

بررسی پردازش اطلاعات در زنان مبتلا

به

اختلال وسواس های فکری - عملی

هوشنگ زردشت^۱
دکتر حبیب هادیان فرد^۲
دکتر محمدرضا محوری^۳

چکیده

این تحقیق به منظور بررسی فرآیند پردازش اطلاعات در زنان وسواسی و بهنجار انجام شده است. از این رو سه جزء شناختی در فرآیند پردازش یعنی، توجه، حافظه و تفکر در یک گروه زنان وسواسی ($N=26$) به طور قابل دسترس با یک گروه زنان بهنجار ($N=26$)، که از لحاظ سن، جنس، و تحصیلات همتا شدند، با استفاده از آزمونهای حافظه وکسلر (WMS) و آزمون فراخانای توجه (SOA) و آزمون تفکر و یگوستگی مورد بررسی قرار گرفت. این تحقیق شامل سه فرضیه پژوهشی بوده که به طور کلی بیانگر تفاوت معنادار در توجه و حافظه بین دو گروه زنان بود. داده‌ها با استفاده از روش آماری t برای گروههای مستقل محاسبه شد. نتایج نشان داد که بهره حافظه (MQ) و هفت خرده آزمون حافظه، فراخانای توجه و تفکر بین دو گروه زنان از لحاظ آماری تفاوت ندارد. بنابراین هر سه فرضیه رد شد. علاوه بر این گروهی از مردان وسواسی ($N=9$) با یک گروه از مردان بهنجار ($N=9$) به شیوه انتخاب در گروه زنان، خارج از طرح تحقیق بررسی شد. نتیجه کاملاً شبیه به نتایج در گروه زنان بود. نتیجه اینکه، فرآیند پردازش اطلاعات در زنان وسواسی با بهنجار تفاوت ندارد. بنابراین پیشنهاد می‌شود روان شناسان در مورد وضعیت حافظه، توجه و تفکر در بیماران وسواس با احتیاط تصمیم‌گیری کنند و محققان به بررسی پردازش اطلاعات نامرتبط به تهدید، ترس و هیجان نیز توجه نشان دهند.

واژه‌های کلیدی: پردازش اطلاعات، اختلال وسواس فکری - عملی، توجه، حافظه، تفکر، زنان.

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی

۲. استادیار بخش روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز

۳. روان‌پزشک، استاد دانشگاه علوم پزشکی شیراز

مقدمه

سالهای اخیر علاقه روزافزونی به بررسی فرآیند شناختی^۱ در مورد اختلال وسواس فکری - عملی^۲ نشان داده شده است. اختلال وسواس اساساً یک اختلال پردازش شناختی است (استکتی^۳، ۱۳۷۶) که در آن وسواس‌های فکری، به صورت افکار و عقاید و تصاویر ذهنی و تکانه‌های ناخوانده موجب ناراحتی فرد می‌شود. وسواس‌های عملی به صورت رفتارهای تکراری یا فعالیت‌های ذهنی می‌باشد که شخص احساس می‌کند مجبور به انجام یا پاسخ به وسواس‌های فکری است (تورنر؛ نقل از تریین^۴، ۱۹۹۷). حدود ۲۵٪ بیماران فقط وسواس فکری دارند مابقی گرفتار وسواس فکری - عملی هستند (ساراسون و ساراسون^۵، ۱۹۸۷).

مدل پردازش اطلاعات^۶ فرض می‌کند که شناخت را می‌توان در مراحل از عوامل تحلیل کرد. مراحل که هر یک بازنمایی یک وجود فرضی است و در طی آن، برخی عملیات منحصر به فرد و مشخص بر روی اطلاعات ورودی انجام می‌گیرد (سولسو^۷، ۱۹۸۸). پردازش در مراحل متوالی انجام می‌گیرد که اجزاء این مدل به نحوی به دیگر اجزاء مرتبط هستند (سولسو، ۱۹۸۸). در فرآیند پردازش سه جزء شناختی یعنی توجه، حافظه و تفکر^۸ به عنوان اجزاء مهم این مدل نقش ایفاء می‌کنند.

شواهد قابل توجهی وجود دارد که افراد وسواسی نقایصی در پردازش اطلاعات (فوا^۹، ۱۹۹۳) و نقص در شناخت خود نشان می‌دهند (هنین^۹، ۱۹۹۸). نقص در هر کدام از مراحل پردازش می‌تواند مرحله بعدی و یا نتیجه نهایی پردازش که تفکر می‌باشد را مختل نماید. به طوری که نقص توجه، پردازش را از مرحله انتخاب صحیح محرکات مختل می‌کند (نادری، ۱۳۷۵). به نظر آیزنگ^{۱۰} (۲۰۰۰) اضطراب به سه روش سوگیری توجهی (دالگیس و همکاران، ۱۹۹۰)، پریشان‌شدگی (نقل از آیزنگ، ۲۰۰۰)، فراخنای توجهی (آیزنگ، ۲۰۰۰) بر افراد مضطرب تأثیر می‌گذارد. از طرفی اضطراب نیز نشانه ۷۵٪ افراد وسواسی است (ساراسون و ساراسون، ۱۳۷۵). بنابراین توجه در وسواس‌ها نیز می‌تواند به همین روشها تحت تأثیر اضطراب قرار گیرد. این در حالی است که عملکرد بهتر وسواسی‌ها در توجه مربوط به خرده آزمون فراخنای ذرات و کسلر در مقایسه با افراد عادی و اختلال شخصیت نیز گزارش شده است (نقل از شر^{۱۱} و همکاران، ۱۹۸۲). حافظه نیز به عنوان جزء مهم پردازش از سالهای پیش از سوی رد^{۱۲} (۱۹۷۷) با نقص در وسواس گزارش شده است (نقل از شر و همکاران، ۱۹۸۲). آن هم به این دلیل که چون افراد

- | | | |
|--------------------------------|--|----------|
| 1. cognitive processes | 2. obsessive compulsive disorder (OCD) | |
| 3. Steketee | 4. Turner, S.M., & Trin, W. W. | |
| 5. Sarason & Sarason | 6. information processing | 7. Solso |
| 8. memory, attention, thinking | | 9. Henin |
| 10. Eysenck | 11. Sher | 12. Reed |

وسواسی اغلب تردید یا میل به تکرار کارها دارند، فرض می‌شود که آنها به طور ساده دارای حافظه‌ای ضعیف هستند (شر و فروست^۱، ۱۹۸۲). در این راستا شر و همکاران (۱۹۸۹) حافظه در وسواسی‌های وارسی‌کننده را ضعیف‌تر از افراد بهنجار و وسواس شستشوگزارش کردند (نقل از علیلو، ۱۳۷۷). معمولاً سه تبیین روان‌شناختی در مورد نقصان حافظه وسواس‌ها مخصوصاً وارسی‌ها وجود دارد.

