

## مقایسه ی نظریه ی ذهن، حافظه و کنش های اجرایی در بیماران مبتلا به وسواس و افراد بهنجار

سوسن ریوف حدادی ثانی<sup>۱</sup>، پریسا ضیایی<sup>۲</sup>، فاطمه رعیت معینی<sup>۳</sup>  
و دکتر حمیدرضا آقا محمدیان شعرباغ<sup>۴</sup>

نظریه ی ذهن، ظرفیت شناختی جهت بازنمایی حالات ذهنی خود و دیگران و بیانگر توانایی اسناد حالت های ذهنی مانند عقاید، تمایلات، احساسات و نیات به خود و دیگران است. بررسی نظریه ی ذهن، حافظه و کنش های مغزی در افراد مبتلا به اختلال های روانپزشکی در سال های اخیر بخش قابل توجهی از پژوهش ها را به خود اختصاص داده است و اختلال وسواس - اجباری از این قاعده مستثنی نیست. هدف پژوهش حاضر، مقایسه ی نظریه ی ذهن، حافظه و کنش های اجرایی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری و افراد بهنجار بود. بدین منظور، طی یک پژوهش علی - مقایسه ای، ۴۰ آزمودنی (۲۰ بیمار دارای اختلال وسواسی - اجباری و ۲۰ فرد بهنجار) از طریق نمونه گیری در دسترس انتخاب و از نظر نظریه ذهن، حافظه و کنش های اجرایی مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) نشان داد که نمرات نظریه ی ذهن، حافظه ی کلامی و حافظه ی بینایی و کنش های اجرایی بیماران مبتلا به وسواس و افراد بهنجار متفاوت است. یافته ها از این دیدگاه حمایت می کند که در اختلال وسواسی - اجباری، وجود نقایص عصب روانشناختی منجر به عملکرد ضعیف تر این بیماران نسبت به افراد بهنجار می شود.

**واژه های کلیدی:** نظریه ی ذهن، حافظه، کنش های اجرایی، اختلال وسواسی - اجباری

### مقدمه

اختلال وسواسی - جبری چهارمین اختلال روانی رایج بعد از اختلال فوبی، سومصرف مواد و افسردگی اساسی است (مارکاریان، لارسون، آلدی، بالدوین، گود و همکاران، ۲۰۱۰). این اختلال با وسواس ها و اجبارهایی مشخص می شود که تولید پریشانی کرده و اغلب در عملکرد روزانه

۱. دپارتمان روان شناسی عمومی دانشگاه فردوسی مشهد ایران (نویسنده مسوول) sraouf022@gmail.com

۲. دپارتمان روان شناسی عمومی دانشگاه فردوسی مشهد ایران

۳. دپارتمان روان شناسی عمومی دانشگاه فردوسی مشهد ایران

۴. دپارتمان روان شناسی عمومی دانشگاه فردوسی مشهد ایران

ایجاد تداخل می کند، این باورهای معیوب در مورد افکار، ممکن است ویژگی های مشترکی با توانایی های نظریه ی ذهن داشته باشد که یکی از اصلی ترین تمرکزات درمان رفتاردرمانی-شناختی در بیماران وسواس فکری-اجباری است (استین، ۲۰۰۲). مطالعات جدید نشان داده است که نقص در عملکرد نظریه ی ذهن، بخش گسترده ای از اختلالات روانپزشکی را به خود اختصاص داده است (برونه و برونه کوهرز، ۲۰۰۶). گالاگر (۲۰۰۳) توانایی «نظریه ی ذهن» را به عنوان بازنمایی پیوسته وضعیت ذهنی خود و دیگران تعریف می کند و منظور از آن، ظرفیت شناختی جهت بازنمایی حالات ذهنی خود و دیگران است؛ به عبارت دیگر، نظریه ی ذهن اشاره به توانایی اسناد حالت های ذهنی مانند عقاید، تمایلات، احساسات و نیات به خود و دیگران است (ماگرابی، ۲۰۱۰). ساین، اورال، یوتکیو، بایساک و کندانسایار (۲۰۱۰) با ارزیابی عملکرد آزمایش های نظریه ی ذهن و آزمونهای نورو پسیکولوژی، نشان دادند که عملکرد بیماران وسواسی-اجباری در آزمایش های پیشرفته ی نظریه ی ذهن ضعیف تر از گروه کنترل بود. آنها نشان دادند که توانایی اساسی نظریه ی ذهن، در بیماران وسواسی حفظ می شود ولی کاهش معناداری در توانایی های پیشرفته ی نظریه ی ذهن دیده می شود، موضوعی که با کاهش ظرفیت های حافظه ارتباط دارد. عقیده بر آن است که فعالیت مدارهای مغزی دخیل در حافظه ی کوتاه مدت با شدت نشانه های اختلال وسواسی-اجباری رابطه دارد و این امر می تواند یک رابطه ی علیتی یا رابطه ای همایند باشد (ساین، اورال، یوتکیو، بایساک و کندانسایار، ۲۰۱۰).

