

# اثربخشی گروه‌درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر وسواس فکری - عملی، باورهای فراشناخت و نشخوار فکری

سودابه احمدی بجزق<sup>۱</sup>، باب اله بخشی پور<sup>۲</sup>، محبوبه فرامرزی<sup>۳</sup>

تاریخ وصول: ۹۳/۱۱/۲۲

تاریخ پذیرش: ۹۴/۳/۳۱

## چکیده

اختلال وسواس- اجبار، یکی از مشکلات جدی سلامت روان شناختی بوده و سالیانه هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی هنگفتی را بر جامعه تحمیل می‌کند و علائم ناتوان‌کننده آن کارکرد میان فردی، شغل و زندگی فرد را مختل می‌کند. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر وسواس فکری- عملی، باورهای فراشناخت و نشخوار فکری دانشجویان دختر با اختلال وسواس فکری - عملی انجام شده است. روش پژوهش حاضر از نوع آزمایشی (طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل) بود. با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی ساده از بین ۳۳۸ دانشجوی دختر در محدوده سنی ۲۹-۲۰ سال به کمک پرسشنامه‌های وسواس فکری - عملی (MOCI)، باورهای فراشناختی (MCQ-30) و مقیاس پاسخ‌های نشخواری (RRS) و مصاحبه تشخیصی افراد واجد شرایط (دارای نمره برش تشخیصی وسواس فکری - عملی) بر اساس DSM-IV-TR، ۱۶ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (برای هر گروه ۸ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش ۸ جلسه گروه‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن را دریافت کردند، اما گروه کنترل تحت درمان خاصی قرار نگرفتند؛ و دو ماه پس از پایان درمان، پیگیری اجرا گردید. آزمودنی‌های هر دو گروه قبل و بعد از مداخله و دو ماه پیگیری، پرسشنامه‌های MOCI، MCQ-30، RRS را تکمیل کردند. برای تحلیل داده‌ها، روش‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس به کار برده شد. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که بین دو گروه (کنترل و آزمایش)، از نظر نمرات وسواس فکری - عملی، باورهای فراشناخت و نشخوار فکری تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0.005$ ). با توجه به یافته‌های فوق می‌توان چنین نتیجه گرفت که گروه‌درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش وسواس

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، مشاور دانشکده منابع طبیعی ساری (نویسنده مسئول)

sudابه.ahmadi24@ yahoo.com

۲. استادیار گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه پیام نور ساری ba\_bakhshipour@yahoo.com

۳. استادیار مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی بابل mahbob330@ yahoo

فکری- عملی، باورهای فراشناخت و نشخوار فکری دانشجویان دختر با اختلال وسواس فکری- عملی مؤثر است و تغییرات درمانی ایجادشده در پیگیری دو ماهه تقریباً پایدار باقی ماند.

**واژگان کلیدی:** وسواس فکری- عملی، باورهای فراشناختی، نشخوار فکری، درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن

### مقدمه

اختلال وسواسی- اجباری<sup>۱</sup> اختلالی بسیار ناتوان کننده است که معمولاً به عنوان یک بیماری صعب‌العلاج به درمان مادام‌العمر نیازمند است. در فضای اجتماعی کنونی که لحظه‌لحظه آن از استرس، فشار و تنش مملو است، انسان عصر مدرن دستاویز انواع آیین‌مندی‌ها و تشریفات وسواسی شده است تا شاید راه‌گریزی از اضطراب بیابد. لذا، وسواس با زندگی و حیات اجتماعی انسان معاصر چنان درهم تنیده شده که دیگر نمی‌توان به راحتی جنبه‌های مرضی و غیرمرضی آن را از هم تفکیک کرد (نقل از بابایی، اکبرزاده، نجل رحیم و پور شهرباری، ۱۳۸۹).

اختلال وسواس فکری- عملی به وسیله افکار وسواسی و رفتارهای اجباری مشخص می‌شود. وسواس‌ها افکار، تصاویر ذهنی و تکانه‌های<sup>۲</sup> ناخواسته و اضطراب برانگیز هستند که بدون میل و اراده‌ی بیمار رخ می‌دهند و به صورت ناسازگار و ناهمخوان با خود تجربه می‌شوند. وسواس‌های عملی در پاسخ به وسواس‌های فکری با هدف کاهش پریشانی ایجاد می‌شوند؛ که شامل رفتارهای تکراری (مانند شستن یا بازبینی) یا اعمال ذهنی (مانند شمارش) است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰؛ نقل از هیل، استراوس و تیلور<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲). ویژگی عمده این وسواس‌ها و اجبارها (افکار و رفتارها) لذت‌بخش نبودن آن‌ها برای فرد مبتلا هست ولی بیمار به نشخوار افکار و تکرار اعمال ادامه می‌دهد تا شاید از ناراحتی‌هایی که برای او

- 
1. obsessive compulsive disorder
  2. impulses
  3. American association of psychiatry
  4. Hale, Strauss & Taylor

به وجود می‌آید کاسته شود (کاپلان و سادوک<sup>۱</sup>، ترجمه رفیعی و سبحانیان، ۱۳۸۲؛ نقل از اصفهانی و همکاران، ۱۳۸۶).

وسواس فکری - عملی معمولاً در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع می‌شود، متوسط سن شروع در مردان پایین‌تر از زنان است: یعنی بین ۶ تا ۱۵ سالگی برای مردان و بین ۲۰ تا ۲۹ سالگی برای زنان (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰؛ ترجمه نیکخو و آوادیس یانس، ۱۳۸۸). تا همین اواخر عقیده بر این بود که اختلال وسواس - اجبار یک بیماری نادر و با شیوع حدود ۰/۰۵ درصد است. ولی پژوهش‌های زیادی که در طی دو دهه گذشته انجام گرفته نشان می‌دهد شیوع این بیماری بسیار بیشتر از آن چیزی است که قبلاً تصور می‌شد، به نحوی که نتایج مطالعات همه‌گیرشناسی نشان می‌دهد این اختلال یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است و شیوع آن در جمعیت کلی حدود ۲ تا ۳ درصد تخمین زده می‌شود و بیش از ۵۰ میلیون نفر در سراسر دنیا به آن مبتلا هستند. بدین ترتیب، اختلال وسواس - اجبار، چهارمین اختلال روان‌پزشکی پس از فوبیا (هراس)، اختلالات مرتبط با مواد و افسردگی اساسی است (موننگمری و زوهر، ۱۹۹۹؛ ترجمه معروفی و فرشید نژاد، ۱۳۸۲). علائم اختلال وسواسی - اجباری به‌طور معناداری در عملکرد عمومی کودکان و بزرگسالان مبتلا مداخله می‌کند و به ناسازگاری فرد در خانواده یا محیط‌های دانشگاهی منجر می‌شود (تنی، دنیس، ون مگن، گلاس و وستنبرگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). سازمان بهداشت جهانی این اختلال را به‌عنوان دهمین علت برجسته ناتوانی در دنیا معرفی کرده است که به‌صورت ناتوانی در عملکرد اجتماعی و کیفیت پایین زندگی نمایان می‌شود (عبداله‌زاده و جوانبخت، ۱۳۹۰).

در نظریه‌های جدید شناختی در مورد اختلالات اضطرابی و به‌خصوص وسواس، سازه‌های فراشناختی جایگاه ویژه‌ای به خود اختصاص داده است (ولز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰). توجه روزافزون به سازه‌های شناختی و فراشناختی در تبیین اختلال وسواس فکری - عملی ناشی از نارضایتی از تبیین‌های پیشین رفتاری هست که در آن‌ها علت وقوع و افزایش اعمال اجباری

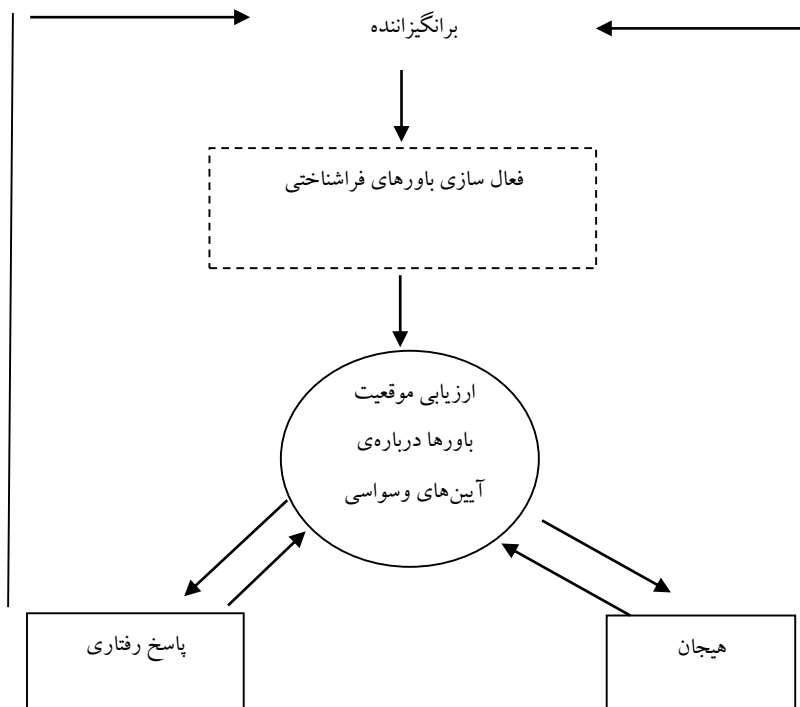
1. Kaplan & Sadock
2. Teny, Denys, Van Megen, Glas & Westenberg
3. wells

