



Research paper

A Comparison of the Effectiveness of Exposure and Response Prevention Therapy with Mindfulness-based Cognitive Therapy on Guilt Feeling in People with Obsessive-Compulsive Disorder

Parisa Ahmadi Azar¹; Mahboobeh Taher^{2*}; Saqqa Afrakhteh³; Faezeh Jahan⁴

Abstract

The present study aimed to compare of effectiveness the exposure and response prevention therapy with mindfulness-based cognitive therapy on guilt feeling. This was a semi-experimental study with two experimental groups and one control group. The design was conducted using the pre-test, post-test and two months follow-up method. Based on this, 45 people with obsessive-compulsive disorder who referred to counseling and psychotherapy service centers in Tehran in 2023, were selected on purposeful sampling and randomly assigned to three groups (15 people in each group). In order to collect information, Yale-Brown obsessive-compulsive scale and guilt feelings questionnaire were used. At first, the participants were pre-tested, then, the experimental groups underwent 10 sessions of 90 minutes of exposure and response prevention therapy and 8 sessions of 90 mins mindfulness-based cognitive therapy. The post-test was conducted on all participants. Two months later, the follow-up test was completed by 3 groups. The analysis of variance with repeated measurements were applied to data. The results showed that both methods were suitable, but the exposure and response prevention therapy had a greater and more meaningful effect.

Keywords: Exposure and response prevention therapy, guilt feeling, mindfulness-based cognitive therapy, obsessive-compulsive disorder.

¹ Ph.D Candidate in Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran

² Corresponding Author Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran. Mahboobe.taher@yahoo.com

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Imam Hossein (a.s.) Comprehensive University, Tehran, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan.

مقایسه اثربخشی درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر احساس گناه در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری

پریسا احمدی آذر^۱، محبوبه طاهر^{۱*}، سقا افراخته^۲، فائزه جهان^۳

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر احساس گناه بود. روش این پژوهش نیمه آزمایشی با دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل بود که از طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه استفاده شد. ۴۵ نفر از افراد مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری مراجعه‌کننده به مراکز خدمات مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه، هر گروه ۱۵ نفر، گمارده شدند. ابزارهای مقیاس وسواسی-بی‌اختیاری یل-براون گودمن و پرسشنامه احساس گناه بود که در سه مرحله استفاده شد؛ در ابتدا از شرکت‌کنندگان پیش‌آزمون به عمل آمد. سپس، گروه‌های آزمایش تحت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مواجهه‌سازی و ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای شناخت درمانی اجرا شد. پس‌آزمون پس از مداخله و مرحله پیگیری اجرا گردید. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای داده‌ها استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که هر دو روش درمانی، احساس گناه را کاهش داد و درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ تأثیر موثرتری نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی داشت.

کلیدواژه‌ها: احساس گناه، اختلال وسواسی-بی‌اختیاری، درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی.

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران

^۲ نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران Mahboobe.taher@yahoo.com

^۳ استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه جامع امام حسین(ع)، تهران، ایران

^۴ استادیار، گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

مقدمه

اختلال وسواسی-بی‌اختیاری^۱ یک وضعیت روانی شدید است (کاتیراوان و چاکرابارتی^۲، ۲۰۲۳) که با افکار مزاحم و رفتارهای تکراری با هدف ختنی کردن اضطراب یا رنج ناشی از این افکار مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) و شیوع آن در طول زندگی در سراسر جهان ۲ تا ۳ درصد تخمین زده می‌شود. شیوع ۱۲ ماهه تقریباً ۱ درصد است (ملچویر^۳ و همکاران، ۲۰۲۳). اختلال وسواسی-بی‌اختیاری برای فرد آزاردهنده و غیرقابل کنترل است و اغلب منجر به صدمه زدن به خود یا افراد مهم می‌شود (لائوری^۴ و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین اختلال وسواسی-بی‌اختیاری با وجود وسواس و اجبار مشخص می‌شود (دنزل^۵ و همکاران، ۲۰۲۳). اگرچه وجود تنها یکی از این دو علامت برای دریافت تشخیص اختلال وسواسی-بی‌اختیاری کافی است (گومس^۶ و همکاران، ۲۰۲۳)، بیماران معمولاً هر دوی آن ظاهر می‌سازند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۲۳). از سوی دیگر می‌توان گفت که اختلال وسواسی-بی‌اختیاری با علائم اضطرابی در ارتباط است به طوری که می‌توان گفت که اختلال وسواسی-بی‌اختیاری باعث می‌شود فرد مبتلا احساس اضطراب کند (مک‌کای^۷ و همکاران، ۲۰۲۴). این‌ها را می‌توان از هذیان‌ها متمایز کرد، زیرا اغلب به‌عنوان مزاحم درک می‌شوند، و معمولاً به‌عنوان غیرواقعی یا اغراق‌آمیز شناخته می‌شوند، اگرچه این تفاوت در برخی شرایط می‌تواند مبهم شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۲۳).

عوامل مختلفی می‌توانند با وسواسی-بی‌اختیاری در ارتباط باشند، که بر اساس تحقیقات، می‌توان گفت که احساس گناه^۸ یکی از این عوامل تاثیرگذار است، به طوری که مجموعه‌ای از شواهد تجربی ثابت برای وجود سرزنش و گناه بیش از حد در بین جمعیت بالینی مبتلا به وسواسی-بی‌اختیاری در مقایسه با افراد غیر بالینی مبتلا به وسواسی-بی‌اختیاری وجود دارد (کینی^۹ و همکاران، ۲۰۲۳؛ سم‌نویک^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۳). مانچینی^{۱۱} (۲۰۱۸) اصطلاح مفهوم گناه را پیشنهاد کرد که بین گناه وظیفه‌گرا^{۱۲} و نوع‌دوستانه^{۱۳} تمایز قائل شد. اولی متضمن نقض یک قاعده در نظام ارزشی فرد و دومی ضرورت وجود یک قربانی است (مانچینی، ۲۰۱۸). مدل شناختی اختلالات وسواسی ارائه شده توسط مانچینی (۲۰۱۸) به‌عنوان فرض اصلی خود نشان می‌دهد که هدف اولیه مبتلایان به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری جلوگیری از احساس گناه وظیفه‌گرا است و شکست بالقوه در دستیابی به این هدف «به‌عنوان یک فاجعه غیرقابل قبول و غیرقابل تحمل تلقی می‌شود» (مانچینی، ۲۰۱۸). همچنین نشان داده شده

1. obsessive-compulsive disorder
2. Kathiravan & Chakrabarti
3. Melchior
4. Lauri
5. Denzel
6. Gomes
7. MacKay
8. guilt feeling
9. Kenny
10. Semeniuc
11. Mancini
12. deontological
13. altruistic

است بیماران وسواسی-بی‌اختیاری مستعد نوعی احساس گناه هستند که در آن نقض یک هنجار اخلاقی درونی شده ضروری و کافی است (مانچینی و همکاران، ۲۰۲۲).

