Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 2/ No. 2/ Summer 2015
Page: 13-27

Effectiveness of Schema Therapy on Modification Early Maladaptive Schemas patient with resistant Obsessive-Compulsion Disorder

Mohammad Mehdi Jahangiri[1], Mahdieh Salehi (Ph.D) [2], Hassan Ashayeri (MD) [3], Hassan Pasha Sharifi(Ph.D.)[4]

1. Department of psychology, Tehran center Branch, Islamic Azad University, and Tehran, Iran.
2. Assistant Professor, Department of psychology, Tehran center Branch, Islamic Azad University, and Tehran, Iran.
3. Professor, Department of Basic Sciences, Tehran branch, Medical Sciences University, Tehran, Iran.
4. Associate Professor, Department of psychology, Roudehen branch, Islamic Azad University, Tehran,Iran.

Abstract

Introduction: Obsessive compulsive disorder has been comorbid with several disorder, it accompanies serious problems and deficiencies in the working lives of those afflicted with it.

Aim: The purpose of this study was conducted the effectiveness of schema therapy on modification early maladaptive schemas patient with resistant Obsessive-Compulsion disorder (OCD).

Method: Samples include all patients with resistant OCD, on year 2013 referring were center psychiatrist-psychology Arak city. For this purpose, in a quasi- experimental study pre-test and post-test with control group, 24 subjects resistant (OCD) were selected via convenient sampling which randomly assigned into experimental and control groups. Subjects were assessed for early maladaptive schemas, both before and after the treatment. The experimental group had received twenty session of schema therapy approach. To assess the schema using Schema Question and Young Parenting Inventory. The applied intervention was evaluated in three stages: pretest, post-test and one month follow-up. Data were analyzed by of repeated measurement and Graphical Diagram.

Results: The Results of present study showed severity of Schema dominant decreased the significantly in the experimental group than the control group ($p=0.001$).

Conclusion: It appears that Schema therapy with applying Techniques Cognition, Experiential, and also unique therapeutic alliance, could be effective for reducing the severity Schema dominant of resistant obsessive-compulsion disorder (OCD).

Keywords: Resistant Obsessive-Compulsion disorder, Schema Therapy, Early Maladaptive Schemas

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال دوم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۴
صفحات: ۲۷-۱۳

اثربخشی طرحواره درمانی برتعدیل طرحواره های ناسازگاراولیه دربیماران وسواس جبری مقاوم به درمان

محمد مهدی جهانگیری[۱]، دکتر مهدیه صالحی[۲]، دکتر حسن عشایری[۳]، دکتر حسن پاشا شریفی[۴]

۱- دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، گروه روانشناسی، گرایش عمومی، تهران، ایران. Jahangiri.mehdi@yahoo.com

۲- استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، گروه روانشناسی، گرایش بالینی، تهران، ایران.

۳- استاد دانشگاه علوم پزشکی، واحدتهران، گروه علوم پایه، تهران، ایران.

۴- دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، گروه روانشناسی،گرایش روان سنجی، رودهن، ایران.

چکیده

مقدمه: اختلال وسواسی جبری با اختلالات مختلفی همبود بوده و مشکلات و نقص‌های جدی در کارکرد زندگی مبتلایان به همراه دارد .پژوهش حاضر با هدف اثر بخشی طرح واره درمانی بر تعدیل طرح واره‌های ناسازگار اولیه بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری مقاوم به درمان صورت گرفته است.

روش: نمونه مورد مطالعه شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال وسواسی- جبری مقاوم به درمان بود، که در سال ۱۳۹۲ به مراکز روانپزشکی- روانشناختی شهر اراک مراجعه کرده اند. بدین منظور، در یک طرح نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه، ۲۴ بیمار مبتلا به OCD مقاوم که بصورت در دسترس نمونه‌گیری شده بودند به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جای داده شدند. آزمودنی‌ها قبل و بعد از مداخله از نظر طرح واره‌های ناسازگار اولیه ارزیابی شدند. برای گروه آزمایش بیست جلسه طرح واره درمانی اجرا شد. برای ارزیابی طرح واره‌ها از پرسشنامه طرح واره یانگ- فرم کوتاه و فرزند پروری یانگ بهره گرفته شد. تاثیر مداخله انجام شده به کمک پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری یک ماهه ارزیابی شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک آزمونهای آماری تحلیل اندازه‌گیری مکرر و نمودار ترسیمی انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان دادند میزان طرح واره‌های غالب گروه آزمایش نسبت به گروه گواه به طور معنی‌داری (P=۰/۰۰۱) کاهش یافته است

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد طرح واره درمانی با بهره گرفتن از تکنیک-های شناختی، تجربی و همچنین رابطه درمانی منحصر به فرد، بر کاهش شدت طرح واره‌های غالب مبتلایان به اختلال وسواسی- جبری مقاوم به درمان توانسته موثر باشد.

کلید واژه‌ها: طرحواره درمانی، طرحواره های ناسازگاراولیه، ، وسواس جبری مقاوم،

.

مقدمه

در گذشته، اختلال وسواسي جبري[1] (OCD) اختلالی مزمن و درمان نشدنی به شمار می‌رفت، اما امروزه این وضعیت با اثبات اثربخشی داروهای مهارکننده بازجذب سروتونین (SRI)[2] و درمان‌شناختی – رفتاری (CBT)[3] تغییر اساسی کرده است (بکنر[4]، ۲۰۱۴). بسیاری از بیماران علائم خود را به دلایل شرم پنهان می‌کنند و یا به دلیل تشخیص اشتباه سال‌های بسیاری از درمان‌های بی‌اثر رنج می‌برند (سای بل[5] و هالندر[6]، ۲۰۱۴). وسواس با وجود ویژگی‌هایی چون افکار یا اجبارهای وقت‌گیر با تداخل در عملکرد شغلی اجتماعی سبب پریشانی فرد می‌شوند (دونالد[7] و همکاران، ۲۰۱۳). شدت نشانه‌های اختلال وسواسی جبری همبستگی منفی با سلامت عاطفی عملکرد اجتماعی سلامت عمومی و کیفیت زندگی دارد (کاگلر[8] و همکاران، ۲۰۱۳). و سالانه هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی هنگفتی را بر جامعه تحمیل می‌کند (بارلو[9]، ۲۰۰۲).

در DSM-5 نه تنها OCD طبقه‌بندی مجدد شده است، بلکه با انتقال از اختلالات اضطرابی، بخش جدیدی به عنوان اختلال وسواس فکری – عملی و طیف مرتبط با آن ایجاد شده است (زامیر[10] و پاپ می‌یر[11]، ۲۰۱۴). اختلال وسواسی – اجباری (OCD) دو عنصر مهم و گاهی مستقل دارد: وسواس و اجبار.

