

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

دانشگاه شهید مدنی آذربایجان

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

گروه روان‌شناسی

پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد

رشته روان‌شناسی عمومی

عنوان

ساختار عاملی، روایی و اعتبار پرسشنامه باورهای وسواسی در

گروهی از نوجوانان شهر اصفهان

استاد راهنما

دکتر رحیم یوسفی

استاد مشاور

دکتر غلامرضا چلبیانلو

پژوهشگر

اعظم شجاعی

اسفند / ۱۳۹۲

تبریز / ایران

پدرم

پاکی قدومش، صفای وجودش

سکیننی سکوتش، نجات و غرورش

و باز مزه می کلامش در جذب می محراب،

گستره‌ی وسیع جنت بود

و من فقط پدر می خواندمش.

تقدیم به:

بردباری مادرم

و مهربانی خواهرم.

پاسی بی پایان آفریدگار را، که در سخت‌ترین محطه‌ها تنها ما هم بودیم، من قدرت داد تا دوباره بیایم.

پاسکزاری از سرورانی که مراد انتخاب و ادامه مسیر دانش و زندگی یاری نمودند و راهبانی‌های بی‌دریغ‌شان چراغ راهم گشت، دینی است بزرگ بر
کردم. امید است که پاس خالصانه مرا پذیرا باشند.

از استاد کرامت‌جناب آقای دکتر یوسفی که در جایگاه استاد راهنما، بارها به‌نامی‌های خردمندانه‌شان اجرایی شدن این رساله را امکان‌پذیر و در به انجام رساندن
آن مرایاری نمودند و ناگشایی‌هایم را پاسخی صورت دادند، نهایت تقدیر و تشکر را دارم.

از استاد بزرگوار جناب آقای دکتر چلیانلو که در جایگاه استاد مشاور، همواره مرا از نقطه نظرات علمی خود بهره‌مند و در روند انجام این رساله مرایاری نمودند،
بی‌نیات پاسکزارم.

از استاد کرامی، جناب آقای دکتر احمدی که زحمات مطالعه و داوری این پایان‌نامه را تقبل نمودند، کمال تشکر را دارم.

از استاد کرامی جناب آقای دکتر بافنده که همواره مرا مورد لطف و حمایت قرار دادند، کمال تشکر را دارم.

هم‌چنین از سرکار خانم دکتر مهران کار احمدی (فوق تخصص اعصاب و روان کودک و نوجوان)، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که
همکاری و بهره‌مندی از دانش ایشان فرصتی معتنم بود، پاسکزارم.

فهرست مطالب

عنوان صفحه

چکیده یک

فصل اول: کلیات پژوهش

۱-۱ مقدمه ۲

۱-۲ بیان مسأله ۳

۱-۳ اهمیت و ضرورت مسأله ۸

۱-۴ اهداف پژوهش ۱۰

۱-۴-۱ اهداف کلی ۱۰

۱-۴-۲ اهداف جزئی ۱۰

۱-۵ سوالات پژوهش ۱۰

۱-۶ تعریف عملیاتی ۱۱

فصل دوم: ادبیات و پیشینه پژوهش

۲-۱ مقدمه ۱۳

۲-۲ اختلال وسواس فکری- عملی ۱۳

۲-۲-۱ تاریخچه اختلال ۱۳

- ۲-۲-۲ تعاریف وسواس ۱۴
- ۲-۳ ملاک های تشخیصی DSM-IV-TR در مورد اختلال وسواس فکری- عملی ۱۷
- ۲-۴ چهار الگوی مهم اختلال وسواس فکری-عملی ۱۹
- ۲-۵ سن شروع ۲۰
- ۲-۶ همه گیرشناسی و تظاهر بالینی ۲۱
- ۲-۷ سیر و پیش آگهی ۲۴
- ۲-۸ همایند و هم پوشی با سایر اختلال ها ۲۵
- ۲-۹ تشخیص افتراقی ۲۸
- ۲-۱۰ تأثیر بیماری وسواس بر روابط فردی و فعالیت اجتماعی ۲۸
- ۲-۱۱ عوامل شخصیتی ۳۰
- ۲-۱۲ وسواس های خودزاد و واکنشی ۳۰
- ۲-۱۳ مشخصات شایع در وسواس ۳۱
- ۲-۱۴ دیدگاه های سبب شناختی ۳۲
- ۲-۱۴-۱ عوامل زیستی ۳۲
- ۲-۱۵ مدل روان شناختی اختلال وسواس فکری-عملی ۳۹
- ۲-۱۵-۱ دیدگاه روان کاوی ۳۹

