

Comparing the Effectiveness of Mindfulness-Based Exposure Therapy and Reality Therapy on Generalized Anxiety, Metacognitive Beliefs, Emotional Self-Regulation, and Cognitive Distortions in Men with Obsessive–Compulsive Disorder

1. Fayegh Sharifpoor[✉]: PhD Student, Department of Psychology, SR.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Ghorban Fathi Aghdam^{✉*}: Department of Psychology, Ab.C., Islamic Azad University, Abhar, Iran
3. Mehrnaz Azadyekta[✉]: Department of Psychology, Isl.C., Islamic Azad University, Islamshahr, Iran
4. Hayede Saberi[✉]: Department of Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Roudheh, Iran

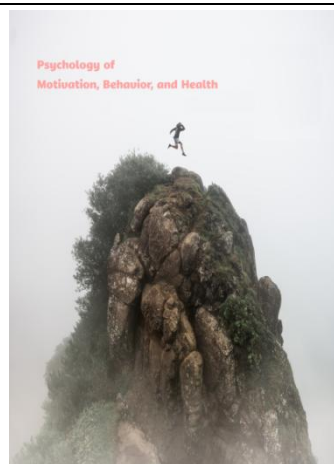
*Corresponding Author's Email: fathi.gh@abhariau.ac.ir

Received: 2025-04-29

Revised: 2025-07-29

Accepted: 2025-08-05

Published: 2025-08-23



Abstract

Introduction and Aim: Obsessive–compulsive disorder is frequently accompanied by generalized anxiety, dysfunctional metacognitive beliefs, impaired emotional self-regulation, and cognitive distortions, which may intensify and perpetuate its symptoms. This study aimed to compare the effectiveness of mindfulness-based exposure therapy and reality therapy in improving these variables among men with obsessive–compulsive disorder.

Methodology: This quasi-experimental study employed a pretest–posttest design with a control group. The statistical population consisted of men with obsessive–compulsive disorder referred to Quds Treatment Center in Sanandaj, Iran. Sixty eligible participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to mindfulness-based exposure therapy, reality therapy, and control groups, with 20 participants in each group. The experimental groups received nine weekly 90-minute intervention sessions, whereas the control group received no intervention. Data were collected using the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire, Metacognitions Questionnaire, Emotional Self-Regulation Questionnaire, and Cognitive Distortions Questionnaire. Multivariate analysis of covariance and Bonferroni-adjusted pairwise comparisons were conducted using SPSS version 23.

Findings: Wilks' lambda indicated a significant overall difference among the groups after controlling for pretest scores ($F=29.563$, $p<0.001$, $\eta^2=0.703$). Significant group effects were observed for generalized anxiety ($F=43.847$, $\eta^2=0.623$), metacognitive beliefs ($F=19.915$, $\eta^2=0.429$), emotional self-regulation ($F=51.877$, $\eta^2=0.662$), and cognitive distortions ($F=22.042$, $\eta^2=0.454$; all $p<0.001$). Both interventions significantly improved all outcomes compared with the control condition. Mindfulness-based exposure therapy was more effective than reality therapy in reducing generalized anxiety and dysfunctional metacognitive beliefs, whereas reality therapy produced greater improvement in emotional self-regulation. No statistically significant difference was found between the two interventions in reducing cognitive distortions ($p=0.142$).

Conclusion: Mindfulness-based exposure therapy and reality therapy are both effective interventions for improving cognitive and emotional difficulties associated with obsessive–compulsive disorder. Treatment selection should be based on patients' predominant symptoms and individual therapeutic needs.

Keywords: Mindfulness-based exposure therapy, reality therapy, obsessive–compulsive disorder, generalized anxiety, metacognitive beliefs, emotional self-regulation, cognitive distortions.

How to Cite: Sharifpoor, F., Fathi Aghdam, G., Azadyekta, M., & Saberi, H. (2025). Comparing the Effectiveness of Mindfulness-Based Exposure Therapy and Reality Therapy on Generalized Anxiety, Metacognitive Beliefs, Emotional Self-Regulation, and Cognitive Distortions in Men with Obsessive–Compulsive Disorder. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 3(2), 1-21.



Copyright: © 2025 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Extended Abstract

Introduction and Aim

Obsessive-compulsive disorder is a chronic and disabling psychiatric condition characterized by recurrent intrusive thoughts, images, or impulses and repetitive behaviors or mental acts performed to reduce distress or prevent feared consequences. These symptoms are often time-consuming and can significantly impair occupational, interpersonal, and social functioning (American Psychiatric, 2022). Contemporary evidence suggests that obsessive-compulsive disorder is a heterogeneous condition shaped by interacting biological, cognitive, emotional, and behavioral mechanisms. Neurobiological studies have identified alterations in molecular systems and neural pathways involved in cognitive control, threat processing, and behavioral inhibition, supporting the complex and multifactorial nature of the disorder (Bellia et al., 2024; Masjoodi et al., 2024). The clinical burden of obsessive-compulsive disorder is further intensified by its frequent co-occurrence with other psychiatric conditions, which may contribute to greater symptom severity, poorer functioning, and more complicated treatment courses (De Prisco et al., 2024; Klenfeldt et al., 2024).

Generalized anxiety is one of the clinically relevant problems that may accompany obsessive-compulsive symptoms. It is characterized by persistent, excessive, and difficult-to-control worry across multiple areas of life and is commonly associated with restlessness, irritability, concentration difficulties, sleep disturbance, and somatic tension (American Psychiatric, 2022). Obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety share several cognitive vulnerabilities, including intolerance of uncertainty, heightened threat appraisal, repetitive thinking, and attempts to control unwanted mental events. Research comparing obsessive-compulsive symptoms across these diagnostic groups has demonstrated meaningful overlap in worry, checking, and intrusive cognitive experiences (Citkowska-Kisieleska et al., 2020). In individuals with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety may amplify the perceived danger of intrusive thoughts and increase reliance on compulsive behaviors as attempts to regain certainty and emotional control. Anxiety, cognitive bias, and limited resilience have also been identified as important predictors of broader psychological distress (Mohammadpanah Ardakan & Shams Esfandabad, 2020).

Metacognitive beliefs represent another central mechanism in obsessive-compulsive disorder. These

beliefs concern the meaning, importance, controllability, and consequences of thoughts. Patients may believe that intrusive thoughts are dangerous, morally significant, uncontrollable, or likely to cause real events. Such interpretations increase distress and promote suppression, neutralization, checking, and other compulsive responses. Dysfunctional metacognition has been linked with impaired occupational functioning among patients with obsessive-compulsive disorder (Yalim et al., 2024). It is also associated with emotion-regulation difficulties, psychiatric symptom severity, and clinically adverse outcomes (Inaltekin & Yağcı, 2024). Evidence from other anxiety-related conditions similarly indicates that metacognitive beliefs may mediate the effects of adverse experiences and insecure psychological patterns on anxiety symptoms (Naderi et al., 2023). Therefore, modifying patients' beliefs about the necessity of controlling thoughts may be crucial for reducing obsessive-compulsive distress.

Emotional self-regulation is also highly relevant to the persistence of obsessive-compulsive symptoms. Patients with obsessive-compulsive disorder frequently experience intense negative affect, difficulty accepting emotional experiences, limited access to adaptive regulation strategies, and rigid attempts to reduce distress. Ecological momentary assessment findings indicate that these patients show significant emotion-regulation difficulties in everyday life (Bischof et al., 2024). Emotion dysregulation has also been associated with cognitive distortions and the severity of obsessive-compulsive symptoms (Hosseini & Soleimani, 2021). More broadly, emotion regulation functions as a transdiagnostic mechanism across mental-health and developmental conditions (Restoy et al., 2024; Sáez-Suanes et al., 2023). Strengthening emotional self-regulation may therefore enable patients to tolerate anxiety and intrusive thoughts without resorting to compulsive or avoidant responses.

Cognitive distortions are systematic errors in interpreting internal and external events. All-or-nothing thinking, catastrophizing, overgeneralization, emotional reasoning, personalization, and selective attention to threat are among the distortions that can contribute to psychological disorders (Marszalek et al., 2023). In obsessive-compulsive disorder, such distortions may lead patients to overestimate danger, assume excessive responsibility, demand absolute certainty, and interpret unwanted thoughts as evidence of risk. Cognitive distortions can consequently intensify anxiety, emotion dysregulation, and compulsive behavior (Hosseini & Soleimani, 2021).

Interventions that help patients observe thoughts more flexibly or evaluate them against current reality may reduce the influence of these maladaptive interpretations.

Mindfulness-based exposure therapy combines exposure to distressing internal or external stimuli with present-moment awareness, acceptance, and nonjudgmental observation. Rather than suppressing or neutralizing intrusive thoughts, patients learn to experience them without immediate behavioral responses. Mindfulness-based interventions have demonstrated effectiveness in reducing generalized anxiety symptoms (Jiang et al., 2022; Zainal & Newman, 2024), improving emotional self-regulation (Abdi & Esmailzadeh, 2022; Izhar et al., 2022), and modifying irrational beliefs and psychological distortions (Haroun Rashidi & Zakizadeh, 2022; Valizadeh & Parandin, 2022). Mindful metacognition may weaken beliefs concerning the danger and uncontrollability of thoughts by increasing cognitive distance and acceptance (Wunder & Jones, 2023). Recent evidence has further supported the role of mindfulness in improving emotion regulation and reducing dysregulation across mental-health conditions (Easdale-Cheelee et al., 2026; Esmaili Esfandani et al., 2026). Mindfulness, self-compassion, and emotion regulation have also been associated with multiple aspects of quality of life (Wild et al., 2025). The integration of mindfulness with exposure and response prevention may be particularly useful for helping patients tolerate obsessive distress without engaging in compulsions (Sheikh, 2025).

Reality therapy, in contrast, is grounded in choice theory and emphasizes personal responsibility, present behavior, fulfillment of basic needs, behavioral evaluation, and practical planning. It encourages individuals to distinguish controllable actions from uncontrollable events and to replace ineffective behavioral choices with more adaptive alternatives. Reality therapy has been found to reduce anxiety and psychological distress (Asli-Azad et al., 2021) and improve psychological symptoms in different populations (Giv et al., 2024). It may also strengthen emotional self-regulation by teaching individuals to evaluate the consequences of their choices, manage reactions, and construct achievable action plans (Nasiri et al., 2022; Shoviji, 2020). Improvements in self-regulation following reality-therapy interventions have also been reported (Motahari-Nasab et al., 2020). Given the differing mechanisms of mindfulness-based exposure and reality therapy, their comparative effects on anxiety, metacognition, emotional self-regulation, and

cognitive distortions require empirical examination. Accordingly, this study aimed to compare the effectiveness of mindfulness-based exposure therapy and reality therapy on generalized anxiety, metacognitive beliefs, emotional self-regulation, and cognitive distortions in men with obsessive-compulsive disorder.

Methodology

This quasi-experimental study used a pretest–posttest design with two experimental groups and one control group. The statistical population consisted of men diagnosed with obsessive-compulsive disorder who attended the Quds Treatment Center in Sanandaj. During a three-month screening period, 157 patients, including 80 women and 77 men, were clinically evaluated by a psychiatrist. Obsessive-compulsive disorder was diagnosed through a clinical interview and confirmation of the diagnostic criteria of the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Sixty eligible men were selected through purposive sampling and randomly assigned to a mindfulness-based exposure therapy group, a reality-therapy group, and a control group, with 20 participants in each group. Eligibility required a confirmed diagnosis of obsessive-compulsive disorder, the ability to participate in group sessions, and written informed consent. Individuals receiving concurrent pharmacological or psychological treatment or presenting with severe chronic psychiatric disorders, including psychotic disorders, were excluded.

The Generalized Anxiety Disorder Questionnaire was used to assess generalized anxiety symptoms. It contained seven items rated from zero to three, producing a total score ranging from zero to 21. The Metacognitions Questionnaire consisted of 30 items and assessed positive beliefs about worry, uncontrollability and danger, cognitive confidence, the need to control thoughts, and cognitive self-consciousness. Emotional self-regulation was measured using the 20-item Hofmann and Kashdan questionnaire, which included the dimensions of adjustment, concealment, and tolerance. Cognitive distortions were assessed with the 20-item Albert Ellis Cognitive Distortions Questionnaire, covering ten forms of distorted thinking. The internal-consistency coefficients obtained in the present study were 0.821 for generalized anxiety, 0.765 for total metacognitive beliefs, 0.811 for emotional self-regulation, and 0.827 for cognitive distortions.

Both experimental interventions consisted of nine weekly 90-minute group sessions. Mindfulness-based

exposure therapy included automatic-pilot awareness, mindful eating, body-scan meditation, mindful breathing, awareness of thoughts and emotions, differentiation between thoughts and facts, present-moment attention, acceptance, sitting meditation, cognitive distancing, identification of alternative perspectives, self-care, constructive problem solving, recognition of cognitive distortions, clarification of personal values, and planning for future application. Reality therapy included group orientation, therapeutic engagement, choice theory, basic human needs, identification of strengths and weaknesses, active listening, total behavior, internal and external control, evaluation of choices, principles of choice theory, the WDEP process, differentiation between destructive and constructive behaviors, behavioral planning, and review. The control group received no intervention during the study period. All groups completed the measures before and after the intervention.

