

Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Emotion Regulation and Metacognitive Beliefs in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

1. Shaghayegh Naeimi[✉]: Department of Clinical Psychology, TeMS.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Mehri Jedari Heidarzade[✉]: Department of Educational Sciences- Educational Management, Public Management Training Center, Tabriz, Iran
3. Ozra Bolandraftar^{*✉}: Department of General Psychology, Payame Noor University, Astara, Iran

*Corresponding Author's Email: Ozrabolandraftar@gmail.com

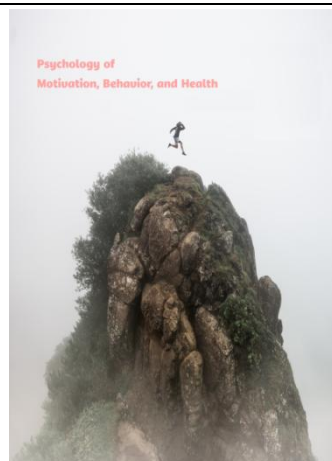
Received: 2026-03-31

Revised: 2026-07-05

Accepted: 2026-07-12

Initial Publish: 2026-07-14

Final Publish: 2027-04-21



Abstract

Introduction and Aim: Obsessive-compulsive disorder is frequently associated with emotion-regulation difficulties and dysfunctional metacognitive beliefs that contribute to the development and persistence of obsessive thoughts and compulsive behaviors. This study aimed to compare the effectiveness of schema therapy and cognitive behavioral therapy in improving emotion regulation and reducing dysfunctional metacognitive beliefs among patients with obsessive-compulsive disorder.

Methodology: This quasi-experimental study employed a pretest, posttest, and two-month follow-up design with a control group. The statistical population consisted of patients with obsessive-compulsive disorder attending counseling centers, psychological clinics, and mental health centers in Tehran during 2025–2026. Using purposive sampling, 45 eligible patients were selected and randomly assigned to schema therapy, cognitive behavioral therapy, and control groups, with 15 participants in each group. The intervention groups received ten weekly 90-minute sessions of schema therapy or cognitive behavioral therapy, whereas the control group received no psychological intervention. Data were collected using the Gross and John Emotion Regulation Questionnaire and the Wells Metacognitions Questionnaire. Two-way repeated-measures analysis of variance and Bonferroni post-hoc comparisons were conducted using SPSS version 26.

Findings: A significant group-by-time interaction was observed for emotion regulation ($F=34.28$, $p<0.001$, $\eta^2=0.620$). The group-by-time interaction was also significant for metacognitive beliefs ($F=36.74$, $p<0.001$, $\eta^2=0.636$). Both schema therapy and cognitive behavioral therapy produced significantly greater improvements in emotion regulation and reductions in dysfunctional metacognitive beliefs than the control condition ($p<0.001$). Direct comparison of the interventions indicated that schema therapy was significantly more effective in enhancing emotion regulation ($p=0.041$), whereas cognitive behavioral therapy was significantly more effective in reducing dysfunctional metacognitive beliefs ($p=0.034$). The therapeutic improvements were largely maintained at the two-month follow-up.

Conclusion: Both interventions effectively improve emotional and metacognitive processes in patients with obsessive-compulsive disorder. Schema therapy may be particularly appropriate for patients whose predominant difficulties involve emotion regulation, unmet emotional needs, and deeply rooted maladaptive patterns, whereas cognitive behavioral therapy may be preferable when dysfunctional beliefs about thoughts, mental control, danger, and certainty are more prominent.

Keywords: Schema therapy, cognitive behavioral therapy, emotion regulation, metacognitive beliefs, obsessive-compulsive disorder

How to Cite: Naeimi, S., Jedari Heidarzade, M., & Bolandraftar, O. (2027). Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Emotion Regulation and Metacognitive Beliefs in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 5(1), 1-21.



Copyright: © 2027 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Extended Abstract

Introduction and Aim

Obsessive-compulsive disorder is a chronic and disabling psychological disorder characterized by recurrent, intrusive, and unwanted thoughts, images, or impulses, together with repetitive behaviors or mental acts performed to reduce anxiety or prevent feared outcomes. Common compulsive responses include repeated washing, checking, ordering, counting, reassurance seeking, and mental neutralization. Although these behaviors may temporarily reduce distress, the immediate relief reinforces compulsive responding and contributes to the persistence of the obsessive-compulsive cycle (Brock et al., 2024). The manifestation and interpretation of obsessive-compulsive symptoms may also be shaped by cultural, social, moral, and religious contexts, particularly through differences in beliefs about responsibility, guilt, contamination, danger, and the meaning of intrusive thoughts (Hassan et al., 2024). Among the psychological processes involved in the maintenance of obsessive-compulsive disorder, emotion regulation difficulties and dysfunctional metacognitive beliefs are particularly important. Individuals who cannot adequately identify, tolerate, and regulate anxiety, guilt, shame, fear, or distress may rely on compulsive behaviors as maladaptive strategies for rapidly reducing unpleasant emotional states. Evidence indicates that cognitive emotion-regulation strategies are significantly associated with different dimensions of obsessive-compulsive symptomatology, suggesting that maladaptive regulatory responses may intensify the frequency and severity of obsessive symptoms (Ferrandez-Mas et al., 2023). Metacognitive beliefs refer to beliefs about the meaning, importance, danger, and controllability of thoughts. Patients may believe that having an unacceptable thought is morally equivalent to performing an unacceptable act, that failure to control thoughts may lead to catastrophic consequences, or that worry and ritualized behavior are necessary to prevent harm. Such beliefs concerning worry, cognitive confidence, thought control, danger, and cognitive self-consciousness have been associated with obsessive-compulsive symptoms (Tümkeya et al., 2018). Furthermore, therapeutic changes in obsessive-compulsive metacognitions, including beliefs about rituals, thought-action fusion, and subjective stopping criteria, have been linked to symptom improvement (Hansmeier et al., 2021). Cognitive behavioral therapy, particularly exposure and response prevention, is a

well-established intervention for obsessive-compulsive disorder. Its early behavioral foundations emphasized modifying patients' expectations through systematic exposure to feared situations while preventing ritualistic responses (Meyer, 1966). According to emotional processing theory, exposure provides corrective information that is incompatible with pathological fear structures and enables patients to learn that anxiety can decline without compulsive neutralization and that anticipated catastrophes do not necessarily occur (Foa & Kozak, 1986). Contemporary cognitive behavioral therapy combines psychoeducation, cognitive restructuring, behavioral experiments, graded exposure, response prevention, reduction of reassurance seeking, and relapse prevention (Spencer et al., 2023). Clinical evidence has demonstrated its effectiveness under routine treatment conditions (Gragnani et al., 2022), while family-based applications have also produced beneficial outcomes by reducing family accommodation and strengthening exposure practices among younger patients (Zhang et al., 2025). Cognitive behavioral therapy may additionally enhance resilience, cognitive flexibility, and distress tolerance, which are relevant to patients' ability to resist compulsive responses (Baniasadi et al., 2025). Third-generation cognitive and behavioral approaches have further highlighted acceptance, mindfulness, and psychological flexibility as complementary mechanisms in obsessive-compulsive treatment (Veloso, 2025). Nevertheless, not all patients respond adequately to symptom-focused treatment, particularly when obsessive-compulsive difficulties are embedded in enduring emotional patterns, self-punitive attitudes, shame, unmet emotional needs, and maladaptive personality structures. Schema therapy conceptualizes such difficulties in terms of early maladaptive schemas, coping styles, and schema modes that develop through interactions between temperament and adverse or unmet developmental experiences (Young et al., 2003). A systematic review and meta-analysis indicated that early maladaptive schemas are meaningfully associated with obsessive-compulsive disorder (Dostal & Pilkington, 2023), and greater schema severity has been associated with poorer long-term treatment outcomes among patients receiving behavioral therapy (Sunde et al., 2019). Domestic findings have likewise supported the relationship between maladaptive schemas and obsessive symptoms and suggested the potential effectiveness of individual schema therapy (Sohani & Mahmoudi, 2025). Schema therapy may be especially relevant to emotion regulation because it directly addresses vulnerable emotional states, punitive

internal voices, experiential avoidance, unmet emotional needs, and maladaptive coping responses. Theoretical and clinical evidence has supported its application to emotional dysregulation (Dadomo et al., 2016), while qualitative findings have emphasized patients' experiences of understanding deep-rooted patterns, receiving corrective emotional experiences, and developing healthier responses to emotional needs (Tan et al., 2018). Given the distinct but partially overlapping mechanisms of schema therapy and cognitive behavioral therapy, the present study aimed to compare their effectiveness in improving emotion regulation and reducing dysfunctional metacognitive beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder.

Methodology

The study employed a quasi-experimental pretest-posttest design with a two-month follow-up and a control group. The statistical population consisted of adults with obsessive-compulsive disorder who attended counseling centers, psychological service clinics, and mental health centers in Tehran in 2025. Following institutional coordination and initial screening, patients whose diagnosis had been established by a psychologist or psychiatrist were assessed for eligibility. The inclusion criteria were a clinical diagnosis of obsessive-compulsive disorder, residence in Tehran, adulthood, a score below the initial sample mean on the Emotion Regulation Questionnaire, a score above the initial sample mean on the Metacognitions Questionnaire, informed consent, ability to attend treatment sessions regularly, sufficient literacy to complete the measures, absence of concurrent participation in similar psychological interventions, and absence of severe psychiatric conditions such as psychotic disorders, active bipolar disorder, or severe substance dependence. Exclusion criteria included absence from more than two treatment sessions, withdrawal of consent, participation in another psychological intervention, incomplete questionnaires, emergence of an acute physical or psychological condition, and failure to cooperate with therapeutic exercises and homework. Forty-five eligible participants were selected through purposive sampling and randomly assigned by lottery to schema therapy, cognitive behavioral therapy, or control groups, with 15 participants in each group. All participants completed the pretest, posttest, and two-month follow-up assessments. Emotion regulation was measured using the 10-item Gross and John Emotion Regulation Questionnaire, which assesses cognitive reappraisal and expressive suppression on a

seven-point Likert scale. Metacognitive beliefs were measured with the 30-item Wells Metacognitions Questionnaire, which assesses positive beliefs about worry, negative beliefs about uncontrollability and danger, cognitive confidence, need to control thoughts, and cognitive self-consciousness on a four-point Likert scale. The schema therapy group received ten weekly 90-minute sessions based on the schema therapy model. The intervention addressed early maladaptive schemas associated with obsessive-compulsive difficulties, including vulnerability to harm, unrelenting standards, punitiveness, defectiveness and shame, emotional inhibition, and excessive responsibility. The sessions included psychoeducation, identification of schemas and coping styles, analysis of the obsessive-compulsive cycle, cognitive restructuring, imagery techniques, chair dialogues, work with the vulnerable child mode, strengthening of the healthy adult mode, behavioral pattern breaking, and relapse-prevention planning. The cognitive behavioral therapy group received ten weekly 90-minute sessions centered on exposure and response prevention and emotional processing principles. The protocol included psychoeducation, identification of obsessive thoughts and compulsions, cognitive restructuring, anxiety-tolerance training, development of individualized exposure hierarchies, graded exposure, prevention of overt and covert rituals, reduction of reassurance seeking and safety behaviors, correction of dysfunctional metacognitive beliefs, generalization of skills, and relapse-prevention planning. The control group received no psychological intervention during the study period. Data were analyzed using SPSS version 26. Descriptive indices included means, standard deviations, frequencies, and percentages. Group equivalence was examined using chi-square tests, Fisher's exact test, and one-way analysis of variance. Normality, homogeneity of variances, and sphericity were assessed through the Shapiro-Wilk, Levene, and Mauchly tests, respectively. The main hypotheses were tested using two-way repeated-measures analysis of variance, followed by Bonferroni pairwise comparisons. Statistical significance was set at 0.05.

