

## مقایسه درمان فراشناختی، فلووکسامین و درمان ترکیبی

### در بهبود راهبردهای کنترل فکر و نشانه‌های توقف در اختلال وسواسی - اجباری

دکتر حسین شاره<sup>1</sup>، دکتر بنفشه غرایبی<sup>2</sup>، دکتر محمد کاظم عاطف وحید<sup>2</sup>

#### Comparison Between Metacognitive Therapy, Fluvoxamine and Combined Therapy in the Improvement of Thought Control Strategies and Stop Signal Criteria in Obsessive Compulsive Disorder

Hossein Shareh\*, Banafsheh Gharraee<sup>a</sup>, Mohammad Kazem Atef Vahid<sup>a</sup>

#### Abstract

**Objectives:** This study was conducted to compare the efficacy of metacognitive therapy (MCT), fluvoxamine and the combination of MCT with fluvoxamine, in improving thought control strategies and stop signal criteria in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD). **Method:** Twenty one individuals among outpatients with OCD presenting to clinics in Tehran were selected and randomly divided into three groups: metacognitive therapy, fluvoxamine (50-300 mg/d) and combined therapy. All groups received 10 days of treatment. The Thought Control Questionnaire (TCQ) and Stop Signal Questionnaire (SSQ) were administered pre-treatment and post-treatment to all subjects. Kruskal Wallis test, Mann-Whitney U-test, and ANCOVA were used to analyze data. **Results:** In comparison with fluvoxamine, MCT and combined treatment led to significant improvements in worry, self-punishment and reappraisal strategies of thought control and stop signal criteria ( $p < 0.01$ ). There was no significant difference between MCT and combined therapy. **Conclusion:** MCT and combined treatment are more effective than fluvoxamine (50-300 mg/d) in improving thought control strategies and stop signal criteria in patients with OCD. Adding medication to MCT does not improve the patients' outcome.

**Key words:** thought control strategies; stop signal criteria; obsessive-compulsive disorder; metacognitive therapy; fluvoxamine

[Received: 28 June 2010; Accepted: 4 September 2010]

#### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر بررسی میزان بهبود راهبردهای کنترل فکر و نشانه‌های توقف آداب وسواسی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری (OCD) با درمان فراشناختی در مقایسه با فلووکسامین و درمان ترکیبی فراشناختی با فلووکسامین بود. **روش:** از میان بیماران سرپایی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های شهر تهران، 21 بیمار مبتلا به OCD انتخاب شده، به‌طور تصادفی به یکی از سه گروه درمانی فراشناختی، فلووکسامین (50 تا 300 میلی‌گرم در روز) و ترکیبی اختصاص یافتند. هر سه گروه به مدت 10 هفته مورد درمان قرار گرفتند. آزمودنی‌ها پیش و پس از درمان، به پرسش‌نامه‌های کنترل فکر (TCQ) و نشانه‌های توقف (SSQ) پاسخ دادند. تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک آزمون‌های آماری کروسکال‌والیس، Uمن‌ویتنی و تحلیل کوواریانس یک‌طرفه انجام شد. **یافته‌ها:** درمان فراشناختی و ترکیبی در مقایسه با فلووکسامین منجر به بهبود راهبردهای نگرانی، خودتنبیهی، ارزیابی دوباره و نشانه‌های توقف شدند ( $p < 0/01$ ). تفاوت معناداری میان درمان‌های فراشناختی و ترکیبی وجود نداشت. **نتیجه‌گیری:** درمان‌های فراشناختی و ترکیبی در بهبود راهبردهای کنترل فکر و نشانه‌های توقف آداب وسواسی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری مؤثرتر از فلووکسامین (50-300 میلی‌گرم در روز) هستند. افزودن دارو به درمان فراشناختی منجر به بهبود بیشتر بیماران نمی‌شود.

**کلیدواژه‌ها:** راهبردهای کنترل فکر؛ نشانه‌های توقف؛ اختلال وسواسی-اجباری؛ درمان فراشناختی؛ فلووکسامین

[دریافت مقاله: 1389/4/7؛ پذیرش مقاله: 1389/6/13]

<sup>1</sup> دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه تربیت معلم سبزوار (دانشگاه حکیم سبزواری). سبزوار، توحیدشهر، پردیس دانشگاه تربیت معلم (دانشگاه حکیم سبزواری).  
دورنگار: 0571-4410460 (نویسنده مسئول) E-mail: hsharreh@yahoo.com.au<sup>2</sup> دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روانپزشکی تهران.

\* Corresponding author: Ph.D. in Clinical Psychology, Assistant Prof. of Hakim Sabzevari University. Hakim Sabzevari University, Tohidshahr, Sabzevar, Iran, IR. Fax: +98571-4410460, E-mail: hsharreh@yahoo.com.au; <sup>a</sup> Ph.D. in Clinical Psychology, Assistant Prof. of Tehran University of Medical Sciences, Mental Health Research Center, Tehran Psychiatric Institute.

## مقدمه

ارزیابی منفی نگرانی را در افراد سالم بررسی کرد؛ این نوع ارزیابی با تلاش برای چیرگی بر افکار رابطه داشت. درمان فراشناختی<sup>27</sup> (MCT) (ولز و متیوس<sup>28</sup>، 1994؛ ولز، 1997، 2000، 2009) OCD برخلاف رویکردهای شناختی، بدون توجه به محتوای وسواسها، تنها بر باورهای فراشناختی تمرکز کرده، برای اصلاح سایر حوزههای باورها، مانند مسئولیت پذیری بیش از حد، تحمل نکردن ابهام و کمال گرایی، تلاشی نمی کند، زیرا این باورها به عنوان پیامدها و فرآوردههای باورهای فراشناختی نابهنجار در نظر گرفته می شوند (جی ویلیام<sup>29</sup>، ولز و کارترایت - هاتون<sup>30</sup>، 2004؛ میرز<sup>31</sup> و ولز، 2005). دومین تفاوت، تأکید رویکرد فراشناختی بر نشانهها و معیارهای ناکارآمد درونی<sup>32</sup>، برای توقف آداب وسواسی است. تا کنون در الگوهای شناختی، این جنبه به عنوان یک عامل ویژه نیازمند اصلاح و درمان، مفهوم سازی نشده است. نقش معیارهای درونی ناکارآمد در OCD و تداوم آن در پژوهشهای گوناگون تأیید شده است (کولز<sup>33</sup>، فراست<sup>34</sup>، هیمبرگ<sup>35</sup> و ریومی<sup>36</sup>، 2003؛ کولز و همکاران، 2005).