به دلیل اینکه شک و تردیدهای وسواسی، اغلب به عنوان یک ویژگی بیماران وسواسی-اجباری به شمار می رود، پژوهشگران به بررسی کارکردهای حافظه در این افراد پرداخته اند (علیلو، عاطف وحید، بیان زداده، ملکوتی، ۲۰۱۳). از میان انواع حافظه، نقص در حافظه ی غیرکلامی بیشترین ناهنجاری عصب روانشناختی گزارش شده در بیماران وسواس است (هوآن جانگ، ۲۰۱۰). رید (۱۹۸۷) دریافت که افراد مبتلا به وسواس از فراختای حافظه ی فوری خوبی برای اطلاعات غیر شخصی برخوردارند در حالی که حافظه ی آنها برای اطلاعات شخصی به شدت نارساست. او براین باور بود که نارسایی های حافظه ای بیماران وسواسی نمایانگر عدم قطعیت آنها درباره ی انگیزه ها، موقعیت ها و کنش ها است.

تولین، آبرامویتز، بریجیدی، امیر، استریت و همکاران (۲۰۰۱) با بررسی ۱۴ پژوهش انجام شده در این زمینه، دریافتند که در چهار پژوهش، تفاوتی از نظر میزان حافظه در افراد وسواسی و افراد

بهنجار وجود ندارد. در شش پژوهش که در چارچوب طرحهای عصب- روان شناسی انجام شد آزمودنی های وسواسی تنها در حافظه ی غیر کلامی ضعیف تر از سایر گروهها بودند ولی در حافظه های کلامی تفاوتی دیده نشد و در چهار بررسی، آزمودنی های وسواسی تنها در حافظه مربوط به گذشته دچار ضعف در یادآوری بودند. محققان، معتقدند که توانایی ذخیره سازی اطلاعات جدید در این بیماران حفظ می شود اما آنها در هنگام رمزگردانی و یادآوری اطلاعات دچار اشکال می شوند. بنابراین، نقص مربوط به یادآوری، نتیجه ی اختلال حافظه نیست بلکه به خاطر توانایی مختل در اثربخشی راهبردهای به کار رفته است (ساواج، بایر، کویتن، ورون، راج و همکاران، ۱۹۹۹).

محققان (اوتو، ۱۹۹۲؛ ساواج و همکاران، ۱۹۹۹) پیشنهاد کرده اند که نقص حافظه در بیماران وسواسی- جبری ممکن است نسبت به کنش های اجرایی آسیب دیده ی ثانویه باشد. بعضی از تحقیقات، پیشنهاد می کند که آسیب حافظه چه کلامی و چه غیر کلامی ممکن است نسبت به نقص اولیه در کنش های اجرایی ثانویه باشد (بانن، ۲۰۰۳). نتایج چند مطالعه حاکی از عملکرد ضعیف بیماران مبتلا به OCD در یادآوری اطلاعات کلامی در هنگام تمرکز بر راهبردهای رمزگردانی و شیوه های کسب اطلاعات بود (دکرسباخ، اوتو، ساواج، بایرو جنیک، ۲۰۰۰؛ ساواج و همکاران، ۱۹۹۹). این در حالی است که نقایص گزارش شده در حافظه ی غیر کلامی در مقایسه با حافظه کلامی افراد مبتلا به OCD بیشتر باثبات است (میرآقایی، مرادی و حسنی، رحیمی و میرزایی، ۲۰۱۳).

