MEJDS. 2019; 9:112.

Published online 2019 Dec. **Research Article**

Metacognitive Therapy in Improving sign, Metacognitive Beliefs and Thought Fusion in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

Nateghi N[1], *Dadashi M[2], Mahmoud Aliloo M[3]

Author Address
1. MSc of Clinical psychology, Zanjan University of Medical Science, Zanjan, Iran;
2. PhD of Clinical Psychology, Assistant Professor, Zanjan University of Medical Science, Zanjan, Iran;
3. PhD of Clinical Psychology, Professor of Psychology and Educational Sciences, Tabriz University, Tabriz, Iran.
*Corresponding Author Email: Psy.mohsen@gmail.com

Received: 2018 February 11; **Accepted**: 2018 May 25

Abstract

Background & Objective: Obsessive–compulsive disorder is a disabling mental disorder that affects the quality of life, social and occupational functioning. Symptoms of obsessive–compulsive disorder are presence of both obsessions and compulsions. Obsessive–compulsive disorder is a complex and heterogeneous disease. If it is not treated, it will chronic. Possibility of recovery without treatment is low. Many treatments for this disorder are suggested including drug therapy, psychotherapy, family therapy, group therapy, electroconvulsive therapy (ECT) and psychosurgery. Today, cognitive–behavioral therapy is a selective method for treatment of obsessive–compulsive disorder. Exposure and response prevention (ERP) therapy is the main approach of cognitive–behavioral therapy for obsessive–compulsive disorder. In new cognitive theories, in the mode of anxiety disorders, metacognitive structures have a special place. Metacognition refers to beliefs and processes that are used to evaluate, adjustment or review and reflection of thoughts. Wells and Mathews have developed a model for obsessive–compulsive disorder, based on which obsessive thoughts engage in metacognitive beliefs related to the meaning of thoughts, and at the same time appeals to behavioral responses that can reduce the risk assessed with obsessive though. In the metacognitive approach, it focuses on revising beliefs about the importance and power of thoughts. The purpose of this study was to determine the effectiveness of metacognitive therapy in improving sign and metacognitive beliefs and thought fusion beliefs in patients with obsessive–compulsive disorder.

Methods: In the present study we used non–congruent, multiple baseline experimental single case study design. Three women with obsessive–compulsive disorder (OCD) were selected from patients who referred to the counseling center of Zanjan university of medical science (Zanjan province, Northwest of Iran) in 2016/ using purposeful sampling method, along with diagnostic interview and structured clinical interview for DSM–IV (First, Gibbon1997) based on disorders axis I. The efficacy of metacognitive therapy protocol was carried out in three phase of intervention (Baseline, 8 session treatment and 8 weeks follow–up). The data collection tools were the Y–Brown obsessive–compulsive inventory (Goodman 1989) has ten substances. The reliability of this scale is 0.98 and the internal consistency coefficient of 0.9 has been reported. Thought fusion questionnaire (Wells 2001), the questionnaire is a 14–item questionnaire. The Cronbach's alpha is 0.89 and the convergent validity is 0.65. Metacognition questionnaire (Wells 1997), this is a 30–item questionnaire whose reliability is 0.87 and its Cronbach's alpha is 0.93. Data analyzed with visuals inspection, improvement percentage, effect size and reliable change index (RCI) strategies.

Results: According to the obtained results, the effect size of three variables measured was high than average. In addition, rate of reliable change index was high (1.98) in all three variables, which is significant in clinical terms. Results showed metacognitive therapy was both clinically and statistically ($p<0.05$) significant efficient on the reduction of treatment's target severity (signs of obsessive–compulsive disorder (OCD) and metacognitions and thought fusion).

Conclusion: We conclude that metacognitive therapy was effective in improving the metacognitive beliefs and the thought fusion and the improvement of obsessive–compulsive symptoms. Metacognitive therapy has appropriate efficacy in (OCD signs, metacognitive beliefs and thought fusion) reduction of people suffering from OCD.

Keywords: Obsessive–Compulsive Disorder (OCD), Thought Fusion, Meta Cognitions, Metacognitive Therapy.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.35.7]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۸؛ (۹):۱۱۲.

انتشار برخط آذرماه ۱۳۹۸ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی اثربخشی درمان فراشناختی در بهبود علائم و باورهای فراشناختی و درآمیختگی افکار افراد مبتلا به اختلال وسواسی‌جبری (OCD)

نسیم ناطقی[۱]، *محسن داداشی[۲]، مجید محمود علیلو[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم‌پزشکی زنجان، زنجان، ایران؛

۲. دکتری روان‌شناسی بالینی، استادیار، دانشگاه علوم‌پزشکی زنجان، زنجان، ایران؛

۳. دکتری روان‌شناسی بالینی، استاد دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Psy.mohsen@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۲ بهمن ۱۳۹۶؛ **تاریخ پذیرش:** ۴ خرداد ۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: اختلال وسواس جبری اختلال روانی ناتوان‌کننده است که باعث افت کیفیت زندگی و تخریب کارکرد اجتماعی و شغلی می‌شود. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فراشناختی در بهبود علائم و نشانه‌ها و باورهای فراشناختی و نیز درآمیختگی افکار افراد مبتلا به اختلال وسواسی‌جبری (OCD) بود.

روش‌بررسی: این پژوهش طرح تجربی تک‌موردی از نوع خط پایهٔ چندگانهٔ ناهم‌زمان بود. سه نفر از زنان مبتلا به اختلال وسواس جبری ازطریق مصاحبهٔ تشخیصی و مصاحبهٔ بالینی ساختاریافتهٔ DSM-IV (فرست، گیبون ۱۹۹۷) براساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-IV برای محور یک درنظر گرفته شده و با روش نمونه‌گیری هدفمند از بین دانشجویان مراجعه‌کننده به مرکز مشاورهٔ دانشگاه علوم‌پزشکی زنجان در سال ۱۳۹۵ انتخاب شدند. کارایی پروتکل درمانی درمان فراشناختی اختلال وسواس جبری در مرحلهٔ خط پایه و مداخلهٔ هشت‌جلسه‌ای و پیگیری یک‌ماهه و دوماهه با استفاده از پرسشنامه‌های وسواسی‌جبری ییل براون (گودمن ۱۹۸۹) و پرسشنامهٔ درآمیختگی افکار (ولز ۲۰۰۱) و پرسشنامهٔ باورهای فراشناختی (ولز ۱۹۹۷)، بررسی شد. داده‌ها به‌روش ترسیم دیداری، فرمول درصد بهبودی، اندازه اثر و شاخص تغییر پایا (RCI) تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد درمان فراشناختی در کاهش شدت اهداف درمان مانند علائم وسواس و باورهای فراشناختی و باورهای هم‌آمیختگی، هم از نظر آماری و هم از نظر بالینی معنادار است ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: روش درمان فراشناختی در کاهش نشانه‌ها و بهبود علائم بالینی اختلال وسواس جبری از کارایی لازم برخوردار است.

کلیدواژه‌ها: اختلال وسواسی‌جبری، باورهای فراشناختی، باورهای درآمیختگی، درمان فراشناختی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار- غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.35.7]

۱ مقدمه

اختلال وسواسی‌جبری (OCD)، اختلال شدید روانی ناتوان‌کننده بوده که با افت کیفیت زندگی و همچنین درجات زیادی از اختلال در کارکردهای اجتماعی و شغلی همراه است. تخریب در ابعاد مختلف زندگی رخ می‌دهد و این امر تشدید علائم را به‌دنبال دارد (۱). اختلال OCD از اختلال‌های روانی بسیار شایع در ایران با تخمین ۱۱/۷ تا۴۳/۲ درصد است (۲).