نقش احساس گناه در اختلال وسواسی-بی‌اختیاری مدت‌هاست که نظریه‌پردازی شده است (مانچینی و همکاران، ۲۰۲۲؛ تینلا^۱ و همکاران، ۲۰۲۳) و داده‌های جدیدتر احساس گناه قوی‌تری را در بین بیماران اختلال وسواسی-بی‌اختیاری در مقایسه با گروه کنترل همسان تأیید می‌کند. به طور خاص، شواهد فزاینده نشان می‌دهد که احساس گناهی که بیماران اختلال وسواسی-بی‌اختیاری از آن می‌ترسند، عمدتاً «وظیفه‌گرا» است (گانگمی و مانچینی^۲، ۲۰۱۷؛ کانگ^۳ و همکاران، ۲۰۱۶). احساس گناه می‌تواند باعث تشدید، حفظ و بدتر شدن دوره بیماری اختلال وسواسی-بی‌اختیاری شود و در این اختلال، احساس گناه وظیفه‌گرا بیشتر وجود دارد و می‌تواند اجبارهای بررسی و پاکسازی را تحریک کند (باسیلی^۴ و همکاران، ۲۰۱۴). در اختلال وسواسی-بی‌اختیاری، احساس گناه افراد مبتلا را وادار می‌کند تا رفتارهای اجباری را فعال و افزایش دهند، زیرا احساس می‌کنند که آن اعمال (اجبارها) اشکال پیشگیری از مشکلات پیچیده‌تر هستند (دی‌اولیمپو و مانچینی، ۲۰۱۴).

با توجه به آنچه گفته شد به کارگیری مداخلات روان‌شناختی برای کاهش مشکلات این افراد (مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری) اهمیت دارد، که از جمله مداخلات موثر بر کاهش مشکلات آنان، درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ^۵ است (سونگ^۶ و همکاران، ۲۰۲۲؛ رید^۷ و همکاران، ۲۰۲۱). این روش درمانی شامل مواجهه شدن بیمار با موقعیت‌های گوناگون ایجاد کننده ترس‌ها و وسواس‌ها (لیوویرک^۸ و همکاران، ۲۰۲۳) و سپس اجتناب یا جلوگیری از انجام هرگونه پاسخ رفتاری یا خنثی کننده و سرانجام بازسازی شناختی^۹ با هدف اصلاح باورهای ناکارآمد و جایگزینی باورهای منطقی‌تر می‌باشد (هزل^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۳).

درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ اگرچه خط اول فعلی برای درمان اختلال وسواسی-بی‌اختیاری است، و با وجود موثر بودن، اما دارای محدودیت‌های بزرگی است و میزان عود اختلال پس از قطع مواجهه بالاست و بسیاری از بیماران درمان خود را به دلیل فشار ناشی از این درمان رها می‌کنند (آبرموویتز^{۱۱}، ۲۰۱۸؛ هیملی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۳). لذا باید به دنبال درمان‌های جایگزین آن بود، که در برخی پژوهش‌ها از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^{۱۳} به عنوان یک درمان مناسب و کارآمد برای بهبود مشکلات افراد مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری نام برده شده است (کلائوس^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۳).

1. Tinella
2. Gangemi & Mancini
3. Kang
4. Basile
5. exposure and response prevention therapy
6. Song
7. Reid
8. Leeuwerik
9. cognitive remediation
10. Hezel & Simpson
11. Abramowitz
12. Himle
13. mindfulness-based cognitive therapy
14. Claus

۴۲..... مقایسه اثربخشی درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ با شناخت درمانی مبتنی بر ...

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از دیگر درمان‌های موثر بر اختلال وسواسی-بی‌اختیاری هستند (کولز و همکاران، ۲۰۱۹) که از درمان‌هایی می‌باشد که برای تنظیم گروهی ابداع شده‌اند و جزو رویکردهای به اصطلاح موج سوم^۱ محسوب می‌شوند، زیرا از عناصر درمان شناختی-رفتاری استفاده می‌کنند، اما به طور خاص به اجتناب تجربی^۲ و تقویت فاصله^۳ و پذیرش پریشانی^۴ می‌پردازند و می‌توان گفت که از دیدگاه نظری، پیشنهاد شده است که برنامه‌های درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند در درمان اختلال وسواسی-بی‌اختیاری مفید باشد (کالودیوس^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). اشتراوس^۶ و همکاران (۲۰۱۸) به مکانیسم‌های مختلفی اشاره کرده‌اند که می‌تواند نشان دهنده سودمندی این مداخله در این بیماران باشد. در این میان عدم قضاوت، دوری از اندیشه، از بین رفتن قدرت اندیشه بر عمل و یا از منظر اخلاقی، تمایز موضوع بین آنها و افکارشان برجسته شده است (پرز-آراند^۷ و همکاران، ۲۰۲۱). بر اساس پیشینه و سوابق پژوهش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند مشکلات افراد مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری را کاهش دهد (خادم و همکاران، ۱۴۰۲) و این نوع شناخت درمانی می‌تواند علائم اختلال وسواسی-بی‌اختیاری را در این افراد کم کند (کلائوس و همکاران، ۲۰۲۳).

آنچه که مشخص است هم در درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ (سونگ و همکاران، ۲۰۲۲؛ رید و همکاران، ۲۰۲۱) و هم شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی اثربخشی معنادار بر کاهش مشکلات افراد مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری دارند (خادم و همکاران، ۱۴۰۲؛ کلائوس و همکاران، ۲۰۲۳). اما مقایسه اثربخشی درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کمتر بر روی این بیماران انجام شده است. افزون بر این، از نظر روش‌شناختی نیز، مطالعاتی که به مقایسه اثربخشی درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی پرداخته باشد کمتر وجود دارد و این باعث می‌شود که نتوان درمان موثر و مورد نیاز این بیماران برای کاهش مشکلات‌شان را شناسایی کرد. لذا در باب دلایل منطقی و علمی برای مقایسه اثربخشی درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، می‌توان گفت که وقتی بتوان از بین رویکردها و مداخلات درمانی مختلف و اثربخش از نظر مطالعات تجربی، یک درمان اثربخش‌تر را نسبت به درمان‌های دیگر را شناسایی کرد می‌توان به درمانگران روان‌شناسان و درمانگرانی که در زمینه مشکلات کاهش بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری فعالیت می‌کنند، کمک کرد که از نتایج اینگونه تحقیقات استفاده کنند که چه نوع درمانی اثربخش‌تر است. به همین دلیل این پژوهش از تلویحات کاربردی در این زمینه، برای روان‌شناسان و درمانگران برخوردار است. بر اساس آنچه گفته شد در این پژوهش، این فرضیه آزمون شده است که بین درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر احساس گناه در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری تفاوت وجود دارد.

