

مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر  
عدم تحمل بلا تکلیفی و راهبردهای مهار فکر در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری  
Comparing the Effectiveness of Exposure and Response Prevention and Mindfulness-  
Based Cognitive Therapy on Intolerance of Uncertainty and Thought Control  
Strategies in Individuals with Obsessive-Compulsive Disorder

Parisa Ahmadi Azar

Department of Psychology, Sha.C., Islamic Azad University, Shahrood, Iran.

Dr. Mahboobeh Taher \*

Department of Psychology, Sha.C., Islamic Azad University, Shahrood, Iran. [Mahboobe.Taher@iaui.ac.ir](mailto:Mahboobe.Taher@iaui.ac.ir)

Dr. Saqqa Afrakhteh

Assistant Professor, Department of Psychology, Imam Hossein (a.s.) Comprehensive University, Tehran, Iran.

Dr. Faezeh Jahan

Assistant Professor, Department of Educational and Psychological Services, Se.C., Islamic Azad University, Semnan, Iran.

پریرسا احمدی آذر

گروه روان شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.

دکتر محبوبه طاهر (نویسنده مسئول)

دانشیار گروه روان شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.

دکتر سقا افراخته

استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه امام حسین(ع)، تهران، ایران.

دکتر فائزه جهان

استادیار، گروه علمی خدمات تربیتی و روان شناختی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

## Abstract

This study aimed to compare the effectiveness of Exposure and Response Prevention (ERP) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on intolerance of uncertainty and thought control strategies in individuals with obsessive-compulsive disorder (OCD). A quasi-experimental design with pretest-posttest and a control group, including a 2-month follow-up, was employed. The study population consisted of individuals with OCD seeking services at Dana and Pendar counseling and psychotherapy centers in Tehran in 2023. A total of 45 participants were purposively selected and randomly assigned to two experimental groups and one control group (15 participants per group). Measures included the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman et al., 1989), the Intolerance of Uncertainty Scale (IUS-27; Freeston et al., 1994), and the Thought Control Questionnaire (TCQ; Wells & Davies, 1994). Data were analyzed using repeated-measures ANOVA. Results indicated significant differences between pretest and posttest/follow-up for intolerance of uncertainty and thought control strategies ( $p < .05$ ), while no significant differences were observed between posttest and follow-up. ERP was particularly effective in reducing intolerance of uncertainty, whereas MBCT had a greater impact on improving thought control strategies, with both interventions demonstrating lasting effects. These findings suggest that ERP and MBCT can serve as complementary interventions to enhance cognitive and emotional functioning in individuals with OCD.

**Keywords:** Exposure and Response Prevention, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Intolerance of Uncertainty, Thought Control Strategies, Obsessive-Compulsive Disorder.

## چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عدم تحمل بلا تکلیفی و راهبردهای مهار فکر در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری مراجعه کننده به مراکز خدمات مشاوره و روان درمانی دانا و پندار شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند. از بین این افراد تعداد ۴۵ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگذاری شدند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس وسواس-جبری یل براون (Y-BOCS، گودمن و همکاران، ۱۹۸۹)، عدم تحمل بلا تکلیفی (IUS-27، فریستون و همکاران، ۱۹۹۴) و راهبردهای مهار فکر (TCQ، ولز و داویس، ۱۹۹۴) بود. داده ها با روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تحلیل شدند. نتایج نشان داد که تفاوت میانگین پیش آزمون متغیرهای عدم تحمل بلا تکلیفی و راهبردهای مهار فکر با پس آزمون و پیگیری معناداری است ( $P < 0.05$ ). اما بین پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی دار مشاهده نشد ( $P > 0.05$ ). همچنین نتایج نشان داد درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر راهبردهای مهار فکر اثرات ماندگاری دارد ( $P < 0.05$ ). بنابراین می توان نتیجه گرفت که درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند به عنوان مداخلات مکمل برای بهبود عملکرد شناختی و هیجانی افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری مؤثر باشند.

**واژه های کلیدی:** درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، عدم تحمل بلا تکلیفی، راهبردهای مهار فکر، اختلال وسواسی-جبری.

## مقدمه

اختلال وسواسی-جبری<sup>۱</sup> یک اختلال روانی پیچیده و مزمن است که با افکار مزاحم، مکرر و ناخواسته (وسواس‌ها) و اعمال یا افعال ذهنی تکراری (اجبارها یا واکنش‌های اجباری) شناخته می‌شود که فرد احساس می‌کند بدون انجام آن‌ها نمی‌تواند آرامش یابد (ونگ<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۵)؛ وسواس‌ها چرخه‌ای مداوم از اضطراب و اجبار هستند که بیش از یک ساعت در روز به طول انجامیده و عملکرد طبیعی زندگی را مختل می‌کند (زیسلر<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). شایع‌ترین علائم این اختلال شامل ترس از آلودگی یا کثیفی، نیاز افراطی به نظم و ترتیب، شک و تردید مکرر، افکار پر خاشگرانه یا جنسی ناخواسته و رفتارهای اجباری مانند شست‌وشو، چک کردن مداوم یا شمارش ذهنی هستند (احمدی‌آذر و همکاران، ۱۴۰۳). شیوع اختلال وسواسی-جبری در جهان بین ۱/۹ تا ۲/۵ درصد تخمین زده می‌شود، و مطالعات جهانی نشان می‌دهند که تقریباً ۲/۳ درصد افراد در طول زندگی به آن مبتلا می‌شوند (پینسیوتی<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). در ایران نیز، شیوع کلی این اختلال حدود ۱/۸ درصد است، که به تفکیک در مردان حدود ۰/۷ درصد و در زنان حدود ۲/۸ درصد ثبت شده است (رضازاده و زرانی، ۱۴۰۱). عدم درمان اختلال وسواسی-جبری می‌تواند به مشکلات جدی مانند کاهش کیفیت زندگی، کارکرد اجتماعی و شغلی ناپایدار، همراهی با اختلالات خلقی یا اضطرابی دیگر و حتی خطر بالای خودکشی منجر شود (قطره سامانی و نجفی، ۱۴۰۳).

