

Comparison of Thought-Action Fusion and Self-Compassion in Individuals with Different Patterns of Obsessive-Compulsive Disorder and Normal Individuals

Gardepadok, *A., Mohammadi, N., Rahimi Taghanaki, Ch.

Abstract

Introduction: Identifying the factors involved in Obsessive-compulsive disorder (OCD), especially compared to non-clinical groups, is of utmost importance. The aim of this study is to compare thought-action fusion and self-compassion in individuals with different patterns of obsessive-compulsive disorder and normal individuals.

Method: To perform the study, 45 participants with OCD symptoms, ie, checking obsession (n=15), washing obsession (n=15), and scrupulosity (n=15) who referred to consultation and psychotherapy centers in Behbahan City and 45 healthy and normal individuals were selected using convenient sampling. The participants completed the Maudsley Obsessional Compulsive Inventory (MOCI), the Penn Inventory of Scrupulosity (PIOS), the Thought-Fusion Instrument (TFI) developed by Wells, Gwilliam, and Cartwright-Hatton (2001), and the Self-Compassion Scale developed by Reese et al. (SCS). Afterward, the collected data were analyzed using multivariate analysis of variance (MANOVA).

Results: The results indicated a significant difference between normal individuals and individuals suffering from various patterns of OCD via thought-action fusion ($p < 0.001$) and self-compassion ($p < 0.001$).

Conclusion: It seems that people suffering from OCD have a higher level of thought-action fusion and a lower level of self-compassion compared to normal healthy individuals.

Keywords: obsessive-compulsive disorder, thought-action fusion, self-compassion.

مقایسه درهم آمیختگی فکر - عمل و شفقت خود در افراد با الگوهای مختلف نشانه‌های اختلال وسواس - اجباری و عادی

عاطفه گرده‌پادوک^۱، نوراله محمدی^۲، چنگیز رحیمی طاقانکی^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۰۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۰۵

چکیده

مقدمه: شناسایی عوامل مرتبط با اختلال وسواسی - جبری به ویژه در مقایسه با گروه‌های غیربالینی، دارای اهمیت است. در این راستا، هدف مطالعه حاضر مقایسه درهم‌آمیختگی فکر - عمل و شفقت خود در افراد با الگوهای مختلف نشانه‌های اختلال وسواسی - جبری و عادی بود.

روش: بدین منظور از میان افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روانشناختی شهرستان بهبهان که دارای علائم وسواس فکری - عملی بودند، ۴۵ نفر (گروه وارسی = ۱۵ نفر، شست‌وشو = ۱۵ نفر و وسواس مذهبی = ۱۵ نفر) و از میان جمعیت عادی، ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌های وسواسی - اجباری مادزلی (MOCL)، وسواس مذهبی (PIOS)، درهم آمیختگی فکر - عمل ولز، ویلیامز، هاتن (TFI)، شفقت خود ریس و همکاران پاسخ دادند. سپس داده‌های به دست آمده با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین افراد عادی و افراد دچار الگوهای مختلف اختلال وسواسی - اجباری از نظر آمیختگی فکر - عمل ($P < 0.001$) و شفقت خود ($P < 0.001$) تفاوت معناداری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد افراد دارای نشانگان اختلال وسواسی - جبری، نسبت به افراد عادی، آمیختگی فکر - عمل بالاتری داشته و نسبت به خویش شفقت کمتری دارند.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواسی - اجباری، درهم آمیختگی فکر - عمل، شفقت خود.

atefe.padok1373@gmail.com

۱. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

مقدمه

اختلال وسواس فکری - جبری^۱ (OCD) یک اختلال روانی مخرب و شایع است که با وسواس^۲ و اجبار^۳ مشخص می‌شود (۱). وسواس‌ها و اجبارها وقت‌گیر هستند و منجر به اختلال و ناراحتی قابل توجهی در عملکردهای اجتماعی و شغلی و سایر زمینه‌های مهم زندگی فرد می‌شوند. وسواس‌های فکری افکار، امیال یا تصورات عودکننده و مداوم هستند که به صورت مزاحم و ناخواسته تجربه می‌شوند. درحالی‌که وسواس‌های عملی رفتارها یا اعمال ذهنی مکرر هستند که فرد در پاسخ به وسواس‌های فکری یا بر طبق مقرراتی که باید با قاطعیت اجرا شوند، وادار به انجام دادن آن‌ها می‌شود (۲). حدود ۲ تا ۳ درصد جمعیت عمومی از این اختلال رنج می‌برند (۳) و تقریباً همه افراد مبتلا به OCD مشکلاتی را در روابط خود تجربه می‌کنند، تقریباً نیمی از آن‌ها مشکلاتی در زمینه‌های شغلی و حرفه‌ای دارند و حدود ۱۳ درصد از این افراد دست به اقدامات خودکشی می‌زنند (۴). اختلال وسواسی جبری، معمولاً طیف وسیعی از علائم را نشان می‌دهد و این تنوع معمولاً با گروه بندی علائم به این زیرگروه‌های مفهومی محدود می‌شود: (۱) وسواس تمیز کردن (وسواس‌های آلودگی با اجبار تمیز کردن / شستن؛ ۲) تقارن (وسواس تقارن و تکرار، نظم دادن و شمارش اجباری اعداد؛ ۳) افکار مزاحم یا تابو (به عنوان مثال وسواس‌های پرخاشگرانه جنسی یا مذهبی و اجبارهای مرتبط با آن‌ها / رفتارهای خنثی کننده؛ ۴) آسیب (ترس از آسیب رساندن به خود یا دیگران. وسواس‌ها و اجبارهای دیگر ممکن است شامل شک و تردید در مورد فعالیت‌های روزمره (مانند قفل نکردن در خانه، روشن ماندن گاز)، نیاز به در اختیار داشتن یا به خاطر سپردن اطلاعات، تمرکز وسواس‌گونه بر عملکردهای بدنی (وسواس‌های جسمانی) و فانتزی‌ها و افکار یا خرافات مزاحم غیرتهاجمی و... شود (۵).

