



Comparison of the effectiveness of the schema therapy package based on psychosocial issues of obsessive-compulsive patients with cognitive-behavioral therapy on early maladaptive schemas and anxiety in patients with obsessive-compulsive disorder

Mehdi. Aflakian¹, Hamid. Atashpour^{*2} & Flora. Khayatan³

1. PhD student in psychology, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
2. ***Corresponding Author:** Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
3. Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

ARTICLE INFORMATION

ABSTRACT

Article type

Original research

Pages: 165-178

Corresponding Author's Info

Email:

hamidatashpour@gmail.com

Article history:

Received: 2022/08/05

Revised: 2022/12/30

Accepted: 2023/01/14

Published online: 2023/07/27

Keywords:

schema therapy, cognitive-behavioral therapy, early maladaptive schemas, anxiety, obsessive-compulsive disorder.

Background and Aim: obsessive-compulsive disorder is a debilitating anxiety disorder whose main feature is the occurrence of obsessions and compulsive actions. The purpose of this study is to compare the effectiveness of the schema therapy package based on psycho-social issues of obsessive-compulsive patients with cognitive-behavioral therapy on early maladaptive schemas and anxiety in patients with obsessive-compulsive disorder. **Methods:** This article was a semi-experimental method, pre-test-post-test type with a control group and a 45-day follow-up period. The research population in this study included all patients with obsessive-compulsive disorder who referred to two psychotherapy clinics in Isfahan city. For the study, 45 people were randomly selected into two groups of schema therapy based on psychosocial issues (based on Yang, Kliusko and Wishar, 2003), cognitive-behavioral therapy (Struch et al., 2007) and a control group (each group). 15 people) were placed. Before and after the intervention and 45 days later (follow-up stage), the subjects responded to the short-form Young's schema questionnaire (Young, 1994) and the anxiety questionnaire (Beck, 1989). The data was analyzed using the method of analysis of variance with repeated measurements and Spss.22 software. **Results:** The results of the study showed that there is a significant difference in the mean of early maladaptive schemas and anxiety in two experimental groups (schema therapy and cognitive-behavioral therapy) and evidence. In addition, based on the results of schema therapy compared to cognitive-behavioral therapy, in the reduction of early maladaptive schemas ($F=33.06$; $P<0.001$) and anxiety ($F=11.26$; $P<0.001$) Patients were more effective. **Conclusion:** Compared to cognitive-behavioral therapy, schema therapy treatment based on psycho-social issues can play an effective role in reducing the early maladaptive schemas and anxiety of these patients.



This work is published under CC BY-NC 4.0 licence.

© 2023 The Authors.

How to Cite This Article:

Aflakian, M., Atashpour, H., & Khayatan, F. (2023). Comparison of the effectiveness of the schema therapy package based on psychosocial issues of obsessive-compulsive patients with cognitive-behavioral therapy on early maladaptive schemas and anxiety in patients with obsessive-compulsive disorder. *Jayps*, 4(5): 165-178.



مقایسه اثر بخشی بسته طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر مسائل روانی-اجتماعی بیماران وسواس-جبری با درمان شناختی-رفتاری بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - جبری

مهدی افلاکیان، حمید آتش پور*^۱ و فلور خیاطان^۲

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
۲. گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
۳. گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

زمینه و هدف: اختلال وسواسی-جبری اختلال اضطرابی ناتوان کننده‌ای است که ویژگی اصلی آن وقوع وسواس‌ها و اعمال اجباری است. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی بسته طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر مسائل روانی-اجتماعی بیماران وسواس-جبری با درمان شناختی-رفتاری بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - جبری می‌باشد. **روش پژوهش:** مقاله حاضر از روش نیمه‌آزمایشی، نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری ۴۵ روزه بود. جامعه پژوهش در این مطالعه شامل کلیه مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری مراجعه‌کننده به دو کلینیک روان‌درمانی در شهر اصفهان بود. ۴۵ نفر برای مطالعه انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر مسائل روانی-اجتماعی (براساس بسته‌درمانی یانگ، کلیوسکو و ویشار، ۲۰۰۳)، درمان شناختی-رفتاری (استروچ و همکاران، ۲۰۰۷) و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. آزمودنی‌ها قبل و بعد از مداخله و ۴۵ روز بعد (مرحله پیگیری) به پرسشنامه‌های پرسشنامه طرح‌واره یانگ فرم کوتاه (یانگ، ۱۹۹۴) و پرسشنامه اضطراب (بک، ۱۹۸۹) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه-گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS.22 تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج مطالعه نشان داد میانگین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب در دو گروه آزمایش (طرح‌واره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری) و گواه تفاوت معنی‌داری دارد. علاوه بر این، بر اساس نتایج طرح‌واره‌درمانی در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری، در کاهش طرح‌واره‌های ناسازگاری اولیه ($F=33/06$)؛ اضطراب ($P<0/001$) و اضطراب ($F=11/26$ ؛ $P<0/001$) بیماران اثربخش‌تر بود. **نتیجه‌گیری:** در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری، درمان طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر مسائل روانی-اجتماعی می‌تواند نقش مؤثری در کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب این بیماران داشته باشد.

نوع مقاله: پژوهشی

صفحات: ۱۶۵-۱۷۸

اطلاعات نویسنده مسئول

ایمیل:

hamidatashpour@gmail.com

سابقه مقاله

تاریخ دریافت مقاله:	۱۴۰۱/۰۵/۱۴
تاریخ اصلاح مقاله:	۱۴۰۱/۱۱/۰۹
تاریخ پذیرش نهایی:	۱۴۰۱/۱۰/۲۴
تاریخ انتشار:	۱۴۰۲/۰۵/۰۵

واژگان کلیدی

طرح‌واره درمانی، درمان شناختی-رفتاری، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، اضطراب، اختلال وسواسی - جبری

انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است.

تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.



شیوه‌استناد به این مقاله

افلاکیان، مهدی، آتش پور، حمید، خیاطان، فلور. (۱۴۰۲). مقایسه اثر بخشی بسته طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر مسائل روانی-اجتماعی بیماران وسواس-جبری با درمان شناختی-رفتاری بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - جبری. *مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان*، ۴(۵): ۱۶۵-۱۷۸.

مقدمه

اختلال وسواسی-جبری^۱ اختلال اضطرابی ناتوان کننده‌ای است که ویژگی اصلی آن وقوع وسواس‌ها و اعمال اجباری است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). وسواس‌ها شامل افکار، تصاویر ذهنی و تکانه‌های ناخواسته، مزاحم و پایدار است و اجبار عبارت است از انجام اعمال فیزیکی یا ذهنی که منجر به کاهش اضطراب ناشی از افکار وسواسی می‌شود. بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-جبری ممکن است وسواس فکری، وسواس عملی و یا هر دو آن‌ها را با هم داشته باشد. میزان شیوع مادام‌العمر اختلال وسواسی-جبری در جمعیت عمومی حدود دو تا سه درصد است. در میان بزرگسالان احتمال ابتلای مرد و زن به این اختلال یکسان است. سن شروع این اختلال، حدود بیست‌سالگی است و البته در مردها مختصری زودتر (حدود نوزده‌سالگی) و در زن‌ها دیرتر (حدود بیست‌ودوسالگی) است (بلاچ و همکاران، ۲۰۱۵).

