



## The Effect of Mindful Self-Compassion Therapy on the Interpersonal Needs among Patient with Obsessive-Compulsive Disorder with Suicidal Thoughts

Samira Rahmani Ph.D Student

Department of Psychology, Faculty of Education and psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

Soodabeh Bassak Nejad. Ph.D

Professor, Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

Nasrin Arshadi, Ph.D

Professor, Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

Edward Selby, Ph.D

Department of Clinical Psychology, Rutgers University, USA.

### Abstract

OCD is a severe and debilitating psychological condition that affects the quality of life and overall performance of patients and their family members, leading to interpersonal problems, feelings of helplessness and hopelessness in patients. So, the purpose of this research was to examine the effectiveness of mindful self-compassion therapy on the interpersonal needs among the patients diagnosed with obsessive-compulsive disorder having suicidal thoughts. The sample of research consisted of 3 female patients with obsessive-compulsive disorder in Ahvaz city in 2019. They were asked to fill in the scales Yale-Brown Obsessive-Compulsive (1989), The Suicidal Ideation (Rudd, 1989) and Interpersonal Needs (Van Orden, Cukrowicz, Witte & Joiner, 2012). The mindful self-compassion therapy protocol was implemented in 8 sessions of 90 to 120 minutes hours and the test was performed in three phase of baseline, after testing and a 3-month follow-up and the obtained data were analyzed by visual representation, reliable change index and improvement percentage formula. According to the findings of study, mindful self-compassion therapy had a significant effect on reducing the thwarted belongingness and perceived burdensomeness. The 3-month follow-up plan established that the treatment changes were stable for the thwarted belongingness and perceived burdensomeness. This approach by preventing the avoidance of painful thoughts and emotions caused by the disorder and the growth of a sense of belonging to others and a social bond with them leads to resilience and prevents the occurrence of thwarted belongingness and perceived burdensomeness during times of psychological distress.

**Keywords:** mindful self-compassion therapy, interpersonal needs, patient with obsessive-compulsive disorder, suicidal thoughts

## اثر بخشی درمان شفقت به خود مبتنی بر ذهن آگاهی بر نیازهای بین فردی در مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری دارای افکار خودکشی

سمیرا رحمانی جوانمرد\*

دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

سودابه بساک نژاد

استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

نسرین ارشدی

استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

ادوارد سلبی

دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه روتگرز آمریکا

### چکیده

اختلال وسواسی-جبری، یک بیماری روان‌شناختی شدید و ناتوان کننده است که با تأثیر بر کیفیت زندگی و عملکرد کلی، سماران و اعضای خانواده آن‌ها منجر به مشکلات بس‌بف‌دهی، احساس درماندگی و ناامیدی در بیماران می‌شود. هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان شفقت به خود مبتنی بر ذهن آگاهی بر نیازهای بین فردی در مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری دارای افکار خودکشی بود. طرح پژوهش طرح آزمایشی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه ناهمزمان بود و نمونه پژوهش شامل ۳ بیمار زن مبتلا به اختلال وسواسی-جبری شهر اهواز در سال ۱۳۹۸ بود. از پرسشنامه‌های وسواسی-جبری (Yale-Brown obsessive-compulsive, 1989)، افکار خودکشی گرایانه (Rudd, 1989) و نیازهای بین فردی (Van Orden, Cukrowicz, Witte & Joiner, 2012) استفاده شد. به‌تک‌بار در مان در ۸ جلسه ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه انجام شد و آزمون‌ها در سه مرحله خط پایه، آزمون و سگس‌ی ۳ ماهه اجرا شد و داده‌ها به روش تست سیم دنداری، شاخص تغییر پایه و فرمول درصد بهبودی تحلیل شدند. داده‌ها نشان داد که درمان شفقت به خود مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تعلق‌پذیری از میان‌رونده و ادراک سربار بودن تأثیر گذار است و پیگیری سه ماهه نیز حاکی از پایداری تغییرات درمانی برای تعلق‌پذیری از میان‌رونده و ادراک سربار بودن بود. این رویکرد به وسیله ممانعت از اجتناب از افکار و هیجانات دردناک ناشی از اختلال و رشد احساس تعلق به دیگران و پیوند اجتماعی، منجر به تاب‌آوری می‌شود و از بروز تعلق‌پذیری از میان‌رونده و ادراک سربار بودن در زمان‌های پریشانی روان‌شناختی جلوگیری می‌نماید.

**کلیدواژه‌ها:** شفقت به خود مبتنی بر ذهن آگاهی، نیازهای بین فردی، مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری، افکار خودکشی

## مقدمه

شواهد پژوهشی نشان می‌دهد در این بیماران خطر مرگ در اثر خودکشی تقریباً ۱۰ برابر بیشتر و خطر اقدام به خودکشی ۵ برابر بیشتر از جمعیت عمومی باشد (de la Cruz, Rydell, 2017; Runeson, D'Onofrio, Brander et al, 2017). بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-جبری که در طول زندگی اقدام به خودکشی کرده‌اند حدود یک سوم آنها ایده خودکشی فعلی و نیمی از آنها ایده خودکشی را در گذشته داشته‌اند (Pellegrini, Maietti, Rucci, Casadei, Maina, et al, 2020). چراکه، عمل خودکشی می‌تواند راهی به منظور فرار از تصور درد و رنج دنیا و تجربیات دردناک "خود" باشد (Baumeister, 1990).

یکی از نظریه‌های برجسته در زمینه خودکشی، نظریه بین‌فردی-روان‌شناختی خودکشی (interpersonal-psychological suicide theory) است (Joiner, 2005; Van Orden, Witte, Cukrowicz, Braithwaite, Selby & et al, 2010) که نشان می‌دهد تعلق‌پذیری از میان‌رونده (thwarted belongingness)، ادراک سربار بودن (perceived burdensomeness) و ظرفیت اکتساب‌شده برای خودکشی (acquired capability for suicide) شاخص‌هایی هستند که زمینه را برای انتخاب خودکشی توسط فرد آماده می‌کنند. طبق این نظریه تمایل به مرگ هنگامی ایجاد می‌شود که افراد به دلیل داشتن ویژگی‌هایی مانند احساس تنهایی، قطع ارتباط با دیگران و احساس عدم ادراک واقعی از روابط اجتماعی، دچار تعلق‌پذیری از میان‌رونده می‌شوند و این برداشت نادرست را پیدا می‌کنند که سربار دیگران هستند و احساسات خود-نفرتی و نیز اعتقاد به این که مرگ او ارزشمندتر از زندگی وی برای دیگران یا جامعه است را دارند. همچنین فرد پتانسیل و ظرفیت لازم را برای خودکشی به دست می‌آورد مبنی بر اینکه توانایی غلبه بر حس ذاتی صیانت نفس و انجام رفتارهای خود آسیب‌زننده به قصد مرگ را تجربه می‌کند (Ma, Batterham, Calear & Han, 2016). تعلق‌پذیری از میان‌رونده و ادراک سربار بودن اصالتاً بین‌فردی هستند و ناشی از شناخت‌های تحریف شده در مورد افراد مهم زندگی فرد و یکپارچگی با یک شبکه حمایتی اجتماعی ارزشمند است (Abbaspour, 2014) و هنگامی که تجربه می‌شوند

اختلال وسواسی-جبری (obsessive-compulsive disorder) یک بیماری روان‌پزشکی ناتوان‌کننده است که جزو ۱۰ علت اصلی ناتوانی‌های جهان قرار دارد (Collins, Best, Stritzke & Page, 2016) و شیوع آن در بین جمعیت بزرگسالان بین ۰/۵ تا ۳ درصد گزارش شده است (Sharma & Math, 2019). در گذشته اختلال وسواس فکری عملی جزء اختلالات اضطرابی به شمار می‌آمد. اما اکنون این اختلال در DSM5 از اختلالات اضطرابی جدا شده است (Ghanji, 2016). طبق پنجمین ویراست تشخیصی آماری اختلالات روانی (DSM5) یکی از معیارهای اختلال وسواسی-جبری، وسواس و رفتارهای تکراری یا اجبار است. وسواس عبارت است از یک فکر، تصویر ذهنی، یا میل ناخواسته و مکرر که فرد آن را ناراحت‌کننده و غیر قابل کنترل می‌یابد. افکار وسواسی اغلب شکل آسیب‌رساندن یا رنج دادن به خود یا فردی مهم در زندگی را به خود می‌گیرند. اجبار عبارت است از یک رفتار یا عمل ذهنی تکراری و مداوم که فرد احساس می‌فیزیکی کند مجبور است آن را انجام دهد تا اضطراب ناشی از افکار وسواسی را از بین ببرد یا از وقوع پیامدهای منفی پیشگیری کند. این کار ممکن است شکل اعمال تکراری و مداوم را به خود بگیرد (Ghanji, 2016).

