

Research Paper

Comparing the Effectiveness of Schema Therapy Augmented Exposure and Response Prevention With Exposure and Response Prevention and Pharmacotherapy in Obsessive-compulsive Disorder



Samira Masoumian¹ , Banafsheh Gharraee¹ , Abbas Ramezani Farani¹ , Mohammad Reza Shaeiri² , *Ali Asghar Asgharnejadfarid¹

1. Department of Clinical Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran.



Citation Masoumian S, Gharraee B, Ramezani Farani A, Shaeiri M R, Asgharnejadfarid A A. [Comparing Emotional Schema Therapy Augmented Exposure and Response Prevention With Exposure and Response Prevention and Pharmacotherapy in Obsessive-compulsive Disorder (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2022; 28(2):162-181. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.28.2.2497.2>

<http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.28.2.2497.2>



Received: 20 Jun 2020
Accepted: 10 Aug 2021
Available Online: 01 Jul 2022

Keywords:

Obsessive compulsive disorder, Anxiety, depression, Exposure therapy, Pharmacotherapy

ABSTRACT

Objectives Obsessive-compulsive disorder (OCD) is defined in the diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition (DSM-5) as annoying and unpleasant thoughts or images (obsession) associated with repetitive and unwanted actions (compulsion). This study aims to compare emotional schema therapy augmented exposure and response prevention (ESTERP) with exposure and response prevention (ERP) and pharmacotherapy in improving the symptoms of OCD patients.

Methods This was a randomized clinical trial study. The participants included all patients with OCD who were referred to hospitals and clinics in Tehran, Iran. A total of 45 patients with OCD were selected through purposeful sampling, of which 15 patients were randomly assigned to the ESTERP group, 15 to the ERP group, and 15 to the pharmacotherapy group. After randomly placing the patients in the three groups, all patients completed the Yale-Brown obsessive-compulsive scale-2nd edition (Y-BOCS-II), the four systems anxiety questionnaire (FSAQ), and the Beck depression inventory-2nd edition (BDI-II) before, in the end, and 2 months after the treatment. Then, the data were analyzed using nonparametric tests and the reliable change index.

Results There was a significant difference between the treatment of ESTERP with ERP and pharmacotherapy in the symptoms and severity of OCD and anxiety (except for the depression variable) in patients with OCD. In addition, the findings of the clinical significance of ESTERP compared to the other two treatments showed more significant changes in symptoms and severity of OCD and depression (except for the anxiety variable).

Conclusion Both ESTERP and ERP treatments are effective in patients with OCD and both lead to more improvements in patients' symptoms than pharmacotherapy.

* Corresponding Author:

Ali Asghar Asgharnejadfarid, PhD.

Address: Department of Clinical Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (912) 2979917

E-mail: asgharnejadfarid.as@iums.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Obsessive-compulsive Disorder (OCD) is defined by repetitive and disturbing images, thoughts, and impulses that cause significant distress (for example, obsessions) and are followed by actions or behaviors (for example, compulsions) aimed at reducing distress [1]. OCD is a chronic condition that affects 1% to 3% of the general population [2-4]. The annual prevalence of OCD in different cultures is estimated to be 1.1%-1.8% [5]. Over the last 20 to 30 years, the prevalence of psychological interventions in the treatment of OCD has been significant, and various studies have shown the effectiveness of such interventions in the treatment and improvement of symptoms in OCD patients [12-15]. By using cognitive-behavioral techniques, the prognosis of people with OCD changes from weak to excellent [13, 14]. However, despite the relative success of patients who have completed these therapies, there is no significant improvement in the percentage of treated patients and there are very limited findings of long-term therapeutic achievement because of treatment discontinuations and relapses [12].

Therefore, it is necessary to create and expand new strategies and effective treatment approaches to prevent the lack of response to treatment and to further improve the condition of patients with OCD. The emotional schema therapy model (EST) is a metacognitive or meta-experiential model in which emotions are a part of social cognition [28]. EST emphasizes that people with maladaptive emotional schemas are likely to resist certain emotions and use avoidant strategies [29]. In this treatment model, the focus is on clarifying, modifying, and changing the patient's specific theory of emotion. The emphasis is that emotion itself is not a problem, but a type of evaluation of people's problems. Every individual may have unreasonable fears of infection, but only some people get OCD. The ability to confirm painful and difficult emotions, accept them as part of a full life experience, evaluate them in a non-judgmental way, avoid emotional catastrophe, and recognize the transience of emotions are among the goals of this treatment in OCD patients [28]. Patients with OCD may have beliefs about anxiety and other emotions that lead to non-acceptance or continuation of ERP. Similar to the belief that since anxiety persists indefinitely and leads to psychological damage, anxiety should always be avoided or reduced as soon as possible [20].

Therefore, given the limited history of research on the effectiveness of treatment based on emotional schemas and to improve patients' symptoms as much as possible along with considering the above-mentioned measures, the main question is whether there are significant differences between ESTERP compared to ERP and pharmacotherapy in improving the symptoms in patients with OCD.

Methods

After the necessary coordination with the target centers, the patients were referred based on psychiatric diagnosis. Then, these patients were evaluated based on the structured clinical interview for diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition (DSM-5), the clinician version (SCID-5-CV) (for screening clinical disorders), and the structured clinical interview for DSM-5 personality disorders (SCID-5-PD) (for screening personality disorders). The criteria for the entry of 45 patients with OCD were selected by the targeted sampling method. Of this population, 15 patients were randomly assigned to the combined drug and ESTERP, 15 patients were included in the combined drug and ERP, and 15 patients received only the drug treatment. After randomly placing the patients in the three groups, all patients completed the Yale-Brown obsessive-compulsive scale-2nd edition (Y-BOCS-II), the four systems anxiety questionnaire (FSAQ), and the Beck depression inventory-2nd edition (BDI-II) questionnaires before, in the end, and 2 months after the treatment.

Then, the data were analyzed using descriptive statistics (description of demographic data, Mean±SD), inferential statistics, given the lack of assumptions of parametric statistics, nonparametric statistics, and clinical significance by the Reliable change index (RCI).

Results

There was a significant difference between ESTERP with ERP and pharmacotherapy in the symptoms and severity of OCD and anxiety (except for the depression variable) in patients with OCD. In addition, the findings of the clinical significance of ESTERP compared to the other two treatments showed more significant changes in symptoms and severity of OCD, depression (except for the anxiety variable) (Tables 1, 2, and 3).

Discussion

Based on the results of this study and given the effectiveness of ESTERP in patients with OCD, clinical specialists can use this protocol along with other pharmacological and psychotherapeutic interventions.

Table 1. Comparison of symptoms and severity of obsessive compulsive in ESTERP, ERP, and pharmacotherapy

Variables	Group	Mean±SD	X ²	P	
Difference between pre-test and post-test scores	ESTERP	13.33±5.06	13.22	0.001	
	ERP	14.50±7.29			
	Pharmacotherapy	4.38±5.76			
	Severity	ESTERP	12.58±9.04	12.88	0.002
		ERP	9.25±7.07		
		Pharmacotherapy	0.76±6.04		
Difference between pre-test and follow-up scores	ESTERP	13.16±5.81	6.47	0.03	
	ERP	13.66±6.19			
	Pharmacotherapy	7.53±6.14			
	Severity	ESTERP	11.58±8.78	3.25	0.19
		ERP	8.83±5.18		
		Pharmacotherapy	5±8.83		

Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

ESTERP: Emotional schema therapy augmented exposure and response prevention; ERP: Exposure and response prevention; SD: Standard deviation.

Note: The table is based on the difference between pre-test-post-test and pre-test and follow-up scores.

Table 2. Comparing anxiety in ESTERP, ERP, and pharmacotherapy

Variables	Group	Mean±SD	X ²	P
Difference between pre-test and post-test scores	ESTERP	90.74.42.25	8.51	0.01
	ERP	78.30.44.48		
	Pharmacotherapy	38.58.37		
Difference between pre-test and follow-up scores	ESTERP	82.69.35.82	3.25	0.19
	ERP	74.18.40.23		
	Pharmacotherapy	48.72.47.76		

Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

ESTERP: Emotional schema therapy augmented exposure and response prevention; ERP: Exposure and response prevention; SD: Standard deviation.

Notes: The table is based on the difference between pre-test, post-test and pre-test and follow-up scores.

Table 3. Comparing depression in ESTERP, ERP, and pharmacotherapy

Variable	Group	Mean±SD	X ²	P
Difference between pre-test and post-test scores	ESTERP	15.58±5.59	4.89	0.08
	ERP	14.41±8.12		
	Pharmacotherapy	8.15±8.76		
Difference between pre-test and follow-up scores	ESTERP	17.08±8.95	1.05	0.59
	ERP	16.91±8.78		
	Pharmacotherapy	12.69±9.93		

Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

ESTERP: Emotional schema therapy augmented exposure and response prevention; ERP: Exposure and response prevention; SD: Standard deviation.

Notes: The table is based on the difference between pre-test, post-test and pre-test and follow-up scores.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

The present study was designed based on the principles of the Declaration of Helsinki and was approved by [Iran University of Medical Sciences](#) (Code: IR.IUMS.REC.1397.175).

Funding

This article is taken from the dissertation of the Samira Masoumian PhD thesis in clinical psychology of [Iran University of Medical Sciences](#).

Authors contributions

Conceptualization: Samira Masoumian, Mohammad Reza Shaeiri and Banafsheh Gharraee; Research and review: Samira Masoumian and Mohammad Reza Shaeiri; Editing and finalization: Samira Masoumian, Banafsheh Gharraee, Mohammad Reza Shaeiri, Abbas Ramezani Farani and Ali Asghar Asgharnejadfarid; Supervision: Mohammad Reza Shaeiri and Ali Asghar Asgharnejadfarid

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgements

We would like to thank the Faculty of Behavioral Sciences and Mental Health of [Iran University of Medical Sciences](#) for their financial assistance, as well as all the patients who participated in the study.

This Page Intentionally Left Blank

مقاله پژوهشی

مقایسه درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ بارویارویی و پیشگیری از پاسخ و درمان دارویی در اختلال وسواسی جبری

سمیرا معصومیان^۱، بنفشه غرایی^۱، عباس رضائی فرانی^۱، محمدرضا شعیری^۲، *علی اصغر اصغرنژاد فرید^۱

۱. گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
 ۲. گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.



