



The Effectiveness of Metacognitive Therapy and Compassion-Based Therapy on Reducing Rumination, Anxiety and Worry in Obsessive-Compulsive Patients

Shahla Nematollahi¹, Karim Afshari Nia^{2*}, Saeedeh Alsadat Hosseini³, Keyvan Kakabraei⁴, Shima Parandin⁵

1. PhD student, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran (Corresponding Author).
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.
4. Associate Professor, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.
5. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamabad West Branch, Islamic Azad University, Islamabad West, Iran.

❖ Corresponding Author Email: k.afsharineya@iauksh.ac.ir

Journal Info:

Volume 2, Issue 3 Autumn 2023
Pages: 50-61

Article Dates:

Receive: 2023/09/11
Accept: 2023/10/25
Published: 2023/12/21

Keywords:

Metacognitive Therapy, Compassion-Oriented Therapy, Mental Rumination, Anxiety and Worry, Obsessive-Compulsive Disorder

The aim of this study was to determine the effectiveness of metacognitive therapy and compassion-based therapy on reducing mental rumination, anxiety and worry of obsessive-compulsive patients. The method of the present study was a quasi-experimental experimental method in terms of data collection and its research design was a pre-test post-test design with a control group. The study population consisted of all patients referred to counseling and psychological clinics in District 5 of Tehran. Sampling method The present study was purposive stepwise cluster sampling. Based on previous research, 15 people were selected for each group, which was a total of 45 people. Two educational packages and two questionnaires were used to evaluate the dependent variables of the research. First, the subjects in this study were trained in metacognitive skills for 8 weeks and 16 sessions of 90 minutes, then for 8 weeks and 16 sessions of each session, 90 minutes were trained in Self-Compassion. The Yousefi Ruminant Questionnaire (2005), the Connor Anxiety Questionnaire (2000) and the Pennsylvania State Anxiety Inventory (PSWQ) were used to diagnose obsessive-compulsive disorder patients. The results of analysis of covariance showed that metacognitive therapy and compassion-based therapy reduced mental rumination, anxiety and worry of obsessive-compulsive patients. The results also showed that there was no significant difference between the mean mental rumination, anxiety and worry of the clients in the first experimental group (metacognitive) and the second experimental group (self-compassion) in the sense that metacognitive education and compassion are equal. They can reduce mental rumination, anxiety and worry. When obsessive-compulsive patients become aware of their skills, talents, feelings, beliefs, attitudes, and cognitive and social abilities, and thus overcome their mental rumination, anxiety, and worry, they perform well and by doing Assignments at the right time and with the right quality gain experience in treatment success.

Article Cite:

Nematollahi Sh, Afshari Nia K, Hosseini S, Kakabraei K, Parandin Sh. (2023). The Effectiveness of Metacognitive Therapy and Compassion-Based Therapy on Reducing Rumination, Anxiety and Worry in Obsessive-Compulsive Patients, *Psychological Dynamics in Mood Disorders*; 2(3): 50-61





اثربخشی درمان فراشناختی و درمان شفقت محور بر کاهش نشخوار ذهنی و اضطراب در

بیماران وسواس فکری

شهلا نعمت الهی^۱، کریم افشاری نیا^{۲*}، سعیده السادات حسینی^۳، کیوان کاکابرایی^۴، شیما پرندین^۵

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاداسلامی، کرمانشاه، ایران.
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران (نویسنده مسئول)
۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاداسلامی، کرمانشاه، ایران.
۴. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاداسلامی، کرمانشاه، ایران.
۵. استادیار، گروه روانشناسی، واحد اسلام آباد غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلام آباد غرب، ایران.

✦ ایمیل نویسنده مسئول: k.afsharineya@iauksh.ac.ir

اطلاعات نشریه:

دوره ۲، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۲

صفحات: ۶۱-۵۰

تاریخ های مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۰۶/۰۲

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۰۳

انتشار: ۱۴۰۲/۰۹/۳۰

واژگان کلیدی:

درمان فراشناختی، درمان شفقت محور، نشخوار ذهنی، اضطراب، نشانه‌های طیف وسواس فکری-عملی

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان فراشناختی و درمان شفقت محور بر کاهش نشخوار ذهنی، اضطراب افراد با نشانه‌های طیف وسواس فکری انجام شد. روش پژوهش حاضر از لحاظ گردآوری داده‌ها روش آزمایشی از نوع شبه آزمایشی و طرح آن پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود و از لحاظ هدف در زمره مطالعات کاربردی و از لحاظ روش در زمره پژوهش‌های کمی بود. جامعه مورد مطالعه عبارت بود از کلیه مراجعه‌کنندگان زن که با تشخیص علائم طیف وسواس فکری-عملی به کلینیک‌های مشاوره و روان‌شناختی منطقه ۵ شهر تهران در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸. به استناد مطالعات پیشین مجموعاً ۴۵ نفر (هر گروه ۱۵ نفر) با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل دو بسته آموزش درمان فراشناختی و آموزش درمان شفقت‌محور و سه پرسشنامه نشخوار فکری یوسفی (۱۳۸۴)، اضطراب ساراسون (۱۹۵۷) بودند. جهت تشخیص مراجعان با نشانه‌های وسواس فکری-عملی پرونده سنجش مراجعان در کلینیک مورد استفاده قرار گرفت. یافته‌های پژوهش بر اساس نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که هر دو درمان موجب کاهش نشخوار ذهنی، اضطراب و نگرانی افراد با نشانه‌های طیف وسواس فکری-عملی بویژه وسواس فکری می‌شوند. همچنین نتایج نشان داد که درمان فراشناختی و شفقت‌محور، به یک اندازه می‌توانند بر کاهش نشخوار ذهنی، اضطراب و نگرانی موثر باشند. در نتیجه وقتی مراجعان با نشانه‌های طیف وسواس فکری-عملی نسبت به مهارت‌ها، احساسات و توانمندی‌های شناختی و اجتماعی و غیره آگاهی پیدا می‌کنند بر نشخوار ذهنی، اضطراب و نگرانی خود فایق می‌آیند، در نتیجه عملکرد مناسبی خواهند داشت.

استناد به مقاله:

نعمت الهی ش، افشاری نیا ک، حسینی س، کاکابرایی ک، پرندین ش. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان فراشناختی و درمان شفقت محور بر کاهش نشخوار ذهنی و اضطراب در بیماران وسواس فکری. *پویایی روانشناختی در اختلالات خلقی* (۳): ۶۱-۵۰.



