



# Comparison of Perfectionism and Thought Control Strategies in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Normal Individuals

Seyed Vali Kazemi Rezaei <sup>1</sup>, Jafar Hasani <sup>2</sup>, Seyed Ali Kazemi Rezaei <sup>3,\*</sup>

<sup>1</sup> PhD Student, Department of Psychology, Young Researchers and Elite Club, Islamic Azad University, Kermanshah Branch, Kermanshah, Iran

<sup>2</sup> Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

<sup>3</sup> MA, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

\* **Corresponding author:** Seyed Ali Kazemi Rezaei, MA, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran. E-mail: ali.kazemi8989@gmail.com

**Received:** 15 Sep 2017

**Accepted:** 24 Apr 2018

## Abstract

**Introduction:** Regarding the relatively high prevalence of obsessive-compulsive disorder and its cost-effectiveness, it is imperative that diagnosis and timely treatment are urgently needed. Over the past few decades, many studies have been conducted to identify psychological factors involved in the onset and continuation of this disorder. The current study aimed at comparing perfectionism and thought control strategies in patients with obsessive-compulsive disorder and normal individuals.

**Methods:** The research method was causal-comparative. The statistical population of the study included all obsessive-compulsive disorder patients referring to Tehran's health centers, during year 2017. Thirty patients (19 females and 11 males) with obsessive-compulsive disorder and 30 normal subjects were selected based on available sampling and matched according to age, gender, education, and marital status. To collect data, Tehran multi-dimensional perfectionism questionnaire and thought control questionnaire (Wells and Davis, 1994) were used. Data were analyzed using descriptive and inferential statistical methods, including multivariate analysis of variance analysis of the SPSS software version 20 at significance level of  $P < 0.05$ .

**Results:** The results of multivariate analysis of variance showed that there was a significant difference between people with obsessive-compulsive disorder and normal individuals in the variables of perfectionism and thought control strategies, so that the mean scores of people with obsessive-compulsive disorder in self-centered perfectionism components, other and community-orientation was more than the normal group ( $P < 0.001$ ). Also, in thought control strategies, attention deficit, attention, social control, punishment, and re-evaluation were significantly higher than the normal group ( $P < 0.001$ ).

**Conclusions:** Based on the findings of this study, perfectionism and thought control strategies are two cognitive factors that may affect the symptoms of obsessive-compulsive disorder and exacerbate and persist the disorder, and therefore should be the focus of therapeutic interventions. Adjusting perfectionism and replacing adaptive coping strategies instead of maladaptive strategies can help control obsessive symptoms.

**Keywords:** Obsessive-compulsive Disorder, Perfectionism, Thought Control Strategies



## مقایسه کمال گرایی و راهبردهای کنترل فکر در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی و افراد بهنجار

سید ولی کاظمی رضایی<sup>۱</sup>، جعفر حسنی<sup>۲</sup>، سید علی کاظمی رضایی<sup>۳\*</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکترا، گروه روانشناسی، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

<sup>۲</sup> دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

\* نویسنده مسئول: سید علی کاظمی رضایی، کارشناس ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. ایمیل:

[ali.kazemi8989@gmail.com](mailto:ali.kazemi8989@gmail.com)

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۲/۰۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۶/۲۴

### چکیده

**مقدمه:** با توجه به شیوع نسبتاً بالای اختلال وسواس و مزمن و هزینه بر بودن آن، لزوم تشخیص و درمان به موقع آن امری ضروری است که طی چند دهه اخیر مطالعات زیادی جهت شناسایی عوامل روانشناختی دخیل در شروع و تداوم این اختلال انجام شده است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه کمال گرایی و راهبردهای کنترل فکر در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی و افراد بهنجار صورت گرفت.

**روش کار:** روش پژوهش حاضر از نوع علی- مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بودند که ۳۰ نفر (۱۹ زن و ۱۱ مرد) مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی با ۳۰ نفر از افراد بهنجار براساس نمونه گیری در دسترس و با در نظر گرفتن هم‌تاسازی از نظر سن، جنسیت، تحصیلات و تأهل انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه کمال‌گرایی چند بعدی تهران و پرسشنامه کنترل فکر (ولز و دیویس، ۱۹۹۴) استفاده شد. اطلاعات به‌دست آمده با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی شامل تحلیل واریانس چند متغیره در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ در سطح معناداری ( $P < 0/05$ ) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد که بین افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی و افراد بهنجار در متغیر کمال گرایی و راهبردهای کنترل فکر تفاوت معناداری وجود دارد؛ بدین صورت که میانگین نمرات افراد دارای اختلال وسواس فکری- عملی در مولفه‌های کمال‌گرایی خودمدار، دیگرمدار و جامعه مدار، بیشتر از گروه بهنجار بود ( $P < 0/001$ ). همچنین در راهبردهای کنترل فکر در خرده مقیاس‌های توجه برگردانی، نگرانی، کنترل اجتماعی، تنبیه و ارزیابی مجدد، به طور معناداری بالاتر از گروه بهنجار بود ( $P < 0/001$ ).

**نتیجه گیری:** براساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که کمال گرایی و راهبردهای کنترل فکر دو سازه شناختی هستند که ممکن است بر علائم اختلال وسواس فکری- عملی تأثیر گذاشته و موجب تشدید و تداوم این اختلال شوند و از این‌رو در مداخلات درمانی، تمرکز بر تعدیل کمال گرایی و جایگزین کردن راهبردهای مقابله‌ای سازگاران به جای راهبردهای ناسازگاران می‌تواند به کنترل علائم وسواسی کمک کند.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال وسواس فکری- عملی، کمال گرایی، راهبردهای کنترل فکر

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

باشد. یعنی فرد وسواسی درگیر چرخه تلاش برای رسیدن به بهترین نتیجه و این فکر که من هنوز نتوانسته‌ام کارهایم را به نحو احسن انجام بدهم، می‌شود (۹). بنابراین می‌توان گفت که مولفه‌ی کمال‌گرایی از مهمترین جنبه‌ها و علایم اصلی اختلال وسواس فکری عملی می‌باشد که همواره باید به آن به عنوان زمینه ساز، تداوم بخش و درمانی نگریست (۱۰).