- ۲-۱۵-۲ مفهوم‌سازی رفتاری و سواس ۴۱
- ۲-۱۵-۳ دیدگاه رفتاری ۴۲
- ۲-۱۵-۴ مفهوم‌سازی شناختی و سواس ۴۵
- ۲-۱۵-۵ دیدگاه شناختی-رفتاری درباره‌ی اختلال و سواس فکری- عملی ۴۹
- ۲-۱۵-۵-۱ نظریه شناختی سالکوسکیس ۵۳
- ۲-۱۵-۵-۲ نظریه شناختی راچمن ۵۴
- ۲-۱۵-۵-۳ مدل‌های شناختی مبتنی بر ارزیابی ۵۶
- ۲-۱۵-۵-۴ شکل‌گیری گروه‌کاری در زمینه‌ی دریافت‌های شناختی در اختلال و سواس ۶۰
- ۲-۱۵-۵-۵ حیطه‌های باورهای مختص و سواس ۶۲
- ۲-۱۵-۶ مدل فراشناختی ۷۶
- ۲-۱۵-۶-۱ راهبردهای کنترل فکر و سواس ۸۱
- ۲-۱۵-۶-۲ مدل شناختی مبتنی بر استنتاج ۸۱
- ۲-۱۵-۷ سوگیری‌های پردازش اطلاعات در و سواس ۸۳
- ۲-۱۵-۸ مدل استکتی و بارلو ۸۳
- ۲-۱۶ مطالعات خارجی ۸۶
- ۲-۱۷ مطالعات داخلی ۹۱

فصل سوم: روش پژوهش

- ۳-۱ مقدمه ۹۴
- ۳-۲ روش پژوهش ۹۴
- ۳-۳ جامعه آماری ۹۴
- ۳-۴ حجم نمونه و روش نمونه‌گیری ۹۴
- ۳-۵ ابزار جمع‌آوری اطلاعات ۹۸
- ۳-۵-۱ پرسشنامه باورهای وسواسی نسخه کودک و نوجوان ۹۸
- ۳-۵-۲ پرسشنامه افسردگی کودکان (CDI) ۹۹
- ۳-۵-۳ پرسشنامه ییل-براون کودکان و نوجوانان (CY-BOCS) ۱۰۱
- ۳-۵-۴ مقیاس اضطراب آشکار کودکان (RCMAS) ۱۰۲
- ۳-۵-۵ پرسشنامه وسواس فکری - عملی مادسلی (MOCI) ۱۰۲
- ۳-۶ فرایند اجرای پژوهش ۱۰۳
- ۳-۷ روش تجزیه و تحلیل داده‌ها ۱۱۰

فصل چهارم: یافته‌های پژوهش

- ۴-۱ مقدمه ۱۱۲
- ۴-۲ آمار استنباطی ۱۱۲
- ۴-۲-۱ بررسی نرمال بودن نمرات پرسشنامه مورد استفاده در پژوهش ۱۱۲
- ۴-۲-۲ بررسی داده‌های پرت نمرات پرسشنامه‌های مورد استفاده در پژوهش ۱۱۳
- ۴-۲-۳ تحلیل سوال‌های پژوهش ۱۱۶

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

- ۵-۱ مقدمه ۱۴۱
- ۵-۲ بحث و نتیجه‌گیری ۱۴۹
- ۵-۳ جمع‌بندی نهایی ۱۴۸
- ۵-۴ محدودیت‌های پژوهش ۱۴۹
- ۵-۵ پیشنهادات ۱۵۰