تحقیقات نشان می‌دهد که عدم تحمل بلا تکلیفی<sup>۵</sup> یک مؤلفه اساسی در اختلال وسواسی-جبری بوده و به‌طور چشمگیری در ایجاد و تداوم علائم اختلال وسواسی-جبری نقش دارد (کاولس<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۳؛ وکیلی‌هریس و همکاران، ۱۳۹۸). عدم تحمل بلا تکلیفی یک سازه شناختی-هیجانی است که ناشی از باورهای منفی و فاجعه‌آمیز در مورد بلا تکلیفی و پیامدهای آن است؛ این ویژگی باعث می‌شود فرد در مواجهه با موقعیت‌های نامشخص، از لحاظ شناختی، احساسی و رفتاری واکنشی شدید و منفی بروز دهد (دینگ<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). افراد با عدم تحمل بلا تکلیفی بالا معمولاً در مواجهه با عدم قطعیت اضطراب‌زا، رویکردی اجتنابی و نگرانی‌محور دارند؛ آن‌ها به شدت به دنبال اطمینان، پیش‌بینی‌پذیری و کنترل وضعیت‌ها هستند (پورمحمدقوچانی، ۱۴۰۰). در زمینه اختلال وسواسی-جبری، عدم تحمل بلا تکلیفی به‌عنوان یک آسیب‌پذیری شناختی مرکزی شناخته شده و در تقویت چرخه وسواس و اجبار نقش دارد (ژو<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). چرا که اضطراب ناشی از عدم اطمینان منجر به رفتارهای تکراری برای کاهش اضطراب می‌شود (فتحی‌اولی قشلاقی و نجفی، ۱۴۰۲).

از طرفی، افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری گرایش زیادی به استفاده از راهبرد مهار فکر<sup>۹</sup> برای بی‌اثر کردن افکار مزاحم دارند، اما این راهبرد اغلب نتیجه معکوس دارد و باعث افزایش تعداد و شدت افکار وسواسی می‌شود (جونز<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). راهبردهای مهار فکر به تلاش‌های آگاهانه فرد برای نادیده گرفتن، مسدودسازی یا جلوگیری از بروز افکار ناخواسته و مزاحم گفته می‌شود و یکی از پاسخ‌های غیراثربخش و گاهی مخرب فرد به آشوب شناختی است (هیپای<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). در افراد دچار اختلال وسواسی-جبری، تلاش برای مهار فکر می‌تواند باعث افزایش تعداد نگرانی‌های مزاحم، بالا رفتن سطح اضطراب، و ارزیابی‌های منفی مانند گناه یا احساس مسئولیت شود (کاظمی رضایی و همکاران، ۱۳۹۷). از آنجایی که مهار فکر اضطراب را کاهش نمی‌دهد، بلکه بر شدتش می‌افزاید، منجر به تکرار رفتارهای اجبارآمیز برای جبران می‌شود و استفاده مستمر از این راهبرد باعث می‌شود که فرد نتواند نگرانی‌های ذهنی‌اش را به‌خوبی مدیریت کند و در نتیجه درمان دیرتر اثر بخش و مؤثر واقع شود (جونز و همکاران، ۲۰۲۵).

در میان انواع مختلف درمان‌های اختلال وسواسی-جبری، درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ<sup>۱۲</sup> بیشترین اثربخشی را داشته و به عنوان درمان خط اول مبتنی بر شواهد شناخته می‌شود (اصفهانی و همکاران، ۱۴۰۲). درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ شاخه‌ای از

1 Obsessive-compulsive disorder

2 Wang

3 Zisler

4 Pinciotti

5 Intolerance of uncertainty

6 Knowles

7 Ding

8 Xu

9 thought suppression

10 Jones

11 Heapy

12 Exposure and Response Prevention (ERP)

درمان‌های شناختی-رفتاری<sup>۱</sup> است که در آن مراجع به صورت تدریجی و تحت هدایت درمانگر، در معرض ابزارها، افکار یا موقعیت‌های وسواسی قرار می‌گیرد و هم‌زمان از انجام رفتارهای تکراری و اجتنابی معمول (واکنش‌ها یا اجبارها) باز می‌ماند (استپنسون<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). بر این اساس، درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ از یک سو باعث کاهش واکنش اضطرابی به محرک می‌شود، و از سوی دیگر، یادگیری مهارتی کمک می‌کند تا فرد بفهمد افکار وسواسی الزاماً به رفتارهای اجبارآمیز منتهی نمی‌شوند (پالو و هرتز<sup>۳</sup>، ۲۰۲۴). در راستای اهداف پژوهش نتایج پژوهش‌ها نشان داد که درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ باعث افزایش تحمل بلا تکلیفی و بهبود پاسخ‌های انعطاف‌پذیرتر به افکار مزاحم در افراد مبتلا به وسواس شده است (فاستینو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۵؛ پینسیوتی و همکاران، ۲۰۲۵؛ یوشی‌زاده و همکاران، ۱۴۰۲). همچنین این درمان منجر به کاهش راهبردهای مهار فکر در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری شده است (سینها و چاکرابارتی<sup>۵</sup>، ۲۰۲۲؛ نیکویی و علمی‌منش، ۱۴۰۱). درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ با وجود اثربخشی بالا، با محدودیت‌هایی چون نرخ بالای ریزش، دشواری پذیرش مواجهه مستقیم، افزایش موقت اضطراب در مراحل اولیه و توجه اندک به فرآیندهای شناختی زیربنایی همراه است (هاشمی جشنی و همکاران، ۱۳۹۹). در مقابل، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی<sup>۶</sup> با تمرکز بر پذیرش هیجان‌ها، مشاهده بدون قضاوت افکار مزاحم و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند این محدودیت‌ها را پوشش داده و احتمال پایبندی درمان و پایداری نتایج را افزایش دهد (احمدی آذر و همکاران، ۱۴۰۳).

از دیگر درمان‌های مؤثر برای اختلال وسواسی-جبری، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ترکیبی از تمرین‌های مراقبه ذهن آگاهانه و اصول شناخت‌درمانی شناختی-رفتاری را ارائه می‌دهد؛ این رویکرد به ویژه برای افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری که پاسخ ناکافی به درمان شناختی-رفتاری داشته‌اند، مؤثر شناخته شده است (بورکل<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با کاهش اجتناب تجربی، تفکر ملال‌آور، واکنش بیش‌ازحد به افکار و سوگیری توجهی به تهدید، به تنظیم هیجانات و تغییر شیوه پردازش شناختی فرد در مواجهه با وسواس کمک می‌کند (عزیزی و همکاران، ۱۴۰۲). تمرین منظم ذهن‌آگاهانه باعث تقویت فعالیت در نواحی پیشانی مغز مانند قشر پیش‌پیشانی میانی و جلوی طرفی و تنظیم فعالیت آمیگدال<sup>۸</sup> که در تنظیم هیجان مؤثرند شده که منجر به کاهش واکنش اضطرابی و بهبود کنترل هیجانات می‌گردد (ریس<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). نتایج مطالعات نشان دادند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش راهبردهای مهار فکر افراد مبتلا به وسواس شده است (بورکل و همکاران، ۲۰۲۵؛ فیساک<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۰؛ پیمبری و همکاران، ۱۴۰۰؛ عزیزی و همکاران، ۱۴۰۲). همچنین شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث تقویت تحمل بلا تکلیفی شده است (کیم<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۴؛ کاولس و همکاران، ۲۰۲۳؛ صابری‌زاده و زارع نیستانک، ۱۴۰۲).

