

The Effectiveness of Schema Therapy and its Combination with Exposure and Response Prevention Method on the Severity of Obsessive-Compulsive Symptoms

Youshizadeh, M., Dokaneifard, *F., Zare Bahramabadi, M.

Abstract

Introduction: The results of previous studies confirmed the effectiveness of schema therapy and exposure and response prevention methods on obsession.

The present study aimed to compare the effectiveness of schema therapy (ST) and its combination with exposure and response prevention method (STERP) on the severity of obsessive-compulsive symptoms

Method: The method of this study was quasi-experimental research with control group. The statistical population included all women with washing obsessive-compulsive disorder referred to counseling centers in the north and center of Tehran from November to the February of 2020. A total of 45 were selected as research sample using a convenience sampling method and were randomly divided into two intervention groups and one control group (15 in each group). The first and second intervention groups were treated with schema-therapy and a combination of schema therapy and exposure and response prevention methods during 12 and 14 sessions, respectively. Data were collected using the Yale Brown Obsessive-Compulsive Disorder Scale. To analyze the data, analysis of covariance and Bonferroni test were used.

Results: Both intervention methods ST and STERP were effective in reducing the severity of obsessive-compulsive symptoms in women with washing obsessive-compulsive disorder ($P=0.0001$). Also, STERP was more effective than ST in reducing the severity of obsessive-compulsive symptoms in women with washing obsessive-compulsive disorder ($P<0.0001$) and the results of 2-month follow-up of the intervention showed the stability of treatment ($P<0.0001$).

Conclusion: STERP may be a feasible and potentially effective treatment for prior non responders among OCD patients and thus worth further investigation in randomized controlled trials.

Keywords: schema therapy, exposure and response prevention, severity of symptoms, washing disorder.

مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و تلفیق آن با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر شدت علائم وسواس

مریم یوشی‌زاده^۱، فریده دوکانه‌ای‌فرد^۲، مهدی زارع بهرام‌آبادی^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۸/۰۹

چکیده

مقدمه: نتایج تحقیقات پیشین اثربخشی طرحواره‌درمانی و روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ را بر وسواس تأیید کردند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و تلفیق آن با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر شدت علائم وسواس انجام شد.

روش: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با گروه کنترل بود. جامعه‌آماري شامل تمامی زنان مبتلا به وسواس شستشو مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در شمال و مرکز شهر تهران در بازه زمانی اول آبان تا پایان بهمن ۱۳۹۹ بود. ۴۵ نفر بصورت در دسترس بعنوان نمونه انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه مداخله و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه مداخله اول و دوم به ترتیب طی ۱۲ و ۱۴ جلسه تحت درمان با طرحواره‌درمانی و تلفیق طرحواره‌درمانی با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ قرار گرفتند. جمع‌آوری داده‌ها بوسیله مقیاس وسواس فکری - جبری ییل براون انجام شد. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون بنفرونی استفاده شد.

یافته‌ها: هر ۲ روش طرحواره‌درمانی و تلفیق طرحواره‌درمانی با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر کاهش شدت علائم وسواس در زنان مبتلا به اختلال وسواس شستشو اثربخش بودند ($P=0.0001$). همچنین تلفیق طرحواره‌درمانی با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ نسبت به طرحواره‌درمانی بر کاهش شدت علائم وسواس در زنان مبتلا به اختلال وسواس شستشو اثربخش‌تر بود ($P<0.0001$). و نتایج پیگیری ۲ ماهه مداخله نشان دهنده ثبات درمان بود ($P<0.0001$).

نتیجه‌گیری: هر ۲ روش از مداخلات مؤثر بر کاهش شدت علائم وسواس شستشو می‌باشند. لذا توصیه می‌شود تلفیق طرحواره‌درمانی با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ در مراکز درمانی برای افراد مبتلا به وسواس شستشو مورد استفاده درمانگران و متخصصان قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: طرحواره‌درمانی، مواجهه و جلوگیری از پاسخ، شدت علائم، وسواس شستشو.

مقدمه

با نگاهی به دنیای امروزی به این مهم دست می‌یابیم که اختلالات روانشناختی چون وسواس افزایش یافته است (۱). در آخرین نسخه از راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ از اختلال وسواس^۲ به عنوان اختلالات اضطرابی مربوط به افکار و اعمال نام برده شده است (۲) که دامنه و انواع مختلفی دارند و از فردی به فرد دیگر متفاوت هستند و می‌تواند شامل افکار^۳ (افکار افراطی در خصوص ترس از آسیب-زدن به دیگران)، تصاویر ذهنی^۴ (مانند نقص‌های بدنی)، تمایلات^۵ (تمایل به بیان کردن کلمات رکیک در یک موقعیت رسمی) یا تکانه‌های^۶ (ترس از هل دادن غیرمنتظره یک نفر جلو قطار در حال حرکت) برگشت‌پذیر، تکرار شونده و تهدید کننده باشند (۳). شایع‌ترین تابلوی بالینی اختلال وسواسی، وسواس شستشو است، که بیش از نیمی از مراجعه‌کنندگان به مراکز بالینی، را مبتلایان به این نوع وسواس تشکیل می‌دهند (۴). براساس پژوهش‌های انجام شده علائم بالینی در وسواس شستشو به گونه‌ای است که علاوه بر مشکلات فکری و شستشو مسائل متعددی چون اضطراب، افسردگی (۵)، اختلال‌های خلقی و اختلالات اضطرابی (۶)، و رفتارهای خودآسیب‌رسان (۷) را برای فرد ایجاد می‌نماید. با توجه به این که رفتارهای وسواسی بارها اتفاق می‌افتند، فرد احساس می‌کند قادر به کنترل کردن آن‌ها نیست بنابراین اضطراب فرساینده‌ای را در مواجهه با آن‌ها تجربه می‌کند (۳). تاکنون در کنار تجویزهای پزشکی و مصرف قرص‌های مختلف، رویکردهای مختلفی از بعد روانشناختی و زیست‌شناختی به منظور بهبود افراد دارای اختلال‌های روانی مثل وسواس بوجود آمده‌اند. یکی از این رویکردها، طرحواره درمانی (۸) است. جفری یانگ (۱۹۹۱-۱۹۹۹) درمان نوین و یکپارچه طرحواره‌درمانی را تدوین کرد که عمدتاً براساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی - رفتاری کلاسیک بنا شد، و بر الگوهای خود ویران‌گر تفکر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته‌اند و

در سراسر طول زندگی فرد تکرار می‌شوند، تمرکز می‌کنند (۹). بک، فریمن و یانگ (۱۹۹۰) اذعان می‌دارند فرآیند پردازش فکری و کارکردن در سطح افکار خودآیند منفی و باورهای هسته‌ای بیماران مبتلا به وسواس کافی نیست و باید به طرحواره‌های شناختی آن‌ها بخصوص طرحواره‌های شناختی ناسازگار به عنوان پایه‌ای‌ترین و ابتدائی‌ترین سطوح شناختی توجه بیشتری کرد (۱۰). ژرف‌ترین ساختارهای شناختی طرحواره‌ها، وقتی که برانگیخته می‌شوند سطوحی از هیجان منتشر می‌شود و مستقیم یا غیرمستقیم منجر به اشکال مختلفی از آشفتگی‌های روانشناختی می‌شود. با افزایش شیوع طرحواره‌های شناختی ناسازگار، شیوع برخی از اختلالات افزایش می‌یابد و حضور چنین اختلالاتی به افت عملکرد افراد منجر می‌شود. طرحواره‌ها بر شیوه‌های پردازش شناختی اثر می‌گذارند و فرد را نسبت به آسیب‌های روانی آسیب‌پذیر می‌سازند (۱۱). نتایج مطالعه دانای سیج و همکاران (۱۲) نشان می‌دهد طرحواره‌درمانی موجب افزایش خودآگاهی هیجانی و کاهش آسیب‌پذیری و علائم وسواس در در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی می‌شود. آهوان و همکاران (۱۳) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که بین اثربخشی طرحواره‌درمانی و طرحواره درمانی هیجانی بر نشانگان بالینی افراد مبتلا به علائم وسواس - جبری تفاوت معناداری وجود ندارد و هر دو روش می‌تواند بر بهبود علائم افراد مبتلا به علائم وسواسی - جبری مؤثر باشد. کیم و همکاران (۱۴) نیز تأثیر طرحواره درمانی را بر علائم بیماری افراد مبتلا به وسواس تأیید کرده‌اند.

