

اثربخشی درمان طرحواره‌درمانی هیجانی بر نشانه‌های بالینی و طرحواره هیجانی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی

نجمه عابدی شریقی^۱، مسعود آهوان^۲، یونس دوستیان^۳، یوسف اعظمی^۴، سپیده حسینی^۵

تاریخ پذیرش: ۹۵/۸/۵

تاریخ وصول: ۹۵/۱/۲۲

چکیده

نقص در فرایند تنظیم هیجانی به عنوان یکی از مشکلات عمده بیماران وسواسی گزارش شده است و در مدل طرحواره‌درمانی هیجانی (EST) نقش هیجان‌ها و راهبردهای پردازش هیجان برجسته هستند. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان طرحواره‌درمانی هیجانی بر نشانه‌های بالینی و طرحواره هیجانی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی بود. پژوهش حاضر یک تحقیق نیمه‌تجربی بود. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر نیشابور در سال ۱۳۹۳-۱۳۹۴ بود. نمونه شامل ۲۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواس که به روش دردسترس انتخاب شد (گروه مداخله ۱۰ نفر و لیست انتظار ۱۰ نفر). برای گروه مداخله روش EST طی ۱۲ جلسه هفتگی ۲ ساعته برای هر فرد برگزار شد. ابزار این پژوهش شامل پرسشنامه وسواس فکری و عملی بیل براون و مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیهی بود و داده‌ها با استفاده از روش کوواریانس تحلیل شد. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که ابعاد تاییدطلبی، قابلیت درک، گناه، ارزش‌های بالاتر، کنترل، بی‌حسی، مدت زمان، توافق، بیان احساس و سرزنش در گروه‌های مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.05$)، اما در ابعاد ساده‌اندیشی درباره هیجان، منطقی، پذیرش احساسات و اندیشناکی این تفاوت معنی‌دار نبود. به‌طور کلی نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که EST

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

Najme.Abedi@gmail.com

۲. دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه آزاد واحد بجنورد (نویسنده مسئول)

masood.ahvan@gmail.com

۳. دانشجوی دکتری مشاوره توانبخشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۴. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه

طباطبائی yaazami@yahoo.com

۵. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید بهشتی

تأثیر مناسبی در کاهش اختلال وسواس داشته است و می‌تواند به عنوان یک درمان موثر در اصلاح بسیاری از طرحواره‌های هیجانی زنان مبتلا به اختلال وسواس مورد توجه قرار گیرد.

واژگان کلیدی: طرحواره‌درمانی هیجانی، نشانه‌های بالینی، طرحواره هیجانی، اختلال وسواس فکری و عملی

مقدمه

اختلال وسواس فکری و عملی^۱ (OCD) با وجود وسواس‌های فکری - عملی مشخص می‌شود. وسواس‌های فکری افکار، امیال یا تصورات عودکننده مداوم هستند که به صورت مزاحم و ناخواسته تجربه می‌شوند، در حالی که وسواس‌های عملی رفتارها یا اعمال ذهنی مکرر هستند که فرد احساس می‌کند در پاسخ به وسواس فکری یا بر طبق مقرراتی خاص انجام می‌شود. شیوع ۱۲ ماهه این اختلال در ایالت متحده آمریکا ۱/۲ درصد است و زنان در بزرگسالی به میزان بیشتری نسبت به مردان مبتلا می‌شوند (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۱۳). اختلال وسواس می‌تواند ناتوان‌کننده باشد چون با عملکرد حرفه‌ای، فعالیت اجتماعی معمول و روابط با دوستان و اعضای خانواده تداخل می‌نماید (قمری گیوی، نادر و دهقانی، ۱۳۹۳). طی تحقیقات انجام شده روی بیماران وسواسی، نقص در فرایند تنظیم هیجانی به عنوان یکی از مشکلات عمده آنها گزارش شده است (جکوب^۲، مرلن، سووگ^۳، براون جکوبسن و ایتساید، ۲۰۱۲؛ سیمون^۴، آدلر و کوفمن، ۲۰۱۴؛ فونتله^۵ و همکاران، ۲۰۱۲؛ نیومن^۶ و همکاران، ۲۰۱۴).

در سالیان اخیر، توجهی روزافزون به نقش پردازش و تنظیم هیجانی در انواع مختلفی از اختلالات معطوف شده است (لیهی، تیرچ و ناپولیتانو^۷، ۲۰۱۴). اختلال در تنظیم هیجان نقش چشمگیری در اختلال شخصیت مرزی (اسچولز، اسچماه و نیدفلد^۸، ۲۰۱۶)، اختلال

1. obsessive-compulsive disorder
2. Jacob
3. Suveg
4. Simon
5. Fontenelle
6. Neumann
7. Leahy , Tirch & Napolitano
8. Schulze , Schmahl & Niedtfeld