وسواس‌ها عبارتند از افکار، تصاویر ذهنی و تکانه‌های[12] ناخواسته و مزاحم و پایدار و اجبار عبارت است از انجام اعمال فیزیکی یا ذهنی که منجر به کاهش اضطراب ناشی از افکار وسواسی می‌شود (بلاچ[13]، لنینگتون[14]، شه هی[15] و لومبرسو[16]، ۲۰۱۵). مطالعات همه‌گیرشناسی شیوع OCD در جمعیت عمومی را بین ۲/۳ تا ۳/۸ درصد تخمین زده‌اند (سوبرامانیم[17]، سموند سیو[18] و وینگانکار[19]، ۲۰۱۴). مطالعات انجام شده در ایران نیز شیوعی را در همان حدود (۱/۸ درصد) در جمعیت عمومی بزرگسال ایران برآورد کرده‌اند (محمدی و همکاران، ۲۰۰۶، به نقل از توکلی و قاسم زاده، ۲۰۰۷). اگرچه اثربخشی CBT در اختلال وسواس در بسیاری از مطالعات نشان داده است اما تقریبا در ۴۰% تا ۶۰% مبتلایان موارد بیماران هنوز به SRI ,CBT پاسخ مناسب نمی‌دهند (لی[20]، جی[21]، فنگ[22]، لی، ۲۰۱۴). و درمان را نیمه کاره رها می‌کنند بسیاری از آنها بعد از درمان عود[23] می‌کنند (آبراموویتز[24]، ۲۰۰۶). در نهایت بیماران وسواسی دیگری هستند که با روش مواجهه و پیشگیری از پاسخ مشکل دارند

1 Obsessive-Compulsive Disorder
2 Serotonin reuptake inhibitors (SRI)
3 Cognitive Behaviour Therapy (CBT)
4 Beckner
5 Seibell
6 Hollander
11Donald
8 Kugler
9 Barlow
10 Zamir
11 Papmeyer

12 impulses
13 Bloch
14 Lennington
15 Szuhay
16 Lombroso
17 Subramaniam
18 Esmond Seow
19 Vaingankar
20 Li
21 Ji
22 Feng
23 relapse
24 Abramowits

و اصلا به دنبال درمان نیستند (سوکمان[1] و استکتی، ۲۰۰۷). در پیشینه بالینی مربوط به وسواس، همه این بیماران "مقاوم[2] به درمان " نامیده می‌شوند. برای مقاومت به درمان تعریف توافقی ذکر نشده است. لذا، برای بیمارانی که به این کوشش‌های درمانی پاسخ نمی‌دهند، باید گزینه‌های دیگری بررسی شود. سوکمان (۲۰۰۷) معتقد است که حضور و فعال شدن طرحواره‌ی آسیب‌پذیری، یکی از ویژگی‌های افرادی است که می‌ترسند ریسک ادراک شده مواجهه و جلوگیری از پاسخ را بپذیرند (سوکمان و استکتی[3]، ۲۰۰۷). یانگ (۲۰۰۳) فرض کرد که برخي از طرحواره‌ها، به خصوص طرحواره‌هايي که در طي دوران اوليه‌ي زندگي بر اثر تجربه‌هاي ناخوشايند و نامطلوب کودکي شکل مي‌گيرند، ممکن است هسته‌ي مرکزي اختلالات شخصيت[4]، مشکلات خصيصه‌اي خفيف‌تر، و بسياري از اختلالات مزمن محور يك را تشکيل دهند. او اين زير مجموعه‌اي از طرحواره‌ها را، طرحواره‌هاي ناسازگار اوليه[5] نام‌گذاري کرد. اين رويکرد درماني، بر خلاف اشکال مختلف شناخت‌درماني که بر حال تأکيد مي‌کنند، بر الگوهاي خود- ويرانگر تفکر، احساس و رفتاري که از دوران کودکي فرد ريشه گرفته‌اند و در سراسر طول زندگي فرد تکرار مي‌شوند، تمرکز مي‌کند. طرح واره درمانی،اصول و مبانی مکتب‌های شناختی رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط شیئی، سازنده گرایی و روان کاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است. یانگ ۱۸ طرح‌واره‌ي ناسازگاراوليه و مکانيسم‌هاي مقابله‌اي ناسازگار را که به طور خودکار و ناخودآگاه موجب تداوم يکديگر مي‌شوند، و در نتيجه، منجر به تداخل در توانايي فرد در ارضاي نيازهاي بنيادين خود مي‌گردد، را معرفي کرده است .در مدل طرح‌واره درماني، طرح‌واره‌هاي ناسازگار اوليه و مکانيسم‌هاي مقابله‌اي ناسازگار به عنوان هسته‌هاي بنيادين شناختي و عاطفي اختلالات در نظر گرفته مي‌شوند (يانگ و همکاران ۲۰۰۳، ترجمه حميدپور و اندوز، ۲۰۱۱). در اين رويکرد به مراجعان کمک مي‌شود تا الگوهاي ناسازگار طولاني مدت در زندگي خود را با ترميم طرح‌واره‌ها، پاسخ‌هاي مقابله‌اي و ذهنيت، تغيير دهند. چون طرح‌واره‌ها در اثر ناکامي‌هاي دردناك نيازهاي هيجاني بنيادين در طول زندگي، شکل گرفته‌اند، لذا هدف نهايي طرح‌واره درماني عبارت است از کمك به بيمار تا نحوه‌ي برآورده کردن صحيح نيازهاي هيجاني بنيادين خود را ياد بگيرد. به عبارت ديگر، آسيب‌هاي هيجاني اوليه را که ناشي از سد شدن ارضاي نيازهاي بنيادين از جمله پذيرش، حمايت، امنيت و کارآمدي است را، ترميم کند (برنشتاين، ۲۰۰۵).

آتلای[6] و کارهان (۲۰۰۸) معتقدند که طرح‌واره‌ها در پیامد درمان OCD نقش بسیار

1 Sookman
2 resistant
3 steeketee
4 Personality disorder
5 Early maladaptive schema (EMSs)
6 Atalay

مهمی را ایفا می‌کنند. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مبتلایان به OCD را شامل انزوای اجتماعی[1]، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری[2] و منفی گرایی/ بدبینی[3] می‌دانند.

