

مقایسه اثربخشی مواجهه، ذهن آگاهی و ذهن آگاهی - مواجهه به صورت تلفیقی بر اختلال وسواس زنان شهر اراک*
 سارا حسنی^۱، سید ابوالقاسم مهرینهزاد^۲، روشناک خدابخش پیرکلانی^۳

Comparison of the effectiveness of exposure, mindfulness and mindfulness - integrated exposure on arak women obsessive - compulsive disorder

Sara Hasani¹, Seyed Abolghasem Mehrinezhad², Roshanak Khodabakhsh Pirkalani³

چکیده

زمینه: اختلال وسواسی - جبری یکی از شایع ترین و ناتوان کننده ترین اختلالات روانشناختی است. پژوهش های زیادی به بررسی اثربخشی ذهن آگاهی و مواجهه بر بهبود اختلال وسواس پرداخته اند، اما مسئله اصلی این است که بین مواجهه، ذهن آگاهی و ذهن آگاهی مواجهه به صورت تلفیقی کدام یک بر اختلال وسواس زنان تأثیر بیشتری دارد؟ **هدف:** مقایسه اثربخشی مواجهه، ذهن آگاهی و ذهن آگاهی - مواجهه به صورت تلفیقی، بر اختلال وسواس در زنان شهر اراک بود. **روش:** پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با پیگیری سه ماهه و گروه گواه بود. جامعه آماری شامل زنان ۲۵ تا ۴۰ ساله شهر اراک بود، ۶۴ به صورت هدفمند به عنوان نمونه انتخاب شدند، ۱۶ نفر در گروه مواجهه (فوا، یادین و لیچنر، ۲۰۱۲)، ۱۶ نفر در گروه ذهن آگاهی (سیرز، ۲۰۱۵)، ۱۶ نفر در گروه تلفیقی (استراس و همکاران، ۲۰۱۵) و ۱۶ نفر در گروه گواه به صورت تصادفی گمارده شدند. ابزار پژوهش عبارتند از: مقیاس وسواس ییل بروان (دادفر، بوالهروی، ملکوتی و بیان زاده، ۱۳۸۰)، مصاحبه بالینی (شادلو و شهرپور، ۱۳۹۶)، تشخیص روان پزشکی و پرسشنامه افسردگی بک (رجبی و کارجو کسمائی، ۱۳۹۱). تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون طرح های آمیخته ۲ طرفه انجام شد. **یافته ها:** روش ذهن آگاهی، مواجهه و تلفیقی در مقایسه با گروه گواه به طور معناداری در کاهش علائم وسواس اثربخش بودند ($P < 0/05$). روش مواجهه سازی و تلفیقی در مقایسه با ذهن آگاهی به شکل معناداری در بهبود علائم وسواس اثربخش تر بودند و بین روش مواجهه و ذهن آگاهی تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P < 0/05$). **نتیجه گیری:** مواجهه در بهبود علائم اختلال وسواس اثربخش بود و علائم وسواس را کاهش داد. **واژه کلیدها:** مواجهه، ذهن آگاهی، ذهن آگاهی - مواجهه به صورت تلفیقی، اختلال وسواس، زنان

Background: Obsessive-compulsive disorder is one of the most common and disabling psychological disorders. Many studies have investigated the effectiveness of mindfulness and exposure on the improvement of obsessive-compulsive disorder, but the key question is which of the two combinations of exposure, mindfulness, and mindfulness of exposure is most effective on obsessive-compulsive disorder in women? **Aims:** To compare the effects of exposure, mindfulness and mindfulness-exposure consciousness on combined obsessive-compulsive disorder in Arak women. **Method:** This was a quasi-experimental study with pre-test and post-test with 3-month follow-up and control group. The statistical population consisted of 25-40 year-old women in Shahrak, 64 were purposively selected, 16 in the exposure group (Fua, Yadin & Leicner, 2012), 16 in the consciousness group (Sears, 2015), 16 in the integrated group (16). Strauss et al., 2015) and 16 control groups were randomly assigned. Research instruments include: Yale Brwan Obsessive-Compulsive Scale (Dadfar, Bouhalari, Malekouti, and Bayanzadeh, 2001), Clinical Interview (Shadloo & Shahriver, 1396), Psychiatrist's Diagnosis and Beck Depression Inventory (Rajabi and Karjouxmaee, 2012). Data analysis was performed using two-way mixed designs test. **Results:** Mindfulness, exposure and integration methods were significantly effective in reducing obsessive-compulsive symptoms compared to the control group ($P < 0/05$). Exposure and consolidation methods were significantly more effective in improving OCD symptoms than mindfulness and no significant difference was observed between exposure and mindfulness ($P < 0/05$). **Conclusions:** Exposure was effective in improving OCD symptoms and symptoms). **Key Words:** Obsession, exposure, mindfulness, mindfulness-consolidated exposure, obsessive-compulsive disorder, women

Corresponding Author: sarahasani1338@yahoo.com

* این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری نویسنده اول می باشد.

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۱ Ph.D Student of Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

^۲ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

^۲ Associative Professor, Department of Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran

^۳ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

^۳ Associative Professor, Department of Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran

مقدمه

معناداری اثربخش است. پاک‌نیا و همکاران (۱۳۹۷) با انجام هشت جلسه درمانی نشان دادند مواجهه در درمان وسواس اثربخش است. هرچند مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ برای وسواس دارای تأثیر ۶۰ تا ۸۵ درصدی است اما دارای محدودیت‌های بزرگی است (واو و همکاران، ۲۰۱۷). میزان عود اختلال پس از قطع مواجهه بالاست و بسیاری از بیماران درمان خود را به دلیل فشار ناشی از این درمان رها می‌کنند (آبراموویتز، ۲۰۱۸، آبراموویتز و آرک، ۲۰۱۴ و آرک و آبراموویتز، ۲۰۱۵). آبراموویتز و جاکوبی (۲۰۱۵) نشان دادند ۲۵ درصد از افرادی که مواجهه انجام می‌دهند درمان را به همین دلیل ترک می‌کنند. پژوهش اوست و همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان داده است ترک درمان در ۱۹ درصد از بیماران اتفاق می‌افتد. در پاسخ به محدودیت‌های روش مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ برای وسواس برخی از پژوهشگران به درمان‌های موج سوم و از جمله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^{۱۰} روی آوردند (جاکوبسن، نیومن و گلدفری، ۲۰۱۶). در این روش باورهای مربوط به افکار مزاحم شناسایی شده و مجدداً ارزیابی می‌شوند. این ارزیابی مجدداً^{۱۱} معادل اصطلاح "ذهن‌آگاهی انفصالی"^{۱۲} در درمان فراشناختی می‌باشد (وان دی هایدن و همکاران، ۲۰۱۹). در ذهن‌آگاهی انفصالی فرد با توجه کردن به افکار مزاحم و ناخواسته به آنها اجازه می‌دهد به طور آزادانه بیایند و بروند و عبورشان را بدون واکنش نشان دادن یا سرکوب آن‌ها تنها مشاهده می‌کند که سرانجام سبب کاهش افکار و بهبود علائم وسواس گردیده و رنج ناشی از روش مواجهه‌سازی را نیز ندارد زیرا تنها با مشاهده افکار وسواسی از شدت آنها کاسته می‌شود (کلادیوس و همکاران، ۲۰۱۵). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در دامنه گسترده‌ای از اختلالات و از جمله وسواس نشان داده شده است (هانلی و همکاران، ۲۰۱۶، هال، استراس و تیلور، ۲۰۱۳، کالز و راز، ۲۰۱۴؛ خوری، ۲۰۱۳ و فایرفاکس و همکاران، ۲۰۱۴، لادویک و باسچن، ۲۰۱۵، پاتر و کویل، ۲۰۱۷ و امرسون، هیپ و گارسیا - سوریانو ۲۰۱۷). شاین و گوردون (۲۰۱۶) در پژوهش خود نشان دادند انجام تکنیک‌های ذهن‌آگاهی در پیشگیری

اختلال وسواسی - جبری^۱ بر اساس وجود افکار ناخواسته و مزاحم (وسواس‌ها^۲) و رفتارهای تکراری (اجبارها^۳) تشخیص داده می‌شود (شوگرمن، کرش و هاپرت، ۲۰۱۷). وسواس‌ها می‌توانند شامل افکار^۴ (افکار افراطی در خصوص ترس از آسیب زدن به دیگران)، تصاویر ذهنی^۵ (مانند نقص‌های بدنی)، تمایلات^۶ (تمایل به بیان کردن کلمات رکیک در یک موقعیت رسمی) یا تکانه‌های^۷ (ترس از هل دادن غیرمنتظره یک نفر جلو قطار در حال حرکت) برگشت‌پذیر، تکرار شونده و تهدید کننده باشند (فنگ همکاران، ۲۰۱۶). این اختلال با اقتصادی، عاطفی و اجتماعی بسیاری را به مبتلایان، خانواده‌های آنها و جامعه تحمیل کرده و غالباً وضعیت مزمن و فراگیری را ایجاد می‌کند به طوری که افراد مبتلا عودهای مکرری را تجربه می‌کنند. با توجه به این که رفتارهای وسواسی بارها اتفاق می‌افتند، فرد احساس می‌کند قادر به کنترل کردن آنها نیست و بنابراین اضطراب فرساینده‌ای را در مواجهه با آنها تجربه می‌کند (جونز و همکاران، ۲۰۱۸). وسواس‌ها دامنه و انواع مختلفی دارند که از فردی به فرد دیگر متفاوت است که می‌تواند شامل ترس از آلودگی، نظم و ترتیب، چک کردن، پرخاشگری، آسیب‌های احتمالی، توهین به مقدسات، موضوعات جنسی و... باشد و همین تنوع، سبب دشواری در سنجش و درمان این اختلال شده است (آی و ایربای، ۲۰۱۸). مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ^۸ تا کنون به عنوان خط اول درمان این اختلال بوده است و شواهد پژوهشی قابل توجهی نیز در تأیید آن وجود دارد (متایکس - کولز و همکاران، ۲۰۱۴، دورانو همکاران، ۲۰۱۶ و استورچ، مک گوئیر و مک کی، ۲۰۱۷). این روش درمانی شامل رؤیایی بیمار با موقعیت‌های گوناگون ایجاد کننده ترس‌ها و وسواس‌ها و سپس جلوگیری از انجام هرگونه پاسخ رفتاری یا خنثی کننده و سرانجام بازسازی شناختی^۹ با هدف اصلاح باورهای ناکارآمد و جایگزینی باورهای منطقی‌تر می‌باشد (توهیگو همکاران، ۲۰۱۸). متایکس - کولز و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند مواجهه برای وسواس در مقایسه با گروه کنترل به شکل

