

اثربخشی طرحواره درمانی با تاکید بر ذهنیت‌های طرحواره بر نشخوار فکری و کمالگرایی افراد
دارای اختلال وسواسی-جبری مقاوم به درمان

The effectiveness of Schema Therapy with an emphasis on Schema Modes on
Rumination and Perfectionism of people with treatment-resistant obsessive-compulsive
disorder

Maryam Moein

Master Student of Clinical Psychology College,
Department of Medical Sciences, Khomein Branch,
Islamic Azad University, Khomein, Iran.

Maryam Farahanifar *

Assistant Professor of Clinical Psychology College,
Department of Medical Sciences, Khomein Branch,
Islamic Azad University, Khomein, Iran.

farahanifarmaryam@yahoo.com

مریم معین

دانشجو گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی، واحد خمین،
دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران.

مریم فراهانی فر (نویسنده مسئول)

استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی، واحد خمین،
دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران.

Abstract

The purpose of this research is to determine the effectiveness of Schema Therapy with an emphasis on Schema Modes on Rumination and Perfectionism of people with treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. The research design was a quasi-experimental type with experimental and control groups in two stages, pre-test and post-test. The current research population included all patients (men and women) suffering from treatment-resistant obsessive-compulsive disorder living in Tehran, who had visited psychological clinics in Tehran since 1400-1401. 30 people were selected as the sample size from among the patients suffering from treatment-resistant obsessive-compulsive disorder in Tehran city, using the purposeful sampling method and using the random replacement method into two groups (15 people in the experimental group, 15 people in the control group) were divided. Data collection tools include the Rumination Scale (RRS, Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991), Frost's Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS, Frost, 1990), Revised Obsessive-Compulsive Questionnaire (OCI-R, Foa & et al, 2002) has been implemented on the experimental group during 12 weekly 90-minute sessions. The results showed that by controlling the pre-test effect, there is a significant difference between the post-test mean of rumination and perfectionism in the two experimental and control groups ($p < 0.001$). It can be concluded that schema therapy has been effective in the process of rumination and perfectionism in people with treatment-resistant obsessive-compulsive disorder.

Keywords: Rumination, Schema Modes, Schema therapy, Perfectionism, Treatment-Resistant, Obsessive-Compulsive Disorder.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره درمانی با تاکید بر ذهنیت‌ها بر نشخوار فکری و کمالگرایی افراد دارای اختلال وسواسی-جبری مقاوم به درمان بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش-آزمون-پس‌آزمون گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر شامل تمامی مراجعه‌کنندگان (زن و مرد) مبتلا به اختلال وسواسی-جبری مقاوم به درمان ساکن شهر تهران بود که از سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ به کلینیک‌های روانشناسی شهر تهران مراجعه کرده بودند که از بین آن‌ها، با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۳۰ نفر (۱۶ زن و ۱۴ مرد) به عنوان نمونه انتخاب و با روش تصادفی به دو گروه (۱۵ نفر آزمایش، ۱۵ نفر کنترل) جایگذاری شدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل مقیاس نشخوار فکری (RRS، نولن‌هوکسما و مارو، ۱۹۹۱)، مقیاس کمالگرایی چندبعدی (FMPS، فراست، ۱۹۹۰) و پرسشنامه بازنگری شده وسواسی-اجباری (OCI-R، فوا و همکاران، ۲۰۰۲) بود. پروتکل طرحواره درمانی طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک جلسه، بر روی گروه آزمایش اجرا شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون بین میانگین پس‌آزمون نشخوار فکری و کمالگرایی در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.001$). از یافته‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره درمانی با تاکید بر ذهنیت‌های طرحواره بر فرایند نشخوار فکری و کمالگرایی افراد دارای اختلال وسواسی-جبری مقاوم به درمان موثر بوده است.

واژه‌های کلیدی: نشخوار فکری، ذهنیت‌های طرحواره، طرحواره درمانی،

کمالگرایی، مقاوم به درمان، اختلال وسواسی-جبری.

اختلال وسواسی-جبری^۱ به عنوان اختلالی ناتوان کننده، با افکار مزاحم و ناخواسته تعریف می‌شود که با وسواس و اجبار مشخص می‌گردد (میسیرلی و کای‌ناک^۲، ۲۰۲۳). در جهان، شیوع این اختلال ۲٪ تا ۳٪ است (هوانگ^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). در پیشینه بالینی مربوط به وسواس، اکثر این بیماران مقاوم به درمان^۴ نامیده می‌شوند. لذا، برای بیمارانی که به کوشش‌های درمانی پاسخ نمی‌دهند، باید گزینه‌های دیگری بررسی شود. طبق گزارش مطالعات تقریباً ۴۰ تا ۶۰ درصد مبتلایان به روان درمانی و دارودرمانی پاسخ مناسب نمی‌دهند و درمان را نیمه کاره رها می‌کنند و بیماری عود می‌کنند (لی^۵ و همکاران، ۲۰۱۴).

از طرفی، کلیدواژه اصلی اختلال وسواس، کمالگرایی^۶ است، به گونه‌ای که پژوهشگران از جمله (کویی^۷ و همکاران، ۲۰۲۳) نشان دادند که کمال‌گرایی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری بالا است. فرد کمال‌گرا باور دارد که با تلاش و کوشش می‌توان به نتایج کامل دست یابد. اما در واقعیت، نتایج کامل و بدون نقص غیرقابل دستیابی هستند و تلاش برای رسیدن به آن ممکن است آسیب‌های روانشناختی را به همراه داشته باشد (هانکوک^۸ و همکاران، ۲۰۱۸؛ وانژولا^۹ و همکاران، ۲۰۲۱). کمال‌گرایی یک ویژگی شخصیتی است که فرد تمایل به کامل بودن دارد و از نقص‌ها و شکست‌ها دوری می‌کند (کویی و همکاران، ۲۰۲۳). از طرفی، افراد مبتلا به وسواس جبری به واسطه کمالگرایی، اغلب دارای ویژگی‌های افرادی سرسخت و نامتعطف هستند (کاین^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۵). این عدم انعطاف و کمبود صمیمیت می‌تواند در فرایند روان‌درمانی افراد مبتلا به وسواس جبری موانعی ایجاد کند (اسپری^{۱۱}، ۲۰۰۳).

علاوه‌براین، بررسی‌ها نشان داده است که نشخوار فکری^{۱۲} از عوامل شایع در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی اجباری است (اروم^{۱۳}، ۲۰۲۰؛ واهل^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۱) که به عنوان افکاری مقاوم و عودکننده تعریف می‌شود که گرد یک موضوع معمول دور می‌زند (واتکینز و مولدس^{۱۵}، ۲۰۱۵). در این میان، گزارش شده است که گرفتار شدن در نشخوار فکری در مورد علائم، علل و پیامدهای آنها حالتی نفرت انگیز است که می‌تواند منجر به بدتر شدن و طولانی شدن این علائم شود (واتکینز و رابرتز، ۲۰۲۰؛ واهل و همکاران، ۲۰۲۱) و ضرورت دارد مداخلات موثر برای نشخوار فکری و کمال‌گرایی افراد وسواسی شناسایی و اجرا گردد.

