



فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی  
سال شانزدهم شماره ۶۴ زمستان ۱۴۰۰



## اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر درهم آمیختگی افکار در افراد دارای نشانه‌های وسواسی - اجباری

سمانه میرزاحمدی<sup>۱\*</sup>، رسول حشمتی<sup>۲</sup>

۱- کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه تبریز - ایران  
۲- دانشیار گروه روان‌شناسی دانشکده روان‌شناسی دانشگاه تبریز

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۷/۸

تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۳/۸

### چکیده

مطالعات متعددی ارتباط مثبت و معنی‌دار بین علائم وسواس و درهم آمیختگی افکار را گزارش نموده و آن را پیش‌بین قدرتمندی برای علائم وسواس دانسته‌اند. در تحقیقات قبلی اثربخشی ذهن آگاهی بر اختلال وسواسی-جبری (OCD) بررسی شده، اما تاثیر این روش بر آمیختگی افکار روشن نیست. بنابراین هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر درهم آمیختگی افکار در افراد دارای نشانه‌های OCD بود. این پژوهش، از نوع طرح آزمایش تک آزمودنی با خط پایه چندگانه بود که تعداد ۳ دانشجوی دانشگاه تبریز به شکل هدفمند و داوطلبانه و غربال‌گری در این طرح شرکت کردند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی درآمیختگی افکار (TFI) در مراحل خط پایه، حین آموزش و پیگیری استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از تحلیل نموداری و ترسیمی و همچنین برای تحلیل نتایج، فرمول درصد بهبودی و اندازه اثر به کار رفت. نتایج نشان داد آموزش ذهن آگاهی، از نظر بالینی تاثیر معنادار در تغییر آمیختگی فکر-عمل، فکر-شی و فکر-رویداد دارد. براساس یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که آموزش ذهن آگاهی در تغییر آمیختگی افکار افراد دارای نشانه‌های OCD اثر بخش است.

واژه‌های کلیدی: ذهن آگاهی، آمیختگی افکار، اختلال وسواسی - جبری

### مقدمه

اختلال وسواسی-جبری<sup>۱</sup> با وسواس‌ها، اجبارها یا هر دو مشخص می‌شود. وسواس‌های فکری شامل افکار، تمایلات یا تصورات مکرر و پایداری هستند که به شکل مزاحم و ناخواسته تجربه می‌شوند، حال آنکه وسواس‌های عملی (اجبارها)، رفتارهای تکراری یا فعالیت‌های ذهنی تکراری هستند که فرد احساس می‌کند باید آن‌ها را در پاسخ به یک وسواس فکری یا بر طبق قوانینی که باید به‌دقت اجرا شوند، انجام دهد. در حالی که محتوای وسواس‌های فکری و عملی در بین افراد متفاوت است، بعضی ابعاد علائم به‌خصوص شایع‌اند از جمله علائم مربوط به تمیز کردن (وسواس فکری آلودگی و وسواس عملی تمیز کردن)، تقارن (وسواس فکری تقارن و وسواس‌های عملی تکرار، نظم و ترتیب و شمارش)،

s\_m.mohamadi@yahoo.com

\* نویسنده مسئول

1. Obsessive – Compulsive Disorder

افکار ممنوعه یا تابو (مثل وسواس‌های فکری پرخاشگرانه، جنسی و مذهبی و وسواس‌های عملی مربوط به آن‌ها) و آسیب (مثل ترس از آسیب به خود یا دیگران و وسواس‌های عملی مربوطه). میزان شیوع مادام‌العمر اختلال وسواسی-جبری (OCD) در جمعیت عمومی نسبتاً ثابت و حدود دو تا سه درصد است. علائم بیش از نصف بیماران دچار اختلال وسواسی - جبری به‌طور ناگهانی شروع می‌شود و معمولاً سیری دراز مدت، اما متغیر دارد. حدود بیست تا سی درصد از بیماران مبتلا به این اختلال بهبود چشمگیر و چهل تا پنجاه درصد بهبود متوسط در علائم خود پیدا می‌کنند. بیست تا چهل درصد نیز یا به همان صورت بدحال می‌مانند، یا علائمشان بدتر می‌شود. اختلال وسواسی - جبری پس از فوبی‌ها، اختلالات وابسته به مواد و اختلال افسردگی در ردیف چهارم شایعترین تشخیص‌های روانپزشکی قرار داشته و بین بزرگسالان احتمال ابتلا مرد و زن یکسان است. تسلیم شدن به وسواس‌های عملی (نه مقاومت در برابرشان)، شروع اختلال در کودکی، وجود وسواس‌های عملی غریب، لزوم بستری شدن بیمار، ابتلای هم‌زمان به اختلال افسردگی اساسی، وجود عقاید هذیانی، وجود افکار بیش بها داده (به‌نوعی پذیرش وسواس‌های فکری و عملی) و وجود اختلال شخصیت (به‌ویژه اختلال شخصیت اسکیزوتایپی) برید بودن پیش آگهی دلالت دارد. سازگاری خوب بیمار از نظر شغلی و اجتماعی، وجود واقعه‌ای تسریع‌کننده و دوره‌ای بودن علائم، دال بر پیش آگهی خوب اختلال است. محتوای وسواس به نظر نمی‌رسد ربطی به پیش آگهی اختلال داشته باشد (کاپلان - سا دوک، ۲۰۱۵).

مطالعات متعددی ارتباط مثبت و معنی‌دار بین علائم وسواس و درهم آمیختگی افکار<sup>۲</sup> را گزارش نموده و آن را پیش بین قدرتمندی برای علائم وسواس دانسته‌اند. در مورد اهمیت درآمیختگی افکار در شکل‌گیری و تداوم علائم اختصاصی وسواس، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که برخی از علائم اختصاصی وسواس مانند ترس از تکانه، آلودگی و تعهد بیش از حد، ریشه در، درآمیختگی‌های سه‌گانه (آمیختگی فکر- عمل، آمیختگی فکر- رویداد و آمیختگی فکر- شیء) دارند. بنا به تعریف، در پدیده در هم آمیختگی افکار، مرز بین فکر و کنش و فکر و رویدادها از بین می‌رود. پیامد چنین تفکری سبب می‌شود فرد بدون این‌که اعتبار این باورها را در واقعیت بیازماید بی‌چون و چرا آن‌ها را بپذیرد (ولز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲).

ولز در معرفی الگوی فراشناختی اختلال وسواسی-جبری (باورهای فراشناختی اختلال وسواسی-جبری درباره افکار و احساسات مزاحم)، به بیان مفاهیم سه‌گانه‌ی درهم آمیختگی افکار یعنی باورهایی درباره‌ی اهمیت، معنی و قدرت افکار می‌پردازد.

