Journal of Research in Psychological Health
September 2025, Volume 19, Issue 4

The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on thought fusion and severity of obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder

Hoda Jafarian*[1], Maryam Nakhkoub[2]

1 .Department of psychology,Am.C., Islamic Azad University, Amol, Iran.iau.ir@2050647506
2. Department of psychology, Roudehen branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

Citation: Jafarian, H., Nakhkoub, M. (2025). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on thought fusion and severity of obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. **J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2025; 19 (3):1-16 [Persian].

Article Info:

Abstract

The present study aimed to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on thought fusion and the severity of obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. The research method was a quasi-experimental design with a pre-test, post-test, and follow-up with a control group. The statistical population of the study included patients with obsessive-compulsive disorder referring to counseling centers and psychological clinics in Tehran between October and December 2025. After the diagnosis of the disorder based on the Structured Clinical Interview (SCID) and the Yale-Brown Scale, 40 patients were selected using a convenience sampling method and randomly assigned to two experimental groups (20 people) and control groups (20 people). The experimental group underwent cognitive-behavioral therapy, and data were collected using the Thought Fusion Questionnaire (TAFQ) and the Yale-Brown Obsessive Compulsivity Scale (Y-BOCS) at the pre-test, post-test, and follow-up stages. Data analysis was performed using repeated measures analysis of variance. The results showed that cognitive-behavioral therapy significantly reduced thought fusion and the severity of obsessive-compulsive symptoms in the experimental group compared to the control group, and this effect was maintained at the follow-up stage. Based on the findings of the study, cognitive-behavioral therapy can be used as an effective intervention in reducing the symptoms of obsessive-compulsive disorder by modifying dysfunctional cognitive beliefs, especially thought-action fusion.

Key words
Cognitive-behavioral therapy, cognitive-action fusion, obsessive-compulsive disorder, severity of obsessive symptoms.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری بر همجوشی فکری و شدت نشانه های وسواس در بیماران مبتلا به وسواس فکری – عملی

هدی جعفریان[1]*، مریم نخکوب[2]

۱. نویسنده مسئول: گروه روانشناسی، واحد آیت الله آملی، دانشگاه آزاداسلامی،آمل،ایران
۲. گروه روانشناسی ، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی–رفتاری بر همجوشی فکری و شدت نشانه‌های وسواس فکری–عملی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری–عملی انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری–عملی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌شناختی شهر تهران در بازه زمانی مهر تا آذرماه ۱۴۰۴ بود. تعداد ۴۰ بیمار پس از تشخیص اختلال بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID) و مقیاس ییل–براون، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش تحت درمان شناختی–رفتاری قرار گرفت و داده‌ها با استفاده از پرسشنامه همجوشی فکری (TAFQ) و مقیاس شدت وسواس ییل–براون (Y-BOCS) در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام گرفت. نتایج نشان داد درمان شناختی–رفتاری موجب کاهش معنادار همجوشی فکری و شدت نشانه‌های وسواس در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد و این اثر در مرحله پیگیری نیز حفظ گردید. بر اساس یافته‌های پژوهش، درمان شناختی–رفتاری با اصلاح باورهای ناکارآمد شناختی، به‌ویژه همجوشی فکری–عملی، می‌تواند به عنوان مداخله‌ای مؤثر در کاهش نشانه‌های اختلال وسواس فکری–عملی مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی

درمان شناختی–رفتاری، همجوشی فکری–عملی، اختلال وسواس فکری–عملی، شدت نشانه‌های وسواس

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

مقدمه

اختلال وسواس فکری-عملی[1] یکی از اختلالات شایع و ناتوان‌کننده روان‌شناختی است که با افکار، تصاویر یا تکانه‌های ناخواسته و تکرارشونده (وسواس‌های فکری) و رفتارها یا اعمال ذهنی اجباری (وسواس‌های عملی) مشخص می‌شود. این اختلال به دلیل ماهیت مزمن، تأثیر قابل توجه بر عملکرد فردی، اجتماعی و شغلی و همچنین کاهش کیفیت زندگی افراد مبتلا، یکی از مهم‌ترین چالش‌های حوزه سلامت روان محسوب می‌شود (کالاگان و همکاران، ۲۰۲۴؛ چتین و همکاران، ۲۰۲۴). افراد مبتلا به OCD معمولاً درگیر افکار مزاحمی هستند که برای آنان اضطراب‌آور و تهدیدکننده تلقی می‌شود و در پاسخ به این افکار، رفتارهای اجباری یا راهبردهای ذهنی خاصی را برای کاهش اضطراب و احساس خطر انجام می‌دهند. اگرچه این رفتارها در کوتاه‌مدت موجب کاهش تنش می‌شوند، در بلندمدت با تقویت چرخه وسواس، موجب تداوم و تشدید نشانه‌های اختلال می‌شوند (اسپنسر و همکاران، ۲۰۲۲؛ ون نوپن و همکاران، ۲۰۲۱).

با وجود اثربخشی درمان‌های موجود، از جمله درمان شناختی–رفتاری، همچنان بخشی از بیماران پاسخ کامل به درمان نشان نمی‌دهند و مشکلاتی مانند باقی‌ماندن نشانه‌های وسواسی، عود علائم و مقاومت درمانی در برخی افراد مشاهده می‌شود. این موضوع سبب شده است که پژوهشگران علاوه بر بررسی کاهش نشانه‌های بالینی، به مطالعه سازوکارهای شناختی زیربنایی مؤثر در شکل‌گیری و تداوم اختلال توجه بیشتری نشان دهند (جانی و همکاران، ۱۴۰۲؛ چن و همکاران، ۲۰۲۵). بر اساس مدل‌های شناختی وسواس، وجود افکار مزاحم به‌تنهایی عامل ایجاد اختلال نیست، بلکه نحوه تفسیر و معنایی که فرد به این افکار نسبت می‌دهد، نقش اساسی در تبدیل افکار عادی به تجربه‌های وسواسی دارد (شفران، ثوردارسون و راکمن، ۱۹۹۶؛ لی و همکاران، ۲۰۲۵).

یکی از مهم‌ترین سازه‌های شناختی مرتبط با اختلال وسواس فکری–عملی، همجوشی فکری–عملی است. این مفهوم نخستین‌بار توسط شفران، ثوردارسون و راکمن (۱۹۹۶) مطرح شد و به تمایل فرد برای برابر دانستن افکار با اعمال یا پیامدهای واقعی اشاره دارد. بر اساس این مفهوم، فرد ممکن است باور داشته باشد که صرف داشتن یک فکر خاص، احتمال وقوع آن رویداد را افزایش می‌دهد یا از نظر اخلاقی معادل انجام آن عمل است (شفران و همکاران، ۱۹۹۶). پژوهش‌های جدید نیز نشان داده‌اند که همجوشی فکری یکی از سازه‌های شناختی مهم مرتبط با شدت نشانه‌های وسواس است و در مقایسه با افراد سالم، در بیماران مبتلا به OCD سطح بالاتری دارد (چتین و همکاران، ۲۰۲۴؛ لی و همکاران، ۲۰۲۵).

