

Research Paper

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

Elham Mohammadnejad¹, Farnaz Keshavarzi-Arshadi², Fariba Hasani²

1. Ph.D Student in Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Citation: 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. J of Psychological Science. 2022; 20(108): 2269-2283.

URL: <https://psychologicalscience.ir/article-1-1124-fa.html>



ORCID



doi 10.52547/JPS.20.108.2269

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Obsessive - Compulsive,
Mindfulness,
Exposure and Response
Prevention,
Depression

Background: Various studies have investigated the effectiveness of Exposure and Response Prevention (ERP) on obsessive-compulsive disorder and depression, but few studies have examined ERP in a competitive trial with other methods such as mindfulness-based cognitive-behavioral therapy (MBCBT).

Aims: The purpose of this study was to compare the effectiveness of two methods of mindfulness-based cognitive-behavioral therapy (MBCBT) and Exposure and Response Prevention (ERP) on obsessive-compulsive disorder and comorbid depression in women with obsessive-compulsive disorder.

Methods: This study was designed as an “applied and quasi-experimental research” with pretest-posttest and follow-up design with two experimental groups 1 and 2 and control group. The statistical population in this study included all women in the age group of 20 to 45 years who referred to Amina and Rayen Psychological Services and Counseling Center in Tehran in 2018, 36 of whom were selected through purposeful sampling and were divided into three groups: 1) MBCBT group (n = 12), ERP group (n = 12) and control group (n = 12). Research tools included the Yale Brown Obsessive-Compulsive Disorder Questionnaire (Goodman, 1986) and the Beck Depression Inventory 2 (Beck, 1979). Data analysis was performed using repeated measures analysis of variance test by SPSS-21 software

Results: In the post-test phase, both interventions had a significant effect on obsessive-compulsive disorder and depression ($p > 0.05$). In the follow-up phase, two interventions significantly reduced obsessive-compulsive disorder and depression, but MBCBT was more effective.

Conclusion: Based on the findings of this study, it can be concluded that MBCBT and ERP can be used to reduce the rate of obsessive-compulsive disorder and depression in women with obsessive-compulsive disorder.

Received: 24 Jan 2021

Accepted: 28 Feb 2021

Available: 20 Feb 2022

* **Corresponding Author:** Elham Mohammadnejad, Ph.D Student in Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

E-mail: mn.elham@yahoo.com

Tel: (+98) 9122307884

2476-5740/ © 2021 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

Extended Abstract

Introduction

Obsessive Compulsive Disorder (OCD) is a debilitating psychological disorder which is characterized by the existence of intrusive and unwanted thoughts and repetitive behaviors (Sugarman, Kirsch & Huppert, 2017). The most accepted and utilized treatment for OCD is the behavioral treatment of Exposure and Response Prevention (Fineberg et al, 2020). In their study, Blakey, Abramowitz, Leonard & Riemann (2019) demonstrated that the behavioral treatment of Exposure and Response Prevention reduces obsessive symptoms. Since the introduction of this treatment method in 1966, the prognosis for OCD has significantly improved. However, it is still a difficult disorder for treatment (Melchior, Franken, Deen & Vander-Heiden, 2019). This has caused researchers to look for the improvement of existing treatments and develop alternative treatments (Rupp et al, 2019).

In recent years, Hershfield and Corboy (2020) have developed a new approach for the treatment of people with OCD entitled Mindfulness-Based Cognitive Behavior Therapy which is actually based on the integration of the three basic axes of behavior therapy, cognitive therapy and mindfulness. In the same line, Strauss et al (2015) found in their research that MBCBT leads to a higher level of the involvement of subjects in the process of treatment as well as more benefit gained from treatment. Releasing the findings of their research, Key et al (2017) expressed that by the addition of mindfulness as the complementary and maintaining part of treatment, MBCBT leads to the facilitation and effectiveness of CBT.

As MBCBT is recently trying to compensate for the weaknesses of the previous treatment methods by adding some aspects of the third wave of treatments, and its main goal is to help patients to create a new relation with obsessive thoughts; since previous approaches to OCD treatment have faced the relapse of its symptoms after its treatment and approximately 30 to 40 percent of patients respond weakly to previous treatment approaches; and as there are scarcely any researches that have compared the new

MBCBT approach with traditional approaches to treat obsession, the present study seeks to find the answer to this question: “Is there a difference between the effectiveness of the behavioral ERP treatment with MBCBT on the OCD and depression symptoms of women with the obsession disorder?”

Method

This study was a quasi-experimental research with pre-test, post-test design and follow-up with two experimental groups and a control group. The statistical population of the present study included all the 20-to-45-year-old women who were seeking treatment at the Ameneh Psychological and Consultation Center (under the supervision of the Welfare Organization) and the Raein Psychological and Consultation Center (supervised by the Psychology and Counselling Organization of the Islamic Republic of Iran) in Tehran between the March of 2016 to the March of 2017 who had presented with OCD symptoms. After receiving a diagnosis by a qualified psychiatrist, a psychological interview, scoring 9 or higher on the Yale-Brown OCD scale and scoring 15 or higher on the second version of Beck Depression Questionnaire, this group was definitively selected. 36 women with an age-range of 20-45 years with an education background between high school diploma and B.A. or B.Sc. degree who had OCD were chosen by purposeful sampling method. From among them, 12 were randomly assigned to the ERP group, 12 were randomly assigned to the MBCBT group and 12 were randomly assigned to the control group. The research instruments included the Yale-Brown OCD scale (Y-BOCS) and the second version of the Beck Depression Questionnaire. After the subjects were assigned to their respective groups, the treatment and research plan was implemented, the questionnaires were administered at the pre-test, post-test and follow-up stages and the subjects were assessed. To analyze the data, both descriptive statistics (mean scores and standard deviations) and inferential statistics (repeated measures ANOVA) were used and the calculations were made using the 24th version of the SPSS software.

Results

After the statistical assumptions were met, a repeated measures ANOVA was conducted on the experimental and control groups in the three stages of pre-test, post-test and follow-up, the results of which are presented below. The findings pertaining to the statistic demonstrate the Pillais Trace of the

significance of the effect of the grouping factor on the variables of obsession and depression. Therefore, it shows a significant difference between the mean scores of the obsession and depression among the three groups of ERP, MBCBT and the Control group. The findings from the repeated measures ANOVA is presented in Table 1.

Table 1. Results from repeated measures ANOVA

Variable	Factors	Sources of Change	Sum of Squares	df	Mean of Squares	F	Significance	Effect Size
Obsession	Intra-group	Time	1258/08	2	629/04	52/40	0/001	0/60
		Time × Group	382/53	4	95/63	7/96	0/001	0/31
		Error	816/22	68	12/00			
	Inter-group	Group	1349/46	2	674/73	31/60	0/001	0/65
		Error	725/83	34	21/34			
		Time	1136/11	2	568/05	29/25	0/001	0/46
Depression	Intra-group	Time × Group	372/64	4	93/16	4/75	0/002	0/220
		Error	1320/29	68	19/41			
	Inter-group	Group	964/16	2	964/16	81/09	0/001	0/70
		Error	404/25	34	26/94			

Based on Table 1, the main effect of the time factor is significant for the obsession and depression variables (P<001) and there is a significant difference between the mean scores of obsession and depression in the pre-test, post-test and the follow-up. Furthermore, the

significant difference between the mean scores of obsession and depression at different times depends on the simple effects which is examined by the Bonferroni test (Table 2).

