

مقایسه باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی با بینش بالا، پایین و افراد سالم

نویسندگان: مصطفی طوبائی*^۱، محمد رضا شعیری^۲، غلامحسین قانلی^۳
و گیتی شمس^۴

- ۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه شاهد.
- ۲- عضو هیئت علمی گروه روانشناسی بالینی دانشگاه شاهد.
- ۳- عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی دانشگاه شاهد.
- ۴- عضو هیئت علمی گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران.

*Email: mostafat121@hotmail.com

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین تفاوت باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی با بینش پایین و بالا و همچنین گروه غیر بیمار بوده است. بدین خاطر ۱۹ آزمودنی مبتلا به وسواس با بینش بالا و ۴ بیمار مبتلا به وسواس با بینش پایین (بر اساس نمره فرد در گویه یازدهم آزمون ییل براون) و همچنین ۲۶ آزمودنی غیربیمار به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. آزمودنی ها با آزمون ییل براون، پرسشنامه BDI-II، و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-12) و پرسشنامه باورهای فراشناختی - ۳۰ گویه ای (MCQ-30) مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج به دست آمده نشان داد که بیماران مبتلا به وسواس نسبت به افراد غیربیمار به طور معناداری در خرده مقیاسهای باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار نمرات بالاتری بدست آوردند. اما مقایسه بیماران وسواسی با بینش بالا و پایین در باورهای فراشناختی هیچ تفاوتی را در دو گروه آشکار نداشت. بنابراین می توان گفت باورهای فراشناختی در اختلال وسواس از اهمیت خاصی برخوردار است.

کلید واژه‌ها: اختلال وسواس فکری- عملی، بینش، باورهای فراشناختی.

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
و نشر

• دریافت مقاله: ۹۳/۲/۱

• پذیرش مقاله: ۹۳/۶/۲۵

Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Twenty-first Year, No.11
Autumn & Winter
2014-2015

Clinical Psy. & Personality

دوفصلنامه علمی- پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال بیست و یکم - دوره

جدید شماره ۱۱

پاییز و زمستان ۱۳۹۳

مقدمه

اختلال وسواس فکری عملی^۱ چهارمین اختلال شایع در میان اختلالات روانپزشکی به حساب می‌آید و ۲ تا ۳ درصد جمعیت عمومی را در طول عمر درگیر می‌کند [۱،۲]. این اختلال با افکار، تصاویر و رفتارهای تکراری مشخص می‌شود که باعث آشفتگی و ناتوانی فرد می‌شوند [۳-۸]. پژوهش‌ها در مورد این نوع بیماران، گاه به واری رابطه برخی متغیرهای در درون این گروه، و گاه به مقایسه رابطه این متغیرها در مقایسه با دیگران بیماران پرداخته‌اند. یکی از این متغیرها بینش^۲ است. در این میان بینش متغیری است که توانایی برقراری تمایز در بین بیماران وسواسی را دارد. هر چند باید خاطر نشان کرد که وسواس به طور سنتی، یک بیماری با بینش خوب نسبت به نشانه‌ها در نظر گرفته شده است [۹،۱۰]. اما نسخه بازننگری شده چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانپزشکی^۳ نشان داده است که حدود یک چهارم از بیماران وسواسی در مورد غیر منطقی یا افراطی بودن نشانه‌هایشان اطمینان ندارند [۱۰-۱۲]. به همین جهت بررسی همبسته‌های بالینی بینش از اهمیت بسزایی برخوردار است و توجه فزاینده پژوهشگران را به خود جلب کرده است. بر این اساس و با توجه به نتایج مطالعات انجام شده، سطوح بینش، می‌تواند شاخص مهمی از پیش‌آگهی و پاسخ به درمان در بیماران وسواسی تلقی شود [۱۲،۱۳].

بینش به عنوان توانایی تشخیص علت و معنای موقعیت یک فرد و همچنین آگاهی از بیماری تعریف می‌شود [۱،۱۴]. البته در اینکه بینش در اختلال وسواس متوجه نشانه‌ها، نیاز به درمان و یا یک آگاهی کلی است، توافقی وجود ندارد [۱۰،۱۵]. باید توجه داشت که بینش در سطح نشانه‌شناسی به آگاهی فرد از مهم‌بودن وسواس‌ها^۴ مربوط می‌شود [۱۰،۱۶]. از طرفی فانتل و

همکاران در سال ۲۰۱۰ پیشنهاد می‌کنند که بجای در نظر گرفتن بینش به عنوان یک مفهوم دو قطبی، نگاهی پیوستاری به آن داشته باشیم [۱۲،۱۳].

بر این اساس می‌توان بینش در بیماران وسواسی را روی پیوستاری قرار داد که از بینش خوب - که در آن بیماران به افراطی و غیر منطقی بودن افکار و نگرانی‌هایشان به خوبی آگاهند - تا اطمینان‌هدیانی^۵ - که در آن وسواس‌ها واقعی و منطقی در نظر گرفته می‌شود گسترده شده است [۱۰،۱۴،۱۵]. از این رو نسخه چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، بینش ضعیف را به صورت ناتوانی فرد برای تشخیص افراطی یا غیرمنطقی بودن نشانه‌های خود تعریف می‌کند [۱۰،۱۷]. همچنین آنچه که در نسخه چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تحت عنوان بینش ضعیف مطرح شده، در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی به صورت بینش خوب یا نسبتاً خوب، بینش ضعیف و عدم بینش، تصحیح شده است [۷].

بینش ضعیف در اختلال وسواس فکری - عملی با برخی ویژگی‌های بالینی از قبیل تعداد و شدت بیشتر وسواس و اجبارها، سن شروع پایین‌تر، طولانی‌تر بودن مدت بیماری، دوره مزمن بیماری و شدت بیشتر بیماری ارتباط دارد [۱۸، ۱۹، ۲۲]. همچنین اختلال شخصیت اسکیزوتایپال، نشانه‌های افسردگی همبود یا وسواس‌ها و اجبارهای انباشت با بینش ضعیف مرتبط است [۱۴، ۱۸، ۲۲-۲۶]. از سوی دیگر، بینش پایین به عنوان یکی از بارزترین پیش‌بینی‌کننده‌های نتیجه درمانی ضعیف در نظر گرفته شده است [۱۰، ۱۹، ۲۶].