1. third-wave approaches
2. experiential avoidance
3. foster distance from
4. acceptance of distress
5. Cludius
6. Strauss
7. Pérez-Aranda

روش پژوهش

روش پژوهش بر مبنای هدف کاربردی و از منظر گردآوری داده‌ها جزء پژوهش‌های کمی و از نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی افراد مبتلا به وسواسی-بی‌اختیاری مراجعه‌کننده به مراکز خدمات مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند.

فرایند انتخاب نمونه بدین صورت بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از بین افرادی که در چهار مرکز خدمات مشاوره و روان‌درمانی غرب شهر تهران دارای پرونده بودند و تشخیص قطعی اختلال وسواسی-بی‌اختیاری را دریافت کرده و مایل به شرکت در مطالعه باشند، تعداد ۴۵ نفر انتخاب (از بین ۵۷ نفر دارای تشخیص وسواسی-بی‌اختیاری) و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری (۱۵ نفر گروه درمان مواجهه و اجتناب از پاسخ، ۱۵ نفر گروه آزمایش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، ۱۵ نفر گروه کنترل) قرار گرفتند.

کسب نمره ۱۶ و بالاتر در مقیاس وسواسی-بی‌اختیاری یل-براون گودمن و همکاران (۱۹۸۹)، توانایی شرکت در برنامه‌های درمانی و عدم سابقه دریافت درمان مواجهه و اجتناب از پاسخ و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و فرد قرار نگرفتن تحت درمان‌های دارویی روان‌شناختی باشد از ملاک‌های ورود به پژوهش بودند. همچنین دو جلسه غیبت در جلسات درمانی، شرکت همزمان در دیگر دوره‌ها و مداخلات درمانی و روان‌شناختی، عدم اجرای تمرین‌های خانگی و مخدوش بودن پاسخنامه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری از ملاک‌های خروج از پژوهش بود.

دادن اطمینان به افراد نمونه از جهت محرمانه بودن اطلاعات آنها، حفظ حریم خصوصی و احترام به حقوق آنان، توضیح فرآیند مطالعه برای همه آنان، پاسخ به گویه‌های و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به آنان، ارائه جلسات درمانی به صورت فشرده به گروه کنترل بعد از اجرای دوره پیگیری از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بوده است. در این تحقیق از آمار توصیفی چون میانگین و انحراف معیار و از آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (به دلیل وجود مرحله پیگیری) استفاده شد و برای بررسی مقایسه مراحل زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و مقایسه اثربخشی درمان‌ها از «آزمون تعقیبی بن فرونی»^۱ استفاده شد. نرم افزار SPSS نسخه ۲۸ بود.

ابزار پژوهش

مقیاس وسواسی-بی‌اختیاری یل-براون^۲ (Y-BOCS) - این مقیاس توسط گودمن^۳ و همکاران (۱۹۸۹) تدوین شده است و شامل ۱۰ گویه است که در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. به این صورت که نمرات از صفر (بدون علامت) تا ۴ (علائم شدید) متغیر است. دامنه نمرات به دست آمده بین ۰ تا ۴۰ است که نمره بالاتر نشان دهنده علائم وسواسی-بی‌اختیاری بیشتر در فرد پاسخ دهنده است و نقطه برش آن برای تشخیص افراد مبتلا به وسواسی-بی‌اختیاری نمره ۱۶ است

1. Bonferroni
2. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)
3. Goodman

۴۴ مقایسه اثربخشی درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ با شناخت درمانی مبتنی بر ...

(گودمن و همکاران، ۱۹۸۹). این مقیاس در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است و پایایی آن به دو شیوه آلفای کرونباخ و بازآزمایی محاسبه شده است که ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۹۵ تا ۰/۹۷ و ضریب پایایی بازآزمایی با فاصله زمانی ۲ ماه ۰/۹۹ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است. همچنین در نسخه ترجمه شده روایی ملاکی^۱ (همزمان) آن بررسی و ضریب همبستگی با خرده مقیاس وسواس فکری-عملی چک لیست اختلالات روانی^۲ (SCL-90) دراکوتیس^۳ و همکاران (۱۹۷۷) در دامنه ۰/۲۲ تا ۰/۴۸ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (راجری اصفهانی و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ بررسی و ضرایب آلفای کرونباخ کل گویه‌ها در مرحله پیش‌آزمون ۰/۸۰، پس‌آزمون ۰/۹۳ و پیگیری ۰/۹۰ به دست آمده است.

پرسشنامه احساس گناه^۴ (GFQ) - این پرسشنامه توسط کلوگر و جونز^۵ (۱۹۹۲) تهیه شده است و شامل ۴۵ گویه است که سه خرده مقیاس خصیصه گناه^۶ (۲۰ گویه)، حالت گناه^۷ (۱۰ گویه) و معیارهای اخلاقی^۸ (۱۵ گویه) را اندازه‌گیری می‌کند. همچنین نمره‌گذاری ۵ درجه‌ای است به این صورت که به کاملاً موافقم ۵ نمره، موافقم ۴ نمره، نظری ندارم ۳ نمره، مخالفم ۲ نمره و کاملاً مخالفم ۱ نمره تعلق می‌گیرد. گویه‌های ۳، ۴، ۶، ۷، ۱۱، ۱۳، ۱۸، ۱۹، ۲۳، ۲۸، ۳۰، ۳۲، ۳۳، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲ و ۴۳ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۴۵ تا ۲۲۵ است و نمره بالاتر نشان دهنده احساس گناه بیشتر است. سازندگان پرسشنامه ضرایب آلفای کرونباخ را در دامنه ۰/۷۷ تا ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند و روایی ملاکی (همزمان) آن را بررسی و ضرایب همبستگی پیرسون با مقیاس گناه و شرم^۹ چیک و هوگان^{۱۰} (۱۹۸۳) در دامنه ۰/۲۲ تا ۰/۵۱ گزارش کردند (کوگلر و جونز، ۱۹۹۲). در ایران روایی محتوا و صوری آن به وسیله نظرخواهی از ۱۵ نفر از اساتید روانپزشک، دستیاران سال آخر روانپزشکی و کارشناسان ارشد روان‌شناسی مورد بررسی قرار گرفت که همگی این افراد روایی محتوا و صوری آن را مورد تأیید قرار دادند و پایایی حاصل از بازآزمایی در یک فاصله ۱۰ هفته‌ای به ترتیب برای معیارهای اخلاقی ۰/۸۱، خصیصه گناه ۰/۷۲ و حالت گناه ۰/۵۶ به دست آمده است (دمهری و همکاران، ۱۴۰۰). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ بررسی و ضرایب آلفای کرونباخ کل گویه‌ها در مرحله پیش‌آزمون ۰/۸۰، پس‌آزمون ۰/۷۳ و پیگیری ۰/۹۰ به دست آمده است.

