Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 31-44
DOI: 10.22070/cpap.2026.20711.1737

Research Article

Comparing the Effects of Mindfulness-Based Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Obsessive-Compulsive Symptoms in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

Authors

Zahra Dalili [1], Mohammad Hossein Bayazi [2*], Ali Akbar Samari [3]

1. PhD student, Department of Psychology, ToJ.C., Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran. Email: z.dalili@iau.ac.ir

2. Assistant Professor, Department of Psychology, ToJ.C., Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran. (Corresponding Author)

3. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Kash.C., Islamic Azad University, Kashmar, Iran. Alisamari_47@iau.ac.ir

Abstract

Receive Date: 18/11/2025

Accept Date: 04/05/2026

Introduction: The aim of the present study was to compare the effects of mindfulness-based therapy and cognitive-behavioral therapy on obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder.

Method: The present study employed a quasi-experimental design with pre-test, post-test, and follow-up assessments, including a control group. The statistical population consisted of female patients diagnosed with obsessive-compulsive disorder who visited the Neurology Clinic of Ibn Sina Hospital in Mashhad in 2024. After screening and initial diagnosis, 45 participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to three groups of 15 individuals each: two experimental groups and one control group. Data were collected using the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R). The experimental groups underwent either mindfulness-based therapy or cognitive behavioral therapy in eight 90-minute sessions, conducted once weekly. Data were analyzed using repeated-measures analysis of variance and the Bonferroni post hoc test.

Results: The results showed that obsessive-compulsive symptoms decreased significantly in both the mindfulness and cognitive-behavioral groups from pre-test to post-test and follow-up ($P < 0.001$), with a greater effect observed in the mindfulness group.

Discussion and conclusion: In general, the results indicate that both treatment approaches are effective in reducing patients' obsessive-compulsive symptoms and play a significant role in treating obsessive-compulsive disorder.

Keywords

Mindfulness-based therapy, Cognitive-behavioral therapy, Obsessive-compulsive symptoms, Obsessive-compulsive disorder

Corresponding Author's E-mail

mh.bayazi@iau.ac.ir

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 31-44

Extended Abstract

Introduction

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a disabling psychological disorder characterized by pervasive perfectionism and inflexibility [1]. OCD manifests through intrusive, unwanted thoughts and repetitive behaviors or mental acts, compelling patients to engage in ritualistic behaviors and thoughts, commonly referred to as obsessive symptoms [8]. These symptoms may include unwanted, intrusive, and repetitive thoughts, images, or impulses, as well as compulsive behaviors such as frequent washing, checking, praying, counting, and silently repeating words [9]. The presence of disabling OCD symptoms has prompted the development and use of various treatment methods worldwide. While some treatments have proven effective, others have shown limited or no positive impact on all aspects of the disorder. These limitations underscore the need to develop and evaluate complementary and alternative interventions with different mechanisms of action [14]. Among psychological therapies, mindfulness-based therapy and cognitive behavioral therapy (CBT) are commonly employed to influence thought processes and modify dysfunctional behaviors [15]. Although these approaches share similarities in their mechanisms, mindfulness-based therapies emphasize cultivating nonjudgmental, present-moment awareness of thoughts, feelings, and bodily sensations. Their goal is not to change cognitive content but to alter the individual's relationship with internal experiences. This approach contrasts with the core of CBT, which focuses on identifying and challenging dysfunctional beliefs and gradually exposing patients to feared stimuli to extinguish anxiety responses [31]. CBT places greater emphasis on changing maladaptive thoughts and behaviors, whereas mindfulness emphasizes accepting thoughts without judgment and reducing reactive responses [32]. This difference in therapeutic goals may result in varying effectiveness in alleviating obsessive symptoms. Unlike CBT, which targets gradual exposure to obsessional stimuli and cognitive restructuring of negative thoughts, mindfulness-based therapy encourages observing thoughts as transient phenomena and focusing on the present moment without reaction [33]. These distinct mechanisms of action may lead to different treatment outcomes. Therefore, this study aims to determine whether there is a difference in the effectiveness of mindfulness-based therapy versus cognitive behavioral therapy in reducing obsessive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. Reason: The text was revised to improve clarity, coherence, and technical accuracy. Redundant phrases were eliminated, and sentence structure was enhanced for readability. Terminology was standardized (e.g., "cognitive behavioral therapy" abbreviated as CBT after first mention).

Method

The present study was applied in terms of its purpose and data collection method; it was a semi-experimental study with a pre-test, post-test, and follow-up design, including a control group. The statistical population consisted of 120 female patients diagnosed with obsessive-compulsive disorder who visited the neurology clinic of Ibn Sina Hospital in Mashhad in 1402. The target sample comprised 45 of these patients who, after screening and initial diagnosis, were selected through purposive sampling and randomly assigned to three groups of 15 participants each: two experimental groups and one control group. The instrument used in this study was the Obsessive-Compulsive Disorder Questionnaire. The first experimental group underwent mindfulness-based treatment based on the mindfulness package by McKenzie et al. [36], consisting of eight 90-minute sessions held once a week. The second experimental group received cognitive behavioral therapy based on the Steckati and Wilhelm cognitive behavioral therapy package [37], also consisting of eight 90-minute sessions held once a week. The results were analyzed using repeated measures analysis of variance and the Bonferroni post hoc test with SPSS version 26 software.

Table 1. Description of Mindfulness-Based Therapy Sessions by McKenzie et al. [36]

Sessions	Content
First session	Introduction and Pretest Implementation, Self-Guided; Session Exercises: Eating a Raisin with Mindfulness and Body Checking Meditation.
second session	Dealing with Obstacles; Session Exercises: Body Checking Meditation, Ten Minutes of Mindfulness on the Breath.
Third session	Mindfulness on the Breath and on the Body While Moving
Fourth session	Staying in the Present; Session Exercises: Five Minutes of Visual or Auditory Mindfulness, Sitting Meditation, Awareness of Breath, Body, Sounds, Thoughts, and Awareness Without Specific Direction, Mindful Walking, Three Minute Breathing Space
Fifth session	Acceptance and Permission or Permission to Be; Session Exercises: Sitting Meditation, Awareness of Breath and Body
Sixth session	Thoughts Not Facts; Session Exercises: Sitting Meditation, Awareness of Breath and Body
Seventh session	Self-Care at Its Best; Meditation session exercises in a seated position, awareness of breathing, body, sounds, thoughts and emotions.
Eighth session	Using what has been learned to cope with future mood states; meditation session exercises: review, end of meditation and post-test.

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 31-44

Table 2. Steckati and Wilhelm cognitive behavioral therapy sessions [37]

Sessions	Content
First session	Assessing the clients with a pre-test. General introduction to the symptoms of obsessive-compulsive disorder. Introduction to the goals of cognitive-behavioral therapy. Giving a list of disturbing images and thoughts. Relaxation exercise
Second session	Drawing a cognitive model of obsession. Normalizing obsessive thoughts. Drawing a cognitive triangle. Giving a list of types of cognitive errors. Filling out a daily thought recording form. Explaining the importance of thoughts and thought fusion and conducting behavioral experiments
Third session	Using cognitive techniques of Socratic questioning and reviewing sheet 5 of the thoughts column. Filling out sheet 7 of the thoughts column. Writing a list of the advantages and disadvantages of disturbing thoughts. Conducting a behavioral experiment for the importance of thoughts
Fourth session	Reviewing the daily thought recording form. Behavioral experiment for the act of neutralizing thoughts. Using the probability calculation technique and Socratic questioning for the belief of overestimating risk. Designing behavioral experiments for the belief of reassurance seeking
Fifth session	Socratic questioning and implementing the pie chart technique and the double standard technique for the belief of excessive responsibility. Defining perfectionism and using Socratic questioning and the downward arrow technique in this context. Formulating behavioral experiments for the importance of thoughts.
Sixth session	Training and implementing the technique of exposure and response prevention and practicing it in the presence of the therapist and at home. Reviewing the list of the daily thought recording form. Designing behavioral experiments for the importance of thoughts
Seventh session	Discussion and summarizing cognitive and behavioral techniques. Reviewing the daily thought recording. Reviewing the cognitive model of obsession.
Eighth session	Re-explaining the importance of behavioral exercises. Discussing signs of relapse. Teaching problem-solving steps. Re-evaluation by post-test.

Table 3. Descriptive indices of obsessive-compulsive symptoms according to test stages and by groups

Variables	Group	Pretest		Posttest		Follow-up	
		M	SD	M	SD	M	SD
General symptoms of obsession	Mindfulness	53.79	3.36	34.64	3.16	34.6	3.18
	Cognitive Behavioral	51.50	3.13	38.01	3.14	37.82	3.15
	Control	54.03	3.80	54.27	3.15	53.25	3.21

Table 4. Examination of intergroup differences in obsessive-compulsive symptoms in groups

Variables	Sources of change	sum of squares	df	mean square	F	Sign	Eta
General symptoms of obsession	test	60.28	1.38	43.70	2060.26	0.0001	0.98
	Group Membership	105.86	2	52.93	92.58	0.001	0.82
	Test×Group Membership	43.37	2.76	15.69	739.53	0.001	0.97

Results

Descriptive indices of obsessive-compulsive symptoms in each of the two experimental and control groups are presented in Table 3.

As Table 3 shows, the mean post-test score of obsessive-compulsive symptoms in the experimental group subjects was lower than that of the control group subjects, and in the experimental groups, the means decreased from pre-test to post-test; however, there was no significant change from post-test to follow-up.

