

پیش‌بینی‌کننده‌های علایم وسواسی- اجباری در دانشجویان

ابوالفضل محمدی^۱، دکتر لادن فتی^۲، دکتر رخساره یزدان‌دوست^۲

Predictors of Obsessive-compulsive Symptoms in Students

Abolfazl Mohammadi^a, Ladan Fata^a, Rokhsareh Yazdandoost^b

Abstract

Objectives: The purpose of the present study was to identify some potential predictors of obsessive-compulsive symptoms. In this study, the correlations of cognitive (responsibility, perfectionism), temperamental (behavioral inhibition), and emotional (anxiety, depression, stress) components with obsessive-compulsive symptoms were examined. **Method:** In a correlation study, 400 students from Tehran University and Tehran University of Medical Sciences were selected using cluster sampling. The students completed Obsessive-Compulsive Inventory-Revised, Responsibility Attitude Scale, Ahvaz Perfectionism Scale and Depression, Anxiety, Stress Scales. **Results:** Results from stepwise regression showed that responsibility, perfectionism, behavioral inhibition, stress and anxiety entered in the model as predictors, but depression was excluded from the regression model. Predictors had different weights in predicting symptoms. Predictive equation is reported for obsessive-compulsive symptoms in students.

Conclusion: Except cognitive and behavioral components, the correlation of behavioral inhibition with obsessive-compulsive symptoms was also confirmed.

Key words: obsessive-compulsive disorder; responsibility; students

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر شناسایی برخی از پیش‌بینی‌کننده‌های علایم وسواسی- اجباری بود. در این پژوهش ارتباط متغیرهای شناختی (مسئولیت‌پذیری، کمال‌گرایی)، سرشتی (بازداری رفتاری) و هیجانی (اضطراب، افسردگی، استرس) با علایم وسواسی- اجباری در دانشجویان بررسی شد. **روش:** در یک بررسی همبستگی، ۴۰۰ دانشجویی از دانشگاه تهران و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران که به روش خوشه‌ای نمونه‌گیری شده بودند، به کمک پرسش‌نامه وسواسی اجباری- بازنگری‌شده، مقیاس نگرش مسئولیت، مقیاس کمال‌گرایی اهواز و مقیاس اضطراب، افسردگی و استرس ارزیابی شدند. **یافته‌ها:** در الگوی به‌دست‌آمده از تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام، مسئولیت‌پذیری، کمال‌گرایی، استرس، بازداری رفتاری و اضطراب به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده وارد الگو شدند و افسردگی از الگوی رگرسیون خارج شد. پیش‌بینی‌کننده‌ها، وزن‌های گوناگونی را به خود اختصاص دادند. فرمول پیش‌بینی برای علایم وسواسی- اجباری در دانشجویان گزارش شد. **نتیجه‌گیری:** به‌جز متغیرهای شناختی و هیجانی، رابطه بازداری رفتاری با علایم وسواسی- اجباری تأیید شد.

کلیدواژه‌ها: علایم وسواسی- اجباری؛ مسئولیت‌پذیری؛ کمال‌گرایی؛ بازداری رفتاری

[Received: 5 January 2008; Accepted: 9 July 2008]

[دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۱۰/۱۵؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۴/۱۹]

^۱ دانشجوی دوره دکترای روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران، تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، خیابان شهید منصور، انستیتو روانپزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دورنگان: ۶۸۵۳، ۶۶۵۰-۲۱ (نویسنده مسئول). E-mail: amohammadee@gmail.com. ^۲ دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان، مدیریت مطالعات و توسعه آموزش پزشکی؛ ^۳ دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران.

* Corresponding author: Postgraduate student in Clinical Psychology, Iran University of Medical Sciences, Tehran Psychiatric Institute and Mental Health Research Centre, Shahid Mansoori Alley, Niayesh St., Sattarkhan Ave., Tehran, Iran, IR. Fax: +9821-66506853. E-mail amohammadee@gmail.com; ^a PhD. in Clinical Psychology, Assistant Prof. of Iran University of Medical Sciences, Medical Education & Development Center; ^b PhD. in Clinical Psychology, Assistant Prof. of Iran University of Medical Sciences.

کمپل^{۱۷}، ۱۹۹۴؛ وگنر^{۱۸}، ۱۹۸۹؛ به نقل از استکتی و بارلو، ۲۰۰۲). ممکن است OCD و افسردگی یکدیگر را تشدید کرده و یا تداوم بخشند و دور باطلی را پدید آورند. برای برخی از بیماران مبتلا به OCD، شکل گیری افسردگی شدید ممکن است با کاهش نشانه‌های OCD همراه باشد. این مسأله ممکن است به دلیل ماهیت بازدارنده و کندکننده افسردگی شدید باشد (راکمان و هاجسون^{۱۹}، ۱۹۸۰). اگرچه پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیش از ۸۰٪ افراد مبتلا به OCD بر پایه مقیاس‌هایی که شدت افسردگی را ارزیابی می‌کردند، افسرده بودند (استکتی و بارلو، ۲۰۰۲)، نقش پیش‌بینی‌کننده افسردگی در علائم OCD تا کنون به‌خوبی شناخته نشده است. شناسایی دقیق ارتباط افسردگی و OCD در شناخت آسیب‌شناسی این اختلال کمک‌کننده خواهد بود.