1. concurrent
2. Symptom Checklist- 90 (SCL-90)
3. Derogatis
4. Guilt Feelings Questionnaire (GFQ)
5. Kogler & Jones
6. guilt characteristics
7. guilt state
8. moral standards
9. Guilt and Shame Scales
10. Cheek & Hogan

جلسات درمانی

جدول ۱. جلسات درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ اقتباس از استکتی و نیشیت (۱۹۹۵ ترجمه بخشی پور رودسری و همکاران، ۱۳۷۶)

| جلسه | هدف | محتوای جلسه | تغییر رفتاری مورد انتظار | تکلیف (تمرین) |
|--------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|
| ۱ | برقراری رابطه خوب با مراجع | توضیح سبب شناسی اختلال وسواس و آموزش منطق و طرح درمان مواجهه و بازداری از پاسخ و بررسی میزان انگیزش درمانجو برای شرکت در درمان | به دست آوردن اطلاعات در مورد سابقه وسواس اعضای گروه | معرفی منابع حمایتی و بستن قرارداد درمانی |
| ۲ | خوگیری مراجع در هنگام جلسه‌های درمان | تمرین و آمادگی برای رویارویی تجسمی | تجزیه و تحلیل ابعاد مختلف محرک اضطراب‌زا | انجام ندادن رفتارهای اجباری |
| ۳ | مواجهه تخیلی با افکار مزاحم | مواجهه تخیلی با ماده‌های اولیه سلسله مراتب و کمک به مراجع جهت توقف رفتارهای وسواسی | تجزیه و تحلیل ابعاد مختلف محرک اضطراب‌زا | انجام ندادن رفتارهای اجباری به آن |
| ۴ تا ۷ | ارائه تکنیک‌های مواجهه | آموزش تکنیک مواجهه به همراه جلوگیری از پاسخ | تغییر افکار مزاحم | انجام ندادن رفتارهای اجباری |
| ۸ | ارزیابی اجتناب از تکالیف خانگی | بازبینی برگه ۵ ستون افکار | تغییر افکار مزاحم | پر کردن برگه ۷ ستونی افکار |
| ۹ | ارائه آزمایش‌های رفتاری برای افکار وسواسی | آزمایش رفتاری برای عمل خشتی سازی افکار، استفاده از تکنیک محاسبه احتمال و پرسشگری سقراطی برای برآورد بیش از حد خطر | اصلاح باورهای ناکارآمد | نوشتن مزایا و معایب افکار مزاحم |
| ۱۰ | مرور و جمع‌بندی تکنیک‌ها و اتمام جلسه | بحث و جمع‌بندی فنون درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ، تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش، تقدیر و تشکر و اعلام پایان جلسات. | جایگزینی باورهای منطقی‌تر با باورهای قبلی | - |

جدول ۲. جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اقتباس از سگال و همکاران (۲۰۱۸)

| جلسه | هدف | محتوای جلسه | تغییر رفتاری مورد انتظار | تکلیف (تمرین) |
|------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۱ | آشنایی اعضا با هم، تعیین اهداف جلسه. | تمرین کشمش خوردن؛ مراقبه و آگاهی بدن - آغاز تمرین با تنفس کوتاه. | افزایش میزان توجه، تمرکز و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و حس - های بدنی. | مراقبه و واریسی بدن، تمرین ذهن آگاهی |
| ۲ | تمرکز بیشتر بر بدن و کنترل بیشتر وقایع روزانه. | مراقبه واریسی بدنی، تمرین افکار و احساسات، ثبت وقایع خوشایند، ۱ دقیقه تنفس با حضور ذهن. | افزایش میزان توجه، توجه کردن به طریق جدید در لحظه و بدون قضاوت. | مراقبه واریسی بدن؛ ۱۰ دقیقه تنفس با حضور ذهن و ثبت وقایع خوشایند |
| ۳ | تنفس با ذهن آگاهی و حضور در لحظه حاضر. | تمرین دیدن و شنیدن به مدت کوتاه؛ تمرین تنفس با حضور ذهن؛ تمرین حرکات هوشیارانه؛ تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای. | تشخیص حالت خود در هنگام آرمیدگی عضلانی و حالت عادی، پذیرش افکار و احساسات. | آرمیدگی عضلانی همراه با توجه به زمان حال؛ تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای و ثبت وقایع ناخوشایند. |
| ۴ | آموزش فنون حضور در زمان حال. | آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و انتخاب های آگاهانه؛ فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای. | پذیرش افکاری که در سطح هشیاری قرار دارد. | مراقبه نشسته؛ تمرین تنفس ۳ دقیقه‌ای - منظم و مقابله‌ای به عنوان راهبرد مقابله‌ای در زمان تجربه احساس های ناخوشایند. |
| ۵ | ایجاد پذیرش و اجازه. | مراقبه در وضعیت نشسته؛ آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار؛ تأکید بر ادراک چگونگی واکنش دهی افکار، احساس ها و حس های بدنی ایجاد شده. | آگاهی توأم با پذیرش و عدم قضاوت. | تمرین مراقبه نشسته؛ فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای. |
| ۶ | افکار حقایق نیستند. | تکنیک آموزش توجه؛ تمرین مراقبه؛ آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار - با معرفی مشکلات مربوط به تمرین و پی بردن به اثرات آن بر روی بدن و ذهن. | آگاهی نسبت به افکار و تغییر روابط با افکار. | تمرین مراقبه نشسته؛ فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای، تمرکز بر یک رویداد ناخوشایند، تمرین خروج افکار منفی به صورت ارادی. |
| ۷ | یادگیری خودمراقبتی. | تمرین مراقبه در وضعیت نشسته؛ آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و هیجانات؛ طرح یک مشکل طی تمرین و کشف تأثیر آن بر روی بدن و ذهن. | افزایش فعالیت های مفید و تنظیم هیجان. | فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای، به طور منظم؛ فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای مقابله‌ای؛ گسترش برنامه فعالیت برای مواجهه با حالت خلقی بد. |

| | | | |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| کاربرد آموخته‌ها در محیط واقعی زندگی در آینده. | مراقبه و آرسی بدن، به پایان رساندن مراقبه و استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با وضعیت‌های خلقی در آینده. | مراقبه و آرسی بدن، به پایان رساندن مراقبه و استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با وضعیت‌های خلقی در آینده. | کسب حس خوشایند در محیط واقعی زندگی بدون قضاوت افکار منفی کنونی. |
| ۸ | محيط واقعي زندگي | مراقبه و استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با وضعیت‌های خلقی در آینده. | کسب حس خوشایند در محیط واقعی زندگی بدون قضاوت افکار منفی کنونی. |

