

Meta-Cognitive Therapy in Drug-Resistant Patients with Obsessive - Compulsive Disorder: A Case Report

Sepideh Rajeziesfahani¹, Ladan Fata², HamidReza Hassanabadi³, Hamid Yaghuobi^{4*}, Alireza Zahiroddin⁵, SeyedSaeid Sadr⁶, Noiloofar Mahdavi⁶, Simasadat Noorbakhsh⁷

1. PhD in Clinical Psychology, Behavioral Sciences Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Assistant Professor, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Assistant Professor Kharazmi University, Tehran, Iran
4. Assistant Professor, Shahed University, Tehran, Iran
5. Professor of Psychiatry, Behavioral Sciences Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
6. Assistant professor, Psychiatry Ward, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
7. MSc, Behavioral Sciences Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received:2015.June.09

Revised: 2015.October.08

Accepted: 2015.November.29

Abstract

Introduction and Aim: A significant ratio of people who suffer from Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) do not respond well to common drugs and psychological treatments. The treatment gap increases the chronicity of the disorder and develops morbidity in social functioning, employment, and costs imposed to society. The purpose of the present study was to assess the role of Wells' metacognitive model in reducing OCD symptoms and rehabilitation in the patients.

Materials and Methods: The current study is a single case study carried out in 10 sessions on a drug-resistant patient with one, three, and six month follow-ups. The tools were Structured Clinical Interview (SCID-I), Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), Beck Depression Scale (BDI-II), the Scale of Mental Distress (SUDs), Metacognition Questionnaire (MCQ-30), and World Health Organization's Disability Scale (WHODAS 2.0). To analyze the data, diagrams were used and the rate of recovery was calculated.

Results: Test scores, from pre-test to post-test for (Y-BOCS) intensity scale was reduced from 36 to 8 (recovery rate: 77%). Also, the rate of depression, mental distress, and disability of patient had a significant reduction.

Conclusion: The meta-cognitive therapy which insists on the form of thoughts and the relationship with intrusions can be an alternative choice for drug-resistant patients with OCD and they will benefit from its therapeutic effects even in the follow-up stages.

Key Words: Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), Metacognition, Depression, Rehabilitation

Cite this article as: Sepideh Rajeziesfahani, Ladan Fata, HamidReza Hassanabadi, Hamid Yaghuobi, Alireza Zahiroddin, SeyedSaeid Sadr, Noiloofar Mahdavi, Simasadat Noorbakhsh. Meta-Cognitive Therapy in Drug-Resistant Patients with Obsessive - Compulsive Disorder: A Case Report. J Rehab Med. 2016; 5(2): 40-51.

* Corresponding Author: Hamid Yaghuobi. Assistant Professor, Shahed University, Tehran, Iran
E-mail address: hyaghubi@yahoo.com

کاربرد فراشناخت درمانی در کاهش نشانه‌ها و افزایش سطح عملکرد در اختلال وسواس - اجبار

مقاوم به درمان دارویی: مطالعه موردی

سپیده راجزی اصفهانی^۱، لادن فتی^۲، حمیدرضا حسن آبادی^۳، حمید یعقوبی^{۴*}، علیرضا ظهیرالدین^۵، سیدسعید صدر^۶، نیلوفر مهدوی^۶، سیماسادات نوربخش^۷

۱. دکتری روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. دکتری روانشناسی تربیتی، استادیار دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
۳. دکتری روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۴. دکتری روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۵. استاد گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۶. استادیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۷. کارشناس ارشد روانشناسی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

دریافت مقاله ۱۳۹۴/۰۳/۱۹ پذیرش مقاله ۱۳۹۴/۰۹/۰۸

چکیده

مقدمه و اهداف

نسبت معناداری از افرادی که گرفتار به اختلال وسواس- اجبار هستند به درمان‌های دارویی و روان‌شناختی معمول پاسخ نمی‌دهند. خلأ درمانی موجود باعث مزمن شدن بیماری و افزایش میزان ناتوانی بیماران در انجام اعمال اجتماعی، شغلی و افزایش هزینه‌های تحمیل‌شده به جامعه می‌گردد. هدف از مطالعه حاضر، ارزیابی نقش مدل فراشناختی ولز در کاهش نشانه‌ها و توان‌بخشی بیماران گرفتار به اختلال وسواس- اجبار است.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر، یک بررسی تک موردی آزمایشی ۱۰ جلسه‌ای روی یک بیمار پیچیده مقاوم به درمان دارویی با پیگیری یک، سه و شش‌ماهه است. ابزار مورد استفاده مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته تشخیصی برای اختلالات DSM-IV -TR، مقیاس وسواس- اجبار ییل براون، مقیاس افسردگی بک دو، مقیاس آشفتگی ذهنی، پرسشنامه فراشناخت ولز و برنامه ناتوانی عملکرد سازمان بهداشت جهانی است. برای تحلیل داده‌ها از روش ترسیم نمودار و محاسبه نرخ بهبودی استفاده شد.

یافته‌ها:

نمرات آزمودنی به ترتیب در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در مقیاس شدت براون از ۳۶ به ۸ کاهش یافت (نرخ بهبودی: ۷۷٪). هم‌چنین میزان افسردگی، آشفتگی ذهنی و ضعف عملکرد بیمار کاهش معناداری داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری

برابر نتایج این پژوهش، درمان فراشناختی که به نحوه پاسخگویی فرد به افکارش و شکل ارتباط با آن‌ها تأکید دارد، می‌تواند یک برنامه درمانی جایگزین برنامه‌های قبلی در نظرگرفته شود که موجب تغییرات معناداری در نشانه‌های بیماران می‌شود و فواید درمانی آن تا مرحله پیگیری ادامه می‌یابد.

واژه‌های کلیدی

اختلال وسواس- اجبار، فراشناخت، افسردگی، توان‌بخشی

نویسنده مسئول: دکتر حمید یعقوبی. دکتری روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه شاهد، تهران، ایران

آدرس الکترونیکی: hyaghubi@yahoo.com

مقدمه و اهداف

اختلال وسواس - اجبار (OCD) اختلال ناتوان کننده‌ای است که میزان شیوع تمام عمر آن در جمعیت عمومی حدود ۲ تا ۳ درصد است [۱] و مطالعات شیوع شناسی نرخ ثابتی از شیوع این اختلال را در کشورها و فرهنگ‌های گوناگون گزارش می‌نمایند [۲، ۳]. شیوع به نسبت بالای این اختلال باعث شده که به‌عنوان چهارمین اختلال روان‌پزشکی شایع در آمریکا شناخته شود [۴] که به اشکال در عملکرد اجتماعی [۵، ۶] و کاهش کیفیت زندگی بیماران گرفتار [۷]، افزایش آشفتگی فردی [۸] و افزایش اقدام به خودکشی (یک‌چهارم بیماران) می‌انجامد [۹]. در صورتی که OCD درمان نشده باقی بماند، در بیشتر موارد به اختلالی مزمن و تخریب‌کننده تبدیل می‌شود که در تمام زندگی فرد باقی می‌ماند و ۱۵٪ از بیماران را دچار ناتوانی جدی می‌سازد [۱۰]. بر این اساس به نظر می‌رسد که OCD یک مشکل جدی در حیطه سلامت روان باشد که نیازمند توان‌بخشی و مداخلات درمانی کارآمد است.

