

The Effectiveness of Teaching Schema Therapy Concepts on Cognitive Avoidance and Ambiguity Tolerance in People with Obsessive-Compulsive Symptoms

Mokhtar Weisani ^{*1}, Serveh Ghasemi ², Vahid Manzari Tavakoli ³

1. Assistant Professor of Department of Educational Science, Farhangian University, Tehran, Iran
2. Msc in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Sanandaj Branch, Sanandaj, Iran
3. Assistant Professor of Department of Educational Science, Farhangian University, Tehran, Iran

Received: 2024/01/15

Accepted: 2024/04/16

Abstract

Introduction: Individuals with obsessive-compulsive disorder (OCD) often experience a range of cognitive errors and delusional problems, highlighting the need for effective therapeutic interventions. The present study aimed to investigate the effectiveness of teaching schema therapy concepts on delusional beliefs and cognitive avoidance in individuals with obsessive-compulsive symptoms.

Materials and Methods: This quasi-experimental study utilized a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population comprised individuals with OCD who referred to counseling and psychiatric centers in Sanandaj during 2022-2023. A total of 30 participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to either the experimental group or the control group, with 15 participants in each group. The experimental group underwent schema therapy over eight weekly sessions, each lasting 90 minutes, while the control group received no intervention. Data were collected using the Brown (1989), Peters (2013), and Sexton and Dugas (2004) cognitive avoidance questionnaires. Data analysis was performed using SPSS-24 software and variance analysis.

Results: The results indicated that schema therapy significantly reduced delusional beliefs and cognitive avoidance, with follow-up assessments demonstrating that these effects were lasting ($p < 0.01$).

Conclusion: Schema therapy employs experiential techniques that enable patients to emotionally process maladaptive thought and emotional patterns, thereby reducing delusional beliefs and cognitive avoidance in individuals with OCD.

***Corresponding Author:** Mokhtar Weisani

Address: Sanandaj, Farhangian University.

Tel: 09126437992

E-mail: m.weisani@cfu.ac.ir

Keywords schema-therapy, obsessive-compulsive disorder, delusional beliefs, cognitive avoidance

How to cite this article: Weisani M., Ghasemi S., The effectiveness of teaching schema therapy concepts on cognitive avoidance and ambiguity tolerance in people with obsessive-compulsive symptoms, Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 2024; 31(4):456-466.

Introduction

Obsessive Compulsive Disorder (OCD) is one of the debilitating mental disorders, with a lifetime prevalence of about 2%, typically beginning in adolescence. Obsessions manifest as disturbing thoughts, images, and impulses that contain unacceptable and false content, differing from individual experiences and inconsistent with personal attitudes, values, and self-concept. Practical obsession involves attempts to eliminate these disturbing thoughts and prevent their consequences by performing rituals. This state is negatively reinforced due to the reduction of stress, which prevents individuals from learning that their thoughts are exaggerated and unrealistic. Those affected by OCD often employ various cognitive strategies to cope with disturbing thoughts; one such strategy is cognitive avoidance. Cognitive avoidance includes the suppression of thoughts, thought substitution, and distraction, which are commonly used by individuals with OCD. Additionally, it appears that people with OCD hold dysfunctional beliefs, including delusional beliefs, alongside ineffective cognitive strategies. Delusions are fixed beliefs, often known as perceptual illusions, which may seem strange or not; however, the individual consistently attempts to provide a logical explanation for them. Among the treatments utilized in Iranian samples for OCD, schema therapy has rarely been addressed for these individuals. Most research has focused on the relationship between schemas and the symptoms of OCD. Therefore, considering the enduring nature of schema therapy and after reviewing the research background, as well as identifying a gap in the literature regarding the effects of schema therapy on individuals with OCD, this study aims to answer the question of whether teaching schema therapy concepts can effectively address delusional beliefs and cognitive avoidance in people with OCD.

Methodology

The present study was a semi-experimental design utilizing a pre-test, post-test, and follow-up with a control group. The statistical population consisted of individuals with obsessive-compulsive disorder who sought assistance at counseling and psychiatry centers in Sanandaj city during the years 1401-1402. Using a convenience sampling method, 30 participants who met the criteria for inclusion in the study were selected. After explaining the objectives of the

research and obtaining informed consent, these participants were randomly assigned to either the experimental group or the control group, with 15 participants in each group.

The schema therapy treatment was conducted over eight sessions, each lasting 90 minutes and scheduled once per week for the experimental group, while the control group received no intervention during this period. To collect data, we utilized Brown's (1989) measure, Peters' Delusions Questionnaire (2013), and Sexton and Dugas's Cognitive Avoidance Questionnaire (2004). The data were analyzed using SPSS version 24, employing variance analysis methods.

Results

The analysis of the findings revealed that teaching schema therapy concepts significantly reduced delusional beliefs and cognitive avoidance, with results reaching statistical significance at the 0.05 level. Additionally, the one-month follow-up results indicated that the effects of schema therapy concepts were also significant over time at the 0.05 level.

Discussion

The present study aimed to investigate the effectiveness of teaching schema therapy concepts on delusional beliefs and cognitive avoidance in individuals with obsessive-compulsive symptoms. Data analysis indicated that schema therapy significantly reduced delusional beliefs in the experimental group compared to the control group. This finding can be explained by the nature of delusional beliefs, which are strong, false beliefs resistant to contradictory evidence. One potential cause of these beliefs may be rooted in incompatible schemas associated with various psychological conditions, including obsessive-compulsive disorder (OCD). The complex nature of delusional beliefs, particularly in the context of OCD, can be deeply ingrained and resistant to change. These beliefs are often linked to cognitive distortions and maladaptive schemas, which are central to schema therapy. However, addressing delusional beliefs may require specialized interventions and even pharmacotherapy, which schema therapy alone may not fully address. The analysis of the second hypothesis revealed that schema therapy also reduced cognitive avoidance in individuals with

obsessive-compulsive symptoms in the experimental group compared to the control group. This finding can be explained by the schema therapy approach, which targets deep-rooted patterns known as "schemas" formed in childhood that can lead to emotional and psychological issues. The goal of this treatment is to help individuals recognize these negative schemas and replace them with healthier cognitive and behavioral strategies. Cognitive avoidance refers to the tendency to avoid or suppress uncomfortable thoughts, emotions, or memories. In the context of OCD, cognitive avoidance often involves attempts to neutralize obsessive thoughts, which can perpetuate the disorder and maintain anxiety and distress. Schema therapy assists individuals in recognizing when they engage in cognitive avoidance by identifying maladaptive thought patterns (schemas) and avoidance strategies. Therapists create a safe and empathetic environment, encouraging individuals to confront their thoughts and feelings rather than avoid them, helping them understand the origins and motivations behind these thoughts. This research also had some limitations, including the use of convenience sampling and the lack of investigation into certain

intervening variables. The sample consisted of individuals seeking help at counseling and psychology centers in Sanandaj, so caution should be exercised when generalizing the findings.

