Journal of Cognitive psychology
September 2025, Volume 13, Issue 1

The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on Reducing Perfectionism and the Cognitive Error of Thought-Action Fusion in Women with Obsessive-Compulsive Disorder

Fereshteh Reza[1], Javanshir Asadi[2*], Arastoo Mirani[3], Afsaneh Khajevand Khoshli[4]

1. *PhD.student, Department of Psychology, Go. C., Islamic Azad University, Gorgan, Iran.*
2. *Assistant Professor, Department of Psychology, Go.C., Islamic Azad University, Gorgan, Iran.* (*ja.asadi@iau.ac.ir*)
3. *Assistant Professor, Department of psychology, Go.C., Islamic Azad University, Gorgan, Iran.*
4. *Associate professor, Department of Psychology, Go.C., Islamic Azad University, Gorgan, Iran.*

Citation: Reza, F., Asadi, J., Mirani, A., & Khajevand Khoshli, A. (2025). The effect of cognitive-behavioral therapy on reducing perfectionism and the cognitive error of thought-action fusion in women with obsessive-compulsive disorder**.** **J**ournal of **C**ognitive **P**sychology. 2025; 13(1):1-15 [Persian].

Article Info:

Abstract

The aim of the present study was to investigate the effect of cognitive-behavioral therapy on reducing perfectionism and thought-action fusion in women with obsessive-compulsive disorder with a two-month follow-up. The research method was a quasi-experimental design with a pretest-posttest-follow-up and control group. Among the women referring to Sarohana Clinic in Pasdaran district of Tehran, 30 were purposively selected and randomly assigned to two groups of 15 (cognitive-behavioral therapy and control). The research instruments included the Ahvaz Perfectionism Questionnaire, the Thought-Action Fusion Scale (TAFS), Spielberger's Overt and Covert Anxiety Questionnaire, and the Maudsley Checklist. The cognitive-behavioral therapy intervention was implemented in 8 weekly 90-minute group sessions. The post-test was conducted immediately and the follow-up was conducted two months after the end of the sessions. The data were analyzed by multivariate and univariate analysis of covariance. The findings showed that cognitive-behavioral therapy significantly reduced perfectionism, thought-action fusion (moral dimensions, possibility for self and others), and anxiety at post-test and two-month follow-up, and these effects remained stable until the follow-up stage. The present study showed that cognitive-behavioral therapy can be used as an effective and sustainable intervention in reducing harmful cognitive variables in women with obsessive-compulsive disorder.

Key words
Cognitive-behavioral therapy, perfectionism, thought-action fusion, cognitive error, obsessive-compulsive disorder

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-10-30]

تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر کاهش کمال‌گرایی و خطای شناختی هم‌ارزی فکر و عمل در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری – عملی

فرشته رضا[۱]، جوانشیر اسدی[۲*]، ارسطو میرانی[۳]، افسانه خواجوند خوشلی[۴]

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

۲. (نویسنده مسئول) استادیار، گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

ja.asadi@iau.ac.ir

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

۴. دانشیار ، گروه روانشناسی ، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

تاریخ دریافت
1403/12/20
تاریخ پذیرش نهایی
1404/3/30

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر کاهش کمال‌گرایی و همجوشی فکر و عمل در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی با پیگیری دو ماهه بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون–پیگیری و گروه کنترل بود. از میان زنان مراجعه‌کننده به کلینیک سروهانا در منطقه پاسداران تهران، ۳۰ نفر به‌صورت هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری (درمان شناختی–رفتاری و کنترل) جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه کمال‌گرایی اهواز، مقیاس همجوشی فکر و عمل (TAFS)، پرسشنامه اضطراب آشکار و پنهان اشپیل‌برگر و چک‌لیست مادزلی بود. مداخله درمان شناختی–رفتاری طی ۸ جلسه گروهی هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. پس‌آزمون بلافاصله و پیگیری دو ماه پس از پایان جلسات انجام گرفت. داده‌ها با تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد درمان شناختی–رفتاری در پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه، کمال‌گرایی، همجوشی فکر و عمل (ابعاد اخلاقی، احتمال برای خود و دیگران) و اضطراب را به‌طور معناداری کاهش دا و این اثرات تا مرحله پیگیری پایدار ماند. پژوهش حاضر نشان داد درمان شناختی–رفتاری به‌عنوان یک مداخله مؤثر و پایدار در کاهش متغیرهای شناختی آسیب‌زا در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری–عملی قابل استفاده است.

واژگان کلیدی
درمان شناختی–رفتاری، کمال‌گرایی، خطای شناختی هم‌ارزی فکر و عمل، اختلال وسواس فکری–عملی

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-10-30]