۱- رمزگردانی یا بازیابی^۲ از حافظه در وسواس‌ها نقص دارد (شر و همکاران، ۱۹۸۹).
 ۲- بازیابی کلی واقعیت^۳ و توانایی تفکیک خاطرات مربوط به اعمال انجام شده، یا تصور شده، در وسواس‌ها، نقص دارد (مک نالی و همکاران، ۱۹۹۳).
 ۳- وارسی‌کننده‌ها صرفاً در مورد توانایی ایشان برای تفکیک خاطرات مربوط به اعمال واقعی و خیالی، فاقد اطمینان هستند (مک نالی و همکاران، ۱۹۹۳؛ فوآ و همکاران، ۱۹۹۷). یافته‌های گسترده‌ای در این راستا مربوط به نقص انواع حافظه در وسواس وجود دارد، به طور مثال نقص در حافظه (روبنشتاین^۴، ۱۹۹۳)، حافظه بینایی و فضائی (کریستنسن^۵، ۱۹۹۳).
 تفکر و حل مسئله نتیجه پردازش اطلاعات می‌باشد، چون وابسته به اجزاء بنیادی پردازش مانند توجه و حافظه است، جزء جداناپذیر فرآیند پردازش محسوب می‌شود. از آنجاکه پردازش دارای مراحل متوالی است (سولسو، ۱۹۸۸) نقص در هر کدام از مراحل می‌تواند حل مسئله و تفکر را با مشکلی روبرو سازد. اغلب پژوهشها در زمینه تفکر و حل مسئله^۶ روی طرحواره‌های^۷ شناختی، غیرمنطقی بودن قواعد افکار (بک^۸ و همکاران، ۱۹۸۵) تفاسیر اشتباه مصیبت‌وار^۹ که منجر به نتیجه‌گیری اشتباه از اطلاعات می‌شود (راکمن، ۱۹۹۷)، متمرکز شده است و اغلب به طور محدود به خود موضوع تفکر پرداخته‌اند. در این زمینه هد^{۱۰} و همکاران (۱۹۸۹) نقص در استدلال کردن وسواس‌ها را گزارش می‌کنند. علاوه بر این ساویج^{۱۱} و همکاران (۲۰۰۰) نیز به وجود مشکلاتی در برخی عملکردهای شناختی نظیر بعضی از ساختارهای حافظه، نگهداری توجه، نقشه کشیدن^{۱۲}، حل مشکل و تنظیم معانی در سنین ۱۲ سالگی به بعد را گزارش می‌کنند و بیرز^{۱۳} (۱۹۹۹) نیز اعتقاد دارد مشکلات حل مسئله در وسواس‌های نوجوان شبیه بزرگسالان وسواسی است. اما تحقیقات روی بزرگسالان وسواسی پیشنهاد می‌کند که نشانه‌های وسواسی حل مسئله بیشتر از صحت حل مسئله، اهمیت دارد (گراس^{۱۴}، ۱۹۹۶) و دقیق‌تری

1. Sher & Frost

2. recall

3. reality monitoring

4. Robenstien

5. Cristensen

6. problem solving

7. schemata

8. Beck

9. catastrophic misinterpretations

10. Head

11. Savage

12. planning

13. Beers

14. Gross

توسط اشمایک^۱ (۱۹۹۸) با دو گروه ۲۹ نفره از وسواسی‌های درمان نشده و گروه بهنجار که از لحاظ سن، جنس، و هوش همتا شده بودند نشان داد که عملکرد افراد وسواسی در آزمونهای انتزاعی، حل مسئله، نقصی ندارد. اما زمان مصرف شده در آزمونهای سیالی کلامی و غیرکلامی، فرآیندهای توجهی، نگهداری وزن، با هم تفاوت دارند.

همسو با این اطلاعات ویل^۲ (۱۹۹۶) نیز با بررسی ۴۰ بیمار وسواسی نقصی در حل مسأله بیماران به دست نیامد اما وقتی بیماران اشتباهی مرتکب می‌شدند زمان بیشتری برای به دست آوردن راه حل مسأله صرف می‌کردند. این تحقیق پیشنهاد می‌کند که وسواسی‌ها تناقضات گزینشی در تولید چاره‌اندیشی، هنگام اشتباه نشان می‌دهند.

بخش دیگری از تحقیقات آسیب در لوب پیشانی^۳ (اشمایک، ۱۹۹۸)، نقص در عقده‌های پایه‌ای^۴ (تورنر؛ نقل از ترین، ۱۹۹۷)، بیش عملکردی در قشر شکنج خلفی و پیشانی حدقه‌ای مانند هسته دم‌دار^۵ از مطالعات عملکرد تصویر - نورنی^۶ بدست داده است (هنین^۷، ۲۰۰۱). شواهدی نیز در مورد اختلال کارکردی در مغز بیماران وسواسی در قطعه پیشانی، سینگولیت قدامی^۸ (استکتی، ۱۳۷۶) وجود دارد. مطالعات دیگری به روش PET و MRI با وجود نتایج جالب در بعضی موارد نتایج متضادی ارائه می‌دهند. در کل یافته‌های ناهمسانی در مورد چگونگی واکنش‌های سوخت و ساز مغز نیز نمایان شده است (استکتی، ۱۳۷۷). این محققان فرض می‌کنند نقص در مراکز مغزی یا نقص در کارکرد طبیعی بخش‌هایی از مغز است که می‌تواند منجر به نقص تفکر، حافظه و توجه افراد وسواسی شود و تردید و تکرار نتیجه تخریب‌های مغزی است نه مشکلات و نقایص شناختی، با وجودی که مطالعات در این زمینه توجیه‌کننده به نظر نمی‌رسد، اما ارتباطات عصبی و جایگاه مغزی حافظه و توجه و تفکر در دیدگاه نقایص شناختی و بیولوژیک اختلال وسواس، می‌تواند مهم باشد. به طوری که بخش‌هایی از مغز وجود دارد که در توجه، حافظه و تفکر مشترک و یا نقش مهمی ایفا می‌کند. به طور مثال، قطعه پیشانی گیجگاهی، هیپوتالاموس^۹ در تفکر (بوگرتز^{۱۰}، ۱۹۸۹) مراکز زیرقشری از جمله قطعه گیجگاهی و آهیانه‌ای، تالاموس^{۱۱} و هیپوکامپ^{۱۲}، سیستم لیمبیک^{۱۳} در حافظه (گرین^{۱۴} و همکاران، ۱۹۹۶) و قشر تازه مخ بویژه کرتکس ارتباطی، زیرآهیانه‌ای، دستگاه کناری و نظام هسته‌های تالاموسی در توجه (خداپناهی، ۱۳۸۰)، نقش مهمی ایفا می‌کنند. بنابراین نقص در هر کدام از مراکز مغزی کارکرد مرحله دیگری را با توجه به توالی مراحل پردازش، تحت تأثیر قرار می‌دهد.

1. Shmidtke

4. basal ganglia

7. Henin

10. Bogerts

13. limbic system

2. Veal

5. Caudatum

8. anterior cingulate

11. thalamus

14. Gerecht

3. frontal lobe

6. neuroimaging study

9. hypothalamus

12. hippocampus

از این رو فرضیه‌های اصلی پژوهش عبارت بودند از:

- ۱- عملکرد گروه وسواس در آزمون توجه SOA با گروه بهنجار تفاوت دارد.
 - ۲- عملکرد گروه وسواس در آزمون حافظه و کسلر با گروه بهنجار تفاوت دارد.
 - ۳- عملکرد گروه وسواس در آزمون تفکر و یگوتسکی با گروه بهنجار تفاوت دارد.
- محقق سعی کرده است سه جزءشناختی که به نظر می‌رسد در فرایند پردازش اطلاعات مهم باشد را مورد بررسی قرار دهد.

هدف

هدف این پژوهش بررسی توجه، حافظه و تفکر تحت عنوان بررسی پردازش اطلاعات در زنان وسواسی بوده است.

روش

این پژوهش از نوع مقطعی - پس رویدادی است که در آن شرایط مورد بررسی از پیش در آزمودنی وجود داشته و اثرات آن اندازه‌گیری می‌شود. برخلاف طرحهای آزمایشی، در این بررسیها، پژوهشگر نمی‌تواند به دستکاری متغیر مستقل بپردازد (بلاک^۱ و همکاران، ۱۹۸۴). در این پژوهش عملکرد دو گروه آزمودنی در تکلیف توجه، حافظه، و تفکر، مورد بررسی قرار گرفته است.

