

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر اختلال وسواس اجباری

راحله حمزه‌لو^۱، داود جعفری^{۲*}، محمداسماعیل ابراهیمی^۳

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.
۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد ملایر، دانشگاه آزاد اسلامی، ملایر، ایران. (نویسنده مسئول)
۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر اختلال وسواس اجباری بود.

روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح اندازه‌گیری مکرر بود. جامعه آماری در این پژوهش کلیه افراد مراجعه کننده به مرکز مشاوره شهرستان ملایر بودند. با استفاده از روش در دسترس، ۱۸ نفر از افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری انتخاب شدند و میزان شدت اختلال وسواس اجباری آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش به وسیله سیاه اختلال وسواس اجباری مادزلی قبل، جلسه چهارم، و پس از اتمام جلسات درمانی مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها به کمک روش تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته یا مختلط تحلیل شدند.

نتایج: یافته‌های پژوهش نشان داد که در کاهش علائم وسواس، درمان شناختی رفتاری و شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن تاثیر داشته‌اند و بین اثربخشی دو گروه تفاوت معنادار وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری: طبق یافته‌های پژوهش حاضر، هم درمان شناختی رفتاری و هم شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن هر دو در بهبود شدت علائم اختلال وسواسی اجباری تأثیر داشته‌اند.

نشریه علمی

روانشناسی
بالینی
و شخصیت

دوره ۱۷، شماره ۱، پیاپی ۳۲
بهار و تابستان ۱۳۹۸
صص: ۱۴۴-۱۳۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۳/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۸/۲۰

مقاله پژوهشی

Journal of

Clinical
Psychology
& Personality

Vol. 17, No. 1, Serial 32

Spring & Summer
2019

pp.: 135-144

کلیدواژه‌ها: اختلال وسواس اجباری، درمان شناختی رفتاری، شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن

*Email: davood_jafari5361@yahoo.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

مقدمه

شناسایی، ارزیابی و اصلاح سطوح مختلف افکار و باورهای آسیب دیده بیمار که با رفتارها و هیجان‌ات وی گره خورده است، متمرکز می‌باشد [۶]. درمان فوق رویکردی کوتاه مدت است که به دلیل انعطاف‌پذیری و سازمان یافتگی و هدف‌مندی در بسیاری از برنامه‌های درمانی قابل استفاده است.

شواهد تجربی متعددی توانسته اند موثر بودن روش شناختی‌رفتاری را در قلمرو اختلال وسواس اجباری ثابت کنند. نتایج پژوهش غفوری آثار [۱]، به این نتیجه دست یافته‌اند که درمان‌گری شناختی‌رفتاری برای افراد وسواس بی‌اختیاری که به مهارکننده‌ی باز جذب سروتونین پاسخگو نبودند در اکثر موارد اثربخش بوده است. همچنین یافته‌های سانچز- میکا^۳ [۷]، نیز به تاثیر روش شناختی‌رفتاری بر کاهش علائم اختلال وسواس اجباری اشاره نموده‌اند. در ایران نیز پژوهش صالحی [۳]، که از میان ۶۲ نفر مبتلا به اختلال وسواس مراجعه کننده به کلینیک ۱۰ نفر به گروه آزمایش و ۱۰ نفر به گروه گواه اختصاص یافتند. نتایج نشان داد میانگین نمرات وسواس در گروه آزمایشی به طور معنا داری نسبت به گروه گواه کاهش یافته است و نمره خرده مقیاس شدت نشانه‌ها در طول درمان کاسته شد. علاوه بر این تاثیر مداخله شناختی‌رفتاری بر روی بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری در پژوهش اسدی [۸]، نشان می‌دهد که این مداخله در درمان بیماران مؤثر بوده است و میانگین اثر درمان شناختی‌رفتاری در درمان مبتلایان به اختلال وسواس در زنان و مردان، معادل ۱/۶۳، مثبت و معنی‌دار مشخص گردیده است.

در مطالعه علی‌علمداری [۹]، نیز درمان شناختی‌رفتاری در کاهش علائم اختلال وسواس اجباری مؤثر بوده است و کاهش قابل توجهی در شدت افکار و رفتار وسواسی، بوجود آمده است. الگوی دیگری که به نظر می‌رسد، می‌تواند در کاهش علائم اختلال وسواس اجباری دخالت داشته باشد شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن می‌باشد. درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن برنامه گروهی است که با تکالیف خانگی روزانه در بین جلسات درمانی همراه است. این درمان بر چهار پایه استوار است: ۱- تأمل درباره بدن، ۲- تأمل در مورد احساسات، ۳- تأمل در مورد ذهن، ۴- تأمل در مورد موضوعات روانی. شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن به بیماران آموزش می‌دهد تمرکززدایی نمایند، و تشخیص دهند که چه موقع خلق آن‌ها تحریف کننده است، به علاوه

