

رابطه کارکردهای شناختی و نظریه ذهن در بیماران وسواس فکری-

عملی

نیلوفر میکاییلی^۱

پریسا آدینه^۲

تاریخ پذیرش: ۹۱/۹/۶

تاریخ وصول: ۹۱/۶/۴

چکیده

زمینه و هدف: نظریه ذهن عبارت است از توانایی نسبت دادن حالت‌های ذهنی یعنی نیت، احساسات، خواسته‌ها و باورها به خود و دیگران و درک این که حالات ذهنی دیگران متفاوت از حالات ذهنی خود فرد می‌باشد. تحقیق حاضر به بررسی ارتباط بین برخی کارکردهای شناختی و توانایی نظریه ذهن در بیماران وسواس فکری - عملی پرداخته است. روش: از میان بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی روان‌پزشکی و روانشناسی شهر اردبیل ۲۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شده و ۲۰ نفر از افراد عادی نیز با آنان هم‌تا شدند. گردآوری داده‌ها به کمک تکالیف مربوط به نظریه ذهن که شامل تکالیف دسته اول و دوم باور کاذب و تکلیف پیشرفته نظریه ذهن است و نیز آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین و آزمون یادگیری تداعی‌ها انجام شد. به منظور تحلیل داده‌ها روش‌های آماری T تست دو گروه مستقل و ضریب همبستگی پیرسون به کار رفت. یافته‌ها: عملکرد بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی در تمام تکالیف مربوط به نظریه ذهن ضعیف‌تر از گروه بهنجار بود، ولی تفاوت‌ها فقط در تکالیف پیشرفته نظریه ذهن معنادار بودند. همچنین رابطه معناداری بین نتایج تکالیف پیشرفته نظریه ذهن و نتایج آزمون یادگیری تداعی دیده شد در حالی که بین آزمون کارت‌های ویسکانسین و تکالیف پیشرفته نظریه ذهن رابطه معنی داری به دست نیامد. نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های به دست آمده، توانایی‌های اولیه نظریه ذهن بیماران مبتلا به

۱- استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی (نویسنده مسئول) nmikaeili@yahoo.com

۲- کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه محقق اردبیلی parisa_adineh@yahoo.com

وسواس فکری - عملی به طور کلی حفظ شده بود، در حالی که در توانایی‌های پیشرفته نظریه ذهن کاهش قابل توجهی به وجود آمده بود که به نظر می‌رسد به کاهش ظرفیت و توانایی حافظه این بیماران مربوط باشد. ارتباط محتمل بین حافظه و تئوری ذهن مختل شده، اهمیت بالینی نقص تئوری ذهن در بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی را نشان می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: نظریه ذهن، کارکردهای شناختی، اختلال وسواس فکری - عملی.

مقدمه

توانایی «نظریه ذهن»^۱ که ذهنی‌سازی^۲ (گالاگر^۳، ۲۰۰۳)، ذهن خوانی^۴ (وجلی^۵ و همکاران، ۲۰۰۱)، موضع هدفمندی^۶ (دنت^۷، ۱۹۸۷) و کشف عامل^۸ (بلیر^۹، ۲۰۰۱) نیز نامیده می‌شود به عنوان بازنمایی پیوسته وضعیت ذهنی خود و دیگران تعریف شده است و منظور از آن ظرفیت شناختی جهت بازنمایی حالات ذهنی خود و دیگران است (گالاگر، ۲۰۰۳). به عبارت دیگر توانایی درک این موضوع که دیگران واجد حالت‌های ذهنی هستند که می‌تواند متفاوت با حالت‌های ذهنی خود فرد یا واقعیت باشد و اینکه انسان به وسیله حالت‌های ذهنی درونی مانند باورها، امیال یا مقاصد برانگیخته می‌شود (لاکتر^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۰). نظریه ذهن برای درک اینکه چگونه افراد در یک موقعیت مشابه، به رغم داشتن تجربه مشابه، می‌توانند حالت‌های ذهنی متفاوت داشته باشند، ضروری است (داهلگرن^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۰). این توانایی به ما این امکان را می‌دهد که در اجتماع و در تعامل با دیگران همانند یک بازیگر شطرنج، اندیشه‌ها،

1. theory of mind
2. mentalising
3. Gallagher
4. mind reading
5. Vogely
6. intentional stance
7. Dennet
8. agency detection
9. Blair
10. Lackener
11. Dahlgren

باورها، گرایش‌ها و هدف‌های دیگران را در ذهن خویش بازنمایی کنیم و واکنش مناسب نشان دهیم (بارون و کوهن^۱، ۱۹۹۵). آگاهی از کارکردهای ذهنی خود و دیگران نیز به تبیین و پیش‌بینی رفتارهای دیگران کمک می‌کند (دروری^۲ و همکاران، ۱۹۹۸). نظریه ذهن پیش‌نیازی برای درک محیط اجتماعی و لازمه درگیری در محیط رقابت آمیز است (گریگوری^۳ و دیگران، ۲۰۰۲).

