



## Effectiveness of Metacognitive Therapy in Improving Anxiety, Depression and Quality of Life in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

Nasim Nateghi<sup>1</sup>, Mohsen Dadashi<sup>2\*</sup>

1- PhD Student Department of Counseling, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

2- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Zanzan University of Medical Sciences, Zanzan, Iran

**Citation:** NATEGHI, N. and Dadashi, M. (2019). Effectiveness of metacognitive therapy in improving Anxiety, Depression and Quality Of Life in patients with obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Achievements*, 5(3),17-29

### Abstract

**Background:** Obsessive-compulsive disorder, the fourth most common psychiatric disorder, has consequences such as increased anxiety, decreased quality of life and low mood. **Methods:** A non-congruent, multiple baseline experimental single case design was used in this study. Three women with obsessive-compulsive disorder were selected through diagnostic and structured clinical interviews based on the criteria of diagnostic and statistical guidelines of mental disorders DSM-IV (Axis I) with purposeful sampling method among the students referred to the counseling center of Zanzan University of Medical Sciences in 2016. Research data were collected at baseline (prior to intervention), 8-session intervention and 1-month and 2-month follow-up using Beck Anxiety Inventory and Beck Depression Inventory-II and Quality of Life Questionnaire. Data were analyzed visuals inspection, improvement percentage formula, effect size and reliable change index (RCI). **Conclusion:** Based on the obtained results, metacognitive therapy is effective in reducing the symptoms of anxiety and depression and improving the quality of life in people with obsessive-compulsive disorder.

**Keywords:** Obsessive-Compulsive Disorder, Metacognitive Therapy, Depression, Anxiety, Quality of Life

---

\* **Corresponding Author:** Mohsen Dadashi

E-mail: [Psy.mohsen@gmail.com](mailto:Psy.mohsen@gmail.com)





## بررسی اثربخشی درمان فراشناختی در بهبود افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری

نسیم ناطقی<sup>۱</sup>، محسن داداشی<sup>۲\*</sup>

۱- دانشجوی دکتری مشاوره توانبخشی، گروه مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۲- دکتری روان‌شناسی بالینی، استادیار، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

### چکیده

اختلال وسواسی-جبری به‌عنوان چهارمین اختلال شایع روان‌پزشکی، پیامدهایی چون افزایش اضطراب، کاهش کیفیت زندگی و خلق پایین به‌همراه دارد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فراشناختی در بهبود علائم افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری بود. در این پژوهش از طرح تجربی تک‌موردی از نوع خط پایه چندگانه ناهم‌زمان استفاده شد. سه نفر از زنان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری از طریق مصاحبه تشخیصی و مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-IV بر روی محور یک با روش نمونه‌گیری هدفمند از میان دانشجویان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دانشگاه علوم پزشکی زنجان انتخاب شدند. داده‌های پژوهش در مرحله‌ی خط پایه، مداخله هشت جلسه‌ای و پیگیری یک و دو ماهه با استفاده از پرسش‌نامه‌های اضطراب و افسردگی بک و کیفیت زندگی جمع‌آوری گردید. داده‌ها به‌روش ترسیم دیداری، فرمول درصد بهبودی، اندازه اثر و شاخص تغییر پایا (RCI) مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که درمان فراشناختی در کاهش علائم اضطراب و افسردگی و بهبود کیفیت زندگی دانشجویان شده است. با توجه به نتایج به‌دست آمده، روش درمان فراشناختی در کاهش علائم اضطراب، افسردگی و بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری از کارایی لازم برخوردار است.

کلیدواژه‌ها: اختلال وسواسی-اجباری، درمان فراشناختی، افسردگی، اضطراب، کیفیت زندگی

## مقدمه

اختلال وسواسی-جبری<sup>۱</sup> به‌صورت گروه مختلفی از علایم شامل افکار مزاحم، آداب وسواسی، اشتغالات ذهنی و وسواس-های عملی تظاهر می‌کند (Sadock & Sadock, 2015). مطالعات همه‌گیرشناسی نشان داده‌اند که اختلال وسواسی-جبری چهارمین اختلال رایج روان‌پزشکی در جهان است و شیوع مادام‌العمر آن در جمعیت عمومی حدود ۱-۳ درصد است که در بسیاری از موارد ناتوان‌کننده می‌باشد (Nazemian & Hashemian, 2016). همچنین طبق پژوهش‌ها در بزرگسالی، زنان قدری بیشتر از مردان به این اختلال مبتلا می‌شوند (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder (DSM-5), 2013). اختلال وسواسی-جبری اغلب با ایجاد درجه بالایی از پریشانی، اختلال در عملکرد و سیر نوسان‌دار با پیامدهای جانبی بسیاری همراه است. اجتناب از موقعیت‌های برانگیزاننده افکار و اعمال وسواسی، می‌تواند عملکرد فرد را به‌شدت محدود کرده و منجر به کیفیت پایین زندگی و سطوح بالای اختلال اجتماعی و شغلی شود. (Torp et al., 2015). براساس نتایج بسیاری از مطالعات، از جمله اختلالات همبود با اختلال وسواسی-جبری، اختلال اضطرابی و اختلال افسردگی می‌باشد (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder (DSM-5), 2013). احساس ترسی آمیخته به اضطراب ملازم تظاهرمحوری وسواس است و نقش قابل توجهی در آسیب‌شناسی این اختلال ایفاء می‌کند. بررسی‌ها نشان می‌دهد که اجبارها در نتیجه اضطراب پدید می‌آید و کوشش‌هایی در راستای کاهش اضطراب هستند (Myers et al., 2009). کاهش معاشرت با دیگران و روابط محدود خارج از خانواده، وضع مقررات و ممنوعیت‌هایی برای اعضای خانواده، فقدان استقلال شخصی و مالی از جمله پیامدهای دیگر اختلال وسواسی-جبری است که منجر به کاهش تعاملات افراد و زمینه ساز بروز افسردگی است (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder (DSM-5), 2013). این بیماران در طول مدت بیماری خود، درجات متفاوتی از افسردگی و خلق پایین را تجربه می‌کنند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افکار ناشی از افسردگی، خلق منفی افراد مبتلا به آن‌ها را افزایش می‌دهند؛ به‌طوری‌که ممکن است وسواس و افسردگی همدیگر را تشدید کرده یا تداوم بخشند و دور باطلی را به‌وجود آورند. به‌علاوه، افسردگی با افزایش میزان بروز نشانه‌های وسواس، در شدت یافتن این اختلال سهیم است؛ هرچند اثرات ناتوان‌کننده و ماندگار وسواس نیز می‌تواند منجر به ایجاد یک اختلال افسردگی ثانوی شود (Myers et al., 2009). اختلال وسواسی-جبری در صورت عدم‌درمان و مزمن شدن، حوزه‌های مختلف زندگی فرد را تحت تأثیر قرار داده و سرانجام بر کیفیت زندگی بیماران و ادراکشان از رفاه فردی اثری منفی می‌گذارد؛ به‌گونه‌ای که افراد وسواسی تمایل دارند کیفیت زندگی خود را در سطحی پایین‌تر از سایر افراد ارزیابی نمایند (Masellis et al., 2003). برای درمان اختلال وسواسی-جبری، روش‌های درمانی متعدد مانند درمان‌های شناختی-رفتاری<sup>۲</sup> و درمان مواجه و جلوگیری از پاسخ<sup>۳</sup> شکل گرفته‌اند که به‌طور قابل ملاحظه‌ای علائم اختلال را کاهش می‌دهند (Hezel & Simpson, 2019). با این وجود درصدهای بهبودی بیماران نسبت به درمان‌های فوق مقاومت نشان می‌دهند، لذا به‌کارگیری روش‌های درمانی جدید در کنار سایر درمان‌ها، از اهمیت بالایی برخوردار است. یکی از مداخلات درمانی جدید، درمان فراشناختی<sup>۴</sup> نام دارد. مدل فراشناختی، در ابتدا توسط ولز<sup>۵</sup> و ماتئوس<sup>۶</sup> پیشنهاد شد و سپس ولز در سال ۲۰۰۰ آن را اصلاح نمود (Masellis et al., 2003). فراشناخت به‌عنوان یک مفهوم چندوجهی به دانش یا باورهای مربوط به فکر کردن و راهبردهای تنظیم و کنترل فرآیندهای تفکر اشاره دارد؛ بنابراین مفهوم فراشناخت دربرگیرنده دانش، فرآیندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، بر آن نظارت و یا آن را کنترل می‌کند (Wells, 2002). براساس گمانه اصلی رویکرد فراشناختی، علل اختلال روان‌شناختی به گسترش یافتن برخی افکار و بازپردازی مداوم آن‌ها و یا