اضطراب (گنگ، لی، زانگ و رست^۱، ۲۰۱۵)، عزت نفس (ریتچی، سدی کیدس و اسکروونسکی^۲، ۲۰۱۵)، اختلالات خوردن (ایناموراتی^۳ و همکاران، ۲۰۱۵؛ کراکت^۴، مهری و راکی، ۲۰۱۵)، رفتارهای تکراری متمرکز بر بدن^۵ مثل ناخن جویدن و کندن پوست (رابرتس^۶، اکانور و بلانگر^۷، ۲۰۱۳) و اختلال احتکار^۸ (فرناز^۹ و همکاران، ۲۰۱۳) دارد. بین شناخت و هیجان ارتباط وجود دارد و تنظیم هیجان همچنین در افسردگی، اختلال استرس پس ضربه و OCD نقش دارد (تیلور و لیبرزون^{۱۰}، ۲۰۰۷). طبق نظریه لیهی، قبول نکردن درمان شناختی برای اختلالات اضطرابی تا حدودی به نقش اجتناب هیجانی و ترس از اضطراب مرتبط است و اضطراب بیمار در اثر بدتنظیمی هیجان می‌باشد (لیهی، ۲۰۰۷). هنگامی که هیجان برانگیخته می‌شود و به آن درجه از شدت می‌رسد که مشکل ساز شود، ممکن است دیگر تکنیک‌های شناختی - رفتاری سستی بسیار سخت شود و استرس را زیاد کند، به‌علاوه استفاده از تکنیک‌های رفتاری و مخصوصاً تکنیک‌های مواجهه نیز ممکن است مشکل باشد، چرا که این تکنیک‌ها سبب تشدید آشفتگی هیجانی می‌شود (لیهی و همکاران، ۲۰۱۴).

طرحواره‌ها، الگوها یا درون‌مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که از خاطره‌ها، هیجان، شناخت‌واره‌ها و احساس‌های بدنی تشکیل شده‌اند (قادری، کلاتری و مهرابی، ۱۳۹۵). طرحواره‌درمانی هیجانی (EST)، ذهن آگاهی و رویکردهای مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای مقابله با هیجان‌های نامطلوب موثر است (لیهی و همکاران، ۲۰۱۴). ذهن آگاهی یکی از درمان‌های هیجان‌مدار است که بر وسواس موثر است (استراس^{۱۱}، روستن، هیوارد^{۱۲}، لی، فرستر، جونز، ۲۰۱۵؛ کلز و روز^{۱۳}، ۲۰۱۴). درمان پذیرش و تعهد نیز بر

1. Gong , Li , Zhang & Rost
2. Ritchie , Sedikides & Skowronski
3. Innamorati
4. Crockett
5. body-focused repetitive behaviors
6. Roberts
7. Bélanger
8. hoarding Disorder
9. Fernández
10. Taylor, Liberzon
11. Strauss
12. Hayward
13. Külz & Rose

وسواس موثر است (بلوتی^۱، هومانک، موریسون، لوین و توهیگم، ۲۰۱۴؛ ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲)، از این روش‌های درمانی، روشی که توجه بالینی زیادی را دریافت کرده است، درمان EST است. در مدل EST نقش هیجان‌ها و راهبردهای پردازش هیجان برجسته هستند. این مدل با این اصل بنیادین پایه‌گذاری شده است که هیجان‌هایی مثل ترس، ناراحتی، اضطراب و تنهایی تجاربی جهان‌شمول هستند اما تفاوت‌های فردی زیادی در زمینه مفهوم‌سازی هیجان‌ها و راهبردهای کنار آمدن با آنها وجود دارد (بک^۲ و همکاران، ۲۰۰۹).

تفاوت‌های موجود بین افراد از نظر تفسیرها، ارزیابی‌ها، میل به اقدام و راهبردهای رفتاری مربوط به هیجان‌های آنان طرحواره‌درمانی هیجانی نامیده می‌شود. طرحواره‌درمانی هیجانی (EST) به‌عنوان الگویی یکپارچه‌ساز و آزاد، افراد را تشویق می‌کند تا از سایر مفهوم‌سازی‌ها و الگوهای مداخله برای تغییر استفاده کنند. با این وجود، نکته اصلی آن است که مداخلات، به بیماران کمک می‌کند تا مطالبی درباره‌ی هیجان بیاموزند و با هیجان مقابله کنند، و EST^۳ که الگوی نوینی برای هیجان به‌شمار می‌رود^۴ استقلال عمل را برای بیمار فراهم می‌آورد تا بتواند با هیجان بیشتر آشنا شود و نحوه برخورد با هیجان را بیاموزد (لیهی و همکاران، ۲۰۱۴). این‌طور برداشت می‌شود که بین طرحواره‌های هیجانی و ادامه‌دار شدن OCD رابطه وجود دارد (رحیمیان‌بوگر، کیان ارثی و تربران، ۱۳۹۲) و EST به‌عنوان درمانی مناسب برای OCD (لیهی، ۲۰۰۷)، اختلالات خلقی (بتماز^۳، یلوسوی کایماک^۴، کاسبی بیک و تورک کاپار، ۲۰۱۴)، اختلال اضطراب فراگیر (کمالی، قاری و بیرشک، ۲۰۱۳) است. لذا اگرچه شواهد تجربی برای EST مخصوصاً به‌عنوان درمانی برای وسواس بسیار محدود است، اما امیدوارکننده است. در همین راستا هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان طرحواره‌درمانی هیجانی بر نشانه‌های بالینی و طرحواره هیجانی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی بود.