اثر بخشی MCT فردی (فیشر<sup>37</sup> و ولز، 2008؛ اندوز، 2006) و گروهی (ریس<sup>38</sup> و ون کوسولد<sup>39</sup>، 2008) در کاهش نشانههای OCD و باورهای فراشناختی نشان داده شده است. فیروزآبادی و شاره (2009) با کاربرد راهبردهای هشیاری فراگیر بی طرفانه - که از اصلی ترین راهبردهای فراشناختی در درمان هستند - بهبود چشم گیری در نشانههای وسواس، اضطراب، افسردگی، استرس، خودکارآمدی، باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر بیماران OCD یافتند.

اختلال وسواسی اجباری<sup>1</sup> (OCD)، یکی از اختلالهای اضطرابی، با مشخصه افکار، ایدهها، تصاویر یا تکانههای مزاحم، نامناسب و تکراری است که اضطراب و مقاومت ذهنی (وسواسها) را برمی انگیزد و بنابراین فرد را برای خنثی کردن ترس وسواسی یا عمل بر پایه قواعد انعطاف ناپذیر، مجبور به انجام رفتارهای آشکار یا پنهان (تشریفات اجباری) می کند. موضوعهای رایج در OCD آلودگی، پرخاشگری، مسایل جنسی، مذهب، مسئولیت برای آسیب، گردآوری و تقارن است (فوآ<sup>2</sup> و همکاران، 2002؛ مک کی<sup>3</sup> و همکاران، 2004). نشانههای این اختلال با آشفتگی فردی و ناتوانی کارکردی همراه است (کرینو<sup>4</sup>، اسلاد<sup>5</sup> و اندروز<sup>6</sup>، 2005). در بیشتر موارد، OCD درمان نشده دوره ای مزمن و تخریب کننده به راه می اندازد (ایسن<sup>7</sup> و استکتی<sup>8</sup>، 1998)، بنابراین هنگامی که مزمن بودن و هزینه های شخصی را همراه با شیوع نسبتاً بالا (3-2 درصد در بزرگسالان؛ کارنو<sup>9</sup>، گلدینگ<sup>10</sup>، سورنسون<sup>11</sup> و بورنام<sup>12</sup>، 1998)، در نظر بگیریم، اهمیت دست یابی به روش های درمانی مؤثر و اقتصادی مشخص می شود.

نظریه فراشناختی بر این باور است که ماهیت بسیاری از رفتارهای مقابله ای، فراشناختی است. یکی از این رفتارهای مقابله ای، سرکوبی است. سرکوبی افکار ناخوشایند منجر به افزایش یا بازگشت افکار سرکوب شده می شود، بنابراین چنین راهبردی در بلندمدت پیامد وارون خواهد داشت (پوردن<sup>13</sup>، 1999؛ وگنر<sup>14</sup>، اشنايدر<sup>15</sup>، کارتر<sup>16</sup> و وایت<sup>17</sup>، 1987؛ ونزلاف<sup>18</sup> و وگنر، 2000). وگنر (1994) این پدیده را اثر بازگشت<sup>19</sup> نامید. بنابراین راهبردهای کنترل افکار، که با هدف حذف افکار از هشیاری انجام می شوند، بی تأثیر هستند. این موضوع در بیشتر موارد به وسیله بیماران مبتلا به OCD گزارش شده است (ولز<sup>20</sup>، 2009). از سوی دیگر یافته ها نشان داده اند نگرانی و خودتنبیهی با OCD رابطه مستقیم دارد و افراد مبتلا به OCD بیشتر راهبردهای نگرانی و خودتنبیهی را به کار می برند (امیر<sup>21</sup>، کاشمن<sup>22</sup> و فوآ، 1997؛ آبراموتیز<sup>23</sup>، وایت ساید<sup>24</sup>، کلسکی<sup>25</sup> و تولین<sup>26</sup>، 2003). از آنجا که راهبردهای کنترل فکر با باورهای فراشناختی درباره پیامدهای مفید و مضر نگرانی و تفکر منفی ارتباط دارد، نظریه فراشناختی، دوسوگرایی را پیامد درگیری یا تلاش برای رهاشدن از نگرانی و نشخوار فکری می داند. پوردون (2000)

- |                                     |                  |
|-------------------------------------|------------------|
| 1- Obsessive Compulsive Disorder    | 2- Foa           |
| 3- McKay                            | 4- Crino         |
| 5- Slade                            | 6- Andrews       |
| 7- Eisen                            | 8- Steketee      |
| 9- Karno                            | 10- Golding      |
| 11- Sorenson                        | 12- Burnam       |
| 13- Purdon                          | 14- Wegner       |
| 15- Schneider                       | 16- Carter       |
| 17- White                           | 18- Wenzlaff     |
| 19- rebound effect                  | 20- Wells        |
| 21- Amir                            | 22- Cashman      |
| 23- Abramowitz                      | 24- Whiteside    |
| 25- Kalsky                          | 26- Tolin        |
| 27- Meta Cognitive Therapy          | 28- Matthews     |
| 29- Gwilliam                        |                  |
| 30- Cartwright-Hatton               | 31- Myers        |
| 32- internal dysfunctional criteria | 33- Coles        |
| 34- Frost                           | 35- Heimberg     |
| 36- Rheaume                         | 37- Fisher       |
| 38- Rees                            | 39- van Koesveld |

پژوهش حاضر درمان فراشناختی، درمان ترکیبی فراشناختی با فلووکسامین و درمان فلووکسامین به تنهایی را، در بهبود بیماران OCD، مورد مقایسه قرار داد.