را به نقشی که این اعمال در کاهش اضطراب دارند، نسبت می‌دهند. آنچه در این اختلال اهمیت بیشتری دارد عقاید زیر بنایی، عوامل شناختی و فراشناختی می‌باشند که اغلب نقش میانجی بین افکار، تکانه‌های وسواسی و اعمال اجباری داشته، در تداوم اختلال نقش مهمی ایفا می‌کنند (برل و استارسیو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). فراشناخت به باورها و فرآیندهایی اشاره دارد که برای ارزیابی، تنظیم و یا بررسی و بازبینی فکر استفاده می‌شود (ولز و همکاران، ۲۰۰۹). اولین مدل فراشناخت خاص وسواس فکری- عملی، توسط ولز و متیوز (۱۹۹۴) مطرح و سپس توسط ولز (۲۰۰۰)، تصحیح و شرح داده شد. رویکرد فراشناختی (شکل ۱)، بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آن‌ها به الگوی خاصی از پاسخ‌دهی<sup>۲</sup> به تجربه‌های درونی<sup>۳</sup> منجر می‌شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود.

این الگو (سندرم شناختی - توجهی) (CAS) خوانده می‌شود که شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت‌شده<sup>۴</sup> و راهبردهای خودتنظیمی<sup>۵</sup> یا رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه است (ولز، ۲۰۰۰؛ ۲۰۰۹). بر اساس مدل فراشناختی فرد مبتلا به اختلال وسواس در پاسخ به یک برانگیزاننده که معمولاً یک فکر، احساس یا میل ناخواسته است، پریشان و مضطرب می‌شود. وقوع افکار مزاحم، باورهای فراشناختی فرد درباره معنا و اهمیت این افکار را فعال می‌سازند (پایاجورجیو<sup>۶</sup> و ولز، ۲۰۰۳). فعال شدن باورهای فراشناختی ناکارآمد، موجب ارزیابی منفی فکر مزاحم به‌عنوان نشانه‌ی تهدید می‌شود. این ارزیابی در جای خود باعث تشدید هیجان‌های منفی می‌شود که عمدتاً به‌صورت اضطراب هستند. در نتیجه فرد برای کاهش اضطراب خود و کنترل نظام شناختی خود به راهبردهای کنترل فکر متوسل می‌شود. البته ممکن است در این حالت، هیجان‌ات دیگر نظیر احساس گناه و خشم رخ دهد. نهایتاً

- 
1. Berle & Starcevic
  2. Responding
  3. Inner experiences
  4. fixated attention
  5. self – regulatory strategies
  6. Papageorgiou

هنگامی که تفسیر منفی از مزاحمت‌ها شکل گرفت باورهای مربوط به خنثی‌سازی‌ها فعال می‌شوند تا اضطراب کاهش یابد (ولز، ۲۰۰۹).



شکل ۱. مدل فراشناختی اختلال وسواس فکری و عملی (ولز، ۲۰۰۹)

بسیاری از بیماران مبتلا به وسواس فکری- عملی در ارزیابی درست از احتمال وقوع خطر ناتوانی نشان می‌دهند، به طوری که نسبت به همه چیز بدگمان شده و به شک مرضی دچار می‌شوند؛ و برای این که از نگرانی‌های خود بکاهند، درگیر نشخوارهای فکری و رفتارهای زائد می‌شوند. همچنین بیماران با تشخیص وسواس فکری- عملی از مشغولیت ذهنی بیمارگونه رنج می‌بردند و در مورد پیامدهای منفی بالقوه که می‌توانست اتفاق بیفتد اما اتفاق نیفتاده است، نشخوار فکری می‌کردند (ولز، ۲۰۰۳). هاروی و همکاران نشخوار فکری را به عنوان نمونه‌ای از افکار منفی عودکننده مطرح کرده و آن را فرایندی فرا تشخیصی می‌دانند که در بسیاری از آسیب‌های روان‌شناختی اتفاق می‌افتد؛ و در برخی از اختلالات اضطرابی

مثل اختلال وسواس - اجباری، اضطراب فراگیر<sup>۱</sup> و اختلال استرس پس از سانحه<sup>۲</sup> تجربه می‌شود (پیرسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). نشخوار فکری زیربنای شناختی بیماران وسواس فکری- عملی و افسرده را دچار ناهنجاری می‌کند و با ناسازگاری ضعیف روان‌شناختی و افزایش احساسات منفی مانند خشم و فشار روانی رابطه دارد (ونزولف و وهنر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰). افراد درگیر با افکار نشخواری، کمتر احتمال دارد به راه‌حلی مفید و کارا، برای مقابله با مشکلات و وقایع زندگی دست پیدا کنند (لامبرسکی و تیکچ و دیم‌میتو<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷). بنابراین می‌توان پیش‌بینی نمود که بین وسواس فکری- عملی که یکی از اختلال‌های اضطرابی است، فراشناخت و نشخوار فکری رابطه وجود داشته باشد.

درمان اختلال وسواس- اجبار به‌عنوان چهارمین اختلال روان‌پزشکی از نظر شیوع همچنان به‌عنوان یک چالش در حوزه درمان روان‌شناختی مطرح است. گرچه روش‌های درمان رفتاری و شناختی موفق به کسب پیشرفت‌هایی در این خصوص شده‌اند (ریس، ون کو اسولد<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸)، اما پژوهش به‌منظور دستیابی به روش‌های مؤثرتر همچنان انگیزه پژوهش‌های گسترده و متنوع در این حوزه درمانی است. از روش‌های درمانی مختلف می‌توان به روش‌های مواجهه و جلوگیری از تشریفات<sup>۷</sup>، (والکر، هدبرگ، المنت و رایت<sup>۸</sup>؛ نقل از تونزنده‌جانی و همکاران، ۱۳۸۴)، شناخت‌درمانی (مک‌لین و همکاران، ۲۰۰۱؛ ویتال، توردارسون و مک‌لین<sup>۹</sup>، ۲۰۰۵)، درمان شناختی-رفتاری (استورچ، لیزا و مرلو<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۶)، دارودرمانی از جمله ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای، بنزودیازینها، مهارکننده‌های مونوآمین‌اکسیداز و آرام‌بخش‌های عمده (مک دونو و کندی<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۲؛ استکتی و بارلو<sup>۱۲</sup>،

1. Generalized Anxiety Disorder (GAD)
2. Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)
3. Pearson
4. Wenzolf & Wehner
5. Lyubomirsky, Tkach & Dimmateo
6. Riss & Van koesveld
7. exposure and ritual prevention
8. Walker, Hedberg, Element & Weight
9. Whittal, Thordarson & Mc Lean
10. Storch, Lisa & Merlo
11. McDonough & Kennedy
12. Steketee & Barlow

۲۰۰۴) اشاره کرد. با توجه به شیوع اختلال وسواس- اجبار و نقایصی که در روش‌های درمانی متعدد وجود دارد، استفاده از یک روش درمانی که معطوف به فراشناخت باشد، می‌تواند کارآمد پیش‌بینی شود. از بین درمان‌های موج سوم، به نظر می‌رسد آموزش حضور ذهن مبتنی بر شناخت درمانی<sup>۱</sup> با تأکیدی که بر افزایش توجه و تمرکز می‌کند می‌تواند یکی از درمان‌های مؤثر باشد (یونسی و رحیمیان بوگر، ۱۳۸۷).