آزمودنی‌ها

جامعه پژوهش را بیماران زن مراجعه‌کننده به دو بیمارستان ابن سینا و حافظ در شیراز، برای گروه وسواس و افراد گروه عادی جامعه برای گروه بهنجار، تشکیل می‌دهند. در دو گروه جامعه پژوهش، دو گروه از بیماران زن مبتلا به وسواس فکری و عملی ($N=26$) و افراد بهنجار ($N=26$) مورد بررسی قرار گرفتند. هر دو گروه از نظر سن ($\bar{X}_{ocd} = 31/77$ ، $S_n = 7/83$ ، $S_{ocd} = 8/07$) و تحصیلات ($\bar{X}_n = 31/5$ ، $S = 3/92$ و $\bar{X} = 9/35$) و جنس، هم‌تاسازی شدند (تفاوتها از لحاظ آماری معنادار نبود). آزمودنی‌های گروه وسواس ۲۶ نفر زن مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی بودند که براساس معیارهای DSM-IV (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) و تشخیص روان‌شناس یا روان‌پزشک انتخاب شدند. علاوه بر این پرسشنامه علائم وسواس مادزلی^۲ نیز به منظور بررسی خصوصیات وسواسی و جداسازی افراد بیمار به انواع وسواس واریسی‌کننده و غیرواریسی‌کننده استفاده شد. آزمودنی‌ها، هر کدام به تنهایی مورد آزمایش قرار گرفتند. هر

آزمودنی بیمار، که نمره مقیاس چک‌کنندگی بالاتر یا مساوی با چهار بدست می‌آورد چک‌کننده (شر و همکاران، ۱۹۸۲) و مابقی غیرچک‌کننده تشخیص داده می‌شدند. و براین اساس، (۰/۷۶/۹) زنان، (۰/۷۷/۷) مردان چک‌کننده و (۰/۲۳/۱) زنان، (۰/۲۲/۳) مردان غیر چک‌کننده تشخیص داده شدند. علاوه بر این به دلیل دسترسی محقق به بیماران مرد و سواسی (به طور محدود) یک گروه از مردان و سواسی (N=۹) که قبلاً از آنها نام برده شد، از جامعه مردان مراجعه‌کننده به مراکز ذکر شده را با یک گروه از مردان بهنجار (N=۹) از افراد عادی جامعه که از لحاظ سن، جنس و تحصیلات هم‌تاسازی شدند، دقیقاً شبیه گروه زنان و سواسی و بهنجار مورد بررسی قرار گرفت. از این رو ملاک انتخاب آزمودنی‌های و سواس، تشخیص روان‌شناس یا روان‌پزشک مطابق با ملاکهای DSM-IV (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) بوده است.

ابزارهای اندازه‌گیری

در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شده است:

۱- برای بررسی وضعیت گروه و سواس از پرسشنامه علائم و سواس مادزلی استفاده شده است. این پرسشنامه ۳۰ سؤالی دارای ۵ خرده‌مقیاس (وارسی، شستشو، تکرار، تردید و نشخوار فکری) می‌باشد که مطالعات بالینی همسانی‌های درونی قابل قبولی با ضریب آلفا در دامنه ۰/۸۷ تا ۰/۶۰ برای واریسی، شستشو، و تردید داشته است (استکتی، ۱۳۷۶) و پایایی آن با روش بازآزمایی دو هفته‌ای برای کل پرسشنامه ۰/۸۴ و حداقل ۰/۳۲ برای کندی و حداکثر ۰/۷۷ برای شستشو با میانگین ۰/۶۰ بدست داده است و اعتبار آن با روش اعتبار همگرا با مقیاس ییل براون^۱، همبستگی ۰/۷۸ را نشان داد (صبوری، ۱۳۷۶). براساس دستورالعمل این پرسشنامه نمره بدست آمده در خرده‌مقیاس واریسی بیشتر یا مساوی چهار به عنوان واریسی‌کننده و نمره کوچکتر به عنوان و سواسی غیرواریسی‌کننده تشخیص داده می‌شود (شر و همکاران، ۱۹۸۹).

۲- به منظور بررسی توجه آزمودنی، از آزمون فراخنای توجه^۲ (SOA) استفاده شد. این آزمون شامل ۵۰۰ ایکس (X) می‌باشد که در ۲۵ سطر هر سطر ۲۰ ایکس قرار دارد. این آزمون، فراخنای توجه آزمودنی را مشخص می‌کند. به طوری که دو غفلت ۱۰ ثانیه‌ای بیانگر اشکال در فراخنای توجه فرد است (گیوی، ۱۳۷۰). پایایی این آزمون ۰/۸۲ و اعتبار آن ۰/۷۶ ذکر شده است (کی^۳، ۱۹۸۰؛ نقل از گیوی، ۱۳۷۰). این آزمون پایایی قابل ملاحظه‌ای در بررسی مجموعه آزمون شناختی - تشخیصی کی در افراد بزرگسال و کودک بهنجار، اسکیزو و

1. yalle - brown

2. span of attention (SOA)

3. Kay

عقب مانده ذهنی، بدست داده است (ماهانی، ۱۳۷۲). تدوین این آزمون حاصل پژوهشهای متعددی است که طی ده سال توسط کی و همکاران (۱۹۷۷، ۱۹۸۰) انجام شده است. این مجموعه برای جمعیت آمریکایی هنجار شده است که ماهانی (۱۳۷۴)، آزمون توجه (SOA) را به همراه چهار آزمون دیگر شناختی تحت عنوان مجموعه آزمون شناختی - تشخیصی در ایران بکار برده است. این آزمون، آن جنبه از نقص توجه را که مربوط به تداوم آگاهانه تمرکز است، در نظر دارد. این آزمون توجه موقتی و سرعت روانی - حرکتی را اندازه می‌گیرد (نقل از ماهانی، ۱۳۷۲).

۳- آزمون حافظه وکسلر^۱ (WMS): برای بررسی حافظه آزمودنی‌ها استفاده شد. این مقیاس به عنوان وسیله سرنه‌کردن و تشخیص برای استفاده معاینه عصب شناختی عمومی در نظر گرفته شده است و نتیجه ۱۰ سال تحقیق در زمینه حافظه عملی ساده و فوری است و اطلاعاتی را برای تفکیک اطلاعات عضوی کنشی بدست می‌دهد. پایایی در این آزمون (WMS) توسط آیویسون^۲ (۱۹۸۱) با روش بازآزمایی با فاصله زمانی شش ماه ۰/۹۲ و خطای استاندارد اندازه‌گیری ۴/۲۴ بدست آمده است، علاوه بر این ثبات خرده آزمونه‌های مقیاس حافظه، به ترتیب اطلاعات فردی و عمومی ۰/۹۶، جهت یابی ۰/۶۹، حافظه منطقی ۰/۸۲، فراخوانی اعداد ۰/۷۷، بازنگری بینایی ۰/۸۳ و یادگیری تداعی ۰/۸۱ می‌باشد (نقل از بهرام نژاد، ۱۳۷۶).

۴- آزمون شکل‌گیری مفهوم ویگوتسکی^۳: برای بررسی وضعیت تفکر آزمودنی‌ها استفاده شد. آزمون تفکر ویگوتسکی (۱۹۳۴) نتایج مهمی در مورد سطح تفکر بیماران بدست داده است. در این آزمون، آزمودنی یاد می‌گیرد که برای حل مسئله محرکهای معینی باید براساس خصوصیات مشترک، طبقه‌بندی کند و به تمام این محرکها نام همسانی بدهد، سپس آزمودنی فرضیه می‌سازد، آزمایش و تجدیدنظر می‌کند و ممکن است مفاهیمی نیز شکل بدهد (دانش، ۱۳۶۸).