در پژوهش مشابهی نمره‌های مبتلایان به وسواس در طرحواره‌های انزوای اجتماعی/بیگانگی، نقص و شرم[4] و شکست[5] بیشتر از گروه کنترل گزارش شد (کیم[6] و همکاران، ۲۰۱۴). این طرح‌واره‌ها به عنوان راه نمای فرایندهای‌شناختی در موقعیت‌هایی مانند توجه، تفسیر رویدادها و بازیابی اطلاعات از حافظه عمل می‌کنند (کالوتی[7] و همکاران، ۲۰۱۳). طرح‌واره درمانی که مکمل درمان رفتار درمانی‌شناختی است، بر کشف ریشه‌های مشکلات روانی دوران کودکی و ارتباط آنها با مشکلات جاری از طریق کار بر ذهنیت طرح‌واره‌ها[8] و باز والدینی حد و مرزدار[9] تاکید دارد (ماریسو[10] و همکاران، ۲۰۱۱). هاواک[11] (۲۰۱۱) معتقد است طرح‌واره درمانی می‌تواند به طور موفقیت‌آمیزی در درمان مبتلایان به اختلالات اضطرابی و فراتر از آن اختلالات شخصیت مفید واقع شود. (هاواک و پرونچر[12]، ۲۰۱۱) حتی برخی محققان پیشنهاد نمودند که طرح‌واره درمانی ممکن است در بیماران اسکیزفرنی کاربرد داشته باشد (برتلن[13] و همکاران، ۲۰۱۳). در واقع، این درمان، پاسخي به شکست‌هاي درماني ناشي از کاربرد تکنيك‌هاي شناختي – رفتاري استاندارد در مورد این بیماران است.

طرح‌واره درماني در درمان افسردگي مزمن (مالوجینیس[14] و همکاران،۲۰۱۴)، اختلال دوقطبي (هاواک و همکاران، ۲۰۱۳)، اختلال شخصيت مرزي (دیچوت[15] و آرنتز[16]، ۲۰۱۴) مفید گزارش شده است. همچنین، در مورد مجرمین قانوني و در پیشگیري از عود در میان سوء مصرف‌کنندگان مواد مفید گزارش شده است (ریزو[17] و همکاران، ۲۰۰۷). با عنایت به موارد ذکر شده این فرضیه اصلی مطرح است که طرح‌واره درماني بر تعدیل طرح‌واره‌هاي ناسازگار اولیه مبتلایان وسواس مقاوم به درمان موثر می‌باشد.

روش بررسی

در پژوهش حاضر از طرح نیمه آزمایشی پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه استفاده شد. از همکاران روانشناس و روانپزشک خواسته شده بود بیماران OCD مقاوم به درمان را که به شرکت در پژوهش تمایل داشتند، به پژوهشگر معرفی نمایند. نخست، ۳۸ نفر از بیماران OCD مقاوم به درمان از میان مراجعه-کنندگان به مراکز روانپزشکی – روانشناختی شهر اراک معرفی شدند، که پس از مصاحبه بالینی بر پایه

1 Social isolation
2 Vulnerability to harm or illness
3 Negativity/pessimism
4 Defectivness/shame
5 failure
6 Kim
7 Calvete
8 Schema mode
9 Limited reparenting
10 MarySue
11 Hawke
12 Provencher
13 Bortolon
14 Malogiannis
15 Dickhaut
16 Arntz
17-Riso

ملاکهای تشخیصی DSM[1]-IV و دارا بودن معیارهای پژوهشی، ۲۴ نفرکه برای مداخله مناسب بودند ، با اخذ رضایت نامه کتبی وارد طرح پژوهش شدند، و با تکمیل پرسشنامه‌های طرح واره یانگ- فرم کوتاه و فرزندپروري یانگ به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارش شدند. ملاکهای ورود عبارت بودند از: دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۵ سال بودن و دارا بودن دست کم سواد در سطح متوسطه، سابقه مصرف حداقل دو داروی بازدارنده جذب مجدد سروتونین را به مدت حداقل ۱۰ هفته بعلاوه حداقل ۱۴ جلسه مواجهه و پیشگیری از پاسخ (ERP[2]) را داشته باشند. ملاکهای خروج عبارت بود از: نشانه‌های روانپریشی، سو مصرف مواد، دارا بودن ملاکهای اختلال شخصیت در محور دو، دریافت ECT[3] و اختلالات توره.

برای گردآوری داده‌ها، افزون بر پرسشنامه سرنوشت زندگی، ابزارهای زیر به کار رفت.

مصاحبه بالینی ساخت یافته، برای اختلال محور I در DSM-IV (SCID[4] –I)

یک مصاحبه‌ی نیمه ساخت یافته برای تشخیص اختلال‌های محور I است که توسط فرست[5]، اسپیتزر[6]، گیبون[7] و ویلیامز[8] (۱۹۹۷) تهیه شده است. یک ابزار معیار شده برای ارزیابی اختلال‌های اصلی روانپزشکی بر پایه تعریف‌ها و معیارهای DSM-IV (انجمن روانپزشکی امریکا، ۱۹۹۴) است، که برای هدفهای بالینی و پژوهشی تنظیم شده است. اجرای SCID -I به قضاوت بالینی مصاحبه‌کننده درباره پاسخ‌های مصاحبه شونده نیاز دارد، بنابراین مصاحبه‌کننده باید در مورد آسیب‌شناسی روانی دانش و تجربه کافی داشته باشد. SCID -I دو نسخه دارد: نسخه بالینی که بیشتر تشخیص‌های روانپزشکی را پوشش می‌دهد و بیشتر برای کاربرد در محیطها و پژوهش‌های بالینی تنظیم شده است و نسخه پژوهشی کامل تر و طولانی تر که تشخیص‌ها و نیز زیر نوعهای تشخیصی و معیارهای شدت و سیر اختلال را نیز پوشش می‌دهد (شاره، غرایی و عاطف وحید، ۱۳۸۹). مصاحبه‌ی حاضر دارای روایی و پایایی خوبی برای تشخیص اختلال‌های روانی است اسکودول[9]بندر، دولان[10]، ساینس لو[11]، و همکاران (۲۰۰۰)، پایایی SCID را به روش پایایی تشخیصی بین ارزیابها سنجیده و نشان داده‌اند که برای اکثر تشخیص‌ها آلفای بدست آمده بالای ۰/۷۰ بوده که نشانگر کاپای عالی است. در مطالعه‌ی شریفی، اسعدی، محمدی، امینی، کاویانی، و همکاران (۲۰۰۳) این مصاحبه را پس از ترجمه فارسی بر روی ۲۲۹ نفر اجرا کردند. توافق تشخیص برای اکثر تشخیص‌های خاص، و کلی متوسط تا خوب بود (کاپای بالاتر از ۰/۶۰) توافق کلی (کاپای مجموع بررسی کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص-های طول عمر ۰/۵۵) به دست

1 Diagnostic and statical manual of mental disorders
2 Exposure response prevention
3 Electroencephalogram
4 Structured Clinical Interview Diagnostic
5 First
6 SPitzer
7 Gibbon
8 williams
9 Skodol
10 . Dolan
11 . Sainslow

آمده خوب بود. روایی این ابزار توسط بختیاری (۲۰۰۰) مورد تأئید قرار گرفت و پایایی آن به روش باز آزمایی به مدت یک هفته ۰/۹۵ بود (به نقل از شفیعی سنگ آتش، رفیعی نیا و نجفی، ۲۰۱۳).