قابل ذکر است که برخی فرایندهای فراشناختی بهنجار مانند خود انعکاسی^۶، خود آگاهی^۷ و توانایی نگهداری بازنمایی‌های ذهنی برای تفکر، بنیانی اساسی برای بینش است. از اینرو بینش محدود در فرد، بیانگر مشکل وی در معنا دهی به تجارب روزانه به منظور

5. delusional conviction
6. self-reflection
7. self-awareness

1. Obsessive – compulsive disorder
2. Insight
3. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders-Fourth Edition- Text Revised(DSM-IV-TR)
4. Senselessness of obsessions

شاخص خوبی برای باورهای نگرانی در مورد آیین ها ست. در این بافت تکنیک های فراشناختی این پتانسیل را دارند که اینگونه باور ها را افزایش دهند و تکنیک ها توجه آگاهی گسلیده می تواند درمان منطقی برای بیماران وسواس با بینش خوب باشد اما برای بیماران با بینش ضعیف مناسب نیست [۱۴].

از آنجا که نیاز به کنترل افکار از تعیین کنندگی کمتری برای افراد وسواس با بینش ضعیف برخوردار است، احتمالاً مواجهه با افکار نا خواسته یا تصاویر ذهنی نمی تواند به چالش با باورهای فراشناختی و تسهیل گسلش از افکار وسواسی کمک کند [۱۴].

بررسی رابطه بین سطوح بینش با متغیرهای روان شناختی تلویحات بالینی و پژوهشی مهمی را در بردارد. برای مثال اصلاح باورهای مبتنی بر مواجهه از خوگیری مبتنی بر مواجهه و جلوگیری از پاسخ برای بیماران وسواس با بینش ضعیف کارایی بیشتری دارد [۱۴]. این ارتباط در حیطه بالینی می تواند پتانسیلی را برای ایجاد راهبردهای جدید برای بیماران با بینش پایین ایجاد کند [۱۰].

با توجه به نقش فرهنگ در بروز و زمینه سازی نشانه های وسواسی [۳۰] و کمبود پیشینه پژوهشی در زمینه ارتباط بین فراشناخت ها و بینش (با توجه به واریسی انجام شده این اولین پژوهشی است که در ایران فراشناخت واره ها را در بیماران مبتلا به وسواس با بینش بالا و پایین مورد بررسی قرار می دهد)، همچنین با توجه به تمهیدات یاد شده در مورد تفاوت برخی متغیرهای روانشناختی در افراد مبتلا به وسواس با بینش بالا و پایین با افراد سالم، مساله اساسی تحقیق حاضر در وهله نخست اینست که آیا باورهای فراشناختی در افراد مبتلا و غیر مبتلا به وسواس متفاوت است و در گام دوم اینکه آیا در باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به وسواس با بینش پایین و بالا تفاوت وجود دارد؟

بناکردن یک احساس شخصی پیچیده و منسجم از خود است [۱۰]. فراشناخت به عنوان تفکر درباره تفکر تعریف شده و شناخت در مورد صحت واکنش های فرد به محرک ها را در بر می گیرد. فراشناخت یک مفهوم گسترده است که آگاهی و تنظیم فعالیت های شناختی را در بر می گیرد. آگاهی فراشناختی دربرگیرنده آگاهی فرد در مورد توانایی های شناختی، راهبردهای شناختی و تکالیف شناختی خود است. در حالی که تنظیم فراشناختی نظارت و کنترل شناختی را در بر می گیرد [۲۷] اهمیت فرایند های فراشناختی مانند ارزیابی افکار و باورهایی در مورد تفکر، در شکل گیری و امتداد افکار خودآیند همواره مورد تاکید قرار می گیرد [۱۴].

همچنین نشان داده شده که آگاهی فرد در مورد افکار خودش و ارزیابی های منفی درباره افکار خودآیند پیش بینی کننده افکار وسواسی است [۱۴]. اونن در ۲۰۱۳ نشان داده که نمرات فراشناختی در گروه وسواسی به طور معنا داری بالاتر از گروه سالم است. هرمان^۱ و همکاران در ۲۰۰۳ نیز نشان دادند که نمرات تمام خرده مقیاس های فراشناخت در گروه افراد وسواسی بالاتر از گروه کنترل است [۲۸]. ریس و آندرسون در ۲۰۱۳ در مقاله ای مروری نشان دادند که باورهای فراشناختی در سبب شناسی اختلال وسواس نقش اساسی دارند و پژوهش های پیامد درمان معناداری آماری و بالینی را در درمان این اختلال براساس رویکرد فراشناخت آشکار ساخته است [۲۹]. البته باید توجه داشت که در پیشینه پژوهش، با واریسی های ما، تنها یک مطالعه رابطه بین بینش و فراشناخت را مورد بررسی قرار داده است. اونن در ۲۰۱۳ نتیجه می گیرد که نمرات کنترل ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خود آگاهی شناختی در بیماران وسواس با بینش پایین نسبت به گروه های دیگر (بیماران وسواسی با بینش بالا و گروه کنترل) پایین تر است [۱۴].

برخی مطالعات نشان داده اند که نگرانی و نشانه های وسواسی جبری را، کنترل ناپذیری و خطر پیش بینی می کنند. به علاوه نیاز به کنترل افکار به طور خاص

1. Hermans, D.

روش

نوع تحقیق

تحقیق حاضر از نوع علی مقایسه ای بوده است.

آزمودنی

۱) جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش حاضر دربرگیرنده افراد مبتلا و غیر مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی بوده است.

