

Effect of Schema Therapy on Depression and Anxiety in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

Narges Zamani ¹, Amir Hossein Jahangir ^{2*}

¹Young Researchers and Elite Club, Hamadan Branch of Islamic Azad University, Hamadan, Iran

² Department of Clinical Psychology, School of Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding Author:** Amir Hossein Jahangir, MSc, Department of Clinical Psychology, School of Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Tel: 0989128119383, Email: AmirhoseinJahangir@gmail.com

Received: 2016/09/12

Accepted: 2016/10/31

Online published: 2018/10/28

Abstract

Introduction: Patients with anxiety disorders experience common fears, uncertainty and anxiety and obsessive-compulsive thoughts. The aim of this study was to investigate the effect of schema therapy on depression and anxiety in patients with obsessive-compulsive disorder.

Materials and Methods: The present study was a quasi-experimental study with control group. The research population of this study was female patients referred to the psychiatrist and general practitioner who were referred to a clinical psychologist. Of these, 16 patients with obsessive-compulsive disorder were selected and divided into two experimental and control groups. The patients were examined using a diagnostic interview and a second edition of the Beck Depression Inventory (2000), Beck Anxiety Inventory (1988) and Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (1977) in the pre-test, post-test and follow-up period of 2 weeks. Then, the experimental group underwent schematic therapy in 8 sessions (90 minutes), while the control group did not receive any treatment. Data were analyzed using covariance analysis.

Results: The results of this study showed that there is a significant difference between the two groups of experimental and control after the treatment in the depression and anxiety variables ($P = 0.01$). This effect was also visible during the follow-up phase.

Conclusion: The results of this study indicate the effect of therapeutic therapy on obsessive-compulsive disorder on the reduction of obsessive-compulsive, anxiety and depression in patients with obsessive-compulsive disorder. Therefore, psychological treatments are useful in these patients.

Keywords: Schema Therapy, Depression, Anxiety, Obsessive-Compulsive Disorder.

بررسی تأثیر طرح‌واره درمانی بر افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال وسواسی

نرگس زمانی^۱، امیرحسین جهانگیر^{۲*}

^۱ باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، همدان، ایران
^۲ گروه روانشناسی بالینی، مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی بیمارستان طالقانی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: امیرحسین جهانگیر، کارشناس ارشد گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. تلفن: ۰۹۸۹۱۲۸۱۱۹۳۸۳ ایمیل:

AmirhoseinJahangir@gmail.com

انتشار آنلاین: ۱۳۹۷/۸/۶

پذیرش: ۱۳۹۵/۸/۱۰

دریافت: ۱۳۹۵/۶/۲۲

چکیده

مقدمه: بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی ویژگی‌های مشترک ترس، تردید و نگرانی مفرط و افکار ناخواسته وسواسی را تجربه می‌کنند. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر طرح‌واره درمانی بر افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال وسواسی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش حاضر نیمه تجربی همراه با گروه کنترل بود. جامعه پژوهشی حاضر بیماران زن مراجعه کننده به روانپزشک و پزشک عمومی بودند که به روان‌شناس بالینی ارجاع داده شده بودند که از بین آنها ۱۶ نفر بیمار مبتلا به اختلال وسواس به صورت در دسترس انتخاب و به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. این بیماران با استفاده از مصاحبه تشخیصی و ویراست دوم پرسشنامه افسردگی بک (۲۰۰۰)، پرسشنامه اضطراب بک (۱۹۸۸) و پرسشنامه‌های وسواسی جبری مادزلی (۱۹۷۷) در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۲ هفته‌ای مورد بررسی قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش در ۸ جلسه (۹۰ دقیقه‌ای) تحت طرح‌واره درمانی قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند. داده‌های بدست آمده با روش تحلیل کواریانس مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل بعد از اجرای درمان‌ها در متغیر افسردگی و اضطراب تفاوت معنی‌داری ایجاد می‌شود ($P=0/01$) همچنین این تأثیر در مرحله پیگیری نیز قابل مشاهده بود. **نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش حاکی از بررسی تأثیر طرح‌واره‌درمانی بر اختلال وسواسی-جبری بر کاهش وسواسی-جبری، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری می‌باشد. لذا درمان‌های روانشناختی در این بیماران مفید به نظر می‌رسد.