همجوشی فکری معمولاً در دو مؤلفه اصلی شامل همجوشی فکری–عملی اخلاقی و همجوشی فکری–عملی احتمالی بررسی می‌شود. در مؤلفه اخلاقی، فرد داشتن یک فکر غیرقابل قبول را نشانه‌ای از بد بودن شخصیت یا قصد انجام آن عمل تلقی می‌کند؛ برای مثال، تجربه یک فکر آسیب‌رسان ممکن است احساس گناه شدید ایجاد کند، حتی اگر فرد هرگز قصد انجام آن رفتار را نداشته باشد. در مؤلفه احتمالی نیز فرد معتقد است که فکر کردن درباره یک رویداد منفی می‌تواند احتمال وقوع آن را افزایش دهد؛ مانند این باور که فکر کردن درباره بیماری یا حادثه‌ای ناگوار، احتمال رخ دادن آن را بیشتر می‌کند (باقری شیخانگفشه و همکاران، ۱۴۰۴؛ شفران و همکاران، ۱۹۹۶). این باورهای ناکارآمد می‌توانند موجب افزایش احساس مسئولیت افراطی، تلاش برای کنترل افکار و انجام رفتارهای خنثی‌کننده شوند و از طریق تقویت چرخه اضطراب–وسواس، در تداوم اختلال نقش داشته باشند (شمرانی و همکاران، ۲۰۲۵).

در چارچوب مدل‌های شناختی، درمان شناختی–رفتاری[2] به عنوان یکی از مؤثرترین مداخلات مبتنی بر شواهد برای اختلال وسواس فکری–عملی شناخته شده است. این رویکرد بر این فرض اساسی استوار است که نشانه‌های وسواس نه صرفاً حاصل وجود افکار مزاحم، بلکه پیامد تفسیرهای ناکارآمد و باورهای اغراق‌آمیز درباره این افکار هستند. بنابراین، اصلاح ارزیابی‌های شناختی و کاهش رفتارهای اجتنابی و اجباری

[1] Obsessive–Compulsive Disorder; OCD

[2] Cognitive Behavioral Therapy

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

می‌تواند چرخه معیوب وسواس را مختل کند (اسپنسر و همکاران، ۲۰۲۲؛ ون نوپن و همکاران، ۲۰۲۱). درمان شناختی–رفتاری برای اختلال وسواس معمولاً شامل مؤلفه‌هایی همچون بازسازی شناختی، شناسایی باورهای ناکارآمد، مواجهه و جلوگیری از پاسخ [۳] است که هدف آن کاهش ترس و اضطراب مرتبط با افکار وسواسی و افزایش توانایی فرد برای تحمل این افکار بدون انجام رفتارهای اجباری است (حسینی و همکاران، ۱۴۰۴).

یکی از مسیرهای مهم اثرگذاری درمان شناختی–رفتاری در بیماران مبتلا به OCD، تغییر در باورهای مرتبط با افکار مزاحم و کاهش همجوشی فکری است. در این درمان، بیماران می‌آموزند که میان داشتن یک فکر و انجام دادن یک عمل تفاوت قائل شوند و افکار ذهنی را به عنوان رویدادهایی طبیعی و گذرا در نظر بگیرند، نه نشانه‌ای از خطر، مسئولیت یا ویژگی‌های اخلاقی فرد. این تغییر دیدگاه شناختی می‌تواند موجب کاهش احساس گناه، مسئولیت‌پذیری افراطی و نیاز به کنترل افکار شود و در نهایت شدت نشانه‌های وسواس را کاهش دهد (رضا و همکاران، ۱۴۰۴؛ ندایی و همکاران، ۲۰۲۵).

یافته‌های پژوهشی نیز از نقش درمان شناختی–رفتاری در کاهش سازه‌های شناختی مرتبط با وسواس حمایت کرده‌اند. در پژوهش رضا و همکاران (۱۴۰۴)، درمان شناختی–رفتاری موجب کاهش کمال‌گرایی و خطای شناختی هم‌ارزی فکر و عمل در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری–عملی شد. این یافته اهمیت هدف قرار دادن باورهای شناختی مرتبط با افکار مزاحم را در فرآیند درمان تأیید می‌کند. همچنین، جانی، حاجلو و نریمانی (۱۴۰۲) در مقایسه درمان شناختی–رفتاری مبتنی بر اینترنت و درمان متمرکز بر هیجان نشان دادند که مداخلات شناختی–رفتاری می‌توانند بر همجوشی شناختی و برخی ابعاد روان‌شناختی مرتبط با اختلال وسواس اثرگذار باشند.مطالعات اخیر نیز نشان داده‌اند که رابطه میان همجوشی فکری و نشانه‌های وسواس پیچیده‌تر از یک همبستگی ساده است و این سازه از طریق افزایش اجتناب تجربه‌ای، سرکوب فکر و تقویت احساس تهدید ذهنی می‌تواند در تداوم علائم نقش داشته باشد (شمرانی و همکاران، ۲۰۲۵). از این منظر، کاهش همجوشی فکری می‌تواند یکی از مکانیسم‌های اصلی تغییر در درمان شناختی–رفتاری باشد؛ زیرا زمانی که فرد باور کند افکار او الزاماً بیانگر واقعیت، احتمال وقوع حوادث یا ارزش‌های اخلاقی او نیستند، نیاز کمتری به انجام رفتارهای خنثی‌کننده احساس خواهد کرد(ندایی و همکاران، ۲۰۲۵).علاوه بر این، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که مؤلفه‌های شناختی مرتبط با وسواس، مانند همجوشی فکری، تنها به اختلال وسواس محدود نیستند و به عنوان سازه‌های فراتشخیصی در بسیاری از مشکلات هیجانی مورد توجه قرار گرفته‌اند. برای مثال، پژوهش‌هایی در حوزه اختلالات اضطرابی و مشکلات هیجانی نشان داده‌اند که کاهش انعطاف‌ناپذیری شناختی و افزایش فاصله گرفتن از افکار می‌تواند با بهبود عملکرد روان‌شناختی همراه باشد (لی و همکاران، ۲۰۲۵؛ سلیمانی و همکاران، ۱۴۰۴). این موضوع اهمیت بررسی فرآیندهای شناختی مانند همجوشی فکری را در کنار ارزیابی کاهش نشانه‌های بالینی برجسته می‌کند.

با وجود شواهد موجود درباره اثربخشی درمان شناختی–رفتاری در کاهش علائم اختلال وسواس فکری–عملی، بیشتر مطالعات بر پیامدهای بالینی مانند شدت وسواس تمرکز داشته‌اند و بررسی هم‌زمان تغییرات سازه‌های شناختی زیربنایی، به‌ویژه همجوشی فکری، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. همچنین، مشخص نیست که کاهش همجوشی فکری تا چه اندازه همزمان با کاهش شدت نشانه‌های وسواس در طول فرآیند درمان رخ می‌دهد و آیا این تغییرات پس از پایان مداخله نیز پایدار باقی می‌مانند. بنابراین، بررسی اثر درمان شناختی–رفتاری بر همجوشی فکری می‌تواند به روشن‌تر شدن سازوکارهای تغییر درمانی و توسعه مداخلات هدفمندتر برای بیماران مبتلا به OCD کمک کند.بر همین اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی–رفتاری بر همجوشی فکری و شدت نشانه‌های وسواس فکری–عملی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری–عملی انجام شد. پرسش اصلی پژوهش این است که آیا درمان شناختی–رفتاری می‌تواند موجب کاهش همجوشی فکری و شدت