Table 2. Results from the Bonferroni Test

Variable	Group (I)	Group (J)	Mean difference (I-J)	Standard Error of Measurement	Level of Significance
Obsession	ERP	MBCBT	3/33	1/06	0/011
		Control	5/25	1/06	0/001
	MBCBT	Control	8/58	1/08	0/001
Depression	ERP	MBCBT	3/93	1/49	0/006
		Control	4/99	1/49	0/001
	MBCBT	Control	7/72	1/51	0/001

Results obtained from Table 2 show that the difference between the obsession and depression scores between the ERP and the MBCBT is significant. Furthermore, the scores of both experimental groups are significantly different from the Control group. Considering the mean scores, it can be inferred that MBCBT has led to a higher reduction in the mean scores of obsession and depression among women with the obsession disorder compared to other groups.

Conclusion

This research was conducted with the goal of comparing the effectiveness of the behavioral ERP with MBCBT on the symptoms of OCD and

depression among women with the obsession disorder. The results showed that both treatments led to the reduction of obsession and depression symptoms; hence, both research hypotheses were confirmed. Furthermore, it was found that the MBCBT treatment enjoys a higher Effect Size compared to ERP treatment which is used as the traditional front-line treatment, and that MBCBT tends to last longer at the follow-up stage two months after the termination of treatment. These finding were congruent with the findings of Strauss et al (2015), Sguazzin et al (2017), Selchen et al (2018) and Kay et al (2017).

In the Third Wave Treatments, it has been stressed time and again that, unlike traditional treatments,

these treatments do not target to confront the disorder and reduce its symptoms; rather, the patient is educated to take a kinder, patient and non-judgmental approach towards his/her disorder and is helped to accept his/her condition as it is, instead of fighting and struggling with it. This acceptance can work as the origin of changes, raise the level of the person's awareness of himself/herself and his relation with others; this awareness can somehow affect the patients' interpersonal behaviors. On the other hand, as the mindfulness practices can be conducted in groups, its effects should also be taken into account. To explain it more accurately, it should be noted that most OCD patients start their treatment with a feeling of having unique and unacceptable problems, thoughts and imaginations. This feeling of uniqueness aggravates their social isolation which, in turn, can play a role in the escalation of their feeling of uniqueness (Gillihan et al, 2012). Participation in group sessions can resolve this problem and pave the way for the reduction of symptoms.

Some of the limitations imposed on this study included the limitation of the research findings to a predetermined age group, a specific geographical region and lack of the comparison of the results with the male sex. Another limitation concerned the inadequacy of suitable practice space in the Consultation Centers for conducting the treatment

sessions as some sessions required some practices such as meditation, walking, and body-stretch practices. It is suggested that following researches be conducted on different statistical populations and other geographical regions to enhance the generalizability of the findings. It is also suggested that the interventions be used in the Professional Clinics and Consultation centers as they leave positive effects on psychological difficulties. Furthermore, educational workshops can be held for the counsellors and psychologists who work at these centers in order to familiarize them with these interventions and teach them how to apply them in their profession.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral dissertation of the first author in the field of general psychology at the Islamic Azad University, Central Tehran Branch, which has been registered with code 10120705942028 and has been approved in terms of ethical principles.

Funding: This research was conducted in the framework of a PhD. Dissertation without any sponsors.

Authors' contribution: The lead author is the main researcher of this study. The second author is the supervising professor and the third author is the advising professors of this dissertation.

Conflict of interest: The authors express no conflict of interest regarding this study.

Acknowledgments: I hereby express my deep gratitude to my supervising, my advising, as well as the subjects who did their best and helped me conduct this research as best I could.

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی رفتار درمانی مواجهه و بازداری از پاسخ (ERP) با درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCBT) بر نشانگان وسواس فکری - عملی و افسردگی در زنان مبتلا به اختلال وسواس

الهام محمدنژاد^{۱*}، فرناز کشاورزی ارشدی^۲، فریبا حسنی^۲

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

<p>زمینه: پژوهش‌های مختلفی به بررسی اثربخشی درمان مواجهه و بازداری از پاسخ بر نشانگان وسواس فکری - عملی و افسردگی پرداخته‌اند اما کمتر پژوهشی این رویکرد را در یک کارآزمایی رقابتی با روش‌های دیگری مانند درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCBT) مورد بررسی قرار داده است.</p>	<p>کلیدواژه‌ها: وسواس فکری - عملی، ذهن آگاهی، مواجهه و بازداری از پاسخ، افسردگی</p>
<p>هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی دو روش درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مواجهه و بازداری از پاسخ بر نشانگان وسواس فکری - عملی و نشانگان همبود افسردگی در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی انجام شد.</p>	
<p>روش: روش: طرح پژوهش حاضر کاربردی بوده و روش پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با دو گروه آزمایش ۱ و ۲ و گروه گواه بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل تمامی زنان در گروه سنی ۲۰ تا ۴۵ ساله مراجعه‌کننده به مرکز خدمات روانشناسی و مشاوره آمنه و رایین در تهران در سال ۱۳۹۶ بود که از میان آن‌ها تعداد ۳۶ نفر از طریق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در سه گروه آزمایش اول با روش شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی (۱۲ نفر)، آزمایش دوم با روش مواجهه و بازداری از پاسخ (۱۲ نفر) و گروه گواه (۱۲ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه وسواس فکری - عملی بیل براون (گودمن، ۱۹۸۶) و پرسشنامه افسردگی بک ۲ (بک، ۱۹۷۹) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر توسط نرم‌افزار SPSS-21 انجام گرفت.</p>	
<p>یافته‌ها: در مرحله پس‌آزمون هر دو مداخله به صورت معناداری بر نشانگان وسواس و افسردگی تأثیر داشته است ($p > 0/05$). در مرحله پیگیری نیز دو مداخله به صورت معناداری موجب کاهش نشانگان وسواس و افسردگی شد اما درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCBT) تأثیر بیشتری داشت.</p>	<p>دریافت شده: ۱۳۹۹/۱۱/۰۵ پذیرفته شده: ۱۳۹۹/۱۲/۱۰ منتشر شده: ۱۴۰۰/۱۲/۰۱</p>
<p>نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مواجهه و بازداری از پاسخ می‌تواند در کاهش میزان نشانگان وسواس و افسردگی زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی مورد استفاده قرار گیرد.</p>	

* نویسنده مسئول: الهام محمدنژاد، دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