اختلال وسواسی-جبری با شیوع قابل توجه و پیامدهای ناتوان‌کننده، از جمله کاهش کیفیت زندگی و اختلال عملکرد اجتماعی و شغلی، اهمیت پژوهشی ویژه‌ای دارد. درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ اثربخش است، اما ماهیت اضطراب‌برانگیز آن باعث کاهش پذیرش و پایبندی برخی بیماران می‌شود. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با تمرکز بر پذیرش بدون قضاوت و کاهش واکنش هیجانی، ممکن است این محدودیت‌ها را جبران کند. مقایسه این دو رویکرد، می‌تواند شواهدی ارزشمند برای انتخاب مداخلات بهینه در بهبود عدم تحمل بلا تکلیفی و راهبردهای مهار فکر در افراد مبتلا اختلال وسواسی-جبری فراهم کند، چرا که هر دو متغیر نقش کلیدی در حفظ و تشدید علائم دارند. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ با شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر عدم تحمل بلا تکلیفی و راهبردهای مهار فکر در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری انجام شد.

1 Cognitive behavioral therapies

2 Stephenson

3 Palo &amp; Hertz

4 Faustino

5 Sinha &amp; Chakrabarti

6 Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)

7 Burkle

8 Amygdala

9 Reis

10 Fisak

11 Kim

## روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری مراجعه‌کننده به مراکز خدمات مشاوره و روان‌درمانی دانا و پندار شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند. جهت برآورد حجم نمونه با استفاده از نرم افزار جی‌پاور نسخه ۳/۱ (فائول<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۹) تعداد ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگذاری شدند. گروه آزمایش اول درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ را به مدت ۱۰ جلسه، هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و گروه آزمایش دوم شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را به مدت ۸ جلسه، هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند و گروه گواه تا پایان پژوهش مداخله‌ای دریافت نکرد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، تشخیص اختلال وسواسی-جبری و بررسی اختلالات همراه بر اساس مصاحبه بالینی و کسب نمره بالاتر از خط برش ۱۶ در مقیاس وسواس-جبری یل‌براون<sup>۲</sup> (۱۹۸۹)، عدم مصرف دارو در زمان مداخله، حداقل تحصیلات دیپلم بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم شرکت در حداقل دو جلسه از مداخلات، اعلام انصراف از شرکت در پژوهش، تکمیل نکردن پرسشنامه‌ها، عدم رعایت دستورالعمل‌های پژوهش مانند انجام ندادن تمرین‌های خانگی، و بروز مشکلات پزشکی یا روانشناختی که ادامه شرکت را غیرممکن سازد، بود. کد اخلاق این پژوهش (IR.IAU.SHAHROOD.REC.1402.019) بود. قبل از شروع جلسات درمانی، توضیحات کامل درباره اهداف پژوهش، فرآیند مداخلات و حفظ محرمانگی اطلاعات شرکت‌کنندگان به والدین ارائه شد و رضایت کتبی آگاهانه آنان جهت شرکت فرزندان‌شان در پژوهش اخذ گردید. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی و نتایج حاصل به‌صورت محرمانه نگهداری شده و تنها برای اهداف پژوهش استفاده خواهد شد. همچنین هر زمان شرکت‌کنندگان احساس ناخوشایندی داشتند، می‌توانستند بدون هیچ‌گونه پیامد منفی از مطالعه خارج شوند. علاوه بر این، امکان بهره‌مندی رایگان هریک از مداخله‌ها برای گروه گواه، دیگر ملاحظات اخلاقی پژوهش بود. برای تحلیل داده‌های پژوهش از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون تعقیبی بن‌فرونی و نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۸ استفاده شد.

## ابزار سنجش

**مقیاس وسواس-جبری یل‌براون<sup>۳</sup> (Y-BOCS):** این مقیاس توسط گودمن<sup>۴</sup> و همکاران (۱۹۸۹) طراحی شده، شامل ۱۰ سوال است و در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات به دست آمده بین ۰ تا ۴۰ است. برای بررسی همسانی درونی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۹۴ و ضریب بازآزمایی با فاصله چهار هفته از آزمون اولیه، ۰/۷۵ به دست آمده است، همچنین روایی همگرایی مقیاس بررسی و ضریب همبستگی با چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی هولی و همکاران (۱۹۹۸) در دامنه ۰/۲۲ تا ۰/۴۸ به دست آمده است (گودمن و همکاران، ۱۹۸۹). در ایران هم فلسفی و همکاران (۱۴۰۰) ضریب پایایی از طریق روش آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۴ گزارش داده‌اند و روایی همگرایی آن با پرسشنامه وسواس جبری مازلی ۰/۸۷ گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ برآورد شد.

**مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی<sup>۵</sup> (IUS-27):** این مقیاس توسط فریستون<sup>۶</sup> و همکاران (۱۹۹۴) ساخته و از ۲۷ سوال و ۴ خرده مقیاس شامل ناتوانی برای عمل کردن ناشی از تصور بلا تکلیفی، پریشان کننده بودن بلا تکلیفی، منفی بودن وقایع بلا تکلیف و غیرمنصفانه بودن بلا تکلیفی را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری مقیاس در طیف ۵ درجه‌ای می‌باشد به این صورت که هرگز مشخصه من نیست ۱ نمره تا دقیقاً مشخصه من است ۵ نمره است. دامنه نمرات بین ۲۷ تا ۱۳۵ می‌باشد که نمره بالاتر نشان دهنده مشکلات بیشتر در مدیریت عدم قطعیت است. برای بررسی پایایی مقیاس از روش همسانی درونی از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب ۰/۹۶ به دست آمده است و روایی محتوایی ابزار ۰/۸۱ گزارش شده است (فریستون و همکاران، ۱۹۹۴). پایایی پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و با روش بازآزمایی در فاصله ۸ هفته ضریب همبستگی ۰/۷۲ به دست آمده است و روایی محتوایی آن با ضریب ۰/۷۸ مورد تایید قرار گرفته است (پورمحمدقوچانی، ۱۴۰۰). پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

