

## مقایسه باورهای فراشناختی و ابعاد کمال‌گرایی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس و اختلال تنیدگی پس از ضربه در تعامل با بلاتکلیفی\*

Comparison of Metacognitive Beliefs and Dimensions of Perfectionism in  
Patients with Obsessive- Compulsive Disorder and Post-Traumatic Stress  
Disorder in Interaction with Uncertainty\*

Abbas Abolghasemi,<sup>1</sup> Ph.D.

Seddigheh Ebrahimzadeh,<sup>2</sup> M.D.

Mohammad Narimani,<sup>2</sup> Ph.D.

Batool Ahadi,<sup>3</sup> Ph.D.

دکتر عباس ابوالقاسمی\*\*

صدیقه ابراهیم‌زاده\*\*

دکتر محمدنریمانی\*\*

دکتر بتول احدی\*\*

### Abstract

The role of metacognition in development and maintenance of obsessive-compulsive disorder and post-traumatic stress disorder has gained prominence through the information processing model advanced by Wells and Mathews. The aim of the present research was to compare the metacognitive beliefs and dimensions of perfectionism of the patients with obsessive-compulsive disorder and post-traumatic stress disorder in interaction with uncertainty. The sample consisted of 127 subjects in three groups: Those who were diagnosed as obsessive-compulsive disorder (43 subjects) and post-traumatic stress disorder (43 subjects) selected from psychiatric clinics in Tehran city, and a non-patient group (41 subjects). The participants completed the short form of the Metacognition Questionnaire, the Perfectionism of Multidimensions Scale and

### چکیده

نقش «فراشناخت» در تحول، حفظ و پایداری اختلال وسواس و اختلال پس از ضربه از طریق الگوی پردازش اطلاعات توسط ولز و متیوز توسعه یافته است. هدف پژوهش حاضر، مقایسه باورهای فراشناختی و ابعاد کمال‌گرایی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس و اختلال تنیدگی پس از ضربه در تعامل با بلاتکلیفی می‌باشد. نمونه این پژوهش شامل ۴۳ بیمار مبتلا به اختلال وسواس و ۴۳ بیمار مبتلا به اختلال تنیدگی پس از ضربه بود که از بین افراد مراجعه‌کننده به درمانگاههای روانپزشکی شهر تهران انتخاب گردیدند. همچنین ۴۱ آزمودنی غیر بیمار به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرونده بیمار، فرم کوتاه «پرسشنامه فراشناخت» ولز، «مقیاس کمال‌گرایی» و «مقیاس بلاتکلیفی» استفاده شده است. نتایج نشان داد که میانگین نمرات باورهای

\* University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, I.R.Iran.

1- abolghasemi1344@uma.ac.ir 2- narimani@uma.ac.ir

3- psychology2010@yahoo.com anahid\_1385@yahoo.com

\* دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۶/۵، تصویب نهایی: ۱۳۸۶/۶/۱۱

\*\* گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی - اردبیل

the Intolerance of Uncertainty Scale. Results showed that the patients with obsessive-compulsive disorder had higher levels of dysfunctional metacognitive beliefs than the patients with post-traumatic stress disorder and the non-patient subjects. Also, the results showed that the patients with obsessive-compulsive disorder and those with post-traumatic stress disorder had higher levels of dimensions of perfectionism than the non-patient subjects. Group and uncertainty interaction was significant for perfectionism ( $p < 0.10$ ), but it was not significant for metacognitive beliefs.

**Keywords:** metacognitive beliefs, perfectionism, uncertainty, obsessive-compulsive disorder, post-traumatic stress disorder.

فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواس از بیماران مبتلا به اختلال تنیدگی پس از ضربه و گروه کنترل غیر بیمار به طور معنی داری بیشتر بود. همچنین نتایج نشان داد میانگین نمرات کمال‌گرایی بیماران مبتلا به اختلال تنیدگی پس از ضربه و اختلال وسواس از گروه مهار غیر بیمار بیشتر بود. تعامل گروه و بلا تکلیفی برای کمال‌گرایی معنی دار بود ( $p < 0.01$ ). در صورتی که این تعامل برای باورهای فراشناختی معنی دار نبود.

**کلیدواژه‌ها:** باورهای فراشناختی، کمال‌گرایی، بلا تکلیفی، اختلال وسواس، اختلال تنیدگی پس از ضربه.



#### ● مقدمه

«باورهای فراشناختی»<sup>۱</sup>، «ابعاد کمال‌گرایی»<sup>۲</sup> و «بلا تکلیفی»<sup>۳</sup> نقش مهمی در اکتساب، حفظ و تداوم «اختلالات اضطرابی»<sup>۴</sup> دارند. طبق الگوی نظری دوگاس، گانگنون، لادوسئور و فریستون (۱۹۹۸)، چهار متغیر مهم در تحول و پایداری «اختلالات اضطرابی» نقش دارند: «عدم تحمل بلا تکلیفی»، «جهت‌گیری مسئله ضعیف»، «اجتناب شناختی» و «باورهای فراشناختی مختل». از آنجایی که این متغیرها در درمان اختلالات اضطرابی مهم هستند توجه به آنها از اهمیت بسیاری برخوردار است. از جمله متغیرهایی که به نظر می‌رسد اختلال وسواس و اختلال تنیدگی پس از ضربه را تحت تأثیر قرار دهند «باورهای فراشناختی»، «کمال‌گرایی» و «بلا تکلیفی» است که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

از متغیرهایی که در اختلالات اضطرابی تأثیر عمده‌ای دارد «باورهای فراشناختی» است. فراشناخت دانش یا فرآیند شناختی است که در ارزیابی، بازبینی یا مهار شناخت بیماری مشارکت دارد. در «الگوی کنش اجرایی خود تنظیمی»<sup>۵</sup> (ولز و متیوز، ۱۹۹۶) نظام شناختی چندگانه‌ای برای تبیین افکار تکرار شونده در اختلال وسواس توصیف شده است. منابع پردازش اطلاعات بر رویدادهای درونی نظیر افکار، تجربیات هیجانی و رفتار تأکید می‌کنند. باورهای فراشناختی از علامت‌شناسی مهم اختلال وسواس به حساب می‌آید. همچنین باورهای بیمار در مورد مهار ناپذیری افکار با نشانه‌های اختلال وسواس ارتباط دارد (پاردون و کلارک، ۱۹۹۴).