به بیانی دیگر، در مدل فراشناختی ولز سه حیطه‌ی فرااورهای مرتبط با آمیختگی توصیف شده است، ولی این حیطه‌ها احتمالاً جامع و کامل نیستند و در هر فرد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری ممکن است یک حیطه یا بیشتر از این باورها وجود داشته باشد. این حیطه‌ها عبارتند از:

1. Kaplan - Sadock
2. Thought Fusion
3. Wells

۱) در آمیختگی فکر-کنش (عمل): در آمیختگی فکر-عمل به یکسان شمردن افکار با کنش‌ها (عمل‌ها) اطلاق می‌شود، در آمیختگی فکر-عمل باوری است مبنی بر اینکه افکار، احساسات یا تکانه‌های مزاحم به تنهایی می‌توانند فرد را به انجام اعمال ناخواسته و ناشایست وادار سازند. برای مثال، فردی که هر وقت چاقویی را در دست می‌گیرد، میل ناخواسته‌ای در خصوص زخمی کردن کسی به ذهنش خطور می‌کند، این فکر را این‌طور تعبیر می‌کند که داشتن چنین فکری باعث خواهد شد که آن عمل غیر قابل کنترل را مرتکب شود. هم‌چنین در آمیختگی فکر-عمل می‌تواند منجر به این باور شود که فکر کردن درباره‌ی به زبان آوردن کلمات زشت در یک مکان عمومی، موجب انجام آن عمل خواهد شد. نوع دیگر در آمیختگی فکر-عمل، این باور است که انجام یک عمل، درست زمانی که فکر مزاحمی به ذهن فرد خطور می‌کند، می‌تواند آن فکر را واقعی‌تر ساخته و احتمال تحقق آن را افزایش دهد. همانند اینکه اگر من فکر کنم به کسی آسیب خواهیم رساند به این معنی است که این کار را خواهیم کرد.

۲) در آمیختگی فکر-رویداد: همانند اینکه فکر کردن در مورد یک اتفاق به این معنی است که آن اتفاق رخ خواهد داد یا اینکه فکرهای بد منجر به حادثه‌های بد می‌شوند. در آمیختگی فکر-رویداد باوری است مبنی بر اینکه یک فکر مزاحم به تنهایی می‌تواند سبب وقوع رویداد خاص شود یا این باور که داشتن فکر مزاحم به معنای آن است که رویدادی باید قبلاً رخ داده باشد. برای مثال اگر فردی این فکر به ذهنش خطور کند که "آیا من کسی را کشته‌ام؟"، این فکر به تنهایی به این باور منجر می‌شود که من احتمالاً کسی را کشته‌ام. مثال دیگر، این باور است که داشتن تصویر ذهنی مزاحم درباره‌ی تصادف یک دوست، باعث وقوع آن حادثه می‌شود.

۳) در آمیختگی فکر-شیء: در آمیختگی فکر-شیء این باور است که احساسات و افکار مزاحم به دیگر اشیا منتقل شده و از راه اشیا آلوده به اشیا یا افراد دیگر منتقل می‌شوند. همانند اینکه اشیا می‌توانند از طریق حافظه‌ها و افکار، کثیف شوند. در آمیختگی فکر-شیء باوری است مبنی بر اینکه افکار و احساسات می‌توانند به اشیا منتقل شوند، پیامدی که افکار و احساسات را "واقعی‌تر"، قدرت آسیب‌زایی آنها را بیشتر و گریزناپذیر می‌سازد و یا موجب از بین رفتن اشیا می‌شود. مثلاً این باور که "احساسات بد" می‌توانند به کتاب‌ها منتقل شده و آنها را آلوده سازند، به این ترتیب هنگام استفاده از کتاب‌های آلوده هرگز نمی‌توان از شر این احساسات خلاص شد. این باورها فکر اغراق‌آمیز باورهای هستند که بسیاری از مردم به نوعی دارند. برای مثال افراد اشیای جادویی را با خودشان حمل می‌کنند، چون بر این باورند که این اشیا می‌توانند از آنها محافظت کنند یا در مناسک مذهبی اشیای مقدس شمرده می‌شوند، بنابراین افراد خلوص، نیرومندی یا اهمیت ویژه‌ای به آنها قایل می‌شوند. همچنین اکثر افراد از اینکه بخواهند فرد محبوبشان آسیب ببیند، احساس ناراحتی می‌کنند و به همین دلیل در برابر این فکر مقاومت می‌کنند که نمونه‌ای از در آمیختگی فکر-شیء محسوب می‌شود. برای مثال فرد می‌ترسد اگر آرزو کند که اتفاقی بیافتد، به احتمال زیاد آن اتفاق می‌افتد (فیشر<sup>۱</sup> و ولز، ۲۰۰۸).

1. Fisher

بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری مصرانه در برابر اقدامات درمانی مقاومت می‌کنند. ممکن است از مصرف دارو خودداری کنند، یا در انجام تمرین‌ها و تکلیف‌ها و سایر اعمالی که رفتار درمانگران تجویز می‌کنند، مقاومت به خرج دهند (کاپلان-سادوک، ۲۰۱۵). ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR) به‌عنوان یک رویکرد درمانی جدید که احتمالاً کاستی‌های موجود در درمان را رفع کند مطرح شده است. این روش درمانی فرد را به ایجاد رابطه‌ی اساساً متفاوت با تجربه احساس‌های درونی و حوادث بیرونی، از طریق ایجاد آگاهی لحظه‌به‌لحظه و جهت‌گیری رفتاری مبتنی بر مسئولیت عاقلانه به‌جای واکنش‌پذیری خودکار، قادر می‌سازد. با به‌کارگیری هدفمند کارکردهای عالی ذهن از جمله توجه، آگاهی، نگرش مهربانانه، کنجکاوی و دلسوزی، ذهن آگاهی می‌تواند به‌طور موثر بر واکنش‌های هیجانی از طریق بازسازی قشری سیستم لیمبیک کنترل اعمال نماید (کابات - زین، ۲۰۰۳). بنابراین افرادی که سطوح بالاتر ذهن آگاهی را نشان می‌دهند تفکرات خود آیند منفی کمتری نشان می‌دهند و معتقدند که قادرند خود را از چنین تفکراتی رها نمایند (فریون، اوانس، ماراج، دوزیس و پاتریج، ۲۰۰۶). استفاده از ذهن آگاهی می‌تواند شیوه‌ی فراشناختی پردازش را به کارگیرد و انعطاف‌پذیری در پاسخ به تهدید را افزایش می‌دهد (تونی آتو، ۲۰۰۴).

