


Comparing the Effectiveness of Schema Therapy (ST) and Emotional Schema Therapy (EST) on Clinical Syndromes of Individuals with Obsessive-Compulsive Symptoms (OCS)

Masood Ahovan¹, Mahmood Jajarmi^{2*}, Abolfazl Bakhshipoor²

1. PhD student, Department of Counseling, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran
2. Associate Professor, Department of Counseling, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran

Article Info

Received: 2019/05/04;
Accepted: 2019/08/14;
Published Online: 2020/01/17

 10.30699/ajnm.28.3.239

Use your device to scan
and read the article online



ABSTRACT

Introduction: Due to the prevalence of obsessive-compulsive symptoms (OCS), and delayed diagnosis and pharmacological treatment and the possibility of their recurrence after cognitive-behavioral therapies, it is necessary to plan some measures to prevent chronicity and recurrence of obsessive-compulsive disorder. The purpose of the present research was to compare the effectiveness of schema therapy and emotional schema therapy on clinical syndromes of individuals with obsessive-compulsive symptoms.

Methods: It was a semi-experimental research and included 45 individuals with obsessive-compulsive symptoms who referred to Mehregan counseling center of Mashhad and were divided in schema therapy group (15 individuals), emotional schema therapy group (15 individuals), and control group (15 individuals). Intervention groups received 20 individual schema therapy and 15 individual emotional schema therapy for 45 minutes per week, respectively. Data was obtained in four stages by obsessive-compulsive disorder scale of Maudsley, early maladaptive schema questionnaire of Young, and emotional schema scale of Leahy and also data analysis was carried out by multi-variate variance analysis test.

Results: The results showed that there is significant difference in total score of obsessive-compulsive disorder between intervention and control groups ($P < 0.05$). The results of paired comparison showed that there is no significant difference in total score of obsessive-compulsives between schema therapy group and emotional schema therapy group ($P > 0.05$).

Conclusion: It seems that both methods of schema therapy and emotional schema therapy may be effective on improving symptoms of individuals with obsessive-compulsive disorder.

Keywords: Obsessive-compulsive Disorder, Schema therapy, Emotional schema therapy, Obsessive-compulsive symptoms

Corresponding Information:

Mahmood Jajarmi, Department of Counseling, Associate Professor, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran. Email: Mahmoudjajarmi@gmail.com

Copyright © 2020, This is an original open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribution of the material just in noncommercial usages with proper citation.

How to Cite This Article:

Ahovan M, Jajarmi M, Bakhshipoor A. Comparing the Effectiveness of Schema Therapy (ST) and Emotional Schema Therapy (EST) on Clinical Syndromes of Individuals with Obsessive-Compulsive Symptoms (OCS). Avicenna J Nurs Midwifery Care. 2020; 28 (3) :239-250

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی (ST) و طرحواره درمانی هیجانی (EST) بر نشانگان بالینی افراد مبتلا به علائم وسواسی - جبری (OCS)

مسعود آهوان^۱، محمود جاجرمی^{۲*}، ابوالفضل بخشی پور^۲

۱. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه مشاوره، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، بجنورد، ایران

۲. استادیار، دکتری تخصصی، گروه مشاوره، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، بجنورد، ایران

چکیده	اطلاعات مقاله
<p>مقدمه: با توجه به میزان شیوع علائم وسواسی - جبری (OCS) جهت پیشگیری از مزمن شدن و عود آن به سمت اختلال وسواسی - جبری و از سویی تشخیص و درمان دارویی دیررس این اختلالات و احتمال عود آنها پس از درمان های شناختی - رفتاری به نظر می رسد بایستی اقداماتی در این زمینه صورت گیرد. هدف از مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و طرحواره درمانی هیجانی نشانگان بالینی افراد مبتلا به علائم وسواسی - جبری بود.</p> <p>روش کار: طرح پژوهش حاضر نیمه تجربی می باشد که روی ۴۵ نفر از افراد مبتلا به علائم وسواسی - جبری مراجعه کننده به مرکز مشاوره مهرگان شهر مشهد در سه گروه طرحواره درمانی (۱۵ نفر)، طرحواره درمانی هیجانی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) انجام گردید. گروه های مداخله به ترتیب تحت ۲۰ جلسه فردی طرحواره درمانی و ۱۵ جلسه فردی طرحواره درمانی هیجانی، هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه و هفته ای یکبار قرار گرفتند. داده ها توسط مقیاس وسواس فکری - عملی مادزلی، طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ و طرحواره های هیجانی لیهی در طی چهار مرحله جمع آوری و با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره تحلیل شد.</p> <p>یافته ها: نتایج نشان داد که اختلاف معناداری بین نمره کل وسواسی - جبری گروه های مداخله و کنترل در طی مراحل آزمون وجود دارد ($P < 0/05$). نتایج مقایسه زوجی نشان داد که اختلاف معناداری بین نمره کل وسواسی - جبری گروه طرحواره درمانی و طرحواره درمانی هیجانی در طی مراحل آزمون وجود ندارد ($P > 0/05$).</p> <p>نتیجه گیری: به نظر می رسد هر دو روش طرحواره درمانی و طرحواره درمانی هیجانی می تواند بر بهبود علائم افراد مبتلا به علائم وسواسی - جبری موثر باشد.</p> <p>کلیدواژه ها: اختلال وسواسی جبری، طرحواره درمانی، طرحواره درمانی هیجانی، علائم وسواسی - جبری</p>	<p>تاریخ وصول: ۱۳۹۷/۱۲/۰۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۲/۱۶ انتشار آنلاین: ۱۳۹۸/۱۰/۲۷</p> <p>نویسنده مسئول: مرتضی شمسی زاده، استاد، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران پست الکترونیک: mortezashamsizadeh@gmail.com</p> <p>برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.</p> 

مقدمه

موجب کاهش کیفیت زندگی و اختلال عملکرد شغلی، خانوادگی و زندگی اجتماعی گردد [۳].
اختلال وسواسی - جبری با علائم وسواسی (افکار ناخواسته، مزاحم و تکراری) یا جبری (رفتارهای اجباری و تکراری) یا هر دو با هم، مشخص می گردد. در این اختلال، رفتارهای تکراری یا اعمال روانی (از قبیل شستن دست، چک کردن، نظم دادن^۱ و...) در پاسخ به افکار وسواس یا قوانین سرسخت جهت پیشگیری یا کاهش دیسترس ناشی از یک موقعیت یا رویداد تهدید کننده

اختلال وسواسی - جبری یکی از مسائل سلامت روان فراگیری است که حدود ۴٪ عموم جمعیت را تحت تأثیر قرار می دهد. به طوری که، میزان شیوع آن در طول عمر بین ۲-۳ درصد برآورد شده است [۱]. اختلال وسواسی - جبری (پس از اختلال افسردگی، سوء مصرف مواد و الکل و فوبی اجتماعی) چهارمین اختلال روانپزشکی رایج است که با هزینه های اقتصادی، اجتماعی و فردی زیادی همراه بوده [۲] و می تواند

1. Ordering

درمان، سن شروع علائم و ... باشد. لذا، اگر چه رویکردهای شناختی رفتاری در درمان علائم وسواسی- جبری کارآمد می‌باشند ولی به نظر می‌رسد جهت پیش بینی پاسخ های درمانی مطلوب تر نیاز به مطالعه بیشتری در این خصوص می‌باشد [۱۲].

