MEJDS. 2021; 11:22.

Published online 2021 May. **Research Article**

Compare the efficacy of Well's Metacognitive Therapy (MCT) and Exposure and Response Prevention (ERP) for the treatment of Thought Fusion symptoms in women with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)

Hosseini SM[1], *Javidi H[2], Mehryar AH[3], Hosseini SE[4]

Author Address
1. PhD candidate in psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran;
3. Full Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran;
4. Associate Professor, Department Of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.
***Corresponding Author E-mail:** h-javidi@hotmail.com

Received: 2017 November 16; **Accepted:** 2017 December 18

Abstract

Background & Objective: Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a psychological disorder with debilitating impacts on many aspects of daily functioning, including relationships and quality of life. Exposure to ritual prevention (ERP) is the psychotherapeutic treatment of choice for obsessive-compulsive disorder. Also metacognitive therapy (MCT) based on Wells' metacognitive model of OCD aims to modify the maladaptive metacognitive beliefs and processes implicated in the disorder, to alleviate symptoms. The aim of the present study was to compare the efficacy of Well's Metacognitive Therapy (MCT) and Exposure and Response Prevention (ERP) for the treatment of Thought Fusion symptoms in women with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD).

Methods: The study was semi-experimental research done through a pretest-posttest design, using a control group. The statistical population included all OCD patients who were referred to the counseling centers in Shiraz during 2015-2016. The 60 patients who had been diagnosed as having OCD by the psychiatrist or clinical psychologist were selected and divided into two groups of 20 people (MCT and ERP) and a 20-member as control group. The experimental group1 experienced Wells' Metacognitive Therapy in 8 sessions and the experimental group 2 experienced ERP in 14 sessions of 1. 5 hours during two months. Both experimental and control groups received equal doses of medicine during the study. Participants completed the thought fusion instrument as a research scale. It is a 14 item self-report measure assessing metacognitive beliefs about the meaning and power of thoughts. It is designed to measure the three types of thought fusion implicated in the metacognitive model: TAF (eg. ''if I have thoughts about harming someone I will act on them"), TEF (eg. "my thoughts alone have the power to change the course of events") and TOF (eg. "my feelings can be transferred into objects."). Gwilliam et al. reported good internal consistency with a Cronbach's alpha of 0.89 for the scale. Khorramdel et al. (2010). in their final investigation about internal consistency found the alpha coefficients for the general factor index were 0.87, and for the first, second, third factors, and split-half coefficient, it was 0.77, 0.82, 0.80, and 0.73, respectively. Data were analyzed by covariance analysis, using the 21st version of SPSS software.

Results: The results indicated that the MCT group had a significant reduction (more efficacy) in two factors of thought-action and thought-event fusion in comparison to the ERP group (p<0. 001). No significant difference was observed in the thought fusion of the experimental groups. ERP group, on the other hand, showed significant reduction in all factors in comparison to the control group (p<0. 001).

Conclusion: Despite some methodological limitations, results showed that MCT proved to be a promising psychotherapeutic alternative to the well-established ERP in the treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. Further investigations into the efficacy of MCT are necessary to answer questions as to the working mechanisms underlying therapy for Obsessive-Compulsive Disorder.

Keywords: Well's Metacognitive Therapy, Exposure and Response Prevention, Thought Fusion, Obsessive-Compulsive Disorder.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

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 ۱۴۰۰؛ (۱۱):۲۲.

انتشار برخط اردیبهشت ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی درمان فراشناختی ولز و درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ در بهبود علائم درآمیختگی افکار زنان مبتلا به اختلال وسواس جبری

سیدمهدی حسینی[۱]، *حجت الله جاویدی[۲]، امیر هوشنگ مهریار[۳]، سید ابراهیم حسینی[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

۳. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

۴. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

* **رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** h-javidi@hotmail.com

تاریخ دریافت: ۲۵ آبان ۱۳۹۶؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۷ آذر ۱۳۹۶

چکیده

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسهٔ اثربخشی درمان فراشناختی ولز و درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ در بهبود علائم درآمیختگی افکار زنان مبتلا به اختلال وسواس جبری بود.

روش‌بررسی: این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی است که با طرح پژوهشی پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعهٔ آماری شامل تمامی بیماران سرپایی اختلال وسواس فکری- عملی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهرستان شیراز در سال ۱۳۹۵ بود. از این بین ۶۰ نفر از بیماران که طبق تشخیص روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی تشخیص اختلال وسواس فکری- عملی گرفته بودند انتخاب و به‌صورت تصادفی به دوگروه ۲۰ نفرهٔ آزمایش (فراشناخت و مواجهه و جلوگیری از پاسخ) و یک گروه ۲۰ نفره کنترل تقسیم شدند. مداخلهٔ فراشناختی ولز به مدت ۸ جلسهٔ گروهی و به‌مدت دو ماه به‌صورت جلسات ۱/۵ ساعته بر روی گروه آزمایش فراشناخت و مداخلهٔ مواجهه و جلوگیری از پاسخ به مدت ۱۴ جلسهٔ ۲ ساعته بر روی گروه آزمایش مواجهه و جلوگیری از پاسخ اجرا شد. هر دو گروه آزمایش و گروه کنترل در دورهٔ مطالعه در دوزهای نزدیک، داروی فلووکسامین (دوز ۲۰۰ تا ۳۰۰) مصرف کردند. پرسشنامهٔ درآمیختگی افکار به‌عنوان ابزار پژوهش استفاده شد. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل کواریانس و با به‌کارگیری نرم‌افزار آماری SPSS، ویراست ۲۱ تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد گروه فراشناخت در دو عامل درآمیختگی فکر- عمل و فکر- واقعه در مقایسه با گروه مواجهه و جلوگیری از پاسخ و کنترل کاهش معناداری (اثربخشی بیشتری) دارد ($p<۰/۰۰۱$). اما در عامل درآمیختگی فکر- شئ تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایش نبود. از طرفی گروه مواجهه و جلوگیری از پاسخ نیز در تمامی مؤلفه‌ها در مقایسه با گروه کنترل کاهش معناداری را نشان داد ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: علیرغم برخی محدودیت‌های روش‌شناختی، درمان فراشناختی می‌تواند درمان معتبر و جایگزینی برای مواجهه و جلوگیری از پاسخ باشد.