در واقع بیماران وسواسی گزارش می‌کنند که بر روی افکار مزاحم منفی‌ای که تجربه می‌کنند مهار کمتری دارند (کالاماری و جانک، ۱۹۹۸). «الگوی فراشناختی اختلال وسواس» (ولز و متیوز، ۱۹۹۴؛ ولز، ۲۰۰۰) بر باورهایی در مورد اهمیت افکار مزاحم تأکید می‌کند. این الگو نیز بیان می‌کند که بیماران مبتلا به اختلال وسواس باورهای فراشناختی مثبتی در مورد ضرورت انجام تشریفات و آیین‌هایی دارند که نشانه‌های اختلال وسواس فکری - عملی را حفظ و تشدید می‌کند. طبق یافته‌های پژوهشی بیماران مبتلا به اختلال وسواس ملاک‌های درونی نامناسب و مطلق برای خود انتخاب می‌کنند (ولز، ۱۹۹۷ و ۲۰۰۰).

کلارک (۲۰۰۴) بیان می‌کند که باورها و ارزیابی‌های غلط از مهار افکار مزاحم، عوامل فراشناختی مهمی در پایداری اختلال وسواس هستند. شواهد پژوهشی حاکی از این است که فراشناخت به‌طور معنی‌داری نشانه‌های وسواس فکری - عملی را پیش‌بینی می‌کند (ولز و پاپاگئورگیوز، ۱۹۹۸).

همینطور پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به «اختلال وسواس فکری - عملی»<sup>۶</sup> و «اختلال تنیدگی پس از ضربه»<sup>۷</sup> باورهای فراشناختی مختل‌تری نسبت به گروه کنترل دارند (ولز و کارتر، ۲۰۰۱). سالکوسکیس (۱۹۹۸) بیان می‌کند افراد مبتلا به اختلال وسواس باورهای مختلفی دارند. هرمنز، مارتز، دکورت، پیتز و ایلن (۲۰۰۳) نشان دادند که بیماران وسواسی از گروه کنترل غیراضطرابی باورهای فراشناختی مختل‌تری دارند. همچنین در این پژوهش عوامل فراشناختی با نشانه‌های وسواس فکری - عملی رابطه مثبت معنی‌داری داشت. در پژوهش گیلیام، ولز و کارترایت - هاتون (۲۰۰۴)، باورهای فراشناختی با افکار وسواسی رابطه مثبت معنی‌داری داشتند. همچنین آنها نشان دادند که باورهای فراشناختی نشانه‌های اختلال وسواس فکری - عملی را پیش‌بینی می‌کند. مایرز و ولز (۲۰۰۵)، بین فراشناخت و شدت نشانه‌های اختلال وسواس فکری - عملی ارتباط مثبت معنی‌داری به دست آوردند. موتز و آوارز (۲۰۰۶)، در پژوهشی دریافتند که باورهای فراشناختی بیماران وسواسی از افراد غیر بیمار مختل‌تر است و باورهای فراشناختی مختل نقش مهمی در باورهای خرافی و افکار جادویی این بیماران دارند.

در «الگوی فراشناختی»<sup>۸</sup> ولز (۲۰۰۰) در مورد اختلال تنیدگی پس از ضربه فرض بر این است که نگرانی و باورهای فراشناختی با نشانه‌های تنیدگی رابطه مثبت معنی‌داری دارند. در مطالعه هولوا، تاریر و ولز (۲۰۰۱) بیماران مبتلا به اختلال تنیدگی پس از ضربه باورهای فراشناختی مختل‌تری داشتند. ولز و سمبی (۲۰۰۴)، در پژوهشی نشان دادند که باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال تنیدگی پس از ضربه در مقایسه با سایر اختلالات روانشناختی و افراد غیر بیمار بیشتر مختل است. راسیس و ولز (۲۰۰۶) در پژوهشی به دست آوردند که شدت اختلال تنیدگی پس از ضربه با راهبردهای مهار فکر و فراشناخت‌های رابطه معنی‌داری دارد.

از متغیرهای دیگری که اختلالات اضطرابی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، «کمال‌گرایی» است. کمال‌گرایی تمایل پایدار فرد به وضع معیارهای کامل و دست نیافتنی و تلاش برای تحقق آنها است و با خود ارزشیابی‌های انتقادی از عملکرد شخصی همراه می‌باشد (فروست، مارتین، لهارت و رزنبلت، ۱۹۹۰). هویت و فلت (۱۹۹۱) سه بعد کمال‌گرایی «خوب‌شدن مدار»، «دیگر مدار» و «جامعه مدار» را متمایز کرده‌اند: «کمال‌گرایی خوب‌شدن مدار» با تمایل به وضع معیارهای غیر واقع‌بینانه برای خود و تمرکز بر نقص‌ها و شکست‌ها در عملکرد همراه با خود بازمینی‌های دقیق مشخص می‌شود. «کمال‌گرایی دیگر مدار» بیانگر تمایل به داشتن انتظارات افراطی و ارزشیابی انتقادی از دیگران می‌باشد. «کمال‌گرایی جامعه مدار»<sup>۹</sup> به احساس ضرورت رعایت معیارها و برآورده ساختن انتظارات تجویز شده از سوی جامعه و افراد مهم به منظور کسب تأیید اطلاق می‌شود (بشارت، ۱۳۸۱). نتایج تحقیقات مختلف رابطه کمال‌گرایی خوب‌شدن مدار و جامعه مدار را با اضطراب و اختلالات اضطرابی نشان داده‌اند (برای مثال هویت و فلت، ۱۹۹۳؛ آنتونی، پاردون، هاتا و سویسون، ۱۹۹۸؛ جاستر، همبرگ، فروست، هولت و ماتیا، ۱۹۹۶؛ فروست و استکتی، ۱۹۹۷؛ همبرگ، جاستر، هاپ و ماتیا، ۱۹۹۵؛ بشارت، ۱۳۸۱).

رهیوم، فریستون، دوگاس، لیستارت و لادوسثور (۱۹۹۵)، به دست آوردند که هر چند مسئولیت‌پذیری واریانس زیادی از نشانه‌های اختلال وسواس را تبیین می‌کند، کمال‌گرایی نیز به‌طور معنی‌داری این نشانه‌های را پیش‌بینی می‌کند. بوچارد، رچیوم و لادوسثور (۱۹۹۹)، در پژوهشی نشان دادند که کمال‌گرایی می‌تواند نقش تعدیل‌کننده‌ای در ادراک مسئولیت‌پذیری بیماران مبتلا به اختلال وسواس بازی‌کنند. در واقع کمال‌گرایی بالا می‌تواند فرد مبتلا به وسواس را برای پذیرش مسئولیت در مورد رویدادهای منفی و پیامدهای آنها آماده کند. آنتونی و همکاران (۱۹۹۸)، نشان دادند که بیماران مبتلا به اختلال وسواس کمال‌گرایی خوب‌شدن مدار بیشتری در مقایسه با بیماران مبتلا به فوبیای اجتماعی و پانیک دارند. تولین، وورهانسکی و مالتبی (۲۰۰۶)، نشان دادند که بلا تکلیفی و کمال‌گرایی به‌طور قوی‌تری در بیماران وسواس وجود دارد. در مطالعه هسلا، ویلامز، مک‌کای و تایلر (۲۰۰۵)، بیماران مبتلا به اختلال وسواس سطوح بالاتری از کمال‌گرایی را نشان دادند. جولین، کونز، آردما و تودرو (۲۰۰۶)، با بررسی ۱۲۶ بیمار مبتلا به اختلال وسواس به دست آوردند که کمال‌گرایی و مهار افکار، نشخوار ذهنی بیماران مبتلا به اختلال وسواس را پیش‌بینی می‌کند.