در ارتباط با درمان‌های دارویی OCD می‌توان گفت که نزدیک به ۵۵ تا ۹۰٪ بیماران از داروهای رایج استفاده می‌کنند، ولی بسیاری از آن‌ها به دلیل پیامدهای ناخواسته، دارودرمانی را نیمه‌کاره رها می‌کنند و در مورد کسانی که درمان را به انقضا می‌رسانند می‌توان گفت که بازگشت بیماری پس از قطع دارو بسیار است [۱۱].

باهداف رفع کاستی‌های درمان دارویی و افزایش کارآمدی، مدل‌های روان‌درمانی گوناگونی از جمله مدل درمانی فراشناختی ولز ارائه شد. ولز نخستین کسی بود که الگوی فراشناخت را ارائه نمود. فراشناخت سازه‌ای است که به باورهای درباره تفکر و استراتژی‌های مورد استفاده برای تنظیم و کنترل تفکر اشاره می‌کند [۱۲]. بر طبق مدل فراشناختی شکل‌گیری بیماری بر پایه مدل خودتنظیمی اجرایی (S-REF) [۱۳، ۱۴] قرار دارد. در این رویکرد شیوه‌ای از تفکر به نام سندرم شناختی - توجهی (CAS) ۳ عامل سببی اصلی در پایداری OCD است. ولز و متیو [۱۴] و ولز [۱۵] پیشنهاد داده‌اند که سه نوع از دانش فراشناختی در سبب‌شناسی و ماندگاری نشانه‌ها دارای اهمیت هستند: باورهای آمیختگی افکار، باورهای نیاز به بجا آوردن آیین‌ها و باورهای مربوط به ملاک‌های مورد نیاز برای توقف آیین‌ها.

طبق مطالعه مروری سیستماتیک در سال ۲۰۱۴ [۱۶]، MCT در درمان اختلالات افسردگی و اضطرابی اثربخشی بالایی دارد. مطالعات بسیاری در چند سال گذشته حاکی از کارآمدی درمان MCT برای اختلالات هیجانی می‌باشند که از جمله آن‌ها می‌توان به اختلال وسواس در بزرگسالان [۱۷-۲۶]، اختلال وسواس در کودکان و نوجوانان [۲۷، ۲۸]، بیماران سایکوتیک مقاوم به درمان دارویی [۲۹]، افسردگی شدید مقاوم به درمان دارویی و CBT [۳۰]، اختلال استرس پس از حادثه [۳۱]، سندرم خستگی مزمن [۳۲]، اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی [۳۳، ۳۴] و خودبیمارانگاری [۳۵] اشاره کرد.

با توجه به یافته‌های پژوهش اخیر درمان فراشناختی نرخ کارآمدی بالایی در درمان بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی دارد ولی در اثبات میزان اثربخشی درمان فراشناختی و امکان استفاده از آن در کلینیک‌های بالینی روزمره نادانسته‌ها و خلأ پژوهشی بسیاری وجود دارد. از آنجایی که یافتن شیوه‌های درمان کارآمد و کوتاه‌مدت از جمله ضرورت‌های پژوهش در حوزه درمان است هدف مطالعه حاضر بررسی تأثیر تغییرات فراشناخت‌های بیماران در کاهش نشانه‌های O_C است. پیش‌بینی می‌شود اگر شیوه‌های فراشناخت درمانی جایگزین درمان شناختی رفتاری و اصلاح شناخت‌های تحریف‌شده شوند، شکست درمانی در بیماران گرفتار به اختلال وسواس - اجبار مقاوم به درمان کاهش یابد و بدین ترتیب گامی جدید برای پیشبرد پژوهش‌های درمانی این حوزه برداشته شود.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر برابر با طرح تجربی تک موردی صورت گرفت [۳۶]. بیمار از میان مراجعه‌کنندگان به درمانگاه بخش روان‌پزشکی بیمارستان امام حسین (ع) انتخاب شد. ملاک‌های ورود به درمان دریافت تشخیص اختلال وسواس به وسیله روان‌پزشک و پذیرش شرایط پژوهش و ملاک‌های خروج از درمان، دریافت تشخیص اختلالات سایکوتیک، افسردگی عمده، دوقطبی و مصرف مواد و الکل بود. بیمار پس از تکمیل

¹ Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)

² Self Regulatory Executive Function (S-REF)

³ Cognitive Attentional Syndrome (CAS)

⁴ Thought fusion beliefs

پرسشنامه‌های پیش‌آزمون وارد برنامه درمان شد و در مطالعه حاضر از روش درمانی فراشناختی برای اختلال وسواس - اجبار ولز (کتاب راهنمای درمانگران) در قالب ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای مطابق با جلسات پروتکل استفاده گردید [۳۷].

گزارش آزمودنی

بیمار خانمی ۲۱ ساله، مجرد و دانشجوی کارشناسی زبان انگلیسی بود. پیشینه‌ی بیماری در ایشان ۴ سال بود که در طول دو سال اخیر شدت بیشتری پیدا کرده بود. مادر بیمار نیز سابقه ابتلا به وسواس شستشو دون درمان را داشتند و به‌طور غیرمستقیم نشانه‌های بیماری را تقویت می‌کردند.

نشانه‌های افسردگی و اضطراب متوسط در بیمار وجود داشت. در طول ۲ سال گذشته درمان‌های دارویی موجود را به مدت کافی دریافت نموده بود ولی این روش در مورد وی تأثیر کمی داشته و هم‌چنین درمان رفتاری دریافت کرده بود که آن را به پایان نرسانده بود. بیمار به دلیل وسواس در طول یک ماه گذشته تنها برای شرکت در کلاس‌های دانشگاهی از منزل خارج می‌شد و بسیاری از کلاس‌ها را نیز شرکت نمی‌کرد. نشانه‌ی مسلط اختلال وسواس - اجبار در ایشان حضور وسواس فکری جنسی بود. وی درباره برقراری رابطه جنسی با تمامی مردهایی که اطراف خود می‌دید، به‌صورت ناخواسته دچار هجوم فکری می‌گردید هر چه قدر موقعیت اجتماعی و اقتصادی آن مرد پایین‌تر بود، فکر داشتن رابطه جنسی با او سریع‌تر به ذهن بیمار وارد می‌شد. برای خنثی کردن تصاویر رابطه جنسی در ذهنش، شروع به ذکر خوانی می‌نمود. احساس اجبار برای نگاه کردن به اندام جنسی مردها داشت و برای مقابله با آن سعی می‌کرد به زمین نگاه کند. از آنجا که بیمار فرد بسیار مذهبی بود احساس گناه بسیار شدیدی به دلیل داشتن این افکار داشت و باور وسواسی بعدی وی این بود که به خاطر داشتن افکار جنسی نامشروع یک‌شب پس از به خواب رفتن بینایی خود را ازدست‌داده و کور خواهد شد. در پی هجوم این فکر وسواسی، تا جای ممکن شب‌ها بیدار می‌ماند و ۲ بار با شکایت احساس خفگی و از کارافتادن قلب و استرس شدید به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده بود که پس از آن به اورژانس بخش روان‌پزشکی ارجاع داده شد.