Data were analyzed in SPSS version 23. Means and standard deviations were calculated for descriptive purposes. The assumptions of multivariate analysis of covariance were assessed through the Shapiro–Wilk test, Box’s M test, Levene’s test, scatterplot inspection, evaluation of multicollinearity, and examination of the homogeneity of regression slopes. Multivariate analysis of covariance was then conducted while controlling for pretest scores. Bonferroni-adjusted pairwise comparisons were used to identify differences among the three groups. The statistical significance level was set at 0.05.

Findings

The descriptive findings showed that the three groups had relatively similar pretest scores. Generalized anxiety decreased from 16.10 to 12.30 in the mindfulness-based exposure group and from 16.30 to 14.00 in the reality-therapy group, whereas it increased from 16.35 to 17.95 in the control group. Metacognitive-belief scores decreased from 103.40 to 88.60 in the mindfulness group and from 104.10 to 94.10 in the reality-therapy group, while remaining relatively stable in the control group. Emotional self-regulation increased from 50.75 to 61.30 in the mindfulness group and from 51.75 to 55.20 in the reality-therapy group, whereas it decreased from 51.20 to 49.30 in the control group. Cognitive-distortion scores decreased from 69.20 to 62.45 in the mindfulness group and from 69.15 to 65.35 in the reality-therapy group, while increasing from 68.85 to 70.20 in the control group.

All statistical assumptions were satisfied. The Shapiro–Wilk tests were nonsignificant, Box’s M tests supported the equality of covariance matrices, and Levene’s tests confirmed the homogeneity of variances. The multivariate effect of group membership was statistically significant, Wilks’ $\lambda=0.088$, $F=29.563$, $p=0.001$, $\eta^2=0.703$. Significant between-group effects were found for generalized anxiety, $F=43.847$, $p=0.001$, $\eta^2=0.623$; metacognitive beliefs, $F=19.915$, $p=0.001$, $\eta^2=0.429$; emotional self-regulation, $F=51.877$, $p=0.001$, $\eta^2=0.662$; and cognitive distortions, $F=22.042$, $p=0.001$, $\eta^2=0.454$.

Bonferroni comparisons indicated that both interventions significantly reduced generalized anxiety compared with the control group. Mindfulness-based exposure therapy was more effective than reality therapy in reducing generalized anxiety, with an adjusted mean difference of 3.484, $p=0.001$. Both interventions also produced significant reductions in metacognitive beliefs relative to the control condition, and mindfulness-based exposure therapy was more effective than reality therapy, with a mean difference of 6.192, $p=0.037$. Both experimental groups demonstrated significantly greater emotional self-regulation than the control group. Reality therapy was more effective than mindfulness-based exposure therapy in this outcome, with a mean difference of 6.552, $p=0.003$. Both interventions significantly reduced cognitive distortions relative to the control group, but their difference was not statistically significant, with a mean difference of 3.383, $p=0.142$.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrated that mindfulness-based exposure therapy and reality therapy were both effective in improving cognitive and emotional outcomes among men with obsessive–compulsive disorder. The significant multivariate result and relatively large effect sizes indicated that the observed changes were not limited to a single symptom domain. Instead, both interventions influenced a broader pattern of anxiety, metacognitive functioning, emotional regulation, and distorted thinking.

The greater effectiveness of mindfulness-based exposure therapy in reducing generalized anxiety may be explained by its direct focus on repetitive worry, intrusive thoughts, avoidance, and intolerance of emotional discomfort. Participants were repeatedly encouraged to observe anxiety-provoking thoughts and bodily sensations without judgment and without attempting to suppress or neutralize them. This process may have reduced automatic reactivity and

weakened the association between intrusive thoughts and compulsive responses. Exposure within a mindful and accepting context may also have increased tolerance of uncertainty and helped participants recognize that anxiety can decline without avoidance or ritualized behavior.

Mindfulness-based exposure therapy was also more effective in reducing dysfunctional metacognitive beliefs. This intervention explicitly taught participants to distinguish thoughts from facts and to observe mental events as temporary experiences. Such exercises may have weakened beliefs that thoughts are dangerous, uncontrollable, or morally significant. By reducing the need to monitor and control cognition, the intervention may have interrupted the cycle in which intrusive thoughts are appraised as threatening and followed by neutralizing behavior.

Reality therapy produced the greatest improvement in emotional self-regulation. This result may reflect its strong emphasis on personal choice, responsibility, behavioral evaluation, and practical action planning. Participants learned that although emotions cannot always be changed directly, changes in behavior and thinking can alter emotional experience. The WDEP process may have helped them identify what they wanted, evaluate current behavior, and create manageable plans for responding to emotional challenges. These active and behaviorally focused procedures may have strengthened the perceived

ability to control reactions and select more adaptive responses.

Both interventions were equally effective in reducing cognitive distortions. Mindfulness-based exposure therapy may have produced this effect by helping participants distance themselves from automatic thoughts and reduce judgmental identification with distorted interpretations. Reality therapy may have achieved a similar outcome through evaluation of whether current thoughts and behaviors were realistic, useful, and consistent with personal goals. Although the two approaches used different mechanisms, both encouraged more flexible and reality-based responses to internal experiences.

Overall, mindfulness-based exposure therapy appears particularly suitable for patients whose dominant difficulties include generalized worry, intrusive cognition, and maladaptive beliefs about thought control. Reality therapy may be especially beneficial for patients with marked deficits in emotional self-regulation, behavioral responsibility, and practical coping. Both approaches may be used to reduce cognitive distortions. The findings support symptom-oriented treatment selection and suggest that integrating mindfulness-based exposure procedures with reality-therapy planning and responsibility strategies may provide a comprehensive intervention for patients with obsessive-compulsive disorder.

مقایسه اثربخشی درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی و واقعیت درمانی بر اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی، خودتنظیمی هیجانی و تحریف‌های شناختی در مردان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری

۱. فایق شریف پور^{ID}: دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. قربان فتحی اقدم^{ID*}: گروه روانشناسی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران

۳. مهراناز آزادیکتا^{ID}: گروه روانشناسی، واحد اسلامشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلامشهر، ایران

۴. هایداه صابری^{ID}: گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: fathi.gh@abhariau.ac.ir

انتشار اولیه: ۱۴۰۴/۰۶/۰۱

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۱۴

بازنگری: ۱۴۰۴/۰۵/۰۷

دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۰۹

چکیده

مقدمه و هدف: اختلال وسواسی-اجباری اغلب با اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی ناکارآمد، مشکلات خودتنظیمی هیجانی و تحریف‌های شناختی همراه است که می‌تواند شدت و تداوم نشانه‌های آن را افزایش دهند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی و واقعیت درمانی بر این متغیرها در مردان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری انجام شد.

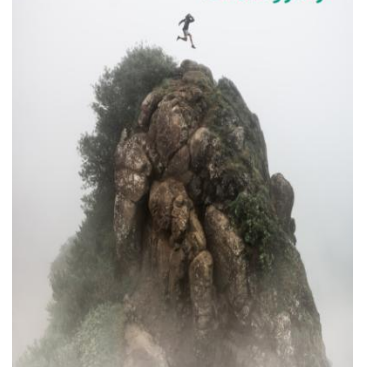
روش‌شناسی: این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل مردان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری مراجعه‌کننده به مرکز درمانی قدس شهر سنج بود. از میان آنان، ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی، واقعیت درمانی و کنترل، هر گروه ۲۰ نفر، قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش طی ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه، مداخلات مربوط را دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه اضطراب فراگیر، پرسشنامه باورهای فراشناختی، پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی و پرسشنامه تحریف‌های شناختی گردآوری و با تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی بنفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج لامبدای ویلکز نشان داد که پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت کلی معناداری میان گروه‌ها وجود داشت ($F=29.563$, $p<0.001$, $\eta^2=0.703$). اثر گروه بر اضطراب فراگیر ($F=43.847$, $\eta^2=0.623$)، باورهای فراشناختی ($F=19.915$), خودتنظیمی هیجانی ($F=51.877$, $\eta^2=0.662$) و تحریف‌های شناختی ($F=22.042$, $\eta^2=0.454$) معنادار بود ($p<0.001$). هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل موجب بهبود معنادار تمام متغیرها شدند. درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اضطراب فراگیر و باورهای فراشناختی اثربخش‌تر بود، در حالی که واقعیت درمانی در بهبود خودتنظیمی هیجانی برتری داشت. تفاوت دو درمان در کاهش تحریف‌های شناختی معنادار نبود ($p=0.142$).

نتیجه‌گیری: هر دو رویکرد درمانی می‌توانند برای بهبود مشکلات شناختی و هیجانی مرتبط با اختلال وسواسی-اجباری به کار روند. انتخاب مداخله باید بر اساس نشانه‌های غالب و نیازهای اختصاصی بیمار انجام شود.

کلیدواژه‌گان: درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی، واقعیت درمانی، اختلال وسواسی-اجباری، اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی، خودتنظیمی هیجانی، تحریف‌های شناختی.

روان‌شناسی انگیزش،
رفتار و سلامت



نحوه استناددهی: شریف پور، فایق، فتحی اقدم، قربان، آزادیکتا، مهراناز، و صابری، هایداه. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی و واقعیت درمانی بر اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی، خودتنظیمی هیجانی و تحریف‌های شناختی در مردان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری. *روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۲۱(۲)، ۱-۱۰.



مجاز و حق نشر: © ۱۴۰۴ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC) صورت گرفته است. (4.0)

مقدمه

اختلال وسواسی-اجباری یکی از اختلال‌های مزمن و ناتوان‌کننده روان‌شناختی است که با حضور افکار، تکان‌ها یا تصاویر ذهنی مزاحم و تکرارشونده و نیز رفتارها یا اعمال ذهنی اجباری مشخص می‌شود. افراد مبتلا معمولاً رفتارهای اجباری را با هدف کاهش اضطراب، خنثی‌سازی افکار ناخواسته یا جلوگیری از وقوع پیامدهای تهدیدکننده انجام می‌دهند؛ باین‌حال، این رفتارها غالباً تنها به کاهش موقت اضطراب منجر می‌شوند و در بلندمدت چرخه وسواس و اجبار را تقویت می‌کنند. بر اساس معیارهای تشخیصی، وسواس‌ها و اجبارها باید وقت‌گیر باشند یا موجب پریشانی بالینی معنادار و اختلال در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر حوزه‌های مهم زندگی شوند (American Psychiatric, 2022). اهمیت بالینی این اختلال صرفاً به شدت نشانه‌های وسواسی محدود نیست، بلکه پیامدهای آن می‌تواند طیف گسترده‌ای از مشکلات هیجانی، شناختی، ارتباطی و عملکردی را دربرگیرد. شواهد زیستی جدید نیز نشان می‌دهند که اختلال وسواسی-اجباری ممکن است با تغییرات اختصاصی در سامانه‌های عصبی و مولکولی، از جمله تغییر در بیان ژن‌های مرتبط با سامانه اندوکannabinoid، همراه باشد؛ یافته‌ای که از ماهیت چندعاملی و پیچیده این اختلال حمایت می‌کند (Bellia et al., 2024). مطالعات تصویربرداری تنسور انتشار نیز ناهنجاری‌هایی را در یکپارچگی ماده سفید و شبکه‌های عصبی مرتبط با کنترل شناختی، پردازش تهدید و بازداری پاسخ در بیماران مبتلا گزارش کرده‌اند (Masjoodi et al., 2024).

اختلال وسواسی-اجباری معمولاً به‌صورت منفرد ظاهر نمی‌شود و همبودی آن با سایر اختلال‌های روان‌پزشکی می‌تواند شدت نشانه‌ها، میزان ناتوانی و پیچیدگی درمان را افزایش دهد. بررسی سیر طبیعی اختلال‌های روان‌پزشکی در بیماران مبتلا به وسواس طی دوره‌های طولانی نشان داده است که بسیاری از این بیماران در طول زندگی خود دست‌کم یک اختلال روان‌پزشکی دیگر را نیز تجربه می‌کنند و الگوی همبودی ممکن است در مراحل مختلف زندگی تغییر کند (Klenfeldt et al., 2024). مرور پژوهش‌های مربوط به هم‌وقوعی اختلال وسواسی-اجباری و اختلال دوقطبی نیز نشان می‌دهد که وجود اختلال‌های همراه می‌تواند با شروع زود هنگام‌تر، شدت بیشتر

نشانه‌ها، سیر پیچیده‌تر و پاسخ درمانی متفاوت همراه باشد (De Prisco et al., 2024). در جامعه ایرانی نیز میان نگرانی، اضطراب مرتبط با رویدادهای تنش‌زا و شدت نشانه‌های وسواسی-اجباری ارتباط گزارش شده است و افزایش نگرانی می‌تواند با تشدید نشانگان وسواس همراه باشد (Siavash Abkenar, 2021). بنابراین، ارزیابی و مداخله در مشکلات همراه با وسواس، به‌ویژه اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی ناکارآمد، دشواری در تنظیم هیجان و تحریف‌های شناختی، برای طراحی برنامه درمانی جامع ضروری است.