متغیر دیگری که نقش مهمی در تحول و پایداری اضطراب و نگرانی مرضی ایفا می‌کند «بلا تکلیفی» است. بلا تکلیفی یک سوگیری شناختی است که بر چگونگی دریافت، تفسیر و پاسخ دهی به موقعیت‌های نامطمئن در سطوح مختلف شناختی، هیجانی و رفتاری تأثیر

می‌گذارد. افراد دارای بلا تکلیفی بالا محرک‌ها و موقعیت‌های مبهم، جدید یا پیچیده را تهدیدآمیز ادراک می‌کنند. در چند سال اخیر بلا تکلیفی توجه زیادی را در ادبیات پژوهشی اختلالات اضطرابی دریافت کرده است. افراد مبتلا به اختلال وسواس، نیاز افراطی به یقین دارند و ممکن است اضطراب بیشتری را تجربه کنند (کوزاک، فوآ و مک کارتی، ۱۹۸۷). در مطالعه تولین و همکاران (۲۰۰۶)، بیماران مبتلا به اختلال وسواس در مقایسه با گروه‌های کنترل مضطرب بلا تکلیفی بیشتری گزارش نکردند. در مطالعه هولوی، هیمبرگ و کولز (۲۰۰۶)، بیماران مبتلا به اختلال وسواس و اختلال اضطراب منتشر بلا تکلیفی بالایی داشتند. چندین مطالعه (برای مثال لادوسئور، دوگاس، فریستون، رحیوم، گانگون و بلایس، ۱۹۹۹؛ باهر و دوگاس، ۲۰۰۲؛ سکستون، نورتون و والکر، ۲۰۰۳؛ دوگاس، مارچاند و لادوسئور، ۲۰۰۵) بیانگر بلا تکلیفی بالاتر در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر می‌باشد.

در پژوهش‌های قبلی، ابعاد کمال‌گرایی و باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس و اختلال تنیدگی پس از ضربه و گروه کنترل غیر بیمار با توجه به بلا تکلیفی بررسی نشده است. با توجه به اهمیت کمال‌گرایی و باورهای فراشناختی در تحول، پایداری و درمان اختلالات اضطرابی به ویژه اختلال وسواس و اختلال تنیدگی پس از ضربه، انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسند. به طور کلی در این پژوهش سؤال اساسی این بود که «آیا بین ابعاد کمال‌گرایی و باورهای فراشناختی با توجه به سطوح بالا و پایین بلا تکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس و اختلال تنیدگی پس از ضربه و گروه کنترل غیر بیمار تفاوت وجود دارد؟»

## ● روش

○ این پژوهش از نوع علی مقایسه‌ای است که به شیوه گذشته‌نگر، انجام گرفته است. «باورهای فراشناختی» و «ابعاد کمال‌گرایی» (به عنوان متغیرهای وابسته) دو گروه آزمودنی مبتلا به اختلال وسواس و اختلال تنیدگی پس از ضربه و یک گروه کنترل غیر بیمار (متغیر مستقل) در دو وضعیت «بلا تکلیفی» بالا و پایین (متغیر تعدیل‌کننده) مورد بررسی قرار گرفته است.

○ «نمونه آماری» این پژوهش را ۴۳ آزمودنی مبتلا به اختلال وسواس و ۴۳ آزمودنی مبتلا به اختلال تنیدگی پس از ضربه مراجعه‌کننده به مراکز روانپزشکی شهر تهران در سال ۱۳۸۴ و ۴۱ آزمودنی غیر بیمار تشکیل می‌دهند ( $n=127$ ). گروه‌های اختلال وسواس و اختلال تنیدگی پس از ضربه براساس تشخیص روانپزشک انتخاب شدند و گروه کنترل غیر بیمار شامل آزمودنی‌های بهنجاری بود که اختلال روانشناختی نداشتند. آزمودنی‌های پژوهش با توجه به دامنه سنی ۲۰ تا ۴۲ سال و تحصیلات بالای دبیرستان انتخاب شدند. میانگین و انحراف معیار سن بیماران مبتلا به

اختلال وسواس ۳۲/۸ و ۵/۹، بیماران مبتلا به اختلال تنیدگی پس از ضربه ۳۴/۱ و ۶/۲ و گروه کنترل غیربیمار ۳۳/۴ و ۶/۳ بود.

○ ابزار: برای جمع آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شده است:

□ الف) پرونده بیمار به عنوان اسناد پژوهشی: از پرونده بیمار تشخیص نهایی روانپزشک استخراج شد.

□ ب) فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت: «پرسشنامه فراشناخت»<sup>۱۲</sup> توسط ولز و کاتریت - هاتون (۲۰۰۴) ساخته شده است و دارای ۳۰ ماده می‌باشد. این پرسشنامه دارای ۵ مؤلفه «باورهای مثبت در مورد نگرانی»، «اعتماد شناختی»، «خودآگاهی شناختی»، «باورهای منفی در مورد مهارناپذیری افکار» و «باورهایی در مورد نیاز به افکار مهار» می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب اعتبار بازآزمایی آن به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۷۸ گزارش شده است. ضریب همبستگی آن با «سیاهه حالت - رگه اضطراب اشپیل برگر»<sup>۱۳</sup> ( $r=0/53$ ) و «سیاهه نگرانی حالت پن»<sup>۱۴</sup> ( $r=0/54$ ) معنی دار می‌باشد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۶ می‌باشد.

□ ج) مقیاس کمال‌گرایی: فرم ایرانی «مقیاس چند بعدی کمال‌گرایی»<sup>۱۵</sup> (فروست، هیمبرگ، هلت، ماتیا و نیوبرتر، ۱۹۹۳؛ فروست و همکاران، ۱۹۹۰؛ هویت و فلت، ۱۹۹۱) ۳۰ ماده دارد و سه بعد «کمال‌گرایی خویشتن مدار»، «دیگر مدار» و «جامعه مدار» را می‌سنجد. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در یک نمونه دانشجویی برای کمال‌گرایی خویشتن مدار ۰/۹۲، دیگر مدار ۰/۸۷ و جامعه مدار ۰/۸۴ می‌باشد. ضرایب اعتبار بازآزمایی بعد از ۴ هفته برای کمال‌گرایی خویشتن مدار ۰/۸۸، دیگر مدار ۰/۸۳ و جامعه مدار ۰/۸۰ گزارش شده است (بشارت، ۱۳۸۱). ضریب همبستگی این مقیاس با «سیاهه کمال‌گرایی اهواز»<sup>۱۶</sup> ۰/۴۶ به دست آمده است ( $p < 0/001$ ).

