Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 5/ No. 1/ Spring 2018
Page: 1-17

Comparative Efficacy of Metacognitive therapy versus Cognitive-Behavioral therapy on reducing the metacognitive beliefs, fusion beliefs, stop signals and control/threat beliefs in patient with washing obsession.

Fatemeh Ayetmehr [1*], Saman Sadeghpour [2]
1. MSc. in Clinical Psychology, Kharazmi University. (Corresponding Author)
Fatemeayatmehr@gmail.com tel: +989144058643
2. MSc in Clinical Psychology, Kharazmi University.

Abstract

Background: Due to the complex nature and varied symptoms of obsessive-compulsive disorder, different treatments have been used for OCD.

Objective: The aim of this study was comparing the efficacy of cognitive-behavior therapy (CBT) and meta-cognitive therapy (MCT) on reducing metacognitive beliefs, fusion beliefs, internal stop signals and control/threat beliefs.

Method: To do so, 6 women with OCD (pure washing), were selected based on the structured clinical interview for DSM-IV (SCID), and were assigned randomly to CBT or MCT group. In each group, patients received the relevant therapies in 12 one-hour sessions. Research tools included Obsessive-Compulsive Inventory (OCI-R), stop signals questionnaire (SSQ), thought fusion inventory (TFI) and metacognition questionnaire-30 (MCQ-30) that were completed by patients in pretest, posttest, follow up 1 and follow up 2. Finally, data was analyzed both individually and in group. In individual analysis, we used diagrams, visual analysis and calculating the effect size, while in group analysis, the analysis of variance with one between group factor (two group of therapies) and one within group factor (time of tests) was used.

Result: The results indicated that metacognitive therapy was more effective than cognitive-behavioral therapy in reducing the metacognitive beliefs, fusion beliefs and internal stop signals. However, cognitive-behavioral therapy was more effective than metacognitive therapy in reducing the control/threat beliefs.

Conclusion: Considering these results, it can be suggested that overall, metacognitive therapy is more appropriate for reducing the obsessive symptoms. However, definitive conclusion about the efficacy of these therapies requires more studies.

Keywords: Obsession, Metacognitive therapy, Cognitive-behavioral therapy, Fusion belies, Internal stop signal

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.2.5]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.1]

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال پنجم، شماره 1، بهار 1397
صفحات: 17-1

مقایسه کارآمدی درمان فراشناختی و درمان شناختی–رفتاری در کاهش باورهای فراشناختی، باورهای آمیختگی، نشانگان توقف درونی و باورهای کنترل/خطر در افراد وسواس شستشو

فاطمه آیت مهر[1*]، سامان صادق پور[2]
1- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی (مولف مسئول) Fatemeayatmehr@gmail.com
2- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.2.5]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.1]

چکیده

مقدمه: با توجه به ماهیت پیچیده و نشانگان متنوع اختلال وسواسی- اجباری، درمان‌های متفاوتی برای این اختلال استفاده می-شود.

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه کارآمدی دو درمان شناختی- رفتاری و فراشناختی در کاهش باورهای فراشناختی، آمیختگی، نشانگان توقف درونی و باورهای کنترل/خطر بود.

روش: به این منظور 6 بیمار زن مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری از نوع شست‌وشو بر اساس معیار تشخیصی و آماری SCID انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه درمان فراشناختی و شناختی- رفتاری قرار گرفتند. بیماران هر دو گروه به مدت 12 جلسه یک‌ساعته درمان‌های مربوط به خود را دریافت نمودند. ابزارهای پژوهش شامل سیاهه وسواسی - اجباری (OCI-R)، پرسشنامه نشانه‌های توقف، ابزار آمیختگی فکر و پرسشنامه باورهای فراشناختی در چهار نوبت پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری اولیه و ثانویه توسط بیماران تکمیل شد و داده‌ها به دو صورت انفرادی و گروهی تحلیل گردید. در تحلیل انفرادی از شکل‌ها، تحلیل دیداری و اندازه اثر و در تحلیل گروهی داده‌ها از تحلیل واریانس با یک عامل بین گروهی (گروه‌های درمانی) و یک عامل درونی (زمان آزمون‌ها) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که درمان فراشناختی در کاهش باورهای فراشناختی، باورهای آمیختگی و نشانه‌های توقف درونی مؤثرتر از درمان شناختی رفتاری عمل کرده است و درمان شناختی رفتاری در کاهش باورهای کنترل/خطر قوی‌تر از درمان فراشناختی عمل می‌کند.

نتیجه‌گیری: با توجه به این نتایج به نظر می‌رسد درمان فراشناختی درمجموع برای کاهش نشانگان وسواسی مناسب‌تر باشد. بااین‌حال، نتیجه‌گیری قطعی در مورد کارآمدی این درمان‌ها نیازمند مطالعات بیشتری است.

کلید واژه‌ها: وسواس، درمان فراشناختی، درمان شناختی رفتاری، باورهای آمیختگی، نشانه‌های توقف درونی

مقدمه

اختلال وسواسی- اجباری (OCD[1]) با وسواس‌های فکری و/یا وسواس‌های عملی مشخص می‌شود. وسواس ذهنی شامل افکار، تکانه‌ها و تصاویری است که به‌صورت مزاحم و ناخواسته تجربه می‌شوند. وسواس‌های عملی، رفتارها و اعمال ذهنی تکراری هستند که فرد احساس می‌کند در پاسخ به افکار وسواسی و بر اساس قواعد غیر منعطفی مجبور به انجام آن‌هاست (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، 2013). طی 20 سال گذشته رویکردهای نظری متنوعی در چهارچوب درمان شناختی-رفتاری شکل گرفته‌اند که بر نقش مؤلفه‌های شناختی مختلف در ایجاد و تداوم این اختلال تأکید می‌نمایند، در این میان مدل سالکووسکیس[2] که بر «حس مسئولیت در ارزیابی افکار مزاحم» تأکید دارد، دارای نفوذ فراوانی است (سالکووسکیس، 2007؛ یورلماز، 2007). فرض بر این است که اگر فرد در ارزیابی افکار مزاحمی که به‌صورت ناگهانی به ذهن خطور می‌کنند، معنایی را به آن‌ها نسبت ندهد، پردازش درباره‌ی آن فکر صورت نخواهد گرفت، اما زمانی که ارزیابی‌ها بر مبنای یک واکنش خاص مثل خطر آسیب و یا مسئولیت باشد، فرآیندهای کنترل کردن و اجبارهای بالینی در بیماران OCD آغاز می‌گردد (سالکووسکیس، 2007؛ یورلماز، 2007؛ آبروموویتز، 2006). بنابراین از دیدگاه سالکووسکیس افکار وسواسی مزاحم به این صورت تفسیر می‌گردد: (1) احتمال آسیب به خود و یا دیگری وجود دارد، (2) فرد در برابر چنین آسیبی و یا در پیشگیری از آن مسئول است.

درمان در این رویکرد آماج قرار دادن باورهای شناختی به‌ویژه باورهایی با محتوای مسئولیت است.

1. Obsessive Compulsive Disorder (OCD)
2. Salkovskis

بازنگری‌ها، فرا تحلیل‌ها و پارامترهای عملی، درمان شناختی-رفتاری را هم به‌تنهایی و هم در ترکیب با SSRIتا به‌عنوان درمان خط اول برای بزرگ‌سالان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری معرفی می‌کنند (بارت[3] و همکاران، 2008؛ واتسون[4] و همکاران، 2009). باوجود چنین شواهدی تعداد قابل‌توجهی از بیماران با دریافت درمان‌های شناختی - رفتاری، نشانه-های خود را حفظ کرده‌اند و یا هیچ بهبودی نداشته‌اند (ماتیکس‌کلس[5] و همکاران، 2005: اددی[6] و همکاران، 2004). در پژوهشی دیگر ولز و همکاران (2005؛ 2008)، با باز تحلیل درمان‌های شناختی - رفتاری دریافتند که با پیگیری ERP، 60 درصد از بیماران بهبود[7] یافتند، اما فقط 25 درصد بدون علامت[8] بودند؛ بنابراین احتمالاً فرایندهای شناختی دیگری در ایجاد و تداوم این اختلال نقش دارند که در درمان شناختی-رفتاری موردتوجه قرار نگرفته‌اند.

