



Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy with Exposure and Schema Therapy with Exposure on Depression, Anxiety and Stress in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

Mahnaz Ghatreh Samani

Ph.D Student in Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran. Email: mahnaz.samani@gmail.com

Mahmoud Najafi

Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran. (Corresponding author), Email: m_najafi@semnan.ac.ir

Received: 2024-10-30

Revised: 2025-02-17

Accepted: 2025-06-30

Published: 2025-08-25

Citation: Ghatreh Samani, M., & Najafi, M. (2025). Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy with Exposure and Schema Therapy with Exposure on Depression, Anxiety and Stress in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 15(1), 5-24.
doi: 10.22067/tpccp.2025.92212.1764

Abstract

Introduction

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is characterized by the presence of obsessions and compulsions. The majority of patients diagnosed with this disorder have been observed to demonstrate a higher degree of self-control over their compulsions (Stein et al., 2019). Depression frequently co-occurs with this disorder, leading to the intensification of obsessive-compulsive thoughts (Jones et al., 2018). Conversely, obsessive-compulsive disorder (OCD) frequently co-occurs with anxiety symptoms. Intolerance of ambiguity in these individuals has been shown to cause anxiety, prompting the person to engage in compulsions to reduce ambiguity (Sharma et al., 2021). In this regard, stress in this disorder is significantly related to the severity of obsessive symptoms but not to the severity of compulsions. In fact, while obsessions are stressful, compulsions act as a stress-reducing mechanism (Sousa-Lima et al., 2019). For this purpose, acceptance and commitment therapy with exposure utilizes three primary processes: acceptance, thought defusion, and values, for the treatment of this disorder (Twohig et al., 2015). Conversely, schemas cause psychological distress through cognitive distortions, destructive life patterns, and maladaptive coping styles. Schema therapy involves the substitution of healthy coping responses with the modification of schemas (Thiel et al., 2014). Consequently, the examination and comparison of these two integrated approaches can yield novel evidence in an efficient field and contribute to a more profound understanding of the factors that influence the persistence of OCD symptoms by focusing on variables such as anxiety, stress, and depression. The objective of this study is to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy with exposure and schema therapy with exposure on depression, anxiety, and stress in patients with OCD.

Method

This study employed a quasi-experimental pretest-posttest design with both experimental and



control groups. Participants were selected through convenience sampling. Using GPower software, we determined a required sample size of 54 participants (18 per group). To account for potential attrition, we initially enrolled 20 participants in each group, resulting in a total sample of 60 individuals. The inclusion criteria for the groups encompassed the following: a diagnosis of obsessive-compulsive disorder, a minimum age of 18 years, and a minimum education level equivalent to middle school. The exclusion criteria encompassed the presence of psychotic disorders, other comorbid disorders, concurrent psychiatric treatments, and absence of more than three sessions. In this study, the Lovibond Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) (1995) was utilized to assess three scales of depression, anxiety, and stress. The first experimental group engaged in acceptance and commitment therapy with exposure sessions, as outlined by (Lee et al., 2018). The second experimental group participated in schema therapy with exposure sessions, as described by (Thiel et al., 2016). The control group did not receive any therapeutic interventions. These treatments were administered on a weekly basis, with each session lasting for a duration of 60 minutes.

Findings

The findings of multivariate covariance analysis demonstrated that there was a significant discrepancy between the groups with respect to the components of depression, anxiety, and stress ($F=30.133$ and $P=0.001$), anxiety ($F=37.557$ and $P=0.001$), and stress ($F=25.044$ and $P=0.001$) in the two experimental and control groups. The post hoc test results indicated that both treatments had a significant and equal effect on depression in patients with obsessive-compulsive disorder ($p > 0.05$). A significant body of research has demonstrated that schema therapy with exposure has a greater effect on reducing anxiety ($p < 0.05$). Similarly, acceptance and commitment therapy with exposure has been shown to have a greater effect on reducing stress in participants ($p < 0.05$).

Discussion & Conclusion

The objective of this study was to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy with exposure therapy in reducing depression, anxiety, and stress in patients diagnosed with OCD. The findings of the study demonstrate the efficacy of acceptance and commitment therapy with exposure in addressing depression, anxiety, and stress in patients diagnosed with OCD. This finding aligns with the observations reported by Han and Kim (2022), and previous studies have demonstrated the efficacy of this therapeutic approach in enhancing psychological flexibility and alleviating symptoms of stress (Brinkborg et al., 2011) and depression (Twohig & Levin, 2017). This therapeutic modality aims to mitigate negative emotions by modifying the patient's relationship with their thoughts, cognitive processes, and their perception of suffering and harm in life. It assists patients in acknowledging the harm caused by their suffering while facilitating the adoption of steps towards their life values. The study's findings indicate that schema therapy with exposure is effective in addressing depression, anxiety, and stress in patients diagnosed with OCD. This hypothesis aligns with the findings reported by (Priemer et al., 2015) and (Ansari et al., 2020). Schema therapy demonstrates efficacy in alleviating depression, anxiety, and stress symptoms by targeting and modifying maladaptive schemas. This therapeutic approach proves particularly relevant for individuals with OCD, as their characteristic schemas often maintain depressive cognitions, anxiety patterns, and stress responses. Through schema restructuring, patients develop more adaptive cognitive frameworks that reduce pathological symptoms. A potential pivotal mechanism for the alteration of symptoms within the framework of schemas is the modification in distinctive negative core beliefs. That is to say,

when symptoms demonstrate improvement, core beliefs concomitantly exhibit enhancement. The present study was subject to several limitations, including use of a convenience sampling method and the absence of subsequent follow-up. It is recommended that a random sampling method be employed in subsequent research to generalize the results. Additionally, a six-month follow-up period should be incorporated to ascertain the stability of the results over time.

Keywords: Stress, depression, anxiety, acceptance and commitment therapy, schema therapy, obsessive-compulsive.

پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره

دسترسی آزاد

<https://tpccp.um.ac.ir>

مقاله پژوهشی



مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه، با طرحواره درمانی همراه با مواجهه، بر افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به اختلال وسواس-جبری

مهناز قطره سامانی ^{۱b}

دانشجوی دکتری روان شناسی، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

mahnaz.samani@gmail.com

محمود نجفی ^{۱b}

دانشیار، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران، (نویسنده مسئول).

m_najafi@semnan.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۲۱	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۱	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۰۸	تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۶/۰۳
استناد: قطره سامانی، مهناز؛ نجفی، محمود. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه، با طرحواره درمانی همراه با مواجهه، بر افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به اختلال وسواس-جبری. پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۱۵(۱)، ۲۴-۵. doi: 10.22067/tpccp.2025.92212.1764			

چکیده

هدف: افراد مبتلا به اختلال وسواس-جبری به مرور زمان درگیر اضطراب، استرس و افسردگی می شوند که خود می تواند مانع از پیشرفت درمان باشد. بر این مبنای پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه با طرحواره درمانی همراه با مواجهه بر اضطراب، استرس و افسردگی بیماران مبتلا به اختلال وسواس-جبری به انجام رسید.

روش: روش پژوهش به صورت نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال وسواس-جبری در سال ۱۴۰۲ در اصفهان بود. شصت نفر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه (در هر گروه ۲۰ نفر) گمارش تصادفی شدند. گروه های آزمایش هشت جلسه ۶۰ دقیقه ای درمان مبتنی بر پذیرش همراه با مواجهه و طرحواره درمانی همراه با مواجهه دریافت کردند. در این پژوهش از پرسشنامه اضطراب، استرس و افسردگی لایونند (۱۹۹۵) استفاده شد. فرضیه ها از طریق تحلیل کوواریانس چند متغیره ارزیابی شدند.

یافته ها: یافته های حاصل از پژوهش نشان داد که اثربخشی هر دو درمان بر اضطراب، استرس و افسردگی به طور جداگانه، در مقایسه با گروه کنترل معنا دار است ($p < 0.001$). بر اساس یافته های پژوهش طرحواره درمانی همراه با مواجهه تأثیر بیشتر بر کاهش اضطراب و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه تأثیر بیشتر بر کاهش استرس شرکت کنندگان داشته است؛ و تأثیر هر دو درمان بر افسردگی یکسان است. این نتایج بر اهمیت انتخاب درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواس-جبری تأکید دارد و به بهبود راهبردهای درمانی کمک می کند.

کلیدواژه: استرس، افسردگی، اضطراب، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرحواره درمانی، وسواس-جبری

مقدمه

اختلال وسواس-جبری^۱ با حضور وسواس‌ها و اجبارها شناخته می‌شود. اکثر بیماران مبتلا به اختلال وسواس-جبری از نشانه‌های اجبار که طیف وسیعی دارند، آگاهی دارند و تمایل دارند کنترل بیشتری بر روی اجبارها داشته باشند. مجموعه رایج از افکار و اجبارها در بیماران مبتلا به وسواس-جبری شامل نگرانی در مورد آلودگی، آسیب زدن به خود و یا دیگران، افکار جنسی و یا پرخاشگرانه مزاحم و قرینگی است (Stein et al., 2019). اختلال‌هایی که با اختلال وسواس-جبری همبود هستند شامل اختلال‌های اضطرابی، اختلال‌های خلق، اختلال‌های کنترل تکانه و اختلال مصرف مواد است (Russell et al., 2013). یکی از اختلال‌هایی که با اختلال وسواس-جبری همپوشانی بسیار زیاد دارد افسردگی است. افسردگی باعث می‌شود که باورها و افکار مرتبط با وسواس، شدیدتر شوند (Jones et al., 2018). از سوی دیگر، اختلال وسواس-جبری با درمان‌گی آموخته‌شده که در اختلال افسردگی اساسی هم وجود دارد، ارتباط نزدیکی دارد. فردی که اتفاقات منفی را تجربه می‌کند و آن‌ها را غیرقابل کنترل می‌پندارد احساس درماندگی آموخته‌شده دارد. ماهیت این درماندگی، تجربه وقایع به صورت غیرقابل کنترل، استرس‌زا و منفی است (Sun et al., 2015)؛ بنابراین، غالباً اختلال وسواس-جبری همبود با اختلال‌های اضطرابی و یا نشانه‌های اضطراب است. عدم تحمل ابهام در این افراد باعث ایجاد اضطراب می‌شود و فرد مبتلا به اختلال وسواس-جبری با انجام اجبارها سعی در کاهش ابهام دارد (Sharma et al., 2021). در اختلال وسواس-جبری، افراد اغلب خطرات را بیشتر از آنچه واقعاً هستند، ارزیابی کرده و شدت پیامدهای احتمالی را بزرگ‌نمایی می‌کنند. این تفکر اشتباه منجر به ایجاد اضطراب می‌شود، زیرا فرد خود را مسئول جلوگیری از این اتفاق می‌داند و در نتیجه به انجام اجبارها روی می‌آورد. این رفتارها موجب تقویت افکار مزاحم و تداوم این اختلال می‌شود (Moritz & Jaeger, 2018). استرس درک شده ارتباط قابل توجهی با شدت نشانه‌های وسواس دارد ولی با شدت اجبارها ارتباط ندارد؛ درواقع درحالی که وسواس‌ها استرس‌آور هستند اما اجبارها به عنوان مکانیسم کاهنده استرس عمل می‌کنند، ازاین‌رو در اختلال وسواس جبری محور هیپوفیز آدرنال هیپوتالاموس^۲ (HPA) فعالیت بیش از اندازه دارد. در برخی از موارد اختلال وسواس-جبری با وقایع استرس‌زا شروع می‌شوند و نشانه‌های این اختلال در موقعیت‌های استرس‌زا افزایش پیدا کند. وسواس‌ها منجر به پریشانی قابل توجه ای می‌شوند و در نتیجه ممکن است سیستم‌های فیزیولوژیکی مرتبط با استرس، همانند محور HPA را مورد هدف قرار دهند (Sousa-Lima et al., 2019). اضطراب، افسردگی و استرس به مرور زمان باعث تغییر وضعیت