در ابتدا تیزدل از دانشگاه ولز و سگال از دانشگاه تورنتو (۱۹۹۲)، رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن را برای جلوگیری از عود و برگشت افسردگی مطرح کردند (سگال، ویلامز و تیزدل<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲) که از روی مدل کاهش استرس مبتنی بر حضور ذهن کبات زین ساخته شده و اصول درمان شناختی بک به آن اضافه شده است (کبات زین<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹). کبات زین (۱۹۹۴، نقل از کرین<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹) حضور ذهن را این‌طور تعریف می‌کند: «حضور ذهن یعنی توجه به یک شیء خاص، به‌طور آگاهانه، در زمان حاضر و بدون داوری». درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، یک برنامه‌ی مداخله‌ای بالینی ۸ هفته‌ای است که حضور ذهن را با عناصر درمان شناختی - رفتاری ترکیب می‌کند و برای کاهش عود در بیمارانی که در دوره‌ی بهبودی از اختلال افسردگی اساسی هستند توسعه یافته است. آزمایش‌های بالینی حضور ذهن، کاهش قابل توجهی در علائم بیماران مبتلابه اختلالات عاطفی و برخی از اختلالات اضطرابی را نشان می‌دهد (هرتنس تاین<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). افزایش توجه به تجربه حاضر به‌منظور بالا بردن توجه و آگاهی، رهایی فرد از افکار خودکار و تسهیل پذیرش لحظه حاضر در حالی که ذهن در جای دیگر سرگردان است به سمت تغییر مطلوب، از اهداف درمانی در اختلال وسواسی- اجباری است. (سگال و همکاران، ۲۰۰۲؛ نقل از دی زویسا<sup>۶</sup>، ۲۰۱۳).

- 
1. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)
  2. Segal, Williams & Teasdale
  3. Kabat - Zin
  4. Crane
  5. Hertenstein
  6. De Zoysa

پژوهش‌های زیادی در مورد اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن به شکل گروهی و فردی انجام شده است. دی زویسا (۲۰۱۳) به بررسی استفاده از تمرین ذهن آگاهی در درمان یک مورد اختلال وسواسی- اجباری در سریلانکا پرداخت، نتایج نشان‌دهنده موفقیت تمرین حضور ذهن در درمان اختلال وسواسی- جبری بود. هرتس تاین و همکاران (۲۰۱۲) در یک مطالعه کیفی از تجارب بیماران، به تأثیر گروه‌درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن در اختلال وسواس فکری - عملی بر روی ۱۲ بیمار مبتلا به وسواس فکری - عملی پرداختند. نتایج حاکی از مفید بودن این درمان بود و دوسوم از بیماران کاهش در علائم را گزارش نمودند. هیل، استراوس و تیلور (۲۰۱۲)، به نقد و بررسی اثربخشی و قابلیت درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن برای درمان اختلال وسواس فکری - عملی پرداختند، همه مطالعات حاکی از اثرات مثبت حضور ذهن بر روی نشانه‌های وسواس فکری - عملی بود. نتایج پژوهش فایرفکس<sup>۱</sup> (۲۰۰۸) نشان داد که اگر ذهن آگاهی به شکل صحیح اجرا شود، نه تنها مکمل مداخلات سنتی شناختی رفتاری است، بلکه همچنین می‌تواند تأثیر گذاری آن‌ها را افزایش دهد و احتمالاً از عود مجدد جلوگیری کند. همچنین نتیجه پژوهش پاتل، کارمودی و سیمپسون<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) نیز که برای درمان اختلال وسواس- اجبار در یک مطالعه موردی انجام گرفت، نشان داد نشانه‌های بیماری تا حد قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته و ظرفیت کنترل افکار و اندیشه‌ها تا حدود زیادی افزایش یافته است. در زمینه پژوهش‌های داخلی، موسوی مدنی و همکاران (۱۳۸۸) نشان دادند تمرین‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر درمان اختلال وسواس- اجبار مؤثر است. همچنین فیروزآبادی و شاره (۱۳۸۸) نیز نشان دادند که تکنیک‌های ذهن آگاهی در درمان اختلال وسواسی- اجباری مؤثر بوده است. درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن به صورت گروهی<sup>۳</sup> در وسواس فکری - عملی کمتر کار شده است، اکثر پژوهش‌ها به صورت فردی هست. رویکرد گروهی درمان وسواس در کشور ما چندان شناخته شده نیست، به همین دلیل با وجود محاسن فراوانی که از لحاظ بالینی در تسهیل و تسریع فرآیند درمان دارد و نیز اهمیت این شیوه از نظر صرفه‌جویی در وقت،

---

1. Fairfax

2. Patel, carmody & simpson

3. Group Mindfulness - Based c Cognitive Therapy (GMBCT)



هزینه، امکانات و انرژی برای بیمار و درمانگر، مورد توجه و استفاده قرار نگرفته است. این پژوهش با هدف معرفی و بررسی کارآیی این شیوه در درمان اختلال وسواس فکری- عملی در جامعه بومی ما به روش تجربی و با استفاده از روش درمان انتخابی آن (که اثربخشی آن در کاهش وسواس در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است) صورت گرفته است و از آنجا که متغیرهای مورد پژوهش به‌طور هم‌زمان و باهم مورد بررسی قرار نگرفته است، پژوهش حاضر در نظر دارد تا تأثیر گروه‌درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش وسواس فکری- عملی، باورهای فراشناخت و نشخوار فکری دانشجویان دختر مبتلابه اختلال وسواس فکری- عملی را بررسی کند.

**فرضیه‌های پژوهش: ۱-** درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن باعث کاهش وسواس فکری - عملی دانشجویان دختر می‌شود.

۲- درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن باعث کاهش باورهای فراشناخت دانشجویان دختر می‌شود.

۳- درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن باعث کاهش نشخوار فکری دانشجویان دختر می‌شود.

### روش پژوهش

در پژوهش حاضر، از روش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و آزمون پیگیری استفاده شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد شهر ساری که در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۱۳۹۲ مشغول تحصیل بودند. در ابتدا از تمامی رشته‌های دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری (فنی و مهندسی، پزشکی و علوم انسانی) و از بین دانشجویان دختر مقطع کارشناسی که تعداد ۲۸۱۳ نفر بودند با استناد به جدول کرجسی و مورگان<sup>۱</sup> (۱۹۷۰)، به نقل از حسن‌زاده، (۱۳۸۲) تعداد ۳۳۸ نفر به‌طور تصادفی به‌عنوان نمونه‌ی اولیه انتخاب شدند و به پرسشنامه وسواس فکری - عملی مادزلی<sup>۲</sup> پاسخ دادند. سپس از بین کسانی که نمره برش وسواس فکری - عملی را به دست آوردند و

1. Kerjcie & Morgan
2. Maudsley Obsessive - Compulsive Inventory

نیز به تأیید روانشناس بالینی بر مبنای معیارهای «DSM-IV-TR» رسیدند، بعد از پاسخ به ۲ پرسشنامه باورهای فراشناختی<sup>۱</sup> و مقیاس پاسخ‌های نشخواری<sup>۲</sup>، ۱۶ نفر به صورت تصادفی انتخاب و به صورت تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل (در هر گروه ۸ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش در جلسات گروه‌درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن شرکت داده شد، این گروه به مدت ۸ جلسه ۲ تا ۲/۵ ساعته (دو جلسه در هر هفته) و به مدت یک ماه مورد مداخله قرار گرفت اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و بعد از دو هفته از اتمام درمان، پس از آزمون و دو ماه بعد، آزمون پیگیری برای هر دو گروه اجرا شد.

**ابزارهای پژوهش: پرسشنامه وسواسی - اجباری مادزلی:** این پرسشنامه توسط هاجسون و راکمن<sup>۳</sup> (۱۹۷۷) به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات وسواس تهیه شده است که شامل ۳۰ ماده به صورت صحیح و غلط هست. علاوه بر یک نمره کلی وسواس‌گرایی، چهار نمره فرعی برای بازبینی، شستن و تمیز کردن، کندی-تکرار، تردید-دقت به دست می‌دهد (ابوالقاسمی و همکاران، ۱۳۸۹). بنرگر و برنز<sup>۴</sup> (۱۹۹۰) ضریب پایایی این آزمون را به روش بازآزمایی (۰/۸۹) گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۸۷ گزارش شد. در ایران استکتی (۱۹۷۶) پایایی این ابزار را به روش بازآزمایی ۰/۸۵ و دادفر (۱۳۷۶) ضریب پایایی کل آزمون را ۰/۸۴ و روایی همگرا آن با مقیاس وسواس اجباری ییل-بروان ۰/۸۷ به دست آورد. همچنین علیلو (۱۳۸۵)، ضریب پایایی بازآزمایی این آزمون را در یک گروه ۲۵۰ نفری از دانشجویان دانشگاه تربیت معلم تهران که به فاصله‌ی یک هفته دو بار اجرا شد، (۰/۸۲) برآورد نموده است. در مطالعه‌ای که توسط قاسم‌زاده و همکاران (۱۳۸۴) بر روی نمونه ایرانی انجام شده است میانگین این آزمون در بیماران وسواسی ۱۵/۷۵ و ۱۴/۶۷ به دست آمده است. در این پژوهش نیز نمره ۱۵ به عنوان نقطه برش در نظر گرفته شد.