مقدمه

اکثر انسان‌هایی که مبتلا به نشانه‌های طیف وسواس فکری - عملی می‌شوند، در مراحل اولیه، برخی از علائم این طیف را به‌طور خفیف تجربه می‌کنند و می‌توان از تشدید علائم در برخی از آن‌ها، پیش از آن‌که به‌طور کامل دچار بیماری شوند جلوگیری کرد. با این حال درمان‌های سنتی که برای این طیف انجام می‌گرفت، شامل سه مرحله روان‌درمانی شناختی رفتاری^۱، رفتاردرمانی^۲ و دارودرمانی است. اما در دهه‌های اخیر، درمان‌های جدیدی مانند درمان فراشناختی و درمان شفقت به‌عنوان موج سوم رفتاردرمانی، محور جایگزین این درمان‌ها شده‌اند که بر اساس بسیاری از پژوهش‌ها نقش موثری در درمان بسیاری از آشفتگی‌ها داشته‌اند (استراسون و همکاران، ۲۰۱۵). نشخوار فکری در نشانه‌های طیف وسواس شامل افکاری هستند که به‌طور پایان‌ناپذیر مرور می‌شوند و به ناامیدی درباره آینده و ارزیابی‌های منفی درباره خود منجر می‌گردند. افزایش نشخوار ذهنی بیشتر دریافت افسردگی مورد بررسی قرار گرفته است. اما در افراد مبتلا به نشانه‌های طیف وسواس فکری-عملی بویژه وسواس فکری نیز مشاهده می‌شود. واهل و همکاران (۲۰۱۱) بر اساس پژوهش‌های خود نتیجه گرفتند که نگرانی و نشخوار ذهنی نقش اساسی در نشانه‌های طیف وسواسی دارند. چندین مطالعه نیز به‌طور خاص به بررسی نشخوار ذهنی در نشانه‌های طیف وسواس پرداخته‌اند، که همگی افزایش نشخوار ذهنی را در افراد دارای با نشانه‌های طیف وسواس فکری-عملی نسبت به افراد عادی گزارش نمودند. از سوی دیگر در حالی که نشانه‌های طیف افکار وسواس و نشخوار ذهنی از لحاظ محتوا و شکل با هم متفاوتند، اما می‌توانند از یک آسیب‌پذیری شناختی واحد نشأت بگیرند (موریتز و همکاران، ۲۰۱۴). یک احتمال برای این آسیب‌پذیری شناختی ممکن است اضطراب اجتماعی باشد.

منطبق با یافته‌ها، درمان فراشناختی و درمان شفقت محور از جمله درمان‌های موثر بر طیف وسواس می‌باشد. هدف اساسی آموزش توانمندی فراشناختی، خودکنترلی و خودآموزی است تا انسان‌ها بتوانند فرآیندهای شناختی شان را در جهت اهداف تعیین شده خود، هدایت، نظارت و اصلاح کنند (کنگ، اسموسکی و رایبیز، ۲۰۱۴). تعداد زیادی از معضلات، محصول فقدان مهارت‌ها و راهبردهای فراشناختی است زیرا مهارت‌ها و راهبردهای یاد شده به فرد امکان انتخاب، کنترل، نظارت، مدیریت و در نتیجه بهبود فرآیندهای شناختی را می‌دهد. بنابراین لازم است فراگیران در زمینه مهارت‌هایی از قبیل نظام‌دهی، نظارت بر خود، برنامه‌ریزی و تعیین هدف، آموزش لازم را ببینند تا بر راهبردهای شناختی تثبیت‌یافته مسلط شوند و پایه یادگیری‌های جدید ایجاد شود. در غیر این صورت حل تکالیف جدید که قبلاً با آن مواجه نشده‌اند، برایشان مشکل است. آموزش چنین راهبردهایی یعنی آموزش فراشناختی از آموزش شناختی متمایز است (پالینسکار^۳ براون، ۱۹۸۴). در هر حال فراشناخت نباید به عنوان هدف نهایی آموزش تلقی شود، بلکه باید به عنوان فرصتی برای مجهز کردن مراجعین به دانش و مهارت‌های لازم به منظور اداره موضوعات و مسائل خود آنها، در نظر گرفت، به طوری که آنها را در تکالیف آینده ماهر و کنجکاو بار آورد (پاریس^۴ پاریس، ۲۰۰۱).

پژوهش‌های همسو با شفقت‌ورزی نیز نشان داده است که انسان‌های دارای شفقت خود، کمترین نگرانی و نشخوار ذهنی را نشان داده‌اند و کمتر احساس ترس و کناره‌گیری را ذکر کرده‌اند (گیلبرت^۵ اندرویز^۶، ۲۰۰۵) و گرایش کمتری به فرونشانی و نشخوار افکار را از خود نشان داده‌اند (نف، کیرکپاتریک و رود، ۲۰۰۷) و منجر به تقویت حالات هیجانی مثبت در فرد شده و شفقت خود نسبت به دیگران را بیشتر تجربه کرده‌اند (نف و پومیر، ۲۰۱۲)؛ این در حالی است که ارزش خود بیش از حد بالا با ارزش قائل شدن برای دیگران و محبت به دیگران رابطه معکوس دارد (دیمون^۷، ۱۹۹۵). شفقت به خود، علاوه بر آنکه فرد را در مقابل حالات روانی منفی، محافظت می‌کند، در تقویت حالات هیجانی مثبت نیز نقش دارد. اگر چه شفقت به خود با عواطف مثبت ارتباط دارد، اما این ویژگی صرفاً یک شیوه‌ی تفکر مثبت نیست، بلکه توانایی نگه داشتن هیجانات منفی مانند نشخوار ذهنی در هشیاری غیرقضاوتی، بدون فرونشانی یا انکار جنبه‌های منفی تجربه است. به عنوان مثال این طور نیست که افرادی که نسبت به خود شفقت دارند زمانی که نقاط ضعف خود را توصیف می‌کنند از کلماتی که بیانگر هیجانات منفی هستند کمتر استفاده کنند، بلکه آنها فقط زمانی که نقاط ضعف خود را از نظر می‌گذرانند، نگرانی کمتری را تجربه می‌کنند (نف و همکاران، ۲۰۰۷).

تحقیقات اخیر بر روی درمان فراشناختی و درمان شفقت محور، نتایج رضایت بخش و دلایل منطقی برای استفاده در کار بالینی و مخصوصاً کار با افراد نگران فراهم کرده‌اند. هر اندازه آگاهی افراد از درمان فراشناختی و درمان شفقت محور افزایش یابد، اجتناب از هیجان‌هایی مانند نگرانی، اضطراب و نشخوار ذهنی کاهش یافته و احساس توانمندی مراجعان در برخورد با موقعیت‌های تهدیدکننده افزایش می‌یابد. لذا با توجه به این که درمان‌های

1 Cognitive Behavior Therapy (CBT)

2 Behavior Therapy (BT)

3 Strauss C, Rosten C, Hayward M, Lea L, Forrester E, Jones AM

4 Self-Control

5 Self-Study

6 King SL, Smoski MJ & Robins CJ

7 Palinskar

8 Paris

9 Gilbert

1 Andrews

1 Deymon

فراشناختی و درمان شفقت محور نقشی اساسی در پیشگیری از مشکلات روان‌شناختی مانند نگرانی، اضطراب و نشخوار ذهنی دارند و شامل توانمندی‌های درونی هستند که فرد را نسبت به ابتلا به نشانه‌های روانی مستحکم می‌کنند، برای همین اگر بتوانیم ویژگی‌های افراد دارای نشانه‌های وسواس فکری-عملی، بویژه وسواس فکری را با توجه به فرایند نشخوار ذهنی، اضطراب و نگرانی مورد بررسی قرار دهیم و میزان تاثیر درمان فراشناختی و درمان شفقت محور را در درمان مراجعان دارای نشانه‌های طیف وسواس فکری-عملی نشان دهیم، کمک شایانی به این افراد و نزدیکان آنها کرده ایم، زیرا با افزایش میزان شفقت به خود و تجربه درمان فراشناختی در این افراد، نگرانی، اضطراب و نشخوار ذهنی آنها کاهش پیدا می‌کند. نتایج این پژوهش می‌تواند برای مراکز درمانی مانند بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و درمانگاهها و مراکز آموزشی مانند دانشگاهها و مدارس، بسیار موثر و مهم باشد و نقش درمانی و پیشگیرانه داشته باشد.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر از لحاظ گردآوری داده‌ها روش آزمایشی از نوع شبه آزمایشی و طرح پژوهش آن طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود و از لحاظ هدف در زمره پژوهش‌های کاربردی و از لحاظ روش در زمره پژوهش‌های کمی است.