از طرفی، اعتقاد بر این است که ویژگی‌های شخصیتی ناکارآمد عامل مقاومت درمانی در این بیماران است و به طور خاص، طرحواره‌های ناسازگار اولیه^{۱۶} و ذهنیت‌های طرحواره منجر به تداوم علائم می‌شوند (رمرسوال^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۳). طرحواره‌های ناسازگار اولیه «الگوهایی هستند که در دوران کودکی یا نوجوانی ایجاد می‌شوند، متشکل از خاطرات، عواطف، شناخت‌ها و احساسات بدنی، در رابطه با خود و رابطه فرد با دیگران» ایجاد می‌شوند، همانطور که توسط یانگ^{۱۸} و همکاران (۲۰۰۳) تعریف شده است. اگر مقاومت درمانی با طرحواره‌های ناسازگار همراه باشد، درمان این طرحواره‌ها می‌تواند به کاهش علائم وسواس اجباری کمک کند. لذا، یکی از درمان‌های موثر، طرحواره درمانی^{۱۹} است. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه شدت علائم اختلال را در این بیماران افزایش و منجر به مزمن شدن علائم در آنها می‌گردد (ساند^{۲۰} و همکاران، ۲۰۱۹). لذا، بهتر است در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری مخصوصاً آنهایی که مقاوم به درمان هستند، از درمان‌هایی استفاده کرد که تمرکز اصلی آن بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه باشد (کاین و همکاران، ۲۰۱۵). نیک‌فلاح و گلشنی (۱۴۰۰) تاکید کردند که ذهنیت‌های طرحواره‌های عاملی برای شکل‌گیری نشانگان افراد وسواسی است. شواهد نیز

1 obsessive-compulsive disorder (OCD)

2 Misirli, & Kaynak

3 Huang

4 resistant to treatment

5 Li

6 perfectionism

7 Cui

8 Hancock

9 Vanzhula

10 Cain

11 Sperry

12 rumination

13 Örtim

14 Wahl

15 Watkins, & Moulds.

16 early maladaptive schemas

17 Remmerswaal

18 Young

19 Schema therapy

20 Sunde

نشان می‌دهد بهبود آسیب‌های روانشناختی با بهبود ذهنیت‌های طرحواره در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و سواس مرتبط است (پیترز^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). این ذهنیت‌های طرحواره حالت‌های احساسی و پاسخ‌های مقابله‌ای هستند که هنگام فعال شدن طرحواره‌های ناسازگار ایجاد می‌شوند (مرسوال^۲ و همکاران، ۲۰۲۳) و به عنوان راهنمای فرایندهای شناختی در موقعیت‌هایی مانند تفسیر رویدادها و بازیابی اطلاعات از حافظه عمل می‌کنند. طرحواره درمانی بر کشف ریشه‌های مشکلات روانی دوران کودکی و ارتباط آن‌ها با مشکلات جاری تأکید دارد. در واقع، طرحواره‌درمانگران از تکنیک‌هایی مانند فرزندپروری محدود، بازنویسی تصویر و کار با صندلی استفاده می‌کنند تا به مراجع کمک کنند تا ذهنیت‌های طرحواره ناسازگار خود را با حالت تطبیقی جایگزین کند (دادومو^۳ و همکاران، ۲۰۱۶). از سویی، ذهنیت‌ها اغلب در الگوهای قابل تشخیص یا توالی‌های ذهنیت از یکدیگر پیروی می‌کنند (ادواردز^۴، ۲۰۲۰).

در زمینه اثربخش بودن طرحواره‌درمانی، مرسوال و همکاران (۲۰۲۳) نشان دادند که مشکلات روان‌شناختی عمومی و ذهنیت‌های طرحواره پس از درمان طرحواره درمانی در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی مقاوم به درمان و اختلال سواس اجباری بهبود یافتند. هویت^۵ و همکاران (۲۰۱۷) اثربخشی طرحواره درمانی را بر کاهش تمایلات کمال‌گرایانه ثابت کردند. اما تاکنون در بررسی مداخلات روانشناختی انجام شده بر ذهنیت‌های افراد سواسی مقاوم به درمان تأکید نشده است. با توجه به اینکه ذهنیت‌ها در افراد سواسی موجب تشدید نشانه‌ها می‌شود، بررسی اثربخشی مداخله‌ها با تأکید بر ذهنیت‌ها در افراد سواسی دارای اهمیت است. علاوه‌براین، طرحواره‌های ناسازگاری که توسط ینگ معرفی شده‌اند، زیاد است و آموزش آنها در طرحواره‌درمانی برای مراجعان گیج‌کننده است، تمامی طرحواره‌های یک مراجعه همیشه فعال نیست و از طرفی مراجع صرفاً می‌تواند به ذهنیت طرحواره‌های حاصل از طرحواره‌های بنیادین خود، هشیار باشد. در نتیجه موارد بیان شده برای سهولت کار و ایجاد فهم بهتر و عملیاتی‌تر در مراجع طرحواره‌درمانی مبتنی بر ذهنیت‌ها توسط فارلریس و شاو^۶ (۲۰۱۴)، اجرا شد. ذهنیت‌های طرحواره‌ای به خصوص در بیماران با مشکلات شدید و مقاوم به درمان جهت وضوح حالتی که فرد در آن قرار دارد و تغییرات ناگهانی میان حالات هیجانی، مهم هستند (دی کلرک^۷ و همکاران، ۲۰۱۷).

در انتها به دلیل عدم وجود پژوهشی که بر ذهنیت‌های طرحواره در افراد سواسی مقاوم به درمان تأکید کند، انجام پژوهش ضروری است. علاوه‌براین، کمال‌گرایی و نشخوار فکری دو روی یک سکه است که نشخوار فکری معطوف به درون و کمال‌گرایی معطوف به آموزه‌های بیرون است و پرداختن به آن‌ها برای بسیاری از مشکلات این افراد کمک‌کننده است. لذا، از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی طرحواره-درمانی با تأکید بر ذهنیت‌های طرحواره بر نشخوار فکری و کمال‌گرایی افراد دارای اختلال سواسی-جبری مقاوم به درمان بود.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه مراجع کنندگان (زن و مرد) مبتلا به اختلال سواسی-جبری مقاوم به درمان ساکن شهر تهران بودند که از سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ به کلینیک حس زندگی در منطقه سعادت‌آباد شهر تهران مراجعه کرده بودند. در این پژوهش با احتمال در نظر گرفتن ریزش افراد ۳۵ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. از بین ۳۵ نفر مراجعه کننده مبتلا به اختلال سواسی-جبری مقاوم به درمان شهر تهران، با استفاده از روش گمارش تصادفی و باتوجه به ملاک ورود و خروج از بین آنها تعداد ۳۰ نفر (۱۶ زن و ۱۴ مرد) به عنوان حجم نمونه انتخاب و با استفاده از روش جایگزینی تصادفی به دو گروه (۱۵ نفر گروه آزمایش، ۱۵ نفر گروه کنترل) تقسیم بندی شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: افراد دارای اختلال سواسی-جبری که نسبت به درمان مقاوم بودند (براساس ارزیابی روانشناس)، داشتن سن بین ۲۰ تا ۳۵ سال، افرادی که تمایل به شرکت در انجام این پژوهش را داشتند، حضور منظم در جلسات مداخله، سطح تحصیلات حداقل دیپلم، کسب نمره ۲۱ و بالاتر از آن در پرسشنامه سواس فوآ بودند. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت از: عدم حضور منظم در جلسات، غیبت کردن بیش از دو جلسه، عدم انجام تکالیف در طول دوره، ابتلا به بیماری جسمانی بود. مسائل اخلاقی در ابتدای تحقیق، با توضیح صادقانه اهداف پژوهش، حفظ اطلاعات شخصی افراد شرکت کننده، اجرای پژوهش متناسب با موازین دینی، فرهنگی افراد شرکت کننده

1 Peeters

2 Remmerswaal

3 Dadomo

4 Edwards

5 Hewitt

6 Farrell, Reiss & Shaw

7 de Klerk

اثربخشی طرحواره درمانی با تاکید بر ذهنیت‌های طرحواره بر نشخوار فکری و کمالگرایی افراد دارای اختلال وسواسی-جبری مقاوم به درمان
The effectiveness of Schema Therapy with an emphasis on Schema Modes on Rumination and Perfectionism of people ...