رویکرد دیگر، درمان شناختی - رفتاری^۷ است که از تکنیک‌های مختلفی استفاده می‌کند. تکنیک مواجهه و جلوگیری از پاسخ^۸ از تکنیک‌ها و روش‌هایی است که تا به امروز بیشترین حمایت از درمان‌های روان‌درمانی برای اختلالات وسواسی را فراهم آورده است (۱۵). این روش درمانی شامل رؤیاریی بیمار با موقعیت‌های گوناگون ایجاد کننده ترس‌ها و وسواس‌ها و سپس جلوگیری از انجام هرگونه پاسخ رفتاری یا خنثی کننده و سرانجام بازسازی شناختی^۹ با هدف اصلاح باورهای ناکارآمد و جایگزینی باورهای منطقی‌تر می‌باشد (۱۶). شواهد پژوهشی اولاتنجی و

1. Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders-5 st Edition EE DSM-5
2. obsessive compulsive disorder
3. images
4. mutilated bodies
5. urges
6. impulses

7. Cognitive-Behavior Therapy
8. Exposure and Rresponse prevention
9. cognitive remediation

روش‌های درمانی مؤثری به شمار می‌روند؛ اما پژوهش‌های اندکی تلفیق این دو روش و مقایسه آن با روش دیگر را مورد بررسی قرار داده است. براین اساس پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی «طرحواره‌درمانی» و «تلفیق آن با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ» بر شدت علائم وسواس در زنان مبتلا به اختلال وسواس شستشو انجام شد.

روش

طرح پژوهش: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع طرح گروه کنترل نابرابر بود، که در آن از دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل استفاده شد.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنانی که در بازه زمانی اول آبان ۹۹ تا پایان بهمن ۹۹ به کلینیک‌های مشاوره تحت نظارت سازمان نظام روانشناسی در شمال و مرکز شهر تهران مراجعه و توسط روان‌پزشک تشخیص قطعی اختلال وسواس شستشو دریافت کردند. با توجه به این‌که حداقل حجم نمونه در پژوهش‌های آزمایشی برای هر گروه ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (۳۱)، ۴۵ نفر از زنان مبتلا به وسواس شستشو که بصورت در دسترس و براساس ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی از نوع قرعه‌کشی در ۲ گروه مداخله (هر گروه ۱۵ نفر) یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: دامنه سنی ۴۰-۲۵ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، تشخیص قطعی ابتلا به اختلال وسواس شستشو به مدت حداقل ۲ سال، در صورت مصرف دارو حداقل ۶ ماه از مصرف آن گذشته باشد، رضایت آگاهانه و کتبی جهت شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج علاوه بر عدم برخورداری از ملاک‌های ورود به پژوهش، شامل تشخیص اختلال شخصیت مرزی، وجود بیماری‌های جسمانی حاد، و عدم تمایل به ادامه همکاری، و شرکت در پژوهش در نظر گرفته شد.

ابزار

۱. مقیاس وسواس فکری - جبری ییل-براون^۱ یک مصاحبه نیمه ساختار یافته^۲ برای ارزیابی شدت وسواس‌ها و اجبارها، بدون توجه به شمار و محتوای وسواس‌ها و اجبارهای کنونی است، که توسط گودمن و همکاران (۱۹۸۹) تدوین شده

دیگران (۱۷)، متس و همکاران (۱۵)، جانکو و همکاران (۱۹)، دورون و همکاران (۲۰)، استورچ و همکاران (۲۱) قابل توجهی نیز در تأیید روش "مواجهه و جلوگیری از پاسخ" بر افراد مبتلا به وسواس وجود دارد. متیکس-کالس و همکاران در پژوهشی نشان دادند مواجهه برای وسواس در مقایسه با گروه کنترل به شکل معناداری اثربخش است (۲۲). پاک‌نیا و همکاران (۲۳) اثربخشی مواجهه در درمان وسواس را مورد تأیید قرار داده‌اند. هرچند مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ برای وسواس دارای تأثیر ۶۰ تا ۸۵ درصدی است اما دارای محدودیت‌های بزرگی است (۲۱). به عنوان مثال میزان عود اختلال پس از قطع مواجهه بالاست و بسیاری از بیماران درمان خود را به دلیل فشار ناشی از این درمان رها می‌کنند (۲۴). پژوهش اوست و همکاران نیز نشان داده است ترک درمان در ۱۹ درصد از بیماران اتفاق می‌افتد (۲۵). در پاسخ به محدودیت‌های روش مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ برای وسواس برخی از پژوهشگران به درمان‌های دیگر روی آوردند (۲۶). از جمله درمان‌های ترکیبی چون مواجهه و جلوگیری از پاسخ با ذهن‌آگاهی (۲۷، ۲۸)، مواجهه و جلوگیری از پاسخ با طرحواره‌درمانی (۲۹، ۸) است. پیترس و همکاران در پژوهشی اثربخشی طرحواره‌درمانی و تلفیق آن با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ را بر روی اضطراب مزمن بیماران با اختلال شخصیت همزمان بررسی کردند و به این نتیجه دست یافتند که روش ترکیبی طرحواره‌درمانی با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر بهبود عملکرد روانشناختی و کاهش حالات ناسازگار و افزایش قابل توجهی در حالات سازگار در بیماران مؤثرتر است (۳۰).

با توجه به آنچه که مطرح شد و پژوهش‌های انجام شده، می‌توان دریافت طی سال‌های اخیر، اختلال وسواس به لحاظ اهمیت و آسیب‌های فراگیر آن، تحقیقات زیادی را به خود اختصاص داده است. اما با وجود در دسترس بودن روش‌های درمانی مؤثر براین اختلال، بسیاری از بیماران به اندازه کافی به درمان پاسخ نمی‌دهند. بنابراین نیاز به آزمودن شیوه‌های نوین درمانی و یا ترکیب روش‌های درمانی با استفاده از سایر روش‌های بالقوه مؤثر مانند تکنیک‌های تجربی مورد بررسی قرار گیرند (۸). طرحواره‌درمانگری و فن مواجهه و جلوگیری از پاسخ از جمله شیوه‌های درمانی است که بر روی افراد مبتلا به وسواس مورد بررسی قرار گرفته است؛ و هر دو به تنهایی

1. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale

2. semi-structured

کروناخ برای ابزار در نمونه ۴۵ نفر از زنان زنان مبتلا به وسواس شستشو مورد سنجش قرار گرفت. نتایج برای کل مقیاس وسواس فکری - جبری ییل-براون، ۰/۷۲ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش: در پژوهش حاضر پس از دریافت کد اخلاق از کمیته ملی اخلاق شعبه دانشگاه آزاد اسلامی و کسب مجوز از دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، از چهار کلینیک مشاوره به صورت در دسترس (دفتر مشاوره و روانشناسی دکتر معتمدی، کلینیک روانشناختی ذهن آرام، کلینیک روانشناختی ماز و کلینیک جزیره) واقع در شمال و مرکز شهر تهران انتخاب و سپس با هماهنگی مدیران کلینیک، با اعلام فراخوان (از آبان تا بهمن ۹۹) از زنانی که تشخیص قطعی ابتلا به وسواس شستشو دریافت نموده و علاقمند به شرکت در پژوهش بودند ثبت نام شد (۷۶ نفر) و از میان آن‌ها ۴۵ نفر به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی از نوع قرعه‌کشی در ۲ گروه مداخله طرحواره‌درمانی و تلفیق طرحواره‌درمانی با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ و یک گروه کنترل که تا پایان مطالعه مداخله‌ای را دریافت نکردند، قرار گرفتند. سپس گروه مداخله اول طرحواره درمانی طی ۱۲ جلسه و گروه مداخله دوم تلفیق طرحواره درمانی با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ طی ۱۴ جلسه بصورت انفرادی توسط پژوهشگر (نویسنده اول) تحت مداخله قرار گرفتند. در پایان مداخله مجدداً ابزارهای پژوهش به عنوان پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه توسط افراد شرکت‌کننده تکمیل شد.