روش اجرا

در ابتدا بر روی افرادی که تمایل داشتند در پژوهش شرکت کنند مقیاس وسواسی-بی‌اختیاری یل-براون گودمن و همکاران (۱۹۸۹) اجرا شد که از بین آنها ۵۷ نفر نمره ۱۶ و بالاتر (نقطه برش) کسب کردند و از بین آنها ۴۵ نفر تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند (۳ گروه یعنی ۲ گروه آزمایش و یک گروه کنترل هر گروه ۱۵ نفر). سپس جلسات درمانی بر روی گروه‌های آزمایشی اجرا شد و بعد از اتمام جلسات درمانی، آزمودنی‌های هر سه گروه به سوالات مقیاس احساس گناه به عنوان پس‌آزمون پاسخ دادند. همچنین بعد از ۲ ماه مرحله پیگیری اجرا شد. در نهایت داده‌های گردآوری شده تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن گروه مواجهه‌سازی ۳۰/۷۳ و ۴/۱۱؛ میانگین گروه شناخت درمانی ۳۲/۶۷ و ۴/۱۵؛ گروه کنترل ۳۳/۴۰ و ۵/۵۹ بود. میزان آماره F بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین‌های ۳ گروه در متغیر سن برابر با $F=۱/۳۰$ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($sig=۰/۲۸۲$) که نشان دهنده همتا بودن ۳ گروه از نظر سن می‌باشد. همچنین از آنجایی که آماره تحلیل خی دو آمده حاصل از مقایسه فراوانی و درصد ۳ گروه در متغیر تحصیلات برابر با $Chi=۱/۸۸$ $Square$ است و این آماره به لحاظ آماری معنادار نبود ($sig=۰/۹۸۴$)، این عدم معناداری نشان دهنده همتا بودن سه گروه از نظر تحصیلات است. جدول ۳- میانگین و انحراف معیار احساس گناه گروه‌های آزمایش و کنترل به تفکیک مراحل سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) را نشان می‌دهد. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می‌باشند یا خیر، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است، این پیش فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها می‌باشد که ابتدا پیش فرض‌ها بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلکز در هیچ یک از مراحل معنی‌دار نبود ($P>۰/۰۵$)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می‌باشد. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($P>۰/۰۵$) و بدین ترتیب پیش فرض برابری واریانس‌ها تایید شد. داده‌های تحقیق فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (ام‌باکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش فرض نیز رعایت شده است ($P>۰/۰۵$). سطح معنی‌داری اثر تعامل گروه و پیش آزمون بزرگتر از ۰/۰۵ بود و این نشان دهنده همگنی شیب خط رگرسیون^۱ بود.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار احساس گناه در گروه آزمایش و گروه کنترل

| متغیرهای وابسته | مرحله | میانگین | | | انحراف معیار | | |
|--------------------|-----------|-------------|-----------|--------|--------------|-----------|-------|
| | | مواجهه‌سازی | ذهن‌آگاهی | کنترل | مواجهه‌سازی | ذهن‌آگاهی | کنترل |
| خصیصه گناه | پیش‌آزمون | ۶۱/۹۳ | ۶۲/۴۰ | ۶۲/۶۷ | ۰/۹۶ | ۱/۱۲ | ۰/۷۲ |
| | پس‌آزمون | ۵۷/۴۰ | ۵۹/۰۰ | ۶۲/۵۳ | ۲/۵۹ | ۱/۴۶ | ۰/۶۴ |
| | پیگیری | ۵۷/۴۷ | ۵۸/۹۳ | ۶۲/۶۰ | ۲/۶۴ | ۱/۳۹ | ۰/۶۳ |
| حالت گناه | پیش‌آزمون | ۲۴/۴۰ | ۲۴/۳۳ | ۲۴/۱۳ | ۰/۹۱ | ۰/۸۲ | ۰/۹۲ |
| | پس‌آزمون | ۲۰/۲۷ | ۲۱/۸۷ | ۲۴/۰۷ | ۰/۸۸ | ۱/۵۵ | ۱/۰۳ |
| | پیگیری | ۲۰/۳۳ | ۲۲/۰۰ | ۲۴/۱۳ | ۰/۹۸ | ۱/۴۶ | ۱/۰۶ |
| معیارهای اخلاقی | پیش‌آزمون | ۳۷/۸۷ | ۳۳/۹۳ | ۳۴/۶۰ | ۰/۷۴ | ۱/۰۳ | ۰/۹۹ |
| | پس‌آزمون | ۳۱/۱۳ | ۳۱/۸۷ | ۳۴/۴۷ | ۱/۱۹ | ۱/۶۰ | ۱/۱۲ |
| | پیگیری | ۳۱/۲۰ | ۳۲/۰۷ | ۳۴/۵۳ | ۱/۲۶ | ۱/۵۴ | ۱/۱۹ |
| نمره کل احساس گناه | پیش‌آزمون | ۱۲۱/۲۰ | ۱۲۰/۶۷ | ۱۲۱/۴۰ | ۱/۵۲ | ۱/۸۹ | ۱/۵۰ |
| | پس‌آزمون | ۱۰۸/۸۰ | ۱۱۲/۷۳ | ۱۲۱/۰۷ | ۳/۴۷ | ۳/۳۱ | ۱/۸۳ |
| | پیگیری | ۱۰۹/۰۰ | ۱۱۳/۰۰ | ۱۲۱/۲۷ | ۳/۷۶ | ۲/۸۹ | ۱/۸۷ |

با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود. از آنجایی که مقدار سطح معناداری آزمون کرویت موچلی برای احساس گناه برابر ۰/۰۰۱ به دست آمده است، لذا فرض یکسان بودن واریانس‌ها حاصل نشد و تخطی از الگوی آماری F صورت گرفته است. برای این منظور از آزمون گرین هاوس-گیسر برای بررسی اثرات درون‌آزمودنی و بین‌آزمودنی مداخلات درمانی استفاده شد که نتایج در جدول ۴ آمده است. نتایج جدول ۴- نشان می‌دهد که درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر احساس گناه اثربخشی معناداری دارد.