1. Obsessive-Compulsive Disorder

2. Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axes

هیجانی، خلق پایین، عدم سازگاری مؤثر و بروز ناراحتی در فرد می‌شود و باعث اختلال در عملکرد فرد و کاهش کیفیت زندگی می‌شوند (Child & Lawton, 2020). بدین منظور، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه برای درمان اختلال وسواس-جبری، از ۳ فرآیند اصلی پذیرش، همجوشی زدایی افکار و ارزش‌ها (همراه با بودن در زمان حال، خود به‌عنوان زمینه و تعهد رفتاری که مرتبط با تمرین‌های مواجهه است) استفاده می‌کند. همان‌گونه که از این تکنیک‌ها استفاده می‌شود تا به بیماران کمک کند که افکار، شک‌ها، تصاویر و اضطراب وسواسی ناخواسته را بپذیرند؛ مواجهه و جلوگیری از پاسخ از پذیرش استفاده می‌کند. پذیرش به معنی اینکه این تجربیات درونی را بپذیرد، بدون اینکه تلاش کند آن‌ها را تغییر دهد. درواقع به‌جای کنترل میزان اضطراب فرد در مواجهه (میزان پریشانی ذهنی^۱ SUD)، از بیماران خواسته می‌شود که میزان میل به تجربه اضطراب و وسواس‌ها را در فرآیند مواجهه تهیه کنند (Twohig et al., 2015). تمرین‌های ذهن آگاهی در این درمان باعث بهبود علائم استرس و افزایش میل به تجربه اضطراب‌ها می‌شوند و در نتیجه با تغییر پاسخ‌های مقابله‌ای فرد، اجابرها کاهش پیدا می‌کند. طرح‌واره‌ها نیز بر حالت‌های هیجانی و پاسخ‌های مقابله‌ای تأثیر می‌گذارند. آن‌ها خلق کنونی و رفتار فرد را تنظیم می‌کنند. طرح‌واره‌ها به‌واسطه تحریف‌های شناختی، الگوهای زندگی مخرب و سبک مقابله ناسازگارانه باعث ایجاد پریشانی روان‌شناختی در افراد می‌شوند. زمانی که فرد نمی‌تواند هیجانات خود را مدیریت کند، نمی‌تواند تکالیف شناختی خود را به‌درستی انجام دهد. عدم انجام امور شناختی باعث افزایش استرس می‌شود. در همین راستا، طرح‌واره درمانی با تعدیل طرح‌واره‌ها، پاسخ‌های مقابله‌ای سالم را جایگزین می‌کند (Thiel et al., 2014).

از آنجا که بیماران مبتلا به اختلال وسواس-جبری به دلیل ماهیت اختلالشان و تأثیری که بر جنبه‌های مختلف زندگی و عملکردشان در این جنبه‌ها می‌گذارند، افسردگی، اضطراب و استرس را تجربه می‌کنند و این عوامل خود می‌توانند بر درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ که درمان خط اول برای اختلال وسواس است تأثیر بگذارد و مانع از پیشرفت درمان و یا قطع زود هنگام درمان توسط بیمار باشد. پژوهش‌هایی که دو درمان را برای اختلال وسواس-جبری به کار ببرند بسیار کم است و پژوهش‌هایی که به مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش همراه با مواجهه و طرح‌واره درمانی همراه با مواجهه پرداخته باشند وجود ندارد. ترکیب مداخلات نوین روان‌درمانی با روش‌های سنتی و اثربخش، همچون مواجهه و جلوگیری از پاسخ امکان بررسی هم‌زمان ابعاد مختلف روان‌شناختی و رفتاری اختلال وسواس-جبری را فراهم می‌سازد. رویکردهای مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی که هر یک بر سازوکارهای متفاوتی از تغییر

تأکید دارند، در صورت تلفیق با درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ می‌توانند چارچوبی چندبعدی برای مداخله ارائه دهند. بررسی و مقایسه‌ی این دو رویکرد تلفیقی، نه تنها می‌تواند شواهد جدیدی در زمینه‌ی کارآمد فراهم آورد، بلکه با تمرکز بر متغیرهایی همچون اضطراب، استرس و افسردگی به درک عمیق‌تری از عوامل مؤثر بر تداوم نشانه‌های اختلال وسواس-جبری کمک می‌کند. این سطح از تحلیل، امکان شناسایی تفاوت‌های ظریف میان الگوهای درمانی و انتخاب مداخلات متناسب با ویژگی‌های فردی مراجعین را فراهم می‌سازد. بنابراین، شناسایی درمان‌های مؤثر برای کاهش این نشانه‌ها اهمیت زیادی دارد. هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ و طرح‌واره درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به اختلال وسواس-جبری است.

روش

پژوهش حاضر با استفاده از یک طرح نیمه آزمایشی انجام شد که شامل مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی بیماران مبتلا به اختلال وسواس-جبری در بازه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال بود که در سال‌های ۱۴۰۱-۱۴۰۲ در اصفهان تشخیص اختلال وسواس-جبری را دریافت کرده بودند. بعد از انتشار فراخوان عمومی گروه درمانی اختلال وسواس-جبری، تعداد قابل توجهی از افراد به فراخوان پاسخ دادند. بعد از انجام مصاحبه اولیه به منظور بررسی معیارهای ورود و خروج پژوهش ۶۰ نفر از میان مراجعه‌کنندگان انتخاب شدند. نمونه‌گیری به شیوه در دسترس اجرا شد. برای برآورد حجم نمونه از نرم‌افزار جی‌پاور استفاده شد. بر اساس توان آماری ۰/۹۵، سطح آلفای ۰/۰۵، تعداد گروه‌ها و متغیرهای وابسته، حجم نمونه به تعداد ۵۴ نفر و ۱۸ نفر در هر گروه محاسبه گردید. برای پیش‌بینی ریزش نمونه، تعداد ۶۰ نفر انتخاب و در هر گروه ۲۰ نفر قرار داده شدند. گروه اول شامل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ، دومین گروه طرح‌واره درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ و گروه سوم، گروه کنترل بود. ملاک‌های ورود به گروه‌ها شامل موارد زیر بود: تشخیص اختلال وسواس-جبری، حداقل سن ۱۸ سال، و حداقل تحصیلات سیکل. ملاک‌های خروج نیز شامل وجود اختلال‌های سایکوتیک، اختلال‌های همبود دیگر، درمان‌های روان‌پزشکی موازی، و غیبت بیش از سه جلسه بودند. ملاک‌های خروج از طریق مصاحبه بالینی و بررسی پرونده بیماران مورد ارزیابی قرار گرفت. بر اساس این طرح، پس از انتخاب افراد و تقسیم آن‌ها به دو گروه آزمایش ۱ و ۲ و یک گروه کنترل، پیش‌آزمون در میان گروه‌ها انجام شد. سپس اعضای گروه‌های آزمایش

مداخله را دریافت کردند، درحالی که گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نکرد. به منظور رعایت اصول اخلاقی، بعد از پایان پژوهش و اتمام دوره درمانی برای گروه های آزمایش، گروه کنترل نیز تحت درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ قرار گرفتند. هر دو درمان توسط پژوهشگر اجرا شد و به منظور ارتقای کیفیت جلسات، از تسهیل گر (روانشناس با مدرک کارشناسی ارشد) برای پشتیبانی و هدایت فرآیند درمان استفاده گردید. شرکت کنندگان برای شرکت در پژوهش فرم رضایت آگاهانه را تکمیل کردند.

