

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

**Mohammad Mehdi Jahangiri<sup>1</sup>, Mahdieh Salehi (Ph.D)<sup>2</sup>, Hassan Ashayeri (MD)<sup>3</sup>, Hassan Pasha Sharifi(Ph.D.)<sup>4</sup>**

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

## اثربخشی طرحواره درمانی بر تعديل طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران وسوسه جبری مقاوم به درمان

محمد مهدی جهانگیری<sup>۱</sup>، دکتر مهدیه صالحی<sup>۲</sup>، دکتر حسن عشايري<sup>۳</sup>، دکتر حسن پاشا شريفی<sup>۴</sup>

۱- دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، گروه روانشناسی، گرایش عمومی، تهران، ایران. [Jahangiri.mehdi@yahoo.com](mailto:Jahangiri.mehdi@yahoo.com)

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

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

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

### چکیده

**مقدمه:** اختلال وسوسی جبری با اختلالات مختلفی همبود بوده و مشکلات و نقصهای جدی در کارکرد زندگی مبتلیان به همراه دارد. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی طرح واره درمانی بر تعديل طرح واره های ناسازگار اولیه بیماران مبتلا به اختلال وسوسی- اجباری مقاوم به درمان صورت گرفته است.

**روش:** نمونه مورد مطالعه شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال وسوسی- جبری مقاوم به درمان بود، که در سال ۱۳۹۲ به مراکز روانپزشکی- روانشناسی شهر اراک مراجعه کرده اند. بدین منظور، در یک طرح نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه، ۴۴ 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 واره های ناسازگار اولیه ارزیابی شدند. برای گروه آزمایش بیست جلسه طرح واره درمانی اجرا شد. برای ارزیابی طرح واره ها 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 داده ها به کمک آزمونهای آماری تحلیل اندازه‌گیری مکرر و نمودار ترسیمی انجام شد.

**یافته ها:** یافته های پژوهش نشان دادند میزان طرح واره های غالب گروه آزمایش نسبت به گروه گواه به طور معنی داری ( $P=0.001$ ) کاهش یافته است.

**نتیجه گیری:** به نظر می‌رسد طرح واره درمانی با بهره گرفتن از تکنیک‌های شناختی، تجربی و همچنین رابطه درمانی منحصر به فرد، بر کاهش شدت طرح واره های غالب مبتلیان به اختلال وسوسی- جبری مقاوم به درمان توانسته موثر باشد.

**کلید واژه ها:** طرحواره درمانی، طرحواره های ناسازگار اولیه، وسوسه جبری مقاوم،

## مقدمه

و گاهی مستقل دارد: وسوس و اجبار. وسوسها عبارتند از افکار، تصاویر ذهنی و تکانه‌های<sup>۱۲</sup> ناخواسته و مزاحم و پایدار و اجبار عبارت است از انجام اعمال فیزیکی یا ذهنی که منجر به کاهش اضطراب ناشی از افکار وسوسای می‌شود (بلاغ<sup>۱۳</sup>، لینینگتون<sup>۱۴</sup>، شه هی<sup>۱۵</sup> و لومبرسو<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۵). مطالعات همه‌گیرشناسی شیوع OCD در جمعیت عمومی را بین ۲/۳ تا ۳/۸ درصد تخمين زده‌اند (سوبرامانیم<sup>۱۷</sup>، سموند سیو<sup>۱۸</sup> و وینگانکار<sup>۱۹</sup>، 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 وسوس در بسیاری از مطالعات نشان داده است اما تقریباً در ۴۰٪ تا ۶۰٪ مبتلیان موارد بیماران هنوز به CBT، SRI پاسخ مناسب نمیدهند (لی<sup>۲۰</sup>، جی<sup>۲۱</sup>، فنگ<sup>۲۲</sup>، لی، ۲۰۱۴). و درمان را نیمه کاره رها می‌کنند بسیاری از آنها بعد از درمان عود<sup>۲۳</sup> می‌کنند (آبراموویتز<sup>۲۴</sup>، ۲۰۰۶). در نهایت بیماران وسوسی دیگری هستند که با روش مواجهه و پیشگیری از پاسخ مشکل دارند.