Conclusion

The results of the present research on the effectiveness of teaching schema therapy concepts for addressing delusional beliefs and cognitive avoidance in individuals with obsessive-compulsive symptoms have practical implications for therapists and health professionals. Based on these findings, schema therapy concepts can be effectively utilized in counseling and psychotherapy centers to intervene with individuals diagnosed with obsessive-compulsive disorder.

Acknowledgment

The researchers consider it necessary to appreciate and thank all the participants and colleagues.

Conflict of Interest: The authors declare that there is no conflict of interest regarding the publication of this manuscript.

اثربخشی آموزش مفاهیم طرحواره درمانی بر باورهای هذیانی و اجتناب شناختی در افراد دارای علائم وسواس فکری- عملی

مختار ویسانی^۱، سروه قاسمی^۲، وحید منطری توکلی^۳

۱. استادیار، گروه آموزش علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران

۲. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سنندج، سنندج، ایران

۳. استادیار، گروه آموزش علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۱/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: افراد دارای اختلال وسواس فکری- عملی طیفی از انواع خطاهای شناختی مشکلات هذیانی را تجربه می‌کنند که نیازمند شناخت بیشتر مداخلات درمانی است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مفاهیم طرحواره‌درمانی بر باورهای هذیانی و اجتناب شناختی در افراد دارای علائم وسواس فکری- عملی انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری باگروه کنترل بود. جامعه آماری افراد دارای اختلال وسواس فکری- عملی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌پزشکی شهر سنندج در سال ۱۴۰۱ تا ۱۴۰۲ بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر از آن‌ها انتخاب و سپس به‌شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. درمان طرحواره‌درمانی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یکبار برای گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای در این مدت دریافت نکردند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های وسواس فکری عملی براون (۱۹۸۹)، هذیان پیترز (۲۰۱۳) و اجتناب شناختی سکستون و دوگاس (۲۰۰۴) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24 و روش تحلیل واریانس تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد جلسات مفاهیم طرحواره‌درمانی باعث کاهش باورهای هذیانی و اجتناب شناختی می‌شود و نتایج پیگیری یک‌ماهه نشان داد که این تأثیر ماندگار بود.

نتیجه‌گیری: طرحواره‌درمانی شامل تکنیک‌های تجربی است که به بیماران امکان می‌دهد الگوهای قالبی افکار و هیجانات خود را به‌صورت عاطفی پردازش کنند که باعث کاهش باورهای هذیانی و اجتناب شناختی در بیماران دارای اختلال وسواس می‌شود.

* نویسنده مسئول: مختار

ویسانی

نشانی: سنندج، دانشگاه

فرهنگیان

تلفن: ۰۹۱۲۶۴۳۷۹۹۲

رایانامه:

m.weisani@cfu.ac.ir

شناسه ORCID: 0000-

0003-0018-9045

شناسه ORCID نویسنده اول:

0000-0003-0018-9045

کلیدواژه‌ها:

طرحواره‌درمانی، اختلال وسواس فکری- عملی، باورهای هذیانی، اجتناب شناختی

۱. مقدمه

اختلال وسواسی- جبری از اختلالاتی با هسته اضطرابی به سمت اختلالاتی که تأکید بر رفتارهای تکرارشونده و فعالیت‌های ذهنی تکراری دارند، تغییر یافت (۲). شواهد فراوانی از آسیب به کارکردهای اجرایی در اختلال وسواسی جبری خبر می‌دهند. حدود ۳۰ درصد از کودکان و نوجوانان دارای اختلال

اختلال وسواسی جبری^۱، یکی از اختلالات ناتوان‌کننده روانی با شیوع حدود ۲ درصد در طول زندگی است که آغاز آن در دوره نوجوانی است. پس از تغییراتی که در آخرین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری طبقه‌بندی اختلالات روانی ۲ مطرح شد (۱)،

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder - 5

1. Obsessive-compulsive disorder

Copyright © 2024 Sabzevar University of Medical Sciences. This work is licensed under a Creative Commons Attribution- Non Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Published by Sabzevar University of Medical Sciences.

مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۳۱، شماره ۴، مهر و آبان ۱۴۰۳، ص ۴۶۶-۴۵۶

آدرس سایت: <http://jsums.medsab.ac.ir> رایانامه: journal@medsab.ac.ir

شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

وسواسی- جبری معیارهای تشخیصی اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه دارند (۳). وسواس فکری به صورت افکار، تصورات و تکانه‌های مزاحم است که این افکار دارای محتوای غیرقابل قبول، دروغین، متفاوت با تجارب فردی و غیرهمسو با نگرش‌ها، ارزش‌های و خود است. وسواس عملی با انجام مراسم آیینی به صورت تلاش برای حذف افکار مزاحم و جلوگیری از عواقب این افکار است. این حالت به دلیل کاهش استرس به صورت منفی تقویت می‌شود و به دنبال آن مانع از یادگیری این مسئله می‌شود که تفکرات آنها اغراق آمیز و غیرواقعی است (۴).

این افراد برای رهایی از افکار مزاحم، انواعی از راهکارهای مختلف شناختی را به کار می‌گیرند (۵)، یکی از این راهکارها اجتناب شناختی ۱ است (۶). اجتناب شناختی شامل: سرکوب افکار، جانشینی فکر و حواس‌پرتی می‌باشد که مبتلایان به اختلال وسواس فکری-عملی از این راهبرد استفاده می‌کنند (۷). اجتناب شناختی موجب پرت شدن حواس شخص مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی به عوامل دیگر می‌شود، همچنین اجتناب شناختی به عنوان نوعی تلاش ناسازگارانه محسوب می‌گردد که نهایتاً کمکی به شخص مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی نخواهد کرد و از راهبردهای ناسازگار است (۸).

