

مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی، درمان با فلووکسامین و درمان ترکیبی بر بهبود

باورهای فراشناختی و پریشانی ذهنی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری

حسین شاره*

دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تربیت معلم

سبزوار

بنفشه غرابی

دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی

ایران

محمدکاظم عاطف‌وحید

دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی

ایران

* نشانی تماس: سبزوار، توحیدشهر، پردیس دانشگاه تربیت معلم،

دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه علوم تربیتی و روان‌شناسی

Email: hsharreh@yahoo.com.au

هدف: بررسی اثر درمان فراشناختی، درمان با فلووکسامین و درمان ترکیبی (درمان فراشناختی و درمان با فلووکسامین) بر بهبود باورهای فراشناختی و پریشانی ذهنی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری. **روش:** در یک طرح آزمایشی ۲۱ بیمار سرپایی مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری، به طور تصادفی، در یکی از سه گروه درمانی فراشناختی، فلووکسامین و ترکیبی قرار داده شدند. بیماران هر سه گروه ۱۰ هفته تحت درمان قرار گرفتند. برای سنجش پریشانی ذهنی بیماران از مقیاس واحدهای ذهنی ناراحتی و برای سنجش باورهای فراشناختی آنها از پرسشنامه فراشناخت-۳۰ در شروع و پایان درمان استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان دادند که درمان فراشناختی و ترکیبی بیشتر از درمان با فلووکسامین باعث بهبود معنادار شدت پریشانی ذهنی، باورهای مثبت به نگرانی، باورهای منفی به نگرانی، اعتماد شناختی و نیاز به کنترل افکار می‌شوند ($p < .01$). اثر درمان فراشناختی و درمان ترکیبی بر بهبود بیماران هیچ تفاوت معناداری نداشت. **نتیجه‌گیری:** درمان فراشناختی و ترکیبی بیش از درمان با فلووکسامین بر بهبود باورهای فراشناختی و پریشانی ذهنی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری تأثیر دارد.

کلیدواژه‌ها: اختلال وسواسی- اجباری، درمان فراشناختی، فلووکسامین، درمان ترکیبی،

باورهای فراشناختی، پریشانی ذهنی

Comparison of Metacognitive Therapy, Fluvoxamine and Combined treatment in Improving Metacognitive Beliefs and Subjective Distress of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

Objective: The aim of this study was to investigate the efficacy of metacognitive therapy (MCT) compare to fluvoxamine and the combination of MCT with fluvoxamine in improving metacognitive beliefs and subjective distress in treating patients with obsessive-compulsive disorder (OCD).

Methods: In an experimental study, 21 OCD outpatients were randomly assigned to one of three treatment conditions: MCT, fluvoxamine and combined treatment group. All the patients received 10 weeks of treatment. Two questionnaires were administered at pre-treatment and post-treatment: Subjective Units of Distress (SUD) and Metacognitions Questionnaire-Short Form (MCQ-30). **Results:** Results showed that unlike the fluvoxamine the MCT and combined treatment lead to significant improvements in positive beliefs about worry, negative beliefs about worry, need for thought control, cognitive confidence and subjective distress ($P < .01$). There were no significant differences between MCT and combined therapy (all $P_s > 0.05$). **Conclusion:** MCT and the combination of MCT with fluvoxamine are more effective than fluvoxamine in improving metacognitive beliefs and subjective distress in treating OCD.

Hossein Sharreh

Assistant Prof. of Clinical Psychology,
Sabzevar Tarbiat Moallem University,
Sabzevar, Iran

Banafsheh Gharaie

Prof. of Clinical Psychology, Mental
Health Research Center and Tehran
Psychiatric Institute

Mohammad Kazem Aatef Vahid

Prof. of Clinical Psychology, Mental
Health Research Center and Tehran
Psychiatric Institute

Keywords: Obsessive-compulsive disorder; Metacognitive therapy; Fluvoxamine, Combined treatment; Metacognitive beliefs; Subjective distress

Email: hsharreh@yahoo.com.au

مقدمه

باورهای منفی به کنترل ناپذیری و خطر، بیشترین همبستگی را با مجموعه‌ای از مقیاس‌های مرتبط با آسیب‌پذیری دارند. در این پژوهش، افکار وسواسی به طور مستقل با باورهای مثبت به نگرانی، باورهای منفی به کنترل ناپذیری و خطر و اطمینان شناختی ضعیف رابطه داشت و واریس و سواس گونه اختصاصاً با باورهای مثبت به نگرانی و اطمینان شناختی ضعیف رابطه داشت.

درباره ارتباط بین فراشناخت‌ها و علائم وسواسی- اجباری برخی محققان شواهد معتبری به دست آورده‌اند. برای مثال، جانک^{۲۸}، کالاماری^{۲۹}، ریمن^{۳۰} و هفلینگر^{۳۱} (۲۰۰۳) به این نتیجه رسیدند که خودآگاهی شناختی زیاد، یعنی تمایل به بازبینی افکار، اختلال وسواسی- اجباری را از اختلال اضطراب مختلط متمایز می‌کند. هرمانس^{۳۲}، مارتنز^{۳۳}، دی کورت^{۳۴}، پیترز^{۳۵} و ایلن^{۳۶} (۲۰۰۳) افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری را با گروه شاهد غیرمضطرب مقایسه کردند و به این نتیجه رسیدند که آنها در چندین حوزه فراشناختی تفاوت دارند. افراد مبتلا به این اختلال به کنترل ناپذیری و خطر آفرین بودن رویدادهای ذهنی باورهای فراشناختی بیشتری داشتند، از پیامدهای منفی برخی افکار خاص باورهای بیشتری گزارش کردند، افکارشان را بیشتر کنترل کردند و به توانایی‌های شناختی خود اطمینان کمتری داشتند. ون دن هوت^{۳۷} و کیندت^{۳۸} (۲۰۰۳ الف و ب) نشان دادند که واریس مکرر بر درستی حافظه

بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ (انجمن روان پزشکی آمریکا^۲، ۲۰۰۰)، نشانه اختلال وسواسی- اجباری^۳ (OCD)، حضور افکار، تکانها و تصاویر آشفته‌ساز است که موجب ناراحتی، رنجش و آزرده‌گی فرد می‌شود. این اختلال با افکار یا رفتارهای جبری تکراری همراه است که بیمار برای کاهش ناراحتی ایجاد شده و در پاسخ به وسواس‌ها مجبور است آنها را انجام دهد. اختلال وسواسی- اجباری یک اختلال شدید روانی با شیوع تقریبی دو تا سه درصدی در جمعیت عمومی (والنی- باسیلی^۴ و همکاران، ۱۹۹۴) و چهارمین اختلال شایع روان پزشکی در آمریکا (سادوک^۵ و سادوک، ۲۰۰۷) است که به نظر سازمان جهانی بهداشت^۶ (WHO) دهمین علت ناتوانی است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۶) که در ۸۰ درصد موارد از ۱۸ سالگی شروع می‌شود (پالس^۷، آلسوبروک^۸، گودمن^۹، راسموسن^{۱۰} و لکمن^{۱۱}، ۱۹۹۵). علائم اختلال وسواسی- اجباری به طور معناداری در عملکرد عمومی کودکان و بزرگسالان مبتلا مداخله می‌کند و به ناسازگاری فرد در خانواده یا محیط‌های دانشگاهی منجر می‌شود. این اختلال با عملکرد اجتماعی مختل و کیفیت زندگی پایین همراه است (تنی^{۱۲}، دنیس^{۱۳}، ون مگن^{۱۴}، گلاس^{۱۵} و وستنبرگ^{۱۶}، ۲۰۰۳؛ هلندر^{۱۷}، استین^{۱۸}، برواج^{۱۹}، هیملین^{۲۰} و رولاند^{۲۱}، ۱۹۹۷).

فراشناخت^{۲۲} یک مفهوم چندوجهی است و به دانش یا باورهای مربوط به فکر کردن و راهبردهایی که افراد از آنها برای تنظیم و کنترل فرایندهای تفکر استفاده می‌کنند اشاره دارد (فلاول^{۲۳}، ۱۹۷۹؛ موسس^{۲۴} و بیبرد^{۲۵}، ۱۹۹۹). این مفهوم دربرگیرنده دانش، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، بر آن نظارت و یا آن را کنترل می‌کند (ولز^{۲۶}، ۲۰۰۰). برای نشان دادن ارتباط بین فراشناخت‌ها و اختلال وسواسی- اجباری، پژوهش‌های زیادی شده است. کارترایت- هاتون^{۲۷} و ولز (۱۹۹۷) در پژوهشی نشان دادند که فراشناخت‌های غلط، به ویژه

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-4th ed., text rev. (DSM-IV-TR)

2- American Psychiatric Association

3- Obsessive-Compulsive Disorder

4- Valleni-Basile

5- Sadock

6- World Health Organization

7- Pauls

8- Alsobrook

9- Goodman

10- Rasmussen

11- Leckman

12- Tenney

13- Denys

14- van Megen

15- Glas

16- Westenberg

17- Hollander

18- Stein

19- Broatch

20- Himelein

21- Rowland

22- metacognition

23- Flavell

24- Moses

25- Baird

26- Wells

27- Cartwright-Hatton

28- Janeck

29- Calamari

30- Riemann

31- Heffelfinger

32- Hermans

33- Martens

34- De Cort

35- Pieters

36- Eelen

37- van den Hout

38- Kindt

کنترل آنها)، در سایر باورهای فراشناختی با هم تفاوت معناداری نداشتند. باور بیماران وسواسی-اجباری به نیاز به کنترل افکار بیشتر از بیماران مبتلا به اضطراب منتشر بود. نتایج این مطالعه به طور مشخص از مفهوم سازی^۸ فراشناختی اختلال وسواسی-اجباری حمایت می کند.

