



The Effect of Group Cognitive-Behavioral Therapy on Rumination and Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder in Married Women

Behnaz Yavari ¹, Rozita Zabihi ^{2*}, Nahid Babaei Amiri ³

1. Master of Psychology, Department of Psychology, Islamshahr Branch, Islamic Azad University, Islamshahr, Iran.

2. Department of Psychology, I.C., Islamic Azad University, Islamshahr, Iran.

3. Department of Psychology, YI.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Rozita Zabihi, Assistant Professor, Department of Psychology, Islamshahr Branch, Islamic Azad University, Islamshahr, Iran.

E-mail: rozita.zabihi@yahoo.com

Received: 2025/11/02

Accepted: 2026/02/09

Abstract

Introduction: Obsessive-compulsive disorder is known as one of the most common psychological disorders, characterized by the presence of intrusive thoughts and repetitive behaviors, and has a significant impact on the quality of life of individuals. Therefore, the present study was conducted to investigate the effect of group cognitive-behavioral therapy on rumination and obsessive-compulsive disorder symptoms in married women.

Methods: The present study was a quasi-experimental pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of this study included all women referred to clinics in Islamshahr in 2024, of which 30 were selected purposively and randomly assigned to the experimental and control groups. The measurement tools included the Nolenhofsma and Maro Rumination Scale (RRS) and the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Disorder Scale (Y-BOCS). The experimental group received group cognitive-behavioral therapy training in eight sessions, one session per week for 90 minutes. The analysis of covariance method was used with SPSS version 26 software to analyze the data.

Results: The findings showed that before the intervention, the experimental and control groups did not differ significantly in terms of rumination and obsessive-compulsive symptoms, but after the intervention, the groups differed significantly in terms of both variables ($P < 0.01$). In other words, group cognitive-behavioral therapy reduced the amount of rumination and obsessive-compulsive symptoms in married women.

Conclusions: Overall, the research findings showed that group cognitive-behavioral therapy is an effective intervention for reducing rumination and the main symptoms of obsessive-compulsive disorder in married women; this method helps clients to more sustainably master the internal and external challenges caused by the disorder and improve their level of psychological well-being by teaching specialized cognitive-behavioral strategies.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, Obsessive-compulsive disorder, Rumination.



تأثیر درمان شناختی-رفتاری گروهی بر نشخوار فکری و علائم اختلال وسواسی-اجباری زنان متأهل

بهناز یآوری^۱، رزیتا زیبچی^{۲*}، ناهید بابایی امیری^۳

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد اسلامشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلامشهر، ایران.

۲. گروه روانشناسی، واحد اسلامشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلامشهر، ایران.

۳. گروه روانشناسی، واحد یادگار امام خمینی (ره) شهر ری، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: رزیتا زیبچی، گروه روانشناسی، واحد اسلامشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلامشهر، ایران.
ایمیل: rozita.zabihi@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۸/۱۱

چکیده

مقدمه: اختلال وسواسی-اجباری به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی شناخته می‌شود که با حضور افکار مزاحم و رفتارهای تکراری مشخص می‌گردد و تأثیر بسزایی بر کیفیت زندگی افراد می‌گذارد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری گروهی بر نشخوار فکری و علائم اختلال وسواسی-اجباری زنان متأهل انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مراجعه کننده به کلینیک های شهر اسلامشهر در سال ۱۴۰۳ بود که تعداد ۳۰ نفر به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزارهای سنجش شامل مقیاس نشخوار فکری نولن هوکسما و مارو (RRS) و وسواس فکری-جبری ییل-براون (Y-BOCS) بود. گروه آزمایش آموزش درمان شناختی-رفتاری گروهی را طی هشت جلسه، هر هفته یک جلسه و به مدت ۹۰ دقیقه دریافت نمودند. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش تحلیل کوواریانس با نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

یافته ها: یافته ها نشان داد که قبل از مداخله، گروه های آزمایش و کنترل از نظر نشخوار فکری و علائم وسواسی-اجباری تفاوت معناداری نداشتند، اما پس از مداخله، گروه ها از نظر هر دو متغیر تفاوت معناداری داشتند ($P < 0/01$). به عبارت دیگر، درمان شناختی-رفتاری گروهی باعث کاهش میزان نشخوار فکری و علائم وسواسی-اجباری زنان متأهل شد.

نتیجه گیری: در مجموع، یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری گروهی یک مداخله مؤثر برای کاهش نشخوار فکری و علائم اصلی اختلال وسواسی-اجباری در زنان متأهل است؛ این روش از طریق آموزش راهبردهای شناختی-رفتاری تخصصی به مراجعین کمک می‌کند تا به طور پایدارتری بر چالش‌های درونی و بیرونی ناشی از اختلال مسلط شده و سطح بهزیستی روانی خود را بهبود بخشند.

کلیدواژه ها: اختلال وسواسی-اجباری، درمان شناختی-رفتاری، نشخوار فکری.

مقدمه

نشخوار فکری (Rumination) به افکار منفی تکرار شونده متمرکز بر خود اطلاق می شود که عمدتاً گرایش به گذشته دارند، ناکارآمد هستند و به لحاظ محتوا بیشتر به عوامل فشارزای زندگی فرد متمرکز هستند (۱). نشخوار فکری با عواطف منفی مانند غم، اندوه و یا پریشانی همراه است و هرکسی با توجه به شرایط و موقعیت آن را تجربه می کند. نشخوار فکری مکانیزم های زیربنایی دارد که برخی افراد را مستعد ابتلا به آن می سازد. به طوری که در پژوهش های اخیر بعضی از نقایص شناختی مربوط به لب پیشانی مثل انعطاف ناپذیری شناختی یا درجاماندگی در سبب شناسی نشخوار فکری مورد توجه قرار گرفته است (۲). چنانکه نتایج پژوهش های پیشین بیانگر آن بوده است که افراد دارای نشخوار فکری، در شرایط بد و منفی به جای تحلیل شرایط و انتخاب راه حل مطمئن، خود را سرزنش می کنند (۳).