علائم مشخصهٔ اختلال OCD وجود وسواس‌های فکری و عملی است. وسواس‌های فکری، افکار و تصورها یا تمایل‌های تکراری و پایدار را شامل می‌شود. نکتهٔ مهم آنکه وسواس‌های فکری لذت‌بخش نیستند و به‌شکل ارادی به ذهن نمی‌آیند. این فکرها مزاحم و ناخواسته بوده و در اکثر افراد موجب ناراحتی یا اضطراب می‌شوند. فرد برای نادیده‌گرفتن یا سرکوب این افکار یا بی‌اثرکردنشان با فکری دیگر یا فعالیتی تلاش می‌کند. وسواس‌های عملی (آداب وسواسی)، اعمالی تکراری یا فعالیت‌های ذهنی هستند که شخص احساس می‌کند در پاسخ به وسواسی فکری یا مطابق با قوانینی که باید دقیق رعایت شده، مجبور به انجامشان است (۱).

شیوع دوازده‌ماههٔ OCD در ایالات‌متحدهٔ آمریکا ۱/۳ بوده که با شیوع بین‌المللی مشابهت دارد. زن‌ها در بزرگسالی اندکی بیشتر از مردان مبتلا هستند؛ ولی در کودکی پسرها بیشتر به این اختلال دچار می‌شوند (۱). درمان‌های مختلفی برای OCD مطرح است؛ اما امروزه درمان‌های شناختی‌رفتاری، روشی انتخابی در حوزهٔ درمان اختلال‌های روان‌شناختی ازجمله اختلال وسواسی‌جبری هستند. ازطرفی روش شناختی‌رفتاری در درمان اختلال OCD موفقیت‌آمیز بوده است. بااین‌وجود هنوز پژوهشگران دربارهٔ پایداری اثرات درمانی، سؤال دارند (۳). ازسویی‌دیگر روش رویارویی و جلوگیری از پاسخ مستلزم رویارویی گسترده با محرک‌ها یا افکار ترسناک و جلوگیری از هرگونه پاسخ وسواسی، به‌منظور ترغیب خوپذیری است. پژوهش‌های گوناگونی رویارویی و جلوگیری از پاسخ را به‌عنوان درمان مؤثرتر درنظر می‌گیرند؛ اما پژوهشگران دیگر اظهار داشته‌اند که حدود ۲۵ درصد بیماران به این درمان پاسخ نمی‌دهند و حدود ۲۸ درصد بیماران به‌دلیل فشار زیاد روش رویارویی و جلوگیری از پاسخ، درمان را نیمه‌کاره رها می‌کنند. رویارویی و جلوگیری از پاسخ، رویکرد اصلی درمان شناختی‌رفتاری سنتی در درمان OCD است (۴).

باوجود بهره‌گیری از درمان‌های قبلی، امروزه روش جدیدتری نیز به مداخلات درمانی افزوده شده که درمان فراشناختی نام دارد. مدل فراشناختی، در ابتدا توسط ولز و ماتئوس در ۱۹۹۴ پیشنهاد شد و سپس اصلاح شد (۵).

فراشناخت به باورها و فرایندهایی اشاره دارد که برای ارزیابی و تنظیم یا بررسی و بازبینی فکر استفاده می‌شود(۶). باورهای فراشناختی مانند نیاز به کنترل افکار و نیز اهمیت افکار، به‌طور ویژه‌ای در گروه باورهای مربوط به تفکر دسته‌بندی می‌شوند (۵).

رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آن‌ها دربرابر پاسخ‌دهی به تجربه‌های درونی، به الگویی منجر شده که سبب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی در این افراد می‌شود. این الگو سندرم شناختی‌توجهی نام دارد که شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت‌شده و راهبردهای خودتنظیمی یا رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه است (۷). در این مدل، فرد مبتلا به OCD، در پاسخ به راه‌انداز که معمولاً فکری یا احساسی یا میلی بوده، دچار پریشانی می‌شود. افکار، تردیدها یا سؤال‌ها و تصاویر مزاحم بوده و احساس، شامل هیجان‌ها و حالات ناپیوسته از تنش یا علائم مرتبط است. تمایل‌ها نیز شامل تکانه‌ها یا انجام اعمال ناخواسته نظیر برخورد با ماشین فرد دیگر می‌شود. در حالت عادی، این مزاحمت‌ها به‌وقوع می‌پیوندد؛ ولی نکتهٔ مهم این است که مزاحمت‌ها، باورهای فراشناختی فرد را دربارهٔ معنا و اهمیت آن‌ها فعال می‌سازد. در افراد مبتلا به OCD این عقاید غلط بوده و بیماران، به مزاحمت‌ها اهمیت افراطی می‌دهند. ارتباط این باورها با تجارب درونی، تأثیر مستقیمی بر دنیای بیرونی فرد دارد. همچنین این عقاید مرتبط با باورهای ترکیبی است؛ به‌گونه‌ای که فعال‌سازی باورهای فراشناختی ناکارآمد در بیمار، منجربه ارزیابی منفی او از مزاحمت‌ها شده و دربرابر آن‌ها به‌عنوان علامتی از تهدید، واکنش نشان می‌دهد .این ارزیابی سبب تشدید هیجان‌های منفی و اضطراب می‌شود. البته ممکن است در این حالت، هیجان‌های دیگر نظیر احساس گناه و خشم رخ ندهد. درنهایت هنگامی‌که تفسیر منفی از مزاحمت‌ها شکل گرفت باورهای مربوط به خنثی‌سازی‌ها فعال شده تا اضطراب کاهش یابد (۸).

این مدل درگیری باورهای فراشناختی را در آسیب‌پذیری روانی و تداوم آن پیش‌بینی می‌کند. همسان با این دیدگاه بین باورهای فراشناختی و اختلال‌های هیجانی ارتباط مثبت معناداری به‌دست آمده است (۹).

مدل فراشناختی اختلال وسواس بر باورهایی دربارهٔ معنا و اهمیت افکار مزاحم تأکید می‌کند. باورهای فراشناختی برای افکار مزاحم به‌طور وسیعی در سه بُعد مدنظر قرار گرفته است.

الف. آمیختگی فکر_عمل[1]: به آمیختگی بین افکار و اعمال اشاره می‌کند.

ب. آمیختگی فکر_رویداد[2]: به باورهایی می‌پردازد که یک‌فکر می‌تواند شواهدی از وقوع یک‌رویداد باشد.

ج. آمیختگی فکر_شی[3]: به باورهایی اشاره دارد که افکار و احساس‌ها یا خاطرات می‌تواند به افراد دیگرتعلق داشته باشد (۱۰).