Citation Masoumian S, Gharraee B, Ramezani Farani A, Shaeiri M R, Asgharnejadfarid A A. [Comparing Emotional Schema Therapy Augmented Exposure and Response Prevention With Exposure and Response Prevention and Pharmacotherapy in Obsessive-compulsive Disorder (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2022; 28(2):162-181. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.28.2.2497.2>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.28.2.2497.2>

چکیده

تاریخ دریافت: ۳۱ خرداد ۱۳۹۹

تاریخ پذیرش: ۱۹ مرداد ۱۴۰۰

تاریخ انتشار: ۱۰ تیر ۱۴۰۱

هدف در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال وسواسی جبری با افکار یا تصاویر مزاحم و ناخوشایند (وسواس) که با اعمال تکراری و ناخواسته (اجبار) همراه می‌شود، مشخص شده است. پژوهش حاضر با هدف تعیین تفاوت اثربخشی پروتکل درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ با رویارویی و پیشگیری از پاسخ (درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ) و «درمان دارویی» در بهبود علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری انجام شد.

مواد و روش‌ها پژوهش حاضر به صورت کارآزمایی بالینی تصادفی انجام شد. جامعه پژوهشی مطالعه حاضر همه بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها و کلینیک‌های سطح شهر تهران بود. ۴۵ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی جبری به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی ۱۵ بیمار در گروه درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ و ۱۵ بیمار در گروه درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ و ۱۵ بیمار نیز در گروه درمان دارویی قرار گرفتند. بعد از جایگزینی تصادفی بیماران در ۳ شیوه درمانی، تمام بیماران مقیاس وسواس فکری عملی بیل براون - ویرایش دوم، مقیاس ۴ سامانه‌ای اضطراب، پرسش‌نامه افسردگی بک را قبل و در انتهای درمان و ۲ ماه بعد از درمان تکمیل کردند. سپس تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های ناپارامتریک و شاخص تغییر پایدار (شاخص تغییر پایدار) انجام شد.

یافته‌ها بین درمان «گروه درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ» با «درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ» و «درمان دارویی» در علائم و شدت وسواس و اضطراب (به جز افسردگی) بیماران تفاوت معناداری گزارش شد. علاوه‌براین، یافته‌های حاصل از معناداری بالینی به جز متغیر اضطراب، در متغیرهای افسردگی و علائم و شدت وسواس گروه درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ نسبت به درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ و مخصوصاً درمان دارویی، تغییرات معنادارتری نشان داد.

نتیجه‌گیری ۲ درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ و درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری اثربخش هستند و هر ۲ نسبت به درمان دارویی موجب بهبود بیشتر علائم بیماران می‌شود.

کلیدواژه‌ها:

اختلال وسواسی جبری،
اضطراب، افسردگی،
رویارویی درمان، درمان
دارویی

* نویسنده مسئول:

دکتر علی اصغر اصغرنژاد فرید

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، گروه روانشناسی بالینی.

تلفن: ۲۹۷۹۹۱۷ (۹۱۲) ۹۸+

رایانامه: asgharnejadfarid.as@iums.ac.ir

مقدمه

از این رو، ایجاد و گسترش راهبردهای جدید و رویکردهای درمانی اثربخش برای نداشتن پاسخ درمان و بهبود هرچه بیشتر بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری ضرورت می‌یابد. مطالعات قبلی نشان داده که طرح‌واره‌های هیجانی ارتباط پیش‌بینی‌کننده قوی با اختلال‌های روان‌شناختی مانند اختلال وسواسی جبری، اضطراب مقاوم به درمان^{۱۲} [۱۷]، اختلال اضطراب فراگیر^{۱۳} [۱۸] و افسردگی دارد [۱۹-۲۴].

مدل درمان طرح‌واره هیجانی^{۱۴}، مدلی فراشناختی^{۱۵} یا فراتجربه‌ای^{۱۶} است که در آن هیجان‌ها بخشی از شناخت اجتماعی هستند [۲۵] و در این مدل تأکید بر این است که افراد دارای طرح‌واره‌های هیجانی ناسازگار احتمالاً در برابر هیجان خاصی مقاومت می‌کنند و راهبردهای اجتنابی به کار می‌برند [۲۶]. در این مدل درمانی بر روشن کردن و اصلاح و تغییر نظریه خاص بیمار از هیجان تمرکز می‌شود و تأکید بر این است که هیجان به خودی خود مشکل نیست، بلکه نوع ارزیابی افراد از آن مشکل‌ساز است؛ هر شخصی ممکن است ترس‌هایی غیرمنطقی از آلودگی یا اشتباه کردن داشته باشد، اما فقط برخی از افراد به اختلال وسواسی جبری مبتلا می‌شوند. در واقع، توانایی تأیید هیجان‌های دردناک و مشکل، پذیرش آن‌ها به‌عنوان بخشی از تجربه زندگی کامل، ارزیابی آن‌ها به‌شيوه غیرقضاوتی، اجتناب از فاجعه‌سازی هیجان، تشخیص گذرا بودن هیجان، از جمله اهداف این درمان در اختلال وسواسی جبری است [۲۷].

از طرفی، بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری نیز ممکن است باورهایی درباره اضطراب و سایر هیجان‌ها داشته باشند که این باورها موجب عدم پذیرش یا ادامه ندادن درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ شود و در تعارض با رویارویی باشند، مانند این باور که چون اضطراب به‌طور نامحدود ادامه می‌یابد و موجب آسیب روان‌شناختی می‌شود، همیشه از اضطراب باید اجتناب شود یا باید هرچه سریع‌تر کاهش یابد [۱۷].

از این رو، با توجه به محدودیت پیشینه پژوهش در زمینه تأثیر درمان مبتنی بر طرح‌واره هیجانی و همین‌طور به‌منظور بهبود هرچه بیشتر علائم بیماران و با توجه به تمهیدات یادشده، مسئله اساسی این است که آیا بین درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ در مقایسه با درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ و درمان دارویی در بهبود علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری تفاوت معناداری وجود دارد یا خیر؟

اختلال وسواسی جبری^۱ توسط تصاویر، افکار و تکانه‌های تکراری و مزاحم تعریف می‌شود که موجب پریشانی قابل توجه می‌شود (برای مثال، وسواس‌ها^۲) و در پی آن اعمال یا رفتارهایی (برای مثال، اجبارها^۳) با هدف کاهش این پریشانی انجام می‌شود [۱]. اختلال وسواسی جبری وضعیت مزمنی است که ۱ تا ۳ درصد از جمعیت عمومی را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۲-۴] و شیوع سالانه آن در فرهنگ‌های مختلف ۱/۱ تا ۸/۱ درصد تخمین زده شده است [۵]. آسیب مرتبط با علائم وسواسی جبری^۴ در حوزه‌های مختلف زندگی با تأثیر بر عملکردهای مختلف شغلی، اجتماعی و خانوادگی مشاهده شده است [۶، ۷].

در طول ۲۰ تا ۳۰ سال اخیر گسترش آزمایشات روان‌شناختی در درمان اختلال وسواسی جبری چشمگیر بوده و مطالعات مختلف حاکی از اثربخشی این آزمایشات در درمان و بهبود علائم بیماران است [۸-۱۲]. با به‌کارگیری تکنیک‌های شناختی-رفتاری^۵، پیش‌آگهی افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری از ضعیف به عالی تغییر می‌یابد [۹، ۱۰]، اما برخلاف موفقیت‌های نسبی برای بیمارانی که این درمان‌ها را به اتمام رسانده‌اند، در درصد چشمگیری از بیماران تحت درمان بهبود معناداری حاصل نمی‌شود و با توجه به قطع درمان و عودهای بسیار بالا، یافته‌های بسیار محدودی از حفظ دستاوردهای درمانی بلندمدت وجود دارد [۸].

چندین فراتحلیل^۶ اثربخشی نسبی درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ^۷، درمان دارویی^۸ یا ترکیب آن‌ها را فرض کرده‌اند، اما یک مرور نظام‌مند^۹ نشان داده‌است که ۱۰ تا ۳۷ درصد بیمارانی که از اختلال وسواسی جبری رنج می‌برند، به‌طور معناداری به درمان شناختی-رفتاری^{۱۰} پاسخ نمی‌دهند [۱۳، ۱۴]. همچنین برخلاف اثربخشی درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ، تمرینات رویارویی موجب اضطراب می‌شود و از این رو، درمان به‌نوعی هدر دادن زمان است و پاسخ‌های انزجاری^{۱۱} در برخی بیماران ایجاد می‌کند؛ بنابراین درخصوص درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ میزان بالایی از ریزش گزارش شده است [۱۵] و موفقیت آن متکی به تمایل فرد برای پرداختن به درمان و جلسات تمرین رویارویی است [۱۶].

1. Obsessive-compulsive Disorder (OCD)
2. Obsessions
3. Compulsions
4. Obsessive-compulsive Symptoms
5. Behavioural and Cognitive Techniques
6. Meta-Analyses
7. Exposure and Response Prevention (ERP)
8. Pharmacotherapy
9. Systematic Review
10. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)
11. Aversive

12. Resistant Treatment Anxiety
13. Generalized Anxiety Disorder (GAD)
14. Emotional Schema Therapy (EST)
15. Metacognition
16. Meta-experience

روش

اختلالات روانی را براساس نسخه بالین‌گر بر داوطلبان ارجاع داده‌شده اجرا کرد. همچنین این بیماران براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^{۲۱} (به‌منظور غربالگری اختلال‌های شخصیت) ارزیابی شدند.

در نهایت، به‌طور تصادفی ۱۵ بیمار در گروه درمانی ترکیبی دارویی و درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ قرار گرفتند و ۱۵ بیمار در گروه درمانی ترکیبی دارویی و درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ (هر ۲ درمان توسط محقق طرح با مدرک دکترای تخصصی روانشناسی بالینی انجام شد) و ۱۵ بیمار نیز فقط درمان دارویی دریافت کردند. جهت رعایت اخلاق حرفه‌ای، بیمارانی که ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر را نداشتند، به سایر درمانگران و کلینیک‌ها ارجاع داده شدند.