1 Faul

2 Yale Brown

3 Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)

4 Goodman

5 Intolerance of Uncertainty Scale

6 Freeston

**پرسشنامه مهار فکر<sup>۱</sup> (TCQ):** این پرسشنامه توسط ولز و داویس<sup>۲</sup> (۱۹۹۴) طراحی شده و از ۳۰ سوال تشکیل شده است و ۵ مولفه پرت کردن حواس، نگرانی، کنترل اجتماعی، تنبیه و ارزیابی دوباره را اندازه گیری می کند. نمره گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت ۴ درجه ای است به این صورت که تقریباً هرگز ۱ نمره، گاهی اوقات ۲ نمره، اغلب ۳ نمره و تقریباً همیشه ۴ نمره تعلق می گیرد. دامنه نمرات بین ۳۰ تا ۱۲۰ است که نمره بالاتر نشان دهنده توانایی پایین تر در کنترل تفکر در مقابل افکار مزاحم است (ولز و داویس، ۱۹۹۴). سازندگان پرسشنامه ویژگی های روان سنجی آن را بررسی و ضرایب پایایی کرونباخ را در دامنه ۰/۶۹ تا ۰/۷۹ به دست آورده اند و ضریب بازآزمایی بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۳ گزارش شد که با فاصله دو هفته ای بین آزمون و بازآزمون به دست آمد. همچنین در بررسی روایی این پرسشنامه ضریب همبستگی این پرسشنامه با مقیاس نگرش های ناکارآمد ۰/۴۹ به دست آمده است (ولز و داویس، ۱۹۹۴). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در کل مقیاس ۰/۶۴ و ضریب روایی آن با پرسشنامه خودکنترلی تانجی (۲۰۰۴) ۰/۵۶ و معنی دار به دست آمده است (کازمی رضایی و همکاران، ۱۳۹۷). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

در این پژوهش درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر اساس پروتکل سالکوسکیس<sup>۳</sup> (۱۹۹۹) به صورت گروهی اجرا شد. جدول ۱ خلاصه جلسات این درمان را نشان می دهد که شامل ۱۰ جلسه، هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه و با یک جلسه در هفته بود.

**جدول ۱. خلاصه درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ**

| جلسات         | محتوای جلسات                                                                                                                |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول           | آشنایی با منطق درمان و مشخص ساختن قوانین کلی و ثابت جلسه های درمان و تنظیم قرارداد                                          |
| دوم           | تمرین و آمادگی برای مواجهه تجسمی                                                                                            |
| سوم           | مواجهه تخیلی با ماده های اولیه سلسله مراتب و کمک به مراجع جهت توقف رفتارهای وسواسی                                          |
| چهارم تا هفتم | آموزش تکنیک مواجهه و جلوگیری از پاسخ                                                                                        |
| هشتم          | بازبینی برگه ۵ ستون افکار، پر کردن برگه ۷ ستونی افکار و نوشتن مزایا و معایب افکار مزاحم                                     |
| نهم           | آزمایش رفتاری برای عمل خنثی سازی افکار، استفاده از تکنیک محاسبه احتمال و پرسشگری سقراطی برای برآورد بیش از حد خطر           |
| دهم           | بحث و جمع بندی فنون درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ، ارزیابی مجدد توسط پرسشنامه های پژوهش، تقدیر و تشکر و اعلام پایان جلسات. |

پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سگال<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۸) به صورت گروهی شامل ۸ جلسه، هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه و با یک جلسه در هفته برگزار شد. خلاصه جلسات درمانی به شرح زیر است:

**جدول ۲. خلاصه جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی**

| جلسات | محتوای جلسات                                                                                                          |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول   | آشنایی با گروه، معرفی علائم اختلال اضطراب، معرفی درمان و انجام مدیتیشن کشمش و اسکن بدن.                               |
| دوم   | ادامه مدیتیشن اسکن بدن، بحث تفاوت افکار و احساسات و مدیتیشن نشسته.                                                    |
| سوم   | آموزش مدیتیشن تنفس و تکنیک دم و بازدم همراه با تکلیف خانگی.                                                           |
| چهارم | مدیتیشن نشسته چهاربندی، بررسی پاسخ های استرس و تمرین قدم زدن ذهن آگاه.                                                |
| پنجم  | تمرین فضای تنفسی سه دقیقه ای، مدیتیشن چند تمرینی یک ساعته و تمرین ذهن آگاهی در رویداد ناخوشایند و فعالیت روزمره جدید. |
| ششم   | مدیتیشن چهار بعدی، تمرین شناخت رویدادهای خوشایند و ناخوشایند و برنامه ریزی افزایش رویدادهای خوشایند.                  |
| هفتم  | آموزش توجه به افکار مثبت و منفی و اجازه دادن به ورود و خروج آنها بدون قضاوت.                                          |
| هشتم  | جمع بندی جلسات، ارائه نکات تکمیلی و اجرای پس آزمون.                                                                   |

1 Thought Control Questionnaire

2 Wells & Davies

3 Salkovskis

4 Segal

## یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه‌های پژوهش نشان داد که در گروه درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ، ۱۰ نفر زن (۷۰ درصد) و ۵ نفر مرد (۳۰ درصد) بودند. در گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، ۹ نفر زن (۶۰ درصد) و ۶ نفر مرد (۴۰ درصد) حضور داشتند. در گروه کنترل، ۸ نفر زن (۵۵ درصد) و ۷ نفر مرد (۴۵ درصد) شرکت داشتند. در گروه درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ میانگین و انحراف معیار سن  $30/73 \pm 5/0$ ، گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی  $32/67 \pm 4/8$  و گروه گواه  $33/40 \pm 5/2$  بود. در گروه درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ، ۳ نفر (۲۰ درصد) دارای مدرک دیپلم، ۴ نفر (۲۶ درصد) فوق دیپلم، ۲ نفر (۱۴ درصد) کارشناسی، ۳ نفر (۲۰ درصد) کارشناسی ارشد و ۳ نفر (۲۰ درصد) تحصیلات دکترا داشتند. در گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نیز ۲ نفر (۱۴ درصد) دیپلم، ۴ نفر (۲۶ درصد) فوق دیپلم، ۴ نفر (۲۶ درصد) کارشناسی، ۳ نفر (۲۰ درصد) کارشناسی ارشد و ۲ نفر (۱۴ درصد) دارای تحصیلات دکترا بودند. در گروه گواه، ۳ نفر (۲۰ درصد) دیپلم، ۲ نفر (۱۴ درصد) کارشناسی، ۴ نفر (۲۶ درصد) کارشناسی ارشد و ۳ نفر (۲۰ درصد) تحصیلات دکترا داشتند. در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