در اختلال وسواس فکری عملی^۱ افراد وسواس‌های فکری یا وسواس‌های عملی را با چنان شدتی تجربه می‌کنند که انجام دادن فعالیت‌های روزانه برای آن‌ها مشکل می‌شود. آن‌ها به عنوان بخشی از این اختلال، ممکن است ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه‌ای را در عملکرد شغلی یا اجتماعی خود تجربه کنند. افراد خیلی بیشتر از آن‌هایی که قبلاً به این اختلال تشخیص داده شده‌اند برای نشانه‌های شبه‌وسواس فکری عملی کمک می‌خواهند [۱]. ویژگی عمده این وسواس‌ها و اجبارها (افکار و رفتارها) لذت بخش نبودن آن‌ها برای فرد مبتلا می‌باشد ولی بیمار به نشخوار افکار و تکرار اعمال ادامه می‌دهد تا شاید ناراحتی‌اش کاسته شود. شخص مبتلا به فکر و عمل وسواسی میل شدیدی برای مقاومت در مقابل آن‌ها احساس می‌کند، معهداً تقریباً نیمی از بیماران مقاومت اندکی در مقابل اعمال وسواسی خود نشان می‌دهند [۲]. افراد مبتلا از نظر شناختی موقعیت‌ها را بسیار خطرناک‌تر از آن چه هستند ارزیابی می‌کنند و باور شدید به کمال‌گرایی و مسئولیت‌پذیری دارند. رایج‌ترین ویژگی‌های رفتاری آن‌ها رفتارهای اجتنابی و اعمال وسواسی است که هر دوی آن‌ها به منظور پیشگیری از صدمه دیدن یا کاهش نگرانی انجام می‌گیرند. از نظر هیجانی نگران، مضطرب و گوش به زنگ هستند. به نظر می‌رسد درمان‌های شناختی‌رفتاری^۱ و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۲ می‌توانند در کاهش علائم اختلال وسواس اجباری چه از نظر شناختی و رفتاری و چه از نظر هیجانی تاثیر بسزایی داشته باشند. دیدگاه شناختی‌رفتاری بر الگوهای تفکر سازش‌نا یافته‌ای تأکید می‌کند که در ایجاد و تداوم نشانه‌های اختلال وسواس بی‌اختیاری دخالت دارند [۳]. درمان‌گر شناختی‌رفتاری فرآیندی را اتخاذ می‌کند که در نهایت پاسخ به سوال‌ها و راه‌حل مسائل در ذهن خود بیمار شکل می‌گیرد [۴].

عمده رفتار درمانی‌های شناختی از فرض‌های بنیادی الگوهای ارزیابی شناختی معیوب نشأت گرفته‌اند [۵]. این رویکردهای درمانی در کاهش علائم از هر دو راهبرد شناختی و رفتاری از طریق اصلاح تردیدها، باورها، و ارزیابی‌های معیوب و پاسخ‌های خنثی سازی که افکار وسواسی را تداوم می‌بخشد استفاده می‌کنند. به طور کلی درمان شناختی‌رفتاری به آن دسته از درمان‌های روان‌شناختی اطلاق می‌شود که دارای وجوه مشترکی بوده و عمدتاً بر

¹ Cognitive Behavioral Therapy

² Mindfulness Based Cognitive Therapy

³ Sanchez Mecca

نمی‌دهند [۱۴]. پژوهش‌ها حاکی از آن است که علائم درمان نشده در تعداد قابل توجهی از مراجعان به چشم می‌خورد. در این راستا اجرای شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن برای کمک به درمان شناختی-رفتاری که در برخی موارد مانند اجرای مواجهه ناکام است با توجه به ویژگی خود مفید خواهد بود. مطالعات مربوط به پیامد درمان از اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن برای افسردگی و اضطراب حمایت کرده‌اند [۱۵]. شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن برای کاهش عود افسردگی طراحی شده، بدین صورت که افراد در طی آن می‌آموزند تا افکار و احساس‌های خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و آن‌ها را به سادگی به عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که در حال رفت‌وآمد هستند و جنبه‌هایی از خودشان و یا لزوماً نمایانگر واقعیت نیستند. در این رویکرد فرض بر این است که افراد می‌آموزند چگونه در دام الگوهای نشخوار فکری خود گیر نیفتند. این روش طبق پژوهش‌های انجام شده در درمان اختلال شخصیت مرزی کاربرد فراوانی دارد. با در نظر گرفتن سودمندی‌های دو شیوه شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن و شناختی رفتاری در زمینه درمان افسردگی، وسواس، اضطراب این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن در درمان اختلال وسواس اجباری انجام گرفت.

روش

نوع پژوهش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با اندازه‌گیری مکرر است.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: شامل تمام بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجباری مراجعه کننده به مرکز مشاوره شهرستان ملایر در سال ۱۳۹۴ است که تعداد آن‌ها ۳۰ نفر بوده است و در مصاحبه بالینی بر اساس ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، تشخیص اختلال وسواس اجبار دریافت کرده‌اند.

ب) نمونه پژوهش: از جامعه فوق ۱۸ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند که همه آن‌ها مؤنث و مبتلا به اختلال وسواس اجباری بوده‌اند، علاوه بر این هیچ یک دارو مصرف نکردند.

فنونی را به بیمار ارایه می‌نماید که به وی در کاهش دادن و دفع مجراهای اطلاعاتی تقویت ساز چرخه های نشخوار فکر، احساس و واکنش‌های منفی به احساسات هیجانی و بدنی کمک می‌نماید. این رویکرد انعطاف پذیری فعالیت‌های شناختی را افزایش می‌دهد و نشخوار فکری، بیش تعمیمی در حافظه سرگذشتی و ارزیابی‌های خود انتقاد گرایانه را کاهش و فرآیندهای شناختی مفید مانند مشاهده گری غیر قضاوتی محتوای ذهنی را افزایش می‌دهد. در این شیوه مراجعین ترغیب می‌شوند، تجربه را بدون قضاوت به همان گونه‌ای که شکل گرفته پردازش کنند و رابطه شان را با افکار و احساسات چالش برانگیز تغییر دهند و آن‌ها را بپذیرند [۱۰]. تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن در درمان اختلال وسواس اجباری در اغلب تحقیقات به اثبات رسیده است، به عنوان مثال پژوهش سینگ^۱ [۱۱]، که نشان دادند آموزش حضور ذهن به بیماران وسواس اجبار توانسته است سبک زندگی و نحوه سازگاری بیماران با اختلال را بهبود بخشد. علاوه بر این در ایران نیز تحقیقات سجادیان [۱۲] در مورد تاثیر آموزش روش حضور ذهن بر میزان علائم اختلال وسواس اجبار که روی ۱۸ بیمار مبتلا به اختلال وسواس بیماران سرپایی مراجعه کننده به مراکز خدمات روان شناسی و روان پزشکی شهر اصفهان به صورت تصادفی انجام داد، نشان داد که شیوه‌ی حضور ذهن باعث بهبود علائم شستشو، واریسی، کندی، تردید و نشخوار ذهنی در مرحله پس آزمون و پیگیری بوده است. با توجه به اینکه اختلال وسواس اجباری یکی از مشکلات جدی سلامت روان است و سالانه هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی هنگفتی را بر جامعه تحمیل می‌کند [۱۳].

