

ایلناز سجادیان^۱ - دکتر حمید طاهر نشاط دوست^۲ - دکتر حسین مولوی^۳ - دکتر محسن معروفی^۴

تأثیر آموزش روش ذهن آگاهی بر میزان علائم اختلال وسواس-اجبار در زنان شهر اصفهان

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر آموزش روش ذهن آگاهی بر میزان علائم اختلال وسواس-اجبار در بیماران سرپایی مراجعه‌کننده به مراکز خدمات روانشناختی و روانپزشکی شهر اصفهان اجرا گردید. بدین منظور تعداد ۱۸ بیمار مبتلا به اختلال وسواس-اجبار که بر اساس مصاحبه بالینی توسط روانشناس بالینی و روانپزشک معرفی شده بودند و دارو مصرف می‌کردند، به روش تصادفی ساده از میان جامعه پژوهش انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۹ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. پرسشنامه وسواس-اجبار مادزلی به عنوان پیش‌آزمون در مورد هر دو گروه اجرا شد. آزمودنی‌های گروه آزمایش به صورت فردی و به مدت شش جلسه در معرض برنامه درمانی آموزش روش ذهن آگاهی قرار گرفتند. این برنامه شامل توضیح ماهیت اختلال وسواس-اجبار و انواع آن، مراحل چهارگانه ذهن آگاهی و ارائه تکالیف خانگی با استفاده از روش ذهن آگاهی بود که از طریق کتابچه راهنمای محقق ساخته و با هدایت پژوهشگر به هر بیمار آموزش داده شد. در طول درمان علاوه بر جلسات حضوری هفتگی، بیماران از طریق تماس تلفنی با پژوهشگر در ارتباط بوده و به منظور برطرف نمودن مشکلات احتمالی در انجام تکالیف، راهنمایی‌های لازم را دریافت نمودند. آزمودنی‌های گروه کنترل فقط دارو دریافت کردند و هیچ نوع درمان روانشناختی بر آنها اعمال نشد. نتایج تحلیل کواریانس دال بر تأثیر آموزش روش ذهن آگاهی در بهبودی معنادار علائم کلی وسواس در مرحله پس‌آزمون و آزمون پیگیری بود ($P < 0/001$). همچنین نتایج، حاکی از تأثیر این روش در بهبودی معنادار علائم شستشو، واریسی، کندی وسواسی، تردید وسواسی و نشخوار ذهنی در مرحله پس‌آزمون و آزمون پیگیری بود ($P < 0/05$).

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواس-اجبار، ذهن آگاهی، پرسشنامه وسواس-اجبار مادزلی.

مقدمه

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه اصفهان

۲- دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان

۳- استاد گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان

۴- استادیار گروه علوم پزشکی اصفهان

اختلال وسواس-اجبار^۱ یکی از بیماری‌ها و اختلالات رفتاری ناتوان‌کننده‌ای است که با افکار و عوامل مزاحم تکراری و ناخواسته، فرد را به انجام اعمال اجباری و بیهوده و همچنین فرو بردن در اعماق افکار ناراحت‌کننده وادار می‌کند. ویژگی عمده این وسواس‌ها و اجبارها (افکار و رفتارها) لذت‌بخش نبودن آنها برای فرد مبتلا می‌باشد ولی بیمار به نشخوار افکار و تکرار اعمال ادامه می‌دهد تا شاید از ناراحتی‌اش کاسته شود. تحقیقات نشان می‌دهد که این اختلال در ۱۰ درصد بیماران سرپایی مطب‌ها و درمانگاه‌های روانپزشکی یافت می‌شود و چهارمین بیماری روانپزشکی پس از سه اختلال فوبیا، اختلال‌های مرتبط با مواد و اختلال افسردگی اساسی است (سادوک و سادوک^۲، ۱۳۸۰).

به دلیل گستردگی و وسعت شیوع این اختلال تاکنون روش‌های درمانی متعددی جهت درمان و کنترل وسواس معرفی و به کار گرفته شده است. از جمله می‌توان به تکنیک‌های دارو درمانی^۳، روان‌تحلیلیگری^۴، رفتار درمانی^۵، شناخت درمانی^۶ و خانواده درمانی^۷ اشاره نمود (طاهر خانی، حسینی نائینی، مصطفوی و حسینی، ۱۳۸۲). هر کدام از این روش‌ها با در نظر گرفتن عوامل احتمالی زمینه‌ساز وسواس طراحی و به کار گرفته شده‌اند و دارای ضعف‌ها و نقایصی بوده‌اند که بر ضرورت ایجاد روش‌های درمانی جدیدتر تأکید دارد. راه‌حل‌های جدیدتر استفاده تلفیقی و همزمان از دارو و آموزش همراه با تکالیف خانگی در رابطه با ذهن افراد مبتلا به اختلال وسواس-اجبار را پیشنهاد می‌کنند. از جمله این روش‌ها می‌توان به ذهن آگاهی^۸ اشاره کرد. از نظر تاریخی ذهن آگاهی تکنیک اصلی مورد استفاده در مراقبه بودایی^۹ است که ریشه در آیین مذکور دارد. روش ذهن آگاهی قصد دارد از طریق آموزش ذهنی، نه تنها در تغییر سیر کارکردی و بالینی اختلال وسواس-اجبار بلکه در تغییر نحوه عملکرد مغز به افراد مبتلا به این اختلال کمک کند. در روش ذهن آگاهی بیمار با نظارت درونی خود فرایند چهار مرحله‌ای را، که برگرفته از فلسفه بوداست و توسط شوارتز (۱۹۹۷)، برای اولین بار در کتاب قفل ذهن مطرح شده، طی می‌کند (شوارتز، ۲۰۰۴). در این روش شوارتز (۲۰۰۴)، فرایند چهار مرحله‌ای را برای افزایش توانایی بیمار جهت مواجهه و جلوگیری از پاسخ، بدون نیاز به کمک مستقیم درمانگر ابداع نموده است. اصل اساسی در این روش این است که بیمار با درک ماهیت واقعی افکار و امیال، نحوه کنترل و اداره ترس و اضطرابی را که اختلال وسواس-اجبار

1. Obsessive compulsive disorder (OCD)

2. Sadock & Sadock

3. Drug therapy

4. Psychoanalysis

5. Behavioral therapy

6. Cognitive therapy

7. Family therapy

8. Mindfulness

۹- آیین بودایی در هند و توسط سیدارتا گوتاما بودا که رهبری مذهبی بود، ۵۰۰ سال قبل از میلاد و در واکنش به رنج افراد فقیر، فقیر، بیمار، مسن و در حال احتضار پایه گذاری شد (کومار، ۲۰۰۲).