پیش از انجام پژوهش به شرکت‌کنندگان گروه مداخله اول طرحواره‌درمانی و گروه مداخله دوم تلفیق طرحواره‌درمانی با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ و گروه کنترل در زمینه محرمانه بودن اطلاعات و حفظ رازداری، اطمینان داده شد. همچنین به آن‌ها اعلام شد برای انصراف از رضایت خود و عدم تداوم همکاری خود در طی جلسات در هر مقطعی آزاد هستند. همچنین با شرکت‌کنندگان گروه کنترل توافق شد تا پس از اتمام جلسات آموزشی گروه آزمایش و تحلیل نتایج به دست آمده، آن‌ها نیز تحت تأثیر متغیر مستقلی قرار بگیرند که نتایج حاکی از اثرگذاری بیشتر آن بوده است. بدین ترتیب شرکت‌کنندگان گروه کنترل پس از پایان جلسات درمانی دو گروه آزمایش و دریافت نتیجه، مداخله

است. Y-BOCS برخلاف سایر پرسشنامه‌های موجود در این حوزه، حساسیت بالایی نسبت به تغییرات درمانی دارد و به طور گسترده برای ارزیابی اثربخشی درمان‌های دارویی و روانشناختی وسواس به کار می‌رود، به طوری که با عنوان "معیار طلایی" ارزیابی نشانه‌های وسواس فکری - عملی در پایان درمان شهرت یافته است (۳۲). این مقیاس شامل دو بخش است: بخش اول سیاهه نشانه^۱ و دیگری مقیاس شدت^۲. ۱۶ گویه نشانه‌ها در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای و به صورت خودگزارشی پاسخ داده می‌شود. در مقیاس شدت هر یک از وسواس‌ها و اجبارها در پنج بعد میزان آشفتگی^۳، فراوانی^۴، تداخل^۵، مقاومت^۶ و کنترل نشانه‌ها^۷ برآورد می‌شود. سؤال‌ها روی یک مقیاس ۵ گزینه‌ای (اصلاً= صفر تا شدید/سخت= ۴) درجه‌بندی شده است. نمرات کمتر از ۱۰ = وسواس بسیار خفیف، نمرات ۱۰-۱۵ = وسواس نسبتاً خفیف، نمرات ۱۶-۲۵ = وسواس متوسط، و نمرات بیش از ۲۵ = وسواس شدید را نشان می‌دهد. این مقیاس سه نمره به دست می‌دهد: شدت وسواس‌ها، شدت اجبارها و یک نمره کل که در برگیرنده تمامی گویه‌ها است (۳۳). پایایی بین ارزیاب‌ها و بازآزمایی برای بررسی تغییر نشانه‌ها در اختلال وسواس، و همچنین اختلال افسردگی، مناسب گزارش شده است؛ و پایایی و روایی Y-BOCS در پژوهش‌های مختلف بررسی و تأیید شده است (۳۴). در ایران محمدخانی (۱۳۷۱) و بیغم (۱۳۸۰) روایی محتوایی مقیاس را مورد بررسی و تأیید قرار داده‌اند (۳۴). راجزی اصفهانی و همکاران ثبات درونی بخش نشانه و مقیاس شدت را به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵، اعتبار دونیمه‌سازی را برای نشانه و مقیاس شدت به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۹ و اعتبار بازآزمایی را ۰/۹۹ گزارش کردند (۳۴). نتایج مطالعه اصغرنازادفرید نیز نشان دهنده روایی و پایایی مناسب و قابل قبول این ابزار در جامعه ایرانی است (۳۵). در پژوهش حاضر جهت بررسی روایی مقیاس وسواس فکری - جبری ییل-براون به پژوهش‌های پیشین اکتفا شد. پایایی به روش همسانی درونی با روش آلفای

1. Symptom Checklist
2. Severity Scale
3. distress
4. frequency
5. intervention
6. resistance
7. symptoms control

(۸) طی ۱۴ جلسه به صورت هفتگی ۹۰-۷۵ دقیقه‌ای بر روی گروه مداخله اول بصورت انفرادی اجرا شد. این بسته آموزشی تاکنون در پژوهش‌های داخلی مورد استفاده قرار نگرفته است. جهت بررسی روایی آن در پژوهش حاضر، بسته آموزشی در اختیار چند تن از اساتید متخصص روانشناسی و طرحواره‌درمانی قرار گرفت و روایی محتوایی به روش کیفی مورد تأیید قرار گرفت. خلاصه جلسات درمان در جدول ۲ آمده است.

تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی نظیر درصد فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد، و بمنظور بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس، آزمون تعقیبی بونفرونی، و آزمون t و ابسته در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ استفاده شد.

"تلفیق طرحواره‌درمانی با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ" را طبق بسته آموزشی دریافت کردند.

جلسات مداخله طرحواره‌درمانی: براساس دستورالعمل طرحواره‌درمانی کوتاه مدت یانگ و همکاران (۳۶) طی ۱۲ جلسه به صورت هفتگی ۹۰-۷۵ دقیقه‌ای بر روی گروه مداخله اول بصورت انفرادی اجرا شد. روایی این دستورالعمل درمانی در مطالعات پیشین مورد استفاده قرار گرفته و روایی محتوایی آن براساس نظر متخصصان روانشناسی مورد تأیید قرار گرفته است. در مطالعه حاضر نیز روایی محتوا به تأیید چند تن از اساتید متخصص طرحواره‌درمانی رسید. خلاصه جلسات درمان در جدول ۱ آمده است:

جلسات مداخله تلفیق طرحواره‌درمانی با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ: بر مبنای بسته آموزشی تیل و همکاران