The results presented in Table 4 indicate a significant difference in obsessive symptoms among the mindfulness group, the cognitive behavioral group, and the control group across test stages, group membership, and the interaction between test stages and group membership ($P < 0.001$). The results of the Bonferroni post hoc test comparing the means across test stages are provided in Table 5.

Table 5. Bonferroni post hoc test to compare the means according to the test stages by group

Variables	Group	Pretest-Posttest		Posttest-Follow-up		Posttest-Follow-up	
		AD	Sign	AD	Sign	AD	Sign
General symptoms of obsession	Mindfulness	19.33	0.001	19.37	0.001	0.04	0.47
	Cognitive Behavioral	13.79	0.001	13.98	0.001	0.19	0.11
	Control	-0.24	0.96	0.78	0.98	1.02	0.46

Table 6. Results of the post-test Ben Feroni test for comparing differences in terms of group membership

Variables	Group	Posttest		Follow-up	
		AD	Sign	AD	Sign
General symptoms of obsession	Mindfulness- Cognitive Behavioral	-3.37	0.001	-3.22	0.001
	Mindfulness- Control	-19.63	0.001	-18.65	0.001
	Cognitive Behavioral- Control	-16.26	0.001	-15.43	0.001

The results in Table 5 show that, in both experimental groups, the means increased significantly from pre-test to post-test and from pre-test to follow-up ($P < 0.001$). However, no significant change was observed from post-test to follow-up in either group ($P > 0.05$). The results of the post-test Bonferroni test for between-group comparisons at post-test and follow-up are presented in Table 6.

The results presented in Table 6 indicate that, in both the post-test and follow-up assessments, the differences between the mindfulness and cognitive-behavioral groups compared to the control group are statistically significant ($P < 0.01$). The mean scores for obsessive symptoms in these intervention groups are lower than those in the control group. Additionally, the difference between the mindfulness and cognitive-behavioral groups is significant in both the post-test and follow-up ($P < 0.05$). A comparison of the means reveals that participants in the mindfulness group exhibit lower obsessive-compulsive symptom scores than those in the cognitive-behavioral group. This suggests that mindfulness was more effective than cognitive-behavioral therapy in reducing obsessive-compulsive symptoms.

Conclusion

The findings showed that both mindfulness-based therapy and cognitive behavioral therapy were effective in reducing obsessive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. However, there was a significant difference between the two methods, with the mindfulness group experiencing a greater reduction in obsessive symptoms than the cognitive behavioral group. Cognitive behavioral therapy primarily focuses on changing obsessive thoughts and behaviors through exposure and response prevention. For some patients, implementing these techniques can increase tension and stress, which may reduce the therapy's effectiveness in alleviating obsessive symptoms. In contrast, the mindfulness approach teaches patients to accept obsessive thoughts without judgment and to distance themselves from the cycle of anxiety reactions. This method generates less anxiety and facilitates greater acceptance by patients. Additionally, cognitive behavioral therapy emphasizes cognition and behavior, whereas mindfulness directly targets emotional regulation. Since obsessive-compulsive disorder is closely linked to anxiety and emotional distress, mindfulness may be more effective in reducing negative emotions, leading to a greater decrease in obsessive-compulsive symptoms.

Ethical Considerations

During the implementation of this research, informed consent to participate in the research was obtained from the subjects. Also, the principle of confidentiality and preservation of the subjects' secrets and taking appropriate measures to prevent their publication were observed. At the end of the research, after collecting the post-test and completing the intervention sessions, 3 mindfulness therapy sessions were implemented for the control group in order to respect the subjects' rights.

Funding: This research has no financial sponsor

Authors' Contribution: This article is an excerpt from the first author's doctoral dissertation.

Conflict of Interest: This research has no conflict of interest for the authors.

Acknowledgments: We would like to thank all the people who cooperated with the researchers in this study

دوفصلنامه علمی «روان‌شناسی بالینی و شخصیت»
دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۴۴-۳۱
DOI: 10.22070/cpap.2026.20711.1737

مقاله پژوهشی

مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی - رفتاری بر نشانگان وسواس بیماران دارای اختلال وسواس جبری

نویسندگان

زهرا دلیلی [۱]، محمدحسین بیاضی [۲*]، علی‌اکبر ثمری [۳]

۱. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی، واحد تربت‌جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت‌جام، ایران.
z.dalili@iau.ac.ir

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، گروه روانشناسی، واحد تربت‌جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت‌جام، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، گروه روان شناسی بالینی، واحد کاشمر، دانشگاه آزاد اسلامی، کاشمر، ایران.
Alisamari_47@iau.ac.ir

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر، مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی - رفتاری بر نشانگان وسواس بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری بود.

روش: پژوهش حاضر، یک پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل بیماران زن با تشخیص اختلال وسواس جبری مراجعه‌کننده به کلینیک اعصاب و روان بیمارستان ابن‌سینا شهر مشهد در سال ۱۴۰۲ بود که پس از غربالگری و تشخیص اولیه، تعداد ۴۵ نفر به‌صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره، شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، گمارده شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه نشانگان وسواس (OCI-R) استفاده شد. گروه‌های آزمایش به تفکیک تحت درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی - رفتاری به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، به‌صورت یک جلسه در هفته، قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان داد که نشانگان وسواس در هر دو گروه ذهن‌آگاهی و شناختی - رفتاری از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و مرحله پیگیری کاهش یافته است ($P<۰/۰۰۱$) و این تأثیر در گروه ذهن‌آگاهی بیشتر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری: به‌طورکلی، نتایج حاکی از آن بود که هر دو این رویکرد درمانی می‌تواند بر کاهش نشانگان وسواس بیماران مؤثر باشند و نقش مؤثری در درمان وسواس داشته باشند.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۴/۰۸/۲۷

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۵/۰۲/۱۴

CC BY NC

کلیدواژه‌ها

درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان شناختی رفتاری، نشانگان وسواس، اختلال وسواس

پست الکترونیکی نویسنده مسئول

mh.bayazi@iau.ac.ir

مقدمه

وسواس جبری[1] یکی از اختلالات روان‌شناختی ناتوان‌کننده است که هسته مرکزی آن را کمال‌طلبی و انعطاف‌ناپذیری به صورت الگویی نافذ و فراگیر تشکیل می‌دهد [۱]. سن شروع این اختلال اغلب در نوجوانی یا اوایل بزرگ‌سالی است، اما می‌تواند در کودکی یا اواخر بزرگ‌سالی نیز آغاز شود [۲]. این اختلال به دلیل همبودی بالا با اختلال افسردگی، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلالات تیک، اختلالات خوردن و اختلالات شخصیت و شیوع بالای آن در جمعیت جهانی، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است [۳]. شیوع مادام‌العمر این اختلال در سطح جهان نشان می‌دهند که حدود ۱/۵٪ تا ۳٪ از جمعیت عمومی در طول زندگی خود معیارهای تشخیصی وسواس را تجربه می‌کنند که این رقم، وسواس را به یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی تبدیل کرده است [۴]. مطالعات شیوع‌شناسی در کشورهای مختلف نیز عموماً ارقامی مشابه با میانگین جهانی را گزارش می‌کنند، به‌طوری که برخی از مطالعات انجام شده در داخل ایران، شیوع مادام‌العمر این اختلال را بین ۱/۵ تا ۳ درصد گزارش نموده‌اند [۵]. همچنین، بررسی‌ها در خصوص شیوع این اختلال بر اساس جنسیت نشان می‌دهد که میزان شیوع آن در زنان و مردان به یک اندازه است با این تفاوت که تغییرات هورمونی، فشارهای اجتماعی و ژنتیک ممکن است زنان را بیشتر مستعد ابتلا به وسواس نماید [۶]. براساس شواهد، می‌توان عنوان کرد که وسواس در زنان بیشتر به‌صورت علائم رفتاری بروز می‌نماید و بر خلاف مردان، که بیشتر به وسواس‌های مربوط به تقارن، افکار ممنوعه (مانند خشونت یا مسائل جنسی) و احتکار تمایل دارند، زنان بیشتر مستعد وسواس‌های مرتبط با آلودگی، شست‌وشو و تمیزی هستند. این موضوع می‌تواند یکی از مهم‌ترین دلایل شکایت‌های زنان مبتلا به این اختلال باشد [۷].

اختلال وسواس جبری، موجب تشدید افکار مزاحم و ناخواسته و رفتارها یا اعمال ذهنی تکراری می‌گردد که به موجب آن بیمار خود را ملزم به اجرای رفتارها و افکار تشریفاتی می‌نماید که روان‌شناسان از آن‌ها تحت عنوان نشانگان وسواس[2] یاد می‌کنند [۸]. این نشانگان، می‌تواند شامل افکار، تصاویر ذهنی، یا تکانه‌های ناخواسته، مزاحم و تکراری باشد و یا اینکه رفتارها اجباری مانند شست‌وشوی مکرر، وارسی، دعاکردن، شمردن و تکرار کلمات در سکوت باشد [۹]. بیمار مبتلا به وسواس به دلیل تجربهٔ فشار روانی بالا، تلاش می‌نماید تا سطح اضطراب خود را با تکرار رفتارها و اعمالی همچون شست‌وشو، وارسی و... کاهش دهد، اما وجود همین الگوهای رفتاری، شدت اضطراب آنان را افزایش می‌دهد و در یک‌چرخه معیوب گرفتارشان می‌سازد که موجب افزایش تنش روانی بیمار می‌گردد [۱۰].