کلمات کلیدی: طرح‌واره‌درمانی، افسردگی، اضطراب، اختلال وسواسی

تمامی حقوق نشر برای معاونت پژوهش بیمارستان بقیه الله محفوظ است.

مقدمه

در هر حله ای از زندگی خود به این اختلال مبتلا می‌شود [۳] و به گزارش متن پنجم کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی نرخ شیوع در سطح جهانی ۱/۱ درصد تا ۱/۸ درصد است که تعداد زنان بزرگسال مبتلا اندکی بیشتر از تعداد مردان است، اما پسر بچه‌ها بیشتر از دختر بچه‌ها به آن مبتلا می‌شوند [۳].

اختلال وسواسی جبری یک اختلال ناهمگون و ناتوان کننده است و از نظر آسیب شناسی و نیازهای درمانی با اختلال های اضطرابی دیگر متفاوت است [۵]. تاکنون نظریه‌های گوناگونی مانند نظریه‌های روان‌شناختی و زیست شناختی درصدد تبیین و ارائه گوی درمانی این اختلال بوده‌اند. درمان شناختی- رفتاری (Cognitive-behavior therapy) که در آن از مواجهه و جلوگیری از پاسخ استفاده می‌شود درمان انتخابی این اختلال است [۶].

چندین مطالعه کنترل شده نشان داده‌اند درمان شناختی رفتاری و درمان دارویی موثرتر از درمان شناختی رفتاری به تنهایی برای این اختلال نیست [۷]. اخیرا در این حوزه پیشرفت‌های شایان توجهی صورت گرفته است. شناسایی عوامل فرآیندی که بر بررسی تاثیررویارویی و جلوگیری از پاسخ تأثیر می‌گذارد (مانند طول مدت مواجهه و جلوگیری از پاسخ به طور کامل)، معیارهای لازم برای اجرای بهینه‌ی درمان پیشنهاد کرده‌اند. به نظر می‌رسد میزان پاسخ به درمان در کلینیک‌های اختصاصی اختلال وسواسی جبری که در آنها متخصصان بالینی و پژوهشی بر این اختلال تمرکز می‌کنند، در بالاترین حد قرار داشته باشد [۸]. یک گروه از متخصصان بین المللی اختلال وسواسی جبری حوزه‌های مربوط به باورهای ناکارآمد مربوط به وسواس‌ها و آیینهای وسواسی را شناسایی کردند: اهمیت بیش از حد و نیاز به کنترل افکار مزاحم، تخمین بیش از اندازه خطر، ناتوانی در تحمل ابهام، مسئولیت پذیری و کمال گرایی [۹-۱۲].

پژوهشی در مورد اینکه طرح‌واره درمانی، باورهای بنیادی را مورد تأثیر قرار می‌دهد، نتایج نویدبخشی را بدست آورده‌اند [۱۳]. با توجه به ناهمگونی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری، یک حوزه‌ی مهم تحقیق در این اختلال، تدوین رویکردهای شناختی رفتاری اختصاصی برای افزایش پاسخ به درمان در زیرگروههای مبتلا به اختلال وسواسی جبری می‌باشد [۱۴].

رویکرد اختصاصی طرح‌واره درمانی برای زیر گروه‌های مختلف مبتلا به اختلال وسواسی جبری مقاوم به درمان توسط سوکمان و همکارانش در سال ۱۹۹۴ تدوین شده است [۱۵]. سعی بر آن بوده است که این مدل از لحاظ نظری گسترده و طرح‌واره محور باشد. این رویکرد در کلینیک اختلال وسواسی جبری در مرکز درمان دانشگاه مگیل طراحی شده است [۱۵]. برای تدوین این رویکرد از بیماران مقاوم به طرح‌واره درمانی استفاده شده است. بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری در تمام گروههای سنی و بدون توجه به شدت اختلال و یا همبودی پذیرش می‌شود. در این رویکرد