ابزارها

پرسشنامه پریشانی روانی (DASS-21)

این پرسشنامه توسط لایبوند در سال ۱۹۹۵ برای سنجش سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس ساخته شد. فرم کوتاه آن دارای ۲۱ سؤال است و هرکدام از این حیطه ها را در ۷ سؤال (سؤالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱) مربوط به حیطه افسردگی، سؤالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۵، ۱۹ و ۲۰ مربوط به حیطه اضطراب و سؤالات ۱، ۳، ۵، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۸ مربوط به حیطه استرس) مورد ارزیابی قرار می دهد. نمرات کسب شده در هر سؤال با یکدیگر جمع می شوند و نمره هر حیطه مشخص می شود و با جمع نمرات هر سه حیطه نمره کل و یا استرس مشخص می شود (Lovibond & Lovibond, 1995). ضریب اعتبار عامل استرس ۰/۸۰، افسردگی ۰/۸۱ و اضطراب ۰/۷۸ و برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۲ بود. ضریب آلفا برای عوامل استرس، افسردگی و اضطراب به ترتیب برابر ۰/۸۷، ۰/۸۵، ۰/۷۵ است (Samani & Joukar, 2007). ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش در مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر با ۰/۷۶، ۰/۷۹، ۰/۷۵ بود. گروه آزمایش اول در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ (Lee et al., 2018) شرکت کردند. این روش درمانی هفته ای یک جلسه و به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای برگزار شد. به طور خلاصه موارد زیر در جلسات اجرا شد.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ

جلسات	توضیحات	اهداف جلسه	تکلیف جلسه
جلسه ۱-۲	برقراری رابطه درمانی توسط استعاره دو کوه، آموزش اختلال وسواس-جبری، بررسی اهداف درمان، بررسی افکار و اجبارهای وسواسی و میزان پریشانی ادراک شده فرد، بررسی پاسخ های اضطرابی سازگارانه و ناسازگارانه، صحبت در مورد راهبردهای کنترل و اجتناب از اضطراب.	پیگیری و نظارت موقعیت ها، تجارب و افکار اضطراب زا و اجبارها در زندگی.	نوشتن موقعیت ها، تجارب و افکار اضطراب زا و فهرست اجبارها.

جلسه ۴-۳	بررسی درماندگی خلاق و راهبردهای مورد استفاده، بررسی هزینه، فواید و خسارات این راهبردها، آموزش تمرینات ذهن آگاهی بررسی مواردی که باعث حواس پرتی می شوند و راهبردهای اجتنابی، عدم قضاوت تجربه های درونی.	بررسی تلاش های ناکارآمد قبلی، پذیرش افکار و احساسات.	تمرین ذهن آگاهی، نمره دهی از ۰-۱۰ به میزان آیت های فهرست جلسه قبل.
جلسه ۶-۵	پذیرش و زندگی بر اساس ارزش ها، ارزش های مبتنی بر تعهد رفتاری، آموزش پذیرش وسواس به واسطه ذهن آگاهی، بررسی ارزش ها در برابر اهداف. مواجهه و جلوگیری از پاسخ مبتنی بر ارزش ها.	شفاف سازی ارزش ها و طبقه بندی آن ها.	نوشتن ارزش های زندگی، بررسی اهداف در راستای ارزش ها.
جلسه ۸-۷	بیان تمایل به جای اجتناب، ایجاد سلسله مراتبی از فعالیت های اجباری و تمایل به تجربه عدم راحتی، عدم قطعیت و ناکامل بودن و ایجاد لحظات معنادار، تعهد روزانه به ارزش ها، خاتمه و پایان درمان.	تعهد به ارزش ها	مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر اساس میزان نمره دهی.

گروه آزمایش دوم در جلسات طرحواره درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ (Thiel et al., 2016) شرکت کردند. این روش درمانی هفته ای یک جلسه و به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای برگزار شد. فرآیند درمان شامل سه بخش اصلی بود: بخش مقدمه و آشنایی، بخش تغییر، و بخش نهایی. که به طور خلاصه در جدول زیر توضیح داده شده است:

جدول ۲: خلاصه جلسات طرحواره درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ

جلسات	توضیحات	اهداف جلسه	تکالیف جلسه
جلسات مقدمه و آشنایی (جلسات ۱-۲)	آشنایی با طرحواره درمانی و درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ و اهداف آن، برقراری رابطه درمانی توسط باز والدینی حد و مرزدار (راهنما، حمایت کننده و آرامش بخش). به منظور ایجاد رابطه درمانی ایمن، درمانگر از مراجعه حمایت می کند تا با این نیازهای برآورده نشده در محدوده ارتباط حرفه ای مواجهه شود، ایجاد سلسله مراتب اجبارها و اولین مواجهه.	برقراری رابطه درمانی، آموزش سلسله مراتب اجبارها	نوشتن فهرست سلسله مراتب اجبارها، نمره دهی از ۰-۱۰ بر اساس میزان اضطراب درک شده، شروع مواجهه بر اساس فهرست
جلسات تغییر (جلسه ۳-۴)	بررسی طرحواره ها، جلسات مواجهه با موقعیت های اضطراب زا تا حد متوسط، استفاده از تمرین صندلی، بیمار بین صندلی های متفاوت جابجا می شود و	شناسایی طرحواره ها و موقعیت هایی که به اختلال وسواس-جبری	انجام تمرین های مواجهه، کامل کردن یادداشت های طرحواره