مقدمه

اختلال وسواسی–اجباری یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلال‌های اضطرابی به شمار می‌رود که با پیامدهای گسترده و عمیق در ابعاد اجتماعی، شغلی و هیجانی، کیفیت زندگی مبتلایان را به‌طور چشمگیری مختل می‌سازد (کونن و همکاران، ۲۰۲۵). ویژگی محوری این اختلال، تجربه افکار وسواسی مزاحم، تکرارشونده و ناخواسته است که اغلب با رفتارهای اجباری همراه می‌شوند؛ رفتارهایی که فرد در جهت کاهش اضطراب ناشی از این افکار مزاحم یا جلوگیری از وقوع رویدادهای ادراک‌شده منفی، ناگزیر به انجام آن‌ها احساس اجبار می‌کند (استیل و همکاران، ۲۰۲۵). فرایند تشخیص این اختلال به دلیل همپوشانی علائم با طیف وسیعی از اختلال‌های دیگر، پیچیده و چالش‌برانگیز است؛ از جمله با اختلال‌های تیک، اختلال‌های کنترل تکانه، شخصیت وسواسی–اجباری، اختلال‌های جسمانی‌سازی، اضطراب فراگیر، انواع هراس‌ها، اختلال‌های خوردن، اختلال‌های روان‌پریشی و افسردگی (مودستی و همکاران، ۲۰۲۵). یافته‌های پژوهشی همچنین نشان داده‌اند که شیوع این اختلال در زنان بالاتر است و اثرات منفی آن می‌تواند پیامدهای عمیق‌تری بر کیفیت زندگی آنان برجای گذارد؛ امری که ضرورت طراحی و به‌کارگیری مداخلات درمانی اثربخش را بیش از پیش آشکار می‌سازد (هلینسون، برگستروم و کارل‌برینگ، ۲۰۲۵). ازاین‌رو، شناسایی و بررسی سازه‌های شناختی و شخصیتی مؤثر در تداوم و تشدید این اختلال، نظیر کمال‌گرایی و خطای شناختی هم‌ارزی فکر و عمل، می‌تواند در توسعه و ارتقای راهبردهای درمانی نقش اساسی ایفا کند (استیل و همکاران، ۲۰۲۵). وسواس‌های فکری معمولاً شامل افکار، تصاویر یا تکانه‌های تکراری و مزاحمی هستند که غالباً ماهیتی نامناسب، اضطراب‌زا یا ناراحت‌کننده دارند. افراد مبتلا برای رهایی از این افکار ناخواسته تلاش می‌کنند تا با توسل به افکار یا رفتارهای دیگر (مانند اعمال جبرانی) آن‌ها را واپس بزنند، خنثی کنند یا نادیده بگیرند (حداد و همکاران، ۲۰۲۵). مطابق ملاک‌های تشخیصی معتبر، افکار وسواسی را نباید با نگرانی‌های افراطی درباره مسائل عادی زندگی اشتباه گرفت؛ بلکه باید آن‌ها را به‌عنوان فرآورده‌های ذهنی درونی و برخلاف خواست و تمایل فرد در نظر گرفت (هلینسون، برگستروم و کارل‌برینگ، ۲۰۲۵).

یکی از متغیرهای شناختی کلیدی در اختلال وسواسی–اجباری، خطای شناختی هم‌ارزی فکر و عمل است. این خطا به باوری اشاره دارد که صرف داشتن یک فکر، معادل انجام واقعی آن در دنیای بیرونی تلقی می‌شود. برای مثال، فردی که تنها تصور آسیب رساندن به دیگران را در ذهن دارد، همین اندیشه را خطرناک قلمداد کرده و برای کاهش اضطراب ناشی از آن به رفتارهای جبرانی همچون دعا کردن یا شمارش متوسل می‌شود (دل‌اسو و همکاران، ۲۰۲۵). این پدیده روان‌شناختی به گونه‌ای است که در آن افکار وسواسی و اضطراب‌زا از نظر ذهنی با اعمال واقعی هم‌ارز فرض می‌شوند (شی و همکاران، ۲۰۲۴). خطای شناختی هم‌ارزی فکر و عمل معمولاً در دو بعد اساسی تعریف می‌شود: بعد احتمالی، که بیانگر این باور است که صرف اندیشیدن به وقوع یک رویداد منفی، احتمال تحقق آن در واقعیت را افزایش می‌دهد، و بعد اخلاقی، که دلالت بر این دارد که صرف داشتن افکار مرتبط با اعمال ناپسند یا ممنوع، از نظر اخلاقی معادل ارتکاب واقعی همان اعمال محسوب می‌شود (کالاگان و همکاران، ۲۰۲۴؛ وو و همکاران، ۲۰۲۵). چنین الگویی از پردازش شناختی، ظرفیت فرد برای تحمل افکار ناخواسته را تضعیف کرده و در نتیجه چرخه معیوب وسواس‌ها و اجبارها را تقویت می‌کند (گرات و همکاران، ۲۰۲۱).

کمال‌گرایی نیز به‌عنوان سازه‌ای شخصیتی–شناختی، به نشخوار ذهنی مداوم در مورد اشتباهات، نیاز به قطعیت و اعتقاد به وجود راه‌حل‌های کامل و بی‌نقص اشاره دارد. در رویکرد شناختی، مدل سایبرنتیک پیتمن در تبیین اختلال وسواسی–اجباری، نقش مؤلفه‌های کمال‌گرایی را برجسته کرده و به حساسیت بیش از حد افراد وسواسی نسبت به خطاها تأکید می‌کند (شی و همکاران، ۲۰۲۴).

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-10-30]

افزون بر شواهد نظری، یافته‌های بالینی نیز ارتباط معناداری میان کمال‌گرایی و اختلال وسواسی–اجباری نشان داده‌اند. مطالعات متعدد بیانگر آن است که هم بیماران مبتلا به اختلال وسواس و هم والدین آنان، سطوح بالاتری از کمال‌گرایی را تجربه می‌کنند و حتی در برخی تحقیقات، کمال‌گرایی به‌عنوان یک ویژگی برجسته دوران کودکی معرفی شده است (کالاگان و همکاران، ۲۰۲۴). از منظر آسیب‌شناسی، کمال‌گرایی غالباً به‌عنوان یکی از نشانگرهای روان‌رنجوری، به‌ویژه روان‌رنجوری وسواسی، تلقی می‌شود و ریشه در ساختار «من» سخت‌گیر و تنبیه‌گری دارد که فرد را به دستیابی به پیشرفت کامل و بی‌نقص در تمامی حوزه‌های زندگی سوق می‌دهد (هوبینه و همکاران، ۲۰۲۴). در روان‌کاوی کلاسیک نیز، فروید کمال‌گرایی را جنبه‌ای از خودشیفتگی دانسته و پژوهشگران اولیه آن را بخشی از شخصیت در نظر گرفته‌اند (شر و همکاران، ۲۰۲۴).