به‌جز افسردگی، مؤلفه‌های هیجانی دیگر مانند اضطراب و استرس نیز در آسیب‌شناسی OCD اهمیت دارند. اضطراب و استرس از وابسته‌های اصلی OCD به‌شمار می‌روند. راکمان و هاجسون (۱۹۸۰) نشان دادند که افکار مزاحم در حالت‌های اضطرابی بیشتر گزارش می‌شوند. بررسی‌ها نشان داده‌اند اجبارها در نتیجه استرس پدید می‌آیند و به نظر می‌رسد که اجبارها کوشش‌هایی در راستای کنترل محیط استرس‌زا هستند. افراد مبتلا به OCD، این آمادگی زیستی را دارند که به استرس پاسخ هیجانی بدهند (استکتی و بارلو، ۲۰۰۲). با این حال، شناسایی مؤلفه‌های هیجانی در علائم OCD به پژوهش‌های بیشتری نیاز دارد.

افزون بر مؤلفه‌های شناختی و هیجانی یادشده، بازداری رفتاری در آسیب‌شناسی اختلال‌های اضطرابی در سال‌های اخیر مورد توجه بوده است (فاکس^{۲۰}، هندرسون^{۲۱}، مارشال^{۲۲}، نیکولز^{۲۳} و گهرا^{۲۴}، ۲۰۰۵). پرهیز از محرک‌های جدید و خودداری از برخورد با موقعیت‌های تازه به‌عنوان مؤلفه‌های بازداری رفتاری در شکل‌گیری OCD مؤثر شناخته شده است.

اختلال وسواسی-اجباری^۱ (OCD) یکی از مشکلات جدی سلامت روان است و سالانه هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی هنگفتی را بر جامعه تحمیل می‌کند (بارلو^۲، ۲۰۰۲). مشکلات همراه با OCD و علائم ناتوان‌کننده آن کارکرد میان‌فردی، شغلی و زندگی فرد را مختل می‌کند (کلارک^۳، ۲۰۰۴). از هر ۴۵ نفر در جامعه یک نفر مبتلا به این اختلال است (راسموسن^۴، ایسن^۵، ۱۹۹۲)، این در حالی است که بیش از ۹۰٪ از افراد جامعه علائم وسواس‌ها و اجبارها را با همان کیفیت و شکل افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری تجربه می‌کنند (راکمان^۶ و دسیلوا^۷، ۱۹۷۸؛ پوردون^۸ و کلارک، ۱۹۹۳). این موضوع اهمیت و ضرورت شناخت علائم وسواس‌ها و اجبارها را دوچندان می‌کند.

سالکوسکیس^۹ (۱۹۸۵) تحلیل شناختی گسترده‌ای از OCD ارائه کرده است. بر پایه دیدگاه سالکوسکیس حس افراطی مسئولیت‌پذیری^{۱۰} مضمون اصلی باورهای افراد مبتلا به OCD است. از این دیدگاه، خنثی‌سازی^{۱۱} کوششی برای کاهش حس مسئولیت‌پذیری و پیش‌گیری از سرزنش شناخته می‌شود. سالکوسکیس (۱۹۸۵، ۱۹۸۹، ۱۹۹۹) بر این باور است که ارزیابی منفی افکار مزاحم، احساس مسئولیت افراطی برای خطر و یا پرهیز از آن را در پی دارد و تلاش‌هایی که برای خنثی کردن افکار مزاحم انجام می‌شود، در شکل‌گیری OCD نقش دارند.

نقش کمال‌گرایی^{۱۲} نیز در تبیین آسیب‌شناسی OCD از گذشته مورد توجه بوده است. برای نمونه مک‌فال^{۱۳} و والسهایم^{۱۴} (۱۹۷۹) روی باورهای نادرست افراد مبتلا به OCD تأکید کرده‌اند. برخی باورهایی که آن‌ها گزارش کردند عبارت بودند از: فرد باید در تمام کارهایی که بر عهده می‌گیرد کاملاً شایستگی نشان دهد تا بتوان او را فرد باارزشی به‌شمار آورد؛ ناتوانی فرد در دست‌یافتن به ایده‌آل‌های کمال‌جویانه باید موجب تنبیه وی شود. از آن پس پژوهش‌های بسیاری درباره ارتباط کمال‌گرایی و OCD انجام شده و نقش آن را در این اختلال تأیید کرده‌اند (فراست^{۱۵} و استکتی^{۱۶}، ۱۹۹۷).

افزون بر باورهای مسئولیت‌پذیری و کمال‌گرایی، افسردگی نیز نقش مهمی در فرآیند شکل‌گیری OCD دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افکار ناشی از افسردگی، خلق منفی افراد مبتلا به OCD را افزایش می‌دهند (سالکوسکیس،

1- obsessive-compulsive disorder

- | | |
|--------------------|------------------|
| 2- Barlow | 3- Clark |
| 4- Rasmussen | 5- Eisen |
| 6- Rachman | 7- de Silva |
| 8- Purdon | 9- Salkovskis |
| 10- responsibility | 11- neutralizing |
| 12- perfectionism | 13- McFall |
| 14- Wellersheim | 15- Frost |
| 16- Steketee | 17- Campbell |
| 18- Wegner | 19- Hadgson |
| 20- Fox | 21- Henderson |
| 22- Marshall | 23- Nichols |
| 24- Ghera | |

بازداری رفتاری به‌عنوان یک سبک رفتاری سرشتی^۱ معرفی شده است و پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بازداری رفتاری به‌طور اختصاصی با علائم OCD ارتباط دارد (کولز^۲، شوفیلد^۳ و پیترس^۴، ۲۰۰۶). با این وجود، پژوهش‌های بیشتر در این زمینه ضروری به‌نظر می‌رسد.

با توجه به آنچه گفته شد، پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط مؤلفه‌های شناختی (مسئولیت‌پذیری، کمال‌گرایی)، رفتاری (بازداری رفتاری) و هیجانی (اضطراب، افسردگی، استرس) با علائم وسواسی-اجباری و برای تعیین وزن هر یک از این متغیرها در پیش‌بینی علائم وسواسی-اجباری انجام شد.

روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی است. این بررسی سه گروه از متغیرهای مطرح در آسیب‌شناسی اختلال وسواسی-اجباری را دربرمی‌گیرد. از میان متغیرهای شناختی مرتبط با علائم OCD، دو متغیر مسئولیت‌پذیری و کمال‌گرایی که بیشترین توجه را در آسیب‌شناسی شناختی OCD به خود جلب کرده بودند (بوچارد^۵، رومه^۶ و لادوکر^۷، ۱۹۹۹؛ گروه‌کاماری شناخت‌واره‌های وسواسی-اجباری^۸ (OCCWG)، ۲۰۰۵)، به‌عنوان متغیرهای شناختی وارد پژوهش شدند. این پژوهش هم‌چنین تازه‌ترین مؤلفه‌ی مطرح در آسیب‌شناسی OCD، یعنی بازداری رفتاری (کولز^۲ و همکاران، ۲۰۰۶) را به‌عنوان متغیر پیش‌بین در پژوهش بررسی نمود. متغیرهای هیجانی افسردگی، اضطراب و استرس نیز به‌علت داشتن حمایت تجربی در پژوهش‌ها (کرامر^۹، اشمیت^{۱۰} و سورفی^{۱۱}، ۲۰۰۷)، در پژوهش حاضر به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین بررسی شدند.

در این پژوهش، ۴۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه تهران و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تهران به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان در پژوهش پس از امضای رضایت‌نامه پژوهش پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. هم‌چنین هیچ‌گونه اطلاعات شناساننده از دانشجویان درخواست نشده بود. میانگین سنی آزمودنی‌ها ۲۱/۴۴ سال (انحراف معیار ۲/۴۳) بود. ۹۶٪ از این دانشجویان مجرد بودند و همه آن‌ها در مقطع کارشناسی تحصیل می‌کردند و یا دانشجوی علوم پایه گروه پزشکی بودند. آزمودنی‌ها از پنج گروه تحصیلی فنی، علوم پایه، پزشکی، علوم انسانی و هنر انتخاب شدند.

برای گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌های زیر به‌کار برده شد: پرسش‌نامه وسواسی اجباری-بازنگری شده^{۱۲} (OCI-R): این پرسش‌نامه یک مقیاس خودسنجی برای ارزیابی شدت و علائم OCD در جمعیت بالینی و غیربالینی است. این پرسش‌نامه دارای ۱۸ ماده است که در یک مقیاس پنج‌درجه‌ای از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شود. این ابزار دارای شش زیرمقیاس ششگانه وسواس فکری، انباشت، نظم و ترتیب، واری کردن و خنثی‌سازی است. برای هر یک از زیرمقیاس‌ها، سه ماده در نظر گرفته شده است. محاسبه ویژگی‌های روان‌سنجی آن همسانی درونی را برای نمره کل در گروه‌های OCD و اختلال اضطراب فراگیر به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۹۳ نشان داد (فوا^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۲). همسانی درونی زیرمقیاس‌ها نیز بالا و برای گروه‌های گوناگون بین ۰/۳۴ تا ۰/۹۳ بود. همبستگی بین زیرمقیاس‌ها بین ۰/۳۱ تا ۰/۵۷ بود. همبستگی بین زیرمقیاس‌ها و نمرات کلی نیز بین ۰/۶۳ تا ۰/۸۰ بود. پایایی آزمون به‌روش بازآزمایی پس از دو هفته برای گروه OCD بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۱ و برای گروه گواه پس از یک هفته بین ۰/۵۷ تا ۰/۶۷ محاسبه شد. روایی همگرا و واگرا با بهره‌گیری از مقیاس‌های معتبر نیز خوب گزارش شد (همان‌جا). نسخه فارسی این ابزار نیز همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۸۵ و برای زیرمقیاس‌های واری کردن، نظم، وسواس فکری، انباشت، شستشو و خنثی‌سازی به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۶۹، ۰/۷۲، ۰/۶۳، ۰/۶۹ و ۰/۵۰ به دست داده است. افزون‌براین، ساختار شش‌عاملی که در پژوهش اصلی به دست آمده بود به‌وسیله تحلیل عاملی تأییدی به تأیید رسیده است (محمدی، زمانی و فنی، ۱۳۸۷).

مقیاس بازداری رفتاری یوزگالان^{۱۴} (AMBI): این مقیاس یک ابزار پژوهشی است که توسط گلدستون^{۱۵} و پارکر^{۱۶} (۲۰۰۵) برای ارزیابی گزارش ذهنی صفت بازداری رفتاری کتونی ساخته شده است. این مقیاس ۱۶ ماده دارد و برای سنین ۱۶ سال و بالاتر به‌کار برده می‌شود. همسانی درونی به کمک آلفای کرونباخ برای نمره کل برابر با ۰/۸۷ بود.

1- temperamental	2- Coles
3- Schofield	4- Pietrefesa
5- Bouchard	6- Rheume
7- Ladouceur	
8- Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group	
9- Cromer	10- Schmidt
11- Murphy	
12- Obsessive-Compulsive Inventory-Revised	
13- Foa	
14- Adults Measure of Behavioral Inhibition	
15- Gladstone	16- Parker

