

Prediction of washing obsessive-compulsive tendency through obsessive beliefs

Mahmod-Aliloo M. PhD¹, Hashemi T. PhD¹, Ashrafiyan P. MSc[✉]

¹ Department of Psychology, Psychology Faculty, Tabriz University, Tabriz, Iran

[✉] Department of Psychology, Psychology Faculty, Tabriz University, Tabriz, Iran

Received: 2013.10.14 Accepted: 2013.12.26

Abstract

Introduction: Recent studies show that six dysfunctional beliefs have important role in tendency to obsessive-compulsive disorder. As a result, the aim of present study is to investigate the role of obsessive beliefs (dysfunctional beliefs) in predicting washing obsessive compulsions.

Method: 390 undergraduate university students from Tabriz university were selected by cluster sampling. Next, Maudsley obsessive-compulsive questionnaire and obsessive beliefs questionnaire (OBQ-44) were used to collect data. Then, Pearson correlation and step by step multiple regression were used for data analysis.

Results: Findings showed that dysfunctional beliefs on need for certainty, Importance of thoughts and threat estimation, thought control and perfectionism could significantly predict washing obsessive-compulsive tendency ($p < 0.01$). Among these factors, the need for certainty had more important role in prediction model 33%, dysfunctional belief of perfectionism predicted 5%, either of importance of the thoughts and threat estimation 2%, and thoughts control could say 1% of washing obsessive-compulsive tendency.

Conclusion: Obsessive beliefs can predict OCD. Then in treatment of illness it is needed to modify them.

Key words: Obsessive-Compulsive Disorder, Obsessive Beliefs, Threat Estimation

پیش‌بینی گرایش وسواسی - اجباری شستشو بر اساس باورهای وسواسی

مجید محمودعلیلو^۱، تورج هاشمی^۱، پروانه اشرفیان[✉]

^۱ گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، ایران

[✉] گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۰/۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۷/۲۲

چکیده

مقدمه: در تبیین ابتلا به اختلال وسواسی - اجباری (OCD) تحقیقات اخیر معتقد به نقش کلیدی شش حوزه شناخت ناکارآمد شامل احساس مسئولیت برای صدمه و آسیب، ارزیابی تهدید و خطر، نیاز به برخورداری از اطمینان، اهمیت دادن به افکار، کنترل افکار و کمال هستند. لذا هدف پژوهش حاضر بررسی نقش باورهای وسواسی (باورهای ناکارآمد) در پیش‌بینی گرایش به شستشوی وسواسی-اجباری است.

روش: ۳۹۰ نفر از دانشجویان دانشگاه تبریز به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. پرسشنامه‌های وسواسی - اجباری مادزلی و باورهای وسواسی (OBQ-44) به منظور جمع‌آوری اطلاعات استفاده شدند. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون چند گانه گام به گام استفاده شد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان دادند که باورهای ناکارآمد نیاز به یقین، کمال‌گرایی، اهمیت افکار، احساس تهدید و کنترل افکار، به ترتیب اهمیت قادرند تغییرات زیر مجموعه شستشوی وسواسی - اجباری را در افراد مورد مطالعه به طور معنادار ($P < 0/01$) پیش‌بینی کنند، که در این میان نیاز به یقین ۳۳ درصد از واریانس متغیر ملاک شستشو را پیش‌بینی می‌کند. باور ناکارآمد کمال‌گرایی ۵ درصد و اهمیت افکار و احساس تهدید هر دو ۲ درصد و باور به کنترل افکار ۱ درصد از این متغیر را پیش‌بینی می‌کنند.

نتیجه‌گیری: باورهای ناکارآمد وسواسی می‌توانند عامل زمینه ساز اختلال وسواسی-اجباری شستشو شوند. لذا در مداخلات درمانی، توجه به این باورها و اصلاح آن‌ها ضروری به نظر می‌رسد.