ایجاد می‌کند، یاد می‌گیرد و اداره اضطراب و ترس وی به نوبه خود به بیمار این امکان را می‌دهد تا به نحو مؤثرتری پاسخ‌های رفتاری خویش را مهار کند. بیمار از اطلاعات زیست‌شناختی و آگاهی‌شناختی برای انجام مواجهه و جلوگیری از پاسخ بهره خواهد گرفت. این راهبرد درمانی از چهار مرحله بنیادی تشکیل شده است که هدف از هر مرحله به اختصار ارائه می‌شود:

مرحله اول: برجسب‌دهی مجدد^۱: بیمار یاد می‌گیرد چگونه افکار و اعمال و سواسی خود را تشخیص دهد و درک عمیقی راجع به این مسأله به دست آورد که احساس آزار دهنده فعلی یک فکر و سواسی یا رفتار اجباری است.

مرحله دوم: اسناددهی مجدد^۲: بیمار عمیقاً متوجه می‌شود که افکار یا اعمال و سواسی او معنادار نبوده بلکه پیام‌های غلطی هستند که از مغز (هسته دمدار) صادر شده و با عدم تعادل زیست شیمیایی در مغز مرتبطند.

مرحله سوم: تمرکزدهی مجدد^۳: بیمار درصدد بر می‌آید تا با تمرکز مجدد و معطوف ساختن توجه خود بر رفتار خوشایند دیگر در پیرامون اختلال خود حتی برای چند دقیقه به رفتار دیگری بپردازد.

مرحله چهارم: ارزش‌گذاری مجدد^۴: بیمار یاد می‌گیرد که به ارزش‌گذاری افکار و امیال مزاحمی که به نحو چاره‌ناپذیری او را به انجام رفتارهای و سواسی وادار می‌ساختند بپردازد و به صحت ظاهری آنها توجه نکند.

اکنون مطالعات و بررسی‌های تجربی زیادی با استفاده از روش ذهن آگاهی و روش‌های نزدیک به آن در درمان بسیاری از بیماریها و اختلالات روانی انجام گرفته است.

شوارتز، گیلفورد، استیر و تینمان^۵، (۲۰۰۵)، در یک مطالعه موردی توانستند با استفاده از روش چهار مرحله‌ای ذهن آگاهی به میزان ۹۰ درصد اختلال و سواس-اجبار یک بیمار زن ۲۰ ساله را درمان کنند. نتایج درمان مبتنی بر ذهن آگاهی اختلال و سواس-اجبار که به صورت مطالعه موردی انجام گرفت نشان داد که آموزش ذهن آگاهی به بیمار توانسته است سبک زندگی و کیفیت آن و نحوه سازگاری او با اختلال را بهبود بخشد. این در حالی است که اختلال و سواس-اجبار در برابر بسیاری از روش‌های مرسوم که مبتنی بر درمان رفتاری-شناختی و استفاده از مهارکننده‌های بازجذب سروتونین می‌باشد پاسخ مناسبی نشان نداده است. با کاربرد روش ذهن آگاهی فرد مبتلا توانست با پذیرش اختلال خود بر وضع ناشی از این بیماری غلبه کند و میزان مصرف دارو را در طول شش ماه درمان کاهش دهد. نتایج سه سال پس از پیگیری مداخلات حاکی از سازگاری بیمار با شرایطی بود که یک سبک زندگی توأم با سلامتی را برای

1. Relabel
2. Reattribute
3. Refocus
4. Revalue
5. Schwartz, Gulliford, Stier & Thienemann

او دربرداشت، هرچند برخی از افکار و سواسی او باقی ماند اما دیگر این افکار بر رفتارهایش کنترل نداشتند (سینگ، والر، وینتون و آدکینز^۱، ۲۰۰۴).

کاهش استرس ناشی از استفاده روش ذهن آگاهی موفقیت‌هایی در زمینه درمان نشانگان جسمی و روانی افراد مبتلا به درد مزمن (کابات - زین^۲، ۱۹۸۲؛ کابات زین، لیپورث و بورنی^۳، ۱۹۸۵)، اضطراب منتشر و اختلالات پانیک (حملة وحشتزدگی) (کابات - زین، ماسیون کرسیتلر و پترسون^۴، ۱۹۹۲)، اختلال خوردن (کریستلر و هالت^۵، ۱۹۹۹)، پسوریازیس^۶ (کابات - زین، ویلر، لایت، اسکیلینگ، اسکارف، کراپلی، هاسمر و برنارد^۷، ۱۹۹۸)، فیبرومیالگیا^۸ (کاپلان، گلدنبرگ و گالوین - ناديو^۹، ۱۹۹۳)، سرطان (اسپکا، کارلسون، گودی و آنگن^{۱۰}، ۲۰۰۰) و بهبودی‌های قابل توجه در کیفیت زندگی، نشانگان استرس و کیفیت خواب بیماران مبتلا به سرطان سینه و پروستات نشان داده است (کارلسون، اسپکا، پاتل و گودی، ۲۰۰۳). علاوه بر این کاهش استرس با استفاده از روش ذهن آگاهی به طور معنی‌داری به افزایش وضوح ذهنی، سلامت روان و نیز کاهش تنش بدنی انجامیده است (ریبل و همکاران، ۲۰۰۱). استفاده از روش‌هایی که ذهن آگاهی مؤلفه کلیدی در آنها محسوب می‌شود مانند پذیرش و تعهد درمانی نیز برای درمان اختلالات اضطرابی مؤثر بوده است (بلاک، ۲۰۰۲؛ بلاک و ولقرت، ۲۰۰۰). همچنین نتایج تحقیقات نشان داده است که استفاده از روش ذهن آگاهی موجب کاهش بازگشت حمله‌های افسردگی (تیزدال، سگال، ویلیامز، راید گوی، سولسبی و لو^{۱۱}، ۲۰۰۰) و فعال شدن ناحیه‌ای از مغز می‌شود که با عواطف مثبت و اثرات سودمند کارکرد ایمن‌سازی مرتبط است (دیویدسون، کابات-زین، شوماخر، روزنکراز، مولر و سانتولی^{۱۲}، ۲۰۰۳). مطالعه اثرات مداخله یک برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی درد، حالات مثبت ذهن، استرس و خودکارآمدی ذهن آگاهی قبل و بعد از یک مداخله هشت هفته‌ای نشان داد که نمرات پس آزمون استرس به طور معناداری پایین‌تر از نمرات پیش آزمون بوده و سطوح خودکارآمدی ذهن آگاهی^{۱۳} و حالات مثبت ذهن نسبت به نمرات پیش آزمون افزایش یافته بود (چانگ، پالش، کالدول، گلاسگو، آبرامسون، لوسکین، گیل، بورک و کوپمن^{۱۴}، ۲۰۰۴). علاوه بر این ویلیامز،

