

اثربخشی طرحواره درمانی بر نشخوارهای ذهنی و اضطراب بیماران وسواسی

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۱/۱۹ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۰/۱۲

خلاصه

مقدمه

محققان در دهه‌های اخیر علاقه زیادی به بررسی عوامل شناختی در بیماران وسواسی پیدا کردند؛ طرحواره-درمانی یکی از رویکردهای درمانی موثر در حیطه‌های مختلف است. هدف این پژوهش تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر نشخوارهای ذهنی و اضطراب بیماران وسواسی بود

روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی افراد مبتلا به وسواس منقطه ۱ تهران تشکیل دادند. از طریق فراخوان و مراجعه به کلینیک‌های روانشناسی منطقه ۱ شهر تهران، ۳۰ نفر مبتلا به وسواس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند؛ بدین ترتیب ابتدا پرسشنامه‌های نشخوارهای ذهنی و اضطراب به عنوان پیش آزمون اجرا شد سپس گروه آزمایش تحت طرحواره‌درمانی به مدت ۱۰ جلسه قرار گرفتند و در پایان از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد و داده‌های پژوهش با استفاده از کورایانس مورد تحلیل قرار گرفت.

نتایج

نتایج کورایانس نشان داد که طرحواره درمانی بر کاهش نشخوارهای ذهنی و اضطراب بیماران وسواس تاثیر مثبت و معنی داری دار ($p \leq 0/001$).

نتیجه گیری

با استفاده از رویکرد طرحواره درمانی می‌توان نشخوارهای ذهنی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال وسواس را کاهش داد.

کلمات کلیدی

طرحواره درمانی، نشخوارهای ذهنی، اضطراب، بیماران وسواسی

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

فاطمه محمدی^۱

مریم میرزائی^{۲*}

نسرين سلطانی^۳

مونا فدایی^۴

^۱ کارشناسی ارشد ارشد مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شیراز، شیراز، ایران

^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

^۳ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، رودهن، ایران

^۴ کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد گرمسار، گرمسار، ایران

* گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

Email:
57maryammirzaie@gmail.com

مقدمه

اختلال روانی یک بیماری با تظاهرات روانشناختی یا رفتاری همراه با ناراحتی قابل ملاحظه و اختلال کارکرد ناشی از یکی آشفته‌گی زیست‌شناختی، اجتماعی، روانشناختی، ژنتیک، فیزیکی یا شیمیایی است. ارزیابی آن بر حسب انحراف از یک مفهوم هنجاری صورت می‌گیرد. با نگاهی به دنیای امروزی به این مهم دست پیدا می‌کنیم که اختلال اضطرابی و روانشناختی مثل وسواس زیاد شده است؛ اختلال وسواس اختلال پیچیده‌ای است که مشخصه‌ی اصلی آن، افکار ناخواسته، تکراری و مزاحم (وسواس فکری) و نیز رفتارهای تکراری و آزاردهنده آیین‌مند (اعمال وسواسی) می‌باشد که بیمار به منظور اجتناب از اضطراب با خنثی کردن افکار وسواسی انجام می‌دهد (۱). اختلال وسواس فکری-عملی یکی از مشکلات جدی سلامت روان است و سالانه هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی هنگفتی را بر جامعه تحمیل می‌کند (۲). سازمان بهداشت جهانی این اختلال را به عنوان دهمین وضعیت ناتوان‌کننده پزشکی (شامل بیماری‌های جسمی و روانی) در نظر گرفته است (۳).

شیوع اختلال در جمعیت عادی ۲ تا ۳٪ و در بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های روانپزشکی تا ۱۰٪ گزارش شده است. داشتن فکر وسواسی یا عمل وسواسی همراه با سایر معیارها برای تشخیص کافی به نظر می‌رسد، اگرچه تا ۷۵٪ موارد، فرد اختلال وسواسی-جبری فکر و عمل وسواسی را با هم دارد (۴). شیوع اختلال وسواس در جمعیت ایرانی ۱/۸٪ (۰/۷ مردان و ۲/۸ درصد زنان) برآورد شده است (۵). نشانگان اختلال وسواسی - جبری بسیار متنوع است و طیفی از افکار نافذ و اشتغال خاطر تا اعمال و آداب وسواسی را در برمی‌گیرد. نشانگان آنقدر متنوع است که دو فرد دچار اختلال می‌توانند نشانگانی کاملاً متفاوت و بدون همپوشی داشته باشند (۶).