از سویی امروزه در دیدگاه‌های شناختی و فراشناختی بر نقش فرآیندهای فکری از جمله راهبردهای کنترل فکر در شکل‌گیری و تداوم اختلال وسواسی-اجباری تأکید شده است (۱۱). انسان برای تسلط بر محیط ذهنی خود، به کنترل آگاهانه در تنظیم میزان توجه به افکار ناخواسته یا رویگردانی از افکار، تصاویر ذهنی و تکانه‌ها نیاز دارد (۱۲). در این راستا Wells & Davies (۱۳) بیان داشته‌اند که راهبردهای کنترل فکر عبارت است از مجموعه‌ای از روش‌های مقابله‌ای که در پاسخ به هیجان‌های ناخوشایند با هدف غلبه بر فشار حاصل از هیجان‌ها برانگیخته می‌شوند. Wahl و همکاران (۱۴) معتقدند که حتی فرونشانی عمدی افکار در افراد سالم می‌تواند به فعال‌سازی و احیا افکار ناخواسته منجر شود. روند مذکور همچنان ادامه می‌یابد. افکار وسواسی باعث مقاومت رفتاری و فعال‌سازی افکار بی‌واسطه می‌شوند. این ویژگی‌ها معیار تمایز افکار مربوط به بیماری وسواسی از سایر افکار ناخواسته منفی و پایدار مانند اندیشناکی‌های ذهنی افسردگی یا نگرانی در اختلال‌های اضطرابی هستند. اخیراً تعدادی از پژوهشگران پیشنهاد کرده‌اند که باورها و ارزیابی‌های مرتبط با کنترل افکار مزاحم ممکن است نقش مهمی در ایجاد وسواس داشته باشند. افراد وسواسی بسیار می‌کوشند تا تفکر وسواسی خود را کنترل کنند (۱۵). افکار پریشان‌کننده یکی از ویژگی‌های اصلی اختلال وسواسی-اجباری می‌باشد. این افکار در بسیاری از مردم نیز دیده می‌شود (۷). سؤال پژوهش حاضر این است که اگر افراد دارای اختلال وسواس و افراد سالم، هر دو افکار پریشان‌کننده را تجربه می‌کنند، پس چرا این افکار در افراد دارای وسواس ناتوان‌کننده‌تر از افراد سالم هستند؟ یک تبیین احتمالی در این باره به استفاده افتراقی افراد دارای اختلال وسواسی-اجباری از راهبردهای کنترل فکر برای مهار کردن افکار مزاحم مربوط می‌شود. افراد برای کنترل این افکار اضطراب‌زا از طیف وسیعی از راهبردها استفاده می‌کنند. در یک مطالعه تحلیل عاملی Wells & Davies پنج راهبرد کنترل را شناسایی کردند. راهبردهای کنترل شناختی، پاسخ‌هایی هستند که افراد برای کنترل نظام شناختی خود نشان می‌دهند. این راهبردها شامل: توجه برگردانی (تلاش برای مشغول کردن خود و فکر کردن به موضوعات دیگر)، ارزیابی مجدد افکار (تحلیل معانی افکار مزاحم از طریق به چالش کشیدن اعتبار آن‌ها و تلاش در جهت روش‌های متفاوت فکر کردن درباره آن موضوع)، کنترل اجتماعی (صحبت کردن با دوستان راجع به افکار مزاحم و پرسیدن از آن‌ها درباره اینکه آن‌ها چگونه این افکار مزاحم را به تأخیر می‌اندازند)، نگرانی (تلاش برای جایگزینی این افکار با نگرانی‌های جزئی‌تر و افکار بد پیش پا افتاده‌تر) و تنبیه (عصبانی شدن از خود به خاطر داشتن چنین افکاری با استفاده از روش‌هایی هم‌چون فریاد زدن بر سر خود یا سیلی و نیشگون گرفتن برای کنترل افکار) است. در زمینه استفاده از راهبردهای کنترل فکر، نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد که افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری بیشتر از تنبیه، ارزیابی مجدد، نگرانی و کنترل اجتماعی استفاده می‌کنند، اما افراد غیربیمار از توجه برگردانی استفاده می‌کنند (۱۲). نتایج پژوهش

اضطراب یک پدیده چند بعدی و دارای سطوح گوناگون است که در قالب بدنی، شناختی، عاطفی و بین‌فردی جلوه‌گر می‌شود. طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، ۴۰۰ میلیون نفر در جهان به اضطراب مبتلا هستند؛ این پدیده، علت اولیه ۶ تا ۲۵ درصد تمام مشکل‌های روانی محسوب می‌شود (۱). بر طبق تعریف راهنمای تشخیص و آماری اختلال‌های روانی، نسخه پنجم (DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5)، اختلال وسواس فکری-عملی از طبقه اختلال‌های اضطرابی جدا شده و در طبقه تشخیصی جداگانه‌ای قرار گرفته است. اختلال وسواس فکری-عملی اختلالی بسیار ناتوان‌کننده است که معمولاً به‌عنوان یک بیماری به درمان طولانی مادام‌العمر نیازمند است. اختلال وسواسی-جبری شامل یک گروه از علایم متنوع، مثل افکار مزاحم، رفتارهای تشریفاتی، مشغله‌های فکری و اجبارهاست. این وسواس‌ها و اجبارها باعث رنج و عذاب شدید فرد می‌شوند و توانایی فرد برای داشتن یک زندگی عادی، عملکرد شغلی صحیح، فعالیت‌های اجتماعی معمولی یا روابط میان فردی سالم را به طور قابل ملاحظه‌ای مختل می‌کنند (۲). افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری، رفتارهای تکراری و آزار دهنده و آیین‌های اجباری را به‌منظور اجتناب از اضطراب یا خنثی نمودن افکار وسواسی انجام می‌دهند. افکار مزاحم و غیرقابل پذیرش، با ماهیت شخصیتی این بیماران ناهمگون است (۳). میزان شیوع مادام‌العمر اختلال وسواسی-جبری در جمعیت عمومی حدود ۲ تا ۳ درصد است که به‌عنوان یک مشکل سلامت جهانی در نظر گرفته شده است (۴). اگرچه دلایل ابتلا به اختلال وسواسی-اجباری و تداوم آن تا حد زیادی ناشناخته است اما در دهه‌های اخیر، دانش بشر درباره‌ی علت شناسی اختلال مذکور پیشرفت نموده است. بر طبق پژوهش‌های Reuther و همکاران (۵) یکی از مؤلفه‌های بسیار مهم زمینه‌ساز و تشدیدکننده اختلال وسواسی-اجباری، کمال‌گرایی می‌باشد. کمال‌گرایی یعنی داشتن اهداف بلندپروازانه، جاه طلبانه، مبهم و غیرقابل وصول و همچنین داشتن تلاش افراطی برای رسیدن به اهداف (۶). ویژگی اصلی و عمده‌ی افراد کمال‌گرا این است که آن‌ها همه چیز را یا سیاه می‌دانند یا سفید و برای آن‌ها به هیچ وجه حد وسط یا به اصطلاح خاکستری وجود ندارد. مشکل اساسی در این زمینه این است که افراد کمال‌گرا همیشه به دنبال بهترین و کامل‌ترین راه حل بوده و همیشه می‌خواهند که در استانداردهای بالا همه چیز را داشته باشند یا انجام بدهند، و اگر نتوانند به چنین استانداردهایی برسند خود را شکست خورده کامل می‌دانند. در واقع کمال‌گرایی سازمانی است که در دو دهه اخیر توجه به آن بیشتر گردیده تا جایی که بررسی‌ها نشان می‌دهد، کمال‌گرایی نقش با اهمیتی در آسیب شناسی، سبب شناسی و ماندگاری اختلال‌های روانی از جمله وسواس فکری-عملی ایفا می‌کند (۷). در سطح بالینی، اختلال وسواس، با افکار مزاحم همراه است که تولیدکننده تشویش، دلهره، ترس و نگرانی و انجام رفتارهای تشریفاتی برای کاهش اضطراب می‌باشد و در این میان تمایل شدید در نیاز به تأیید، سازماندهی و نشخوار فکری که مؤلفه‌های مهم کمال‌گرایی است، از علایم اصلی در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی می‌باشد (۸). فرد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی ممکن است ساعت‌ها از وقت خود را صرف انجام دادن کاری بکند، ولی به دلیل اینکه فکر می‌کند کار خود را باید به طور کامل و بدون نقص انجام دهد، هرگز به نتیجه دلخواه خودش نرسد و این چرخه همچنان ادامه داشته