نتایج مطالعات، طرحواره‌های ناسازگار اولیه را به عنوان یکی از علل اصلی عدم پاسخ به درمان و عود علائم پس از دریافت درمان شناختی- رفتاری در افراد مبتلا به علائم وسواسی- جبری مطرح می‌کنند [۱۳، ۱۴]. بیشترین طرحواره های ناسازگار اولیه در افراد مبتلا به علائم وسواسی- جبری شامل انزوای اجتماعی، آسیب پذیری و بدبینی^۲ می‌باشند که به طور دائمی فعال می‌شوند [۱۵]. سایر طرحواره ناسازگار اولیه اختصاصی و غالب در این بیماران شامل طرحواره بی اعتمادی/ سوء استفاده، محرومیت هیجانی [۱۶]، ناتوانی^۳ [۱۷]، تنبیه و اطاعت^۴ می‌باشند [۱۸]. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه شدت علائم در این بیماران را تحت تأثیر قرار داده و منجر به مزمن شدن علائم در آنها می‌گردد [۱۳، ۱۸]. لذا، بایستی جهت افزایش پیامدهای درمان شناختی رفتاری در افراد مبتلا به علائم وسواسی- جبری (به ویژه افرادی که مقاوم به درمان هستند) از درمان‌هایی استفاده نمود که متمرکز بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه باشند [۱۴]. جفری یانگ^۵ (۱۹۹۰) طرحواره درمانی را جهت کمک به درمان مشکلات روانشناختی طولانی مدت و فراگیری مطرح کرد که به درمان‌های رایج شناختی- رفتاری پاسخ نمی‌دادند. او طرحواره درمانی را بر پایه تکنیک های تجربی، روان تحلیلی و بین فردی و براساس ترکیبی از نظریه‌های دلبستگی، شناختی- رفتاری، روان تحلیلی، متمرکز بر هیجان و گشتالت درمانی طراحی کرد [۱۹]. یانگ (۱۹۹۰) اولین بار طرحواره درمانی را جهت افراد مبتلا به اختلالات شخصیت بکار برد. امروزه نیز بکارگیری طرحواره درمانی با مطالعه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در سایر اختلالات روانی از قبیل روانپریشی، سوء مصرف مواد، اختلالات خوردن، اختلال استرس پس از تروما و اختلال وسواسی- جبری مورد توجه و محبوبیت زیادی قرار گرفته است [۲۰]. به طوری که، بازیل^۶ به نقل از گراس و همکاران (۲۰۱۲) پیشنهاد می‌کند که طرحواره درمانی ممکن است براساس ضابطه بندی

انجام می‌گردد که به وضوح غیرواقعی و افراطی است [۴]. تشخیص اختلال وسواسی- جبری براساس معیارهای تشخیصی و آماری اختلالات روانی- نسخه پنجم (DSM-5) می‌باشد ولی اغلب افراد مبتلا به علائم وسواسی- جبری علی رغم اینکه ویژگی‌های شناختی زیادی از این اختلال را تجربه می‌کنند ولی دارای معیارهای تشخیصی اختلال وسواسی- جبری نمی‌باشند [۵]. درواقع، علائم وسواسی- جبری از نظر شدت در طول یک پیوستار غیربالینی، تحت بالینی و بالینی تظاهر می‌یابند [۶] که از نظر کمی در شدت علائم و سوگیری‌های شناختی متفاوت هستند ولی از نظر کیفیت در ماهیت یکی می‌باشند [۷]. علائم وسواسی- جبری در هر دو جمعیت بالینی و تحت بالینی شامل جمع آوری افراطی اطلاعات (از قبیل چک کردن و اطمینان بخشی) و عدم قطعیت درباره احتمال وقوع رویدادها (به شکل فاجعه آمیزی) در آینده می‌باشد که موجب اختلال عملکرد در هر دو افراد مبتلا به علائم وسواسی- جبری و اختلال وسواسی جبری می‌گردد [۸].

علائم وسواسی- جبری معمولاً به دلیل تظاهرات درونی (به جای تظاهرات بیرونی) به طور اولیه در سیستم‌های روانپزشکی تشخیص داده نمی‌شود و افراد مبتلا به این علائم نیز به دلیل احساس شرم، از افشای این افکار و رفتارها خودداری می‌کنند [۹]. لذا، اغلب علائم تحت بالینی وسواسی- جبری به دلیل عدم دریافت درمان به سمت اختلال وسواسی- جبری پیشرفت می‌کنند [۶] و معولا درمان دارویی با تأخیر صورت می‌گیرد [۹]. نتایج مطالعات متعدد درمان شناختی- رفتاری با پیشگیری از مواجهه- پاسخ^۱ را به عنوان مؤثرترین روان درمانی مبتنی بر شواهد جهت تسکین علائم وسواسی- جبری مطرح می‌کنند که ممکن است به تنهایی یا همراه با داروهای مهارکننده بازجذب سروتونین (SSRIs) جهت درمان بکار روند [۲]. با این وجود، اغلب بیماران مبتلا به علائم وسواسی- جبری به یک میزان به درمان شناختی- رفتاری پاسخ نمی‌دهند یا پس از دریافت موفقیت آمیز یک دوره کامل درمانی، اغلب عود علائم را تجربه می‌کنند [۱۰، ۱۱]. نتایج مطالعات متعدد نیز نشان داده است که اندازه اثر رویکردهای شناختی- رفتاری در درمان علائم وسواسی- جبری پایین بوده و می‌تواند تحت تأثیر عوامل متعددی از قبیل شدت علائم، طول مدت ابتلا به علائم، فرمت