مدل‌های شناختی اولیه اختلال وسواس فکری - جبری (OCD)، بیان می‌کنند که ارزیابی تحریف شده افکار، هم به شروع و هم حفظ این اختلال کمک می‌کند (۶). به طور خاص، سالکوسکیس (۷) و راجمن (۸،۹) مشاهده کردند که

بیماران مبتلا به OCD بیش از حد بر خطرناک بودن افکارشان و در نتیجه نیاز به کنترل آن‌ها، تأکید می‌کنند. در حالی که بیشتر مردم افکار مزاحم گاه‌به‌گاه را بی‌اهمیت می‌دانند، افراد مبتلا به OCD باور دارند که چنین افکاری، پیامدهای اخلاقی و عملی قابل توجهی دارد. این تحریف شناختی، که به عنوان آمیختگی فکر - عمل^۴ (TAF) شناخته می‌شود، بیانگر این باور است که صرفاً فکر کردن در مورد انجام یک کار بد (مثلاً کشتن کسی) به اندازه انجام دادن آن غیراخلاقی است (آمیختگی فکر - عمل - اخلاق^۵) یا این باور که فکر کردن در مورد پیامدهای منفی، احتمال وقوع آن را بیشتر می‌کند (آمیختگی فکر - عمل - احتمال^۶) (۹-۱۱).

اگرچه مفهوم آمیختگی فکر - عمل از دهه‌ی ۱۹۹۰ وارد پژوهش‌های اختلال وسواس فکری - عملی شد، اما پژوهش‌ها در این زمینه کافی نبوده‌اند (۱۲). با این حال اخیراً توجه مطالعات به این موضوع افزایش یافته است. به عنوان مثال یک مطالعه نشان داد که آمیختگی فکر - عمل پیش بینی کننده قابل توجهی برای OCD بود. به علاوه، از میان چهار بعد علائم OCD (آلودگی، مسئولیت آسیب، افکار غیرقابل قبول، نظم / تقارن)، آمیختگی شناختی، پیش‌بینی کننده منحصر به فرد افکار غیر قابل قبول بود (۱۳). هنزل و همکاران (۶) نیز در مطالعه‌ای به بررسی و مقایسه آمیختگی فکر - عمل در سه گروه از افراد مبتلا به OCD، افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی و افراد عادی، به این نتیجه رسیدند که افراد مبتلا به OCD و اضطراب اجتماعی در آمیختگی فکر - عمل نمرات بالاتری از افراد عادی کسب کردند، اما افراد گروه OCD در آمیختگی فکر - عمل - احتمال نسبت به دو گروه دیگر نمرات بالاتری به دست آوردند. یک مطالعه در ایران نیز نشان داد که بیماران مبتلا به OCD آمیختگی فکر - عمل بالاتری نسبت به افراد عادی دارند (۱۴).

درحالی‌که باورهای وسواسی و نظام شناختی، نقش اصلی را در OCD ایفا می‌کنند، اما همه تغییرات در علائم یا نشانه‌های OCD و زیرگروه‌های آن ر در نمونه‌های بالینی و غیربالینی توضیح نمی‌دهد (۱۵،۱۶). بدین ترتیب اخیراً نقش

4. action fusion-thought
5. moral TAF
6. iikeihood TAF

1. compulsive disorder-obsessive
2. obsession
3. compulsion

اگرچه پژوهش‌هایی در مورد اختلال وسواس فکری - عملی انجام شده است، اما این پژوهش‌ها بیشتر بر بررسی روابط بین علائم روانشناختی در افراد مبتلا به این اختلال متمرکز بوده‌اند و پژوهش‌هایی که به مقایسه‌ی افراد دارای اختلال وسواس فکری - عملی با افراد عادی پرداخته باشد بسیار محدود هستند. همچنین شناخت عوامل مرتبط با اختلال وسواسی - جبری، می‌تواند به روش‌های درمانی مؤثرتر کمک کند. به عنوان مثال پرورش شفقت خود و بهبود مهارت‌های شناختی ممکن است به بیماران برای بهتر کنار آمدن با تجربیات دشوار درونی و ایجاد موضعی گشوده‌تر نسبت به افکار و احساسات ناراحت‌کننده کمک کند و اتکا به رفتار علامتی را کاهش دهد (۲۸، ۱۷). بنابراین با توجه به اهمیت شناخت عوامل مرتبط با اختلال OCD و اینکه تا کنون به بررسی تأثیر الگوهای مختلف وسواس فکری - عملی بر درهم آمیختگی فکر - عمل و خودشفقتی پرداخته نشده است، پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سؤال است که آیا افراد دارای الگوهای وسواسی متفاوت و در مقایسه با یکدیگر و افراد عادی در سازه‌های آمیختگی فکر - عمل و خودشفقتی متفاوت هستند؟

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی، از حیث نوع گردآوری اطلاعات، پیمایشی و از نظر روش توصیفی از نوع علی - مقایسه‌ای (پس رویدادی) بود که با هدف مقایسه درهم آمیختگی فکر - عمل و شفقت خود در افراد با الگوهای مختلف نشانه‌های اختلال وسواس - اجباری و عادی انجام گردید.

آزمودنی‌ها: این پژوهش شامل دو نوع جامعه آماری بود. جامعه آماری اول، شامل افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روانشناختی دارای علائم وسواس فکری - عملی (الگوهای شست‌وشو، واریسی، مذهبی) در شهرستان بهبهان بودند. جامعه آماری دوم، شامل افراد سالم و بهنجار بود. افراد انتخاب شده‌ی برای نمونه‌ی دوم یا افراد سالم براساس اطلاعات جمعیت شناختی با افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی (تحصیلات: حداقل پنجم ابتدایی - سن: ۵۰-۱۸) هم‌تاسازی شدند.