مدل فراشناختی همچنین بیان می‌کند بیماران مبتلا به اختلال وسواس، دارای باورهای فراشناختی مثبتی دربارهٔ ضرورت انجام تشریفات و آیین‌هایی هستند که سبب حفظ و تشدید نشانه‌های اختلال وسواس می‌شود. طبق یافته‌های پژوهشی بیماران مبتلا به اختلال وسواس ملاک‌های درونی نامناسب و مطلقی برای خود انتخاب می‌کنند (۱۱). همچنین ارزیابی‌های غلط از کنترل و پیامدهای آن‌ها عامل فراشناختی اصلی در پایداری وسواس‌ها هستند. در مطالعات متعددی نشان داده شده است که باورهای فراشناختی در نگهداری پایداری و تشدید

[1]. Thought action fusion

[2]. Thought Event Fusion

[3]. Thoght Object Fusion

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.35.7]

نشانه‌های بیماری وسواس نقش مهمی ایفا می‌کند (۱۲،۱۳).
از پژوهش‌های داخلی می‌توان به مطالعهٔ پورابراهیمی و تیموری و بنی‌اسدی اشاره کرد که در آن درمان ترکیبی دارویی و فراشناختی و نوروفیدبک در بهبود علائم وسواس بررسی شد (۲). همچنین در مطالعهٔ ابوالقاسمی و همکاران (۱۰) مقایسهٔ درمان فراشناختی و دارویی صورت گرفت که مؤثربودن درمان فراشناختی در وسواس نشان داده شد.
اگرچه روش‌های درمان شناختی و رفتاری موفق به کسب پیشرفت‌هایی درخصوص درمان وسواس جبری شده‌اند، پژوهش به‌منظور دستیابی به روش‌های مؤثرتر، همچنان انگیزهٔ تحقیق‌های گسترده‌تر و گوناگون در این حوزهٔ درمانی است. باتوجه به نکات مذکور و همچنین ماهیت چندبعدی و پیچیدهٔ اختلال وسواسی‌اجباری، بررسی و به‌کارگیری درمان‌های جدید را ایجاب می‌کند. یافتن شیوه‌های درمانی کوتاه‌مدت کارا و مؤثر ازجمله ضرورت‌های پژوهش در حوزهٔ درمان است و درمان فراشناختی جزو درمان‌های کوتاه‌مدت و کمتر آزارنده به‌شمار می‌رود؛ بنابراین انجام پژوهشی برای تعیین اثربخشی این شیوهٔ درمانی اهمیت دارد و از سویی به‌ارتقای سطح دانش کمک می‌کند. همین‌طور تحقیقی وجود ندارد که در آن هم اندازهٔ اثر متغیر مستقل یعنی درمان فراشناختی و هم شاخص تغییر پایا محاسبه شده باشد و برای اولین‌بار در این پژوهش موردی از آن استفاده شده است؛ لذا پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سؤال بود که آیا درمان فراشناختی در بهبود باورهای فراشناختی مثبت و منفی و باورهای مربوط به درآمیختگی افکار بیماران مبتلا به اختلال وسواسی‌جبری مؤثر است یا خیر؟

۲ روش‌بررسی

این پژوهش دارای شمارهٔ مجوز[1] بوده و با کد[2] مربوط در مرکز کارآزمایی بالینی ثبت شده است.
جامعهٔ آماری این پژوهش را تمامی دانشجویانی تشکیل دادند که به مرکز مشاورهٔ دانشگاه علوم‌پزشکی زنجان در سال ۱۳۹۵ مراجعه کرده و توسط روان‌شناس بالینی، تشخیص اختلال وسواس جبری، طبق معیارهای DSM-IV-TR دریافت کردند. حجم نمونه شامل سه نفر از افراد دارای اختلال وسواسی‌جبری به‌صورت نمونه‌گیری دردسترس بود که براساس ملاک‌های ورود و خروج و احراز شرایط وارد طرح درمان شدند.
ـ ملاک‌های ورود عبارت بودند از: ۱. دارابودن ملاک‌های تشخیصی OCD طبق DSM-IV-TR به‌تشخیص روان‌شناس بالینی یا روان‌پزشک؛ ۲. سن حداقل ۱۸ و حداکثر ۴۰ سال؛ ۳. داشتن سطح تحصیلات حداقل دیپلم؛ ۴. در صورت مصرف دارو، امکان ثابت نگه‌داشتن نوع و میزان داروی مصرفی طی مدت پژوهش؛ ۵. پذیرفتن فرد برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامهٔ کتبی.
معیارهای خروج شامل داشتن اختلال سایکوتیک، داشتن اختلال شخصی و بیماری عصبی یا سوءمصرف مواد، داشتن افکار جدی خودکشی و دریافت سایر مداخلات روان‌شناختی قبل از ورود به پژوهش بود.

مرحلهٔ درمان هشت جلسه داشت. همچنین دو نوبت پیگیری یک‌ماهه و دوماهه هم انجام گرفت. بیماران در طی مداخله با استفاده از پرسشنامه‌های وسواسی‌جبری ییل براون و پرسشنامهٔ درآمیختگی افکار و پرسشنامهٔ باورهای فراشناختی ارزیابی شدند.
فرضیه‌های این پژوهش در چارچوب مطالعه‌ای آزمایشی تک‌موردی[3] با استفاده از طرح خطوط پایهٔ چندپلکانی بررسی شد. متغیر مستقل در این پژوهش درمان فراشناختی و متغیرهای وابسته، تغییرات درمانی حاصل از کاربرد درمان فراشناختی، شامل علائم و نشانه‌های وسواس، باورهای فراشناختی مثبت و منفی، باورهای درآمیختگی افکار در جلسات درمان، بود. پس از ارجاع توسط روان‌شناس بالینی و احراز شرایط مدنظر، یعنی ملاک‌های ورود و خروج و امضای رضایت آگاهانهٔ کتبی پس از انجام مصاحبهٔ ساختاریافته سه نفر وارد طرح درمان شدند. سپس پرسشنامهٔ درآمیختگی افکار و باورهای فراشناختی مثبت و منفی، برای تعیین خط پایه در مراحل یک استفاده شد. همچنین در پایان درمان جلسات ۲، ۴، ۶ و ۸ پرسشنامه‌ها تکمیل شدند. درمان فراشناختی در قالب هشت جلسهٔ ۴۵تا۶۰دقیقه‌ای به‌مدت هشت هفته به‌صورت انفرادی روی بیماران اجرا و در انتهای جلسات درمان نیز به‌طورمجدد پرسشنامه‌ها توسط بیماران پر شد. گفتنی است رضایت کتبی آزمودنی‌ها پیش از ورود به پژوهش به‌دست آمد. امکان انصراف از پژوهش و استفاده از درمان‌های دیگر در صورت ضرورت در هر زمان وجود داشت و جلسه‌های درمان نیز رایگان بود. همچنین تأیید مطالعهٔ حاضر از نظر رعایت مسائل اخلاقی در جلسهٔ کمیته اخلاق مورخ ۳مرداد ۱۳۹۵ صورت گرفت.
در این پژوهش از ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات زیر استفاده گردید.
ـ مصاحبهٔ ساختاریافتهٔ بالینی (SCID) برای تشخیص اختلال‌های محور I: ابزاری به‌منظور تشخیص‌گذاری براساس معیارهای چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM- IV است. این مصاحبه ابزاری انعطاف‌پذیر بوده که فرست و همکاران در سال ۱۹۹۶ تهیه کردند. توافق تشخیصی برای بیشتر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب (کاپای بیشتر از ۶۰درصد) و توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵درصد) به‌دست‌آمده که رضایت‌بخش است (به نقل از ۴).
ـ مقیاس وسواسی‌جبری ییل براون: (Y-BOCS) از ابزارهای سنجش OCD است و بدون توجه به انواع وسواس‌ها یا اجبارها، شدن آن را اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس ده ماده دارد که پنج مادهٔ آن متمرکز بر وسواس‌ها و پنج ماده متمرکز بر اجبارها بوده و بیشترین نمره در این مقیاس ۴۰ است. برای پایایی بین نمره‌گذاران، ضریب همبستگی از ۰/۸تا۰/۹۹ و برای ثبات درونی آن ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۹تا۰/۹۱ گزارش شده است (به نقل از ۴).
ـ پرسشنامهٔ درآمیختگی افکار (TFI): این پرسشنامه آزمون خودسنجی ۱۴گویه‌ای است که باورهای رایج را درزمینهٔ معنا و توانمندی افکار می‌سنجد. ولز جولیام و کاترایت‌ـ‌هاتون ضریب همسانی درونی مناسبی را برای این آزمون گزارش کردند (آلفای کرونباخ ۰/۸۹).