یکی از مسائل روانشناختی بیماران وسواسی، نشخوارهای ذهنی است (۷). نشخوارهای ذهنی در روان‌شناسی به عنوان تمرکز اجبارگونه توجه شخص، بر علائم و علل یک پریشانی و توجه به دلایل آن و نتایجش، به جای تمرکز بر راه‌های حل آن تعریف شده است. نشخوار ذهنی مشابه نگرانی است، با این تفاوت که نشخوار ذهنی بر احساسات بد و تجارب گذشته تمرکز دارد، در حالی که توجه نگرانی بر امکان بالقوه وقوع حوادث بد در آینده است. نشخوارهای ذهنی به عنوان فرایندی از تفکر مداوم در مورد احساسات و مشکلات فرد نسبت به معنای محتوای خاصی از افکار تعریف شده است (۸). نشخوار ذهنی در بیماری وسواس شامل افکاری هستند که به طور پایان‌ناپذیر مرور می‌شوند و به ناامیدی درباره آینده و ارزیابی‌های منفی درباره خود منجر می‌گردند. پژوهشی نشان داد که نگرانی و نشخوار ذهنی نقش اساسی در اختلال وسواسی دارند (۹). چندین مطالعه نیز به طور خاص به بررسی نشخوار فکری در وسواس پرداخته‌اند که همگی افزایش نشخوار فکری را در بیماران مبتلا به وسواس نسبت به افراد عادی گزارش نمودند. از سوی دیگر در حالی که افکار وسواسی و نشخوار فکری از لحاظ محتوا و شکل با هم متفاوتند، اما می‌توانند از یک آسیب‌پذیری شناختی واحد نشأت بگیرند (۱۰).

یکی دیگر از مسائل روانشناختی بیماران وسواسی، اضطراب است (۱۱). اضطراب یک احساس منتشر بسیار ناخوشایند و اغلب مبهم دلواپسی که با یک یا چند احساس جسمی همراه می‌گردد مثل احساس خالی شدن سردل، تنگی قفسه سینه، تپش قلب، تعریق، سردرد یا میل جبری ناگهانی برای دفع ادرار بی-قراری و میل برای حرکت نیز از علائم شایع است. اضطراب یک علامت هشدار دهنده است و خبری از خطر قریب‌الوقوع می‌دهد و شخصی را برای مقابله با تهدید آماده می‌سازد (۱۲).

پژوهشی نشان داد که اضطراب یکی از دلایل اصلی مبتلا به وسواس است و با نشخوارهای ذهنی نیز مرتبط است (۷).
 با توجه به مطالبی که ذکر شد، افراد مبتلا به وسواس دچار مشکلاتی در زمینه شناختی هستند. لذا این گروه از افراد نیاز به درمان و توجه پزشکان، روانشناسان و مشاوران دارند. علاوه بر تجویزهای پزشکی و مصرف قرص‌های مختلف، از بعد روانشناختی نیز رویکردهای مختلفی به منظور بهبود افراد دارای اختلال‌های روانی مثل وسواس بوجود آمده‌اند، یکی از این رویکردها، طرح‌واره درمانی است (۱۳)؛ در سال‌های اخیر توجه فزاینده‌ای به نظریاتی شده که به دنبال شناخت و معرفی فرایندهای شناختی مؤثر بر اختلال‌های روانی و مسائل شناختی بوده‌اند. یکی از پدیده‌های شناختی مورد توجه در این حوزه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌باشد. طرح‌واره‌های اولیه باورهایی هستند که افراد درباره خود، دیگران و محیط دارند که به طور معمول از ارضاء نشدن نیازهای اولیه به خصوص نیازهای عاطفی در دوران کودکی سرچشمه می‌گیرند (۱۴). در واقع طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در طول زندگی ثابت و پابرجا هستند و اساس ساخت‌های شناختی فرد را تشکیل می‌دهند. این طرح‌واره‌ها به شخص کمک می‌کنند تا تجارب خود را راجع به جهان پیرامون خود سازمان دهند و اطلاعات دریافتی را پردازش کنند (۱۵). طرح‌واره‌ها بازنمایی‌های دقیقی از محیط دوران کودکی و نوجوانی را نشان می‌دهند که اغلب زیر بنای نشانه‌های اختلالاتی همچون وابستگی بین فردی، اضطراب، افسردگی، سوء مصرف مواد، اختلالات روان‌تنی و غیره می‌باشد. بنابراین فرض اساسی این دیدگاه بر آن است که تجربه رویدادهای آسیب‌زا در کودکی می‌تواند زمینه ایجاد طرح‌واره‌های ناسازگار را بوجود آورد و وجود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه زمینه‌ساز اختلالات رفتاری و مشکلات هیجانی در افراد می‌گردد. بر همین اساس جهت برطرف نمودن