مصاحبه بالینی ساختاریافته تشخیصی برای اختلال‌های محور یک^۵ (SCID-I): یک مصاحبه نیمه ساختاریافته است که برای تشخیص‌گذاری اختلالات عمده محور یک‌بر اساس DSM به کار می‌رود. این مصاحبه در فوریه ۱۹۹۶ (برمبنای نسخه پژوهشی آن) به درخواست انجمن روان‌پزشکی آمریکا باهدف‌های بالینی و پژوهشی توسط فرست، اسپیتزر و همکاران [۳۸] تهیه شد. هم‌چنین نسخه فارسی آن دارای پایایی و اعتبار مطلوبی است [۳۹].

پرسشنامه افسردگی بک^۶ (BDI-II): پرسشنامه افسردگی بک (ویرایش دوم)، یک پرسشنامه خود گزارشی است که به وسیله آبرون بک و همکاران در سال ۱۹۹۶ طراحی شد. BDI-II دارای ۲۱ پرسش است و هر پرسش در یک طیف چهار بخشی از صفر (اصلاً) تا ۳ (شدید) نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین نمره کل پرسشنامه دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ را در برمی‌گیرد. در ایران دابسون و محمدخانی [۴۰]، ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی به دست آوردند.

مقیاس ضعف عملکرد سازمان بهداشت جهانی (WHODAS 2.0): این مقیاس بعد از مطالعات مروری بسیاری در سال ۱۹۹۸ در پی بررسی مجدد نسخه (WHO DAS) به وسیله WHO برای ارزیابی اشکال در عملکرد حوزه‌های کلی زندگی و منطبق بر مدل زیستی / روانی / اجتماعی برمبنای ICF^۸ ساخته شد [۴۱]. نسخه ۳۶ آیتمی / خود اجرایی در DSM-5 [۴۲] جایگزین محور ۵ تشخیصی، ارزیابی عملکرد کلی افراد (GAF)^۹ شده است. امتیاز ترجمه و اعتباریابی نسخه فارسی این مقیاس در ایران توسط راجزی و همکاران در دست انجام است بررسی‌های اولیه حاکی از آلفای کرونباخ بالای (۰/۹۲) آن است.^{۱۰}

⁵ Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)

⁶ Beck Depression Inventory (BDI-II)

⁷ Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0)

⁸ International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

⁹ General Assessment Of Functioning

صادر WHOAS 2.0، ۱۰. این مجوز در تاریخ ۱۲ دسامبر ۲۰۱۳ با شماره ۱۲۵۸۲۲ با شرط اجرای فعالیت‌های پژوهشی صرفاً توسط محقق و با پذیرش ترجمه کامل ۷ ویرایش شد. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در طرح تحقیقاتی به شماره تأیید اخلاقی در حال انجام است.

مقیاس وسواس-اجبار ییل براون^{۱۱} (Y-BOCS): مقیاس وسواس-اجبار ییل براون، مقیاس سنجش بالینی است که برای تعیین شدت وسواس‌ها و اجبارها، بدون توجه به تعداد و محتوی وسواس‌ها و اجبارهای کنونی توسط دکتر واینی گودمن^{۱۲}، دکتر استیون راسموسن^{۱۳} و همکارانشان در سال ۱۹۸۹ تهیه شده است. اعتباریابی و پایاسازی این مقیاس در ایران در دو بخش چکلیست نشانه‌ها (SC) و مقیاس شدت (SS) به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵، اعتبار دونیمه سازی برای SC و SS به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۹ و اعتبار باز آزمایی ۰/۹۹ به دست آمد. بین نمرات وسواس آزمون ۹۰-SCL و نمره کل چکلیست نشانه و بین نمرات SCID-I و نمره کل مقیاس شدت همبستگی مثبت و معناداری ($P < 0/1$) به چشم می‌خورد.^[۴۳]

مقیاس آشفتنگی ذهنی (SUD): نوعی مقیاس دیداری بالینی است که از صفر تا ۱۰ نمره‌گذاری می‌شود و آزمودنی شدت ناراحتی خود را به صورت ذهنی بر روی آن رتبه‌بندی می‌کند (فری، ۱۳۸۲).

پرسشنامه فراشناخت^{۱۴} (MCQ-۳۰): ولز و کاترایت-هاتون در سال ۲۰۰۴ اقدام به تهیه فرم ۳۰ سؤالی نموده‌اند. این ابزار به منظور سنجش چند عنصر فراشناختی خصیصه‌ای که برخی آن‌ها نقش محوری در مدل فراشناخت اختلالات روان‌شناختی دارند، طراحی شده است. نسخه اولیه دارای ۶۵ پرسش و نسخه جدید شامل ۳۰ پرسش است. این پرسشنامه را شیرین زاده دستگیری و همکاران^[۴۴] به فارسی ترجمه نموده و پایایی آن را به سه روش ضریب همسانی درونی، باز آزمایی و روش دونیمه سازی بررسی نموده اند. معرفی روش درمان فراشناختی: اساس رویکرد فراشناختی برای درمان این است که باورهای فرد درباره شناخت‌هایش به چالش کشیده می‌شود. درمان فراشناختی به جای افکار خود آیند منفی، فرآیند نشخوار فکری را هدف مداخله قرار می‌دهد. درمان فراشناختی شامل تکنیک آموزش توجه به جای متوقف کردن سبک‌های تکراری تفکر منفی و چالش با باورهای فراشناختی منفی است. برای ارزیابی اولیه و دستیابی به هدف‌های اصلی درمان، یک هفته قبل از مرحله خط پایه به گردآوری داده‌هایی مانند شدت نشانه‌های وسواس-اجبار باورهای فراشناختی درباره وسواس‌ها، خنثی‌سازی‌ها، اجبارها، اجتناب‌ها و ... پرداخته شد. فراشناخت‌ها و رفتارهای اجتنابی و خنثی‌ساز اصلی این بیمار به شرح زیر بودند:

فراشناخت مثبت: "اگر مدام به افکار پردازم و آن‌ها را در ذهنم نگه‌دارم، می‌توانم جلوی شدت یافتن آن‌ها را بگیرم".
فراشناخت منفی: "به دلیل داشتن افکار نامشروع در ذهنم، خداوند مرا مجازات خواهد کرد و من یک‌شب که به خواب روم در صبح بعدی نابینا خواهم شد".