یکی از مشکلات شایع در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری، تجربه نگرانی مفرط و نشانه‌های اضطراب فراگیر است. اختلال اضطراب فراگیر با نگرانی افراطی، پایدار و دشوار برای کنترل درباره حوزه‌های گوناگون زندگی مشخص می‌شود و معمولاً با بی‌قراری، تحریک‌پذیری، خستگی، دشواری تمرکز، تنش عضلانی و اختلال خواب همراه است (American Psychiatric, 2022). اضطراب فراگیر و اختلال وسواسی-اجباری از نظر برخی فرایندهای شناختی، از جمله عدم تحمل عدم قطعیت، ارزیابی افراطی تهدید و تمایل به کنترل رویدادهای ذهنی، همپوشانی دارند. مقایسه نشانه‌های وسواسی در افراد مبتلا به این دو اختلال نشان داده است که برخی افکار تکرارشونده و رفتارهای کنترل‌گراانه ممکن است در هر دو گروه مشاهده شوند، هرچند ماهیت، کارکرد و شدت آن‌ها متفاوت است (Citkowska-Kisielewska et al., 2020). در نتیجه، نگرانی فراگیر می‌تواند افکار مزاحم را تشدید کند و از سوی دیگر، ناتوانی در کنترل وسواس‌ها نیز ممکن است به افزایش نگرانی درباره آینده، سلامت، عملکرد و روابط منجر شود.

اضطراب فراگیر صرفاً مجموعه‌ای از علائم عاطفی نیست، بلکه با سوگیری‌های شناختی و کاهش توانایی سازگاری با موقعیت‌های مبهم همراه است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اضطراب فراگیر، سوگیری‌های شناختی و سطح پایین تاب‌آوری می‌توانند در شکل‌گیری و تشدید سایر نشانه‌های روان‌شناختی نقش داشته باشند (Mohammadpanah Ardakan & Shams Esfandabad, 2020). ازاین‌رو، کاهش اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری مستلزم مداخله در چرخه نگرانی، اجتناب شناختی و تلاش

ناکارآمد برای کنترل افکار است. مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق آموزش مشاهده افکار و احساسات بدون قضاوت، کاهش همانندسازی با محتوای شناختی و افزایش توجه انعطاف پذیر به تجربه جاری می توانند به کاهش نگرانی کمک کنند. در یک کارآزمایی تصادفی، شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نشانه های اختلال اضطراب فراگیر اثربخش بود و پیامدهایی قابل مقایسه با درمان شناختی-رفتاری گروهی ایجاد کرد (Jiang et al., 2022). همچنین، بررسی مداخله های روزمره مبتنی بر ذهن آگاهی نشان داده است که ویژگی های فردی و الگوهای اولیه نشانه ها می توانند پاسخ افراد مبتلا به اضطراب فراگیر به این مداخلات را پیش بینی کنند (Zainal & Newman, 2024).

در کنار اضطراب، باورهای فراشناختی یکی از سازوکارهای مهم در شکل گیری و تداوم نشانه های وسواسی-اجباری محسوب می شوند. فراشناخت به دانش، باورها و راهبردهای فرد درباره تفکر و نحوه کنترل فرایندهای شناختی اشاره دارد. افراد مبتلا به وسواس ممکن است باور داشته باشند که داشتن یک فکر نامطلوب به اندازه انجام آن خطرناک یا غیراخلاقی است، افکار باید به طور کامل کنترل شوند، یا عدم کنترل ذهنی نشانه ضعف و خطر است. این باورها سبب می شوند فرد افکار مزاحم را تهدیدکننده ارزیابی کند و برای کنترل، سرکوب یا خنثی سازی آن ها به رفتارهای اجباری متوسل شود. یافته ها نشان داده اند که فراشناخت ناکارآمد در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری با کاهش عملکرد شغلی و اختلال در سازگاری روزمره مرتبط است (Yalim et al., 2024). همچنین، دشواری در تنظیم هیجان، باورهای فراشناختی ناسازگار و شدت نشانه های روان پزشکی در این بیماران با یکدیگر ارتباط دارند و می توانند احتمال پیامدهای بالینی نامطلوب را افزایش دهند (İnaltekin & Yağcı, 2024).

نقش باورهای فراشناختی به اختلال وسواسی-اجباری محدود نیست و در سایر اختلال های اضطرابی نیز مشاهده شده است. برای مثال، مدل های ساختاری نشان داده اند که باورهای فراشناختی می توانند رابطه میان تجربه های آسیب زای دوران کودکی، سبک های دلبستگی ناایمن و اضطراب اجتماعی را میانجی گری کنند (Naderi et al., 2023). این یافته ها نشان می دهد که نحوه تفسیر فرد از فرایندهای ذهنی خود می تواند تعیین کند که یک فکر یا هیجان ناخوشایند تا

چه اندازه به پریشانی پایدار تبدیل شود. ذهن آگاهی با ایجاد نگرشی مشاهده گرانه نسبت به افکار، زمینه فاصله گیری شناختی و کاهش باور به ضرورت کنترل کامل ذهن را فراهم می سازد. مفهوم فراشناخت ذهن آگاهانه بر توجه انعطاف پذیر، پذیرش تجربه ها و برخورد غیرواکنشی با محتوای ذهن تأکید دارد و می تواند به تضعیف باورهای ناکارآمد درباره خطرناک بودن یا کنترل ناپذیری افکار منجر شود (Wunder & Jones, 2023). پژوهش های مداخله ای نیز نشان داده اند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند باورهای غیرمنطقی را کاهش دهد و نگرش سازگارانه تری نسبت به تجربه های درونی ایجاد کند (Valizadeh & Parandin, 2022).

خودتنظیمی هیجانی متغیر دیگری است که در درک مشکلات بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری اهمیت دارد. تنظیم هیجان مجموعه فرایندهایی است که فرد از طریق آن ها نوع، شدت، مدت و نحوه ابراز هیجان های خود را تعدیل می کند. خودتنظیمی مؤثر به فرد امکان می دهد هیجان های ناخوشایند را بدون واکنش تکانشی، اجتناب افراطی یا رفتارهای ناسازگارانه تحمل و مدیریت کند. در مقابل، بی نظمی هیجانی می تواند با حساسیت زیاد نسبت به هیجان های منفی، دشواری در شناسایی و پذیرش احساسات و استفاده محدود از راهبردهای سازگارانه همراه باشد. مطالعات ارزیابی لحظه ای در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری نشان داده اند که این افراد در زندگی روزمره هیجان های منفی شدیدتر و مشکلات بیشتری در استفاده انعطاف پذیر از راهبردهای تنظیم هیجان تجربه می کنند (Bischof et al., 2024). ارتباط میان تحریف های شناختی، نشانه های وسواسی و بی نظمی هیجانی نیز نشان می دهد که دشواری در مدیریت هیجان می تواند مسیر انتقال اثر باورهای ناکارآمد بر شدت علائم وسواس باشد (Hosseini & Soleimani, 2021).

اهمیت تنظیم هیجان در طیف گسترده ای از اختلال های روان شناختی و رشدی نیز تأیید شده است. فراتحلیل مطالعات کودکان و نوجوانان دارای اختلال طیف اوتیسم نشان داده است که این گروه در مقایسه با افراد عادی مشکلات بیشتری در تنظیم هیجان دارند و مداخلات هدفمند می توانند برخی از این دشواری ها را کاهش دهند (Restoy et al., 2024). همچنین، نارسایی در تنظیم هیجان در ارتباط میان محدودیت های شناختی و نشانه های افسردگی نقش مهمی دارد

(Sáez-Suanes et al., 2023). این شواهد از این دیدگاه حمایت می‌کنند که تنظیم هیجان یک سازوکار فراتشخیصی است و بهبود آن می‌تواند در کاهش مجموعه‌ای از نشانه‌های روان‌شناختی مؤثر باشد. یافته‌های پژوهشی جدید نیز نشان می‌دهند که ذهن‌آگاهی، شفقت به خود و توانایی تنظیم هیجان می‌تواند ابعاد مختلف کیفیت زندگی را پیش‌بینی کنند (Wild et al., 2025). بنابراین، تقویت تنظیم هیجان در مردان مبتلا به وسواس می‌تواند نه تنها شدت علائم بالینی، بلکه کیفیت زندگی و عملکرد روزمره آنان را بهبود بخشد.

درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی از طریق افزایش آگاهی از نشانه‌های بدنی و هیجانی، کاهش قضاوت درباره احساسات و گسترش ظرفیت تحمل پریشانی می‌تواند تنظیم هیجان را ارتقا دهند. نتایج یک مداخله آزمایشی نشان داده است که آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند شاخص‌های رفتاری و عصبی مرتبط با خودتنظیمی هیجانی را بهبود بخشد (Izhar et al., 2022). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نیز در بیماران مبتلا به افسردگی موجب بهبود بهزیستی روان‌شناختی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان شده است (Abdi & Esmailzadeh, 2022). افزون بر این، کاربرد این رویکرد در افراد افسرده با کاهش اضطراب سلامت و بهبود تنظیم شناختی هیجان همراه بوده است (Esmaili Esfandani et al., 2026). یک مرور نظام‌مند و فراتحلیل جدید نیز نشان داده است که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی در افراد دارای مشکلات سلامت روان، در مجموع به بهبود تنظیم هیجان و کاهش بی‌نظمی هیجانی منجر می‌شوند، هرچند اندازه اثر ممکن است بر حسب نوع اختلال و ساختار مداخله متفاوت باشد (Easdale- Cheele et al., 2026).

تحریف‌های شناختی نیز از عوامل مهم در تداوم اضطراب، وسواس و رفتارهای اجباری هستند. تحریف شناختی به الگوهای منظم و سوگیرانه پردازش اطلاعات گفته می‌شود که موجب می‌شوند فرد رویدادها را به صورت افراطی، غیرمنطقی یا تهدیدکننده تفسیر کند. تفکر همه یا هیچ، تعمیم افراطی، فاجعه‌سازی، نتیجه‌گیری شتاب‌زده، بی‌توجهی به جنبه‌های مثبت، شخصی‌سازی و استدلال هیجانی از مهم‌ترین نمونه‌های این تحریف‌ها هستند. بررسی‌های روان‌سنجی و بالینی نشان داده‌اند که تحریف‌های شناختی در طیف متنوعی از اختلال‌های روانی مشاهده می‌شوند و با شدت نشانه‌ها و اختلال در

عملکرد ارتباط دارند (Marszalek et al., 2023). در اختلال وسواسی-اجباری، این تحریف‌ها می‌توانند به بزرگ‌نمایی احتمال خطر، احساس مسئولیت افراطی، کمال‌گرایی، عدم تحمل ابهام و تفسیر نادرست افکار مزاحم منجر شوند. در چنین شرایطی، فرد ممکن است تنها راه پیشگیری از پیامدهای منفی را اجرای آیین‌های وسواسی بداند و از این طریق چرخه اختلال را حفظ کند.

مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند از طریق کاهش واکنش‌پذیری شناختی و آموزش مشاهده افکار به عنوان رویدادهای گذرای ذهنی، شدت تحریف‌های شناختی را کاهش دهند. نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی قادر است تحریف‌های روان‌شناختی را کاهش دهد و سازگاری اجتماعی را بهبود بخشد (Haroun Rashidi & Zakizadeh, 2022). این رویکرد به جای بحث مستقیم و مداوم با محتوای هر فکر، رابطه فرد با افکار را تغییر می‌دهد و امکان پاسخ‌دادن آگاهانه به جای واکنش خودکار را فراهم می‌کند. استفاده از مواجهه و پیشگیری از پاسخ در بستر ذهن‌آگاهی نیز می‌تواند به بیماران کمک کند که هنگام روبه‌رو شدن با محرک‌های وسواسی، اضطراب و افکار مزاحم را بدون اجرای رفتار اجباری تحمل کنند. گزارش‌های بالینی جدید درباره اجرای از راه دور مواجهه و پیشگیری از پاسخ مبتنی بر ذهن‌آگاهی در اختلال وسواسی-اجباری نشان داده‌اند که این شیوه از نظر اجرایی امکان‌پذیر است و می‌تواند با کاهش علائم وسواس و مشکلات همراه همراه باشد (Sheikh, 2025).