کلیدواژه‌ها: درمان فراشناختی ولز، درمان مواجهه با پاسخ، درآمیختگی افکار، اختلال وسواس جبری.

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 jdisabilstud.org on 2026-11-17]

۱ مقدمه

در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، وسواس‌ها، افکار، تکانه‌ها یا تصاویر ذهنی تکراری و مداومی هستند که مزاحم تلقی می‌شوند و به آسانی از نگرانی‌های افراطی مربوط به مشکلات روزمره تمیز داده می‌شوند (۱). علایم عمدهٔ اختلال وسواسی‌اجباری، شامل افکار و اعمال وسواسی مختلف با تشریفات می‌باشند (۲). اختلال وسواسی- اجباری از دیدگاه بالینی اختلالی ناهمگن است (۳). از علائم رایج اختلال وسواس که عمدتاً در نظریهٔ فراشناخت ولز مطرح شده، درآمیختگی افکار است. در این پدیده مرز بین افکار و واقعیت در ذهن بیمار از بین می‌رود (۴). مطالعات متعددی ارتباط مثبت و معنادار بین علایم وسواس و درآمیختگی افکار را گزارش نموده و آن را پیش‌بین قدرتمندی برای علایم وسواس دانسته‌اند (۸-۵)؛ اگرچه درآمیختگی افکار لزوماً به اختلال وسواسی جبری اختصاص ندارد، اما میزان آن در این اختلال به میزان زیادی بیشتر است (۹). برای مثال در مطالعه‌ای (۷) رابطهٔ مثبتی بین درآمیختگی افکار و شدت وسواس مذهبی گزارش شد (r=۰/۵۳).

نظر به اهمیت اختلال وسواس، نیاز آزمودن شیوه‌های نوین درمانی برای آن ضروری می‌نماید. در این مطالعه تلاش بر این است که اثربخشی دو شیوهٔ درمانی کلاسیک مواجهه و جلوگیری از پاسخ و فراشناختی بر علایم درآمیختگی افکار وسواس آزموده شده و میزان اثربخشی آن‌ها مشخص شود. درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ (ERP[1])، طبق تعریف: مواجههٔ طولانی‌مدت بیمار با موقعیت‌های ترس‌آوری است که مرتبط با افکار وسواسی بوده و جلوگیری از پاسخ ذهنی یا آشکار بیمار می‌باشد (۱۰). هدف اصلی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ عبارت است از فراهم‌کردن رویارویی کافی بدون حضور تشریفات وسواسی، به‌طوری که خوگیری[2] انجام شود. رویارویی همچنین نگرش بیماران را به افکار وسواسی (آشفتگی کمتر)، خطر مورد انتظار (احتمال کمتر)، و ظرفیت مقاومت در برابر افکار وسواسی (احساس توانایی بیشتر) را تغییر می دهد (۱۱). بررسی فراتحلیلی حدود سی مطالعهٔ کنترل‌شده و کوشش‌های آزمایشی آزاد با استفاده از صدها بیمار دلالت بر این دارند که مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر کاهش علائم وسواس بسیار مؤثر است (۱۰). مطالعات گزارش کرده‌اند که رفتاردرمانی، اندازه اثر متوسط (۰/۴۶) داشته و به‌طور معناداری از درمان‌های دارونما موثرتر بوده است (۱۲). مطالعاتی که با استفاده از مقیاس وسواس یل براون (YBOCS)[3] نتایج درمانی را ارزیابی کرده‌اند، نشان می دهد بعد از دوازده تا پانزده جلسهٔ روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ، علائم شدید قبل از درمان (نمرات حدود ۲۵) به نمرات خفیف تا متوسط (ده تا هفده) کاهش می‌یابند (۱۳) و بیشتر بیمارانی که از این روش استفاده کرده‌اند (۷۵ تا هشتاد درصد)، از درمان سود بردند. این یافته‌ها دلگرم‌کننده است اما مهم است به خاطر داشته باشیم که حدود ۲۵ درصد بیماران، از درمان دارویی امتناع می‌ورزند (۱۴).