7. impulses

8. exposure and response prevention

9. cognitive remediation

10. Mindfulness based cognitive therapy

11. reappraisal

12. detached mindfulness

1. obsessive-compulsive disorder

2. Obsessions

3. Compulsions

4. images

5. mutilated bodies

6. urges

درمانگاه به صورت در دسترس انتخاب شد و سپس از میان زنان ۲۵ تا ۴۰ ساله مراجعه کننده به این درمانگاهها تعداد ۶۴ زن مبتلا به وسواس که حداقل دو ماه از زمان مصرف داروی آنها سپری شده بود و طبق مقیاس ییل - براون، تشخیص روان پزشکی و مصاحبه‌ی بالینی از وجود و شدت وسواس آنان اطمینان حاصل گردید و عدم وجود اختلالات همایندی نظیر اختلالات شخصیت، افسردگی، سایکوتیک، سوء مصرف مواد، دوقطبی و اختلالات اضطرابی در آنها مشخص شد انتخاب شدند. تمامی شرکت کنندگان نسخه دوم مقیاس افسردگی بک را نیز کامل کردند و رضایت آنان جهت شرکت در پژوهش اخذ گردید و به صورت تصادفی در چهار گروه ۱۶ نفری مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، مواجهه‌سازی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه گواه گمارده شدند. درمان برای گروه مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ به مدت ۱۲ جلسه (جلسات مواجهه ۹۰ دقیقه و سایر جلسات ۴۵ دقیقه) بر اساس برنامه فوآ، یادین و لیچنر (۲۰۱۲)، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت ۸ جلسه‌ی گروهی یک و نیم ساعته برگرفته شده از برنامه تدوین شده‌ی (سگال، تیزدل و ویلیامز، ۲۰۰۰؛ به نقل از سیرز، ۲۰۱۵)، مواجهه‌سازی مبتنی بر ذهن آگاهی به مدت ده جلسه‌ی هفتگی بر اساس برنامه استراس و همکاران (۲۰۱۵) در درمانگاه انجام شد و گروه گواه تحت هیچ گونه درمانی قرار نگرفتند. قبل از انجام هرگونه مداخله درمانی از ۴ گروه پیش‌آزمون به عمل آمده، بعد از دو هفته از اتمام درمان پس‌آزمون و ۳ ماه پس از انجام پس‌آزمون، پیگیری برای هر چهار گروه انجام شد. ملاک ورود به پژوهش عبارت بود از، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش داشتن سواد خواندن و نوشتن، ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش و اقدام پزشکی برای درمان بود. به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش برای گروه گواه بعد از پژوهش جلسات درمانی گذاشته شد و همچنین در مورد محرمانه بودن اطلاعات به نمونه‌های پژوهش اطمینان داده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از اجرای پژوهش، با آزمون طرح‌های آمیخته‌ی ۲ طرفه با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ انجام شد.

از عود اختلال وسواسی - جبری اثربخش است. با این وجود شماری از پژوهش‌ها نیز اذعان دارند که بعد اصلی در درمان وسواس، مواجهه می‌باشد و وجود این عامل برای رسیدن به نتایج درمانی اثربخش لازم است. برای مثال اکبری و حسینی (۱۳۹۷) در فراتحلیل خود نشان دادند درمان‌هایی که مواجهه را به عنوان بخشی از فرآیند درمان در نظر می‌گیرند در مقایسه با شیوه‌هایی که این بخش را در خود ندارند موفق‌ترند. بر این اساس استراس و همکاران (۲۰۱۵) روش درمانی مواجهه‌سازی مبتنی بر ذهن آگاهی^۱ را با تلفیق دو روش مواجهه و ذهن آگاهی مورد استفاده قرار داده و شواهد بالینی معناداری نیز در تأیید آن به دست آورده‌اند (استراس و همکاران، ۲۰۱۸). یکی از نظریه‌هایی که اخیراً به تبیین اثرات مواجهه‌سازی در اختلال وسواس پرداخته است نظریه یادگیری بازداری^۲ است. این نظریه بر این اساس قرار دارد که با انجام مواجهه به تدریج یادگیری مبتنی بر عدم ترس در خصوص وقایع ترسناک ایجاد شده که کدگذاری‌های جدیدی در حافظه ایجاد کرده که با حافظه‌ی مبتنی بر ترس موجود رقابت کرده و سبب تثبیت درمان و پیشگیری از عود اختلال می‌گردد. بر اساس این نظریه مواجهه‌سازی اساساً یک روش درمانی جهت پیشگیری از عود است (آبراموویتز، ۲۰۱۸). لین و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش خود نشان دادند بیش از ۹۰ درصد افرادی که در معرض درمان مواجهه قرار می‌گیرند آن را تا به انتها ادامه می‌دهند؛ زیرا تجربه‌ی هیجانات خوشایند ناشی از موفقیت در انجام تکالیف دشوار مواجهه به منزله‌ی پاداش عمل کرده و منجر به تقویت بیمار جهت انجام مواجهه‌ها در جلسات بعدی شده و این فرآیند تا رسیدن به نتایج مثبت درمانی و بهبودی ادامه می‌یابد (شیروتسکی و نودا، ۲۰۱۸). با توجه به تناقضات موجود در پژوهش‌های مختلف انجام شده در درمان اختلال وسواسی - جبری، پژوهش حاضر با هدف پاسخ‌گویی به این سؤال پژوهشی است: آیا بین اثربخشی مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی، مواجهه‌سازی و ذهن آگاهی - مواجهه‌سازی به صورت تلفیقی بر علائم وسواس در زنان شهر اراک تفاوت وجود دارد؟

روش

پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل زنان ۲۵ تا ۴۰ ساله شهر اراک بود. در این پژوهش ابتدا از میان درمانگاه‌های شهر اراک سه

2. inhibitory learning

1. mindfulness based exposure and response prevention

جدول ۱. دستورالعمل اجرای جلسات درمانی مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ

محتوای جلسات درمانی	
ارزیابی اختلال، آموزش روانی و قرارداد درمانی	جلسه اول
آموزش آرمیدگی عضلانی، ایجاد آمادگی برای انجام مواجهه و ارائه تکالیف خانگی	جلسه دوم
مروری بر جلسه گذشته، تعیین سلسله مراتب وسوساها، انجام تمرین‌های مواجهه، مقابله با لغزش، مقابله با قطع ناگهانی درمان و ارائه تکالیف خانگی	جلسه سوم
مروری بر جلسه گذشته، تکالیف خانگی و ارائه بازخورد، انجام تمرین مواجهه‌سازی بر اساس فهرست سلسله مراتب، جلوگیری از پاسخ، مقابله با لغزش در جلوگیری از پاسخ و مقابله با قطع ناگهانی درمان، ارائه بازخورد و تکالیف خانگی	جلسه چهارم تا هشتم
مروری بر جلسه گذشته، تکالیف خانگی و ارائه بازخورد، شناسایی انواع تحریف‌های شناختی، ارائه بازخورد و تکالیف	جلسه نهم
مروری بر جلسه گذشته، تکالیف خانگی و ارائه بازخورد، مقابله با تحریف‌های شناختی و تکالیف	جلسه دهم
مروری بر جلسه گذشته، تکالیف خانگی و ارائه بازخورد، جایگزینی افکار سازگارانه با افکار ناکارآمد و تکالیف	جلسه یازدهم
آشنایی با اهمیت پیشگیری از عود، شناخت علائم هشدار دهنده وسوسا و مراجعه به پزشک، یادگیری مقابله با استرس و اتخاذ یک سبک زندگی سالم	جلسه دوازدهم