برای کاهش نشانه‌های اختلال وسواسی–اجباری و عوامل مرتبط با آن، طی دهه‌های اخیر رویکردهای درمانی متعددی پیشنهاد شده‌اند که در این میان، درمان شناختی–رفتاری (CBT) جایگاه ویژه‌ای یافته و توجه بسیاری از پژوهشگران و درمانگران را به خود جلب کرده است CBT .مجموعه‌ای ساختاریافته از مداخلات روان‌شناختی است که با تمرکز بر اصلاح الگوهای شناختی ناکارآمد و رفتارهای ناسازگار، به بهبود عملکرد فردی و اجتماعی بیماران کمک می‌کند. این رویکرد شامل مؤلفه‌هایی همچون آموزش مهارت‌های آرام‌سازی، ارتقای آگاهی نسبت به استرس و هیجان‌ها، شناسایی و بازسازی شناختی افکار ناکارآمد، آموزش حل مسئله، تقویت ابراز وجود، مدیریت خشم، خودکنترلی و برنامه‌ریزی فعالیت‌هاست (اسپنسر و همکاران، ۲۰۲۲). شواهد تجربی نشان داده‌اند که CBT به‌طور معناداری موجب کاهش شدت نشانه‌های اختلال وسواسی–اجباری می‌شود، به ارتقای کیفیت زندگی و عملکرد روزمره کمک می‌کند و همچنین تأثیرات مثبتی بر متغیرهایی همچون کمال‌گرایی و خطای شناختی هم‌ارزی فکر و عمل دارد (چن و همکاران، ۲۰۲۵). با وجود این، بررسی‌های موجود نشان می‌دهد که پژوهش‌های اندکی به‌طور اختصاصی اثربخشی CBT را بر این ابعاد شناختی و رفتاری در زنان مبتلا به اختلال وسواسی–اجباری مورد مطالعه قرار داده‌اند. این خلأ پژوهشی ضرورت انجام مطالعه حاضر را برجسته می‌سازد؛ چراکه ارزیابی نقش CBT در تعدیل کمال‌گرایی و خطای شناختی هم‌ارزی فکر و عمل، می‌تواند علاوه بر فراهم ساختن درکی عمیق‌تر از سازوکارهای شناختی–رفتاری این اختلال، زمینه‌ساز طراحی مداخلات درمانی هدفمندتر و اثربخش‌تر برای بهبود سلامت روان بیماران باشد. بر همین اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی–رفتاری بر کمال‌گرایی و همجوشی فکر و عمل در زنان مبتلا به اختلال وسواسی–اجباری انجام گرفته است.

روش

پژوهش حاضر با طرح نیمه‌آزمایشی و الگوی پیش‌آزمون–پس‌آزمون همراه با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری–عملی بود که در بازه زمانی دی تا اسفند ۱۴۰۴ به کلینیک تخصصی روان‌شناسی و روان‌پزشکی سروهانا واقع در منطقه پاسداران شهر تهران مراجعه کرده بودند. روش نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس و هدفمند انجام گرفت؛ بدین ترتیب که از میان مراجعان واجد شرایط ورود به پژوهش، ۳۰ نفر انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. تعیین حجم نمونه با استناد به پیشنهادهای استیونس (۲۰۱۷) برای پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی و با در نظر گرفتن حجم اثر متوسط، توان آزمون ۰/۸۰ و سطح معناداری ۰/۰۵ انجام گرفت.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل موارد زیر بود: تشخیص اختلال وسواس فکری–عملی براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 توسط روان‌پزشک متخصص؛ دامنه سنی ۳۰ تا ۴۵ سال؛ داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم؛ گذشت حداقل شش ماه از زمان تشخیص اولیه؛ مصرف دارو تحت نظر روان‌پزشک؛ و نداشتن سایر اختلالات روان‌پزشکی عمده یا سوءمصرف مواد .ملاک‌های

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-10-30]

خروج نیز شامل: عدم احراز کامل ملاک‌های تشخیصی اختلال وسواس فکری–عملی؛ ابتلا به صرع یا سایر اختلالات نورولوژیک شدید؛ همبودی با اختلالات روانی عمده دیگر؛ و غیبت بیش از دو جلسه یا انصراف از ادامه درمان بود.

فرایند مداخله بدین صورت انجام شد که گروه آزمایش در جلسات گروه‌درمانی مبتنی بر درمان شناختی–رفتاری شرکت کردند. این جلسات طی بازه زمانی تعیین‌شده، به‌صورت هفتگی و تحت هدایت درمانگر آموزش‌دیده در این رویکرد برگزار شد. محتوای مداخله شامل مؤلفه‌های اصلی CBT از جمله آموزش مهارت‌های آرام‌سازی، افزایش آگاهی نسبت به استرس و پاسخ‌های هیجانی، شناسایی و اصلاح افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی، آموزش مهارت‌های حل مسئله، تقویت ابراز وجود، مدیریت خشم، خودکنترلی و برنامه‌ریزی فعالیت‌ها بود. گروه کنترل در طول این دوره هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد؛ با این حال، به‌منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، پس از پایان مطالعه امکان بهره‌مندی از درمان مشابه برای آنان فراهم شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه وسواس فکری–عملی مادزلی

پرسشنامه مادزلی توسط هاجسون و راچمن (۱۹۷۷) به‌منظور بررسی طیف علائم وسواس فکری–عملی طراحی شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ ماده است که به صورت دو گزینه‌ای (درست/نادرست) نمره‌گذاری می‌شود. در اعتباریابی اولیه، این ابزار توانست به‌خوبی بین بیماران مبتلا به وسواس و بیماران نوروتیک افتراق ایجاد کند. تحلیل عامل پاسخ‌های ۱۰۰ بیمار، چهار مؤلفه اصلی در علائم وسواسی را شناسایی کرد: وارسی، تمیزی، کندی، و شک وسواسی. همچنین، یک مؤلفه‌ی دیگر به نام نشخوار نیز شناسایی شد که وزن بار عاملی پایین‌تری داشت. بر اساس این مؤلفه‌ها، چهار خرده‌مقیاس در این پرسشنامه قابل استخراج است و نمره کل با جمع نمرات این چهار زیرمقیاس به‌دست می‌آید. نمرات بالاتر، نشان‌دهنده شدت بیشتر علائم وسواسی است.

