اما در مقایسه با وسواس شستشو اعتماد به نفس و روشنی حافظه کاهش پیدا می‌کند که چرخه واریسی‌های مکرر را ایجاد می‌کند. در واقع، زیر گروه واریسی فعالیت‌های بیش از اندازه در حافظه را نشان می‌دهند. بنابراین این گروه از افراد نیاز به فعالیت‌های شناختی بیشتری دارند تا به عملکرد نرمال حافظه دست پیدا کنند (آبرامویچ و کوپرمن، ۲۰۱۵).

- 1- Huyser, Veltman, Wolters, De Haan, & Boer
- 2- Fitzgerald, Welsh, Gehring, Abelson, Himle, & et al
- 3- Baddeley
- 4- Cooperman
- 5- William

نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمرات تجربیات تجزیه‌ای در بیماران زیر گروه واریسی از بیماران زیر گروه شستشو به‌طور معناداری بیشتر است ($P < 0/05$). این نتیجه با نتایج تحقیقات دیگر (میثلی و همکاران، ۲۰۱۴؛ پیک، بیر و مورر، ۱۹۹۷) هماهنگ است. بالا بودن تجربیات تجزیه‌ای در بیماران وسواس واریسی نسبت به شستشو، بیانگر این است که تجربیات تجزیه‌ای ارتباط قوی‌تری با وسواس واریسی نسبت به شستشو دارد و با نتایج تحقیقات دیگر (گراب و همکاران، ۱۹۹۱؛ فوآ و همکاران، ۱۹۹۸) منطبق است. در این پژوهش‌ها اختلالات تجزیه‌ای در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی شدیدتر گزارش شده است. یافته‌های پژوهشی مؤید آن است که افراد مبتلا به تجزیه و وسواس هر دو در پذیرفتن واقعیت‌های جدید، پاسخ به تغییرات محیط و پذیرش اطلاعات محیطی درباره طرح‌های از قبل موجود درباره خود و جهان مشکل دارند و عامل مشترک بین این دو اختلال را می‌توان به انعطاف‌ناپذیری در تجزیه ادراکی- شناختی و شخصیت یکپارچه مرتبط ساخت. هر چند مطالعات کمی درباره تجربیات تجزیه‌ای با زیرمجموعه‌های اختلال وسواسی- عملی صورت گرفته است، اما در مطالعات نتیجه‌گیری شده است که تجربیات تجزیه‌ای رابطه‌ای خاص با نوع واریسی فعالیت‌های وسواسی- عملی دارد (رافر و همکاران، ۲۰۰۶ و گراب و همکاران، ۱۹۹۱).

نتایج پژوهش بیان می‌کند که بیماران زیر گروه واریسی، از بیماران زیر گروه شستشو، بازدارندگی پاسخ نامناسب و تجربیات تجزیه‌ای بیشتری دارند. عدم کنترل اضطراب و افسردگی افراد مورد مطالعه، عدم استفاده از برنامه رایانه‌ای در اجرای آزمون استروپ و تمرکز بر دو نوع از اختلال وسواس فکری-تعمیم نتایج را با مشکل مواجه می‌سازد. نتایج به دست آمده از این پژوهش ضمن برجسته کردن اهمیت این متغیرها در تمیز زیرگروه‌های واریسی و شستشو، تلویحات مهمی برای درمانگران و پژوهشگران دارد. از جمله این تلویحات، می‌توان به نواقص شناختی، بازدارندگی پاسخ در تشخیص دو زیر گروه توسط درمانگران اشاره کرد. با توجه به یافته‌های این پژوهش، پیشنهاد می‌شود تغییر خودآگاهی شناختی و بازسازی کارکرد اجرایی و بازدارندگی پاسخ در درمان اختلال وسواس فکری- عملی در دو زیر گروه واریسی و شستشو مورد توجه قرار گیرد. با توجه به محدودیت دسترسی به نمونه‌های مورد نظر در این پژوهش، پیشنهاد می‌شود عامل جنسیت در بازدارندگی پاسخ و تجربیات تجزیه‌ای به‌طور مجزا تجزیه و

تحلیل شود.