از آنجائیکه جزء مقاوم‌ترین اختلالات در درمان‌ها محسوب می‌شود و ناکامی درمانی بسیاری را برای درمان‌گران ایجاد می‌کند. ناهمگونی اختلال وسواس- اجباری حوزه‌ی پژوهشی گسترده‌ای را فراهم آورده و باعث گسترش رویکردهای شناختی رفتاری اختصاصی برای بهبود ابعاد اختلال وسواس اجباری و بهبود پذیرش بیمار در طول مواجهه و جلوگیری از پاسخ شده است [۸]. بررسی‌های متعددی نشان داده‌اند درمانگری شناختی رفتاری، درمانی موثر برای افسردگی، اختلالات اضطرابی و بسیاری از اختلال‌های روانی دیگر است [۱، ۸، ۹، ۱۳]. با این حال تا به امروز تحقیقات حاکی از آن است که ۵۰٪ از بیماران مبتلا به اختلال وسواس هنوز به خوبی حتی زمانیکه رفتار درمانی شناختی با دارو درمانی ترکیب می‌شوند پاسخ

¹ Singh, Wahler, Winton, Adkins

ابزارهای پژوهش

۱) پرسشنامه اختلال وسواس اجباری مادزلی^۱: که توسط هاجسون و راجمن^۲ [۱۶] به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات وسواس تهیه شده است و دارای ۳۰ سوال می‌باشد. پاسخ سؤال‌ها به صورت صحیح و غلط است. نمره کل وسواس آزمودنی‌ها که به وسیله این پرسشنامه ارزیابی می‌شود از ۱ تا ۳۰ متغیر است. آزمون وسواس - اجباری مادزلی دارای چهار خرده آزمون می‌باشد: حداکثر نمرات در خرده آزمون واریسی، ۹، در خرده آزمون وسواس شستشو، ۱۱، در خرده آزمون کندی وسواس، ۷، و در خرده آزمون تردید وسواس، ۷ می‌باشد. با استفاده از یک روش نمره گذاری ساده می‌توان یک نمره وسواس کلی و چهار نمره فرعی بدست آورد. این پرسشنامه علاوه بر یک نمره کلی وسواس گرایبی، چهار نمره فرعی برای بازبینی، شستن و تمیز کردن، کندی - تکرار، تردید - دقت به دست می‌دهد. متأسفانه این پرسشنامه فقط دو پرسش در ارتباط با افکار (وسواس فکری) دارد. همچنین میزان ناتوانی و شدت مشکلات را که در برابر گستردگی آن‌ها قرار دارد، نمی‌سنجد [۱۶]. با وجود این می‌تواند بیماران مبتلا به وسواس - اجباری را از سایر اشخاص روان رنجور تشخیص دهد. به طور کلی پرسشنامه وسواس مادزلی ابزاری مفید و ساده است که می‌توان آن را همراه با روش‌های معمول سنجش به کار گرفت [۱۷]. این پرسشنامه به ویژه برای ارزیابی تغییرات در نتیجه اجرای درمان، مفید است. پایایی و اعتبار سازه آزمون وسواس مادزلی در مطالعات انجام شده بر روی نمونه‌های بالینی کشورهای مختلف تأیید شده است. در ایران سجادیان [۱۸] روایی محتوایی این آزمون را بررسی و پایایی باز آزمایی آن را در یک گروه ۲۵ نفره ۰/۸۲ برآورده نمود.

ملاک‌های ورود شرکت کنندگان در پژوهش عبارت بودند از، تشخیص اختلال وسواس توسط روانشناس بالینی براساس ملاک‌های تشخیصی ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، داشتن حداقل تحصیلات ابتدایی، کسب نمره ۱ انحراف بیشتر از میانگین در پرسشنامه اختلال وسواس مادزلی و معیار خروج عبارت بود از، سابقه اختلالات روانی و تشخیص همزمان اختلالات سومصرف مواد، عدم داشتن تومور و صرع داشتند.

شیوه انجام پژوهش

پس از انتخاب آزمودنی‌ها آزمون وسواس - اجبار مادزلی به عنوان پیش آزمون در مورد آن‌ها اجرا گردید. سپس آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی ۹ نفری، شامل یک گروه درمان شناختی-رفتاری و یک گروه شناخت-درمانی مبتنی بر حضور ذهن گنجانده شدند. پژوهشگر در هنگام مصاحبه بنا به فراخور آزمودنی و شرایط، تعریفی از شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن و درمان شناختی - رفتاری بیان نموده و ضمن اطمینان بخشیدن به بیماران برای محرمانه ماندن اطلاعات از آن‌ها خواسته شد که با تمرکز و دقت کافی به سوالات جواب دهند. در خلال تکمیل پرسشنامه‌ی اختلال وسواس - اجباری مادزلی هر کجا که آزمودنی به کمک احتیاج داشت، محقق به طور کامل بیمار را همراهی نمود. پس از آن آموزش شناختی - رفتاری طی ۱۳ جلسه فردی به مدت ۶ هفته بر روی افراد مبتلا انجام شد؛ این آموزش شامل " فنون آگاهی از خطای شناختی و مواجهه و جلوگیری از پاسخ به صورت تجسمی" بوده است و در گروه دیگر موسوم به شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن آموزش طی ۸ جلسه گروهی به مدت یک ماه بر روی مراجعین صورت گرفت.

این آموزش نیز شامل " فنون واریسی بدنی، ثبت وقایع خوشایند و ناخوشایند و فضای تنفس" بوده است. پس از آن در انتهای جلسه چهارم پرسشنامه اختلال وسواس - اجباری مادزلی بین افراد مبتلا توزیع گردید و این پرسشنامه در پس آزمون نیز پس از اتمام درمان‌ها بین مراجعین توزیع شد و نمرات ثبت گردید. (دلیل بررسی در جلسه چهارم به این دلیل بود که این درمان شامل ۸ جلسه بود که در بین جلسات یعنی جلسه چهارم آزمون گرفته شد تا درمان در طی جلسات بررسی گردد و محتویات آموزش در جدول شماره ۱ آورده شده است).