از تمام حوزه های کنش های عصب روانشناختی در اختلال وسواس اجباری، ارزیابی کنش های اجرایی، توجه ی بسیاری را به خود جلب کرده است (بانن، ۲۰۰۳). کنش های اجرایی اصطلاحی کلی است که به تمامی فرایندهای شناختی سطح بالا که در هدایت و کنترل رفتار نقش اساسی ایفا می کنند، اطلاق می شود (هیوز و گراهام، ۲۰۰۲) و با سلامت قطعه ی پیشانی مغز ارتباط مستقیم دارد (مگرابی، ۲۰۱۰). یافته های پژوهش های عصب روان شناختی، حاکی از آن است که افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری، دارای نقص و نارسایی در برخی از عملکرد های شناختی، از جمله کنش های اجرایی هستند (ناکا، ناکاگاوا، نایاما، ناکاتاما، سانماتسو و همکاران، ۲۰۰۹). بیماران وسواسی عملکرد ضعیف (کاوندی، زرزى، پیسینی، کریستین، ابلودی و همکاران، ۲۰۱۰) و خطاهای بیشتری را نسبت به گروه کنترل در آزمون کارت های ویسکانسین نشان می دهند

(لوسی، بورنس و کستا، ۱۹۹۷؛ پارسل، مروف، کیربوس و پانتلیس، ۱۹۹۸؛ اوکاشا، رفت، ماهالوی، نهاس، داویا و همکاران، ۲۰۰۰). با توجه به اهمیت مطالب بیان شده، هدف پژوهش حاضر مقایسه ی نظریه ی ذهن، حافظه و کنش های اجرایی در بیماران وسواس و افراد بهنجار بود.

## روش

پژوهش حاضر، از نوع علی-مقایسه ای و حجم نمونه ی آن شامل ۲۰ (۱۲ نفر زن و ۸ نفر مرد) بیمار وسواس-اجباری و ۲۰ فرد بهنجار بود. بیماران وسواسی، از بین بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری بیمارستان روانپزشکی ابن سینای مشهد و گروه بهنجار از میان همراهان بیماران و کارکنان بیمارستان به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. شرط ورود بیماران به پژوهش، تایید ملاکهای تشخیصی اختلال وسواسی-اجباری توسط روان پزشک و شرط ورود افراد سالم رد بیماری روانی بر پایه مصاحبه ی بالینی بود. متغیرهای تحصیلات و وضعیت تاهل نیز به عنوان متغیر کنترل در نظر گرفته شد. آزمودنی ها با آزمون باور نادرست دسته ی اول و دوم<sup>۱</sup>، آزمون پیشرفته نظریه ی ذهن<sup>۲</sup>، آزمون حافظه ی وکسلر<sup>۳</sup> و آزمون دسته بندی کارت های ویسکانسین<sup>۴</sup> مورد آزمون قرار گرفتند.

در آزمایش ی باور نادرست دسته ی اول، درک آزمودنی از باور های یک شخصیت داستانی درباره جهان و در تکالیف باور نادرست دسته ی دوم، درک آزمودنی از باور های یک شخصیت داستانی درباره ی باورهای یک شخصیت داستانی دیگر سنجیده می شود. آزمایش ی باور نادرست دسته ی اول شامل داستان های سالی و آن (بارون-کوهن، ۱۹۸۵) و داستان سیگار (پیک آپ و فریت، ۲۰۰۱) و آزمایش ی باور نادرست دسته ی دوم شامل داستان ماشین بستنی (بارون-کوهن، ۱۹۸۹) و داستان دزد (هاپه، ۱۹۹۴) است. در پایان هر داستان، دو پرسش آمده است و از آزمودنی خواسته می شود به آنها پاسخ دهد. پرسش اول، مربوط به سنجش توانایی نظریه ی ذهن و پرسش دوم مربوط به درک آزمودنی از روند داستان است. برای پرسش صحیح به هر دو پرسش نمره ی ۲ (که نشانه ی توانایی نظریه ی ذهن است)، برای پاسخ نادرست یا پاسخ ندادن به پرسش اول اما پاسخ درست به پرسش دوم نمره ی ۱ (که نشانه ی ناتوانی نظریه ی ذهن به رغم درک داستان