□ د) «مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی»<sup>۱۷</sup> توسط باهرو دوگلس (۲۰۰۲) ساخته شده است که دارای ۲۷ ماده می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب اعتبار بازآزمایی (بعد از پنج هفته) این مقیاس به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۷۴ گزارش شده است. ضریب همبستگی آن با «سیاهه‌های نگرانی حالت»<sup>۱۸</sup> ( $r=0/60$ )، «سیاهه افسردگی بک»<sup>۱۸</sup> ( $r=0/59$ ) و «سیاهه اضطراب بک»<sup>۱۹</sup> ( $r=0/55$ ) معنی دار می‌باشد ( $p < 0/001$ ). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۹ می‌باشد.

○ روش اجرا: بعد از انتخاب آزمودنیها براساس تشخیص روانپزشک، هدف از اجرای پژوهش برای آنها توضیح داده شد. سپس ابزار پژوهش به ترتیب «مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی»، «پرسشنامه فراشناخت» و «مقیاس کمال‌گرایی» در اختیار آنها قرار گرفت و از آنها درخواست گردید که به دقت سؤالات مورد نظر را مطالعه نموده و مناسبترین پاسخ را انتخاب نمایند و تا حد امکان

هیچ سؤالی را بدون پاسخ نگذارند. همچنین به آنها گفته شد که اطلاعات محرمانه باقی خواهد ماند. سرانجام داده‌ها جمع آوری، و آزمودنیها بر اساس نمره بلاتکلیفی به دو گروه بالا و پایین تقسیم و در نهایت با آزمون تحلیل واریانس دو متغیری مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

### ● نتایج

جدول ۱ بیانگر میانگین، و انحراف معیار «باورهای فراشناختی» در سطح بلاتکلیفی بالا در بیماران اختلال و سواس، اختلال تنیدگی پس از ضربه و افراد غیر بیمار در مقایسه با سطح بلاتکلیفی پایین بیشتر است. همچنین میانگین (و انحراف معیار) نمرات «کمال گرایی» در سطح بلاتکلیفی بالا در بیماران اختلال و سواس، اختلال تنیدگی پس از ضربه و افراد غیر بیمار در مقایسه با سطح «بلاتکلیفی» پایین بیشتر است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار باورهای فراشناختی و ابعاد کمال‌گرایی با توجه به

سطوح بلاتکلیفی بالا و پایین در گروههای بیمار و غیربیمار

متغیر	شاخص‌ها	وسواس		تنیدگی پس از ضربه		بهنجار	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اعتماد شناختی	بالا	۱۲/۱۹	۵/۰۵	۸/۱۶	۲/۲۸	۸/۸۹	۳/۲۰
	پایین	۱۴/۵۲	۴/۶۲	۱۱/۳۱	۳/۲۷	۱۱/۷۹	۲/۶۹
باورهای مثبت درباره نگرانی	بالا	۱۱/۱۳	۲/۰۶	۱۳/۸۳	۳/۵۹	۸/۵۸	۲/۱۷
	پایین	۱۳/۹۶	۳/۶۸	۱۳/۰۷	۳/۵۴	۱۱/۰۵	۴/۵۳
خودآگاهی شناختی	بالا	۱۶/۰۶	۳/۲۴	۲۰/۵۹	۱/۴۴	۱۶/۶۳	۲/۴۸
	پایین	۱۷/۱۵	۱/۴۳	۱۸/۸۸	۲/۲۳	۱۷/۰۱	۴/۹۰
باورهای منفی در مورد مهارت‌پذیری افکار	بالا	۱۷/۳۱	۲/۴۱	۱۷/۹۱	۴/۲۵	۱۵/۵۸	۴/۳۵
	پایین	۱۹/۷۴	۳/۱۹	۱۸/۵۷	۳/۹۹	۱۹/۹۲	۲/۰۲
باورهایی در مورد نیاز به افکار مهار	بالا	۱۵/۲۵	۲/۰۲	۱۶/۳۳	۱/۷۷	۱۳/۲۶	۳/۳۳
	پایین	۱۷/۸۵	۲/۵۱	۱۶/۵۲	۱/۶۲	۱۵/۵۰	۴/۰۵
باورهای فراشناختی	بالا	۷۱/۹۴	۹/۸۳	۷۶/۸۳	۳/۸۱	۶۲/۹۵	۱۰/۹۷
	پایین	۸۳/۲۲	۷/۴۱	۷۸/۳۸	۱۰/۰۱	۷۵/۲۵	۱۵/۵۵
کمال‌گرایی خویش‌مدار	بالا	۳۳/۹۴	۴/۰۷	۲۷/۴۷	۵/۹۲	۲۵/۲۵	۵/۲۰
	پایین	۱۹/۴۸	۴/۷۴	۱۹/۱۷	۴/۲۱	۲۱/۷۲	۳/۶۷
کمال‌گرایی دیگر مدار	بالا	۲۱/۵۰	۷/۳۱	۲۸/۵۳	۶/۵۵	۲۰/۳۳	۲/۱۰
	پایین	۲۰/۹۶	۳/۰۲	۲۰/۵۸	۴/۵۱	۱۷/۵۸	۳/۶۳
کمال‌گرایی جامعه مدار	بالا	۲۴/۸۱	۵/۳۳	۲۷/۵۳	۵/۵۷	۲۰/۰۸	۲/۷۴
	پایین	۲۴/۱۱	۵/۹۴	۳۰/۰۸	۶/۱۱	۲۲/۶۲	۴/۶۵
کمال‌گرایی	بالا	۸۰/۲۵	۱۷/۲۹	۸۳/۵۳	۱۳/۰۶	۶۵/۶۷	۷/۳۰
	پایین	۶۴/۵۶	۸/۱۱	۶۹/۸۳	۴/۰۷	۶۴/۹۳	۶/۶۸

