



## Efficacy of schema mode therapy on obsessive symptoms, distress tolerance and guilt of patients with obsessive-compulsive: A single subject study

Aylin Ghassemi koushikolaei<sup>1</sup>, Iran Davoudi<sup>2</sup>, Abdolkazem Neysi<sup>3</sup>, Morteza Omidian<sup>4</sup>

1. Ph.D Candidate in Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran. E-mail: [Ailin\\_pyc89@yahoo.com](mailto:Ailin_pyc89@yahoo.com)
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran. E-mail: [Davoud\\_i@scu.ac.ir](mailto:Davoud_i@scu.ac.ir)
3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran. E-mail: [Kazem23@yahoo.com](mailto:Kazem23@yahoo.com)
4. Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran. E-mail: [Morteza\\_omid@scu.ac.ir](mailto:Morteza_omid@scu.ac.ir)

### ARTICLE INFO

**Article type:**  
Research Article

**Article history:**  
Received 16 December 2023  
Received in revised form 10 January 2024  
Accepted 19 February 2024  
Published Online 21 December 2024

**Keywords:**  
schema mode therapy,  
obsessive compulsive disorder,  
obsessive symptoms,  
distress tolerance,  
guilt

### ABSTRACT

**Background:** Obsessive symptoms, low distress tolerance, and heightened guilt represent prevalent characteristics within the clinical demographic of individuals suffering from obsessive-compulsive disorder (OCD). These features contribute significantly to the chronicity of this disorder, complicating the treatment trajectory and prolonging the therapeutic process. Consequently, the imperative to identify an appropriate treatment for OCD becomes more pronounced. The chronic nature of this condition inflicts substantial damage on various facets of life, including relationships, performance, work, and overall quality of life.

**Aims:** This study aimed to scrutinize the efficacy of schema mode therapy in ameliorating obsession symptoms, bolstering distress tolerance, and alleviating guilt among individuals diagnosed with obsessive-compulsive disorder.

**Methods:** The present research employed a single case study utilizing an ABA design. The statistical population encompassed all patients diagnosed with obsessive-compulsive disorder (OCD) attending psychological centers in Ahvaz city. The sampling method adopted for this study was Purposive, specifically selecting four individuals diagnosed with obsessive-compulsive disorder as the research sample. To assess and measure the participants, structured interviews based on DSM-5-TR criteria were conducted, along with employing the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Symptoms Scale (Goodman et al., 1989), the Distress Tolerance Scale (Simons & Gaher, 2005), and the Guilt Scale (Kugler & Jones, 1992). The therapeutic intervention utilized in this study adhered to the schema mode therapy protocol as outlined by Ferrell et al. (2014). For data analysis, visual chart, percentage of non-overlapping data, recovery percentage and reliable change index were used.

**Results:** The research findings revealed that schema mode therapy exhibited effectiveness in reducing symptoms of obsession, enhancing distress tolerance, and alleviating guilt among the subjects during both the intervention and follow-up stages. Furthermore, the reliability index value was statistically significant for all measured parameters ( $p < 0.05$ ). Additionally, the percentage of recovery during the follow-up phase fell within the spectrum denoting treatment success, signifying the sustained efficacy and stability of this therapeutic intervention.

**Conclusion:** Given the obsession and chronic obsession, the necessity of an effective and sustainable treatment is important for these patients. Also, according to the results of the present study and the effectiveness of schema mode therapy on the symptoms of obsession, distress tolerance and guilt in patients with obsessive-compulsive disorder, the use of specific interventions and intervention techniques based on schema mentalities is suggested as a main and complementary method along with other main treatment techniques and concepts.

**Citation:** Ghassemi koushikolaei, A., Davoudi, I., Neysi, A., & Omidian, M. (2024). Efficacy of schema mode therapy on obsessive symptoms, distress tolerance and guilt of patients with obsessive-compulsive: A single subject study. *Journal of Psychological Science*, 23(142), 51-69. [10.52547/JPS.23.142.51](https://doi.org/10.52547/JPS.23.142.51)

*Journal of Psychological Science*, Vol. 23, No. 142, 2024

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.23.142.51](https://doi.org/10.52547/JPS.23.142.51)



✉ **Corresponding Author:** Aylin Ghassemi koushikolaei, Ph.D Candidate in Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran.

E-mail: [Ailin\\_pyc89@yahoo.com](mailto:Ailin_pyc89@yahoo.com), Tel: (+98) 9128727478

## Extended Abstract

### Introduction

Obsessive-compulsive disorder (OCD) stands as one of the prevalent psychiatric conditions, defined by the presence of obsessions or compulsions—manifesting as repetitive thoughts, actions, or behaviors that are time-consuming and not attributable to another mental health disorder (American Psychiatric Association, 2022). This condition significantly disrupts an individual's life, impacting their performance, career, and education. Obsessive-compulsive disorder is typified by obsessions—persistent, distressing thoughts, impulses, or ideas—and compulsions—repetitive behaviors or mental actions performed in response to these intrusive thoughts or strict self-imposed rules (Stein et al., 2019). Studies have underscored the critical role of distress tolerance in influencing obsessive-compulsive symptoms (Laposa et al., 2015; Laposa et al., 2017).

Individuals with lower levels of distress tolerance tend to respond maladaptively to distressing situations, often seeking to evade negative emotions or discomfort (Bernstein et al., 2009). Lower distress tolerance is linked to heightened frequency and severity of obsessions, predicting their onset (Laposa et al., 2015; Laposa et al., 2017). Consequently, targeting distress tolerance in the treatment of individuals with obsessive-compulsive disorder assumes greater significance (Michel et al., 2016). Another prominent factor in individuals with OCD is their commonly experienced guilt (Rakesh et al., 2021). Research has increasingly emphasized guilt as a pivotal emotional component associated with symptoms of this disorder (Melli et al., 2017). Greater sensitivity to guilt has been associated with OCD-like symptoms, even in non-clinical populations (Reuven et al., 2014).

Several treatments have been employed to alleviate symptoms of OCD, with schema mode therapy emerging as an evidence-based intervention (Tenore et al., 2018; Basile et al., 2017). This comprehensive approach integrates elements from various theories such as gestalt techniques, object relations, attachment theories, and cognitive-behavioral

theories. By amalgamating cognitive, experiential, and emotion-focused interventions, schema mode therapy aims to address core needs rooted in an individual's history and childhood experiences—fundamental factors underpinning disorders (Young et al., 2006). Studies have indicated a strong correlation between mental schemas and obsession (Jacobs et al., 2020), and the influence of schema mode on the intensity and manifestation of obsession (Yakin et al., 2020). Additionally, research suggests that schema therapy based on modes may benefit severe or chronic OCD patients, those unresponsive to traditional cognitive-behavioral therapy, or individuals with a history of trauma or personality disorders (Basile et al., 2017).

Therefore, the present study was undertaken to explore the impact of schema mode therapy on obsession symptoms, distress tolerance, and guilt in individuals diagnosed with obsessive-compulsive disorder.

### Method

The current study adopted a single-subject experimental design with an ABA framework and multiple asynchronous baseline designs. The research population encompassed all individuals diagnosed with obsessive-compulsive disorder seeking treatment at clinics and psychological counseling centers in Ahvaz city during 2023. The study sample consisted of four participants selected through purposive sampling. To ensure the suitability of subjects and confirm the diagnosis of the disorder prior to intervention, the Yale Obsessive-Compulsive Scale and an initial diagnostic interview based on DSM5-TR Obsessive-Compulsive Disorder criteria were administered. Entry criteria comprised willingness to participate, absence of acute physical illnesses, no need for hospitalization due to mental disorders, and an age range of 20 to 50 years. Exclusion criteria included comorbidity with psychotic disorders, concurrent participation in other treatments, psychiatric drug usage, and absence from more than three treatment sessions.

The research cohort comprised two patients with obsessive disorder and two with obsessive-compulsive disorder. Schema mode therapy sessions were conducted twice a week, each lasting 45

minutes. Following these sessions, participants completed research scales measuring obsessional symptoms, distress tolerance, and guilt. Four sessions (8th, 16th, 24th, and 32nd) were designated as assessment points for administering the research scales. Post-intervention, subjects underwent follow-ups at one, three, and six months. Data analysis involved visual analysis, graphs employing indicators like the percentage of non-overlapping data (PND), the reliability coefficient index (RCI), and the recovery percentage. These methods were employed to analyze the impact of schema mode therapy on the measured parameters throughout the study and to evaluate sustained improvements and treatment efficacy over time.

**Results**

As depicted in Table 1, the obsessional symptoms, distress tolerance, and guilt levels of all four research participants exhibited a consistent decrease from the

baseline phase to the intervention phase, a trend that persisted and remained stable during the follow-up stage. This enduring decline signifies the sustained effects and stability of the intervention. Furthermore, Table 2 illustrates that the indicators—such as the percentage of non-overlapping data, recovery rate, and the index of stable changes—demonstrate a substantial effect across all variables (obsessive symptoms, distress tolerance, and guilt). The percentage of overlapping data between the intervention and follow-up stages, when compared to the baseline stage, reached 100% for all variables and subjects. The high percentage of recoveries signifies the efficacy of the treatment, while the index of permanent change exceeding 1.96 for all variables underscores the significance of these alterations. Notably, the continuity of recovery and stability post-treatment is observable during the follow-up phase, highlighting the enduring positive effects of the intervention.