یا ضربه سر و فقدان اختلال‌های عضوی. علاوه بر موارد مذکور، وجود اختلال در بیماران از دو طریق مورد تشخیص واقع شد: الف) مصاحبه تشخیصی که توسط روان‌شناس انجام شد، ب) تشخیص روان‌پزشک. لازم به ذکر است که اگر فردی براساس هر کدام از این دو روش، فاقد ملاک‌های اختلال وسواس فکری-عملی بود، یا در صورت ناهمخوانی تشخیص‌ها، از نمونه‌ها کنار گذاشته می‌شد. گروه بهنجار افرادی بودند که بر اساس گزارش شخصی و مصاحبه بالینی سابقه مراجعه به روان‌پزشک یا روان‌شناس نداشته و به اختلال روان‌شناختی خاصی مبتلا نبوده‌اند و در خویشاوندان درجه اول آن‌ها نیز فرد مبتلا به اختلال روانی وجود نداشته باشد. ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل توضیح هدف از انجام پژوهش به صورت واضح برای شرکت‌کنندگان، کسب رضایت آگاهانه و رعایت اصل رازداری و محرمانه بودن اطلاعات ناشی از پژوهش بود. پس از برآورده شدن ملاک‌های ورود و مسجل شدن تشخیص آزمودنی‌ها، اجرای آزمون به صورت فردی در یک اتاق که شرایط مناسب روان‌سنجی را دارا بود، انجام می‌شد. در طول مدت پاسخدهی شرکت‌کننده‌ها، پژوهشگران حضور فعال داشتند تا از بروز پاسخ‌های تصادفی جلوگیری نمایند و در صورت لزوم به پرسش‌های آن‌ها پاسخ دهند. در این مطالعه از ابزارهای زیر استفاده شد:

#### مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلال‌های محور یک (SCID)

این مصاحبه به گونه‌ای انعطاف‌پذیر انجام می‌شود و توسط Frest و همکاران تهیه شده است. Tran & Hagga ضریب کاپای ۰/۶۰ را به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای این مقیاس گزارش کرده‌اند (۲۰). شریفی و همکاران (۲۱) پس از ترجمه این مصاحبه به زبان فارسی آن را بر روی نمونه ۲۲۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیص برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (پایایی بالاتر از ۰/۶۰). توافق کلی نیز خوب گزارش شد؛ کاپای مجموع برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ به دست آمد. نتایج پژوهش آنها نشان داد که پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی این مقیاس قابل قبول است (۲۲).

#### پرسشنامه کمال‌گرایی چند بعدی تهران

این مقیاس یک آزمون ۳۰ سؤالی است که توسط بشارت به فارسی ساخته شده است. این مقیاس سه بعد کمال‌گرایی خودمدار، کمال‌گرایی جامعه مدار و کمال‌گرایی دیگرمدار را در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت می‌سنجد و نمرات هر آزمودنی در زیر مقیاس‌های سه گانه در دامنه‌ای از ۱۰ تا ۵۰ قرار می‌گیرد. ضریب آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های کمال‌گرایی خود محور، کمال‌گرایی دیگر محور و کمال‌گرایی جامعه محور در نمونه‌ای متشکل از ۵۰۰ دانشجوی دانشگاه تهران، به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۱ و ۰/۸۱ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های ۷۸ نفر از آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای کمال‌گرایی خودمحور، کمال‌گرایی دیگر محور و کمال‌گرایی جامعه محور به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۹ و ۰/۸۴ معنادار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است. روایی همزمان این مقیاس از طریق اجرای همزمان مقیاس مشکلات بین فردی، مقیاس سلامت روانی و زیرمقیاس‌های نوروگرای برون‌گرایی مقیاس شخصیتی نئو در مورد آزمودنی‌ها محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت (۲۳).