۲) نمونه تحقیق: نمونه تحقیق حاضر در بر گیرنده دو گروه از آزمودنی‌ها است:

۱-۲- نمونه افراد مبتلا به وسواس

نمونه مورد بررسی شامل ۲۳ نفر افراد مبتلا به وسواس بوده که ۱۹ نفر از آنها دارای بینش بالا و ۴ نفر از آنها دارای بینش پایین بوده اند. آزمودنی های مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی با روش نمونه‌گیری در دسترس از سه مرکز بیمارستان روزبه، بیمارستان مصطفی خمینی و کلینیک تخصصی علوم رفتاری و روانپزشکی بالینی انتخاب شدند. معیارهای ورود عبارتند از: دریافت تشخیص وسواس توسط روانپزشک یا روانشناس بالینی براساس ملاک های تشخیصی DSM-IV-TR، کسب نمره حداقل ۹ از مقیاس ییل بروان [۳۱] بزرگسالان دارای محدوده سنی بین ۱۸ تا ۶۵، داشتن حداقل تحصیلات ابتدایی. اگر بیماران سابقه اختلالات تیک، اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات سایکوتیک، اختلال دو قطبی، سو مصرف مواد و همچنین وضعیت های نورولوژیکی و جراحی عصبی مانند آسیب مغزی، تومور و صرع داشتند از پژوهش خارج می شدند. همچنین افرادی که نمره آنها در آزمون افسردگی بک بیش از ۲۰ بوده از تحلیل خارج شدند.

۲-۲- نمونه افراد غیر مبتلا

نمونه افراد غیر مبتلا، از بین افراد در دسترس که به اختلالات روانی مبتلا نبوده و در ۶ ماه گذشته به مراکز روانشناختی و روانپزشکی مراجعه نکرده و در هنگام بررسی، با توجه به مشکلات رفتاری دارویی دریافت نمی کرده‌اند، انتخاب شدند. غربالگری سلامت عمومی این افراد بوسیله پرسشنامه GHQ-12 انجام شده است. قابل

ذکر است که همگی آنها دارای نمره کمتر از ۱۵ جهت ورود به مطالعه بوده اند [۳۲]. همچنین سعی شده که این افراد به لحاظ ویژگی های جمعیت شناختی به نمونه افراد مبتلا نزدیک باشند. این افراد بر اساس سن، جنس و تحصیلات تا حد ممکن با بیماران وسواسی همتا شده‌اند.

ابزارهای پژوهش

ابزارهای مورد استفاده در پژوهش عبارتند از:

۱- پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و بالینی

این پرسشنامه شامل اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی ها از قبیل سن، تحصیلات، جنس و همچنین اطلاعات بالینی از قبیل تاریخچه بیماری های جسمی و روانپزشکی بوده که اطلاعات یاد شده به صورت مصاحبه از آزمودنی‌ها دریافت شده است.

۲- مقیاس وسواس فکری عملی ییل براون

این مقیاس در سال ۱۹۸۹ توسط گودمن و همکاران ساخته شده است و برای تعیین شدت اختلال وسواس فکری - عملی به کار می رود [۳۳]. این مقیاس یک مصاحبه غیر ساختاریافته است و از دو بخش تشکیل شده است: بخش اول سیاهه نشانه ها (SC) است که در برگیرنده ۵۸ نوع وسواس فکری - عملی است و بخش دوم مقیاس شدت نشانه ها (SS) است که از ده گزینه تشکیل شده است. در این فهرست دو مقیاس فرعی برای سنجش وسواس فکری و عملی وجود دارد. در ایران راجزی و همکاران در ۱۳۹۰ اعتبار همگرایی این ابزار را از طریق همبستگی آن با خرده مقیاس وسواس فکری عملی SCL-90 بررسی کردند و ضریب همسانی درونی کندال عامل وسواس فکری SC، عامل وسواس عملی SC، نمره کل SC و SS با نمره خرده مقیاس وسواس فکری عملی SCL-90 را به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۴۶، ۰/۴۸ و ۰/۲۲ گزارش کردند. همچنین اعتبار همگرایی Y-BOCS با تشخیص وسواس فکری عملی را برابر با ۰/۶۹ گزارش کردند. این محققین ثبات درونی دو بخش سیاهه نشانه و مقیاس شدت را به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵، پایایی

سوالی در سایر کشورها کاربرد بسیار داشته است. یعقوبی و همکاران در ۱۳۹۱ در ایران ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۲ و ضریب اعتبار تصنیف و اسپیرمن - براون را ۰/۹۱ گزارش می کند. اعتبار سازه را نیز از طریق بررسی همبستگی بین خرده مقیاس ها با یکدیگر و نمره کل محاسبه کردند و همبستگی قوی و معناداری را گزارش کردند. این پرسشنامه به روش لیکرتی از ۰ تا ۳ برای هر سوال نمره گذاری می شود. همچنین این محققین نمره برش ۱۵ در مطالعات یک مرحله ای و ۹ در مطالعات ۲ مرحله ای را به عنوان بهترین نمره برش پیشنهاد می کند [۳۲]. از این پرسشنامه برای بررسی وضعیت سلامت گروه بهنجار استفاده شد.

۵- مقیاس باورهای فراشناختی-۳۰ (MCQ-30)

پرسشنامه فراشناختی - ۳۰، یک مقیاس ۳۰ گویه ای است که توسط ولز و کارترایت - هاوتون (۲۰۰۴) برای سنجش باورهای فراشناختی مثبت و منفی افراد نسبت به نگرانی و افکار مزاحم طراحی و تدوین شد [۴۱]. این پرسشنامه دارای ۵ خرده مقیاس است: ۱- باورهای مثبت درباره نگرانی؛ ۲- باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری و خطرناک بودن نگرانی؛ ۳- باورهایی در مورد اطمینان - شناختی؛ ۴- باورهایی درباره نیاز به کنترل افکار و ۵- خودآگاهی شناختی. این ابزار به روش لیکرتی پاسخ دهی و از ۱ (عدم موافقت) تا ۴ (موافقت) برای هر سوال نمره گذاری می شود. نتایج پژوهش ولز و کارترایت - هاوتون در ۲۰۰۴ نشان داد که این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد. همسانی درونی برای مقیاس کل در حدود ۰/۹۳ و برای خرده مقیاس های اعتماد شناختی، باورهای مثبت، خودآگاهی شناختی، باورهای منفی و نیاز به کنترل افکار به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۲، ۰/۹۲ و ۰/۹۱ و ۰/۷۲ گزارش شده است. همچنین پایایی بازآزمایی مقیاس کل در فاصله چهار هفته ۰/۷۵ و اعتبار خرده مقیاس ها در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش شده است [۴۱]. در ایران، شیرین زاده (۱۳۸۷) ضریب همسانی درونی را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس

دو نیمه سازی برای SC و SS به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی را ۰/۹۹ گزارش کردند و نقطه برش ۹ را برای تمایز بیمار از سالم پیشنهاد کرده اند [۳۱]. این ابزار به عنوان معیار زرین در ارزیابی های مربوط به بررسی نتایج درمان معرفی شده است [۳۴]. محققان علاوه بر ده ماده مقیاس، گویه یازدهم را برای سنجش بینش استفاده کرده اند [۱۴، ۱۹، ۳۵]. شیمشونی و همکاران در ۲۰۱۱ نشان دادند که بین تمام مقیاس های سنجش بینش (معیار بینش در DSM-IV-TR، مقیاس باورهای بیش بها داده شده، گویه یازدهم مقیاس ییل براون، مقیاس سنجش باورهای براون) جز مقیاس بینش شناختی بک تطابق بالایی وجود دارد [۳۶]. در این تحقیق از این مقیاس برای سنجش میزان وسواس آزمودنی ها و نیز میزان بینش آنها استفاده شده است.

۳- پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)

این ابزار یک پرسشنامه ۲۱ سؤالی خود گزارشی می باشد که برای ارزیابی نشانگان افسردگی طراحی شده است [۳۷]. نمره کلی از صفر تا ۶۳ است و طراحان آن نمره ۱۰ و بالاتر را به عنوان افسردگی خفیف و نمره ۲۰ و بالاتر را به عنوان افسردگی متوسط در نظر می گیرند. این پرسشنامه به فارسی ترجمه و اعتبار و پایایی این پرسشنامه در نمونه های ایرانی تایید شده است [۳۸]. ضریب آلفای ۰/۹۲ برای بیماران سر پای و ۰/۹۳ برای دانشجویان گزارش شده است. همچنین پایایی آزمون - بازآزمون به فاصله یک هفته ۰/۹۳ به دست آمده است [۳۹]. از پرسشنامه یاد شده برای تعیین میزان افسردگی آزمودنی ها استفاده شد.

۴- پرسشنامه سلامت عمومی ۱۲ گویه ای (GHQ-12)

این پرسشنامه در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ و به منظور شناسایی اختلالات روانی در مراکز و محیط های مختلف تدوین شده است [۴۰]. سوالات پرسشنامه به بررسی وضعیت فرد در چهار هفته گذشته می پردازد. این پرسشنامه فرم های ۶۰، ۳۰، ۲۸ و ۱۲ سوالی دارد. فرم ۱۲

شیوه تحلیل داده‌ها

در این تحقیق در گام نخست از روش‌های آمار توصیفی برای به دست آوردن شاخص‌های توصیفی متغیرها در در گروه بیمار و غیر بیمار استفاده شده است. سپس با توجه به وجود داده‌های گروه‌های دو گانه و سه گانه (دو گروه بیماران وسواسی و یک گروه افراد بهنجار)، برای تحلیل داده‌های ناشی از پاسخ‌دهی آزمودنی‌ها به متغیرهای تحقیق، از آزمون تی مستقل برای مقایسه متغیرهای دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به وسواس، و با توجه به برقرار نبودن مفروضه‌های آمار پارامتریک، از آزمون یو من ویتنی برای مقایسه متغیرهای دو گروه افراد مبتلا به وسواس با بینش بالا و پایین استفاده شده است. همچنین مقایسه برخی متغیرهای جمعیت شناختی در دو گروه مبتلا و غیر مبتلا بر اساس آزمون خی دو انجام شده است. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 20 استفاده شده است.

نتایج

قبل از ورود به نتایج مربوط به متغیرهای تحقیق، ویژگی‌های جمعیت شناختی دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به وسواس و تشابه یا تمایز آنها در دو گروه، در جدول ۱ ارائه شده است.

کل ۰/۹۱ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ گزارش کرده‌است. همچنین پایایی بازآزمایی را در فاصله ۴ هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کرده است. اعتبار همزمان این ابزار براساس همبستگی آن با اضطراب صفت اشمیلبرگر ۰/۴۳ گزارش شده است. برای بررسی اعتبار افتراقی، پرسشنامه MCQ-30 در ۳ گروه بیماران مبتلا به اختلال وسواس، اختلال اضطراب منتشر و گروه افراد بهنجار اجرا شد. نتایج تفاوت معناداری را بین گروه بیمار و سالم آشکار ساخت هرچند این تفاوت بین دو گروه بیمار معنادار نبود [۴۲]. در این تحقیق برای سنجش باورهای فراشناختی و ابعاد آن از این مقیاس استفاده خواهد شد.

شیوه انجام پژوهش

آزمودنی‌هایی در ارزیابی شرکت داده شدند که علاوه بر دارا بودن شرایط یاد شده در قسمت انتخاب آزمودنی‌ها، رضایت خود را قبل از شروع واریسی‌ها اعلام کردند. جلسه ارزیابی شامل اجرای یک مصاحبه نیمه ساختار یافته با استفاده از پرسشنامه جمعیت شناختی و سپس اجرای ابزارهای اشاره شده بوده که به مدت حدوداً ۴۵ دقیقه به طول می‌انجامد. پس از اتمام جلسه به شرکت کنندگان هدایایی اهدا شد.