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 Abramowitz

در گذشته، اختلال وسوسی جبری<sup>۱</sup> (OCD) اختلالی مزمن و درمان نشدنی به شمار می‌رفت، اما امروزه این وضعیت با اثبات اثربخشی داروهای مهارکننده بازجذب سروتونین (SRI)<sup>۲</sup> و درمان‌شناختی - رفتاری (CBT)<sup>۳</sup> تغییر اساسی کرده است (بکنر<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴). بسیاری از بیماران علائم خود را به دلیل شرم پنهان می‌کنند و یا به دلیل تشخیص اشتباه سال‌های بسیاری از درمان‌های بی‌اثر رنج می‌برند (سای بل<sup>۵</sup> و هالندر<sup>۶</sup>، ۲۰۱۴). وسوس با وجود ویژگی‌هایی چون افکار یا اجبارهای وقت‌گیر با تداخل در عملکرد شغلی اجتماعی سبب پریشانی فرد می‌شوند (دونالد<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). شدت نشانه‌های اختلال وسوسی جبری همبستگی منفی با سلامت عاطفی عملکرد اجتماعی سلامت عمومی و کیفیت زندگی دارد (کاگلر<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). و سالانه هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی هنگفتی را بر جامعه تحمیل می‌کند (بارلو<sup>۹</sup>، ۲۰۰۲).

در DSM-5 نه تنها OCD طبقه‌بندی مجدد شده است، بلکه با انتقال از اختلالات اضطرابی، بخش جدیدی به عنوان اختلال وسوس فکری - عملی و طیف مرتبط با آن ایجاد شده است (زمیر<sup>۱۰</sup> و پاپ میر<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۴). اختلال وسوسی - اجباری (OCD) دو عنصر مهم

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

شیئی، سازنده گرایی و روان کاوی را در قلب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است. یانگ ۱۸ طرحواره‌ی ناسازگار اولیه و مکانیسم‌های مقابله‌ای ناسازگار را که به طور خودکار و ناخودآگاه موجب تداوم یکدیگر می‌شوند، و در نتیجه، منجر به تداخل در توانایی فرد در ارضای نیازهای بنیادین خود می‌گردد، را معرفی کرده است. در مدل طرحواره درمانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مکانیسم‌های مقابله‌ای ناسازگار به عنوان هسته‌های بنیادین شناختی و عاطفی اختلالات در نظر گرفته می‌شوند (یانگ و همکاران ۲۰۰۳، ترجمه همیدپور و اندوز، ۲۰۱۱). در این رویکرد به مراجعان کمک می‌شود تا الگوهای ناسازگار طولانی مدت در زندگی خود را با ترمیم طرحواره‌ها، پاسخ‌های مقابله‌ای و ذهنیت، تغییر دهند. چون طرحواره‌ها در اثر ناکامی‌های دردناک نیازهای هیجانی بنیادین در طول زندگی، شکل گرفته‌اند، لذا هدف نهایی طرحواره درمانی عبارت است از کمک به بیمار تا نحوه‌ی برآورده کردن صحیح نیازهای هیجانی بنیادین خود را یاد بگیرد. به عبارت دیگر، آسیب‌های هیجانی اولیه را که ناشی از سد شدن ارضای نیازهای بنیادین از جمله پذیرش، حمایت، امنیت و کارآمدی است را، ترمیم کند (برنشتاین، ۲۰۰۵).

آتلای<sup>۱</sup> و کارهان (۲۰۰۸) معتقدند که طرحواره‌ها در پیامد درمان OCD نقش بسیار