محمدخانی و فرجاد نشان داد که بین نمره کلی کنترل فکر و علائم وسواس در جمعیت غیر بالینی رابطه مثبت وجود دارد (۱۶). همچنین یافته‌های پژوهش امیری پیچاکلایی، پورشریفی و قاسم پور نشان داد که الگوی فراشناختی باورهای آمیختگی فکر و راهبردهای کنترل فکر می‌توانند در آغازیدن و تداوم اختلال وسواسی اجباری مؤثر باشند (۱۷). مطالعه Abramowitz و همکاران نشان داد که افراد مبتلا به وسواس نسبت به افراد اضطرابی با فراوانی بیشتری راهبردهای ناکارآمد را به کار می‌برند (۱۸). پژوهش انجام گرفته توسط McKay & Greisberg نیز نشان دادند که راهبردهای نگرانی و تنبیه به افزایش افکار ناخواسته منتج می‌گردد (۱۹). به علت ماهیت عاجز کننده اختلالات اضطرابی و از جمله اختلال وسواس فکری-عملی، داروهای تجویزی برای اختلالات اضطرابی از جمله پرمصرف‌ترین داروها در سطح جهان هستند. در نتیجه با توجه به شیوع نسبتاً بالای این اختلال و مزمن و هزینه بر بودن آن، لزوم تشخیص و درمان به موقع آن امری ضروری است که طی چند دهه اخیر مطالعات زیادی جهت شناسایی عوامل روان‌شناختی دخیل در شروع و تداوم اختلال وسواس فکری-عملی انجام شده است و پرداختن به این مسئله بسیار حائز اهمیت است. بنابراین با توجه به مطالعات پیشین و تأیید نقش مؤلفه‌های کمال‌گرایی (۷) و (۸) و راهبردهای کنترل فکر (۱۵) به عنوان عوامل زمینه ساز، تداوم بخش و درمانی اختلال وسواس فکری-عملی، ضروری است که به این مؤلفه‌ها توجه ویژه‌ای شود و پژوهش‌های گسترده‌ای در مورد ارتباط این دو سازه با اختلال وسواس انجام گیرد، تا نقش این مؤلفه‌ها در کنار هم به‌عنوان مکمل در سبب شناسی، پیشبرد درمان و پیشگیری از اختلال وسواس شناسایی شود، و از آنجا که اختلال وسواس فکری عملی جزء شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی محسوب می‌شود، لازم است که به مؤلفه‌های زیر ساخت این اختلال توجه ویژه‌ای شود. از این رو هدف پژوهش حاضر بررسی مؤلفه‌های کمال‌گرایی و راهبردهای کنترل فکر در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی در مقایسه با افراد بهنجار می‌باشد.

#### روش کار

پژوهش حاضر از لحاظ روش گردآوری داده‌ها به طرح‌های علی-مقایسه‌ای تعلق دارد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی مراجعه کننده به کل درمانگاه‌ها، مراکز تخصصی روان‌پزشکی و مراکز مشاوره‌ای شهر تهران در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند. نمونه گیری این پژوهش از نوع در دسترس و بر مبنای داوطلبانه بودن آزمودنی‌ها بوده است. بدین صورت که با مراجعه به مراکز درمانی شهر تهران، براساس فرمول آماری کوکران  $n = \frac{(t^2 pqN)}{[(N-1)d^2 + t^2 pq]}$  (۱۹) زن و ۱۱ مرد) دارای تشخیص اختلال وسواس انتخاب شدند. که براساس ویژگی‌های دموگرافیک با افراد بهنجار همسان سازی شده بودند انتخاب شدند. همچنین از میان سایر مراجعان به مراکز درمانی شهر تهران که به دلایلی به غیر از بیماری‌های روان‌پزشکی به این مراکز مراجعه کرده بودند، ۳۰ نفر بر اساس تمایل داوطلبانه برای شرکت در مطالعه به عنوان گروه بهنجار انتخاب شدند. در انتخاب بیماران، ملاک‌های ورود زیر در نظر گرفته شد: دامنه سنی ۱۸ سال به بالا، دارا بودن حداقل سطح تحصیلات متوسطه، سابقه دارودرمانی کمتر از دو سال، عدم دریافت شوک الکتریکی تا زمان انجام پژوهش، نداشتن خویشاوند درجه اول مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی، عدم ابتلاء به سایر اختلال‌های محور I و II بر اساس بررسی با مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی (CIDI)، فقدان سابقه آسیب مغزی

پرسشنامه کنترل فکر (TCQ)

در گروه وسواس فکری-عملی ۱۹ نفر (۶۴ درصد) مؤنث و ۱۱ نفر (۳۶ درصد) مذکر، و در گروه بهنجار ۱۷ نفر (۵۶ درصد) مؤنث و ۱۳ نفر (۴۴ درصد) مذکر بودند. در جدول ۱ سایر خصوصیات جمعیت‌شناختی و توصیفی آزمودنی‌ها ارائه شده است.

نتایج آزمون  $t$  مستقل نشان داد که بین دو گروه از نظر سن  $P > 0/05$ ،  $t(58) = 0/13$  و سطح تحصیلات  $P > 0/05$ ،  $t(58) = 1/14$  تفاوت معناداری وجود ندارد. این نتیجه بیانگر آن است که دو گروه از لحاظ متغیرهای فوق هم‌تا می‌باشند. به‌منظور مقایسه دو گروه در کمال‌گرایی و راهبردهای کنترل فکر از تحلیل چندمتغیره واریانس استفاده شد. برای انجام تحلیل چندمتغیره واریانس ابتدا داده‌های پرت بر اساس تبدیل آن‌ها به نرمات استاندارد ( $Z$ ) مورد واریسی قرار گرفت و نرمات  $Z$  خارج از دامنه  $+1/5$  و  $-1/5$  حذف شدند. در مقایسه دو گروه در ابعاد کمال‌گرایی، دامنه آزمون‌های لوین  $P > 0/05$ ،  $F(243, 1) = 0/064$  و کالموگرف-اسمیرنوف  $(0/484 - 0/243)$  بیانگر همسانی واریانس و نرمال بودن توزیع متغیرها بود. همچنین نتیجه آزمون  $M$  باکس  $P > 0/05$ ،  $P = 0/921$ ،  $F(243, 36)$  نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه همسان است و می‌توان از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده نمود. نتیجه آزمون چندمتغیره لامبدای ویلکز  $P < 0/001$ ،  $\lambda = 0/56$ ،  $F(3)$  معنادار بود. معنادار بودن این آزمون نشان می‌دهد که در ابعاد کمال‌گرایی بین گروه وسواس فکری/عملی و بهنجار تفاوت معنادار وجود دارد، ولی این معناداری مشخص نمی‌کند که دو گروه در کدام مؤلفه کمال‌گرایی با همدیگر تفاوت دارند. برای این منظور تحلیل واریانس یک‌راهه انجام شد. در جدول ۲ مقادیر  $F$  تحلیل‌های واریانس یک‌راهه، میانگین و انحراف استاندارد ابعاد کمال‌گرایی درج شده است.

