A Comparative Study of Exposure and Response Prevention versus Schema Therapy in Reducing Relationship Obsessive-Compulsive Symptoms and Marital Dissatisfaction in Married Women

Ebrahim Soltani Azemat, Hossein Mohagheghi*, Shahryar Yarmohammadi Vasel, Abolghasem Yaghoobi

Department of Psychology, Faculty of Economics and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran

Article Info:

Received: **10 Aug 2025** ***Revised:*** **9 Oct 2025** ***Accepted:*** **30 Nov 2025**

ABSTRACT

Introduction: Relationship Obsessive-Compulsive Disorder (ROCD) is a recently recognized subtype of OCD that occurs within romantic relationships, characterized by intrusive, obsessive thoughts about the partnership, which can contribute to marital dissatisfaction and diminished relationship quality. The present study aimed to compare the effectiveness of two therapeutic approaches, Exposure and Response Prevention (ERP) and Schema Therapy, in reducing the symptoms of ROCD and marital dissatisfaction among married women. ***Materials and Methods:*** Employing a quasi-experimental design with pre-test, post-test, and follow-up assessments, the study was conducted on two experimental groups. Thirty married women diagnosed with ROCD were purposively selected and randomly assigned to two treatment groups with equal subjects. The assessment tools included the Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5), the Relationship Obsessive-Compulsive Inventory, the Partner-Related Obsessive-Compulsive Symptoms Inventory, and the ENRICH Marital Satisfaction Questionnaire. ***Results:*** Liner Mixed Model results indicated that both treatments were effective in reducing ROCD symptoms and marital dissatisfaction. Schema Therapy demonstrated greater effectiveness than ERP in several cognitive-emotional domains and aspects of relationship quality. ***Conclusion:*** These findings underscore the importance of tailoring therapeutic approaches to the specific cognitive and emotional profiles of individuals with ROCD.

Keywords:

1. Obsessive-Compulsive Disorder
2. Cognitive Behavioral Therapy
3. Interpersonal Relations
4. Marriage
5. Emotional Adjustment

***Corresponding Author:** Hossein Mohagheghi

Email: *H.Mohagheghi@basu.ac.ir*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-01-28]

[DOI: 10.61882/shefa.14.1.64]

مطالعه مقایسه‌ای بین مواجهه و پیشگیری از پاسخ (ERP) و طرحواره‌درمانی در کاهش علائم وسواس‌فکری- جبری ارتباطی (ROCD) و نارضایتی زناشویی در زنان متأهل

ابراهیم سلطانی عظمت، حسین محققی*، شهریار یارمحمدی واصل، ابوالقاسم یعقوبی

گروه روانشناسی، دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

اطلاعات مقاله:

دریافت: ۱۹ مرداد ۱۴۰۴ **اصلاحیه:** ۱۷ مهر ۱۴۰۴ **پذیرش:** ۹ آذر ۱۴۰۴

چـــــکیده

مقدمـــه: اخـتلال وسـواس‌فکری- جبـری ارتبـاطی (ROCD) زیرگونـه‌ای از وسـواس‌فکری- جبـری اسـت کـه در قالـب روابـط عاشـقانه بـروز می‌کنـد و بـا افـکار مزاحـم و وسـواسی دربـارۀ جنبه‌هـای رابطـه مشـخص می‌شـود؛ ایـن افـکار می‌تواننـد بـه نارضایـتی زناشـویی و کاهـش کیفیـت رابطـه منجـر شـوند. هـدف پژوهـش حاضـر مقایسـۀ اثربخـشی دو رویکـرد درمـانی، مواجهـه و پیشـگیری از پاسـخ (ERP) و طرحواره‌درمـانی، در کاهـش علائـم ROCD و نارضایـتی زناشـویی در زنـان متأهـل بـوده اسـت. **مـــواد و روش‌هـــا:** بـا اسـتفاده از طـرح شـبه‌آزمایشی دارای سـنجش پیـش و پس‌آزمـون و پیگیـری، پژوهـش بـر روی دو گـروه آزمایـشی اجـرا شـد. سی زن متأهـل کـه تشـخیص ROCD در آن‌هـا تأییـد شـده بـود به‌صـورت هدفمنـد انتخـاب و به‌طـور تصـادفی بـه دو گـروه درمـانی بـا تعـداد مسـاوی تخصیـص داده شـدند. ابزارهـای سـنجش شـامل مصاحبـه بالینـی سـاختاریافته برمبنـای (DSM-5 SCID-5)، پرسشـنامۀ وسـواس‌فکری- جبـری مرتبـط بـا رابطـه، پرسشـنامۀ علائـم وسـواسی مرتبـط بـا شـریک و پرسشـنامۀ رضایـت زناشـویی ENRICH بودنـد. **یافته‌هـــا:** نتایـج تحلیـل بـا اسـتفاده از مـدل مختلـط خـطی نشـان داد کـه هـر دو روش درمـانی در کاهـش علائـم ROCD و نارضایـتی زناشـویی مؤثـر بوده‌انـد. طرحواره‌درمـانی در چندیـن حـوزۀ شـناختی- عاطـفی و بـرخی جنبه‌هـای کیفیـت رابطـه از اثربخـشی بیشـتری نسـبت بـه ERP برخـوردار بـود. **نتیجه‌گیـــری:** ایـن نتایـج بـر اهمیـت تطبیـق رویکردهـای درمـانی بـا پروفایل‌هـای شـناختی و عاطـفی خـاص افـراد مبـتلا بـه ROCD تأکیـد می‌کنـد. طرحواره‌درمـانی ممکـن اسـت بـا ایجـاد تغییـرات عمیق‌تـر در طرحواره‌هـای ناسـازگار رابطـه‌ای، تغییـرات پایدارتـر و جامع‌تـری نسـبت بـه ERP فراهـم آورد.

واژه‌های کلیدی:

۱- اختلال وسواس‌فکری- جبری
۲- درمان شناختی- رفتاری
۳- روابط بین‌فردی
۴- ازدواج
۵- تنظیم هیجانی

***نویسنده مسئول:** حسین محققی

پست الکترونیک: *H.Mohagheghi@basu.ac.ir*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-01-28]

[DOI: 10.61882/shefa.14.1.64]

مقدمه

اختلال وسواسی- جبری[1] یک اختلال جدی و ناتوان‌کننده است که با دو ویژگی اصلی وسواس‌ها و رفتارهای اجباری شناخته می‌شود. وسواس‌ها به معنای اندیشه‌ها، احساسات، یا انگاره‌های ناخواسته و مکرر هستند که موجب اضطراب و پریشانی می‌شوند، و رفتارهای اجباری عملکردهای تکراری هستند که فرد برای کاهش این اضطراب انجام می‌دهد. از جمله رفتارهای اجباری رایج می‌توان به وسواس شستشو، وارسی و شمارش اشاره کرد. وسواس‌ها معمولاً شامل نگرانی‌های مربوط به آلودگی، تردیدها و افکار جنسی یا پرخاشگرانه‌اند (۲، ۱). شیوع مادام‌العمر این اختلال در جمعیت عمومی حدود ۲ تا ۳ درصد است و مطالعات نشان می‌دهد شیوع آن در زنان کمی بیشتر است، هرچند در جمعیت‌های بالینی این نسبت برابر است. سن شروع اختلال مزبور معمولاً حدود ۱۹ سالگی است و در مردان نسبت به زنان کمی زودتر آغاز می‌شود (۳). در ایران نیز میزان شیوع آن در جمعیت عمومی حدود ۱/۸ درصد و در مراکز درمانی روانپزشکی تا ۶ درصد گزارش شده است (۴).