تشکر و قدردانی

از ریاست محترم و پرسنل درمانگاه‌های درمانی استان گیلان و کلیه مراجعانی که با همکاری آنان اجرای پژوهش امکان‌پذیر گردید تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

فارسی

- شیرین‌زاده، صمد (۱۳۸۷). مقایسه باورهای شناختی و مسئولیت در بین بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی، اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی. *مجله روان‌شناسی بالینی و روان‌پزشکی*، ۱۴ (۱)، ۳۵-۴۱.
- محمدی، ابوالفضل؛ زمانی، رضا؛ و فتی، لادن (۱۳۸۷). اعتباریابی نسخه فارسی پرسشنامه بازنگری شده وسواسی- اجباری در جمعیت دانشجویی. *فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۱۱ (۱)، ۶۶-۷۸.
- مشهدی، علی؛ رسول‌زاده طباطبایی، کاظم؛ آزادفلاح؛ پرویز؛ سلطانی‌فر، عاطفا (۱۳۸۸). مقایسه بازداری پاسخ و کنترل تداخل در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی و کودکان بهنجار. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۵۰، ۳۷-۵۲.

یحیی‌نژاد، شیرین (۱۳۹۰). مقایسه بازداري پاسخ، خودآگاهی شناختی و تجربیات تجزیه‌ای در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی (زیر گروه‌های واریسی و شستشو). پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اردبیل.

لاتین

- Abramovitch, A., & Cooperman, A. (2015). The cognitive neuropsychology of obsessive-compulsive disorder; A critical review. *Journal of Obsessive-Compulsive and Relation Disorders*, 5, 24-36.
- Abramovitch, A., Shahamb, N., Levin, L., Bar-Henb, M., & Schweiger, A. (2014). Response inhibition in a subclinical obsessive-compulsive sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 46, 66-71.
- Allison, M., Waters, Lara, J., Farrella. (2014). Response inhibition to emotional faces in childhood obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3 (1), 65-70.
- Baddeley, A. (2003). Working memory: Looking back and looking forward. *Nature reviews Neuroscience*, 4 (10), 829-39.
- Bannon, S., Gonsalvez, C. J., Croft, R. J., & Boyce, P. M. (2002). Response inhibition deficits in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 110, 165-74.
- Bari, A., & Trevor, W. (2013). Robbins inhibition and impulsivity. Behavioral and neural basis of response control. *Progress in Neurobiology*, 108, 44-79.
- Belli, H. (2014). Dissociative symptoms and dissociative disorders comorbidity in obsessive compulsive disorder: Symptom screening, diagnostic tools and reflections on treatment. *World J Clin Cases*, 2 (8), 327-331.
- Bernstein, E. M., Putnam, & F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Bohne, A., Savage, C. R., Deckersbach, T., Keuthen, N. J., & Wilhelm, S. (2008). Motor inhibition in trichotillomania and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 42 (2), 50-114.