یکی از درمان های مؤثر و کوتاه مدتی که اخیراً برای اختلال وسواسی-اجباری مطرح شده، درمان فراشناختی^۹ (MCT) (ولز و متیوس^{۱۰}، ۱۹۹۴؛ ولز، ۲۰۰۹، ۲۰۰۰، ۱۹۹۷) است. برخلاف رویکردهای شناختی، درمان فراشناختی بدون توجه به محتوای وسواس ها، صرفاً بر باورهای فراشناختی تمرکز می کند و برای تعدیل سایر حوزه های باورها (برای نمونه، مسئولیت پذیری افراطی، ناشکیبایی در برابر ابهام یا کمال گرایی) تلاش نمی کند. این باورها پیامد و محصول باورهای فراشناختی نابهنجار تلقی می شوند (گولیلیم و همکاران، ۲۰۰۴؛ میرز و ولز، ۲۰۰۵). مطالعات اندکی اثر این رویکرد درمانی را بر درمان اختلال وسواسی-اجباری بررسی کرده اند. برای نمونه، فیشر^{۱۱} و ولز (۲۰۰۸) اثر درمان فراشناختی را روی چهار بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری مطالعه کردند. پس از تعیین خط پایه^{۱۲}، درمان فراشناختی ۱۲ تا ۱۴ هفته ارائه شد. نمره های اختلال وسواسی-اجباری و نمره های مقیاس های فراشناخت تمام بیماران در پایان درمان و دوره پیگیری بهبود قابل توجهی نشان داد. سیمونز^{۱۳}، اشنايدر^{۱۴} و هرپرتز-دالمان^{۱۵} (۲۰۰۶) نیز اثر درمان فراشناختی اختلال وسواسی-اجباری را در کودکان و نوجوانان مطالعه کردند. ده کودک و نوجوان به صورت تصادفی در گروه درمان فراشناختی و مواجهه و جلوگیری از پاسخ^{۱۶} قرار داده شدند. از آنجا که درمان به کار رفته ترکیبی از روش های فراشناختی و عناصری از درمان روان شناختی بود، جدا کردن سهم هر یک از شیوه ها امکان پذیر نبود. البته نتایج نشان داد که این درمان می تواند

تأثیر ندارد ولی بر فرحافظه اثر می گذارد. واریسی کردن به ویژه اطمینان به حافظه را کاهش می دهد.

راسین^۱، مرکلباخ^۲، موریس^۳ و اسپان^۴ (۱۹۹۹)، با استفاده از از دستگاه برق نگاره مغزی^۵ (EEG)، تأثیرات القای تجربی باورهای فراشناختی را بر افکار وسواسی در جمعیت سالم مطالعه کردند. در این مطالعه، دستکاری باورهای فراشناختی باعث شد افکار مزاحم افزایش یابد و ناراحتی بیشتر به خشم بیشتر و تلاش بیشتر برای اجتناب از فکر منجر شود. در زمینه علایم وسواسی-اجباری، پژوهشگران بسیاری به این نتیجه رسیده اند که سهم اختصاصی باورهای فراشناختی در علایم، بیش از سایر متغیرهای غیرفراشناختی است. در پژوهش گولیلیم^۶، ولز و کارترایت-هاتون هاتون (۲۰۰۴)، همبستگی باورهای شناختی (مسئولیت پذیری) و فراشناختی (مرتبط با درآمیختگی) با علایم مثبت بود. البته همبستگی حوزه فراشناختی قوی تر بود و همبستگی بین مسئولیت پذیری و علایم، زمانی که فراشناخت ها وجود نداشتند، زیاد طول نمی کشید. میرز و ولز (۲۰۰۵) نقش نسبی فراشناخت ها و مسئولیت پذیری را در علایم وسواسی-اجباری مطالعه کردند. هر دو گونه باورها، حتی زمانی که همپوشی آنها با نگرانی کنترل می شد، با علایم وسواسی-اجباری همبستگی مثبت نشان دادند. رابطه بین فراشناخت و علایم، زمانی که مسئولیت پذیری و نگرانی به طور همزمان در معادله کنترل شدند، حفظ شد ولی وضعیت همبستگی بین مسئولیت پذیری و علایم این گونه نبود.

شیرین زاده دستگیری، گودرزی، غنی زاده و تقوی (۱۳۸۷) نیز باورهای فراشناختی و مسئولیت پذیری را در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری، اختلال اضطراب منتشر و افراد بهنجار مقایسه کردند که نتایج نشان داد با کنترل مسئولیت پذیری و نگرانی، باورهای فراشناختی گروه های مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری و اضطراب منتشر با گروه بهنجار تفاوت معناداری دارد، اما با کنترل باورهای فراشناختی و نگرانی سه گروه از نظر باور مسئولیت پذیری تفاوت معناداری ندارند. همچنین، گروه های وسواسی-اجباری و اضطراب منتشر، به غیر از باور به نیاز به کنترل افکار (هم در شرایط کنترل نگرانی و مسئولیت پذیری و هم بدون

- | | |
|---------------------------|----------------------------------|
| 1- Rassin | 2- Merckelbach |
| 3- Muris | 4- Spaan |
| 5- electroencephalography | 6- Gwilliam |
| 7- Myers | 8- conceptualization |
| 9- metacognitive therapy | 10- Matthews |
| 11- Fisher | 12- baseline |
| 13- Simons | 14- Schneider |
| 15- Herpertz-Dahlmann | 16- exposure-response prevention |

در این پژوهش، اثر درمان فراشناختی، درمان با فلووکسامین و درمان ترکیبی (درمان فراشناختی و درمان با فلووکسامین) بر بهبود باورهای فراشناختی و پریشانی ذهنی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری مقایسه شده است. فلووکسامین یکی از مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین است که شمار زیادی از پژوهش‌ها تأثیر آن را بر درمان اختلال وسواسی-اجباری نشان داده‌اند (مونتگومری^۳ و مانساوکس^۴، ۱۹۹۲؛ ریدل^۵ و همکاران، ۱۹۹۶؛ گودمن^۶ و همکاران، ۱۹۸۹؛ موندو^۷، اسمردلی^۸ و بلودی^۹، ۱۹۹۶؛ گودمن، وارد^{۱۰}، کابلینگر^{۱۱} و مورفی^{۱۲}، ۱۹۹۷؛ ریدل و همکاران، ۲۰۰۱؛ سونگور^{۱۳}، ۱۹۹۶؛ دنیس^{۱۴}، ۲۰۰۶). تأثیر فلووکسامین به اندازه کلومی‌پرامین است، اما نیم‌رخ ایمنی بهتری دارد (پالانتی^{۱۵} و کوئرسیولی^{۱۶}، ۲۰۰۶).

روش

در چارچوب یک مطالعه تجربی-آزمایشی از نوع طرح سه گروهی و به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون، ۲۱ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری از بین مراجعه‌کنندگان به مراکز روان‌شناختی-روان‌پزشکی شهر تهران انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه درمانی (فراشناختی، ترکیبی و فلووکسامین) جای داده شدند. در این مطالعه، نوع درمان (درمان فراشناختی، درمان ترکیبی و درمان دارویی) متغیر مستقل بود و تغییرات درمانی (فراشناخت‌ها و پریشانی ذهنی) ناشی از کاربرد سه شیوه درمانی مختلف متغیرهای وابسته بودند.