مصاحبه‌ی بالینی ساخت یافته برای اختلال‌های شخصیت DSM-IV(SCID-II)

یک مصاحبه تشخیصی نیمه ساخت یافته برای اختلال‌های شخصیت است که برای سنجش ۱۰ اختلال شخصیت در محور دو DSM-IV، و همچنین اختلال شخصیت منفعل پرخاشگر در ضمیمه‌ی DSM-IV، در سال ۱۹۹۷ تدوین شد. SCID-II برای تشخیص اختلال محور دو می‌تواند به صورت مقوله‌ای (وجود یا عدم وجود)، یا ابعادی، (با مورد توجه قرار دادن تعداد ملاک‌های اختلال شخصیت)، مورد استفاده قرار گیرد (فرست و همکاران، ۱۹۹۷). این مصاحبه برای ارزیابی اختلال‌های شخصیت همبود با OCD، و کنار گذاشتن آنها به کار گرفته شده است. سوال‌ها مطابق سئوالات اولیه‌ی مصاحبه‌ی SCID-II طراحی شده‌اند و مصاحبه‌کننده با توجه به سئوال‌هایی که بیمار به آنها پاسخ مثبت داده است، مصاحبه را جهت می‌دهد (فرست و همکاران، ۱۹۹۷). در رابطه با پایایی SCID-II مطالعاتی انجام شده است و همگی پایایی بالای این آزمون را نشان داده‌اند. در یک مطالعه برای تعیین پایایی به روش بازآزمایی (با فاصله‌ی دو هفته) بر روی ۲۸۴ آزمودنی در چهار مرکز بیماران روانپزشکی در دو مرکز بیماران غیر روانپزشکی توسط دو مصاحبه‌کننده و در دو زمان متفاوت مطالعه‌ای انجام شد و برای بیماران ضریب آلفا از ۰/۲۴ برای OCPD[1] تا ۰/۷۴ برای اختلال شخصیت نمایشی[2] (HPD) با ضریب کاپای کلی برای بیماران روانپزشکی ۰/۵۳ متغیر بود (شاره، غرایی و عاطف وحید، ۱۳۹۰). آرنتز و همکاران (۱۹۹۲) نیز ضریب الفای را از ۰/۷۷ برای OCPD تا ۰/۸۲ برای اختلال شخصیت اجتنابی (AVD)[3] ۰/۸۵ برای کل اختلالات شخصیت محاسبه کردند. در مطالعه رنبرگ[4] و همکاران (۱۹۹۲) که بر روی ۳۲ بیمار مبتلا به اختلالات اضطرابی ضریب آلفا برابر ۰/۷۵ گزارش شد. در این مطالعه ضریب آلفا از ۰/۶۱ برای اختلال شخصیت اجتنابی متغییر بود. روایی SCID-II به شیوه‌های مختلفی مورد پژوهش قرار گرفته است. طوری که مطالعه هوستون[5] و همکاران (۱۹۹۶) که بر روی گروهی از بیماران بخش مراقبتهای اولیه انجام شده نشان داد وجود اختلال شخصیت که به کمک SCID-II تشخیص داده می‌شود با وضعیت کارکرد پائین‌تر، خشنودی کمتر نسبت به مراقبان بهداشتی و خطر بیشتر برای افسردگی و سوء مصرف الکل همراه بوده است). در پژوهش بختیاری (۲۰۰۰) روایی محتوای نسخه فارسی به وسیله چند نفر از استادان روانشناسی بالینی تایید و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۸۷ گزارش شد (شاره، غرایی و عاطف وحید، ۲۰۱۲).

1 . Obsession – Compulsion porsonatity Disordor.
2 . Hysterionic personality Disorder
3 . Avoidance personality Disorder
4 . Ranberg
5 . Hoston

پرسشنامه‌ي طرح‌واره یانگ[1] (YSQ)- فرم کوتاه

پرسشنامه‌ي طرح‌واره یانگ- فرم کوتاه (یانگ و براون، ۱۹۹۰، ۲۰۰۱) یك ابزار اندازه‌گیري خودگزارشي به منظور سنجش طرح‌واره‌ها است. این پرسشنامه داراي ۷۵ آیتم مي‌باشد و ۱۵ طرحواره را در ۵ حوزه مشخص مي‌نماید. فرم کوتاه بیشتر در پژوهشها به کار مي‌رود، زیرا وقت کمتری برای تکمیل آن صرف مي‌شود آیتم‌هاي پرسشنامه به وسیله‌ي طرح‌واره‌ها گروه‌بندي شده‌اند. مقابل هر گروه از آیتم‌ها، یك کد دو حرفي وجود دارد که نشان‌دهنده‌ي این است که کدام طرح‌واره اندازه‌گیري شده است. سپس، در جلسه‌ي درمان، درمانگر به همراه بیمار، آیتم‌هایي را که نمره‌ي بالا (معمولاً ۵ یا ۶) به آن‌ها داده شده است، مشخص مي‌کنند و درمانگر در مورد آن آیتم‌ها از بیمار سوال‌هایی مي‌پرسد تا دقیقاً طرح‌واره‌ها مشخص شوند. پایایی و روایی این ابزار در پژوهش‌های متعددی به اثبات رسیده است (بارانف و اوای ۲۰۰۷، به نقل از شهامت، ثابتی، رضوانی، ۲۰۱۱). نتایج پژوهش اکنال- چولت، ماکلند، کاتراکس، بووارد و مارتین ۲۰۰۶ نشان داد آلفای کرونباخ این پرسشنامه بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۷ است (صدوقی آگیلار-وفایی و همکاران ۲۰۰۸، به نقل از حمیدپور و همکاران، ۲۰۱۱) در نمونه‌ای ۳۷۰ نفری از دانشجویان پسر دانشکده‌های مختلف دانشگاه‌های شهید بهشتی و شاهد تهران به بررسی ساختار عاملی این پرسشنامه پرداختند. نتایج نشان داد که ۱۷ عامل در این پرسشنامه وجود دارد. پانزده خرده مقیاس این پرسشنامه ثبات درونی خوبی نشان دادند (۰/۶۲ تا ۰/۹۰). ثبات درونی برای این پرسشنامه ۰/۹۴ بود.