[1]. ZUMS.REC.1395.53
[2]. IRCT2017040532460N1
[3]. Single case

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.35.7]

خرم‌دل، ربیعی، مولوی و نشاط دوست در تحلیل پایایی همسانی درونی ضریب آلفا را برای عامل کلی ۰/۸۷ به‌دست آوردند. داده‌های روایی همگرا ضریب همبستگی بین آزمون درآمیختگی افکار و پرسشنامهٔ درآمیختگی فکر ـ کنش را ۰/۶۵ نشان داد (به نقل از ۴).

- پرسشنامهٔ فراشناختی (MCQ-30): پرسشنامهٔ فراشناختی پرسشنامه‌ای ۳۰گویه‌ای است که ولز و کارترایت ـ هاوتون برای سنجش باورهای مثبت و منفی دربرابر نگرانی و افکار مزاحم طراحی و تدوین کردند. نتایج پژوهش ولز و کارترایت ـ هاوتون نشان داد این پرسشنامه ثبات درونی زیادی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ تا۰/۹۳). آن‌ها پایایی بازآزمایی این مقیاس را در طی چهار ماه ۰/۷۹ تا۰/۸۷ گزارش کردند. در ایران شیرین‌زاده ضریب همسانی درونی را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی این آزمون را در فاصلهٔ چهار هفته ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ به‌دست آورد (به نقل از ۴).

جدول ۱. برنامهٔ مداخله‌ای این درمان در چهارچوب شناختی‌رفتاری و با استفاده از پروتکل گام‌به‌گام درمان فراشناختی برای اختلال‌های اضطراب و افسردگی به‌کار رفت که ولز آن را تهیه کرده است (۷)

جلسات درمان	محتوا
یک	طراحی فرمول‌بندی موردی. آشناسازی با مدل فراشناختی. اجرای آزمایش سرکوب فکر. تمرین توجه آگاهی انفصالی برای افکار خنثی و وسواسی.
دو	ادامهٔ آشناسازی با مدل فراشناختی. آشناسازی بیمار با باورهایش دربارهٔ افکار. تمرین بیشتر روی توجه آگاهی انفصالی. معرفی رویارویی و اجرای پاسخ. به‌تعویق‌انداختن آیین‌مندی‌های بیمار.
سه	تمرین بیشتر روی توجه آگاهی انفصالی و رویارویی و اجرای پاسخ. چالش‌ورزی کلامی با باورهای مرتبط با TAF و TOF وTEF. اجرای آزمایش‌های رفتاری در جلسه بر باورهای مرتبط با TEF و TOF و TAF.
چهار و پنج	ادامهٔ چالش‌ورزی کلامی با باورهای هم‌جوشی. اجرای سایر آزمایش‌های رفتاری. شناسایی باورهای مرتبط با آیین‌مندی‌ها.
شش و هفت	چالش با باورهای مرتبط با آیین‌مندی‌ها. ادامهٔ اصلاح باورهای مرتبط با آیین‌مندی. شناسایی و آغاز تغییر علائم توقف.
هشت	ادامهٔ برنامهٔ تغییر علائم توقف و ملاک‌های جایگزین، طراحی برنامهٔ پردازشی جدید برای مقابله با افکار. پیشگیری از عود.

- روش‌های آماری: برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، از تحلیل نموداری و ترسیمی استفاده و براساس روند نیمرخ اثرات متغیر مستقل بر متغیر وابسته بررسی شد. همچنین برای تحلیل نتایج، فرمول درصد بهبودی به‌کار رفت.

فرمول رایج‌تر برای اندازهٔ اثر[1] مقیاس d کوهن بوده که مبتنی‌بر میانگین و انحراف استاندارد است. در این پژوهش برای محاسبهٔ میانگین خط پایه و انحراف استاندارد خط پایه از داده‌های مربوط به خط پایه ۱ و ۲ و ۳ و برای محاسبهٔ میانگین مداخله و انحراف استاندارد مداخله از داده‌های مربوط به مداخله در جلسات ۲، ۴، ۶و ۸ استفاده شد. علاوه‌بر تحلیل نموداری و درصد بهبودی، فرمول اصلاح‌شدهٔ شاخص‌های تغییر پایا که برای تجزیه‌وتحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های تجربی تک‌موردی ارائه شده، نیز به‌کارمی‌رود که در آن نمرهٔ مداخله از نمرهٔ پیش‌آزمون کم شده و بر خطای استاندارد تفاوت‌ها SDIF تقسیم می‌شود (۱۴). شاخص تغییر پایا نشان می‌دهد تغییر آماری ناشی‌از مداخلهٔ درمانی یا به‌علت ناپایداربودن ابزار استفاده‌شده و تکرار اجرای آن‌ها بوده است. درصورتی‌که نمرهٔ به‌دست‌آمده بزرگتر از ۱/۹۶ باشد با ۹۵درصد اطمینان معنادار است.

۳ یافته‌ها

نتایج حاصل از این پژوهش براساس جدول ۲ و ۳ و ۴ و نمودار ۱، ۲، ۳ و ۴ بیماران به‌صورت جداگانه به‌شرح زیر ارائه شده است.

[1]. Effect Size

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.35.7]

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

آزمودنی	جنسیت	سن	تحصیلات	مدت بیماری	وضعیت تأهل	نوع درمان	سابقهٔ درمان
الف	زن	۳۴	دانشجوی دکتری	هفت سال	مجرد	درمان فراشناختی	نداشت
ب	زن	۲۳	دانشجوی دکتری	هشت سال	مجرد	درمان فراشناختی	قبلاً به‌مدت یک‌سال وبه‌صورت دارویی
ج	زن	۲۸	لیسانس	شش سال	مجرد	درمان فراشناختی	نداشت

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات سه آزمودنی در پرسشنامه‌های وسواسی‌جبری ییل براون (Y.BOCS) و باورهای فراشناختی مثبت و منفی (MCQ) و پرسشنامهٔ درآمیختگی افکار (TFI) به‌تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون

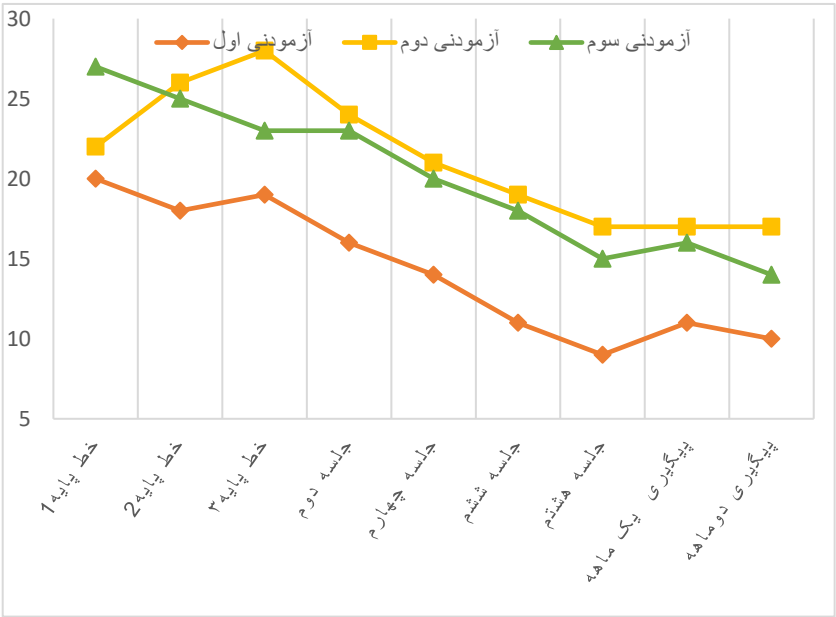
متغیرهای وابسته		آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم
		انحراف استاندارد±میانگین	انحراف استاندارد±میانگین	انحراف استاندارد±میانگین
علائم وسواسی‌جبری	پیش‌آزمون	۱۹/۶۷±۲/۰۸	۲۵/۳۳±۳/۰۵	۲۵/۰۰±۲/۰۰
	پس‌آزمون	۱۲/۵۰±۳/۱۰	۲۰/۲۵±۲/۹۸	۱۹/۰۰±۳/۳۶
باورهای فراشناختی مثبت	پیش‌آزمون	۱۸/۶۷±۱/۱۵	۲۷/۰۰±۲/۰۰	۲۰/۳۳±۱/۵۲
	پس‌آزمون	۱۳/۵۰±۲/۶۴	۲۱/۲۵±۲/۷۵	۱۷/۰۰±۲/۱۶
باورهای فراشناختی منفی	پیش‌آزمون	۱۹/۰۰±۱/۰۰	۲۵/۳۳±۱/۵۲	۲۰/۰۰±۲/۰۰
	پس‌آزمون	۱۴/۵۰±۲/۶۴	۲۰/۰۰±۲/۵۸	۱۶/۰۰±۲/۵۸
باورهای درآمیختگی فکر	پیش‌آزمون	۳۴۳/۳۳±۲۵/۱۶	۶۰۶/۶۶±۲۵/۱۶	۵۳۶/۶۶±۱۵/۲۷
	پس‌آزمون	۲۴۲/۵±۶۴/۴۸	۴۶۰/۰۰±۹۰/۵۵	۳۹۰/۰۰±۶۹/۷۶

جدول ۴. درصد بهبودی، اندازهٔ اثر و نمرات شاخص تغییر پایای بیماران در سه پرسشنامهٔ وسواسی‌جبری ییل براون (Y.BOCS) و باورهای فراشناختی مثبت و منفی (MCQ) و پرسشنامهٔ درآمیختگی افکار(TFI)

بیماران / مراحل مداخله	MCQ-			MCQ+			Y–BOCS			TFI		
	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم
میانگین خط پایه	۱۹	۲۵/۳۳	۲۰	۱۸/۶۶	۲۷	۲۰/۳۳	۱۹/۶۷	۲۵/۳۳	۲۵	۳۴۳/۳۳	۶۰۶/۶۶	۵۳۶/۶۶
جلسهٔ دوم	۱۷	۲۳	۱۹	۱۶	۲۴	۱۹	۱۶	۲۴	۲۳	۳۲۰	۵۷۰	۴۹۰
جلسهٔ چهارم	۱۶	۲۱	۱۷	۱۵	۲۳	۱۸	۱۴	۲۱	۲۰	۲۷۰	۴۹۰	۳۸۰
جلسهٔ ششم	۱۴	۱۹	۱۵	۱۳	۲۰	۱۷	۱۱	۱۹	۱۸	۲۰۰	۴۲۰	۳۶۰
جلسهٔ هشتم	۱۱	۱۷	۱۳	۱۰	۱۸	۱۴	۹	۱۷	۱۵	۱۸۰	۳۶۰	۳۳۰
پیگیری یک‌ماهه	۱۱	۱۸	۱۴	۱۱	۱۹	۱۵	۱۱	۱۷	۱۶	۱۷۰	۳۴۰	۳۲۰
پیگیری دوماهه	۱۰	۱۷	۱۲	۱۰	۱۶	۱۳	۱۰	۱۷	۱۴	۱۶۰	۳۵۰	۳۳۰
بهبودی درمان (٪)	۴۲	۳۲	۳۵	۴۶	۳۳	۳۱	۵۴	۳۲	۴۰	۴۷	۴۰	۳۸
بهبودی پیگیری (٪)	۴۷	۳۲	۴۰	۴۶	۴۰	۳۶	۴۹	۳۲	۴۴	۵۳	۴۲	۳۸
بهبودی کلی (٪)		۳۹/۶۶			۴۰/۶۶			۴۱/۶۶			۴۴/۳۳	
اندازهٔ اثر	۲/۲	۲/۵	۱/۷	۲/۴	۲/۳	۱/۸	۲/۷	۱/۶	۲/۱	۲/۰۶	۲/۲	۲/۸
اندازهٔ اثر کلی		۲/۱			۲/۱			۲/۱			۲/۳	
شاخص تغییر پایا	۶/۰۸	۶/۸۳	۴/۶۵	۵/۲۶	۶/۴۶	۴/۸۲	۵/۹۸	۳/۷۹	۵/۱۲	۴/۰۴	۴/۳۲	۵/۶۹

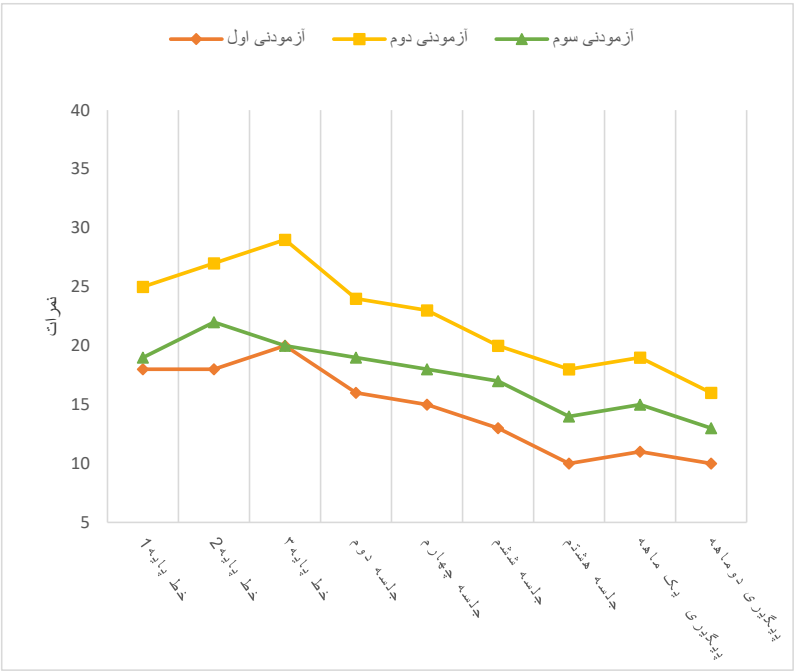
[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.35.7]



نمودار ۱. نمایش کارایی درمان فراشناختی در کاهش نمره‌های پرسشنامهٔ وسواسی‌جبری ییل براون (Y.BOCS)

نمودار ۱، کارایی نسبی درمان فراشناختی را در کاهش نمرات آزمودنی‌ها در پرسشنامهٔ وسواسی‌جبری مشخص می‌کند. درصد بهبودی کلی ۴۱/۶۶درصد نشان از متوسط‌بودن اثر درمانی بر سه آزمودنی و اثربخشی درمان دارد. درصد بهبودی ۴۱/۶۶ از میانگین سه درصد بهبودی پیگیری به‌دست آمد که شامل اعداد ۴۴ و ۳۲ و ۴۹ است. درصد بهبودی پیگیری برای هر بیمار طبق فرمول درصد بهبودی از تفریق نمرهٔ پیگیری دوماهه از نمرهٔ خط پایه و تقسیم آن بر نمرهٔ خط پایه حاصل شد. این بهبودی در آزمودنی اول بیشتر از دو آزمودنی دیگر بوده و این میزان بهبودی در دوره‌های پیگیری نیز حفظ و در یکی از آزمودنی‌ها بیشتر هم شده است. به‌طورکلی باتوجه به نمرات اندازهٔ اثر زیاد شامل ۲/۷، ۲/۶، ۱ و ۲ و همچنین نمرات شاخص تغییر پایا در سه آزمودنی ۵/۹، ۳/۷، ۱ و ۵ که بیشتر از ۱/۹۶ است، می‌توان گفت این درمان نمرات مُراجعان را در شاخص Y-BOCS کاهش داده است. تمامی نمرات در جدول ۴ به‌تفصیل ارائه شده است.