جدول ۱: مقایسه شاخص‌های توصیفی مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه‌های مبتلا و غیر مبتلا به وسواس

ویژگی‌های جمعیت شناختی	بیمار میانگین(انحراف استاندارد)	غیربیمار میانگین(انحراف استاندارد)	آماره	سطح معناداری
سن	۲۸/۳۰ (۹/۰۵)	۲۸/۷۳ (۷/۵۰)	$t=-۰/۱۸$	۰/۸۵
	(n=۲۳)	(n=۲۶)	آماره	سطح معناداری
جنس	مذکر	۱۲	$\chi^2=۰/۲۴$	۰/۶۲
	مؤنث	۱۴		
وضعیت تأهل	مجرد	۱۵	$\chi^2=۳/۵۶$	۰/۰۵۹
	متاهل	۱۱		
تحصیلات	از ابتدایی تا دیپلم	۷	$\chi^2=۳/۵۴$	۰/۸۹
	کارشناسی	۱۴		
	کارشناسی ارشد	۴		
	دکتری	۱		

مقایسه باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی با بینش بالا، پایین و افراد سالم

جدول ۲: مقایسه باورهای فراشناختی در دو گروه افراد مبتلا و غیر مبتلا به وسواس

t (df=۴۷)	غیر بیمار (n=۲۳)	بیمار (n=۲۷)	گروه ها
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	متغیرها
۱/۱۴	۷/۷۳ (۲/۷۳)	۸/۶۵ (۲/۸۸)	باورهای مثبت در مورد نگرانی
۲/۶۰*	۷/۹۲ (۲/۵۴)	۹/۸۲ (۲/۵۶)	باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر
۲/۲۸*	۷/۹۶ (۳/۲۸)	۱۰/۱۷ (۳/۴۹)	اطمینان شناختی
۲/۱۹*	۹/۷۳ (۳/۶۵)	۱۱/۹۱ (۳/۵۹)	نیاز به کنترل افکار
۰/۶۶	۱۱/۷۶ (۳/۰۸)	۱۲/۴۷ (۴/۳۶)	خودآگاهی شناختی

**p<۰/۰۰۰۱, *p<۰/۰۰۱, *p<۰/۰۵

جدول ۳: مقایسه باورهای فراشناختی در دو گروه افراد مبتلا به وسواس با بینش بالا و پایین

Z	بینش پایین (n=۴)	بینش بالا (n=۱۹)	گروه ها
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	متغیرها
-۰/۱۲۵	۸/۵۰ (۲/۳۸)	۸/۶۸ (۳/۰۳)	باورهای مثبت در مورد نگرانی
-۰/۳۶۹	۹/۲۵ (۳/۳۰)	۹/۹۴ (۲/۴۸)	باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر
-۰/۵۳۱	۹ (۱/۸۲)	۱۰/۴۲ (۳/۷۴)	اطمینان شناختی
-۰/۰۸۲	۱۲/۲۵ (۳/۴۰)	۱۱/۸۴ (۳/۷۱)	نیاز به کنترل افکار
-۰/۲۴۵	۱۲ (۴/۹۶)	۱۲/۵۷ (۴/۳۷)	خودآگاهی شناختی

**p<۰/۰۰۰۱, *p<۰/۰۰۱, *p<۰/۰۵

بالا و پایین بر اساس آزمون یو من ویتنی نشان می‌دهد که، در باورهای فراشناختی، بین دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده در مورد باورهای فراشناختی همسو با یافته‌های پیشین [۱۴,۲۸,۴۳,۴۴] نشان می‌دهد که بیماران وسواسی در خرده مقیاس‌های باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار، نمرات بالاتری نسبت به افراد سالم کسب می‌کنند. قابل ذکر است که برخی دیگر از پژوهشگران نیز رابطه مثبتی بین باورهای فراشناختی و نشانه‌های

نتایج بدست آمده نشان می‌دهد که دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به وسواس در ویژگی‌های سنی، جنسی، وضعیت تاهل و تحصیلات دارای تفاوت معناداری نیستند.

مقایسه دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به وسواس در باورهای فراشناختی در جدول ۲ ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد که دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به وسواس تنها در متغیرهای باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار تفاوت معنادار دارند.

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتایج مقایسه باورهای فراشناختی افراد مبتلا به وسواس با بینش

نشان داد که بیماران وسواسی با بینش بالا در خرده مقیاس های فراشناختی نمرات بالاتری را نسبت به بیماران با بینش پایین کسب می کنند. او اشاره می کند که هر چند مطالعه ای در مورد ارتباط بینش و باورهای فراشناختی وجود ندارد. اما مطالعاتی که بینش را در بیماران اسکیزوفرنیا مورد واری قرار داده اند، نشان داده که نمرات بالاتر در باورهای فراشناختی با بینش بهتر ارتباط دارد [۵۶،۵۷]. اونن در ۲۰۱۳ ادعا می کند که نمرات پایین افراد وسواسی با بینش پایین در خرده مقیاس های باورهای فراشناختی نشان می دهد که آگاهی فراشناختی در این دسته از بیماران کاهش یافته و آنها در تشخیص فرایند تفکرشان دچار اختلال هستند. وی همچنین نتیجه می گیرد که نیاز به کنترل افکار در بیماران وسواسی با بینش پایین از تعیین کنندگی کمتری برخوردار است. از اینرو می توان انتظار داشت که مواجهه با افکار ناخواسته یا تصاویر ذهنی نمی تواند به طور موثری به چالش با باورهای فراشناختی و همچنین تسهیل گسلش از افکار وسواسی کمک کند [۱۴]. نکته دیگری که در تبیین این یافته می توان به آن اشاره کرد اینست که شاید نوع ابزار متمایز کننده افراد با بینش بالا و پایین از هم و همچنین محدود بودن آزمودنی ها، در نوع نتایج بدست آمده موثر باشد.