Findings

The three groups did not differ significantly in age, sex, marital status, educational level, or employment status, indicating satisfactory demographic equivalence before the interventions. Assumption testing supported the use of repeated-measures analysis of variance: the distributions of emotion-regulation and metacognitive-belief scores did not

significantly deviate from normality, group variances were homogeneous, and the sphericity assumption was satisfied. For emotion regulation, the repeated-measures analysis demonstrated significant main effects of group and time, as well as a significant group-by-time interaction. The interaction effect was substantial, $F = 34.28$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.620$, indicating that changes in emotion-regulation scores across pretest, posttest, and follow-up differed significantly among the groups. Both intervention groups showed increased emotion-regulation scores from pretest to posttest, whereas the control group exhibited no meaningful change. The improvement achieved in the intervention groups was largely maintained at the two-month follow-up. Bonferroni comparisons showed that both schema therapy and cognitive behavioral therapy were significantly more effective than the control condition in improving emotion regulation, with p values below 0.001. Direct comparison of the two active interventions indicated that schema therapy produced a significantly greater improvement in emotion regulation than cognitive behavioral therapy, with a mean difference of 4.34 and $p = 0.041$. For dysfunctional metacognitive beliefs, the main effects of group and time and the group-by-time interaction were also statistically significant. The interaction effect was large, $F = 36.74$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.636$, demonstrating that the pattern of change in metacognitive-belief scores differed across the three conditions. Both schema therapy and cognitive behavioral therapy significantly reduced dysfunctional metacognitive beliefs from pretest to posttest, and the reductions remained relatively stable at follow-up. The control group showed no considerable improvement. Bonferroni comparisons indicated significant differences between schema therapy and the control group and between cognitive behavioral therapy and the control group, with p values below 0.001. Comparison of the two intervention groups showed that cognitive behavioral therapy was significantly more effective than schema therapy in reducing dysfunctional metacognitive beliefs, with a mean difference of 5.27 and $p = 0.034$. Overall, both treatments improved both outcome variables, but their relative strengths differed according to the psychological process being examined.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrated that schema therapy and cognitive behavioral therapy were both effective in improving emotion regulation and reducing dysfunctional metacognitive beliefs among patients

with obsessive-compulsive disorder. The maintenance of these improvements at the two-month follow-up suggests that the treatments produced changes extending beyond immediate post-intervention effects. The greater effectiveness of schema therapy in improving emotion regulation may be explained by its direct focus on deep emotional patterns, unmet developmental needs, self-punitive internal processes, experiential avoidance, and maladaptive coping modes. By identifying schemas related to vulnerability, shame, punitiveness, perfectionism, emotional inhibition, and excessive responsibility, patients may have developed a more coherent understanding of why intrusive thoughts triggered intense anxiety, guilt, and distress. Experiential techniques likely enabled them to approach rather than avoid vulnerable emotions, while strengthening the healthy adult mode may have increased their ability to respond to distress with self-support, flexibility, and tolerance. Consequently, compulsive behaviors may have become less necessary as short-term emotion-regulation strategies. Cognitive behavioral therapy also improved emotion regulation, probably because exposure and response prevention required patients to remain in contact with anxiety and uncertainty without using rituals. Repeated exposure may have increased confidence in their capacity to tolerate distress and may have weakened the assumption that immediate emotional relief was necessary. However, because the cognitive behavioral protocol primarily targeted present-focused appraisals and compulsive responses, it may have had less influence than schema therapy on enduring emotional vulnerabilities.

The greater effectiveness of cognitive behavioral therapy in reducing dysfunctional metacognitive beliefs is consistent with the direct and structured nature of its techniques. Psychoeducation, cognitive restructuring, behavioral experiments, exposure, response prevention, and reduction of reassurance seeking explicitly challenge beliefs about the importance, danger, controllability, and consequences of intrusive thoughts. During exposure, patients encounter concrete evidence that thoughts do not automatically produce events, uncertainty can be tolerated, and refraining from rituals does not necessarily result in harm. These experiences directly weaken beliefs about thought-action fusion, inflated responsibility, overestimation of threat, the need for certainty, and the necessity of mental control. Schema therapy also reduced dysfunctional metacognitive beliefs, likely because such beliefs are partly supported by deeper schemas concerning

defectiveness, vulnerability, punitiveness, and rigid standards. Nevertheless, schema-level change may require a longer period before it is fully reflected in specific beliefs about thought control and danger. The results therefore suggest that treatment selection should be guided by the patient's predominant clinical profile. Schema therapy may be particularly suitable when obsessive-compulsive difficulties are accompanied by marked emotional dysregulation, shame, guilt, self-criticism, unmet emotional needs, and chronic maladaptive patterns. Cognitive behavioral therapy may be preferable when the central problems involve threat appraisal, inflated responsibility, reassurance seeking, ritualized

behavior, thought-control beliefs, and intolerance of uncertainty. A sequential or integrative intervention may also be advantageous for chronic or complex cases by combining direct symptom reduction with deeper emotional and schema-focused work. In conclusion, both schema therapy and cognitive behavioral therapy represent effective interventions for emotional and metacognitive difficulties in obsessive-compulsive disorder, but schema therapy appears to have a relative advantage for emotion regulation, whereas cognitive behavioral therapy appears to have a relative advantage for dysfunctional metacognitive beliefs.

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی - رفتاری بر تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی

۱. شقایق نیمعی^{ID}: گروه روانشناسی بالینی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲. مهری جداری حیدرزاده^{ID}: گروه علوم تربیتی - مدیریت آموزشی، مرکز آموزش مدیریت دولتی، تبریز، ایران
۳. عذرا بلند رفتار^{ID*}: گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور، آستارا، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: Ozrabolandraftar@gmail.com

انتشار نهایی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱

انتشار اولیه: ۱۴۰۵/۰۴/۲۳

پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۲۳

بازنگری: ۱۴۰۵/۰۴/۱۴

دریافت: ۱۴۰۵/۰۱/۱۱

چکیده

مقدمه و هدف: اختلال وسواس فکری - عملی با دشواری در تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی ناکارآمد همراه است که می‌تواند در شکل‌گیری و تداوم افکار وسواسی و رفتارهای جبری نقش داشته باشند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی - رفتاری بر تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی انجام شد.

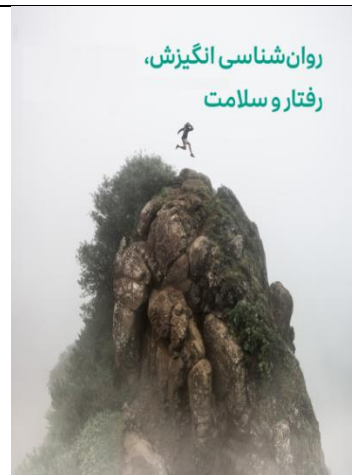
روش‌شناسی: این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه همراه با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره، کلینیک‌های روان‌شناختی و مراکز سلامت روان شهر تهران در سال‌های ۲۰۲۵-۲۰۲۶ بود. تعداد ۴۵ بیمار به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه طرحواره درمانی، درمان شناختی - رفتاری و کنترل، هر گروه ۱۵ نفر، جایگزین شدند. گروه‌های مداخله طی ۱۰ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای درمان دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان و پرسشنامه باورهای فراشناخت ولز گردآوری و با تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند.

یافته‌ها: اثر تعاملی گروه و زمان بر تنظیم هیجان معنادار بود ($F=34.28, p<0.001, \eta^2=0.620$). این اثر برای باورهای فراشناختی نیز معنادار به دست آمد ($F=36.74, p<0.001, \eta^2=0.636$). هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل موجب افزایش معنادار تنظیم هیجان و کاهش معنادار باورهای فراشناختی ناکارآمد شدند ($p<0.001$). مقایسه دو درمان نشان داد که طرحواره درمانی در بهبود تنظیم هیجان مؤثرتر بود ($p=0.041$), در حالی که درمان شناختی - رفتاری در کاهش باورهای فراشناختی ناکارآمد اثربخشی بیشتری داشت ($p=0.034$). آثار درمانی در پیگیری دوماهه نیز حفظ شد.

نتیجه‌گیری: هر دو مداخله برای بهبود فرایندهای هیجانی و فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی اثربخش‌اند؛ با این حال، طرحواره درمانی برای مشکلات غالب تنظیم هیجان و درمان شناختی - رفتاری برای باورهای ناکارآمد درباره افکار و کنترل ذهن مناسب‌تر به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌گان: طرحواره درمانی، درمان شناختی - رفتاری، تنظیم هیجان، باورهای فراشناختی، اختلال وسواس فکری - عملی

روان‌شناسی انگیزش،
رفتار و سلامت



نحوه استناددهی: نیمعی، شقایق، جداری حیدرزاده، مهری، و بلند رفتار، عذرا. (۱۴۰۶). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی - رفتاری بر تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی. *روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*, ۵(۱)، ۲۱-۱.



مجاز و حق نشر: © ۱۴۰۶ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

مقدمه

اختلال وسواس فکری - عملی یکی از اختلالات پیچیده، مزمن و ناتوان‌کننده روان‌شناختی است که با حضور افکار، تصاویر یا تکرارهای ناخواسته، مزاحم و تکرارشونده و نیز رفتارها یا اعمال ذهنی جبری مشخص می‌شود. افکار وسواسی معمولاً با اضطراب، احساس گناه، شرم، ترس از آسیب، نگرانی درباره آلودگی، تردید مداوم یا احساس مسئولیت افراطی همراه‌اند و فرد برای کاهش این حالات ناخوشایند یا پیشگیری از پیامدهای هراس‌آور، به رفتارهایی مانند شست‌وشوی مکرر، واریسی، نظم‌دهی، شمارش، تکرار، اطمینان‌جویی یا خنثی‌سازی ذهنی روی می‌آورد. اگرچه این رفتارها ممکن است در کوتاه‌مدت موجب کاهش اضطراب شوند، کاهش موقت تنش به تقویت منفی رفتار جبری منجر می‌شود و به تدریج چرخه‌ای پایدار از افکار وسواسی، اضطراب و پاسخ‌های اجباری را شکل می‌دهد (Brock et al., 2024). شدت و محتوای نشانه‌های وسواس می‌تواند تحت تأثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی، مذهبی و هنجاری قرار گیرد و نحوه تفسیر افکار مزاحم، تجربه شرم، مسئولیت اخلاقی و جست‌وجوی درمان در فرهنگ‌های مختلف متفاوت باشد؛ از این‌رو، درک اختلال وسواس فکری - عملی بدون توجه به زمینه فرهنگی و شناختی بیماران کامل نخواهد بود (Hassan et al., 2024). این اختلال معمولاً عملکرد تحصیلی، شغلی، خانوادگی و اجتماعی فرد را مختل می‌کند، زمان قابل توجهی از زندگی روزمره را به خود اختصاص می‌دهد و در صورت مزمن شدن، با کاهش کیفیت زندگی، فرسودگی روانی، اجتناب اجتماعی و احساس ناتوانی در کنترل ذهن و رفتار همراه می‌شود.

یکی از فرایندهای مهم دخیل در شکل‌گیری و تداوم نشانه‌های وسواس فکری - عملی، نحوه تنظیم هیجان است. تنظیم هیجان به مجموعه فرایندهایی اشاره دارد که فرد از طریق آن‌ها نوع، شدت، مدت و نحوه تجربه یا بیان هیجان‌های خود را مدیریت می‌کند. توانایی شناسایی، پذیرش، تحمل و تعدیل هیجان‌های ناخوشایند به فرد کمک می‌کند بدون توسل به پاسخ‌های اجتنابی یا تکانشی با موقعیت‌های تهدیدکننده مواجه شود. در مقابل، افرادی که در تنظیم هیجان با مشکل مواجه‌اند، ممکن است اضطراب، شرم، گناه، ترس یا خشم را غیرقابل تحمل تلقی کنند و برای کاهش فوری آن‌ها از

راهبردهایی مانند اجتناب، سرکوب، نشخوار فکری، واریسی یا رفتارهای تکراری استفاده کنند. در اختلال وسواس فکری - عملی، بسیاری از رفتارهای جبری را می‌توان راهبردهایی ناکارآمد برای مدیریت هیجان دانست؛ به گونه‌ای که فرد به جای پذیرش و تحمل اضطراب، تلاش می‌کند از طریق رفتار جبری آن را خنثی سازد. شواهد نشان داده‌اند که راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با ابعاد گوناگون نشانه‌شناسی وسواس ارتباط دارند و استفاده بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه می‌تواند با شدت بیشتر نشانه‌های وسواسی همراه باشد (Ferrandez-Mas et al., 2023). بنابراین، دشواری در تنظیم هیجان صرفاً پیامد اختلال نیست، بلکه می‌تواند به عنوان یکی از سازوکارهای حفظ‌کننده آن نیز عمل کند.

بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی اغلب افکار مزاحم را به عنوان رویدادهایی خطرناک، معنادار یا غیرقابل کنترل تفسیر می‌کنند. در واقع، تجربه افکار ناخواسته پدیده‌ای منحصر به بیماران وسواسی نیست و بسیاری از افراد سالم نیز گاه افکار عجیب، نامطلوب یا ناهمخوان با ارزش‌های خود را تجربه می‌کنند. آنچه یک فکر مزاحم عادی را به وسواس بالینی تبدیل می‌کند، باور فرد درباره معنا، اهمیت، پیامد و ضرورت کنترل آن فکر است. باورهای فراشناختی به نگرش‌ها و ارزیابی‌های فرد درباره تفکر، نگرانی، حافظه، توجه و توانایی کنترل فرایندهای ذهنی اشاره دارند. فرد مبتلا به وسواس ممکن است باور داشته باشد که داشتن یک فکر غیراخلاقی معادل انجام دادن آن است، کنترل نکردن فکر می‌تواند به وقوع یک حادثه منجر شود، نگرانی از او در برابر خطر محافظت می‌کند یا تا زمانی که به اطمینان کامل نرسیده است نباید رفتار جبری را متوقف کند. نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل‌پذیری افکار، عدم اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی با نشانه‌های اختلال وسواس فکری - عملی رابطه دارند (Tümkeya et al., 2018). چنین باورهایی موجب می‌شوند فرد بر جریان ذهنی خود نظارت افراطی داشته باشد، افکار ناخواسته را سرکوب کند، برای حذف آن‌ها تلاش نماید و نسبت به کوچک‌ترین تردید یا خطای احتمالی واکنش شدیدی نشان دهد.

جلوگیری از انجام آیین‌های اجباری می‌تواند به کاهش نشانه‌ها منجر شود (Meyer, 1966).

مبنای نظری مواجهه و جلوگیری از پاسخ با نظریه پردازش هیجانی ترس نیز همخوان است. بر اساس این نظریه، ساختارهای ترس زمانی تغییر می‌کنند که اطلاعات اصلاحی و ناسازگار با انتظارات تهدیدآمیز وارد شبکه ترس شوند. فرد وسواسی ممکن است انتظار داشته باشد که تماس با یک شیء، خودداری از واریسی یا متوقف کردن یک رفتار آیینی، به آلودگی، آسیب، احساس گناه تحمل‌ناپذیر یا فقدان کنترل منجر شود. مواجهه مستمر و جلوگیری از پاسخ فرصتی فراهم می‌کند تا بیمار مشاهده کند اضطراب بدون انجام رفتار جبری نیز کاهش می‌یابد و پیامد پیش‌بینی‌شده لزوماً رخ نمی‌دهد (Foa & Kozak, 1986). این تجربه اصلاحی می‌تواند باورهای مربوط به خطر، مسئولیت و ضرورت کنترل ذهن را تضعیف کند و توانایی فرد را برای تحمل هیجان‌های ناخوشایند افزایش دهد. مرورهای بالینی نیز درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر مواجهه و جلوگیری از پاسخ را از مداخلات اصلی اختلال وسواس فکری - عملی معرفی کرده‌اند و بر نقش آموزش روانی، بازسازی شناختی، مواجهه نظام‌مند، کاهش اطمینان‌جویی و پیشگیری از بازگشت تأکید داشته‌اند (Spencer et al., 2023).

شواهد پژوهشی از اثربخشی درمان شناختی - رفتاری در کاهش نشانه‌های وسواس و اصلاح فرایندهای شناختی حمایت می‌کنند. نتایج مطالعات طبیعی‌نگر نشان داده‌اند که اجرای درمان شناختی - رفتاری در شرایط بالینی واقعی می‌تواند کاهش معناداری در نشانه‌های اختلال وسواس فکری - عملی ایجاد کند و کارکرد بیماران را بهبود بخشد (Gragnani et al., 2022). همچنین، در کودکان و نوجوانان، درمان شناختی - رفتاری خانواده‌محور می‌تواند از طریق مشارکت والدین، کاهش سازگاری خانواده با رفتارهای جبری، اصلاح تعاملات تقویت‌کننده وسواس و تسهیل انجام تمرین‌های مواجهه، پیامدهای درمانی مطلوبی ایجاد کند (Zhang et al., 2025). یافته‌های پژوهشی در نوجوانان نیز نشان داده‌اند که درمان شناختی - رفتاری، علاوه بر کاهش مشکلات وسواسی، می‌تواند با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، تحمل پریشانی و تاب‌آوری همراه باشد؛ متغیرهایی که با توانایی مدیریت اضطراب و مقاومت در برابر

ارتباط میان باورهای فراشناختی و تنظیم هیجان از آن جهت اهمیت دارد که تفسیر فرد از افکار می‌تواند شدت واکنش هیجانی او را تعیین کند. هنگامی که فرد یک فکر مزاحم را نشانه خطر، گناه یا بی‌مسئولیتی تلقی می‌کند، اضطراب و احساس تهدید افزایش می‌یابد و احتمال انجام رفتار جبری بیشتر می‌شود. رفتار جبری نیز با ایجاد کاهش کوتاه‌مدت اضطراب، باور فرد درباره خطرناک بودن فکر و ضرورت کنترل آن را تأیید می‌کند. بدین ترتیب، یک چرخه خودتقویت‌شونده شکل می‌گیرد که در آن باورهای فراشناختی ناکارآمد، آشفتگی هیجانی را افزایش می‌دهند و دشواری در تحمل هیجان، نیاز به کنترل افکار و انجام آیین‌های وسواسی را تشدید می‌کند. مطالعات مربوط به تغییرات فراشناختی در جریان درمان نشان داده‌اند که اصلاح باورهایی مانند آمیختگی فکر و واقعیت، باورهای مربوط به آیین‌های جبری و ملاک‌های ذهنی توقف رفتار، با کاهش نشانه‌های وسواس همراه است (Hansmeier et al., 2021). بر این اساس، مداخلاتی که بتوانند هم شیوه تجربه و تنظیم هیجان و هم باورهای فرد درباره افکار و کنترل ذهن را تغییر دهند، ممکن است در درمان اختلال وسواس فکری - عملی اثربخشی بیشتری داشته باشند.

درمان شناختی - رفتاری یکی از شناخته‌شده‌ترین مداخلات روان‌شناختی برای اختلال وسواس فکری - عملی است. این رویکرد بر این فرض استوار است که ارزیابی‌های نادرست از افکار مزاحم و رفتارهای اجتنابی یا جبری در تداوم اختلال نقش اساسی دارند. در درمان شناختی - رفتاری، بیمار می‌آموزد افکار وسواسی را از واقعیت بیرونی متمایز کند، بیش‌برآورد خطر، مسئولیت‌پذیری افراطی، کمال‌گرایی، نیاز به قطعیت و اهمیت بیش‌ازحد افکار را مورد ارزیابی مجدد قرار دهد و از طریق آزمایش‌های رفتاری، نادرستی پیش‌بینی‌های فاجعه‌آمیز خود را بررسی کند. مواجهه و جلوگیری از پاسخ، بخش محوری این درمان است که در آن بیمار به‌صورت تدریجی و برنامه‌ریزی‌شده با محرک‌ها، افکار یا موقعیت‌های اضطراب‌زا روبه‌رو می‌شود و از انجام رفتار جبری یا پاسخ خنثی‌ساز خودداری می‌کند. استفاده از این روش در درمان رفتارهای آیینی وسواسی به مطالعات اولیه مایر بازمی‌گردد که نشان داد تغییر انتظارات بیماران از طریق مواجهه با موقعیت‌های برانگیزاننده و

پاسخ‌های جبری ارتباط دارند (Baniasadi et al., 2025). افزون بر این، مرور درمان‌های شناختی و رفتاری نسل سوم نشان می‌دهد که رویکردهای جدیدتر با تأکید بر پذیرش افکار، ذهن‌آگاهی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تغییر رابطه فرد با تجربه‌های درونی، ظرفیت تکمیل مداخلات سنتی و سواس را دارند (Veloso, 2025).

با وجود اثربخشی درمان شناختی - رفتاری، همه بیماران پاسخ یکسانی به این درمان نشان نمی‌دهند و برخی افراد پس از پایان درمان همچنان با مشکلات هیجانی، الگوهای شخصیتی پایدار، شرم، خودتنبیه‌گری، اجتناب عمیق یا بازگشت نشانه‌ها مواجه‌اند. یکی از تبیین‌های احتمالی این مسئله آن است که درمان شناختی - رفتاری استاندارد عمدتاً بر افکار، ارزیابی‌ها و رفتارهای کنونی تمرکز دارد و ممکن است در برخی بیماران به ریشه‌های تحولی و ساختارهای عمیق‌تر شناختی - هیجانی کمتر بپردازد. طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای فراگیر و پایداری درباره خود، دیگران و جهان هستند که معمولاً در نتیجه تعامل میان خلق‌و‌خو، تجارب آسیب‌زای اولیه و برآورده نشدن نیازهای هیجانی اساسی شکل می‌گیرند. این طرحواره‌ها در موقعیت‌های خاص فعال می‌شوند و شیوه ادراک، تجربه هیجان، تصمیم‌گیری و رفتار فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. مرور نظام‌مند و فراتحلیل مطالعات مرتبط نشان داده است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اختلال و سواس فکری - عملی ارتباط دارند و برخی حوزه‌های طرحواره‌ای ممکن است در آسیب‌پذیری و تداوم نشانه‌های و سواسی نقش برجسته‌تری داشته باشند (Dostal & Pilkington, 2023).

طرحواره‌هایی مانند آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، معیارهای سخت‌گیرانه، تنبیه‌گری، نقص و شرم، بازداری هیجانی، اطاعت و مسئولیت‌پذیری افراطی می‌توانند با تجربه‌های و سواسی ارتباط داشته باشند. فرد دارای طرحواره آسیب‌پذیری ممکن است احتمال وقوع خطر را بیش‌ازحد برآورد کند؛ فرد دارای معیارهای سخت‌گیرانه ممکن است کوچک‌ترین خطا را غیرقابل قبول بداند؛ و فرد دارای طرحواره تنبیه‌گری ممکن است افکار ناخواسته را نشانه بدی، گناه یا استحقاق مجازات تلقی کند. این الگوها می‌توانند تحمل عدم قطعیت را کاهش دهند و فرد را به واری، شست‌وشو، اطمینان‌جویی یا کنترل افکار سوق دهند. پژوهش‌های طولی نشان داده‌اند که شدت

بیشتر طرحواره‌های ناسازگار اولیه پیش از شروع درمان رفتاری می‌تواند با پیامدهای بلندمدت نامطلوب‌تر در بیماران مبتلا به و سواس همراه باشد (Sunde et al., 2019). همچنین، بررسی‌های داخلی نیز بر ارتباط طرحواره‌های ناسازگار با نشانه‌های و سواس و ظرفیت طرحواره‌درمانی برای کاهش نشانه‌های و سواسی در نوجوانان تأکید کرده‌اند (Sohani & Mahmoudi, 2025). این یافته‌ها ضرورت توجه به الگوهای عمیق شناختی و هیجانی را در کنار نشانه‌های آشکار اختلال نشان می‌دهند.

طرحواره‌درمانی رویکردی یکپارچه است که عناصر درمان شناختی - رفتاری، نظریه دلبستگی، رویکردهای روان‌پویشی، گشتالت و روش‌های تجربی را با یکدیگر ترکیب می‌کند. در این رویکرد، درمانگر به بیمار کمک می‌کند طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های مقابله‌ای و حالت‌های طرحواره‌ای خود را شناسایی کند و میان بخش آسیب‌پذیر، والد تنبیه‌گر، محافظ اجتنابی و بزرگسال سالم تمایز بگذارد. هدف درمان تنها تغییر یک فکر خودآیند یا کاهش یک رفتار آشکار نیست، بلکه اصلاح الگوهای پایدار هیجانی و شناختی، پاسخ‌گویی سالم‌تر به نیازهای هیجانی و تقویت ظرفیت خودمراقبتی و خودتنظیمی است (Young et al., 2003). طرحواره‌درمانی از تکنیک‌های شناختی، رفتاری، رابطه‌ای و تجربی مانند تصویرسازی ذهنی، بازنویسی تصاویر، گفت‌وگوی صندلی، مواجهه همدلانه و محدودیت‌گذاری استفاده می‌کند تا قدرت طرحواره‌های ناکارآمد کاهش یابد و حالت بزرگسال سالم تقویت شود.

