



Comparison of the effectiveness of schema therapy and its integration with the exposure and response prevention technique in treating distress tolerance of women with washing compulsions

Maryam Youshizadeh¹, Farideh Dokaneifard², Mahdi Zare Bahramabadi³

1. Ph.D Candidate in Counseling, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: maryamyoushizadeh@gmail.com

2. Associate Professor, Department of Counseling, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran. E-mail: f.dokaneifard@riau.ac.ir

3. Associate Professor, Department of Counseling, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. E-mail: mz.bahramabadi@gmail.com

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 01 March 2023

Received in revised form

28 March 2023

Accepted 04 May 2023

Published Online 22

November 2023

Keywords:

schema therapy,
exposure and response
prevention,
distress tolerance,
obsessive-compulsive
disorder

ABSTRACT

Background: Obsessive-compulsive disorder is a chronic mental disorder that requires different treatments due to its complex nature. Schema therapy (ST) and exposure and response prevention (ERP) are two treatments that have been studied in people with obsessive-compulsive disorder (OCD), and previous studies have shown them to be effective. However, few studies have investigated the effectiveness of integrating these two methods in comparison with other methods.

Aims: The study aimed to compare the effectiveness of the ST and the integration of schema therapy with the exposure and response prevention technique (STERP) in treating distress tolerance in women with washing compulsions.

Methods: The research method was quasi-experimental with a pre-test-post-test design and a 2-month follow-up. The statistical population included all women with obsessive-compulsive disorder referred to counseling centers in the north and center of Tehran from the beginning of November to the end of February 2020. Forty-five people were selected by a convenience method based on inclusion criteria. The first intervention group (ST) received 12 sessions, and the second intervention group (STERP) received 14 sessions. The research instrument included the Distress Tolerance Scale (DTS) (Simmons & Gaher, 2005). Data were analyzed by mixed-design analysis of variance and Bonferroni test in SPSS-23 software.

Results: The results showed that ST and STERP interventions increased distress tolerance in women with washing compulsions at the end of interventions and follow-up period ($P < 0.0001$), but STERP was more effective in treating distress tolerance compared to the ST.

Conclusion: The results showed that using exposure and response prevention methods integrated with schema therapy for patients with obsessive-compulsive disorder allows them to analyze different dimensions of anxiety-inducing stimuli and provides a more appropriate answer to it.

Citation: Youshizadeh, M., Dokaneifard, F., & Zare Bahramabadi, M. (2023). Comparison of the effectiveness of schema therapy and its integration with the exposure and response prevention technique in treating distress tolerance of women with washing compulsions. *Journal of Psychological Science*, 22(129), 51-67. [10.52547/JPS.22.129.51](https://doi.org/10.52547/JPS.22.129.51)

Journal of Psychological Science, Vol. 22, No. 129, 2023

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.22.129.51](https://doi.org/10.52547/JPS.22.129.51)



✉ **Corresponding Author:** Farideh Dokaneifard, Associate Professor, Department of Counseling, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

E-mail: f.dokaneifard@riau.ac.ir, Tel: (+98) 9121866618

Extended Abstract

Introduction

Obsessive-compulsive disorder (OCD) affects 2% of the world's population (Al-Sheikh & Al-Sheikh, 2021). Obsessions can take many forms such as washing and cleaning compulsions affecting more than half of individuals diagnosed with OCD (Wahl et al., 2020). Washing compulsion is an annoying feeling based on the belief that the contaminations have not yet disappeared despite repeated washing and that any accidental contact or exposure to contaminations will result in total contamination and serious damage. Due to this mindset, patients are constantly worried about protecting themselves from contaminations and, therefore, resort to extreme cleaning and washing while they are hardly convinced to be or feel clean (Jacoby & Abramowitz, 2016). Since that compulsive behaviors occur frequently, one feels unable to control them and, consequently, experiences debilitating anxiety (Wagner et al., 2019). There is evidence that low distress tolerance is a risk factor of OCD, and fear of negative emotions is strongly associated with OCD symptoms (McCubbin & Sampson, 2006). OCD patients usually seek treatment while suffering from other symptoms and disorders such as depression, panic, anxiety, and worry (Abramowitz, 2018). In addition to medical treatments, psychotherapies are also used to treat OCD symptoms, including schema therapy (ST) (Khasho et al., 2019) and exposure and response prevention (ERP) therapy (Abramowitz, 2018). ST is an integrative treatment approach which targets maladaptive cognitive schemas through cognitive, behavioral, interpersonal, and experiential interventions (Herts & Evans, 2021). Previous research (Bakhshipour et al., 2022; Rajabi et al., 2020; Danaei Sij et al., 2018; Ahovan et al., 2019; Sarı & Gençöz, 2019; Taylor et al., 2017) studied and confirmed the effectiveness of ST on stress, anxiety, depression, guilt, OCD symptoms, and emotional self-awareness.

Despite the availability of effective treatments for OCD, some patients do not respond adequately to the given treatment and integrating other potentially effective methods and techniques could be

advantageous, for instance, integrating schema therapy with ERP (STERP), which was first applied by Thiel and her colleagues (2016). ERP is a type of cognitive-behavioral therapy (CBT) currently used as a standard treatment for patients with OCD of varying degrees of severity (Pittenger et al., 2017). It includes (1) gradual and systematic exposure to stimuli that cause OCD, (2) prevention or avoidance of compulsive rituals, and (3) cognitive therapy enhances learning based on exposure techniques (Ong et al., 2016). Being hindered the performance of rituals or avoidance of stimuli, patients are directly or imaginatively exposed to situations that cause discomfort and anxiety (Sheu et al., 2020). Previous research (Reid et al., 2021; Mathes et al., 2020; Schneider et al., 2020; Mohammadnejad et al., 2022; Hasani et al., 2020) showed the effect of ERP on fear, disgust and compulsive washing, and OCD symptoms in OCD patients. A study (Peeters et al., 2021) showed that the combination of ST with ERP (STERP) is effective in threatening chronic anxiety in patients with personality disorders. The results of the study by Thiel et al. (2016) showed that the effectiveness of STERP in the treatment of OCD patients.

Although previous studies considered ST and ERP effective, few studies have investigated the effectiveness of the integration of these two methods in comparison with other methods. The study aimed to compare the effectiveness of the ST and the integration of schema therapy with the exposure and response prevention technique (STERP) in treating distress tolerance in women with washing compulsions.

Method

The study was a two-month follow-up quasi-experiment with a controlled pretest-posttest design. Its population included all women referred to counseling clinics in the north and center of Tehran from October 22, 2020, to February 18, 2021, who were diagnosed with OCD by a psychiatrist. 76 eligible individuals from this group were invited to register as potential samples. Then a psychological interview was conducted, and the distress tolerance scale (DTS) was used to select the final sample group. 45 subjects were selected as the final sample, and 15

were randomly assigned to the ST intervention group, 15 to the STERP group, and 15 to the control group. The mean age of participants in the ST, STERP, and control groups were 34.42, 32.86, and 33.40. Inclusion criteria included age range 25-40 years, having at least diploma education, washing compulsions for at least 2 years, stopping medication, if any, for at least 6 months, informed and written consent to participate in research, and obtaining a low score on DTS.

The first intervention group (ST) attended twelve 75-90-min sessions based on the guidelines of the short-term ST of Yang and his colleagues (2006). The second intervention group (STERP) participated in fourteen 75-90-min sessions based on Thiel and her colleagues' training package (2016). The control group did not receive any training or treatment during the same time. A week and then two months after the treatment sessions, DTS questions were answered as the post-test and the follow-up test by all three groups.

Results

Descriptive data analysis shows the differences between the groups of each measurement step. Table 1 shows that the mean and standard deviation of distress tolerance in the two intervention groups

compared to the control group has changed in the post-test stage compared to the pretest stage.

To evaluate the normality of DTS and its components scores, the Kolmogorov-Smirnov Z showed no difference in the distribution of DTS scores and the distribution of its components scores during the pre-test, post-test, and two-month follow-up was normal ($P>0.05$). Levene's test was used to test the homogeneity of variance, and it showed similar differences between DTS and its components scores ($P>0.05$), that is the homogeneity of variance in the first and second experimental groups and control group are met.

Data analysis was performed by mixed-design analysis of variance, and the results are presented in Table 2. It shows that concerning the within-subjects factor, the F- value calculated for effect of stages (pretest, posttest, and follow-up) on distress tolerance is significant at a level less than 0.01, and there is a significant difference between the mean scores of pretest, posttest, and follow-up of distress tolerance; and for the between-subjects factor, the F-value calculated at the level less than 0.01 is significant; as a result, there is a significant difference between the overall mean of distress tolerance in the intervention and control groups.

Table 1. Descriptive indicators in the first intervention group (ST) and the second intervention group (STERP) and the control group

Stage	Intervention 1 (ST)		Intervention 2: (STERP)		Control	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Pretest	31.33	6.73	31.00	9.85	30.67	4.11
Posttest	49.00	6.01	51.60	8.33	30.93	6.01
Follow-up	46.67	5.60	49.27	10.35	33.47	6.67

Table 2. Summary of the results of mixed analysis of variance with within-subjects and between-subjects factors in the distress tolerance

Factor	Source of change	Total squares	Degrees of freedom	Mean squares	F	Significance	Effect size
distress tolerance	Time of stages	4690.548	2	2345.274	140.752	0.0001	0.770
	Group	3996.104	2	1998.052	15.594	0.0001	0.426
	Interaction of group stages	1961.807	4	490.452	29.435	0.0001	0.584

Table 3. Summary of Bonferroni post hoc test results (multiple comparisons) in distress tolerance

Stages/groups		Difference of means	Standard error	Sig
Stages	Pretest-posttest	-12.844*	0.943	0.0001
	Pretest-follow-up	-12.133*	0.937	0.0001
	Posttest-follow-up	0.711	0.943	0.892
Groups	ST-STERP	-1.622	2.386	1
	ST-control group	10.644*	2.386	0.0001
	STERP-control	12.627*	2.386	0.0001

The Bonferroni post hoc test (multiple comparisons) was used to evaluate the differences between the means of the post hoc test stages. Table 3 shows a significant distinction between distress tolerance scores of the pretest and posttest and follow-up. A comparison of adjusted means shows that the scores of the pretest stage of distress tolerance are lower than in the post-test and follow-up stages. The comparison of the means between the effect of the first and second intervention groups and the control group shows that the distress tolerance scores in the first and second intervention groups are higher than the control group. Also, concerning the interaction of stage and group factors, the F-value calculated for the effect of stages (pretest, posttest, and follow-up) between the two intervention and control groups is significant at 0.01. An examination of changed implies shows that the scores of the pretest phase of distress tolerance are lower than in the post-test and follow-up stages.