افراد مبتلا به اختلال وسواس از "بحران خود" (Fennell, 2007; Liberato, &) و افکار شناختی منفی خود (Sauvageau, O'Connor, Dupuis & Aardema, 2020) و عملکرد روزانه و کیفیت زندگی پایینی را گزارش می‌کنند (Kohler, 2017). همچنین، این افراد به طور فعالانه یا منفعلانه مراقبت‌کنندگان یا اعضای خانواده‌شان را در رفتارهای برگرفته از آیین‌های تکراری‌شان شرکت می‌دهند که این امر منجر به ناامیدی افراد مبتلا می‌شود؛ چرا که دخالت آن‌ها شرایط را بدتر می‌کند (Simpson, Liebowitz, & Foa, 2004). بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری در صورت ابتلا هم‌زمان به اضطراب، افسردگی و یا داشتن برخی ویژگی‌های شخصیتی مستعد رفتار خودکشی هستند (Singh, Kashyap, & Sivakanthan, 2018)؛ به طوریکه

زمینه به کار برده نشده است. درحالی که برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری سطوح پایین ذهن‌آگاهی و شفقت به خود را گزارش می‌دهند (Leeuwerik, Cavanagh & Strauss, 2020) و به نظر می‌رسد که در داشتن رویکردی شفقت‌مندانه نسبت به خود مشکل دارند. دیدونا (Didonna, 2009) وسواس را به عنوان "حالت بدون آگاهی" (state of mindlessness) مطرح می‌کند و ترکیب تکنیک‌های درمانی موجود با رویکردهای مبتنی با ذهن‌آگاهی را به منظور افزایش تاثیرپذیری این بیماران از درمان پیشنهاد و بیان می‌کند که افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری در سه حوزه عمل با آگاهی، غیرواکنشی بودن و بدون قضاوت ضعیف هستند. درمان شفقت به خود مبتنی بر ذهن‌آگاهی یک برنامه درمانی ۸ هفته‌ای به منظور ایجاد شفقت به خود از طریق مراقبه‌های هدایت شده، تمرینات تجربی و و بحث و گفت و گو طراحی شده است (Neff & Germer, 2013) و دارای سه مولفه مهربانی با خود (رفتار کردن با مراقبت و مهربانی با خود در مواجهه با شکست یا بی‌کفایتی ادراک شده)، ویژگی‌های مشترک انسانی (به عنوان رنجی که همه افراد آن را تجربه می‌کنند و بخشی از تجربه مشترک انسانی است) و ذهن‌آگاهی (به عنوان آگاهی و پذیرش هیجان‌ها، افکار و احساسات بدنی دشوار) می‌باشد (Lathrena, Blutha, & Campoa, Tanb & Futch, 2018).

پذیرش احساسات آسیب‌پذیر، مراقبت و مهربانی نسبت به خود، درک و فهم و نگرش غیرارزیابانه نسبت به نارسایی‌ها و شکست خویش و بازشناسی تجربیات رایج فرد از مفاهیم مهم در رویکرد شفقت به خود می‌باشد (Race, 2010) و این رویکرد مراجعان را به تمرکز بر روی درک و احساس شفقت به خود در طول فرایندهای تفکر منفی، با تمرکز قوی بر پرورش شفقت به خود تشویق می‌کند (Leaviss & Uttley, 2015). در این رویکرد درمانی افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند؛ بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (Irons & Lad, 2017). براساس پژوهش تیملک (Timlke,

منجر به کاهش جدی کمیت و کیفیت روابط بین‌فردی می‌شوند (Baumeister, Brewer, Tice & Twenge, 2007). با توجه به نتایج پژوهش مورفی و فلسنر (Murphy & Flessner, 2015)، اختلال وسواسی-جبری منجر به بروز اختلال در روابط خانوادگی می‌شود و افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری بیان می‌کنند که علائم بیماری، زندگی اجتماعی‌شان را به طور منفی تحت تاثیر قرار داده است (Sorensen, Kirkeby & Thomsen, 2004). زندگی با افراد مبتلا به وسواس ممکن است دلسردکننده باشد و این افراد امیدشان را برای درمان از دست بدهند و از افسردگی رنج ببرند که این خود می‌تواند به تلاش برای خودکشی در آن‌ها بینجامد (Pavan Kumar, Girish & Saritha, 2015). ناتوانی در پیشگیری از وقوع این افکار دردناک همراه با حمل این بار به تنهایی ممکن است در احساس انزوا و متفاوت بودن و عدم تعلق به جامعه بزرگتر، نقش داشته باشد و منجر به احساس تنهایی در آن‌ها شود (Timpano, Rubenstein, & Murphy & Schmidt, 2014).

با توجه به مشکلات بین‌فردی در بین مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری، نیاز به رویکردی احساس می‌شود که این افراد رابطه خود را با افکار، هیجان‌ها و تجارب خود و دیگران بازسازی کنند؛ چرا که تحقیقات نشان می‌دهد که تجربه کامل افکار ناخوشایند و ناخواسته، هیجان‌ها و احساسات بدنی در طول مواجهه درمانی، منجر به مواجهه موفقیت‌آمیز در بیماران مبتلا به وسواس می‌شود (Reld, & Gamer, Van Kirk, Girona, Krompinger & et al 2017) و عمل با آگاهی و پذیرش نقش محافظتی در برابر افکار مزاحم وسواسی دارند (Emerson, Heapy & Garcia-Soriano, 2018). تحقیقات نشان می‌دهد که درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی در نمونه مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری به کار برده شده است (Sguazzin, Key, Rowa, Bieling & McCabe, 2017; Selchen, Hawley, Regev, Richter & Rector, 2018; Külz, Landmann, Cludius, Rose, Eidenreich & et al, 2019; Didonna, Lanfredi, Xodo, Ferrari, Rossi & et al, 2019)؛ اما تاکنون درمان شفقت به خود مبتنی بر ذهن‌آگاهی (Neff & Germer, 2013) در این

ناکامی درمان‌های دارویی در درمان اثربخش آن، بسیار اهمیت دارد که درمان‌های روان‌شناختی موثر برای این بیماری مزمن شناسایی شود و با استفاده از آن مشکلات روان‌شناختی این بیماران کاهش یابد. همچنین، کمبود مطالعات مربوط به مداخلات شفقت به خود مبتنی بر ذهن‌آگاهی و متغیرهای نظریه بین‌فردی-روان‌شناختی خودکشی ضرورت انجام این پژوهش را فراهم می‌سازد. از این رو، هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان شفقت به خود مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نیازهای بین‌فردی در مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری دارای افکار خودکشی در شهر اهواز بود. در این راستا فرضیه‌های زیر تدوین شدند:

۱. تعیین اثربخشی درمان شفقت به خود مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ادراک سربرابری در مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری دارای افکار خودکشی.

۲. تعیین اثربخشی درمان شفقت به خود مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تعلق‌پذیری از میان‌رونده در مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری دارای افکار خودکشی.

## روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: در این پژوهش، از طرح آزمایشی تک‌موردی با خط پایه چندگانه ناهمزمان (non concurrent multiple baseline design) استفاده شد. طرح تک‌موردی به این ترتیب خواهد بود که مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری دارای افکار خودکشی به طور همزمان به مرحله چند خط پایه وارد می‌شوند و به طور تصادفی از نظر ترتیب ورود به مرحله خط پایه و درمان یک به یک به فاصله یک جلسه (یک هفته) وارد طرح درمان می‌شوند. بدین ترتیب که مراجع اول پس از تعیین خط پایه سوم یعنی هفته چهار وارد جلسه اول درمان می‌شود و بعد از آن مراجع دوم در جلسه دوم مراجع اول وارد جلسه اول درمان می‌شود. مراجع سوم در جلسه دوم مراجع دوم و جلسه سوم مراجع اول وارد مرحله ۸ جلسه‌ای و سه نوبت پیگیری در طی شش هفته پیگیری خواهند شد. ریزوی و ناک (Rizvi & Nock, 2008) بیان می‌کنند که برای پیشگیری و درمان خودکشی، طرح‌های آزمایشی تک‌موردی نسبت به

(2016) مولفه‌های شفقت به خود (مهربانی با خود، ویژگی‌های مشترک انسانی و ذهن‌آگاهی) به طور منفی با تعلق‌پذیری از میان‌رونده و ادراک سربرابری بودن مرتبط هستند. (Umphrey, Sherblom, & Swiatkowski, 2021) در پژوهشی نشان دادند که بین شفقت به خود با تعلق‌پذیری خشی و ادراک سربرابری بودن رابطه منفی وجود دارد.

شواهد نشان می‌دهند که آموزش شفقت به خود مبتنی بر رویکرد شناختی (CBCT) منجر به کاهش علائم افسردگی و افکار خودکشی و افزایش شفقت به خود و ذهن‌آگاهی (LoParo, Mack, Patterson, Tenzin Negi & Kaslow, 2018) شده است. همچنین ساک و هوانگ (Suk & Hwang, 2018) درمان شفقت به خود مبتنی بر ذهن‌آگاهی محبت‌آمیز را به منظور تاثیر بر ابراز ناکارآمد خشم و نشخوار ذهنی آن مورد بررسی قرار دادند. نتایج حاکی از آن بود که گروه تحت درمان سطوح بالایی از آگاهی در لحظه و شفقت به خود نسبت به اطرافیان و بهبودی در کنترل خشم و کاهش آن را نشان دادند. بلوث و ایزنلوهر-مول (Bluth & Eisenlohr-Moul, 2017) در پژوهشی به بررسی اثربخشی شفقت به خود مبتنی بر ذهن‌آگاهی پرداختند. یافته‌های پژوهش نشان داد که مداخله شفقت به خود مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به کاهش استرس و افزایش تاب‌آوری، قدردانی و کنجکاوی/اکتشاف شد. اما نتوانست اضطراب و افسردگی را کاهش دهد. جیونگ، هی و جو (Gyeong, Hye & Ju, 2017) اثربخشی برنامه شفقت به خود مبتنی بر ذهن‌آگاهی و دوست داشتن و مهربانی را بر افسردگی، نشخوار ذهنی، ذهن‌آگاهی، شفقت به خود و ارتباطات اجتماعی در دانشجویان مستعد افسردگی مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که شرکت‌کنندگانی که در گروه آزمایش قرار داشتند و درمان را دریافت کرده بودند در زمینه افسردگی و نشخوار ذهنی کاهش چشمگیری را نشان دادند. همچنین این رویکرد درمانی منجر به افزایش ذهن‌آگاهی، شفقت به خود و ارتباطات اجتماعی شد و این اثرات در دوره پیگیری کماکان پایدار بود.