4. subjugation

5. Jeffrey Young

6. Basile

1. Exposure and Response Prevention

2. pessimism

3. failure

مبتلا به علائم وسواسی - جبری غیر بالینی و تحت بالینی انجام داد. اکثر مطالعات انجام شده در خصوص طرحواره درمانی و طرحواره درمانی هیجانی مربوط به بیماران مبتلا به اختلالات وسواسی-جبری براساس معیارهای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - نسخه پنجم می باشد که اغلب مقاوم به درمان و مزمن شده اند. در حالی که، به موارد غیر بالینی و تحت بالینی و مقایسه اثربخشی این دو مداخله در پژوهش های انجام شده بر روی علائم وسواسی-جبری پرداخته نشده است. از این رو پژوهشگران بر آن شدند تا مطالعه با هدف مقایسه طرحواره درمانی و طرحواره درمانی هیجانی بر نشانگان بالینی افراد مبتلا به علائم وسواسی - جبری بپردازند.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل افراد مبتلا به علائم وسواسی-جبری مراجعه کننده به مرکز مشاوره مهرگان شهر مشهد در طی سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بود. از این جامعه ۴۵ نفر به شیوه در دسترس با غربالگری به وسیله مصاحبه بالینی ساختاریافته انتخاب و پس از توجیه پژوهش و اخذ رضایت نامه کتبی پس از بررسی معیارهای ورود به مطالعه (تمایل به شرکت در مطالعه، رنج سنی ۱۸-۴۰ سال، تحصیلات حداقل دیپلم) و خروج از مطالعه (ابتلا به بیماری جسمی یا سایر اختلالات روانپزشکی به طور همزمان، عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه، غیبت بیش از دو جلسه در گروه های مداخله) انتخاب و سپس به صورت تصادفی با پرتاب سکه به سه گروه طرحواره درمانی، طرحواره درمانی هیجانی و کنترل تخصیص داده شدند. ابزار جمع آوری داده ها در این پژوهش عبارتند از:

پرسشنامه وسواسی - جبری مادزلی^۱ که توسط هادسون^۲ و راجمن^۳ در سال ۱۹۷۷ ساخته شد و برای تشخیص انواع گوناگون علائم وسواسی-جبری [۲۸] و به عنوان ابزار غربالگری در جمعیت غیربالینی استفاده می گردد [۲۹]. این پرسشنامه حاوی ۳۰ سوال بسته پاسخ دوگزینه ای (درست و نادرست) در چهار زیرمقیاس:

وارسی (آیتم های ۲، ۶، ۸، ۱۴، ۱۵، ۲۰، ۲۲، ۲۶، ۲۸)، شست و شو (۱، ۴، ۵، ۹، ۱۳، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۴، ۲۶، ۲۷)، کندی - تکرار ((۲، ۴، ۸، ۱۶، ۲۳، ۲۵، ۲۹) و شک و تردید (۳، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۸، ۳۰) می باشد.

اختصاصی در اختلالات وسواسی - جبری و به ویژه در اختلالات شدید، مزمن و مقاوم به درمان با تاریخچه ای از ترومای شدید یا همبودی با اختلالات شخصیت مفید باشد [۱۸]. در همین خصوص، نتایج مطالعه مقدماتی بر روی ۱۰ بیمار بستری در بیمارستان نشان داد که طرحواره درمانی در این بیماران قابلیت اجرایی داشته و می تواند در افراد مقاوم به درمان تا حدود ۳۵٪ پس از مداخله و ۶ ماه پس از آن موجب کاهش علائم گردد [۱۱]. مطالعه بر روی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - جبری ترخیص شده از بیمارستان نیز نشان داد که طرحواره درمانی در طی ۲۰ جلسه می تواند موجب کاهش علائم وسواسی پس از مداخله گردد [۲۱].

از سویی، علائم وسواسی-جبری به دنبال افزایش واکنش های هیجانی و کاهش تحمل پریشانی بروز پیدا می کنند که ممکن است ناشی از اختلال در پردازش هیجانی باشند [۲۲]. به طوری که، یکی از نظریه های مربوط به چالش مقاومت اختلالات روانی و عدم پاسخ آنها به درمان در فرایند درمان شناختی - رفتاری به ویژه در تکنیک های مواجهه، طرحواره های هیجانی می باشد [۲۳]. نتایج مطالعات نشان می دهد افراد مبتلا به اختلال وسواسی - جبری دارای طرحواره های هیجانی ناسازگاری از قبیل احساس گناه و غیرقابل کنترل بودن هستند که به ترتیب می توانند پیش بینی کننده ابعاد مسئولیت پذیری در برابر آسیب ها و تقارن و تفکرات غیرقابل پذیرش علائم وسواسی - جبری باشد [۲۴]. از این رو، لیهی (۲۰۰۲) طرحواره درمانی هیجانی را ارائه کرد که به طور مستقیم به چگونگی راهبردهای تنظیم هیجان و فرایندهای فراهیجانی فرد و تأثیر آن بر تجارب می پردازد [۲۵]. از دیدگاه لیهی، طرحواره های هیجانی، اساس طیفی از فرایندهای اختلالات روانشناختی را تشکیل داده و شدت علائم اختلالات به آن مرتبط می باشد [۲۶]. به طوری که، مطالعات نشان داده اند طرحواره درمانی هیجانی می تواند بر نشانه های بالینی و طرحواره هیجانی افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری [۲۷] و بهبود تنظیم هیجان و علائم اضطراب اجتماعی مؤثر باشد [۲۶].

لذا، با توجه به اهمیت شیوع بالای اختلالات وسواسی - جبری و پیشرفت علائم وسواسی-جبری تحت بالینی به سمت اختلال وسواسی جبری در صورت عدم دریافت درمان به نظر می رسد بایستی اقداماتی جهت پیشگیری و درمان زودرس افراد

طی آن مطابقت زیادی بین ساختار نظری خرده مقیاس‌ها و نتایج عاملی و روایی پرسشنامه مشاهده شد [۳۲].

پرسشنامه طرحواره‌های هیجانی توسط لیهی و بر مبنای مدل طرحواره‌های هیجانی در سال ۲۰۰۲ به صورت یک مقیاس خودگزارشی تهیه شد. مقیاس مذکور دارای ۵۰ گویه است که با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت نمره گذاری می‌شود [۴۰]. نسخه ۴ فارسی مقیاس طرحواره هیجانی توسط خان زاده و همکاران تهیه شده است [۳۳]. نتایج حاصل از بررسی این مقیاس در ایران نشان داد که پایایی آن از طریق روش بازآزمایی به فاصله دو هفته برای کل مقیاس، ۰/۷۸ و برای زیر مقیاس‌ها در دامنه ای بین ۰/۵۶ تا ۰/۷۱ به دست آمد. همچنین، ضریب همسانی درونی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ و برای زیر مقیاس‌ها در دامنه بین ۰/۵۹ تا ۰/۷۳ حاصل شد. به طور کلی، نتایج حاصل از هر دو روش حاکی از پایایی قابل قبول مقیاس طرحواره هیجانی می باشد [۳۴].