افراد مبتلا به وسواس معمولاً در روابط عاطفی و زناشویی خود مشکلاتی دارند؛ این مشکلات شامل کاهش احتمال ازدواج و افزایش تعارضات در زندگی مشترک است (۵). رفتارهای اجباری مانند وارسی یا شستشوی مکرر توسط همسر ممکن است باعث ایجاد خشم و افزایش تعارضات شود (۶) .در بسیاری از موارد، این اختلال تأثیرات چشمگیری بر روابط زوجین دارد و این تأثیرات ممکن است به شکل‌های مختلف بروز کند؛ مثلاً بیمار ممکن است از همسر خود برای اطمینان مکرر سوالاتی مانند «آیا درست انجام دادم؟» بپرسد یا از او بخواهد رفتارهای تشریفاتی خاصی را انجام دهد و در صورت امتناع همسر، دچار خشم و عصبانیت شود (۷).

در سال‌های اخیر، دورون و همکاران توجه ویژه‌ای به نوع خاصی از وسواس نشان داده‌اند که تمرکز آن بر روابط عاطفی است و آن را «اختلال وسواسی- جبری ارتباطی[2] نامیده‌اند (۸). این نوع از اختلال شامل وسواس‌هایی درباره رابطه و شریک زندگی است که معمولاً به شکل افکار مکرر یا تصاویر ذهنی درباره صحت و درستی رابطه یا شریک زندگی دیده می‌شود. وسواس‌های ارتباطی به دو نوع اصلی تقسیم می‌شوند: نوع متمرکز بر ارتباط و نوع متمرکز بر همسر. نوع متمرکز بر ارتباط شامل تردیدهای مکرر درباره احساسات خود نسبت به شریک زندگی، احساسات شریک نسبت به فرد و صحت رابطه است (مثلاً «آیا من واقعاً عاشق همسرم هستم؟» یا «آیا همسرم من را دوست دارد؟»). در نوع متمرکز بر همسر، فرد بر نقص‌های ادراک شده در شریک زندگی مانند ظاهر، اخلاقیات، ثبات هیجانی یا هوش تمرکز می‌کند (۶).

رفتارهای اجباری مرتبط با وسواس ارتباطی شامل چک کردن مکرر احساسات، مقایسه ویژگی‌های شریک زندگی با دیگران، خنثی‌سازی افکار منفی و جستجوی اطمینان است. این وسواس‌ها و رفتارها معمولاً موجب پریشانی شدید فرد شده و عملکرد اجتماعی، شغلی و خانوادگی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۹). همچنین، این افکار ناخواسته معمولاً با برداشت‌های فرد از رابطه و ارزش‌های درونی‌اش در تضاد هستند و به همین دلیل موجب احساس گناه و شرمندگی در فرد می‌شوند (۶).

سن شروع این اختلال مشخص نیست، اما معمولاً علائم آن از اوایل بزرگسالی آغاز شده و در طول زندگی زناشویی ادامه می‌یابد. در برخی افراد، این علائم ممکن است با شروع یک رابطه متعهدانه مانند ازدواج یا بچه‌دار شدن ظاهر شود، ولی می‌تواند قبل یا بعد از این وقایع نیز دیده شود (۸). این نشانه‌ها می‌توانند به‌طور قابل توجهی بر رضایت زناشویی تأثیر بگذارند و موجب تعارض‌های مکرر با شریک زندگی شوند که این تعارضات خود به نارضایتی از رابطه و حتی کاهش پایداری آن منجر می‌شود (۶).

مطالعات نشان داده‌اند که علائم وسواسی مرتبط با رابطه و شریک زندگی هر کدام تأثیر منحصر به فردی بر نارضایتی زناشویی دارند. در یک مطالعه، نشانه‌های وسواسی مرتبط با رابطه با نارضایتی زناشویی ارتباط معنی‌دار داشتند حتی پس از کنترل عوامل دیگر مانند خلقیات منفی و اضطراب دلبستگی (۷). مطالعه دیگر نیز رابطه بین نشانه‌های وسواسی مرتبط با شریک زندگی و نارضایتی از رابطه را تأیید کرد (۸). به‌علاوه، این رابطه دوطرفه است؛ یعنی کاهش رضایت از رابطه می‌تواند موجب افزایش تردیدها و نگرانی‌های مرتبط با شریک زندگی شود و بالعکس (۶). اختلال وسواسی- جبری ارتباطی معمولاً دیر تشخیص

[1] Obsessive & Compulsive Disorder (OCD)
[2] Relationship Obsessive & Compulsive Disorder (ROCD)

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-01-28]
[DOI: 10.61882/shefa.14.1.64]

داده می‌شود و بسیاری از افراد مبتلا به دلیل ماهیت ظریف و خاص علائم آن، به سختی به دنبال درمان می‌روند یا حتی از وجود این اختلال آگاه نیستند (۱۰). یکی از دلایل این تأخیر، شباهت علائم این اختلال با نگرانی‌ها و تردیدهای طبیعی در روابط عاطفی است که باعث می‌شود تمایز بین اضطراب طبیعی و اختلال وسواسی- جبری ارتباطی دشوار باشد (۱۰). همچنین، این اختلال اغلب با دیگر اختلالات روانشناختی مانند اضطراب، افسردگی و اختلال وسواسی-جبری کلی همراه است که تشخیص دقیق آن را پیچیده‌تر می‌کند (۸). . تشخیص اختلال وسواسی- جبری ارتباطی مستلزم ارزیابی بالینی دقیق از طریق مصاحبه‌های ساختاریافته مانند مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های روانی[3] (SCID-5-CV) و استفاده از ابزارهای سنجش اختصاصی است (۱۱). در این زمینه، پرسشنامه وسواس‌های مبتنی بر رابطه[4] (ROCI) و پرسشنامه وسواس‌های مبتنی بر همسر[5] (PROCSI) که توسط دورون و همکاران ساخته شده‌اند، شدت وسواس‌ها و اجبارهای مرتبط با رابطه و شریک زندگی را ارزیابی می‌کنند (۸، ۷). نمرات بالاتر از نقطه برش در هر دو پرسشنامه نشانگر تعامل و تشدید متقابل وسواس‌های ارتباطی است (۸). در حیطه روان درمانی درمان استاندارد طلایی برای اختلال وسواسی- جبری مواجهه و بازداری از پاسخ[6] است. مواجهه و بازداری از پاسخ یک درمان مبتنی بر شواهد برای افراد مبتلا به وسواس فکری- عمل است. هدف این درمان، کنترل وسواس فکری- عملی است، به جای اینکه وسواس افراد را کنترل کند و مهم‌ترین جنبه عملی این روش بازداری از پاسخ می‌باشد (۱۲). در خصوص اثربخشی مواجهه و بازداری از پاسخ می‌توان گفت رفتارهای اجتنابی مانع از مواجهه بیمار با افکار وسواسی می‌شوند و همچنین رفتار جبری به این مواجهه خاتمه می‌دهد بنابراین اگر بیمار دست از رفتار اجتنابی و رفتار جبری بردارد می فهمد که چیزهایی که از آن می‌ترسد در عمل اتفاق نخواهد افتاد و از آنجا که اختلال وسواسی- جبری ارتباطی یکی از زمینه های بروز اختلال وسواسی- جبری است مواجهه و بازداری از پاسخ می‌تواند برای اختلال وسواسی- جبری ارتباطی نیز موثر افتد (۱۳، ۶).

مواجهه و پیشگیری از پاسخ می‌تواند چالش‌برانگیز باشد و بر اساس پژوهش های صورت گرفته ۲۵درصد مراجعان از این درمان امتناع می‌کنند و ۳ تا ۱۳ درصد نیز آن را به پایان نمی‌رسانند اما برای بسیاری از افراد، این روش کمک کرده است که علائم خود را به طور موثرتری مدیریت کنند تا در زندگی روزمره‌شان دخالت نکند (۱۴). بنابراین با توجه به محدودیت های مواجهه و بازداری از پاسخ، درمان‌های شناختی رفتاری در درمان وسواس شکل گرفت که علاوه بر مواجهه با موقعیت اجتناب شده و بازداری از پاسخ، به اصلاح و بهبود ارزیابی‌ها و باورهای ناکارآمد پرداخته می‌شود (۱۵). این باور های ناکارآمد عمدتاً شامل اهمیت بیش از حد افکار، اهمیت کنترل افکار، مسئولیت‌پذیری افراطی، بیش‌برآورد تهدید، تحمل‌نکردن عدم‌قطعیت و کمال‌گرایی هستند (۱۶).