رویکرد MBSR اساساً درباره توسعه حالت یا وضعیت خاصی در بدن نیست بلکه شامل بیدار بودن و آگاهی از آنچه در حال حاضر در حال رخ دادن است آن هم به کاملترین شیوه می‌شود. MBSR روش درمان پزشکی یا روانپزشکی نیست و این هدف را هم ندارد. بلکه رویکردی روانی آموزشی است که تمرین حضور ذهن را در بافت طب ذهن-بدن به منظور کاهش استرس و ارتقای سلامتی آموزش می‌دهد. آنچه در دوره‌های MBSR اهمیت دارد نوع نگاه به حضور ذهن است که به صورت یک نوع روش برای زندگی و روبرو شدن با خواسته‌های زندگی می‌باشد تا یک نوع تکنیک صرف تلقی شود. در بین تمرین‌های حضور ذهن می‌توان به دو نوع تمرین، تمرین‌های رسمی و غیررسمی اشاره کرد. تمرین‌های رسمی شامل مراقبه‌های معمول مانند واریسی بدنی، یوگا، تامل در حال حرکت و تامل تنفس است که به عنوان تکلیف برای هر روز در زمان مشخصی به مدت ۴۵ تا ۶۰ دقیقه انجام می‌شوند. تمرین‌های غیررسمی شامل توسعه آگاهی در هنگام انجام کارهای معمول روزانه است. در هر دو موقعیت شرکت کنندگان ترغیب می‌شوند تا ارتباط خود را با تجارب زندگی گسترده‌تر سازند. در برنامه MBSR به شرکت کنندگان این فرصت داده می‌شود تا مهارت‌هایی را که برای افزایش خودکنترلی و همچنین خودکفایت‌مندی به آن احتیاج دارند را توسعه دهند. مسئله اصلی آن است که شرکت کنندگان درمی‌یابند که می‌توانند خودتنظیمی داشته باشند و بر منابع درونی خود مانند تنفس و حس‌های بدنی تکیه کنند. با این حال لازمه دستیابی به این توانایی، بالا بردن و تقویت نگرش‌های همراه با حضور ذهن مانند اطمینان، صبر، پذیرش و امثال آن است. شکل‌گیری اکثر برنامه‌های مبتنی بر حضور ذهن نشأت گرفته از برنامه MBSR است. از نظر کابات زین قرار گرفتن در حالت ذهنی بودن یعنی حضور ذهن، راه حل همه مشکلات زندگی نیست بلکه آن هم شرایطی را فراهم

1. Mindfulness Based Stress Reducing
2. Kabat - Zinn
3. Frewen. Evans Maraj, Dozois & Partridge
4. Toneatto

می‌کند تا مشکلات زندگی را بتوان با لنزهای شفاف‌تری مورد مشاهده قرار داد و رابطه خود را با بدن و یا مشکلی که درگیر آنیم تغییر دهیم (کابات زین، ۱۹۹۰).

کلز<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی تحت عنوان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در سواس فکری-عملی که در قالب یک کارآزمایی تصادفی انجام شده بود نتایجی مبنی بر مزایای به نفع کاربرد این روش درمانی در رفع نشانه‌های سواس بدست آوردند. استرائوس و تیلور<sup>۲</sup> (۲۰۱۲) به نقد و بررسی اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن برای درمان اختلال وسواسی-جبری پرداختند که نتیجه این بررسی حاکی از اثرات مثبت حضور ذهن بر روی وسواس فکری-عملی بود. احمدی بحق و همکاران (۱۳۹۳) اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان وسواس را به صورت گروهی بررسی کردند که نتایج بدست آمده نشان داد که این روش در درمان اختلال وسواسی-جبری می‌تواند موثر باشد. نتایج پژوهش موسوی مدنی و همکاران (۱۳۸۹) دال بر تاثیر آموزش روش ذهن آگاهی گروهی در بهبودی معنادار علائم کلی وسواس در مرحله پس آزمون و تداوم این بهبودی پس از یک دوره دو ماهه پیگیری بود. همچنین نتایج حاکی از تاثیر این روش در بهبودی معنادار علائم شستشو، واریسی، کندی و تردید وسواسی در مرحله پس آزمون و تداوم این بهبودی پس از دوره دو ماهه پیگیری در علائم شستشو، واریسی، کندی و تردید وسواسی در مبتلایان به اختلال وسواسی-اجباری بود. غضنفری و سپهوند (۱۳۹۳) اثر بخشی تکنیک کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم اختلال وسواسی-جبری را بررسی کردند که نتایج این پژوهش نشان داد این تکنیک در کاهش علائم اختلال وسواسی-جبری بیماران مؤثر بوده است.

بر اساس ادبیات تحقیقاتی که در زمینه‌ی اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی بر روی وسواس انجام شده است، می‌توان گفت که اثر آموزش ذهن آگاهی در تغییر محتوا و ابعاد علائم و نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری مشخص گشته، ولی تاثیر آموزش ذهن آگاهی بر روی درهم آمیختگی افکار کاملاً روشن نیست؛ بنابراین پژوهش حاضر برای پر کردن این خلا پژوهشی به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال هست که آیا آموزش ذهن آگاهی بر روی درهم آمیختگی افکار در افراد دارای نشانه‌های وسواسی-اجباری مؤثر می‌باشد؟

## روش پژوهش

این پژوهش، از نوع طرح آزمایش تک آزمودنی با خط پایه چندگانه بود. طرح‌های تک آزمودنی، طرح‌های پژوهشی شبه آزمایشی هستند که در آنها تغییر در متغیر وابسته در یک یا چند آزمودنی سنجیده می‌شود. در این طرح، متغیرهای وابسته در طی مراحل خطوط پایه، درمان و پیگیری، چندین بار اندازه‌گیری می‌شود. در این طرح، از طرح پایه (ABA) استفاده شد. در مرحله خط پایه، ۲ بار درهم آمیختگی افکار اندازه‌گیری شد (مرحله A)، سپس مرحله آموزش (مرحله B) اجرا گردید و در حین آموزش، اندازه‌گیری متغیر ذکر شده به‌طور مکرر صورت گرفت و نهایتاً ارزیابی به منظور پیگیری

1. Kulz

2. Strauss & Taylor

(مرحله A) به عمل آمد. تعداد ۳ دانشجوی دانشگاه تبریز به‌طور داوطلبانه در طرح شرکت کردند که روش نمونه‌گیری با توجه به اهداف تحقیق به شکل هدفمند و داوطلبانه و غربال‌گری بود.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