اختلالات اضطرابی (Anxiety Disorders) از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی در جمعیت عمومی بوده [۱]. این اختلالات شامل یک حالت روانی یا برانگیختگی شدید توأم با ترس، تردید و نگرانی مفرط می‌باشند [۲]. مشکلات مربوط به اضطراب نسبتاً عمومیت داشته و حدود ۳۰ تا ۴۰ درصد افراد غربی در مرحله‌ای از زندگی خود به اختلالاتی دچار می‌شود که با اضطراب ارتباط دارند، در نتیجه، اختلالات اضطرابی باری سنگین بر دوش جامعه و فرد بوده [۳]، بسیار بیشتر از سایر مشکلات روانی طول کشیده و ممکن است به اندازه یک بیماری فیزیکی فلج کننده باشد [۲]. در آمریکا و اروپا درمان این بیماری از پرهزینه‌ترین درمان‌ها محسوب می‌شود [۳].

در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی، متن تجدیدنظر شده ویراست چهارم (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)) [۴]، اختلال وسواسی جبری در طبقه تشخیصی اختلالات اضطرابی قرار داشت که در متن پنجم کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (edition (DSM-5)) [۲]، برای هر یک از این دو نوع اختلال طبقه تشخیصی جداگانه‌ای تدارک دیده است. از مهمترین معیارهای این گروه افکار و رفتارهای تکراری است که افراطی بودن آنها باعث اختلال در زندگی روزمره می‌شود [۲].

اختلال وسواسی اجباری (Obsessive Compulsive Disorder (OCD)) دو عنصر مهم و گاهی مستقل دارد: وسواس و اجبار که فرد از این موضوع خبر دارد ولی نمی‌تواند افکار مرتبط با این افکار را متوقف کند [۳]. وسواس (Obsessions)، عقاید، افکار، تکانه‌ها، یا تصاویر ذهنی پایداری هستند که مزاحم و نامناسب است و به اضطراب یا پریشانی آشکار منجر می‌شود. کیفیت مزاحم و نامناسب وسواس‌ها ی فکری تحت عنوان خود ناهمخوان (Ego Dystopia) ذکر می‌شود. این پدیده حاکی از آن است که فرد با محتوای وسواس فکری بیگانه است، آن را تحت کنترل خود نمی‌داند، و از نوع اندیشه‌ای نیست که او انتظار دارد. با این حال، فرد قادر به تشخیص این نقطه است که وسواس‌ها ی فکری محصول ذهن خود او هستند و از خارج تحمیل نمی‌شود. اجبارها (Compulsive) رفتارهای تکراری (مانند شستن دست، منظم کردن، باز بینی) یا اعمال ذهنی (مانند دعا کردن، شمارش، تکرار واژه‌ها به آرامی) هستند که هدف آن‌ها پیشگیری یا کاهش اضطراب یا پریشانی است، نه به دست آوردن لذت یا رضایت [۴].

اعلام رسمی ابتلای فرد به اختلال وسواسی اجباری بستگی به این دارد که وسواس‌ها یا اجبارها رنج شدید ایجاد کنند، وقتگیر باشند یا زندگی عادی فرد را به شدت مختل سازند [۲]. شیوع این اختلال معمولاً تدریجی است و بیشتر در اوایل نوجوانی یا اوایل بزرگسالی و یا پس از یک رویداد استرس‌زا مثل حاملگی، زایمان، مشکلات در روابط عاطفی و شغلی، ظاهر می‌شود [۱]. حدود ۲/۵ درصد مردم

بررسیها نشان داده اند که این ابزار نسبت به تغییرات درمانی حساس بوده، پایایی آن با روش بازآزمایی در حد مطلوب بوده است [۲۷]. ویژگیهای روانسنجی این پرسشنامه در ایران توسط پژوهشهای مختلفی رضایتبخش اعلام شده است. برای مثال، دادفر و همکاران ضریب پایایی کل آزمون را ۰/۸۴ و روایی همگرای آن با مقیاس وسواسی جبری ییل را ۰/۸۷ گزارش کرده اند [۲۸].