و جامعه، اخذ رضایت آگاهانه از افراد برای شرکت در پژوهش رعایت گردید. پژوهش حاضر دارای کد اخلاق IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1401.124 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد (کمیته اخلاق در پژوهش) است. در نهایت، داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند.

ابزار سنجش

مقیاس پاسخ نشخوار فکری^۱ (RRS): این مقیاس توسط نولن هوکسما و مارو (۱۹۹۱) طراحی شد و دارای ۲۲ ماده است که در یک طیف لیکرتی ۴ مرتبه‌ای (۱= هرگز، ۲= گاهی اوقات، ۳= اغلب اوقات، ۴= همیشه) تنظیم شده است. دامنه نمرات بین ۲۲ تا ۸۸ قرار دارد نولن هوکسما و مارو (۱۹۹۱) روایی مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی را ۰/۸۲، پایایی به روش همبستگی بازآزمایی برای مدت بیشتر از ۱۲ ماه ۰/۶۷ و ضریب آلفای این مقیاس را ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ گزارش کردند. در ایران فرنام و همکاران (۱۳۸۹) روایی سازه مقیاس را با استفاده از روش همبستگی درون طبقه‌ای در ۵ مرتبه اندازه‌گیری برابر ۰/۷۵ گزارش نمودند. باقری نژاد و همکاران (۱۳۸۹) پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و روایی همزمان ابزار با سیاهه افسردگی بک (۱۹۹۸) برابر با ۰/۷۹ گزارش کردند. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد.

مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی فراست^۲ (FMPS): مقیاس کمالگرایی چند بعدی فراست و همکاران (۱۹۹۰) ۳۵ گویه و ۶ بعد را دارد. این بعدها شامل (نگرانی درباره اشتباهات^۳، تردید درباره کارها^۴، انتظارات والدینی^۵، انتقادگری والدینی^۶، معیارهای شخصی^۷ و نظم و سازماندهی^۸) هستند. ماده‌های پرسشنامه در یک مقیاس ۵ درجه‌ای از (۱= کاملاً مخالفم) تا (۵= کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شوند. فراست و همکاران (۱۹۹۰) ضریب آلفای کرونباخ را برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ و برای زیر مقیاس‌ها بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ گزارش نمودند. کوریا^۹ و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه روی ۲۰۱ قهرمان ورزشی، روایی همگرایی زیرمقیاس‌های این پرسشنامه را بین ۰/۱۱ تا ۰/۵۵ گزارش کردند که در سطح ۰/۰۱ معنادار بودند. اخوان عبیری و همکاران (۱۳۹۸)، آلفای کرونباخ مولفه‌ها را بین ۰/۶۳ تا ۰/۸۴ به دست آوردند. روایی زیرمقیاس‌های مقیاس از طریق همبستگی با نمره کل پرسشنامه پنج وجهی ذهن آگاهی ۰/۲۵- و زیرمقیاس راهبردهای غیرانطباقی فرم کوتاه پرسشنامه نظم‌جویی‌شناختی هیجان ۰/۳۲ به صورت معنادار بودند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد.

پرسشنامه بازنگری شده وسواسی-اجباری^{۱۰} (OCI-R): این پرسشنامه توسط فوآ^{۱۱} و همکاران در سال (۲۰۰۲) ارائه شد و دارای ۱۸ ماده است که در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از (۰= هرگز تا ۴= همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. پیوستار نمره پرسشنامه بین (۰ تا ۷۲) است. نمره برش پرسشنامه ۲۱ است. فوآ و همکاران (۲۰۰۲)، همسانی درونی مقیاس کلی (بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۳) و برای زیرمقیاس‌ها (بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۰)، به استثنای خنثی‌سازی در گروه کنترل که ۰/۳۴ بود) و روایی از طریق همبستگی بین پرسشنامه وسواس اجباری اصلی و نسخه بازنگری شده را ۰/۹۸ به دست آوردند. اسدنیا و همکاران (۱۴۰۰) پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد. محمدی و همکاران (۲۰۲۱) روایی با روش همبستگی با پرسشنامه مقیاس وسواس اجباری ابعادی ۰/۵۵ بدست آوردند. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

خلاصه جلسات طرحواره‌درمانی با تاکید بر ذهنیت‌های طرحواره: گروه آزمایش، درمان را در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، براساس پروتکل طرحواره‌درمانی به صورت گروهی برای ذهنیت‌های طرحواره‌ای (جان‌فارل و همکاران، ۲۰۱۴) دریافت کردند. خلاصه جلسات، به شرح زیر است:

1 Rumination Response Scale (RRS)
2 Frost Multidimensional Perfectionism Scale
3 Concern over Mistakes
4 Personal Standards
5 Parental Expectations
6 Parental Criticism
7 Doubts about actions
8 Organization
9 Correia
10 Obsessive Compulsive Inventory-Revised
11 Foa

جدول (۱): خلاصه جلسات پروتکل طرحواره‌درمانی برای ذهنیت‌های طرحواره‌ای (جان‌فارل و همکاران، ۲۰۱۴)