پرسشنامه فرزند پروری یانگ (YPI[2])

این پرسشنامه یک ابزار اولیه برای شناسایی ریشه‌های دوران کودکی طرح واره‌هاست. این پرسشنامه ۷۲ آیتم دارد که در آن پاسخ دهنده پدر و مادر خود را به طور جداگانه، براساس نوع رفتاری که با وی داشته‌اند در یک مقیاس شش درجه‌ای رتبه‌بندی می‌کند. آیتم‌های این پرسشنامه نیز بر اساس طرح واره‌ها گروه‌بندی شده‌اند. درمانگر همه آیتم‌هایی که نمره ۵ یا ۶ گرفته‌اند مشخص مي‌کند. تنها استثنا و در مورد آیتم‌های ۱ تا ۵ است که ریشه‌های طرحواره محرومیت هیجانی را بررسی می‌کنند که به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند نمره‌های پائین مرتبط با ریشه طرحواره محرومیت هیجانی است. پایایي فرم ترجمه شده براي فرم مادر ۰/۶۹ و براي فرم پدر۰/۸۰ بدست آمد (یزدان دوست، عاطف وحید، صلواتي، ۲۰۰۷).

طرح مداخله

طرح‌واره درمانی در بیست جلسه انفرادی (برخي جلسات ۹۰ دقیقه برخي جلسات ۶۰ دقیقه) به مدت ۴/۵ ماه، و مبتنی بر راهبردهای شناختی، تجربی و الگوشکنی رفتاری از جمله بی‌اعتبار سازی طرح واره، گفتگوی بین جنبه طرح واره و نوشتن نامه به منشا

1 Young Schema Questionnaire

2 Young Parenting Inventory

طرح واره و ... انجام شد. این رویکرد به تفکیک جلسات به صورت ذیل اجرا شد: جلسات (۲-۱): ایجاد یک رابطه متقابل و برخوردار از تشریک مساعی، آموزش رویکرد طرح واره درمانی، اخذ رضایت‌نامه آگاهانه، ارایه آزمونهای پژوهش. جلسات (۶-۳): سنجش مشکلات بیمار، ارزیابی سبکهای مقابله‌ای، ضابطه‌بندی مشکل مراجع بر اساس رویکرد طرح واره محور و تکمیل فرم مفهوم پردازی. جلسات (۱۰-۷): استفاده از تکنیک‌های شناختی در جهت تردید و بی اعتبارسازی طرح واره‌های غالب مراجع. جلسات (۱۵-۱۱): استفاده از تکنیک‌های تجربی در جهت آشنایی مراجع با ریشه‌های تحولی طرح واره‌ها و درک راهکارهای ناسازگارانه ارضای نیازهای هیجانی. جلسات (۲۰-۱۶): تشویق و ترغیب مراجع در جهت رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای سازگارانه برای ارضا و تشفی نیازهای هیجانی اساسی، و واداشتن بیمار به آماده ساختن فهرستی از مهارتهای آموخته شده در درمان و پیشگیری از عود.

توضیح آنکه در فرایند اجرای طرح ۱ نفر از گروه آزمایش تا پایان دوره آزمایش باقی نماند. بنابراین فقط در مورد ۱۱ نفر تحلیل صورت گرفته است. در مورد گروه گواه نیز ۲ مورد از پاسخنامه‌ها کاملاً نشان می‌داد که بدون دقت و به طور سرسری پاسخ داده بودند که ناگزیر از نمونه حذف شدند. لذا تحلیل فقط در مورد ۱۰ نفر از گروه گواه انجام گرفته است.

یافته‌ها

به منظور پاسخگویی به فرضیه پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS-16 از تحلیل واریانس مکرر و نمودار ترسیمی استفاده شد. جهت بررسی نرمال بودن توزیع از آزمون کولموگورف- اسمیرنوف و برای همگنی واریانس‌ها از آزمون کرویت ماچلی استفاده گردید. نتایج نشان داد توزیع داده‌ها و همگونی واریانس‌ها رعایت شده است. برای طرح‌واره‌هایی که تنها یک آزمودنی آن طرح‌واره غالب را داشت، از نمودار ترسیمی بصورت (A.B.A) که شامل مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بود استفاده گردید. و برای مواردی که تعداد طرح‌واره‌ای، در دو یا سه آزمودنی غالب بود، ابتدا میانگین و سپس از نمودار ترسیمی بصورت (A.B.A) استفاده شد. در مواردی که تعداد طرح‌واره، در چهار یا بیش از چهار آزمودنی غالب بود از اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۱: یافته‌های توصیفی خرده مقیاس‌های طرح‌واره ها

	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
رهاشدگی	۲۳/۸	۲/۲۸	۱۹/۲	۱/۰۹	۱۹/۴	۱/۵۱
استحقاق	۲۶/۲	۳/۴۹	۲۳/۲	۲/۷۷	۲۲/۸	۲/۷۷
گرفتار	۲۵	۳/۱۶	۱۷	۲/۴۴	۱۸/۷۵	۴/۶۴
بازداری	۲۷	۳/۵۵	۱۹/۵	۱/۷۳	۲۰	۲/۴۴

هیجانی معیارهای سرسختانه	۲۶/۴۲	۳/۷۷	۱۹/۷۱	۲/۶۹	۱۹/۴۲	۲/۶۹
آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و زیان	۲۶	۴/۴۹	۱۹/۴	۲/۹۶	۱۹/۲	۳/۱۱
شکست	۲۳/۵	%۵۷۷	۲۲/۷۵	%۹۵۷	۲۲/۲۵	%۹۵۷

جدول ۲: خلاصه تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکررطرح واره ها

	منابع تغییرات	معیارهای سرسختانه	رهاشدگی	استحقاق	محرومیت هیجانی	بازداری هیجانی	شکست	آسیب پذیری
مجموع مجذورات	زمان	۲۱۹/۷۱	۱/۶۷	۰/۹۳۳	۳۴/۵۳	۱۴۰/۶۶	۱/۶۷	/۸۰ ۱۵۸
	خطا	۱۱۸/۲۸	۲/۸۳	۷/۰۶۷	۱۵/۴۶	۶	۲/۸۳	۴۳/۲۰
میانگین مجذورات	زمان	۱۰۹/۸۵	۰/۸۳۵	۰/۴۶۷	۱۷/۲۶	۷۰/۳۳	/۸۳۵ ۰	۷۹/۴۰
	خطا	۹/۸۵	۰/۳۵۳	۰/۸۸۳	۱/۹۳	۱	/۴۷۲ ۰	۵/۴۰
F		۱۱/۱۴	۲/۳۶	۰/۵۲۸	۸/۹۳	۷۰/۳۳	۱/۷۶	۱۴/۷۰
Sig		۰/۰۰۲	۰/۲۹۴	۰/۶۰۹	۰/۰۰۹	۰/۰۰۰	/۳۵۵ ۰	۰/۰۰۲
اندازه اثر		۰/۶۵	-	-	۰/۶۹	۰/۹۵	-	۰/۷۸

