MEJDS. 2021; 11:74.

Published online 2021 Aug. **Original Article**

# The Mediating Role of Schema Modes Between Early Maladaptive Schemas and Obsessive-Compulsive Disorder

Sanaeemehr M[1], *Mirzahoseini H[2], Zargham Hajebi M[3]

**Author Address**
1. PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran;
3. Associate Professor, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran.
***Corresponding author's email:** mirzahoseini.hasan@yahoo.com

**Received:** 2020 September 20; **Accepted:** 2020 November 21

## Abstract

**Background & Objectives:** Obsessive–Compulsive Disorder (OCD) is a debilitating anxiety condition. Schemas are not always active and their effects are not tangible; however, when activated, the individual engages in coping styles to reduce the associated unpleasant emotions and encounters a mindless state. Schema therapy assumes that Early Maladaptive Schemas (EMSs) are slightly correlated with psychopathology aspects. According to studies, EMSs can be used to explain the symptoms of psychopathology. Therefore, schema modes might play a mediating role between EMSs and disease symptoms. Early parent–child relationships and traumatic childhood events play a significant role in the development of Obsessive–Compulsive Disorder (OCD). Thus, this study aimed to explain the mediating role of schema modes between EMSs and OCD.

**Methods:** This descriptive–correlational research applied structural equation modeling. The statistical population included all individuals with OCD referring to the medical and counseling centers in Tehran City, Iran, in 2018. Initially, due to the possibility of sample loss caused by other psychiatric disorders, especially personality disorders and severe disorders such as bipolar disorder (except for comorbid disorders, e.g., anxiety, depression), unpreparedness, no satisfaction to participate in the study, or use of any psychotropic drugs and drug dependence, individuals were selected by non–random and purposive sampling methods. Eventually, 427 subjects provided completed questionnaires. The inclusion criteria of the study included men and women aged 18–60 years and a diagnosis of OCD at the discretion of a clinical psychologist and a psychiatrist. The exclusion criteria of the study were providing incomplete information and incomplete questionnaires. The Young Schema Questionnaire–Short Form (Young, 1998), the Short Schema Mode Inventory (Lobbestael et al., 2010), and The Revised Obsessive–Compulsive Inventory (Foa et al., 2002) were used. The obtained data were analyzed by Pearson correlation coefficient and structural equation modeling using SPSS and AMOS. The significance level of the tests was considered 0.05.

**Results:** The obtained results suggested that the direct path coefficient between the first domain (abandonment) to the dysfunctional parent (β=0.46, $p$<0.001), the direct path coefficient between the fifth domain (over–vigilance and inhibition) to the dysfunctional parent (β=0.79, $p$<0.001), the direct path coefficient between the first domain to an inefficient coping (β=0.28, $p$<0.001), the direct path coefficient between the fifth domain to an inefficient coping (β=0.30, $p$=0.002), the direct path coefficient between dysfunctional parent to obsessive–compulsive disorder (β=0.54, $p$<0.001), and the direct path coefficient between dysfunctional coping with obsessive–compulsive disorder (β=0.33, $p$<0.001) were positive and significant. The results also signified that the indirect effect of the first domain with OCD mediated by the dysfunctional parent (β=0.18, $p$<0.001) and the indirect effect of the fifth domain with OCD mediated by the dysfunctional parent (β=0.13, $p$<0.001) were positive and significant. Additionally, the indirect effect of the first domain with OCD mediated by inefficient coping (β=0.14, $p$<0.001) and the indirect effect of the fifth domain with OCD mediated by inefficient coping (β=0.22, $p$<0.001) were positive and significant. Moreover, the effect of the whole of the first domain with OCD mediated by the dysfunctional parent (β=0.64, $p$<0.001) and the effect of the whole of the fifth domain with OCD mediated by the dysfunctional parent (β= 0.92, $p$<0.001) were positive. Besides, the effect of the whole of the first domain with OCD mediated by inefficient coping (β=0.42, $p$<0.001) and the effect of the whole of the fifth domain with OCD mediated by inefficient coping (β=0.52, $p$<0.001) were positive and significant. The goodness of fit indices also supported the optimal fit of the model with the collected data (X2/df=2.16, CFI=0.91, GFI=0.93, AGFI=0.94, RMSEA=0.045).

**Conclusion:** Based on the current study findings, schema mode (i.e., dysfunctional parents & inefficient coping) played a mediating role between EMSs (including the first domain, abandonment, & the fifth domain, over–vigilance & inhibition) and OCD.

**Keywords**: Schema, Schema mode, Early maladaptive schema, Obsessive–Compulsive disorder.

[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03 ]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۷۴.

انتشار برخط مرداد ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

# تعیین نقش میانجی ذهنیت طرحواره‌ای در طرحوارهٔ ناسازگار اولیه و اختلال وسواس فکری‌عملی

مجیب سنایی‌مهر[۱]، *حسن میرزاحسینی[۲]، مجید ضرغام‌حاجبی[۳]

**توضیحات نویسندگان**

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران؛

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Mirzahoseini.hasan@yahoo.com

**تاریخ دریافت:** ۳۰ شهریور ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۱ آذر ۱۳۹۹

**چکیده**

**زمینه و هدف:** روابط اولیهٔ والدین با کودک و حوادث تروماتیک دوران کودکی در شکل‌گیری اختلالات وسواسی نقش بسزایی دارد؛ بنابراین هدف این مطالعه تعیین نقش میانجی ذهنیت طرحواره‌ای بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اختلال وسواس فکری‌عملی بود.

**روش‌بررسی:** این مطالعهٔ مقطعی با استفاده از روش پژوهش توصیفی_همبستگی و مدل تحلیل مسیر انجام شد. جامعهٔ آماری شامل تمامی افراد دارای اختلال وسواس فکری و عملی بود که به مراکز درمانی و مشاورهٔ شهر تهران در سال ۱۳۹۷ مراجعه کردند. گروه نمونه‌ای با حجم ۴۵۰ نفر با روش غیرتصادفی و هدف‌مند انتخاب شد؛ اما درنهایت ۴۲۷ نفر به پرسشنامه‌ها جواب کامل دادند. در این مطالعه از فرم کوتاه پرسشنامهٔ طرحوارهٔ یانگ (یانگ، ۱۹۹۸)، فرم کوتاه سیاههٔ ذهنیت طرحواره‌ای (لابستل و همکاران، ۲۰۱۰) و پرسشنامهٔ بازنگری‌شده وسواسی‌جبری (فوآ و همکاران، ۲۰۰۲) استفاده شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با ضریب همبستگی پیرسون و مدل تحلیل مسیر با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخهٔ ۲۲ و AMOS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد، اثر غیرمستقیم حوزهٔ اول به وسواس فکری‌عملی با میانجیگری والد ناکارآمد ($p<۰/۰۰۱$، $\beta=۰/۱۸$)، اثر غیرمستقیم حوزهٔ پنجم به وسواس فکری‌عملی با میانجیگری والد ناکارآمد ($p<۰/۰۰۱$، $\beta=۰/۱۳$)، اثر غیرمستقیم حوزهٔ اول به وسواس فکری‌عملی با میانجیگری مقابله‌ای ناکارآمد ($p<۰/۰۰۱$، $\beta=۰/۱۴$) و اثر غیرمستقیم حوزهٔ پنجم به وسواس فکری‌عملی با میانجیگری مقابله‌ای ناکارآمد ($p<۰/۰۰۱$، $\beta=۰/۲۲$) مثبت و معنادار بود؛ همچنین شاخص‌های نکویی برازش از برازش مطلوب الگو با داده‌های گردآوری‌شده حمایت کردند ($\chi^2/df=۲/۱۶$، $CFI=۰/۹۱$، $GFI=۰/۹۳$، $AGFI=۰/۹۴$، $RMSEA=۰/۰۴۵$).