**Table 1. Obsessive symptom, distress tolerance and guilty scores during baseline, intervention and follow-up phases**

Variable	Participant	Baseline					Intervention				Follow-up		
		First	Second	Third	Fourth	Fifth	First	Second	Third	Fourth	First	Second	Third
Obsessive Symptoms	First	27	28				22	19	18	14	13	14	11
	Second	15	17	19			14	12	11	8	7	6	6
	Third	35	36	37	37		27	20	16	12	13	10	8
	Fourth	14	13	13	12	13	10	8	5	4	4	3	4
Distress Tolerance	First	30	28				38	43	48	56	55	58	60
	Second	27	27	26			35	42	51	55	55	58	60
	Third	33	34	32	33		40	45	49	57	59	60	62
	Fourth	29	30	30	29	28	34	39	46	51	52	56	57
Guilt	First	125	125				107	93	81	75	72	65	61
	Second	114	116	116			100	89	77	69	70	65	61
	Third	119	120	120	121		104	95	83	74	71	67	60
	Fourth	97	96	96	95	94	85	72	64	57	51	54	49

**Table 2. Indices of the Percentage of Non-overlapping Data, Recovery Percentage and Reliable Change Index for the subjects in the research variables**

Variable	Participant	Intervention			Follow-up		
		PND	Recovery Percentage	RCI	PND	Recovery Percentage	RCI
Obsessive Symptoms	First	100	-33.63	5.47	100	-65.45	10.65
	Second	100	-33.82	3.40	100	-62.76	6.31
	Third	100	-48.27	10.35	100	-71.50	15.33
	Fourth	100	-48.07	3.69	100	-71.84	5.52
Distress Tolerance	First	100	59.48	3.92	100	98.82	6.52
	Second	100	71.60	4.34	100	111.29	6.75
	Third	100	49.69	3.35	100	82.81	6.22
	Fourth	100	45.54	3.02	100	88.35	5.87
Guilt	First	100	-28.80	4.05	100	-52.80	6.64
	Second	100	-27.17	3.51	100	-42.03	5.44
	Third	100	-25.83	3.49	100	-45	6.08
	Fourth	100	-27.30	2.93	100	-46.30	4.98

## Conclusion

The primary objective of this study was to assess the effectiveness of schema mode therapy in addressing obsession symptoms, distress tolerance, and guilt among individuals diagnosed with obsessive-compulsive disorder (OCD). Concerning obsession symptoms, noteworthy improvements were observed in the scores of all four subjects, aligning with findings from Tenore et al. (2018), Basile et al. (2017), Veale et al. (2015), and Till et al. Schema therapy targets disturbing thoughts and ineffective behaviors by recognizing and modifying incompatible schemas, which may contribute to reducing obsession symptoms in OCD patients (Peeters et al., 2022). Dysfunctional personality characteristics and initial incompatible schemas could potentially contribute to resistance to treatment and perpetuation of disease symptoms in these individuals (Remmerswaal et al., 2023).

Regarding distress tolerance, substantial enhancements in scores were evident across all four subjects, consistent with studies by Safari Dizj and Panah Ali (2023), Nasirnia Samakoosh and Yousefi (2023), and Ariana Kia et al. (2023). Schema mode therapy focuses on altering incompatible coping styles and emotional schemas formed during childhood. It also addresses the impact of life events on current functioning and helps individuals recognize and replace ineffective coping strategies (Kiayi Rad et al., 1401).

Concerning guilt, a significant improvement in scores was observed in all four subjects, consistent with findings from Rajabi et al. (2019) and Basile et al. (2017). Schema mode therapy targets modes like parent and child states in obsessive-compulsive patients, aiming to address the root cause behind their disproportionate guilt. By shifting the schema mode from parent-child to adult states, this therapeutic

approach seeks to alleviate morbid and disproportionate guilt (Kopf-Beck et al., 2020).

Limitations of this study include the small sample size, restricting the generalizability of findings. Future research utilizing experimental or quasi-experimental designs with larger samples could enhance generalizability. Additionally, the frequency of subject evaluations before, during, and after intervention may have led to fatigue or familiarity with the tests, affecting outcomes. Given the efficacy of schema mode therapy, specialists and psychotherapists working with OCD patients are encouraged to consider interventions based on this therapy.

## Ethical Considerations

**Compliance with ethical guidelines:** This article is excerpted from the doctoral dissertation of the first author in the field of psychology at the Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz. To uphold ethical principles, information gathering was conducted after obtaining participants' consent. Additionally, participants were assured regarding confidentiality in safeguarding personal information and presenting results without attaching any names or identifying characteristics to individuals.

**Funding:** This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

**Authors' contribution:** This article is extracted from the doctoral dissertation of the first author under the guidance of the second and third authors, with supervision from the fourth author.

**Conflict of interest:** the authors declare no conflict of interest for this study.

**Acknowledgments:** The guidance and consultancy of the advisors, collaborating clinics and centers, as well as all the participants involved in this research, are hereby acknowledged and appreciated.



## اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر علائم وسواس، تحمل پریشانی و احساس گناه بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری: یک پژوهش تک موردی

آیلین قاسمی کوشیکلایی<sup>۱</sup>، ایران داودی<sup>۲</sup>، عبدالکاظم نیسی<sup>۳</sup>، مرتضی امیدیان<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.

۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.

۴. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.

### چکیده

### مشخصات مقاله

**زمینه:** علائم وسواس گون، تحمل پریشانی پایین و احساس گناه بالا از جمله موارد شایع در بین جمعیت بالینی مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری می باشد. این موارد باعث مزمن شدن این اختلال شده و سیر درمان را سخت تر و طولانی تر می کنند، و این مسئله اهمیت یافتن درمان مناسب برای اختلال وسواس-جبری را جدی تر می کند، زیرا مزمن شدن اختلال باعث آسیب بسیار جدی به روابط، عملکرد، شغل و زندگی شخص می شود.

**هدف:** هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روش طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر علائم وسواس، تحمل پریشانی و احساس گناه بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری بود.

**روش:** روش پژوهش حاضر از نوع مطالعه تک موردی با طرح ABA بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری مراجعه کننده به مراکز روانشناختی شهر اهواز بود. روش نمونه گیری در پژوهش حاضر به شیوه هدفمند بود. نمونه این پژوهش شامل چهار بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-جبری بود. ابزارهای مورد استفاده این پژوهش شامل مصاحبه ساختاریافته بر اساس DSM-5-TR و مقیاس های علائم وسواس فکری-عملی ییل-برون (گودمن و همکاران، ۱۹۸۹)، تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) و احساس گناه (کوگلز و جونز، ۱۹۹۲) بود. همچنین محتوای درمانی پژوهش حاضر بر اساس پروتکل طرحواره درمانی مبنی بر ذهنیت (فرل و همکاران، ۲۰۱۴) بود. برای تجزیه و تحلیل داده ها نیز از نمودار دیداری، درصد داده های ناهمپوش، درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا استفاده شد.

**یافته ها:** یافته های پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر علائم وسواس، تحمل پریشانی و احساس گناه شرکت کنندگان در مراحل مداخله و پیگیری مؤثر واقع شده و دارای اثربخشی است. مقدار شاخص تغییر پایا نیز برای تمامی آن ها معنادار بود ( $p < 0.05$ ). درصد بهبودی در مرحله پیگیری نیز در محدوده موفقیت درمان قرار داشته که این مسئله ثبات اثربخشی این درمان را نشان می دهد.

**نتیجه گیری:** با توجه به سیر مختل کننده و مزمن بودن وسواس ضرورت یک درمان اثربخش و پایدار در مورد این بیماران حائز اهمیت است. همچنین با توجه به نتایج پژوهش حاضر و اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر علائم وسواس، تحمل پریشانی و احساس گناه بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، استفاده از مداخلات و فنون خاص مداخله مبتنی بر ذهنیت های طرحواره ای به عنوان یک روش اصلی و مکمل در کنار سایر فنون و مفاهیم اصلی در درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری و نشانگان آن ها به درمان گران پیشنهاد می شود.

### نوع مقاله:

پژوهشی

### تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۰۹/۲۵

بازنگری: ۱۴۰۲/۱۰/۲۰

پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۳۰

انتشار برخط: ۱۴۰۳/۱۰/۰۱

### کلیدواژه ها:

طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت، اختلال وسواسی-جبری، علائم وسواس، تحمل پریشانی، احساس گناه

**استناد:** قاسمی کوشیکلایی، آیلین؛ داودی، ایران؛ نیسی، عبدالکاظم؛ و امیدیان، مرتضی (۱۴۰۳). اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر علائم وسواس، تحمل پریشانی و احساس

گناه بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری: یک پژوهش تک موردی. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۳، شماره ۱۴۲، ۵۱-۶۹.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۳، شماره ۱۴۲، ۱۴۰۳. DOI: [10.52547/JPS.23.142.51](https://doi.org/10.52547/JPS.23.142.51)



✉ نویسنده مسئول: آیلین قاسمی کوشیکلایی، دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.

رایانامه: Ailin\_pyc89@yahoo.com؛ تلفن: ۰۹۱۲۸۷۲۷۴۷۸

## مقدمه

اختلال وسواسی-جبری<sup>۱</sup> (OCD) یکی از اختلالات شایع روان‌پزشکی است که به‌عنوان وجود وسواس یا اجبار در قالب افکار، اجبار یا رفتارهای تکراری که زمان‌بر هستند، تعریف شده که با اختلال سلامت روانی دیگر یا وضعیت روانی دیگری توضیح داده نشده و می‌تواند منجر به مختل شدن زندگی، عملکرد، شغل و تحصیلات فرد شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). این اختلال با وجود وسواس‌ها و اجبارها مشخص می‌شود. وسواس‌های فکری در واقع افکار، تکرارها یا تصورات عودکننده و مداومی هستند که فرد آن‌ها را به‌صورت مزاحم و ناخواسته ادراک می‌کند. درحالی‌که رفتار یا افکار اجباری، رفتارها یا اعمال ذهنی مکرر هستند که در آن‌ها فرد احساس می‌کند در پاسخ به یک فکر وسواس یا طبق مقرراتی که باید با قاطعیت اجرا شوند، به انجام دادن آن‌ها وادار می‌شود (استین و همکاران، ۲۰۱۹). شیوع این اختلال در محدوده ۲ درصد در جمعیت بزرگسالان برآورد شده است (الشیخ و الشیخ، ۲۰۲۱). اختلال وسواسی-جبری از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در جوامع است که باعث پریشانی شدید عاطفی و اختلال قابل توجه در عملکرد کلی فرد شده که در نتیجه منجر به زوال عمیق کیفیت زندگی می‌شوند (بریفالت و همکاران، ۲۰۱۸). اختلال وسواس-جبری از اختلالات ناتوان‌کننده‌ای است که بر حسب شدت آن فرد را از زندگی عادی ممکن خارج نماید و صدمات جبران‌ناپذیری را به فرد و اطرافیان او وارد نماید. میزان شیوع بین مردان و زنان یکسان است. این میزان به معنی حدود یک میلیون نفر مبتلا به این اختلال می‌باشد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲؛ گرتس و همکاران، ۲۰۱۹) بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته، از عوامل مهم و اثرگذار بر علائم اختلال وسواسی-جبری، تحمل پریشانی<sup>۲</sup> می‌باشد (لاپوسا و همکاران، ۲۰۱۷).