سازه‌هایی همچون ذهن‌آگاهی^۱ و خود شفقتی^۲ در رابطه با OCD مورد توجه قرار گرفته است (۱۷) خودشفقتی که ریشه در سنت بودایی دارد، نگرش دوستانه و دلسوزانه نسبت به خود را در مواجهه با شکست یا پریشانی توصیف می‌کند (۱۸). نف (۱۸) شفقت به خود را به عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و به هشیاری در مقابل همانندسازی افراطی معرفی نموده است. ترکیب سه مؤلفه شفقت به خود، مشخصه فردی است که به خود، مهربانی می‌ورزد. مهربانی با اعتراف به این که همه انسان‌ها دارای نقص هستند، اشتباه می‌کنند و درگیر رفتارهای ناسالم می‌شوند، از وجوه مشترک انسانی است. هشیاری در مقابل همانندسازی افراطی در شفقت به خود، به یک آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می‌انجامد و باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه نادیده گرفته نشود و در عین حال مکرراً ذهن را اشغال نکنند (۱۹) فقدان شفقت به خود ممکن است با OCD مرتبط باشد، چنانچه بسیاری از افراد مبتلا به OCD بسیار خود انتقادگر هستند و خود را به دلیل داشتن افکار مزاحم منفی مجازات می‌کنند (۲۰). علاوه بر این، ارتباط منفی پایداری بین شفقت خود و اضطراب (۲۱، ۲۲) که یک مؤلفه محوری در OCD است، وجود دارد (۱۹). به علاوه تحقیقات نشان داده است که افرادی که خودشفقتی بالاتری دارند، تمایل کمتری به‌نشخوار فکری یا نگرانی دارند (۲۵-۲۳). برخی مطالعات نیز مستقیماً به بررسی رابطه بین OCD و شفقت خود پرداخته‌اند. به عنوان مثال لاندمن و همکاران (۲۶) دریافتند که ذهن‌آگاهی - یکی از مؤلفه‌های شفقت خود - به طور قابل توجهی بینش غیرمنطقی بودن باورهای مرتبط با خطر در بیماران OCD را پیش‌بینی می‌کند. علاوه بر این، واترنک و همکاران (۲۷) در مطالعه‌ای دریافتند که همبستگی منفی بین شدت علائم OCD و شفقت خود وجود دارد. مطالعه دیگری نیز نشان داد که شرکت‌کنندگانی که علائم بالینی قابل توجه OCD دارند، در مقایسه با شرکت‌کنندگان مبتلا به اضطراب یا افسردگی و افراد سالم، خودشفقت کمتری گزارش می‌کنند (۱۷).

1. mindfulness
2. compassion-self

ابزار

مذهبی تهیه شده است (۳۳). تمامی سوال‌های این پرسشنامه براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از هرگز = ۰ تا تقریباً همیشه = ۴ نمره گذاری می‌شوند. این پرسشنامه دارای دو خرده مقیاس نگرانی افراطی درباره‌ی ارتکاب گناه یا ترس از گناه (۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۴ و ۱۶) و نگرانی افراطی مربوط به تنبیه از سوی خدا یا ترس از خدا (۹، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۷، ۱۸ و ۱۹) می‌باشد. طبق گزارش مؤلفان، آلفای کل به دست آمده برای کل پرسشنامه ۰/۹۳، برای خرده مقیاس ترس از گناه ۰/۹۰ و ترس از خدا ۰/۸۸ است. همچنین همبستگی به دست آمده بین این پرسشنامه و پرسشنامه مازلی برابر با ۰/۳۶ بود. در نسخه‌ی فارسی این پرسشنامه آلفای کرونباخ کل این پرسشنامه ۰/۹۷، برای خرده مقیاس ترس از گناه برابر ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس ترس از خدا ۰/۹۰ گزارش کردند (۳۴).

۴. پرسشنامه‌ی آمیختگی فکر و عمل (TFI): پرسشنامه‌ی آمیختگی فکر (TFI) توسط ولز، جی ویلیامز و کارترایت هاتن (۲۰۰۱) برای ارزیابی باورهای افراد درباره‌ی افکار در حیطه‌های «آمیختگی» مرتبط با فرمول‌بندی و درمان شناختی اختلال وسواس فکری - عملی، تهیه شده است. سه حیطه‌ی آمیختگی فکر، از طریق ابزار ۱۴ ماده‌ای که دارای یک مقیاس واحد است، ارزیابی می‌شود. این حیطه‌ها عبارتند از: آمیختگی فکر - رویداد (برای مثال «افکار من به تنهایی این توان را دارند که روند حوادث را تغییر دهند»)، آمیختگی فکر - عمل (برای مثال «اگر من افکاری درباره‌ی صدمه زدن به کسی داشته باشم، به آن‌ها عمل خواهم کرد») و آمیختگی فکر - شیء (برای مثال «افکار و خاطرات من می‌توانند به اشیاء منتقل شوند») (۳۵). همچنین؛ ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۹ گزارش شده است. در خصوص روایی همگرایی این ابزار همبستگی مثبت و معناداری بین پرسشنامه‌ی آمیختگی فکر، پرسشنامه‌ی باورهای فراشناختی و مقیاس‌های علائم وسواس فکری - عملی گزارش شده است (۳۶). در ایران روایی این پرسشنامه با استفاده از روش تحلیل عاملی و روایی سازه مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین؛ آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۷ گزارش شد (۳۷).

۵. مقیاس شفقت خود: این مقیاس توسط ریس و همکاران در سال ۲۰۱۱ ساخته شده و دارای ۱۲ آیتم می‌باشد. این

۱. مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV (SCID): این فهرست واری، ابزاری برای تشخیص اختلال‌های روانی بر پایه‌ی چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی است که توسط اسپیتزر و همکاران (۱۹۹۷) تهیه شده است (۲۹). ضریب کاپای ۶۰ درصد به عنوان ضریب پایایی بین ارزیابی‌ها گزارش شده است. توافق تشخیصی نسخه‌ی فارسی این ابزار، برای تشخیص‌های خاص و کلی از متوسط تا خوب بوده است (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد) به دست آمده است (۳۰).

۲. پرسشنامه‌ی وسواسی - اجباری مادزلی (MOCI): از این پرسشنامه برای سنجش وسواسی - اجباری استفاده می‌شود و این پرسشنامه توسط هاجسون و راجمن در سال ۱۹۷۷ طراحی شده است (۳۱). این پرسشنامه ۳۰ سؤال و ۴ خرده مقیاس شامل واری، شستشو، کندی و شک و تردید دارد. تمامی سؤال‌های این پرسشنامه در طیف لیکرت دو درجه‌ای به صورت درست = ۰ و غلط = ۱ نمره گذاری می‌شوند. در این پرسشنامه سؤال‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۲۰، ۲۶، ۲۸، ۳۰ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. سؤال‌های مربوط به خرده مقیاس واری شامل سؤال‌های ۲، ۶، ۸، ۱۴، ۱۵، ۲۰، ۲۲، ۲۶ و ۲۸؛ سؤال‌های مربوط به خرده مقیاس شستشو شامل ۱، ۴، ۵، ۹، ۱۳، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۴، ۲۶ و ۲۷؛ سؤال‌های مربوط به خرده مقیاس کندی شامل ۲، ۴، ۸، ۱۶، ۲۳، ۲۵ و ۲۹؛ و سؤال‌های مربوط به خرده مقیاس شک و تردید شامل ۳، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۸ و ۳۰ می‌باشد. لازم به ذکر است که، بعضی از سؤال‌ها مربوط به دو یا چند مؤلفه می‌باشند. حداکثر نمره‌ای که فرد در خرده مقیاس‌ها به دست می‌آورد به این صورت است (واری = ۹، شستشو = ۱۱، کندی = ۷، شک و تردید = ۷). آلفای کرونباخ این پرسشنامه بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۶۹ تا ۰/۸۴ گزارش شده است (۳۱). در نسخه‌ی فارسی این پرسشنامه آلفای کرونباخ ۰/۷۵ گزارش شد (۳۲).