درمان دیگری که می‌تواند در بهبود مشکلات شناختی و هیجانی بیماران مبتلا به وسواس سودمند باشد، واقعیت درمانی است. واقعیت درمانی بر نظریه انتخاب استوار است و فرض می‌کند که افراد برای ارضای نیازهای اساسی خود دست به انتخاب رفتار می‌زنند. این رویکرد بر مسئولیت‌پذیری، ارزیابی رفتار کنونی، تمرکز بر زمان حال و تدوین برنامه‌های عملی و قابل اجرا تأکید می‌کند. در این درمان، فرد تشویق می‌شود به جای تمرکز افراطی بر شرایط خارج از کنترل، رفتارهایی را شناسایی کند که در حوزه انتخاب او قرار دارند. نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که واقعیت درمانی می‌تواند نشانه‌های روان‌شناختی نوجوانان را کاهش داده و عملکرد سازگاران آنان را تقویت کند (Giv et al., 2024). واقعیت درمانی آنلاین نیز در کاهش

اضطراب و پریشانی روان‌شناختی افراد بهبودیافته از بیماری کووید-۱۹ مؤثر گزارش شده است (Asli-Azad et al., 2021). این یافته‌ها نشان می‌دهد که تأکید این رویکرد بر احساس کنترل، انتخاب آگاهانه و اقدام هدفمند می‌تواند در کاهش اضطراب بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری نیز مفید باشد.

واقعیت درمانی همچنین ظرفیت قابل توجهی برای تقویت خودتنظیمی هیجانی دارد. در این رویکرد، هیجان‌ها در ارتباط با تفکر، عمل و وضعیت جسمانی بررسی می‌شوند و فرد می‌آموزد با تغییر انتخاب‌های رفتاری و شناختی، پاسخ‌های هیجانی خود را نیز تعدیل کند. مقایسه واقعیت درمانی با سایر رویکردها نشان داده است که این درمان می‌تواند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خودتنظیمی هیجانی را افزایش دهد (Nasiri et al., 2022). آموزش واقعیت درمانی در مردان دارای ناتوانی جسمی-حرکتی نیز با افزایش خودمراقبتی و تنظیم هیجان همراه بوده است (Shoviji, 2020). علاوه بر این، کاربرد واقعیت درمانی در دانشجویان موجب کاهش اهمال کاری و بهبود خودتنظیمی شده است (Motahari-Nasab et al., 2020). بر این اساس، واقعیت درمانی می‌تواند به بیماران مبتلا به وسواس کمک کند تا به جای واکنش‌های اجباری و اجتنابی، مسئولیت رفتارهای خود را بپذیرند، پیامد انتخاب‌هایشان را ارزیابی کنند و رفتارهای سازگارانه‌تری برای مدیریت هیجان و اضطراب برگزینند.

با وجود شواهد موجود درباره اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی و واقعیت درمانی، این دو رویکرد از مسیرهای متفاوتی عمل می‌کنند. ذهن آگاهی عمدتاً بر پذیرش تجربه درونی، کاهش قضاوت، فاصله‌گیری از افکار و تحمل اضطراب تأکید دارد، در حالی که واقعیت درمانی بر انتخاب، مسئولیت شخصی، ارزیابی رفتار و برنامه‌ریزی برای تغییر متمرکز است. بنابراین، ممکن است میزان اثربخشی آن‌ها بر متغیرهای مختلف یکسان نباشد؛ برای مثال، ذهن آگاهی به دلیل تأثیر مستقیم بر رابطه فرد با افکار و نگرانی‌ها ممکن است در کاهش اضطراب و باورهای فراشناختی اثربخشی بیشتری داشته باشد، در حالی که واقعیت درمانی به سبب تأکید بر مهارت‌های عملی و انتخاب رفتاری ممکن است خودتنظیمی هیجانی را بیشتر تقویت کند. از سوی دیگر، هر دو درمان می‌توانند از مسیرهای متفاوت به کاهش تحریف‌های شناختی منجر شوند.

با این حال، مطالعات اندکی این دو رویکرد را به‌طور مستقیم در مردان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری و با تمرکز هم‌زمان بر اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی، خودتنظیمی هیجانی و تحریف‌های شناختی مقایسه کرده‌اند؛ از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی و واقعیت درمانی بر اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی، خودتنظیمی هیجانی و تحریف‌های شناختی در مردان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری انجام شد.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود که با هدف مقایسه اثربخشی درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی و واقعیت درمانی بر اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی، خودتنظیمی هیجانی و تحریف‌های شناختی در مردان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری انجام شد. این پژوهش بر بررسی اثرات کوتاه‌مدت مداخلات تمرکز داشت و به دلیل محدودیت‌های زمانی و منابع در دسترس، مرحله پیگیری در آن اجرا نشد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مردان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری مراجعه‌کننده به مرکز درمانی قدس شهر سنجند بود. در مرحله شناسایی شرکت‌کنندگان، طی یک بازه زمانی سه‌ماهه، ۱۵۷ بیمار شامل ۸۰ زن و ۷۷ مرد توسط روان‌پزشک متخصص مورد ارزیابی قرار گرفتند. تشخیص اختلال وسواسی-اجباری بر اساس مصاحبه بالینی و احراز معیارهای تشخیصی مندرج در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ویرایش پنجم، صورت گرفت. از میان مردان شناسایی‌شده، ۶۰ نفر که معیارهای لازم برای ورود به پژوهش را داشتند، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و سپس به‌صورت تصادفی در سه گروه درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی، واقعیت درمانی و کنترل قرار گرفتند؛ به گونه‌ای که در هر گروه ۲۰ نفر حضور داشتند. استفاده از نمونه‌گیری هدفمند به دلیل محدودیت دسترسی به بیماران دارای تشخیص مشخص اختلال وسواسی-اجباری و ضرورت برخورداری شرکت‌کنندگان از شرایط بالینی معین انجام شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل مرد بودن، تشخیص قطعی اختلال وسواسی-اجباری توسط روان‌پزشک متخصص، تأیید معیارهای تشخیصی بر اساس مصاحبه بالینی،

برخورداری از توانایی لازم برای شرکت در جلسات گروهی و ارائه رضایت آگاهانه کتبی بود. دریافت هم‌زمان دارودرمانی یا سایر مداخلات روان‌شناختی در زمان ورود به پژوهش و ابتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی مزمن و شدید، از جمله اختلال‌های سایکوتیک، از معیارهای خروج یا عدم ورود به مطالعه محسوب می‌شد. پیش از آغاز پژوهش، اهداف، مراحل اجرا، محرمانه‌بودن اطلاعات و حق خروج آزادانه از مطالعه برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت‌نامه کتبی از آنان دریافت شد. پس از اجرای پیش‌آزمون، دو گروه آزمایش در جلسات درمانی مربوط به خود شرکت کردند، در حالی که گروه کنترل در طول دوره پژوهش هیچ‌گونه مداخله روان‌شناختی دریافت نکرد. جلسات مداخله به‌صورت گروهی، هفته‌ای یک جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه در مرکز درمانی قدس سنجند برگزار شد و پس از پایان جلسات، ابزارهای پژوهش مجدداً به‌عنوان پس‌آزمون در هر سه گروه اجرا شدند.

پرسشنامه اضطراب فراگیر هفت‌گویه‌ای به‌منظور سنجش شدت نشانه‌های اضطراب فراگیر مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه توسط اسپیتزر و همکاران در سال ۲۰۰۶ تدوین شده و شامل هفت گویه است که فراوانی تجربه نشانه‌های مرتبط با اضطراب و نگرانی را در یک دوره زمانی مشخص ارزیابی می‌کند. پاسخ‌های این ابزار بر اساس یک مقیاس چهاردرجه‌ای شامل «اصلاً»، «چند روز»، «بیش از نیمی از روزها» و «تقریباً هر روز» نمره‌گذاری می‌شوند و به هر گزینه به‌ترتیب نمره‌ای از صفر تا سه اختصاص می‌یابد. دامنه نمره کل پرسشنامه از صفر تا ۲۱ متغیر است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر نشانه‌های اضطراب فراگیر هستند. نسخه اولیه این ابزار دارای ۱۳ گویه بود که طی سال‌های ۲۰۰۴ تا ۲۰۰۵ در ۱۵ درمانگاه مراقبت‌های اولیه در ایالات متحده و بر روی ۲۷۴۰ بیمار بزرگسال بررسی شد و در نهایت هفت گویه دارای بالاترین دقت تشخیصی برای نسخه نهایی انتخاب شدند. نتایج مطالعات اولیه، روایی، پایایی و دقت تشخیصی مطلوب این پرسشنامه را تأیید کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد و مقدار آن ۰.۸۲۱ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب پرسشنامه در نمونه مورد مطالعه بود.

پرسشنامه باورهای فراشناختی برای ارزیابی باورهای افراد درباره فرایندهای تفکر، کنترل افکار و کارکردهای شناختی آنان به کار گرفته شد. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی ۳۰ گویه‌ای است که برای سنجش مؤلفه‌های فراشناختی مرتبط با شکل‌گیری و تداوم اختلال‌های روان‌شناختی طراحی شده است. پاسخ‌دهندگان میزان موافقت خود را با هر گویه بر اساس یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای، از «موافق نیستم» با نمره یک تا «خیلی زیاد موافقم» با نمره پنج، مشخص می‌کنند. این پرسشنامه پنج بعد اصلی فراشناخت را شامل می‌شود که عبارت‌اند از باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای مربوط به کنترل‌ناپذیری و خطر افکار، باورهای مرتبط با اطمینان شناختی، باورهای مربوط به ضرورت کنترل افکار و وقوف یا خودآگاهی شناختی. این ابعاد، نحوه ارزیابی فرد از افکار خود، میزان اعتماد او به توانایی‌های شناختی و برداشت وی از پیامدهای افکار مزاحم را نشان می‌دهند. نمرات بالاتر در این پرسشنامه بیانگر شدت بیشتر باورهای فراشناختی ناکارآمد است. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه ۰.۷۶۵ محاسبه شد. همچنین، ضرایب پایایی ابعاد مختلف ابزار به‌ترتیب ۰.۷۴۸، ۰.۸۲۰، ۰.۸۰۳، ۰.۷۹۱ و ۰.۷۳۳ به دست آمد که بیانگر همسانی درونی قابل‌قبول خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل پرسشنامه بود.

پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی هافمن و کشدن، که در سال ۲۰۱۰ تدوین شده است، برای سنجش شیوه‌های افراد در مواجهه، مدیریت و تنظیم تجربه‌های هیجانی مورد استفاده قرار گرفت. این ابزار دارای ۲۰ گویه و سه مؤلفه اصلی سازگاری، پنهان‌کاری و تحمل است. مؤلفه سازگاری به توانایی فرد در تعدیل و انطباق واکنش‌های هیجانی متناسب با شرایط، مؤلفه پنهان‌کاری به گرایش فرد برای سرکوب یا مخفی کردن تجربه‌های هیجانی و مؤلفه تحمل به ظرفیت فرد برای پذیرش و تحمل هیجان‌های ناخوشایند اشاره دارد. پاسخ‌گویی به گویه‌های این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای و در دامنه‌ای از «اصلاً در مورد من درست نیست» تا «بی‌نهایت در مورد من درست است» انجام می‌شود. ساختار این پرسشنامه بر پایه تحلیل عاملی تأییدی استخراج شده است و از این رو، روایی سازه آن در مطالعات پیشین مناسب گزارش شده است. توترک و همکاران در سال ۲۰۱۸ ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های سازگاری، پنهان‌کاری و تحمل را به‌ترتیب ۰.۸۲،

۰.۷۶ و ۰.۷۱ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز پایایی ابزار از طریق محاسبه آلفای کرونباخ بررسی شد و ضرایب مربوط به مؤلفه‌های سازگاری، پنهان کاری و تحمل به ترتیب ۰.۷۴۱، ۰.۸۱۰ و ۰.۷۹۳ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ نمره کل پرسشنامه نیز ۰.۸۱۱ محاسبه شد که نشان‌دهنده پایایی مناسب این ابزار در نمونه پژوهش بود.

پرسشنامه تحریف‌های شناختی آلبرت الیس، که در سال ۲۰۰۰ طراحی شده است، برای سنجش الگوهای تفکر غیرمنطقی و برداشت‌های تحریف‌شده افراد از رویدادها و تجربه‌های روزمره به کار رفت. این ابزار شامل ۲۰ گویه است و هر یک از ده نوع تحریف شناختی از طریق دو گویه ارزیابی می‌شود. ابعاد مورد سنجش در این پرسشنامه شامل تفکر همه یا هیچ، تعمیم مبالغه‌آمیز، فیلتر ذهنی، بی‌توجهی به جنبه‌های مثبت، نتیجه‌گیری شتاب‌زده، درشت‌بینی و ریزبینی، استدلال هیجانی، گزاره‌های باید و بهتر است، برچسب‌زنی و شخصی‌سازی است. شرکت‌کنندگان میزان موافقت خود را با هر عبارت بر اساس یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای، از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم، مشخص می‌کنند و برای پاسخ‌ها نمره‌ای در دامنه صفر تا پنج در نظر گرفته می‌شود. نمره کل پرسشنامه از مجموع نمرات گویه‌ها و خرده‌مقیاس‌ها به دست می‌آید. بر اساس شیوه نمره‌گذاری ابزار، کسب نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده شدت بیشتر تحریف‌های شناختی و نمرات بالاتر بیانگر برخورداری از الگوهای شناختی واقع‌بینانه‌تر است. در مطالعات پیشین، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰.۸۰ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ بررسی شد و ضریب ۰.۸۲۷ به دست آمد که نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب ابزار بود.