فهرست منابع

- منابع فارسی ۱۵۲
- منابع انگلیسی ۱۵۷

پیوست‌ها

پیوست ۱: پرسشنامه باورهای وسواسی کودک و نوجوان (OBQ-CV)..... ۱۷۶

پیوست ۲: پرسشنامه افسردگی کودکان (CDI)..... ۱۸۰

پیوست ۳: مقیاس اضطراب آشکار کودکان (RCMAS)..... ۱۸۳

پیوست ۴: پرسشنامه وسواس فکری - عملی مادسلی (MOCI)..... ۱۸۵

فهرست جداول و نمودارها

عنوان
صفحه

جدول ۱-۳ توزیع فراوانی گروه نمونه عادی بر اساس جنسیت..... ۹۵

جدول ۲-۳ توزیع فراوانی گروه نمونه عادی بر اساس سن..... ۹۶

جدول ۳-۳ توزیع پراکندگی گروه نمونه عادی بر اساس سن..... ۹۶

جدول ۴-۳ توزیع فراوانی گروه نمونه بالینی بر اساس جنسیت..... ۹۷

جدول ۵-۳ توزیع فراوانی گروه نمونه بالینی بر اساس سن..... ۹۷

جدول ۶-۳ توزیع پراکندگی گروه نمونه بالینی بر اساس سن..... ۹۸

جدول ۷-۳ توزیع فراوانی گروه عادی بر اساس جنسیت..... ۱۰۴

جدول ۸-۳ توزیع فراوانی گروه عادی بر اساس سن..... ۱۰۴

- جدول ۹-۳ توزیع پراکندگی گروه عادی بر اساس سن..... ۱۰۵
- جدول ۱۰-۳ کفایت حجم نمونه و آزمون کرویت بارتلت..... ۱۰۵
- جدول ۱۱-۳ مقادیر ویژه ، درصد تبیین واریانس و درصد تجمعی بعد از چرخش اولیه..... ۱۰۶
- جدول ۱۲-۳ مقادیر ویژه ، درصد تبیین واریانس و درصد تجمعی بعد از چرخش نهایی..... ۱۰۹
- جدول ۱-۴: نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنیف برای بررسی نرمال بودن نمرات پرسشنامه باورهای
وسواسی..... ۱۱۲
- جدول ۲-۴ کفایت حجم نمونه و آزمون کروبارتلت..... ۱۱۶
- جدول ۳-۴ مقدار ویژه، درصد تبیین واریانس و درصد تجمعی ۴ عامل بعد از اولین چرخش..... ۱۱۷
- جدول ۴-۴ مقدار ویژه، درصد تبیین واریانس و درصد تجمعی عامل ها پس از چرخش نهایی..... ۱۲۰
- جدول ۵-۴ گویه ها و بارهای عاملی تشکیل دهنده پرسشنامه باورهای وسواسی نوجوانان در چهار
عامل به دست آمده بعد از چرخش..... ۱۲۲
- جدول ۶-۴ همبستگی بین پرسشنامه باورهای وسواسی ، پرسشنامه بیل-براون کودکان و نوجوانان و
پرسشنامه مادزلی..... ۱۲۵
- جدول ۷-۴ همبستگی بین پرسشنامه باورهای وسواسی ، پرسشنامه اضطراب آشکار کودکان و نوجوانان
و پرسشنامه افسردگی..... ۱۲۶
- جدول ۸-۴ آماره های توصیفی پرسشنامه باورهای وسواسی نوجوانان و خرده مقیاس های آن در دو گروه
بالینی و عادی..... ۱۲۸