هر چند پژوهش حاضر با توجه با واری ما، اولین تحقیقی است که در ایران باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به وسواس فکری عملی با بینش بالا و پایین را مورد بررسی قرار داده و خود می تواند باب پژوهشی جدیدی را به روی پژوهشگران بگشاید، اما با محدودیت هایی نیز مواجه بوده است. سنجش بینش در تحقیق حاضر مبتنی بر یک سوال، آن هم از نوع خودگزارشی (متناسب با تلاش های تحقیقی پیشین [۱۲،۲۴،۳۵] بوده است. آیا واقعا طرح یک سوال، می تواند به خوبی افراد را از یکدیگر متمایز کند؟ دیگر آنکه نحوه سنجش یا ارزیابی این ویژگی، به سادگی بیان آن نیست. بویژه اینکه با یک سوال که در منابع متعدد مورد اشاره قرار گرفته است، آیا می توان به میزان بینش بالا و پایین دست یافت. بلافاصله

وسواسی گزارش کرده اند [۴۵،۴۶]. در حمایت از این یافته ها، پژوهشگران نشان دادند که باورهای فراشناختی در آسیب شناسی وسواس نقش تسریع کننده و تداوم بخشی دارند [۴۷،۲۹،۱۴-۴۹]. باورهای فراشناختی منفی به اهمیت و معنای منفی وقایع شناختی درونی ربط دارد. این باورهای فراشناختی در دو دسته عمده جای می گیرند: ۱- کنترل ناپذیری افکار و ۲- معنا، اهمیت و خطر افکار. این باورهای فراشناخت منفی زمینه شکست در کنترل افکار را فراهم می آورد و موجب تداوم و پایداری سندرم شناختی توجهی می شود [۵۰]. باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر، نگرانی و نشانه های وسواس فکری و عملی را پیش بینی می کند در حالی که نیاز به کنترل افکار می تواند به طور اختصاصی شاخص خوبی برای باورهای نگرانی مربوط به آیین مندی ها باشد [۵۱،۴۹،۱۴-۵۳]. خود آگاهی شناختی علاوه بر تمرکز و آگاهی بر محتوای افکار به عنوان تمایل برای تمرکز فزاینده بر فرایندهای ذهنی نیز تعریف شده است [۵۴]. همچنین برخی پژوهشگران پیشنهاد می دهند که خود آگاهی شناختی می تواند به عنوان یک ویژگی شناختی متمایز برای وسواس از اهمیت برخوردار باشد [۵۵] در حالی که یافته های پژوهش حاضر از چنین فرضیه ای حمایت نمی کند. ممکن است عدم تفاوت در یافته های این پژوهش ناشی از این مسئله باشد که بیش از نیمی از افراد شرکت کننده در پژوهش در هر دو گروه، تحصیلات دانشگاهی داشته اند و ممکن است تحصیلات دانشگاهی و حضور در دانشگاه و همچنین تقابل با آراء مختلف باعث شده باشد تا افراد در مورد افکار و باورهای خود تفکر کرده و بنابراین خود آگاهی شناختی افراد افزایش یافته باشد و در نتیجه تحلیل داده ها تفاوتی را در دو گروه نشان ندهد.

در بررسی تفاوت نمرات فراشناختی در بیماران وسواسی با بینش بالا و پایین تحلیل داده ها هیچ تفاوتی را بین دو گروه آشکار نساخت. با واری ما فقط یک پژوهش ارتباط بین بینش در وسواس با باورهای فراشناختی را مورد بررسی قرار داده است. اونن در ۲۰۱۳

- 3- Anderson, K. E., & Savage, C. R. (2004). Cognitive and neurobiological findings in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 27(1), 37-47.
- 4- Menzies, L., Achard, S., Chamberlain, S. R., Fineberg, N., Chen, C. H., del Campo, N., Bullmore, E. (2007). Neurocognitive endophenotypes of obsessive-compulsive disorder. *Brain*, 130(Pt 12), 3223-3236. doi: 10.1093/brain/awm205
- 5- Viswanath, B., & Reddy, Y. (2010). Functional neuroanatomy and neurochemistry of obsessive compulsive disorder. *Neurobiology of psychiatric disorders*, Indian Psychiatric Society.
- 6- Kashyap, H., Kumar, J. K., Kandavel, T., & Reddy, Y. C. (2013). Neuropsychological functioning in obsessive-compulsive disorder: Are executive functions the key deficit? *Compr Psychiatry*, 54(5), 533-540. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.12.003
- 7- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*: Amer Psychiatric Pub Inc.
- 8- Neshat Doost, H. T., Molavi, H., Abedi, M. R., & Isfahani, M. (2007). The Effects of Exposure and Response Prevention by Self-treatment Method on Reduction of Obsessive-Compulsive Symptoms. *Clinical Psychology & Personality*, 1(22), 1-10.
- 9- Berrios, G. E. (1985). Obsessional disorders during the nineteenth century: terminological and classificatory issues. *The anatomy of madness*, 1, 166-187.
- 10- Kashyap, H., Kumar, J. K., Kandavel, T., & Reddy, Y. C. (2012). Neuropsychological correlates of insight in obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 126(2), 106-114. doi: 10.1111/j.1600-0447.2012.01845.x
- 11- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1995). DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*.
- 12- Cherian, A. V., Narayanaswamy, J. C., Srinivasaraju, R., Viswanath, B., Math, S. B., Kandavel, T., & Reddy, Y. C. (2012). Does insight have specific correlation with symptom dimensions in OCD? *J Affect Disord*, 138(3), 352-359. doi: 10.1016/j.jad.2012.01.017.

این نکته را باید اضافه کرد که فرهنگ ارزیابی و نبرخی ویژگی های شناختی در نمونه های ایرانی نیز خود ممکن است، واری بینش را به شکل یاد شده، دچار نوسان کند.

از سویی دیگر، حتی اگر یک سوال توان سنجش بینش را در حد مناسبی داشته باشد، بازهم باید توجه کرد که تعداد بیماران با بینش پایین نسبت به بیماران با بینش بالا بسیار کم بوده است (۵ نفر در برابر ۲۲ نفر). بنابراین ممکن است عدم تفاوت به دلیل کم بودن بیماران با بینش پایین بوده باشد. نکته دیگری که ما در بررسی خود بدان توجه نکرده و آن را مورد ارزیابی قرار نداده ایم این است که آیا بیماران با درک نشانه های خود، برای درمان و مراجعه اقدام کرده اند یا اصرار دیگران آنها را به مراکز درمانی سوق داده است. واری این امر می توانست به ما نشان دهد که فرد تا چه حد به شرایط خود آگاه است و آنوقت بررسی شود که این آگاهی با نتایج مربوط به سوال بینش، تا چه میزان همسویی دارد.