این ابزار در پژوهش‌های متعدد از پایایی و روایی مناسبی برخوردار بوده است. در مطالعه اولیه، ساناویو و ویدوتو (۱۹۸۵) اعتبار افتراقی مطلوب و ثبات درونی مناسبی گزارش کردند. در پژوهش‌های داخلی، به‌ویژه مطالعه خسروانی و همکاران (۲۰۲۰)، آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۸۱ به‌دست آمد. در پژوهش حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر با ۰/۸۵ محاسبه شد که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول ابزار است.

مقیاس تجدیدنظر شده هم‌جوشی فکر–عمل (TAF-R)[1]

این مقیاس توسط شفران، توردارسون و راکمن در سال ۱۹۹۶ طراحی شد و به‌منظور ارزیابی خطای شناختی هم‌ارزی فکر و عمل در اختلال وسواسی-اجباری (OCD)به‌کار می‌رود. مقیاس TAF-R شامل ۱۹ گویه است که به سه بعد اصلی تقسیم می‌شود: هم‌جوشی اخلاقی، هم‌جوشی احتمال وقوع برای خود و هم‌جوشی احتمال وقوع برای دیگران. در پژوهش‌های مختلف، این مقیاس از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار بوده است. برای مثال، در مطالعه‌ای که توسط شفران و همکاران در سال ۱۹۹۶ انجام شد، این مقیاس از پایایی درونی مناسبی برخوردار بود و نمرات آن با خودگزارش‌دهی‌های مشکلات وسواسی همبستگی مثبت نشان داد. همچنین، در نمونه‌ای از بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی، میانگین نمرات مقیاس TAF بالاتر از نمونه‌های عادی بود. با این حال، ثبات زمانی آن در برخی مطالعات مورد انتقاد قرار گرفته است.

در پژوهش حاضر، برای ارزیابی روایی و پایایی نسخه فارسی مقیاسTAF-R ، از روش‌های تحلیل عاملی تأییدی و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. نتایج نشان‌دهنده ساختار عاملی منطبق با نسخه اصلی و پایایی درونی مطلوب (آلفای کرونباخ = ۰,۸۹) بود. همچنین، روایی همگرا با مقیاس‌های مرتبط با اختلال وسواسی-اجباری و روایی تمایزی با ویژگی‌های شخصیتی غیرمرتبط تأیید شد.

پرسشنامه کمال‌گرایی اهواز[2]

پرسشنامه کمال‌گرایی اهواز (APS) که توسط بشارت (۱۳۸۴) طراحی شده است، به منظور ارزیابی ویژگی‌های

[1] Thought–Action Fusion Scale-Revised; TAF-R
[2] Ahvaz Perfectionism Scale; APS

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-10-30]

کمال‌گرایی در جمعیت ایرانی و با توجه به زمینه فرهنگی بومی تدوین گردیده است. این پرسشنامه شامل ۲۷ گویه است که پاسخ‌ها بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» ثبت می‌شوند APS . به گونه‌ای طراحی شده است که بتواند ابعاد مختلف کمال‌گرایی را مورد سنجش قرار دهد و به محققان امکان دهد تا گرایش‌های فرد به استانداردهای بی‌نقص و نگرش‌های مرتبط با انتظارات خود، دیگران و جامعه را به صورت تفکیک‌شده و علمی بررسی کنند. نمره کل پرسشنامه میزان کلی کمال‌گرایی را نشان می‌دهد و نمرات بالاتر بیانگر گرایش قوی‌تر فرد به ویژگی‌های کمال‌گرایانه است.

در پژوهش‌های متعدد داخلی، این پرسشنامه از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار بوده است. ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد مختلف APS بین ۷۷/۰ تا ۹۳/۰ گزارش شده که نشان‌دهنده همسانی درونی قابل قبول و پایایی بالا برای استفاده در پژوهش‌های بالینی و روان‌شناختی است. همچنین، شواهد روایی همگرا و افتراقی نشان می‌دهد که APSتوانایی مناسبی در تفکیک ابعاد مختلف کمال‌گرایی دارد و می‌تواند به طور علمی ویژگی‌های مرتبط با گرایش به کمال و انتظارات اجتماعی، خودمدار و دیگرمدار را بازنمایی کند. با توجه به این ویژگی‌ها و طراحی بومی، این ابزار برای پژوهش حاضر مناسب تشخیص داده شد و امکان سنجش دقیق و جامع کمال‌گرایی را در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری–عملی فراهم می‌آورد و به تحلیل نتایج و استخراج یافته‌های معتبر کمک شایانی می‌کند.

جمع‌آوری داده‌ها و اجرای مداخله

در این پژوهش، هماهنگی‌های لازم با کلینیک سروهانا در منطقه پاسداران تهران انجام شد. بر اساس ملاک‌های ورود و با بهره‌گیری از پرسشنامه DSM-5 برای اختلال وسواس فکری–عملی و مصاحبه بالینی ساختاریافته، سی زن مبتلا شناسایی شدند. پس از ارائه توضیحات کامل و اخذ رضایت کتبی، شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های دموگرافیک، کمال‌گرایی و همجوشی فکر–عمل را به صورت فردی تکمیل کردند.

آزمودنی‌ها از نظر سن، تحصیلات و وضعیت تاهل همسان‌سازی شدند تا قابلیت مقایسه گروه‌ها افزایش یابد. سپس به صورت تصادفی و با بلوک‌بندی دو نفره، شرکت‌کنندگان در گروه آموزش شناختی–رفتاری، گروه آموزش روان‌پویشی کوتاه‌مدت و گروه کنترل بدون مداخله جایگذاری شدند. مداخلات درمانی گروه آزمایش شامل هشت جلسه گروهی، یک جلسه در هفته به مدت ۴۰ دقیقه، به مدت دو ماه برگزار شد. پس از پایان دوره، مرحله پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه انجام شد و ابزارها برای بررسی پایایی مجدد بازآزمونی شدند.

تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد. برای توصیف داده‌ها از شاخص‌های آماری توصیفی و برای آزمون فرضیه‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده گردید تا تغییرات متغیرها در طول زمان و بین گروه‌ها به‌طور دقیق ارزیابی شود.

یافته‌ها

در این مطالعه، نمونه شامل ۳۰ زن مبتلا به اختلال وسواس فکری–عملی بود که به‌صورت هدفمند از میان مراجعه‌کنندگان مرکز مشاوره انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، هر گروه شامل ۱۵ نفر، جایگذاری شدند. برای بررسی همگنی گروه‌ها، میانگین و انحراف معیار سن محاسبه گردید؛ میانگین سن گروه آزمایش ۲/۸۱ ± ۳۰/۰۷ سال و گروه کنترل ۱/۳۱ ±۳ ۳۱/۰۲ سال بود. به منظور اطمینان از عدم تفاوت معنادار بین گروه‌ها، آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه (One-Way ANOVA) انجام شد و نتایج نشان داد که اختلاف معناداری در میانگین سن دو گروه وجود ندارد که نشان‌دهنده همگنی آن‌ها از نظر متغیر سنی است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای کمال‌گرایی و همجوشی فکر و عمل در سه مرحله اندازه‌گیری و در گروه‌های آزمایش و کنترل

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-10-30]

متغیر	گروه	پیش‌آزمون M(SD)	پس‌آزمون M(SD)	پیگیری دو ماهه M(SD)
کمال‌گرایی	درمان شناختی–رفتاری	۱۰۵٫۳ (۱۱٫۸)	۷۸٫۶ (۹٫۴)	**۸۱٫۲ (۱۰٫۱)**
کمال‌گرایی	کنترل	۱۰۴٫۹ (۱۲٫۱)	۱۰۳٫۸ (۱۱٫۷)	**۱۰۴٫۵ (۱۲٫۰)**
همجوشی فکر و عمل (کل)	درمان شناختی–رفتاری	۶۸٫۴ (۱۰٫۵)	۴۲٫۱ (۸٫۳)	**۴۵٫۹ (۸٫۹)**
همجوشی فکر و عمل (کل)	کنترل	۶۷٫۹ (۱۰٫۸)	۶۶٫۸ (۱۰٫۴)	**۶۷٫۳ (۱۰٫۶)**
همجوشی فکر و عمل – بعد اخلاقی	درمان شناختی–رفتاری	۲۸٫۷ (۵٫۲)	۱۶٫۳ (۴٫۱)	**۱۷٫۸ (۴٫۵)**
همجوشی فکر و عمل – بعد اخلاقی	کنترل	۲۸٫۲ (۵٫۳)	۲۸٫۴ (۵٫۱)	**۲۷٫۹ (۵٫۰)**
همجوشی فکر و عمل – احتمال برای خود	درمان شناختی–رفتاری	۲۰٫۱ (۴٫۳)	۱۲٫۴ (۳٫۶)	**۱۳٫۹ (۳٫۸)**
همجوشی فکر و عمل – احتمال برای خود	کنترل	۱۹٫۹ (۴٫۲)	۱۹٫۶ (۴٫۰)	**۱۹٫۸ (۴٫۱)**
همجوشی فکر و عمل – احتمال برای دیگران	درمان شناختی–رفتاری	۱۹٫۶ (۴٫۰)	۱۳٫۴ (۳٫۲)	**۱۴٫۲ (۳٫۵)**
همجوشی فکر و عمل – احتمال برای دیگران	کنترل	۱۹٫۸ (۴٫۱)	۱۹٫۰ (۳٫۸)	**۱۹٫۵ (۳٫۹)**
اضطراب آشکار	درمان شناختی–رفتاری	۵۲٫۸ (۸٫۴)	۳۴٫۱ (۶٫۵)	**۳۶٫۴ (۷٫۲)**
اضطراب آشکار	کنترل	۵۲٫۲ (۸٫۳)	۵۱٫۳ (۷٫۹)	**۵۱٫۹ (۸٫۱)**

در جدول ۱میانگین و انحراف معیار متغیرهای کمال‌گرایی و همجوشی فکر–عمل (کل و مؤلفه‌ها) در دو گروه درمان شناختی–رفتاری و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، پس از اجرای مداخله درمان شناختی–رفتاری، نمرات کمال‌گرایی و همجوشی فکر–عمل (کل و هر سه مؤلفه اخلاقی، احتمال برای خود و احتمال برای دیگران) در گروه درمان به‌طور قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته و این کاهش تا مرحله پیگیری دو ماهه نیز حفظ شده است. در مقابل، گروه گواه در هر سه مرحله تغییر معناداری نشان نداده و نمرات تقریباً ثابت باقی مانده است. این الگو به روشنی اثربخشی و پایداری درمان شناختی–رفتاری را در کاهش کمال‌گرایی و مؤلفه‌های همجوشی فکر–عمل در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری–عملی تأیید می‌کند.

جدول ۲- آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها

متغیر	مؤلفه	گروه	مرحله	Z	سطح معنی‌داری
کمال‌گرایی	–	درمان	پیش‌آزمون	۰/۸۱۳	۰/۵۲۳
		درمان	پس‌آزمون	۰/۸۲۰	۰/۵۱۲
		درمان	پیگیری	۰/۸۰۵	۰/۵۳۰
		گواه	پیش‌آزمون	۰/۸۱۶	۰/۵۱۸
		گواه	پس‌آزمون	۰/۸۱۹	۰/۵۱۴
		گواه	پیگیری	۰/۸۲۵	۰/۵۰۷
---	---	---	---	---	---
همجوشی فکر–عمل	جنبه اخلاقی	درمان	پیش‌آزمون	۰/۷۸۷	۰/۵۶۶

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-10-30]