علاوه بر فرایندهای شناختی، سبک دلبستگی ، سبک فرزند پروری و همچنین طرحواره های نا کارآمد نیز در اختلال وسواسی-جبری و اختلال وسواسی- جبری ارتباطی درگیر هستند (۶). تحقیقات نشان داده اختلال وسواسی- جبری ارتباطی با دلبستگی افراد مرتبط است یعنی افرادی که دارای دلبستگی اضطرابی هستند مستعد اختلال وسواسی- جبری ارتباطی می‌باشند به ویژه در افرادی که ارزش خود را به شدت به رابطه‌شان وابسته نموده‌اند (۶) در واقع نوع دلبستگی و محیط خانوادگی منفی یا تعارض والدین در دوران کودکی می‌تواند ساختار باور، احساسات و نگرش‌های فرد در روابط صمیمی را تحت تأثیر قرار دهد و همچنین می‌تواند عوامل آسیب‌پذیری برای اختلال وسواسی- جبری ارتباطی باشند (۱۷). بنابراین با توجه به نقش فرایندهای شناختی، سبک فرزند پروری و سبک‌های دلبستگی که در شکل‌گیری اختلال وسواسی- جبری ارتباطی دخیل هستند و با توجه به اینکه تحقیقات نشان داده‌اند طرحواره درمانی می‌تواند در درمان اختلال وسواسی- جبری موثر باشد (۱۸). احتمالاً طرحواره درمانی در درمان اختلال وسواسی- جبری ارتباطی نیز می‌تواند موثر واقع شود.

مرور پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که اگرچه اختلال وسواسی- جبری ارتباطی (ROCD) به‌عنوان یکی از زیرگونه‌های مهم OCD شناسایی شده است، اما پژوهش‌های درمان‌محور درباره‌ی آن هنوز محدودند. بیشتر مطالعات انجام‌شده به توصیف ویژگی‌های شناختی و هیجانی این اختلال یا بررسی رابطه‌ی آن با دلبستگی و رضایت زناشویی پرداخته‌اند، نه به مقایسه‌ی اثربخشی درمان‌ها. از سوی دیگر، با وجود شواهد قابل‌توجه درباره‌ی کارایی درمان مواجهه و بازداری از پاسخ در OCD و نقش طرحواره‌ها در تداوم این اختلال، تاکنون هیچ پژوهش تجربی به‌طور مستقیم این دو رویکرد درمانی را در ROCD مقایسه نکرده است. بنابراین، مطالعهٔ حاضر با هدف پر کردن

[3] SCID-5 -CV- Structured Clinical Interview for DSM-5
[4] Relationship Obsessive-Compulsive Inventory (ROCI)
[5] Partner-Related Obsessive-Compulsive Symptoms Inventory(PROCSI)
[6] Exposure and Response Prevention Therapy) ERP(

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-01-28]
[DOI: 10.61882/shefa.14.1.64]

این خلأ پژوهشی، به مقایسهٔ اثربخشی دو روش درمانی «مواجهه و بازداری از پاسخ» و «طرحواره‌درمانی» در کاهش نشانه‌های وسواسی- جبری ارتباطی و بهبود رضایت زناشویی می‌پردازد. این خلأ پژوهشی، زمینه‌ساز مطالعه حاضر شده است تا با رویکردی تجربی، به بررسی این پرسش بپردازد که در میان افراد مبتلا به اختلال وسواسی- جبری ارتباطی، کدام‌یک از دو روش درمانی ERP یا طرحواره‌درمانی اثربخشی بیشتری در کاهش نشانه‌های وسواس و نارضایتی زناشویی دارد؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعهٔ نیمه‌آزمایشی با طراحی پیش‌آزمون– پس‌آزمون با دوره پیگیری یک‌ماهه و دو گروه درمانی است که با هدف مقایسه اثربخشی دو رویکرد «طرحواره‌درمانی» و «مواجهه و بازداری از پاسخ بر کاهش نشانه‌های اختلال وسواسی- جبری ارتباطی و نارضایتی زناشویی در زنان متأهل انجام شد. جامعه آماری شامل زنان متأهل شهر همدان بود که با شکایات ناسازگاری زناشویی به مراکز مشاوره خانواده استان مراجعه کرده بودند. حجم نمونه با استفاده از تحلیل توان در نرم‌افزار GPower 3.1 و با در نظر گرفتن اندازه اثر متوسط (F=۰/۲۵، سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و توان آماری ۰/۸۰ برای هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد (۱۹). بنابراین از میان ۷۵ زن، ابتدا با استفاده از پرسشنامه وسواسی- جبری ارتباطی متمرکز بر رابطه و متمرکز بر همسر و سپس با اجرای SCID-5، ۳۶ نفر واجد شرایط شناخته شدند. در نهایت، ۳۰ نفر که شرایط ورود را به‌طور کامل داشتند انتخاب و به‌طور تصادفی ساده به دو گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل تأیید تشخیص اختلال وسواسی- جبری از طریق مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-5)، دریافت نمره بالاتر از نقطه برش در هر دو پرسشنامه وسواسی- جبری ارتباطی متمرکز بر رابطه و پرسشنامه وسواسی- جبری ارتباطی متمرکز بر همسر، گذشت حداقل ۶ ماه و حداکثر ۷سال از ازدواج، دامنه سنی بین ۱۸ تا ۴۰ سال و عدم سابقه ابتلا به سایر اختلالات روانپزشکی یا سوءمصرف مواد و معیارهای خروج نیز شامل عدم تمایل برای ادامه همکاری، بروز رویدادهای غیرمنتظره (مانند بیماری یا فقدان)، و غیبت در بیش از سه جلسه متوالی درمانی بود. فرایند اجرای این پژوهش بدین صورت بود که پس از انتخاب نمونه، فرآیند پژوهش طی سه مرحله انجام شد: پیش‌آزمون، مداخله درمانی، و پیگیری. در مرحله پیش‌آزمون، هر دو پرسشنامه وسواسی جبری ارتباطی ، و پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد و نمرات آن‌ها به‌عنوان پایه ثبت گردید. سپس دو گروه درمانی تشکیل شد: گروه اول تحت طرحواره‌درمانی قرار گرفت که بر اساس پروتکل استاندارد یانگ و همکاران، طی ۸ جلسه هفتگی ۶۰ دقیقه‌ای به‌صورت نیمه‌ساختار یافته برگزار شد (۲۰). این درمان بر اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تنظیم هیجان و روابط صمیمانه تمرکز داشت.

گروه دوم تحت درمان مواجهه و بازداری از پاسخ بر مبنای پروتکل استیکیتی قرار گرفت که با هدف کاهش رفتارهای اجتنابی و وسواس‌های رفتاری و شناختی در قالب مواجهه تدریجی با موقعیت‌های اضطراب‌زا و مهار پاسخ‌های اجباری، اجرا شد (۲۱).

جدول ۱- پروتکل ۸ جلسه‌ای درمان مواجهه و بازداری از پاسخ.

جلسه	هدف اصلی	محتوای درمان	تکلیف خانگی
۱	ROCD ایجاد اتحاد درمانی و شناخت	بررسی تاریخچه رابطه، شناسایی افکار وسواسی و چرخه وسواس	ثبت افکار مزاحم، اجبارها و محرک‌ها
۲	و ماهیت عدم قطعیت ERP آموزش منطق	ERP تبیین نیاز بیمار به قطعیت در رابطه و معرفی	ثبت افکار شک‌برانگیز و واکنش‌های ذهنی
۳	ساخت سلسله‌مراتب افکار وسواسی	(SUDS) تنظیم فهرست افکار اضطراب‌زا و میزان اضطراب	تمرین مواجهه ذهنی با افکار خفیف‌تر
۴	آغاز مواجهه ذهنی	مواجهه با افکار اضطراب‌زا بدون اطمینان‌جویی	انجام مواجهه ذهنی روزانه و ثبت اضطراب
۵	بازداری از پاسخ شناختی	آموزش توقف تحلیل، مقایسه و کنترل ذهنی	تمرین بازداری از پاسخ در موقعیت‌های روزمره
۶	گسترش مواجهه واقعی	مواجهه در موقعیت‌های رابطه‌ای واقعی (بیان احساس، حضور با شک)	اجرای مواجهه واقعی روزانه
۷	مقابله با اضطراب و لغزش‌ها	آموزش تحمل شک و مدیریت بازگشت وسواس	تمرین تحمل اضطراب و ماندن در رابطه
۸	جمع‌بندی و پیشگیری از عود	ERP مرور پیشرفت، آموزش نشانه‌های عود، برنامه نگهداری	طراحی برنامه مواجهه خانگی برای ۴ هفته آینده

جدول ۲- پروتکل ۸ جلسه‌ای طرحواره درمانی.