این گونه به نظر می‌رسد که مبتلایان به اختلال وسواس فکری-عملی علاوه بر راهبردهای شناختی ناکارآمد دارای باورهای ناکارآمد از جمله باورهای هذیانی^۲ نیز باشند (۹). هذیان‌ها باورهای راسخی هستند که معمولاً به عنوان سوءتفسیرهای ادراکی شناخته می‌شوند که بعضاً عجیب و غریب هستند و بعضاً عجیب نیستند، با این حال فرد همواره در تلاش است که توضیح‌های منطقی برای آن ارائه کند (۱۰). در این میان به نظر می‌رسد که بین علائم شدید و مقاوم به درمان اختلال وسواس فکری-عملی و باورهای هذیانی، رابطه‌ای معنادار وجود داشته باشد (۱۱). به این صورت که به میزانی که شخص بینش داشته باشد به همان میزان احتمال داشتن باورهای هذیانی کمتر خواهد بود از این رو اگر بینش شخص در سطح پایین باشد، فرد مبتلا به افکار خود شک نخواهد کرد و آنها را واقعیت قلمداد می‌کند (۱۱). بنابراین ظاهراً افراد دارای اختلال وسواس فکری-عملی طیفی از انواع خطاهای شناختی را تجربه می‌کنند (۱۲).

در میان درمان‌های به کاررفته در نمونه‌های ایرانی برای اختلال وسواس فکری-عملی به ندرت به طرحواره درمانی برای این افراد پرداخته شده است و غالب پژوهش‌ها به ارتباط میان

طرحواره‌ها و علائم وسواس فکری-عملی پرداخته‌اند (۷، ۱۳، ۱۴، ۱۵). تمرکز طرحواره درمانی بر ریشه‌های تحولی مشکلات روان‌شناختی دوران کودکی و نوجوانی شخص است که بر عمق شناخت شخص نفوذ خواهد کرد و به دنبال آن است که ریشه و هسته اصلی مشکل را پیدا و اصلاح کند، از همین رو طرحواره درمانی از درمان‌های اثربخش و ماندگار تلقی می‌شود (۱۶، ۱۷ و ۱۸). بنابراین با توجه به آنچه ذکر شد به نظر می‌رسد که اختلال وسواس فکری-عملی تأثیرات منفی فراوانی بر زندگی شخص وارد می‌کند که لازم است مورد مداخله‌های جدی قرار بگیرند، از همین رو همواره درمان‌های متنوعی برای این افراد به کار رفته است که می‌توان به رفتار درمانی (مواجهه با موقعیت‌های ترسناک و پیشگیری از اجبار رفتار عاطفی)، شناخت درمانی (که در آن ناسازگاری افکار ذهنی-مانند احساس اغراق آمیز ریسک، افزایش احساس مسئولیت شخصی برای رویدادها یا شک بیش‌ازحد) و داروهای خاص (مهارکننده‌های بازجذب سروتونین) اشاره کرد (۱۷). با این حال از میان انواع درمان‌های به کاررفته برای این اختلال، هنوز مطالعات بسیار اندکی به بررسی تأثیر طرحواره درمانی روی این مبتلایان پرداخته است، از طرف دیگر اگر به درمان اختلال وسواس فکری-عملی به اندازه کافی توجه نشود، این مبتلایان با آسیب‌های جدی در زندگی خود روبه‌رو خواهند شد. بنابراین توجه ویژه به این طیف از افراد، لازم و ضروری می‌باشد. در همین راستا هدف از پژوهش حاضر، پاسخ به این سؤال است که آیا آموزش مفاهیم طرحواره درمانی بر باورهای هذیانی و اجتناب شناختی افراد دارای اختلال وسواس فکری-عملی اثربخش است؟

۲. مواد و روش

پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری باگروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل افراد دارای اختلال وسواس فکری-عملی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی شهر سبزوار در سال ۱۴۰۱ تا ۱۴۰۲ بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر از آنها که شرایط ورود به پژوهش را داشتند انتخاب و سپس با توجیه اهداف پژوهش و داشتن رضایت برای حضور در پژوهش به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار داده شدند. درمان مفاهیم طرحواره درمانی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای

یکبار برای گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای را در این مدت دریافت نکردند (جدول ۱). این مقاله دارای کد اخلاق IR.IAU.SDJ.REC.1402.077 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان می‌باشد.

شرایط ورود به پژوهش عبارت بودند از: (۱) دارا بودن اختلال وسواس فکری- عملی براساس تشخیص روان‌شناس بالینی و معیارهای DSM-5-TR و اجرای مقیاس استاندارد وسواس فکری- عملی ییل- براون (۱۹۸۹)، (۲) تمایل به شرکت در دوره آموزشی، (۳) داشتن سواد خواندن و نوشتن، (۵) نداشتن بیماری‌های جسمی و روانی قابل توجه مانند دیابت، اختلالات روان‌پریشی ازجمله اسکیزوفرنی و افسردگی شدید.

ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: (۱) غیبت بیش از دو جلسه در جلسات مداخله، (۲) همکاری نکردن با پژوهشگر، (۳) انجام‌ندادن تکالیف آموزشی، (۴) دارودرمانی یا سایر درمان‌های روان‌شناختی که با پروتکل درمانی تداخل داشته باشد. ابزارهای استفاده‌شده در این پژوهش عبارتند از:

پرسش‌نامه باورهای هذیانی^۱: این پرسش‌نامه را پیترز و همکاران در سال ۲۰۱۳ ساخته‌اند (۱۶). این ابزار ۴۰ سؤال دارد که در صورت مثبت‌بودن جواب، آزمودنی باید ۳ زیرمقیاس شامل: میزان ناراحتی، میزان اشتغال ذهنی و میزان اطمینان به درست‌بودن تفکر خویش درباره موضوع موردسؤال را به‌صورت طیف لیکرت ۵ تایی از یک (کم) تا پنج (بیشترین) نمره‌گذاری کند. پیترز و همکاران (۱۶) روایی و پایایی این ابزار را به‌ترتیب

۰/۷۵ و ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند. در داخل ایران نیز یوسفی و منیرپور (۲۰) ضریب آلفای کرونباخ این ابزار را ۰/۷۰ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۷۸ به‌دست آمد.