کلید واژه‌ها: اختلال وسواسی - اجباری، باورهای وسواسی، احساس تهدید، اهمیت افکار، نیاز به یقین

مقدمه

نشانه اصلی وسواس (اختلال وسواسی - اجباری)، وجود وسواس‌ها و اجبارهای مکرر و ناتوان کننده است. وسواس‌های فکری، افکار، تصاویر یا تکانه‌های مزاحم، تکراری و مداومی هستند که ناخواسته و غیر ارادی ایجاد می‌شوند و باعث اضطراب یا آشفتگی قابل توجه فرد می‌گردند. وسواس‌های عملی، رفتارها یا پاسخ‌های ذهنی تکراری، قالبی، و هدفمندی هستند که بیمار از نظر ذهنی، برای عمل کردن به آن‌ها احساس اجبار می‌کند و غالباً در برابر آن‌ها مقاومت می‌نماید. وسواس‌های عملی اغلب به وسیله وسواس‌های فکری تحریک و ایجاد می‌شوند، و چون اضطراب یا آشفتگی ناشی از وسواس را سریع، اما گذرا کاهش می‌دهند، تقویت می‌شوند [۱]. اختلال وسواس شستشو، شایع‌ترین تابلوی بالینی اختلال وسواسی - اجباری است [۲]. وسواس فکری آلودگی با میزان ۵۰ درصد شایع‌ترین وسواس فکری است و رفتار جبری شستشو و پاکیزه‌سازی با میزان ۵۰ درصد بعد از واریسی کردن (با میزان ۶۱ درصد) در درجه دوم قرار دارد [۳]. در نظریه شناختی OCD روی شیوه تفسیر فرد از محتوا و وقوع افکار مزاحم تکیه می‌شود. شیوه‌های ناکارآمد برخورد با افکار مزاحم، باعث ایجاد خلق منفی و رفتارهای خنثی سازی می‌شود [۴]. استکتی و فراست [۵] به باور ناکارآمد بیماران وسواسی - اجباری در مورد احتمال بیش از حد خطر و تهدید اشاره می‌کنند و معتقدند این افراد حتی از ریسک‌های معمولی روزانه مثل استفاده از لیوان دوستان یا رها کردن لحظه‌ای ماشین خود بدون قفل کردن به شدت اجتناب می‌کنند. چندین مطالعه نیز از جمله گروه کاری (OCCWG) به وجود باور به اهمیت افکار و کنترل افکار در بیماران وسواسی - اجباری اشاره کرده‌اند. افکار مزاحم منفی چون به ذهن خطور کرده‌اند، پس باید مهم باشند و چون مهم هستند به وقوع می‌پیوندند [۶]. احساس نیاز شدید برای کنترل این افکار در واقع فراوانی آن‌ها را بیش‌تر می‌کند و این فعالیت‌های ذهنی، این افراد را به شدت خسته و درمانده می‌کنند [۱]. ناشکیبایی برای بالاترکلیفی و نیاز به یقین نیز از طرفی نقش مرکزی در شناخت مبتلایان به OCD دارد [۷]. در یک قرن اخیر، بسیاری از نظریه پردازان به وجود ارتباط مفهومی بین کمال‌گرایی و وسواس معتقد بوده‌اند. از طرفی عامل هسته‌ای در شکل‌گیری وسواس را میزان باورها و فرض‌های مربوط به ارزیابی احساس خطر در زمینه کمال‌گرایی می‌دانند، باورهایی مانند "انسان باید در هر زمینه‌ای کامل، لایق و توانمند باشد و دستاوردهای عدیده‌ای در زمینه‌های مختلف داشته باشد" و "در صورت ارتکاب اشتباه یا شکست در واقعیت بخشیدن به رویاها و تصورات کمال‌گرایانه، شخص باید خود را مورد تنبیه و سرزنش قرار دهد" [۸].

با توجه به شواهد مذکور، به نظر می‌رسد تمرکز روی باورهای شناختی مختص بیماری وسواسی - اجباری امری ضروری است.

تاکنون اجماع و توافق قطعی و کلی در مورد میزان باورهای ناسازگار و زمینه ساز اختلال وسواس، و تصویر روشنی از نقش و سهم تفکیکی هر کدام از آن‌ها در ابتلا به نشانه‌های خاص OCD در دست نبوده است، لذا ضروری است که به این پرسش پاسخ داده شود که کدام باور وسواسی بهتر می‌تواند زیر مجموعه شستشوی این اختلال را بهتر پیش‌بینی کند؟ در راستای پاسخ‌گویی به این سوال، پژوهش حاضر، طراحی و به مرحله اجرا درآمد.