و اصل به دنبال درمان نیستند (سوکمان<sup>۲</sup> و استکتی، ۲۰۰۷). در پیشینه بالینی مربوط به وسوسه، همه این بیماران "مقاوم"<sup>۳</sup> 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 فعل شدن طرحواره‌ی آسیب‌پذیری، یکی از ویژگی‌های افرادی است که می‌ترسند ریسک ادراک شده مواجهه و جلوگیری از پاسخ را بپذیرند (سوکمان و استکتی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). یانگ (۲۰۰۳) فرض کرد که برخی از طرحواره‌ها، به به خصوص طرحواره‌هایی که در طی دوران اولیه‌ی زندگی بر تجربه‌های ناخوشایند و نامطلوب کودکی شکل می‌گیرند، ممکن است هسته‌ی مرکزی اختلالات شخصیت<sup>۵</sup>، مشکلات خصیصه‌ای خفیفتر، و بسیاری از اختلالات مزمن محور یک را تشکیل دهند. او این زیر مجموعه‌ای از طرحواره‌ها را، طرحواره‌های ناسازگار اولیه نامگذاری کرد. این رویکرد درمانی، بر خلاف اشکال مختلف شناختدرمانی که بر حال تأکید می‌کنند، بر الگوهای خود- ویرانگر تفکر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته‌اند و در سراسر طول زندگی فرد تکرار می‌شوند، تمرکز می‌کند. طرحواره درمانی، اصول و مبانی مکتب‌های شناختی رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط

1 Sookman

2 resistant

3 steekeetee

4 Personality disorder

5 Early maladaptive schema (EMSS)

بیماران اسکیزوفرنی کاربرد داشته باشد (برتلن<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). در واقع، این درمان، پاسخی به شکست‌های درمانی ناشی از کاربرد تکنیک‌های شناختی - رفتاری استاندارد در مورد این بیماران است.

طرح‌واره درمانی در درمان افسردگی مزمن (مالوجینیس<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۴)، اختلال دوقطبی (هاواک و همکاران، ۲۰۱۳)، اختلال شخصیت مرزی (دیچوت<sup>۱۵</sup> و آرنتز<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۴) مفید گزارش شده است. همچنین، در مورد مجرمین قانونی و در پیشگیری از عود در میان سوء مصرف‌کنندگان مواد مفید گزارش شده است (ریزو<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). با عنایت به موارد ذکر شده این فرضیه اصلی مطرح است که طرح‌واره درمانی بر تعديل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مبتلایان وسوسه 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 روانپژوه خواسته شده بود بیماران OCD مقاوم به درمان را که به شرکت در پژوهش تمايل داشتند، به پژوهشگر معرفی نمایند. نخست، ۳۸ نفر از بیماران OCD مقاوم به درمان از میان مراجعته- کنندگان به مراکز روانپژوهی - روانشناختی شهر اراك معرفی شدند، که پس از مصاحبه بالینی بر پایه

مفهوم را ایفا می‌کنند. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مبتلایان به OCD را شامل انزوای اجتماعی<sup>۱</sup>، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری<sup>۲</sup> و منفی گرایی/<sup>۳</sup> بدینی<sup>۴</sup> می‌دانند.

در پژوهش مشابهی نمره‌های مبتلایان به وسوسه در طرح‌واره‌های انزوای اجتماعی/بیگانگی، نقص و شرم<sup>۵</sup> و شکست<sup>۶</sup> بیشتر از گروه کنترل گزارش شد (کیم<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). این طرح‌واره‌ها به عنوان راه نمای فرایندهای شناختی در موقعیت‌هایی مانند توجه، تفسیر رویدادها و بازیابی اطلاعات از حافظه عمل می‌کنند (کالوتی<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۳).

طرح‌واره درمانی که مکمل درمان رفتار درمانی شناختی است، بر کشف ریشه‌های مشکلات روانی دوران کودکی و ارتباط آنها با مشکلات جاری از طریق کار بر ذهنیت طرح‌واره‌ها<sup>۹</sup> و باز والدینی حد و مرزدار<sup>۱۰</sup> تاکید دارد (ماریسو<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). هاوک<sup>۱۲</sup> (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<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۱) حتی برخی محققان پیشنهاد نمودند که طرح‌واره درمانی ممکن است در