[۳] Exposure and Response Prevention: ERP

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

نشانه‌های وسواس فکری–عملی در بیماران مبتلا به این اختلال شود؟

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی تشکیل می‌دادند که در فاصله زمانی مهر تا آذرماه ۱۴۰۴ به مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌شناختی شهر تهران مراجعه کرده بودند. تشخیص اختلال وسواس فکری-عملی بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته و کسب نمره برش در مقیاس وسواس فکری-عملی ییل–براون انجام شد.حجم نمونه با استناد به مطالعات پیشین و با در نظر گرفتن ملاحظات مربوط به طرح‌های نیمه‌آزمایشی، ۴۰ نفر تعیین شد. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس از میان مراجعان واجد شرایط انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل تشخیص قطعی اختلال وسواس فکری-عملی، داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل، قرار گرفتن در دامنه سنی تعیین‌شده پژوهش، رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه و عدم دریافت هم‌زمان سایر مداخلات روان‌شناختی بود. همچنین، ابتلا به اختلالات روان‌پریشی، اختلالات شناختی شدید یا سایر شرایطی که مانع مشارکت مؤثر در جلسات درمانی می‌شد، به عنوان معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شد.پس از انجام غربالگری اولیه و احراز معیارهای ورود، شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) گمارش شدند. گروه آزمایش مداخله درمان شناختی–رفتاری را مطابق پروتکل پژوهش دریافت کرد، در حالی که گروه کنترل در طول دوره اجرای پژوهش هیچ‌گونه مداخله روان‌شناختی دریافت نکرد و تنها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفت.

ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه همجوشی فکری (Thought–Action Fusion Questionnaire; TAFQ)

پرسشنامه همجوشی فکری توسط شفران، ثوردارسون و راکمن (۱۹۹۶) با هدف سنجش باورهای مرتبط با همجوشی فکری طراحی شد. این ابزار از ۱۹ گویه تشکیل شده است و سه مؤلفه را ارزیابی می‌کند: همجوشی فکری–عملی اخلاقی (۱۲ گویه)، همجوشی فکری–عملی احتمالی برای خود (۳ گویه) و همجوشی فکری–عملی احتمالی برای دیگران (۴ گویه) (شفران و همکاران، ۱۹۹۶). خرده‌مقیاس اخلاقی به این باور اشاره دارد که داشتن یک فکر غیرقابل قبول از نظر اخلاقی معادل انجام آن رفتار است، در حالی که دو خرده‌مقیاس احتمالی، باور فرد را درباره افزایش احتمال وقوع یک رویداد ناگوار برای خود یا دیگران در نتیجه صرف فکر کردن به آن ارزیابی می‌کنند.گویه‌های این پرسشنامه بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از «اصلاً موافق نیستم» (۰) تا «کاملاً موافقم» (۴) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل از مجموع نمرات گویه‌ها به دست می‌آید و در دامنه صفر تا ۷۶ قرار می‌گیرد؛ نمرات بالاتر بیانگر سطح بالاتر همجوشی فکری و شدت بیشتر باورهای ناکارآمد مرتبط با آن است. شفران و همکاران (۱۹۹۶) برای کل مقیاس ضریب آلفای کرونباخ ۰.۹۲ و برای خرده‌مقیاس‌های همجوشی فکری اخلاقی و احتمالی به‌ترتیب ۰.۹۶ و ۰.۸۵ گزارش کردند که نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب این ابزار است. در ایران نیز قاسم‌زاده و همکاران، روایی و پایایی این پرسشنامه را تأیید کرده‌اند. در پژوهش آنان، ضریب پایایی بازآزمایی ۰.۸۰ و همسانی درونی پرسشنامه در سطح مطلوب گزارش شد که بیانگر مناسب بودن ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار در جامعه ایرانی است.

۲- مقیاس وسواس فکری–عملی ییل–براون (Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale; Y-BOCS)

مقیاس وسواس فکری–عملی ییل–براون توسط گودمن و همکاران (۱۹۸۹) تدوین شد و یکی از پرکاربردترین و معتبرترین ابزارهای ارزیابی شدت نشانه‌های اختلال وسواس فکری–عملی به شمار می‌رود. این مقیاس شامل ۱۰ ماده است که در دو خرده‌مقیاس پنج‌سؤالی، شامل وسواس‌های فکری (گویه‌های ۱ تا ۵) و وسواس‌های عملی (گویه‌های ۶ تا ۱۰)، سازمان‌دهی شده است. هر دو خرده‌مقیاس ابعادی مانند مدت اشتغال ذهنی، میزان اختلال در عملکرد، شدت اضطراب، مقاومت در برابر نشانه‌ها و میزان کنترل بر افکار یا

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

رفتارهای وسواسی را ارزیابی می‌کنند.هر یک از گویه‌های این مقیاس بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای از صفر (بدون علامت) تا چهار (بسیار شدید) نمره‌گذاری می‌شود و مجموع نمرات، نمره کل شدت نشانه‌های وسواس را در دامنه صفر تا ۴۰ نشان می‌دهد. نمرات بالاتر بیانگر شدت بیشتر نشانه‌های وسواس فکری–عملی است.ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ییل–براون در مطالعات متعدد تأیید شده است. گودمن و همکاران (۱۹۸۹) ضریب آلفای کرونباخ ۰.۸۹ و پایایی بین ارزیابان ۰.۹۸ را برای این مقیاس گزارش کردند. همچنین، اسپنسر و همکاران (۲۰۲۲) ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب این ابزار را در نمونه‌های بالینی تأیید کرده‌اند. در ایران نیز اصفهانی و همکاران روایی صوری و محتوایی این مقیاس را مورد تأیید قرار داده و ضریب آلفای کرونباخ ۰.۹۷ را برای کل مقیاس گزارش کرده‌اند که نشان‌دهنده پایایی بسیار مطلوب این ابزار در جمعیت ایرانی است.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پژوهش، از شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون‌های آمار استنباطی استفاده شد. در بخش آمار توصیفی، شاخص‌هایی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان و متغیرهای پژوهش محاسبه شد.در بخش آمار استنباطی، ابتدا پیش‌فرض‌های لازم برای انجام تحلیل‌های پارامتریک، شامل بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس‌ها، به‌ترتیب با استفاده از آزمون کلموگروف–اسمیرنوف و آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. سپس به‌منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی–رفتاری بر همجوشی فکری و شدت نشانه‌های وسواس فکری–عملی، با توجه به وجود دو متغیر وابسته و کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) استفاده شد. همچنین، برای بررسی اثر مداخله بر هر یک از متغیرهای وابسته، تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (ANCOVA) انجام گرفت.تمامی تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد و سطح معناداری آزمون‌ها ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱: پروتکل درمان شناختی–رفتاری (CBT) برای اختلال وسواس فکری–عملی