نشخوار فکری با سایر اختلالات روانی ارتباط دارد، از جمله این اختلالات اختلال وسواسی- اجباری (Obsessive-compulsive disorder) است (۴). رابطه میان نشخوار فکری و علائم اختلال وسواسی- اجباری از منظر فرانشناختی و عصب روان شناختی، حاکی از یک همپوشانی ساختاری است. هر دو پدیده با فقدان مهار شناختی و تمرکز افراطی بر محتوای درونی مرتبط هستند؛ در حالی که نشخوار بر محتوای گذشته محور و احساسات منفی متمرکز است، وسواس فکری بر تهدیدها و محتوای آلودگی/آسیب متمرکز می شود. با این حال، هر دو فرآیند از لحاظ زیربنایی، ناشی از باورهای فراشناختی ناکارآمد هستند، به ویژه این باور که افکار مزاحم باید به طور کامل کنترل شوند (۴). در واقع نشخوار فکری و اختلال وسواسی- اجباری دو نمود از یک مکانیزم شناختی معیوب مشترک اند، یعنی هر دو ناشی از ناتوانی در مهار افکار ناخواسته و تلاش افراطی برای کنترل ذهن هستند و نشخوار فکری شدت و پایداری اختلال وسواسی- اجباری را افزایش می دهد (۵).

طبق تخمین پژوهشگران اختلال وسواسی- اجباری در ده درصد بیماران سرپایی مطب ها و درمانگاه های پزشکی دیده می شود و چهارمین بیماری روان پزشکی پس از فوبیا، اختلالات مرتبط با مواد و اختلال افسردگی اساسی است (۶). این اختلال به وسیله افکار تکرار شونده، مقاوم و رفتارهای تکراری همراه با اضطراب شناخته می شود. عموم افراد

مبتلا، دارای هر دو علائم فکری و عملی هستند. افکار و اعمال تکراری حاصل از اختلال وسواسی- اجباری، اموری لذت بخش و ارادی نیستند. این افکار به شکل غیر ارادی بروز کرده و معمولاً در افراد ایجاد نگرانی و اضطراب می کند (۷). شستشو، واریسی، رفتارها یا عبارات تکراری خاص، نظم و ترتیب (منظم کردن مجدد اشیاء به منظور بهبود تعادل و تقارن)، احتکار و آیین های ذهنی (مثل کلمات، عبارات یا ورد های خاص و تکراری) شایع ترین اعمال وسواسی هستند (۸). شایع ترین وسواس های فکری شامل ترس از آلودگی، تکانه های جنسی یا پرخاشگرانه، مشکلات بدنی، مذهب، تقارن و نظم است (۹). شواهد پژوهشی نشان می دهد در افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری نقص در عملکردهای اجرایی وجود دارد. بازداری پاسخ، حافظه کاری و انعطاف پذیری شناختی از جمله جنبه های مختلف مرتبط با عملکرد اجرایی است که به نظر می رسد در افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری نقص دارند (۱۰). همچنین افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری اغلب نشخوار فکری را تجربه می کنند که می تواند در زندگی روزمره آن ها اختلال ایجاد کند (۱۱). نشخوار فکری مکرر در مورد یک فکر یا ایده خاص است که می تواند ترس یا نگرانی خاص مانند آلودگی یا آسیب رساندن به خود یا دیگران باشد. افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری ممکن است نتوانند از فکر کردن به این ترس ها دست بکشند، حتی زمانی که می دانند این ترس ها غیر منطقی هستند (۱۲). برای درمان اختلال وسواسی- اجباری روش های متعددی اعم از دارویی و روان شناختی وجود دارد، یکی از این روش های شناختی درمان شناختی- رفتاری است (۱۳).

از مهم ترین روش های درمانی که در حال حاضر به فراوانی از آن برای درمان بسیاری از اختلالات استفاده می شود، درمان شناختی- رفتاری (Cognitive-behavioral therapy) است. درمان شناختی- رفتاری تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است (۱۴). درمان شناختی- رفتاری نوعی روان درمانی است که از دهه ۱۹۶۰ به طور گسترده مورد استفاده قرار گرفته است. این درمان بر اساس این ایده است که افکار، احساسات و رفتارهای ما به هم مرتبط هستند و تغییر یکی می تواند منجر به تغییر در دو مورد دیگر شود. درمان شناختی رفتاری یک رویکرد ساختار یافته و هدف گرا است که به افراد کمک می کند تا الگو های منفی تفکر و رفتار را شناسایی و اصلاح کنند. تکنیک ها شامل بازسازی

درمان شناختی-رفتاری گروهی بر نشخوار فکری و علائم اختلال وسواسی-اجباری زنان متأهل اثربخش است؟

روش کار

این پژوهش با توجه به هدف آن از نوع پژوهش های کاربردی و از لحاظ شیوه گردآوری داده ها به صورت مقطعی و از نوع شبه آزمایشی با پیش-آزمون- پس آزمون بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان متأهل مراجعه کننده به کلینیک های سطح شهر اسلامشهر در سال ۱۴۰۳ بود، بر این اساس بین زنان متأهل مراجعه کننده پرسشنامه های نشخوار فکری و وسواسی- اجباری توزیع و از بین آن ها کسانی که در این پرسشنامه ها نمره بالا کسب نمودند به روش نمونه گیری هدفمند ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) جایگزین شدند. ملاک های ورود افراد به پژوهش شامل: رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، جنسیت زن، میزان تحصیلات سیکل به بالا، عدم شرکت همزمان در دوره های روان درمانی دیگر، آمادگی جسمانی و روانی برای پاسخگویی به سؤالات و معیارهای خروج از پژوهش شامل: غیبت بیش از دو جلسه، عدم تمایل شرکت کننده به ادامه شرکت در پژوهش، شرکت همزمان در برنامه های مشاوره یا روان درمانی دیگر، همکاری نکردن در تکمیل پرسشنامه ها در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون بود. پس از انتخاب افراد نمونه، در مورد موضوع، دوره های درمان و اهداف آن ها و ملاحظات اخلاقی پژوهش توضیح داده شد. همچنین این پژوهش پس از بررسی در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر با شناسه اخلاق IR.IAU.PIAU.REC.1403.016 مصوب گردید. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه های زیر استفاده شد:

۱- مقیاس پاسخ نشخوار فکری (Rumination Response Scale- RRS): این مقیاس توسط نولن هوسما و مارو در سال ۱۹۹۱ طراحی شد و دارای ۲۲ سؤال است که با استفاده از مقیاس چهار گزینه ای لیکرت از یک تا چهار نمره گذاری می شود. نمره کل آن از طریق مجموع نمره گویه ها بدست می آید. دامنه نمرات از ۲۲ تا ۸۸ متغیر است به صورتی که نمره کسب شده بالا توسط فرد نشخوار فکری بیشتر را نشان می دهد. روایی سازه پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی ۰/۸۲ و پایایی آن از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد (۲۱). این ابزار در ایران توسط باقری نژاد

شناختی، فعال سازی رفتاری، مواجهه درمانی و تمرین آرامش بخشی است. درمان شناختی-رفتاری با آموزش این مهارت ها به افراد به آنها کمک می کند تا راه های سازگارانه تری برای مقابله با موقعیت های ناراحت کننده و مدیریت احساسات خود ایجاد کنند. فرض بنیادین رویکرد شناختی- رفتاری این است که شناخت بر احساس و رفتار تاثیرگذار است و بیش از خود رویدادها، افراد به بازنمایی شناختی خود از رویدادها پاسخ می دهند (۱۵).

شواهد پژوهشی نشان می دهد، درمان شناختی- رفتاری در مورد افراد با اختلال وسواسی-اجباری چه با درمان دارویی و چه بدون درمان دارویی مؤثر می باشد (۱۶). همچنین نقش نشخوار فکری در اختلال وسواسی-اجباری سال ها است که مورد مطالعه و بررسی واقع شده و پژوهش های قابل توجهی نیز در این رابطه به دست آمدند. در پژوهشی نیز که به تازگی درباره بررسی ویژگی های شخصیتی و عوامل آسیب زای شناختی انجام گرفته است، نقش نشخوار فکری در اختلال وسواسی-اجباری به عنوان عامل شدت دهنده و فرساینده مورد تأکید قرار گرفته است (۱۷). افزون بر این، نتایج مطالعه ای دیگر نشان داد که نشخوار فکری، هم در جمعیت های بالینی و هم در جمعیت های غیر بالینی اتفاق می افتد، بنابراین وقوع آن، به یک اختلال محدود نیست (۱۸). همچنین مطالعات مختلف، نشان می دهد که نشخوارهای فکری، فقط در میان افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی دیده نمی شود، بلکه ممکن است در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی و اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواسی- جبری نیز دیده شود (۱۹).

در واقع منطقی است که فرض کنیم بین نشخوار فکری و علائم وسواسی- اجباری به ویژه نشخوار وسواس گونه رابطه وجود دارد. از منظر تعاریف نظری، سبک تفکر نشخوار گونه و نشخوار فکری مربوط به وسواس، دربرگیرنده فرآیندهای مشترکی هستند. همچنین شواهدی وجود دارد که نشان می دهد پاسخ نشخوار گونه که به عنوان مشغولیت با علائم، علل و پیامدها تعریف می شود، یک راهکار رایج در پاسخ به افکار وسواسی مزاحم است. در واقع اعتقاد بر این است که نشخوار فکری ممکن است علائم وسواس فکری عملی را تشدید کند (۲۰). نتایج چنین پژوهشی در شکل گیری چارچوب های مناسب درمانی جهت بهبود علائم افراد دارای اختلال وسواسی-اجباری می تواند راهگشا باشد؛ لذا مسأله پژوهش حاضر پاسخ به این سؤال است که آیا

(۲۴). در ایران هم فلسفی و همکاران (۲۵) ضریب پایایی از طریق روش آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۴ گزارش کرده اند و روایی همگرایی آن با پرسشنامه وسواس جبری مازولی ۰/۸۷ به دست آوردند. در پژوهش حاضر پایایی مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

پروتکل درمان شناختی-رفتاری (Cognitive-behavioral therapy): نحوه اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از کسب هماهنگی های لازم جهت اجرای پژوهش و تعیین گروه های آزمایش و کنترل، شرکت کنندگان پیش از اجرای مداخله، به پرسشنامه های پژوهش به عنوان پیش آزمون پاسخ دادند. گروه آزمایش، درمان شناختی-رفتاری گروهی برگرفته از پروتکل جودیت اس بک (۱۵) را طی هشت جلسه، هر هفته یک جلسه و به مدت ۹۰ دقیقه توسط پژوهشگر دریافت نمودند، اما شرکت کنندگان گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. پس از پایان جلسات درمانی، مجدداً هر دو گروه در مرحله پس آزمون به پرسشنامه های پژوهش پاسخ دادند و داده های حاصل از پیش آزمون و پس آزمون با استفاده از روش تحلیل کوواریانس با نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد. خلاصه آموزش جلسات درمان شناختی-رفتاری در جدول ۱ ارائه شده است.

و همکاران (۲۲) بررسی شده است که پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمده است و همچنین روایی همزمان ابزار با سیاهه افسردگی بک (۲۳) برابر با ۰/۷۹ گزارش گردید. در پژوهش حاضر میزان پایایی مقیاس از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد.