همچنین بعد از پایان جلسات درمانی گروه آزمایش، در صورت تمایل برای بیمارانی که در طول این پژوهش درمان دارویی دریافت می‌کردند، با توضیحات مناسب برای انتخاب یکی از روش‌های درمانی و رعایت جنبه‌های بالینی، جلسات درمانی تشکیل شد و بنا به تشخیص همکار روان‌پزشک درمان دارویی برای بیماران ادامه یافت. جلسه توجیهی توسط همکار پژوهش برای بیماران در هر ۳ گروه برگزار شد و در این جلسه توضیحاتی درباره پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات و همچنین برخورداری از حق انتخاب برای ادامه درمان، روند اجرا و تعداد جلسات به بیماران ارائه شد. بعد از دریافت رضایت آگاهانه، بیماران وارد فرایند درمان شدند.

بعد از جایگزینی تصادفی بیماران در ۳ شیوه درمانی، تمام بیماران مقیاس سواس فکری عملی بیبل براون-ویرایش دوم^{۲۲}، مقیاس ۴ سامانه‌ای اضطراب^{۲۳}، پرسش‌نامه افسردگی بک^{۲۴} را تکمیل کردند. ارزیابی توسط همکاری انجام شد که در جریان پژوهش نبود و اطلاعاتی از گروه‌های درمانی نداشت. همچنین با همکاری پژوهشگر درباره نحوه اجرا و هماهنگی در مورد شیوه اجرا هماهنگی لازم انجام شد و اگر آموزشی در مورد اجرای ابزارهای موردنظر نیاز داشت به ایشان ارائه شد. پس از پایان آزمایشات و بار دیگر در پایان دوره ۲ ماهه، مجدداً بیماران در هر ۳ گروه درمانی توسط مقیاس‌های ذکر شده ارزیابی شدند. متغیر مستقل در این مطالعه، آزمایشات درمانی و متغیرهای وابسته شامل علائم و شدت سواس، اضطراب و افسردگی است.

پژوهش حاضر به‌صورت کارآزمایی بالینی (IR.IUMS. REC.1397.175) انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمام بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری مراجعه‌کننده به کلینیک‌های خصوصی و درمانگاه دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان و بیمارستان‌های روان‌پزشکی شهر تهران (بیمارستان امام حسین (ع) و مرکز آموزشی درمانی روان‌پزشکی ایران) تشکیل می‌دهند. با توجه به ملاک‌های ورود ۴۵ بیمار به‌روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند.

معیارهای ورود به این مطالعه شامل دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال وسواسی-جبری به تشخیص روان‌پزشک براساس مصاحبه تشخیصی و همین‌طور دارا بودن ملاک‌های تشخیصی ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^{۱۷} براساس نسخه بالین‌گر^{۱۸} تشخیص اصلی اختلال وسواسی-جبری (بدین معنا که فقط بیمارانی انتخاب شدند که شکایت اصلی‌شان در زمان مراجعه وسواس‌های عملی نوع شست‌وشو / تمیزی، واریسی و نظم / ترتیب بود)، حداقل یک سال از تشخیص گذشته باشد و برخلاف درمان دارویی (سابقه مصرف مهارکننده‌های باز جذب اختصاصی سروتونین^{۱۹}) یا درمان‌های رفتاری و شناختی رفتاری علائم همچنان وجود دارد، دارا بودن سطح تحصیلات حداقل سیکل، دارا بودن سن حداقل ۱۸ و حداکثر ۵۵ سال، مبتلا نبودن به اختلال روان‌پریشی براساس نسخه بالین‌گر و عدم مصرف و سوءمصرف مواد و وابستگی به هر نوع مواد که علائم تحمل و ترک در بیمار ایجاد کند، عدم ابتلا به اختلال‌های شخصیت شدید براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت مانند اختلال شخصیت پارانویید و مرزی و اسکیزوتایپال که روند اجرای پژوهش را دچار مشکل کند. همچنین معیارهای خروج از مطالعه شامل دارا بودن افکار یا اقدام به خودکشی در طول پژوهش، دریافت درمان‌های روان‌شناختی در طول مدت اجرای پژوهش، قطع دارو یا تغییر طبقه دارویی یا شروع مصرف داروی جدید به‌جز مهارکننده‌های باز جذب اختصاصی سروتونین.

در پژوهش حاضر، بعد از هماهنگی‌های لازم با مراکز هدف، بیماران بر مبنای تشخیص روان‌پزشک ارجاع داده شدند و همکار آموزش‌دیده جهت اجرای مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های روانی^{۲۰} که دارای مدرک کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی بود، مصاحبه بالینی ساختار یافته برای

17. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition (DSM-5)

18. Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinician Version (SCID-5-CV)

19. Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRIs)

20. Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID)

21. Structured Clinical Interview for Dsm-5 Personality Disorders (Scid-5-PD)

22. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale 2nd Edition (Y-BOCS-II)

23. Four Systems Anxiety Questionnaire (FSAQ)

24. Beck Depression Inventory (BDI-II)

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ

محتوای جلسات	جلسات	مرحله
رابطه درمانی و ایجاد انگیزه برای درمان، ارزیابی طرح‌واره‌های هیجانی و تکمیل مقیاس طرح‌واره‌های هیجانی لیهی توسط بیمار و شناسایی طرح‌واره‌های هیجانی، تدوین فرمول‌بندی موردی، ارائه منطق درمان و اهداف درمانی، آموزش درخصوص اختلال وسواسی‌جبری و ارائه مدل سبب‌شناسی و توضیح درباره درمان به‌طور مختصر و پرداختن به طرح‌واره‌های هیجانی و توجه به هیجانات سازگارانه و غیرسازگارانه بیمار و ارائه تکلیف کارکرد هیجانات.	جلسات ۱ تا ۳	مرحله نخست
پرداختن به طرح‌واره‌های هیجانی توسط برجسب‌زنی و افتراق هیجان‌ها از یکدیگر، بهنجارسازی تجربه هیجانی، گذرا بودن هیجان، افتراق دادن افکار از احساسات، بررسی مزایا و معایب اعتقاد به باورهای هیجانی و طراحی آزمایش رفتاری برای به چالش کشیدن آن‌ها، ارائه تکلیف مشاهده و توصیف هیجانات و چالش با طرح‌واره‌های هیجانی ددرساز (پذیرش هیجان‌ها و اعتباریابی هیجان‌ها) آغاز جلسات رویارویی با مشخص کردن موقعیت‌های اضطراب‌برانگیز و تهیه سلسله‌مراتب موقعیت‌ها.	جلسات ۴ تا ۱۳	مرحله تغییر
انتقال مهارت‌ها و دستاوردهای جدید به محیط زندگی و پیشگیری از عود و جمع‌بندی نهایی آموخته‌ها.	جلسه ۱۴	مرحله نهایی

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

برنامه‌های درمانی

درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ^{۲۸}

برنامه درمانی ۱۲ جلسه‌ای بر مبنای ساختار و محتوای جلسات درمانی پروتکل فوآ و همکاران [۲۸] اجرا شد و جلسات به‌صورت انفرادی و هفتگی و در ۱۲ جلسه انجام شد.

درمان دارویی

در این پژوهش، منظور از درمان دارویی استفاده از مهارکننده‌های باز جذب اختصاصی سروتونین است که از سوی اداره دارو و غذای آمریکا^{۲۹} برای درمان اختلال وسواسی‌جبری مورد تأیید است [۳۰]. در پژوهش حاضر، بعد از نمونه‌گیری و ارزیابی اولیه، بیمارانی که در گروه درمان دارویی قرار گرفتند، صرفاً تحت‌نظر روان‌پزشک و به مدت ۱۴ هفته درمانی تحت‌نظر قرار گرفتند.

در پژوهش حاضر از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

این پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته شامل مواردی مانند سن، جنس، وضعیت تأهل، تعداد فرزند، وضعیت شغلی، وضعیت تحصیلی، سابقه قبلی، مدت ابتلا به اختلال وسواسی‌جبری و سابقه سایر اختلالات روان‌شناختی (اختلالات بالینی و شخصیت) و درمان‌های دریافتی است.

مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات روانی نسخه بالین‌گر

فرست و همکاران، این ابزار را که یک مصاحبه نیمه ساختار یافته بالینی و تشخیصی است به‌منظور ارزیابی اختلال‌های بالینی تدوین کردند [۳۱]. اعتبار و پایایی این ابزار در نمونه‌های ایرانی بررسی و تأیید شده است. با در نظر گرفتن معیار کاپا، برای تمام تشخیص‌ها

درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ^{۲۵}

در پروتکل حاضر، تأکید اصلی جلسات، کاربرد دقیق و توأم با انعطاف تکنیک‌ها و راهبردهایی است که در کتاب درمان طرح‌واره هیجانی، اثر لیهی [۲۶] و همچنین براساس پروتکل رویارویی و پیشگیری از پاسخ فوآ و همکاران [۲۸] ارائه شده است و توسط پژوهشگر برای اختلال وسواسی‌جبری انطباق یافته‌است و ارزیابی روایی پروتکل با استفاده از شاخص نسبت روایی محتوایی^{۲۶} و شاخص روایی محتوایی^{۲۷} بیانگر این بوده که پروتکل از روایی قابل‌قبولی برخوردار است [۲۹]. هر بخش از درمان دربرگیرنده راهبردهای آزمایش و شیوه‌های درمانی است که در ادامه ذکر خواهد شد. محتوای اصلی جلسات، ۳ مرحله اصلی دارد که در **جدول شماره ۱** ارائه شده است.

به‌طور کلی، بعد از ارزیابی اولیه و فرمول‌بندی، تمرکز جلسات اولیه بر تکنیک‌های مدل درمان طرح‌واره هیجانی و چالش با طرح‌واره‌های هیجانی است و به مرور در جلسات بر رویارویی تمرکز بیشتری می‌شود. جلسات درمانی به‌صورت هفتگی برگزار شد. درمان ۱۴ جلسه و طول جلسات ۴۵ دقیقه و جلسات رویارویی تا ۹۰ دقیقه برگزار شد. در ابتدای هر جلسه، مباحث جلسه گذشته و همین‌طور تکالیف موردنظر بررسی و مرور شد. در انتهای جلسه نیز با مشارکت مراجع جلسه جمع‌بندی و تکلیف جلسه بعدی مشخص و درنهایت، بازخوردی راجع به جلسه مطرح می‌شد.