بر این اساس پیشنهاد می شود در آینده پژوهش هایی طراحی شود که: (۱) از حجم نمونه بالاتری در گروه وسواس با بینش پایین برخوردار باشد، (۲) از ابزار معتبر و دقیق تری برای سنجش میزان بینش استفاده کند و (۳) از تنوع بیشتری در مورد ویژگی های جمعیت شناختی نمونه پژوهش برخوردار باشد. امید که پژوهش حاضر با توجه به اینکه اولین تحقیقی است که باورهای فراشناختی را در افراد مبتلا به وسواس فکری عملی با بینش بالا و پایین در جامعه ایرانی مورد بررسی قرار داده، حداقل بتواند باب پژوهشی جدیدی را، در عین اذعان به محدودیت ها، به روی پژوهشگران بگشاید.

منابع

- 1- Sadock, B., & Sadock, V. (2007). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry*: Wolters Kluwer Health.
- 2- Imani, M., & Mahmood Alilo, M. (2009). The Efficacy of "Cognitive-Behavioral Therapy" Compared to Exposure and Response Prevention and "Fluoxetine" in the Recovery of Obsessive-Compulsive Patients. *Clinical Psychology & Personality*, 1(34), 39-50.

- 22- Bellino, S., Patria, L., Ziero, S., & Bogetto, F. (2005). Clinical picture of obsessive-compulsive disorder with poor insight: a regression model. *Psychiatry Research*, 136(2), 223-231.
- 23- Alonso, P., Menchón, J. M., Segalàs, C., Jaurrieta, N., Jiménez-Murcia, S., Cardoner, N., Vallejo, J. (2008). Clinical implications of insight assessment in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*, 49(3), 305-312.
- 24- Matsunaga, H., Kiriike, N., Matsui, T., Oya, K., Iwasaki, Y., Koshimune, K., . . . Stein, D. (2002). Obsessive-compulsive disorder with poor insight. *Compr Psychiatry*, 43(2), 150-157.
- 25- Samuels, J. F., Bienvenu, O. J., 3rd, Pinto, A., Fyer, A. J., McCracken, J. T., Rauch, S. L., Nestadt, G. (2007). Hoarding in obsessive-compulsive disorder: results from the OCD Collaborative Genetics Study. *Behav Res Ther*, 45(4), 673-686. doi: 10.1016/j.brat.2006.05.008
- 26- Türksoy, N., Tükel, R., Özdemir, Ö., & Karali, A. (2002). Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive-compulsive disorder. *Journal of anxiety disorders*, 16(4), 413-423.
- 27- Fernandez-Duque, D., Baird, J. A., & Posner, M. I. (2000). Executive attention and metacognitive regulation. *Conscious Cogn*, 9(2 Pt 1), 288-307. doi: 10.1006/ccog.2000.0447
- 28- 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. *Behav Res Ther*, 41(4), 383-401. doi: 10.1016/s0005-7967(02)00015-3
- 29- Rees, C. S., & Anderson, R. A. (2013). A review of metacognition in psychological models of obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychologist*, 17(1), 1-8.
- 30- Yorulmaz, O. (2007). A Comprehensive model for obsessive-compulsive disorder symptoms: A cross-cultural investigation of cognitive and other vulnerability factors. (Phd), Middle East Technical university.
- 13- Fontenelle, J. M., Santana, L. d. S., Lessa, L. d. R., Victoria, M. S. d., Mendlowicz, M. V., & Fontenelle, L. F. (2010). The concept of insight in patients with obsessive-compulsive disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(1), 77-82.
- 14- Onen, S., Karakas Ugurlu, G., & Caykoylu, A. (2013). The relationship between metacognitions and insight in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*, 54(5), 541-548. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.11.006
- 15- Markova, I. S., Jaafari, N., & Berrios, G. E. (2009). Insight and obsessive-compulsive disorder: a conceptual analysis. *Psychopathology*, 42(5), 277-282. doi: 10.1159/000228836
- 16- Lochner, C., & Stein, D. J. (2003). Heterogeneity of obsessive-compulsive disorder: a literature review. *Harvard review of psychiatry*, 11(3), 113-132.
- 17- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*: Amer Psychiatric Pub Inc.
- 18- Ravikishore, V., Samar, R., Janardhanreddy, Y., Chandrasekhar, C., & Thennarasu, K. (2004). Clinical characteristics and treatment response in poor and good insight obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 19(4), 202-208. doi: 10.1016/j.eurpsy.2003.12.005
- 19- Catapano, F., Sperandio, R., Perris, F., Lanzaro, M., & Maj, M. (2001). Insight and resistance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*, 34(2), 62-68.
- 20- Catapano, F., Perris, F., Fabrazzo, M., Cioffi, V., Giacco, D., De Santis, V., & Maj, M. (2010). Obsessive-compulsive disorder with poor insight: A three-year prospective study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 34(2), 323-330. doi: 10.1016/j.pnpbp.2009.12.007
- 21- Jakubovski, E., Pittenger, C., Torres, A. R., Fontenelle, L. F., do Rosario, M. C., Ferrao, Y. A. Bloch, M. H. (2011). Dimensional correlates of poor insight in obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 35(7), 1677-1681. doi: 10.1016/j.pnpbp.2011.05.012