یکی از مشخصه‌های اصلی اختلال وسواسی - جبری، آسیب به کارکردها و روابط بین فردی فرد مبتلا به اختلال می‌باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). تا جایی که دیده شده است این افراد یا روابط صمیمانه و نزدیک برقرار نمی‌کنند و یا قادر به حفظ روابط خود نمی‌باشند. آنچه بر تعبیر افراد از روابط بین فردی تأثیر گذاری مستقیم دارد، طرح‌واره‌های ذهنی فرد است. طرح‌واره قالبی است که بر واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرد تا به افراد برای تبیین تجربه‌هایشان کمک کند طرح‌واره به عنوان عامل سازمان بخش کلی در نظر گرفته می‌شود و برای درک تجارب زندگی ضروری هستند طرح‌واره‌ها در اوایل زندگی شکل می‌گیرند، به حرکت خود ادامه می‌دهند. طرح‌واره‌ها بر پردازش تجارب بعدی تأثیر می‌گذارند (یانگ، کلسکو و ویشار، ۲۰۰۶).

آنچنان که انتظار می‌رود طرح‌واره‌ها زیر بنای سبک شناختی، باورها و افکار هر فرد می‌باشند (بک، ۲۰۰۵).

طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه باورهای هسته‌ای در مورد خود و دیگران را بازنمایی کرده و پردازش اطلاعات بیرونی را به مسیر ناکارآمد منحرف می‌کنند. بنابراین روابط بین فردی و ادراک از خود را تحت تأثیر قرار می‌دهند. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، غیر شرطی تر و خود آیند تر هستند و توان تولید سطوح بالای عاطفه منفی را دارند (هریس و کرتین، ۲۰۰۲). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با نشانه‌های روانی و تجارب و حوادث منفی زندگی رابطه دارند و این طرح‌واره‌ها به طور مستقیم و غیر مستقیم، منجر به ایجاد و مزمن شدن اشکال مختلف آشفتگی‌های روانی از جمله اختلال وسواسی - جبری می‌شوند (گودرزی، خسروی و دهشیری، ۱۳۹۵).

در پژوهش‌های مختلف مهمترین دلیل بیماری وسواس را اضطراب و افسردگی می‌دانند که اضطراب زیاد باعث تفکر و عمل وسواسی می‌شود و ریشه هر دو نوع وسواس فکری و عملی است، به این صورت که بیمار به هر علتی دچار اضطراب است. اضطراب احساس مبهم و ناخوشایندی است که غالباً منبع آن برای افراد ناشناخته است (اشپرینگر و همکاران، ۲۰۰۴). اضطراب نگرانی پیشاپیش نسبت به خطرهای بدبختی‌های آینده که توأم با احساس عدم لذت یا نشانه‌های تنش جسمانی است تعریف می‌شود در این تعریف منبع خطر پیش بینی شده می‌تواند درونی یا بیرونی باشد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷). افراد مبتلا به اختلال وسواسی - جبری در اثر احساس‌های مزمن و شدید اضطراب در مانده می‌شوند این احساس‌ها به قدری نیرومند هستند که افراد مبتلا به این اختلال قادر نیستند فعالیت‌های روزمره خود را انجام دهند. اضطراب موجب ناخوشایندی این افراد می‌شود و باعث می‌شود که نتواند از موقعیت‌های عادی لذت ببرند، علاوه بر آن، این افراد می‌کوشند از موقعیت‌های که باعث

1. Obsessive-Compulsive Disorder

بین فردی و مشکلات منش شناختی باعث کاهش اثرهای شناختی رفتاری می‌شود (فیشر و ولز، ۲۰۰۸). از طرفی نتایج پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی طرح‌واره‌درمانی در بهبود اختلالات اضطرابی و افسردگی بوده است (رنر و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که آموزش طرح‌واره‌درمانی باعث افزایش سلامت روان افراد می‌شود (زره‌پوش و همکاران، ۱۳۹۱). طرح‌واره‌درمانی بر ریشه‌های تحولی مشکلات روان‌شناختی در دوران کودکی و نوجوانی، استفاده از تکنیک‌های برانگیزنده و ارائه مفهوم سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار تأکید دارد (پینتو-گوویا و همکاران، ۲۰۰۶). این شیوه‌درمانی اصول و مبانی مکتب‌های شناختی-رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط شیئی، سازنده‌گرایی و روان‌کاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است (استکی آزاد و همکاران، ۲۰۲۲؛ سهرابی، ۱۳۹۴). نظریه پردازان طرح‌واره‌درمانی معتقدند که راه‌حل مناسبی برای درمان اختلال منش شناختی طراحی و تدوین کرده‌اند. سوکمن و استیکتی (۲۰۰۷) معتقد است که حضور و فعال شدن طرح‌واره‌های آسیب‌پذیر یکی از ویژگی‌های افرادی است که می‌توانند ریسک ادراک شده مواجهه و جلوگیری از پاسخ را بپذیرند. یانگ و همکاران (۲۰۰۳) فرض کردند که برخی از طرح‌واره‌ها به خصوص طرح‌واره‌هایی که در طی دوران اولیه زندگی بر اثر تجربه‌های ناخوشایند و نامطلوب کودکی شکل می‌گیرند، ممکن است هسته مرکزی اختلالات شخصیت، مشکلات خصیصه‌ای خفیف‌تر و بسیاری از اختلالات مزمن محور یک را تشکیل دهند.

پژوهش‌ها نشان می‌دهند طرح‌واره‌ها نقش مهمی در فرآیند شکل‌گیری اختلال وسواسی-جبری دارند. در نظریات شناختی طرح‌واره‌ها عمیق‌ترین سطح روان‌شناختی تلقی می‌شود که در سطوح مختلف، منجر به گسترش باورهای وسواسی، نگرش‌های ناکارآمد و افکار خودآیند منفی (شناخت ناکارآمد) می‌گردند. یعنی طرح‌واره باعث می‌شود افراد هنگام نتیجه‌گیری از

می‌شود احساس اضطراب کنند اجتناب ورزند (هالجین، ۱۳۸۳).

مدل‌ها و نظریه‌های مختلفی برای تبیین و درمان اختلال وسواسی-جبری ارائه شده است که گستره این دیدگاه‌ها از روان‌کاوی تا مدل‌های جدید پست‌مدرن ادامه دارد. که هر کدام از آن‌ها بر عامل خاصی تأکید دارند. از جمله مدل‌ها و الگوهای درمانی مطرح شده در درمان اختلال وسواسی-جبری عبارت‌اند از: نظریه‌های رفتاری مدل مفهوم‌سازی اکاتر و همکاران (۲۰۰۵)، مدل شناختی سالکوسکیس (۱۹۸۹)، مدل درمان شناختی-رفتاری راکمن (راچمن، ۱۹۹۸) و مدل فراشناخت ولز (ولز و ماتیوس، ۱۹۹۶). پژوهش‌های علوی پایدار، خدابخش و مهدی‌نژاد (۱۳۹۶)، حسن‌زاده و سرابندی (۱۳۹۴) و کولز و همکاران (۲۰۱۴) نشان می‌دهند که درمان شناختی رفتاری باعث کاهش نشخوار فکری در مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری می‌شود. همچنین استورچ و همکاران (۲۰۰۷) نشان دادند که درمان شناختی رفتاری هرگاه با درمان‌های دیگری همراه شود مؤثرتر خواهند بود. با توجه به بررسی‌های انجام‌شده، با آنکه مداخلات درمانی شناختی-رفتاری پشتوانه تجربی خوبی دارد، اما نتایج فرا تحلیلی نشان داد که در مطالعات پیگیری تنها ۵۰ درصد از بیماران به بهبودی معناداری دست‌یافته‌اند (فیشر و ولز، ۲۰۰۸). در رویکرد درمانی شناختی رفتاری به پدیده‌های درون روانی بیش از حد اهمیت داده می‌شود و فرآیندهای بین فردی آن‌چنان‌که باید و شاید مورد توجه قرار نمی‌گیرد (بورکوک، نیومن و کستانگوی، ۲۰۰۳). همچنین در این درمان‌ها به خلق و خو اعتنا نمی‌شود در حالی که بسیاری از نظریه‌پردازان حوزه آسیب‌شناسی معتقدند که خلق و خو نقش انکارناپذیری در شکل‌گیری و تداوم مشکلات روان‌شناختی و مسائل روانی دارد (لچنال-چواللت و همکاران، ۲۰۰۶). در مجموع نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که عواملی نظیر سبک دلبستگی ناایمن، مشکلات بین فردی، خلق و خوی ناسازگار، طرح‌واره‌های