25. Schema Therapy Augmented Exposure and Response Prevention (ESTERP)

26. Content Validity Ratio

27. Content Validity Index

28. Exposure and Response Prevention

29. US Food Drug Administration (FDA)

در مطالعه‌ای پایایی این مقیاس از طریق روش بازآزمایی در فاصله ۲ هفته برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای زیر مقیاس‌ها در دامنه‌ای بین ۰/۵۶ تا ۰/۷۱ و ضریب همسانی درونی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ و برای زیر مقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۰/۵۹ تا ۰/۷۳ به دست آمد که بیانگر پایایی قابل قبول مقیاس است [۲۰].

در پژوهش حاضر، از این مقیاس به منظور ارزیابی و شناسایی طرح‌واره‌های هیجانی بیماران استفاده شد.

مقیاس وسواس فکری عملی ییل براون - ویرایش دوم

ویرایش دوم چک‌لیست نشانگان وسواس فکری عملی ییل براون، به صورت یک مصاحبه نیمه ساختاریافته اجرا می‌شود و شدت و نوع وسواس را می‌سنجد. بررسی نتایج اعتبار و روایی سازندگان آزمون نشان داد ویرایش دوم این آزمون به روش کودرریچاردسون از پایایی درونی بالایی (۰/۹۱) برخوردار است. پایایی بازآزمایی و بین آزماینده نیز هر ۲ بالا بودند (۰/۸۵) [۳۵].

نتایج مطالعه‌ای در ایران، پایایی مقیاس کلی علائم حال و شدت و علائم گذشته را مطلوب گزارش کرد. در بررسی علائم گذشته به طور قابل توجهی پایایی علائم گذشته نسبت به علائم حال بالاتر بود و تمام عامل‌ها پایایی قابل قبولی داشتند. نتایج نشان‌دهنده همبستگی بالا و در نتیجه پایایی بازآزمایی مناسب نسخه حال و گذشته و مقیاس شدت است. همچنین آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی علائم زمان حال و گذشته به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۸ و برای شدت ۰/۹۱ گزارش شد و گزارش روایی با استفاده از تحلیل عاملی و روایی سازه نیز بیانگر روایی مناسب این مقیاس بود [۳۶].

مقیاس ۴ سامانه‌ای اضطراب

کوک سال و پاور مقیاس ۴ سامانه‌ای اضطراب را ارائه کردند که ۶۰ آیتم و ۴ خرده‌مقیاس ۱۵ آیتمی (شناختی، جسمانی، رفتاری و احساسی) دارد. نمره هر آیتم با توجه به وزنی که به هر آیتم اختصاص دارد، محاسبه می‌شود و از جمع ۴ آیتم نمره کل پرسش‌نامه محاسبه می‌شود. آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و اعتبار همگرای آن نیز تأیید شده است [۳۷].

در پژوهشی در ایران، آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های احساسی، شناختی، رفتاری، جسمانی و کل به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۸، ۰/۶۵، ۰/۶۴ و ۰/۸۹ و همچنین ضریب دو نیمه‌سازی برای مؤلفه‌های احساسی، شناختی، رفتاری، جسمانی و کل به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۳، ۰/۷۱، ۰/۶۰ و ۰/۸۹ و ضریب پایایی برای مؤلفه‌های احساسی، شناختی، رفتاری، جسمانی و کل به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۸، ۰/۸۲، ۰/۸۳ و ۰/۹۳ گزارش شد [۳۸].

به غیر از اختلالات اضطرابی، کاپا بالاتر از ۰/۴ در نتیجه توافق بالاتر از متوسط بود، اما در اختلال‌های اضطرابی با کاپای ۰/۳۴ بیانگر توافق متوسط بین ۲ گزارش روان‌پزشک و مصاحبه‌کننده بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های روانی است. با توجه به تشخیص روان‌پزشکان به عنوان معیار طلایی، در بیشتر تشخیص‌ها به جز اختلالات اضطرابی ویژگی، بالاتر از ۰/۸۰ بود که بیانگر ویژگی مطلوب این ابزار در تشخیص اختلال‌ها است. حساسیت تمام تشخیص‌ها بالاتر از ۰/۸۰ بود. به طور کلی، این نسخه را می‌توان به عنوان ابزار تشخیصی در جامعه ایران به کار برد [۳۲].

مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات شخصیت

فرست و همکاران در سال ۲۰۱۵ نسخه جدید مصاحبه تشخیصی ساختاریافته را بر اساس نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی به منظور ارزیابی ۱۰ اختلال شخصیت طراحی کردند [۳۳]. نتایج مطالعه‌ای در ایران بیانگر تأیید اعتبار و پایایی آن در جامعه ایرانی است. در این مطالعه، در تشخیص‌های مربوط به اختلال شخصیت وسواسی جبری، پارانوئید، اسکیزوتایپال، اسکیزوئید، نمایشی، خودشیفته، مرزی و ضداجتماعی کاپا بالاتر از ۰/۴ و در تشخیص‌های مربوط به اختلال شخصیت اجتنابی، وابسته و سایر اختلال‌های معین پایین‌تر از ۰/۴ بود. نتایج ویژگی عمدتاً بهتر از نتایج حساسیت بود و در تمام تشخیص‌ها به جز اختلال شخصیت وسواسی جبری و پارانوئید ویژگی بالای ۰/۹ گزارش شد و در این ۲ تشخیص نیز ویژگی بالاتر از ۰/۸۵ بود که بیانگر ویژگی مطلوب است. حساسیت تمام تشخیص‌ها به جز اختلال شخصیت اجتنابی و وابسته نیز بالاتر از ۰/۸ گزارش شد. به طور کلی، این نسخه مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های روانی برای بیشتر تشخیص‌ها مناسب است [۳۴]. در پژوهش حاضر، از این مصاحبه به منظور غربالگری بیماران از لحاظ اختلال‌های شخصیت استفاده شد.

پرسش‌نامه طرح‌واره هیجانی لیهی^{۲۰}

پرسش‌نامه طرح‌واره هیجانی لیهی توسط لیهی و به منظور شفاف‌سازی باورها و راهبردهای افراد در مقابل هیجان‌ها و طرح‌واره‌های هیجانی آن‌ها ارائه شده است. این مقیاس خودگزارشی ۵۰ پرسش دارد که با مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. اعتبار بخشی هیجانی، احساس گناه، ساده‌انگاری هیجانی، پیگیری ارزش‌های بالاتر، کنترل، بی‌حسی هیجانی، نیاز به منطقی‌گرایی، تداوم هیجانی، همگانی بودن هیجان‌ها، پذیرش هیجان‌ها، نشخوار ذهنی، ابراز هیجانی و سرزنش دیگران طرح‌واره‌های هیجانی مورد ارزیابی در این مقیاس است [۲۱].

30. Leahy Emotional Schemas Scale (LESS)

پرسش‌نامه افسردگی بک

ضریب اعتبار کل برای هر ۲۱ آیتم برابر ۰/۹۱ به دست آمد و ضرایب همسانی درونی هر یک از آیتم‌ها و ضریب آلفای کرونباخ نیز نشان داد در جمعیت ایرانی از اعتبار مناسبی برخوردار است. گزارش تحلیل عاملی و روایی سازه نیز حاکی از روایی مناسب این ابزار است [۴۲].

در نهایت، تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (توصیف داده‌های جمعیت‌شناختی، میانگین و انحراف معیار متغیرها) و آمار استنباطی، با توجه به برقرار نبودن مفروضه‌های آمار پارامتریک، توسط آمار ناپارامتریک و بررسی معناداری بالینی نیز توسط شاخص تغییر پایدار^{۳۱} انجام شد.

31. Reliable Change Index (RCI)

نسخه دوم پرسش‌نامه افسردگی بک شامل ۲۱ سؤال از علائم افسردگی تجربه‌شده در ۲ هفته گذشته است و برای سنجش شدت افسردگی و تعیین نشانگان افسردگی کاربرد دارد و نمرات در دامنه‌ای از ۰ تا ۳ قرار دارد [۳۹]. ضرایب همسانی درونی پرسش‌نامه در میان بیماران روان‌پزشکی و غیرروان‌پزشکی بین ۰/۷۳ و ۰/۹۵ گزارش شده است [۴۰]. نتایج پژوهشی نشان داد که این پرسش‌نامه ثبات درونی بالایی دارد [۴۱].

همچنین در پژوهشی در ایران نشان داده شد، این مقیاس برای تشخیص و سنجش شدت افسردگی قبل و بعد از درمان و برای ارزشیابی نتایج کارآزمایی بالینی مناسب است. در این مطالعه،

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه‌های پژوهش به تفکیک گروه‌ها

متغیر	تعداد (درصد)		
	درمان دارویی	درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ	درمان طرح‌واره هیجانی افزوده شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ
جنسیت	مؤنث	۱۰ (۳۷)	۹ (۳۳/۳)
	مذکر	۲ (۲۰)	۳ (۳۰)
وضعیت تأهل	مجرد	۵ (۲۶/۳)	۷ (۳۶/۸)
	متاهل	۶ (۴۰)	۴ (۲۶/۷)
	مطلقه	۰ (۰)	۱ (۵۰)
	بیوه	۱ (۱۰۰)	۰ (۰)
تحصیلات	زیر دیپلم	۵ (۲۳/۳)	۱ (۱۶/۷)
	دیپلم	۳ (۳۰)	۱ (۱۰)
	کاردانی	۱ (۱۶/۷)	۲ (۳۳/۳)
	کارشناسی	۲ (۲۰)	۴ (۴۰)
وضعیت اشتغال	کارشناسی ارشد و بالاتر	۱ (۲۰)	۴ (۸۰)
	آزاد	۰ (۰)	۱ (۲۵)
	کارمند	۱ (۱۴/۳)	۴ (۵۷/۱)
	بیکار	۱ (۲۵)	۲ (۵۰)
سابقه درمان	خانهدار	۸ (۵۷/۱)	۲ (۱۴/۳)
	محصل	۱ (۱۶/۷)	۳ (۵۰)
	دارویی	۳ (۳۳/۳)	۶ (۲۵)
	قبلی	۰ (۰)	۰ (۰)
دارویی و روان‌درمانی	۳ (۳۳/۱)	۴ (۳۰/۸)	۶ (۴۶/۲)

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، داده‌های ۳۷ بیمار تحلیل شد (اطلاعات حاصل از ۶ بیمار در گروه درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ و رویارویی و پیشگیری از پاسخ به دلیل حضور نامنظم در جلسات یا غیبت بیش از ۲ جلسه و در گروه درمان دارویی ۲ بیمار به دلیل تغییر طبقه دارویی مهارکننده‌های باز جذب اختصاصی سروتونین مهارکننده‌های باز جذب اختصاصی سروتونین از تحلیل نهایی حذف شدند). دامنه سنی بیماران بررسی شده بین ۱۹ تا ۵۵ سال و با میانگین ۳۳/۳ سال و انحراف معیار ۱۰/۴۴ بود. **جدول شماره ۲** ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه‌های پژوهش به تفکیک گروه‌ها و **جدول شماره ۳** ویژگی‌های فاصله‌ای همچون سن، مدت ابتلا به وسواس و زمان درمان دارویی را در بیماران ۳ گروه درمانی نشان می‌دهد. چنانچه از نتایج مشخص است پیش از آزمایش در هیچ‌یک از ۳ متغیر (سن، مدت ابتلا به وسواس و طول درمان دارویی) بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد؛ بنابراین گروه‌ها از این نظر مشابه هستند.

