

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<sup>1</sup>, Mohammad Hossein Bayazi\*<sup>2</sup>, Ali Akbar Samari<sup>3</sup>

1. PhD student, Department of Psychology, Torbatjam Branch, Islamic Azad University, Torbatjam, Iran.

Author email: dalili.z2020@gmail.com. ORCID: 0000-0002-3779-0360

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Torbatjam Branch, Islamic Azad University, Torbatjam, Iran (Corresponding Author) Author Email: bayazi123@gmail.com. ORCID: 0000-0003-2037-6817

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Kashmar Branch, Islamic Azad University, Kashmar, Iran

Author Email: Alisamari\_47@iau.ir ORCID: 0000-0003-0437-1987

Abstract

Receive Date:  
00/00/0000

Accept Date:  
00/00/0000



**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 was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and follow-up with a control group. The statistical population included female patients diagnosed with obsessive-compulsive disorder who referred to the Neurology Clinic of Ibn Sina Hospital in Mashhad in 2024. After screening and initial diagnosis, 45 people were selected through purposive sampling and randomly assigned to three groups of 15 people, including two experimental groups and a control group. The Obsessive-Compulsive Disorder Questionnaire (OCI-R) was used to collect data. The experimental groups were separately subjected to mindfulness-based therapy and cognitive behavioral therapy for 8 90-minute sessions, once a week. The data were analyzed using repeated-measures analysis of variance and the Ben Feroni post hoc test.

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

**Discussion and conclusion:** In general, the results indicated that both of these treatment approaches can be effective in reducing patients' obsessive-compulsive symptoms and have an effective role in treating obsessive-compulsive disorder.

Keywords

Mindfulness-based therapy, cognitive-behavioral therapy, obsessive-compulsive symptoms, obsessive-compulsive disorder

Corresponding Author's E-mail

E-mail: bayazi123@gmail.com

Introduction

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a disabling psychological disorder characterized by a pervasive and pervasive pattern of perfectionism and inflexibility.[1] OCD causes intrusive and unwanted thoughts and repetitive behaviors or mental acts, which force the patient to perform ritualistic behaviors and thoughts, which psychologists refer to as obsessive symptoms [8]. These symptoms can include unwanted, intrusive and repetitive thoughts, images, or impulses, or compulsive behaviors such as frequent washing, checking, praying, counting, and repeating words silently.[9] The existence of disabling OCD thoughts and behaviors has led to the use of various treatment methods around the world, some of which have been effective, while others have not been effective or have not been able to have a positive effect on all aspects of this disorder. These limitations have increased 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 are among the methods commonly used to influence thought processes and modify dysfunctional behaviors [15]. Although these two approaches are similar in terms of mechanism of action, mindfulness-based therapies emphasize cultivating nonjudgmental, present-moment awareness of thoughts, feelings, and bodily sensations, and their goal is not to change cognitive content but rather to change the individual's relationship to internal experiences. This paradigm provides an interesting contrast to the core of cognitive-behavioral therapy, which focuses on identifying and challenging dysfunctional beliefs and gradually exposing fearful stimuli to extinguish the anxiety response [31]. In cognitive behavioral therapy, there is more emphasis on changing maladaptive thoughts and behaviors, while mindfulness tries to emphasize accepting thoughts without judgment and reducing reactions [32]; this difference in goal can lead to different effectiveness in reducing symptoms of obsessions. Unlike cognitive behavioral therapists who target gradual exposure to obsessional stimuli and the principle of cognitive restructuring of negative thoughts, mindfulness-based therapy considers observing thoughts as transient phenomena and focusing on the present moment without reacting [33]; this different mechanism of action in the two approaches can lead to different results. Therefore, this study seeks to answer the question of whether there is a difference between the effectiveness of mindfulness-based therapy and cognitive behavioral therapy on obsessive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder?

### Method

The present study was applied in terms of its purpose and in terms of the method of data collection, it was a semi-experimental study with a pre-test-post-test design and follow-up with a control group. The statistical population consisted of 120 female patients diagnosed with obsessive-compulsive disorder who referred to the neurology clinic of Ibn Sina Hospital in Mashhad in 1402. The target sample was 45 of these patients who, after screening and initial diagnosis, were selected through purposive sampling and randomly assigned to three groups of 15 people, including two experimental groups and a control group. The instrument used in this study was the Obsessive Compulsive Disorder Questionnaire. The first experimental group was asked to undergo mindfulness-based treatment based on the mindfulness package of McKenzie et al. [36] for 8 sessions of 90 minutes, once a week. The second experimental group was also asked to undergo cognitive behavioral therapy based on the Steckati and Wilhelm cognitive behavioral therapy package [37] for 8 90-minute sessions, once a week. The results were analyzed using repeated measures analysis of variance and the Ben Feroni post hoc test based on SPSS26 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.

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.

## Results

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

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

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.

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

The results of Table 4 show that there is a significant difference between the mindfulness and cognitive behavioral groups and the control group in obsessive symptoms in terms of test stages, group membership, and the interaction effect of test and group membership ( $P < 0.001$ ). The results of the Ben Feroni post hoc test to compare the means according to the test stages are given 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

The results of Table 5 show that in both experimental groups, the means increased from pre-test to post-test and pre-test to follow-up and there was a significant difference ( $P < 0.001$ ); but from post-test to follow-up, no significant change was observed in either group ( $P < 0.05$ ). The results of the post-test Ben Feroni test for between-group comparisons in post-test and follow-up are presented in Table 6.

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 of Table 6 show that in post-test and follow-up, the difference between the mindfulness and cognitive-behavioral groups and the control group is significant ( $P < 0.01$ ). The mean of these groups in obsessive symptoms is lower than the control group. The difference between the mindfulness and cognitive-behavioral groups is also significant in post-test and follow-up ( $P < 0.05$ ). Comparing the means shows that in obsessive-compulsive symptoms, subjects in the mindfulness group have a lower mean than subjects in the cognitive-behavioral group. This means that mindfulness was more effective than cognitive-behavioral on obsessive-compulsive symptoms.

## Conclusion

The findings showed that both mindfulness-based therapy and cognitive behavioral therapy were effective on obsessive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder, and there was a significant difference between these two methods, such that the reduction in obsessive symptoms was greater in the mindfulness group than in the cognitive behavioral group. Because cognitive behavioral therapy mainly focuses on changing obsessive thoughts and behaviors through exposure and response prevention, implementing the techniques of this approach in some patients is accompanied by an increase in the level of tension and stress, which can affect the effectiveness of this approach in reducing obsessive symptoms. However, in the mindfulness approach, instead of directly confronting thoughts, patients are taught to accept obsessive thoughts without judgment and distance themselves from the cycle of anxiety reactions, which creates less anxiety and makes it easier for patients to accept. It can also be stated that cognitive behavioral therapy focuses more on cognition and behavior, while mindfulness directly affects the regulation of emotions. Since obsessive-compulsive disorder is associated with anxiety and emotional distress, this approach may be more effective in reducing negative emotions and lead to a greater reduction 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 its 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.

**Acknowledgements**

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

فدایند ویدایش نشده

# مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر نشانگان وسواس بیماران دارای اختلال وسواس جبری

نویسندگان

زهرا دلیلی<sup>۱</sup>، محمدحسین بیاضی\*<sup>۲</sup>، علی اکبر ثمری<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری تخصصی گروه روانشناسی، واحد تربیت‌جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت‌جام، ایران.