مراجعه‌کننده به مراکز روان‌درمانی تخصصی در زمینه وسواس-جبری واقع در شهر اصفهان در بهار و تابستان ۱۳۹۸ بوده است. با توجه به مطالعات قبلی، حجم نمونه ۱۵ نفری برای هر گروه آزمایشی انتخاب شد. در کل، تعداد ۴۵ نفر نمونه به‌صورت در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر مسائل روانی اجتماعی و درمان شناختی-رفتاری) و گروه گواه جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه ابتلا به اختلال وسواس-جبری، داشتن سن ۱۵ تا ۲۵ سال، سطح سواد حداقل تا سطح دبستان، دریافت مداخلات دارویی، عدم دریافت مداخلات درمانی همزمان و ملاک‌های خروج این مطالعه شامل داشتن حداقل ۲ جلسه غیبت در فرایند مداخله، ابتلا به اعتیاد، ابتلا به اختلالات روان پزشکی دیگر به تشخیص روانپزشک بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه طرح‌واره یانگ فرم کوتاه. این پرسشنامه طرح‌واره یانگ فرم کوتاه توسط یانگ (۱۹۹۷) ساخته شده است یک ابزار اندازه‌گیری خودگزارشی به منظور سنجش طرح‌واره‌ها است. این پرسشنامه دارای ۹۰ آیتم می‌باشد و ۱۸ طرح‌واره را در ۵ حوزه مشخص می‌نماید. فرم کوتاه بیشتر در پژوهش‌ها به کار می‌رود، زیرا وقت کمتری برای تکمیل آن صرف می‌شود. آیتم‌های پرسشنامه به وسیله طرح‌واره‌ها گروه بندی شده‌اند. مقابل هر گروه از آیتم‌ها، یک کد دو حرفی وجود دارد که نشان دهنده این است که کدام طرح‌واره اندازه‌گیری شده است. سپس، در جلسه درمان، درمانگر به همراه بیمار، آیتم‌هایی که نمره بالا (معمولاً ۵ یا ۶) به آن‌ها داده شده است، مشخص می‌کنند و درمانگر در مورد آن آیتم‌ها از بیمار سوال‌هایی می‌پرسد تا دقیقاً طرح‌واره‌ها مشخص شوند. پایایی و روایی این ابزار در پژوهش‌های متعددی به اثبات رسیده است (شهامت، ثابتی و رضوانی، ۱۳۸۹). نتایج پژوهش لکنال-چولت، و

تجربیاتشان مرتکب اشتباه شوند، نتیجه‌گیری دلخواهی و فوری داشته باشند، به موضوعات شاخ و برگ بدهند و باورهای وسواسی پیدا کنند (سنگنانی و دشت بزرگی، ۱۳۹۷). در پژوهشی که توسط سنگنانی و دشت بزرگی (۱۳۹۷) انجام گردید نتایج نشان داد که طرح‌واره درمانی بر نشخوار فکری مفید می‌باشد.

باوجود این موضوعات و مرور تحقیقات سبب‌شناختی و درمان در خصوص اختلال وسواسی-جبری نشان می‌دهد هرکدام از این مفهوم‌سازی‌ها در توجیه بخشی از شکل‌گیری و تداوم علائم وسواسی نقش دارند. تلاش برای تمایز مکاتب و فن‌های گوناگون مؤثر در درمان اختلالات مختلف روان‌شناختی، امری ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به محدودیت منابع مالی و اهمیت زمان در زندگی امروزی، انتخاب کارآمدترین و کم‌هزینه‌ترین درمان، اقدام بسیار مهمی برای مراجعین خدمات روان‌شناختی و محققین حوزه درمان به حساب می‌آید. بر اساس مطالب ارائه‌شده، طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر مسائل روانی-اجتماعی، صورت نگرفته است و حتی توجه چندانی به بررسی مسائل روانی-اجتماعی بیماران وسواسی-جبری از جمله روابط بین فردی، طرح‌واره‌های بین فردی، مشکلات منشی و شناخت اضطراب، افسردگی، ترس، استرس و ... انجام نگرفته است. براین اساس، آنچه در این پژوهش مدنظر قرار دارد، مقایسه اثربخشی بسته‌درمانی طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر مسائل روانی - اجتماعی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - جبری با درمان شناختی رفتاری بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری نیز بپردازد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر به روش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه می‌باشد. جامعه آماری این مطالعه کلیه شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری در محدوده سنی ۱۵-۲۵ سال

نشانه عدم اضطراب، نمره بین ۱۰ تا ۲۰ نشانه اضطراب خفیف، نمره بین ۲۱ تا ۳۰ نشانه اضطراب متوسط و ۳۱ به بالا بیانگر اضطراب شدید می‌باشد. ضریب آلفای ۰/۹۲ نیز برای پرسشنامه بر روی ۱۶۰ نفر بیمار سرپایی بدست آمده است.

۳. جلسات درمان طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر مسائل

روانی-اجتماعی. طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر مسائل روانی-اجتماعی براساس بسته‌درمانی یانگ، کلیوسکو و ویشار (۲۰۰۳) طی ده جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی به مدت دو ماه و نیم به اجرا درآمد.

همکاران (۲۰۰۶) نشان داد آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۶۴ تا ۰/۸۷ است.

۲. پرسشنامه اضطراب بک (BAI).