**نتیجه‌گیری:** براساس نتایج پژوهش، طرحواره‌های ناسازگار اولیه (حوزهٔ اول، طرد و رهاشدگی و حوزهٔ پنجم، گوش‌به‌زنگی افراطی و بازداری) با نقش میانجی ذهنیت طرحواره‌ای (شامل مقابله‌ای ناکارآمد و والد ناکارآمد) تأثیر معناداری بر اختلال وسواس فکری‌عملی دارند.

**کلیدواژه‌ها:** طرحواره، ذهنیت طرحواره‌ای، طرحوارهٔ ناسازگار اولیه، اختلال وسواس فکری‌عملی.

**حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی**. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03 ]

## ۱ مقدمه

اختلال وسواس فکری‌عملی[1]، اختلال اضطرابی ناتوان‌کننده‌ای است (۱). در این اختلال، ۲۰ تا ۳۰درصد از بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری‌عملی بهبودی چشمگیر دارند، ۴۰ تا ۵۰درصد از آن‌ها بهبودی متوسط دارند، ۲۰ تا ۴۰درصد نیز یا به همان صورت بدحال می‌مانند یا علائم آن‌ها بدتر می‌شود. بسیاری از بیماران درمقابل درمان مقاومت می‌کنند و از مصرف دارو یا انجام‌دادن تکالیف خودداری می‌کنند (۲). از هر ۴۵ نفر یک نفر به این اختلال مبتلاست (۳). درحالی‌که بیش از ۹۰درصد از افراد، علائم وسواس‌ها و اجبارها را با همان کیفیت و شکل افراد مبتلا به اختلال وسواسی‌جبری تجربه می‌کنند (۵ـ۴)؛ بنابراین اهمیت و ضرورت شناخت علائم وسواس‌ها و اجبارها دوچندان می‌شود.

نتایج برخی پژوهش‌ها نشان داد در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری‌عملی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه نقش مهمی در تبیین نشانه‌های وسواس جبری دارد (۶،۷)؛ بنابراین می‌توان دریافت که امکان به‌کارگیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه برای تبیین نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی وجود دارد؛ ازاین‌رو باید بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نشانه‌ها، ذهنیت‌های ناسازگار نقش میانجی داشته باشند. در افراد با اختلال وسواس از بین ذهنیت‌های سه‌گانهٔ ناسازگار (ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار، ذهنیت‌های کودکانه، ذهنیت‌های والد ناکارآمد) ذهنیت‌های والد ناکارآمد نقش اساسی دارند؛ این ذهنیت[2] شامل جنبه‌های منفی درونی‌شده ناشی از مراقبان دوران کودکی و احساس‌های تجربه‌شده به‌همراه آن‌ها می‌شود و شامل ذهنیت والد تنبیه‌گر/سرزنشگر یا پرتوقع می‌شود (۸). نتایج پژوهش ثیل و همکاران مشخص کرد، درمان توسط طرحواره‌های ناسازگار اولیه و حالت‌های طرحواره در اختلال وسواس فکری‌عملی پیش‌بینی‌شدنی است (۹). همچنین نتایج پژوهش کیم و همکاران نشان داد، بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ابعاد علائم بیماری اختلال وسواس فکری‌عملی در بیماران مبتلا به این اختلال رابطه وجود دارد (۱۰).

ضرورت انجام پژوهش حاضر به این دلیل است که در مدل‌سازی اختلال وسواس فکری‌عملی، کمتر به فرایند طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ذهنیت طرحواره‌ای توجه شده است؛ بنابراین اهمیت تدوین مدلی طرحواره‌ای با نقش میانجی ذهنیت طرحواره‌ای برای اختلال وسواس فکری‌عملی دوچندان می‌شود. همچنین با بررسی ذهنیت طرحواره‌ای در اختلال وسواس فکری‌عملی می‌توان درمان‌های شناختی‌رفتاری را برای اختلال وسواس گسترش داد؛ بنابراین هدف این مطالعه تعیین نقش میانجی ذهنیت طرحواره‌ای بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و وسواس فکری‌عملی بود.

## ۲ روش‌بررسی

این مطالعهٔ مقطعی با استفاده از روش پژوهش توصیفی‌ـ‌همبستگی و مدل تحلیل مسیر انجام شد. جامعهٔ آماری را جمعیت بالینی بزرگسال با اختلال وسواس فکری‌عملی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و مشاورهٔ شهر تهران در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. برای تعیین حجم نمونه، به ازای هر متغیر پیش‌بین (هشت متغیر) در مدل مفهومی پژوهش حاضر (شکل ۱)، ۲۰ نفر در نظر گرفته شد (۹)؛ اما برای اطمینان بیشتر، ۴۵۰ نفر انتخاب شدند. در ابتدا به‌دلیل احتمال ریزش نمونه به‌سبب وجود اختلال روان‌پزشکی دیگر به‌خصوص اختلالات شخصیت و اختلالات بالینی مثل دوقطبی (به‌جز اختلال همبود مثل اضطراب، افسردگی و شخصیت وسواسی)، آمادگی‌نداشتن و رضایت آگاهانه نداشتن برای شرکت در پژوهش یا مصرف هرگونه داروهای روان‌گردان و اعتیاد، گروه نمونه‌ای با حجم ۴۵۰ نفر با روش غیرتصادفی و هدف‌مند انتخاب شد؛ اما درنهایت ۴۲۷ نفر به پرسشنامه‌ها جواب کامل دادند. شرکت‌کنندگان پس از تکمیل پرسشنامه‌های تشخیصی و غربال اولیه، مصاحبهٔ بالینی شدند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش شامل زنان و مردان دارای سن ۱۸تا۶۰ سال و نیز دارای تشخیص اختلال وسواس فکری‌عملی به تشخیص روان‌شناس بالینی و روان‌پزشک بود. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش، ارائهٔ اطلاعات ناقص و پاسخ‌ندادن به تمامی سؤالات پرسشنامه‌ها بود. افراد دارای ملاک‌های ورود انتخاب شدند و با رضایت و آمادگی در پژوهش شرکت کردند. دربارهٔ ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در پژوهش حاضر باید گفت تمامی افراد به‌صورت کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کردند؛ این اطمینان به افراد داده شد که تمامی اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

ابزارهای زیر برای جمع‌آوری داده‌ها به‌کار رفت.