1. Bluett, E
2. Beck
3. Batmaz
4. Ulusoy Kaymak

روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر یک تحقیق نیمه‌تجربی همراه با پیش‌آزمون^۱ پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه زنان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره شهر نیشابور در سال ۹۴-۱۳۹۳ بود. نمونه شامل ۲۰ نفر که به روش دردسترس انتخاب شد و به دلیل مراجعه تدریجی بیماران به مراکز مشاوره امکان گمارش تصادفی نمونه‌ها نیز وجود نداشت. در نهایت ۲۰ بیمار مبتلا به وسواس که از طریق مصاحبه تشخیصی اختلال وسواس فکری - عملی را برحسب DSM-5 دریافت کردند، در دو گروه طرحواره‌درمانی (۱۰ نفر) و لیست انتظار (۱۰ نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل؛ تشخیص وسواس طبق نظر روانشناس براساس DSM-5، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، برخورداری از سطح تحصیلات حداقل سوم راهنمایی می‌باشد. معیارهای خروج از مطالعه شامل؛ استفاده از درمان‌های روانشناختی یا دارودرمانی برای مشکلات روحی در شش ماه گذشته و داشتن بیماری جسمی و سوء مصرف مواد می‌باشد. برای گروه مداخله روش طرحواره‌درمانی هیجانی طی ۱۲ جلسه هفتگی ۲ ساعته برای هر فرد برگزار شد. مراحل اجرای روش طرحواره‌درمانی هیجانی براساس روش درمانی که در کتب مرجع آمده است، اعمال شد (لیهی و همکاران، ۲۰۱۴) و بدین ترتیب ارائه گردید:

جلسه اول: سنجش و ارزیابی

جلسه دوم: توضیح در مورد درمان و شناسایی باورهای هیجانی و ...

جلسه سوم: به‌هنجارسازی هیجان و ماهیت‌گذاری آن

جلسه چهارم: افزایش شناخت از پیچیدگی هیجان

جلسه پنجم: ایجاد قدرت تحمل احساسات

جلسه ششم: دسته‌بندی هیجان و مرتبط ساختن هیجان با ارزش‌های بالاتر

جلسه هفتم: پذیرش هیجان و فضاسازی هیجان

جلسه هشتم: اعتباریابی هیجان

جلسه نهم و دهم: بررسی خاستگاه‌های مربوط به باورهای منفی که ریشه در دوران

کودکی دارد

جلسه یازدهم و دوازدهم: ارائه الگویی جدید و دستورالعمل‌های خاص در جهت کاهش

عود

در این مدت برای گروه انتظار هیچ درمان روان‌شناختی اعمال نشد. قبل و بعد از اجرای متغیر مستقل همه آزمودنی‌ها در گروه مداخله و لیست انتظار از طریق پرسشنامه وسواس فکری - عملی ییل براون و مقیاس طرحواره‌های هیجانی مورد سنجش قرار گرفتند.

ابزار: ۱. مقیاس وسواس فکری - عملی ییل براون: این مقیاس یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته می‌باشد که شدت و علایم این اختلال را با گزینه در شرایط کنونی بیماری می‌سنجد. این مقیاس به ارزیابی مدت زمان صرف شده، میزان تداخل، میزان ناراحتی، میزان مقاومت و میزان کنترل می‌پردازد. دادفر و همکاران پایایی بین مصاحبه‌کنندگان را برای این مقیاس ۰/۹۸، ضریب همسانی درونی را ۰/۸۹ و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی را در فاصله دو هفته ۰/۸۴ گزارش کردند. همچنین روایی تشخیصی آن با پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس درجه‌بندی اضطراب همیلتون به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۵۹ محاسبه شده است (ایزدی، نشاط دوست، عسگری و عابدی، ۱۳۹۳).

۲. مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیهی: این مقیاس دارای ۵۰ سوال می‌باشد که در مقیاسی ۶ درجه‌ای لیکرت تنظیم گردیده است. این مقیاس دارای ۱۴ بعد است که شامل تاییدطلبی^۱، قابلیت درک^۲، گناه^۳، ساده‌اندیشی درباره هیجان^۴، ارزش‌های بالاتر^۵، کنترل^۶، بی‌حسی^۷، منطقی^۸، مدت زمان^۹، توافق^{۱۰}، پذیرش احساسات^{۱۱}، اندیشناکی^{۱۲}، بیان احساس^{۱۳}، سرزنش^{۱۴} می‌باشد (بک^{۱۵} و همکاران، ۲۰۰۹). خانزاده و همکاران پایایی این مقیاس را به روش بازآزمایی در فاصله دو هفته ۰/۷۸ و ضریب همسانی درونی با استفاده از

1. validation
2. comprehensibility
3. guilt
4. simplistic view of emotion
5. simplistic view of emotion
6. control
7. numbness
8. rational
9. duration
10. consensus
11. acceptance of Feelings
12. rumination
13. expression
14. blame
15. Beck

روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کردند (محمدخانی^۱، سلیمانی و سیدعلی نقی، ۲۰۱۴). همچنین دانشمندی و همکاران پایایی آن را ۰/۸۵ محاسبه کردند (دانشمندی^۲، ایزدی‌خواه، کاظمی و مهربابی، ۲۰۱۴).