۲- مقیاس وسواس فکری-جبری ییل-براون (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale-Y-BOCS): مقیاس وسواس فکری-عملی ییل براون در سال ۱۹۸۶ توسط گودمن و همکاران (۲۴) طراحی شده است. این مقیاس دارای ۱۰ سؤال است که ۵ سؤال برای ارزیابی افکار وسواسی و ۵ سؤال برای ارزیابی اعمال اجباری در نظر گرفته شده است. نمره گذاری آزمون، روی یک مقیاس ۵ درجه ای (۰ تا ۴) و هر ماده با یک طیف ۵ درجه ای از صفر (بدون علامت) تا چهار (خیلی شدید) مورد ارزیابی قرار می دهد. حداقل نمره در این ابزار صفر و حداکثر آن ۴۰ است. داده های مربوط به اعتبار این مقیاس نشان می دهد که روایی بین ارزیابان ۴۰ نفر ۰/۹۸ و ضریب همسانی درونی ۰/۸۹ به دست آمده است. همچنین پایایی این مقیاس با روش بازآزمایی در فاصله دو هفته ۰/۸۴ و روایی افتراقی آن با پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس درجه بندی اضطراب همپلتون به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۹۵ گزارش شده است

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی-رفتاری

جلسه	محتوای جلسات
جلسه ۱	درمانگر یک اتحاد درمانی ایجاد کرد و ارزیابی اولیه را انجام داد. اصول درمان معرفی شد و ارتباط بین افکار، احساسات و رفتارها با استفاده از مثلث درمان توضیح داده شد. مراجع نگرانی های اصلی و اهداف درمانی را شناسایی کرد.
جلسه ۲	به مراجع راهنمایی شد تا افکار منفی خودکار، به ویژه آنهایی که به تجربیات گذشته مرتبط بودند را تشخیص دهد. درمانگر یک دفترچه ثبت افکار را ارائه داد و مراجع تمرین کرد تا موقعیت ها، افکار، احساسات و رفتارها را یادداشت کند.
جلسه ۳	درمانگر به مراجع کمک کرد تا تحریف های شناختی (مثلاً تعمیم بیش از حد، فاجعه سازی) را شناسایی کند. از تکنیک های پرسشگری سقراطی برای مقابله با افکار غیرمنطقی و جایگزینی آنها با گزینه های متعادل تر استفاده شد.
جلسه ۴	درمانگر و مراجع فعالیت هایی را که قبلاً از آنها اجتناب می کردند، شناسایی کردند و یک برنامه ساختارمند برای افزایش مشارکت ایجاد کردند. مراجع، مشارکت مجدد در وظایف معنادار و لذتبخش را تمرین کرد و تغییرات خلقی را پیگیری نمود.
جلسه ۵	مراجع در مورد رفتارهای اجتنابی و الگوهای نشخوار فکری صحبت کرد. از راهبردهای شناختی و تکنیک های ذهن آگاهی برای کمک به تغییر توجه از تفکر بی فایده گذشته محور به آگاهی متمرکز بر حال استفاده شد.
جلسه ۶	مراجع رویدادهای گذشته که از نظر احساسی مهم بودند را بررسی کرد. درمانگر از تکنیک های مواجهه خیالی یا روایت (در صورت لزوم) برای کمک به مراجع در کاهش پریشانی و دستیابی به دیدگاه های جدید استفاده کرد.
جلسه ۷	مراجع استراتژی های مقابله ای مانند تنفس عمیق، آرامش پیشرونده عضلانی و توقف فکر را تمرین کرد. مهارتها برای مدیریت پاسخهای عاطفی مرتبط با محرکهای گذشته مرور و تقویت شدند.
جلسه ۸	روند درمان خلاصه شد. درمانگر پیشرفتها را برجسته کرد، مهارتهای آموخته شده را تقویت کرد و رشد مراجع را جشن گرفت. یک برنامه بلندمدت مورد بحث قرار گرفت و درمان رسماً به پایان رسید.

بهناز یآوری و همکاران

و فوق دیپلم و ۳ نفر (۲۰٪) لیسانس به بالا و در گروه کنترل ۲ نفر (۱۳/۳٪) کمتر از دیپلم، ۸ نفر (۵۳/۳٪) دیپلم و فوق دیپلم و ۵ نفر (۳۳/۳٪) لیسانس به بالا بودند. از نظر مدت ازدواج در گروه آزمایش ۳ نفر (۲۰٪) کمتر از ۵ سال، ۸ نفر (۵۳/۳٪) بین ۵ تا ۱۰ سال و ۴ نفر (۲۶/۷٪) بالای ۱۰ سال و در گروه کنترل ۲ نفر (۱۳/۳٪) کمتر از ۵ سال، ۹ نفر (۶۰٪) بین ۵ تا ۱۰ سال و ۴ نفر (۲۶/۷٪) بالای ۱۰ سال بودند. جدول ۲ آمار توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

یافته ها

تعداد افراد شرکت کننده در دو گروه آزمایش و کنترل هر کدام ۱۵ نفر بودند. از لحاظ سن در گروه آزمایش ۴ نفر (۲۶/۷٪) کمتر از ۳۰ سال، ۸ نفر (۵۳/۳٪) بین ۳۰ تا ۴۰ سال و ۳ نفر (۲۰٪) بالای ۴۰ سال و در گروه کنترل ۴ نفر (۲۶/۷٪) کمتر از ۳۰ سال، ۹ نفر (۶۰٪) بین ۳۰ تا ۴۰ سال و ۲ نفر (۱۳/۳٪) بالای ۴۰ سال بودند. از نظر تحصیلات در گروه آزمایش ۲ نفر (۱۳/۳٪) کمتر از دیپلم، ۱۰ نفر (۶۶/۷٪) دیپلم