مداخله مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی در قالب نه جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای، به صورت هفته‌ای یک جلسه، اجرا شد. محتوای این برنامه با استفاده از اصول شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و بر اساس پروتکل محمدخانی و خانی‌بور تنظیم شده بود. در جلسه نخست، شرکت‌کنندگان با مفهوم عملکرد خودکار ذهن آشنا شدند و تمرین خوردن کشمش با آگاهی، مراقبه واری بدن و اجرای پیش‌آزمون انجام گرفت. در جلسه دوم، موانع تجربه ذهن آگاهی بررسی شد و تمرین‌هایی مانند مراقبه واری بدن، تنفس ذهن آگاهانه ده دقیقه‌ای و

مشاهده افکار و احساسات اجرا شد. جلسه سوم بر ذهن آگاهی تنفس و بدن در حال حرکت، ثبت تجربه‌های خوشایند و آموزش تمایز میان فکر و واقعیت متمرکز بود. در جلسه چهارم، ماندن در زمان حال از طریق تمرین مشاهده یا شنیدن ذهن آگاهانه پنج دقیقه‌ای، راه رفتن ذهن آگاهانه و ثبت تجربه‌های ناخوشایند آموزش داده شد. در جلسه پنجم، مفاهیم پذیرش و اجازه‌دادن به تجربه‌های درونی مطرح شد و شرکت‌کنندگان مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس و بدن و بررسی افکار و پیش‌بینی‌های قبلی را تمرین کردند. در جلسه ششم، بر این اصل تأکید شد که افکار الزاماً بازتاب واقعیت نیستند و تمرین‌های مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس و بدن، تمایز فکر از واقعیت و شناسایی خلق‌ها، افکار و دیدگاه‌های جایگزین انجام شد. جلسه هفتم به خودمراقبتی و شناسایی فعالیت‌های ارتقادهنده اختصاص یافت و مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و هیجان‌ها اجرا شد. در جلسه هشتم، راه‌حل‌آفرینی سازنده، شناسایی تحریف‌های شناختی، مراقبه واری بدن و آگاهی از تنفس آموزش داده شد. در جلسه نهم، ارزش‌های مهم زندگی، روش‌های دستیابی و حفظ آن‌ها و نحوه به کارگیری آموخته‌ها در آینده بررسی شد و در پایان، مراقبه نشسته، مراقبه واری بدن، مراقبه نهایی، مرور محتوای دوره و اجرای پس‌آزمون انجام گرفت.

مداخله واقعیت درمانی نیز در قالب نه جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه، و بر اساس پروتکل ووبل‌دینگ اجرا شد. در جلسه نخست، اعضای گروه با یکدیگر آشنا شدند، قوانین و انتظارات جلسات توضیح داده شد، رابطه درمانی و درگیری عاطفی سازنده میان اعضا شکل گرفت و پیش‌آزمون اجرا شد. در جلسه دوم، نظریه انتخاب، پنج نیاز اساسی انسان و چگونگی تأثیر این نیازها بر رفتار، روابط و تصمیم‌های روزمره مورد بررسی قرار گرفت. جلسه سوم به شناسایی نقاط قوت و ضعف از طریق ابراز خود، گوش دادن فعال، استنباط بازخوردهای بین فردی و مشاهده خود از دیدگاه دیگران اختصاص یافت. در جلسه چهارم، مفهوم رفتار کلی و چهار مؤلفه آن شامل عمل، تفکر، احساس و فیزیولوژی توضیح داده شد و ارتباط میان این مؤلفه‌ها در شکل‌گیری رفتار بررسی شد. در جلسه پنجم، موقعیت‌های زندگی از منظر امکان انتخاب بهتر تحلیل شد و تفاوت میان کنترل بیرونی و کنترل درونی و تأثیر آن‌ها بر تصمیم‌ها و رفتارهای فرد مورد توجه قرار گرفت. در جلسه ششم، ده اصل اساسی

نظریه انتخاب و پنج اصل تبیین رفتار تشریح شد و شرکت کنندگان نحوه کاربرد این اصول را در موقعیت‌های شخصی و بین‌فردی تمرین کردند. در جلسه هفتم، خواسته‌ها، نیازها، ادراک‌ها و رفتارهای جاری از طریق فرایند **WDEP** بررسی شد؛ به این معنا که شرکت کنندگان خواسته‌های خود را مشخص کردند، رفتارهای کنونی را مورد ارزیابی قرار دادند و برای تغییر رفتارهای ناکارآمد برنامه عملی تدوین کردند. جلسه هشتم بر نحوه شکل‌گیری رفتار، تمایز رفتارهای مخرب و سازنده و ارزیابی کیفیت عملکرد اعضا در انتخاب و اجرای رفتارهای مؤثر تمرکز داشت. در جلسه نهم، مطالب و مهارت‌های آموزش داده‌شده مرور و جمع‌بندی شد، میزان پیشرفت شرکت کنندگان مورد ارزیابی قرار گرفت و پس‌آزمون اجرا شد.

پس از پایان مداخلات و تکمیل پرسشنامه‌های پس‌آزمون، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار **SPSS** نسخه ۲۳ تحلیل شدند. برای توصیف ویژگی‌های متغیرهای پژوهش و ارائه وضعیت نمرات گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، از شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار استفاده شد. پیش از اجرای تحلیل اصلی، مفروضه‌های لازم برای تحلیل کوواریانس چندمتغیره بررسی شدند. بهنجاری توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک، همگنی واریانس‌های متغیرهای وابسته با آزمون لوین و همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس با آزمون ام‌باکس ارزیابی شد. همچنین، خطی‌بودن روابط میان متغیرهای وابسته، نبود هم‌خطی چندگانه و

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون: میانگین	پیش‌آزمون: انحراف معیار	پس‌آزمون: میانگین	پس‌آزمون: انحراف معیار
اضطراب فراگیر	کنترل	۱۶.۳۵	۲.۳۹	۱۷.۹۵	۱.۳۹
درمان مواجهه مبتنی بر ذهن‌آگاهی	واقعیت‌درمانی	۱۶.۱۰	۲.۴۸	۱۲.۳۰	۱.۸۰
واقعیت‌درمانی	کنترل	۱۶.۳۰	۳.۰۲	۱۴.۰۰	۲.۸۴
باورهای فراشناختی	کنترل	۱۰۵.۲۰	۴.۹۶	۱۰۴.۳۰	۵.۹۳
درمان مواجهه مبتنی بر ذهن‌آگاهی	واقعیت‌درمانی	۱۰۳.۴۰	۴.۶۲	۸۸.۶۰	۸.۴۵
واقعیت‌درمانی	کنترل	۱۰۴.۱۰	۵.۶۰	۹۴.۱۰	۹.۰۸
خودتنظیمی هیجانی	کنترل	۵۱.۲۰	۴.۷۷	۴۹.۳۰	۵.۰۷
درمان مواجهه مبتنی بر ذهن‌آگاهی	واقعیت‌درمانی	۵۰.۷۵	۵.۲۹	۶۱.۳۰	۶.۷۳
واقعیت‌درمانی	کنترل	۵۱.۷۵	۴.۸۹	۵۵.۲۰	۸.۹۸
تحریف‌های شناختی	کنترل	۶۸.۸۵	۶.۰۹	۷۰.۲۰	۴.۷۵
درمان مواجهه مبتنی بر ذهن‌آگاهی	واقعیت‌درمانی	۶۹.۲۰	۵.۳۴	۶۲.۴۵	۶.۲۵
واقعیت‌درمانی		۶۹.۱۵	۵.۹۴	۶۵.۳۵	۷.۴۵

همگنی شیب‌های رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت. پس از تأیید مفروضه‌های آماری، برای تعیین اثر هم‌زمان عضویت گروهی بر مجموعه متغیرهای وابسته شامل اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی، خودتنظیمی هیجانی و تحریف‌های شناختی، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. در این تحلیل، نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیرهای هم‌پراش کنترل شدند و نمرات پس‌آزمون سه گروه با یکدیگر مقایسه شدند. برای بررسی جداگانه اثر مداخله بر هر متغیر وابسته، آزمون‌های بین‌آزمودنی تحلیل کوواریانس اجرا شد و اندازه اثر با استفاده از ضریب اتای جزئی گزارش شد. همچنین، به‌منظور تعیین محل دقیق تفاوت میان گروه درمان مواجهه مبتنی بر ذهن‌آگاهی، گروه واقعیت‌درمانی و گروه کنترل، از مقایسه‌های زوجی تعدیل‌شده با اصلاح بنفرونی استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

به‌منظور بررسی اولیه تغییرات متغیرهای پژوهش، میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی، خودتنظیمی هیجانی و تحریف‌های شناختی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه درمان مواجهه مبتنی بر ذهن‌آگاهی، گروه واقعیت‌درمانی و گروه کنترل محاسبه شد. نتایج آمار توصیفی مربوط به این متغیرها در جدول ۱ ارائه شده است.

همان گونه که نتایج جدول ۱ نشان می دهد، میانگین نمرات پیش آزمون متغیرهای پژوهش در سه گروه نسبتاً نزدیک به یکدیگر بود. در مرحله پس آزمون، میانگین اضطراب فراگیر در گروه درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی از ۱۶.۱۰ به ۱۲.۳۰ و در گروه واقعیت درمانی از ۱۶.۳۰ به ۱۴.۰۰ کاهش یافت، در حالی که این میانگین در گروه کنترل از ۱۶.۳۵ به ۱۷.۹۵ افزایش پیدا کرد. میانگین باورهای فراشناختی نیز در گروه ذهن آگاهی از ۱۰۳.۴۰ به ۸۸.۶۰ و در گروه واقعیت درمانی از ۱۰۴.۱۰ به ۹۴.۱۰ کاهش یافت، اما در گروه کنترل تغییر چشمگیری مشاهده نشد. در متغیر خودتنظیمی هیجانی، میانگین گروه ذهن آگاهی از ۵۰.۷۵ به ۶۱.۳۰ و میانگین گروه واقعیت درمانی از ۵۱.۷۵ به ۵۵.۲۰ افزایش یافت، در حالی که میانگین گروه کنترل از ۵۱.۲۰ به ۴۹.۳۰ کاهش پیدا کرد. همچنین، میانگین تحریف های شناختی در گروه ذهن آگاهی از ۶۹.۲۰ به ۶۲.۴۵ و در گروه واقعیت درمانی از ۶۹.۱۵ به ۶۵.۳۵ کاهش یافت، در حالی که در گروه کنترل از ۶۸.۸۵ به ۷۰.۲۰ افزایش یافت. این تغییرات توصیفی بیانگر بهبود متغیرهای مورد مطالعه در گروه های مداخله در مقایسه با گروه کنترل بود؛ با این حال، برای تعیین معناداری آماری تفاوت ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

پیش از اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیره، مفروضه های آماری این آزمون بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای نمرات

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون های بین آزمودنی متغیرهای پژوهش

سطح تحلیل	آزمون با متغیر	مقدار با مجموع مربعات	درجه آزادی	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
چندمتغیره	لامبدای ویلکز	۰.۰۸۸	—	۲۹.۵۶۳	۰.۰۰۱	۰.۷۰۳
بین آزمودنی	اضطراب فراگیر	۳۱۳.۰۰۳	۲	۴۳.۸۴۷	۰.۰۰۱	۰.۶۲۳
بین آزمودنی	باورهای فراشناختی	۲۲۱۴.۰۱۴	۲	۱۹.۹۱۵	۰.۰۰۱	۰.۴۲۹
بین آزمودنی	خودتنظیمی هیجانی	۳۵۱۱.۲۱۱	۲	۵۱.۸۷۷	۰.۰۰۱	۰.۶۶۲
بین آزمودنی	تحریف های شناختی	۱۱۸۴.۷۳۴	۲	۲۲.۰۴۲	۰.۰۰۱	۰.۴۵۴

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره در جدول ۲ نشان داد که پس از کنترل اثر نمرات پیش آزمون، اثر کلی عضویت گروهی بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنادار بود؛ به گونه ای که مقدار لامبدای ویلکز برابر با ۰.۰۸۸، آماره F برابر با ۲۹.۵۶۳ و سطح معناداری برابر با ۰.۰۰۱ به دست آمد. اندازه اثر چندمتغیره برابر با ۰.۷۰۳ بود که

پیش آزمون و پس آزمون تمامی متغیرها در هر سه گروه معنادار نبود و مقادیر معناداری آن بین ۰.۰۶۳ و ۰.۹۷۵ قرار داشت؛ بنابراین، مفروضه بهنجاری توزیع داده ها تأیید شد. بررسی نمودارهای پراکندگی نیز وجود روابط خطی مناسب میان متغیرهای وابسته را نشان داد. نتایج آزمون ام باکس برای مقایسه گروه درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی با گروه کنترل برابر با ۸.۳۵۸ بود که مقدار F آن ۰.۷۴۰ و سطح معناداری آن ۰.۶۸۷ به دست آمد. برای مقایسه گروه واقعیت درمانی با گروه کنترل نیز مقدار ام باکس ۱۰.۵۷۴، مقدار F برابر با ۰.۹۳۶ و سطح معناداری برابر با ۰.۴۹۸ بود. معنادار نبودن این آزمون ها نشان داد که مفروضه همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس برقرار است. نتایج آزمون لوین نیز برای اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی، خودتنظیمی هیجانی و تحریف های شناختی در مقایسه گروه ذهن آگاهی با کنترل به ترتیب برابر با ۰.۰۹۵، ۰.۴۰۱، ۰.۰۷۸ و ۰.۳۰۲ و در مقایسه گروه واقعیت درمانی با کنترل به ترتیب برابر با ۰.۰۷۸، ۰.۵۸۲، ۰.۲۴۵ و ۰.۴۴۸ بود. از آنجاکه تمامی این مقادیر بزرگ تر از ۰.۰۵ بودند، مفروضه همگنی واریانس ها نیز تأیید شد. افزون بر این، بررسی ها بیانگر نبود هم خطی چندگانه و برقرار بودن مفروضه همگنی شیب های رگرسیون بود؛ بنابراین، شرایط لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیره فراهم بود.