جدول ۲. دستورالعمل اجرای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن

محتوای جلسات درمانی	
معرفی و توضیحات کلی، تمرین کشمش، واریسی بدن و تنفس ذهن آگاهانه، ارائه بازخورد و تکالیف	جلسه اول
مرور تکالیف، تمرین واریسی بدن، قدم زدن ذهن آگاهانه، آموزش ثبت وقایع خوشایند، مراقبه نشسته، بازخورد و تکالیف	جلسه دوم
مرور تکالیف، تمرین شنیدن ذهن آگاهانه، مراقبه نشسته، تنفس ذهن آگاهانه، قدم زدن ذهن آگاهانه، تهیه فهرست وقایع خوشایند، بازخورد و تکالیف	جلسه سوم
مرور تکالیف، تمرین شنیدن ذهن آگاهانه، تنفس ذهن آگاهانه، حواس پنج‌گانه، توضیح در خصوص افکار وسواسی و اضطراب ناشی از آنها، بازخورد و تکالیف	جلسه چهارم
مرور تکالیف، مراقبه نشسته، تمرین حواس پنج‌گانه، ارائه بازخورد در خصوص دشواری‌های تمرین، تنفس ذهن آگاهانه، خواندن شعر رومی مهمان سرا	جلسه پنجم
مرور تکالیف، تمرین مراقبه نشسته، تنفس ذهن آگاهانه، تفکر ذهن آگاهانه، حواس پنج‌گانه، افکار جانشین، تکالیف و بازخورد	جلسه ششم
مرور تکالیف، مراقبه نشسته، تنفس ذهن آگاهانه، تمرین حواس پنج‌گانه، تهیه فهرست ذهن آگاهانه و زندگی روزانه ذهن آگاهانه، تنفس ذهن آگاهانه، قدم زدن ذهن آگاهانه و بازخورد و تکالیف	جلسه هفتم
مرور تکالیف، تمرین واریسی بدن، مرور کل جلسات، ارائه بازخورد و انجام آخرین مراقبه	جلسه هشتم

جدول ۳. دستورالعمل اجرای جلسات درمانی مواجهه‌سازی مبتنی بر ذهن آگاهی

محتوای جلسات درمانی	
معرفی درمانگر، تسهیل گر و اعضای گروه، توضیحات لازم در خصوص منطبق و برنامه‌ریزی جلسات درمانی	جلسه اول
مرور تکالیف و تشریح جلسه کنونی (۱۵ دقیقه)، تمرین ذهن آگاهی تنفس، افکار و بدن (۱۰ دقیقه)، پرسش‌گری سقراطی (۲۰ دقیقه)، تنفس ذهن آگاهانه (۳ دقیقه)، مواجهه‌سازی (۹۰ دقیقه)، ارائه بازخورد و تکالیف	جلسه دوم
مرور تکالیف و تشریح جلسه کنونی (۱۵ دقیقه)، تمرین ذهن آگاهی نسبت به افکار مزاحم (۲۰ دقیقه)، ارائه بازخورد و تکالیف	جلسه سوم و چهارم
مرور تکالیف و تشریح جلسه کنونی (۱۵ دقیقه)، تمرین ذهن آگاهی نسبت به افکار مزاحم و تمایلات ناخواسته و اجباری (۲۰ دقیقه)، پرسش‌گری سقراطی (۲۰ دقیقه)، تنفس ذهن آگاهانه (۳ دقیقه)، مواجهه‌سازی (۹۰ دقیقه)، ارائه بازخورد و تکالیف	جلسه پنجم تا نهم
مرور تکالیف و تحکیم یادگیری‌های جلسات گذشته	جلسه دهم

ابزار

معیار مناسب برای ارزیابی و تشخیص اختلالات روان‌پزشکی می‌باشد.

پرسشنامه افسردگی بک - نسخه دوم: این ابزار برای سنجش شدت علائم اختلال افسردگی توسط بک ساخته شده و برای نوجوانان ۱۳ ساله به بالا و بزرگسالان مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه شامل ۲۱ گزینه است که آزمودنی برای پاسخ یکی از ۴ حالتی که تعیین کننده شدت علائم افسردگی است را انتخاب می‌کند

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های روانی بر اساس

معیارهای تشخیصی DSM-5^۱: مصاحبه‌ای نیمه ساختار یافته برای تشخیص‌های اصلی DSM-5 می‌باشد (شادلو و شهرپور، ۱۳۹۶) که بر اساس پژوهش شعبانی (۱۳۹۸) می‌تواند برای اهداف غربالگری و تشخیص اختلال‌های روانی به کار برده شود. طبق پژوهش اوساریو و همکاران (۲۰۱۹) نیز این ابزار دارای اعتبار و روایی بالایی بوده و یک

^۱. diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition

۳۲-۴۰ (بسیار شدید) درجه بندی می شود. میزان پایایی این مقیاس بالاتر از ۰/۸۰ گزارش شده است (وودی، استکتی و چمپلس، ۱۹۹۴). برای همسانی درونی این مقیاس نیز آلفای ۰/۶۹ تا ۰/۹۱ گزارش شده است. دادفر، بوالهروی، ملکوتی و بیان زاده (۱۳۸۰) پایایی نسخه فارسی بین مصاحبه کنندگان را برای این مقیاس $0.98 = r$ ، ضریب همسانی درونی آن را ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی را در فاصله دو هفته ۰/۸۴ گزارش کرده اند.

یافته‌ها

میانگین گروه‌های آزمایشی مربوط به پرسشنامه افسردگی بک شامل مواجهه‌سازی و پیگیری از پاسخ در مرله پیش آزمون ۸/۲۵۰، پس آزمون، ۶/۷۵۰، و پیگیری، ۷/۳۷۵؛ شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی: پیش آزمون، ۷/۵۶۲، پس آزمون، ۸/۰۶۲ و پیگیری ۸/۰۶۲، مواجهه‌سازی مبتنی بر ذهن آگاهی پیش آزمون ۸/۱۸۷، پس آزمون، ۷/۷۵۰ و پیگیری، ۸/۰۶۲، و گواه در مرحله‌ی پیش آزمون ۷/۱۸۷، پس آزمون ۷/۶۲۵ و پیگیری ۸ بود.