جدول (۱) خلاصه جلسات مداخله طرحواره‌درمانی از یانگ و همکاران

جلسه	اهداف
اول	تشخیص اختلال وسواس بوسیله مصاحبه براساس تاریخچه تحولی
دوم	ایجاد رابطه درمانی؛ شناسایی مشکلات کنونی مراجع؛ یافتن چگونگی ایجاد و تداوم مشکل؛ شناسایی تجارب اولیه مرتبط با مشکلات کنونی؛ بستن قرارداد درمانی؛ مصاحبه نیمه ساختاریافته ارزیابی شدت وسواس‌ها و اجبارها؛ شناسایی طرحواره‌های ناسازگار به کمک پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه؛ مروری بر مشکلات فعلی فرد؛ تعیین دستور جلسه؛ آشنایی مراجع با ماهیت اختلال؛ تعیین انتظارات مراجع و درمانگر؛ آشنایی مراجع درباره مدل طرحواره‌درمانی؛ جمع‌بندی درمانگر و مرور مطالب توسط مراجع.
سوم	مروری بر فعالیت‌ها و تکالیف جلسه گذشته؛ بررسی پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار مراجع؛ تعیین دستور جلسه؛ شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه؛ گفتگوی خیالی برگرداندن بیمار به تجارب دوران کودکی؛ آشنایی با ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها؛ ارایه تکلیف؛ جمع‌بندی و گرفتن بازخورد.
چهارم	مرور فعالیت‌های جلسه گذشته؛ گزارش مراجع از اجرای تکالیف و رخدادهای مهم؛ تعیین دستور جلسه؛ بررسی پرسشنامه طرحواره مراجع و ترغیب وی به چالش با آن‌ها؛ مفهوم‌سازی مشکل در قالب طرحواره؛ شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بررسی تأثیرگذاری آن‌ها بر خلق و رفتار؛ گره‌گشایی از مشکلات مراجع بوسیله تکنیک‌ها؛ استفاده از راهبردهای شناختی مانند رویارویی همدلانه با واقعیت آموزی؛ ارائه تکلیف؛ جمع‌بندی و گرفتن بازخورد.
پنجم	مروری بر فعالیت‌های جلسه گذشته؛ بررسی تکلیف خانگی؛ تعیین دستور جلسه؛ ارزیابی طرحواره‌های ناسازگار با استفاده از پرسشنامه طرحواره یانگ، برانگیختن مراجع به چالش با طرحواره‌ها؛ گره‌گشایی و توصیف دقیق افکار و رفتارهای وسواسی به کمک تکنیک الگوشکنی رفتار (تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین)؛ ارائه تکلیف تمرین راهبرد الگوشکنی رفتاری؛ جمع‌بندی و گرفتن بازخورد.
ششم	مرور فعالیت‌ها و بررسی تکلیف ارائه شده؛ تعیین دستور جلسه؛ تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش؛ ارائه تکلیف؛ جمع‌بندی و گرفتن بازخورد.
هفتم	مرور فعالیت‌ها و بررسی تکلیف ارائه شده؛ تعیین دستور جلسه؛ برقراری گفتگو و بازسازی طرحواره‌ها به کمک کارت‌های آموزشی و استفاده از تکنیک صندلی داغ؛ ارائه تکلیف فرم ثبت روزانه افکار و ثبت طرحواره‌ها و تمرین چالش با آن‌ها؛ جمع‌بندی و گرفتن بازخورد.
هشتم	مرور فعالیت‌ها و بررسی تکلیف ارائه شده؛ تعیین دستور جلسه؛ شناسایی تحریف‌های شناختی به کمک فرم ثبت روزانه افکار و مهارت‌های خودآگاهی؛ تغییر و اصلاح تحریف‌های شناختی با استفاده از تکنیک پیکان رو به پایین و ایجاد چالش ذهنی برای اعتبار شناخت‌های ناکارآمد؛ ارائه تکلیف اجرای تکنیک‌های ارائه شده در جلسه و تکمیل فرم ثبت روزانه افکار و رفتارها.
نهم	مرور فعالیت‌ها و بررسی تکلیف ارائه شده؛ تعیین دستور جلسه؛ بازنگری مفهوم‌سازی مشکل مراجع با تصویرسازی مجدد از موقعیت‌های مشکل‌آفرین؛ ارائه تکلیف تمرین تصویرسازی ذهنی و فرم ثبت روزانه افکار و رفتارها.

اهداف	جلسه
مرور فعالیت‌ها و بررسی تکلیف ارائه شده؛ تعیین دستور جلسه؛ شناسایی سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار با استفاده از فرم ثبت روزانه افکار و ثبت طرحواره و گفتگوهای درمانی؛ تغییر و اصلاح سبک‌های ناسازگار بوسیله بررسی انتقادی شواهد حمایت‌کننده از ناکارآمدی سبک‌ها؛ ارائه تکلیف ثبت روزانه افکار با تمرکز بر شناخت و تغییر سبک‌های ناکارآمد.	دهم
مرور فعالیت‌ها و بررسی تکلیف ارائه شده؛ تعیین دستور جلسه؛ بررسی سبک‌های مقابله‌ای با استفاده از فرم ثبت روزانه افکار و ثبت طرحواره و گفتگوهای درمانی و مشاهده رفتارها و گفتارهای مراجع؛ آمادگی انجام الگوشکنی رفتاری با استفاده از تکنیک‌های تصویرسازی ذهنی، ایفای نقش بازنگری مفهوم‌سازی مشکل مراجع، و بازآفرینی نقش والدینی؛ ارائه تکلیف تمرین انجام الگوشکنی رفتاری.	یازدهم
مرور فعالیت‌ها و بررسی تکلیف ارائه شده؛ جمع‌بندی و گرفتن بازخورد؛ اجرای پس‌آزمون.	دوازدهم

جدول ۲) خلاصه جلسات مداخله‌ی تلفیق طرحواره‌درمانی با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ از تیل و همکاران

اهداف	جلسه
مصاحبه براساس تاریخچه تحولی؛ ایجاد رابطه درمانی؛ تعیین حد و مرزها و قوانین جلسات؛ یافتن چگونگی ایجاد و تداوم مشکل؛ شناسایی تجارب اولیه مرتبط با مشکلات کنونی؛ تعیین انتظارات درمانگر و مراجع؛ بستن قرارداد درمانی. اجرای پرسشنامه میل براون.	اول
اجرای پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار؛ مرور بر مشکلات فعلی مراجع؛ تعیین دستور جلسه؛ آشنایی مراجع در مورد ماهیت اختلال؛ مشخص کردن انتظارات مراجع و درمانگر و برقراری رابطه درمانی؛ آشنایی با روش‌های مورد استفاده در درمان؛ جمع‌بندی و ارائه خلاصه مطالب توسط مراجع.	دوم
مروری بر فعالیت‌ها و تکالیف جلسه گذشته؛ تعیین دستور جلسه؛ شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بررسی پرسشنامه مراجع؛ شناسایی ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها به کمک گفتگوی خیالی و بازگرداندن مراجع به تجارب دوران کودکی؛ آشنایی با منطق زیربنایی و دستورالعمل‌های مربوط به انجام رویارویی و جلوگیری از پاسخ با کمک از تکنیک‌های شناختی قانع‌سازی؛ ترسیم نمودار افزایش اضطراب و کاهش آن براساس مکانیزم خوگیری؛ ارائه تکلیف ثبت روزانه افکار؛ جمع‌بندی و گرفتن بازخورد.	سوم
مروری بر فعالیت‌ها و تکالیف جلسه گذشته؛ تعیین دستور جلسه؛ مفهوم‌سازی مشکل در قالب طرحواره؛ شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بررسی تأثیرگذاری آن‌ها بر خلق و رفتار؛ گره‌گشایی از مشکلات بوسیله تکنیک‌ها و استفاده از راهبردهای شناختی مانند رویارویی همدلانه با واقعیت‌آموزی؛ استفاده از تکنیک رویارویی و جلوگیری از پاسخ به صورت سلسه مراتبی ترس‌های وسواسی (آغاز رویارویی با انتخاب کمترین میزان اضطراب تخمین زده شده)؛ ارائه تکلیف ثبت روزانه افکار و رفتار وسواسی، و تمرین رویارویی به مدت ۶۰-۹۰ دقیقه؛ جمع‌بندی و گرفتن بازخورد.	چهارم
مروری بر فعالیت‌ها و تکالیف جلسه گذشته؛ تعیین دستور جلسه؛ ارزیابی طرحواره‌های ناسازگار و برانگیختن مراجع به چالش با طرحواره‌ها؛ گره‌گشایی از مشکلات مراجع بوسیله توصیف دقیق افکار و رفتارهای وسواسی و الگوشکنی رفتاری موقعیت‌های مشکل آفرین؛ استفاده از تکنیک رویارویی به صورت سلسه مراتبی ترس‌های وسواسی (آغاز رویارویی با انتخاب کمترین میزان اضطراب تخمین زده شده)؛ ارائه تکلیف تمرین راهبرد الگوشکنی رفتاری، و تمرین رویارویی به مدت ۶۰-۹۰ دقیقه؛ جمع‌بندی و گرفتن بازخورد.	پنجم
مروری بر فعالیت‌ها و تکالیف جلسه گذشته؛ تعیین دستور جلسه؛ تغییر و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار و جایگزینی رفتارهای سالم به کمک تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش؛ استفاده از تکنیک رویارویی به صورت سلسه مراتبی ترس‌های وسواسی (آغاز رویارویی با انتخاب کمترین میزان اضطراب تخمین زده شده)؛ ارائه تکلیف تمرین رفتارهای سالم جدید از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش و تمرین رویارویی به مدت ۶۰-۹۰ دقیقه؛ جمع‌بندی و گرفتن بازخورد.	ششم
مروری بر فعالیت‌ها و تکالیف جلسه گذشته؛ تعیین دستور جلسه؛ برقراری گفتگو بین جنبه ناسازگار (بازسازی طرحواره) با استفاده از کارت‌های آموزشی طرحواره و استفاده از تکنیک صندلی داغ؛ استفاده از تکنیک رویارویی به صورت سلسه مراتبی ترس‌های وسواسی (آغاز رویارویی با انتخاب کمترین میزان اضطراب تخمین زده شده)؛ ارائه تکلیف ثبت روزانه افکار و ثبت طرحواره‌ها و تمرین چالش و مواجهه با آن‌ها به مدت ۶۰-۹۰ دقیقه؛ جمع‌بندی و گرفتن بازخورد.	هفتم
مروری بر فعالیت‌ها و تکالیف جلسه گذشته؛ تعیین دستور جلسه؛ شناسایی تحریف‌های شناختی بویژه با مثال‌هایی از وسواس و فرم ثبت روزانه افکار و مهارت‌های خودآگاهی؛ تغییر و اصلاح تحریف‌های شناختی همراه با مثال و استفاده از تکنیک پیکان رو به پایین و ایجاد چالش ذهنی برای اعتبار شناخت‌های ناکارآمد؛ استفاده از تکنیک رویارویی به صورت سلسه مراتبی موقعیت‌های اضطراب برانگیز مختص بیمار با مشارکت خودش و استفاده از تکنیک‌های رویارویی و جلوگیری از پاسخ؛ ارائه تکلیف تمرین تکنیک‌های ارائه شده در فاصله بین جلسات و ثبت روزانه افکار و رفتارها و تمرین رویارویی به مدت ۶۰-۹۰ دقیقه؛ جمع‌بندی و گرفتن بازخورد.	هشتم و نهم