<sup>1</sup> Social isolation

<sup>2</sup> Vulnerability to harm or illness

<sup>3</sup> Negativity/pessimism

<sup>4</sup> Defectiveness/shame

<sup>5</sup> failure

<sup>6</sup> Kim

<sup>7</sup> Calvete

<sup>8</sup> Schema mode

<sup>9</sup> Limited reparenting

<sup>10</sup> MarySue

<sup>11</sup> Hawke

<sup>12</sup> Provencher

13 Bortolon  
14 Malogiannis  
15 Dickhaut  
16 Arntz  
17-Riso

روانپزشکی امریکا، ۱۹۹۴ است، که برای هدفهای بالینی و پژوهشی تنظیم شده است. اجرای I-SCID به قضاوت بالینی مصاحبہ کننده درباره پاسخهای مصاحبہ شونده نیاز دارد، بنابراین مصاحبہ کننده باید در مورد آسیبشناسی روانی دانش و تجربه کافی داشته باشد. I-SCID 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 طولانی‌تر که تشخیص‌ها و نیز زیر نوع‌های تشخیصی و معیارهای شدت و سیر اختلال را نیز پوشش می‌دهد (شاره، غرایی و عاطف وحید، روایی ۱۳۸۹). مصاحبہ حاضر دارای روایی و پایایی خوبی برای تشخیص اختلال‌های روانی است اسکودول<sup>۹</sup>‌بندر، دولان<sup>۱۰</sup>، ساینس لو<sup>۱۱</sup>، و همکاران (۲۰۰۰)، پایایی SCID را به روش پایایی تشخیصی بین ارزیابها سنجیده و نشان داده‌اند که برای اکثر تشخیص‌ها آلفای بسته آمده بالای ۰/۷۰ بوده که نشانگر کاپای عالی است. در مطالعه‌ی شریفی، اسعدي، محمدی، امینی، کاویانی، و همکاران (۲۰۰۳) این مصاحبہ 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 ۵۲٪ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵٪) به دست

ملکهای تشخیصی DSM-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 فرزندپروری 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 بعلووه حداقل ۱۴ جلسه مواجهه و پیشگیری از پاسخ (ERP<sup>۱۲</sup>) را داشته باشند. ملاکهای خروج عبارت بود از: نشانه‌های روانپریشی، سواد مصرف مواد، دارا بودن ملاکهای اختلال شخصیت در محور دو، دریافت ECT<sup>۱۳</sup> و اختلالات توره.

برای گردآوری داده‌ها، افزون بر پرسشنامه سرنوشت زندگی، ابزارهای زیر به کار رفت. مصاحبہ بالینی ساخت یافته، برای اختلال محور I در IV (SCID<sup>۱۴</sup>-I DSM-IV) یک مصاحبہ نیمه ساخت یافته برای تشخیص اختلال‌های محور I است که توسط فرست<sup>۱۵</sup>، اسپیتزر<sup>۱۶</sup>، گیبون<sup>۱۷</sup> و ویلیامز<sup>۱۸</sup> (۱۹۹۷) تهیه شده است. یک ابزار معیار شده برای ارزیابی اختلال‌های اصلی روانپزشکی بر پایه تعریف‌ها و معیارهای DSM-IV (انجمن

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

مطالعه‌ای انجام شد و برای بیماران ضریب آلفا از ۰/۲۴ برای OCPD<sup>۱</sup>) تا ۰/۷۴ برای اختلال شخصیت نمایشی<sup>۲</sup> (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)<sup>۳</sup> ۰/۸۵ برای کل اختلالات شخصیت محاسبه کردند. در مطالعه رنبرگ<sup>۴</sup> و همکاران (۱۹۹۲) که بر روی ۳۲ بیمار مبتلا به اختلالات اضطرابی ضریب آلفا برابر ۰/۲۵ گزارش شد. در این مطالعه ضریب آلفا از ۰/۶۱ برای اختلال شخصیت اجتنابی متغیر بود. روایی SCID-II به شیوه‌های مختلفی مورد پژوهش قرار گرفته است. طوری که مطالعه هوستون<sup>۵</sup> و همکاران (۱۹۹۶) که بر روی گروهی از بیماران بخش مراقبتهاي 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 الكل همراه بوده است). در پژوهش بختیاری (۲۰۰۰) روایی محتواي نسخه فارسي به وسیله چند نفر از استادان روانشناسي باليني تاييد و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۸۷ گزارش شد (شاره، غرایی و عاطف وحید، ۲۰۱۲).