جدول ۲. شاخص توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		کالموگروف-اسمیرنوف	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	آماره	معناداری
نشخوار فکری	آزمایش	۵۲/۷۳	۱/۶۲	۴۶/۴۶	۲/۸۰	۰/۱۴	۰/۲۰
	کنترل	۵۱/۲۰	۱/۶۹	۵۰/۳۳	۳/۲۲	۰/۱۴	۰/۲۰
علائم وسواسی-اجباری	آزمایش	۱۸/۵۳	۱/۸۸	۱۲/۵۳	۲/۸۲	۰/۲۰	۰/۱۰
	کنترل	۲۰/۶۶	۱/۹۵	۲۰	۲/۵۹	۰/۱۰	۰/۲۰

کواریانانس رعایت شده است. پیش فرض همگنی واریانس ها با آزمون لویین بررسی شد، این پیش فرض در مرحله پس آزمون ($P > 0/05$) مورد تأیید قرار گرفت (نشخوار فکری، $F = 0/43$ و $P = 0/51$ ؛ علائم وسواسی-اجباری، $F = 2/22$ و $P = 0/14$). آخرین پیش فرض آنالیز کوواریانس، پیش فرض همگنی شیب خط رگرسیون است که برای این منظور معنی داری اثرمتقابل متغیر گروه و متغیر نشخوار فکری و علائم وسواسی-اجباری در زمان پیش آزمون مورد بررسی قرار گرفت و اثر متقابل معنی دار نبود و در نتیجه پیش فرض همگنی شیب خط رگرسیون برقرار است (نشخوار فکری، $F = 0/10$ و $P = 0/74$ ؛ علائم وسواسی-اجباری، $F = 0/20$ و $P = 0/65$). از آنجایی که پیش فرض ها برقرار بودند، لذا می توان از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده کرد و نتایج آن قابل اطمینان می باشد که نتایج آن در جدول ۳ و ۴ ارائه شده است.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نشخوار فکری و علائم وسواسی-اجباری در گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون را نشان می دهد. در گروه کنترل، میانگین همه متغیرها در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تقریباً بدون تغییر ماند. در مقابل در گروه آزمایش میانگین متغیرهای پژوهش پس از مداخله پایین تر از پیش آزمون بود. به طور کلی، الگوی تغییرات در گروه آزمایش همسو با انتظار و به نفع بهبود بود، در حالی که در گروه کنترل تغییر معناداری در جهت مطلوب دیده نشد.

در ادامه برای استفاده از آماره استنباطی تحلیل کوواریانس چندمتغیره پیش فرض های این تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی پیش فرض توزیع طبیعی بودن (نرمال بودن) از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که بر اساس نتایج جدول ۲ مؤید نرمال بودن توزیع همه متغیرهاست؛ سطوح معناداری همگی بزرگتر از $0/05$ قرار دارند. بنابراین پیش فرض نرمالیتی برای انجام تحلیل

جدول ۳. نتایج آزمون های چند متغیره پس آزمون نشخوار فکری و علائم اختلال وسواسی-اجباری

نوع آزمون	مقدار	آزمون F	معنی داری	ضریب تأثیر
لامبدای ویلکز	۰/۱۹	۵۳/۴۴	۰/۰۰۰	۰/۸۱

می دهد که ۸۱ درصد تفاوت دو گروه مربوط به درمان شناختی-رفتاری گروهی است. بعد از این، به بررسی این موضوع باید پرداخته شود که آیا هریک از متغیرهای وابسته به طور جداگانه از متغیر مستقل (درمان شناختی-رفتاری گروهی) اثر پذیرفته است یا خیر؟ بدین منظور از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره (تحلیل مانکوا) استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج جدول ۳ بیانگر آن است که لامبدای ویلکز ($P=0/000$) و $F=0/81$) معنادار است. نتایج موید آن است که بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون نشخوار فکری و علائم اختلال وسواسی-اجباری با کنترل (حذف یا کووریت) پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته ایجاد شده است و ضریب تاثیر نشان

جدول ۴. نتایج اثرات بین آزمودنی تحلیل کواریانس چندمتغیره نشخوار فکری و علائم اختلال وسواسی-اجباری

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	آماره F	معناداری	ضریب تأثیر
نشخوار فکری	۱۳۱/۲۶	۱	۳۵/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۵۷
گروه	۱۹۱/۵۷	۱	۵۲/۱۹	۰/۰۰۰	۰/۶۶
خطا	۹۵/۴۳	۲۶			
علائم وسواسی-اجباری	۱۲۰/۲۲	۱	۵۷/۲۲	۰/۰۰۰	۰/۶۸
گروه	۱۳۱/۰۶	۱	۶۲/۳۸	۰/۰۰۰	۰/۷۰
خطا	۵۴/۶۲	۲۶			

آرامی می باشد. همچنین می توان گفت درمان شناختی-رفتاری گروهی در زنان می تواند منجر به ابراز احساسات، علاقه، محبت و دوستی با همسر شود، و این روش کمک می کند تا زنان در برابر مشکلات و برنامه های آینده خود همفکری بیشتری داشته باشند. علاوه بر این درمان شناختی-رفتاری به درک عقاید و احساسات طرفین کمک می نماید که همین امر کاهش نشخوار فکری را در پی دارد (۳۰).