جدول ۱-۲: مقایسه نتایج سه بار اندازه گیری طرح واره معیارهای سرسختانه

سطح معناداری	خطای انحراف معیار	تفاوت میانگین (jt)	tt(j)	tt(I)
۰/۰۱۷	۲/۰۶	۶/۷۱	۲	۱
۰/۰۱۳	۲/۰۱	۷	۳	
۰/۰۱۷	۲/۰۶	-۶/۷۱	۱	۲
۰/۴۵	۰/۳۶	۰/۲۸	۳	

نتایج جدول (۱-۲) نشان می‌دهد که بین نمرات پس آزمون و مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد. به عبارت دیگر بین میانگین نمرات پیش‌آزمون (۱) با پس‌آزمون (۲) تفاوت معنادار وجود دارد (p=۰/۰۱۷). بین نمرات پیش‌آزمون (۱) با پیگیری (۳) تفاوت معناداری وجود دارد (p=۰/۰۱۳). اما بین نمرات میانگین نمرات پس‌آزمون (۲) و پیگیری (۳) تفاوت معناداری وجود ندارد (p=۰/۴۵). بدین معنا که اثر مداخله تا مرحله پیگیری حفظ شده است.

جدول۲-۲: مقایسه نتایج سه بار اندازه گیری طرح واره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و زیان

سطح معناداری	خطای انحراف معیار	تفاوت میانگین (jt)	tt(j)	tt(I)
۰/۰۰۷	۱/۳۵	۶/۸۰	۲	۱
۰/۰۲۲	۱/۹۲	۷	۳	
۰/۰۰۷	۱/۳۵	-۶/۸۰	۱	۲
۰/۸۴	۰/۹۷	۰/۲۰	۳	

نتایج جدول (۲-۲) نشان می‌دهد که بین نمرات پس‌آزمون

و مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد، و اثر مداخله تا مرحله پیگیری حفظ شده است.

جدول۳-۲: مقایسه نتایج سه بار اندازه گیری واره بازداری هیجانی

سطح معناداری	خطای انحراف معیار	تفاوت میانگین (jt)	tt(j)	tt(I)
۰/۰۰۴	۰/۹۵	۷/۵۰	۲	۱
۰/۰۰۱	۰/۵۷	۷	۳	
۰/۰۰۴	۰/۹۵	-۷/۵۰	۱	۲
۰/۳۹	۰/۵۰	-۰/۵۰	۳	

نتایج جدول (۳-۲) نشان می‌دهد که بین نمرات پس‌آزمون و مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد، و اثر مداخله تا مرحله پیگیری حفظ شده است.

جدول ۴-۲: مقایسه نتایج سه بار اندازه گیری طرح واره محرومیت هیجانی

سطح معناداری	خطای انحراف معیار	تفاوت میانگین (jt)	tt(j)	tt(I)
۰/۰۱۳	۰/۷۰	۳	۲	۱
۰/۰۴۸	۱/۲۰	۳/۴۰	۳	
۰/۰۱۳	۰/۷۰	-۳	۱	۲
۰/۵۴	۰/۶۰	۰/۴۰	۳	

نتایج جدول (۴-۲) نشان می‌دهد که بین نمرات پس‌آزمون و مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد، و اثر مداخله تا مرحله پیگیری حفظ شده است.

در ادامه بررسی این فرضیه، با توجه به اینکه طرح‌واره‌های ایثار، بی‌اعتمادی/بد رفتاری، نقص و شرم، وابستگی/ بی‌کفایتی و اطاعت در کمتر از چهار آزمودنی غالب بودند از روش نمودارترسیمی بصورت (A.B.A) استفاده شد. برای محاسبه داده‌های حاصل از این پژوهش، از روش معناداری بالینی استفاده شد. برای بدست آوردن معناداری بالینی از درصد بهبودی استفاده شد. این فرمول توسط بلانچارد و اسکوارز (۱۹۸۸) به نقل از اوگلز، لوتن و بونستیل (۲۰۰۱) برای تجزیه تحلیل داده‌های حاصل از طرح تجربی تک موردی ارائه شده است. در این فرمول نمره پیش‌آزمون را از نمره پس‌آزمون کم کرده و حاصل را بر پیش‌آزمون تقسیم می‌کنند.

جدول ۵: شدت فعالیت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه؛ قبل از درمان، پس از درمان و پیگیری

متغیر	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	درصد بهبودی
ایثار	۲۴/۳۳	۱۷/۶۶	۱۶	۲۷/۴۱
بی اعتمادی/ بد رفتاری	۲۷/۳۳	۲۱/۶۶	۱۹/۶۶	۲۰/۷۴
وابستگی/ بی‌کفایتی	۲۰/۵	۱۲/۵	۱۲/۵	۳۹/۰۲
اطاعت	۲۶	۱۷	۱۵	۳۴/۶۱
نقص/شرم	۲۰	۱۳	۱۲/۵	۳۵



شکل۱: طرحواره غالب بیماران

نمره‌های همه بیماران در روند درمان از ابتدای مداخله تا انتهای مرحله پیگیری کاهش داشته است. درصد کلی بهبودی برای طرحواره‌ها ۳۱/۳۵ درصد بوده است. که بیشترین آن با ۳۹/۰۲ درصد در طرحواره اطاعت و کمترین آن با ۲۰/۷۴ درصد مربوط به طرحواره بی‌اعتمادی/ بد رفتاری می‌باشد. در مجموع، طرحواره درمانی بر کاهش طرحواره‌های فوق موثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر که با هدف بررسی اثر بخشی طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه مبتلایان به اختلال وسواسی- جبری مقاوم به درمان صورت گرفت، نشان داد که طرح واره‌های ناسازگار اولیه افراد شرکت-کننده در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری کاهش پیدا کرده است. در تبیین این یافته می‌توان ذکر کرد که طرحواره درمانی بسته به مشکل بیمار می‌تواند به صورت کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت بکار گرفته شود. از آنجا که طرحواره‌های فوق از طرحواره‌های غیر شرطی هستند، و در اوایل تحول انسان شکل می‌گیرند، تغییر نکردن آنان در رویکرد کوتاه مدت محتمل به نظر می‌رسد. به عنوان مثال، در مطالعه آرنتز (۲۰۱۴) طرحواره درمانی طی ۵۵ جلسه برگزار شد. یانگ (۲۰۰۳) معتقد بود در درمان برخی از طرحواره‌ها، بویژه آن دسته از طرحواره‌هایی که با اختلالات شخصیت پیوند نزدیکی دارند، به زمان طولانی نیاز است. رهاشدگی از جمله طرحواره‌هایی است که اجاو و همکاران (۲۰۰۴) معتقدند با اختلالات شخصیت پیوند نزدیکی دارد. از طرف دیگر هالند (۲۰۱۱) طرحواره رها شدگی را با نتایج ضعیف