1. First and second false belief  
2. advanced theory of mind task

3. Wechsler memory task  
4. Wisconsin cards sorting

است) و برای پاسخ نادرست به پرسش دوم (حتی اگر پاسخ اول درست باشد). نمره ی صفر (که نشانه عدم درک داستان است) داده می شود. پایایی آزمایه ی باور کاذب دسته ی اول و دوم با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب  $0/80$  و  $0/72$  به دست آمد. ضریب پایایی با استفاده از روش بازآزمایی برای آزمون باور نادرست دسته ی اول و دوم  $0/96$  گزارش شده است (بارون-کوهن، ۱۹۹۵).

آزمون پیشرفته ی نظریه ی ذهن برای ارزیابی توانایی نظریه ی ذهن پیشرفته مورد استفاده قرار می گیرد و شامل دو داستان از موقعیت هایی است که افراد در مورد آن چیزهایی می گویند که واقعا به آن معنایی که بیان می کنند، نیست. این تکالیف، نیازمند به نظریه ی ذهن دسته سوم (او می داند که آنها فکر می کنند او دروغ می گوید) است. برای هر پاسخ درست، نمره ی یک و در صورت پاسخ نادرست، نمره ی صفر داده می شود. در پژوهشی مقدماتی، ضریب پایایی آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ  $0/86$  و با استفاده از روش بازآزمایی  $0/94$  به دست آمد (بارون-کوهن، ۲۰۰۰).

آزمون حافظه ی وکسلر دارای ۷ خرده مقیاس فرعی است و هر خرده آزمون برای سنجش مولفه ای از حافظه اختصاص دارد و جمع کل نمرات، نمره ی حافظه را برآورد می کند. برای بدست آوردن تحلیل این آزمون، ۸ عامل شناسایی شده است. با توجه به هدف پژوهش حاضر، تنها زیرمقیاس های تداعی زوجی کلامی (به منظور ارزیابی حافظه ی کلامی)، حافظه ی منطقی (به منظور ارزیابی حافظه ی شنیداری و توانایی حافظه ی کوتاه مدت) و حافظه ی بینایی (به منظور ارزیابی حافظه ی دیداری) مورد استفاده قرار گرفت. آزمون حافظه ی وکسلر توسط اورنگی، عاطف وحید و عشایری در سال ۱۳۸۱ بومی سازی شده است. همچنین ضریب بازآزمایی برای خرده آزمون ها و ترکیب ها از  $0/28$  تا  $0/98$  بوده و رضایت بخش است (اورنگی، عاطف وحید، عشایری، ۱۳۸۱).

آزمون دسته بندی کارت های ویسکانسین، متداول ترین آزمون برای ارزیابی کارکرد های اجرایی به شمار می رود. کارت های ویسکانسین به کوشش گرانت و برگ (۱۹۴۸) تدوین و برای رفتار انتزاعی، تغییر مجموعه و عملکردهای اجرایی تهیه شده است. به آزمودنی دسته ای از ۶۴ کارت ارایه می شود روی آنها یک الی چهار نماد به صورت مثلث قرمز، ستاره ی سبز، صلیب زرد و دایره ی آبی نقش بسته است. وظیفه آزمودنی این است که بر اساس استنباط الگوی مورد