رویکرد فراشناختی در تبیین OCD حوزه دیگری از شناخت‌ها را مدنظر قرار داده است. ولز به‌عنوان بنیان‌گذار این رویکرد ادعا می‌کند که CBT به چالش با محتوای افکاری می‌پردازد که خود محصول فرایندهای سطح بالا و پیچیده‌تر هستند درحالی‌که فراشناخت‌ها مسئول کنترل ذهن هستند و آنچه هیجان‌ها و نحوه‌ی کنترل آن‌ها را تعیین می‌کند، نه چیستی افکار فرد، بلکه چگونگی تفکر است (فیشر و همکاران، 2011). این مدل شامل دو حیطه باورهای فراشناختی می‌شود: 1- باور درباره معنی و اهمیت افکار که باورهای آمیختگی نامیده می‌شود و 2- باور درباره‌ی کنترل افکار و انجام آیین‌مندی‌ها و به‌تبع آن معیارهای توقف که متأثر از باورهای آمیختگی است.

3. Barrett
4. Watson
5. Mataix-Cols
6. Eddy
7. Recovery
8. Asymptomatic

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.2.5]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.1]

باورهای آمیختگی اساس باورهای فراشناختی را در اختلال وسواس تشکیل می‌دهند. در این مفهوم، افکار و اعمال در یکدیگر تنیده شده‌اند و افراد احساس می‌کنند که افکارشان، به‌ویژه افکار پلیدشان می‌تواند رویدادهای خارجی را تحت تأثیر خود قرار دهد (سوگیری احتمال) و یا طبق سوگیری اخلاقی، افکار مزاحم ناخوشایند و پلید ازلحاظ اخلاقی معادل با انجام آن عمل تلقی می‌شود؛ مطالعات ارتباط مثبت و معناداری بین باورهای آمیختگی و علائم وسواسی نشان داده‌اند (گیلیام[9] و همکاران، 2004؛ مایرز[10] و همکاران، 2009؛ سولم[11] و همکاران، 2010).

حیطه‌ی دیگر باورهای فراشناختی مرتبط با وسواس، باورهای مرتبط با لزوم انجام آیین‌مندی است. در واقع گام دیگر برای ارزیابی مدل فراشناختی، نقش باورهای فراشناختی در معیارهای توقف است. سالکووسکیس (1999) معتقد است که یک پاسخ معمول به ترس ناشی از احساس مسئولیت در برابر خطرها، استفاده‌ی بالقوه غیرمفید از معیار توقف[12]» است؛ که ضمن آن فرد برای تصمیم‌گیری مبنی بر اینکه آیا فعالیتی را به‌طور کامل انجام داده است یا نه فعالانه درصدد دست‌یابی به یک حالت ذهنی یا هیجانی است. این مفهوم شامل جستجوی عامدانه‌ی یک حالت خلقی خاص، یک حس رضایت و تمامیت و احساس "کاملاً درست[13]" است؛ که به معنای روشی برای تصمیم‌گیری مناسب در مورد توقف رفتار است (وال[14] و همکاران، 2008). ارزیابی چنین حالات درونی در مقایسه با دروندادهای حسی برای فرد مشکل‌تر است و لذا تصمیم‌گیری در مورد اینکه آیا این معیارها برآورده شده‌اند یا خیر، زمان بیشتری می‌گیرد. مدل فراشناختی نیز معتقد است افراد وسواسی توقف آیین‌مندی‌هایشان را بر اساس معیارهای درونی و ویژه خودشان تعیین می‌کنند (مایرز و همکاران، 2009). مثلاً فردی با وسواس مرتبط با بیماری، ممکن است برای رهایی از میکروب، به شستن مکرر دست‌ها اقدام کند. ازآنجایی‌که میکروب دیده نمی‌شود، شخص ممکن است برای توقف آیین شستن دست، از قاعده‌ی احساس درستی[15] یا شستن به تعداد دفعات مشخص استفاده کند. معیارهای ناسازگارانه برای توقف علائم، موجب تشدید نشانگان می‌شود؛ چراکه از یک‌سو دست‌یابی به این معیارها سخت است و از سوی دیگر برای رفتاری که به‌منظور جلوگیری از گسترش یک رابطه‌ی کارکردی و منعطف با افکار و احساسات تدارک دیده شده است، شیوه‌ی مناسبی نیست (مایرز و همکاران، 2009). این نظریه که علائم توقف در نشانگان OCD نقش دارد، توسط وال و همکاران (2008) موردحمایت قرارگرفته است. آن‌ها دریافتند که افراد با وسواس شستشو، اغلب از معیارهای ذهنی برای پایان دادن به عمل شستشو استفاده می‌کنند و اهمیت این معیارها را حتی بیشتر از کنترل کردن برآورد می‌کنند. ریچاردز[16] (1995، به نقل از وال و همکاران، 2008) نیز عنوان می‌کند که بیماران وسواسی برای تصمیم‌گیری در مورد پایان دادن به عمل وسواسی، بر حالات درونی مانند احساس درستی یا تمامیت تأکید دارند در صورتی که افراد غیر وسواسی بر معیارهای عینی‌تر (مانند صدای قفل شدن در برای چک کردن) تکیه‌دارند.

از سوی دیگر، سالکووسکیس و همکاران (2000) معتقدند که تفاوت بین افکار مزاحم نرمال و افکار

9. Gwilliam
10. Myers
11. Solem
12 .Stop Criteria
13 .Just Right
14 .Wahl
15. Feeling of Rightness
16 .Richards

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.2.5]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.1]

وسواسی بالینی نه بر وقوع یا حتی کنترل پذیری/کنترل ناپذیری افکار مزاحم، بلکه بیشتر بر تفسیری متکی است که افراد وسواسی از وقوع و محتوای افکار مزاحمشان به عمل می‌آورند. سالکووسکیس یک تحلیل شناختی رفتاری از OCD ارائه می‌دهد که در آن ارزیابی منفی افکار، مخصوصاً ارزیابی مسئولیت‌پذیری منجر به رفتارهای اجباری می‌شود. این تحلیل فرض می‌کند که افرادی که مشکلات وسواسی دارند، افکار مزاحم یا تکانه‌های عادی را که در سایر افراد هم رخ می‌دهد، به‌عنوان یک خطر برای خود و دیگران ارزیابی می‌کنند و خودشان را مسئول این خطرات می‌دانند.

از این دیدگاه، در مشکلات وسواسی، وقوع افکار مزاحم، بدین گونه تفسیر می‌شود که فرد در آسیب رسیدن به خود و دیگران مسئول خواهد بود. این ارزیابی منجر به خلق ناسازگار (اضطراب و افسردگی) و نیز تحریک و تصمیم به درگیر شدن در رفتارهای خنثی‌سازی می‌شود. این نظریه همچنین معتقد است که منشأ ارزیابی‌های منفی، فرض‌های یاد گرفته‌شده است. چنین مفروضاتی اغلب به‌عنوان راه‌های سازگارانه برای مقابله با تجارب اولیه شکل می‌گیرند و بعدها زمانی‌که توسط وقایع مهم فعال شوند، می‌توانند آغازگر مشکلات وسواسی باشند. این مفروضات نه‌تنها شامل باورهایی درباره آسیب و مسئولیت هستند، بلکه معنا و ماهیت افکار مزاحم را نیز در برمی‌گیرند.

