



The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on the Intolerance of Uncertainty, Hyper-Responsibility, and Thought-Action Fusion among Women with Obsessive-Compulsive Disorder

Mojhgan Saberizadeh

MA, Department of Psychology, Islamic Azad University, Naein Branch, Naein, Iran. Email: mzhgansabryzadh@gmail.com

Mohammad Zare Neyestanak

Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Naein Branch, Naein, Iran. (Corresponding author), Email: zarehneyestanak@yahoo.com

Received: 2022-05-22

Revised: 2023-08-17

Accepted: 2024-03-11

Published: 2024-03-15

Citation: Saberizadeh, M., & Zarehneyestanak, M. (2024). The effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on intolerance of uncertainty, extreme responsibility and thought fusion in obsessive-compulsive women in Arak. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 13(2), -. doi: 10.22067/tpccp.2024.76834.1293

Abstract

Introduction

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is a severe and debilitating psychological disease that affects patients' and their family members' quality of life and general performance. As the consequences, this disorder creates personal and interpersonal problems, feelings of helplessness and despair among the patients. As the result of the high prevalence of this disorder and its psychological and social effects, finding an effective fast-acting treatment is an important and necessary matter. Considering this importance, this study endeavored to examine the effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on the intolerance of uncertainty, hyper-responsibility, and thought-action fusion among women with OCD. The study specifically tried to answer the question: Is mindfulness-based cognitive therapy significantly effective on intolerance of uncertainty, hyper-responsibility, and thought-action fusion among women with obsessive-compulsive disorder in Arak?

Method

The statistical population of this semi-experimental research included all women with OCD in Arak city in July and August of 2021. Following the research design and using purposeful sampling method, 30 women with OCD were selected from several counseling centers of Arak city. Among the issues considered in this selection were their psychiatric records, clinical interviews, and scores obtained in the Obsessive-Compulsive Inventory (OCI) designed by Foa et al. (2000). The participants were randomly assigned to experimental and control groups (15 in each group). Eight sessions (90 minutes each, once a week) were held for the members of experimental group. MBCT of Segal and et al. (2013) was applied to design the intervention program. The inclusion criteria were: willingness to participate in the research, being 25 to 45 years old, having at least middle-school degree, not participating in any other psychological interventions over the treatment period, being diagnosed with OCD based on their consultation profile, the psychiatric examination and clinical interview, recording the minimum score of 40 in OCI scale, and not suffering from any psychotic disorder. The exclusion criteria were undergoing other treatments, not participating in more than two sessions, and avoiding cooperation during the research process. To collect the



required data, Salkovskis' Responsibility Attitude, Shafran's Thought-Action Fusion (TAF), and Friston's Intolerance of Uncertainty were used.

Results

Covariance analysis showed that there is a significant difference between the scores of experimental and control groups regarding the intolerance of uncertainty, hyper-responsibility, and thought-action fusion. The results suggested that MBCT is effective in treating intolerance of uncertainty, hyper-responsibility, and thought-action fusion. ANCOVA analysis was run to see that the effect of MBCT on which variables is significant. Before applying the test, the normal distribution of the scores of the group with the scores of sample group in the society were checked using the Kolmogorov-Smirnoff test. Moreover, Levine's test was applied to check the equality of variances. This way, the researchers assured that participants' differences of post-test scores regarding intolerance of uncertainty, hyper-responsibility, and thought-action fusion are the result of the intervention.

Discussion and conclusion

The results showed that the techniques of MBCT intervention made women with obsessive symptoms aware of all kinds of perceived stress and anxiety and help them cope with them. Receiving the treatment, they learned to accept the feelings without analyzing, suppressing, or stimulating them. Although this manner seems to be scary at the beginning, they soon learn that if they recognize and feel these worries, anxiety, painful memories, and other disturbing thoughts and emotions, they will accept them as thought without judgement instead of mixing with them. Indeed, through MBCT, people with OCD learn how to fight against stressors and show more adaptive behavior, depending on their negative and positive emotions. This leads to ambiguity reduction in various situations of life. Through undertaking this intervention, people learn how to communicate with ineffective and unreasonable thoughts such as over-responsibility and negative emotions like anxiety. Over MBCT sessions, therapists emphasize that thoughts are only thoughts, not real issues. Using such techniques as body check, observing breathing, and attention to thoughts that emphasize the presence of patient in the present time, makes the ground for putting aside the negative thoughts and not judging painful thoughts and feelings. Moreover, this kind of treatment helps the individual to decentralize his thoughts. Through the treatment, people learn to see their thoughts and feelings without judging and to see them as ordinary mental issues, and not to consider their thoughts and feelings as a part of themselves or a reflection of the reality. This way, when disturbing thoughts and feelings occur, they will not be intensified or intermingled with actions.

Keywords: Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Intolerance of uncertainty, Responsibility, Thought-action Fusion, Obsessive-Compulsive Disorder

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

<https://tpccp.um.ac.ir>

دسترسی آزاد

اثر بخشی مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عدم تحمل تردید، احساس مسئولیت افراطی و درهم آمیختگی فکر، در زنان دارای وسواس فکری و عملی شهر اراک

مژگان صابری زاده

دانش آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نایین، نایین، ایران. mzhgansabryzadh@gmail.com

محمد زارع نیستانک

استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نایین، نایین، ایران. (نویسنده مسئول)، Zarehneyestanak@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۰۱	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۵/۲۶	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۲۱	تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۱۲/۲۵
استناد: صابری زاده، مژگان؛ زارع نیستانک، محمد. (۱۴۰۲). اثر بخشی مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عدم تحمل تردید، احساس مسئولیت افراطی و درهم آمیختگی فکر، در زنان دارای وسواس فکری و عملی شهر اراک. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۳(۲)، ۸۳-۸۷. doi: 10.22067/tpccp.2024.76834.1293			

چکیده

هدف: هدف پژوهش بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عدم تحمل تردید، احساس مسئولیت افراطی و درهم آمیختگی فکر و عمل در زنان مبتلا به اختلال وسواس بود.

روش: روش پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به وسواس شهر اراک مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره در سال ۱۴۰۰ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نفر از زنان دارای اختلال وسواس بر اساس پرونده روانپزشکی و انجام مصاحبه بالینی انتخاب، و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه بازنگری شده وسواسی-اجباری فوآ و همکاران (Foa, 2000)، مقیاس عدم تحمل تردید فریستون و همکاران (Freeston et al., 1994) پرسشنامه مسئولیت‌پذیری سالکوسکیس و همکاران (Salkovskis et al., 2000) و مقیاس آمیختگی فکر-عمل شفران و همکاران (Shafran et al., 1996) بود که در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر روی گروه آزمایش اجرا گردید. درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سگال و همکاران (Segal et al., 2013) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت یک‌بار در هفته برگزار شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS و روش آماری تحلیل کوواریانس تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عدم تحمل تردید، احساس مسئولیت افراطی و درهم آمیختگی فکر و عمل در بیماران دارای اختلال وسواس تاثیر معنی‌داری دارد ($P < 0.001$).