ملاک‌های ورود بیماران به پژوهش عبارت بودند از: داشتن ملاک‌های تشخیصی اختلال وسواسی-اجباری (به تشخیص روان‌پزشک براساس مصاحبه تشخیصی و به تشخیص روان‌شناس بالینی براساس نتایج آزمون SCID-I/CV)؛ عدم دریافت

جایگزینی برای مواجهه همراه با جلوگیری از پاسخ باشد. ریس^۱ و ون‌کوسولد^۲ (۲۰۰۸) درمان فراشناختی را به صورت گروهی برای بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری به کار بردند که نتایج حاکی از بهبود معنادار علائم اختلال وسواسی-اجباری در پایان درمان و دوره پیگیری سه ماهه بود. در برخی زیرمقیاس‌های فراشناخت، به ویژه باور به نیاز به کنترل، پس از پیگیری کاهش علائم تداوم داشت. در یک گزارش موردی، اندوز (۱۳۸۵)، اثر درمان فراشناختی را روی یک بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری بررسی کرد. درمان شامل هشت جلسه فردی بود. پس از درمان فراشناختی، نمره آزمودنی در مقیاس وسواسی-اجباری ییل-براون (Y-BOCS)، ۳۰ نمره پایین آمد و میزان اضطراب، افسردگی و استرس بیمار نیز کاهش پیدا کرد. این نتایج در دوره پیگیری سه و شش ماهه پس از درمان ادامه داشت. نتایج پژوهش فیروزآبادی و شاره (۱۳۸۸) نیز مشابه بود. در این پژوهش، میزان علائم وسواسی، اضطراب، افسردگی، استرس، خودکارآمدی، باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر بهبود چشمگیری داشت و نتایج در پیگیری سه ماهه ادامه یافت. پژوهش شاره، غرابی، عاطف‌وحید و افتخار (۲۰۱۰) نیز نشان داد که درمان‌های فراشناختی و ترکیبی (فراشناختی و فلووکسامین) در مقایسه با درمان با فلووکسامین منجر به بهبود معنادار شدت علائم وسواسی-اجباری، افسردگی و اضطراب می‌شود.

با توجه به بررسی‌های پژوهشگران، تاکنون هیچ مطالعه‌ای، به جز پژوهش شاره و همکاران (۲۰۱۰)، اثر درمان فراشناختی را بر اختلال وسواسی-اجباری با درمان‌های مؤثر دیگر مقایسه نکرده است و به نظر می‌رسد این پژوهش یکی از اولین گام‌ها در این زمینه باشد. به علاوه، شاره و همکاران، اثربخشی بیشتر درمان فراشناختی و ترکیبی را در قیاس با درمان با فلووکسامین تأیید کرده‌اند، اما مشخص نکرده‌اند که آیا تغییر در باورهای فراشناختی (که در رویکرد فراشناختی سایر تغییرات را به وجود می‌آورد) نیز در این سه رویکرد درمانی متفاوت بوده که به نتایج درمانی متفاوتی نیز انجامیده است یا خیر؟

1- Rees
3- Montgomery
5- Riddle
7- Mundo
9- Bellodi
11- Kablinger
13- Sungur
15- Pallanti

2- van Koesveld
4- Manceaux
6- Goodman
8- Smeraldi
10- Ward
12- Murphy
14- Denys
16- Quercioli

زیرنوع‌های^۷ آنها و معیارهای شدت و سیر اختلال‌ها را پوشش می‌دهد. در این مطالعه از نسخه بالینی استفاده شد. روایی و پایایی این ابزار در پژوهش‌های مختلف قابل قبول گزارش شده است (گرات-مارنات^۸، ۲۰۰۹). برای مثال، زانارینی^۹ و همکاران (۲۰۰۰) در بررسی پایایی تشخیصی بین ارزیاب‌ها^{۱۰} برای اکثر تشخیص‌ها کاپای^{۱۱} بیشتر از ۰/۷. گزارش کردند. نسخه فارسی این پرسشنامه را شریفی و همکاران (۱۳۸۳) تهیه و اعتباریابی کرده و روایی و پایایی مطلوبی برای آن گزارش کرده‌اند. در مطالعه بختیاری (۱۳۷۹)، متخصصان و استادان روان‌شناسی بالینی روایی این ابزار را تأیید کرده‌اند. پایایی بازآزمایی با فاصله یک هفته ۰/۹۵ بود.

۲- مصاحبه بالینی ساخت یافته برای اختلال‌های محور II در

DSM-IV (SCID-II):

این ابزار همانند SCID-I یک مصاحبه تشخیصی ساخت یافته با ۱۱۹ سؤال است که فرست، گیبون، اسپیتزر، ویلیامز و بنیامین^{۱۲} آن را در سال ۱۹۹۷ برای سنجش اختلال‌های شخصیت تدوین کردند. در یک مطالعه که برای تعیین پایایی به روش بازآزمایی در دو زمان متفاوت (با فاصله دو هفته) روی ۲۸۴ آزمودنی در چهار مرکز بیماران روان‌پزشکی و دو مرکز بیماران غیرروان‌پزشکی به وسیله دو مصاحبه کننده انجام شد، ضریب کاپا از ۰/۲۴ برای اختلال شخصیت وسواسی تا ۰/۷۴ برای اختلال شخصیت نمایشی با کاپای کلی ۰/۵۳ در مورد بیماران روان‌پزشکی به دست آمد. در گروه بیماران غیرروان‌پزشکی توافق بین ارزیاب‌ها کمتر (کاپای کلی ۰/۳۸) بود (همان جا). در پژوهش بختیاری (۱۳۷۹)، روایی محتوایی نسخه فارسی را چند نفر از استادان روان‌شناسی بالینی تأیید کردند. ضریب پایایی این آزمون با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۸۷ به دست آمد.

درمان‌های روان‌شناختی (دست کم از یک ماه قبل از ورود به پژوهش)؛ عدم مصرف دارو (دست کم از یک ماه قبل از ورود به پژوهش)؛ داشتن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۵۰ سال و دارا بودن تحصیلات دست کم سوم راهنمایی.

بیمارانی که علائم روان‌پریشی^۱، سوء مصرف مواد، اختلال‌های روان‌شناختی در محور I (به جز اضطراب فراگیر، افسردگی عمده و دیستایمی)، اختلال شخصیت در محور II (به تشخیص روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی بر اساس مصاحبه تشخیصی یا به تشخیص روان‌شناس بالینی بر اساس نتایج آزمون SCID-II) و افکار جدی در مورد خودکشی داشتند (که امکان دریافت دارو و ثابت نگهداشتن آن را ناممکن می‌سازد)، از مطالعه خارج شدند.

ابزارهای پژوهش

برای جمع‌آوری داده‌ها، علاوه بر پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی که برای به دست آوردن اطلاعات جمعیت‌شناختی مراجعان به کار رفت، از پرسشنامه‌ها و مقیاس‌های زیر نیز استفاده شد:

۱- مصاحبه بالینی ساخت یافته برای اختلال‌های محور I در

DSM-IV (نسخه بالینی SCID-I/CV):

در ارزیابی اختلال‌های اصلی روان‌پزشکی (بر اساس تعاریف و معیارهای DSM-IV)، SCID-I ابزار جامع معیار شده‌ای است که برای استفاده در مقاصد بالینی و پژوهشی طراحی شده است (فرست^۳، اسپیتزر^۴، گیبون^۵ و ویلیامز^۶، ۱۹۹۷). اجرای این ابزار به قضاوت بالینی مصاحبه‌گر درباره پاسخ‌های مصاحبه شونده نیاز دارد و به همین دلیل مصاحبه کننده باید در زمینه آسیب‌شناسی روانی دانش و تجربه کافی داشته باشد. این ابزار دو نسخه دارد: نسخه بالینی (SCID-I/CV) که بیشتر تشخیص‌های روان‌پزشکی را پوشش می‌دهد و بیشتر برای استفاده در محیط‌های بالینی و پژوهش‌های بالینی طراحی شده و دیگر نسخه پژوهشی کامل‌تر و طولانی‌تر آن (SCID-I/R) است که همه تشخیص‌ها و نیز

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 1- psychotic | 4- Spitzer |
| 2- Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders | 6- Williams |
| 3- First | 8- Groth-Marnat |
| 5- Gibbon | 10- interrater diagnostic reliability |
| 7- subtype | |
| 9- Zanarini | |
| 11- kappa | |
| 12- Benjamin | |

۳- پرسشنامه فراشناخت - ۳۰ (MCQ-30):

این پرسشنامه فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت (MCQ) است که ولز و کارترایت-هاتون (۲۰۰۴) آن را ساخته‌اند و شامل ۳۰ گویه خودگزارشی است که باورهای افراد را درباره تفکرشان می‌سنجد. در این مقیاس، پاسخ‌ها براساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت («موافق نیستم» = یک تا «خیلی زیاد موافقم» = چهار) محاسبه می‌شود. این مقیاس همانند پرسشنامه فراشناخت پنج خرده مقیاس و هر خرده مقیاس شش ماده دارد. خرده مقیاس‌ها عبارت‌اند از: ۱- باورهای فراشناختی مثبت به نگرانی (مثلاً، «نگرانی کمکم می‌کند با مشکلات کنار بیایم»); ۲- باورهای فراشناختی منفی به نگرانی که بر کنترل‌ناپذیر و خطرناک بودن نگرانی‌ها تأکید می‌کند (مثلاً، «وقتی نگران می‌شوم نمی‌توانم به آن پایان دهم»); ۳- کارآمدی شناختی پایین^۲ (مثلاً، «حافظه ضعیفی دارم.»); ۴- باورهای فراشناختی منفی به افکاری مثل موضوع‌های خرافی^۳، تنبیه، مسئولیت^۴ و نیاز به کنترل افکار (مثلاً، «ناتوانی در کنترل افکارم یکی از نشانه‌های بیماری است») و ۵- خودآگاهی شناختی (مثلاً، «توجه زیادی به شیوه‌ای که ذهنم کار می‌کند، می‌کنم.»).