Conclusion

The study was planned to compare the effectiveness of ST and its integration with the ERP technique on distress tolerance of women with washing compulsions. It showed changes in the distress tolerance scores of subjects being received intervention. Both the ST and STERP interventions have a long-lasting effect on increasing the distress tolerance of women with washing compulsions, which is consistent with the results of the study by Peeters et al. (2021), and Thiel et al. (2016). Also, the results of the Bonferroni test showed that STERP is more effective than ST in increasing the distress tolerance of women with washing compulsions.

The study compares ST and STERP in women with washing compulsions for the first time. It differs from previous studies because it seeks to evaluate the effectiveness of less popular interventions such as ST and STERP in the clinical sample group of OCD patients. The results confirmed the effectiveness of both interventions in increasing distress tolerance. However, STERP was more effective than ST. In fact, the use of exposure techniques along with cognitive, experimental, and behavioral techniques in ST intervention enables OCD patients to analyze

different dimensions of anxiety stimuli and thus provide a good answer to it. Compulsive actions and thoughts seem very real and normal to the patient, though they are annoying. They are not imperative; no one oblige an OCD person to wash their hands ten times in the real world. When the therapist tells the client to do the same obsessive actions, but at predetermined times, client's actions and thoughts are performed according to the therapist's instructions, not compulsive attacks. Thus, STERP leads to insight and cognitive change and reduces rumination and anxiety and, in general, washing compulsion symptoms.

The study faced some limitations. ST was integrated with ERP for the first time in Iran. Therefore, there is a need for further comparative research to achieve more conclusive results. Also, a two-month follow-up was used to evaluate the stability of changes in the experimental groups. To determine better the degree of stability of treatment outcomes, it is recommended to performing six-month or one-year follow-ups. Similar studies with other sampling methods and on other OCD categories are also recommended. Since the interventions in both experimental groups were performed by a therapist, her personality characteristics may have an interactive effect in applying the interventions. Therefore, it is suggested to employing two therapists in future research to evaluate and compare the effectiveness of the two therapies and control the therapist's effect.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral dissertation of the first author in the counseling field at the Islamic Azad University, Science and Research Branch, which has been registered with the ethics code IR.IAU.SRB.REC.1400.084.

Funding: The research was a doctoral dissertation without financial support.

Authors' contribution: The first author is the main researcher of this research. The second author is the supervisor and the third one is the dissertation's advisor.

Conflict of interest: The authors do not state any conflict of interest of the study.

Acknowledgments: We hereby thank all the participants who cooperated patiently in conducting the research.



مقایسه اثربخشی طرحواره درمانگری و تلفیق آن با فن مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر تحمل پریشانی در زنان مبتلا به اختلال وسواس شستشو

مریم یوشی زاده^۱، فریده دوکانه‌ای فرد^{۲*}، مهدی زارع بهرام آبادی^۳

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. دانشیار، گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۳. دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۱۰

بازنگری: ۱۴۰۲/۰۱/۰۸

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۱۴

انتشار برخط: ۱۴۰۲/۰۹/۰۱

کلیدواژه‌ها:

طرحواره درمانگری،

مواجهه و جلوگیری از پاسخ،

تحمل پریشانی،

اختلال وسواس - ناخودداری

زمینه: وسواس، از اختلالات روانی مزمن است که به دلیل ماهیت پیچیده آن، موجب شده درمان‌های متفاوتی برای آن استفاده شود. طرحواره درمانگری و فن مواجهه و جلوگیری از پاسخ از شیوه‌های درمانی است که روی افراد مبتلا به وسواس مورد بررسی قرار گرفته است. براساس تحقیقات پیشین هر دو به تنهایی روش‌های درمانی مؤثری به شمار می‌روند، اما پژوهش‌های اندکی تلفیق این دو روش و مقایسه آن با روش دیگر را مورد بررسی قرار داده است.

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانگری و تلفیق آن با فن مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال وسواس شستشو انجام شد.

روش: روش پژوهش شبه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون، و پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان مبتلا به وسواس شستشو مراجعه کننده به مراکز مشاوره شمال و مرکز شهر تهران از ابتدای آبان تا پایان بهمن ۹۹ بود، که ۴۵ نفر به صورت در دسترس براساس ملاک‌های ورود انتخاب شدند. گروه مداخله اول (طرحواره درمانگری) ۱۲ جلسه و گروه مداخله دوم (تلفیق طرحواره درمانگری با فن مواجهه و جلوگیری از پاسخ) ۱۴ جلسه تحت مداخله قرار گرفتند. ابزار پژوهش مقیاس تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) بود. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس مختلط و آزمون بونفرونی در نرم‌افزار SPSS-۲۳ انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد هر دو روش مداخله طرحواره درمانگری و تلفیق طرحواره درمانگری با فن مواجهه و جلوگیری از پاسخ در پایان مداخلات و دوره پیگیری موجب افزایش تحمل پریشانی در زنان مبتلا به اختلال وسواس شستشو شدند ($P < ۰/۰۰۰۱$)، اما روش تلفیق طرحواره درمانگری با فن مواجهه و جلوگیری از پاسخ در مقایسه با طرحواره درمانگری دارای اثربخشی بیشتری بر تحمل پریشانی بود.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد استفاده از فن مواجهه و جلوگیری از پاسخ در کنار فنون شناختی، تجربی و رفتاری طرحواره درمانگری به افراد مبتلا به اختلال وسواسی کمک می‌کند تا بتوانند ابعاد مختلف محرک اضطراب‌زا را مورد تجزیه و تحلیل قرار داده و در نتیجه پاسخ مناسب‌تری به آن ارائه دهند.

استناد: یوشی زاده، مریم؛ دوکانه‌ای فرد، فریده؛ و زارع بهرام آبادی، مهدی (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانگری و تلفیق آن با فن مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر تحمل پریشانی در زنان مبتلا به اختلال وسواس شستشو. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۲۹، ۵۱-۶۷.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۲۹، ۱۴۰۲. DOI: [10.52547/JPS.22.129.51](https://doi.org/10.52547/JPS.22.129.51)



مقدمه

اختلال وسواس - ناخودداری^۱ (OCD) نوعی اختلال روانی است که پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روان پزشکی آمریکا (۲۰۱۳) آن را در میان اختلالات وسواس - ناخودداری و اختلالات مرتبط قرار داده و شامل دو نشانه اصلی افکار سرزده (وسواس) و رفتار تشریفاتی (اجبارها) است (دل کاسال و همکاران، ۲۰۱۹). این اختلال با عود مجدد همراه است و می تواند منجر به فشارهای روانی و ناهنجاری های عملکردی در فرد شود (اوزیورت و بینسی، ۲۰۱۹). تخمین زده می شود که ۲٪ از جمعیت در سراسر جهان مبتلا به اختلال وسواس باشند (الشیخ و الشیخ، ۲۰۲۱) و از نظر شیوع این اختلال، تفاوت معناداری بین زنان و مردان وجود ندارد (گرتس و همکاران، ۲۰۱۹). وسواس ها می توانند شامل انواع گوناگونی باشد. وسواس شستشو یکی از انواع وسواس هاست که بیش از نیمی از بیماران وسواسی، به این نوع از وسواس مبتلا هستند (واحد و همکاران، ۲۰۲۰). این وسواس شامل احساسی آزاردهنده مبنی بر این باور است که آلودگی ها با وجود بارها شستشو هنوز از بین نرفته و هرگونه تماس اتفاقی یا قرارگیری در معرض آلودگی ها به آلودگی کامل و آسیب جدی منجر می شود. بیمار به موجب این طرز تفکر دائماً نگران حفظ خود از آلودگی هاست و بنابراین به نظافت و شستشوی افراطی روی می آورد، اما به سختی اقناع می شود و احساس پاکیزگی دارد (جاکوبی و آبرامویتز، ۲۰۱۶). با توجه به اینکه رفتارهای وسواسی بارها اتفاق می افتند، فرد احساس می کند قادر به کنترل آن ها نیست بنابراین اضطراب فرساینده ای را در مواجهه با آن ها تجربه می کند (واگنر و همکاران، ۲۰۱۹). براساس پژوهش های انجام شده، یکی از سازه های مطرح که نقش بسزایی در بروز نشانه های OCD ایفا می کند، تحمل پریشانی است (لاپوسا و همکاران، ۲۰۱۷).