1. Obsessive-Compulsive Disorder

2. Cognitive Behavioral Therapy

3. Exposure and Response Prevention Treatment

4. Metacognitive Therapy

5. Wells

6. Mathew

رها کردن برخی از افکار برمی‌گردد. این فرایند گزینش و کنترل سبک‌های تفکر مبتنی بر فراشناخت است (Biabangard, 2003). رویکرد فراشناختی، این الگوهای تفکر و توجه را نشانگان شناختی-توجهی<sup>۱</sup> می‌نامد. نشانگان شناختی توجهی شامل مجموعه‌ای از فرایندها و فعالیت‌های شناختی و توجهی است که عمدتاً به صورت پردازش مفهومی مداوم به شکل نگرانی<sup>۲</sup>، نشخوار فکری، پایش تهدید<sup>۳</sup>، تمرکز بر خطر، فرونشانی افکار و رفتارهایی مانند اجتناب رفتاری، شناختی و هیجانی می‌باشد که فرد برای مقابله با ناهماهنگی ادراک شده و تنظیم هیجان‌های منفی ناشی از آن، آن‌ها را به کار می‌گیرد. این فرایندها و فعالیت‌ها در درازمدت نتیجه معکوس دارد و منجر به تداوم اختلال می‌شود (Wells, 2005). مدل‌های فراشناختی اختلال وسواسی-جبری بر نقش فراشناخت تاکید دارند و معتقدند باورهای فرد درباره وسواس فکری موجب تداوم اختلال می‌گردد (Masellis et al., 2003). به نظر ولز افکار وسواسی موجب فعال شدن باورهای فراشناختی درباره اهمیت، معنی و قدرت فکر است. باورها در مورد قدرت معنی افکار و احساس‌ها در نظریه فراشناختی اشاره به درهم آمیختگی فکر<sup>۴</sup> دارد که در این حالت، مرز بین فکر و کنش، فکر و رویداد و فکر و شیء از بین می‌رود. فعال شدن باورهای فراشناختی ناکارآمد به وسیله افکار وسواسی موجب ارزیابی منفی افکار ناخواسته و مزاحم به عنوان نشانه تهدید و تشدید هیجان‌های منفی می‌گردد که عمدتاً به شکل اضطراب هستند. تغییر هیجان‌ها موجب افزایش برانگیختگی و ورود افکار و احساس‌های مزاحم به جریان هشیاری می‌شود (Masellis et al., 2003). با تفسیر منفی افکار و احساس‌های مزاحم، باورهای فراشناختی در مورد آیین‌مندی‌ها فعال شده و راهبردهای کنترل‌کننده فکر<sup>۵</sup> و آیین‌مندی‌ها به منظور کاهش تهدید جریان می‌یابد. تداوم رفتارهای وسواسی، فرد را از کشف این واقعیت که باورهای مربوط به افکار مزاحم (مانند آمیختگی فکر و رویداد، فکر و عمل و نیز باورهای مربوط به لزوم انجام آیین‌مندی‌های وسواسی)، نادرست و غیرضروری هستند، باز می‌دارد و با افزایش هیجان‌های منفی، چرخه معیوبی وسواس ادامه می‌یابد (Masellis et al., 2003).

درمان فراشناختی نتیجه پیشرفت درک علل اختلالات روانی و درمان آن‌ها است. این رویکرد ابتدا در مورد اختلال اضطراب فراگیر<sup>۶</sup> به کار برده شد و بعد به عنوان یک رویکرد درمانی کلی گسترش یافت (Wells, 2002). اگرچه روش‌های درمانی موجود موفق به پیشرفت‌هایی درخصوص درمان اختلال وسواس-جبری و علائم همراه آن شده‌اند، یافتن شیوه‌های درمانی کوتاه‌مدت، کارا و مؤثر همچنان از جمله ضرورت‌های پژوهش در حوزه درمان اختلال وسواسی-جبری است (Nateghi & Dadashi, 2017). از آنجاکه درمان فراشناختی جزء درمان‌های کوتاه‌مدت و کمتر آزارنده به شمار می‌رود، انجام پژوهش برای تعیین اثربخشی این شیوه درمانی و ارتقاء سطح دانش در این حوزه دارای اهمیت است. بررسی‌های انجام شده نشان داده است که پژوهش‌های اندکی با هدف تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر میزان بهبود علائم افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی در اختلال وسواسی-جبری در ایران انجام شده است. همین‌طور پژوهشی که در آن هم اندازه اثر متغیر مستقل یعنی درمان فراشناختی و هم شاخص تغییر پایا<sup>۷</sup> مورد بررسی قرار گرفته باشد، یافت نشد. از این رو هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی و بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال وسواس جبری بود.