- جدول ۹-۴ مقایسه تفاوت میانگین نمرات باورهای وسواسی در دو گروه بالینی و عادی..... ۱۲۹
- جدول ۱۰-۴ میانگین و انحراف استاندارد مقیاس کلی و عامل های OBQ-CV..... ۱۳۰
- جدول ۱۱-۴ مقادیر همبستگی کلی گویه ها و آلفای پرسشنامه باورهای وسواسی نوجوانان در صورت حذف گویه..... ۱۳۱
- جدول ۱۲-۴ ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه باورهای وسواسی و تعداد گویه ها..... ۱۳۲
- جدول ۱۳-۴ ضریب همبستگی نمرات کل آزمون و باز آزمون پرسشنامه باورهای وسواسی..... ۱۳۳
- جدول ۱۴-۴ ضریب همبستگی نمرات سوال های فرد و نمرات سوال های زوج پرسشنامه باورهای وسواسی..... ۱۳۴
- جدول ۱۵-۴ آماره های توصیفی نمونه در کل پرسشنامه و عامل ها بر اساس جنسیت..... ۱۳۵
- جدول ۱۶-۴ مقایسه تفاوت میانگین نمرات باورهای وسواسی با توجه به جنسیت..... ۱۳۶
- جدول ۱۷-۴ آماره توصیفی مربوط به میانگین گروه های سنی..... ۱۳۷
- جدول ۱۸-۴ آزمون باکس جهت بررسی همگنی کوواریانس ها..... ۱۳۸
- جدول ۱۹-۴ آزمون لون..... ۱۳۸
- جدول ۲۰-۴ آزمون چند متغیری..... ۱۳۸
- نمودار ۱-۲ دور معیوب در اختلال وسواسی - جبری..... ۱۶
- نمودار ۲-۲ چرخه معیوب وسواس فکری - وسواس عملی..... ۴۸
- نمودار ۳-۲ مدل شناختی - رفتاری مبتنی بر ارزیابی برای شکل گیری و تداوم مسائل وسواس..... ۵۹
- نمودار ۴-۲ - مدل فراشناختی اختلال وسواس فکری - عملی..... ۸۰

- نمودار ۲-۵- مدل سبب‌شناسی اختلال وسواس فکری-عملی..... ۸۵
- شکل ۱- ۴ نمودار هیستوگرام برای بررسی نرمال بودن نمرات باورهای وسواسی..... ۱۱۳
- شکل ۲- ۴ نمودار جعبه‌ای توکی برای بررسی داده‌های پرت پرسشنامه باورهای وسواسی..... ۱۱۳
- شکل ۳- ۴ نمودار جعبه‌ای توکی برای بررسی داده‌های پرت پرسشنامه افسردگی کودکان و نوجوانان..... ۱۱۴
- شکل ۴- ۴ نمودار جعبه‌ای توکی برای بررسی داده‌های پرت مقیاس اضطراب آشکار..... ۱۱۴
- شکل ۵- ۴ نمودار جعبه‌ای توکی برای بررسی داده‌های پرت مقیاس بیل-براون کودکان و نوجوانان..... ۱۱۵
- شکل ۶- ۴ نمودار جعبه‌ای توکی برای بررسی داده‌های پرت پرسشنامه وسواس مادزلی..... ۱۱۵

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی ساختارعاملی، روایی و پایایی نسخه ی ۴۴ گویه‌ای پرسشنامه باورهای وسواسی نسخه نوجوان (OBQ-CV) بود. بدین منظور نمونه‌ای به حجم ۳۲۴ نفر از میان دانش‌آموزان عادی شهر اصفهان و نمونه‌ای به حجم ۱۵ نفر از میان نوجوانان مبتلابه OCD با دامنه سنی ۱۷-۱۴ سال انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. تحلیل عاملی اکتشافی به روش مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس چهار عامل را برای پرسشنامه باورهای وسواسی نسخه نوجوان استخراج نمود که به ترتیب عبارت است از: اهمیت/کنترل افکار، کمال‌گرایی/یقین، مسئولیت‌پذیری، برآورد تهدید. به منظور بررسی روایی همزمان همبستگی پرسشنامه وسواس فکری-عملی مادزلی و مقیاس وسواس فکری-عملی ییل-براون (نسخه کودک و نوجوان) با پرسشنامه باورهای وسواسی نوجوان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج همبستگی بالا پرسشنامه وسواس فکری-عملی مادزلی با پرسشنامه OBQ-CV و همبستگی متوسط مقیاس ییل-براون با پرسشنامه باورهای وسواسی نوجوان را نشان داد. روایی واگرا نیز از طریق همبستگی پرسشنامه اضطراب آشکار کودکان و پرسشنامه افسردگی کودکان با پرسشنامه باورهای وسواسی نوجوان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان‌دهنده همبستگی متوسط بین پرسشنامه‌های اضطراب آشکار کودکان و افسردگی کودکان با پرسشنامه باورهای وسواسی OBQ-CV بود. هم‌چنین، ضریب اعتبار بازآزمایی در فاصله دو هفته برای کل پرسشنامه ۰/۶۷ و ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۱ به دست آمد. جهت بررسی تفاوت میانگین نمرات دو گروه دختر و پسر، از آزمون t مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات دختران و پسران تفاوت معناداری وجود ندارد. هم‌چنین، نتایج t جهت بررسی تفاوت میانگین نمرات دو گروه بالینی و غیربالینی نشان‌دهنده تفاوت معنادار بین دو گروه بود. در بررسی تفاوت بین میانگین نمرات گروه‌های سنی مختلف از تحلیل واریانس چند متغیر استفاده شد. نتایج به دست آمده بیانگر این نکته است که تفاوت معناداری در میانگین نمره‌های گروه‌های سنی مختلف وجود ندارد.