## روش

پژوهش آزمایشی<sup>1</sup> حاضر که با کد IRCT138811303372N1 در سایت کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده است، از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون<sup>2</sup> بود. 21 بیمار مبتلا به OCD از میان مراجعه‌کنندگان به هفت مرکز روانشناختی - روانپزشکی دولتی و خصوصی مناطق مختلف شهر تهران انتخاب و به‌طور تصادفی به سه گروه درمانی (فراشناختی، ترکیبی و فلووکسامین) اختصاص داده شدند. از همکاران روانشناس و روانپزشک خواسته شده بود بیماران مبتلا به OCD را، که به شرکت در پژوهش تمایل داشتند، به مؤلف نخست معرفی نمایند؛ بدین صورت 94 بیمار معرفی شدند و پس از موافقت کتبی برای شرکت در پژوهش، با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج، به‌طور تصادفی در یکی از گروه‌های درمانی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود عبارت بود از: دارابودن ملاک‌های تشخیصی OCD به تشخیص روانپزشک بر پایه مصاحبه تشخیصی و به تشخیص روانشناس بالینی بر پایه نسخه بالینی مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV<sup>3</sup> (SCID-I/CV) (فرست<sup>4</sup>، اسپیتزر<sup>5</sup>، گیبون<sup>6</sup> و ویلیامز<sup>7</sup>، 1997)؛ دریافت نکردن درمان‌های روانشناختی و مصرف نکردن دارو دست‌کم یک ماه پیش از ورود به پژوهش، در دامنه سنی 18-50 سال بودن و دارا بودن دست‌کم سواد سوم راهنمایی. ملاک‌های خروج عبارت بود از: نشانه‌های روان‌پریشی<sup>8</sup>؛ سوءمصرف مواد؛ دارابودن ملاک‌های کامل سایر اختلال‌های روانشناختی در محور I (به‌جز اختلال اضطراب فراگیر<sup>9</sup> (GAD)، اختلال افسردگی اساسی<sup>10</sup> (MDD) و دیستایمی<sup>11</sup>)؛ داشتن افکار جدی در مورد خودکشی که امکان دریافت دارو به میزان ثابت را ناممکن می‌ساخت و دارابودن ملاک‌های کامل اختلال شخصیت در محور II به تشخیص روانپزشک بر پایه مصاحبه تشخیصی یا به تشخیص روانشناس بالینی بر پایه مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور II در DSM-IV<sup>12</sup> (SCID-II) (فرست، گیبون، اسپیتزر، ویلیامز و بنجامین<sup>13</sup>، 1997).

روش درمان فراشناختی مبتنی بر الگوی گام‌به‌گام فراشناختی (ولز، 2000، 2009) بود، که طی 10 جلسه و مبتنی

بر آموزش راهبردهای فراشناختی - از جمله هشیاری فراگیر بی‌طرفانه، مواجهه و جلوگیری از پاسخ، مواجهه و انجام پاسخ، به‌تعویق‌انداختن نگرانی و چالش‌های کلامی فراشناختی - ارائه شد. در درمان با فلووکسامین، روانپزشک دارو را با بیشینه دُز معیارشده در روز (300-50 میلی‌گرم) برای مراجع تجویز می‌کرد. درمان 10 جلسه ادامه داشت. در جلسه نخست، پس از بحث در مورد پاتوفیزیولوژی بیماری، شیوه تأثیر و چگونگی مصرف دارو، دُز مناسب برای بیمار تجویز می‌شد. در جلسه‌های بعدی ارزیابی کلی از وضعیت مراجع به‌عمل آمده، تأثیر دارو و عوارض آن مورد بررسی قرار گرفته، به پرسش‌ها و نگرانی‌های مراجع پرداخته می‌شد و مراجع برای مصرف مداوم دارو تشویق می‌شد. جلسه‌های درمان ترکیبی فلووکسامین و فراشناختی مانند جلسه‌های درمان فراشناختی بود، ولی آزمودنی‌ها هم‌زمان زیر نظر روانپزشک، فلووکسامین را با بیشینه دُز معیارشده در روز (300-50 میلی‌گرم) به مدت 10 هفته مصرف می‌کردند. یعنی، آزمودنی‌ها پس از هر جلسه روان‌درمانی، برای دریافت یا بررسی داروهایشان، جلسه کوتاهی هم با روانپزشک داشتند.

گفتنی است رضایت کتبی آزمودنی‌ها پیش از ورود به پژوهش به‌دست آمد، امکان انصراف از پژوهش و استفاده از درمان‌های دیگر در صورت ضرورت در هر زمان وجود داشت و جلسه‌های درمان رایگان بود. هم‌چنین پژوهش حاضر از نظر رعایت مسایل اخلاقی در جلسه کمیته اخلاق مورخ 1388/6/9 در مرکز تحقیقات بهداشت روان انستیتو روانپزشکی تهران مورد تأیید قرار گرفت.

برای گردآوری داده‌ها، افزون بر پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، ابزارهای زیر به‌کار رفت. دو نفر دکتر روانشناس بالینی، که آموزش کافی دیده بودند، ابزارها را اجرا کردند.