## روش پژوهش

جامعه‌ی این پژوهش شامل تمامی دانشجویان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره‌ی دانشگاه علوم پزشکی زنجان بود، که سه دانشجوی مبتلا به اختلال وسواسی-جبری به روش نمونه‌گیری هدفمند براساس ملاک‌های ورود به مطالعه که شامل دارا

1. Cognitive Attentional Syndrome (Cas)
2. Worry
3. Threat Monitoring
4. Thought Fusion
5. Thought Control
6. Generalized Anxiety Disorder
7. Reliable Change Index (Rci)

بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال وسواسی-جبری طبق معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-IV به تشخیص روان‌شناس بالینی یا روان‌پزشک، سن حداقل ۱۸ و حداکثر ۴۰ سال، داشتن حداقل سطح تحصیلات دیپلم، امکان ثابت نگه داشتن نوع و میزان داروی مصرفی طی مدت پژوهش در صورت مصرف دارو و ملاک‌های خروج شامل اختلال سایکوتیک، دارا بودن اختلال شخصیت و بیماری عصبی یا سوءمصرف مواد، داشتن افکار جدی خودکشی و دریافت سایر مداخلات روان‌شناختی قبل از ورود به پژوهش انتخاب گردیدند. پس از انجام مصاحبه بالینی و تشخیص اختلال وسواسی-جبری توسط روان‌شناس بالینی و احراز شرایط موردنظر، سه دانشجو به‌عنوان افراد نمونه برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند و قبل از ورود به مطالعه، رضایت کتبی و آگاهانه خود را اعلام کردند. همچنین به آن‌ها توضیح داده شد که امکان انصراف از پژوهش و استفاده از سایر درمان‌ها در صورت ضرورت در هر زمان وجود داشته و جلسه‌های درمان رایگان خواهد بود. سپس پرسش‌نامه‌های اضطراب بک، افسردگی بک-نگارش دوم و کیفیت زندگی، برای تعیین خط پایه در مرحله یک ارزیابی و همچنین در جلسات ۲، ۴، ۶ و ۸ درمان و در دو نوبت پیگیری یک‌ماهه و دوماهه تکمیل گردیدند. درمان فراشناختی در قالب هشت جلسه ۴۵-۶۰ دقیقه‌ای به مدت ۸ هفته به‌صورت انفرادی بر روی بیماران اجرا شد (جدول شماره ۱). برنامه مداخله درمان در چهارچوب درمان شناختی رفتاری و با استفاده از پروتکل گام‌به‌گام درمان فراشناختی برای اختلال‌های اضطراب و افسردگی به‌کار رفت که توسط ولز آن تهیه شده است (Wells, 2009). طرح پژوهش حاضر، طرح آزمایشی تک‌موردی<sup>۱</sup> با استفاده از طرح خطوط پایه چندپلکانی<sup>۲</sup> بود. متغیر مستقل در این پژوهش درمان فراشناختی و متغیرهای وابسته، تغییرات درمانی حاصل از کاربرد درمان فراشناختی شامل اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی می‌باشد. تأییدیه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زنجان با شناسه ZUMS.REC.1395.53 در تاریخ ۱۳۹۵/۵/۳ صادر گردید و با کد IRCT2017040532460N1 در مرکز کارآزمایی بالینی ایران ثبت شد.

جدول ۱. برنامه مداخله درمان فراشناختی

| جلسات درمان | محتوا                                                                                                                                                                                   |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| یک          | طراحی فرمول‌بندی موردی<br>آشناسازی با مدل فراشناختی<br>اجرای آزمایش سرکوب فکر<br>تمرین توجه آگاهی انفصالی برای افکار خنثی و وسواسی                                                      |
| دو          | ادامه آشناسازی با مدل فراشناختی<br>آشناسازی بیمار با باورهایش درباره افکار<br>تمرین بیشتر روی توجه آگاهی انفصالی<br>معرفی رویارویی و اجرای پاسخ<br>به تعویق انداختن آیین‌مندی‌های بیمار |
| سه          | تمرین بیشتر روی توجه آگاهی انفصالی، رویارویی و اجرای پاسخ<br>چالش‌ورزی کلامی با باورهای مرتبط با TAF و TOF و TEF<br>اجرای آزمایش‌های رفتاری در جلسه بر باورهای مرتبط با TAF و TOF و TEF |
| چهار و پنج  | ادامه چالش‌ورزی کلامی با باورهای هم‌جوشی<br>اجرای سایر آزمایش‌های رفتاری<br>شناسایی باورهای مرتبط با آیین‌مندی‌ها                                                                       |
| شش و هفت    | چالش با باورهای مرتبط با آیین‌مندی‌ها<br>ادامه اصلاح باورهای مرتبط با آیین‌مندی<br>شناسایی و آغاز تغییر علایم توقف                                                                      |
| هشت         | ادامه برنامه تغییر علایم توقف و ملاک‌های جایگزین<br>طراحی برنامه پردازشی جدید برای مقابله با افکار<br>پیشگیری از عود                                                                    |