ـ فرم کوتاه پرسشنامهٔ طرحوارهٔ یانگ[3] : نسخهٔ اصلی پرسشنامهٔ طرحوارهٔ یانگ توسط یانگ در سال ۱۹۹۴ برای اندازه‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه ساخته شد. سپس فرم کوتاه پرسشنامهٔ طرحوارهٔ یانگ را یانگ در سال ۱۹۹۸ طراحی کرد (۱۱). نسخهٔ ۷۵سؤالی پرسشنامهٔ طرحوارهٔ یانگ که فرم کوتاه‌شدهٔ ۲۰۵سؤالی است، هجده طرحوارهٔ ناسازگار اولیه را ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه در قضاوت بالینی برای متخصصان و پژوهشگرانی که می‌خواهند دربارهٔ باورهای مرکزی اشخاص مبتلا به اختلال‌های روان‌شناختی مطالعه کنند، فواید عملی مناسبی دارد. این پرسشنامه شامل پنج حوزه است: طرد و بریدگی (حوزهٔ اول)، خودگردانی و عملکرد مختل (حوزهٔ دوم)، محدودیت‌های مختل (حوزهٔ سوم)، دیگرجهت‌مندی (حوزهٔ چهارم) و گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری (حوزهٔ پنجم). هر آیتم این پرسشنامه منعکس‌کنندهٔ فکر، احساس یا رفتاری مرتبط با طرحواره‌ای خاص است. آیتم‌ها در مقیاس لیکرت شش‌درجه‌ای از ۱=کاملاً موافق تا ۶=کاملاً مخالف نمره‌گذاری می‌شوند. نمرهٔ بیشتر در هر خرده‌مقیاس نشان‌دهندهٔ احتمال بیشتر وجود طرحواره‌ای ناسازگار است (۱۱). در پژوهش یانگ پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۶ و برای تمامی خرده‌مقیاس‌ها بیشتر از ۰/۸۰ در نسخهٔ اصلی به‌دست آمد (۱۱). نتایج بررسی پایایی نسخهٔ

[1]. Obsessive Compulsive Disorder (OCD)
[2]. Mentality
[3]. Young Schema Questionnaire-Short Form (YSQ-SF)



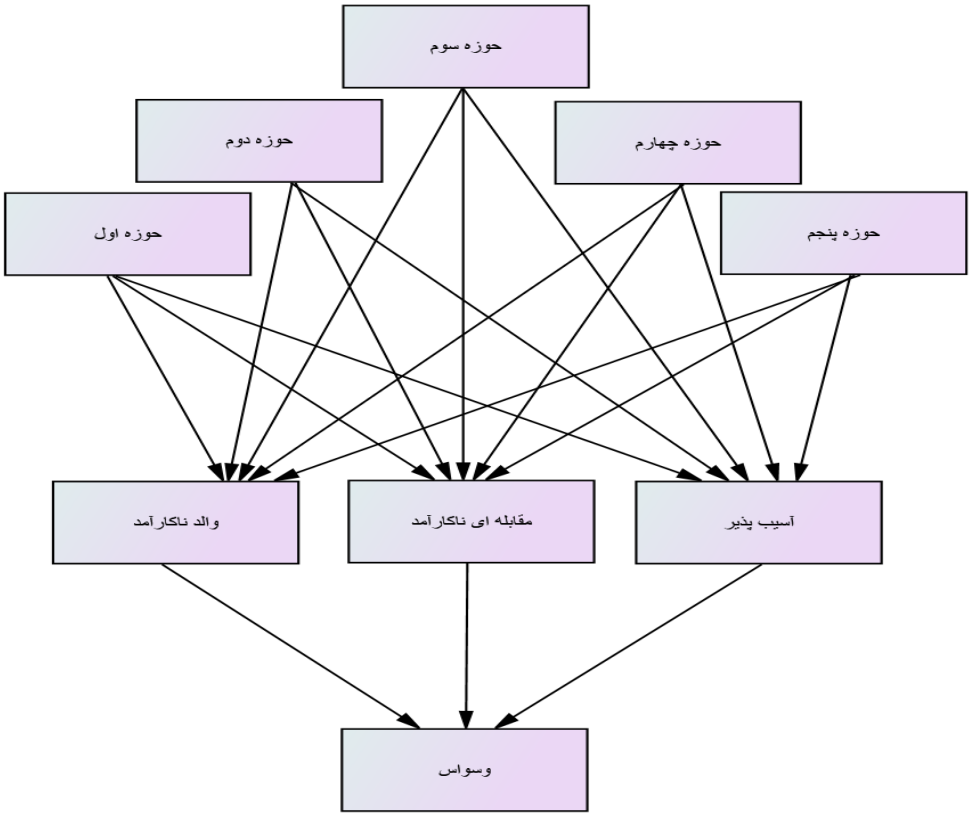
[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03 ]

فارسی این پرسشنامه توسط خسروانی و همکاران با روش آلفای کرونباخ نشان داد که ضریب پایایی این مقیاس‌ها ۰/۹۱ بود که در حد مطلوب است (۱۲).