در آسیب شناختی روانی، بررسی نشانه‌های رفتاری کودکان دارای اختلال اوتیسم، اولین زمینه علاقه به بررسی نظریه ذهن می‌باشد (بارون، کوهن و دیگران، ۱۹۸۵). در طول دهه‌های گذشته نقص‌های مختلف نظریه ذهن در بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی و نوروسیکولوژی از قبیل آسیب آمیگدال (فاین^۴ و همکاران، ۲۰۰۱)، زوال عقل تامپورال جلویی (گریگوری و دیگران، ۲۰۰۲)، اسکیزوفرنیا (برونه^۵، ۲۰۰۵؛ هرینگتون^۶ و دیگران، ۲۰۰۵)، اختلال خلقی دو قطبی (بورا^۷ و همکاران، ۲۰۰۵) و اختلالات شخصیت (بلیر، ۲۰۰۳؛ فوناجی و بتمن^۸، ۲۰۰۶) بررسی شده است. علاوه بر این، تلاش‌هایی برای توضیح و شرح ویژگی‌های بالینی این اختلالات همراه با آسیب نظریه ذهن انجام شده است. به طور مثال فقدان توانایی برای بیان و نشان دادن حالات ذهنی اغلب به بیماران اوتیستیک مربوط می‌باشد در حالی که فقدان توانایی برای به کار بردن حالات ذهنی اغلب به افرادی که دارای سندرم آسپرگر و اختلال اسکیزوفرنی با علائم منفی هستند، نسبت داده می‌شود. همچنین علائم مثبت اسکیزوفرنی از قبیل هذیان می‌تواند از انتساب بیش از حد حالات ذهنی ایجاد شود. داده‌های چندانی از توانایی نظریه ذهن بیماران اضطرابی در دست نیست (آبو-آکل^۹، ۲۰۰۳).

-
1. Baron-Cohen
 2. Drury
 3. Gregory
 4. Fine
 5. Brune
 6. Harrington
 7. Bora
 8. Fonagy, Beteman
 9. Abu-Akel

بررسی نظریه ذهن در بیماران وسواسی از چند جهت دارای اهمیت است. نقص‌های شناختی که در بیماران وسواسی دیده می‌شود، ممکن است مربوط به توانایی‌های نظریه ذهن آنان باشد. کژکاری در کارکردهای اجرایی و اختلال در حافظه غیر کلامی مکرراً نقص‌های شناختی بیماران وسواسی را نشان داده است (هپه^۱، ۱۹۹۴؛ کوئلز^۲ و دیگران، ۲۰۰۴). مطالعات مختلفی که به بررسی کارکردهای اجرایی (از قبیل سازمان دهی راهبردی پاسخ‌های پیچیده، یا توانایی سازش با محرک‌های تازه) پرداخته‌اند، نقص‌هایی را بر روی تکالیف بازداری پاسخ و یادگیری کوشش و خطا گزارش نموده‌اند (پنادز^۳ و همکاران، ۱۹۹۹؛ اشمیت^۴ و همکاران، ۱۹۹۸؛ تین^۵ و همکاران، ۱۹۹۲؛ ویاله^۶ و همکاران، ۱۹۹۶). همچنین شناخت‌هایی که در بیماران وسواسی وجود دارد، بهترین مشخصه شکست در بازداری یا تغییر توجه از افکار یا فعالیت حرکتی در حال پیشرفت به سوی شناخت‌های بیشتر خوشایند و کمتر آزارنده می‌باشد (چمبرلین^۷ و دیگران، ۲۰۰۵). دیگر آنکه گرایش‌های شناختی مرتبط با اضطراب بیماران وسواسی، شباهتی با دیگر اختلالات اضطرابی ندارد (سامرفلد و ایندلر^۸، ۱۹۹۸) و بیماران وسواسی با عقاید بیش‌بها داده شده ممکن است، خصیصه‌هایی شبیه به بیماران اسکیزوفرن در کژکاری‌های شناختی داشته باشند (کیتیس^۹ و دیگران، ۲۰۰۷). مطالعات تحولی بیان کرده‌اند که رشد کارکردهای اجرایی مهم‌تر از توانایی برای فهم باورهای کاذب و توانایی برای بیان آن فهم می‌باشد (گوکان^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۶). کارکردهای اجرایی مهارت‌های شناختی مهمی هستند که توانایی‌های نظریه ذهن را مورد حمایت قرار می‌دهند. نتایج قبلی نشان داده‌اند، زمانی

-
1. Happe
 2. Kuelz
 3. Penades
 4. Schmidtke
 5. Tien
 6. Veale
 7. Chamberlain
 8. Summerfeldt-Enddler
 9. Kitis
 10. Goukan

که درک و فهم به مرحله‌ای برسد که ادراک چندگانه دانش خود بازداری شده و باورهای مربوط به فعالیت یا هیجان بعدی را در بر بگیرد، فرایندهای اجرایی در تکالیف نظریه ذهن، فراخوانده می‌شوند (بول^۱ و دیگران، ۲۰۰۸). مهارت‌های بازداری به طور خاص برای توانایی نظریه ذهن در سطح فرایند انتخاب پاسخ مخصوصاً در رابطه با فهم باور کاذب مهم می‌باشند (لسلی^۲ و دیگران، ۲۰۰۴).

از سوی دیگر فرایندهای آسیب شناختی استدلال که در بیماران مبتلا به وسواس دیده می‌شود، به نقص در توانایی نظریه ذهن آنها مربوط می‌باشد. مدل رفتاری - شناختی که به وسیله سالکوویس^۳ (۱۹۹۹) ارائه شده، بیان می‌کند که تفاوت اصلی بین شناخت ناخوانده نرمال با شناخت ناخوانده اجباری برخاسته از رخداد یا قابلیت کنترل نفوذشان نیست، بلکه تفسیری که بیماران وسواسی از رخداد یا محتوای نفوذ دارند، در این رابطه مهم می‌باشد.