1. metacognitive beliefs questionnaire
2. Ruminative Response scale
3. Hodgson & Rachman
4. Benerger & Borons

**پرسشنامه فراشناخت:** این پرسشنامه توسط کارترایت - هاتون<sup>۱</sup> و ولز (۱۹۹۷) ساخته شده است. حداقل حداکثر نمره‌ای که فرد در این پرسشنامه به دست می‌آورد بین صفر تا ۲۶۰ هست. این پرسشنامه از ۳۰ آیتم تشکیل شده است که هر آزمودنی به هر سؤال با استفاده از یک مقیاس چهار درجه‌ای (مثلاً موافق نیستم، کمی موافقم تا حدی، کاملاً موافقم) پاسخ می‌دهد. این خرده مقیاس‌ها از پایایی و اعتبار خوبی برخوردار هستند. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی آن نیز از ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ گزارش شده است. در ایران شیرین‌زاده دستگیری، ضریب همسانی درونی آن را برای کل مقیاس ۰/۹۱، برای خرده مقیاس‌های کنترل‌ناپذیری، باورهای مثبت، آگاهی شناختی، اعتماد شناختی و نیاز به افکار کنترل به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۸۱ و ۰/۷۱ گزارش کرده است (علی‌رضا فرنام و همکاران، ۱۳۹۰). ضمناً نمرات بالا در مقیاس باورهای فراشناختی حاکی از وجود باورهای فراشناختی منفی هست. به عبارت دیگر این مقیاس، باورهای فراشناختی منفی را می‌سنجد.

**مقیاس پاسخ‌های نشخواری:** مقیاس سبک پاسخ‌های نشخواری زیر مقیاسی از پرسشنامه سبک‌های پاسخ نولن هوکسیما و مورو (۱۹۹۱) است. این مقیاس خودگزارشی توسط نولن - هوکسیما<sup>۲</sup> و مورو تدوین شده است که مقیاسی ۲۲ سؤالی است و سؤال‌های آن بر روی یک مقیاس ۴ گزینه‌ای لیکرت، از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. به علاوه، متشکل از سه خرده مقیاس حواس پرستی<sup>۳</sup>، تعمق<sup>۴</sup> و در فکر فرورفتن<sup>۵</sup> است (ولز، ۲۰۰۴). نمرات می‌تواند بین ۲۲ تا ۸۸ متغیر باشد (بارو، ۲۰۰۷). با استفاده از آلفای کرونباخ (دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲) نشان داده شد که این مقیاس پایایی درونی بالایی دارد (لامینت، ۲۰۰۴). همبستگی درون طبقه‌ای آن نیز پنج مرتبه اندازه‌گیری شد و ۰/۷۵ گزارش گردید. ترینور<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۰۳)، ضریب آلفای این مقیاس را ۰/۹۰ و اعتبار بازآزمایی را ۰/۶۷ گزارش کرده‌اند (به نقل از یوک و همکاران، ۲۰۱۰؛ جورجیو، ۲۰۱۰). این پرسشنامه

- 
1. Cartwright - Hatton
  2. Nolen - Hoekssema
  3. distraction
  4. reflection
  5. brooding
  6. Treynor

به وسیله فتحی (۱۳۸۲) در ایران ترجمه شده و لطفی‌نیا و همکاران (۱۳۸۶) ضرایب پایایی آن را با اجرا بر روی ۵۴ نفر دانشجو با فاصله زمانی ۳ هفته ۰/۸۲ محاسبه نمودند (فیلی و همکاران، ۱۳۹۰). آلفای کرونباخ به دست آمده در نمونه ایرانی ۰/۹۰ گزارش شده است (منصوری، ۱۳۸۸).

**روش اجرا:** پس از آن که نمونه گیری انجام شد، آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌های ذکر شده پاسخ دادند، پس از توزیع پرسشنامه‌ها توضیحات کوتاهی در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها داده شد تا دقت اجرا بالا رود. نهایتاً اعضای نمونه به شیوه‌ی تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایشی قرار گرفتند، گروه آزمایش در جلسات گروه‌درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن سگال، ویلیامز و تیزدل (۲۰۰۲) شرکت داده شد، این گروه به مدت ۸ جلسه ۲ تا ۲/۵ ساعته (دو جلسه در هر هفته) و به مدت یک ماه توسط روانشناس (پژوهشگر) در مرکز مشاوره اعتماد مورد مداخله قرار گرفت اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و بعد از دو هفته از اتمام درمان، پس از آزمون و دو ماه پس از پایان درمان آزمون پیگیری برای هر دو گروه اجرا شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از روش تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد. خلاصه‌ای از جلسات گروه‌درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن به شرح زیر هست:

**جلسه‌ی اول:** با معرفی مربی و توضیحاتی پیرامون کلیات برنامه‌ی جلسات آغاز شد؛ و فرآیند معرفی اعضای گروه سپری شد.

موضوع جلسه: هدایت خودکار در برابر حضور ذهن

اقدامات انجام شده شامل: تمرین خوردن کشمش، تمرین واریسی بدن - آغاز تمرین با تمرکز بر تنفس کوتاه، دادن بازخورد و بحث در مورد هر یک از تمرین‌ها، ارائه و توضیح تکلیف خانگی برای هفته‌ی بعد از جلسه‌ی یکم، توزیع نوارها و جزوات جلسه یکم و اتمام کلاس با تمرکز بر تنفس کوتاه.

**جلسه‌ی دوم:** موضوع جلسه: تمرکز بیشتر بر بدن

بازنگری تکلیف خانگی، تمرین واریسی بدن، دادن بازخورد در مورد تمرین واریسی بدن، تمرین افکار و احساس‌ها (پیاده‌روی در خیابان)، آموزش ثبت وقایع خوشایند، آموزش

مراقبه‌ی نشسته، توزیع نوارها و جزوات مربوط به جلسه‌ی دوم، ارائه و توضیح تکلیف خانگی برای هفته‌ی بعد از جلسه‌ی دوم، پایان دادن به کلاس با قرار گرفتن در فضای تنفس.

**جلسه‌ی سوم:** موضوع جلسه: تمرکز و یکپارچگی بیشتر با تمرکز بر آگاهی از تنفس، بازنگری تکالیف خانگی هفته‌ی گذشته، انجام تمرین شنیدن، انجام مراقبه‌ی نشسته، بازنگری تمرین و دادن بازخورد، تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای و دادن بازخورد، قدم زدن با حضور ذهن، تهیه‌ی فهرستی از وقایع ناخوشایند، توزیع جزوات و نوارهای جلسه‌ی سوم و ارائه و توضیح تکلیف خانگی برای هفته‌ی بعد از جلسه‌ی سوم.

**جلسه‌ی چهارم:** موضوع جلسه: وسعت بخشیدن به گستره‌ی حضور ذهن و ماندن در

زمان حال

بازنگری تکلیف خانگی، تمرین ۵ دقیقه‌ای شنیدن، تمرین مراقبه - آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار، بحث پیرامون تمرین انجام شده و دادن بازخورد، ارائه‌ی توضیحاتی در مورد حالت‌های اضطرابی و افکار خودکار مرتبط با وسواس، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای، قرائت شعر غزالی و وحشی، توزیع جزوات جلسه‌ی چهارم و ارائه و توضیح تکلیف خانگی.

**جلسه‌ی پنجم:** موضوع جلسه: پذیرش و اجازه‌ی حضور

اقدامات انجام شده در این جلسه عبارت بودند از: بازنگری تکلیف خانگی، مراقبه‌ی نشسته - آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار؛ توجه به اینکه چگونه از طریق واکنش‌هایی که نسبت به افکار، احساسات، یا حس‌های بدنی نشان می‌دهیم با تجاری‌مان ارتباط برقرار می‌کنیم؛ بیان دشواری‌هایی که در طی انجام تمرین روی می‌دهد و توجه به تأثیرات آن بر بدن و واکنش به آن‌ها، فضای تنفس و بازنگری آن، خواندن شعر رومی مهمانسرا، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای مقابله‌ای و بازنگری آن، توزیع جزوات و ارائه و توضیح تکلیف خانگی.