در این پژوهش، طرحواره درمانی براساس مدل طراحی شده یانگ (۲۰۰۳) (۳۵) طی ۲۰ جلسه فردی و هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه ای و هفته ای یک بار و طرحواره درمانی هیجانی مطابق مدل طراحی شده لیهی (۲۰۱۵) [۳۶] در طی ۱۵ جلسه فردی و هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه و هفته ای یک بار در مرکز مشاوره مهرگان شهر مشهد در سال ۱۳۹۸ اجرا گردید. شرح جلسات طرحواره درمانی و طرحواره درمانی هیجانی به ترتیب در جدول ۱ آمده است.

هر آیتم نمره ۰ یا ۱ می‌گیرد. بیشترین نمره در ۴ زیرمقیاس به ترتیب ۹، ۱۱، ۷، ۷ می‌باشد و نمره کل بین ۰ تا ۳۰ است که نمره بالاتر نشان دهنده وسواس بیشتر است [۲۸]. روایی ترجمه نسخه فارسی این پرسشنامه در مطالعه قاسم زاده و همکاران (۲۰۰۲) تأیید شده است [۳۰]. پایایی کل پرسشنامه و زیرمقیاس‌های وارسی، شست‌وشو، کندی - تکراری، شک‌و تردید در این پژوهش به روش همسانی درونی محاسبه و به ترتیب با آلفای کرونباخ ۰/۷۸، ۰/۹۳، ۰/۹۹، ۰/۸۵ و ۰/۸۹ مورد تأیید قرار گرفت.

پرسشنامه طرح واره یانگ شامل ۷۵ گویه است که یانگ (۱۹۹۸) آن را برای ارزیابی ۱۵ طرح واره ناسازگار اولیه ساخته است [۳۱]. این طرح واره‌ها عبارتند از: محرومیت هیجانی، طرد شدگی، بی اعتمادی و بد رفتاری، انزوای اجتماعی، نقص و شرم، بی کفایتی و وابستگی، آسیب پذیری بیماری، خود تحول نیافته، اطاعت، ایثار و فداکاری، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، استحقاق، خود کنترلی ناکافی و شکست.

هر پرسش‌نامه براساس مقیاس شش درجه‌ای نمره گذاری می‌شود و هر پنج پرسش یک طرح واره را می‌سند. چنانچه میانگین هر خرده مقیاس بیشتر از ۲ باشد آن طرحواره ناکارآمد است. در محاسبه پایایی با استفاده از روش بازآزمایی، ضرایب همبستگی برای خرده مقیاس‌ها در دامنه ۶۰ درصد تا ۸۵ درصد به دست آمد. پایایی آزمون از طریق همسانی درونی در دامنه ۷۱ درصد تا ۹۰ درصد همسانی بالایی دارد. برای بررسی روایی پرسشنامه از روایی ملاک و ساره استفاده شد که

جدول ۱. پروتکل جلسات

طرحواره درمانی	طرحواره درمانی هیجانی
ایجاد یک رابطه متقابل و برخوردار از تشریک مساعی، تبیین از تشریک مساعی، آموزش رویکرد طرحواره درمانی، اخذ رضایت نامه آگاهانه، آرایه آزمون‌های پژوهش	ایجاد یک رابطه متقابل و برخوردار از تشریک مساعی، تبیین وسواس براساس الگوی طرحواره هیجانی، مفهوم بندی طرحواره‌های هیجانی، درجه بندی باورهای هیجانی غلط، مواجهه‌سازی با باورهای هیجانی غلط
سنجش مشکلات بیمار، ارزیابی سبک‌های مقابله‌ای، ضابطه بندی مشکل مراجع بر اساس رویکرد طرح واره محور و تکمیل فرم مفهوم پردازی	بررسی مزایا و معایب اعتقاد به باورهای هیجانی، برچسب زنی و افتراق هیجان‌ها از یکدیگر، بهنجارسازی تجربه هیجانی، افزایش تحمل احساسات مختلط، استعاره انسان کامل، افزایش قدرت پذیرش احساسات، آموزش گذرا بودن هیجان، تمایز میان هیجان و اقدام تجربه کردن هیجان به

طرحواره درمانی	طرحواره درمانی هیجانی
<p>استفاده از تکنیک‌های شناختی در جهت تردید و بی اعتبارسازی طرح واره های غالب مراجع (بررسی شواهد، ارزیابی سبک‌های مقابله‌ای، گفتگو بین جنبه طرحواره و سالم و کارت‌های آموزشی)</p>	<p>صورت موج، آزمایش رفتاری پیش‌بینی عاطفی، درهم شکستن همانند سازی با افکار، همجوشی زدایی</p>
<p>جلسات ۷ تا ۱۰</p>	<p>جلسات ۷ تا ۹</p>
<p>استفاده از تکنیک‌های تجربی در جهت آشنایی مراجع با ریشه‌های تحولی طرح واره‌ها و درک راهکارهای ناسازگارانه ارضای نیازهای هیجانی (شروع تصویر سازی ذهنی، گفتگوی خیالی، باز والدینی حد و مرزدار)</p>	<p>تقویت آگاهی هیجانی، القای هیجان، فضا سازی هیجانی، بررسی هیجان به عنوان هدف، تمرین توجه آگاهی انفصالی، بالا رفتن از نردبان مفاهیم برتر، نقص کامیابی، شناسایی افکار خودآیند، فاجعه‌زدایی، ارزیابی و چالش با افکار، استفاده از تکنیک‌های تعریف واژه، بررسی شواهد، وکیل مدافع، ایفای نقش هردو جنبه فکر، تمایز رفتار از شخصیت</p>
<p>جلسات ۱۱ تا ۱۵</p>	<p>جلسات ۱۰ تا ۱۲</p>
<p>تشویق و ترغیب مراجع در جهت رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگارانه و تمرین رفتارهای مقابله‌ای سازگارانه برای ارضا و تشفی نیازهای هیجانی اساسی، و واداشتن بیمار به آماده ساختن فهرستی از مهارت‌های آموخته شده در درمان و پیشگیری از عود.</p>	<p>آموزش همه جانبه نگرى با استفاده از تکنیک‌های پیوستار نگرى، معیارهای دوگانه، نگاه کردن به مشکل از بالکن، روند خلاصه مطالب و آموزش تصمیم ان به هنگام مشکل، پیگیری اجرای نسخه دوم پرسشنامه مادلزلی و تنظیم هیجان گراس و جان</p>
<p>جلسات ۱۶ تا ۲۰</p>	<p>جلسات ۱۳ تا ۱۵</p>

یافته ها

گروه‌ها، ابتدا مفروضه‌های زیربنایی تحلیل واریانس چند متغیر مورد بررسی و تأیید قرار گرفتند. در این بررسی، فرض نرمال بودن داده‌ها تأیید شد و جهت مفروضه برابری کواریانس متغیرهای وابسته در تمامی سطح متغیر مستقل از آزمون باکس با سطح معناداری $p > 0/05$ استفاده شد و نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر کواریت^۱ در نظر گرفته شدند. محاسبه آزمون پیلای نشان داد که بین گروه‌های مداخله و کنترل در سطح معناداری $p < 0/05$ تفاوت معناداری وجود دارد.