شرکت‌کنندگان	جنس	سن	تحصیلات	شغل
۱	مونث	۲۳	کارشناسی	دانشجو
۲	مذکر	۲۹	کارشناسی ارشد	دانشجو
۳	مذکر	۳۰	کارشناسی ارشد	دانشجو

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از تحلیل نموداری و ترسیمی استفاده شد. همچنین برای تحلیل نتایج، فرمول درصد بهبودی و محاسبه اندازه اثر به کار رفت. اگر درصد بهبودی حداقل ۵۰ باشد می‌توان نتایج را از نظر بالینی معنی‌دار قلمداد کرد. مطالعات مختلف برای تفسیر این شاخص، مقدار ۰/۴۱ را به عنوان حداقل میزان اندازه اثر، ۱/۱۵ به عنوان اندازه اثر متوسط و ۲/۷۰ را به عنوان اندازه اثر بزرگ پیشنهاد کرده‌اند.

$$\text{درصد بهبودی} = \frac{\text{نمره فرد در پس‌آزمون} - \text{نمره فرد در پیش‌آزمون}}{\text{نمره فرد در پیش‌آزمون}} \times 100$$

$$\text{اندازه اثر} = \frac{\text{میانگین خط پایه} - \text{میانگین دوره درمان}}{\text{انحراف استاندارد کل}} \times 100$$

#### ملاک‌های ورود بیماران به پژوهش:

- ۱) دارا بودن نشانگان وسواسی - جبری براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 برای OCD به تشخیص روان‌شناس
- ۲) عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی قبل از ورود به پژوهش
- ۳) عدم مصرف دارو
- ۴) داشتن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۵۰ سال
- ۵) دارا بودن تحصیلات دانشگاهی
- ۶) موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامه کتبی
- ۷) توانایی صحبت به زبان فارسی

#### ملاک‌های خروج از پژوهش:

- ۱) داشتن اختلال سایکوتیک و سوء مصرف مواد

۲) دارا بودن ملاک‌های کامل اختلال شخصیت در محور دو  
 ۳) مخالفت بیمار برای همکاری در هر زمان از پژوهش  
 ۴) سابقه دریافت درمان‌های روان‌شناختی دیگر  
 ۵) همچنین، برای در نظر گرفتن اخلاق پژوهش، جنبه‌های محرمانه ماندن اطلاعات و خروج آزادانه از مراحل پژوهش به آزمودنی‌ها توضیح داده شد.  
 در این تحقیق با توجه به اهداف تحقیق، به منظور جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز جهت آزمون فرضیات تحقیق از ابزارهای زیر استفاده شد.

#### -مصاحبه بالینی ساختاریافته

به منظور تشخیص گذاری اختلال‌های محور یک براساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی از مصاحبه بالینی ساختاریافته استفاده شد.

#### -پرسشنامه‌ی درآمیختگی افکار (TFI)

این آزمون خودسنجی ۱۴ گویه‌ای باورهای رایج را در مورد معنی و قدرت افکار می‌سنجد. این پرسشنامه سه مقوله درهم‌آمیختگی افکار را در قالب یک مدل فراشناختی می‌سنجد و این سه عامل عبارت‌اند از:

در آمیختگی فکر - عمل

در آمیختگی فکر - رویداد

در آمیختگی فکر - شیء

پاسخ‌ها بر یک پیوستار ۱۰۰ درجه‌ای و از صفر (هیچ اعتقادی ندارم) تا ۱۰۰ (کاملاً به آن معتقدم) و به صورت ده‌تایی نمره گذاری می‌شوند. مطالعات معدودی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه را گزارش کرده‌اند؛ ویلیام ضریب همسانی درونی مناسبی برای این پرسشنامه گزارش کرده است (آلفای کرونباخ ، ۰/۸۹). وی هم چنین همبستگی کل مواد را در دامنه ۰/۳۵ تا ۰/۷۸ ذکر کرده است. هم چنین همبستگی معناداری بین درآمیختگی فکر - عمل با پرسشنامه باورهای فراشناختی ۳۰ سؤالی گزارش کرده است (زارع و عبدالله زاده ، ۱۳۹۵).

#### فرآیند درمان

عناصر ذهن آگاهی در این تحقیق براساس راهنمای اصلی، مطابق با اختلال وسواس منطبق گردید. آموزش MBSR در هشت جلسه ۱ ساعته و دو جلسه در هفته اجرا شد. هر جلسه دربرگیرنده‌ی گزارش مختصری از مطالب هفته گذشته، مروری بر تکالیف خانگی و تکنیک‌های همان جلسه بود. در پایان هر جلسه نیز فایل‌های صوتی و چکیده‌ای از مهمترین مطالب مطرح شده در طی جلسه به صورت کتبی به شرکت‌کنندگان ارائه می‌شد.

### جلسه پیش از شروع درمان

در این جلسه بعد از معرفی درمان و نحوه‌ی اجرای تکنیک‌ها، به سوالات شرکت‌کنندگان به صورت جداگانه پاسخ داده شد. به این ترتیب آنها از نظر روانی آماده ورود به طرح درمانی شدند.

جلسه اول	معرفی و توضیح اختلال وسواس-جبری و آشنا کردن مراجعان با تحریف شناختی و سیستم پردازش اطلاعات/ ارائه مفهوم بهوشیاری، استرس و اثرات آن بر زندگی/ تمرین خوردن آگاهانه (خوردن کشمش)/ اسکن بدنی به مدت ۴۵ دقیقه، با تاکید تاکید بر اینکه مراجعان در این مدت زمان، کاملاً هوشیارانه و بدون قضاوت به بدنشان و موقعیت فیزیکی خود آگاهی داشته باشند/ واری تجارب/ ارائه تکالیف منزل به همراه فرم ثبت تکالیف و فرم‌های آموزشی
جلسه دوم	بررسی و ارزیابی تکالیف جلسه قبل/ ۳ دقیقه تنفس آگاهانه به طوری که شرکت‌کنندگان در این مدت به تنفس و تجارب لحظه به لحظه زمان حاضر توجه کنند و از حالت "عمل کردن" به حالت "بودن" تغییر موضع دهند/ معاینه بهوشیارانه بدن/ واری تجارب تمرین یک ودو/ ارائه تکالیف منزل به همراه فرم ثبت تکالیف و فرم‌های آموزشی
جلسه سوم	ارزیابی تکالیف جلسه گذشته/ یوگای هوشیارانه/ تمرین تنفس/ واری تجارب تمرین ها/ ارائه تکالیف منزل به همراه فرم ثبت تکالیف و فرم‌های آموزشی
جلسه چهارم	ارزیابی تکالیف جلسه گذشته/ یوگای هوشیارانه/ تمرین تنفس و بدن/ واری تجارب/ تمرین گفت و شنود هوشیارانه/ تمرین روابط افکار- عواطف- حس‌های بدنی- رفتار/ ارائه تکالیف منزل به همراه فرم ثبت تکالیف و فرم‌های آموزشی
جلسه پنجم	ارزیابی ارزیابی تکالیف جلسه گذشته/ نشست هوشیارانه/ راه رفتن هوشیارانه/ واری تجارب/ ارائه تکالیف منزل به همراه فرم ثبت تکالیف و فرم‌ها آموزشی
جلسه ششم	بررسی و ارزیابی تکالیف جلسه گذشته/ مراقبه سیال/ یوگای ایستاده و هوشیارانه/ واری تجارب/ ارائه تکالیف منزل به همراه فرم ثبت تکالیف منزل و فرم‌های آموزشی
جلسه هفتم	بررسی بررسی و ارزیابی تکالیف جلسه گذشته/ تمرین مجال تنفس سه دقیقه‌ای (MBS)/ مراقبه سیال/ تمرین رفتار قاطعانه/ واری تجارب/ ارائه تکالیف منزل به همراه فرم ثبت تکالیف و فرم‌های آموزشی
جلسه هشتم	بررسی و ارزیابی تکالیف جلسه گذشته/ معاینه هوشیارانه بدن/ مراقبه شفقت/ واری تجارب/ دعای سلامتی و اتحاد