تحمل پریشانی به ظرفیت ادراک شده فرد برای تحمل وضعیت‌های هیجانی منفی / یا حالت‌های آزاردهنده و ناراحتی فیزیکی، اشاره می‌کند (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). افراد با سطوح پایین تحمل پریشانی، ممکن است در معرض پاسخ ناسازگارانه به پریشانی و یا شرایط برانگیزاننده پریشانی باشند و در نهایت این افراد برای اجتناب از هیجان‌ات منفی / یا حالت‌های آزارنده تلاش

می‌کنند (برنشتاین و همکاران، ۲۰۰۹). افراد با سطوح بالاتر تحمل پریشانی، شاید بیشتر قادر باشند به پریشانی و شرایط برانگیزاننده پریشانی پاسخ انطباقی دهند (بلکی و لنیر، ۲۰۲۱). با توجه به علائم اختلال وسواسی-جبری، تحمل پریشانی پایین‌تر به‌طور قابل توجهی با وسواس در نمونه‌های غیربالینی مرتبط است (کوگل و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین تحمل پریشانی پایین‌تر فراوانی وسواس را پیش‌بینی کرده و با شروع و شدت علائم وسواس بیشتر ارتباط دارد (لاپوسا و همکاران، ۲۰۱۵؛ لاپوسا و همکاران، ۲۰۱۷). بر همین اساس هدف قرار دادن تحمل پریشانی در درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری بیش از پیش برجسته می‌شود (مایکل و همکاران، ۲۰۱۶).

از دیگر موارد برجسته در مورد بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری می‌توان احساس گناه متداول آن‌ها اشاره کرد (راکش و همکاران، ۲۰۲۱). در سالیان اخیر ادبیات پیرامون اختلال وسواسی-جبری به این موضوع اشاره داشته که احساس گناه عامل عاطفی اصلی در علائم مربوط به این اختلال است (میلی و همکاران، ۲۰۱۷). بر اساس مدل مانچینی (۲۰۱۶) تجربیات منفی اولیه ممکن است حساسیت کودک را نسبت به محتوای شناختی و عاطفی خاص مرتبط با اختلال وسواسی-جبری شکل داده و چنانچه ذهنیت والد در وی شکل گیرد منجر به فعال شدن احساسات خاصی از جمله احساس گناه گردد. مطابق با این موضوع ریون و همکاران (۲۰۱۴) دریافتند که حتی در افراد غیربالینی حساسیت بیشتر به احساس گناه باعث علائم شستشو و در حالت کلی باعث فعال شدن علائمی شبیه به وسواس اجباری در آن‌ها می‌شود. همچنین در نمونه‌های تصویربرداری عصبی از افراد غیربالینی، احساس گناه باعث فعال شدن مناطقی از مغز که نزدیک به مناطق فعال مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری است می‌شود (باسیل و همکاران، ۲۰۱۴). علاوه بر این، مداخلات درمانی که مسئولیت‌پذیری بیش از حد را مورد هدف قرار می‌دهند و یا منجر به پذیرش احساس گناه می‌شوند نشان داده شده است که علائم وسواسی-جبری را در زیرگروه‌های مختلف وسواسی به میزان قابل توجهی کاهش می‌دهد که این نتایج نشان می‌دهد که نه تنها علائم وسواس، بلکه همه نوع وسواس با ترس زیاد از احساس گناه مشخص می‌شود (کوسینتنو و همکاران، ۲۰۱۲).

1. Obsessive Compulsive Disorder

2. distress tolerance

تاکنون درمان‌های مختلفی جهت بهبود علائم اختلال وسواسی-جبری به کار گرفته شده است که از جمله درمان‌های دارای شواهد می‌توان به طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت<sup>۱</sup> اشاره کرد (تنور و همکاران، ۲۰۱۸؛ باسیل و همکاران، ۲۰۱۷). این درمان رویکرد جامع‌تری است که نقش و اهمیت تاریخی و دوران کودکی، نیازهای اساسی افراد را که زمینه‌ساز اختلالات است را مورد توجه قرار می‌دهد، این درمان با استفاده از نظریات مختلفی از جمله فنون گشتالتی، نظریات روابط شیء و دلبستگی و نظریات شناختی-رفتاری و با تلفیق مداخلات شناختی، تجربی یا همان هیجان‌محور و الگوشکنی رفتار به‌طور جامعی به درمان اختلالات مختلف از جمله اختلال وسواسی-جبری می‌پردازد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). رویکرد متمرکز بر طرحواره‌ها، تأکیدشان به جای متمرکز شدن بر افکار خودکار و فرض‌های زیربنایی، بر عمیق‌ترین سطح شناخت یعنی طرحواره‌های ناسازگار اولیه است. این طرحواره‌ها در دوره کودکی ایجاد می‌شوند و در سرتاسر زندگی شخص با درجاتی از ناکارآمدی، توسعه می‌یابند (کیزیلگاگاک و سرت، ۲۰۱۹). این الگو باور دارد که طرحواره‌های ناسازگار، هسته اصلی اختلالات شخصیت و درماندگی‌های روانشناختی نظیر اختلالات شخصیتی، اضطرابی، اختلال جنسی، خوردن و مشکلات بین فردی می‌باشد (باسیل و همکاران، ۲۰۱۷). ذهنیت مجموعه‌ای از طرحواره‌های یا کارکرد طرحواره‌ای سازگار/ناسازگار بوده که در حال حاضر در ذهن وجود دارند که می‌تواند بر روی اعمال و کارکردهای فرد تأثیر گذاشته و از این رو فنون متمرکز بر ذهنیت بخش مکملی از طرحواره درمانی هستند (کویف-بک و همکاران، ۲۰۲۰). چاکوبس و همکاران (۲۰۲۰) در بررسی‌های خود با بیماران‌شان نشان دادند که ساختار ذهنیت طرحواره‌ها ارتباط تنگاتنگی با وسواس دارند. یاکین و همکاران (۲۰۲۰) در بررسی ذهنیت طرحواره در روند تغییر در طرحواره بر روی افراد مورد مطالعه گزارش دادند که ذهنیت‌های طرحواره، شدت و عملکرد وسواس را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در مورد بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری می‌توان خصوصیات شخصیتی ناکارآمد را عامل مقاومت آن‌ها به درمان دانست که در مواردی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ذهنیت‌های طرحواره‌ای موجب استمرار و تداوم علائم بیماری در این بیماران می‌شود

1. Schema mode therapy

(رمرسوال و همکاران، ۲۰۲۳). در پژوهش باسیل و همکاران (۲۰۱۷) نشان داده شد که طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت‌ها ممکن است به‌ویژه برای بیماران وسواسی-جبری شدید یا مزمن، برای افرادی که به درمان شناختی-رفتاری سنتی پاسخ نمی‌دهند و برای بیماران با سابقه ترومای شدید یا همراه با اختلالات شخصیت مفید باشد. پژوهش‌های دیگری هم تأثیر طرحواره درمانی را در کاهش علائم اختلال وسواسی جبری (ویال و همکاران، ۲۰۱۵؛ تیل و همکاران، ۲۰۱۶؛ پیترز و همکاران، ۲۰۲۲)، احساس گناه (باسیل و همکاران، ۲۰۱۷؛ رجبی و همکاران، ۱۳۹۹) و بالا بردن تحمل پریشانی (نصیرنیا سماکوش، ۲۰۲۳؛ آریانا کیا و همکاران، ۲۰۲۳؛ صفری دیزج و پناه علی، ۱۴۰۲؛ یوشی‌زاده و همکاران، ۱۴۰۲) بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری نشان داده‌اند.

اختلالاتی چون اختلال اضطرابی و وسواس به میزان بیشتری می‌توانند مزمن شوند. هرچه بیماری مزمن و طولانی‌تر شود سیر درمان سخت‌تر و طولانی‌تر می‌شود، و این مسئله اهمیت یافتن درمان مناسب برای اختلال وسواس را جدی‌تر می‌کند، زیرا مزمن شدن اختلال باعث آسیب بسیار جدی به روابط، عملکرد، شغل و زندگی شخص می‌شود. فراوانی مزمن شدن این بیماری در بیماران وسواسی نزدیک به ۶۰/۷ درصد بوده (ویزر و همکاران، ۲۰۱۵) که شدت آن باعث شده تا حدود ۱۴/۲ درصد آن‌ها در طول زندگی حتی برای خودکشی اقدام کنند (خسروی رویات و نجفی، ۱۴۰۲). با توجه به مطالب فوق و اهمیت اختلال وسواسی-جبری و اثرگذاری کم درمان‌های سنتی، مناسب نبودن آن‌ها برای تمامی بیماران این طیف و میزان عود علائم بالا پس از درمان (فیشر و ولز، ۲۰۰۸؛ اونیل و فوزنر، ۲۰۱۵)، نیاز به تأکیدات درمانی جدید احساس می‌شود. از این رو طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت با تلفیق فنون مختلف بر آن بوده که به‌صورت عمیق‌تری با پیش‌فرض‌های این بیماران مواجه شده تا ضمن اثربخشی درمانی بیشتر، میزان عود علائم این بیماران بعد از اتمام درمان و در طولانی‌مدت کاهش یابد. همچنین لازم به ذکر است که تا به امروز پژوهشی در زمینه اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر روی بیماران وسواسی در کشور انجام نشده است. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف پاسخ‌گویی به این سؤال انجام شده که آیا طرحواره درمانی مبتنی بر علائم وسواس، تحمل

پریشانی و احساس گناه در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری اثربخش می‌باشد؟

## روش

**الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان:** پژوهش حاضر یک پژوهش آزمایشی تک موردی<sup>۱</sup> با طرح ABA و از نوع طرح‌های خط پایه چندگانه ناهمزمان<sup>۲</sup> بود. A به معنای مرحله خط پایه، B به معنای مرحله مداخله یا درمان و A به معنای مرحله پیگیری است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و مراکز مشاوره و روانشناختی شهر اهواز در سال ۱۴۰۲ بود. نمونه مورد پژوهش شامل چهار نفر و از روش نمونه‌گیری هدفمند از نوع در دسترس استفاده شد. برای تعیین شرکت کنندگان دارای صلاحیت قبل از ورود به فرآیند مداخله و کسب اطمینان از اختلال تشخیص داده شده، از آن‌ها آزمون وسواسی-جبری ییل برون گرفته شده و همچنین بر اساس مشخصات اختلال وسواسی-جبری در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی-نسخه پنجم (۲۰۲۲) یک مصاحبه تشخیصی اولیه از آن‌ها گرفته شد. سایر ملاک‌های ورود نیز شامل: علاقه‌مندی به شرکت در پژوهش، نداشتن بیماری جسمی حاد، نداشتن اختلال نیاز به بستری و برخورداری از دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال بود. ملاک‌های خروج نیز شامل: همبودی بیماری با یکی از اختلالات روانی مثل افسردگی، فوبیا و سایر اختلالات، تحت درمان همزمان بودن افراد، استفاده از داروهای روان‌پزشکی و غیبت بیش از ۳ جلسه در درمان بود. شرکت کنندگان پژوهش شامل دو بیمار مبتلا به وسواس فکری و دو بیمار مبتلا به وسواس فکری-عملی بود. پیش از آغاز مداخله شرکت کنندگان در مرحله خط پایه مورد بررسی قرار گرفتند.