واژه‌های کلیدی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، عدم تحمل تردید، احساس مسئولیت افراطی، آمیختگی فکر و عمل و اختلال وسواس

مقدمه

اختلال وسواس فکری- عملی یکی از اختلالات رفتاری ناتوان کننده‌ای است که با افکار مزاحم، تکراری و ناخواسته، فرد را به انجام اعمال اجباری و بیهوده و همچنین فرورفتن در اعماق افکار ناراحت کننده وادار می‌کند. این افکار گرچه باعث کاهش ناراحتی فرد می‌گردد، اما لذت بخش نیستند. به‌طور کلی وسواس‌ها، افکار، تصاویر ذهنی و تکانه‌های مزاحم، غیرارادی و توأم با افزایش اضطراب هستند؛ در حالی که رفتارهای بی‌اثر ساز (آشکار یا پنهان)، رفتارهای ارادی هستند که بیمار به منظور کاهش اضطراب آن را انجام می‌دهد. میزان شیوع مادام‌العمر اختلال وسواس فکری- عملی در جمعیت عمومی نسبتاً ثابت و حدود دو تا سه درصد است (American Psychiatric Association & Association., 2013). بررسی پیشینه نشان می‌دهد شواهد مسلمی درباره نقش عقاید کژکار^۱ (باورهای ناکارآمد) در ایجاد و حفظ اختلال وسواسی- اجباری وجود دارد. عقاید کژکار به عنوان فرضیات غیرمنطقی و نگرش‌های ناکارآمد درباره خود فرد، دنیای خارج او و افکاری که در طول موقعیت‌ها ثابت هستند، تعریف می‌شوند (Lam et al., 2005). در این رابطه مطالعات مختلف بر نقش عقاید کژکار و باورهای وسواسی در ایجاد و تداوم اختلال وسواس فکری- عملی تأکید داشته‌اند (Conley & Wu., 2017)، (Wolters et al., 2018)، (Hansmeier et al., 2016)، (Kim et al., 2016)، (Cheie & Miu., 2016). مدل‌های شناختی نشان می‌دهند در سبب‌شناسی و حفظ علایم اختلال وسواس فکری- عملی احساس مسئولیت افراطی نقش موثری را دارد (Mantz & Abbott., 2017)، (Arntz et al., 2017)، (Luppino et al., 2018)، (Pugh et al., 2018). بر پایه دیدگاه سالکوسکیس (Salkovskis et al., 2000) احساس مسئولیت پذیری افراطی مضمون اصلی باورهای افراد مبتلا به OCD است. موضوع اصلی در الگوی شناختی سالکوسکیس، ارزیابی نادرستی است که باعث می‌شود مسئولیت شخصی اغراق‌آمیزی از رویدادهایی که به خود شخص یا دیگران آسیب می‌رساند به وجود آید، تصور می‌شود این ارزیابی‌های نادرست از فرض‌های ناکارآمدی ناشی می‌شوند که در طی زندگی فراگرفته شده‌اند (Rhéaume et al., 2020). در مقابل راچمن (Rachman., 1997) در نظریه خود در مورد اختلال وسواس فکری- عملی، بر نقش جداگانه و مهم‌تر سازه آمیختگی فکر- کنش^۲ تأکید دارد. این سازه به پدیده‌های روانشناختی اشاره می‌کند که در آن افکار وسواسی و اعمال مرتبط با آنها معادل در نظر گرفته می‌شوند. تحقیقات اولیه نشان داده‌اند که سازه آمیختگی فکر- کنش دارای دو بعد اصلی آمیختگی فکر- کنش احتمالاتی و آمیختگی فکر- کنش اخلاقی است. منظور از آمیختگی فکر- کنش

1. Dysfunctional beliefs
2. Thought-action fusion

احتمالاتی، باور فراشناختی فرد به این است که فکر کردن به رویدادی ناگوار یا غیرقابل قبول احتمال وقوع آن را افزایش می‌دهد. آمیختگی فکر - کنش اخلاقی به این باور فراشناختی اشاره دارد که داشتن افکار وسواسی درباره اعمال منع شده و انجام دادن واقعی این اعمال از لحاظ اخلاقی معادل یکدیگرند (Rachman., 1997). در این زمینه نتایج تحقیقات نشان می‌دهد آمیختگی فکر - کنش در شکل‌گیری وسواس و افسردگی نقش موثری دارد (Pourfaraj Omran et al., 2013). به نظر می‌رسد در قبال جلوگیری از آسیب، آمیختگی فکر - کنش احتمالاتی در مقایسه با آمیختگی فکر - کنش اخلاقی ارتباط نزدیک‌تری با احساس مسئولیت داشته باشد. رفتارهای اجباری به منظور جلوگیری از آسیب ممکن است به وسیله آمیختگی فکر - کنش احتمالاتی برانگیخته شوند (حالا که من چنین فکری دارم، برای جلوگیری از آن باید کاری بکنم، و گرنه باید پاسخگو باشم). به نظر نمی‌رسد همجوشی فکر و عمل اخلاقی مستقیماً با عقاید مسئولانه درباره جلوگیری از آسیب رابطه داشته باشد، زیرا در جلوگیری از آسیب وارد شدن به دیگران، هیچ‌گونه لطمه‌ای به خودپنداره شخصی وارد نمی‌شود (Nayebaghayee et al., 2019). غیر از احساس مسئولیت در قبال جلوگیری از وقایع آسیب‌زا، نوع دومی از احساس مسئولیت، که در OCD مشاهده می‌شود، احساس مسئولیت در برابر داشتن افکار مزاحم است. وقتی شخص اهمیت زیادی به افکار مزاحم (به خصوص افکار مزاحم دارای ماهیت پرخاشگرایانه یا جنسی) می‌دهد، این اهمیت دادن معمولاً با این احساس که شخص به خاطر داشتن این افکار از لحاظ اخلاقی مسئول است ارتباط پیدا می‌کند. در اینجا آمیختگی فکر - کنش اخلاقی بیش از آمیختگی فکر - کنش احتمالاتی با این نوع احساس مسئولیت رابطه دارد (Rachman & Shafran., 1999). هر دو نوع احساس مسئولیت و هر دو نوع آمیختگی فکر - کنش ممکن است در موقعیتی با هم تداخل داشته باشند. نتایج تحقیقات نشان داده‌اند که گرچه آمیختگی فکر - کنش ارتباط نزدیکی با احساس مسئولیت افراطی دارد، اما سازه‌ای مجزا از آن است (Amir et al., 2001). راجمن (Rachman., 1997) مطرح می‌کند که احساس مسئولیت افراطی می‌تواند هم ایجادکننده و هم پیامد آمیختگی فکر - کنش باشد. گرچه سالکوسکیس و همکاران (Salkovskis et al., 2017) آمیختگی فکر - کنش را به عنوان یک مؤلفه احساس مسئولیت افراطی معرفی کرده‌اند، اما شواهد تجربی برای حمایت از چنین ادعایی اندک است (Bassak Nejad et al., 2013).

در خصوص اختلال وسواس مفهوم عدم تحمل تردید؛ از جمله متغیرهایی است که در سال‌های اخیر به آن توجه شده است و به عنوان گرایش فرد برای نشان دادن واکنش منفی به رویدادها و موقعیت‌های مبهم، مستقل از احتمال رخداد یا پیامدهای مربوط به آن تعریف شده است. عدم تحمل تردید، نقش اصلی

را در ایجاد و تداوم نگرانی افراطی ایفا می‌کند. عدم تحمل تردید به معنای تمایل به اجتناب از شرایط مبهم و در نظر گرفتن خود به عنوان موجودی ناتوان در مقابله با تردید است و یک آسیب اساسی برای اختلال وسواس فکری-عملی به حساب می‌آید (Faleer et al., 2017). پیشینه پژوهش نشان می‌دهد بیماران مبتلا به اختلال وسواس نیاز شدیدی به تحمل تردید دارند (Gillett et al., 2018)، (Counsell et al., 2017) و (Faleer et al., 2017) و ممکن است اضطراب شدیدی را تا زمانی که قطعیت به دست آورند تجربه کنند. ساموئلز و همکاران (Samuels et al., 2017) نتیجه گرفتند که شک و تردید در اختلال وسواس فکری-عملی از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است و به درمان‌های رفتاری و شناختی به خوبی پاسخ می‌دهد اما تاکنون در روانپزشکی جهت درمان اختلال وسواسی جبری به آن توجه نشده است.