این پرسشنامه را شیرین‌زاده دستگیری (۱۳۸۵) برای جمعیت ایرانی ترجمه و آماده کرده است. در نمونه ایرانی، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس‌های کنترل‌ناپذیری ۰/۸۷، باورهای مثبت ۰/۸۶، آگاهی شناختی ۰/۸۱، اطمینان شناختی ۰/۸۰ و نیاز به کنترل افکار ۰/۷۱ گزارش شده است. از آنجا که شکل ترجمه شده این پرسشنامه با فرم اصلی تفاوت‌هایی داشت، مجدداً شماره (۱۳۸۸) آن را ترجمه کرد و با متن اصلی انطباق داد که در این پژوهش از این فرم استفاده شده است. در پژوهش شماره پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۴ به دست آمد.

۴- مقیاس واحدهای ذهنی ناراحتی (SUD)^۵:

مقیاس واحدهای ذهنی ناراحتی یک مقیاس خودسنجی است که شدت ناراحتی و پریشانی ذهنی با آن درجه‌بندی می‌شود. این مقیاس از صفر (هیچ‌گونه ناراحتی) تا ۱۰ (بیشترین ناراحتی)

درجه‌بندی شده است (ولپی^۶ و لازاروس^۷، ۱۹۶۶). در این مقیاس، درمانگر از بیمار می‌خواهد میزان ناراحتی خود را بر اساس یک مقیاس عددی درجه‌بندی کند (دی سیلوا^۸ و راجمن^۹، ۲۰۰۴).

اساس روش درمان فراشناختی، پیاده‌سازی الگوی گام به گام فراشناختی (ولز، ۲۰۰۰ و ۲۰۰۹) است که مجموعاً در ۱۰ جلسه اجرا می‌شود. در این جلسه‌ها فنون فراشناختی از جمله هشیاری فراگیر بی‌طرفانه، مواجهه و جلوگیری از پاسخ، رویارویی و دادن پاسخ، به تعویق انداختن نگرانی و چالش‌های کلامی آموزش داده می‌شود.

در جلسه اول (پس از ارزیابی اولیه بیمار)، مفهوم‌سازی مورد، آشنایی با درمان، آزمایش فرونشانی افکار و تمرین هشیاری فراگیر بی‌طرفانه انجام و سپس از مراجع خواسته شد هنگام مواجهه با افکار مزاحم، به عنوان تکلیف، از فن هشیاری فراگیر بی‌طرفانه استفاده کند؛ یعنی جریان فکرش را صرفاً مشاهده کند، بدون اینکه آن را تفسیر، تعبیر و کنترل کند و به آن واکنش نشان دهد.

در جلسه دوم، کاربرد بیشتر فنون هشیاری فراگیر بی‌طرفانه در دستور کار قرار گرفت و برای افزایش آگاهی فراشناختی بیمار و عدم درگیری او با نگرانی و نشخوار فکری روزانه، فن مواجهه و پاسخ دادن^{۱۰} (ERC) و به تعویق انداختن نگرانی آموزش داده شد. فن مواجهه و پاسخ دادن به بیمار اجازه می‌دهد آدابش را به جا آورد، اما هدف درگیر شدن او در آداب و سواسی اصلاح می‌شود؛ یعنی بیمار به جای استفاده از آداب و سواسی برای خلاص شدن از افکار یا کاهش خطر آنها، فقط باید آداب و سواسی را همراه با حفظ آگاهی از افکار و سواسی‌اش به جا آورد. به عبارت دیگر، قوانین طوری تغییر می‌یابند که فکر و سواسی در سراسر به جا آوردن آداب و سواسی حفظ می‌شود. این فعالیت فاصله گرفتن از فکر را تسهیل کرده و پردازش فراشناختی افکار مزاحم را تقویت می‌کند. در مورد فن به تعویق انداختن نگرانی به بیمار گفته

1- Metacognitions Questionnaire-Short Form (MCQ-30)
 2- low cognitive confidence
 3- superstition themes
 4- responsibility
 5- Subjective Units of Distress
 6- Wolpe
 7- Lazarus
 8- De Silva
 9- Rachman
 10- Exposure and Response Commission

درمان با فلووکسامین مجموعاً شامل مصرف بیشترین مقدار معیار این دارو در روز (۵۰ تا ۳۰۰ میلی گرم) و در مدت ۱۰ هفته بود که روان‌پزشک در جلسه اول، پس از بحث در مورد فیزیولوژی مشکل بیمار، تأثیر و نحوه مصرف دارو، مقدار مناسب آن را تجویز کرد. در جلسه بعدی از وضعیت مراجع یک ارزیابی کلی به عمل آمد و پس از بررسی تأثیر دارو و عوارض آن و پرداختن به سؤال‌ها و نگرانی‌های مراجع، مراجع به مصرف مداوم دارو تا پایان درمان ترغیب شد. در درمان ترکیبی، آزمودنی‌ها بعد از هر جلسه درمان فراشناختی، برای دریافت یا بررسی داروهایشان ملاقات کوتاهی هم با روان‌پزشک داشتند. این گروه همزمان با روان‌درمانی زیر نظر روان‌پزشک به مدت ۱۰ هفته بیشترین مقدار معیار فلووکسامین در روز (۵۰ تا ۳۰۰ میلی گرم) را مصرف کردند.

برای مقایسه میانگین گروه‌ها در پایان درمان، از آزمون کروسکال والیس و U مان‌ویتنی استفاده شد، زیرا حجم نمونه‌ها در هر گروه کم بود و در نتیجه امکان برقراری فرضیه‌های توزیع طبیعی و همگونی واریانس‌ها وجود نداشت. برای کنترل تأثیر نمره‌های متغیرهای پژوهش قبل از درمان بر نمره‌های متغیرها در خاتمه درمان، از تحلیل کواریانس استفاده شد که به تساوی واریانس‌ها و توزیع طبیعی نمونه‌ها نیاز ندارد، اما پیش شرط استفاده از آن همگونی رگرسیون‌هاست که در پژوهش حاضر کواریانس‌ها فقط بعد از تحقق این شرط تحلیل شدند. اندازه اثر^۲ تفاوت میانگین‌های گروه‌ها که شاخصی است برای اندازه‌گیری اثر درمانی و بر خلاف آزمون‌های معناداری آماری از حجم نمونه تأثیر نمی‌پذیرد نیز محاسبه شد. اندازه اثر بیشتر اثربخشی بیشتر را نشان می‌دهد. بر اساس نظر کوهن^۳ (۱۹۹۲) اندازه اثر ۰/۲ کوچک و بی‌اهمیت، ۰/۵ متوسط و ۰/۸ (و بالاتر) بزرگ است. در اینجا میزان تفاوت میانگین‌ها با اندازه اثر مشخص می‌شود.

می‌شود که هرگاه افکار مزاحم ظاهر شدند، باید بدانند که این افکار اتفاق افتاده‌اند و به خودش بگویند «الان نباید به آنها فکر کنم و درباره پیامدهایش نگرانی و نشخوار فکری داشته باشم، بلکه می‌توانم بعداً فعالانه به آنها فکر کنم» و پس از آن اجازه دهد تا با گذشت زمان این افکار به تدریج محو شوند. اما از بیمار خواسته می‌شود که هر شب ۱۵ تا ۳۰ دقیقه فعالانه به نگرانی‌اش فکر کند. در پایان جلسه دوم به بیمار گفته شد تا به عنوان تکلیف خانه از فون ذهن آگاهی بی طرفانه، مواجهه و پاسخ دادن و به تعویق انداختن نگرانی استفاده کند.

در جلسه‌های سوم و چهارم سعی شد سایر راهبردهای ناکارآمد و باورهای درآمیختگی فکر بیمار، شناسایی و با شیوه‌های فراشناختی به چالش کشیده شوند. از دیگر راهکارهایی که در این دو جلسه همراه با تمرین بیشتر فنون هشیاری فراگیر بی طرفانه، مواجهه و پاسخ دادن و به تعویق انداختن نگرانی مورد استفاده قرار گرفت، استفاده از آزمایش‌های رفتاری در داخل جلسه و بین جلسه‌ها (به عنوان تکلیف) برای به چالش کشیدن درستی باورهای درآمیختگی فکر بود.

در جلسه‌های پنجم و ششم علاوه بر تمرین فنون فوق، باورهای بیمار به لزوم به‌جا آوردن آداب و سواستی بررسی و برای به چالش کشیدن این باورها، از آزمایش‌های کنترل‌شده مواجهه همراه با جلوگیری از پاسخ (ERP) استفاده شد.

