

## اثربخشی طرحواره درمانی با تاکید بر ذهنیت‌های طرحواره بر نشخوار فکری و کمالگرایی افراد دارای اختلال وسوسی-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](mailto: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). 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). The schema therapy protocol was 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 وسوسی-جبری مقاوم به درمان بود. روش پژوهش حاضر شامل تمامی آزمون-پس‌آزمون گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر شامل تمامی مراجعه‌کنندگان (زن و مرد) مبتلا به اختلال وسوسی-جبری مقاوم به درمان ساکن شهر تهران بود که از سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ 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 وسوسی-اجباری (OCI-R، فوآ 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 میانگین‌پس‌آزمون 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 وسوسی-جبری مقاوم به درمان موثر بوده است.

**واژه‌های کلیدی:** نشخوار فکری، ذهنیت‌های طرحواره، طرحواره درمانی، کمالگرایی، مقاوم به درمان، اختلال وسوسی-جبری.

## مقدمه

اختلال وسوسی-جبری<sup>۱</sup> به عنوان اختلالی ناتوان کننده، با افکار مزاحم و ناخواسته تعریف می‌شود که با وسوس و اجراب مشخص می‌گردد (میسیری و کاین‌ناک، ۲۰۲۳). در جهان، شیوع این اختلال ۲٪ تا ۳٪ است (هوانگ<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). در پیشینه بالینی مربوط به وسوس، اکثر این بیماران مقاوم به درمان<sup>۳</sup> 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<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۴).

از طرفی، کلیدوازه اصلی اختلال وسوس، کمالگرایی<sup>۵</sup> است، به گونه‌ای که پژوهشگران از جمله (کویی<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۳) نشان دادند که کمالگرایی در افراد مبتلا به اختلال وسوسی-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 روانشناسی را به همراه داشته باشد (هانکوک<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۸؛ وانزوولا<sup>۸</sup> 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 وسوس جبری به واسطه کمالگرایی، اغلب دارای ویژگی‌های افرادی سرسخت و نامتعطف هستند (کاین<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). این عدم انعطاف و کمبود صمیمیت می‌تواند در فرایند روان‌درمانی افراد مبتلا به وسوس جبری موانعی ایجاد کند (اسپیری<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۳).

علاوه بر این، بررسی‌ها نشان داده است که نشخوار فکری<sup>۱۱</sup> از عوامل شایع در بیماران مبتلا به اختلال وسوسی اجباری است (اروم<sup>۱۲</sup>، ۲۰۲۰؛ واهل<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۱) که به عنوان افکاری مقاوم و عودکننده تعریف می‌شود که گرد یک موضوع معمول دور می‌زند (واتکینز و مولدس<sup>۱۴</sup>، 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 رابرتس، ۲۰۲۰؛ واهل و همکاران، ۲۰۲۱) و ضرورت دارد مداخلات موثر برای نشخوار فکری و کمالگرایی افراد وسوسی 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<sup>۱۵</sup> و ذهنیت‌های طرحواره منجر به تداوم علائم می‌شوند (رمرسوال<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). طرحواره‌های ناسازگار اولیه «الگوهایی» هستند که در دوران کودکی یا نوجوانی ایجاد می‌شوند، متشكل از خاطرات، عواطف، شناخت‌ها و احساسات بدنی، در رابطه با خود و رابطه فرد با دیگران<sup>۱۷</sup> ایجاد می‌شوند، همانطور که توسط یانگ<sup>۱۸</sup> و همکاران (۲۰۰۳) تعریف شده است. اگر مقاومت درمانی با طرحواره‌های ناسازگار همراه باشد، درمان این طرحواره‌ها می‌تواند به کاهش علائم وسوس اجباری کمک کند. لذا، یکی از درمان‌های موثر، طرحواره درمانی<sup>۱۹</sup> 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<sup>۲۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). لذا، بهتر است در افراد مبتلا به اختلال وسوسی-جبری مخصوصاً آنها یکی که مقاوم به درمان هستند، از درمان‌هایی استفاده کرد که تمرکز اصلی آن بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه باشد (کاین و همکاران، ۲۰۱۵). نیک‌فللاح و گلشنی (۱۴۰۰) تاکید کردند که ذهنیت‌های طرحواره عاملی برای شکل‌گیری نشانکان افراد وسوسی است. شواهد نیز