¹ Maudsly obsessive compulsive inventory (MOCI)

² Hodgson, Rachman

جدول ۱. بررسی جلسات درمانی و محتوای جلسات

جلسات درمان	درمان شناختی رفتاری	شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن
جلسه اول	معارفه و آشنایی با شرح حال بیمار، تشخیص شدت اختلال وسواسی اختلال، انتخاب درمان شناختی - رفتاری براساس چند شرط، ارزیابی پنج مرحله‌ای، و ارزیابی کلی دردهای هیجانی.	تعیین اهداف جلسه، تنظیم خط مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه‌ی محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت شرکت کنندگان به تشکیل گروه‌های دو نفری و معرفی خود به یکدیگر و سپس به اعضای گروه، تمرین خوردن کشمش، دادن پس خورد و بحث در مورد تمرین خوردن، تمرین واریسی بدنی - آغاز تمرین با تمرکز بر تنفس کوتاه، دادن باز خورد و بحث در مورد واریسی بدن
جلسه دوم	معرفی خطاهای شناختی، ارایه‌ی تکلیف خانگی	تمرین واریسی بدنی، بازنگری تمرین و تکلیف خانگی، تمرین افکار و احساسات (پیاده روی در خیابان)، ثبت وقایع خوشایند، مراقبه نشسته ۱۵ - ۱۰ دقیقه.
جلسه سوم	بررسی خطاهای شناختی در تکلیف خانگی و اصلاح آن	تمرین دیدن یا شنیدن به مدت ۵ دقیقه، مراقبه نشسته ۳۰ - ۴۰ دقیقه، بازنگری تمرین و تکلیف خانگی، تمرین فضای تنفس ۴ - ۳ دقیقه‌ای و بازنگری، قدم زدن با حضور ذهن و بازنگری، تهیه‌ی فهرستی از وقایع ناخوشایند، تکلیف خانگی
جلسه چهارم	بررسی خطاهای شناختی و رابطه آن با اختلال وسواسی و اجرای سیاهه اختلال وسواس اجباری مادزلی	تمرین ۵ دقیقه ای دیدن یا شنیدن، ۴۰ دقیقه مراقبه - آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار، بازنگری تمرین و بازنگری تکلیف خانگی، تعریف حوزه‌ی اختلال وسواس اجباری و اجرای سیاهه اختلال وسواس مادزلی، فضای تنفس ۳ دقیقه ای و بازنگری (خواندن شعرهای وحشی)، تکلیف خانگی
جلسه پنجم	آموزش رویارویی تجسمی	۴۰ دقیقه مراقبه نشسته - آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار، بازنگری تمرین و بازنگری تکلیف خانگی، فضای تنفس و بازنگری آن، خواندن شعر رومی «مهمان سرا»، تعیین تکلیف خانگی
جلسه ششم	بررسی رابطه آموزش رویارویی تجسمی و رابطه با سلامت روان	مراقبه نشسته ۴۰ دقیقه‌ای - آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و افکار، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، آماده شدن برای اتمام دوره، خلق، افکار و تمرین نقطه نظرات یا افکار جانشین، زمان تنفس و بازنگری آن، قبل از این که دید وسیع‌تری نسبت به افکار به دست آید به عنوان اولین گام بحث درباره‌ی تنفس، تعیین تکلیف خانگی
جلسه هفتم	ابرسی رفتارهای جایگزین خطاهای شناختی و تبیین آموزش های رویارویی تجسمی و مواجهه واقعی	۴۰ دقیقه مراقبه نشسته - آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار، بازنگری تمرین‌ها، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلقی، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت بخش و فعالیت‌هایی که منجر به حس از عهده برآیی می‌شود، برنامه ریزی و تهیه یک برنامه مناسب برای چنین فعالیت‌هایی، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای یا قدم زدن همراه با حضور ذهن، دادن تکلیف خانگی
جلسه هشتم	اجرای سیاهه اختلال وسواس - اجباری مادزلی در جلسه پایانی	تمرین واریسی بدنی، بازنگری تکلیف خانگی، بازنگری کل برنامه، بحث درباره این که چگونه به بهترین نحو نظمی که در ۷ هفته گذشته ایجاد شده ادامه یابد و اجرای سیاهه اختلال وسواس - اجباری مادزلی

شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌های پژوهش با کمک نسخه ۲۲ نرم افزار اس پی اس اس و با استفاده از روش تحلیل واریانس آمیخته یا مختلط تحلیل شدند.

نتایج

داده‌های حاصل از این پژوهش با استفاده از روش تحلیل واریانس مختلط (تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر) تجزیه و تحلیل شدند. در این تحلیل دو گروه آزمایشی در معرض دو درمان شناختی رفتاری و شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن قرار گرفتند و نمرات در پیش آزمون جلسه چهارم و پس آزمون بوسیله پرسشنامه اختلال وسواس اجباری مادزلی مورد مقایسه قرار گرفتند. جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمرات وسواس را به تفکیک پیش آزمون، جلسه چهارم و پس آزمون در گروه شناختی - رفتاری و شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن نشان می‌دهد:

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون، جلسه چهارم و پس آزمون نمرات وسواس

انحراف استاندارد	میانگین	دوره	گروه
۳/۶۴	۱۹/۴۴	پیش آزمون	شناختی-رفتاری
۳/۷۷	۱۷/۳۳	جلسه چهارم	
۲/۵۹	۱۳/۰	پس آزمون	
۳/۸۵	۱۹/۱۱	پیش آزمون	شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن
۳/۵۹	۱۸/۱۱	جلسه چهارم	
۴/۰۴	۱۴/۸۹	پس آزمون	

