






Comparison of the Effectiveness of Integrated Schema Therapy and Mindfulness Intervention with Schema Therapy and Cognitive Behavioral Intervention on Obsessive-Compulsive Symptoms in Women with Obsessive-Compulsive Syndrome

Pouyan Ahaniyan Moghadam¹, Seyyed Hamid Atashpour^{2*}, Mohsen Golparvar³

1. Ph.D student of Counseling, Department of Counseling, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran (corresponding author).

3. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

❖ Corresponding Author Email: hamidatashpour@gmail.com

Journal Info:

Volume 2, Issue 4 Winter 2024
Pages: 153-166

Article Dates:

Receive: 2024/01/15
Accept: 2024/03/13
Published: 2024/03/15

Keywords:

Obsessive-compulsive symptoms, Schema therapy, Mindfulness, Cognitive behavioral therapy, Obsessive-compulsive disorder

The present study aimed to compare the effectiveness of an integrated intervention of schema therapy and mindfulness with schema therapy and cognitive behavioral intervention on obsessive-compulsive symptoms in women with obsessive-compulsive syndrome. The research method was quasi-experimental, employing a pretest-posttest control group design with a follow-up group. The statistical population included all women with obsessive-compulsive disorder who visited the clinics (Neda-e Agahi and Zehn-e Pouya) in Tehran during the fall and winter of 2021. Using convenience sampling, 60 women were selected and randomly assigned to three intervention groups—integrated schema therapy and mindfulness, schema therapy, and cognitive behavioral intervention—and one control group. Data were collected using the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS, 1989) and analyzed using repeated measures ANOVA with SPSS software. The results indicated that the intervention methods (integrated schema therapy and mindfulness, schema therapy, and cognitive behavioral intervention) had an impact on obsessive thoughts scores compared to the control group. Additionally, the results showed that in the component of compulsive behaviors, the integrated schema therapy and mindfulness intervention had a greater impact compared to schema therapy and cognitive behavioral intervention. Moreover, all three treatment groups showed significant differences compared to the control group. These results highlight the potential benefits of combining schema therapy with mindfulness techniques to achieve better therapeutic outcomes in women with obsessive-compulsive syndrome.

Article Cite:

Ahaniyan Moghadam P, Atashpour H, Golparvar M. (2024). Comparison of the Effectiveness of Integrated Schema Therapy and Mindfulness Intervention with Schema Therapy and Cognitive Behavioral Intervention on Obsessive-Compulsive Symptoms in Women with Obsessive-Compulsive Syndrome; 2(4): 153-166



[10.22034/pdmd.2024.435882.1043](https://doi.org/10.22034/pdmd.2024.435882.1043)



Creative Commons: CC BY 4.0



مقایسه اثربخشی مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی با طرحواره درمانی و مداخله شناختی رفتاری بر علائم وسواس در زنان دارای نشانگان وسواس

پویان آهنيان مقدم^۱ ID، سيد حميد آتش پور^{۲*} ID، محسن گل پرور^۳ ID

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد اصفهان (خوراسگان) دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول).
۳. دانشیار گروه روانشناسی بالینی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

✦ ایمیل نویسنده مسئول: hamidatashpour@gmail.com

پژوهش حاضر با هدف، مقایسه اثربخشی مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی با طرحواره درمانی و مداخله شناختی رفتاری بر علائم وسواس در زنان دارای نشانگان وسواس انجام گرفت. روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با گروه پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان مبتلا به اختلال وسواس مراجعه کننده به کلینیک (ندای آگاهی و ذهن پویا) شهر تهران در پاییز و زمستان ۱۴۰۰ بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۶۰ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی به ۳ گروه مداخله به روش مدل تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی، طرحواره درمانی و مداخله شناختی رفتاری و ۱ گروه کنترل، تقسیم شدند. جمع‌آوری داده‌ها بر اساس پرسشنامه وسواس اجباری (بیل براون، ۱۹۸۹) انجام پذیرفت و از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS استفاده شد. نتایج نشان داد که روش (درمان‌های مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی، طرحواره درمانی و مداخله شناختی رفتاری در مقایسه با گروه کنترل) بر نمرات افکار وسواسی تاثیر داشته‌اند. همچنین نتایج نشان می‌دهد در مؤلفه رفتارهای اجباری مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی در مقایسه با طرحواره درمانی و مداخله شناختی رفتاری تاثیر بیشتری داشته است. همچنین هر سه گروه درمانی در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معنادار دارند. این نتایج بیانگر مزایای احتمالی ترکیب درمان طرحواره با تکنیک‌های ذهن آگاهی برای دستیابی به نتایج درمانی بهتر در زنان دارای نشانگان وسواس می‌باشد.

اطلاعات نشریه:

دوره ۲، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۲
صفحات: ۱۶۶-۱۵۳

تاریخ‌های مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۲۵
پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۲۳
انتشار: ۱۴۰۲/۱۲/۲۶

واژگان کلیدی:

علائم وسواس، طرحواره درمانی، ذهن آگاهی، درمان شناختی رفتاری، وسواس

استناد به مقاله:

آهنيان مقدم پ، آتش پور ح، گل پرور م. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی با طرحواره درمانی و مداخله شناختی رفتاری بر علائم وسواس در زنان دارای نشانگان وسواس (۴): ۱۶۶-۱۵۳



مقدمه

اختلال وسواس فکری و عملی به عنوان یکی از حالات روانی ناتوان کننده و جدی محسوب می‌شود. در مطالعات اپیدمیولوژیک، شیوع اختلال وسواس فکری و عملی در طول عمر در جمعیت کلی ۲/۳٪-۳/۸٪ تخمین زده شده است و پیش بینی می‌شود این رقم در سال ۲۰۲۴ تا ۱۵٪ افزایش یابد (Safari Dizaj & Alipanah, 2023; Sheykhgafshe et al., 2023; Vicheva et al., 2020; Wickberg et al., 2022). این اختلال به واسطه سه جز مجزا از هم شناخته می‌شود، جزء اول، تفکر دایمی یا تصورات یا عقایدی هستند که ویژگی‌های بارز آن‌ها ناخواسته بودن و مزاحم بودن آنان است، که در بخش تصاویر شامل؛ توهین به مقدسات، عقاید جنسی و یا تصویرهای خشونت بار و افکار مزاحم درباره آلودگی و یا شک کردن درباره کامل بودن یا کامل نبودن برخی کارها، می‌شوند. دومین جزء وسواس‌ها، اجبارها هستند، که به عنوان فعالیت‌های رفتاری خاص، تشریفات ذهنی ناخودآگاه (آیین مندی‌ها)، تلاش برای خنثی کردن وسواس‌ها و یا بروز رفتارهایی که نشان دهنده عدم قطعیت‌ها هستند، می‌باشند. علاوه بر این دو جزء، افرادی که مبتلا به این اختلال هستند، به منظور این که تحریک وسواس‌ها و اجبارهای همراه آنان پیشگیری کنند، رفتارهای اجتنابی را بروز می‌دهند (Lee et al., 2023; Safari Dizaj & Alipanah, 2023). شک و بلاتکلیفی رایج ترین وسواس فکری و شستن رایج ترین وسواس عملی است. ترس از کثیفی و آلودگی و افکار وسواسی درباره کثیف بودن خود و وسواس شستن بیشتر در زنان متداول است، در حالی که افکار کفرآمیز و وسواس‌های نظم و تربیت در مردان فراوانی بیشتری دارد (Lee et al., 2023; Watson et al., 2022; Wickberg et al., 2022). افرادی که بیش از بقیه در معرض اختلال وسواس هستند؛ نوجوانان، اشخاصی که تجربه اتفاقات آسیب زا دارند، افرادی که زایمان سختی داشته اند (وسواس بعد از زایمان)، زنان خانه دار، مصرف کنندگان مواد، افرادی که نشانه‌های افسردگی دارند، افراد با اختلال فوبیک، افرادی که تاریخچه‌ای از اضطراب دارند و یا افرادی که به طور موروثی این اختلال در خانواده آن‌ها وجود داشته است (Lundström et al., 2022; Safari Dizaj & Alipanah, 2023; Pagsberg et al., 2022; Matsumoto et al., 2022). با وجود تحقیقات مختلف روانشناختی و نورویولوژیک هنوز اطلاعات دقیق و کافی در تبیین علت شناسی اختلال وسواس فکری-عملی وجود ندارد. با وجود این، بسیاری از پژوهش‌ها به بررسی عامل‌هایی پرداخته اند که احتمال می‌رود همبستگی معنی دار با علائم وسواس فکری-عملی داشته باشند (Kayser et al., 2020; Loosen & Hauser, 2020).