**جلسه‌ی ششم:** موضوع جلسه: افکار فقط فکر هستند نه اشیاء یا واقعیات

بازنگری تکالیف خانگی، مراقبه‌ی نشسته - آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و سپس افکار، بازنگری تمرین و دادن بازخورد، آماده شدن برای اتمام دوره با بحث پیرامون خلق و افکار و تمرین نقطه نظرات یا افکار جانشین، زمان تنفس ۳ دقیقه‌ای و بازنگری آن، توزیع جزوات و نوارهای جلسه‌ی ششم و ارائه و توضیح تکلیف خانگی.

### جلسه‌ی هفتم: موضوع جلسه: مراقبت از خود

بازنگری تکالیف خانگی، تمرین مراقبه‌ی نشسته - آگاهی از تنفس، بدن، صداها، سپس افکار (علاوه بر توجه به واکنش‌هایی که در برابر مشکلات داده می‌شود)، تمرین مشاهده‌ی ارتباط بین فعالیت و احساسات و نگرانی‌ها، تهیه‌ی فهرستی از فعالیت‌هایی که منجر به احساس کنترل و پیش‌بینی‌پذیری موقعیت می‌شود، برنامه‌ریزی و تهیه‌ی یک برنامه‌ی مناسب برای چنین فعالیت‌هایی، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای، شناسایی نشانه‌های وسواس و شناسایی کارهای مورد نیاز برای رویارویی با وسواس، تمرین قدم زدن همراه با حضور ذهن، توزیع جزوات و ارائه و توضیح تکالیف خانگی برای هفته‌ی بعد از جلسه‌ی هفتم.

### جلسه‌ی هشتم: موضوع جلسه: استفاده از آنچه آموخته‌ایم

بازنگری تکالیف منزل، تمرین واریسی بدن، بازنگری کل برنامه، بحث در مورد این که چگونه به بهترین نحو، تحرک و نظم که در ۷ هفته‌ی گذشته چه در تمرین‌های منظم و چه در تمرین‌های غیرمنظم ایجاد شده ادامه یابد، واریسی و بحث در مورد برنامه‌ها و دلایل مثبت برای ادامه‌ی تمرین، توزیع جزوات جلسه‌ی هشتم بین شرکت‌کنندگان، پایان دادن به کلاس‌ها با آخرین مراقبه.

در برنامه‌ی درمان چهار جلسه‌ی اول بیشتر صرف این می‌شود که بیمار نسبت به رویدادهای محیطی خود آگاه‌تر شده و با حضور ذهن بیشتری عمل کند. تیزدل از استعاره رانندگی به شیوه‌ی حضور ذهن و رانندگی بدون آگاهی برای تبیین این تفاوت استفاده می‌کند، وسگال نیز از تمرین خوردن کشمش همراه با آگاهی برای تسهیل این وضعیت در برنامه استفاده نموده است. در جلسات ۵ تا ۸ به بیماران آموزش داده می‌شود تا نسبت به تغییر خلق آگاه‌تر باشند و شیوه‌های جدیدی را برای اداره این وضعیت‌ها بیاموزند اما آنچه بیشتر اولویت دارد توانمند شدن بیمار برای بازگشت دوباره به لحظه حال است که برای این هدف بیمار باید حضور ذهن را با کمک تنفس یا تجربه افکار در بدن داشته باشد.

### یافته‌های پژوهش

شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر عبارت بودند از ۱۶ نفر که از نظر دامنه سنی و میزان تحصیلات یکسان بودند و در زمان پژوهش در مقطع کارشناسی تحصیل می‌کردند.

از آن‌جا که هر متغیر سه بار در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد سنجش قرار گرفته است. ابتدا میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هر سه متغیر نشان داده شده و در ادامه آمار استنباطی مربوط به این فرضیه‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هر سه متغیر نشان داده شده است.

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات وسواس فکری- عملی، باورهای فراشناخت و نشخوار فکری

گروه‌ها	شاخص	متغیرها			
		وسواس فکری - عملی	باورهای فراشناخت	نشخوار فکری	
میانگین	پیش‌آزمون	۱۷/۲۵	۱۶/۶۳	۱۹/۸۸	۷۱
	پس‌آزمون	۱۶/۶۳	۱۶/۶۳	۱۹/۸۸	۷۱
کنترل	انحراف معیار	۱/۹۸	۲/۰۷	۳/۴۰	۹/۱۵
	میانگین	۱۸/۱۳	۷/۷۵	۱۰/۶۳	۸۲/۱۳
آزمایش	انحراف معیار	۲/۵۳	۳/۰۶	۳/۹۳	۱۲/۰۸
	میانگین	۴۰/۲۵	۴۳/۶۲	۴۰/۲۵	۴۳/۶۲

به منظور مقایسه میانگین نمرات متغیرها در پس‌آزمون از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس<sup>۱</sup> استفاده شد. به این صورت که نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش کنترل شد و سپس نمرات پس‌آزمون مورد مقایسه قرار گرفت؛ که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

1. ancova

جدول ۲. نتایج آنالیز کوواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون و سواس فکری- عملی، باورهای فراشناخت و نشخوار فکری در دو گروه

متغیرها	منبع تغییرات	مجهول درجه	مجهول	مجهول	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
سواس فکری - عملی	پیش‌آزمون	۶۸/۹۲	۱	۶۸/۹۲	۷/۴۸	۰/۰۱۷	۰/۳۶	۰/۷۲
	پس‌آزمون	۳۹۱/۷۷	۱	۳۹۱/۷۷	۴۲/۵	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱
فراشناخت - باورهای	پیش‌آزمون	۱۲۳۹/۴۴	۱	۱۲۳۹/۴۴	۱۷/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۰/۹۷
	پس‌آزمون	۲۱۹۱/۴۹	۱	۲۱۹۱/۴۹	۳۰/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۰/۹۹
نشخوار فکری	پیش‌آزمون	۶۹۱/۵۶	۱	۶۹۱/۵۶	۱۳/۶۲	۰/۰۰۳	۰/۵۱	۰/۹۳
	پس‌آزمون	۱۱۲۲/۰۲	۱	۱۱۲۲/۰۲	۲۲/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۰/۹۹

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود تأثیر نمرات پیش‌آزمون بر نمرات پس‌آزمون هر سه متغیر معنی‌دار است. نمره بیمار در هر سه مقیاس و سواس فکری- عملی [ $P < ۰/۰۱۷$ ،  $F = ۷/۴۸$ ]، باورهای فراشناختی [ $F = ۱۷/۰۴$ ،  $P < ۰/۰۰۱$ ] و سبک پاسخ نشخواری [ $F = ۱۳/۶۲$ ،  $P < ۰/۰۰۳$ ] در طی جلسات کاهش نشان داد. همچنین اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون معنی‌دار است، و سواس فکری- عملی [ $F = ۴۲/۵$ ،  $P < ۰/۰۰۱$ ]، باورهای فراشناخت [ $F = ۳۰/۱۳$ ،  $P < ۰/۰۰۱$ ] و نشخوار فکری [ $F = ۲۲/۰۹$ ،  $P < ۰/۰۰۱$ ]. به این صورت که بین میانگین نمرات گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد و این نتیجه در مرحله‌ی پیگیری نیز حفظ شد. به‌منظور مقایسه میانگین نمرات متغیرها در پیگیری از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد. به این صورت که نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر همپراش کنترل شد و سپس نمرات پیگیری مورد مقایسه قرار گرفت؛ که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.