1. Singh, Wahler, Winton, Adkins
2. Kabat - Zinn
3. Lipworth & Burney
4. Massion, Kristeller & Peterson
5. Kristeller & Hallet
6. Psoriasis-
7. Wheeler, Light, Skillings, Scharf, Cropley, Hosmer, & Bernhard
8. Fibromyalgia-
9. Kaplan, Goldenberg & Galvin -Nadeau
10. Williams Specca, Carlson, Goody & Angen
11. Teasdale, Segal, Ridgeway, Soulsby & lau
12. Davidson, Kabat-zinn, Schumacher, Rosenkranz, Muller, Santorelli
13. Mindfulness self efficacy
14. Chang, Palesh, Caldwell, Glasgow, Abramson, Luskin, Gill, Bruke, Koopman

دوگان، کران و فنل^۱ (۲۰۰۵)، در تحقیقی تحت عنوان "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای پیشگیری از شیوع رفتارهای خودکشی" این روش را مداخله‌ای پذیرفته شده برای بیماران که در گذشته دارای تجربیات خودکشی بودند دانستند.

با توجه به شیوع اختلال وسواس-اجبار و نقایصی که در روش‌های درمانی متعدد وجود دارد و از طرفی با عنایت به موفقیت‌های روش درمانی ذهن آگاهی محور در درمان اختلالات روانی و لزوم درمان یا کاهش این بیماری از طریق به کارگیری رویکرد شناختی-رفتاری-زیستی متمرکز بر ذهن آگاهی این پژوهش در جهت بررسی تاثیر این روش بر اختلال وسواس-اجبار انجام شد.

روش: جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری آزمودنی‌ها

جامعه آماری در این پژوهش، شامل کلیه زنان مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و مراکز خدمات روانشناختی و روانپزشکی سطح شهر اصفهان بودند که در زمان اجرای پژوهش (بهمن ۸۴) طی مصاحبه بالینی روانپزشکی و روانشناسی براساس متن تجدید نظر شده چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری از سوی روانپزشک، یا روانشناس بالینی، مبتلا به اختلال وسواس-اجبار تشخیص داده شده بودند و دارو دریافت می‌کردند. در این پژوهش تعداد ۱۸ بیمار مبتلا به اختلال وسواس-اجبار به عنوان نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده در زمان اجرای پژوهش، از بین جامعه آماری انتخاب گردیدند. این افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۹ نفر) همتا شدند و به صورت فردی تحت درمان به روش ذهن آگاهی قرار گرفتند. چون در این تحقیق سطح آلفا نزدیک به صفر، توان آماری نزدیک به یک و حجم اثر قابل توجه بود معلوم شد که حجم نمونه برای دقت آزمون کافی بوده است (مولوی، ۱۳۷۹).

ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات

به منظور جمع‌آوری اطلاعات مورد نظر در این پژوهش از پرسشنامه ویژگی‌های فردی، مصاحبه بالینی و پرسشنامه وسواس-اجبار مادزلی استفاده شد.

پرسشنامه ویژگی‌های فردی: این پرسشنامه شامل سؤالات در مورد سن، وضعیت تحصیلی، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، مراجعه پیشین به روانپزشک یا روانشناس، نوع دارو و میزان داروی مصرفی بود.
مصاحبه بالینی: به منظور تشخیص اختلال وسواس-اجبار از مصاحبه بالینی براساس متن تجدید نظر شده چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری استفاده شد.