وجود علائم وسواس در کنار مشکلات روانشناختی مرتبط در افراد مبتلا به وسواس وجود دارد، اندیشمندان و پژوهشگران عرصه مشاوره و درمان را به بررسی روش‌های مشاوره و درمان‌های متنوعی برای کمک به این افراد ترغیب نموده است. اخیراً نسل سوم درمان‌های شناختی رفتاری مانند درمان طرحواره و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، با هدف قرار دادن نیازهای بیماران مبتلا به وسواس متمرکز کرده اند. در حوزه شناخت درمانی یکی از مدل‌های درمانی، مدل طرحواره درمانی است که توسط یانگ^۱ و همکاران (۲۰۰۳) به وجود آمده که درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی و رفتاری کلاسیک بنا شده است. طرحواره درمانی اصول و مبانی مکتب‌های شناختی رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط شیء، سازنده گرای و روانکاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است (Young et al., 2006). تصور می‌شود طرحواره‌های شناختی نقش اصلی در توسعه و ادامه اختلالات روانی و نیز عود و برگشت آن‌ها دارند. بنابراین شناخت طرحواره‌ها می‌تواند به توصیف آسیب‌پذیری در آسیب‌شناسی روانی کمک کند (Peeters, 2022; Sunde et al., 2019).

طرحواره‌ها نیز موجب سوگیری در تفسیرهای ما از رویدادها می‌شوند و این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی میان فردی آبه صورت سوتفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف شده و گمانه زنی‌های نادرست، هدف و چشم داشت‌های غیرواقع بینانه مشخص می‌شوند (Vos et al., 2024; Zohreh et al., 2023). رویکرد طرحواره درمانی، بر الگوهای خودپرانگر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته‌اند و در سرتاسر طول زندگی فرد تکرار می‌شوند، تمرکز می‌کند. این الگوهای طرحواره‌های ناسازگار اولیه نامیده می‌شوند. این سته از طرحواره‌های ناسازگار به رشد و شکل گیری مشکلات روان شناختی می‌انجامد. طرحواره‌های آسیب رسانی که از جریان اولیه رشد آغاز و در طول زندگی تداوم می‌یابد (Hekmatiyani Fard, 2023; Karantzas et al., 2023; Khatibi & Meghrazi, 2023). طرحواره‌های ناسازگار اولیه، عمیق ترین سطح ساختارهای شناختی هستند که خود را در رابطه با محیط و سایر افراد نشان می‌دهد و در شرایط خاص فعال می‌شوند (دومن^۲، ۲۰۱۸). در شکل گیری طرحواره‌ها خلق و خوی^۳ ذاتی با تجارب ارتباطی غیرانطباقی اولیه به ویژه آسیب‌های کودکی^۴ تعامل می‌کنند و به طور خاص تر، این طرحواره‌ها در صورتی به طرحواره‌های ناسازگار تبدیل می‌شوند که نیازهای روانشناختی فرد (مثل نیازهای استقلال، محبت و دلبستگی) برآورده نشوند. یانگ، کلسکو و ویشار^۵ (۲۰۰۳) ۱۸

1- Young

2- interpersonal psychopathology

3- Early Maladaptive Schems^۲

4- Doomen

5- Temperment^۵6- Childhood Trauma^۶

7- Young, Klosko & Weishaar

طرحواره ناسازگار را مشخص کرده اند که در ۵ حوزه زیر قرار می‌گیرند؛ حوزه بریدگی و طرد^۸ (رها شدگی^۹، بی‌اعتمادی^{۱۰}، محرومیت هیجانی^{۱۱}، نقص و شرم، انزوای اجتماعی/بیگانگی^{۱۲})، حوزه خودگردانی و عملکرد مختل^{۱۳} (وابستگی/بی‌کفایتی^{۱۴}، آسیب پذیری نسبت به ضرر و زیان^{۱۵}، خود تحول نیافته/گرفتار؟ شکست^{۱۶})، حوزه محدودیت‌های مختل^{۱۷} (استحقاق/برزگ منشی، خویشتن داری و خودانضباطی ناکافی^{۱۸})، حوزه دیگرجهت مندی^{۱۹} (اطاعت، ایثار، پذیرش جویی/جلب توجه) و حوزه گوش به زندگی بیش از حد و بازداری (منفی گرای/بدبینی، بازداری هیجانی^{۲۰}، معیارهای سرسختانه، تنبیه) (Paetsch et al., 2023; Shi, 2023).

در همین رابطه پژوهش‌ها نشان داده است که بیماران وسواسی سطوح بالاتری از ناامنی دلبستگی و حالات ذهنی آشفته را نشان می‌دهند. در خصوص اثربخشی طرحواره درمانی در بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه نتایج بیانگر این بود در حوزه بریدگی و طرد و در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل، این درمان اثربخش است (Peeters, 2022; Sunde et al., 2019). همچنین نشان داده شده است که درمان طرحواره درمانی هیجانی باعث بهبود نشانه‌های بالینی و کاهش طرحواره هیجانی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی شده و باعث کاهش علائم و نشانه‌های وسواس، باورهای وسواسی، عامل مسئولیت‌پذیری/ارزیابی خطر، کمال‌طلبی/نیاز به اطمینان، اهمیت‌دادن به افکار/کنترل رفتار، نشخوار فکری و اجتناب تجربی در زنان مبتلا به اختلال وسواس اجبار می‌شود (Onaral, 2021; Peeters, 2022; Safari Dizaj & Alipanah, 2023; Sunde et al., 2019).

علاوه بر طرحواره درمانی، یکی دیگر از درمان‌های به نسبت نوین که در مورد افراد دارای وسواس دارای کاربرد است، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی است. این درمان می‌تواند به‌عنوان یک گزینه درمانی در کمک به افزایش انعطاف پذیری روانشناختی، خودکارآمدی و تاب آوری در افراد مبتلا به وسواس مورد توجه قرار گیرد (Azizi et al., 2023; Chien et al., 2022; Riquelme-Marín et al., 2022). ذهن آگاهی به علت سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه و مشاهده گری بدون داوری می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از بیماری اثربخشی درمان را افزایش داده و به پیشگیری از عود بیماری کمک کند (Bürkle et al., 2021; Külz et al., 2019). رویکرد کابات زین برای درمان بیماران شامل واریسی بدنی یا فن آگاهی از بدن، یک سری تغییرات عمدی را در بر می‌گیرد که در آغاز بر کل بدن و سپس بر هر بخشی از بدن در یک شیوه بدون داوری متمرکز می‌شود (Azizi et al., 2023; Chien et al., 2022; Riquelme-Marín et al., 2022). با استفاده از تمرین‌های مبتنی بر ذهن آگاهی فرد یاد می‌گیرد که پاسخ‌هایی جایگزین ناراحتی‌های هیجانی بدهد و پاسخ‌های شرطی شده را کاهش می‌یابد. در ذهن آگاهی افراد یاد می‌گیرند که تجربیات را به‌عنوان تجربیات مجزا از خود و به‌عنوان یک حالت گذرا و موضوعی برای تغییر بپذیرند (Leeuwerik et al., 2020; Nejat et al., 2020). درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر مهارت‌های پیشگیری از عود شناختی رفتاری (به‌عنوان مثال شناسایی کردن موقعیت‌های پرخطر و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای) و مراقبه ذهن آگاهانه محوریت پیدا کرده است. تمرینات ذهن آگاهی به دنبال افزایش پذیرش آگاهی متمایز از طریق تمرکز خاص بر ناراحتی‌های جسمی و هیجانی است و به مراجعین می‌آموزد که وضعیت‌های هیجانی، جسمانی و شناختی را بدون واکنش غیرارادی مورد مشاهده قرار دهند (Külz et al., 2019). بر اساس پژوهش‌ها، مراقبه متعادل، مراقبه ذهن آگاهی، مراقبه ویپاسانا، یوگا و سایر فنون مراقبه‌ای تأثیر قابل توجهی در بهبود توان‌بخشی انواع بیماران داشته‌اند (Bürkle et al., 2020; Nejat et al., 2021). مطالعات نشان می‌دهد که درمان ذهن آگاهی با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش درد، اضطراب و افسردگی (Hente et al., 2020) و استرس (Maddock et al., 2019) ارتباط دارد. تحقیقات دیگر نشان داده‌اند که ذهن آگاهی، خلق را بهبود می‌بخشد و آموزش کوتاه‌مدت آن، افسردگی را کاهش می‌دهد و باعث افزایش بهزیستی روانی افراد مبتلا به وسواس می‌شود (Fineberg et al., 2015) و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به بهبود نشانه‌های استرس، اضطراب و افزایش اعتمادبه‌نفس و بهبود تاب آوری منجر می‌شود (Goldin & Gross, 2010).