ـ فرم کوتاه سیاههٔ ذهنیت طرحواره‌ای[1] : فرم کوتاه سیاههٔ ذهنیت طرحواره‌ای توسط لابستل و همکاران در سال ۲۰۱۰ ساخته شد (۱۳). این پرسشنامه ۱۲۴ سؤال دارد و هدف آن سنجش چهارده ذهنیت طرحواره‌ای شامل ذهنیت کودک آسیب‌پذیر، ذهنیت کودک عصبانی، ذهنیت کودک غضبناک، ذهنیت کودک تکانشی، ذهنیت کودک بی‌انضباط، ذهنیت کودک شاد، ذهنیت تسلیم‌شدهٔ مطیع، ذهنیت محافظ بی‌تفاوت، ذهنیت خودآرام‌بخش بی‌تفاوت، ذهنیت خودبزرگ‌منش، ذهنیت زورگو و تهاجمی، ذهنیت والد تنبیه‌گر، ذهنیت والد پرتوقع و ذهنیت بزرگسال سالم است. این چهارده ذهنیت در سه ذهنیت کلی طبقه‌بندی می‌شود: ذهنیت آسیب‌پذیر؛ ذهنیت مقابله‌ای ناکارآمد؛ ذهنیت والد ناکارآمد. نمره‌گذاری پرسشنامه در طیف شش‌درجه‌ای لیکرت (هرگز=۱ تا همیشه=۶) صورت می‌گیرد و هرچه نمرهٔ فرد بیشتر باشد، حاکی‌از انعطاف‌پذیری ذهنیت طرحواره‌ای است (۱۳). در پژوهش لابستل و همکاران پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۶تا۰/۹۶ گزارش شد (۱۳). پایایی نسخهٔ فارسی این پرسشنامه در پژوهش امدادی و همکاران، به‌روش آلفای کرونباخ در دامنه‌ای بین ۰/۵۱ تا۰/۸۸ به‌دست آمد (۱۴).

ـ پرسشنامهٔ بازنگری‌شده وسواسی‌جبری[2] : این پرسشنامه مقیاسی خودسنجی برای ارزیابی شدت و علائم اختلال وسواس در جمعیت بالینی و غیربالینی است که توسط فوآ و همکاران در سال ۲۰۰۲ ارائه شد (۱۵). این پرسشنامه دارای ۱۸ ماده است که در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از صفر=هرگز تا ۴=همیشه نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه شامل شش زیرمقیاس شست‌وشو، وسواس فکری، انباشت، نظم و ترتیب، وارسی‌کردن و خنثی‌سازی است. هر زیرمقیاس سه ماده دارد و نمرهٔ آن بین صفرتا۱۲ قرار می‌گیرد؛ به این ترتیب پیوستار نمرهٔ کلی پرسشنامه بین صفرتا۷۲ است. نمرهٔ برش پرسشنامه ۲۱ است و افرادی که این نمره و بیشتر از آن را کسب کنند، به‌عنوان افراد دارای اختلال وسواس تشخیص داده می‌شوند (۱۵). در پژوهش فوآ و همکاران پایایی نسخهٔ اصلی پرسشنامه به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به‌دست آمد (۱۵). قاسم‌زاده و همکاران در پژوهش خود همسانی درونی را برای کل مقیاس برابر با ۰/۹۱، پایایی بازآزمایی را برای کل مقیاس با فاصلهٔ دو هفته برابر با ۰/۸۱ و همگرایی این پرسشنامه را با پرسشنامهٔ وسواس‌ـ اجباری مادزلی[3] برابر با ۰/۴۹ به‌دست آوردند (۱۶).

مدل پیشنهادی نقش میانجی ذهنیت طرحواره‌ای بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و وسواس فکری‌عملی در شکل ۱ ارائه شده است.




شکل ۱. مدل پیشنهادی پژوهش مبنی‌بر نقش میانجی ذهنیت طرحواره‌ای بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و وسواس فکری‌عملی

1. Short Schema Mode Inventory (SMI)
2. Revised Obsessive-Compulsive Inventory
3. The Maudsley Obsessive-Compulsive Questionnaire



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03 ]

در این پژوهش از آمار توصیفی برای دسته‌بندی مشخصات فردی آزمودنی‌ها به‌منظور محاسبهٔ فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. همچنین در این پژوهش روش آمار استنباطی به‌کار رفت. از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف برای تشخیص نرمال‌بودن داده‌ها و از ضریب همبستگی پیرسون و مدل تحلیل مسیر استفاده شد. در راستای برازندگی الگوی پیشنهادی، شاخص مجذور خی‌دو بر درجهٔ آزادی[1]، شاخص نکویی تطبیقی[2]، شاخص نکویی برازش[3]، شاخص نکویی برازش تطبیقی[4] و ریشهٔ خطای میانگین مجذورات تقریب[5] بررسی شد. برای بررسی اثر غیرمستقیم، آزمون بوت‌استروپ به‌کار رفت. تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخهٔ ۲۲ و AMOS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

## ۳ یافته‌ها

جدول ۱ توزیع فراوانی نمونه‌ها را براساس جنسیت، ردهٔ سنی و سطح تحصیلات نشان می‌دهد.

جدول ۱. توزیع فراوانی نمونه براساس وضعیت تأهل، مدرک تحصیلی و جنسیت

| شاخص آماری | رده سنی | | | جنسیت | | سطح تحصیلات | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | کمتر از ۳۰ سال | ۳۱تا۴۱ سال | ۴۱تا۵۰ سال | بیشتر از ۵۰ سال | مرد | زن | بی‌سواد | راهنمایی | دبیرستان | دانشگاهی |
| فراوانی | ۲۴ | ۲۵۶ | ۷۸ | ۶۹ | ۱۰۹ | ۳۱۸ | ۱۴۴ | ۱۱۲ | ۷۳ | ۹۸ |
| درصد | ۷ | ۵۹ | ۱۸ | ۱۶ | ۲۶ | ۷۴ | ۳۳ | ۲۶ | ۱۷ | ۲۴ |

باتوجه به نتایج جدول ۱، بیشتر افراد شرکت‌کننده در پژوهش را زنان تشکیل دادند. ردهٔ سنی ۳۱تا۴۱ سال، شرکت‌کنندگان بیشتری در پژوهش داشت. از نظر سطح تحصیلات نیز افراد بی‌سواد دارای شرکت‌کنندهٔ بیشتری در پژوهش بودند. به‌منظور بررسی نرمال‌بودن داده‌های پژوهش از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف استفاده شد. باتوجه به آزمون کولموگروف‌اسمیرنف، نرمال‌بودن داده‌ها برای تمامی خرده‌مقیاس‌های متغیرهای ذهنیت طرحواره‌ای و طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نیز متغیر اختلال وسواس فکری‌عملی رد نشد ($p>۰/۰۵$)؛ بنابراین در ادامه، ضریب همبستگی پیرسون و مدل تحلیل مسیر به‌کار رفت. یافته‌های به‌دست‌آمده از ضریب همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۲ درج شده است.