درمان مرتبط می‌داند. بنابر این به نظر می‌رسد ایجاد تغییرات معنی‌دار در نمرات این طرح‌واره به زمان بیشتری نیاز داشته باشد. از طرف دیگر جنگیدن با طرح‌واره بویژه در طرح‌واره شکست نیازمند اراده قوی از سوی بیمار است که نیاز به انضباط دقیق و تمرین فراوان و زمان کافی دارد. از موارد محتمل دیگر، در طرح‌واره شکست می‌توان به تجارب منفی که این مراجعان با درمانگران داشته‌اند و نتایجی که انتظار داشتند به دست نیاورده‌اند، حتی دارو درمانی که مشکل آنان را حل نکرده است، اشاره کرد. با مد نظر قراردادن این نکته که سال‌هاست این بیماران علی رغم مراجعه به درمانگران متفاوت هنوز دست به گریبان مشکل خود هستند، به نظر می‌رسد با پیدایش آمایه یا نگرش منفی نسبت به درمان، حتی زمانی که این بیماران در سیر درمان پیشرفت می‌کنند، هنوز فکر می‌کنند چیزی تغییر نکرده است، و ناکامی قبلی خود را به درمانگر فعلی تعمیم داده‌اند. این مورد زمانی جلوه پیدا می‌کند که با عملکرد خود تدوام بخش طرح‌واره آشنا باشیم. و به گفته هافارت و سکستون (۲۰۰۲) این افراد در تجربه درمانی خود به دنبال تجربه شکست دیگری هستند که به شکست‌هایشان اضافه کنند. در مورد طرح‌واره استحقاق با توجه به سبک مقابله‌ای جبران افراطی اکثر مراجعان نفع‌های ثانوی بسیاری را می‌برند چرا که گاهی این طرح‌واره احساس خوبی به همراه خواهد داشت پس لزومی برای تغییر وجود ندارد.

همچنین، نتایج تحلیل واریانس مکرر نشان داد طرح‌واره درمانی، بر تعدیل طرح‌واره‌های معیارهای سرسختانه، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و زیان، محرومیت هیجانی، بازداری هیجانی معنادار است. بدین معنا که طرح‌واره درمانی بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگاراولیه آسیب‌پذیری نسبت به ضرر وزیان، محرومیت هیجانی، بازداری هیجانی، گرفتار، معیارهای سرسختانه موثر است.

در تبیین این یافته می‌توان ذکر کرد هدف نهایی طرح‌واره درمانی، بهبود طرح‌واره است، و همانطور که بک (۲۰۰۵) ذکر کرده است تعدیل ساختار و محتوای طرح‌واره‌های ناسازگار به منظور جلوگیری از عود نشانه‌ها ضروری است. تک تک تکنیک‌های طرح‌واره درمانی بر پیشبرد این هدف درمانی نقش داشته است. طرح‌واره درمانگران معتقدند رابطه درمانی، مولفه ضروری در سنجش و تغییر طرح‌واره‌هاست، ولی عامل اصلی تغییر محسوب نمی‌شود، بلکه ابزاری است که امکان تغییر را فراهم می‌کند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۲۰۱۱). از جمله عوامل تاثیرگذار دیگر در فرایند تعدیل طرح‌واره می‌توان راهبردهای‌شناختی، تجربی، رفتاری و بین فردی را نام برد. تکنیک‌های شناختی با محک‌زدن اعتبار طرح‌واره‌ها، و استفاده از تکنیک‌هایی مانند تعریف جدید شواهد تاییدکننده طرح‌واره،

برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، تدوین کارتهای آموزشی و... آگاهی عقلانی بیماران را افزایش داده، و آنان را به این نتیجه رسانده، که طرحواره غلط است یا سخت اغراق‌آمیز از موارد دیگر می‌توان به تکنیک‌های تجربی اشاره کرد، که بیماران از طریق این تکنیک موفق به دستیابی تغییر در سطح هیجانی شدند. استفاده از تکنیک‌های تجربی، یکی از ویژگی‌های کلیدی طرحواره درمانی است، چرا که گرینبرگ و سفران (۱۹۹۴) شواهدی ارائه دادند که نشان می‌داد، سیستم‌های‌شناختی-عقلانی مبتنی بر زبان از سیستم‌های مرتبط با هیجان مستقل هستند. تکنیک‌های تجربی، بر تجربه و ابراز هیجان‌هایی تمرکز می‌کنند که مرتبط با موقعیت‌های گذشته هستند، که به نوبه خود، منجر به توسعه یا حفظ طرحواره و ذهنیت‌ها می‌شوند. از جمله تکنیک‌های بکار گرفته شده در این پژوهش می‌توان به نوشتن یک نامه‌ی بدون سانسور به منشا طرحواره اشاره نمود. از دیگر عوامل موثر بر تعدیل طرحواره‌ها می‌توان به الگو شکنی رفتاری اشاره نمود که طولانی‌ترین و حساس‌ترین بخش طرحواره درمانی است. در این قسمت به مراجعان کمک شد تا با جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگارتر و جدیدتر، به جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد، رفتارهای انطباقی تری را جایگزین کنند.

در نهایت با توجه به اینکه طرحواره‌های اطاعت، ایثار، بازداری هیجانی و معیارهای سرسختانه از طرحواره‌هایی هستند که بعداً در سیر تحول شکل می‌گیرند، زیاد نیرومند و عمیق نیستند و روزنه امیدی برای بیمار فراهم می‌کنند. با این اوصاف، به نظر می‌رسد رویکرد کوتاه مدت طرحواره درمانی بر تعدیل این طرحواره‌ها اثر بخش بوده و با بالانس کردن این طرحواره‌ها از شدت فعالیت آنها کاسته است.

در آخر بایستی به این نکته اشاره نمود که انجام مطالعه حاضر با برخی محدودیتها نیز همراه بود. از جمله افت یا ریزش نمونه. (۱ مورد از گروه آزمایش و ۲ مورد گروه گواه). چون ریزش افراد مطالعه روایی بیرونی نتایج تحقیق را تحت تاثیر قرار می‌دهد، بنابراین در تعمیم‌پذیری یافته‌ها باید احتیاط لازم را در ارتباط با ریزش نمونه در نظر داشت. با توجه به اینکه هر یک از افراد طرحواره‌های غالب ویژه خود را دارند ناگزیر نمره پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک گروه با هم مقایسه شد. چون بین زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری فاصله وجود دارد، بنابراین عامل رگرسیون از جمله عواملی است که ممکن است بر روایی درونی تحقیق اثر بگذارد در این مورد نیز باید نتایج را با احتیاط تلقی کرد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش موید اثربخشی طرح واره درمانی بر تعدیل طرح واره‌های ناسازگار اولیه مبتلایان به اختلال وسواسی- جبری مقاوم به درمان است. از آنجا که این رویکرد به عنوان درمانی برای اختلالات مزمن مطرح شده

است می‌توان این رویکرد را، برای درمان افرادی توصیه کرد که از رفتار درمانی شناختی سرخورده شده‌اند.