۵- پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه سوتا (MMPI-2): از این پرسشنامه به منظور تشخیص سلامت روانی افراد گروه عادی جامعه به منظور انتخاب گروه بهنجار استفاده شد. این پرسشنامه توسط شهرامی و موتابی (تاریخ ندارد) (گراهام^۴؛ ترجمه یعقوبی و همکاران، در ایران نرم داده شد. این پرسشنامه براساس دستورالعمل راهنمای آن بر روی آزمودنی‌ها انجام شد. آزمودنی‌هایی که نمره مناسب را بدست می‌آوردند انتخاب، در غیر اینصورت آزمودنی حذف می‌شد.

1. Wechsler Memory Scale

2. Ivison

3. Vygotsky

4. Graham

دوش

برای اجرای پژوهش در مرحله نخست پس از آماده‌سازی آزمونها، هر مراجعه‌کننده‌ای که توسط روان‌شناس یا روان‌پزشک براساس ملاکهای DSM-IV در محور I تشخیص اختلال وسواس فکری-عملی می‌گرفت، به محقق معرفی و سپس محقق از او می‌خواست که در پژوهشی مربوط به حافظه، توجه و تفکر در بیماران وسواس، با وی همکاری کنند و در صورت تمایل فرد آزمون آغاز می‌شد. شیوه انجام آزمونها به این صورت بود:

۱- پرسشنامه وسواس مادزلی به افراد باسواد داده می‌شد تا آن را تکمیل کنند و یا خود محقق با پرسیدن سؤال‌ها از آزمودنی آن را تکمیل می‌کرد.

۲- آزمون حافظه و کسلر براساس دستورالعمل استاندارد اجرا شد.

۳- آزمون تفکر ویگوتسکی اجرا شد. به طوری که ۲۲ مهره آزمون روبه‌روی آزمودنی روی میز قرار می‌گرفت و مطابق دستورالعمل از او خواسته می‌شد که همه مهره‌ها را به چهار دسته تقسیم و در چهار گوشه میز قرار دهند. سپس زمان و تعداد خطاها ثبت و مطابق دستورالعمل نمره تفکر آزمودنی محاسبه می‌شد.

۴- آزمون توجه (SOA) انجام شد. به آزمودنی گفته می‌شد: «می‌خواهیم ببینیم وضعیت توجه شما چگونه است؟ لیستی که در اختیار دارید از تعدادی ایکس پر شده است که وضعیت توجه شما را می‌سنجد، شما لازم است دور هر X یک دایره کامل بکشید. سپس محقق دور یک X را دایره می‌کشید و می‌گفت ببینید اینطور، این کار را باید به ترتیب پشت سر هم و بدون مکث یا توقف انجام دهید و سعی کنید دست از کار نکشید». با آمادگی آزمودنی، آزمون شروع و زمان نیز ثبت می‌شد. هر غفلت از تکلیف که بیش از ۱۰ ثانیه به طول می‌انجامد ثبت می‌شد. براساس راهنمای آزمون ۴ غفلت ۱۰ ثانیه‌ای یا بیشتر به عنوان یک اشکال در فراخوانی توجه محسوب می‌گردید.

مرحله دوم اجرای پژوهش انتخاب افراد گروه عادی جامعه و اجرای آزمونها در این گروه بود. محقق به منظور دستیابی به افراد گروه بهنجار تحصیل کرده فوق دیپلم و لیسانس، زن و مرد با توجه به تحصیلات مشابه بیماران، به کارکنان دبیرستانهای سطح شهر شیراز و برای دستیابی به افراد ۲۵-۲۰ ساله و دیپلمه به کتابخانه‌های عمومی شهر، معرفی از سوی همکاران، اطرافیان بصورت قابل دسترس و برای دسترسی به خانمهای خانه‌دار از اطرافیان و همکاران خواسته می‌شد در صورتی که افرادی با خصوصیات سنی، جنسی، تحصیل خاص (متناسب با گروه وسواس) دسترسی دارند به محقق معرفی کنند. برای دسترسی به آقایان به شغل آزاد، محقق در سطح شهر به صورت در دسترس بودن و تمایل به همکاری، افراد را انتخاب می‌کرد. سپس پرسشنامه شخصیتی MMPI-2 توسط آزمودنی و یا توسط محقق یا نزدیکان آزمودنی تکمیل

می‌شد. در صورتی که $T < 65$ بود و آزمودنی از لحاظ سلامت روانی مورد تایید قرار می‌گرفت، سپس سه آزمون توجه، حافظه و تفکر آزمون می‌شد.

یافته‌ها

روش آماری

با توجه به طرح پژوهش و فرضیه‌های اصلی پژوهش مبنی بر مقایسه عملکرد دو گروه از زنان وسواسی و بهنجار در تکلیف حافظه، توجه و تفکر از آزمون t برای گروه‌های مستقل، داده‌ها با استفاده از نرم افزارهای آماری SPSS-10 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای مقایسه گروه‌های دیگر نیز از همین آزمون استفاده شد.

خصوصیات دموگرافیک

سن آزمودنی‌های وسواسی برای زنان حداقل ۲۰ سال و حداکثر ۴۶، و برای مردان به ترتیب ۲۰ و ۲۸ سال بود. تحصیلات برای زنان حداقل دوم ابتدائی و حداکثر لیسانس، و برای مردان پنجم ابتدائی و فوق دیپلم گزارش شد. ۷۷٪ خانمها متأهل، ۳/۸٪ مطلقه و ۱۰۰٪ مردان مجرد بودند. ۵۷/۵٪ بیماران زن و ۵۵/۵٪ مردان تحت درمان دارویی و رفتار درمانی شناختی بودند. که از این تعداد بیماران ۱۰۰٪ زنان و مردان داروی کلومی پرآمین و برخی داروی فلوگزتین به طور نامرتب مصرف می‌کردند. بیشترین مراجعه زنان بین ۳۹-۳۵، (۲۳/۰۷٪) سال و تحصیلات ۱۲-۱۰، (۷۶/۹٪) و مردان ۲۵-۲۹ سال، (۵۵/۵٪) و تحصیلات ۱۲-۱۰، (۳۳/۳٪) و ۹-۷، (۳۳/۳٪) و کمترین تحصیل در زنان ۱۵-۱۳، (۳/۸٪) و در مردان ۳-۱ و ۱۸-۱۶، (۰٪) قرار داشت (تحصیلات متناسب با سالهای تحصیل است). کمترین سن مراجعه در زنان ۴۵-۴۹ (۳/۸٪) سال بدست آمد، مقایسه نمره کل وسواس در گروه زنان و مردان، تفاوت معناداری نشان نداد ($P < ۰.۰۵$ و $t = ۱/۲۹۶$).