## ب) ابزار

مصاحبه تشخیصی: برای تشخیص و کسب اطمینان از اینکه شرکت کنندگان پژوهش واجد شرایط لازم برای شرکت در پژوهش باشند از مصاحبه ساختاریافته استفاده گردید. در این نوع مصاحبه موضوعات و

سؤالات مورد بحث از پیش تعیین شده و مصاحبه‌گر به ارائه آن‌ها خواهد پرداخت. در پژوهش حاضر به‌منظور تشخیص وجود علائم اختلال وسواسی-جبری بر اساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی-نسخه پنجم (۲۰۲۲) از مصاحبه تشخیصی ساختاریافته توسط روانشناسی بالینی انجام شد.

مقیاس وسواس فکری-عملی ییل-برون<sup>۴</sup> (YBOCS): این مقیاس یک مقیاس فاصله‌ای است که توسط گودمن و همکاران (۱۹۸۹) برای سنجش علائم وسواس فکری-عملی طراحی شده است. دارای ۱۰ گویه بوده که بر اساس یک طیف لیکریت ۵ درجه‌ای (۰ تا ۴) نمره‌گذاری می‌شود. ۵ گویه اول صرفاً مربوط به وسواس فکری است و چنانچه فرد دارای وسواس عملی باشد به ۵ گویه بعدی نیز پاسخ می‌دهد. دامنه نمرات این مقیاس نیز ۰ تا ۴۰ بوده و نمرات بالاتر در این مقیاس به معنای شدت بیشتر علائم وسواسی فرد می‌باشد. در پژوهش گودمن و همکاران روایی این مقیاس مناسب گزارش شده همچنین میزان پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش شده است. در پژوهش راجزی اصفهانی و همکاران (۱۳۹۰) همبستگی میان این مقیاس با خرده‌مقیاس وسواس مقیاس SCL-90-R-OCS و تشخیص با مصاحبه SCID-I مثبت و معنادار بود. همچنین در پژوهش شفیع کاهانی و همکاران (۱۴۰۰) پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش شده است. پایایی به‌دست آمده در پژوهش حاضر نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بود.

مقیاس تحمل پریشانی<sup>۵</sup> (DTS): این مقیاس یک مقیاس فاصله‌ای است که توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) برای سنجش تحمل پریشانی افراد طراحی شده و در ایران توسط مدرس غروی (۱۳۹۰) ترجمه و اعتباریابی شده است. این مقیاس دارای ۱۵ گویه بوده و به‌صورت یک طیف لیکریت ۵ درجه‌ای (۱ تا ۵) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات مقیاس ۱۵ تا ۷۵ بوده که نمرات بالاتر به معنای تحمل پریشانی بالاتر می‌باشد. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) روایی ملاکی و همگرایی این مقیاس را خوب و ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند. در پژوهش مدرس غروی پایایی مقیاس ۰/۷۱ و در پژوهش یوشی‌زاده و همکاران (۱۴۰۲) پایایی مقیاس با استفاده از آلفای

<sup>۴</sup> Yale –Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS)

<sup>۵</sup> Distress Tolerance Scale (DTS)

<sup>۱</sup> single-case experimental design

<sup>۲</sup> multiple-baseline design

<sup>۳</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition Text Revision—DSM-5-TR



می‌باشد. در پژوهش کوگلر و جونز (۱۹۹۲) پایایی این برای خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۹ گزارش شده است. در پژوهش جامه بزرگی و همکاران (۱۴۰۲) ضریب پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش شده است. پایایی به‌دست آمده در پژوهش حاضر نیز با استفاده آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۴ بود.

### ج) معرفی برنامه مداخله‌ای

خلاصه محتوای جلسات مداخله طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت در جدول ۱ ارائه شده است.

کرونباخ ۰/۷۴ گزارش شده است. پایایی به‌دست آمده در پژوهش حاضر نیز با استفاده آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بود.

مقیاس احساس گناه<sup>۱</sup> (GFQ): این مقیاس یک مقیاس فاصله‌ای است که توسط کوگلر و جونز (۱۹۹۲) برای سنجش احساس گناه طراحی شده است. این مقیاس دارای ۴۵ گویه و ۳ خرده مقیاس خصیصه گناه (۱ تا ۲۰)، حالت گناه (۲۱ تا ۳۰) و معیارهای اخلاقی (۳۱ تا ۴۵) می‌باشد. نمره‌گذاری این مقیاس به‌صورت یک طیف لیکریت ۵ درجه‌ای (۱ تا ۵) می‌باشد. گویه‌های ۳، ۴، ۶، ۷، ۱۱، ۱۳، ۱۸، ۱۹، ۲۳، ۲۸، ۳۰، ۳۲، ۳۳، ۳۵، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲ و ۴۳ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات این مقیاس ۴۵ تا ۲۲۵ بوده که نمرات بالاتر به معنای تجربه بیشتر احساس گناه

جدول ۱. خلاصه جلسات طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت (فول و همکاران، ۲۰۱۴)

جلسات	هدف	محتوا	تکالیف
اول تا چهارم	آموزش طرحواره‌درمانی، معرفی مدل طرحواره‌درمانی، اهداف و مشکلات موجود	شناسایی مشکل و آشنایی و ایجاد رابطه ایمن درمانی	آشنایی، ارزیابی مشکل بیمار، شروع و ایجاد رابطه درمانی و بیان مختصر از رویکرد درمانی و تعیین هدف درمان و صحبت در مورد مشکلات اصلی، شناخت فعال‌کننده‌ها، بررسی و فرمول‌بندی (براساس فاکتورهای زیستی، طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها و ظرفیت بزرگسال سالم)
پنجم تا هشتم	آگاهی از ذهنیت سبک مقابله‌ای بررسی موقعیت‌هایی که ذهنیت فعال می‌شود نشانه‌های اصلی، احساسات، حس‌های بدنی، افکار خاطرات، طرحواره‌ها، نیاز، آیا رفتار من منجر به برآورده شدن نیازم می‌شود. بررسی ارتباط ذهنیت‌های سبک مقابله‌ای که در کودکی به اجبار در شرایط موجود استفاده شده است و سبم مقابله‌ای در حال حاضر با شرایط کنونی	تشخیص تجربه ذهنیت‌ها و یادگیری شناسایی آن‌ها به هنگام حضور	بررسی ذهنیت‌های سبک مقابله‌ای ناسازگار و همچنان ایجاد رابطه درمانی ایمن
نهم تا دوازدهم	تشخیص ذهنیت والد ناکارآمد و شناسایی پیغام‌های اصلی والد، شواهد تأیید و رد ذهنیت والد، ایجاد یک برنامه بلندمدت مدیریت ذهنیت	ایجاد راهبردهای سالم و فوری برای متوقف کردن پیغام‌های والد، تنبیه گر پر توقع و سایر والد‌های ناکارآمد	بررسی و شناسایی ذهنیت والد پر توقع / والد لقاگر گناه / والد القاگر ترس / والد سرزنشگر / والد متهم‌کننده
سیزده تا پانزده	ایجاد یک برنامه بلندمدت مدیریت ذهن جهت کاهش ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار و پرورش بزرگسال سالم	بررسی ظرفیت بزرگسال سالم، معرفی ارزش‌ها، رفتار جرأت‌مندانه، سه شکل: فاصله گرفتن، خود مراقبتی و مواجهه تصویرسازی کودک تنها در خیابان، نقاشی کودک	پرورش ذهنیت بزرگسال سالم
شانزده تا هجده	ایجاد یک برنامه بلندمدت مدیریت ذهنیت جهت برآوردن نیازهای مرتبط با غم و اضطراب ذهنیت کودک آسیب‌پذیر و بهبود آن - تشخیص حضور ذهنیت، احساسات درگیر پرورش شفقت برای کودک آسیب‌پذیر	آموزش مهرورزی و شفقت به خود معتبر ساختن احساسات کودک	ذهنیت کودک آسیب‌پذیر

1. Guilty Feelings'S Questionnaire (GFQ)

جلسات	هدف	محتوا	تکالیف
نوزده تا بیست و سوم	ایجاد یک برنامه بلندمدت مدیریت ذهنیت جهت کاهش آسیب دیدن از ذهنیت کودک عصبانی/تکانشی و بی انضباط و ابراز خشم به صورت جرأت‌مندانه به جای پرخاشگرانه	فعالیت جهت کاهش خشم و ایفای نقش ذهنیت متمرکز بر گفت و گوی ذهنیت کودک عصبانی و بررسی افکار، احساسات، خاطرات، حس‌های بدنی و نیاز کودک عصبانی - تکانشی	ذهنیت کودک عصبانی/تکانشی و بی انضباط
بیست و چهارم تا بیست و هفتم	جاگذار پیغام والد خوب با صدای والد سرزنشگر، پرتوقع، القاگر گناه، القاگر ترس و والد متهم کننده	کاهش صدای والد ناکارآمدی تخریب‌گر و پرورش والد سالم	مدیریت ذهنیت کودک آسیب‌پذیر با والد خوب
بیست و هشتم تا سی‌ام	ایجاد برنامه‌های بلندمدت ذهنیت‌هایی که بر مدیریت ذهنیت‌ها کودک شاد تداخل ایجاد کند	فراخواندن ذهنیت کودک شاد تمرین‌های اخلاقانه - تصویرسازی -ممانعت از ذهنیت پرتوقع	ذهنیت کودک شاد

#### (د) روش اجرا

فرآیند بررسی بدین صورت بوده که شرکت‌کننده اول قبل از ورود به مداخله ۲ بار مورد بررسی قرار گرفته و سپس وارد مرحله مداخله شده، شرکت‌کننده دوم بعد از ۳ بار بررسی و در جلسه دوم شرکت‌کننده اول وارد مرحله مداخله شده، شرکت‌کننده سوم بعد از ۴ بار بررسی و در جلسه سوم شرکت‌کننده اول و جلسه دوم شرکت‌کننده دوم وارد مرحله مداخله شده و در نهایت شرکت‌کننده چهارم بعد از ۵ بار بررسی در مرحله خط پایه و در جلسه چهارم شرکت‌کننده اول، جلسه سوم شرکت‌کننده دوم و جلسه دوم شرکت‌کننده سوم وارد مرحله مداخله شد. جلسات طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت به صورت دو جلسه در هفته و هر کدام به مدت ۴۵ دقیقه برگزار شد. در این بین بعد از جلساتی خاص شرکت‌کنندگان نسبت به تکمیل مقیاس‌های پژوهش (علائم و سواس، تحمل پریشانی و احساس گناه) اقدام می‌کردند. ۴ جلسه (جلسات هشتم، شانزدهم، بیست و چهارم و سی و دوم) به عنوان جلساتی انتخاب شدند که بعد از آن‌ها مقیاس‌های پژوهش برای تکمیل شدن به شرکت‌کنندگان ارائه شد. بعد از پایان مداخله نیز شرکت‌کنندگان در سه نوبت یک، سه و شش ماهه مورد پیگیری قرار گرفتند. همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری، نمودارها با شاخص‌های درصد داده‌های ناهمپوش<sup>۱</sup> (PND)، شاخص ضریب پایا<sup>۲</sup> (RCI) و درصد بهبودی استفاده شد.