رایانامه: mn.elham@yahoo.com

تلفن: ۰۹۱۲۲۳۰۷۸۸۴

مقدمه

اختلال وسواس فکری - عملی^۱ یکی از اختلال‌های روانی ناتوان‌کننده است که بر اساس وجود افکار مزاحم و ناخواسته و رفتارهای تکراری تشخیص داده می‌شود (ساگارمن، کیرش، هاپرت، ۲۰۱۷). ویژگی اصلی این اختلال، وقوع مکرر افکار وسواسی یا اعمال اجباری با شدت قابل توجهی است که عملکرد فرد را مختل می‌کند (افلاکیان، آتش‌پور و خیاطان، ۱۳۹۹). اکثر بیماران مبتلا به این اختلال می‌دانند که علائم اجباری آن‌ها بیش از حد است و آرزو می‌کنند که بتوانند کنترل بیشتری بر آن داشته باشند (استین و همکاران، ۲۰۱۹). این اختلال بار اقتصادی، عاطفی و اجتماعی بسیاری را به مبتلایان، خانواده‌های آن‌ها و جامعه تحمیل می‌کند (جونز، مایر، ریمن، ماگنو و مک نالی، ۲۰۱۸). به طوری که سازمان بهداشت جهانی اختلال وسواس را در میان ۱۰ عامل ایجادکننده ناتوانی اساسی قراردادده است (ملکیور، فرانکین، دین، ون در هیدن، ۲۰۱۹). بر اساس پژوهش‌های انجام‌گرفته، وسواس با نرخ شیوع تخمینی ۱٪ تا ۳٪ برآورد شده است (راسکیو، آستین، چيو و کسلر، ۲۰۱۰؛ فوالنتا و همکاران، ۲۰۰۹؛ به نقل از انصافی، عطادخت، میکائیلی، نریمانی و رستمی، ۱۳۸۹). اختلال وسواس فکری - عملی با شماری از اختلالات میزان همبودی نسبتاً بالایی دارد که در این میان بیشترین میزان همبودی مربوط به افسردگی و سپس اختلالات اضطرابی است (کلین، هریس، بجورجیونسون و کرتز، ۲۰۲۰؛ لیوریك، کاواناگ و اشتراووس، ۲۰۲۰). مطالعات نشان داده‌اند که ۲ تا ۳۹ درصد بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی تشخیص همبودی با اختلال وسواس فکری - عملی گرفته‌اند (آمریو، آدان، مارچسی و قائمی، ۲۰۱۴). مدت زمان طولانی است که نظریه‌های شناختی - رفتاری تأکید می‌کنند وسواس فکری اغلب به افزایش اضطراب یا احساس ناراحتی منجر می‌گردد و اجبارها در پاسخ به وسواس فکری انجام می‌شود (استین و همکاران، ۲۰۱۹)، با این حال، تأکید فراوان بر به‌کارگیری درمان‌های شناختی و رفتاری رو به افزایش بوده است. با توجه به پیچیدگی‌های اختلال وسواس فکری - عملی و آثار مخرب و زیان‌بار فردی و اجتماعی آن، توجه به راهبردهای درمانی این اختلال نیز حائز اهمیت بسیار است. درمان این اختلال شامل روش‌های رفتاری، شناختی و درمان‌های موج سوم است (اکبری و حسینی، ۱۳۹۷).

پرکاربردترین و پذیرفته‌شده‌ترین درمان اختلال وسواس فکری - عملی، درمان رفتاری به شیوه مواجهه و بازداری از پاسخ^۲ است (فینبرگ و همکاران، ۲۰۲۰). مواجهه یک درمان روانشناختی است که بیمار تدریجاً با سلسله مراتبی از ترس‌ها روبرو می‌شود تا خوگیری اتفاق بیافتد؛ این روش درمانی، شامل مواجهه سازی هست، یعنی قرار دادن بیماران در موقعیت‌هایی که باعث برانگیختن اضطراب مرتبط با وسواس آن‌ها می‌گردد در حالی که همزمان در برابر اجبار برای خنثی‌سازی اضطراب مقاومت صورت می‌گیرد (کلهر، جسی و کرز، ۲۰۲۰). بلاکی، ابرامویتز، لئونارد و ریمن (۲۰۱۹) اثربخشی رفتار درمانی مواجهه و بازداری از پاسخ علائم وسواس را کاهش می‌دهد. هزل و سیمپسون (۲۰۱۹) در پژوهشی مروری نشان دادند که رفتار درمانی مواجهه و بازداری از پاسخ موجب کاهش معنی‌دار در علائم وسواس خواهد شد. در ایران، پاک‌نیا و همکاران (۱۳۹۷) با اجرای هشت جلسه مداخله درمانی نشان دادند رفتار درمانی مواجهه و بازداری از پاسخ در درمان وسواس اثربخش است. حسینی، مهری نژاد و خدابخش (۱۳۹۹) نشان دادند که رفتار درمانی مواجهه و بازداری از پاسخ علائم وسواس را به شکل معنی‌داری کاهش می‌دهد. هاشمی، روشن و احدی (۱۳۹۹) نیز در پژوهش خود نشان دادند رویکرد مواجهه و بازداری از پاسخ موجب کاهش علائم وسواس می‌شود و حتی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هم بهتر عمل می‌کند. در پژوهشی که توسط حسینی، جاویدی، مهریار و حسینی (۱۳۹۸) به منظور مقایسه درمان مواجهه و بازداری از پاسخ و درمان فراشناختی در بهبود باورهای وسواسی و افسردگی زنان مبتلا به اختلال وسواس انجام گرفت، نتایج نشان داد مداخله در هر دو گروه درمانی، موجب کاهش معنادار علائم باورهای وسواسی و افسردگی در مقایسه با گروه گواه شد. از زمان معرفی این روش درمانی در سال ۱۹۶۶، پیش‌آگهی اختلال وسواس فکری - عملی به‌طور قابل توجهی بهبود یافت. با این حال، این اختلال کماکان یک بیماری دشوار برای درمان است؛ از آنجا که تقریباً ۳۰ درصد بیماران از این درمان امتناع می‌ورزند یا درمان خود را قطع می‌کنند، فرض بر این است که میزان بهبودی کلی کمتر است (ملکیور، فرانکین، دین، ون در هیدن، ۲۰۱۹). همین امر موجب شده است تا پژوهشگران به دنبال بهبود درمان‌های فعلی و توسعه درمان‌های جایگزین باشند (راپ و همکاران، ۲۰۱۹).

2. Exposure and Response Prevention; ERP

1. Obsessive-compulsive disorder; OCD

به مقایسه رویکرد جدید درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCBT) با رویکردهای سنتی درمان و سواس پرداخته‌اند، بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا بین اثربخشی رفتار درمانی مواجهه و بازداری از پاسخ (ERP) با درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCBT) بر نشانگان و سواس فکری - عملی و افسردگی در زنان مبتلا به اختلال و سواس تفاوت وجود دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی بوده و با طرح پژوهشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری (دو ماه پس از مرحله پس‌آزمون) با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه انجام شد. جامعه آماری در این پژوهش شامل تمامی زنان در گروه سنی ۲۰ تا ۴۵ ساله مراجعه‌کننده به مراکز خدمات روانشناسی و مشاوره آمنه (زیر نظر سازمان بهزیستی) و رایین (زیر نظر سازمان نظام روانشناسی و مشاوره) در سال ۱۳۹۶ در شهر تهران بود که شکایت اصلی آنان علائم و سواس فکری - عملی بوده است. این گروه پس از تشخیص روان‌پزشک، مصاحبه روانشناختی و کسب نمره ۹ و بالاتر در مقیاس و سواس فکری عملی ییل براون و نمره ۱۵ و بالاتر در دومین نسخه پرسشنامه افسردگی بک، به طور قطعی انتخاب شدند.

تعداد ۳۶ نفر از زنان ۲۰ تا ۴۵ سال با تحصیلات متوسطه تا لیسانس، مبتلا به اختلال و سواس فکری - عملی از طریق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و ۱۲ نفر در گروه رفتار درمانی مواجهه و بازداری از پاسخ (ERP)، ۱۲ نفر در گروه درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCBT) و ۱۲ نفر در گروه گواه به طور تصادفی جایگزین شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن علاقه به شرکت در برنامه‌های آموزشی، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، بیمار بودن طبق تشخیص روان‌پزشک مرکز خدمات روانشناسی و مشاور آمنه و رایین، محدوده سنی بین ۲۰ تا ۴۵ سال، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی همزمان با اجرای مداخله، و عدم استفاده از سایر درمان‌های روانشناختی همزمان با مداخله بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارتند از: عدم اجرای تمرین‌های خانگی، غیبت بیش از حد مجاز و بروز حملات مکرر و شدید برای فرد