جدول ۴. نتایج اثرات درون‌آزمودنی و بین‌آزمودنی احساس گناه

| متغیرهای وابسته | منابع تغییر | آماره F | معنی‌داری | ضریب تاثیر | توان آماری |
|-----------------|-------------|---------|-----------|------------|------------|
| خصیصه گناه | گروه | ۳۴/۸۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۲ | ۱/۰۰ |
| | زمان | ۸۴/۱۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۷ | ۱/۰۰ |
| | زمان×گروه | ۲۰/۶۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۹ | ۱/۰۰ |
| حالت گناه | گروه | ۲۴/۷۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۴ | ۱/۰۰ |
| | زمان | ۱۶۲/۷۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۹ | ۱/۰۰ |
| | زمان×گروه | ۴۷/۶۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۹ | ۱/۰۰ |

| | | | | | |
|------|------|-------|--------|-----------|--------------------|
| ۱/۰۰ | ۰/۴۵ | ۰/۰۰۱ | ۱۷/۳۴ | گروه | معیارهای اخلاقی |
| ۱/۰۰ | ۰/۷۶ | ۰/۰۰۱ | ۱۳۴/۸۱ | زمان | |
| ۱/۰۰ | ۰/۶۵ | ۰/۰۰۱ | ۳۹/۳۸ | زمان×گروه | |
| ۱/۰۰ | ۰/۷۴ | ۰/۰۰۱ | ۵۸/۴۷ | گروه | نمره کل احساس گناه |
| ۱/۰۰ | ۰/۸۴ | ۰/۰۰۱ | ۲۱۸/۰۳ | زمان | |
| ۱/۰۰ | ۰/۷۴ | ۰/۰۰۱ | ۵۸/۷۸ | زمان×گروه | |

در ادامه مقایسه دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در احساس گناه در جدول ۵- آمده است که نتایج نشان داد که درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر احساس گناه در مرحله پس آزمون تاثیر داشته است و تداوم این تاثیر در مرحله پیگیری را نیز در برداشته است. همچنین تفاوت میانگین گروه مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با گروه کنترل است که این نشان دهنده آن است که درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ اثربخشی بیشتری نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش احساس گناه دارد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی احساس گناه برای بررسی پایداری نتایج

| معناداری | تفاوت میانگین | تفاوت مراحل | میانگین تعدیل شده | مراحل | متغیرهای وابسته |
|----------|---------------|--------------------|-------------------|-----------|--------------------|
| ۰/۰۰۱ | ۲/۶۹ | پیش آزمون-پس آزمون | ۶۲/۳۳ | پیش آزمون | خصیصه گناه |
| ۰/۰۰۱ | ۲/۶۷ | پیش آزمون-پیگیری | ۵۹/۶۴ | پس آزمون | |
| ۰/۹۹۹ | -۰/۰۲ | پس آزمون-پیگیری | ۵۹/۶۷ | پیگیری | |
| ۰/۰۰۱ | ۲/۲۲ | پیش آزمون-پس آزمون | ۲۴/۲۹ | پیش آزمون | حالت گناه |
| ۰/۰۰۱ | ۲/۱۳ | پیش آزمون-پیگیری | ۲۲/۰۷ | پس آزمون | |
| ۰/۳۳۰ | ۰/۰۹ | پس آزمون-پیگیری | ۲۲/۱۶ | پیگیری | |
| ۰/۰۰۱ | ۱/۹۸ | پیش آزمون-پس آزمون | ۳۴/۴۷ | پیش آزمون | معیارهای اخلاقی |
| ۰/۰۰۱ | ۱/۸۷ | پیش آزمون-پیگیری | ۳۲/۴۹ | پس آزمون | |
| ۰/۴۱۷ | ۰/۱۱ | پس آزمون-پیگیری | ۳۲/۶۰ | پیگیری | |
| ۰/۰۰۱ | ۶/۸۹ | پیش آزمون-پس آزمون | ۱۲۱/۰۹ | پیش آزمون | نمره کل احساس گناه |
| ۰/۰۰۱ | ۶/۶۷ | پیش آزمون-پیگیری | ۱۱۴/۲۰ | پس آزمون | |
| ۰/۲۸۱ | ۰/۲۲ | پس آزمون-پیگیری | ۱۱۴/۴۲ | پیگیری | |

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین تفاوت اثربخشی درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر احساس گناه در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری بود. نتایج نشان داد که درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ بر کاهش احساس گناه موثر بوده است. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات سونگ و همکاران (۲۰۲۲) و رید و همکاران (۲۰۲۱) همسویی داشت. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که تمرینات ذهن‌آگاهی به جهت کمک به مراجعین به منظور افزایش آگاهی و تغییر دادن موقعیت‌های چالش‌انگیز از جمله حالت‌ها و موقعیت‌های هیجانی منفی بدون واکنش به طور خودکار و عادت‌وار، طراحی شده است. در ذهن‌آگاهی افراد تجربیات را به عنوان عناصر مجزا از خود و به عنوان یک حالت گذرا و به عنوان موضوعی برای تغییر می‌پذیرند و لذا به جای کاوش موضوع و یا اجتناب شناختی یا رفتاری از تجربه آن، که هر دو دردآور خواهد بود، این تجربیات را مانند سایر تجربیات که خنثی بوده و یا دارای بار هیجانی نمی‌باشند، پذیرفته و نهایتاً درونی می‌کنند، فرایندی که باعث افزایش میزان ذهن‌آگاهی افراد می‌شود و از این طریق احساس گناه کمتری را تجربه می‌کنند. لذا منطقی است گفته شود که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند احساس گناه افراد مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری را کاهش دهد.

نتایج نشان داد که درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ بر کاهش احساس گناه موثر بوده است. این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج تحقیقات خادم و همکاران (۱۴۰۲) و کلائوس و همکاران (۲۰۲۳) همسویی باشد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که اختلال وسواسی-بی‌اختیاری با افکار ناراحت‌کننده و رفتارهای تکراری مشخص می‌شود که درمان آن زمان بر و کنترل آن دشوار است. اگرچه زمانی تصور می‌شد که اختلال وسواسی-بی‌اختیاری غیرقابل درمان باشد، اما در چند دهه اخیر موفقیت زیادی در کاهش علائم با درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ مشاهده شده است، که اکنون به عنوان اولین روان‌درمانی برای این اختلال در نظر گرفته می‌شود (هزل و سیمپسون، ۲۰۱۹). همچنین می‌توان گفت که اصل اصلی درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ، مواجهه‌سازی بیماران در معرض محرک‌های اضطراب‌آور (اشیاء، موقعیت‌ها و افکار) همراه با پیشگیری دقیق از انجام رفتار تشریفاتی است که این می‌تواند به کاهش علائم اختلال وسواسی-بی‌اختیاری کمک کند (لیوویرک و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین یک فرد بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری وقتی علائم کمتری از بیماری خود را تجربه کند، این باعث می‌شود که احساس گناه خود نسبت به مشکلی که دارد و از آن رنج می‌برد کمتر شود. لذا منطقی است گفته شود که درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ می‌تواند احساس گناه افراد مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری را کاهش دهد. در نهایت نتایج نشان داد که درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ اثربخشی بیشتری بر بهبود احساس گناه دارد. گرچه پژوهشی یافت نشد که نشان داده باشد بین اثربخشی درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر احساس گناه در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری تفاوت وجود دارد، اما این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج تحقیقات سونگ و همکاران (۲۰۲۲) و رید و همکاران (۲۰۲۱) همسویی داشته باشد که اثربخشی درمان مواجهه‌سازی و اجتناب