مطالعات اولیه در رابطه با اثربخشی MCT امیدبخش به نظر می‌رسد. فیشر و همکاران (2008) با استفاده از طرح سری‌های مورد، اثرات درمان فراشناختی را در چهار بیمار مبتلابه اختلال وسواسی-اجباری مورد ارزیابی قراردادند. نمرات همه‌ی بیماران پس از درمان و در مرحله‌ی پیگیری در مقیاس‌های اختلال وسواسی-اجباری و فراشناخت، بهبودی قابل توجّه‌ای نشان داد. مطالعات اندوز و همکاران (2013) و ریس و همکاران (2008) نیز کارآمدی MCT را در کاهش نشانه‌های OCD تأیید کرده‌اند. با در نظر داشتن این‌که درمان فراشناختی، درمانی کوتاه مدت و فشرده محسوب می‌شود، در صورتی که یافته‌های پژوهشی اثربخشی آن را در درمان اختلال وسواسی- اجباری تائید نماید، می‌تواند گزینه‌ی مطلوبی برای درمان بیماران وسواسی باشد؛ بنابراین پژوهشگران متعددی به مقایسه‌ی این رویکرد درمانی نوین با درمان‌های پیشین پرداخته‌اند، با توجه به این‌که بسیاری از این بیماران در برابر فنون شناخت‌درمانی مقاومت می‌کنند و نیز نظر به تنوع نشانگانی زیاد در OCD، شاید درمان فراشناختی که بیشتر بر فرایندهای شناختی تمرکز می‌کند در مدیریت این نوع بیماران مؤثر واقع شود. از همین رو پژوهش حاضر، با هدف مقایسه‌ی کارآمدی درمان فراشناختی و درمان شناختی-رفتاری در کاهش نشانه‌های باورهای فراشناختی، باورهای آمیختگی، توقف درونی و باورهای کنترل/خطر انجام شده است.

روش

مدل آماری در این طرح پژوهشی مدل آمیخته از اثرهای بین آزمودنی و درون آزمودنی است که از طریق مدل تک آزمودنی انجام می‌گیرد. لازم به ذکر است بخشی از سنجش هر جلسه صورت خواهد پذیرفت و بخش دیگر آن همان‌گونه که در جدول شماره‌ی 1 مشاهده می‌کنید شامل چهار اندازه‌گیری مکرر (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری 1 و پیگیری 2) است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.2.5]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.1]

جدول 1: اندازه‌گیری‌های مکرر در طرح پژوهشی

	Pretest	Posttest	Follow1	Follow2
CBT				
MCT				

در این پژوهش 6 بیمار به‌صورت در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در درمان‌های CBT و MCT گمارده شدند.

برای تحلیل داده‌های این پژوهش از روش تحلیل واریانس با یک عامل بین گروهی (گروه‌های درمانی) و یک عامل درونی (زمان آزمون‌ها که شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری اولیه و ثانویه) استفاده می‌شود. فرازوفرود متغیر وابسته پایه داوری میزان تغییر به شمار می‌رود. افزون بر این از ملاک معناداری بالینی هم برای تحلیل داده‌ها بهره گرفته می‌شود. برای چینی‌سازی میزان بهبودی از فرمول زیر می‌شود:

$$A\% = \frac{A0 - A1}{A0}$$

در فرمول فوق، A0 مشکل آماجی در جلسه‌ی اول، A1 مشکل آماجی در جلسه‌ی آخر و r٪ میزان بهبودی 9 را نشان می‌دهد (اوگلز، لونر و بونستیل، 2001).

شرکت‌کنندگان

جامعه‌ی آماری این پژوهش، تمام بیماران مبتلا به اختلال وسواسی – اجباری از نوع فرعی شست‌وشو بود. نمونه از میان افرادی که در سه سال گذشته به یک مرکز درمانی در شهر تبریز مراجعه کرده بودند، انتخاب گردید. برای انتخاب نمونه حدود دو هزار و پانصد پرونده‌ی موجود در این مرکز موردمطالعه قرار گرفت و از آن میان، 6 بیمار با تشخیص OCD در محور یک و بدون آلودگی در محور دو انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های MCT و CBT گمارده شد. ملاک‌های ورود بیماران به فرایند پژوهش عبارت بود از: وسواس و اجبارها را تجربه کرده باشند. به مدت یک سال گذشته OCD داشته باشند، 18-65 سال سن داشته باشند، هم زمان در حال دریافت درمان روان شناختی دیگری نباشند، درمان رفتاری یا CT را در دو سال پیش از مراجعه دریافت نکرده باشند، شواهدی از بیماری سایکوتیک یا جسمانی و یا شرایط بدنی یا دارویی ناشی از اضطراب وجود نداشته باشد، بدون دارو یا در شرایط دارویی ثابت باشند (سه ماه درمان و سه ماه پیگیری بدون تغییر در دوز و نوع دارو). شرایط خروج از درمان شامل تشخیص اختلالات سایکوتیک، عدم تمایل به ادامه‌ی درمان و تغییر در شرایط دارویی بود.

ابزار

نسخه ویراست شده سیاهه وسواسی – اجباری *(OCI-R؛ فووا و همکاران، 2002)*: OCI-R به عنوان مقیاسی از نشانه‌های وسواسی-اجباری به کار می‌رود. فتی، محمدی و زمانی (1387) این مقیاس را در یک جمعیت دانشجویی در ایران هنجاریابی کردند. نتایج پژوهش مذکور، همسانی درونی مطلوبی به دست داد که با ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد (در دامنه 0/5 تا 0/72). علاوه بر این، ساختار شش عاملی که در پژوهش اصلی به دست آمده بود، به وسیله تحلیل عاملی تأییدی به تائید رسید.

پرسشنامه‌ی نشانه‌های توقف *(SSQ؛ مایرز و همکاران، 2009)*: SSQ، برای سنجش اهمیت معیارهای توقف اصلی برای تصمیم‌گیری جهت متوقف کردن آیین‌مندی‌ها ایجاد شده است. پرسشنامه شامل 12 آیتم با نمره‌گذاری صفر تا 4 است. پایایی آزمون-بازآزمون بعد از سه ماه برای SSQ، نشان داد که می‌تواند با ضریب مشترک 0.62 قابل‌قبول باشد.

ابزار آمیختگی فکر *(TFI؛ ولز و همکاران، 2001)*: این ابزار برای اندازه‌گیری سه نوع آمیختگی فکر تصریح‌شده در مدل فرا شناختی (آمیختگی فکر-عمل،

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.2.5]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.1]

آمیختگی فکر-رویداد و آمیختگی فکر-شیء) طراحی‌شده است و شامل 14 آیتم در طیف صفر تا صد نمره‌ای است. جی‌ویلیام، ولز، کارت رایت-هاتون (2004) شواهد مقدماتی و پایایی به دست آوردند که از اعتبار همگرا و تفکیک‌کننده آن حمایت می‌کرد (سولم و همکاران، 2008). این پرسشنامه در ایران توسط خرم‌دل و همکاران (1389) در جمعیت دانشجویی هنجاریابی شده است. تحلیل پایایی همسانی درونی، ضریب آلفا را برای عامل کلی 87 درصد نشان داد.