بنابر تعریف سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) تحمل پریشانی بضاعت شخص در تجارب و تحمل حالات هیجانی منفی است. در واقع، تحمل پریشانی متغیری است که تفاوت های فردی را براساس ظرفیت و گنجایش تجربه و مقاومت در مقابل مشکلات هیجانی نشان می دهد (تاسیانی-انگ و یومانس، ۲۰۱۸). افرادی که تحمل پریشانی پایینی دارند به منظور کنار

آمدن با هیجانات منفی خود به اشتباه دچار بی نظمی رفتاری^۲ می شوند (کیو و همکاران، ۲۰۱۰). آن ها ممکن است در معرض پاسخ سازش نیافته به پریشانی و شرایط برانگیزاننده پریشانی باشند و برای اجتناب از احساسات منفی/یا حالت های آزارنده مربوط تلاش کنند (برنشتاین و همکاران، ۲۰۰۹). افرادی که از تحمل پریشانی پایینی برخوردارند در صورتی که توانایی تسکین و کاهش هیجاناتشان را نداشته باشند، تمام توجه خود را به هیجانات آشفته کننده معطوف می سازند و در نتیجه عملکردشان به شدت کاهش می یابد (بلکی و لنیر، ۲۰۲۱). شواهدی وجود دارد که بیان می کند ناتوانی در تحمل پریشانی به عنوان یک عامل آسیب زا برای اختلال وسواسی - اجباری است. محققان پی برده اند که ترس از هیجان های منفی به شدت با علائم OCD مرتبط است (مک کوبین و سمپسون، ۲۰۰۶). در همین راستا نتایج مطالعات و پژوهش های انجام شده تحمل پریشانی کم را به تعدادی از نگرانی های بهداشت روانی از جمله نشانه های وسواسی جبری (نرگسی و همکاران، ۱۳۹۷؛ اسفندزاد و همکاران، ۱۳۹۵؛ لاپوسا و همکاران، ۲۰۱۷؛ مکاتی و همکاران، ۲۰۱۳) مرتبط دانسته اند، و اهمیت هدف گیری تحمل پریشانی را در درمان برجسته کرده اند (مایکل و همکاران، ۲۰۱۶).

معمولاً افراد مبتلا به وسواس در حالی اقدام به درمان می کنند که به سایر نشانگان و اختلالات مانند افسردگی، هراس ها، اضطراب و نگرانی نیز دچارند (آبراموویتز، ۲۰۱۸). در کنار درمان های داورپی و پزشکی، روان درمانگری ها نیز برای درمان اختلالات وسواس به کار برده می شوند. از جمله درمان ها، طرحواره درمانگری^۳ (کشو و همکاران، ۲۰۱۹) و فن مواجهه و جلوگیری از پاسخ^۴ (ERP) (آبراموویتز، ۲۰۱۸) است. طرحواره ها نقشه انتزاعی شناختی در نظر گرفته می شوند که راهنمای تفسیر اطلاعات و حل مسأله اند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). طرحواره درمانگری^۵ (ST)، تحولی بنیادین در شناخت درمانگری^۶ است؛ روی آورد درمانی یکپارچه ای که از طریق مداخلات شناختی، رفتاری، بین فردی و تجربی، طرحواره های شناختی سازش نیافته را هدف قرار می دهد (هرتس و ایوانس، ۲۰۲۱). از دیدگاه طرحواره درمانگری تجارب اتفاقات آسیب زایی

4. Exposure and Response prevention

5. schema therapy

6. cognitive therapy

1. Obsessive Compulsive Disorder

2. dysregulation behavior

3. schema-focused therapy

که در دوران کودکی رخ می دهد زمینه را برای ایجاد طرحواره های سازش نایافته فراهم می کند و وجود این طرحواره ها نیز اختلالات رفتاری و هیجانی را در افراد زمینه سازی می کند. در نتیجه، برای حل اختلالات و مشکلات رفتاری و هیجانی ابتدا باید طرحواره های سازش نایافته شناسایی و تغییر داده شود (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). طرحواره درمانگری به دنبال تضعیف طرحواره های سازش نایافته اولیه و در صورت امکان ایجاد طرحواره سالم است. طرحواره های سازش نایافته به صورت الگوهای افکار تحریف شده با ریشه های عمیق در مورد فرد، جهان و ارتباط فرد با اطرافیان می باشد (باخ و فارل، ۲۰۱۸). نتایج پژوهش ها (بخشی پور و همکاران، ۱۴۰۱؛ رجبی و همکاران، ۱۳۹۹؛ دانای سیح و همکاران، ۲۰۱۸؛ آهوان و همکاران، ۱۳۹۸؛ ساری و گنجپور، ۲۰۱۹؛ تیلور و همکاران، ۲۰۱۷) اثربخشی طرحواره درمانگری را بر تنیدگی، اضطراب، افسردگی، احساس گناه، نشانگان وسواس، خودآگاهی هیجانی، در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - ناخودداری مورد بررسی و تأیید قرار داده اند.

روان درمانگران امروزی بر ترکیب روی آوردهای نظری مختلف جهت افزایش اثربخشی بیشتر بر روی بیماران تأکید می ورزند. ادغام نظری، به ابداع مفهومی یا نظری فراتر از ترکیب صرف فنون اشاره می کند. هدف این روش خلق چارچوبی مفهومی است که دو یا چند روی آورد نظری را که از همه بهتر هستند، ترکیب نموده و فرض می کند نتیجه آن از هر نظریه به تنهایی غنی تر خواهد بود (نورکراس و گلدفرید، ۲۰۰۵). یکی از روش های تلفیقی، تلفیق طرحواره درمانگری با فن مواجهه و جلوگیری از پاسخ (STERP) است که اولین بار توسط تیل و همکاران (۲۰۱۶) انجام شد. چرا که معتقد بودند با وجود در دسترس بودن روش های درمانگری مؤثر بر OCD، بسیاری از بیماران به اندازه کافی به درمان پاسخ نمی دهند و لازم است روش های درمانگری با استفاده از سایر روش های بالقوه مؤثر مانند فنون تجربی مورد بررسی قرار گیرند (تیل و همکاران، ۲۰۱۶).

مواجهه و جلوگیری از پاسخ (ERP) نوعی درمان شناختی - رفتاری (CBT) که در حال حاضر بعنوان درمانی استاندارد برای بیماران مبتلا به OCD با شدت درجات مختلف به کار می رود (پیتنگر، ۲۰۱۷). این فن شامل مواردی چون: ۱) قرار گرفتن تدریجی و سیستمیک در معرض

محرك هایی است که موجب اضطراب وسواسی می شوند، ۲) پیشگیری یا اجتناب از انجام تشریفات وسواسی، و ۳) شناخت درمانگری جهت تقویت یادگیری ناشی از فن مواجهه (اونگ و همکاران، ۲۰۱۶). در ERP بیماران به طور مستقیم و یا به صورت تخیلی در معرض موقعیت هایی قرار می گیرند که بدون انجام تشریفات یا اجتناب از محرك ها موجبات ایجاد ناراحتی و اضطراب را در فرد مبتلا به وسواس فراهم می سازد (شو و همکاران، ۲۰۲۰). به عبارت دیگر، در این روش درمانگر از بیمار مبتلا به وسواس می خواهد که با وسواس های خود کنار بیاید و از درگیر شدن در رفتارهای اجباری خودداری کند (توهیگ و همکاران، ۲۰۱۸). مقالات پاب مد^۲ و سایکو اینفو^۳، برای مداخلات تصادفی کنترل شده که تا فوریه ۲۰۱۲ منتشر شده است، نشان می دهد که درمان ERP و CBT بیشتر از سایر مداخلات در افراد مبتلا به وسواس استفاده شده و بسیار کارآمد بوده اند (پونیا و همکاران، ۲۰۱۳). نتایج پژوهش (رید و همکاران، ۲۰۲۱؛ ماتس و همکاران، ۲۰۲۰؛ اشنایدر و همکاران، ۲۰۲۰؛ محمدنژاد و همکاران، ۱۴۰۰؛ حسنی و همکاران، ۱۳۹۹) تأثیر ERP را بر سیر ترس، انزجار و تمایل به شستن، و نشانگان وسواس در بیماران مبتلا به OCD نشان می دهد. نتایج پژوهش پیترز و همکاران (۲۰۲۱) نشان می دهد تلفیق طرحواره درمانگری با فن مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر اضطراب مزمن بیماران دچار اختلال شخصیت مؤثر است. نتایج مطالعه تیل و همکاران (۲۰۱۶) نشان از اثربخشی تلفیق طرحواره درمانگری با فن مواجهه و جلوگیری از پاسخ در درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - جبری دارد.

با توجه به مطالب و پژوهش های فوق، و نظر به اهمیت اختلال وسواس، نیاز آزمودن شیوه های نوین درمانی برای آن ضروری می نماید. طرحواره درمانگری و فن مواجهه و جلوگیری از پاسخ از جمله شیوه های درمانی است که بر روی افراد مبتلا به وسواس مورد بررسی قرار گرفته است؛ و هر دو به تنهایی روش های درمانی مؤثری به شمار می روند؛ اما تلفیق این دو روش و مقایسه آن با روش دیگر به ندرت مورد بررسی قرار گرفته است. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانگری و تلفیق آن با فن مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر تحمل پریشانی در زنان مبتلا به اختلال وسواس شستشو انجام شد.

². PubMed

³. PsycInfo

¹. exposure and response prevention (ERP) with schema therapy (ST)

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: روش پژوهش شبه تجربی از نوع طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنانی بود که در بازه زمانی اول آبان تا پایان بهمن ۱۳۹۹ به کلینیک‌های مشاوره تحت نظارت سازمان نظام روانشناسی در شمال و مرکز شهر تهران مراجعه و توسط روان‌پزشک تشخیص قطعی اختلال وسواس شستشو دریافت کردند. از این گروه پس از مصاحبه روانشناختی و کسب نمره ۳۰ و پایین‌تر در مقیاس تحمل پریشانی^۱ (DTS) ۴۵ نفر به صورت در دسترس و براساس ملاک‌های ورود به پژوهش به طور قطع به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه (۱۵ نفر گروه آزمایش ۱، ۱۵ نفر گروه آزمایش ۲، ۱۵ نفر گروه گواه) قرار گرفتند.