1. Single Case
2. Multi-Step Baselines

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل نموداری و ترسیمی و براساس روند نیمرخ اثرات متغیر مستقل بر متغیر وابسته مورد بررسی قرار گرفت. همچنین برای تحلیل نتایج، فرمول درصد بهبودی<sup>۱</sup> به کار گرفته شد. درصد بهبودی پیگیری برای هر بیمار طبق فرمول درصد بهبودی از تفریق نمره پیگیری دوماهه از نمره خط پایه و تقسیم آن بر نمره خط پایه محاسبه گردید. رایج‌ترین فرمول برای بررسی اندازه اثر مقیاس d کوهن<sup>۲</sup> بوده که مبتنی بر میانگین و انحراف استاندارد است. در این پژوهش برای محاسبه میانگین خط پایه و انحراف استاندارد خط پایه از داده‌های مربوط به خط پایه ۱، ۲ و ۳ استفاده شد و برای محاسبه میانگین مداخله و انحراف استاندارد مداخله از داده‌های مربوط به مداخله در جلسات ۲، ۴، ۶ و ۸ استفاده شد (Ferguson, 2016). همچنین فرمول اصلاح‌شده شاخص‌های تغییر پایا که برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های تجربی تک‌موردی ارائه شده، به کار رفت که در آن نمره مداخله از نمره پیش‌آزمون کم شده و بر خطای استاندارد تفاوت‌ها<sup>۳</sup> تقسیم می‌شود. شاخص تغییر پایا نشان می‌دهد که تغییر آماری ناشی از مداخله‌ی درمانی بوده یا به‌علت ناپایدار بودن ابزار مورد استفاده و تکرار اجرای آن‌ها بوده است. در صورتی که نمره به‌دست آمده بزرگتر از ۱/۹۶ باشد با ۹۵ درصد اطمینان معنی‌دار می‌باشد (Hinton-Bayre, 2010). تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-16 انجام گرفت.

### ابزار اندازه‌گیری

**ساختاریافته بالینی براساس DSM-IV-TR برای تشخیص اختلال‌های محور یک:** مصاحبه ساختاریافته بالینی برای تشخیص اختلال‌های محور یک ابزاری به‌منظور تشخیص‌گذاری براساس معیارهای چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی است. مصاحبه مزبور ابزاری انعطاف‌پذیر است که توسط فرست و همکاران تهیه شد (First et al., 1997). شریفی و همکاران در پژوهشی توافق تشخیصی برای بیشتر تشخیص‌های خاص و کلی این مصاحبه را متوسط یا خوب (کاپای بالاتر از ۰/۶)، توافق کلی (کاپای مجموع) تشخیص‌های فعلی را ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ به‌دست آوردند که رضایت‌بخش است (Sharifi et al., 2009). در پژوهش حاضر از نسخه ایرانی مصاحبه ساختاریافته که توسط شریفی و همکاران هنجاریابی شده استفاده گردید.

**پرسش‌نامه اضطراب بک (Beck Anxiety Inventory):** یک پرسش‌نامه خودگزارشی ۲۱ آیتمی است که برای اندازه‌گیری شدت علائم جسمی و شناختی اضطراب طی یک هفته گذشته استفاده می‌شود. این مقیاس به‌صورت ۴ درجه‌ای از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و نمره کلی آن بین صفر و ۶۳ است. بک<sup>۴</sup>، براون<sup>۵</sup> و استیر<sup>۶</sup> همسانی درونی مقیاس را برابر با ۹۲ درصد و پایایی بازآزمایی یک هفته‌ای آن را ۷۵ درصد گزارش کرده‌اند. بک و استیر، روایی محتوا، هم‌زمان، سازه، تشخیصی و عاملی را برای هر مقیاس بررسی کرده و کارایی بالای این ابزار را در اندازه‌گیری شدت اضطراب مورد تأیید قرار داده‌اند (Beck et al., 1988). کاپایی و موسوی در پژوهشی روایی این پرسش‌نامه را (r=0/72, p.001)، پایایی (r=0/83, p.001) و ثبات درونی (Alpha=0/92) به‌دست آوردند (Kaviani & Mousavi, 2008). در پژوهش حاضر، از پرسش‌نامه BAI که توسط کاپایی و موسوی در جامعه ایرانی هنجاریابی شده، استفاده گردید.

**پرسش‌نامه افسردگی بک-نگارش دوم (Beck Depression Inventory-II):** این پرسش‌نامه نسخه بازنگری‌شده پرسش‌نامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی (خفیف تا متوسط) تدوین شده است. این ویرایش در مقایسه با ویرایش اول بیشتر با DSM-IV هم‌خوان است و شامل ۲۱ سؤال است که علایم فیزیکی، شناختی و رفتاری افسردگی را مورد سنجش قرار می‌دهد. این مقیاس به‌صورت ۴ درجه‌ای از صفر تا ۳ نمره‌گذاری شده و نمره کلی بین صفر و ۶۳ است. بک، استیر و براون در پژوهشی آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ محاسبه کردند که

1. Improvement Percentage Formula
2. Cohen d
3. Standard error of differences
4. Beck
5. Brown
6. Steer

نشان داد این پرسش‌نامه از ثبات درونی بالایی برخوردار است (Beck et al., 1996). ثبات درونی آزمون برای دانشجویان ایرانی ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۷۳ گزارش شده است (Gharayi, 2003). در یک مطالعه دابسون و محمدخانی، آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را برای دانشجویان (۰/۹۳)، بیماران سرپایی (۰/۹۲)، و بازآزمایی را در طول ۱ هفته (۰/۹۳) گزارش کردند (Dabson & Mohammad, 2007). در پژوهش حاضر از پرسش‌نامه BDI-II که توسط دابسون و محمدخانی در جامعه ایرانی هنجاریابی شده، استفاده گردید.

**شاخص بهزیستی فردی (Personal Wellbeing Index):** این پرسش‌نامه یک پرسش‌نامه کوتاه هشت سؤالی است که هر کدام از سؤالات آن مربوط به یک حوزه از کیفیت زندگی است و شامل استاندارد زندگی کردن، سلامتی، پیشرفت در زندگی، روابط، امنیت، ارتباط با جامعه و امنیت در آینده می‌شود. ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه PWI در استرالیا تبیین شده است. آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه بین ۰/۷ و ۰/۸۵ و همین‌طور پایایی آزمون-بازآزمون این پرسش‌نامه هم مناسب بوده و ۰/۸۵ گزارش شده است (Tomyn et al., 2013). در پژوهشی که نائینیان و همکاران در سال ۱۳۹۳ بر روی افراد بزرگسال در نمونه‌های بالینی و غیربالینی انجام دادند، نتایج نشان داد که پرسش‌نامه کیفیت زندگی ضریب آلفای کامل (۰/۸۹) و ضریب همبستگی ناشی از بازآزمایی برابر ۰/۷۹ ( $p < ۰/۰۰۱$ ) بوده است. تحلیل عاملی اکتشافی حکایت از اشباع آن از یک عامل داشته و شاخص‌های حاصل از تحلیل عاملی تأییدی برازش متوسط مدل را تایید نمود (Nainian et al., 2017). در پژوهش حاضر از پرسش‌نامه PWI که توسط نائینیان و همکاران در جامعه ایرانی هنجاریابی شده، استفاده گردید.