درمان مبتنی بر ذهن آگاهی نسلی نوین تر از درمان‌های شناختی-رفتاری هستند که علاوه بر شباهت‌های پایه، دارای تفاوت‌هایی نیز در تاکیدات و فرایندهای درمانی با این درمان نسل قبلی خود هستند. درمان شناختی-رفتاری سال‌هاست که برای درمان اختلالات از جمله وسواس اضطراب^{۲۱}

8- Disconnection & Rejection

9- Aandonment

10- Mistrust

11- emotional deprivation

12- social isolation

13- impaired autonomy and performance

14- dependance

15- vulnerability to illness

16- Enmeshment

17- Defectiveness

18- Impaired limits

19- Insufficient Self-Control

20- Other Directedness

21- Emotional Inhibition

22- anxiety

افسردگی، ترس و غیره مورد استفاده قرار می‌گیرد و شواهد قوی‌ای وجود دارد که درمان شناختی-رفتاری اثرات قابل توجهی را بر بهبود مشکلات افراد مبتلا به وسواس فکری و عملی دارد (Jesse et al., 2019). اساس نظریه شناختی رفتاری این است که رفتار و شناخت‌های مشکل‌زا بر اساس انواع خاصی از الگوهای تکراری تعامل یاد گرفته می‌شوند و تداوم می‌یابند (Amighi et al., 2023; Lundström et al., 2022; Matsumoto et al., 2022; Sheykhangafshe et al., 2023; Wickberg et al., 2022). گروه درمانی شناختی-رفتاری می‌تواند به عنوان درمانی تعریف شود که علاوه بر فنون مشترک درمان شناختی-رفتاری برای تغییر اختلالات، ناسازگاری‌ها و بدکارکردی عقادی، ادراک‌ها، رفتارها و نگرش‌ها از شیوه گروهی پویا استفاده می‌کند. گروه درمانی شناختی-رفتاری مستقیماً از نوع فردی آن نشأت گرفته است (Mortezaeifar et al., 2021; Onaral, 2021). در روش رفتار درمانی شناختی تلاش می‌شود به بیمار کمک گردد تا بتواند افکار و تصوراتش را در مورد مشکلات و ناراحتی‌های زندگی ارزیابی کند. آن‌ها را با واقعیت‌های عینی بسنجد، تحریف‌های شناختی خود را تصحیح نماید، آنگاه یافته تعدیل شده خود را که همان شناخت جدید می‌باشد درباره خود، جهان و آینده بدست آورد و تصورات ناکارآمد را کاهش دهد. حوزه رفتار درمانی شناختی شامل شناخت افکار منفی و نحوه مقابله با آن‌ها هم می‌باشد (Cyr et al., 2020; Sijercic et al., 2020; van Dis et al., 2020).

نتایج تحقیقات در راستای بررسی اثربخشی این حوزه درمانی بر بهبود اختلال وسواس فکری-عملی موید این است که این روش درمانی هم به صورت انفرادی و هم به صورت گروهی تأثیر بسزایی در تمام نشانه‌های این اختلال دارد (Lundström et al., 2022; Matsumoto et al., 2022; Sheykhangafshe et al., 2023; Wickberg et al., 2022). طبق تحقیق انجام شده کاهش نمره وسواس فکری-عملی با کاهش نمره در آمیختگی فکر همبستگی مثبت دارد؛ یعنی اگر وسواس فکری عملی بهبود یابد، در زمینه آمیختگی فکر بیماران مبتلا به وسواس نیز با بهبود مواجه می‌شویم (Bulut & Subasi, 2020; Sijercic et al., 2020). همچنین درمان شناختی رفتاری با ارزیابی افکار و به چالش کشیدن ذهن، بیمار را متوجه این مسئله کند که افکار و باورهایش غیرمنطقی و سخت‌گیرانه هستند همچنین بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات بیماران مبتلا به وسواس اثر می‌گذارد (Cyr et al., 2020; Külz et al., 2019; Levy et al., 2018; Onaral, 2021; Sijercic et al., 2020).

در مجموع شواهد مربوط به درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، در کنار و یا در تلفیق با طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری برای تضعیف علایم وسواس زنان مبتلا به وسواس حاکی از چند نکته با اهمیت است که لازم است به آن توجه شود. نکته اول این که در کمتر مطالعه‌ای تاکنون درمان تلفیقی طرحواره و ذهن آگاهی با طرحواره درمانی و درمان شناختی-رفتاری که هر یک به تنهایی به طور نسبی اثربخشی خود را در کمک به افراد مبتلا به وسواس نشان داده اند، مورد استفاده قرار گرفته است. این امر درحالی است که کماکان مطابق با نظر بسیاری از درمانگران و مشاوران مطرح، لازم است تا اثربخشی رقابتی درمان‌های مختلف در کنار درمان‌های تلفیقی که به نوعی با هدف تقویت آثار درمانی رویکردهای درمانی منفرد پیشنهاد شده، توسط پژوهشگران دنبال و پیگیری شود. نکته بعدی این که به دلیل ماهیت چند بعدی بیماری وسواس و داشتن زیر شاخه‌های فراوان در آن و اهمیتی که در زنان به دلیل شیوع قابل توجهی که این اختلال دارد، پژوهش‌های جدید به این سمت خواهند رفت تا درمان‌های مختلف از جمله درمان‌های تلفیقی را در زیرمجموعه‌های متفاوت اختلال وسواس فکری عملی در بین زنان و مردان به صورت جداگانه بررسی و احیاناً درمان‌هایی با سطح اثربخشی احتمالی مختلف برای زنان و مردان درگیر با وسواس را مشخص نمایند. از طرفی یافتن شیوه‌های درمانی کوتاه مدت کارآمد و موثر از جمله ضرورت‌های پژوهش در حوزه درمان می‌باشد؛ با توجه به آن چه گفته شد، پژوهش‌ها اثربخشی درمان‌های ذکر شده را به صورت جداگانه تأیید کرده اند ولی تلفیق درمان طرحواره و ذهن آگاهی و طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری می‌تواند نشانه‌های وسواس را کاهش دهند ولی مقایسه‌های تجربی چندانی در رابطه با اثربخشی دو حوزه طرحواره و ذهن آگاهی و طرحواره و درمان شناختی رفتاری که به منظور رفع نواقص حوزه شناختی رفتاری ظهور کرده است، در بهبود وسواس صورت نگرفته است. لذا این پژوهش در صدد پاسخ به این سوال خواهد بود: آیا مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی با طرحواره درمانی و مداخله شناختی رفتاری بر علایم وسواس در زنان دارای نشانگان وسواس دارای اثربخشی متفاوتی هستند؟

مواد و روش پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح مورد استفاده در این پژوهش طرح پیش آزمون-پس آزمون همراه با گروه کنترل و پیگیری می‌باشد. جامعه آماری پژوهش، کلیه زنان مبتلا به اختلال وسواس مراجعه کننده به کلینیک (ندای آگاهی و ذهن پویا) در شهر تهران در پاییز و زمستان ۱۴۰۰ بودند. برای انتخاب گروه نمونه واجد شرایط، ابتدا به مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان درمانی موجود در منطقه ۵ شهر تهران مراجعه شد و همچنین در مراکز مشاوره و کلینیک‌های درمانی موجود در منطقه ۵ شهر تهران فراخوانی مبتنی بر شرکت در گروه درمانی (بدین صورت که بیماران متقاضی کلمه «وسواس» را به شماره همراه درج شده در فراخوان فرستادند و پژوهشگر با آنان تماس گرفت) منتشر شد. سپس برای تشخیص قطعی، با افراد واجد شرایط و مراجعه کنندگان به مراکز درمانی که اختلال وسواسی اجباری شان تشخیص داده شود و دارای ملاک‌های ورود (جنسیت زن باشند، حداقل

²³- depression

²⁴- phobias

تحصیلات سیکل، محدوده سنی ۲۰ تا ۴۵ سال و مصرف نکردن دارو از یک ماه قبل از شروع درمان) و خروج (ابتلا به بیماری جسمی یا ویروسی، داشتن اختلال‌های نورولوژیک مانند صرع و سابقه هر نوع ضربه مغزی) به گروه نمونه بود، مصاحبه بالینی از سوی پژوهشگر انجام خواهد شد و مقیاس بیل براون روی آنان اجرا شد. پس از تحقق ملاک‌ها و دریافت حداقل نمره ۱۶ از مقیاس بیل براون، ۶۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس مبتنی بر ملاک‌های ورود انتخاب شد و به تصادف در سه گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفت.

پرسشنامه وسواس اجباری بیل براون (۱۹۸۹): گودمن و همکاران (۱۹۸۹) این فهرست را در سال ۱۹۸۹ ساختند و دو مقیاس فرعی مربوط به افکار وسواسی و رفتارهای اجباری دارد. در هر دو مقیاس، شدت علائم در ۷ روز قبل از مصاحبه ارزیابی می‌شود. نمره صفر در صورت «نبود مشکل» و نمره ۴ به «مشکل خیلی زیاد» داده می‌شود. گودمن و همکاران به منظور سنجش پایایی این مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده کردند که ضریب همبستگی آن را برای خرده مقیاس وسواس فکری، ۰/۹۷؛ اجبارها، ۰/۹۶ و برای کل مقیاس ۰/۹۸ به دست آوردند. همچنین، برای محاسبه روایی مقیاس، از همبستگی هر آیتیم با نمره کل استفاده کردند که در دامنه ۰/۳۶ تا ۰/۷۷ به دست آمد. در ایران، پایایی بین مصاحبه کنندگان، ۰/۹۸؛ ضریب همسانی درونی آن، ۰/۸۹ و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی در فاصله دو هفته ۰/۸۴ گزارش شده است. در پژوهش شاملی و همکاران (۱۳۹۷) به منظور سنجش پایایی مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای خرده مقیاس وسواس فکری، ضریب ۰/۶۲؛ اجبارها، ضریب ۰/۶۱ و برای کل مقیاس، ۰/۷۱ به دست آمد (Asl Alavi Paidar et al., 2020).