در جلسه‌های هفتم و هشتم با استفاده از شیوه‌های کلامی و آزمایش‌های رفتاری، باورهای حل نشده مراجع درباره افکار مزاحم و آداب و سواستی به چالش کشیده شدند و با کشف نشانه‌ها و ملاک‌های توقف آداب و سواستی، درمانگر به مراجع کمک کرد تا این نشانه‌ها و ملاک‌ها را تغییر دهد. در این راستا، مراجع و درمانگر برای مواجهه با افکار مزاحم با مشارکت یکدیگر شروع به ابداع برنامه‌های جدید کردند. در دو جلسه آخر، کار روی «طرح کلی»^۱ درمان شروع شد. طرح کلی شامل مثالی از فرمول‌بندی مورد، فهرستی از باورهای فراشناختی بیمار درباره افکار و تکانه‌های مزاحم و خلاصه شواهدی بود که از طریق روش‌های کلامی و رفتاری حاصل شده بودند و بیمار آنها را به چالش می‌کشید.

1- blueprint
3- Cohen

2- effect size

جدول ۱- میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون کروسکال والیس برای متغیرهای پژوهش (پیش از شروع درمان)

سطح معناداری	χ^2	درمان			متغیر
		درمان ترکیبی	درمان با فلووکسامین	درمان فراشناختی	
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
۰/۷۵	۰/۵۶	۲۷ (۱۱/۳۸)	۲۹/۱۶ (۹/۴۷)	۲۴/۷۱ (۵/۸۷)	سن
۰/۴۷	۱/۵۰	۱۳/۳۳ (۳/۲۰)	۱۵ (۲)	۱۳/۲۸ (۲/۸۷)	تحصیلات
۰/۸۴	۰/۳۳	۳/۲۵ (۲/۹۹)	۴/۶۶ (۳/۷۲)	۳/۴۲ (۳/۵۰)	مدت وسواس
۰/۸۹	۰/۲۳	۸/۸۳ (۰/۹۸)	۹ (۰/۸۹)	۸/۷۱ (۱/۱۱)	واحدهای ذهنی ناراحتی
۰/۶۷	۰/۷۹	۸۳/۳۳ (۸/۵۲)	۸۶/۵۰ (۸/۴۳)	۸۷/۴۲ (۱۰/۲۱)	باورهای فراشناختی کلی
۰/۶۷	۰/۷۹	۱۴/۱۶ (۴/۱۶)	۱۵/۶۶ (۳/۵۰)	۱۴/۴۲ (۴/۵۰)	باورهای مثبت به نگرانی
۰/۴۸	۱/۴۳	۱۹/۱۶ (۳/۷۶)	۱۹/۵۰ (۱/۷۶)	۲۰/۷۱ (۳/۸۱)	کنترل ناپذیر و خطرناک بودن نگرانی
۰/۹۰	۰/۱۹	۱۵/۸۳ (۴/۴)	۱۶/۱۶ (۲/۴۸)	۱۶/۱۴ (۳/۲۸)	اعتماد شناختی
۰/۷۰	۰/۶۹	۱۶/۸۳ (۳/۴۳)	۱۸/۵۰ (۲/۳۴)	۱۸/۱۴ (۳/۳۸)	نیاز به کنترل افکار
۰/۵۳	۱/۲۶	۱۷/۳۳ (۲/۲۵)	۱۶/۶۶ (۱/۶۳)	۱۸ (۳)	خودآگاهی شناختی

جدول ۲- میانگین، انحراف معیار و نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه و آزمون کروسکال والیس برای متغیرهای پژوهش (در پایان درمان)

χ^2	F	درمان			متغیر
		درمان ترکیبی	فلووکسامین	درمان فراشناختی	
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
۱۱/۹۶*	۳۴/۸۶*	۱/۳۳ (۱/۲۱)	۴/۸۳ (۱/۱۶)	۱/۵۷ (۰/۵۳)	پیشانی ذهنی
۱۱/۷۳*	۲۱/۷۷*	۴۶/۳۳ (۶/۰۵)	۷۶/۶۶ (۱۲/۳۰)	۴۶/۷۱ (۷/۵۴)	باورهای فراشناختی کلی
۱۱/۱۵*	۲۳/۲۶*	۷/۵۰ (۲/۰۷)	۱۴/۶۶ (۳/۳۲)	۷ (۱/۱۵)	باورهای مثبت به نگرانی
۱۰/۱۲*	۱۳/۰۸*	۹/۳۳ (۲/۶۵)	۱۶/۸۳ (۳/۱۸)	۹/۵۷ (۲/۸۷)	باورهای منفی به نگرانی
۱۱/۶۳*	۱۰/۳۴*	۹/۵۰ (۱/۸۷)	۱۴/۶۶ (۳/۲۰)	۹/۱۴ (۱/۶۷)	اعتماد شناختی
۱۱/۴۰*	۱۹/۱۵*	۸ (۲/۴۴)	۱۵/۱۶ (۳/۴۸)	۷/۲۸ (۱/۲۵)	نیاز به کنترل افکار
۲/۲۴	۱/۳۰	۱۲ (۴/۳۳)	۱۵/۳۳ (۳/۳۸)	۱۳/۷۱ (۳/۸۱)	خودآگاهی شناختی

*تفاوت میانگین‌ها در سطح $p < 0.01$ معنادار است.

جدول ۳- مقایسه‌های دوتایی گروه‌ها و نتایج آزمون U مان‌ویتنی برای متغیرهای پژوهش (در پایان درمان)

متغیرها	فراشناختی / فلووکسامین			فراشناختی / ترکیبی			فلووکسامین / ترکیبی		
	تفاوت میانگین‌ها	U	F	تفاوت میانگین‌ها	U	F	تفاوت میانگین‌ها	U	F
پیشانی ذهنی	-۳/۰۷	۰/۰۰*	۵۸/۱۶*	۰/۳۱	۱۳/۵۰	۰/۵۱	۳/۳۹	۰/۵*	۴۷/۴۰*
باورهای فراشناختی کلی	-۲۹/۹۳	۰/۰۰*	۲۷/۱۱*	۰/۴۵	۱۸/۵۰	۰/۳۱	۳۰/۳۹	۰/۰*	۲۵/۲۸*
باورهای مثبت به نگرانی	-۷/۳۲	۰/۰۵*	۳۱/۷۸*	-۰/۵۷	۲۰	۰/۳۸	۶/۷۵	۱/۵*	۲۶/۵۷*
باورهای منفی به نگرانی	-۷/۴۸	۲/۰*	۱۷/۹۱*	-۰/۰۴	۱۵	۰/۰۰۵	۷/۴۴	۱/۰*	۱۹/۳۸*
اعتماد شناختی	-۵/۵۲	۰/۰*	۱۵/۰۵*	-۰/۳۵	۲۰	۰/۱۲	۵/۱۶	۰/۵*	۱۰/۵۰*
نیاز به کنترل افکار	-۷/۷۶	۰/۰*	۲۹/۸۵*	-۱/۱۳	۱۹	۰/۷۸	۶/۶۳	۱/۵*	۱۶/۳۱*
خودآگاهی شناختی	-۱/۶۲	۱۵	۰/۴۹	-۱/۷۱	۱۶	۰/۴۱	۳/۳۳	۹	۴/۸۹

*تفاوت میانگین‌ها در سطح $p < 0.01$ معنادار است.

یافته‌ها

موارد، به جز خودآگاهی شناختی، اثر درمان فراشناختی و ترکیبی بیشتر از درمان با فلووکسامین بوده است، به طوری که میزان پریشانی ذهنی و نمره‌های باورهای فراشناختی نامطلوب در پایان درمان فراشناختی و ترکیبی در مقایسه با درمان با فلووکسامین به طور معناداری کاهش یافته است. اندازه اثرهای متوسط به بالا هم از لحاظ بالینی این تفاوت‌ها را تأیید می‌کند. در مورد باورهای فراشناختی، بیشترین تغییر به ترتیب در خرده مقیاس‌های باورهای منفی به کنترل‌ناپذیر و خطرناک بودن افکار، باورهای نیاز به کنترل افکار و باورهای مثبت به نگرانی در درمان فراشناختی و ترکیبی مربوط است و میزان کاهش نمره خودآگاهی شناختی بسیار اندک بوده است. همچنین نتایج این جدول نشان می‌دهد که تفاوت دو گروه درمان فراشناختی و ترکیبی در هیچ کدام از متغیرها معنادار نیست. اندازه اثرهای کوچک نیز عدم تفاوت بالینی زیاد بین نتایج دو نوع درمان فراشناختی و ترکیبی را تأیید می‌کند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که هر سه رویکرد درمانی مؤثر بوده‌اند که این نتیجه با نتایج سایر تحقیقات در زمینه اثربخشی رویکرد فراشناختی (سیمونز و همکاران، ۲۰۰۶؛ فیشر و ولز، ۲۰۰۸؛ ریس و ون کوسولد، ۲۰۰۸؛ اندوز، ۱۳۸۵؛ فیروزآبادی و شاره، ۱۳۸۸) و فلووکسامین (مونتگومری و مانساوکس، ۱۹۹۲؛ سونگور، ۱۹۹۶؛ موندو و همکاران، ۱۹۹۶؛ ریدل و همکاران، ۱۹۹۶؛ گودمن و همکاران، ۱۹۹۷، ۱۹۸۹؛ ریدل و همکاران، ۲۰۰۱؛ دنیس، ۲۰۰۶) همخوان است. جست‌وجوی محققان در منابع مختلف حاکی از آن است که در زمینه اثر درمان فراشناختی همراه با درمان دارویی بر مبتلایان به اختلال وسواسی-اجباری تاکنون تحقیق نشده است، اما همسو با نتایج پژوهش حاضر مطالعات گسترده (مارکس^۲، ۱۹۹۱؛ هرسن^۳