پژوهش حاضر بر روی ۴۵ نفر از افراد مبتلا به علائم وسواسی - جبری در سه گروه طرحواره درمانی (۱۵ نفر)، طرحواره درمانی هیجانی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) انجام گردید. ۶۴٪ (۲۹ نفر) شرکت کنندگان زن (۱۶ نفر) آنها مرد با میانگین سنی $25/9 \pm 3/5$ بودند. سایر مشخصات جمعیتی افراد مبتلا به علائم وسواسی - جبری شرکت کننده در مطالعه حاضر در جدول ۲ آمده است.

شاخص‌های توصیفی مقیاس وسواسی - جبری و زیرمقیاس‌های آن در جدول ۳ آمده است. جهت مقایسه نمرات

1. Covariate

جدول ۲. مشخصات جمعیت شناختی سه گروه مورد پژوهش

کنترل	طرحواره درمانی هیجانی		متغیر
	طرحواره درمانی	کنترل	
n = نفر ۱۵	n = نفر ۱۵	n = نفر ۱۵	
n (%)	n (%)	n (%)	
۱۱ (۷۳)	۹ (۶۰)	۹ (۶۰)	جنسیت
۴ (۲۷)	۶ (۴۰)	۶ (۴۰)	زن
۸ (۵۳)	۷ (۴۷)	۷ (۴۷)	مرد
۲ (۱۳)	۳ (۲۰)	۳ (۲۰)	تحصیلات
۴ (۲۶)	۵ (۳۳)	۵ (۳۳)	دیپلم
۱ (۸)	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	فوق دیپلم
			لیسانس
			فوق لیسانس
میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	سن
(۵/۶) ۲۵/۹	(۶) ۲۷/۵	(۴/۵) ۲۴/۷	

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات مقیاس وسواسی - جبری و زیرمقیاس های مربوطه در طی مراحل آزمون

کنترل	طرحواره درمانی هیجانی				طرحواره درمانی				متغیر	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون		
پیش آزمون	پیش آزمون	پیش آزمون	پیش آزمون	پیش آزمون	پیش آزمون	پیش آزمون	پیش آزمون	پیش آزمون	پیش آزمون	پیش آزمون
پس آزمون	پس آزمون	پس آزمون	پس آزمون	پس آزمون	پس آزمون	پس آزمون	پس آزمون	پس آزمون	پس آزمون	پس آزمون
میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
۷/۸ (۰/۳)	۷/۷ (۰/۴)	۷/۸ (۰/۳)	۷/۹ (۰/۳)	۴/۱ (۱/۷)	۴/۱ (۱/۹)	۴/۶ (۱/۳)	۷/۱ (۱/۱)	۲/۵ (۱/۳)	۳/۱ (۱/۷)	۷ (۰/۹)
۸ (۰/۲)	۸ (۰)	۷/۹ (۰/۳)	۷/۶ (۰/۵)	۴/۲ (۲/۴)	۴/۵ (۲/۴)	۵/۴ (۲/۴)	۷/۹ (۱)	۲/۵ (۰/۹)	۳ (۱/۳)	۸ (۰/۹)
۳/۵ (۰/۶)	۳/۵ (۰/۷)	۳/۴ (۰/۷)	۳/۱ (۰/۳)	۲/۰ (۱/۸)	۲/۱ (۱/۷)	۲/۴ (۱/۶)	۳/۱ (۰/۸)	۲/۴ (۱/۴)	۳/۲ (۰/۹)	۳/۸ (۱/۸)
۶/۵ (۰/۷)	۶/۶ (۰/۸)	۶/۶ (۰/۷)	۶/۲ (۱/۳)	۳/۶ (۱/۶)	۳/۵ (۱/۸)	۳/۷ (۱/۶)	۵/۷ (۰/۹)	۱/۹ (۰/۸)	۲/۲ (۰/۷)	۵/۲ (۲)
۲۶/۲ (۱/۳)	۲۶/۲ (۱/۳)	۲۵/۶ (۱/۵)	۲۴/۹ (۱/۴)	۱۳/۹ (۶/۴)	۱۴/۲ (۶/۴)	۱۶ (۵/۴)	۲۴/۷ (۱/۲)	۹/۲ (۲/۵)	۹/۵ (۲/۴)	۱۱/۲ (۲/۱)

زیرمقیاس های آن به جز زیرمقیاس کندی وجود دارد ($p > 0.05$) (جدول ۴).

نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که اختلاف معناداری بین نمرات متغیرهای مورد پژوهش در طی سه مرحله پس آزمون، یک ماه بعد و سه ماه بعد بین گروه های مداخله و کنترل از نظر میانگین نمره کل وسواسی - جبری ($p < 0.05$) و

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری در سه گروه پژوهش

پیگیری بعد از سه ماه		پیگیری بعد از یکماه					پس آزمون					متغیر وابسته
ضریب بتا	معناداری	درجه آزادی	F	ضریب بتا	معناداری	درجه آزادی	F	ضریب بتا	معناداری	درجه آزادی	F	
۰/۷	۰/۰۰۱	۱	۲۶/۵	۰/۷	۰/۰۰۱	۱	۲۵/۱	۰/۷	۰/۰۰۱	۱	۲۴/۱	بازبینی
۰/۷	۰/۰۰۱	۱	۲۸/۵	۰/۷	۰/۰۰۱	۱	۲۵/۶	۰/۶۲	۰/۰۰۱	۱	۱۶/۵	شستن
۰/۲	۰/۰۸	۱	۵/۵	۰/۲	۰/۱۱	۱	۲/۴	۰/۵۱	۰/۲۰	۱	۱/۸	کندی - تکرار
۰/۷	۰/۰۰۱	۱	۳۱/۳	۰/۷	۰/۰۰۱	۱	۲۵/۱	۰/۷	۰/۰۰۱	۱	۲۹/۳	تردید - وظیفه شناسی
۰/۸	۰/۰۰۱	۱	۳۵/۱	۰/۸	۰/۰۰۱	۱	۳۴/۴	۰/۸	۰/۰۰۱	۱	۳۵/۵	*نمره کلی وسواس

نتایج آزمون تعقیبی بون فرونی در مقایسه دو به دو گروه‌های مداخله و کنترل در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. نتایج مقایسه زوجی گروه‌ها در متغیرهای وابسته پژوهش با استفاده از آزمون بون فرونی

پیگیری بعد از سه ماه	پیگیری بعد از یکماه	پس آزمون	متغیر وابسته
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	بازبینی
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	شستشو
۰/۲۱	۰/۳۸	۱	کندی - تکرار
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	تردید - وظیفه شناسی
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	نمره کلی وسواس

بحث و نتیجه گیری

از مداخله و یک ماه بعد مؤثر بودند ولی در مرحله پیگیری طرحواره درمانی بر کاهش این زیرمقیاس مؤثرتر بود که می‌تواند حاکی از تداوم بیشتر تأثیر طرحواره درمانی بر این زیرمقیاس باشد.