جلسه	شرح مداخلات درمانی	تکالیف خانگی	اهداف و محتوای جلسه
۱	ارزیابی اولیه، آموزش روان‌شناختی درباره OCD، معرفی چرخه وسواس–اضطراب–اجبار و تبیین منطق درمان	ثبت افکار وسواسی، موقعیت‌های ایجادکننده اضطراب و رفتارهای اجباری روزانه	آشنایی بیمار با ماهیت اختلال وسواس فکری–عملی، ایجاد رابطه درمانی، معرفی مدل شناختی–رفتاری وسواس و نقش افکار در ایجاد اضطراب
۲	آموزش تفاوت بین فکر، احساس و رفتار؛ بررسی نقش تفسیرهای فرد از افکار مزاحم	تکمیل فرم ثبت افکار و شناسایی موقعیت‌های همراه با همجوشی فکری	افزایش آگاهی نسبت به افکار مزاحم و شناسایی باورهای ناکارآمد مرتبط با وسواس
۳	معرفی مفهوم همجوشی فکری–عملی، آموزش تمایز بین داشتن فکر و انجام عمل، به چالش کشیدن باورهای ناکارآمد	ثبت نمونه‌هایی از افکار همجوش‌شده و بررسی شواهد موافق و مخالف آن‌ها	شناسایی باورهای مرتبط با همجوشی فکری و مسئولیت‌پذیری افراطی
۴	استفاده از تکنیک‌های بازسازی شناختی، بررسی خطاهای شناختی مانند بزرگ‌نمایی خطر و احساس مسئولیت افراطی	تمرین بازسازی شناختی درباره افکار وسواسی	اصلاح تحریف‌های شناختی و کاهش باورهای فاجعه‌آمیز
۵	طراحی سلسله‌مراتب مواجهه، آموزش مواجهه، جلوگیری از (ERP) و جلوگیری از پاسخ انجام رفتارهای اجباری	انجام تمرین‌های مواجهه تعیین‌شده و ثبت میزان اضطراب	کاهش اجتناب و رفتارهای خنثی‌کننده از طریق مواجهه تدریجی
۶	افزایش تدریجی شدت مواجهه، بررسی موانع درمانی و تقویت خودکارآمدی بیمار	اجرای تمرین‌های مواجهه در موقعیت‌های مختلف و ثبت پیشرفت	ادامه مواجهه و تقویت کنترل بر پاسخ‌های وسواسی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

۷	مرور باورهای اصلاح‌شده، تقویت فاصله شناختی از افکار و کاهش اهمیت‌دهی به افکار مزاحم	تمرین استفاده مستقل از فنون شناختی در موقعیت‌های روزمره	تثبیت تغییرات شناختی و کاهش باقی‌مانده همجوشی فکری
۸	مرور آموخته‌ها، آموزش راهبردهای پیشگیری از عود، ارزیابی تغییرات درمانی و پایان درمان	تهیه برنامه شخصی برای مقابله با بازگشت احتمالی نشانه‌ها	جمع‌بندی درمان، پیشگیری از عود و افزایش مهارت مدیریت نشانه‌ها

یافته ها

داده‌های حاصل از پژوهش در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در بخش توصیفی، شاخص‌هایی مانند فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان و متغیرهای پژوهش محاسبه شد. در بخش استنباطی نیز، به‌منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی–رفتاری بر همجوشی فکری و شدت نشانه‌های وسواس فکری–عملی، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.در این پژوهش، ۴۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری–عملی شرکت کردند که به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه‌ها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. توزیع فراوانی و درصد ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

متغیر	سطح متغیر	فراوانی گروه آزمایش	درصد گروه آزمایش	فراوانی گروه کنترل	درصد گروه کنترل
وضعیت تأهل	متأهل	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰
وضعیت تأهل	مجرد	۰	۰	۰	۰
وضعیت اقتصادی	متوسط	۱۶	۸۰	۱۵	۷۵
وضعیت اقتصادی	پایین	۴	۲۰	۵	۲۵

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که دو گروه آزمایش و کنترل از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بررسی‌شده، تفاوت قابل توجهی نداشتند و از نظر این متغیرها همتایی نسبی داشتند.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات همجوشی فکری و شدت نشانه‌های وسواس در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر وابسته	مرحله	میانگین گروه آزمایش	انحراف معیار گروه آزمایش	میانگین گروه کنترل	انحراف معیار گروه کنترل
همجوشی فکری	پیش‌آزمون	۶۵.۲۰	۵.۳۱	۶۴.۸۵	۵.۴۲
همجوشی فکری	پس‌آزمون	۴۳.۷۰	۶.۱۰	۶۳.۹۵	۵.۶۰
همجوشی فکری	پیگیری	۴۵.۱۰	۶.۴۵	۶۳.۴۰	۵.۳۸
شدت نشانه‌های وسواس	پیش‌آزمون	۲۶.۱۰	۳.۱۵	۲۵.۸۰	۳.۲۸
شدت نشانه‌های وسواس	پس‌آزمون	۱۲.۷۵	۳.۲۹	۲۶.۲۰	۳.۴۵
شدت نشانه‌های وسواس	پیگیری	۱۳.۱۰	۳.۳۶	۲۵.۹۵	۳.۵۰

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون در هر دو متغیر وابسته تفاوت قابل ملاحظه‌ای با یکدیگر نداشت که بیانگر همگنی اولیه گروه‌ها است. در مرحله پس‌آزمون، میانگین نمرات همجوشی فکری در گروه آزمایش از ۶۵.۲۰ به ۴۳.۷۰ و میانگین شدت نشانه‌های وسواس از ۲۶.۱۰ به ۱۲.۷۵ کاهش یافت؛ در حالی که در گروه کنترل تغییر محسوسی مشاهده نشد. همچنین نتایج مرحله پیگیری نشان داد که کاهش ایجادشده در هر دو متغیر در گروه آزمایش تا حد زیادی حفظ شده است و میانگین نمرات در این مرحله نسبت به مرحله پس‌آزمون تغییر اندکی داشته است. این یافته‌ها بیانگر اثربخشی اولیه درمان شناختی–رفتاری در کاهش همجوشی فکری و شدت نشانه‌های وسواس فکری–عملی است. پیش از آزمون فرضیه‌های پژوهش، پیش‌فرض‌های لازم برای اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بررسی شد. ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو–ویلک ارزیابی گردید. نتایج نشان داد که توزیع نمرات متغیرهای همجوشی فکری و شدت نشانه‌های وسواس در هر دو گروه و در هر سه مرحله اندازه‌گیری از توزیع نرمال برخوردار است (P>۰.۰۵). نتایج این آزمون در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون شاپیرو–ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها

متغیر وابسته	مرحله	آماره گروه آزمایش	گروه آزمایش Sig	آماره گروه کنترل	گروه کنترل Sig
همجوشی فکری	پیش‌آزمون	۰.۹۵۴	۰.۳۵۴	۰.۹۶۲	۰.۴۸۲
همجوشی فکری	پس‌آزمون	۰.۹۳۸	۰.۲۲۶	۰.۹۴۶	۰.۲۹۷
همجوشی فکری	پیگیری	۰.۹۴۷	۰.۳۰۸	۰.۹۵۲	۰.۳۷۹
شدت نشانه‌های وسواس	پیش‌آزمون	۰.۹۷۱	۰.۶۱۴	۰.۹۶۸	۰.۵۵۱
شدت نشانه‌های وسواس	پس‌آزمون	۰.۹۶۲	۰.۴۹۶	۰.۹۵۹	۰.۴۳۷
شدت نشانه‌های وسواس	پیگیری	۰.۹۵۸	۰.۴۴۱	۰.۹۵۱	۰.۳۲۴

با توجه به اینکه تمامی سطوح معناداری بزرگ‌تر از ۰.۰۵ بودند، فرض نرمال بودن داده‌ها تأیید شد.به‌منظور بررسی همگنی واریانس‌ها، آزمون لون برای هر یک از مراحل اندازه‌گیری اجرا شد. نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین واریانس گروه‌های آزمایش و کنترل وجود ندارد (P>۰.۰۵). بنابراین، مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار بود.