هفت آزمودنی در گروه درمان فراشناختی، شش آزمودنی در گروه درمان ترکیبی و شش آزمودنی در گروه درمان با فلووکسامین قرار گرفتند. یکی از آزمودنی‌های گروه درمان با فلووکسامین به علت عوارض دارویی و در نتیجه تغییر دارو بعد از پنج جلسه درمان از پژوهش کنار گذاشته شد. یکی از آزمودنی‌های گروه درمان ترکیبی نیز به علت تصادف و بستری شدن در بیمارستان نتوانست درمان را ادامه دهد. گروه درمان فراشناختی از سه زن و چهار مرد، گروه درمان ترکیبی از چهار زن و دو مرد، و گروه درمان با فلووکسامین از سه زن و سه مرد تشکیل می‌شد. چهار نفر از آزمودنی‌های گروه درمان فراشناختی و سه نفر از آزمودنی‌های گروه‌های ترکیبی و فلووکسامین مجرد و بقیه متأهل بودند. با توجه به نزدیک بودن فراوانی‌های این متغیرها در سه گروه، به نظر می‌رسد سه گروه پژوهشی تفاوت مشخصی نداشتند. میانگین و انحراف معیار نمره‌های مراجعان و نتایج آزمون کروسکال والیس در مورد متغیرهای پژوهش قبل از شروع درمان در جدول ۱ آورده شده است. از آنجا که نتایج بین گروه‌ها تفاوت معناداری نشان نمی‌دهد، پس قبل از شروع مداخله نیز هر سه گروه از نظر این متغیرها همگن بوده‌اند.

جدول ۲ نتایج آزمون کروسکال والیس و تحلیل کوواریانس یک‌راهه مربوط به متغیرهای پژوهش در پایان درمان را پس از حذف اثر نمره‌های این متغیرها پیش از درمان^۱ (که به عنوان کوواریانس در نظر گرفته شده‌اند) نشان می‌دهد. با نگاهی به میانگین نمره‌های متغیرها در شروع و پایان درمان به نظر می‌رسد که هر سه درمان به بهبود مراجعان انجامیده‌اند، اما تأثیرات درمانی در گروه درمان فراشناختی و ترکیبی به مراتب بیشتر است. بر اساس نتایج این جدول، تفاوت گروه‌ها در تمام متغیرها، به جز خودآگاهی شناختی، معنادار است.

جدول ۳ نتایج مقایسه‌های دوتایی گروه‌ها را نشان می‌دهد. بر اساس نتایج این جدول و با در نظر گرفتن نمره‌های متغیرها در شروع و پایان درمان (جدول ۱ و ۲)، مشخص است که در تمام

1- pre-treatment
3- Hersen

2- Marks
4- Bellack

این خرده‌مقیاس‌ها با پیام درمان فراشناختی یعنی اینکه «فکر فقط فکر است» و تلاش برای بیرون راندن افکار از ذهن و فرونشانی آنها به وخیم‌تر شدن اختلال می‌انجامد (ولز، ۲۰۰۹ و ۲۰۰۰)، همخوان است.

ریس و ون کوسولد (۲۰۰۸) در یک گروه‌درمانی به شیوه فراشناختی نشان دادند که درمان به بهبود معنادار علایم اختلال وسواسی-اجباری و خرده‌مقیاس‌های نیاز به کنترل افکار و باورهای مثبت به نگرانی در پرسشنامه فراشناخت می‌انجامد که این با نتایج پژوهش حاضر همسوست، البته با این تفاوت که میزان تأثیرات در پژوهش حاضر بیشتر است. در پژوهش حاضر، تغییر بیشتر باورهای فراشناختی در تمام خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه فراشناخت نشان می‌دهد که درمان فراشناختی انفرادی احتمالاً مؤثرتر از درمان فراشناختی گروهی است. همچنین در این پژوهش مراجعان در خرده‌مقیاس اطمینان شناختی بهبود معناداری داشته‌اند که با دیگر تحقیقات مبنی بر وجود همبستگی بین عدم اطمینان شناختی و علایم وسواسی-اجباری (مک‌نالی^۱ و کولبک^۹، ۱۹۹۳؛ ولز و پاپاجورجیو، ۱۹۹۸؛ وندن‌هوت و کیندت، ۲۰۰۳ الف؛ مک‌دونالد^{۱۰} و داوی^{۱۱}، ۲۰۰۵؛ داوی، استارتوپ^{۱۲}، زارا^{۱۳}، مک‌دونالد و فیلد^{۱۴}، ۲۰۰۳؛ رادومسکی^{۱۵}، راجمن و هاموند^{۱۶}، ۲۰۰۱؛ تولین^{۱۷} و همکاران، ۲۰۰۱؛ دار^{۱۸}، ریش^{۱۹}، هرمش^{۲۰}، تاوب^{۲۱} و فوکس^{۲۲}، ۲۰۰۰؛ علیلو، عاطف-وحید، بیان‌زاده و ملکوتی، ۱۳۸۴) همسوست.

با نگاهی به محتوا و فرایند درمان گام به گام فراشناختی در درمان اختلال وسواسی-اجباری (ولز، ۲۰۰۹)، به نظر می‌رسد که این درمان تغییر خودآگاهی شناختی را خیلی مد نظر قرار

و بلک^۱، ۱۹۸۵؛ پالانتی و کوئرسیولی، ۲۰۰۶؛ توزنده‌جانی، احدی، دلاور و آزاد، ۱۳۸۳؛ فوآ و همکاران، ۲۰۰۵) به صورتی مشابه اثر درمان همزمان شناختی-رفتاری و درمان دارویی را بر اختلال وسواسی-اجباری نشان داده‌اند. البته نتایج پژوهش حاضر در مورد کاهش پریشانی ذهنی مشابه تحقیقات مذکور است، اما چون این تحقیقات به اثربخشی درمان با فلووکسامین و درمان ترکیبی بر باورهای فراشناختی نپرداخته‌اند، پژوهش حاضر از این نظر منحصر به فرد است.

مطالعات نشان داده‌اند که باورهای فراشناختی پیش‌بینی‌کننده‌های مهم علایم وسواسی-اجباری هستند (ولز و پاپاجورجیو^۲، ۱۹۹۸؛ املکامپ^۳ و آردما^۴، ۱۹۹۹؛ گویلیام و همکاران، ۲۰۰۴؛ میرز و ولز، ۲۰۰۵) که با تعدیل آنها می‌توان به بهبود مراجعان کمک کرد. نتایج پژوهش حاضر این مسئله را تأیید می‌کند. آزمایش‌های بالینی نیز نشان داده‌اند که در ایجاد علایم اختلال وسواسی-اجباری نوعی بدعملکردی سروتونین نقش دارد (نیل^۵، استیونز^۶ و استوارت^۷، ۲۰۰۲؛ سادوک و سادوک، ۲۰۰۷) که یافته‌های این مطالعه در مورد اثر فلووکسامین بر درمان مبتلایان به این اختلال با آنها همخوان است.