جدول ۱. دیاگرام طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل

گروه	گمارش تصادفی	آزمون	مداخله	آزمون	آزمون
آموزش فراشناخت	RC	پیش‌آزمون	×	پس‌آزمون اول T1	پس‌آزمون دوم
آموزش شفقت درمانی	RE	پیش‌آزمون	×	پس‌آزمون اول T1	پس‌آزمون دوم T2
کنترل	-	پیش‌آزمون	-	پس‌آزمون اول T1	پس‌آزمون دوم T1

در این پژوهش ابتدا از بین مراجعه‌کنندگان زن، دامنه سنی ۲۵-۴۰ سال به کلینیک‌های مشاوره و روان‌شناختی منطقه ۵ شهر تهران سال ۱۳۹۹ (۲۵ کلینیک) ۳ کلینیک به شیوه هدفمند، انتخاب شدند. دلایل این انتخاب به این صورت بود، که ترکیب جمعیتی آن می‌تواند معرف جمعیت کل منطقه باشد. دلیل دوم این که دسترسی به آنها به دلیل اشتغال پژوهشگر در آنها آسان تر بود. لذا از لحاظ همکاری مدیران و در اختیار قرار دادن امکانات و اعتماد بیشتر مراجعین شرایط بهتری برقرار گردید. دلیل سوم این که به دلیل کنترل اثر انتقال، این کلینیک‌ها به صورت مجزای از یکدیگر انتخاب شدند. در مرحله بعد، از هر کلینیک حدود ۲۰ مراجع دارای وسواس فکری که در بازه زمانی ۳ ماهه به مرکز مراجعه کردند، به صورت داوطلبانه انتخاب شدند.

سپس پرسشنامه‌های پژوهش در هر کلینیک بین همه افراد داوطلب شرکت‌کننده در پژوهش توزیع گردید و از بین کلیه داوطلبینی که پرسشنامه‌ها را درست تکمیل کرده بودند، ۴۵ نفر که در مرحله پیش‌آزمون در پرسشنامه اضطراب، نگرانی و نشخوار ذهنی عملکرد پایین‌تری داشتند انتخاب و در سه گروه هم‌تا شدند. بر این اساس سه گروه آزمایش و کنترل تشکیل گردید (۱۵ نفر گروه آزمایش اول که درمان فراشناختی را دریافت کردند، ۱۵ نفر گروه آزمایش دوم که درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی را دریافت کردند و ۱۵ نفر گروه کنترل که هیچ درمانی دریافت نکردند). در مرحله بعد با هماهنگی مدیران کلینیک‌ها، آموزش‌ها در ساعت‌های ۳ تا ۵ و ۵ تا ۷ بعد از ظهر (روزهای فرد و هر هفته دو جلسه برای گروه‌های آزمایش، روزهای یکشنبه و سه‌شنبه) برگزار گردید. پس از ارائه مداخله‌ها، پس‌آزمون برای هر سه گروه اجرا شد. جامعه مورد مطالعه عبارت بود از: مراجعه‌کنندگان زن، دامنه سنی ۲۵-۴۰ سال، که در بازه زمانی سه ماهه به کلینیک‌های مشاوره و روان‌شناختی منطقه ۵ شهر تهران سال ۱۳۹۹ مراجعه کردند. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر، شیوه نمونه‌گیری هدفمند بود. حجم نمونه حاضر به استناد پژوهش‌های پیشین ۱۵ نفر برای هر گروه انتخاب شد که مجموعاً ۴۵ نفر بودند. ۳-۳- روش‌ها و ابزار تجزیه و تحلیل داده‌ها

در پژوهش حاضر جهت ارزیابی متغیرهای وابسته پژوهش (اضطراب، نگرانی، نشخوار ذهنی) از دو بسته آموزشی و سه پرسشنامه استفاده شد که در زیر به آنها پرداخته شده است. با توجه به این که رویکرد پژوهش حاضر درمان مهارت‌های فراشناختی و پروتکل درمان شفقت محور است، لذا در ادامه به گزارش این رویکردها و شرح جلسات آنها پرداخته خواهد شد. لازم به ذکر است که افراد دارای نشانه‌های طیف وسواس فکری-عملی در کلینیک‌های هدف قبلاً توسط روان‌شناس بالینی تشخیص داده شده بودند و مواردی هم انتخاب شدند که حداقل ۳ جلسه درمان را دریافت کرده باشند

پروتکل درمانی مهارت‌های فراشناختی

آزمودنی‌ها در این پژوهش به مدت ۸ جلسه هر جلسه ۹۰ دقیقه به صورت گروهی، تحت آموزش درمان مبتنی بر آموزش مهارت‌های فراشناختی قرار گرفتند. موضوعات مورد آموزش در این درمان شامل:

۱- سنجش و ارزیابی، ۲- تبیین مهارت های فراشناختی و شواهد عینی ۳- شناسایی مهارت های فراشناختی ۴- چالش با مهارت های فراشناختی برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی، ۵- تمرین بازسازی شناختی باورها ۶- جمع بندی و ارزیابی و ارائه الگویی جدید

پروتکل درمان شفقت محور

آزمودنی ها در این پژوهش به مدت ۸ جلسه هر جلسه ۹۰ دقیقه به صورت گروهی، تحت آموزش درمان شفقت محور قرار گرفتند. موضوعات مورد آموزش شامل درمان شناختی مبتنی بر شفقت ورزی که در این درمان سه مؤلفه مهم وجود دارد: ۱- مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود ۲- اشتراک های انسانی در مقابل انزوا ۳- بهشیاری (ذهن آگاهی) در مقابل همسان سازی افراطی. مبنای نظری درمان شناختی مبتنی بر شفقت ورزی نظریه گیلبرت (۲۰۰۹) است که مولفه های این درمان شامل: ایجاد نگرش همدلانه، تمرین پذیرش اشتباهات و بخشش خود، تسهیل مهربانی با خود، اولویت بندی نیازها، مواجهه موثر با تغییرات و چالش های پیش رو، رشد احساسات متعالی، مسئولیت پذیری و ذهن آگاهی است.