فراشناخت ملاک‌های درونی: "باید تصویر مشخصی از متن دعاها در ذهنم بیاورم تا انسان پاکی بشوم".
رفتارهای اجتنابی: "تلاش برای بیدار ماندن و نخوابیدن"، "نگاه کردن به زمین به جای نگاه کردن به افراد".
رفتارهای خنثی‌ساز: "ذکرگویی دائم"، "تلاش برای آوردن تصاویر ادعیه در ذهن".
برنامه جلسات درمان فراشناخت ولز برای OCD^[۳۷]

جلسه ۱. تدوین فرمول‌بندی و توضیح آن برای بیمار، معرفی مدل و منطبق درمان و آماده‌سازی، اجرای آزمایش سرکوب فکر، تمرین ذهن آگاهی گسلیده تداعی آزاد بر روی افکار خنثی، تمرین ذهن آگاهی گسلیده بر روی افکار وسواسی، تکلیف خانگی به کارگیری ذهن آگاهی گسلیده بر روی افکار وسواسی بود.

جلسه ۲. ادامه آماده‌سازی- مشکل اصلی باورهای فرد درباره افکار بود. تمرین بیشتر ذهن آگاهی گسلیده که سه تکنیک رودخانه، مسافر قطار و کودک لجباز آموزش داده شد. معرفی رو به رو همراه با انجام پاسخ یا به تعویق انداختن آیین‌مندی‌ها برای رفتار اجتنابی نگاه نکردن به مردها، تکلیف خانگی به کارگیری رو به رو همراه با انجام پاسخ یا به تعویق انداختن آیین‌مندی‌ها بود.

11 Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)

12 Goodman

13 Rasmusen

14 Metacognitions Questionnaire (MCQ)

جلسه ۳. مرور تکلیف خانگی به‌ویژه باورهای آمیختگی، تمرین بیشتر ذهن آگاهی و رفع مشکلات بیمار و مواجهه همراه با انجام پاسخ^{۱۵} (ERC)، چالش کلامی با باورهای مربوط به آمیختگی گناهکار بودن به دلیل داشتن افکار جنسی، اجرای آزمایش‌های رفتاری در مورد TAF^{۱۶} خنثی در جلسه درمان در مورد درمانگر، تکلیف خانگی به‌کارگیری ذهن آگاهی گسلیده در مورد افکار مزاحم و اجرای آزمایش‌های رفتاری بود.

جلسه ۴. مرور تکلیف خانگی به‌ویژه باورهای آمیختگی احساس گناه، ادامه چالش کلامی با باورهای مربوط به آمیختگی اجرای آزمایش‌های رفتاری در مورد TAF در جلسه درمان، تکلیف خانگی ادامه به‌کارگیری ذهن آگاهی گسلیده و اجرای آزمایش‌های رفتاری ویژه بود.

جلسه ۵. مرور تکالیف به‌ویژه باورهای آمیختگی و آیین‌مندی‌ها، چالش کلامی با باورهای مربوط به آمیختگی (TAF) کور شدن بیمار، اجرای آزمایش‌های رفتاری بیشتر در جلسه درمان به طور مستقیم در ارتباط با کور شدن، بررسی باورها درباره آیین‌مندی و سواسی، تکلیف خانگی اجرای آزمایش‌های رفتاری خاص بود. بیمار در پایان جلسه ۵ مقیاس‌های شدت و سواس ییل- براون، افسردگی بک و SUD را دوباره تکمیل نمود.

جلسه ۶. مرور تکالیف خانگی به‌ویژه باورهای آمیختگی و آیین‌مندی‌ها، ادامه چالش با باورهای آمیختگی و آیین‌مندی‌ها در مورد کور شدن و تلاش برای بیدار ماندن، ادامه چالش با باورهای مربوط به آمیختگی (TAF)، چالش با باورهای فراشناختی درباره آیین‌مندی‌ها، تکلیف خانگی خودداری از آیین‌مندی‌ها برای آزمودن پیش‌بینی‌ها درباره پیامدها و رویارویی بیشتر با افکار بود.

جلسه ۷. مرور تکالیف ویژه باورهای آمیختگی و آیین‌مندی‌ها، ادامه کار بر روی باورهای مربوط به آمیختگی TAF و استفاده از آزمایش‌های رو در رو در مورد کور شدن، ادامه تغییر باورها درباره آیین‌مندی‌ها و سواسی، شروع تغییر باورها درباره آیین‌مندی‌های اجتنابی، شروع تغییر علائم توقف فکر کور شدن، تکلیف خانگی خودداری از آیین‌مندی‌ها، به‌کارگیری ملاک‌های دیگران برای دانستن، رو در رو بیشتر بود.

جلسه ۸. مرور تکلیف به‌ویژه اجتناب و باورهای باقی‌مانده، ادامه کار بر روی باورهای مربوط به آمیختگی TAF استفاده از آزمایش رو در رو در منزل، ادامه تغییر علائم توقف و ملاک‌های دانستن، طراحی برنامه جدید برای برخورد با افکار مزاحم، تکلیف خانگی اجرای برنامه جدید، رو در رو بیشتر بود.

جلسه ۹. مرور تکلیف به‌ویژه اجتناب و باورهای باقی‌مانده، کار بر روی باورهای آمیختگی باقی‌مانده، کار بر روی خودداری از آیین‌مندی‌ها/اجتناب باقی‌مانده، شروع تدوین طرح کلی درمان، تکلیف خانگی درخواست از بیمار برای کار کردن بر روی طرح کلی درمان بود.

جلسه ۱۰. مرور تکلیف به‌ویژه خودداری از خوابیدن، آیین‌مندی و باورهای باقی‌مانده و برخی خنثی‌سازی‌های ذهنی، پیشگیری از بازگشت: تحکیم برنامه جدید برای برخورد با سواس‌ها در آینده، نهایی کردن طرح کلی درمان، تکلیف خانگی شناسایی کردن کاربرد مداوم درمان بود.

برای تحلیل داده‌ها از روش‌های رسم نمودار و محاسبه درصد بهبودی کمک گرفته شد. طی روش رسم نمودار، فرازوفرود متغیر وابسته پایه دارو برای محاسبه میزان تغییر به شمار می‌رود [۴۵].

برای روش محاسبه درصد بهبودی از فرمول $DA\% = \frac{AO - A1}{AO}$ استفاده شد. روش محاسبه درصد بهبودی به تحلیل‌ها و معنی‌داری بالینی می‌پردازد. در این روش، AO: مشکل آماجی در جلسه اول (احتمال پرداختن به سواس‌ها) A: مشکل آماجی در جلسه آخر (احتمال پرداختن به سواس‌ها)، DA%: درصد میزان بهبودی به کمک روش درمانی فراشناختی است [۴۶].