یکی از حوزه‌هایی که طرحواره‌درمانی می‌تواند در آن نقش ویژه‌ای داشته باشد، تنظیم هیجان است. بر اساس دیدگاه طرحواره‌ای، مشکلات تنظیم هیجان ممکن است نتیجه فعال شدن طرحواره‌ها و حالت‌هایی باشند که فرد را در برابر اضطراب، شرم، خشم، گناه یا احساس رهاشدگی آسیب‌پذیر می‌کنند. در چنین شرایطی، رفتارهای و سواسی می‌توانند به‌عنوان سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی یا جبران افراطی عمل کنند؛ برای مثال، واری مکرر ممکن است تلاشی برای جبران احساس آسیب‌پذیری و شست‌وشوی افراطی ممکن است راهی برای فرار از شرم، گناه یا احساس آلودگی باشد. طرحواره‌درمانی با کمک به بیمار برای شناسایی منشأ هیجان، پذیرش

روش شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش اجرا، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دوماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی مراجعه کننده به مراکز مشاوره، کلینیک های خدمات روان شناختی و مراکز سلامت روان شهر تهران در سال ۱۴۰۴ تشکیل دادند. پس از اخذ مجوزهای لازم و انجام هماهنگی با مراکز مشاوره و کلینیک های روان شناختی منتخب، بیمارانی که تشخیص اختلال وسواس فکری - عملی را بر اساس ارزیابی روان شناس یا روان پزشک مرکز دریافت کرده بودند، از نظر برخورداری از ملاک های ورود به پژوهش بررسی شدند. در مرحله غربالگری اولیه، شرکت کنندگان پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان و پرسشنامه باورهای فراشناخت ولز را تکمیل کردند. میانگین نمره نمونه اولیه در پرسشنامه تنظیم هیجان ۴۲.۳۰ و میانگین نمره آنان در پرسشنامه باورهای فراشناخت ۶۹.۴۰ به دست آمد؛ از این رو، کسب نمره کمتر از ۴۲ در پرسشنامه تنظیم هیجان و نمره بیشتر از ۶۹ در پرسشنامه باورهای فراشناخت، به عنوان ملاک های روان سنجی ورود به مرحله مداخله در نظر گرفته شد. پس از پایان غربالگری، ۴۵ بیمار واجد شرایط با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و سپس به شیوه تصادفی ساده و با استفاده از قرعه کشی، در سه گروه طرحواره درمانی، درمان شناختی - رفتاری و کنترل جایگزین شدند؛ به گونه ای که هر گروه شامل ۱۵ شرکت کننده بود. حجم نمونه با توجه به ماهیت نیمه آزمایشی پژوهش، وجود سه گروه مقایسه ای، سطح اطمینان ۹۵ درصد، اندازه اثر متوسط و توان آماری ۰.۸۳ تعیین شد. بر اساس محاسبات انجام شده، حداقل حجم نمونه مورد نیاز برای هر گروه ۱۲ نفر برآورد شد؛ با این حال، به منظور جبران ریزش احتمالی شرکت کنندگان در جریان اجرای مداخلات، ۱۵ نفر برای هر گروه و در مجموع ۴۵ نفر به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند. ملاک های ورود به پژوهش شامل تشخیص اختلال وسواس فکری - عملی بر اساس نظر روان شناس یا روان پزشک، سکونت در شهر تهران، قرار داشتن در دامنه سنی بزرگسالی، کسب نمره کمتر از میانگین نمونه اولیه در پرسشنامه تنظیم هیجان، کسب نمره بیشتر از میانگین نمونه اولیه در پرسشنامه باورهای فراشناخت، اعلام رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، برخورداری از توانایی حضور

بخش آسیب پذیر، کاهش صدای درونی تنبیه گر و انتخاب پاسخ بزرگسالانه تر، می تواند ظرفیت تنظیم هیجان را افزایش دهد. مبانی نظری و کاربردهای بالینی این رویکرد نشان می دهند که طرحواره درمانی می تواند در درمان بی نظمی هیجانی و الگوهای پایدار واکنش پذیری عاطفی مؤثر باشد (Dadomo et al., 2016). همچنین، مطالعات کیفی درباره تجربه بیماران از طرحواره درمانی بر اهمیت درک الگوهای عمیق، تجربه رابطه درمانی اصلاح کننده و دستیابی به شیوه های تازه ای برای مدیریت هیجان ها تأکید کرده اند (Tan et al., 2018).

با توجه به مبانی متفاوت دو رویکرد، انتظار می رود طرحواره درمانی و درمان شناختی - رفتاری از مسیرهای متفاوتی بر تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی اثر بگذارند. درمان شناختی - رفتاری با تمرکز مستقیم بر تفسیر افکار، ارزیابی خطر، نیاز به قطعیت، رفتارهای جبری و مواجهه با محرک های اضطراب زا، احتمالاً می تواند باورهای فراشناختی ناکارآمد را به طور مستقیم تر تغییر دهد. در مقابل، طرحواره درمانی با تمرکز بر نیازهای هیجانی برآورده نشده، طرحواره های عمیق، حالت های آسیب پذیر و سبک های مقابله ای مزمن، ممکن است تأثیر برجسته تری بر تنظیم هیجان داشته باشد. با این حال، هر دو درمان می توانند به طور هم زمان بر فرایندهای هیجانی و فراشناختی اثر بگذارند؛ زیرا کاهش رفتارهای جبری مستلزم تحمل اضطراب است و اصلاح طرحواره ها نیز می تواند باورهای فرد درباره خطر، گناه، مسئولیت و کنترل افکار را تعدیل کند. با وجود شواهد موجود درباره اثربخشی هر یک از این مداخلات، مطالعات مقایسه ای مستقیم درباره تأثیر متفاوت آن ها بر تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی محدود است و روشن نیست کدام رویکرد در اصلاح هر یک از این سازوکارها برتری نسبی دارد.

بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی - رفتاری بر تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی انجام شد.

منظم در جلسات درمانی، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن برای پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها، دریافت نکردن هم‌زمان مداخلات روان‌شناختی مشابه و نداشتن اختلال روان‌پزشکی شدید مانند اختلالات روان‌پریشی، اختلال دوقطبی فعال یا وابستگی شدید به مواد بود. غیبت در بیش از دو جلسه درمانی، انصراف از ادامه همکاری، شرکت هم‌زمان در سایر دوره‌ها یا مداخلات روان‌شناختی مشابه، تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها، بروز شرایط جسمانی یا روان‌شناختی حاد در طول پژوهش و همکاری نکردن در انجام تمرین‌ها و تکالیف درمانی نیز به‌عنوان ملاک‌های خروج در نظر گرفته شدند. پس از انتخاب و تخصیص تصادفی شرکت‌کنندگان، پیش‌آزمون در هر سه گروه اجرا شد و شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. سپس گروه طرحواره‌درمانی و گروه درمان شناختی-رفتاری، هر کدام طی ۱۰ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای، مداخله اختصاصی خود را دریافت کردند. گروه کنترل در طول این دوره هیچ‌گونه مداخله روان‌شناختی دریافت نکرد و صرفاً در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در فرایند سنجش شرکت داشت. بلافاصله پس از پایان جلسات، پس‌آزمون برای هر سه گروه اجرا شد و دو ماه پس از پایان مداخلات نیز ارزیابی پیگیری انجام گرفت. پیش از ورود به پژوهش، اهداف و مراحل مطالعه، محرمانه ماندن اطلاعات، اختیاری بودن مشارکت و امکان انصراف در هر مرحله برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه آنان برای شرکت در پژوهش اخذ گردید.

پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان: پرسشنامه تنظیم هیجان توسط گراس و جان در سال ۲۰۰۳ با هدف سنجش راهبردهای رایج تنظیم هیجان تدوین شد. این ابزار یک مقیاس خودگزارشی ۱۰ گویه‌ای است که دو راهبرد ارزیابی مجدد شناختی و سرکوبی هیجانی را اندازه‌گیری می‌کند. خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد شناختی شامل ۶ گویه شماره ۱، ۳، ۵، ۷، ۸ و ۱۰ و خرده‌مقیاس سرکوبی هیجانی شامل ۴ گویه شماره ۲، ۴، ۶ و ۹ است. شرکت‌کنندگان میزان موافقت خود با هر گویه را بر اساس مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای از «کاملاً مخالفم» با نمره ۱ تا «کاملاً موافقم» با نمره ۷ مشخص می‌کنند. دامنه نمره کل پرسشنامه از ۱۰ تا ۷۰ متغیر است و نمرات بیشتر نشان‌دهنده استفاده بیشتر از راهبردهای تنظیم هیجان سنجیده‌شده در این ابزار است. دامنه نمره خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد شناختی بین ۶ تا

۴۲ و دامنه نمره خرده‌مقیاس سرکوبی هیجانی بین ۴ تا ۲۸ قرار دارد. ارزیابی مجدد شناختی به تغییر شیوه تفسیر موقعیت‌های هیجان‌انگیز پیش از شکل‌گیری کامل پاسخ هیجانی اشاره دارد، در حالی که سرکوبی هیجانی بیانگر مهار یا پنهان‌سازی نمودهای بیرونی هیجان پس از فعال شدن پاسخ هیجانی است. گراس و جان ضریب همسانی درونی خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد شناختی را ۰.۷۹ و ضریب همسانی درونی خرده‌مقیاس سرکوبی هیجانی را ۰.۷۳ گزارش کردند. همچنین، کاریم و وینگرهوتس ضرایب همسانی درونی ۰.۸۳ و ۰.۷۹ را به‌ترتیب برای خرده‌مقیاس‌های ارزیابی مجدد شناختی و سرکوبی هیجانی به دست آوردند. در بررسی نسخه فارسی ابزار نیز ییگدلی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ ۰.۷۹ را برای خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد شناختی گزارش کردند که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول این پرسشنامه در جامعه ایرانی است. در پژوهش حاضر، نمره حاصل از این پرسشنامه به‌عنوان شاخص راهبردهای تنظیم هیجان شرکت‌کنندگان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد استفاده قرار گرفت.

پرسشنامه باورهای فراشناخت ولز: پرسشنامه باورهای فراشناخت یک مقیاس خودگزارشی ۳۰ گویه‌ای است که به‌منظور ارزیابی باورهای افراد درباره افکار، نگرانی‌ها، فرایندهای شناختی و قابلیت کنترل ذهن توسط ولز در سال ۱۹۹۷ تدوین شد. پاسخ‌گویی به گویه‌های این ابزار بر اساس مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای انجام می‌شود؛ به‌گونه‌ای که گزینه «مخالفم» نمره ۱، «کمی موافقم» نمره ۲، «نسبتاً موافقم» نمره ۳ و «کاملاً موافقم» نمره ۴ دریافت می‌کند. دامنه نمره کل پرسشنامه از ۳۰ تا ۱۲۰ متغیر است و کسب نمره بیشتر نشان‌دهنده شدت بیشتر باورهای فراشناختی ناکارآمد است. این پرسشنامه پنج مؤلفه باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل‌پذیری افکار و خطرات مرتبط با نگرانی، نبود اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی را ارزیابی می‌کند. مؤلفه باورهای مثبت درباره نگرانی به برداشت فرد از سودمندی نگرانی برای حل مسئله، آمادگی در برابر خطر یا پیشگیری از پیامدهای منفی مربوط است. باورهای منفی درباره کنترل‌پذیری و خطر افکار، ادراک فرد از کنترل‌ناپذیر، آسیب‌زا یا تهدیدکننده بودن نگرانی‌ها و افکار را منعکس می‌کند. نبود اطمینان شناختی به تردید فرد درباره حافظه، توجه و قضاوت خود اشاره دارد و نیاز به کنترل افکار نیز بیانگر این باور است که

افکار خاص باید سرکوب، حذف یا به‌طور کامل کنترل شوند. خودآگاهی شناختی نیز میزان توجه و نظارت فرد بر فرایندهای فکری خود را نشان می‌دهد. ولز و همکاران ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس کل و خرده‌مقیاس‌های این ابزار را در دامنه ۰.۷۶ تا ۰.۹۳ گزارش کردند که حاکی از همسانی درونی مطلوب آن است. در نمونه ایرانی نیز شیرین‌زاده ضریب آلفای کرونباخ ۰.۹۱ را برای نمره کل پرسشنامه گزارش کرده است. در مطالعه حاضر، نمره کل این ابزار برای سنجش شدت باورهای فراشناختی ناکارآمد شرکت‌کنندگان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به کار گرفته شد.