در سال‌های اخیر هرشفیلد و کوربی (۲۰۲۰) رویکرد جدیدی با عنوان درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی^۱ را برای درمان مبتلایان به اختلال و سواس فکری - عملی تدوین کردند که در واقع مبتنی بر ادغام سه محور اصلی رفتار درمانی، شناخت درمانی و ذهن آگاهی است. ذهن آگاهی معمولاً به عنوان یک ساختار چندوجهی است که شامل مشاهده (یعنی حضور در تجارب داخلی و خارجی)، توصیف (به معنی کلامی کردن تجارب داخلی)، اقدام با آگاهی (یعنی توانایی حضور در لحظه فعلی)، داشتن تجربه درونی بدون قضاوت (یعنی افکار و احساسات را با عنوان خوب یا بد قضاوت نکردن)، و در نهایت عدم واکنش به تجربه درونی می‌شود (به این معنی که به افکار و احساسات اجازه حضور داده شود، بدون این که برای خلاص شدن از شر آن‌ها اقدامی به عمل آید). (لیوریک، کاواناگ و اشتراوس، ۲۰۲۰). در همین راستا، اشتراوس و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهش خود دریافتند که درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCBT) موجب میزان بالاتر از درگیری شرکت‌کنندگان در فرآیند درمان و بهره‌مندی بیشتر شد. در پژوهش دیگری نیز کوازین و همکاران (۲۰۱۷) با انتشار یافته‌های پژوهشی در حمایت از اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCBT) بر اختلال و سواس نشان دادند که این برنامه می‌تواند برای درمان علائم باقیمانده پس از اجرای دوره درمان شناختی - رفتاری (Cognitive behavioral therapy; CBT) کارآمد و مؤثر باشد؛ سلچن و همکاران (۲۰۱۸) نیز در پژوهش دیگری به همین نتیجه رسیدند. کی و همکاران (۲۰۱۷) نیز با انتشار یافته‌های حاصل از پژوهش خود اظهار داشتند که درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCBT) با اضافه کردن ذهن آگاهی به عنوان بخش مکمل و نگهدارنده، موجب سهولت و اثربخشی درمان شناختی - رفتاری (CBT) می‌شود.

با توجه به اینکه به تازگی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCBT) با اضافه کردن جنبه‌های از درمان‌های موج سوم تلاش دارد تا کمبودهای روش‌های قبلی را جبران کند و هدف اصلی آن کمک به بیمار برای ایجاد ارتباط جدید با افکار و سواسی است، و نظر به اینکه رویکردهای قبلی با عود علائم پس از درمان همراه بوده و حدود ۳۰ تا ۴۰ درصد بیماران به رویکردهای قبلی پاسخ ضعیفی می‌دهند، و نظر به اینکه کمتر پژوهشی

¹. Mindfulness-Based Cognitive Behavior Therapy; MBCBT

(۱۳۹۰) در ایران میزان پایایی این مقیاس را با فاصله دو هفته ۰/۹۹ گزارش کردند. در این پژوهش نیز برای تعیین قابلیت اعتماد از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و ضریب ۰/۸۹ بدست آمد که نشان از قابلیت اعتماد این پرسشنامه است.

دومین نسخه پرسشنامه افسردگی بک: فرم اولیه پرسشنامه افسردگی بک توسط بک و همکارانش بر اساس مشاهدات بالینی و توصیف بیماران افسرده در مقابل بیماران غیر افسرده تهیه شد؛ سپس در سال ۱۹۷۱ شروع به تجدیدنظر در فرم اولیه BDI کردند. نسخه نهایی در سال ۱۹۷۸ تهیه و در سال ۱۹۷۹ به چاپ رسید. فرم دوم شامل ۲۱ سؤال با طیف نمره دهی ۰ تا ۳ است. حداقل نمره در این ابزار ۰ و حداکثر آن ۶۳ است. پایایی بازآزمایی این آزمون ۰/۹۳ گزارش شد که نشان‌دهنده این است که این آزمون به تغییرات روزانه خلق خیلی حساس نیست. بک و همکاران (۱۹۹۶) ضریب آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه ۰/۹۳ گزارش کردند که حاکی از همسانی درونی بالای آن است. روایی سازه آن از طریق روایی همگرا و اجزای همزمان آن با مقیاس ناامیدی بک، مقیاس افکار خودکشی، پرسشنامه اضطراب بک، مقیاس افسردگی هامیلتون و مقیاس اضطراب هامیلتون گزارش شده است. در ایران محمدخانی، دابسون، مساح‌چولایی و آثاری (۱۳۹۰) ضریب بازآزمایی پرسشنامه را ۰/۹۳ گزارش کردند. در این پژوهش نیز برای تعیین قابلیت اعتماد از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و ضریب ۰/۹۱ بدست آمد که نشان از قابلیت اعتماد این پرسشنامه است. جلسات در مرکز خدمات روانشناسی و مشاور آمنة و رایین روش اجرا به این ترتیب بود که پس از توضیح روش درمانی به کار گرفته شده در این مطالعه، برای بیماران هر یک از دو گروه آزمایش، رفتار درمانی مواجهه و بازداری از پاسخ (ERP) بر مبنای پروتکل استکیتی و نیشیث (۱۹۹۵) و درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCBT) نیز بر مبنای پروتکل هرشفیلد و کوربای (۲۰۲۰) اجرا شد. هر دو پروتکل درمانی در غالب ۸ جلسه برنامه‌ریزی شده بود (جدول ۱ و ۲)، اما برای حل مشکلات آزمودنی‌ها و بررسی فردی تکالیف، ۱۰ جلسه فردی هم در طی جلسات مداخله برگزار شد.

لازم به ذکر است که پس از اتمام دوره درمان در مرحله پس‌آزمون و برای بار سوم به دنبال دو ماه پیگیری، برای هر سه گروه پرسشنامه‌ها اجرا شد.

بود. همچنین پژوهشگر متعهد شد تا پایان مراحل درمانی، آنها را همراهی کرده و در صورت لزوم، جلسات بیشتری برای ایشان برگزار نماید. جهت رعایت اصول اخلاقی در پژوهش، فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در جلسات درمانی توسط شرکت‌کنندگان امضا شد، همچنین اطمینان لازم جهت رازداری محرمانه ماندن اطلاعات افراد به وجود آمد. همچنین برای گروه گواه که در طول پژوهش خدماتی را دریافت نمی‌کردند به همین خاطر جهت رعایت اصل اخلاقی عدالت در پژوهش، پژوهشگر متعهد شد که پس از به پایان رسانیدن کار، مداخلات را در مورد افراد متقاضی اجرا کند. لازم به ذکر است که از آنجا که پژوهش حاضر بخشی از پایان‌نامه دکتری رشته روانشناسی است، با کد ۱۰۱۲۰۷۰۵۹۴۲۰۲۸ در دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی از نظر اصول اخلاقی مورد تأیید قرار گرفته است. شیوه اجرا بدین شکل بود که پس از مشخص شدن افراد گروه نمونه با توجه به توضیحات فوق، افراد وارد طرح درمانی و پژوهشی شدند و پرسشنامه‌ها در طی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (دو ماه پس از مرحله پس‌آزمون) اجرا شد و آزمودنی‌ها ارزیابی شدند. در این پژوهش از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر) و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

ب) ابزار

مقیاس وسواس فکری - عملی ییل براون (Y-BOCS): این مقیاس که در سال ۱۹۸۶ توسط Goodman و همکاران ابداع شده است. دارای ۱۰ سؤال است که ۵ سؤال برای ارزیابی افکار وسواسی و ۵ سؤال برای ارزیابی اعمال اجباری در نظر گرفته شده است. نمره گزاره‌ای آزمون، روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای (۰-۴) و هر ماده با یک طیف ۵ درجه‌ای از صفر (بدون علامت) تا ۴ (خیلی شدید) مورد ارزیابی قرار می‌دهد. حداقل نمره در این ابزار ۰ و حداکثر آن ۴۰ است. داده‌های مربوط به اعتبار و پایایی این مقیاس نشان می‌دهد که پایایی بین ارزیابان در ۴۰ بیمار ۰/۹۸ و ضریب همسانی درونی ۰/۸۹ بوده است. پایایی این مقیاس با روش بازآزمایی در فاصله دو هفته ۰/۸۴ و اعتبار افتراقی آن با پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس درجه‌بندی اضطراب همیلتون به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۹۵ گزارش شده است (گودمن و راسموسن، ۱۹۸۹). راجزی، متقی‌پور، کامکاری، ظهیرالدین و جان‌بزرگی