ایمیل نویسنده: dalili.z2020@gmail.com. ORCID: 0000-0002-3779-0360

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

ایمیل نویسنده: bayazi123@gmail.com. ORCID: 0000-0003-2037-6817

۳. استادیار گروه روانشناسی، واحد کاشمر، دانشگاه آزاد اسلامی، کاشمر، ایران

ایمیل نویسنده: Alisamari\_47@iau.ir. ORCID: 0000-0003-0437-1987

چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر نشانگان وسواس بیماران دارای اختلال وسواس جبری بود.

**روش:** پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه آزمایشی 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 ابن سینا شهر مشهد در سال ۱۴۰۲ بودند که پس از غربالگری و تشخیص اولیه، تعداد ۴۵ نفر به صورت نمونه‌گیری 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 ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک جلسه در هفته قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی تحلیل شدند.

**نتایج:** نتایج نشان داد نشانگان وسواس در هر دو گروه ذهن آگاهی و شناختی رفتاری از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و به پیگیری کاهش یافته است ( $P < 0.001$ ) و این تأثیر در گروه ذهن آگاهی بیشتر بوده است.

**نتیجه‌گیری:** به‌طور کلی نتایج حاکی از آن بود که هر دو این رویکردهای درمانی می‌تواند بر کاهش نشانگان وسواس بیماران مؤثر باشد و نقش مؤثری در درمان وسواس داشته باشد.

تاریخ دریافت:

....../.../..

تاریخ پذیرش:

....../.../..



کلیدواژه‌ها

کلید واژه‌ها

درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان شناختی رفتاری، نشانگان وسواس، اختلال وسواس

پست الکترونیکی  
نویسنده مسئول

ایمیل نویسنده: bayazi123@gmail.com

## مقدمه

اختلال وسواس- اجبار یکی از اختلالات روان‌شناختی ناتوان‌کننده است که هسته مرکزی آن را کمال‌طلبی و انعطاف‌ناپذیری به‌صورت 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]. برآوردها حاکی از آن است که حدود ۱٫۵ تا ۳ درصد از جمعیت عمومی معیارهای تشخیصی این اختلال را در مقطعی از زندگی تجربه می‌کنند که آن را به یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی تبدیل کرده است [۴]. مطالعات شیوع‌شناسی در ایران نیز ارقامی مشابه (بین ۱٫۵ تا ۳ درصد) را گزارش نموده‌اند [۵]. اگرچه شیوع کلی اختلال در دو جنس مشابه است، به نظر می‌رسد عوامل هورمونی، اجتماعی و ژنتیکی ممکن است زنان را برای ابتلا به این اختلال مستعدتر کند [۶]. مبتنی بر شواهد می‌توان عنوان نمود که الگوی‌های تظاهر علائم نیز می‌تواند بر اساس جنسیت متفاوت باشد؛ به‌طوری‌که زنان بیشتر مستعد وسواس‌های آلودگی و شستشو هستند، درحالی‌که در مردان وسواس‌های مرتبط با تقارن، افکار ممنوعه و احتکار شایع‌تر گزارش شده است [۷].

اختلال وسواس- اجبار، موجب تشدید افکار مزاحم و ناخواسته و رفتارها یا اعمال ذهنی تکراری می‌گردد که به‌موجب آن بیمار خود را ملزم به اجرای رفتارها و افکار تشریفاتی می‌نماید که روانشناسان از آن‌ها تحت عنوان نشانگان وسواس<sup>۲</sup> یاد می‌کنند [۸]. این نشانگان می‌تواند شامل افکار، تصاویر ذهنی، یا تکانه‌های ناخواسته، مزاحم و تکراری باشد و یا اینکه رفتارها اجباری مانند شستشوی مکرر، واریسی، دعا کردن، شمردن و تکرار کلمات در سکوت باشد [۹]. افراد مبتلا در چرخه معیوبی گرفتار می‌آیند که در آن انجام رفتارهای اجبارگونه اگرچه به‌طور موقت

اضطراب را کاهش می‌دهد، اما در بلندمدت به تداوم و تشدید اختلال می‌انجامد و فشار روانی قابل‌توجهی ایجاد می‌کند [۱۰]. فوا و همکاران [۱۱] نشانگان وسواس را شامل مجموعه از افکار وسواس و رفتارهای جبری می‌دانند که می‌تواند شامل رفتارهای مرتبط با شستشو، رفتارهای مرتبط با انباشت، رفتارهای مرتبط با نظم، رفتارهای مرتبط با واریسی و رفتارهای مرتبط با خنثی‌سازی باشد که معمولاً به‌منظور جلوگیری از وقوع یک فاجعه یا جبران یک فکر بد انجام می‌شوند. شواهد نشان می‌دهد حجم بالایی از اضطرابی که افراد مبتلا به وسواس- اجبار با نشانگان شستشو، نظم و واریسی متحمل می‌گردند، می‌تواند احساس انزجار قدرتمندی را موجب گردد که کیفیت زندگی آنان را با تهدید جدی روبرو نماید [۱۲]. گزارش‌های بالینی نشان از آن دارد رفتارهای وسواسی به‌مرور باعث ایجاد فرسودگی روانی در آنان شده و کیفیت زندگی آنان را با تهدید روبرو نماید [۱۳].

وجود افکار و رفتارهای ناتوان‌کننده در اختلال وسواس، سبب توسعه روش‌های درمانی متعددی در سراسر جهان شده است. با این حال، اثربخشی این روش‌ها یکسان نبوده و بسیاری از آن‌ها نتوانسته‌اند بر تمامی ابعاد پیچیده این اختلال تأثیر مطلوب بگذارند. این محدودیت‌ها، لزوم طراحی و ارزیابی مداخلات مکمل و جایگزین با مکانیسم‌های عمل نوین را بیش‌ازپیش نمایان ساخته است [۱۴]. درمان مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۳</sup> و درمان شناختی رفتاری<sup>۴</sup> از جمله رویکردهایی هستند که با هدف تأثیرگذاری بر فرآیندهای فکری ناکارآمد در بیماران مبتلا به وسواس مورد استفاده قرار می‌گیرند [۱۵].

در رویکرد ذهن آگاهی، اثرگذاری بر هیجانات بیماران مدنظر قرار می‌گیرد و تلاش می‌شود تا باورهای مربوط به افکار مزاحم که به تولید اضطراب دامن‌میزند شناسایی شود و بیمار توانایی ارزیابی مجدداً وقایع را به دست آورد که این توانمندی منجر به نوعی ذهن آگاهی انحصالی می‌گردد که طی آن بیمار به افکار مزاحم اجازه می‌دهد به‌طور آزادانه بیایند و بروند و این مشاهدات سرانجام سبب کاهش افکار

1. Obsessive-Compulsive Disorder

2. Obsessive-Compulsive Symptoms

3. Mindfulness-Based Therapy

4. Cognitive Behavioral Therapy

به لحاظ نظری متمایز می‌سازد [۳۲]؛ از طرفی برخلاف درمانگران شناختی رفتاری که مواجهه تدریجی با محرک‌های وسواس و اصل بازسازی شناختی افکار منفی را هدف قرار می‌دهند؛ درمانگران مبتنی بر ذهن آگاهی مشاهده افکار به‌عنوان پدیده‌های گذرا و تمرکز بر لحظه حال بدون ارائه واکنش را مدنظر قرار می‌دهند [۳۳]؛ که این مکانیسم عمل متفاوت در دو رویکرد، می‌تواند نتایج متفاوتی را به دنبال داشته باشد. از این رو پژوهش حاضر به دنبال آن است تا به درک این تفاوت‌های احتمالی در کارایی این دو رویکرد بر نشانگان وسواس بپردازد؛ چراکه تعیین این تفاوت، به‌منظور بهینه‌سازی انتخاب درمان و توسعه پروتکل مؤثرتر و روشن‌سازی مکانیسم‌های تغییر زیربنایی در بهبود نشانگان وسواس اهمیت دارد.