| متغیر               | مرحله     | گروه آزمایش اول |              | گروه آزمایش دوم |              | گروه گواه |              |
|---------------------|-----------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------|--------------|
|                     |           | میانگین         | انحراف معیار | میانگین         | انحراف معیار | میانگین   | انحراف معیار |
| عدم تحمل بلا تکلیفی | پیش‌آزمون | ۷۴/۵۹           | ۵/۳۷         | ۷۶/۳۳           | ۴/۱۵         | ۷۵/۸۶     | ۴/۵۶         |
|                     | پس‌آزمون  | ۶۳/۴۰           | ۴/۵۹         | ۶۷/۸۲           | ۴/۴۶         | ۷۴/۵۳     | ۴/۴۲         |
|                     | پیگیری    | ۶۴/۳۶           | ۲/۴۰         | ۶۹/۶۱           | ۴/۶۴         | ۷۴/۷۳     | ۴/۸۲         |
| راهبردهای مهار فکر  | پیش‌آزمون | ۶۲/۸۹           | ۴/۹۱         | ۶۳/۲۶           | ۴/۷۳         | ۶۲/۰۹     | ۴/۱۴         |
|                     | پس‌آزمون  | ۵۸/۶۷           | ۳/۸۸         | ۵۴/۸۷           | ۴/۵۵         | ۶۳/۰۷     | ۳/۷۳         |
|                     | پیگیری    | ۵۹/۲۱           | ۳/۹۸         | ۵۵/۱۳           | ۳/۴۶         | ۶۲/۷۴     | ۳/۵۸         |

نتایج جدول ۳ شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است که حاکی از کاهش مرحله پس‌آزمون و پیگیری نمره‌ها در مقایسه با پیش‌آزمون برای گروه‌های آزمایش است. قبل از ارائه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، مفروضات آزمون‌های پارامتریک مورد آزمون قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیرو-ویلکز نشان داد که پیش‌فرض، توزیع نرمال نمونه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برقرار است ( $P > 0/05$ ). خطای واریانس‌ها در هر یک از متغیرها به تفکیک مراحل سنجش همگون بود؛ همچنین نتایج آزمون ام‌باکس معنی‌دار نبود ( $M\ Box's = 5/71$ ,  $F = 1/45$ ,  $P > 0/13$ ) که تأیید می‌کند همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس برقرار است. نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه گواه نشان داد که مقادیر متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی ( $P = 0/41$ ) و راهبردهای مهار فکر ( $P = 0/31$ ) مورد تأیید واقع گردید. همچنین نتایج آزمون لوین نشان داد پیش‌فرض همسانی خطای واریانس برای متغیرهای عدم تحمل بلا تکلیفی و راهبردهای مهار فکر رعایت شده است. به طور کلی مفروضات (پیش‌فرض‌های نرمال بودن و همگونی واریانس‌ها) تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر

| منبع       | منابع تغییر  | متغیر               | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F      | معناداری | اندازه اثر |
|------------|--------------|---------------------|---------------|------------|-----------------|--------|----------|------------|
| درون گروهی | مراحل        | عدم تحمل بلا تکلیفی | ۳۳۱۹/۰۹       | ۲          | ۱۶۵۹/۵۴         | ۸۴/۱۱  | ۰/۰۰۱    | ۰/۳۳۴      |
|            |              | راهبردهای مهار فکر  | ۲۵۱۲/۸۱       | ۲          | ۱۲۵۶/۸۱         | ۱۶۲/۷۹ | ۰/۰۰۱    | ۰/۲۸۲      |
|            | مراحل و گروه | عدم تحمل بلا تکلیفی | ۱۰۵۰۲/۴۱      | ۴          | ۲۶۲۵/۵۶         | ۲۰/۶۲  | ۰/۰۰۱    | ۰/۴۱۷      |
|            |              | راهبردهای مهار فکر  | ۱۳۲۱۱/۷۴      | ۴          | ۳۳۰۲/۹۳         | ۴۷/۶۸  | ۰/۰۰۱    | ۰/۲۲۵      |

|           |      |                    |         |    |         |       |       |
|-----------|------|--------------------|---------|----|---------|-------|-------|
| بین گروهی | خطا  | عدم تحمل بلاتکلیفی | ۷۸۹/۱۵  | ۱۲ | ۵۶/۷۶   |       |       |
|           |      | راهبردهای مهار فکر | ۱۰۷۴/۳۶ | ۱۲ | ۸۹/۵۳   |       |       |
|           | گروه | عدم تحمل بلاتکلیفی | ۵۱۶۴/۳۳ | ۲  | ۲۵۸۲/۱۷ | ۰/۳۸۹ | ۰/۰۰۱ |
|           |      | راهبردهای مهار فکر | ۶۰۱۷/۰۳ | ۲  | ۳۰۰۸/۵۱ | ۰/۲۰۳ | ۰/۰۰۱ |
|           | خطا  | عدم تحمل بلاتکلیفی | ۳۸۳/۸۸  | ۲۷ | ۱۴/۲۱   |       |       |
|           |      | راهبردهای مهار فکر | ۴۳۷/۲۶  | ۲۷ | ۱۶/۲۰   |       |       |

همانطور که نتایج جدول ۴، نشان می‌دهد در مجموع عدم تحمل بلاتکلیفی و راهبردهای مهار فکر در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل درمان شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری در سطح ( $P < 0/001$ ) وجود دارد. همچنین نشان می‌دهد درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای عدم تحمل بلاتکلیفی ( $F=34/85$ ,  $\eta^2=0/38$ ,  $P=0/001$ ) و راهبردهای مهار فکر ( $F=24/77$ ,  $\eta^2=0/20$ ,  $P=0/001$ ) معنی‌دار است. بررسی روند تغییرات در گروه‌ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. آزمون مقایسه زوجی تفاوت‌های بین گروهی و مراحل آزمون بر اساس میانگین‌های تعدیل شده