همچنین جدای از این موارد، تأثیر و مفید بودن گروه درمانی در مقایسه با درمان انفرادی را نباید نادیده گرفت. گروه درمانی به بیماران کمک می کند تا مهارت های اجتماعی مؤثرتری را بیاموزند و به این درک می رسند که دیگران نیز مانند آنان نیز مشکلاتی دارند. در پژوهش حاضر درمان شناختی-رفتاری به دلیل گروهی بودن، آزمودنی ها تجربه مشکلات تنش های ناشی از نشخوار فکری را به صورت مشترک ادراک نموده و این سبب شد تا با آموزش استفاده از راهبرد مقابله مناسب، اضطراب، اجتناب و پریشانی و ترس از ارزیابی منفی در این افراد کاسته و در مقابل دچار نشخوار فکری کمتری شوند و قدرت نگرش واقع بینانه و برقراری ارتباط متقابل با دیگران آن ها افزایش یابد و همچنین احساس تنش یا ناتوانی در تنش زدایی، نا آرامی و بی قراری، گریز از ارتباطات معمول و دل مشغولی های مفرط آنها کاهش یابد. می توان گفت در درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی به دلیل اینکه آموزش بازسازی شناختی

چنانچه در جدول ۴ مشاهده می شود استفاده از درمان شناختی-رفتاری گروهی بر نشخوار فکری و علائم اختلال وسواسی- در مرحله پس آزمون تأثیر دارد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر درمان شناختی-رفتاری گروهی بر نشخوار فکری و علائم اختلال وسواسی-اجباری زنان متأهل انجام گردید. بر اساس نتایج به دست آمده مشخص شد که درمان شناختی-رفتاری گروهی بر نشخوار فکری زنان متأهل در مرحله پس آزمون تأثیر معنی داری داشته است. این یافته با نتایج پژوهش های ایسوند و همکاران (۲۶)، میرزایی و همکاران (۲۷)، آقاپور و میرفتاح زاده (۲۸)، لانگنکر و همکاران (۲۹)، اومگاکی (۳۰) و کندی و همکاران (۳۱) همسو است.

در تبیین این یافته می توان گفت که درمان شناختی-رفتاری گروهی ممکن است با به چالش کشیدن افکار فرد و کاهش خطاهای شناختی سعی در تغییر باورها و نگرش های فرد را دارد، همچنین ممکن است با افزایش فعالیت های لذت بخش و تأثیر بر گستره و کیفیت روابط و از آن طریق تأثیر بر کیفیت زندگی می تواند موجب بهبود انعطاف پذیری شناختی و نشخوار فکری با مشکلاتشان شود. درمان شناختی-رفتاری برای کاهش نشخوار فکری شامل توقف فکر و روش های منحرف کننده حواس مثبت و آموزش مهارت های حل مسئله و یادگیری مهارت های تن

انجام این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: با توجه به عدم دسترسی بلندمدت به شرکتکنندگان، اجرای دوره پیگیری جهت ارزیابی تداوم اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی و حفظ اثرات درمانی میسر نبود. همچنین حجم پایین نمونه که ۳۰ نفر از افراد مراجعه کننده به کلینیک بودند که به صورت در دسترس انتخاب شده بودند؛ لذا در تعمیم نتایج باید احتیاط لازم صورت گیرد. از دیگر محدودیت‌ها مطالعه حاضر، استفاده از مقیاس‌های خودگزارش دهی جهت سنجش مؤلفه‌های پژوهش و ارزیابی پیش-آزمون و پس-آزمون است. به طور کلی پیشنهاد می‌شود که در آینده پژوهی، دوره پیگیری لحاظ گردد. به علاوه جهت تعمیم پذیری بیشتر نتایج، پژوهش‌هایی با تعداد نمونه‌های بیشتر، به شیوه نمونه‌گیری تصادفی و به علاوه بر روی جمعیت‌های بالینی، غیربالینی و گروه‌های دیگر جامعه انجام شود. در نهایت پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی، اثربخشی درمان شناختی-رفتاری همراه با درمان‌ها دیگر مورد بررسی و مقایسه قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

در مجموع نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری گروهی در کاهش نشخوار فکری و علائم اختلال وسواسی-اجباری زنان متأهل مؤثر بوده است. نتایج حاصل از این مطالعه به وضوح نشان داد که درمان شناختی-رفتاری گروهی تأثیر معنادار و مثبتی بر نشخوار فکری و علائم اختلال وسواسی-اجباری زنان متأهل داشته است. این یافته‌ها حاکی از آن است که رویکرد درمان شناختی-رفتاری به افراد کمک می‌کند تا با شناخت افکار ناکارآمد و چالش با خطاهای شناختی و اصلاح باورهای منفی درباره خود و دیگران و آینده، احساس بهتری پیدا کنند. این درمان با آموزش تکنیک‌هایی مانند بازسازی شناختی، فعال‌سازی رفتاری، مواجهه درمانی و تمرین آرامش بخشی به افراد کمک می‌کند تا راه‌های سازگارانه تری برای مقابله با موقعیت‌های ناراحت‌کننده و مدیریت احساسات خود ایجاد کنند. بنابراین، درمان شناختی-رفتاری گروهی به عنوان یک مداخله مؤثر و کارآمد برای بهبود مکانیسم‌های روان‌شناختی محوری در زنان متأهل مورد تأیید قرار می‌گیرد. با توجه به یافته‌های به دست آمده، درمان‌گران این حوزه در کلینیک‌ها و مراکز خدمات روان‌شناختی می‌توانند، جهت

از فعالیت‌های تقویت‌کننده ارائه شد، سبب شد تا افراد در رویارویی با مشکلات خود با حفظ خویشتن در برابر مشکلات دلواپسی، تحریک پذیری، هراس، بی‌تابی، احساس خطر، بی‌قراری، ترس و ناتوانی در حفظ آرامش و دشواری در تمرکزشان کاسته شود. در نتیجه می‌توان گفت، مداخله گروه درمانی به روش شناختی-رفتاری، با تغییر سبک زندگی و ایجاد الگوهای ارتباطی و مقابله شناختی و رفتاری مناسب برای مقابله با تنش‌ها در کاهش نشخوار فکری مؤثر است و با تغییر الگوهای پاسخ سبب گردید تا نشخوار فکری کاهش یابد. بنابراین، می‌توان گفت مداخله گروه درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش نشخوار فکری اثربخش است (۳۲).