جدول ۱. خلاصه عناوین، اهداف رفتاری، محتوا و تکالیف مطالب آموزشی برای رفتار درمانی مواجهه و بازداری از پاسخ (ERP)

عنوان جلسه	اهداف	محتوا	تکالیف
جلسه اول: تاریخچه	دریافت اطلاعات و برقراری ارتباط درمانی	اخذ تاریخچه، جمع آوری اطلاعات مربوط به وسواس منطق درمان و قرارداد درمانی	خود بازنگری
جلسه دوم: خط مشی درمان	آشنایی با بیماری وسواس به عنوان مشکل گروهی از افراد با شناخت منطق درمانی	تنظیم خط مشی کلی درمان، توضیح وسواس و دستورالعمل های مرتبط با اجرای رویارویی	خودبازنگری بررسی ابعاد بیماری در زندگی
جلسه سوم: سلسله مراتب	آشنایی بیشتر با علائم بیماری خود، آگاهی نسبت به سلسله مراتب مواجهه با شرایط اضطراب آور و آیین های وسواسی	ارزیابی آشفتگی بیمار، تهیه سلسله مراتبی حالات فردی، طراحی تکالیف	مرور خودبازنگری و توجه به سلسله مراتب مواجهه و مرور ذهنی
جلسه چهارم: رویارویی	مواجهه تجسمی با محرک های آشفته ساز و اضطراب آور جهت توانمندی و آمادگی برای جلوگیری از پاسخ	اجرای رویارویی تجسمی و جلوگیری از اجرای آیین های وسواسی ارائه ابعاد مختلف تمرین	رویارویی و جلوگیری از پاسخ با موضوع کار شده در جلسه
جلسه پنجم: تاب آوری	افزایش تاب آوری بیماری در مواجهه با محرک های فراخوان وسواس و عدم پاسخ به آنها	نظارت بر خورد بازنگری، اجرای دستورالعمل های مرتبط با رویارویی و آموزش قواعد جلوگیری از اجرای آیین های وسواسی	رویارویی و جلوگیری از پاسخ
جلسه ششم: مهارت ورزی	ایجاد مهارت در انجام تمرینات و برخورداری از فضای حمایت های درمانی برای مقابله با اضطراب و اعمال وسواسی	گزارش در مورد چگونگی انجام تمرینات در منزل و در میان گذاشتن تجارب موفق و ناموفق و راهکارهای برخورد با مشکل حین اجرای فردی تمرین	رویارویی و جلوگیری از پاسخ اضافه کردن موضوع جدید در تمرین
جلسه هفتم: مقابله با اضطراب	تقویت مهارت مقابله و تعمیم در بخش های مختلف زندگی در مواجهه با اضطراب، آماده سازی برای بازگشت به زندگی بدون علامت	شناسایی نقاط قوت و ضعف در انجام تمرین بررسی محرک های فراخوان و چگونگی مقابله	اجرای تمرین رویارویی با موضوع قبلی و جدید، برنامه ریزی برای انجام تمرینات در زندگی روزمره
جلسه هشتم: خاتمه درمان	آماده سازی برای خروج از درمان	بازنگری پیشرفت، توجه به جلوگیری از بازگشت علائم، خاتمه بخشی به درمان	برنامه ریزی برای انجام روزانه تمرینات جهت انطباق با فضای خانواده

جدول ۲. خلاصه عناوین، اهداف رفتاری، محتوا و تکالیف مطالب آموزشی برای درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCBT)

عنوان جلسه	اهداف	محتوا	تکالیف
جلسه اول: تاریخچه	جمع آوری اطلاعات بیمار / آشنایی بیمار با روند درمان	اخذ تاریخچه / جمع آوری اطلاعات مربوط به وسواس / ارزیابی بیمار / منطق درمان / اراده طرح درمانی / قرارداد درمانی	خود بازنگری
جلسه دوم: خود آگاهی	حفظ تمرکز / تمرین برای توجه به امور خوشایند در زندگی (علاوه بر وقایع ناخوشایند)	اجرای تمرین خوردن کشمش / ثبت وقایع خوشایند / اجرای مراقبه شماره یک	تمرین خوردن کشمش / مراقبه شماره یک
جلسه سوم: رویارویی	توجه بیمار به آیین های وسواسی و افزایش توان مقابله با این آیین ها	نظارت بر خود بازنگری / توضیح اجرای رویارویی تجسمی / آموزش قواعد جلوگیری از آیین مندی	رویارویی تجسمی و جلوگیری از اجرای آیین ها
جلسه چهارم: حضور در لحظه بدون قضاوت	توجه بیمار به چگونگی بودن در زمان حال و لحظه اکنون / دیدن و شنیدن امور و وقایع بدون دخل و تصرف در آنها و قضاوت در مورد آنها	آموزش چگونگی دیدن و شنیدن بدون قضاوت کردن / انجام مراقبه شماره دو / بازنگری تمرین قبلی / انجام مراقبه شماره سه	تمرین مراقبه شماره دو / تمرین مراقبه شماره سه
جلسه پنجم: تاب آوری	تقویت تاب آوری بیمار در انجام تمرین رویارویی تجسمی و کنترل اضطراب خود	اجرای رویارویی تجسمی / توجه به جلوگیری از بازگشت به خط پایه بازنگری تمرین های پیشین	تمرین رویارویی تجسمی (افزایش تعداد موضوعات)
جلسه ششم: تمرکز بر تنفس	تقویت توجه به لحظه اکنون از طریق انجام تمرین تنفس و نیز آرام سازی جسمانی از طریق تنظیم ریتم دم و بازدم در جهت کمک به تاب آوری در تمرین رویارویی تجسمی	بازنگری تمرین های گذشته / آموزش مراقبه شماره چهار / آموزش تمرین تنفس / آموزش مراقبه شماره پنج	تمرین مراقبه شماره چهار / تمرین تنفس / تمرین مراقبه شماره پنج

عنوان جلسه	اهداف	محتوا	تکالیف
جلسه هفتم: مهارت‌ورزی	کسب مهارت در تکالیف جهت جلوگیری از عود	بازنگری میزان پیشرفت بیمار / مروری بر جلسات و تمرین‌ها	مروری بر تکالیف و برنامه‌ریزی برای اجرای آن در زندگی روزمره
جلسه هشتم: جمع‌بندی و آماده‌سازی برای خروج از درمان	آماده‌سازی بیماران برای درونی‌سازی تمرینات / حضور ذهن و استفاده از آن در زندگی روزمره جهت مقابله با وسواس / مقابله با اضطراب ناشی از عدم اجرای آیین‌مندی‌های وسواسی با انجام تمرینات مراقبه‌ای مختلف که در طول جلسات اجرا گردید	بازنگری تمرین‌های قبلی و میزان پیشرفت بیماران / اجرای تمرین مشاهده ارتباط بین خلق و فعالیت / بازنگری کلی جلسات و بحث در مورد چگونگی ادامه نظم ایجاد شده در جلسات در زندگی روزمره / تأکید بر استفاده از مهارت ذهن آگاهی برای تشخیص آغازگرهای وسواسی اجرای مراقبه شماره شش / آمادگی برای خاتمه بخشی به درمان	مراقبه شماره شش / تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق

یافته‌ها

پیگیری به عنوان عامل درون آزمودنی و گروه‌بندی آزمودنی‌ها در سه گروه به عنوان یک عامل بین آزمودنی در نظر گرفته شدند. به منظور بررسی تفاوت معنی‌دار بین میانگین‌های وسواس و افسردگی در سه گروه در مراحل سه‌گانه درمانی، ابتدا مفروضه‌ها بررسی شد. نتایج آزمون Shapiro-Wilk در مرحله پیش‌آزمون برای متغیر وسواس $(p=0/41)$ و برای متغیر افسردگی $(p=0/49)$ بود که بیانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها است. همچنین در بررسی داده‌های پرت مشخص شد که داده پرتی وجود ندارد. نتایج آزمون Levene نشان داد فرض همسانی واریانس خطای متغیرها در بین گروه‌ها برقرار است $(p>0/05)$. آزمون M-Box تأیید کننده برابری ماتریس واریانس - کوواریانس بود $(p>0/05)$. همچنین نتایج آزمون Mauchly برای بررسی مفروضه کرویت نشان داد که مفروضه کرویت برقرار نیست $(X^2(2) = 15/652, P < 0/05)$. بنابراین به جای درجه آزادی باید از شاخصی به نام Greenhouse-Geisser استفاده نمود و نتایج تحلیل واریانس درون‌گروهی را با توجه به عدم برقراری مفروضه کرویت محاسبه نمود، خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط برای عوامل درون‌گروهی و بین‌گروهی در جدول ۴ ارائه شده است.

آزمودنی‌های این پژوهش را فقط زنان تشکیل داده و در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ قرار داشتند و میانگین سنی گروه رفتار درمانی مواجهه و بازداری از پاسخ (ERP) برابر با $33/12$ ، میانگین سنی گروه درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCBT) برابر با $31/18$ و میانگین سنی گروه گواه برابر با $29/73$ بود. در رابطه با وضعیت تحصیلی نمونه پژوهش، $13/89$ درصد دارای تحصیلات ابتدایی، $38/89$ درصد دارای تحصیلات متوسطه، و $47/22$ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. در این بخش نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها مطرح می‌شود. مشخصات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها در جدول ۳ نشان داده شده است.

نتایج جدول ۳ نشانگر آن است که در مرحله پس‌آزمون میانگین‌های نمرات وسواس و افسردگی، در گروه رفتار درمانی مواجهه و بازداری از پاسخ (ERP) با درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCBT) نسبت به مرحله پیش‌آزمون تفاوت داشته است. به منظور بررسی اثربخشی درمان از روش تحلیل واریانس مختلط (یک عامل درون‌آزمودنی و یک عامل بین‌آزمودنی) استفاده شد. مراحل سه‌گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرهای وابسته در سه گروه در مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	گروه ERP (N=12)		گروه MBCBT (N=12)		گروه گواه (N=12)	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
وسواس	پیش‌آزمون	25/00	3/98	24/00	2/37	26/17	6/13
	پس‌آزمون	17/46	3/76	13/33	5/16	24/75	3/07
	پیگیری	16/61	3/86	11/75	5/61	23/91	2/57
افسردگی	پیش‌آزمون	27/15	5/42	24/83	6/09	24/83	10/15
	پس‌آزمون	18/31	5/94	16/75	8/09	23/00	7/57
	پیگیری	17/23	5/97	14/17	6/67	23/75	9/88

جدول ۴. یافته‌های مربوط به آزمون چندمتغیری اثر پیلایی

متغیر	آزمون	منابع تغییر	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	معنی داری
وسواس	اثر پیلایی	درون گروهی	۰/۷۴	۴۸/۷۱	۲	۳۳	۰/۰۰۱
		بین گروهی	۰/۴۸	۵/۴۴	۴	۶۸	۰/۰۰۱
افسردگی	اثر پیلایی	درون گروهی	۰/۷۴	۴۸/۰۶	۲	۳۳	۰/۰۰۱
		بین گروهی	۰/۴۹	۵/۶۱	۴	۶۸	۰/۰۰۱

یافته‌های مربوط به آزمون تحلیل چندمتغیری در جدول ۴ ارائه شده است. آماره اثر پیلایی معنی داری بودن اثر فاکتور گروه بندی را در متغیر وسواس و افسردگی نشان می‌دهد. بنابراین اختلاف معنی داری را بین میانگین نمرات وسواس و افسردگی در سه گروه رفتار درمانی مواجهه و بازداری از پاسخ

(ERP)، درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCBT) و گروه گواه نشان می‌دهد. یافته‌های مربوط به آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. یافته‌های مربوط به تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

متغیر	عوامل	منابع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر
وسواس	درون گروهی	زمان	۱۲۵۸/۰۸	۲	۶۲۹/۰۴	۵۲/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۶۰
		زمان * گروه	۳۸۲/۵۳	۴	۹۵/۶۳	۷/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۳۱
	بین گروهی	خطا	۸۱۶/۲۲	۶۸	۱۲/۰۰			
		گروه	۱۳۴۹/۴۶	۲	۶۷۴/۷۳	۳۱/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۶۵
افسردگی	درون گروهی	خطا	۷۲۵/۸۳	۳۴	۲۱/۳۴			
		زمان	۱۱۳۶/۱۱	۲	۵۶۸/۰۵	۲۹/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶
	بین گروهی	زمان * گروه	۳۷۲/۶۴	۴	۹۳/۱۶	۴/۷۵	۰/۰۰۲	۰/۲۲۰
		خطا	۱۳۲۰/۲۹	۶۸	۱۹/۴۱			
	خطا	گروه	۹۶۴/۱۶	۲	۹۶۴/۱۶	۸۱/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۷۰
		خطا	۴۰۴/۲۵	۳۴	۲۶/۹۴			

با توجه جدول ۵، اثر اصلی عامل زمان برای متغیرهای وسواس و افسردگی معنی دار است ($P < ۰/۰۰۱$) و بین میانگین نمرات وسواس و افسردگی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اختلاف معنی داری وجود دارد. همچنین

اختلاف معنی دار بین میانگین نمرات وسواس و افسردگی در زمان‌های مختلف، بستگی به نوع گروه دارد که اثرات ساده با استفاده از آزمون بونفرونی بررسی می‌شود (جدول ۶).

جدول ۶. نتایج مربوط به آزمون بونفرونی

متغیر	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معنی داری
وسواس	ERP	MBCBT	۳/۳۳	۱/۰۶	۰/۰۱۱
	MBCBT	گواه	۵/۲۵	۱/۰۶	۰/۰۰۱
	MBCBT	گواه	۸/۵۸	۱/۰۸	۰/۰۰۱
افسردگی	ERP	MBCBT	۳/۹۳	۱/۴۹	۰/۰۰۶
	MBCBT	گواه	۴/۹۹	۱/۴۹	۰/۰۰۱
	MBCBT	گواه	۷/۷۲	۱/۵۱	۰/۰۰۱

روانی مربوط به احساس پشیمانی و گناه مربوط به گذشته و نگرانی و اضطراب مربوط به آینده است؛ درحالی که ذهن آگاهی توجه از روی قصد و هشیارانه به زمان حال است. در واقع چنین استنتاج می شود که ذهن آگاهی می تواند در تسهیل مواجهه و جلوگیری از پاسخ در درمان وسواس فکری - عملی مؤثر باشد.