#### یافته‌ها

شرکت‌کنندگان پژوهش شامل چهار بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-جبری (۲ زن و ۲ مرد) با میانگین سنی و انحراف استاندارد ۳۴ و ۴/۹۶ بود. سه نفر

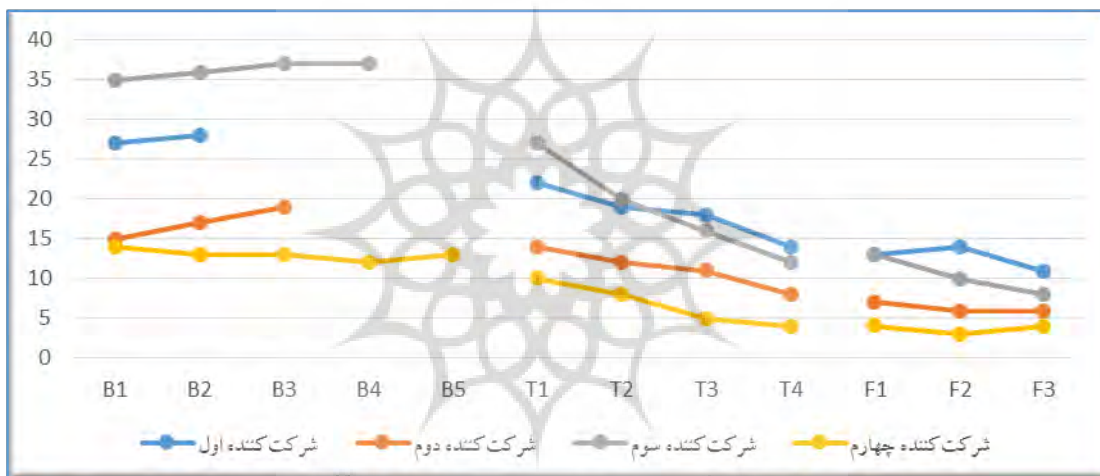
از شرکت‌کنندگان دارای مدرک لیسانس و یکی از آن‌ها نیز دارای مدرک فوق‌لیسانس بود. سه نفر از آن‌ها بیکار و یک نفر شاغل بوده و همچنین دو نفر از شرکت‌کنندگان پژوهش متأهل و دو نفر نیز مجرد بودند. همان‌طور که در جدول ۲ و نمودار دیداری در شکل ۱ مشاهده می‌شود، در متغیر علائم و سواس هر چهار شرکت‌کننده پژوهش از مرحله خط پایه به مرحله مداخله دارای روندی نزولی بوده و همچنین این روند نزولی در مرحله پیگیری نیز ادامه داشته و حفظ شده است که از این مسئله حاکی از ثبات و پایداری اثرات مداخله می‌باشد. همان‌طور که در جدول ۲ و نمودار دیداری در شکل ۲ مشاهده می‌شود، در متغیر تحمل پریشانی هر چهار شرکت‌کننده پژوهش از مرحله خط پایه به مرحله مداخله دارای روندی صعودی بوده و همچنین این روند صعودی در مرحله پیگیری نیز ادامه داشته و حفظ شده است که از این مسئله حاکی از ثبات و پایداری اثرات مداخله می‌باشد. همان‌طور که در جدول ۲ و نمودار دیداری در شکل ۳ مشاهده می‌شود، در متغیر احساس گناه هر چهار شرکت‌کننده پژوهش از مرحله خط پایه به مرحله مداخله دارای روندی نزولی بوده و همچنین این روند نزولی در مرحله پیگیری نیز ادامه داشته و حفظ شده است که از این مسئله حاکی از ثبات و پایداری اثرات مداخله می‌باشد.

<sup>1</sup>. Percentage of Non-overlapping Data (PND)

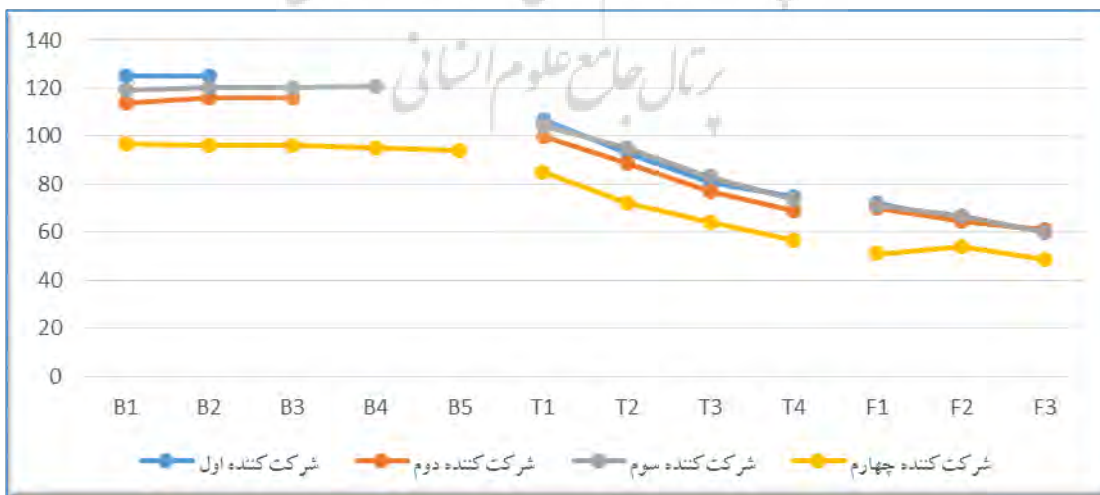
<sup>2</sup>. Reliable Change Index (RCI)

جدول ۲. نمرات علائم و سواس، تحمل پریشانی و احساس گناه در طی مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

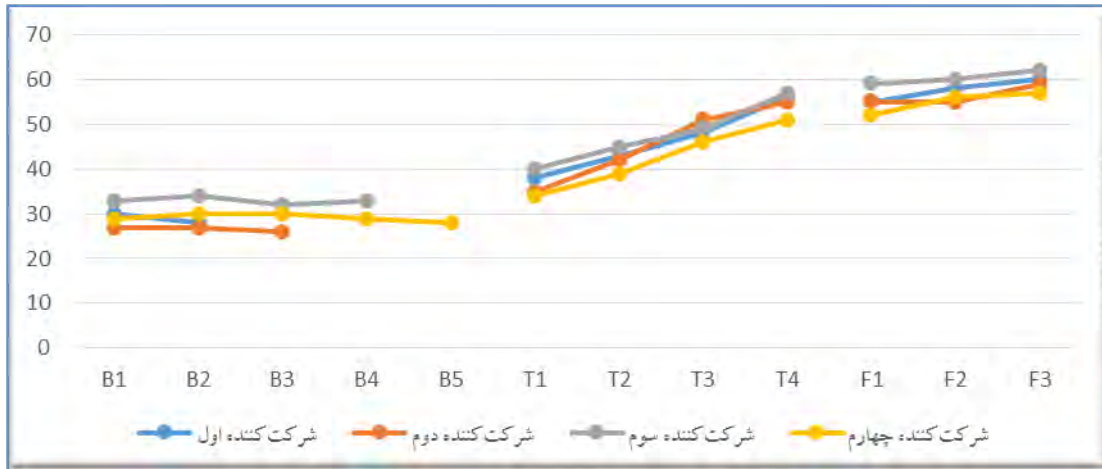
متغیر	شرکت کننده	خط پایه			مداخله			پیگیری		
		اول	دوم	سوم	دوم	سوم	چهارم	اول	دوم	سوم
علائم و سواس	اول	۲۷	۲۸	-	۱۹	۱۸	۱۴	۱۳	۱۴	۱۱
	دوم	۱۵	۱۷	-	۱۲	۱۱	۸	۷	۶	۶
	سوم	۳۵	۳۶	۳۷	۲۷	۱۶	۱۲	۱۳	۱۰	۸
	چهارم	۱۴	۱۳	۱۲	۱۰	۵	۴	۴	۳	۴
تحمل پریشانی	اول	۳۰	۲۸	-	۴۳	۴۸	۵۶	۵۵	۵۸	۶۰
	دوم	۲۷	۲۷	-	۴۲	۵۱	۵۵	۵۵	۵۵	۵۹
	سوم	۳۳	۳۴	۳۲	۴۰	۴۹	۵۷	۵۹	۶۰	۶۲
	چهارم	۲۹	۳۰	۲۹	۳۴	۳۹	۵۱	۵۲	۵۶	۵۷
احساس گناه	اول	۱۲۵	۱۲۵	-	۹۳	۸۱	۷۵	۷۲	۶۵	۶۱
	دوم	۱۱۴	۱۱۶	۱۱۶	۸۹	۷۷	۶۹	۷۰	۶۵	۶۱
	سوم	۱۱۹	۱۲۰	۱۲۰	۹۵	۸۳	۷۴	۷۱	۶۷	۶۰
	چهارم	۹۷	۹۶	۹۶	۷۲	۶۴	۵۷	۵۱	۵۴	۴۹



شکل ۱. روند تغییرات نمرات شرکت کنندگان در متغیر علائم و سواس



شکل ۲. روند تغییرات نمرات شرکت کنندگان در متغیر تحمل پریشانی



شکل ۳. روند تغییرات نمرات شرکت کنندگان در متغیر احساس گناه

جدول ۳. شاخص‌های درصد داده‌های ناهمپوش، درصد بهبودی و شاخص تغییرات پایا برای شرکت کنندگان در متغیرهای پژوهش