روش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی - همبستگی می‌باشد. انتخاب آزمودنی‌ها در این تحقیق به شیوه خوشه‌ای تصادفی بود. بدین صورت که از بین تمام دانشکده‌ها ۴ دانشکده به طور تصادفی انتخاب شدند (کشاورزی، علوم تربیتی، شیمی و ادبیات) و از این دانشکده‌ها چند کلاس تصادفی انتخاب گردید. سپس از دانشجویانی که داوطلب به همکاری بودند (۳۹۰ نفر، متشکل از ۲۰۰ زن و ۱۹۰ مرد) خواسته شد تا پرسشنامه‌های ویژگی‌های جمعیت شناختی، وسواسی - اجباری مادزلی و باورهای وسواسی را پر کنند. انتخاب تعداد نمونه بر اساس جدول مورگان صورت گرفت. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

پرسشنامه وسواسی - اجباری مادزلی: حاوی ۳۰ سوال است که به صورت بلی یا خیر پاسخ داده می‌شوند. هاجسون و راجمن [۹] توانستند با استفاده از تحلیل عاملی به چهار زیر گروه برسند: واریسی، شستشو، کندی و شک و تردید. دامنه نمره کل مادزلی بین صفر تا ۳۰ می‌باشد. در مطالعات مختلف نقاط برش متفاوتی برای وسواسی بودن افراد انتخاب شده است. روایی باز آزمون مادزلی خوب است (۹۸ درصد). و در دو مطالعه در ایران میانگین این آزمون در مورد بیماران وسواسی ۱۵/۷۵ (انحراف معیار ۵/۶۳) و ۱۴/۶۷ (انحراف معیار ۵/۷۶) به دست آمده است [۱۰]. روایی همزمان، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و ضریب دو نیمه سازی به عنوان همبستگی اصلاح شده $r = 0.8$ شد و روایی غیر همزمان، با روش بازآزمایی ۰/۷۶ به دست آمد. در بررسی حاضر مقیاس شستشوی این پرسشنامه که ۱۱ آیتم را شامل می‌باشد، انتخاب شدند.

پرسشنامه باورهای وسواسی (OBQ-44): شامل ۴۴ پرسش می‌باشد که ابعاد بیماری‌زایی را در حیطه شناخت در بیماران مبتلا به وسواس فکری - اجباری مورد ارزیابی قرار می‌دهد. از پاسخ دهنده درخواست می‌شود، میزان مخالفت یا موفقیت را با هر کدام از گزینه‌ها که روی مقیاس صفر تا هفت رتبه بندی شده است، اعلام کند. آزمون از شش گروه افکار، تشکیل شده که دامنه‌های کلیدی حوزه‌های شناخت در اختلال وسواس فکری - اجباری هستند شامل: احساس مسئولیت برای صدمه و آسیب، ارزیابی تهدید و خطر، نیاز به برخورداری از اطمینان، اهمیت دادن به افکار، کنترل افکار و کمال طلبی.

همانطور که جدول ۲ نشان می‌دهد همبستگی بین شستشو و باورهای وسواسی، از نظر آماری معنادار است. جهت تعیین سهم تفکیکی متغیرهای پیش‌بین در تغییرات متغیر ملاک (شستشو) از تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد.

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد نیاز به یقین با $R^2=0/33$ در بین متغیرهای پیش‌بین در مرتبه اول قرار دارد و ۳۳ درصد از تغییرات متغیر ملاک را پیش‌بینی می‌کند که از نظر آماری معنادار است. درگام دوم متغیر کمال‌گرایی ۵ درصد از تغییرات و درگام سوم اهمیت افکار ۲ درصد از تغییرات و درگام چهارم متغیر احساس تهدید ۲ درصد از تغییرات و در نهایت کنترل افکار در مرتبه پنجم اهمیت قرار دارد چرا که این متغیر قادر است ۱ درصد از تغییرات متغیر ملاک شستشو را به طور معنادار پیش‌بینی کند.