پرسشنامه وسواس - اجبار مادزلی^۱: به منظور بررسی میزان نشانه‌های اختلال وسواس - اجبار در بیماران مبتلا، از پرسشنامه وسواس - اجبار مادزلی استفاده گردید. این پرسشنامه توسط هاجسون و راجمن (۱۹۷۷)، به نقل از مهین، (۱۳۸۰)، به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات وسواس تهیه شده است و دارای ۳۰ سؤال می‌باشد. پاسخ سؤال‌ها به صورت صحیح و غلط است. نمره کل وسواس آزمودنی‌ها که به وسیله این پرسشنامه ارزیابی می‌شود از ۱ تا ۳۰ متغیر است. آزمون وسواس - اجبار مادزلی دارای چهار خرده آزمون می‌باشد: حداکثر نمرات در خرده آزمون واری، ۹، در خرده آزمون وسواس شستشو، ۱۱، در خرده آزمون کندی وسواسی، ۷ و در خرده آزمون تردید وسواسی، ۷ می‌باشد.^۲ راجمن و هاجسون (۱۹۸۰)، روایی همگرا و پایایی^۳ با روش آزمون - آزمون مجدد^۴ این پرسشنامه را رضایت‌بخش گزارش نموده و روایی سازه^۵ این آزمون را در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی تأیید نمودند. همچنین ساناویو و ویدوتو^۶ (۱۹۸۵)، استرنبرگر و برنز (۱۹۹۰)، گزارش نمودند که هماهنگی درونی^۷ و پایایی این پرسشنامه با روش آزمون - آزمون مجدد رضایت‌بخش بوده و دارای روایی همگرا و واگرایی قابل قبولی با ۹ آزمون فرعی چک لیست نشانگان ۹۰ سؤالی^۸ می‌باشد. آنها گزارش کرده‌اند که همبستگی پرسشنامه وسواس - اجبار مادزلی با خرده آزمون وسواس چک لیست نشانگان ۹۰ سؤالی، ۰/۵۱ بوده است. نورمن و دیگران (۱۹۹۶) نیز برای این آزمون هماهنگی درونی را با آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش نمودند. در ایران نیز قاسم‌زاده (۱۳۸۰) روایی محتوایی این آزمون را بررسی کرده است (مهین، ۱۳۸۰). علیلو (۱۳۸۵)، ضریب پایایی بازآزمایی این آزمون را در مورد یک گروه ۲۵ نفری از دانشجویان دانشگاه تربیت معلم تهران ۰/۸۲ برآورد نموده است.

1. Maudsly Obsessive Compulsive Inventory (MOCI)

۲- البته جمع سؤالات به ترتیبی که در بالا آمده به ۳۴ می‌رسد ولی به دلیل اینکه بعضی از سؤالات برای خرده آزمونهای متفاوت مشترک است جمع واقعی آنها ۳۰ سؤال می‌شود.

3. reliability
4. test - retest
5. Construct validity
6. Sanavio & Vidotto
7. internal consistency
8. Symptom Checklist. - 90-Review (SCL-90-R)

طرح پژوهش و روش تحلیل داده‌ها

در این پژوهش از طرح تجربی «پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل^۱ و آزمون پیگیری» استفاده گردید.

روش اجرا

پس از انجام نمونه‌گیری به روش تصادفی ساده، ۱۸ آزمودنی انتخاب گردیدند و با روش گزینش اتفاقی در دو گروه مساوی کنترل و آزمایش قرار گرفتند. لازم به ذکر است که هر دو گروه دارو مصرف می‌کردند. در اولین جلسه ضمن برقراری ارتباط و تفاهم، مصاحبه بالینی انجام شد و پس از اجرای پیش آزمون وسواس- اجبار مادزلی آزمودنی‌ها با اهداف جلسات و ماهیت اختلال وسواس- اجبار آشنا شدند و کتابچه راهنمای درمانی (که توسط محقق بر اساس چهار مرحله ذهن آگاهی شوارتز تهیه شده بود) به همراه تکالیف خانگی، در اختیار بیماران قرار گرفت. جهت استفاده اثربخش از کتابچه و تکالیف مربوط به آن، نحوه استفاده از مراحل در جلسه اول درمان بطور مؤثر به بیماران آموزش داده شد. در طول درمان نیز علاوه بر جلسات هفتگی حضوری (شش جلسه)، بیماران از طریق تماس تلفنی با پژوهشگر در ارتباط بوده و به منظور برطرف نمودن مشکلات احتمالی در انجام تکالیف، راهنمایی‌های لازم را دریافت نمودند. نقش فعال بیماران در فرآیند درمان و انجام تکالیف شخصی و خانگی به عنوان اساس این روش در ارتباط با درمان اختلال وسواس محسوب می‌گردد. منظور از ذهن آگاهی در این پژوهش، ارائه یک روش (شناختی- رفتاری- زیستی) می‌باشد که اطلاعات جدیدی در خصوص اساس زیستی اختلال وسواس- اجبار در اختیار بیمار قرار می‌دهد تا توانایی او را برای کنترل پاسخ‌های اضطراب‌آور و مقاومت در برابر نشانگان آزار دهنده وسواس- اجبار افزایش دهد. اصل کلیدی در اینجا این است که بیمار با درک ماهیت واقعی این افکار و امیال، نحوه کنترل و اداره ترس و اضطرابی که این بیماری ایجاد می‌کند را یاد گرفته و اداره ترس و اضطراب به نوبه خود این امکان را به او می‌دهد تا به نحو مؤثرتری پاسخ‌های رفتاری‌اش را مهار کند. بنابراین بیمار از اطلاعات زیست‌شناختی و آگاهی‌شناختی برای انجام مواجهه و پیشگیری از پاسخ بهره خواهد گرفت. این راهبرد درمانی از چهار مرحله اساسی (برچسب‌زنی مجدد، اسناددهی مجدد، تمرکزدهی مجدد و ارزش‌گذاری مجدد) تشکیل شده است که در پایان هر مرحله میزان اضطراب بیمار کنترل شد. هدف آموزش روش ذهن آگاهی، انجام این مراحل بطور روزمره توسط بیمار است (سه مرحله اول بویژه در آغاز فرایند درمان بسیار حائز اهمیت هستند) و خود درمانی جزء اساسی این روش در یادگیری نحوه کنترل پاسخ‌های بیماران مبتلا به اختلال وسواس- اجبار به افکار و اعمال وسواسی‌شان به طور روزمره محسوب می‌گردد. در طی این مراحل فرد مبتلا به اختلال وسواس- اجبار می‌آموزد که