گرایش به انعکاس زیاد فرایندهای شناختی در یک فرد ممکن است احتمال ارزیابی منفی از افکار ناخوانده، بیش اهمیت دهی باورهای فکری و توسعه اختلال وسواس فکری - عملی را افزایش دهد (ژانک^۴ و همکاران، ۲۰۰۳). شواهد تجربی زیادی وجود دارد که از اهمیت ارزیابی منفی افکار ناخوانده که تحت عنوان کلی «فراشناخت»^۵ نامیده می‌شوند، در بیماران وسواس فکری - عملی حمایت می‌کند. از جمله «همجوشی فکر - عمل»^۶ به معنای اعتقاد به اینکه افکار بر حوادث تأثیر می‌گذارند و یا اغلب فکر معادل عمل می‌باشد (شفران^۷ و همکاران، ۲۰۰۴)، «قابلیت کنترل پذیری افکار» یعنی نیاز به داشتن کنترل زیاد بر فعالیت‌های روانی (پوردون^۸، ۱۹۹۴) و «نقص خودتنظیمی کارکردهای اجرایی» به معنای اینکه فرد به

-
1. Bull
 2. Leslie
 3. Salkovskis
 4. Janeck
 5. meta-cognition
 6. thought-action fusion
 7. Shafran
 8. Purdon

منظور تعدیل تجربیات هیجانی و رفتاری، تلاش‌هایی را در جهت جایگزین کردن تجارب درونی به جای تجارب عینی بیرونی انجام می‌دهد (ولز، ماتیوز^۱، ۱۹۹۶). اصطلاح فراشناخت معادل با نظریه ذهن می‌باشد (آلن^۲، فونجی، ۲۰۰۷). این باورهای معیوب در مورد افکار خود ممکن است ویژگی‌های مشترکی با توانایی‌های نظریه ذهن داشته باشد که یکی از اصلی‌ترین نقاط تمرکز درمان رفتاردرمانی - شناختی در بیماران وسواس فکری- عملی است. درک بهتر ارتباط بین توانایی‌های نظریه ذهن پیشرفته و فراشناخت، نقش مهمی در بازسازی تکنیک‌های شناختی برای بیماران وسواس ایفا می‌کند. پژوهش حاضر به بررسی توانایی نظریه ذهن و رابطه آن با برخی کارکردهای شناختی در بیماران دارای اختلال وسواس فکری- عملی می‌پردازد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع پس رویدادی (علی- مقایسه‌ای) است. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی روان‌پزشکی و روان‌شناسی شهر اردبیل می‌باشد که توسط روان‌پزشک یا روان‌شناس مسئول مرکز درمانی اختلال وسواس فکری - عملی آنان تأیید شده بود. به منظور انتخاب نمونه از بین بیماران واجد شرایط ۲۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس و براساس مصاحبه ساختاریافته منطبق بر متن بازنگری شده ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) انتخاب شدند. شرایط ورود به مطالعه برای همه آزمودنی‌ها به شرح زیر بود: سن ۱۸ تا ۵۰ سال، هر دو جنس، عدم اعتیاد، گذشت حداقل یک سال از اختلال. از بین همراهان بیماران ۲۰ نفر که از لحاظ سن، جنس و تحصیلات با بیماران همتا شده بودند، به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شدند.

1. Wells, Matthews
2. Allen

ابزار پژوهش

ابزار پژوهش عبارت بود از:

آزمون باور نادرست دسته اول و دوم^۱

برای ارزیابی باور نادرست دسته اول و دوم، ۲ آزمایه باور نادرست دسته اول و ۲ آزمایه باور نادرست دسته دوم به کار برده می‌شود. در آزمایه باور نادرست اول، درک آزمودنی از باورهای یک شخصیت داستانی درباره جهان (الف فکر می‌کند که توپ در سبد است)، و در تکالیف باور نادرست دسته دوم، درک آزمودنی از باورهای یک شخصیت داستانی درباره‌ی باورهای یک شخصیت داستانی دیگر (الف فکر می‌کند که ب فکر می‌کند که ... سنجیده می‌شود (دروری و دیگران، ۱۹۹۸) آزمایه باور نادرست دسته اول شامل داستان‌های سالی و آن (بارون-کوهن، ۱۹۸۵) و داستان سیگار (پیک آپ و فریت^۲، ۲۰۰۱) و آزمایه باور نادرست دسته دوم شامل داستان ماشین بستنی (بارون-کوهن، ۱۹۸۹) و داستان دزد (هاپه، ۱۹۹۴) بودند. در پایان هر داستان دو پرسش آمده بود که از آزمودنی خواسته می‌شد به آنها پاسخ دهد. پرسش اول مربوط به سنجش توانایی نظریه ذهن و پرسش دوم (پرسش کنترل) مربوط به درک آزمودنی از روند داستان بود. برای پاسخ صحیح به هر دو پرسش نمره‌ی ۲ (که نشانه توانایی نظریه ذهن است)، برای پاسخ نادرست یا پاسخ ندادن به پرسش اول، اما پاسخ درست به پرسش دوم نمره ۱ (که نشانه ناتوانی نظریه ذهن به رغم درک داستان است) و برای پاسخ نادرست به پرسش دوم (حتی اگر پاسخ اول درست باشد) نمره صفر (که نشانه عدم درک داستان است) داده شد. در پژوهشی مقدماتی، ضریب پایایی آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای آزمون باور نادرست دسته اول ۰/۸۰ و برای آزمون باور نادرست دسته دوم ۰/۷۲ به دست آمد. ضریب پایایی با استفاده از روش باز آزمایی برای آزمون باور نادرست دسته اول و دوم به ترتیب ۰/۹۶ و ۰/۹۶ گزارش شده است (بارون-کوهن، ۱۹۸۹).