با توجه به مشکلات روان‌شناختی و بین‌فردی ناشی از بیماری و مقاوم بودن اختلال وسواسی-جبری به درمان و

مساوی یا بیشتر از ۸ یا در وسواس یا در رفتارهای جبری) و تشخیص دارا بودن اختلال توسط روانپزشک، ۲) دارا بودن تحصیلات حداقل سیکل، ۳) گرفتن نمره بالا (نمرات ۳۶ به بالا) در مقیاس افکار خودکشی گرایانه، ۴) دارا بودن حداقل ۵ سال سابقه ابتلاء به بیماری، ۵) تکمیل فرم رضایت آگاهانه مبنی بر داوطلب بودن شرکت در جلسات و ۶) عدم سابقه سوء مصرف مواد وارد دوره درمانی شدند. لازم به ذکر است که ملاک‌های خروج که از طریق مصاحبه بالینی بررسی شدند عبارت بودند از: ۱) ابتلاء به اختلال افسردگی دو قطبی، ۲) بیماری‌های جسمی خاص، ۳) ابتلاء به اختلال شخصیت، ۴) اختلال سایکوتیک و ۵) استفاده از خدمات مشاوره‌ای و روان‌شناختی در دو ماه قبل از اولین جلسه. در جدول ۱ دیاگرام طرح پژوهش نشان داده شده است.

طرح‌های دیگر مناسب‌تر هستند. در این پژوهش از درمان شفقت به خود ذهن آگاه در قالب ۸ جلسه ۱/۳۰ تا ۲ ساعت استفاده شد (Neff & Germer, 2013). جامعه آماری این پژوهش، شامل تمامی بیماران زن مبتلاء به اختلال وسواسی-جبری دارای افکار خودکشی مراجعه کننده به کلینیک‌ها و مطب‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی شهر اهواز بود. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به شیوه داوطلبانه بود و از بین افراد ۲۵-۵۰ سال که به کلینیک‌ها و مطب‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی شهر اهواز مراجعه کرده بودند سه بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-جبری به صورت داوطلبانه انتخاب شدند. افراد پس از احراز شرایط ورود مانند ۱) تشخیص اولیه اختلال وسواسی-جبری مطابق با DSM-5 (نمره بیشتر از ۱۲ در مقیاس ییل-برون - Y-BOCS global score یا نمره

جدول ۱. دیاگرام طرح پژوهش

X										
B1	B2	B3	T1	T2	T3	T4	F1	F2	F3	

(Goodman & et al, 1989). راجزی اصفهانی، متقی‌پور، کامکاری، ظهیرالدین و جان بزرگی (Rajezi Esfahani, Motaghipour, Kamkari, Zahiredin & Janbozorgi, 2012) ثبات درونی دو بخش نشانه‌ها و شدت نشانه‌ها را به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵، اعتبار دو نیمه‌سازی برای نشانه‌ها و شدت نشانه‌ها به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۹ و اعتبار بازآزمایی ۰/۹۹ را گزارش کردند. روایی همگرای مقیاس مذکور با مقیاس وسواسی-جبری مادزلی ۰/۷۸ گزارش شده است (Dadfar, Boalehri & Malakouti, 2001). در این پژوهش پایایی مقیاس وسواسی-جبری ییل-براون به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. دو نمونه از سوالات مقیاس عبارتند از: ۱) افکار وسواسی تا چه اندازه باعث ناراحتی و پریشانی شما می‌شوند؟ و ۲) اگر ممانعتی در انجام دادن رفتارهای وسواسی شما ایجاد شود، چه احساسی پیدا می‌کنید؟ مضطرب خواهید شد؟

**مقیاس افکار خودکشی گرایانه (the suicidal ideation scale):** این مقیاس توسط Rudd (1989) برای اندازه‌گیری شدت افکار خودکشی گرایانه فرد در چند هفته اخیر تدوین

### ابزارهای سنجش

**مقیاس وسواسی-جبری ییل-براون (Yale-Brown obsessive-compulsive scale):** برای سنجش شدت و نوع وسواس از مقیاس ۱۰ سوالی وسواسی-جبری ییل-براون که توسط گودمن، پرایس، راسموسن، مازور و دلگادو (Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, & Delgado, 1989) ساخته شده است استفاده شد. این مقیاس شامل سه بخش است که در بخش اول مصاحبه‌گر اختلال وسواسی-جبری را برای مراجع توضیح می‌دهد و مثال می‌زند. در بخش دوم سیاهه نشانه‌ها ارزیابی و در بخش سوم شدت نشانه‌ها درجه‌بندی می‌شود. وسواس‌های فکری و عملی مطابق با ۵ بعد میزان آشفتگی، فراوانی، تداخل، مقاومت و کنترل نشانه‌ها برآورد می‌شوند و در مجموع سه نمره شدت وسواس‌ها، شدت اجبارها و نمره کل می‌دهد. نمره‌گذاری مقیاس براساس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۰ تا ۴ است و دامنه نمرات بین ۰-۴۰ می‌باشد که کسب نمره ۱۶ یا بالاتر نشان دهنده ابتلاء به این نوع اختلال است. پایایی و روایی آن در ارزیابی شدت علائم وسواسی-جبری خوب بوده است

شده است و شامل ۱۰ سوال است که براساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرتی (۱=هرگز تا ۵=همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۱۰ تا ۵۰ قرار دارند و نمره ۱۰ آسیب‌پذیری کم نسبت به افکار خودکشی و نمرات بالای ۳۶ آسیب‌پذیری بیشتر نسبت به این افکار را نشان می‌دهد. آیتم‌های این مقیاس روی طیف یک پیوستار قرار می‌گیرند که از یک طرف انتهایی، افکار ناآشکار خودکشی‌گرایی و از طرف انتهایی دیگر، اقدام آشکار به خودکشی را نشان می‌دهند و آیتم‌های ۲ و ۳ اقدام به خودکشی را نشان می‌دهند. Rudd (1989) در نمونه دانشجویان ثابت درونی مقیاس افکار خودکشی‌گرایانه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش نمود. روایی ملاکی این مقیاس با استفاده از مقیاس‌های افسردگی و ناامیدی همبستگی معناداری داشته است و نمرات کسانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند نسبت به افراد دیگر بالاتر بوده است (Rudd, 1989). Charkhab (2013) ضریب پایایی این مقیاس با روش همسانی درونی را ۰/۹۴ گزارش نمود. در این پژوهش پایایی مقیاس افکار خودکشی‌گرایانه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد. دو نمونه از سوالات مقیاس عبارتند از: (۱) به راه هایی برا کشتن خودم فکر می‌کنم و (۲) به فرد دیگری گفته‌ام که خودم را خواهم کشت.

### روش اجرا و تحلیل داده‌ها

با مراجعه به کلینیک‌ها و مطب‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی شهر اهواز و دارا بودن ملاک‌های تشخیص اختلال وسواسی-جبری و بالا بودن نمره آنها در مقیاس افکار خودکشی‌گرایانه تعداد سه بیمار زن مبتلا به صورت در دسترس انتخاب شدند و مراحل خط پایه (سه مرحله)، درمان (چهار مرحله) و پس از آن پیگیری (سه مرحله) به ترتیب و با فواصل زمانی اجرا گردید. مطابق با اخلاق پژوهش، شرکت کنندگان در هر مرحله از جلسات درمانی می‌توانستند از شرکت در جلسات انصراف دهند و اطلاعات لازم درباره نحوه اجرای پژوهش و اهداف آن در اختیار آنها قرار داده شد. در این پژوهش از پروتکل درمان شفقت به خود مبتنی بر ذهن‌آگاهی در ۸ جلسه ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه استفاده گردید (Neff & Germer, 2013) و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های ترسیم دیداری یا تحلیل نمودار گرافیکی، رویکرد شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی استفاده شد.