در زمینه درمان وسواس درمان‌های روانشناختی بسیاری به کار گرفته شده است. یکی از نوآوری‌های جدید در درمان‌های رفتاری شناختی، تلفیق سنت‌های معنوی شرق، از جمله فنون مراقبه، ذهن آگاهی با رفتار درمانی شناختی سنتی است که از این تلفیق تحت عنوان موج سوم رفتار درمانی یاد می‌شود. سگال و همکاران (Segal et al., 2013) شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر اساس دیدگاه کابات-زین توسعه دادند، کابات-زین ذهن آگاهی را توجه به شیوه‌ای خاص، معطوف به هدف در زمان حال و بدون قضاوت تعریف کرده است. ذهن آگاهی به عنوان فرآیند توجه کردن به تجارب لحظه به لحظه و همچنین به عنوان ترکیب خودتنظیمی توجه با نگرش کنجکاوانه، پذیرا بودن و پذیرش تجارب فرد توصیف شده است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) یک برنامه آموزشی مهارت‌های مبتنی بر پروتکل می‌باشد که بر اساس کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی-رفتاری ایجاد شده است (۴). تحقیقات نشان داده‌اند که مراقبه ذهن آگاهی خلق را بهبود بخشیده و آموزش کوتاه مدت آن خستگی و اضطراب را کاهش می‌دهد. هدف از درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای فرد است تا از واکنش‌های خودکار، اندیشه‌ها، احساسات و حوادث رهایی یابد. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار و احساسات بدون قضاوت تأکید دارد (Rahmani Fard et al., 2018).

ذهن آگاهی بر توجه فرد به تجربیاتی که در اکنون اتفاق می‌افتد تأکید می‌کند و به افراد آموزش داده می‌شود تا رویدادها را به همان صورت که هست، ببینند و بپذیرند و از قضاوت کردن و انتظارات در مورد آن خودداری کنند. از این رو ذهن آگاهی را می‌توان به عنوان ویژگی فردی، کیفیت آگاهی، و همچنین به عنوان یک مهارت قابل آموزش شناخت (Baer et al., 2006; Nyklíček et al., 2016). بررسی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد اگر چه تا کنون اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان باورهای

غیرمنطقی و اضطراب (Barghi Irani & Dehghan Saber., 2021)؛ اضطراب و افسردگی (Hofmann & Gómez., 2017)؛ باورهای غیرمنطقی و طلاق عاطفی (Salehpour et al., 2019)؛ اضطراب و عدم تحمل بلاتکلیفی (Eslami et al., 2017)؛ کاهش نشخوار فکری و افسردگی زنان (Taimory et al., 2015)؛ کیفیت زندگی، علائم افسردگی و اضطراب (Trombka et al., 2021)؛ مشکلات هیجانی و عاطفی بیماران (Van Son et al., 2019) و آمیختگی فکرعمل، سرکوب افکار و احساس گناه (Bassak Nejad et al., 2013) مورد تایید قرار گرفته است اما تا کنون تحقیق چندانی در رابطه با اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در رابطه با متغیرهای پژوهش صورت نپذیرفته است. لذا با توجه به آنچه گفته شد هدف این پژوهش بررسی اثربخشی مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عدم تحمل تردید، احساس مسئولیت افراطی و درهم آمیختگی فکر، در زنان دارای وسواس فکری و عملی شهر اراک بود.

روش پژوهش

با توجه به موضوع پژوهش، پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی است. جامعه آماری عبارت از کلیه زنان دارای اختلال وسواس فکری- عملی شهر اراک در تیرماه و مردادماه سال ۱۴۰۰ بود. با توجه به طرح پژوهش تعداد ۳۰ نفر از زنان دارای اختلال وسواس فکری- عملی به شیوه هدفمند از مراکز مشاوره شهر اراک بر اساس پرونده روانپزشکی آنان و انجام مصاحبه بالینی و نمره پرسشنامه وسواسی- اجباری فوآ و همکاران (Foa et al., 2000) انتخاب شدند. بدین ترتیب تعداد ۳۰ نفر از زنان دارای اختلال وسواس فکری- عملی شهر اراک انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. ملاک‌های ورود و خروج در این پژوهش عبارت بودند از: تمایل برای انجام پژوهش، سن ۲۵ تا ۴۵ سال، تحصیلات حداقل سیکل، عدم شرکت همزمان در سایر مداخلات روان‌شناختی، دریافت تشخیص اختلال وسواس فکری- عملی بر اساس پرونده مشاوره‌ای، معاینه روانپزشک و مصاحبه بالینی انجام شده، کسب نمره حداقل ۴۰ از پرسشنامه وسواس جبری فوآ و همکاران (Foa et al., 2000) و عدم ابتلا به اختلالات سایکوتیک که مانع از حضور وی در پژوهش گردد. همچنین ملاک‌های خروج عبارت بودند از شرکت در سایر برنامه‌های درمانی، غیبت بیش از دو جلسه و عدم همکاری در طول پژوهش.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه بازنگری شده وسواسی- اجباری فوآ و همکاران (OCI-R)

این پرسشنامه توسط فوآ و همکاران در سال ۲۰۰۲ با هدف سنجش علائم اختلال وسواسی- اجباری

ساخته شده است. این پرسشنامه‌ی خودسنجی، دارای ۱۸ ماده است که علائم OCD را می‌سنجند. نسخه‌ی بازنگری شده، شامل ۶ زیرمقیاس است که هر یک به طور مساوی ۳ ماده دارد. در این پرسشنامه از پاسخ دهندگان خواسته شده است تا با انتخاب یکی از گزینه‌ها، موافقت خود را با میزان ناراحتی که هر یک از عبارات‌ها برای آنها در یک ماه گذشته ایجاد کرده، در یک مقیاس ۵ درجه‌ای (۰ = هیچ وقت تا ۴ = بیش از حد) اعلام کنند. برای ارزیابی پایایی نسخه‌ی فارسی OCI-R، همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد. ضریب OCI-R برای مقیاس کلی برابر با ۰/۸۵، برای زیرمقیاس واری ۰/۶۶، زیرمقیاس نظم ۰/۶۹، زیرمقیاس فکری ۰/۷۲، زیرمقیاس شستشو ۰/۶۹، زیرمقیاس انباشت ۰/۶۳ و زیرمقیاس خنثی‌سازی ۰/۵۰ به دست آمد. همبستگی بین ماده‌ها محاسبه شد که برای هر یک از زیرمقیاس‌ها، میزان اثر متوسط به شیوه‌ی کوهن (Cohen., 1988) به شرح زیر بدست آمد: شستشو: $r = 0/43$ ، وسواس فکری: $r = 0/46$ ، انباشت: $r = 0/37$ ، نظم: $r = 0/43$ ، واری: $r = 0/40$ ، خنثی‌سازی: $r = 0/25$ ، بین زیرمقیاس‌ها و نمره کل همبستگی پیرسون محاسبه شد. همانند نسخه‌ی انگلیسی، همبستگی‌ها بین زیرمقیاس‌ها در نسخه‌ی فارسی نیز معنادارند (۰/۵۷ تا $r = 0/25$) این در حالی است که همبستگی‌های بین زیرمقیاس‌ها و مقیاس کل بالاترند (۰/۸۰ تا $r = 0/61$) به طور کلی، همبستگی‌های بدست آمده در پژوهش حاضر با پژوهش اصلی همخوان هستند (Mohammadi et al., 2008). اعتبار بازآزمایی آن با محاسبه ضریب همبستگی اسپیرمن برای گروه OCD بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۱ و برای گروه کنترل بین ۰/۵۷ تا ۰/۶۷ محاسبه شد. همچنین همسانی درونی برای کل مقیاس، ۰/۹۱ و برای زیرمقیاس‌های واری، نظم، شستشو و خنثی‌سازی به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۹، ۰/۸۲، ۰/۶۳ و ۰/۷۱ بود. پایایی آزمون-بازآزمون با فاصله دو هفته برابر ۰/۸۱ و در سطح ۰/۰۱ معنادار بود (Rajabi et al., 2019).