استفاده ی آزماینده، نسبت به جای گزاره ی کارت ها اقدام نماید. وقتی آزمودنی بتواند ۱۰ کارت را به طور متوالی براساس رنگ دسته بندی کند، آزمونگر ملاک را تغییر می دهد و آزمودنی باید این تغییر را با توجه به گفته ی «درست است» و «درست نیست» آزماینده متوجه شود و اصل جدید را پیدا کند. آزمون تا آنجا ادامه می یابد که آزمودنی جایگزینی ۱۰ کارت را برای ۶ مرتبه انجام دهد. به طور معمول بعد از اینکه ۳۰ الی ۴۰ کارت به طور اشتباه جای گذاری شده باشد و به نظر برسد که آزمودنی رغبتی برای درک و فهمیدن تکلیف ندارد، آزمون متوقف می شود. رایج ترین روش نمره گذاری، ثبت تعداد طبقات بدست آمده و خطای درجاماندگی است. اعتبار این آزمون برای سنجش نقایص شناختی به دنبال آسیب های مغزی در پژوهش لزاک (۲۰۰۴) بیش از ۰/۸۶ و پایایی آن بر اساس ضریب توافق ارزیابان، ۰/۸۳ گزارش شده است.

### یافته ها

در جدول ۱، مولفه های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد اندازه گیری در گروه افراد و سواسی و سالم ارایه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نظریه ی ذهن در دو گروه

#### بیماران سواسی و بهنجار

افراد بهنجار		بیماران سواسی			
sd	M	sd	M		
۰/۳۶	۳/۸۵	۰/۴۸	۳/۶۵	باور کاذب دسته ی اول	نظریه ی ذهن
۰/۵۷	۳/۷۰	۰/۸۱	۳/۱۵	باور کاذب دسته ی دوم	
۱/۰۲	۳/۱۰	۰/۸۲	۱/۶۰	تکالیف پیشرفته ی نظریه ی ذهن	
۲/۰۳	۲۰/۱۵	۲/۳۰	۱۸/۶۰	حافظه ی کلامی	حافظه
۱/۹۷	۲۰/۲۵	۲/۵۶	۱۸/۴۰	حافظه ی منطقی	
۲/۴۶	۷/۷۵	۲/۱۱	۶/۹۵	فراخوانی ارقام رو به جلو	
۱/۶۵	۵/۷۵	۱/۷۵	۵/۴۰	فراخوانی ارقام معکوس	
۲/۰۲	۱۴	۲/۲۲	۸/۹۰	حافظه ی بینایی	
۱/۸۸	۵/۷۵	۱/۶۶	۴/۱۵	تعداد طبقات	کارکردهای
۲/۲۵	۱۶/۷۰	۲/۷۷	۱۹/۴۵	خطای درجاماندگی	اجرائی
۲۰/۵۰	۳/۴۴	۳/۴۵	۲۱/۸۰	خطای خاص	

نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) برای مقایسه ی نمرات آزمودنی ها در نظریه ی ذهن حافظه و کنش های اجرایی در دو گروه مورد مطالعه در جدول ۲ ارائه شده است. همان گونه که در جدول ۲ ملاحظه می شود بین آزمودنی های دو گروه بیماران مبتلا به وسواس و افراد بهنجار حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (آزمایه های نظریه ی ذهن) تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین، نتایج نشان می دهد که عملکرد گروه بیماران مبتلا به اختلال وسواس در سه آزمایه ی نظریه ی ذهن ضعیف تر از گروه بهنجار است در حالی که میانگین افراد گروه بهنجار در دو آزمایه ی باور کاذب دسته ی اول و دوم با گروه وسواس، تفاوت معناداری نشان داده نشده است. در آزمایه ی پیشرفته ی نظریه ی ذهن، میانگین گروه وسواس با گروه بهنجار تفاوت معنادار نشان می دهد. همچنین آزمون توکی، نشان داد که تفاوت میانگین نظریه ی ذهن گروه بهنجار در سه آزمایه ی نظریه ی ذهن به مراتب از گروه وسواس بیشتر است. بنابراین، نتیجه می گیریم که آسیب نظریه ی ذهن در گروه وسواس بیشتر است.

**جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) برای مقایسه ی نمرات آزمودنی ها در نظریه ی ذهن، حافظه و کنش های اجرایی در دو گروه مورد مطالعه**

Sig	F	dfc	df	مقدار	نام آزمون
۰/۰۰۱	۹۶۶/۱۳	۱۸۰/۲۴۷	۹	۰/۲۷۶	نظریه ی ذهن لامبدای ویلکز
۰/۰۰۱	۱۳/۰۲۳	۱۹۹/۱۶۲	۱۵	۰/۱۵۲	حافظه لامبدای ویلکز
۰/۰۰۱	۲۷/۷۹۷	۱۸۰/۲۴۷	۹	۰/۱۲۰	کنش های اجرایی لامبدای ویلکز

همان گونه که در جدول ۲ ملاحظه می شود، بین آزمودنی های دو گروه بیماران مبتلا به وسواس و بهنجار حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (یکی از متغیرهای حافظه) نیز تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج، نشان می دهد که در متغیر حافظه ی کلامی و حافظه ی بینایی، تفاوت بین گروه بهنجار و گروه بیماران مبتلا به وسواس، معنادار است. با توجه به میانگین دو گروه، عملکرد گروه بیماران وسواس نسبت به افراد بهنجار ضعیف تر است؛ بدین صورت که افراد بیمار، عملکرد ضعیف تری را در حافظه ی کلامی، حافظه ی منطقی و حافظه ی بینایی، نشان می دهند. بنابراین نتیجه می گیریم که آسیب حافظه در گروه بیماران نسبت به افراد بهنجار بیشتر است. در زمینه ی شاخص درماندگی و شاخص خطاهای خاص نیز بین گروه بهنجار و وسواس تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین، ملاحظه می شود که بین آزمودنی های بیماران مبتلا به وسواس و بهنجار حداقل از

لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (کنش های اجرایی) تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه به معنادار بودن آزمون تحلیل واریانس چند متغیره، از آزمون اثرات بین آزمودنی ها استفاده شد. مطابق این آزمون، در شاخص تعداد طبقات، تفاوت بین گروه بیماران وسواس و بیماران بهنجار معنادار است و تفاوت معناداری بین دو گروه در آزمون دسته بندی ویسکانسین مشاهده می شود.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر، طی مقایسه ی نظریه ذهن، حافظه و کنش های اجرایی در بیماران وسواسی- اجباری و افراد بهنجار، نشان داد که تفاوت معناداری در آزمایش های پیشرفته ی نظریه ی ذهن مشاهده می شود. این جنبه با یافته های سایین و همکاران (۲۰۱۰) همسویی دارد. با توجه به معنادار نبودن تفاوت آزمایش های باور نادرست دسته ی اول و دوم به نظر می رسد که توانایی های اساسی نظریه ی ذهن که شامل درک آزمودنی از باورهای یک شخصیت درباره ی جهان و درک آزمودنی از باورهای یک شخصیت درباره ی باورهای یک شخصیت دیگر است، در نمونه ی بیماران وسواسی به طور کلی حفظ شده است. این یافته که با نتایج سایین و همکاران (۲۰۱۰) هماهنگ است، ممکن است در فهم اینکه چطور افکار مزاحم تبدیل به وسواس فکری می شود نقش داشته باشد.

بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- جبری و افراد بهنجار از لحاظ کارکرد حافظه با تایید وجود یک نقص عمومی در حافظه، تفاوت معناداری مشاهده شد. نتایج پژوهش حاضر، در خصوص نقص بیماران وسواسی- اجباری در زمینه ی حافظه ی کلامی و بینایی با یافته های (ساواچ و همکاران، ۱۹۹۹؛ دکرسباخ، اوتو، ساواچ، بایرل وجنیک، ۲۰۰۰؛ بالدیرینی، دلپس، پلاسیدی، کلیپ، الیس و همکاران، ۲۰۰۵) همسویی دارد. یافته های اخیر نیز نشان می دهد که افراد مبتلا به وسواس اجباری، کاستی حافظه دارند (هنین، ساواچ، راج، دکرسباچ، ویلم و همکاران، ۲۰۰۱) موضوعی که بحث می شود آنها در یادآوری رفتارهایی نظیر خاموش کردن اجاق گاز یا قفل کردن درب مشکل داشته باشند (ویلز و مارتیوز، ۱۹۹۶). گفته می شود که منبع اصلی شک و تردید های مکرر این بیماران به ویژه نوع واریسی کننده ای آن، اطمینان کمتر آنها به حافظه شان است (تولین و همکاران، ۲۰۰۱). راجمن (۲۰۰۲) معتقد است که علت نارسایهای حافظه در افراد به اطمینان کمتر آنها به حافظه ی خود مربوط می شود زیرا آنها برای کسب اطمینان از فقدان یا