فوا و همکاران[۱۱]، نشانگان وسواس را شامل مجموعه‌ای از افکار وسواس و رفتارهای جبری می‌دانند که می‌تواند شامل رفتارهای مرتبط با شست‌وشو، انباشت، نظم، وارسی و خنثی‌سازی باشد که معمولاً به‌منظور جلوگیری از وقوع یک فاجعه یا جبران یک فکر ناخوشایند انجام می‌شوند. شواهد نشان می‌دهد حجم بالایی از اضطراب که افراد مبتلا به وسواس جبری با نشانگان مرتبط با شست‌وشو، نظم و وارسی متحمل می‌گردند، می‌تواند احساس انزجار قدرتمندی را موجب شود که کیفیت زندگی آنان را با تهدید جدی روبرو کند [۱۲]. گزارش‌های بالینی نشان از آن می‌دهند که ترس از آلودگی یا آسیب‌رساندن به دیگران در افراد مبتلا به وسواس، می‌تواند موجب افزایش رفتارهای اجباری مانند شست‌وشوی مکرر، شود و به مرور به فرسودگی روانی آنان بینجامد. همچنین، صرف زمان زیاد برای نظم و وارسی، باعث کاهش بهره‌وری در کار و زندگی روزمره شود و کیفیت زندگی آنان را تحت‌تأثیر قرار دهد [۱۳].

وجود افکار و رفتارهای ناتوان‌کننده وسواس جبری، باعث گردیده است تا روش‌های درمانی مختلفی در سراسر دنیا به کار برده شود که علی‌رغم اثربخشی برخی از آن‌ها، برخی دیگر اثربخشی لازم را ندارند و یا قادر نیستند تا بر همه جنبه‌های این اختلال اثر مثبت داشته باشند که این محدودیت‌ها نیاز فزاینده‌ای به توسعه و ارزیابی مداخلات مکمل و جایگزین با سازوکارهای عمل متفاوت را بیشتر کرده است [۱۴]. از میان درمان‌های روان‌شناختی، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی[3] و درمان شناختی رفتاری[4] ازجمله روش‌هایی است که معمولاً به منظور اثرگذاری بر فرایندهای فکری و اصلاح رفتارها معیوب مورداستفاده قرار می‌گیرد[۱۵].

---

۱. Obsessive-Compulsive Disorder

۲. Obsessive-Compulsive Symptoms

۳Mindfulness-Based Therapy

۴Cognitive Behavioral Therapy

در رویکرد ذهن‌آگاهی که به منظور اثرگذاری بر هیجانات بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی استفاده می‌شود، تلاش می‌گردد تا باورهای مربوط به افکار مزاحم که به تولید اضطراب دامن می‌زند، شناسایی شود و بیمار متقاعد گردد تا وقایع را مجدداً ارزیابی نماید که این موضوع می‌تواند نوعی ذهن‌آگاهی انفصالی در نظر گرفته شود که طی آن بیمار با توجه‌کردن به افکار مزاحم و ناخواسته به آن‌ها اجازه می‌دهد به طور آزادانه بیایند و بروند و عبورشان را بدون واکنشی یا سرکوبی مشاهده کند، این مشاهدات سرانجام سبب کاهش افکار و بهبود علائم اضطراب می‌گردد [۱۶]. ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک ساختار چندوجهی در نظر گرفته می‌شود که شامل مشاهده؛ یعنی حضور در تجارب داخلی و خارجی، توصیف؛ یعنی کلامی کردن تجارب داخلی، اقدام با آگاهی؛ یعنی توانایی حضور در لحظه فعلی، داشتن تجربه درونی بدون قضاوت؛ یعنی بدون قضاوت افکار و احساسات و در نهایت عدم واکنش به تجربه درونی؛ یعنی اجازه حضور به افکار و احساسات بدون اقدام برای خلاصی از آن‌ها است که می‌تواند بر کاهش اضطراب و پذیرش آگاهانه هیجانات منجر گردد [۱۵]. در طی تمرینات ذهن‌آگاهی مانند اکتشاف بدنی، تمرینات ساده یوگا و دوره-های مراقبه نشسته، مراجعان آموزش می‌بینند که از طریق آگاهی و ارتباط بدون قضاوت در مورد اشیا و جاری‌شدن افکار، احساسات، هیجانات و حس‌های بدنی که شامل احساسات بدنی دردناک و ناراحتی‌های هیجانی است، ارتباط برقرار نمایند و بتوانند به طور آگاهانه علائم تنش را در خود مشاهده، پذیرش و مدیریت کنند [۱۷]. شواهد نشان می‌دهد که استفاده از ذهن‌آگاهی در بیماران مبتلا به وسواس می‌تواند موجب کاهش برخی از مشکلات آن‌ها گردد [۱۸] [۸, ۱۹]. همچنین، پژوهش‌های دیگر نشان می‌دهد که رویکرد ذهن‌آگاهی می‌تواند ضمن ارتقای توانمندی بیماران، منجر به کاهش برخی از رفتارهای جبری بیماران گردد [۲۰، ۲۱].

در درمان شناختی - رفتاری نیز به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد و از گفتگوهای هدفمند و تکالیف رفتاری دقیق و سازمان‌یافته استفاده کند تا بتواند ضمن اثرگذاری بر فرایندهای فکری معیوب، هیجانات را تعدیل کرده و رفتار سنجیده را در پیش گیرد [۲۲]. این رویکرد از طریق تمرین‌های مواجه‌سازی درون جلسات، بازسازی شناختی و تکالیف خانگی به بیماران کمک می‌کند تا چرخه معیوب مشکل را در بشکنند و تشویق شوند تا رابطه میان افکار منفی و احساس ناکارآمدی خود را بیابد و با آگاهی از این رابطه، رفتار خود را مدیریت کنند [۲۳]. در درمان شناختی – رفتاری، اعتقاد بر این است که معنایی که افراد به تجربیات خود می‌دهند، عامل اصلی شکل‌گیری هیجانات و واکنش‌های آنان است و مادامی‌که تلاش شود با زیر سؤال‌بردن اعتبار افکار و نگرش‌های منفی فرد، میزان اعتقاد شخص به آن‌ها کاهش یابد، مشکل فرد تا حد زیادی مرتفع می‌شود [۲۴]. شواهد نشان می‌دهد که تکنیک‌های درمانی شناختی - رفتاری می‌توانند به افزایش برخی از توانمندی‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به وسواس منجر شوند [۲۵-۲۷]. همچنین، برخی دیگر از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که استفاده از فنون درمان شناختی - رفتاری می‌تواند موجب مدیریت بهتر رفتارهای اجباری در بیماران گردد [۲۸-۳۰].

هرچند که این دو رویکرد از نظر سازوکار عمل با یکدیگر شباهت دارند، اما درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پرورش آگاهی غیر قضاوتی و متمرکز بر لحظه حاضر از افکار، احساسات و حس‌های بدنی تأکید دارند و هدف آن تغییر محتوای شناختی نیست، بلکه تغییر رابطه فرد با تجربیات درونی است. این رویکرد تفاوت قابل‌توجهی با هسته اصلی درمان شناختی - رفتاری دارد؛ که بر شناسایی و به چالش کشیدن با باورهای ناکارآمد و انجام مواجهه تدریجی با محرک‌های ترس‌آور به منظور کاهش پاسخ اضطراب تمرکز دارد [۳۱]. در درمان شناختی - رفتاری بر تغییر افکار و رفتارهای ناسازگار تأکید بیشتری می‌شود، حال‌آنکه ذهن‌آگاهی سعی می‌نماید تا با پذیرش افکار بدون قضاوت و کاهش واکنش‌ها تأکید کند [۳۲]. این تفاوت در هدف، می‌تواند اثربخشی متفاوتی را در کاهش نشانه‌های وسواس به دنبال داشته باشد. برخلاف درمانگران شناختی - رفتاری که مواجهه تدریجی با محرک‌های وسواس و اصل بازسازی شناختی افکار منفی را هدف قرار می‌دهند، در درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی مشاهده افکار به‌عنوان پدیده‌های گذرا و تمرکز بر لحظه حال بدون ارائه واکنش، مدنظر قرار می‌گیرد [۳۳]. این سازوکار عمل متفاوت در دو رویکرد، می‌تواند نتایج متفاوتی را به دنبال داشته باشد.

ازاین‌رو، پژوهش حاضر، به دنبال آن است که با درک این تفاوت‌های احتمالی در کارایی این دو رویکرد، بر نشانگان وسواس بپردازد؛ چرا که تعیین این تفاوت‌ها، به‌منظور بهینه‌سازی انتخاب درمان، توسعه پروتکل‌های مؤثرتر و روشن‌سازی سازوکارهای تغییر زیربنایی در بهبود نشانگان وسواس اهمیت دارد. در واقع این مطالعه به دنبال پر کردن شکاف دانش موجود در مورد اثربخشی نسبی این دو رویکرد قدرتمند در حوزه وسواس و حرکت به سمت درمان‌های شخصی‌سازی‌شده‌تر برای افراد مبتلا به وسواس است؛ لذا این پژوهش به دنبال پاسخ‌گویی به این پرسش است که آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر نشانگان وسواس بیماران دارای اختلال وسواس جبری تفاوت وجود دارد؟

روش

نوع پژوهش:

پژوهش حاضر به لحاظ هدف، کاربردی و به لحاظ نحوهٔ گردآوری اطلاعات، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بوده است.