درواقع 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. چراکه بررسی‌های پژوهشگر فقدان شواهد محکم از مطالعات مقایسه‌ای مستقیم بین این دو رویکرد بر نشانگان وسواس را می‌رساند. در مرور پیشینه پژوهش، مطالعاتی که به مقایسه این دو رویکرد بر نشانگان وسواس پرداخته باشد، یافت نگردید و اکثر پژوهش‌های انجام شده، به تاثیر یکی از این دو رویکرد بر برخی از مشکلات افراد مبتلا به وسواس پرداخته‌اند و مقایسه این دو رویکرد به لحاظ میزان اثربخشی بر نشانگان وسواس، مجهول مانده است؛ لذا این کمبود، پاسخ روشنی به این سؤال کلیدی نمی‌دهد که آیا رویکرد مبتنی بر تغییر رابطه با افکار (ذهن آگاهی) می‌تواند در کاهش نشانه‌های وسواس به‌طور معناداری مؤثرتر باشد، یا رویکرد متمرکز بر تغییر افکار و رفتار (شناختی-رفتاری) می‌تواند در این خصوص تأثیر بیشتری داشته باشد. لذا به‌منظور پر کردن این شکاف پژوهشی به جهت تدوین پروتکل‌های درمانی شخصی‌سازی‌شده و تصمیم‌گیری بالینی مبتنی بر شواهد، این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر نشانگان وسواس بیماران دارای اختلال وسواس-اجبار تفاوت وجود دارد؟

**روش**

**نوع پژوهش:**

و بهبود علائم اضطراب می‌گردد [۱۶]. این رویکرد با آموزش پنج مؤلفه کلیدی مشاهده، توصیف، اقدام با آگاهی، بی‌قضاوتی و عدم واکنش، به بیمار کمک می‌کند تا اضطراب خود را کاهش داده و هیجانانش را به شیوه‌ای آگاهانه بپذیرند که همین مسئله منجر به کاهش علائم بیماران با مشکلات اضطرابی می‌گردد [۱۷]. شواهد نشان می‌دهد که استفاده از ذهن آگاهی در بیماران مبتلا به وسواس می‌تواند موجب کاهش برخی از مشکلات آن‌ها گردد [۱۸] [۸، ۱۹]. همچنین پژوهش‌های دیگر نشان می‌دهد که رویکرد ذهن آگاهی می‌تواند ضمن ارتقای توانمندی بیماران، منجر به کاهش برخی از رفتارهای جبری بیماران گردد [۲۰، ۲۱].

از طرفی درمان شناختی-رفتاری با کمک به بیمار برای شناسایی الگوهای تفکر تحریف‌شده و رفتارهای ناکارآمد و به‌کارگیری گفت‌وگوی هدفمند و تکالیف رفتاری ساختاریافته، در پی تأثیرگذاری بر فرآیندهای فکری معیوب، تعدیل هیجانات و فراخوانی رفتارهای سازگارانه است [۲۲]. این رویکرد از طریق تمرین‌های مواجهه‌سازی، بازسازی شناختی و تکالیف خانگی به بیماران کمک می‌کند تا چرخه معیوب اختلال را درهم شکنند و با درک رابطه بین افکار منفی و احساس ناکارآمدی، مدیریت رفتار خود را فراگیرند [۲۳]. اساس این درمان بر این باور است که کاهش اعتقاد فرد به باورهای نادرست از طریق زیر سؤال بردن اعتبار آن‌ها، به بهبود علائم می‌انجامد [۲۴]. شواهد نشان می‌دهد که این روش می‌تواند توانمندی‌های روان‌شناختی بیماران وسواسی را افزایش دهد [۲۵-۲۷] و به مدیریت بهتر رفتارهای اجباری بینجامد [۲۸-۳۰].

هرچند که این دو رویکرد به‌واسطه مکانیسم عمل با یکدیگر شباهت دارند، اما درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بر پرورش آگاهی غیر قضاوتی و متمرکز بر لحظه حاضر از افکار، احساسات و حس‌های بدنی تأکید داشته و هدف آن تغییر محتوای شناختی نیست، بلکه تغییر رابطه فرد با تجربیات درونی است که این پارادایم، تضاد جالبی با هسته اصلی درمان شناختی-رفتاری، ایجاد می‌کند که بر شناسایی و چالش با باورهای ناکارآمد و انجام مواجهه تدریجی با محرک‌های ترس‌آور به‌منظور خاموشی پاسخ اضطراب تمرکز دارد [۳۱]. همچنین برخلاف درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی که سعی در پذیرش افکار بدون قضاوت و کاهش واکنش‌های هیجانی بیماران دارد، درمان شناختی رفتاری بر تغییر افکار و رفتارهای ناسازگار تأکید می‌نماید که این موضوع نیز مکانیسم عمل این دو درمان را

زیرمقیاس واری ۰/۶۶، زیرمقیاس نظم ۰/۶۹، زیرمقیاس وسواس فکری ۰/۷۲، زیرمقیاس شستشو ۰/۶۹، زیرمقیاس انباشت ۰/۶۳ و زیرمقیاس خنثی‌سازی ۰/۵۰ به دست آوردند. سپس همبستگی بین ماده‌ها را محاسبه کرده و برای هر یک از زیرمقیاس‌ها، میزان اثر متوسط در شستشو:  $r = 0/43$ ؛ وسواس فکری:  $r = 0/46$ ، انباشت:  $r = 0/37$ ؛ نظم:  $r = 0/43$ ؛ واری:  $r = 0/40$ ؛ خنثی‌سازی:  $r = 0/25$  گزارش گردید. همچنین سازندگان این ابزار جهت بررسی روایی سازه، از تحلیل عاملی تأییدی استفاده کردند که برازش مطلوب مدل شش عاملی (شستشو، وسواس فکری، انباشت، نظم، واری، خنثی‌سازی) مورد تأیید قرار گرفت همچنین، روایی همگرایی قابل قبولی با نمرات پرسشنامه وسواسی-اجباری ییل-براون (۱۹۸۹) گزارش شد که همبستگی در دامنه ۰/۴۵ تا ۰/۷۰ قرار گرفت [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 واری ۰/۶۴، زیرمقیاس نظم ۰/۶۸، زیرمقیاس وسواس فکری ۰/۷۶، زیرمقیاس شستشو ۰/۶۸، زیرمقیاس انباشت ۰/۶۶ و زیرمقیاس خنثی‌سازی ۰/۶۰ به دست آوردند. روایی سازه پرسشنامه نیز از طریق تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی مورد بررسی قرار گرفت و ساختار شش عاملی آن در نمونه ایرانی تأیید شد. همچنین روایی همگرایی نیز از طریق همبستگی مثبت و معنادار با پرسشنامه وسواسی-اجباری مادزلی (۱۹۷۷)  $r = 0/60$  به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی این مقیاس با ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد و برای مقیاس کلی ۰/۸۵، زیرمقیاس واری ۰/۸۶، زیرمقیاس نظم ۰/۸۵، زیرمقیاس وسواس فکری ۰/۸۰، زیرمقیاس شستشو ۰/۸۴، زیرمقیاس 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 مسئولین کلینیک اعصاب و روان بیمارستان ابن‌سینا شهر مشهد، ۱۲۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده با شکایت علائم وسواس جبری، شناسایی شدند. برای اطمینان از صحت تشخیص، در مرحله نخست، یک روان‌پزشک با استفاده از ملاک‌های تشخیصی (DSM-

پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی و به لحاظ نحوه گردآوری اطلاعات نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بوده است.