متغیر	شرکت کننده	مداخله			پیگیری		
		PND	درصد بهبودی	RCI	PND	درصد بهبودی	RCI
علائم و سواس	اول	۱۰۰٪	۳۳/۶۳٪	۵/۴۷	۱۰۰٪	۶۵/۴۵٪	۱۰/۶۵
	دوم	۱۰۰٪	۳۳/۸۲٪	۳/۴۰	۱۰۰٪	۶۲/۷۶٪	۶/۳۱
	سوم	۱۰۰٪	۴۸/۲۷٪	۱۰/۳۵	۱۰۰٪	۷۱/۵۰٪	۱۵/۳۳
	چهارم	۱۰۰٪	۴۸/۰۷٪	۳/۶۹	۱۰۰٪	۷۱/۸۴٪	۵/۵۲
تحمل پریشانی	اول	۱۰۰٪	۵۹/۴۸	۳/۹۲	۱۰۰٪	۹۸/۸۲	۶/۵۲
	دوم	۱۰۰٪	۷۱/۶۰	۴/۳۴	۱۰۰٪	۱۱۱/۲۹	۶/۷۵
	سوم	۱۰۰٪	۴۹/۶۹	۳/۳۵	۱۰۰٪	۸۲/۸۱	۶/۲۲
	چهارم	۱۰۰٪	۴۵/۵۴	۳/۰۲	۱۰۰٪	۸۸/۳۵	۵/۸۷
احساس گناه	اول	۱۰۰٪	۲۸/۸۰٪	۴/۰۵	۱۰۰٪	۵۲/۸۰٪	۶/۶۴
	دوم	۱۰۰٪	۲۷/۱۷٪	۳/۵۱	۱۰۰٪	۴۲/۰۳٪	۵/۴۴
	سوم	۱۰۰٪	۲۵/۸۳٪	۳/۴۹	۱۰۰٪	۴۵٪	۶/۰۸
	چهارم	۱۰۰٪	۲۷/۳۰٪	۲/۹۳	۱۰۰٪	۴۶/۳۰٪	۴/۹۸

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر روی علائم و سواس، تحمل پریشانی و احساس گناه بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری انجام شد. در ارتباط با متغیر علائم و سواس روند تغییرات نمرات و درصد بهبودی شرکت کنندگان نشان دهنده بهبودی معنادار نمرات علائم و سواس در هر چهار شرکت کننده است. این نتایج با پژوهش‌های پیترز و همکاران (۲۰۲۲)، تنور و همکاران (۲۰۱۸)، باسیل و همکاران (۲۰۱۷)، ویال و همکاران (۲۰۱۵) و تیل و همکاران (۲۰۱۶) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که طرحواره درمانی با شناخت و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار، سعی در کاهش افکار مزاحم و

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، شاخص‌های درصد داده‌های ناهمپوش، درصد بهبودی و شاخص تغییرات پایا در تمامی متغیرهای پژوهش (علائم و سواس، تحمل پریشانی و احساس گناه) اثرگذاری بالایی را نشان می‌دهد. درصد داده‌های ناهمپوش مراحل مداخله و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه در تمامی متغیرها و برای تمامی شرکت کنندگان ۱۰۰٪ بوده، درصد بهبودی‌ها همگی در سطح بالایی قرار داشته که موفقیت درمان را نشان داده و همچنین شاخص تغییر پایا نیز برای همگی آن‌ها بالاتر از ۱/۹۶ بوده که حاکی از معناداری تغییرات می‌باشد. همچنین می‌توان تداوم بهبودی و وثبات بعد از درمان را نیز مشاهده کرد.

استفاده نماید تا مانع سرزنش، تهدید و هرگونه ذهنیت هیجانی ناخوشایند شود، که با اصلاح و تغییر این ذهنیت‌ها در فرد می‌توان مکانیسم‌های متصل به آن را نیز تغییر داده و اصلاح نمود؛ که در نهایت منجر به کم‌رنگ شدن و از بین رفتن علائم در این بیماران خواهد شد.

در ارتباط با متغیر تحمل پریشانی روند تغییرات نمرات و درصد بهبودی شرکت‌کنندگان نشان‌دهنده بهبودی معنادار نمرات علائم و سواس در هر چهار شرکت‌کننده است. این نتایج با پژوهش‌های صفری دیزج و پناه علی (۱۴۰۲)، نصیرنیا سماکوش و یوسفی (۲۰۲۳) و آریاناکیا و همکاران (۲۰۲۳) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرحواره‌های هیجانی شکل‌گرفته در دوران کودکی تأکید داشته و در مورد این مسئله که چگونه به‌طور مؤثر وقایع زندگی تجربه شده بر عملکرد فعلی تأثیر گذاشته در اتاق درمان مورد بحث و پردازش قرار گرفته و در نهایت به شفاف‌سازی سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد پرداخته می‌شود تا بتوان آن‌ها را متوقف ساخته و جایگزین‌های مؤثری برای آن‌ها متصور شد (کیایی‌راد و همکاران، ۱۴۰۱). بنابراین به بیمار اجازه می‌دهد تا ارزیابی منفی و اجتنابی را متوقف ساخته و به جای آن از راهبردهای مقابله‌ای طبیعی و انطباقی استفاده کند. استفاده از راهبردهای مقابله‌ای انطباقی نیز می‌تواند به ارتقای ظرفیت ذهنی و قدرت حل مسئله افراد منجر شود و این فرآیند تحمل پریشانی آن‌ها را بهبود می‌بخشد (نصیرنیا سماکوش و یوسفی، ۲۰۲۳). بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری کمتر از افراد سالم توانایی تحمل موقعیت‌های نامطمئن را دارا می‌باشند. این افراد در مقایسه با افراد سالم دارای طرحواره‌های عاطفی معیوب، اجتناب عاطفی، شناختی و رفتاری بالاتری هستند. در نتیجه به اندازه‌ای که آگاهی از طرحواره‌های هیجانی افزایش می‌یابد، به همان نسبت اجتناب از هیجانات کاهش یافته و احساس توانمندی بیمار در مواجهه با موقعیت‌های تهدید کننده افزایش می‌یابد. یکی از دلایل اثربخشی این درمان این است که بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری در مورد هیجانات خود به گونه‌ای فکر می‌کنند که اگر هیجانی در درون آن‌ها ایجاد شود، به‌طور مداوم پایدار می‌شود و از طریق این درمان می‌آموزند که احساسات و هیجانات پدیده‌هایی زودگذر و کوتاه‌مدت هستند (صفری دیزج و پناه علی، ۱۴۰۲).

رفتارهای ناکارآمد دارد (پیترز و همکاران، ۲۰۲۲). به عقیده یانگ و همکاران (۲۰۰۶)، ذهنیت‌های طرحواره‌ای، حالت‌های هیجانی و پاسخ‌های مقابله‌ای هستند که در زمان فعال شدن طرحواره‌های ناسازگار ایجاد می‌شوند. در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری اگر مقاومت درمانی با طرحواره‌های ناسازگار همراه باشد، طرحواره درمانی می‌تواند منجر به کاهش اضطراب و علائم وسواسی شود (پیترز و همکاران، ۲۰۲۲). طرحواره درمانی با شناسایی طرحواره‌های ناسازگار مبتلا به اختلال وسواسی-جبری بر طرحواره‌ها و ریشه‌های تحولی آن متمرکز شده و علاوه بر فنون شناختی-رفتاری از سایر فنون تجربی و الگوشکناهی رفتاری نیز استفاده می‌کند و رابطه بین هیجان و شناخت را مورد بررسی قرار می‌دهد. این رویکرد درمانی از طریق فنون تجربی به برانگیختن هیجانات مربوط به طرحواره‌های ناسازگار و بازوالدینی حد و مرزدار به‌منظور بهبود هیجان‌ها و ارضای نسبی نیاز به ایمنی و استقلال که در دوران کودکی برآورده نشده است می‌پردازد (کیزیلاگاک و سریت، ۲۰۱۹). بر اساس مدل طرحواره درمانی، ذهنیت طرحواره‌ای شامل طرحواره‌ها با کارکردهای طرحواره‌ای (از جمله پاسخ‌های مقابله‌ای) انطباقی و غیرانطباقی است که در لحظه حال در سیستم پردازش اطلاعات فرد فعال می‌باشند. ذهنیت‌های طرحواره‌ای شامل چهار دسته کلی ذهنیت‌های کودکانه شامل کودک آسیب‌پذیر، کودک خشمگین و کودک تکانش‌گر؛ ذهنیت‌های والد ناکارآمد شامل والد تنبیه‌گر و والد پرتوقع؛ ذهنیت‌های مقابله‌ای ناکارآمد شامل تسلیم‌شده و مطیع، محافظ بی‌تفاوت و جبران‌کننده افراطی و ذهنیت‌های سالم می‌شود. در صورتی که ذهنیت طرحواره‌ای ناکارآمد فعال می‌شود که طرحواره‌ها یا پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگارانه خاصی منجر به برانگیختگی هیجان‌های آشفته‌ساز، پاسخهای اجتنابی، یا رفتارهای خودآسیب‌رسان شوند، به گونه‌ای که کنترل عملکرد فرد را به‌دست گیرند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). ذهنیت‌ها اغلب وقتی بیماران در آن هیجان شدیدی را تجربه می‌کنند فعال می‌شوند. در چنین ذهنیت‌هایی، بیمار مدام افکاری را تجربه خواهد کرد که ماهیت تکراری داشته و از فرد انتظار دارد که کاری کند و در صورتی که آنچه خواسته‌ی والد درونی شده می‌باشد برآورده نگردد احساس طردشدگی یا تهدید به فرد دست خواهد داد. نتیجه این وضعیت باعث می‌گردد که فرد از سبک‌های مقابله‌ای نامناسب و ناکارآمدی مثل ابطال‌سازی و کنترل‌گری که در وسواس‌های عملی مشاهده می‌شود،