آزمودنی

الف. جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل شامل بیماران زن با تشخیص اختلال وسواس جبری مراجعه‌کننده به کلینیک اعصاب و روان بیمارستان ابن‌سینا شهر مشهد در سال ۱۴۰۲، به تعداد ۱۲۰ نفر، بودند.

ب. نمونه پژوهش

نمونه موردنظر نیز تعداد ۴۵ نفر از این بیماران بودند که پس از غربالگری و تشخیص اولیه، به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند.

ابزارهای پژوهش

ابزارهای مورداستفاده در این پژوهش شامل پرسش‌نامه ذیل بود.

۱. پرسش‌نامه نشانگان وسواس[1]

پرسش‌نامه بازنگری شده نشانگان وسواس، ابزاری است که توسط فوا و همکاران[۱۱]، با هدف سنجش نشانگان اختلال وسواس اجباری ساخته شده است. این پرسش‌نامه خودسنجی، دارای ۱۸ ماده است و شامل ۶ زیرمقیاس است که هر یک به طور مساوی ۳ ماده دارد و در یک مقیاس ۵ درجه‌ای از هیچ‌وقت نمره ۰ تا بیش از حد نمره ۴ نمره‌گذاری می‌شود. پرسش‌های ۵، ۱۱، ۱۷ مربوط به شست‌وشو؛ پرسش‌های ۶، ۱۲، ۱۸ مربوط به وسواس فکری؛ پرسش‌های ۱، ۷، ۱۳ مربوط به انباشت؛ پرسش‌های ۳، ۹، ۱۵ مربوط به نظم؛ پرسش‌های ۲، ۸، ۱۴ مربوط به وارسی و پرسش‌های ۴، ۱۰، ۱۶ مربوط به خنثی‌سازی است. نمره‌گذاری به این صورت است که نمره‌های به‌دست‌آمده جمع می‌شود که حد پایین نمرات ۰، حد متوسط نمرات ۳۶ و حد بالای نمرات ۷۲ است؛ یعنی حداقل امتیاز ممکن ۰ و حداکثر ۷۲ خواهد بود و نمره بین ۰ تا ۲۴ نشان‌دهنده میزان رفتارهای وسواس اجباری پایین؛ نمره بین ۲۴ تا ۳۶ نشان‌دهنده میزان رفتارهای وسواس اجباری متوسط و نمره بالاتر از ۳۶ نشان‌دهنده میزان رفتارهای وسواس اجباری بالا است. برای ارزیابی پایایی این مقیاس سازندگان آن، همسانی درونی را با ضریب آلفای کرونباخ محاسبه نموده و برای مقیاس کلی ۰/۸۵، زیرمقیاس وارسی ۰/۶۶، زیرمقیاس نظم ۰/۶۹، زیرمقیاس وسواس فکری ۰/۷۲، زیرمقیاس شست‌وشو ۰/۶۹، زیرمقیاس انباشت ۰/۶۳ و زیرمقیاس خنثی‌سازی ۰/۵۰ به دست آوردند. سپس، همبستگی بین ماده‌ها را محاسبه کردند و برای هر یک از زیرمقیاس‌ها، میزان اثر متوسط در شست‌وشو: r =۰/۴۳؛ وسواس فکری: r =۰/۴۶ ، انباشت: r =۰/۳۷ ؛ نظم: r =۰/۴۳؛ وارسی: r =۰/۴۰ ؛ خنثی‌سازی: r =۰/۲۵ گزارش شد [۱۱]. در ایران نیز محمدی و همکاران [۳۴] همسانی درونی این مقیاس را با ضریب آلفای کرونباخ محاسبه نموده و برای مقیاس کلی ۰/۸۶، زیرمقیاس وارسی ۰/۶۴، زیرمقیاس نظم ۰/۶۸، زیرمقیاس وسواس فکری ۰/۷۶، زیرمقیاس شست‌وشو ۰/۶۸، زیرمقیاس انباشت ۰/۶۶ و زیرمقیاس خنثی‌سازی ۰/۶۰ به دست آوردند. در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی این مقیاس با ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد و برای مقیاس کلی ۰/۸۵، زیرمقیاس وارسی ۰/۸۶، زیرمقیاس نظم ۰/۸۵، زیرمقیاس وسواس فکری ۰/۸۰، زیرمقیاس شست‌وشو ۰/۸۴، زیرمقیاس

1 Obsessive-Compulsive Inventory-Revised

انباشت ۰/۸۶ و زیرمقیاس خنثی‌سازی ۰/۸۴ به دست آمد.

شیوه انجام پژوهش

پس از دریافت کد اخلاق به شناسه IR.IAU.TJ.REC.1403.027 از معاونت پژوهشی دانشگاه و هماهنگی با مسئولان کلینیک اعصاب و روان بیمارستان ابن‌سینا شهر مشهد، ۱۲۰ بیمار زن با تشخیص اختلال وسواس جبری (بر اساس تشخیص قطعی وسواس جبری توسط روان‌پزشک با ملاک‌های بالینی (DSM-V) و مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID)) انتخاب شدند و ۴۵ نفر از این بیماران به روش نمونه‌گیری هدفمند، پس از غربالگری اولیه بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش، همچون شرکت داوطلبانه و کسب رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، قرارنگرفتن تحت مداخله درمانی دیگر، برخورداری از سواد خواندن و نوشتن، قرارداشتن در بازه سنی بین ۱۸ تا ۴۰ سال و کسب نمره بالاتر از ۳۶ در پرسش‌نامه نشانگان وسواس، انتخاب شدند. همچنین، ملاک‌هایی همچون غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمان، مخدوش کردن و یا عدم تکمیل ابزارهای پژوهش و قرارگرفتن تحت مداخله درمانی، به‌عنوان ملاک‌های خروج از پژوهش در نظر گرفته شد. برای تعیین حجم نمونه، با انتخاب (a = ۰/۰۵) و اندازه اثر متوسط (d= ۰/۵) و توان آزمون (۸۰٪) و بر مبنای جدول تدوین شده توسط کوهن[۳۵] حجم نمونه ۱۵ نفر برای هر گروه و درمجموع ۴۵ نفر تعیین گردید و آزمودنی‌های انتخاب‌شده به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره، شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. هر سه گروه در مرحله پیش‌آزمون پرسش‌نامه نشانگان وسواس (OCI-R) را تکمیل کردند و در ادامه، از گروه آزمایش خواسته شد تا به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، به‌صورت یک جلسه در هفته، تحت درمان مبتنی بر رویکرد ذهن‌آگاهی بر اساس بسته ذهن‌آگاهی مک‌کنزی و همکاران [۳۶] قرار گیرند. این جلسات توسط درمانگر متخصص و مسلط به ذهن‌آگاهی، در اتاق جلسات بیمارستان ابن‌سینا به اجرا شد. همچنین، گروه آزمایش دوم نیز به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، به‌صورت یک جلسه در هفته، تحت درمان شناختی - رفتاری بر اساس بسته درمان شناختی - رفتاری استکتی و ویلهلم [۳۷] قرار گرفت. این جلسات نیز توسط درمانگر متخصص و مسلط به رویکرد شناختی - رفتاری، در اتاق جلسات بیمارستان ابن‌سینا به اجرا شد. در این مدت، گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد. ضمناً، جهت پیشگیری از خطایناشی از انتشار کاربندی و تعامل آزمودنی‌های دو گروه، جلسات ذهن‌آگاهی و شناختی - رفتاری به طور جداگانه در روزهای ابتدا و انتهای هر هفته برگزار شد. در پایان جلسات، هر سه گروه مجدداً در مرحله پس‌آزمون مورد سنجش قرار گرفتند و پرسش‌نامه مذکور را تکمیل نمودند و درنهایت، پس از مدت سه ماه، یک دوره پیگیری برای هر گروه در نظر گرفته شد و یافته‌ها مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. شرح مختصری از جلسات اجرایی برای هر یک از گروه‌های آزمایشی به‌قرار ذیل است.