| متغیر              | منبع تغییرات | گروه مبنا                | گروه ثانویه | تفاوت میانگین | خطای انحراف معیار | معناداری |
|--------------------|--------------|--------------------------|-------------|---------------|-------------------|----------|
| عدم تحمل بلاتکلیفی | گروه         | مواجهه و جلوگیری از پاسخ | ذهن‌آگاهی   | -۳/۱۲         | ۱/۳۵              | ۰/۰۲۸    |
|                    |              | مواجهه و جلوگیری از پاسخ | گواه        | -۱۹/۱۱        | ۱/۴۲              | ۰/۰۰۱    |
|                    |              | ذهن‌آگاهی                | گواه        | -۱۵/۹۹        | ۱/۳۸              | ۰/۰۰۱    |
|                    | مرحله آزمون  | پیش‌آزمون                | پس‌آزمون    | ۱۸/۴۵         | ۱/۲۲              | ۰/۰۰۱    |
|                    |              | پیش‌آزمون                | پیگیری      | ۲۱/۰۲         | ۱/۲۸              | ۰/۰۰۱    |
|                    |              | پس‌آزمون                 | پیگیری      | ۲/۵۷          | ۰/۹۴              | ۰/۰۴۳    |
| راهبردهای مهار فکر | گروه         | مواجهه و جلوگیری از پاسخ | ذهن‌آگاهی   | -۳/۲۱         | ۱/۱۸              | ۰/۰۱۸    |
|                    |              | مواجهه و جلوگیری از پاسخ | گواه        | -۲۲/۳۳        | ۱/۲۵              | ۰/۰۰۱    |
|                    |              | ذهن‌آگاهی                | گواه        | -۱۹/۱۲        | ۱/۲۱              | ۰/۰۰۱    |
|                    | مرحله آزمون  | پیش‌آزمون                | پس‌آزمون    | ۲۱/۴۱         | ۱/۰۷              | ۰/۰۰۱    |
|                    |              | پیش‌آزمون                | پیگیری      | ۲۳/۱۲         | ۱/۱۲              | ۰/۰۰۱    |
|                    |              | پس‌آزمون                 | پیگیری      | ۱/۷۱          | ۰/۹۸              | ۰/۰۶۵    |

نتایج جدول ۵ نشان داد که اثربخشی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ با شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر عدم تحمل بلاتکلیفی و راهبردهای مهار فکر در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری تایید گردید ( $P < 0/05$ ). نتایج نشان داد که درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ اثربخشی بیشتری بر کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی دارد ( $P < 0/05$ ). همچنین در کاهش راهبردهای مهار فکر، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی اثربخشی بیشتری نسبت به درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ دارد ( $P < 0/05$ ).

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ با شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر عدم تحمل بلاتکلیفی و راهبردهای مهار فکر در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ نسبت به شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی اثربخشی بیشتری بر کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های یوشی‌زاده و همکاران (۱۴۰۲)، صابری‌زاده و زارع نیستانک (۱۴۰۲)، فاستینو و همکاران، (۲۰۲۵)، پینسیوتی و همکاران (۲۰۲۵)، کیم و همکاران (۲۰۲۴)، کاولس و همکاران (۲۰۲۳) همسو بود. این یافته اینگونه تبیین می‌شود که درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ به‌طور مستقیم فرد را در معرض موقعیت‌ها و محرک‌های اضطراب‌زا قرار داده و با جلوگیری از انجام رفتارهای اجباری، به تدریج حساسیت فرد

مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ با شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر عدم تحمل بلا تکلیفی و راهبردهای مهار فکر در افراد...  
Comparing the Effectiveness of Exposure and Response Prevention and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on ...

به موقعیت‌های مبهم و نامطمئن را کاهش می‌دهد. تکرار تدریجی این فرایند باعث می‌شود فرد یاد بگیرد که پیامدهای منفی پیش‌بینی شده در شرایط بلا تکلیفی الزاماً رخ نمی‌دهند و بنابراین، تحمل او در برابر ابهام و عدم قطعیت تقویت می‌شود. همچنین، درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ با ایجاد فرصت برای مواجهه واقعی با ترس‌ها، چرخه اجتناب-اضطراب را می‌شکند و از این طریق، پردازش شناختی انعطاف‌پذیرتری را در شرایط مبهم شکل می‌دهد (فاستینو و همکاران، ۲۰۲۵). در مقابل، هرچند شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با آموزش مهارت‌های توجه‌آگاهی و پذیرش افکار و احساسات می‌تواند به کاهش استرس و اضطراب کمک کند، اما تمرکز اصلی آن بر تغییر رابطه فرد با افکار است و کمتر به مواجهه فعال با محرک‌های ابهام‌زا می‌پردازد (صابری‌زاده و زارع نیستانک، ۱۴۰۲). بنابراین، در زمینه اختلال وسواسی-جبری که عدم تحمل بلا تکلیفی یکی از هسته‌های اصلی آن است، درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ به دلیل ماهیت مواجهه‌محور و کاهش تدریجی حساسیت، می‌تواند اثربخشی بیشتری نسبت به شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی داشته باشد (پینسیوتی و همکاران، ۲۰۲۵).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش راهبردهای مهار فکر اثربخشی بیشتری نسبت به درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های عزیزی و همکاران (۱۴۰۲)، نیکویی و علمی‌منش (۱۴۰۱)، پیمبری و همکاران (۱۴۰۰)، بورکل و همکاران (۲۰۲۵)، سینها و چاکرابارتی (۲۰۲۲)، فیساک و همکاران (۲۰۲۰) همسو بود. در تبیین این یافته باید خاطر نشان کرد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، بر پذیرش افکار و احساسات بدون قضاوت و بدون تلاش برای کنترل یا سرکوب آن‌ها تأکید دارد. آموزش تمرکز بر لحظه حال، مشاهده افکار به عنوان رویدادهای ذهنی گذرا و کاهش درگیری هیجانی با محتوای آن‌ها، موجب می‌شود چرخه ناکارآمد مهار و سرکوب فکر شکسته شود. این رویکرد به فرد یاد می‌دهد که تلاش برای حذف افکار مزاحم، نه تنها ناکارآمد است بلکه باعث افزایش بسامد و شدت آن‌ها می‌شود؛ بنابراین، با تغییر نگرش نسبت به افکار ناخواسته، تمایل فرد به استفاده از راهبردهای مهار فکر کاهش می‌یابد (پیمبری و همکاران، ۱۴۰۰). در مقابل، هرچند درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ از طریق مواجهه با محرک‌های اضطراب‌زا و جلوگیری از انجام رفتارهای اجباری می‌تواند در کاهش اضطراب و برخی علائم وسواسی مؤثر باشد، اما تمرکز اصلی آن بر تغییر رفتارهای اجتنابی است و به صورت مستقیم بر الگوهای شناختی مرتبط با مهار و سرکوب افکار کار نمی‌کند. در نتیجه، ممکن است افرادی که درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ دریافت می‌کنند همچنان در مواجهه با افکار مزاحم، به طور ناخودآگاه از راهبردهای مهار فکر استفاده کنند (سینها و چاکرابارتی، ۲۰۲۲). از این رو، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با اصلاح رابطه فرد با افکار ناخواسته و افزایش توانایی پذیرش و رهاسازی آن‌ها، اثربخشی بیشتری در کاهش راهبردهای مهار فکر نسبت به درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ نشان داده است (فیساک و همکاران، ۲۰۲۰).