کلید واژه ها: ساختارعاملی، روایی، اعتبار، پرسشنامه باورهای وسواسی کودک و نوجوان.

فصل اول

کلیات پژوهش

۱-۱ مقدمه

اختلال وسواس فکری - عملی^۱ نشانگان عصبی - روان پزشکی پیچیده‌ای است که مشخصه اصلی آن افکار ناخواسته، تکراری و مزاحم (افکار وسواسی)^۲ و نیز رفتارهای تکراری و آزاردهنده و آیین‌مندی اعمال وسواسی است که به منظور اجتناب از اضطراب یا خثی نمودن افکار وسواسی صورت می‌گیرد (انجمن روان پزشکی آمریکا^۳، ۱۹۹۴). این رفتارها اگرچه لذت‌بخش نیستند، اما باعث کاهش ناراحتی فرد می‌گردند. بر اساس ملاک‌های تشخیصی، اعمال وسواسی به‌عنوان رفتارهای تکراری تعریف می‌شوند که در پاسخ به یک فکر وسواسی، یا مطابق با قواعد خشک معنی‌دار، با هدف جلوگیری یا کاهش پریشانی، جلوگیری از رویداد یا موقعیتی وحشتناک صورت می‌گیرند. با این وجود این رفتارها واقعا با رویدادی که فرد از آن پیش‌گیری می‌کند در ارتباط نیستند و یا این که به‌وضوح افراطی هستند (شفران، ۱۳۸۷).

هرچند در آغاز بیماری ممکن است مقاومت‌هایی در مقابل افکار وسواسی و اعمال اجباری وجود داشته‌باشد، ولی با پیشرفت بیماری، بیمار مدت زیادی از وقت روزانه خود را صرف اشتغال ذهنی با رفتارهای وسواسی خود نموده، تنش و ناراحتی، اتلاف وقت و اختلال در عملکرد اجتماعی را تجربه می‌نماید (مونتگمری و زوهر، ۱۳۸۲).

محتوای وسواس اغلب فرد-ویژه^۴ است و با رخدادها یا فعالیت‌هایی مرتبط است که برای بیمار کاملاً نامتناسب و یا بیگانه با خود تلقی می‌شود. وسواس غالباً منجر به مقاومت ذهنی بیمار می‌شود، اما کنترل آن دشوار است. بیمار معمولاً وسواس را ساخته‌ی ذهن خود می‌داند و اغلب آن را بی‌معنی می‌شناسد، اما

¹ - Obsessive-compulsive Disorder
² - Obsession
³ - American Psychiatric Association
⁴ - Idiosyncratic

بیش‌بیماران نسبت به بی‌معنی بودن وسواس بسیار متفاوت است (پاین و مک‌کلور^۱، ۲۰۰۵؛ کلارک^۲، ۲۰۰۴؛ رکتور^۳، ۲۰۰۱؛ کلارک، ۲۰۰۰).