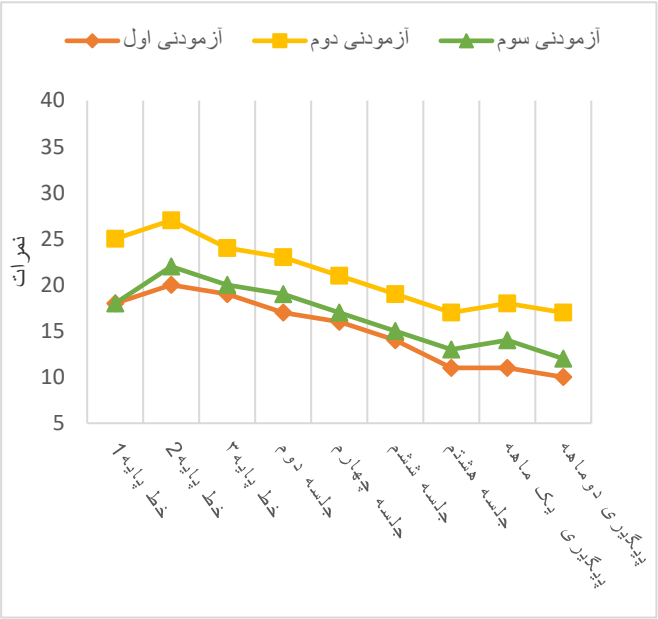
نمودار ۲. نمایش کارایی درمان فراشناختی در کاهش نمره‌های باورهای فراشناختی مثبت

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.35.7]

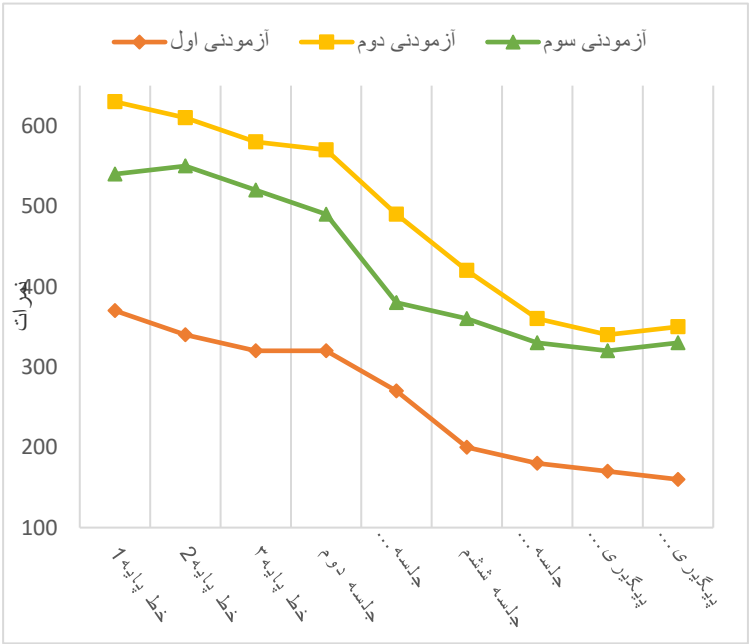
درارتباط با پرسشنامهٔ باورهای فراشناختی مثبت میانگین سه خط پایه در هر بیمار به‌ترتیب ۱۸/۶۶ و ۲۷ و ۲۰/۳۳ بوده که در هر سه سیر نزولی داشته و در انتهای درمان به ۱۰ و ۱۸ و ۱۴ کاهش یافته است. درصد بهبودی پیگیری ۴۶ برای بیمار یک و ۴۰ برای بیمار دو و ۳۶ برای بیمار سه و میزان بهبودی کلی نیز ۴۰/۶۶ به‌دست آمد. درصد بهبودی پیگیری طبق توضیحات نمودار ۱، محاسبه شده است.

همین‌طور میانگین اندازهٔ اثر کلی ۲/۱ برای سه بیمار حاصل شده که میزان زیادی است. همچنین نمرات شاخص تغییر پایای ۵/۲ و ۶/۴ و ۴/۸ که بزرگ‌تر از ۱/۹۶ بوده، مشخص می‌کند درمان تأثیر لازم را داشته و اثرداشتن درمان فراشناختی در کاهش باورهای فراشناختی مثبت، از لحاظ بالینی تأیید می‌شود.



نمودار ۳. نمایش کارایی درمان فراشناختی در کاهش نمره‌های باورهای فراشناختی منفی

برای پرسشنامهٔ باورهای فراشناختی منفی میانگین سه خط پایه در هر بیمار به‌ترتیب ۱۹ و ۲۵/۳۳ و ۲۰ بوده که در هر سه سیر نزولی داشته و در انتهای درمان به ۱۱ و ۱۷ و ۱۳ کاهش یافته است؛ درصد بهبودی ۴۷ برای بیمار یک و ۳۲ برای بیمار دو و ۴۰ برای بیمار سه حاصل شد؛ میزان بهبودی کلی نیز ۳۹/۶۶ مشخص شد که درصد متوسطی است. همین‌طور اندازهٔ اثر ۲/۲ و ۲/۵ و ۱/۷ برای سه بیمار به‌دست آمد که میزان زیادی است. نمرات شاخص تغییر پایای ۶ و ۶/۸ و۴/۶ که بزرگ‌تر از ۱/۹۶ بوده، نشان می‌دهد درمان تأثیر لازم را داشته و باورهای فراشناختی منفی، از لحاظ بالینی کاهش یافته است.



نمودار ۴. نمایش کارایی درمان فراشناختی در کاهش نمره‌های TFI

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.35.7]

دربارهٔ پرسشنامهٔ درآمیختگی افکار میانگین سه خط پایه در هر بیمار به‌ترتیب ۳۴۳/۳۳ و ۶۰۶/۶۶ و ۵۳۶/۶۶ بوده که در هر سه سیر نزولی داشته و در انتهای درمان به ۱۸۰ و ۳۶۰ و ۳۳۰ کاهش یافته است؛ درصد بهبودی پیگیری ۵۳ برای بیمار یک و ۴۲ برای بیمار دو و ۳۸ برای بیمار سه و میزان بهبودی کلی نیز ۴۴/۳۳ حاصل شد. همین‌طور اندازهٔ اثر سه بیمار به‌ترتیب ۲ و ۲/۲ و ۲/۸ بوده که اندازهٔ اثر زیادی است. همچنین نمرات شاخص تغییر پایا شامل ۴ و ۴/۳ و ۵/۶ که بزرگتر از ۱/۹۶ بوده، بیان می‌کند درمان تأثیر لازم را داشته و درآمیختگی افکار، از لحاظ بالینی کاهش یافته است.