- ۳۹- دابسون، ک.س؛ و محمد خانی، پروانه. (۱۳۸۶). مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک-۲ در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی در دوره بهبودی نسبی. فصلنامه علمی پژوهشی توانبخشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، شماره ۲۹، صص ۸۲-۸۸.
- 40- Goldberg, D. P. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness.
- 41- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther*, 42(4), 385-396.
- ۴۲- شیرین زاده دستگیری، صمد؛ گودرزی، محمد علی؛ رحیمی، چنگیز؛ و نظیری، قاسم. (۱۳۸۷). بررسی ساختار عاملی، روایی و اعتبار پرسشنامه فراشناخت ۳۰. روانشناسی، سال دوازدهم، دوره ۴۸، شماره ۴؛ صص ۴۴۵-۴۶۱.
- ۴۳- شیرین زاده دستگیری، صمد؛ گودرزی، محمد علی؛ غنی زاده، احمد؛ و تقوی، محدرضا. (۱۳۸۷). مقایسه باورهای فراشناختی و مسئولیت پذیری در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری، اختلال اضطراب منتشر، و افراد بهنجار. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی*، سال چهاردهم، شماره ۱؛ صص ۴۶-۵۵.
- ۴۴- فرنام، علیرضا؛ قلیزاده، حسین؛ پیرزاده، جابر؛ حکمتی، عیسی؛ و رسولوند صادقی، احمد. (۱۳۹۰). مقایسه باورهای فراشناختی بیماران افسرده، وسواسی اجباری و گروه سالم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، دوره هجدهم، شماره ۴، صص ۳۳۹-۳۴۸.
- ۴۵- شاره، حسین؛ و علیمرادی، عبدالطیف. (۱۳۹۲). سیستم های مغزی - رفتاری، باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری. *مجله روانشناسی بالینی*، سال پنجم، شماره ۳، صص ۲۱-۱۱.
- ۳۱- راجزی اصفهانی، سپیده؛ متقی پور، یاسمن؛ کامکاری، کامبیز؛ ظهیرالدین، علی رضا؛ و جان بزرگی، مسعود. (۱۳۹۰). پایایی و روایی نسخه فارسی مقیاس وسواسی اجباری - بیل - براون. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال هفدهم، شماره ۴، صص ۲۹۷-۳۰۳.
- ۳۲- یعقوبی، حمید؛ کریمی، معصومه؛ امیدی، عبد اله؛ باروتی، عصمت؛ و عابدی، میلاد. (۱۳۹۱). اعتبار یابی و ساختار عاملی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-12) در دانشجویان. *مجله علوم رفتاری*، دوره ۶، شماره ۲، صص ۱۶۰-۱۵۳.
- 33- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., . . . Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry*, 46(11), 1006.
- ۳۴- استگتی، گیل؛ پیگت، تریزا. (۱۳۸۹، ۲۰۰۶). اختلال وسواس جدیدترین راهبرد های ارزیابی و درمان. ترجمه حبیب الله قاسم زاده. تهران انتشارات ارجمند.
- 35- Marazziti, D., Dell'Osso, L., Di Nasso, E., Pfanner, C., Presta, S., Mungai, F., & Cassano, G. B. (2002). Insight in obsessive-compulsive disorder: a study of an Italian sample. *European Psychiatry*, 17(7), 407-410.
- 36- Shimshoni, Y. a., Reuven, O., Dar, R., & Hermesh, H. (2011). Insight in obsessive-compulsive disorder: A comparative study of insight measures in an Israeli clinical sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(3), 389-396. doi: 10.1016/j.jbtep.2011.02.011
- 37- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Manual for the beck depression inventory* The Psychological Corporation. San Antonio, TX.
- ۳۸- قاسم زاده، حبیب الله؛ کرم قدیری، نرگس؛ شریفی، ونداد؛ نوروزیان، مریم؛ مجتبابی، رامین؛ و ابراهیم خانی، نرگس. (۱۳۸۴). کارکردهای شناختی، نوروپسیکولوژیک و نورولوژیک بیماران وسواسی با و بدون علائم افسردگی در مقایسه با هم و با گروه بهنجار. *تازه های علوم شناختی*، سال ۷، شماره ۳؛ صص ۱-۱۵.

- 53- Sica, C., Steketee, G., Ghisi, M., Chiri, L. R., & Franceschini, S. (2007). Metacognitive beliefs and strategies predict worry, obsessive-compulsive symptoms and coping styles: A preliminary prospective study on an Italian non-clinical sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(4), 258-268.
- 54- Cucchi, M., Bottelli, V., Cavadini, D., Ricci, L., Conca, V., Ronchi, P., & Smeraldi, E. (2012). An explorative study on metacognition in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 546-553. doi: 10.1016/j.comppsy.2011.09.008
- 55- Barahmand, U. (2009). Meta-cognitive profiles in anxiety disorders. *Psychiatry Res*, 169(3), 240-243. doi: 10.1016/j.psychres.2008.06.029
- 56- Lysaker, P. H., Carcione, A., Dimaggio, G., Johannesen, J., Nicolò, G., Procacci, M., & Semerari, A. (2005). Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: associations with neurocognition, symptoms, insight and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(1), 64-71.
- 57- Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Buck, K. D., Callaway, S. S., Salvatore, G., Carcione, A., Stanghellini, G. (2011). Poor insight in schizophrenia: links between different forms of metacognition with awareness of symptoms, treatment need, and consequences of illness. *Compr Psychiatry*, 52(3), 253-260. doi: 10.1016/j.comppsy.2010.07.007
- ۴۶- محمد خانی، شهرام؛ و فرجاد، مریم. (۱۳۸۸). رابطه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با علائم وسواسی در جمعیت غیربالینی. *مجله روانشناسی بالینی*، سال اول، شماره ۳، صص ۵۱-۳۵.
- 47- Nelson, T. O., Stuart, R. B., Howard, C., & Crowley, M. (1999). Metacognition and clinical psychology: A preliminary framework for research and practice. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(2), 73-79.
- 48- Teasdale, J. D. (1999). Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(2), 146-155.
- 49- Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*: Wiley. com.
- 50- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*: Guilford press.
- 51- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of anxiety disorders*, 11(3), 279-296.
- 52- Myers, S. G., Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). Belief domains of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44) and their specific relationship with obsessive-compulsive symptoms. *J Anxiety Disord*, 22(3), 475-484. doi: 10.1016/j.janxdis.2007.03.012