تا چندی پیش وسواس را مشکل مربوط به بزرگسالی می‌دانستند و این موضوع که این بیماری می‌تواند کودکان را نیز مبتلا سازد، قابل تصور نبود. ولی مشاهدات دقیق نشان می‌دهند که اختلال وسواس فکری-عملی تقریباً به همان اندازه که در بزرگسالان شایع است، در کودکان و نوجوانان نیز شیوع دارد. البته باید توجه داشت که گاهی اوقات و در مراحل خاصی از زندگی کودکان و نوجوانان، افکار وسواسی یا آداب اجباری خفیف و گذرا، به عنوان رفتارهای طبیعی وابسته به رشد، دیده می‌شود که بیمارگونه نیست (معروفی، کیان‌وش، فرشیدنژاد و معروفی، ۱۳۹۰).

این اختلال در کودکان و نوجوانان، مشابه با اختلال وسواس فکری-عملی بزرگسالان در نظر گرفته شده و ملاک‌های تشخیصی این اختلال برای کودکان و بزرگسالان تقریباً یکسان است. وسواس در کودکان و نوجوانان، علی‌رغم داشتن سیری بسیار ناتوان‌کننده، همواره مورد بی‌توجهی قرار گرفته است. در واقع، ماهیت مرموز و پنهان این اختلال است که در تعامل با فرایند رشد، تابلویی پیچیده ترسیم کرده است که پی‌آمد آن بالطبع درمان دشوار این اختلال است (مظفری و عابدی، ۱۳۸۲).

۱-۲ بیان مسأله

وسواس بیماری مزمن و طولانی‌مدتی است که معمولاً از سنین کودکی و نوجوانی شروع و برای سال‌ها ادامه می‌یابد. منظور از افکار وسواسی، افکار یا تصورات یا تخیلات اضطراب‌زا، ناراحت‌کننده‌ای است که بدون تمایل فرد و به شکلی مکرر در ذهن او تکرار می‌گردد. از طرف دیگر اعمال اجباری مجموعه رفتارهایی است که معمولاً فرد مبتلا برای کاهش اضطراب به وجود آمده از افکار و تخیلات وسواسی انجام می‌دهد (معروفی و همکاران، ۱۳۹۰).

برطبق گزارش انجمن روان‌پزشکان آمریکا تقریباً از هر ۲۰۰ کودک و یا نوجوان، یک نفر دچار اختلال وسواس فکری عملی است (لطیفی و امیری، ۱۳۹۰). این اختلال به دلیل آن که توأم با درد، ناراحتی و یا بیماری جسمی خاصی نیست، معمولاً تا سنین نوجوانی و جوانی ناشناخته می‌ماند (لطیفی و

¹ - Pine & Mc Clure

² - Clark

³ - Rector

امیری، ۱۳۹۰). بسیاری از کودکان مراحل را می‌گذارند که همراه است با علائم و نشانه‌های دال بر وجود وسواس فکری و/یا عملی. رفتارهای وسواسی از قبیل لمس کردن مکرر اشیاء و تشریفات سرسختانه در هنگام رفتن به بستر، و افکار وسواس‌گونه درباره اشیاء، رویدادهای معمول و شایعی است و در عین حال این‌ها معمولاً پس از گذشت مدت زمان کوتاهی ناپدید می‌شوند (دسیلوا و راجمان، ۱۳۸۸). در کودکان و نوجوانانی که گرفتار این نوع اختلال هستند، خصوصیات اختلال کاملاً شبیه خصوصیات آن در بزرگسالان است (دسیلوا و راجمان، ۱۳۸۸). وسواس‌های رایج در کودکان و نوجوانان شامل ترس از آسیب‌رسیدن به خود یا کسی که دوستش دارند، کمال‌گرایی در همه امور (مثلاً اگر اشکالی در نوشتن متنی وجود داشته باشد، فرد به جای پاک کردن آن اشتباه، اقدام به دوباره‌نویسی کل متن می‌کند)، نگرانی برای از دست دادن چیزهای با ارزش، میل به منظم کردن و قرینه‌سازی چیزها، میل به تکرار بعضی کلمات یا اصوات به صورت غیرارادی، افکارجنسی مزاحم و تعصبات مذهبی شدید، می‌باشند (طهماسبی، ۱۳۸۸). لازم به ذکر است که اشکال خفیف این ناراحتی در کودکان و نوجوانان وجود دارد که شناسایی یا درمان نمی‌شوند. شیوع بیماری در بین والدینی که فرزندانشان مبتلا به این اختلال هستند به هیچ وجه بیشتر از والدین کودکان سالم نیست (دسیلوا و راجمان، ۱۳۸۸).