ب) ابزار

مقیاس تحمل پریشانی (DTS) یک شاخص خودسنجی است که توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) تهیه شده و در ایران توسط علوی، مدرس غروی، امین‌یزدی، و همکاران (۱۳۹۰) به فارسی ترجمه و اعتباریابی شده و دارای ۱۵ گویه است. پاسخگویی به گویه‌ها به صورت پنج گزینه‌ای طیف لیکرت (کاملاً موافق = ۱ تا کاملاً مخالف = ۵) درجه‌بندی شده است و نمره بالاتر نشانگر تحمل پریشانی بالا است. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) روایی ملاکی و همگرایی اولیه مقیاس را خوب و ضرایب آلفا برای کل مقیاس ۰/۸۲ و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ گزارش کردند. در پژوهش علوی و همکاران (۱۳۹۰) پایایی کل مقیاس ۰/۷۱ و خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۴۲ تا ۰/۵۸ به دست آمده است. در پژوهش سیدسرابی و عسگری (۱۳۹۷) آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۷۶ گزارش شده است. پایایی به روش همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ برای ابزار در نمونه ۴۵ نفر از زنان مبتلا به وسواس شستشو مورد سنجش قرار گرفت. نتایج برای کل مقیاس تحمل پریشانی ۰/۷۴ به دست آمد.

ج) روش اجرا

ابتدا با اعلام فراخوان (از آبان تا بهمن ۹۹) از زنانی که توسط روان‌پزشک مراکز مورد نظر تشخیص قطعی ابتلا به وسواس شستشو دریافت کرده و از

معیارهای اولیه ورود به پژوهش (دامنه سنی ۴۰-۲۵ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، تشخیص قطعی ابتلا به اختلال وسواس شستشو به مدت حداقل دو سال، در صورت مصرف دارو حداقل ۶ ماه از مصرف آن گذشته باشد، رضایت آگاهانه و کتبی جهت شرکت در پژوهش) برخوردار بودند، ثبت نام شد (۷۶ نفر). سپس هر یک از آن‌ها به مقیاس تحمل پریشانی با هدف غربال‌گری نهائی و اجرای پیش‌آزمون پاسخ دادند و ۴۵ نفر که نمره پایین‌تری کسب کردند به عنوان نمونه نهائی انتخاب و به صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه مداخله طرحواره درمانگری (ST) و ۱۵ نفر در گروه مداخله تلفیق طرحواره درمانگری با فن مواجهه و جلوگیری از پاسخ (STERP) و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند.

معیارهای خروج از پژوهش شامل عدم اجرای تمرینات خانگی و غیبت بیش از دو جلسه متوالی بود. به منظور رعایت اصول اخلاقی، پژوهشگر متعهد شد شرکت کنندگان را تا پایان مراحل درمانی همراهی کرده و در صورت لزوم جلسات بیشتری برای ایشان برگزار کند. همچنین فرم رضایت آگاهانه توسط شرکت کنندگان امضا شد و آن‌ها اطمینان لازم به منظور حفظ رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات را دریافت کردند. پژوهشگر متعهد شد پس از پایان جلسات درمانی، مداخله‌ای که نشان از اثربخشی بیشتری دارد در مورد افراد متقاضی در گروه گواه اجرا شود.

پس از انتخاب و جایگزینی گروه نمونه با توجه به توضیحات فوق، شرکت کنندگان وارد طرح درمانی و پژوهشی شدند و جلسات درمانی به صورت انفرادی در گروه مداخله اول طرحواره درمانگری (ST) به مدت ۱۲ جلسه ۷۵-۹۰ دقیقه‌ای براساس دستورالعمل طرحواره درمانگری کوتاه مدت یانگ و همکاران (۲۰۰۶)، در گروه مداخله دوم تلفیق طرحواره درمانگری با فن مواجهه و جلوگیری از پاسخ (STERP) طی ۱۴ جلسه ۹۰-۷۵ دقیقه‌ای بر مبنای بسته آموزشی تیل و همکاران (۲۰۱۶) به صورت انفرادی دریافت کردند. بسته آموزشی (STERP) تاکنون در پژوهش‌های داخلی مورد استفاده قرار نگرفته است. هر دو بسته آموزشی برای بررسی روایی آن‌ها در پژوهش حاضر در اختیار چند تن از اساتید متخصص روانشناسی و طرحواره درمانگری قرار داده شد و روایی محتوایی هر دو بسته آموزشی به صورت کیفی مورد تأیید قرار گرفت. خلاصه محتوای جلسات مداخله طرحواره درمانگری (ST) و تلفیق طرحواره درمانگری با

^۱. Distress Tolerance Scale

فن مواجهه و جلوگیری از پاسخ (STERP) در جدول ۱ و ۲ ارائه شده است. به منظور تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون تحلیل واریانس آمیخته، آزمون تعقیبی بونفرونی) و نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات مداخله طرحواره درمانگری (ST)

جلسه	اهداف
اول	تشخیص اختلال و سواس به وسیله مصاحبه براساس تاریخچه تحولی
دوم	ایجاد رابطه درمانی؛ شناسایی مشکلات کنونی مراجع؛ یافتن چگونگی ایجاد و تداوم مشکل؛ شناسایی تجارب اولیه مرتبط با مشکلات کنونی؛ بستن قرارداد درمانی؛ مصاحبه نیمه ساختار یافته ارزیابی شدت و سواس‌ها و اجبارها؛ شناسایی طرحواره‌های سازش نایافته به کمک پرسشنامه طرحواره‌های سازش نایافته اولیه؛ مروری بر مشکلات فعلی فرد؛ تعیین دستور جلسه؛ آشنایی مراجع با ماهیت اختلال؛ تعیین انتظارات مراجع و درمانگر؛ آشنایی مراجع درباره مدل طرحواره درمانگری؛ جمع‌بندی درمانگر و مرور مطالب توسط مراجع.
سوم	مروری بر فعالیت‌ها و تکالیف جلسه گذشته؛ بررسی پرسشنامه طرحواره‌های سازش نایافته مراجع؛ تعیین دستور جلسه؛ شناسایی طرحواره‌های سازش نایافته اولیه؛ گفتگوی خیالی بر گرداندن بیمار به تجارب دوران کودکی؛ آشنایی با ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها؛ آرایه تکلیف؛ جمع‌بندی و گرفتن بازخورد.
چهارم	مرور فعالیت‌های جلسه گذشته؛ گزارش مراجع از اجرای تکالیف و رخداد های مهم؛ تعیین دستور جلسه؛ بررسی پرسشنامه طرحواره مراجع و ترغیب وی به کشاکش با آنها؛ مفهوم سازی مشکل در قالب طرحواره؛ شناسایی طرحواره‌های سازش نایافته اولیه و بررسی تأثیر گذاری آنها بر مزاج و رفتار؛ گره‌گشایی از مشکلات مراجع به وسیله فنون؛ استفاده از راهبردهای شناختی مانند رویارویی همدلانه با واقعیت آموزشی؛ آرایه تکلیف، جمع‌بندی و گرفتن بازخورد.
پنجم	مروری بر فعالیت‌های جلسه گذشته؛ بررسی تکلیف خانگی؛ تعیین دستور جلسه؛ ارزیابی طرحواره‌های سازش نایافته با استفاده از پرسشنامه طرحواره یانگ، برانگیختن مراجع به کشاکش با طرحواره‌ها؛ گره‌گشایی و توصیف دقیق افکار و رفتارهای و سواسی به کمک فنون الگوشکی رفتار (تصور سازی ذهنی موقعیت‌های مشکل آفرین)؛ ارائه تکلیف تمرین راهبرد الگوشکی رفتاری؛ جمع‌بندی و گرفتن بازخورد.
ششم	مرور فعالیت‌ها و بررسی تکلیف ارائه شده؛ تعیین دستور جلسه؛ تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویر سازی ذهنی و ایفای نقش؛ ارائه تکلیف؛ جمع‌بندی و گرفتن بازخورد.
هفتم	مرور فعالیت‌ها و بررسی تکلیف ارائه شده؛ تعیین دستور جلسه؛ برقراری گفتگو و بازسازی طرحواره‌ها به کمک کارت‌های آموزشی و استفاده از فنون صندلی داغ؛ ارائه تکلیف فرم ثبت روزانه افکار و ثبت طرحواره‌ها و تمرین کشاکش با آنها؛ جمع‌بندی و گرفتن بازخورد.
هشتم	مرور فعالیت‌ها و بررسی تکلیف ارائه شده؛ تعیین دستور جلسه؛ شناسایی تحریف‌های شناختی به کمک فرم ثبت روزانه افکار و توانش‌های خود آگاهی؛ تغییر و اصلاح تحریف‌های شناختی با استفاده از فن پیکان رو به پایین و ایجاد کشاکش ذهنی برای اعتبار شناخت‌های ناکارآمد؛ ارائه تکلیف اجرای فنون ارائه شده در جلسه و تکمیل فرم ثبت روزانه افکار و رفتارها.
نهم	مرور فعالیت‌ها و بررسی تکلیف ارائه شده؛ تعیین دستور جلسه؛ بازنگری مفهوم سازی مشکل مراجع با تصویر سازی مجدد از موقعیت‌های مشکل آفرین؛ ارائه تکلیف تمرین تصویر سازی ذهنی و فرم ثبت روزانه افکار و رفتارها.
دهم	مرور فعالیت‌ها و بررسی تکلیف ارائه شده؛ تعیین دستور جلسه؛ شناسایی سبک‌های کنار آمدن سازش نایافته با استفاده از فرم ثبت روزانه افکار و ثبت طرحواره و گفتگوهای درمانی؛ تغییر و اصلاح سبک‌های سازش نایافته به وسیله بررسی انتقادی شواهد حمایت کننده از ناکارآمدی سبک‌ها؛ آرایه تکلیف ثبت روزانه افکار با تمرکز بر شناخت و تغییر سبک‌های ناکارآمد.
یازدهم	مرور فعالیت‌ها و بررسی تکلیف ارائه شده؛ تعیین دستور جلسه؛ بررسی سبک‌های کنار آمدن با استفاده از فرم ثبت روزانه افکار و ثبت طرحواره و گفتگوهای درمانی و مشاهده رفتارها و گفتارهای مراجع؛ آمادگی انجام الگوشکی رفتاری با استفاده از فنون تصویر سازی ذهنی، ایفای نقش بازنگری مفهوم سازی مشکل مراجع و باز آفرینی نقش والدینی؛ ارائه تکلیف تمرین انجام الگوشکی رفتاری.
دوازدهم	مرور فعالیت‌ها و بررسی تکلیف ارائه شده؛ جمع‌بندی و گرفتن بازخورد؛ اجرای پس آزمون.