پرسشنامه افسردگی بک (ویراست دوم): از جمله مناسبترین ابزارها برای انعکاس افسردگی است. این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه گیری میکند. هر ماده دارای ۴ گزینه است که درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین میکند [۲۹]. این پرسشنامه بیشتر به سنجش ویژگیهای روانشناختی افسردگی می‌پردازد، تا ناراحتی‌های جسمانی و فیزیولوژیک و با پرسشنامه همیلتن ۷۵٪ همبستگی دارد. ۲۱ ماده پرسشنامه افسردگی بک در ۳ گروه نشانه‌های عاطفی، نشانه‌های شناختی و نشانه‌های جسمانی طبقه بندی می‌شود. نتایج فراتحلیل انجام شده در مورد پرسشنامه افسردگی بک حاکی از آنست که ضریب همسانی درونی آن بین ۷۳٪ تا ۹۳٪ با میانگین ۸۶٪ است و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۸۶٪ و غیربیمار ۸۱٪ گزارش کرده اند. در یک بررسی بر روی دانشجویان دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبایی که جهت بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم بر روی جمعیت ایرانی انجام گرفت، نتایج بیانگر آلفای کرونباخ ۷۸٪ و اعتبار بازآزمایی به فاصله دو هفته، ۷۳٪ بود [۳۰].

پرسشنامه‌ی اضطراب بک: آزمون اضطراب بک در سال ۱۹۸۸ ساخته شده است. این آزمون شامل ۲۱ نشانه و علامت از اضطراب است. آزمودنی میبایست به این آیتمها پاسخ دهد. شدید، متوسط، خفیف، هرگز به صورت که این گزینه‌ها به ترتیب ۳ ۲ ۱ ۰ نمره گذاری می‌شود. در این آزمون، نمره ۰ صفر تا ۲۳ نشانه‌ی اضطراب خفیف، نمره ۲۴ تا ۲۸ نشانه‌ی اضطراب متوسط، نمره ۲۹ بالاتر از ۲۹ نشانه‌ی اضطراب مرضی است (۲۹). آزمون اضطراب بک در ایران توسط لطف علیزاده و قمری گیوی به فارسی برگردانده شده است. ضریب همبستگی این آزمون با مؤلفه‌های فیزیولوژیکی ۰/۸۹ بدست آمده است [۳۱]. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تحلیل شدند.

یافته‌ها

یافته‌ها این پژوهش در مورد ۱۴ نفر در دو گروه آزمایش (طرح‌واره محور) و گروه گواه اجرا گردید، که هر یک از گروه‌ها شامل ۷ آزمودنی بود. داده‌های جمعیت شناختی مربوط به گروه نمونه شامل تعداد افراد در دو گروه مداخله و گواه، وضعیت تاهل، سن و وضعیت تحصیلی در جدول ۱ ارائه شده است و نتایج حاکی از آن بود که بین دو گروه تفاوت معناداری در مشخصات دموگرافیک مانند سن، تاهل و تحصیلات ندارند.

مداخله‌های طرح‌واره محور با راهبردهای شناختی رفتاری دارای حمایت تجربی ترکیب می‌شود [۱۶]. نظریه پردازان پیشنهاد می‌کنند که عوامل زیر با نشانه‌های وسواسی جبری ارتباط دارند: الف) فراشناخت‌ها و نظریه‌های ارزیابی [۱۷-۱۹]؛ ب) طرح‌واره‌ها [۲۰، ۲۱]؛ ج) نظریه‌ی رشد [۲۲]؛ د) نقش تجربه‌های دلبستگی [۲۳]، [۲۴] و چ) مدل ساختاری ساختار هویت [۲۵].

بنابراین با توجه به دیدگاه‌های مختلف زیست شناختی و روان شناختی نسبت به این اختلال، پژوهشگران با بررسی درمان‌های رایج به این نتیجه رسیدند که طرح‌واره درمانی میتواند به عنوان خط اول درمان برای اختلال وسواسی اجباری در نظر گرفته شود، با توجه به این که درصد مبتلایان زن به این اختلال بیشتر از مردان است هدف این پژوهش، بررسی بررسی تأثیر طرح‌واره‌درمانی بر افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال وسواسی بود.