این پرسشنامه ۲۱ سوالی در سال ۱۹۸۸ توسط بک و همکاران در سال ۱۹۸۹ جهت سنجش شدت کلی اضطراب تدوین شده است، شرکت کننده شدت هر کدام از علائم را با استفاده از مقیاس چهار درجه‌ای از (اصلاً) تا (شدیدا نمی توانم آن را تحمل کنم) درجه بندی می‌کند. نمره گذاری با جمع نمره‌های ۲۱ پرسش انجام می‌شود. در مجموع نمره شرکت کننده‌ها بین ۰ تا ۶۳ متغییر است. نمره کمتر از ۹

جدول ۱. شرح جلسات درمان طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر مسائل روانی-اجتماعی

جلسه	شرح جلسه
اول	شناخت اختلال وسواسی-جبری و معرفی برنامه‌های جلسات درمانی فهرست بندی مشکلات، شناسایی اجبارها، اجتناب‌ها و باورهای بنیادین و افکار تحریف شده و باورهای شناختی و بیان طرحواره‌های فعال در اختلال وسواسی-جبری بر اساس الگوی روانی اجتماعی و طرحواره‌های فعال در این زمینه شامل (طرح‌واره بریدگی و طرد، طرح‌واره محرومیت هیجانی، طرح‌واره معیارهای سرسختانه، طرح‌واره بی‌اعتمادی، طرح‌واره نقص، طرح‌واره تنبیه، طرح‌واره گوش‌به‌زنگی
دوم	آشنایی با الگوی طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر مسائل روانی اجتماعی و مفهوم سازی مشکل بیمار در قالب طرحواره‌های فعال در حوزه شناختی (طرح‌واره‌های حوزه یک طرد و بریدگی و طرح‌واره حوزه پنجم گوش به زنگی)، اصلاح طرح‌واره (معیارهای سرسختانه، طرد و جدایی و نقص)، استفاده از تکنیک‌های شناختی مبتنی بر فعال سازی طرح‌واره و پذیرش خود ارزش‌های فرد
سوم	ادامه اصلاح طرح‌واره (معیارهای سرسختانه، طرد و جدایی و نقص)، استفاده از تکنیک‌های شناختی مبتنی بر فعال سازی طرح‌واره و پذیرش خود ارزش‌های فرد
چهارم	ادامه اصلاح طرح‌واره (معیارهای سرسختانه، طرد و جدایی و نقص)، استفاده از تکنیک‌های شناختی مبتنی بر فعال سازی طرح‌واره و پذیرش خود ارزش‌های فرد
پنجم	ادامه اصلاح طرح‌واره (معیارهای سرسختانه، طرد و جدایی و نقص)، استفاده از تکنیک‌های شناختی مبتنی بر فعال سازی طرح‌واره و پذیرش خود ارزش‌های فرد
ششم	آشنایی با الگوی طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر مسائل روانی اجتماعی و مفهوم سازی مشکل بیمار در قالب طرحواره‌های فعال در حوزه هیجانی (طرح‌واره‌های حوزه یک طرد و بریدگی و طرح‌واره حوزه پنجم گوش به زنگی)، اصلاح طرح‌واره (گوش به زنگی، بی‌اعتمادی، محرومیت هیجانی)، استفاده از تکنیک‌های هیجانی و طرح‌واره‌درمانی هیجانی جهت از بین رفتن طرح‌واره‌های فعال ناکارآمد
هفتم	ادامه اصلاح طرح‌واره (گوش به زنگی، بی‌اعتمادی، محرومیت هیجانی)، استفاده از تکنیک‌های هیجانی و طرح‌واره‌درمانی هیجانی جهت از بین رفتن طرح‌واره‌های فعال ناکارآمد
هشتم	ادامه اصلاح طرح‌واره (گوش به زنگی، بی‌اعتمادی، محرومیت هیجانی)، استفاده از تکنیک‌های هیجانی و طرح‌واره‌درمانی هیجانی جهت از بین رفتن طرح‌واره‌های فعال ناکارآمد
نهم	آشنایی با الگوی طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر مسائل روانی اجتماعی و مفهوم سازی مشکل بیمار در قالب طرحواره‌های فعال در حوزه رفتاری (طرح‌واره‌های حوزه یک طرد و بریدگی و طرح‌واره حوزه پنجم گوش به زنگی)، اصلاح طرح‌واره (تنبیه، معیارهای سرسختانه) با استفاده از تکنیک‌های رفتاری و آموزش مهارت‌های ارتباط بین فردی، تصمیم‌گیری و همدلی
دهم	ادامه اصلاح طرح‌واره (تنبیه، معیارهای سرسختانه) با استفاده از تکنیک‌های رفتاری و آموزش مهارت‌های ارتباط بین فردی، تصمیم‌گیری و همدلی شناسایی و معرفی آسیب‌های رابطه با والدین، آموزش مهارت‌های مقابله و آسیب‌های رابطه با والدین و

استفاده از تکنیک‌های خانواده‌درمانی مبتنی بر طرحواره‌درمانی ترغیب و تشویق مراجع جهت رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار، وادار مراجع به آماده ساختن فهرستی از مهارت‌های آموخته شده و درمان. کمک به بیمار برای تعمیم دستاوردهای درمان به محیط زندگی واقعی

۴. **جلسات درمان شناختی-رفتاری.** درمان شناختی- رفتاری براساس بسته‌درمانی استروچ و همکاران (۲۰۰۷) طی ده جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی به مدت دو ماه و نیم به اجرا درآمد.

جدول ۲. شرح جلسات درمان شناختی-رفتاری

جلسه	شرح جلسه
اول	آشنایی کلی با علائم اختلال وسواس فکری-عملی. دادن فهرست تصاویر وافکار مزاحم مردم عادی، تمرین آرمیدگی
دوم	ترسیم مدل شناختی وسواس، عادی کردن افکار وسواسی و ترسیم مثلث شناختی دادن فهرست انواع خطاهای شناختی، پرکردن فرم ثبت افکار و اجرای آزمایش‌های رفتاری
سوم	استفاده از تکنیک‌های شناختی، پرسشگری سقراطی و بازبینی برگه ۵ ستون افکار، پرکردن برگه ۷ ستونی افکار، نوشتن فهرست مزایا و معایب افکار مزاحم، اجرای آزمایشی رفتاری برای اهمیت افکار
چهارم	بررسی فرم ثبت افکار روزانه، آزمایش رفتاری برای عمل خنثی سازی افکار، استفاده از تکنیک‌های محاسبه احتمال و پرسشگری سقراطی برای باور، برآورد بیش از حد خطر، طرح آزمایشی رفتاری برای باور اطمینان خواهی
پنجم	پرسشگری سقراطی و اجرای تکنیک نمودار دایره‌ای و تکنیک استاندارد نمودار دایره‌ای و تکنیک استاندارد دوگانه برای باور مسئولیت پذیری افراطی
ششم تا نهم	آموزش و اجرای تکنیک مواجهه و جلوگیری از پاسخ و تمرین آن در حضور درمانگر، طرح آزمایش‌ها رفتاری برای اهمیت افکار
دهم	مرور و جمع بندی فنون شناختی و رفتاری توضیح نشانه‌های خود و آموزش گام‌های حل مسئله

روش اجرا

طی این مدت روی گروه گواه صورت نگرفت. هر سه گروه قبل از اجرای جلسات درمان و بعدازآن و همچنین بعد از ۴۵ روز در مرحله پیگیری به پرسشنامه مربوطه پاسخ دادند. همچنین، علاوه بر دریافت رضایت‌نامه کتبی، اصول اخلاقی رازداری، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش، آزادی و اختیار کامل شرکت‌کنندگان برای انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش و اطلاع‌رسانی دقیق در صورت درخواست شرکت‌کنندگان از نتایج، همراه با آموزش گروه گواه پس از اتمام آموزش گروه آزمایش از زمره اصول اخلاقی استفاده‌شده در این مطالعه بوده است.