جدول ۲. خلاصه جلسات مداخله تلفیق طرحواره درمانگری با فن مواجهه و جلوگیری از پاسخ (STERP)

جلسه	اهداف
اول	مصاحبه براساس تاریخچه تحولی؛ ایجاد رابطه درمانی؛ تعیین حد و مرزها و قوانین جلسات؛ یافتن چگونگی ایجاد و تداوم مشکل؛ شناسایی تجارب اولیه مرتبط با مشکلات کنونی؛ تعیین انتظارات درمانگر و مراجع؛ بستن قرارداد درمانی. اجرای پرسشنامه ییل براون.
دوم	اجرای پرسشنامه طرحواره‌های سازش نایافته؛ مرور بر مشکلات فعلی مراجع؛ تعیین دستور جلسه؛ آشنایی مراجع در مورد ماهیت اختلال؛ مشخص کردن انتظارات مراجع و درمانگر و برقراری رابطه درمانی؛ آشنایی با فنون مورد استفاده در درمان؛ جمع‌بندی و ارائه خلاصه مطالب توسط مراجع.
سوم	مروری بر فعالیت‌ها و تکالیف جلسه گذشته؛ تعیین دستور جلسه؛ شناسایی طرحواره‌های سازش نایافته اولیه و بررسی پرسشنامه مراجع؛ شناسایی ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها به کمک گفتگوی خیالی و باز گرداندن مراجع به تجارب دوران کودکی؛ آشنایی با منطق زیربنایی و دستور العمل‌های مربوط به انجام رویارویی و جلوگیری از پاسخ با کمک فنون شناختی قانع سازی؛ ترسیم نمودار افزایش اضطراب و کاهش آن براساس مکانیزم خوگیری؛ ارائه تکلیف ثبت روزانه افکار؛ جمع‌بندی و گرفتن بازخورد.

اهداف	جلسه
مروری بر فعالیت‌ها و تکالیف جلسه گذشته؛ تعیین دستور جلسه؛ مفهوم سازی مشکل در قالب طرحواره؛ شناسایی طرحواره‌های سازش نایافته اولیه و بررسی تأثیر گذاری آنها بر مزاج و رفتار؛ گره گشایی از مشکلات به وسیله فنون و استفاده از راهبردهای شناختی مانند رویارویی همدلانه با واقعیت آموزی؛ استفاده از فن رویارویی و جلوگیری از پاسخ به صورت سلسله مراتبی ترس‌های وسواسی (آغاز رویارویی با انتخاب کمترین میزان اضطراب تخمین زده شده)؛ ارائه تکلیف ثبت روزانه افکار و رفتار وسواسی و تمرین رویارویی به مدت ۹۰-۶۰ دقیقه؛ جمع بندی و گرفتن بازخورد.	چهارم
مروری بر فعالیت‌ها و تکالیف جلسه گذشته؛ تعیین دستور جلسه؛ ارزیابی طرحواره‌های سازش نایافته و برانگیختن مراجع به کشاکش با طرحواره‌ها؛ گره گشایی از مشکلات مراجع به وسیله توصیف دقیق افکار و رفتارهای وسواسی و الگوشکنی رفتاری موقعیت‌های مشکل آفرین؛ استفاده از فن رویارویی به صورت سلسله مراتبی ترس‌های وسواسی (آغاز رویارویی با انتخاب کمترین میزان اضطراب تخمین زده شده)؛ ارائه تکلیف تمرین راهبرد الگوشکنی رفتاری و تمرین رویارویی به مدت ۹۰-۶۰ دقیقه؛ جمع بندی و گرفتن بازخورد.	پنجم
مروری بر فعالیت‌ها و تکالیف جلسه گذشته؛ تعیین دستور جلسه؛ تغییر و اصلاح طرحواره‌های سازش نایافته و جایگزینی رفتارهای سالم به کمک تصویر سازی ذهنی و ایفای نقش؛ استفاده از فن رویارویی به صورت سلسله مراتبی ترس‌های وسواسی (آغاز رویارویی با انتخاب کمترین میزان اضطراب تخمین زده شده)؛ ارائه تکلیف تمرین رفتارهای سالم جدید از طریق تصویر سازی ذهنی و ایفای نقش و تمرین رویارویی به مدت ۹۰-۶۰ دقیقه؛ جمع بندی و گرفتن بازخورد.	ششم
مروری بر فعالیت‌ها و تکالیف جلسه گذشته؛ تعیین دستور جلسه؛ برقراری گفتگو بین جنبه سازش نایافته (بازسازی طرحواره) با استفاده از کارت‌های آموزشی طرحواره و استفاده از فن صندلی داغ؛ استفاده از فن رویارویی به صورت سلسله مراتبی ترس‌های وسواسی (آغاز رویارویی با انتخاب کمترین میزان اضطراب تخمین زده شده)؛ ارائه تکلیف ثبت روزانه افکار و ثبت طرحواره‌ها و تمرین کشاکش و مواجهه با آنها به مدت ۹۰-۶۰ دقیقه؛ جمع بندی و گرفتن بازخورد.	هفتم
مروری بر فعالیت‌ها و تکالیف جلسه گذشته؛ تعیین دستور جلسه؛ شناسایی تحریف‌های شناختی به ویژه با مثال‌هایی از وسواس و فرم ثبت روزانه افکار و توانش‌های خود آگاهی؛ تغییر و اصلاح تحریف‌های شناختی همراه با مثال و استفاده از فن پیکان رو به پایین و ایجاد کشاکش ذهنی برای اعتبار شناخت‌های ناکارآمد؛ استفاده از فن رویارویی به صورت سلسله مراتبی موقعیت‌های اضطراب برانگیز مختص بیمار با مشارکت خودش و استفاده از فنون رویارویی و جلوگیری از پاسخ؛ ارائه تکلیف تمرین فنون ارائه شده در فاصله بین جلسات و ثبت روزانه افکار و رفتارها و تمرین رویارویی به مدت ۹۰-۶۰ دقیقه؛ جمع بندی و گرفتن بازخورد.	هشتم و نهم
مروری بر فعالیت‌ها و تکالیف جلسه گذشته؛ تعیین دستور جلسه؛ بازنگری مفهوم سازی مشکل مراجع و تصویر سازی مجدد موقعیت‌های مشکل آفرین؛ رویارویی و جلوگیری از پاسخ بر اساس سلسله مراتب موقعیت‌های اضطراب برانگیز مختص مراجع با مشارکت وی؛ ارائه تکلیف تمرین تصویر سازی ذهنی و فرم ثبت روزانه افکار و رفتارها.	دهم
مروری بر فعالیت‌ها و تکالیف جلسه گذشته؛ تعیین دستور جلسه؛ شناسایی سبک‌های کنار آمدن سازش نایافته و ثبت روزانه افکار و طرحواره و گفتگوهای درمانی؛ تغییر و اصلاح سبک‌های سازش نایافته به کمک بررسی انتقادی شواهد حمایت کننده از ناکارآمدی سبک‌ها؛ رویارویی و جلوگیری از پاسخ بر اساس سلسله مراتب موقعیت‌های اضطراب برانگیز مختص مراجع با مشارکت وی؛ ارائه تکلیف ثبت روزانه افکار با تمرکز بر شناخت و تغییر سبک‌های ناکارآمد و تمرین رویارویی در فاصله بین جلسات به مدت ۹۰-۶۰ دقیقه.	یازدهم
مروری بر فعالیت‌ها و تکالیف جلسه گذشته؛ تعیین دستور جلسه؛ بررسی سبک‌های کنار آمدن و ثبت روزانه افکار و ثبت طرحواره و گفتگوهای درمانی و مشاهده رفتارها و گفتارهای مراجع؛ ایجاد آمادگی برای انجام الگوشکنی رفتاری به کمک تصویر سازی ذهنی؛ ایفای نقش بازنگری مفهوم سازی مشکل مراجع، باز آفرینی نقش والدینی؛ رویارویی و جلوگیری از پاسخ بر اساس سلسله مراتب موقعیت‌های اضطراب برانگیز مختص مراجع با مشارکت وی؛ ارائه تکلیف تمرین انجام الگوشکنی رفتاری و تمرین رویارویی به مدت ۹۰-۶۰ دقیقه.	دوازدهم و سیزدهم
مرور فعالیت‌ها و بررسی تکلیف ارائه شده؛ جمع بندی و گرفتن بازخورد؛ اجرای پس آزمون.	چهاردهم

یافته‌ها

در این مطالعه ۴۵ نفر از زنان مبتلا به وسواس شستشو در دو گروه مداخله و یک گروه کنترل مشارکت داشتند. میانگین سنی گروه نمونه در گروه مداخله اول (ST) ۳۴/۴۲ سال و در گروه مداخله دوم (STERP) ۳۲/۸۶ سال و در گروه کنترل ۳۳/۴۰ سال بود. در گروه مداخله اول (ST) (۲۶٪) دارای تحصیلات دیپلم، (۱۴٪) کاردانی، (۴۰٪) کارشناسی، و (۲۰٪) کارشناسی ارشد بودند. در گروه مداخله دوم (STERP) (۴۰٪) دارای سطح تحصیلات دیپلم، (۲۰٪) کاردانی، (۳۳٪) کارشناسی، و (۷٪) کارشناسی ارشد بودند. همچنین در گروه کنترل (۲۶٪) تحصیلات دیپلم، (۴۰٪) کاردانی، (۲۰٪) کارشناسی، و (۱۴٪) کارشناسی ارشد داشتند.