**نسخه بالینی مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV (SCID-I/CV) (فرست، اسپیتزر و**

- 1- experimental
- 2- pretest-posttest
- 3- Structured Clinical Interview for DSM-IV, axis I disorders, Clinical Version
- 4- First
- 5- Spitzer
- 6- Gibbon
- 7- Williams
- 8- psychotic symptoms
- 9- Generalized Anxiety Disorder
- 10- Major Depressive Disorder
- 11- dysthymia
- 12- Structured Clinical Interview for DSM-IV, axis II disorders
- 13- Benjamin

همکاران، 1997): یک ابزار معیارشده برای ارزیابی اختلال‌های اصلی روانپزشکی بر پایه تعریف‌ها و معیارهای DSM-IV<sup>1</sup> (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>2</sup>، 1994) است، که برای هدف‌های بالینی و پژوهشی تنظیم شده است. اجرای SCID-I/CV به قضاوت بالینی مصاحبه‌کننده درباره پاسخ‌های مصاحبه‌شونده نیاز دارد، بنابراین مصاحبه‌کننده باید در مورد آسیب‌شناسی روانی دانش و تجربه کافی داشته باشد. SCID-I دو نسخه دارد: نسخه بالینی (SCID-I/CV) که بیشتر تشخیص‌های روانپزشکی را پوشش می‌دهد و بیشتر برای کاربرد در محیط‌ها و پژوهش‌های بالینی تنظیم شده است و نسخه پژوهشی<sup>3</sup> (SCID-I/RV) کامل‌تر و طولانی‌تر که تشخیص‌ها و نیز زیرنوع‌های<sup>4</sup> تشخیصی و معیارهای شدت و سیر اختلال‌ها را نیز پوشش می‌دهد. اعتبار<sup>5</sup> و پایایی<sup>6</sup> این ابزار در پژوهش‌های گوناگون قابل قبول گزارش شده است (گراث - مارنات<sup>7</sup>، 2003). برای مثال در پایایی تشخیصی بین‌ارزیاب‌ها<sup>8</sup> کاپای<sup>9</sup> بالای 0/7 گزارش شد (زانارینی<sup>10</sup> و همکاران، 2000). نسخه فارسی SCID-I/CV به وسیله شریفی و همکاران (2004) تنظیم و اعتبار و پایایی آن خوب گزارش شد. در بررسی بختیاری (2000) اعتبار این ابزار به وسیله متخصصان و استادان روانشناسی بالینی تأیید و پایایی بازآزمایی<sup>11</sup> با فاصله یک هفته 0/95 گزارش شد.

**مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور II در DSM-IV (SCID-II) (فرست، گیون و همکاران، 1997):** یک مصاحبه تشخیصی ساختاریافته با 119 گویه برای ارزیابی اختلال‌های شخصیت است. در یک بررسی برای تعیین پایایی بازآزمایی با فاصله دو هفته روی 284 آزمودنی در چهار مرکز بیماران روانپزشکی و دو مرکز بیماران غیرروانپزشکی، ضریب کاپای کلی برای بیماران روانپزشکی 0/53 و از 0/24 برای اختلال شخصیت وسواسی<sup>12</sup> تا 0/74 برای اختلال شخصیت نمایشی<sup>13</sup> به دست آمد. توافق بین‌ارزیاب‌ها در گروه بیماران غیرروانپزشکی پایین‌تر (کاپای کلی 0/38) بود (فرست، گیون و همکاران، 1997). در پژوهش بختیاری (2000) اعتبار محتوای<sup>14</sup> نسخه فارسی به وسیله چند نفر از استادان روانشناسی بالینی تأیید و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله یک هفته 0/87 گزارش شد.

**پرسش‌نامه کنترل فکر<sup>15</sup> (TCQ) (ولز و دیویس<sup>16</sup>، 1994)** برای اندازه‌گیری تفاوت‌های فردی در کاربرد راهبردهای کنترل افکار ناخوانده و مزاحم تنظیم شده، 30 گویه دارد. پنج

خرده‌مقیاس TCQ، توجه‌برگردانی<sup>17</sup>، کنترل اجتماعی<sup>18</sup>، نگرانی<sup>19</sup>، خودتنبیهی<sup>20</sup> و ارزیابی دوباره<sup>21</sup>، در مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای یک (تقریباً هرگز) تا چهار (تقریباً همیشه) پاسخ داده می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ<sup>22</sup> خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب بالا 0/72، 0/79، 0/71، 0/64، 0/67 و ضریب پایایی بازآزمایی آنها 0/68، 0/83، 0/72، 0/67 و 0/83 گزارش شده است (همان‌جا). در بررسی اعتبار TCQ ضریب همبستگی آن با پرسش‌نامه‌های پادوآ<sup>23</sup> (PI) (ساناویو<sup>24</sup>، 1988)، افکار اضطرابی<sup>25</sup> (ATI) (ولز، 2000)، شخصیت آیزنک<sup>26</sup> (EPQ) (آیزنک و آیزنک، 1975) و مقیاس نگرش‌های ناکارآمد<sup>27</sup> (DAS) (وایزمن<sup>28</sup> و بک<sup>29</sup>، 1978) بالا ارزیابی شده است (ولز، 2000). گودرزی و اسماعیلی ترکانبوری (2006) با بررسی 100 نفر، ضریب آلفای کرونباخ کل و خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب بالا را 0/70، 0/79، 0/70، 0/76 و 0/70 گزارش کردند. گفتنی است در پژوهش حاضر نسخه برگردان شده به وسیله شاره و همکاران (2010) به کار رفت. آلفای کرونباخ کل در این بررسی 0/87 گزارش شده است.