جدول ۱- خلاصه نتایج آزمون t مستقل مربوط به حافظه کل در سه گروه زن وسواسی و

بهنجار - گروه وسواس و بهنجار بدون تفکیک جنسیت و گروه مرد وسواسی و بهنجار ($p < ۰.۰۵$)

مشخصات آماری متغیر	جنس	تعداد	میانگین \bar{X}	انحراف استاندارد	درجه آزادی df	ارزش t	سطح معناداری
حافظه کل (MQ)	گروه وسواسی	۳۵	۹۲/۰۱	۱۹/۵۸	۶۸	۰/۰۱۴	NS
	گروه بهنجار	۳۵	۹۲/۰۷	۱۴/۳۸			
	زن وسواسی	۲۶	۸۹/۳۲۷	۲۰/۲۴۹	۵۰	۰/۴۹۲	NS
	زن بهنجار	۲۶	۹۱/۸۸۷	۱۵/۵۲۲			
	مرد وسواسی	۹	۹۹/۷۸	۱۶/۰۲	۱۶	۱/۰۵۸	NS
	مرد بهنجار	۹	۹۲/۸۹	۱۱/۱۷			

نتایج مقایسه‌ها در تکلیف حافظه (جدول یک) نشان می‌دهد که میانگین حافظه کل در زنان وسواس و بهنجار با یکدیگر تفاوت معناداری ندارد ($P < .05$ و $t = 0.492$). مقایسه‌های دیگر نشان می‌دهند که حافظه کل بین گروه وسواسی و بهنجار، بدون تفکیک جنسیت ($P < .05$ و $t = 0.14$) و گروه مردان وسواس و بهنجار ($P < .05$ و $t = 1.058$) با یکدیگر تفاوت معناداری نداشت.

جدول ۲- خلاصه نتایج آزمون t مستقل مربوط به هفت خرده آزمون در گروه زنان وسواسی و بهنجار ($P < .05$)

مشخصات متغیر	جنس	تعداد	میانگین \bar{X}	انحراف استاندارد	درجه آزادی df	ارزش t	سطح معناداری
حافظه شخصی	زن وسواسی	۲۶	۴/۶۲	۱/۸۶	۵۰	۰/۲۳۶	NS
	زن بهنجار		۴/۷۳	۱/۶۶			
حافظه جهت یابی	زن وسواسی	۲۶	۴/۵۴	۰/۹۰	۵۰	۱/۷۶۱	NS
	زن بهنجار		۴/۸۸	۰/۴۳			
حافظه کنترل ذهنی	زن وسواسی	۲۶	۴/۶۲	۲/۷۳	۵۰	۰/۶۹۷	NS
	زن بهنجار		۵/۱۲	۲/۴۴			
حافظه منطقی	زن وسواسی	۲۶	۶/۸۳	۴/۲۵	۵۰	۰/۱۷۴	NS
	زن بهنجار		۷/۰	۲/۷۸			
حافظه تکرار ارقام	زن وسواسی	۲۶	۷/۸۵	۳/۰۳	۵۰	۰/۱۶۲	NS
	زن بهنجار		۷/۷۲	۲/۰۱			
حافظه بینایی	زن وسواسی	۲۶	۱۱/۰۹۶	۳/۳۹	۵۰	۱/۸۶۹	NS
	زن بهنجار		۱۲/۸۱	۳/۲۱			
حافظه یادگیری تداعی	زن وسواسی	۲۶	۱۲/۸۹	۵/۳۵	۵۰	۰/۹۰۶	NS
	زن بهنجار		۱۴/۰۶	۳/۸۷			

علاوه بر این، مقایسه هفت خرده آزمون حافظه نیز به طور جداگانه برای تمام گروهها انجام شد و در هیچکدام تفاوت معناداری ($P < .05$) به دست نیامد. (نتایج فقط در مورد گروه زن ارائه شده است. جدول ۲).

جدول ۳- خلاصه نتایج آزمون t مستقل مربوط به نمرات اشکال در

فراخوانی توجّه مربوط به همه گروهها ($P < .05$)

مشخصات متغیر	جنس	تعداد	میانگین \bar{X}	انحراف استاندارد	درجه آزادی df	ارزش t	سطح معناداری
میزان اشکال در فراخوانی توجّه	گروه وسواسی	۳۵	۰/۲۳	۱/۰۶	۶۸	۱/۲۷۶	NS
	گروه بهنجار	۳۵	۰/۰۰	۰			
	زن وسواس	۲۶	۰/۳۱	۱/۲۳	۵۰	۱/۲۸	NS
	زن بهنجار	۲۶	۰/۰۰	۰/۰۰			
	مرد وسواس	۹	۰/۰۰	۰	۱۶	محاسبه نمی شود**	NS
	مرد بهنجار	۹	۰/۰۰	۰			

$P < .05$ * چون انحراف استاندارد صفر است.

جدول ۴- خلاصه نتایج آزمون t مستقل مربوط به زمان انجام آزمون توجّه در

همه گروهها ($P < .05$)

مشخصات متغیر	جنس	تعداد	میانگین \bar{X}	انحراف استاندارد	درجه آزادی df	ارزش t	سطح معناداری
زمان انجام آزمون توجّه	گروه وسواس	۳۵	۶۶۶/۲۶	۳۸۰/۴۵	۶۸	۱/۸۴۴	NS
	گروه بهنجار	۳۵	۵۳۷/۴۶	۱۶۱/۲۳			
	زن وسواس	۲۶	۷۱۲/۵	۴۰۸/۱۳	۵۰	۱/۹۸۵	NS
	زن بهنجار	۲۶	۵۳۹/۳۸	۱۷۶/۲۱			
	مرد وسواس	۹	۵۳۲/۶۷	۲۶۰/۰۱	۱۶	۰/۰۰۸	NS
	مرد بهنجار	۹	۵۳۱/۸۹	۱۱۵/۳			

جدول ۵- خلاصه نتایج آزمون t مستقل مربوط به نمرات تفکر در همه گروهها ($P < .05$)

مشخصات متغیر	جنس	تعداد	میانگین \bar{X}	انحراف استاندارد	درجه آزادی df	ارزش t	سطح معناداری
تفکر	گروه وسواسی	۳۵	۷۷/۲۴	۱۷/۴۳۴	۶۸	۱/۱۰۹	NS
	گروه بهنجار	۳۵	۷۲/۵	۱۸/۲۳۵			
	زن وسواسی	۲۶	۷۶/۸۵۷	۱۷/۶۲۲	۵۰	۱/۱۱۷	NS
	زن بهنجار	۲۶	۷۱/۳۳۲	۱۸/۰۳۶			
	مرد وسواسی	۹	۷۸/۳۲۷	۱۷/۸۷۵	۱۶	۰/۲۷۶	NS
	مرد بهنجار	۹	۷۵/۸۹۵	۱۹/۴۷۳			

نتایج مقایسه‌ها در تکلیف توجه (جدول ۳) نشان می‌دهد، میزان اشکال در فراخنای توجه زنان وسواسی و بهنجار با یکدیگر تفاوت معناداری ندارد ($t = 1/28$ و $P < 0.5$) و گروه مردان وسواس و بهنجار (محاسبه نمی‌شود $t =$) با یکدیگر تفاوت معناداری نشان نداد.

نتایج مقایسه‌ها در زمان انجام تکلیف توجه (جدول ۴) نیز در زنان وسواسی و بهنجار ($t = 1/985$ و $P < 0.5$) و دو گروه وسواسی و بهنجار بدون تفکیک جنسیت ($t = 1/844$ و $P < 0.5$) و دو گروه مردان وسواسی و بهنجار ($t = 0/08$ و $P < 0.5$) با یکدیگر تفاوت معناداری نشان نداد. نتایج مقایسه‌ها در تکلیف تفکر (جدول ۵) نشان می‌دهد که میانگین تفکر در زنان وسواسی و بهنجار ($t = 1/117$ و $P < 0.5$) و همچنین بین گروه وسواس و بهنجار بدون تفکیک جنسیت ($t = 1/109$ و $P < 0.5$) و بین گروه مرد وسواسی و بهنجار ($t = 0/276$ و $P < 0.5$) با یکدیگر تفاوت معناداری نشان نداد. بر پایه فرضیه اول، عملکرد حافظه در گروه زنان وسواسی با زنان بهنجار تفاوت نشان نداد. همچنین بر پایه هفت زیر فرض عملکرد در هفت خرده آزمون حافظه در گروه زنان وسواس و بهنجار تفاوت نشان نداد و همه زیر فرضها رد شد. بر پایه فرض دوم، فراخنای توجه در زنان وسواس و بهنجار تفاوت نشان نداد و بر پایه فرض سوم، تفکر در زنان وسواسی و بهنجار تفاوت نشان نداد، بنابراین فرض دوم و سوم نیز رد شد. هر سه فرضیه در مورد دو گروه وسواسی و بهنجار بدون تفکیک جنسیت و دو گروه مردان وسواسی و بهنجار تفاوت معناداری بدست نداد. بنابراین بر پایه یافته‌های یاد شده، با استفاده از آزمون t مستقل، سه فرضیه و هفت زیر فرض پژوهش رد می‌شود.