پرسشنامه نشخوار فکری

این پرسشنامه توسط یوسفی (۱۳۸۴) ساخته شد. این آزمون شامل ۳۹ سوال چهارگزینه ای است که هر کدام از صفر تا ۳ درجه بندی می شود و نمره هر فرد با جمع این امتیازات به دست می آید. حداکثر نمره این آزمون ۱۱۷ و حداقل نمره آن صفر می باشد نقطه برش این آزمون ۵۸ می باشد. یوسفی به منظور بررسی پایایی، اعتبار و هنجاریابی پرسشنامه نشخوار فکری (۲۱۱ نفر) از دانشجویان دانشگاه اصفهان به طور تصادفی انتخاب و پرسشنامه نشخوار فکری افسرده ساز را اجرا کرد. اعتبار همزمان این آزمون از طریق اجرای آن با آزمون افسردگی بک و آزمون شادمانی آکسفورد محاسبه شد. اعتبار سازه از طریق تحلیل عاملی به روش واریماکس انجام شد، اعتبار افتراقی از طریق همسانی درونی اجرای آزمون روی گروه افسرده بالینی و گروه غیر بالینی بررسی شد. همسانی درونی آزمون با استفاده از روش الفای کرونباخ محاسبه شد و پایایی پرسشنامه از طریق ضریب بازآزمایی به دست آمد. ضریب اعتبار همزمان با آزمون بک ($r=0/51$) و با آزمون شادمانی آکسفورد ($r=0/53$) به دست آمد که هر دو از لحاظ آماری معنادار بودند. همچنین نتایج محاسبه پایایی این ابزار در مطالعه حاضر با استفاده از ضریب الفای کرونباخ نشان داد، که این پرسشنامه از ثبات درونی بسیار خوبی ($0/92$) برخوردار است.

اضطراب

پرسشنامه اضطراب ساراسون ۱۹۵۷، به منظور ارزیابی اضطراب تهیه گردیده است، که به صورت بله یا خیر به مدت ۱۰-۱۵ دقیقه به آن پاسخ داده شد. این پرسشنامه یک مقیاس خودگزارشی ۳۷ ماده ای است. این مقیاس دارای سه خرده مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) می باشد. ساراسون (۱۹۵۷) پایایی به روش بازآزمایی پرسشنامه را در گروه های دارای تشخیص اختلال اضطراب $0/78$ تا $0/89$ و ضریب همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ در انسان های بهنجار برای کل مقیاس برابر $0/94$ گزارش کرده است. حسوند و عمو زاده (۱۳۸۶)؛ به نقل از لطفی، (۱۳۸۹) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را در نمونه غیر بالینی ایرانی $0/84$ بدست آوردند. عبدی (۱۳۸۲)؛ به نقل از لطفی، (۱۳۸۹) در پژوهش خود همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ را برابر با $0/86$ و پایایی به روش بازآزمایی را $0/83$ گزارش کرده است. نتایج محاسبه پایایی این ابزار در مطالعه حاضر، با استفاده از ضریب الفای کرونباخ نشان داد که این پرسشنامه از ثبات درونی بسیار خوبی ($0/88$) برخوردار است. افراد دارای نشانه های طیف وسواس فکری- عملی بویژه وسواس فکری در کلینیک های هدف قبلا توسط روان شناس بالینی تشخیص داده شده بودند و مواردی هم انتخاب شدند که حداقل ۳ جلسه درمان را دریافت کرده باشند لذا تشخیص این موارد بر اساس پرونده مراجعین به عهده روان شناس بالینی کلینیک بوده است.

یافته ها

جدول (۲) میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون شرکت کنندگان را در گروه آزمایش و کنترل در شاخص های توصیفی نشخوار فکری، اضطراب را نشان می دهد.

جدول ۲ - شاخص های توصیفی نشخوار فکری، اضطراب و نگرانی و خرده متغیرهای آن در مرحله پس آزمون ($N=15$)

گروه	متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
فراشناخت	نشخوار فکری	پیش آزمون	۶۶/۲۱	۱۳/۰۱	۰/۱۷۶	-۱/۲۱۳
		پس آزمون	۶۱/۷۶	۱۱/۸۹		
	ترس	پیش آزمون	۱۵/۲۱	۲/۰۱	۰/۱۷۳	-۱/۴۴۵
		پس آزمون	۱۲/۷۶	۳/۸۹		

-۱/۶۶۵	۰/۳۴۵	۴/۳۳ ۲/۶۱	۱۴/۲۲ ۱۱/۲۲	پیش آزمون پس آزمون	اجتناب	
-۱/۹۰۵	-۰/۰۳۱	۴/۱۳ ۲/۳۶	۱۷/۰۸ ۱۴/۵۰	پیش آزمون پس آزمون	ناراحتی فیزیولوژیک	
-۱/۶۵۸	-۰/۱۵۱	۱۳/۸۶ ۱۱/۷۸	۸۷/۵۰ ۸۱/۲۳	پیش آزمون پس آزمون	اضطراب	
-۱/۹۳۲	۰/۰۴۱	۱۴/۱۳ ۱۴/۳۲	۷۲/۰۲ ۶۶/۵۲	پیش آزمون پس آزمون	نگرانی	
۰/۱۸۰	۰/۸۱۰	۱۲/۱۰ ۱۱/۶۵	۶۴/۲۱ ۶۰/۵۶	پیش آزمون پس آزمون	نشخوار فکری	شفقت به خود
۰/۳۶۸	۱/۳۰۵	۳/۲۲ ۲/۱۹	۱۵/۴۴ ۱۲/۱۱	پیش آزمون پس آزمون	ترس	
۰/۱۸۰	۰/۸۳۰	۴/۳۱ ۲/۷۲	۱۴/۱۹ ۱۱/۱۰	پیش آزمون پس آزمون	اجتناب	
-۱/۵۷۸	۰/۰۵۶	۴/۴۳ ۵/۲۱	۱۶/۹۰ ۱۲/۰۰	پیش آزمون پس آزمون	ناراحتی فیزیولوژیک	
-۰/۵۰۹	۰/۳۴۵	۱۳/۵۵ ۱۱/۴۸	۸۷/۴۱ ۸۰/۱۲	پیش آزمون پس آزمون	اضطراب	
۰/۳۶۸	۱/۳۰۵	۱۲/۲۲ ۱۰/۱۹	۶۵/۴۴ ۶۱/۱۱	پیش آزمون پس آزمون	نگرانی	
-۱/۵۷۳	۰/۰۴۴	۱۰/۱۳ ۱۰/۳۲	۵۵/۱۹ ۵۴/۵۲	پیش آزمون پس آزمون	نشخوار فکری	کنترل
-۱/۶۲۳	۰/۱۷۴	۲/۳۲ ۳/۸۹	۱۴/۸۸ ۱۴/۰۱	پیش آزمون پس آزمون	ترس	
-۱/۵۶۸	۰/۲۶۳	۲/۱۱ ۳/۶۰	۱۴/۳۲ ۱۴/۲۲	پیش آزمون پس آزمون	اجتناب	
-۱/۶۹۴	۰/۲۴۲	۴/۸۱ ۴/۳۶	۱۷/۴۸ ۱۷/۳۳	پیش آزمون پس آزمون	ناراحتی فیزیولوژیک	
-۱/۳۳۸	۰/۱۲۰	۱۳/۷۹ ۱۳/۸۳	۸۸/۳۳ ۸۷/۸۳	پیش آزمون پس آزمون	اضطراب	

نتایج جدول (۲) شاخص های توصیفی نشخوار فکری، اضطراب و خرده متغیر های آن در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در سه گروه، گروه آزمایشی اول (آموزش فراساختی) گروه آزمایشی دوم (آموزش شفقت به خود) و گروه کنترل را نشان می دهد. بر این اساس میانگین و انحراف معیار نمره نشخوار فکری در مرحله پیش آزمون در گروه آزمایش اول (۱۳/۰۱، ۶۶/۲۱) در گروه آزمایش دوم (۱۲/۱۰، ۶۴/۲۱) و در گروه کنترل (۱۰/۱۳، ۵۵/۱۹) بود. بر اساس این نتایج می توان گفت میانگین و انحراف معیار نشخوار فکری و خرده متغیر های آنها در مرحله پیش آزمون در گروه آزمایش اول و دوم و در گروه کنترل تفاوت قابل ملاحظه ای با هم ندارند. بنابراین می توان نتیجه گرفت که این سه گروه در مرحله پیش آزمون در متغیر های نشخوار فکری با هم قابل مقایسه هستند.