جدول ۳. نتایج آنالیز کوواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات پیگیری پس از آزمون و سواس فکری- عملی، باورهای فراشناخت و نشخوار فکری در دو گروه

متغیرها	نوع تغییر (رتبه)	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
فکری- سواس عملی	پیش آزمون	۲۱۲/۸۸	۱	۲۱۲/۸۸	۵/۷۲	۰/۰۳۳	۰/۳۱	۰/۶۰
	پیگیری	۴۶۴/۴۱	۱	۴۶۴/۴۱	۱۲/۴۸	۰/۰۰۴	۰/۴۹	۰/۹۱
باورهای فراشناخت	پیش آزمون	۸۳۶/۶۸	۱	۸۳۶/۶۸	۵/۳۴	۰/۰۳۸	۰/۲۹	۰/۵۷
	پیگیری	۱۶۰۳/۹۶	۱	۱۶۰۳/۹۶	۱۰/۲۴	۰/۰۰۷	۰/۴۴	۰/۸۴
نشخوار فکری	پیش آزمون	۴۵۰/۰۲	۱	۴۵۰/۰۲	۷/۶۶	۰/۰۱۶	۰/۳۷	۰/۷۳
	پیگیری	۸۱۶/۷۱	۱	۸۱۶/۷۱	۱۳/۹۱	۰/۰۰۳	۰/۵۲	۰/۹۳

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود تأثیر نمرات پیش آزمون بر نمرات پس از آزمون معنی‌دار است. و سواس فکری- عملی [ $F = ۵/۷۲, P < ۰/۰۳۳$ ]، باورهای فراشناخت [ $F = ۵/۳۴, P < ۰/۰۳۸$ ] و نشخوار فکری [ $F = ۷/۶۶, P < ۰/۰۱۶$ ]. همچنین اثر گروه بر نمرات پس از آزمون معنی‌دار است. و سواس فکری- عملی [ $F = ۱۲/۴۸, P < ۰/۰۰۴$ ]، باورهای فراشناخت [ $F = ۱۰/۲۴, P < ۰/۰۰۷$ ] و نشخوار فکری [ $F = ۱۳/۹۱, P < ۰/۰۰۳$ ]. به این صورت که بین میانگین نمرات پیگیری گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی گروه‌درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر وسواس فکری- عملی، باورهای فراشناخت و نشخوار فکری با استفاده از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. نتایج فرضیه اول پژوهش نشان داد که روش گروه‌درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن در درمان اختلال وسواس فکری- عملی مؤثر است. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های دی زویسا (۲۰۱۳)، هرنس تاین و همکاران (۲۰۱۲)، هیل و همکاران (۲۰۱۲)، فایرفکس (۲۰۰۸)، پاتل، کارمودی و سیمپسون (۲۰۰۷)، شوارتز و همکاران (۲۰۰۵)، سینگ و همکاران (۲۰۰۴)، فیروزآبادی و شاره (۱۳۸۸)، موسوی مدنی و همکاران (۱۳۸۸) و سجادیان (۱۳۸۵) که همگی تأثیر مثبت این شیوه را در کاهش نشانه‌های اختلال وسواس - اجبار در مقایسه با سایر روش‌های درمانی تأیید کرده‌اند، هماهنگ است؛ بنابراین به نظر می‌رسد که این تکنیک یک روش کارآمد و جایگزین برای روش‌های رفتاری یا شناختی صرف در درمان اختلال وسواس - اجبار باشد. در تبیین اثربخشی گروه‌درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش وسواس فکری - عملی می‌توان گفت، از آنجا که ذهن آگاهی (حضور ذهن) به‌عنوان یک تکنیک می‌تواند به‌عنوان انفعال در درون فرد شده و درعین حال آگاهی سطح بالاتری را نسبت به شرایط جسمانی و شرایط محیطی به‌وجود آورد. به همین دلیل قادر است به افراد کمک نماید تا در موقعیت‌های مختلف و به‌خصوص زمانی که حملات وسواس به شکل مرور افکار یا اجبار در انجام اعمال خاص فرد را تحت فشار قرار می‌دهند، ذهن خود را به پدیده‌های دیگری معطوف نموده و به‌واسطه‌ی تمرکز بر حالات احساسی و جسمانی سدی در مقابل نشخوارها و اعمال تکرارشونده ایجاد نمایند. همچنین یافته‌های پژوهش حاکی از این است که شیوه‌ی ذهن آگاهی باعث کاهش نشانه‌های وسواس فکری- عملی گروه آزمایش نسبت به آزمودنی‌های گروه کنترل، در مرحله پیگیری شده است. بدین معنا که آزمودنی‌های گروه آزمایش تأثیر آموزش را در مرحله پیگیری نیز حفظ کرده‌اند. این یافته با یافته‌های هرنس تاین و همکاران (۲۰۱۲)، فایرفکس (۲۰۰۸)، پاتل، کارمودی و سیمپسون (۲۰۰۷)، شوارتز<sup>۱</sup>

و همکاران (۲۰۰۵)، سینگ<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۴)، فیروزآبادی و شاره (۱۳۸۸)، موسوی مدنی و همکاران (۱۳۸۸) و سجادیان (۱۳۸۵) همسو است. شوارتز (۲۰۰۴)، روش علمی ذهن آگاهی در درمان اختلال وسواس-اجبار را نوعی روش زیستی-شناختی-رفتاری می‌داند که با روش رویارویی همراه با جلوگیری از پاسخ سنتی در رفتاردرمانی متفاوت است. آموزش ذهنی برای بیماران مبتلابه اختلال وسواس-اجبار با برگزاری دوره‌های بالینی عملی به آن‌ها کمک می‌کند تا تغییرات را در ذهن خود ببینند و عملکرد خود را تغییر دهند. تغییر در ذهن به راحتی می‌تواند تغییرات عملکردی مورد انتظار را حاصل کند و برخلاف روش‌های رفتاری که برون‌داد را تحت تأثیر و کنترل قرار می‌دادند، روش ذهن آگاهی بر درون‌داد و برون‌داد و همچنین فرآیندهای زیستی پایه‌گذار رفتار و سواسی تأثیر می‌گذارد که این تغییرات به صورت یک جریان و طی گام‌هایی به بیمار آموزش داده می‌شود و از او خواسته می‌شود با خود-نظارتی هرگاه که گامی را پشت سر گذارد، خود را به مرحله بعد هدایت کند. همچنین راجمن و هاجسون (۱۹۸۰) خاطر نشان می‌کنند که روش درمانی مناسب برای بعضی از وسواس‌ها که دارای حالات هیجانی منفی و اضطراب نیستند، ولی وقت گیرند، کاهش تدریجی زمان است که ذهن آگاهی نیز با کنترل آگاهی لحظه‌به‌لحظه و غیر قضاوتی به شکل مرحله‌به‌مرحله، خودکنترلی، خودتنظیمی و خودنظارتی بیمار بر رفتارهایش را افزوده و او را به سمت بهبودی هدایت می‌کند.

همچنین نتایج فرضیه دوم نشان می‌دهد که روش درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن باعث کاهش باورهای فراشناخت دانشجویان دختر با اختلال وسواس-اجبار می‌شود، این یافته، نتایج پژوهش سوگیورا<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) را تأیید می‌کند و با پژوهش‌های خانی‌پور (۱۳۹۰)، پناهنده (۱۳۹۰)، عاشوری و همکارانش (۱۳۸۸) همخوان است. به نظر می‌رسد که فراشناخت‌ها نقش مهمی در شکل‌گیری و تداوم افکار منفی و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد ایفا می‌کنند و در حقیقت استفاده از این راهبردهای ناکارآمد و درگیر با افکار منفی موجب ایجاد و حفظ اختلال‌های روانی می‌شوند (عاشوری و همکاران، ۱۳۸۸).

1. Singh
2. Sugiura

همچنین محمدخانی و فرجاد (۱۳۸۸) در پژوهش خود از مدل‌های فراشناختی اخیر (ولز، کارترایت - هاتون<sup>۱</sup> (۲۰۰۴)، ولز و میتوز (۱۹۹۴)، پوردون و کلارک<sup>۲</sup> (۱۹۹۹)، ولز (۱۹۹۷)) که اظهار می‌دارند، باورها درباره فرآیندهای فکری نقش مهمی در فرآیندهای شناختی ناکارآمد ناشی از علائم و سواس اجباری ایفا می‌کنند، حمایت می‌کنند و نتایج پژوهش آن‌ها با یافته‌های فرنام و همکاران (۱۳۹۰)، عبدالله‌زاده و همکاران (۱۳۹۰)، ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۸۹) همخوان است. در تبیین اثربخشی گروه‌درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش باورهای فراشناخت می‌توان گفت، همانند اظهارات کبات‌زین آموزش حضور ذهن باعث می‌شود که افراد آگاهی بیشتری از هیجان‌ها و شناخت‌های خود کسب کنند، احساس‌ها و افکار خود را بپذیرند و بهتر بتوانند احساس‌ها و افکارشان را اداره کنند؛ و در نتیجه‌ی این مکانیزم‌ها باورهای فراشناختی منفی در ایشان تعدیل می‌شود (عاشوری و همکاران، ۱۳۸۸). نتایج نشان داد که بین میانگین‌های نمرات پیگیری باورهای فراشناخت دو گروه آزمایشی و کنترل تفاوت وجود دارد، بدین معنی که نمرات باورهای فراشناختی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پیگیری کاهش پیدا کرده است. این یافته با نتایج مطالعات خانی‌پور (۱۳۹۰)، پناهنده (۱۳۹۰)، عاشوری و همکارانش (۱۳۸۸) همخوان است. به نظر می‌رسد تمرینات حضور ذهن، دانشجویان را مستعد ساخته تا افکار منفی و رویدادهای موقعیتی را همانند میهمانی ناخوانده بپذیرند و به جای تلاش بیهوده برای راندن این میهمان ناخوانده، شایستگی‌های خود را به کار گیرند تا بتوانند بدون آسیب دیدن از سد این افکار و موقعیت‌ها عبور کنند.