### یافته‌های پژوهش



در جدول شماره ۲، یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای درآمیختگی فکر-عمل، فکر-رویداد و فکر-شیء ارائه شده است.

جدول ۲: نمرات شرکت‌کنندگان در پرسش‌نامه آمیختگی افکار

خردده مقیاس‌ها	شرکت‌کننده‌ها	پیش آزمون ۱	پیش آزمون ۲	پس آزمون ۱	پس آزمون ۲	پس آزمون ۳	پیگیری
درآمیختگی فکر-عمل	۱	۳۲۰	۳۱۰	۲۵۰	۱۹۰	۱۴۰	۱۶۰
	۲	۳۰۰	۳۱۰	۲۴۰	۱۹۰	۱۵۰	۱۳۰
	۳	۳۳۰	۳۱۰	۲۵۰	۱۸۰	۱۴۰	۱۸۰
درآمیختگی فکر-رویداد	۱	۴۳۰	۴۱۰	۳۶۰	۲۹۰	۲۴۰	۲۹۰
	۲	۳۵۰	۳۳۰	۲۶۰	۲۱۰	۱۵۰	۱۴۰
	۳	۲۷۰	۳۰۰	۲۲۰	۱۷۰	۱۲۰	۱۵۰
درآمیختگی فکر-شیء	۱	۱۹۰	۱۸۰	۱۴۰	۱۱۰	۸۰	۷۰
	۲	۲۸۰	۲۸۰	۲۳۰	۱۷۰	۱۳۰	۱۵۰
	۳	۱۶۰	۱۷۰	۱۳۰	۱۰۰	۷۰	۷۰

برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از روش تحلیل چسبی نمودارها، درصد بهبودی و اندازه اثر استفاده شد. نمودارها تغییر در شدت علائم را براساس سه رویه (سطح، شیب و تغییرپذیری) نشان می‌دهند.

جدول ۳: درصد بهبودی طول درمان و مرحله پیگیری شرکت‌کنندگان در متغیر آمیختگی افکار و زیرمقیاس‌های آن

متغیرها	شرکت‌کننده اول		شرکت‌کننده دوم		شرکت‌کننده سوم	
	درمان	پیگیری	درمان	پیگیری	درمان	پیگیری
درآمیختگی فکر-عمل	%۵۵/۵۵	%۴۹/۲۰	%۵۰/۸۱	%۵۷/۳۷	%۵۶/۲۵	%۴۳/۷۵
درآمیختگی فکر-رویداد	%۴۲/۸	%۳۰/۹۵	%۵۵/۸۸	%۵۸/۸۲	%۵۷/۸۹	%۴۷/۳۶
درآمیختگی فکر-شیء	%۵۶/۷۵	%۶۲/۱۶	%۵۳/۵۷	%۴۶/۴۲	%۵۷/۵۷	%۵۷/۷

مطابق جدول ۳، شرکت‌کننده اول از نظر بالینی بهبود معنادار فقط در مرحله درمان آمیختگی فکر-عمل و مرحله درمان و پیگیری فکر-شیء را داشته است. شرکت‌کننده دوم به جز پیگیری درآمیختگی فکر-شیء، در تمام موارد از نظر

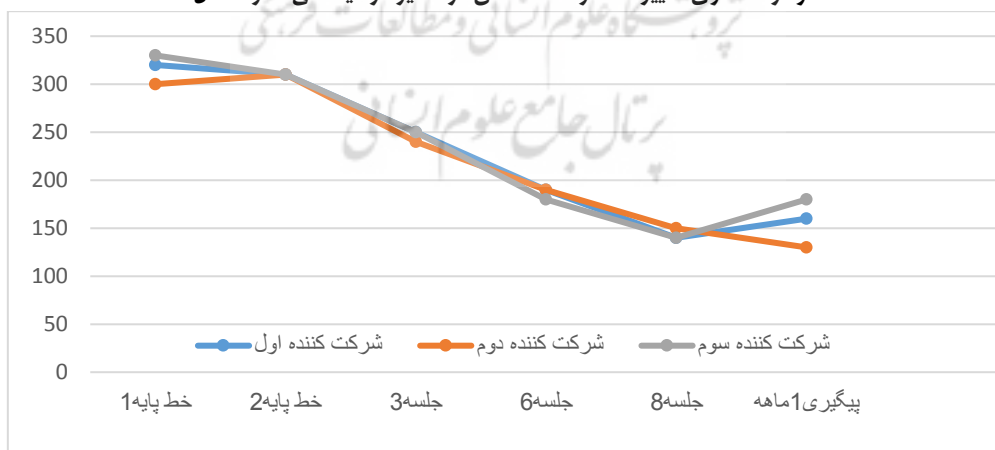
بالینی بهبود معنادار دارد. همچنین، شرکت‌کننده سوم به جز مرحله پیگیری آمیختگی فکر-عمل و فکر-رویداد، در بقیه موارد از نظر بالینی بهبود معنادار دارد.