شماره	خلاصه جلسه
۱	معارفه/ اجرا پیش‌آزمون/ مرور قوانین و ساختار جلسات/ مثال مغازه بستنی فروشی جهت تفهیم تصویرسازی/ تصویرسازی حباب امن گروهی.
۲	آموزش مبانی طرحواره‌ها و شکل‌گیری/ تجارب آسیب‌زای دوران کودکی/ توضیح ۵ نیاز اساسی در انسان و پیامدهای افراط و تفریط در ارضای آنها/ کشف طرحواره‌های اعضا/ ارائه تمرین برگ‌های سطح رودخانه جهت تعدیل هیجانی.
۲	آگاهی از نحوه بروز طرحواره‌ها به صورت ذهنیت‌ها توسط طرحواره برانگیزان‌ها/ آشنایی با ذهنیت‌های کودکان و والد ناکارآمد/ تصویرسازی کودک آسیب‌پذیر/ استفاده از مثال هیولا برای تفهیم ذهنیت‌های والدانه.
۴	آشنایی با ذهنیت‌های مقابله‌ای به عنوان شکل بیرونی ذهنیت‌ها/ ذهنیت جبران‌کننده افراطی/ ذهنیت تسلیم شده مطیع/ آشنایی با بزرگسال سالم و کودک شاد و نشانه‌های آنها.
۵	ایجاد ارتباط بین ذهنیت بزرگسال سالم با ذهنیت‌های ناسالم/ استفاده از فیلم ارتباط بزرگسال سالم با کودک آسیب‌پذیر.
۶	ارائه خلاصه از تمام ذهنیت‌ها و عملیاتی که بر روی هر ذهنیت صورت می‌گیرد/ مدیریت ذهنیت‌های ناسالم توسط بزرگسال سالم، کمک به کودک آسیب‌پذیر جهت رهایی از خشم و حرکت به سمت بخشش اتفاقات و آسیب‌های گذشته و دستیابی خودشفقتی به کمک بزرگسال سالم.
۷	پاسخ به نیازهای ذهنیت کودک عصبانی و ایجاد محدودیت برای کودک تکانشی توسط بزرگسال سالم و کمک به بروز کودک شاد/ از بین بردن ذهنیت‌های والد ناکارآمد.
۸	تصویرسازی ذهنی به روش تداعی آزاد/ تقویت بزرگسال سالم از طریق کاهش شدت هیجانی/ آموزش راهبردهای بلندمدت جهت مدیریت ذهنیت‌های ناکارآمد/ آموزش تکنیک صندلی خالی.
۹	کارکردن با ذهنیت‌ها به صورت تجربی و تصویرسازی/ به آغوش کشیدن کودک آسیب‌پذیر توسط بزرگسال سالم/ بررسی ۱۴ خطاهای شناختی/ استفاده از تکنیک‌های شناختی.
۱۰	گفت‌وگو بین ذهنیت‌ها درحالی که هر فرد نماینده یک ذهنیت است/ استفاده از فلش کارت‌های ذهنیت برای گفت‌وگو بین ذهنیت‌ها/ آموزش راهبردهای کارآمد رفتاری جهت جایگزین کردن رفتارهای مقابله‌ای.
۱۱	تقویت و پرورش ذهنیت بزرگسال سالم/ آموزش (مواجهه‌سازی ذهنی و بازداری از پاسخ)/ کمک به اعضا برای ایجاد ارتباط بالغانه با خود و سایر افراد زندگی از طریق درک، پذیرش و همدلی با کودک آسیب‌پذیر درونی آنها/ آموزش تکنیک ایفای نقش و گفتگو بین جنبه سالم و مانع.
۱۲	خلاصه جلسات/ اجرای پرسشنامه پس‌آزمون و جمع‌آوری آن/ تشکر از اعضا جهت همکاری.

یافته‌ها

فراوانی و درصد فراوانی جنسیت زنان و مردان در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب (۷ و ۴۶/۷) و (۸ و ۵۳/۳) بود. نتایج حاصل نشان داد میانگین و انحراف معیار سن افراد در دو گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۲۷/۰۶۶ و ۱/۱۸۵ و ۲۸/۸۶۶ و ۱/۱۰۳ بود. همچنین، فراوانی و درصد فراوانی تحصیلات افراد نمونه در گروه آزمایش برای دیپلم، لیسانس و فوق لیسانس به ترتیب (۵ و ۳۳/۳۳)، (۸ و ۵۳/۳۳) و (۲ و ۱۳/۳۳) و برای گروه کنترل به ترتیب (۴ و ۲۶/۶۷)، (۷ و ۴۶/۶۷) و (۴ و ۲۶/۶۷) بود.

جدول (۲): میانگین و انحراف معیار نشخوار فکری و کمال‌گرایی در آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه‌ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
		میانگین	انحراف معیار
بروز دادن	آزمایش	۱۳/۸۶۶	۰/۷۱۶
	کنترل	۱۳/۹۳۳	۰/۶۷۲
در فکر فرو رفتن	آزمایش	۱۵/۰۶۶	۰/۷۹۵
	کنترل	۱۵/۲۰۰	۰/۶۳۳
افسردگی	آزمایش	۳۴/۸۰۰	۱/۰۸۳
	کنترل	۳۵/۲۰۰	۰/۹۷۶
نگرانی درباره اشتباهات	آزمایش	۳۳/۲۶۶	۱/۵۱۳
	کنترل	۳۴/۳۳۳	۱/۵۳۲

اثربخشی طرحواره درمانی با تاکید بر ذهنیت‌های طرحواره بر نشخوار فکری و کمالگرایی افراد دارای اختلال وسواسی-جبری مقاوم به درمان
The effectiveness of Schema Therapy with an emphasis on Schema Modes on Rumination and Perfectionism of people ...

۰/۹۱۷	۱۰/۲۶۶	۰/۷۰۹	۱۲/۸۶۶	آزمایش	شک درباره اعمال
۰/۸۳۳	۱۲/۴۶۶	۰/۷۱۸	۱۲/۸۰۰	کنترل	
۰/۹۴۸	۱۴/۷۳۳	۰/۷۶۰	۱۷/۴۰۰	آزمایش	انتظارات والدینی
۰/۸۴۲	۱۶/۹۳۳	۰/۷۶۰	۱۷/۴۰۰	کنترل	
۰/۶۸۲	۱۰/۵۳۳	۰/۶۲۹	۱۳/۶۶۶	آزمایش	انتقادگری والدینی
۰/۷۲۰	۱۳/۲۶۶	۰/۶۵۹	۱۳/۶۶۶	کنترل	
۱/۲۵۹	۱۸/۷۳۳	۱/۲۵۶	۲۱/۶۰۰	آزمایش	استانداردهای شخصی
۱/۱۷۹	۲۲/۰۰۰	۱/۲۲۴	۲۲/۰۶۶	کنترل	
۰/۸۳۰	۱۷/۲۶۶	۰/۷۵۲	۱۹/۹۳۳	آزمایش	سازماندهی
۰/۶۶۶	۱۹/۶۶۶	۰/۷۵۲	۱۹/۹۳۳	گروه کنترل	

جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار برای مولفه‌های متغیر نشخوار فکری و کمال‌گرایی در گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشته است، درحالی که در گروه کنترل تغییر چندانی نداشته است. نتایج آزمون شاپیروویک برای آزمون بهنجاری توزیع نمره‌های مولفه‌های نشخوار فکری و کمال‌گرایی در دو گروه سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ دارد. بنابراین، فرض بهنجاری توزیع نمره‌ها مورد تأیید قرار گرفت. برای بررسی فرض همگنی واریانس‌ها آزمون لوین برای تمامی متغیرها اجرا ($p > 0/05$) و عدم معناداری آزمون لوین اجازه نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر واریانس‌ها همگن بودند. پیش فرض‌های همگنی شیب خط رگرسیونی تعامل گروه×پیش‌آزمون مولفه بروز دادن ($F = 0/080$ و $p > 0/05$)، مولفه در فکر فرورفتن ($F = 0/127$ و $p > 0/05$)، مولفه افسردگی ($F = 1/775$ و $p > 0/05$)، نگرانی درباره اشتباهات ($F = 0/137$ و $p > 0/05$)، شک درباره اعمال ($F = 0/663$ و $p > 0/05$)، انتظارات والدینی ($F = 1/001$ و $p > 0/05$)، انتقادگری والدینی ($F = 0/013$ و $p > 0/05$)، استانداردهای شخصی ($F = 0/232$ و $p > 0/05$)، سازماندهی ($F = 3/134$ و $p > 0/05$)، نشان می‌دهد شیب‌های رگرسیون پیش‌آزمون، پس‌آزمون بروز دادن در گروه‌های آزمایش و کنترل معنی‌دار نشده است. بنابراین، تعامل شیب‌های رگرسیون متغیرهای وابسته با گروه معنی‌دار نیستند و فرض همگنی شیب‌های رگرسیون تأیید می‌گردد. نتایج یافته‌ها همچنین نشان دهنده عدم معنی‌داری فرض همگنی کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون باکس می‌باشد ($p > 0/05$)، $F = 1/373$ و $\text{Box}^2 = 95/518$). در نتیجه پیش فرض تفاوت بین کوواریانس‌ها برقرار است.