**پرسش‌نامه نشانه‌های توقف<sup>30</sup> (SSQ) (میرز، فیشر و ولز، 2009)** برای ارزیابی اهمیت معیارهای خاص تصمیم‌گیری و برای متوقف کردن تشریفات و آداب وسواسی ساخته شده است. 12 گویه SSQ نشانه‌های توقف<sup>31</sup> را فهرست کرده، از بیمار خواسته می‌شود میزان اهمیت این نشانه‌ها برای متوقف کردن تشریفاتشان را روی مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای، از صفر (کاملاً بی‌اهمیت) تا چهار (سیار بااهمیت) مشخص نماید. گویه‌ها به جای معیارهای عینی برای هدایت رفتار،

- 1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4<sup>th</sup>ed.)
- 2- American Psychiatric Association
- 3- Structured Clinical Interview for DSM-IV, axis I disorders, Research Version
- 4- subtypes
- 5- validity
- 6- reliability
- 7- Groth-Marnat
- 8- interrater diagnostic reliability
- 9- Kappa
- 10- Zanarini
- 11- test-retest reliability
- 12- obsessive-compulsive personality disorder
- 13- histrionic personality disorder
- 14- content validity
- 15- Thought Control Questionnaire
- 16- Davies
- 17- distraction
- 18- social control
- 19- worry
- 20- self-punishment
- 21- reappraisal
- 22- Cronbach  $\alpha$
- 23- Padua Inventory
- 24- Sanavio
- 25- Anxious Thought Inventory
- 26- Eysenck Personality Questionnaire
- 27- Dysfunctional Attitude Scale
- 28- Weissman
- 29- Beck
- 30- Stop Signal Questionnaire
- 31- stop signals

## یافته‌ها

از 19 آزمودنی 7، 6 و 6 نفر به ترتیب در گروه درمان فراشناختی، گروه درمان ترکیبی و گروه درمان با فلووکسامین قرار گرفتند. یک نفر از آزمودنی‌ها در گروه درمان با فلووکسامین به دلیل عوارض دارویی و بنابراین تغییر دارو، پس از پنج جلسه درمان از پژوهش کنار گذاشته شد. یک نفر نیز از گروه درمان ترکیبی به دلیل تصادف و بستری شدن در بیمارستان امکان ادامه درمان را نداشت. در سه گروه درمان فراشناختی، ترکیبی و فلووکسامین شمار زنان (و مردان) به ترتیب 3 (4)، 4 (2) و 3 (3) نفر و شمار افراد مجرد (و متأهل) به ترتیب 4 (3)، 3 (3) و 3 (3) نفر بود. بنابراین با توجه به شباهت فراوانی‌ها، میان سه گروه از نظر جنسیت و وضعیت تأهل تفاوتی نبود.

کاربرد آزمون کروسکال والیس نشان داد میان سه گروه پیش از شروع درمان تفاوتی وجود نداشت (جدول 1).

یافته‌های آزمون کروسکال والیس و تحلیل کوواریانس یک‌راهه مربوط به متغیرهای پژوهش در پایان درمان و پس از حذف اثر نمره‌های این متغیرها پیش از درمان<sup>9</sup> - که به عنوان کوواریانس در نظر گرفته شدند - در جدول 2 آمده است؛ افزایش نمره‌ها در خرده‌مقیاس ارزیابی دوباره و کاهش نمره‌ها در خرده‌مقیاس‌های نگرانی و خودتنبیهی نشانه بهبودی منتج از هر سه درمان بود، اما تأثیر درمان فراشناختی و ترکیبی به مراتب بیشتر بود.

احساس‌های درونی یا قواعد شخصی را توصیف می‌کنند. تحلیل مؤلفه‌های اصلی، یک تا سه عامل را بر پایه نمودار اسکری<sup>1</sup> مشخص کرده، همسانی درونی 0/89 و پایایی بازآزمایی 0/63 را به فاصله سه ماه گزارش کرده است (میرز، 2008). SSQ به وسیله شماره و همکاران (2010) به فارسی برگردان شد. اعتبار محتوا به وسیله روانشناسان و روانپزشکان و اعتبار صوری<sup>2</sup> به وسیله بیماران مبتلا به OCD تأیید و ضریب آلفای کرونباخ و پایایی بازآزمایی به فاصله دو هفته به ترتیب 0/87 و 0/79 گزارش شده است (همان‌جا). در پژوهش حاضر SSQ برای اندازه‌گیری میزان ملاک‌ها و قواعد شخصی ناکارآمد به کاررفته به وسیله بیماران برای متوقف کردن آداب و سواسی به کار رفت.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک SPSS-16<sup>3</sup> انجام شد. با توجه به حجم کم نمونه و بنابراین برقرارنشدن پیش فرض‌های توزیع نرمال و همگونی واریانس‌ها، برای مقایسه میانگین گروه‌ها در پایان درمان، آزمون کروسکال والیس<sup>4</sup> و آزمون U من ویتنی<sup>5</sup> به کار رفت. برای کنترل تأثیر متغیرهای پژوهش پیش از درمان روی نمره‌های متغیرها در پایان درمان تحلیل کوواریانس یک‌طرفه<sup>6</sup> (ANCOVA) به کار رفت، که نیازی به تساوی واریانس‌ها و توزیع نرمال ندارد. گفتنی است پیش شرط همگونی رگرسیون‌ها برای تحلیل کوواریانس وجود داشت. اندازه اثر<sup>7</sup> تفاوت میانگین<sup>8</sup> گروه‌ها نیز حساب شد.