با توجه به نرمال بودن توزیع متغیرها برای آزمون این فرضیه از تحلیل واریانس مختلط یا تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که نتایج آن در جداول شماره ۳ تا ۵ آمده است. نتایج جدول ۳ مربوط به رعایت پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر یعنی آزمون‌های باکس، کرویت موچلی و لوین می‌باشد و براساس نتایج آزمون باکس که برای علایم وسواس-اجباری معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس کواریانس به درستی رعایت شده است. بر اساس آزمون کرویت موچلی

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه‌ی پیش‌آزمون، جلسه چهارم و پس‌آزمون علایم و سواس اجباری به تفکیک گروه‌های آموزش رفتاردرمانی شناختی و شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن

متغیر	گروه	دوره	اختلاف میانگین‌های هر دوره	
			جلسه چهارم	پس‌آزمون
رفتاردرمانی شناختی	وسواس اجباری	پیش-آزمون	۲/۱۱	$p < 0.004$
		جلسه چهارم	-	$p < 0.001$
شناخت	وسواس اجباری	پیش-آزمون	۱/۰۰	$p < 0.081$
		جلسه چهارم		$p < 0.002$

همانطور که در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود، در گروه رفتاردرمانی شناختی میانگین پیش‌آزمون و سواس اجباری بیشتر از جلسه چهارم و در جلسه چهارم بیشتر از پس‌آزمون بوده است. علاوه بر این در گروه شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن میانگین پی‌آزمون و جلسه چهارم بیشتر از پس‌آزمون بوده است. به عبارت دیگر رفتاردرمانی شناختی و شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش اختلال و سواسی-اجباری تأثیر معنی‌دار داشته‌اند.

با توجه به نرمال بودن توزیع متغیرها برای آزمون این فرضیه از تحلیل واریانس مختلط یا تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که نتایج مربوط به رعایت پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر یعنی آزمون‌های باکس، کرویت موچلی و لوین می‌باشد و براساس نتایج آزمون باکس که برای علایم شستشو معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس کواریانس به درستی رعایت شده است. بر اساس آزمون کرویت موچلی که در علایم شستشو معنی‌دار نبوده است، فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها رعایت شده است و بر اساس آزمون لوین و عدم معنی‌داری آن برای علایم شستشو، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی نیز رعایت شده است و نتایج جدول شماره ۴ نشان داد که بین میانگین پیش‌آزمون، جلسه چهارم و پس‌آزمون علایم شستشو در دو گروه رفتاردرمانی شناختی و شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن تفاوت معنی‌دار وجود دارد. اما بین اثربخشی دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود ندارد. اثر تعاملی گروه*دوره معنی‌دار نبوده است.

علاوه بر این، در جدول شماره ۵ نشان داده شده است که اندازه‌ی اثر رفتاردرمانی شناختی و شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۵۳ بوده است و

که در علایم و سواس اجباری معنی‌دار نبوده است، فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها رعایت شده است و بر اساس آزمون لوین و عدم معنی‌داری آن برای علایم و سواس اجباری، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی نیز رعایت شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون باکس، کرویت موچلی و لوین جهت رعایت پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای علایم و سواس اجباری

متغیر	باکس (F)	کرویت موچلی	لوین	
			پیش‌آزمون	جلسه چهارم
علایم و سواس اجباری	۵۰۵/۰۵ ($p = ۸۰۵$)	۷۱۳ ($p = ۳۰۷$)	۰/۰۵۰ ($p = ۸۲۶$)	۱/۱۴۱ ($p = ۷۱۲$)

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین میانگین پیش-آزمون، جلسه چهارم و پس‌آزمون اختلال و سواسی اجباری در دو گروه رفتاردرمانی شناختی و شناخت درمانی مبتنی تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

اما بین اثربخشی دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود ندارد. اثر تعاملی گروه * دوره معنی‌دار نبوده است. علاوه بر این، در این جدول نشان داده شده است که اندازه‌ی اثر رفتاردرمانی شناختی و شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۱ بوده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه‌ی پیش‌آزمون، جلسه چهارم و پس‌آزمون علایم و سواسی اجباری در گروه‌های آموزش رفتاردرمانی شناختی و شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن

متغیر	منبع	SS	Df	MS	F	P	اندازه‌ی اثر	
							رفتاردرمانی شناختی	شناخت درمانی
وسواس اجباری	دوره	۲۵۶	۱	۲۵۶	۱۸۳	۰/۰۱	۰/۸۶	۰/۷۱
	گروه	۱۶۷	۲	۸۳	۱۳۴	۰/۰۱		
	گروه* دوره	۱۱۱	۲	۵۵	۸۷۳	۰/۰۹		

جلوگیری از پاسخ و بازسازی شناختی اشاره کرد. در مواجهه سازی، پاسخ‌های اضطرابی بیمار با قرار گرفتن در موقعیت‌های اضطراب‌انگیز و مواجهه با آن موقعیت‌ها، کاهش می‌یابد. در جلوگیری از پاسخ ابتدا عادت‌ها و یا رفتارهای وسواسی ای مشخص می‌شوند که ممکن است توسط بیمار جهت کاهش اضطراب و یا جهت اجتناب از موقعیت‌های اضطراب‌انگیز استفاده شود و سپس بیمار وسواسی برای خودداری کردن از هر نوع تشریفات وسواسی و اجتناب‌ها مورد تشویق قرار می‌گیرد؛ در تکنیک بازسازی شناختی بیمار وسواسی یاد می‌گیرد که عامل‌های شناختی برانگیزاننده اضطراب و شناخت‌هایی که در ذهن غلط جا افتاده‌اند، را شناسایی کرده و دوباره آن‌ها را بازسازی کند. مثلاً به بیمار یاد داده می‌شود که با جایگزین کردن شناخت درست (مثلاً: با یک بار شستن دست، دست تمیز و بدون میکروب خواهد شد) از افکار وسواسی در مورد کیفیت بودن و یا شستشو جلوگیری نماید.