از پاسخ در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری را نشان داده‌اند. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که بیماران وسواسی به دلیل داشتن تحمل کم استرس و حساسیت اضطرابی، عقاید منفی قوی‌ای درباره پیامدهای برانگیختگی جسمانی مرتبط با هیجانات‌شان تجربه می‌کنند، حال آنکه بیماران وسواسی در طی دوره درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ به احساسات بدنی و رفتارهای غیرکلامی خود که در گذشته انگاشته شده‌اند توجه می‌کنند تا به آگاهی عمیق‌تر و هشیارانه‌تر از تجارب هیجانی دست یابند. بنابراین این امر موجب می‌شود مشکلات کمتری از جمله احساس گناه کمتری را تجربه کنند. در تبیین دیگر این یافته، هدف درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ آن است که بیمار با ترس‌های خود مواجه شود تا پاسخ‌های ناشی از احساس گناه ناشی از وسواس کاهش یابد. لذا منطقی است گفته شود درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ اثربخشی بیشتری نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش احساس گناه افراد مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری داشته باشد.

از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به حجم نمونه پایین مطالعه که به سبب کنترل هزینه و وقت، کمترین میزان توصیه شده برای انجام مطالعه در نظر گرفته شده، توجه نمود، لذا ممکن است مقدار خطا بالا و توان مطالعه کم باشد. همچنین هرچند تخصیص افراد شرکت‌کننده در گروه‌های مطالعه به صورت تصادفی بود اما در کل انتخاب نمونه به صورت در دسترس از ارزش تعمیم‌پذیری مطالعه می‌کاهد. این احتمال وجود دارد که در پاسخ افراد مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری سوگیری وجود داشته باشد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر بر روی افراد مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری اجرا شود تا نتایج پژوهش‌های انجام شده باهم قابل مقایسه باشد. مرحله پیگیری در این پژوهش دو ماهه بود، بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعد با لحاظ کردن مرحله پیگیری بلندمدت‌تر و طولانی‌تر (بیش از شش ماه یا حتی یک سال) به بررسی تداوم و ماندگاری اثربخشی درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی پرداخته شود. در سطح عملی اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که با توجه به اثربخشی درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، این مداخلات می‌توانند به عنوان شیوه‌های درمانی مناسب برای بهبود احساس گناه افراد مبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی به کار برده شوند و تقدم استفاده با اثربخشی درمان مواجهه‌سازی و اجتناب از پاسخ است.

تشکر و قدردانی

از همه شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر مشارکت و یاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

حمایت مالی و تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- استکتی، گ.، اس.، و نیشیت، پی. (۱۳۷۶). *درمان اختلال وسواسی-اختیاری*، ترجمه عباس بخشی‌پور رودسری، مجید محمود علیلو و حمیدپورشریفی. تبریز، نشر روان پویا. تاریخ انتشار به زبان اصلی (۱۹۹۵). [/http://www.lib.ir/book/63581492](http://www.lib.ir/book/63581492)
- دمهری، فرنگیس، رستمی، معصومه؛ و سعیدمنش، محسن. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی شفقت درمانی بر احساس گناه، کمال‌گرایی و طرحواره شرم در فرزندان نیروهای انتظامی. *نشریه روان‌شناسی نظامی*، ۱۲ (۴۸)، ۵۹-۷۴. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.25885162.1400.12.48.4.9>
- راجری اصفهانی، سپیده؛ متقی پور، یاسمن، کامکاری، کامبیز؛ ظهیرالدین، علیرضا؛ و جان بزرگی، مسعود. (۱۳۹۰). پایایی و روایی نسخه فارسی مقیاس وسواس-بی اختیاری بیل و براون. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۷ (۴)، ۲۹۷-۳۰۳. <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1453-en.html>
- Abramowitz, J. S. (2018). *Getting over OCD: a 10-step workbook for taking back your life*. Guilford Publications. <https://books.google.com/books?>
- American Psychiatric Association . (2023) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision*. Washington: American Psychiatric Association. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5thed.)*. Washington, DC. American Psychiatric Press <https://psycnet.apa.org/record/2013-14907-000>
- Basile, B., Mancini, F., Macaluso, E., Caltagirone, C., & Bozzali, M. (2014). Abnormal processing of deontological guilt in obsessive-compulsive disorder. *Brain Structure and Function*, 219 (1), 1321-1331. <https://doi.org/10.1007/s00429-013-0570-2>
- Cheek, J. M., & Hogan, R. (1983). Self-concepts, self-presentations, and moral judgments. *Psychological Perspectives on the Self*, 2 (1), 249-273. <https://www.researchgate.net>
- Claus, N., Miegel, F., Jelinek, L., Landmann, S., Moritz, S., Külz, A. K., ... & Cludius, B. (2023). Perfectionism as possible predictor for treatment success in mindfulness-based cognitive therapy and metacognitive training as third-wave treatments for obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 47 (3), 439-453. <https://doi.org/10.1007/s10608-023-10361-0>
- Cludius, B., Landmann, S., Rose, N., Heidenreich, T., Hottenrott, B., Schröder, J., ... & Moritz, S. (2020). Long-term effects of mindfulness-based cognitive therapy in patients with obsessive-compulsive disorder and residual symptoms after cognitive behavioral therapy: twelve-month follow-up of a randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, 291 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113119>
- D'Olimpio, F., & Mancini, F. (2014). Role of deontological guilt in obsessive-compulsive disorder-like checking and washing behaviors. *Clinical Psychological Science*, 2 (6), 727-739. <https://doi.org/10.1177/2167702614529549>
- Demehri, F., Rostami, M., & Saeidmanesh, M. S. (2021). The effectiveness of compassion therapy on guilt, perfectionism and imperfection schema in the children of law enforcement unit. *Military Psychology*, 12 (48), 59-74. (Text in Persian) <https://dorl.net/dor/20.1001.1.25885162.1400.12.48.4.9>
- Denzel, D., Runge, K., Feige, B., Pankratz, B., Pitsch, K., Schlump, A., ... & Endres, D. (2023). Autoantibodies in patients with obsessive-compulsive disorder: a systematic review. *Translational Psychiatry*, 13 (1), 241-255. <https://doi.org/10.1038/s41398-023-02545-9>
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1977). *SCL-90. Administration, scoring and procedures manual-I for the R (revised) version and other instruments of the psychopathology rating scales*