روش کار

طرح پژوهش حاضر، نیمه تجربی مقطعی می‌باشد. جامعه پژوهشی شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری بود. ۱۶ شرکت کننده که تمایل و شرایط ورود به شرکت در پژوهش را داشتند، به صورت در دسترس از بیماران انتخاب شدند و به طور تصادفی به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی در دو گروه ۸ نفری (مداخله و گواه) تقسیم شدند که بعد از ریزش در طی درمان به ۱۴ نفر تقلیل یافتند.

مؤلفه‌های اخلاقی زیر در مورد تمامی بیماران شرکت کننده در پژوهش (در هر یک از مراحل پژوهش) رعایت شد: اصل احترام به شأن و آزادی انسان، احترام به اصل رازداری، ارائه اطلاعات کافی در مورد چگونگی پژوهش به تمامی آزمودنی‌های شرکت کننده، کسب رضایت نامه کتبی به منظور شرکت در درمان، پیگیری درمانی در صورت لزوم حتی پس از پایان پژوهش، امکان انصراف آزمودنی‌ها در صورت عدم تمایل به همکاری در هر مرحله از تحقیق، پس از پایان درمان و ارزیابی گروه آزمون، جلسات گروه درمانی برای گروه کنترل ارائه شد. پژوهش حاضر از نظر رعایت مسایل اخلاقی در کمیته اخلاق دانشگاه شهید بهشتی مورد تأیید قرار گرفته است.

ابزارها

پرسشنامه‌ی وسواسی جبری مادزلی: این پرسشنامه توسط راجمن و هاجسون به منظور پژوهش در مورد نوع وحیطه‌ی مشکلات وسواسی تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ سؤال به صورت صحیح غلط است. دامنه‌ی نمرات از صفر تا ۳۰ متغیر است. افزون بر نمره‌ی کلی وسواسی، پرسشنامه‌ی مادزلی شامل پنج خرده مقیاس وارسی، شستشو، کندی، شک و نشخوار ذهنی است. تمرکز اصلی این پرسشنامه بر علایم وسواسی است و به ویژه در ارزیابی اثرهای درمان روی علایم مناسب است [۲۶]. راجمن و هاجسون اعتبار همگرا و پایایی با روش آزمون بازآزمون این پرسشنامه را رضایتبخش گزارش کرده اند و اعتبار سازه‌ی این آزمون را در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی مورد تأیید قرار داده‌اند.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی گروه نمونه

منبع تغییر	فراوانی	درصد
گروه		
مداخله	۷	۵۰
گواه	۷	۵۰
سن		
۲۵-۲۱	۶	۴۲/۸۵
۳۰-۲۶	۶	۴۲/۸۵
۳۴-۳۱	۲	۱۴/۲۸
تاهل		
مجرد	۸	۵۷/۱۵
متاهل	۶	۴۲/۸۵
تحصیلات		
زیردیپلم	۱	۷/۱۴
دیپلم	۶	۴۲/۸۵
بالتر از دیپلم	۷	۵۰

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار گروه‌ها در پرسشنامه‌های وسواسی اجباری مادزلی، افسردگی و اضطراب بک

گروه‌ها	وسواس مادسلی (میانگین (انحراف معیار))	افسردگی بک (میانگین (انحراف معیار))	اضطراب بک (میانگین (انحراف معیار))
گروه آزمایش			
پیش آزمون	۲۸/۷۵ (۲/۱۵)	۳۴/۵۵ (۱۲/۵۶)	۱۹/۲۰ (۶/۱۲)
پس آزمون	۱۴/۵۳ (۵/۵۲)	۲۳/۵۴ (۹/۲۳)	۱۲/۲۳ (۴/۰۳)
پیگیری	۱۳/۵۲ (۵/۱۳)	۲۲/۱۲ (۹/۰۱)	۱۲/۱۳ (۳/۹۸)
گروه کنترل			
پیش آزمون	۲۶/۸۵ (۳/۶۸)	۲۵/۲۶ (۱۱/۴۲)	۱۸/۵۵ (۱۱/۲۳)
پس آزمون	۲۶/۱۲ (۴/۸۶)	۲۴/۶۲ (۱۲/۵۳)	۱۸/۴۲ (۹/۴۳)
پیگیری	۲۵/۶۸ (۴/۶۲)	۲۴/۷۸ (۱۲/۷۳)	۱۸/۲۳ (۹/۱۲)