در مورد تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش علائم وسواس در بیماران وسواسی می‌توان گفت که این نتیجه با یافته‌های پاتل^۲ [۲۰] همخوانی دارد که نشان دادند کاهش استرس مبتنی بر حضور ذهن نشانه‌های بیماری وسواس اجباری را کاهش داده و ظرفیت کنترل افکار و اندیشه‌ها در آنان تا حدود زیادی افزایش یافته است. علاوه بر این یافته نتایج شوارتز^۱ [۱۷] را مورد تأیید قرار می‌دهد که به اثربخشی تکنیک‌های حضور ذهن بر بهبود کیفیت زندگی و نحوه سازگاری افراد وسواسی با علائم اختلال وسواس اشاره نمودند. ای یافته می‌تواند نتایج تحقیقات داخل کشور را مورد تأیید قرار دهد که نشان دادند تمرین‌های شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن در افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری تأثیرگذار است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن از تکنیک‌های مهمی نظیر توصیف کردن، مشاهده کردن، عمل کردن با آگاهی، عدم قضاوت و عدم واکنش دهی برخوردار است و بر اساس این تکنیک‌ها به بیماران وسواسی آموزش داده می‌شود که تجارب درونی و ذهنی خود را بیان کنند (توصیف)، به این تجارب توجه فعال نمایند (مشاهده)، به صورت هشیارانه عمل نمایند (عمل با آگاهی)، رفتارها و علائم مربوط به اختلال وسواس را بدون قضاوت بپذیرند (عدم قضاوت) و سعی کنند بدون این که به افکار منفی مربوط به اختلال واکنش نشان دهند آنها را به راحتی به ذهن وارد و خارج کنند (عدم واکنش

در گروه رفتاردرمانی شناختی میانگین پیش‌آزمون علائم شستشو بیشتر از جلسه چهارم و پس‌آزمون بوده است. علاوه بر این در گروه شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن میانگین پیش‌آزمون بیشتر از پس‌آزمون بوده است. به عبارت دیگر رفتاردرمانی شناختی و شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش علائم شستشو تأثیر معنی‌دار داشته‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش سؤال اصلی عبارت است از این که «آیا بین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن با درمان شناختی-رفتاری بر اختلال وسواس اجباری تفاوت وجود دارد؟». نتایج تحلیل واریانس مختلط یا تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین میانگین پیش‌آزمون، جلسه چهارم و پس‌آزمون اختلال وسواس اجباری در دو گروه رفتاردرمانی شناختی و شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن تفاوت معنی‌دار وجود دارد. اما بین اثربخشی دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود ندارد. بر اساس نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی، در گروه رفتاردرمانی شناختی میانگین پیش‌آزمون وسواسی اجباری بیشتر از جلسه چهارم و در جلسه چهارم بیشتر از پس‌آزمون بوده است. علاوه بر این در گروه شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن میانگین پیش‌آزمون و جلسه چهارم بیشتر از پس‌آزمون بوده است. به عبارت دیگر، رفتاردرمانی شناختی و شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش اختلال وسواسی اجباری تأثیر معنی‌دار داشته‌اند.

با توجه به تأثیر درمان شناختی رفتاری بر کاهش علائم کلی اختلال وسواس اجباری می‌توان گفت که این نتیجه در راستای یافته‌های آناندا^۱ [۱۹] قرار دارد که به تأثیر روش درمانی شناختی رفتاری بر کاهش علائم اختلال وسواس اشاره نموده‌اند. علاوه بر این، این یافته با نتایج صالحی و همکاران [۳] همخوانی دارد که به اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر کاهش علائم وسواس در بیماران مبتلا به اختلال وسواس اشاره نمودند. در تبیین این یافته می‌توان اشاره کرد که در مان شناختی رفتاری با به هم ریختن ارزیابی غلط بیماران و بازسازی این ارزیابی‌ها می‌تواند در کاهش رفتارهای مرتبط با علائم وسواس در بیماران وسواسی مؤثر واقع شود. علاوه بر این نباید از تأثیر تکنیک‌های موجود در درمان شناختی - رفتاری غافل شد؛ از جمله این تکنیک‌ها می‌توان به مواجهه سازی،

² Patel

¹ Ananda

در تبیین این یافته می‌توان به این نکته اشاره کرد که شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن موجب می‌شود که بیماران وسواسی علائم ذهنی و رفتاری خویش از جمله اعتقاد به شستشو و باورهای غلط در این زمینه را بپذیرند و این پذیرش موجب می‌شود که بیماران بدون هیچ قضاوتی به این فهم برسند که چنین باورها و رفتارهای غلطی در آنها وجود دارد [۲۲]. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که استفاده از تکنیک‌های موجود در شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن پذیرش افراد در زمینه علائم و نشانه‌های وسواس از جمله شستشوی زیاد را افزایش می‌دهد و به دلیل افزایش این پذیرش فرد وسواسی سعی می‌کند علائم خود را ببیند و به راحتی آنها را تصیف نماید که خود این امر کاهش علائم شستشو در آنان را به دنبال دارد [۲۳].

نتایج پژوهش ملیانی، الهیاری، آزاد فلاح، فتحی آشتیانی و طاوولی [۲۴] درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش نشخوار ذهنی و واکنش‌پذیری شناختی و ارتقاء رضایتمندی از خود کارآمد است با این تفاوت که این پژوهش بر روی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی صورت گرفته است و پژوهش فعلی بر روی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی اجباری انجام شد.