در ارتباط با متغیر احساس گناه روند تغییرات نمرات و درصد بهبودی شرکت کنندگان نشان دهنده بهبودی معنادار نمرات علائم و سواس در هر چهار شرکت کننده است. این نتایج با پژوهش‌های رجبی و همکاران (۱۳۹۹) و باسیل و همکاران (۲۰۱۷) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که همه در زندگی خود هیجانانگیز و بعضاً نامتناسبی را تجربه می‌کنند. با این حال، تفسیر و واکنش آن‌ها به این هیجانانگیز متفاوت است. بنابراین، افراد طرحواره‌های متفاوتی در مورد هیجانانگیز خود دارند که نشان دهنده چگونگی تجربه آن‌ها از هیجانانگیز است (کویف-بک و همکاران، ۲۰۲۰). افکار و سواسی مزاحم انواع خاصی از افکار خودکار را تحریک می‌کنند. اگر سیستم باورهای شخصی، فکر مزاحم را غیرقابل قبول ارزیابی کند و در نتیجه افکار خودکار منفی را تحریک کند، یک فکر مزاحم منجر به اختلال در عواطف و خلق خواهد شد (صفری دیزج و پناه علی، ۱۴۰۲). مدل مانچینی (۲۰۱۶) توضیح می‌دهد که چگونه تجربیات منفی اولیه ممکن است حساسیت کودک را نسبت به محتوای شناختی و عاطفی خاص مرتبط با اختلال و سواسی-جبری شکل دهد. بسیار رایج است که بیماران مبتلا به اختلال و سواسی-جبری گزارش می‌دهند که تجربیات منفی اولیه با مراقبان خود و به خصوص تجربیات تنبیهی و انتقادی و حالات چهره تحقیرآمیز و عصبانی را داشته‌اند (تنور و همکاران، ۲۰۱۸). این تجربیات اولیه ممکن است به حساسیت بیماران نسبت به تنبیه‌ها، انتظارات بالا، مرتکب شدن اشتباه و دستیابی به استانداردهای بسیار بالا مرتبط باشد و به نوبه خود منجر به احساس گناه، احساس مسئولیت متورم و ترس از شکست شود. این تجربیات اولیه ممکن است به توسعه طرحواره‌های ناکارآمد مانند تنبیه، شکست، نقص، استانداردهای بالا، بدبینی و آسیب‌پذیری در برابر آسیب منجر شود (مانچینی و گانجمی، ۲۰۱۶). ذهنیت والد انتقادی/تنبیهی به قوانین وارد شده والدین در مورد تنبیه شدن برای اشتباهات احتمالی اشاره دارد و همراه با ذهنیت متناظر خود، شدت اختلال و سواسی-جبری بیماران را توضیح می‌دهد. علاوه بر این، این حالت والدین معمولاً با طرحواره ناسازگار اولیه انقیاد، بی‌اعتمادی/سوءاستفاده و نقص مرتبط است. ذهنیت والد خواستار موارد بسیاری است. صداهای درونی شده والدین مربوط به فشار برای دستیابی به انتظارات غیرواقعی بالا را منعکس می‌کند و معمولاً با طرحواره‌های استاندارد غیرقابل دسترس، شکست و ایثار مرتبط است. علاوه بر این، ذهنیت کودک آسیب‌پذیر به

احساسات و هیجانانگیز منفی مانند غم، تنهایی، گناه، شرم و غیره اشاره دارد که ممکن است در پاسخ به احساس شکست، انزوا، غفلت عاطفی یا پیام‌های تنبیهی و انتقادی نسبت به خود به دلیل انجام دادن یا نکردن برخی اشتباهات ایجاد شود (باسیل و همکاران، ۲۰۱۷). طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت‌ها با هدف تعدیل و تغییر ذهنیت‌های غالب در بیماران و سواسی-جبری که شامل ذهنیت‌های والد و کودک می‌باشد در مورد این افراد به کار می‌رود. این رویکرد درمانی با هدف قرار دادن ذهنیت‌های پشت احساس گناه این بیماران و نه متمرکز شدن صرف بر خود احساس، سعی در کنار گذاشتن اساسی و ریشه‌ای احساس گناه مرضی و نامتناسب این بیماران دارد. تغییر ذهنیت طرحواره‌ای فرد از حالت والد و کودک به حالت بزرگسال می‌تواند بیش از پیش منجر به نیل به این هدف شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به تعداد کم شرکت کنندگان و عدم وجود گروه کنترل برای مقایسه نتایج با گروهی که درمانی دریافت نکرده در طرح پژوهش اشاره کرده که تعمیم یافته‌ها را با محدودیت مواجه می‌سازد. محدودیت دیگر پژوهش مربوط به تعداد ارزیابی‌های شرکت کنندگان قبل از مداخله، در حین مداخله و بعد از اتمام مداخله بود که به خاطر تعدد آن‌ها ممکن است موجب خستگی یا آشنا شدن آن‌ها با آزمون شده باشد. همچنین در مورد این بیماران با توجه به ارزیابی‌های تشخیصی اولیه و رد افراد در معرض سایکوز، گاهی بیماران واجد شرایط پژوهش در حین مداخلات درمانی افکار و دوره‌های شبه سایکوز مانند تفکر سحرآمیز مشاهده شده که کار با این بیماران را پیچیده می‌کرد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر مقاومت برخی از بیماران نسبت به شرکت در یک طرح درمانی پژوهشی بوده که اعتماد به یک طرح پژوهشی برای آن‌ها دشوار بود که از این رو دسترسی به تعدادی از بیماران محدود می‌شد. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی از طرح‌های آزمایشی و شبه آزمایشی با تعداد نمرات بیشتر همراه با گروه کنترل استفاده گردد که امکان تعمیم و مقایسه نتایج نیز فراهم شود. پژوهش حاضر به صورت هدفمند بر روی گروه محدودی از بیماران مبتلا به اختلال و سواسی-جبری مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و مراکز روانشناسی شهر اهواز انجام شده بود که می‌تواند در جوامع دیگر تکرار گردد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی بر روی اثربخشی سایر متغیرهای مرتبط با سواس انجام شود. مقایسه اثربخشی این درمان با سایر درمان‌های کاربردی در زمینه سواس برای

سنجش میزان اثرگذاری نیز پیشنهاد می‌شود. و همچنین ویژگی فنون مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای توجه همزمان به خاطرات آسیب‌زا و تروماتیک گذشته فرد و فعال بودن ذهنیت مرتبط با آن خاطرات در لحظه حال بوده که در درمان‌های سنتی کمتر به آن توجه و پرداخته شده است. در مجموع با توجه به مداخلات اثربخش طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت به متخصصان و روان‌درمانگران فعال در این حوزه توصیه می‌گردد که مداخلات مبنی بر این درمان در برخورد با بیماران مبتلا به اختلال وسواس-جبری در را نظر داشته و مورد توجه قرار دهند.

### ملاحظات اخلاقی

**پیروی از اصول اخلاق پژوهش:** این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی در دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت‌کنندگان درباره اصل رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد. به شرکت‌کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد چنانچه در هر مرحله از انجام پژوهش موردی برای آن‌ها مسئله‌ساز باشد می‌توانند بدون قید و شرط از ادامه شرکت در پژوهش انصراف دهند. همچنین در خصوص حفظ حریم خصوصی افراد نیز به آن‌ها اطمینان داده شده که روند درمان بدون کسب اجازه از آن‌ها حتی در اختیار اعضای خانواده ایشان نیز قرار نمی‌گیرد.

**حامی مالی:** این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

**نقش هر یک از نویسندگان:** این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و سوم و مشاوره نویسنده چهارم استخراج شده است.

**تضاد منافع:** نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

**تشکر و قدردانی:** بدین وسیله از اساتید راهنما و مشاوران این پژوهش، کلینیک‌ها و مراکز همکاری‌کننده و همچنین تمامی شرکت‌کنندگانی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

جامه بزرگی، معجد، آل یاسین، سیدعلی، حیدری، حسن، و داوودی حسین. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان گروهی فراشناختی و فعال سازی رفتاری بر احساس گناه در زنان مبتلا به اختلال دیس تایمیک. *نشریه رویش روان شناسی*، ۱۲ (۳)، ۱۴۱-۱۵۲.

<http://frooyesh.ir/article-1-4284-fa.html>

خسروی رویات، زهرا، و نجفی محمود. (۱۴۰۲). نقش میانجی گر ترس از خود و باورهای وسواسی در رابطه آشفتگی استنتاج با علائم اختلال وسواسی - جبری. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۲ (۱۲۹)، ۱۸۶۹-۱۸۸۸.

<https://doi.org/10.52547/JPS.22.129.1869>

راجزی اصفهانی، سپیده، متقی پور، یاسمن، کامکاری، کامبیز، ظهیرالدین، علی رضا، و جان بزرگی، مسعود. (۱۳۹۰). پایایی و روایی نسخه فارسی مقیاس وسواسی - اجباری ییل - براون. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۷ (۴)، ۳۰۳-۲۹۷.

<http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1453-fa.html>

رجبی، فرنوش، حسنی، فریبا، کشاورزی ارشدی، فرناز، و امامی پور، سوزان. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان وسواس فکری-عملی و احساس گناه در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری. *فصلنامه تعالی مشاوره و روان درمانی*، ۹ (۱)، ۱۱-۲۱.

<http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1453-fa.html>

شفیعی کاهانی، تکتم، حسنی، جعفر، و شاکری، محمد. (۱۴۰۰). نقش خودکارآمدی، تاب آوری و تنظیم شناختی هیجان در پیش بینی علائم وسواس فکری - عملی در جمعیت عمومی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰ (۱۰۷)، ۲۱۰۶-۲۰۹۵.

<https://doi.org/10.52547/JPS.20.107.2095>

صفری دیزج، سمیرا، و پناه علی، امیر. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر تحمل پریشانی و نشانه های وسواس فکری-عملی در مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری. *مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۳۰ (۳)، ۳۹۳-۴۰۳.

[https://jsums.medsab.ac.ir/article\\_1562.html](https://jsums.medsab.ac.ir/article_1562.html)

کیایی راد، حسین، پاشا، رضا؛ عسگری، پرویز، و مکوندی، بهنام. (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره درمانی بر روابط فرازناشویی و خشونت خانگی در زنان درگیر در طلاق عاطفی. *فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۲۳ (۳)، ۲۰۴-۱۸۸.

<https://doi.org/10.30486/jsrp.2020.1906373.2551>

مدرس غروی، مرتضی. (۱۳۹۰). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی (با تکیه بر مؤلفه های هوشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی) بر نشانه های افسردگی در دانشجویان. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۳ (۵۰)، ۱۲۴-۱۳۵.

<https://doi.org/10.22038/jfmh.2011.881>

یوشی زاده، مریم، دوکانه ای فرد، فریده، و زارع بهرام آبادی، مهدی. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانگری و تلفیق آن با فن مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر تحمل پریشانی در زنان مبتلا به اختلال وسواس شستشو. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۲ (۱۲۹)، ۱۷۶۵-۱۷۸۲.

<https://doi.org/10.52547/JPS.22.129.1765>

References

Alsheikh, A. M., & Alsheikh, M. M. (2021). Obsessive-compulsive disorder with rheumatological and inflammatory diseases: a systematic review. *Cureus*, 13(5), e14791. <https://doi.org/10.7759/cureus.14791>

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition Text Revision—DSM-5-TR. *American Psychiatric Association: Washington, DC, USA*.