جدول ۳: تحلیل کوواریانس نمره‌ی کل در گروه‌های مورد مطالعه در مرحله‌ی پس آزمون

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معناداری	مقدار آتا	توان آماری
پیش آزمون	۱۲۱۴/۷۶	۱	۱۲۱۴/۷۶	۹/۷۲	۰/۲۷	۰/۱۹۱	۱
عضویت گروهی	۶۲۱/۸۳	۲	۳۱۰/۹۱۵	۲/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۰/۴۲۹

در پژوهش از پرسشنامه‌های وسواسی اجباری مادزلی، افسردگی و اضطراب بک استفاده شد که داده‌ها کمی پیوسته با توزیع نرمال بود که واریانسها در گروهها هموژن بودند، برای تعیین تاثیر طرحواره‌درمانی بر اختلال وسواسی-جبری، از تحلیل کوواریانس (مانکوا) استفاده شد. طبق استنباط‌های آماری، تحلیل کوواریانس زمانی انجام می‌شود که یک متغیر زمینه‌ای برای اینکه با متغیرهای وابسته ارتباط دارد در عین حال با متغیر مستقل رابطه ندارد و نتایج در جدول ۳ برای پس آزمون و در جدول ۴ برای دوره پیگیری نشان داده شده است. همانگونه که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، بین گروه‌ها در سطح ($P = 0.001$) تفاوت معنادار وجود دارد و این بدان معنی است که طرحواره‌درمانی توانسته است میزان اختلال وسواسی-جبری بیماران را در مرحله‌ی پس آزمون کاهش دهد.

میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه در جدول ۲ ارائه شده است. چنانچه از جدول ۲ مشاهده می‌شود در مرحله پیش آزمون تفاوت معنیداری در نمرات، افسردگی و اضطراب و وسواس دو گروه مشاهده شد. گروه مداخله دارای وسواس و اضطراب بالایی بود ($P = 0.01$) که در پس آزمون در گروه مداخله به طور معناداری کمتر از گروه کنترل بود ($P = 0.01$). بنابراین میتوان نتیجه گرفت که طرحواره‌درمانی به طور معنیداری بر کاهش میانگین نمرات وسواس و اضطراب گروه مداخله در پس آزمون موثر بوده است. در مرحله پیگیری نیز میانگین نمرات وسواس و اضطراب گروه مداخله به طور معناداری کمتر از گروه گواه است ($P = 0.01$). همچنین در مرحله پیش آزمون تفاوت معناداری در نمره افسردگی دو گروه مشاهده شد. گروه مداخله دارای نمرات افسردگی بیشتری بود ($P = 0.01$).

جدول ۴: تحلیل کوواریانس نمره‌ی کل در گروه‌های مورد مطالعه در مرحله‌ی پیگیری

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معناداری	مقدار آنا	توان آماری
پیش آزمون	۱۵۶۱	۱	۱۵۶۱	۵/۹۲	۰/۳۱	۰/۹۶	۰/۰۰۱
عضویت گروهی	۲۸۷	۱	۲۸۷	۰/۹۱	۰/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۱۱۹

مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد، طرحواره‌درمانی در کاهش میزان وسواسی جبری در مرحله‌ی پیگیری نیز تداوم داشته است و بین گروه‌ها در سطح $P=0/001$ تفاوت معنادار وجود دارد.

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر طرحواره‌درمانی بر افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال وسواسی بود. با توجه به این هدف دو گروه مورد مطالعه قرار گرفتند. با استفاده از پرسشنامه‌های وسواسی جبری مادزلی، ویراست دوم افسردگی بک و اضطراب بک، هر دو گروه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ارزیابی شدند. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که طرحواره درمانی تأثیر کاهنده‌ای بر وسواس، افسردگی و اضطراب داشت و این روند کاهنده در پیگیری نیز باقیمانده بود.