چنانچه نتایج بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد، در پیش‌آزمون در هر ۳ گروه بررسی‌شده متغیرهای علائم و شدت وسواس، اضطراب و افسردگی داده‌های نرمالی دارند و در بررسی نتایج آزمون لون نیز مشخص شد، واریانس گروه‌های مستقل در متغیرهای افسردگی و علائم و شدت وسواس و اضطراب با هم برابر نیستند. با توجه به ناهمگنی نتایج مرتبط با نرمالیتی و همگنی واریانس گروه‌ها، جهت تحلیل داده‌ها از آزمون‌های غیر پارامتریک استفاده شده است (**جدول شماره ۴**).

جدول ۳. سن، مدت ابتلا به وسواس و مدت‌زمان درمان دارویی به تفکیک گروه‌ها

متغیر	کمینه	بیشینه	میانگین ± انحراف معیار	تفاوت گروه‌ها F	تحلیل واریانس سطح معناداری
درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ	۲۱	۵۵	۳۱ ± ۱۰		
درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ	۲۰	۵۲	۳۷ ± ۱۱/۰۲	۱/۱۴۳	۰/۳۳۱
درمان دارویی	۱۹	۵۱	۳۲/۰۷ ± ۱۰/۱۶		
درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ	۳	۳۲	۹/۶۶ ± ۹/۲۳		
درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ	۱/۵	۲۵	۱۱/۵ ± ۸/۴۶	۱/۹۶۲	۰/۱۵۷
درمان دارویی	۱	۱۵	۵/۵۷ ± ۴/۱۸		
درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ	۰/۵	۲۲	۶/۴۷ ± ۴/۱۸		
درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ	۰/۵	۲۳	۸/۲۲ ± ۷/۵۱	۱/۴۱	۰/۲۶
درمان دارویی	۱	۱۳	۴/۴۴ ± ۳/۹۷		

نتایج مندرج در **جدول شماره ۴** نشان می‌دهد که خی‌دو مشاهده‌شده ناشی از مقایسه گروه‌های ۳ گانه بر مبنای کروسکال والیس در مقایسه با مقادیر بحرانی فقط از نظر متغیرهای علائم و شدت وسواس و افسردگی معنادار نبوده‌است؛ بنابراین این متغیرها در گروه‌های مورد مطالعه در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند.

در این قسمت با کمک مقایسه متغیرهای پژوهش در گروه‌های مورد مطالعه بر اساس تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پیگیری با استفاده از آزمون ویلکاکسون به بررسی سؤالات پژوهش پرداخته می‌شود.

سؤال اول: آیا بین درمان «طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ» با «رویارویی و پیشگیری از پاسخ» و «درمان دارویی» در کاهش علائم و شدت وسواس بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری در پایان درمان و پیگیری ۲ ماهه تفاوت معناداری وجود دارد؟

نتایج مندرج در **جدول شماره ۵** نشان می‌دهد که گروه‌های مورد مطالعه از نظر علائم و شدت وسواس با توجه به تغییر گروه‌ها از مرحله پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و از نظر علائم وسواس از مرحله پیش‌آزمون تا پیگیری تفاوت معناداری با یکدیگر دارند، بنابراین می‌توان گفت که پاسخ به سؤال اول پژوهش مثبت است. بدین ترتیب، می‌توان گفت بین ۳ درمان در کاهش علائم و شدت وسواس بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری در پایان درمان و تنها در کاهش علائم بیماران در پیگیری ۲ ماهه تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۴. مقایسه متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون در گروه‌های درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ، درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ و درمان دارویی

متغیر	شاخص	میانگین \pm انحراف معیار		سطح معناداری
		نمرات پیش‌آزمون	خی‌دو	
علائم وسواس	درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ	۲۸/۵۸ \pm ۱۱/۲۷		۰/۲۶
	درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ	۲۱/۸۳ \pm ۶/۲۲	۲/۶۴	
علائم و شدت وسواس	درمان دارویی	۲۲/۰۷ \pm ۸/۴۴		۰/۰۷
	درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ	۴۶ \pm ۹/۱۱	۵/۰۹	
شدت وسواس	درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ	۳۶/۹۱ \pm ۱۱/۱۱		۰/۰۱
	درمان دارویی	۳۷/۴۶ \pm ۱۱/۱۰	۸/۵۹	
اضطراب	درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ	۲۳۳/۱۱ \pm ۲۸/۲۲		۰/۳۵
	درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ	۱۸۳/۲۶ \pm ۵۱/۷۶	۲/۰۹	
افسردگی	درمان دارویی	۱۷۰/۱۸ \pm ۶۸/۲۱		۰/۳۵
	درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ	۳۵/۵۰ \pm ۹/۹۲	۲/۰۹	
	درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ	۲۸/۸۳ \pm ۸/۳۳		
	درمان دارویی	۳۱ \pm ۱۴/۰۳		

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

بدین ترتیب، می‌توان گفت بین ۳ درمان در کاهش میزان افسردگی در پایان درمان و پیگیری ۲ ماهه تفاوت معناداری وجود ندارد.

در نهایت، به منظور بررسی معناداری بالینی تغییرات هر کدام از گروه‌های درمانی به بررسی شاخص تغییر پایدار پرداخته شد. نتایج نشان داد در گروه درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ و درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ، در بسیاری از بیماران، میزان علائم و شدت وسواس و اضطراب، افسردگی پس از درمان تغییر معناداری به لحاظ بالینی (اعداد بالاتر از ۱/۹۶) (۲۶۹) نشان داد، اما در گروه درمان دارویی این نتایج مشاهده نشد.

به‌طور کلی، در رابطه با متغیر افسردگی در گروه درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ، ۱۰ نفر از ۱۲ نفر (۸۳/۳۳ درصد)، در گروه درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ، ۱۰ نفر از ۱۲ نفر (۸۳/۳۳ درصد) و در گروه درمان دارویی، ۲ نفر از ۱۳ نفر (۱۶/۶۶ درصد) تغییرات معناداری را به لحاظ بالینی نشان داده‌اند. در رابطه با متغیر علائم وسواس، در گروه درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ، ۱۲ نفر از ۱۲ نفر (۱۰۰ درصد)، در گروه درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ، ۸ نفر از ۱۲ نفر (۶۶/۶۶ درصد) و در گروه درمان دارویی، ۲ نفر از ۱۳ نفر (۱۶/۶۶ درصد) به لحاظ بالینی

سؤال دوم: آیا بین درمان «طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ» با «رویارویی و پیشگیری از پاسخ» و «درمان دارویی» در کاهش میزان اضطراب بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری در پایان درمان و پیگیری ۲ ماهه تفاوت معناداری وجود دارد؟

نتایج مندرج در جدول شماره ۶ نشان می‌دهد گروه‌های مورد مطالعه از نظر اضطراب از مرحله پیش‌آزمون تا پس‌آزمون تفاوت معناداری با یکدیگر دارند، اما از مرحله پیش‌آزمون تا پیگیری تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند. بدین ترتیب، می‌توان گفت بین ۳ درمان در کاهش میزان اضطراب بیماران در پایان درمان تفاوت معناداری وجود دارد، اما در پیگیری ۲ ماهه تفاوت معناداری بین آن‌ها دیده نمی‌شود.

سؤال سوم: آیا بین درمان «طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ» با «رویارویی و پیشگیری از پاسخ» و «درمان دارویی» در کاهش میزان افسردگی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری در پایان درمان و پیگیری ۲ ماهه تفاوت معناداری وجود دارد؟

نتایج مندرج در جدول شماره ۷ نشان می‌دهد گروه‌های مورد مطالعه از نظر افسردگی از مرحله پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و از پیش‌آزمون تا پیگیری تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند.

جدول ۵. مقایسه علائم و شدت وسواس بیماران در گروه‌های درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ، درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ و درمان دارویی (براساس تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و نمرات پیش‌آزمون و پیگیری)

متغیر	گروه	میانگین \pm انحراف معیار	خی‌دو	سطح معناداری
تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون	درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ	۱۳/۲۳ \pm ۵/۰۶		
	درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ	۱۴/۵۰ \pm ۷/۲۹	۱۳/۲۲	۰/۰۰۱
	درمان دارویی	۵/۷۶ \pm ۴/۳۸		
	درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ	۱۲/۵۸ \pm ۹/۰۴		
	درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ	۹/۲۵ \pm ۷/۰۷	۱۲/۸۸	۰/۰۰۲
	درمان دارویی	۶/۰۴ \pm ۰/۷۶		
تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پیگیری	درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ	۱۳/۱۶ \pm ۵/۸۱		
	درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ	۱۳/۶۶ \pm ۶/۱۹	۶/۴۷	۰/۰۳
	درمان دارویی	۷/۵۳ \pm ۶/۱۴		
	درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ	۱۱/۵۸ \pm ۸/۷۸		
	درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ	۹/۸۳ \pm ۵/۱۸	۳/۲۵	۰/۱۹
	درمان دارویی	۸/۸۳ \pm ۵		

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ نسبت به گروه درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ و مخصوصاً گروه درمان دارویی، بیماران بیشتری تغییرات معنادار نشان داده‌اند.