گفتگویی بین حالت های مختلف طرحواره خویش بیان می کند (برای مثال حالت وسواس-جبری و حالت بزرگ سال سالم). با استفاده از تکنیک بازنویسی تصاویر، خاطرات دردناک بازنویسی می شوند و درمانگر به بیمار کمک می کند تا نیازهای برآورده نشده را که در گذشته به او آسیب زده اند ارضا کند.	شدت می دهند	شامل افکار، احساسات، رفتارهای مشکل زا، طرحواره های ناسازگار اولیه
هنگامی که مواجهه ها افزایش یافت بر تکنیک های طرحواره توجه می شود تا مهارت های مقابله ای درون فردی و غلبه بر مشکلات و بحران ها افزایش یابد. عملکرد مهارت ها (تنظیم احساسات و تنظیم محدودیت) از ابتدای جلسات باهدف قوی تر شدن انگیزه درمان، مشخص می شود. تکنیک صندلی قبل از تمرینات مواجهه به منظور تقویت حالت بزرگ سال سالم انجام می شود. هیجاناتی که بعد از تمرین های مواجهه رخ می دهند (همانند خشم، ناراحتی، شرم و گناه) ابتدا توسط شناخت احساس درست و پاسخ دهی باحالت بزرگ سال سالم در طرحواره درمانی تعدیل می شوند.	تقویت بزرگ سال سالم، تقویت پاسخ بزرگ سال سالم در هنگام مواجهه و جلوگیری از پاسخ	انجام تمرین های مواجهه، استفاده از فلش کارت ها. فلش کارت ها جملات نوشته شده ای هستند که توسط بیمار در بین جلسات استفاده می شوند.
توجه بر روی انتقال مهارت های جدید یاد گرفته شده از اتاق درمان به محیط خانه، جلوگیری از عود مجدد و خاتمه تدریجی درمان.	استفاده از حالت بزرگ سال سالم در دیگر موقعیت ها.	استفاده از فلش کارت های طرحواره، اتمام جلسات مواجهه و جلوگیری از پاسخ.

یافته ها

ابتدا داده های توصیفی پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیر پریشانی روانی گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	ACT+ERP	۱۵/۳۷	۳/۹۲	۹/۸۴	۳/۰۴
	ST+ERP	۱۵/۳۰	۲/۲۰	۹/۶۰	۱/۹۸
	Control	۱۲/۸۳	۲/۹۱	۱۳/۱۷	۲/۵۵
اضطراب	ACT+ERP	۱۵/۱۶	۱/۹۵	۱۱/۱۶	۲/۰۶
	ST+ERP	۱۴/۲۰	۲/۳۵	۹/۳۰	۱/۵۲
	Control	۱۳/۹۴	۲/۴۴	۱۳/۵۰	۲/۳۱
استرس	ACT+ERP	۱۶/۴۲	۱/۹۵	۶/۶۸	۲/۰۳
	ST+ERP	۱۵/۲۰	۲/۵۰	۸/۰۵	۲/۴۲
	Control	۱۴	۲/۴۲	۱۱/۷۸	۳/۰۱

بر اساس نمرات به‌دست‌آمده، میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در گروه‌های آزمایش کاهش یافته است؛ اما بین میانگین نمرات در پس‌آزمون گروه کنترل تفاوت چندانی یافت نشد. به‌منظور بررسی معنادار بودن این نمرات از لحاظ آماری در ادامه داده‌ها مورد تحلیل آمار استنباطی قرار می‌گیرند. ابتدا نرمال بودن توزیع نمرات در سه گروه مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۴: آزمون نرمال بودن کولموگروف - اسمیرنف متغیرهای پژوهش

مقیاس	ACT+ERP		ST+ERP		گروه کنترل	
	معناداری (P)	آماره	معناداری (P)	آماره	معناداری (P)	آماره
افسردگی	۰/۲۰۰	۰/۱۲۹	۰/۱۳۷	۰/۱۶۹	۰/۰۷۴	۰/۱۲۲
اضطراب	۰/۰۹۵	۰/۱۸۳	۰/۱۸۴	۰/۱۱۷	۰/۲۰۰	۰/۱۴۱
استرس	۰/۲۰۰	۰/۱۲۲	۰/۲۰۰	۰/۱۴۲	۰/۱۸۹	۰/۱۵۷

فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات سه گروه در متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس با سطح اطمینان ۹۵ درصد بیشتر از ۰/۰۵ بود؛ بنابراین پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در هر سه گروه تأیید گردید. در ادامه، پیش‌فرض تساوی واریانس‌های گروه در جدول ۵ بررسی می‌شود.

جدول ۵: نتایج آزمون مفروضه همگنی واریانس های لون متغیرهای پژوهش در پیش آزمون

مقیاس	F	درجه آزادی اول (صورت)	درجه آزادی دوم (مخرج)	معناداری (P)
افسردگی	۲/۶۴۵	۲	۵۴	۰/۰۸۰
اضطراب	۲/۶۴۱	۲	۵۴	۰/۰۸۳
استرس	۱/۲۰۳	۲	۵۴	۰/۳۰۸

فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات سه گروه در متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس بیشتر از ۰/۰۵ است. پیش فرض تساوی واریانس های گروه در جامعه تأیید گردید. عدم معناداری پیش فرض همگنی ضرایب رگرسیون در جدول ۶ بررسی می شود.

جدول ۶: نتایج آزمون پیش فرض همگنی رگرسیون

مقیاس	شاخص های آماری منبع تغییرات	ضریب F	معناداری (P)
پیشانی روان شناختی	پیش آزمون	۱/۲۹۲	۰/۰۶۸
	پیش آزمون × گروه	۱/۹۶۲	۰/۰۸۳

همان گونه که در جدول ۶ مشاهده می گردد، اثر بین پیش آزمون و گروه معنادار نشد. به منظور مقایسه گروه های آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته، از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. در جدول زیر نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای پیشانی روانی در پس آزمون به تفکیک گروه های آزمایش و گواه ارائه شده است.

جدول ۷: نتایج تحلیل کوواریانس بر میزان نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در سه گروه

متغیر	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F ضریب	معناداری (P)	میزان تأثیر	توان آماری
افسردگی	۲	۱۲۱/۰۳۷	۳۰/۱۳۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳۲	۱/۰۰۰
اضطراب	۲	۹۱/۷۶۷	۳۷/۵۵۷	۰/۰۰۱	۰/۵۸۶	۱/۰۰۰
استرس	۲	۱۴۴/۰۱۳	۲۵/۰۰۴	۰/۰۰۱	۰/۴۸۵	۱/۰۰۰

همان گونه که در جدول ۷ مشاهده می گردد در همه مؤلفه های پیشانی روانی بین گروه ها تفاوت معناداری وجود دارد ($P=0/001$). در مرحله پس آزمون افسردگی، اضطراب و استرس بین میانگین های تعدیل شده نمرات شرکت کنندگان در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. جهت بررسی میزان تفاوت بین گروه ها از آزمون تعقیبی استفاده می شود.