1. Pretest – post test randomized group design

احساسات مزاحم خود را واقعی نپندارد. بیمار باید بداند که این احساسات موجب گمراهی او می‌شوند، بنابراین به شیوه‌ای تدریجی ولی مؤثر می‌بایست درصدد برآید تا پاسخ‌های خود را در قبال این احساسات تغییر داده و در مقابل آنها مقاومت نماید. با این عمل بیمار درک جدیدی از حقیقت بدست می‌آورد و بدین طریق می‌تواند به بینش‌های جدیدی دست یابد. بیمار می‌آموزد که احساسات مزاحم هر چقدر هم که آزار دهنده و پابرجا باشد موقت و زودگذر بوده و چنانچه براساس آنها عمل نشود، این افکار و احساسات فرو می‌نشینند و اگر بیمار تسلیم این احساسات شود بر شدت و قدرت آنها افزوده خواهد شد. بیمار می‌آموزد که امیال مزاحم چه هستند و در برابر آنها باید چه عکس‌العملی از خود نشان دهد: این شیوه چهار مرحله‌ای از خود درمانی، بنیانی را برای ایجاد خود-تسلط‌یابی و خود فرماندهی فراهم می‌سازد و با مقاومت سازنده در برابر احساسات و امیال وسواس-اجبار، عزت نفس و آزادی بیشتری را برای بیمار به ارمغان می‌آورد و توانمندی فرد را برای تصمیم‌گیری آگاهانه و خود جهت یافته، ارتقاء می‌دهد. از طریق این فرایند بیمار خود را برای جدال با اختلال وسواس-اجبار توانمند می‌کند و با ارج نهادن به کنترل که از طریق آموختن ذهن آگاهی برای غلبه بر وسواس-اجبار بدست آورده است، اختیار زندگی خود را بدست می‌گیرد.

یافته‌های پژوهش

داده‌های حاصل از این پژوهش با استفاده از بسته آماری در علوم اجتماعی^۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. با استفاده از روش‌های آمار استنباطی (تحلیل کواریانس) تفاوت‌های موجود بین دو گروه پژوهشی بررسی شد. در این تجزیه و تحلیل تأثیر متغیر کنترل پیش‌آزمون از روی نمرات پس‌آزمون و پیگیری برداشته و سپس دو گروه با توجه به نمرات باقیمانده مقایسه شدند. میانگین و انحراف معیار نمرات کل علائم وسواس-اجبار، نمرات علائم وسواس شستشو، واریسی، کندی وسواسی، تردید وسواسی و نشخوار ذهنی دو گروه در پس‌آزمون و آزمون پیگیری در جدول شماره (۱) آمده است:

از آزمون لوین جهت بررسی تساوی واریانس‌ها استفاده گردید. نتایج این آزمون نشان داد تفاوت واریانس‌ها در دو گروه معنادار نمی‌باشد. به منظور مقایسه تفاوت میانگین دو گروه در نمره کل اختلال وسواس-اجبار و خرده‌آزمون‌های آن بعد از کنترل متغیر پیش‌آزمون در مرحله پس‌آزمون و پیگیری از آزمون تحلیل کواریانس استفاده گردید. نتایج تحلیل کواریانس در جدول (۲) آمده است.

۱- Statistical Package in Social Science (SPSS)

جدول ۱: نتایج میانگین و انحراف معیار نمرات کل علائم اختلال وسواس-اجبار و خرده آزمونهای وسواس شستشو، وسواس واریسی، کندی وسواسی، تردید وسواسی و نشخوار ذهنی در دو گروه بعد از کنترل متغیر پیش آزمون در مرحله پس آزمون و پیگیری

پس آزمون		پیش آزمون		مرحله		شاخص علائم	
انحراف معیار	میانگین تعدیل شده	انحراف معیار	میانگین تعدیل شده	انحراف معیار	میانگین		گروه
۰/۹۰	۶/۷۲۹	۰/۹۳۸	۷/۵۱۱	۶/۳۴	۱۶/۰۰	آزمایش	علائم اختلال وسواس اجبار
۰/۹۰	۱۷/۳۸۲	۰/۹۳۸	۱۷/۹۳۳	۵/۳۸	۱۶/۲۲	کنترل	
۰/۴۳۵	۱/۸۶۳	۰/۵۹۳	۲/۲۰۳	۲/۳۹	۴/۲۲	آزمایش	علائم وسواس شستشو
۰/۴۳۵	۵/۰۲۵	۰/۵۹۳	۴/۳۵۳	۱/۸۱	۴/۵۵	کنترل	
۰/۵۱۷	۱/۸۹۶	۰/۳۹۶	۱/۷۵۹	۲/۴۵	۵/۵۵	آزمایش	علائم وسواس واریسی
۰/۵۱۷	۵/۵۴۸	۰/۳۹۶	۶/۶۸۵	۲/۵۵	۴/۶۷	کنترل	
۰/۳۰۶	۲/۱۴۷	۰/۳۴۵	۲/۱۹۶	۰/۷۸	۲/۸۹	آزمایش	علائم کندی وسواسی
۰/۳۰۶	۳/۱۸۷	۰/۳۴۵	۳/۳۲۴	۱/۳۳	۲/۵۵	کنترل	
۰/۳۷۶	۲/۵۲۰	۰/۴۴۶	۲/۸۲۱	۲/۱۸	۵/۰۰	آزمایش	علائم تردید وسواسی
۰/۳۷۶	۵/۲۵۸	۰/۴۴۶	۵/۱۷۹	۱/۵۱	۵/۵۵	کنترل	
۰/۱۲۷	۰/۳۳۳	۰/۱۸۶	۰/۵۵۶	۰/۵	۱/۶۷	آزمایش	علائم نشخوار ذهنی
۰/۱۲۷	۱/۸۸۹	۰/۱۸۶	۱/۸۸۹	۰/۵	۱/۶۷	کنترل	

همان طوری که جدول (۲) نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین‌های تعدیل شده علائم وسواس - اجبار پس از کنترل متغیر پیش آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است و می‌توان نتیجه گرفت که آموزش روش ذهن آگاهی باعث کاهش معنادار نمرات کل وسواس - اجبار آزمودنی‌های گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری شده است. علاوه بر این تأثیر آموزش ذهن آگاهی در زیر مقیاس‌های شستشو، واریسی، کندی وسواسی، تردید وسواسی و نشخوار ذهنی مورد تأیید قرار گرفتند، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش روش ذهن آگاهی باعث کاهش معنادار نمرات وسواس شستشو، واریسی، کندی وسواسی، تردید وسواسی و نشخوار ذهنی آزمودنی‌های گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس آزمون شده است. همچنین یافته‌ها بیانگر آنست که

تداوم بهبودی در علائم شستشو، واریسی، کندی وسواسی، تردید وسواسی و نشخوار ذهنی نیز مورد تأیید واقع شدند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش روش ذهن آگاهی باعث کاهش معنادار نمرات وسواس شستشو، واریسی، کندی وسواسی، تردید وسواسی و نشخوار ذهنی آزمودنی‌های گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پیگیری شده است. لازم به ذکر است که در مورد خرده مقیاس کندی وسواسی در مرحله پس آزمون و تردید وسواسی در مرحله پیگیری چون توان آماری کمتر از ۰/۸، سطح آلفا نزدیک به ۰/۰۵ و حجم اثر کمتر از سایر خرده مقیاس‌ها می‌باشد باید با احتیاط نتیجه‌گیری نمود.