اهداف	جلسه
مروری بر فعالیت‌ها و تکالیف جلسه گذشته؛ تعیین دستور جلسه؛ بازنگری مفهوم‌سازی مشکل مراجع و تصویرسازی مجدد موقعیت‌های مشکل آفرین؛ رویارویی و جلوگیری از پاسخ براساس سلسله مراتب موقعیت‌های اضطراب برانگیز مختص مراجع با مشارکت وی؛ ارائه تکلیف تمرین تصویرسازی ذهنی و فرم ثبت روزانه افکار و رفتارها.	دهم
مروری بر فعالیت‌ها و تکالیف جلسه گذشته؛ تعیین دستور جلسه؛ شناسایی سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و ثبت روزانه افکار و طرحواره و گفتگوهای درمانی؛ تغییر و اصلاح سبک‌های ناسازگار به کمک بررسی انتقادی شواهد حمایت کننده از ناکارآمدی سبک‌ها؛ رویارویی و جلوگیری از پاسخ براساس سلسله مراتب موقعیت‌های اضطراب برانگیز مختص مراجع با مشارکت وی؛ ارائه تکلیف ثبت روزانه افکار با تمرکز بر شناخت و تغییر سبک‌های ناکارآمد و تمرین رویارویی در فاصله بین جلسات به مدت ۹۰-۶۰ دقیقه.	یازدهم
مروری بر فعالیت‌ها و تکالیف جلسه گذشته؛ تعیین دستور جلسه؛ بررسی سبک‌های مقابله‌ای و ثبت روزانه افکار و ثبت طرحواره و گفتگوهای درمانی و مشاهده رفتارها و گفتارهای مراجع؛ ایجاد آمادگی برای انجام الگوشکنی رفتاری به کمک تصویرسازی ذهنی؛ ایفای نقش بازنگری مفهوم‌سازی مشکل مراجع، بازآفرینی نقش والدینی؛ رویارویی و جلوگیری از پاسخ براساس سلسله مراتب موقعیت‌های اضطراب برانگیز مختص مراجع با مشارکت وی؛ ارائه تکلیف تمرین انجام الگوشکنی رفتاری و تمرین رویارویی به مدت ۹۰-۶۰ دقیقه.	دوازدهم و سیزدهم
مرور فعالیت‌ها و بررسی تکلیف ارائه شده؛ جمع‌بندی و گرفتن بازخورد؛ اجرای پس‌آزمون.	چهاردهم

یافته‌ها

در این مطالعه ۴۵ نفر از زنان مبتلا به وسواس شستشو در ۲ گروه درمانی و یک گروه کنترل مشارکت داشتند، میانگین سنی گروه نمونه در گروه مداخله "طرحواره‌درمانی" ۳۴/۴۲ سال و در گروه مداخله "تلفیق طرحواره‌درمانی با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ" ۳۲/۸۶ سال و در گروه کنترل ۳۳/۴۰ سال بود. در گروه "طرحواره‌درمانی" (۲۶٪) دارای تحصیلات دیپلم، (۱۴٪) کاردانی، (۴۰٪) کارشناسی، و (۲۰٪) کارشناسی ارشد بودند. در گروه "تلفیق طرحواره‌درمانی با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ" (۴۰٪) دارای سطح تحصیلات دیپلم، (۲۰٪) کاردانی، (۳۳٪) کارشناسی، و (۷٪) کارشناسی ارشد بودند. همچنین در گروه کنترل (۲۶٪) تحصیلات دیپلم، (۴۰٪) کاردانی، (۲۰٪) کارشناسی، و (۱۴٪) کارشناسی ارشد داشتند.

در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار متغیر شدت علائم وسواس در گروه‌های مداخله و کنترل، را در مراحل پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (۲ ماهه) نشان می‌دهد. با توجه به یافته‌های جدول فوق طرحواره‌درمانی و تلفیق طرحواره‌درمانی با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ " بر نمرات شدت علائم وسواس از پیش‌آزمون تا پیگیری کاهش داشته است.

پیش از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه پژوهش مبنی بر این که «بین اثربخشی طرحواره‌درمانی و تلفیق آن با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر شدت علائم وسواس در زنان مبتلا به اختلال وسواس شستشو تفاوت وجود دارد»، جهت اطمینان از برآورده شدن مفروضه‌های زیربنایی تحلیل

کوواریانس، مورد بررسی قرار گرفتند. بدین منظور برای بررسی نرمال بودن نمرات شدت علائم وسواس از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف استفاده شد، که مشخصه Z آزمون کالموگروف-اسمیرنوف مربوط به نرمال بودن شدت علائم وسواس در سه مرحله پیش‌آزمون (۰/۱۱۹)، پس‌آزمون (۰/۱۶۰) و پیگیری ۲ ماهه (۰/۱۷۲) به دست آمد ($P > ۰/۰۵$)، که نشان دهنده توزیع نرمال و عدم تفاوت معناداری بین توزیع نمره‌ها با توزیع طبیعی این ابعاد می‌باشد. همچنین جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج نشان داد واریانس‌ها برای نمرات شدت علائم وسواس یکسان است ($P > ۰/۰۵$)، بدین معنا که مفروضه واریانس‌های مشابه در دو گروه آزمایش و کنترل رعایت شده است. همچنین به منظور بررسی مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد که نشان داد مفروضه یکسانی شیب رگرسیون برای شدت علائم وسواس ($F = ۱/۷۱۱$) و $P > ۰/۰۵$ برقرار است.