مقیاس عدم تحمل تردید

این مقیاس توسط فریستون رهیوما، لیتراتی، دوگاس و لادوکر در سال ۱۹۹۴ طراحی شده است. این آزمون ۲۷ سؤال دارد که مربوط به غیرقابل قبول بودن بلا تکلیفی و ابهام است و معمولاً منجر به ناکامی، استرس و ناتوانی برای انجام عمل می‌شوند. جملات این پرسشنامه نوع واکنش افراد در برابر تردیدهای زندگی را توضیح می‌دهند. این آزمون با یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای (هرگز، بندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه) پاسخ داده می‌شود و هر یک از گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ نمره می‌گیرند. این پرسشنامه دارای چهار مولفه ناتوانی برای انجام عمل (۱، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۲۰ و ۲۲)، استرس آمیز بودن تردید (۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۱۷، ۲۴ و ۲۶)، منفی بودن رویدادهای غیرمنتظره و اجتناب از آن‌ها (۸، ۱۰، ۱۱، ۱۹ و ۲۱) تردید در مورد آینده (۱۶، ۱۸، ۲۳ و ۲۷) است. نمره کل این پرسشنامه از جمع کردن نمرات

مولفه‌ها بدست می‌آید. حداقل و حداکثر نمره کل حاصل از این پرسشنامه به ترتیب ۲۷ و ۱۳۵ می‌باشد و نمرات بالاتر به منزله داشتن تحمل‌ناپذیری تردید بیشتر است. اعتبار این آزمون را فریستون و همکاران (Freeston et al., 1994) رضایت‌بخش گزارش کرده‌اند. در نسخه اولیه به زبان فرانسوی همسانی درونی ($a=0/91$) و ضریب پایایی بازآزمایی نسبتاً خوبی با فاصله ۴ هفته ($r=0/78$) به دست آمده است. ضریب اعتبار این آزمون معنادار و رضایت‌بخش گزارش شده است (Freeston et al., 1994). مقیاس بلا تکلیفی در سال ۲۰۰۴ توسط باهر و دوگاس (Buhr & Dugas., 2004) مجدداً اعتباریابی شد. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از ۵ هفته) این مقیاس به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۷۴ گزارش شده است. ضریب همبستگی این مقیاس با پرسشنامه نگرانی ($r=0/60$)، افسردگی بک ($r=0/59$) و اضطراب بک ($r=0/55$) معنادار به دست آمده است ($P<0.01$) (Asadi et al., 2012). در ایران نیز اسدی مجره و همکاران (Asadi et al., 2012) ضریب آلفای کرونباخ نمره کل پرسشنامه را ۰/۶۹ به دست آوردند.

پرسشنامه نگرش مسئولیت‌پذیری

این پرسش نامه ۲۶ گویه ای را که بر اساس مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود (نمره ۱=کاملاً موافقم تا نمره ۷=کاملاً مخالفم) سالکوسکیس و همکاران (Salkovskis et al., 2000) ابداع کردند. پرسشنامه نگرش مسئولیت‌پذیری، نگرش‌های کلی، باورها و خصوصیات زمینه‌ساز مسئولیت‌پذیری و نگرانی از آسیب در OCD را می‌سنجد. همسانی درونی این پرسشنامه ۰/۹۲ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است (Salkovskis et al., 2000). ضریب همبستگی پرسشنامه با مقیاس وسواس - اجباری مادزلی ۰/۵۷ و با پرسشنامه وسواس اجباری (OCI) ۰/۵۴ به دست آمد. همبستگی‌ها در هر دو مورد حتماً بعد از کنترل همزمان افسردگی و اضطراب همچنان ثابت ماند. مانسینی و همکاران (Mancini et al., 2001) ضریب ثبات درونی کل مقیاس را ۰/۹ و ضرایب پایایی به روش بازآزمایی برای کل مقیاس را ۰/۶۲ گزارش کردند. صلواتی (Salavati., 2002)، خصوصیات روانسنجی این پرسشنامه را در ایران بررسی کرده است. برای تعیین روایی محتوا، پرسشنامه به دو متخصص روان پزشکی و پنج دکترای روان‌شناسی بالینی ارائه و از آنها خواسته شد تا نظرشان را در مورد ترجمه و محتوای سؤال‌ها بدهند. پس از جمع آوری آرای آنها و اطلاعات حاصل از روایی صوری فرم اولیه تهیه شد و برای تعیین روایی صوری و اعتبار مقدماتی پرسش‌نامه برای ۱۰ بیمار OCD و ۱۰ فرد سالم اجرا شد. اعتبار کل پرسشنامه از طریق دونیمه‌سازی و با استفاده از فرمول پیشگویی اسپیرمن - پروان به دست آمد. نتایج نشان داد که همبستگی سؤال‌ها در نیمه اول ۰/۸۴ و در نیمه دوم ۰/۸۵ است. اعتبار برآورد شده برای کل آزمون ۰/۷۶ و آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بود (Nayebaghayee et al., 2019).

مقیاس آمیختگی فکر - عمل

مقیاس آمیختگی فکر و عمل نوعی ابزار خود گزارشی است که توسط شفران و همکاران (Shafiran et al., 1996)، طراحی و ساخته شده و دارای ۱۹ گویه است. ۱۲ گویه این مقیاس مربوط به اخلاق آمیختگی فکر - عمل (۱-۱۲) و ۷ گویه بعدی مربوط به احتمال آمیختگی فکر - عمل است. این ابزار در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی از ۰ (کاملاً مخالف) تا ۴ (کاملاً موافق) توسط آزمودنی‌ها، درجه‌بندی می‌شوند. دامنه نمرات این مقیاس از ۰-۷۶ است و نمرات بالاتر، بیانگر آمیختگی فکر - عمل شدیدتر در فرد است. شفران و همکاران آلفای کرونباخ این مقیاس و زیرمقیاس‌های آن را بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۶ گزارش کرده‌اند. یورولماز و همکاران (Yorulmaz et al., 2004) ضریب آلفای کرونباخ احتمال آمیختگی فکر - عمل را ۰/۹۲، اخلاق آمیختگی فکر - عمل را ۰/۸۵، و همسانی درونی برای مقیاس کلی را ۰/۸۶ گزارش کردند. همچنین ضریب اعتبار دونیمه‌ای گاتمن برای مقیاس کلی ۰/۹۲، برای ۷ گویه احتمال آمیختگی فکر - عمل ۰/۹۲، و برای ۱۲ گویه اخلاق آمیختگی فکر - عمل، ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند. همچنین این پژوهشگران روایی محتوایی پرسشنامه حاضر را مطلوب گزارش کرده‌اند. اعتبار پرسشنامه در پژوهش مسلمی آزاد و همکاران (Asli Azad et al., 2020) به وسیله ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس احتمال آمیختگی فکر - عمل، ۰/۹۰، برای اخلاق آمیختگی فکر - عمل ۰/۸۹ و برای نمره کل پرسشنامه ۰/۹۰ محاسبه شد.

روش اجرا

در این پژوهش آزمودنی‌ها به صورت نمونه هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. در هر گروه ۱۵ نفر آزمودنی حضور داشتند که در اولین جلسه (معارفه) به پرسشنامه‌های پژوهش به صورت انفرادی پاسخ دادند. تمام اطلاعات کسب شده در این مطالعه محرمانه بود و به شرکت‌کنندگان، این اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه و بدون نام می‌باشد. جلسات درمانی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سگال و همکاران (Segal et al., 2013) برای گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه و به صورت یک بار در هفته برگزار گردید. گروه کنترل پس از اجرای پیش‌آزمون در انتظار درمان بعد از پایان دوره مداخله، قرار گرفتند و در این دوره تحت هیچ‌گونه درمانی قرار نگرفتند. پس از پایان جلسات نیز مجدداً پرسشنامه‌ها توسط شرکت‌کنندگان هر دو گروه تکمیل شد. شیوه‌ی درمانی مورد استفاده در این پژوهش، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بود. خلاصه جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سگال و همکاران (Segal et al., 2013) در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)