یافته‌ها

نتایج تحلیل جمعیت شناختی روی ۴۵ بیمار شرکت‌کننده نشان داد، این افراد دارای میانگین سنی ۱۹/۹۵ (انحراف معیار = ۳/۰۵)، ۲۳ نفر زن و ۲۲ نفر مرد

گروه اول آزمایش، بسته‌درمانی تدوین‌شده طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر مسائل روانی اجتماعی بیماران مبتلابه اختلال وسواسی-جبری را به مدت ۱۰ جلسه ۲ ساعته دریافت نمودند. در هر جلسه از فن‌ها و تمرین‌های آن جلسه استفاده شد. در پایان هر جلسه هم تکالیفی داده می‌شد. در جلسه آخر پس‌آزمون اجرا گردید. گروه دوم آزمایش، درمان شناختی-رفتاری برگرفته از جلسات درمانی رفتاری ویلهم و استکتی را به مدت ۱۰ جلسه ۲ ساعته دریافت نمودند. در هر جلسه از تکنیک‌ها و تمرین‌های آن جلسه استفاده شد. در پایان هر جلسه هم تکالیفی داده می‌شد. در جلسه آخر پس‌آزمون اجرا گردید. در جدول ۱ و ۲ خلاصه جلسات در گروه‌های آزمایشی ارائه‌شده است. همچنین هیچ‌گونه مداخله‌ای

است. همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در گروه‌های مداخله (طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر مسائل روانی-اجتماعی و درمان شناختی-رفتاری) نسبت به گروه گواه کاهش بیشتری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون دارد.

بودند. اکثر افراد دارای وضعیت مجرد (۶۴ درصد) و مابقی متأهل بودند. به‌طور میانگین مدت سابقه بیماری افراد ۵/۱۵ ماه (انحراف معیار = ۱/۶۳) گزارش شد. در کل، ۱۴ نفر از بیماران دانشجوی و مابقی دارای مشاغلی مانند محصل (۱۰ نفر)، خانه‌دار (۸ نفر) شغل آزاد (۱۸ نفر) بودند. یافته‌های توصیفی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به تفکیک گروه‌های مداخله‌ای و گواه در ۳ ارائه‌شده

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمرات طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به تفکیک سه گروه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
طرح‌واره‌های ناسازگار	طرح‌واره درمانی	۴/۵۲	۰/۶۷	۱/۸۱	۲/۷۹	۲/۵۳
	درمان شناختی-رفتاری	۴/۳۸	۰/۶۱	۳/۱۸	۸/۴۹	۱۳/۲۷
	گواه	۴/۳	۰/۶۸	۴/۴۲	۱۰/۲۴	۱۵/۱۳
اضطراب	طرح‌واره درمانی	۴۸/۹۳	۱۲/۹۳	۶/۴۷	۲/۷۹	۲/۵۳
	درمان شناختی-رفتاری	۴۷/۱۳	۱۴/۱۵	۲۸	۸/۴۹	۱۳/۲۷
	گواه	۴۱/۸۶	۱۳/۸۸	۳۸/۴۷	۱۰/۲۴	۱۵/۱۳

گروه‌ها در متغیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در مراحل پیش‌آزمون و پیگیری تأیید شده است ($p > 0/05$). نتایج آزمون ماچلی جهت بررسی پیش‌فرض یکنواختی کوواریانس‌ها یا برابری کوواریانس‌ها با کوواریانس نشان داد، پیش‌فرض یکنواختی کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون ماچلی رد شده است ($p > 0/05$). نتایج مقایسه بین آزمودنی‌ها یعنی مقایسه در متغیر نشخوار فکری در جدول ۴ ارائه شده است.

پیش از انجام تحلیل‌های مقایسه بین دو درمان، ابتدا پیش‌فرض‌های آماری مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از اجرای پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات با استفاده از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف نشان داد، فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در متغیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در هر سه گروه در هر سه مرحله پژوهش تأیید شده است ($p > 0/05$). نتایج آزمون لوین جهت بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها نشان داده‌است، پیش‌فرض لوین مبنی بر برابری واریانس‌ها در

جدول ۴. نتایج تحلیل اثرات بین‌آزمودنی در متغیر طرح‌واره ناسازگار اولیه و اضطراب

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر
طرح‌واره ناسازگار اولیه	گروه	۷۲/۶۵۵	۲	۳۶/۳۲۷	۳۳/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۶۱۲
	خطا	۴۶/۱۵۲	۴۲	۱/۰۹۹			
اضطراب	گروه	۹۸۴۵/۵۲۸	۲	۴۹۲۲/۷۶۳	۱۱/۲۶۴	۰/۰۰۱	۰/۳۴۹
	خطا	۱۸۳۵۴/۶۶۷	۴۲	۴۳۷/۰۱۶			

تفاوت‌های فردی به تفاوت بین سه گروه مربوط است. با توجه به معنی داری تعامل اثر زمان و عضویت گروهی، نتایج برآورد پارامترها جهت مقایسه گروه‌ها در مراحل پژوهش در جدول ۵ ارائه شده است.

براساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۴، میانگین نمرات طرحواره ناسازگار اولیه و اضطراب در دو گروه آزمایش (طرحواره درمانی مبتنی بر مسائل روانی-اجتماعی و درمان شناختی-رفتاری) و گواه تفاوت معنی داری دارد ($p < 0/001$). نتایج نشان داده است که ۶۱/۲ درصد از

جدول ۵. نتایج برآورد پارامترها به تفکیک متغیرهای وابسته یا میانگین نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مراحل پژوهش

متغیر وابسته	پارامتر	B	خطای انحراف استاندارد	t	معنی داری
پیش آزمون	مقایسه گروه طرحواره‌درمانی با گواه	۰/۲۱۹	۰/۲۳۹	۰/۹۱۶	۰/۳۶۵
	مقایسه گروه شناختی-رفتاری با گواه	۰/۰۷۹	۰/۲۳۹	۰/۳۲۹	۰/۷۴۴
	مقایسه طرحواره‌درمانی با شناختی-رفتاری	-۰/۱۴	۰/۲۳۹	-۰/۹۱۶	۰/۳۶۵
پس آزمون	مقایسه گروه طرحواره‌درمانی با گواه	-۲/۶۱	۰/۲۲۴	-۱۱/۶۷	۰/۰۰۱
	مقایسه گروه شناختی-رفتاری با گواه	-۱/۲۴	۰/۲۲۴	-۵/۵۴	۰/۰۰۱
	مقایسه طرحواره‌درمانی با شناختی-رفتاری	۱/۳۷	۰/۲۲۴	۶/۱۲	۰/۰۰۱
پیگیری	مقایسه گروه طرحواره‌درمانی با گواه	-۲/۹۹	۰/۲۴۶	-۱۲/۱۶	۰/۰۰۱
	مقایسه گروه شناختی-رفتاری با گواه	-۱/۶۸	۰/۲۴۶	-۶/۸۳	۰/۰۰۱
	مقایسه طرحواره‌درمانی با شناختی-رفتاری	۳/۳۱	۰/۲۴۶	۵/۳۴	۰/۰۰۱

نشان می‌دهد میزان تأثیر طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری در مرحله پس آزمون به ترتیب برابر با ۷۶/۴ و ۴۲/۳ درصد حاصل شده است و میزان تأثیر این درمان‌ها در مرحله پیگیری به ترتیب برابر با ۷۷/۹ و ۵۲/۶ درصد است. در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت بین گروه‌های طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری معنی‌دار است ($p < 0/001$).