یافته‌های پژوهش

جدول شماره ۱ میانگین‌های تعدیل شده ابعاد طرحواره هیجانی را نشان می‌دهد، یعنی اثر متغیر تصادفی کمکی به صورت آماری حذف شده است. براساس داده‌های موجود در جدول شماره ۱، میانگین گروه مداخله ابعاد طرحواره‌های هیجانی در مقایسه با گروه کنترل تغییر چشم‌گیری داشته‌اند.

جدول ۱. میانگین‌های تعدیل شده ابعاد طرحواره هیجانی

| متغیر | گروه | میانگین | انحراف معیار |
|--------------------------|--------|---------|--------------|
| کنترل | کنترل | ۱۰/۶۹ | ۰/۳۶ |
| | مداخله | ۵/۵۴ | ۰/۳۷ |
| تاییدطلبی | کنترل | ۱۵/۲۳ | ۰/۳۶ |
| | مداخله | ۲/۳۵ | ۰/۳۷ |
| قابلیت درک | کنترل | ۱۵/۷۶ | ۰/۴۲ |
| | مداخله | ۴/۱۱ | ۰/۴۸ |
| گناه | کنترل | ۹/۳۲ | ۱/۷۸ |
| | مداخله | ۸/۷۰ | ۱/۴۹ |
| ساده‌اندیشی درباره هیجان | کنترل | ۱۰/۹۹ | ۰/۵۲ |
| | مداخله | ۷/۳۲ | ۰/۵۶ |
| ارزش‌های بالاتر | کنترل | ۱۱/۵۰ | ۰/۴۹ |
| | مداخله | ۱/۹۸ | ۰/۴۹ |
| کنترل | کنترل | ۴/۱۰ | ۰/۲۶ |
| | مداخله | | |

1. Mohammadkhani
2. Daneshmandi

| | | | |
|---------------|--------|-------|------|
| بی‌حسی | مداخله | ۰/۹۶ | ۰/۲۶ |
| | کنترل | ۱۰/۱۸ | ۰/۴۶ |
| منطقی | مداخله | ۷/۶۴ | ۰/۴۶ |
| | کنترل | ۵ | ۰/۲۰ |
| مدت زمان | مداخله | ۴/۴۶ | ۰/۲۰ |
| | کنترل | ۱۱/۶۱ | ۱/۲۲ |
| توافقی | مداخله | ۱۰/۹۵ | ۱/۲۰ |
| | کنترل | ۱۹/۸۴ | ۰/۵۵ |
| پذیرش احساسات | مداخله | ۱۰/۶۱ | ۰/۵۹ |
| | کنترل | ۱۲/۹۹ | ۱/۴۱ |
| اندیشناکی | مداخله | ۷/۹۱ | ۱/۳۰ |
| | کنترل | ۰/۵۰ | ۰/۵۰ |
| بیان احساس | مداخله | ۰/۵۱ | ۰/۵۱ |
| | کنترل | ۰/۷۹ | ۰/۷۹ |
| سرزنش | مداخله | ۰/۸۰ | ۰/۸۰ |

جدول شماره ۲ میانگین‌های تعدیل شده متغیر وسواس فکری - عملی را نشان می‌دهد. میانگین گروه مداخله در متغیر وسواس فکری - عملی ۰/۷۹ می‌باشد در حالی که در گروه کنترل ۲/۲۸ می‌باشد که نشان‌دهنده کاهش میانگین نمرات در گروه مداخله پس از درمان است.

جدول ۲. میانگین‌های تعدیل شده متغیر وسواس فکری - عملی

| متغیر | گروه | میانگین | انحراف معیار |
|-------------------|--------|---------|--------------|
| | کنترل | ۲/۲۸ | ۰/۱۷ |
| وسواس فکری - عملی | مداخله | ۰/۷۹ | ۰/۱۷ |

نتایج بررسی پیش‌فرض‌های آماری نشان داد هر دو پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لوین) و نرمال بودن برقرار است ($p < 0/05$).