این پرسشنامه توسط Wells & Davies (۱۳) برای ارزیابی تفاوت‌های فردی در بهره‌گیری از راهبردهای گوناگون کنترل فکر و رابطه آن با آسیب‌پذیری هیجانی تهیه شده است. این مقیاس دارای ۳۰ سؤال است که به صورت لیکرت چهار درجه‌ای نمره‌گذاری و نمرات هر آزمودنی در دامنه‌ای از ۰ تا ۹۰ قرار می‌گیرد و دارای پنج خرده مقیاس توجه‌برگردانی، تنبیه، ارزیابی مجدد، نگرانی و کنترل اجتماعی می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های پرسشنامه از ۰/۶۴ تا ۰/۷۹ گسترده است. همبستگی آزمون- باز آزمون خرده مقیاس‌ها به فاصله شش هفته به این ترتیب بود: توجه برگردانی ۰/۷۲، کنترل اجتماعی ۰/۷۹، نگرانی ۰/۷۱، تنبیه ۰/۶۴، ارزیابی مجدد ۰/۶۷ و کل پرسشنامه ۰/۸۳. در بررسی روایی این پرسشنامه ضریب همبستگی این پرسشنامه با مقیاس‌های وسواس پادوا، افکار اضطرابی و نگرش‌های ناکارآمد بالا ارزیابی شده است (۲۴). در پژوهشی که در ایران در یک نمونه ۱۰۰ نفری انجام شد، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۱ و برای زیرمقیاس‌های توجه برگردانی ۰/۷۹، تنبیه ۰/۷۶، ارزیابی مجدد ۰/۷۷، نگرانی ۰/۷۰ و کنترل اجتماعی ۰/۷۰ گزارش شد (۲۵). پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در تجزیه و تحلیل اطلاعات، علاوه بر شاخص‌های آمار توصیفی، از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) در سطح معناداری  $P < 0/05$  استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۱: خصوصیات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها بر اساس سن و سطح تحصیلات

گروه	تعداد	سن	سطح تحصیلات
وسواس فکری/عملی	۳۰	میانگین (انحراف معیار) ۲۹/۸۲ (۵/۰۶)	میانگین (انحراف معیار) ۱۳/۵۸ (۳/۷۴)
بهنجار	۳۰	میانگین (انحراف معیار) ۲۸/۳۶ (۴/۴۷)	میانگین (انحراف معیار) ۱۴/۷۳ (۳/۱۷)

جدول ۲: میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه برای مقایسه ابعاد کمال‌گرایی در گروه وسواسی و بهنجار

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	$F(1, 84)$	$\eta^2$ مجذور اتا
کمال‌گرایی خودمدار	۳۰	۳۶/۳۰	۶/۸۱	۵۶/۷۲***	۰/۴۹
وسواس فکری/عملی	۳۰	۲۳/۹۷	۵/۸۴		
بهنجار	۳۰	۲۳/۹۷	۵/۸۴		
کمال‌گرایی دیگرمدار	۳۰	۲۸/۱۰	۶/۴۲	۹۵/۲۴***	۰/۶۲
وسواس فکری/عملی	۳۰	۲۳/۶۰	۵/۴۶		
بهنجار	۳۰	۲۳/۶۰	۵/۴۶		
کمال‌گرایی جامعه مدار	۳۰	۲۵/۴۳	۷/۳۱	۷۱/۱۹***	۰/۵۵
وسواس فکری/عملی	۳۰	۲۱/۶۷	۵/۱۴		
بهنجار	۳۰	۲۱/۶۷	۵/۱۴		

جدول ۳: میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه برای مقایسه راهبردهای کنترل فکر در گروه وسواس فکری-عملی و بهنجار

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	F (۸۴، ۱) df	(۲۱) مجذور اتا
<b>توجه برگردانی</b>					
وسواس فکری/عملی	۳۰	۱۶/۹۰	۲/۹۲	۲۵/۱۹***	۰/۳۰
بهنجار	۳۰	۱۳/۳۳	۲/۵۸		
<b>نگرانی</b>					
وسواس فکری/عملی	۳۰	۱۶/۹۳	۳/۸۱	۲۲/۶۳***	۰/۲۸
بهنجار	۳۰	۱۲/۹۷	۲/۵۳		
<b>کنترل اجتماعی</b>					
وسواس فکری/عملی	۳۰	۱۵/۱۰	۲/۸۶	۴/۹۵*	۰/۰۸
بهنجار	۳۰	۱۳/۶۷	۲/۰۷		
<b>تنبیه</b>					
وسواس فکری/عملی	۳۰	۱۱/۶۰	۲/۵۵	۳۴/۴۱***	۰/۳۷
بهنجار	۳۰	۸/۲۳	۱/۸۳		
<b>ارزیابی اجتماعی</b>					
وسواس فکری/عملی	۳۰	۱۷/۲۷	۳/۰۱	۱۳/۱۹**	۰/۱۹
بهنجار	۳۰	۱۴/۳۷	۲/۹۶		

فکری- عملی از کمال‌گرایی و عدم تحمل ابهام بیشتری نسبت به افراد عادی برخوردارند (۲۶) مطالعه Soreni و همکاران تحت عنوان بررسی ابعاد کمال‌گرایی کودکان و نوجوانان در اختلال وسواس به این نتیجه رسیدند که بین کمال‌گرایی و اختلال وسواس رابطه وجود دارد (۲۷). نتایج پژوهش Irwin و همکاران در سال ۲۰۱۷ نیز نشان داد که بین علائم اختلال وسواس و کمال‌گرایی رابطه وجود دارد (۲۸). Martinelli و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که ابعاد کمال‌گرایی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده علائم اختلال وسواس باشد (۲۹). در تبیین این یافته‌ها می‌توان به عواملی از جمله نگرانی از اشتباهات، استانداردهای بالا برای دیگران، نیاز به تأیید، سازماندهی، فقدان کنترل، انتقاد، فاجعه، برنامه‌ریزی دقیق، نشخوار فکری، و تلاش برای تعالی اشاره کرد که این ویژگی‌ها از مؤلفه‌های بسیار مهم کمال‌گرایی و عامل زمینه‌ساز و تشدیدکننده اختلال وسواس فکری و عملی می‌باشند. کمال‌گرایی تلاشی است برای اجتناب از چیزی ناخوشایند و در واقع کمال‌گرایی برای اجتناب از بلا تکلیفی یا برای ایجاد کنترل بر محیط خود رشد می‌کند. اجبارها باید به شیوه کاملاً درست انجام شوند. این بیماران به صورت عذاب‌آوری به وسیله یک گرایش درونی برای اطمینان و کامل بودن توصیف می‌شوند. فقدان چنین اطمینان کاملی احتمال اینکه بیماران شک کنند که آیا عمل خاصی را درست انجام داده‌اند، افزایش می‌دهد. تردید در مورد اعمال و اینکه آیا کارها به درستی صورت گرفته است، جزئی از نشانه‌های کمال‌گرایی در افراد مبتلا به وسواس است. بنابراین ویژگی‌های کمال‌گرایی منفی، عامل تبیین و زیربنای گرایش به سوی وسواس هستند که از جمله این عوامل نیاز به تأیید، نگرانی از اشتباهات، فشار والدین و نشخوار فکری می‌باشند. اگر چه این عوامل به همراه رفتارهای رفتاری‌های تشریفاتی به منظور کاهش اضطراب در کوتاه مدت مؤثر واقع می‌شوند، اما در طولانی مدت نه تنها اضطراب کاهش نمی‌یابد بلکه تمایل شدید در نیاز به تأیید، سازماندهی و نشخوار فکری، افزایش اضطراب و به دنبال آن گرایش به وسواس را ایجاد خواهد نمود (۸).