## یافته‌ها

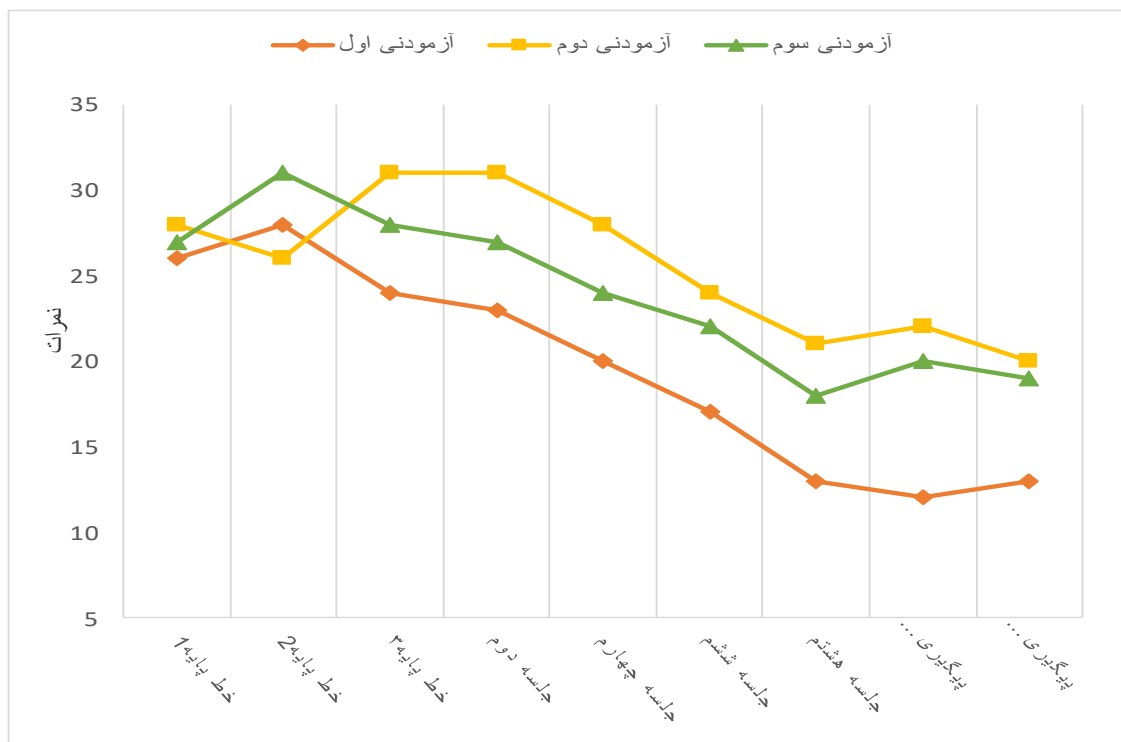
ویژگی‌های جمعیتی سه آزمودنی در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

| آزمودنی | جنسیت | سن | تحصیلات               | مدت بیماری | وضعیت تأهل | نوع درمان       | سابقه درمان             |
|---------|-------|----|-----------------------|------------|------------|-----------------|-------------------------|
| الف     | خانم  | ۳۴ | دانشجوی دکتری         | ۵          | مجرد       | درمان فراشناختی | نداشته                  |
| ب       | خانم  | ۲۳ | دانشجوی دکتری حرفه‌ای | ۸          | مجرد       | درمان فراشناختی | قبلاً ۱ سال و مصرف دارو |
| ج       | خانم  | ۲۸ | لیسانس                | ۶          | مجرد       | درمان فراشناختی | نداشته                  |

جدول ۳. درصد بهبودی، اندازه اثر و نمرات شاخص تغییر پایا بیماران در متغیرهای اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی

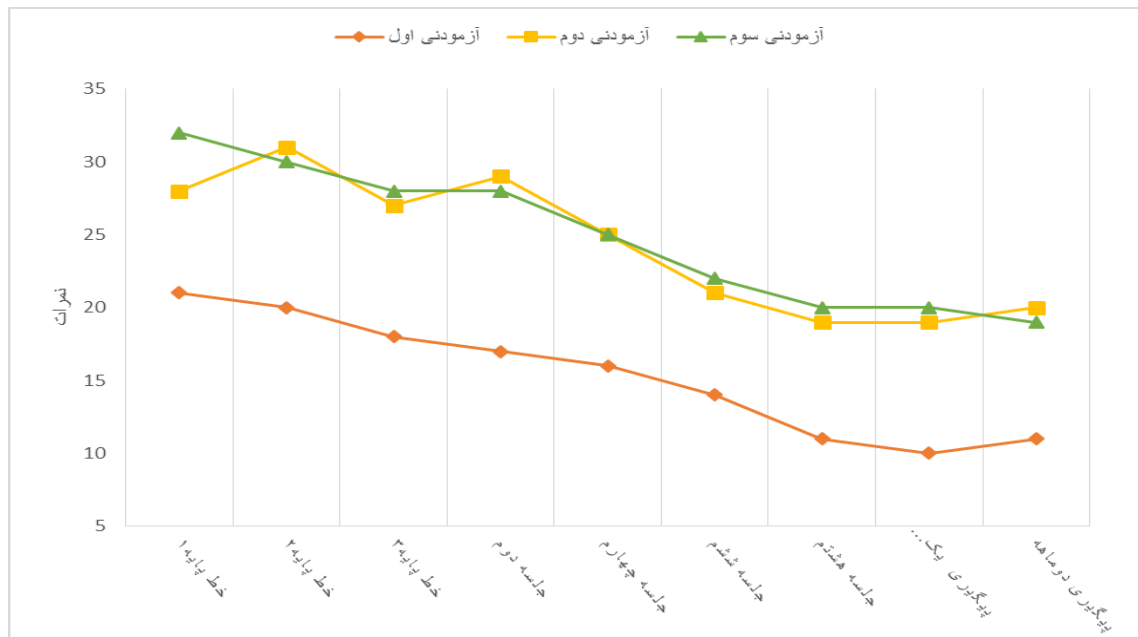
| بیماران مراحل مداخله | BAI       |           |           | BDI-II    |           |           | PWI       |           |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                      | بیمار اول | بیمار دوم | بیمار سوم | بیمار اول | بیمار دوم | بیمار سوم | بیمار اول | بیمار دوم |
| میانگین خط پایه      | ۲۶        | ۲۸.۳۳     | ۲۸/۶۶     | ۱۹.۶۷     | ۲۸.۶۶     | ۳۰        | ۵۸/۳۳     | ۴۲        |
| جلسه دوم             | ۲۳        | ۳۱        | ۲۷        | ۱۷        | ۲۹        | ۲۸        | ۵۸        | ۴۴        |
| جلسه چهارم           | ۲۰        | ۲۸        | ۲۴        | ۱۶        | ۲۵        | ۲۵        | ۶۰        | ۴۵        |
| جلسه ششم             | ۱۷        | ۲۴        | ۲۲        | ۱۴        | ۲۱        | ۲۲        | ۶۴        | ۴۸        |
| جلسه هشتم            | ۱۳        | ۲۱        | ۱۸        | ۱۱        | ۱۹        | ۲۰        | ۶۷        | ۵۳        |
| پیگیری یک‌ماهه       | ۱۲        | ۲۲        | ۲۰        | ۱۰        | ۱۹        | ۲۰        | ۶۶        | ۵۱        |
| پیگیری دوماهه        | ۱۳        | ۲۰        | ۱۹        | ۱۱        | ۲۰        | ۱۹        | ۶۹        | ۵۵        |
| درصد بهبودی درمان    | ۵۰        | ۲۵        | ۳۷        | ۴۴        | ۳۳        | ۳۳        | ۱۴        | ۲۶        |
| درصد بهبودی پیگیری   | ۵۰        | ۲۹        | ۳۳        | ۴۴        | ۳۰        | ۳۶        | ۱۸        | ۳۰        |
| درصد بهبودی کلی      |           | ۳۸        |           | ۳۶/۶۶     |           |           | ۲۵        |           |
| اندازه اثر           | ۳/۳       | ۰/۷۴      | ۱/۹       | ۲/۴       | ۱/۴       | ۲/۲       | ۱/۳       | ۱/۷       |
| اندازه اثر کلی       |           | ۲/۶       |           | ۲         |           |           |           | ۲/۳       |
| شاخص تغییر پایا      | ۸/۳۳      | ۱/۸۷      | ۴/۹       | ۴/۷۴      | ۲/۹۳      | ۴/۳۱      |           |           |