مقیاس نیازهای بین‌فردی ( interpersonal needs scale): در پژوهش حاضر از مقیاس نیازهای بین‌فردی به منظور اندازه‌گیری تعلق‌پذیری از میان رونده و ادراک سربار بودن استفاده شد. مقیاس ۱۵ سوالی نیازهای بین‌فردی Van Orden, Cukrowicz, Witte & Joiner (2012) از شرکت‌کنندگان می‌خواهد که بهترین گزینه ممکن را متناسب با باورهایشان در مورد این که در حال حاضر تا چه میزانی با دیگران در ارتباط هستند (تعلق‌پذیری) و تا چه میزانی فکر می‌کنند که سربار دیگران هستند (ادراک سرباربودن) را انتخاب کنند. نمره‌گذاری مقیاس براساس لیکرت ۷ درجه‌ای (۱- اصلا در مورد من درست نیست تا ۷=کاملا در مورد من درست است) می‌باشد. تعداد آیتم‌های تعلق‌پذیری از میان رونده ۹ سوال که دامنه نمرات برای آن از ۹ تا ۶۳ و ادراک سربار بودن ۶ سوال است که دامنه نمرات آن از ۶ تا ۴۲ می‌باشد و نمره بیشتر در هر دو خرده‌مقیاس نشان‌دهنده

مقیاس نیازهای بین‌فردی ( interpersonal needs scale): در پژوهش حاضر از مقیاس نیازهای بین‌فردی به منظور اندازه‌گیری تعلق‌پذیری از میان رونده و ادراک سربار بودن استفاده شد. مقیاس ۱۵ سوالی نیازهای بین‌فردی Van Orden, Cukrowicz, Witte & Joiner (2012) از شرکت‌کنندگان می‌خواهد که بهترین گزینه ممکن را متناسب با باورهایشان در مورد این که در حال حاضر تا چه میزانی با دیگران در ارتباط هستند (تعلق‌پذیری) و تا چه میزانی فکر می‌کنند که سربار دیگران هستند (ادراک سرباربودن) را انتخاب کنند. نمره‌گذاری مقیاس براساس لیکرت ۷ درجه‌ای (۱- اصلا در مورد من درست نیست تا ۷=کاملا در مورد من درست است) می‌باشد. تعداد آیتم‌های تعلق‌پذیری از میان رونده ۹ سوال که دامنه نمرات برای آن از ۹ تا ۶۳ و ادراک سربار بودن ۶ سوال است که دامنه نمرات آن از ۶ تا ۴۲ می‌باشد و نمره بیشتر در هر دو خرده‌مقیاس نشان‌دهنده

جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات درمان شفقت به خود مبتنی بر ذهن‌آگاهی (Neff & Germer, 2013)

جلسه	عنوان جلسه	محتوا
اول	درک شفقت به خود آگاه	برقراری رابطه درمانی، تشخیص چگونگی تفاوت میان رفتار با خودشان و چگونگی رفتار با فردی که دوست شان دارند در هنگام دشواری های زندگی
دوم	تمرین ذهن آگاهی	ارائه نظریه و اصول ذهن آگاهی و چگونگی این که ذهن (مغز) به صورت طبیعی در هنگام استراحت به دنبال مسائل و مشکلات گذشته و آینده است.
سوم	تمرین مهربانی و مهرورزیدن	در این جلسه مراجع تمرین مهرورزیدن را یاد می‌گیرند. این تمرینات شامل عباراتی مانند: من احساس امنیت می‌کنم، من با خودم مهربان هستم، می‌باشد
چهارم	یافتن جایگاه شفقت در خودتان	درس اصلی جلسه چهارم این است که چگونه از تکرار عبارت‌های مهرورزی فراتر رفته و به صورت طبیعی شفقت به خود را تمرین کنند.
پنجم	عمیق زندگی کردن	در این جلسه به بررسی ارزش‌های اصلی که به زندگی معنا می‌بخشد پرداخته می‌شود
ششم	مدیریت احساسات و عواطف دشوار	بررسی اجزای فیزیکی و عاطفی (افکار و واکنش‌های جسمی)
هفتم	تغییر روابط	تغییر درد روابط، چه درد ذاتی و یا چه دردی که ناشی از عدم توانایی در برقراری روابط باشد. یادگیری تحمل دردها در روابط دشوار زندگی
هشتم	قبول و پذیرش زندگی	جلسه آخر تعصبات منفی زندگی را هدف قرار می‌دهد. آموزش تکیه بر چیزهای خوب زندگی و ویژگی‌های خوب وجود مراجع

### یافته‌ها

ویژگی‌های توصیفی نمونه در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. ویژگی‌های توصیفی نمونه

متغیرها	فراوانی
تحصیلات	۱ ابتدایی
	۱ دیپلم
	۱ فوق دیپلم
مدت زمان داشتن اختلال	۱ ۱۵ سال
	۱ ۱۲ سال
	۱ ۶ سال

جدول ۴ روند تغییر مراحل درمان شفقت به خود مبتنی بر ذهن آگاهی بر نیازهای بین‌فردی را نشان می‌دهد.

شرکت‌کنندگان ۳ بیمار زن مبتلا به اختلال وسواسی-جبری در دامنه سنی ۳۵، ۴۲ و ۵۰ ساله بودند و میانگین سنی آنها  $42/33 \pm 7/50$  بود. میزان تحصیلات هر کدام از آنها ابتدایی، دیپلم و فوق دیپلم و مدت زمان دارا بودن اختلال نیز برای هر کدام ۱۵، ۱۲ و ۶ سال بود.

جدول ۴. روند تغییر مراحل درمان شفقت به خود مبتنی بر ذهن آگاهی بر نیازهای بین فردی

مراجع سوم		مراجع دوم		مراجع اول		مراجعات	مراحل درمان
تعلق پذیری	ادراک سربار	تعلق پذیری	ادراک سربار	تعلق پذیری	ادراک سربار		
از میان رونده	بودن	از میان رونده	بودن	از میان رونده	بودن		
خط پایه							
۵۴	۳۹	۵۸	۴۱	۵۷	۳۵		خط پایه اول
۵۷	۴۰	۴۸	۳۹	۵۶	۳۸		خط پایه دوم
۴۹	۳۸	۵۴	۴۰	۵۵	۳۷		خط پایه سوم
۵۳/۳۳	۳۹	۵۳/۳۳	۴۰	۵۶	۳۶/۶۶		میانگین مرحله خط پایه
درمان							
۴۷	۳۰	۴۸	۳۵	۴۷	۳۲		جلسه دوم
۳۸	۲۵	۳۸	۳۳	۳۹	۲۸		جلسه چهارم
۳۴	۲۷	۳۷	۲۶	۳۵	۲۶		جلسه ششم
۳۶	۲۵	۳۵	۲۵	۳۸	۲۳		جلسه هشتم
۳۸/۷۵	۲۶/۷۵	۳۹/۵	۲۹/۷۵	۳۹/۷۵	۲۷/۲۵		میانگین مرحله درمان
-۲/۰۱	-۴/۲۳	-۱/۹۷	-۳/۵۴	-۲/۲۴	-۳/۲۵		شاخص تغییر پایا (درمان)
۲۷/۳۳	۳۱/۴۱	۲۵/۹۳	۲۵/۶۲	۲۹/۰۱	۲۵/۶۶		درصد بهبودی پس از درمان
تعلق پذیری از میان رونده		ادراک سربار بودن					درصد بهبودی کلی پس از درمان
۲۷/۴۲		۲۷/۵۶					
پیگیری							
۴۵	۳۵	۴۰	۲۹	۴۲	۳۱		پیگیری نوبت اول
۴۸	۲۹	۳۸	۳۲	۴۶	۲۸		پیگیری نوبت دوم
۴۰	۳۰	۳۸	۳۰	۴۰	۳۲		پیگیری نوبت سوم
۴۴/۳۳	۳۱/۳۳	۳۸/۶۷	۳۰/۳۳	۴۲/۶۷	۳۰/۳۳		میانگین مرحله پیگیری
-۱/۲۴	-۲/۶۵	-۲/۰۲	-۳/۳۴	-۱/۸۳	-۲/۱۹		شاخص تغییر پایا (پیگیری)
۱۶/۸۷	۱۹/۶۷	۲۷/۲۸	۲۴/۱۷	۲۳/۸۰	۱۷/۲۶		درصد بهبودی پس از پیگیری
تعلق پذیری از میان رونده		ادراک سربار بودن					درصد بهبودی کلی پس از پیگیری
۲۲/۶۵		۲۰/۳۶					