جدول ۲ نشان دهنده تفاوت میانگین نمرات «باورهای فراشناختی» میان گروههای بیمار و غیر بیمار معنی دار است [ $F=۸/۶۸$ ,  $df(۲, ۱۲)$ ,  $p < ۰/۰۱$ ]. تفاوت میانگین نمرات باورهای «فراشناختی» گروههای دارای بلاتکلیفی بالا و پایین نیز معنی دار است [ $p < ۰/۰۱$ ,  $df(۱, ۱۲۱)$ ]. اما اثر متقابل گروه و بلاتکلیفی [ $F=۱۸/۶۸$ ,  $df(۲, ۱۲۱)$ ,  $p < ۰/۰۷$ ] به لحاظ آماری معنی دار نمی باشد (نمودار ۱ نیز این تعامل غیر معنی دار را نشان می دهد). همچنین تفاوت میانگین نمرات هر یک از مؤلفه های باورهای مثبت در مورد نگرانی [ $p < ۰/۰۱$ ,  $df(۲, ۱۲۱)$ ], اعتماد شناختی [ $F=۱۱/۶۹$ ,  $df(۲, ۱۲۱)$ ,  $p < ۰/۰۱$ ], خود آگاهی شناختی [ $F=۱۲/۹۵$ ,  $df(۲, ۱۲۱)$ ,  $p < ۰/۰۱$ ] و باورهایی در مورد نیاز به افکار مهار [ $p < ۰/۰۱$ ,  $df(۲, ۱۲۱)$ ] میان گروه های اختلال و سواس، اختلال تنیدگی پس از ضربه و غیر بیمار معنی دار است. تفاوت میانگین نمرات باورهای مثبت در مورد «نگرانی» [ $p < ۰/۰۵$ ,  $df(۱, ۱۲۱)$ ], اعتماد شناختی [ $F=۵/۴۶$ ,  $df(۱, ۱۲۱)$ ,  $p < ۰/۰۵$ ], باورهای منفی در مورد مهار ناپذیری افکار [ $F=۱۵$ ,  $df(۱, ۱۲۱)$ ,  $p < ۰/۰۱$ ] و باورهایی در مورد نیاز به افکار مهار [ $F=۱۰/۷۶$ ,  $df(۱, ۱۲۱)$ ,  $p < ۰/۰۱$ ] تنها در مؤلفه های باورهای مثبت در مورد «نگرانی» [ $F=۲/۹۲$ ,  $df(۲, ۱۲۱)$ ,  $p < ۰/۰۵$ ] اثر متقابل گروه و «بلاتکلیفی» معنی دار می باشد.

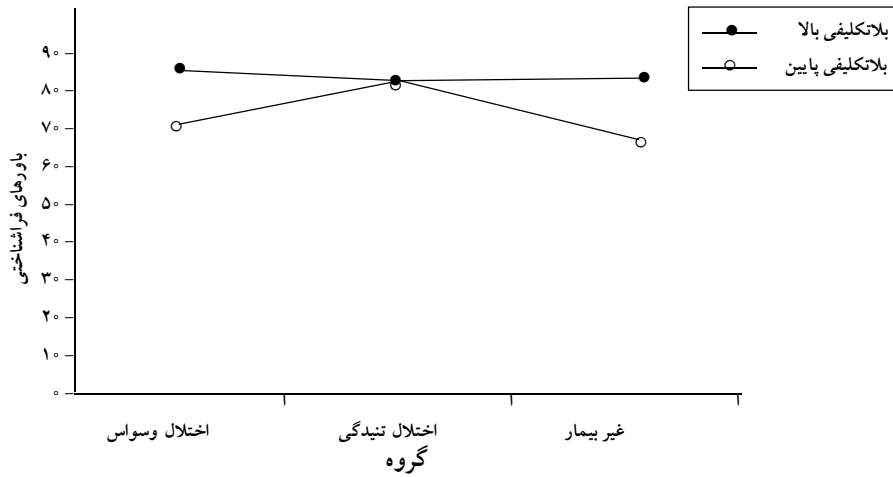
همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود تفاوت میانگین نمرات «کمال گرایی» میان گروه های بیمار و غیر بیمار معنی دار است [ $F=۱۴/۱۷$ ,  $df(۱۲۱, ۲)$ ,  $p < ۰/۰۱$ ]. تفاوت میانگین نمرات

جدول ۲. خلاصه نتایج تحلیل واریانس دو عاملی با اثر متقابل (گروه × بلاتکلیفی)

برای باورهای فراشناختی و کمال گرایی در گروهها

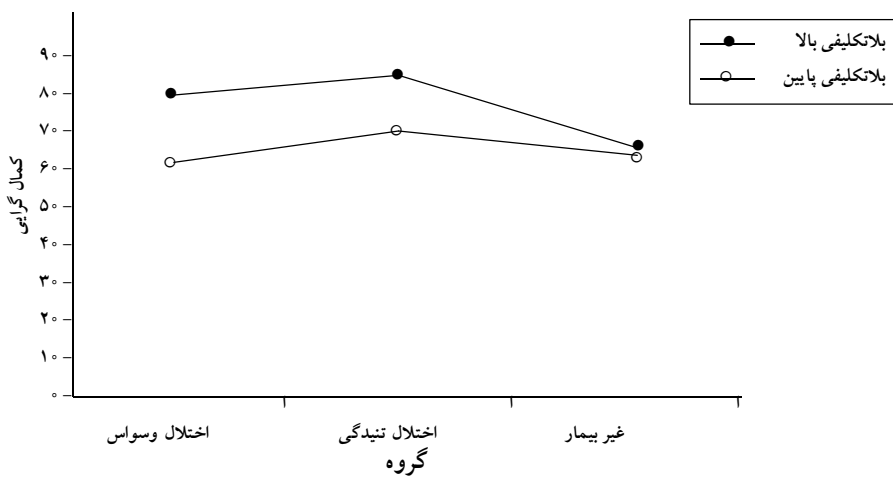
متغیر	شاخص ها	دامنه تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p
باورهای فراشناختی	گروه		۱۹۴۶/۳۲	۲	۹۷۳/۱۶	۸/۶۸	< ۰/۰۰۱
	بلاتکلیفی		۲۰۲۶/۸۹	۱	۲۰۲۶/۸۹	۱۸/۰۸	< ۰/۰۰۱
	گروه × بلاتکلیفی		۶۳۸/۷۵	۲	۳۱۹/۳۸	۲/۸۵	۰/۰۷
	درون خانه ای		۱۳۵۶۷/۵۵	۱۲۱	۱۱۲/۱۳		
کمال گرایی	گروه		۲۶۸۷/۹۹	۲	۱۳۴۳/۹۹	۱۴/۱۷	< ۰/۰۰۱
	بلاتکلیفی		۳۹۵۸/۳۶	۱	۳۹۵۸/۳۶	۴۱/۷۲	< ۰/۰۰۱
	گروه × بلاتکلیفی		۱۵۱۷/۱۸	۲	۷۵۸/۵۹	۷/۹۹	۰/۰۰۱
	درون خانه ای		۱۱۴۸۰/۲۷	۱۲۱	۹۴/۸۸		