الگوی درمان فراشناختی که در این پژوهش برای اختلال مذکور اجرا خواهد شد مدل فراشناختی ولز است (۴). ولز و متیوس، الگویی را برای اختلال وسواس فکری- عملی معرفی کردند که بر پایهٔ آن، افکار وسواسی، باورهای فراشناختی مرتبط با آن فکر وسواسی را فعال می‌کنند و به‌طور همزمان به پاسخ‌های رفتاری متوسل می‌شوند که می‌تواند خطر ارزیابی شدهٔ تداعی شده با افکار وسواسی را در بیماران سرپایی مبتلا به وسواس کاهش دهند. هدف کلی درمان این است که بیماران به‌شیوهٔ پردازش فراشناختی معطوف شوند، همچنین به بیماران آموخته می‌شود که نیازی به سرکوب یا کنترل افکار مزاحم نیست و هر فکر مزاحم لزوماً منجر به عمل نمی‌شود (۱۵). مطالعات، به‌طور پیوسته اشاره می‌کنند که باورهای فراشناختی پیش‌بینی‌کننده‌های معنادار (حتی بعد از کنترل آماری نگرانی و افسردگی) نشانگان وسواس-جبری است (۱۶،۱۷). این روش درمانی از روش شناختی- رفتاری[4] متفاوت است. زیرا به‌جای‌اینکه درمان شامل چالش با افکار و باورها دربارهٔ آسیب یا مواجهه‌های مکرر و طولانی‌مدت با خاطرات مربوط به تروما باشد، شامل ارتباط با افکار به طریقی است که مانع ایجاد مقاومت یا تحلیل ادراکی پیچیده شود و بتواند راهبردهای تفکر ناسازگار دربارهٔ نگرانی را از بین ببرد. از آنجا که اختلال وسواس بیماری شناخته‌شده‌ای است، درمان‌های متنوعی برای آن در نظر گرفته شده است. اگرچه این درمان‌ها مفید بودند، اما نتایج متفاوتی به دست دادند و در اکثر کسانی که تحت درمان قرار گرفتند نشانه‌هایی از وسواس باقی ماند (۱۸). بنابراین پژوهش حاضر درصدد بود مدل درمانی جدید فراشناختی را در کنار مدل کلاسیک مواجهه و جلوگیری از پاسخ جهت درمان این نشانه‌ها به‌کار گیرد.

۲ روش‌بررسی

این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی و کاربردی بوده که با طرح پژوهشی پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل[5] انجام شد. جامعهٔ آماری شامل تمامی بیماران سرپایی اختلال وسواس فکری- عملی مراجعه‌کننده به مراکز مشاورهٔ شهرستان شیراز در سال ۱۳۹۵ بود. در ابتدا ۶۰ نفر از بیماران که طبق تشخیص روان‌پزشک یا روان شناس بالینی تشخیص اختلال وسواس فکری- عملی گرفته بودند از میان جامعه و با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. برای حصول اطمینان از تشخیص، تمامی بیماران دارای تشخیص اختلال وسواس فکری- عملی توسط محقق و بر مبنای معیارهای «DSM-5» مصاحبهٔ تشخیصی شدند و به‌صورت تصادفی به دوگروه ۲۰ نفرهٔ آزمایش (گروه فراشناخت و گروه ERP) و یک گروه ۲۰ نفرهٔ کنترل تقسیم شدند. مداخلهٔ فراشناختی ولز به‌مدت ۸ جلسهٔ گروهی و به‌مدت دو ماه به‌صورت جلسات ۱/۵ ساعته بر روی گروه آزمایش فراشناخت و مداخلهٔ مواجهه و جلوگیری از پاسخ به‌مدت ۱۴ جلسه اجرا شد (لازم به ذکر است جهت افزایش انگیزه در نخستین جلسهٔ درمانی، گروه کنترل نیز به همراه گروه آزمایش حضور داشت). از آنجا که تمامی افراد نمونه

[1] Exposure and Response Prevention

[2] Habituation

[3] Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)

[4] Cognitive-Behavioral therapy

[5] Pretest-posttest Randomized group design

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

به‌لحاظ میزان و شدت علائم در دامنهٔ همگن قرار داشتند، مصرف دارو برای آن‌ها ضروری بود. لذا با تشخیص روان‌پزشک داروی فلووکسامین در رنج ۲۰۰ تا ۳۰۰ میلی‌گرم برای هر سه گروه تجویز شد. بدین‌ترتیب هم گروه کنترل و هم گروه های آزمایش در حین مداخلات از یک داروی یکسان و دوز همگن استفاده کردند. لذا اثر مصرف دارو کنترل شد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، به شرکت‌کنندگان پژوهش توضیح داده شد که در صورت تمایل، آنان در پژوهشی که قصد دارد اثربخشی یک درمان روان‌شناختی را بر علائم اختلال وسواس فکری و عملی بررسی نماید شرکت می‌کنند. همچنین به ایشان اطمینان داده شد که اطلاعات مرتبط با آن‌ها به‌صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند. ملاک‌های انتخاب نمونه عبارت بود از تشخیص اصلی بیماری وسواس، عدم ابتلای بیماران به هیچ یک از اختلالات شخصیت، اختلالات دوقطبی و رگه‌های روان‌پریشی؛ تحصیلات حداقل سیکل و ملاک‌های حذف نمونه به قرار زیر بود: ابتلا به هر یک از بیماری‌های ذکر شده در ملاک ورود، انجام هر مداخلهٔ دیگر در حین جلسات درمان، داشتن معلولیت یا هر شرایط پزشکی و جسمانی که موجب عدم شرکت در جلسات یا پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه شود، بی‌سوادی و داشتن سن کمتر از ۲۰ سال. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل کواریانس و با به‌کارگیری نرم‌افزار آماری SPSS، ویراست ۲۱ تحلیل شد.