۳. پرسشنامه‌ی وسواس مذهبی (PIOS): این پرسشنامه توسط آبراموتیز و همکاران (۲۰۰۲) جهت ارزیابی وسواس

انتخاب شدند. ملاک انتخاب آن‌ها براساس مصاحبه‌ی تشخیصی (SCID) و نمره‌ی بالاتر از نقطه‌ی برش در خرده مقیاس‌های پرسشنامه وسواسی - اجباری مازولی (MOCI) و پرسشنامه‌ی وسواس مذهبی (PIOS) بود. نمره برش جهت خرده مقیاس وسواس شستشو ۵/۵۵ و برای خرده مقیاس چک کردن ۶/۱۰ در نظر گرفته شد. (هاجسون و راجمن، ۱۹۷۷). همچنین نمره برش برای وسواس مذهبی ۲۷ می‌باشد (هاپرت و فرادکین، ۲۰۱۶). معیار ورود افراد به این پژوهش تحصیلات حداقل پنجم ابتدایی، سن بین ۵۰-۱۸ سال و عدم سابقه دریافت روان درمانی و یا مداخلات روانشناختی بود. این افراد در صورت وجود عقب ماندگی ذهنی، سوء مصرف مواد و وجود سایر اختلالات روانی از مطالعه خارج می‌شدند. لازم به ذکر است تمامی مراحل این مطالعه مطابق با اعلامیه هلسینکی انجام شد.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان از جمله جنسیت، وضعیت تأهل و تحصیلات به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه در جدول ۱ گزارش شد. میانگین و انحراف استاندارد سنی گروه‌های وسواس واریسی، شستشو، مذهبی و افراد عادی به ترتیب ۲۶/۴۰، ۴/۶۶، ۲۸/۱۳ و ۵/۹۰، ۲۸/۰۷ و ۶/۲۵ و ۳۱/۳۱ و ۷/۵۶ بود.

مقیاس دارای ۶ عامل دو وجهی شامل مهربانی با خود در برابر قضاوت در مورد خود، احساس مشترکات انسانی در برابر انزوا و ذهن‌آگاهی در برابر همانندسازی افراطی است. آیت‌های این مقیاس در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از تقریباً هرگز = ۱ تا تقریباً همیشه = ۵ نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه‌ی نمره‌های این مقیاس از ۱۲ تا ۶۰ متغیر است. ریس و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهشی آلفای کرونباخ کل این مقیاس را ۰/۸۶ و آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های آن را بین ۰/۶۰ تا ۰/۷۹ گزارش کردند (۳۸). در نسخه‌ی فارسی این پرسشنامه آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ گزارش شد (۳۹).

تجزیه و تحلیل داده‌ها: در این پژوهش تحلیل‌ها در دو سطح توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل واریانس چندمتغیره) با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ انجام شد.

روند اجرای پژوهش: پس از تعیین جامعه هدف، از بین افراد مراجعه‌کننده به ۵ مرکز مشاوره و روان‌درمانی شهرستان بهبهان در سال ۱۳۹۹-۱۳۹۸ در یک بازه زمانی ده ماهه، ۴۵ نفر اختلال وسواس فکری - عملی (واریسی) = ۱۵ نفر، شست و شو = ۱۵ نفر و وسواس مذهبی = ۱۵ نفر) و ۴۵ نفر از افراد عادی به روش نمونه‌گیری در دسترس

جدول (۱) ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

متغیر		گروه							
		عادی		مذهبی		شستشو		واریسی	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
جنسیت	مرد	۲۰	۳	۴۰	۶	۲۰	۳	۱۶	۱۲
	زن	۵۵/۹۹	۴۲	۱۶	۱۲	۱۲	۹	۱۶	۱۲
وضعیت تأهل	مجرد	۴۹/۰۱	۲۵	۱۷/۶۴	۹	۱۹/۶۰	۱۰	۱۳/۷۲	۷
	متأهل	۵۱/۲۸	۲۰	۱۵/۳۸	۶	۱۲/۸۲	۵	۲۰/۵۱	۸
تحصیلات	زیر دیپلم و دیپلم	۲۳/۰۷	۳	۳۰/۷۶	۴	۲۳/۰۷	۳	۲۳/۰۷	۳
	کاردانی و کارشناسی	۵۲/۳۸	۲۲	۱۶/۶۶	۷	۱۱/۹۰	۵	۱۹/۰۴	۸
	ارشد و دکتری	۵۷/۱۴	۲۰	۱۱/۴۲	۴	۱۹/۹۹	۷	۱۱/۴۲	۴

خود، پیش‌فرض‌های این آزمون (نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها و همگنی ماتریس کوواریانس‌ها) بررسی شد. آزمون شاپیرو-ویلکز جهت بررسی نرمال بودن در دو گروه استفاده گردید که با توجه به غیر معنادار بودن آزمون شاپیرو-ویلکز، متغیرها از توزیع نرمال برخوردار بودند. جهت

همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده، شاخص‌های توصیفی برای مؤلفه‌های درهم آمیختگی فکر - عمل و شفقت به خود به تفکیک گروه‌ها گزارش شده است. در ادامه به منظور استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره جهت مقایسه مؤلفه‌های درهم آمیختگی فکر - عمل و شفقت به

بلامانع بود. در ادامه آماره لامبدای ویلکز ($P < 0/001$ ، $F = 4/55$ ، $Value = 0/64$ ، $Eta = 0/14$) نشان داد که حداقل در یکی از متغیرها بین گروه‌های مورد مطالعه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در ادامه به منظور بررسی این مورد که در کدام یک از متغیرها تفاوت معنادار وجود دارد، از آزمون تحلیل واریانس یک متغیره (آنووا) در متن تحلیل واریانس چند متغیره (مانووا) استفاده شد.

بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده گردید که مقادیر آزمون لون برای مؤلفه‌های درهم آمیختگی فکر - عمل و شفقت به خود معنی‌دار نشد ($p > 0/05$). لذا پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تأیید شد. همچنین جهت بررسی همگنی ماتریس کوواریانس‌ها از آزمون ام‌باکس استفاده گردید که با توجه به اینکه مقادیر آزمون ام‌باکس معنادار نشد ($P = 0/120$ ، $F = 1/56$ ، $Box's M = 14/782$)، بیانگر رعایت شدن این پیش‌فرض بود. با توجه به تأیید پیش فرض‌ها، لذا استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره

جدول ۲) شاخص‌های توصیفی به تفکیک گروه‌ها

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
فکر - رویداد	وارسی	۲۵۴	۱۰۳/۶۳
	شستشو	۱۸۸	۱۲۸/۶۳
	مذهبی	۲۰۹/۳۳	۱۱۱/۰۶
	عادی	۱۲۵/۵۵	۸۴/۷۱
فکر - عمل	وارسی	۱۷۱/۳۳	۱۱۴/۸۸
	شستشو	۱۴۴	۱۱۲/۲۴
	مذهبی	۹۵/۳۳	۸۱/۹۳
	عادی	۵۲/۴۴	۴۳/۵۴
فکر - شی	وارسی	۲۲۰/۶۷	۱۱۳/۱۶
	شستشو	۱۵۲	۱۱۷/۴۲
	مذهبی	۱۳۸/۶۷	۸۵/۵۹
	عادی	۱۰۳/۱۱	۷۷/۱۰
شفقت خود	وارسی	۳۱/۵۳	۵/۷۸
	شستشو	۳۹	۷/۲۵
	مذهبی	۳۵/۸۶	۶/۵۴
	عادی	۴۱/۹۳	۶/۶۵

همانطور که در جدول ۳ نشان داده شده، براساس نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه بین گروه‌ها از نظر متغیرهای فکر - رویداد ($P < 0/001$ ، $F = 7/33$) فکر - عمل ($P < 0/001$ ، $F = 10/91$)، فکر - شی ($P < 0/001$ ، $F = 6/23$) و شفقت به خود ($P < 0/001$ ، $F = 10/41$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. لذا به منظور بررسی تفاوت‌های بین گروهی از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد.

براساس جدول ۴ نشان می‌دهد بین گروه افراد با وسواس واری و افراد عادی تفاوت معنی‌داری در متغیر فکر - رویداد وجود دارد ($P < 0/001$). بین گروه افراد با وسواس واری و افراد عادی ($P < 0/001$) و بین گروه افراد با وسواس مذهبی و افراد عادی ($P < 0/05$) و بین گروه افراد با وسواس شستشو و افراد با وسواس واری و افراد با وسواس شستشو تفاوت معنی‌داری در متغیر شفقت خود وجود دارد.

براساس جدول ۴ نشان می‌دهد بین گروه افراد با وسواس واری و افراد عادی تفاوت معنی‌داری در متغیر فکر - رویداد وجود دارد ($P < 0/001$). بین گروه افراد با وسواس واری و افراد عادی ($P < 0/001$) و بین گروه افراد با

جدول ۳) آزمون تحلیل واریانس یک راهه

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P-Value	اندازه اثر	توان آزمون
فکر - رویداد	۲۲۲۶۳۵/۵۶	۳	۷۴۲۱۱/۸۵	۷/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۲۰	۰/۹۸
فکر - عمل	۲۰۴۹۰۲/۲۲	۳	۶۸۳۰۰/۷۴	۱۰/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۲۸	۱
فکر - شی	۱۶۰۰۴۹/۴۴	۳	۵۳۳۶۴/۸۱	۶/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۱۸	۰/۹۶
شفقت خود	۱۳۶۲/۶۳	۳	۴۵۴/۲۱	۱۰/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۲۷	۱

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی شفه

متغیر	گروه اول	گروه دوم	تفاوت میانگین	P-Value
فکر - رویداد	وارسی	شستشو	۶۶	۰/۳۶
		مذهبی	۴۴/۶۷	۰/۶۹
		عادی	۱۲۸/۴۴	۰/۰۰۱
	شستشو	مذهبی	-۲۱/۳۳	۰/۹۵
		عادی	۶۲/۴۴	۰/۲۳
		عادی	۸۳/۷۸	۰/۰۵
فکر - عمل	وارسی	شستشو	۲۷/۳۳	۰/۸۳
		مذهبی	۷۶	۰/۰۸
		عادی	۱۱۸/۸۹	۰/۰۰۱
	شستشو	مذهبی	۴۸/۶۷	۰/۴۲
		عادی	۹۱/۵۵	۰/۰۰۳
		عادی	۴۲/۸۸	۰/۳۵
فکر - شی	وارسی	شستشو	۶۸/۶۷	۰/۲۵
		مذهبی	۸۲	۰/۱۳
		عادی	۱۱۷/۵۵	۰/۰۰۱
	شستشو	مذهبی	۱۳/۳۳	۰/۹۸
		عادی	۴۸/۸۹	۰/۳۸
		عادی	-۳۵/۵۵	۰/۶۵
شفقت به خود	وارسی	شستشو	-۷/۴۷	۰/۰۳
		مذهبی	-۴/۳۳	۰/۳۶
		عادی	-۱۰/۴	۰/۰۰۱
	شستشو	مذهبی	۳/۱۳	۰/۶۴۱
		عادی	-۲/۹۳	۰/۵۳
		عادی	-۶/۰۷	۰/۰۳

بحث

داشتند. این یافته با اغلب مطالعات پیشین (۶،۱۳،۱۴) همسو بود. مطابق با نظریه‌ی راجمن (۸) یکی از مهم‌ترین عوامل آسیب‌شناسی در بروز اختلال وسواسی - اجباری، وجود تحریف‌ها یا سوگیری‌های شناختی و یکی از مهم‌ترین این سوگیری‌ها، درهم آمیختگی فکر - عمل است. با توجه به آنچه که نظریه‌های شناختی اختلال وسواسی - اجباری پیشنهاد کرده‌اند، مشکل اصلی این بیماران گرایش داشتن به سوء تعبیر افکار ناخوانده و مزاحم به صورت فاجعه‌آمیز است.