همچنین در رابطه با نمره اضطراب، در گروه درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ، ۱ نفر از ۱۲ نفر (۸/۳۳ درصد)، در گروه درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ، ۱۰ نفر از ۱۲ نفر (۸۳/۳۳ درصد) و در گروه درمان دارویی، ۴ نفر از ۱۳ نفر (۳۰/۷۶ درصد) تغییرات معناداری را به‌لحاظ بالینی نشان داده‌اند. بدین ترتیب، براساس نتایج به‌دست‌آمده در رابطه با

تغییرات معناداری نشان داده‌اند و در رابطه با متغیر شدت وسواس، در گروه درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ ۸ نفر از ۱۲ نفر (۶۶/۶۶ درصد)، در گروه درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ، ۶ نفر از ۱۲ نفر (۵۰ درصد) و در گروه درمان دارویی، ۱ نفر از ۱۳ نفر (۷/۶۹ درصد) به‌لحاظ بالینی تغییرات معناداری نشان داده‌اند.

بدین ترتیب، براساس نتایج به‌دست‌آمده در رابطه با معناداری بالینی متغیرهای باورهای وسواسی، افسردگی، علائم و شدت وسواس می‌توان گفت که گروه درمان طرح‌واره هیجانی

جدول ۶. مقایسه اضطراب بیماران در گروه‌های درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ، درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ و درمان دارویی (براساس تفاضل نمرات پیش‌آزمون/پس‌آزمون و پیش‌آزمون/پیگیری)

متغیر	گروه	میانگین \pm انحراف معیار	خی‌دو	سطح معناداری
تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون	درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ	۹۰/۷۴ \pm ۴۲/۲۵		
	درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ	۷۸/۳۰ \pm ۴۴/۴۸	۸/۵۱	۰/۰۱
	درمان دارویی	۳۸/۵۸ \pm ۳۷		
تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پیگیری	درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ	۸۲/۶۹ \pm ۳۵/۸۲		
	درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ	۷۴/۱۸ \pm ۴۰/۲۳	۳/۲۵	۰/۱۹
	درمان دارویی	۴۸/۷۲ \pm ۴۷/۷۶		

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

جدول ۷. مقایسه افسردگی بیماران در گروه‌های درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ، درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ و درمان دارویی (براساس تفاضل نمرات پیش‌آزمون/پس‌آزمون و پیش‌آزمون/پیشگیری)

متغیر	گروه	میانگین \pm انحراف معیار	خی‌دو	سطح معناداری
تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون	درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ	۱۴/۴۱ \pm ۸/۱۲		
	درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ	۱۵/۵۸ \pm ۵/۵۹	۴/۸۹	۰/۰۸
	درمان دارویی	۸/۷۶ \pm ۸/۱۵		
تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پیشگیری	درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ	۱۶/۹۱ \pm ۸/۷۸		
	درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ	۱۷/۰۸ \pm ۸/۹۵	۱/۰۵	۰/۵۹
	درمان دارویی	۱۲/۶۹ \pm ۹/۹۳		

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

از این رو، یافته‌های این مطالعه در خصوص برتری هر ۲ درمان نسبت به درمان دارویی همسو با نتایج مطالعات اشاره شده است. در رابطه با نتیجه به دست آمده در این مطالعه شاید بتوان این گونه اشاره کرد که با توجه به عوارض دارویی، بیماران در درازمدت از خوردن دارو امتناع می‌کنند و این مسئله باعث عود علائم بیماری می‌شود، در صورتی که درمان شناختی رفتاری و رویارویی و پیشگیری از پاسخ با اصلاح ارزیابی‌های منفی افکار مداخله‌گر و اصلاح نگرش‌ها اثرات بیشتری را نشان می‌دهند [۴۹].

در توجیه این نتایج می‌توان گفت که رفتارهای اجتنابی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری، مانع رویارویی آن‌ها با افکاری وسواسی که با اضطراب ارتباط پیدا کرده‌اند، می‌شود و اعمال وسواسی به این رویارویی خاتمه می‌دهد. هر ۲ نوع رفتار اجتناب و اعمال وسواسی، بیمار را از رویارویی با افکار و موقعیت‌های برانگیزاننده این افکار بازمی‌دارد. اگر این بیماران اعمال وسواسی و اجتناب را متوقف کنند، متوجه می‌شوند که چیزهایی که از آن می‌ترسند، در عمل اتفاق نمی‌افتد.

مهم‌ترین جنبه عملی این روش درمانی، بازداری از پاسخ است. اغلب اتفاقی که پس از بازداری از پاسخ می‌افتد، این است که ابتدا افزایش چشمگیری در میزان اضطراب و ناراحتی و میل به انجام تشریفات در فرد مبتلا ایجاد می‌شود، اما چنانچه این وضعیت ادامه یابد، اضطراب شدت پیدا می‌کند و سپس کاهش چشمگیری دارد تا جایی که مواجهه احتمالی با محرک اضطراب‌انگیز دیگر منجر به اضطراب در فرد نمی‌شود [۵۰]. همچنین، نتایج حاصل از مطالعات مرتبط با اثربخشی رویارویی و پیشگیری از پاسخ در پژوهش‌های انجام شده [۵۱-۵۵] هم‌خوان با نتایج پژوهش حاضر است. در واقع، در زمینه سازوکار رویارویی و پیشگیری از پاسخ، همان‌طور که فوآ و کوزاک [۵۶] مطرح کرده‌اند، این درمان فرصت‌هایی برای یادگیری اطلاعات درست درباره خطرات واقعی محرک‌های ترس برانگیز فراهم می‌کند.

معناداری بالینی متغیر اضطراب می‌توان گفت گروه درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ نسبت به گروه درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ و مخصوصاً گروه درمان دارویی، بیماران بیشتری تغییرات معنادار نشان داده‌اند.

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین درمان‌ها در کاهش علائم و شدت وسواس بیماران در پایان درمان و تنها در کاهش علائم بیماران در پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. در خصوص متغیر اضطراب، در گروه‌های مورد مطالعه در کاهش میزان اضطراب بیماران فقط در پایان درمان تفاوت معناداری مشاهده شد، اما در متغیر افسردگی، بین ۳ درمان تفاوت معناداری وجود نداشت. همچنین نتایج حاصل از معناداری بالینی نشان از برتری درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ نسبت به رویارویی و پیشگیری از پاسخ و درمان دارویی در برخی متغیرها بود.

به‌طور کلی، یافته پژوهش حاضر منطبق با پژوهش‌های مختلفی است که برتری درمان‌های روان‌شناختی را نسبت به درمان‌های دارویی در کودکان و در بزرگسالان نشان داده‌اند [۴۳]. در واقع، نتایج مطالعات مختلف بیانگر این است که در افزودن درمان شناختی رفتاری به مهارکننده‌های باز جذب اختصاصی سروتونین کاهش معنادارتری در علائم بیماران مشاهده می‌شود، اما اختلاف معناداری بعد از افزودن مهارکننده‌های باز جذب اختصاصی سروتونین به درمان شناختی رفتاری مشاهده نشد [۴۴-۴۷].

همچنین یافته‌های دیگر نشان داد افرادی که ترکیب دارو و رویارویی و پیشگیری از پاسخ داشتند با افرادی که فقط رویارویی و پیشگیری از پاسخ دریافت کرده بودند، نتایج مشابهی داشتند، اما از نتایج گروه فقط دارو بهبودی معنادارتری گزارش شد [۴۸]. براساس نتایج به دست آمده در پژوهشی دیگر، درمان شناختی رفتاری و رویارویی و پیشگیری از پاسخ و درمان دارویی اندازه اثرهای معناداری را در بهبود بیماران اختلال وسواسی جبری نشان می‌دهند که این ۲ درمان نسبت به درمان دارویی، به‌طور قابل ملاحظه‌ای کارایی بالاتری دارند.

درواقع، راهنمای درمانی درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ، از جلسه نخست تا پایان درمان به این فنون پرداخته بود که می‌توان چنین بیان کرد که در جلسات اولیه از طرفی، وجود تکنیک‌های مرتبط با بخش نخست درمان، با توجه به هیجان‌های تجربه‌شده بیماران و نحوه شناخت و واکنش به آن‌ها در میزان انجام تکالیف در طول جلسات نیز مؤثر بوده است.

همچنین در خصوص اثربخشی و مقایسه درمان‌های پژوهش حاضر باید در نظر داشت که در این مطالعه متغیرهای خاص و محدودی را بررسی کرده‌ایم و شاید در نظر گرفتن متغیرهای دیگر از حیث مقایسه این درمان‌ها چالش‌برانگیزتر و نتایج متفاوتی ارائه می‌داد.

همانند هر پژوهشی، پژوهش حاضر نیز محدودیت‌هایی داشت که توجه به آن‌ها میزان تعمیم و تکیه بر گستره یافته‌ها را هموار خواهد کرد. یکی از محدودیت‌های اساسی این پژوهش این بود که فاقد پیگیری طولانی نتایج درمانی بود و در این مطالعه با توجه به محدودیت‌های زمانی پژوهش ۲ ماهه در نظر گرفته شده است؛ بنابراین معلوم نیست اثرات درمانی تا چه حد در بلندمدت حفظ خواهد شد یا به نفع یکی از الگوهای آزمایش ادامه خواهد یافت.

نمونه پژوهش حاضر منحصر به منطقه جغرافیایی خاص با تعدادی محدود و به صورت داوطلبانه و مبتنی بر هدف بوده است. شرایط یادشده، تعمیم نتایج را با احتیاط مواجه می‌کند. استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش از مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر است که می‌تواند محدودیت‌های اندازه‌گیری را نمایان سازد. همچنین در مطالعه حاضر، درمان رویارویی و پیشگیری از پاسخ و درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ به خاطر محدودیت‌های زمانی همکاران و عدم امکان یکسان کردن شرایط و متغیرهای مرتبط با درمانگران، توسط یک درمانگر انجام شد که ممکن است نتایج حاصل از درمان‌ها تحت تأثیر قرار گرفته باشد. در این مطالعه یکی از محدودیت‌های مهم، نتایج حاصل از متغیر اضطراب در پیش‌آزمون بود، اما با توجه به استفاده از آزمون‌های ناپارامتریک امکان کنترل این متغیر وجود نداشت.