1 obsessive-compulsive disorder (OCD)

2 Misirli, & Kaynak

3 Huang

4 resistant to treatment

5 Li

6 perfectionism

7 Cui

8 Hancoc

9 Vanzhula

10 Cain

11 Sperry

12 rumination

13 Örüm

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 سوسایس مرتبط است (پیترز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). این ذهنیت‌های طرحواره حالت‌های احساسی و پاسخ‌های مقابله‌ای هستند که هنگام فعل شدن طرحواره‌های ناسازگار ایجاد می‌شوند (رمسوال<sup>۲</sup> 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 تاکید 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<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). از سویی، ذهنیت‌ها اغلب در الگوهای قابل تشخیص یا توالی‌های ذهنیت از یکدیگر پیروی می‌کنند (ادواردز<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰).

در زمینه اثربخش بودن طرحواره‌درمانی، رمسوال و همکاران (۲۰۲۳) نشان دادند که مشکلات روان‌شناسختی عمومی و ذهنیت‌های طرحواره پس از درمان طرحواره درمانی در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی مقاوم به درمان و اختلال سوسایس اجباری بهبود یافتند. هویت<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۱۷) اثربخشی طرحواره درمانی را بر کاهش تمایلات کمال‌گرایانه ثابت کردند. اما تاکنون در بررسی مداخلات روانشناختی انجام شده بر ذهنیت‌های افراد سوسایس مقاوم به درمان تاکید نشده است. با توجه به اینکه ذهنیت‌ها در افراد سوسایس موجب تشدید نشانه‌ها می‌شود، بررسی اثربخشی مداخله‌ها با تاکید بر ذهنیت‌ها در افراد سوسایس دارای اهمیت است. علاوه‌براین، طرحواره‌های ناسازگاری که توسط یانگ معرفی شده‌اند، زیاد است و آموزش آنها در طرحواره‌درمانی برای مراجعان گیج کننده است، تمامی طرحواره‌های یک مراجعة 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<sup>۶</sup> (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<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۷).

در انتهای دلیل عدم وجود پژوهشی که بر ذهنیت‌های طرحواره در افراد سوسایس مقاوم به درمان تاکید 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 کمک کننده است. لذا، از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی با تاکید بر ذهنیت‌های طرحواره بر نشخوار فکری و کمال‌گرایی افراد دارای اختلال سوسایس-جبrij مقاوم به درمان بود.

## روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه مراجعه کنندگان (زن و مرد) مبتلا به اختلال سوسایس-جبrij مقاوم به درمان ساکن شهر تهران بودند که از سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ 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 با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. از بین ۳۵ نفر مراجعه کننده مبتلا به اختلال سوسایس-جبrij مقاوم به درمان شهر تهران، با استفاده از روش گمارش تصادفی و با توجه 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 سوسایس-جبrij که نسبت به درمان مقاوم بودند (براساس ارزیابی روانشناس)، داشتن سن بین ۲۰-۳۵ 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 یا بالاتر از آن در پرسشنامه سوسایس 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 مناسب با موازین دینی، فرهنگی افراد شرکت کننده

<sup>1</sup> Peeters

<sup>2</sup> Remmerswaal

<sup>3</sup> Dadomo

<sup>4</sup> Edwards

<sup>5</sup> Hewitt

<sup>6</sup> Farrell, Reiss & Shaw

<sup>7</sup> de Klerk

اثربخشی طرحواره درمانی با تاکید بر ذهنیت‌های طرحواره بر نشخوار فکری و کمالگرایی افراد دارای اختلال وسوسی-حبری 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<sup>۱</sup> (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 و ضریب آلفای این مقیاس را ۰/۹۲ 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. باقی نزد 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 آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد.

**مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی فراست<sup>۲</sup> (FMPS):** مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی فراست و همکاران (۱۹۹۰) ۳۵ گویه و ۶ بعد را دارد. این بعدها شامل (نگرانی درباره اشتباهات، تردید درباره کارها، انتظارات والدینی، انتقادگری والدینی، معیارهای شخصی<sup>۳</sup> و نظم و سازماندهی<sup>۴</sup>) 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<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه روی ۲۰۱ قهرمان ورزشی، روایی همگرای زیرمقیاس‌های این پرسشنامه را بین ۰/۵۵ 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 ذهن‌آگاهی 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 وسوسی-اجباری<sup>۶</sup> (OCI-R):** این پرسشنامه توسط فوآ<sup>۷</sup> 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 وسوس اجباری اصلی و نسخه بازنگری شده را ۰/۹۸ به دست آوردند. اسدنا و همکاران (۱۴۰۰) پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد. محمدی و همکاران (۲۰۲۱) روایی با روش همبستگی با پرسشنامه مقیاس وسوس اجباری ابعادی ۰/۵۵ بدست آوردند. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

**خلاصه جلسات طرحواره درمانی با تاکید بر ذهنیت‌های طرحواره: گروه آزمایش، درمان را در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، براساس پروتکل طرحواره درمانی 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 طرحواره درمانی برای ذهنیت‌های طرحواره‌ای (جان‌فارل و همکاران، ۲۰۱۴)

شماره	خلاصه جلسه
۱	معارفه/ اجرا پیش آزمون/ مرور قوانین و ساختار جلسات/ مثال مغایره بستنی فروشی جهت تفهیم تصویرسازی/ تصویرسازی حباب امن گروهی.
۲	آموزش مبانی طرحواره‌ها و نشکل‌گیری/ تجارب آسیب‌زای دوران کودکی/ توضیح ۵ نیاز اساسی در انسان و پیامدهای افراط و تفریط در اراضی 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 کودکانه 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 جبران کننده افراطی/ ذهنیت تسليم شده مطیع/ آشنایی با بزرگسال سالم و کودک شاد و نشانه‌های آنها.
۵	ایجاد ارتباط بین ذهنیت‌بزرگسال 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 رهابی 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 برد ذهنیت‌های والد ناکارآمد.
۸	- تصویرسازی ذهنی بر روی 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 آوش کشیدن کودک آسیب‌پذیر توسط بزرگسال سالم/ بررسی ۱۴ خطاهای شناختی/ استفاده از تکنیک‌های شناختی.
۱۰	گفت و گو بین ذهنیت‌ها در حالی که هر فرد نماینده یک ذهنیت است/ استفاده از فلاش کارت‌های ذهنیت برای گفت و گو بین ذهنیت‌ها/ آموزش راهبردهای کارآمد رفتاری جهت جایگزین کردن رفتارهای مقابله‌ای.
۱۱	تقویت و پرورش ذهنیت بزرگسال سالم/ آموزش (مواجه‌سازی 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 پس آزمون 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 ۸ و ۵۳/۳) و (۴۶/۷ و ۴۶/۷) 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 ۸ و ۵۳/۳۳) و (۳۳/۳۳ و ۱۳/۳۳) و برای گروه کنترل به ترتیب (۴ و ۷ و ۲۶/۶۷)، (۴۶/۶۷ و ۴ و ۲۶/۶۷) بود.