مقیاس استاندارد وسواس فکری- عملی ییل- براون^۲:

این پرسش‌نامه را ییل و براون در سال ۱۹۸۹ به‌منظور ارزیابی وسواس فکری و عملی ساخته‌اند. این ابزار ۱۰ گویه دارد که با استفاده از طیف لیکرت از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شود. ییل و براون (۲۱) ضریب همسانی درونی این ابزار را ۰/۸۲ به‌دست آورده‌اند. پیترسون و همکاران (۲۲) نیز ضریب اعتبار به روش بازآزمایی را ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند. در ایران طباطبائی و نجفی (۲۳) ضریب آلفای این پرسش‌نامه را ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۷۹ به‌دست آمد.

مقیاس اجتناب شناختی^۳: سکستون و دوگاس^۴ در سال

۲۰۰۴ برای نخستین‌بار پرسش‌نامه اجتناب شناختی را ساختند و اعتباریابی کردند (۲۴). این پرسش‌نامه شامل ۲۵ آیتم و ۵ خرده‌مقیاس است و ۵ نوع راهبرد اجتناب شناختی را بررسی می‌کند که بر اساس طیف لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) به سؤالات پاسخ می‌دهند. حداقل نمره ۲۵ و حداکثر نمره ۱۲۵ خواهد بود. سکستون و دوگاس روایی و پایایی این ابزار را ۰/۸۱ و ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند (۲۵). محمودپور و همکاران (۲۶) ضریب پایایی این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۱ به‌دست آورده‌اند. همچنین در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۷۵ به‌دست آمد.

جدول ۱. پروتکل درمانی جلسات برگرفته از اصول طرحواره درمانی یانگ و کلاگ (۲۰۰۶)

جلسه	موضوع جلسات
۱	خوشامدگویی و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر- ایجاد انگیزه برای درمان- مروری بر ساختار جلسات، قوانین و مقررات مربوط به گروه درمانی- مرور اهداف و منطق کلی درمان
۲	تعریف طرح‌واره درمانی- تعریف طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه- تعریف ویژگی‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه- تعریف ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها
۳	معرفی حوزه‌های طرح‌واره و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه- شرح مختصر در مورد بیولوژی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه- توضیح در مورد عملکردهای طرح‌واره
۴	معرفی سبک‌ها و پاسخ‌های ناسازگار که موجب تداوم طرح‌واره‌ها می‌شوند به همراه مثال‌هایی از زندگی روزمره- تعریف مفهوم ذهنیت‌های طرح‌واره‌ها- ایجاد آمادگی در بین بیماران برای سنجش و تغییر طرح‌واره‌ها
۵	سنجش طرح‌واره‌ها از طریق پرسش‌نامه و ارائه بازخورد برای شناسایی بیشتر طرح‌واره‌ها- ایجاد آمادگی برای تغییر- تدوین کارت آموزشی
۶	آزمون اعتبار طرح‌واره‌ها توسط بیماران- تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرح‌واره توسط بیماران- ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای بیماران
۷	معرفی مجدد سبک‌های مقابله‌ای به‌عنوان آماج‌های مهم تغییر- آمادگی برای انجام الگوشکنی رفتار- تعیین رفتارهای خاص به‌عنوان آماج‌های احتمالی تغییر- اولویت‌بندی رفتارها برای الگوشکنی
۸	افزایش انگیزه برای تغییر- آموزش تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش- آموزش غلبه بر موانع تغییر رفتار و ایجاد تغییرات مهم در زندگی

۳. یافته‌ها

باورهای هذیانی و اجتناب شناختی را در گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون

جدول ۲. یافته‌های توصیفی متغیرها در سه مرحله اندازه‌گیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
باورهای هذیانی	آزمایش	۱۷۵/۰۶	۱۳/۳۲	۱۴۴/۸۰	۱۱/۵۶	۱۴۷/۱۲	۱۲/۹۰
	گواه	۱۷۵/۸۶	۱۵/۰۴	۱۷۶/۶۶	۱۳/۲۳	۱۷۶/۴۰	۱۱/۶۶
اجتناب شناختی	آزمایش	۱۱۱/۴۰	۶/۹۹	۸۹/۲۰	۵/۳۹	۸۸/۰۳	۵/۰۸
	گواه	۱۱۳/۲۶	۶/۰۳	۱۱۳/۲۶	۵/۷۴	۱۱۲/۴۶	۶/۲۲

به‌منظور نرمال‌بودن توزیع نمرات در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و تصمیم‌گیری در مورد استفاده از آزمون‌های پارامتری از آزمون کلموگروف-اسمیرنف (جدول ۳) استفاده شد.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین پیش‌آزمون‌ها در متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و گواه نزدیک به یکدیگر هستند اما در پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمرات باورهای هذیانی و اجتناب شناختی نسبت به پیش‌آزمون در گروه آزمایش کاهش داشته است.

جدول ۳. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف برای بررسی نرمال‌بودن توزیع داده‌ها

مقیاس	گروه	آماره Z کولموگروف-اسمیرنف				سطح معنی‌داری	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
باورهای هذیانی	آزمایش	۰/۱۱	۰/۱۴	۰/۱۴	۰/۱۸	۰/۱۸	۰/۱۸
	کنترل	۰/۱۰	۰/۱۷	۰/۱۱	۰/۲۱	۰/۱۹	۰/۱۹
اجتناب شناختی	آزمایش	۰/۱۵	۰/۱۷	۰/۱۶	۰/۸۹	۰/۹۴	۰/۹۵
	کنترل	۰/۱۸	۰/۱۸	۰/۱۵	۰/۹۰	۰/۸۹	۰/۹۵

($p=0/14$, $F=2/26$) و اجتناب شناختی ($p=0/59$, $F=0/23$) معنی‌دار نمی‌باشد؛ بنابراین همگنی واریانس‌ها در گروه آزمایشی و گواه به‌طور معنی‌داری متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود.