نتایج فرضیه سوم این پژوهش نشان داد که گروه‌درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن می‌تواند از میزان نشخوار فکری دانشجویان بکاهد. تاکنون تحقیقات اندکی در زمینه نشخوار فکری در دانشجویان انجام شده است. این یافته با پژوهش برودریک و پاتریشیا (۲۰۰۵)، ریمز و وینگرو<sup>۳</sup> (۲۰۱۰)، فیلی و همکاران (۱۳۹۱)، خانی‌پور (۱۳۹۰)، ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۸۹)، آذرگون و همکاران (۱۳۸۸) همخوان است. در پژوهش فیلی و همکاران (۱۳۹۱)

---

1. cartwright – Hatton  
2. Purdon & clark  
3. Rimes & Wingrove

به مطالعه مقایسه اثربخشی روش درمان شناختی - رفتاری با روش شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر نشخوار فکری زنان نابارور بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد که هر دو روش درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و روش درمان شناختی - رفتاری قادرند از میزان نشخوار فکری زنان نابارور بکاهند. در تبیین اثربخشی گروه‌درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش نشخوار فکری می‌توان گفت، درمان ذهن آگاهی یکی از رویکردهای جدید است که به اصلاح و کنترل و پردازش افکار می‌پردازد. با این روش درمانی افکار فرد به‌عنوان حوادث ذهنی تجربه‌شده و از تمرکز و توجه روی تنفس به‌عنوان ابزاری برای زندگی در زمان حال استفاده می‌شود. با این روش بیماران آموزش می‌بینند تا چرخه نشخوار فکری را متوقف کرده و از افکار منفی خود فاصله بگیرند آموزش انعطاف‌پذیر روی توجه، غنی‌سازی ذهنی، توقف نشخوار فکری، اصلاح باورهای مثبت و منفی و غلط و همچنین چالش با باورهای منفی مربوط به هیجانات، باعث کاهش نشخوار فکری می‌شود. در این خصوص تیزدیل و همکاران (۲۰۰۲) بیان می‌کنند: درمان شناختی باعث کاهش نگرش ناکارآمد از طریق تغییر در محتوای افکار می‌شود. ذهن آگاهی یک ارتباط متفاوت با افکار ارائه می‌دهد. تأکید این روش بر این نیست که رویدادهای موافق و مخالف با افکار جمع‌آوری و یا به آن پاسخ داده شود، بلکه تأکید بر مقاومت افراد در مقابل افکار منفی است که با ذهن متمایز و با توجه و تمرکز بیش‌تر صورت می‌گیرد. همچنین نتایج جدول ۳ نشان داد که بین میانگین‌های نمرات پیگیری نشخوار فکری دو گروه آزمایشی و کنترل تفاوت وجود دارد. این یافته با یافته‌های ریمز و وینگرو (۲۰۱۰)، فیلی و همکاران (۱۳۹۱)، خانی‌پور (۱۳۹۰)، آذرگون و همکاران (۱۳۸۸) همخوان است.

در نتیجه، گروه‌درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن، باعث کاهش وسواس فکری-عملی، باورهای فراشناخت و نشخوار فکری در دانشجویان دختر با اختلال وسواس فکری-عملی شده است، با این اوصاف می‌توان انتظار داشت که این نوع از درمان با توجه به ماهیت گروهی و مقرون‌به‌صرفه بودن و با تأیید کارآمدی آن طی پژوهش به‌زودی به‌عنوان درمانی مؤثر و ساختاریافته در بین درمانگران جایگاه قابل تأملی به دست بیاورد. اجرای این پژوهش با محدودیت‌های چندی روبرو بوده است، از جمله منحصر بودن پژوهش به دختران،

محدودیت سنی، جنسی، تحصیلی و جغرافیایی، پایین بودن تعداد نمونه را می‌توان ذکر کرد. به دلایل وجود موانعی در جهت اجرای گسترده‌تر پژوهش پیشنهاد می‌شود این روش درمانی بر روی نمونه‌های مختلف و گسترده‌تری از بیماران وسواس فکری- عملی اجرا شود. در نهایت با توجه به ماهیت گروهی و مقرون‌به‌صرفه‌ی این روش، به نظر می‌رسد می‌تواند یک روش کاربردی مناسب برای مراکز آموزشی و یا سازمان‌هایی باشد که به سلامت عمومی کارکنان خود اهمیت ویژه مبذول می‌دارند.

### منابع

- ابوالقاسمی ع. حسنعلی زاده م. کاظمی ر. و نریمانی م. (۱۳۸۹). تأثیر درمان‌های فراشناختی و دارویی بر باورهای فراشناختی بیماران مبتلابه اختلال وسواسی- اجباری. *مجله علوم رفتاری*، ۴: ۳۱۲-۳۰۵.
- آذرگون ح. کجیاف م. ب. مولوی ح. و عابدی م. ر. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نشخوارفکری و افسردگی دانشجویان دانشگاه اصفهان. *دو ماهنامه علمی- پژوهشی دانشگاه شاهد*، ۱۶ (۳۴).
- اصفهانی م. نشاط دوست، ح. مولوی، ح. و عابدی، م. ر. (۱۳۸۶). تأثیر روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ به شیوه خوددرمانی در کاهش نشانه‌های اختلال وسواس- اجبار. *دو ماهنامه علمی- پژوهشی دانشگاه شاهد*، ۱۴ (۲۲).
- انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۰۰) متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی *DSM - IV- TR* چاپ چهارم). ترجمه: محمدرضا نیکخو و هامایاچ آوادیس یانس (۱۳۸۸). تهران: سخن.
- بابایی م. اکبرزاده ن. نجل رحیم ع. و پورشهریاری م. (۱۳۸۹). تأثیر درمان ترکیبی شناختی- رفتاری و کاهش اندیشه‌پردازی خطر بر اختلال وسواسی- اجباری در دانشجویان دختر. *مجله مطالعات روان‌شناختی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهراء س*، ۶ (۱).
- پناهنده، خدیجه. (۱۳۹۰). بررسی میزان اثربخشی آموزش شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر اصلاح باورهای فراشناختی و اضطراب امتحان دانشجویان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد.

دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، دانشکده علوم انسانی، گروه تحصیلی روان‌شناسی عمومی.

توزنده جانی ح. احدی ح.، دلاور ع. و آزاد ح. (۱۳۸۸). بررسی کارآمدی نسبی تکنیک‌های شناختی - رفتاری، دارویی و ترکیب آن‌ها در درمان اختلال وسواس فکری و عملی.

مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، ۱۱(۴).

حسن‌زاده، رمضان. (۱۳۸۲). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: ساوالان.

خانی‌پور، حمید. (۱۳۸۹). تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر روی نشانه‌های افسردگی. نشخوار فکری، باورهای فراشناختی و نشانه‌های روانپزشکی باقیمانده در بیماران با سابقه یک دوره افسردگی: یک طرح مطالعه تک موردی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی تهران، دانشکده علوم انسانی.

سجادیان، ا. نشاط دوست، ح. ط. مولوی ح. و معروفی، م. (۱۳۸۴). تأثیر آموزش روش ذهن آگاهی بر میزان علائم اختلال وسواس - اجبار در زنان شهر اصفهان. مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی، (۱۳۱).

عاشوری، ا. و کیلی، ی. بن‌سعید، س. و. نوعی، ز. (۱۳۸۸). باورهای فراشناختی و سلامت عمومی در دانشجویان. مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی، ۱۱(۱): ۲۰-۱۵.

عبدالله زاده ف. جوانبخت م. و عبدالله زاده ح. (۱۳۹۰). مقایسه تأثیر درمان فراشناختی و درمان دارویی در وسواس فکری. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، ۱۸(۲): ۱۱۸-۱۱۰.

فرنام ع. قلی زاده ح. پیرزاده ج. حکمتی ع. و رسولوند صادقی ا. (۱۳۹۰). مقایسه باورهای فراشناختی بیماران افسرده، وسواسی - اجباری و گروه سالم. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۸(۴): ۳۳۹-۳۴۸.

فیروزآبادی ع. و شاره ح. (۱۳۸۸). اثربخشی تکنیک‌های ذهن آگاهی انفصالی در درمان یک مورد اختلال وسواسی - اجباری. تازه‌های علوم شناختی، ۱۱(۲): ۷-۱.

فیلی ع. برجعلی ا. بهرامی ف. و فرخی ن. ع. (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی روش درمان شناختی - رفتاری با روش درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن تیزدل بر نشخوار فکری زنان

نابارور افسرده. ارمغان دانش، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، ۱۷ (۱).