یافته‌ها

نتایج به‌دست‌آمده به شرح زیر است: در پرسشنامه افسردگی نمره آزمون از ۲۸ در مرحله پیش‌آزمون به ۹ پس از مداخله رسید، در پرسشنامه ییل براون (Y-BOCS) نمره شدت سواس از ۳۶ در پیش‌آزمون به ۸ پس از اجرای مداخله درمانی کاهش یافت در مقیاس فراشناخت (MCQ-۳۰) نمره آزمودنی از ۹۶ در مرحله پیش‌آزمون به ۱۵ پس‌آزمون رسید. علاوه بر کاهش نشانه‌های بیماری مقیاس‌هایی که میزان توان‌بخشی فرد را مورد ارزیابی قرار می‌دهند تغییر معناداری کرده و نمره ضعف عملکرد از ۶۰ در مرحله پیش‌آزمون به ۱۲ در پس‌آزمون و میزان شدت آشفتگی

¹⁵ Exposure response commission (ERC)

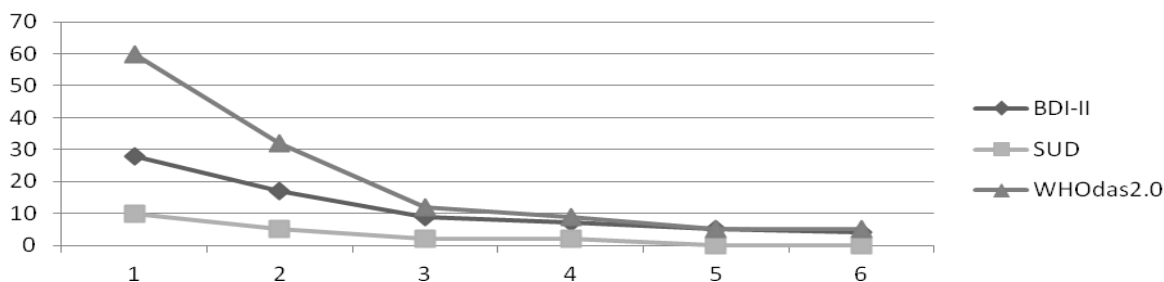
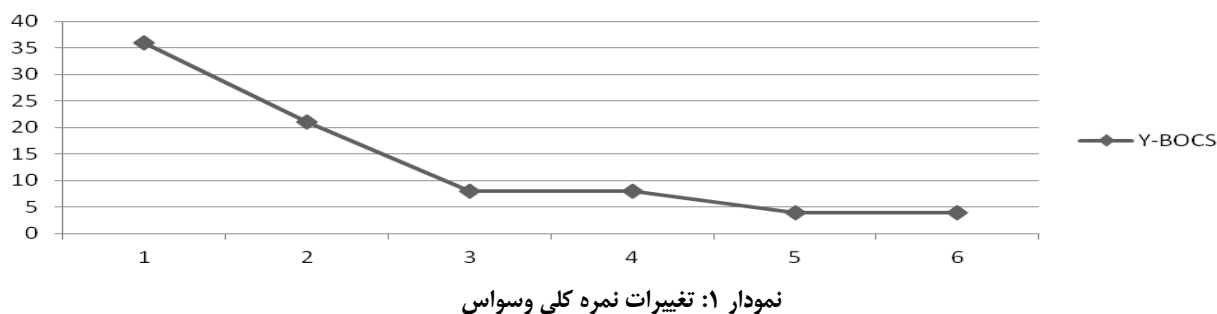
¹⁶ Thought Action Fusion (TAF)

(مقیاس SUD) از ۱۰ در مرحله پیش‌آزمون به ۲ در پس‌آزمون رسید. آزمودنی ۱ ماه و شش ماه پس از اتمام درمان در مرحله پیگیری آزمون‌ها را تکمیل نمود (جدول ۱).

جدول ۱: نمرات بیمار در مراحل قبل درمان، بعد درمان و دوره‌های پیگیری

آزمون‌ها	قبل از درمان	جلسه ۵	جلسه ۱۰	پیگیری یک‌ماهه	پیگیری ۳ ماهه	پیگیری ۶ ماهه
Y-BOCS	۳۶	۲۱	۸	۸	۴	۴
BDI-II	۲۸	۱۷	۹	۷	۵	۴
MCQ-30	۹۶	۵۴	۱۵	۱۲	۰	۰
SUDs	۱۰	۵	۲	۲	۰	۰
WHO DAS 2.0	۶۰	۳۲	۱۲	۹	۵	۵

همان‌گونه که در نمودار (۱) قابل مشاهده است نمرات بیمار در مقیاس شدت وسواس بی‌بروان (Y-BOCS) در دوره خط پایه، درمان و پیگیری مشاهده می‌شود. تغییرات ناتوانی عملکرد، افسردگی و آشفتگی ذهنی در نمودار ۲ مشاهده می‌شود.



همان‌طور که در جدول ۲ آورده شده است بیمار قبل از درمان شدت بالایی از نشانه‌های وسواس را تجربه می‌کرد ولی در جلسه‌ی آخر شدت وسواس به زیر نقطه‌ی برش تشخیصی وسواس (نقطه برش: ۱۶ خارجی و ۹ ایرانی) رسیده است میزان بهبودی برای شدت وسواس ۷۷٪ است. همچنین میزان بهبودی آزمودنی برای شدت افسردگی ۶۷٪ برای آشفتگی ذهنی ۸۰٪ و برای فراشناخت‌ها ۸۴٪ است.

جدول ۲: نرخ بهبودی (RR) شدت وسواس، افسردگی، آشفتگی ذهنی و فراشناخت‌ها

آزمون‌ها	شدت وسواس	شدت افسردگی	شدت آشفتگی ذهنی	شدت فراشناخت‌ها
RR	۷۷٪	۸۰٪	۶۷٪	۸۴٪

بحث و نتیجه‌گیری

تعداد زیادی از بیماران گرفتار به وسواس به درمان مسلط روان‌شناختی (درمان شناختی- رفتاری) و درمان‌های دارویی موجود پاسخ نمی‌دهند و به همین خاطر از بیماری رنج می‌برند. این مطالعه باهدف ارزیابی کاربرد مدل فراشناختی در کاهش نشانه‌های وسواس- اجبار گرفتاریان مقاوم به درمان دارویی طراحی شد. بیمار موردنظر در این مطالعه حداقل ۲ سال به‌صورت پشت سرهم از درمان‌های دارویی رایج کمک گرفته و نشانه‌های وی کاهش نیافته بود. نتایج به‌دست‌آمده پس از ۱۰ جلسه درمان فردی فراشناختی با بیمار نشان دادند که نمرات مقیاس شدت -Y BOCS از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون تغییرات بسزایی داشت و بیمار از طبقه گرفتار به وسواس با شدت بالا به طبقه بدون تشخیص وسواس (پایین‌تر از نقطه برش آمریکایی برابر با ۱۶ و نقطه برش ایرانی برابر با ۹ (43)) رسید. درصد بهبودی بالا علاوه بر وسواس در مورد شدت افسردگی، شدت آشفتگی ذهنی، فراشناختی‌های مثبت و منفی و محدودیت عملکرد نیز به خوبی گویای کاربردی بودن این مدل درمانی است. بنا بر نتایج مطالعه حاضر می‌توان عنوان نمود که مدل فراشناختی برای بهبودی اختلال وسواس کاربرد دارد.