در مجموع نتایج نشان داد هر دو روش درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ با شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری مؤثرند، اما الگوی اثرشان متفاوت است. روش درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ بیشتر بر افزایش تحمل بلا تکلیفی تأثیر گذاشت، در حالی که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش وابستگی به مهار فکر موفق‌تر بود. انتخاب رویکرد باید متناسب با ویژگی‌های شناختی-هیجانی هر فرد باشد و ترکیب این دو می‌تواند مداخله‌ای کامل‌تر ارائه دهد.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی دارد که باید در تفسیر نتایج در نظر گرفته شوند. نمونه‌ها به روش هدفمند از بین افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری ساکن شهر تهران انتخاب شدند و ابزارهای خودگزارشی ممکن است با سوگیری پاسخ‌دهی همراه باشند. همچنین، اختلالات همزمان شرکت‌کنندگان کنترل نشد، که می‌تواند بر نتایج اثربخشی درمان اثرگذار باشد. پژوهش‌های آتی می‌توانند با نمونه‌های بزرگ‌تر، از مناطق و فرهنگ‌های مختلف و با کنترل اختلالات همزمان انجام شوند تا دقت و تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد. بر اساس یافته‌های این پژوهش، توصیه می‌شود برنامه‌های درمانی گروهی ترکیبی برای افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری طراحی شود که در بخش کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی از مداخلات مواجهه و جلوگیری از پاسخ و در بخش کاهش راهبردهای مهار فکر از شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی استفاده شود. این رویکرد تفکیک شده می‌تواند در مراکز مشاوره و کلینیک‌های روانشناسی اجرا شده و دسترسی به مداخلات تخصصی و اثربخش‌تر را برای مراجعان فراهم کند.

## منابع

- احمدی آذر، پ.، طاهر، م.، افراخته، س.، و جهان، ف. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان مواجهه سازی و اجتناب از پاسخ با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس گناه در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری. *مطالعات روان شناختی*، ۲۰(۱)، ۳۹-۵۴. doi: 10.22051/psy.2024.45632.2891
- اصفهانی، ز.، قربانی، م.، و اصفهانی، م. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ و حکایت درمانی بر کاهش نشانه های اختلال وسواس-اجبار. *روان شناسی بالینی*، ۱۵(۲)، ۷۲-۵۹. doi: 10.22075/jcp.2023.31191.2680
- پورمحمدقوچانی، ک. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی-تحلیلی بر بهبود تحمل بلا تکلیفی و کاهش نگرانی و اجتناب تجربه ای بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی. *روان شناسی بالینی*، ۱۳(۴)، ۷۶-۶۵. doi: 10.22075/jcp.2021.20257.1868
- پیمبری، م.، منصوبی فر، م.، هواسی سومار، ن.، تازی مرادی، آ.، و بلیاد، م. (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار خودآیند منفی، خودانتقادی و نشخوار فکری در دانشجویان دارای تجربه شکست عاطفی. *پرستار و پزشک در رزم*، ۹(۳۲)، ۶-۱۷. <http://npwj.m.ajau.ac.ir/article-fa.html۱-۸۳۴>
- رضازاده، ز.، و زرانی، ف. (۱۴۰۱). اختلال وسواسی-جبری و مسائل فرهنگی مرتبط با آن در ایران: مرور نظام مند. *رویش روان شناسی*، ۱۱(۲)، ۴۵-۵۸. <http://frooyesh.ir/article-fa.html۱-۳۰۳۵>
- صابری زاده، م.، و زارع نیستانک، م. (۱۴۰۲). اثر بخشی مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عدم تحمل تردید، احساس مسئولیت افراطی و درهم آمیختگی فکر در زنان دارای وسواس فکری و عملی شهر اراک. *پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره*، ۱۳(۲)، ۸۱-۱۰۲. doi: 10.22067/tpccp.2024.76834.1293
- عزیزی، م.، فرخ سیری، ی.، کاظمی بهمن آباد، ف.، و زمانی، ز. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کنترل نشخوار فکری و دشواری در تنظیم هیجان نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی. *رویش روان شناسی*، ۱۲(۲)، ۲۱۹-۲۲۸. <http://frooyesh.ir/article-fa.html۱-۴۳۸۲>
- فلسفی، س.ج.، عسگری، م.، و کردستانی، د. (۱۴۰۰). تدوین مدل ساختاری اختلال وسواس فکری-عملی بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه، سبک های دلبستگی، مکانیزم های دفاعی، خودتنظیمی هیجانی و اضطراب. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۴(۳)، ۳۲۰۸-۳۲۲۳. doi: 10.22038/mjms.2021.18919
- فتحی اولی قشلاقی، ع.، و نجفی، م. (۱۴۰۲). مقایسه عدم تحمل بلا تکلیفی، خودبیمار پنداری اینترنتی و اضطراب سلامت در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری. *اضطراب فراگیر، افسردگی و افراد عادی. روان شناسی فرهنگی*، ۷(۲)، ۴۶-۶۴. doi: 10.30487/jcp.2024.397432.1574
- قطره سامانی، م.، و نجفی، م. (۱۴۰۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ با طرحواره درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ به وسواس: یک مقایسه اثربخشی. *پژوهش های مشاوره*، ۲۳(۹۱)، ۴-۲۹. <http://irancounseling.ir/journal/article-fa.html۲۰۲۹>
- کاظمی رضایی، س.و.، حسینی، ج.، و کاظمی رضایی، س.ع. (۱۳۹۷). مقایسه کمال گرایی و راهبردهای کنترل فکر در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و افراد بهنجار. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۴(۴)، ۵۲-۴۴. <http://ijrn.ir/article-fa.html۱-۳۲۶>
- نیکویی، ز.، و علمی منش، ن. (۱۴۰۱). بررسی مقایسه ای اثربخشی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ و درمان فراشناخت بر کاهش شدت علائم اختصاصی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی. *راهبردهای نو در روان شناسی و علوم تربیتی*، ۴(۱۴)، ۵۹-۶۹. <https://ensani.ir/fa/article/559923>
- وکیلی هریس، ش.، لیوارجانی، ش.، و محب، ن. (۱۳۹۸). ارائه مدل آسیب شناختی اختلال وسواس جبری براساس کمال گرایی ناسازگار و حساسیت به تهدید در جمعیت غیربالینی: نقش میانجی گری عدم تحمل بلا تکلیفی. *فصل نامه پژوهش های کاربردی روان شناختی*، ۱۰(۴)، ۱۶۱-۱۸۲. doi: 10.22059/japr.2019.284499.643309
- هاشمی جشنی، ع.، روشن، ر.، و احدی، ح. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر کاهش شدت علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی. *مجله علوم روان شناختی*، ۱۹(۹۳)، ۱۱۴۱-۱۱۴۸. doi: 20.1001.1.17357462.1399.19.93.4.6
- یوشی زاده، م.، دوکانه ای فرد، ف.، و زارع بهرام آبادی، م. (۱۴۰۲). اثربخشی تلفیق طرحواره درمانی با فن مواجهه و پیشگیری از پاسخ بر تحمل پریشانی و نشانگان وسواس زنان مبتلا به وسواس شستشو. *رویش روان شناسی*، ۱۲(۳)، ۸۵-۹۶. <http://frooyesh.ir/article-fa.html۱-۳۰۳۵>
- Burkle, J. J., Schmidt, S., & Fendel, J. C. (2025). Mindfulness- and acceptance-based programmes for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, 110(1), 102-117. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2025.102977>

مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ با شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر عدم تحمل بالاتکلیفی و راهبردهای مهار فکر در افراد ...  
Comparing the Effectiveness of Exposure and Response Prevention and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on ...

- Ding, X., Zhao, Z., Wang, J., Chen, C., Ding, S., Gao, J., Deng, J., & Liu, D. (2025). Relationships between different components of intolerance of uncertainty and symptoms of obsessive-compulsive disorder: a network analysis. *PeerJ*, 13(1), 19-27. <https://doi.org/10.7717/peerj.19791>
- Faustino, D., Gonçalves, M. M., Braga, R., Faria, M. J., & Oliveira, J. T. (2025). Exposure and Response Prevention in OCD: A Framework to Capitalize Change. *Journal of clinical psychology*, 81(7), 643–651. <https://doi.org/10.1002/jclp.23797>
- Fisak, B., Rodriguez, H., & Kissell, K. (2019). The Relevance of Mindfulness and Thought Suppression to Scrupulosity. *Journal of cognitive psychotherapy*, 33(2), 106–115. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.33.2.106>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. (2019). Statistical power analyses using G\* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods*, 41(4), 1149–1160. DOI: 10.3758/BRM.41.4.1149
- Freeston, M. H., Rheaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why Do People Worry. *Personality and Individual Differences*, 17(1), 791-802. [http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)
- Goodman, W. K., & Rasmussen, S. A. (1989). The Yale- Brown obsessive-compulsive scale (Y-BOCS), Part II: Validity. *Journal of Archives of General Psychiatry*, 46(1), 1006-1016. DOI: 10.1001/archpsyc.1989.01810110054008
- Heapy, C., Emerson, L. M., & Carroll, D. (2022). Are failures to suppress obsessive-intrusive thoughts associated with working memory. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 76(1), 101-112. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2022.101724>
- Jones, R., Leunissen, J. M., Whyte, A., Werson, A., & Bhattacharya, J. (2025). Obsessive-compulsive symptoms predict increased fronto-parahippocampal synchronisation during thought suppression. *Cognitive, affective & behavioral neuroscience*, 10(3), 758-764. <https://doi.org/10.3758/s13415-025-01316-x>
- Knowles, K. A., Cole, D. A., Cox, R. C., & Olatunji, B. O. (2023). Time-Varying and Time-Invariant Dimensions in Intolerance of Uncertainty: Specificity in the Prediction of Obsessive-Compulsive Symptoms. *Behavior therapy*, 53(4), 686–700. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.01.012>
- Kim, M. K., Lee, K. S., Kim, B., Choi, T. K., & Lee, S. H. (2024). Impact of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Intolerance of Uncertainty in Patients with Panic Disorder. *Psychiatry investigation*, 13(2), 196–202. <https://doi.org/10.4306/pi.2016.13.2.196>
- Pinciotti, C. M., Horvath, G., & Cervin, M. (2025). Compulsions in trauma-exposed patients with obsessive-compulsive disorder: Differences in prevalence and impact on treatment response. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 46(1), 109-114. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2025.100964>
- Palo, A., & Hertz, A. (2024). Family-Based Exposure and Response Prevention for Obsessive-Compulsive Disorder: A Case Study. *Journal of cognitive psychotherapy*, 38(4), 310–332. <https://doi.org/10.1891/JCP-2023-0013>
- Reis, 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>
- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 37(1), 29–52. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00049-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00049-2)
- Stephenson, C., Philipp-Muller, A., Moghimi, E., Nashed, J. Y., Cook, D. J., Shirazi, A., Milev, R., & Alavi, N. (2025). Effects of cognitive behavioural therapy and exposure-response prevention on brain activation in obsessive-compulsive disorder patients: systematic review and meta-analysis. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 275(5), 1491–1507. <https://doi.org/10.1007/s00406-024-01852-6>
- Sinha, A., & Chakrabarti, S. (2022). The Combination of Thought-Stopping And Exposure and Response Prevention in the Treatment of Predominant Obsessions: A Case Report. *Cureus*, 14(9), 292-306. <https://doi.org/10.7759/cureus.29226>
- Wells, A., & Davies, M. I. (1994). The Thought Control Questionnaire: a measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour research and therapy*, 32(8), 871–878. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90168-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90168-6)
- Wang, H., Teng, C., Zhang, D., Zhang, W., Zhang, H., Wu, X., Guan, C., & Hu, X. (2025). Abnormal intrinsic brain activity of the sensory-motor area as a predictor of the response to selective serotonin reuptake inhibitors in treatment-naïve obsessive-compulsive disorder. *Journal of affective disorders*, 388(1), 119-127. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119457>
- Xu, J., Ironside, M. L., Broos, H. C., Johnson, S. L., & Timpano, K. R. (2024). Urged to feel certain again: The role of emotion-related impulsivity on the relationships between intolerance of uncertainty and OCD symptom severity. *The British journal of clinical psychology*, 63(2), 258–272. <https://doi.org/10.1111/bjc.12456>
- Zisler, E. M., Meule, A., Endres, D., Schennach, R., Jelinek, L., & Voderholzer, U. (2024). Effects of inpatient, residential, and day-patient treatment on obsessive-compulsive symptoms in persons with obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 176(1), 182–197. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.06.007>