قاسم‌زاده ح. ا.، کرم قدیری ن.، شریفی و.، نوروزیان م.، مجتبابی ر؛ و ابراهیم‌خانی ن. (۱۳۸۴). کارکردهای شناختی، نوروپسیکولوژیک و نورولوژیک بیماران وسواسی با و بدون علائم افسردگی در مقایسه با هم و با گروه بهنجار. *تازه‌های علوم شناختی*، ۷ (۳): ۱-۱۵.

محمدخانی ش؛ و فرجاد م. (۱۳۸۸). رابطه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با علائم وسواسی از جمعیت غیر بالینی، *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۱ (۳): ۳۵-۵۱.

موسوی مدنی ن. آتش‌پور س. ح. و مولوی، ح. (۱۳۸۹). تأثیر آموزش روش ذهن آگاهی گروهی بر میزان علائم اختلال وسواسی - اجباری در زنان شهر اصفهان. *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، ۶۹-۵۵.

مونتگمری، ا. زومرج. (۱۳۸۲). *وسواس (شناخت و درمان)*. ترجمه م معروفی، فرشیدنژاد. اصفهان: کنکاش.

یونسی، جلال؛ رحیمیان بوگر، اسحق. (۱۳۸۷). *جان تیزدیل - دریچه‌ای به فراشناخت*. تهران: دانژه.

Adler, A. D. (2008). Manipulation Of Cognitive Biases and Rumination: An Examination of Single and Combined Correction Conditions. Presented In Partial Fulfillment Of The Requirements. The Degree Master of Arts in the Graduate School of the Ohio State University.

Barrow, B. A. (2007). Assessing Emotional Evaluation: A Validation Study of the Reactions to Emotions Questionnaire. The University of Texas at Austin.

Berle D. Starcevic V. (2005). Thought-action fusion: review of the literature and future directions. *Clin Psychol Rev*; 25(3): 263-84.

Broderick, c. patricia. (2005). Mindfulness and coping with dysphoric mood: contrasts with Rumination and Disstraction. *cognitive Therapy and Research*, 29 (5): 501- 510.

Crane, Rebacca. (2009). *Mindfulness – based cognitive therapy Distinctive Features*. New York: Routledge Press.



- De zoysa, P. (2013). The Use of Mindfulness Practice in the Treatment of a Case of Obsessive Compulsive Disorder in Sri Lanka. *J Reliy Health*, (52): 299-306.
- Fair Fax, H. (2008). The use of mindfulness in obsessive compulsive disorder: suggestions for its application and integration in existing treatment. *The Journal of Clinical psychology and psychotherapy*, 15(1), (53).
- Giorgio, J. M. Sanflippo, J. Kleiman, E. Reilly, D. Bender, R. E. Wagner, C. A. Liu, R. T. Alloy, L. B. (2010). *An experiential avoidance conceptualization of depressive rumination: Three tests of the model*. Behavior Research and Therapy 48, 1021-1031.
- Hale, L. Strauss. C. Taylor, L. B. (2012). The Effectiveness and Acceptability of MindfulnessBased Therapy for Obsessive Compulsive Disorder: A Review of the Literature. *Mindfulness*.
- Hertenstein, E. Rose, N. Voderholzer, U. Heidenreich, T. H. Nissen, C. H. Thiel, N. Herbst, N. & Kulz, A. K. (2012). Mindfulness-compulsive disorder- A qualitative study on patients experiences. *BMC psychiatry*, 12: 185.
- Luminet, O. (2004). Measurement of Depressive Rumination and Associated Constructs.
- In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment* (pp. 187-215). New York: Wiley.
- Lyubomirsky, S. Tkach, C. & Dimmateo, M. R. (2007). What are the differences between happiness and selfesteem. *Journal of social indicators research*. 78: 363-404.
- Mclean, P. D. Whittal, M. L. Sochting, I. Koch, W.K. Paterson, R. Thordarson, D. S. et al. (2001). Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive – compulsive disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69: 205-214.
- McDonough, M. & Kennedy, N. (2002). Pharmacological management of obsessive – compulsive disorder: A review for clinicans. *Harvard Review of psychiatry*, 10: 127-137.
- Nolen-Hoeksema, S. & Harrell, Z. A. T. (2002). Rumination depression and alcohol use: Tests of gender differences. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An Imitational Journal*. 16: 391-404.
- Papageorgiou, C. & wells, Adrian. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and peperssion. *Coynative therapy and research*, 27(3): 261-273.
- Papageorgiou, C. Wells, A. (2004). Depressive rumination: nature, theory, and treatment. New York: John Wiley & Sons.
- Patel, S. R. Carmody, J. simpson, H. B. (2007). Adapting mindfulness – based stress reduction for the treatment of obsessive – compulsive disorder: A Case report. *The Journal of cognitive and Behavioral practice*. 14 (4): 375 – 380.

- Pearson, M. Brewin, CR. Rodes, J. Mccarron, C. (2008). Frequency and Nature of Rumination in chronic Depression: Aprelimiary study. *J cogn Behave Ther.* 37(3): 160 – 168.
- Purdon. C. & clark, D. A. (1999). Metacognition and obsession. *Clinical psychology and psychotherapy*, 6, 102-110.
- Rimes, K. A. & Wingrove, J. (2010). Pilot study of mindfulness based cognitive Therapy for Trainee clinical psychologist. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 1 of 7.
- Rees, CS. Van Koesveld, KE. (2008). An open trial of group metacognitive therapy for obsessivecompulsive disorder. *J Behave Ther Exp Psychiatry*; (39): 451-458.
- Schwartz, J. (2004). The four steps. Los Angeles: *Westwood institute for anxiety disorders*. [online]. Available from: [http:// hope4ocd. Com / foursteps. Php](http://hope4ocd.com/foursteps.php).
- Schwartz, J. Gullifor, E. Z. Stier, J. & Thienemann, M. (2005). *Mindful awareness and self directed neuroplasticity: Intergrating Psychospiritual and biological approach to mental health with focus on obsessive compulsive disorder*. New York: Haworth Press.
- Segal, Z. V. Williams, J. M. G. & Teasdale, I. D. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford press.
- Singh, N. Nerbhay. Wahler, G. Robert. Winton, W. Alen. & Adkins, D. Anjela. (2004). A mindfulness – based treatment of obsessive – compulsive disorder. *Journal of the American psychiatric Nurses Association*, 3(4): 275-287.
- Steketee, G. & Barlow, D. H. (2004). Obsessive – compulsive disorder. In D. H. Barlow (Ed). *Anxiety and its disorder: The nature and treatment of anxiety and panic*. (pp. 516-550). New York: Guilford.
- Storch, EA. Lisa, J. Merlo, LJ.(2006). Cognitive-behavioral therapy for pandas related obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 45(10): 1171.
- Sugiura, Yoshinori. (2004). Detached mindfulness and worry: a meta – cognitive analysis. *Personality and Individual Differences*, 37, 169-179.
- Tenney, N. H. Denys, D. A. J. P. van Megen, H. J. Glas G. & Westenberg, H. G. (2003). Effect of pharmacological intervention on quality of life in patients with obsessive–compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 18(1): 29– 33.
- wells, A.(2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive Therapy*, John Wiley & Sons LTD; PP: 3-54.
- wells, A. cartwright – Hatton, S. (2004). A short form of metacognitons puestionnaire. *Behaviour Research and therapy*, 42 (40): 385-396.

- Wells, A. (2003). Anxiety disorders, met cognition and chang In: Leahy RT.[edito]. Roadbolocks incognitive – behavioral therapy: Transforming challenges in to opportunities for change. New York: Guilford: 69 – 88.
- wells, A. Fisher, P. Myers, S, wheatey, J. Patel, T. and Brewin, C. R. (2009). Metacogniative therapy in Recurrent and persistent depression a multiple baseline study of a new treatment. *Cognitive therapy and research*, 33 (3): 991.300.
- Wenzolf, RM. & Wehner, DM. (2000). Thought suppression. I AnnRev psychology; 55: 882-892.
- Williams, J. M. G. (2006). *Mindfulness – based cognitive therapy*: what is it, and how might help? In (4<sup>th</sup> ed.) Aeschi conference, 1-4 March.
- Whittal, M. Thordarson, D. McLean, P.(2005). Treatment of obsessive-compulsive disorder cognitive behavior therapy vs exposure and response prevention. *Behav Res Ther*; 43(12): 1559.
- Yook, K. Kim, K. Young Suh, S. Lee, K. (2010). Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24 (1): 623–628.