جهت بررسی نرمال بودن نمرات تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن از آزمون کالموگروف - اسمیرنوف استفاده شد که مشخصه Z آزمون کالموگروف - اسمیرنوف مربوط به نرمال بودن تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن از پیش آزمون تا پیگیری دو ماهه نشان از عدم تفاوت توزیع نمره‌ها با توزیع طبیعی این ابعاد بود ($P > ۰/۰۵$). همچنین نتایج بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها که با استفاده از آزمون لوین بررسی شد نشان داد واریانس‌ها برای نمرات تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن یکسان است ($P > ۰/۰۵$)؛ بدین معنا که مفروضه واریانس‌های مشابه در دو گروه آزمایش اول و دوم، و گروه کنترل رعایت شده است. همچنین در بررسی همگنی ماتریس واریانس - کواریانس با استفاده از آزمون ام باکس در متغیر تحمل پریشانی ($F = ۱/۳۴۲$ و $P > ۰/۰۵$) به دست آمد.

همانطور که در جدول ۳ نشان داده شده است، میانگین و انحراف معیار تحمل پریشانی در دو گروه مداخله نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون تغییر داشته است.

با توجه به جدول ۴ خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط برای تحمل پریشانی نشان می‌دهد که در رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در سطح کوچکتر از ۰/۰۱ معنادار است و بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تحمل پریشانی در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد؛ و برای عامل بین گروهی مقدار F محاسبه شده در سطح کوچکتر از ۰/۰۱ معنادار است؛ در نتیجه بین میانگین کلی تحمل پریشانی در دو گروه مداخله و گروه گواه تفاوت معنادار وجود دارد.

به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌های مراحل از آزمون تعقیبی بونفرونی (مقایسه های چندگانه) استفاده شد که نتایج در جدول ۵ نشان می‌دهد بین

نمرات تحمل پریشانی در مراحل پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد، همچنین تفاوت بین نمرات پس آزمون با پیگیری معنی دار است. مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نشان می‌دهد که نمرات تحمل پریشانی در مرحله پیش آزمون تحمل پریشانی پایین تر از مرحله پس آزمون و پیگیری است؛ و بین اثر گروه‌های مداخله اول و دوم و گروه کنترل مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که نمرات تحمل پریشانی در گروه مداخله اول و گروه مداخله دوم، بیشتر از گروه کنترل است. همچنین در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بین دو گروه مداخله و گواه در سطح ۰/۰۱ معنادار است. در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تحمل پریشانی در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی در گروه مداخله اول (ST) و گروه مداخله دوم (STERP) و گروه گواه

مرحله	مداخله ۱ "ST"		مداخله ۲ "STERP"		گواه	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	۳۱/۳۳	۶/۷۳	۳۱/۰۰	۹/۸۵	۳۰/۶۷	۴/۱۱
پس آزمون	۴۹/۰۰	۶/۰۱	۵۱/۶۰	۸/۳۳	۳۰/۹۳	۶/۰۱
پیگیری	۴۶/۶۷	۵/۶۰	۴۹/۲۷	۱۰/۳۵	۳۳/۴۷	۶/۶۷

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط با عوامل درون گروهی و بین گروهی در متغیر تحمل پریشانی

عوامل	منابع تغییر	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
تحمل پریشانی	مراحل زمان	۴۶۹۰/۵۴۸	۲	۲۳۴۵/۲۷۴	۱۴۰/۷۵۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷۰
	گروه	۳۹۹۶/۱۰۴	۲	۱۹۹۸/۰۵۲	۱۵/۵۹۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲۶
	تعامل مراحل * گروه	۱۹۶۱/۸۰۷	۴	۴۹۰/۴۵۲	۲۹/۴۳۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸۴

جدول ۵. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی (مقایسه های چندگانه) در متغیر تحمل پریشانی

مرحله / گروه ها	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	معناداری
پیش آزمون - پس آزمون	-۱۲/۸۴۴*	۰/۹۴۳	۰/۰۰۰۱
پیش آزمون - پیگیری	-۱۲/۱۳۳*	۰/۹۳۷	۰/۰۰۰۱
پس آزمون - پیگیری	۰/۷۱۱	۰/۹۴۳	۰/۸۹۲
طرحواره درمانگری - STERP	-۱/۶۲۲	۲/۳۸۶	۱/۰۰۰
طرحواره درمانگری - گواه	۱۰/۶۴۴*	۲/۳۸۶	/۰۰۰۱
STERP - گواه	۱۲/۲۶۷*	۲/۳۸۶	۰/۰۰۰۱

* $P \geq 0.05$

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانگری و تلفیق آن با فن مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال وسواس شستشو انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد همه بیماران مبتلا به وسواس شستشو شرکت کننده در پژوهش که مداخله دریافت کردند در متغیر تحمل پریشانی، تغییراتی داشتند. به عبارت دیگر، هر دو فن مداخله طرحواره درمانگری و STERP بر افزایش تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال وسواس شستشو در دو گروه اثربخش است و میزان اثربخشی در طی زمان ماندگار است. این یافته با نتایج پژوهش رجبی و همکاران (۱۳۹۹)، دانای سیج و همکاران (۲۰۱۸)، آهوان و همکاران (۱۳۹۸)، ساری و گنجپوز (۲۰۱۹)، تیلور و همکاران (۲۰۱۷) مبنی بر اثربخشی مداخله طرحواره درمانگری بر افراد مبتلا به وسواس و با نتایج پژوهش پیترز و همکاران (۲۰۲۱)، و تیل و همکاران (۲۰۱۶) که اثربخشی مداخله به روش STERP را بررسی و تأیید کردند، مطابقت دارد. همچنین نتایج آزمون بنفرنی نشان داد از بین دو روش، مداخله تلفیق طرحواره درمانگری با فن مواجهه و جلوگیری از پاسخ (STERP) نسبت به مداخله طرحواره درمانگری بر افزایش تحمل پریشانی زنان مبتلا به وسواس شستشو اثربخش تر است. این مطالعه برای اولین بار به مقایسه دو روش مداخله طرحواره درمانگری (ST) و مداخله تلفیق طرحواره درمانگری با فن مواجهه و جلوگیری از پاسخ (STERP) در زنان مبتلا به اختلال وسواس شستشو می‌پردازد. تاکنون در پژوهشی مقایسه اثربخشی این دو روش (ST و STERP) مورد بررسی قرار نگرفته بود.

آنچه پژوهش حاضر را از پژوهش‌های پیشین متمایز می‌سازد این است که اثربخشی مداخله‌های کمتر به کار گرفته شده مانند طرحواره درمانگری و تلفیق آن با درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ (STERP) را در گروه نمونه بالینی مبتلایان به وسواس بررسی کرده و نتایج آن، اثربخشی هر دو روش مداخله را بر افزایش تحمل پریشانی تأیید کرد. با این همه، اثربخشی مداخله به روش تلفیق طرحواره درمانگری با فن مواجهه و جلوگیری از پاسخ بیشتر از روش مداخله طرحواره درمانگری به تنهایی است. در تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان گفت در روش STERP درمانگر با به کارگیری روی آورد طرحواره درمانگری ابتدا مراجع را در زمینه موضوعات شناختی و مسائل ریشه‌ای که موجب اختلال وسواس او شده

است مطلع می‌کند. مراجع با شناخت طرحواره‌های خود و ادراک از چگونگی تأثیر و پدید آمدن آن، با درمانگر در روند درمان همراهی می‌کند. پس از این مراحل، درمانگر با تلفیق چهار تکنیک شناختی، تجربی، رفتاری و رابطه‌ای، طرحواره‌های سازش نیافته را که علت اصلی شکل گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی در افراد دارای اختلال وسواس است، زیر سؤال می‌برد. این امر از نظر هیجانی نیز باعث برون‌ریزی عواطف و هیجانات منفی مدفون شده، از جمله خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیختگی و دل‌بستگی ایمن به دیگران طی سال‌های کودکی، می‌شود. استفاده از تکنیک تجربی که شناخت‌واره‌های دوران کودکی و خاطرات کودکی را بازسازی می‌کند به ابراز هیجان‌ها و عواطف سرکوب شده که منجر به خودسانسوری هیجانی و مشکل در ابراز عواطف و سردی عاطفی در درمان‌جو شده است، کمک می‌کند (کارتر و همکاران، ۲۰۱۳) به عبارت دیگر، استفاده از فن مواجهه در کنار فنون شناختی، تجربی و رفتاری برای بیماران مبتلا به اختلال وسواسی این فرصت را فراهم می‌آورد که ذهن بیمار بتواند ابعاد مختلف محرک اضطراب‌زا را مورد تجزیه و تحلیل قرار داده و در نتیجه پاسخ مناسبی به آن ارائه دهد.

اعمال و افکار وسواسی برای بیمار بسیار واقعی و طبیعی جلوه می‌کند و به نظرش این کارها مصنوعی نمی‌رسد ولی برایش آزاردهنده است. همچنین عمل و فکر وسواسی دستوری نیست؛ یعنی کسی به شخص وسواسی دستور نمی‌دهد: «۱۰ بار دست‌هایت را بشور و یا پنج بار غسل کن.» وقتی درمانگر به او می‌گوید: «همین کارهای وسواسی را انجام بده اما در زمان‌های از پیش تعیین شده»، با این تمرین اعمال و افکار بیمار نه طبق حمله‌های وسواسی، بلکه طبق دستور درمانگر انجام می‌شود. بدین ترتیب می‌توان گفت تلفیق طرحواره درمانی با فن مواجهه و جلوگیری از پاسخ با استفاده از فنون، تکنیک‌ها و تمرین‌های گوناگون در سطوح متفاوت موجب می‌شود بینشی جدید در نظام شناختی مراجع بوجود آید و در نهایت، سبب کاهش نشخوارهای ذهنی و اضطراب و به‌طور کلی علائم و نشانه‌های اختلال وسواس شستشو می‌شود.