گرچه قضاوت درباره اندازه کارآمدی و اثربخشی روش فراشناختی به دلیل تک مورد بودن این مطالعه زود است، بااین‌همه به نظر می‌رسد که درمان فراشناختی با توجه به تأکیدی که بر تغییر فرآیند افکار و مداخله نکردن با افکار هجوم آورنده و محتوی فکر بیمار دارد، در مقایسه با مدل‌های درمانی دیگر از جمله درمان شناختی - رفتاری در موقعیت بهتری قرار داشته باشد. مدل فراشناختی بر این باور است که چالش مستقیم با وسواس‌های فکری به‌عنوان عامل برانگیزاننده اجبارها تنها باعث توجه بیشتر و تأکید اشتباه بر نیاز به کنترل این افکار شده و مراجع و درمانگر را به‌طور همزمان در باتلاق وسواس‌های فکری مراجع غرق می‌نماید. جاییکه بسیاری از درمانگران این حوزه تجربه قرار گرفتن در آن موقعیت را دارند.

در این میان، مطالعات زیادی در طول یک دهه گذشته کارآمدی تکنیک‌های فراشناختی را در ارتباط با وسواس مورد بررسی قرار داده‌اند. از جمله یافته‌های همسو می‌توان به مطالعه‌های زیر اشاره نمود: فیشر و ولز^[۲۴] با استفاده از طرح سری‌های تکرار مستقیم، اثربخشی درمان را در چهار بیمار گرفتار به اختلال وسواس- اجبار مطالعه کردند. بیماران به مدت ۳ تا ۴ هفته در مرحله‌ی خط پایه بدون درمان قرار دادند. پس از تعیین خط پایه، فراشناخت درمانی به مدت ۱۲ تا ۱۴ هفته ارائه شد و نتایج پس از ۲ تا ۶ ماه پس از درمان پیگیری شدند. نمرات همه‌ی بیماران اختلال وسواس- اجبار در پایان درمان و پیگیری در مقیاس‌های اختلال وسواس- اجبار و فراشناخت، بهبودی شایان توجهی را نشان داد. هر چهار بیمار ملاک‌های بهبودی استاندارد را پس از درمان کسب کردند. یک بیمار ملاک بهبودی را پس از ۶ ماه پیگیری به دست نیاورد ولی بهبودی پایداری نشان داد. داده‌های ۶ ماهه برای یکی دیگر از بیماران قابل‌دستیابی نبود ولی دو بیمار دیگر وضعیت بهبودی کامل را حفظ کردند. سیمونز، اشنايدر و هرپرترز-دالمان^[۲۷] اثربخشی درمان فراشناختی برای اختلال وسواس- اجبار را در کودکان و نوجوانان مورد ارزیابی قرارداد. ۱۰ کودک و نوجوان به‌صورت تصادفی در دو گروه فراشناخت درمانی و رویارویی و جلوگیری از پاسخ قرار گرفتند. نتایج نشان داد که این درمان می‌تواند جایگزین مفیدی برای رویارویی و جلوگیری از پاسخ باشد. ریز و ون کسفلد^[۱۸] در یک کار آزمایشی بالینی به ارزیابی اثربخشی فراشناخت درمانی گروهی برای بیماران گرفتار به اختلال وسواس- اجبار پرداختند. نتایج با استفاده از مقیاس وسواس- اجبار بیل براون و فراشناخت‌ها با پرسشنامه‌ی باورهای فراشناختی (MCQ-30) مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج، بهبودی معناداری در علائم اختلال وسواس- اجبار در پایان درمان نشان داد. نتایج درمان در پیگیری سه‌ماهه ادامه داشت. هم‌چنین نمرات برخی از زیرمقیاس‌های باورهای فراشناختی، به‌ویژه باورهای مربوط به لزوم کنترل افکار کاهش فراوانی داشت و تا مرحله پیگیری هم تداوم داشت. اندازه اثر در مرحله پس از درمان و مرحله پیگیری برای مقیاس وسواس- اجبار بیل براون به ترتیب برابر با ۲/۲۸ و ۳/۵۸ بود. با استفاده از نقطه برش مقیاس وسواس- اجبار بیل براون، ۴۰ درصد بیماران در پایان درمان ملاک‌های بهبودی کامل را کسب کردند، این میزان به ۶۲ درصد در پیگیری یک ماهه و ۹۵ درصد در پیگیری ۳ ماهه رسید. البته این مطالعه به دلیل نداشتن گروه کنترل برای مقایسه با محدودیت‌هایی همراه بود، اما بهبود معنی‌داری تا مرحله پیگیری، قابل تأمل بود و می‌تواند ناشی از بهبودی خود به خودی یا نوسانات تصادفی باشد. البته، نتایج همسو با اثربخشی‌های مرتبط با فراشناخت درمانی است. برابر مطالعه فراتحلیل در سال ۲۰۱۴^[۲۷]، که کارآمدی درمان فراشناخت را برای اختلالات اضطرابی (اختلال اضطراب فراگیر، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال اضطراب اجتماعی) و افسردگی مورد بررسی قرار دادند، یافته‌ها نشان دادند که MCT در درمان نشانه‌های اضطرابی به‌طور معناداری کارآمدی بالاتری نسبت به CBT دارد ولی در متغیر افسردگی نتایج مشابهی با درمان شناختی- رفتاری

دارد. از جمله مطالعات داخلی همسو، مطالعه شاره و همکاران^[۱۹] است که به مقایسه MCT، درمان دارویی و گروه ترکیبی MCT و درمان دارویی در OCD پرداخت. برابر نتایج، گروه MCT و گروه درمان ترکیبی کاهش معناداری در نشانه‌ها داشتند اما اضافه کردن دارو تأثیر MCT را بیشتر نکرد. تا جاییکه می‌دانیم، مطالعه‌ای که کارآمدی مدل فراشناختی را برای اختلال وسواس تأیید نکرده باشد و یا در مورد بیماران مقاوم به درمان دارویی این روش را مدل سودمندی بداند تا به حال به چاپ نرسیده است که علت این امر علاوه بر کارآمدی بالای MCT می‌تواند نوین بودن و تعداد مطالعات این حوزه نیز باشد.