هدف پژوهش حاضر مقایسه افراد با الگوهای وسواسی گوناگون و افراد عادی از نظر در هم آمیختگی فکر - عمل و شفقت خود بود. نتایج حاکی از آن بود که گروه دارای الگوی وسواسی وارسی در مؤلفه‌های فکر - رویداد، فکر - عمل و فکر - شیء با گروه عادی تفاوت معناداری داشت. همچنین؛ گروه مذهبی از نظر مؤلفه‌ی فکر - رویداد و گروه شستشو از نظر مؤلفه‌ی فکر - عمل با گروه عادی تفاوت معناداری

نسبت به خود، انزوا و همانندسازی افراطی با گروه عادی و بین گروه با الگوی وسواسی مذهبی و شستشو با گروه عادی در قضاوت و داوری نسبت به خود تفاوت معناداری وجود داشت. همچنین گروه وارسی در مؤلفه‌های انزوا و همانندسازی افراطی تفاوت معناداری با گروه شستشو و مذهبی داشت. این یافته، در راستای مطالعات گذشته (۲۶-۲۳، ۱۷) بود.

در تبیین نمرات بالاتر افراد دارای الگوهای OCD نسبت به افراد عادی در قضاوت و داوری خود، انزوا و همانندسازی افراطی؛ باید اشاره کرد که افراد مبتلا به OCD حتی نسبت به افرادی که از سایر مشکلات روانشناختی رایج رنج می‌برند، چالش‌های خاصی را با دلسوزی و شفقت نسبت به خود تجربه می‌کنند و تمایل منحصر به فردی برای ارزیابی افکار بی‌ضرر و معمولی خود به عنوان مسائل مهم دارند و واکنش آن‌ها به این افکار با اجبارهای تشریفاتی، تکراری، وقت‌گیر و ظاهراً بی‌معنی، همراه است (۱۷). افراد مبتلا به OCD همچنین ممکن است ارزش‌هایی را که به طور بالقوه می‌تواند در بهبودی‌شان نقش داشته باشد را نادیده بگیرند، زیرا وسواس و تشریفات، معمولاً در خدمت کاهش اضطراب و عدم پرورش ارزش‌های کارکردی، عمل می‌کنند (۲۷). از سوی دیگر، علاقه رو به رشد به درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی و شفقت برای OCD (۴۵-۴۲) از این واقعیت ناشی شده است که تقریباً نیمی از بیماران مبتلا به OCD به دنبال درمان‌های شناختی رفتاری، بهبود علائم را تجربه نمی‌کنند (۴۶) و منطق این درمان‌ها بر این فرض استوار است که تقویت در مهارت‌های ذهن آگاهی و شفقت به خود، به کاهش علائم OCD کمک می‌کند (۴۴). مهارت‌های شفقت خود ضعیف در احساس گناه و شرم و باورهای وسواسی مانند مسئولیت‌پذیری شخصی افراطی و آمیختگی فکر - عمل اخلاقی دخیل است (۴۷).

از سویی دیگر، مطابق با نتایج بدست آمده گروه OCD با الگوی وارسی در مؤلفه‌های انزوا و همانندسازی افراطی نسبت به گروه شستشو و مذهبی به صورت معناداری در وضعیت نامطلوب‌تری قرار داشتند. وارسی یا بررسی اجباری، یکی از رایج‌ترین انواع اجبار است (۴۸) و به اشکال گوناگونی خود را نشان می‌دهد و به دلیل آنکه بیش از حد و زمان‌بر است، در عملکرد افراد اختلال و پریشانی ایجاد می‌کند (۴۹).

منظور از سوء تعبیر فاجعه‌آمیز این است که، این بیماران افکار، تصورات و تکانه‌های خود را به صورت بسیار فاجعه‌باری در نظر می‌گیرند و تصور می‌کنند که در معرض دیوانه شدن یا خطرهای شدیدی قرار دارند. طبق آنچه گفته شد، در این بیماران باید به درهم آمیختگی فکر - عمل به صورت ویژه‌ای توجه شود زیرا می‌تواند باعث افزایش این تحریف‌های شناختی گردد (۱۲). در واقع باید گفت که اگرچه ماهیت افکار ناخوانده و مزاحم در میان افراد عادی و OCD مشابه است، اما نحوه برخورد این دو گروه با این افکار تفاوت دارد. براساس نظریه‌ی فراشناختی ولز، افکار وسواسی باعث فعال شدن باورهای فراشناختی مانند آمیختگی فکر - عمل می‌شوند (وگنر، ۱۹۹۴). باورهای فراشناختی شامل باورهایی در مورد معنا و محتوای افکار می‌باشد، که باعث می‌شود مرز بین فکر - عمل، فکر - رویداد و فکر - شیء از بین برود. از طرفی دیگر فعال شدن این باورهای ناکارآمد توسط افکار وسواسی در بیماران دارای اختلال وسواسی - اجباری موجب ارزیابی منفی از افکار ناکارآمد و مزاحم به عنوان تهدید می‌شود. فعال شدن ارزیابی‌های منفی در مورد افکار ناکارآمد باعث تحریک و فعال شدن باورهای فراشناختی در مورد رفتارهای تشریفاتی و آیین مند می‌گردد. در نهایت، رفتارهای آیین‌مند و به کار بردن راهبردهای کنترل فکر موجب افزایش افکار ناخواسته و مزاحم می‌شود، که میزان اضطراب و نگرانی فرد را افزایش می‌دهد (۴۰).

در تقسیم‌بندی دیگری، آمیختگی فکر عمل در افراد دارای افکار وسواسی - اجباری به دو نوع احتمالی و اخلاقی تقسیم شده است. در آمیختگی فکر - عمل احتمالی، افراد بر این باور هستند داشتن فکری در مورد عمل یا کاری احتمال وقوع آن کار یا عمل را تشدید می‌کند. در آمیختگی فکر - عمل اخلاقی، باورهای فرد می‌تواند در مورد وقایع مربوط به خود یا مربوط به دیگران باشد. در این نوع از آمیختگی فکر - عمل فرد بر این باور است که داشتن یک فکر در مورد کار یا عملی خاص از نظر اخلاقی معادل درگیر شدن با محتوای آن فکر می‌باشد (۱۲، ۴۱). بنابراین، افرادی مبتلا به OCD نسبت به افراد عادی، آمیختگی فکر - عمل و باورهای ناکارآمد فراشناختی بیشتری دارند.