جدول ۵. نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیر وابسته	مرحله	آماره لون	df۱	df۲	Sig
همجوشی فکری	پیش‌آزمون	۱.۵۸	۱	۳۸	۰.۲۱۸
همجوشی فکری	پس‌آزمون	۱.۷۶	۱	۳۸	۰.۱۸۹
همجوشی فکری	پیگیری	۱.۲۴	۱	۳۸	۰.۲۷۴
شدت نشانه‌های وسواس	پیش‌آزمون	۰.۹۱	۱	۳۸	۰.۳۴۶
شدت نشانه‌های وسواس	پس‌آزمون	۱.۳۱	۱	۳۸	۰.۲۵۹
شدت نشانه‌های وسواس	پیگیری	۱.۰۷	۱	۳۸	۰.۳۰۸

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

همچنین، مفروضه کرویت با استفاده از آزمون موچلی بررسی شد. نتایج نشان داد که این مفروضه برای متغیرهای همجوشی فکری و شدت نشانه‌های وسواس برقرار است (P>۰.۰۵)، بنابراین از نتایج آزمون‌های چندمتغیری بدون اعمال اصلاح گرین‌هاوس–گایزر استفاده شد.پس از تأیید پیش‌فرض‌های آماری، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثربخشی درمان شناختی–رفتاری اجرا شد. نتایج آزمون‌های چندمتغیری در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون‌های چندمتغیری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

منبع تغییرات	آزمون	مقدار آزمون	درجه آزادی خطا	F	Sig	مجذور اتا
زمان	اثر پیلایی	۰.۵۶	۳۸	۲۴.۸۳	۰.۰۰۱	۰.۵۶
زمان	لامبدای ویلکز	۰.۴۴	۳۸	۲۴.۸۳	۰.۰۰۱	۰.۵۶
زمان	اثر هاتلینگ	۱.۲۸	۳۸	۲۴.۸۳	۰.۰۰۱	۰.۵۶
زمان	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱.۲۸	۳۸	۲۴.۸۳	۰.۰۰۱	۰.۵۶
زمان × گروه	اثر پیلایی	۰.۴۹	۳۸	۱۸.۷۱	۰.۰۰۱	۰.۴۹
زمان × گروه	لامبدای ویلکز	۰.۵۱	۳۸	۱۸.۷۱	۰.۰۰۱	۰.۴۹
زمان × گروه	اثر هاتلینگ	۰.۹۶	۳۸	۱۸.۷۱	۰.۰۰۱	۰.۴۹
زمان × گروه	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰.۹۶	۳۸	۱۸.۷۱	۰.۰۰۱	۰.۴۹

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که اثر اصلی زمان و اثر تعاملی زمان × گروه در سطح ۰.۰۱ معنادار است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که روند تغییرات متغیرهای وابسته در طول زمان در دو گروه یکسان نبوده و درمان شناختی–رفتاری موجب تغییر معنادار در همجوشی فکری و شدت نشانه‌های وسواس شده است.

جدول ۷. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثرات بین‌گروهی و درون‌گروهی

متغیر وابسته	منبع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	مجذور اتا
همجوشی فکری	گروه	۱	۸۹۶.۳۵	۱۸.۴۲	۰.۰۰۱	۰.۴۸
همجوشی فکری	زمان	۲	۷۴۸.۶۲	۲۲.۷۶	۰.۰۰۱	۰.۵۴
همجوشی فکری	زمان × گروه	۲	۵۵۶.۷۸	۱۶.۹۳	۰.۰۰۱	۰.۴۶
شدت نشانه‌های وسواس	گروه	۱	۶۲۴.۵۱	۱۵.۹۸	۰.۰۰۱	۰.۴۳
شدت نشانه‌های وسواس	زمان	۲	۵۷۳.۲۸	۲۰.۳۵	۰.۰۰۱	۰.۵۱
شدت نشانه‌های وسواس	زمان × گروه	۲	۴۹۸.۷۵	۱۶.۲۷	۰.۰۰۱	۰.۴۴

نتایج جدول ۷ نشان داد که اثر اصلی گروه، اثر اصلی زمان و اثر تعاملی زمان × گروه برای هر دو متغیر همجوشی فکری و شدت نشانه‌های وسواس معنادار است (P<۰.۰۱). معنادار بودن اثر تعاملی زمان × گروه نشان می‌دهد که تغییرات ایجادشده در طول زمان در دو گروه آزمایش و کنترل متفاوت بوده است؛ به عبارت دیگر، کاهش مشاهده‌شده در نمرات همجوشی فکری و شدت نشانه‌های وسواس در گروه آزمایش را می‌توان به دریافت درمان شناختی–رفتاری نسبت داد.با

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

توجه به معنادار شدن اثر تعاملی زمان × گروه، برای بررسی دقیق‌تر تفاوت میان مراحل مختلف اندازه‌گیری از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد.

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه مراحل مختلف اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	مقایسه مراحل	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	Sig
همجوشی فکری	پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون	۲۱.۵۰	۱.۳۴	۰.۰۰۱
همجوشی فکری	پیش‌آزمون ـ پیگیری	۱۹.۸۰	۱.۴۱	۰.۰۰۱
همجوشی فکری	پس‌آزمون ـ پیگیری	۲.۸۰	۱.۲۶	۰.۰۷۸
شدت نشانه‌های وسواس	پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون	۱۳.۳۵	۱.۰۸	۰.۰۰۱
شدت نشانه‌های وسواس	پیش‌آزمون ـ پیگیری	۱۳.۰۰	۱.۱۵	۰.۰۰۱
شدت نشانه‌های وسواس	پس‌آزمون ـ پیگیری	۰.۳۵	۱.۰۲	۰.۷۴۲

نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در جدول ۸ نشان داد که بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش، در هر دو متغیر همجوشی فکری و شدت نشانه‌های وسواس تفاوت معناداری وجود دارد ($P<0.01$). این یافته نشان می‌دهد که پس از اجرای درمان شناختی–رفتاری، میزان همجوشی فکری و شدت نشانه‌های وسواس در بیماران کاهش یافته است.همچنین، مقایسه مرحله پیش‌آزمون با مرحله پیگیری نشان داد که کاهش ایجادشده در متغیرهای پژوهش در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است ($P<0.01$)، که بیانگر تداوم نسبی اثر درمان شناختی–رفتاری پس از پایان مداخله است.از سوی دیگر، تفاوت بین مرحله پس‌آزمون و پیگیری در هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود ($P>0.05$). این نتیجه نشان می‌دهد که اثر درمان پس از پایان مداخله پایدار باقی مانده و در فاصله زمانی پیگیری، تغییر قابل توجهی در شدت نشانه‌ها مشاهده نشده است. در مجموع، یافته‌های حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که درمان شناختی–رفتاری موجب کاهش معنادار همجوشی فکری و شدت نشانه‌های وسواس فکری–عملی در بیماران مبتلا به OCD شده است. همچنین، حفظ کاهش نمرات در مرحله پیگیری نشان‌دهنده تداوم نسبی اثرات درمانی است. بنابراین، فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان شناختی–رفتاری در کاهش همجوشی فکری و شدت نشانه‌های وسواس فکری–عملی تأیید شد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی–رفتاری بر همجوشی فکری و شدت نشانه‌های اختلال وسواس فکری–عملی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان شناختی–رفتاری موجب کاهش معنادار همجوشی فکری و شدت نشانه‌های وسواس در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد. همچنین، نتایج مرحله پیگیری نشان داد که تغییرات ایجادشده پس از مداخله تا حدی پایدار باقی مانده است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان شناختی–رفتاری می‌تواند علاوه بر کاهش نشانه‌های آشکار وسواس، فرآیندهای شناختی زیربنایی مرتبط با تداوم این اختلال، به‌ویژه همجوشی فکری، را نیز تحت تأثیر قرار دهد.