جدول ۲. ماتریس ضرایب همبستگی پیرسون و شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

| ردیف | متغیر | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ۱ | حوزهٔ اول | ۱ | | | | | | | | |
| ۲ | حوزهٔ دوم | ۰/۷۳** | ۱ | | | | | | | |
| ۳ | حوزهٔ سوم | ۰/۶۵** | ۰/۸۳** | ۱ | | | | | | |
| ۴ | حوزهٔ چهارم | ۰/۵۹** | ۰/۸۰** | ۰/۶۳** | ۱ | | | | | |
| ۵ | حوزهٔ پنجم | ۰/۷۵** | ۰/۸۲** | ۰/۷۳** | ۰/۷۴** | ۱ | | | | |
| ۶ | آسیب‌پذیر | ۰/۴۷** | ۰/۴۳** | ۰/۳۹** | ۰/۳۷** | ۰/۳۷** | ۱ | | | |
| ۷ | مقابله‌ای ناکارآمد | ۰/۴۱** | ۰/۴۴** | ۰/۳۵** | ۰/۳۴** | ۰/۳۷** | ۰/۸۳** | ۱ | | |
| ۸ | والد ناکارآمد | ۰/۴۸** | ۰/۴۷** | ۰/۴۱** | ۰/۳۹** | ۰/۴۱** | ۰/۷۹** | ۰/۷۶** | ۱ | |
| ۹ | وسواس | ۰/۵۴** | ۰/۵۱** | ۰/۴۹** | ۰/۴۴** | ۰/۵۱** | ۰/۵۶** | ۰/۵۴** | ۰/۵۹** | ۱ |
| | میانگین | ۹۸/۳۱ | ۴۷/۴۶ | ۲۹/۰۹ | ۲۹/۹۷ | ۲۸/۲ | ۸۱/۶۷ | ۴۸/۰۱ | ۶۹/۰۵ | ۳۱/۴۳ |
| | انحراف معیار | ۲۵/۴۳ | ۱۰/۱۱ | ۷/۵۹ | ۷/۰۲ | ۹/۷۷ | ۲۰/۲۲ | ۱۱/۹۴ | ۱۵/۷۳ | ۹/۷ |
| | فرض نرمال‌بودن | ۰/۰۸۹ | ۰/۰۹۳ | ۰/۱۱۴ | ۰/۱۵۷ | ۰/۱۴۸ | ۰/۱۷۱ | ۰/۱۵۶ | ۰/۱۳۲ | ۰/۲۷۹ |

$p<۰/۰۵$**

باتوجه به مندرجات جدول ۲ می‌توان بیان کرد، بین تمامی متغیرهای حاضر در تحلیل که در جدول ۲ به آن‌ها اشاره شده است، رابطهٔ مستقیم

1. $\chi 2/df$
2. Comparative fit index (CFI)
3. Goodness of fit index (GFI)
4. Adjusted goodness of fit index (AGFI)
5. Root mean square error of approximation (RMSEA)



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03 ]

و معنادار وجود دارد ($p<۰/۰۵$). در شکل ۲ مدل آزمون‌شده همراه با مقادیر استانداردشده روی هر کدام از مسیرها درج شده است.

جدول ۳. ضرایب مسیر بین متغیرهای پژوهش در الگوی پژوهش

| مسیرها | | برآورد ضریب استانداردنشده | برآورد ضریب استاندارد β | خطای معیار | مقدار احتمال |
|---|---|---|---|---|---|
| مسیر مستقیم | حوزهٔ اول به آسیب‌پذیر | ۰/۱۱ | ۰/۰۱ | ۰/۰۲۱ | ۰/۳۶۹ |
| | حوزهٔ دوم به آسیب‌پذیر | ۰/۰۵ | ۰/۱۸ | ۰/۰۴۴ | ۰/۰۹۱۵ |
| | حوزهٔ سوم به آسیب‌پذیر | ۰/۱۳ | ۰/۰۳ | ۰/۰۲۹ | ۰/۱۱۳ |
| | حوزهٔ چهارم به آسیب‌پذیر | ۰/۰۹ | ۰/۰۱ | ۰/۰۳۱ | ۰/۰۹۸ |
| | حوزهٔ پنجم به آسیب‌پذیر | ۰/۲۷ | ۰/۰۴ | ۰/۰۰۹ | ۰/۱۱۹ |
| | حوزهٔ اول به والد ناکارآمد | ۰/۵۲ | ۰/۴۶ | ۰/۰۴۵ | <۰/۰۰۱ |
| | حوزهٔ دوم به والد ناکارآمد | ۰/۱۰ | ۰/۰۵ | ۰/۰۱۸ | ۰/۱۰۱ |
| | حوزهٔ سوم به والد ناکارآمد | ۰/۱۸ | ۰/۱۳ | ۰/۰۵۴ | ۰/۳۱۵ |
| | حوزهٔ چهارم به والد ناکارآمد | ۰/۰۲ | ۰/۰۱ | ۰/۰۶۱ | ۰/۴۳۱ |
| | حوزهٔ پنجم به والد ناکارآمد | ۰/۸۳ | ۰/۷۹ | ۰/۰۸۴ | <۰/۰۰۱ |
| | حوزهٔ اول به مقابله‌ای ناکارآمد | ۰/۳۰ | ۰/۲۸ | ۰/۰۲۵ | <۰/۰۰۱ |
| | حوزهٔ دوم به مقابله‌ای ناکارآمد | ۰/۰۲ | ۰/۰۱ | ۰/۱۴۴ | ۰/۸۱۸ |
| | حوزهٔ سوم به مقابله‌ای ناکارآمد | ۰/۰۳ | ۰/۰۱ | ۰/۱۴۷ | ۰/۰۹۴ |
| | حوزهٔ چهارم به مقابله‌ای ناکارآمد | ۰/۲۵ | ۰/۱۹ | ۰/۰۴۷ | ۰/۴۱۵ |
| | حوزهٔ پنجم به مقابله‌ای ناکارآمد | ۰/۳۴ | ۰/۳۰ | ۰/۱۲۱ | ۰/۰۰۲ |
| | آسیب‌پذیر به وسواس | ۰/۰۳ | ۰/۰۲ | ۰/۱۳۷ | ۰/۱۱۵ |
| | والد ناکارآمد به وسواس | ۰/۶۰ | ۰/۵۴ | ۰/۰۵۶ | <۰/۰۰۱ |
| | مقابله‌ای ناکارآمد به وسواس | ۰/۳۹ | ۰/۳۳ | ۰/۱۱۲ | <۰/۰۰۱ |

جدول ۳ نشان می‌دهد، ضریب مسیر مستقیم بین حوزهٔ اول به والد ناکارآمد ($p<۰/۰۰۱$، $\beta=۰/۴۶$) مثبت و معنادار است و ضرایب مسیر بین حوزهٔ پنجم به والد ناکارآمد ($p<۰/۰۰۱$، $\beta=۰/۷۹$)، حوزهٔ اول به مقابله‌ای ناکارآمد ($p<۰/۰۰۱$، $\beta=۰/۲۸$)، حوزهٔ پنجم به مقابله‌ای ناکارآمد ($p=۰/۰۰۲$، $\beta=۰/۳۰$)، والد ناکارآمد به وسواس فکری‌عملی ($p<۰/۰۰۱$، $\beta=۰/۵۴$) و مقابله‌ای ناکارآمد به وسواس فکری‌عملی ($p<۰/۰۰۱$، $\beta=۰/۳۳$) مثبت و معنادار است و باقی ضرایب مسیر معنادار نیست.

جدول ۴. برآورد اثر غیرمستقیم (با استفاده از آزمون بوت‌استروپ) و کل متغیرهای پژوهش

| متغیر مستقل | مقادیر احتمال مربوط به ضرایب غیرمستقیم | | مقدار احتمال | مقدار احتمال مربوط به اثر کل | | مقدار احتمال |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | β (استاندارد) | t | | β (استاندارد) | t | |
| حوزهٔ اول به وسواس با میانجیگری والد ناکارآمد | ۰/۱۸ | ۷/۷۲ | <۰/۰۰۱ | ۰/۶۴ | ۱۰/۲۴ | <۰/۰۰۱ |
| حوزهٔ پنجم به وسواس با میانجیگری والد ناکارآمد | ۰/۱۳ | ۵/۵۴ | <۰/۰۰۱ | ۰/۹۲ | ۳۹/۱۶ | <۰/۰۰۱ |
| حوزهٔ اول به وسواس با میانجیگری مقابله‌ای ناکارآمد | ۰/۱۴ | ۵/۸۹ | <۰/۰۰۱ | ۰/۴۲ | ۲۲/۷۰ | <۰/۰۰۱ |
| حوزهٔ پنجم به وسواس با میانجیگری مقابله‌ای ناکارآمد | ۰/۲۲ | ۸/۹۶ | <۰/۰۰۱ | ۰/۵۲ | ۲۹/۸۴ | <۰/۰۰۱ |

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، اثر غیرمستقیم حوزهٔ اول به وسواس فکری‌عملی با میانجیگری والد ناکارآمد ($p<۰/۰۰۱$، $\beta=۰/۱۸$) و اثر غیرمستقیم حوزهٔ پنجم به وسواس فکری‌عملی با میانجیگری والد ناکارآمد ($p<۰/۰۰۱$، $\beta=۰/۱۳$) مثبت و معنادار است؛ همچنین اثر غیرمستقیم حوزهٔ اول به وسواس فکری‌عملی با میانجیگری مقابله‌ای ناکارآمد ($p<۰/۰۰۱$، $\beta=۰/۱۴$) و اثر غیرمستقیم حوزهٔ پنجم به



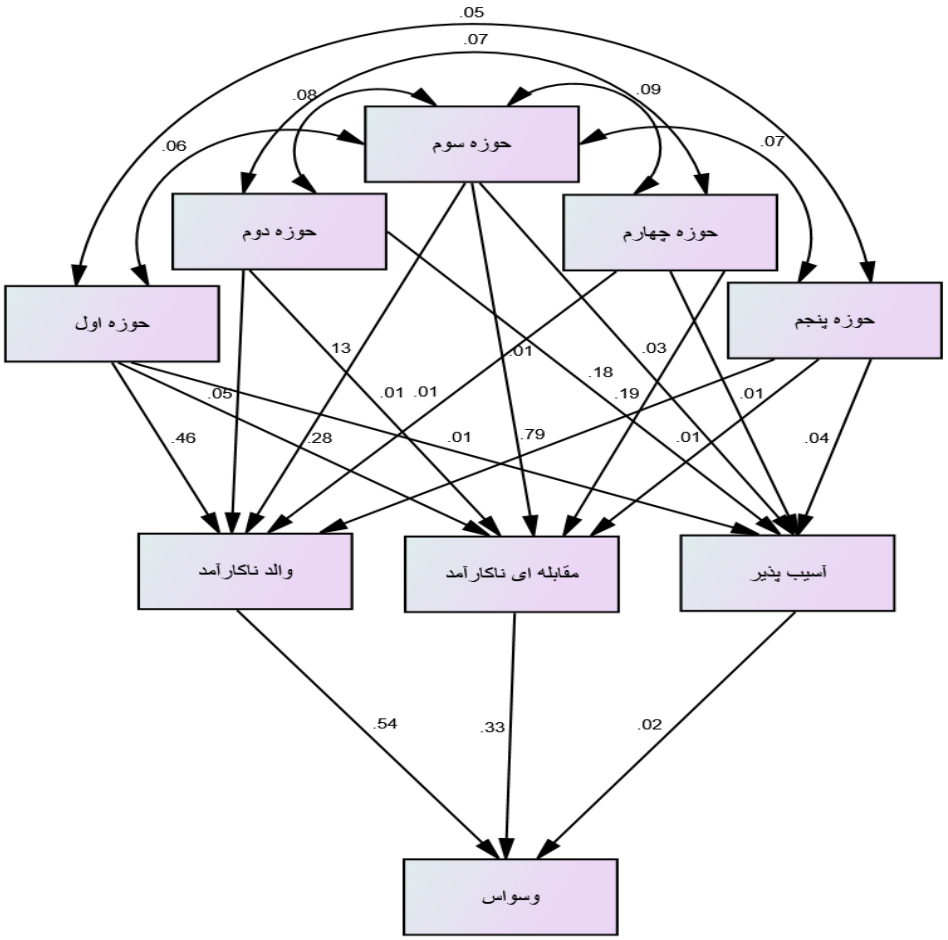
[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03 ]

وسواس فکری‌عملی با میانجیگری مقابله‌ای ناکارآمد ($p$<۰/۰۰۱، β=۰/۲۲) مثبت و معنادار است؛ همچنین اثر کل حوزهٔ اول به وسواس فکری‌عملی با میانجیگری والد ناکارآمد ($p$<۰/۰۰۱، β=۰/۶۴) و اثر کل حوزهٔ پنجم به وسواس فکری‌عملی با میانجیگری والد ناکارآمد ($p$<۰/۰۰۱، β=۰/۹۲) مثبت و معنادار است؛ همچنین اثر کل حوزهٔ اول به وسواس فکری‌عملی با میانجیگری مقابله‌ای ناکارآمد ($p$<۰/۰۰۱، β=۰/۴۲) و اثر کل حوزهٔ پنجم به وسواس فکری‌عملی با میانجیگری مقابله‌ای ناکارآمد ($p$<۰/۰۰۱، β=۰/۵۲) مثبت و معنادار است. الگوی ساختاری پژوهش در شکل ۲ ارائه شده است؛ همچنین در جدول ۵، شاخص‌های نکویی برازش الگوی مسیر مشاهده می‌شود.