یافته‌ی دیگر پژوهش حاضر حاکی از آن بود که بین گروه با الگوی وسواسی وارسی در مؤلفه‌های قضاوت و داوری

به بهبود علائم این بیماران کمک کنند. با این حال باید در نظر داشت که این مطالعه دارای محدودیت‌هایی است که از تعمیم نتایج می‌کاهد. از آنجا که امکان نمونه‌گیری به شیوه تصادفی وجود نداشت، احتمال آنکه نتایج تحت تأثیر برخی متغیرهای کنترل نشده قرار گیرند، وجود دارد. بنابراین به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی با استفاده از روش‌های تصادفی و سایر روش‌های کنترل، مانند هم‌تاسازی دقیق گروه‌ها به افزایش تعمیم‌پذیری نتایج کمک کنند. به علاوه پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی، گروه OCD با سایر گروه‌های مبتلا به اختلالات روانشناختی، مانند اختلالات اضطرابی و خلقی، مقایسه گردند.

منابع

1. Abdollahzadeh Davan, S., Imani M. Investigating the relationship between feeling guilty and thought-action fusion by mediating obsessive-compulsive disorder and scrupulosity. *O J Adv Pharm Educ Res*. 2020;10(4):150-4.
 2. American Psychiatric Publishing.. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition [DSM-5®]. *Am Psychiatr Publ*. 2016;51(13).
 3. Krzanowska E, Kuleta M. From anxiety to compulsivity – A review of changes to OCD classification in DSM-5 and ICD-11. *Arch Psychiatry Psychother*. 2017;19(3).
 4. Krzyszkowiak W, Kuleta-Krzyszkowiak M, Krzanowska E. Treatment of obsessive-compulsive disorders (OCD) and obsessive-compulsive-related disorders (OCRD). *Psychiatr Pol*. 2019;53(4).
 5. American Psychological Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Depressive Disorders*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,. 2013.
 6. Hezel DM, Stewart SE, Riemann BC, McNally RJ. Clarifying the thought-action fusion bias in obsessive-compulsive disorder. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2019;20.
 7. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Ther*. 1985;23(5).
 8. Rachman S. A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther*. 1997;35(9).
 9. Rachman S. Obsessions, responsibility and guilt. *Behav Res Ther*. 1993;31(2).
 10. Rachman S, Shafran R. Cognitive Distortions: Thought-Action Fusion. *Clin Psychol Psychother*. 1999;6(2).
 11. Evans DW, Hersperger C, Capaldi PA. Thought-action fusion in childhood: Measurement, development, and association with anxiety, rituals and other compulsive-like behaviors. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2011;42(1).
- افراد وسواسی با الگوی وارسی به شدت با احساس ترس از آسیب‌رساندن و شک و تردید در مورد امنیت خود و دیگران روبرو هستند (۴۲). بنابراین چنین نگرانی و تمایلاتی به صورت مداوم و مکرر فرد را گرفتار تشریفات برای چک کردن وسایل و مواردی مانند شیر گاز می‌کند. به گونه‌ای که فرد چندین بار از محیط بیرون به درون خانه می‌آید تا از امنیت و نبود خطر مطمئن شود. این رفتار علاوه بر اینکه نوعی انزوا برای فرد پیش می‌آورد، فرد را گرفتار مسئولیت‌های خاصی می‌کند؛ مانند اینکه باید از جان خود و دیگران در قبال خطرهای محافظت کند. بنابراین قابل درک است چنین نگرش و تفکراتی فرد را از مؤلفه انسایت مشترک که نقطه مقابل انزوا است و شامل دیدن تجربه‌های خود مانند دیگران است، دور می‌کند. به عبارتی دیگر افراد با الگوی وسواس وارسی دارای احساس مسئولیت شدید هستند و احساس می‌کنند که بر عهده آن‌هاست که از وقوع هرگونه لغزش و خطا، یا بدبختی و بلا جلوگیری کند؛ بنابراین برای اجتناب از آن نامالایمات می‌بایست به وارسی‌ها و تشریفات بازبینی دست بزنند (۵۰). همچنین باید توجه کرد که این الگو نسبت به بقیه الگوها تجربیات شک و تردید و همچنین واقعی دانستن افکار بیشتری را نشان می‌دهند و روان رنجوری جزء خصیصه‌های شخصیت بارز آن‌ها است (۵۱). بنابراین چنین تفکرات و عملکردی یک مانع اساسی برای ذهن‌آگاهی و تمایل به همانندسازی‌های افراطی است. چرا که ذهن‌آگاهی و عدم همانندسازی نیازمند آگاهی واقع‌بیانه نسبت به تفکرات، عدم واقعیت‌انگاری مطلق افکار، شک و تردیدهای است که در ذهن فرد ظهور می‌کند (۵۲). بنابراین در مجموع می‌توان این‌گونه برداشت کرد که احساس مسئولیت‌های افراطی همراه با احساس نگرانی‌های دائم که با شک و تردید در الگوی وسواسی وارسی وجود دارد؛ می‌تواند توجهی برای درک عدم خود شفقتی در این افراد در مقایسه با افراد عادی و یا دیگر الگوهای وسواسی باشد.
- با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان دریافت که با استفاده از آموزش‌ها و درمان‌های موجود می‌توان میزان آمیختگی فکر - عمل را در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری کاهش و شفقت به خود را افزایش داد. همچنین؛ مؤسسات، مراکز بهداشتی، دانشگاه‌ها و کلینیک‌های روانشناختی با ارائه‌ی برنامه‌های حمایتی و مرتبط می‌توانند