جمعیت عمومی شهر مشهد برای افسردگی ۰/۷۰، اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ گزارش شده است (صاحبی، میرعبداللهی و سالاری، ۱۳۸۰). هم‌چنین ضریب همبستگی پرسش‌نامه افسردگی بک^۵، مقیاس استرس ادراک‌شده^۶ و مقیاس اضطراب زونگ^۷ با خردده مقیاس‌های این آزمون به ترتیب برای افسردگی ۰/۶۶، استرس ۰/۴۹ و اضطراب ۰/۶۷ به دست آمده است (همان‌جا). این مقیاس دو فرم کوتاه و بلند دارد که هر یک به ترتیب دارای ۲۱ و ۴۲ ماده هستند. در پژوهش حاضر فرم ۲۱ ماده‌ای این مقیاس به کار برده شد. تحلیل داده‌ها به کمک آزمون تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام و تحلیل واریانس انجام شدند.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی آزمودنی‌های پژوهش در پنج گروه مورد بررسی در جدول ۱ آورده شده است. برای تعیین ارتباط و وزن هر یک از متغیرهای پیش‌بین، نمره‌های مقیاس‌های مسئولیت‌پذیری، کمال‌گرایی، بازداری رفتاری، اضطراب، افسردگی و استرس به‌عنوان متغیر پیش‌بین و نمره مقیاس وسواسی-اجباری به‌عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند. برای انجام تحلیل رگرسیون، روش گام‌به‌گام به کار برده شد (جدول ۲). با توجه به نتایج تحلیل واریانس و شاخص‌های آماری رگرسیون متغیرهای پیش‌بین بر علایم وسواسی-اجباری ($R=0.592$, $R^2=0.351$, $R\text{ Adj}=0.343$), میزان F به دست آمده برای پنج متغیر کمال‌گرایی، اضطراب، مسئولیت‌پذیری، بازداری رفتاری و استرس معنی‌دار بود ($F=42/590$, $p<0/001$). از میان متغیرهای پیش‌بین، افسردگی از الگوی رگرسیون کنار گذاشته شد.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش

گروه‌های تحصیلی	میانگین	انحراف معیار
گروه فنی	۲۱/۲۳	۲/۱۵
گروه علوم پایه	۲۱/۳۳	۱/۸۵
گروه پزشکی	۲۰/۹۹	۲/۸۶
گروه علوم انسانی	۲۱/۶۵	۲/۰۸
گروه هنر	۲۲/۰۳	۲/۹۴

- 1- Retrospective Measure of Behavioral Inhibition
- 2- Responsibility Attitude Scale
- 3- Depression, Anxiety, Stress Scale
- 4- Lovibond
- 5- Beck Depression Inventory
- 6- Perceived Stress Scale
- 7- Zung Anxiety Scale

پایایی بازآزمایی با میانگین زمانی ۱۸ هفته فاصله بین دو اجرا در دو گروه برای نمره کل ۰/۸۶ و همسانی درونی برای این مقیاس در یک نمونه ۸۰ نفری ۰/۷۸ به دست آمد. پایایی به روش بازآزمایی با فاصله دو هفته همبستگی ۰/۷۹ و روایی همگرای این مقیاس با پرسش‌نامه بازداری رفتاری گذشته‌نگر^۱ (RMBT) (گلدستون و پارکر، ۲۰۰۵) همبستگی ۰/۵۵ به دست داد (محمدی، فنی و یزدان‌دوست، ۱۳۸۶).

مقیاس نگرش مسئولیت^۲ (RAS): مقیاس نگرش مسئولیت دارای ۲۶ پرسش است که برای بررسی باورهای کلی درباره مسئولیت طراحی شده است. دامنه نمرات در یک مقیاس هفت‌درجه‌ای دسته‌بندی می‌شود. سالکوکوسکیس و همکاران (۲۰۰۰) آلفای ۰/۹۴ را برای پایایی این مقیاس به دست آوردند. هم‌چنین همسانی درونی برابر با ۰/۹۲ بود. اعتبار پیش‌بین با نمرات پرسش‌نامه وسواسی-اجباری مادزلی ۰/۵۷ گزارش شد و بین مقیاس نگرش مسئولیت و پرسش‌نامه وسواسی اجباری مادزلی اعتبار پیش‌بین ۰/۵۴ بود (فوا و همکاران، ۱۹۹۸). در جمعیت ایرانی پایایی برآوردشده برای کل آزمون ۰/۶۷، و آلفای کرونباخ برای داوری درباره همسانی درونی ۰/۸۹ گزارش شده است (صلواتی، ۱۳۸۱).

مقیاس کمال‌گرایی اهواز: مقیاس کمال‌گرایی اهواز توسط نجاریان، عطاری و زرگر (۱۳۷۸) برای سنجش کمال‌گرایی ساخته شده است. این مقیاس بر پایه تحلیل عوامل پاسخ‌های آزمودنی‌های دختر و پسر دانشجوی دانشگاه شهید چمران اهواز و دانشگاه آزاد اسلامی اهواز ساخته شد. این مقیاس، یک مقیاس خودسنجی است که دارای ۲۷ ماده چهارگزینه‌ای (اغلب اوقات، گاهی اوقات، به ندرت و هرگز) است و به ترتیب با نمره‌های ۳، ۲، ۱ و صفر نمره‌گذاری می‌شود. سنجش همسانی درونی این مقیاس به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمودنی‌ها و آزمودنی‌های دختر و پسر به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۹ و ۰/۸۱ به دست آمد. هم‌چنین ضریب‌های همبستگی پایایی این آزمون به روش بازآزمایی برای کل آزمودنی‌ها ۰/۶۸، آزمودنی‌های دختر ۰/۶۹ و آزمودنی‌های پسر ۰/۶۷ گزارش شده است (نجاریان و همکاران، ۱۳۷۸).