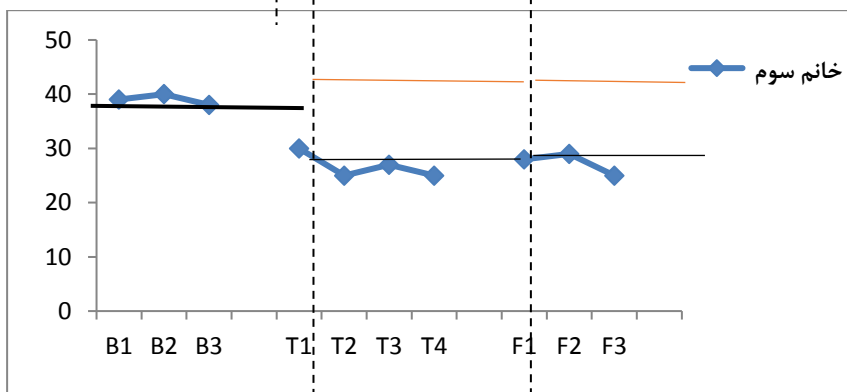
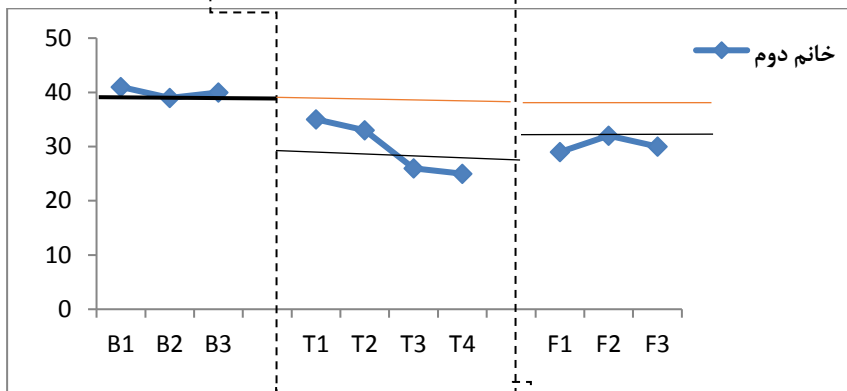
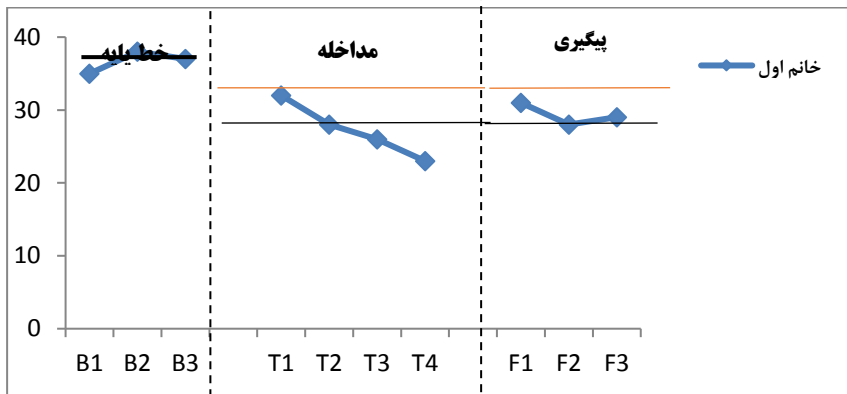
میان رونده ۲۹/۰۱ و پس از پیگیری نیز به ترتیب ۱۷/۲۶ و ۲۳/۸۰ بود. همچنین برای مراجع دوم درصد بهبودی پس از درمان برای ادراک سربار بودن ۲۵/۶۲ و تعلق پذیری از میان رونده ۲۵/۹۳ و پس از پیگیری به ترتیب ۲۴/۱۷ و ۲۷/۲۸

جدول ۴ نشان می دهد مقدار شاخص تغییر پایا به دست آمده برای هر سه مراجع در مراحل درمان تعلق پذیری از میان رونده و پیگیری معنی دار است. درصد بهبودی مراجع اول پس از درمان برای ادراک سربار بودن ۲۵/۶۶ و تعلق پذیری از



نمودار ۱ نشان می‌دهند میانگین و سطح نمره‌های ادراک سربار بودن در هر سه مراجع در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش پیدا کرده است.

بود. درصد بهبودی مراجع سوم نیز پس از درمان برای ادراک سربار بودن ۳۱/۴۱ و تعلق‌پذیری از میان‌رونده ۲۷/۳۳ و برای پیگیری به ترتیب ۱۹/۶۷ و ۱۶/۸۷ بود.

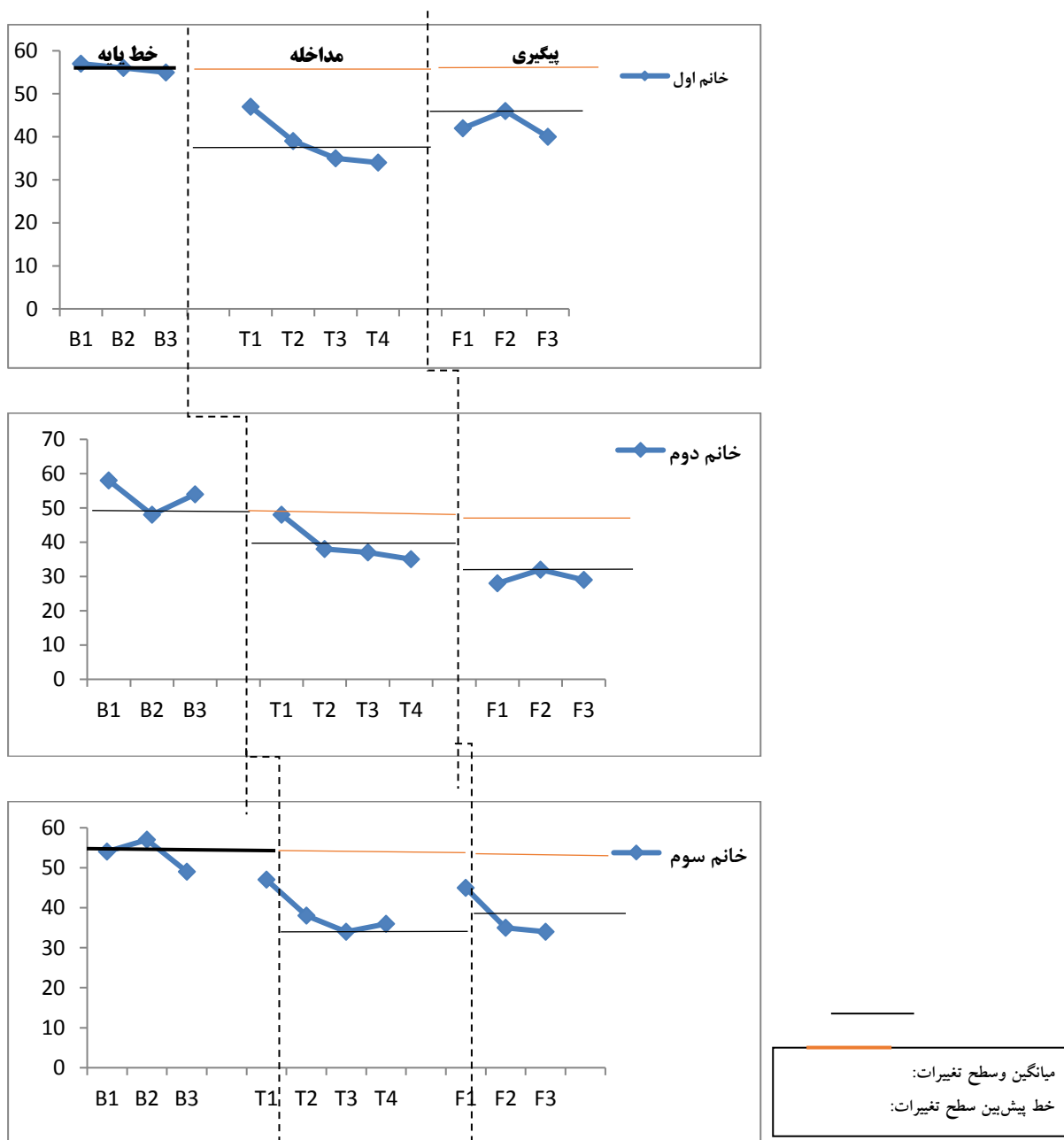


— میانگین و سطح تغییرات  
— خط پیش بین سطح تغییرات

نمودار ۱. روند تغییر نمره‌های ادراک سربار بودن در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری درمان شفقت به خود مبتنی بر ذهن آگاهی

نمودار ۲ نشان می‌دهند میانگین و سطح نمره‌های ادراک سربار بودن در هر سه مراجع در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش پیدا کرده است.

تعلق‌پذیری از میان‌رونده در هر سه مراجع در مرحله



نمودار ۲. روند تغییر نمره‌های تعلق‌پذیری از میان‌رونده در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری درمان شفقت به خود مبتنی بر ذهن‌آگاهی

اختلال وسواسی-جبری است. بنابراین فرضیه‌های اول و دوم تایید شدند.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان شفقت به خود مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نیازهای بین‌فردی مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری دارای افکار خودکشی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان شفقت به خود مبتنی بر ذهن

بنابراین براساس درصد بهبودی کلی این سه مراجع پس از درمان برای و ادراک سرباربودن (۲۷/۵۶) و تعلق‌پذیری از میان‌رونده (۲۷/۴۲) و پیگیری ادراک سرباربودن (۲۰/۳۶) و برای تعلق‌پذیری از میان‌رونده (۲۲/۶۵) براساس طبقه‌بندی بلانچارد (Hamidpour, 2006) در مرحله درمان و پیگیری، در طبقه بهبودی اندک قرار می‌گیرد و به طور کل حاکی از موفقیت مداخله شفقت به خود مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تعلق‌پذیری از میان‌رونده و ادراک سرباربودن در مبتلایان به

انتقاد از خود و عدم داشتن ارتباط سازنده با دیگران افزایش می‌یابد. به دلیل عدم ایفای نقش همسری و مادرانه این مراجعین و متقابلاً عدم بازخورد مثبت از دیگران، از خودسرزنش‌گری بالایی برخوردار بودند. خودشفقتی به چندین روش موجب کاهش خودسرزنشگری در آن‌ها شد. طبق پروتکل درمانی، مهربان بودن و درک خود در مواجهه شدن با مشکلات شخصی می‌تواند با خودگویی‌های شدید و منفی مقابله کند. براساس پروتکل درمان خودگویی‌های مثبت‌تری مانند این اصلاً خوب نیست که کامل نباشم به صورت خودگویی شفقت‌مندانه من ناقص نیستم تغییر یافت. خودآگاهی نسبت به درد و رنج ناشی از شرایط استرس‌آور، پاسخ مهربانانه و گرم را تسهیل کرد. بدین صورت که مراجعین یاد گرفتند برای مراقبت کردن از خود در شرایط سخت و دشوار به انجام کارهایی که مورد نیاز است پردازند. در کنار پیامدهای ناشی از داشتن اختلال وسواس، علت دیگر بروز احساسات تعلق‌پذیری از میان رونده مراجعین به شخصیت همسران این مراجعین و تعاملات زناشویی آن‌ها برمی‌گشت. علیرغم این که همسر مراجع اول فردی حمایتگر بود و او را در زمینه‌های مختلف مورد حمایت و همدلی قرار داده بود و توجه مثبت بی‌قید و شرط را به ایشان نشان می‌داد اما این مراجع احساس رضایت زناشویی نمی‌کرد و به دلیل تاثیرات منفی وسواس بر الگوی تعاملی و کارکردی خانواده و عدم داشتن ارتباط با اقوام و بستگان و تمایل همسرش مبنی ارتباطات گسترده، تعاملات مثبت زناشویی را نسبت به او نداشت و خواهان قطع ارتباط همسرش با خانواده‌اش بود. همسر مراجع دوم کنترل‌گر و فردی وابسته به مواد بود و هیچ‌گونه تعهدی نسبت به خانواده نداشت و بارها تعارضات عمیق زناشویی بین این دو صورت پذیرفته بود. همسر مراجع سوم نیز فردی بی‌تفاوت و مسئولیت‌ناپذیر و فاقد حمایت‌گری بود و اتخاذ سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه او و سبک فرزندپروری مستبدانه مراجع سوم تعارضاتی را در این زمینه به وجود آورده بود. منجر مشترک احساس تعلق-پذیری خنثی در هر سه مراجع، فقدان مراقبت دوسویه (از دیگران مراقبت کنم و دیگران نیز از من مراقبت می‌کنند) بود. با توجه به این که اشکال شفقت شامل شفقت به خود،

آگاهی می‌تواند منجر به کاهش ادراک سربار بودن و تعلق‌پذیری از میان‌رونده در مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری شود. تحقیقات پیشین بررسی زیادی در مورد اثربخشی درمان شفقت به خود مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تعلق‌پذیری از میان‌رونده و ادراک سربار بودن نداشته‌اند. اما یافته‌های پژوهشی حاکی از اثربخشی این درمان بر ارتباطات اجتماعی بوده است (Gyeong & et al, 2017).

شفقت به خود مبتنی بر ذهن‌آگاهی یک راهبرد مقابله‌ای محافظتی است که می‌تواند منجر به افزایش تحمل در زمان‌های بحرانی شود و رابطه معکوسی با خشم، شرم، رفتارخودکشی و تعلق‌پذیری از میان رونده و ادراک سربار بودن دارد (Rabon, Hirsch, Kaniuka, Sirois, Brooks & et al, 2019). درمان شفقت به خود مبتنی بر ذهن‌آگاهی پاسخ به تهدید را تعدیل می‌کند (Neff & Germer, 2013) می‌شود و به آن‌ها یاد می‌دهد که چگونه با تجربیات درونی و بیرونی خود بدون قضاوت کردن و تحلیل بیش از حد ارتباط برقرار کنند و نسبت به درد و رنج، ناکامی‌ها و ویژگی‌های شخصیتی که دوست ندارند با مهربانی رفتار کنند. شواهد پژوهشی نشان داد که افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری چالش‌های خاصی را در زمینه داشتن ذهن‌آگاهی و شفقت به خود تجربه می‌کنند (Leeuwerik & et al, 2020) و میزان بالایی از مشکلات بین‌فردی مانند ادراک سربار بودن و تعلق‌پذیری از میان رونده را تجربه می‌کنند. به طوری که ادراک سربار بودن و تعلق‌پذیری از میان‌رونده در تقابل مستقیم با شفقت به خود است و آموزش ذهن‌آگاهی منجر به استقامت در شرایط بین‌فردی سخت و دشوار مانند تعلق‌پذیری از میان‌رونده و ادراک سربار شدن می‌شود (Collins & et al, 2016).

به دلیل ماهیت مزمن اختلال وسواسی-جبری و تاثیر آن بر روابط بین‌فردی و درون فردی، بخش عمده‌ای از یادگیری زندگی با اختلال وسواس، گنجاندن ذهن‌آگاهی و شفقت به خود در آن است. به مراجعین آموزش داده شد که پیامدهای بیماری و تجارب دردناک ناشی از آن خارج از کنترل مستقیم آن‌ها است و بپذیرند در حال رنج کشیدن هستند و اگر به اشکال مختلف با این رنج مبارزه شود، استرس، ناامیدی و

شفقت به دیگران و دریافت شفقت از دیگران است، سعی شد تا مراجعین ضمن شفقت‌ورزی به خود، به همسران‌شان نیز شفقت نشان دهند. به بررسی دو نوع درد، درد در ارتباط بودن (رنج کشیدن افراد مهم در زندگی) و درد بریدگی (دردی که هنگام طرد، احساس صدمه، خشم یا تنهایی تجربه می‌شود) در روابط این مراجعین با همسران‌شان پرداخته شد. درمانگر از مراجعین خواست تا احساسات و افکار خود را در زمان بروز مشکلات تعاملی با همسران و بروز احساس عدم تعلق در ستون‌هایی به عنوان مهارت خودبازبینی برای ایجاد افکار مفید و شفقت‌مندانه نسبت به خود و دیگران ثبت کنند. شفقت به خود مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند اولین گام در کاهش دردها و افزایش قدرت بخشش خود و دیگران باشد و برای دردهایی که در روابط دشوار زندگی آن‌ها را تحمل کرده‌اند از جملات و عبارات همراه با شفقت استفاده کنند. مراجعین توانسته‌اند تعاملات همسران‌شان را بدون اسناد منفی و نگرش‌های تهاجمی در نظر بگیرند و دیدگاه خود را از موضع انتقاد شونده و انتقادکننده به موقعیت شفقت‌مندانه تغییر دهند. شفقت زمانی کامل است که نه تنها نسبت به خود بلکه نسبت به دیگران نیز تجربه شود. احساس شفقت به دیگران احساس شفقت نسبت به خود را آسان می‌کند و از سوی دیگر کسی که نسبت به خود مشفق است به طور طبیعی دیدی مشفقانه‌ای نسبت به دیگران پیدا می‌کند. همچنین، به کاربرد آموزش «وقفه‌ای برای شفقت به خود» در تعارضات میان‌فردی مراجعین با همسران‌شان پرداخته شد.

همچنین؛ درمان شفقت به خود مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند باعث کاهش ادراک سرباربودن در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری دارای افکار خودکشی شود. شفقت به خود مبتنی بر ذهن‌آگاهی با شناخت بهتر خود، افزایش توجه به خود و همین‌طور توانایی‌های خود و آگاهی نسبت به باورها و افکار غیرمنطقی، منجر به مطلوب‌ترین سطح سازش یافتگی اجتماعی و مؤثرین شکل ارتباط با دیگران می‌شود (Akin, 2010) و افزایش توافق و توانایی بیشتر برای کنار آمدن با دیگران و فرصت‌های بیشتر برای احساس پیوند و ارتباط را به همراه دارد (Neff, Rude & Kirkpatrick, 2007). به جای مخالفت و بحث با دیگران پیوند اجتماعی را ترویج می‌دهد و با تشویق دیدگاه و تجارب مشترک انسانی احساس تنهایی را کاهش می‌دهد (Neff, 2003). بنابراین با توجه به این که شفقت به خود تمایل به افزایش اعتماد به نفس به یک روش غیررقابتی دارد، می‌تواند به شدت برای کسانی مفید باشد که احساسات پایدار قطع ارتباط اجتماعی را تجربه می‌کنند (Cheng & Furnham, 2002). پاسخ حاکی از شفقت به جای سرزنش کردن خود یا نشخوار کردن پیرامون بی‌کفایتی ادراک شده شامل تعمیم دادن مهربانی می‌شود. بنابراین، تاثیر تجربه‌های هیجانی منفی از قبیل احساس تنهایی و عدم تعلق اجتماعی را به حداقل می‌رساند (Yang, 2016).

احساس سربار بودن مراجع اول بدین صورت بود که احساس بی‌اهمیتی و پوچی می‌کرد و این باور را داشت که به دلیل عدم داشتن ویژگی‌های منحصر به فرد هیچ کس نمی‌تواند بر او تکیه و اتکا کند و به دلیل ناتوانی در انجام وظایف زناشویی و نقش موثر در خانواده از خودش متنفر بود. در مراجع دوم این احساس به صورت ناتوانی در انجام دادن وظایف و نگرش منفی اعضای خانواده به دلیل درگیر شدن مکرر در آیین‌های وسواسی بود و مراجع سوم نیز دارای این دیدگاه شخصی بود که به دلیل آشفتگی‌ها و نوسانات خلقی گسترده و درگیر کردن اعضای خانواده رفتارهای اطمینان‌بخشی، وجود او باری برای اعضای خانواده است و در نبود او آن‌ها عملکرد بهتری خواهند داشت. زیربنای احساس سرباربودن هر سه مراجع وجود نقض و بی‌کفایتی‌های شخصی بود. به آن‌ها آموزش داده شد که به جای این که نقاط ضعف خود را واقعی تلقی کنند آن‌ها را بخشی از وجود انسانی خود بدانند و از آنجایی که خودشفقتی افراد را به سمت مفهوم انسانیت مشترک رهنمون می‌سازد از این رو کمک می‌کند در عین حال تجربه درد یا احساس گناه و نقض شخصی، شایسته دریافت مهربانی و شفقت هستند و به جای این که پیامدهای منفی را به دیگران یا موقعیت نسبت دهند، در تجربیات منفی مسئولیت شخصی‌شان را بدون افراط بیش از حد در هیجان‌ات منفی برعهده بگیرند و از استراتژی‌های حل مساله استفاده کنند.

احساس سربار بودن مراجع اول بدین صورت بود که احساس بی‌اهمیتی و پوچی می‌کرد و این باور را داشت که به دلیل عدم داشتن ویژگی‌های منحصر به فرد هیچ کس نمی‌تواند بر او تکیه و اتکا کند و به دلیل ناتوانی در انجام وظایف زناشویی و نقش موثر در خانواده از خودش متنفر بود. در مراجع دوم این احساس به صورت ناتوانی در انجام دادن وظایف و نگرش منفی اعضای خانواده به دلیل درگیر شدن مکرر در آیین‌های وسواسی بود و مراجع سوم نیز دارای این دیدگاه شخصی بود که به دلیل آشفتگی‌ها و نوسانات خلقی گسترده و درگیر کردن اعضای خانواده رفتارهای اطمینان‌بخشی، وجود او باری برای اعضای خانواده است و در نبود او آن‌ها عملکرد بهتری خواهند داشت. زیربنای احساس سرباربودن هر سه مراجع وجود نقض و بی‌کفایتی‌های شخصی بود. به آن‌ها آموزش داده شد که به جای این که نقاط ضعف خود را واقعی تلقی کنند آن‌ها را بخشی از وجود انسانی خود بدانند و از آنجایی که خودشفقتی افراد را به سمت مفهوم انسانیت مشترک رهنمون می‌سازد از این رو کمک می‌کند در عین حال تجربه درد یا احساس گناه و نقض شخصی، شایسته دریافت مهربانی و شفقت هستند و به جای این که پیامدهای منفی را به دیگران یا موقعیت نسبت دهند، در تجربیات منفی مسئولیت شخصی‌شان را بدون افراط بیش از حد در هیجان‌ات منفی برعهده بگیرند و از استراتژی‌های حل مساله استفاده کنند.

احساس سربار بودن مراجع اول بدین صورت بود که احساس بی‌اهمیتی و پوچی می‌کرد و این باور را داشت که به دلیل عدم داشتن ویژگی‌های منحصر به فرد هیچ کس نمی‌تواند بر او تکیه و اتکا کند و به دلیل ناتوانی در انجام وظایف زناشویی و نقش موثر در خانواده از خودش متنفر بود. در مراجع دوم این احساس به صورت ناتوانی در انجام دادن وظایف و نگرش منفی اعضای خانواده به دلیل درگیر شدن مکرر در آیین‌های وسواسی بود و مراجع سوم نیز دارای این دیدگاه شخصی بود که به دلیل آشفتگی‌ها و نوسانات خلقی گسترده و درگیر کردن اعضای خانواده رفتارهای اطمینان‌بخشی، وجود او باری برای اعضای خانواده است و در نبود او آن‌ها عملکرد بهتری خواهند داشت. زیربنای احساس سرباربودن هر سه مراجع وجود نقض و بی‌کفایتی‌های شخصی بود. به آن‌ها آموزش داده شد که به جای این که نقاط ضعف خود را واقعی تلقی کنند آن‌ها را بخشی از وجود انسانی خود بدانند و از آنجایی که خودشفقتی افراد را به سمت مفهوم انسانیت مشترک رهنمون می‌سازد از این رو کمک می‌کند در عین حال تجربه درد یا احساس گناه و نقض شخصی، شایسته دریافت مهربانی و شفقت هستند و به جای این که پیامدهای منفی را به دیگران یا موقعیت نسبت دهند، در تجربیات منفی مسئولیت شخصی‌شان را بدون افراط بیش از حد در هیجان‌ات منفی برعهده بگیرند و از استراتژی‌های حل مساله استفاده کنند.

همچنین، تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و کاهش استرس به مراجعین کمک می‌کند که به جای غرق شدن در الگوی تفکر منفی‌شان که خارج از کنترل‌شان است در لحظه تمرکز نمایند و خودانتقادی آن‌ها را به چالش می‌کشد. تکنیک‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی به بیماران کمک می‌کند تا در تجربه احساسات جسمی اضطراب در هنگام تجربه افکار وسواسی مزاحم شرکت کنند و آنها را بپذیرند و همچنین افراد را ترغیب می‌کنند که به جای واکنش خودکار به رویدادها به دامنه انتخاب‌های رفتاری که می‌توانند در پاسخ به این رویدادها داشته باشند، توجه کنند (Segal, Williams & Teasdale, 2002). در مجموع درمان مبتنی بر شفقت به خود ذهن‌آگاه، به دنبال آن است که مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری به جای کنترل فکر، بازداری فکر، اجتناب، و اطمینان‌طلبی رابطه جدیدی با افکار وسواسی و اضطراب ایجاد کنند. به این صورت که فکر وسواسی فقط به عنوان یک فکر تجربه شود و اضطراب فقط به عنوان یک هیجان احساس شود و این به نوبه خود باعث می‌شود مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری به جای گذراندن زمان زیادی در تلاش برای کاهش فکر وسواسی و اجتناب از اضطراب، هیجان‌ات نامطبوع مثل اضطراب را بیشتر تحمل کنند، کمتر تحت تسلط هیجان‌ات و رفتارهای مبتنی بر تهدید قرار گیرند، جهت‌های تازه‌ای برای مسیر زندگی خود انتخاب نمایند، با آزادی بیشتری به سمت اهداف عمیقاً ارزشمند خود حرکت کنند و زندگی معنادار، هدفمند و با نشاط‌تری را انتخاب نمایند، و بر انجام کارهایی که مهم و ارزشمندند، متمرکز شوند.

تک جنسیتی بودن نمونه‌ی پژوهش حاضر و محدود بودن جامعه پژوهش به شهر اهواز از جمله محدودیت‌هایی است که باید تعمیم نتیجه‌ی پژوهش به سایر جامعه‌های آماری با احتیاط صورت گیرد. با توجه به نتایج مثبت درمان شفقت به خود مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری، به کارگیری این روش‌های درمانی جدید برای مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری ضروری به نظر می‌رسد. برای تأیید به کارگیری درمان شفقت به خود مبتنی بر ذهن‌آگاهی به عنوان یک روش درمانی، به داده‌های تجربی بیشتر با نمونه‌های بزرگ‌تر و با جنسیت مردان مبتلا به این

#### منابع

- Abbaspour, Z. (2014). *The effectiveness of family-centered and solution-oriented cognitive-behavioral therapies on thoughts Suicidal ideation, symptoms of depression, cohesiveness, and familial adaptability suicide*. Thesis for Ph.D, Shahid Chamran University of Ahvaz. (Persian)
- Akin, A. (2010). Self-compassion and Loneliness. *International Journal of Science Education*, 2(3), 702-718.
- Baumeister, R.F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90-113.
- Baumeister, R.F., Brewer, L.E., Tice, D.M., & Twenge, J.M. T. (2007). hwarning the need to belong: Understanding the interpersonal and inner effects of social exclusion. *Journal of Social and Personality and Psychology Compass*, 1, 506-520.
- Bluth, K., & Eisenlohr-Moul, T.A. (2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence*, 57, 108-118.
- Charkhab, N. (2013). *Investigating the proposed model of the effect of parent-child conflict and family orientation on thoughts suicide is mediated by self-esteem and depression in first grade high school girls Ahvaz city*. (dissertation). Master