جدول ۴: اندازه اثر بالینی در متغیر آمیختگی افکار و زیرمقیاس‌های آن برای هر سه شرکت‌کننده

متغیر	شرکت‌کننده	میانگین پایه	میانگین درمان	انحراف استاندارد پایه	انحراف استاندارد درمان	انحراف استاندارد کل	اندازه اثر
آمیختگی فکر-عمل	اول	۳۱۵	۱۹۲/۳۳	۵	۴۴/۹۶	۳۱/۹۸	۳/۸۰
	دوم	۳۰۵	۱۹۲/۳۳	۵	۳۶/۸۱	۲۶/۲۶	۴/۲۵
	سوم	۳۲۰	۱۹۰	۱۰	۴۵/۴۶	۳۲/۹۱	۳/۹۵
آمیختگی فکر-رویداد	اول	۴۲۰	۲۹۶/۶۶	۱۰	۴۹/۲۱	۳۵/۵۰	۳/۴۷
	دوم	۳۴۰	۲۰۶/۶۶	۱۰	۴۴/۹۶	۳۲/۵۶	۴/۰۹
	سوم	۲۸۵	۱۷۰	۱۵	۴۰/۸۲	۳۰/۷۵	۳/۷۳
آمیختگی فکر-شیء	اول	۱۸۵	۱۱۰	۵	۲۴/۴۹	۱۷/۶۷	۴/۲۴
	دوم	۲۸۰	۱۷۶/۶۶	۰	۴۱/۰۹	۲۹/۰۵	۳/۵۵
	سوم	۱۶۵	۱۰۰	۵	۲۴/۴۹	۱۷/۶۷	۳/۶۷

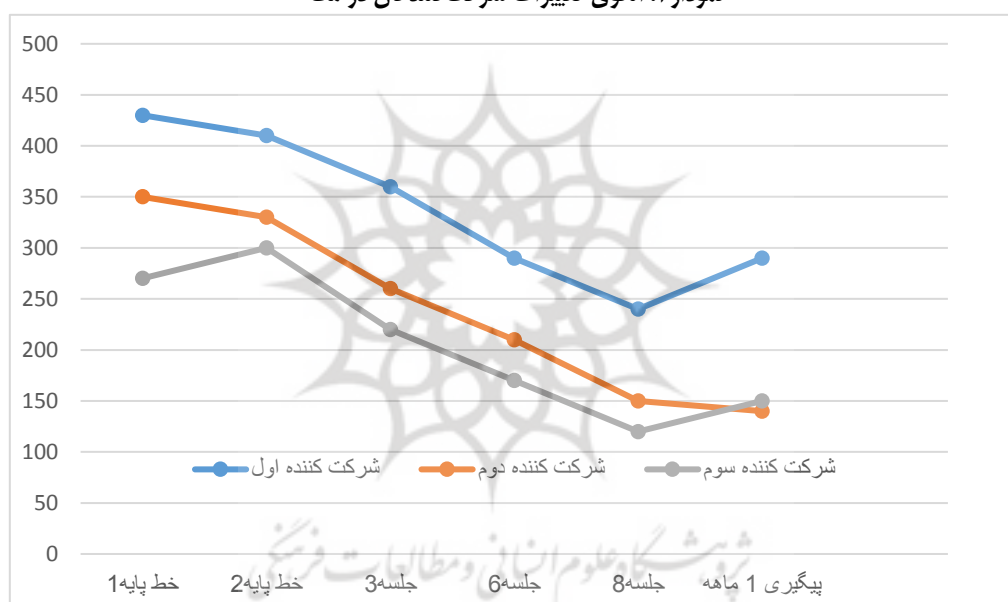
طبق جدول بالا می‌توان نتیجه گرفت آموزش ذهن آگاهی در این پژوهش، در کاهش آمیختگی افکار تاثیر داشته و نمرات اندازه اثر از نظر بالینی معنادار می‌باشند.

نمودار ۱: الگوی تغییرات شرکت‌کنندگان در متغیر در آمیختگی فکر-عمل



طبق نمودار بالا، نمرات شرکت‌کننده اول از خط پایه ۱ تا جلسه آخر درمان کاهش و در مرحله پیگیری یک‌ماهه افزایش دارد. شرکت‌کننده دوم در مرحله خط پایه ۲ نسبت به خط پایه ۱، افزایش نمره و در مراحل درمان کاهش نمره داشته، نیز در مرحله پیگیری یک‌ماهه افزایش نمره دارد. نمرات شرکت‌کننده سوم از مرحله خط پایه ۱ تا مرحله آخر درمان کاهش چشمگیر داشته و در مرحله پیگیری یک‌ماهه افزایش نسبی نمره دارد. طبق نمودار شماره ۱ و نتایج ذکر شده در جدول شماره ۳ درباره درصدهای بهبودی و نتایج مندرج در جدول شماره ۴ درباره اندازه اثر بالینی، جواب سوال اول پژوهش مثبت است.

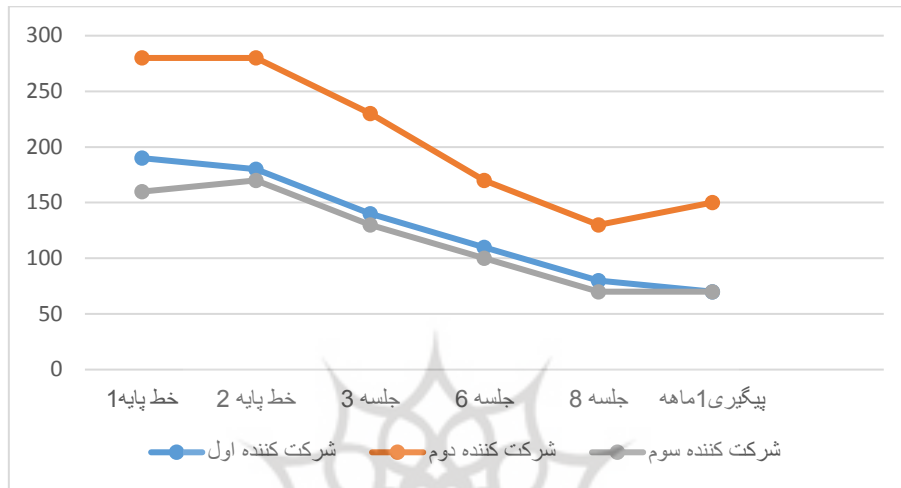
نمودار ۲: الگوی تغییرات شرکت‌کنندگان در مت



#### غیر درآمیختگی فکر-رویداد

طبق نمودار بالا که مربوط به متغیر درآمیختگی فکر-رویداد می‌باشد، نمرات شرکت‌کننده اول از مرحله خط پایه ۱ تا جلسه آخر درمان سیر نزولی داشته و در پیگیری یک‌ماهه، نمرات روند صعودی دارد. شرکت‌کننده دوم از مرحله خط پایه ۱ تا دوره پیگیری کاهش نمره داشته است. اما شرکت‌کننده سوم در مرحله خط پایه ۲ مقداری افزایش و سپس در روند درمان کاهش نمرات داشته و در مرحله پیگیری ۱ ماهه افزایش نمره دارد. نتایج بدست آمده از نمودار شماره ۲ و جدول شماره ۳ درباره درصدهای بهبودی و جدول شماره ۴ درباره اندازه اثر بالینی، نشان‌دهنده مثبت بودن جواب سوال دوم پژوهش هستند.