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که در هر سه مؤلفه کمال‌گرایی بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد و در واقع میانگین نمرات گروه وسواس فکری/عملی به صورت معناداری بیشتر از افراد بهنجار است. برای مقایسه دو گروه در راهبردهای کنترل فکر، دامنه آزمون‌های لوین ( $P > 0.05$ )،  $F(58,1) = 0.117$  و کالموگرف/اسمیرنوف ( $0.0698 - 0.198$ ) نیز بیانگر همسانی واریانس و نرمال بودن توزیع متغیرها بود. همچنین نتیجه آزمون M باکس ( $P > 0.05$ )،  $F(12544.15/52)$  نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه همسان است و می‌توان از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده نمود. نتیجه آزمون چندمتغیره لامبدای ویلکز ( $P < 0.001$ )،  $F(5, 54) = 20.25$  معنادار بود. معنادار بودن این آزمون نشان می‌دهد که در راهبردهای کنترل فکر، بین گروه وسواس فکری/عملی و بهنجار تفاوت معنادار وجود دارد، ولی این معناداری مشخص نمی‌کند که دو گروه در کدام یکی از راهبردهای کنترل فکر، با همدیگر تفاوت دارند. برای این منظور تحلیل واریانس یک‌راهه انجام شد. در جدول ۳ مقادیر F تحلیل‌های واریانس یک‌راهه، میانگین و انحراف استاندارد راهبردهای کنترل فکر درج شده است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در تمام راهبردهای کنترل فکر، تفاوت معنادار بین دو گروه وجود دارد و گروه وسواس فکری/عملی به صورت معناداری نمرات بیشتری نسبت به گروه بهنجار کسب کرده‌اند.

### بحث

پژوهش حاضر به منظور مقایسه کمال‌گرایی و راهبردهای کنترل فکر در بین بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و افراد بهنجار صورت پذیرفت. نتایج پژوهش نشان داد که در زمینه کمال‌گرایی، هر سه بعد کمال‌گرایی خودمدار، دیگر مدار و جامعه مدار در بین افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی بیشتر از افراد بهنجار است. نتایج پژوهش حاضر در راستای پژوهش بخشی پور و همکاران در سال ۱۳۹۴ بود، نتایج مطالعه آنها نشان داد که افراد مبتلا به اختلال وسواس

مزاحم به‌عنوان نشانه‌ی تهدید می‌شود، این ارزیابی در جای خود باعث تشدید هیجان‌های منفی می‌شود که عمدتاً به‌صورت اضطراب هستند و در نتیجه فرد برای کاهش اضطراب خود و کنترل نظام شناختی به راهبردهای کنترل فکر متوسل می‌شود (۳۷). اگرچه افکار پریشان‌کننده در بسیاری از مردم دیده می‌شود و از نظر محتوا شبیه افکاری هستند که افراد دارای اختلال وسواس تجربه می‌کنند، اما در افراد دارای اختلال وسواس با درماندگی و پریشانی بیشتری همراه هستند. و این افراد بیشتر از راهبردهای کنترل فکر برای مهار افکار مزاحمشان استفاده می‌کنند (۳۷). بنابراین کوشش جهت کنترل افکار وسواسی، منجر به اثر بازگشت می‌گردد و افکار سرکوب شده با فراوانی بیشتری عود می‌کند که این پدیده را «اثر بازگشت» نامیده‌اند. بنابراین، به نظر می‌رسد که افراد وسواسی ممکن است پس از تجربه‌ی افکار ناخوانده از روش‌هایی استفاده کنند که موجب افزایش فراوانی آن افکار شود و به این ترتیب آمادگی بیشتری را برای بروز اختلال وسواسی داشته باشند (۱۲). از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به ماهیت پژوهش (پس‌رویدادی) اشاره کرد که نمی‌توان رابطه‌ی علت و معلولی را استنباط کرد. همچنین از دیگر محدودیت‌های این پژوهش شیوه‌ی نمونه‌گیری به صورت در دسترس می‌باشد. این نکته لازم است که این بررسی روشن نمی‌کند که آیا اختلال وسواسی-اجباری به استفاده از راهبردهای معین می‌انجامد و یا بر عکس، استفاده از سایر راهبردها را مانع می‌شود، برای این کار می‌توان از پژوهش‌های طولی مناسب سود جست. پیشنهاد می‌شود به ابعاد کمال‌گرایی و راهبردهای کنترل فکر در سایر اختلالات بالینی و غیر بالینی پرداخته شود تا سهم احتمالی این مولفه‌ها در تبیین بخش‌های دیگری از آسیب‌شناسی روانی روشن گردد.

### نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این پژوهش به نظر می‌رسد که افراد دچار اختلال وسواسی-اجباری از پدیده‌های ذهنی ویژه مانند توجه برگردانی، نگرانی، کمال‌گرایی و... رنج می‌برند و کوشش‌های آنها جهت کنترل فکر وسواسی منجر به اثر بازگشت می‌گردد. این پدیده‌ها بی‌شک در پدیدآیی و سیر اختلال مؤثر هستند و لذا تغییر این افکار یا تصورات و نیز روش‌های کنترل فکر در درمان اختلال وسواسی-اجباری ضروری به نظر می‌رسد. از این رو، استفاده از شیوه‌های درمان شناختی می‌تواند در درمان افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری مفید واقع شود.