1. first and second order false beliefs

2. Pickup, Frith

آزمون پیشرفته نظریه ذهن^۱

برای ارزیابی توانایی نظریه ذهن پیشرفته مورد استفاده قرار می‌گیرد و شامل ۶ داستان از موقعیت‌هایی است که افراد در مورد آن چیزهایی می‌گویند که واقعاً به آن معنایی که بیان می‌کنند، نیست. این تکالیف نیازمند به نظریه ذهن دسته سوم (او می‌داند که آنها فکر می‌کنند او دروغ می‌گوید) است. برای هر پاسخ درست نمره ۱ داده می‌شود و در صورت پاسخ نادرست، نمره صفر داده می‌شود. در پژوهشی مقدماتی، ضریب پایایی آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۹۴ به دست آمد (بارون-کوهن، ۲۰۰۰).

آزمون تداعی زوجی کلامی^۲

یکی از آزمون‌های فرم تجدید نظر شده مقیاس حافظه و کسلر است و شامل ۱۰ جفت واژه متداعی است و آزمودنی لازم است در سه کوشش آنها را یاد بگیرد. بعد از خواندن فهرست این واژه‌ها، آزمونگر کلمه اول هر زوج را می‌گوید و آزمودنی بایستی کلمه دوم را به یاد بیاورد. ضریب پایایی این آزمون، بین ۰/۹۰ - ۰/۷۰ گزارش شده است (وکسلر، ۱۹۹۷). پایایی این آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ در نمونه ایرانی نیز در مطالعه براهنی و همکاران (۱۳۶۷) برابر با ۰/۸۲ و در مطالعه صرامی (۱۳۸۲) برابر با ۰/۸۵ گزارش شده است.

آزمون دسته بندی کارت‌های ویسکانسین

این آزمون متداول‌ترین آزمون برای ارزیابی کارکردهای اجرایی به شمار می‌رود. کارت‌های ویسکانسین به کوشش گرانت و برگ در سال ۱۹۴۸ تدوین و برای رفتار انتزاعی، تغییر مجموعه و عملکردهای اجرایی تهیه گردید (فالگتر و استریک، ۱۹۹۸). به آزمودنی دسته‌ای از ۶۴ کارت ارائه می‌شود که بر روی آنها یک الی چهار نماد به صورت مثلث قرمز، ستاره سبز،

1. Wisconsin card sorting

2. Fallgatter & Strik

صلیب زرد و دایره آبی نقش بسته است و هیچ دو کارتی شبیه به هم یا تکراری نیستند، وظیفه آزمودنی این است که براساس استنباط الگوی مورد استفاده آزمایشنده نسبت به جایگذاری کارت‌ها اقدام نماید. این الگو عبارت است از یک مثلث قرمز، دو ستاره سبز، سه صلیب زرد و چهار دایره آبی. اصل دسته‌بندی و جایگذاری کارت به ترتیب رنگ، شکل و تعداد نمادها می‌باشد که آزمونگر بدون اطلاع آزمودنی در نظر می‌گیرد. وقتی آزمودنی بتواند ده کارت را به طور متوالی براساس رنگ دسته‌بندی کند، آزمونگر ملاک را تغییر می‌دهد و آزمودنی باید این تغییر را با توجه به گفته «درست است» و «درست نیست» آزمایشنده متوجه شود و اصل جدید را پیدا کند. آزمون تا آنجا ادامه می‌یابد که آزمودنی جایگزینی ده کارت را برای شش مرتبه انجام دهد یا به طور خودبه‌خودی اصل زیربنای مذکور را گزارش دهد مثلاً بگوید «شما مرتباً اصل را تغییر می‌دهید». به طور معمول بعد از این که ۳۰ الی ۴۰ کارت به طور اشتباه جایگذاری شده باشد و به نظر برسد که آزمودنی رغبتی برای درک و فهمیدن تکلیف ندارد، آزمون متوقف می‌شود (لزاک^۱، ۱۹۹۵). آزمون دسته‌بندی کارت و یسکانسین را می‌توان به چندین روش نمره داد. رایج‌ترین شیوه نمره‌گذاری، ثبت تعداد طبقات به دست آمده و خطای درجاماندگی می‌باشد. طبقات به دست آمده به تعداد دوره‌های صحیح یا به عبارت دیگر به جایگذاری صحیح متوالی اطلاق می‌شود که این تعداد در دامنه‌ای از صفر تا شش که در این حالت آزمون به طور طبیعی متوقف می‌شود، قرار می‌گیرد. مواقعی که آزمودنی بر طبق اصل موفقیت‌آمیز قبلی دسته‌بندی را ادامه می‌دهد و همچنین زمانی که در اولین سری، در دسته‌بندی براساس یک حدس غلط اولیه پافشاری می‌کند، خطای درجاماندگی وجود دارد. خطای درجاماندگی برای مستند کردن مشکلات در زمینه شکل‌گیری مفاهیم، سود بردن از تصحیح و انعطاف‌پذیری ادراکی مفید و قابل استفاده است. خطاهای خاص شامل خطاهای دیگر غیر از خطاهای درجاماندگی است. اعتبار این آزمون برای سنجش نقایص شناختی به دنبال آسیب‌های

مغزی در پژوهش لزاک (۲۰۰۴) بیش از ۰/۸۶ و پایایی آن در پژوهش اسپرین و استراوس^۱ (۱۹۹۱؛ به نقل از دل آذر، ۱۳۸۶)، بر اساس ضریب توافق ارزیابان، ۰/۸۳ گزارش شده است. نادری (۱۳۷۳) با استفاده از روش باز آزمایشی، پایایی این آزمون را در جمعیت ایرانی ۰/۸۵ اعلام کرده است.