ابزار پژوهش عبارت بودند از:

ـ پرسشنامهٔ درآمیختگی افکار (TFI) (۱۹) : یک آزمون خودسنجی ۱۴ گویه‌ایست که باورهای رایج را در بارهٔ معنی و قدرت افکار می‌سنجد. «TFI» سه مقوله درآمیختگی افکار را که در مدل فراشناختی معرفی شده‌اند می‌سنجد. این سه عامل عبارتند از:۱. درآمیختگی فکر ـ عمل (TAF)؛ ۲. درآمیختگی فکر ـ شیء (TOF) و ۳. درآمیختگی فکر ـ واقعه (TEF). پاسخ‌ها بر یک پیوستار ۱۰۰ درجه‌ای و از صفر= «ابداً اعتقادی ندارم» تا ۱۰۰ = «کاملاً معتقدم» و به صورت ده‌تایی نمره‌گذاری می شوند (مقیاس نمره‌گذاری پرسشنامه بدون توضیحات حد وسط است و از شرکت‌کننده خواسته می‌شود میزان باور خود را از صفر (بدون اعتقاد) تا ۱۰۰ کاملاً معتقد درجه‌بندی کند). مطالعات معدودی ویژگی‌های روان‌سنجی «TFI» را گزارش کرده‌اند. برای مثال ولز و همکاران ضریب همسانی درونی مناسبی برای این پرسشنامه گزارش کرده است (آلفای کرونباخ ۰/۸۹) (۱۵). همچنین همبستگی کل آیتم‌ها را در دامنهٔ ۰/۳۵ تا ۰/۷۸ ذکر کرده است (۱۹). همبستگی معناداری بین «TFI» با پرسشنامه‌های باورهای فراشناختی ـ ۳۰ (MCQ-30) (۱۵) و درآمیختگی فکر ـ عمل (۲۰) به‌دست آمده است (۲۱). در مطالعه‌ای بر روی ۱۳۰ نفر در یک نمونه ایرانی ضرایب پایایی آلفای کرونباخ و دونیمه سازی را برای «TFI» به ترتیب (۰/۸۷) و (۰/۷۳) گزارش شدند (۲۲).

خلاصهٔ برنامهٔ درمانی ERP طرح درمان فراشناختی ولز برای اختلال وسواس فکری ـ عملی در زیر آمده است:

جدول ۱. خلاصهٔ برنامهٔ درمانی ERP

جلسهٔ اول	ـ گردآوری اطلاعات دربارهٔ نشانگان وسواس بیمار و تاریخچهٔ بیماری؛ ـ بیان منطق و شرح درمان برای بیمار و مطرح کردن بحث خود بازنگری؛ ـ استعارهٔ قایق پارویی؛ ـ ارائه تکلیف.
جلسهٔ دوم	ـ مرور جلسهٔ قبل و همچنین تکلیف ارائه شده؛ ـ گردآوری اطلاعات بیشتر به‌منظور طرح‌ریزی برنامهٔ درمانی؛ ـ تهیهٔ سلسله مراتب از موضوعات رویارویی با استفاده از مقیاس واحدهای ذهنی پریشانی (SUDS)؛ ـ بازخورد، ارائهٔ تکلیف جلسهٔ بعد.
جلسهٔ سوم تا هشتم	ـ مرور جلسهٔ قبل و همچنین تکلیف ارائه‌شده؛ ـ رویارویی و جلوگیری از آیین‌مندی به‌صورت تجسمی و واقعی؛ ـ بازخورد، ارائهٔ تکلیف جلسهٔ بعد.
جلسهٔ نهم تا سیزدهم	ـ مرور جلسات قبل و همچنین تکالیف ارائه‌شده؛ ـ تکرار یا تنوع دادن به رویارویی‌های قبلی و معرفی دیگر محرک‌های برانگیزانندهٔ اضطراب.
جلسهٔ چهاردهم	ـ ـ مرور جلسهٔ قبل و همچنین تکلیف ارائه‌شده؛ ـ آماده‌کردن شرکت‌کنندگان برای اختتام جلسات و پیشگیری از بازگشت؛ ـ نتیجه‌گیری.

جدول ۲. طرح درمان فراشناختی ولز برای اختلال وسواس فکری ـ عملی

جلسهٔ اول	ـ معارفه، ارزیابی و گردآوری داده‌هایی چون ماهیت نشانه‌های وسواسی، اعمال آیینی، معرفی هیجان‌ها و ابعاد آن و رابطهٔ آن‌ها با باورهای فراشناختی؛ ـ شناسایی و فراخوانی شناخت‌واره‌ها و راهبردها؛ ـ شناسایی و فراخوانی ماهیت علائم وسواس‌ها و اجبارها؛ ـ شناسایی باورهای فراشناختی درمورد تشریفات رفتاری افکار وسواسی؛