جدول 1- میانگین و انحراف معیار سه گروه پیش از شروع درمان در متغیرهای پژوهش و یافته‌های آزمون کروسکال والیس

سطح معناداری	$\chi^2$	فراشناختی		
		میانگین (انحراف معیار)	فلووکسامین میانگین (انحراف معیار)	ترکیبی میانگین (انحراف معیار)
0/75	0/56	(5/87)24/71	(9/47)29/16	(11/38)27
0/47	1/50	(2/87)13/28	(2)15	(3/20)13/33
0/84	0/33	(3/50)3/42	(3/72)4/66	(2/99)3/25
0/77	0/51	(2/87)11/42	(1/96)11/66	(3/72)11/66
0/79	0/45	(3/33)12/14	(2/82)12	(3/77)13/33
0/13	3/97	(2/62)13/28	(1/94)14/83	(3/18)16/83
0/76	0/54	(3/35)16/57	(1/94)17/16	(3/25)16/16
0/95	0/10	(3/14)10/71	(3/20)11/50	(4/13)11/66
0/45	1/59	(4/69)32	(4/87)29/16	(3/65)31/16

1- scree plot 2- formal  
3- Statistical Package for the Social Science- version 16  
4- Kruskal Wallis test 5- U Mann Whitney  
6- one-way analysis of covariance 7- effect size  
8- mean difference 9- pre-treatment

جدول 2- میانگین و انحراف معیار سه گروه در پایان درمان در متغیرهای پژوهش، یافته‌های آزمون کروسکال والیس و تحلیل کوواریانس یک‌راهه

$\chi^2$	F	فراشناختی			توجه‌برگردانی
		میانگین (انحراف معیار)	فلووکسامین میانگین (انحراف معیار)	فراشناختی میانگین (انحراف معیار)	
0/27	0/17	(2/48)12/83	(3/14)12/66	(3/23)11/85	کنترل اجتماعی
1/41	0/35	(3/20)15/66	(3/20)13/33	(4/57)14/57	نگرانی
12/13*	16/19*	(1/94)7/83	(2/25)12/50	(1/21)6/85	خودتنبیهی
12/72*	92/73*	(1/75)8/33	(1/50)15/66	(1/06)7/14	ارزیابی دوباره
9/41*	12/65*	(2/94)19/50	(3/38)11/66	(3/73)18/42	نشانه‌های توقف
11/77*	46/64*	(3/27)9/50	(3/97)22/16	(3/14)9/71	

\* p&lt;0/01

جدول 3- مقایسه‌های دوتایی میان گروه‌ها برای متغیرهای پژوهش در پایان درمان با کاربرد آزمون تعقیبی، U من ویننی و اندازه اثر

فلووکسامین - ترکیبی				فراشناختی - ترکیبی				فراشناختی - فلووکسامین				متغیرها
ES	U	F	MD	ES	U	F	MD	ES	U	F	MD	
0/55	0/5*	11/36*	4/55	0/18	14/50	2/26	-1/18	0/72	0*	25/69*	-5/73	نگرانی
0/93	0*	126/82*	7/02	0/30	12	4/36	-1/31	0/94	0*	154/74*	-8/33	خودتنبیهی
0/83	1/5*	46/08*	-7/74	0/01	18	0/14	-0/59	0/56	3*	13/17*	7/15	ارزیابی دوباره
0/90	0*	88/73*	13/64	0/001	20/50	0/01	-0/19	0/84	0*	53/76*	-13/83	نشانه‌های توقف

\* p&lt;0/01

متغیر در پایان درمان، به‌ویژه در درمان فراشناختی و ترکیبی به‌میزان قابل توجهی کاهش یافت.

یافته دیگر پژوهش نشان داد درمان فراشناختی و ترکیبی در مقایسه با فلووکسامین به کاهش معنادار نمره خودتنبیهی و نگرانی منجر شده است. به بیان دیگر می‌توان گفت با ایجاد وضعیت فراشناختی در آزمودنی‌های درمان‌شده با دو درمان فراشناختی و ترکیبی، راهبردهای کنترل فکر آزمودنی‌ها به وضعیت بهنجار تغییر پیدا کرده است. اندوز (2006) نیز نشان داد درمان فراشناختی OCD کاهش نمره خرده‌مقیاس‌های خودتنبیهی و نگرانی و افزایش نمره خرده‌مقیاس‌های توجه‌برگردانی، ارزیابی دوباره و کنترل اجتماعی را در پی دارد. فیروزآبادی و شاره (2009) نیز کاهش نمره خودتنبیهی و نگرانی و افزایش نمره توجه‌برگردانی و کنترل اجتماعی را در نتیجه درمان فراشناختی گزارش کرده‌اند. با نگاهی به محتوا و فرایند گام‌به‌گام درمان فراشناختی OCD، به‌نظر می‌رسد تغییر راهبردهای توجه‌برگردانی و کنترل اجتماعی زیاد مورد توجه قرار نگرفته است، زیرا این موارد در مقایسه با سایر راهبردهای کنترل فکر از نقش کمتری در تداوم اختلال OCD برخوردار هستند (ولز، 2000). این امر می‌تواند معنادار شدن تغییر این دو متغیر در پژوهش حاضر را تبیین نماید.

مقایسه‌های دوتایی میان گروه‌ها نشان داد اثربخشی درمان فراشناختی و ترکیبی بیشتر از فلووکسامین بود، به‌طوری که در پایان این دو درمان نسبت به درمان با فلووکسامین، نمره خرده‌مقیاس ارزیابی دوباره افزوده و نمره‌های خرده‌مقیاس‌های نگرانی، خودتنبیهی و نشانه‌های توقف کاسته شده بود. اندازه‌های اثر متوسط به بالا نیز این تفاوت‌ها را از نظر بالینی تأیید کرد (جدول 3).