جدول شماره ۳ نتایج تحلیل کوواریانس را جهت بررسی اثربخشی EST بر ابعاد طرحواره هیجانی رادر مرحله پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به میانگین نمرات پس‌آزمون ابعاد طرحواره هیجانی

| متغیر | منبع | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معنی داری | اندازه اثر |
|-----------------|-----------|---------------|------------|-----------------|-------|---------------|------------|
| تاییدطلبی | پیش‌آزمون | ۲۶/۶۶ | ۱ | ۲۶/۶۶ | ۲۲/۴۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۸ |
| | گروه | ۳۲/۴۲ | ۱ | ۳۲/۴۲ | ۲۷/۲۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۳ |
| قابلیت درک | پیش‌آزمون | ۴۰/۵۵ | ۱ | ۴۰/۵۵ | ۳۴/۳۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۸ |
| | گروه | ۳۴/۹۵ | ۱ | ۳۴/۹۵ | ۲۹/۶۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۴ |
| گناه | پیش‌آزمون | ۲۳/۶۰ | ۱ | ۲۳/۶۰ | ۱۵/۰۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۸ |
| | گروه | ۶۶/۱۵ | ۱ | ۶۶/۱۵ | ۴۲/۲۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۲ |
| ساده‌اندیشی | پیش‌آزمون | ۸/۴۶ | ۱ | ۸/۴۶ | ۰/۴۰ | ۰/۵۳ | ۰/۰۲ |
| | گروه | ۲۰/۴۶ | ۱ | ۲۰/۴۶ | ۰/۹۸ | ۰/۳۳ | ۰/۰۵ |
| ارزش‌های بالاتر | پیش‌آزمون | ۴/۱۹ | ۱ | ۴/۱۹ | ۱/۹۶ | ۰/۱۸ | ۰/۱۰ |
| | گروه | ۱۹/۶۹ | ۱ | ۱۹/۶۹ | ۹/۱۴ | ۰/۰۰۸ | ۰/۳۶ |
| کنترل | پیش‌آزمون | ۳۴/۵۸ | ۱ | ۳۴/۵۸ | ۱۴/۵۹ | ۰/۰۰۲ | ۰/۴۷ |
| | گروه | ۲۹/۱۵ | ۱ | ۲۹/۱۵ | ۱۲/۳۰ | ۰/۰۰۳ | ۰/۴۳ |
| بی‌حسی | پیش‌آزمون | ۱۹/۱۲ | ۱ | ۱۹/۱۲ | ۲۹/۶۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۵ |
| | گروه | ۲۹/۷۶ | ۱ | ۲۹/۷۶ | ۴۶/۱۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۴ |
| منطقی | پیش‌آزمون | ۳۱/۲۲ | ۱ | ۳۱/۲۲ | ۱۵/۱۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۸ |
| | گروه | ۰/۴۶ | ۱ | ۰/۴۶ | ۰/۲۲ | ۰/۶۴ | ۰/۰۱ |
| مدت زمان | پیش‌آزمون | ۱۴/۸۴ | ۱ | ۱۴/۸۴ | ۳۵/۳۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۸ |
| | گروه | ۳/۸۴ | ۱ | ۳/۸۴ | ۹/۱۶ | ۰/۰۰۸ | ۰/۳۶ |
| توافق | پیش‌آزمون | ۴۸/۹۸ | ۱ | ۴۸/۹۸ | ۳/۴۱ | ۰/۰۸ | ۰/۱۷ |
| | گروه | ۶۹/۹۰ | ۱ | ۶۹/۹۰ | ۴/۸۷ | ۰/۰۴ | ۰/۲۳ |

| | | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|---|-------|-----------|------------|
| ۰/۴۶ | ۰/۰۰۲ | ۱۳/۵۸ | ۳۸/۱۳ | ۱ | ۳۸/۱۳ | پیش‌آزمون | پذیرش |
| ۰/۰۰۲ | ۰/۸۵ | ۰/۰۳ | ۰/۰۹ | ۱ | ۰/۰۹ | گروه | احساسات |
| ۰/۰۲۶ | ۰/۵۳ | ۰/۴۱ | ۵/۳۱ | ۱ | ۵/۳۱ | پیش‌آزمون | اندیشناکی |
| ۰/۲۰ | ۰/۰۶ | ۴ | ۵۱/۵۹ | ۱ | ۵۱/۵۹ | گروه | اندیشناکی |
| ۰/۳۸ | ۰/۰۰۶ | ۹/۷۹ | ۲۲/۹۸ | ۱ | ۲۲/۹۸ | پیش‌آزمون | بیان احساس |
| ۰/۶۲ | ۰/۰۰۱ | ۲۶/۴۹ | ۶۲/۱۸ | ۱ | ۶۲/۱۸ | گروه | بیان احساس |
| ۰/۰۱ | ۰/۶۹ | ۰/۱۵ | ۱/۰۱ | ۱ | ۱/۰۱ | پیش‌آزمون | سرزنش |
| ۰/۳۸ | ۰/۰۰۶ | ۹/۹۳ | ۶۳/۰۱ | ۱ | ۶۳/۰۱ | گروه | سرزنش |

براساس داده‌های موجود در جدول شماره ۳، نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد بین میانگین‌های تعدیل شده، نمرات ابعاد تاییدطلبی، قابلیت درک، گناه، ارزش‌های بالاتر، کنترل، بی‌حسی، مدت زمان، توافق، بیان احساس و سرزنش در گروه‌های مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.05$). در نمرات سایر ابعاد طرحواره‌های هیجانی (ساده‌اندیشی درباره هیجان، منطقی، پذیرش احساسات، اندیشناکی) در مرحله پس‌آزمون کاهش مشاهده شد، اما این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نمی‌باشد.