جدول ۳) میانگین و انحراف معیار شدت علائم وسواس در گروه‌های مداخله و کنترل در پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری

گروه‌ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
"طرحواره‌درمانی"	میانگین \pm انحراف معیار ۴/۷۶ \pm ۲۵/۰۰	میانگین \pm انحراف معیار ۶/۹۵ \pm ۱۷/۲۰	میانگین \pm انحراف معیار ۶/۷۴ \pm ۱۸/۱۳
"تلفیق طرحواره‌درمانی با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ"	میانگین \pm انحراف معیار ۵/۷۲ \pm ۲۷/۰۶	میانگین \pm انحراف معیار ۶/۰۴ \pm ۱۶/۱۳	میانگین \pm انحراف معیار ۴/۴۵ \pm ۱۷/۰۰
کنترل	۶/۴۸ \pm ۲۷/۸۰	۵/۱۶ \pm ۲۶/۷۳	-

با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های آزمون کوواریانس، در ادامه جهت پی بردن به این موضوع که مداخله انجام شده منجر به تغییر معنادار میانگین‌های گروه آزمایش در شدت علائم وسواس در مراحل پس‌آزمون و پیگیری و در مقایسه با هم شده است یا خیر، از تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شد. که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴) مقایسه پس‌آزمون نمرات شدت علائم وسواس در دو گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون

تغییرات	مجموع مجذورات	درجه‌آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	۷۸۶/۴۰۵	۲	۳۹۳/۲۰۳	۲۷/۴۵۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷۲
خطا	۵۸۷/۲۶۶	۴۱	۱۴/۳۲۴			

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود تفاوت بین میانگین نمرات شدت علائم وسواس در مرحله پس‌آزمون بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون معنادار است. مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نشان می‌دهد بین اثر گروه‌های مداخله طرحواره‌درمانی و تلفیق طرحواره‌درمانی با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۵) میانگین‌های مربوط به عامل گروه در شدت علائم وسواس

گروه‌ها	تفاوت میانگین i-j	خطای استاندارد	معناداری
طرحواره‌درمانی - تلفیق طرحواره‌درمانی با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ	۲/۸۱۲	۱/۳۹۸	۰/۱۵۳
طرحواره‌درمانی - کنترل	-۷/۱۶۹	۱/۴۱۱	۰/۰۰۰۱
تلفیقی - کنترل	-۹/۹۸۱	۱/۳۸۴	۰/۰۰۰۱

یافته‌های جدول ۵ نشان می‌دهد که دو روش مداخله، روش مداخله تلفیق طرحواره‌درمانی با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر کاهش شدت علائم وسواس در زنان مبتلا به اختلال وسواس شستشو اثربخش‌تر است.

جدول ۶) نتایج آزمون تی وابسته برای مقایسه نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری شدت علائم وسواس در گروه‌های مداخله

گروه	زمان	آزمون میانگین دو گروه وابسته			
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین تفاوت‌ها	انحراف استاندارد تفاوت‌ها
"طرحواره‌درمانی"	پس‌آزمون	۱۷/۰۲	۱/۷۹	-۰/۹۳۳	۰/۴۶۲
	پیگیری	۱۸/۱۳	۱/۷۹	-۰/۹۳۳	۰/۴۶۲
"تلفیق طرحواره‌درمانی با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ"	پس‌آزمون	۱۶/۱۳	۲/۴۷	-۰/۸۶۶	۰/۶۳۸
	پیگیری	۱۷/۰۰	۲/۴۷	-۰/۸۶۶	۰/۶۳۸

همانطور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری شدت علائم وسواس در هر دو گروه مداخله طرحواره‌درمانی و تلفیق طرحواره‌درمانی با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ، تفاوت معنادار نیست. بدین معنا که هر دو روش مداخله در طول زمان دارای ماندگاری است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و تلفیق طرحواره‌درمانی با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر شدت علائم وسواس در زنان مبتلا به اختلال وسواس شستشو انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که هر ۲ مداخله طرحواره‌درمانی و تلفیق طرحواره‌درمانی با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ، بر کاهش شدت علائم وسواس در زنان مبتلا به اختلال وسواس شستشو اثربخش بوده‌اند و میزان اثربخشی در طی زمان دارای ماندگاری است. همچنین، مقایسه نتایج ۲ گروه مداخله نشان داد که اثربخشی تلفیق طرحواره‌درمانی با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ نسبت به طرحواره‌درمانی بر کاهش شدت علائم وسواس بیشتر بوده است.

این مطالعه برای اولین بار به مقایسه دو روش درمانی طرحواره‌درمانی و تلفیق طرحواره‌درمانی با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ (براساس بسته آموزشی تیل و همکاران) در زنان مبتلا به اختلال وسواس شستشو می‌پردازد. نتایج مطالعات دانای سیج و همکاران (۱۲)، آهوان و همکاران (۱۳)، کیم و همکاران (۱۴) مبنی بر تأثیر طرحواره‌درمانی بر علائم و نشانگان بالینی وسواس تأییدکننده نتایج مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی "طرحواره‌درمانی بر کاهش شدت علائم وسواس است. همچنین با نتایج مطالعه تیل و همکاران (۸)، یوسفی (۲۹) مبنی بر تأثیر "تلفیق طرحواره‌درمانی با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ" بر علائم و نشانه‌های اختلال وسواسی همسو و در راستای نتایج پژوهش پیتز و همکاران (۳۰) مبنی بر اثربخشی این روش تلفیقی بر اضطراب مزمن است.

در تبیین نتیجه به دست آمده مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی بر شدت علائم وسواس در زنان مبتلا به اختلال وسواس شستشو می‌توان گفت مدل‌های شناختی معاصر اختلال وسواسی مدعی هستند که علائم و نشانه‌های وسواسی به دلیل مسئولیت‌پذیری فردی و میزان تهدید

ناشی از موقعیت‌ها، احساسات و رویدادهای روانی توسعه یافته و حفظ می‌شوند. اغلب افراد مبتلا به علائم وسواسی به طور منظم در پاسخ به محرک‌های محیطی علائم وسواسی را تجربه می‌کنند. بدین صورت که، آن‌ها متعاقب ارزیابی‌های منفی فاجعه‌آمیز اعمالی را انجام می‌دهند که متعهد به خنثی کردن احساسات منفی می‌باشند (۳۷). سبک مقابله‌ای غالب افراد مبتلا به علائم وسواسی رفتارهای اجتنابی و سبک والدینی کمال‌گرا و تنبیه‌گر است که پیش‌بینی‌کننده شدت علائم وسواسی است (۳۸). مدلی که در درک ما از ارتباط میان تجربیات زندگی کودکی و آسیب‌شناسی روانی مشارکت دارد، رویکرد طرحواره است. براساس این رویکرد، تجربیات منفی و ناخوشایند دوران کودکی ممکن است منجر به توسعه طرحواره‌های ناسازگار گردد. یانگ (۲۰۰۳) معتقد است که طرحواره‌ها الگوهایی متشکل از حافظه، هیجان‌ات، شناخت‌ها و احساسات بدنی در خصوص خود و در ارتباط با دیگران هستند و می‌توانند علت بسیاری از علائم اختلالات روان‌پزشکی را تشکیل دهند (۳۶). به طوری که، به نظر می‌رسد علت مقاوم بودن بسیاری از علائم وسواسی ریشه در طرحواره‌هایی دارد که به صورت ناسازگارانه‌ای در کودکی در افراد شکل گرفته و در بزرگسالی به صورت علائم و نشانه‌های وسواسی به طور دائم فعال می‌شود و علائم را به سمت مزمن شده پیش می‌برد (۳۹). لذا، به نظر می‌رسد طرحواره‌درمانی به طور غیرمستقیم از طریق تغییر و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند از شدت علائم اختلالات روانی از قبیل وسواس شستشو در ابعاد مختلف بکاهد و منجر به کاهش علائم در این بیماران گردد (۴۰) به طوری که، نتایج مطالعه حاضر نیز نشان می‌دهد که طرحواره‌درمانی می‌تواند منجر به کاهش علائم و نشانه‌های وسواسی در زنان مبتلا به وسواس شستشو گردد.