نمودار ۱. نمایش دگرگونی روند درمان در نمره‌های آزمون اضطراب

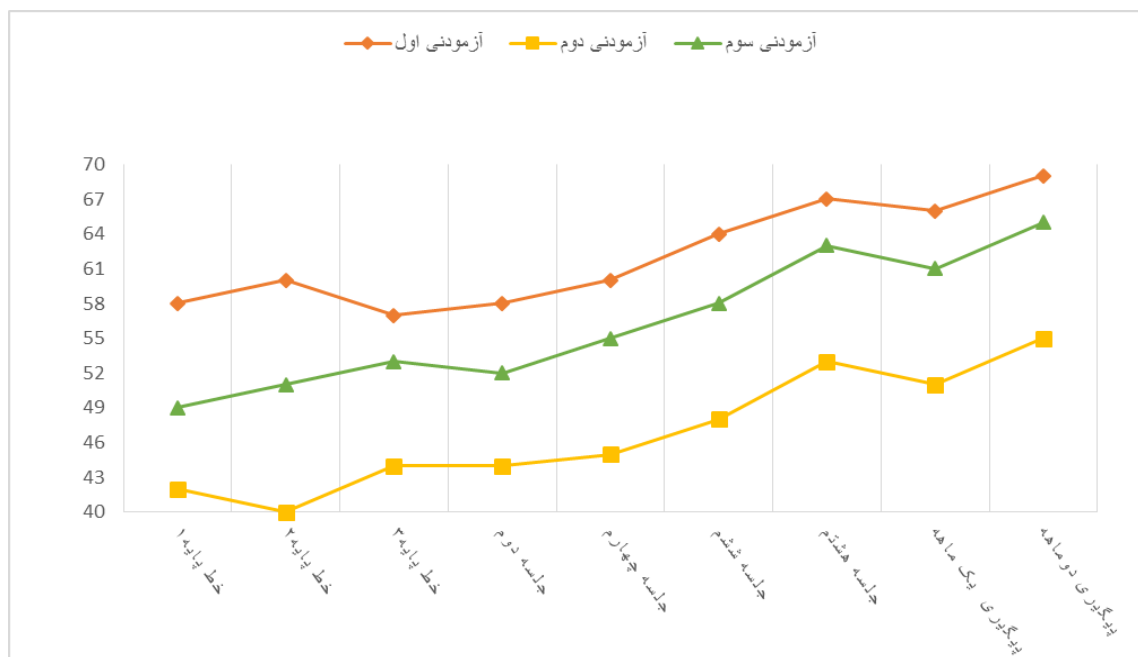
در ارتباط با نمرات اضطراب درصد بهبودی کلی ۳۸ درصد نشان از متوسط بودن اثر درمانی بر سه آزمودنی و اثربخشی درمان دارد. درصد بهبودی پیگیری ۳۸ از میانگین سه درصد بهبودی پیگیری که عبارتند از ۵۰ و ۲۹ و ۳۳ به دست آمده است. بهبودی در آزمودنی اول بیشتر از دو آزمودنی دیگر و از متوسط به خفیف کاهش یافته است. این میزان بهبودی در دوره‌های پیگیری نیز حفظ شده است. به طور کلی باتوجه به نمرات اندازه‌ی اثر بالا شامل ۳/۳، ۰/۷۴، ۱/۹ و همچنین نمرات شاخص تغییر پایا در سه آزمودنی ۸/۳۳، ۱/۸۷، ۴/۹ که در دو آزمودنی بالاتر از ۱/۹۶ است، می‌توان گفت که این درمان موجب کاهش نمرات اضطراب افراد گردیده و اثربخش بوده است. بنابراین درمان فراشناختی در کاهش میزان اضطراب مؤثر است.





نمودار ۲. نمایش دگرگونی روند درمان در نمره‌های آزمون افسردگی بک (BDI-II)

نمرات افسردگی میانگین سه خط پایه در هر بیمار به ترتیب ۱۹/۶۷، ۲۸/۶۶، ۳۰ بوده که در انتهای درمان به نمرات ۱۱، ۲۰، ۱۹ کاهش یافته است. درصد بهبودی پیگیری برای بیمار یک ۴۴، بیمار دو ۳۰، و بیمار سه ۳۶ و میزان بهبودی کلی ۳۶/۶۶ حاصل شده است. همچنین میانگین اندازه اثر کلی برای سه بیمار، ۲ حاصل شده که میزان بالایی است. همین‌طور نمرات شاخص تغییر پایای ۴/۷۴، ۲/۹۳، ۴/۳۱ که بزرگ‌تر از ۱/۹۶ است نشان می‌دهد که درمان تأثیر لازم را داشته و این فرضیه که درمان فراشناختی در کاهش میزان افسردگی اثر دارد از لحاظ بالینی تأیید می‌شود.