جدول شماره ۴ نتایج تحلیل کوواریانس را جهت بررسی اثربخشی EST بر متغیر وسواس فکری - عملی را در مرحله پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۴: خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به میانگین نمرات پس‌آزمون وسواس فکری - عملی

| متغیر | منبع | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معنی داری | اندازه اثر |
|-------------------|-----------|---------------|------------|-----------------|-------|---------------|------------|
| وسواس فکری - عملی | پیش‌آزمون | ۰/۲۵ | ۱ | ۲۹۴۴۳/۴۵ | ۰/۹۹ | ۰/۳۳ | ۰/۰۵ |
| | گروه | ۷/۴۸ | ۱ | ۱/۰۲۵ | ۲۹/۷۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۳ |

براساس داده‌های موجود در جدول شماره ۴، نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد بین میانگین‌های تعدیل شده متغیر وسواس فکری - عملی در گروه‌های مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی EST بر طرحواره‌های هیجانی زنان مبتلا به وسواس بود. نتایج بدست آمده از به‌کارگیری درمان EST در مورد زنان دچار وسواس فکری - عملی نشان داده است که این روش، تاثیر مناسبی در کاهش این اختلال داشته است و با وجود اینکه مطالعات اندکی در راستای پژوهش حاضر انجام شده اما با نتایج تحقیقات مشابه نزدیک بود (ایزدی و همکاران، ۱۳۹۳؛ کمالی و همکاران، ۲۰۱۳؛ لیهی، ۲۰۰۷) و منجر به معناداری طرحواره‌های هیجانی تاییدطلبی، قابلیت درک، گناه، ارزش‌های بالاتر، کنترل، بی-حسی، مدت زمان، توافق، بیان احساس و سرزنش در گروه مداخله شده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد مبتلا به وسواس نسبت به افراد سالم، توانایی کمتری در تحمل موقعیت بلا تکلیف دارند. این افراد در مقایسه با افراد سالم از طرحواره‌های هیجانی معیوب، اجتناب هیجانی، شناختی و رفتاری بالاتر برخوردارند. در نتیجه هر اندازه آگاهی از طرحواره‌های هیجانی افزایش یابد، اجتناب از هیجان کاهش یافته و احساس توانمندی بیمار در برخورد با موقعیت‌های تهدیدکننده افزایش می‌یابد (رحیمیان‌بوگر و همکاران، ۱۳۹۲). یکی از دلایل موثر واقع شدن این درمان این است که افرادی مبتلا به وسواس در مورد هیجان‌هایشان این‌گونه می‌اندیشند که اگر هیجانی ایجاد شود به صورت مداوم پایدار خواهد بود و از طریق این درمان یاد می‌گیرند که احساسات و هیجانات مسایل زودگذری است و همیشه ماندگار نیست. همچنین، در نمرات سایر ابعاد طرحواره‌های هیجانی (ساده‌اندیشی درباره هیجان، منطقی، پذیرش احساسات، اندیشناکی) در مرحله پس‌آزمون تغییر مشاهده شد، اما این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود. یافته این مطالعه مبنی بر عدم تاثیر EST بر ابعاد ساده‌اندیشی درباره هیجان و پذیرش احساسات با نتایج تحقیقات دانشمندی و همکاران که این درمان را روی طرحواره‌های هیجانی زنان قربانی کودک آزاری و غفلت انجام دادند همخوانی ندارد (دانشمندی و همکاران، ۲۰۱۴). یکی از دلایلی که ساده‌اندیشی در افراد مبتلا به وسواس معنادار نمی‌شود می‌تواند این باشد که این افراد نمی‌توانند در مورد هیجانات ساده بیان‌دیشند به عنوان مثال فکر می‌کنند که اگر دچار اضطراب شوند نمی‌توانند هیچ‌گاه آرامش را تجربه کنند، این افراد از هیجانات به شدت اجتناب می‌کنند و عمیقاً باور دارند که این طرحواره‌های هیجانی درست است. در تبیین معنادار نشدن سایر متغیرها می‌توان گفت که اختلال وسواس، بیماری نیست

که صد در صد درمان شود بلکه علایم این اختلال تعدیل می‌شود و این گونه نیست که به‌طور کامل هیجان و احساس را بپذیرد چون نسبت به بروز هیجان‌ات مشکل دارند و احتمالاً برای تغییر به زمان زیادتری نیازمند است و ممکن است با گذشت زمان این تغییرات ایجاد شود. مطالعات نشان می‌دهد که تنظیم هیجان در تکرار رفتارهای متمرکز بر بدن شامل کندن مو، ناخن جویدن و کندن پوست (رابرتس و همکاران، ۲۰۱۳) و اختلال احتکار (فرناندز و همکاران، ۲۰۱۴) نقش دارد. همچنین بین اجتناب از تجارب و تنظیم هیجانی و اختلال وسواس رابطه وجود دارد (فرناندز و همکاران، ۲۰۱۴). نتایج تحقیقات رحیمیان‌بوگر و همکاران (۱۳۹۲) نشان می‌دهد که بین طرحواره‌های هیجانی و اختلال وسواس رابطه وجود دارد و افراد مبتلا به این اختلال در مقایسه با افراد سالم از طرحواره‌های هیجانی معیوب برخوردارند. ظهیرالدین و همکارانش توصیه می‌کنند که برای مبتلایان به OCD از مداخلات هیجان‌محور و راهبردهای تنظیم هیجان استفاده شود (ظهیرالدین، آگاهی، برجعلی و راجزی، ۱۳۹۳).