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس نمرات کل علائم اختلال وسواس-اجبار و خرده آزمون‌های وسواس شستشو، وسواس واریسی، کندی وسواسی، تردید وسواسی و نشخوار ذهنی در دو گروه بعد از کنترل متغیر پیش آزمون در مرحله پس آزمون و پیگیری

شاخص منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	واریانس	ضریب F	معناداری (P)	حجم اثر	توان آماری	
پیش آزمون	۲۰۱/۵۲۶	۱	۲۰۱/۵۲۶	۲۵/۴۶۸	۰/۰۰	۰/۶۲۹	۰/۹۹۷	علائم اختلال
گروه	۴۸۸/۵۳۶	۱	۴۸۸/۵۳۶	۶۱/۷۳۸	۰/۰۰	۰/۸۰۵	۱/۰۰	وسواس-اجبار در مرحله پس آزمون
پیش آزمون	۱۷۴/۸۵۲	۱	۱۷۴/۸۵۲	۲۳/۹۸۱	۰/۰۰	۰/۶۱۵	۰/۹۹۵	علائم اختلال
گروه	۵۱۰/۴۷۳	۱	۵۱۰/۴۷۳	۷۰/۰۱۱	۰/۰۰	۰/۸۲۴	۱/۰۰	وسواس-اجبار در مرحله پیگیری
پیش آزمون	۲۱/۷۹۸	۱	۲۱/۷۹۸	۶/۹۱۱	۰/۰۱۹	۰/۳۱۵	۰/۶۹۱	علائم وسواس
گروه	۲۰/۶۵۰	۱	۲۰/۶۵۰	۶/۵۴۷	۰/۰۲۲	۰/۳۰۴	۰/۶۶۷	شستشو در مرحله پس آزمون
پیش آزمون	۲۹/۴۵۶	۱	۲۹/۴۵۶	۲۱/۲۷۶	۰/۰۰	۰/۵۸۷	۰/۹۹	علائم وسواس
گروه	۱۰۵/۴۶۸	۱	۱۰۵/۴۶۸	۷۶/۱۸۱	۰/۰۰	۰/۸۳۵	۱/۰۰	واریسی در مرحله پس آزمون
پیش آزمون	۱۳/۰۲۶	۱	۱۳/۰۲۶	۱۲/۳۱۷	۰/۰۰۳	۰/۴۵۱	۰/۹۰۶	علائم وسواس
گروه	۴/۸۶۲	۱	۴/۸۶۲	۴/۵۹۸	۰/۰۴۹	۰/۲۳۵	۰/۵۱۸	کندی وسواسی در مرحله پس آزمون
پیش آزمون	۱۷/۴۶۲	۱	۱۷/۴۶۲	۹/۸۷۰	۰/۰۰۷	۰/۳۹۷	۰/۸۲۵	علائم تردید
گروه	۲۴/۳۹۸	۱	۲۴/۳۹۸	۱۳/۷۹۱	۰/۰۰۲	۰/۴۷۹	۰/۹۳۴	وسواسی در مرحله پس آزمون

۰/۲۰۱	۰/۰۸۷	۰/۲۵۱	۱/۴۲۹	۰/۴۴۴	۱	۰/۴۴۴	پیش آزمون	علائم نشخوار ذهنی در مرحله پس آزمون
۰/۹۹۷	۰/۶۳۲	۰/۰	۲۵/۷۱۴	۸/۰۰۰	۱	۸/۰۰۰	گروه	
۰/۸۷۷	۰/۴۲۷	۰/۰۰۴	۱۱/۱۵۸	۱۸/۹۵۸	۱	۱۸/۹۵۸	پیش آزمون	علائم وسواس شستشو در مرحله پیگیری
۰/۹۹۸	۰/۶۳۷	۰/۰۰	۲۶/۲۹۸	۴۴/۶۸۱	۱	۴۴/۶۸۱	گروه	
۰/۸۳۶	۰/۳۹۸	۰/۰۰۷	۹/۹۰۲	۲۳/۴۱۷	۱	۲۳/۴۱۷	پیش آزمون	علائم وسواس واری در مرحله پیگیری
۰/۹۹۶	۰/۶۳۷	۰/۰۰	۲۴/۵۰۸	۵۷/۹۵۷	۱	۵۷/۹۵۷	گروه	
۰/۵۲۸	۰/۲۳۹	۰/۰۴۶	۴/۷۱۱	۳/۹۳۰	۱	۳/۹۳۰	پیش آزمون	علائم تردید وسواسی در مرحله پیگیری
۰/۶۰۷	۰/۲۷۵	۰/۰۳۱	۵/۶۸۶	۴/۷۴۴	۱	۴/۷۴۴	گروه	
۰/۹۸۷	۰/۵۷۴	۰/۰۰	۲۰/۲۱۳	۲۵/۳۸۴	۱	۲۵/۳۸۴	پیش آزمون	علائم کندی وسواسی در مرحله پیگیری
۰/۹۹۸	۰/۶۳۶	۰/۰۰	۲۶/۲۱۱	۳۲/۹۱۷	۱	۳۲/۹۱۷	گروه	
۰/۵۳۱	۰/۲۴۰	۰/۰۴۶	۴/۷۴۷	۰/۶۹۴	۱	۰/۶۹۴	پیش آزمون	علائم نشخوار ذهنی در مرحله پیگیری
۱/۰۰۰	۰/۸۳۲	۰/۰۰	۷۴/۴۳۰	۱۰/۸۸۹	۱	۱۰/۸۸۹	گروه	