شرح جلسات مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی: مدل تلفیقی درمان طرحواره محور و ذهن آگاهی تهیه برنامه و بسته درمانی آموزش مدل تلفیقی طرحواره و ذهن آگاهی که توسط پژوهشگر تحت نظارت اساتید با استفاده از پیشینه‌های نظری و پژوهشی و مفاهیم رویکرد طرحواره و ذهن آگاهی نوشته فن ورسویک و همکاران (۲۰۱۴) ترجمه زیرک و حمیدپور (۱۳۹۸) می‌باشد و در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک جلسه آموزش داده شد (Raftar et al., 2020).

جلسه اول: معرفی شرکت کنندگان و بیان قوانین گروه، توضیح در مورد وسواس و مشکلات هیجانی ناشی از آن، توضیح درباره طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها، تمرین کشمش، دفتر یادداشت طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها، تمرین واری بدن، تکلیف خانگی، توضیح درباره تکلیف خانگی: توجه آگاهی در زندگی روزمره، توضیح در مورد پرسشنامه توجه آگاهی پنج وجهی، آگاه شدن از طرحواره هایتان، خلاصه نویسی

جلسه دوم: توجه آگاهانه به محیط پیراموی، دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، مراقبه کوتاه مدت واری بدن (پنج دقیقه ای)، بحث درباره نمرات توجه آگاهی و تکلیف خانگی، تمرین توجه آگاهانه به امور روزمره، تمرین توجه آگاهانه به محیط پیرامون، تکلیف خانگی

جلسه سوم: توجه آگاهانه به تنفس، دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای، تبادل نظر درباره نمرات توجه آگاهی به طرحواره و همچنین تکالیف خانگی، تمرین توجه آگاهانه به خاطرات دردناک، راه رفتن توجه آگاهانه، ختم جلسه، تکلیف خانگی

جلسه چهارم: توجه آگاهانه به سبک‌های مقابله با طرحواره، دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای، تبادل نظر درباره نمرات توجه آگاهی به طرحواره و همچنین دباره تکالیف خانگی، مقابله با طرحواره، شیرین کاری توجه آگاهانه، ختم جلسه، تکلیف خانگی

جلسه پنجم: مجاز دانستن و پذیرش هر آنچه که وجود دارد، دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای، تبادل نظر درباره توجه آگاهانه به طرحواره و همچنین درباره تکالیف خانگی، تمرین توجه آگاهی سه دقیقه‌ای به طرحواره، پذیرش توجه آگاهانه خویشتن و دیگران، ختم جلسه، تکلیف خانگی

جلسه ششم: طرحواره : واقعیت یا خیال؟، دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای، تبادل نظر درباره توجه آگاهی به طرحواره و همچنین درباره تکالیف خانگی، نشان دادن قصد، رها کردن طرحواره‌ها به حال خود، ختم جلسه، تکلیف خانگی

جلسه هفتم: مراقبت از خویشتن با کمک بزرگسال سالم و کودک خوشحال، دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای، تبادل نظر درباره توجه آگاهی به طرحواره و همچنین درباره تکالیف خانگی، مراقبت از خویشتن از طریق بزرگسال سالم و کودک خوشحال، آماده شدن برای آینده، بزرگسال سالم و کودک خوشحال، به چه چیزهایی نیاز دارند؟، ختم جلسه، تکلیف خانگی

جلسه هشتم: آینده، یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای، تبادل نظر درباره توجه آگاهی به طرحواره و همچنین درباره تکالیف خانگی، تمرین توجه آگاهانه به خویشتن به عنوان کودک و بزرگسال، شیرین کاری و توجه آگاهانه به طرحواره و ذهنیت در تعاملات شخصی، تکلیف خانگی

جلسه نهم: بازخورد از شرکت کنندگان در مورد میزان ذهن آگاهی آن‌ها نسبت به طرحواره هایشان در هفته گذشته، تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای، تداوم جهت گیری ذهن آگاهانه، تمرین بزرگسال سالمی که ذهن آگاهی را وارد زندگی روزمره می‌کند

جلسه دهم: بررسی میزان ذهن آگاهی شرکت کنندگان به طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها در خلال هفته گذشته، تشخیص و پایش مداوم طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها، تمرین ذهن آگاهانه با بزرگسال سالمی که بر آسیب پذیری فرد نظارت دارد، با ملاحظت پاسخ می‌دهد و به آینده امیدوار است

شرح جلسات آموزش طرحواره درمانی: طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر پایه الگوی یانگ بر روی کلیه شرکت کنندگان گروه آزمایش در جلسه‌های درمانی اجرا شد (Raftar et al., 2020). پس از اجرای پیش آزمون در هر دو گروه، گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه، ۱ روز در هفته،

هر جلسه ۹۰ دقیقه تحت مداخله درمانی قرار گرفت، اما گروه کنترل درمانی دریافت نکردند و پس از آزمون هم در یک هفته پس از اتمام درمان برای گروه آزمایش و کنترل انجام شد و این درمان توسط متخصص در مراکز درمانی و مشاوره انجام شد.

جلسه اول: معارفه، اهداف جلسات، تعداد جلسات، ایجاد انگیزه و اهمیت طرح آموزشی و پژوهشی، اجرا و جمع آوری پرسشنامه‌های پژوهش
جلسه دوم: توضیح مختصر در رابطه با اهداف و قوانین و مقررات گروه، تکمیل فرم تعهدنامه، آشنایی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه، شکل‌گیری و تداوم آن، حیطه‌ها و نیازهای مرتبط، دسته‌بندی طرحواره‌های اعضا خود تحلیلی، آغاز اجرای تکنیک‌ها و راهبردهای درمانی با هدف بهبود طرحواره‌ها، ارائه تکالیف خانگی، جمع‌بندی مباحث.

جلسه سوم: مرور مباحث قبلی، توضیح سبک‌های مقابله‌ای و تبادل نظر با اعضا، ارائه تکالیف مربوط به استفاده از سبک‌های مقابله‌ای در زندگی روزمره و ذکر موارد عینی آن، برقراری گفتگو بین جنبه امیدوارکننده و ناامیدکننده ذهن، ارائه تکالیف خانگی، جمع‌بندی مباحث.

جلسه چهارم: مرور مباحث قبلی، تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی سالم، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره‌ها، تکنیک رو به پایین؛ مرور تکنیک‌های شناختی از جلسات قبلی، ارائه تکالیف خانگی، جمع‌بندی مباحث

جلسه پنجم: مرور مباحث قبلی، تصویرسازی از مکان امن، ایجاد تغییر در روند خاطرات هیجانی آزار دهنده (نوشتن چند نمونه از خاطرات هیجانی مهم زندگی فرد)، ارائه تکالیف خانگی، جمع‌بندی مباحث

جلسه ششم: مرور مباحث قبلی، بکارگیری تکنیک‌های ذهن آگاهی و تن آرامی، گفتگوهای خیالی (در قالب تصویرسازی ذهنی) با باعث و بانی طرحواره، ارائه تکالیف خانگی، جمع‌بندی

جلسه هفتم: مرور مباحث قبلی، نوشتن نامه به باعث و بانی طرحواره، مرور و تکرار مجدد بر تکنیک‌های شناختی و تجربی، ارائه تکالیف خانگی، جمع‌بندی مباحث

جلسه هشتم: مرور مباحث قبلی، توصیف دقیق رفتارهای مقابله‌ای، اولویت‌بندی رفتارهای مقابله‌ای، ارائه تکالیف خانگی، جمع‌بندی مباحث

جلسه نهم: مرور مباحث قبلی، تغییر احتمالی رفتار، مرور و تکرار تکنیک‌های رفتاری، ارائه تکالیف خانگی، جمع‌بندی مباحث

جلسه دهم: مرور مباحث قبلی، توزیع و تکمیل مجدد پرسشنامه‌های پژوهش، پرسش و پاسخ به سوالات، بحث و نتیجه‌گیری از کل جلسات، اختتام جلسه

شرح جلسات آموزشی شناختی-رفتاری: در این پژوهش جهت انجام درمان مداخله شناختی-رفتاری از پروتکل مایکنام (۱۹۷۷) استفاده شد که به صورت هفته‌ای یک بار به مدت زمان ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش شد (Akbari, 2019).