جلسه	محتوای اصلی و فعالیت‌ها	اهداف درمانی
۱	تکمیل پرسشنامه طرحواره‌ها، مصاحبه و آموزش درباره اختلال و ساختار درمان	ایجاد ارتباط، آشنایی، همدلی و اتحاد درمانی
۲	تکمیل پرسشنامه والدینی، برانگیختن طرحواره‌ها و مفهوم‌سازی مشکل	آموزش طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای، ارتباط طرحواره‌ها با مشکلات فعلی
۳	معرفی منطق فنون شناختی، آزمون اعتبار طرحواره‌ها و واقعیت‌آزمایی	به چالش کشیدن طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها از طریق راهبردهای شناختی
۴	شناسایی الگوهای رفتاری ناسازگار و گفت‌وگو بین جنبه سالم و طرحواره	اصلاح سبک‌های مقابله‌ای و تداوم چالش شناختی
۵	تصویرسازی ذهنی و گفت‌وگوی خیالی با طرحواره	به‌کارگیری فنون تجربی برای تغییر هیجانی طرحواره‌ها
۶	طراحی فهرست رفتارهای مشکل‌ساز و مواجهه تدریجی	اجرای فنون رفتاری و افزایش انگیزه تغییر
۷	تمرین رفتارهای سالم و رفع موانع از طریق ایفای نقش	تثبیت تغییرات رفتاری
۸	مرور درمان و آماده‌سازی برای خاتمه	جمع‌بندی و ارزیابی نهایی درمان

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-01-28]

[DOI: 10.61882/shefa.14.1.64]

پس از پایان جلسات، پرسشنامه‌ها مجدداً به‌عنوان پس‌آزمون اجرا شدند. برای بررسی پایداری درمان، پیگیری یک‌ماهه انجام شد و شرکت‌کنندگان یک ماه پس از آخرین جلسه درمانی، برای سومین‌بار پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. بدین ترتیب، امکان مقایسه نتایج بین سه مقطع زمانی فراهم شد. شایان ذکر است در این پژوهش سعی شد اصول اخلاقی شامل محرمانه ماندن اطلاعات آزمودنی‌ها، امکان خارج شدن از پژوهش برای آزمودنی‌ها و عدم دریافت هزینه برای مداخلات رعایت و مورد ملاحظه قرار گیرد. کد اخلاق پژوهش حاضر IR.BASU.REC.1404.028 می‌باشد.

ابزارهای اندازه‌گیری این پژوهش شامل: ۱. مصاحبه‌های ساختاریافته مانند مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های روانی نسخه بالینگر این ابزار توسط فیرست و همکاران بر اساس DSM-5 طراحی شده و به‌صورت ساختاریافته برای تشخیص اختلالات روانپزشکی کاربرد دارد (۱۰). نسخه فارسی آن توسط شارافی و همکاران (۲۲) ترجمه و اعتبارسنجی شده است (۲۲). ضریب آلفای کرونباخ برای اختلال وسواسی– جبری۰/۸۳ و پایایی بین ارزیاب ۰/۸۲ گزارش شده است.از این مصاحبه برای تأیید تشخیص اختلال وسواسی-جبری استفاده شد.۲.پرسشنامه وسواسی- جبری ارتباطی متمرکز بر رابطه (ROCI) توسط دورون و همکاران طراحی شده و شامل ۱۲ آیتم در سه بُعد (احساس به شریک، احساس شریک به فرد، و صحت رابطه) است. نمره‌گذاری در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای انجام می‌شود (۸). در ایران، قمیان و همکاران این پرسشنامه را ترجمه و هنجاریابی کردند؛ آلفای کرونباخ آن ۰/۹۱ و میانگین ۱۰/۱۶ و انحراف معیار ۶ گزارش شده است و نقطه برش آن یک انحراف معیار بالاتر از میانگین تعیین شده است (۲۳). ۳.پرسشنامه وسواسی جبری متمرکز بر همسر (PROCSI) این ابزار نیز توسط دورون و همکاران برای ارزیابی وسواس‌های متمرکز بر ویژگی‌های همسر (در ۶ بُعد) تدوین شده است و شامل ۲۴ آیتم با نمره‌گذاری لیکرتی ۵ درجه‌ای است (۷). نسخه فارسی توسط قمیان و همکاران اعتبارسنجی شده و آلفای کرونباخ آن نیز ۰/۹۱ و میانگین ۱۲/۹۸ و انحراف معیار ۱۲/۲۸ گزارش شده است و نقطه برش آن یک انحراف معیار بالاتر از میانگین تعیین شده است (۲۴).۴.پرسشنامه رضایت زناشویی ENRICH نسخه ۷۴ سؤالی این ابزار توسط و فاورز و اولسون تدوین شده و برای سنجش کیفیت رابطه زناشویی به‌کار می‌رود (۲۵). در ایران توسط مهدویان هنجاریابی شده است و پایایی کلی آن با آلفای کرونباخ ۰/۹۵ تأیید شده است (۲۶). در این پرسشنامه، نمرات بالاترنشان‌دهنده رضایت بیشتر از رابطه زناشویی هستند. در این پژوهش داده‌ها با استفاده از مدل خطی آمیخته[7] و در فضای نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ تحلیل شد. عامل درون‌گروهی شامل سه زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری) و عامل بین‌گروهی شامل نوع مداخله طرحواره‌درمانی یا ERP بود. این روش امکان بررسی اثرات اصلی و تعامل زمان × گروه را فراهم می‌کند و برای طراحی‌های مکرر در دو گروه مستقل بسیار مناسب است (۲۷).

یافته‌ها

در این پژوهش از مدل خطی آمیخته برای بررسی تأثیر نوع گروه درمان (طرحواره‌درمانی و مواجهه- بازداری از پاسخ) و دوره مداخله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بر وسواس ارتباطی (مبتنی بر رابطه و همسر) و نارضایتی زناشویی در ۳۰ آزمودنی استفاده شد. گروه درمان به‌عنوان متغیر بین‌گروهی و دوره مداخله به‌عنوان متغیر درون‌گروهی لحاظ شد. به‌منظور تحلیل دقیق داده‌های تکراری، ساختار همبستگی بدون ساختار (UN) به‌کار رفت که امکان همبستگی متفاوت بین زمان‌های مختلف را فراهم می‌سازد. این ساختار برای مدل‌سازی منعطف‌تر و دقیق‌تر تغییرات درون‌فردی انتخاب شد. استفاده از این روش باعث شد اثرات مستقل و تعاملی گروه و زمان مداخله به‌درستی تحلیل و تفسیر شوند. در جدول ۳، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه مورد مطالعه شامل میزان تحصیلات، سن و سال‌های ازدواج گزارش شده است. در مجموع، تعداد شرکت‌کنندگان ۳۰ نفر بوده است. از نظر تحصیلات، بیشتر افراد دارای مدرک دیپلم (۱۷ نفر) بودند، در حالی که ۱۰ نفر دارای مدرک لیسانس و ۳ نفر دارای فوق‌لیسانس بودند. از نظر سن، بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۲۰ تا ۲۵ سال (۱۵ نفر) بود و پس از آن گروه سنی ۲۵ تا ۳۰ سال (۱۰ نفر) و بالاتر از ۳۰ سال (۵ نفر) قرار داشتند. همچنین، از نظر سابقه ازدواج، ۱۵ نفر بین ۳ تا ۵ سال، ۱۰ نفر بین ۲ تا ۳ سال و ۵ نفر بیش از ۷سال از ازدواجشان گذشته بود.