### سپاسگزاری

بدین وسیله از کلیه افرادی که در اجرای این پژوهش همکاری داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین پژوهش حاضر با کد اخلاق ۱۳۹/۸ مصوبه دانشگاه خوارزمی تهران می‌باشد.

### References

1. Nikbakht Nasrabadi A, Mazloum SR, Nassari M, Goudarzi F. [Relationship of areas Of concern for students' quality of life]. J Payesh. 2008;8(1):185-92.
2. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). USA: American Psychiatric Pub; 2013.

از بین سه بعد کمال‌گرایی، کمال‌گرایی خودمدار یکی از ابعاد مهم زمینه ساز و تدویم بخش اختلال وسواس فکری-عملی می‌باشد. در تبیین این بعد می‌توان گفت که ویژگی‌های منفی این بعد از جمله توقعات بیش از حد از خود، بیش برآورد کردن پیامدهای اعمال و احساس مسئولیت زیاد، سازماندهی و برنامه ریزی دقیق، نه تنها موجب پیشرفت در کارها و کاهش اضطراب نخواهد شد، بلکه مسبب احساس شرم و گناه در فرد شده و گرایش به سوی وسواس را ایجاد خواهد نمود (۳۰). همچنین در کمال‌گرایی خودمدار، اجتناب از اشتباهات، اجتناب از سرزنش دیگران به جای دست یابی به اهداف، اولویت و اهمیت پیدا خواهند کرد و پس‌خوراند اجتماعی مسبب افزایش احساس مسئولیت می‌شود که اغراق در احساس مسئولیت زمینه ساز ایجاد اختلال وسواس فکری-عملی خواهد شد. در زمینه کمال‌گرایی دیگرمدار نیز می‌توان گفت که ویژگی‌های منفی کمال‌گرایی ایجادکننده وسواس از جمله استعمار، سرزنش دیگران، ناشکیبایی، رقابتی و عجول بودن، انتظارات افراطی و انتقاد از دیگران، در زمینه بین فردی مشکلات بسیاری را ایجاد خواهد نمود، سطح افسردگی و اضطراب را در این افراد بالا خواهند برد. این ویژگی‌ها خود عامل نگه‌دارنده و ایجادکننده اختلال وسواس فکری-عملی در افراد دارای کمال‌گرایی دیگرمدار نسبت به افراد عادی خواهند شد (۳۱). همچنین نتایج پژوهش نشان داد که در زمینه راهبردهای کنترل فکر (توجه برگردانی، ارزیابی مجدد افکار، کنترل اجتماعی، نگرانی و تنبیه) در بین افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی بیشتر از افراد غیر مبتلا بود. نتایج برخی از مطالعات قبلی همسو با نتایج پژوهش حاضر می‌باشد. نتایج پژوهش Moore و همکاران در سال ۲۰۰۷ نشان داد که بین نشانه‌های اختلال وسواس و راهبردهای کنترل فکر رابطه معناداری وجود دارد (۳۲). در پژوهشی که Allen و همکاران در سال ۲۰۱۶ تحت عنوان راهبردهای کنترل فکر در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری شدید انجام دادند نتایج نشان داد که بین اختلال وسواس و راهبردهای کنترل فکر رابطه وجود دارد (۳۳). همچنین نتایج مطالعه امیری پیچاکلائی و همکاران نشان داد که استفاده از راهبردهای کنترل فکر در بین بیماران وسواس بیشتر از افراد مبتلا به اختلال افسردگی و افراد عادی است (۳۴).

نتایج مطالعه حاضر در مورد مؤلفه توجه برگردانی با برخی از مطالعات دیگر ناهمسو است. مطالعه بخشی‌پور و کازمی‌رضایی در سال ۱۳۹۶ نشان داد که افراد دارای اختلال وسواس در مقایسه با افراد بهنجار کمتر از مؤلفه توجه برگردانی استفاده می‌کنند (۳۵). همچنین نتایج پژوهش صادق‌پور و همکاران در سال ۱۳۹۴ نشان داد که مؤلفه‌های توجه برگردانی و ارزیابی مجدد با علائم وسواسی همبستگی معناداری ندارند (۳۶). در تبیین این یافته‌ها می‌توان به راهکارهای فراشناختی موجود در مدل ولز اشاره نمود. مطابق مدل فراشناختی، فعال شدن افکار مزاحم موجب ارزیابی منفی فکر