نمودار ۱- تعامل گروه و بلاتکلیفی در متغیر باورهای فراشناختی

کمال‌گرایی میان گروه‌های دارای بلاتکلیفی بالا و پایین نیز معنی‌دار است [  $p < 0/01$ ،  $(1, 121)$  ]  
 اثر متقابل گروه و بلاتکلیفی [  $F=41/17$ ،  $df$ ،  $p < 0/01$ ،  $(2, 121)$  ] نیز معنی‌دار  
 می‌باشد (نمودار ۲ نیز این تعامل را نشان می‌دهد). همچنین تفاوت میانگین نمرات مؤلفه‌های  
 کمال‌گرایی خویش‌مدار [  $F=3/63$ ،  $df$ ،  $p < 0/05$ ،  $(2, 121)$  ]، دیگر مدار [  $F=16/71$ ،  $df$ ،  $p < 0/01$ ،  $(2, 121)$  ]  
 و جامعه مدار [  $F=13/48$ ،  $df$ ،  $p < 0/01$ ،  $(2, 121)$  ] میان گروه‌های بیمار و غیر



نمودار ۲- تعامل گروه و بلاتکلیفی در متغیر کمال‌گرایی

بیمار معنی دار است. تفاوت میانگین نمرات کمال‌گرایی خویش‌مدار [F=۵۹/۰۱، df(۱۲۱، ۱)، p< ۰/۰۱] و دیگر مدار [F=۲۱/۵۲، df(۱۲۱، ۲)، p< ۰/۰۱] میان گروه‌های دارای بلا تکلیفی بالا و پایین نیز معنی دار است. در مؤلفه‌های کمال‌گرایی خویش‌مدار [F=۲۱/۵۲، df(۱۲۱، ۲)، p< ۰/۰۱] و دیگر مدار [F=۹/۲۲، df(۱۲۱، ۲)، p< ۰/۰۱] اثر متقابل گروه و بلا تکلیفی نیز معنی دار می‌باشد.

همانطور که جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین نمرات باورهای فراشناختی گروه اختلال وسواس از گروه اختلال تنیدگی پس از سانحه، گروه اختلال وسواس از گروه مهار غیر بیمار و گروه اختلال تنیدگی پس از ضربه از گروه مهار غیر بیمار به طور معنی‌داری بیشتر است (p< ۰/۰۵). همچنین میانگین نمرات کمال‌گرایی گروه اختلال وسواس از گروه مهار غیر بیمار، گروه اختلال تنیدگی پس از ضربه گروه مهار غیر بیمار و گروه اختلال وسواس از گروه اختلال تنیدگی پس از سانحه به طور معنی‌داری بیشتر است (p< ۰/۰۵).

جدول ۳. مقایسه میانگین نمرات باورهای فراشناختی و کمال‌گرایی در گروه‌های بیمار و غیربیمار با آزمون LSD

متغیر	گروه	اختلال وسواس	اختلال استرس پس از سانحه	غیربیمار
باورهای فراشناختی	وسواس	-	۹/۲۱ *	۴/۱۰ *
	تنیدگی پس از سانحه	-۹/۲۱ *	-	-۸/۱۱ *
	غیربیمار	-۴/۱۰ *	۸/۱۱ *	-
کمال‌گرایی	وسواس	-	-۸ *	۳/۴۵ *
	تنیدگی پس از سانحه	۸ *	-	۱۱/۴۵ *
	غیربیمار	-۳/۴۵ *	-۱۱/۴۵ *	-

\* p< ۰/۰۵

### ● بحث و نتیجه‌گیری

○ نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که بیماری و تحمل بلا تکلیفی در تعامل با هم «باورهای فراشناختی» را به طور معنی‌داری تحت تأثیر قرار نمی‌دهند. میانگین نمرات باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواس از بیماران مبتلا به اختلال تنیدگی پس از ضربه و گروه مهار غیر بیمار بیشتر بود. این نتیجه نه تنها با یافته‌های پژوهشی دیگر (برای مثال ولز و پاپاگئورگیوز، ۱۹۹۸؛ ولز، ۲۰۰۰؛ موریسون و ولز، ۲۰۰۳؛ هرمنز و همکاران، ۲۰۰۳؛ مایرز و ولز، ۲۰۰۵) همخوانی دارد، بلکه بیان‌کننده آن است که نقش این باورها و انتظارات در شکل‌گیری

اختلالات اضطرابی مهم می‌باشند. با توجه به نقش باورهای فراشناختی بر اختلالات اضطرابی، راهبردهای رفتاری-شناختی با ایجاد چالش‌انگیزی در آن باورها می‌توانند به کاهش وقوع افکار و رفتارهای اضطرابی کمک کنند.

○ همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که «باورهای فراشناختی» بیماران مبتلا به اختلال تنیدگی پس از ضربه نسبت به افراد غیر بیمار بیشتر مختل است. این یافته نیز با پژوهشهای انجام شده در مورد اختلال تنیدگی پس از ضربه (هولو، تاریرر و ولز، ۲۰۰۱؛ ولز و سمبی، ۲۰۰۵؛ راسیس و ولز، ۲۰۰۶) هماهنگ است. در بیماران مبتلا به اختلال تنیدگی پس از ضربه این افکار منفی تکراری به شکل نشخوار یا نگرانی به عنوان راهبردهای مقابله‌ای دارای آثار زیان‌بخش، به تداوم علایم و اختلال کمک می‌کنند. هر چه شدت اضطراب بالاتر می‌رود، مکانیزم‌های فراشناختی خاصی مانند درگیری توجهی، ویژگی‌های انگیزشی و ارزیابی‌های فراشناختی مرتبط با پریشانی هیجانی، بیشتر مورد استفاده بیمار قرار می‌گیرند. به علاوه افراد مبتلا به تنیدگی پس از ضربه دچار توجه و حافظه سوگیرانه هستند و به جنبه‌های خاصی از موقعیت توجه نشان می‌دهند و در یادآوری مسائل تنها جنبه‌های خاصی از رویدادها را به خاطر می‌آورند و این سوگیری که همسو با نگرش مثبت راجع به نگرانی و باورهای منفی عمومی است تعیین‌کننده عدم تحمل موقعیت مشکل توسط این افراد است.

○ بیماران دارای «اختلال وسواس» و «اختلال تنیدگی پس از ضربه» نیز در تمام مؤلفه‌های باورهای فراشناختی به استثنای باورهای منفی در مورد مهار ناپذیری افکار، نمرات بالاتری در مقایسه با گروه غیر بیمار به دست آوردند. این نتایج حاکی از این است که مؤلفه‌های فراشناخت عوامل زیربنایی هستند که در تحول و پایداری اختلال وسواس و اختلال تنیدگی پس از ضربه نقش مهمی دارند. در این صورت راهبردهای درمانی متمرکز بر فراشناخت می‌توانند باورهای فراشناختی را اصلاح کنند و بهبود مهار اجرایی توجه نیز می‌تواند شرایط مناسب و سودمندی را برای انگیزش در مانگر در انتخاب روش‌های درمانی فراهم نماید. این نتایج می‌توانند شواهدی در حمایت از «الگوی فراشناختی» اختلال وسواس و اختلال تنیدگی پس از ضربه ولز (۲۰۰۰) باشد.