درمان‌های هیجان‌محور از جمله درمان‌های موثر بر وسواس می‌باشد که به‌عنوان مثال از درمان ذهن آگاهی (استراس و همکاران، ۲۰۱۵؛ کلز و روزا، ۲۰۱۴) و درمان پذیرش و تعهد (بلوتی و همکاران، ۲۰۱۴؛ ایزدی و عابدی، ۲۰۱۳) می‌توان نام برد که مشابهت‌های زیادی با درمان EST دارد. تحقیقات اخیر روی طرحواره‌درمانی هیجانی، نتایج رضایت‌بخش و دلایل منطقی برای استفاده در کار بالینی و به‌ویژه کار با بیماران اضطرابی فراهم کرده‌اند. هر اندازه آگاهی افراد از طرحواره‌های هیجانی و شناخت‌ها افزایش یابد، اجتناب از هیجان کاهش یافته و احساس توانمندی بیماران در برخورد با موقعیت‌های تهدیدکننده افزایش می‌یابد (رحیمیان‌بوگر و همکاران، ۱۳۹۲). از نقاط قوت این پژوهش برگزاری جلسات درمان به صورت فردی می‌باشد و در نتیجه به تفاوت‌های فردی این افراد توجه شده است. از محدودیت‌های این پژوهش عدم اجرای آزمون پیگیری به منظور ارزیابی پایداری اثرات درمان در درازمدت و کنترل نکردن عوامل اجتماعی و فرهنگی را می‌توان نام برد.

بنابراین به‌طور کلی نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که EST به‌عنوان یک درمان موثر تاثیر مناسبی در کاهش اختلال وسواس داشته است که منجر به کاهش نشانگان بالینی

و اصلاح طرحواره‌های هیجانی در زنان مبتلا به اختلال وسواس شده است. با توجه به نتایج بدست آمده در این پژوهش می‌توان گفت که EST برای درمان این اختلال درمان مناسب و کارآمدی است.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان این پژوهش، همچنین همکاران محترم مرکز مشاوره ندای زندگی که در برگزاری هرچه بهتر جلسات درمانی مساعدت‌های لازم را مبذول داشته‌اند، قدردانی می‌شود.

تعارض منافع: «هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است».

منابع

- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. (ویرایش پنجم)، ترجمه سید محمدی (۱۳۹۴)، تهران: روان.
- ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۲). کاهش علائم وسواس در بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی مقاوم به درمان از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. مجله علمی پژوهشی فیض، ۱۷(۳): ۲۸۶-۲۷۵.
- ایزدی، راضیه؛ نشاط‌دوست، حمیدطاهر؛ عسگری، کریم و عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری بر علایم بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۲(۱): ۳۳-۱۹.
- بک، آرون؛ لیهی، رابرت؛ فریمن، آرتور؛ بک، جودیت؛ گلووسکی، مک؛ هالند، استفان؛ جلالی، رویا و گلووسکی، مک. (۲۰۰۹). چالش‌های شناخت درمانی. ترجمه حسن حمیدپور (۱۳۹۱). تهران: ارجمند.
- رحیمیان‌بوگر، اسحق؛ کیان ارثی، فرحناز و تبران، فائزه. (۱۳۹۲). بررسی رابطه طرحواره‌های هیجانی، اجتناب شناختی-رفتاری و نظام شناختی-عاطفی با اختلال اضطراب منتشر و اختلال وسواسی-اجباری. پژوهنده، ۱۸(۵): ۲۷۶-۲۶۷.
- ظهیرالدین، علیرضا؛ آگاهی، زینب؛ برجعلی، احمد و راجزی، سپیده. (۱۳۹۳). مقایسه راهبردهای تنظیم هیجانی در افراد مبتلا به اختلال وسواس - اجبار و سوء مصرف‌کنندگان مواد. پژوهنده، ۱۹(۱): ۲۴-۱۸.

- قادری، فرزاد؛ کلانتری، مهرداد و مهرابی، حسینعلی. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۶(۲۴): ۱-۲۸.
- قمری گیوی، حسین؛ نادر، مقصود و دهقانی، فرشته (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی توانبخشی شناختی در بازسازی کارکردهای اجرایی بیماران وسواسی-جبری. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۴(۱۶): ۱۰۱-۱۲۸.
- لیهی، رابرت‌ال؛ تیرچ، دنیس و ناپولیتانو، لیزا. (۲۰۱۴). تکنیک‌های تنظیم هیجان در روان‌درمانی. ترجمه عبدالرضا منصوری‌راد (۱۳۹۳)، تهران: ارجمند.