با در نظر گرفتن محدودیت‌های پژوهش و نتایج حاصل از این پژوهش پیشنهاد می‌شود برای مشخص شدن اثرات درمان در طول زمان، در مطالعات بعدی بیماران در یک یا چند مرحله بعد از پس‌آزمون به صورت متوالی پیگیری شوند. در واقع، ارزیابی دقیق‌تر نتایج مطالعه حاضر، نیازمند پژوهش‌هایی است که بتوان تغییرات را در دوره زمانی طولانی‌تر و مکرر پس از خاتمه درمان نیز بررسی کرد.

از سوی دیگر، مطابق با مدل طرح‌واره هیجانی زمانی که یک هیجان برانگیخته یا فراخوانده می‌شود، تفسیرها، واکنش‌ها و راهبردهای تنظیم هیجان تعیین خواهند کرد که آیا این هیجان تداوم خواهد یافت یا کاهش می‌یابد. در واقع، از دیدگاه این مدل، تئوری‌های افراد درباره هیجان و تنظیم هیجان با هم تفاوت دارد و این تئوری‌ها راهبردهای مشکل‌سازی را برای مقابله با هیجان ایجاد می‌کنند، مانند سرکوبی، نشخوار فکری، اجتناب، شرم و مصرف مواد. در واقع، در این درمان با تمرکز بر تکنیک‌های مختلف و با نرمالایز کردن هیجان‌های بیمار و اینکه هیجان‌ها طبیعی و نرمال بوده و سپس باور به اینکه هیجان‌هایی که تجربه می‌شود، گذرا هستند و قرار نیست همیشه ادامه یابند و اینکه هیجان‌ها شرم‌آور، خطرناک و خارج از کنترل فرد نیستند، راهبردهای سازگارانه‌تری در برخورد با هیجان به کار خواهد برد، اما در صورتی که فرد به همیشگی بودن، خارج از کنترل و شرم‌آور بودن هیجان‌ها و غیرطبیعی بودن آن‌ها باور داشته باشد، به احتمال زیاد راهبردهایی مانند نشخوار فکری، اجتناب و انتقاد از خود و سوءمصرف مواد یا تنهایی را به دنبال خواهد داشت که ناسازگارانه هستند و موجب آسیب بیشتری می‌شود [۲۶].

در بیشتر اختلالات اضطرابی و افسردگی و همین‌طور در اختلال وسواسی جبری، افراد برای جلوگیری از شروع هیجانات منفی تلاش می‌کنند از رویارویی با موضوعات برانگیزاننده این هیجانات اجتناب کنند. در واقع، اجتناب تجربه‌ای فرایندی شامل ارزیابی‌های منفی افراطی از حس‌ها، احساسات و افکار خصوصی ناخواسته و فقدان تمایل به تجربه این رویدادهای خصوصی و انجام تلاش‌های عمده برای کنترل یا فرار از آن‌هاست. اجتناب تجربه‌ای به منظور کاهش یا تغییر افکار، احساسات یا حس‌های ناراحت‌کننده عمل می‌کند [۵۷].

از سوی دیگر، این ۲ درمان (درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ و رویارویی و پیشگیری از پاسخ) از لحاظ معناداری بالینی تفاوت‌هایی با هم داشتند. در بسیاری از بیماران در گروه درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ تغییرات معنادار بیشتری در بیشتر علائم نسبت به گروه رویارویی و پیشگیری از پاسخ مشاهده شد. در تبیین این یافته‌ها باید به نقش سازوکار درمان اشاره کرد.

درمان طرح‌واره هیجانی افزوده‌شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ با آموزش درباره هیجان‌ها و نرمالایز کردن هیجان‌ها و ایجاد فضایی برای هیجان‌ها، پذیرش و خودآگاهی هیجانی، تحمل احساسات مختلط و مرتبط کردن هیجان‌ها با ارزش‌های بالاتر و کاهش راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد و همین‌طور مواجهه بیماران با هیجان‌های تجربه‌شده در طول رویارویی از یک‌سو و از سوی دیگر، به‌کارگیری تمرین‌های رفتاری در بهبود علائم بیماران کارآمد بود.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

اجرای پژوهش حاضر با همکاری و همراهی افراد زیادی به اتمام رسیده است. از سید وحید شریعت جهت ارجاع بیماران و همین‌طور از تمام همکاران محترم که در اجرای این پژوهش همکاری داشته‌اند، تشکر می‌کنیم. همچنین از دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران جهت کمک‌های مالی و همین‌طور از همه بیمارانی که با شرکت خود در پژوهش امکان اجرای آن را فراهم کردند، قدردانی می‌کنیم.

پیشنهاد می‌شود پژوهش مشابهی درباره نمونه‌هایی با تنوع ویژگی‌های بومی و جمعیت‌شناختی و نیز تعداد بیشتر انجام شود. پژوهش حاضر را می‌توان یک مطالعه مقایسه‌ای مقدماتی، اما راهگشا در نظر گرفت. از این‌رو، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از سایر الگوهای درمانی نیز استفاده شود تا امکان مقایسه اثربخشی رویکردهای مختلف مانند درمان شناختی‌رفتاری یا درمان‌های مبتنی بر تنظیم هیجان در بهبود علائم روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری فراهم و با پلاسیبو نیز مقایسه شود.

پیشنهاد می‌شود پژوهش دیگری با حضور درمانگرهای مختلف البته با یک سطح توانمندی و تحت آموزش یکسان، برای بررسی و مقایسه اثربخشی درمان‌های طرح حاضر انجام شود که تا حد ممکن اثر درمانگر تحت کنترل قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به دست آمده در این پژوهش در خصوص اثربخشی درمان طرح‌واره هیجانی افزوده شده به رویارویی و پیشگیری از پاسخ و تعیین تأثیر و اثربخشی این پروتکل بر افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری و متغیرهای تأثیرگذار در این اختلال، متخصصین بالینی می‌توانند درمان یاد شده را در کنار سایر آزمایشات دارویی و روان‌درمانی در مراکز درمانی با توجه به ملاحظات بالینی و شرایط بیماران استفاده کنند. این امر در عین یاری به بیماران، امکان تدقیق یافته‌ها را در این زمینه و در خصوص ترمیم روش‌ها یاری می‌رساند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

مطالعه حاضر بر اساس اصول اعلامیه هلسینکی طراحی و به تایید دانشگاه علوم پزشکی ایران (کد اخلاق: IR.IUMS. REC.1397.175) رسیده است.

حامی مالی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی سمیرا معصومیان در گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی ایران است و حامی مالی آن دانشگاه علوم پزشکی ایران است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی: سمیرا معصومیان، محمدرضا شعیری، بنفشه غرابی؛ تحقیق و بررسی: سمیرا معصومیان و محمدرضا شعیری؛ ویراستاری و نهایی‌سازی: سمیرا معصومیان، علی اصغر اصغر نژاد فرید، محمدرضا شعیری، بنفشه غرابی، عباس رمصانی؛ نظارت: محمدرضا شعیری و علی اصغر اصغر نژاد فرید.

References

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington: American Psychiatric Association; 2013. [DOI:10.1176/appi.books.9780890425787]
- [2] Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL, Davies M, Berg CZ, Kalikow K, et al. Obsessive compulsive disorder in adolescence: An epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1988; 27(6):764-71. [DOI:10.1097/00004583-198811000-00018] [PMID]
- [3] Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Versiani M. The descriptive epidemiology of obsessive compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2006; 30(3):327-37. [DOI:10.1016/j.pnpbp.2005.11.001] [PMID]
- [4] Ruscio A, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the national comorbidity survey replication. *Molecular Psychiatry*. 2010; 15(1):53-63. [DOI:10.1038/mp.2008.94] [PMID] [PMCID]
- [5] Weisman M, Bland R, Canino G, Greenwald S, Hwu H-G, Lee C, et al. The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1994; 55:5-10. [PMID]
- [6] Storch EA, Wu MS, Small BJ, Crawford EA, Lewin AB, Horng B, et al. Mediators and moderators of functional impairment in adults with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2014; 55(3):489-96. [DOI:10.1016/j.comppsy.2013.10.014] [PMID]
- [7] Jacoby RJ, Leonard RC, Riemann BC, Abramowitz JS. Predictors of quality of life and functional impairment in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2014; 55(5):1195-202. [DOI:10.1016/j.comppsy.2014.03.011] [PMID]
- [8] Fisher PL, Wells A. How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*. 2005; 43(12):1543-58. [DOI:10.1016/j.brat.2004.11.007] [PMID]
- [9] McKay D, Sookman D, Neziroglu F, Wilhelm S, Stein DJ, Kyrios M, et al. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*. 2015; 225(3):236-46. [DOI:10.1016/j.psychres.2014.11.058] [PMID]
- [10] Öst LG, Havnen A, Hansen B, Kvale G. Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. *Clinical Psychology Review*. 2015; 40:156-69. [DOI:10.1016/j.cpr.2015.06.003] [PMID]
- [11] Romanelli RJ, Wu FM, Gamba R, Mojtabei R, Segal JB. Behavioral therapy and serotonin reuptake inhibitor pharmacotherapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of head-to-head randomized controlled trials. *Depression and Anxiety*. 2014; 31(8):641-52. [DOI:10.1002/da.22232] [PMID]
- [12] Williams MT, Mugno B, Franklin M, Faber S. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: Phenomenology and treatment outcomes with exposure and ritual prevention. *Psychopathology*. 2013; 46(6):365-76. [DOI:10.1159/000348582] [PMID] [PMCID]
- [13] Podea D, Suci R, Suci C, Ardelean M. An update on the cognitive behavior therapy of obsessive compulsive disorder in adults. *Journal of Cognitive & Behavioral Psychotherapies*. 2009; 9(2):221-33. [Link]
- [14] Schruers K, Koning K, Luermans J, Haack M, Griez E. Obsessive-compulsive disorder: A critical review of therapeutic perspectives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2005; 111(4):261-71. [DOI:10.1111/j.1600-0447.2004.00502.x] [PMID]
- [15] Ong CW, Clyde JW, Bluett EJ, Levin ME, Twohig MP. Dropout rates in exposure with response prevention for obsessive-compulsive disorder: What do the data really say? *Journal of Anxiety Disorders*. 2016; 40:8-17. [DOI:10.1016/j.janxdis.2016.03.006] [PMID]
- [16] Fineberg NA, Reghunandan S, Simpson HB, Phillips KA, Richter MA, Matthews K, et al. Obsessive-compulsive disorder (OCD): Practical strategies for pharmacological and somatic treatment in adults. *Psychiatry Research*. 2015; 227(1):114-25. [DOI:10.1016/j.psychres.2014.12.003] [PMID]
- [17] Leahy RL. Emotional schemas and self-help: Homework compliance and obsessive-compulsive disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2007; 14(3):297-302. [DOI:10.1016/j.cbpra.2006.08.002]
- [18] Khaleghi M, Mohammadkhani S, Hasani J. [Effectiveness of emotional schema therapy in reduction of worry and anxiety's signs and symptoms in patients with generalized anxiety disorder: Single-subject design (Persian)]. *Journal of Clinical Psychology*. 2016; 8(2):43-55. [DOI:10.22075/JCP.2017.2235]
- [19] Batmaz S, Ulusoy Kaymak S, Kocbiyik S, Turkcapar MH. Metacognitions and emotional schemas: A new cognitive perspective for the distinction between unipolar and bipolar depression. *Comprehensive Psychiatry*. 2014; 55(7):1546-55. [DOI:10.1016/j.comppsy.2014.05.016] [PMID]
- [20] Khanzadeh M, Edrisi F, Mohammadkhani S, Saidian M. [Factor structure and psychometric properties of emotional schema scale (Persian)]. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2013; 3(11):91-119. [Link]
- [21] Leahy RL. A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2002; 9(3):177-90. [DOI:10.1016/S1077-7229(02)80048-7]
- [22] Leahy RL, Tirsch DD, Melwani PS. Processes underlying depression: Risk aversion, emotional schemas, and psychological flexibility. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2012; 5(4):362-79. [DOI:10.1521/ijct.2012.5.4.362]
- [23] Silberstein LR, Tirsch D, Leahy RL, McGinn L. Mindfulness, psychological flexibility and emotional schemas. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2012; 5(4):406-19. [DOI:10.1521/ijct.2012.5.4.406]
- [24] Yavuz KF, Türkçapar MH, Demirel B, Karadere E. Adaptation, validity and reliability of the Leahy emotional schema scale Turkish version based on Turkish university students and workers. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2011; 24:273-82. [DOI:10.5350/DAJPN2011240403]
- [25] Fisher P, Wells A. *Metacognitive therapy: Distinctive features*. London: Routledge; 2009. [DOI:10.4324/9780203881477]
- [26] Leahy RL. *Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change*. New York: Guilford Press; 2006. [Link]
- [27] Leahy RL. *Emotional schema therapy*. London: Routledge; 2019. [DOI:10.4324/9780203711095]