		درمان	پس‌آزمون	۰/۷۱۹	۰/۶۷۹
		درمان	پیگیری	۰/۷۴۰	۰/۶۴۰
		گواه	پیش‌آزمون	۰/۴۷۴	۰/۹۷۸
		گواه	پس‌آزمون	۰/۶۰۳	۰/۸۶۰
		گواه	پیگیری	۰/۶۱۰	۰/۸۰۰
---	---	---	---	---	---
	احتمال برای دیگران	درمان	پیش‌آزمون	۰/۷۱۳	۰/۶۸۹
		درمان	پس‌آزمون	۰/۸۵۶	۰/۴۵۶
		درمان	پیگیری	۰/۸۲۰	۰/۵۰۰
		گواه	پیش‌آزمون	۰/۴۸۶	۰/۹۷۲
		گواه	پس‌آزمون	۰/۵۳۶	۰/۹۳۶
		گواه	پیگیری	۰/۵۰۰	۰/۹۵۰
---	---	---	---	---	---
	احتمال برای خود	درمان	پیش‌آزمون	۰/۷۷۷	۰/۵۸۲
		درمان	پس‌آزمون	۰/۸۰۳	۰/۵۳۹
		درمان	پیگیری	۰/۷۹۵	۰/۵۵۰
		گواه	پیش‌آزمون	۰/۷۵۲	۰/۶۲۴
		گواه	پس‌آزمون	۰/۷۶۵	۰/۶۰۱
		گواه	پیگیری	۰/۷۵۰	۰/۶۳۰

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که سطح معنی‌داری (P)برای تمامی متغیرها و زیرمؤلفه‌های اندازه‌گیری شده در هر دو گروه و در هر سه مرحله (شامل پیگیری) بزرگ‌تر از ۰۵/۰ است. این امر نشان‌دهنده توزیع نرمال داده‌ها بوده و مفروضه لازم برای استفاده از آزمون‌های آماری پارامتریک مانند تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر یا تحلیل کوواریانس (MANOVA)رعایت شده است.

جدول ۳. آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس خطا

متغیر	F	P
کمال‌گرایی	۳/۳۳۰	۰/۰۷۷
جنبه اخلاقی (همجوشی فکر-عمل)	۲/۲۲۱	۰/۱۰۱
احتمال برای دیگران	۰/۷۰۴	۰/۰۶۵
احتمال برای خود	۴/۰۶۸	/۰۵۴

با توجه به نتایج آزمون لوین، سطح معناداری برای همه متغیرها بالاتر از ۰،۰۵ است. بنابراین می‌توان گفت واریانس خطای گروه‌ها برابر است و پیش‌فرض همگنی واریانس برای تحلیل کوواریانس برقرار است.

جدول ۴- پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون

متغیر	F تعامل	P
کمال‌گرایی	۲/۸۹۴	۰/۱۰۱
جنبه اخلاقی (همجوشی فکر-عمل)	۱/۹۴۱	۰/۱۵۷
احتمال برای دیگران	۰/۴۵۱	۰/۶۴۰
احتمال برای خود	۰/۱۲۲	۰/۸۸۶

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-10-30]

سطح معناداری مقادیر F تعامل برای تمامی متغیرها بزرگتر از ۰،۰۵ است؛ بنابراین پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون برقرار است و می‌توان از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره برای آزمون اثربخشی درمان استفاده کرد.

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره

متغیر	منبع	Df	F	P	η2
کمال‌گرایی	گروه	۱	۷۹/۹۹	۰/۰۰۱>	۰/۷۵۵
جنبه اخلاقی (همجوشی فکر-عمل)	گروه	۱	۸/۵۳۵	۰/۰۰۸	۰/۵۲۵
احتمال برای دیگران	گروه	۱	۲۰/۵۲۲	۰/۰۰۱	۰/۶۵۸
احتمال برای خود	گروه	۱	۱۱/۰۷۴	۰/۰۰۳	۰/۵۴۰
اضطراب آشکار	گروه	۱	۲۵/۰۰	۰/۰۰۱>	۰/۷۰۰

تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر درمان شناختی–رفتاری تأثیر معناداری بر کاهش نمرات کمال‌گرایی، اضطراب آشکار و مؤلفه‌های همجوشی فکر و عمل در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل داشته است. سطح معنی‌داری برای تمامی متغیرها، کوچکتر از ۰/۰۵ بوده و این اثربخشی را تأیید می‌کند. مقادیر اندازه اثر (η^2)بیانگر سهم قابل توجه و قوی تغییرات ناشی از مداخله در گروه‌ها است (از ۰/۵۲۵ تا ۰/۷۵۵).

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای پایداری اثر (مقایسه پیگیری با کنترل پیش‌آزمون)

متغیر	منبع	Df	F	P	η2
کمال‌گرایی	گروه	۱	۶۸/۴۰	۰/۰۰۱>	۰/۰۰۷
جنبه اخلاقی (همجوشی فکر-عمل)	گروه	۱	۸/۰۰	۰/۰۱۰	۰/۰۰۵
احتمال برای دیگران	گروه	۱	۱۸/۲۰	۰/۰۰۲	۰/۰۲۰
احتمال برای خود	گروه	۱	۱۰/۰۰	۰/۰۰۵	۰/۰۰۵
اضطراب آشکار	گروه	۱	۲۰/۰۰	۰/۰۰۱>	۰/۰۵۶

نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که تأثیر درمان شناختی–رفتاری بر کاهش نمرات تمامی متغیرهای وابسته در مرحله پیگیری دو ماهه، در مقایسه با گروه کنترل، همچنان معنی‌دار است. این یافته مؤید آن است که اثر کاهشی درمان در طول دوره پیگیری حفظ شده است. مقادیر بالا و معنی‌دار F و اندازه اثر نشان‌دهنده پایداری قوی اثربخشی درمان تا مرحله پیگیری است.