این مطالعه برای اولین بار به مقایسه دو روش درمانی طرحواره درمانی و طرحواره درمانی هیجانی در افراد مبتلا به علائم وسواسی - جبری می‌پردازد. نتایج مطالعات حاضر با نتایج مطالعات قبلی مبنی بر تأثیر طرحواره درمانی هیجانی بر بهبود علائم افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی [۲۶] و اختلال وسواسی - جبری [۲۷]، بهبود علائم افسردگی و اضطراب افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه [۲۳] همسو می‌باشد. همچنین، تأثیر طرحواره درمانی بر کاهش علائم وسواسی - جبری در افراد مبتلا به اختلال وسواسی - جبری در مطالعه پایلوت [۱۱]، تأیید کننده نتایج مطالعه حاضر است. در ایران،

هدف از انجام مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی با طرحواره درمانی هیجانی بر نشانگان بالینی افراد مبتلا به علائم وسواسی - جبری بود. نتایج نشان داد که هر دو روش طرحواره درمانی و طرحواره درمانی هیجانی می‌تواند بر نشانگان بالینی افراد مبتلا به علائم وسواسی - جبری شرکت کننده در مطالعه حاضر مؤثر باشد ولی هیچ یک از روش‌های درمانی، بر زیرمقیاس کندی مؤثر نبود. از سویی، در مقایسه بین دو روش درمانی نتایج نشان داد که طرحواره درمانی در مقایسه با طرحواره درمانی هیجانی در طول مرحله پس از مداخله بر کاهش میانگین نمره کل مقیاس وسواسی - جبری و زیرمقیاس شستشو مؤثرتر بود ولی در مراحل پیگیری بین آنها تفاوت معناداری وجود نداشت که حاکی از تأثیر یکسان هر دو روش در درازمدت باشد. در عوض، هر دو روش درمانی بر کاهش میانگین نمره زیرمقیاس شک و تردید در مرحله پس

روانی از قبیل وسواسی - جبری در ابعاد مختلف بکاهد و منجر به کاهش علائم در این بیماران گردد [۲۰]. به طوری که، نتایج مطالعه حاضر نیز نشان می‌دهد که طرحواره درمانی می‌تواند منجر به کاهش علائم در ابعاد مختلف وسواسی - جبری از قبیل بازبینی، شستشو، تردید - وظیفه شناسی در افراد مبتلا به علائم وسواسی - جبری گردد. بیماران مبتلا به علائم وسواسی - جبری اغلب دارای مشکلاتی در تنظیم هیجانات از قبیل ارزیابی مجدد شناختی، سرکوب ابراز هیجانات، عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، مشکلاتی در بکارگیری رفتارهای مبتنی بر هدف، مشکلات کنترل تکانه ای، فقدان آگاهی از هیجانات، محدودیت دستیابی به استراتژی‌های تنظیم هیجان و فقدان واضح هیجانات می‌باشند که با ابعاد مختلف علائم وسواسی اجباری مرتبط هستند [۳۷، ۳۸]. در میان مشکلات تنظیم هیجانی، اجتناب هیجانی یکی از سبک‌های تطابقی رایج این بیماران می‌باشد که می‌تواند شدت علائم بیماران را تحت تأثیر قرار دهد [۳۴]. از دیدگاه لیهی (۲۰۰۳) یکی از علل اصلی علائم این بیماران می‌تواند طرحواره‌های هیجانی باشد که موجب فاصله گرفتن آنها از هیجانات و اجتناب هیجانی می‌شود. به طوری که، یکی از تکنیک‌های اصلی درمان علائم تکنیک‌های مواجهه - پاسخ است و طرحواره درمانی هیجانی از طریق تغییر و تعدیل طرحواره‌های هیجانی و تنظیم هیجانات به درمان علائم اختلالاتی از قبیل وسواسی - جبری می‌تواند کمک نماید [۲۳]. زیرا، هدف طرحواره درمانی هیجانی، تلاش برای هنجار کردن^۱ تجربیات هیجانی دردناک و سخت^۲ می‌باشد که به افراد کمک می‌کند تا توانایی تحمل هیجانات و پذیرش آنها را کسب نمایند [۲۵]. لذا، به نظر می‌رسد در مطالعه حاضر نیز تغییر و تعدیل طرحواره‌های هیجانی به طور غیرمستقیم می‌تواند موجب کاهش علائم وسواسی - جبری در بیماران گردد. با این وجود، هیچ‌یک از روش‌های درمانی بر زیرمقیاس کندی مؤثر نبود. زیرمقیاس کندی، تجربه بالینی وسواس را از کندی پیشرفت وظایفی نشان می‌دهد که به دلیل رفتارهای تکراری ناشی از وسواس بروز پیدا می‌کند [۲۸]. لذا، از آنجایی که این کندی پیامد رفتاری علائم وسواسی می‌باشد که در طول زمان و در طی مسئولیت پذیری وسواسی افراد ایجاد می‌گردد؛ به نظر می‌رسد که سود روانشناختی بیشتری برای فرد ایجاد کرده و با مقاومت

مطالعه‌ای بر روی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - جبری ترخیص شده از بیمارستان انجام شده بود که نتایج آن نیز نشان داد که طرحواره درمانی در طی ۲۰ جلسه می‌تواند موجب کاهش علائم وسواسی پس از مداخله در این بیماران گردد [۲۱]. اگرچه در این مطالعه علائم وسواسی - جبری تنها در یک مرحله و پس از مداخله (در مقایسه با مطالعه حاضر که یک ماه و سه ماه پس از مداخله هم به اندازه گیری شده بود) مورد مطالعه قرار گرفته بودند ولی نتایج آن تأیید کننده و همسو با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد.