- [28] Foa EB, Yadin E, Lichner TK. Exposure and response (ritual) prevention for obsessive compulsive disorder: Therapist guide. Oxford: Oxford University Press; 2012. [DOI:10.1093/med:psych/9780195335286.001.0001]
- [29] Masoumian S, Gharraee B, Ramezani Farani A, Shaeiri MR, Asgharnejadfarid AA. [The preliminary study of treatment of emotional schema therapy augmented exposure and response prevention and compare its effectiveness with the exposure and response prevention and pharmacotherapy in obsessive - compulsive disorder (Persian). Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2022; 28(2). [Link]
- [30] Sadock B, Sadock V. Ruiz. Kaplan & Sadock- synopsis of psychiatry. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2021. [Link]
- [31] First MB, Williams JB, Karg RS, Spitzer RL. Structured clinical interview for DSM-5 disorders- Clinician version (SCID-5-CV). Washington: American Psychiatric Association Publishing; 2016. [Link]
- [32] Shabani A, Masoumian S, Zamirinejad S, Hejri M, Pirmorad T, Yaghmaeezadeh H. Psychometric properties of structured clinical interview for DSM-5 disorders- clinician version (SCID-5-CV). Brain and Behavior. 2021; 11(5):e01894. [DOI:10.1002/brb3.1894]
- [33] First MB, Williams JB, Benjamin LS, Spitzer RL. User's guide for the structured clinical interview for dsm-5 personality disorders (scid-5-pd) Washington: American Psychiatric Association Publishing; 2016. [Link]
- [34] Gharraee B, Shabani A, Masoumian S, Zamirinejad S, Yaghmaeezadeh H, et al. Investigating psychometric properties of the Persian version of the structured clinical interview for DSM-5(R) personality disorders (SCID-5-PD). 2017; 1-18. [Unpublished article]
- [35] Storch EA, Rasmussen SA, Price LH, Larson MJ, Murphy TK, Goodman WK. Development and psychometric evaluation of the yale-brown obsessive-compulsive scale-second edition. Psychological Assessment. 2010; 22(2):223-32. [DOI:10.1037/a0018492] [PMID]
- [36] Masoumian S, Talemi AN, Yaghmaeezadeh H, Keshkar M, Beigi ZB, Asgharnejadfarid AA, et al. Psychometric assessment of the yale-brown obsessive-compulsive scale-second edition. Journal of Research in Medical and Dental Science. 2019; 7(1):216-21. [Link]
- [37] Koksal F, Power KG. Four systems anxiety questionnaire (FSAQ): A self-report measure of somatic, cognitive, behavioral and feeling components. Journal of Personality Assessment. 1990; 54:534-45. [DOI:10.1080/00223891.1990.9674018] [PMID]
- [38] Maredpour A, Shaeiri M, Kafi M. [The study of psychometric properties, the "four system anxiety questionnaire" (FSAQ) (Persian). Clinical Psychology and Personality. 2010; 8(2):11-2. [Link]
- [39] Beck AT, Steer RA, Brown GK. Assessment tools: BDI-II, beck depression inventory: Manual. Washington: Psychological Corporation. 1996.[Link]
- [40] Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the beck depression inventory: Twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Review. 1988; 8(1):77-100. [DOI:10.1016/0272-7358(88)90050-5]
- [41] Beck AT, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry. 1961; 4(6):561-71. [DOI:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004] [PMID]
- [42] Dabson K, Mohammad KP. [Psychometric characteristics of beck depression inventory-II in patients with major depressive disorder (Persian)]. Archives of Rehabilitation. 2007; 8. [Link]
- [43] Abramowitz JS, Foa EB, Franklin ME. Exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: Effects of intensive versus twice-weekly sessions. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2003; 71(2):394-8. [DOI:10.1037/0022-006X.71.2.394] [PMID]
- [44] Kotapati VP, Khan AM, Dar S, Begum G, Bachu R, Adnan M, et al. The effectiveness of selective serotonin reuptake inhibitors for treatment of obsessive-compulsive disorder in adolescents and children: A systematic review and meta-analysis. Frontiers in Psychiatry. 2019; 10:523. [DOI:10.3389/fpsyt.2019.00523] [PMID] [PMCID]
- [45] Storch EA, Bussing R, Small BJ, Geffken GR, McNamara JP, Rahman O, et al. Randomized, placebo-controlled trial of cognitive-behavioral therapy alone or combined with sertraline in the treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy. 2013; 51(12):823-9. [DOI:10.1016/j.brat.2013.09.007] [PMID] [PMCID]
- [46] Sousa MB, Isolan LR, Oliveira RR, Manfro GG, Cordioli AV. A randomized clinical trial of cognitive-behavioral group therapy and sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. The Journal of Clinical Psychiatry. 2006; 67(7):1133-9. [DOI:10.4088/JCP.v67n0717] [PMID]
- [47] Neziroglu F, Yaryura-Tobias J, Walz J, McKay D. The effect of fluvoxamine and behavior therapy on children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology. 2000; 10(4):295-306. [DOI:10.1089/cap.2000.10.295] [PMID]
- [48] Foa EB, Franklin ME, Moser J. Context in the clinic: How well do cognitive-behavioral therapies and medications work in combination? Biological Psychiatry. 2002; 52(10):987-97. [DOI:10.1016/S0006-3223(02)01552-4] [PMID]
- [49] Tayarani rad A, Firokhi N, Keirjoo E, Sarihi N. Investigating the impact of psychological and medicinal treatments on obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. Clinical Psychology Studies. 2015; 5(19):63-79. [Link]
- [50] Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. Behavior Therapy. 2006; 37(1):3-13. [DOI:10.1016/j.beth.2005.02.001] [PMID]
- [51] Abramowitz JS, Franklin ME, Foa EB. Empirical status of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analytic review. Romanian Journal of Cognitive & Behavioral Psychotherapies. 2002; 2(2):89-104. [Link]
- [52] Abramowitz JS, Franklin ME, Zoellner LA, Dibernardo CL. Treatment compliance and outcome in obsessive-compulsive disorder. Behavior Modification. 2002; 26(4):447-63. [DOI:10.1177/0145445502026004001] [PMID]
- [53] Meca JSn, Conesa AGm, Carrillo FXMn. [The psychological treatment of obsessive-compulsive disorder in Europe: A meta-analytic study (Spanish)]. Psicología Conductual. 2003; 11(2):213-37. [Link]

- [54] Kobak KA, Greist JH, Jefferson JW, Katzelnick DJ, Henk HJ. Behavioral versus pharmacological treatments of obsessive compulsive disorder: A meta-analysis. *Psychopharmacology*. 1998; 136(3):205-16. [DOI:10.1007/s002130050558] [PMID]
- [55] Abramowitz JS. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1997; 65(1):44-52. [DOI:10.1037/0022-006X.65.1.44] [PMID]
- [56] Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*. 1986; 99(1):20-35. [DOI:10.1037/0033-2909.99.1.20]
- [57] Mahmoodi G, Sepahmansour M, Hasani F, Mohammadkhani P, Sadatlarjani ZA. [A comparison of the effectiveness of mindfulness based cognitive therapy and metacognitive therapy on depressive symptoms, positive and negative beliefs about rumination and experiential avoidance in students (Persian)]. *Quarterly Journal of Psychological Studies*. 2014; 10(2):27-50. [DOI:10.22051/PSY.2014.1771]