### آزمودنی

#### الف) جامعه آماری:

جامعه آماری شامل بیماران زن با تشخیص اختلال وسواس-اجبار 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، به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند.

#### ابزارهای پژوهش:

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه ذیل بود.

#### ۱- پرسشنامه نشانگان وسواس<sup>۱</sup>

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 خود سنجی، 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. سؤالات ۵، ۱۱، ۱۷ مربوط به شستشو سؤالات ۶، ۱۲، ۱۸ مربوط به وسواس فکری، سؤالات ۱، ۷، ۱۳ مربوط به انباشت، سؤالات ۳، ۹، ۱۵ مربوط به نظم، سؤالات ۲، ۸، ۱۴ مربوط به واری و سؤالات ۴، ۱۰، ۱۶ مربوط به خنثی‌سازی است. نمره‌گذاری به این صورت است که نمره‌های به دست آمده 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

1. Obsessive-Compulsive Inventory-Revised

(V)، تشخیص بالینی اختلال وسواس-اجبار را برای هر فرد احراز نمود و سپس، به منظور افزایش اعتبار تشخیص و یکسان‌سازی معیارها، مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID) به اجرا در آمد و در نهایت، افرادی که تشخیص قطعی وسواس جبری را با هر دو روش مذکور دریافت نمودند، انتخاب شدند. در ادامه، از میان این افراد واجد تشخیص قطعی، تعداد ۴۵ بیمار به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. تعیین حجم نمونه با انتخاب  $(0.05) = a$  و حجم اثر متوسط  $(d = 0.15)$  و توان آزمون  $(0.80)$  و بر مبنای جدول تدوین‌شده کوهن [۳۵] برای تحلیل واریانس انجام شد و ۴۵ بیمار انتخاب‌شده، با استفاده از روشی تولید اعداد تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند. با توجه به هدفمند بودن روش نمونه‌گیری، پژوهشگر شرکت‌کنندگان را بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش همچون شرکت داوطلبانه و با رضایت آگاهانه و کتبی در پژوهش، قرار نگرفتن تحت مداخله درمانی دیگر، برخورداری از سواد خواندن و نوشتن، قرار داشتن در بازه سنی بین ۱۸ تا ۴۰ سال و کسب نمره بالاتر از ۳۶ از پرسشنامه نشانگان وسواس، انتخاب نمود. و ملاک‌هایی همچون غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمان، مخدوش نمودن و یا عدم تکمیل ابزارهای پژوهش را به‌عنوان ملاک‌های خروج از پژوهش در نظر گرفت. پس از انتخاب گروه‌ها، هر سه گروه به‌عنوان پیش‌آزمون نسبت به تکمیل پرسشنامه نشانگان وسواس (OCI-R) اقدام نمودند و از یکی از گروه آزمایش خواسته شد تا به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک جلسه در هفته، تحت درمان مبتنی بر رویکرد ذهن آگاهی بر اساس بسته

#### جدول ۱) شرح جلسات درمان مبتنی بر ذهن آگاهی مک کنزی و همکاران [۳۶]

جلسات	محتوا
جلسه اول	معرفه و اجرای پیش‌آزمون، هدایت خودکار؛ تمرین‌های جلسه خوردن یک کشمش با حضور ذهن و مراقبه واریسی بدن.
جلسه دوم	مقابله با موانع؛ تمرین‌های جلسه مراقبه واریسی 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، راه رفتن با حضور ذهن، فضای سه دقیقه‌ای 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	خود مراقبتی به بهترین شکل؛ تمرین‌های جلسه مراقبه در وضعیت نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و هیجان‌ها.
جلسه هشتم	استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با وضعیت‌های خلقی در آینده؛ تمرین‌های جلسه مراقبه واریسی، پایان مراقبه و انجام پس‌آزمون

#### جدول ۲) جلسات رفتاردرمانی شناختی استکتی و ویلهلم [۳۷]

ذهن آگاهی مک کنزی و همکاران [۳۶] قرار گیرند(این جلسات توسط درمانگر متخصص و مسلط به ذهن آگاهی، در اتاق جلسات بیمارستان ابن‌سینا به اجرا در آمد). از گروه آزمایش دوم نیز خواسته شد تا به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک جلسه در هفته، تحت درمان شناختی رفتاری بر اساس بسته درمان شناختی رفتاری استکتی و ویلهلم [۳۷] قرار گیرند(این جلسات نیز توسط درمانگر متخصص و مسلط به رویکرد شناختی رفتاری، در اتاق جلسات بیمارستان ابن‌سینا به اجرا در آمد). این در حالی بود که گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نمی‌کردند. در پایان جلسات هر سه گروه، مجدداً با پس‌آزمون موردسنجش قرار گرفتند و پرسشنامه مذکور را تکمیل نمودند و پس از مدت سه ماه یک دوره پیگیری برای هر گروه در نظر گرفته شد. یافته‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS26 و به‌کارگیری روش‌هایی چون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به منظور کنترل و پیشگیری از خطای انتشار کاربندی (تعامل آزمودنی‌های دو گروه) جلسات ذهن آگاهی و شناختی رفتاری به‌طور جداگانه در روزهای ابتدا و انتهای هر هفته برگزار شد. و ملاحظات اخلاقی مهم دیگر شامل حفظ محرمانگی اطلاعات شرکت‌کنندگان، حق انصراف از ادامه پژوهش در هر مرحله بدون مواجهه با عواقب منفی، و ارائه خدمات درمانی جایگزین مناسب به گروه کنترل پس از اتمام پژوهش بود. شرح مختصری از جلسات اجرایی برای هر یک از گروه‌های آزمایشی به‌قرار ذیل است.

محتوا	جلسات
ارزیابی درمان جوانان با پیش آزمون. آشنایی کلی با علائم اختلال وسواس فکری. آشنایی با اهداف درمان شناختی- رفتاری. دادن فهرست تصاویر و افکار مزاحم. تمرین آرمیدگی	جلسه اول
ترسیم مدل شناختی وسواس. عادی سازی افکار وسواسی. ترسیم مثلث شناختی. دادن فهرست انواع خطاهای شناختی. پر کردن فرم ثبت افکار روزانه. توضیح اهمیت افکار و آمیختگی افکار و اجرای آزمایش های رفتاری	جلسه دوم
استفاده از تکنیک های شناختی پرسشگری سقراطی و بازبینی برگه ۵ ستون افکار. پر کردن برگه ۷ ستونی افکار. نوشتن فهرست مزایا و معایب افکار مزاحم. اجرای آزمایش رفتاری برای اهمیت افکار	جلسه سوم
بررسی فرم ثبت افکار روزانه. آزمایش رفتاری برای عمل خنثی سازی افکار. استفاده از تکنیک محاسبه احتمال و پرسشگری سقراطی برای باور برآورد بیش از حد خطر. طرح آزمایش های رفتاری برای باور اطمینان خواهی	جلسه چهارم
پرسشگری سقراطی و اجرای تکنیک نمودار دایره ای و تکنیک استاندارد دو گانه برای باور مسئولیت پذیری افراطی. تعریف کمال گرایی و استفاده از پرسشگری سقراطی و تکنیک پیکان رو به پایین در این زمینه. صورت بندی آزمایش های رفتاری برای اهمیت افکار.	جلسه پنجم
آموزش و اجرای تکنیک مواجهه و جلوگیری از پاسخ و تمرین آن در حضور درمانگر و در خانه. بازبینی فهرست فرم ثبت افکار روزانه. طرح آزمایش های رفتاری برای اهمیت افکار	جلسه ششم
بحث و جمع بندی فنون شناختی و رفتاری. بازبینی ثبت افکار روزانه. مرور الگوی شناختی وسواس.	جلسه هفتم
توضیح دوباره درباره اهمیت تمرین های رفتاری. بحث درباره نشانه های عود. آموزش گام های حل مسئله. ارزیابی مجدد توسط پس آزمون.	جلسه هشتم

### شیوه تحلیل داده ها:

در این مطالعه هیچ ریزشی در نمونه ها اتفاق نیفتاد و تحلیل ها برای سه گروه ۱۵ نفری انجام شد. میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی ها در گروه ذهن آگاهی ۲۶/۱۲ و ۳/۱، در گروه شناختی رفتاری ۲۸/۰۹ و ۳/۳ و در گروه کنترل ۲۷/۱۲ و ۳/۲ بود. شاخص های توصیفی نشانگان وسواس در گروه های آزمایش و کنترل در جدول ۳ ارائه شده است.