جدول (۳): نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری روی نمره‌های پس‌آزمون نشخوار فکری و کمال‌گرایی

اندازه اثر	سطح معنی‌داری	Df خطا	Df فرضیه	F	ارزش	آزمون
۰/۹۸۲	۰/۰۰۱	۱۱	۹	۶۴/۹۷۳	۰/۹۸۲	اثر پیلایی
۰/۹۸۲	۰/۰۰۱	۱۱	۹	۶۴/۹۷۳	۰/۰۱۳	لامبدای ویلکز
۰/۹۸۲	۰/۰۰۱	۱۱	۹	۶۴/۹۷۳	۵۳/۱۶۰	اثر هتلینگ
۰/۹۸۲	۰/۰۰۱	۱۱	۹	۶۴/۹۷۳	۵۳/۱۶۰	بزرگترین ریشه روی

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، آزمون‌های آماری در تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا) $F = 65/973$ و $P < 0/01$ در گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد که این گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند.

جدول (۴): نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری روی نمره‌های پس‌آزمون نشخوار فکری و کمال‌گرایی در مرحله پس‌آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آزمون
پیش‌آزمون بروز دادن	۱۹۹/۳۴۷	۱	۱۹۹/۳۴۷	۱۳۹/۲۴۹	۰/۰۰۱	۰/۸۳۸	۱
گروه	۴۰/۸۴۶	۱	۴۰/۸۴۶	۲۸/۵۳۲	۰/۰۰۱	۰/۵۱۴	۰/۹۹۹
خطا	۳۸/۶۵۳	۲۷	۱/۴۳۲				
پیش‌آزمون در فکر فرو رفتن	۲۲۲/۸۳۴	۱	۲۲۲/۸۳۴	۲۰۱/۶۷۸	۰/۰۰۱	۰/۸۸۲	۱

۱	۰/۶۴۱	۰/۰۰۱	۴۸/۱۸۰	۵۳/۲۳۴	۱	۵۳/۲۳۴	گروه
				۱/۱۰۵	۲۷	۲۹/۸۳۲	خطا
۱	۰/۹۵۹	۰/۰۰۱	۶۳۰/۲۳۷	۴۳۳/۳۰۳	۱	۴۳۳/۳۰۳	پیش‌آزمون نگرانی
۱	۰/۶۷۵	۰/۰۰۱	۵۶/۱۹۷	۳۸/۶۳۷	۱	۳۸/۶۳۷	گروه
				۰/۶۸۸	۲۷	۱۸/۵۶۳	خطا
۱	۰/۹۶۹	۰/۰۰۱	۸۴۴/۳۲۶	۹۷۹/۶۰۷	۱	۹۷۹/۶۰۷	پیش‌آزمون نگرانی اشتباهات
۱	۰/۶۲۷	۰/۰۰۱	۴۵/۴۶۹	۵۲/۷۵۵	۱	۵۲/۷۵۵	گروه
				۱/۱۶۰	۲۷	۳۱/۳۲۶	خطا
۱	۰/۹۲۶	۰/۰۰۱	۳۳۷/۴۷۴	۲۹۸/۷۶۴	۱	۲۹۸/۷۶۴	پیش‌آزمون شک درباره اعمال
۱	۰/۶۲۰	۰/۰۰۱	۴۳/۹۸۴	۳۸/۹۳۹	۱	۳۸/۹۳۹	گروه
				۰/۸۸۵	۲۷	۲۳/۹۰۳	خطا
۱	۰/۹۳۴	۰/۰۰۱	۳۸۰/۸۱۲	۳۱۵/۴۹۸	۱	۳۱۵/۴۹۸	پیش‌آزمون انتظارات والدینی
۱	۰/۶۱۹	۰/۰۰۱	۴۳/۸۱۵	۳۶/۳۰۰	۱	۳۶/۳۰۰	گروه
				۰/۸۲۸	۲۷	۲۲/۳۶۹	خطا
۱	۰/۸۶۸	۰/۰۰۱	۱۷۷/۳۷۹	۱۷۹/۳۶۵	۱	۱۷۹/۳۶۵	پیش‌آزمون انتقادگری والدینی
۱	۰/۶۷۲	۰/۰۰۱	۵۵/۴۱۳	۵۶/۰۳۳	۱	۵۶/۰۳۳	گروه
				۱/۰۱۱	۲۷	۲۷/۳۰۲	خطا
۱	۰/۹۵۰	۰/۰۰۱	۵۰۸/۱۸۲	۵۹۳/۴۰۵	۱	۵۹۳/۴۰۵	پیش‌آزمون استانداردهای شخصی
۱	۰/۶۵۴	۰/۰۰۱	۵۰/۹۳۴	۵۹/۴۷۵	۱	۵۹/۴۷۵	گروه
				۱/۱۶۸	۲۷	۳۱/۵۲۸	خطا
۱	۰/۹۰۹	۰/۰۰۱	۲۶۸/۵۸۷	۲۱۶/۵۰۳	۱	۲۱۶/۵۰۳	پیش‌آزمون سازماندهی
۱	۰/۶۶۵	۰/۰۰۱	۵۳/۵۹۳	۴۳/۲۰۰	۱	۴۳/۲۰۰	گروه
				۰/۸۰۶	۲۷	۲۱/۷۶۴	خطا