جلسه اول: ارزیابی درمان جویان در شروع درمان با استفاده از آزمون وسواس، توضیح کلی در مورد علائم اختلال وسواس، بیان منطق درمان رفتاری شناختی در درمان وسواس و معرفی اجمالی باورهای اصلی، باورهای بینابینی، تفسیر افکار مزاحم، استرس و خلق در فرآیند اختلال وسواس از طریق رسم نمودار، اشاره به نقش عوامل جسمی و شرایط محیطی در شروع و تداوم وسواس.

جلسه دوم: بیان دو باور بینابینی شامل «اهمیت زیاد دادن به افکار» و «کنترل فکر» و روش‌های ضعیف کردن دو باور از طریق رها کردن و عدم سرکوبی آن‌ها، انجام مواجهه تدریجی از طریق مواجهه تصویری با هدف تضعیف باورهای غلط

جلسه سوم: توضیح در مورد باورهای بینابینی «کمالگرایی» و «ترس از اضطراب» و روش‌های درمان آن‌ها از طریق «تحلیل سود و زیان» و قطع کمالگرایی و مشاهده نتایج آن و روش «فاجعه‌سازی از افکار وسواسی» به منظور تجربه افزایش اضطراب و به چالش کشیدن باور مربوط به آن. انجام مواجهه عملی از طریق مشاهده یک فیلم با هدف تضعیف باورهای غلط

جلسه چهارم: توضیح در مورد باورهای بینابینی «تحمل نکردن عدم قطعیت» و «اطمینان طلبی» و روش‌های قطع اطمینان جویی و مواجهه با موقعیت‌های اجتنابی و قطع تشریفات و تحمل اضطراب حاصل به منظور تضعیف این باورها، انجام مواجهه عملی با هدف تضعیف باورهای غلط

جلسه پنجم: توضیح در مورد باور «احساس مسئولیت افراطی» و روش‌های کاهش آن، انجام مواجهه عملی در جلسه درمانی.
جلسه ششم: توضیح در مورد «باور ترس از نتایج مثبت» و درمان آن از طریق آزمایش‌های رفتاری و آشنایی با تکلیف مواجهه از طریق اجرای روش «بی‌آبی» و روش‌های هم سو با آن به منظور تضعیف باورهای غلط و تشریفات شناختی.

جلسه هفتم: بیان نقش تفسیر در پدیدآیی و تداوم وسواس و روش تغییر تفسیر، توضیح در مورد رابطه خلق و وسواس و پیشنهاد چهار راهبرد در رابطه با تغذیه، خواب، پیاده‌روی و ارتباطات اجتماعی به منظور افزایش خلق، انجام روش «کم‌آبی» و روش‌های هم سو با هدف تضعیف باورهای غلط.

جلسه هشتم: توضیح باورهای هسته‌ای در وسواس و ارتباط آن با باورهای بینابینی، توضیح در خصوص رابطه بین ضعیف شدن باورهای بینابینی و اصلاح باورهای هسته‌ای، انجام روش مواجهه از طریق مواجهه با خون با هدف تضعیف باورهای غلط.

جلسه نهم: جمع‌بندی مطالب مطرح شده و تاکید بر ارتباط‌های موجود بین باور هسته‌ای، باورهای بینابینی، تفسیر افکار مزاحم و وسواسی، توضیح بیشتر در مورد رفتارهای وسواسی شامل رفتارهای اجتنابی و تشریفات رفتاری و تاکید بر ایجاد فرصت‌های بیشتر و تداوم روش‌های مواجهه به منظور آزمایش رفتاری باورها.

جلسه دهم: بحث در خصوص احتمال عود مشکل و راهکارهای پیشگیری از برگشت مشکل و روش تشکیل جلسات خود درمانی به منظور به عهده گرفتن مدیریت درمان توسط درمانجو، ضرورت شرکت در جلسات تقویتی و ارزیابی مجدد درمانجویان با استفاده از پرسشنامه‌های پژوهش. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از طرح سه مرحله‌ای پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری و از طریق تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده استفاده شد.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) نمرات علایم و سواس، در گروه‌های آزمایش (درمان‌های مبتنی بر مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی، طرحواره درمانی و مداخله شناختی رفتاری) و گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ادامه ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار علایم و سواس به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

گروه	متغیر	شاخص	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی	افکار و سواسی	میانگین	۹۳.۱۵	۰۷.۹	۰۷.۹
		انحراف معیار	۵۶.۳	۸۱.۲	۳۱.۳
طرحواره درمانی	افکار و سواسی	میانگین	۹۳.۱۵	۴۷.۱۰	۲۰.۱۰
		انحراف معیار	۷۳.۳	۹۲.۲	۷۸.۳
مداخله شناختی رفتاری	افکار و سواسی	میانگین	۳۳.۱۵	۶۰.۱۱	۶۷.۱۱
		انحراف معیار	۸۲.۲	۷۵.۲	۶۴.۳
کنترل	افکار و سواسی	میانگین	۶۰.۱۵	۹۳.۱۴	۶۷.۱۵
		انحراف معیار	۹۷.۲	۹۴.۳	۹۴.۳
مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی	رفتارهای اجباری	میانگین	۳۳.۱۴	۸۰.۸	۲۷.۸
		انحراف معیار	۶۴.۲	۵۴.۲	۸۷.۲
طرحواره درمانی	رفتارهای اجباری	میانگین	۲۷.۱۴	۹۳.۱۱	۳۳.۱۱
		انحراف معیار	۲۲.۲	۴۳.۲	۵۳.۲
مداخله شناختی رفتاری	رفتارهای اجباری	میانگین	۶۷.۱۵	۲۰.۱۲	۲۷.۱۲
		انحراف معیار	۵۴.۳	۷۶.۳	۹۰.۳
کنترل	رفتارهای اجباری	میانگین	۷۳.۱۵	۵۳.۱۵	۴۰.۱۶
		انحراف معیار	۵۵.۲	۷۴.۳	۸۵.۳

همچنان که ملاحظه می‌شود میانگین در گروه مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی، طرحواره درمانی و مداخله شناختی رفتاری در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون مقیاس کاهش نشان می‌دهد. براساس نتایج مندرج جدول ۱، می‌توان به این توصیف دست زد که درمان‌های مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی، طرحواره درمانی و مداخله شناختی رفتاری باعث کاهش علایم و سواس زنان دارای نشانگان و سواس شده است.

جدول ۲. آزمون تحلیل واریانس مختلط نمرات علائم و سواس با معیار گرین هاوس گیزر

متغیر	شاخص آماری عوامل	SS	df	MS	F	Sig	ضریب ایتا
افکار و سواسی	درون گروهی	۴۱.۶۷۸	۸۸.۱	۷۹.۳۶۱	۰۵.۶۶	۰۰۱.۰	۵۴.۰
	تعاملی	۱۰.۲۴۹	۶۳.۵	۲۸.۴۴	۰۹.۸	۰۰۱.۰	۳۰.۰
	بین گروهی	۱۳.۴۱۰	۰۰.۳	۷۱.۱۳۶	۷۱.۵	۰۰۱.۰	۲۳.۰
رفتارهای اجباری	درون گروهی	۴۱.۳۳۸	۳۵.۱	۳۷.۲۵۰	۴۳.۴۸	۰۰۱.۰	۴۶.۰
	تعاملی	۲۶.۱۹۶	۰۶.۴	۴۰.۴۸	۳۶.۹	۰۰۱.۰	۳۳.۰
	بین گروهی	۸۶.۶۸۰	۰۰.۳	۹۵.۲۲۶	۳۰.۱۰	۰۰۱.۰	۳۶.۰

نتایج

جدول ۲ نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در سطح ۰/۰۵ معنادار است ($P < ۰/۰۵$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمرات علائم و سواس در مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری درمانی تفاوت معنا دار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها در مراحل درمانی محاسبه شد نتایج نشان داد تفاوت بین نمرات علائم و سواس در مراحل پیش آزمون با پس آزمون، پیش آزمون با پیگیری تفاوت معنی دار وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). همچنین بین نمرات علائم و سواس در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیگیری تفاوت معنی دار وجود ندارد، بطوری که نمرات علائم و سواس در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس آزمون تغییر معنی دار نداشته است ($P > ۰/۰۵$). با توجه به نتایج در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بین چهار گروه مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی، طرحواره درمانی، مداخله شناختی رفتاری و کنترل در سطح ۰/۰۵ برای علائم و سواس معنادار است ($P < ۰/۰۵$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری علائم و سواس در چهار گروه تفاوت معنا دار وجود دارد. با توجه به نتایج برای عامل بین گروهی مقدار F محاسبه شده در سطح ۰/۰۵ برای مؤلفه‌های علائم و سواس معنادار است ($P < ۰/۰۵$). در نتیجه بین میانگین کلی نمرات علائم و سواس در چهار گروه مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی و طرحواره درمانی و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی توکی [۲] به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها در چهار گروه محاسبه شد. نتایج در جدول ۳ مشاهده می‌شود.