نتایج پژوهش حاضر در مورد پنج خرده‌مقیاس پرسشنامه فراشناخت نشان می‌دهد که مراجعان (به‌ویژه مراجعان گروه درمان فراشناختی و ترکیبی) در هر پنج خرده‌مقیاس بهبود نشان داده‌اند که این با پژوهش‌های فیشر و ولز (۲۰۰۸)، فیروزآبادی و شاره (۱۳۸۸) و ریس و ون کوسولد (۲۰۰۸) همسوست. بیشترین تغییر به ترتیب در خرده‌مقیاس‌های باورهای منفی به کنترل‌ناپذیر و خطرناک بودن افکار، باورهای مربوط به نیاز به کنترل افکار و باورهای مثبت به نگرانی مربوط بود که با نظر ولز (۲۰۰۹) و (۲۰۰۰) و پژوهش‌های کارترایت-هاتون و ولز (۱۹۹۷) و شیرین-زاده‌دستگیری و همکاران (۱۳۸۷) همسوست. به نظر آنها در اختلال وسواسی-اجباری باورهای مثبت و منفی به نگرانی و نیاز به کنترل افکار بیشترین ارتباط را با آسیب‌پذیری دارند. بهبود در

1- Papageorgiou
3- Aardema
5- Stevens
7- McNally
9- McDonald
11- Startup
13- Field
15- Hammond
17- Dar
19- Hermesh
21- Fux

2- Emmelkamp
4- Neel
6- Stewart
8- Kohlbeck
10- Davey
12- Zara
14- Radomsky
16- Tolin
18- Rish
20- Taub

و پراکنده است. فراتحلیل‌ها نشان می‌دهند که تأثیر دارودرمانی و روان‌درمانی تقریباً یکسان است یا دارودرمانی به تنهایی کمتر از رفتاردرمانی یا درمان شناختی- رفتاری تأثیر دارد (ناکاتانی^۱ و همکاران، ۲۰۰۵؛ پالاتنی و کوئرسیولی، ۲۰۰۶).

آبراموویتز^۲، تیلور^۳ و مک‌کی^۴ (۲۰۰۹) در یک فراتحلیل کارآزمایی‌های کنترل‌شده تصادفی را بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که روان‌درمانی‌های مؤثر، به‌ویژه اگر به صورت جلسه‌های روزانه یا هفتگی برگزار شوند، از دارودرمانی بیشتر تأثیر دارند و علائم اختلال وسواسی- اجباری را به‌طور اساسی بهبود می‌بخشند. نتایج این فراتحلیل با یافته‌های پژوهش حاضر همخوان است. همچنین، در مورد میزان اثربخشی درمان ترکیبی (در مقایسه با روان‌درمانی و دارودرمانی به تنهایی) تحقیقات مختلف نشان‌دهنده آن است که در اغلب موارد استفاده همزمان از درمان‌های دارویی و روان‌شناختی (به‌ویژه رفتاردرمانی) در درمان اختلال وسواسی- اجباری اثربخش‌تر از دارودرمانی یا روان‌درمانی به تنهایی است (پالاتنی و کوئرسیولی، ۲۰۰۶؛ مارکس، ۱۹۸۱؛ هرسن و بلک، ۱۹۸۵؛ توزنده‌جانی و همکاران، ۱۳۸۳).

اما برخی تحقیقات به نتایج متفاوتی دست یافته‌اند. نتایج فراتحلیل فوآ، فرانکلین^۵ و موسر^۶ (۲۰۰۲) درباره کارآزمایی‌های بالینی کنترل‌شده تصادفی نشان داد که درمان ترکیبی به تنهایی از درمان‌های مواجهه و جلوگیری از پاسخ، و مهارکننده‌های بازجذب سروتونین مؤثرتر نیست. در یک مطالعه دیگر (فوآ و همکاران، ۲۰۰۵) مشخص شد تأثیر درمان ترکیبی گرچه به‌طور معناداری بیشتر از دارودرمانی به تنهایی است، اما با مواجهه و جلوگیری از پاسخ تفاوت معناداری ندارد که یافته‌های پژوهش حاضر آن را تأیید می‌کند.

در مجموع، از پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که بین درمان فراشناختی و درمان ترکیبی تفاوت معناداری وجود ندارد و

نداده است، زیرا خودآگاهی شناختی در مقایسه با سایر باورهای فراشناختی در تداوم اختلال وسواسی- اجباری نقش کمتری دارد (ولز، ۲۰۰۰). به همین دلیل، درمان فراشناختی در پژوهش حاضر در راستای سایر پژوهش‌های صورت گرفته شده در این زمینه (ریس و ون کوسولد، ۲۰۰۸؛ فیروزآبادی و شاره، ۱۳۸۸) تغییرات زیادی در این متغیر ایجاد نکرده است. به‌علاوه، این مسئله باعث شده که اثر درمان فراشناختی از نظر این متغیرها تفاوت معناداری با درمان با فلووکسامین و درمان ترکیبی نداشته باشد. در پژوهش حاضر کمترین کاهش مربوط به خرده‌مقیاس خودآگاهی شناختی بود که با یافته‌های مطالعه فیروزآبادی و شاره همخوان است. از آنجا که میزان تأثیر درمان‌های فراشناختی و ترکیبی در پژوهش حاضر مشابه است و در هیچ کدام از ابزارهای پژوهش تفاوت معناداری بین این دو رویکرد مشاهده نشده است، این مباحث را می‌توان به درمان توأم فراشناختی و دارویی تعمیم داد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان فراشناختی و ترکیبی بیش از درمان با فلووکسامین باورهای فراشناختی و پریشانی ذهنی را بهبود می‌بخشند، اما از این نظر بین درمان فراشناختی و ترکیبی تفاوت معناداری وجود ندارد. تفاوت نداشتن درمان فراشناختی و ترکیبی را می‌توان این‌طور تبیین کرد که فنون فراشناختی که در هر دو درمان وجود دارد، منجر به بهبود سریع باورهای فراشناختی و پریشانی ذهنی می‌شود و اضافه شدن فلووکسامین به درمان فراشناختی احتمالاً تأثیری بر این دو مؤلفه ندارد. بر اساس جست‌وجوی محققان در منابع مختلف، تاکنون پژوهشی اثر فلووکسامین، درمان فراشناختی و درمان ترکیبی (فراشناختی و دارویی) را در درمان اختلال وسواسی- اجباری (و سایر اختلال‌ها) مقایسه نکرده است، به‌جز پژوهش شاره و همکاران (۲۰۱۰) که نشان داد درمان فراشناختی و ترکیبی در کاهش اضطراب، افسردگی و علائم وسواسی مؤثرتر از درمان با فلووکسامین بوده‌اند اما درمان فراشناختی و ترکیبی از این نظر تفاوتی ندارند. با وجود این، نتایج مقایسه میزان اثربخشی دارودرمانی با روان‌درمانی و ترکیب دارودرمانی و روان‌درمانی در درمان مبتلایان به اختلال وسواسی- اجباری تا حدی متناقض

1- Nakatani
3- Taylor
5- Franklin

2- Abramowitz
4- McKay
6- Moser

وسواسی- اجباری بیشتر نمی‌کند که یافته‌های پژوهش حاضر آن را تأیید کرده و نشان داده است که احتمالاً بهبود باورهای فراشناختی عمده‌ترین مسئله در بهبود بیماران است.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به تعداد کم آزمودنی‌ها و عدم پیگیری نتایج اشاره کرد. از این‌رو، پیشنهاد می‌شود در طرح‌های پژوهشی بعدی نمونه‌ها بیشتر باشد، نتایج درمان‌ها با پیگیری‌های دقیق دنبال شود و اثر درمان فراشناختی با دیگر رویکردهای مهم و مؤثر به درمان اختلال وسواسی- اجباری مقایسه شود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۴/۱۲؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۹/۱۵

1- O'Connor
3- Robillard
5- Brault
7- Liebowitz

2- Todorov
4- Borgeat
6- Kozak

منابع

- اندوز، ز. (۱۳۸۵). کارآیی و اثربخشی الگوی فراشناختی ولز در درمان یک مورد اختلال وسواسی- اجباری. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۲(۱)، ۶۶-۵۹.
- بختیاری، م. (۱۳۷۹). *بررسی اختلال روانی در مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- توزنده‌جانی، ح.، احدی، ح.، دلاور، ع.، و آزاد، ح. (۱۳۸۳). بررسی کارآمدی نسبی تکنیک‌های شناختی- رفتاری، دارویی و ترکیب آنها در درمان اختلال وسواس فکری و عملی. *اسرار (مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار)*، ۱۱(۴)، ۴۰-۳۳.
- خدایاری‌فرد، م.، و عابدینی، ی. (۱۳۸۰). مقایسه کارآیی روش‌های شناخت- رفتار درمانگری و شناخت- رفتار درمانگری توأم با دارودرمانی، در مبتلایان به اختلال وسواس فکری- عملی. *مجله‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۶(۱)، ۱۷۹-۱۴۵.
- شاره، ح. (۱۳۸۸). *مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی (MCT)، فلوروکسامین و ترکیب فلوروکسامین با درمان فراشناختی در درمان اختلال وسواسی- جبری (OCD)*. پایان‌نامه دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- شریفی، و.، اسعدی، م.، محمدی، م.، امینی، ه.، کاویانی، ح.، سمنانی، ی.، شعبانی، ا.، شهریور، ز.، داوری‌آشتیانی، ر.، حکیم‌شوشتری، م.، صدیق، ا.، و جلالی‌رودسری، م. (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای DSM-IV (SCID). *تازه‌های علوم شناختی*، ۶(۱ و ۲)، ۲۲-۱۰.
- شیرین‌زاده دستگیری، ص. (۱۳۸۵). *مقایسه باورهای فراشناختی و مسوولیت‌پذیری در بین بیماران دچار اختلال وسواسی- اجباری، اضطراب منتشر و افراد نرمال*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز.
- شیرین‌زاده دستگیری، ص.، گودرزی، م.، غنی‌زاده، ا.، و تقوی، م. (۱۳۸۷). *مقایسه باورهای فراشناختی و مسوولیت‌پذیری در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری، اختلال اضطراب منتشر و افراد بهنجار*. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۴(۱۴)، ۵۵-۴۶.
- علیلو، م.، عاطف‌وحید، م.، بیان‌زاده، ا.، و ملکوتی، ک. (۱۳۸۴). بررسی آزمایشی مشکلات حافظه در مبتلایان به نوع واری اختلال وسواسی- اجباری. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۱(۱)، ۷۰-۶۲.
- فیروزآبادی، ع.، و شاره، ح. (۱۳۸۸). *اثربخشی تکنیک‌های ذهن آگاهی انفعالی در درمان یک مورد اختلال وسواسی- اجباری*. *تازه‌های علوم شناختی*، ۱۱(۲)، ۷-۱.