نتایج با استفاده از تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی بر اساس نرم افزار SPSS26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### نتایج

جدول ۳) شاخص های توصیفی نشانگان وسواس بر حسب مراحل آزمون و به تفکیک گروه ها

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
وسواس شستشو	ذهن آگاهی	۹/۱۱	۲/۴۵	۶/۰۲	۳/۰۳	۳/۰۱
	شناختی رفتاری	۸/۹۵	۲/۴۷	۶/۲۴	۳/۰۸	۳/۰۷
	کنترل	۹/۰۰	۲/۵۲	۹/۱۲	۳/۰۱	۳/۰۶
وسواس فکر	ذهن آگاهی	۸/۵۱	۲/۵۹	۵/۲۴	۳/۰۰	۳/۰۱
	شناختی رفتاری	۸/۰۱	۲/۴۵	۶/۱۲	۳/۱۴	۳/۱۰
	کنترل	۸/۹۹	۲/۵۲	۸/۸۵	۳/۱۰	۳/۱۶
وسواس انباشت	ذهن آگاهی	۸/۸۶	۱/۸۶	۵/۱۰	۲/۱۶	۲/۹۶
	شناختی رفتاری	۸/۶۴	۱/۹۴	۶/۱۳	۲/۱۴	۲/۹۰
	کنترل	۸/۸۳	۱/۹۹	۸/۰۰	۲/۲۶	۲/۹۱

۲/۹۸	۶/۰۰	۲/۱۰	۶/۰۳	۱/۹۰	۹/۱۲	ذهن آگاهی	وسواس نظم
۲/۸۸	۶/۲۴	۲/۱۹	۶/۱۲	۱/۸۹	۸/۰۶	شناختی رفتاری	
۲/۸۹	۹/۰۲	۲/۰۶	۹/۳۲	۱/۸۸	۹/۲۹	کنترل	
۲/۸۴	۶/۲۴	۲/۴۲	۶/۱۴	۲/۸۰	۹/۲۰	ذهن آگاهی	وسواس واریسی
۲/۲۹	۶/۲۰	۲/۳۲	۶/۲۴	۲/۸۴	۸/۹۲	شناختی رفتاری	
۲/۵۵	۹/۰۱	۲/۳۰	۹/۰۰	۲/۶۵	۸/۹۰	کنترل	
۲/۲۰	۶/۰۶	۲/۲۸	۶/۱۱	۲/۴۵	۹/۱۶	ذهن آگاهی	ختی سازی
۲/۱۶	۷/۰۰	۲/۱۸	۷/۱۶	۲/۳۸	۹/۲۲	شناختی رفتاری	
۲/۲۳	۹/۱۸	۲/۲۰	۹/۹۸	۲/۴۰	۹/۰۲	کنترل	
۳/۱۸	۳۴/۶۰	۳/۱۶	۳۴/۶۴	۳/۳۶	۵۳/۹۷	ذهن آگاهی	نشانگان کل
۳/۱۵	۳۷/۸۲	۳/۱۴	۳۸/۰۱	۳/۱۳	۵۱/۸۰	شناختی رفتاری	
۳/۲۱	۵۳/۲۵	۳/۱۵	۵۴/۲۷	۳/۸۰	۵۴/۰۳	کنترل	

توزیع متغیرها در هر یک از گروه‌ها بود ( $P > 0.05$ ). همچنین، بر اساس آزمون لوین، مفروضه همگنی واریانس‌ها در مراحل مختلف آزمون برقرار بود ( $P > 0.05$ ). علاوه بر این، آزمون موچلی مفروضه کرویت، داده‌ها را تأیید کرد ( $P > 0.05$ ،  $\chi^2 = 0.004$ ،  $W = 1.00$ ). نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای نشانگان وسواس در جدول ۴ آورده شده است.

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

در بررسی مفروضات تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر عاملی، نتایج آزمون شاپیرو-ویلک حاکی از نرمال بودن

جدول ۴) بررسی نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای نشانگان وسواس

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجات آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر ( $\eta^2p$ )
وسواس شستشو	آزمون	۵۵/۳۵	۲	۴۳/۹۰	۳۰۷۳/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۶
	گروه	۱۰۲/۵۳	۲	۵۰/۷۵	۶۸/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۷۴
	آزمون × گروه	۳۳/۱۷	۴	۱۱/۵۲	۹۵۰/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۹۵
وسواس فکر	آزمون	۲۴/۵۰	۲	۲۳/۲۲	۳۱۶/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۸۵
	گروه	۷۳/۱۶	۲	۳۵/۷۰	۲۲/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۱
	آزمون × گروه	۲۵/۹۵	۴	۱۰/۳۶	۱۵۰/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۸۵
وسواس انباشت	آزمون	۵۷/۲۵	۲	۴۰/۶۷	۲۰۵۷/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۵

۰/۸۰	۰/۰۰۱	۸۹/۵۵	۵۰/۹۰	۲	۱۰۲/۸۳	گروه	
۰/۹۴	۰/۰۰۱	۷۳۶/۵۰	۱۲/۶۶	۴	۴۰/۲۴	آزمون × گروه	
۰/۹۴	۰/۰۰۱	۳۰۷۱/۲۵	۴۱/۸۸	۲	۵۳/۳۳	آزمون	وسواس نظم
۰/۷۲	۰/۰۰۱	۶۸/۰۰	۵۰/۷۳	۲	۱۰۱/۵۱	گروه	
۰/۹۵	۰/۰۰۱	۹۴۸/۵۸	۱۱/۵۰	۴	۳۱/۱۴	آزمون × گروه	وسواس واریسی
۰/۸۳	۰/۰۰۱	۳۱۲/۷۰	۲۱/۲۰	۲	۲۲/۴۷	آزمون	
۰/۵۲	۰/۰۰۱	۲۰/۰۳	۳۳/۱۱	۲	۷۱/۱۴	گروه	
۰/۸۳	۰/۰۰۱	۱۴۵/۹۰	۱۲/۳۴	۴	۲۰/۹۳	آزمون × گروه	
۰/۹۳	۰/۰۰۱	۲۰۵۵/۲۱	۴۰/۶۵	۲	۵۵/۲۳	آزمون	وسواس خنثی سازی
۰/۸۰	۰/۰۰۱	۸۸/۵۴	۵۰/۸۹	۲	۱۰۱/۸۲	گروه	
۰/۹۷	۰/۰۰۱	۷۳۹/۵۰	۱۵/۶۸	۴	۴۲/۲۶	آزمون × گروه	
۰/۹۸	۰/۰۰۱	۲۰۶۰/۲۶	۴۳/۷۰	۲	۶۰/۲۸	آزمون	نشانگان کلی
۰/۸۲	۰/۰۰۱	۹۲/۵۸	۵۲/۹۳	۲	۱۰۵/۸۶	گروه	
۰/۹۷	۰/۰۰۱	۷۳۹/۵۳	۱۵/۶۹	۴	۴۳/۲۷	آزمون × گروه	

تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه میانگین‌ها بر حسب مراحل آزمون در جدول ۵ آورده شده است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر اصلی زمان، اثر اصلی گروه و اثر تعاملی زمان × گروه برای تمامی نشانگان وسواس در سطح ( $P < ۰/۰۰۱$ ) معنادار است. نتایج آزمون

جدول ۵) آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه میانگین بر حسب مراحل آزمون به تفکیک گروه‌ها

پس آزمون - پیگیری		پیش آزمون - پیگیری		پیش آزمون - پس آزمون		گروه‌ها	متغیرها
معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین		
۰/۴۸	-۰/۱	۰/۰۰۱	۲/۹۹	۰/۰۰۱	۳/۰۹	ذهن آگاهی	وسواس شستشو
۰/۱۴	۰/۲	۰/۰۰۱	۲/۹۱	۰/۰۰۱	۲/۷۱	شناختی رفتاری	
۰/۴۶	۰/۰۲	۰/۹۴	-۰/۱	۰/۹۸	-۰/۱۲	کنترل	
۰/۹۸	۰/۱	۰/۰۰۱	۳/۳۷	۰/۰۰۱	۳/۲۷	ذهن آگاهی	وسواس فکر
۰/۴۶	-۰/۰۴	۰/۰۰۱	۱/۸۵	۰/۰۰۱	۱/۸۹	شناختی رفتاری	
۰/۹۶	۰/۰۵	۰/۸۵	۰/۱۹	۰/۴۶	۰/۱۴	کنترل	

۰/۴۱	۰/۰۴	۰/۰۰۱	۳/۸	۰/۰۰۱	۳/۷۶	ذهن آگاهی	وسواس انباشت
۰/۹۶	-۰/۰۵	۰/۰۰۱	۲/۴۶	۰/۰۰۱	۲/۵۱	شناختی رفتاری	
۰/۸۵	-۰/۱۴	۰/۴۶	۰/۶۹	۰/۳۰	۰/۸۳	کنترل	
۰/۴۸	۰/۰۳	۰/۰۰۱	۳/۱۲	۰/۰۰۱	۲/۸۲	ذهن آگاهی	وسواس نظم
۰/۱۲	-۰/۱۲	۰/۰۰۱	۱/۸۲	۰/۰۰۱	۱/۹۴	شناختی رفتاری	
۰/۴۴	۰/۳	۰/۹۰	۰/۲۷	۰/۹۶	-۰/۰۳	کنترل	
۰/۹۸	-۰/۰۱	۰/۰۰۱	۲/۹۶	۰/۰۰۱	۳/۰۶	ذهن آگاهی	وسواس واریسی
۰/۴۰	۰/۰۴	۰/۰۰۱	۲/۷۵	۰/۰۰۱	۲/۶۸	شناختی رفتاری	
۰/۹۹	-۰/۰۱	۰/۸۵	-۰/۱۱	۰/۳۸	-۰/۱	کنترل	
۰/۴۲	۰/۰۵	۰/۰۰۱	۳/۱	۰/۰۰۱	۳/۰۵	ذهن آگاهی	خنثی سازی
۰/۹۶	۰/۱۶	۰/۰۰۱	۲/۲۲	۰/۰۰۱	۲/۰۶	شناختی رفتاری	
۰/۸۲	۰/۸	۰/۴۵	-۰/۱۶	۰/۲۸	-۰/۹۶	کنترل	
۰/۴۷	۰/۰۴	۰/۰۰۱	۱۹/۳۷	۰/۰۰۱	۱۹/۳۳	ذهن آگاهی	نشانگان کلی
۰/۱۱	۰/۱۹	۰/۰۰۱	۱۳/۹۸	۰/۰۰۱	۱۳/۷۹	شناختی رفتاری	
۰/۴۶	۱/۰۲	۰/۹۸	۰/۷۸	۰/۹۶	-۰/۲۴	کنترل	

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که در هر دو گروه آزمایشی (ذهن آگاهی و شناختی-رفتاری)، نمرات نشانگان وسواس از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و نیز از پیش‌آزمون به پیگیری، کاهش معناداری داشته است ( $P < 0.001$ )؛ این کاهش بیانگر اثربخشی مداخلات است. با این حال، از پس‌آزمون به پیگیری در هیچ یک از گروه‌ها تغییر معناداری مشاهده

نمی‌شود ( $P > 0.05$ ) که نشان‌دهنده پایداری اثر درمان در دوره پیگیری است. در گروه کنترل، هیچ‌یک از مقایسه‌های زوجی بین مراحل، تفاوت معناداری را نشان نداد. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه‌های بین گروهی در پس‌آزمون و پیگیری جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶) نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه تفاوت‌ها بر حسب عضویت گروهی

پیگیری		پس‌آزمون		گروه‌ها	متغیرها
سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین		
۰/۰۰۱	۰/۰۸	۰/۰۰۱	-۰/۲۲	ذهن آگاهی - شناختی رفتاری	وسواس شستشو
۰/۰۰۱	-۲/۹۸	۰/۰۰۱	-۳/۱	ذهن آگاهی - کنترل	
۰/۰۰۱	-۳/۰۶	۰/۰۰۱	-۲/۸۸	شناختی رفتاری - کنترل	
۰/۰۰۱	-۱/۰۲	۰/۰۰۱	-۰/۸۸	ذهن آگاهی - شناختی رفتاری	وسواس فکر
۰/۰۰۱	-۳/۶۶	۰/۰۰۱	-۳/۶۱	ذهن آگاهی - کنترل	

۰/۰۰۱	-۲/۶۴	۰/۰۰۱	-۲/۷۳	شناختی رفتاری - کنترل	
۰/۰۰۱	-۱/۱۲	۰/۰۰۱	-۱/۰۳	ذهن آگاهی - شناختی رفتاری	وسواس انباشت
۰/۰۰۱	-۳/۰۸	۰/۰۰۱	-۲/۹	ذهن آگاهی - کنترل	
۰/۰۰۱	-۱/۹۶	۰/۰۰۱	-۱/۸۷	شناختی رفتاری - کنترل	
۰/۰۰۱	-۰/۲۴	۰/۰۰۱	-۰/۰۹	ذهن آگاهی - شناختی رفتاری	وسواس نظم
۰/۰۰۱	-۳/۰۲	۰/۰۰۱	-۳/۲۹	ذهن آگاهی - کنترل	
۰/۰۰۱	-۲/۷۸	۰/۰۰۱	-۳/۲	شناختی رفتاری - کنترل	
۰/۰۰۱	۰/۰۴	۰/۰۰۱	-۰/۱	ذهن آگاهی - شناختی رفتاری	وسواس واریسی
۰/۰۰۱	-۲/۷۷	۰/۰۰۱	-۲/۸۴	ذهن آگاهی - کنترل	
۰/۰۰۱	-۲/۸۱	۰/۰۰۱	-۲/۷۶	شناختی رفتاری - کنترل	
۰/۰۰۱	-۰/۹۴	۰/۰۰۱	-۱/۰۵	ذهن آگاهی - شناختی رفتاری	خنثی سازی
۰/۰۰۱	-۳/۱۲	۰/۰۰۱	-۳/۸۷	ذهن آگاهی - کنترل	
۰/۰۰۱	-۲/۱۸	۰/۰۰۱	-۲/۸۲	شناختی رفتاری - کنترل	
۰/۰۰۱	-۳/۲۲	۰/۰۰۱	-۳/۳۷	ذهن آگاهی - شناختی رفتاری	نشانگان کلی
۰/۰۰۱	-۱۸/۶۵	۰/۰۰۱	-۱۹/۶۳	ذهن آگاهی - کنترل	
۰/۰۰۱	-۱۵/۴۳	۰/۰۰۱	-۱۶/۲۶	شناختی رفتاری - کنترل	

رفتاری بر نشانگان وسواس بیماران دارای اختلال وسواس جبری اثربخش بوده و بین این دو روش تفاوت معناداری وجود دارد، به طوری که کاهش نشانگان وسواس در گروه ذهن آگاهی نسبت به شناختی رفتاری بیشتر بوده است.