جلسه	هدف	خلاصه جلسه
اول	تمرکز	خوش آمدگویی و آشنایی اعضای گروه با درمانگر و یکدیگر، ایجاد ارتباط با اعضای گروه، شرح اهداف و قوانین گروه از جمله عدم غیبت، شرکت به موقع در جلسات، انجام تکالیف، بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر، آموزش روانی و توصیف کلی از رویکرد درمانی، تمرین خوردن کشمش با ذهن آگاهی، آشناسازی با مفهوم هدایت خودکار و تمرین واریسی بدنی و تمرین تمرکز با مراقبه و تنفس و تکلیف خانگی در منزل
دوم	آگاهی/حضور ذهن از افکار، هیجان‌ها، احساسات و حس‌های بدنی	بررسی تکلیف قبلی، تعریف و اهمیت ذهن آگاهی و تمرین نزدیکی به آگاهی‌های احساسی، حسی، هیجانی تمرین واریسی بدنی، تمرین افکار و احساسات جایگزین و آموزش تمرکززدایی از افکار و فرضیه‌های ذهنی با گذاشتن برجسب فرضیه روی آنها، ثبت وقایع خوشایند، مراقبه نشسته ۱۰ دقیقه و تکلیف خانگی در منزل
سوم	حضور در لحظه	بررسی تکلیف قبلی، تمرین حضور در حال و مراقبه، واریسی بدن، ذهن آگاهی بر روی تنفس، حرکت به شیوه ذهن آگاهی، تمرین تنفس و کشش، سه دقیقه فضای تنفس، تکلیف خانگی تمرین تنفس و کشش و حرکت به شیوه ذهن آگاهی و تمرین سه دقیقه ای تنفس و تکلیف خانگی در منزل
چهارم	تمرکززدایی	بررسی تکلیف قبلی، تعریف و اهمیت تمرکززدایی به همراه تمرین (تمرین مولفه‌هایی است که بیماران را در جهت تمرکززدایی سوق می‌دهد. بیماران افکار و هیجان‌ها را هر چیز دیگری که ممکن است رخ دهد) را در طول جلسات مراقبه تمرین می‌کنند. بودن در زمان حال، پنج دقیقه ذهن - آگاهی دیداری یا شنیداری، مراقبه نشسته، راه رفتن با حالت ذهن آگاهی، تکلیف خانگی: مراقبه نشسته، فضای سه دقیقه‌ای تنفس به عنوان راهبرد مقابله‌ای در هنگام تجربه احساسات ناخوشایند و مراقبه و تنفس و تکلیف خانگی در منزل
پنجم	پذیرش، عدم بی‌زاری، عدم دلبستگی، آگاهی توأم با پذیرش	بررسی تکلیف قبلی، تعریف مفاهیم پذیرش شامل «تجربه رویدادها به طور کامل و عاری از دفاع، همان‌گونه که هستند» و ارزش‌ها به همراه پذیرش و اجازه، مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس و بدن، تاکید بر آگاهی از چگونگی پاسخ در برابر افکار، احساس‌ها و حس‌های جسمانی، تکلیف خانگی مراقبه نشسته و سه دقیقه فضای تنفس تکلیف خانگی در منزل
ششم	رهاسازی	بررسی تکلیف قبلی، تعریف رهاسازی، مراحل انجام کار به همراه مراقبه و تنفس آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند یا ناخوشایند بودن افکار، اجازه دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به آسانی خارج کردن آنها از ذهن بدون

قضاوت و توجه عمیق به آنها. تکلیف خانگی نوشتن تجربیات مثبت و منفی روزانه بدون قضاوت در مورد آنها، مراقبه نشسته، واریسی بدن، تمرین ۳ دقیقه ای فضای تنفسی، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره ی جدید و ذهن آگاهی رویدادی ناخوشایند.		
بررسی تکلیف قبلی، بررسی مفاهیم حضور داشتن به جای دست به کار شدن، هدفمند نبودن و دنبال یک حالت خاصی نبودن (آرمیدگی، شادی، آرامش و...)، به همراه مراقبه و تنفس، آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و احساسها. و تکلیف خانگی شامل گزینش الگویی از تمامی انواع مختلف تمرین های دوره برای انجام بعد از اتمام دوره.	حضور داشتن و هدفمند نبودن	هفتم
بررسی تکلیف قبلی، بررسی آگاهی از مشکلاتی که به صورت جسمانی تظاهر می کنند، همزمان با جستجوی بیزاری ها، استرس ها، به همراه مراقبه و تنفس و تکلیف خانگی در منزل و اختتام جلسه	آگاهی از مشکلات جسمانی و بیزاری ها، استرس ها	هشتم

یافته ها

بیشترین فراوانی افراد در گروه آزمایش و کنترل با ۴۶/۶۶ درصد بین گروه سنی ۳۶ تا ۴۵ سال قرار دارند. یافته های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه های آزمایشی و کنترل در جدول شماره ۲ آورده شده است.

جدول ۲: مقادیر توصیفی نمرات پیش آزمون و پس آزمون عدم تحمل تردید، احساس مسئولیت و آمیختگی فکر - عمل

متغیرها	آزمون		کنترل		انحراف استاندارد
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	
عدم تحمل تردید	۹۵/۵۳	۳/۱۷	۹۶/۴۵	۳/۲۵	۳/۸۱
	۹۶/۲۹	۳/۵۴	۷۳/۶	۳/۸۱	۳/۸۱
احساس مسئولیت افراطی	۱۱۳/۷۶	۳/۸۱	۱۱۲/۹۷	۵/۲۶	۵/۳۸
	۱۱۲/۴۵	۳/۲۸	۹۰/۷۲	۴/۲۶	۴/۲۶
آمیختگی فکر - عمل	۵۰/۲۹	۴/۶۸	۴۹/۷۸	۵/۳۲	۵/۳۲
	۴۹/۲۲	۳/۴۲	۳۷/۵۳		

همان طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود بین میانگین های دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تفاوت وجود دارد. برای بررسی معناداری تفاوت میانگین های گروه های آزمایش

و کنترل از روش تحلیل کواریانس استفاده شده است. قبل از استفاده از آزمون تحلیل کواریانس پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع نمرات گروه با گروه‌های نمونه در جامعه با استفاده از آزمون کلموگروف اسمیرنف بررسی شد. همچنین آزمون لوین برای بررسی یکسانی واریانس‌ها استفاده شد. نتایج نشان داد که کلیه پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس رعایت شده است. لذا جهت آزمون فرضیه کلی تحقیق از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج آزمون باکس در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳: آزمون ام باکس برای بررسی مفروضه برابری ماتریس‌های واریانس کواریانس

شاخص‌های آماری				
ام باکس	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	سطح معناداری
۲/۱۸۹	۲۸	۱۲/۴۱۱	۰/۳۶۳	۰/۷۸۰

با توجه به اینکه با معنادار بودن آزمون باکس فرض صفر همگن بودن ماتریس‌ها رد می‌شود، می‌توان گفت که با معنادار نبودن این آزمون در سطح ۰/۰۵ ماتریس‌های واریانس - کواریانس همگن می‌باشد. نتایج حاصل از تحلیل مانکوا بر روی نمرات پس‌آزمون عدم تحمل ابهام، مسئولیت‌پذیری افراطی و آمیختگی فکر و عمل در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون کواریانس چند متغیری برای مقایسه میانگین نمرات دو گروه آزمودنی در متغیرهای پژوهش

منابع	ارزش	F	DF فرضیه	DF خطا	Sig	ضریب ایما
اثر پیلایی	۰/۶۳۴	۳۱/۲۹۱	۳	۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸
لامبدای ویلکز	۰/۲۸۵	۳۱/۲۹۱	۳	۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸
اثر هوتلینگ	۳/۴۳۱	۳۱/۲۹۱	۳	۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸
بزرگترین ریشه روی	۳/۴۳۱	۳۱/۲۹۱	۳	۲۳	۰/۰۰۰۰۱	۰/۶۸

نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری برای مقایسه بین دو گروه آزمایش و کنترل در عدم تحمل تردید، احساس مسئولیت افراطی و آمیختگی فکر عمل را نشان می‌دهد که بین دو گروه اختلاف معنی‌داری وجود دارد ($p < ۰/۰۱$ و $F=۳۱/۲۹۱$)؛ یعنی اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر حداقل یکی از متغیرهای وابسته معنی‌دار بوده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۶۸ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۶۸ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون عدم تحمل تردید، احساس مسئولیت افراطی و آمیختگی فکر عمل مربوط به

روش مداخله است. برای اینکه مشخص شود اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی کدام یک از متغیرها معنی دار بوده است از تحلیل آنکوا استفاده شد.