یافته مربوط به کاهش همجوشی فکری با نتایج پژوهش‌های پیشین همسو است. در همین راستا، رضا، اسدی جوانشیر، میرانی و خواجوند خوشلی (۱۴۰۴) نشان دادند که درمان شناختی–رفتاری موجب کاهش خطای شناختی هم‌ارزی فکر و عمل در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری–عملی می‌شود. همچنین، جانی، حاجلو و نریمانی (۱۴۰۲) گزارش کردند که

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

درمان شناختی–رفتاری می‌تواند همجوشی شناختی را در افراد مبتلا به اختلال وسواس کاهش دهد. افزون بر این، حسینی، نصری و دستگردی (۲۰۲۵) نیز اثربخشی درمان شناختی–رفتاری را در کاهش همجوشی شناختی و نشانه‌های وسواس تأیید کردند. بنابراین، یافته حاضر در امتداد شواهد پژوهشی موجود نشان می‌دهد که هدف قرار دادن باورهای شناختی ناکارآمد، یکی از مسیرهای اصلی اثرگذاری درمان شناختی–رفتاری در اختلال وسواس فکری–عملی است.در تبیین این یافته می‌توان گفت که بر اساس نظریه همجوشی فکر–عمل شفران، ثوردارسون و راکمن (۱۹۹۶)، افراد مبتلا به وسواس تمایل دارند افکار مزاحم خود را دارای معنای واقعی، اخلاقی یا پیش‌بینی‌کننده تلقی کنند. در این شرایط، فرد ممکن است تصور کند صرف داشتن یک فکر آسیب‌رسان، احتمال وقوع آن را افزایش می‌دهد یا وجود چنین فکری نشان‌دهنده ویژگی‌های منفی شخصیتی اوست. این نوع تفسیرهای ناکارآمد موجب افزایش احساس مسئولیت‌پذیری افراطی، اضطراب و تلاش برای خنثی‌سازی افکار از طریق رفتارهای وسواسی می‌شود. درمان شناختی–رفتاری با استفاده از تکنیک‌هایی مانند بازسازی شناختی، بررسی شواهد، آزمایش‌های رفتاری و اصلاح باورهای غیرمنطقی، به بیمار کمک می‌کند میان رویداد ذهنی و واقعیت بیرونی تمایز قائل شود. در نتیجه، کاهش همجوشی فکری مشاهده‌شده در پژوهش حاضر را می‌توان ناشی از تغییر در شیوه ارزیابی افکار مزاحم و کاهش قدرت تهدیدکنندگی آن‌ها دانست.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی–رفتاری موجب کاهش معنادار شدت نشانه‌های وسواس فکری–عملی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین که اثربخشی درمان شناختی–رفتاری را در کاهش علائم اختلال وسواس تأیید کرده‌اند، همسو است. ون‌نوپن، ساسانو–هیگینز، آپاسانی و ساپ (۲۰۲۱) در مرور خود بر درمان شناختی–رفتاری اختلال وسواس فکری–عملی، اثربخشی این رویکرد به‌ویژه در قالب مواجهه و جلوگیری از پاسخ را در کاهش نشانه‌های وسواس مورد تأکید قرار دادند. همچنین، اسپنسر، استاید، ویز، گودمن، گوزیک و استورچ (۲۰۲۲) و استیل و همکاران (۲۰۲۵) نیز بر نقش درمان شناختی–رفتاری به عنوان یکی از درمان‌های مبتنی بر شواهد برای کاهش شدت علائم وسواس تأکید کرده‌اند. افزون بر این، محمدی، اصغرنژادفرید، تجریشی، قرایی و مولودی (۲۰۲۵) نشان دادند که درمان شناختی–رفتاری می‌تواند موجب کاهش نشانه‌های وسواس و باورهای شناختی ناکارآمد مرتبط با این اختلال شود. همسویی یافته حاضر با این مطالعات بیانگر آن است که درمان شناختی–رفتاری از طریق هدف قرار دادن همزمان مؤلفه‌های شناختی و رفتاری، می‌تواند در کاهش شدت علائم بیماران مبتلا به OCD مؤثر باشد.در تبیین کاهش شدت نشانه‌های وسواس می‌توان به تعامل میان فرآیندهای شناختی و رفتاری در تداوم این اختلال اشاره کرد. بر اساس مدل شناختی وسواس، وجود افکار مزاحم به خودی خود عامل آسیب‌زا نیست، بلکه نحوه تفسیر فرد از این افکار است که موجب ایجاد اضطراب و شکل‌گیری رفتارهای وسواسی می‌شود. زمانی که فرد افکار خود را نشانه خطر، مسئولیت یا احتمال وقوع پیامدهای ناگوار تلقی می‌کند، برای کاهش اضطراب ناشی از این افکار به رفتارهای اجباری و اعمال خنثی‌کننده روی می‌آورد. درمان شناختی–رفتاری با اصلاح این ارزیابی‌های ناکارآمد و کاهش باورهایی مانند مسئولیت‌پذیری افراطی، برآورد بیش از حد خطر و همجوشی فکر–عمل، چرخه شناختی–هیجانی–رفتاری وسواس را تضعیف می‌کند.از سوی دیگر، استفاده از تکنیک مواجهه و جلوگیری از پاسخ در درمان شناختی–رفتاری نقش مهمی در کاهش نشانه‌های وسواس دارد. در این فرآیند، بیمار به تدریج با موقعیت‌ها، افکار یا محرک‌های اضطراب‌آور مواجه می‌شود و یاد می‌گیرد بدون انجام رفتارهای وسواسی، اضطراب خود را تحمل کند. این تجربه به بیمار نشان می‌دهد که وقوع پیامدهای فاجعه‌آمیز مورد انتظار، صرفاً به دلیل وجود یک فکر یا عدم انجام رفتار وسواسی رخ نمی‌دهد. بنابراین، مواجهه و جلوگیری از پاسخ از طریق ایجاد یادگیری اصلاحی، موجب کاهش وابستگی فرد به اعمال وسواسی و افزایش احساس کنترل بر افکار و هیجانات می‌شود.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

همچنین، یافته‌های پژوهش حاضر که کاهش همزمان همجوشی فکری و شدت نشانه‌های وسواس را نشان داد، از نقش سازه‌های شناختی زیربنایی در آسیب‌شناسی OCD حمایت می‌کند. در همین راستا، شمرانی، نجفی و خسروانی (۲۰۲۵) نشان دادند که همجوشی فکری با شدت نشانه‌های وسواس ارتباط دارد و از طریق فرآیندهایی مانند اجتناب تجربه‌ای و سرکوب فکر می‌تواند در تداوم علائم نقش داشته باشد. همچنین، لی، لی و چوی (۲۰۲۵) همجوشی شناختی و همجوشی فکر–عمل را به عنوان سازه‌های مهم مرتبط با اختلال وسواس معرفی کردند. بنابراین، کاهش همجوشی فکری در پژوهش حاضر می‌تواند یکی از مکانیسم‌های شناختی تبیین‌کننده کاهش علائم وسواس باشد؛ زیرا با تغییر در رابطه فرد با افکار مزاحم، نیاز به انجام رفتارهای خنثی‌کننده کاهش یافته و شدت نشانه‌های بالینی نیز بهبود می‌یابد.این یافته‌ها با مدل شناختی سالکوسکیس و راکمن نیز هماهنگ است. بر اساس این دیدگاه، مشکل اصلی افراد مبتلا به وسواس وجود افکار ناخواسته نیست، بلکه معنا و تفسیری است که فرد به این افکار نسبت می‌دهد. درمان شناختی–رفتاری با اصلاح این نظام تفسیری، موجب کاهش احساس تهدید، اضطراب و رفتارهای وسواسی می‌شود. بنابراین، نتایج پژوهش حاضر علاوه بر تأیید اثربخشی درمان شناختی–رفتاری، اهمیت توجه به سازه‌های شناختی مانند همجوشی فکری را در طراحی مداخلات درمانی برای بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری–عملی برجسته می‌کند.