پروتکل طرحواره‌درمانی بر اساس الگوی یانگ، کلوסקو و ویشار طراحی شد و در قالب ۱۰ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا گردید. هدف اصلی این مداخله، شناسایی و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه، کاهش سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد، پاسخ‌گویی سازگارانه‌تر به نیازهای هیجانی برآورده‌نشده، کار با حالت‌های طرحواره‌ای و تقویت حالت بزرگسال سالم در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی بود. در آغاز مداخله، اعضا با یکدیگر و با درمانگر آشنا شدند، اهداف، قوانین و ساختار جلسات توضیح داده شد و بر محرمانه بودن اطلاعات و ضرورت ایجاد فضای درمانی ایمن تأکید گردید. سپس مفهوم طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نقش آن‌ها در تداوم نشانه‌های وسواس، مشکلات تنظیم هیجان و باورهای ناکارآمد درباره افکار معرفی شد و از بیماران خواسته شد موقعیت‌های فعال‌کننده افکار وسواسی، اضطراب، احساس گناه و رفتارهای جبری خود را ثبت کنند. در ادامه، چرخه ارتباطی میان افکار وسواسی، هیجان‌های ناخوشایند، باورهای فراشناختی و رفتارهای جبری بررسی شد و سبک‌های مقابله‌ای تسلیم، اجتناب و جبران افراطی، همراه با نمونه‌های آن‌ها در رفتارهایی مانند واریسی مکرر، شست‌وشوی افراطی، اطمینان‌جویی، کنترل ذهنی و اجتناب از محرک‌ها، شناسایی گردید. در مراحل بعد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه مرتبط با اختلال وسواس، از جمله آسیب‌پذیری نسبت به خطر، معیارهای سخت‌گیرانه، تنبیه‌گری، نقص و شرم، بازداری هیجانی، اطاعت و مسئولیت‌پذیری افراطی معرفی و ریشه‌های تحولی آن‌ها در تجربه‌های اولیه زندگی و روابط مهم بررسی شد. به بیماران آموزش داده شد که برداشت‌های آنان از خطر، خطا، آلودگی، گناه یا ضرورت کنترل افکار ممکن است بیش از آنکه بازتاب واقعیت

کنونی باشند، تحت تأثیر طرحواره‌های فعال‌شده قرار گرفته باشند. پس از آن، ارتباط میان طرحواره‌ها و هیجان‌هایی مانند اضطراب، شرم، گناه، خشم، ترس و درماندگی تحلیل شد و نقش طرحواره‌های تنبیه‌گری، معیارهای سخت‌گیرانه و بازداری هیجانی در کاهش تحمل اشتباه، عدم قطعیت و تجربه سالم هیجان‌ها مورد توجه قرار گرفت. همچنین، ارتباط طرحواره‌ها با باورهای فراشناختی ناکارآمدی مانند «فکر بد داشتن به معنای بد بودن من است»، «اگر افکارم را کنترل نکنم اتفاق خطرناکی رخ می‌دهد»، «اشتباه کردن پذیرفتنی نیست» و «باید از نبود هرگونه خطر مطمئن شوم» بررسی شد. در بخش شناختی مداخله، بیماران افکار طرحواره‌ای خود را شناسایی کردند، شواهد موافق و مخالف آن‌ها را مورد ارزیابی قرار دادند و تمایز میان واقعیت موقعیت فعلی و تفسیرهای ناشی از طرحواره را تمرین کردند. در ادامه از تکنیک‌های تجربی و هیجانی مانند تصویرسازی ذهنی، گفت‌وگوی صندلی و کار با بخش آسیب‌پذیر استفاده شد تا بیماران بتوانند هیجان‌های زیربنایی، احساس ناکافی بودن و نیازهای خود به امنیت، پذیرش و حمایت را شناسایی و پردازش کنند. سپس حالت بزرگسال سالم تقویت شد و بیماران آموختند هنگام فعال شدن طرحواره‌ها و افکار وسواسی، به‌جای تسلیم، اجتناب، جبران افراطی، رفتار جبری، سرکوب فکر یا اطمینان‌جویی، از پاسخ‌های منطقی‌تر، حمایت‌گرانه‌تر و سازگارانه‌تر استفاده کنند. تمرین گفت‌وگوی سالم با خود، کاهش خودتنبیه‌گری، پذیرش خطاهای انسانی و تحمل عدم قطعیت از دیگر مؤلفه‌های این بخش بود. در مرحله رفتاری، شرکت‌کنندگان موقعیت‌های وسواسی پرتکرار خود را شناسایی کردند و برای کاهش تدریجی اجتناب، واریسی، شست‌وشو، تکرار، نظم‌دهی افراطی و اطمینان‌جویی برنامه‌ریزی نمودند. در جلسه پایانی، طرحواره‌های شناسایی‌شده، سبک‌های مقابله‌ای، باورهای فراشناختی و پاسخ‌های سالم جدید مرور شد و برای حفظ دستاوردهای درمانی، مدیریت موقعیت‌های پرخطر، مقابله با فعال شدن مجدد طرحواره‌ها و پیشگیری از بازگشت افکار وسواسی و رفتارهای جبری، برنامه نگهدارنده فردی تدوین گردید.

پروتکل درمان شناختی - رفتاری بر اساس الگوی مواجهه و جلوگیری از پاسخ مایر و نظریه پردازش هیجانی ترس فوا و کوزاک تدوین و طی ۱۰ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. این مداخله بر

آموزش روانی درباره اختلال وسواس فکری - عملی، شناسایی افکار وسواسی و رفتارهای جبری، اصلاح ارزیابی‌های شناختی ناکارآمد، افزایش تحمل اضطراب، مواجهه تدریجی با محرک‌های اضطراب‌زا، جلوگیری از پاسخ، کاهش رفتارهای ایمنی‌بخش و اصلاح باورهای مربوط به مسئولیت‌پذیری افراطی، بیش‌برآورد خطر، اهمیت افکار، نیاز به قطعیت و ضرورت کنترل افکار تمرکز داشت. در جلسه آغازین، پس از معرفی اعضا، تبیین اهداف و قوانین جلسات و تأکید بر محرمانگی، آموزش روانی درباره ماهیت اختلال وسواس فکری - عملی ارائه شد و تفاوت میان افکار وسواسی و رفتارهای جبری، نقش اضطراب، اجتناب، اطمینان‌جویی و رفتارهای خنثی‌ساز در تداوم اختلال و چرخه شکل‌گیری و تقویت وسواس توضیح داده شد. بر اساس این چرخه، افکار وسواسی موجب افزایش اضطراب می‌شوند، انجام رفتار جبری اضطراب را به‌طور موقت کاهش می‌دهد و همین کاهش کوتاه‌مدت، احتمال تکرار رفتار جبری و تداوم اختلال را افزایش می‌دهد. بیماران موظف شدند افکار وسواسی، هیجان‌ها، موقعیت‌های محرک و رفتارهای جبری روزانه خود را ثبت کنند. در جلسات بعد، افکار وسواسی پرتکرار، محرک‌ها، رفتارهای جبری و باورهای شناختی مرتبط با آن‌ها شناسایی شد و باورهایی مانند مسئولیت‌پذیری افراطی، بیش‌برآورد احتمال خطر، اهمیت بیش‌ازحد افکار، کمال‌گرایی، نیاز به قطعیت و ضرورت کنترل کامل ذهن مورد بررسی قرار گرفت. به بیماران آموزش داده شد که وجود افکار مزاحم به‌تنهایی عامل اصلی اختلال نیست، بلکه تفسیر تهدیدآمیز و ناکارآمد از این افکار موجب اضطراب و رفتارهای جبری می‌شود. سپس بازسازی شناختی برای بررسی شواهد موافق و مخالف ارزیابی‌های وسواسی آموزش داده شد و باورهایی مانند «داشتن یک فکر بد به معنای خطرناک بودن من است»، «اگر واریسی نکنم فاجعه رخ می‌دهد» و «باید صددرصد مطمئن باشم» به چالش کشیده شد. در بخش تنظیم هیجان، نقش اضطراب، شرم، گناه و ترس در تداوم رفتارهای جبری تبیین شد و بیماران آموختند که اضطراب، هرچند ناخوشایند است، لزوماً خطرناک نیست و بدون انجام رفتار جبری نیز به‌تدریج کاهش می‌یابد. نام‌گذاری هیجان‌ها، تنفس آرام، مشاهده بدون قضاوت اضطراب، پذیرش ناراحتی و تأخیر در پاسخ جبری از جمله مهارت‌های آموزش‌داده‌شده بود. پس از آن، موقعیت‌های اضطراب‌زای مرتبط با وسواس برای هر بیمار شناسایی و بر اساس

شدت اضطراب از آسان به دشوار رتبه‌بندی شد و سلسله‌مراتب مواجهه فردی طراحی گردید. این موقعیت‌ها می‌توانستند شامل لمس اشیای ادراک‌شده به‌عنوان آلوده، کاهش دفعات واریسی، تحمل به‌هم‌ریختگی کنترل‌شده، کاهش شست‌وشو، خودداری از تکرار یا توقف اطمینان‌جویی باشند. مواجهه ابتدا با موقعیت‌های دارای اضطراب کم تا متوسط آغاز شد و بیمار تحت هدایت درمانگر، بدون انجام پاسخ جبری، در موقعیت باقی می‌ماند تا روند کاهش طبیعی اضطراب را تجربه کند. رفتارهای خنثی‌ساز آشکار و پنهان مانند واریسی ذهنی، مرور مکرر رویدادها، دعا کردن تکراری، اطمینان‌جویی و اجتناب پنهان نیز شناسایی و مهار شدند. تمرین‌های مواجهه به‌صورت تکلیف خانگی ادامه یافت و در هر جلسه میزان انجام تکالیف، تغییرات اضطراب و موانع جلوگیری از پاسخ بررسی شد. در ادامه، باورهای فراشناختی مانند خطرناک بودن افکار، ضرورت کنترل ذهن، سودمندی نگرانی و وقوع پیامدهای منفی در صورت متوقف نکردن افکار به‌طور مستقیم بررسی و اصلاح شدند. همچنین، رفتارهای ایمنی‌بخش نظیر پرسیدن مکرر از دیگران، جست‌وجوی اطمینان، واریسی چندباره، اجتناب از مسئولیت و انجام اعمال خنثی‌ساز کاهش یافتند و تحمل عدم قطعیت به‌عنوان جایگزین سازگاران تقویت شد. در جلسات پایانی، استفاده از مهارت‌های شناختی، هیجانی و رفتاری در موقعیت‌های خانوادگی، شغلی، اجتماعی و فردی تمرین شد تا استقلال بیمار در مدیریت نشانه‌ها افزایش یابد. در آخرین جلسه، چرخه وسواس، افکار و باورهای ناکارآمد، مهارت‌های تنظیم هیجان، مواجهه و جلوگیری از پاسخ مرور شد، موقعیت‌های پرخطر برای بازگشت نشانه‌ها شناسایی گردید و برنامه‌ای برای ادامه مواجهه‌های خانگی، کاهش اطمینان‌جویی، پذیرش عدم قطعیت و پیشگیری از عود تدوین شد.

داده‌های گردآوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند. در بخش آمار توصیفی، برای متغیرهای کمی از میانگین و انحراف معیار و برای متغیرهای کیفی و جمعیت‌شناختی از فراوانی و درصد استفاده شد. به‌منظور بررسی همگنی سه گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، متناسب با سطح سنجش متغیرها، از آزمون خی‌دو، آزمون دقیق فیشر و تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد. پیش از اجرای تحلیل اصلی، مفروضه‌های لازم برای به‌کارگیری آزمون‌های پارامتریک بررسی گردید. نرمال بودن توزیع نمرات

انجام مقایسه‌های زوجی و تعیین محل دقیق تفاوت میان گروه‌ها و مراحل اندازه‌گیری استفاده شد. اندازه اثر نیز برای ارزیابی شدت تأثیر مداخلات گزارش گردید و سطح معناداری تمامی آزمون‌های آماری ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌های گروه طرحواره درمانی، درمان شناختی - رفتاری و کنترل به ترتیب $5/18 \pm 34/73$ ، $5/42 \pm 35/26$ و $5/31 \pm 34/93$ سال بود. نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه نشان داد که بین سه گروه از نظر سن تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$). همچنین، نتایج آزمون خی‌دو و آزمون دقیق فیشر در خصوص جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال نشان داد که بین سه گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی تفاوت آماری معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$). بنابراین، سه گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی همگن بودند.

تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از آزمون شاپیرو - ویلک ارزیابی شد. همگنی واریانس نمرات میان گروه‌های پژوهش با آزمون لوین و مفروضه کرویت ماتریس واریانس - کوواریانس اندازه‌گیری‌های تکراری با آزمون ماچلی بررسی گردید. برای تعیین و مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی - رفتاری بر تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی در سه مرحله اندازه‌گیری، از تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. در این تحلیل، زمان با سه سطح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌عنوان عامل درون‌گروهی و گروه با سه سطح طرحواره درمانی، درمان شناختی - رفتاری و کنترل به‌عنوان عامل بین‌گروهی در نظر گرفته شد. اثر اصلی زمان برای بررسی تغییرات کلی متغیرهای وابسته در مراحل اندازه‌گیری، اثر اصلی گروه برای بررسی تفاوت کلی میان گروه‌ها و اثر تعاملی گروه و زمان برای تعیین متفاوت بودن روند تغییرات گروه‌ها در طول زمان محاسبه شد. در مواردی که اثر اصلی گروه یا اثر تعاملی گروه و زمان معنادار بود، از آزمون تعقیبی بونفرونی برای جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های مورد مطالعه

متغیرها	مؤلفه‌ها	زوج‌درمانی تعداد/درصد	طرح‌واره‌محور n=۱۵	زوج‌درمانی تعداد/درصد	هیجان‌مدار n=۱۵	کنترل تعداد/درصد	n=۱۵	مقدار P
سطح تحصیلات	دیپلم	۴ (۲۶/۶۷)	۳ (۲۰)	۴ (۲۶/۶۷)	۴ (۲۶/۶۷)	۰/۷۴۲		
	کارشناسی	۸ (۵۳/۳۳)	۹ (۶۰)	۸ (۵۳/۳۳)	۸ (۵۳/۳۳)			
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۳ (۲۰)	۳ (۲۰)	۳ (۲۰)	۳ (۲۰)			
جنسیت	مرد	۶ (۴۰)	۵ (۳۳/۳۳)	۶ (۴۰)	۶ (۴۰)	۰/۸۳۵		
	زن	۹ (۶۰)	۱۰ (۶۶/۶۷)	۹ (۶۰)	۹ (۶۰)			
وضعیت تأهل	مجرد	۸ (۵۳/۳۳)	۷ (۴۶/۶۷)	۸ (۵۳/۳۳)	۸ (۵۳/۳۳)	۷۱۳۷۸۱۰		
	متأهل	۷ (۴۶/۶۷)	۸ (۵۳/۳۳)	۷ (۴۶/۶۷)	۷ (۴۶/۶۷)			

از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون کاهش پیدا کرده و این کاهش در مرحله پیگیری نیز نسبتاً پایدار مانده است. در مقابل، گروه کنترل در هر دو متغیر تغییر قابل ملاحظه‌ای نشان نداده است. همچنین، مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که طرحواره درمانی در افزایش تنظیم هیجان و درمان شناختی - رفتاری در کاهش باورهای فراشناختی اثربخشی بیشتری داشته است.

مطابق جدول ۲، شاخص‌های توصیفی تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی در سه گروه طرحواره درمانی، درمان شناختی - رفتاری و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، میانگین نمرات تنظیم هیجان در هر دو گروه مداخله از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش یافته و این افزایش در مرحله پیگیری نیز تا حد زیادی حفظ شده است. همچنین، میانگین نمرات باورهای فراشناختی در هر دو گروه مداخله

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی در سه گروه پژوهش

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون میانگین $\pm$ انحراف معیار	پس‌آزمون میانگین $\pm$ انحراف معیار	پیگیری میانگین $\pm$ انحراف معیار	حداقل	حداکثر
تنظیم هیجان	طرحواره درمانی	$38/86 \pm 5/74$	$57/40 \pm 6/21$	$55/93 \pm 6/08$	۳۰	۶۷
	درمان شناختی - رفتاری	$39/20 \pm 5/68$	$53/06 \pm 6/14$	$52/13 \pm 5/96$	۳۱	۶۴
	کنترل	$39/06 \pm 5/52$	$40/13 \pm 5/47$	$39/80 \pm 5/61$	۳۰	۵۰
باورهای فراشناختی	طرحواره درمانی	$73/26 \pm 7/84$	$51/40 \pm 7/12$	$53/06 \pm 7/28$	۴۲	۸۴
	درمان شناختی - رفتاری	$72/80 \pm 7/69$	$46/13 \pm 6/86$	$47/80 \pm 6/94$	۳۸	۸۳
	کنترل	$72/46 \pm 7/51$	$71/60 \pm 7/43$	$72/13 \pm 7/58$	۶۰	۸۴

همچنین، اثر اصلی زمان نیز معنادار بود و نشان داد که میانگین نمرات تنظیم هیجان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تغییر معناداری داشته است. افزون بر این، اثر تعاملی گروه و زمان نیز معنادار بود؛ بنابراین، روند تغییرات تنظیم هیجان در سه گروه یکسان نبوده و افزایش مشاهده شده در دو گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل ناشی از اجرای مداخلات درمانی بوده است.

همچنین، نتایج نشان داد که اثر اصلی گروه بر باورهای فراشناختی معنادار است؛ به عبارت دیگر، بین سه گروه از نظر میانگین نمرات باورهای فراشناختی تفاوت معناداری وجود دارد. اثر اصلی زمان نیز معنادار بود و نشان داد که نمرات باورهای فراشناختی در طول مراحل اندازه‌گیری تغییر کرده است. افزون بر این، اثر تعاملی گروه و زمان نیز معنادار به دست آمد؛ بنابراین، می‌توان گفت که هر دو مداخله طرحواره درمانی و درمان شناختی - رفتاری موجب کاهش معنادار باورهای فراشناختی ناکارآمد شده‌اند و این تغییر در مرحله پیگیری نیز تا حد زیادی حفظ شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر در تبیین اثر گروه، زمان و تعامل گروه $\times$ زمان

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر
تنظیم هیجان	گروه	3864/52	2	1932/26	18/74	<0/001	0/471
	زمان	5426/64	2	2713/32	42/36	<0/001	0/668
	گروه $\times$ زمان	4682/36	4	1170/59	34/28	<0/001	0/620
باورهای فراشناختی	گروه	6428/74	2	3124/37	19/86	<0/001	0/486
	زمان	7924/52	2	3962/26	45/18	<0/001	0/683
	گروه $\times$ زمان	6946/18	2	1736/54	36/74	<0/001	0/636

نمرات تنظیم هیجان در سه مرحله اندازه‌گیری در سه گروه تفاوت معناداری داشته است. با توجه به میانگین‌های جدول ۴، می‌توان گفت

بر اساس جدول ۳، اثر تعاملی گروه و زمان برای تنظیم هیجان معنادار بود ($F=34/28$, $P<0/001$). این یافته نشان می‌دهد که تغییرات

که هر دو مداخله طرحواره درمانی و درمان شناختی - رفتاری موجب افزایش تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی شده اند. اندازه اثر تعامل گروه و زمان برای تنظیم هیجان برابر با ۰/۶۲۰ بود که نشان دهنده تأثیر قابل توجه مداخله ها بر این متغیر است.

همچنین، اثر تعاملی گروه و زمان برای باورهای فراشناختی نیز معنادار بود ($F=36/74, P<0/001$). این نتیجه بیانگر آن است که روند تغییرات باورهای فراشناختی در گروه های مداخله نسبت به گروه کنترل متفاوت بوده است. با توجه به کاهش میانگین نمرات باورهای فراشناختی در دو گروه مداخله از مرحله پیش آزمون به پس آزمون و حفظ نسبی آن در مرحله پیگیری، می توان نتیجه گرفت که هر دو مداخله باعث کاهش باورهای فراشناختی ناکارآمد در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی شده اند. اندازه اثر تعامل گروه و زمان برای باورهای فراشناختی برابر با ۰/۶۳۶ بود که بیانگر تأثیر قابل ملاحظه مداخله ها بر این متغیر است.

برای بررسی تفاوت میان سه گروه، آزمون تعقیبی بونفرونی انجام شد. نتایج مقایسه های زوجی نشان داد که در متغیر تنظیم هیجان، بین

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی گروه ها در مرحله پس آزمون

متغیر	مقایسه گروه ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار P	نتیجه
تنظیم هیجان	طرحواره درمانی - کنترل	۱۷/۲۷	۳/۲۶	$<0/001$	معنادار
	درمان شناختی - رفتاری - کنترل	۱۲/۹۳	۳/۱۸	$<0/001$	معنادار
	طرحواره درمانی - درمان شناختی - رفتاری	۴/۳۴	۲/۰۵	۰/۰۴۱	معنادار به نفع طرحواره درمانی
باورهای فراشناختی	طرحواره درمانی - کنترل	-۲۰/۲۰	۴/۴۱	$<0/001$	معنادار
	درمان شناختی - رفتاری - کنترل	-۲۵/۴۷	۴/۲۸	$<0/001$	معنادار
	طرحواره درمانی - درمان شناختی - رفتاری	-۵/۲۷	۲/۳۶	۰/۰۳۴	معنادار به نفع درمان شناختی - رفتاری

در مجموع، یافته های پژوهش نشان داد که هر دو مداخله طرحواره درمانی و درمان شناختی - رفتاری در مقایسه با گروه کنترل موجب بهبود معنادار تنظیم هیجان و کاهش معنادار باورهای فراشناختی ناکارآمد در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی شدند. با این حال، مقایسه دو رویکرد نشان داد که طرحواره درمانی در افزایش تنظیم هیجان اثربخشی بیشتری داشت، در حالی که درمان شناختی - رفتاری در کاهش باورهای فراشناختی

گروه طرحواره درمانی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P<0/001$). همچنین، بین گروه درمان شناختی - رفتاری و گروه کنترل نیز تفاوت معنادار مشاهده شد ($P<0/001$). مقایسه دو گروه مداخله نشان داد که طرحواره درمانی نسبت به درمان شناختی - رفتاری در افزایش تنظیم هیجان اثربخشی بیشتری داشته است ($P<0/05$). بنابراین، اگرچه هر دو درمان موجب بهبود تنظیم هیجان شدند، اما میزان افزایش در گروه طرحواره درمانی بیشتر بود.

در متغیر باورهای فراشناختی نیز نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که بین گروه طرحواره درمانی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P<0/001$). همچنین، بین گروه درمان شناختی - رفتاری و گروه کنترل نیز تفاوت معنادار مشاهده شد ($P<0/001$). مقایسه دو گروه مداخله نشان داد که درمان شناختی - رفتاری نسبت به طرحواره درمانی در کاهش باورهای فراشناختی اثربخشی بیشتری داشته است ($P<0/05$). با توجه به اینکه در پرسشنامه باورهای فراشناختی، نمره بالاتر نشان دهنده باورهای فراشناختی ناکارآمدتر است، کاهش بیشتر نمرات در گروه درمان شناختی - رفتاری بیانگر اثربخشی بیشتر این درمان در تعدیل باورهای فراشناختی است.

ناکارآمد مؤثرتر بود. همچنین، پایداری نسبی نمرات در مرحله پیگیری نشان می دهد که اثرات هر دو مداخله پس از پایان جلسات درمانی تا حد زیادی حفظ شده است. بنابراین، فرضیه پژوهش مبنی بر تفاوت اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی - رفتاری بر تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی تأیید می شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان شناختی - رفتاری بر تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی انجام شد. یافته‌ها نشان دادند که اثر تعاملی گروه و زمان بر تنظیم هیجان معنادار بود؛ به گونه‌ای که هر دو گروه طرحواره‌درمانی و درمان شناختی - رفتاری در مقایسه با گروه کنترل، از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش معناداری در نمرات تنظیم هیجان نشان دادند و این بهبود در مرحله پیگیری دوماهه نیز تا حد زیادی حفظ شد. اندازه اثر تعامل گروه و زمان برای تنظیم هیجان برابر با ۰.۶۲۰ بود که بیانگر تأثیر قابل توجه مداخلات درمانی بر این متغیر است. افزون بر این، مقایسه دو گروه مداخله نشان داد که طرحواره‌درمانی در افزایش تنظیم هیجان، اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی - رفتاری داشت. در زمینه باورهای فراشناختی نیز اثر تعاملی گروه و زمان معنادار بود و هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل موجب کاهش معنادار باورهای فراشناختی ناکارآمد شدند. اندازه اثر تعامل گروه و زمان در این متغیر ۰.۶۳۶ به دست آمد و تغییرات حاصل در پیگیری دوماهه نیز نسبتاً پایدار باقی ماند. بالین‌حال، درمان شناختی - رفتاری در کاهش باورهای فراشناختی ناکارآمد، اثربخشی بیشتری نسبت به طرحواره‌درمانی نشان داد. این الگوی یافته‌ها بیانگر آن است که هر دو مداخله می‌توانند سازوکارهای شناختی و هیجانی مرتبط با اختلال وسواس فکری - عملی را بهبود بخشند، اما تفاوت در مبانی نظری، اهداف درمانی و فنون هر رویکرد سبب می‌شود که طرحواره‌درمانی تأثیر برجسته‌تری بر تنظیم هیجان و درمان شناختی - رفتاری تأثیر مستقیم‌تری بر باورهای فراشناختی داشته باشد.