جدول ۵. شاخص‌های نکویی برازش الگوی ساختاری

| شاخص‌های نکویی برازش | نسبت مجذور خی به درجهٔ آزادی | ریشهٔ خطای میانگین مجذورات تقریب | شاخص نکویی برازش تطبیقی | شاخص نکویی برازش | شاخص نکویی تطبیقی |
|---|---|---|---|---|---|
| الگوی ساختاری | ۲/۱۶ | ۰/۰۴۵ | ۰/۹۴ | ۰/۹۳ | ۰/۹۱ |

جدول ۵ نشان می‌دهد، شاخص‌های نکویی برازش از برازش مطلوب الگو با داده‌های گردآوری‌شده حمایت می‌کند. نتایج الگوی مسیر اندازه‌گیری‌شدهٔ روابط ذهنیت طرحواره‌ای و طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اختلال وسواس فکری‌عملی، در شکل ۲ ارائه شده است.




شکل ۲. ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم در مدل پیشنهادی

## ۴ بحث

این مطالعه با هدف تعیین نقش میانجی ذهنیت طرحواره‌ای بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و وسواس فکری‌عملی انجام شد. شاخص‌های برازش نشان دادند که مدل پیشنهادی از برازش مطلوبی



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03 ]

برخوردار است. یافته‌های این مطالعه نشان داد، رابطهٔ بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه (حوزهٔ اول، طرد و رهاشدگی و حوزهٔ پنجم، گوش‌به‌زنگی افراطی و بازداری) و وسواس فکری‌عملی با نقش میانجی ذهنیت طرحواره‌ای (شامل مقابله‌ای ناکارآمد و والد ناکارآمد) در مبتلایان به اختلال وسواس فکری‌عملی معنادار بود. همچنین طرحواره‌های ناسازگار اولیه (حوزهٔ اول، طرد و رهاشدگی و حوزهٔ پنجم، گوش‌به‌زنگی افراطی و بازداری) قادر بودند ذهنیت طرحواره‌ای (شامل مقابله‌ای ناکارآمد و والد ناکارآمد) را به‌طور مستقیم پیش‌بینی کنند. علاوه‌براین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نقش میانجی ذهنیت طرحواره‌ای (شامل مقابله‌ای ناکارآمد و والد ناکارآمد) توانستند وسواس فکری‌عملی را به‌طور غیرمستقیم شناسایی کنند.

این یافته‌ها هماهنگ با نظریه‌هایی است که بی‌ثباتی در روابط بین‌فردی را هستهٔ اصلی آسیب‌شناسی اختلالات هماهنگی می‌دانند؛ همچنین در راستای نتایج پژوهش کیم و همکاران است که نشان دادند بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ابعاد علائم اختلال وسواس فکری‌عملی در بیماران مبتلا به این اختلال رابطه وجود دارد (۱۰). مطالعات انجام‌شده از لحاظ روش باهم متفاوت بوده است؛ اما همهٔ مطالعات حاکی‌از این است که مشکلات در روابط بین‌فردی و تجربهٔ تروماهای کودکی در بیماران دچار اختلالات، وجود دارد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، وقتی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در ساختار شناختی افراد فعال می‌شوند، آن‌ها را بیش از دیگران درمعرض فشار روانی قرار می‌دهند و فرد در حال حاضر حالاتی از هیجان، شناخت و رفتار را تجربه می‌کند که این حالات را ذهنیت طرحواره‌ای می‌نامند (۱۲). با فعال‌شدن ذهنیت‌های والد ناکارآمد، فرد توسط صداها و پیام‌های مراقبان و مراجع قدرت اولیهٔ خود در زندگی (والدین، معلم‌ها، مربی‌ها، هم‌کلاسی‌ها، قلدرهای مدرسه) که تنبیه‌کننده و بی‌توجه بوده‌اند، احاطه خواهد شد. این ذهنیت احساس خشم، خصومت و تجربهٔ طرد در دورهٔ کودکی را در بر می‌گیرد. به‌هنگام حضور ذهنیت والد تنبیه‌گر فرد احساس می‌کند تنبیه و سرزنش شایستهٔ وی است و اغلب براساس این احساسات رفتار می‌کند و خود را در موقعیت‌های سرزنش، تنبیه و سوءاستفاده قرار می‌دهد (مانند خودزنی). در ذهنیت والد پرتوقع، فرد احساس می‌کند باید کامل باشد، به سطوح عالی پیشرفت برسد، نظم و ترتیب را رعایت کند، برای شرایط عالی تلاش کند، به نیازهای دیگران درمقایسه با نیازهای خودش الویت دهد، مفید و کارا باشد و هیچ وقتی را تلف نکند (۹). احساس می‌کند ابراز هیجان و انجام رفتار خودانگیخته اشتباه است. تفاوت بین این دو ذهنیت در این است که تمرکز ذهنیت والد تنبیه‌گر بر چگونگی اجرای قوانین و ذهنیت والد پرتوقع بر خود استانداردها و قوانین و نه اجرای آن است (۱۰). والد تنبیه‌گر احتمال دارد پرتوقع باشد یا نباشد و والد پرتوقع نیز می‌تواند تنبیه‌گر باشد یا نباشد. وقتی ذهنیت‌های والد ناکارآمد در بیماران فعال می‌شود، آن‌ها در نقش والدین خود می‌روند و همان‌طوری با خودشان رفتار می‌کنند که والدینشان سال‌ها قبل با آنان رفتار کرده‌اند (۱۴). آن‌ها اغلب صدای والدینشان را در خودگویی‌های خود نشان می‌دهند. وقتی ذهنیت‌های والد ناکارآمد فعال می‌شوند، احساس، افکار و رفتار بیماران مثل والدینشان است که در زمان کودکی دربارهٔ آن‌ها داشته‌اند (۱۰). درواقع افراد وسواسی در حالت تجربه‌کردن ذهنیت والد ناکارآمد، خود را پایبند برنامه‌ریزی دقیق، احتیاط‌های غیرضروری، حفظ نظم و اعمال تکراری می‌کنند که در کودکی والدینشان همین اعمال را با آن‌ها داشته‌اند (۷). شیوع اختلال وسواسی‌ـ‌اجباری در افراد با والدین دارای اختلال‌های روان‌شناختی یا کمتر حمایتگر، بیشتر است. این والدین به‌طبع نمی‌توانند نیازهای هیجانی و عاطفی فرزندانشان را به‌خوبی برآورده سازند و احتمال اینکه فرزندان این افراد طرحواره‌های ناسازگار اولیهٔ بیشتری داشته باشند، بسیار زیاد است. چنان‌که مطرح شده است، محبت کم یا تنبیه زیاد توسط والدین با خطر زیاد ابتلا به اختلال شخصیت مرتبط دانسته شده است. تجربه‌های نامناسب و آسیب‌زا در خلال دوران کودکی می‌تواند خطر ابتلای فرد را به اختلال شخصیت افزایش دهد. ازآنجاکه اکثر کودکان سال‌های آغازین عمر خود را بیشتر با والدین می‌گذرانند، احتمالاً والدینی که نیازهای عاطفی و حمایتی کودکان را برآورده نکنند، موجب ایجاد طرحواره‌های ناسازگار در این افراد و درنهایت افزایش خطر ابتلا به اختلال وسواس می‌شوند (۱۱). از حوزه‌های بسیار اصلی آسیب‌دیده در افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی‌ـ‌اجباری حوزهٔ افکار است که به‌تبع آن ارزیابی‌های فرد دچار اختلال و سوگیری می‌شود. هرچند ماهیت افکار در افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی، اختلال وسواس فکری‌عملی و افراد بهنجار تفاوت ویژه‌ای ندارد، نحوهٔ برخورد و ارزیابی این افراد و به بیان بهتر باورهای فراشناختی این افراد احتمالاً باعث ایجاد اختلال‌های مذکور می‌شود (۹). افراد وسواسی پس از تجربهٔ افکار مزاحم و رخنه‌کننده، از یک‌سو از راهبردهایی برای کنترل این افکار استفاده می‌کنند و از سوی دیگر چون بخشی از افکار آن‌ها مربوط به سودمندی این افکار است، باورهایی دربارهٔ مثبت‌بودن نگرانی و اضطراب دارند؛ درمجموع هر دوی این باورهای فراشناختی ناکارآمد، منتج به ایجاد و تشدید اختلال می‌شود (۱۳).