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

	ـ در انتهای جلسهٔ پذیرایی، ارائهٔ بازخورد و تعیین تکلیف جلسهٔ بعد.
جلسهٔ دوم	ـ مرور جلسهٔ قبل و همچنین تکلیف ارائه‌شده؛ ـ معرفی منطق مداخله، بیماری وسواس و هیجان‌ها (ترسیم دیاگرام فراشناختی)؛ ـ تشریح شکل‌گیری بیماری وسواس؛ ـ مکانیسم‌های هیجانی و باورهای درگیر در شکل‌گیری و تداوم علائم وسواس؛ ـ بیان منطق مداخلهٔ فراشناختی؛ ـ بازخورد، ارائهٔ تکلیف جلسهٔ بعد.
جلسهٔ سوم	ـ مرور جلسهٔ قبل و همچنین تکلیف ارائه‌شده؛ ـ آموزش تکنیک فاصله‌گرفتن از ذهن‌آگاهی (بیماران یاد بگیرند که با افکار همچون ابری در ذهن خود برخورد کنند، چنانچه نیاز به پردازش نداشته باشد)؛ ـ بازخورد، ارائهٔ تکلیف جلسهٔ بعد.
جلسهٔ چهارم	ـ مرور جلسات قبل و همچنین تکالیف ارائه‌شده؛ ـ آموزش شیوه‌های فراشناختی؛ ـ کنترل بر روی راهبردها جهت ارزیابی؛ ـ ارائهٔ طرح‌های جدید برای تنظیم فعالیت (S-REF)؛ ـ آزادسازی منابع و اصلاح باورها؛ ـ بازخورد، ارائهٔ تکلیف جلسهٔ بعد.
جلسهٔ پنجم و ششم	ـ مرور جلسات قبل و همچنین تکالیف ارائه‌شده؛ ـ این جلسه صرفاً به باورهای درآمیختگی افکار می‌پردازد و سیکل معیوب آن را با روش‌های اسنادسازی مجدد کلامی و روش‌های رفتاری می‌شکند؛ ـ ایجاد یک جریان پردازشی جدید، همچنین تفاوت شیوهٔ پردازشی بین افراد بهنجار و بیمار توضیح داده می‌شود؛ ـ سؤال دربارهٔ مکانیسم درآمیختگی افکار؛ ـ کاهش نا همخوانی؛ ـ بازنگری تاریخچهٔ وسواس‌ها؛ ـ تجارب رفتاری؛ ـ بازخورد، ارائهٔ تکلیف جلسهٔ بعد.
جلسهٔ هفتم و هشتم	ـ آماده کردن شرکت‌کنندگان برای اختتام جلسات؛ ـ برنامه‌های رفتاری اصلاح توجه؛ ـ مواجهه و تجارب جلوگیری از پاسخ؛ ـ اصلاح نشانه‌های توقف و ملاک دانستن؛ ـ طرح‌ریزی اولیه؛ ـ طرح‌ریزی جایگزین؛ ـ شناسایی موانع موجود در به‌کارگیری تکنیک‌ها، علت‌یابی و رفع آن؛ ـ فراخواندن و شناسایی راهبردهای ناکارآمد در ممانعت از به‌کارگیری این تکنیک‌ها؛ ـ بازخورد، ارائهٔ تکلیف جلسهٔ بعد؛ ـ نتیجه‌گیری.

۳ یافته‌ها

در قسمت یافته‌ها ابتدا خلاصهٔ نتایج ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان نشان داد که میانگین سنی گروه‌ها تقریباً در محدودهٔ ۳۵ سال است. همچنین نتیجهٔ آزمون آنوای یک‌راهه نیز نشان داد بین سه گروه تفاوت معناداری از لحاظ سن وجود ندارد. همچنین در هر سه گروه بیشتر افراد دارای تحصیلات دیپلم و سپس کاردانی بودند. در متغیر تأهل نیز نتایج جدول فراوانی نشان داد که اکثر نمونه‌ها متأهل بوده‌اند (جدول ۱).

نتایج توصیفی جدول ۲ نشان می‌دهد که اکثر مؤلفه‌ها در پس‌آزمون کاهش داشته‌اند. به‌منظور مشخص‌شدن تفاوت معنادار گروه‌ها در متغیرهای پژوهش، از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا) و تحلیل کواریانس تک‌متغیره به‌همراه آزمون‌های پیش‌فرض استفاده شد. پس ازبررسی پیش‌فرض‌های آزمون‌ها، نتایج آنالیز کوواریانس چندمتغیره نشان داد که در گروه‌های مطالعه‌شده حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد ($p<$ ۰/۰۰۱ و ۳۳/۳۵

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

=F و ۰/۰۸ =لاندای ویلکز).

جدول ۳. مشخصات توصیفی متغیرهای دموگرافیگ پژوهش

متغیر	گروه فراشناخت		گروه ERP		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سن	۳۴/۷۰	۷/۸۸	۳۶/۳۰	۸/۱۵	۳۳/۶۵	۸/۸۱

تحصیلات	گروه فراشناخت		گروه ERP		گروه کنترل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
دیپلم	۱۱	۵۵	۷	۳۵	۹	۴۵
کاردانی	۵	۲۵	۵	۲۵	۵	۲۵
کارشناسی	۲	۱۰	۶	۳۰	۳	۱۵
لیسانس و بالاتر	۲	۱۰	۲	۱۰	۳	۱۵
کل	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰

تأهل	گروه فراشناخت		گروه ERP		گروه کنترل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مجرد	۵	۹	۹	۴۵	۶	۳۰
متأهل	۱۵	۱۱	۱۱	۵۵	۱۴	۷۰
کل	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی متغیرهای فکر کنش، فکر روی داد، فکر شی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل به همراه نتایج تحلیل کواریانس

مؤلفه‌های درآمیختگی افکار	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار P	مجذور اتا
فکر_عمل	فراشناخت درمانی	۳۸۴/۰۱	۳۵/۴۵	۱۳۴/۷۱	۲۹/۳۹	۷۱/۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۶
	مواجهه درمانی	۳۸۶/۰۱	۳۵/۴۵	۱۹۰/۶۶	۴۵/۴۲			
	کنترل	۳۸۸/۵۳	۳۱/۹۹	۳۱۵/۵۳	۵۰/۲۰			
فکر _ واقعه	فراشناخت درمانی	۳۱۸/۵۰	۳۶/۸۸	۱۲۱/۷۳	۲۹/۶۳	۴۵/۸۹	<۰/۰۰۱	۰/۶۷
	مواجهه درمانی	۳۳۶/۰۱	۴۰/۵۷	۲۰۰/۰۱	۲۵/۹۱			
	کنترل	۳۵۵/۵۵	۲۹/۴۶	۲۵۷/۷۳	۴۶/۹۶			
فکر_ شئ	فراشناخت درمانی	۱۸۴/۵۰	۳۳/۴۷	۸۴/۴۷	۲۴/۲۲	۲۲/۵۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۰
	مواجهه درمانی	۱۸۵/۱۱	۲۷/۲۴	۸۷/۳۳	۴۰/۶۱			
	کنترل	۱۷۹/۵۱	۲۹/۵۴	۱۴۶/۱۶	۳۴/۶۶			

نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیره (جدول ۲) پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، جهت مقایسهٔ گروه‌های درمانی نشان می‌دهد بین سه گروه از لحاظ تمامی مؤلفه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد (p<۰/۰۰۱). در ادامه نتایج آزمون تعقیبی به‌صورت جزیی‌تر به تفاوت بین گروه‌ها در مرحلهٔ پس‌آزمون هر یک از این متغیرها می پردازد.