1. Obsession – Compulsion porsonality Disordor.

2. Hysteric personality Disorder

3. Avoidance personality Disorder

4. Ranberg

5. Hoston

آمده خوب بود. روایی این ابزار توسط بختیاري (۲۰۰۰) مورد تأييد قرار گرفت و پایايی آن به روش باز آزمایي به مدت يك هفته ۰/۹۵ بود (به نقل از شفيعي سنگ آتش، رفيعي نيا و نجفي، ۲۰۱۳).

صاحبه باليني ساخت یافته برای اختلال‌های شخصیت (SCID-II) DSM-IV<sup>6</sup> یک مصاحبه تشخيصی نيمه 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 ملک‌های 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 سوالات اولیه‌ی مصاحبه SCID-II طراحی شده‌اند و مصاحبه-کننده با توجه به سوال‌هایی که بیمار به آنها پاسخ مثبت داده است، مصاحبه را جهت می‌دهد (فرست و همکاران، ۱۹۹۷). در رابطه با پایايی SCID-II مطالعاتی انجام شده است و همگی پایايی بالاي اين آزمون را نشان داده‌اند. در يك مطالعه برای تعیین پایايی به روش بازآزمایي (با فاصله دو هفته) بر روی ۲۸۴ آزمودنی در چهار مرکز بیماران روانپزشکی در دو مرکز بیماران غير روانپزشکی توسط دو مصاحبه-كننده و در دو زمان متفاوت

پرسشنامه پرداختند. نتایج نشان داد که ۱۷ عامل در این پرسشنامه وجود دارد. پانزده خردۀ 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)**

این پرسشنامه یک ابزار اولیه برای شناسایی ریشه های دوران کودکی طرح واره هاست. این پرسشنامه ۷۲ آیتم دارد که در آن پاسخ دهنده پدر و مادر خود را به طور جداگانه، براساس نوع رفتاری که با وی داشته اند در یک مقیاس شش درجه ای رتبه بندی می کند. آیتم های این پرسشنامه نیز بر اساس طرح واره ها گروه بندی شده اند. درمانگر همه آیتم هایی که نمره ۵ یا ۶ گرفته اند مشخص می کند. تنها استثناء و در مورد آیتم های ۱ تا ۵ است که ریشه های طرحواره محرومیت هیجانی را بررسی می کند که به طور معکوس نمره گذاری می شوند نمره های پائین مرتبط با ریشه طرحواره محرومیت هیجانی است. پایایی فرم ترجمه شده برای فرم مادر ۰/۶۹ و برای فرم پدر ۰/۸۰ بدست آمد (یزدان دوست، عاطف وحید، صلواتی، ۲۰۰۷).

**طرح مداخله**

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

## پرسشنامه طرحواره یانگ<sup>۱</sup> (YSQ) - فرم کوتاه

پرسشنامه طرحواره یانگ- فرم کوتاه (یانگ و براون، ۱۹۹۰، ۲۰۰۱) یک ابزار اندازه گیری خودگزارشی به منظور سنجش طرحواره ها است. این پرسشنامه دارای ۷۵ آیتم می باشد و ۱۵ طرحواره را در ۵ حوزه مشخص می نماید. فرم کوتاه بیشتر در پژوهشها به کار می رود، زیرا وقت کمتری برای تکمیل آن صرف می شود آیتم های پرسشنامه به وسیله ی طرحواره ها گروه بندی شده اند. مقابل هر گروه از آیتم ها، یک کد دو حرفی وجود دارد که نشان دهنده ی این است که کدام طرحواره اندازه گیری شده است. سپس، در جلسه ی درمان، درمانگر به همراه بیمار، آیتم هایی را که نمره- ی بالا (معمولًا ۵ یا ۶) به آن ها داده شده است، مشخص می کند و درمانگر در مورد آن آیتم ها از بیمار سوال- هایی می پرسد تا دقیقاً طرحواره ها مشخص شوند. پایایی و روایی این ابزار در پژوهش های متعددی به اثبات رسیده است (بارانف و اوای ۲۰۰۷، به نقل از شهامت، ثابتی، رضوانی، ۲۰۱۱). نتایج پژوهش اکنال- چولت، مالکلند، 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 نمونه ای ۳۷۰ نفری از دانشجویان پسر دانشکده های مختلف دانشگاه های شهید بهشتی و شاهد تهران به بررسی ساختار عاملی این