کاهش احتمال خطر به طور مکرر، اقدام به واری می کنند اما این رفتار جستجوی امنیت از طریق واری، اثراتی معکوس به بار می آورد و رفتار را در یک چرخه ی خود تداوم بخش گرفتار می سازد زیرا به سختی می توان به عدم وقوع حوادث ناگوار در آینده اطمینان کرد و از سوئی دیگر واری های مکرر جزئیات، موجب تیرگی حافظه می شود.

از یافته های دیگر پژوهش حاضر این بود که بین بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجباری و گروه بهنجار از لحاظ کنش های اجرایی تفاوت معناداری وجود دارد. گروه وسواسی، در مجموع به تعداد طبقات کمتری دست یافته و خطاهای بیشتری را مرتکب شده اند. نتایج این بررسی آشکار ساخت که گروه وسواسی در توانایی های انعطاف پذیری شناختی و مفهوم سازی، از نارسایی برخوردارند که همسو با سایر تحقیقات انجام شده است (لوسی، بورنس و کستا، ۱۹۹۷؛ پارسل، مروف، کربوس و پانتلیس، ۱۹۹۸؛ اوکاشا و همکاران، ۲۰۰۰). نتایج مطالعات تصویرنگاری کارکردی، نشان داده است که اندازه های هسته ی دمی شکل در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری کاهش یافته و نابهنجاری هایی در شکنج قدامی و جسم مخطط در این اختلال وجود دارد (ساواچ، بایر، کوتن، ران، روچ و همکاران، ۱۹۹۹).

نویسندگان بر خود لازم می دانند که از تمامی کارکنان و مسوولین بیمارستان ابن سینای شهر مشهد که در انجام این پژوهش همکاری لازم را داشتند، تشکر و قدردانی کنند.

#### References

- Abbruzzese, M., Ferri, S., Bellodi, L., & Scarone, S. (1993). Frontal lobe dysfunction in mental illness. *Psychology*: 4(09) Frontal Cortex (1)
- Aliloo, M., Atef vahid, M., Bayanzadeh, A., & et al. (2003). A pilot study of problems in patients with type checking obsessive-compulsive disorder. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 11(62).pp1-70(Persian)
- Bolderini, M., Del Pace, L., Placidi, GP., Kelip, G., Ellis, S P., & Signori, S. (2005). Selective Cognitive Deficits in Obsessive-Compulsive Disorder Compared to Panic disorder with agoraphobia. *Acta Psychiatrica Scandinavain*. 111:150-158.
- Bru'ne, M., & Bru'ne-Cohrs, U. (2006). Theory of mind—evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 30, 47-455
- Cavedini, P., Zorzi, C., Piccinni, M., Cristina Cavallini, M., & Bellodi, L. (2010). Executive Dysfunctions in Obsessive-Compulsive Patients and Unaffected Relatives: *Searching for a New Intermediate Phenotype*. *Biological Psychiatry*. 67:1178-1184
- Christensen, J.K., Kim, S.W., Dysken, M.W., & Hoover, K.M. (1992). Neuropsychological performance in Obsessive compulsive disorder. *Biological Psychiatry*. 3:4-18.
- Deckersbakh, T., Otto, M.W., Savage, C.R., BaerL. & Jenike, M.A. (2000). The relationship between semantic organization and memory in Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychotherapy and Psychosomatic*. 69:101-107.
- Gallagher, H.I. Frith, C.D. (2003). Functional Imaging of Theory of Mind. *Trends in Cognitive Science*, 7(2):77-83.