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه زوجی میانگین‌های نمرات علائم و سواس در چهار گروه

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
افکار و سواسی	مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی - طرحواره درمانی	۴۰.۱-	۱۵.۱	۶۱۹.۰
	مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی - مداخله شناختی رفتاری	۵۳.۲-	۱۵.۱	۱۳۲.۰
	مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی - کنترل	۸۷.۵-	۱۵.۱	۰۰۱.۰
	طرحواره درمانی - مداخله شناختی رفتاری	۱۳.۱-	۱۵.۱	۷۶۱.۰
رفتارهای اجباری	طرحواره درمانی - کنترل	۴۷.۴-	۱۵.۱	۰۰۱.۰
	مداخله شناختی رفتاری - کنترل	۳۳.۳-	۱۵.۱	۰۲۶.۰
	مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی - طرحواره درمانی	۱۳.۳-	۱۶.۱	۰۴۵.۰
	مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی - مداخله شناختی رفتاری	۴۰.۳-	۱۶.۱	۰۲۵.۰
رفتارهای اجباری	مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی - کنترل	۷۳.۶-	۱۶.۱	۰۰۱.۰
	طرحواره درمانی - مداخله شناختی رفتاری	۲۷.۰-	۱۶.۱	۹۹۶.۰
	طرحواره درمانی - کنترل	۶۰.۳-	۱۶.۱	۰۱۶.۰
	مداخله شناختی رفتاری - کنترل	۳۳.۳-	۱۶.۱	۰۲۹.۰

از نتایج

جدول ۳ می‌توان نتیجه گرفت که روش (درمان‌های مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی، طرحواره درمانی و مداخله شناختی رفتاری) در مقایسه با گروه کنترل) بر نمرات افکار و سواسی تاثیر داشته‌اند ($P < ۰/۰۵$). سایر تفاوت‌های دو به دو معنادار نبوده است ($P > ۰/۰۵$). همچنین نتایج جدول نشان می‌دهد در مؤلفه‌ی رفتارهای اجباری مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی در مقایسه با طرحواره درمانی و مداخله شناختی رفتاری تاثیر بیشتری داشته است ($P < ۰/۰۵$). همچنین هر سه گروه درمانی در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معنادار دارند ($P < ۰/۰۵$). در نهایت تفاوت بین دو مداخله طرحواره درمانی و شناختی رفتاری معنادار نبوده است ($P > ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی با طرحواره درمانی و مداخله شناختی رفتاری بر علائم و سواس در زنان دارای نشانگان و سواس انجام شد. نتایج نشان داد که روش (درمان‌های مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی، طرحواره درمانی و

مداخله شناختی رفتاری در مقایسه با گروه کنترل) بر نمرات افکار وسواسی تاثیر داشته اند. همچنین نتایج جدول نشان می‌دهد در مؤلفه رفتارهای اجباری مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی در مقایسه با طرحواره درمانی و مداخله شناختی رفتاری تاثیر بیشتری داشته است. همچنین هر سه گروه درمانی در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معنادار دارند. نتایج پژوهش با یافته‌های پیشین متعددی (Amighi et al., 2023; Azizi et al., 2023; Bulut & Subasi, 2020; Cyr et al., 2020; Hente et al., 2020; Khatibi & Meghrazi, 2023; Külz et al., 2019; Leeuwerik et al., 2020; Levy et al., 2018; Lundström et al., 2022; Maddock et al., 2019; Matsumoto Mortezaeifar et al., 2021; Onaral, 2021; Paetsch et al., 2023; Pagsberg et al., 2022; Peeters, et al., 2022; Riquelme-Marín et al., 2022; Safari Dizaj & Alipanah, 2023; Sheykhangafshe et al., 2023; Sijercic Vicheva et al., 2020; Vos et al., 2024; Wickberg et al., et al., 2020; Sunde et al., 2019; van Dis et al., 2020; Young et al., 2006) همسو است. در تبیین نتایج می‌توان اشاره کرد که یکی از راه‌های سازماندهی اطلاعات در ذهن، تقسیم واقعیت‌ها به دو دسته درست و نادرست است. اما طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها باعث می‌شوند که ما اطلاعات را آن گونه که طرحواره‌ها می‌خواهند برداشت کنیم بدون این که به آن آگاه باشیم. بسیاری از مشکلات به این دلیل ایجاد و تداوم می‌یابند که ما در وضعیت هدایت خودکار به موقعیت‌ها واکنش نشان می‌دهیم. طرحواره‌ها نه تنها بر چیزهایی که باورشان تاثیر می‌گذارند، بلکه بر چگونگی پردازش اطلاعات نیز که در زندگی روزانه با آن‌ها مواجه هستیم تاثیرگذار هستند، وقتی یک طرحواره و باورهای مرکزی مربوط به آن فعال می‌شوند، افراد اطلاعات را به صورت سوگیرانه پردازش می‌کنند طوری که اطلاعات سازگار با طرحواره باریابی و اطلاعات ناسازگار با طرحواره نادیده گرفته می‌شوند. بنابراین رابطه متقابلی بین سوگیری در پردازش اطلاعات و باورهای مرکزی وجود دارد، لذا نیاز به هماهنگی شناختی و از طرف دیگر، استراتژی‌های مقابله ناسازگار (تسلیم، اجتناب و جبران افراطی) باعث تداوم طرحواره‌ها می‌شوند (Khatibi & Meghrazi, 2023; Onaral, 2021). طرحواره‌هایی که در کودکی شکل گرفته‌اند در طول زندگی تحت تاثیر تعارض‌ها، نیازهای قوی و افکار و احساسات دشوار راه اندازی می‌شوند. طرحواره‌ها در توانایی افراد در احساس امنیت در رابطه، توانایی در رفع نیازهایشان و توانایی در رفع نیازهای دیگران تداخل ایجاد می‌کنند. دست کشیدن از طرحواره‌ها دشوار است زیرا آن‌ها در سازمان دهی تجربان و ایجاد خطای ادراکی یا توهم ایمنی و پیش بینی پذیری در جهان به ما کمک می‌کنند و این احساس را ایجاد می‌کنند که ما می‌توانیم پیش بینی‌هایی درباره نتیجه روابطمان و محافظت از خودمان داشته باشیم. چگونگی پاسخ دهی افراد در هنگام راه اندازی طرحواره‌ها می‌تواند دقیقاً همان چیزی را خلق کند که آن‌ها از آن می‌ترسند. به محض راه اندازی طرحواره‌ها، یک تجربه تمام عیار شامل افکار، احساسات، ادراکات، خاطرات و اجبارهای طرحواره محور قدرتمندی را به بار می‌آورد (Peeters, 2022; Safari Dizaj & Alipanah, 2023).

از سوی دیگر ذهن آگاهی به درک این نکته کمک می‌کند که هیجان‌های منفی ممکن است رخ دهند، اما جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند و به افراد این امکان را می‌دهد که به جای پاسخ غیر ارادی به رویدادها با تامل و تفکر پاسخ دهند. در این صورت، توانایی مشاهده کردن حالت‌هایی مثل علائم وسواسی افزایش می‌یابد و به جای الگوهای رفتاری خودکار، فرد با درک حضور در زمان حال و همراهی با هیجان‌ها و عدم قضاوت آن‌ها قادر به مدیریت شرایط موجود بوده و علائم وسواسی کمتری را تجربه خواهند نمود. ذهن آگاهی به جای تلاش برای تغییر محتوای هیجان‌ها یا افکار، مستلزم تحمل است. مراقبه به فرد می‌آموزد که متوجه عوامل منجر به حواس پرتی باشد، اما خودش را با آن‌ها درگیر نکند. از آنجا که هیجان‌ها نمایانگر سخت ترین عوامل حواس پرتی اند، ذهن آگاهی مستلزم رویارویی مداوم با احساسات ناخوشایند در جسم و افکار ناخوشایند در ذهن است (Bürkle et al., 2021). از این گذشته، افزایش آگاهی به بیش از پیش نسبت به اطلاعات مربوط به عوامل زیربنایی نظیر علل هیجان‌ها و ارتباطشان با خاطرات ناخوشایند تجربه گذشته می‌انجامد. به عبارت دیگر، ذهن آگاهی شبیه مواجهه عمل می‌کند. به همین دلیل است که گلن از پیامدهای ذهن آگاهی با عنوان «حساسیت زدایی همه جانبه» یاد می‌کند (Goldin & Gross, 2010; Külz et al., 2019).