در جدول ۴ ملاحظه می‌شود نسبت F تحلیل کواریانس تک متغیری برای متغیر بروز دادن ($F=28/532$ و $P<0/01$)، در فکر فرو رفتن ($F=48/180$ و $P<0/01$) و افسردگی ($F=56/197$ و $P<0/01$) به دست آمدند. نسبت F تحلیل کواریانس تک متغیری برای مولفه نگرانی درباره اشتباهات ($F=45/469$ و $P<0/01$) بدست آمد که نشان داد اثربخش است. نسبت F تحلیل کواریانس برای مولفه شک درباره اعمال ($F=43/984$ و $P<0/01$) بدست آمد که نشان داد اثربخش است. نسبت F تحلیل کواریانس برای مولفه انتظارات والدینی ($F=43/815$ و $P<0/01$) به دست آمد که اثر بخش است. نسبت F تحلیل کواریانس برای مولفه انتقادگری والدینی ($F=55/413$ و $P<0/01$) نشان داد که اثربخش است. نسبت F تحلیل کواریانس برای مولفه استانداردهای شخصی ($F=50/934$ و $P<0/01$) نشان داد که اثربخش است. نسبت F تحلیل کواریانس برای مولفه سازماندهی ($F=53/593$ و $P<0/01$) نشان داد که اثربخش است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی با تاکید بر ذهنیت‌های طرحواره بر نشخوار فکری و کمالگرایی افراد با اختلال وسواسی-جبری مقاوم به درمان انجام شد. نتایج نشان داد که این مداخله بر نشخوار فکری افراد دارای اختلال وسواسی-جبری اثربخش بوده است. این نتایج با یافته‌های سررشته‌داران و نامدارپور (۱۴۰۰)، قوتی و همکاران (۱۳۹۹)، محمدی و همکاران (۱۳۹۸)، رمرسوال و همکاران (۲۰۲۳)، پسکوینی و مارائون^۱ (۲۰۲۲)، ووجک^۲ و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود طبق پژوهش‌های اخیر مقاومت درمانی در افراد مبتلا به وسواس جبری، توسط طرحواره‌های ناسازگار و ذهنیت‌های طرحواره ایجاد می‌شود (رمرسوال و همکاران، ۲۰۲۳). بیماران آشفته راجع به ذهنیت‌های طرحواره‌ای آموزش می‌بینند و می‌توان گفت هدف طرحواره درمانی

1 Pasquini & Maraone

2 Vujjk

این است که بیماران هم از لحاظ عقلانی عملکردهای طرحواره‌ی را متوجه شوند و هم از لحاظ هیجانی این فرآیندها را تجربه کنند. طبق الگوی درمانی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت افراد از نظر باورهای خود درباره ماهیت هیجان، و راهبردهای کنترل هیجان مثل نشخوار فکری، سرزنش، نگرانی و از نظر تفسیری که از تجربه هیجانی خود به عمل می‌آورند، با یکدیگر تفاوت دارند و ممکن است از طریق اجتناب تجربی، راهبردهای شناختی بی‌فایده مانند نشخوار فکری بکشند با هیجان‌های خود مقابله کنند. همچنین، باورها در مورد مدت یا قابل درک بودن هیجان باعث استفاده از راهکارهای مشکل‌ساز کنار آمدن از قبیل اجتناب، نشخوار فکری جستجوی افراطی اطمینان بخشی می‌شوند. درمانگر می‌تواند این راهکار را به طرح‌واره‌های نادرست هیجانی مثل پذیرفتن سخت هیجان مرتبط کند. از طرفی، درمانگران به بیمار در تشخیص ذهنیت‌های طرحواره و اینکه این ذهنیت‌ها در آنها یک حالت مقابله‌ای است و یک روش کاملاً سازگار نیست، کمک می‌کند (ادواردز، ۲۰۲۲). کاهش این طرحواره‌ها باعث کاهش نشخوار فکری می‌شود، همچنین ابزار همراه با تأیید به فرد کمک می‌کند تا باور کند، هیجان‌های او قابل درک هستند و دیگران نیز چنین تجربی دارند. از آنجا که لیهی^۱ (۲۰۱۹) نشخوار فکری را یک طرحواره هیجانی معرفی کرد، اصلاح آن با فنون شناخت نسبت به طرحواره ناسازگار و ذهنیت پیرامون آن منجر به کاهش نشخوار فکری نیز می‌گردد. در این درمان بر دو نوع اعتباریابی از سوی درمانگر و اعتباربخشی توسط خود فرد تاکید می‌شود. با توجه به ارتباط اعتباریابی با سایر طرحواره‌های هیجانی از قبیل طول مدت هیجان‌ها و ناتوانایی در درک هیجان‌ها، از اعتباریابی به عنوان مؤلفه‌ای ارزشمند در رابطه درمانی در اصلاح سایر طرحواره‌ها و راهبردهای در دسترس استفاده کرد و بیماری که خود و هیجان‌هایش مورد اعتبار قرار می‌گیرد بر این باور خواهد بود که می‌تواند هیجان‌های خود را ابراز کند، اینکه سایر افراد نیز هیجان‌هایی را تجربه می‌کنند و هیجان‌ها خارج از کنترل نیستند را معنادار و احساسات آمیخته را می‌توان تحمل کرد که موجب کاهش نگرانی‌ها و در نتیجه نشخوار فکری می‌شود. همچنین، با اصلاح ذهنیت طرحواره، فرد می‌تواند به خود یادآوری کند که هیچ‌کسی از خطاها و نقص‌ها مصون نیست و اشتباه کردن بخش طبیعی از فرایند زندگی است (لیهی، ۲۰۱۹). این ممکن است به فرد کمک کند تا نگرانی‌های خود را کاهش داده و به جای آن بر روی بهبود و پیشرفت تمرکز کند. در نتیجه کمتر به نشخوار فکری می‌پردازد.

یافته دوم نشان داد که این مداخله بر مولفه‌های کمال‌گرایی افراد دارای اختلال وسواسی-جبری اثربخش بوده است. نتایج حاصل از این یافته با نتایج پژوهش پرویزیان و همکاران (۱۴۰۱)، سهرابی و همکاران (۱۳۹۹)، مرمرسوال و همکاران (۲۰۲۳)، پسکوینی و مارائون (۲۰۲۲)، ووچک و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود طبق نظر (بک^۲، ۱۹۹۶) در فرآیند درمان طرحواره، بیماران یاد می‌گیرند که با به‌کارگیری سیستم کنترل هشیار، ذهنیت‌های خود را نافع‌سازند. به این معنی که بیماران قادر هستند با تفسیر متفاوت واقع‌های محرک‌ها به نحوی که با ذهنیت ناهمخوان باشد، عکس‌عملی متفاوت نشان دهند. از طرفی، با توجه به اینکه شک به صورت نوعی وسواس، عدم اطمینان در مورد اینکه آیا یک کار به درستی انجام شده است و/یا عدم اعتماد به حافظه و ادراکات خود را نشان می‌دهد که با باورهای اصلی منفی درباره خود همراه است (چانگ و پوردون^۳، ۲۰۲۳). با اصلاح ذهنیت‌های طرحواره ناسالم در افراد وسواسی، فرد بیمار می‌تواند به تدریج باورها و اعتقادات خود را درباره کمال‌گرایی مورد بازبینی قرار دهد و به تغییر آنها با یک نگرش متعادل‌تر و واقع‌گرایانه بپردازد. علاوه بر این، طرحواره درمانی با تاکید بر ذهنیت‌ها سعی می‌کند که به مراجع کمک کنند تا تشخیص دهند که ذهنیت‌های طرحواره آنها یک حالت مقابله‌ای است و نه یک روش کاملاً سازگار (ادواردز، ۲۰۲۲). در طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت‌ها، درمانگر با توضیح ذهنیت‌های طرحواره‌ای، به مراجع کمک می‌کند تا ذهنیت‌های خود را در زندگی شناسایی و آگاهی پیدا کنند. سپس، با استفاده از تکنیک‌های تجربی، شناختی و رفتاری، به مراجعان کمک می‌کند تا الگوهای غلط هیجانی، شناختی و رفتاری خود را اصلاح کنند و ذهنیت‌های خود را تحت مدیریت و کنترل قرار دهند. در ادامه، با استفاده از کار تجربی بر روی ذهنیت‌ها، به مراجعان آموخته‌های خود را به زندگی روزمره و ارتباطات خود گسترش می‌دهند و به سمت اصلاح الگوهای غلط و بهبود طرحواره‌ها پیش می‌روند (فارل و همکاران، ۲۰۱۴). با تاکید بر ذهنیت از طریق برون‌سازی و درون‌سازی به اصلاح ذهنیت‌های فرد وسواسی می‌پردازد و به نظر می‌رسد این آمیخته‌های کهنه شناخت‌واره‌ها و طرحواره‌ها را که مقاوم‌ترین مشکلات بالینی هستند، به چالش کشیده و باعث کاهش مقاومت بیماران در برابر تغییر می‌شوند. از آنجایی که بیشتر مشکلات بالینی تاریخچه تحولی دارند و در مراحل تحول در ذهن فرد رسوخ می‌کنند، تغییر در صورتی ممکن می‌شود که به صورت هدف قرار دادن ریشه‌های تحولی آسیب انجام شود. لذا با کاهش مقاومت بیمار و به دلیل اصلاح ذهنیت‌ها، نگرش واقع‌گرایانه موجب کاهش کمال‌گرایی بیمار می‌گردد.