هنگامی که هدف پژوهش انجام مقایسه‌های درون و بین آزمودنی است، آزمون موچلی هم برای مقایسه‌های درون‌آزمودنی و هم برای اثرات تعاملی کاربرد پیدا می‌کند. درواقع آزمون موچلی همسانی ماتریس کوواریانس خطا را آزمون می‌کند. در اندازه‌گیری مکرر هنگامی که آزمون موچلی معنی‌دار می‌شود، باید از آزمون‌های محافظه‌کارانه‌تری برای فرضیه‌های درون‌آزمودنی استفاده کرد. نتایج آزمون کرویت موچلی برای متغیرهای وابسته در جدول ۴ نشان داده شده است.

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود مقادیر آماره‌های آزمون بهنجاری کولموگروف-اسمیرنف متغیرهای پژوهش، گویای نرمال‌بودن توزیع داده‌هاست ($P>0/05$) و می‌توان از آزمون‌های پارامتری استفاده کرد.

به‌منظور اطمینان نسبت به همسانی واریانس‌های سه گروه، از آزمون آماری لوین استفاده شد که نتایج نشان داد آماره F لوین برای بررسی همگونی واریانس‌های نمرات متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون معنی‌دار نیست و واریانس گروه‌ها در پیش‌آزمون و قبل از اجرای مداخله تفاوت آماری معناداری نداشت ($P>0/05$). مقادیر F آزمون همگنی واریانس‌ها در متغیر باورهای هذیانی

جدول ۴. نتایج آزمون کرویت موچلی متغیرهای وابسته

متغیر	ضریب موچلی	کای اسکوتر	df	p
باورهای هذیانی	۰/۴۵	۲۱/۶۷	۲	۰/۰۰۱
اجتناب شناختی	۰/۶۶	۱۰/۸۶	۲	۰/۰۰۴

طبق نتایج جدول ۴ در این پژوهش آزمون موچلی معنی‌دار است و با توجه به اینکه، این آزمون با ایجاد اصلاحی در درجات آزادی درون‌گروهی، امکان افزایش خطای نوع اول را مهار کرد، از

آن استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری با سنجش‌های تکراری بر روی نمره‌های متغیرهای وابسته در گروه آزمایشی و گروه گواه در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری با سنجش‌های تکراری بر روی نمره‌های متغیرهای وابسته در گروه آزمایشی و گروه گواه

اثر	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	معنی‌داری	اندازه اثر
بین آزمودنی (گروه)	اثر پیلای	۰/۸۰	۳۵/۳۷	۲	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸۰
	لامبدای ویلکز	۰/۱۹	۳۵/۳۷	۲	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸۰
	اثر هتلینگ	۴/۰۸	۳۵/۳۷	۲	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸۰
	بزرگترین ریشه روی	۴/۰۸	۳۵/۳۷	۲	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸۰
درون آزمودنی (زمان)	اثر پیلای	۰/۸۶	۲۵/۲۲	۴	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۶
	لامبدای ویلکز	۰/۱۳	۲۵/۲۲	۴	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۶
	اثر هتلینگ	۶/۵۸	۲۵/۲۲	۴	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۶
	بزرگترین ریشه روی	۶/۵۸	۲۵/۲۲	۴	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۶
تعامل (گروه×زمان)	اثر پیلای	۰/۸۸	۲۷/۷۵	۴	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۸
	لامبدای ویلکز	۰/۱۲	۲۷/۷۵	۴	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۸
	اثر هتلینگ	۷/۲۴	۲۷/۷۵	۴	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۸
	بزرگترین ریشه روی	۷/۲۴	۲۷/۷۵	۴	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۸

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین گروه‌ها (آزمایش و گواه) و تعامل (گروه × زمان) از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد، همچنین بین‌زمان‌های سنجش (پس‌آزمون و پیگیری) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. از آن‌جا که بین گروه‌ها (آزمایش و گواه) و تعامل (گروه × زمان) از لحاظ حداقل

یکی از متغیرهای وابسته تفاوت وجود دارد، برای بررسی نقطه تفاوت به انجام تحلیل واریانس‌های یک‌راهه در متن مانواتکراری روی هریک از متغیرهای وابسته مبادرت شد که نتایج آن در جدول ۶ نشان داده شده است.

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس‌های یک‌راهه در متن مانواتکراری روی هریک از متغیرهای وابسته

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	اندازه اثر
بین آزمودنی (گروه)	باورهای هذیانی	۱۲۹۹/۶۰	۱	۱۲۹۹/۶۰	۸/۲۸	۰/۰۰۸	۰/۲۳
	اجتناب شناختی	۲۰۷۳/۶۰	۱	۲۰۷۳/۶۰	۶۰/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۶۸
زمان	باورهای هذیانی	۲۴۸/۴۲	۱/۶۶	۱۴۸/۹۱	۱۶/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۳۷
	اجتناب شناختی	۷۷۱/۲۰	۱/۲۸	۶۰۰/۳۶	۵۷/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۶۷
زمان × گروه	باورهای هذیانی	۳۷۴/۰۶	۱/۶۶	۲۲۴/۲۳	۲۵/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۴۷
	اجتناب شناختی	۶۷۵/۲۰	۱/۲۸	۵۲۵/۶۳	۵۰/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۶۴

با توجه به نتایج جدول، تحلیل واریانس‌های یک‌راهه با سنجش‌های تکراری مربوط به اثر زمان‌ها در هر دو متغیر وابسته معنی‌دار می‌باشد. نتایج جدول ۶ نشان داد که تأثیر گروه بر نمره‌های باورهای هذیانی ($F 8/28, P < 0/008$) و اجتناب شناختی ($F 60/05, P < 0/001$) معنی‌دار بود؛ بنابراین بین نمره‌های باورهای هذیانی و اجتناب شناختی میان دو گروه آزمایش و کنترل، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج این جدول نشان داد که اثر

زمان برای نمره‌های باورهای هذیانی ($F 16/82, P < 0/001$) و اجتناب شناختی ($F 57/18, P < 0/001$) معنی‌دار می‌باشد. در نتیجه بین میانگین نمره‌های باورهای هذیانی و اجتناب شناختی گروه آزمایشی در سه موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین نتایج جدول نشان داد که اثر تعامل بین زمان و گروه برای نمره‌های باورهای هذیانی ($F 25/32, P < 0/001$) و اجتناب شناختی ($F 50/06, P < 0/001$)

متفاوت است. مقایسه میانگین‌های تعدیل‌یافته متغیرهای وابسته در گروه آزمایشی و گواه در جدول ۷ نشان داده شده است.