مطابق جدول ۴ چنین استنباط می‌شود که متغیرهای نیاز به یقین، کمال‌گرایی، اهمیت افکار، احساس تهدید و کنترل افکار، با بتای ۰/۵۹، ۰/۱۳، ۰/۲۲، ۰/۲۹، ۰/۱۷ دارای سهم معنادار در پیش‌بینی تغییرات علائم شستشو هستند.

بحث

بانوان و همکاران معتقدند افراد وسواسی-اجباری از افکار و تکانه‌ها (که به صورت مزاحم و نامتناسب و اضطراب‌زا هستند) که همراه با اجبارها (رفتارهای تکراری یا اعمال ذهنی که جهت کاهش اضطراب می‌شوند) هستند، رنج می‌برند [۱۱].

روایی همزمان، ثبات درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و ضریب دونیمه سازی بعنوان همبستگی اصلاح شده $r=0/94$ برآورد شد و برای محاسبه روایی غیر همزمان، از ضریب روایی حاصل از روش بازآزمایی استفاده شد که مقدار آن ۰/۸۲ به دست آمد [۱۰].

یافته‌ها

داده‌ها با استفاده از SPSS-17 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در بخش توصیفی به محاسبه میانگین و انحراف استاندارد متغیرها (جدول ۱) و در بخش استنباطی از روش رگرسیون چندگانه استفاده شد.

به منظور بررسی و تحلیل داده‌های مربوط به سوال پژوهش حاضر از روش آماری رگرسیون چندگانه استفاده شد. در این راستا ابتدا ماتریس همبستگی بین متغیرها محاسبه شد که داده‌های مربوط به این شاخص‌ها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای ملاک و پیش‌بین

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
احساس مسئولیت	۳۷/۹۳	۹/۲۲	۳۹۰
احساس تهدید	۶/۲۵	۷/۶۷	۳۹۰
اهمیت افکار	۳۷/۸۵	۸/۲۲	۳۹۰
کنترل افکار	۱۱/۹۴	۲/۰۴	۳۹۰
نیاز به یقین	۴/۲۷	۶/۵۱	۳۹۰
کمال‌گرایی	۵۰/۱۳	۱۰/۲۱	۳۹۰
شستشو	۳/۵	۲/۱۴	۳۹۰

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای باورهای وسواسی و وسواس شستشو

احساس مسئولیت	احساس تهدید	اهمیت افکار	کنترل افکار	نیاز به یقین	کمال‌گرایی
۱					
۰/۶۰۲**	۱				
۰/۶۲۴**	۰/۵۱۱**	۱			
۰/۶۴۳**	۰/۷۲۶**	۰/۵۴**	۱		
۰/۸۱۲**	۰/۳۸**	۰/۵۳**	۰/۳۸**	۱	
۰/۴۸**	۰/۵۵۲**	۰/۲۳**	۰/۲۳**	۰/۴۲**	۱
۰/۴۶۶**	۰/۳۵۴**	۰/۱۸**	۰/۱۷**	۰/۵۴**	۰/۴۵**

** $(P<0/001)$

جدول ۳. تحلیل رگرسیون گام به گام متغیر ملاک شستشو بر متغیرهای پیش‌بین

مدل	R	R^2	R^2 اصلاح شده	خطای استاندارد برآورد	تغییرات R^2	F	تغییرات آماری		
							درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۱- نیاز به یقین	۰/۵۷۴	۰/۳۳۰	۰/۳۲۸	۱/۷۵۹۹	۰/۳۳۰	۱۹۰/۹۹	۱	۳۸۸	۰/۰۰۱
۲- کمال‌گرایی	۰/۶۲۰	۰/۳۸۴	۰/۳۸۱	۱/۶۸۹۷	۰/۰۵۴	۳۳/۹۱۰	۱	۳۸۷	۰/۰۰۱
۳- اهمیت افکار	۰/۶۳۸	۰/۴۰۷	۰/۴۰۲	۱/۶۵۹۹	۰/۰۲۳	۱۵/۰۳۴	۱	۳۸۶	۰/۰۰۱
۴- احساس تهدید	۰/۶۵۰	۰/۴۲۲	۰/۴۱۶	۱/۶۴۱۰	۰/۰۱۵	۹/۹۴۶	۱	۳۸۵	۰/۰۰۲
۵- کنترل افکار	۰/۶۵۹	۰/۴۳۴	۰/۴۲۷	۱/۶۲۵۵	۰/۰۱۲	۸/۳۶۴	۱	۳۸۴	۰/۰۰۴