جدول ۸: نتایج تحلیل تعقیبی LSD مؤلفه‌های پرسشنامه پریشانی روانی

متغیر	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین	انحراف معیار	معناداری (P)
افسردگی	ST+ERP	ACT+ERP	۰/۲۰۷	۰/۶۴۲	۰/۷۴۹
	Control	ST+ERP	-۴/۶۴۴	۰/۶۹۶	۰/۰۰۱
	Control	ST+ERP	-۴/۸۵۰	۰/۶۸۷	۰/۰۰۱
اضطراب	ST+ERP	ACT+ERP	۱/۳۳۵	۰/۵۰۹	۰/۰۱۱
	Control	ST+ERP	-۳/۰۰۴	۰/۵۲۷	۰/۰۰۱
	Control	ST+ERP	-۴/۳۳۹	۰/۵۰۸	۰/۰۰۱
استرس	ST+ERP	ACT+ERP	-۱/۷۷۹	۰/۷۸۸	۰/۰۲۸
	Control	ST+ERP	-۵/۹۱۲	۰/۸۶۰	۰/۰۰۱
	Control	ST+ERP	-۴/۱۳۴	۰/۷۹۸	۰/۰۰۱

نتایج آزمون تعقیبی نشان می‌دهد که هر دو درمان تأثیر معنادار و یکسانی بر افسردگی بیماران مبتلا به اختلال وسواس-جبری داشته‌اند ($p > 0.05$). طرح‌واره درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ تأثیر بیشتر بر کاهش اضطراب و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ تأثیر بیشتر بر کاهش استرس شرکت‌کنندگان داشته است ($p < 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ با طرح‌واره درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به اختلال وسواس-جبری بود.

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه بر افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری مؤثر است.

این تحقیق با یافته‌های (Han & Kim, 2022) همسو است و چندین مطالعه نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند انعطاف‌پذیری روانی را بهبود بخشد و اختلال‌هایی مانند استرس (Brinkborg et al., 2011) و افسردگی (Bohlmeijer et al., 2011; Twohig & Levin, 2017) را بهبود ببخشد.

افراد مبتلا به اختلال وسواس-جبری افکار وسواسی را تجربه می‌کنند که منجر به پریشانی و ناراحتی

می‌شود. در پاسخ، آن‌ها تلاش می‌کنند که این ناراحتی را با انجام اجبارها کاهش دهد. در همین راستا، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ در بیماران مبتلا به اختلال وسواس-جبری با تغییر ارتباط فرد با فکر خویش، نحوه فکر کردن و برداشتی که فرد از رنج‌ها و آسیب‌های زندگی دارد هیجانات منفی را کاهش می‌دهد. این درمان به بیماران کمک می‌کند که آسیب‌های ناشی از رنج‌های زندگی‌شان بپذیرند درحالی‌که در جهت ارزش‌های زندگی خود گام برمی‌دارند. هیجانات منفی همانند افسردگی، اضطراب و استرس بخشی از زندگی و انسان بودن، است. در طول درمان بیماران یاد می‌گیرند که افکار غیرمنطقی خود را اصلاح کنند و سیکل معیوب این افکار را پیدا کنند و از راه‌حل‌های گذشته خود که مبتنی بر درماندگی خلاق است آگاهی پیدا کنند. به‌مرورزمان فرد یاد می‌گیرد که دیدگاه خود را نسبت به رنج‌ها و زندگی خود تغییر دهد و از سیکل معیوب افکار و هیجانات منفی خود خارج شود (Levin et al., 2014). اهداف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای افسردگی به‌خودی‌خود از بین بردن افسردگی نیست، بلکه افزایش مشارکت مراجعین در فعالیت‌های مؤثر و ارزشمند در زندگی‌شان است و تأکید بیشتری بر هدف قرار دادن موانع شناختی و روان‌شناختی مرتبط دارد که ممکن است مانع از عملکرد ارزشمند شوند. در افراد افسرده آمیختگی شناختی رخ می‌دهد و افکار را عین واقعیت در نظر می‌گیرند. آمیختگی با فکر افسرده ساز به این معنی است که فرد آن فکر را با دلایل خود درست در نظر می‌گیرد و خود را بخشی از محتوای آن فکر در نظر می‌گیرد. زمانی که مراجعین یاد می‌گیرند که خود را بخشی از افکار خود ببینند و بتوانند بین خود و افکار خود گسلس ایجاد کنند به‌مرورزمان انعطاف‌پذیری روانی آن‌ها بالا می‌رود که خود منجر می‌شود افسردگی تأثیر به‌سزایی داشته باشد (Twohig & Levin, 2017). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌عنوان یک متغیر واسطه‌ای، نقش قابل‌توجهی در نحوه‌ی پاسخ‌دهی فرد به استرس دارد؛ به‌گونه‌ای که با تعدیل سازوکارهای مقابله‌ای، می‌تواند الگوی مواجهه با استرس را تغییر دهد. محتوای شناختی تحریف‌شده اثرات زیان‌بار عاطفی، فیزیولوژیکی، رفتاری و شناختی دارد و در این شرایط فرد با محتوای شناختی خود همجوشی پیدا می‌کند، یا به‌طور کامل آن را می‌پذیرد؛ یعنی نمی‌تواند این محتوا را به‌عنوان یک واکنش خودکار به نوع خاصی از عوامل استرس‌زا ببیند؛ درنتیجه از تجربیاتی که در پاسخ به محتوای شناختی تحریف‌شده آن‌ها به وجود می‌آید اجتناب می‌کنند. این زمینه از آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای به همان اندازه که «علت» استرس است، منجر به واکنش‌های استرس‌زا می‌شود. یکی از ویژگی‌های کلیدی، چهارچوب رابطه‌ای در این درمان است. تغییر نحوه ارتباط افراد با تجربیات می‌تواند کارکرد تجربیات را تغییر دهد. به عبارت ساده، تغییر نحوه تفکر، معنای آن محرک‌ها را تغییر می‌دهد (Levin et al., 2014).