F (= و معنی‌دار می‌باشد. بر این اساس تفاوت میانگین نمره‌های سازگاری در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه،

جدول ۷. مقایسه میانگین‌های تعدیل‌یافته متغیرهای وابسته در گروه آزمایشی و گواه

متغیر	گروه	میانگین تعدیل‌شده	تفاوت میانگین	معنی‌داری
باورهای هذیانی	آزمایش	۱۴۳/۱۲	۳۰/۱۱	۰/۰۰۴
	کنترل	۱۷۳/۲۳		
اجتناب شناختی	آزمایش	۸۸/۲۱	۲۴/۷۹	۰/۰۰۱

که این تحریف‌های شناختی را تشخیص دهند و اصلاح کنند و به آن‌ها اجازه می‌دهد دیدگاهی انعطاف‌پذیر و ظریف اتخاذ کنند (۲۸). این فرایند می‌تواند به تدریج توانایی آن‌ها را برای مدیریت باورهای هذیانی افزایش دهد.

علاوه بر این، افراد مبتلا به علائم وسواس فکری- عملی ممکن است در مواجهه با موقعیت‌ها یا افکار نامطمئن دچار اضطراب شدید شوند، با کندوکاو در ریشه‌های عاطفی طرح‌واره‌های خود و یادگیری روش‌های کارآمد برای مدیریت هیجان‌ها، این افراد می‌توانند ظرفیت بیشتری برای مدیریت و کاهش باورهای هذیانی بدون غرق شدن در اضطراب ایجاد کنند (۲۹)، بنابراین طرح‌واره درمانی با استفاده از تکنیک‌هایی که دارد به این افراد کمک می‌کند تا با طرح‌واره‌های خود در یک محیط درمانی تعامل داشته باشد و آن‌ها را بیان کند، این تکنیک‌ها به افراد اجازه می‌دهند تا ترس‌ها، اضطراب‌ها و رفتارهای اجتنابی خود را در یک محیط کنترل‌شده بررسی و پردازش کنند و به تدریج، این قرارگرفتن در معرض هیجانات و افکار نامطمئن یا مبهم می‌تواند منجر به حساسیت‌زدایی شود و نیاز به اطمینان مطلق را کاهش دهد و آرامش بیشتری همراه با ابهام ایجاد کند (۳۰).

نتایج تحلیل فرضیه دوم نشان داد که طرح‌واره درمانی باعث کاهش اجتناب شناختی در افراد دارای علائم وسواس فکری- عملی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است که نتایج این یافته با نتایج حاصل از پژوهش‌های (۳، ۵، ۷، ۹، ۱۷) همسو بود. برای تبیین این یافته می‌توان گفت در رویکرد طرح‌واره درمانی، الگوهای عمیقاً ریشه‌دار که با نام «طرح‌واره» که در دوران کودکی ایجاد می‌شود و می‌تواند منجر به مشکلات عاطفی و روان‌شناختی گردد را هدف قرار می‌دهد. هدف این درمان کمک به افراد برای شناخت این طرح‌واره‌های منفی و جایگزینی آن‌ها با روش‌های فکری و رفتاری سازگار است (۱۵)، در مقابل اجتناب شناختی تمایل به اجتناب یا سرکوب افکار، هیجان‌ها یا خاطرات ناراحت‌کننده است که در زمینه اختلال وسواس فکری- عملی، اجتناب شناختی اغلب شامل تلاش برای کنارزدن یا خنثی کردن

همان‌طور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود بین میانگین نمره‌های متغیرهای وابسته باورهای هذیانی و اجتناب شناختی در گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مفاهیم طرح‌واره درمانی بر باورهای هذیانی و اجتناب شناختی در افراد دارای علائم وسواس فکری- عملی انجام شد. با توجه به تحلیل داده‌های این فرضیه، طرح‌واره درمانی باعث کاهش باورهای هذیانی در افراد دارای علائم وسواس فکری- عملی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است که با نتایج حاصل از پژوهش‌های (۷، ۲۳، ۲۶) همسو می‌باشد. در تبیین نتایج این یافته می‌توان اشاره داشت که باورهای هذیانی، باورهای نادرست شدید و سمجی هستند که در برابر شواهد متناقض مقاوم هستند، یکی از علل ایجاد این باورها، احتمالاً از طرح‌واره‌های ناسازگار نهفته باشد که می‌تواند با شرایط مختلف روان‌شناختی، از جمله اختلال وسواس فکری- عملی مرتبط باشند (۲۱). ماهیت پیچیده باورهای هذیانی، به‌ویژه در زمینه اختلال وسواس فکری- عملی می‌تواند عمیقاً ریشه‌دار و در برابر تغییر، مقاوم باشد؛ این باورها اغلب با تحریف‌های شناختی و طرح‌واره‌های ناسازگار که جنبه‌های اصلی طرح‌واره درمانی هستند، گره خورده‌اند (۳۶)، با این حال، پرداختن به باورهای هذیانی نیازمند مداخلات تخصصی و هدفمند و حتی دارودرمانی است که ممکن است به‌طور کامل توسط تکنیک‌های طرح‌واره‌درمانی پوشش داده نشود (۴). بنابراین طرح‌واره درمانی می‌تواند به‌طور غیرمستقیم باورهای هذیانی را در افراد مبتلا به علائم وسواس فکری- عملی از طریق مکانیسم‌های مختلفی افزایش دهد: تجدید ساختار شناختی: طرح‌واره درمانی شامل شناسایی و به چالش کشیدن الگوهای فکری منفی و سختی است که به پریشانی روانی کمک می‌کند، افراد مبتلا به علائم وسواس فکری- عملی اغلب درگیر تفکر سیاه و سفید و نیاز بیش‌ازحد به اطمینان هستند (۲۷)، از طریق تکنیک‌های بازسازی شناختی، افراد یاد می‌گیرند

بیماران، کنترل عوامل ذکر شود و روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود.