- Abramowitz, J. S., Taylor, S., & McKay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *Lancet*, 374(9688), 491-499.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: American Association.
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279-296.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Dar, R., Rish, S., Hermesh, H., Taub, M., & Fux, M. (2000). Realism of confidence in obsessive-compulsive checkers. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(4), 673-678.
- Davey, G. C. L., Startup, H. M., Zara, A., MacDonald, C. B., & Field, A. P. (2003). The preservation of checking thoughts and mood-as-input hypothesis. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 34(2), 141-160.
- De Silva, P., & Rachman, S. (2004). *Obsessive-compulsive disorder: The facts*. UK, Oxford: Oxford University Press.
- Denys, D. (2006). Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive spectrum disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(2), 553-584.
- Emmelkamp, P. M. G., & Aardema, A. (1999). Metacognition, specific obsessive-compulsive beliefs and obsessive-compulsive behaviour. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6(2), 139-145.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinician Version*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(2), 117-132.
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34(10), 906-911.
- Foa, E. B., Franklin, M. E., & Moser, J. (2002). Context in the clinic: How well do cognitive behavioral therapies and medications work in combination? *Biological Psychiatry*, 52, 989-997.
- Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E., et al. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 151-161.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Delgado, P. L., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). Efficacy of fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: A double-blind comparison with placebo. *Archives of General Psychiatry*, 46(1), 36-44.
- Goodman, W. K., Ward, H., Kablinger, A., & Murphy, T. (1997). Fluvoxamine in the treatment of obsessive-compulsive disorder and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(Suppl 5), 32-49.
- Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of psychological assessment*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Gwilliam, P., Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). Does meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: A test of the metacognitive model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11(2), 137-144.
- Hermans, D., Martens, K., De Cort, K., Pieters, G., & Eelen, P. (2003). Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41(4), 383-401.
- Hersen, M., & Bellack, A. S. (1985) (Eds.). *Handbook of clinical behavior therapy with adults*. New York: Plenum. Howard.
- Hollander, E., Stein, D. J., Broatch, J., Himelein, C., & Rowland, C. A. (1997). A pharmaco-economic and quality of life study of obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrums*, 2, 16-25.
- Janeck, A. S., Calamari, J. E., Riemann, B. C., & Heffelfinger, S. K. (2003). Too much thinking about thinking? Metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(2), 181-195.
- Kozak, M. J., Liebowitz, M. R., & Foa, E. B. (2000). Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for

- OCD: The NIMH-Sponsored Collaborative Study. In W. Goodman, M. Rudorfer, & J. Maser (Eds.). *Obsessive compulsive disorder: Contemporary issues in treatment*. (pp. 501- 530). Mahwah, Nj: Erlbaum.
- Marks, I. M. (1981). Review of behavioral psychotherapy obsessive, I: Obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 138(5), 584-592.
- McDonald, C. B., & Davey, G. C. L. (2005). A mood-as-input account of perspective checking: The relationship between stop rules, mood and confidence in having checked successfully. *Behavior Research and Therapy*, 43(1), 69-91.
- McNally, R. J., & Kohlbeck, P. A. (1993). Reality monitoring in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 31(3), 249-253.
- Montgomery, S. A., & Manceaux, A. (1992). Fluvoxamine in the treatment of obsessive compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 7, 5-10.
- Moses L. J., & Baird, J. A. (1999). Metacognition. In R. A. Wilson & F.C. Keil (Eds.), *The MIT encyclopedia of the cognitive sciences* (pp. 533-535). Cambridge, MA: MIT Press.
- Mundo, E., Smeraldi, E., & Bellodi, L. (1996). Fluvoxamine in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A double-blind comparison with clomipramine. *European Neuropsychopharmacology*, 6(4), S4.
- Myers, S. G., & Wells, A. (2005). Obsessive-compulsive symptoms: The contribution of metacognitions and responsibility. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(7), 806-817.
- Nakatani, E., Nakagawa, A., Nakao, T., Yoshizato, C., Nabeyama, M., Kudo, A., et al. (2005). A randomized controlled trial of Japanese patients with obsessive-compulsive disorder: Effectiveness of behavior therapy and fluvoxamine. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(5), 269-276.
- Neel, J. L., Stevens, V. M., & Stewart, J. E. (2002). OCD: Identification, neurobiology, and treatment. *JAOA*, 120(2), 81 –86.
- O'Connor, K. P., Todorov, C., Robillard, S., Borgeat, F., & Brault, M. (1999). Cognitive behavior therapy and medication in the treatment obsessive-compulsive disorder: A controlled study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44(10), 64-671.
- Pallanti, S., & Quercioli, L. (2006). Treatment-refractory obsessive-compulsive disorder: Methodological issues, operational definitions and therapeutic lines. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30(3), 400-412.
- Pauls, D. L., Alsobrook, J. P., Goodman, W., Rasmussen, S., & Leckman, J. F. (1995). A family study of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152(1), 76-84.
- Radomsky, A. S., Rachman, S., & Hammond, D. (2001). Memory bias, confidence and responsibility in compulsive checking. *Behavior Research and Therapy*, 39(7), 813-822.
- Rassin, E., Merckelbach, H., Muris P., & Spaan, V. (1999). Thought-action fusion as a causal factor in the development of intrusions. *Behaviour Research and Therapy*, 37(3), 231-237.
- Rees, C. S., & van Koesveld, K. E. (2008). An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(4), 451-458.
- Riddle, M. A., Claghorn, J. L., Gaffney, G., Griest, J. H., Holland, A. D., Landbloom, R., et al. (1996). A controlled trial of fluvoxamine for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Psychopharmacol Bull*, 32, 399.
- Riddle, M. A., Reeve, E. A., Yaryura-Tobias, J. A., Yang, H. M., Claghorn, J. L., Gaffney, G., et al. (2001). Fluvoxamine for children and adolescents with obsessive-compulsive-disorder: A randomized, controlled, multicenter trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(2), 222-229.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Shareh, H., Gharraee, B., Atef-Vahid, M.K., & Eftekhari, M. (2010). Metacognitive Therapy (MCT), Fluvoxamine, and Combined Treatment in Improving Obsessive-Compulsive, Depressive and Anxiety Symptoms in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences (IJPBS)*, 4(2), 17-25.
- Simons, M., Schneider, S., & Herpertz-Dahlmann, B. (2006). Metacognitive therapy versus exposure and response prevention for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(4), 257-264.

- Sungur, M. Z. (1996). A comparison fluvoxamine and cognitive-behaviour therapy in treatment of obsessive-compulsive disorder (OCD). *European Neuropsychopharmacology*, 6(1), S25.
- Tenney, N. H., Denys, D. A. J. P., van Megen, H. J., Glas G., & Westenberg, H. G. (2003). Effect of pharmacological intervention on quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 18(1), 29-33.
- Tolin, D. F., Abramowitz, T. 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(8), 913-927.
- Valleni-Basile, L. A., Garrison, C. Z., Jackson, K. L., Waller, J. L., McKeown, R. E., Addy, C. L., & Cuffe, S. P. (1994). Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(6), 782-791.
- van den Hout, M., & Kindt, M. (2003a). Repeated checking causes memory distrust. *Behavior Research and Therapy*, 41(3), 301-316.
- van den Hout, M., & Kindt, M. (2003b). Phenomenological validity of an OCD-memory model and the remember/know distinction. *Behaviour Research and Therapy*, 41(3), 369-378.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ 30. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 385-396.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: Effects of external attention focus on anxiety, negative beliefs and perspective taking. *Behavior Therapy*, 29(3), 357-370.
- Wolpe, J., & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neuroses*. New York: Pergamon Press.
- World Health Organization. (1996). *The global burden of disease*. World Health Organization.
- Zanarini, M. C., Skodol, A. E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E., et al. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: Reliability of axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorder*, 14(4), 291-299.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی