



اثربخشی درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی بر پیشگیری از اختلال اضطراب فراگیر،  
باورهای فراشناختی، خودتنظیمی هیجانی و تحریف‌های شناختی در مردان مبتلا به OCD

فایق شریف پور<sup>۱</sup>، قربان فتحی اقدم<sup>۲</sup>، مهرناز آزادیکتا<sup>۳</sup>، هایده صابری<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۳/۲۶ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۴/۲۵

چکیده

اختلال وسواسی- اجباری (OCD) یکی از شایع‌ترین و فرسایشی‌ترین اختلالات روانی می‌باشد. عوامل متعددی در ایجاد و تشدید این اختلال نقش دارند که از بین این عوامل می‌توان به اختلال اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی، خودتنظیمی هیجانی و تحریف‌های شناختی اشاره کرد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی بر پیشگیری از اختلال اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی، خودتنظیمی هیجانی و تحریف‌های شناختی در مردان مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری انجام شد. پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه مردان مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری شهر سنندج تشکیل می‌دادند. نمونه آماری شامل ۴۰ نفر از مردان مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری بودند که با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و در دو گروه آزمایش و کنترل شمارش شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های اضطراب فراگیر (GAD-7)، باورهای فراشناختی (MCQ)، خودتنظیمی هیجانی هافمن و کشدن و تحریف‌های شناختی آلبرت الیس استفاده شد. پس از اجرای پیش آزمون گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله قرار گرفتند و گروه کنترل در فهرست انتظار دریافت درمان، قرار گرفت و در پایان دوره پس آزمون اجرا شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی در پیشگیری از اختلال اضطراب فراگیر، بهبود باورهای فراشناختی، خودتنظیمی هیجانی، و کاهش تحریف‌های شناختی در مردان مبتلا به OCD اثربخش است. تحلیل کوواریانس، با کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای مذکور در پس‌آزمون نشان داد. گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معناداری کاهش در اختلال اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی و تحریف‌های شناختی و افزایش در خودتنظیمی هیجانی نشان داد. با توجه به یافته‌های پژوهش از آنجا که مردان مبتلا به OCD علائم اختلال اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی، خودتنظیمی هیجانی و تحریف‌های شناختی دارند، لذا استفاده از مداخله درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان درمان اثربخش در مبتلایان به اختلال وسواسی- اجباری پیشنهاد می‌گردد.

**کلید واژه‌ها:** درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، اختلال اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی، خودتنظیمی هیجانی، تحریف‌های شناختی، اختلال وسواسی- اجباری.

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ایهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ایهر، ایران (نویسنده مسئول).
۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اسلامشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلامشهر، ایران.
۴. استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

## مقدمه

بدحالی در اختلالات روانپزشکی یک قاعده است نه استثنا. همین امر در مورد اختلال وسواسی-اجباری (OCD)<sup>۱</sup> یک وضعیت سلامت روان که با وجود وسواس و یا اجبار مشخص می‌شود، صادق است (دی پریسکو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). اختلال وسواسی-اجباری اغلب با بسیاری از اختلالات روانپزشکی دیگر همراه است (اوسلند<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). به گزارش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش پنجم نرخ شیوع ۱۲ ماهه برای این اختلال ۱ درصد در آمریکا و در سطح جهانی ۱/۱ تا ۱/۸ است و شیوع مادام‌العمر اختلال وسواسی-اجباری در ایران برای جمعیت عمومی ۱/۸ درصد و در درمانگاه‌های روان‌پزشکی تا ۶ درصد تخمین زده می‌شود (سیاوش آبکنار، ۱۴۰۰). همچنین این بیماری جزء یکی از ۱۰ نوع از ناتوان‌کننده‌ترین بیماری عصبی روانپزشکی در جهان فهرست شده است (بلیا<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۴).

یکی از اختلال‌هایی که پس از اختلال وسواسی-اجباری در افراد شروع می‌شود و باعث تشدید شدن آن می‌شود، اختلال اضطراب فراگیر (GAD)<sup>۵</sup> است (کلن فلدت<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). اختلال اضطراب فراگیر یک وضعیت روانپزشکی شایع، مزمن و ناتوان‌کننده است که با نگرانی بیش از حد و غیرقابل کنترل در مورد رویدادهای زندگی روزمره مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۷</sup>، ۲۰۲۲). افزایش علائم برانگیختگی سمپاتیک مانند تپش قلب و تنگی نفس معمولاً توسط افراد مبتلا به GAD گزارش می‌شود (زینال و نیومن<sup>۸</sup>، ۲۰۲۴). نتایج پژوهش‌های گذشته نشان می‌دهد OCD و GAD در بسیاری از مواقع همزمان با هم شکل می‌گیرند (سیتکوسکا-کیسیلوسکا<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۰؛ سیتکوسکا-کیسیلوسکا و همکاران، ۲۰۱۹)؛ شاید به این دلیل که هر دو اختلال در عدم تحمل عدم اطمینان مشترک هستند (سیتکوسکا-کیسیلوسکا و همکاران، ۲۰۱۹). در چنین شرایطی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی یک درمان قابل قبول و بالقوه مؤثر برای کاهش اضطراب و علائم خلقی و افزایش آگاهی از زندگی روزمره می‌باشد (جیانگ و همکاران<sup>۱۰</sup>، ۲۰۲۲؛ ایزهار و همکاران<sup>۱۱</sup>، ۲۰۲۲).

از طرفی در مدل فراشناختی اختلال وسواسی-اجباری، افراد نظرات منفی خود را بر اساس افکار مزاحم و باورهای خود در مورد اهمیت و تأثیر چنین افکاری قرار می‌دهند. به دلیل فراشناخت‌های مبتنی بر معیارهای نامناسب، فرد برخی از مراسم خنثی‌کننده و کنترلی را انجام می‌دهد. این امر منجر به تداوم ارزیابی آن‌ها از تهدید و کاهش اعتماد آن‌ها به حافظه می‌شود (یالیم<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). به

1. Obsessive Compulsive Disorder
2. De Prisco
3. Osland
4. Bellia
5. Generalized Anxiety Disorder
6. Klenfeldt
7. American Psychiatric Association
8. Zainal & Newman
9. Citkowska.Kisieleswska
10. Jiang et al
11. Izhar et al
12. Yalim

بیانی دیگر باورهای فراشناخت<sup>۱</sup> سبب با افزایش اختلال وسواسی- اجباری می‌شود (اینالتکین و یاگسی<sup>۲</sup>، ۲۰۲۴). روانشناسی فراشناخت، حوزه اندیشه‌گری نوینی است که پیشینه آن به دهه ۱۹۷۰ می‌رسد. فلاول<sup>۳</sup> نخستین کسی بود که در سال ۱۹۷۹ اصطلاح فراشناخت را مطرح کرد (ندری، صادقی و رضایی، ۱۴۰۲). فراشناخت شامل دانشی پایدار در مورد باورهای مربوط به نظام شناختی و دانش مربوط به عواملی است که کارکرد، فراشناخت را تحت تأثیر قرار داده، حالت شناختی جاری را تنظیم نموده و منجر به آگاهی از آن می‌شود (اسپادا، جورجیو و ولز<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰). مدل‌های شناختی به این نتیجه رسیده‌اند که می‌توان از اختلال را از طریق مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی درمان درمان کرد (ولی‌زاده و پرن‌دین، ۱۴۰۱)؛ شاید به این دلیل که ذهن آگاهی به جهت دهی تمایلات اجتنابی شناختی کمک می‌کند (وندر و جونز<sup>۵</sup>، ۲۰۲۳).

همچنین بی نظمی هیجانی یک فرآیند مرکزی است که در پیدایش و حفظ اختلال اختلال وسواسی- اجباری نقش دارد (بیسچوف<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). بنابراین، تنظیم هیجان ناکارآمد را می‌توان به عنوان یک ویژگی اصلی در حفظ علائم وسواس- اجباری در نظر گرفت (ماسجود<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). بر اساس مدل گراس<sup>۸</sup>، خودتنظیمی هیجان<sup>۹</sup> یک فرآیند چند جزئی و پویا است که شامل تعاملات بین فرد و محیط او می‌شود. از طریق این فرآیند، افراد با استفاده از راهبردهایی که از نظر اجتماعی پذیرفته شده‌اند، احساسات خود را برای دستیابی به اهداف خاص ارزیابی، حفظ و اصلاح می‌کنند (رستوری<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). در مقابل، اختلال در تنظیم هیجان<sup>۱۱</sup> به مشکل در مدیریت و پاسخگویی به تجربیات عاطفی به روشی که از نظر اجتماعی قابل قبول یا سازگار باشد، اشاره دارد (ساز- سانس و همکاران<sup>۱۲</sup>، ۲۰۲۳). در این موقعیت نیز پیشنهاد شده است که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی البته نه در بیماران اختلال وسواسی- اجباری بلکه در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی در تنظیم هیجان آن‌ها نقش دارد (عابدی و اسماعیل‌زاده، ۲۰۲۲).

یکی دیگر از اختلالاتی که به نظر می‌رسد اختلال وسواسی- اجباری را تشدید می‌کند تحریف‌های شناختی<sup>۱۳</sup> است (مارسزالک<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). تحریف‌های شناختی به روایت‌های درونی اشاره می‌کنند که بیانگر تفسیر مغرضانه از یک رویداد است (استوه‌میر<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). بک<sup>۱</sup> (۱۹۷۶)

1. Metacognitive Beliefs
2. Inaltekin & Yağcı
3. Flavell
4. Spada, Georgiou & Wells
5. Wunder & Jones
6. Bischof
7. Masjoodi
8. Gross
9. Emotional Regulation
10. Restoy
11. emotion dysregulation
12. Sáez.Suanes
13. Cognitive Distortions
14. Marszalek
15. Strohmeier

تحریف‌های شناختی را به عنوان تفسیرهای غیرواقعی، غیرقابل انعطاف و افراطی از اطلاعات تعریف می‌کند (حسینی و سلیمانی، ۲۰۲۱). مطالعه قبلی نشان می‌دهد که بیماران اختلال وسواسی-اجباری با سطوح بالاتری از باورهای وسواسی، عمدتاً از تحریفات شناختی رنج می‌برند (ساهی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۸) و از طریق درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توان آن را کاهش داد (هارون رشیدی و زکی‌زاده، ۱۴۰۱).

نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که ۲۰ تا ۳۰ درصد از بیماران مبتلا به اختلال وسواسی با مواجهه و مناسک یا پیشگیری از پاسخ موافق نیستند یا از آن کناره‌گیری می‌کنند. در چنین مواردی به بیماران پیشنهاد می‌شود که درمان‌های رفتاری را با عناصر شناختی غنی کنند (کالون-نادوسکا و سیکورا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). چرا که خطاهای شناختی نقش مهمی در اختلال وسواس فکری-اجباری دارند و افرادی که مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری هستند نسبت به دیگران خطاهای شناختی بیشتری دارند (موسوی و همکاران، ۱۳۹۶). نمونه‌هایی از خطاهای شناختی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری بیش برآورد کردن خطر و مسئولیت‌پذیری زیاد را شامل می‌شود (سلیوا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱). شایان ذکر است در مدل فراشناختی اختلال وسواس اجباری ولز<sup>۵</sup> (۱۹۹۷)، دو نوع باور فراشناختی محوری در نظر گرفته شده است: باورهای آمیختگی فکر و باورهای مربوط به مناسک. براساس این مدل، باورهای غیرفراشناختی مانند مسئولیت‌پذیری و کمال‌گرایی، که در نظریه‌های دیگر با اختلال وسواسی-اجباری مرتبط هستند، محصولات جانبی تفکر و رفتارهای مداوم (سندرم توجه شناختی) هستند که توسط باورهای فراشناختی فعال می‌شوند. اگر چنین باشد، تغییرات در فراشناخت باید پیش‌بینی مستقل بهتری برای تغییرات در علائم وسواس فکری-اجباری پس از درمان نسبت به تغییرات در باورهای غیرفراشناختی باشد (گروتی<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۵).

بررسی‌های گذشته نشان می‌دهد مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ تاکنون به‌عنوان خط اول درمان این اختلال بوده است و شواهد پژوهشی قابل توجهی نیز در تأیید آن وجود دارد (دورون<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۶؛ استورچ، مک‌گوئیر و مک‌کی<sup>۸</sup>، ۲۰۱۸). علیرغم آن این روش درمانی دارای محدودیت‌های بزرگی است (واو<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). از جمله اینکه میزان عود اختلال پس از قطع مواجهه بالاست و بسیاری از بیماران درمان خود را به دلیل فشار ناشی از این درمان‌ها رها می‌کنند (آبرامویتز، ۲۰۱۸؛ آرک و آبرامویتز، ۲۰۱۵). اوست و همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان دادند ترک درمان در ۱۹ درصد از بیماران اتفاق می‌افتد. در پاسخ به محدودیت‌های روش موصوف و پیشگیری از پاسخ برای

1. Beck
2. Şahin
3. Calun.Nadulska & Sikora
4. Sliwa
5. Wells' metacognitive model of obsessive compulsive disorder
6. Grøtte
7. Doron
8. Storch McGuire & McKay
9. Wu

وسواس برخی از پژوهش‌گران به درمان‌های موج سوم از جمله ذهن‌آگاهی روی آوردند (جاکوبسن، نیومن و گلدفری<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶). ذهن‌آگاهی به عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه که در لحظه کنونی اتفاق می‌افتد، تعریف شده است. این توجه، توجهی است هدفمند به همراه پذیرش بدون داوری در مورد تجربه‌های در حال وقوع در لحظه کنونی (زیرمن، بارل و جوردن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در دامنه گسترده‌ای از اختلالات و از جمله وسواس نشان داده شده است (هانلی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۶؛ پاتر و کوپل<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷).

از آنجایی که اختلال وسواسی- اجباری باعث اختلال در روند زندگی روزانه، رشد و همچنین تغییر در فعالیت‌های مغزی افراد می‌شود. فرد مبتلا کنترلی بر رفتارهای خود نداشته و احساس ناتوانی و عزت نفس پایینی دارد. بی‌اطلاعی از ماهیت افکار وسواسی و رفتارهای اجباری علاوه بر مشکل ناتوانی در بیان و ابراز خواسته‌ها و افکار و احساسات آن‌ها، باعث دشواری در شناسایی علائم وسواس در آن‌ها نیز می‌شود. در نتیجه لازم است با اتخاذ روش‌های درمانی مناسب این اختلالات در افراد مرتفع گردد. لذا مسأله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا درمان مواجهه مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پیشگیری از اختلال اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی، خودتنظیمی هیجانی و تحریف‌های شناختی در مردان مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری اثربخش است؟

### روش‌شناسی

**روش پژوهش:** این پژوهش به‌عنوان یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل انجام شد که هدف آن بررسی اثرات کوتاه‌مدت مداخله بود. به دلیل محدودیت‌های زمانی و منابع موجود، امکان اجرای مرحله پیگیری فراهم نشد. با این حال، هدف اصلی پژوهش ارزیابی تغییرات فوری پس از مداخله بود و نتایج به‌دست‌آمده به خوبی نشان‌دهنده اثربخشی کوتاه‌مدت مداخله است. **جامعه:** جامعه آماری این پژوهش را کلیه مردان مبتلایان به اختلال وسواسی- اجباری مراجعه‌کننده به مرکز درمانی قدس شهر سنندج تشکیل می‌دادند.

**نمونه و روش نمونه‌گیری:** نمونه‌های آماری به‌صورت هدفمند در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری به دلیل محدودیت دسترسی به بیماران خاص، از نوع نمونه‌گیری هدفمند بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل بیمارانی بود که ابتلای آن‌ها به اختلال وسواسی- اجباری توسط روانپزشک متخصص، بر اساس مصاحبه بالینی و تأیید معیارهای تشخیصی DSM-5، تشخیص داده شده بود. بیمارانی که دارو درمانی یا سایر مداخلات روان‌شناختی را هنگام ورود به پژوهش دریافت می‌کردند یا به سایر بیماری‌های مزمن روان‌پزشکی مانند سایکوز مبتلا بودند، از مطالعه حذف شدند. تمامی شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی را پیش از آغاز مطالعه امضا کردند.

1. Jacobson, Newman & Goldfried

2. Zimmermann, Burrell & Jordan

3. Hanley

4. Potter & Coyle

**ابزار سنجش:** پرسشنامه اضطراب فراگیر (GAD-7): برای اندازه‌گیری اضطراب فراگیر در این پژوهش از پرسشنامه اضطراب فراگیر اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۷ سؤال بود که هر یک از سؤالات به بررسی مشکلات روانی آزمودنی‌ها می‌پردازد. گزینه‌ها به صورت هیچ وقت، چندروز، بیش از نیمی از روزها و تقریباً هر روز از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری شدند. گستره نمره مقیاس از ۰ تا ۲۱ بود (محمدپناه اردکان و شمس اسفندآباد، ۱۳۹۹). نسخه اولیه پرسشنامه که دارای ۱۳ عبارت بود در بین سال‌های ۲۰۰۴ تا ۲۰۰۵ در ۱۵ کلینیک مراقبت اولیه در آمریکا و بر روی ۲۷۴۰ بیمار بالغ مورد ارزیابی قرار گرفت. در نهایت ۷ عبارت برای نسخه نهایی انتخاب شدند. نتایج به دست آمده در مطالعه اولیه نشانگر روایی و پایایی مناسب این ابزار و دقت تشخیصی بالای آن بود. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲۱ محاسبه شد.

پرسشنامه باورهای فراشناختی (MCQ): برای اندازه‌گیری باورهای فراشناختی در این پژوهش از پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز و کارترایت هاتون (۱۹۷۷) استفاده شد. این پرسشنامه، یک ابزار ۳۰ گویه‌ای خود گزارشی است که باورهای افراد درباره تفکرشان را می‌سنجد. این ابزار به منظور سنجش چند عنصر فراشناختی، خصیصه‌ای که برخی از آن‌ها نقش محوری در مدل فراشناختی اختلال روانشناختی دارند طراحی شده است. پاسخ‌ها در این مقیاس بر پایه پنج درجه‌ای لیکرت: ۱ = موافق نیستم تا ۵ = خیلی زیاد موافقم محاسبه می‌شود. این مقیاس‌ها دارای پنج خرده مقیاس است: (۱) باورهای مثبت درباره نگرانی، (۲) باورهایی درباره کنترل ناپذیری و خطر افکار، (۳) باورهایی درباره اطمینان شناختی، (۴) باورهایی درباره نیاز به کنترل افکار و (۵) وقوف شناختی است. پایایی کلی این پرسشنامه به طور کلی با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶۵ و برای ابعاد آن به ترتیب ۰/۷۴۸، ۰/۸۲۰، ۰/۸۰۳، ۰/۷۹۱، ۰/۷۳۳ محاسبه شد.

پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی‌هافمن و کشدن: برای اندازه‌گیری خودتنظیمی هیجانی در این پژوهش از پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی‌هافمن و کشدن (۲۰۱۰) استفاده شده است. این پرسشنامه شامل ۲۰ سؤال و سه مؤلفه سازگاری، پنهان کاری و تحمل است که پاسخگویی به آن‌ها براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از طیف «بی‌نهایت در مورد من درست است»، «اصلاً در مورد من درست نیست» را شامل می‌شود. آلفای کرونباخ این مقیاس توسط توتزک و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۸) برای خرده مقیاس‌های سازگاری، پنهان کاری و تحمل به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۶ و ۰/۷۱ محاسبه شده است که حاکی از پایایی بالای آن است. از آنجائی که این پرسشنامه به شیوه تحلیل عاملی تأییدی استخراج گردیده است، بنابراین می‌توان روایی سازه آن را مناسب ارزیابی نمود و از آنجا که روایی محتوایی از راه رجوع به نظر کارشناسان قابل حصول است. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی سه مؤلفه سازگاری، پنهان کاری، تحمل و نمره کل پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۴۱، ۰/۸۱۰، ۰/۷۹۳ و ۰/۸۱۱ محاسبه شد.

پرسشنامه تحریف‌های شناختی آلبرت ایس: این پرسشنامه که در سال ۲۰۰۰ توسط آلبرت ایس طراحی و ساخته شده است شامل ۲۰ عبارت است که به سنجش تحریف‌های شناختی می‌پردازد. در این پرسشنامه هر تفکر نامعقول ۲ عبارت را به خود اختصاص داده است. به این ترتیب عبارات؛ تحریف شماره ۱ (تفکر همه یا هیچ)، تحریف شماره ۲ (تعمیم مبالغه‌آمیز)، تحریف شماره ۳ (فیلتر ذهنی)، تحریف شماره ۴ (بی توجهی به امر مثبت)، تحریف شماره ۵ (نتیجه‌گیری شتابزده)، تحریف شماره ۶ (درشت بینی - ریزبینی)، تحریف شماره ۷ (استدلال احساسی)، تحریف شماره ۸ عبارات (باید؛ بهتر) است، تحریف شماره ۹ (برچسب زدن) و تحریف شماره ۱۰ (شخص‌سازی)، را مورد سنجش قرار می‌دهند. آزمودنی‌ها در یک مقیاس ۵ درجه لیکرت؛ کاملاً موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم به سوالات پاسخ می‌دهند و نمره‌ای برابر صفر تا پنج می‌گیرند. از جمع نمرات خرده مقیاس‌ها نمره کل به دست می‌آید. کسب نمرات کمتر نشان‌دهنده تحریف شناختی بیشتر در هر یک از ابعاد است. برای تعیین همسانی درونی پرسشنامه محمدی (۱۳۸۵) از آلفای کرونباخ استفاده کرد و میزان آن را برابر با ۰/۸۰ محاسبه کرد (شاه کرمی و همکاران، ۱۳۹۳). احمدی کانی گلزار و همکاران (۱۳۹۲) نیز ضریب آلفای این پرسشنامه را ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲۷ محاسبه شد.

**روش اجرا:** در این پژوهش، ابتدا با مراجعه به مرکز درمانی قدس سنندج، مردان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری شناسایی شدند. تشخیص ابتلای این بیماران بر اساس مصاحبه بالینی توسط روانپزشک متخصص و تأیید معیارهای تشخیصی DSM-5 انجام شد. در مجموع، ۵۷ بیمار توسط روانپزشک تشخیص داده شدند. از میان این افراد، ۴۰ نفر که شرایط لازم برای شرکت در پژوهش را داشتند، به صورت هدفمند انتخاب شدند. سپس این افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند.

گروه آزمایش طی ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه، در مدت ۲ ماه تحت مداخله درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفتند. این جلسات به صورت گروهی در مرکز درمانی قدس سنندج برگزار شد. گروه کنترل در طی این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان مداخلات، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. محتوای جلسات درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی به شرح جدول ۱ است.

جدول ۱. نمای کلی از جلسات شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی (محمدخانی و خانی‌بور، ۱۳۹۶)

جلسات	محتوای آموزش جلسات
اول	هدایت خودکار: خوردن یک کشمش با آگاهی، مراقبه واری بدن، اجرای پیش‌آزمون
دوم	سروکار داشتن با موانع: مراقبه واری بدن، ده دقیقه تنفس ذهن آگاهانه، تمرین‌های افکار و احساسات
سوم	ذهن آگاهی تنفس (و بدن در حرکت)، مشخص کردن تقویم تجارب خوشایند، تمایز فکر از واقعیت
چهارم	باقی‌ماندن در زمان حاضر: ذهن آگاهی پنج دقیقه‌ای مشاهده کردن یا شنیدن، راه رفتن ذهن آگاهانه، تقویم تجارب ناخوشایند
پنجم	پذیرفتن و اجازه دادن، مراقبه‌ی نشستن، آگاهی از تنفس و بدن، بررسی افکار و پیش‌بینی‌های قبلی
ششم	افکار واقعیت نیستند: مراقبه‌ینشستن، آگاهی از تنفس و بدن، تمایز فکر از واقعیت، تمرین خلق‌ها، افکار و دیدگاه‌های جایگزین
هفتم	چگونه بهترین مراقبت را از خود به عمل آورم؟ فعالیت‌های ارتقاءدهنده: مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و هیجان‌ها
هشتم	راه‌حل آفرینی سازنده، تحریف‌های شناختی، مراقبه‌ای واری بدن، آگاهی از تنفس
نهم	بررسی چیزهای بسیار ارزشمند زندگی فرد و تمرین در کسب و نگهداری آن‌ها، مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس بد استفاده از آن چیزی که یادگرفته شده برای بکارگیری در آینده؛ مراقبه واری بدن، مراقبه نهایی، مرور کل دوره و اجرای پس‌آزمون

**روش تحلیل داده‌ها:** پس از اتمام مداخله و جمع‌آوری داده‌های آماری، تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام شد. برای توصیف داده‌ها از جداول و شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای تحلیل استنباطی داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) بهره گرفته شد تا اثر مداخله در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل بررسی شود.

### نتایج

میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون اختلال اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی، خودتنظیمی هیجانی و تحریف‌های شناختی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.



جدول ۲. میانگین و انحراف معیار پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای تحقیق

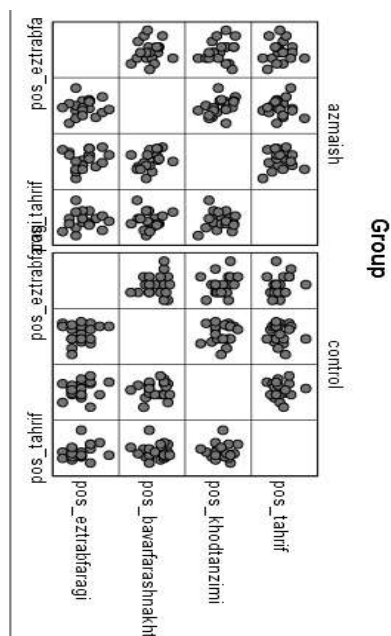
متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		SD	M	SD	M
اختلال اضطراب فراگیر	کنترل	۲/۳۹	۱۶/۳۵	۲/۴۸	۱۶/۱۰
	آزمایش	۱/۲۷	۱۷/۹۵	۱/۸۰	۱۲/۳۰
باورهای فراشناختی	کنترل	۴/۹۶	۱۰۵/۲۰	۴/۶۲	۱۰۳/۴۵
	آزمایش	۵/۹۳	۱۰۴/۳۰	۸/۴۵	۸۸/۶۰
خودتنظیمی هیجانی	کنترل	۴/۷۷	۵۱/۲۰	۵/۲۹	۵۰/۷۵
	آزمایش	۵/۰۷	۴۹/۳۰	۶/۷۳	۶۱/۳۰
تحریف‌های شناختی	کنترل	۶/۰۹	۶۸/۸۵	۵/۳۴	۶۹/۹۰
	آزمایش	۴/۷۵	۷۰/۲۰	۶/۲۵	۶۲/۴۵

پیش از اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA)، باید چندین پیش‌فرض آماری بررسی شوند تا از اعتبار نتایج اطمینان حاصل شود. این پیش‌فرض‌ها شامل بهنجاری تک‌متغیری و چندمتغیری، خطی بودن روابط بین متغیرهای وابسته، همگنی واریانس-کوواریانس، عدم هم‌خطی چندگانه و همگنی شیب‌های رگرسیون هستند. همچنین، به منظور اطمینان از برابری واریانس‌های دو گروه کنترل و آزمایش، این پیش‌فرض‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که داده‌ها از نظر بهنجاری تک‌متغیری در هر دو گروه کنترل و آزمایش معنادار نیستند ( $P > 0.05$ )، بنابراین مفروضه بهنجاری تأیید شد (جدول ۳).

جدول ۳. نتایج آزمون شاپیرو ویلک

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		آماره آزمون	سطح معناداری	آماره آزمون	سطح معناداری
اختلال اضطراب فراگیر	کنترل	۰/۹۲۳	۰/۱۷۵	۰/۹۲۸	۰/۱۴۱
	آزمایش	۰/۹۶۳	۰/۶۱۱	۰/۹۶۵	۰/۶۴۳
باورهای فراشناختی	کنترل	۰/۹۵۳	۰/۴۲۳	۰/۹۱۸	۰/۰۸۹
	آزمایش	۰/۹۴۴	۰/۲۸۵	۰/۹۸۴	۰/۹۷۵
خودتنظیمی هیجانی	کنترل	۰/۹۳۱	۰/۱۶۲	۰/۹۶۹	۰/۷۳۹
	آزمایش	۰/۹۱۶	۰/۰۸۲	۰/۹۵۹	۰/۵۲۶
تحریف‌های شناختی	کنترل	۰/۹۱۹	۰/۰۹۴	۰/۹۱۰	۰/۰۶۳
	آزمایش	۰/۹۲۸	۰/۲۱۶	۰/۹۶۷	۰/۷۰۱

برای بررسی خطی بودن، نمودارهای پراکندگی بین هر جفت از متغیرهای وابسته رسم شد که نشان‌دهنده رابطه خطی مناسبی بین آن‌ها بود (نمودار ۱).



نمودار ۱. نتایج ماتریس نمودار پراکندگی

آزمون M-باکس با سطح معناداری ۰/۶۸ نیز نشان داد که فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس برقرار است (جدول ۴).

جدول ۴. نتایج آزمون M-باکس

سطح معناداری	درجه آزادی دوم	درجه آزادی اول	آماره F	M-باکس
۰/۶۸۷	۶۹۰۳/۵۸۶	۱۰	۰/۷۴۰	۸/۳۵۸

علاوه بر این، نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها حاکی از عدم معناداری بود ( $P > 0.05$ )، که نشان می‌دهد واریانس‌های دو گروه برابر هستند (جدول ۵).

جدول ۵. نتایج آزمون لوین

متغیر	آماره F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
اختلال اضطراب فراگیر	۲/۹۳۵	۱	۳۸	۰/۰۹۵
باورهای فراشناختی	۰/۷۲۲	۱	۳۸	۰/۴۰۱
خودتنظیمی هیجانی	۳/۲۷۲	۱	۳۸	۰/۰۷۸
تحریف‌های شناختی	۱/۰۹۵	۱	۳۸	۰/۳۰۲

بنابراین، با توجه به این که تمامی پیش‌فرض‌های مورد نیاز برقرار بودند، تحلیل اصلی برای مقایسه گروه‌ها در پس‌آزمون انجام شد. در این مرحله، میانگین‌های حاشیه‌ای (میانگین‌های تعدیل‌شده) که نشان‌دهنده میانگین‌های اصلی اصلاح‌شده با توجه به اثرات متغیرهای هم‌پراش هستند، ارائه می‌شوند. این میانگین‌ها به ما امکان می‌دهند که تأثیرات خالص مداخله را، با حذف تأثیر متغیرهای مداخله‌گر، مشاهده کنیم. تحلیل واریانس با مقایسه میانگین‌های اصلی و تحلیل کوواریانس با مقایسه میانگین‌های حاشیه‌ای، تفاوت‌های موجود بین گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد (جدول ۶).

جدول ۶. نتایج میانگین و انحراف معیار تعدیل شده

متغیر	گروه	M	SD
اختلال اضطراب فراگیر	کنترل	۱۷/۸۳	۰/۳۵۰
	آزمایش	۱۲/۴۲	
باورهای فراشناختی	کنترل	۱۰۳/۹۹	۱/۶۹۶
	آزمایش	۸۸/۹۰	
خودتنظیمی هیجانی	کنترل	۴۸/۸۴۷	۱/۳۳۰
	آزمایش	۶۱/۷۵۳	
تحریف‌های شناختی	کنترل	۷۰/۱۴۷	۱/۱۵۶
	آزمایش	۶۲/۵۰۳	

با توجه به برقراری مفروضات تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا)، در ادامه برای بررسی تفاوت‌ها در مرحله پس‌آزمون از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. همانطور که در جدول ۷، مشاهده می‌شود نتایج بدست آمده از تحلیل کواریانس چندمتغیره نشان می‌دهد که F کلی در مرحله پس‌آزمون با ارزش لامبدای ویلکز ۵۶/۷۴ در سطح  $P < ۰/۰۵$  معنی دار است و این گواه آن است که بین گروه‌ها پس از مداخله تفاوت وجود دارد.

جدول ۷. نتایج آزمون لامبدای ویلکز

آزمون	مقادیر	آماره F	سطح معناداری	ضریب تأثیر
لامبدای ویلکز	۰/۸۸۰	۵۶/۷۴۷	۰/۰۰۱	۰/۸۸۰

سرانجام نتایج آزمودنی تحلیل کواریانس چندمتغیره محاسبه شد. چنانچه در جدول (۸) مشاهده می‌شود درمان مواجهه مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اختلال اضطراب فراگیر ( $F=۱۱۶/۳۰$  و  $Sig=۰/۰۰۱$ )، باورهای فراشناختی ( $F=۳۸/۵۶$  و  $Sig=۰/۰۰۱$ )، خودتنظیمی هیجانی ( $F=۴۵/۸۶$  و  $Sig=۰/۰۰۱$ ) و تحریف‌های شناختی ( $F=۲۱/۲۹$  و  $Sig=۰/۰۰۱$ ) در مرحله پس‌آزمون تأثیر دارد. از این‌رو این فرضیه که درمان مواجهه مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پیشگیری از اختلال اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی،

خودتنظیمی هیجانی و تحریف‌های شناختی در مردان مبتلا به OCD اثربخش است، تأیید و فرض صفر رد می‌شود. بر مبنای ضریب تأثیر درمان مواجهه مبتنی بر ذهن‌آگاهی بیشترین تأثیر را بر اختلال اضطراب فراگیر (۰/۷۴) و کمترین تأثیر را بر تحریف‌های شناختی (۰/۳۸) دارد.

جدول ۸. نتایج بین‌آزمودنی تحلیل کواریانس چندمتغیره

متغیر	مجموع مربعات	درجه آزادی	آماره F	سطح معناداری	ضریب اِتا
اختلال اضطراب فراگیر	۲۷۷/۸۹۴	۱	۱۱۶/۳۰۳	۰/۰۰۱	۰/۷۷۴
باورهای فراشناختی	۲۱۶۱/۹۹۱	۱	۳۸/۵۶۸	۰/۰۰۱	۰/۵۳۱
خودتنظیمی هیجانی	۱۵۸۱/۷۹۷	۱	۴۵/۸۶۸	۰/۰۰۱	۰/۵۷۴
تحریف‌های شناختی	۵۵۴/۷۶۵	۱	۲۱/۲۹۵	۰/۰۰۱	۰/۳۸۵

### بحث

یافته‌های این پژوهش نشان داد درمان مواجهه مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پیشگیری از اختلالات اضطراب فراگیر در مردان مبتلا به OCD اثربخش است. نتایج این پژوهش با نتایج مطالعه چیانگ و همکاران (۲۰۲۲) و ایزهار و همکاران (۲۰۲۲) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که این روش درمانی با تمرکز بر ذهن‌آگاهی، به مردان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری کمک می‌کند تا آگاهی بیشتری از افکار، احساسات و واپسین‌های خود داشته باشند. این بیشینه آگاهی می‌تواند به شناسایی و مدیریت بهتر علائم اضطرابی کمک کند. همچنین افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری ممکن است الگوهای فکری منفی و ناکارآمدی داشته باشند. از طریق درمان مواجهه مبتنی بر ذهن‌آگاهی، آن‌ها می‌آموزند چگونه مهارت‌های پردازش شناختی را بهبود ببخشند و با الگوهای فکری مخرب مقابله کنند. مضاف بر این، با افزایش آگاهی از واپسین‌های اضطرابی خود و مدیریت آن‌ها از طریق مواجهه، مردان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری می‌توانند کاهشی در سطح اضطراب تجربه کنند و بازدهی بهتری در زندگی روزمره داشته باشند. سرانجام اینکه درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند به مردان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری کمک کند تا بهترین راهکارهای سازگاری اجتماعی را انتخاب کرده و با موقعیت‌های اجتماعی بهتری روبرو شوند.

یافته‌های این پژوهش نشان داد درمان مواجهه مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش باورهای فراشناختی در مردان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری اثربخش است. نتایج این پژوهش با نتایج مطالعه ولی‌زاده و پرن‌دین (۱۴۰۱) و وندر و جونز (۲۰۲۳) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که از طریق روش‌های درمانی بر اساس ذهن‌آگاهی، افراد آموزش داده می‌شوند که چگونه باورهای فراشناختی خود را شناسایی کرده و آن‌ها را از افکار و احساسات خود جدا کنند. این اتکا به آگاهی و شناخت می‌تواند به فرد کمک کند تا باورهای مخرب خود را به چالش بکشد و به شکل‌های جدیدی به آن‌ها واکنش نشان

دهد. از طرفی مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی اجازه می‌دهد تا افراد به صورت مستقیم و بدون فرار از واقعیت‌های ناخواسته و ترسناکی که باورهای فراشناختی آن‌ها را تحت تأثیر قرار داده است، روبرو شوند. این مواجهه مستقیم می‌تواند به فرد کمک کند تا متوجه شود میزان واقعیت این باورها چقدر است و بتواند به شکل مؤثری با آن‌ها برخورد کند. علاوه بر این، روش‌های درمانی بر اساس ذهن آگاهی همچنین می‌تواند به فرد کمک کند تا مهارت‌های پردازش شناختی‌اش را بهبود بخشیده و به شکل مؤثری با باورهای فراشناختی خود مقابله کند. این مهارت‌ها شامل شناسایی و تغییر الگوهای فکری نامفید و افزایش توانایی در نظارت و انتخاب ذهن می‌شود.

یافته‌های این پژوهش نشان داد درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش خودتنظیمی هیجانی در مردان مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری اثربخش است. نتایج این پژوهش با نتایج مطالعه عابدی و اسماعیل‌زاده (۲۰۲۲) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند به افراد کمک کند تا احساسات خود را بهتر شناسایی کرده و درک کنند. این آگاهی در ارتباط با احساساتشان می‌تواند افراد را در مدیریت خودتنظیمی هیجانی کمک کند. همچنین از طریق روش‌های درمانی بر اساس ذهن آگاهی، افراد می‌توانند مهارت‌های مهمی مانند تنظیم توجه، تنظیم تنفس و مدیریت اندازه‌گیری هیجان‌ها را یاد بگیرند. این مهارت‌ها می‌توانند به فرد کمک کنند تا در مواجهه با احساسات ناگوار بهتر عمل کند. شایان ذکر است اغلب افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری تجربه استرس و اضطراب فراوانی دارند. استفاده از روش‌های درمانی بر اساس ذهن آگاهی می‌تواند منجر به کاهش سطح استرس و اضطراب شود و این امر می‌تواند بهبود خودتنظیمی هیجانی را نیز به همراه داشته باشد. در نهایت طبق این رویکرد، افراد با متمرکز شدن بر آگاهی از واپسین‌های منفی‌شان و مهارت در مواجهه مستقیم با آن‌ها، می‌توانند به شکل مؤثری با این واپسین‌ها کنار بیایند و از آن‌ها دوری کنند.

یافته‌های این پژوهش نشان داد درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تحریف‌های شناختی در مردان مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری اثربخش است. نتایج این پژوهش با نتایج مطالعه هارون رشیدی و زکی‌زاده (۱۴۰۱) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که فراد از طریق استفاده از روش‌های درمانی بر اساس ذهن آگاهی، می‌توانند یاد بگیرند که چگونه تحریف‌های شناختی خود را شناسایی کرده و از آن‌ها دوری کنند. این آگاهی این افراد را قادر می‌سازد تا بهتر به الگوهای منفی و تحریف‌های شناختی خود واکنش نشان دهند. همچنین از طریق روش‌های درمانی بر اساس ذهن آگاهی، افراد می‌توانند مهارت‌های پردازش شناختی‌شان را بهبود بخشیده و در مواجهه با تحریف‌های شناختی خود، به شکل مؤثری عمل کنند. این مهارت‌ها شامل توانایی تغییر الگوهای فکری نامفید و افزایش توانایی در نظارت و انتخاب ذهن می‌شود. علاوه بر این، این روش درمانی اجازه می‌دهد تا افراد به صورت مستقیم و بدون فرار از الگوها و تحریف‌های شناختی ناکارآمد خود، روبرو شوند. این مواجهه مستقیم می‌تواند به فرد کمک کند تا متوجه شود میزان واقعیت این تحریف‌ها چقدر است و بتواند با آن‌ها به شکل مؤثری برخورد کند.

در مجموع با توجه به نتایج بدست آمده درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اختلال اضطراب فراگیر نسبت به کاهش باورهای فراشناختی، تحریف‌های شناختی و افزایش خودتنظیمی هیجانی اثربخشی بیشتری نشان داد. بدین دلیل که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی تأکید می‌کند که افراد به تجربه‌های حال خود آگاه شوند و بدون داشتن داوری و ارزیابی، این تجربه‌ها را بپذیرند. این نوع آگاهی می‌تواند به کاهش احساسات ناخواسته و افکار ناخواسته کمک کند. از طرفی مردان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری به جای اینکه تلاش کنند فکرها و احساسات منفی را تغییر دهند، یاد می‌گیرند که این احساسات را بپذیرش کنند و در حال زمان حال فعالیت کنند. بنابراین می‌توان گفت که این نوع درمان می‌تواند از جنبه‌ی موجه‌سازی و تغییر فکرهای مخرب کمک کند. از طرفی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بیشتر بر تغییر درونی افراد تمرکز دارد تا بر تغییر خارجی. این نوع تمرکز می‌تواند به افراد کمک کند که راهکارهای مؤثرتری برای مقابله با اختلال اضطراب فراگیر پیدا کنند. با این حال نمونه پژوهش حاضر منحصر به مردان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری بوده و تعمیم نتایج را با احتیاط مواجه می‌کند. با توجه به محدودیت‌های زمانی اجرای تکنیک‌ها و آموزش‌ها و بکارگیری فنون آموزشی مورد نیاز برای سایر مشکلات آزمودنی‌ها بعد پایان دوره درمان و همچنین عدم تداوم ارتباط مناسب اکثر آزمودنی‌ها با پژوهشگر، این پژوهش فاقد اطلاعات مربوط به ارزیابی‌های طول دوره درمان است. لذا پیشنهاد می‌شود، مداخله‌های این پژوهش روی دو گروه زنان و مردان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری اجرا شود. همچنین ارزیابی رفتاری بیشتر و بررسی داده‌های خط پایه و ارزیابی در حین درمان مورد توجه قرار گرفته و در تمامی مراحل از ارزیابی‌های مستقل استفاده شود. به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که می‌توان از درمان مبتنی بر ذهن آگاهی جهت کاهش اختلال اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی، تحریف‌های شناختی و افزایش خودتنظیمی هیجانی در مردان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری استفاده کرد.

## منابع

- احمدی کانی گلزار، ارسلان، قلی‌زاده، زلیخا، سهرابی، احمد، کیانی، محمد علی، علیزاده، نرگس، و اصغر نژاد، سحر. (۱۳۹۲). *اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر درمان افسردگی پس از زایمان و سه عامل پویایی تعارضات وابستگی، خشم و مادری در مادران افسرده پس از زایمان*، مجله زنان، مامائی و نازائی ایران، ۱۶(۵۲)، ۱۷-۸.
- سیاوش آبکنار، م. (۱۴۰۰). *بررسی ارتباط اضطراب کرونا با نگرانی و شدت علائم وسواسی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی*. مجله دستاورهای نوین در مطالعات علوم انسانی، ۴(۳۹)، ۱۸۴-۱۷۶.
- شاه کرمی، محمد، زهراکار، کیانوش، و محسن‌زاده، فرشاد. (۱۳۹۳). *بررسی نقش واسطه‌ای سبک‌های حل تعارض در رابطه‌ی بین تحریف‌های شناختی بین فردی و رضایت جنسی با تعهد زناشویی*. فصلنامه پژوهش در سلامت روان شناختی، ۸(۲)، ۶۰-۵۴.
- موسوی، س. ا، غزایی، ب، رضانی فرانی، ع، و طارمیان، ف. (۱۳۹۶). *مقایسه خطاهای شناختی و نشخوارهای فکری در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی و فوبی اجتماعی*. مجله روان پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۲۳(۱)، ۲۱-۱۰.
- ندری، م، صادقی، م، و رضایی، ف. (۱۴۰۲). *تدوین مدل معادلات ساختاری اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس مؤلفه‌های آسیب‌های دوران کودکی و سبک دلبستگی ناایمن با میانجی‌گری باورهای فراشناخت*. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۸(۷۰)، ۲۵۰-۲۳۹.
- هارون رشیدی، ه. و زکی‌زاده، ح. (۱۴۰۱). *اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سازگاری اجتماعی و تحریف‌های روان‌شناختی مردان سالمند*. روان‌شناسی پیری، ۸(۲)، ۱۱۷-۱۰۵.

- Abramowitz, J. S. (2018). *Getting over OCD: a 10-step workbook for taking back your life*. Guilford Publications.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.)*. doi: 10.1176/appi.books.9780890425787.
- Arch, J. J., & Abramowitz, J. S. (2015). *Exposure therapy for obsessive-compulsive disorder: An optimizing inhibitory learning approach*. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 174-182.
- Bellia, F., Girella, A., Annunzi, E., Benatti, B., Vismara, M., Priori, A., ... & D'Addario, C. (2024). *Selective alterations of endocannabinoid system genes expression in obsessive compulsive disorder*. *Translational Psychiatry*, 14(1), 118.
- Bischof, C., Hohensee, N., Dietel, F. A., Doebler, P., Klein, N., & Buhlmann, U. (2024). *Emotion Regulation in Obsessive-Compulsive Disorder: An Ecological Momentary Assessment Study*. *Behavior Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.01.011>.
- Calun-Nadulska, P., & Sikora, JM. (2019). *Therapy of an obsessive-compulsive disorder in a cognitive-behavioural approach*. *psychiatry psychologies kliniczna-journal of psychiatry and clinical psychology*. 19(2), 210-215.
- Citkowska-Kisielewska, A., Rutkowski, K., MIELIMAKA, M., Sobanski, J. A., & Dembinska, E. (2020). *Obsessive-compulsive symptoms in obsessive-compulsive disorder and in generalized anxiety disorder: occurrence and correlations*. *Journal of Psychiatric Practice*, 26(2), 101-119.
- Citkowska-Kisielewska, A., Rutkowski, K., Sobański, J. A., Dembińska, E., & Mielimaka, M. (2019). *Anxiety symptoms in obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder*. *Psychiatr. Pol*, 53(4), 845-864.
- De Prisco, M., Tapoi, C., Oliva, V., Possidente, C., Strumila, R., Lageborn, C. T., & Fico, G. (2024). *Clinical features in co-occurring obsessive-compulsive disorder and bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis*. *European Neuropsychopharmacology*, 80, 14-24.
- Doron, G., Derby, D., Szepsenwol, O., Nahaloni, E., & Moulding, R. (2016). *Relationship obsessive-compulsive disorder: interference, symptoms, and maladaptive beliefs*. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 58.
- Grøtte, T., Solem, S., Vogel, P. A., Güzey, I. C., Hansen, B., & Myers, S. G. (2015). *Metacognition, responsibility, and perfectionism in obsessive-compulsive disorder*. *Cognitive Therapy and Research*, 39(1), 41-50.
- Hanley, A. W., Abell, N., Osborn, D. S., Roehrig, A. D., & Canto, A. I. (2016). *Mind the gaps: are conclusions about mindfulness entirely conclusive?*. *Journal of Counseling & Development*, 94(1), 103-113.
- Hosseini, K., & Soleimani, E. (2021). *The Relationship between Child Abuse and Cognitive Distortions with Clinical Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder: The Mediating Role of Emotion Dysregulation*. *International Journal of Behavioral Sciences*, 15(2), 88-95.
- İnaltekin, A., & Yağcı, İ. (2024). *Difficulty in Emotion Regulation, Metacognition, Psychiatric Symptoms, and Suicide Probability in Obsessive-Compulsive Disorder*. *Psychiatry Clin Psychopharmacol*. 1-7.
- Izhar, L. I., Babiker, A., Rizki, E. E., Lu, C. K., & Abdul Rahman, M. (2022). *Emotion Self-Regulation in Neurotic Students: A Pilot Mindfulness-Based Intervention to Assess Its Effectiveness through Brain Signals and Behavioral Data*. *Sensors*, 22(7), 2703.



- Jacobson, N. C. , Newman, M. G. , & Goldfried, M. R. (2016). *Clinical feedback about empirically supported treatments for obsessive-compulsive disorder*. *Behavior therapy*, 47(1), 75-90.
- Jiang, S. S. , Liu, X. H. , Han, N. , Zhang, H. J. , Xie, W. X. , Xie, Z. J. , ... & Huang, X. B. (2022). *Effects of group mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive behavioural therapy on symptomatic generalized anxiety disorder: a randomized controlled noninferiority trial*. *BMC psychiatry*, 22(1), 1-11.
- Klenfeldt, I. F. , Skoog, G. , Skoog, J. , & Skoog, I. (2024). *The natural history of lifetime psychiatric disorders in patients with obsessive-compulsive disorder followed over half a century*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.
- Marszalek, J. M. , Lasiter, S. , Jianfang, L. , Ghaffari, A. , Martsolf, G. R. , Poghosyan, L. , & Neff, D. (2023). *cognitive distortions and mental disorders*. *Journal of Nursing Measurement*. 1(5), 1-17.
- Masjoodi, S. , Farrokhi, M. , Afkham, B. V. , & Koohsar, J. S. (2024). *Advances in DTI Studies for Diagnosis and Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder*. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 111794.
- Osland, S. , Arnold, P. D. , & Pringsheim, T. (2018). *The prevalence of diagnosed obsessive compulsive disorder and associated comorbidities: A population-based Canadian study*. *Psychiatry research*, 268, 137-142.
- Öst, L. G. , Havnen, A. , Hansen, B. , & Kvale, G. (2015). *Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014*. *Clinical psychology review*, 40, 156-169.
- Pallant, J. (2020). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. McGraw-hill education (UK).
- Potter, K. , & Coyle, A. (2017). *Psychotherapeutic practitioners' views of the efficacy of mindfulness for the treatment of obsessive compulsive disorder: A qualitative key informant analysis*. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 19(2), 124-140.
- Restoy, D. , Oriol-Escudé, M. , Alonzo-Castillo, T. , Magán-Maganto, M. , Canal-Bedia, R. , Díez-Villoria, E. , ... & Lugo-Marín, J. (2024). *Emotion regulation and emotion dysregulation in children and adolescents with Autism Spectrum Disorder: A meta-analysis of evaluation and intervention studies*. *Clinical Psychology Review*, 102410.
- Sáez-Suanes, G. P. , García-Villamizar, D. , & Del Pozo Armentia, A. (2023). *The role of intellectual disability and emotional regulation in the autism–depression relationship*. *Autism*, 27(7), 1960-1967.
- Şahin, H. , Köşger, F. , Eşsizozğlu, A. , & Aksaray, G. (2018). *The relationship between obsessive belief level and cognitive flexibility in patients with obsessive compulsive disorder*. *Archives of Neuropsychiatry*, 55(4), 376-383.
- Sliwa, L. (2001). *Review of Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. Guilford: York N.
- Spada, M. M. , Georgiou, G. A. , & Wells, A. (2010). *The relationship among metacognitions, attentional control, and state anxiety*. *Cognitive behaviour therapy*, 39(1), 64-71.
- Storch, E. A. , McGuire, J. F. , & McKay, D. (Eds. ). (2018). *The clinician's guide to cognitive-behavioral therapy for childhood obsessive-compulsive disorder*. Academic Press.
- Strohmeier, C. W. , Rosenfield, B. , DiTomasso, R. A. , & Ramsay, J. R. (2016). *Assessment of the relationship between self-reported cognitive distortions and adult ADHD, anxiety, depression, and hopelessness*. *Psychiatry research*, 238, 153-158.

- Tabachnick, B. G. , Fidell, L. S. , & Ullman, J. B. (2013). *Using multivariate statistics* (Vol. 6, pp. 497-516). Boston, MA: pearson.
- Totzeck, C., Teismann, T., Hofmann, S. G., von Brachel, R., Zhang, X. C., Pflug, V., & Margraf, J. (2018). *Affective styles in mood and anxiety disorders—Clinical validation of the “Affective Style Questionnaire”(ASQ)*. *Journal of Affective Disorders*, 238, 392-398.
- Wu, M. S. , McGuire, J. F. , Martino, C. , Phares, V. , Selles, R. R. , & Storch, E. A. (2016). *A meta-analysis of family accommodation and OCD symptom severity*. *Clinical Psychology Review*, 45, 34-44.
- Wunder, Z. I. , & Jones, L. L. (2023). *Mindful Metacognition: Attention, Beliefs, and Skills in the Acceptance of Experiences*. *Mindfulness*, 14(12), 2917-2931.
- Yalın, E. , Ünsal, C. , & Gündoğmuş, İ. (2024). *The Relationship Between Occupational Functionality and Metacognition in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder*. *Cureus*, 16(1), 1-9.
- Zainal, N. H. , & Newman, M. G. (2024). *Which client with generalized anxiety disorder benefits from a mindfulness ecological momentary intervention versus a self-monitoring app? Developing a multivariable machine learning predictive model*. *Journal of Anxiety Disorders*, 102, 102825.
- Zimmermann, F. F. , Burrell, B. , & Jordan, J. (2018). *The acceptability and potential benefits of mindfulness-based interventions in improving psychological well-being for adults with advanced cancer: a systematic review*. *Complementary therapies in clinical practice*, 30, 68-78.

## The Effectiveness of Mindfulness-Based Exposure Therapy on Preventing Generalized Anxiety Disorder, Metacognitive Beliefs, Emotional Self-Regulation, and Cognitive Distortions in Men with OCD

Fayegh Sharifpoor<sup>1</sup>, Ghorban Fathi Aghdam<sup>2</sup>, Mehrnaz Azadyekta<sup>3</sup>, Hayede Saberi<sup>4</sup>

### Abstract:

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is one of the most common and debilitating mental disorders. Numerous factors contribute to the onset and exacerbation of this disorder, among which generalized anxiety disorder, metacognitive beliefs, emotional self-regulation, and cognitive distortions are significant. The present study aimed to determine the effectiveness of mindfulness-based exposure therapy on preventing generalized anxiety disorder, improving metacognitive beliefs, emotional self-regulation, and reducing cognitive distortions in men with OCD. This research was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population included all men with OCD in the city of Sanandaj. The sample consisted of 40 men with OCD, selected through purposive sampling, and divided into experimental and control groups. Data were collected using the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire (GAD-7), the Metacognitive Beliefs Questionnaire (MCQ), the Emotional Self-Regulation Questionnaire by Hofmann and Kashdan, and the Cognitive Distortions Questionnaire by Albert Ellis. After conducting the pretest, the experimental group underwent ten 90-minute intervention sessions, while the control group was placed on a waiting list for treatment. The posttest was conducted at the end of the intervention. Multivariate covariance analysis (MANCOVA) was used to analyze the data. The results showed that mindfulness-based exposure therapy was effective in preventing generalized anxiety disorder, improving metacognitive beliefs, enhancing emotional self-regulation, and reducing cognitive distortions in men with OCD. Covariance analysis, controlling for pretest effects, revealed a significant difference between the experimental and control groups in the posttest on the mentioned variables. Compared to the control group, the experimental group demonstrated a significant reduction in generalized anxiety disorder, metacognitive beliefs, and cognitive distortions, along with a significant increase in emotional self-regulation. Based on the findings, given that men with OCD exhibit symptoms of generalized anxiety disorder, metacognitive beliefs, emotional self-regulation issues, and cognitive distortions, mindfulness-based therapy is recommended as an effective treatment for individuals with OCD.

**Keywords:** Mindfulness-Based Therapy, Generalized Anxiety Disorder, Metacognitive Beliefs, Emotional Self-Regulation, Cognitive Distortions, Obsessive-Compulsive Disorder.

---

1. PhD student in psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran (corresponding author).

3. Associate Professor, Department of Psychology, Islamshahr Branch, Islamic Azad University, Islamshahr, Iran.

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