○ با توجه به یافته‌های به دست آمده در مورد مؤلفه‌های باورهای فراشناختی می‌توان به این نتایج دست یافت که چرا گروه‌های بیمار در شرایط مبهم قادر به پاسخدهی منطقی نمی‌باشند. همانطور که در این مطالعه نشان داده شد بیماران مبتلا به اختلال وسواس و افراد مبتلا به اختلال تنیدگی پس از ضربه دارای اطمینان شناختی پایین، باورهایی در مورد نیاز به افکار مهار، باورهای

مثبت راجع به نگرانی و خود آگاهی شناختی بیشتری می‌باشند. به همین دلیل زمانی که در موقعیت‌های مبهم یا دشوار قرار می‌گیرند نسبت به مهار آن احساس ناتوانی می‌کنند یا اینکه معتقدند هنگامی که نگران هستند بهتر عمل می‌کنند و در نتیجه قادر به تحمل این شرایط و یا برخورد منطقی نمی‌باشند.

○ نتایج مطالعه نیز نشان داد که بیماری و بلا تکلیفی در تعامل با هم « کمال‌گرایی » را تحت تأثیر قرار می‌دهند. میانگین نمرات کمال‌گرایی بیماران مبتلا به اختلال تنیدگی پس از ضربه و اختلال وسواس از گروه کنترل غیر بیمار بیشتر بود. این تفاوت در دو سطح تحمل بلا تکلیفی بالا و پایین نیز معنی دار بود. این نتایج با یافته‌های پژوهشی دیگر (بوچارد و همکاران، ۱۹۹۹؛ باهر و همکاران، ۲۰۰۲؛ تولین و همکاران، ۲۰۰۶؛ جولین و همکاران، ۲۰۰۶) همخوانی دارد. نتایج این مطالعات نشان داده‌اند که کمال‌گرایی در بیماران دارای بلا تکلیفی بالا به طور معنی‌داری بیشتر است. همچنین این پژوهش‌ها ارتباط میان اختلالات اضطرابی و کمال‌گرایی را تأیید کرده‌اند. در پژوهش‌ها نیز کمال‌گرایی با نشانه‌های اضطراب در بیماران دارای اختلالات روان شناختی مختلف (هویت و فلت، ۱۹۹۳) و اختلالات اضطرابی (آنتونی و همکاران، ۱۹۹۸؛ هیمبرگ و همکاران، ۱۹۹۵) مرتبط بوده است.

○ نتایج مطالعه حاضر نیز نشان داد که «بیماری» و «بلا تکلیفی» در تعامل با هم بر روی کمال‌گرایی خویش‌مدار و دیگر مدار تأثیر می‌گذارند. اما در کمال‌گرایی جامعه مدار تنها گروه‌های بیمار و بهنجار با هم تفاوت داشتند و این بعد از کمال‌گرایی تحت تأثیر متغیر بلا تکلیفی نبود. گروه وسواسی در « کمال‌گرایی خودمدار» نمره بیشتری کسب کرد. در صورتی که بیماران مبتلا به اختلال تنیدگی پس از ضربه در « کمال‌گرایی دیگر مدار» و «جامعه مدار» نمره بیشتری به دست آوردند. نتایج این پژوهش در رابطه با کمال‌گرایی خود مدار و جامعه مدار نیز با پژوهش‌های دیگر در این زمینه هماهنگ می‌باشد. در پژوهش بشارت (۱۳۸۱)، نیز کمال‌گرایی جامعه مدار در افراد مضطرب بالاتر از گروه افسرده گزارش شده است. همچنین نقش کمال‌گرایی در اختلالات اضطرابی در پژوهش آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) تأیید شده است.

○ همانطور که در بررسی فروست و شوز (۱۹۹۳)، بلا تکلیفی یکی از علائم غالب اختلال وسواس بوده است، در این مطالعه نیز بلا تکلیفی در تعامل با بیماری، کمال‌گرایی را تحت تأثیر قرار داد و بیماران دارای بلا تکلیفی بالا کمال‌گرایی بیشتری داشتند. براساس این یافته‌ها می‌توان گفت که کمال‌گرایی به ویژه بعد خودمدار آن در بیماران وسواسی به ایجاد علائم منتهی شود. چنانکه کولز و همکاران (۲۰۰۲) نشان داده‌اند که افراد مبتلا به اختلال وسواس تمایل به داشتن

چیزهای کامل، قطعی و کاملاً قابل مهار دارند که این منعکس کننده احساسات کمال‌گرایانه آنها می‌باشد. در نتیجه در برخورد با مسائل غیر قابل مهار و موقعیت‌های مبهم نگرانی غیر انطباقی بالایی از خود نشان می‌دهند و این مسئله بلا تکلیفی بالای آنها را نشان می‌دهد. در نتیجه برای رهایی از احساس تنش در این موقعیت‌ها به جای برخورد منطقی، به انجام اعمال تکراری و آیینی در جهت کاهش تنش می‌پردازند. این مسئله می‌تواند در مورد اختلال تنیدگی پس از ضربه نیز مطرح باشد. اما آنچه که برای این بیماران به عنوان شرایط مبهم و نگرانی‌زا تلقی می‌شود شرایطی است که از محیط بیرونی تحمیل می‌شود. برخلاف افراد وسواسی که این ابهام به خاطر طرز تلقی و نوع تفکر آنها است (کمال‌گرایی خودمدار)، در تنیدگی پس از ضربه استنباط شرایط کمال‌گرایانه از سوی جامعه و دیگران می‌باشد که وجود ابهام در آن فرد را بر می‌انگیزد تا از طریق برخوردهای غیر منطقی و تکانشی به آن پاسخ گوید. همچنین صابونچی و لاند (۱۹۹۸) نشان دادند که این گرایش‌ها کمال‌گرایانه نیستند که افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی را وادار به اجتناب از موقعیت‌های مبهم می‌کند بلکه تفسیرهای نادرست و غلط آنها در رابطه با خطرناک بودن موقعیت است که برخوردهای غیر منطقی را در آنان بوجود می‌آورد.

با توجه به این که نظارت دقیقی در مورد هم‌تاکردن آزمودنیها بر اساس «سن»، «جنس» و «تحصیلات»، «نوع درمان» و «طول درمان» صورت نگرفته است، احتمال دارد نتایج پژوهش تحت تأثیر این متغیرها قرار گیرد و ممکن است نتایج پژوهش را تا حدودی با دشواری و محدودیت مواجه سازد.