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 ماقچلی استفاده گردید. نتایج نشان داد توزیع داده‌ها و همگنی واریانس‌ها رعایت شده است. برای طرح واره‌هایی که تنها یک آزمودنی آن طرح واره 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 طرح واره‌ای، در دو یا سه آزمودنی غالب بود، ابتدا میانگین و سپس از نمودار ترسیمی بصورت (A.B.A) استفاده شد. در مواردی که تعداد طرح واره، در چهار یا بیش از چهار آزمودنی غالب بود از اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

طرح واره و ... انجام شد. این رویکرد به تفکیک جلسات به صورت ذیل اجرا شد: جلسات (۱-۲): ایجاد یک رابطه متقابل و برخوردار از تشریک مساعی، آموزش رویکرد طرح واره درمانی، اخذ رضایت‌نامه آگاهانه، ارایه آزمونهای پژوهش. جلسات (۳-۶): سنجش مشکلات بیمار، ارزیابی شبکه‌ای مقابله‌ای، ضابطه‌بندی مشکل مراجع بر اساس رویکرد طرح واره محور و تکمیل فرم مفهوم پردازی. جلسات (۷-۱۰): استفاده از تکنیک‌های شناختی در جهت تردید و بی اعتبارسازی طرح واره‌های غالب مراجع. جلسات (۱۱-۱۵): استفاده از تکنیک‌های تجربی در جهت آشنایی مراجع با ریشه‌های تحولی طرح واره و درک راهکارهای ناسازگارانه اراضی نیازهای هیجانی. جلسات (۱۶-۲۰): تشویق و ترغیب مراجع در جهت رها کردن شبکه‌ای 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.

جدول ۱: یافته‌های توصیفی خرده مقیاس‌های طرح واره‌ها

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

میجانی	معیارهای سرخтанه آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و زیان شکست	۲۶/۴۲	۳/۷۷	۱۹/۷۱	۲/۶۹	۱۹/۴۲	۲/۶۹	۱۹/۴۲	۲/۶۹	۱۹/۴۲	۲/۶۹	۱۹/۴۲	۲/۶۹	۱۹/۴۲	۲/۶۹	۱۹/۴۲	۲/۶۹	۱۹/۴۲	۲/۶۹	۱۹/۴۲	۲/۶۹	۱۹/۴۲	۲/۶۹	

جدول ۲: خلاصه تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر طرح واره‌ها

میزانگیرن	زمان	خطا	مجموع مجذورات	زمان	خطا	میزانگیرن	زمان	خطا	میزانگیرن	زمان	خطا	میزانگیرن	زمان	خطا	میزانگیرن	زمان	خطا	میزانگیرن	زمان	خطا	میزانگیرن	زمان	خطا	
/۸۰	۱/۶۷	۱۴۰/۶۶	۳۴/۵۳	۰/۹۲۳	۱/۶۷	۲۱۹/۲۱	۵																	
۱۵۸																								
۴۳/۲۰	۲/۸۳	۶	۱۵/۴۶	۷/۰۹۷	۲/۸۳	۱۱۸/۲۸																		
۷۹/۴۰	/۸۳۵	۷۰/۲۳	۱۷/۲۶	۰/۴۹۷	۰/۸۲۵	۱۰۹/۸۵																		
۵/۴۰		۱	۱/۹۳	۰/۸۸۳	۰/۳۵۳	۹/۸۵																		
	/۴۷۲																							
۱۴/۷۰	۱/۷۶	۷۰/۲۳	۸/۹۳	۰/۵۲۸	۲/۳۶	۱۱/۱۴	F																	
۰/۰۰۲	/۳۵۵	۰/۰۰۰	۰/۰۰۹	۰/۶۰۹	۰/۲۹۴	۰/۰۰۲	Sig																	
۰/۷۸	-	۰/۹۵	۰/۶۹	-	-	۰/۶۵	اندازه اثر																	

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

سطح معناداری خطای انحراف معیار تفاوت میانگین (jt)	(tt(I))	(tt(j))	(jt(j))
۱	۲	۶/۲۱	۲/۰۶
	۳	۷	۲/۰۱
۲	۱	-۶/۷۱	۲/۰۶
	۳	۰/۲۸	۰/۳۶