در مورد تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش علائم واری در بیماران وسواسی می‌توان گفت که این نتیجه با یافته‌های پاتل [۲۰] همخوانی دارد که نشان دادند کاهش استرس مبتنی حضور ذهن نشانه‌های بیماری وسواس اجباری را کاهش داده و ظرفیت کنترل افکار و اندیشه‌ها در آنان تا حدود زیادی افزایش یافته است. علاوه بر این، این یافته نتایج شوارتز [۱۷] را مورد تأیید قرار می‌دهد که به اثربخشی تکنیک‌های حضور ذهن بر بهبود کیفیت زندگی و نحوه سازگاری افراد وسواسی با علائم اختلال وسواس اشاره نمودند. این یافته می‌تواند نتایج تحقیقات داخل کشور را مورد تأیید قرار دهد که نشان دادند تمرین‌های شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن در افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری تأثیرگذار است. تکنیک‌های موجود در حضور ذهن موجب می‌شود که فرد وسواسی اولاً با پذیرش علائم واری در خود و انجام رفتارهای مرتبط با آن از جمله چک کردن و سپس با جایگزین کردن این افکار با افکار مثبت تر از جمله این که «من مطمئنم که در اتاق را بستم» و یا این که «حتماً در اتاق قفل است»، کمتر رفتارهای مرتبط با واری را انجام دهد. علاوه بر این می‌توان گفت که رشد آگاهی فرد از علائم واری نیز از پیامدهای مثبت حضور ذهن است که بر

دهی؛ بنابراین این تکنیک‌ها می‌توانند باعث کاهش علائم وسواس اجباری شوند. زیرا این تکنیک‌ها موجب پذیرش علائم وسواس و پذیرفتن بدون قضاوت این علائم می‌شوند که فرد وسواسی از وجود آنها در رنج است.

در رابطه با این سوال که «آیا شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن با درمان شناختی رفتاری بر شستشوی بیماران مبتلا به اختلال وسواس اثربخش است؟». با نتایج تحلیل واریانس مختلط یا تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین میانگین پیش‌آزمون، جلسه چهارم و پس‌آزمون علائم شستشو در دو گروه رفتاردرمانی شناختی و شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن تفاوت معنی‌دار وجود دارد. اما بین اثربخشی دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود ندارد. بر اساس نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی، در گروه رفتاردرمانی شناختی میانگین پیش‌آزمون علائم شستشو بیشتر از جلسه چهارم و پس‌آزمون بوده است. علاوه بر این در گروه شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن میانگین پیش‌آزمون بیشتر از پس‌آزمون بوده است. به عبارت دیگر، رفتاردرمانی شناختی و شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش علائم شستشو تأثیر معنی‌دار داشته‌اند.

در تبیین این نتیجه می‌توان به این نکته اشاره کرد که تکنیک‌های موجود در درمان شناختی رفتاری از جمله مواجهه‌سازی و بازسازی شناختی می‌توانند با مواجه کردن فرد وسواسی با موقعیت‌های اضطراب‌آور از جمله کثیف کردن دست‌ها و باز ارزیابی شناخت‌ها و باورهای غلط فرد در مورد شستشو به وی کمک کند که به کاهش علائم شستشو در خویش کمک نماید. زیرا مبنای شستشوی زیاد در بیماران وسواسی باورهای غلط بیماران در مورد کثیف بودن می‌شود.

در مورد تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش علائم شستشو در بیماران وسواسی می‌توان گفت که این نتیجه با یافته‌های پاتل [۲۰] همخوانی دارد که نشان دادند کاهش استرس مبتنی حضور ذهن نشانه‌های بیماری وسواس اجباری را کاهش داده و ظرفیت کنترل افکار و اندیشه‌ها در آنان تا حدود زیادی افزایش یافته است. علاوه بر این یافته نتایج شوارتز [۱۷] را مورد تأیید قرار می‌دهد که به اثربخشی تکنیک‌های حضور ذهن بر بهبود کیفیت زندگی و نحوه سازگاری افراد وسواسی با علائم اختلال وسواس اشاره نمودند. این یافته می‌تواند نتایج تحقیقات داخل کشور را مورد تأیید قرار دهد که نشان دادند تمرین‌های شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن در افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری تأثیرگذار است [۲۱].

۲- فرج‌زاد، ندا. (۱۳۹۵). پیش بینی اختلال وسواسی اجباری بر اساس اعتقادات فکری غیر منطقی، طرح کارآیی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. چاپ نشده دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان.

3- Salehi S, Mousavi AM, Sarichloo ME, Ghafelebashi H. (2016). Examined metacognition believes and personality characteristics of obsessive compulsive patients. *J Sabzevar Uni Medi Scien*. 2016; 23(1): pp. 26-37.

۴- دستجردیان، فاطمه. (۱۳۹۵). متا تجزیه و تحلیل اثر درمان شناختی-رفتاری در اختلال وسواسی اجباری (OCD) در ایران. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. چاپ نشده دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان.

۵- غفوری آتار. سمیه. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کاهش علائم بالینی بیماران مبتلا به سرطان پستان در شهرستان اراک. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. چاپ نشده دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان.

6- Anand N, Sudhir PM, Math SB, Thennarasu K, Janardhan Reddy YC. (2011). Cognitive-behavior therapy in medication non-responders with obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Discord*, 25(7): pp. 939-945

7- Sanchez Meca J, Rose Alcazar AI, Iniesta Sepulvesab M, Roza Alcazara A. (2014). Differential efficacy of cognitive-behavioral oral therapy and pharmacological treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *T Anxiety Disord*, 28(1): pp. 31-44.

8- Asadi M, Shiralipour A, Shakouri Z, Mohammadkhani SH. (2012). Meta_Analysis of the effectiveness of cognitive behavioral therapy in treating patients with obsessive_compulsive disorder. *J Shahid Sado Univer Med Sci*, 20(3): pp. 301-306.

۹- علیعلمداری، نگین. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری در اختلال وسواسی اجباری. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. چاپ نشده دانشگاه تبریز.

10- Ghashghaie S, Naziry GH, Farnam R. (2014). The effectiveness of mindfulness_Based cognitive therapy on quality - of life in out patients with diabetes. *Iran J Dia and Metabol*. 13(4): 320-321.

اساس آن فرد وسواسی نسبت به علایمی از جمله وارسی و چک کردن آگاه می شود و همین امر در کاهش این علایم می تواند مؤثر باشد.