مشکلات رفتاری و هیجانی می‌بایست در درجه اول طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه افراد را تغییر داد (۱۶).
 مرور پژوهش‌ها نشان از این دارد که طرح‌واره درمانی بر متغیرهای مختلفی مثل اختلالات اضطرابی (۱۷، ۱۸، ۱۹)، افسردگی (۲۰)، بر نشانه‌های بالینی و طرح‌واره هیجانی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی (۲۱) و اختلال‌های خلقی (۲۲) تاثیر دارد.
 با توجه به شیوع گسترده وسواس در بین افراد و به تبع آن مشکلات شناختی مثل نشخوارهای ذهنی و اضطراب و دامنه تأثیر آن‌ها در تمام جنبه‌های زندگی افراد از یکسو و نیز نقش نظام شناختی و افکار افراد بویژه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در شکل‌گیری و تداوم این مشکلات از سوی دیگر و اثربخشی طرح‌واره درمانی در درمان اختلالات مختلف، این پژوهش در صدد بررسی این موضوع است که آیا طرح‌واره درمانی باعث کاهش نشخوارهای ذهنی و اضطراب بیماران مبتلا به وسواس می‌شود؟

مواد و روش کار

پژوهش حاضر، که از نوع کاربردی است به روش نیمه آزمایشی انجام شد. این پژوهش با استفاده از روش دوگروهی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شده است. جامعه این پژوهش را افراد مبتلا به وسواس منطقه ۱ شهرستان تهران تشکیل دادند، با هماهنگی صورت گرفته با کلینیک منتخب، از طریق آگهی فراخوان در شبکه‌های اجتماعی و دعوتنامه کتبی، محققان افرادی را که دارای وسواس دارند، شناسایی کرده، سپس با استفاده از نمونه در دسترس، پرسش‌نامه‌های نشخوارهای ذهنی و اضطراب اجرا شد. از میان کسانی که دارای بالاترین نمره از این پرسشنامه را داشتند، تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند که ۱۵ نفر در گروه کنترل و ۱۵ نفر در گروه آزمایش شرکت داشتند. سپس ۱۰ جلسه آموزشی، هفته ای یک بار به

سال ۱۳۸۹ به فارسی ترجمه و روایابی شده است. رابطه بین نمرات این پرسشنامه و نمرات افسردگی و اضطراب در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی ۰/۶۳ بدست آمد (۲۳). پایایی پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۸ بدست آمد.

پرسشنامه اضطراب: پرسشنامه اضطراب بک، یک پرسشنامه خود گزارشی است که برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده‌است. این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ ماده‌ای است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه که نشان دهنده شدت اضطراب است را انتخاب می‌کند. چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهار بخشی از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین نمره کل این پرسشنامه در دامنه‌ای از ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد. این پرسشنامه از اعتبار روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۹۲، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده‌است که همگی نشان‌دهنده کارایی بالایی این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب می‌باشد. در این پژوهش نیز پایایی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۲ بدست آمد.

مدت ۹۰ دقیقه برای گروه آزمایشی برگزار شد. در آخرین جلسه، مجدداً پرسشنامه‌های پژوهش به عنوان پس آزمون در اختیار گروه‌های شرکت کننده در این مطالعه قرار گرفت. بدین ترتیب، اطلاعات مورد نیاز جمع آوری شده و سپس با استفاده از نرم‌افزار SPSS ورژن ۲۳ و روش کوواریانس (ANCOVA) مورد تجزیه و تحلیل واقع شدند. بدین صورت، از طریق مقایسه دو گروه، فرضیه‌های پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه نشخوار ذهنی: پرسشنامه نشخوار فکری توسط نولن هوکسما و مارو در سال ۱۹۹۳ ساخته شده و چهار نوع متفاوت از واکنش به خلق منفی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پرسشنامه سبک‌های پاسخ از دو مقیاس پاسخ نشخواری و مقیاس پاسخ‌های پرت کننده حواس تشکیل شده است (۸). پرسشنامه پاسخ نشخواری ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود هر کدام را در مقیاسی از ۰ (هرگز) تا ۴ (همیشه) درجه بندی کنند. بر پایه شواهد تجربی این پرسشنامه دارای اعتبار درونی بالینی است. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه از ۸۸ تا ۹۱ قرار دارد. اعتبار بازآزمایی نیز ۰/۶۷ گزارش شده است. این پرسشنامه توسط باقری نژاد، صالحی فدردی و طباطبایی در