نتایج جدول (۲-۱) نشان می‌دهد که بین نمرات پس آزمون و مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ( $p=0.013$ ). اما بین نمرات میانگین نمرات پس آزمون ( $2$ ) و پیگیری ( $3$ ) معناداری وجود ندارد. به عبارت دیگر بین نمرات پیشآزمون ( $1$ ) با نمرات پس آزمون ( $2$ ) تفاوت معنادار وجود دارد ( $p=0.017$ ). بین نمرات پیشآزمون ( $1$ ) با نمرات پس آزمون ( $2$ ) نشان می‌دهد که بین نمرات پس آزمون ( $3$ ) تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p=0.45$ ).

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

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

نتایج جدول (۲-۲) نشان می‌دهد که بین نمرات پس آزمون

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

جدول ۲-۳: مقایسه نتایج سه بار اندازه گیری واره بازداری هیجانی

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

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

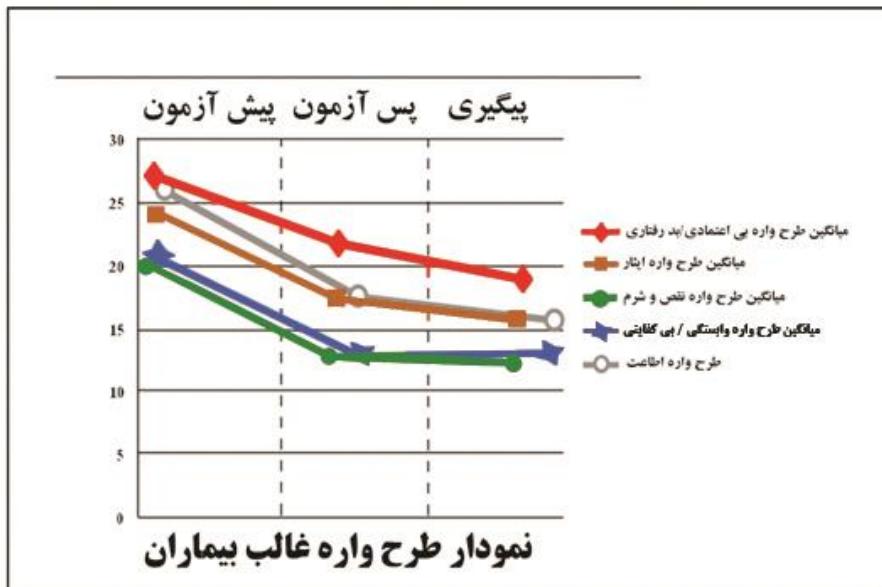
جدول ۲-۴: مقایسه نتایج سه بار اندازه گیری طرح واره محرومیت هیجانی

سطح معناداری خطای انحراف معیار تفاوت میانگین (jt)			
t(I)	t(j)	t(t)	
۱	۲	۳	۰/۷۰
			۰/۰۱۳
۳		۳/۴۰	۱/۲۰
			۰/۰۴۸
۲	۱	-۳	۰/۷۰
			۰/۰۱۲
۳		۰/۴۰	۰/۶۰
			۰/۵۴

نتایج جدول (۲-۴) نشان می‌دهد که بین نمرات پسآزمون معناداری وجود ندارد، و اثر مداخله تا مرحله پیگیری حفظ شده است. در ادامه بررسی این فرضیه، با توجه به اینکه طرح واره‌های ایثار، ایثار، بی‌اعتمادی/بد رفتاری، نقص و شرم، وابستگی/ بی‌کفايتی 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 طرح واره‌های ناسازگار اولیه؛ قبل از درمان، پس از درمان و پیگیری

متغیر	پیشآزمون	پسآزمون	پیگیری	درصد بهبودی	
ایثار	۲۴/۲۲	۱۷/۶۶	۱۶	۲۷/۴۱	
بی‌اعتمادی/ بد رفتاری	۲۷/۲۳	۲۱/۶۶	۱۹/۶۶	۲۰/۷۴	
وابستگی/ بی‌کفايتی	۲۰/۵	۱۲/۵	۱۲/۵	۳۹/۰۲	
اطاعت	۲۶	۱۷	۱۵	۳۴/۶۱	
نقص/شرم	۲۰	۱۳	۱۲/۵	۳۵	