جدول ۴. ضرایب بتای متغیر پیش‌بین

مدل	B	خطای استاندارد	بتا	T	سطح معناداری
نیاز به یقین	۰/۱۵۷	۰/۶۸	۰/۵۹	۱/۳۸	۰/۱۶
کمال‌گرایی	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۱۳	۱۱/۹۷	۰/۰۰۱
اهمیت افکار	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۲۲	۲/۵۶	۰/۰۰۱
احساس تهدید	۰/۰۵	۰/۰۱	۰/۲۹	۴/۳۲	۰/۰۰۱
کنترل افکار	۰/۰۸	۰/۰۱	۰/۱۷	۴/۳۰	۰/۰۰۴

متغیر وابسته: شستشو

تحقیقات چندی گرایش به زیر مجموعه شستشوی وسواسی- اجباری را پیش‌بینی کرده‌اند [۱۳، ۲۱]. در ادامه باور ناکارآمد دیگری که در این پژوهش توانایی پیش‌بینی گرایش به شستشوی وسواسی- اجباری را دارا می‌باشد، احساس تهدید بیش از حد است. از آنجا که افکار فرد مبتلا به وسواس شستشو، بیش‌تر درگیر کاهش آسیب و صدمه احتمالی است و مدام نگران آلودگی و انتشار میکروب‌هاست، پس طبیعی به نظر می‌رسد که احساس خطر و تهدید همواره با او باشد. این احساس خطر دائمی به شدت آزاردهنده و اضطراب‌زاست و بیمار را مدام به ادامه شستشو جهت رهایی از این آلودگی‌های خیالی مجبور می‌کند. فرونشانی هدفمند این افکار یا تصاویر ناخواسته که تم آلودگی و آسیب دارند، برای بیمار ناممکن بوده و تاثیر نامطلوب و غافلگیرانه‌ای روی کارکرد ذهن و حالت‌های هیجانی می‌گذارد [۲۲]. توانایی پیش‌بینی ترس از آلودگی و شستشو توسط احساس تهدید و خطر بیش از حد در تحقیقات تولین و همکاران [۱۴، ۱۵] نیز به اثبات رسیده است. افراد OCD بسیار می‌کوشند تا تفکر آزاردهنده خود را کنترل کنند ولی نشان داده شده است که حتی در بهترین شرایط هم افراد نمی‌توانند. آن‌ها برای کنترل افکار ناشی از ترس‌شان، راهبرد ناسازگارانه شستشو را برای اجتناب از اضطراب و احساس‌های منفی خود انتخاب می‌کنند [۱]. بیماران وسواسی- اجباری مرتباً از روش‌های خود تنبیهی استفاده می‌کنند تا افکار خود را کنترل کنند و با این توصیف، بیماران وسواسی کنترل افکار را لازم و ممکن می‌دانند [۲۳].

اگرچه راجمن و سفیران و گروه کاری (OCCWG) مسئولیت را نیز جزء مهم‌ترین باورهای پیش‌بینی کننده شستشو می‌دانند، ولی در بررسی‌های ما این باور نقش تعیین کننده در وسواس شستشو ندارد [۶، ۲۴]. عدم توانایی پیش‌بینی این باور ناکارآمد و تفاوت در یافته‌ها را می‌توان به تفاوت‌های فرهنگی، تفاوت در ابزارهای به کارگیری برای سنجش این اختلال، گروه‌های بالینی یا غیر بالینی شرکت کننده در آزمون‌ها یا همبندی اختلال وسواسی- اجباری را با اختلالاتی چون افسردگی و اضطراب، نسبت داد.