نتایج پژوهش تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه در وسواس، افسردگی و اضطراب نشان داد. این یافته همسو با یافته‌های قبلی از جمله آزمایش‌های کنترل شده‌ی بارات، هلی، فارل و مارچ [۳۲] و بولتون، پرین [۳۳] در مورد رفتاردرمانی شناختی در بزرگسالان و کودکان حدود ۸۵ درصد موفقیت درمانی را گزارش کرده‌اند. استورج، لیزا و مرلو [۳۴] با بررسی درمان‌های رایج برای اختلال وسواسی جبری به این نتیجه رسیدند که رفتاردرمانی شناختی و یا ترکیب طرحواره درمانی با دارودرمانی به‌عنوان خط اول درمان برای اختلال وسواسی جبری در نظر گرفته شود. رافر و همکاران در سال ۲۰۰۵ در یک تحقیق طولی به مدت ۷ سال افراد اختلال وسواسی اجباری را که طرحواره درمانی دریافت کرده بودند مورد مطالعه قرار دادند. نتایج نشان داد که ۴۱ درصد از بیماران بهبودی نشان دادند که این میزان از بهبودی در مطالعه پیگیری (۷ سال) به ۴۵ درصد میرسد [۳۵].

در پژوهش ویتال و همکاران [۳۶]، بیش از ۵۰ درصد بیماران وسواسی اجباری که طرحواره درمانی در کنار رفتاردرمانی شناختی دریافت می‌کردند بهبودی معنی‌داری نشان دادند که این میزان از بهبودی در ۳ ماه بعد از درمان بیشتر هم شده بود. ویلهلم و همکاران در سال ۲۰۰۴ پیشنهاد کردند برای بهبود علائم وسواسی بیماران وسواسی اجباری رفتاردرمانی شناختی در کنار طرحواره درمانی بهترین گزینه درمانی می‌باشد [۳۷]. همچنین استورج و همکاران در سال ۲۰۰۶ با بررسی درمان‌های رایج اختلال وسواسی اجباری به این نتیجه رسیدند که رفتاردرمانی شناختی در کنار طرحواره درمانی می‌تواند به‌عنوان خط اول درمان برای اختلال وسواسی اجباری در نظر گرفته شود [۳۸].

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت از این نظر که طرحواره درمانی اثرات درمانی خود را پس از قطع درمان همچنان حفظ می‌کند و میزان عود در این روش درمانی بسیار کم و ناچیز می‌باشد. از طرف دیگر، در کاهش علائم اضطراب و افسردگی بیماران وسواسی نیز مؤثر است. لازم به ذکر است که کمی تعداد نمونه، کوتاه بودن طول مدت درمان، اثر پیش‌آزمون روی نمره‌ها، تفاوت سن و سطوح شدت علائم وسواسی اجباری از جمله محدودیت‌های این پژوهش بود. همچنین عدم وجود تحقیقات مشابه، بخصوص در مورد تأثیر طرحواره درمانی بر اختلال وسواسی جبری، امکان مقایسه نتایج این پژوهش و پژوهش‌های مشابه را کمتر ممکن ساخت.

سپاسگزاری

بدینوسیله از کلیه شرکت کنندگان در این طرح تقدیر می‌گردد.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

References

- Sadock B, Sadock V. Comprehensive textbook of psychiatry. New York, USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
- Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
- M G. Abnormal psychology based on DSM-5 Tehran: Savalane pub; 2013.
- Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, Am Psychiatr Assoc. 1994:143-6.
- Frost RO, Steketee G. Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment: Elsevier; 2002.
- March I, Frances A, Carpenter D, Kahn D. The expert consensus guideline series: Treatment of Obsessive Compulsive Disorder (OCD). J clinic psychiat. 1997.
- Foa EB, Franklin ME, Moser J. Context in the clinic: how well do cognitive-behavioral therapies and medications work in combination? Biol Psychiatry. 2002;52(10):987-97. PMID: 12437939
- Kozak MJ, Coles ME. Treatment for OCD: Unleashing the power of exposure. Concepts and controversies in obsessive-compulsive disorder: Springer; 2005. p. 283-315.