جدول ۱. برنامه مداخلات طرحواره درمانی

شماره جلسات	عنوان جلسه	شرح کلی مداخله
اول / عمومی	آشنایی مقدماتی با رویکرد، آماده سازی اولیا	معارفه، اهداف جلسات، تعداد جلسات، ایجاد انگیزه و اهمیت طرح آموزشی و پژوهشی، اجرا و جمع آوری پرسشنامه‌های پژوهش
دوم	شناسایی طرحواره‌ها شروع تکنیک‌های شناختی	توضیح مختصر در رابطه با اهداف و قوانین و مقررات گروه، تکمیل فرم تعهد نامه، آشنایی با طرحواره‌های ناسازگار، شکل‌گیری و تداوم آن، حیطه‌ها و نیازهای مرتبط، دسته بندی طرحواره‌های اعضا خود تحلیلی، آغاز اجرای تکنیک‌ها و راهبردهای درمانی با هدف بهبود طرحواره‌ها، ارائه تکالیف خانگی، جمع بندی مباحث
سوم	ادامه تکنیک‌های شناختی	مرور مباحث قبلی، توضیح سبک‌های مقابله‌ای و تبادل نظر با اعضا، ارائه تکالیف مربوط به استفاده از سبک‌های مقابله‌ای در زندگی روزمره و ذکر موارد عینی آن، برقراری گفتگو بین جنبه امیدوارکننده و نا امید کننده ذهن، ارائه تکالیف خانگی، جمع بندی مباحث

چهارم	ادامه تکنیک‌های شناختی	مرور مباحث قبلی، تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی سالم، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره ها، تکنیک رو به پایین، مرور تکنیک‌های شناختی از جلسات قبلی، ارائه تکالیف خانگی، جمع بندی مباحث
پنجم	شروع تکنیک‌های تجربی	مرور مباحث قبلی، تصویر سازی از مکان امن، ایجاد تغییر در روند خاطرات هیجانی آزار دهنده (نوشتن چند نمونه از خاطرات هیجانی مهم زندگی فرد)، ارائه تکالیف خانگی، جمع بندی مباحث
ششم	ادامه تکنیک‌های تجربی	مرور مباحث قبلی، بکارگیری تکنیک‌های ذهن آگاهی و تن آرامی، گفتگوهای خیالی (در قالب تصویر سازی ذهنی) با باعث و بانی طرحواره، ارائه تکالیف خانگی، جمع بندی
هفتم	ادامه تکنیک‌های تجربی	مرور مباحث قبلی، نوشتن نامه به باعث و بانی طرحواره، مرور و تکرار مجدد بر تکنیک‌های شناختی و تجربی، ارائه تکالیف خانگی، جمع بندی مباحث
هشتم	شروع تکنیک‌های رفتاری	مرور مباحث قبلی، توصیف دقیق رفتارهای مقابله‌ای، الویت بندی رفتارهای مقابله‌ای، ارائه تکالیف خانگی، جمع بندی مباحث
نهم	ادامه تکنیک‌های رفتاری	مرور مباحث قبلی، تغییر احتمالی رفتار، مرور و تکرار تکنیک‌های رفتاری، ارائه تکالیف خانگی، جمع بندی مباحث
دهم/عمومی	جمع بندی و اختتام	مرور مباحث قبلی، توزیع و تکمیل مجدد پرسشنامه های پژوهش (هر دو گروه گواه و آزمایش)، پرسش و پاسخ به سؤالات، بحث و نتیجه گیری از کل جلسات، اختتام جلسه

نتایج

همانطور که مشاهده می‌شود، تفاوت معنی داری در میانگین

سنی دو گروه مشاهده نشد.

در این پژوهش ۳۰ نفر مبتلا به وسواس در دو گروه آزمایش و کنترل حضور داشتند که میانگین سنی گروه آزمایش ۳۶/۳۱ و گروه آزمایش ۳۵/۷۴ بود.

جدول ۳. آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین سن دو گروه

مقدار P	انحراف معیار	میانگین	گروه
۰/۱۳۲	۳/۱۳	۳۶/۳۱	گروه آزمایش
	۳/۵۶	۳۵/۷۴	گروه گواه

در جدول ۱ نتیجه آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین سن زنان شرکت در دو گروه آزمایش و آزمایش آورده شده است؛

جدول ۴. نتایج توصیفی نمرات نشخوارهای ذهنی و اضطراب بیماران وسواسی به تفکیک گروه

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نشخوارهای ذهنی	آزمایش	۴۸/۴۳	۸/۹۴	۴۰/۱۲	۷/۷۶
	گواه	۴۹/۴۳	۷/۳۲	۴۸/۷۶	۸/۰۳
اضطراب	آزمایش	۳۷/۲۳	۶/۱۲	۲۵/۲۱	۸/۱۷
	گواه	۳۸/۲۹	۷/۰۷	۳۹/۰۳	۸/۶۷

با توجه به عنوان کنترل تفاوت‌های اولیه استفاده کرده بود. قبل از آزمایش نسبت به نمرات گروه کنترل تغییرات محسوسی در پس آزمون نشخوارهای ذهنی و اضطراب نشان می‌دهند. در ادامه به منظور بررسی معنی‌داری تفاوت، از آزمون کواریانس استفاده شد. دلیل استفاده از این آزمون این بود که محققان از پیش-آزمون به عنوان کنترل تفاوت‌های اولیه استفاده کرده بود. قبل از اینکه از آزمون کواریانس استفاده شود مفروضه‌های این آزمون با استفاده از آزمون کالموگراف اسمیرنوف و آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. در جداول ۵ و ۶ به گزارش کواریانس پرداخته می‌شود:

با توجه به جدول ۴ مشخص است که نمرات پس آزمون گروه آزمایش نسبت به نمرات گروه کنترل تغییرات محسوسی در پس آزمون نشخوارهای ذهنی و اضطراب نشان می‌دهند. در ادامه به منظور بررسی معنی‌داری تفاوت، از آزمون کواریانس استفاده شد. دلیل استفاده از این آزمون این بود که محققان از پیش-

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس پس آزمون نمرات نشخوار ذهنی پس از تعدیل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگن مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
پیش آزمون	۳۰۶/۷۶	۱	۳۰۶/۷۶	۲/۵۴	/۰۶۸
گروه (متغیر مستقل)	۲۷۸/۲۴	۱	۲۷۸/۲۴	۱۱/۶۴	/۰۰۱

همانطور که در جدول ۴ مشخص است، مجموع مجذورات متغیر مستقل ۲۷۸/۲۴ می‌باشد که منجر به اندازه آزمون F ۱۱/۶۴ می‌شود که اندازه این آزمون F در سطح یک درصد معنی دار است. به عبارتی دیگر، بین دو گروه کنترل و آزمایش در میزان نشخوار ذهنی بعد از تعدیل اثر پیش آزمون تفاوت

معنی دار می‌باشد. با توجه به میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون (در جدول ۴ ذکر شده است) به این نتیجه می‌توان رسید که طرحواره درمانی بر نشخوار ذهنی بیماران دارای وسواس اثربخش است.

جدول ۶. نتایج تحلیل کواریانس پس آزمون نمرات اضطراب پس از تعدیل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگن مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
پیش آزمون	۴۰۵/۱۶	۱	۴۰۵/۱۶	۳/۶۷	/۰۰۷
گروه (متغیر مستقل)	۳۱۹/۳۱	۱	۳۱۹/۳۱	۱۴/۶۵	/۰۰۱

همانطور که در جدول ۴ مشخص است، مجموع مجذورات متغیر مستقل ۳۱۹/۳۱ می‌باشد که منجر به اندازه آزمون F ۱۴/۶۵ می‌شود که اندازه این آزمون F در سطح یک درصد معنی دار است. به عبارتی دیگر، بین دو گروه کنترل و آزمایش در میزان اضطراب بعد از تعدیل اثر پیش آزمون تفاوت معنی

دار می‌باشد. با توجه به میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون (در جدول ۴ ذکر شده است) به این نتیجه می‌توان رسید که طرحواره درمانی بر اضطراب بیماران دارای وسواس اثربخش است.

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر نشخوارهای ذهنی و اضطراب بیماران وسواسی بود. اولین نتیجه پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی بر کاهش نشخوارهای ذهنی بیماران وسواسی تاثیر دارد. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های مرتبطی مثل (۲۰، ۲۱ و ۲۲) همسو بود.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که افراد مبتلا به وسواس نسبت به افراد نرمال و سالم، افکار وسواسی و نشخوارهای ذهنی زیادی دارند. این افراد از طرحواره‌های ناسازگاری زیادی برخوردار هستند؛ در نتیجه هر اندازه از طرحواره‌های مختلف خود آگاهتر بشوند، افکار ذهنی خود را بهتر می‌توانند کنترل و مدیریت بکنند. طرحواره درمانی، شیوه درمانی ابتکاری و تلفیقی است که توسط یانگ و همکاران پایه گذاری شده و او کوشیده تا طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد را با بکارگیری مبانی و راهبردهای روش‌های درمان شناختی - رفتاری و مؤلفه‌هایی از سایر نظریه‌ها مثل دلبستگی، روابط شیء ای، ساختار گرایی و روان تحلیل گری و تلفیق یکپارچه و منسجم آن‌ها با یکدیگر، یک مدل درمانی جدیدی را برای درمان اختلالات دیرپا مانند اختلالات وسواسی و اضطرابی ارائه دهد (۲۴).