نشان می دهد ۷۰.۳ درصد از واریانس ترکیب متغیرهای وابسته با عضویت در گروه های پژوهش مرتبط بوده است. نتایج آزمون های بین آزمودنی نیز نشان داد که تفاوت سه گروه در نمرات پس آزمون اضطراب فراگیر معنادار بود، $F=43.847$ ، $p=0.001$ ، $\eta^2=0.623$. همچنین، اثر گروه بر باورهای فراشناختی معنادار بود، $F=19.915$ ،

عضویت گروهی به ترتیب مربوط به خودتنظیمی هیجانی، اضطراب فراگیر، تحریف‌های شناختی و باورهای فراشناختی بود. برای مشخص شدن محل دقیق تفاوت‌ها، مقایسه‌های زوجی با اصلاح بنفرونی انجام شد.

در متغیر خودتنظیمی هیجانی نیز تفاوت معناداری میان گروه‌ها مشاهده شد، $F=51.877$ ، $p=0.001$ ، $\eta^2=0.662$. افزون بر این، تفاوت گروه‌ها در تحریف‌های شناختی معنادار بود، $F=22.042$ ، $p=0.001$ ، $\eta^2=0.454$. بر اساس اندازه‌های اثر، بیشترین اثر

جدول ۳. نتایج مقایسه‌های زوجی تعدیل‌شده با روش بنفرونی

متغیر	گروه I	گروه J	تفاوت میانگین تعدیل‌شده [I-J]	خطای استاندارد	سطح معناداری
اضطراب فراگیر	کنترل	درمان مواجهه مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۵.۶۱۰	۰.۶۰۹	۰.۰۰۱
	کنترل	واقعیت‌درمانی	۲.۱۲۶	۰.۶۲۹	۰.۰۰۴
	درمان مواجهه مبتنی بر ذهن‌آگاهی	واقعیت‌درمانی	-۳.۴۸۴	۰.۶۰۷	۰.۰۰۱
باورهای فراشناختی	کنترل	درمان مواجهه مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۱۵.۱۲۷	۲.۴۰۱	۰.۰۰۱
	کنترل	واقعیت‌درمانی	۸.۹۳۵	۲.۴۸۱	۰.۰۰۲
	درمان مواجهه مبتنی بر ذهن‌آگاهی	واقعیت‌درمانی	-۶.۱۹۲	۲.۳۹۴	۰.۰۳۷
خودتنظیمی هیجانی	کنترل	درمان مواجهه مبتنی بر ذهن‌آگاهی	-۱۲.۸۱۱	۱.۸۷۴	۰.۰۰۱
	کنترل	واقعیت‌درمانی	-۱۹.۳۶۳	۱.۹۳۶	۰.۰۰۱
	درمان مواجهه مبتنی بر ذهن‌آگاهی	واقعیت‌درمانی	-۶.۵۵۲	۱.۸۶۸	۰.۰۰۳
تحریف‌های شناختی	کنترل	درمان مواجهه مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۷.۷۶۸	۱.۶۷۰	۰.۰۰۱
	کنترل	واقعیت‌درمانی	۱۱.۱۵۱	۱.۷۲۵	۰.۰۰۱
	درمان مواجهه مبتنی بر ذهن‌آگاهی	واقعیت‌درمانی	۳.۳۸۳	۱.۶۶۵	۰.۱۴۲

نتایج مقایسه‌های زوجی در جدول ۳ نشان داد که میانگین تعدیل‌شده اضطراب فراگیر در گروه درمان مواجهه مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل بود؛ تفاوت میانگین این دو گروه برابر با ۵.۶۱۰ و سطح معناداری برابر با ۰.۰۰۱ بود. میانگین اضطراب فراگیر در گروه واقعیت‌درمانی نیز به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل بود؛ تفاوت میانگین برابر با ۲.۱۲۶ و سطح معناداری برابر با ۰.۰۰۴ به دست آمد. تفاوت میان دو گروه مداخله نیز معنادار بود و پایین‌تر بودن میانگین گروه ذهن‌آگاهی نسبت به واقعیت‌درمانی، با تفاوت میانگین ۳.۴۸۴ و سطح معناداری ۰.۰۰۱، اثربخشی بیشتر درمان مواجهه مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در کاهش اضطراب فراگیر نشان داد. در باورهای فراشناختی، هر دو گروه ذهن‌آگاهی و گروه واقعیت‌درمانی در مقایسه با گروه کنترل کاهش معناداری نشان دادند؛ تفاوت‌ها به ترتیب برابر با ۷.۷۶۸ و ۱۱.۱۵۱ بود و هر دو در سطح ۰.۰۰۱ معنادار بودند. باین حال، تفاوت میان دو گروه درمان مواجهه مبتنی بر ذهن‌آگاهی و واقعیت‌درمانی، با تفاوت میانگین ۳.۳۸۳ و سطح معناداری ۰.۱۴۲، از نظر آماری معنادار نبود. در مجموع، هر دو مداخله بر تمامی

نتایج مقایسه‌های زوجی در جدول ۳ نشان داد که میانگین تعدیل‌شده اضطراب فراگیر در گروه درمان مواجهه مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل بود؛ تفاوت میانگین این دو گروه برابر با ۵.۶۱۰ و سطح معناداری برابر با ۰.۰۰۱ بود. میانگین اضطراب فراگیر در گروه واقعیت‌درمانی نیز به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل بود؛ تفاوت میانگین برابر با ۲.۱۲۶ و سطح معناداری برابر با ۰.۰۰۴ به دست آمد. تفاوت میان دو گروه مداخله نیز معنادار بود و پایین‌تر بودن میانگین گروه ذهن‌آگاهی نسبت به واقعیت‌درمانی، با تفاوت میانگین ۳.۴۸۴ و سطح معناداری ۰.۰۰۱، اثربخشی بیشتر درمان مواجهه مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در کاهش اضطراب فراگیر نشان داد. در باورهای فراشناختی، هر دو گروه ذهن‌آگاهی و واقعیت‌درمانی در مقایسه با گروه کنترل نمرات تعدیل‌شده پایین‌تری داشتند و تفاوت‌ها به ترتیب برابر با ۱۵.۱۲۷ و ۱۱.۱۲۷ با سطح معناداری ۰.۰۰۱ و ۸.۹۳۵ با سطح معناداری ۰.۰۰۲ بود. تفاوت میان دو گروه مداخله نیز معنادار بود؛ به‌گونه‌ای که گروه ذهن‌آگاهی در مقایسه با

متغیرهای پژوهش اثربخش بودند؛ درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اضطراب فراگیر و باورهای فراشناختی اثربخشی بیشتری داشت، واقعیت درمانی در افزایش خودتنظیمی هیجانی مؤثرتر بود و دو مداخله از نظر کاهش تحریف‌های شناختی تفاوت معناداری نداشتند.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی و واقعیت درمانی بر اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی، خودتنظیمی هیجانی و تحریف‌های شناختی در مردان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری انجام شد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، میان سه گروه در ترکیب متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود داشت. بررسی جداگانه متغیرها نیز نشان داد که هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل موجب کاهش اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی، ناکارآمدی و تحریف‌های شناختی و افزایش خودتنظیمی هیجانی شدند. با این حال، مقایسه مستقیم دو مداخله نشان داد که درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اضطراب فراگیر و باورهای فراشناختی اثربخشی بیشتری داشت، در حالی که واقعیت درمانی در افزایش خودتنظیمی هیجانی مؤثرتر بود. در زمینه تحریف‌های شناختی، تفاوت معناداری میان دو مداخله مشاهده نشد و هر دو درمان تأثیری نسبتاً مشابه نشان دادند. این الگوی یافته‌ها بیانگر آن است که هرچند هر دو رویکرد می‌توانند به بهبود مشکلات شناختی و هیجانی همراه با اختلال وسواسی-اجباری کمک کنند، سازوکارهای اثرگذاری و حوزه‌های برتری آن‌ها یکسان نیست.

نخستین یافته نشان داد که درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش معنادار اضطراب فراگیر در مردان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری شد و در این زمینه نسبت به واقعیت درمانی اثربخشی بیشتری داشت. این نتیجه با یافته‌های مطالعاتی همسو است که اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی را در کاهش نگرانی مزمن، برانگیختگی هیجانی و نشانه‌های اضطراب تأیید کرده‌اند. برای نمونه، شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر موجب کاهش معنادار نشانه‌ها شده و از نظر اثربخشی با درمان شناختی-رفتاری قابل مقایسه بوده است (Jiang et

2022, al.). همچنین، مداخلات روزمره مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر موجب کاهش نگرانی و افزایش توانایی مدیریت واکنش‌های اضطرابی شوند، هرچند شدت پاسخ درمانی ممکن است بر اساس ویژگی‌های فردی متفاوت باشد (Zainal & Newman, 2024). از سوی دیگر، یافته‌های مربوط به خودتنظیمی هیجانی نیز نشان داده‌اند که آموزش ذهن آگاهی از طریق بهبود کنترل توجه، کاهش واکنش‌پذیری و افزایش آگاهی از حالات درونی می‌تواند به تعدیل نشانه‌های اضطرابی کمک کند (Izhar et al., 2022).

در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری معمولاً افکار مزاحم و ناخواسته را تهدیدکننده تلقی می‌کنند و برای کنترل یا خنثی‌سازی آن‌ها از رفتارهای اجباری استفاده می‌کنند. هم‌زمانی نگرانی فراگیر با این چرخه سبب می‌شود فرد درباره پیامدهای احتمالی افکار، از دست‌دادن کنترل، اشتباه کردن یا وقوع رویدادهای منفی به‌طور مداوم نگران باشد. همپوشانی نشانه‌های وسواسی و اضطراب فراگیر، به‌ویژه در حوزه نگرانی، تکرار افکار و عدم تحمل عدم قطعیت، در پژوهش‌های پیشین نیز گزارش شده است (Citkowska-Kisielewska et al., 2020). درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی به فرد آموزش می‌دهد هنگام فعال‌شدن افکار و نشانه‌های اضطرابی، به‌جای اجتناب، سرکوب یا انجام رفتار اجباری، تجربه خود را با توجهی آگاهانه و بدون قضاوت مشاهده کند. تکرار این فرایند به تدریج پیوند میان فکر مزاحم و واکنش اضطرابی را تضعیف می‌کند و موجب می‌شود فرد افکار را رویدادهایی گذرا بداند، نه شواهدی قطعی درباره خطر. همچنین، مواجهه آگاهانه با محرک‌های ترس‌آور بدون انجام رفتارهای خنثی‌کننده، ظرفیت تحمل اضطراب را افزایش می‌دهد. گزارش‌های بالینی درباره مواجهه و پیشگیری از پاسخ مبتنی بر ذهن آگاهی نیز امکان‌پذیری و سودمندی این شیوه را در کاهش نشانه‌های وسواسی و مشکلات همراه نشان داده‌اند (Sheikh, 2025).