- Boschen, M. J. (2008). Publication trends in individual anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 22 (3), 570-575.
- Broadbent, D. E., Broadbent, M. H. P., & Jone, J. L. (1986). Performance correlates of self-reported cognitive failure and of obsessiveness. *British Journal of Clinical Psychology*, 25, 285-299.
- Chamberlain, S. R., Blackwell, A. D., Fineberg, N. A., Robbins, T. W., & Ahakianan, B. J. (2004). The neuropsychology of obsessive compulsive disorder: The importance of failures in cognitive and behavioral inhibitions can did at endophenotypic markers. *Neuroscience & Bio Behavioral Reviews*, 29 (3), 399-419.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York: The Guildford Press.
- Clayton, I. C., Richards, J. C., & Edwards, C. J. (1999). Selective attention in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 171-175.
- Erdelyi, M. H., & Goldberg, B. (1978). *Let's not sweep repression under the rug*. In J. F., Kihlstrom, & F. J., Evans (Eds.). Functional disorders of memory, Hillsdale NJ: Erlbaum.
- Fisher, D. G., Sweet, J. J., & Pfaelzar-Smith, E. F. (1986). Influence of depression on repeated neuropsychological testing. *The International Journal of Clinical Neuropsychology*, 8 (1), 14-18.
- Fitzgerald, K. D., Welsh, R. C., Gehring, W. J., Abelson, J. L., Himle, J. A., Liber-zon, I., & et al. (2005). Error-related hyperactivity of the anterior cingulate cortex in obsessive compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 57, 287-294.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Salkovskis, P. M., Coles, M. E., & Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The obsessive-compulsive inventory. *Psychological Assessment*, 10, 206-214.
- Golden, C. J. (1978). *Stroop color and word test: a manual for clinical and experimental Use*. Stoelting, Chicago.
- Grabe, H. J., Goldschmidt, F., Lehmkuhl, L., Gansicke, M., Spitzer C., Freyberger, H. J. (1999). Dissociative symptoms in obsessive-compulsive dimensions. *Psychopathology*, 32, 319-324.
- Harkin, B., Miellet, S., & Kessler, K. (2012). *What checkers actually check: An eye tracking study of inhibitory control and working memory?* Chichester: Wiley.

- Harris, L., Cranney, J. (2012). Event-based prospective memory and obsessive-compulsive disorder intrusive obsessional thoughts. *Australian Journal of Psychology*, 64 (4), 235-42.
- Harsányi, A., Csigó, K., Rajkai, C., Demeter, G., Németh, A., & Racsmány, M. (2013). Two types of impairments in OCD: Obsessions, as problems of thought suppression; compulsions, as behavioral-executive impairment. *Journal Psychres*, 51, 651-658.
- Hermans, D., Engelen, U., Grouwels L., & et al. (2008). Cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder: Distrusting perception, attention and memory. *Behav Res Ther*, 46, 98-113.
- Huysen, C., Veltman, D. J., Wolters, L. H., de Haan, E., & Boer, F. (2011). Developmental aspects of error and high-conflict-related brain activity in pediatric in obsessive-compulsive disorder. *Biol. Psychiatry*, 57, 287-294.
- Kikula, J., Sarai, T., Allenb, V., & Exnerb, C. (2012). Underlying mechanisms of verbal memory deficits in obsessive-compulsive disorder and major depression- The role of cognitive self-consciousness. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43 (3), 863-870.
- Krikorian, R., Zimmerman, M. E., & Fleck, D. E. (2004). Inhibitory control in obsessive-compulsive disorder. *Brain and Cognition*, 54, 257-259.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Loring, D. W., & Hannay, H. J. (2004). *Neuro psychological assessment (4th ed.)*. New York: Oxford University Press.
- Mercadante, T., Rosario-Campos, C., Quarantini, C., & Sato, P. (2004). The neurobiological bases of obsessive-compulsive disorder and Tourette syndrome. *J Pediatr (Rio J)*, 80 (2), 35-44.
- Merckelbach, H., & Wessel, I. (2000). Memory for actions and dissociation in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 846-848.
- Mithily, S., Soh, P., Ong, C., Esmond, L., Picco, & et al. (2014). Patient-reperted outcomes in obsessive-compulsive disorder. *Dialogues Clin Neurosci*, 16 (2), 239-254.
- Miguel, E. C., Leckman, J. F., Rauch, S., Do Rosario-Campos, M. C., Hounie, A. G., Mercadante, M. T., Chacon, P., & Pauls, D. L. (2005). Obsessive-compulsive disorder phenotypes: implications for genetic studies. *Molecular Psychiatry*, 10, 258-275.