نتایج پژوهش حاضر درباره بررسی اثربخشی آموزش مفاهیم طرحواره درمانی بر باورهای هذیانی و اجتناب شناختی در افراد دارای علائم وسواس فکری- عملی می‌تواند برای درمانگران و متخصصان سلامت، تلویحات کاربردی داشته باشد. براساس نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر، می‌توان از مفاهیم طرحواره درمانی در مراکز مشاوره و روان‌درمانی برای مداخله در افراد دارای اختلال وسواس فکری- عملی استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله نویسندگان از کلیه افرادی که در این پژوهش شرکت کردند، تقدیر و تشکر می‌کنند.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه نویسنده اول و دارای کد اخلاق IR.IAU.SDJ.REC.1402.077 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنجن می‌باشد.

سهم نویسندگان

نویسنده اول کار نگارش و اجرای پژوهش را بر عهده داشت، نویسنده دوم طراحی و ایده موضوع پژوهش و نویسنده سوم تحلیل و ارزیابی داده‌ها را انجام دادند.

حمایت مالی

مقاله حاضر بدون حمایت مالی انجام شده است.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافع برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

افکار وسواسی است که می‌تواند به حفظ این اختلال کمک کند. این رفتار اجتنابی می‌تواند اضطراب و پریشانی را تداوم بخشد (۳۱). با این حال طرحواره درمانی از طریق شناسایی الگوهای فکری ناسازگار (طرحواره‌ها) و راهبردهای اجتناب شناختی که برای مقابله با افکار ناراحت‌کننده استفاده می‌شود، به افراد کمک می‌کند که با آگاهی از این الگوها، تشخیص دهند که چه زمانی درگیر اجتناب شناختی هستند، همچنین درمانگران در طرحواره درمانی با ایجاد محیطی امن و همدلانه که در آن افراد می‌توانند آشکارا افکار ناراحت‌کننده خود را بدون قضاوت مطرح کنند، به افراد کمک می‌کنند تا به جای اجتناب از افکار و احساسات خود با آن‌ها مواجه شوند، در واقع درمانگر به فرد در درک منشأ و محرک این افکار کمک می‌کند (۹).

طرحواره درمانی شامل تکنیک‌های تجربی است که به افراد امکان می‌دهد الگوهای قالبی افکار و هیجانات خود را به صورت عاطفی پردازش کنند، از طریق تکنیک‌هایی مانند بازنویسی تصاویر، افراد می‌توانند رویدادهای آسیب‌زا یا ناراحت‌کننده را دوباره مرور کنند و نحوه درک و واکنش خود به آن‌ها را اصلاح کنند. این امر با تغییر بار احساسی مرتبط با این افکار، نیاز به اجتناب را کاهش می‌دهد، همچنین باورهای ناسازگار و تحریفات شناختی را که زمینه‌ساز اجتناب شناختی هستند به چالش می‌کشد و اصلاح می‌کند. طرحواره درمانی با پرداختن به این باورها و جایگزینی آن‌ها با افکار منطقی و متعادل، به افراد کمک می‌کند تا با دیدگاهی سازگار به افکار خود نزدیک شوند و نیاز به اجتناب را کاهش دهند (۳). این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز همراه بود: ازجمله نمونه گیری در دسترس و بررسی نشدن برخی متغیرهای مداخله‌گر، نمونه‌های این پژوهش شامل مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره و روان‌شناسی شهر سمنجن بود، بنابراین در تعمیم یافته‌ها باید جانب احتیاط رعایت شود. پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، این پژوهش در سایر استان‌ها و مناطق و سایر

References

- [1]. Kinkel-Ram SS, Williams BM, Ortiz SN, Forrest L, Magee JC, Smith AR and et al. Testing intrusive thoughts as illness pathways between eating disorders and obsessive-compulsive disorder symptoms: A network analysis. *Eating Disorders*. 2022;30(6):647-69. doi.org/10.1080/10640266.2021.1993705
- [2]. Selles RR, Højgaard DR, Ivarsson T, Thomsen PH, McBride NM, Storch EA and et al. Avoidance, insight, impairment recognition concordance, and cognitive-behavioral therapy outcomes in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2020;59(5):650-9. doi.org/10.1016/j.jaac.2019.05.030
- [3]. Liberman N, Lazarov A, Dar R. Obsessive-compulsive disorder: The underlying role of diminished access to internal states. *Current Directions in Psychological Science*. 2023;32(2):118-24. doi.org/10.1177/0963721422112
- [4]. Sheth SA, Mayberg HS. Deep brain stimulation for obsessive-compulsive disorder and depression. *Annual Review of Neuroscience*. 2023; 46:341-58. doi.org/10.1146/annurev-neuro-110122-110434
- [5]. Cunill R, Vives L, Pla M, Usall J, Castells X. Relationship between obsessive compulsive symptomatology and severity of psychotic symptoms in schizophrenia: Meta-analysis and meta-regression analysis. *Schizophrenia*