اثربخشی واقعیت درمانی در کاهش اضطراب فراگیر نیز با نتایج پژوهش‌هایی همسو است که نشان داده‌اند این رویکرد می‌تواند اضطراب و پریشانی روان‌شناختی را کاهش دهد (Asli-Azad et al., 2021) و نشانه‌های روان‌شناختی را در گروه‌های مختلف بهبود بخشد

(Giv et al., 2024). واقعیت‌درمانی به بیماران کمک می‌کند میان رویدادهای قابل کنترل و غیرقابل کنترل تمایز قائل شوند، مسئولیت انتخاب‌های خود را بپذیرند و به جای اشتغال ذهنی با پیامدهای احتمالی، بر رفتارهای قابل اجرا تمرکز کنند. این فرایند می‌تواند احساس کنترل شخصی را افزایش داده و اضطراب را کاهش دهد. با این حال، برتری ذهن آگاهی در کاهش اضطراب فراگیر احتمالاً به این دلیل است که این رویکرد مستقیماً رابطه فرد با افکار نگران‌کننده را هدف قرار می‌دهد، در حالی که واقعیت‌درمانی بیشتر بر انتخاب رفتار، مسئولیت‌پذیری و حل مسئله متمرکز است. بنابراین، هنگامی که نشانه غالب بیمار نگرانی مداوم، نشخوار ذهنی و حساسیت به افکار مزاحم باشد، مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی ممکن است اثر عمیق‌تری ایجاد کند.

یافته دوم نشان داد که هر دو مداخله موجب کاهش باورهای فراشناختی ناکارآمد شدند، اما درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی در این زمینه اثربخشی بیشتری داشت. این یافته با پژوهش‌هایی همسو است که رابطه باورهای فراشناختی با شدت علائم و اختلال عملکرد در بیماران مبتلا به وسواس را تأیید کرده‌اند. فراشناخت ناکارآمد در این بیماران می‌تواند با کاهش عملکرد شغلی و دشواری در سازگاری روزمره همراه باشد (Yalim et al., 2024). همچنین، ارتباط میان باورهای فراشناختی، بی‌نظمی هیجانی و شدت نشانه‌های روان‌پزشکی نشان می‌دهد که برداشت فرد از افکار خود در تداوم مشکلات بالینی نقش اساسی دارد (İnaltekin & Yağcı, 2024). نقش واسطه‌ای باورهای فراشناختی در سایر اختلال‌های اضطرابی نیز تأیید شده است و نشان می‌دهد که این باورها می‌توانند تجربه‌های آسیب‌زا و الگوهای ناایمن روان‌شناختی را به نشانه‌های اضطرابی پیوند دهند (Naderi et al., 2023).

از نظر تبیینی، بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری ممکن است باور داشته باشند که افکار آنان خطرناک، غیرقابل کنترل یا نشان‌دهنده واقعیت هستند و باید به هر شکل ممکن متوقف یا خنثی شوند. چنین باورهایی موجب می‌شوند حضور یک فکر مزاحم به‌خودی‌خود به منبع اضطراب تبدیل شود. مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی با آموزش تمایز میان فکر و واقعیت، مشاهده افکار بدون قضاوت و کاهش تلاش برای کنترل کامل ذهن، این باورها را

مستقیماً به چالش می‌کشد. مفهوم فراشناخت ذهن آگاهانه نیز بر آن است که افزایش توجه انعطاف‌پذیر و پذیرش تجربه می‌تواند باورهای مربوط به ضرورت کنترل افکار را کاهش دهد (Wunder & Jones, 2023). یافته‌های مربوط به کاهش باورهای غیرمنطقی در نتیجه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نیز این تبیین را حمایت می‌کند (Valizadeh & Parandin, 2022). در واقع، شرکت‌کنندگان با تمرین مشاهده ذهن آگاهانه می‌آموزند که داشتن یک فکر به معنای درست بودن، خطرناک بودن یا ضرورت عمل بر اساس آن نیست.

واقعیت‌درمانی نیز از طریق تمرکز بر ارزیابی رفتار کنونی و بررسی سودمندی انتخاب‌های فرد می‌تواند باورهای فراشناختی را کاهش دهد. در این رویکرد، فرد تشویق می‌شود بررسی کند که تلاش مداوم برای کنترل افکار، انجام رفتارهای اجباری یا اجتناب از موقعیت‌ها تا چه اندازه او را به خواسته‌ها و اهدافش نزدیک می‌کند. چنین ارزیابی‌ای ممکن است ناکارآمدی باورهای مربوط به کنترل افکار را آشکار سازد. با این حال، چون واقعیت‌درمانی کمتر بر ماهیت افکار، فاصله‌گیری شناختی و رابطه فرد با رویدادهای ذهنی تمرکز دارد، تأثیر آن بر باورهای فراشناختی می‌تواند کمتر از ذهن آگاهی باشد. برتری درمان ذهن آگاهی در این متغیر، با تفاوت نظری این دو رویکرد سازگار است و نشان می‌دهد مداخلاتی که به‌طور مستقیم نحوه مشاهده و تفسیر افکار را تغییر می‌دهند، برای اصلاح فراشناخت‌های ناکارآمد مناسب‌ترند.

یافته سوم نشان داد که هر دو مداخله موجب افزایش خودتنظیمی هیجانی شدند، اما واقعیت‌درمانی در این زمینه اثربخشی بیشتری داشت. این نتیجه با پژوهش‌هایی همسو است که از نقش بی‌نظمی هیجانی در اختلال وسواسی-اجباری حمایت کرده‌اند. ارزیابی‌های روزمره نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به وسواس در شناسایی، تحمل و مدیریت هیجان‌های منفی با دشواری روبه‌رو هستند و از راهبردهای تنظیم هیجان به‌صورت انعطاف‌ناپذیر استفاده می‌کنند (Bischof et al., 2024). همچنین، دشواری تنظیم هیجان با فراشناخت ناسازگار و شدت بیشتر نشانه‌های بالینی ارتباط دارد (İnaltekin & Yağcı, 2024). رابطه میان تحریف‌های شناختی، علائم وسواس و بی‌نظمی

هیجانی نیز نشان می‌دهد که ضعف در تنظیم هیجان می‌تواند یکی از سازوکارهای تداوم اختلال باشد (Hosseini & Soleimani, 2021).

اثربخشی ذهن آگاهی در افزایش تنظیم هیجان با نتایج پژوهش‌های پیشین هماهنگ است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی را بهبود دهد (Abdi & Esmailzadeh, 2022) و در افراد افسرده با کاهش اضطراب سلامت و ارتقای تنظیم شناختی هیجان همراه باشد (Esmaili Esfandani et al., 2026). مرور نظام‌مند و فراتحلیل مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی نیز نشان داده است که این مداخلات در مجموع موجب کاهش بی‌نظمی و بهبود تنظیم هیجان در افراد دارای مشکلات سلامت روان می‌شوند (Easdale-Cheelee et al., 2026). ذهن آگاهی از طریق افزایش توانایی شناسایی هیجان‌ها، پذیرش تجربه عاطفی و کاهش واکنش تکانشی به فرد کمک می‌کند فاصله بیشتری میان تجربه هیجان و انتخاب پاسخ ایجاد کند. همچنین، ارتباط میان ذهن آگاهی، شفقت به خود، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی از اهمیت این سازوکار حمایت می‌کند (Wild et al., 2025).

با این حال، برتری واقعیت درمانی در افزایش خودتنظیمی هیجانی می‌تواند ناشی از ماهیت عملی و رفتاری این رویکرد باشد. واقعیت درمانی به شرکت‌کنندگان می‌آموزد که رفتار کلی از تعامل عمل، تفکر، احساس و فیزیولوژی تشکیل شده است و افراد اگرچه همیشه نمی‌توانند هیجان خود را مستقیماً تغییر دهند، می‌توانند از طریق تغییر عمل و تفکر بر آن اثر بگذارند. این درمان همچنین بر مسئولیت‌پذیری، ارزیابی رفتار و تدوین برنامه‌های روشن و قابل اجرا تأکید می‌کند. پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که واقعیت درمانی می‌تواند خودتنظیمی هیجانی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را بهبود بخشد (Nasiri et al., 2022)، خودمراقبتی و تنظیم هیجان را در مردان افزایش دهد (Shoviji, 2020) و موجب بهبود خودتنظیمی در دانشجویان شود (Motahari-Nasab et al., 2020). در مطالعه حاضر نیز آموزش فرایند انتخاب، شناسایی نیازها، ارزیابی رفتار کنونی و تدوین برنامه عملی احتمالاً موجب شده است شرکت‌کنندگان احساس کنترل بیشتری بر پاسخ‌های خود پیدا کنند. از این رو، واقعیت درمانی در مقایسه با ذهن آگاهی که بیشتر بر مشاهده و

پذیرش تجربه هیجانی تمرکز دارد، توانسته است تغییر بیشتری در بعد رفتاری و اجرایی خودتنظیمی ایجاد کند.

یافته چهارم نشان داد که درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی و واقعیت درمانی هر دو موجب کاهش معنادار تحریف‌های شناختی شدند، اما تفاوت میان آن‌ها معنادار نبود. این یافته با پژوهش‌هایی همسو است که نشان داده‌اند تحریف‌های شناختی در طیف وسیعی از اختلال‌های روان‌شناختی نقش دارند و کاهش آن‌ها می‌تواند با بهبود نشانه‌های بالینی همراه باشد (Marszalek et al., 2023). در بیماران مبتلا به وسواس، تحریف‌هایی مانند فاجعه‌سازی، تفکر همه یا هیچ، احساس مسئولیت افراطی، شخصی‌سازی و نتیجه‌گیری شتاب‌زده می‌تواند افکار مزاحم را به صورت تهدیدهای جدی جلوه دهند و رفتارهای اجباری را تقویت کنند. رابطه تحریف‌های شناختی با علائم وسواس و بی‌نظمی هیجانی نیز در مطالعات پیشین تأیید شده است (Hosseini & Soleimani, 2021).

ذهن آگاهی از طریق کاهش همانندسازی با افکار و افزایش مشاهده غیرقضاوتی می‌تواند موجب کاهش تحریف‌های شناختی شود. هنگامی که فرد می‌آموزد افکار را به عنوان رویدادهای ذهنی و نه واقعیت‌های قطعی در نظر بگیرد، احتمال پذیرش خودکار تفسیرهای افراطی کاهش می‌یابد. یافته‌های مربوط به اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تحریف‌های روان‌شناختی نیز از این نتیجه حمایت می‌کنند (Haroun Rashidi & Zakizadeh, 2022). در مقابل، واقعیت درمانی از طریق ارزیابی واقع‌بینانه رفتار، توجه به پیامد انتخاب‌ها و بررسی میزان سودمندی افکار و اعمال، تحریف‌های شناختی را کاهش می‌دهد. فرد در این درمان می‌آموزد به جای تکیه بر برداشت‌های افراطی، بر واقعیت‌های قابل مشاهده و رفتارهای مؤثر تمرکز کند. بنابراین، هرچند مسیر اثرگذاری دو درمان متفاوت است، هر دو می‌توانند تفسیرهای غیرمنطقی را تضعیف کنند. نبود تفاوت معنادار میان آن‌ها احتمالاً بیانگر آن است که هم فاصله‌گیری ذهن آگاهانه از افکار و هم ارزیابی واقع‌بینانه انتخاب‌ها در کاهش تحریف‌های شناختی کارآمدند.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی و واقعیت درمانی دو رویکرد مؤثر اما دارای حوزه‌های اثرگذاری متفاوت برای مردان مبتلا به اختلال وسواسی-

اجباری هستند. ذهن‌آگاهی به دلیل تأکید بر مواجهه با تجربه‌های درونی، پذیرش افکار، کاهش واکنش‌پذیری و تمایز میان فکر و واقعیت، در کاهش اضطراب فراگیر و باورهای فراشناختی برتری داشت. در مقابل، واقعیت‌درمانی به سبب تأکید بر مسئولیت شخصی، انتخاب رفتار، ارزیابی عملکرد و برنامه‌ریزی عملی، در تقویت خودتنظیمی هیجانی اثربخشی بیشتری نشان داد. هر دو رویکرد نیز در کاهش تحریف‌های شناختی مؤثر بودند. بر این اساس، انتخاب روش درمانی می‌تواند بر مبنای نشانه غالب، ویژگی‌های شناختی و هیجانی بیمار و اهداف درمان صورت گیرد و در برخی موارد، ترکیب عناصر دو رویکرد ممکن است به پوشش جامع‌تر نیازهای بیماران کمک کند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که باید در تفسیر نتایج مورد توجه قرار گیرند. جامعه پژوهش فقط شامل مردان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری مراجعه‌کننده به یک مرکز درمانی در شهر سنجند بود؛ بنابراین، تعمیم یافته‌ها به زنان، نوجوانان، سالمندان، بیماران سایر مناطق جغرافیایی یا افرادی که به مراکز درمانی مراجعه نمی‌کنند باید با احتیاط انجام شود. نمونه‌گیری به روش هدفمند صورت گرفت و حجم نمونه هر گروه نیز محدود بود که می‌تواند توان تعمیم نتایج را کاهش دهد. مطالعه تنها دارای مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود و به دلیل نبود مرحله پیگیری، درباره پایداری آثار درمانی در دوره‌های میان‌مدت و بلندمدت نمی‌توان داوری کرد. افزون بر این، متغیرهای پژوهش با ابزارهای خودگزارشی اندازه‌گیری شدند و احتمال تأثیر سوگیری پاسخ، مطلوبیت اجتماعی و درک متفاوت شرکت‌کنندگان از گویه‌ها وجود داشت. اجرای مداخلات به صورت گروهی، تفاوت‌های احتمالی در شدت اولیه علائم، میزان انگیزه برای درمان، انجام تکالیف بین جلسات و شرایط خانوادگی یا اجتماعی شرکت‌کنندگان نیز ممکن است بر نتایج اثر گذاشته باشد. همچنین، کنترل کامل دریافت حمایت‌های غیررسمی یا تغییرات محیطی طی دوره پژوهش امکان‌پذیر نبود.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر و با مشارکت زنان، نوجوانان، سالمندان و بیماران مناطق جغرافیایی و فرهنگی متفاوت انجام شوند تا قابلیت تعمیم یافته‌ها افزایش یابد.