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد آموزش روش ذهن آگاهی، میزان علائم اختلال وسواس-اجبار گروه آزمایش را نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون کاهش داد. این یافته، با نتایج پژوهش‌های انجام شده توسط مارلات و گوردون (۱۹۸۵)، به نقل از بائر، (۲۰۰۳)، لینهان، آرمسترانگ، سوارز، آلمان و هیرد، (۱۹۹۱)، لینهان و همکاران (۱۹۹۹)، بلاک و ولفرت (۲۰۰۰)، بلاک (۲۰۰۲)، تلچ، آگراس و لینهان (۲۰۰۲) هماهنگ می‌باشد. ویژگی روش ذهن آگاهی آن است که بیمار را نسبت به ریشه‌های اختلال و مکانیسم آن در مغز آگاه نموده و از مضطرب شدن او جلوگیری می‌نماید چرا که این روش مبانی اختلال وسواس-اجبار را به صورت غیر قضاوتی مورد مشاهده قرار می‌دهد و بر افکار و تمایلات در حالت هشیاری متمرکز می‌شود. بنابراین، به فرد امکان می‌دهد تا تکرار اعمال یا افکار و نشخوار آنها را برای کاهش اضطراب انتخاب نکند و به ریشه‌های زیستی اختلال یعنی مشکل در هسته دمدار بیندیشد. مسأله دیگر در پژوهش حاضر بررسی اثربخشی این روش بصورت آموزش فردی در درمان اختلال وسواس -

اجبار می‌باشد. اگر چه فن آوری و رشد و پیشرفت بشری به انسان‌ها امکان داده تا جهت درمان بسیاری از بیماری‌ها نیازی به جابه‌جایی فیزیکی نداشته باشند و در زمان و وقت آنها صرفه‌جویی شود ولی باید اذعان داشت که هنوز هم بسیاری از بیماری‌ها و اختلالات روانی در سایه هدایت و آموزش کوتاه مدت درمانگر قابل حل می‌باشد. به این دلیل که بیماران و سواسی که سواد کافی ندارند با روش درمانی غیر حضوری قابل آموزش نیستند و این موضوع که بعضی محققان پیشنهاد کرده‌اند بدون حضور مستقیم و تعامل مراجع و درمانگر اختلالات روانی قابل درمان می‌باشد (اصفهانی، ۱۳۸۳) نیاز به بررسی بیشتر دارد. به طور کلی دلیل اثربخشی روش ذهن آگاهی در مورد افراد مبتلا به اختلال و سواس - اجبار آن است که آموزش روش ذهن آگاهی منجر به تغییر شناختی در طرز تفکر و اعمال بیمار شده و از اصول تقویت شرطی، سود می‌برد. بدین ترتیب که فرد مبتلا برای رفتن به گام بعدی تلاش می‌کند تا خود را در گامی بالاتر ببیند و این تمایل به سوی گام بالاتر به طور مستمر باعث بهبود تدریجی مرحله به مرحله بیمار می‌شود و به خاطر اینکه بیمار افکار و سواسی شرم آور خود را عیان شده نمی‌بیند در عین آرامش و آگاهی به درمان فردی خود ادامه می‌دهد و نواقص و اشکالات خود را در جلسات حضوری حل می‌نماید. همچنین یافته‌های پژوهش حاکی از این است که شیوه ذهن آگاهی باعث کاهش علائم مبتلایان به اختلال و سواس - اجبار گروه آزمایش نسبت به آزمودنی‌های گروه کنترل، در مرحله پیگیری شده است. بدین معنا که آزمودنی‌هایی گروه آزمایش تأثیر آموزش را در مرحله پیگیری نیز حفظ کرده‌اند. این یافته‌ها با نتایج مطالعات شاپیرو و شوارتز (۲۰۰۰)، دیویدسون و همکارانش (۲۰۰۳)، کارلسون، اسپکا، پاتل و گودی (۲۰۰۳) و وسینگ و همکاران (۲۰۰۴) همخوانی دارد. هرچند آموزش روش ذهن آگاهی حاکی از تأثیر کاهنده این روش بر زیر مقیاس‌های و سواس نیز هست و هیچ مطالعه مشابه خارجی نیز نتایج چنین امری را به دقت نشان نمی‌دهد، اما به دلیل پایایی پایین مقیاس فرعی کندی و سواسی (ضریب آلفا = ۰/۴۴) و همچنین تأیید با احتیاط این زیر مقیاس ($P < ۰/۰۴۹$) در مرحله پس آزمون، نمی‌توان در مورد این زیر مقیاس استدلال قطعی ارائه نمود. اما در مورد زیر مقیاس‌های دیگر یعنی و سواس شستشو، واریسی، تردید و سواسی و نشخوار ذهنی می‌توان از نتایج گروه آزمایش استنتاج قابل قبولی به عمل آورد. این یافته‌ها مؤید دیدگاه کارداسیوتو (۲۰۰۵)، می‌باشد که تغییر محتوای افکار، نگرش و ذهنیت بیمار نسبت به بیماری می‌تواند و سواس و علائم آنرا تحت کنترل درآورد. همچنین راجمن و هاجسون (۱۹۸۰)، خاطر نشان می‌کنند که روش درمانی مناسب برای بعضی از و سواس‌ها که دارای حالات هیجانی منفی و اضطراب نیستند، ولی وقت گیرند. کاهش تدریجی زمان است که ذهن آگاهی نیز با کنترل آگاهی لحظه به لحظه و غیر قضاوتی به شکل مرحله به مرحله، خود کنترلی، خود تنظیمی و خود نظارتی بیمار بر رفتارهایش را افزوده و او را به سمت بهبودی هدایت می‌کند. نتایج گروه کنترل حاکی از افزایش و سواس در طول تحقیق بود که از این مسأله، می‌توان استنباط نمود که و سواس - اجبار اختلالی ریشه‌دار، پایدار و در حال رشد است که در

صورت درمان نشدن با گذشت زمان تثبیت خواهد شد. این مشکل تأکیدی است بر این موضوع که بدون مداخله در درمان بیماران وسواسی، احتمال بهبودی بسیار ناچیز یا نامتحمل خواهد بود.