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس^۳ (DASS): این مقیاس توسط لویباند^۴ و لویباند (۱۹۹۵) ساخته شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس در یک نمونه هنجاری ۷۱۷ نفری به شرح زیر گزارش شده است: افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۳ و استرس ۰/۸۱ (همان‌جا). ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس در یک نمونه ۴۰۰ نفری از

جدول ۲- شاخص‌های آماری رگرسیون مؤلفه‌های پیش‌بین‌کننده علایم و سواسی-اجباری

متغیرها	B	SEB	β	t
مقدار ثابت	-۷/۵۴۰	۲/۷۴۳		-۲/۷۴۹**
کمال‌گرایی	۰/۱۸۱	۰/۰۵۲	۰/۱۹۶	۳/۵۱۵**
اضطراب	۰/۴۱۲	۰/۱۶۲	۰/۱۴۰	۲/۵۴۳*
مسئولیت‌پذیری	۰/۱۱۳	۰/۰۲۴	۰/۲۰۶	۴/۶۵۵**
بازداری رفتاری	۰/۲۸۹	۰/۱۰۱	۰/۱۳۱	۲/۸۷۸**
استرس	۰/۳۶۹	۰/۱۴۵	۰/۱۵۲	۲/۵۴۹*

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

بر پایه الگوی رگرسیون متغیرهای پیش‌بین باقی‌مانده می‌توانند بخشی از تغییرات مربوط به علایم و سواسی-اجباری را تبیین نمایند. بین متغیرهای پیش‌بین کمال‌گرایی، اضطراب، مسئولیت‌پذیری، بازداری رفتاری و استرس با علایم و سواسی-اجباری رابطه معنی‌دار دیده شد ($R=0.592$) و این متغیرها در مجموع ۰/۳۵ واریانس علایم و سواسی-اجباری را تبیین کردند ($R^2=0.351$). هم‌چنین در صورت تعمیم نمونه مورد بررسی به جامعه اصلی نیز متغیرهای پیش‌بین توان تبیین ۲۴٪ از واریانس علایم و سواسی-اجباری را داشتند ($R \text{ Adj}=0.343$). بر پایه جدول ۲، ضریب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین نشان می‌دهد که این پنج متغیر می‌توانند تغییرات علایم و سواسی-اجباری را به گونه معنی‌دار تبیین نمایند. وزن کمال‌گرایی ($p < 0.01$)، اضطراب ($p < 0.01$)، مسئولیت‌پذیری ($p < 0.01$)، بازداری رفتاری ($p < 0.01$) و استرس ($p < 0.01$) نشان می‌دهد که این متغیرها در سطح معنی‌داری می‌توانند تغییرات مربوط به علایم و سواسی-اجباری را پیش‌بینی کنند. در صورت تعمیم این نتایج به جامعه پژوهش، وزن این متغیرها به ترتیب برای کمال‌گرایی، اضطراب، مسئولیت‌پذیری، بازداری رفتاری و استرس برابر با ۰/۲۰، ۰/۱۴، ۰/۲۰، ۰/۱۳ و ۰/۱۵ خواهد بود. به این ترتیب هر قدر کمال‌گرایی، اضطراب، مسئولیت‌پذیری، بازداری رفتاری و استرس بالاتر باشد، علایم و سواسی-اجباری افزایش خواهد یافت.

بحث

این پژوهش بر پایه الگوی جامع استکتی و بارلو (۲۰۰۲) و بر پایه پژوهش‌های انجام شده در سال‌های اخیر در زمینه علت‌شناسی OCD انجام شده است. هم‌چنین پژوهش حاضر

با توجه به الگوی ابعادی علایم و سواسی-اجباری (کلارک، ۲۰۰۴) و با تکیه بر پژوهش‌هایی انجام شد که بر وجود معنی‌دار علایم و سواسی-اجباری در جمعیت عمومی تأکید دارند (راچمن و دسیلوا، ۱۹۷۸؛ پوردون و کلارک، ۱۹۹۳).

یافته‌های این پژوهش هم‌خوان با پژوهش‌هایی است که در زمینه نقش مسئولیت‌پذیری در علایم و سواسی-اجباری انجام شده‌اند (بوچارد و همکاران، ۱۹۹۹؛ لادوکر و همکاران، ۱۹۹۵). یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های بررسی‌های انجام شده در زمینه ارتباط باور مسئولیت‌پذیری با علایم و سواسی-اجباری (OCCWG، ۲۰۰۵) هماهنگ و با یافته‌های تولین^۱، وودز^۲ و آبراموویتز^۳ (۲۰۰۳) و تولین، ورونسکی^۴ و مالتبی^۵ (۲۰۰۶) ناهم‌سو است. این پژوهشگران دریافتند که با کنترل سایر متغیرها، شاید مسئولیت‌پذیری با علایم و سواسی‌ها ارتباط اختصاصی نداشته باشد.

جولین^۶ و همکاران (۲۰۰۶) نشان دادند که کمال‌گرایی نمرات علایم و سواسی-اجباری را پیش‌بینی می‌کند. این یافته که کمال‌گرایی پیش‌بینی‌کننده این علایم است با یافته‌های تولین و همکاران (۲۰۰۶) و یافته‌های OCCWG (۲۰۰۵) هم‌سو است. این یافته هم‌چنین با یافته کالماری^۷ و همکاران (۲۰۰۶) مبنی بر پیش‌بینی علایم از روی کمال‌گرایی هماهنگ است. یافته حاضر در زمینه نقش کمال‌گرایی در علایم و سواسی-اجباری با یافته‌های فراست، استکتی، کوهن^۸ و گریس^۹ (۱۹۹۴) هم‌سویی دارد. آن‌ها در یک بررسی با نمونه غیربالینی دریافتند که افراد دارای تمایلات و سواسی-اجباری بالا به‌طور معنی‌داری کمال‌گراتر هستند. هم‌چنین این یافته با پژوهش‌های زیادی در این زمینه (میرز^{۱۰}، فیشر^{۱۱} و ولز^{۱۲}، ۲۰۰۸؛ فراست و استکتی، ۱۹۹۷؛ رومه و همکاران، ۱۹۹۵؛ هویت^{۱۳} و فلت^{۱۴}، ۱۹۹۱؛ هویت، فلت و تورنیل^{۱۵}، ۱۹۹۲) هماهنگ است. به باور این پژوهشگران کمال‌گرایی، افزون بر مسئولیت‌پذیری، پیش‌بینی‌کننده مستقلی برای OCD است.

ارتباط بازداری رفتاری با علایم و سواسی-اجباری با تنها پژوهش انجام شده در این زمینه (کولز و همکاران، ۲۰۰۶)

- | | |
|---------------|--------------|
| 1- Tolin | 2- Woods |
| 3- Abramowitz | 4- Worhunsky |
| 5- Maltby | 6- Julien |
| 7- Calamari | 8- Cohen |
| 9- Griess | 10- Myers |
| 11- Fisher | 12- Wells |
| 13- Hewitt | 14- Flett |
| 15- Turnbull | |

که افسردگی را پیامد OCD می‌دانند (راسموسن و ایسن، ۱۹۹۲). میگرول و همکاران (۱۹۹۷) به نقل از کروچمالیک^{۱۱} و منزیس،^{۱۲} (۲۰۰۳) تمایز روشنی را بین افکار وسواسی و نشخوارهای افسردگی گزارش نمودند. آن‌ها بر این باورند که افکار وسواسی مربوط به اکنون و یا آینده و نشخوارهای افسردگی مربوط به گذشته هستند. هم‌چنین افراد وسواسی اندیشه خود را مزاحم، بی‌معنی^{۱۳} و ناخواسته می‌دانند و بیشتر آنها تلاش می‌کنند تا در برابر آن‌ها ایستادگی کنند، ولی افراد دارای نشخوارهای افسردگی افکارشان را مزاحم نمی‌دانند و کمتر در مقابل آن‌ها مقاومت می‌کنند. در نهایت این‌که، افکار وسواسی- اجباری نوعاً (ولی نه همیشه) باعث اضطراب می‌شوند؛ درحالی‌که، نشخوارهای افسردگی خلق افسرده (دیسفوری) ایجاد می‌کنند. بنابراین، دلایل چندی وجود دارد که OCD و نشخوارهای افسردگی را جدا از هم در نظر بگیریم (کروچمالیک و منزیس، ۲۰۰۳).

این پژوهش بر روی گروهی از دانشجویان دانشگاه تهران و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران انجام شد. تعمیم یافته‌ها به جامعه عمومی بر پایه یافته‌های به‌دست‌آمده از این پژوهش باید با احتیاط انجام شود. هم‌چنین، به دلیل انجام پژوهش بر روی جمعیت دانشجویی بهنجار، امکان تعمیم یافته‌های آن به جامعه بالینی وجود ندارد. گرچه بیشتر پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه شناسایی باورهای اختصاصی در علائم وسواسی- اجباری در نمونه‌های غیربالینی انجام شده (فوا و فرانکلین، ۲۰۰۲) و این تعمیم نتایج را دشوار می‌کند، در عین حال، الگوهای شناختی رخداد علائم را بر اساس پیوستار می‌دانند و بنابراین نتایج این پژوهش می‌تواند مشابه نتایج پژوهش بر روی نمونه بالینی باشد (میرز، فیشر و ولز، ۲۰۰۸). با این حال، بین علائم این دو گروه تفاوت‌هایی وجود دارد (کلارک، ۲۰۰۴) و بهتر است در تعمیم نتایج به این موارد توجه شود.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده در زمینه آسیب‌شناسی علائم وسواسی- اجباری در گروه‌های سنی گوناگون انجام

هم‌سوست. هم‌چنین پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه ارتباط بازداری رفتاری و اختلال‌های اضطرابی (موریس^۱، مسترز^۲ و سپندر^۳، ۲۰۰۳؛ موریس، مرکلیک^۴، اشیت^۵، گادر^۶ و بوگی^۷، ۲۰۰۱) رابطه معنی‌داری بین بازداری رفتاری و علائم وسواسی- اجباری گزارش نمودند. کولز و همکاران (۲۰۰۶) بر این باور بودند کسانی که بازداری رفتاری بالایی گزارش می‌کنند به احتمال زیاد به افکار مزاحم با آیین‌های درونی و خنثی‌سازی ذهنی پاسخ می‌دهند.

افکار مزاحم در پاسخ به محرک‌های آزارنده و استرس‌زا افزایش می‌یابند (جونز^۸ و منزیس^۹، ۱۹۹۸). کرامر و همکاران (۲۰۰۷) دریافتند که علائم وسواس با رویدادهای استرس‌زای زندگی رابطه دارند. این یافته در پژوهش هاسلر^{۱۰} و همکاران (۲۰۰۵) تکرار شده است. یافته‌ی پژوهش حاضر هم‌چنین با یافته‌های مک‌لارن^{۱۱} و کراو^{۱۲} (۲۰۰۳) نیز هم‌خوان است که رخدادهای استرس‌زای زندگی را در ایجاد علائم وسواسی- اجباری در جمعیت بالینی و بهنجار مؤثر گزارش کردند.