جدول ۷: نتایج مقایسه زوجی (Post-Hoc) برای بررسی پایداری اثر (تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش)

متغیر وابسته	مقایسه مراحل (در گروه درمانی)	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	P
کمال‌گرایی	پس‌آزمون - پیگیری	-۲/۶	۱/۲۵	۰/۵۰۱
جنبه اخلاقی (همجوشی فکر-عمل)	پس‌آزمون - پیگیری	-۱/۵	۰/۶۵	۰/۷۱۱
احتمال برای دیگران	پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۸	۰/۴۰	۰/۳۲۱
احتمال برای خود	پس‌آزمون - پیگیری	-۱/۵	۰/۷۰	۰/۶۹۰
اضطراب آشکار	پس‌آزمون - پیگیری	-۲/۳	۰/۰۹	۰/۴۱۱

نتایج مقایسه‌های زوجی (جدول ۷) نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات بین مرحله پس‌آزمون و پیگیری برای هیچ یک از متغیرهای وابسته از نظر آماری معنی‌دار نیست. این یافته حیاتی، پایداری اثربخشی درمان

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-10-30]

شناختی–رفتاری را در طول دوره پیگیری دو ماهه تأیید می‌کند و نشان می‌دهد که بازگشت علائم به‌طور

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های حاضر نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری به طور معناداری باعث کاهش کمال‌گرایی و بهبود همجوشی فکر-عمل و مؤلفه‌های آن در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی شده است. این نتایج با پژوهش‌های پیشین در زمینه اثر درمان شناختی-رفتاری بر اختلالات روانی و به‌ویژه وسواس فکری-عملی همسو است؛ اسپنسر و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهش خود نشان دادند که مداخلات شناختی-رفتاری باعث کاهش باورهای ناکارآمد و بهبود عملکرد روانشناختی در بیماران مبتلا به وسواس می‌شود. ون نوپن و همکاران (۲۰۲۱) نیز نشان دادند که تغییر الگوهای شناختی ناسازگار با کاهش فشار روانی و بهبود انعطاف‌پذیری شناختی همراه است. در تبیین این یافته، می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری با هدف‌گذاری بر اصلاح باورهای غیرمنطقی و بازسازی ساختارهای شناختی ناکارآمد، فرآیندی منظم و هدفمند را برای ایجاد تغییرات پایدار در سیستم شناختی و هیجانی فرد فراهم می‌کند. این فرآیند نه تنها به کاهش شدت علائم وسواس منجر می‌شود، بلکه موجب ارتقای توانایی فرد در مدیریت افکار و رفتارهای خود، افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و بهبود عملکرد روزمره می‌شود (چن و همکاران، ۲۰۲۵).

به طور خاص، تحلیل داده‌ها نشان داد که مداخله درمان شناختی-رفتاری باعث کاهش معنادار نمرات کمال‌گرایی در گروه درمان شد، در حالی که گروه گواه تغییر قابل توجهی نشان نداد. این یافته با پژوهش‌های محمدی و همکاران (۲۰۲۵) و شونز و همکاران (۲۰۲۵) همسو است که اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در کاهش کمال‌گرایی و اصلاح انتظارات غیرواقع‌بینانه از خود را تأیید کرده‌اند. کاهش کمال‌گرایی در گروه درمان، همراه با بهبود توانایی تصمیم‌گیری، کاهش اضطراب و ارتقای عملکرد روزمره، نشان‌دهنده اثرات عملی درمان است و تأکید می‌کند که درمان شناختی-رفتاری فراتر از تغییرات صرفاً روان‌سنجی عمل می‌کند و تغییرات عملکردی و رفتاری قابل توجهی در زندگی روزمره بیماران ایجاد می‌کند. این یافته‌ها با نظریه‌های شناختی-رفتاری معنی‌داری در این دوره رخ نداده است.

وسواس فکری-عملی همسو هستند، که بر این اصل تأکید دارند که اصلاح ساختارهای شناختی ناسازگار، مواجهه تدریجی با افکار اضطراب‌زا و بازسازی باورهای ناکارآمد می‌تواند تغییرات رفتاری و هیجانی پایدار ایجاد کند و شدت علائم وسواسی را به طور چشمگیری کاهش دهد (باورز و همکاران، ۲۰۲۵).

یافته دیگر پژوهش، افزایش معنادار نمرات کلی و مؤلفه‌های همجوشی فکر-عمل، شامل جنبه اخلاقی، احتمال برای خود و احتمال برای دیگران در گروه درمان بود، در حالی که گروه گواه تغییر قابل توجهی نشان نداد. این نتایج با پژوهش‌های ندایی و همکاران (۲۰۲۵)و شمرانی و همکاران (۲۰۲۵)مطابقت دارد که نشان دادند درمان شناختی-رفتاری می‌تواند با اصلاح خطاهای شناختی هم‌ارزی فکر و عمل و بازسازی باورهای اخلاقی افراطی، میزان همجوشی ناسالم افکار و اعمال را کاهش دهد و انعطاف‌پذیری شناختی را افزایش دهد. پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی-رفتاری نه تنها بر سطح کلی همجوشی فکر-عمل اثرگذار بوده، بلکه تمامی مؤلفه‌های آن را نیز بهبود بخشیده است، که این امر تأکید بر اثر جامع و چندبعدی درمان بر ساختارهای شناختی مرتبط با وسواس فکری-عملی دارد. این یافته‌ها نشان می‌دهند که اصلاح باورهای اخلاقی افراطی و خطاهای ارزیابی احتمال وقوع رویدادها می‌تواند به کاهش رفتارهای اجباری و رفتارهای تکراری مرتبط با افکار وسواسی منجر شود و به طور مستقیم انعطاف‌پذیری شناختی و هیجانی افراد را افزایش دهد (حسینی و همکاران، ۲۰۲۵).