پژوهش حاضر برای نخستین بار در ایران از تلفیق طرحواره درمانگری با فن مواجهه و جلوگیری از پاسخ براساس بسته آموزشی تیل و همکاران (۲۰۱۶) برای درمان مبتلایان به اختلال وسواس شستشو بهره برد و بر این اساس با محدودیت‌هایی از جمله نبود شواهد پژوهشی کافی برای مقایسه روبه‌رو

بود. بنابراین، نیاز به شواهد پژوهشی و مقایسه‌ای بیشتری وجود دارد تا بتوان به نتایج قطعی تری دست یافت. در این پژوهش از پیگیری دو ماهه به منظور بررسی میزان ماندگاری تغییرات گروه‌های آزمایشی استفاده شد. به منظور مشخص شدن بهتر میزان پایداری نتایج درمانی پیشنهاد می‌شود تا پیگیری‌های ۶ ماهه یا یک ساله نیز انجام و همچنین پژوهش‌های مشابه با شیوه‌های نمونه‌گیری دیگر و نیز در دیگر طبقات اختلالات طیف وسواس اجرا شود. جلسات مداخله‌ای گروه‌های آزمایش توسط یک درمانگر اجرا شد؛ بنابراین، این احتمال وجود دارد که ویژگی‌های شخصیتی درمانگر جهت به کارگیری مداخله‌ها اثر تعاملی داشته باشد. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از دو درمانگر با سطح توانمندی یکسان و تحت آموزش یکسان، به منظور بررسی و مقایسه اثربخشی دو روش درمانی استفاده شود تا امکان کنترل اثر درمانگر میسر باشد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته مشاوره در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات است که با شناسه اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1400.084 به ثبت رسیده است.

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

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده اول محقق اصلی این پژوهش است. نویسنده دوم استاد راهنما و نویسنده سوم استاد مشاور رساله است.

تضاد منافع: هیچ تضاد منافی در رابطه با این پژوهش وجود نداشت.

تشکر و قدردانی: نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از جناب آقای دکتر سیدهادی معتمدی و مدیران کلینیک‌های روانشناختی ذهن آرام، ماز و جزیره که در اجرای پژوهش همکاری کردند و همچنین از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش نهایت سپاس و قدردانی را داشته باشند.

منابع

آهوان، م.، جاجرمی، م.، بخشی پور، ا. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی (ST) و طرحواره درمانی هیجانی (EST) بر نشانگان بالینی افراد مبتلا به علائم وسواسی - جبری (OCS). *مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا*. ۲۸ (۳)، ۲۳۹-۲۵۰.

doi: 10.30699/ajnm.28.3.239.

<http://nmj.umsha.ac.ir/article-1-2287-fa.html>

علوی، خ.، مدرس غروی، م.، امین یزدی، س.، صالحی فدردی، ج. (۱۳۹۰). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی (با تکیه بر مؤلفه های هوشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی) بر نشانه های افسردگی در دانشجویان. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۳ (۵۰)، ۳۵-۱۲۴.

doi: 10.22038/jfmh.2011.881

https://jfmh.mums.ac.ir/article_881.html?lang=fa

بخشی پور رودسری، ع.، محمود علیلو، م.، فهیمی، ص. (۱۴۰۱). طرحواره درمانگری برای بیماران با نشانگان اختلال شخصیت وسواسی اجباری (OCPD): یک مطالعه تک آزمودنی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱ (۱۱۲)، ۶۹۲-۶۷۷.

doi:10.52547/JPS.21.112.677

<http://psychologicalscience.ir/article-1-1330-fa.html>

حسین اسفندزاد، ع.، شمس، گ.، پاشا میثمی، ع.، عرفان، ع. (۱۳۹۵). نقش ذهن آگاهی، تنظیم هیجانی، تحمل پریشانی و ارتباط مؤثر با دیگران در پیش بینی نشانه های وسواسی جبری. *مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۲ (۴)، ۲۷۰-۲۸۳.

<http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-2675-fa.html>

حسینی، س.، مهری نژاد، ا.، خدابخش پیرکلانی، ر. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی مواجهه، ذهن آگاهی و ذهن آگاهی - مواجهه به صورت تلفیقی بر اختلال وسواس زنان شهر اراک. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۹ (۸۶)، ۱۴۵-۱۳۷.

<http://psychologicalscience.ir/article-1-595-fa.html>

محمدنژاد، ا.، ارشدی کشاورزی، ف.، حسینی، ف. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی مواجهه و بازداری از پاسخ (ERP) با درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCBT) بر نشانگان وسواس فکری - عملی و افسردگی در زنان مبتلا به اختلال وسواس. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰ (۱۰۸)، ۲۲۸۴-۲۲۶۹.

doi: 10.52547/JPS.20.108.2269

<http://psychologicalscience.ir/article-1-1124-fa.html>

نرگسی، ف.، فتحی آشتیانی، ع.، داودی، ا.، اشرفی، ع. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی و علائم وسواسی - اجباری در افراد دچار اختلال وسواسی اجباری. *دست آوردهای روانشناختی*، ۲۶ (۲)، ۴۹-۶۶.

doi: 10.22055/psy.2019.26369.2121

https://psychac.scu.ac.ir/article_15225.html?lang=fa

رجبی، ف.، حسینی، ف.، کشاورزی ارشدی، ف.، امامی پور، س. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان وسواس فکری - عملی و احساس گناه در افراد مبتلا به اختلال وسواسی - جبری. *فصلنامه تعالی مشاوره و روان درمانی*، ۹ (۳۵)، ۱۱-۲۱.

[https://journal-](https://journal-counselling.islamshahr.iau.ir/article_677446.html?lang=fa)

[counselling.islamshahr.iau.ir/article_677446.html?lang=fa](https://journal-counselling.islamshahr.iau.ir/article_677446.html?lang=fa)

سیدسرابی، م.، عسگری، ش. (۱۳۹۷). پیش بینی رفتارهای خود ناتوان ساز تحصیلی بر اساس اشتیاق تحصیلی، تاب آوری و تحمل پریشانی دانش آموزان دختر. *پیشرفت های نوین در علوم رفتاری*، ۳ (۲۵)، ۱-۲۱.

<http://ijndibs.com/article-1-245-en.html>

References

- Abramowitz, J. S. (2018). *Getting over OCD: a 10-step workbook for taking back your life*. Guilford Publications.
<https://www.guilford.com/books/Getting-Over-OCD/Jonathan-Abramowitz/9781462529704>
- Ahovan, M., Jajarmi, M., & Bakhshipoor, A. (2020). 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*, 28(3), 239-50. doi: 10.30699/ajnm.28.3.239. [Persian]
<http://nmj.umsha.ac.ir/article-1-2287-en.html>
- Alavi, Kh., Modarres Gharavi, M., Amin-Yazdi, S.A., Salehi Fadardi, J. (2011). Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy (Based on Core Mindfulness, Distress Tolerance and Emotion Regulation Components) on Depressive Symptoms in University Students. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 2(50), 124-135. <https://doi.org/10.22038/jfmh.2011.881> [Persian]
- Alsheikh, A. M., & Alsheikh, M. M. (2021). Obsessive-Compulsive Disorder with Rheumatological and Inflammatory Diseases: A Systematic Review. *Cureus*, 13(5), e14791. doi:10.7759/cureus.14791
<https://doi.org/10.7759/cureus.14791>

- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA, American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Bach, B., & Farrell, J. M. (2018). Schemas and modes in borderline personality disorder: The mistrustful, shameful, angry, impulsive, and unhappy child. *Psychiatry Research*, 259, 323-329. doi:10.1016/j.psychres.2017.10.039 <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.10.039>
- Bakhshpour, A., Mahmoud Aliloo, M., & fahimi, S. (2022). Schema therapy for patients with Symptoms Obsessive-compulsive personality disorder (OCPD): A single case series study. *Journal of Psychological Science*, 21(112), 677-692. doi:10.52547/JPS.21.112.677 [Persian] <http://psychologicalscience.ir/article-1-1330-en.html>
- Bernstein, A., Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., & Moos, R. (2009). Integrating Anxiety Sensitivity, Distress Tolerance, and Discomfort Intolerance: A Hierarchical Model of Affect Sensitivity and Tolerance. *Behavior Therapy*, 40(3), 291-301. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.08.001>
- Blakey, S. M., & Lanier, M. K. (2021) Distress Tolerance, in E. A. Storch, J. S. Abramowitz, & D. McKay (eds), *Complexities in Obsessive Compulsive and Related Disorders: Advances in Conceptualization and Treatment*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190052775.003.0022>
- Carter, J.D., McIntosh, V., Jordan, J., Porter, R.J., Frampton, C.M., & Joyce, P. (2013). Psychotherapy for Depression: A Randomized Clinical Trial Comparing Schema Therapy and Cognitive Behavior Therapy. *Journal of affective disorders*, 151(2), 500-505. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.034>
- Danaei Sij, Z., Manshaee, G., Hasanabadi, H., & Nadi, M.A. (2018). The Effects of Schema Therapy on Emotional Self-Awareness, Vulnerability, and Obsessive Symptoms Among Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Mod. care j.*, 15(2), E69656. <https://doi.org/10.5812/modernc.69656>
- Del Casale, A., Sorice, S., Padovano, A., Simmaco, M., Ferracuti, S., Lamis, D. A., Rapinesi, Ch., Sani, G., Girardi, P., Kotzalidis, G.D., & Pompili, M. (2019). Psychopharmacological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *Curr Neuropsychopharmacol*, 17(8), 710-736. <https://doi.org/10.2174/1570159X16666180813155017>
- Esfand Zad, A., Shams, G., Meysami, A.P., Erfan, A. (2017). The Role of Mindfulness, Emotion Regulation, Distress Tolerance and Interpersonal Effectiveness in Predicting Obsessive-Compulsive Symptoms. *IJPCP*, 22(4), 270-283. doi: 10.18869/nirp.ijpcp.22.4.270 [Persian] <https://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-2675-en.html>
- Gerentes, M., Pelissolo, A., Rajagopal, K., Tamouza, R., & Hamdani, N. (2019). Obsessive-Compulsive Disorder: Autoimmunity and Neuroinflammation. *Curr Psychiatry Rep*, 21(8), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1062-8>
- Hasani, S., Mehrinezhad, A., & Khodabakhsh pirkalani, R. (2020). Comparison of the Effectiveness of Exposure, Mindfulness and Mindfulness - Integrated Exposure on Arak Women Obsessive - Compulsive Disorder. *Journal of Psychological Science*, 19(86), 137-145. <http://psychologicalscience.ir/article-1-595-en.html> [Persian]
- Herts, K. L., & Evans, S. (2021). Schema Therapy for Chronic Depression Associated with Childhood Trauma: A Case Study. *Clinical Case Studies*, 20(1), 22-38. <https://doi.org/10.1177/1534650120954275>
- Jacoby, R. J., & Abramowitz, J. S. (2016). Inhibitory Learning Approaches to Exposure Therapy: A Critical Review and Translation to Obsessive-Compulsive Disorder. *Clinical Psychology Review*, 49, 28-40. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.07.001>
- Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., & Schmidt, N. B. (2010). Anxiety Symptomatology: The Association with Distress Tolerance and Anxiety Sensitivity. *Behavior Therapy*, 41, 567-574. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.04.002>
- Khasho, D. A., Van Alphen, S. P. J., Heijnen-Kohl, S. M. J., Ouwers, M. A., Arntz, A., & Videler, A. C. (2019). The Effectiveness of Individual Schema Therapy in Older Adults with Borderline Personality Disorder: Protocol of a Multiple-Baseline Study. *Contemp Clin Trials Commun*, 14, 100330. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2019.100330>
- Laposa, J. M., Mancuso, E., Abraham, G., & Loli-Dano, L. (2017). Unified Protocol Transdiagnostic Treatment in Group Format: A Preliminary Investigation with Anxious Individuals. *Behavior modification*, 41(2), 253-268. <https://doi.org/10.1177/0145445516667664>

- Macatee, R.J., Capron, D.W., Schmidt, N.B., & Cogle, J.R. (2013). An Examination of Low Distress Tolerance and Life Stressors as Factors Underlying Obsessions. *Journal of psychiatric research*, 47(10), 1462-8. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.06.019>
- Mathes, B.M., Day, T.N., Wilver, N.L., Redden, S.A., & Cogle, J.R. (2020). Indices of Change In Exposure and Response Prevention for Contamination-Based OCD. *Behaviour Research and Therapy*, 133, 103707. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103707>
- Michel, N. M., Rowa, K., Young, L., & McCabe, R. E. (2016). Emotional Distress Tolerance Across Anxiety Disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 40, 94-103. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.04.009>
- McCubbin, R. A., & Sampson, M. J. (2006). The Relationship Between Obsessive-Compulsive Symptoms and Appraisals of Emotional States. *Journal of anxiety disorders*, 20(1), 42-57. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.11.008>
- Mohammadnejad, E., Keshavarzi Arshadi, F., & Hasani, F. (2022). Comparison of the Effectiveness of Exposure and Response Prevention (ERP) with Mindfulness-Based Cognitive-Behavioral Therapy (MBCBT) on Obsessive-Compulsive Syndrome and Depression in Women with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Psychological Science*, 20(108), 2269-2284. doi: 10.52547/JPS.20.108.2269 [Persian] <http://psychologicalscience.ir/article-1-1124-en.html>
- Nargesi, F., Fathi-Ashtiani, A., Davoudi, I., Ashrafi, E. (2019). The Effect of Unified Transdiagnostic Treatment on Anxiety Sensitivity, Distress Tolerance and Obsessive-Compulsive Symptoms in Individuals with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Psychological Achievements*, 26(2), 49-66. <https://doi.org/10.22055/psy.2019.26369.2121> [Persian]
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (Eds.). (2005). *Handbook of Psychotherapy Integration*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195165791.001.0001>
- Ong, C.W., Clyde, J.W., Bluett, E.J., Levin, M.E., Twohig, M.P. (2016). Dropout Rates in Exposure with Response Prevention for Obsessive-Compulsive Disorder: What Do the Data Really Say? *Journal of Anxiety*, 40, 8-17. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.006>
- Özyurt, G., & Binici, N. C. (2019). The Neutrophil-Lymphocyte Ratio and Platelet-Lymphocyte Ratio in Adolescent Obsessive-Compulsive Disorder: Does Comorbid Anxiety Disorder Affect Inflammatory Response? *Psychiatry research*, 272, 311-315. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.131>
- Peeters, N., Stappenbelt, S., Burk, W. J., van Passel, B., & Krans, J. (2021). Schema Therapy with Exposure and Response Prevention for the Treatment of Chronic Anxiety with Comorbid Personality Disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(1), 68-76. <https://doi.org/10.1111/bjc.12271>
- Pittenger, C. (2017). *Obsessive-Compulsive Disorder: Phenomenology, Pathophysiology, and Treatment*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780190228163.001.0001>
- Ponniah, K., Magiati, I., & Hollon, S. D. (2013). An Update on the Efficacy of Psychological Treatments for Obsessive-Compulsive Disorder in Adults. *J Obsessive Compuls Relat Disord*, 2(2), 207-218. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.02.005>
- Rajabi, F., Hassani, F., Keshavarzi Arshadi, F., Emamipour, S. (2020). Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Treatment Based on Acceptance and Commitment on Obsessive-Compulsive Disorder and Guilt in People with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Consulting Excellence and Psychotherapy*, 9(35), 11-21. https://journal-counselling.islamshahr.iau.ir/article_677446.html [Persian]
- Reid, J. E., Laws, K. R., Drummond, L., Vismara, M., Grancini, B., Mpavaenda, D., & Fineberg, N. A. (2021). Cognitive Behavioural Therapy with Exposure and Response Prevention in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *Comprehensive Psychiatry*, 106, 152223. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152223>
- Sari, S., & Gençöz, F. (2019). Women's Experiences of Group Intervention with Schema Therapy Techniques: A Qualitative Process Analysis. *Counselling and Psychotherapy Research*, 19(3), 301-310. <https://doi.org/10.1002/capr.12222>
- Schneider, S. C., Knott, L., Cepeda, S. L., Hana, L. M., McIngvale, E., Goodman, W. K., & Storch, E. A. (2020). Serious Negative Consequences Associated with Exposure and Response Prevention for Obsessive-Compulsive Disorder: A Survey of Therapist Attitudes and Experiences. *Depression*

- and *Anxiety*, 37(5), 418-428.
<https://doi.org/10.1002/da.23000>
- Sheu, J. C., McKay, D., & Storch, E. A. (2020). COVID-19 and OCD: Potential Impact of Exposure and Response Prevention Therapy. *J Anxiety Disord*, 76, 102314.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102314>
- Simons, J.S., & Gaher, R.M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and Validation of a Self-Report Measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
- Seyed Sarabi, Sh., & Asgari, Sh. (2018). The Prediction of Academic Self-Handicapping Based on Academic Engagement, Resilience and Tolerance of Distress in Female Students. *The Journal of Advances in Behavioral Sciences*, 3(25), 1-21.
<http://ijndibs.com/article-1-245-en.html> [Persian]
- Taylor, C. D., Bee, P., & Haddock, G. (2017). Does Schema Therapy Change Schemas and Symptoms? A Systematic Review Across Mental Health Disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 456-479.
<https://doi.org/10.1111/papt.12112>
- Thiel, N., Jacob, G.A., Tuschen-Caffier, B., Herbst, N., Kuelz, A.K., Hertenstein, E., Nissen, C., Voderholzer, U. (2016). Schema Therapy Augmented Exposure and Response Prevention in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder: Feasibility and Efficacy of a Pilot Study. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 52(1), 59-67.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.03.006>
- Tusiani-Eng, P., & Yeomans, K. (2018). Borderline Personality Disorder: Barriers to Borderline Personality Disorder Treatment and Opportunities for Advocacy. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 695-709.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.006>
- Twohig, M.P., Abramowitz, J.S., Smith, B.M., Fabricant, L.E., Jacoby, R.J., Morrison, K.L., Bluett, E.J., Reuman, L., Blakey, S.M., & Ledermann, T. (2018). Adding Acceptance and Commitment Therapy to Exposure and Response Prevention for Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Controlledtrial. *Behaviour Research and Therapy*, 108, 1-9.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.06.005>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Press.
<https://www.guilford.com/books/Schema-Therapy/Young-Klosko-Weishaar/9781593853723>
- Wagner, G., Köhler, S., Peikert, G., de la Cruz, F., Reess, T. J., Rus, O. G., Schultz, Ch., Koch, K., & Bär, K. J. (2019). Checking and Washing Rituals Are Reflected in Altered Cortical Thickness in Obsessive-Compulsive Disorder. *Cortex*, 117, 147-156.
<https://doi.org/10.1016/j.cortex.2019.03.012>
- Wahl, K., Salkovskis, P., Allegro, F., Miché, M., Kordon, A., Lieb, R., & Dar, R. (2020). Cognitive Motivations for the Initiation of Ritualistic Hand Washing in Obsessive-Compulsive Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 44(5), 943-953.
<https://doi.org/10.1007/s10608-020-10112-5>