نتایج آزمون تعقیبی نشان می دهد گروه فراشناخت در دو عامل درآمیختگی فکر_عمل و فکر _واقعه نسبت به گروه ERP و کنترل، کاهش معناداری (اثربخشی بیشتری) داشته است (p<۰/۰۰۱). اما در عامل درآمیختگی فکر _شئ تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایش نیست. به‌علاوه گروه ERP نیز در تمامی مؤلفه‌ها نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری را نشان می‌دهد (p<۰/۰۰۱).

جدول ۵. آزمون تعقیبی بونفرونی، مقایسهٔ زوجی گروه‌ها در مرحلهٔ پس‌آزمون

متغیر وابسته	مرحله (I)	مرحله (J)	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	مقدارP
فکر_عمل	فراشناخت	ERP	-۵۶/۱۵	۱۵/۳۳	<۰/۰۰۱
		کنترل	-۱۷۶/۹۹	۱۵/۴۲	<۰/۰۰۱
	ERP	کنترل	-۱۲۰/۸۴	۱۵/۵۳	<۰/۰۰۱
فکر_واقعه	فراشناخت	ERP	-۷۵/۹۱	۱۳/۷۲	<۰/۰۰۱

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

		کنترل	۱۳۲/۲۰-	۱۳/۸۰	<۰/۰۰۱
	ERP	کنترل	۵۶/۲۸-	۱۳/۰۱	<۰/۰۰۱
فکر- شئ	فراشناخت	ERP	۴/۵۵-	۱۰/۴۴	۰/۶۶۵
		کنترل	۶۱/۲۲-	۱۰/۵۰	<۰/۰۰۱
	ERP	کنترل	۵۶/۶۷-	۹/۹۰	<۰/۰۰۱

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسهٔ اثربخشی درمان فراشناختی ولز و درمان مواجهه با پاسخ در بهبود علائم درآمیختگی افکار زنان مبتلا به اختلال وسواس جبری بود.

ازآنجاکه هر دو گروه آزمایشی و گروه کنترل در دورهٔ مداخله دارو مصرف می‌کردند بخشی از بهبود علائم در هر سه گروه مربوط به اثر دارو بود. در مقایسهٔ سه گروه، نتایج نشان داد گروه فراشناخت در دو عامل درآمیختگی فکر- عمل و فکر - واقعه نسبت به گروه ERP و کنترل، کاهش معناداری (اثربخشی بیشتری) داشته است. اما در عامل درآمیختگی فکر- شئ تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایش نبود. از طرفی گروه ERP نیز در تمامی مؤلفه‌ها در مقایسه با گروه کنترل کاهش معناداری را نشان داد.

عمده مطالعات در مورد درآمیختگی افکار مربوط به درمان فراشناختی است و تاکنون مطالعه‌ای به مقایسهٔ درمان ERP و فراشناخت یا اثربخشی ERP در کاهش درآمیختگی افکار بیماران وسواس گزارش نشده است. تنها یک مطالعه (۲۳) اثربخشی این دو درمان را بر روی علائم اختصاصی کودکان مبتلا به وسواس سنجیده که نتایج آن نشان داد که علیرغم محدودیت‌های روش‌شناختی، فراشناخت درمانی نتایج بهتری به بار آورد. علاوه‌بر این نویسندگان پیشنهاد می‌کنند که درمان فراشناختی در پایداری درمان ERP کمک شایانی می‌کند. اما نتایج مربوط به درمان فراشناختی و درآمیختگی افکار با مجموعه‌ای از مطالعات در این رابطه همخوان است (۲۶-۲۴، ۲۱، ۱۸). احتمالاً علت اثربخشی درمان فراشناختی این است که تأکید درمان را از توقف بر روی افکار وسواس‌گونه برداشته و به سمت یادگیری این موضوع هدایت می‌کند که افکار وسواس‌گونه یا انواع دیگر افکار مزاحم، الزاماً به عمل ختم نمی‌شوند (۲۷). مثلاً در بیمارانی که زمینه‌های خشک مذهبی دارند و در نتیجه درآمیختگی افکار بیشتری هم در ایشان به چشم می‌خورد، بیمار یاد می‌گیرد که صرف نیت دربارهٔ مسئله‌ای گناه‌آلود به‌معنای انجام آن عمل نیست، چراکه این فقط یک فکر مزاحم است و نباید اضطراب و احساس گناه را وقتی عملی انجام نشده، متحمل شوند (۲۱).