پرسشنامه‌ی باورهای فراشناختی *(MCQ-30)*: یک مقیاس خود گزارشی 30 سؤالی است که توسط ولز ساخته شده و شامل 5 خرده مقیاس باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی، کنترل‌ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی است. سؤالات این پرسشنامه در مقیاس 4 درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. اعتبار این پرسشنامه در دامنه‌ای بین 0/72 تا 0/93 گزارش‌شده است. در ایران شیرین زاده دستگردی و همکاران (1387، به نقل از آیت مهر، 1392) همسانی درونی این آزمون را برای کل خرده مقیاس‌ها 0/91 گزارش کرده‌اند. همچنین محمدخانی و مظلوم (1389) و محمدخانی و فرجاد (1388) نیز آلفای کرونباخ کل این مقیاس را 0/80 و برای خرده مقیاس‌های آن در دامنه‌ی 0/53 تا 0/83 بدست آورده‌اند. آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر 0/77 به‌دست آمد.

پروتکل درمان شناختی – رفتاری

راهنمای درمان شناختی – رفتاری پژوهش حاضر بر اساس «راهنمای درمان گروهی برای آزمایش کنترل‌شده در اختلال وسواسی- اجباری» که به‌منظور مقایسه روش درمانی شناختی – رفتاری با روش درمان رفتاری (مواجهه و پیشگیری از پاسخ) در دانشگاه کلمبیا توسط ساکتین، ویتال، مک‌لین تدوین شده است، آماده شد. تکنیک‌های شناختی – رفتاری ارائه شده در این مجموعه بر اساس کارهای افرادی نظیر ون‌اپن و همکاران (1994)، فریستون و همکاران (1996) و سالکووسکیس و همکاران (1989) پایه‌گذاری شده است.

پروتکل درمان فراشناختی

درمان فراشناختی برای بیماران مبتلابه اختلال وسواسی – اجباری توسط آدریان ولز (2008) ایجاد شد. این یک درمان 10 جلسه‌ای است که به صورت هفتگی و به مدت 45 الی 60 دقیقه برگزار می‌شود. قدم اول در این درمان تشویق بیمار برای آگاهی از نقش فراشناخت‌ها در تداوم نشانه‌های بیماری است. در واقع هدف این است که بیمار به‌جای این‌که با افکار خود درباره‌ی وسواس‌ها و اجبارها به‌عنوان واقعیت رفتار کند، آن‌ها را صرفاً حوادثی ذهنی[17] بداند که نیازمند پردازش ذهنی بیشتری نیست (فیشر و همکاران، 2008).

شیوه‌ی اجرا

پس از ارزیابی و انتخاب بیماران، آن‌ها را به‌صورت تصادفی در دو گروه قراردادیم، هر یک از بیماران بعد از تکمیل پیش‌آزمون به‌صورت انفرادی 10 - 12 جلسه درمان 60 دقیقه‌ای شناختی - رفتاری یا فراشناختی دریافت نمودند. یک ماه بعد از اتمام جلسات درمانی، بیماران مجدداً به کلینیک فراخوانده شدند و بررسی کوتاهی طی یک جلسه نیم ساعتی به عمل آمد. در این جلسه به سؤالات بیماران در حفظ بهبودی پس از درمان پاسخ داده شد. جلسه‌ای مشابه سه ماه پس از درمان برای بیماران برگزار شد.

17. Mental Event

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.2.5]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.1]

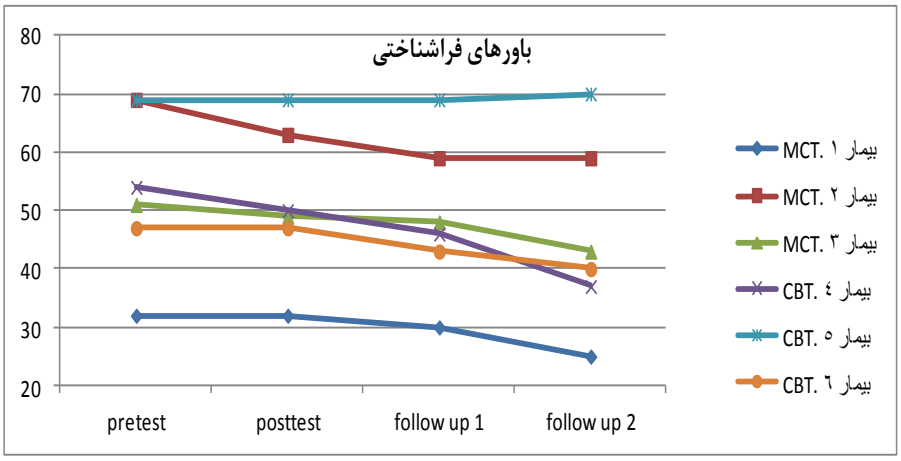
یافته‌ها

پژوهش حاضر باهدف مقایسه درمان فراشناختی و درمان شناختی-رفتاری در کاهش باورهای فراشناختی، باورهای مرتبط با TAF، توقف درونی و باورهای کنترل/خطر انجام‌شده است. به این منظور به بررسی تغییرات نمرات دو گروه در متغیرهای باورهای فراشناختی، باورهای مرتبط با TAF، نشانه‌های توقف درونی و باورهای کنترل/خطر پرداخته‌ایم. جدول 2 روند کلی این تغییرات را نشان می‌دهد.

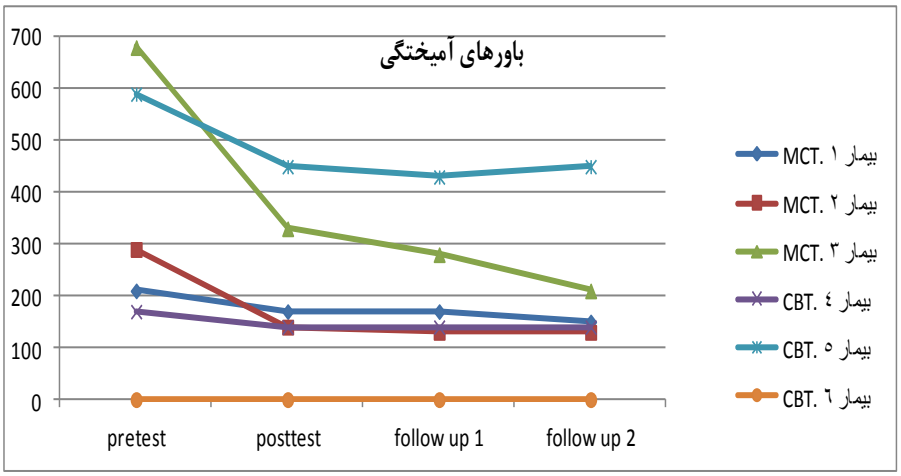
جدول 2: نمرات بیماران دو گروه در باورهای فراشناختی، آمیختگی، نشانه‌های توقف درونی و کنترل فکر/خطر از OBQ-44

			باورهای فراشناختی	باورهای آمیختگی	نشانه‌های توقف درونی	کنترل فکر OBQ	برآورد خطر OBQ
گروه MCT	بیمار 1	پیش‌آزمون	32	210	34	26	16
		پس‌آزمون	32	170	19	21	11
		پیگیری پس از 1 ماه	30	170	19	21	1
		پیگیری پس از 3 ماه	25	150	18	24	3
گروه MCT	بیمار 2	پیش‌آزمون	69	290	40	19	18
		پس‌آزمون	63	140	29	12	14
		پیگیری پس از 1 ماه	59	130	24	12	3
		پیگیری پس از 3 ماه	59	130	24	12	3
گروه MCT	بیمار 3	پیش‌آزمون	51	680	34	22	11
		پس‌آزمون	49	330	19	18	6
		پیگیری پس از 1 ماه	48	280	19	18	1
		پیگیری پس از 3 ماه	43	210	18	16	0
گروه CBT	بیمار 4	پیش‌آزمون	54	170	36	19	10
		پس‌آزمون	50	140	3	9	4
		پیگیری پس از 1 ماه	46	140	2	7	3
		پیگیری پس از 3 ماه	37	140	1	0	0
گروه CBT	بیمار 5	پیش‌آزمون	69	590	15	29	26
		پس‌آزمون	69	450	15	27	19
		پیگیری پس از 1 ماه	69	430	11	27	2
		پیگیری پس از 3 ماه	70	450	20	24	2
گروه CBT	بیمار 6	پیش‌آزمون	47	0	35	26	18
		پس‌آزمون	47	0	20	19	13
		پیگیری پس از 1 ماه	43	0	14	17	6
		پیگیری پس از 3 ماه	40	0	14	8	0