از طرفی فنون سنتی مواجهه و بازداری از پاسخ در رفتار درمانی، معمولاً به دلیل اینکه با خشکی همراه اند موجب می شوند بیماران ضمن صرف هزینه درمانی، مجبور به تحمل درد مضاعفی نیز بشوند، به نحوی که حتی از رو آوردن به این درمان، از همان ابتدای کار سر باز زنند. در تبیین های شناختی - رفتاری از اختلال های این گونه گفته می شود که به طور معمول ابتدا رفتار، پس از آن احساس و سپس افکار تغییر می یابند. این عبارت نشان می دهد که چرا افراد کمی توانسته اند به تنهایی بر اختلال وسواس فکری - عملی غلبه کنند. ممکن است در ابتدا، تمایلات و افکار وسواسی افزایش یابند، زیرا بیماران با موقعیت هایی روبرو می شوند که پیش از این از آن ها اجتناب می کردند و برای کاهش این تمایلات و افکار، دیگر به انجام آداب اجباری نمی پردازند (صالحی و موسوی، ۱۳۹۴). این در حالی است که ذهن آگاهی سوگیری های پردازش خود را کاهش می دهد و ذهن تاب آورتری را خلق می کند.

در درمان های موج سوم بارها بر این امر تأکید شده است که برخلاف درمان های سنتی به دنبال مقابله با اختلال و کاهش علائم آن نیستند بلکه با آموزش نگرشی غیر قضاوتی، صبورانه و مهربانانه تر به فرد کمک می شود تا به جای جدال و تقلا، شرایط خود را همان گونه که هست بپذیرد و این پذیرش، می تواند سرآغاز تغییرات باشد و همچنین موجب افزایش سطح آگاهی نسبت به خود و روابط با دیگران شده و به نحوی این آگاهی بر رفتارهای بین فردی نیز اثربخش باشد. از طرفی، نشانه های اضطراب را می توان در دو بخش قرارداد: بخش مربوط به افکار و تصورات و بخش دیگر علائمی نظیر تپش قلب، افت فشار، تعریق و مشکل در تنفس. از آنجا که برخی ابعاد ذهن آگاهی افکار و تصورات را تحت تأثیر قرار می دهد، همچنین بیمار را نسبت به ریشه های اختلال و مکانیسم آن در مغز آگاه نموده و از مضطرب شدن وی جلوگیری می نماید، بر افکار و تمایلات او در حالت هشیاری متمرکز می شود و به فرد امکان می دهد تا تکرار اعمال یا افکار و نشخوار آن ها را برای کاهش اضطراب انتخاب نکند و با فونوی

نتایج جدول ۶ نشان می دهد بین نمرات وسواس و افسردگی بین گروه رفتار درمانی مواجهه و بازداری از پاسخ (ERP) با درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCBT) تفاوت معنی دار است. همچنین هر دو گروه آزمایش تفاوت معنی داری با گروه گواه دارد. با توجه به جدول ۳، می توان این گونه استنباط کرد که درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCBT) نسبت به سایر گروه ها، موجب کاهش بیشتری در میانگین نمرات وسواس و افسردگی زنان مبتلا به اختلال وسواس شده است.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی رفتار درمانی مواجهه و بازداری از پاسخ (ERP) با درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCBT) بر نشانگان وسواس فکری - عملی و افسردگی در زنان مبتلا به اختلال وسواس انجام شد. یافته های به دست آمده نشان داد که هر دو درمان موجب کاهش علائم وسواس و افسردگی شد و به این ترتیب هر دو فرضیه پژوهش حاضر تأیید شد. در عین حال مشخص شد که درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCBT)، در مقایسه با رفتار درمانی مواجهه و بازداری از پاسخ (ERP) به عنوان درمان سنتی خط اول، اندازه اثر بیشتری داشته و تمایل به ماندگاری بیشتری در پیگیری دو ماه پس از پایان درمان داشته است. این یافته با یافته های اشتراک و همکاران (۲۰۱۵)، کوازین و همکاران (۲۰۱۷)، سلچن و همکاران (۲۰۱۸) و کی و همکاران (۲۰۱۷) همسو بود.

با تأمل در فرآیند و ماهیت درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCBT) می توان گفت که ذهن آگاهی به عنوان یک مدل درمانی و تکنیک های خاص آن می تواند سطح هشیاری و آگاهی بالاتری را نسبت به شرایط جسمانی و شرایط محیطی به وجود آورد و به همین دلیل قادر است به افراد کمک نماید تا در موقعیت های مختلف و به خصوص زمانی که حملات وسواسی به شکل مرور افکار یا اجبار در انجام اعمالی خاص، فرد را تحت فشار قرار می دهند، به واسطه ی توجه و تمرکز بر حالات احساسی و جسمانی، سدی را در مقابل نشخوارها و اعمال تکرارشونده ایجاد نمایند. در حقیقت، هنگامی که نسبت به زمان حال آگاه هستیم، دیگر توجه ما با گذشته یا آینده درگیر نیست. زیرا همان گونه که پایه گذاران این مدل یعنی تیزدل، سگال و ویلیامز (۱۹۹۵) تأکید می کنند، اغلب مشکلات

که پژوهش‌های بعدی در جامعه آماری دیگر و سایر مناطق جغرافیایی نیز انجام شود تا سبب افزایش تعمیم یافته‌ها شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که از این مداخلات جهت تأثیرگذاری مثبتی که در مشکلات روانشناختی دارند در کلینیک‌های تخصصی روانشناسی و مشاوره استفاده شود. همچنین جهت آشنایی و یادگیری استفاده از این مداخلات کارگاه‌های آموزشی برای مشاوران و روانشناسان این مراکز برگزار شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی عمومی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی است که با کد ۱۰۱۲۰۷۰۵۹۴۲۰۲۸ به ثبت رسیده و از نظر رعایت اصول اخلاقی مورد تأیید قرار گرفته است.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده اول محقق اصلی این پژوهش است. نویسنده دوم استاد راهنما و نویسندگان سوم استاد مشاور رساله هستند.

تضاد منافع: نویسندگان هیچ تضاد منافی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌نمایند.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از اساتید راهنما و مشاور و نیز آزمودنی‌هایی که با صبر و بردباری در اجرای هر چه بهتر این پژوهش ما را یاری کردند، قدردانی می‌گردد.

چون انواع مراقبه، تنفس عمیق، آرام‌سازی فکری باعث عادی شدن جریان تنفس و کاهش نشانه‌های بدنی اضطراب گردد (تیزدل، سگال و ویلیامز، ۱۹۹۵). از سوی دیگر با توجه به امکان اجرای گروهی تمرینات ذهن آگاهی، باید به تأثیرات این بخش نیز توجه کرد. در تشریح دقیق‌تر این مطلب باید توجه داشت که بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی، با نوعی احساس منحصر به فرد بودن در زمینه مشکلات، افکار و خیالات غیر قابل قبول خود، برای درمان اقدام می‌کنند. این احساس منحصر به فرد بودن، باعث تشدید انزوای اجتماعی این بیماران می‌گردد و انزوای اجتماعی نیز به نوبه خود می‌تواند در افزایش احساس منحصر به فرد بودن، نقش داشته باشد (گیلیهام و همکاران، ۲۰۱۲). شرکت در جلسات گروهی تا حد زیادی می‌تواند این مشکل را برطرف کند و زمینه را برای کاهش علائم فراهم آورد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، محدود بودن نتایج پژوهش به گروه سنی و منطقه جغرافیایی خاص و عدم مقایسه نتایج بین دو جنس بود؛ مشکل دیگر، کمبود فضای مناسب در مراکز مشاوره جهت اجرای جلسات بود، زیرا برخی از این جلسات به فضای کافی برای اجرای تمریناتی از قبیل تمرینات مراقبه قدم زدن و تمرین‌های کششی نیاز داشت. پیشنهاد می‌شود