با توجه به میزان شیوع اختلال وسواس و سن شروع این بیماری که باعث درگیر شدن کودک و نوجوان، خانواده و مدرسه می‌شود، بررسی باورهایی که منجر به این اختلال می‌شوند و در تداوم آن نقش اساسی دارند از اهمیت زیادی برخوردار است.

بسیاری از نظریه‌پردازان مدل‌های وسواسی، عامل شناخت را یکی از عوامل اصلی در شکل‌گیری اختلال وسواس می‌دانند (تالیس^۱، ۱۹۹۵؛ سالکووسکیس^۲؛ فوآ و کوزاک^۳، به نقل از شمس و همکاران، ۱۳۸۵). با اصلاح باورها و ارزیابی‌های مربوط به این اختلال، می‌توان در جهت درمان آن گام برداشت (فریستون^۴، ریوم^۵ و لادوسر^۶، ۱۹۹۶؛ وان اوپن^۷، دهان^۸، وان بالکوم^۹، اسپینهون^{۱۰}، هوگدوین^{۱۱} و

-
- 1- Tallis
 - 2- Salkavskis
 - 3-Foa & Kozac
 - 4- Freeston
 - 5 Reaum
 - 6- Ladoucur
 - 7-Van Oppen
 - 8- De Haan
 - 9- Van Balkom
 - 10- Spinhoven
 - 11- Hoogduin

واندیک^۱، ۱۹۹۵؛ سوکمن^۲، پینارد^۳ و بوچمین^۴، ۱۹۹۴). نظریه‌های وسواس فکری- عملی به متغیر شناخت (مانند باورهای غیرمنطقی و یا استدلال و منطق نادرست) به‌عنوان عامل رشد و شکل‌گیری این اختلال و همین‌طور عامل مداخله درمانی نگاه می‌کنند (شمس و همکاران، ۱۳۸۳). تحقیقات بسیاری بیانگر این نکته هستند که ابعاد شناختی، به‌طورعام، و حوزه‌هایی از باورهای معین، به‌طور خاص، می‌توانند جزو ویژگی‌های شناختی بیماران OCD قلمداد شوند (شمس و همکاران، ۱۳۸۳). رویکردهای نظری که اهمیت ویژه‌ای در تحول راهبردهای شناختی رفتاری در درمان OCD دارند توسط سالکوسکیس، راچمن^۵ و گروه OCCWG^۶ توصیف شده‌اند. این رویکردها در تصریح آسیب‌شناسی خاص این اختلال به‌طور تجربی، نقش پررنگی داشته‌اند (ریسو^۷، تویت^۸، استین و یانگ^۹، ۱۳۹۰)