با وجود یافته‌های قابل توجه پژوهش حاضر، تفسیر نتایج باید با در نظر گرفتن برخی محدودیت‌ها انجام شود. نخست، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و محدود بودن حجم نمونه، امکان تعمیم یافته‌ها به تمامی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری–عملی را کاهش می‌دهد؛ بنابراین، در تعمیم نتایج به سایر جمعیت‌های بالینی باید احتیاط لازم صورت گیرد. دوم، در این پژوهش برای سنجش همجوشی فکری و شدت نشانه‌های وسواس از ابزارهای خودگزارش‌دهی استفاده شد که ممکن است تحت تأثیر عواملی مانند تمایل به ارائه پاسخ‌های مطلوب اجتماعی یا محدودیت در خودارزیابی دقیق تجربیات ذهنی قرار گرفته باشد. همچنین، اگرچه مرحله پیگیری در پژوهش حاضر انجام شد، اما مدت زمان پیگیری محدود بود و امکان بررسی ماندگاری بلندمدت اثرات درمان در دوره‌های شش‌ماهه یا یک‌ساله فراهم نشد. علاوه بر این، کنترل کامل متغیرهای همراه مانند شدت افسردگی، اضطراب، ویژگی‌های شخصیتی و سایر اختلالات همبود که ممکن است بر شدت نشانه‌های وسواس و پاسخ به درمان اثرگذار باشند، امکان‌پذیر نبود.

با توجه به محدودیت‌های ذکرشده، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از نمونه‌های بزرگ‌تر و روش‌های نمونه‌گیری دقیق‌تر مانند نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود تا اعتبار بیرونی یافته‌ها افزایش یابد. همچنین، انجام مطالعات طولی با دوره‌های پیگیری میان‌مدت و بلندمدت می‌تواند اطلاعات جامع‌تری درباره میزان ماندگاری تغییرات ایجادشده در همجوشی فکری و شدت نشانه‌های وسواس فراهم کند. پیشنهاد دیگر، بررسی نقش میانجی و تعدیل‌گر متغیرهایی مانند تحمل پریشانی، اجتناب تجربه‌ای، انعطاف‌پذیری شناختی و تنظیم هیجان در رابطه میان درمان شناختی–رفتاری و کاهش نشانه‌های وسواس است؛ زیرا شناخت دقیق‌تر این سازوکارها می‌تواند به طراحی مداخلات هدفمندتر کمک کند.همچنین، با توجه به اهمیت همجوشی فکری در تداوم علائم وسواس، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده اثربخشی درمان شناختی–رفتاری با سایر رویکردهای درمانی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، فراشناخت‌درمانی و درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی مقایسه شود تا مشخص شود کدام رویکرد در اصلاح این سازه شناختی اثربخشی بیشتری دارد. علاوه بر این، بررسی اثربخشی پروتکل‌های اختصاصی متمرکز بر کاهش همجوشی فکر–عمل می‌تواند به توسعه مداخلات دقیق‌تر برای بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری–عملی کمک کند.

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی–رفتاری می‌تواند به عنوان یک مداخله مؤثر و مبتنی بر شواهد، از طریق کاهش همجوشی فکری و اصلاح الگوهای شناختی ناکارآمد، موجب کاهش شدت نشانه‌های اختلال وسواس فکری–عملی شود. این یافته‌ها بر اهمیت رویکردهای درمانی یکپارچه‌ای تأکید می‌کند که در آن، همزمان با اصلاح

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

رفتارهای وسواسی، فرآیندهای شناختی زیربنایی نیز مورد توجه قرار می‌گیرند. بنابراین، تمرکز بر تغییر نحوه ارزیابی افکار مزاحم می‌تواند یکی از مسیرهای مهم در کاهش رنج روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری–عملی و ارتقای اثربخشی درمان باشد.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش پس از دریافت مجوزهای لازم از مراجع ذی‌صلاح و هماهنگی با مرکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌شناختی محل انجام پژوهش اجرا شد. پیش از ورود به مطالعه، اهداف پژوهش، نحوه اجرای مداخله، شیوه جمع‌آوری اطلاعات، محرمانه بودن داده‌ها و حق انصراف از ادامه همکاری در هر مرحله برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و پس از کسب رضایت آگاهانه، افراد در پژوهش شرکت کردند. کلیه اطلاعات فردی و بالینی شرکت‌کنندگان محرمانه باقی ماند و داده‌ها پس از کدگذاری و بدون درج نام یا مشخصات هویتی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. همچنین به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که مشارکت یا عدم مشارکت آنان هیچ‌گونه تأثیری بر دریافت خدمات درمانی یا وضعیت فردی آنان نخواهد داشت. در تمامی مراحل پژوهش، اصول اخلاقی مرتبط با پژوهش‌های انسانی، از جمله حفظ کرامت افراد، رعایت حریم خصوصی و اختیار شرکت‌کنندگان برای خروج از مطالعه رعایت شد.

قدردانی

نویسندگان این پژوهش بر خود لازم می‌دانند از تمامی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری–عملی که با صرف وقت و اعتماد خود در این مطالعه مشارکت کردند، صمیمانه قدردانی نمایند. همچنین از مسئولان و کارکنان مرکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌شناختی که با فراهم‌سازی شرایط لازم برای اجرای پژوهش و همکاری در فرایند جذب و اجرای مداخله، زمینه انجام این مطالعه را فراهم کردند، تشکر و قدردانی می‌شود. بدون همکاری و مشارکت آگاهانه شرکت‌کنندگان و حمایت مجموعه‌های مرتبط، انجام این پژوهش امکان‌پذیر نبود.

References

Bagheri Sheykhangafsheh, F., Soabi Neyri, V., Baheri, M., Afsarpour, S. A., & Fathi-Ashtiani, A. (2025). The effectiveness of spiritual self-care training on post-traumatic growth, distress tolerance, and cognitive fusion in women with breast cancer. *Applied Psychological Research Quarterly*. [Persian].

Bowers, E. M., Levin, M. E., Ong, C. W., & Twohig, M. P. (2025). A randomized controlled trial of self-help acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for perfectionism. Behaviour Research and Therapy, 104806.

Callaghan, T., Greene, D., Shafran, R., Lunn, J., & Egan, S. J. (2024). The relationships between perfectionism and symptoms of depression, anxiety and obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and meta-analysis. Cognitive Behaviour Therapy, 53(2), 121-132.

Çetin, Ç., Eroğlu, E. Ö., Özdemir, P., & Demir, B. (2024). Are the Symptom Dimensions in Obsessive Compulsive Disorder Related to Thought-Action Fusion, Magical Thinking, and Schizotypal Personality Traits?. Archives of Neuropsychiatry, 61(3), 265.

Chen, Y., Wang, P., & Li, Z. (2025). Exploring genetic and epigenetic markers for predicting or monitoring response to cognitive-behavioral therapy in obsessive-compulsive disorder: A systematic review. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 106192.