نتایج در جدول ۵ نشان می‌دهد در مرحله پیش آزمون بین میانگین نمرات طرحواره‌ناسازگار اولیه هر سه گروه تفاوت معنی‌دار نیست. اما نتایج نشان داده است که در متغیر مذکور در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری بین گروه گواه با گروه طرحواره‌درمانی مبتنی بر مسائل روانی-اجتماعی ($p < 0/001$)، درمان شناختی-رفتاری ($p < 0/001$) تفاوت معنی‌دار وجود دارد. لذا نتایج

جدول ۶. نتایج برآورد پارامترها به تفکیک متغیرهای وابسته یا میانگین نمرات اضطراب در مراحل پژوهش

متغیر وابسته	پارامتر	B	خطای انحراف استاندارد	t	معنی داری	حجم اثر
پیش آزمون	مقایسه گروه طرحواره‌درمانی با گواه	۷/۰۷	۴/۹۹	۱/۴۱۶	۰/۱۶۴	۰/۰۴۶
	مقایسه گروه شناختی-رفتاری با گواه	۵/۲۷	۴/۹۹	۱/۰۵۵	۰/۲۹۷	۰/۰۲۶
	مقایسه طرحواره‌درمانی با شناختی-رفتاری	-۱/۸	۴/۹۹	-۰/۳۶۱	۰/۷۲	۰/۰۰۳
پس آزمون	مقایسه گروه طرحواره‌درمانی با گواه	-۳۲	۴/۷۴	-۶/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۵۲۱
	مقایسه گروه شناختی-رفتاری با گواه	-۱۰/۴۷	۴/۷۴	-۲/۲۱	۰/۰۳۳	۰/۱۰۴
	مقایسه طرحواره‌درمانی با شناختی-رفتاری	۲۱/۵۳	۴/۷۳	۴/۵۴۴	۰/۰۰۱	۰/۳۳

۰/۵۸	۰/۰۰۱	-۷/۶۲	۴/۷۷	-۳۶/۳۳	مقایسه گروه طرح‌واره‌درمانی با گواه	پیگیری
۰/۱۶۳	۰/۰۰۶	-۲/۸۶	۴/۷۷	-۱۳/۶۷	مقایسه گروه شناختی-رفتاری با گواه	
۰/۵۸	۰/۰۰۱	۴/۷۵	۴/۷۷	۲۲/۶۶	مقایسه طرح‌واره‌درمانی با شناختی-رفتاری	

رویکرد یافته‌های پژوهش با یافته‌های اکبری و همکاران (۱۳۸۹)، ایزدی و همکاران (۱۳۹۳) و کولز (۲۰۱۴) مبنی بر درمان شناختی-رفتاری بر کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری موثر است همسو است. همچنین یافته‌های پژوهش با یافته محمودیان و همکاران (۱۳۹۸) و دارابی و همکاران (۱۳۹۴) مبنی بر اینکه طرح‌واره‌درمانی بر کاهش طرح‌واره ناسازگار اولیه موثر است همسو می‌باشد.

طرح‌واره‌درمانی، رویکردی متشکل از رویکردهای شناختی، رفتاری، بین فردی، دلبستگی و تجربی در قالب یک مدل درمانی یکپارچه است که با استفاده از چهار تکنیک اصلی شناختی، رفتاری، رابطه‌ای و تجربی در افراد علاوه بر زیر سوال بردن طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیر منطقی است، از نظر هیجانی باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی می‌شود (دارابی و همکاران، ۱۳۹۴). در واقع در این مدل بر این موارد تاکید دارد: افراد چگونه تجربه هیجانی خود را مفهوم بندی می‌کنند چه انتظاراتی دارند و چگونه درباره هیجان‌های خود قضاوت می‌کنند و چه راهبردهای رفتاری و بین فردی را در پاسخ به تجربه هیجانی خود بکار می‌گیرند (ویتال و همکاران، ۲۰۰۵).

در تبیین این یافته مبنی بر اینکه طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر مسائل روانی و اجتماعی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری موثر می‌باشد می‌توان گفت که طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر مسائل روانی اجتماعی با تاکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه اثرگذاری آن‌ها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان و ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری و همچنین با تاکید بر

نتایج در جدول ۶ نشان می‌دهد در مرحله پیش‌آزمون میانگین نمرات اضطراب هر سه گروه تفاوت معنی‌دار نیست. اما نتایج نشان داده است که در متغیر مذکور در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین گروه گواه با گروه طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر مسائل روانی-اجتماعی ($p < 0/001$)، درمان شناختی-رفتاری ($p < 0/001$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. لذا نتایج نشان می‌دهد میزان تأثیر طرح‌واره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری در مرحله پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۵۲/۱ و ۱۰/۴ درصد حاصل شده است و میزان تأثیر این درمان‌ها در مرحله پیگیری به ترتیب برابر با ۵۸ و ۱۶/۳ درصد است. در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت بین گروه‌های طرح‌واره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری معنی‌دار است ($p < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی بسته طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر مسائل روانی-اجتماعی بیماران وسواسی-جبری با درمان شناختی-رفتاری بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری بود. نتایج نشان داد که هر دو مداخله شامل طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر مسائل روانی-اجتماعی و درمان شناختی رفتاری در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنی‌داری داشتند. به عبارتی طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر مسائل روانی-اجتماعی در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری مؤثرتر از درمان شناختی-رفتاری توانست طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب را در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری کاهش دهد.

وجود آمده است. از آنجایی که طرحواره مجموعه‌ای از خاطرات، هیجان‌ها، احساس‌های بدنی و شناخت واره‌ها است، بهبود طرحواره به کاهش تمام این موارد مربوط می‌شود: شدت خاطرات مرتبط با طرحواره، فعال شدن هیجانی طرحواره، نیرومندی احساسات بدنی و ناسازگاری شناخت واره. بهبود طرحواره همچنین یک سری تغییرات رفتاری به دنبال خواهد داشت به طوری که بیماران یاد می‌گیرند سبک‌های مقابله‌ای سازگار را جایگزین سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار کنند. بنابراین فرآیند درمان در برگیرنده مداخلات شناختی، عاطفی و رفتاری است که همه این موارد در این بسته طرحواره‌درمانی مبتنی بر مسائل روانی و اجتماعی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری در نظر گرفته شده است این بسته‌درمانی علاوه بر اینکه دارای تمامی ویژگی‌های طرحواره‌درمانی است تأکید ویژه‌ای بر دو طرحواره‌های دو حوزه دوم و پنجم دارد که نقش بسزایی در شکل‌گیری اختلال وسواسی - جبری دارد که با اصلاح طرحواره‌های ناسازگار این دو حوزه کمک شایانی به افراد مبتلا به اختلال وسواسی - جبری نموده است. یافته‌های پژوهش با یافته‌های ویتال، توردرسون و مک لین (۲۰۰۵)، دهشیری (۱۳۹۱) مبنی بر درمان شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری موثر است همسو است. همچنین یافته پژوهش با یافته‌های ملکی و همکاران (۱۳۹۴)، کاپرون و همکاران (۲۰۱۳)، استورچ و همکاران (۲۰۰۷) و ویتال و همکاران (۲۰۰۵) مبنی بر اینکه طرحواره‌درمانی بر کاهش اضطراب موثر است همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته افراد مضطرب به علت افکار و باورهای نادرست غیر واقعی، میزان خطر و احتمال آسیب دیدن را در یک موقعیت خاص بیش از حد تخمین زده و توانایی خود را برای کنار آمدن با تهدیدهای ادارک شده بیش از حد کم ارزیابی می‌کنند. بنابر باور الیس، هیجان‌ات تحت تأثیر عقاید، ارزیابی‌ها و تعبیرها است. انسان دوست دارد

جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد فرصتی را برای بهبود علائم فراهم می‌آورد. تأکید بر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و آموزش الگوهای رفتاری صحیح موجب می‌شود رفتارهای اجتنابی و وسواسی کاهش یابد. آموزش تکنیک‌های شناختی و رفتاری درمان طرحواره محور همچون آزمون اعتبار طرحواره و تکنیک‌های رفتاری مثل ایفای نقش و مواجهه و پیشگیری از پاسخ می‌تواند در کاهش ارزیابی منفی به افراد یاری برساند. تکنیک‌های رفتاری به مراجع کمک می‌کنند تا به جای الگوهای رفتاری طرحواره -ساخت، سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تری را جانشین سازد. همچنین به مراجع کمک می‌کنند تا از طرحواره‌ها فاصله بگیرد و به جای اینکه طرحواره را یک حقیقت مسلم درباره خود بداند، آن را به صورت یک موجود مزاحم بداند. طرحواره‌درمانی در فرآیند درمان به بیمار کمک می‌کند تا با زیر سوال بردن طرحواره‌ها، صدای سالمی را در ذهن خود به وجود بیاورد و بدین ترتیب ذهنیت سالم خود را توانمند سازد. این رویکرد درمانی به بیماران کمک می‌کند تا درستی طرحواره‌هایشان را ارزیابی کنند. و از آنجایی که این بسته درمانی مختص بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری تدوین گردیده است باعث گردیده علاوه بر اینکه از تکنیک‌های طرحواره‌درمانی استفاده می‌شود مستقیماً بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ای که در ایجاد اختلال وسواسی جبری نقش دارند تأکید می‌کند و باعث تعدیل و دگرگونی در طرح واره اصلی گردیده و باعث بهبود طرح واره‌های ناسازگار و تعدیل در آن می‌گردد (محمودیان و همکاران، ۱۳۹۸).

از آنجایی که طرحواره‌درمانی مبتنی بر مسائل روانی اجتماعی بر پایه رفتار شناختی درمانی کلاسیک و با تأکید بیشتر بر ریشه‌های تحولی مشکلات روانشناختی رشد در دوران کودکی و نوجوانی، استفاده از تکنیک‌های برانگیزاننده و ارائه مفهوم سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار به

شناختی نیز نیازهای هیجانی و تجارب دوران کودک را در شکل‌گیری شخصیت موثر می‌داند اما مشخص نکرده که چه نیازهای هیجانی وجود دارد و تجارب دوران کودکی چگونه در شکل‌گیری طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌ها شکل می‌گیرند به عبارتی در درمان شناختی ریشه‌ای به مسائل توجه نمی‌شود این می‌تواند از مزیت طرح‌واره‌درمانی در بهبود مشکلات بیمار مبتلا به اختلال وسواسی جبری از جمله اضطراب شود و نیز از آنجایی که بسته‌درمانی تدوین شده به طور اساسی و ریشه‌ای مسائل روانی و اجتماعی بیماران را بررسی نموده و طرح‌واره‌های دخیل در این حوزه شناسایی و به تلاش جهت تغییر آن‌ها پرداخته است همچنین طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر مسائل روانی اجتماعی با بررسی‌های انجام شده میزان اختصاص یافتن جلسات درمان به حوزه شناختی، هیجانی و رفتاری را بررسی و توانسته با اختصاص دادن تعداد جلسات لازم در هر حوزه به بیمار مبتلا به اختلال وسواسی - جبری در کاهش علائم کمک کند (استورچ و همکاران، ۲۰۰۷).

پیشنهاد می‌گردد که جهت کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب از روش طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر مسائل روانی-اجتماعی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری در مراکز مشاوره و روان‌درمانی (محیط‌های بالینی) استفاده شود و جلسات و کارگاه‌های آموزشی جهت مشاوران و درمانگران با این رویکرد تشکیل گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود این رویکردها بر روی گروه‌های دیگری مورد آزمون قرار گیرد تا اعتبار آن با اطمینان بالاتری برآورد شود. از طرفی هر پژوهشی دارای محدودیت‌های ویژه‌ای است و تفسیر نتایج باید در پرتو این محدودیت‌ها مورد توجه قرار گیرد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش با توجه به اینکه جامعه این پژوهش مبتلایان به اختلال وسواسی جبری بوده‌است در تعمیم این نتایج به سایر گروه‌ها باید احتیاط لازم صورت گیرد.

موازین اخلاقی

که امیال و ترجیحات خود را به صورت باید شکل بدهد. همین بایدهای جزئی احساس‌ها و رفتارهای مختل‌کننده را بوجود می‌آورد. شاید بتوان گفت علت موفقیت طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر مسائل روانی اجتماعی استفاده از تکنیک‌های خاصی از جمله تکنیک تجربی است که استفاده می‌کند تکنیک تجربی کار روی احساسهای بدنی، عاطفی، خاطرات و تصاویر ذهنی بود. مراجعان به کمک تکنیک‌های تجربی در سطح عاطفی با طرح‌واره‌های ناسازگار مبارزه کردند و با استفاده از تصویرسازی ذهنی خشم و ناراحتی خود را نسبت به حوادث دوران کودکی ابراز نمودند. هنگامی که این تکنیک‌ها فراگرفته شوند، در طول زندگی مورد استفاده قرار می‌گیرند و وقتی فرد نتیجه آن را می‌بیند، به خود بازخورد مثبت می‌دهد و در نهایت این امر باعث کاهش اضطراب می‌شود و از آنجایی که این بسته‌درمانی متمرکز بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه است که در اثر مسائل روانی و اجتماعی در فرد شکل گرفته بنابراین طرح‌واره‌های ناسازگار شناسایی و فرد با آن‌ها به مبارزه می‌پردازد و با استفاده از تکنیک‌های موجود و استفاده مکرر منجر به تغییر طرح‌واره و نهایت کاهش رفتار اضطرابی می‌شود. از آنجایی که درمان شناختی قادر به تغییر طرح‌واره‌ها نیست می‌توان گفت طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر مسائل روانی اجتماعی به تجارب تلخ گذشته که نقش بسزایی در شکل‌گیری باورهای عمیق و طرح‌واره‌های ناکارآمد دارد توجه نموده و با بهره‌گیری از تکنیک‌های تجربی، با بازسازی این خاطرات و شناخت‌واره‌ها و کمک به ابراز و تخلیه هیجانها و عواطف منفی و سرکوب شده، سبب بهبود وضعیت و کاهش اضطراب می‌شود از طرفی طرح‌واره‌درمانی و این بسته‌درمانی هدف اصلی این است که بیماران به طور معناداری تغییر کنند و چنین نگرشی، در آزادی بیمار و درمانگر راجع دستور جلسات درمان، نوع مداخلات و چگونگی استفاده از تکنیک‌ها، تأثیر بسزایی دارد. از طرفی طرح‌واره‌درمانی اهمیت زیادی برای نیازهای اصلی و فرآیندهای تحولی قابل است درست است که درمان

طرح‌واره‌درمانی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد افسرده. مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۵(۱۸)، ۱۴۳-۱۶۶.

دهشیری، غلامرضا. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اضطراب و نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. روان‌شناسی بالینی، ۴(۲)، ۱۹-۲۸.

زهره پوش، اصغر، نشاط دوست حمید طاهر، عسگری، کریم، عابدی، محمدرضا، صادقی هسنیجه، امیرحسین. (۱۳۹۱). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر افسردگی مزمن در دانشجویان. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۰(۴)، ۲۵-۱۸.