مدل‌های شناختی معاصر اختلال وسواسی - جبری مدعی هستند که علائم وسواسی - جبری به دلیل مسئولیت پذیری فردی و میزان تهدید ناشی از موقعیت‌ها، احساسات و رویدادهای روانی توسعه یافته و حفظ می‌شوند. اغلب افراد مبتلا به علائم وسواسی - جبری به طور منظم در پاسخ به محرک‌های محیطی علائم وسواسی - جبری را تجربه می‌کنند. بدین صورت که، آنها متعاقب ارزیابی‌های منفی فاجعه آمیز اعمالی را انجام می‌دهند که متعهد به خنثی کردن احساسات منفی می‌باشند [۵]. سبک مقابله‌ای غالب افراد مبتلا به علائم وسواسی - جبری رفتارهای اجتنابی و سبک والدینی کمال گرا و تنبیه گر می‌باشد که پیش‌بینی کننده شدت علائم وسواسی - جبری است [۱۸، ۳۴]. مدلی که در درک ما از ارتباط میان تجربیات زندگی کودکی و آسیب شناسی روانی مشارکت دارد، تئوری طرحواره است. مطابق این تئوری، تجربیات منفی و ناخوشایند دوران کودکی ممکن است منجر به توسعه طرحواره‌های ناسازگار گردد. یانگ (۲۰۰۳) معتقد است که طرحواره‌ها الگوهایی متشکل از حافظه، هیجانات، شناخت‌ها و احساسات بدنی در خصوص خود و در ارتباط با دیگران هستند و می‌توانند علت بسیاری از علائم اختلالات روانپزشکی را تشکیل دهند [۳۵]. به طوری که، به نظر می‌رسد علت مقاوم بودن بسیاری از علائم وسواسی - جبری ریشه در طرحواره‌هایی دارد که به صورت ناسازگارانه‌ای در کودکی در افراد شکل گرفته و در بزرگسالی به صورت علائم وسواسی - جبری به طور دائم فعال می‌شود و علائم را به سمت مزمن شده پیش می‌برد [۳۶، ۳۴]. لذا، به نظر می‌رسد طرحواره درمانی به طور غیر مستقیم از طریق تغییر و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند از شدت علائم اختلالات

۱۸۲۴۸۰۷۵۹۸۴۷۱۷۷۱۶۲۲۶ می‌باشد و از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد جهت تصویب طرح پژوهشی حاضر و تمامی افراد شرکت کننده در این مطالعه به خاطر صبر و همکاری و همچنین همکارانمان در مرکز مشاوره مهرگان به دلیل همکاری صمیمانه، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد

منابع مالی

منابع مالی این مطالعه توسط نویسندگان تامین شده است

بیشتری در مقابل تغییر ناشی از طرحواره درمانی و طرحواره درمانی هیجانی در آنها همراه می‌باشد. مطالعه ای که با نتایج مطالعه حاضر همسو نباشد، پیدا نشد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر، حجم نمونه پایین می‌باشد که به دلیل اجرای جلسات فردی و محدودیت زمانی امکان افزایش حجم نمونه نبود. لذا، پیشنهاد می‌شود این مطالعه با حجم نمونه بالاتر و به صورت گروهی در مطالعات آینده تکرار گردد.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکتری مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد با کد طرح تحقیقاتی

References

- Nazeer A, Latif F, Mondal A, Azeem MW, Greydanus DE. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management. *Translational Pediatrics*. 2020;9(Suppl 1):S76. [DOI:10.21037/tp.2019.10.02] [PMID] [PMCID]
- Hirschtritt ME, Bloch MH, Mathews CA. Obsessive-compulsive disorder: advances in diagnosis and treatment. *Jama*. 2017;317(13):1358-67. [DOI:10.1001/jama.2017.2200] [PMID]
- Rickelt J, Viechtbauer W, Lieveer R, Overbeek T, van Balkom AJ, van Oppen P, et al. The relation between depressive and obsessive-compulsive symptoms in obsessive-compulsive disorder: results from a large, naturalistic follow-up study. *Journal of affective disorders*. 2016;203:241-7. [DOI:10.1016/j.jad.2016.06.009] [PMID]
- Smit DJ, Cath D, Zilhão NR, Ip HF, Denys D, den Braber A, et al. Genetic meta-analysis of obsessive-compulsive disorder and self-report compulsive symptoms. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*. 2020;183(4):208-16. [DOI:10.1002/ajmg.b.32777] [PMID] [PMCID]
- Bradley MC, Hanna D, Wilson P, Scott G, Quinn P, Dyer KF. Obsessive-compulsive symptoms and attentional bias: An eye-tracking methodology. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2016;50:303-8. [DOI:10.1016/j.jbtep.2015.10.007] [PMID]
- Mathes BM, Morabito DM, Schmidt NB. Epidemiological and clinical gender differences in OCD. *Current psychiatry reports*. 2019;21(5):36. [DOI:10.1007/s11920-019-1015-2] [PMID]
- Berman NC, Jacoby RJ, Sullivan AD, Hoepfner S, Micco JA, Wilhelm S. Parent-level risk factors for children's obsessive beliefs, interpretation biases, and obsessive-compulsive symptoms: A cross-sectional examination. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*. 2018;18(1):8-17. [DOI:10.1016/j.jocrd.2018.04.002]
- Fradkin I, Ludwig C, Eldar E, Huppert JD. Doubting what you already know: Uncertainty regarding state transitions is associated with obsessive compulsive symptoms. *PLoS computational biology*. 2020;16(2):e1007634. [DOI:10.1371/journal.pcbi.1007634] [PMID] [PMCID]
- Dell'Osso B, Camuri G, Benatti B, Buoli M, Altamura AC. Differences in latency to first pharmacological treatment (duration of untreated illness) in anxiety disorders: a study on patients with panic disorder, generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder. *Early intervention in psychiatry*. 2013;7(4):374-80. [DOI:10.1111/eip.12016] [PMID]
- Abramowitz JS, Arch JJ. Strategies for improving long-term outcomes in cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: Insights from learning theory. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2014;21(1):20-31. [DOI:10.1016/j.cbpra.2013.06.004]
- Thiel N, Jacob GA, Tuschen-Caffier B, Herbst N, Kuelz AK, Hertenstein E, et al. Schema therapy augmented exposure and response prevention in patients with obsessive-compulsive disorder: Feasibility and efficacy of a pilot study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2016;52:59-67. [DOI:10.1016/j.jbtep.2016.03.006] [PMID]
- Olatunji BO, Davis ML, Powers MB, Smits JA. Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of psychiatric*