[7] Liner Mixed Model

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-01-28]
[DOI: 10.61882/shefa.14.1.64]

جدول ۳- ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه

ویژگی	دسته‌بندی	تعداد
تعداد کل		۳۰
میزان تحصیلات	دیپلم	۱۷
	لیسانس	۱۰
	فوق‌لیسانس	۳
میزان سن	تا ۲۵ سال ۲۰	۱۵
	تا ۳۰ سال ۲۵	۱۰
	بالاتر از ۳۰ سال	۵
سال‌های ازدواج	تا ۳ سال ۲	۱۰
	تا ۵ سال ۳	۱۵
	سال به بالا ۵	۵

یافته‌های توصیفی جدول ۴ نشان‌دهنده تغییرات میانگین و انحراف معیار نمرات سه متغیر «وسواس رابطه‌محور»، «وسواس همسرمحور» و «رضایت زناشویی» در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه مداخله (طرحواره‌درمانی و مواجهه) هستند. در زمینه وسواس رابطه‌محور، گروه طرحواره‌درمانی کاهش قابل‌توجهی در میانگین نمرات از پیش‌آزمون (میانگین=۳۸/۷۶) تا پس‌آزمون (میانگین=۲۳/۹۴) و همچنین حفظ نسبی این کاهش در مرحله پیگیری (میانگین=۲۶/۰۸) نشان داد، در حالی که گروه مواجهه نیز کاهش داشت، اما با شدت کمتر. در متغیر وسواس همسرمحور نیز روند کاهشی چشم‌گیری در گروه طرحواره‌درمانی مشاهده شد (از ۷۲/۴۶ به ۳۲/۰۴)، در حالی که در گروه مواجهه، کاهش اولیه در پس‌آزمون (۳۴/۵۶) با افزایش جزئی در پیگیری (۳۷/۱۴) همراه بود. در خصوص رضایت زناشویی نیز، میانگین نمرات در گروه طرحواره‌درمانی از ۳۴/۴۷ در پیش‌آزمون به ۵۹/۸۷ در پس‌آزمون افزایش یافت و در پیگیری نیز تقریباً پایدار باقی ماند (۵۸/۲)، در حالی که در گروه مواجهه نیز بهبودهایی دیده شد، اما کمتر از گروه طرحواره‌درمانی (از ۳۶/۰ به ۴۹/۶). این یافته‌ها به‌طور کلی حاکی از اثربخشی بیشتر مداخله طرحواره‌درمانی در کاهش علائم وسواسی و افزایش رضایت زناشویی است.

جدول ۴- آمار توصیفی برای نمرات در مراحل مختلف ارزیابی

دوره	گروه درمانی	متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	طرحواره‌درمانی	وسواس رابطه‌محور	۱۵	۳۸/۷۶	۲/۸۳
پیش‌آزمون	مواجهه	وسواس رابطه‌محور	۱۵	۳۸/۶۹	۳/۹۷
پس‌آزمون	طرحواره‌درمانی	وسواس رابطه‌محور	۱۵	۲۳/۹۴	۴/۱۱
پس‌آزمون	مواجهه	وسواس رابطه‌محور	۱۵	۳۰/۳۱	۳/۵۵
پیگیری	طرحواره‌درمانی	وسواس رابطه‌محور	۱۵	۲۶/۰۸	۳/۰۳
پیگیری	مواجهه	وسواس رابطه‌محور	۱۵	۳۱/۰۲	۲/۶۴
پیش‌آزمون	طرحواره‌درمانی	وسواس همسرمحور	۱۵	۷۲/۴۶	۳/۷۹
پیش‌آزمون	مواجهه	وسواس همسرمحور	۱۵	۶۰/۴۷	۵/۰۹
پس‌آزمون	طرحواره‌درمانی	وسواس همسرمحور	۱۵	۳۹.۲۶	۵/۷۹
پس‌آزمون	مواجهه	وسواس همسرمحور	۱۵	۳۴/۵۶	۴/۳۹
پیگیری	طرحواره‌درمانی	وسواس همسرمحور	۱۵	۳۲/۰۴	۴/۳
پیگیری	مواجهه	وسواس همسرمحور	۱۵	۳۷/۱۴	۳/۴۵
پیش‌آزمون	طرحواره‌درمانی	رضایت زناشویی	۱۵	۳۴/۴۷	۳/۲
پیش‌آزمون	مواجهه	رضایت زناشویی	۱۵	۳۶/۰	۲/۸۳
پس‌آزمون	طرحواره‌درمانی	رضایت زناشویی	۱۵	۵۹/۸۷	۲/۸
پس‌آزمون	مواجهه	رضایت زناشویی	۱۵	۵۱/۲۷	۳/۲۸
پیگیری	طرحواره‌درمانی	رضایت زناشویی	۱۵	۵۸/۲	۲/۸۶
پیگیری	مواجهه	رضایت زناشویی	۱۵	۴۹/۶	۳/۰۹

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-01-28]

[DOI: 10.61882/shefa.14.1.64]

پیش از اجرای آزمون تعقیبی، فرض کرویت برای داده‌ها بررسی شد. نتایج آزمون کرویت ماچلی نشان داد که این فرض در برخی از متغیرها نقض شده است؛ بنابراین، برای اصلاح درجات آزادی از روش Green-house-Geisser استفاده شد. به همین دلیل، درجات آزادی در جدول‌های زیر به‌صورت اعشاری گزارش شده‌اند.

در تحلیل نتایج سه متغیر مورد بررسی با استفاده از تحلیل مدل خطی آمیخته ، مشاهده شد که در تمامی موارد اثر گروه، مرحله مداخله و تعامل گروه × مداخله از نظر آماری معنی‌دار بوده‌اند. در متغیر وسواس ارتباطی مبتنی بر رابطه، اثر گروه (F=۹/۰۷ و P=۰/۰۰۵) و اثر مرحله مداخله (F=۲۷۷/۰۰۹ و P=۰/۰۰۱) نشان‌دهنده

جدول ۵- تحلیل مدل خطی آمیخته برای متغییر وسواس ارتباطی مبتنی بر رابطه

منبع اثر	درجهٔ آزادی صورت	درجهٔ آزادی مخرج	آمارهF	معنی‌داری سطح (Sig)
گروه	۱	۳۰/۰۵۹	۹/۰۶۷	۰/۰۰۵
مرحله مداخله	۲	۳۰/۰۰۵	۲۷۷/۰۰۹	۰/۰۰۱
تعامل گروه × مداخله	۲	۳۰/۰۰۵	۱۲/۷۹۹	۰/۰۰۱

جدول ۶- تحلیل مدل خطی آمیخته برای متغییر وسواس ارتباطی مبتنی بر همسر

منبع	درجهٔ آزادی صورت	درجهٔ آزادی مخرج	آماره F	سطح معنی‌داری(Sig)
گروه	۱	۲۸/۶۸۸	۱۲/۲۷۳	۰/۰۰۲
مرحله مداخله	۲	۳۰/۱۴۹	۵۷۶/۳۹۶	۰/۰۰۱
تعامل گروه × مداخله	۲	۳۰/۱۴۹	۸/۵۲۳	۰/۰۰۱

جدول ۷- تحلیل مدل خطی آمیخته برای متغییر نارضایتی زناشویی

منبع	درجهٔ آزادی صورت	درجهٔ آزادی مخرج	آماره F	سطح معنی‌داری (Sig)
گروه	۱	۲۶۴/۱۱۳	۳۹۲/۲۹	۰/۰۰۱
مرحله مداخله	۲	۶۰۵/۱۷۵	۲۵۶/۴۵۷	۰/۰۰۱
تعامل گروه × مداخله	۲	۶۱۷/۱۷۵	۹۶۹/۲۹	۰/۰۰۱