## بحث

یافته‌های پژوهش حاضر هم‌سو با دیگر پژوهش‌ها (ولز و دیویس، 1994؛ ولز، 1995؛ امیر و همکاران، 1997) نشان داد آزمودنی‌ها پیش از درمان، برای کنترل افکار خود به میزان زیاد راهبرد خودتنبیهی و سپس نگرانی را به کار می‌برند. ولز و دیویس (1994) بر این باورند که راهبردهای مقابله‌ای خودتنبیهی و نگرانی با آسیب‌پذیری روانی در ارتباط نزدیک هستند. هم‌چنین نمره بالای آزمودنی‌ها در نشانه‌های توقف پیش از درمان با یافته‌های پژوهش‌های میرز و همکاران (2009)، کولز و همکاران (2003) و کولز و همکاران (2005)، که ارتباط میان نشانه‌های توقف و OCD را تأیید کرده‌اند، هم‌خوان است. پژوهش حاضر نشان داد نمره این

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

### منابع

- Abramowitz, J. S., Taylor, S., & McKay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *Lancet*, 374, 491-499.
- Abramowitz, J. S., Whiteside, S., Kalsky, S. A., & Tolin, D. A. (2003). Thought control strategies in obsessive-compulsive disorder: A replication and extension. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 529-554.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amir, N., Cashman, L., & Foa, E. B. (1997). Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 775-777.
- Andouz, Z. (2006). Efficacy and effectiveness of wells' meta-cognitive model in treating a case of obsessive-compulsive disorder. *Iranian Journal of Psychology and Clinical Psychology*, 12(1), 59-66. (Persian)
- Bakhtiari, M. (2000). *Mental disorders in patients with body dysmorphic disorder*. MA thesis, clinical psychology, Tehran University of Medical Sciences, Tehran Psychiatric Institute, Tehran, Iran. (Persian)
- Coles, M. E., Frost, R. O., Heimberg, R. G., & Rheume, J. (2003). Not just right experiences: Perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 41 (6), 681-700.
- Coles, M. E., Heimberg, R. G., Frost, R. O., & Steketee, G. (2005). Not just right experiences and obsessive-compulsive features: Experimental and self-monitoring perspectives. *Behaviour Research and Therapy*, 43 (2), 153-167.
- Crino, R. Slade, T. & Andrews, G. (2005). The changing prevalence and severity of obsessive-compulsive disorder criteria from DSM-III to DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 162, 876-882.

- |                                   |             |
|-----------------------------------|-------------|
| 1- Nakatani                       | 2- Pallanti |
| 3- Quercioli                      | 4- Taylor   |
| 5- Marks                          | 6- Hersen   |
| 7- Bellack                        | 8- Franklin |
| 9- Moser                          |             |
| 10- Serotonin Reuptake Inhibitors |             |
| 11- O'Connor                      | 12- Todorov |
| 13- Robillard                     | 14- Borgeat |
| 15- Brault                        | 16- Kozak   |
| 17- Lichowitz                     |             |

پژوهش حاضر نشان داد درمان فراشناختی و ترکیبی بیشتر از درمان با فلووکسامین راهبردهای کنترل فکر و نشانه‌های توقف را بهبود بخشید، اما میان درمان فراشناختی و ترکیبی تفاوت معنادار وجود نداشت. فراتحلیل‌ها همگام با این یافته نشان می‌دهند اثربخشی دارودرمانی به‌تنهایی کمتر از رفتاردرمانی یا درمان شناختی- رفتاری است (ناکاتانی<sup>1</sup> و همکاران، 2005؛ پالانتی<sup>2</sup> و کوئرسیولی<sup>3</sup>، 2006؛ آبراموویتز، تیلور<sup>4</sup> و مک کی، 2009). هم‌چنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند در بیشتر موارد، کاربرد هم‌زمان درمان‌های دارویی و روان‌شناختی نسبت به کاربرد هر یک به‌تنهایی، تأثیر بیشتری در درمان OCD دارد (پالانتی و کوئرسیولی، 2006؛ مارکس<sup>5</sup>، 1991؛ هرسن<sup>6</sup> و بلک<sup>7</sup>، 1985؛ تونزنده‌جانی، احدی، دلاور و آزاد، 2005)، اما برخی پژوهش‌ها یافته‌های متفاوتی را گزارش کرده‌اند؛ فوآ، فرانکلین<sup>8</sup> و موسر<sup>9</sup> (2002) در فراتحلیلی نشان دادند درمان ترکیبی مواجهه و جلوگیری از پاسخ و بازدارنده‌های بازجذب سروتونین<sup>10</sup> (SRIs) مؤثرتر از هر یک از این درمان‌ها به‌تنهایی نیست. فوآ و همکاران (2005) نیز نشان دادند اگرچه تأثیر درمان ترکیبی بیشتر از دارودرمانی به‌تنهایی است، اما درمان ترکیبی با درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ تفاوت معناداری ندارد.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، مبنی بر تفاوت‌نداشتن درمان فراشناختی و ترکیبی، و با در نظر گرفتن عوارض دارویی، به‌نظر می‌رسد به‌کارگیری درمان فراشناختی به‌تنهایی، هم اقتصادی‌تر است و هم اعتمادبه‌نفس بیمار را وابسته به دارو نمی‌کند، زیرا بیماران مصرف‌کننده دارو نگران هستند که اثرات درمانی مربوط به دارو باشد و با قطع دارو نشانه‌های بیماری برگشت کند. اگرچه برای بررسی دقیق‌تر این موضوع، پژوهش‌های پی‌گیری و طولانی‌مدت لازم است. البته در این زمینه پژوهش‌ها نشان داده‌اند درمان شناختی- رفتاری مؤثرتر از ترکیب این درمان با دارو است (اکانر<sup>11</sup>، تودوروف<sup>12</sup>، روبیلارد<sup>13</sup>، بورگیت<sup>14</sup> و برالت<sup>15</sup>، 1999؛ کوزاک<sup>16</sup>، لایبویتر<sup>17</sup> و فوآ، 2000 و خدایاری‌فرد و عابدینی، 2001).

شمار کم آزمودنی‌ها و پی‌گیری‌نشدن یافته‌ها از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود، که در پژوهش‌های آتی باید مدنظر قرار گیرد. هم‌چنین، باید توجه داشت از آنجا که دوز 50 میلی‌گرم فلووکسامین ممکن است در درمان وسواس مؤثر نباشد، تفسیر و تعمیم یافته‌ها باید با احتیاط صورت پذیرد.