- research. 2013;47(1):33-41. [DOI:10.1016/j.jpsychires.2012.08.020] [PMID]
13. Sunde T, Hummelen B, Himle JA, Walseth LT, Vogel PA, Launes G, et al. Early maladaptive schemas impact on long-term outcome in patients treated with group behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *BMC psychiatry*. 2019;19(1):318. [DOI:10.1186/s12888-019-2285-2] [PMID] [PMCID]
 14. Thiel N, Tuschen-Caffier B, Herbst N, Külz AK, Nissen C, Hertenstein E, et al. The prediction of treatment outcomes by early maladaptive schemas and schema modes in obsessive-compulsive disorder. *BMC psychiatry*. 2014;14(1):362. [DOI:10.1186/s12888-014-0362-0] [PMID] [PMCID]
 15. Atalay H, Atalay F, Karahan D, Çaliskan M. Early maladaptive schemas activated in patients with obsessive compulsive disorder: A cross-sectional study. *International journal of psychiatry in clinical practice*. 2008;12(4):268-79. [DOI:10.1080/13651500802095004] [PMID]
 16. Yoosefi A, RajeziEsfahani S, Pourshahbaz A, Dolatshahee B, Assadi A, Maleki F, et al. Early maladaptive schemas in obsessive-compulsive disorder and anxiety disorders. *Global journal of health science*. 2016;8(10):167. [DOI:10.5539/gjhs.v8n10p167] [PMID]
 17. Kim JE, Lee SW, Lee SJ. Relationship between early maladaptive schemas and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*. 2014;215(1):134-40. [DOI:10.1016/j.psychres.2013.07.036] [PMID]
 18. Basile B, Tenore K, Luppino OI, Mancini F. Schema therapy mode model applied to OCD. *Clinical Neuropsychiatry*. 2017(6).
 19. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy*. New York: Guilford. 2003;254.
 20. Taylor CD, Bee P, Haddock G. Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2017;90(3):456-79. [DOI:10.1111/papt.12112] [PMID] [PMCID]
 21. Sij ZD, Manshaee G, Hasanabadi H, Nadi MA. The Effects of Schema Therapy on Emotional Self-Awareness, Vulnerability, and Obsessive Symptoms Among Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Modern Care Journal*. 2018;15(2). [DOI:10.5812/modernc.69656]
 22. Douw L, Quak M, Fitzsimmons SM, de Wit SJ, van der Werf YD, van den Heuvel OA, et al. Static and dynamic network properties of the repetitive transcranial magnetic stimulation target predict changes in emotion regulation in obsessive-compulsive disorder. *Brain stimulation*. 2020;13(2):318-26. [DOI:10.1016/j.brs.2019.10.017] [PMID]
 23. Naderi Rajeh Y, Zarghami M. The Efficiency of Emotional Schema Therapy on level of anxiety and depression, symptom and signs of patients suffering from Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). *International Journal of Behavioral Sciences*. 2017;11(3):114-20.
 24. Khosravani V, Ardestani SMS, Mohammadzadeh A, Bastan FS, Amirinezhad A. The Emotional Schemas and Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions in People with Obsessive-Compulsive Disorder. *INTERNATIONAL JOURNAL OF COGNITIVE THERAPY*. 2020. [DOI:10.1007/s41811-020-00075-6]
 25. Leahy RL. Emotional schema therapy: A meta-experiential model. *Australian Psychologist*. 2016;51(2):82-8. [DOI:10.1111/ap.12142]
 26. Morvaridi M, Mashhadi A, Shamloo ZS, Leahy RL. The effectiveness of group emotional schema therapy on emotional regulation and social anxiety symptoms. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2019;12(1):16-24. [DOI:10.1007/s41811-018-0037-6]
 27. Abedi -Shargh N, Ahovan M, Doostian Y, Aazami Y, Hosseini S. The effectiveness of emotional schema therapy on clinical symptom and emotional schemas in patients with obsessive-compulsive disorder. *Clinical psychology studies*. 2017;7(26):149-63.
 28. Hodgson RJ, Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour research and therapy*. 1977;15(5):389-95. [DOI:10.1016/0005-7967(77)90042-0]
 29. Sánchez-Meca J, López-Pina JA, López-López JA, Marín-Martínez F, Rosa-Alcázar AI, Gómez-Conesa A. The Maudsley obsessive-compulsive inventory: a reliability generalization meta-analysis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2011;11(3):473-93.
 30. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Khamseh A, Ebrahimkhani N, Issazadegan A-A, Saif-Nobakht Z. Symptoms of obsessive-compulsive disorder in a sample of Iranian patients. *International Journal of Social Psychiatry*. 2002;48(1):20-8. [DOI:10.1177/002076402128783055] [PMID]
 31. Young J, Klosko J, Weishaar M. *Schema therapy: A practitioner's guide* [H. Hamidpour, Z. Andooz Persian trans]. Tehran: Arjmand. 1998.
 32. Moradi M, Akbari T, Dausti M. Relation between early maladaptive schemas and self differentiation in referrals to welfare centers. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2015;185:294-300. [DOI:10.1016/j.sbspro.2015.03.432]
 33. Leahy RL. A model of emotional schemas. *Cognitive and behavioral practice*. 2002;9(3):177-90. [DOI:10.1016/S1077-7229(02)80048-7]
 34. Khanzadeh M, Edrisi F, Muhammadkhani S, Saidian M. Factor structure and psychometric properties of Emotional Schema Scale. *J Clin Psychol*. 2013;3(11):91-119.

35. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2006.
36. Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide. Tehran: Arjmand; 2011.
37. Tenore K, Mancini F, Basile B. SCHEMAS, MODES AND COPING STRATEGIES IN OBSESSIVE-COMPULSIVE LIKE SYMPTOMS. *Clinical Neuropsychiatry*. 2018;15(6).
38. Khosravani V, Bastan FS, Ardestani MS, Ardakani RJ. Early maladaptive schemas and suicidal risk in an Iranian sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*. 2017;255:441-8. [\[DOI:10.1016/j.psychres.2017.06.080\]](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.080) [\[PMID\]](#)
39. Kwak K-H, Lee SJ. A comparative study of early maladaptive schemas in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Psychiatry research*. 2015;230(3):757-62. [\[DOI:10.1016/j.psychres.2015.11.015\]](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.11.015) [\[PMID\]](#)
40. Fergus TA, Bardeen JR. Emotion regulation and obsessive-compulsive symptoms: A further examination of associations. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2014;3(3):243-8. [\[DOI:10.1016/j.jocrd.2014.06.001\]](https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.06.001)
41. Yap K, Mogan C, Moriarty A, Dowling N, Blair-West S, Gelgec C, et al. Emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2018;74(4):695-709. [\[DOI:10.1002/jclp.22553\]](https://doi.org/10.1002/jclp.22553) [\[PMID\]](#)