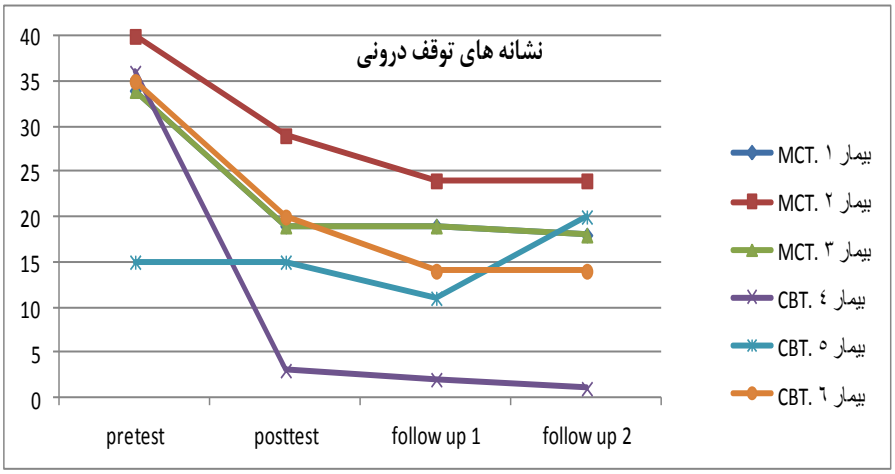
[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.2.5]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.1]



شکل 1: تغییرات نمرات باورهای فراشناختی در بیماران دو گروه MCT و CBT

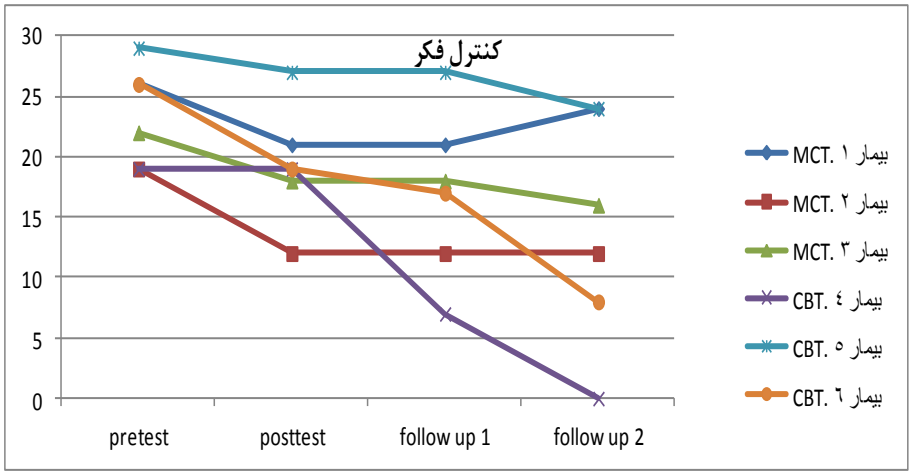


شکل 2: تغییرات نمرات باورهای آمیختگی در بیماران دو گروه MCT و CBT

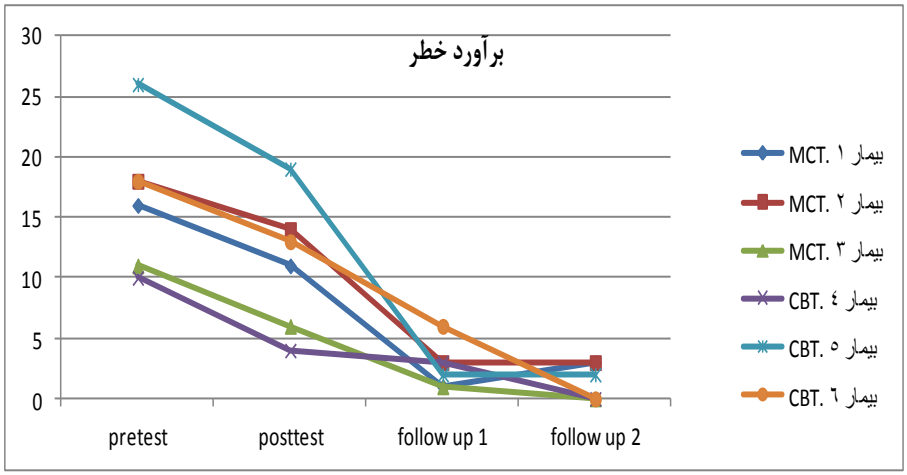


شکل 3: تغییرات نمرات نشانه‌های توقف درونی در بیماران دو گروه MCT و CBT

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.2.5]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.1]



شکل 4: تغییرات نمرات کنترل فکر OBQ در بیماران دو گروه MCT و CBT



شکل 5: تغییرات نمرات برآورد خطر OBQ در بیماران دو گروه MCT و CBT

همان‌طور که در جدول 2 و اشکال 1 تا 5 نشان داده‌شده است، روند کلی تغییرات در علائم در هر دو درمان MCT و CBT کاهشی بوده است و نمرات پس‌آزمون و پیگیری اولیه و ثانویه حاکی از کاهش نمرات در متغیرهای باورهای فراشناختی، باورهای آمیختگی، نشانه‌های توقف درونی و زیر مقیاس کنترل فکر/خطر است. در ادامه به‌منظور بررسی دقیق‌تر، شاخص اندازه اثر دو درمان MCT و CBT را در کاهش تک‌تک متغیرهای پژوهش بررسی می‌کنیم.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.2.5]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.1]

جدول 3: مقایسه اندازه اثر درمان، در کاهش نمره باورهای فراشناختی، باورهای آمیختگی، توقف درونی، کنترل فکر و برآورد خطر بیماران دو گروه MCT و CBT در مراحل مختلف ارزیابی

		درمان فراشناختی			درمان شناختی – رفتاری		
متغیرهای پژوهش	مراحل ارزیابی	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	بیمار چهارم	بیمار پنجم	بیمار ششم
باورهای فراشناختی	بعد از درمان	0	8	3.29	7.4	0	0
	پیگیری اولیه	6	14.49	5.88	14.84	0	8.51
	پیگیری ثانویه	21.87	14.49	15.68	31.48	-1.44	14.89
باورهای آمیختگی	بعد از درمان	19.04	51.72	51.47	17.64	23.72	0
	پیگیری اولیه	19.04	55.17	58.82	17.64	27.11	0
	پیگیری ثانویه	28.57	55.17	69.11	17.64	23.72	0
نشانه‌های توقف درونی	بعد از درمان	44.11	27.5	44.11	91.66	صفر	42.85
	پیگیری اولیه	44.11	40	44.11	94.44	26.66	60
	پیگیری ثانویه	47.5	40	47.5	97.22	-33.33	60
کنترل فکر	بعد از درمان	19.23	36.84	18.18	52.63	6.89	26.92
	پیگیری اولیه	19.23	36.84	18.18	63.15	6.89	34.61
	پیگیری ثانویه	7.69	36.84	27.27	100	6.89	69.23
برآورد خطر	بعد از درمان	31.25	22.22	83.33	60	26.92	27.72
	پیگیری اولیه	93.75	78.75	90.90	70	92.3	53.84
	پیگیری ثانویه	81.25	78.75	100	100	92.3	100