همچنین نتایج جدول (۲) نشان می دهد میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب در مرحله پیش آزمون در گروه آزمایش اول (۱۳/۸۶، ۸۷/۵۰) در گروه آزمایش دوم (۱۳/۵۵، ۸۷/۴۱) و در گروه کنترل (۱۳/۷۹، ۸۸/۳۳) بود. بر اساس این نتایج می توان گفت میانگین و انحراف معیار اضطراب در مرحله پیش آزمون در گروه آزمایش اول و دوم و در گروه کنترل تفاوت قابل ملاحظه ای با هم ندارند. بنابراین می توان نتیجه گرفت که این سه گروه در مرحله پیش آزمون در متغیر های اضطراب با هم قابل مقایسه هستند. همچنین نتایج جدول (۴) نشان می دهد میانگین و انحراف معیار نمره نگرانی در مرحله پیش آزمون در گروه آزمایش اول (۱۴/۱۳، ۷۲/۰۲) در گروه آزمایش دوم (۱۲/۲۲، ۶۵/۴۴) و در گروه کنترل (۱۲/۸۹، ۶۴/۲۰) بود.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس تفاوت بین میانگین نمرات نشخوار ذهنی افراد با نشانه‌های طیف وسواس در گروه آزمایش و کنترل

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری (P)	مجذورات جزئی
اثر تعامل	نشخوار فکری	۱۰۹/۳۰۶	۱	۱۰۹/۳۰۶	۱/۱۸۴	۰/۲۸۴	۰/۰۳
گروه	نشخوار فکری	۵۰۸/۸۶۹	۱	۵۰۸/۸۶۹	۵/۵۱۱	۰/۰۲۵	۰/۲۳
خطا	نشخوار فکری	۳۳۳۴/۰۹۲	۲۸	۹۲/۳۳۶			
کل	نشخوار فکری	۳۸۵۸۴/۰۰۰	۳۰				

همچنان که نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد اثر تعاملی گروه و پیش‌آزمون با مقدار ($F=1/184$) و سطح معناداری ($P=0/284$) معنادار نیست به این معنی که پیش فرض شیب خط رگرسیون رعایت شده است و گروه‌ها با هم قابل مقایسه هستند. اما بر اساس نتایج اثر متغیر مستقل (آموزش فراشناختی) بر متغیر وابسته (نشخوار ذهنی) با مقدار ($F=5/511$) و سطح معناداری ($P=0/025$) معنادار است. به این معنا که (آموزش فراشناختی منجر به کاهش نشخوار ذهنی در گروه آزمایش شده است و بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار به نفع گروه آزمایش ایجاد کرده است. همچنین مجذور انا جزئی نشان می‌دهد که ($0/23$) در صد از تغییرات ایجاد شده در گروه آزمایش در نتیجه ارائه متغیر مستقل به گروه آزمایش بوده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس تفاوت بین میانگین نمرات اضطراب افراد با نشانه‌های طیف وسواس در گروه آزمایش و کنترل

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری (P)	مجذور انا جزئی
اثر تعامل	اضطراب	۲۱۱/۵۰۶	۱	۲۱۱/۵۰۶	۱/۱۲	۰/۱۱۲	۰/۰۲
گروه	اضطراب	۴۹۹/۷۱۹	۱	۴۹۹/۷۱۹	۷/۶۵۴	۰/۰۳۲	۰/۳۳
خطا	اضطراب	۲۱۲۴/۰۷۷	۲۸	۸۸۹/۳۳۶			
کل	اضطراب	۳۷۷۸۷/۰۰۰	۳۰				

همچنان که نتایج جدول (۴) مربوط به میانگین‌های اصلاح شده نمرات اضطراب بیماران در گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد اثر تعاملی گروه و پیش‌آزمون با مقدار ($F=1/12$) و سطح معناداری ($P=0/112$) معنادار نیست. به این معنی که پیش فرض شیب خط رگرسیون رعایت شده است و گروه‌ها با هم قابل مقایسه هستند. اما بر اساس نتایج اثر متغیر مستقل (آموزش فراشناختی) بر متغیر وابسته (اضطراب) با مقدار ($F=7/654$) و سطح معناداری ($P=0/032$) معنادار است. به این معنا که آموزش فراشناختی منجر به کاهش اضطراب در گروه آزمایش شده است و بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار به نفع گروه آزمایش ایجاد کرده است. همچنین مجذور انا جزئی نشان می‌دهد که ($0/33$) در صد از تغییرات ایجاد شده در گروه آزمایش در نتیجه ارائه متغیر مستقل به گروه آزمایش بوده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس تفاوت بین میانگین‌های نمرات نشخوار فکری افراد با نشانه‌های طیف وسواس در گروه آزمایش و کنترل

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری (P)	مجذورات جزئی
اثر تعامل	نشخوار فکری	۱۱۲/۱۰۸	۱	۱۱۲/۱۰۸	۱/۳۴۵	۰/۲۶۷	۰/۰۳
گروه	نشخوار فکری	۴۹۹/۲۱۳	۱	۴۹۹/۲۱۳	۱۰/۳۱۱	۰/۰۱۷	۰/۳۶
خطا	نشخوار فکری	۴۴۵۶۷/۳۴۷	۲۸	۱۲۰/۲۱۶			
کل	نشخوار فکری	۵۱۳۲۶/۲۳۴	۳۰				

همچنان که نتایج جدول (۵) با استناد به میانگین‌های اصلاح شده نمرات نشخوار فکری بیماران در گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد اثر تعاملی گروه و پیش‌آزمون با مقدار ($F=1/345$) و سطح معناداری ($P=0/267$) معنادار نیست، به این معنی که پیش فرض شیب خط رگرسیون رعایت شده است و گروه‌ها با هم قابل مقایسه هستند. اما بر اساس نتایج اثر متغیر مستقل (شفقت به خود) بر متغیر وابسته (نشخوار فکری) با مقدار ($F=10/311$) و سطح معناداری ($P=0/017$) معنادار است. به این معنا که آموزش شفقت به خود منجر به کاهش نشخوار فکری در گروه آزمایش شده است و بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار به نفع گروه آزمایش ایجاد کرده است. همچنین مجذور انا جزئی نشان می‌دهد که ($0/36$) در صد از تغییرات ایجاد شده در گروه آزمایش در نتیجه ارائه متغیر مستقل به گروه آزمایش بوده است.