شکل ۱: طرح‌واره غالب بیماران

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. رهاسدگی 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

نمره‌های همه بیماران در روند درمان از ابتدای مداخله تا انتهای مرحله پیگیری کاوش داشته است. درصد کلی بهبودی برای طرح‌واره‌ها  $\frac{31}{35}$  درصد بوده است. که بیشترین آن با  $\frac{39}{40}$  درصد در طرح‌واره اطاعت و کمترین آن با  $\frac{20}{24}$  درصد مربوط به طرح‌واره بی‌اعتمادی/ بد رفتاری می‌باشد. در مجموع، طرح‌واره درمانی بر کاوش طرح‌واره‌های فوق موثر بوده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر که با هدف بررسی اثر بخشی طرح‌واره درمانی بر تعديل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مبتلیان به اختلال وسوسی- جبری مقاوم به درمان صورت گرفت، نشان داد که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه افراد شرکت- کننده در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری کاوش پیدا

پس لزومی برای تغییر وجود ندارد. همچنین، نتایج تحلیل واریانس مکرر نشان داد طرح واره درمانی، بر تعديل طرح واره های معیارهای سرخтанه، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و زیان، محرومیت هیجانی، بازداری هیجانی معنادار است. بدین معنا که طرح واره درمانی بر تعديل طرح واره های ناسازگار اولیه آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و زیان، محرومیت هیجانی، بازداری هیجانی، گرفتار، معیارهای سرخтанه موثر است.

در تبیین این یافته می‌توان ذکر کرد هدف نهایی طرح واره درمانی، بهبود طرح واره است، و همانطور که بک (۲۰۰۵) ذکر کرده است تعديل ساختار و محتوای طرح واره های ناسازگار به منظور جلوگیری از عود نشانه ها ضروری است. تک تک تکنیکهای طرح واره درمانی بر پیشبرد این هدف درمانی نقش داشته است. طرح واره درمانگران معتقدند رابطه درمانی، مولفه ضروری در سنجش و تغییر طرح واره هاست، 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 تعديل طرح واره می‌توان راهبردهای شناختی، تحریبی، رفتاری و بین فردی را نام برد. تکنیکهای شناختی با محکزدن اعتبار طرح واره ها، و استفاده از تکنیکهایی مانند تعریف جدید شواهد تاییدکننده طرح واره،

درمان مرتبط می‌داند. بنابر این به نظر می‌رسد ایجاد تغییرات معنی‌دار در نمرات این طرح واره به زمان بیشتری نیاز داشته باشد. از طرف دیگر جنگیدن با طرح واره بویژه در طرح واره 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 طرح واره 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 علی‌رغم 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 طرح واره 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 طرح واره استحقاق با توجه به سبک مقابله‌ای جبران افرادی اکثر مراجعان نفع‌های ثانوی بسیاری را می‌برند چرا که گاهی این طرح واره احساس خوبی به همراه خواهد داشت

طرح‌واره‌هایی هستند که بعد از 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 تعديل 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 تعیین‌پذیری 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 نموده 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 طرح‌واره‌های ناسازگار تعديل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مبتلایان به اختلال وسوسی- جبری مقاوم به درمان است. از آنجا که این رویکرد به عنوان درمانی برای اختلالات مزمن مطرح شده

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 کلیدی یکی از ویژگی‌های 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 هیجان‌های 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 نوشتمن یک نامه‌ی بدون سانسور به منشا طرح‌واره اشاره نمود. از دیگر عوامل موثر بر تعديل طرح‌واره‌ها می‌توان به الگو شکنی رفتاری اشاره نمود که طولانی‌ترین و حساس‌ترین بخش طرح‌واره درمانی است. در این قسمت به مراجعتان 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 سرخтанه از

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., Vicki 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 study. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry Volume 45, Issue 3, Pages 319–32.

MarySue, V. Heilemann, 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 in Psychological Problems. Published by American Psychological Association.

Seibell, Phillip J. Hollander Eric (2014). Management of Obsessive-Compulsive Disorder. Published online August 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). Patient reported 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.