اما آنچه موجب تأثیر تلفیق طرحواره‌درمانی با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر کاهش شدت علائم وسواس در زنان مبتلا به اختلال وسواس شستشو و حتی اثربخشی بیشتر آن در مقایسه با روش طرحواره‌درمانی می‌شود این است که: درمانگر با استفاده از رویکرد طرحواره‌درمانی نخست مراجع را نسبت به موضوعات شناختی و ریشه مسائل منجر به اختلال وسواس در وی شده آگاه می‌کند. مراجع طرحواره‌هایش را می‌شناسد و مکانیسم اثر و نحوه پدیدآیی آن را درک

درمانگر به او می‌گوید همین کارهای وسواسی را انجام بده، اما در تایم‌های از پیش تعیین‌شده، با این تمرین اعمال و افکار بیمار طبق دستور درمانگر انجام می‌شود، نه طبق حمله‌های وسواسی. بدین ترتیب می‌توان گفت تلفیق طرحواره‌درمانی با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ با استفاده از تکنیک‌ها و تمرین‌های مختلف در سطوح گوناگون موجب پدیدآیی بینش، تغییر نظام شناختی و در نهایت کاهش نشخوارهای ذهنی و اضطراب و بطور کلی علائم و نشانه‌های اختلال وسواس شستشو می‌گردد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود از جمله این که برای نخستین بار تلفیق طرحواره درمانی با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ براساس بسته آموزشی تیل و همکاران در ایران اجرا شد، بنابراین نیاز به شواهد پژوهشی و مقایسه‌ای بیشتر وجود دارد تا بتوان به نتایج قطعی‌تری دست یافت. در پژوهش از پیگیری دو ماهه به منظور بررسی میزان ماندگاری تغییرات گروه‌های آزمایشی استفاده شد به منظور مشخص شدن بهتر میزان پایداری نتایج درمانی پیشنهاد می‌شود تا پیگیری‌های ۶ ماهه یا یک ساله نیز انجام، و همچنین پژوهش‌های مشابه با شیوه‌های نمونه‌گیری دیگر و نیز در دیگر طبقات اختلالات طیف وسواس اجرا شود. همچنین مداخلات در هر دو گروه آزمایش توسط یک درمانگر اجرا شد، این احتمال وجود دارد که ویژگی‌های شخصیتی آزماینده در به کارگیری مداخلات اثر تعاملی داشته باشد. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از دو درمانگر با سطح توانمندی یکسان و تحت آموزش یکسان، به منظور بررسی و مقایسه اثربخشی دو روش درمانی استفاده شود تا امکان کنترل اثر درمانگر میسر گردد.

سپاسگزاری: این مقاله برگرفته از رساله دکتری مشاوره دانشجوی مریم یوشی‌زاده به راهنمایی دکتر فریده دوکانه‌ای فرد در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران با شناسه اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1400.084 می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از جناب آقای دکتر معتمدی، و مدیر کلینیک‌های روانشناختی ذهن آرام، ماز و جزیره که جهت اجرای پژوهش همکاری نمودند و همچنین از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش نهایت تشکر را داشته باشند.

می‌کند. عواملی که هر کدام در روند درمان تأثیر بسزایی دارند. درمانگر پس از شناسایی طرحواره‌ها توسط بیمار و سپس به چالش کشیدن آن‌ها از تکنیک‌های درمانی مختلفی استفاده می‌کند، و با تلفیق چهار تکنیک شناختی، تجربی، رفتاری و رابطه‌ای، علاوه بر زیر سؤال بردن طرحواره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی در افراد دارای اختلال وسواس است، از نظر هیجانی نیز باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون شده از جمله خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیزگی و دلبستگی ایمن به دیگران، طی سال‌های کودکی می‌شود و با استفاده از تکنیک تجربی که شناخت‌واره‌های دوران کودکی و خاطرات کودکی را بازسازی می‌کند، به ابراز هیجان‌ها و عواطف سرکوب شده که در نهایت منجر به خودسانسوری هیجانی و مشکل در ابراز عواطف و سردی عاطفی می‌شود، کمک زیادی می‌کند (۴۱). برای مثال درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا برای جایگزین نمودن الگوهای رفتاری سازگارتر و جدیدتر به جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد، تکالیف خانگی را طرح‌ریزی نماید. درمانگر با استفاده از روش‌های مانند غرقه‌سازی می‌تواند اضطراب بیماران را به نحو چشمگیری کاهش دهد. یا با استفاده از تکنیک درمانی پیکان رو به پایین مدام درباره فکر یا واقعه از بیمار سؤال می‌کند تا باورهای مرکزی فرد که هسته اصلی مشکلات به طور کامل شناسایی گردد. سپس با استفاده از تکنیک رویارویی به صورت سلسه مراتبی موقعیت‌های اضطراب برانگیز مختص بیمار با مشارکت خودش و استفاده از تکنیک‌های رویارویی به بیمار کمک می‌کند تا فکر را از درجه اعتبار ساقط کند. بطور کلی استفاده از تکنیک مواجهه در کنار تکنیک‌های شناختی، تجربی و رفتاری برای بیماران مبتلا به اختلال وسواسی این فرصت را فراهم می‌آورد که ذهن آنان بتواند ابعاد مختلف محرک اضطراب‌زا را مورد تجزیه و تحلیل قرار دهد و در نتیجه پاسخ مناسبی به آن ارائه دهد. اعمال و افکار وسواسی برای بیمار بسیار واقعی و طبیعی جلوه می‌کند و اصلاً به نظرش این کارها مصنوعی نمی‌رسد، ولی پاتالوژیک و آزاردهنده است. همچنین عمل و فکر وسواسی دستوری نیست، یعنی در حالت واقعی کسی به شخص وسواسی دستور نمی‌دهد که ده بار دست‌هایت را بشور و یا پنج بار غسل کن. وقتی

Callahan S. Influence between early maladaptive schemas and depression. *Léncéphale*. 2011; 37(4): 293–8. DOI:10.1016/j.encep.2011.01.001

12. Danaei Sij Z, Manshaee G, Hasanabadi H, & Nadi MA. The Effects of Schema Therapy on Emotional Self-Awareness, Vulnerability, and Obsessive Symptoms Among Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Modern Care Journal*. 2018; 15(2): E69656. <http://doi:10.5812/modernc.69656> [Persian]

13. Ahovan M, Jajarmi M, Bakhshipoor A. Comparing The Effectiveness Of Schema Therapy (ST) and Emotional Schema Therapy (EST) on Clinical Syndromes of Individuals with Obsessive-Compulsive Symptoms (OCS). *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2020; 28(3): 239–50. <http://nmj.umsha.ac.ir/article-1-2287-fa.html> [Persian]

14. Kim J E, Lee S W, & Lee S J. Relationship between early maladaptive schemas and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*. 2014; 215(1): 134–40. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.07.036>

15. Ong CW, Clyde JW, Bluett EJ, Levin M E, Twohig MP. Dropout rates in exposure with response prevention for obsessive-compulsive disorder: What do the data really say?. *Journal of Anxiety Disorders*. 2016; 40: 8–17. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.006>

16. Twohig M P, Abramowitz J S, Smith B M, Fabricant L E, Jacoby R J, Morrison K L, Bluett, E J, Reuman L, Blakey S M, Ledermann T. Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 2018; 108: 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.06.005>

17. Olatunji B O, Cole D, McGuire J F, Schneider S C, Small B J, Murphy T K, Wilhelm S, Geller D A, & Storch EA. Decoupling of Obsessions and Compulsions During Cognitive Behavioral Therapy for Youths With Obsessive Compulsive Disorder. *Clinical Psychological Science*. 2021; <https://doi.org/10.1177/21677026211013771>

18. Mathes B M, Day T N, Wilver N L, Redden S A, & Cogle JR. Indices of change in exposure and response prevention for contamination-based OCD. *Behaviour Research and Therapy*. 2020; 133: 103707. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103707>