مرور پژوهش‌های پیشین حاکی از آن است که هر دو رویکرد درمانی ذهن آگاهی و شناختی-رفتاری در کاهش مشکلات افراد مبتلا به اختلال وسواس مؤثر بوده‌اند. از یک سو، یافته‌های مطالعات متعددی مانند پژوهش‌های شهنی فیض و همکاران [۸]، عزیزی و همکاران [۱۸]، خادم و همکاران [۱۹] و چاین و همکاران [۲۱] بر اثربخشی قابل توجه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در این حوزه صحت می‌گذارند؛ و از سوی دیگر، پژوهش‌هایی همچون پژوهش نقی نیا و توزنده جانی [۲۵] و گراگانی و همکاران [۳۰] نیز مؤید تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر علائم اختلال وسواس جبری است. مطالعات نقی نیا و توزنده جانی [۲۵] گراگانی و همکاران [۳۰] که نشان از تأثیر درمان شناختی رفتاری بر مشکلات بیماران مبتلا به وسواس داشته است، عمدتاً استفاده از فنون مواجهه و جلوگیری از پاسخ، با کمک به بیماران برای تسلط تدریجی بر افکار وسواسی و کاهش اضطراب را از دلایل کاهش مشکلات بیماران وسواسی

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت بین هر یک از گروه‌های آزمایشی (ذهن آگاهی و شناختی رفتاری) با گروه کنترل در تمامی خرده‌مقیاس‌های وسواس معنادار است ( $P < 0/001$ ). با توجه به منفی بودن اکثر اختلاف میانگین‌ها، میانگین نمرات گروه‌های آزمایش به طور معناداری از گروه کنترل کمتر است. همچنین، تفاوت بین دو گروه ذهن آگاهی و شناختی رفتاری نیز در هر دو مرحله برای تمام متغیرها معنادار است ( $P < 0/001$ ). جهت اختلاف میانگین‌ها (عمدتاً منفی) نشان می‌دهد که در اغلب موارد میانگین نمرات گروه ذهن آگاهی به طور معناداری از گروه شناختی رفتاری پایین‌تر است. این یافته‌ها حاکی از برتری احتمالی مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نشانگان وسواس در مقایسه با مداخله شناختی رفتاری است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر نشانگان وسواس بیماران دارای اختلال وسواس جبری بود و یافته‌ها نشان داد هر دو رویکرد درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی

دانسته‌اند و پژوهش‌های شهنی فیض و همکاران [۸]، عزیزی و همکاران [۱۸]، خادم و همکاران [۱۹] و چاین و همکاران [۲۱] که نشان از تأثیر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش مشکلات بیماران وسواسی داشته است، عمدتاً پذیرش بدون قضاوت افکار به‌عنوان پدیده‌های ذهنی زودگذر با هدف شکستن چرخه وسواس و اضطراب را جزو مهم‌ترین مکانیسم‌های اثر این رویکرد دانسته‌اند. با این حال، پژوهش حاضر با تکیه بر یافته‌ی خود مبنی بر برتری معنادار درمان ذهن آگاهی، گام را فراتر نهاده و افق جدیدی را در اولویت‌بندی مداخلات درمانی می‌گشاید.

در تبیین تفاوت در اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر نشانگان وسواس، می‌توان عنوان نمود که مکانیسم این دو رویکرد اساساً متفاوت است. درمان شناختی رفتاری با به‌کارگیری فنونی مانند مواجهه تدریجی و جلوگیری از پاسخ، به بیماران می‌آموزد که چگونه از طریق مقابله مستقیم و نظام‌مند با افکار وسواسی و موقعیت‌های اضطراب‌زا، بدون انجام رفتارهای اجتنابی یا آیین‌مندی‌های اجباری، تسلط خود را باز یابند. که این فرآیند موجب می‌شود بیماران اوج اضطراب و سپس کاهش طبیعی آن را در گذر زمان تجربه کنند و در نتیجه، تنش روانی و علائم وسواس آنان کاسته شود [۲۸]. در مقابل، مکانیسم عمل رویکرد ذهن آگاهی بر پذیرش غیرقضاوتی استوار است. در این روش، به بیماران آموزش داده می‌شود که افکار وسواسی را صرفاً به‌عنوان پدیده‌های ذهنی زودگذر مشاهده کنند، بدون آنکه با آن‌ها درگیر شوند یا برای رهایی از آن‌ها تلاش کنند. این جداسازی شناختی از افکار و هیجانات، باعث شکسته شدن چرخه وسواس و کاهش اضطراب مرتبط با آن‌ها می‌گردد [۲۱]. به‌عبارت‌دیگر، درحالی‌که درمان شناختی رفتاری بر تغییر فعال رابطه فرد با محرک‌های اضطراب‌زا تمرکز دارد [۲۵]؛ درمان ذهن آگاهی بر دگرگونی رابطه فرد با تجربیات درونی خود (افکار و هیجانات) متمرکز است [۱۹].

همچنین می‌توان این‌گونه تبیین نمود که درمان شناختی رفتاری عمدتاً مبتنی بر الگوی کنترل و تغییر است و از فرد می‌خواهد برای مدیریت افکار و کاهش اضطراب، فعالانه با آن‌ها مقابله کند [۳۰]؛ درحالی‌که درمان ذهن آگاهی بر اصل رهاسازی و مشاهده تأکید دارد و هدف آن کاستن از تلاش طاقت‌فرسای کنترل ذهنی است [۱۸]؛ بنابراین، ممکن است کاهش بیشتر علائم وسواس در گروه ذهن آگاهی، ناشی از

کاهش اضطراب و شکستن چرخه معیوب تقلا برای کنترل افکار غیرقابل‌کنترل باشد که این موضوع در درمان شناختی رفتاری کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

در یک تبیین کلی می‌توان این‌گونه عنوان نمود که تمرکز درمان شناختی رفتاری بر تغییر مستقیم افکار و رفتارها از طریق مواجهه و جلوگیری از پاسخ است. اجرای این تکنیک‌ها ممکن است در برخی از بیماران با افزایش موقتی تنش و استرس همراه شود، که این خود می‌تواند بر پیاده‌سازی کامل پروتکل و در نتیجه اثربخشی نهایی آن اثرگذار باشد. در مقابل، رویکرد ذهن آگاهی به‌جای مقابله بر پذیرش غیرقضاوتی افکار وسواسی و فاصله‌گیری از چرخه واکنش‌های اضطرابی تأکید دارد که این روش ذاتاً اضطراب کمتری ایجاد می‌کند و پذیرش آن برای بیماران ممکن است آسان‌تر باشد. از جنبه دیگری، درمان شناختی رفتاری عمدتاً بر سطح شناخت و رفتار متمرکز است، درحالی‌که ذهن آگاهی مستقیماً بر تنظیم هیجانات تأثیر می‌گذارد. با توجه به اینکه اختلال وسواس جبری با آشفتگی هیجانی و اضطراب بالینی همراه است، این رویکرد می‌تواند در کاهش مؤثرتر پریشانی هیجانی نقش داشته و به کاهش بیشتر نشانگان منجر گردد. همچنین، بهبود نشانگان وسواس نیازمند افزایش انعطاف‌پذیری شناختی برای خروج از الگوهای فکری تکراری است که درمان ذهن آگاهی می‌تواند در ارتقای این انعطاف‌پذیری و کاهش خشکی شناختی مؤثرتر عمل کند. در مجموع شاید بتوان مکانیسم بنیادین برخورد با افکار را از دلایل کلیدی این تفاوت دانست. رویکرد شناختی رفتاری با هدف کنترل و خنثی‌سازی افکار، ممکن است ناخواسته به سرکوب موقت آن‌ها بینجامد که با خطر بازگشت همراه است. درحالی‌که آموزش پذیرش در ذهن آگاهی، با کاهش تقابل و درگیری درونی، اثر بازگشت افکار را کاهش می‌دهد که این امر به شکستن چرخه وسواس کمک کرده و در نهایت بهبودی پایدارتر علائم را تسهیل می‌نماید.