- Henin, A., Savage, C.R., Rauch, S.L., Deckersblch, T., Wilhem, S., Bear, L., Otto, M.W., & Jenike, M.A. (2001). Is age at symptom onset associated with severity of memory impairment in adult with obsessive-compulsive disorder? *American Journal of Psychiatry*, 158:137-139.
- Hughes, C., & Graham, A. (2000). Measuring executive functions in childhood: Problems and solutions. *Child and Adolescent Mental Health*, 7, 131-172.
- Hwan Jang, J., Sun Kim, Hee., Hyon Ha, Tae., Young Shin, Na., Kang, Do-Hyung., Choi, Jung-Seok., Ha, Kyooseb., & Soo Kwon, J. (2010). Nonverbal memory and organizational dysfunctions are related with distinct symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 180: 93-98
- Lezak, M. (2004). *Neuropsychological assessment*. Oxford University Press.
- Lucy, J.V., Burness, C.E., & Costa, D.C. (1997). Wisconsin card sorting (WCS) and cerebral blood flow in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Medical Psychology*, 70:403-411
- Magrabi, A. (2010). *Theory of mind and executive functions*. Thesis. University of Osnabrueck
- Markarian, Y., J. Larson, M., A. Aldea, M., A. Baldwin, S., Good, D., Berkeljon Tanya K, A., Eric A, M., Dean McKay, S. (2010). Multiple pathways to functional impairment in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 30, 78-88
- Mataix - Cols, D., Junque, G., Sanchaz - Turet, M., Vallejo, J., Verger, K., & Barrios M. (1999). Neuropsychological functioning in a subclinical Obsessive - Compulsive Sample. *Biological Psychiatry*, 43:898-904.
- Mirdoraghi, F., Ghanbari Hashemabadi, B., & Mashhadi, A., (2012). Dysfunction of executive functions in PTSD disorders of war. *Teb-e-Janbaz Iran J War Public Health*. 5(17)(Persian)
- Mikaeli, N., & Adineh, P., (2012). The correlation of executive functions and theory of mind in obsessive-compulsive disorder. *Farhang moshavereh va ravandarmani*, 9 (Persian)
- Miraghaei, A., Moradi, A., Hasani, G., & et al. The comparison of function of Obsessive Compulsive Disorder. *Behbood J*. 17(1) (Persian)
- Moritz, S., Birkner, C., Kloss, M., Jahn, H., Hand, I., Haasen, C., & Krausz, M. (2002). Executive functioning in obsessive-compulsive disorder, unipolar depression, and schizophrenia. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 17: 477-483
- Nakao, T., Nakagawa, A., Nakatani, E., Nabeyama, M., & et al. (2009). A neuropsychological and functional MRI study. *Journal of Psychiatric Research*, 43: 784-791
- Okasha, A., Raffat, M., Mahallway, N., Nahas, G.E., Dawia, A.S., & et al. (2002). Cognitive dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 101 : 281-285
- Olley, A., Perminder S. G. (2007). Memory and executive functioning in obsessive-compulsive disorder: A selective review. *Journal of affective disorder*. 104:15-23
- Purcell, R., Maruff, P., Kyrios, M., & Pantelis C. (1998). Cognitive deficits in obsessive-compulsive disorder on tests of frontal-striatal function. *Biological Psychiatry*. 43:348-357.
- Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behavior Research and Therapy*. 40:625-639.
- Savage. C., Baer, L., Keothen, N.G., Vrown, H.D., Rouch, S.L., & Jenike, M.A. (1999). Organizational strategies mediate nonverbal memory impairment in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 45:905-916.
- Sayin, A., Oaral, N., Utku, C., Baysak, E., & Candansayar, S. (2010). Theory of Mind in obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*. 25, 116-122.
- Shelly, B. (2003). *Executive function deficits in obsessive-compulsive disorder: episode or trait markers*. thesis. University of Wollongong
- Stein, D.G. (2002). Obsessive-Compulsive Disorder. *Lancet*, 360, 397-405.
- Tolin, D.F., Abramowitz, J.S., Brigidi, D., Amir, N., Street, G.P., Foa, E.B. (2001). Memory and memory confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 39:913-927.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modeling cognition in emotional disorder. *The SREF model Behav Res Ther*. 34:881-8.