19. Johnco C, McGuire J F, Roper T, & Storch EA. A meta-analysis of dropout rates from exposure with response prevention and pharmacological treatment for youth with obsessive compulsive disorder. *Depression and anxiety*. 2020; 37(5): 407–17. <https://doi.org/10.1002/da.22978>

20. Doron G, Derby D, Szepeswol O, Nahaloni E, & Moulding R. Relationship Obsessive-Compulsive Disorder: Interference, Symptoms, and Maladaptive Beliefs. *Frontiers in Psychiatry*. 2016; 7: 58–63. DOI: 10.3389/fpsy.2016.00058

21. Wu M S, McGuire J F, Martino C, Phares V, Selles R R, Storch EA. A meta-analysis of family

تضاد منافع: هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

منابع

- Mohammadi F, Mirzaei M, Soltani N, Fadaei M. The Effectiveness of Schema Therapy on Mental Rumination and Anxiety in Obsessive-Compulsive Patients. *Medical Journal of Mashad University of Medical Sciences*. 2020; 62: 1945–59. Doi:10.22038/mjms.2020.15842 [Persian]
- Regier DA, Kuhl EA, & Kupfer DJ. The DSM-5: Classification and criteria changes. *World psychiatry*. 2013; 12(2): 92–8. doi: 10.1002/wps.20050
- Jones P J, Mair P, Riemann B C, Mugno B L, & McNally RJ. A network perspective on comorbid depression in adolescents with obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2018; 53: 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.09.008>
- Wahl K, Salkovskis P, Allegro F, Miché M, Kordon A, Lieb R, & Dar R. (2020). Cognitive Motivations for the Initiation of Ritualistic Hand Washing in Obsessive-Compulsive Disorder. *Cognitive Therapy and Research*. 2020; 44: 943–53. Doi:10.5451/unibas-ep79779
- Wagner G, Köhler S, Peikert G, de la Cruz F, Reess, T J, Rus O G, Schultz C, Koch K, & Bär KJ. Checking and washing rituals are reflected in altered cortical thickness in obsessive-compulsive disorder. *Cortex*. 2019; 117: 147–156. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2019.03.012>
- Pallanti S. Transcultural observations of obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 2008; 165(2):169–170. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07111815>
- Mataix-Cols D, Marks I M, Greist J H, Kobak K. A, & Baer L. Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: results from a controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2002; 71(5): 255–62. <https://doi.org/10.1159/000064812>
- Thiel N, Jacob GA, Tuschen-Caffier B, Herbst N, Kuelz AK, Hertenstein E, Nissen C, Voderholzer U. Schema therapy augmented exposure and response prevention in patients with obsessive-compulsive disorder: Feasibility and efficacy of a pilot study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2016; 52(1): 59–67. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.03.006>
- Pugh M. A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical psychology review*. 2015; 39: 30–41. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.003>
- Noie Z, Asgharnezhad Farid A, Fata L, Ashoori A. Comparison of Early Maladaptive Schemas and Their Parental Origins in OCD Patients and Non-Clinical Individuals. *Advances in Cognitive Science*. 2010; 12(1): 59–69. <https://www.sid.ir/En/Journal/ViewPaper.aspx?ID=194996>
- Cormier A, Jourda B, Laros C, Walburg V, &

- psychology, 2007; 3(2): 43-50. <http://doi.org/10.20982/tqmp.03.2.p043>
32. Frost R O, & Steketee G. Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour research and therapy*. 1997; 35(4): 291-296. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00108-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00108-8)
33. Goodman W K, Price L H, Rasmussen S A, Mazure C, Fleischmann R L, Hill C L, George R H, & Charney DS. The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry*. 1989; 46 (11):1006-1011. doi:10.1001/archpsyc.1989.01810110048007
34. Rajezi Esfahani S, Motaghipour Y, Kamkari K, Zahireadin A, Janbozorgi M. Reliability and Validity of the Persian Version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2012; 17(4): 297-303. <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-1453-fa.html> [Persian]
35. Asgharnejadfarid AA. (2019). Reliability and Validity of the Second Edition Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). *Research design, Iran University of Medical Sciences.*; 2019. [Persian]
36. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema Therapy (A Practitioner's Guide)*. Translated by: Hamidpour, H. & Andouz Z. Tehran: Arjmand; 2018. [Persian]
37. Bradley M C, Hanna D, Wilson P, Scott G, Quinn, P, & Dyer K. Obsessive-compulsive symptoms and attentional bias: An eye-tracking methodology. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2016; 50: 303-308. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.10.007>
38. Basile B, Tenore K, Luppino OI, Mancini F. Schema therapy mode model applied to OCD. *Clinical Neuropsychiatry*. 2017; 14(6): 407-14. https://www.apc.it/wpcontent/uploads/2021/03/Basile_2017_Schema-therapy-model-for-OCD.pdf
39. Leahy RL, Tirsch D, Napolitano LA. *Emotion regulation in psychotherapy (A practitioner's guide)*. Tehran: Arjmand; 2020.
40. Taylor CD, Bee P, Haddock G. Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2017; 90(3): 456-79. DOI:10.1111/papt.12112
41. Carter JD, McIntosh V, Jordan J, Porter RJ, Frampton CM, Joyce P. Psychotherapy for depression: a randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *Journal of affective disorders*. 2013; 151(2): 500-505. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.034>
- accommodation and OCD symptom severity. *Clinical Psychology Review*. 2017; 45: 33-44. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.003>
22. Mataix-Cols D, Turner C, Monzani B, Isomura K, & Murphy C, Krebs G, Heyman I. Cognitive-behavioural therapy with postsession D-cycloserine augmentation for paediatric obsessive-compulsive disorder: pilot randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2017; 204(1): 77-8. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.126284>
23. Pakniya N, Mirzaei A, Jahan J, RanjbarSudejani Y, Sayyah SS. To Compare the Effectiveness of Confrontation / encounter and Response Prevention Model with the Dangerous Ideation Reduction Method on Reducing Alexithymia and Cognitive avoidance among obsessive disorder Patients. *Quarterly Journal of Psychological Studies*. 2018; 14(1):109-26. Doi:10.22051/psy.2018.14726.1378 [Persian]
24. Abramowitz JS. *Getting over OCD: a 10-step workbook for taking back your life*. Guilford Publications; 2018.
25. Ost LG, Havnen A, Hansen B, & Kvale G. Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and metaanalysis of studies published 1993-2014. *Clinical Psychology Review*. 2015; 40:156-169. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.003>
26. Jacobsen N C, Newman M G, & Goldfried MR. Clinical feedback about empirically supported treatments for obsessive-compulsive disorder. *Behavior therapy*. 2016; 47(1): 75-90. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.09.003>
27. Strauss C, Lea L, Hayward M, Forrester E, & Leeuwertik T, Jones AM, Rosten C. Mindfulness-based exposure and response prevention for obsessive compulsive disorder: Findings from a pilot randomised controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*. 2018; 57: 39-47. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.04.007>
28. Hasani S, Mehrinezhad A, Khodabakhsh Pirkalani R. Comparison of the effectiveness of exposure, mindfulness and mindfulness - integrated exposure on arak women obsessive - compulsive disorder. *Journal of Psychological Science*. 86(19): 137-145. <http://psychologicalscience.ir/article-1-595-fa.html> [Persian]
29. Yousefi Z. The Investigation of Effectiveness of Scheme Therapy Augmented Exposure and Response Prevention in Patients Affected by Obsessive-Compulsive Disorder. *Ferdowsi University of Mashhad*; 2019. [Persian]
30. Peeters N, Stappenbelt S, Burk W J, Passel BV, & Krans J. Schema therapy with exposure and response prevention for the treatment of chronic anxiety with comorbid personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*. 2021; 60(1): 68-76. <https://doi.org/10.1111/bjc.12271>
31. VanVoorhis C W, & Morgan BL. Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. *Tutorials in quantitative methods for*