1 Leahy

2 Beck

3 Chiang & Purdon

به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که به کارگیری فنون شناختی طرحواره درمانی از طریق به چالش کشیدن طرحواره‌های بنیادین ناکارآمدی، فرد مبتلا به اختلال وسواسی جبری طرحواره‌های موثرتری برای خود استفاده می‌کند و یاد می‌گیرد به جای پرداختن به جای تاکید بر افکار منفی و کمال هر چیزی، از شیوه‌های کارآمدتری برای مقابله با مسائل استفاده کنند و حساسیت خود را کمتر کنند، که طبیعی است موجب کاهش سطح کمال‌گرایی و نشخوار فکری بیمار وسواسی شده است.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر اجرای پژوهش در میان افراد دارای اختلال وسواسی-جبری در شهر تهران انجام شده است و در تعمیم‌دهی آن به سایر نمونه‌ها، باید جانب احتیاط را رعایت کرد. به دلیل اینکه جامعه آماری بیماران مقاوم به درمان بود، از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. از دیگر محدودیت‌ها عدم بررسی مرحله پیگیری بود. علاوه بر این، تشخیص مقاوم به درمان براساس نظر روانشناس بوده و بهتر است در پژوهش‌های آینده ملاک‌های علمی برای مقاوم به درمان به طور دقیق‌تر بررسی گردد. همچنین، باتوجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابهی در میان سایر افراد با فرهنگ‌های متفاوت انجام گیرد. همچنین به دلیل محدودیت زمانی و عدم همکاری افراد شرکت‌کننده امکان اجرای دوره پیگیری وجود نداشت. لذا پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های مشابه همراه با دوره پیگیری تکرار شود تا مشخص شود که آیا نتایج به دست آمده پایدار می‌ماند یا خیر.

منابع

- اسدنیا، س.، علیلو، م.، بیرامی، م. و بخشی‌پور رودسری، ع. (۱۴۰۰). روابط ساختاری ابعاد سرشت با اختلال وسواسی اجباری: با واسطه‌گری حساسیت انزجاری. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۱۱ (۱)، ۱۲۵-۱۴۴. [10.22108/cbs.2022.130484.1567](https://doi.org/10.22108/cbs.2022.130484.1567)
- اخوان عبیری، ف.، شعیری، م.ر. و غلامی فشارکی، م. (۱۳۹۸). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی فراست (FMPS). *روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۱۶ (۱)، ۸۷-۱۰۶. [10.29252/shenakht.6.1.87](https://doi.org/10.29252/shenakht.6.1.87)
- اصلی آزاد، م.، منشئی، غ.، قمرانی، ا. (۱۳۹۸). تاثیر درمان ذهن آگاهی بر تحمل ابهام و در آمیختگی فکر و عمل مبتلابان به اختلال وسواس بی اختیاری. *فصلنامه سلامت روانی کودک*، ۶ (۱)، ۷۷-۸۸. [10.29252/jcmh.6.1.8](https://doi.org/10.29252/jcmh.6.1.8)
- باقری نژاد، م.، صالحی فدردی، ج. و طباطبایی، س.م. (۱۳۸۹). رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۱۱ (۱)، ۲۱-۳۸. <https://doi.org/10.22067/ijap.v11i1.6910>
- خسروی، م.، مهربانی، ح. و عزیزی مقدم، ع. (۱۳۸۷). بررسی مقایسه‌ای مولفه‌های نشخوار فکری در بیماران افسرده وسواس اجباری و افراد عادی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی، سمنان*، ۱۰ (۱)، ۱-۱۰. <http://koomeshjournal.semums.ac.ir/article-1-421-fa.html>
- پروپزیان، ف.، شریفی، ط.، شکرکن، ح. و غضنفری، ا. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر کمال‌گرایی بیماران با اختلال شخصیت وسواسی-جبری. *نشریه روان پرستاری*، ۱۰ (۳)، ۱۳۱-۱۱۷. <https://doi.org/10.22034/IJPN.10.3.117>
- فرنام، ع.، بخشی پور رودسری، ع.، منصوری، ا.و محمودعلیلو، م. (۱۳۸۹). مقایسه نشخوار فکری در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده، اختلال وسواس-اجبار، اختلال اضطراب فراگیر و افراد بهنجار. *مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۱۷ (۳)، ۱۹۵-۱۸۹. <http://jsums.medsab.ac.ir/?action=xml&article=55>
- قوتی، ع.، آهوان، م.، شهامت ده سرخ، ف. و فرنوش، م. (۱۳۹۹). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر نشخوار فکری و مسئولیت پذیری افرادی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری. *مطالعات روان شناختی*، ۱۶ (۴)، ۲۴-۷. [10.22051/psy.2021.31187.2216](https://doi.org/10.22051/psy.2021.31187.2216)
- سهرابی، ف.، برجلی، ا.، مومنی، م.م. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی در کاهش کمال‌گرایی افرادی دانش آموزان. *رویش روان‌شناسی*، ۹ (۴)، ۷۵-۸۲. [20.1001.1.2383353.1399.9.4.6.5](https://doi.org/10.1001.1.2383353.1399.9.4.6.5)
- سررشته‌داران، ز. و نامدارپور، ف. (۱۴۰۰). تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر نشخوار فکری زنان دارای تعارضات زناشویی شهر اصفهان. *رویش روان‌شناسی*، ۱۰ (۱۰)، ۲۳۱-۲۴۰. [20.1001.1.2383353.1400.10.10.6.4](https://doi.org/10.1001.1.2383353.1400.10.10.6.4)
- محمدی، ف.، میرزایی، م.، سلطانی، ن. و فدایی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی بر نشخوارهای ذهنی و اضطراب بیماران وسواسی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۲ (۶)، ۱۹۵۹-۱۹۴۵. [10.22038/mjms.2020.15842](https://doi.org/10.22038/mjms.2020.15842)
- نیک فلاح ر. و گلشنی، ف. (۱۴۰۰). مقایسه روابط ابژه‌های، ذهنیت‌های طرحواره‌ای و آسیب دوران کودکی در افراد دارای نشانگان اختلال‌های شخصیت مرزی و شخصیت وسواسی-جبری. *رویش روان‌شناسی*، ۱۰ (۲)، ۱۳۸-۱۲۵. [20.1001.1.2383353.1400.10.2.15.7](https://doi.org/10.1001.1.2383353.1400.10.2.15.7)
- Beck, A. T. (1996). *Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology*. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1-25). The Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/1996-98507-001>
- Cain, N.M., Ansell, E.B., Simpson, H.B. & Pinto, A. (2015). Interpersonal Functioning in Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *Journal of Personality Assessment*, 97(1), 90-99. [10.1080/00223891.2014.934376](https://doi.org/10.1080/00223891.2014.934376)