شیوه اجرا

بعد از گرفتن مجوز و هماهنگی با مراکز بیمارستانی و کلینیکی شهر اردبیل و انتخاب آزمودنی‌ها آنها را از اهداف تحقیق آگاه کرده و توضیحات لازم ارائه شد. سپس تکالیف نظریه ذهن، آزمون تداعی زوجی کلامی و آزمون دسته بندی کارت‌های ویسکانسین به صورت انفرادی بر روی آنان اجرا شد. در نهایت اطلاعات جمع آوری شده، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. اطلاعات به دست آمده به وسیله نرم افزار spss.16.0 تحلیل شد. برای تعیین معنادار بودن تفاوت متغیرها از نظر آماری در دو گروه، از آزمون t و برای پی بردن به همبستگی میان هر آزمون در گروه و سواس فکری- عملی، از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. از نظر آماری، میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار تلقی گردید.

یافته‌ها

جدول ۱، برخی خصوصیات جمعیت شناختی نمونه‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۱. توزیع فراوانی و درصد آزمودنی‌ها از لحاظ جنسیت، تحصیلات، وضعیت تأهل و سن به

تفکیک گروه (تعداد=۴۰)

متغیرها	وسواسی - جبری تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)
جنسیت		
مرد	(۵۵)۱۱	(۴۰)۸
زن	(۴۵)۹	(۶۰)۱۲
تحصیلات		
زیر دیپلم	(۳۵)۷	(۲۰)۴
دیپلم	(۵۰)۱۰	(۵۵)۱۱
دانشگاهی	(۱۵)۳	(۲۵)۵
وضعیت تأهل		
مجرد	(۵۵)۱۱	(۴۵)۹
متأهل	(۳۵)۷	(۵۵)۱۱
مطلقه	(۱۰)۲	(۰)۰
سن		
۲۰-۳۰	(۶۰)۱۲	(۴۰)۸
۳۱-۴۰	(۴۰)۸	(۴۰)۸
۴۱-۵۰	(۰)۰	(۲۰)۴

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد در دو گروه در تکالیف نظریه ذهن و آزمون‌های

نوروپسیکولوژی

گروه کنترل		گروه وسواس		
میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
۰/۳۵۰	۰/۵۱	۱/۵۰	۰/۴۸	باور نادرست دسته اول
۰/۲۸۱	۰/۴۱	۱/۴۵	۰/۶۳	باور نادرست دسته دوم
۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱/۴۵	۰/۴۱	تکلیف پیشرفته نظریه ذهن
۰/۰۰۱	۳/۱۸	۱۰/۹۵	۲/۲۸	تداعی زوجی کلامی
۰/۱۰۹	۱/۵۳	۵/۱۵	۱/۳۵	تعداد طبقات
۰/۰۸۴	۲/۳۷	۱۷/۴۰	۲/۴۴	خطای درجاماندگی
۰/۲۶۱	۳/۴۴	۲۰/۵۰	۳/۴۹	خطای خاص

نتایج عملکرد دو گروه در تکالیف مربوط به نظریه ذهن، آزمون تداعی زوجی کلامی و آزمون کارت‌های ویسکانسین در جدول ۲ آمده است. همانگونه که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، عملکرد بیماران مبتلا به وسواس فکری- عملی در تمام تکالیف نظریه ذهن ضعیف‌تر از گروه کنترل بود، ولی نتایج فقط در تکلیف پیشرفته نظریه ذهن از لحاظ آماری معنادار بود ($t=۳/۷۹۷, df=۳۸, p=۰/۰۰۰$). در آزمون تداعی زوجی کلامی نیز عملکرد بیماران وسواس فکری- عملی به طور معناداری ضعیف‌تر از گروه کنترل بود ($t=-۲/۲۸۲, df=۳۸, p=۰/۰۲۸$). همچنین عملکرد بیماران وسواس فکری- عملی در آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین نشان می‌دهد که نسبت به گروه کنترل تعداد طبقات کمتر و خطاهای بیشتری داشتند ولی تفاوت معناداری با گروه کنترل نداشتند.

جدول ۳. همبستگی بین تکالیف نظریه ذهن با حافظه و کارکردهای اجرایی در بیماران

تکلیف پیشرفته نظریه ذهن	باور کاذب دسته دوم	باور کاذب دسته اول	
*۰/۵۱۷	۰/۰۲۷	۰/۲۴۶	تداعی زوجی کلامی
۰/۲۲۷	۰/۲۴۴	۰/۲۵۴	تعداد طبقات
-۰/۲۱۴	-۰/۰۵۹	-۰/۱۴۳	خطای درجاماندگی
-۰/۲۴۸	-۰/۰۸۸	-۰/۲۲۱	خطای خاص