از جمله متغیرهای برآیندی مهم در درمان OCD می‌توان به افسردگی و اشکال در تنظیم هیجانی که پیامدهای ثانویه به OCD هستند^[۴۸] و از جمله متغیرهای بهزیستی روانی می‌توان به کیفیت زندگی (QoL)^[۱۷] و سطح عملکرد^[۴۹، ۷] اشاره نمود. ارزیابی کارآمدی MCT به‌تنهایی و با در نظر گرفتن همزمان متغیرهای بالا در مطالعات اندکی به چشم می‌خورد که از جمله این مطالعات می‌توان به این موارد اشاره کرد: در مطالعه رافین و همکاران^[۵۰] اضطراب و افسردگی به‌عنوان متغیرهایی که درمان آن‌ها تأثیر مثبت و معناداری در پیش‌آگهی درمان شناختی-رفتاری OCD دارند، در نظر گرفته می‌شوند. همچنین، اضطراب^[۵۱]، افسردگی^[۵۲] و تنظیم هیجان^[۵۳، ۵۴] در گروه متغیرهای برآیند درمان فراشناخت برای OCD به شمار می‌روند و افکار فراشناختی نقش مهمی در شناسایی فرآیندهای هیجانی (توانایی ادراک، ارزیابی و ابراز هیجان‌ها و باورهای شناختی و فراشناختی) ایفا می‌کنند و تغییر در فراشناخت‌ها باعث افزایش سلامت روان شناختی و هیجانی بیماران می‌شود^[۵۵]. با این حال مطالعه‌ای که تغییرات اضطراب، افسردگی، تنظیم هیجانی و میزان عملکرد را به‌طور ثانویه بر نشانه‌های O-C در درمان شناختی-رفتاری در نظر گرفته باشد و مطالعه‌ای که تغییرات سطح عملکرد و تنظیم هیجانی را در درمان فراشناخت در نظر گرفته به چشم نمی‌خورد.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به پایین بودن اعتبار بیرونی یافته‌ها اشاره نمود. اگرچه شیوه کار آزمایشی بالینی تک موردی روشی خلاقانه و ارزشمند، دقیق برای بررسی کارآمدی هر نمونه درمانی است ولی قدرت تعمیم‌یافته‌های این مطالعه به جامعه محدود است. بنابراین به پژوهشگران علاقه‌مند در این حوزه پیشنهاد می‌گردد با هدف رفع محدودیت مطالعه حاضر درمان فراشناختی را در قالب طرح‌های درمانی موردی با تعداد بالا و درمان گروهی در اختلال وسواس مورد بررسی قرار دهند. یک اقدام روشنگر دیگر در این زمینه مقایسه این نمونه با سایر نمونه‌های درمانی از جمله درمان شناختی-رفتاری خواهد بود. برای ثابت کردن کارآمدی مدل فراشناختی برای وسواس همچنان نادانسته‌های بسیاری وجود دارد ولی مدل فراشناختی چشم اندازه‌های تازه‌ای در درمان اختلال وسواس ارائه نموده است.

سپاسگزاری و قدردانی

این مقاله بر اساس پایان نامه (دکتری تخصصی روانشناسی بالینی) خانم سپیده راجزی، به راهنمایی آقای دکتر حمید یعقوبی، خانم دکتر لادن فتی و آقای دکتر حمیدرضا حسن‌آبادی می‌باشد. بدینوسیله از آقای دکتر سید سعید صدر و آقای دکتر جمال شمس که در انجام این تحقیق ما را یاری نمودند و از مرکز تحقیقات علوم رفتاری برای پشتیبانی‌های مالی و معنوی سپاسگزاری و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Sadock, B.J., H.I. Kaplan, and V.A. Sadock, Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 2007: Lippincott Williams & Wilkins.
2. Abramowitz JS, Taylor S, McKay D. Obsessive-compulsive disorder. The Lancet. 2009;374(9688):491-9
3. Pallanti S. Transcultural observations of obsessive-compulsive disorder. American Journal of Psychiatry. 2008 Feb;165(2):169-70.
4. Pigott TA. Obsessive compulsive disorder: Symptom overview and epidemiology. Bulletin of the Menninger clinic. 1998 Oct 1;62(4).
5. Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, Bhugra DK., Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. Am J Psychiatry, 2006. 163(11): p. 1978-85.

¹⁷ Quality of Life (QoL)

6. Bland, R.C., S.C. Newman, and H. Orn, Period prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 1988. 338(S338): p. 33-42.
7. Tenney NH, Denys DA, van Megen HJ, Glas G, Westenberg HG., Effect of a pharmacological intervention on quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol*, 2003. 18(1): p. 29-33.
8. rino, R., T. Slade, and G. Andrews, The changing prevalence and severity of obsessive-compulsive disorder criteria from DSM-III to DSM-IV. *Am J Psychiatry*, 2005. 162(5): p. 876-82.
9. Hollander E, Greenwald S, Neville D, Johnson J, Hornig CD., Weissman MM., Uncomplicated and comorbid obsessive-compulsive disorder in an epidemiologic sample. *Depress Anxiety*, 1996. 4(3): p. 111-9.
10. Huppert, J.D., Simpson, H.B., Nissenon, K.J., Liebowitz, M.R., Foa, E., Quality of life and functional impairment in obsessive-compulsive disorder: A comparison of patients with and without comorbidity, patients in remission, and healthy controls. *Depression and Anxiety*, 2009. 26(1): p. 39-45.
11. Denys, D., H. Van Megen, and H. Westenberg, The adequacy of pharmacotherapy in outpatients with obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol*, 2002. 17(3): p. 109-14.
12. Flavell, J.H., Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American psychologist*, 1979. 34(10): p. 906.
13. Wells, A. and G. Matthews, Attention and emotion: A clinical perspective. 1994: Psychology Press.
14. Wells, A. and G. Matthews, Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behav Res Ther*, 1996. 34(11-12): p. 881-8.
15. Wells, A., *Advances in Metacognitive Therapy*. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2013. 6(2): p. 186-201.
16. Normann, N., A.A. van Emmerik, and N. Morina, The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: a meta-analytic review. *Depress Anxiety*, 2014. 31(5): p. 402-11.
17. Rees, C.S. and R.A. Anderson, A review of metacognition in psychological models of obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychologist*, 2013. 17(1): p. 1-8.
18. Rees, C.S. and K.E. van Koesveld, An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 2008. 39(4): p. 451-8.
19. Shareh, H., Gharraee B, Atef-Vahid M, Eftekhar M, Metacognitive therapy (MCT), fluvoxamine, and combined treatment in improving obsessive-compulsive, depressive and anxiety symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD). *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 2010. 4(2): p. 17-25.
20. Myers, S.G., Fisher, P.L., and Wells., , An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *Journal of anxiety disorders*, 2009. 23(4): p. 436-442.
21. Moritz, S., Jelinek, L., Hauschildt, M., Naber, L., How to treat the untreated: effectiveness of a self-help metacognitive training program (myMCT) for obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*, 2010. 12(2): p. 209.
22. Irak, M. and A. Tosun, Exploring the role of metacognition in obsessive-compulsive and anxiety symptoms. *J Anxiety Disord*, 2008. 22(8): p. 1316-25.
23. Fisher, P.L., Obsessive Compulsive Disorder: A Comparison of CBT and the Metacognitive Approach. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2009. 2(2): p. 107-122.
24. Fisher, P.L. and A. Wells, Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 2008. 39(2): p. 117-32.
25. Fitt, S. and C. Rees, Metacognitive Therapy for Obsessive Compulsive Disorder By Videoconference: A Preliminary Study. *Behaviour Change*, 2012. 29(4): p. 213-229.
26. Andouz Z, Dolatshahi B, Moshtagh N, Dadkhah A., et al., The efficacy of metacognitive therapy on patients suffering from pure obsession. *Iranian journal of psychiatry*, 2012. 7(1): p. 11.
27. Simons, M., S. Schneider, and B. Herpertz-Dahlmann, Metacognitive therapy versus exposure and response prevention for pediatric obsessive-compulsive disorder. A case series with randomized allocation. *Psychother Psychosom*, 2006. 75(4): p. 257-64.
28. Simons, M., Thinking Differently-Metacognitive Therapy for Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder: A Treatment Plan. *Verhaltenstherapie*, 2012. 22: p. 000-000.
29. Hutton, P., Taylor, P. J., Morrison, A. P, Metacognitive therapy in treatment-resistant psychosis: a multiple-baseline study. *Behav Cogn Psychother*, 2014. 42(2): p. 166-85.