با توجه به اینکه اندازه اثر یک متغیر رتبه‌ای است، برای مقایسه اندازه اثر درمان‌ها در مراحل مختلف ارزیابی، از میانه اندازه اثر استفاده کردیم. با توجه به اطلاعات جدول 3 میانه اندازه اثر درمان فراشناختی برای کاهش نمره باورهای فراشناختی، در مرحله پس از درمان، پیگیری اولیه و پیگیری ثانویه، به ترتیب 3/29، 6 و 14/49 بوده است و اندازه اثر درمان شناختی-رفتاری در این متغیر در مراحل پس از درمان، پیگیری اولیه و ثانویه به ترتیب 3/7، 8/51 و 14/89 است. ظاهراً به نظر می‌رسد که در این متغیر، درمان CBT کارآمدتر بوده است؛ اما تأمل در یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که یکی از بیماران گروه CBT هیچ تغییری در باورهای فراشناختی نداشته است. از این‌رو با در نظر گرفتن دامنه تغییرات نمرات MCQ که در گروه MCT برابر 8/61 و در گروه CBT برابر 14/84 است، می‌توان نتیجه گرفت که MCT در مجموع بیماران در کاهش نمرات باورهای فراشناختی، با تفاوت اندکی، کارآمدتر عمل کرده است.

میانه اندازه اثر درمان فراشناختی برای کاهش نمره باورهای آمیختگی، در مرحله پس از درمان، پیگیری اولیه و پیگیری ثانویه، به ترتیب 51/47، 55/17 و 55/17 بوده است و اندازه اثر درمان شناختی-رفتاری در این متغیر در مراحل پس از درمان، پیگیری اولیه و ثانویه به ترتیب 173/64، 17/64 و 17/64 است؛ بنابراین در تمام مراحل درمانی اندازه اثر درمان فراشناختی بیش از CBT بود. با در نظر داشتن روند تغییر و تغییرپذیری نقاط داده‌ای درمجموع می‌توان استنباط کرد که MCT در کاهش TAF کارآمدتر بوده است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.2.5]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.1]

میانه اندازه اثر درمان فراشناختی در کاهش نمره‌ی نشانه‌های توقف درونی در مرحله‌ی اول ارزیابی، 44/30 و اندازه اثر درمان شناختی – رفتاری در همین مرحله، 42/85 است. مشاهده می‌شود که اندازه اثر در گروه MCT، با تفاوت بسیار جزئی بالاتر است. در مرحله‌ی پیگیری اولیه، میانه اندازه اثر گروه MCT، 44/30 و میانه اندازه اثر CBT، 60 است. به نظر می‌رسد که در درمان شناختی – رفتاری در تداوم درمان بعد از پایان جلسات و نگهداری تغییرات درمان، کارآمدتر بوده است. میانه اندازه اثر در مرحله‌ی پیگیری ثانویه در گروه MCT، تقریباً 44 و میانه اندازه اثر برای گروه CBT، 60 است. دامنه‌ی تغییرات در گروه MCT، 7/5 و CBT، 130/55 است. از سوی دیگر تغییرپذیری نقاط داده‌ای در گروه CBT زیاد است؛ بنابراین در یک جمع‌بندی کلی درمان فراشناختی کارآمدتر به نظر می‌رسد.

میانه اندازه اثر درمان فراشناختی در کنترل فکر در مرحله‌ی بعد از درمان 19/23 و میانه اندازه اثر درمان شناختی – رفتاری در این مرحله برابر با 26/92 است. علیرغم دامنه‌ی تغییرات گسترده در گروه CBT (45/74)، در برابر دامنه‌ی تغییرات اندک گروه MCT (18/66)، به نظر می‌رسد که درمان شناختی – رفتاری در مرحله‌ی بعد از درمان موفق‌تر بوده است. در مرحله‌ی بعدی ارزیابی میانه اندازه اثر MCT همان 18/66 بود اما میانه اندازه اثر CBT به 34/61 تغییر یافت. ازاین‌رو به نظر می‌رسد در این مرحله نیز CBT موفق‌تر عمل کرده است. در آخرین مرحله‌ی ارزیابی میانه اندازه اثر گروه MCT 27/27 و میانه اندازه اثر گروه CBT 69/23 است. درمجموع درمان شناختی – رفتاری در مورد کاهش نمرات کنترل فکر و حفظ روند نسبتاً ثابت و تغییرپذیری اندک در نقاط داده‌ای کارآمدتر عمل کرده است.

میانه اندازه اثر برای متغیر برآورد خطر در مرحله‌ی بعد از درمان برای گروه MCT و CBT به ترتیب برابر با 31/25 و 27/27 است. به نظر می‌رسد درمان فراشناختی در کاهش نمره‌ی برآورد خطر موفق‌تر بود. در پیگیری اولیه میانه اندازه اثر گروه MCT 90/90 و گروه CBT 70 برآورد شد؛ بنابراین در این مرحله نیز درمان فراشناختی کارآمدتر بود. در مرحله‌ی پایانی ارزیابی، درمان شناختی – رفتاری کارآمدی بیشتری در کاهش نمرات برآورد خطر نشان داد.

در نهایت برای تحلیل گروهی داده‌ها از روش تحلیل واریانس با یک عامل بین گروهی (گروه‌های درمانی) و یک عامل درونی (زمان آزمون‌ها شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری اولیه و پیگیری ثانویه) استفاده شد. به این منظور نمرات بیماران در آزمون‌های BDI، BAI و PEN را با در نظر گرفتن عامل زمان در دو گروه CBT و MCT مقایسه کردیم که نتایج آن در جدول 4 نشان داده شده است.

جدول 4 نشان می‌دهد که اثر زمان در تمام متغیرهای نمره بیمار در MCQ، TAF، نشانه‌های توقف درونی، کنترل فکر و برآورد خطر معنادار است. البته اثر گروه نیز در تمام این متغیرها جزء TAF، معنادار است؛ اما اثر متقابل گروه و زمان در هیچ یک از متغیرها معنادار نیست.

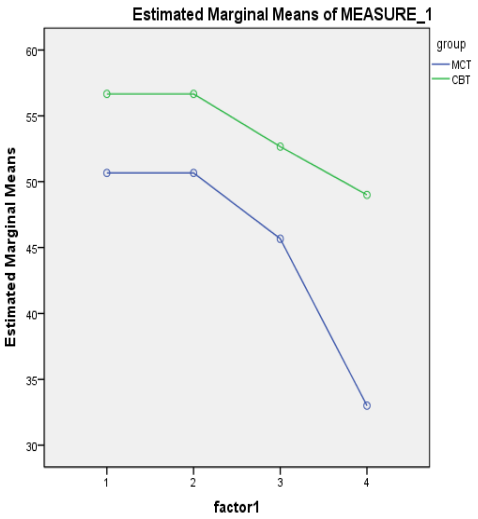
[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.2.5]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.1]