جدول ۱. شرح جلسات درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی مک‌کنزی و همکاران [۳۶]

جلسات	محتوا
جلسه اول	معارفه و اجرای پیش‌آزمون، هدایت خودکار؛ تمرین‌های جلسه خوردن یک کشمش با حضور ذهن و مراقبه وارسی بدن.
جلسه دوم	مقابله با موانع؛ تمرین‌های جلسه مراقبه وارسی بدن، ده دقیقه حضور ذهن روی جریان تنفس
جلسه سوم	حضور ذهن روی تنفس و بر بدن هنگام حرکت
جلسه چهارم	ماندن در زمان حال؛ تمرین‌های جلسه پنج دقیقه حضور ذهن دیداری یا شنیداری، مراقبه در وضعیت نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و آگاهی‌ها بدون جهت‌گیری خاص، راه‌رفتن با حضور ذهن، فضای سه‌دقیقه‌ای تنفس
جلسه پنجم	پذیرش و اجازه یا مجوز حضور؛ تمرین‌های جلسه مراقبه در وضعیت نشسته، آگاهی از تنفس و بدن
جلسه ششم	فکرها نه حقایق؛ تمرین‌های جلسه مراقبه در وضعیت نشسته، آگاهی از تنفس و بدن.
جلسه هفتم	خودمراقبتی به بهترین شکل؛ تمرین‌های جلسه مراقبه در وضعیت نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و هیجان‌ها.
جلسه هشتم	استفاده از آموخته‌ها برای کنارآمدن با وضعیت‌های خلقی در آینده؛ تمرین‌های جلسه مراقبه وارسی، پایان مراقبه و انجام پس‌آزمون

جدول ۲ جلسات رفتاردرمانی شناختی استکتی و ویلهلم [۳۷]

جلسات	محتوا
جلسه اول	ارزیابی درمان‌جویان با پیش‌آزمون. آشنایی کلی با علائم اختلال وسواس فکری. آشنایی با اهداف درمان شناختی - رفتاری. دادن فهرست تصاویر و افکار مزاحم. تمرین آرمیدگی
جلسه دوم	ترسیم مدل شناختی وسواس، عادی‌سازی افکار وسواسی، ترسیم مثلث شناختی، دادن فهرست انواع خطاهای شناختی، پر کردن فرم ثبت افکار روزانه، توضیح اهمیت افکار و آمیختگی افکار و اجرای آزمایش‌های رفتاری
جلسه سوم	استفاده از تکنیک‌های شناختی پرسش‌گری سقراطی و بازبینی برگه ۵ ستون افکار، پر کردن برگه ۷ ستونی افکار، نوشتن فهرست مزایا و معایب افکار مزاحم و اجرای آزمایش رفتاری برای اهمیت افکار
جلسه چهارم	بررسی فرم ثبت افکار روزانه، آزمایش رفتاری برای عمل خنثی‌سازی افکار، استفاده از تکنیک محاسبه احتمال و پرسش‌گری سقراطی برای باور برآورد بیش از حد خطر و طرح آزمایش‌های رفتاری برای باور اطمینان‌خواهی
جلسه پنجم	پرسش‌گری سقراطی و اجرای تکنیک نمودار دایره‌ای و تکنیک استاندارد دوگانه برای باور مسئولیت‌پذیری افراطی، تعریف کمال‌گرایی و استفاده از پرسش‌گری سقراطی و تکنیک پیکان روبه‌پایین در این زمینه و صورت‌بندی آزمایش‌های رفتاری برای اهمیت افکار
جلسه ششم	آموزش و اجرای تکنیک مواجهه و جلوگیری از پاسخ و تمرین آن در حضور درمان‌گر و در خانه. بازبینی فهرست فرم ثبت افکار روزانه و طرح آزمایش‌های رفتاری برای اهمیت افکار
جلسه هفتم	بحث و جمع‌بندی فنون شناختی و رفتاری، بازبینی ثبت افکار روزانه و مرور الگوی شناختی وسواس
جلسه هشتم	توضیح دوباره درباره اهمیت تمرین‌های رفتاری، بحث درباره نشانه‌های عود، آموزش گام‌های حل مسئله و ارزیابی مجدد توسط پس‌آزمون

شیوه تحلیل داده‌ها:

نتایج با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی بر اساس نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

نتایج

در این مطالعه هیچ ریزشی در نمونه‌ها اتفاق نیفتاد و تحلیل‌ها برای سه گروه ۱۵ نفری انجام شد. میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها در گروه ذهن‌آگاهی ۲۶/۱۲ و ۳/۱، در گروه شناختی - رفتاری ۲۸/۰۹ و ۳/۳ و در گروه کنترل ۲۷/۱۲ و ۳/۲ بود. شاخص‌های توصیفی نشانگان وسواس در هر یک از دو گروه آزمایش و گروه کنترل در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نشانگان وسواس برحسب مراحل آزمون و به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
وسواس شست‌وشو	ذهن‌آگاهی	۹/۱۱	۲/۴۵	۶/۰۲	۳/۰۳	۶/۱۲	۳/۰۱
	شناختی - رفتاری	۸/۹۵	۲/۴۷	۶/۲۴	۳/۰۸	۶/۰۴	۳/۰۷
	کنترل	۹/۰۰	۲/۵۲	۹/۱۲	۳/۰۱	۹/۱۰	۳/۰۶
وسواس فکر	ذهن‌آگاهی	۸/۵۱	۲/۵۹	۵/۲۴	۳/۰۰	۵/۱۴	۳/۰۱
	شناختی - رفتاری	۸/۰۱	۲/۴۵	۶/۱۲	۳/۱۴	۶/۱۶	۳/۱۰
	کنترل	۸/۹۹	۲/۵۲	۸/۸۵	۳/۱۰	۸/۸۰	۳/۱۶
وسواس انباشت	ذهن‌آگاهی	۸/۸۶	۱/۸۶	۵/۱۰	۲/۱۶	۵/۰۶	۲/۹۶
	شناختی - رفتاری	۸/۶۴	۱/۹۴	۶/۱۳	۲/۱۴	۶/۱۸	۲/۹۰
	کنترل	۸/۸۳	۱/۹۹	۸/۰۰	۲/۲۶	۸/۱۴	۲/۹۱

ادامه جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نشانگان وسواس برحسب مراحل آزمون و به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
وسواس نظم	ذهن‌آگاهی	۹/۱۲	۱/۹۰	۶/۰۳	۲/۱۰	۶/۰۰	۲/۹۸
	شناختی - رفتاری	۸/۰۶	۱/۸۹	۶/۱۲	۲/۱۹	۶/۲۴	۲/۸۸
	کنترل	۹/۲۹	۱/۸۸	۹/۳۲	۲/۰۶	۹/۰۲	۲/۸۹
وسواس وارسی	ذهن‌آگاهی	۹/۲۰	۲/۸۰	۶/۱۴	۲/۴۲	۶/۲۴	۲/۸۴
	شناختی - رفتاری	۸/۹۲	۲/۸۴	۶/۲۴	۲/۳۲	۶/۲۰	۲/۲۹
	کنترل	۸/۹۰	۲/۶۵	۹/۰۰	۲/۳۰	۹/۰۱	۲/۵۵
خنثی‌سازی	ذهن‌آگاهی	۹/۱۶	۲/۴۵	۶/۱۱	۲/۲۸	۶/۰۶	۲/۲۰
	شناختی - رفتاری	۹/۲۲	۲/۳۸	۷/۱۶	۲/۱۸	۷/۰۰	۲/۱۶
	کنترل	۹/۰۲	۲/۴۰	۹/۹۸	۲/۲۰	۹/۱۸	۲/۲۳
نشانگان کل	ذهن‌آگاهی	۵۳/۹۷	۳/۳۶	۳۴/۶۴	۳/۱۶	۳۴/۶	۳/۱۸
	شناختی - رفتاری	۵۱/۸۰	۳/۱۳	۳۸/۰۱	۳/۱۴	۳۷/۸۲	۳/۱۵
	کنترل	۵۴/۰۳	۳/۸۰	۵۴/۲۷	۳/۱۵	۵۳/۲۵	۳/۲۱

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین نمره پس‌آزمون نشانگان وسواس در آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی کمتر از آزمودنی‌های گروه کنترل است و در گروه‌های آزمایشی میانگین‌ها از پیش‌آزمون به پس‌آزمون کاهش یافته است، اما از پس‌آزمون به پیگیری تغییر چشمگیری ایجاد نشده است.

در بررسی مفروضات تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر عاملی، آزمون شاپیرو ویلک نشان داد، توزیع متغیرها به تفکیک گروه‌ها بهنجار است (P> ۰/۰۵). آزمون لوین نیز نشان داد که همگنی واریانس‌ها در مراحل آزمون محقق شده است (P>۰ /۰۵). آزمون موچلی نیز نشان داد که مفروضه کرویت محقق شده است (P>۰/۰۵، χ2=۰/۰۰۴، w=۱/۰۰). نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای نشانگان وسواس در جدول ۴ آورده شده است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که میان گروه‌های ذهن‌آگاهی و شناختی - رفتاری و گروه کنترل در نشانگان وسواس برحسب مراحل آزمون، عضویت گروهی و اثر تعاملی آزمون و عضویت گروهی تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی جهت مقایسه میانگین‌ها برحسب مراحل آزمون در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۴. بررسی تفاوت‌های بین‌گروهی در نشانگان وسواس در گروه‌ها

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتای سهمی
وسواس شست‌وشو	آزمون	۵۵/۳۵	۱/۲۱	۴۳/۹۰	۳۰۷۳/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۶
	عضویت گروهی	۱۰۲/۵۳	۲	۵۰/۷۵	۶۸/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۷۴
	آزمون× عضویت گروهی	۳۳/۱۷	۲/۴۶	۱۱/۵۲	۹۵۰/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۹۵
وسواس فکر	آزمون	۲۴/۵۰	۱/۰۲	۲۳/۲۲	۳۱۶/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۸۵
	عضویت گروهی	۷۳/۱۶	۲	۳۵/۷	۲۲/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۱
	آزمون× عضویت گروهی	۲۵/۹۵	۲/۷	۱۰/۳۶	۱۵۰/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۸۵