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
مواجهه	۱۶	۳۲/۳۱۲	۳/۹۹۵
ذهن آگاهی	۱۶	۳۳/۹۳۷	۴/۶۱۱
تلفیقی	۱۶	۳۱/۹۳۷	۴/۱۰۶
گواه	۱۶	۳۴/۱۲۵	۳/۵۳۸

گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
مواجهه	۲۱/۳۷۵	۲/۹۴۱	۸/۶۸۷	۶/۰۷۴	۷/۲۷۷
ذهن آگاهی	۲۱/۰۶۲	۳/۵۶۸	۱۳/۴۳۷	۶/۷۷۲	۶/۹۹۹
تلفیقی	۲۰/۳۷۵	۲/۸۰۱	۸	۴/۰۱۷	۶/۱۶۱
گواه	۲۱/۷۵۰	۳/۲۳۵	۱۹/۸۱۲	۵/۸۵۶	۵/۶۹۱

قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، پیش فرض برقرار بودن کرویت با انجام آزمون موخلای مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون موخلای فرض کرویت را رد کرد ($P < 0.05$). بنابراین آزمون F مورد استفاده قرار گرفت. نتایج به کارگیری آزمون اثرات درون آزمودنی‌ها در جدول ۷ آورده شده است.

(بک و استیر، ۱۹۸۸). بالاترین نمره‌ی قابل دستیابی در این آزمون ۶۳ است. میزان افسردگی با توجه به نمرات اخذ شده به این شرح می باشد: صفر تا ۱۳، عدم ابتلا به افسردگی؛ ۱۴ تا ۱۹، افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید. پژوهش‌های انجام شده تا کنون نشان دهنده‌ی اعتبار قابل قبول این آزمون بوده‌اند (رجبی و کارجو کسمائی، ۱۳۹۱). دابسون و محمدخانی (۲۰۰۷) ضریب آلفا برای بیماران سرپایی ۰/۹۲، دانشجویان، ۰/۹۳ و ضریب بازآزمایی با فاصله‌ی یک هفته ۰/۹۳ را به دست آوردند. کاپسی و همکاران (۲۰۰۸) ضرایب همسانی درونی را در نمونه بالینی ۰/۸۹ و در نمونه غیربالینی ۰/۹۰ و ضریب بازآزمایی در نمونه غیربالینی، ۰/۹۴ به دست آوردند.

مقیاس سواس فکری - عملی ییل براون: مقیاس سواس فکری - عملی ییل براون ابزاری معتبر و کارا جهت ارزیابی شدت اختلال سواس فکری - عملی و بررسی اثربخشی درمان است که توسط این مقیاس ۱۰ ماده‌ی از نوع خود گزارشی است که میزان آسیب یا پریشانی ناشی از سواس‌های فکری و عملی و میزان مقاومت و کنترل بیمار نسبت به آنها را درجه بندی می کند. هر ماده از صفر (بدون علامت) تا ۴ (نشانه‌های مفرط) درجه بندی می شود و نمره کلی نشان دهنده شدت اختلال است که به صورت ۰ تا ۷ (زیر آستانه‌ای)، ۸ تا ۱۵ (ملایم)، ۱۶ تا ۲۳ (متوسط) و ۲۴ تا ۳۱ (شدید) و

فرض برقرار بودن کرویت با انجام آزمون موخلای مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون موخلای فرض کرویت را رد کرد ($P < 0.05$). بنابراین آزمون F مورد استفاده قرار گرفت. نتایج به کارگیری آزمون اثرات درون آزمودنی‌ها در جدول ۷ آورده شده است. بر اساس جدول ۶، بین نمرات سواس در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بدون توجه به عامل گروهی تفاوت معنادار وجود دارد

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور ایبا	توان آزمون
نمرات وسواس	۲۷۰۹/۴۵۲	۲	۱۳۵۴/۷۷۱	۵۲/۰۱۰°	۰	۰/۴۶۴	۱
تعامل نمرات وسواس با گروه‌ها	۷۱۶/۶۶۷	۶	۱۱۹/۴۴۴	۴/۵۸۶°	۰	۰/۱۸۷	۰/۹۸۴
خطا (تعامل زمان و گروه)	۳۱۲۵/۷۹۲	۱۲۰	۲۶/۰۴۸	-	-	-	-

* $P < 0/05$

جدول ۷. نتایج آزمون بونفرونی و اختلاف میانگین حاصل از مقایسه‌ی جفتی میانگین نمرات علائم وسواس در گروه‌های آزمایشی در مقایسه با یکدیگر و با گروه گواه در مرحله‌ی پس آزمون به پیگیری

گروه	تفاوت میانگین‌ها	انحراف معیار	سطح معناداری	
			فاصله اطمینان	حد پایین / حد بالا
مواجهه و گواه	-۰/۳۴۴°	۱/۲۳۶	۱	۳/۴۷۹ - / ۲/۷۹۲
ذهن آگاهی و گواه	-۱/۰۳۱°	۱/۳۰۰	۱	۴/۳۲۷ - / ۲/۲۶۵
تلفیقی و گواه	-۱/۴۳۸°	۱/۳۵۹	۰/۸۹۶	۴/۸۸۴ - / ۲/۰۰۹
مواجهه و ذهن آگاهی	-۱/۸۱۳°	۰/۹۶۵	۰/۲۱۰	۴/۲۵۹ - / ۰/۶۳۴
مواجهه و تلفیقی	-۲/۲۱۹°	۱/۰۴۳	۰/۱۲۵	۴/۸۶۵ - / ۰/۴۲۷
ذهن آگاهی و تلفیقی	-۲/۹۰۶°	۱/۱۱۸	۰/۰۴۳	۵/۷۴۱ - / ۰/۰۷۲

اثربخشی درمان مواجهه با ذهن آگاهی تفاوت معنادار وجود دارد و بر اساس نتایج پژوهش مواجهه در مقایسه با ذهن آگاهی اثربخش‌تر بود. بین روش تلفیقی و ذهن آگاهی تفاوت معنادار وجود دارد، که حاکی از اثربخش‌تر بودن در مان ذهن آگاهی بود. اما بین روش مواجهه و تلفیقی تفاوت معناداری مشاهده نشد. پیگیری سه ماهه نیز نشان دهنده اثرات پایدار درمان در هر سه روش در مقایسه با گروه گواه بود.