- Moritz, S., Peters, M., Laroi, F., & Lincoln, T. (2010). Metacognitive beliefs in obsessive-compulsive patients: a comparison with healthy and schizophrenia participants. *Cognneuro Psychiatry*, 15 (6), 531-48.
- Nakao, T., Nakagawa, A., Yoshiura, T., Nakatani, E., Nabeyama, M., Sanematsu, H., & et al. (2009). Duration effect of obsessive-compulsive disorder on cognitive function: A functional MRI study. *Depress Anxiety*, 26, 814-823.
- Ozan, P., AyhanAlgul, M., Ates, A., Sarisoy, G., Ebrinc, S., Basoglu, S., & Cetin, M. (2013). Metacognitive functions in obsessive compulsive disorder in a Turkish clinical population. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 23 (1), 65-71.
- Pica, M., Beere, D., & Maurer, L. (1997) The overlap between dissociative and obsessive compulsive disorders: A theoretical link. *Dissociation*, 10, 38-43.
- Prasko, J., Raszka, M., Diveky, T., Grambal, A., Kamaradova, D., Koprivova, J., Latalova, K., Pastucha, P., & Sigmundova, Z. (2010). Obsessive compulsive disorder and dissociation- comparison with healthy controls. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*, 154, 179-183.
- Purdon, C., Rowa, K., & Antony, M. M. (2005). Thought suppression and its effects on thought frequency, appraisal and mood state in individuals with obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 43 (1), 93-108.
- Rufer, M., Fricke, S., Held, D., Cremer, J., & Hand, I. (2006). Dissociation and symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder: a replication study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256 (2), 146-50.
- Schlosser, R. G., Wagner, G., Schachtzabel, C., Peikert, G., Koch, K., Reichenbach, J. R., & et al. (2010). Fronto-cingulate effective connectivity in obsessive compulsive disorder: A study with fMRI and dynamic causal modeling. *Hum Brain Mapp*, 31, 1834-1850.
- Sebastian, A., Pohl, M. F., Kloppel, S., Feige, B., Lange, T., Stahl, C., & et al. (2013). Common and specific neural subprocesses of response inhibition. *Neuroimage*, 64, 601-615.
- Selvi, Y., Besiroglu, L., Aydin, A., Gulec, M., Atli, A., Boysan, M., & Celik, C. (2012). Relations between childhood traumatic experiences, dissociation, and cognitive models in obsessive compulsive disorder. *Int J Psychiatry Clin Pract*, 16, 53-59.

- Sher, K. J., Mann, B., & Frost, R.O. (1984). Cognitive dysfunction in compulsive checkers: further explorations. *Behavior Research and Therapy*, 5, 493-502.
- Sher, K. J., Frost, R. O., Kushner, M., Crews, T. M., & Alexander, J. E. (1989). Memory deficits in compulsive checkers: replication and extension in a clinical sample. *Behavior Therapy*, 27, 65-69.
- Simonds, L. M., Thorpe, S. J., & Elliott, S. A. (2000). The obsessive-compulsive inventory: Psychometric properties in a non clinical student sample. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 28, 153-159.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Hamlin, C., Foa, E. B. & Synodi, D. S. (2002). Attributions forethought suppression failure in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 505-517.
- Veal D., & Willson, R. (2005). Overcoming obsessive-compulsive disorder. *A Self-help Guide Using Cognitive Behavior Techniques*, 38 (4), 21-14.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1978). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53 (1), 5-13.
- Wells, A. (2000). Emotional disorders and metacognition: innovation cognitive therapy, baffins lane. *Chichester West Sussex PO19 1UD, England*, 180-199.
- Wells, A., Papageorgiou, C. (1998). Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behav Res Ther*, 36, 899-913.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of meta-cognitions questionnaire. *Behavior Research & therapy*, 42 (40), 385-396.
- Wilhelm, S., & Fama, J. (2010). Learning the futility of the thought suppression enterprise in normal experience and in obsessive compulsive disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 38, 1-14.
- William, G., Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). Dose meta-cognition or responsibility predicts obsessive-compulsive symptoms: A test of the metacognitive model. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11, 137-144.