جدول ۶. نتایج تحلیل کواریانس تفاوت بین میانگین نمرات اضطراب افراد با نشانه‌های طیف وسواس در گروه آزمایش شفقت به خود و گروه کنترل

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری (P)	مجذور اتا جزئی
اثر تعامل	اضطراب	۱۱۲/۱۰۸	۱	۱۱۲/۱۰۸	۱/۲۷	۰/۳۳۲	۰/۰۴
گروه	اضطراب	۱۶۸/۴۲۳	۱	۱۶۸/۴۲۳	۴/۳۱	۰/۲۱۹	۰/۳۴
خطا	اضطراب	۳۳۷/۲۹۱	۲۸	۱۴/۹۲۵			
کل	اضطراب	۳۳۸۵۷/۰۰۰	۳۰				

همچنان که نتایج جدول (۶) نشان می‌دهد اثر تعاملی گروه و پیش‌آزمون با مقدار ($F=1/27$) و سطح معناداری ($P=0/332$) معنادار نیست به این معنی که پیش فرض شیب خط رگرسیون رعایت شده است. اما بر اساس نتایج اثر متغیر مستقل (شفقت به خود) بر متغیر وابسته (اضطراب) با مقدار ($F=4/31$) و سطح معناداری ($P=0/219$) معنادار است. به این معنا که آموزش شفقت به خود منجر به کاهش اضطراب در گروه آزمایش شده است و بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار به نفع گروه آزمایش ایجاد کرده است. همچنین مجذور اتا جزئی نشان می‌دهد که (۰/۳۴) در صد از تغییرات ایجاد شده در گروه آزمایش در نتیجه ارائه متغیر مستقل به گروه آزمایش بوده است.

جدول ۷. نتایج تحلیل کواریانس تفاوت بین میانگین نشخوار ذهنی در گروه آزمایش اول (فراشناختی) و گروه آزمایش دوم (شفقت به خود)

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری (P)	مجذور اتا جزئی
گروه	نشخوار ذهنی	۱۰۹/۳۰۶	۱۰۹/۳۰۶	۱/۴۴۴	۰/۲۱۱	۰/۱۱

همچنان که نتایج جدول (۷) مربوط به نتایج تحلیل کواریانس تفاوت بین میانگین‌های اصلاح شده نمرات نشخوار ذهنی بیماران در گروه آزمایش اول (فراشناختی) و گروه آزمایش دوم (شفقت به خود) نشان داد که بین نمرات متغیر وابسته در دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد همچنین با توجه به مقدار ($F=1/444$) و سطح معناداری ($P=0/211$) در نشخوار ذهنی، در گروه آزمایش اول (فراشناختی) و گروه آزمایش دوم (شفقت به خود) تفاوت معناداری وجود ندارد. به این معنا که آموزش فراشناختی و شفقت به خود به یک اندازه می‌توانند بر کاهش نشخوار ذهنی موثر باشند.

جدول ۸. نتایج تحلیل کواریانس تفاوت بین میانگین اضطراب در گروه آزمایش اول (فراشناختی) و گروه آزمایش دوم (شفقت به خود)

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری (P)	مجذور اتا جزئی
گروه	اضطراب	۵۰۸/۸۶۹	۵۰۸/۸۶۹	۱/۱۰۴	۰/۱۱۰	۰/۱۰

همچنان که نتایج جدول (۸) مربوط به نتایج تحلیل کواریانس تفاوت بین میانگین‌های اصلاح شده نمرات اضطراب بیماران در گروه آزمایش اول (فراشناختی) و گروه آزمایش دوم (شفقت به خود) نشان داد که بین نمرات متغیر وابسته در دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین با توجه به مقدار ($F=1/104$) و سطح معناداری ($P=0/110$) در اضطراب در گروه آزمایش اول (فراشناختی) و گروه آزمایش دوم (شفقت به خود) تفاوت معناداری وجود ندارد. به این معنا که آموزش فراشناختی و شفقت به خود به یک اندازه می‌توانند بر کاهش اضطراب موثر باشند.

نتیجه گیری

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که علت اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش نشخوار ذهنی در بیماران وسواس فکری این است که افرادی که از آموزش مهارت‌های فراشناختی بالایی برخوردار باشند، اطلاعات کاملی در مورد نقاط ضعف و قوت خود دارند و می‌توانند بر اهدافشان متمرکز شوند و ظرفیت انرژی خودشان را به اولویت‌های زندگی‌شان تعمیم دهند لذا قدرت توجه آنها بر تفکرات اصلی متمرکز است و به نشخوار ذهنی نمی‌پردازند (کارلسون، ۲۰۱۷). نتایج تحقیقات ظهیرالدین، آگاهی، برجلی و راجزی (۲۰۱۸) نشان داد افرادی که آموزش مهارت‌های فراشناختی را دریافت نکرده‌اند، گرایش به تحلیل منفعل و تکراری مشکلات، نگرانی‌ها و احساس استرس بدون اقدام برای ایجاد تغییرات مثبت دارند که این ویژگی، افکار ناهنجار منفی را افزایش می‌دهد و توانایی‌های مربوط به حل مسئله را تضعیف می‌کند. نشخوار ذهنی می‌تواند علائم نشانه‌های طیف وسواس فکری - عملی بویژه علائم طیف وسواس فکری را تشدید کند، زیرا افرادی که وسواس‌های فکری ناشی از ناکارآمدی افکار مزاحم طبیعی دارند که مهم یا معنی دار تلقی می‌شوند و همیشه دارای سوء تعبیر مداوم و تلاش‌های بعدی برای کنترل یا سرکوب افکار منفی هستند که نتایج

پژوهش حاضر همسو با یافته های استراس و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که افرادی که با راهبردهای حل مسئله و تکنیک های آموزش مهارت های فراشناختی آشنایی دارند کمتر دچار نشخوار فکری می شوند. زیرا نشخوار ذهنی درباره افکار مزاحم، می تواند منجر به ارزیابی های داخلی منفی از افکار مزاحم طبیعی شود. یعنی احتمال بیشتری وجود دارد که مراجعان با نشانه های طیف وسواس فکری - عملی برای درک علل افکار مزاحم تکراری تلاش کنند که منجر به بروز افکار مزاحم و استرس های بیشتری می شود. بنابراین همانگونه که نشخوار ذهنی اضطراب را تشدید می کند می تواند اضطراب ناشی از افکار مزاحم شناختی و ناخواسته طیف وسواس فکری - عملی را نیز تشدید کند. سبک تفکر نشخوار ذهنی اضطراب را تشدید می کند و طول اپیزودهای افسردگی عمده شناخته شده است و به عنوان یک عامل حفظ فراتشخیصی در آشفتگی های استراس از جمله نشانه های اضطراب فراگیر، استرس پس از سانحه و نشانه های اضطراب اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته است، زیرا نشخوار ذهنی، افکار ناهنجار منفی را افزایش می دهد و منجر به استفاده از سایر راهبردهای تنظیم احساسات ناهنجار می شود و توانایی های مربوط به حل مسئله را هم تضعیف می کند (آلوی و آلوی، ۲۰۱۵)