- Eisen, J., & Steketee, G. (1998). Course of illness in obsessive-compulsive disorder. In: L. J. Dickstein, M. B. Riba, & J. M. Oldham (Eds.). *Review of psychiatry*, Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (adult and junior)*. London: Hodder & Stoughton.
- Firouzabadi, A., & Shareh, H. (2009). Effectiveness of detached mindfulness techniques in treating a case of obsessive-compulsive disorder. *Advances in Cognitive Science*, 11(2), 1-7. (Persian)
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinician Version*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). Meta-cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39 (2), 117-132.
- Foa, E., Franklin, M., & Moser, J. (2002). Context in the clinic: How well do CBT and medications work in combination? *Biological Psychiatry*, 51, 989-997.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., & Hajcak G., & Salkovskis, P. M. (2002). The obsessive-compulsive inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485-496.
- Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E., Huppert, J. D., Kjernisted, K., Rowan, V., Schmidt, A. B., Simpson, H. B., & Tu, X. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 151-61.
- Goodarzi, M. A., & Esmaili Torkanbori Y. (2006). The relation between intrusive thoughts control strategies and severity of obsessive-compulsive symptoms. *Hakim*, 8(4), 44-45. (Persian)
- Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of Psychological Assessment* (4thed.). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Gwilliam, P. D. H., Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). Does meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: A test of the meta-cognitive model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 137-144.
- Hersen, M., & Bellack, A. S. (1985). *Handbook of clinical behavior therapy with adults*. New York: Howard.
- Karno, M., Golding, J., Sorenson, S., & Burnam, A. (1998). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1094-1099.
- Kozak, M. J., Licbowitz, M. R., & Foa, E. B. (2000). Cognitive-behavior therapy and pharmacotherapy for OCD. The NIMH-Sponsored Collaborative Study. In W. Goodman, M. Rudorfer, & J. Maser (Eds.). *Obsessive compulsive disorder: Contemporary issues in treatment*. Mahwah, Nj: Erlbaum.
- Khodayari Fard, M., & Abedini, Y. (2001). Comparison of efficacy of cognitive-behavior therapy and the combination of cognitive-behavior therapy with medicine therapy in patients with obsessive-compulsive disorder: Case study. *Journal of Psychology & Educational science*, 6(1), 145-179. (Persian)
- Marks, I. M. (1991). Review of behavioral psychotherapy obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 138(5), 584-592.
- McKay, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Kyrios, M., Radomsky, A. S., Sookman, D., Taylor, S., & Wilhelm, S. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: Symptoms versus mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 24, 283-313.
- Myers, S., Fisher, P. L., & Wells, A. (2009). An empirical test of the meta-cognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(4), 436-442.
- Myers, S. G., & Wells, A. (2005). Obsessive-compulsive symptoms: The contribution of meta-cognitions and responsibility. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(7), 806-817.
- Myers, S. G. (2008). *Meta-cognitions in obsessions and worry*. Ph.D. thesis, clinical psychology, University of Manchester, UK: Manchester.
- Nakatani, E., Nakagawa, A., Nakao, T., Yoshizato, C., Nabeyama, M., Kudo, A., Isomura, K., Kato, N.,



- Yoshioka, K., & Kawamoto, M. (2005). A randomized controlled trial of Japanese patients with obsessive-compulsive disorder: Effectiveness of behavior therapy and fluvoxamine. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 269-276.
- O'Connor, K. P., Todorov, C., Robillard, S., Borgeat, F., & Brault, M. (1999). Cognitive behavior therapy and medication in the treatment obsessive-compulsive disorder: A controlled study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44(1), 64-71.
- Pallanti, S., & Quercioli, L. (2006). Treatment-refractory obsessive-compulsive disorder: Methodological issues, operational definitions and therapeutic lines. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30 (3), 400-412.
- Purdon, C. (2000). *Meta-cognitive and the persistence of worry*. Paper presented at the annual conference of the British Association of behavioral and cognitive psychotherapy, Institute of Education, London.
- Purdon, C. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1029-1054.
- Rees, C. S., & van Koesveld, K. E. (2008). An open trial of group meta-cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 451-458.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: the Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169-177.
- Shareh, H. (2010). *Meta-cognitive therapy, fluvoxamine and combined treatment in treating Iranian patients with obsessive-compulsive disorder*. Ph.D. thesis, clinical psychology, Tehran University of Medical Sciences, Tehran Psychiatric Institute, Tehran, Iran (Persian)
- Shareh, H., Gharraee, B., Atef-Vahid, M. K., & Eftekhari, M. (2010). Meta-cognitive 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*, 4(2), 17-25.
- Sharifi, V., Assadi, S. M., Mohammadi, M. R., Amini, H., Kaviani, H., Semnani, Y., Shabani, A., Shahrivar, Z., Davari-Ashtiani, R., Hakim Shooshtari, M., Seddigh, A., & Jalali, M. (2004). Reliability and feasibility of the Persian translation of the structured clinical interview for DSM-IV (SCID). *Advances in Cognitive Science*, 6, 10-22. (Persian)
- Toozandeh Jani, H., Ahadi, H., Delavar, A., & Azad, H. (2005). The relative efficacy of behavioral-cognitive, medicinal techniques and their combination in treating obsessive compulsive disorder. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 11(4), 33-39. (Persian)
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101, 34-52.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and meta-cognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (2009). *Meta-cognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A., & Davies, M. (1994). The thought control questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thought. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 871-878.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum.
- Weissman, A. N. & Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the dysfunctional attitudes scale: A preliminary investigation*. Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association. Toronto, Ontario.
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59-91.
- Zanarini, M. C., Skodol, A. E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E., Morey, L. C., Grilo, C. M., Shea, M. T., McGlashan, T. H., & Gunderson, J. G. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: Reliability of axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorder*, 14(4), 291-299.