- J Clin Psychol. 2014;70(9).
26. Landmann S, Cludius B, Tuschen-Caffier B, Moritz S, Külz AK. Mindfulness predicts insight in obsessive-compulsive disorder over and above OC symptoms: An experience-sampling study. *Behav Res Ther.* 2019;121.
 27. Wetterneck CT, Lee EB, Smith AH, Hart JM. Courage, self-compassion, and values in Obsessive-Compulsive Disorder. *J Context Behav Sci.* 2013;2(3-4).
 28. Berman NC, Shaw AM, Wilhelm S. Emotion Regulation in Patients with Obsessive Compulsive Disorder: Unique Effects for Those with "Taboo Thoughts." *Cognit Ther Res.* 2018;42(5).
 29. Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB. User's guide for the Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders SCID-I: clinician version. Washington, DC Am Psychiatr Assoc. 1997;
 30. Golshani F, Mazaheri MA, Borjali A, Ahadi H. The Effect of Dialectical Behavioral Therapy in the treatment of borderline personality disorder. *Psychol Res.* 2009;2(5):1-25.
 31. Hodgson RJ, Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. *Behav Res Ther.* 1977;15(5):389-95.
 32. Mohammadkhani S. The role of fusion beliefs and metacognitions in obsessive-compulsive symptoms in general population. *Pract Clin Psychol.* 2013;1(2):97-104.
 33. Abramowitz JS, Huppert JD, Cohen AB, Tolin DF, Cahill SP. Religious obsessions and compulsions in a non-clinical sample: The Penn Inventory of Scrupulosity (PIOS). *Behav Res Ther.* 2002;40(7):825-38.
 34. Kaviani S, Eskandari H, EBRAHIMI GS. The relationship between scrupulosity, obsessive-compulsive disorder and its related cognitive styles. 2015;
 35. Wells A, Gwilliam P, Cartwright-Hatton S. The Thought Fusion Instrument (unpublished self-report scale). UK Univ Manchester. 2001;
 36. Gwilliam P, Wells A, Cartwright-Hatton S. Dose meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: a test of the metacognitive model. *Clin Psychol Psychother An Int J Theory Pract.* 2004;11(2):137-44.
 37. Khoramdel K, Rabiee M, Molavi H, Neshatdoost HT. Psychometric properties of thought fusion instrument (TFI) in Students. *Iran J psychiatry Clin Psychol.* 2010;16(1):74-8.
 38. Raes F, Pommier E, Neff KD, Van Gucht D. Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clin Psychol Psychother.* 2011;18(3):250-5.
 39. Khanjani S, Foroughi AA, Sadghi K, Bahrainian SA. Psychometric properties of Iranian version of self-compassion scale (short form). *Pajoohandeh J.* 2016;21(5):282-9.
 40. Wells A. Emotional Disorders and
 12. Shafran R, Rachman S. Thought-action fusion: A review. Vol. 35, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.* 2004.
 13. Reuman L, Buchholz J, Blakey S, Abramowitz JS. Uncertain and fused: Cognitive fusion, thought-action fusion, and the intolerance of uncertainty as predictors of obsessive-compulsive symptom dimensions. *J Cogn Psychother.* 2017;31(3).
 14. Malehmir, B., Mikaeeli, N. Narimani M. Comparison of family functioning and thought-action fusion in patients with obsessive-compulsive disorder, bipolar disorder and normal people. *Med J od mashhad Univ Med Sci.* 2021;64(6):147-59.
 15. Abramowitz JS, Lackey GR, Wheaton MG. Obsessive-compulsive symptoms: The contribution of obsessional beliefs and experiential avoidance. *J Anxiety Disord.* 2009;23(2).
 16. Wheaton MG, Abramowitz JS, Berman NC, Riemann BC, Hale LR. The relationship between obsessive beliefs and symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 2010;48(10).
 17. Leeuwerik T, Cavanagh K, Strauss C. The Association of Trait Mindfulness and Self-compassion with Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms: Results from a Large Survey with Treatment-Seeking Adults. *Cognit Ther Res.* 2020;44(1).
 18. Neff KD. The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self Identity.* 2003;2(3).
 19. Eichholz A, Schwartz C, Meule A, Heese J, Neumüller J, Voderholzer U. Self-compassion and emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Psychother.* 2020;27(5).
 20. Belloch A, Morillo C, Garcia-Soriano G. Strategies to control unwanted intrusive thoughts: Which are relevant and specific in obsessive-compulsive disorder? *Cognit Ther Res.* 2009;33(1).
 21. Barnard LK, Curry JF. Self-Compassion: Conceptualizations, Correlates, & Interventions. *Rev Gen Psychol.* 2011;15(4).
 22. Marshall EJ, Brockman RN. The relationships between psychological flexibility, self-compassion, and emotional well-being. *J Cogn Psychother.* 2016;30(1).
 23. Johnson EA, O'Brien KA. Self-compassion soothes the savage ego-threat system: Effects on negative affect, shame, rumination, and depressive symptoms. *J Soc Clin Psychol.* 2013;32(9).
 24. Krieger T, Altenstein D, Baettig I, Doerig N, Holtforth MG. Self-Compassion in Depression: Associations With Depressive Symptoms, Rumination, and Avoidance in Depressed Outpatients. *Behav Ther.* 2013;44(3).
 25. Smeets E, Neff K, Alberts H, Peters M. Meeting suffering with kindness: Effects of a brief self-compassion intervention for female college students.

Metacognition: Innovative Cognitive Therapy. Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy. 2008.

41. Lee EB, Barney JL, Twohig MP, Lensegrav-Benson T, Quakenbush B. Obsessive compulsive disorder and thought action fusion: Relationships with eating disorder outcomes. *Eat Behav.* 2020;37.

42. Key BL, Rowa K, Bieling P, McCabe R, Pawluk EJ. Mindfulness-based cognitive therapy as an augmentation treatment for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Psychother.* 2017;24(5).

43. Selchen S, Hawley LL, Regev R, Richter P, Rector NA. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for OCD: Stand-Alone and Post-CBT Augmentation Approaches. *Int J Cogn Ther.* 2018;11(1).

44. Külz AK, Landmann S, Cludius B, Rose N, Heidenreich T, Jelinek L, et al. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) and residual symptoms after cognitive behavioral therapy (CBT): a randomized controlled trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2019;269(2).

45. Strauss C, Lea L, Hayward M, Forrester E, Leeuwertik T, Jones AM, et al. Mindfulness-based exposure and response prevention for obsessive compulsive disorder: Findings from a pilot randomised controlled trial. *J Anxiety Disord.* 2018;57.

46. Öst LG, Havnen A, Hansen B, Kvale G. Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. Vol. 40, *Clinical Psychology Review.* 2015.

47. Weingarden H, Renshaw KD. Shame in the obsessive compulsive related disorders: A conceptual review. Vol. 171, *Journal of Affective Disorders.* 2015.

48. Stein MB, Forde DR, Anderson G, Walker JR. Obsessive-compulsive disorder in the community: An epidemiologic survey with clinical reappraisal. *Am J Psychiatry.* 1997;154(8).

49. Ouellet-Courtois C, Wilson S, O'Connor K. Cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. Vol. 19, *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders.* 2018.

50. De Silva P. Obsessive-compulsive disorder. In *Adult Psychological Problems*. In Taylor & Francis; 2014. p. 143-62.

51. Pourfaraj M. Study of relationship between Thought-Action Fusion, Responsibility and Guilt with OCD symptoms in Shiraz university students. *Clin Psychol Personal.* 2009;37(16):69-82.

52. Goldberg SB, Tucker RP, Greene PA, Davidson RJ, Wampold BE, Kearney DJ, et al. Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. Vol. 59, *Clinical Psychology Review.* 2018.