همچنین یافته‌های دیگر پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری گروهی بر علائم اختلال وسواسی-اجباری زنان متأهل در مرحله پس‌آزمون تأثیر معنی‌داری داشته است. این یافته با نتایج پژوهش‌های علی‌مددی و همکاران (۳۳)، آژیده و محمودعلیلو (۳۴)، نقی‌نیا و توزنده‌جانی (۳۵)، سروین و همکاران (۳۶) و اسپنسر و همکاران (۳۷) همسو است.

بنابراین در تبیین این فرضیه می‌توان گفت درمان شناختی-رفتاری با به هم ریختن ارزیابی غلط بیماران و بازسازی این ارزیابی‌ها می‌تواند در کاهش رفتارهای مرتبط با علائم وسواس در بیماران وسواسی مؤثر واقع شود. در این درمان بیماران وسواسی یاد می‌گیرند که عامل‌های شناختی برانگیزاننده اضطراب و شناخت‌هایی که در ذهن به اشتباه جا افتاده‌اند، را شناسایی کرده و دوباره آن‌ها را بازسازی کنند. فرد طی اجرای فنون شناختی، به نقش کنترل افکارش بر ادامه رفتارهای وسواسی خود پی می‌برد و اعتبار آن‌ها را زیر سؤال می‌برد و افکار سالم و کارآمدی را جایگزین می‌کند. به عنوان نمونه به بیماران یاد داده می‌شود که با جایگزین کردن شناخت درست (مثلاً با یک بار شستن دست، دست تمیز و بدون میکروب خواهد شد) از افکار وسواسی در مورد کثیف بودن و یا شستشو جلوگیری نمایند. پس از آن، با به کارگیری روش‌های رفتاری بر حسب نوع مشکل و فنون مورد نیاز، به کاهش نشانگان رفتاری وسواسی، از جمله حساسیت زدایی تدریجی، توقف افکار و خاموش‌سازی رفتارهای وسواسی، تقویت رفتارهای سالم، ایفای نقش و ... در طول جلسات می‌پردازند (۳۷).

روانشناسی بالینی نویسنده اول می باشد. از تمامی افرادی که در این پژوهش همکاری داشته‌اند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌کنیم.

بهبود این متغیرها در زنان متأهل دارای نشخوار فکری و علائم اختلال وسواسی-اجباری، از این مداخله استفاده کنند و پیامدهای ناشی از این متغیرها را کاهش دهند.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته

References

1. Tumminia MJ, Colaianne BA, Roeser RW, Galla BM. How is mindfulness linked to negative and positive affect? Rumination as an explanatory process in a prospective longitudinal study of adolescents. *Journal of youth and adolescence*. 2020;49(10):2136-48. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01238-6>
2. Watkins ER, Roberts H. Reflecting on rumination: Consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination. *Behaviour research and therapy*. 2020;127:103573. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103573>
3. Mori M, Tanno Y. Mediating role of decentering in the associations between self-reflection, self-rumination, and depressive symptoms. *Psychology*. 2015;6(5):613-21. <https://doi.org/10.4236/psych.2015.65059>
4. Raines AM, Vidaurri DN, Portero AK, Schmidt NB. Associations between rumination and obsessive-compulsive symptom dimensions. *Personality and individual differences*. 2017;113:63-7. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.03.001>
5. Wahl K, van den Hout M, Heinzel CV, Kollárik M, Meyer A, Benoy C, Berberich G, Domschke K, Gloster A, Gradwohl G, Hofecker M. Rumination about obsessive symptoms and mood maintains obsessive-compulsive symptoms and depressed mood: An experimental study. *Journal of Abnormal Psychology*. 2021;130(5):435. <https://doi.org/10.1037/abn0000677>
6. Horwath E, Weissman MM. The epidemiology and cross-national presentation of obsessive-compulsive disorder. *Obsessive-Compulsive Disorder and Tourette's Syndrome*. 2022:35-49. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70176-3](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70176-3)
7. Yadollahi Ardestani SH, Shakib N, Yousefi S. The effectiveness of emotion-focused cognitive therapy on cognitive flexibility and rumination of adolescents with practical obsessivecompulsive disorder. *Journal of adolescents and youth psychological studies*. 2021;2 (1):160-170. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.2.1.15>
8. Hollmann K, Allgaier K, Hohnacker CS, Lautenbacher H, Bizu V, Nickola M, Wewetzer G, Wewetzer C, Ivarsson T, Skokauskas N, Wolters LH. Internet-based cognitive behavioral therapy in children and adolescents with obsessive compulsive disorder: a feasibility study. *Journal of Neural Transmission*. 2021;128(9):1445-59. <https://doi.org/10.1007/s00702-021-02409-w>
9. khayeri B, mirmahdi R, Acuchekian S, heidari H, aleyasin A. the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Obsessive-Compulsive Symptoms, Rumination and Cognitive Avoidance of Women Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Social Cognition*. 2019; 8(2): 90-100.
10. Zainal NH, Newman MG. Executive functioning constructs in anxiety, obsessive-compulsive, post-traumatic stress, and related disorders. *Current Psychiatry Reports*. 2022;24(12):871-80. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01390-9>
11. Hawley LL, Lisi DM, Richter MA, Selchen S, Rector NA. The relationship of rumination, worry and OCD symptoms during technology supported mindfulness therapy for OCD. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2024;31(4):e3018. <https://doi.org/10.1002/cpp.3018>
12. DulabNia R, Rasouli N, Mahdian H. Comparing the Efficacy of Dialectical Behavior Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Reducing Rumination and Guilt in Individuals with Obsessive-Compulsive Disorder. *Quran and Medicine*, 2022; 7(3): 170-179. https://www.quraniimed.com/article_189991.html?lang=en
13. Foa EB. Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2010;12(2):199-207. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2010.12.2/efoa>
14. Aghapour M, Mirfatazadeh F. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on rumination,