- Series. Chicago: Johns Hopkins University school of medicine.* <http://www.westerparc.nl/wp-content/uploads/2011/12/SCL-90-Engels.pdf>
- Gangemi, A., & Mancini, F. (2017). Obsessive patients and deontological guilt: a review. *Psychopathology Review*, 4 (2), 155-168. <https://doi.org/10.5127/pr.045916>
- Gomes, M., Pérez, M. P., Castro, I., Moreira, P., Ribeiro, S., Mota, N. B., & Morgado, P. (2023). Speech graph analysis in obsessive-compulsive disorder: The relevance of dream reports. *Journal of Psychiatric Research*, 161 (1), 358-363. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.03.035>
- Goodman, W. K., Price, L. H., & Rasmussen, S. A. (1989). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS), Part I: Development, use, and reliability. *Journal of Archives of General Psychiatry*, 46 (1), 1006- 1011. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>
- Hezel, D. M., & Simpson, H. B. (2019). Exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A review and new directions. *Indian Journal of Psychiatry*, 61 (1), 85-95. https://doi.org/10.4103/psychiatry.indianjpsychiatry_516_18
- Hezel, D. M., Rapp, A. M., Glasgow, S., Cridland, G., & Simpson, H. B. (2023). Year of zoom in a year of doom: lessons learned delivering ERP remotely during the COVID-19 pandemic. *Cognitive and Behavioral Practice*, 30(2), 263-272. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.12.005>
- Himle, J. A., Grogan-Kaylor, A., Hiller, M. A., Mannella, K. A., Norman, L. J., Abelson, J. L., ... & Fitzgerald, K. D. (2024). Exposure and response prevention versus stress management training for adults and adolescents with obsessive compulsive disorder: A randomized clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 172(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104458>
- Kang, L. L., Rowatt, W. C., & Fergus, T. A. (2016). Moral foundations and obsessive-compulsive symptoms: A preliminary examination. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 11 (1), 22-30. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.jocrd.2016.06.004>
- Kathiravan, S., & Chakrabarti, S. (2023). Development of a protocol for videoconferencing-based exposure and response prevention treatment of obsessive-compulsive disorder during the COVID-19 pandemic. *World Journal of Psychiatry*, 13 (2), 60-70. <https://doi.org/10.5498/wjp.v13.i2.60>
- Kenny, N. C., Starcevic, V., & Berle, D. (2023). Associations between fear of guilt and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Change*, 40 (3), 169-181. <https://doi.org/10.1017/bec.2022.14>
- Külz, A. K., Hertenstein, E., Rose, N., Heidenreich, T., Herbst, N., Thiel, N., ... & Voderholzer, U. (2013). Achtsamkeitsbasierte kognitive therapie bei Zwangsstörungen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 45 (1), 327-344. <https://doi.org/10.1186%2Fs12888-014-0314-8>
- Lauri, K. O., Andersson, E., Mataix-Cols, D., Norlin, L., Eriksson, V., Melin, K., ... & Aspvall, K. (2023). Long-term effect of stepped-care vs in-person cognitive behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Internet Interventions*, 32 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2023.100613>
- Leeuwerik, T., Caradonna, G., Cavanagh, K., Forrester, E., Jones, A. M., Lea, L., ... & Strauss, C. (2023). A thematic analysis of barriers and facilitators to participant engagement in group exposure and response prevention therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 96 (1), 129-147. <https://doi.org/10.1111/papt.12430>
- MacKay, M., Yang, B. H., Dursun, S. M., & Baker, G. B. (2024). The gut-brain axis and the microbiome in anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder. *Current Neuropharmacology*, 22(5), 866-883. <https://doi.org/10.2174/1570159X21666230222092029>
- Mancini, A., Granzio, U., Gragnani, A., Femia, G., Migliorati, D., Cosentino, T., ... & Mancini, F. (2022). Guilt feelings in obsessive compulsive disorder: An investigation between diagnostic groups. *Journal of Clinical Medicine*, 11 (16), 1-10. <https://doi.org/10.3390/jcm11164673>

- Mancini, F. (Ed.). (2018). *The obsessive mind: Understanding and treating obsessive-compulsive disorder*. Routledge. <https://www.routledge.com>
- Melchior, K., van der Heiden, C., Deen, M., Mayer, B., & Franken, I. H. (2023). The effectiveness of metacognitive therapy in comparison to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 36 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1186%2Fs13063-019-3381-9>
- Pérez-Aranda, A., García-Campayo, J., Gude, F., Luciano, J. V., Feliu-Soler, A., González-Quintela, A., ... & Montero-Marin, J. (2021). Impact of mindfulness and self-compassion on anxiety and depression: The mediating role of resilience. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21 (2), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100229>
- Rajazi Esfahani, S., Motaghipour, Y., Kamkari, K., Zahiredin, A., & Janbozorgi, M. (2012). Reliability and validity of the persian version of the Yale-Brown obsessive compulsive scale (Y-BOCS). *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 17 (4), 297-303. (Text in Persian) <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1453-en.html>
- Reid, J. E., Laws, K. R., Drummond, L., Vismara, M., Grancini, B., Mpavaenda, D., & Fineberg, N. A. (2021). Cognitive behavioural therapy with exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Comprehensive Psychiatry*, 106 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152223>
- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications. <https://doi.org/10.1037%2F0022-006X.76.3.524>
- Semeniuc, S., Păduraru, A. E., & Soponaru, C. (2023). Guilt, disgust, and not Just right experience mediate the effect of demanding parent mode on obsessive-compulsive-disorder-like tendencies, and punitive parent mode moderates this mediation. *Behavioral Sciences*, 13 (9), 700-715. <http://dx.doi.org/10.3390/bs13090700>
- Song, Y., Li, D., Zhang, S., Jin, Z., Zhen, Y., Su, Y., ... & Li, X. (2022). The effect of exposure and response prevention therapy on obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 1 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114861>
- Stekette's, G., S., & Nishith, P. (1995). *Obsessive-compulsive disorder treatment*, translated by Bakshipour Rudsari, Mahmoud Alilou & Poursharifi. Tabriz, Rwan Poya Publication. Date of publication in original language 1376). <http://www.lib.ir/book/63581492/>
- Strauss, C., Lea, L., Hayward, M., Forrester, E., Leeuwerik, T., Jones, A. M., & Rosten, C. (2018). Mindfulness-based exposure and response prevention for obsessive compulsive disorder: Findings from a pilot randomised controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 57 (1), 39-47. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.04.007>
- Tinella, L., Lunardi, L., Rigobello, L., Bosco, A., & Mancini, F. (2023). Relationship obsessive compulsive disorder (R-OCD): The role of relationship duration, fear of guilt, and personality traits. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 37(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2023.100801>