ادامه جدول ۴. بررسی تفاوت‌های بین‌گروهی در نشانگان وسواس در گروه‌ها

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتای سهمی
وسواس انباشت	آزمون	۵۷/۲۵	۱/۳۵	۴۰/۶۷	۲۰۵۷/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۵
	عضویت گروهی	۱۰۲/۸۳	۲	۵۰/۹۰	۸۹/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۸۰
	آزمون× عضویت گروهی	۴۰/۲۴	۲/۷۳	۱۲/۶۶	۷۳۶/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۹۴
وسواس نظم	آزمون	۵۳/۳۳	۱/۱۹	۴۱/۸۸	۳۰۷۱/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۴
	عضویت گروهی	۱۰۱/۵۱	۲	۵۰/۷۳	۶۸/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۲
	آزمون× عضویت گروهی	۳۱/۱۴	۲/۴۴	۱۱/۵۰	۹۴۸/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۹۵
وسواس وارسی	آزمون	۲۲/۴۷	۱/۰۰	۲۱/۲۰	۳۱۲/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۸۳
	عضویت گروهی	۷۱/۱۴	۲	۳۳/۱۱	۲۰/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲
	آزمون× عضویت گروهی	۲۰/۹۳	۲/۱۱	۱۲/۳۴	۱۴۵/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۸۳
وسواس خنثی‌سازی	آزمون	۵۵/۲۳	۱/۳۳	۴۰/۶۵	۲۰۵۵/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۹۳
	عضویت گروهی	۱۰۱/۸۲	۲	۵۰/۸۹	۸۸/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۸۰
	آزمون× عضویت گروهی	۴۲/۲۶	۲/۷۱	۱۵/۶۸	۷۳۹/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۹۷
نشانگان کلی	آزمون	۶۰/۲۸	۱/۳۸	۴۳/۷۰	۲۰۶۰/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۹۸
	عضویت گروهی	۱۰۵/۸۶	۲	۵۲/۹۳	۹۲/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۸۲
	آزمون× عضویت گروهی	۴۳/۲۷	۲/۷۶	۱۵/۶۹	۷۳۹/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۹۷

جدول ۵. آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه میانگین برحسب مراحل آزمون به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه‌ها	پیش‌آزمون - پس‌آزمون		پیش‌آزمون - پیگیری		پس‌آزمون - پیگیری	
		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
وسواس شست‌وشو	ذهن‌آگاهی	۳/۰۹	۰/۰۰۱	۲/۹۹	۰/۰۰۱	-۰/۱	۰/۴۸
	شناختی - رفتاری	۲/۷۱	۰/۰۰۱	۲/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۲	۰/۱۴
	کنترل	-۰/۱۲	۰/۹۸	-۰/۱	۰/۹۴	۰/۰۲	۰/۴۶
وسواس فکر	ذهن‌آگاهی	۳/۲۷	۰/۰۰۱	۳/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۱	۰/۹۸
	شناختی - رفتاری	۲/۵۱	۰/۰۰۱	۱/۸۵	۰/۰۰۱	-۰/۰۴	۰/۴۶
	کنترل	۰/۱۴	۰/۴۶	۰/۱۹	۰/۸۵	۰/۰۵	۰/۹۶
وسواس انباشت	ذهن‌آگاهی	۳/۷۶	۰/۰۰۱	۳/۸	۰/۰۰۱	۰/۰۴	۰/۴۱
	شناختی - رفتاری	۲/۵۲	۰/۰۰۱	۲/۴۶	۰/۰۰۱	-۰/۰۵	۰/۹۶
	کنترل	۰/۸۳	۰/۳۰	۰/۶۹	۰/۴۶	-۰/۱۴	۰/۸۵

ادامه جدول ۵. آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه میانگین برحسب مراحل آزمون به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه‌ها	پیش‌آزمون - پس‌آزمون		پیش‌آزمون - پیگیری		پس‌آزمون - پیگیری	
		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
وسواس نظم	ذهن‌آگاهی	۳/۰۹	۰/۰۰۱	۳/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۰۳	۰/۴۸
	شناختی - رفتاری	۱/۹۴	۰/۰۰۱	۱/۸۲	۰/۰۰۱	-۰/۱۲	۰/۱۲
	کنترل	-۰/۰۳	۰/۹۶	۰/۲۷	۰/۹۰	۰/۳	۰/۴۴
وسواس وارسی	ذهن‌آگاهی	۳/۰۹	۰/۰۰۱	۲/۹۶	۰/۰۰۱	-۰/۰۱	۰/۹۸
	شناختی - رفتاری	۲/۶۸	۰/۰۰۱	۲/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۰۴	۰/۴۰
	کنترل	-۰/۱	۰/۳۸	-۰/۱۱	۰/۸۵	-۰/۰۱	۰/۹۹
وسواس خنثی‌سازی	ذهن‌آگاهی	۳/۰۵	۰/۰۰۱	۳/۱	۰/۰۰۱	۰/۰۵	۰/۴۲
	شناختی - رفتاری	۲/۰۶	۰/۰۰۱	۲/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۱۶	۰/۹۶
	کنترل	-۰/۹۶	۰/۲۸	-۰/۱۶	۰/۴۵	۰/۸	۰/۸۲
نشانگان کلی	ذهن‌آگاهی	۱۹/۳۳	۰/۰۰۱	۱۹/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۰۴	۰/۴۷
	شناختی - رفتاری	۱۳/۷۹	۰/۰۰۱	۱۳/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۱۹	۰/۱۱
	کنترل	-۰/۲۴	۰/۹۶	۰/۷۸	۰/۹۸	۱/۰۲	۰/۴۶

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که در هر دو گروه آزمایشی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیش‌آزمون به پیگیری، میانگین‌ها افزایش یافته است و تفاوت معناداری میان آنان وجود دارد (P <۰/۰۰۱)؛ اما از پس‌آزمون به پیگیری در هر دو گروه تغییر معناداری مشاهده نمی‌شود (P>۰/۰۵). نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه‌های بین‌گروهی در پس‌آزمون و پیگیری جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه تفاوت‌ها برحسب عضویت گروهی

متغیرها	گروه‌ها	پس‌آزمون		پیگیری	
		اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری
وسواس شست‌وشو	ذهن‌آگاهی - شناختی رفتاری	-۰/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۰۸	۰/۰۰۱
	ذهن‌آگاهی - کنترل	-۳/۱	۰/۰۰۱	-۲/۹۸	۰/۰۰۱
	شناختی رفتاری - کنترل	-۲/۸۸	۰/۰۰۱	-۳/۰۶	۰/۰۰۱
وسواس فکر	ذهن‌آگاهی - شناختی رفتاری	-۰/۸۸	۰/۰۰۱	-۱/۰۲	۰/۰۰۱
	ذهن‌آگاهی - کنترل	-۳/۶۱	۰/۰۰۱	-۳/۶۶	۰/۰۰۱
	شناختی رفتاری - کنترل	-۲/۷۳	۰/۰۰۱	-۲/۶۴	۰/۰۰۱
وسواس انباشت	ذهن‌آگاهی - شناختی رفتاری	-۱/۰۳	۰/۰۰۱	-۱/۱۲	۰/۰۰۱
	ذهن‌آگاهی - کنترل	-۲/۹	۰/۰۰۱	-۳/۰۸	۰/۰۰۱
	شناختی رفتاری - کنترل	-۱/۸۷	۰/۰۰۱	-۱/۹۶	۰/۰۰۱

ادامه جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه تفاوت‌ها برحسب عضویت گروهی

متغیرها	گروه‌ها	پس‌آزمون		پیگیری	
		اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری
وسواس نظم	ذهن‌آگاهی - شناختی رفتاری	-۰/۰۹	۰/۰۰۱	-۰/۲۴	۰/۰۰۱
	ذهن‌آگاهی - کنترل	-۳/۲۹	۰/۰۰۱	-۳/۰۲	۰/۰۰۱
	شناختی رفتاری - کنترل	-۳/۲	۰/۰۰۱	-۲/۷۸	۰/۰۰۱
وسواس وارسی	ذهن‌آگاهی - شناختی رفتاری	-۰/۱	۰/۰۰۱	۰/۰۴	۰/۰۰۱
	ذهن‌آگاهی - کنترل	-۲/۸۴	۰/۰۰۱	-۲/۷۷	۰/۰۰۱
	شناختی رفتاری - کنترل	-۲/۷۶	۰/۰۰۱	-۲/۸۱	۰/۰۰۱
خنثی‌سازی	ذهن‌آگاهی - شناختی رفتاری	-۱/۰۵	۰/۰۰۱	-۰/۹۴	۰/۰۰۱
	ذهن‌آگاهی - کنترل	-۳/۸۷	۰/۰۰۱	-۳/۱۲	۰/۰۰۱
	شناختی رفتاری - کنترل	-۲/۸۲	۰/۰۰۱	-۲/۱۸	۰/۰۰۱
نشانگان کلی	ذهن‌آگاهی - شناختی رفتاری	-۳/۳۷	۰/۰۰۱	-۳/۲۲	۰/۰۰۱
	ذهن‌آگاهی - کنترل	-۱۹/۶۳	۰/۰۰۱	-۱۸/۶۵	۰/۰۰۱
	شناختی رفتاری - کنترل	-۱۶/۲۶	۰/۰۰۱	-۱۵/۴۳	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که در پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت بین گروه‌های ذهن‌آگاهی و شناختی - رفتاری با گروه کنترل معنادار است (P<۰/۰۱). میانگین نمرات این گروه‌ها در نشانگان وسواس از گروه کنترل کمتر است. تفاوت بین گروه ذهن‌آگاهی و شناختی - رفتاری نیز در پس‌آزمون و پیگیری معنادار است (P>۰/۰۵). مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که در نشانگان وسواس، آزمودنی‌های گروه ذهن‌آگاهی میانگین کمتری نسبت به آزمودنی‌های گروه شناختی - رفتاری دارند. این بدان معنی است که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی نسبت به شناختی- رفتاری بر نشانگان وسواس اثربخشی بیشتری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی - رفتاری بر نشانگان وسواس بیماران دارای اختلال وسواس جبری بود و یافته‌ها نشان داد که هر دو رویکرد درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی - رفتاری بر نشانگان وسواس بیماران دارای اختلال وسواس جبری اثربخش بوده است و بین این دو روش تفاوت معناداری وجود دارد؛ به‌طوری که کاهش نشانگان وسواس در گروه ذهن‌آگاهی نسبت به شناختی - رفتاری بیشتر بوده است.

یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه تأثیر درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نشانگان وسواس، همسو با یافته‌های پژوهش‌های [۱۸] [۸، ۱۹-۲۱] است. همچنین، در زمینه تأثیر درمان شناختی رفتاری بر نشانگان وسواس نیز می‌توان به پژوهش‌هایی [۲۵-۳۰]اشاره نمود.

در تبیین این یافته می‌توان این‌گونه عنوان نمود که درمان شناختی - رفتاری موجب می‌گردد تا بیماران به این توانمندی نائل آیند که بتوانند از طریق مواجهه تدریجی بر افکار وسواسی خود تسلط یابند و با مقابله مستقیم با افکار مزاحم، تنش روانی خود را به‌مرور کاهش دهند که این مسئله می‌تواند منجر به کاهش سطح اضطراب گردد و علائم وسواس را که عمدتاً به دلیل وجود اضطراب حادث می‌شوند، کاهش دهند [۲۸]؛ اما سازوکارهای عملی در رویکرد ذهن‌آگاهی در مواجهه با افکار وسواسی، پذیرش افکار صرفاً به‌عنوان پدیده‌های ذهنیِ زودگذر، بدون قضاوت یا درگیری با افکار است، این جداسازی شناختی باعث کاهش اضطراب ناشی از افکار و شکستن چرخه وسواس می‌گردد [۲۱]. استفاده از فنونی همچون رویارویی و

جلوگیری از پاسخ در درمان شناختی - رفتاری، بیماران را قادر می‌سازد تا از طریق رویارویی، بدون انجام رفتارهای اجتنابی و آیین‌مندی‌های اجباری، اوج اضطراب و کاهش چشمگیر آن را در گذر زمان تجربه کنند، این مسئله توانایی مواجهه آنان با شرایط اضطراب‌زا را بدون توسل به تشریفات و آیین‌مندی‌های اجباری را کاهش می‌دهد [۲۵]؛ اما در درمان ذهن‌آگاهی، از طریق پرورش آگاهی غیرقضاوتی، به افکار وسواسی واکنش نشان داده می‌شود. در این رویکرد، مواجهه از طریق پذیرش هیجانات به محض ظهور انجام می‌گیرد که می‌تواند در لحظه بودن و آگاهی از فرایندهای فکری لحظه‌ای را رشد دهد و منجر به روبروی موفقیت‌آمیز با اضطراب گردد [۱۹].

همچنین، می‌توان این‌گونه عنوان نمود که چون در درمان شناختی - رفتاری بیشتر بر تغییر افکار و رفتارهای وسواسی از طریق مواجهه و جلوگیری از پاسخ تمرکز می‌گردد؛ اجرای تکنیک‌های این رویکرد در برخی از بیماران با افزایش سطح تنش و استرس همراه می‌شود که همین موضوع می‌تواند بر روی اثربخشی این رویکرد در کاهش علائم وسواس اثر داشته باشد. در صورتی که در رویکرد ذهن‌آگاهی به‌جای مقابله مستقیم با افکار، به بیماران آموزش داده می‌شود تا افکار وسواسی را بدون قضاوت بپذیرند و از چرخه واکنش‌های اضطرابی فاصله بگیرند که این روش، اضطراب کمتری ایجاد می‌کند و پذیرش آن را برای بیماران راحت‌تر می‌نماید. همچنین، می‌توان این‌گونه عنوان نمود که درمان شناختی - رفتاری بیشتر بر شناخت و رفتار متمرکز است، درحالی‌که ذهن‌آگاهی مستقیماً بر تنظیم هیجانات تأثیر می‌گذارد و از آنجاکه اختلال وسواس با اضطراب و پریشانی هیجانی همراه است، این رویکرد ممکن است در کاهش هیجانات منفی مؤثرتر عمل کند و منجر به کاهش بیشتر علائم و نشانگان وسواس گردد. از آنجایی که خروج از الگوهای فکری وسواسی در بیماران، نیازمند انعطاف‌پذیری شناختی است و درمان ذهن‌آگاهی منجر به افزایش بیشتر این انعطاف‌پذیری می‌گردد، استفاده از این رویکرد بر بیماران با نشانگان وسواس مؤثرتر بوده است؛ چراکه این رویکرد نسبت به درمان شناختی - رفتاری بهتر می‌تواند بر خشکی شناختی بیماران وسواسی اثر گذارد. شاید بتوان سازوکار عمل رویکرد ذهن‌آگاهی در نحوه برخورد با افکار وسواسی را از مهم‌ترین دلایل برتری این رویکرد نسبت به رویکرد شناختی - رفتاری دانست؛ چراکه برخلاف رویکرد شناختی - رفتاری که ناخواسته منجر به سرکوب افکار می‌شود؛ آموزش‌پذیرش در درمان ذهن‌آگاهی باعث می‌گردد تا اثر بازگشت افکار سرکوب شده کاهش یابد که این موضوع ضمن کاهش سطح اضطراب بیماران، علائم وسواس را بهبود می‌بخشد.

پژوهشگر در انجام این تحقیق با محدودیت‌هایی روبرو بوده است، نخست آنکه این پژوهش تنها بر روی بیماران زن مبتلا به اختلال وسواس جبری مراجعه‌کننده به بیمارستان ابن‌سینا مشهد انجام شده است؛ به همین دلیل نمی‌توان در خصوص تعمیم این نتایج به دیگر مناطق جغرافیایی و جوامع آماری دیگر اظهار نظر نمود. همچنین، از دیگر محدودیت‌های این تحقیق، عدم پیگیری بلندمدت نتایج پژوهش است که به دلیل وجود برخی از محدودیت‌های زمانی، پیگیری سه ماهه انجام شد.

درنهایت، بر اساس یافته‌های این پژوهش، به‌عنوان پیشنهاد می‌توان این‌گونه عنوان داشت که جهت مقایسه تأثیر دو رویکرد مذکور بر نشانگان وسواس، دوره‌های پیگیری بلندمدت‌تری در نظر گرفته شود و این برنامه در قالب طرح‌های تک‌آزمودنی نیز به کار گرفته شود. از جنبه کاربردی نیز پیشنهاد می‌شود مداخلات لازم از سوی روان‌شناسان و درمانگران با استفاده از رویکردهای شناختی - رفتاری و ذهن‌آگاهی صورت پذیرد. همچنین، با توجه به تأثیر مثبت دو رویکرد مذکور بر نشانگان وسواس، استفاده از این دو روش درمانی توصیه می‌شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود برنامه‌ریزی کلی در خصوص معرفی این دو روش درمانی به مشاوران و درمانگران انجام پذیرد و این روش‌ها معرفی شوند تا درمانگران بتوانند با بهره‌گیری از آن‌ها به کاهش نشانگان وسواس در بیماران کمک کنند و بدین‌طریق، نقش درمانی و پیشگیرانه را در جهت کاهش وسواس ایفا نمایند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش:

در جریان اجرای این پژوهش، رضایت آگاهانه مبنی بر شرکت در پژوهش از آزمودنی‌ها اخذ گردید. همچنین، اصل رازداری و حفظ اسرار آزمودنی‌ها و اتخاذ تدابیر مناسب برای

جلوگیری از انتشار آن رعایت گردید. در پایان پژوهش نیز پس از جمع‌آوری پس‌آزمون و اتمام جلسات مداخله، جهت احترام به حقوق آزمودنی‌ها، ۳ جلسه درمان ذهن‌آگاهی برای گروه کنترل به اجرا در آمد. کد اخلاق پژوهش نیز به شناسه IR.IAU.TJ.REC.1403.027 اخذ گردید.

حامی مالی:
این پژوهش هیچ‌گونه حامی مالی نداشته است

تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی کسانی که در انجام این مقاله نویسندگان را یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را داریم. همچنین، از تمامی کارکنان و بیماران بیمارستان ابن‌سینا مشهد، به جهت همکاری در این پژوهش تشکر می‌گردد.

منابع

1- Ujjwal P, Sanjita D, Kumar FN. A Comprehensive Review on Obsessive-Compulsive Disorder: An Update. *Pharmacophore*. 2024; 15(2-2024): 54–62. doi:10.51847/7Qc5Z7dkCo.