9. Group OCCW. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 1997;35(7):667-81.
10. Group OCCW. Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. *Behaviour Research and Therapy*. 2001;39(8):987-1006.
11. Group OCCW. Psychometric validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory: Part I. *Behaviour Research and Therapy*. 2003;41(8):863-78.
12. Group OCCW. Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory—Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*. 2005;43(11):1527-42.
13. Wilhelm S, Steketee G, Reilly-Harrington NA, Deckersbach T, Buhlmann U, Baer L. Effectiveness of cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: An open trial. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2005;19(2):173-9.
14. Sookman D, Abramowitz JS, Calamari JE, Wilhelm S, McKay D. Subtypes of obsessive-compulsive disorder: Implications for specialized cognitive behavior therapy. *Behavior Therapy*. 2005;36(4):393-400.
15. Sookman D, Pinard G. Integrative cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A focus on multiple schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*. 1999;6(4):351-62.
16. Arntz A, Rauner M, Van den Hout M. "If I feel anxious, there must be danger": Ex-consequencia reasoning in inferring danger in anxiety disorders. *Behav res therap*. 1995;33(8):917-25.
17. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behav res therap*. 1985;23(5):571-83.
18. Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav res therap*. 1989;27(6):677-82.
19. Matthews G, Wells A. Attention, automaticity, and affective disorder. *Behav modificat*. 2000;24(1):69-93.
20. Beck AT, Davis DD, Freeman A. *Cognitive therapy of personality disorders*: Guilford Publications; 2015.
21. Young JE. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*, Rev: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange; 1994.
22. Piaget J. *The child's conception of the world*. Oxford England. Littlefield: Adams 1960.
23. Bowlby J. *A Secure Base. Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. New York Basic Books; 1988.
24. Liotti G. Attachment and cognition: A guideline for the reconstruction of early pathogenic experiences in cognitive psychotherapy. *Cognitive Psychotherapy*: Springer; 1988. p. 62-79.
25. Guidano VF, Liotti G. A constructivistic foundation for cognitive therapy. *Cognition and psychotherapy*: Springer; 1985. p. 101-42.
26. Hamid N, Ataie MV, Eydi BM. Comparison efficacy of three methods of cognitive behavior therapy, pharmacotherapy and cognitive behavior therapy with exposure and response prevention in obsessive-compulsive disorder symptoms. 2012.
27. Rachman SJ, Hodgson RJ. *Obsessions and compulsions*: Prentice Hall; 1980.
28. Dadfar M. [Study of personality disorder comorbidity in patients with obsessive-compulsive disorder and compared them with normal individuals (dissertation)]. Tehran Tehran Psychiatric Institute; 1997.
29. Beck A, Steer R, Brown G. *Manual for the beck depression inventory-II*. San Antonio: The psychological corporation; 2000.
30. Ashtiani F, dadsetan M. [Psychological tests: personality and mental health]. Tehran: Besat population.
31. Abolghasemi A, Narimani M. [Psychological tests]. Ardebil: Baghe rezvan; 2006.
32. Barrett P, Healy-Farrell L, March JS. Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *J American Academy of Child & Adolesc Psychiat*. 2004;43(1):46-62.
33. Bolton D, Perrin S. Evaluation of exposure with response-prevention for obsessive compulsive disorder in childhood and adolescence. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2008;39(1):11-22. DOI: [10.1016/j.jbtep.2006.11.002](https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2006.11.002) PMID: [17207457](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17207457/)
34. Storch EA, Merlo LJ. Obsessive-compulsive disorder: strategies for using CBT and pharmacotherapy. *J Fam Pract*. 2006;55(4):329-33. PMID: [16608672](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16608672/)
35. van Balkom AJ, van Oppen P, Vermeulen AW, van Dyck R, Nauta MC, Vorst HC. A meta-analysis on the treatment of obsessive compulsive disorder: A comparison of antidepressants, behavior, and cognitive therapy. *Clinic psycho review*. 1994;14(5):359-81.
36. Whittal ML, Thordarson DS, McLean PD. Treatment of obsessive-compulsive disorder: Cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behav Res Therap*. 2005;43(12):1559-76.
37. Wilhelm S, Tolin DF, Steketee G. Challenges in treating obsessive-compulsive disorder: introduction. *J Clin Psychol*. 2004;60(11):1127-32. DOI: [10.1002/jclp.20077](https://doi.org/10.1002/jclp.20077) PMID: [15389623](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15389623/)
38. Storch EA, Merlo LJ. Obsessive-compulsive disorder: Strategies for using CBT and pharmacotherapy. *J Family Practice*. 2006;55(4):329-34.