سهرابی، فرامرز. (۱۳۹۵). روان‌درمانی‌های موج سوم: خاستگاه، حال و چشم انداز، با تاکید ویژه بر طرحواره درمانی. مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۵(۱۸): ۱-۱۴.

شاهت، فاطمه، ثابتی، علیرضا، رضوانی، سمانه. (۱۳۸۹). بررسی رابطه سبک‌های فرزندپروری و طرحواره‌های ناسازگار اولیه. ۱۱(۲)، ۲۵۴-۲۳۹.

کاپلان اس، و سادوک، و. (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی، علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی (جلد: ۳). رضایی ف. (مترجم فارسی). تهران: انتشارات ارجمند.

گودرزی، ندا، خسروی، زهره، دهشیری، غلامرضا. (۱۳۹۵). طرحواره‌های ناسازگار اولیه و باورهای فراشناختی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری، اختلال شخصیت وسواسی-اجباری و گروه بهنجار. روان‌شناسی بالینی، ۳(۳)، ۲۵-۳۶.

محمودیان دستنایی، طاهره، امیری، شعله، نشاط دوست، حمید طاهر، منشی، غلامرضا. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان شناختی رفتاری بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران ۱۶ تا ۲۳ سال مبتلا به پراشتهای عصبی با توجه به پیوند والدینی. مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۶(۲): ۱۵-۱.

ملکی، زهرا، نادری، ایمان، عاشوری، جمال، زاهدی، امید. (۱۳۹۴). تاثیر طرحواره‌درمانی بر کاهش علائم اختلالات اضطراب و افسردگی دانشجویان پرستاری و مامایی. مجله مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی یزد، ۱۰(۱): ۵۶-۴۷.

هالچین، ویتبورن. (۱۳۸۳). آسیب‌شناسی روانی. مترجم سید محمدی، تهران: نشر روان.

Arlington, V. A. (2013). Association, AP Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Am. Psychiatr. Assoc, 5, 612-613.

Beck J. S. (2005) Cognitive therapy for challenging problems; New York: Guilford Press.

در تمام مراحل پژوهش سعی شد اصول اخلاقی مورد توجه قرار گیرد. ضمن دادن آزادی انتخاب به شرکت‌کنندگان و دادن اطمینان جهت رعایت اصول رازداری، سعی بر آن بود تا به حریم شخصی زندگی افراد احترام گذاشته شود.

تشکر و قدردانی

از همه افراد شرکت‌کننده در پژوهش و همه افرادی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش-شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش-نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش داشت.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

References

- اصل علوی پایدار، سلاله سادات، خدابخش، روشنگر، مهری نژاد، سید ابوالقاسم. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و فراشناختی بر وسواس فکری-عملی. مطالعات روان‌شناختی، ۱۳(۱)، ۸۳-۱۰۰.
- اکبری، جواد. (۱۳۸۷). اثر بخشی درمان شناختی رفتاری و درمان دارویی بر علائم اضطراب و تکانشگری مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *مجله اصول بهداشت روانی*. ۱۰(۴۰)، ۳۱۷-۳۳۳.
- ایزدی، راضیه، نشاط دوست، حمید طاهر، عسگری، کریم، عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس- اجبار. تحقیقات علوم رفتاری. ۱۲(۱): ۳۳-۱۹.
- حسن زاده، اسماعیل، سرابندی، مهشید. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر میزان نگرانی و نشخوار ذهنی افراد مبتلا به اختلال وسواسی، دومین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین در مدیریت، اقتصاد و علوم انسانی، <https://civilica.com/doc/493864>
- دارابی، افسانه، برجعلی، احمد، اعظمی، یوسف. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی تکنیک‌های شناختی و هیجانی

- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour research and therapy*, 36(4), 385-401.
- Renner, F., Lobbstaël, J., Peeters, F., Arntz, A., & Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of affective disorders*, 136(3), 581-590.
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour research and therapy*, 27(6), 677-682.
- Sangani, A., & Dasht Bozorgi, Z. (2018). The effectiveness of schema therapy on general health, ruminating and social loneliness of divorce women. *Journal of Psychological Achievements*, 25(2), 201-216.
- Sookman, D., & Steketee, G. (2007). Directions in specialized cognitive behavior therapy for resistant obsessive-compulsive disorder: Theory and practice of two approaches. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(1), 1-17.
- Springer, J. F., Sale, E., Hermann, J., Sambrano, S., Kasim, R., & Nistler, M. (2004). Characteristics of effective substance abuse prevention programs for high-risk youth. *Journal of Early Prevention*, 25(2), 171-194.
- Storch, E. A., Geffken, G. R., Merlo, L. J., Mann, G., Duke, D., Munson, M.,... & Goodman, W. K. (2007). Family-based cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: Comparison of intensive and weekly approaches. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(4), 469-478.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour research and therapy*, 34(11-12), 881-888.
- Whittal, M. L., Thordarson, D. S., & McLean, P. D. (2005). Treatment of obsessive-compulsive disorder: Cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behaviour research and therapy*, 43(12), 1559-1576.
- Young, J. E., & Klosko, J. S. (1994). *Reinventing Your Life: The Breakthrough Program to End Negative Behavior... and Feel Great Again*. Penguin.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford press.
- Bloch, M. H., Artukoglu, B. B., Lenington, J. B., Szuhay, G., & Lombroso, P. J. (2020). Obsessive-compulsive disorder. In *Rosenberg's Molecular and Genetic Basis of Neurological and Psychiatric Disease* (pp. 663-674). Academic Press.
- Borkovec, T. D., Newman, M. G., & Castonguay, L. G. (2003). Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrations from interpersonal and experiential therapies. *CNS spectrums*, 8(5), 382-389.
- Capron, D. W., Cogle, J. R., Ribeiro, J. D., Joiner, T. E., & Schmidt, N. B. (2012). An interactive model of anxiety sensitivity relevant to suicide attempt history and future suicidal ideation. *Journal of psychiatric research*, 46(2), 174-180.
- Cook, T. D., Campbell, D. T., & Shadish, W. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference* (pp. 103-134). Boston: Houghton Mifflin.
- Esteki azad N, Golparvar M, Sajjadian I. (2022). The Effectiveness of Play Therapy based on Child-Parent Relationships and Cognitive-Behavioral Art-Play Therapy on Mother's Affective Capital of Single Parents' Children. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling*. 4(3), 8-13. doi:[10.52547/jarac.4.4.18](https://doi.org/10.52547/jarac.4.4.18)
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 39(2), 117-132.
- Harris, A. E., & Curtin, L. (2002). Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive therapy and research*, 26(3), 405-416.
- Kuelz, A. K., & Rose, N. (2013). Mindfulness based cognitive therapy (MBCT) in patients with obsessive-compulsive disorder--an adaptation of the original program. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 64(1), 35-40.
- Lachenal-Chevallet, K., Mauchand, P., Cottraux, J., Bouvard, M., & Martin, R. (2006). Factor analysis of the schema questionnaire-short form in a nonclinical sample. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(3), 311-318.
- O'Connor, K., Aardema, F., & Pélissier, M. C. (2005). Beyond reasonable doubt: Reasoning processes in obsessive-compulsive disorder and related disorders. John Wiley & Sons.
- O'Connor, K., Aardema, F., & Pélissier, M. C. (2005). Beyond reasonable doubt: Reasoning processes in obsessive-compulsive disorder and related disorders. John Wiley & Sons.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A., & Cunha, M. (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 30(5), 571-584.