*در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی دار است

جدول ۳، نتایج همبستگی میان نمرات تکالیف نظریه ذهن و آزمون تداعی زوجی کلامی و آزمون کارت‌های ویسکانسین را در بیماران مبتلا به وسواس فکری- عملی نشان می‌دهد. همانطور که ملاحظه می‌شود، همبستگی مثبت معنی دار بین تکلیف پیشرفته نظریه ذهن و آزمون تداعی کلامی دیده می‌شود ($r=۰/۵۱۷, n=۲۰, p<۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش ارزیابی نظریه ذهن و بررسی رابطه بین کارکردهای شناختی و توانایی نظریه ذهن در بیماران مبتلا به وسواس فکری- عملی بود، در رابطه با ارزیابی توانایی نظریه ذهن در بیماران وسواس فکری - عملی، نتایج نشان داد که بیماران وسواس فکری - عملی در آزمون باور نادرست دسته اول و دوم و آزمون پیشرفته نظریه ذهن ضعیف‌تر از گروه کنترل بودند ولی فقط در آزمون پیشرفته نظریه ذهن تفاوت معناداری با گروه کنترل داشتند که به معنای آن است توانایی‌های اساسی نظریه ذهن که شامل درک آزمودنی از باورهای یک شخصیت درباره جهان و درک آزمودنی از باورهای یک شخصیت درباره باورهای یک شخصیت دیگر است، در نمونه بیماران وسواسی به طور کلی حفظ شده بود، در حالی که کاهش معناداری در توانایی‌های پیشرفته نظریه ذهن آنها دیده شد که شامل درک آزمودنی از موقعیت‌هایی که افراد در مورد آن چیزهایی می‌گویند که واقعاً به آن معنایی که بیان می‌کنند نیست. این یافته

ممکن است در فهم این که چطور افکار مزاحم تبدیل به وسواس فکری می شوند، نقش داشته باشد و با برخی از پژوهش‌ها همسو است (ساین^۱ و دیگران، ۲۰۱۰).

در طول دهه‌های گذشته مطالعات زیادی به بررسی توانایی نظریه ذهن بیماران اسکیزوفرن پرداخته‌اند (بورا، پانتلیس^۲، ۲۰۰۹). در یک مطالعه، باورهای فراشناختی در توهمات مربوط به بیماران اسکیزوفرن منطبق با بیماران وسواسی بود. در هر دوی آنها افکار به صورت غیرقابل کنترل و خطرناک (باورهای منفی در مورد افکار غیر قابل کنترل و خطرناک) بودند و این افکار تأثیر مستقیمی بر دنیای بیرونی فرد می گذاشتند (عقاید مسئولیت‌پذیری و خرافه در ارتباط با افکار خود شخص که به صورت همجوشی فکر- عمل است) (گاراسیا مونترز^۳ و همکاران، ۲۰۰۷). به طور مثال، اگر فرض کنیم شخصی یک فکر ناخوانده در مورد «ظرفیت و توانایی برای صدمه زدن به اطرافیان» دارد، اگر این شخص توانایی نظریه ذهن سالمی داشته باشد، احتمالاً می فهمد که این تفکر خودش است و چیزی بیش از یک فکر نیست. اگر مبتلا به اسکیزوفرنی باشد، از آنجایی که توانایی نظریه ذهن در او مختل شده است، ممکن است نتواند این تمایز را که اینها افکار خودش هستند، قائل شود (نقص دسته اول نظریه ذهن) و همچنین یک تصور معیوب در مورد حالت‌های روانی افراد دیگر «ممکن است دیگران به او صدمه بزنند» دارد (نقص دسته دوم نظریه ذهن). اگر این شخص دچار وسواس فکری - عملی باشد، احتمالاً همانطور که در پژوهش حاضر مشاهده می شود، در توانایی‌های پیشرفته نظریه ذهن، دچار اختلال خواهد بود. او می داند که اینها افکار خودش است (نظریه ذهن سالم دسته اول) و هیچ ربطی به حالت‌های روانی افراد دیگر ندارد (نظریه ذهن سالم دسته دوم)، اما ممکن است اهمیت / معنا این افکار را اشتباه تعبیر کند و در نهایت به این نتیجه برسد که «اگر من چنین افکاری دارم به این معنا است که ممکن است این افکار را به عمل تبدیل کنم و به افراد اطرافم

1. Sayin
2. Pantelis
3. Montez

صدمه بزنم». بنابراین در وقوع نقص در نظریه ذهن، یک فکر مزاحم ممکن است تبدیل به عمل شود.

در زمینه رابطه بین تکالیف نظریه ذهن و کارکردهای شناختی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین نقص‌های موجود در توانایی‌های پیشرفته نظریه ذهن بیماران وسواسی، با عملکردشان بر روی آزمون تداعی زوجی کلامی که یکی از آزمون‌های ارزیابی حافظه می‌باشد، همبستگی وجود دارد. کارکردهای حافظه در بیماران وسواسی، در مطالعات زیادی مورد بررسی قرار گرفته است (بول و همکاران، ۲۰۰۸؛ گوکان و همکاران، ۲۰۰۶؛ منجلبرگ^۱ و همکاران، ۲۰۰۳). مطالعات اولیه این فرض را که اختلال حافظه موجود در بیماران وسواسی دلیلی برای واری مفرط در این بیماران است را اثبات کرده‌اند، در حالی که در پژوهش‌های اخیر بیان شده که مشکلات حافظه نسبت به نقص اجرایی استراتژی‌های سازمان‌دهی در طول رمزگذاری، ثانویه می‌باشد (الی^۲ و دیگران، ۲۰۰۷). علاوه‌براین بیان شده که بیماران وسواسی به حافظه‌شان بی‌اعتماد شده و تشریفات واری را فقط هنگامی که مسئولیت زیادی را احساس می‌کنند، اتخاذ می‌کنند (موریتز^۳ و دیگران، ۲۰۰۶).