## جدول (۲): میانگین و انحراف معیار نشخوار فکری و کمال‌گرایی در آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیرها	گروه‌ها	پیش آزمون	پس آزمون	انحراف معیار	انحراف معیار	میانگین	میانگین	انحراف معیار	انحراف معیار
بروز دادن	آزمایش	۱۳/۸۶۶	۰/۷۱۶	۱۱/۲۰۰	۰/۷۵۰	۱۱/۲۰۰	۰/۷۵۴	۱۳/۶۰۰	۰/۷۵۴
در فکر فرو رفتن	کنترل	۱۳/۹۳۳	۰/۶۷۲	۰/۷۹۵	۰/۸۲۷	۱۲/۱۳۳	۰/۸۲۷	۱۲/۹۳۳	۰/۷۲۰
افسردگی	آزمایش	۱۵/۰۶۶	۰/۶۳۳	۱۵/۲۰۰	کنترل	۱۵/۲۰۰	۱/۰۳۹	۳۲/۰۶۶	۱/۰۳۹
نگرانی درباره اشتباہات	کنترل	۳۵/۲۰۰	۰/۹۷۶	۱/۰۸۳	آزمایش	۳۴/۸۰۰	۱/۰۳۴	۳۴/۷۳۳	۱/۰۳۴
	آزمایش	۳۳/۲۶	۱/۰۱۳	۱/۵۳۵	کنترل	۳۴/۲۰۰	۳۰/۲۶	۳۰/۲۶	۱/۵۳۵
	کنترل	۳۴/۳۳	۱/۵۳۲	۳۴/۰۰۰	آزمایش	۳۴/۳۳	۱/۵۶۷	۳۴/۰۰۰	۱/۵۶۷

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	۱۴/۷۲۳	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 مراحل پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشته است، درحالی که در گروه کنترل تغییر چندانی نداشته است. نتایج آزمون شاپیرورویک برای آزمودن بهنجاری توزیع نمره‌های مولفه‌های نشخوار فکری و کمالگرایی در دو گروه سطح معناداری بزرگتر از  $0/۰۵$  دارد. بنابراین، فرض بهنجاری توزیع نمره‌ها مورد تأیید قرار گرفت. برای برسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها آزمون لوین برای تمامی متغیرها اجرا ( $p < 0/۰۵$ ) و عدم معناداری آزمون لوین اجازه نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر واریانس‌ها همگن بودند. پیش‌فرض‌های همگنی شبیه رگرسیونی تعامل گروه  $\times$  پیش‌آزمون مولفه بروزدادن ( $F = ۰/۰۸۰$  و  $p < 0/۰۵$ )، مولفه در فکر فروختن ( $F = ۱/۱۲۷$  و  $p < 0/۰۵$ )، انتظارات افسردگی ( $F = ۱/۷۷۵$  و  $p < 0/۰۵$ )، نگرانی درباره اشتباهات ( $F = ۰/۱۳۷$  و  $p < 0/۰۵$ )، شک درباره اعمال ( $F = ۰/۶۶۳$  و  $p < 0/۰۵$ )، انتظارات والدینی ( $F = ۱/۰۰۱$  و  $p < 0/۰۵$ )، انتقادگری والدینی ( $F = ۰/۱۳۷$  و  $p < 0/۰۵$ )، استانداردهای شخصی ( $F = ۰/۲۳۲$  و  $p < 0/۰۵$ )، سازماندهی ( $F = ۳/۱۳۴$  و  $p < 0/۰۵$ )، نشان می‌دهد شبیه‌های رگرسیون پیش‌آزمون، پس‌آزمون بروزدادن در گروه‌های آزمایش و کنترل معنی‌دار نشده است. بنابراین، تعامل شبیه‌های رگرسیون متغیرهای وابسته با گروه معنی‌دار نیستند و فرض همگنی شبیه‌های رگرسیون تأیید می‌گردد. نتایج یافته‌ها همچنین نشان دهنده عدم معنی‌داری فرض همگنی کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون باکس می‌باشد ( $F = ۱/۳۷۳$ ,  $p < 0/۰۵$ ) و  $Box's = ۹۵/۵۱۸$ ). در نتیجه پیش‌فرض تفاوت بین کوواریانس‌ها برقرار است.