دیگر دلائل اثربخشی درمان این است که بیماران یاد می‌گیرند از افکار خود فاصله بگیرند و متوجه شوند که این افکار مزاحم به فرایندها و اعمال بعدی، نامربوط‌اند. انجام این کار در مدل فراشناختی با اصلاح باورهای فراشناختی که به افکار وسواسی معنا و مفهوم خاصی می‌دهد امکان‌پذیر می‌شود. این تمرین‌های وسیع می‌توانند پاسخ‌های مقابله‌ای غیرارادی را که ناسازگار هستند از بین ببرند (۱۸). تحت این شرایط، راهبردهای فراشناختی جدیدی (همان طرح‌های جایگزین) برای کنارآمدن با افکار مزاحم بسیار مؤثر می‌افتد. در درمان فراشناختی، تکنیک‌های اسنادسازی مجدد کلامی و تجارب رفتاری، درآمیختگی افکار را به چالش می‌طلبند. این فرایند کمتر در درمان شناختی مورد توجه قرار گرفته است. ایرادات دیگری که به شناخت درمانی سنتی وارد است عبارتند از: ۱. بهبود محتوای باورهای ناکارآمد افسردگی با مصرف داروهای ضد افسردگی؛ ۲. کار کردن فقط با یک سطح از شناخت، یعنی تنها دانش و باورهای اخباری و نه رویکردی؛ ۳. عدم تمایز بین باورهای سرد و گرم (منطق و هیجان)؛ ۴. عدم توجه به طرح‌های پردازش مولد باورهای ناکارآمد.

دربارهٔ درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ نیز علیرغم اینکه مطالعه‌ای، اثربخشی آن را بر درآمیختگی افکار گزارش نکرده است، اما نتایج ما حاکی از اثربخشی این درمان بر کاهش علائم بیماران بود. نکتهٔ جالب توجه اینکه دربارهٔ عامل درآمیختگی فکر- شئ تفاوتی بین اثربخشی دو درمان دیده نشد.

چنانچه اشاره شد درمان ERP به‌عنوان یک روش سنتی توانست موجب کاهش علائم گردد؛ اما در مقایسه با فراشناخت، توان کمتری در بهبود علائم داشت. در تبیین این مسئله می‌توان اشاره کرد که در درمان ERP معمولاً بیمار به‌طور جدی با محرک‌ها و افکار ترس‌آور روبه‌رو می‌شود و از انجام هر رفتار آیینی که منجر به خوگیری می‌شود ممانعت به عمل می‌آید. درحالی‌که در فراشناخت دقیقاً برعکس است. بیمار می‌تواند رفتارهای آیینی را نام داده و از آن‌ها در فرایند درمان سود جوید. نکتهٔ مهم دیگر این است که در فراشناخت درمانی هم از ERP استفاده می‌شود، اما به دو شیوهٔ کاملاً متفاوت:نخست به‌عنوان ابزاری برای کاهش سندرم شناختی توجهی که علت اصلی بیش براورد خطر محسوب می‌شود، دوم به عنوان یک آزمایش رفتاری که فرصتی برای چالش با باورهای مرتبط با درآمیختگی افکار فراهم می‌کند. لذا در فراشناخت درمانی برخلاف رویکردهای سنتی، نیاز به رویارویی طولانی با علائم نیست.

چنانچه اشاره شد در عامل درآمیختگی فکر- شئ، درمان ERP اثربخشی قابل توجهی داشت. علت احتمالی این امر در محتوای درمان ERP است. به نظر می‌رسد دست‌کم در درآمیختگی فکر شئ که عمدتاً بر آلودگی متمرکز است، مکانیزم متفاوت دو درمان دارای اثربخشی مشابه است. صرف‌نظرکردن از رفتار آیینی برای بیمار مثل این است که بخواهد یک چتر نجات را ازدست دهد (۱۵)؛ لذا مقاومت در برابر این خواسته عجیب نیست. لذا در ERP مقاومت بیمار از طریق توضیح منطق دقیق چنین راهبردهایی کاهش می‌یابد. درمانگر برای بیمار تبیین می‌کند که چگونه رفتارهای فعلی او، اهمیتی غیرضروری به افکار می‌دهد و آن‌ها را سرشار از معنای خاص می‌کند.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به اجرا بر روی یک جنس اشاره کرد. به‌عنوان پیشنهاد پژوهشی نیز می‌توان مقایسهٔ این دو درمان را با توجه به نقش جنسیت ارزیابی کرد. علائم اختصاصی وسواس را به‌عنوان متغیر آماج وارد مداخله کرد و با توجه به پراکندگی علائم در گروه‌های درمانی، طرح درمان حاضر را به‌صورت مورد منفرد به اجرا دراورد تا سنجش دقیق‌تری از نتایج درمان حاصل شود.

۵ نتیجه‌گیری

در مجموع به نظر می‌رسد با وجود اینکه مکانیزم زیربنایی هر دو درمان متفاوت است؛ اما هر دو درمان فراشناخت و ERP می‌توانند به‌صورت معناداری موجب کاهش علائم وسواس شوند. گرچه با وجود محدودیت‌های روش‌شناختی، فراشناخت درمانی دست کم در کاهش علائم درآمیختگی افکار موفق‌تر است و می‌تواند درمان معتبر و جایگزینی برای مواجهه و جلوگیری از پاسخ باشد.

۶ تشکر و قدردانی

از شرکت‌کنندگان در پژوهش و همچنین از جناب آقای دکتر سعید فروزش که درمان دارویی بیماران را تقبل نمودند سپاسگزاری می‌کنیم.

۷ بیانیه

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، به شرکت‌کنندگان پژوهش توضیح داده شد که در صورت تمایل، آنان در پژوهشی که قصد دارد اثربخشی یک درمان روان‌شناختی را بر علائم اختلال وسواس فکری و عملی بررسی نماید شرکت می‌کنند. همچنین به ایشان اطمینان داده شد که اطلاعات مرتبط با آن‌ها به‌صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند.