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ، کاهش بیشتری در میزان استرس افراد مبتلا به اختلال وسواس-جبری داشت. این یافته با پژوهش پترسن و همکاران (Petersen et al., 2022) هم سو است. در این رویکرد به‌طور هم‌زمان الگوهای رفتاری و شناختی تغییر می‌کند و فرد به‌جای اجتناب از تجربیات استرس‌آور، با آن‌ها روبه‌رو می‌شود. با پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند بدون تلاش برای تغییر یا اجتناب، دست از تلاش مکرر جهت اجتناب از احساسات منفی برمی‌دارد. این رویکرد باعث افزایش انعطاف‌پذیری روانی فرد می‌شود و درنهایت موجب کاهش استرس و بهبود سلامت روانی می‌گردد و درنهایت فرد با استرس خود به‌طور سازگارانه‌تری مواجه می‌شود و زندگی را بر اساس ارزش‌های شخصی خود هدایت می‌کند (Ong et al., 2020).

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که طرح‌واره درمانی همراه با مواجهه بر افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری مؤثر است. این فرضیه با یافته‌های پژوهش پریمر و همکاران (Priemer et al., 2015) و انصاری و همکاران (Ansari et al., 2020) هم سو است. در طرح‌واره درمانی به دلیل تعدیل بسیاری از طرح‌واره‌های فرد افسردگی، اضطراب و استرس بهبود پیدا می‌کند؛ زیرا برخی از طرح‌واره‌های افراد مبتلا به اختلال وسواس-جبری افسرده‌ساز، اضطراب‌زا و استرس‌آور هستند. دو مکانیسم کلیدی بالقوه تغییر علائم در طرح‌واره‌ها تغییر باورهای هسته‌ای منحصربه‌فرد منفی و اتحاد درمانی است. تغییرات در باورهای هسته منفی با تغییرات هم‌زمان علائم افسردگی همراه است. به عبارت دیگر، هنگامی که علائم بهبود یابد، باورهای اصلی به‌طور هم‌زمان بهبود می‌یابند (Renner et al., 2018). افسردگی ممکن است نتیجه عوامل خطرآفرین دوران کودکی مانند سوءاستفاده، غفلت و نیازهای برآورده نشده باشد که به واسطه عوامل خطر در شرایط کنونی مانند سبک‌های شناختی منفی، مشکلات بین فردی یا به‌طور کلی سطوح بالاتر آسیب‌شناسی روانی ایجاد می‌شوند. رها کردن یا بی‌توجهی مراقبان ممکن است باعث ایجاد طرح‌واره رهاشدگی شود و یک رویداد محرک، مانند از دست دادن عزیزان، طرح‌واره را فعال کند و باعث ایجاد علائم افسردگی کمک کند، به‌ویژه اگر مشکلات بین فردی و مقابله اجتنابی وجود داشته باشد. اجتناب یک راهبرد مقابله‌ای رایج در افسردگی است. نوع سبک مقابله اجتنابی بهترین پیش‌بین علائم افسردگی است. راهبردهای درون روانی دیگر شامل اعمال ذهنی مانند پرت کردن حواس خود از هیجانات ناراحت‌کننده، خیال‌پردازی، خیال‌بافی، انکار خاطرات و عقلانیت بیش‌ازحد است. راهبردهای اجتنابی ذهنی، بیشتر از رفتاری (مصرف مواد، حواس‌پرتی فعال از طریق فعالیت) نقش اصلی در افسردگی دارند (Basile et al., 2018). این رویکرد با آگاهی روان‌شناختی و بهبود سبک‌های مقابله‌ای به تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار

اولیه در موقعیت های فعال ساز طرحواره می پردازد. این درمان با بازسازی شناختی، هیجانات مثبت و منفی را تعدیل می کند (Eghdampanah foumani et al., 2024).

طرحواره ها بر عمقی ترین شناخت ها تأکید دارد و آن ها را شناسایی می کند و بعد از شناخت و تعدیل هسته مرکزی مشکلات و هیجانات در اضطراب و استرس تأثیر به سزایی دارد. در طرحواره درمانی ابتدا فرد به عمقی ترین طرحواره ها پی می برد و با تعدیل آن ها سطوح فکری اضطراب زایش تغییر می کند. به مرور زمان که طرحواره های ناسازگار افراد بهبود پیدا می کند علائم اضطرابی این افراد بهبود پیدا می کند و شرایطی فراهم می شود تا فرد بتواند نسبت به موقعیت های اضطرابی خود به گونه ای دیگر پاسخ دهد (Renner et al., 2018).

همچنین یافته های پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ، کاهش بیشتری در میزان اضطراب افراد مبتلا به اختلال وسواس-جبری داشت. این یافته با پژوهش رمرسوال و همکاران (Remmerswaal et al., 2023) همسو است. طرحواره های ناسازگار اولیه در دوران کودکی به واسطه برآورده نشدن نیازهای عاطفی اساسی شکل می گیرند و می توانند به عنوان الگوهای تفکری ناسالم در بزرگسالی ظاهر شوند. این طرحواره ها باعث تغییرات سریع در خلق و رفتار فرد می شوند و در تداوم اضطراب نقش دارند. طرحواره درمانی به بیماران این امکان را می دهد که با تقویت حالت بزرگسال سالم خود، به طور مؤثر و سازگارانه ای با موقعیت های اضطراب آور مقابله کنند. شواهد اولیه نشان داده اند که ترکیب طرحواره درمانی با درمان های دیگر همچون مواجهه و جلوگیری از پاسخ می تواند به کاهش معنادار علائم اضطراب و بهبود طرحواره های ناسازگار در بیماران مبتلا به اختلال های اضطرابی کمک کند (Peeters et al., 2021).

ازجمله محدودیت های پژوهش حاضر نمونه گیری در دسترس و عدم پیگیری بود. پیشنهاد می شود به منظور تعمیم نتایج در تحقیقات آتی از روش نمونه گیری تصادفی استفاده گردد؛ و جهت بررسی پایدار باقی ماندن نتایج در طول زمان از پیگیری سه ماهه و شش ماهه نیز استفاده گردد. همچنین پیشنهاد می شود این پژوهش بر روی بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری به تفکیک نوع وسواس نیز اجرا گردد. در پایان محققان از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش کمال تشکر و قدردانی خود را ابراز می دارند. ضمناً هیچ گونه تعارض منافع بین نویسندگان وجود ندارد.