پژوهش حاضر خالی از محدودیت نبود که مهم‌ترین آن‌ها کنترل‌نکردن عواملی ازقبیل مصرف دارو، شدت وسواس و طول مدت بیماری در بیماران وسواسی و نیز ارتباط طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ذهنیت‌های طرحواره‌ای با علائم رفتاری وسواس بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با درنظرگرفتن این محدودیت‌ها انجام پذیرد؛ همچنین برای تبیین واریانس بیشتری از وسواس با سایر متغیرهای شناختی، رفتاری و فراشناختی، مدل جامع‌تری تدوین شود.

## ۵ نتیجه‌گیری

به‌صورت کلی این پژوهش نشان داد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه (حوزهٔ اول، طرد و رهاشدگی و حوزهٔ پنجم، گوش‌به‌زنگی افراطی و بازداری) با نقش میانجی ذهنیت طرحواره‌ای (شامل مقابله‌ای ناکارآمد و والد ناکارآمد) تأثیر معناداری بر اختلال وسواس فکری‌عملی دارند.

## ۶ تشکروقدردانی

از تمامی بیماران با اختلال وسواس فکری‌عملی که در این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03 ]

## ۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان: این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم است. همچنین مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده از مراکز مشاوره و درمانی شهر تهران با شماره نامهٔ ۵۳ صادر شده است. همهٔ افراد به‌صورت کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در آن مشارکت کردند. این اطمینان به افراد داده شد که تمامی اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

رضایت‌نامه برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

همهٔ نویسندگان مقاله به داده‌های پژوهش دسترسی دارند و در صورت درخواست کتبی به ایمیل نویسندهٔ مسئول، برای سایر پژوهشگران ارسال خواهد شد.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

تأمین منابع مالی این پژوهش از هزینه‌های شخصی بوده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی تأمین نشده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول داده‌های به‌دست‌آمده را آنالیز و تفسیر کرد. نویسندگان دوم و سوم، در نگارش نسخهٔ دست‌نوشته همکار اصلی بودند. همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.

## References

1. Hirschtritt ME, Bloch MH, Mathews CA. Obsessive-compulsive disorder: advances in diagnosis and treatment. JAMA. 2017;317(13):1358–67. doi: 10.1001/jama.2017.2200
2. Sarkhel S. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry, 10th edition. Indian J Psychiatry. 2009;51(4):31.
3. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry. 1992;53Suppl:4-10.
4. Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. Behav Res Ther. 1978;16(4):233-48 doi: 10.1016/0005-7967(78)90022-0
5. Purdon C, Clark DA. Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. Behav Res Ther. 1993;31(8):713–20. doi: 10.1016/0005-7967(93)90001-b
6. Yoosefi A, RajeziEsfahani S, Pourshahbaz A, Dolatshahee B, Assadi A, Maleki F, et al. Early maladaptive schemas in obsessive-compulsive disorder and anxiety disorders. Glob J Health Sci. 2016;8(10):53398. doi: 10.5539/gjhs.v8n10p167
7. Baz A, Karagüzel EÖ. A comparative examinataion of the relationship between early maladaptive schemas and symptom dimensions in patient with obsessive compulsive disorder, uneffected siblings of patients and healthy controls. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni. 2019;29(Suppl.S1):38–52.
8. Malivoire BL, Kuo JR, Antony MM. An examination of emotion dysregulation in maladaptive perfectionism. Clin Psychol Rev. 2019;71:39–50. doi: 10.1016/j.cpr.2019.04.006
9. Thiel N, Tuschen-Caffier B, Herbst N, Külz AK, Nissen C, Hertenstein E, et al. The prediction of treatment outcomes by early maladaptive schemas and schema modes in obsessive-compulsive disorder. BMC Psychiatry. 2014;14:362. doi: 10.1186/s12888-014-0362-0
10. Kim JE, Lee SW, Lee SJ. Relationship between early maladaptive schemas and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Res. 2014;215(1):134–40. doi: 10.1016/j.psychres.2013.07.036
11. Young, JE. The Young Schema Questionnaire: Short form. New York: Cognitive Therapy Center; 1998.
12. Khosravani V, Sharifi Bastan F, Samimi Ardestani M, Jamaati Ardakani R. Early maladaptive schemas and suicidal risk in an Iranian sample of patients with obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Res. 2017;255:441–8. doi: 10.1016/j.psychres.2017.06.080
13. Lobbestael J, van Vreeswijk M, Spinhoven P, Schouten E, Arntz A. Reliability and validity of the short Schema Mode Inventory (SMI). Behav Cogn Psychother. 2010;38(4):437-58. doi: 10.1017/S1352465810000226
14. Emdady M, Hajebi M, Mirzahoseini H, Monirpour N. Explanation of dyadic adjustment model based on components of schema modes and coping styles in blended and normal families. Int Arch Health Sci. 2019;6(1):36–40.
15. Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, Langner R, Kichic R, Hajcak G, et al. The obsessive-compulsive inventory: development and validation of a short version. Psychol Assess. 2002;14(4):485–96.
16. Ghassemzadeh H, Shams G, Meysami AP, Karamghadiri N. Psychometric properties of the Persian version of the Vancouver Obsessional-Compulsive Inventory Inventory (VOCI) in Iranian Non-Clinical Sample. Psychology. 2017;8:206-25. doi: 10.4236/psych.2017.81012

[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03 ]