یافته‌های مربوط به اثربخش‌تر بودن مواجهه در مقایسه با ذهن آگاهی با پژوهش‌های استورچ، مک گوئیر و مک کی (۲۰۱۷) و توهیگ و همکاران (۲۰۱۸) که درمان مواجهه‌سازی را به تنهایی به عنوان خط اول درمان و وسواس در نظر گرفته‌اند، هم‌سو می‌باشد، اما با نتایج پژوهش‌های هانلی و همکاران (۲۰۱۶)، هال، استراس و تیلور (۲۰۱۳)، کالز و راز، ۲۰۱۴، خوری، ۲۰۱۳، فایرفاکس و همکاران، ۲۰۱۴، لادویک و باسچن (۲۰۱۵) و پارت و کوپل (۲۰۱۷) که نشان دادند ذهن آگاهی به اندازه‌ی مواجهه در درمان وسواس اثربخش است هم‌سو نمی‌باشد. همچنین این یافته‌ها با فرا تحلیل اکبری و حسینی (۱۳۹۷) که به مقایسه درمان‌های مواجهه، شناختی- رفتاری، و موج سوم پرداختند و به این نتیجه دست یافتند که عامل درمان بخش در اختلال وسواسی - جبری مواجهه است و روش‌هایی که در بخشی از فرآیند درمان مواجهه را به کار می‌برند

نتایج جدول ۷ نشان دهنده‌ی تفاوت نمره سه گروه آزمایشی در مرحله‌ی پس آزمون به پیگیری (-۰/۳۴۴، -۱/۰۳۱ و -۱/۴۳۸) در کاهش علائم اختلال وسواسی - جبری در مقایسه با گروه گواه است. همچنین تفاوت میانگین حاصل از مقایسه گروه مواجهه‌سازی و پیگیری از پاسخ و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، مواجهه‌سازی و پیگیری از پاسخ و مواجهه‌سازی مبتنی بر ذهن آگاهی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و مواجهه‌سازی مبتنی بر ذهن آگاهی به ترتیب در مرحله‌ی پس آزمون به پیگیری (-۱/۸۱۳، -۲/۲۱۹ و -۲/۹۰۶) نشان می‌دهد بین میانگین گروه مواجهه‌سازی و پیگیری از پاسخ با دو گروه مواجهه‌سازی مبتنی بر ذهن آگاهی با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مرحله‌ی پس آزمون به پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد. اما گروه مواجهه‌سازی مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی طور معناداری در پیگیری از عود اختلال وسواسی - جبری اثربخش است.

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش مقایسه میزان اثربخشی مواجهه‌سازی، ذهن آگاهی و مواجهه - ذهن آگاهی به صورت تلفیقی در کاهش نشانگان وسواس بود. در این پژوهش چهار گروه مورد مقایسه قرار گرفتند. مقایسه داده‌ها در میان چهار گروه بیانگر این بود که بین

استفاده از تکنیک‌هایی مثل ذهن آگاهی به دلیل کاهش تمرکز بر مواجهه و کاهش رنج بیمار در برخی از موارد ممکن است به اثرات پایدار درمانی منجر نشود همسوست. زیرا طبق پژوهش‌های لین و همکاران (۲۰۱۸)، شیروتسکی و نودا (۲۰۱۹) و آبراموویتز (۲۰۱۸) و تبیین‌های نظریه‌ی یادگیری بازداری (آبراموویتز، ۲۰۱۸) حذف مواجهه از فرآیند درمان باعث عدم دستیابی به نتایج قابل انتظار در درمان وسواس می‌گردد. با توجه به این که انجام مواجهه تا بهبود کامل علائم ادامه یافته و این استمرار سبب یادگیری جدید مبنی بر عدم ترس شده و عود اختلال نیز اتفاق نیفتاده و درمان مواجهه اساساً به عنوان یک روش درمانی جهت پیشگیری از عود در درمان اختلال وسواسی - جبری می‌تواند به صورت موفقیت‌آمیزی استفاده شود. بنابراین می‌توان گفت علی‌رغم انتقادات وارده به روش درمانی مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ و پدیدایی درمان‌های جدید به ویژه درمان‌های موج سوم در درمان اختلال وسواسی - جبری، این درمان‌ها موفقیت بیشتری در مقایسه با درمان مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ نداشته‌اند و همچنان عامل درمان بخش در بهبودی اختلال وسواسی - جبری، مواجهه باقی می‌ماند و عوامل دیگر نظیر تکنیک‌های ذهن آگاهی به عنوان یک تسهیل‌گر در فرآیند درمان کمک کرده و در مقایسه با روش درمانی مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ سبب ایجاد نتایج درمانی اثربخش‌تری نمی‌شوند. از محدودیت‌های این پژوهش عدم زمان کافی برای آزمون پیگیری بود که ممکن است نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار داده باشد. با توجه به این که آزمودنی‌های شرکت‌کننده در این پژوهش به همراه مداخلات روانشناختی دارو نیز استفاده می‌کردند انجام بررسی اثربخشی مداخلات این پژوهش بدون مصرف دارو نیز می‌تواند نتایج سودمندی در پژوهش‌های مربوط به درمان اختلال وسواسی - جبری در بر داشته باشد.

منابع

اکبری، مهدی و حسینی، زهرا سادات (۱۳۹۷). فرا تحلیل مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ، درمان شناختی - رفتاری و درمان‌های موج سوم رفتاری در اختلال وسواسی - اجباری. فصل‌نامه علمی - پژوهشی روانشناسی کاربردی، ۱۲(۱)، ۴۹۰-۴۷۹.