٤ بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی در میزان بهبود باورهای فراشناختی و درآمیختگی افکار افراد مبتلا به اختلال وسواسی‌جبری صورت گرفت. باتوجه به قسمت یافته‌ها، بیماران سیر نزولی در هر سه پرسشنامه داشتند.

بخش اول پژوهش بیان کرد درمان فراشناختی در کاهش نشانه‌های وسواسی‌جبری تأثیر دارد که طبق یافته‌های تحقیق مشخص شد آزمودنی‌ها در روند درمان کاهش متوسطی در نمره‌های Y-BOCS داشتند. ازجمله مطالعاتی که یافته‌های این پژوهش را تأیید می‌کند، می‌توان به پژوهش‌های ریس و ونکوسولد (۱۵)، فیشر و ولز (۱۶)، شاره و همکاران (۱۷)، ابوالقاسمی و همکاران (۱۰) و خدابخش و همکاران (۱۸) اشاره کرد که نشان دادند درمان فراشناختی در کاهش نشانه‌های اختلال وسواسی‌جبری مؤثر است. ابوالقاسمی در تحقیقی به مقایسهٔ درمان فراشناختی و دارویی در اختلال وسواس جبری پرداخت که تأثیر درمان فراشناختی معنادار بیان شد. در پژوهش فیشر و ولز تأثیر درمان فراشناختی در بهبود علائم وسواس معنادار بود.

اولین گام در درمان فراشناختی OCD افزایش آگاهی بیماران از نقش باورهای فراشناختی در حفظ نشانه‌های بیماری است. این درمان می‌خواهد بیمار را از توقف بر افکار مزاحم به یادگیری این نکته معطوف سازد که نیازی نیست برپایهٔ فکرهای وسواسی یا دیگر انواع افکار مزاحم عمل کند. بیماران باید با شیوه‌های فراشناختی جدید برخورد با افکار مزاحم را بیاموزند (۶). درواقع اصلاح باورهای فراشناختی باعث کاهش نشانه‌های وسواس در فرد می‌شود (۱۰). الگوی فراشناختی با آموزش بیمار در راستای شناسایی و بازسازی باورهای فراشناختی درزمینهٔ محتوای افکار وسواسی و فعالیت‌های آیین‌مند، ملاک‌های درونی ارزیابی بیمار را از فکرهای وسواسی تغییر می‌دهد. به‌طورکلی تمرین‌های ذهن‌آگاهی گسلیده می‌توانند پاسخ‌های مقابله‌ای غیرارادی ناسازگار را از بین ببرند. در این موقعیت، راهبردهای فراشناختی جدیدی (طرح‌ریزی‌ها) ایجاد می‌شود که برای کنارآمدن با افکار مزاحم مفید هستند. درمان، با تغییر باورهای فرد دربارهٔ آیین‌مندی‌های وسواسی و راهبردها و ملاک‌های درونی نامناسبی (علائم توقف) مؤثر واقع می‌شود که افراد مبتلا به اختلال وسواسی‌جبری برای تعیین سطح تهدید در موقعیت‌ها به‌کار می‌برند. به‌علاوه درمان فراشناختی با بازنویسی طرح‌های ذهنی بیمار برای عمل‌کردن و شناخت، راهبردهای استفاده‌شدهٔ او را برای هدایت رفتار و پردازش تغییر می‌دهد. ولز معتقد است این شیوهٔ درمانی ازطریق نگرانی و نشخوار فکری و ایجاد شیوهٔ درمانی از روش رفع نگرانی و نشخوار فکری و ایجاد شیوهٔ فراشناختی انعطاف‌پذیر، مسیر پردازش طبیعی مخدوش‌شده در اکثر اختلال‌های روانی را هموارتر می‌سازد (۶).

برای باورهای فراشناختی مثبت و منفی همسو با این مطالعه، پژوهش خدابخش و همکاران (۱۸) در درمان فراشناختی ولز بر کاهش باورهای فراشناختی مثبت دربارهٔ افکار وسواسی و درنتیجه کاهش نشانه‌های وسواس مؤثر بوده و علاوه‌بر آن غیرمستقیم باعث افزایش سازگاری، به‌ویژه سازگاری عاطفی و خانگی شده است. از مطالعات خارجی نیز می‌توان به مطالعهٔ فیشر و ولز (۱۹) اشاره کرد.

هدف اساسی بیش از آنکه ممانعت از وسواس‌ها باشد، به چالش‌کشیدن باورها و ارزیابی‌های افکار مزاحم و ناخوانده است. بیشتر بیماران دربارهٔ نقش باورهای فراشناختی در ایجاد معضل‌های پردازشی خود ناآگاه هستند؛ بنابراین هدف کلی درمان این بیماران این است که به آن‌ها کمک شود تا فکرهای مزاحم و ناخواندهٔ خود را به‌عنوان افکاری غیرمرتبط با پردازش و عمل و دارای فاصله با احساس، بپذیرند (۲۰). در افراد مبتلا به OCD باورهای فراشناختی منفی دربارهٔ معنا و قدرت افکار و باورهای منفی مرتبط با کنترل‌ناپذیری افکار تکراری و خطر نگرانی، موجب بدترشدن و تداوم ناراحتی هیجانی بیمار توسط این فکرهای کنترل‌ناپذیرمی‌شود. درمان فراشناختی با تأکید بر تغییر این الگوهای تفکر و استفاده از فن‌هایی چون ذهن‌آگاهی حضور ذهن و آگاهی لحظه‌به‌لحظه از رخدادهای درونی بدون درگیرشدن در آن‌ها و عناصری مانند فراآگاهی و فراباور، موجب انفصال در درون فرد شده و باورهای فرد را در قبال معنا و اهمیت افکار و احساساتش تغییر می‌دهد. همچنین در درمان وسواس با تغییر باور فرد دربارهٔ آیین‌مندی‌های وسواسی و راهبردها و ملاک‌های درونی نامناسبی تأکید می‌کند که افراد مبتلا به اختلال وسواس برای تعیین سطح تهدید در موقعیت‌ها به‌کار می‌برند (۵).

همسو با مطالعهٔ حاضر برای درآمیختگی افکار می‌توان به پژوهش فرهمند مهر و همکاران (۲۰) اشاره کرد. آن‌ها دریافتند درمان فراشناختی در بهبود افکار درآمیختگی در افراد مبتلا به وسواس شست‌وشو تأثیر دارد. از مطالعات خارجی می‌توان به تحقیق مایرز و فیشر و ولز اشاره کرد (۶) که کاهش معنادار در افکار درآمیختگی را نشان دادند.

نظریهٔ فراشناختی ولز بیان می‌کند باورهای مربوط به درآمیختگی افکار عاملی مهم و تعیین‌کننده در ارزیابی از فکرهای مزاحم بوده و با فعال‌شدن باورهای فراشناختی مربوط به معنای افکار، وقوع افکار خودآیند به‌صورتی تهدیدکننده توسط فرد تلقی می‌شود و علائم و نشانه‌های وسواس را در فرد به‌وجود می‌آورد.