مطالعه سوکمن، پینارد و انگلزن^{۱۰} (۱۹۹۷) نشان داد که بسیاری از این حیثه‌ها می‌توانند مبتلایان به OCD را از افراد مبتلا به سایر اختلالات و نیز افراد بدون مشکل متمایز سازند. اگرچه، به نظر می‌رسد به لحاظ تئوریک برخی حیثه‌ها مانند احساس مسئولیت بیش از حد، اصلی‌تر از سایر حیثه‌ها مانند کمال‌گرایی تلقی شده‌اند و احتمالاً بهتر می‌توانند این اختلال را از سایر اختلالات متمایز سازند (کلارک و پوردون، ۱۹۹۳). همان‌گونه که سوکمن و همکاران (۱۹۹۴) اشاره کرده‌اند، امکان دارد حیثه‌های خاصی از باورها، در زیر گروه‌های به‌خصوصی از بیماران مبتلا به OCD، اهمیت خاصی داشته باشند. برای نمونه، سوکمن، پینارد و بک (۲۰۰۱) به این نتیجه رسیدند که بیماران وسواسی فقط در زمینه‌ی علامت‌های مشخصی، به ارزیابی احتمال خطر و تهدید می‌پردازند (تم آلودگی برای وسواس شست‌وشو، تم اشتباه برای وسواس واریسی) و متغیر مذکور در حوزه فکری علامت‌های دیگر وسواس دارای ماهیت بیماری‌زایی نیست. پژوهشی که به منظور سنجش باورهای هسته‌ای مرتبط با ادراک آسیب‌پذیری (مقیاس طرح‌واره آسیب‌پذیری) صورت پذیرفت، دریافت که افراد مبتلا به وسواس در مقایسه با افراد مبتلا به

1- Van Dyck

2-Sookman

3- Pinard

4-Beauchemin

5-Rachman

6- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group

7-Riso

8-du Toit

9-Young

10- Engelsman

دیگر اختلالات اضطرابی، افراد مبتلا به اختلالات خلقی و گروه کنترل غیر بیمار این باورها را بیشتر تصدیق می‌کنند (ریسو و همکاران، ۱۳۹۰).

محققان هر کدام مدل‌هایی را در این زمینه ارائه داده‌اند که هر یک بر عامل خاصی تأکید دارند اما نقطه مشترک همه آن‌ها این است که عوامل شناختی را هسته اصلی و زیربنایی OCD قلمداد نموده‌اند (شمس، کرم‌قدیری، اسماعیلی‌ترکانبوری، رحیمی‌نژاد و ابراهیم‌خانی، ۱۳۸۵). بر اساس نظریه ارزیابی ناکارآمد اولیه در ارتباط با افکار مزاحم و نوع نگاه و تجزیه و تحلیل فرد از افکار مزاحم، به ارزیابی ناکارآمد ثانویه یا همان مقابله‌ی ناکارآمد (مانند اجتناب یا اجبار) منجر می‌شود (شمس و همکاران، ۱۳۸۳).

برخی از محققان ابعاد شناختی و سواس را در حیطه قابلیت و توانایی فرد^۱، قطعیت و یقین^۲ و نیاز به اجتناب از انتقاد^۳ می‌بینند (مک‌فال^۴ و ولرشیم^۵، به نقل از شمس و همکاران ۱۳۸۳). آن‌ها تفکراتی مانند «من همیشه و در همه حال باید حواسم را برای مقابله با خطرهای احتمالی جمع کنم و آماده باشم» و «برای حل مسائل، همیشه یک راه حل کامل و قطعی وجود دارد که من حتماً باید به آن دست یابم» را در این نوع بیماران می‌بینند. محققانی مانند وارن و گوریدس^۶ (۱۹۹۱) حوزه‌های شناخت بیماران و سواسی را در میزان شدت باورهای آن‌ها در زمینه‌ی کمال‌گرایی^۷، قطعیت و یقین و عدم‌پذیرش انواع معینی از افکار افکار و تکانه‌ها عنوان نموده‌اند. در پی «سمینار جهانی درمان‌های رفتاری و شناختی^۸» که در جولای ۱۹۹۵ در دانمارک برگزار گردید و در آن، سمپوزیومی در زمینه‌ی باورهای مرتبط با OCD تشکیل شد، شرکت‌کنندگان در این جلسه، توافق کردند که در زمینه‌ی ایجاد و ارزیابی راه کارهای سنجش OCD به یک اقدام هماهنگ که شامل روش‌های گزارش شخصی و آزمایش باشد، دست‌بزنند. چنین شد که «گروه کاری در زمینه‌ی دریافت‌های شناختی در اختلال و سواس فکری-عملی (OCCWG، ۲۰۰۳) شکل گرفت.

1-Competence

2-Certainty

3-need to avoid criticism

4-McFall

5-Wollersheim

6-Zgourides

7-perfectionism

8- world congress of behavioral and cognitive therapies