References

1. Edition F. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Am Psychiatric Assoc. 2013;21.
2. Lopez-Ibor Jr JJ, Saiz J, Cottraux J, Note I, Vinas R, Bourgeois M, Hernandez M, Gomez-Perez JC. Double-blind comparison of fluoxetine versus clomipramine in the treatment of obsessive compulsive disorder. European Neuropsychopharmacology. 1996 May 1;6(2):111-8. https://doi.org/10.1016/0924-977X(95)00071-V
3. Mataix-Cols D, Sànchez-Turet M, Vallejo J. A Spanish version of the Padua Inventory: Factor structure and psychometric properties. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2002;30(1):25.
4. Gwilliam P, Wells A, Cartwright-Hatton S. Dose meta-cognition or responsibility predict obsessive–compulsive symptoms: a test of the metacognitive model. Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice. 2004 Mar;11(2):137-44. https://doi.org/10.1002/cpp.402
5. Abramowitz JS. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. Journal of consulting and clinical psychology. 1997 Feb;65(1):44. https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.1.44
6. Rassin E. The contribution of thought–action fusion and thought suppression in the development of obsession-like intrusions in normal participants. Behaviour Research and Therapy. 2001 Sep 1;39(9):1023-32. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00075-9
7. Rassin E, Koster E. The correlation between thought–action fusion and religiosity in a normal sample. Behaviour Research and Therapy. 2003 Mar 1;41(3):361-8. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00096-7
8. 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. Journal of anxiety disorders. 2009 May 1;23(4):436-42. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.08.007
9. Rassin E, Merckelbach H, Muris P, Spaan V. Thought–action fusion as a causal factor in the development of intrusions. Behaviour research and therapy. 1999 Mar 1;37(3):231-7. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00140-5
10. Van Oppen P, De Haan E, Van Balkom AJ, Spinhoven P, Hoogduin K, Van Dyck R. Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive compulsive disorder. Behaviour research and therapy. 1995 May 1;33(4):379-90. https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00052-L
11. ME F, JS A, J KM, T LJ, B FE. Effectiveness of Exposure and Titular Prevention for Obsessive-Compulsive Disorder : Randomized Compared with Nonrandomized Samples. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2000:594-602. [https://www. ncbi. nlm. nih. gov/pubmed/10965635]
12. Eddy KT, Dutra L, Bradley R, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. Clinical psychology review. 2004 Dec 1;24(8):1011-30. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.08.004
13. Steketee G, Frost RO, Cohen I. Beliefs in obsessive-compulsive disorder. Journal of anxiety disorders. 1998 Nov 1;12(6):525-37. https://doi.org/10.1016/S0887-6185(98)00030-9
14. Abramowitz JS, Jacoby RJ. Obsessive-compulsive and related disorders: A critical review of the new diagnostic class. Annual Review of Clinical Psychology. 2015 Mar 28;11:165-86. Doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153713
15. Wells A, Gwilliam P, Cartwright-Hatton S. The thought fusion instrument (unpublished self-report scale). UK: University of Manchester. 2001.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

16. Emmelkamp PM, Aardema A. Metacognition, specific obsessive–compulsive beliefs and obsessive–compulsive behaviour. Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice. 1999 May;6(2):139-45. https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6:2
17. Fisher PL, Wells A. How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive–compulsive disorder? A clinical significance analysis. Behaviour research and therapy. 2005 Dec 1;43(12):1543-58. https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.11.007
18. Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive–compulsive disorder: A case series. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry. 2008 Jun 1;39(2):117-32. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2006.12.001
19. Gwilliam P, Wells A, Cartwright-Hatton S. Dose meta-cognition or responsibility predict obsessive–compulsive symptoms: a test of the metacognitive model. Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice. 2004 Mar;11(2):137-44. https://doi.org/10.1002/cpp.402
20. Shafran R, Rachman S. Thought-action fusion: A review. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2004 Jun 1;35(2):87-107. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2004.04.002
21. Khoramdel K, Rabiee M, Molavi H, Neshatdoost HT. Psychometric properties of thought fusion instrument (TFI) in students. Iranian Journal of psychiatry and clinical psychology. 2010 Apr 10;16(1):74-8. [Persian]
22. Khoramdel K. Effect of Wells' metacognitive therapy on thought fusion in patients with obsessive compulsive disorder. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2010 Mar 21;12(45):9-400. Doi: 10.22038/jfmh.2010.1095
23. Simons M, Schneider S, Herpertz-Dahlmann B. Metacognitive therapy versus exposure and response prevention for pediatric obsessive-compulsive disorder. Psychotherapy and psychosomatics. 2006;75(4):257-64.
24. Tibi L, van Oppen P, van Balkom AJ, Eikelenboom M, Hendriks GJ, Anholt GE. The relationship between cognitions and symptoms in obsessive-compulsive disorder. Journal of affective disorders. 2018 Jan 1;225:495-502. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.072
25. Myers SG, Grøtte T, Haseth S, Guzey IC, Hansen B, Vogel PA, Solem S. The role of metacognitive beliefs about thoughts and rituals: A test of the metacognitive model of obsessive-compulsive disorder in a clinical sample. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2017 Apr 1;13:1-6. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.01.007
26. Hansmeier J, Exner C, Rief W, Glombiewski JA. A test of the metacognitive model of obsessive-compulsive disorder. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2016 Jul 1;10:42-8. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.05.002
27. van der Heiden C, van Rossen K, Dekker A, Damstra M, Deen M. Metacognitive therapy for obsessive–compulsive disorder: A pilot study. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2016 Apr 1;9:24-9. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.02.002

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]