براین اساس طرحواره درمانگر با استفاده از رویکرد طرحواره‌درمانی نخست مراجع را نسبت به این موضوعات شناختی و ریشه مسائل آگاه می‌کند. مراجع طرحواره‌هایش را می‌شناسد و مکانیسم اثر و نحوه پدیدآیی آنرا درک می‌کند. عواملی که هر کدام در روند درمان تأثیر بسزایی دارند. چرا که به عقیده ژانگ و هه (۱۴) بیماران اغلب طرحواره را با واقعیت اشتباه می‌گیرند. بیماران معتقدند که طرز فکر آن‌ها نسبت به خودشان برداشت‌های شخصی نیستند بلکه نشانگر واقعیت‌اند، یکی از دلایل اینکه بیماران طرحواره را با واقعیت اشتباه می‌گیرند این است که طوری رفتار می‌کنند که طرحواره شان تأیید شود.

درمانگر پس از شناسایی طرحواره‌ها توسط بیمار و سپس به چالش کشیدن آن‌ها از تکنیک‌های درمانی مختلفی استفاده

می‌کند. برای نمونه با استفاده از تکنیک تصویر سازی ذهنی و ایفای نقش، ذهن مراجع را آماده پذیرش مسئولیت در زندگی روزمره می‌کند. استفاده از تکنیک‌های تغییر رفتار و یا ایجاد تغییرات مهم در زندگی نیز موجب شکل‌گیری سبک جدید از ارتباط فرد با جهان پیرامونی می‌گردد. در کنار این تمرین‌ها، درمانگر به تقویت سبک‌های مقابله‌ای فرد می‌پردازد و از این طریق با افزایش توانمندی فرد در مقابله با رویدادهای استرس‌زا، موجب کاهش نشخوارهای ذهنی او نیز می‌گردد.

دومین نتیجه پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی بر کاهش اضطراب بیماران وسواسی تاثیر دارد. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های مرتبطی مثل (۱۷، ۱۸ و ۱۹) همسو بود.

مرور پژوهش‌ها نشان از این دارد که اضطراب بیماران وسواسی نسبت به افراد عادی بیشتر است (.). یانگ و همکاران (۱۶) معتقدند که فرد طرحواره‌هایی از کودکی با خود به بزرگسالی می‌آورد که این طرحواره‌ها معمولاً ناسازگار بوده و شرایط زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهند و برای بهبود شرایط زندگی فرد، باید طرحواره‌هایش را بهبود داد. در همین رابطه بررسی نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در اضطراب نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با مدل‌های سلسله‌مراتبی شناختی اضطراب بر سطوح لایه‌های افکار تأثیر گذاشته و متقابل این سطوح افکار در تداوم طرحواره‌ها نقش دارند.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که رویکرد طرحواره‌درمانی، رویکردی مشکل‌از رویکردهای شناختی-رفتاری، بین فردی، دلبستگی و تجربی در قالب یک مدل درمانی یکپارچه است که با استفاده از چهار تکنیک اصلی شناختی، رفتاری، رابطه‌ای و تجربی در افراد وسواسی که اضطراب بالایی دارند، بر زیر سوال بردن طرحواره‌های ناسازگار اولیه که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی است، از نظر هیجانی باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون شده مثل خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیزگی و دلبستگی ایمن به دیگران در سال‌های کودکی می‌شود (۲۵).

در طرحواره‌درمانی همچنین درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا برای جایگزین نمودن الگوهای رفتاری سازگارتر و جدیدتر به

نهایت کاهش نشخوارهای ذهنی و اضطراب بیماران وسواسی می‌گردد.

از محدودیت‌های این پژوهش با توجه به اینکه روش نمونه‌گیری از نوع دردسترس بود، تعمیم نتایج باید با احتیاط انجام شود. پژوهش حاضر بر روی ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به وسواس شهر تهران انجام پذیرفته، لذا در تعمیم نتایج به سایر جوامع باید جانب احتیاط را رعایت کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، به منظور تعمیم‌دهی بهتر نتایج، از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. پیشنهاد می‌شود تاثیر طرحواره درمانی مخصوصا تکنیک‌های هیجانی بر افراد مبتلا به سایر بیماری‌ها از جمله فشارخون بالا، دیابت، ام‌اس، میگرن و ... نیز مورد بررسی قرار گیرد و تحقیق مشابه در جوامع دیگر و با جامعه آماری بزرگ‌تر به منظور تعمیم‌دهی بهتر نتایج انجام گردد و در نهایت تحقیقات دیگری با هدف بررسی ماندگاری نتایج درمان و مقایسه روش‌های درمانگری مختلف بر اساس دوره‌های زمانی بلندمدت و کوتاه مدت انجام شود.

جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد، تکالیف خانگی را طرح ریزی نماید. درمانگر با استفاده از روش‌های مانند غرقه‌سازی می‌تواند اضطراب بیماران را به نحو چشمگیری کاهش دهد. از دیگر تکنیک‌های درمانی روش پیکان رو به پایین است. بعضی از افکار منفی، درست از آب درمی‌آیند مانند اینکه بیمار پیش بینی می‌کند در مهمانی طرد خواهد شد یا مورد بی‌اعتنایی بقیه قرار می‌گیرد. از این رو جستجوی باورهای زیربنایی ترس، به او کمک می‌کند تا فکر را از درجه اعتبار ساقط کند. درمانگر در این تکنیک، مدام درباره فکر یا واقعه از بیمار سوال می‌کند تا باورهای مرکزی فرد به طور کامل شناسایی گردد. همان باوری که هسته اصلی مشکلات محسوب می‌شود.

در نهایت به عنوان نتیجه و تبیین نهایی می‌توان گفت که طرحواره‌درمانی با استفاده از تکنیک‌ها و تمرین‌های مختلف که رویکردهای تحلیلی، شناختی و رفتاری برگرفته شده است در سطوح مختلف موجب پدیدآیی بینش، تغییر نظام شناختی و در

Reference

1. Pinals DA, Appelbaum PS, Bonnie R, Fisher CE, Gold LH, Lee LW. American Psychiatric Association: position statement on firearm access, acts of violence and the relationship to mental illness and mental health services. *Behavioral sciences & the law*. 2015 Jun;33(2-3):195-8.
2. Ellard KK, Fairholme CP, Boisseau CL, Farchione TJ, Barlow DH. Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2010 Feb 1;17(1):88-101.
3. Campbell, Rebecca. *Spatial and Gendered Discourses of Obsessive Compulsive Disorder*. 2011; Being a thesis submitted in fulfillment of the requirements for the degree of Master of Social Sciences at The University of Waikato.
4. Merrill A, Gershuny B, Baer L, Jenike MA. Depression in comorbid obsessive- compulsive disorder and posttraumatic stress disorder. *Journal of clinical psychology*. 2011 Jun;67(6):624-8.
5. Ranjbarsoudjani Y, Sharifi K, Sayyah S, Malekmohammadi Z. The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Modifying Irrational Beliefs and Reducing Avoidance of Couples with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Counseling Research*. 2017; 1 (1): 0-1
6. Thomas SJ, Gonsalvez CJ, Johnstone SJ. How specific are inhibitory deficits to obsessive-compulsive disorder? A neurophysiological comparison with panic disorder. *Clinical Neurophysiology*. 2014 Mar 1;125(3):463-75.
7. Jessup SC, Knowles KA, Berg H, Olatunji BO. Anger rumination is not uniquely characteristic of obsessive-compulsive disorder. *Personality and Individual Differences*. 2019 Apr 1;140:10-4.
8. Wisco BE, Nolen-Hoeksema S. Interpretation bias and depressive symptoms: The role of self-relevance. *Behaviour Research and Therapy*. 2010 Nov 1;48(11):1113-22.
9. Wahl K, Ertle A, Bohne A, Zurowski B, Kordon A. Relations between a ruminative thinking style and obsessive-compulsive symptoms in non-clinical samples. *Anxiety, Stress, & Coping*. 2011 Mar 1;24(2):217-25.