30. Papageorgiou, C. and A. Wells, Group Metacognitive Therapy for Severe Antidepressant and CBT Resistant Depression: A Baseline-Controlled Trial. *Cognitive Therapy and Research*, 2014: p. 1-9.
31. Bennett, H. and A. Wells, Metacognition, memory disorganization and rumination in posttraumatic stress symptoms. *J Anxiety Disord*, 2010. 24(3): p. 318-25.
32. Maher-Edwards L.M., Fernie, B.A., Murphy, G., Wells, A., Spada., Metacognitions and negative emotions as predictors of symptom severity in chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 2011. 70(4): p. 311-317.
33. Solanto MV, Marks DJ, Mitchell K, Wasserstein J, Kofman MD., Efficacy of meta-cognitive therapy for adult ADHD. *Am J Psychiatry*, 2010. 167(8): p. 958-68.
34. Solanto, M.V., Mark, D. J., Mitchee, K. J., Wasserstein, J., & Kofman, M. D, Development of a new psychosocial treatment for adult ADHD. *J Atten Disord*, 2008. 11(6): p. 728-36.
35. Bailey, R. and A. Wells, Metacognitive Therapy in the Treatment of Hypochondriasis: A Systematic Case Series. *Cognitive Therapy and Research*, 2014. 38(5): p. 541-550.
36. Hayes, S.C., Single case experimental design and empirical clinical practice. *J Consult Clin Psychol*, 1981. 49(2): p. 193-211.
37. Wells, A., *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. 2011: Guilford press.
38. First, MB., Gibbon M, Spitzer RL, Williams, JBW, Benjamin LS., *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders Research Version (SCID-I)*. New York, New York State Psychiatric Institute. Biometrics Research, 1996.
39. Sharifi, V., Assadi, SM., Mohammadi, MR., Amini, H., Kaviani, H., Semnani, Y., Shabani, A, Reliability and feasibility of the Persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV (SCID). *Advances in cognitive science*, 2004.
40. Dabson, K., Mohammadkhani, p, Psychometric characteristics of beck depression inventory–II in patients with major depressive disorder. *Journal of rehabilitation*, 2007.
41. Organization, W.H. and W.H. Organization, *Whodas II disability assessment schedule*. 2001, Geneva: WHO.
42. Gold, L.H., DSM-5 and the Assessment of Functioning: The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0). *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 2014. 42(2): p. 173-181.
43. Rajezi Esfahani, S., Motaghipour, Y., Kamkari, K., Zahiredin, A., Janbozorgi, M., Reliability and Validity of the Persian Version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*, 2012. 17(4): p. 297-303.
44. Shirinzadeh Dastgiri, S., S. Nateghian, and M. Goodarzi, comparison of thought-action fusion beliefs among patients with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and normal people. *Psychological Research* 2010. 12(3&4)(97-111).
45. Barlow, D.H.N., Hersen M. ., *Single case experimental designs: Strategies for studying behavior for change*. 2009.
46. Ogles, B.M., K.M. Lunnen, and K .Bonesteel, Clinical significance: History, application, and current practice. *Clinical psychology review*, 2001. 21(3): p. 421-446.
47. Normann, N., A.A. Emmerik, And N. Morina, The Efficacy Of Metacognitive Therapy For Anxiety And Depression: A Meta-Analytic Review. *Depression And Anxiety*, 2014. 31(5): P. 402-411.
48. Association, A.P., *DSM 5*. 2013: American Psychiatric Association.
49. Farris, S.G., McLean, CP., Van Meter, PE., Simpson, HB., Foa, EB, Treatment response, symptom remission and wellness in obsessive-compulsive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 2013. 74(7): p. 685.
50. Raffin, A.L., Guimaraes JM, Ferrao YA, Predictors of response to group cognitive-behavioral therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 2009. 24(5): p. 297-306.
51. Irak, M. and A. Tosun ,Exploring the role of metacognition in obsessive–compulsive and anxiety symptoms. *Journal of anxiety disorders*, 2008. 22(8): p. 1316-1325.
52. Solem, S., Haland, A.T., Vogel, P.A., Hansen, B. and Wells, A, Change in metacognitions predicts outcome in obsessive–compulsive disorder patients undergoing treatment with exposure and response prevention. *Behaviour research and therapy*, 2009. 47(4): p. 301-307.

53. Ghasempour, A., Akbari A., IL-Beigi R. and Hasanzadeh Sh , Predicting Obsessive-Compulsive Disorder on the Basis of Emotion Regulation and Anxiety Sensitivity. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 2013. 15(2): p. 94-97.
54. Briñol, P., R.E. Petty, and D.D. Rucker, The role of meta-cognitive processes in emotional intelligence. *Psicothema*, 2006. 18(Suplemento): p. 26-33.
55. Wells, A., Metacognitive Theory and Therapy for Worry and Generalized Anxiety Disorder: Review and Status. *Journal of Experimental Psychopathology*, 2010. 1(1): p. 133-145.