نتایج پژوهش اصل علوی پایدار، خدابخش، مهری‌نژاد [۲۵] که بر روی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و فراشناختی بر درهم آمیختگی فکر بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی انجام شد، نشان داد، دو روش درمانی شناختی-رفتاری در کاهش آمیختگی فکر، در پایان درمان و بعد از پیگیری یک‌ماهه مؤثر بود. یکی از دلایل اثربخشی این پژوهش این بود که بر روی دانشجویان انجام گرفت و تحصیلات نقش تعیین کننده ای در درمان شناختی رفتاری دارد.

به طور کلی می‌توان گفت هر دو شیوه درمانی شناختی-رفتاری و شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش علائم اختلال وسواس تاثیر معنادار داشته‌اند. در تبیین عدم تفاوت تاثیر معنادار دو گروه در کاهش علایم کلی اختلال وسواس - اجباری می‌توان به این نکته اشاره کرد که هر دو تکنیک مورد استفاده در این پژوهش از تکنیک های شناختی برخوردار هستند؛ از جمله این تکنیک ها می‌توان به بازسازی شناختی در درمان شناختی - رفتاری و ورود و خروج افکار بدون قضاوت در ذهن در شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن اشاره کرد؛ بنابراین می‌توان گفت که این تکنیک های مشابه می‌توانند در تأثیر مشابه این دو تکنیک درمانی در کاهش علایم وسواس نقش داشته باشند. به عبارت دیگر، می‌توان گفت تکنیک های مشابه شناختی در این دو روش درمانی موجب به هم ریختن شناخت های فرد در مورد رفتارها و افکار تکراری آنان می‌شود و موجب می‌شود که این افراد افکار و احساسات خود را بازنگری کنند و همین امر کاهش این علایم در دو تکنیک درمانی را به همراه دارد. لازم به ذکر است که کمی‌تعداد نمونه، عدم استفاده از گروه کنترل، عدم استفاده از دوره پیگیری از جمله محدودیت های این پژوهش است.

سپاسگزاری

پژوهش حاضر با همکاری مرکز مشاوره شهرستان ملایر انجام شده است که بدین وسیله از مسئولین این مرکز قدردانی می‌شود. هم چنین از تمامی مراجعانی که در این پژوهش شرکت کردند، کمال سپاس و تشکر را داریم.

منابع

1- Haljin, R., vitboom S, clinical viewpoints about psychopathy according to Dsm5. Tehran: Ravan; 2006.

- 22- McCullon DK, Mitchell RD, Amber J, Tttersall RB. (2017). Influence of imaginative teaching of diet on compliance and metabolic control in insulin dependent diabetes. *British Medical Journal*, 28(3): pp. 1858-1861.
- 23- Nail LM, King KB, & Johnson JE. (2016). coping with radiation treatment for gynecologic cancer: Mood and disruption in usual function. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 5(3): pp. 271-281.
- ۲۴- ملیانی، مهدیه، الهیاری، عباسعلی، آزاد فلاح، پرویز، فتحی آشتیانی، پرویز، لاولی، آزاده. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی- رفتاری بر پیش بینهای عود در مبتلایان به افسردگی اساسی عودکننده. *روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*. سال ۲۱، شماره ۱۰، ۷۵-۸۶.
- ۲۵- اصل علوی پایدار سلاله سادات، خدابخش روشنگر، مهری‌نژاد سید ابوالقاسم. (۱۳۹۷) مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و فراشناختی بر درهم‌آمیختگی فکر بیماران مبتلابه وسواس فکری - عملی. *روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*. ۱۶ (۲)، پیاپی ۳۱، صص: ۵۱-۴۱.
- 11- Singh NN, Wahler RG, Winton AS, Adkins AD. (2004). A mindfulness-based treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Amenurs*, 3(4): pp. 275-287.
- 12- Sajjadian I, Taher Neshat Dost H, Molavi H, Bagherian Sararoudi S. (2012). Cognitive and emotional factors effective on chronic low back pain in women: Explanation the role of fear-avoidance believes, pain catastrophizing and anxiety. *Behavioral Sciences Research*, 9(5): pp. 305-316.
- ۱۳- اسماعیلی، علیرضا. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی طرح درمان و شناختی - بیمارانی که دچار اختلال وسواسی اجباری. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان.
- 14- Hadgson R, Rachman S. (2014). Obsessive compulsive complaints. *Behavioral Research and Therapy*, 15(1): pp. 389-395
- 15- Shams G, Karamghadri N, Esmaeili Torkanpoori Y, Amini H, Ebrahimkhani N, Naseribefrooni A & etal. (2008). The prevalence of symptoms of obsessive compulsive disorder in adolescents and comorbidity rate that with the other psychiatric symptoms. *Advan in Cogni Scien*, 9(4): pp. 50_59.
- 16- Hodgson H, Rachman EB. (1977). Relapse prevention program for treatment of obsessivecompulsive disorder. *Journal of Consulting and Cilinical Psychology*, 62, 801-808.
- 17- Schwartz. J. (2006). *The Use of Mindfulness in the Treatment of OCD*. Los Angles, California: Westwood Institute for Anxiety Disorders, Inc.
- ۱۸- سجادیان، ا. (۱۳۸۵). بررسی تاثیرروش ذهن آگاهی بر کاهش علائم وسواس فکری- عملی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. چاپ نشده.
- 19- Anandab M. (1999). Home self-assessment and selftreatment of obsessive-compulsive disorder using a manual and a computer-conducted telephone interview :Replication of a UK-US study: *Journal of clinical psychiatry*, 60, 545-549.
- 20- Patel, DS. (2009). Intensive OCD Program: It Works. Combines modern exposure treatment with selfanalytical writing. Westwood Institute for Anxiety Disorders.
- 21- Farahmand Dehghanpoor Varnamkhasti F, Yousefi Z. (2016). Multiple Relationships between Rumination and Mood with Frightening Dreams. *Iranian J Psychi Clini Psycho*, 22(2): pp. 61-86