بنابراین طرحواره درمانی دو مرحله دارد: در مرحله اول یا همان سنجش طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها شناسایی می‌شوند در مرحله دوم که تغییر است از درمان شناختی-رفتاری (بازسازی شناختی، ایجاد یک ندای سالم درونی شده، و تمرینات رفتاری مختص در هم شکستن رفتار ناکارآمد)، درمان تجربی (تمرین ابراز خشم، غم یا درد)، درمان گشتالتی و روان درمانی بین فردی برای اصلاح طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها استفاده می‌شود. رویکرد مبتنی بر ذهن آگاهی مرحله سوم را نیز معرفی می‌کند که در آن از طریق توجه عاری از قضاوت به تجربه درونی فعال ساز طرحواره و ذهنیت، مجالی برای ایجاد روش‌های بدیع برای پاسخ دهی به وجود می‌آید. دستورالعمل مواجهه ذهن آگاهانه عبارت است از اجازه ظهور دادن به احساسات و تمرکز بر روی پاسخ‌های جسمانی حاصل از آن‌ها، بدون پیش بینی هیچ چیز، و بدون دست زدن به هیچ اقدامی. عجیب این که در بلندمدت، با آزاد گذاشتن احساسات دگرگونی حاصل می‌شود (Onaral, 2021). باورهای مرکزی از دل تروماهای خاص و رویارویی منفی با مراقبین که در طی آن نیازهای هیجانی اساسی برآورده نشده جوانه می‌زند. باورهای مبتنی بر طرحواره‌ها، هیجان‌ها بسیار دردناکی را راه اندازی می‌کنند. در حقیقت آن‌ها آن قدر تشویش زا هستند که افراد به محض فعال شدن این درد آن را سرکوب یا از آن اجتناب می‌کنند (لیو و مک کی، ۲۰۱۷). با توجه به این که شیوه افراد برای ادراک جهان را طرحواره هایشان از مدت‌ها پیش شکل داده است، لذا دسترسی به چشم اندازهای جدید اصولاً در دسترس ذهن افراد قرار نمی‌گیرند. به عبارت دیگر، دستگاه هدایت خودکار اغلب اوقات به راحتی بر افراد مسلط می‌شود. ذهن آگاهی کلید خروج از وضعیت خودکار است. زندگی ذهن آگاهانه بدون ابراز واکنش آبی، مجالی برای کنش‌های هشیارانه و ارادی در اختیار می‌گذارد. آموزش مستمر ذهن آگاهی به افراد این امکان را می‌دهد تا فرآیندهای توجهی خود را بهتر درک، شناسایی و تنظیم کنند. این امر کمک می‌کند تا تمایل افراد برای توجه خودکار به افکار یا احساسات عاطفی خاص و

هماندسازی با آن‌ها کم رنگ بیازد، و توجه و نیروی بیشتری را برای طیف وسیع تری از تجارب آزاد می‌سازد که در غیر این صورت از نظر دور می‌ماند (Chien et al., 2022; Külz et al., 2019). در پژوهش حاضر زنان در گروه طرحواره درمانی متمرکز بر ذهن آگاهی آموختند که تجربه‌های مرتبط با طرحواره هایشان مانند احساسات یاس، ترس، آسیب، طرد و تنهایی بخشی از سازمان ذهنشان است که در همه روابط ظاهر می‌شوند. افکار، احساسات، حالات بدنی، خاطرات و امیال پر فشار مرتبط با طرحواره‌ها خارج از کنترل هستند، لذا آن‌ها دریافتند که راهبردهایی که از آن‌ها به عنوان تلاش‌هایی برای کنترل و فرار از درد عمیق اجتناب ناپذیر استفاده می‌کنند، به ایجاد و تشدید دردی که ترس زیادی از آن دارند منتهی می‌شود. به این درک رسیدند که هر گاه تلاش می‌کنند تا از درد اولیه مرتبط با طرحواره هایشان اجتناب کنند یا آن را مسدود کنند، روابطشان آسیب می‌بیند و وقتی به جای تمرکز بر تلاش بر روی آن چه در کنترلشان است، همچنان با تغییر آن چه کنترل ناپذیر است درگیر هستند، درد حفظ و تشدید می‌شود باشیم.

محدودیت عمده این پژوهش مربوط به روایی بیرونی می‌باشد چرا که جامعه آماری پژوهش گروه خاصی از جامعه، یعنی زنان دارای نشانگان وسواس شهر تهران بودند، لذا امکان تعمیم نتایج به کل جامعه با محدودیت روبرو است. همچنین جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش براساس مقیاس‌های خودگزارش‌دهی بود. بنابراین، محدودیت دیگر این پژوهش مربوط به اندازه‌گیری می‌باشد؛ چرا که ممکن است بازخورد یا نظرات و خودگزارشی افراد در مورد خود که از این آزمون‌ها به دست می‌آید با آن چیزی که واقعا در عمل و رفتار فرد می‌توانیم مشاهده کنیم، متفاوت باشد. با توجه به تأثیر طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در افراد مبتلا به علائم وسواسی پیشنهاد می‌گردد روان‌شناسان از این درمان بصورت گسترده‌ای بهره گیرند. یکی از اهداف طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، کاهش توجه بیش از حد به افکار وسواسی است. برای این منظور، تمرین تمرکز بر روی حال حاضر، می‌تواند موثر باشد. برای مثال، تمرکز بر تنفس عمیق و حس بدن در لحظه می‌تواند به کاهش توجه به افکار وسواسی کمک کند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

References

- Akbari, Z. (2019). The effectiveness of group cognitive behavioral therapy on continence: in addicts who reoffered to Tehran centers residence of addiction treatment [Research]. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 6(2), 74-85. <https://doi.org/10.29252/shenakht.6.2.74>
- Amighi, H., Ebrahimi Moghadam, H., & Kashani Vahid, L. (2023). Comparison the effectiveness of dialectical behavior therapy and cognitive-behavioral therapy on anxiety and aggression in people with obsessive-compulsive disorder [Research]. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 10(5), 87-102. <https://doi.org/10.32598/shenakht.10.5.87>
- Asl Alavi Paidar, S. S., Khodabakhsh, R., & Mehrinejad, S. A. (2020). Comparison of the Effectiveness of Behavioral-Cognitive & Metcognitive Approaches on thought fusion in patient with Obsessive Compulsive Disorder with one month follow up. *Clinical Psychology and Personality*, 16(2), 41-51. <https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2856>
- Azizi, M., FarokhSiri, Y., Kazemi Bahman abad, F., & Zamani, Z. (2023). The effectiveness of mindfulness-based group therapy on controlling rumination and difficulty in regulating emotions in adolescents with obsessive-compulsive disorder [Research]. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ)*, 12(2), 219-228. <http://frooyesh.ir/article-1-4382-en.html>
- Bulut, S., & Subasi, M. (2020). Group therapy in adults with obsessive-compulsive disorder: A review. *Open Journal of Medical Psychology*, 9(04), 150. https://www.scirp.org/html/2-2250250_103144.htm
- Bürkle, J. J., Fendel, J. C., & Schmidt, S. (2021). Mindfulness-based and acceptance-based programmes in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a study protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 11(6), e050329. <https://bmjopen.bmj.com/content/11/6/e050329.abstract>
- Chien, W. T., Tse, M.-K., Chan, H. Y. L., Cheng, H. Y., & Chen, L. (2022). Is mindfulness-based intervention an effective treatment for people with obsessive-compulsive disorder? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 32, 100712. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2022.100712>
- Cyr, M., Pagliaccio, D., Yanes-Lukin, P., Fontaine, M., Rynn, M. A., & Marsh, R. (2020). Correction: Altered network connectivity predicts response to cognitive-behavioral therapy in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology*, 45(7), 1241-1241. <https://doi.org/10.1038/s41386-020-0647-6>
- Fineberg, N. A., Day, G. A., de Koenigswarter, N., Reghunandanan, S., Kolli, S., Jefferies-Sewell, K., Hranov, G., & Laws, K. R. (2015). The neuropsychology of obsessive-compulsive personality disorder: a new analysis. *CNS Spectrums*, 20(5), 490-499. <https://doi.org/10.1017/S1092852914000662>
- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, 10(1), 83-91. <https://doi.org/10.1037/a0018441>
- HekmatiyanFard, S., Golestaneh, Seyed Mousa. (2023). The relationship between early maladaptive schemas and academic procrastination with the mediating role of personality traits and perfectionism. *Journal of Psychology*, 1(27), 38-50. <http://iranapsy.ir/fa/Article/38155>
- Hente, E., Sears, R., Cotton, S., Pallerla, H., Siracusa, C., Filigno, S. S., & Boat, T. (2020). A Pilot Study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Improve Well-Being for Health Professionals Providing Chronic Disease Care. *The Journal of Pediatrics*, 224, 87-93.e81. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.02.081>
- Jesse, C. D., Creedy, D. K., & Anderson, D. J. (2019). Effectiveness of psychological interventions for women with type 2 diabetes who are overweight or obese: a systematic review protocol. *JBIM Evidence Synthesis*, 17(3). https://journals.lww.com/jbisrir/fulltext/2019/03000/effectiveness_of_psychological_interventions_for.5.aspx
- Karantzas, G. C., Younan, R., & Pilkington, P. D. (2023). The associations between early maladaptive schemas and adult attachment styles: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 30(1), 1. <https://psycnet.apa.org/journals/cps/30/1/1/>
- Kayser, R. R., Haney, M., Raskin, M., Arout, C., & Simpson, H. B. (2020). Acute effects of cannabinoids on symptoms of obsessive-compulsive disorder: A human laboratory study. *Depression and Anxiety*, 37(8), 801-811. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/da.23032>