بر اساس یافته های تحقیق حاضر و همسو با نتایج بسیاری از پژوهشها از جمله (مارک، ۲۰۰۴). (۱) آموزش مهارت های فراشناختی با ترغیب افراد با نشانه های طیف وسواس فکری-عملی به تمرین مکرر توجه متمرکز روی مسئله مورد نظر و آگاهی قصدمندانه روی موضوع و همچنین، ذهن آگاهی مراجعان با نشانه های وسواس فکری-عملی و پاسخ فرد به موقعیت های تعارض آمیز را از حالت اتوماتیک به وضعیت هشیارانه و مناسب تبدیل می کند (۲) یکی دیگر از دلایل اثر بخشی آموزش مهارت های فراشناختی بر کاهش نشخوار ذهنی این است که آموزش مهارت های فراشناختی در مراجعان، مستلزم یادگیری اضطراب و استراتژی های رفتاری جدید برای متمرکز شدن روی روابط بین فردی و جلوگیری از ایجاد تعارضات بین فردی است و باعث گسترش افکار جدید و کاهش اتفاقات ناخوشایند می شود. در این راستا (سگال، ویلیامز و تیزدل ۲۰۰۷) همسو با یافته های پژوهش حاضر توضیح می دهند که آموزش مهارت های فراشناختی موجب می شود فرد در موقعیت های تعارض آمیز، به جای درگیر شدن با تعبیر و تفسیرهای چرخه های ناکارآمد، به بسط و توسعه فضاهای هشیاری و آگاهی درونی مبادرت ورزیده و سمت وسوی هشیاری خویش را از افکار اتوماتیک و منفی به جنبه های جدیدی از زندگی در حال گذر، معطوف کند

در تبیین دیگری همسو با یافته های اسکولز، اسکمل و نیتدفلد، (۲۰۱۶) از این فرضیه می توان اذعان داشت که مراجعانی که سطوح بالایی از آموزش مهارت های فراشناختی را دارا هستند، از راهکارهای عاقلانه بیشتری در برابر استرس ها و فشارها و قابلیت منحصر به فردی برای سازگاری و غلبه بر خطرهای نشان می دهند. ارتقاء اضطراب نیز به سهم خود منجر به کاهش نگرانی در زندگی می شود. در این میان به نظر می رسد برخی از جنبه های آموزش مهارت های فراشناختی مثل عمل همراه با آگاهی و پذیرش، ارتباط ملموس تری با اضطراب دارد و به رشد اضطراب بیشتری می انجامد؛ از سویی خوش بینی، رغبت، شکیبایی و توانایی ترمیم خویشین به عنوان ویژگی های اصلی اضطراب، به پیشرفت تحصیلی آنها منجر می شود. به عبارتی می توان گفت که اضطراب در مراجعان با نشانه های اضطراب ذهن آگاه، ذهن آگاه برجسته تر است، در نتیجه آنها کمتر درگیر نگرانی های معمول و همیشگی می شوند و بیشتر بر چشم انداز مبتنی بر حل مسئله تمرکز می کنند.

در تبیین یافته های فوق می توان گفت که علت اثربخشی آموزش مهارت های فراشناختی بر کاهش ظرفیت اضطراب در افراد با نشانه های طیف وسواس فکری-عملی این است که آموزش مهارت های فراشناختی بالا و حافظه کاری قوی برای یادگیری بسیار مهم است، تا جایی که با دانستن وضعیت آن در این افراد، می توان نمرات آنها را در سالهای تحصیلی شان پیش بینی کرد

یافته های همسو با نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش شفقت به خود منجر به تقویت چهار دسته از تجارب اولیه زندگی فرد می شوند، که اکتساب آنها باعث افزایش تمرکز در فرد و در نتیجه تقویت حافظه وی می شود. این تجارب عبارتند از: ۱- آموزش شفقت به خود منجر به ارضا نیازهایی می شود که می تواند منجر به شکل گیری طحوااره هایی همچون محرومیت هیجانی و رهاشدگی شود. ۲- ارضاء بیش از حد نیازها که می تواند منجر به شکل گیری طحوااره هایی همچون وابستگی / بی کفایتی و استحقاق بزرگ منشی شود. ۳- آسیب دیدن و قربانی شدن که می تواند منجر به تشکیل طحوااره هایی همچون نقص / شرم، بی اعتمادی / بد رفتاری و یا آسیب پذیری نسبت به ضرر شود ۴- درونی سازی یا همانندسازی با انسان های مهم زندگی. علاوه بر آن، آموزش شفقت به خود منجر به بهبود خلق و خو و افزایش سلامت روان و ایجاد حال خوب در فرد و شکل گیری طحوااره های مناسب در او می شود. کسب این طحوااره های کارآمد در کاهش ظرفیت اضطراب بسیار موثر است. زیرا خلق و خوی فرد تعیین می کند که آیا تمرکز کافی برای یادگیری و به یادآوری موضوعات جدید و تا حدی سخت را دارد یا خیر.

از سوی دیگر آموزش شفقت به خود باعث می شود باورهای مبنی بر توانایی فردی برای انجام تکالیف تحصیلی و انگیزش درونی فرد تقویت شود. زیرا افراد دچار نشانه های طیف وسواس فکری-عملی که دارای خودکارآمدی بالا هستند، اعتماد بیشتری به موفقیت عملکرد موثر خود دارند. از سوی دیگر همسو با یافته های هاتیس (۲۰۱۱) و نتایج پژوهش حاضر، آموزش شفقت به خود منجر به افزایش انگیزش تحصیلی، نگرش ها و باورهای

- | | | |
|---|--|---|
| 1 | Strauss C, Rosten C, Hayward M, Lea L, Forrester E, Jones AM | 3 |
| 1 | Alovi And Alovi | 4 |
| 1 | Segal, Wilyamz and Tizdel | 5 |
| 1 | Schulze L, Schmahl C, Niedtfeld I | 6 |

موفقیت، در فرد می‌شود زیرا مراجعان دچار نشانه‌های طیف وسواس که طرحواره‌های ناکارآمد دارند، از انگیزش تحصیلی پایینی برخوردارند و در نتیجه، انگیزه زیادی برای فعالیت‌های مستمر و انجام تکالیف تحصیلی ندارند، لذا شکست تحصیلی را تجربه کرده و چون نگرانی پایینی دارند، در نتیجه برای رسیدن به اهداف‌شان سخت کار نمی‌کنند (آریاپوران، امیری منش، تقوایی و حق طلب، ۱۳۹۳).