- anxiety and neurological processes in depressed Woman. *IJPN*. 2022; 10 (5) :59-69.
15. Beck, J. S. (2020). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. Guilford Publications. <https://psycnet.apa.org/record/2020-66930-000>
 16. Van Noppen B, Sassano-Higgins S, Appasani R, Sapp F. Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: 2021 update. *Focus*. 2021;19(4):430-43. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20210015>
 17. Hong RY, Tan YL. DSM-5 personality traits and cognitive risks for depression, anxiety, and obsessive-compulsive symptoms. *Personality and Individual Differences*. 2021;169:110041. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110041>
 18. Mousavi E, Gharraee B, Ramazani Farani A, Taremian F. Comparison of Cognitive Errors and Rumination in Obsessive-Compulsive and Social Phobia Disorders. *IJPCP*. 2017; 23 (1) :10-2. <https://doi.org/10.18869/nirp.ijpcp.23.1.10>
 19. TababaeiNejad FS, Mosavi MS, banitaba, SM. The Effect of Positive Mindfulness Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Rumination and Psychological Well-Being of Depressed Students in Rehabilitation School. *Educational Development of Judishapur*, 2022; 13(2): 436-458.
 20. Nazari F, Gharraee B, Zahedi Tajrishi K. Mediating role of Emotion Dysregulation, Experiential Avoidance, and Rumination in the Relationship of Emotional Schemas with Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms. *IJPCP* .2023; 28 (4) :478-491. <https://doi.org/10.32598/ijpcp.28.4.4377.1>
 21. Nolen-Hoeksema S, Stice E, Wade E, Bohon C. Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *Journal of abnormal psychology*. 2007;116(1):198. <https://psycnet.apa.org/buy/2007-01891-019> <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.1.198>
 22. Bagherinezhad M, SalehiFadardi J, Tabatabaee SM. Relationship between rumination and depression in a sample of Iranian students. *Studies in education & psychology*. 2010;11(1):21-38. <https://sid.ir/paper/99372/en>
 23. Jackson-Koku G. Beck depression inventory. *Occupational medicine*. 2016;66(2):174-5. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqv087>
 24. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS. The yale-brown obsessive compulsive scale: II. Validity. *Archives of general psychiatry*. 1989;46(11):1012-6. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110054008>
 25. Falsafi SH, Asgari M, Kordestani, D. Develop a structural model of obsessive-compulsive disorder based on early maladaptive schemas, attachment styles, defense mechanisms, emotional self-regulation and anxiety. *Medical Journal of Mashhad university of Medical Sciences*. 2021; 64(3): 3208-3223.
 26. Isvand M, Baghouli H, Javidi HA, Barzegar M. Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral therapy and Acceptance and Commitment Therapy for Rumination, Psychological Flexibility, Resilience, and Perceived Stress among the Women Suffering from Depression. *Psychol Achiev*. 2024;31(2):443-476. https://psychac.scu.ac.ir/article_19969.html?lang=en
 27. Mirzaei L, Baghooli H, Javidi H, Barzegar M. Comparison of the Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy and Mindfulness Therapy on Negative rumination and Social Self-efficacy in Social Anxiety Disorder Patients. *RJMS*. 2023; 30 (7) :1-12. <https://doi.org/10.47176/rjms.30.204>
 28. Aghapour M, Mirfatazadeh F. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on rumination, anxiety and neurological processes in depressed Woman. *IJPN*. 2022; 10 (5) :59-69.
 29. Langenecker SA, Schreiner MW, Bessette KL, Roberts H, Thomas L, Dillahun A, Pocius SL, Feldman DA, Jago D, Farstead B, Pazdera M. Rumination-focused cognitive behavioral therapy reduces rumination and targeted cross-network connectivity in youth with a history of depression: Replication in a preregistered randomized clinical trial. *Biological Psychiatry Global Open Science*. 2024;4(1):1-10. <https://doi.org/10.1016/j.bpsgos.2023.08.012>
 30. Umegaki Y, Nakagawa A, Watkins E, Mullan E. A rumination-focused cognitive-behavioral therapy self-help program to reduce depressive rumination in high-ruminating Japanese female university students: A case series study. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2022;29(2):468-84. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.01.003>
 31. Kennedy JC, Dunlop BW, Craighead LW,

- Nemeroff CB, Mayberg HS, Craighead WE. Assessing in-session rumination and its effects on CBT for depression. *Behaviour Research and Therapy*. 2022;159:104209. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104209>
32. Zolikani M. Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on rumination in women referring to health centers in Sari. *Journal of Applied Research in Management and Humanities*. 2021;2 (3): 47-57. <http://noo.rs/PZHNf>
 33. Alimadadi S, Najafi M, Mohammadi MR, Rahimian Boogar I, Salmanian M. Comparing the effect of spiritual psycho therapy and cognitive behavior therapy on obsessive symptoms and spiritual health in patients with obsessive compulsive disorder. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2022;17(65):204-213.
 34. Azhideh L, Mahmoud Alilou M. Determining the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Techniques in Reducing Obsessive Beliefs in People With Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder. *MEJDS*. 2022; 12 :141-141. <http://jdisabilstud.org/article-1-2170-en.html>
 35. Naghinia, M., Toozandehjani, H. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Repetitive Thoughts and Negative Emotional Dimensions in Women with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2022; 14(4): 107-120.
 36. Cervin M, McGuire JF, D'Souza JM, De Nadai AS, Aspvall K, Goodman WK, Andrén P, Schneider SC, Geller DA, Mataix-Cols D, Storch EA. Efficacy and acceptability of cognitive-behavioral therapy and serotonin reuptake inhibitors for pediatric obsessive-compulsive disorder: A network meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2024;65(5):594-609. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13934>
 37. Spencer SD, Stiede JT, Wiese AD, Goodman WK, Guzick AG, Storch EA. Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatric clinics of North America*. 2022;46(1):167. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2022.10.004>