نمودار ۳. نمایش دگرگونی روند درمان در نمره‌های آزمون کیفیت زندگی (PWI)

نمرات حاصل نشان می‌دهد که آزمودنی‌ها در نمرات کیفیت زندگی رشد داشته‌اند که درصد بهبودی کلی ۲۶ درصد بوده است و اندازه‌ی اثر در هر سه آزمودنی به‌صورت متوسط بوده است. این میزان بهبودی در دوره‌های پیگیری نیز حفظ شده است. با توجه به تغییر اندک در میزان درصد بهبودی افراد در این متغیر و اندازه اثر متوسط نتایج این فرضیه با احتیاط باید تفسیر شود. از آنجایی که آلفای کرونباخ پرسش‌نامه کیفیت زندگی موجود نبود شاخص تغییر پایا برای این متغیر محاسبه نگردید.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش نشانه‌های اضطراب، افسردگی و بررسی میزان اثرگذاری آن بر بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال وسواس-جبری انجام شد. نتایج پژوهش نشان‌دهنده کاهش نمرات اضطراب افراد نمونه به‌صورت متوسط بود. بررسی تغییرات بالینی براساس شاخص تغییر پایا و اندازه اثر نشان داد که نمرات به‌دست آمده بالاتر از ۱/۹۶ بوده و فرضیه اول که بیان می‌کرد درمان فراشناختی در کاهش اضطراب بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری مؤثر است، به لحاظ بالینی تأیید شد. نتایج به‌دست آمده، همسو با نتایج مطالعه فیشر و ولز می‌باشد که در پژوهش آن‌ها نیز درمان فراشناختی منجر به کاهش میزان اضطراب شده بود (Fisher & Wells, 2008). اضطراب همچنان نامطلوبی است که نشانه‌ای از وجود انواع تهدید یا فقدان دارد. توجه بیش از حد به این افکار و احساسات و خود و پاسخ دادن به آن‌ها باعث افزایش احساس‌ها و باورهای منفی درباره خود و تداوم آن‌ها می‌شود (Khanjani et al., 2016). در درمان فراشناختی از طریق روش مواجهه به‌عنوان آزمایش رفتاری، بیماران باورهای فراشناختی خود در مورد تهدید و خطر را مورد چالش قرار داده و با کاهش و بهبود علائم اضطراب به‌دنبال مواجه می‌آموزند که ترس آنان از پیامدهای ترسناک انجام ندادن آیین‌ها بی‌دلیل بوده است. از این‌رو، اضطراب و رفتارهای آیینی افراد کاهش می‌یابد (Nateghi & Dadashi, 2017). نتایج پژوهش حاضر، فرضیه دوم را که بیان می‌کرد درمان فراشناختی در کاهش علایم افسردگی افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری تأثیر دارد، تأیید کرد. بررسی تغییرات بالینی براساس شاخص تغییر پایا و اندازه اثر نشان می‌دهد که نمرات به‌دست آمده بالاتر از ۱/۹۶ بوده و فرضیه دوم به لحاظ بالینی تأیید شد. نتایج به‌دست آمده همسو با نتایج پژوهش‌های سولم<sup>۱</sup>، مایرز، فیشر، وگل<sup>۲</sup>، و ولز می‌باشد (Solem et al., 2010).

الگوی فراشناختی به‌طور مستقیم فراشناخت‌ها و شکل تفکر را با آسیب‌پذیری هیجانی و تداوم اختلال هیجانی پیوند داده و فرآیند تشکیل و تداوم افکار وسواسی را تشریح می‌کند و برای تعدیل سایر حوزه‌های باورها، (مانند مسئولیت‌پذیری افراطی، عدم تحمل در برابر باتکلیفی و کمال‌گرایی) تلاشی نمی‌کند. این باورها محصول و پیامد باورهای فراشناختی ناهنجار تلقی می‌شوند (Gwilliam et al., 2004). درمان فراشناختی از طریق تصحیح باورهای فراشناختی، مکانیسم کنترل و نظارت فراشناختی، میزان نشخوار ذهنی که هسته اصلی افسردگی است را کاهش می‌دهد. نشخوار ذهنی یک تلاش بی‌ثمر برای خودتنظیمی کارکرد اجرایی است. این راهبردهای خودتنظیمی نه‌تنها به تنظیم کارکرد اجرایی کمک نمی‌کند، بلکه به بی‌نظمی کارکرد اجرایی و اختلال در سیستم نظارتی و کنترلی نیز دامن می‌زند. در طی درمان فراشناختی بیمار بعد از آگاه شدن از این فرایندها و با متوقف شدن راهبردهای ناکارآمد کنترل و عبور از سطح عینی به فراشناختی، نشخوار ذهنی به‌عنوان هسته اختلال افسردگی، به‌طور محسوسی کاهش می‌یابد. بررسی‌های انجام شده در زمینه عوامل مؤثر بر درمان اختلال وسواسی-جبری نشان داده‌اند که افسردگی شدید و وجود عقاید بیش‌بها داده‌شده بر دستاوردهای درمان تأثیر منفی می‌گذارد؛ اما از آنجاکه آزمودنی‌های این پژوهش از افسردگی شدید و عقاید بیش‌بها داده‌شده رنج نمی‌بردند، خلق پایین آن‌ها مانعی در راه درمان نبود و با بهتر شدن علائم وسواس، بهبودی نسبی در نمره‌های افسردگی به‌دست آمد (Nateghi & Dadashi, 2017).