نتیجه‌گیری

شواهد فزاینده‌ای حاکی از آن هستند که این بیماران مشکلات شناختی را تجربه می‌کنند و در اغلب موارد

طبق نظریه‌های شناختی اختلال وسواسی- اجباری، شیوه‌های ناکارآمد برخورد با افکار مزاحم، باعث ایجاد خلق منفی و رفتارهای خنثی‌سازی می‌شود [۴]. چنانچه، گروه کاری (OCCWG) که به بررسی نقش باورها در ایجاد این اختلال پرداخته‌اند، شش باور عمده ناکارآمد را در ابتلا به این اختلال دخیل می‌دانند [۶]. محققان بسیاری [۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵] در بررسی‌های خود نشان داده‌اند که همه ابعاد OCD حداقل با یک بعد از باورهای ناکارآمد، حتی پس از کنترل کردن نشانه‌های همایند، قابل پیش‌بینی هستند. در پژوهش حاضر باور نیاز به یقین که بیش‌ترین سهم را در پیش‌بینی زیر مجموعه شستشو داشت، می‌تواند ناشی از چند علت باشد به عنوان مثال، به نظر بیچ ولید رفتارهای آیین‌مند از نیاز برای اطمینان و یقین از پایان یک فعالیت ناشی می‌شوند و در کاهش سریع اضطراب موثرند [۱۶]. همچنین، گاید و لیتو عنوان کرده‌اند این افراد چون توانایی خود را برای مواجهه با موقعیت تهدید آمیز آلودگی کمتر قلمداد می‌کنند، این مسئله منجر به بی‌قراری و عدم اطمینان و یقین نافذ می‌شود [۱۷]. برخی نیز عنوان کرده‌اند که نشانه‌های وارسی و شستشو توسط باور نیاز به یقین قابل پیش‌بینی است [۱۶]. نیاز به یقین و کمال‌گرایی دو باور ناکارآمدی هستند که در بررسی‌ها گرایش به شستشوی بیش از حد را پیش‌بینی می‌کنند [۱۸]. تصور انجام ندادن اعمال به صورت کاملاً درست و صحیح امور و تصور ناکامل بودن، به احساس نیاز به کمال‌گرایی منجر شده در نتیجه احساس عدم اطمینان و سردرگمی ناشی از کمال‌گرایی فرد بیمار را ملزم به شستشوی بیش از حد می‌کند [۱۹]. از طرفی، فرد با شستشوی افراطی، احساس خوبی نسبت به خود دارد و احساس کامل و بی‌عیب و نقص بودن می‌کند [۸].

همچنین اهمیت افکار در پژوهش فعلی توانایی پیش‌بینی گرایش به شستشو را دارد. در تبیین آن می‌توان به الگوی پیشنهادی راکمن اشاره کرد. به نظر وی، فرایند اصلی تبدیل شدن افکار مزاحم معمولی به وسواس، سوء تعبیری است که بر اساس آن یک فکر مزاحم، امری بسیار پر اهمیت، دارای معنای شخصی و تهدید کننده یا حتی فاجعه‌آمیز تلقی می‌شود [۲۰]. با این توصیف، چنانچه احتمال وجود میکروب یا آلودگی به ذهن فرد وسواسی- اجباری خطور کند، آن را مهم و معنادار دانسته و تمام تلاش خود را در جهت کاهش آسیب‌های احتمالی ناشی از این باور می‌کند. باور به اهمیت افکار و باور کنترل افکار در

در نظر گرفتن راهکارهای مناسب در جلسات درمانی بیماران را در پی خواهد داشت.

تشکر و قدردانی: از کلیه دانشجویان دانشگاه تبریز که در اجرای آزمون‌ها ما را یاری کردند، سپاسگزاریم.

منابع

1. Clark DA, Purdon C. Cognitive theory and therapy of obsessions and compulsions. In: Reinecke MA, Clark DA, editors. Cognitive therapy across the lifespan: Evidence and practice. Cambridge: Cambridge University Press; 2004.
2. De siliva P, Rachman S. Obsessive-compulsive Disorder: The Facts. London: Oxford University Press; 1999.
3. Jenike MA, Bear L, Minichiello WE. Handbook of Obsessive compulsive disorder practical management. New York: Mosby Inc; 1998.
4. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. Behav Res Ther. 1985; 23(5):571-83.
5. Steketee G, Frost RO, Cohen I. Beliefs in obsessive-compulsive disorder. J Anxiety Disord. 1998; 12(6):525-37.
6. Ther BR. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. Obsessive compulsive cognitions working group. Behav Res Ther. 1997; 35(7):667-81.
7. Steketee G, Frost RO, Rheaume J, Wilhelm S. Cognitive theory and treatment of OCD. In: Jenike MA, Bear L, Minichiello WE, editors. Obsessive-compulsive disorders: Theory and management (3rd ed). Chicago: Year Book Medical; 1998.
8. McFall M, wallersheim J. Obsessive compulsive neurosis; A cognitive behavior formulation and approach to treatment. Cogn Res Ther. 1979; 3:333-48.
9. Hodgson RJ, Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. Behav Res Ther. 1977; 15(5):389-95.
10. Shams G, Karam Gadiiri N, Esmaeili Torkanboori Y, Ebrahim Khani N. Validation of the obsessive beliefs questionnaire. Adv Cogn Sci. 2005; 21:23-36.[Persian]
11. Hekmati I, Hashemi T, Pirzadeh J. Comparison of executive functions in subclinical obsessive-compulsive disorder without depressive symptoms with healthy controls. J Behav Sci. 2012; 1(6):39-47.[Persian]
12. Obsessive compulsive cognitions working group. Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part I. Behav Res Ther. 2003; 41(8):863-78.[Persian]
13. Julien D, Careau Y, O'Connor KP, Bouvard M,

متخصصان بدون در نظر گرفتن الگوهای نظری به روشهای درمانی می‌پردازند [۲۵]. لذا تکرار یافته‌های این پژوهش بر روی گروه‌های بالینی وسواسی-اجباری، اضطراب فراگیر و افسرده‌ها در روشن‌تر کردن نقش باورهای ناکارآمد در ابتلا به اختلالات مفید بوده، و متعاقبا

- Rheaume J, Langlois F, et al. Specificity of belief domains in OCD: validation of the French version of the Obsessive Beliefs Questionnaire and a comparison across samples. J Anxiety Disord. 2008; 22(6):1029-41.
14. Tolin DF, Woods CM, Abramowitz JS. Disgust sensitivity and obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical sample. J Behav Ther Exper Psychiatr. 2006;37(1):30-40.
15. Tolin DF, Worhunsky P, Brady RE, Maltby N. The relationship between Obsessive beliefs and thought control strategies in a clinical sample. Cogn Res Ther. 2007; 31:307-18.
16. Beech HR, Liddel A. Decision-making ,mood states and ritualistic behaviour among obsessional patients. In :Beech HR, editor. Obsessional states. London: Methuen; 1974.
17. Guidano VF, Liotti G. Cognitive processes and emotional disorders. New York: Guilford Press; 1983.
18. Myers SG, Fisher PL, Wells A. Belief domains of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44) and their specific relationship with obsessive-compulsive symptoms. J Anxiety Disord. 2008; 22(3):475-84.
19. Janet P. Les obsessions et al Psychasthenie on openlibrary.org(2ed);18591947:Raymond.Fulgence .1844-1910.
20. Rachman S. A cognitive theory of obsessions. Behav Res Ther. 1997; 35(9):793-802.
21. Wegner DM. Ironic processes of mental control. Psychol Rev. 1994; 101(1):34-52.
22. Lee HJ, Kwon SM. Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. Behav Res Ther. 2003; 41(1):11-29.
23. Abramowitz JS, Whiteside S, Kalsy SA, Tolin DF. Thought control strategies in obsessive-compulsive disorder: a replication and extension. Behav Res Ther. 2003; 41(5):529-40.
24. Purdon C, Clark DA. Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part II. Cognitive appraisal, emotional response and thought control strategies. Behaviour Res Ther. 1994; 32(4):403-1..
25. Ghamari Givi H, Barahmand O, Sadegi Movahed F. The investigation of the cognitive inhibition and recognition deficit in patients with obsessive-compulsive disorder. J Behav Sci. 2013; 4(6):315-21.[Persian]