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-01-28]
[DOI: 10.61882/shefa.14.1.64]

تغییرات معنی‌دار بین گروه‌ها و مراحل سه‌گانه است. همچنین، اثر تعاملی بین گروه × مداخله نیز معنی‌دار بود (F=۱۲/۸۰ و P=۰/۰۰۱) که نشان می‌دهد روند کاهش نمرات در دو گروه متفاوت بوده است. برای وسواس ارتباطی مبتنی بر همسر نیز نتایج مشابهی مشاهده شد؛ اثر گروه (F=۱۲/۲۷ و P=۰/۰۰۲)، اثر مرحله مداخله (F=۵۷۶/۳۹۶ و P=۰/۰۰۱) و اثر تعاملی (F=۸/۵۲ و P=۰/۰۰۱) همگی معنی‌دار بودند، با الگویی که نشان‌دهنده کاهش نمرات در پس‌آزمون و کمی بازگشت در مرحله پیگیری است. در خصوص نارضایتی زناشویی نیز تفاوت معنی‌دار بین گروه‌ها (F=۲۹/۳۹ و P=۰/۰۰۱)، مرحله مداخله (F=۴۵۷/۲۵۶ و P=۰/۰۰۱) و تعامل گروه × مداخله (F=۲۹/۹۶ و P=۰/۰۰۱) نشان داد که مداخلهٔ درمانی به‌ویژه در کاهش نارضایتی زناشویی مؤثر بوده است. به‌طور کلی، تحلیل‌ها اثربخشی معنی‌دار مداخلات را در بهبود وسواس ارتباطی و کیفیت رابطه زناشویی تأیید می‌کنند برای بررسی دقیق‌تر تفاوت میان مراحل سه‌گانهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، مقایسه‌های زوجی با استفاده از آزمون LSD انجام شد. نتایج این مقایسه‌ها در جدول‌های زیر ارائه شده‌اند.

نتایج آزمون‌های تعقیبی به روش LSD نشان داد که میانگین نمرات متغیر وسواسی‌جبری مبتنی بر رابطه پس از درمان نسبت به پیش‌آزمون به‌طور معنی‌داری کاهش یافته است (P=۰/۰۰۱) که حاکی از اثربخشی مداخله در کاهش علائم وسواسی مرتبط با رابطه است. همچنین، مقایسه مرحله پیگیری با پس‌آزمون نشان داد که تغییر جزئی ولی معنی‌داری در علائم وسواسی رخ داده است (P=۰/۰۳۸)، و تفاوت میان پیش‌آزمون و پیگیری همچنان معنی‌دار باقی ماند (P=۰/۰۰۱)، که نشان‌دهنده پایداری اثرات درمان در طول زمان است (جدول ۸). در متغیر وسواسی‌جبری مبتنی بر همسر نیز، میانگین نمرات پس از درمان نسبت به پیش‌آزمون به‌طور معنی‌داری کاهش یافت (P=۰/۰۰۱)، که بیانگر تأثیر مؤثر مداخله بر کاهش افکار و رفتارهای وسواسی مرتبط با همسر است. تغییرات مرحله پیگیری نسبت به پس‌آزمون اندکی کاهش یافته ولی همچنان در مسیر بهبود قرار دارد و تفاوت پیش‌آزمون و پیگیری نیز معنی‌دار باقی مانده است (P=۰/۰۰۱) ؛ این امر نشان‌دهنده ثبات اثر درمان در بازه زمانی پیگیری است (جدول ۹). افزون بر این، در متغیر نارضایتی زناشویی نیز نتایج مشابهی مشاهده شد؛ به‌طوری‌که میانگین

جدول ۸- نتایج آزمون‌های زوجی مربوط به متغیر وسواسی جبری مبتنی بر رابطه.

مرحله اول	مرحله دوم	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	درجهٔ آزادی	سطح معنی‌داری
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۴/۸۲۰	۰/۵۳۰	۳۰/۰۱۰	۰/۰۰۱
پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۸۶۷	۰/۰۰۴	۳۰/۰۰۷	۰/۰۳۸
پیش‌آزمون	پیگیری	۱۲/۱۳۳	۰/۵۶۶	۳۰/۰۰۲	۰/۰۰۱

جدول ۹- نتایج آزمون‌های زوجی مربوط به متغیر وسواسی جبری مبتنی بر همسر.

مرحله اول	مرحله دوم	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	درجهٔ آزادی	سطح معنی‌داری
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲۱/۷۳۳	۰/۵۹۰	۳۰/۰۵۰	۰/۰۰۱
پس‌آزمون	پیگیری	-۲/۶۰۰	۰/۴۰۰	۳۰/۲۰۷	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون	پیگیری	۱۶/۰۶۷	۰/۶۱۵	۳۰/۰۸۷	۰/۰۰۱

جدول ۱۰- نتایج آزمون‌های زوجی مربوط به متغیر نارضایتی زناشویی

مرحله اول	مرحله دوم	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	درجهٔ آزادی	سطح معنی‌داری
پیش‌آزمون	پس آزمون	-۲۴/۳۳۳	۰/۵۸۰	۳۰/۰۴۰	۰/۰۰۱
پس‌آزمون	پیگیری	۱/۶۶۷	۰/۳۲۸	۳۰/۰۰	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون	پیگیری	-۱۸/۶۶۷	۰/۶۷۵	۳۰/۰۰	۰/۰۰۱

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-01-28]

[DOI: 10.61882/shefa.14.1.64]

نارضایتی پس از درمان و در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش معنی‌داری یافت (P=۰/۰۰۱)، که نشان‌دهنده اثر پایدار مداخله در ارتقای رضایت زناشویی آزمودنی‌ها است (جدول ۱۰). در مجموع، این یافته‌ها نشان‌دهنده اثربخشی قابل توجه و پایدار مداخله درمانی در بهبود علائم وسواسی‌جبری و افزایش رضایت زناشویی در گذر زمان هستند. این نتایج نشان می دهد هر سه متغیر مورد بررسی (دو بعد وسواس ارتباطی و نارضایتی زناشویی) به‌طور معنی‌داری تحت تأثیر نوع درمان و زمان مداخله قرار گرفتند. گروه طرحواره‌درمانی در کاهش نشانه‌های وسواس و افزایش رضایت زناشویی عملکرد بهتری نسبت به گروه مواجهه- بازداری از پاسخ نشان داد. تعامل معنی‌دار بین زمان و گروه، نقش مهم ترکیب مداخله و بستر زمانی را در اثربخشی درمان تأیید می‌کند. این نتایج بیانگر موفقیت نسبی مداخلات درمانی و پایایی نسبی اثرات آن در مرحله پیگیری است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی دو رویکرد درمانی «مواجهه و بازداری از پاسخ (ERP) و «طرحواره‌درمانی» در کاهش علائم اختلال وسواسی- جبری ارتباطی (ROCD) و افزایش رضایت زناشویی در زنان متأهل انجام شد. یافته‌ها نشان داد که هر دو رویکرد در کاهش نشانه‌های ROCD و بهبود روابط زناشویی مؤثر بودند، اما تفاوت‌هایی در عمق، پایداری و نوع تأثیرگذاری آن‌ها وجود دارد.