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

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

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، آزمون‌های آماری در تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا) ( $F = ۶۵/۹۷۳$  و  $p < 0/۰۱$ ) 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 بروزدادن	۱۹۹/۳۴۷	۱	۱۹۹/۳۴۷	۱۳۹/۲۴۹	۰/۰۰۱	۰/۸۳۸	۱
گروه	۴۰/۸۴۶	۱	۴۰/۸۴۶	۲۸/۵۳۲	۰/۰۰۱	۰/۹۹۹	۰/۵۱۴
خطای	۳۸/۶۵۳	۲۷	۱/۴۳۲				
پیش‌آزمون در فکر فرو رفتن	۲۲۲/۸۳۴	۱	۲۲۲/۸۳۴	۲۰۱/۶۷۸	۰/۰۰۱	۰/۸۸۲	۱



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

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 بکوشند با هیجان‌های خود مقابله کنند. همچنین، باورها درمورد مدت یا قابل درک بودن هیجان باعث استفاده از راهکارهای مشکل‌ساز کنارآمدن 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 ابراز همراه با تأیید به فرد کمک می‌کند تا باور کند، هیجان‌های او قابل درک هستند و دیگران نیز چنین تجاری دارند. از آنجا که لیهی<sup>۱</sup> (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 ناتوانی در درک هیجان‌ها، از اعتباریابی به عنوان مؤلفه‌ای ارزشمند در رابطه درمانی در اصلاح سایر طرحواره‌ها و راهبردهای دردسرساز استفاده کرد و بیماری که خود و هیجان‌هاییش 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 هیچ کسی از خطاهای و نقص‌ها مصنون نیست و اشتباه کردن بخش طبیعی از فرابند 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 وسوسی-جبری اثربخش بوده است. نتایج حاصل از این یافته با نتایج پژوهش پروزیان و همکاران (۱۴۰۱)، سهرابی و همکاران (۱۳۹۹)، رمسوال و همکاران (۲۰۲۳)، پسکوینی و مارائون (۲۰۲۲)، ووجک و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود طبق نظر (بک، ۱۹۹۶) در فرآیند درمان طرحواره، بیماران یاد می‌گیرند که با به کارگیری سیستم کنترل هشیار، ذهنیت‌های خود را نافعال سازند. به این معنی که بیماران قادر هستند با تفسیر متفاوت واقعه‌های محرك‌زا به نحوی که با ذهنیت ناهمخوان باشد، عکس‌العملی متفاوت نشان دهند. از طرفی، با توجه به اینکه شک به صورت نوعی وسوس، 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، ۲۰۲۳). با اصلاح ذهنیت‌های طرحواره ناسالم در افراد وسوسی، 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 پردازد. علاوه‌بر این، طرحواره درمانی با تاکید بر ذهنیت‌ها سعی می‌کند که به مراجع کمک کند تا تشخیص دهنند 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 مراجعت 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 مراجعت آموخته‌های خود را به زندگی روزمره و ارتباطات خود گسترش می‌دهند و به سمت اصلاح الگوهای غلط و بهبود طرحواره‌ها پیش می‌روند (فالر و همکاران، ۲۰۱۴). با تاکید بر ذهنیت از طریق برونسازی و درون‌سازی به اصلاح ذهنیت‌های فرد وسوسی می‌پردازد و به نظر می‌رسد این آمایه‌های 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 بینیادین ناکارآمدی، فرد مبتلا به اختلال وسوسی 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 وسوسی شده است.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر اجرای پژوهش در میان افراد دارای اختلال وسوسی-جبری در شهر تهران انجام شده است و در تعیین‌دهی 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. علاوه‌براین، 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، با توجه 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