نمودار ۳: الگوی تغییرات شرکت‌کنندگان در متغیر درآمیختگی فکر-شیء



نمودار بالا الگوی تغییرات شرکت‌کنندگان در متغیر آمیختگی فکر-شیء را نشان می‌دهد. نمرات شرکت‌کننده اول از مرحله خط پایه ۱ تا مرحله پیگیری ۱ ماهه سیر نزولی داشته و نمرات شرکت‌کننده دوم از مرحله خط پایه ۱ تا جلسه آخر درمان سیر نزولی داشته و در پیگیری یک ماهه افزایش نمره دارد. اما شرکت‌کننده سوم در مرحله خط پایه ۲ مقداری افزایش و سپس در روند درمان کاهش نمره داشته و در مرحله پیگیری ۱ ماهه تغییری در نمره ندارد. بر اساس نتایج نمودار شماره ۳ و جدول شماره ۳ درباره درصدهای بهبودی و جدول شماره ۴ درباره اندازه اثر بالینی، جواب سوال سوم هم مثبت می‌باشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

در رابطه با اثربخشی مداخله ذهن آگاهی در کاهش نشانه‌ها و علائم اختلال وسواسی-جبری تحقیقات زیادی انجام شده است که تقریباً همگی صحت آن را تایید کرده‌اند. از جمله پژوهش کلز و همکاران (۲۰۱۴)، هرتن اشتاین<sup>۱</sup> (۲۰۱۲)، استرائوس و تیلور (۲۰۱۲)، کروسکا<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۸)، همچنین پژوهش‌های داخل کشور عبارتند از موسوی مدنی و همکاران (۱۳۸۹)، فیروزآبادی و شاره (۱۳۸۸)، غضنفری و سپهوند (۱۳۹۳)، احمدی بحق و همکاران (۱۳۹۳)، دیانتی و محب (۱۳۹۶)، علیزاده و محمدی (۱۳۹۳) و بخشی‌پور و بیات (۱۳۹۶)، به نتایج مشابه و معناداری در جهت تایید تاثیر مثبت مداخله ذهن آگاهی بر اختلال وسواسی-جبری، دست یافته‌اند. این در حالی است که پژوهش حاضر در رابطه با تاثیر مداخله ذهن آگاهی بر آمیختگی افکار در مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری پرداخته است که پژوهش اندکی همسو با این موضوع انجام گرفته است.

1. Hertenstein  
2. Kroska

این پژوهش که اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی بر آمیختگی فکر-عمل، فکر-رویداد و فکر-شیء را بررسی می‌کرد، به نتایج مثبت و معنادار دست یافت. در راستای تاثیر آموزش ذهن آگاهی بر آمیختگی افکار، تنها بر روی آمیختگی فکر-عمل تحقیقاتی صورت گرفته است. همسو با این یافته پژوهش هانستد<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۸) می‌باشد که اثرات مداخله ذهن آگاهی بر نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری در جمعیت دانشجویی غیر بالینی به بوته آزمایش گذاشتند که نتایج حاصل از این تحقیق تاثیر قابل توجه ذهن آگاهی بر آمیختگی اندیشه-عمل و افزایش کنترل برای تغییر در آزمودنی‌ها را نشان داد.

همان‌طور که گولمن<sup>۲</sup> (۱۹۸۸) بیان می‌دارد، هدف اولیه ذهن آگاهی این است که تفکر از مرور ذهنی منفک است. زمانی که فرد وارد آن فرایند عدم شناسایی حالت ذهنی می‌شود، کم کم به این نتیجه می‌رسد که این افکار و حس‌ها نمایانگر خود وی نیست، و برای فرد اجباری در پیروی کردن از آنها وجود ندارد.

مولفین متعددی معتقدند که تجربیات ذهن آگاهی می‌توان باعث ایجاد تغییراتی در الگوی فکری یا نگرش‌ها فرد در مورد افکارش شود. برای مثال کابات زین (۱۹۹۰) توصیه می‌کند که مشاهده بدون قضاوت درباره افکار مرتبط با اضطراب ممکن است منجر به فهم این نکته گردد که "اینها فقط فکرنند" و نمایانگر حقیقت یا واقعیت نیستند و لزوماً نباید باعث فرار یا رفتار اجتنابی شوند. لینهان<sup>۳</sup> (۲۰۱۸) نیز خاطر نشان می‌کند که مشاهده افکار و هیجانات فعلی، بدون سعی در اجتناب یا فرار از آنها و به کار گرفتن برچسب‌های توصیفی برای درک آنها می‌تواند به عنوان نمونه‌ای از مواجهه تلقی شود که به نوبه خود باعث خاموشی پاسخ‌های ترس و رفتارهای خودکار می‌گردد که توسط محرک‌های ترس برانگیز تقویت شده‌اند، بنابراین توانایی تحمل هیجان‌های منفی و توانایی کنار آمدن با آنها اثرات مفیدی به دنبال دارد. در مرحله تغییرات شناختی افراد می‌آموزند تا افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و آنها را فقط به عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که در حال گذر هستند و نشانه واقعیت نیستند. در این دیدگاه افراد یاد می‌گیرند در دام الگوهای نشخوار فکری خود گیر نیفتند (ویلیام، تیزدل و سگال<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰).