ROCD به‌عنوان یکی از زیرشاخه‌های کمترشناخته‌شده اختلال وسواسی- جبری، بیشتر بر روابط عاطفی و صمیمی متمرکز است و شامل افکار وسواسی درباره درستی رابطه یا ویژگی‌های شریک زندگی می‌باشد (۸). ویژگی پنهان و مزاحم این اختلال موجب می‌شود تشخیص آن دشوار و درمان آن نیازمند مداخلات دقیق باشد. در همین راستا، دو رویکرد درمانی متفاوت مورد آزمون قرار گرفت. نتایج تحلیل آماری نشان داد که ERP باعث کاهش سطحی تر و معنی‌دار علائم وسواسی و اضطراب مربوط به روابط شد. این یافته با پژوهش‌های دورون و همکارن و فوآ و همکاران هم‌خوان است که تأثیر ERP را در مواجهه با افکار مزاحم و جلوگیری از رفتارهای اجبارگونه تایید کرده‌اند (۲۸، ۶). ERP با ساختاردهی مواجهه کنترل‌شده و حذف رفتارهای اجتنابی، چرخه اضطراب- اجبار را می‌شکند و از این طریق به بهبود عملکرد هیجانی و افزایش تعامل مثبت زوجین کمک می‌کند. از منظر نظری، درمان مواجهه و بازداری از پاسخ با حذف تدریجی رفتارهای اجتنابی، منجر به کاهش اضطراب ناشی از افکار وسواسی و در نتیجه کاهش اعمال اجبارگونه می‌شود. در زمینه ROCD، این فرایند می‌تواند به کاهش نیاز فرد به وارسی احساسات، مقایسه همسر با دیگران یا اطمینان‌طلبی منجر شود، که در نتیجه موجب بهبود روابط زناشویی نیز می‌گردد.

در مقابل، طرحواره‌درمانی نیز موجب بهبود معنی‌دار در شاخص‌های ROCD و رضایت زناشویی شد، اما اثربخشی آن در ابعاد شناختی و هیجانی ساختاری‌تر و عمیق‌تر بود. مطابق با نظریه یانگ و همکاران، بسیاری از مشکلات مزمن هیجانی و بین‌فردی ریشه در طرحواره‌های ناسازگار اولیه دارند. طرحواره‌هایی نظیر رهاشدگی، بی‌اعتمادی، نقص و وابستگی در بیماران ROCD فعال هستند و منجر به افکار مزاحم درباره ارزش رابطه یا شریک می‌شوند (۲۰). طرحواره‌درمانی از طریق تکنیک‌هایی مانند تصویرسازی هیجانی، صندلی خالی و بازوالدگری محدود این طرحواره‌ها را شناسایی، فعال و اصلاح می‌کند (۲۹). در مقایسه این دو رویکرد، یافته‌ها نشان داد که ERP اثرات سطحی‌تری دارد، در حالی‌که طرحواره‌درمانی نتایج پایدارتر و عمیق‌تری در سطوح شناختی و هیجانی ارائه می‌دهد. در حوزه روابط صمیمی، ERP موجب کاهش تنش‌های سطحی و بهبود تعاملی می‌شود، اما طرحواره‌درمانی با ایجاد خودآگاهی هیجانی، تقویت سبک دلبستگی ایمن و بازسازی الگوهای ارتباطی، تغییرات بنیادی‌تری ایجاد می‌کند. یکی از دلایل اصلی اثربخشی بیشتر طرحواره‌درمانی در این پژوهش، پرداختن مستقیم به ریشه‌های تحولی باورها و هیجانات ناسازگار است. برخلاف ERP که بر حذف اجبارهای رفتاری و مواجهه با محرک‌های اضطراب‌آور تمرکز دارد، طرحواره‌درمانی با شناسایی الگوهای مزمن و خودتخریب‌گر که از دوران کودکی شکل گرفته‌اند، به اصلاح بنیادی‌تر الگوهای تفکر و هیجان می‌پردازد. به‌عنوان مثال، فردی که در دوران کودکی احساس طرد یا بی‌ارزشی را تجربه کرده، ممکن است در بزرگسالی دائماً نسبت به علاقه همسر خود دچار تردید باشد. در چنین حالتی، ERP شاید بتواند موقتاً علائم رفتاری (مثل سؤال‌پرسیدن مکرر) را کاهش دهد، اما بدون درمان طرحواره‌ای، ریشه احساس ناایمنی باقی می‌ماند و احتمال بازگشت علائم زیاد است. از منظر نظری، یافته‌ها با مدل شناختی سالکووسکیس[8]

[8] Salkovskis

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-01-28]
[DOI: 10.61882/shefa.14.1.64]

درباره ارزیابی نادرست افکار مزاحم، نظریه‌های دلبستگی در تبیین آسیب‌پذیری هیجانی و مدل طرحواره‌درمانی یانگ درباره ریشه تحولی اختلالات هم‌راستا هستند. پژوهش حاضر همچنین با مطالعات یلدریم و بیلج همکارن که بر ضرورت مداخلات عمیق‌نگر در درمان ROCD تأکید دارند، هم‌خوانی دارد (۳۱، ۳۰).

نکته قابل‌توجه آن است که در سال‌های اخیر برخی پژوهشگران تلاش کرده‌اند با ترکیب دو رویکرد ERP و طرحواره‌درمانی، رویکردی مؤثرتر برای بیماران مقاوم به درمان طراحی کنند. در همین زمینه، تیل و همکاران (۲۰۱۶) برای نخستین‌بار درمانی ترکیبی باعنوان STERP[۹] را طراحی کردند که به‌طور خاص برای بیماران وسواسی- جبری مقاوم به شناختی رفتاری تدوین شده بود. نتایج مطالعه مقدماتی آن‌ها نشان داد که استفاده از عناصر هیجانی- تحولی طرحواره‌درمانی، به بهبود انگیزه، کاهش اجتناب و تقویت مشارکت در مواجهه درمانی کمک کرده و کاهش پایدارتری در علائم OCD ایجاد کرده است. یافته‌های مطالعه حاضر نیز همسو با این جهت‌گیری نظری، بر اهمیت بهره‌گیری هم‌زمان از مداخلات سطحی (ERP) و عمیق‌نگر (طرحواره‌درمانی) در درمان ROCD تأکید دارد (۳۲).

در حوزه بهبود رضایت زناشویی، هر دو رویکرد درمانی اثربخش بودند، اما نوع و کیفیت این اثربخشی متفاوت بود. در رویکرد ERP، با کاهش افکار وسواسی و اجتناب‌های رفتاری، اضطراب‌های موقعیتی در تعاملات روزمره زوجین کاهش یافت. این کاهش اضطراب منجر به افزایش حضور ذهن، ارتباط غیرواکنشی و کاهش درگیری‌های ناشی از اجبارهای وسواسی شد؛ به‌عنوان مثال، فردی که پیش‌تر دائماً احساساتش نسبت به همسرش را وارسی می‌کرد یا به دنبال اطمینان‌طلبی مکرر بود، پس از ERP توانست از این چرخه وسواس- اجبار فاصله بگیرد و تعاملی آرام‌تر و صمیمانه‌تر را تجربه کند (۳۳).

اما طرحواره‌درمانی فراتر از اصلاح رفتارهای سطحی، با هدف قرار دادن ریشه‌های هیجانی و شناختی ناسازگار که در روابط صمیمی فعال می‌شوند، به تحولی پایدار در کیفیت رابطه منجر شد (۳۴). اصلاح طرحواره‌هایی نظیر رهاشدگی، نقص، یا بی‌اعتمادی در زوجین، موجب افزایش امنیت هیجانی، کاهش حساسیت نسبت به طرد یا عدم تأیید، و افزایش توانایی در خودافشایی و همدلی شد. این عوامل مستقیماً با ابعاد عمیق‌تری از رضایت زناشویی نظیر درک متقابل، صمیمیت، اعتماد و پشتیبانی هیجانی ارتباط دارند. مطالعات پیشین نیز نشان داده‌اند که طرحواره‌درمانی با افزایش خودآگاهی نسبت به الگوهای ناسازگار دوران کودکی، به افراد کمک می‌کند تا نیازهای هیجانی برآورده‌نشده خود را در روابط بزرگسالی بازشناسی کرده و از فرافکنی آن بر شریک زندگی اجتناب کنند به‌ویژه در روابطی که با شک، کنترل، ترس از رها شدن یا احساس نابسندگی همراه است، مداخلات طرحواره‌ای زمینه‌ساز ترمیم دلبستگی ناایمن و خلق روابط رضایت‌بخش‌تر بوده‌اند (۳۵).

بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که ERP با حذف یا کاهش رفتارهای اجبارگونه و اضطراب‌زا، موجب تسهیل تعاملات روزمره و بهبود جو عمومی رابطه می‌شود، در حالی‌که طرحواره‌درمانی با بازسازی بنیان‌های هیجانی- شناختی رابطه، به افزایش عمق، پایداری و معنای ارتباطی میان زوجین کمک می‌کند. از این رو، به‌ویژه در روابطی که تحت تأثیر تاریخچه‌های هیجانی حل‌نشده قرار دارند، طرحواره‌درمانی رویکردی مؤثرتر در افزایش رضایت زناشویی به نظر می‌رسد.

نهایت، با توجه به شدت، مزمن بودن و ماهیت بین‌فردی ROCD، به نظر می‌رسد ترکیب دو رویکرد درمانی به‌صورت مرحله‌ای یا هم‌زمان، می‌تواند اثربخشی بیشتری ایجاد کند؛ ERP برای تثبیت علائم و طرحواره‌درمانی برای بازسازی بنیادین نگرش‌های هیجانی و ارتباطی.

لذا هر دو درمان ERP و طرحواره‌درمانی در درمان ROCD مؤثر هستند، اما برای بیماران دارای سبک دلبستگی ناایمن، طرحواره‌های ناسازگار فعال یا تجارب آسیب‌زای اولیه، طرحواره‌درمانی گزینه‌ای ساختاری‌تر و پایدارتر خواهد بود. یافته‌های این پژوهش نیاز به مداخلات چندوجهی و متناسب با ویژگی‌های روان‌شناختی مراجع را برجسته می‌کند.

[۹] Schema Therapy-Enhanced ERP

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-01-28]

[DOI: 10.61882/shefa.14.1.64]

منابع

1. Abramowitz JS, Jacoby RJ. Obsessive-compulsive disorder in the DSM-5. Clinical Psychology: Science and Practice. 2014; 21(3): 221–235.

2. Sadock BJ. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Lippincott Williams and Wilkins. 2007. P.185–200.

3. Boland R, Verduin M. Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins. 2021. P.182–192.

4. Asadollahzadeh Shamakhal A, Moghimi M, Kabroei H, Salehi Fadardi J. Investigating the effect of tDCS stimulation on linear and nonlinear characteristics of EEG signals in patients with contamination-related obsessive-compulsive disorder. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2023; 22–33.

5. Jacobi F, Wittchen HU, Hölting C, Höfler M, Pfister H, Müller N, Lieb R. Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population. Psychological Medicine. 2004; 34(4): 597–611.

6. Doron G, Derby DS, Szepsenwol O. Relationship obsessive-compulsive disorder: A conceptual framework. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2014; 3(2): 169–180.

7. Doron G, Derby DS, Szepsenwol O, Talmor D. Flaws and all: Exploring partner-focused obsessive-compulsive symptoms.Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2012; 1(4): 234–243.

8. Doron G, Derby DS, Szepsenwol O, Talmor D. Tainted love: Exploring relationship-centered obsessive-compulsive symptoms in two non-clinical cohorts. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2012; 1(1): 16–24.

9. Brandes O, Stern A, Doron G. I just can't trust my partner: Evaluating associations between untrustworthiness obsessions, relationship obsessions and couples violence. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2020; 24: 100500.

10.CereaS,GhisiM,BottesiG,CarraroE,BroggioD,Doron G. Reaching reliable change using short daily cognitive training exercises delivered on a mobile application: The case of relationship obsessive-compulsive disorder symptoms and cognitions in a subclinical cohort. Journal of Affective Disorders. 2020; 276: 775–787.

11. Aschkenasy AM. Exploring relationship obsessive-compulsive disorder in the G-D individual context. Master's thesis. Reichman University, Israel. 2020.

12. Abramowitz JS, Baucom DH, Wheaton MG, Boeding S, Fabricant LE, Paprocki C, Fischer MS. Enhancing exposure and response prevention for OCD: A couple-based approach. Behavior Modification. 2013; 37(2): 189–210.

13. Barlow DH. Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual. Guilford Publications. 2021.

14. McGuire JF, Lewin AB, Storch EA. Enhancing exposure therapy for anxiety disorders obsessive-compulsive disorder and PTSD. Expert Review of Neurotherapeutics. 2014; 14(8): 893–910.

15. De Oliveira IR. Standard and innovative strategies in cognitive behavior therapy. BoD Books on Demand. 2012.

16. Clark DA, Beck AT. Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. Trends in Cognitive Sciences. 2010; 14(9): 418–424.

17. Doron G, Derby D, Szepsenwol O, Nahaloni E, Moulding R. Relationship obsessive-compulsive disorder: Interference symptoms and maladaptive beliefs. Frontiers in Psychiatry. 2016; 7: 58.

18. Peeters N, van Passel B, Krans J. The effectiveness of schema therapy for anxiety disorders OCD or PTSD: A systematic review and research agenda. British Journal of Clinical Psychology. 2022; 61(3): 579–597.

19. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program. Behavior Research Methods. 2007; 39(2): 175–191.

20. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. Guilford Press. 2006.

21. Steketee G. Treatment of obsessive compulsive disorder. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 1994; 25(4): 338–349.

22. Sharafi M, Ghamari M, Asgari M. Validity and reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5 Axis I Disorders (SCID-5-CV). Clinical and Counseling Psychology Research. 2017; 6(2): 45–62.

23. Ghamian S, Shaeiri M, Farahani H, Hojjatollah

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-01-28]

[DOI: 10.61882/shefa.14.1.64]

H. Design factor structure validity and reliability of a culturally adapted scale for partner-related obsessive-compulsive symptoms. Journal of Mental Health Principles. 2022; 21(5): 303–314.

24. Ghamian S, Shaeiri M, Farahani H, Hojjatollah H. Factor structure validity and reliability of the Partner-Related Obsessive-Compulsive Symptoms Inventory (PROCSI). Journal of Mental Health Principles. 2019; 21(5): 303–314.

25. Fowers BJ, Olson DH. ENRICH Marital Inventory: A discriminant validity and cross-validation assessment. Journal of Marital and Family Therapy. 1989; 15(1): 65–79.

26. Mousavi M. Standardization of the ENRICH Marital Satisfaction Questionnaire among couples in Tehran. Master's thesis. Allameh Tabataba'i University. 1997.

27. Field A. Discovering statistics using SPSS. SAGE Publications. 2009.

28. Foa EB, Yadin E, Lichner TK. Exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: Therapist guide. Oxford University Press. 2012.

29. Basile B, Tenore K, Luppino OI, Mancini F. Schema therapy mode model applied to OCD. Clinical Neuropsychiatry. 2017; 14(6): 389–399.

30. Yıldırım B. The influence of attachment styles personality characteristics social comparison and reassurance seeking on ROCD symptoms. Master's thesis. Middle East Technical University. 2017.

31. Bilge Y, Yılmaz M, Hüroğlu G, Akan Tikici Z. The effects of adverse childhood experiences and early maladaptive schemas on relationship obsessive–compulsive disorder. Trends in Psychology. 2024; 32(4): 1268–1286.

32. Thiel N, Jacob GA, Tuschen-Caffier B, Herbst N, Kuelz AK, Hertenstein E, et al. Schema therapy augmented exposure and response prevention in OCD: Feasibility and efficacy of a pilot study. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2016; 52: 59–67.

33. Doron G, Mizrahi M, Szepsenwol O, Derby D. Relationship obsessions and sexual satisfaction. The Journal of Sexual Medicine. 2014; 11(9): 2218–2224.

34. Rahbar Karbasdehi A, Hossein Khanzadeh A, Shakerinia I. Effectiveness of schema therapy on cognitive emotion regulation and social self-efficacy in adolescents with epilepsy. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2021; 9(3): 64–72.

35. Ahmadi MRF, Karimi H. The effect of schema therapy on improving marital satisfaction in women with obsessive-compulsive disorder. Clinical Psychology of Iran. 2017; 10(2): 45–60.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-01-28]

[DOI: 10.61882/shefa.14.1.64]