References

- Alizdeh A, Mohammadi A. (2014). The effectiveness of mindfulness-based exposure Therapy in Obsessive – Compulsive Disorder. *J Res Behave Sci*; 12(3): 342-50.
- Allen LB, Barlow DH. (2009) Relationship of exposure to clinically irrelevant emotion cues and obsessive-compulsive symptoms. *Behav Modif*; 33(6):743-62.
- Beck, A (1992). The Past and the future of Cognitive Therapy, *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 6 (4): 276–284.
- Bembemutty, H. (2010). Test anxiety and academic delay gratification. *College Student Journal*, 43(1): 10-12.
- Butow, P., Olver, I., Lockett, T., Grimison, P., Toner, G. C., Stockler, M. R., ... & Gurney, H. (2016). The prevalence, severity, and correlates of psychological distress and impaired health-related quality of life following treatment for testicular cancer: a survivorship study. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(2), 223-233.
- Clark DA, Purdon C. (2004). *Cognitive theory and therapy of obsessions and compulsions*. Cambridge: Cambridge University Press, 3(3), 90-116.
- Connor KM, Davidson J, Churchill LE. (2000). Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN): new self-rating scale. *Br J Psychiat*; 176: 379-386.
- Custers, J. A., van den Berg, S. W., van Laarhoven, H. W., Bleiker, E. M., Gielissen, M. F., & Prins, J.B. (2014). The cancer worry scale: detecting fear of recurrence in breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 37(1), E44- E50.
- Daneshmandi S, Izadikhah Z, Kazemi H, Mehrabi HA. (2014) [The effectiveness of emotional schema therapy on emotional schemas of female victims of child abuse and neglect(Persian)]. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci*; 22(5): 1481-94.
- Deyo M, Wilson KA, Ong J & Koopman C (2010). Mindfulness and rumination: dose mindfulness training led to reductions in the rumination thinking associated with depression? *Explore (NY)*; 5 (5), 265-71.
- deZoysa P. (2018). The use of mindfulness practice in the treatment of a case of obsessive compulsive disorder in Sri Lanka. *J Relig Health*; 52(1): 299-306.
- Diodona f (2009). *Hand book Of mindfulness*. New York: Willy press; 36-65.
- Fontanelle LF, Harrison BJ, Pujol J, Davey CG, Fornito A, Bora E, et al. (2012). Brain functional connectivity during induced sadness in patients with obsessive-compulsive disorder.
- Garland, E. L., Gaylerd, G & Fredrickson, L (2012). Positive Reappraisal mediates the stress-reductive effects of mindfulness: An upward spiral process. *Mindfulness*, 2, 59–67.
- Genero, C (2008). Chaotic environments, learned helplessness and academic achievement in adolescence. *Research in Higher Education*, 39(2), 199-215.
- Glass, D. J. (2012). Evolutionary clinical psychology, broadly construed: Perspectives on obsessive-compulsive disorder. *Journal of Social, Evolutionary, and Cultural Psychology*, 6(3), 287-292.
- Hatice, O. (2011). Academic self-efficacy and academic procrastination as predictors of problematic internet use in university students. *Computers & Education*, 57, 1109–1113.
- Hayes, S.C., Follette, V.M & Linehan, M.M (2003). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York. Guilford Press.
- Herbert JD & Forman EM (2011). *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: understanding and applying the new therapies*. 1st ed. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Howell, A J & Watson, D C. (2009). Procrastination: Associations with achievement goal orientation and learning strategies. *Personality and Individual Differences*, 43, 167–178.
- Innamorati M, Imperatori C, Harnic D, Erbuto D, Patitucci E, Janir L, et al. (2016) Emotion Regulation and Metallization in People at Risk for Food Addiction. *Behav Med*:0.
- Ivanovski B & Malhi GS (2007). The Psychological and neuropsychological concomitants of mindfulness form meditation. *Act a Neuropsychiatric*; 19: 76-91.

- Izadi R, Neshatdust HT, Asgari K, Abedi MR. (2014) [Comparison of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavior Therapy on symptoms of treatment of patients with obsessive-compulsive disorder(Persian)]. *J Res Behave Sci* 12(1): 19-33.
- Jacob ML, Morelen D, Suveg C, Brown Jacobsen AM, Whiteside SP. (2017). youth. *Anxiety Stress Coping*;25(2):229-37.
- Jennifer, RC & Benoit, M (2008). Failure to warn: How student race affects warnings of potential academic difficulty. *J Exp Soc Psychol*;43:663-670.
- Keng SL, Smoski MJ & Robins CJ (2013). Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clin Psychol Rev*; 31(6), 1041-56.
- Kingston T, Dooley B, Bates A, Lawlor E & Malone K (2011). Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychol & Psychother: Theor, Res & Pract*; 80, 193-203.
- Komarraju, M., Karau, S J & Schmeck, R R (2011). Role of the big five personality traits in predicting college students' academic motivation and achievement. *Learning and Individual Differences*, 19, 47-52.
- Leahy R L.(2018)Emotional Schemas and Self-Help: Homework Compliance and Obsessive-Compulsive Disorder Cognitive and Behavioral Practice. 14(3): 297-302.
- Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. (2014)motion regulation in psychotherapy. Mansouri Rad A. (Persian translator). Tehran: Arjmand;
- Linehan, M.M (2000). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford.
- MacDonald EE & Hastings PH (2011). Mindful Parenting and Care Involvement of Fathers of Children with Intellectual Disabilities. *Journal of Child and Family Studies*; 19:236-40.
- Marchand WR (2012). Mindfulness-based stress reduction, mindfulness-based cognitive therapy, and Zen meditation for depression, anxiety, pain, and psychological distress. *J Psychiatr Pract*; 18(4): 233-52.
- Marcou, A & Philippou, G. (2007). Motivational beliefs, selfregulated learning and mathematical problem solving. Conference of the International Group for the psychology of Mathematic Education, 30, 297-304.
- Nakamura, Y., Lipschitza, D & Westb, G (2011). Two sessions of sleep- focused mind-body bridging improve self-reported symptoms of sleep and PTSD in veterans: A pilot randomized controlled trial. *Journal of psychosomatic Research*, 70, 335- 345.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139-154.
- Neumann WJ, Huebl J, Brücke C, Gabriëls L, Bajbouj M, Merkl A, et al. (201۸)Different patterns of local field potentials from limbic DBS targets in patients with major depressive and obsessive compulsive disorder. *Mol Psychiatry*;19(11):1186-92.
- Nierenberg, A. A., Peterson, T. J. & Alpert, J. (2003). Prevention of relapse and recurrence in depression: The role of long-term pharmacotherapy and psychotherapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64,15 - 35.
- Pajares F, Schunk D H. (2010). Self-Efficacy Beliefs. *International Encyclopedia of Education (Third Edition)*. Pages 668-672.
- Piet J & Hougaard E (2012). The effect of mindfulnessbased cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and metaanalysis. *Clin Psychol Rev*, 11 (31), 1032-40.
- Przezdziecki, A., Sherman, K. A., Baillie, A., Taylor, A., Foley, E., & Stalgis-Bilinski, K. (2013). My changed body: breast cancer, body image, distress and self-compassion. *Psycho-Oncology*, 22 (8), 1872-1879.
- Reeve, C L (2005). A policy-capturing study of the contextual antecedents of test anxiety. *Personality and Individual Differences*, 45, 243-248.
- Roberts S, O'Connor K, Bélanger C.(2013) Emotion regulation and other psychological models for body-focused repetitive behaviors. *Clin Psychol Rev*;33(6):745-62.
- Rosenzweig, S., Greeson, J. M., Reibel, D. K., Jasser, S. A & Beasley, D. (2011). Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: Variation. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 29-36.
- Ryan T, Roy D, Pignatelli M, Arons A, Tonegawa S. (2015). Engram cells retain memory under retrograde amnesia. *Science*. Vol. 348, Issue 6238, pp. 1007-1013.

- Strauss C, Rosten C, Hayward M, Lea L, Forrester E, Jones AM.(2015). Mindfulness-based exposure and response prevention for obsessive compulsive disorder: study protocol for a pilot randomized controlled trial. *Trials*;16:167.
- Sullivan, M. J., Wood, L., Terry, J., Brantley, J., Charles, A., McGee, V., Johnson, Zahiroddin A, Agahi Z, Borjali A, Rajezi S. (2018) [Comparison of emotion regulation strategies among individuals with obsessive-compulsive disorder and substance abusers(Persian)]. *Pejouhandeh*;19(1):18-24.