پژوهشگر در انجام این تحقیق با محدودیت‌هایی روبرو بوده است، اول آن‌که این پژوهش تنها بر روی نمونه‌ای از بیماران زن مراجعه‌کننده به یک مرکز خاص (بیمارستان ابن‌سینای مشهد) انجام شده است؛ بنابراین تعمیم‌پذیری نتایج به مردان، جمعیت‌های بالینی دیگر و مناطق جغرافیایی متفاوت باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین، باوجود انجام پیگیری سه‌ماهه، عدم وجود پیگیری

بلندمدت‌تر (مثلاً شش‌ماهه یا یک‌ساله) به دلیل محدودیت‌های زمانی، از دیگر محدودیت‌های این مطالعه محسوب می‌شود که قضاوت در مورد ماندگاری اثرات درمانی را محدود می‌سازد. بر اساس یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود جهت ارزیابی دقیق‌تر اثربخشی و پایداری نتایج، در نظر گرفتن دوره‌های پیگیری بلندمدت‌تر در مطالعات آتی انجام پذیرد. همچنین، به‌کارگیری طرح‌های پژوهشی تک‌آزمودنی می‌تواند مسیر را برای بررسی عمیق‌تر فرآیند تغییرات فردی فراهم نماید. در مجموع با توجه به اثربخشی مثبت هر دو رویکرد، گنجانیدن پروتکل‌های درمان شناختی رفتاری و ذهن‌آگاهی در برنامه‌های درمانی کلینیک‌ها توسط روانشناسان و درمانگران توصیه می‌شود. همچنین، طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی نظام‌مند برای معرفی، آموزش و توانمندسازی مشاوران و درمانگران در استفاده از این دو روش می‌تواند به بهبود دسترسی بیماران به درمان‌های مؤثر و ایفای نقش پیشگیرانه کمک کند.

### 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 درآمد. 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 کلیه کارکنان و بیماران بیمارستان ابن‌سینا مشهد به جهت همکاری در این پژوهش تشکر می‌گردد.

symptoms of children with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Applied Family Therapy*. 2023;4(3):79–92. [In Persian].

<https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/2071443/>.

۹. 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. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20230676>
۱۰. 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. [In Persian]. [10.22075/jcp.2023.28536.2538](https://doi.org/10.22075/jcp.2023.28536.2538)
۱۱. 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 <https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.4.485>
۱۲. 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 <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00841-5>
۱۳. 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](https://doi.org/10.5455/PBS.20240618101957)
۱۴. Elsouiri 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](https://doi.org/10.7759/cureus.60496)
۱۵. 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. [In Persian].
۱۶. Ujjwal P, Sanjita D, Kumar FN. A Comprehensive Review on Obsessive-Compulsive Disorder: An Update. *Pharmacophore*. 2024;15(2-2024):54–62 <https://doi.org/10.51847/7Qc5Z7dkCo>.
۱۷. 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>
۱۸. 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. [In Persian]. <http://psychologicalscience.ir/article-1-2322-fa.html>
۱۹. 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 <https://doi.org/10.3390/psychoactives4010002>
۲۰. Valipour K. Study and investigation of intellectual and practical obsession. *First International Conference on Psychology, Educational Sciences, Management and Social Sciences; Tabriz2025*. [In Persian]. <https://civilica.com/doc/2054621/>
۲۱. Stein, D. J., Ruscio, A. M., Altwaijri, Y., Chiu, W. T., Sampson, N. A., Aguilar-Gaxiola, S., ... & Kessler, R. C. (2025). Obsessive-compulsive disorder in the World Mental Health surveys. *BMC medicine*, 23(1), 416-428. <https://doi.org/10.1186/s12916-025-04209-5>
۲۲. 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. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2024.103049>
۲۳. Shahni Fayz K, Yousefi Nik A, Ghasemizahed S, Dohooyi Mosa T. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction program on emotion regulation and obsessive-compulsive

منابع

- ۲۳Zadbar, M., Manshaei, G., & Aghaei Joshaghani, A. (2024). A Comparison of the Effectiveness of Virtual Reality Exposure Therapy with Cognitive-Behavioral Therapy on Ambiguity Tolerance in Individuals with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Applied Psychological Research*, 15(3), 331-347. [In Persian].  
[10.22059/japr.2024.347053.644343](https://doi.org/10.22059/japr.2024.347053.644343)
- ۲۴Leahy RL. *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide*: Guilford Publications; 2017.  
<https://books.google.com/books?hl=fa&lr=&id=V LwqDgAAQBAJ&oi>
- ۲۵Naghinia 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. [In Persian].[10.22075/jcp.2022.25317.2324](https://doi.org/10.22075/jcp.2022.25317.2324)
- ۲۶Pourkhiyabi 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. [In Persian].[10.22098/rcap.2022.2080](https://doi.org/10.22098/rcap.2022.2080)
- ۲۷Taghavi 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. [In Persian].  
<https://sid.ir/paper/411855/fa>
- ۲۸Spencer SD, Stiede JT, Wiese AD, Goodman WK, Guzik AG, Storch EA. Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatric clinics of North America*. 2022;46(1):167.-172.  
[10.1016/j.psc.2022.10.004](https://doi.org/10.1016/j.psc.2022.10.004)
- ۲۹de 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. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.007>
- ۳۰Gragnani 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.  
<https://doi.org/10.3390/jcm11102762>
- <https://psychologicalscience.ir/article-1-1124-fa.html>
- ۳۱Reis, A., Westhoff, M., Quintarelli, H., & Hofmann, S. G. (2024). Mindfulness as a therapeutic option for obsessive-compulsive disorder. *Expert review of neurotherapeutics*, 24(8), 735-741.  
<https://doi.org/10.1080/14737175.2024.2365945>
- ۳۲Hawley 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.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103757>
- ۳۳Azizi 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. [In Persian].  
<http://rooyesh.ir/article-1-4382-fa.html>
- ۳۴Khadem 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. [In Persian]. <https://civilica.com/doc/1684351/>
- ۳۵Pseftogianni 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>
- ۳۶Chien 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.  
<https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2022.100712>
- ۳۷Vinci 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.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.109768>

۳۱. Pardo-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 <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.08.001>.
۳۲. Naserifar M, Sarrajkhorrani 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. [In Persian]. <http://frooyesh.ir/article-1-5214-fa.html>
۳۳. 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. ORCID: 0000-0003-1308-1615.
۳۴. 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. [In Persian]. <https://sid.ir/paper/66317/fa>
۳۵. Cohen H. *Research Methods in Behavioral Sciences*: published; 2013. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
۳۶. 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. <https://doi.org/10.2147/NDT.S160761>
۳۷. 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>