آمیختگی فکر-عمل یک سوگیری شناختی است که در بیماران وجود دارد و در طی آن یک آمیختگی یا سر درگمی مابین افکار و اعمال به وجود می‌آید (راچمن و شافران<sup>۵</sup>، ۱۹۹۸). در اختلال وسواسی-جبری مولفه مفهومی سندرم شناختی-توجهی (CAS) به صورت نگرانی، نشخوار فکری و تفکر تحلیلی در پاسخ به افکار یا تردیدها ظاهر می‌شود. سندرم شناختی-توجهی (CAS) مشکل‌ساز است، چرا که باعث می‌شود بیمار برای افکار خود اهمیت بیش از حد قابل شود و احساس تهدید او را افزایش دهد. این واکنش باعث می‌شود که فرد به‌جای در نظر گرفتن افکار به عنوان تصور

- 
1. Hanstede
  2. Goleman
  3. Linehan
  4. Williams , Teasdale & Segal
  5. Rachman S, Shafraan

ذهنی صرف که می‌توان آن را به حال خود رها ساخت، درگیر درآمیختن فکر با رویدادهای واقعی شود (محمدخانی، ۱۳۹۵). آمیختگی به دو صورت ایجاد می‌شود: الف) سوگیری شناختی: که در آن فرد معتقد است داشتن افکار ناخواسته مثل آسیب، خطر رخ دادن آسیب واقعی را افزایش می‌دهد، ب) سوگیری اخلاقی: که در آن فرد معتقد است داشتن افکار مزاحم و ناخواسته، از لحاظ اخلاقی برابر با داشتن اعمال نفرت‌انگیز است (راچمن و شافران، ۱۹۹۸). تمرین ذهن آگاهی در جهت مدیریت افکار و رخدادهای ذهن، به فرد آموزش می‌دهد تا کمتر با تجارب شخصی اش ارتباط برقرار کند، صرف‌نظر از اینکه آنها تا چه حد ناراحت‌کننده یا لذت بخش هستند. فرد در ذهن آگاهی یاد می‌گیرد حس تعادل خود را بدون درونی کردن فرایندهای ذهنی خویش گسترش دهد این فرایند "عدم شناسایی ذهنی" نامیده می‌شود (ایپستین<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳).

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی است. اول اینکه، ابزارهای اندازه‌گیری در این پژوهش، جزء ابزارهای خودگزارش‌دهی هستند. همچنین، پیگیری کوتاه مدت به دلیل محدودیت زمانی در ارائه پژوهش، از محدودیت‌های دیگر آن است.

پیشنهاد می‌شود این پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا گردد و به منظور بررسی بهتر نتایج استفاده از دوره‌های پیگیری طولانی‌تر توصیه می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌شود این پژوهش با جامعه آماری بالا انجام شود.

## منابع

- بخشی پور رودسری، عباس؛ بیات، شیوا (۱۳۹۶). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان اختلال وسواس فکری-جبری. پایان نامه: دولتی - وزارت علوم، تحقیقات و فناوری-دانشگاه تبریز.
- زارع، حسین؛ عبدالله زاده، حسن (۱۳۹۵). مقیاس‌های اندازه‌گیری در روانشناسی شناختی. تهران: انتشارات آبیژ.
- سادوک، بنجامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا آلکوت؛ روئیز، پدرو (۲۰۱۵). خلاصه روانپزشکی (جلد ۱). ترجمه: فرزین رضایی (۱۳۹۵). تهران: انتشارات ارجمند.
- عالم‌دیانتی، فاطمه؛ محب، نعیمه (۱۳۹۶). تأثیر آموزش شناخت-درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش ابردهای منفی تنظیم شناختی هیجان در مبتلایان به اختلال وسواسی - جبری. نشریه علمی-پژوهشی آموزش و ارزشیابی، سال دهم، شماره ۴۰، صفحات ۱۸۸-۱۷۱.
- علیزاده، عزیزه؛ محمدی، ابوالفضل (۱۳۹۳). اثر بخشی مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان اختلال وسواسی-جبری، نشریه علمی-پژوهشی وزارت بهداشت، شماره ۳۷، صفحات ۳۵۰-۳۴۲.
- غضنفری، فیروزه؛ سپهوند، رامین (۱۳۸۹). اثر بخشی تکنیک کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم اختلال وسواسی-اجباری. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۴، (۲)، ۱۲۱-۱۱۰.

1. Epstein

- فرامرزی، محبوبه؛ بخشی‌پور، باب‌اله؛ احمدی‌بحق، سودابه (۱۳۹۳). اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر وسواس فکری-عملی، باورهای فراشناخت و نشخوار فکری. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، شماره بیستم، سال پنجم.
- فیروزآبادی، عباس؛ شاره، حسین (۱۳۸۸). اثربخشی تکنیک‌های ذهن آگاهی انفصالی در درمان یک مورد اختلال وسواسی-اجباری. تازه‌های علوم شناختی، سال ۱۱، شماره ۲، صفحات ۱-۷.
- محمدخانی، شهرام (۱۳۹۵). ذهن آگاهی: شکل‌گیری و مفاهیم اساسی در درمان‌های موج سوم و درمان‌های شناختی رفتاری. مقالات روان‌شناسی بدون دیدگاه.
- موسوی مدنی، نوشین؛ آتش‌پور، سید حمید؛ مولوی، حسین (۱۳۸۹). تاثیر آموزش روش ذهن آگاهی گروهی بر میزان علائم اختلال وسواسی-اجباری در زنان شهر اصفهان. یافته‌های نو در روان‌شناسی.

- Epstein, M. (2013). *Thoughts without a thinker: Psychotherapy from a Buddhist perspective*. Basic Books a Member of Perseus Books Group.
- 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.
- Frewen, A. P., Evans, E. M., Maraj, N., Dozois, D. J. A. & Partridge, K. (2006). Letting go: *Mindfulness and negative automatic thinking*. *Cognitive Therapy and Research*, 54, 376387.
- Goleman, D. (1988). *The Meditative Mind: The Varieties of Meditative Experience*.
- Hale, L., Strauss, C., & Lever Taylor, B. (2012). The effectiveness and acceptability of mindfulness-based therapies for obsessive-compulsive disorder: A review of the literature. *Mindfulness*.
- Hanstede, M., Gidron, Y., & Nyklíček, I. (2008). The effects of a mindfulness intervention on obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical student population. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(10), 776-779.
- Hertenstein, E., Rose, N., Voderholzer, U., Heidenreich, T., Nissen, C., Thiel, N & Külz, A. K. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder-A qualitative study on patients' experiences. *BMC Psychiatry*, 12.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: *The program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center*.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156.
- Kroska, E. B., Miller, M. L., Roche, A. I., Kroska, S. K., & O'Hara, M. W. (2018). Effects of traumatic experiences on obsessive-compulsive and internalizing symptoms: The role of avoidance and mindfulness. *Journal of affective disorders*, 225, 326-336.
- Külz, A. K., Landmann, S., Cludius, B., Hottenrott, B., Rose, N., Heidenreich, T. H., Hertenstein, E., Voderholzer, U & Moritz, S. (2014). *Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder: protocol of a randomized controlled trial*, *BMC Psychiatry*.
- Linehan, M. M. (2018). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Publications.

- Rachman, S., & Shafran, R. (1998). Cognitive and behavioral features of obsessive-compulsive disorder. *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment*, 51-78.
- Toneatto, T. (2004). *A Meta cognitive therapy for anxiety disorders: Buddhist psychology applied*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 72-78.
- Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. John Wiley & Sons.
- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of abnormal psychology*, 109(1), 150.