نکته با اهمیت کاربردی براساس نتایج پژوهش حاضر مبنی بر کژکاری بیماران وسواس فکری- عملی در توانایی‌های پیشرفته نظریه ذهن، به پیشبرد تکنیک‌های شناخته شده و سودمند رفتاری- شناختی که در درمان این بیماران مورد استفاده قرار می‌گیرد، مربوط می‌باشد. در اینجا به ویژه استفاده از ذهنی‌سازی می‌تواند مؤثر باشد. ذهنی‌سازی هر چند که گاهی با نظریه ذهن مترادف قرار می‌گیرد، ولی دارای طیف وسیع‌تری از توانایی‌های شناختی و هیجانی نسبت به نظریه ذهن است. ذهنی‌سازی حیطه‌های همپوش چندگانه‌ای از نظریه‌های دیگر از قبیل نظریه دلبستگی و روان‌تحلیلی را در بر می‌گیرد (آلن، فوناجی، ۲۰۰۷). آنچه به عنوان درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی می‌باشد توسط بتامن و فوناجی رشد یافته و به عنوان مدلی از روان‌درمانی برای

1. Mengelberg
2. Olley
3. Moritz

اختلالات شخصیت مرزی مورد استفاده قرار می‌گیرد (فوناجی، بتامن، ۲۰۰۶). بارون - کوهن، ذهنی سازی را به دو جزء تقسیم کرده‌اند: یک جزء شناختی (نظریه ذهن) و جزء دیگر همدلی (توانایی درک احساسات دیگران و ارتباط بین باورها، احساسات، خواسته‌ها و رفتار). یک فرد موفق در ذهنی سازی کسی است که نه تنها تکالیف شناختی ذهنی سازی (مانند تکلیف باور کاذب) را در اختیار دارد بلکه ارتباط بین افکار و تاثیر افکار بر روی احساسات و تمایلات را مدیریت می‌کند. پس می‌توان گفت که بیشتر تکالیف پیشرفته نظریه ذهن، نیازمند مقداری توانایی ذهنی سازی است. یعنی فقط درک افکار خود فرد کافی نیست و ارتباط بین افکار و احساسات برای به دست آوردن یک تصور از یک رویداد لازم است. با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت که بیماران وسواس فکری- عملی احتمالاً دارای توانایی نظریه ذهن سالمی بوده، اما مشکلاتی در زمینه ذهنی سازی دارند. چنین فرضی ممکن است در جهت دادن به فعالیت‌های بالینی برای درمان بیماران مبتلا به وسواس فکری- عملی نقش داشته باشد. پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی است که در نتیجه‌گیری و تعمیم یافته‌ها باید آنها را مدنظر داشت. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به حجم کم نمونه، تصادفی نبودن نمونه‌گیری اشاره کرد. به علاوه، لحاظ نکردن متغیرهایی مانند شدت و مدت بیماری، مصرف دارو و هوش بیماران مبتلا به وسواس فکری- عملی می‌تواند بر روی نتایج اثر گذاشته باشد. بررسی سایر متغیرهای مربوط با نظریه ذهن و همچنین انجام پژوهش بر روی سایر گروه‌های بالینی می‌تواند به فهم بهتر موضوع کمک نماید.

منابع فارسی

- صرّامی، غ. (۱۳۸۲). هنجاریابی آزمون حافظه وکسلر بر روی جمعیت ساکن در شهر تهران. مجله تربیت. شماره دوم.
- نادری، ن؛ عشایری، ح و یاسمی، م. (۱۳۷۳). بررسی پردازش اطلاعات و برخی از عملکردهای نوروپسیکولوژی مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. انستیتو روان‌پزشکی تهران.

منابع لاتین

- Abu-Akel, A. (2003). A neurobiological mapping of theory of mind. *Brain Res Rev*, 43, 29–40.
- Allen, J.G. & Fonagy, P.(2007). Hanbook of Mentalization-Baseed Treatment. *John Wiley & Sons Ltd: Chichester*.
- Baron-Cohen, S. (1989). The autistic child's theory of mind: A case of specific developmental delay. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 285–297.
- Baron-Cohen, S.(2000). The Essential Difference: The Truth about the Male and Female Brain. *New York: Basic Books*.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a theory of mind? *Cognition*, 21, 37–46.
- Blair, R.J.R.(2003). Neurobiological basis of psychopathology. *Br J Psychiatry*, 182, 5–7.
- Bora, E., Vahip, S., Gonul, S., Akdeniz, F., Alkan, M., Ogut, M., & Eryavuz, A. (2005). Evidence for theory of mind deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 112, 110–6.
- Bora, E., Yucel, M. & Pantelis, C.(2009). Theory of mind impairments in schizophrenia : meta-analysis. *Sch Res*, 109, 1–9.
- Brüne, M. (2005). Theory of mind in schizophrenia: a review of the literature. *Schizophr Bull*, 31, 21–42.
- Bull, R., Phillips, L.H. & Conway, C.A. (2008). The role of control functions in mentalizing: Dual-task studies of Theory of Mind and executive function. *Cognition*, 107, 663–72.
- Chamberlain, S.R., Blackwell, A.D., Fineberg, N.A., Robbins, T.W. & Sahakian, B.J.(2005). The neuropsychology of obsessive-compulsive disorder: the importance of failures in cognitive and behavioral inhibition as candidate endophenotypic markers. *Neurosci Biobehav Rev*, 29, 399–419.
- Corcoran, R., Mercer, G.& Frith, C.D.(1995). Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating “theory of mind” in people with schizophrenia. *Scizophr Res*, 17, 5–13.