همانطور که در جدول ۵ نشان داده شده است با کنترل تاثیر متغیر کمکی (پیش آزمون) بر روی متغیر وابسته، بین دو گروه آزمایش و کنترل در عدم تحمل تردید ($p < 0/01$ و $F=14/39$)، احساس مسئولیت افراطی ($p < 0/01$ و $F=21/19$) آمیختگی فکر عمل ($p < 0/01$ و $F=80/21$) اختلاف معنی داری وجود دارد میزان تأثیر یا تفاوت در عدم تحمل تردید ۰/۵۷، احساس مسئولیت افراطی ۰/۶۶، آمیختگی فکر عمل ۰/۶۱ است، به عبارت دیگر، به ترتیب ۵۷، ۶۶، و ۶۱ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون در عدم تحمل تردید، احساس مسئولیت افراطی و آمیختگی فکر عمل مربوط به روش مداخله است.

جدول ۵: نتایج تحلیل آنکوا در متن مانکوا در عدم تحمل تردید، احساس مسئولیت افراطی و آمیختگی فکر عمل

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات انا
عدم تحمل تردید	پیش آزمون	۲۷۶/۳۵	۱	۲۷۶/۳۵	۱۹/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۷۱
	گروه	۱۴۲/۳۰۷	۱	۱۴۲/۳۰۷	۱۳/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۵۷
مسئولیت افراطی	پیش آزمون	۲۰۲/۶۵	۱	۲۰۲/۶۵	۲۹/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۸۷
	گروه	۱۱۲/۴۱	۱	۱۱۲/۴۱	۲۳/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۶۶
آمیختگی فکر عمل	پیش آزمون	۳۷۰/۳۷	۱	۳۷۰/۳۷	۴۹/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۷۰۹
	گروه	۱۶۰/۴۲	۱	۱۶۰/۴۲	۳۱/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۶۱

بحث و نتیجه گیری

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عدم تحمل تردید اثربخش بوده است. این نتایج با بخش‌هایی از یافته‌های پژوهش برقی ایرانی و دهقان صابر (Barghi Irani & Dehghan Saber., 2021) در مورد اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در خصوص باورهای غیرمنطقی زمینه‌ساز عدم تحمل تردید؛ هافمن و گومز (Hofmann & Gómez., 2017) در خصوص اثر بخشی آن بر اضطراب و افسردگی ناشی از ابهام در موقعیت؛ اسلامی و همکاران (Eslami et al., 2017) در زمینه اضطراب و عدم تحمل تردید مرتبط و همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت عدم تحمل بلا تکلیفی از عوامل شناختی مهمی است که در بروز اختلال وسواس نقش دارد. در این رابطه تکنیک‌های برنامه آموزشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

به زنان دارای علایم وسواس کمک کرد تا نسبت به هر نوع احساس اضطراب و استرس ادراک شده که در بدن و ذهنشان وجود دارد، آگاه شوند و به آنها اجازه بدهند که باشند. این به این معنی است که بدون تحلیل کردن، سرکوب کردن، و یا تحریک کردن، با این احساسات همراه باشند. اگرچه به نظر می‌رسد این کار به خودی خود ترسناک باشد، ولی بعداً متوجه می‌شوند زمانی که به خودشان اجازه می‌دهند که این نگرانی‌ها، ناراحتی‌ها، خاطرات دردناک و دیگر افکار و هیجانات سخت را بشناسند و احساس کنند، و به جای آمیختگی با این افکار آنان را بدون قضاوت به عنوان یک فکر بپذیرند و به خود کمک می‌کنند تا با این مسائل کنار بیایند. و به جای صرف انرژی برای جنگ یا فرار از این احساسات و افکار، همراه بودن با آنچه اتفاق می‌افتد، این فرصت را فراهم می‌کند تا نسبت به آن چیزی که نگرانی‌های افراد را هدایت می‌کند، آگاه شوند. وقتی علت اصلی اضطراب و نگرانی کشف می‌شود، حس آزادی به وجود می‌آید. در اصل، این، فرآیند یادگیری اعتماد کردن و همراه بودن با هیجانات ناراحت‌کننده به جای فرار کردن و یا تحلیل کردن آنها است. لذا تکنیک‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، به شرکت‌کنندگان آموزش می‌دهد تا نسبت به مشکلات استرس زا رویکردی آگاهانه، بدون قضاوت و توأم با پذیرش بیشتری داشته باشند (Segal et al., 2013).

در واقع برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، به افراد دارای وسواس توانایی مقابله با استرس‌های زندگی را آموزش می‌دهد و آنها می‌توانند عملکرد انطباقی بیشتری را با توجه به عواطف منفی و مثبتشان از خود نشان دهند و از ابهام موقعیت‌های زندگی کاسته می‌گردد. این سازگاری مثبت بر پاسخ‌های استرس تأثیر می‌گذارد و این مسئله، در بلندمدت بر سلامت روانی و جسمی فرد در مقابل فشارهای روانی اثر دارد. همچنین نتایج نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اثربخشی معنی‌داری بر احساس مسئولیت افراطی مبتلایان به وسواس دارد. از آنجا که بر اساس دیدگاه شناخت درمانی احساس مسئولیت افراطی زمینه‌ساز بروز اضطراب، افسردگی و نشخوار فکری در بیماران دارای علایم وسواس است این نتایج همسو با بخش‌هایی از تحقیقات ترومبکا و همکاران (Trombka et al., 2021) در زمینه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش بیش‌مسئولتی، علایم افسردگی و اضطراب بیماران؛ صالح پور و همکاران (Salehpour et al., 2019) در زمینه کاهش باورهای غیرمنطقی مسئولیت‌پذیری افراطی و کمال‌خواهانه و تیموری و همکاران (Taimory et al., 2015) در مورد کاهش نشخوار فکری و افسردگی افراد دارای وسواس است.

در این رابطه سالکوسکیس معتقد است زمانی که افکار نافذ (مزاحم)، عقاید ناکارآمد درباره میزان

مسئولیت فرد در قبال سلامتی خود و دیگران را فعال می سازند، شدت و فراوانی آن‌ها افزایش می‌یابد. او معتقد است این عقاید نقش مهمی در افزایش مسائل و سواسی دارند. در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی به ویژه اختلال و سواس اهمیت دادن و احساس مسئولیت ادراکی مفرط در مورد این افکار موجب رفتارهای ایمنی‌جویی مانند تلاش جهت فرونشانی افکار می‌شود (Kobori & Salkovskis., 2013). در این رابطه به نظر می‌رسد در افراد دارای و سواس بین احساس مسئولیت ادراک شده و کارکرد سوگیری‌های شناختی همچون آمیختگی فکر-عمل و عدم قطعیت نوعی ارتباط و پیوستگی وجود داشته باشد.

با توجه به آنچه گفته شد در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی عنصر اصلی بالا بردن خودآگاهی لازم برای توانمندسازی و پاسخ‌های مطلوب در شرایط بحرانی برای جلوگیری از تجربه اضطراب می‌باشد و همواره به عنوان یک محرک قوی دائمی پیش‌گیرنده عمل می‌کند. این برنامه شیوه متفاوتی از مواجهه با افکار ناکارآمد و هیجانات وابسته به آن نظیر اضطراب، درد، پریشانی و افسردگی را ارائه می‌کند. این رویکرد می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار اتوماتیک، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی در کاهش استرس و تنظیم رفتاری ایفا کند. در این مداخله افراد یاد می‌گیرند که چگونه به شکلی متفاوت با افکار ناکارآمد و غیرمنطقی و هیجانات و احساسات منفی خود مانند اضطراب ارتباط برقرار کنند. در مجموع به نظر می‌رسد مکانیسم اصلی ذهن آگاهی، خودکنترلی توجه باشد. این توجه، توجهی است هدفمند، به همراه پذیرش بدون داوری در مورد تجربه‌های در حال وقوع در لحظه کنونی و هدف آن ایجاد ذهن آگاهی روشن و غیرقضاوتی از آنچه که هرلحظه متوالی در ادراک رخ می‌دهد، است. این موضوع به آزمودنی‌ها کمک می‌کند تا کمتر از قبل به خاطرات گذشته رجوع کنند. تمرینات ذهن آگاهی این فرصت را برای افراد فراهم کرد که باورها و افکار ناکارآمد خود را در هر لحظه شناسایی کنند. همچنین ذهن آگاهی به آزمودنی‌ها یاد می‌دهد که افکار خود را بدون داوری بپذیرند (Farhadi et al., 2018).