جدول 4: خلاصه آماره‌ها و نتایج تحلیل واریانس چندعاملی برای دو گروه با MCT و CBT

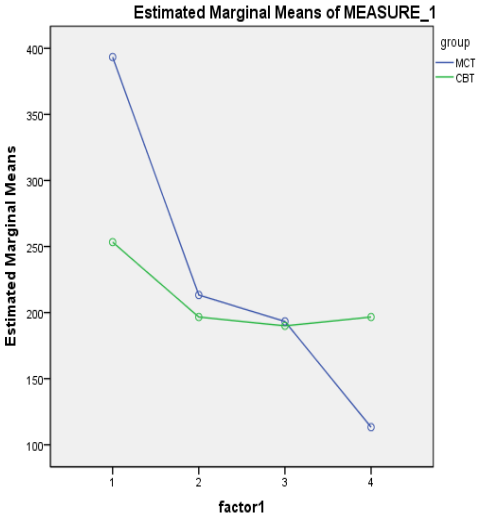
	گروه MCT n=3		گروه CBT n=3		اثر زمان			اثر گروه			اثر متقابل گروه و زمان		
متغیرها	زمان اندازه‌گیری	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	F	df	sig	F	Df	Sig	F	df	Sig
1	پیش‌آزمون	50.67	18.502	56.67	11.240	6.358	3	0.008	48.921	1	0.002	1.051	3	**0.406**
	پس‌آزمون	50.67	18.502	56.67	11.240									
	پیگیری 1	45.67	14.640	52.67	14.224									
	پیگیری 2	33	30.116	49	18.248									
2	پیش‌آزمون	393.33	251.642	263.33	303.699	6.42	3	0.008	7.468	1	0.052	2.556	3	**0.104**
	پس‌آزمون	213.33	102.144	196.67	230.290									
	پیگیری 1	193.33	77.675	190	219.317									
	پیگیری 2	113.33	105.987	196.67	147.162									
3	پیش‌آزمون	40.67	7.024	28.67	11.846	10.644	3	0.۰۰۱	78.294	1	0.001	0.646	3	**0.6**
	پس‌آزمون	24	5	12.67	8.737									
	پیگیری 1	21	2.646	9	6.245									
	پیگیری 2	13.67	12.342	11.67	9.713									
4	پیش‌آزمون	22.33	3.512	24.67	5.132	21.673	3	0.0001	48.819	1	0.002	1.264	3	**0.331**
	پس‌آزمون	17	4.583	18.33	9.018									
	پیگیری 1	1.53	1.674	3.43	2.060									
	پیگیری 2	17.33	6.110	10.67	12.220									
5	پیش‌آزمون	15	3.606	18	8	23.017	3	0.0001	32.905	1	0.005	0.391	3	**0.762**
	پس‌آزمون	10	4.041	12	7.550									
	پیگیری 1	17	4.583	17	10									
	پیگیری 2	2	1.732	0.67	1.155									

1. نمره بیمار در MCQ
2. نمره بیمار در TAF
3. نمره بیمار در نشانه‌های توقف درونی
4. نمره بیمار در کنترل فکر
5. نمره بیمار در برآورد خطر

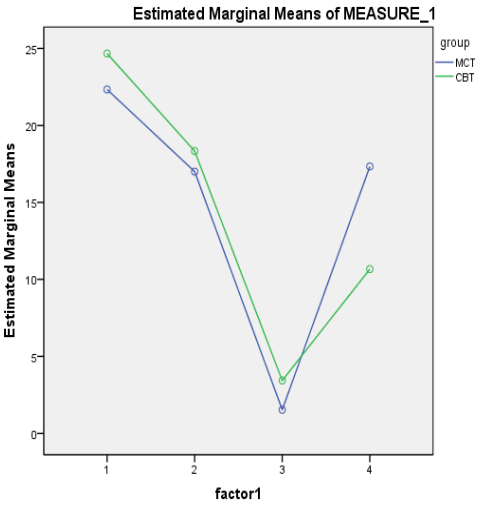
[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.2.5]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.1]



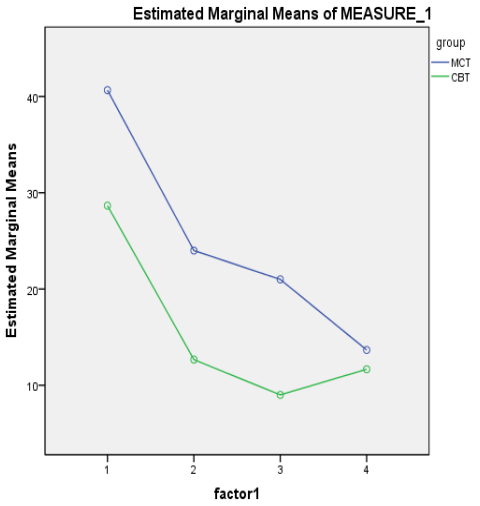
شکل 6: مقایسه دو گروه در نمره‌ی MCQ، در زمان‌های اندازه‌گیری



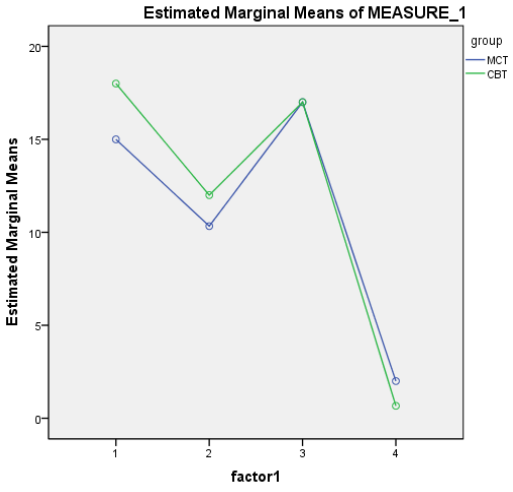
شکل 7: مقایسه دو گروه در نمره‌ی TAF، در زمان‌های اندازه‌گیری



شکل 8: مقایسه دو گروه در نمره‌ی توقف درونی، در زمان‌های اندازه‌گیری



شکل 9: مقایسه دو گروه در نمره‌ی کنترل فکر، در زمان‌های اندازه‌گیری



شکل 10: مقایسه دو گروه در نمره‌ی برآورد خطر، در زمان‌های اندازه‌گیری

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.2.5]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.1]

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر به مقایسه کارآمدی درمان فراشناختی و درمان شناختی-رفتاری در کاهش باورهای فراشناختی، باورهای آمیختگی، توقف درونی و باورهای کنترل/خطر در افراد وسواس شستشو پرداختیم. یافته‌های کلی پژوهش حاکی از آن است که در مورد کاهش باورهای فراشناختی، باورهای آمیختگی و نشانه‌های توقف درونی، MCT کارآمدتر از CBT است. البته این کارآمدی در مورد باورهای آمیختگی معنادار نبود. در مورد کنترل فکر و برآورد خطر، درمان شناختی-رفتاری به شکل معناداری کارآمدتر از درمان فراشناختی عمل کرد. این یافته‌ها همسو با ادبیات پژوهشی درمان OCD است. فیشر و همکاران (2008) و خرم‌دل و همکاران (1389) نشان دادند که به‌کارگیری درمان فراشناختی در کاهش نمره آمیختگی افکار بیماران مبتلابه OCD مؤثر است. همچنین در پژوهش اندوز و همکاران (2012) نمره TAF و MCQ بیمار در نتیجه درمان فراشناختی کاهش یافت. عبدالله زاده و همکاران (1390) نیز نشان دادند که MCT بیش از دارو درمانی در کاهش MCQ مؤثر است. پژوهش فیروزآبادی و همکاران (1388)، اثربخشی ذهن آگاهی گسلیده را در کاهش باورهای فراشناختی نشان داد.

در تبیین این یافته‌ها باید به نقش مکانیزم درمان اشاره کرد. درمان فراشناختی با بهره‌گیری از تکنیک-های چالش کلامی با TAF و طراحی آزمایش‌های رفتاری برای آن و نیز ERP مبتنی بر MCT در کاهش TAF کارآمد بود. هرچند این کارآمدی به لحاظ آماری معنادار نبود. راهنمای درمانی MCT این پژوهش، از جلسه سوم تا پایان درمان به این فنون پرداخته بود. به طور مشابه از فنون چالش کلامی و آزمایش رفتاری برای چالش با باورهای فراشناختی و نشانه‌های درونی توقف استفاده شد. در درمان شناختی-رفتاری، درمانگر برای چالش با بیش برآورد خطر، از تکنیک محاسبه احتمال عواقب خطرناک (ون‌آپن و همکاران، 1994) و برای چالش با کنترل فکر از تکنیک‌های سود و زیان، روش تحقیق و آزمایش رفتاری استفاده کرد. درباره نیاز به کنترل فکر، درمانگر ابتدا با استفاده از تکنیک فلش رو به پایین، پیش فرض‌های بیمار که منجر به نیاز او به کنترل فکر می‌گردد را استخراج می‌کند و سپس با این پیش‌فرض-ها چالش می‌نماید. به نظر می‌رسد چالش با تحریف-های شناختی بیمار باعث کاهش نیاز او به کنترل فکر می‌شود.