استفاده از روش‌های نمونه‌گیری احتمالی و اجرای کارآزمایی‌های تصادفی کنترل‌شده می‌تواند اعتبار درونی و بیرونی نتایج را تقویت کند. افزودن مراحل پیگیری سه‌ماهه، شش‌ماهه و یک‌ساله برای بررسی دوام تغییرات درمانی ضروری است. همچنین، استفاده هم‌زمان از پرسشنامه، مصاحبه بالینی، ارزیابی درمانگر و شاخص‌های رفتاری یا زیستی می‌تواند اندازه‌گیری دقیق‌تری از تغییرات فراهم کند. مقایسه این دو درمان با درمان شناختی-رفتاری، مواجهه و پیشگیری از پاسخ استاندارد، درمان فراشناختی و درمان‌های ترکیبی نیز می‌تواند به تعیین جایگاه نسبی آن‌ها کمک کند. بررسی نقش میانجی متغیرهایی مانند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، عدم تحمل عدم قطعیت، اجتناب تجربه‌ای، شفقت به خود و تحمل پریشانی نیز می‌تواند سازوکارهای تغییر را روشن‌تر سازد. پژوهش درباره اثربخشی یک پروتکل تلفیقی متشکل از مواجهه ذهن‌آگاهانه و مهارت‌های انتخاب و مسئولیت‌پذیری واقعیت‌درمانی نیز پیشنهاد می‌شود.

پیشنهاد می‌شود مراکز روان‌شناختی و روان‌پزشکی از هر دو مداخله به‌عنوان بخشی از برنامه‌های درمانی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری استفاده کنند و انتخاب رویکرد را بر اساس ارزیابی دقیق مشکلات غالب بیمار انجام دهند. برای بیمارانی که نگرانی مزمن، افکار مزاحم، باور به خطرناک‌بودن افکار و تلاش افراطی برای کنترل ذهن در آن‌ها برجسته است، درمان مواجهه مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند در اولویت قرار گیرد. برای بیمارانی که ضعف در کنترل رفتار، واکنش‌های هیجانی ناسازگار، ناتوانی در تصمیم‌گیری و مسئولیت‌پذیری محدود دارند، استفاده از واقعیت‌درمانی مناسب‌تر به نظر می‌رسد. آموزش تخصصی درمانگران در اجرای صحیح مواجهه، تمرین‌های ذهن‌آگاهی، نظریه انتخاب و فرایند WDEP ضروری است. اجرای گروهی این مداخلات می‌تواند هزینه خدمات را کاهش دهد و فرصت یادگیری بین‌فردی و حمایت اجتماعی را افزایش دهد. همچنین، طراحی برنامه درمانی انعطاف‌پذیر و تلفیق عناصر مؤثر دو رویکرد بر اساس نیاز هر بیمار می‌تواند به بهبود جامع‌تر اضطراب، شناخت و تنظیم هیجان منجر شود.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ تعارض منافع وجود نداشت.

حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، اهمیت و ضرورت پژوهش برای نمونه‌ها تشریح و درباره رعایت ملاحظات اخلاقی مانند رازداری، محرمانگی، حفظ حریم نمونه‌ها، آزادی جهت شرکت در پژوهش و انصراف از آن و غیره به آنان اطمینان داده شد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله با یکدیگر مشارکت داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در مراحل پژوهش همکاری و یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

References

- Abdi, R., & Esmailzadeh, S. (2022). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Psychological Well-Being and Cognitive Emotion-Regulation Strategies in Patients with Depressive Disorder. *Journal of Research in Psychopathology*, 3(8), 9-18.
- American Psychiatric, A. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th edition, text revision ed.). American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Asli-Azad, M., Khaki, S., & Farhadi, T. (2021). The Effectiveness of Online Reality Therapy on Anxiety and Psychological Distress among Patients Recovered from COVID-19. *Psychological Achievements*, 28(2), 1-20.
- Bellia, F., Girella, A., Annunzi, E., Benatti, B., Vismara, M., Priori, A., & D'Addario, C. (2024). Selective Alterations of Endocannabinoid-System Gene Expression in Obsessive-Compulsive Disorder. *Translational psychiatry*, 14(1), 118. <https://doi.org/10.1038/s41398-024-02829-8>
- Bischof, C., Hohensee, N., Dietel, F. A., Doeblner, P., Klein, N., & Buhlmann, U. (2024). Emotion Regulation in Obsessive-Compulsive Disorder: An Ecological Momentary Assessment Study. *Behavior therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.01.011>
- Citkowska-Kisielewska, A., Rutkowski, K., Mielimaka, M., Sobański, J. A., & Dembińska, E. (2020). Obsessive-Compulsive Symptoms in Obsessive-Compulsive Disorder and Generalized Anxiety Disorder: Occurrence and Correlations. *Journal of Psychiatric Practice*, 26(2), 101-119. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000451>
- De Prisco, M., Tapoi, C., Oliva, V., Possidente, C., Strumila, R., Lageborn, C. T., & Fico, G. (2024). Clinical Features in Co-Occurring Obsessive-Compulsive Disorder and Bipolar Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *European Neuropsychopharmacology*, 80, 14-24. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2023.11.006>
- Easdale-Cheele, T., Nash, G., Filobokova, V., Westbury, C., & Bellato, A. (2026). The effects of mindfulness-based interventions on emotion regulation/dysregulation in people with mental health conditions: A systematic review and meta-analysis. *JCPP Advances*, e70103. <https://doi.org/10.1002/jcv2.70103>
- Esmaili Esfandani, M., Daemi Joybari, S., Arab, M., Sanai Moghaddam, F., & Salahi, S. (2026). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Health Anxiety and Cognitive Emotion Regulation in Depressed Individuals. *Journal of Health Psychology and Behavioral Disorders*.
- Giv, F. H., Ghanifar, M. H., & Shahabizadeh, F. (2024). Investigating the Effectiveness of Reality Therapy on the Psychological Symptoms of Adolescents. *Iranian Journal of Nursing Research*, 19(4), 1-10.
- Haroun Rashidi, H., & Zakizadeh, H. (2022). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Social Adjustment and Psychological Distortions among Older Men. *Aging Psychology*, 8(2), 105-117.
- Hosseini, K., & Soleimani, E. (2021). The Relationship between Child Abuse and Cognitive Distortions with Clinical Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder: The Mediating Role of Emotion Dysregulation. *International Journal of Behavioral Sciences*, 15(2), 88-95.
- İnaltekin, A., & Yağcı, İ. (2024). Difficulty in Emotion Regulation, Metacognition, Psychiatric Symptoms, and Suicide Probability in Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 1-7.
- Izhar, L. I., Babiker, A., Rizki, E. E., Lu, C. K., & Abdul Rahman, M. (2022). Emotion Self-Regulation in Neurotic Students: A Pilot Mindfulness-Based Intervention Assessed through Brain Signals and Behavioral Data. *Sensors*, 22(7), 2703. <https://doi.org/10.3390/s22072703>
- Jiang, S. S., Liu, X. H., Han, N., Zhang, H. J., Xie, W. X., Xie, Z. J., & Huang, X. B. (2022). Effects of Group Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Group Cognitive Behavioral Therapy on Symptomatic Generalized Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Noninferiority Trial. *BMC psychiatry*, 22(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04127-3>
- Klenfeldt, I. F., Skoog, G., Skoog, J., & Skoog, I. (2024). The Natural History of Lifetime Psychiatric Disorders in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder Followed over Half a Century. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. <https://doi.org/10.1111/acps.13665>
- Marszalek, J. M., Lasiter, S., Liu, J., Ghaffari, A., Martsolf, G. R., Poghosyan, L., & Neff, D. (2023). Cognitive Distortions and Mental Disorders. *Journal of Nursing Measurement*, 1(5), 1-17.
- Masjoodi, S., Farrokhi, M., Afkham, B. V., & Koohsar, J. S. (2024). Advances in DTI Studies for the Diagnosis and Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 111794. <https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2024.111794>
- Mohammadpanah Ardakan, O., & Shams Esfandabad, S. (2020). The Role of Generalized Anxiety, Cognitive Bias, and Resilience in Predicting Depression among Infertile Individuals. *Toloo-e-Behdasht*, 19(3), 32-42.
- Motahari-Nasab, Z., Mohsenzadeh, F., & Zahrakar, K. (2020). The Effectiveness of Reality Therapy on Procrastination and Self-Regulation among Students. *Culture Strategy*, 13(52), 203-221.
- Naderi, M., Sadeghi, M., & Rezaei, F. (2023). Developing a Structural Equation Model of Social Anxiety Disorder Based

- on Childhood Trauma Components and Insecure Attachment Style with the Mediating Role of Metacognitive Beliefs. *Journal of Modern Psychological Research*, 18(70), 239-250.
- Nasiri, A., Sharifi, T., Ghazanfari, A., & Cherami, M. (2022). Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Reality Therapy on Psychological Flexibility and Emotional Self-Regulation among Preschool Teachers. *Applied Psychology*, 16(4), 161-183.
- Restoy, D., Oriol-Escudé, M., Alonzo-Castillo, T., Magán-Maganto, M., Canal-Bedia, R., Díez-Villoria, E., & Lugo-Marín, J. (2024). Emotion Regulation and Emotion Dysregulation in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder: A Meta-Analysis of Evaluation and Intervention Studies. *Clinical psychology review*, 102410. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102410>
- Sáez-Suanes, G. P., García-Villamizar, D., & Del Pozo Armentia, A. (2023). The Role of Intellectual Disability and Emotional Regulation in the Autism-Depression Relationship. *Autism*, 27(7), 1960-1967. <https://doi.org/10.1177/13623613231161881>
- Sheikh, M. A. (2025). Telehealth-Delivered Mindfulness-Based Exposure and Response Prevention for Sexual Obsessive-Compulsive Disorder With Comorbid Depression: Feasibility and Clinical Outcomes. *Clinical Case Studies*, 25(1), 3-24. <https://doi.org/10.1177/15346501251405859>
- Shoviji, J. (2020). The Effect of Reality-Therapy Training on Self-Care and Emotional Self-Regulation among Men with Physical-Motor Disabilities. *Psychological Achievements*, 27(1), 247-264.
- Siavash Abkenar, M. (2021). The Relationship of COVID-19 Anxiety with Worry and Obsessive-Compulsive Symptom Severity in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of New Achievements in Humanities Studies*, 4(39), 176-184.
- Valizadeh, H., & Parandin, S. (2022). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Irrational Beliefs and Happiness among Older Adults. *Aging Psychology*, 8(1), 11-24.
- Wild, M. G., Coppin, J. D., Mendoza, C., Metts, A., Pearson, R., & Creech, S. K. (2025). Self-compassion, mindfulness, and emotion regulation predict multiple dimensions of quality of life in US post-9/11 veterans. *Quality of Life Research*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11136-025-03908->
- Wunder, Z. I., & Jones, L. L. (2023). Mindful Metacognition: Attention, Beliefs, and Skills in the Acceptance of Experiences. *Mindfulness*, 14(12), 2917-2931. <https://doi.org/10.1007/s12671-023-02254-w>
- Yalım, E., Ünsal, C., & Gündoğmuş, İ. (2024). The Relationship between Occupational Functionality and Metacognition in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Cureus*, 16(1), 1-9. <https://doi.org/10.7759/cureus.51738>
- Zainal, N. H., & Newman, M. G. (2024). Which Client with Generalized Anxiety Disorder Benefits from a Mindfulness Ecological Momentary Intervention versus a Self-Monitoring App? Developing a Multivariable Machine-Learning Predictive Model. *Journal of anxiety disorders*, 102, 102825. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2024.102825>