منابع

- اصفهانی، مهدی (۱۳۸۳). *تأثیر روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ به شیوه خوددرمانی در کاهش نشانه‌های اختلال وسواس - اجبار*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی (چاپ نشده) دانشگاه اصفهان: دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینیا (۱۳۸۰). *چکیده روانپزشکی بالینی*. ترجمه نصرت‌الله افکاری، تهران: انتشارات آزاده.
- طاهرخانی، حمید، حسینی نائینی، فهیمه، مصطفوی، حمید و حسینی، سیدهاشم. (۱۳۸۲). *بررسی تأثیر یوگا در درمان بیماران وسواسی - اجباری تحت درمان با داروهای استاندارد*. تهران: مجله اندیشه و رفتار، شماره ۱.
- علیلو، مجید محمود (۱۳۸۵). *نگرانی و رابطه آن با زیر مجموعه های واری و تستشوی اختلال وسواسی - اجباری*. تهران: مجله روانشناسی معاصر، سال اول، شماره ۱، صفحه ۳-۱۰.
- مهین، همایون (۱۳۸۰). *ارتباط نشاتگان وسواس - بی‌اختیاری با اضطراب، افسردگی و گسیخته ریختی*. پایان‌نامه برای دریافت درجه دکتری تخصصی در رشته روانشناسی. تهران: دانشگاه تهران.
- مولوی، حسین (۱۳۷۹). *راهنمای عملی SPSS-10 در علوم رفتاری*. اصفهان: انتشارات مهر قائم.

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirica; review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.

Block, J. A. (2002). *Acceptance or change of private experiences: A comparative analysis in college students with public speaking anxiety*. Doctoral dissertation. University at Albany, State University of new York.

Block, J. A., & Wulfert, E. (2000). Acceptance and Change: Treating socially anxious college students with ACT or CBGT. *Behavior Analysis Today*, 1, 3-10.

Cardaciotto, L. A. (2005). *Assessing mindfulness: The development of a bi-dimensional measure of awareness and acceptance*. Doctoral dissertation. University of Drexel, USA

Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K. D., & Goodey, E. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast & prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 65, 571-581.

Chang, V. Y., Palesh, O., Caldwell, R., Glasgow, N., Abramson, M., Luskin, F., Gill, M., Bruke, A., Koopman, C. (2004). The effects of a mindfulness-based stress reduction program on stress, mindfulness self efficacy, and positive states of mind. *Journal of Stress and health*, 20(3), 141-147.

Davidson, R. J., Kabat-zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., et al. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.

Kabat-Zinn, J., Lipsorth, L., Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self -regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8(2), 163-190.

Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, Z., Scharf, M. J., Cropley, T. G., Hosmer, D., & Bernhard, J. D. (1998). Influence of a mindfulness meditation based stress reduction intervention on rates on skin clearing in patients. *Psychosomatic Medicine*, 60, 625-632.

Kaplan, K., Goldenberg, D., Galvin-Nadeau, M. (1993). The impact of meditation based stress reduction program on fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, 15, 284-289.

Kristeller, J., L. & Hallett, C. B. (1999). An exploratory study of meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, 4, 357-363.

Kumar, S. M. (2002). An introduction to Buddhism for the cognitive-behavioral therapist, *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 40-43.

Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General psychiatry*, 48, 1060-1064.

Linehan, M. M., Schmidet, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence. *American Journal on Addiction*, 8, 279-292.

Norman, R. M. G., Davis, F., Malla, A. K., cortese, L., Nicholson, I. R. (1996). Relationship obsessive-compulsive symptomatology to anxiety, depression and schizotypy in a clinical population. *British Journal of Clinical psychology*, 35, 553-566.

Rachman, S. J. & Hodgson, R. J. (1980). *Obsessions and Compulsions*. Englewood cliffs. New York. Prentice- Hall.

Sanavio, E. & Vidotto, G. (1985). The components of the Maudsley obsessional- compulsive questionnaire. *Behavior Research and Therapy*, 23(6), 569-662.

Schwartz, j. (2004). The use of mindfulness in the treatment of obsessive compulsive Disorder (OCD). Summery of Brain lock (1996). *westwood Instiute for Anxiety Disorders*, Los Angeles, California, USA. From <http://www.hope4ocd.com>

Schwartz, j. Gulliford, E., Stier, J., Thienemann, M. (2005). Mindful Awareness and Self-Directed Neuroplasticity: Integrating psychospiritual and biological approaches to mental health with focus on OCD. From <http://www.ocdcentre.com>.

Shapiro, S. L., & Schwartz, G. E. (2000). The role of intention in self-regulation: Toward intentional systemic mindfulness. In M. Boekaerts, M. Zeidner, & P. R. Pintrich (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 253-273). San Diego: Academic Press.

Singh, N. N., Wahler, R. G., Winton, A. S., Adkins, A. D. (2004). A mindfulness-based treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 3(4), 275-287.

Steketee, G. S. (1993). *Treatment of obsessive-compulsive disorder*. New York: The Hailford Press.

Sternberger, L. G., Burns, G. L. (1990). Case histories and shorter communications. Maudsley Obsessional Compulsive Inventory-obsession and compulsions in a non clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 28(41), 337-340.

Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68, 615-623.

Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2002). Group dialectical behavior therapy for binge eating disorder: A preliminary uncontrolled trail. *Behavior Therapy*, 31, 569-582.

Williams, J. M., Duggan, D. S., Crane, C., Fennell, M. J. (2005). Mindfulness-Based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 62(2), 201-210.