- Chiang B, Purdon C. (2023). A study of doubt in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13. [10.1016/j.jbtep.2022.101753](https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2022.101753)
- Cui, J., Zhu, K., Wen, J., Nie, W., & Wang, D. (2023). The relationship between moral judgment ability, parenting style, and perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients: A mediating analysis. *Frontiers in Psychology*, 14, 1133880. [10.3389/fpsyg.2023.1133880](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1133880)
- Correia, M.; Rosado, A.; Serpa, S. (2017). Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale. *International Journal of Psychological Research*. 10(1), 8-17. [10.21500/20112084.2109](https://doi.org/10.21500/20112084.2109)
- Dadomo, H., Grecucci, A., Giardini, I., Ugolini, E., Carmelita, A., and Panzeri, M. (2016). Schema therapy for emotional dysregulation: theoretical implication and clinical applications. *Front. Psychol*, 7, 1987. [10.3389/fpsyg.2016.01987](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01987)
- Edwards, D. J. A. (2020). "Finding and reparenting the Lonely Child behind the Anorexic Overcontroller," in *Schema Therapy for Eating Disorders: Theory and Practice for Individual and Group Settings*, eds S. Simpson and E. Smith (London: Routledge), 262–274. [10.4324/9780429295713-16](https://doi.org/10.4324/9780429295713-16)
- Edwards, D.J.A. (2022). Using Schema Modes for Case Conceptualization in Schema Therapy: An Applied Clinical Approach. *Front. Psychol*, 12,763670. [10.3389/fpsyg.2021.763670](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.763670)
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological assessment*, 14(4), 485. [10.1037/1040-3590.14.4.485](https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.4.485)
- Hancock, K.M., Swain, J., Hainsworth, C.J., Dixon, A.L., Koo, S & Munro, K. (2018). Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Behavior Therapy for Children With Anxiety: Outcomes of a Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47 (2), 296-311. [10.1080/15374416.2015.1110822](https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1110822)
- Huang, Y., Wang, Y., Wang, H., et al. (2019). Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study. *Lancet Psychiatry* 6, 211–224. [10.1016/S2215-0366\(18\)30511-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30511-X)
- Sperry, L. (2003). *Handbook of Diagnosis and Treatment of DSM-IV-TR Personality Disorders*. Brunner-Routledge. [10.4324/9780203427088](https://doi.org/10.4324/9780203427088)
- Jessup SC, Knowles KA, Berg H, Olatunji BO. (2019). Anger rumination is not uniquely characteristic of obsessive-compulsive disorder. *Personality and individual differences*, 1 (140),10- 4. [10.1016/j.paid.2018.09.011](https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.09.011)
- Leahy RL. (2019). *Emotional schema therapy*. First edition. New York: The Guilford Press. <https://www.guilford.com/books/Emotional-Schema-Therapy/Robert-Leahy/9781462540792>
- Li, Z., Li, Z., Ji, W., Feng, W., Li, X. (2014). Microstructural Abnormality in Left Nucleus Accumbens Predicts Dysfunctional Beliefs in Treatment-Resistant Obsessive-Compulsive Disorder. *Medical science*, 13. [10.12659/MSM.891102](https://doi.org/10.12659/MSM.891102)
- Misirli, M., & Kaynak, G. K. (2023). Relationship Obsessive Compulsive Disorder: A Systematic Review. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 15(4), 549-561. [10.18863/pgy.1204303](https://doi.org/10.18863/pgy.1204303)
- Mohammadi, M., Ahmadi, S. M., Naji Mydani, F., Jafari, M., Reisi, S. (2021). Psychometric Properties of the Persian Version of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale in A Non-clinical Population. *Journal of Practice in Clinical Psychology*, 9(3), 165-178. <https://doi.org/10.32598/jpcp.9.3.690.2>
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 115–121. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.1.115>
- Örüm, M. H. (2020). Cognitive error characteristics of rumination and cleaning dimensions of obsessive compulsive disorder. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21(6), 592-599. [10.5455/apd.87390](https://doi.org/10.5455/apd.87390)
- Pasquini, M., & Maraone, A. (2022). Schema Therapy and Obsessive-Compulsive Disorder. *Alpha Psychiatry*, 23(4), 164. [10.5152/alphapsychiatry.2022.22080622](https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2022.22080622)
- Remmerswaal, K.C. P., Cnossen, T.E.A., van Balkom, A.J.L.M. & 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),12-23. [10.1017/S1352465822000625](https://doi.org/10.1017/S1352465822000625)
- Sunde, T., Hummelen, B., Himle, J.A, Walseth, L.T, Vogel, P.A, & Launes, G. (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. [10.1186/s12888-019-2285-2](https://doi.org/10.1186/s12888-019-2285-2)
- Vanzhula, I. A., Kinkel-Ram, S. S., and Levinson, C. A. (2021). Perfectionism and difficulty controlling thoughts bridge eating disorder and obsessive-compulsive disorder symptoms: a network analysis. *J. Affect. Disord*. 283, 302–309. [10.1016/j.jad.2021.01.083](https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.083)
- Vuijk, R., Deen, M., Geurts, H.M & Arntz, A. (2022). Schema therapy for personality disorders in autistic adults: Results of a multiple case series study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1, [10.1002/cpp.2817](https://doi.org/10.1002/cpp.2817)
- Wahl, K., van den Hout, M., Heinzl, C. V., Kollárik, M., Meyer, A., Benoy, C., ... & Lieb, R. (2021). Rumination about obsessive symptoms and mood maintains obsessive-compulsive symptoms and depressed mood: An experimental study. *Journal of Abnormal Psychology*, 130(5), 435. [10.1037/abn0000677](https://doi.org/10.1037/abn0000677)
- Watkins, E., Moulds, M. (2015). Distinct modes of ruminative self – focus: impact of Abstract Versus content ruminative of problem solving in depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 615-623. [10.1037/1528-3542.5.3.319](https://doi.org/10.1037/1528-3542.5.3.319)
- Young, J.E, Klosko, J.S, & Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide* Guilford Press. New York, NY. <https://psycnet.apa.org/record/2003-00629-000>
- Farrell, J.M, Reiss, N, & Shaw I.A. (2014). *The schema therapy clinician's guide: A complete resource for building and delivering individual, group and integrated schema mode treatment programs*. John Wiley & Sons. [10.1002/9781118510018](https://doi.org/10.1002/9781118510018)
- de Klerk, N., Abma, T.A, Bamelis, L.L, & Arntz, A. (2017). Schema therapy for personality disorders: A qualitative study of patients' and therapists' perspectives. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 45(1), 31-45. [10.1017/S1352465816000357](https://doi.org/10.1017/S1352465816000357)