10. Moritz S, Claussen M, Hauschildt M, Kellner M. Perceptual properties of obsessive thoughts are associated with low insight in obsessive-compulsive disorder. *The Journal of nervous and mental disease*. 2014 Jul 1;202(7):562-5.
11. Scherma M, Giunti E, Fratta W, Fadda P. Gene knockout animal models of depression, anxiety and obsessive compulsive disorders. *Psychiatric genetics*. 2019 Oct 1;29(5):191-9.
12. Weinberg A, Kotov R, Proudfit GH. Neural indicators of error processing in generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, and major depressive disorder. *Journal of abnormal psychology*. 2015 Feb;124(1):172.
13. Thiel N, Jacob GA, Tuschen-Caffier B, Herbst N, Kuelz AK, Hertenstein E, Nissen C, Voderholzer U. Schema therapy augmented exposure and response prevention in patients with obsessive-compulsive disorder: Feasibility and efficacy of a pilot study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2016 Sep 1;52:59-67.
14. Zhang D, He H. Personality traits and life satisfaction: A Chinese case study. *Social Behavior and Personality: an international journal*. 2010 Sep 1;38(8):1119-23.
15. Maltby J, Day L. Religious orientation and death obsession. *The Journal of genetic psychology*. 2000 Mar 1;161(1):122-4.
16. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy*. New York: Guilford. 2003;254.
17. Maleki Z, Naderi I, Ashoori J, Zahedi O. The effect of schema therapy on reducing symptoms of anxiety and depression in nursing and midwifery students. *jmed*. 2015; 10 (1) :47-56
18. Khoshnevis E, Ahmadzadeh S, Zomorodi S. The Effectiveness of Schema Therapy- based Training on Generalized Anxiety, Intolerance of Uncertainty and Cognitive Distortion in University Students. *Health Develop J*. 2018; 7 (3) :250-261
19. Hamidpour H, Doulatshahi B, Pourshahbaz A, et al. The Efficacy of Schema Therapy in Treating Women's Generalized Anxiety Disorder . *Iranian Journal Psychiatry Clinical Psychology*. 2011; 16(4): 420-31.
20. Malogiannis IA, Arntz A, Spyropoulou A, Tsartsara E, Aggeli A, Karveli S, Vlavianou M, Pehlivanidis A, Papadimitriou GN, Zervas I. Schema therapy for patients with chronic depression: a single case series study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2014 Sep 1;45(3):319-29.
21. AbediShargh N, Ahvan M, Doustian Y, Azami Y, Hoseini S. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Clinical Symptoms and Emotional Schema in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Clinical Psychology Studies*, 2016; 7 (26): 149-163.
22. Batmaz S, Kaymak SU, Kocbiyik S, Turkcapar MH. Metacognitions and emotional schemas: a new cognitive perspective for the distinction between unipolar and bipolar depression. *Comprehensive psychiatry*. 2014 Oct 1;55(7):1546-55.
23. BagheriNejad M, Salehi J, TabaTabaei M, The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian students. *Educational Studies and Psychology*, 2010; 11 (1): 21-38.
24. Heilemann MV, Pieters HC, Kehoe P, Yang Q. Schema therapy, motivational interviewing, and collaborative-mapping as treatment for depression among low income, second generation Latinas. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2011 Dec 1;42(4):473-80.
25. Carter JD, McIntosh VV, Jordan J, Porter RJ, Frampton CM, Joyce PR. Psychotherapy for depression: a randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *Journal of affective disorders*. 2013 Nov 1;151(2):500-5.

Original Article

The Effectiveness of Schema Therapy on Mental Rumination and Anxiety in Obsessive-Compulsive Patients

Received: 08/04/2019 - Accepted: 02/01/2020

Fatemeh Mohammadi¹
Maryam Mirzaei^{2*}
Nasrin Soltani³
Mona Fadaei⁴

¹ MA in Educational Management, Islamic Azad University, Shiraz Branch, Shiraz, Iran

² MA in General Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

³ MA in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Roudehen Branch, Roudehen, Iran.

⁴ MA in Educational Psychology, Garmsar Azad University, Garmsar, Iran

* Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

Email:
57maryammirzaie@gmail.com

Abstract

Introduction: In recent decades, researchers have become increasingly interested in examining cognitive factors in obsessive-compulsive patients; schema therapy is one of the most effective therapeutic approaches in various domains. The purpose of this study was to determine the effectiveness of schema therapy on the rumination and anxiety of obsessive-compulsive patients.

Materials and Methods: The present study was a quasi-experimental study with pretest-posttest design with control group. The statistical population of this study consisted of all individuals with OCD 1 in Tehran. Through recall and referral to psychology clinics in district 1 of Tehran, 30 patients with obsessive-compulsive disorder were selected and randomly assigned into two groups of experimental and control. Then the experimental group underwent 10 sessions of Schema Therapy and at the end of both groups the post-test was performed.

Results: The results of covariance showed that schema therapy had a positive and significant effect on reducing rumination and anxiety in obsessive-compulsive patients ($p \leq 0.001$).

Conclusion: Schema therapy can reduce the rumination and anxiety of patients with obsessive-compulsive disorder.

Key words:

Schema Therapy, Mental Rumination, Anxiety, Obsessive-Compulsive Patients

conflict of interest: There is no conflict of interest.