بحث یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش گویای آن است که افراد وسواسی و بهنجار در زمینه فراخنای توجه، حافظه و تفکر با یکدیگر تفاوتی ندارند. گروه وسواس و بهنجار هیچگونه تفاوت معناداری در حافظه کل بدست نداد. نتایج پژوهش حاضر در این بخش با تحقیقات (مک دونالد، ۱۹۹۷) و (کنستانس، ۱۹۹۵) همسو است. این محققان شک و تردید افراد وسواسی را به کاهش اطمینان آنها به حافظه خود نسبت می‌دهند که نه تخریب حافظه، اما این نتیجه‌گیری گویای عدم تفاوت حافظه وسواس‌ها می‌باشد، نه دلیلی برای وجود اطمینان به حافظه، با وجود این می‌تواند اطمینان کم را منطقی جلوه دهد. اما نتایج برخلاف یافته‌های روبنشتاین (۱۹۹۳)، شرو فروست (۱۹۸۳)، علیلو (۱۳۷۷) می‌باشد به طوری که اغلب این محققان عقیده دارند که شک و تردید و واریس وسواس‌ها به دلیل فراموشی و یا وضعیت حافظه آنها است. نتیجه تحقیق با یافته‌هایی که حافظه را تحت عنوان حافظه آشکار و ضمنی بررسی می‌کنند به طوری که حافظه ضمنی در

موضوعات تهدید آور در وسواس ها قوی تر است (ویلیامز^۱، ۱۹۸۸) همسو نمی باشد. البته این نتیجه احتمالاً به دلیل عدم تهدید و یا اضطراب خاص در انجام آزمون، منطقی است. احتمالاً نتایج در مورد چک کننده ها را دقیقاً نمی توان به گروه وسواس نسبت داد. یافته های دیگر این پژوهش نشان داد که افراد وسواسی در هیچکدام از هفت خرده آزمون حافظه با یکدیگر تفاوت ندارند.

یافته ها در مورد حافظه شخصی با گزارش شر و همکاران (۱۹۸۳) که مشکلات حافظه در امور روزانه وسواس را گزارش می کند همسو نیست. اما یافته حاضر با گزارش رد و همکاران (۱۹۷۷) مبنی بر عدم تفاوت حافظه بلندمدت همسو است چون حافظه شخصی معمولاً به حافظه بلندمدت مربوط می شود (مثل تاریخ ازدواج فرد). بنابراین به نظر می رسد وسواسها در مورد اطلاعات شخصی مهم نقصی نداشته باشند. یافته ها در مورد جهت یابی افراد وسواسی چون یافته ای در این زمینه در دسترس نبود قابل مقایسه نمی باشد اما می توان یافته را با تمرکز، توجه و هوشیاری بکار گرفته شده در آزمونهای توجه، تفکر و حافظه همسو یافت بنابراین به نظر نمی رسد وسواسها در جهت یابی دچار نقص باشند.

پژوهش حاضر تفاوتی در کنترل ذهنی وسواسها بدست نیاورد، این یافته با گزارش رد و همکاران (۱۹۷۷، نقل از شر، ۱۹۸۲) مبنی بر عدم تفاوت در بازیابی حافظه کوتاه مدت (خرده آزمونهای و کسلر) و عملکرد بهتر وسواسها در آزمونهای سخت بازیابی (مک دونالد، ۱۹۹۷) همسو است. چون شر و همکاران (۱۹۸۹) ضعف در بازشناسی و روینشتاین (۱۹۹۳) عدم تفاوت در بازیابی و بازشناسی را با کندتر عمل کردن چک کننده ها از غیر چک کننده ها در بازیابی دلیلی برای ضعف حافظه وسواسها گزارش می کنند، این یافته با نتیجه حاضر همسو نیست اما عملکرد کند در بازیابی دلیلی بر ضعف کلی حافظه نیست. علاوه بر این نتیجه حاضر تأییدی بر نتیجه رد و همکاران (۱۹۷۷) در یک آزمون مشابه می باشد. احتمالاً تناقض مربوط به نوع آزمونها و زمان ثبت شده برای تحقیقات می باشد.

یافته دیگر تحقیق تفاوتی در حافظه منطقی وسواسها بدست نداد. از آنجاکه یافته حاضر با نتایج دایرسون^۲ (۱۹۹۵) مبنی بر عدم تفاوت حافظه کلامی همسو است و با گزارش شر و همکاران (۱۹۸۹)، مبنی بر عملکرد پایین چک کننده های غیر بالینی و نیمه بالینی در حافظه معنائی ناهمسو است. در این آزمونها ممکن است نشانه های وسواسی را بکار گرفته باشند (زیتلر، ۲۰۰۱)، اما منطقی به نظر می رسد که عدم نقص در حافظه کوتاه مدت مورد بررسی در

این تحقیق با عدم نقص حافظه منطقی همراه باشد. پس احتمالاً وسواس‌ها در این آزمون تحت تأثیر عوامل اضطراب، هیجان و غیره، نبوده و توانائی خود را بروز داده‌اند. در نهایت وسواس‌های مورد پژوهش در حافظه منطقی با افراد عادی تفاوت نداشتند.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که وسواس‌ها تفاوتی در حافظه تکرار ارقام ندارند. این یافته با گزارشات رد (۱۹۷۷) و مک دونالد (۱۹۸۷) مبنی بر عدم تفاوت بازبایی وسواس‌ها با گروه بهنجار همسواست. مک دونالد (۱۹۸۷) فقط اطمینان کم افراد وسواسی به حافظه‌شان را مورد استناد قرار می‌دهد. با وجودی که این خرده آزمون یکی از حساس‌ترین خرده آزمونهاست، مقایسه تفاوتی بین دو گروه بدست نداده است. بنابراین احتمالاً نقائص ذکر شده به دلایل شناختی نظیر اطمینان کم حافظه و یا حساسیت آزمون باشد.

یافته دیگر تحقیق تفاوتی در حافظه بینائی با افراد عادی نشان نداد. این یافته در گزارشات کنستانس (۱۹۹۵) که اعتقاد دارد واضح‌بینی در افراد وسواس نقص دارد، نه تخریب حافظه، همسو است. اما کریستنس^۱ (۱۹۹۳) نقص حافظه بینائی، فضائی و نقص بازبایی فراخنای فضائی - بینائی^۲ (زلینسکی^۳، ۱۹۹۱) را گزارش می‌کنند. به نظر می‌رسد تناقضات موجود به آزمونهای نوروسایکولوژی و فاکتورهای همانند اطمینان به حافظه باشد (زیتل، ۲۰۰۱) و آزمون بینایی وکسلر در سنجش حافظه بینائی در سطحی متوسط تا آسان موفق بوده است نه در مورد سطوح پیچیده حافظه فضائی. بنابراین به نظر می‌رسد حافظه بینائی وسواس‌ها در سطح متوسط تخریب ندارد و در وضعیتهای پیچیده‌تر لازم است فاکتورهای دیگر نظیر واضح‌بینی، اطمینان به حافظه و سوگیری به تهدید یا ترس را مورد توجه قرار داد.