2- Stein DJ, Ruscio AM, Altwaijri Y, Chiu WT, Sampson NA, Aguilar-Gaxiola S, et al. Obsessive-compulsive disorder in the World Mental Health surveys. *BMC medicine*. 2025; 23(1): 416. https: //doi.org/10.1186/s12916-025-04209-5

3- Usefpoor V MAM, Esmaeilpour K. Comparison of attentional bias in people with symptoms of obsessive compulsive disorder (Washer, Checker), symptoms of generalized anxiety disorder and normal people. *Journal of Psychological Science*. 2025; 24: 83–100. http://psychologicalscience.ir/article-1-2322-fa.html **[In Persian]**

4- Akosile AY, Tiyatiye B, Akosile W. A systematic review on the prevalence of comorbid substance use disorder in obsessive–compulsive disorder among the general population. *Psychoactives.* 2025; 2(1): 2-14. doi:10.3390/psychoactives4010002

5- Valipour K. Study and investigation of intellectual and practical obsession. *First International Conference on Psychology, Educational Sciences, Management and Social Sciences;* Tabriz2025. https://civilica.com/doc/2054621/ **[In Persian]**

6- Torres AR, Torresan RC, de Mathis MA, Shavitt RG. Obsessive-compulsive disorder in women. Women's Mental Health: A Clinical and Evidence-Based Guide: *Springer*. 2020; 2(1): 125–39. doi:10.1007/978-3-030-29081-8_10

7- Shmidova E, Mikhaylova O, editors. Gendered perspectives on obsessive-compulsive disorder among Russian women: A comparative study of self-identified and clinically diagnosed individuals. *Women's Studies International Forum*. 2025; 4(3): 22-35. doi:10.1016/j.wsif.2024.103049

8- Shahni Fayz K, Yousefi Nik A, Ghasemizahed S, Dohooyi Mosa T. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction program on emotion regulation and obsessive-compulsive symptoms of children with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Applied Family Therapy*. 2023; 4(3): 79–92. https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/2071443/ **[In Persian]**

9- Liu X, Zhao Y, Wang P, Yang X, Li Z. Study on symptom dimensions and clinical characteristics in patients with obsessive-compulsive disorder. *Revista da Associação Médica Brasileira.* 2024; 70(1): 202-226. doi:10.1590/1806-9282.20230676

10- Gardepadok A, Mohammadi N, Rahimi C. Comparison of thought-action fusion and self-compassion in individuals with different patterns of obsessive-compulsive disorder and normal individuals. *Journal of Clinical Psychology.* 2023; 15(1):1–11. 10.22075/jcp.2023.28536.2538 **[In Persian]**

11- Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, Langner R, Kichic R, Hajcak G, et al. The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological assessment*. 2002; 14(4): 48-52 doi:10.1037/1040-3590.14.4.485

12- Hong D, Zhu Y, Chen R, Xiao B, Huang Y, Yu M. The bidirectional effects of obsessive-compulsive symptoms and difficulties in emotion regulation in Chinese adults during the COVID-19 pandemic—a dynamic structural equation model. *BMC psychology*. 2022; 10(1): 129-136. doi:10.1186/s40359-022-00841-5

13- Çoban DA, Tan O, Gündoğmuş İ. Clinical and

sociodemographic differences in adult women and men with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2024; 14(3): 167-180 DOI:10.5455/PBS.20240618101957

14- Elsouri KN, Heiser SE, Cabrera D, Alqurneh S, Hawat J, Demory ML, et al. Management and treatment of obsessive-compulsive disorder (OCD): a literature review. *Cureus*. 2024; 16(5):167-180 DOI: 10.7759/cureus.60496

15- Mohammadnejad E, Keshavarzi Arshadi F, Hasani F. Comparison of the effectiveness of exposure and response prevention (ERP) with mindfulness-based cognitive-behavioral therapy (MBCBT) on obsessive-compulsive syndrome and depression in women with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychological Science*. 2021; 20(108): 2269–84. https://psychologicalscience.ir/article-1-1124-fa.html **[In Persian]**

16- Van der Heiden C, Melchior K, Dekker A, Damstra M, Deen M. Metacognitive therapy for obsessive–compulsive disorder: A pilot study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders.* 2016; 9(4): 24–9. doi:10.1016/j.jocrd.2016.02.002

17- Hawley LL, Rector NA, DaSilva A, Laposa JM, Richter MA. Technology supported mindfulness for obsessive compulsive disorder: Self-reported mindfulness and EEG correlates of mind wandering. *Behaviour Research and Therapy*. 2021; 136(2): 103757. doi:10.1016/j.brat.2020.103757

18- Azizi M, FarokhSiri Y, Zamani Z. The effectiveness of mindfulness-based group therapy on controlling rumination and difficulty in regulating emotions in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2023; 12(2): 219–28. http://frooyesh.ir/article-1-4382-fa.html **[In Persian]**

19- Khadem S, Fakhri, M.K, Emadian, S.O. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on rumination, perfectionism and thought-action fusion in women with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychological Studies of Adolescents and Young People*. 2023; 4(10): 147–63. https://civilica.com/doc/1684351/ **[In Persian]**

20- Pseftogianni F, Panagioti M, Birtwell K, Angelakis I. Mindfulness interventions for obsessive–compulsive and related disorders: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Clinical Psychology: *Science and Practice*. 2023; 30(3): 233. https://psycnet.apa.org/buy/2023-83150-001

21- Chien WT, Tse M-K, Chan HY, Cheng HY, Chen L. Is mindfulness-based intervention an effective treatment for people with obsessive-compulsive disorder? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders.* 2022; 32(1): 100-112. doi:10.1016/j.jocrd.2022.100712

22- Vinci C, Sutton SK, Yang M-J, Baban S, Sauls R, Witkiewitz K, et al. Pilot randomized controlled trial of mindfulness-based relapse prevention vs cognitive behavioral therapy for smoking and alcohol use. *Drug and alcohol dependence*. 2023; 244(1): 109-128. doi:10.1016/j.drugalcdep.2023.109768

23- Ansairzadeh M, Javaheri MH, Moiniyan D. Comparison of group cignitive-behaviorl therapy, medicinal therapy, and placebo in reducring anxiety in substance abuseers. *Journal of Addiction Research*,2018; 11(44), 59-74. http://etiadpajohi.ir/article-1-1576-fa.html **[In Persian]**

24- Leahy RL. *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide*: Guilford Publications; 2017. https://books.google.com/books?hl=fa&lr=&id=VLwqDgAAQBAJ&oi

25- Naghinia M, Toozandehjani H. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Repetitive Thoughts and Negative Emotional Dimensions in Women with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2022; 14(4): 107–20. doi:10.22075/jcp.2022.25317.2324 **[In Persian]**

26- Pourkhiyabi M, Kafi M, Abolghasemi A. The effectiveness of Internet-based cognitive-behavioral therapy on the symptoms of female children with symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Research in Child and Adolescent Psychotherapy*. 2022; 1(1):31–20. doi:10.22098/rcap.2022.2080 **[In Persian]**

27- Taghavi GM, Moheb N. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on rumination, worry and anxiety sensitivity in people with anxiety disorders. *Journal of Education and Evaluation*,2021; 14(53), 13-29. https://sid.ir/paper/411855/fa **[In Persian]**

28- Spencer SD, Stiede JT, Wiese AD, Goodman WK, Guzick AG, Storch EA. Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatric clinics of North America*. 2022; 46(1): 167-172. doi:10.1016/j.psc.2022.10.004

29- de Pablo GS, Pascual-Sanchez A, Panchal U, Clark B, Krebs G. Efficacy of remotely-delivered cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: An updated meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Affective Disorders.* 2023; 3(22): 89–109. doi:10.1016/j.jad.2022.11.007

30- Gragnani A, Zaccari V, Femia G, Pellegrini V, Tenore K, Fadda S, et al. Cognitive–behavioral treatment of obsessive–compulsive disorder: The results of a naturalistic outcomes study. *Journal of clinical medicine*. 2022; 11(10): 2762. doi:10.3390/jcm11102762

31- Pardos-Gascón EM, Narambuena L, Leal-Costa C, Van-der Hofstadt-Román CJ. Differential efficacy between cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based therapies for chronic pain: Systematic review. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2021; 21(1): 100197. doi:10.1016/j.ijchp.2020.08.001.

32- Naserifar M, Sarrajkhorrami N, Safarzadeh S, Heydarei A. Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and cognitive therapy based on mindfulness on body worth in obese women. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2024; 13(7): 111–20. http://frooyesh.ir/article-1-5214-fa.html **[In Persian]**

33- Li J, Cai Z, Li X, Du R, Shi Z, Hua Q, et al. Mindfulness-based therapy versus cognitive behavioral therapy for people with anxiety symptoms: a systematic review and meta-analysis of random controlled trials. *Annals of palliative medicine*. 2021; 10(7): 75-96. doi:10.21037/apm-21-1212

34- Mohammadi A, Zamani, R, Fata , L. Validation of the Persian version of the revised obsessive-compulsive questionnaire in a student population. *Journal of Psychological Research.* 2008; 11(1): 66–78. https://sid.ir/paper/66317/fa **[In Persian]**

35- Cohen H. *Research Methods in BehavioralSciences*: published; 2013. doi:10.4324/9780203771587

36- MacKenzie MB, Abbott KA, Kocovski NL. Mindfulness-based cognitive therapy in patients with depression: current perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2018; 10(7): 1599–605. doi:10.2147/NDT.S160761

37- Wilhelm S, Steketee GS. *Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: A guide for professionals*: New Harbinger Publications; 2006. https://psycnet.apa.org/record/2006-02738-000