Dell'Osso, L., Amatori, G., Bonelli, C., Nardi, B., Massimetti, E., Cremone, I. M., ... & Carpita, B. (2025). Autism spectrum disorder, social anxiety and obsessive–compulsive disorders:

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

beyond the comorbidity. BMC Psychiatry, 25(1), 37.

Falahati, F., Jaberi, M., Sharei, A., & Yahyapour, F. (2023). The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Emotional Inhibition in Girls with Non-Suicidal Self-injury. International Journal of Body, Mind & Culture (2345-5802), 10(4).

Haddad, M., Dieckmann, L. H. J., Viola, T. W., de Araújo, M. R., da Silva, N. R., & Mari, J. D. J. (2025). The Efficacy of Fluvoxamine in Anxiety Disorders and Obsessive-Compulsive Disorder: An Overview of Systematic Reviews and Meta-Analyses. Pharmaceuticals, 18(3), 353.

Hlynsson, J. I., Bergström, J., & Carlbring, P. (2025). Seeing beyond the diagnostic and statistical manual: A function-centered review of obsessive-compulsive disorder and anxiety disorders. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 100967.

Hosseini, S. A., Nasri, M., & Dastgerdi, R. (2025). Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Short-Term Psychodynamic Therapy on Cognitive Fusion and Obsessive-Compulsive Symptoms in Individuals with Obsessive-Compulsive Disorder. Health, 3(1), 45-54.

Huynh, P. A., Miles, S., & Nedeljkovic, M. (2024). Perfectionism as a moderator of the relationship between orthorexia nervosa and obsessive–compulsive symptoms. Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 29(1), 6.

Jani, S., Hajloo, N., & Narimani, M. (2023). Comparing the effectiveness of internet-based cognitive-behavioral therapy and emotion-focused therapy on cognitive fusion and sexual intimacy in married women with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Modern Psychological Research, 18*(69), 51–59. [Persian].

Lee, S. W., Lee, S. J., & Choi, M. (2025). Psychological Inflexibility, Cognitive Fusion, and Thought–Action Fusion as a Transdiagnostic Construct: Direct Comparisons Among Major Depressive Disorder, Obsessive–Compulsive Disorder, and Healthy Controls. Psychiatry Investigation, 22(1), 93.

Mohammadi, G., Asgharnezhadfarid, A., Tajrishi, K. Z., Gharraee, B., & Moloodi, R. (2025). Comparative Effectiveness of Face-to-Face Cognitive-Behavioral Therapy and Combined Cognitive-Behavioral Therapy (Face-to-Face + Web-Based Application) on Maladaptive Perfectionism and Obsessive-Compulsive Symptoms. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran, 39, 30.

Nedaei, A., Sheykholeslami, A., & Sadri, E. (2025). The Effectiveness of "Cognitive-Behavioral Therapy" on the Difficulties of Emotional Regulation, Intolerance of Uncertainty and Thought Fusion in People Suffering From Comorbid Depression and Anxiety. Journal of Health Promotion Management, 13(5), 12-29.

Poorshirazi, K., Sharei, A., Salahshouri, A., Shahhouseini, A., & Ilghami Azar, N. (2021). Comparing the effectiveness of schema therapy and therapy based on acceptance and commitment in reducing anxiety and despair of women after divorce. Journal of Applied Family Therapy, 2(3), 617-635.

Reza, F., Asadi Javanshir, A., Mirani, A., & Khajavand Khoshli, A. (2025). The effect of cognitive-behavioral therapy on reducing perfectionism and thought-action fusion cognitive error in women with obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Psychology Journal, 13*(1). [Persian].

Schons, K. R. R., Gil, A., Fasolo, B. N. D., Barbosa, L. M., de Mattos, M. P. B., & dos Santos, V. F. L. (2025). Impact of maladaptive perfectionism on mental health and the role of cognitive behavioral therapy: a narrative review. Debates em Psiquiatria, 15, 1-13.

Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. Journal of Anxiety Disorders, 10(5), 379-391.

Sharei, A., Ebrahimi, M., Ahmadi Ochtapeh, P., Mahdavirad, H., & Jamshiddoust Miyanroudi, F. (2023). The Effectiveness of Strength-Based Therapy in Improving Self-Esteem and Reducing Suicidal Thoughts of Women Affected by Domestic Violence in Ardebil. *Preventive Counseling*, *4*(1), 31-44. https://doi.org/10.22098/jpc.2023.12715.1166

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

Sharei, A., Kamali Dehghan, P., Ahmadi Ochtapeh, P., Dorri, M., & Jamshiddoust Miyanroudi, F. (2024). The Effectiveness of Family Therapy Training on Depression and Mental Health of Adolescents with High-Risk Behaviors. Journal of Family Relations Studies, 4(14), 41-48. https://doi.org/10.22098/jfrs.2023.12790.1116

Shemrani, S., Najafi, M., & Khosravani, V. (2025). Thought-action fusion associated with obsessive–compulsive symptomatology in OCD patients: The pathways from experiential avoidance, thought suppression, and depression. Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 43(1), 19.

Sher, A., Wootton, B. M., & Paparo, J. (2024). A preliminary investigation of the mediating roles of self-compassion and emotion dysregulation in the relationship between maladaptive perfectionism and obsessive-compulsive behaviors. Journal of Clinical Psychology, 80(3), 591-609.

Soleimani, M., Safarinia, M., & Bayanfar, F. (2025). The effectiveness of mentalization-based therapy on cognitive fusion and psychological resilience in divorced adolescents with internalizing behavioral-emotional disorders. *Applied Psychological Research Quarterly, 14*(54), 61–67. [Persian].

Spencer, S. D., Stiede, J. T., Wiese, A. D., Goodman, W. K., Guzick, A. G., & Storch, E. A. (2022). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. The Psychiatric Clinics of North America, 46(1), 167.

Steele, D. W., Kanaan, G., Caputo, E. L., Freeman, J. B., Brannan, E. H., Balk, E. M., ... & Adam, G. P. (2025). Treatment of obsessive-compulsive disorder in children and youth: A meta-analysis. Pediatrics, 155(3), e2024068992.

Van Noppen, B., Sassano-Higgins, S., Appasani, R., & Sapp, F. (2021). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: 2021 update. Focus, 19(4), 430-443.

Woolley, M. G., Schwartz, S. E., Knudsen, F. M., Lensegrav-Benson, T., Quakenbush-Roberts, B., & Twohig, M. P. (2024). Thought-shape fusion in residential eating disorder treatment: Cognitive defusion as a mediator between thought-action fusion and treatment outcome. Eating Behaviors, 54, 101909.

Wu, L., Liu, C., Huang, P., Wang, Z., Cai, M., Fang, P., & Liu, X. (2025). The component-to-trait relationship between intolerance of uncertainty and obsessive–compulsive personality traits: a network analysis. BMC Psychiatry, 25(1), 659.

Xie, L., Hu, P., Guo, Z., Chen, M., Wang, X., Du, X., & Liu, S. (2024). Immediate and long-term efficacy of transcranial direct current stimulation (tDCS) in obsessive-compulsive disorder, posttraumatic stress disorder and anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. Translational Psychiatry, 14(1), 343.

Zahrakar, K., Sharei, A., & Salmani, A. (2024). The Effectiveness of Strengths-based Psychotherapy in Reducing Anxiety Sensitivity and Panic Attacks in Adolescents with Major Depressive Disorder. Journal of Counseling Research.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]