تبیین دیگر از کارآیی بیشتر درمان CBT در کاهش باورهای کنترل/خطر، به درجه تعهد در انجام تکالیف مربوط می‌شود. درمان فراشناختی از طریق ایجاد تغییر در توجه غیر منعطف و متمرکز بر خود، تغییر در سبک تکراری نشخوار و نگرانی، راهبردهای توجهی پایش تهدید، رفتارهای مقابله‌ای ناکارآمد و باورهای فراشناختی تنظیم‌کننده این فرآیندها به درمان بیماران وسواسی می‌پردازد؛ بنابراین اولین قدم در درمان بیماران وسواسی هدایت آن‌ها برای یک جهت‌گیری فراشناختی و کنار گذاشتن سبک عینی است. در همین راستا از تمرینات مداوم ذهن آگاهی و رویارویی و انجام پاسخ استفاده می‌شود. در پژوهش حاضر بیماران گروه CBT تعهد و تلاش بیشتری برای اجرای تکالیف داشتند؛ اما بیماران گروه MCT فقط بخشی از تکالیف خود را انجام می‌دادند؛ بنابراین این احتمال وجود دارد که تفاوت در کارآمدی این دو درمان ناشی از عدم تبحر در مهارت‌های فراشناختی به دلیل کوتاهی در اجرای تکالیف باشد.

در جمع‌بندی نهایی می‌توان گفت وسعت تغییرات ایجادشده درنتیجه MCT بیش از CBT است. MCT

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.2.5]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.1]

در باورهای فراشناختی، باورهای آمیختگی و نشانه‌های توقف درونی کارآمدتر از CBT عمل کرد و مورد مؤلفه‌های محتوایی همچون کنترل فکر و ارزیابی خطر کارآمدی نسبی داشت. در حالی که CBT در حوزه-های محتوایی شناخت کارآمدتر بود.

References

Abdollazadeh, F., Javanbakht, M., Abdolazadeh, H. (2011). The compare of metacognitive therapyand pharmacotherapy in patient with obsession. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 18(2): 110-118. [Persian].

Abramowitz, J. S. (2006). The Psychological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. The Canadian Journal of Psychiatry—In Review, 51 (7), 407-416.

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Ed. Arlington, VA, American Psychiatric Association.

Andouz, Z. Dolatshahi, B., Moshtagh, N., & Dadkhah, A. (2012). The Efficacy of Metacognitive Therapy on Patients Suffering from Pure Obsession. Iran Journal Psychiatry, 7, 11-21.

Ayat mehr, F. (2013). Comparative Efficacy of Metacognitive therapy versus Cognitive- Behavioral therapy on washing Obsessive-Compulsive Disorder. Master's thesis. Kharazmi University. [Persian].

Barrett, P. M., Farrell, L., Pina, A. A., Peris, T. S., & Piacentini, J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent with obsessive-compulsive disorder. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37(1), 131-155.

Eddy, K. T., Dutra, L., Bradley, R., & Westen, D. (2004). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive–compulsive disorder. Clinical Psychology Review, 24(8), 1011–1030.

Firouzabadi, A., Shareh, H. (2009). Effectiveness of detached mindfulness techniques in treating a case of obsessive compulsive disorder. Advances in cognitive sciences. 11(2): 1-7. [Persian].

Fisher, P., & Wells, A. (2011). Book review: Metacognitive Therapy. Journal of Psychosomatic Research, 17: 113.

Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Kichic, R., Salkovskis, P. M., Hajcak, G., et al. (2002). The obsessive-compulsive inventory: development and validation of a short version. Psychological Assessment, 14: 485-496.

Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F., Thibodeau, N., Rheaume, J., Letarte, H., & Bujold, A. (1997). Cognitive– behavioral treatment of obsessive thoughts: A controlledstudy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65(3), 405–413.

Gwilliam, P., Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). Dose meta-cognition or responsibility predict obsessive–compulsive symptoms: a test of the metacognitive model. Clinical Psychology & Psychotherapy, 11(2), 137-144.

Khoramdel, K., Rabiee, M., Molavi, H., neshatdoust, H. (2010). Psychometric Properties of Thought Fusion Instrument (TFI) in Students. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 16 (1): 74 -78. [Persian].

Mataix-Cols, D., Rosario-Campos, M &, .Leckman, J. (2005). A Multidimentional Model of Obsessive - Compulsive Disorder. American Journal of Psychiatry. 162: 228- 238.

Mohamadi, A., Zamani, R., Fata, L. (2008). Validation the Persian version of revised obsessive compulsive questionnaire in students' population. Psychological research. 11, 66-78. [Persian].

Mohammadkhani, Sh. Farjad, M. (2009). The Relationship of the

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.2.5]

[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.1]

Metacognitive Beliefs and Thought Control Strategies with Obsessive–Compulsive Symptoms in Nonclinical Population. Clinical psychology. 1 (3): 35-51. [Persian].

Mohammadkhani, Sh., Mazloum, M. (2010). The Relationship of metacognitive beliefs and thought control strategies with trait anxiety. Contemporary Psychology. 5(2), 23-32. [Persian].

Myers, S. G., Fisher, P. L., & Wells, A. (2009). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. Journalof anxiety disorders, 23(4), 436-442.

Ogles, B. M., Lunner, K. M., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application and current practice. Clinical Psychology Review, 21, 421-446.

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, 451-458.

Salkovskis, P. M. (2007). Psychological treatment of obsessive–compulsive disorder. Psychiatry, 6: 6-12.

Salkovskis, P. M., Shafran, R., Rachman, S., & Freeston, M. H. (1999). Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: possible origins and implications for therapy and research. Behaviour Research and Therapy, 37, 1055-1072.

Salkovskis P. M., & Westbrook, D. (1989). Behaviour therapy and obsessional ruminations: Can failure be turned into success? Behaviour Research and Therapy, 27, 149–160.

Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., & Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy, 38(4), 347-372.

Solem, S., Mayers, S. G., Fisher, P. L., Vogel, P. A., & Wells, A. (2010). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Journal of Anxiety Disorders, 24: 79-86.

Van Oppen, P., & Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. Behavior Research and Therapy, 32, 1, 79-87.

Wahl, K., Salkovskis, P. M., & Cotter, I. (2008). ‘‘I wash until it feels right’’: the phenomenology of stop criteria in obsessive-compulsive washing. Journal of Anxiety Disorders, 22, 143– 161.

Watson, H. J., & Rees, C. S. (2008). Meta-analysis of randomized controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49(5): 489-498.

Wells, A., & Fisher, P. L. (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: a test of the metacognitive model. Behavior Research and Therapy, 43: 821-829.

Wells, A., & Fisher, P. L. (2008). Metacognitive therapy for obsessive–compulsive disorder: A case series. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39(2): 117-132.

Wells, A., Gwilliam, P., & Cartwright-Hatton, S. (2001). The Thought Fusion Instrument (unpublished self-report scale). University of Manchester, UK.

Yorulmaz, O. (2007). A Comprehensive model for obsessive compulsive disorder symptoms: a mediated by psychological inflexibility. Unpublished Phd Thesis. School of social sciences: Middle East technical university.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.2.5]

[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.1]