از بین متغیرهای پیش‌بین، افسردگی در الگوی پیش‌بینی وارد نشد. به‌طور کلی افسردگی کمترین وزن را در پیش‌بینی علائم وسواسی- اجباری به خود اختصاص داد. این یافته با یافته فریستون^{۱۳}، رومه و لادوکر (۱۹۹۶)، هانگ^{۱۴} و همکاران (۲۰۰۴) و آبراموتیز^{۱۵}، ستورج^{۱۶}، کیلی^{۱۷} و کوردل^{۱۸} (زیرچاپ) ناهم‌خوان است. این پژوهش‌ها بر ارتباط افسردگی با علائم وسواسی- اجباری تأکید کرده‌اند. با این تفاوت که این بررسی‌ها در جمعیت بالینی انجام شده است و آزمودنی‌های آن‌ها مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری بوده‌اند. پژوهش حاضر در جمعیت بهنجار دانشجویی اجرا شد و با وجود اندک همبستگی معنی‌دار بین افسردگی و علائم وسواسی- اجباری، افسردگی در الگوی پیش‌بینی وارد نشد. به این ترتیب به نظر می‌رسد در شرایطی که شدت علائم در حد بالینی نیست، نقش افسردگی کمتر آشکار شده است. پژوهش‌های بیشتری لازم است تا نقش این عامل در پیش‌بینی وسواس بهتر تبیین شود. این یافته با بررسی‌هایی که رخداد هم‌زمان افسردگی و علائم وسواسی- اجباری را بالا می‌داند (بارلو، ۲۰۰۲) ناهم‌هنگام است، ولی شاید به این صورت تبیین شود که چون پژوهش حاضر در جمعیت بهنجار انجام شده و پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه همبودی افسردگی و OCD نشان می‌دهند که افسردگی اغلب پس از OCD روی می‌دهد، شاید بتوان یافته پژوهش حاضر را تأییدی بر یافته‌هایی دانست

- | | |
|----------------|----------------|
| 1- Muris | 2- Masters |
| 3- Spinder | 4- Merckelbach |
| 5- Schmidt | 6- Gader |
| 7- Bogie | 8- Jones |
| 9- Menzies | 10- Hasler |
| 11- McLaren | 12- Crowe |
| 13- Freeston | 14- Hong |
| 15- Abramowitz | 16- Storch |
| 17- Keeley | 18- Cordell |
| 19- Krochmalik | 20- senseless |

- Abramowitz, J. S., Storch, E. A., Keeley, M., & Cordell, E. (2007). Obsessive-compulsive disorder with comorbid major depression: What is the role of cognitive factors? *Behavior Research and Therapy*, 45, 2257-2267.
- Amir, N., Freshman, M., Ramsey, B., Neary, E., & Brigidi, B. (2001). Thought-action fusion in individual with OCD symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 39, 765-776.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorder: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd. ed.). New York: Guilford Press.
- Bouchard, C., Rhcaume, J., & Ladouceur, R. (1999). Responsibility and perfectionism in OCD: An experimental study. *Behavior Research and Therapy*, 37, 239-248.
- Calamari, J. E., Cohen, R. J., Rector, N. A., Szacun-Shimizu, K., Riemann, B. C., & Norberg, M. M. (2006). Dysfunctional belief-based obsessive-compulsive disorder subgroups. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1347-1360.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive behavioral therapy for OCD*. New York: Guilford Press.
- Coles, M. E., Schofield, C. A., & Pietrefesa, A. S. (2006). Behavioral inhibition and obsessive-compulsive disorder. *Anxiety Disorders*, 20, 1118-1132.
- Cromer, K. R., Schmidt, N. B., & Murphy, D. L. (2007). An investigation of traumatic life events and obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 45, 1683-1691.
- Foa, E. B., & Franklin, M. E. (2002). Obsessive compulsive disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (3rd ed., pp.206-263). New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485-496.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Salkovskis, P., Coles, M. E., & Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, 10, 206-214.
- Fox, N. A., Henderson, H. A., Marshall, P. J., Nichols, K. E., & Ghera, M. M. (2005). Behavioral inhibition: Linking

شود. هم‌چنین توصیه می‌شود، متغیرهای دیگری مانند باورهای فراشناختی (ولز، ۱۹۹۹، ۲۰۰۱)، کنترل فکر (پوردن و کلارک، ۲۰۰۱؛ تولین، ورهانسکی^۱ و مالتبی^۲، ۲۰۰۶)، در آمیختگی فکر-عمل (امیر، فرشمن^۳، رامسی^۴، نیری^۵ و بریگیسیدی^۶، ۲۰۰۱) و بیش‌بهادادن به افکار (فریستون و همکاران، ۱۹۹۶؛ راجمن، ۱۹۹۷) در پژوهش‌ها وارد شوند. یافته‌های به‌دست‌آمده در زمینه سبب‌شناسی شناختی OCD، نتایج متناقضی را به‌دست داده‌اند (تولین و همکاران، ۲۰۰۶، میرز و همکاران، زیر چاپ)؛ از این رو برای تبیین دقیق‌تر علمی در این باره، به بررسی‌های تجربی بیشتری نیاز است. هم‌چنین به پژوهش‌های طولی برای بررسی نقش بازداری رفتاری در علائم وسواسی-اجباری نیاز است تا به نقش اختصاصی آن تأکید شود (کولز و همکاران، ۲۰۰۶). پژوهش‌ها در زمینه آسیب‌شناسی OCD کمتر بر روی کودکان و سالمندان انجام شده است (تیچمن^۷، ۲۰۰۷). از آن‌جا که ممکن است عامل‌های متفاوتی در گروه‌های سنی گوناگون تأثیرگذار باشند، از این رو پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده در سنین گوناگون، به‌ویژه بر روی کودکان و سالمندان انجام شود.