پاک‌نیا، نسیم؛ میرزائی، عباس؛ جهان، جواد؛ رنجبر سودجانی، یوسف و سیاح، سروالسادات (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی مدل درمانی رؤیایی و بازدای از پاسخ و روش کاهش فکر خطرناک بر ناگویی

اثربخش‌تر از روش‌هایی هستند که این بخش را در خود ندارند همسو می‌باشد. همچنین نتایج حاکی از آن است علی‌رغم این که روش‌های مبتنی بر ذهن آگاهی اساساً برای پیشگیری از عود طراحی شده‌اند در مقایسه با مواجهه در پیشگیری از عود و قطع درمان اثربخش‌تر نبودند. در تحلیل نتایج این پژوهش می‌توان گفت با توجه به پژوهش‌های آبراموویتز (۲۰۱۸) بیشترین انتقادات وارد شده به روش درمانی مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ قطع درمان ناشی از رنج تحمیلی به بیمار و عود این اختلال مدتی پس از بهبودی است. علی‌رغم این که آزمودنی‌های این پژوهش به مدت طولانی (۹۰ دقیقه) در جلسات درمانی و به صورت مکرر و روزانه در معرض محرک‌های وسواسی قرار گرفته و رنج قابل توجهی را تجربه کردند در هیچ یک از مراحل درمان وجود این رنج باعث قطع درمان نگردید و تمامی آنها درمان را تا به انتها ادامه دادند. این یافته با پژوهش لین و همکاران (۲۰۱۹) مبنی بر این که پس از انجام جلسات دشوار مواجهه، بیمار هیجانات مثبت ناشی از رضایت مندی انجام ندادن عمل وسواسی را تجربه کرده که به منزله‌ی پاداش محسوب شده و فرآیند تحمل رنج را برای مراجع تقویت کرده و سبب ادامه دادن این روند تا بهبودی کامل می‌شود همسو می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت تجربه‌ی رنج در روش درمانی مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ، اثرات درمانی داشته و فرآیند بهبودی علائم وسواسی - جبری را سرعت می‌بخشد. (شیروتسکی و نودا، ۲۰۱۸). این یافته با پژوهش لین و همکاران (۲۰۱۹) مبنی بر این که ۹۰ درصد بیمارانی که تحت درمان مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ قرار می‌گیرند آن را تا به آخر ادامه می‌دهند نیز همسانی دارد. حتی زمانی که روش تلفیقی با افزودن تکنیک‌های ذهن آگاهی به تکنیک‌های مواجهه درصدد کاهش رنج تحمیلی به بیمار برآمد در مقایسه با به کارگیری روش مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ بین این دو روش در هیچ یک از مراحل درمان تفاوت معناداری مشاهده نشد. از سوی دیگر نتایج به دست آمده از این پژوهش حاکی از اثر بخشی معنادار درمان مواجهه‌سازی مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با شناخت درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بود و این نتایج نشان می‌دهد که به کارگیری تکنیک‌های ذهن آگاهی به تنهایی در کاهش علائم وسواس اثربخش‌تر از درمان‌های مبتنی بر مواجهه نیست. این یافته‌ها با یافته‌های شیروتسکی و نودا (۲۰۱۸) که نشان دادند اگر تمامی بخش‌های درمانی به طور کامل به مواجهه اختصاص یابد باعث تثبیت درمان و ایجاد اثرات عمیق‌تر شده و