تبیین علمی این اثرات را می‌توان از طریق چند مکانیسم اصلی شناختی-رفتاری ارائه کرد. نخست، تغییر باورهای غیرمنطقی و به چالش کشیدن افکار ناکارآمد موجب کاهش فشار روانی و اضطراب مرتبط با کمال‌گرایی و افکار وسواسی می‌شود و زمینه را برای بهبود هیجانی و عملکرد روانشناختی فرد فراهم می‌آورد (لی و همکاران، ۲۰۲۵). دوم، اصلاح خطاهای شناختی هم‌ارزی فکر و عمل به افراد امکان می‌دهد که بین افکار و رفتارهای خود فاصله ایجاد کنند و از انجام رفتارهای اجباری ناشی از افکار

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-10-30]

وسواسی جلوگیری کنند (وولی و همکاران، ۲۰۲۴). سوم، کاهش فشار روانی و اضطراب موجب ارتقای توانایی تصمیم‌گیری، کنترل هیجانات و عملکرد روزمره می‌شود و اثرات آن به طور مستقیم در بهبود کیفیت زندگی، افزایش توانمندی‌های شناختی و هیجانی و کاهش اختلال در فعالیت‌های روزمره تجلی می‌یابد (چتین و همکاران، ۲۰۲۴). این مکانیسم‌ها با نظریه‌های شناختی-رفتاری وسواس فکری-عملی همسو هستند و توضیح علمی منطقی برای تغییرات مشاهده شده ارائه می‌دهند، که نشان می‌دهد درمان شناختی-رفتاری به دلیل اثرات چندبعدی و جامع بر سیستم شناختی و هیجانی فرد، بیش از یک مداخله تک‌بعدی عمل می‌کند و به عنوان یک مداخله چندلایه و هدفمند شناخته می‌شود.

از منظر بالینی، یافته‌های پژوهش حاضر اهمیت عملی قابل توجهی دارند. درمان شناختی-رفتاری می‌تواند به عنوان یک مداخله اثربخش و مبتنی بر شواهد در مراکز مشاوره و روان‌درمانی برای زنان مبتلا به وسواس فکری-عملی به کار رود و با کاهش کمال‌گرایی، اصلاح خطاهای شناختی و بهبود همجوشی فکر-عمل، کیفیت زندگی، عملکرد روزمره و سلامت روانی بیماران را بهبود بخشد. این درمان می‌تواند در برنامه‌های جامع روان‌درمانی برای کاهش شدت اختلال، پیشگیری از عود علائم و ارتقای توانمندی‌های شناختی و هیجانی بیماران به کار گرفته شود و نقش کلیدی در ارتقای انعطاف‌پذیری شناختی و هیجانی آنان ایفا کند. یافته‌های پژوهش همچنین نشان می‌دهند که اثر درمان شناختی-رفتاری پایدار است و می‌تواند به عنوان یک مداخله استاندارد بالینی برای ارتقای سلامت روان زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی مورد استفاده قرار گیرد.

با وجود این، محدودیت‌هایی در پژوهش حاضر وجود دارد که باید در تفسیر نتایج مد نظر قرار گیرد. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به اندازه نمونه نسبتاً کوچک، انتخاب نمونه از یک مرکز مشاوره و عدم پیگیری بلندمدت اثرات درمان اشاره کرد. پژوهش‌های آینده می‌توانند با انتخاب نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر، بررسی اثرات طولانی‌مدت درمان و ترکیب درمان شناختی-رفتاری با سایر مداخلات روانشناختی، اعتبار و تعمیم‌پذیری نتایج را افزایش دهند و مکانیسم‌های دقیق اثرگذاری درمان را به صورت علمی‌تر و تحلیلی‌تر مورد ارزیابی قرار دهند.

در مجموع، نتایج پژوهش نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری تأثیر معنادار و پایدار بر کاهش کمال‌گرایی و بهبود همجوشی فکر-عمل در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی دارد. این یافته‌ها نه تنها اهمیت بالینی و کاربردی این مداخله را تایید می‌کنند، بلکه به درک عمیق‌تر مکانیسم‌های شناختی-رفتاری مرتبط با وسواس فکری-عملی کمک می‌کنند و پیشنهاد می‌کنند که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند به عنوان یک راهبرد درمانی مؤثر، جامع و علمی در برنامه‌های روانشناسی بالینی و روان‌درمانی مورد استفاده قرار گیرد، که اثرات بلندمدت آن بر کیفیت زندگی، عملکرد روزمره و توانمندی‌های هیجانی بیماران قابل توجه است و می‌تواند به عنوان مداخله‌ای استاندارد و مبتنی بر شواهد در حوزه سلامت روان زنان پذیرفته شود.

تقدیر و تشکر

از تمامی عزیزانی که با همکاری صمیمانه خود، ما را در انجام این پژوهش همراهی نمودند، سپاسگزاریم.

References

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

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-10-30]

or monitoring response to cognitive-behavioral therapy in obsessive-compulsive disorder: A systematic review. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 106192.

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.

Coenen, V. A., Polosan, M., Schläpfer, T. E., Chabardes, S., Meyer-Doll, D. M., Czornik, M., ... & Reisert, M. (2025). Deconstructing a common pathway concept for Deep Brain Stimulation in the case of Obsessive-Compulsive Disorder. *Molecular psychiatry*, 1-12.

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: beyond the comorbidity. *BMC psychiatry*, *25*(1), 37.

Graat, I., Mocking, R., Figee, M., Vulink, N., de Koning, P., Ooms, P., ... & Denys, D. (2021). Long-term outcome of deep brain stimulation of the ventral part of the anterior limb of the internal capsule in a cohort of 50 patients with treatment-refractory obsessive-compulsive disorder. *Biological psychiatry*, *90*(10), 714-720.

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.

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.

Modesti, M. N., Arena, J. F., Del Casale, A., Gentile, G., Borro, M., Parmigiani, G., ... & Ferracuti, S. (2025). Lipidomics and genomics in mental health: insights into major depressive disorder, bipolar disorder, schizophrenia, and obsessive-compulsive disorder. *Lipids in Health and Disease*, *24*(1), 89.

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 in College Students: A Randomized Controlled Trial. *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.

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.

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.

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-10-30]

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.

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 (tCDS) in obsessive-compulsive disorder, posttraumatic stress disorder and anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Translational psychiatry*, *14*(1), 343.

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-10-30]