- Khatibi, P., & Meghrazi, P. (2023). Predicting psychological helplessness based on initial maladaptive schemas and coping strategies in women affected by marital infidelity. *Journal of Applied Family Therapy, 4*(2), 487-506. <https://doi.org/10.22034/aftj.2022.304757.1200>
- Külz, A. K., Landmann, S., Cludius, B., Rose, N., Heidenreich, T., Jelinek, L., Alsleben, H., Wahl, K., Philippen, A., Voderholzer, U., Maier, J. G., & Moritz, S. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) and residual symptoms after cognitive behavioral therapy (CBT): a randomized controlled trial. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 269*(2), 223-233. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0957-4>
- Lee, S. W., Jang, T. Y., Kim, S., & Lee, S. J. (2023). Heightened but Inefficient Thought-Action Fusion in Obsessive-Compulsive Disorder: New Insight From a Multiple Trial Version of the Classic Thought-Action Fusion Experiment. *Psychiatry Investig, 20*(2), 120-129. <https://doi.org/10.30773/pi.2022.0262>
- Leeuwerik, T., Cavanagh, K., & Strauss, C. (2020). The Association of Trait Mindfulness and Self-compassion with Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms: Results from a Large Survey with Treatment-Seeking Adults. *Cognitive therapy and research, 44*(1), 120-135. <https://doi.org/10.1007/s10608-019-10049-4>
- Levy, H. C., Hannan, S. E., Diefenbach, G. J., & Tolin, D. F. (2018). Change in obsessive beliefs in therapist-directed and self-directed exposure therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 18*, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2018.05.001>
- Loosen, A. M., & Hauser, T. U. (2020). Towards a computational psychiatry of juvenile obsessive-compulsive disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 118*, 631-642. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.07.021>
- Lundström, L., Flygare, O., Andersson, E., Enander, J., Bottai, M., Ivanov, V. Z., Boberg, J., Pascal, D., Mataix-Cols, D., & Rück, C. (2022). Effect of Internet-Based vs Face-to-Face Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open, 5*(3), e221967-e221967. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.1967>
- Maddock, A., Hevey, D., D'Alton, P., & Kirby, B. (2019). A Randomized Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy with Psoriasis Patients. *Mindfulness, 10*(12), 2606-2619. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01242-3>
- Matsumoto, K., Hamatani, S., Makino, T., Takahashi, J., Suzuki, F., Ida, T., Hamamura, S., Takiguchi, S., Tomoda, A., Omori, I. M., Kosaka, H., Shinno, S., Ikai, T., Hayashi, H., Katayama, H., Shiko, Y., Ozawa, Y., Kawasaki, Y., Sutoh, C., & Shimizu, E. (2022). Guided internet-based cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A multicenter randomized controlled trial in Japan. *Internet Interventions, 28*, 100515. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100515>
- Mortezaeifar, S., Hamdih, M., Baghdasaryans, A., & Targhi Jah, S. (2021). Comparison of Cognitive Behavior Therapy and Islamic Based Spiritual Religion Psychotherapy on the Intensity of the Symptoms of Obsessive-Compulsive of Women with Washing Compulsive. *Journal of Psychological Studies, 16*(4), 25-40. <https://doi.org/10.22051/psy.2021.29617.2118>
- Nejat, A., Rafezi, Z., & Hossseinsabet, F. (2020). Predicting Obsessive-Compulsive Disorder based on Mindfulness, Cognitive Emotion Regulation Strategies, and Coping Strategies [Research]. *Journal of Research in Behavioural Sciences, 18*(2), 249-259. <https://doi.org/10.52547/rbs.18.2.249>
- Onaral, G. (2021). Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Üçüncü Kuşak Terapilerin Etkililiği: Bir Gözden Geçirme [Effectiveness of Third Wave Therapies for Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: A Review]. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 13*(2), 292-331. <https://doi.org/10.18863/pgy.779029>
- Paetsch, A., Bär, H. E., Rijkeboer, M. M., & Lobbestael, J. (2023). Early Maladaptive Schemas and Schema Modes in Clinical Disorders: A Systematic Review. *Psychology and Psychotherapy Theory Research and Practice. https://doi.org/10.1111/papt.12465*
- Pagsberg, A. K., Uhre, C., Uhre, V., Pretzmann, L., Christensen, S. H., Thoustrup, C., Clemmesen, I., Gudmandsen, A. A., Korsbjerg, N. L. J., & Mora-Jensen, A.-R. C. (2022). Family-based cognitive behavioural therapy versus family-based relaxation therapy for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: protocol for a randomised clinical trial (the TECTO trial). *BMC psychiatry, 22*(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04142-4>
- Peeters, N., Van Passel, Boris, Krans, Julie. (2022). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology, 61*(3), 579-597. <https://doi.org/10.1111/bjc.12324>

- Raftar, A. M. R., Shareh, H., & Toozandehjani, H. (2020). Effectiveness of mindfulness-based schema therapy in depression, anxiety and hopelessness of betrayed women: A randomized clinical trial. <https://www.sid.ir/paper/415715/en>
- Riquelme-Marín, A., Rosa-Alcázar, A. I., & Ortigosa-Quiles, J. M. (2022). Mindfulness-based psychotherapy in patients with obsessive-compulsive disorder: A meta-analytical Study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 22(3), 100321. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2022.100321>
- Safari Dizaj, S., & Alipanah, A. (2023). Effectiveness of Group Schema Therapy on Distress Tolerance and Obsessive-Compulsive Symptoms in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 30(3), 393-403. https://jsums.medsab.ac.ir/article_1562_dac138a15fcc1259ae498cc9ca4e3e35.pdf
- Sheykhangafshe, F. B., Saeedi, M., Niri, V. S., Nakhostin, Z., & Bourbour, Z. (2023). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on difficulties in emotional regulation and cognitive flexibility in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychology*, 27(1), 28-37. <https://psycnet.apa.org/record/2024-37952-004>
- Shi, Y. (2023). Early Maladaptive Schemas and the Risk of Nonsuicidal Self-Injury in College Students: A Retrospective Study. *Medicine*. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000035584>
- Sijercic, I., Whitfield, K. M., Cassin, S. E., & Antony, M. M. (2020). A systematic review of cognitive-behavioral therapy for pharmacotherapy treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 26, 100532. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100532>
- Sunde, T., Hummelen, B., Himle, J. A., Walseth, L. T., Vogel, P. A., Launes, G., Haaland, V. Ø., & Haaland, Å. T. (2019). Early maladaptive schemas impact on long-term outcome in patients treated with group behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *BMC psychiatry*, 19(1), 318. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2285-2>
- van Dis, E. A. M., van Veen, S. C., Hagenars, M. A., Batelaan, N. M., Bockting, C. L. H., van den Heuvel, R. M., Cuijpers, P., & Engelhard, I. M. (2020). Long-term Outcomes of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(3), 265-273. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3986>
- Vicheva, P., Butler, M., & Shotbolt, P. (2020). Deep brain stimulation for obsessive-compulsive disorder: A systematic review of randomised controlled trials. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 109, 129-138. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.01.007>
- Vos, M. K.-d., Giesbers, G., & Hülsken, J. (2024). Relationships Between Early Maladaptive Schemas and Emotional States in Individuals With Sexual Convictions. *Sexual Abuse*, 36(2), 233-250. <https://doi.org/10.1177/10790632231153635>
- Watson, D., Forbes, M. K., Levin-Aspensson, H. F., Ruggero, C. J., Kotelnikova, Y., Khoo, S., Bagby, R. M., Sunderland, M., Patalay, P., & Kotov, R. (2022). The Development of Preliminary HiTOP Internalizing Spectrum Scales. *Assessment*, 29(1), 17-33. <https://doi.org/10.1177/107319112111003976>
- Wickberg, F., Lenhard, F., Aspvall, K., Serlachius, E., Andrén, P., Johansson, F., Silverberg-Mörse, M., & Mataix-Cols, D. (2022). Feasibility of internet-delivered cognitive-behavior therapy for obsessive-compulsive disorder in youth with autism spectrum disorder: A clinical benchmark study. *Internet Interventions*, 28, 100520. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100520>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford press. https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=1x7TDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=31.+Young,+J.+E.,+Klosko,+J.+S.,+%26+Weishaar,+M.+E.+%282003%29.+Schema+therapy:+A+practitioner%27s+guide.+Guilford+Press.%E2%80%8F&ots=P0qSfQwNJK&sig=4ASKsBOfWy_-ICwzL3qZcHB5vfw
- Zohreh, M., Armin, M., & Ali, T. (2023). Modeling the Relationship between Early Maladaptive Schemas, Personality Traits and Suicidal Tendency with Mediating roles of Self-Efficacy and Meaning of Life in Teenagers of Gachsaran City. *Islamic Lifestyle Centered on Health*, 7(2), 317-328. <https://www.magiran.com/paper/2712744>