- Doron, G., Derby, D., Szepsenwol, O., Nahaloni, E., & et al. (2016). Relationship Obsessive-Compulsive Disorder: Interference, Symptoms, and Maladaptive Beliefs. *Front Psychiatry*, 7, 58-63.
- Emerson, L., Heapy, C., & Garcia-Soriano, G. (2017). Which facets of mindfulness protect individuals from the negative experiences of obsessive intrusive thoughts? *Mindfulness*, 9(4), 1170-1180.
- Fairfax, H., Easey, K., Fletcher, S., & Barfield, J. (2014). Does mindfulness help in the treatment of obsessive compulsive disorder (OCD)? An audit of client experience of an OCD group. *Counselling Psychology Review*, 29, 17-27.
- Feng, B., Zhang, Z. J., Zhu, R. M., Yuan, G. Z., Luo, L. Y., McAlonan, G. M., & et al. (2016). Transcutaneous electrical acupoint stimulation as an adjunct therapy for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled study. *Journal of Psychiatric Research*, 80, 30-37.
- Foa, E.B., Yadin, E., & Lichner, T. K. (2012). *Exposure and Response (ritual) prevention for obsessive – compulsive disorder (2nd)*: Oxford university press
- Hale, L., Strauss, C., & Taylor, B. L. (2013). The effectiveness and acceptability of mindfulness-Based therapy for obsessive compulsive disorder: a review of the literature. *Mindfulness*, 4, 375-382.
- Hanley, A.W., Abell, N., Debra, S., Osborn, D.S., & et al. (2016). Mind the Gaps: Are Conclusions About Mindfulness Entirely Conclusive. *Journal of counselling and Development*, 94, 103-113.
- Jacobsen, N.C., Newman, M.G., & Goldfried, M.R. (2016). Clinical feedback about empirically supported treatments for obsessive-compulsive disorder. *Behavior therapy*, 47, 75-90.
- Jones, P. J., Mair, P., Riemann, B. C., Mugno, B. L., & et al. (2018). A network perspective on comorbid depression in adolescents with obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 53, 1-8.
- Kapci, E. G., Uslu, R., Turcpar, H., & Karaoglan, A. (2008). Beck Depression Inventory II: Evaluation of the psychometric properties and cut-off points in a Turkish adult population. *Depression and Anxiety*, 25, 104-110.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., & et al. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33, 763-771.
- Kulz, A.K., & Rose, N. (2014). Mindfulness based cognitive therapy (MBCT) in patients with obsessive compulsive disorder: An adaptation of the original program. *Psychotherapy Psychosomatic Medicine Psychology*, 64, 35-40.
- Lin, X.B., Lee, T.H., Cheung, Y.B., Ling, J., & et al. (2019). Exposure therapy with personalized Real-time arousal detection and feedback to alleviate social anxiety symptoms in an analogue adult sample: pilot proof-of-concept randomized controlled trial. *Jmir ment health*, 6, 32-38.
- خلقی و اجتناب شناختی بیماران وسواسی. فصلنامه علمی مطالعات روانشناختی، ۱(۱۴)، ۱۰۹-۱۲۶.
- دابسون، کیت استفان و محمدخانی، پروانه (۱۳۸۶). مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک - ۲ در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی در دوره‌ی بهبودی نسبی. مجله توانبخشی، ۸(۲۹)، ۸۶-۸۰.
- دادفر، محبوبه؛ بوالهروی، جعفر؛ ملکوتی، کاظم و بیان زاده، سید اکبر (۱۳۸۱). بررسی شیوع نشانه‌های اختلال وسواسی - جبری. مجله اندیشه و رفتار، ۱(۷)، ۳۲-۲۲.
- رجبی، غلامرضا و کارجو کسمانی، سونا (۱۳۹۱). کفایت شاخص‌های روان سنجی نسخه‌ی فارسی پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم (BDI-II). فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی، ۱۰(۳)، ۱۵۷-۱۳۹.
- فرست، مایکل بی؛ جنت ب؛ کرگ، ویلیامز؛ رونداس. کرگ، رابرت ل و اسیتر (۱۳۹۶). مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های DSM5 (ترجمه بهرننگ شادلوور زهرا شهریور). تهران: ابن سینا: (تاریخ تألیف به زبان اصلی، ۲۰۱۶).
- شعبانی، امیر (۱۳۹۸). بررسی مشخصات روانسنجی مصاحبه بالینی ساختار یافته برای DSM-5(R) نسخه بالینگر (SCID-5-CV) در جمعیت بیماران مبتلا به اختلال‌های روان پزشکی شهر تهران. طرح پژوهشی، پایگاه نتایج پژوهش‌های سلامت کشور.
- Abramowitz, J.S. (2018). *Getting over OCD (2nd)*. New York: Guilford press.
- Abramowitz, J. S., & Arch, J. J. (2014). Strategies for improving long-term outcomes in cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: Insights from learning theory. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21, 20-31.
- Abramowitz, J. S., & Jacoby, R. J. (2015). *Obsessive-Compulsive Disorder in Adults, in the series Advances in Psychotherapy: Evidence-Based Practice*. Boston, MA: Hogrefe Publishing.
- Arch, J. J., & Abramowitz, J. S. (2015). Exposure therapy for obsessive-compulsive disorder: An optimizing inhibitory learning approach. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 174-182.
- AY, R., & Erbay, L. G. (2018). Relationship between childhood trauma and suicide probability in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 26, 132-136.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Carbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*, 8, 77-100.
- Claudius, B., Hottenrott, B., Alsleben H., Alrike, P., Schroder, J., & Moritz, S. (2015). Mindfulness for OCD? No evidence for a direct effect of a self-help treatment approach. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 59-65. doi:10.1016/j.jocrd.2015.05.003.

- randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 108, 1-9.
- Van De Heiden, C., Van Rossen, K.M., Dekker, A., Damstra, M., & et al. (2019). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 9, 24-29.
- Woody, S. R., Steketee, G., & Chambless, D. L. (1994). Reliability and validity of the Yale-Brown obsessive compulsive scale. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 33, 597- 605.
- Wu, M. S., McGuire, J. F., Martino, C., Phares, V., & et al. (2017). A meta-analysis of family accommodation and OCD symptom severity. *Clinical Psychology Review*, 45, 34-44.
- Ludvik, D., & Boschen, M.J. (2015). Cognitive restructuring and detached mindfulness: Comparative impact on a compulsive checking task. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 5, 8-15.
- Mataix-Cols, D., Turner, C., Monzani, B., Isomura, K., & et al. (2014). Cognitive-behavioural therapy with post-session D-cycloserine augmentation for paediatric obsessive-compulsive disorder: pilot randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 204, 77-78.
- Ost, L.G., Havnen, A., Hansen, B., & Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. *Clinical Psychology Review*, 40, 156-169.
- Osorio, F.L., Loureiro, S.R., Hallak, J.E.C, Machado-deSusa, J.P., & et al. (2019). Clinical validity and intrater and test-retest reliability of the structured clinical interview for DSM-5 disorders-clinician version (SCID-5-CV). *psychiatry and clinical neuroscience*, 2, 33-41.
- Potter, K., & Coyle, A. (2017). Psychotherapeutic practitioners' views of the efficacy of mindfulness for the treatment of obsessive compulsive disorder: A qualitative key informant analysis. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 19, 124-140.
- Sears, R.W. (2015). *Competence Building in Mindfulness-Based Cognitive Therapy*. New York & London: Routledge press.
- Shonin, E.G., & Van -Gordon, W. (2016). The Mechanisms of Mindfulness in the Treatment of Mental Illness and Addiction. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14, 844-849.
- Shirotski, K., & Noda, Sh. (2018). Cognitive Behavior therapy and Mindfulness-based intervention for social anxiety. *anxiety disorders*, 5, 115-128.
- Storch, E. A., McGuire, J. F., & McKay, D. (2017). *The Clinician's Guide to Cognitive-Behavioral Therapy for Childhood Obsessive-Compulsive Disorder*.
- Strauss, C., Rosten, C., Hayward, M., Lea, L., & et al. (2015). Mindfulness-based exposure and response prevention for obsessive compulsive disorder: study protocol for a pilot randomised controlled trial. *Trials*, 16, 1-7.
- Strauss, C., Lea, L., Hayward, M., Forrester, E., & et al. (2018). Mindfulness-based exposure and response prevention for obsessive compulsive disorder: Findings from a pilot randomised controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 57, 39-47.
- 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 metaanalysis. *Journal of Affective Disorders*, 218, 217-226.
- Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., Smith, B. M., Fabricant, L. E., & et al. (2018). Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A