- اسدیان، س.، علیلو، م.، بیرامی، م. و بخشی‌بور رودسری، ع. (۱۴۰۰). روابط ساختاری ابعاد سرشت با اختلال وسوسی‌اجباری: با واسطه‌گری حساسیت انحرافی. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*, ۱۱ (۱)، ۱۴۴-۱۲۵.  
[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 روان‌سنجدی مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی فرات (FMPS). *روانشناسی و روانپزشکی شناخت*, ۶ (۱)، ۸۷-۸۰.  
[10.29252/shenakht.6.1.87](https://doi.org/10.29252/shenakht.6.1.87)
- اصلی آزاد، م.، منشی، غ.، قمرانی، ا. (۱۳۹۸). تاثیر درمان ذهن آگاهی بر تحمل ابهام و در آمیختگی فکر و عمل مبتلایان به اختلال وسوسی بی اختیاری. *فصلنامه سلامت روانی کودک*, ۶ (۱)، ۸۸-۷۷.  
[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.، مهرابی، ح. و عزیزی مقدم، ع. (۱۳۸۷). بررسی مقایسه‌ای مولفه‌های نشخوار فکری در بیماران افسرده وسوسی‌اجباری و افراد عادی، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی، سمنان، ۱۰ (۱).  
<http://koomeshjournal.semums.ac.ir/article-1-421-fa.html>
- پرویزیان، ف.، شریفی، ط.، شکرکن، ح. و غضنفری، ا. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر کمال‌گرایی بیماران با اختلال شخصیت وسوسی-جبری، نشریه روان‌پرستاری، ۱۰ (۳)، ۱۳۱-۱۱۷.  
<https://doi.org/10.22034/IJPN.10.3.117>
- فرنام، ع.، بخشی پورودسری، ع.، منصوری، ا.و محمودعلیو، م. (۱۳۸۹). مقایسه نشخوار فکری در بیماران مبتلایان به اختلال افسردگی عده، اختلال وسوسی‌اجباری، اختلال اضطراب فراغی و افراد بهنگار. *مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*, ۱۷ (۳)، ۱۹۵-۱۸۹.  
[http://jsums.medsab.ac.ir/?\\_action=xml&article=55](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 افراطی بیماران مبتلایان به اختلال وسوسی‌اجباری. *مطالعات روان‌شناسی*, ۱۶ (۴)، ۲۴-۳۸.  
[10.22051/psy.2021.31187.2216](https://doi.org/10.22051/psy.2021.31187.2216)
- سهرابی، ف.، برجاعی، ا.، مومنی، م.م. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی در کاهش کمال‌گرایی افراطی دانش‌آموزان. *رویش روان‌شناسی*, ۹ (۴)، ۸۲-۷۵.  
[20.1001.1.2383353.1399.9.4.6.5](https://doi.org/10.1001.1.2383353.1399.9.4.6.5)
- سررشنیداران، ز. و نامدارپور، ف. (۱۴۰۰). تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر نشخوار فکری زنان دارای تعارضات زناشویی شهر اصفهان. *رویش روان‌شناسی*, ۱۰ (۱۰)، ۲۴۰-۲۳۱.  
[20.1001.1.2383353.1400.10.10.6.4](https://doi.org/10.1001.1.2383353.1400.10.10.6.4)
- محمدی، ف.، میرزابی، م.، سلطانی، ن. و فدایی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی بر نشخوارهای ذهنی و اضطراب بیماران وسوسی. *مجله دانشکده پژوهش‌های علوم پزشکی مشهد*, ۶ (۶)، ۹۵۹-۱۹۴۵.  
[10.22038/mjms.2020.15842](https://doi.org/10.22038/mjms.2020.15842)
- نیک فلاخ، ر. و گلشنی، ف. (۱۴۰۰). مقایسه روابط ایندیکاتورهای طرحواره‌ای و آسیب دوران کودکی در افراد دارای نشانگان اختلال‌های شخصیت مرزی و شخصیت وسوسی-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)

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

- 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)
- Hancoc,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. *Psihiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 15(4), 549-561. [10.18863/pgv.1204303](https://doi.org/10.18863/pgv.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., Heinzel, 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/abn000677](https://doi.org/10.1037/abn000677)
- Watkins, E., Moulds, M. (2015). Distinct modes of ruminative self – focus: impact of Abstract Versus converent rumination 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 Clerk, 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)