4. Scarff JR. The potential application of obsessions to reduce compulsions in individuals with obsessive-compulsive disorder. *Med Hypotheses*. 2010;74(2): 216-8. DOI: [10.1016/j.mehy.2009.09.026](https://doi.org/10.1016/j.mehy.2009.09.026) PMID: [19828262](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19828262/)
5. Reuther ET, Davis TE, 3rd, Rudy BM, Jenkins WS, Whiting SE, May AC. Intolerance of uncertainty as a mediator of the relationship between perfectionism and obsessive-compulsive symptom severity. *Depress Anxiety*. 2013;30(8):773-7. DOI: [10.1002/da.22100](https://doi.org/10.1002/da.22100) PMID: [23609998](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23609998/)
6. Flett GL, Hewitt PL, Nepon T, Besser A. *The Cognitive Side of Perfectionism. The psychology of perfectionism: Theory, research, applications*: Routledge; 2017.
7. Bernert RA, Timpano KR, Peterson CB, Crow SJ, Bardone-Cone AM, Le Grange D, et al. Eating disorder and obsessive-compulsive symptoms in a sample of bulimic women: Perfectionism as a mediating factor. *Pers Individ Dif*. 2013;54(2):231-5. DOI: [10.1016/j.paid.2012.08.042](https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.08.042)
8. Hill RW, Huelsman TJ, Furr RM, Kibler J, Vicente BB, Kennedy C. A new measure of perfectionism: the Perfectionism Inventory. *J Pers Assess*. 2004;82(1): 80-91. DOI: [10.1207/s15327752jpa8201\\_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8201_13) PMID: [14979837](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14979837/)
9. Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Allgulander C, Bandelow B, den Boer JA, et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2014;28(5):403-39. DOI: [10.1177/0269881114525674](https://doi.org/10.1177/0269881114525674) PMID: [24713617](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24713617/)
10. Sassaroli S, Lauro LJ, Ruggiero GM, Mauri MC, Vinai P, Frost R. Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behav Res Ther*. 2008;46(6):757-65. DOI: [10.1016/j.brat.2008.02.007](https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.02.007) PMID: [18394588](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18394588/)
11. Romero-Sanchiz P, Nogueira-Arjona R, Godoy-Avila A, Gavino-Lazaro A, Freeston MH. Differences in clinical intrusive thoughts between obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder, and hypochondria. *Clin Psychol Psychother*. 2017;24 (6):O1464-O73. DOI: [10.1002/cpp.2107](https://doi.org/10.1002/cpp.2107) PMID: [28744937](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28744937/)
12. Lochner C, Stein DJ, Taljaard L. Cognitive training in obsessive-compulsive disorder (OCD): investigating a novel treatment strategy. *Ment Health Matters*. 2017; 4(4):44-6.
13. Wells A, Davies MI. The Thought Control Questionnaire: a measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behav Res Ther*. 1994;32(8):871-8. PMID: [7993332](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7993332/)
14. Wahl K, Schonfeld S, Hissbach J, Kusel S, Zurowski B, Moritz S, et al. Differences and similarities between obsessive and ruminative thoughts in obsessive-compulsive and depressed patients: a comparative study. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2011;42(4):454-61. DOI: [10.1016/j.jbtep.2011.03.002](https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.03.002) PMID: [21596010](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21596010/)
15. Clark DA, Purdon C. Cognitive theory and therapy of obsessions and compulsions. *Cognitive Therapy Across the Lifespan: Evidence and Practice*. 2003:90.
16. Mohammad Khani S, Farjad M. The relationship of the metacognitive beliefs and thought control strategies with obsessive-compulsive symptoms in nonclinical population. *J Clin Psychol*. 2009;1(3):31-51.
17. Amiri Pichakolaei A, Poursarifi H, Abdullah G. The Relationship of Blended Thoughts and Thought Control Strategies with Symptoms Compulsory obsession in non-clinical population. *Urmia Med J*. 2012;23(4):354-62.
18. Abramowitz JS, Whiteside S, Kalsy SA, Tolin DF. Thought control strategies in obsessive-compulsive disorder: a replication and extension. *Behav Res Ther*. 2003;41(5):529-40. PMID: [12711262](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12711262/)
19. McKay D, Greisberg S. Specificity of measures of thought control. *J Psychol*. 2002;136(2):149-60. DOI: [10.1080/00223980209604146](https://doi.org/10.1080/00223980209604146) PMID: [12081090](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12081090/)
20. Mohammad Khani P, Jokar M, Global Radiation O, Tamarifar S. *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Disorders*. Tehran: Dengue; 2013.
21. Sharifi V, Mohammadi AS, Mohamadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. The reliability and feasibility of the Persian version of the Diagnostic Structured Interview for DSM-IV. *J Psychol Sci*. 2004;6:10-22.
22. Hamidpour H, Dolatshai B, Dadkhah A. The efficacy of schema therapy in treating women's generalized anxiety disorder. *Iran J Psychiat Clin Psychol*. 2011;16(4):420-31.
23. Basharat MA. Construction and validation of multidimensional perfectionism scale of Tehran. *Psychol Res*. 2007;10:49-67.
24. Wells A. *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley; 2000.
25. Goodarzi M, Esmaili Torkanbori Y. The relation between intrusive thoughts control strategies and severity of obsessive-compulsive symptoms. *Hakim Res J*. 2006;8(4):44-51.
26. Bakhshipour Roudsari A, hashemi nosratabad T, Nekunam MS. Comparison of Intolerance of Ambiguity and Perfectionism among Patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Ordinary People. *J Clin Psychol*. 2015;7(1):41-51.
27. Soreni N, Streiner D, McCabe R, Bullard C, Swinson R, Greco A, et al. Dimensions of Perfectionism in Children and Adolescents with Obsessive-compulsive Disorder. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;23(2):136-43. PMID: [24872829](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24872829/)
28. Irwin LD, Jones MK. The Relationship Between Obsessive-Compulsive Symptoms, Perfectionism, and Anxiety Sensitivity for Not Just Right Experiences. *Behav Change*. 2017;34(3):134-55.
29. Martinelli M, Chasson GS, Wetterneck CT, Hart JM, Bjorgvinsson T. Perfectionism dimensions as predictors of symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder. *Bull Menninger Clin*. 2014;78 (2):140-59. DOI: [10.1521/bumc.2014.78.2.140](https://doi.org/10.1521/bumc.2014.78.2.140) PMID: [24870847](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24870847/)



30. Khakpoor Z. The comparison of impulsivity, perfectionism and hatred in patients with OCD, eating disorders and normal individuals Tabriz Tabriz University; 2011.
31. Zhang Y, Gan Y, Cham H. Perfectionism, academic burnout and engagement among Chinese college students: A structural equation modeling analysis. *Pers Individ Dif.* 2007;43(6):1529-40. DOI: [10.1016/j.paid.2007.04.010](https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.04.010)
32. Moore EL, Abramowitz JS. The cognitive mediation of thought-control strategies. *Behav Res Ther.* 2007; 45(8):1949-55. DOI: [10.1016/j.brat.2006.09.013](https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.09.013) PMID: [17087915](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17087915/)
33. Allen KJ, Kropfing JW, Mathes BM, Crosby JM, Elias JA. Thought control strategies in patients with severe obsessive-compulsive disorder: Treatment effects and suicide risk. *J Obses Compuls Relat Disord.* 2016;8:31-7.
34. Amiri Pichakolaei A, Fahimi S, Bakhshipour Roudsari A, Fakhari A, Akbari E, Rahimkhanli M. A comparative study of thought fusion beliefs and thought control strategies in patient with obsessive-compulsive disorder, major depressive disorder and normal people. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2014;8(3):33-41. PMID: [25780373](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25780373/)
35. Bakhshipour A, Kazemi Rezai V. Comparison of working memory capacity and thinking strategies for people with obsessive-compulsive disorder with normal people. *J Adv Psychol Res.* 2017;12(48).
36. Sadeghpour S, Mohammadkhani S, Hasani J. Obsessive - Compulsive Symptoms, Metacognitive Beliefs and Thought Control Strategies in Nonclinical Population. *J Psychol Psychiatry.* 2015;2(4):23-34.
37. Papageorgiou C, Wells A. A prospective test of the clinical metacognitive model of rumination and depression. *Int J Cogn Ther.* 2009;2(2):123-31.