یافته‌های دیگر پژوهش نشان از اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر آمیختگی فکر عمل در مبتلایان به و سواس بود. پیشینه پژوهش نشان داده سوگیری‌های شناختی خاصی در بیماران و سواس فکری-عملی وجود دارد. راجمن و شافران (Rachman & shafraan., 1999) دریافتند که افراد دارای مشکلات و سواسی، تصور می‌کنند تفکر آن‌ها در مورد رویدادهای ناگوار احتمال وقوع این رویدادها را افزایش می‌دهد و آن‌ها به خاطر داشتن چنین افکاری مسئول وقوع آن‌ها هستند و بایستی وقوع آن‌ها را کنترل کنند. این درهم آمیختگی فکر و عمل، مسئولیت ادراک شده فرد را برای وقوع مشکلات افزایش

داده و همین امر سبب افزایش احساس گناه در فرد می‌شود (Bassak Nejad et al., 2013). لذا آمیخته شدن با افکار و باورهای غیرمنطقی و تهدیدکننده در بروز وسواس، اختلالات اضطرابی و خلقی نقش غیرقابل انکاری دارد. با توجه به آنچه گفته شد یافته‌های این پژوهش همسو با یافته‌های برقی ایرانی و دهقان صابر (Barghi Irani & Dehghan Saber., 2021) در مورد اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان باورهای غیرمنطقی و اضطراب؛ صالح پور و همکاران (Salehpour et al., 2019) در خصوص باورهای غیرمنطقی؛ تیموری و همکاران (Taimory et al., 2015) در مورد نشخوار فکری و افسردگی افراد دارای وسواس و بساک نژاد و همکاران (Bassak Nejad et al., 2013) در زمینه آمیختگی فکر و عمل است.

در این رابطه در تبیین این یافته می‌توان گفت در طی جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمانگر بر غیرواقعی بودن افکار تاکید می‌کند. لینهان (Linehan., 2014) خاطر نشان می‌سازد که مشاهده افکار و احساسات و به کار گرفتن برچسب‌های توصیفی برای آن‌ها، این درک و فهم را به وجود می‌آورد که آن‌ها همیشه واقعی نیستند. در درمان ذهن آگاهی، ناظر بر ارتباط با رویدادها به شیوه‌ای است که در آن قضاوتی در مورد آن‌ها اتفاق نمی‌افتد و این ارتباط به اینجا و اکنون معطوف می‌شود. در فرآیند درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با بکارگیری فنون «وارسی بدن»، مشاهده تنفس و نظاره‌گری افکار که زمینه‌ساز حضور یافتن فرد در زمان حال و اکنون است، زمینه برای گسلش از افکار منفی و عدم قضاوت در مورد افکار و احساسات رنج آور مهیا می‌شود. این روش درمانی، زمینه را برای تمرکز زدایی افکار فرد مهیا می‌کند؛ به این شیوه که به افراد آموزش داده می‌شود افکار و احساساتشان را بدون قضاوت مشاهده کرده و آنها را به عنوان وقایع ذهنی ساده‌ای ببینند که می‌آیند و می‌روند و از طرفی افکار و احساسات خود را به عنوان بخشی از خودشان یا انعکاسی از واقعیت در نظر نگیرند. از این رو با چنین مواجهه‌ای با افکار و احساسات، از تشدید افکار منفی و آمیختگی با آنها جلوگیری می‌شود. از این رو در جلسات درمانی غیرواقعی بودن افکار مربوط به اضطراب‌های آزمودنی‌ها مورد آزمایش و بحث قرار گرفت. افکار وسواسی و اضطرابی و علائم اضطراب منجر به بروز اجتناب‌های متعددی در زندگی آزمودنی‌ها شده بود که در جلسات درمانی با مشاهده افکار و هیجانات فعلی، آزمودنی‌ها تلاش کردند از موقعیت‌های مختلف زندگی خود اجتناب نکنند. این مساله باعث خاموشی پاسخ‌های ترس و رفتارهای اجتنابی شده، آمیختگی فکر و عمل کاهش می‌یابد.

انجام هر پژوهشی قاعدتاً با محدودیت‌هایی در اجرای آن پژوهش مواجه است از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به همگن نبودن زنان دارای وسواس فکری و عملی شرکت‌کننده در مداخله از جهات

مختلف مثل طبقه اجتماعی - اقتصادی، سطح فرهنگی، میزان تحصیلات اشاره کرد. اگرچه گروه‌های آزمایش و گروه کنترل از نظر ویژگی‌ها تا حدودی به واسطه انتصاب تصادفی به گروه آزمایش و کنترل به هم شبیه بوده و کنترل‌های آماری امکان مقایسه دو گروه را فراهم ساخته است اما محدود شدن نمونه به زنان دارای وسواس فکری و عملی شهر اراک، استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی و نبود مرحله پیگیری از محدودیت‌های مهم این پژوهش است. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود، مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یک مداخله کارآمد، انتخابی، کم هزینه و قابل اجرا برای کاهش عدم تحمل تردید، احساس مسئولیت افراطی و درهم آمیختگی فکر، در افراد دارای وسواس فکری و عملی مورد استفاده قرار گیرد.

در پایان از کلیه افرادی که در این پژوهش ما را یاری نمودند کمال تشکر را می‌نمایم.



References

- American Psychiatric Association, D., & Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5). American psychiatric association Washington, DC.
- Amir, N., Freshman, M., Ramsey, B., Neary, E., & Brigidi, B. (2001). Thought–action fusion in individuals with OCD symptoms. *Behaviour research and therapy*, *39*(7), 765-776.
- Arntz, A., Voncken, M., & Goosen, A. C. (2017). Responsibility and obsessive–compulsive disorder: An experimental test. *Behaviour research and therapy*, *45*(3), 425-435.
- Asadi, S., Abedini, M., Poursharifi, H., & Nikokar, M. (2012). The Relationship between Intolerance of Uncertainty and Rumination with Worry on Student Population. *Journal of Clinical Psychology*, *4*(4), 83-92. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2110> (In Persian)
- Asli Azad, M., Aanshaee, G. R., & Ghamarani, A. (2020). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Intolerance of uncertainty of The Students with Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychology of Exceptional Individuals*, *9*(36), 33-53. <https://doi.org/10.22054/jpe.2019.44480.2027> (In Persian)
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, *13*(1), 27-45.
- Barghi Irani, Z., & Dehghan Saber, L. (2021). The Comparison of the Effectiveness of Mindfulness Based Therapy and Spiritual Therapy on Irrational Beliefs and Anxiety in the Older Women. *Aging Psychology*, *6*(4), 339-321. <https://doi.org/10.22126/jap.2021.5945.1492> (In Persian)
- Bassak Nejad, S., Zargar, Y., & Hatami Sarbarzeh, M. (2013). The effectiveness of cognitive behavior group therapy on thought- action fusion, thought suppression and guilty feeling of university students. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, *3*(1), 23-32. https://cbs.ui.ac.ir/article_17302_5141962934d3038b14eaebf0bc2dcb58.pdf (In Persian)
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2004). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour research and therapy*, *40*(8), 931-945.
- Cheie, L., & Miu, A. C. (2016). Functional and dysfunctional beliefs in relation to adolescent health-related quality of life. *Personality and Individual Differences*, *97*, 173-177.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates, 18-74.
- Conley, S. L., & Wu, K. D. (2017). Experimental modification of dysfunctional interpretations in individuals with contamination concerns. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *59*, 56-64.
- Counsell, A., Furtado, M., Iorio, C., Anand, L., Canzonieri, A., Fine, A., Fotinos, K., Epstein, I., & Katzman, M. A. (2017). Intolerance of uncertainty, social anxiety, and generalized anxiety: Differences by diagnosis and symptoms. *Psychiatry research*, *252*, 63-69.
- Eslami, A., Barimani, P., & Doost-Mohammad, S. (2017). Determining the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on anxiety and lack of tolerance of uncertainty in patients with hypertension. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, *19*(special issue), 314-319. <https://doi.org/10.22038/jfmh.2017.10085> (In Persian)
- Faleer, H. E., Fergus, T. A., Bailey, B. E., & Wu, K. D. (2017). Examination of an experimental manipulation of intolerance of uncertainty on obsessive-compulsive outcomes. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *15*, 64-73.
- Farhadi, T., Asli Azad, M., & Shokrkhodaei, N. S. (2018). Effectiveness of mindfulness therapy