- Dahlgren, S., Sandberg, A. D. & Larsson. M. (2010). Theory of mind in children with severe speech and physical impairments. *Research in De velopmental Disabilities*, 31 (2), 617-624.
- Dennett, D.C. (1987). *Making Sense of Ourselves*, In: D. C. Dennett.
- Fallgatter, A.J. & Strik, W.K.(1998). Frontal brain activation during the Wisconsin Card Sorting Test assessed with two channel near-infrared spectroscopy. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 248(5), 245-9.
- Fine C, Lumsden J, Blair RJR.(2001).Dissociation between “theory of mind” and executive functions in patients with early amygdala damage. *Brain*, 124:287–98.
- Fonagy P, Bateman AW.(2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *J Clin Psychol*, 62:411–30.
- Gallagher, H.L.(2003). Functional Imaging of ‘Theory of Mind. *Trends in Cognitive Science*, 7(2), 77-83.
- Garcia-Montes JM, Perez-Alvarez M, Balbuena CS, Garcelan SP, Cangas AJ. Metacognitions in patients with hallucinations and obsessive-compulsive disorder: the superstition factor. *Behav Res Ther*,44: 1091–104.
- Goukan A, Ohuchi T, Kikuchi T, Hirano M, Noguchi K, Hosokawa T.(2006). Developmental order driving the relationship between executive functions and theory of mind: a case study. *Psychol Rep*,98:662–70.
- Gregory C, Lough S, Stone V, Erzinclioglu S, Martin L, Baron-Cohen S,Hodges JR.(2002). Theory of mind in patients with frontal variant frontotemporal dementia and Alzheimer’s disease: theoretical and practical implications. *Brain*, 125:752–64.
- Happe FGE .(1994). An advanced test of theory of mind: understanding of story characters’ thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped and normal children and adults. *J Aut Develop Disord*, 24:129–54.
- Happé, F. G. E., & Frith, U. (1994). Theory of mind in autism. In E. Schopler & G. Mesibov (Eds.), *Learning and cognition in autism* (pp. 89–117). *New York: Plenum Press*.
- Janeck AS, Calamari JE, Riemann BC, Heffelfinger SK.(2003). Too much thinking about thinking?: Metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*,17:181–95.
- Kitis A, Akdede BBK, Alptekin K, Akvardar Y, Arkar H, Erol A, Kaya N. (2007). Cognitive dysfunctions in patients with obsessive-compulsive disorder compared to the patients with schizophrenia: relation to overvalued ideas. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 31:254–61.
- Kuelz K, Hohagen F, Voderholzer U. (2004). Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Biol Psychol*, 65: 185–236.
- Lackner, C. L., Bowman. L. C., & Sabbagh, M. A. (2010). Dopaminergic functioning and preschoolers theory of mind. *Neuropsychologia*, 48 (6), 1767-1774.
- Leslie AM, Friedman O, German TP.(2004). Core mechanisms in “theory of mind”. *Trends in Cognitive Science*, 8:528–33.
- Lezak MD. (1995). Neuropsychological assessment. *Oxford University Press*.

- Moritz S, Jacobsen D, Willenborg B, Jelinek L, Fricke S.(2006). A check on the memory deficit hypothesis of obsessive-compulsive checking. *Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience*, 256:82–6.
- Olley A, Malhi G, Sachdev P.(2007). Memory and executive function in obsessive-compulsive disorder: A selective review. *J Affect Disord*, 104:15–23.
- Penades R, Catalan R, Andres S, Salamero M, Gasto C.(2005). Executive function and nonverbal memory in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry*,133:81–90.
- Pickup, G. J., & Frith, C. D. (2001). Theory of mind impairments in schizophrenia. Symptomatology, severity and specificity. *Psychological Medicine*, 31, 207–220
- Purdon C, Clark DA. Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects.(1994). Part II. Cognitive appraisal, emotional response, and thought control strategies. *Behav Res Ther*, 32:403–10.
- Salkovskis PM.(1993). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*, 37:S29–52.
- Sayın A, Oral N, Utku C, Baysak E, Candansayar S.(2010). Theory of mind in obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 25 116–122.
- Schmidtke K, Schorb A, Winkelmann G, Hohagen F(1998). Cognitive frontal lobe dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatr*,43:666–73.
- Shafran R, Rachman S.(2004). Thought-action fusion: a review. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 35:87–107.
- Spren, O., & Strauss, E.(1991). A compendium of neuropsychological test. *Oxford university Press*.
- Summerfeldt LJ, Endler NS.(1998). Examining the evidence for anxiety-related cognitive biases in obsessive-compulsive disorder. *J Anx Disord*, 12:579–98.
- Tien AY, Pearlson GD, Machlin SR, Bylsma FW.(1992). Oculomotor performance in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 149: 641–6.
- Veale DM, Sahakian BJ, Owen AM, Marks IM.(1996). Specific cognitive deficits in tests sensitive to frontal lobe dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med*, 26:1261–9.
- Vogeley, K., Bussfeld, P., Newen, A., Herrmann, S., Happe´, F., Falkai, P., Maier, W., Shah, N.J., Fink, G.R., Zilles, K. (2001). Mind Reading: Neural Mechanisms of Theory of Mind and Self-perspective. *NeuroImag*, 14, 170-18.
- Wechsler, D. (1997). Wechsler Memory Scale-III. San Antonio, TX. *Psychological Corporation*.
- Wells A, Matthews G. Modeling cognition in emotional disorder: (1996). the SREF model. *Behav Res Ther*, 34:881–8.