○ ○ ○

#### یادداشت‌ها

- |   |   |
|---|---|
| 1- Metacognitive beliefs                    | 2- Dimensions of perfectionism                |
| 3- Uncertainly                              | 4- Anxiety disorders                          |
| 5- Self-regulatory executive function model |   |
| 6- Obsessive-compulsive disorder            | 7- Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)      |
| 8- Metacognitive model                      | 9- Self-oriented perfectionism                |
| 10- Other-oriented perfectionism            | 11- Socially-prescribed perfectionism         |
| 12- Metacognition Questionnaire             | 13- Spielberger State-Trait Anxiety Inventory |
| 14- Penn State Worry Inventory              | 15- Perfectionism Multidimensions Scale       |
| 16- Ahwaz Perfectionism Inventory (API)     | 17- Intolerance of Uncertainly Scale          |
| 18- Beck Depression Inventory (BCI)         | 19- Beck Anxiety Inventory                    |

## منابع

- بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۱). ابعاد کمال‌گرایی در بیماران افسرده و مضطرب، مجله علوم روانشناختی، شماره ۳، ۲۴۹-۲۶۲.
- Antony, M. M.; Purdon, C. L.; Huta, V.; & Swinson, R. P. (1998). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1143-1154.
- Bouchard, C.; Rheume, J.; & Ladouceur, R. (1999). Responsibility and perfectionism in OCD: An experimental study. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 239-248.
- Buhr, K.; & Dugas, M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale. *Behavior Research and Therapy*, 40, 931-945.
- Calamari, A.; & Janeck, A. S. (1998). Intrusive thought in obsessive-compulsive disorder: Appraisal differences. *Depression and Anxiety*, 7, 139-140.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioural therapy for OCD*. Guilford Press, New York. USA.
- Cols, M.; Frost, R.; Heimberg, R.; & Rheume, J. (2002). "Not just right experiences": Perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 681-700.
- Dugas, M. J.; Marchand, A.; & Ladouceur, R. (2005). Further validation of a cognitive-behavioral model of GAD. *Journal of Anxiety Disorder*, 16, 329-343.
- Dugas, M. J.; Gagnon, F.; Ladouceur, R.; & Freeston, M. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 215-226.
- Frost, R. O.; Marten, P.; Lahart, C.; & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Frost, R. O.; Heimberg, R. G.; Holt, C. S.; Mattia, J. L.; & Neubauer, A. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14, 119-126.
- Frost, R. O.; & Shows, D. L. (1993). The nature and measurement of compulsive indecisiveness. *Behaviour Research and Therapy*, 31(7), 683-692.
- Frost, R. O.; & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 291-296.
- Gwilliam, P.; Wells, A.; & Certwright-Hatton, S. (2004). Dose metacognition and responsibility predict obsessive-compulsive symptoms a test of the metacognitive model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 137-144.
- Haslam, N.; Williams, B. J.; McKay, D.; & Taylor, S. (2005). Subtyping obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 36, 381-391.

- Heimberg, R. G.; Juster, H. R.; Hope, D. A.; & Mattia, J. I. (1995). Cognitive group treatment for social phobia: Description, case presentation, and empirical support. In M. Stein (Ed.), *Social phobia: Clinical and research perspectives* (pp.293-321). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hermans, D.; Martens, D.; DeCort, K.; Pieters, G.; & Eelen, P. (2003). Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41(4), 383-401.
- 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. (1993). Dimensions of perfectionism, daily stress, and depression: A test of the specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 58-65.
- Holeva, V.; Tarrier, N.; & Wells, A. (2001). Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accident. *Behavior Therapy*, 32, 65-83.
- Holaway, R. M.; Heimberg, R. G.; & Coles, M. E. (2006). A comparison of intolerance in analogue OCD and GAD. *Journal of Anxiety Disorder*, 20(2), 158-174.
- Julien, D.; Connor, K. P.; Aardema, F.; & Todorov, C. (2006). The specificity of belief domains in obsessive-compulsive symptom subtypes. *Personality and Individual Differences*.
- Juster, H. R.; Heimberg, R. G.; Frost, R. O.; Holt, C. S.; & Mattia, J. I. (1996). Social phobia and perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 21, 403-410.
- Kozak, M. J.; Foa, E. B.; & McCarthy, P. (1987). Assessment of OCD. In: C. Last and M. Hersen, (Ed), *Handbook of anxiety disorders*, Pergamon Press, New York, 87-108.
- Ladouceur, R.; Dugas, M. J.; Freeston, M. H.; Rheume, J.; Gagnon, F.; & Blais, F. (1999). Specificity of generalized anxiety disorder symptoms and processes. *Behavior Therapy*, 30, 191-207.
- Monets, J.; & Alvarez, M. (2006). Metacognitions in patients with hallucinations and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1091-1104.
- Morrison, A. P.; & Wells, A. (2003). A comparison of metacognitions in patients with hallucinations and delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 251-256.
- Myers, S. G.; & Wells, A. (2005). Obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Anxiety Disorder*, 19(2), 806-818.
- Purdon, C. L.; & Clark, D. A. (1994). Obsessions intrusive thoughts in nonclinical subjects.

*Behaviour Research and Therapy*, 32, 403-410.

Rheume, J.; Freeston, M. H.; Dugas, M. L.; Letarte, H.; & Ladouceur, R. (1995). Perfectionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 785-794.

Roussis, P.; & Wells, A. (2006). Post-traumatic stress symptoms: Metacognitive model. *Personality and Individual Differences*, 40, 111-122.

Saboonchi, F.; & Lundh, L. G. (1998). Perfectionism and self-consciousness in social phobia and panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 799-808.

Salkovskis, P. M. (1998). Psychological approaches to the understanding of obsessional problems. In: R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman and M.A. Richtewr, (Ed.) *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment*, Guilford Press, New York.

Sexton, K. A.; Norton, P. J.; & Walker, J. R. (2003). Hierarchical model of generalized and specific vulnerabilities in anxiety. *Cognitive Behavior Therapy*, 32, 82-94.

Tolin, D. F.; Worhunsky, P.; & Nicholas, M. (2006). Are obsessive beliefs specific to OCD? *Behaviour Research and Therapy*, 44, 469-480.

Wells, J. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders a practice manual and conceptual guide*. Wiley, Ch. Chester, UK.

Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition*. Chichester, UK: Wiley. Therapy, 32, 867-870.

Wells, A.; & Matthews, G. (1994). *Attention and emotional clinical perspective*. Lawrence Erlbaum & Associates, Hove, UK.

Wells, A.; & Motthews, G. (1996). Modeling cognitive in emotional. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 881-888.

Wells, A.; & Papageorgious, C. (1998). Relationships between worry, obsessive-compulsive symptomsead meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 36(5), 899-913.

Wells, A.; & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of GAD. *Behaviour Therapy*, 34, 881-888.

Wells, A.; & Certwright-Hatton, S. (2004). A short form of metacognitons puestionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 42(40), 385-396.

Wells, A.; & Sembi, S. (2004). Metacognition therapy for PTSD. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 307-318.