- on executive functions and cognitive fusion of adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder. *Empowering Exceptional Children*, 9(4), 81-92. <https://doi.org/10.22034/ceciranj.2018.91194> (In Persian)
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2000). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological assessment*, 14(4), 485.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791-802.
- Gillett, C. B., Bilek, E. L., Hanna, G. L., & Fitzgerald, K. D. (2018). Intolerance of uncertainty in youth with obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder: A transdiagnostic construct with implications for phenomenology and treatment. *Clinical psychology review*, 60, 100-108.
- Hansmeier, J., Exner, C., Rief, W., & Glombiewski, J. (2016). A test of the metacognitive model of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 10, 42-48.
- Hofmann, S. G., & Gómez, A. F. (2017). Mindfulness-based interventions for anxiety and depression. *Psychiatric clinics*, 40(4), 739-749.
- Kim, S.-K., McKay, D., Taylor, S., Tolin, D., Olatunji, B., Timpano, K., & Abramowitz, J. (2016). The structure of obsessive compulsive symptoms and beliefs: A correspondence and biplot analysis. *Journal of anxiety disorders*, 38, 79-87.
- Kobori, O., & Salkovskis, P. M. (2013). Patterns of reassurance seeking and reassurance-related behaviours in OCD and anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(1), 1-23.
- Lam, D. C., Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. (2005). An experimental investigation of the impact of biological versus psychological explanations of the cause of "mental illness". *Journal of Mental Health*, 14(5), 453-464.
- Linehan, M. (2014). *DBT? Skills training manual*. Guilford Publications
- Luppino, O. I., Tenore, K., Mancini, F., & Basile, B. (2018). A theoretical integration of schema therapy and cognitive therapy in OCD treatment: goals and beliefs of the obsessive mind (part I). *Psychology*, 9(09), 2261.
- Mancini, F., D'Olimpio, F., & D'Ercole, S. (2001). Responsibility attitude, obsession and compulsion: further support in a non clinical sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 8(4), 274-281.
- Mantz, S. C., & Abbott, M. J. (2017). The relationship between responsibility beliefs and symptoms and processes in obsessive compulsive disorder: A systematic review. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 14, 13-26.
- Mohammadi, A., Zamani, R., & Fati, L. (2008). Validation of the Persian version of the obsessive-compulsory revised questionnaire in the student population. *Psychological Research*, 11(2), 66-78. (In Persian)
- Nayebaghayee, A., Aleyasin, S. A., Heidari, H., & Davoodi, H. (2019). Exposure and Response Prevention therapy on Inflated Sense of Responsibility, and Intolerance of Uncertainty, in Patients with Obsessive Compulsive Disorder [Original Research Article]. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 9(0), 1-1. <http://jdisabilstud.org/article-1-1396-fa.html> (In Persian)
- Nyklíček, I., van Son, J., Pop, V. J., Denollet, J., & Pouwer, F. (2016). Does Mindfulness-Based Cognitive Therapy benefit all people with diabetes and comorbid emotional complaints

- equally? Moderators in the DiaMind trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 91, 40-47.
- Pourfaraj Omran, M., Hashemi, T., & Khanjani, Z. (2013). A Comparison Between the Sense of Responsibility and Thought-Action Fusion in Obsessive Compulsive and Generalized Anxiety Disorders [Research]. *Advances in Cognitive Sciences*, 14(4), 49-56. <http://icssjournal.ir/article-1-513-fa.html> (In Persian)
- Pugh, K., Luzon, O., & Ellett, L. (2018). Responsibility beliefs and persecutory delusions. *Psychiatry research*, 259, 340-344.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour research and therapy*, 36(4), 385-401.
- Rachman, S., & Shafran, R. (1999). Cognitive distortions: Thought-action fusion. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 6(2), 80-85.
- Rahmani Fard, T., Kalantarkousheh, M., & Faramarzi, M. (2018). Effect of mindfulness-based cognitive infertility stress therapy on psychological well-being of women with infertility. *Middle East Fertility Society Journal*, 23(4), 476-481. (In Persian)
- Rajabi, F., Hasani, F., Keshavarzi Arshadi, F., & Emamipour, S. (2019). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder and Guilt Feeling in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder [Research]. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*, 6(2), 140-147. <http://ijrn.ir/article-1-521-fa.html> (In Persian)
- Rhéaume, J., Freeston, M. H., Dugas, M. J., Letarte, H., & Ladouceur, R. (2020). Perfectionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour research and therapy*, 33(7), 785-794.
- Salehpour, P., Ahghar, G., & Navabi Nejad, S. (2019). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Reducing Irrational Beliefs and Emotional Divorce in Married Women Referred to Tehran Counseling Centers. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 62(December), 169-178. <https://doi.org/10.22038/mjms.2020.14314> (In Persian)
- Salkovskis, P. M., Shafran, R., Rachman, S., & Freeston, M. H. (2017). Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: Possible origins and implications for therapy and research. *Behaviour research and therapy*, 37(11), 1055-1072.
- Salkovskis, P. M., Wroe, A., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Reynolds, M., & Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 347-372.
- Samuels, J., Bienvenu, O. J., Krasnow, J., Wang, Y., Grados, M. A., Cullen, B., ... & Nestadt, G. (2017). An investigation of doubt in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 75, 117-124.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. The Guildford Press.
- Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of anxiety disorders*, 10(5), 379-391.
- Taimory, S., Ramezani, F., & Mahjob, N. (2015). The Effectiveness of Mindfulness-Based Group Cognitive Therapy in Reducing Depression and Obsessive Rumination among Women under Methadone Treatment [Research]. *Research on Addiction*, 9(34), 145-159. <http://etiadjohi.ir/article-1-313-fa.html> (In Persian)
- Trombka, M., Demarzo, M., Campos, D., Antonio, S. B., Cicuto, K., Walcher, A. L., García-

- Campayo, J., Schuman-Olivier, Z., & Rocha, N. S. (2021). Mindfulness training improves quality of life and reduces depression and anxiety symptoms among police officers: results From the POLICE study—a multicenter randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 112.
- Van Son, J., Nyklíček, I., Pop, V. J., Blonk, M. C., Erdtsieck, R. J., Spooren, P. F., Toorians, A. W., & Pouwer, F. (2019). The effects of a mindfulness-based intervention on emotional distress, quality of life, and HbA1c in outpatients with diabetes (DiaMind) a randomized controlled trial. *Diabetes care*, 36(4), 823-830.
- Wolters, L., Prins, P. J., Garst, G., Hogendoorn, S. M., Boer, F., Vervoort, L., & de Haan, E. (2018). Mediating mechanisms in cognitive behavioral therapy for childhood OCD: The role of dysfunctional beliefs. *Child Psychiatry & Human Development*, 50(2), 173-185.
- Yorulmaz, O., Yılmaz, A. E., & Gençöz, T. (2004). Psychometric properties of the Thought–Action Fusion Scale in a Turkish sample. *Behaviour research and therapy*, 42(10), 1203-1214.