نتایج یافته‌ها تفاوتی در یادگیری تداعی‌ها بین گروه وسواس و عادی نشان نداد. یافته‌ها همسو با نتایجی است که اعتقاد دارند وسواس‌ها در حافظه کلامی نقصی ندارند (دایرسون، ۱۹۹۵)، اما گزارشاتی که نقص وسواس‌ها را در بدست آوردن و تداوم داشتن در مجموعه‌های شناختی را گزارش می‌دهند، ناهمسو است. راپاپورت^۴ (۱۹۹۱) نیز نقص در فهم یا حس شناخت‌شناسی وسواس‌ها را گزارش می‌کنند (نقل از زیتل، ۲۰۰۱). اما به نظر می‌رسد بررسی حافظه کلامی برای یک تصمیم قطعی احتیاج به تفحص بیشتری دارد (زیتل، ۲۰۰۱). آن هم به این دلیل که وسواس‌ها هم مانند دیگر مردم اغلب اطلاعات خود را از طریق کلامی دریافت و صادر می‌کنند. اما در کل نتایج در حافظه کوتاه مدت، حافظه منطقی با این حافظه همسواست و این نتیجه منطقی به نظر می‌رسد.

1. Cristensen

2. visuospatial

3. Zilenski

4. Rapoport

یافته‌های دیگر تحقیق تفاوتی در میزان فراخنای توجّه و زمان انجام آزمون توجّه وسواس با افراد عادی نشان نداد. این یافته با یافته‌های شر و همکاران (۱۹۸۲) که توجّه در خرده آزمون‌های فراخنای توجّه و کسلر را بهتر از افراد عادی گزارش می‌کند و یافته‌هایی که سوگیری نقص توجّه به کلمات مرتبط به تهدید (آیزنگ، ۱۹۹۳؛ متیوس و کلاک^۱، ۱۹۹۳) کلمات هیجانی (مک‌دونالد و همکاران، ۱۹۹۲) و نقص در کنترل منابع توجهی (دانیل^۲، ۱۹۹۸) به ظاهر همسو نمی‌باشد. و وجود چنین تناقضاتی با نتیجه این تحقیق احتمالاً به این دلیل است که اکثر تحقیقات در زمینه توجّه وسواس‌ها، به بررسی اثر اضطراب، تهدید، ترس، هیجان پرداخته‌اند. بنابراین چون این پژوهش وضعیت ذکر شده را ایجاد نکرده است و بیشتر به اندازه‌گیری توانایی و ظرفیت توجّه پرداخته است. عدم نقص توجّه منطقی به نظر می‌رسد. بنابراین به سادگی نمی‌توان نتایج مطالعات سوگیری توجهی را به توانایی و ظرفیت توجّه در وسواس‌ها، تعمیم داد. بخش دیگر یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که بیماران وسواس در تفکر نقصی ندارند و این یافته با گزارشات اشمایک (۱۹۹۸) پارسل^۳ (۱۹۹۸)، ویل (۱۹۹۶) همسواست و با تحقیقاتی که نقص در عملکرد شناختی مناطق لوب پیشانی (روزنبرگ^۴، ۱۹۹۸) کژکاریهای لوب پیشانی و عقده‌های پایه‌ای را تحت عنوان عامل مشکلات پردازشی در لوب پیشانی و یا گزارش هد و همکاران (۱۹۸۹) مبنی بر نقص استدلال در وسواس‌ها را مطرح می‌کنند همسو نمی‌باشد. اما تناقضات موجود را می‌توان به نبود محرکات هیجان، تهدید، و ترس آور در حین آزمون، همچنین عینی - انتزاعی بودن و محدودیت زمانی نداشتن آزمون نسبت داد از آنجا که آزمون پژوهش، ظرفیت و توانایی بیماران در تفکر را بررسی کرده است، دستیابی به عدم نقص تفکر منطقی می‌باشد. به طور کلی نتایج این تحقیق فرضیه‌های شناختی در مورد خصوصیات وسواسی را تقویت می‌کند. چون وقتی بیماران در پردازش اطلاعات نقص نداشته باشند، شک و تردید و تکرار احتمالاً به دلیل کاهش اطمینان به حافظه (مک‌نالی و همکاران، ۱۹۹۷)، باورهای غیرمنطقی (بک و همکاران، ۱۹۸۵) و تفاسیر اشتباه مصیبت‌وار (راکمن^۵، ۱۹۹۷) و یا به دلیل محرکات ترس و تهدید آور می‌باشد و تخریب در حافظه را به دلیل مشکلات کارکردی مغز حداقل برای این گروه غیربالینی، تضعیف می‌کند. در این پژوهش احتمالاً مهمترین استناد برای چنین یافته‌ای این است که پژوهش به بررسی ظرفیت و توانایی، حافظه، توجّه و تفکر در بیماران غیربالینی پرداخته است نه به سوگیریهای خاص مشهور در اختلال وسواس، از این

1. Mathews & Klag

2. Danill

3. Parcell

4. Rosen Berge

5. Rachman

لحاظ پژوهش مبنایی برای توانائی پردازش اطلاعات در وسواس‌ها اهمیت دارد. نتیجه اینکه وسواس‌ها در فرآیند پردازش اطلاعات با افراد عادی تفاوتی ندارند.

در پایان یادآوری می‌شود بررسی‌های نسبتاً جدید که در آنها از جریان خون مغزی، پتانسیل‌های فراخوانده و مانند آن، همزمان با اجرای آزمونهای شناختی و نوروسایکولوژی استفاده می‌شود (برای نمونه رایمن^۱، ۲۰۰۰)، می‌تواند بسیار راهگشا باشند. به این دلیل که ممکن است آزمونهایی که به نظر می‌رسد به عملکردهای شناختی لوب پیشانی حساس هستند در این زمینه ناتوان باشند (بیرز و همکاران، ۱۹۹۹). از آنجائی که عملکردهای شناختی مورد بررسی ممکن است تحت تأثیر دارو و درمان شناختی رفتاری قرار گرفته باشد پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های آینده بیماران وسواسی که برای اولین مرتبه مراجعه دارند بررسی شوند.

منابع

فارسی

- استکتی، گیل، اس. (۱۳۷۶). درمان رفتاری وسواس، ترجمه بخشی‌پور رودسری، عباس، علیلو، مجید محمود. تهران: انتشارات روان پویا.
- استکتی، گیل، اس، (۱۳۷۷). روشهای درمان اختلال وسواس فکری عملی. ترجمه توننده جانی. حسن، کمال پور. نسرین. مشهد: انتشارات قدس رضوی.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۱۹۹۴). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، جلد اول. ترجمه نایینیان، محمدرضا، بیابانگرد، اسماعیل، مداحی، محمدابراهیم. تهران: انتشارات دانشگاه شاهد.
- خدایپناهی، م. ک. (۱۳۸۰). روانشناسی فیزیولوژیک. تهران: انتشارات سمت.
- ساراسون، جی.، و ساراسون، بی. آر. (۱۹۸۷). روانشناسی مرضی، ترجمه نجاریان، بهمن، اصغری مقدم. محمدعلی، دهقانی، محسن. تهران: انتشارات رشد.
- صبوری، ع. ش. (۱۳۷۶). مقایسه اثربخشی تکنیک‌های شناختی - رفتاری، کلومی پرآمین و ترکیب آنها در مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی (وسواس شستشو). پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران: انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- علیلو، مجید محمود. (۱۳۷۷). پیشرفتهای جدید در فهم اختلال وسواس. آیا وسواس اختلالی همگن است. فصلنامه علمی - پژوهشی علوم انسانی دانشگاه الزهراء (س)، سال هفتم و هشتم ش ۲۴، ۲۵، ص ۴۳-۶۳.
- قمری گیوی، حسین. (۱۳۷۰). کاربرد گفتار درمانی در درمان کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران: انستیتو روان‌پزشکی تهران.