1. Solem

2. Vogel

سؤال پژوهش بر این اساس بود که میزان تأثیر درمان فراشناختی در بهبود کیفیت زندگی چقدر می‌باشد. نتایج نشان داد، بهبودی کلی به‌دست آمده میزان متوسط به پایینی می‌باشد. با این حال اندازه اثر کلی بزرگتر از ۱ به‌دست آمد که میزان بالایی است. باتوجه به درصد بهبودی پایین و عدم محاسبه شاخص تغییر پایا به علت در دست نبودن پایایی پرسش‌نامه، باید با احتیاط در رد یا تأیید این عامل سخن گفت. در تبیین این یافته می‌توان گفت آزمودنی‌های پژوهش افرادی بودند که سطح اجتماعی، اقتصادی و میزان تحصیلات آن‌ها متوسط و بالاتر بود و از این‌رو تغییرات رخ داده در طول درمان ممکن است چشمگیر نباشد. همین‌طور استفاده از پرسش‌نامه فرم کوتاه ممکن است برآورد دقیقی از میزان کیفیت زندگی افراد به‌دست ندهد و چون کیفیت زندگی سطوح گسترده‌تری از جنبه‌های مختلف زندگی را دربرمی‌گیرد، برای تغییر آن باید فاکتورهای مختلفی تغییر کند که دوره درمان تنها یک فاکتور برای بهبود کیفیت زندگی است (Nateghi & Dadashi, 2017). باتوجه به نتایج می‌توان گفت که درمان فراشناختی منجر به بهبود علائم افسردگی و اضطراب و همین‌طور ارتقاء نسبی کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری می‌شود. لذا می‌توان گفت درمان فراشناختی ضمن بهبود علائم وسواس، تأثیر ثانویه‌ای هم بر کاهش میزان علائم اضطراب و افسردگی افراد می‌گذارد. این نتایج توسط پژوهش‌های مشابه دیگر تأیید شد. اما باتوجه به محدودیت‌های پژوهش در حوزه بررسی عامل کیفیت زندگی، باید تحقیقات بیشتری جهت کسب نتایج دقیق‌تر و قطعی‌تر انجام شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد است. از مدیریت محترم مرکز مشاوره دانشگاه علوم پزشکی زنجان که پژوهش در آنجا به اجراء درآمد، تشکر و قدردانی می‌شود.

### منابع

- Gwilliam, P., Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). Dose meta- cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: A test of the metacognitive model. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(2), 137-144 .
- Wells, A. (2009). *Meta-Cognitive Therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM-5)* (S. Y, Trans. Fifth edition ed.). Tehran: Ravan.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893 .
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck depression inventory-II. *Psychological Assessment* .
- Biabangard, E. (2003). An analysis of metacognition and cognitive therapy. *Advances in Cognitive Science*, 4(4), 32-39 .
- Dabson, K., & Mohammad, K. P. (2007). Psychometric characteristics of Beck depression inventory-II in patients with major depressive disorder. *jrehab*, 8, 80-82
- Ferguson, C. J. (2009). An effect size primer: A guide for clinicians and researchers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(5), 532-538
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1997). *User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders SCID-I*. clinician version: American Psychiatric Pub.

- Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(2), 117-132 .
- Gharayi, B. (2003). *Identification of identity status and its relationship with identity styles and depression in adolescents*. PhD in Clinical Psychology, Iran University of Medical Sciences, Psychiatric Institute.
- Hezel, D. M., & Simpson, H. B. (2019). Exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder :A review and new directions. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(1), 85 .
- Hinton-Bayre, A. D. (2010). Deriving reliable change statistics from test-retest normative data: Comparison of models and mathematical expressions. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 25(3), 244-256 .
- Kaviani, H., & Mousavi, A. (2008). Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran University Medical Journal*, 66(2), 136-140.
- Khanjani, Z., Aliloo, M. M., Fakhari, A., & Abdolpour, G. (2016). The effectiveness of meta-cognitive therapy on anxiety and depression in patients with post-traumatic stress disorder. *The Journal of Urmia University of Medical Sciences*, 27(3), 222-230 .
- Külz, A. K., Landmann, S., Cludius, B., Rose, N., Heidenreich, T., Jelinek, L,...& Voderholzer, U. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) and residual symptoms after cognitive behavioral therapy (CBT): A randomized controlled trial. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269(2), 223-233 .
- Masellis, M., Rector, N. A., & Richter, M. A. (2003). Quality of life in OCD: Differential impact of obsessions, compulsions, and depression comorbidity. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(2), 72-77 .
- Myers SG, & A, W. (2005). Obsessive-compulsive symptoms: The contribution of metacognitions and responsibility. *Journal of anxiety disorders*, 19(7), 806-817 .
- Myers, S. G., Fisher, P. L., & Wells, A. (2009a). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(4), 436-442 .
- Myers, S. G., Fisher, P. L., & Wells, A. (2009b). Metacognition and cognition as predictors of obsessive-compulsive symptoms :A prospective study. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2(2), 132-142 .
- Nainian, M., Nik Azin, A., Shairi M, Rajabi, M., & Soltaninejad, Z. (2017). Reliability and validity of adults' personal wellbeing index (PWI-A). *Biannual Journal of Clinical Psychology & Personality*, 15(1), 189-199 .
- Nateghi, N., Dadashi, M., & Mahmoud Alilou, M. (2017). Effectiveness of metacognitive therapy in improving sign and symptoms, metacognitive beliefs and quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 9, 112-112.
- Nazemian, A., Hashemian, P., & Hashemian, P. (2016). Comparison of efficacy of cognitive-behavioral therapy and neurofeedback on symptoms of adolescence obsessive-compulsive disorder. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 59(1), 48-55.
- Sadock, B., Sadock, V., & Ruiz MD, P. (2015). *Kaplan & Sadock synopsis of psychiatry: Behavioral sciences*. Tehran: Arjmand.

- Sharifi, V., Assadi, S. M., Mohammadi, M. R., Amini, H., Kaviani, H., ... & Shooshtari, M. H. (2009). A persian translation of the structured clinical interview for diagnostic and statistical manual of mental disorders: Psychometric properties. *Comprehensive Psychiatry*, 50(1), 86-91 .
- Solem, S., Myers, S. G., Fisher, P. L., Vogel, P. A., & Wells, A. (2010). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Replication and extension. *Journal Of Anxiety Disorders*, 24(1), 79-86 .
- Tomyn, A. J., Tyszkiewicz, M. D. F., & Cummins, R. A. (2013). The personal wellbeing index: Psychometric equivalence for adults and school children. *Social Indicators Research*, 110(3), 913-924 .
- Torp, N. C., Dahl, K., Skarphedinsson, G., Thomsen, P. H., . . . & Lenhard, F. (2015). Effectiveness of cognitive behavior treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: Acute outcomes from the Nordic Long-term OCD Treatment Study (NordLOTS). *Behaviour Research and Therapy*, 64, 15-23 .
- Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. United States: John Wiley & Sons.
- Wells, A. (2005). Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23(4), 337-355 .