- Thesis in Counseling, Islamic Azad University, Science and Research Branch. (Persian)
- Cheng, H., & Furnham, A. (2002). Personality, peer relations, and self-confidence as predictors of happiness and loneliness. *Journal of Adolescence*, 25(3), 327–339.
- Collins, K.R.L, Best, I., Stritzke, W.G.K, & Page, A.C. (2016). Mindfulness and zest for life buffer the negative effects of experimentally-induced perceived burdensomeness and thwarted belongingness: Implications for theories of suicide. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(5), 704–714.
- Dadfar M, Boalehri J, Malakouti K, Bayanzadeh A. (2001). Investigation of the prevalence of symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Iranian Journal of Psychiatry Psychology*, 7(1-2), 27-32. (Persian)
- De la Cruz, L.F., Rydell, M., Runeson, B., D'Onofrio, B.M., Brander, G, Rück, C., et al. (2017). Suicide in obsessive-compulsive disorder: A population-based study of 36,788 Swedish patients. *Journal of Molecular Psychiatry*, 22(11), 1626-1632.
- Didonna, F. (2009). *Mindfulness and obsessive-compulsive disorder: developing a way to trust and validate one's internal experience*. In: Didonna F (ed) *Clinical handbook of mindfulness*. Springer, New York. pp 189–219
- Didonna, F., Lanfredi, M., Xodo, E., Ferrari, C., Rossi, R., & Pedrini, L. (2019). Mindfulness-based Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *Journal of Psychiatric Practice*, 25(2), 156–170.
- Emerson, L.M., Heapy, C., & Garcia-Soriano, G. (2018). Which facets of mindfulness protect individuals from the negative experiences of obsessive intrusive thoughts? *Journal of Mindfulness*, 9, 1170–1180.
- Fennell, D., & Liberato, A.S.Q. (2007). Learning to live with OCD: Labeling, the self, and stigma. *Journal of Deviant Behavior*, 28(4), 305–331.
- Ghanji, M. (2016). *Mental Pathology based on DSM-5*. Second edition, Savalan Publications: Tehran. (Persian)
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G.R., & et al. (1989). The Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale II. Validity. *Journal of Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1012–1016.
- Gyeong, J.H., Hye, N.C., & Ju, C.H. (2017). Effect of mindful loving kindness-compassion program(MLCP) on depression, rumination, mindfulness, self-compassion, and social connectedness, in depression-prone students. *Korean Journal of Health Psychology*, 22(2), 271-287.
- Hamidpour, H. (2006). The importance of methodology in behavioral-cognitive research. *Journal of Reflection of knowledge*, 3, 49-56. (Persian)
- Irons, C., & Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Journal of Clinical Psychologist*, 3(1), 47-54.
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kohler, K.C. (2017). *The daily functioning and quality of life of adults with obsessive compulsive disorder: a qualitative inquiry*. Thesis presented for the degree of master of arts in psychology in the Faculty of Arts and Social Sciences at Stellenbosch University.
- Külz, AK, Landmann, S., Cludius, B., Rose, N., Eidenreich, T., & Jelinek, L, et al. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in patients with obsessive–compulsive disorder (OCD) and residual symptoms after cognitive behavioral therapy (CBT): a randomized controlled trial. *Journal of European Archives Psychiatry and Clinical*, 269, 223–233.
- Lathrena, C., Blutha, K., Campoa, R., Tanb, W., & Futch, W. (2018). Young adult cancer survivors' experiences with a mindful self-compassion (MSC) video-chat intervention: A qualitative analysis. *Journal of Self & Identity*, 17(6), 646-665.
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early

- systematic review. *Journal of Psychological Medecian*, 45(5), 927-945.
- Leeuwerik, T., Cavanagh, K., & Strauss, C. (2020). The Association of Trait mindfulness and self-compassion with obsessive-compulsive disorder symptoms: Results from a large survey with treatment-seeking adults. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 44(1), 120-135.
- LoParo, D., Mack, S.A., Patterson, B., Tenzin Negi, L., & Kaslow, N.J. (2018). The efficacy of cognitively-based compassion training for African American suicide attempters. *Journal of Mindfulness*, 9(6): 1941-1954.
- Lovibond, S.H., & Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. 2nd ed. Australia: Psychological Foundation of Australia.
- Lyon, T.A. (2015). *Self-compassion as a predictor of loneliness: The relationship between self-evaluation processes and perceptions of social connection*. Selected Honors Theses. Southeastern University
- Ma, J., Batterham, P.J., Calear, A.L., & Han, J. (2016). A systematic review of the predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior. *Journal of Clinical Psychology Review*, 46, 34-45.
- Murphy, Y.E., & Flessner, C.A. (2015). Family functioning in paediatric obsessiv compulsive and related disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 54(4), 414-434.
- Neff Ch., & Germer Ch. (2013). *The Mindful Self-Compassion Workbook: A Proven Way to Accept Yourself, Build Inner Strength, and Thrive*. The Guilford Press.
- Neff, K. (2003). Self-Compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Journal of Self & Identity*, 2(2), 85-101.
- Neff, K.D., Rude, S.S., & Kirkpatrick, K.L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research Personality*, 41(3), 908-916
- Pavan Kumar, K., Girish, M., & Saritha, G. (2015). Suicidal behaviour in obsessive compulsive disorder patients. *International Journal of Current Medical and Applied Sciences*, 6(2), 149-54.
- Pellegrini, L., Maietti, E., Rucci, P., Casadei, G., Maina, G., Fineberg, N.A., & Albert, U. (2020). Suicide attempts and suicidal ideation in patients with obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 276(1), 1001-1021.
- Rabon, J.K., Hirsch, J.K., Kaniuka, A.R., Sirois, F., Brooks, B.D., & Neff, K. (2019). Self-compassion and suicide risk in veterans: When the going gets tough, do the tough benefit more from self-compassion? *Journal of Mindfulness*, 10(12), 2544-2554.
- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Journal of Personality Individual Difference*, 48(6), 757-761.
- Rajezi Esfahani, S., Motaghipour, Y., Kamkari, K., Zahireidin, A., & Janbozorgi, M. (2012). Reliability and validity of the Persian version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 17 (4), 297-303. (Persian)
- Rashid, S., Kiani Chalmari, A., Yeganeh, N., & Zeinaddini, S. (2017). The relationship between death anxiety, mattering, perceived burdensomeness and thwarted belongingness with suicidal behavior in college students. *Iranian Journal of Emergency Care*, 1(1), 32-42. (Persian)
- Reld, A.M., Gamer, L.E., Van Kirk, N., Gironda, Ch., Kropminger, J.W., & Brennan, BP, et al. (2017). How willing are you? Willingness as a predictor of change during treatment of adults with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Depression and Anxiety*, 34(11), 1057-1064.
- Rizvi, S. L., & Nock, M. K. (2008). Single-case experimental designs for the evaluation of treatments for self-injurious and social behavior. *Journal of Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(5), 498-510.
- Roush, J. F., Brown, S. L., Mitchell, S. M., & Cukrowicz, K. C. (2016). Shame, guilt, and suicide ideation among bondage and discipline, dominance and submission, and sadomasochism practitioners: Examining the role of the interpersonal theory of suicide. *Journal of Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(2), 129-141.

- Rudd, M. D. (1989). The prevalence of suicidal ideation among college students. *Journal of Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19(2), 173-183.
- Sauvageau, J., O'Connor, K., Dupuis, J., & Aardema, K. (2020). Experimental priming of feared self-perceptions increases obsessive-compulsive symptoms in a clinical OCD sample. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 27, 1-9.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press.
- Selchen, S., Hawley, L. L., Regev, R., Richter P., & Rector N.A. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for OCD: Stand-alone and post-CBT augmentation approaches. *Journal of Cognitive Therapy*, 11(1), 1-22.
- Sguazzin, C.M.G, Key, B., Rowa, K., Bieling, P.J., & McCabe, R.E. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy for residual symptoms in obsessive-compulsive disorder: A qualitative analysis. *Journal of Mindfulness*, 8(1), 190-203.
- Sharma, F., & Math, S.B. (2019). Course and outcome of obsessive-compulsive disorder. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(7), 43-50.
- Simpson, H.B., Liebowitz, M.R., & Foa, E.B. (2004). Post-treatment effects of exposure therapy and clomipramine in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Depression and Anxiety*, 19(4), 225-233.
- Singh, H., Kashyap, S., & Sivakanthan, A. (2018). An overview of obsessive compulsive disorder and suicidal behavior. *Journal of Psychiatry & Allied Science*, 9(2), 92-97.
- Sorensen, C.B., Kirkeby, L., & Thomsen, P.H. (2004). Quality of life with OCD. A self-reported survey among members of the Danish OCD Association. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(3), 231-236.
- Suk, I.H., & Hwang, S.H. (2018). The effect of single-session mindful loving-kindness compassion meditation on dysfunctional expression and rumination of anger. *Korean Journal of Health Psychology*, 23(3), 631-655.
- Snyder, C.R., Harris, C., Anderson, J.R., Holleran, S.A., Irving, L.M., Sigmon, S.T., et al. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570-85.
- Teo, D.C.H, Suárez, L., & Oei, T.P.S. (2018). Validation of the interpersonal needs questionnaire of young male adults in Singapore Dorothy. *Journal of LoS One*, 13(6), e0198839.
- Timlke, S. (2016). *The relationship of self-compassion with thwarted belongingness and perceived burdensomeness in American Indian/Alaska native people*. Master of Science in Community Counseling Oklahoma State University Stillwater, OK.
- Timpano, K.R., Rubenstein, L.M., Murphy, D., Schmidt, N.B. (2014). Exploring the association between obsessive-compulsive symptoms and loneliness: Consideration of specificity and gender. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 28(4), 264-273.
- Umphrey, L.R., Sherblom, J.C., & Swiatkowski, P.(2021). Relationship of Self-Compassion, Hope, and Emotional Control to Perceived Burdensomeness, Thwarted Belongingness, and Suicidal Ideation. *Journal of Crisis*, 42(2),121-127.
- Van Orden, K.A., Cukrowicz, K.C., Witte, T.K., & Joiner, T.E. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: Construct validity and psychometric properties of the interpersonal needs questionnaire. *Journal of Psychological Assessment*, 24(1), 197-215.
- Van Orden, K.A., Witte, T.K., Cukrowicz, K.C., Braithwaite, S.R., & Selby, E.A., & Joiner, T.E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Journal of Psychology Review*, 117(2), 575-600.
- Yang, X. (2016). Self-compassion, relationship harmony, versus self-enhancement: Different ways of relating to well-being in Hong Kong Chinese. *Journal of Personality Individual Difference*, 89, 24 -7.