- Allen, L. B., Barlow, D. H. (2009). Relationship of exposure to clinically irrelevant emotion cues and obsessive-compulsive symptoms. *BehavModif*, 33(6), 743-762.
- Batmaz, S., UlusoyKaymak S., Kocbiyik S., Turkcapar, M. H. (2014). Metacognitions and emotional schemas: a new cognitive perspective for the distinction between unipolar and bipolar depression. *Comprehensive Psychiatry*, 55(7), 1546-1555.
- BluettE, J., HomanK, J., MorrisonK, L., LevinM, E., TwohigM, P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6), 612° 624.
- Crockett, A. C., Myhre, S. K., Rokke, P. D. (2015). Boredom proneness and emotionregulation predict emotional eating. *J Health Psychol*, 20(5): 670-680.
- Daneshmandi, S., Izadikhah, Z., Kazemi, H., Mehrabi, H. A. (2014). The effectiveness of emotional schema therapy on emotional schemas of female victims of child abuse and neglect. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci*, 22(5), 1481-1494.
- Fernández de la Cruz, L., Landau, D., Iervolino, AC., Santo, S., Pertusa, A., Singh, S. (2013). Experiential avoidance and emotionregulation difficulties in hoarding disorder. *J Anxiety Disord*, 27(2), 204-209.
- Fontenelle, LF., Harrison, BJ., Pujol, J., Davey, CG., Fornito, A., & Bora, E. (2012). Brain functional connectivity during induced sadness in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatry Neurosci*, 37(4), 231-240.
- Gong, L., Li, W., Zhang, D., & Rost, DH. (2015). Effect of emotionregulation strategies on anxiety during job interview in chinese college students. *Anxiety Stress Coping*, 1-17.
- Innamorati, M., Imperatori, C., Harnic, D., Erbutto, D., Patitucci, E., Janiri, L., & Fabbriatore, M. (2017). Emotion regulation and mentalization in people at risk for food addiction. *Behavioral Medicine*, 43(1), 21-30.

- Jacob, M.L., Morelen, D., Suveg C., Brown Jacobsen, A.M., & Whiteside, S.P. (2012). Emotional, behavioral, and cognitive factors that differentiate obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders in youth. *Anxiety Stress Coping*, 25(2), 229-237.
- Kamali, S., Gharraee, B., Birashk, B. (2013). The role of emotional schema in prediction of pathological worry in Iranian students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 994 ° 998.
- Külz, A.K., & Rose, N. (2014). Mindfulness based cognitive therapy (MBCT) in patients with obsessive-compulsive disorder--an adaptation of the original program. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 64(1), 35-40.
- Leahy, R.L., Tirsch, D., & Napolitano, L.A. (2014). *Emotion regulation in psychotherapy*. Mansouri Rad A. Tehran: Arjmand.
- Leahy, R. L. (2007). *Emotional Schemas and Self-Help: Homework Compliance and Obsessive-Compulsive Disorder Cognitive and Behavioral Practice*, 14(3): 297-302.
- Mohammad khani, Sh., Soleimani, H., Seyd Ali Naghei, S.A. (2014). The role of emotional schemas in resilience of people living with HIV. *Journal of Knowledge & Health*, 9(3), 1-10.
- Neumann, W.J., Huebl, J., Brücke, C., Gabriëls, L., Bajbouj, M., Merkl, A., Kühn, A.A. (2014). Different patterns of local field potentials from limbic DBS targets in patients with major depressive and obsessive compulsive disorder. *Mol Psychiatry*, 19 (11), 1186-92.
- Ritchie, T. D., Sedikides, C., & Skowronski, J. J. (2016). Emotions experienced at event recall and the self: Implications for the regulation of self-esteem, self-continuity and meaningfulness. *Memory*, 24 (5), 577-591.
- Roberts, S., O'Connor, K., & Bélanger, C. (2013). Emotion regulation and other psychological models for body-focused repetitive behaviors. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 745-762.
- Schulze, L., Schmahl, C., & Niedtfeld, I. (2016). Neural correlates of disturbed emotion processing in borderline personality disorder: a multimodal meta-analysis. *Biological psychiatry*, 79 (2), 97-106.
- Simon, D., Adler, N., Kaufmann, C., & Kathmann, N. (2014). Amygdala hyperactivation during symptom provocation in obsessive compulsive disorder and its modulation by distraction. *Neuroimage Clin*, 26 (4), 549-57.
- Strauss, C., Rosten, C., Hayward, M., Lea, L., Forrester, E., & Jones, A. M. (2015). Mindfulness-based exposure and response prevention for obsessive compulsive disorder: study protocol for a pilot randomised controlled trial. *Trials*, 16 (1), 167.
- Taylor, S. F., & Liberzon, I. (2007). Neural correlates of emotion regulation in psychopathology. *Trends in cognitive sciences*, 11 (10), 413-418.