References:

- Ansari, S., Asgari, P., Makvandi, B., Heidari, A., & Seraj Khorrami, N. (2020). Effectiveness of schema therapy in psychological distress, body image, and eating disorder beliefs in patients with anorexia nervosa. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, 7(3), 184-189. <https://doi.org/10.32592/ajnpp.2020.7.3.107>
- Basile, B., Tenore, K., & Mancini, F. (2018). Investigating schema therapy constructs in individuals with depression. *Journal of Psychology & Clinical Psychiatry*, 9(2), 214-221. <https://doi.org/10.15406/jpcpy.2018.09.00524>.
- Bohlmeijer, E. T., Fledderus, M., Rokx, T., & Pieterse, M. E. (2011). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 49(1), 62-67. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.10.003>.
- Brinkborg, H., Michanek, J., Hesser, H., & Berglund, G. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 49(6-7), 389-398. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.03.009>.
- Child, S. T., & Lawton, L. E. (2020). Personal networks and associations with psychological distress among young and older adults. *Social Science & Medicine*, 246, 112714. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112714>
- Eghdampanah foumani, m. L., Asadi Mojreh S, & B., a. (2024). Comparison of the Effectiveness of Cognitive Hypnotherapy and Schema Therapy on Difficulty in Emotion Regulation in Substance-Dependent Individuals. *Journal of Research on Addiction*, 18(72), 145-168, Article (In Persian). <https://doi.org/10.61186/etiadjohi.18.72.7>.
- Han, A., & Kim, T. H. (2022). Efficacy of internet-based acceptance and commitment therapy for depressive symptoms, anxiety, stress, psychological distress, and quality of life: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 24(12), e39727. <https://doi.org/10.2196/39727>
- Jones, P. J., Mair, P., Riemann, B. C., Mugno, B. L., & McNally, R. J. (2018). A network perspective on comorbid depression in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of anxiety disorders*, 53, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.09.008>.
- Lee, E. B., Ong, C. W., An, W., & Twohig, M. P. (2018). Acceptance and commitment therapy for a case of scrupulosity-related obsessive-compulsive disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 82(4), 407-423. <https://doi.org/10.1521/bumc.2018.82.4.407>

- Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J. R., Hayes, S. C., Biglan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 155-163. <https://doi.org/10.1177/0145445515603707>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
- Moritz, S., & Jaeger, A. (2018). Decreased memory confidence in obsessive-compulsive disorder for scenarios high and low on responsibility: is low still too high? *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 268, 291-299. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s00406-017-0783-0>
- Ong, C. W., Blakey, S. M., Smith, B. M., Morrison, K. L., Bluett, E. J., Abramowitz, J. S., & Twohig, M. P. (2020). Moderators and processes of change in traditional exposure and response prevention (ERP) versus acceptance and commitment therapy-informed ERP for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 24, 100499. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100499>
- Peeters, N., Stappenbelt, S., Burk, W. J., van Passel, B., & Krans, J. (2021). Schema therapy with exposure and response prevention for the treatment of chronic anxiety with comorbid personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(1), 68-76. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/bjc.12271>
- Petersen, J., Ona, P. Z., Blythe, M., Möller, C. M., & Twohig, M. (2022). Intensive outpatient acceptance and commitment therapy with exposure and response prevention for adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 23, 75-84. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.12.004>
- Priemer, M., Talbot, F., & French, D. J. (2015). Impact of self-help schema therapy on psychological distress and early maladaptive schemas: A randomised controlled trial. *Behaviour Change*, 32(1), 59-73. <https://doi.org/10.1017/bec.2014.30>
- Remmerswaal, K. C., Cnossen, T. E., van Balkom, A. J., & Batelaan, N. M. (2023). Schema therapy with cognitive behaviour day-treatment in patients with treatment-resistant anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder: an uncontrolled pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 51(2), 174-179. <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S1352465822000625>

- Renner, F., DeRubeis, R., Arntz, A., Peeters, F., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. (2018). Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 58, 97-105. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.10.002>.
- Russell, E. J., Fawcett, J. M., & Mazmanian, D. (2013). Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(4), 18438. <https://doi.org/10.4088/JCP.12r07917>.
- Samani, S., & Joukar, B. (2007). A study on the reliability and validity of the short form of the depression anxiety stress scale (DASS-21). *Social Science and Humanities of Shiraz University*, 26(52), 65-77, Article (In Persian). <https://www.sid.ir/paper/391033/fa>
- Sharma, P., Rosário, M. C., Ferrão, Y. A., Albertella, L., Miguel, E. C., & Fontenelle, L. F. (2021). The impact of generalized anxiety disorder in obsessive-compulsive disorder patients. *Psychiatry Research*, 300, 113898. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113898>
- Sousa-Lima, J., Moreira, P. S., Raposo-Lima, C., Sousa, N., & Morgado, P. (2019). Relationship between obsessive compulsive disorder and cortisol: Systematic review and meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology*, 29(11), 1185-1198. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.09.001>
- Stein, D. J., Costa, D. L., Lochner, C., Miguel, E. C., Reddy, Y. J., Shavitt, R. G., van den Heuvel, O. A., & Simpson, H. B. (2019). Obsessive-compulsive disorder. *Nature reviews Disease primers*, 5(1), 52. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0102-3>.
- Sun, J., Li, Z., Buys, N., & Storch, E. A. (2015). Correlates of comorbid depression, anxiety and helplessness with obsessive-compulsive disorder in Chinese adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 174, 31-37. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.004>
- Thiel, N., Jacob, G. A., Tuschen-Caffier, B., Herbst, N., Kuelz, A. K., Hertenstein, E., Nissen, C., & Voderholzer, U. (2016). Schema therapy augmented exposure and response prevention in patients with obsessive-compulsive disorder: Feasibility and efficacy of a pilot study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 52, 59-67. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.03.006>
- Thiel, N., Tuschen-Caffier, B., Herbst, N., Külz, A. K., Nissen, C., Hertenstein, E., Gross, E., & Voderholzer, U. (2014). The prediction of treatment outcomes by early maladaptive schemas and schema modes in obsessive-compulsive disorder. *BMC psychiatry*, 14, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0362-0>

- Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: a review. *Psychiatric clinics*, 40(4), 751-770. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.009>
- Twohig, M. P., Vilardaga, J. C. P., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2015). Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(3), 196-202. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.07.001>.