یافته نخست پژوهش مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی بر تنظیم هیجان با مبانی نظری این رویکرد و نتایج پژوهش‌های پیشین همسو است. طرحواره‌درمانی بر این فرض استوار است که مشکلات پایدار هیجانی و رفتاری در بسیاری از بیماران، تنها محصول افکار خودآیند یا شرایط کنونی نیستند، بلکه از طرحواره‌های ناسازگار اولیه، نیازهای هیجانی برآورده‌نشده و سبک‌های مقابله‌ای شکل گرفته در طول تحول فرد سرچشمه می‌گیرند (Young et al., 2003). بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی معمولاً هنگام مواجهه با افکار مزاحم،

هیجان‌هایی مانند اضطراب، ترس، شرم، گناه، خشم و درماندگی را تجربه می‌کنند. چنانچه فرد توانایی کافی برای شناسایی، پذیرش و تحمل این هیجان‌ها نداشته باشد، ممکن است برای کاهش فوری تنش به رفتارهای جبری، اطمینان‌جویی، واریسی، شست‌وشو، اجتناب یا خنثی‌سازی ذهنی متوسل شود. از این منظر، رفتارهای وسواسی را می‌توان نوعی راهبرد تنظیم هیجان ناکارآمد دانست که اگرچه در کوتاه‌مدت موجب کاهش اضطراب می‌شود، در بلندمدت چرخه اختلال را تقویت می‌کند (Brock et al., 2024). طرحواره‌درمانی با شناسایی الگوهای مانند آسیب‌پذیری نسبت به خطر، معیارهای سخت‌گیرانه، تنبیه‌گری، نقص و شرم، بازدارنده هیجانی و مسئولیت‌پذیری افراطی به بیمار کمک می‌کند منشأ عمیق واکنش‌های هیجانی خود را درک کند و میان واقعیت کنونی و تفسیرهای ناشی از طرحواره تمایز بگذارد.

اثربخشی بیشتر طرحواره‌درمانی بر تنظیم هیجان را می‌توان با ماهیت تجربی، هیجانی و رابطه‌ای این رویکرد توضیح داد. در این درمان، بیمار تنها به بازبینی منطقی افکار خود نمی‌پردازد، بلکه از طریق تصویرسازی ذهنی، گفت‌وگوی صندلی، مواجهه همدلانه و کار با حالت کودک آسیب‌پذیر، فرصت می‌یابد هیجان‌های سرکوب‌شده یا اجتناب‌شده را تجربه و پردازش کند. چنین فرایندی می‌تواند به کاهش اجتناب هیجانی، افزایش تحمل پریشانی، تعدیل خودانتقادگری و تقویت حالت بزرگسال سالم منجر شود. دادومو و همکاران نیز بر قابلیت طرحواره‌درمانی برای کاهش بی‌نظمی هیجانی و اصلاح الگوهای مزمن واکنش‌پذیری عاطفی تأکید کرده‌اند (Dadomo et al., 2016). همچنین، نتایج پژوهش کیفی تن و همکاران نشان داد که بیماران در جریان طرحواره‌درمانی از طریق درک ریشه‌های مشکلات، تجربه رابطه درمانی اصلاح‌کننده و یادگیری شیوه‌های جدید پاسخ‌گویی به نیازهای هیجانی، توانایی بیشتری برای مدیریت حالت‌های عاطفی خود پیدا می‌کنند (Tan et al., 2018). بنابراین، در پژوهش حاضر نیز احتمالاً پرداختن مستقیم به هیجان‌های آسیب‌پذیر، کاهش صدای والد تنبیه‌گر، تعدیل معیارهای سخت‌گیرانه و تمرین پاسخ سالم بزرگسالانه، موجب شده است که بیماران گروه طرحواره‌درمانی در مقایسه با گروه درمان شناختی - رفتاری، بهبود بیشتری در تنظیم هیجان نشان دهند.

محرك‌های ترس‌آور و دریافت اطلاعات اصلاحی ناسازگار با انتظارات فاجعه‌آمیز، ساختارهای ترس را تغییر می‌دهد (Foa & Kozak, 1986). در نتیجه، درمان شناختی - رفتاری می‌تواند از طریق افزایش تحمل اضطراب، کاهش اجتناب و ایجاد تجربه‌های اصلاحی، تنظیم هیجان بیماران را بهبود دهد.

این یافته با نتایج پژوهش‌های مربوط به اثربخشی درمان شناختی - رفتاری در اختلال وسواس نیز همسو است. اسپنسر و همکاران درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر مواجهه و جلوگیری از پاسخ را یکی از مداخلات اصلی و مؤثر برای اختلال وسواس فکری - عملی معرفی کرده‌اند و بر نقش آن در کاهش اجتناب، اصلاح ارزیابی‌های تهدیدآمیز و افزایش تحمل اضطراب تأکید داشته‌اند (Spencer et al., 2023). گراگنانی و همکاران نیز در یک مطالعه طبیعی‌نگر نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری در شرایط بالینی واقعی می‌تواند کاهش قابل توجهی در نشانه‌های وسواس ایجاد کند (Gragnani et al., 2022). همچنین، بنی‌اسدی و همکاران گزارش کردند که درمان شناختی - رفتاری می‌تواند متغیرهایی مانند انعطاف‌پذیری شناختی، تحمل پریشانی و تاب‌آوری را در نوجوانان مبتلا به وسواس بهبود بخشد (Baniasadi et al., 2025). افزایش تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند به بیمار کمک کند بدون توسل فوری به رفتار جبری، حضور هیجان‌ها و افکار ناخوشایند را تحمل کند. افزون بر این، یافته‌های مرتبط با راهبردهای تنظیم شناختی هیجان نشان داده‌اند که نوع راهبردهای مورد استفاده فرد با ابعاد نشانه‌شناسی وسواس ارتباط دارد (Ferrandez-Mas et al., 2023). بنابراین، بازسازی شناختی و مواجهه می‌تواند از طریق کاهش راهبردهای ناسازگارانه و افزایش پاسخ‌های انعطاف‌پذیر، تنظیم هیجان را ارتقا دهند.

بالین‌حال، برتری طرحواره‌درمانی بر درمان شناختی - رفتاری در تنظیم هیجان را می‌توان ناشی از تمرکز عمیق‌تر آن بر تجربه‌های هیجانی و الگوهای تحولی دانست. درمان شناختی - رفتاری بیشتر به افکار وسواسی، ارزیابی‌های کنونی، اجتناب و رفتارهای جبری می‌پردازد، در حالی که طرحواره‌درمانی ریشه‌های احساس شرم، خودتنبیه‌گری، ترس از خطا، نیاز به تأیید و محرومیت هیجانی را نیز بررسی می‌کند. بیماران وسواسی ممکن است از نظر فرهنگی نیز

نتیجه مربوط به اثربخشی طرحواره‌درمانی با شواهد مربوط به نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در اختلال وسواس فکری - عملی نیز سازگار است. مرور نظام‌مند و فراتحلیل دوستال و پیلکینگتون نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نشانه‌های وسواس رابطه دارند و برخی طرحواره‌ها می‌توانند در ایجاد یا تداوم الگوهای وسواسی نقش داشته باشند (Dostal & Pilkington, 2023). بیمار دارای طرحواره آسیب‌پذیری ممکن است احتمال وقوع رویدادهای زیان‌بار را بیش‌ازحد برآورد کند، فرد دارای طرحواره تنبیه‌گری ممکن است افکار مزاحم را نشانه گناه یا بدی اخلاقی بداند و فرد دارای معیارهای سخت‌گیرانه ممکن است کوچک‌ترین خطا یا عدم قطعیت را غیرقابل تحمل تلقی کند. این طرحواره‌ها هیجان‌هایی مانند اضطراب، شرم و گناه را تشدید می‌کنند و فرد را به استفاده از رفتارهای جبری برای کنترل وضعیت سوق می‌دهند. سونده و همکاران نیز نشان دادند که شدت بیشتر طرحواره‌های ناسازگار اولیه پیش از درمان می‌تواند با پیامد بلندمدت نامطلوب‌تر در بیماران وسواسی همراه باشد (Sunde et al., 2019). همچنین، نتایج پژوهش سوهانی و محمودی از ارتباط طرحواره‌های ناسازگار با نشانه‌های وسواس و قابلیت طرحواره‌درمانی در کاهش این نشانه‌ها حمایت کرده است (Sohani & Mahmoudi, 2025). بر این اساس، اصلاح طرحواره‌ها می‌تواند نه تنها شدت نشانه‌های آشکار، بلکه زمینه‌های هیجانی زیربنایی رفتارهای وسواسی را نیز تغییر دهد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که درمان شناختی - رفتاری نیز موجب بهبود معنادار تنظیم هیجان شد، هرچند میزان اثربخشی آن در مقایسه با طرحواره‌درمانی کمتر بود. این نتیجه با این دیدگاه سازگار است که مواجهه و جلوگیری از پاسخ، علاوه بر کاهش رفتارهای جبری، نوعی آموزش عملی برای تحمل هیجان‌های ناخوشایند محسوب می‌شود. بیمار در جریان مواجهه می‌آموزد که اضطراب هرچند آزاردهنده است، خطرناک نیست و بدون انجام رفتار جبری نیز به تدریج کاهش می‌یابد. این تجربه می‌تواند خودکارآمدی فرد را در مدیریت اضطراب افزایش دهد و وابستگی او به رفتارهای خنثی‌ساز را کاهش دهد. در الگوی اولیه مایر، جلوگیری از اجرای آیین‌های وسواسی به بیمار امکان می‌دهد انتظارات خود را درباره پیامدهای اجتناب از رفتار جبری اصلاح کند (Meyer, 1966). همچنین، نظریه پردازش هیجانی فوا و کوزاک توضیح می‌دهد که مواجهه با

افکار مزاحم خود را با معیارهای اخلاقی، مذهبی یا اجتماعی سخت‌گیرانه ارزیابی کنند و احساس شرم یا گناه بیشتری داشته باشند. تفاوت‌های فرهنگی می‌توانند بر محتوای وسواس، نحوه تفسیر افکار و شدت مسئولیت‌پذیری اخلاقی اثر بگذارند (Hassan et al., 2024). طرحواره‌درمانی با بررسی این معانی شخصی و تحولی، ممکن است فرصت گسترده‌تری برای اصلاح واکنش‌های هیجانی پایدار فراهم کند.

یافته مهم دیگر پژوهش نشان داد که هر دو مداخله موجب کاهش باورهای فراشناختی ناکارآمد شدند، اما درمان شناختی - رفتاری در این زمینه اثربخشی بیشتری نسبت به طرحواره‌درمانی داشت. باورهای فراشناختی در اختلال وسواس به ارزیابی‌های فرد درباره اهمیت، خطرناک بودن، کنترل‌پذیری و پیامدهای افکار اشاره دارند. فرد ممکن است تصور کند که داشتن یک فکر نامطلوب به معنای خطرناک یا غیراخلاقی بودن اوست، کنترل نکردن فکر می‌تواند به وقوع حادثه منجر شود یا نگرانی و واری برای پیشگیری از خطر ضروری است. توکم‌کایا و همکاران نشان دادند که باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل‌پذیری افکار، عدم اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی با نشانه‌های وسواس رابطه دارند (Tümekaya et al., 2018). درمان شناختی - رفتاری این باورها را به‌طور مستقیم از طریق آموزش روانی، بازسازی شناختی، آزمایش رفتاری، مواجهه و جلوگیری از پاسخ هدف قرار می‌دهد. از این رو، برتری این درمان در کاهش باورهای فراشناختی، با محتوای اختصاصی و ساختاریافته جلسات آن قابل انتظار است.

در جریان مواجهه و جلوگیری از پاسخ، بیمار به‌طور عملی درمی‌یابد که افکار به‌تنهایی موجب وقوع رویدادها نمی‌شوند، عدم کنترل کامل ذهن لزوماً خطرناک نیست و خودداری از انجام رفتار جبری پیامد فاجعه‌آمیزی ایجاد نمی‌کند. این تجربه‌های اصلاحی، باورهای مربوط به آمیختگی فکر و عمل، اهمیت افکار، ضرورت کنترل ذهن و مسئولیت‌پذیری افراطی را تضعیف می‌کنند. هانس‌مایر و همکاران نشان دادند که در جریان مواجهه و درمان فراشناختی، تغییر در باورهای اختصاصی وسواس، از جمله باورهای مربوط به آیین‌های جبری و ملاک‌های توقف، با بهبود درمانی ارتباط دارد.

(Hansmeier et al., 2021). همچنین، نتایج پژوهش ژانگ و همکاران درباره درمان شناختی - رفتاری خانواده‌محور نشان می‌دهد که این درمان از طریق کاهش مشارکت خانواده در آیین‌های وسواسی، اصلاح اطمینان‌جویی و تقویت مواجهه می‌تواند سازوکارهای شناختی نگهدارنده وسواس را تغییر دهد (Zhang et al., 2025). در نتیجه، ترکیب اصلاح شناختی با تجربه مستقیم مواجهه، زمینه مناسبی برای تغییر باورهای فراشناختی فراهم می‌سازد.