منابع

- صاحب، علی؛ میرعبداللهی، عفت‌السادات؛ سالاری، رضیه (۱۳۸۰). *هنجاریابی مقیاس اضطراب، افسردگی و استرس در دانشجویان دانشکاه فردوسی مشهد*. مشهد: دانشگاه فردوسی.
- سلواتی، مزگان (۱۳۸۱). *بررسی نگرش مسئولیت در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.
- محمدی، ابوالفضل؛ زمانی، رضا؛ فتی، لادن (۱۳۸۷). *اعتباریابی نسخه‌ی فارسی پرسش‌نامه وسواسی اجباری-بازنگری شده در جمعیت دانشجویی پژوهش‌های روانشناختی*. سال یازدهم، شماره ۲، ۷۸-۶۶.
- محمدی، ابوالفضل، فتی، لادن؛ یزدان‌دوست، رخساره (۱۳۸۶). *رابطه برخی مؤلفه‌های شناختی، رفتاری و هیجانی با زیرگروه‌های علائم وسواسی-اجباری در دانشجویان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.
- محمدعلی، مجید (۱۳۸۲). *بررسی الگوهای شناختی و شاخص‌های پردازش هیجانی در اختلال وسواس فکری-عملی*. پایان‌نامه دکترای روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.
- نجاریان، بهمن؛ عطاری، یوسفعلی؛ زرگر، یدالله (۱۳۷۸). *ساخت و اعتباریابی مقیاس کمال‌گرایی*. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*. سال پنجم، شماره ۳ و ۴، ۱۴-۳.

1- Worhunsky
3- Freshman
5- Neary
7- Teachman

2- Maltby
4-Ramsey
6- Brigidi

- biology and behavior within a developmental framework. *Annual Review of Psychology*, 56, 235-562.
- Freeston, M., Rheaume, J., & Ladouceur, R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behavior Research and Therapy*, 34, 433-446.
- Frost, R. O., & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behavior Research and Therapy*, 35, 291-296.
- Frost, R., Steketee, G., Cohn, L., & Griess, K. E. (1994). Personality traits in subclinical and non-obsessive compulsive volunteers and their parents. *Behavior Research and Therapy*, 32, 47-56.
- Gladstone, G., & Parker, G. (2005). Measuring a behaviorally inhibited temperament style: Development and initial validation of new self-report measures. *Psychiatry Research*, 135, 133-143.
- Hasler, G., LaSalle-Ricci, V. H., Ronquillo, J. G., Crawley, S. A., Cochran, L. W., & Kazuba, D. (2005). Obsessive-compulsive disorder symptom dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity. *Psychiatry Research*, 135, 121-132.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Turnbull, W. (1992). Perfectionism and Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) indices of personality disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 14, 323-335.
- Hong, J., Samuels, J., Bienvenu, O. J., Cannistraro, P., Grados, M., & Riddle, M. (2004). Clinical correlates of recurrent major depression in obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 20, 86-91.
- Jones, M. K., & Menzies, R. G. (1998). Role of perceived danger in the mediation of obsessive-compulsive washing. *Depression and Anxiety*, 8, 121-125.
- Julien, D., O'Connor, K. P., Aardema, F., & Todorov, C. (2006). The specificity of belief domains in obsessive compulsive symptom subtypes. *Personality and Individual Differences*, 41, 1205-1216
- Krochmalik, A., & Menzies, R. G. (2003). The classification and diagnosis of obsessive compulsive disorder. In, R. G. Menzies, & P. de Silva (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment* (pp.3-20). Chichester UK.: Wiley.
- Ladouceur, R., Rheaume, J., Freeston, M. H., Aublet, F., Jean, K., Lachance, S., Langlois, F., & De Pokomandy-Morin, K. (1995). Experimental manipulation of responsibility: An analog test for models of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 33, 937-946.
- Lovibond, S. M., & Lovibond, P. F. M. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd. ed.). Sydney, Australia: Psychology Foundation.
- McFall, M. E., & Wollersheim, J. P. (1979). Obsessive compulsive neurosis: A cognitive behavioral formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 333-348.
- McLaren, S., & Crowe, S. F. (2003). The contribution of perceived control of stressful life events and thought suppression to the symptoms of obsessive-compulsive disorder in both non-clinical and clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 389-403.
- Muris, P., Masters, C., & Spinder, M. (2003). Relationships between child-and parent-reported behavioral inhibition and symptoms of anxiety and depression in normal adolescents. *Personality and Individual Differences*, 34, 759-771.
- Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H., Gader B., & Bogie, N. (2001). Anxiety and depression as correlates of self-reported Behavioral inhibition in normal adolescents. *Behavior Research and Therapy*, 39, 1051-1061.
- 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. *Anxiety Disorders*, 22, 475-484.
- Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group (2005). Psychometric working the Obsessive Questionnaire and Interpretation of Intrusions Inventory. Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behavior Research and Therapy*, 43, 1527-1542.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (2001). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects: Content and relation with depressive anxious and obsessional symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 39, 1163-1181.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behavior*

- Research and Therapy*, 35, 793-802.
- Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Rachman, S., & Hodgson, R. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Rachman, S., & Shafran, R. (1998). Cognitive and behavioral features of obsessive-compulsive disorder. In R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman, & M. A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment* (pp. 51-78). New York: The Guilford Press.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and differential diagnoses of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 4-10.
- Rheaume, J., Cadouceur, R., Freesten, M. H., & LeTarte, H. (1995). Inflated responsibility in obsessive compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 33, 159-169.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessive compulsive problems: A cognitive behavioral analysis. *Behavior Research and Therapy*, 23, 159-165.
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioral factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behavior Research and Therapy*, 27, 677-682.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 37, S29-S52.
- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Reynolds, M., & Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 372-374.
- Steketee, G., & Barlow, D. H. (2002). Obsessive compulsive disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorder: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Teachman, B. A. (2007). Linking obsessional beliefs to OCD symptoms in older and younger adults. *Behavior Research and Therapy*, 45, 1671-1681.
- Tolin, D. F., Worhunsky, P., & Maltby, N. (2006). Are obsessive beliefs specific to OCD?: A comparison across anxiety disorders. *Behavior Research and Therapy*, 44, 469-480.
- Tolin, D. F., Woods, C. M., & Abramowitz, J. S. (2003). Relationship between obsessive beliefs and obsessive compulsive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 571-583.
- Wells, A. (1999). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Modification*, 23, 526-530.
- Wells, A. (2001). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. UK: Chichester: Wiley.