Ariana Kia, E., Rahimi, C., & Mohammadi, N. (2023). Comparing online group therapy based on emotional schema therapy with transdiagnostic therapy in improving distress tolerance and cognitive emotion regulation among university students with adjustment disorders due to romantic break-ups. *Couns Psychother Res*. <https://doi.org/10.1002/capr.12681>

Basile, B., Mancini, F., Macaluso, E., Caltagirone, C., & Bozzali, M. (2014). Abnormal processing of deontological guilt in obsessive-compulsive disorder. *Brain Struct Funct*, 219, 1321-1331. <https://doi.org/10.1007/s00429-013-0570-2>

Basile, B., Tenore, K., Luppino, O. I., & Mancini, F. (2017). Schema Therapy Mode Model Applied to OCD. *Clin Neuropsychiatry*, 14(6), 407-414. <https://www.apc.it/wp-content/uploads/2017/12/2017-schema-therapy-mode-Basile-et-al-clinical-neuropsychiatry.pdf>

Bernstein, A., Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., & Moos, R. (2009). Integrating anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance: A hierarchical model of affect sensitivity and tolerance. *Behav Ther*, 40(3), 291-301. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.08.001>



- Blakey, S. M., & Lanier, M. K. (2021) Distress Tolerance, in E. A. Storch, J. S. Abramowitz, & D. McKay (eds), *Complexities in Obsessive Compulsive and Related Disorders: Advances in Conceptualization and Treatment*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/medpsych/9780190052775.003.0022>
- Briffault, X., Morgiève, M., & Courtet, P. (2018). From e-Health to i-Health: Prospective reflexions on the use of intelligent systems in mental health care. *Brain Sci*, 8(6), 98. <https://doi.org/10.3390/brainsci8060098>
- Cosentino, T., D'Olimpio, F., Perdighe, C., Romano, G., Salianni, A. M., & Mancini, F. (2012). Acceptance of being guilty in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*, 18(3), 39-56. [https://apc.it/wp-content/uploads/2013/04/Cosentino-et-al\\_SUPP\\_2012.pdf](https://apc.it/wp-content/uploads/2013/04/Cosentino-et-al_SUPP_2012.pdf)
- Cougle, J. R., Timpano, K. R., & Goetz, A. R. (2012). Exploring the unique and interactive roles of distress tolerance and negative urgency in obsessions. *Pers Individ Dif*, 52(4), 515-520. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.11.017>
- Farrell, J. M., Reiss, N., & Shaw, I. A. (2014). *The schema therapy clinician's guide: A complete resource for building and delivering individual, group and integrated schema mode treatment programs*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118510018>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2006.12.001>
- Gerentes, M., Pelissolo, A., Rajagopal, K., Tamouza, R., & Hamdani, N. (2019). Obsessive-compulsive disorder: autoimmunity and neuroinflammation. *Curr Psychiatry Rep*, 21(8), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1062-8>
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., ... & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 46(11), 1006-1011. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>
- Jacobs, I., Lenz, L., Wollny, A., & Horsch, A. (2020). The higher-order structure of schema modes. *J Pers Disord*, 34(3), 348-376. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2018\\_32\\_401](https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_401)
- Jamehbozorgi M, Aleyasin S A, Heidari H, Davoodi H. (2023). Comparing the effectiveness of metacognitive group therapy and behavioral activation on guilt in women with dysthymic disorder, *Rooyesh*, 12(3), 141-152. [Persian] <http://frooyesh.ir/article-1-4284-fa.html>
- Khosravi Roubiat, Z., & Najafi, M. (2023). The mediating role of fear of self and obsessive beliefs in the relationship between inferential confusion and obsessive-compulsive disorder symptoms. *Journal of Psychological Science*, 22(129), 1869-1888. [Persian] <https://doi.org/10.52547/JPS.22.129.1869>
- Kiaee Rad, H., Pasha, R., Askary, P., & Makvandi, B. (2022). The Effect of Schema Therapy on Extramarital Relationships and Domestic Violence in Women with Emotional Divorce. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 23(3), 188-204. [Persian] <https://doi.org/10.30486/jsrp.2020.1906373.2551>
- Kizilagac, F., & Cerit, C. (2019). Assessment of early maladaptive schemas in patients with obsessive-compulsive disorder. *Dusunen Adam*, 32(1), 14-22. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.05.053>
- Kopf-Beck, J., Zimmermann, P., Egli, S., Rein, M., Kappelmann, N., Fietz, J., ... & Keck, M. E. (2020). Schema therapy versus cognitive behavioral therapy versus individual supportive therapy for depression in an inpatient and day clinic setting: study protocol of the OPTIMA-RCT. *BMC psychiatry*, 20, 1-19. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02880-x>
- Kugler, K., & Jones, W. H. (1992). On conceptualizing and assessing guilt. *J Pers Soc Psychol*, 62(2), 318-327. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.62.2.318>
- Laposa, J. M., Collimore, K. C., Hawley, L. L., & Rector, N. A. (2015). Distress tolerance in OCD and anxiety disorders, and its relationship with anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty. *J Anxiety Disord*, 33, 8-14. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.04.003>
- Laposa, J. M., Mancuso, E., Abraham, G., & Loli-Dano, L. (2017). Unified protocol transdiagnostic treatment in group format: A preliminary investigation with anxious individuals. *Behav Modif*, 41(2), 253-268. <https://doi.org/10.1177/0145445516667664>
- Mancini, F. (2016). Sulla Necessita Degi Scopi Come Determinanti Prossimi Della Soffernza Psicopatologica. *Cognitivismo clinico*, 13(1), 7-20.
- Mancini, F., & Gangemi, A. (2016). I processi cognitivi nel DOC. *La Mente Ossessiva*. Milano: Raffello Cortina Editore, 69-90.

- Melli, G., Carraresi, C., Poli, A., Marazziti, D., & Pinto, A. (2017). The role of guilt sensitivity in OCD symptom dimensions. *Clin Psychol Psychother*, 24(5), 1079-1089. <https://doi.org/10.1002/cpp.2071>
- Michel, N. M., Rowa, K., Young, L., & McCabe, R. E. (2016). Emotional Distress Tolerance Across Anxiety Disorders. *J Anxiety Disord*, 40, 94-103. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.04.009>
- Modarres Gharavi, M. (2011). Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy (Based on Core Mindfulness, Distress Tolerance and Emotion Regulation Components) on Depressive Symptoms in University Students. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 2(50), 124-135. [Persian] <https://doi.org/10.22038/jfmh.2011.881>
- Nasirnia Samakoush, A., & Yousefi, N. (2023). An Investigation of the Effectiveness of Schema Therapy on the Feelings of Loneliness, Cognitive Emotion Regulation, and Distress Tolerance among the Women Injured by Marital Infidelity. *Psychology of Woman Journal*, 4(2), 1-8. <http://dx.doi.org/10.52547/psychowoman.4.2.1>
- O'Neill, J., & Feusner, J. D. (2015). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: access to treatment, prediction of long-term outcome with neuroimaging. *Psychology Research and Behavior Management*, 211-223. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S75106>
- Peeters, N., van Passel, B., & Krans, J. (2022). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *Br J Clin Psychol*, 61(3), 579-597. <https://doi.org/10.1111/bjc.12324>
- Rajabi, F., Hassani, F., Keshavarzi Arshadi, F., & Emamipour, S. (2020). Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Treatment Based on Acceptance and Commitment on the Symptoms of Obsessive-compulsive Disorder and Guilt in People with Obsessive-compulsive Disorder. *Journal of Excellence in counseling and psychotherapy*, 9(35), 11-21. [Persian] <https://doi.org/20.1001.1.25382799.1399.9.35.2.3>
- Rajezi Esfahani, S., Motaghipour, Y., Kamkari, K., Zahiredin, A., & Janbozorgi, M. Reliability and Validity of the Persian Version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). *IJPCP*, 17(4), 297-303. [Persian] <http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-1453-fa.html>
- Rakesh, K., Arvind, S., Dutt, B. P., Mamta, B., Bhavneesh, S., Kavita, M., ... & Jagdeep, K. (2021). The role of religiosity and guilt in symptomatology and outcome of obsessive compulsive disorder. *Psychopharmacol Bull*, 51(3), 38-49. PMID: 34421143
- Remmerswaal, K. C., Cnossen, T. E., van Balkom, A. J., & Batelaan, N. M. (2023). Schema therapy with cognitive behaviour day-treatment in patients with treatment-resistant anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder: an uncontrolled pilot study. *Behav Cogn Psychother*, 51(2), 174-179. <https://doi.org/10.1017/S1352465822000625>
- Reuven, O., Liberman, N., & Dar, R. (2014). The effect of physical cleaning on threatened morality in individuals with obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Sci*, 2(2), 224-229. <https://doi.org/10.1177/2167702613485565>
- 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. [Persian] [https://jsuums.medsab.ac.ir/article\\_1562.html](https://jsuums.medsab.ac.ir/article_1562.html)
- Shafie Kahani T, Hasani J, Shakeri M. (2021). The role of self-efficacy, resilience and cognitive emotion regulation in predicting obsessive-compulsive symptoms in the general population. *Journal of Psychological Science*. 20(107), 2095-2106. [Persian] <https://doi.org/10.52547/JPS.20.107.2095>
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motiv Emot*, 29(9), 83-102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
- Stein, D. J., Costa, D. L., Lochner, C., Miguel, E. C., Reddy, Y. J., Shavitt, R. G., ... & Simpson, H. B. (2019). Obsessive-compulsive disorder. *Nat Rev Dis Primers*, 5(1), 52-75. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp031002>
- Tenore, K., Basile, B., Mancini, F., & Luppino, O. I. (2018). A theoretical integration of Schema Therapy and Cognitive Therapy in OCD treatment: Conceptualization and rationale (Part II). *Psychology*, 9(09), 2278. <https://doi.org/10.4236/psych.2018.99130>
- Thiel, N., Jacob, G. A., Tuschen-Caffier, B., Herbst, N., Kuelz, A. K., Hertenstein, E., ... & Voderholzer, U. (2016). Schema therapy augmented exposure and response prevention in patients with obsessive-compulsive disorder: Feasibility and efficacy of a pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 52, 59-67. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.03.006>

- Veale, D., Page, N., Woodward, E., & Salkovskis, P. (2015). Imagery Rescripting for Obsessive Compulsive Disorder: A single case experimental design in 12 cases. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 49, 230-236.  
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.03.003>
- Visser, H. A., van Megen, H., van Oppen, P., Eikelenboom, M., Hoogendorn, A. W., Kaarsemaker, M., & van Balkom, A. J. (2015). Inference-based approach versus cognitive behavioral therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder with poor insight: A 24-session randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*, 84(5), 284-293.  
<https://doi.org/10.1159/000382131>
- Yakın, D., Grasman, R., & Arntz, A. (2020). Schema modes as a common mechanism of change in personality pathology and functioning: Results from a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*, 126, 103553. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103553>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press. <https://doi.org/10.4324/9780203841709>
- Youshizadeh M, Dokaneifard F, Zare Bahramabadi M. (2023). Comparison of the effectiveness of schema therapy and its integration with the exposure and response prevention technique in treating distress tolerance of women with washing compulsions. *Journal of Psychological Science*. 22(129), 1765-1782. [Persian]  
<https://doi.org/10.52547/JPS.22.129.1765>

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
 رتال جامع علوم انسانی