کاهش باورهای فراشناختی در گروه طرحواره‌درمانی نیز قابل تبیین است، زیرا بسیاری از این باورها ممکن است بر پایه طرحواره‌های عمیق‌تر شکل گرفته باشند. برای مثال، باور «اگر اشتباه کنم باید مجازات شوم» می‌تواند از طرحواره تنبیه‌گری، باور «باید از نبود هرگونه خطر مطمئن شوم» از طرحواره آسیب‌پذیری و باور «داشتن فکر بد نشان می‌دهد که فرد بدی هستم» از طرحواره نقص و شرم تأثیر پذیرد. بنابراین، با تعدیل طرحواره‌های زیربنایی، باورهای فرد درباره افکار نیز تغییر می‌کنند. با این حال، از آنجاکه طرحواره‌درمانی عمدتاً بر ساختارهای عمیق شخصیت، نیازهای هیجانی و حالت‌های طرحواره‌ای متمرکز است، ممکن است تغییر باورهای فراشناختی در آن به زمان بیشتری نیاز داشته باشد. در مقابل، درمان شناختی - رفتاری با استفاده از فنون مشخص و هدفمند، مستقیماً به بررسی شواهد، آزمون پیش‌بینی‌ها و تغییر ارزیابی‌های وسواسی می‌پردازد. مرور درمان‌های شناختی و رفتاری نسل سوم نیز نشان داده است که هرچند پذیرش، ذهن‌آگاهی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌توانند درمان وسواس را تکمیل کنند، مداخلات مستقیم شناختی و مواجهه‌ای همچنان در اصلاح باورهای مرتبط با افکار و رفتارهای جبری جایگاه مهمی دارند (Veloso, 2025).

پایداری نسبی تغییرات در مرحله پیگیری دوماه نشان می‌دهد که هر دو درمان توانسته‌اند تغییراتی فراتر از کاهش موقت نشانه‌ها ایجاد کنند. در طرحواره‌درمانی، تدوین برنامه نگهدارنده، شناسایی موقعیت‌های فعال‌کننده طرحواره و تقویت حالت بزرگسال سالم احتمالاً به حفظ توانایی تنظیم هیجان کمک کرده است. در درمان شناختی - رفتاری نیز ادامه مواجهه‌های خانگی، کاهش اطمینان‌جویی، تحمل عدم قطعیت و استفاده از بازسازی شناختی می‌تواند به تثبیت تغییرات فراشناختی منجر شده باشد. در مجموع،

یافته‌ها نشان می‌دهند که انتخاب درمان باید با توجه به مشکل غالب بیمار صورت گیرد. برای بیمارانی که مشکلات برجسته‌تری در زمینه شرم، گناه، خودتنبیه‌گری، اجتناب هیجانی و طرحواره‌های پایدار دارند، طرحواره درمانی می‌تواند مناسب‌تر باشد. در مقابل، برای بیمارانی که مشکل اصلی آنان در تفسیر خطرناک افکار، نیاز به کنترل ذهن، مسئولیت‌پذیری افراطی، اطمینان‌جویی و رفتارهای جبری آشکار است، درمان شناختی - رفتاری می‌تواند اولویت بیشتری داشته باشد. همچنین، ترکیب مرحله‌ای یا یکپارچه این دو رویکرد ممکن است امکان مداخله هم‌زمان در سطح طرحواره‌های عمیق، تنظیم هیجان، باورهای فراشناختی و رفتارهای جبری را فراهم کند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که باید در تفسیر یافته‌ها مورد توجه قرار گیرند. نخست، نمونه پژوهش از میان بیماران مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌شناختی شهر تهران و با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد؛ بنابراین، تعمیم نتایج به بیماران سایر مناطق جغرافیایی، گروه‌های فرهنگی متفاوت، افراد غیرمراجعه‌کننده و بیماران دارای شدت‌های مختلف اختلال باید با احتیاط صورت گیرد. دوم، حجم نمونه هر گروه محدود بود و اگرچه برای تحلیل آماری پژوهش کفایت داشت، ممکن است توان شناسایی تفاوت‌های ظریف‌تر میان درمان‌ها را کاهش داده باشد. سوم، دوره پیگیری تنها دو ماه بود و امکان قضاوت قطعی درباره پایداری بلندمدت نتایج یا میزان بازگشت نشانه‌ها وجود ندارد. چهارم، متغیرهای پژوهش با ابزارهای خودگزارشی سنجیده شدند و پاسخ‌ها ممکن است تحت تأثیر مطلوبیت اجتماعی، شیوه برداشت شرکت‌کنندگان از گویه‌ها یا وضعیت هیجانی آنان در زمان پاسخ‌گویی قرار گرفته باشند. همچنین، شدت نشانه‌های وسواس، انواع وسواس، اختلالات همبود، مصرف دارو، کیفیت رابطه درمانی، میزان انجام تکالیف و پابندی درمانگر به پروتکل‌ها به عنوان متغیرهای تعدیل‌کننده یا کنترل‌کننده به صورت جامع بررسی نشدند.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر، روش‌های نمونه‌گیری احتمالی و مشارکت بیماران از شهرها، گروه‌های سنی و زمینه‌های فرهنگی مختلف انجام شوند تا قابلیت تعمیم یافته‌ها افزایش یابد. استفاده از دوره‌های پیگیری شش‌ماهه، یک‌ساله و طولانی‌تر می‌تواند اطلاعات دقیق‌تری درباره ثبات تغییرات و میزان بازگشت

نشانه‌ها فراهم کند. همچنین، بهتر است اثربخشی این درمان‌ها در انواع مختلف وسواس، از جمله وسواس آلودگی و شست‌وشو، واریسی، نظم و تقارن، افکار آسیب‌رسان، وسواس مذهبی و وسواس فکری بدون اجبار آشکار، به صورت جداگانه مقایسه شود. استفاده هم‌زمان از مصاحبه بالینی ساختاریافته، ارزیابی درمانگر، مقیاس‌های شدت وسواس، سنجش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، حالت‌های طرحواره‌ای، تحمل عدم قطعیت، انعطاف‌پذیری شناختی و شاخص‌های رفتاری می‌تواند اعتبار یافته‌ها را افزایش دهد. بررسی نقش میانجی تنظیم هیجان، باورهای فراشناختی، طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای در تأثیر درمان نیز می‌تواند سازوکارهای تغییر را روشن‌تر سازد. مقایسه درمان‌های منفرد با پروتکل ترکیبی طرحواره درمانی و درمان شناختی - رفتاری و نیز مقایسه آن‌ها با درمان فراشناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی نیز پیشنهاد می‌شود.

پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان و درمانگران پیش از انتخاب مداخله، علاوه بر شدت و نوع نشانه‌های وسواس، وضعیت تنظیم هیجان، طرحواره‌های ناسازگار، میزان خودتنبیه‌گری، تحمل عدم قطعیت و باورهای بیمار درباره افکار را ارزیابی کنند. در بیمارانی که واکنش‌پذیری هیجانی، شرم، احساس گناه، نیازهای هیجانی برآورده نشده و الگوهای عمیق شخصیتی برجسته‌تر است، استفاده از طرحواره درمانی می‌تواند در اولویت قرار گیرد. برای بیمارانی که بیش‌برآورد خطر، نیاز به کنترل کامل ذهن، مسئولیت‌پذیری افراطی، اطمینان‌جویی و رفتارهای جبری مشخص دارند، درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر مواجهه و جلوگیری از پاسخ مناسب‌تر به نظر می‌رسد. در موارد مزمن یا مقاوم، می‌توان پس از کاهش اولیه رفتارهای جبری با درمان شناختی - رفتاری، از فنون طرحواره درمانی برای اصلاح الگوهای هیجانی و شخصیتی پایدار استفاده کرد. همچنین، آموزش مستمر درمانگران، نظارت بالینی بر اجرای صحیح پروتکل‌ها، ارزیابی منظم پیشرفت بیمار، تأکید بر انجام تکالیف بین جلسات و تدوین برنامه پیشگیری از بازگشت می‌تواند اثربخشی و ماندگاری درمان را افزایش دهد.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ تعارض منافی وجود نداشت.

حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، اهمیت و ضرورت پژوهش برای نمونه‌ها تشریح و درباره رعایت ملاحظات اخلاقی مانند رازداری، محرمانگی، حفظ حریم نمونه‌ها، آزادی جهت شرکت در پژوهش و انصراف از آن و غیره به آنان اطمینان داده شد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله با یکدیگر مشارکت داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در مراحل پژوهش همکاری و یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

References

- Baniasadi, K., Gerdooie, R., Gorji, M., Shahbazi, G., Babaahmadi, F., Ghafourian, G., & Pourmohammad Ghouchani, K. (2025). Comparison of Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Enhancing Resilience, Cognitive Flexibility, and Distress Tolerance in Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*, 6(6), 1-10. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.6.6.6>
- Brock, H., Rizvi, A., & Hany, M. (2024). Obsessive-Compulsive Disorder. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553162/>
- Dadomo, H., Grecucci, A., Giardini, I., Ugolini, E., Carmelita, A., & Panzeri, M. (2016). Schema Therapy for Emotional Dysregulation: Theoretical Implication and Clinical Applications. *Frontiers in psychology*, 7, 1987. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01987>
- Dostal, A. L., & Pilkington, P. D. (2023). Early Maladaptive Schemas and Obsessive-Compulsive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of affective disorders*, 336, 42-51. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.05.053>
- Ferrandez-Mas, J., Moreno-Amador, B., Marzo, J. C., Falco, R., Molina-Torres, J., Cervin, M., & Piqueras, J. A. (2023). Relationship between Cognitive Strategies of Emotion Regulation and Dimensions of Obsessive-Compulsive Symptomatology in Adolescents. *Children*, 10(5), 803. <https://doi.org/10.3390/children10050803>
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information. *Psychological bulletin*, 99(1), 20-35.
- Graghani, A., Zaccari, V., Femia, G., Pellegrini, V., Tenore, K., Fadda, S., Luppino, O. I., Basile, B., Cosentino, T., Perdighe, C., Romano, G., Salianni, A. M., & Mancini, F. (2022). Cognitive-Behavioral Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: The Results of a Naturalistic Outcomes Study. *Journal of clinical medicine*, 11(10), 2762. <https://doi.org/10.3390/jcm11102762>
- Hansmeier, J., Haberkamp, A., Glombiewski, J. A., & Exner, C. (2021). Metacognitive Change During Exposure and Metacognitive Therapy in Obsessive-Compulsive Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 722782. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.722782>
- Hassan, W., El Hayek, S., de Filippis, R., Eid, M., Hassan, S., & Shalbafan, M. (2024). Variations in Obsessive Compulsive Disorder Symptomatology across Cultural Dimensions. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1329748. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1329748>
- Meyer, V. (1966). Modification of Expectations in Cases with Obsessional Rituals. *Behaviour Research and Therapy*, 4(4), 273-280.
- Sohani, A., & Mahmoudi, M. (2025). Examining the Relationship between Maladaptive Schemas and Obsessive-Compulsive Disorder in Male Secondary School Students and the Effectiveness of Individual Schema Therapy on Obsessive Symptoms in Adolescent Girls. Fourth International Conference on New Achievements in Educational Sciences and Education in Iran and the World, Tehran. <https://civilica.com/doc/2383934>
- Spencer, S. D., Stiede, J. T., Wiese, A. D., Goodman, W. K., Guzik, A. G., & Storch, E. A. (2023). Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, 46(1), 167-180. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2022.10.004>
- Sunde, T., Hummelen, B., Himle, J. A., Walseth, L. T., Vogel, P. A., Launes, G., Haaland, V. Ø., & Haaland, Å. T. (2019). Early Maladaptive Schemas Impact on Long-Term Outcome in Patients Treated with Group Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *BMC psychiatry*, 19(1), 318. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2285-2>
- Tan, Y. M., Lee, C. W., Averbeck, L. E., Brand-de Wilde, O., Farrell, J., Fassbinder, E., Jacob, G. A., Martius, D., Wastiaux, S., Zarbock, G., & Arntz, A. (2018). Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Qualitative Study of Patients' Perceptions. *PLoS One*, 13(11), e0206039. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206039>
- Tümekaya, S., Karadağ, F., Yenigün, E. H., Özdel, O., & Kashyap, H. (2018). Metacognitive Beliefs and Their Relation with Symptoms in Obsessive-Compulsive Disorder. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 55(4), 358-363. <https://doi.org/10.29399/npa.22655>
- Veloso, P. (2025). Third-Generation Cognitive and Behavioral Therapies for Obsessive-Compulsive Disorder: A Narrative Review. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.94299>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Press.
- Zhang, F., Lei, J., Hei, H., & Wang, L. (2025). Effects and Mechanisms of Family-Based Cognitive Behavioral Therapy for Pediatric Obsessive-compulsive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Psychology Science and Practice*. <https://doi.org/10.1037/cps0000308>