- Research. 2023;251:37-45. doi.org/10.1016/j.schres.2022.12.013
- [6]. Abdi, R., Naseri, M., Mirmohamadi, F. The relationship between alexithymia, cognitive avoidance, and distress tolerance with the dimensions of obsessive-compulsive disorder symptoms. *Journal of Research in Psychopathology*, 2023; 4(11): 1-9. doi: 10.22098/jrp.2022.10442.1073
 - [7]. Wong JX, Caporino NE. Youth Intolerance of Uncertainty-Parent-Report (YIU-PR): A developmentally sensitive measure of intolerance of uncertainty in children and adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2023;45(1):194-206. doi.org/10.1007/s10862-022-10016-6
 - [8]. Wong, J. X., & Caporino, N. E. (2023). Youth Intolerance of Uncertainty-Parent-Report (YIU-PR): A developmentally sensitive measure of intolerance of uncertainty in children and adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 45(1): 194-206. doi.org/10.1007/s10862-022-10016-6.
 - [9]. Virtanen S, Kuja-Halkola R, Sidorchuk A, de la Cruz LF, Rück C, Lundström S and et al. Association of obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive symptoms with substance misuse in 2 longitudinal cohorts in Sweden. *JAMA Network Open*. 2022;5(6):e221-34. doi:10.1016/j.euroneuro.2015.12.005
 - [10]. Foa EB, Simpson HB, Gallagher T, Wheaton MG, Gershkovich M, Schmidt AB and et al. Maintenance of wellness in patients with obsessive-compulsive disorder who discontinue medication after exposure/response prevention augmentation: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*. 2022;79(3):193-200. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.3997
 - [11]. Rasmussen AR, Parnas J. What is obsession? Differentiating obsessive-compulsive disorder and the schizophrenia spectrum. *Schizophrenia research*. 2022;243:1-8. doi.org/10.1016/j.schres.2022.02.014
 - [12]. Miyazono K, McKay R. Explaining delusional beliefs: A hybrid model. *Cognitive neuropsychiatry*. 2019;24(5):335-46. doi.org/10.1080/13546805.2019.1664443
 - [13]. Öst LG, Enebrink P, Finnes A, Ghaderi A, Havnen A, Kvale G and et al. Cognitive behavior therapy for obsessive-compulsive disorder in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*. 2022;159:104170. doi.org/10.1016/j.brat.2022.104170
 - [14]. Maye CE, Wojcik KD, Candelari AE, Goodman WK, Storch EA. Obsessive compulsive disorder during the COVID-19 pandemic: A brief review of course, psychological assessment and treatment considerations. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2022 Apr 1;33:100722. doi.org/10.1016/j.jocrd.2022.100722
 - [15]. Darvishi E, Golestan S, Demehri F, Jamalnia S. A cross-sectional study on cognitive errors and obsessive-compulsive disorders among young people during the outbreak of coronavirus disease 2019. *Activitas Nervosa Superior*. 2020;62(4):137-42. doi.org/10.1007/s41470-020-00077-x
 - [16]. Shephard E, Stern ER, van den Heuvel OA, Costa DL, Batistuzzo MC, Godoy PB and et al. Toward a neurocircuit-based taxonomy to guide treatment of obsessive-compulsive disorder. *Molecular psychiatry*. 2021 Sep;26(9):4583-604. doi.org/10.1038/s41380-020-01007-8
 - [17]. Falsafi SH, Asgari M, Kordestani D. Development of a structural model of obsessive-compulsive disorder based on early maladaptive schemas, attachment styles and defense mechanisms. *medical journal of mashhad university of medical sciences*. 2022; 65(2): 579-92. doi: 10.22038/mjms.2022.63844.3745. [Persian]
 - [18]. Toroslu B, Çirakoğlu OC. Do perfectionism and intolerance of uncertainty mediate the relationship between early maladaptive schemas and relationship and partner related obsessive-compulsive symptoms?. *Current Psychology*. 2023 Aug;42(22):19037-53. doi.org/10.1007/s12144-022-03050-w
 - [19]. Bach B, Bernstein DP. Schema therapy conceptualization of personality functioning and traits in ICD-11 and DSM-5. *Current Opinion in Psychiatry*. 2019; 32(1):38-49. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000464
 - [20]. Yousefi N, Monirpoor N. The role of alexithymia and irrational beliefs in predicting obsessive-compulsive disorder in people with obsessive-compulsive disorder. *Rooyesh*. 2022; 10 (12) :159-168. 20.1001.1.2383353.1400.10.12.10.2
 - [21]. Gan J, He J, Fu H, Zhu X. Association between obsession, compulsion, depression and insight in obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2022 Oct 3;76(7):489-96. doi.org/10.1080/08039488.2021.2013532
 - [22]. Hudak R, Rasmussen A. Obsessive-compulsive disorder and schizophrenia: conceptualization, assessment and cognitive behavioral treatment. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2022;36(3):247-67. doi: 10.1891/JCP-2021-0008
 - [23]. Tabatabayi, A. S., Najafi, M. Relationship Between Ethical Sensitivity with Obsessive-Compulsive Symptoms and Sleep Problems: The Mediating Role of Fear of Self. *Journal of Psychological Studies*, 2022; 18(2): 47-61. doi: 10.22051/psy.2022.38964.2557
 - [24]. Xiong A, Lai X, Wu S, Yuan X, Tang J, Chen J and et al. Relationship between cognitive fusion, experiential avoidance, and obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *Frontiers in Psychology*. 2021 Apr 12;12:655154.
 - [25]. Lelliott P, Marks I. Management of obsessive-compulsive rituals associated with delusions, hallucinations and depression: A case report. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2015 Jan;15(1):77-87.
 - [26]. Mahmoudpour A, Aminian A, Nowzari M, Naimi E. The role of cognitive avoidance and emotional expression in predicting marital conflict in women in Tehran. *Journal of Psychological Science*. 2021 Jan 1;20(89):209-18. Doi: 20.1001.1.17357462.1400.20.98.8.7
 - [27]. Herzog P, Osen B, Stierle C, Middendorf T, Voderholzer U, Koch S and et al. 2022. Determining prognostic variables of treatment outcome in obsessive-compulsive disorder: effectiveness and its predictors in routine clinical care. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 272(2), pp.313-326. doi.org/10.1007/s00406-021-01284-6
 - [28]. Ahmad Zadeh Samani S, Dehghani A, Kalantari M, Rezaei Dehnavi S. Effectiveness of schema therapy on cognitive avoidance of female students with early maladaptive schemas. *Empowering Exceptional Children*. 2021 Aug 23;12(2):56-65. [Persian]. https://www.ceciranj.ir/article_135011_en.html
 - [29]. Golavari, M., Khayatan, F. The Effectiveness of Schema Therapy on The Ambiguity Tolerance and Resilience in Mothers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Clinical Psychology and Personality*, 2022; 20(1): 125-138. [Persian].doi: 10.22070/cpap.2022.14025.1061
 - [30]. Pinciotti CM, Nuñez M, Riemann BC, Bailey BE. Clinical Presentation and Treatment Trajectory of Gender Minority Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2022;36(1).42-59.doi: 10.1891/JCPSY-D-20-00022
 - [31]. Herzog P, Osen B, Stierle C, Middendorf T, Voderholzer U, Koch S and et al. Determining prognostic variables of treatment outcome in obsessive-compulsive disorder: effectiveness and its predictors in routine clinical care. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2022;272(2):313-26. doi.org/10.1007/s00406-021-01284-6