References

- Aflakian, M., Atashpour, S. H., & Khayatan, F. (2020). Developing the Schema Therapy Based on Obsessive-compulsive Disorder and Comparing With Cognitive-behavioral Therapy. *Caspian Journal of Neurological Sciences*, 6(2), 108-123. [Link]
- Akbari, M., & Hosayni, Z. S. (2019). Meta-analysis comparing the efficacy of Exposure and Response prevention, Cognitive-Behavior Therapy and third wave of behavior therapies on Obsessive-Compulsive Disorder. *Quarterly of Applied Psychology*, 12(4), 473-490. (Persian). [Link]
- Amerio, A., Odone, A., Marchesi, C., & Ghaemi, S. N. (2014). Treatment of comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 166, 258-263. [Link]
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck Depression Inventory Manual. The Psychological Corporation. *San Antonio, TX*. [Link]
- Blakey, S. M., Abramowitz, J. S., Leonard, R. C., & Riemann, B. C. (2019). Does exposure and response prevention behaviorally activate patients with obsessive-compulsive disorder? A Preliminary Test. *Behavior therapy*, 50(1), 214-224. [Link]
- Ensafi, E., Mikaeili, N., Narimani, M., & Rostami, R. (2019). The effectiveness of cathodal transcranial direct current stimulation in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of psychologicalscience*, 18(73), 121-131. (Persian). [Link]
- Esfahani, S. R., Motaghipour, Y., Kamkari, K., Zahiredin, A., & Janbozorgi, M. (2012). Reliability and Validity of the Persian version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive scale (Y-BOCS). *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*, 17(4): 297-303. (Persian). [Link]
- Fineberg, N. A., Hollander, E., Pallanti, S., Walitza, S., Grünblatt, E., Dell'Osso, B. M., ... & Menchon, J. M. (2020). Clinical advances in obsessive-compulsive disorder: a position statement by the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders. *International clinical psychopharmacology*, 35(4), 173-193. [Link]
- Gillihan, S. J., Williams, M. T., Malcoun, E., Yadin, E., & Foa, E. B. (2012). Common pitfalls in exposure and response prevention (EX/RP) for OCD. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 1(4), 251-257. [Link]
- 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, 1006-1016. [Link]
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., ... & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry*, 46(11), 1006-1011. [Link]
- hasani S, mehrinezhad A, khodabakhsh pirkalani R. Comparison of the effectiveness of exposure, mindfulness and mindfulness - integrated exposure on arak women obsessive - compulsive disorder. *Journal of psychologicalscience*, 19(86), 145-137. (Persian). [Link]
- Hasanpoor, P., Aghausefi, A., Zamir, O. M. I. D., & Alipour, A. (2019). The Effectiveness of Transdiagnostic Treatment on Experiential Avoidance and Cognitive Emotion Regulation in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder and its Comparison with Exposure and Prevention Response Therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 11(3), 25-38. (Persian). [Link]
- Hashemi Jashni, A., Roushan, R., & Ahadi, H. (2020). Compare the efficacy of exposure therapy and prevention of response and group acceptance and commitment therapy in reducing the severity of symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of psychologicalscience*, 19(93), 1141-1148. (Persian). [Link]
- Hershfield, J., & Corboy, T. (2020). *The mindfulness workbook for OCD: A guide to overcoming obsessions and compulsions using mindfulness and cognitive behavioral therapy*. New Harbinger Publications. [Link]
- Hezel, D. M., & Simpson, H. B. (2019). Exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A review and new directions. *Indian journal of psychiatry*, 61(1), 85-92. [Link]
- Jones, P. J., Mair, P., Riemann, B. C., Mugno, B. L., & McNally, R. J. (2018). A network perspective on comorbid depression in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of anxiety disorders*, 53, 1-8. [Link]
- Keleher, J., Jassi, A., & Krebs, G. (2020). Clinician-reported barriers to using exposure with response prevention in the treatment of paediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 24, 1-7. [Link]
- Key, B. L., Rowa, K., Bieling, P., McCabe, R., & Pawluk, E. J. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy

- as an augmentation treatment for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(5), 1109-1120. [Link]
- Klein, K. P., Harris, E. K., Björgvinsson, T., & Kertz, S. J. (2020). A network analysis of symptoms of obsessive compulsive disorder and depression in a clinical sample. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 27, 1-17. [Link]
- Leeuwerik, T., Cavanagh, K., & Strauss, C. (2020). The association of trait mindfulness and self-compassion with obsessive-compulsive disorder symptoms: Results from a large survey with treatment-seeking adults. *Cognitive Therapy and Research*, 44(1), 120-135. [Link]
- Melchior, K., Franken, I., Deen, M., & van der Heiden, C. (2019). Metacognitive therapy versus exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 20(1), 1-11. [Link]
- Mohammad-Khani, P., Dobson, K. S., Massah-Choolaby, O., & Asari, S. (2011). Determining the Role of Gender in Relation between Sexual Desire and Quality of Life in Patients with Major Depression. *Archives of Rehabilitation*, 12(1), 27-33. (Persian). [Link]
- Mousavi, S.A.M., Salehi, S. (2015). *Familiarity with obsessive-compulsive disorder (based on DSM-5) and effective treatment techniques (cognitive-behavioral therapy): A practical guide for clinicians*. Tehran: Orang. (Persian). [Link]
- Pakniya, N., Mirzaei, A., Jahan, J., RanjbarSudejani, Y., & Sayyah, S. S. (2018). To Compare the Effectiveness of Confrontation/encontur and Response Prevention Model with the Dangerous Ideation Reduction Method on Reducing Alexithymia and Cognitive avoidance among obsessive disorder Patients. *Journal of Psychological Studies*, 14(1), 109-126. (Persian). [Link]
- Rupp, C., Jürgens, C., Doebler, P., Andor, F., & Buhlmann, U. (2019). A randomized waitlist-controlled trial comparing detached mindfulness and cognitive restructuring in obsessive-compulsive disorder. *PloS one*, 14(3), e0213895. [Link]
- Selchen, S., Hawley, L. L., Regev, R., Richter, P., & Rector, N. A. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for OCD: Stand-alone and post-CBT augmentation approaches. *International Journal of Cognitive Therapy*, 11(1), 58-79. [Link]
- Sguazzin, C. M., Key, B. L., Rowa, K., Bieling, P. J., & McCabe, R. E. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy for residual symptoms in obsessive-compulsive disorder: A qualitative analysis. *Mindfulness*, 8(1), 190-203. [Link]
- Steer, R. A., & Beck, A. T. (1985). Modifying the Beck Depression Inventory: reply to Vredenburg, Krames, and Flett. *Psychological reports*, 57(2), 625-626. [Link]
- Stefan-Dabson, K., Mohammadkhani, P., & Massah-Choulabi, O. (2007). Psychometrics characteristic of Beck Depression Inventory-II in patients with major depressive disorder. *Archives of Rehabilitation*, 8, 82-0. [Link]
- Stein, D. J., Costa, D. L., Lochner, C., Miguel, E. C., Reddy, Y. J., Shavitt, R. G., ... & Simpson, H. B. (2019). Obsessive-compulsive disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 1-21. [Link]
- Steketee, G. S., & Nishith, P. (1995). Treatment of obsessive compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 9(4), 292-295. [Link]
- Strauss, C., Rosten, C., Hayward, M., Lea, L., Forrester, E., & Jones, A. M. (2015). Mindfulness-based exposure and response prevention for obsessive compulsive disorder: study protocol for a pilot randomised controlled trial. *Trials*, 16(1), 1-7. [Link]
- Sugarman, M. A., Kirsch, I., & Huppert, J. D. (2017). Obsessive-compulsive disorder has a reduced placebo (and antidepressant) response compared to other anxiety disorders: a meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 218, 217-226. [Link]
- Teasdale, J. D., Segal, Z., & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help?. *Behaviour Research and therapy*, 33(1), 25-39 [Link]