درمان فراشناختی از این جهت مؤثر است که موجب آگاهی بیماران از فرایند سیستم پردازش فراشناختی ایشان شده و درواقع کمک می‌کند به‌شیوهٔ پردازش فراشناختی بیندیشند. این امر از این نظر اهمیت دارد که درمان تأکید را از توقف بر افکار وسواس‌گونه برداشته و به‌سمت یادگیری این موضوع هدایت می‌کند که افکار وسواس‌گونه یا انواع دیگر فکرهای مزاحم، حتماً به عمل ختم نمی‌شوند؛ مثلاً در بیمارانی که

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.35.7]

زمینه‌های خشک مذهبی دارند و درنتیجه درآمیختگی افکار بیشتری هم در ایشان به چشم می‌خورد، بیمار یاد می‌گیرد که صرف نیت دربارهٔ مسئلهٔ گناه‌آلود به معنای انجام آن عمل نیست؛ چراکه این فقط فکری مزاحم است و نباید اضطراب و احساس گناه را وقتی عملی انجام نشده، متحمل شوند (۴). در درمان فراشناختی، روش‌های اسنادسازی مجدد کلامی و تجارب رفتاری، درآمیختگی افکار را به چالش می‌طلبند. ضمن اینکه به بیماران روش‌هایی آموزش داده شده که در آینده و در صورت هجوم افکار مزاحم با به‌کارگیری این روش‌ها با آن‌ها مقابله کنند. در الگوی فراشناختی سعی بر این بوده است که این نواقص ازطریق تأکید بر فرآیند تفکر فرد اصلاح شود (۲).

از لحاظ روش‌شناختی محدودیت اصلی این پژوهش به‌علت نمونهٔ کوچک در تعمیم نتایج بوده و استفادهٔ صرف از آزمودنی‌های خانم هم یکی دیگر از محدودیت‌های تحقیق بود. پیشنهاد می‌شود این پژوهش روی گروه‌های بزرگتری اجرا و با روش‌های دیگر درمان و با گروه گواه مقایسه شود. همچنین درصورت فراهم‌بودن امکان پیگیری وضعیت مُراجعان در مدت طولانی‌تر پس از درمان، نتایج روشن‌تری حاصل می‌شود.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های همسو با آن و مؤلفه‌های فراشناختی بارز در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی‌جبری، درمان فراشناختی را می‌توان به‌عنوان روان‌درمانی انتخاب و مکمل درمان پزشکی در جهت کاهش علائم این بیماران به‌کار گرفت. به‌طورکلی درمان فراشناختی می‌تواند با کار روی باورهای فراشناختی مرتبط با درآمیختگی و تغییر باورهای ناکارآمد راجع به آیین‌مندی‌ها و اصلاح و بهبود شیوهٔ به‌کارگیری نشانه‌های درونی نامناسب، ملاک ارزیابی‌ها و راهنمایی رفتار قرار گیرد. ایجاد شیوه‌های جایگزین مناسب برای راهنمایی رفتار و افزایش مهارت هوشیاری و سبک تفکر فراشناختی، بهبود نسبی را در علائم وسواسی‌جبری موجب می‌شود. با این حال برای نتایج قطعی‌تر نیاز به تحقیقات بیشتری در این زمینه است.

۶ تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامهٔ کارشناسی‌ارشد نویسندهٔ اول است که بدین‌وسیله از مدیریت محترم مرکز مشاورهٔ دانشگاه علوم‌پزشکی زنجان که پژوهش در آنجا اجرا شد، تشکر و قدردانی می‌شود.

بنا به اظهار نویسندهٔ مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است.

References

1. American Psychiatric Association. diagnostic and statistical manual of mental disorder. Fifth edition. Washington DC: America Psychiatric Association publishing; 2013.
2. Pourebrahimi M, Amirteimoori R, Baniasadi H. The effectiveness of meta-cognitive therapy, neurofeedback and fluvoxamine on anxiety, depression and symptoms of obsessive-compulsive disorder. Journal of Clinical Psychology Andishe va Raftar. 2015;10(38):37-46. [Persian]
3. Storch EA, Merlo LJ. Obsessive-compulsive disorder: Strategies for using CBT and pharmacotherapy. J Fam Pract. 2006;55(4):329-33.
4. Amiri Pichacolaei A, Poursharifi H, Ghasempour A. Investigating the relationship of thought fusion beliefs and thought control strategies with obsessive–compulsive symptoms in nonclinical population. J Urmia Univ Med Sci. 2012;23(4):354-62. [Persian] http://umj.umsu.ac.ir/article-1-1423-en.html
5. Myers SG, Fisher PL, Wells A. Metacognition and cognition as predictors of obsessive-compulsive symptoms: A prospective study. Int J Cogn Ther. 2009;2(2):132-42. doi:10.1521/ijct.2009.2.2.132
6. Myers SG, Fisher PL, Wells A. An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. J Anxiety Disord. 2009;23(4):436-42. doi:10.1016/j.janxdis.2008.08.007
7. Wells A. Meta cognitive therapy for anxiety and depression. First edition. NewYork City: Guilford Press; 2009.
8. Firoozabadi A, Shareh H. Effectiveness of detach mindfulness techniqe in one case with obssessive- compulsive disorder. Adv Cogn Psychol. 2009;11(2)[42]:1-7. [Persian] http://icssjournal.ir/article-1-32-en.html
9. Wells A, Papageorgiou C. Relationships between worry, obsessive–compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. Behav Res Ther. 1998;36(9):899-913. doi:10.1016/S0005-7967(98)00070-9
10. Abolghasemi A, Hassan Ali-Zade M, Kazemi R, Narimani M. The effect of meta-cognitive and drug therapies on meta-cognitive beliefs of deases with obsessive-compulsive disorder. Journal of Behavior Science. 2011;4(4):305-12. [Persian]
11. Wells A. Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy. First edition. New Yourk City: John Wiley & Sons; 2002.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.35.7]

12. Myers SG, Fisher PL, Wells A. Belief domains of the obsessive beliefs questionnaire-44 (OBQ-44) and their specific relationship with obsessive–compulsive symptoms. J Anxiety Disord. 2008;22(3):475-84. doi:10.1016/j.janxdis.2007.03.012
13. Irak M, Tosun A. Exploring the role of metacognition in obsessive–compulsive and anxiety symptoms. J Anxiety Disord. 2008;22(8):1316-25. doi:10.1016/j.janxdis.2008.01.012
14. Hinton-Bayre AD. Erratum to deriving reliable change statistics from test–retest normative data: comparison of models and mathematical expressions. Arch Clin Neuropsychol. 2011;26(1):80-92. doi:10.1093/arclin/acq102
15. Rees CS, van Koesveld KE. An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2008;39(4):451-8. doi:10.1016/j.jbtep.2007.11.004
16. Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive–compulsive disorder: A case series. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2008;39(2):117-32. doi:10.1016/j.jbtep.2006.12.001
17. Sharreh H, Gharaie B, Aatef Vahid MK. Comparison of metacognitive therapy, fluvoxamine and combined treatment in improving metacognitive beliefs and subjective distress of patients with obsessive-compulsive disorder. Adv Cogn Psychol. 2011;12(4):45-59. [Persian] http://icssjournal.ir/article-1-180-en.html
18. Khodabakhsh R, Abbasi L, Shahangian SS. Effectiveness of metacognition therapy on controlling of obsessive thoughts and increasing of adjustment in case of obsessive-compulsive disorder. Advances in Cognitive Science. 2013;15(3):24-32. [Persian] http://icssjournal.ir/article-1-150-en.html
19. Fisher PL, Wells A. Experimental modification of beliefs in obsessive–compulsive disorder: a test of the metacognitive model. Behav Res Ther. 2005;43(6):821-9. doi:10.1016/j.brat.2004.09.002
20. Farahmand Mehr Z, Mahmoud Aliloo M, Poursharifi H. Effectiveness of meta-cognitive therapy on decreasing of thought- fusion beliefs in patients with washing type of obsessive- compulsive disorder. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2014;22(2):1054-68. [Persian] http://jssu.ssu.ac.ir/article-1-2529-en.html

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.35.7]