گراهام، جی. (۱۳۷۹) راهنمای MMPI-2، ارزیابی شخصیت و آسیب‌شناسی روانی. ترجمه، یعقوبی، حمید، کافی، موسی. انتشارات ارجمند.

ماهانی، نعمت‌اله‌زاده. (۱۳۷۴). بررسی کارآمدی مجموعه شناختی در جمعیت ایرانی: مقایسه بزرگسالان بهنجار، کودکان بهنجار، مبتلایان ذهنی و بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی. فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناختی، دوره ۳، ش ۳ و ۴.

معظمی، داوود. (۱۳۷۸). مقدمات نوروسایکولوژی. تهران: انتشارات سمت.

نادری، ن. (۱۳۷۵). بررسی پردازش اطلاعات برخی عملکردهای نوروسایکولوژی مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روان‌پزشکی تهران.

وارینگتون، الف. کی. (۱۹۸۱). بازتاب - ارزیابی بالینی کارکرد عالی مغز. ترجمه، خمسه، الف. مجله روانشناسی و روان‌پزشکی.

انگلیسی

- Beck, A. T., Emery, G. (1985). *Anxiety disorder and phobic. A cognitive perception*. Newyork press.
- Beers. R., Rosenberg, D. R., Dick, E., Williams, T., (1999). Neuropsychological study of frontal lobe function in psychotropic naive children with OCD. *The American journal of psychiatry*. 156 (5), 777-79.
- Bellack, A. S., & Hersen. (1984). *Research methods in clinical psychology*. Newyork: per gamon press.
- Bogerts, B., (1989). The Role of limbic and paralimbic pathology in the etiology of shizophrenia, *psychiatry Research*. 29, 255-79.
- Boone, K., Anath, j., philpott, I., kaur, A., et al. (1991). Neuropsychological characteristics of nondepressed adults with OCD. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol*. 4, 96-109.
- Constanst, j, j., foa, E. B., Franklin, M. E., Mathews, A. (1995). Memory for Actual and Imagined Events In oc checkers. *Behav Rese thera*. 33 (6), 665-71.
- Cristensen, k.j., kim, S.W., Dysken, M. W., (1993). Neuropsychological performance in OCD. *Biol psychiatry*. 31, 4-18.
- Dalgleish, T., & watts, F. N. (1990). Biases of attention and memory in disorder of anxiety and depression. *clinical psychology, Review*. 10. 589-604.
- Danille, A., Bartolomeo, P., Cassetta, e., (1998). obsessive compulsive behaviour and cognitive impairment in a parkinsonian patient after left putaminal lesion *Journal-of-Neorology-and-Psychiatry*. 62(3), 288-89.

- Dirson, S., B. M. Cottrauxi, j., Martin, R. (1995). Visual memory impairment in patients with OCD: a controlled study. *Psychotherapy and psychosomatic*. 63, 22-31.
- Eysenck, W. M., Keanne, T. M. (2000). *cognitive psychology* (A student's Hand book), psychology press. Fourth edition.
- Foa, E. B., Amir, N., Gershuny, B., Molnar, C., Kozak, M. I (1997). Implicit and explicit memory in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 119-29.
- Foa, E. B., (1993). Information processing in OCD. *Cognitive therapy and research*. 17. (2), 173-88.
- Gross, I. R., Sasson, y., Voet, H. T., Luca, H. K; et al; (1996). Alternation learning in obsessive compulsive disorder. *Biol psychiatry*. 39, 733-38.
- Head, D., Bollon, D., Hymas, N. (1989). Deficit in cognitive. Shifting ability in patients with OCD. *Biol Psychiatry*. 25. 929-37.
- Henin. A., Savg, C. R., Rauch, S., et al. (2001). Is age at symptom onset Associated with severity of Memory Impairment in Adults with OCD. *American journal therapy*. 158 (1).
- Macdonald. P. A., Antony, M. M., Macleod, C., et al. (1997). Memory and confidence in memory judgment Among Individuals with OCD and non-clinical controls. *Behave Resea. ther*. 35 (0), 467-505.
- MacNally. R. j., kohlbeck, P. A; (1993). Reality monitoring in OCD *Behav. Res. ther*. 3, 249-53.
- Mathews, A., klug, F., (1993). Emotionality and interference with colorl. Naming in anxiety. *Beha. Rese. and ther*. 31. 57-62.
- Otto, M, W., (1992). Normal and abnormal information processing: A neuropsychological perspective on obsessive compulsive disorder. *Psychiatric - Clinics - of - North - America*. 15(4), 825-48.
- Purcel, R., Maruff, D. ., Kyrios, M., Patelis, C. (1998). Cognitive deficits in OCD on tests of frontal - striatal. *Biological - psychiatry*, 43(5), 348-57.
- Rachman, s. (1997). A cognitive theory obsessions. *Beha. Res and thera*. 35, 793-802.
- Rbenstien, C. S., Peynirciogla, Z. E., Chambles, O. L., et al. (1993). Memory in sub - clinical obsessive compulsive checkers, *Behaviour Res and ther*. 31. 759-65.
- Riman, E. M., Lane, R. D., Ahern, G. L; et al. (2000). positron emission Tomography in the study of emotion, anxiety, disorder. *Cognitive neuroscience of emotion. series inaffective science*. 389-06.
- Rosenberg, D. R., Averbach, D., Ohearn, k., et al. (1997). Response inhibition

abnormalities in prediatic OCD. *Arch Gen psychiatry*. 54. 31-38.

Savage, S. R., Bota, R. G., Brody, A. L. (2000). Brain-behaviour Relationship in OCD
Semin - clin neuropsychiatry. 6(2), 82-101.

Sher, K. j., Frost. R. O., kushner, c, and et al. (1989). Memory Defiffits in compulsive
checkers: Replication and Extension in a clinical sample. *Beha. Rese. ther.* 27 (1).
65-69.

Sher, k. j., Frost R. O., otto, R. (1982). cognitive deficits in compulsive checkers: A
Exploratory study. *Beha. Rese. thea.* 21(40), 357-63.

Shmidtke, k., Schorb, A., Winkelmann, G., et al. (1998). Cognitive frontal lobe
dysfunction in OCD. *Biological - psychiatry*. 43(9), 666-73.

Trin, w.w., (1999). *Adult psychopatology diagnosis*. Newyork wiley.

Veal, D. M., Sahakian, B. j., et al (1996). Specific cognitive Deficits in tests sensitive to
frontal lobe dysfunction In (OCD). *disorder psychological medicine*. 26 (0), 1201-69.

Williams . j. M. G., Wattes, F. N, et al. (1988). *Cognitive psychology And emotional
disorder*. Chistester: wiley and sons.

Zelinski, C.V., Taylor, M.A., Juzwin, K.R. (1991). Neuropsychological Dificits in OCD,
Neuropsychiatry *Neuropsychol Behav Neurol*. 4-110-120.

Zitterl L. W., Urban, C., Linzmayer. L., Aigner, M., et al. (2001). Memory Disorder in
patients with DSM-IV OCD. *psychopathology*. 34 (3), 11-39.