منابع

Abramowitz, J. S. (2006).The psychological treatment of obsessive - compulsive disorder. Canadian Journal of Psychiatry, 51, 407 – 416

Atalay ,H., Atalay ,F.,Karahan, D.and Caliskan,M.(2008). Early maladaptive schemas acti-vated in patients with obsessive - compulsive disorder: a cross - sectional study . International Journal of Psychiatry in Clinical Practise, 12(4),268–279

Barlow, D. H. (2002).Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic, second edition. New York: Guilford

Beckner, V. L. (2014).Obsessive–Compulsive Disorder. Encyclopedia of the Neurological Sciences. (Second Edition), (Second Edition), Pages 623-625

Bernstein, D.P. (2005). Schema therapy for personality disorders. In S. Strack (Ed.), Handbook of personology and psychopathology (pp, 462-477). New Jersey, USA: Jhon Wiley & Sons, Inc.

Bloch, M. H., Lennington, J. B., Szuhay, G., Lombroso P. J.(2015). Obsessive–Compulsive Disorder Rosenberg's Molecular and Genetic Basis of Neurological and Psychiatric Disease (Fifth Edition), Pages 1301-1310

Bortolon, Catherine., Capdevielle, Delphine., Boulenger, Jean-Philippe., Gely-Nargeota, Marie-Christine., Raffard, Stéphane (2013).Early maladaptive schemas predict positive symptomatology in schizophrenia: A cross-sectional study Journal Psychiatry Research Volume 209, Issue 3, 30Pages 361-366

Bortolon, Catherine., Capdevielle, Delphine., Boulenger, Jean-Philippe., Gely-Nargeota, Marie-Christine., Raffard, Stéphane (2013).Early maladaptive schemas predict positive symptomatology in schizophrenia: A cross-sectional study Journal Psychiatry Research Volume 209, Issue 3, 30Pages 361-366.

Calvete, E., Oruea, I., Hankin,B L.(2013). Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: The mediating role of anxious automatic thoughts. Journal of Anxiety Disorders 27. 278– 288

Dickhaut, V. Arntz, A. (2014).Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: A pilot study Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Volume 45, Issue 2, June, Pages 242-251.

Donald W. Black, Amanda Stumpf, Brett McCormick, Jeff Allen, Nancee Blum, Russell Noyes (2013).A blind re-analysis of the Iowa family study of obsessive-compulsive disorder. Journal of Psychiatry Research 209. 202–206

Hamidpour H, Dolatshai B, Pour Shahbaz A, Dadkhah A. (2011). The efficacy of schema therapy in treating women's generalized anxiety disorder. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 4:420-43. (Persian).

Hawke LD, Provencher MD, Parikh SV.(2013). Schema therapy for bipolar disorder: a conceptual model and future directions. Journal of Affective Disorders. Volume 148, Issue 1, Pages 118–122

Hawke, L. D., Provencher, M. D. (2011).Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: a review. Journal of Cognitive Psychotherapy 257-276.

Kim JE.,Lee,SW., Lee, SJ. (2014).Relationship between early maladaptive schemas and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. Journal Psychiatry Research, Volume 215, Issue 1, 30,Pages 134–140

Kugler,Brittany B., Lewin, Adam B., Vicky Phares., Geffken, Gary R., Murphy,Tanya K., Storch., Eric A. (2013).Quality of life in obsessive-compulsive disorder: The role of

mediating variables., Psychiatry Research 206. 43–49

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. Nov 13.

Malogiannis, IA., Arntz, A., Spyropoulou, A., Tsartsara, E., Aggeli A., Karveli, S., Vlavianou, M., Pehlivanidis, A., Papadimitriou, GN., Zervas, I. (2014).Schema therapy for patients with chronic depression: A single case series studyJournal of Behavior Therapy and Experimental PsychiatryVolume 45, Issue 3, Pages 319–32.

MarySue, V. Heilemanna, Huibrie C. Pieters, Priscilla Kehoe, Qing Yang (2011).Schema therapy,motivational interviewing,and collaborative-mapping as treatment for depression among low income, second generation Latinas Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 42. 473-480.

Riso LP. , Toit,PL .,Stein , DJ., Young J .(2007). Cognitive Schemas and Core Beliefs inPsychological Problems. Published by American Psychological Association.

Seibell, Phillip J. Hollander Eric (2014).Management of Obsessive-Compulsive Disorder. Published onlineAugust 1. http: // f1000. com/prime/reports/m/6/68

Shafisangatash,S.,Rafiee,P.,Najafi,M.(2013).The effectiveness of metacognitive therapy on anxiety and cognitive components of Patients Generalized anxiety. Journal of Clinical Psychology. (Persian)

Shahamat,F.,Sabeti,A.,Rezvani,S.(2011) The Examining relationship between parenting styles and early maladaptive schemas. Journal of Studies of Psychology, 11 (2), 254-239. (Persian)

Shareh,H.,Gharree,B.,Atef vahid,K.(2012).comparison between metacognitive therapy, fluvoxamine and combined therapy in the improvement of thought control strategies and stop signal criteria in obsessive-compulsive disorders. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, Issue 3. (Persian)

Sookman, Debbie., Steketee. Gail(2007). Directions in Specialized Cognitive Behavior Therapy for Resistant Obsessive-Compulsive Disorder: Theory and Practice of Two Approaches. Cognitive and Behavioral Practice 14 .,1-17

Subramaniam M., Soh, P., Ong, C., Esmond Seow L.S., Picco, L., Vaingankar, J.,A, Chong, S.A (2014).Patientreported outcomes in obsessive-compulsive disorder. Clinical research Dialogues Clin Neurosci. 16: 239-254.

Tavakoli,S., Ghasemzadeh,H.(2007).Theories and cognitive behavioral treatment obsessive-compulsive, Journal Advances in Cognitive Science,Vol. 8, No.1. (Persian)

Young,J.,Klosko,J.,Weishaar,M.(2003). Schema Therapy A Practitioners Guide(3rd ed.). Translated by:H,Hamid Pour and Z. Andouz(2011). Tehran:Arjmand. (Persian)

Zamir,Morein-Sharon, Papmeyer Martina, Pertusa Alberto, Chamberlain SamuelR., Fineberg Naomi A., Sahakian Barbara J., Mataix-Cols David, Robbins Trevor W. (2014).The profile of executive function in OCD hoarders and hoarding disorder. journal Psychiatry Research 659–667.