MEJDS. 2022; 12:203.

Published online 2023 Jan. **Original Article**

Evaluating the Effectiveness of Individual Schema Therapy on Obsessive-Compulsive Symptoms in Adolescent Girls

Eesaee S[1], *Seirafi MR[2], Keraskian Moojembari A[2], Borjali A[3], Ranjbaripoor T[2]

Author Address
1. PhD Student in General Psychology, Psychology Department, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran;
3. Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
Corresponding Author Email: msf_3@yahoo.com

Received: 2021 July 13; **Accepted:** 2021 August 27

Abstract

Background & Objectives: Adolescence is a period of human development in which profound changes occur in a person's physical and psychological structure. Professionals have stated that because mental health problems, as well as personality and behavioral patterns of individuals, are difficult to change in adulthood, timely measures to diagnose mental health problems in children and adolescents are one of the main concerns of the mental health system. Obsessive–compulsive disorder is a neurological disorder that affects up to 1% of children and adolescents. Early maladaptive schemas are the deepest cognitive–emotional components that cause obsessions. In schema therapy, which is a modified and integrated form of cognitive therapy, it is assumed that experiences based on neglect and or abuse in childhood can lead to the formation of early maladaptive schemas. So, this study aimed to evaluate the effectiveness of individual schema therapy on obsessive–compulsive symptoms in adolescent girls.

Methods: The method of the present study was quasi–experimental with a pretest–posttest and two months follow–up design with a control group. The study's statistical population was all female ninth–grade of junior high school students in Ghods City, Iran, in the 2019–2020 academic year. Of whom 30 students were selected by the available sampling method. Then, they were randomly assigned to two groups: individual schema therapy and control. The inclusion criteria were as follows: living together with both parents, the absence of a probationary semester in the student's record, lacking disabilities, chronic physical illnesses and severe mental illnesses, and not receiving psychotherapy or medication during the past year. The exclusion criterion was the refusal of cooperation. The study subjects answered Maudsley Obsessive–Compulsive Inventory (Hodgson & Rachman, 1977) at the pretest, posttest, and follow–up. Young et al. Schema therapy (2006) was conducted in 12 individual 90–min sessions for the experimental group. To describe the obtained data, descriptive statistics (mean, standard deviation, frequency, and percentage) were used. For data analysis, the Chi–square test, analysis of variance with repeated measurements, and Bonferroni post hoc test were used in SPSS version 24 software. The significance level of statistical tests was considered 0.05.

Results: The individual schema therapy for the experimental group reduced obsessive–compulsive symptoms compared to the control group (p=0.025). Also, the mean score of obsessive–compulsive symptoms during the study time showed a significant difference between the experimental and control groups (p<0.001). In the experimental group, a significant difference was observed between the mean scores of the pretest and posttest (p=0.002) and the pretest and follow–up (p=0.001) regarding the variable of obsessive–compulsive symptoms, and the non–significance of the averages in the posttest and follow–up stages shows the persistence of this effect in the follow–up (p=0.074).

Conclusion: According to the findings, individual schema therapy effectively and efficiently reduces adolescent obsessive–compulsive symptoms. Therefore, it is suggested to use individual schema therapy to reduce obsessive–compulsive symptoms of teenage girls, especially in schools.

Keywords: Girl, Schema therapy, Obsessive–compulsive symptoms, Adolescents.

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

Copyright © 2022, 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 ۱۴۰۱؛ (۱۲):۲۰۳.

انتشار برخط دی ماه ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی اثربخشی طرح‌واره‌درمانی فردی بر نشانه‌های وسواس در دختران نوجوان

سهیلا عیسایی[۱]، *محمدرضا صیرفی[۲]، آدیس کراسکیان موجمباری[۲]، احمد برجعلی[۳]، طاهره رنجبری‌پور[۲]

توضیحات نویسندگان

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

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

۳. استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** msf_3@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۲ تیر ۱۴۰۰؛ **تاریخ پذیرش:** ۵ شهریور ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: طرح‌واره‌های ناسازگار، عمیق‌ترین مؤلفه‌های شناختی‌هیجانی هستند که موجب بروز وسواس می‌شوند. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرح‌واره‌درمانی فردی بر نشانه‌های وسواس در دختران نوجوان بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری دوماهه همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی دانش‌آموزان دختر دورهٔ اول متوسطه پایهٔ نهم شهرستان قدس در سال تحصیلی ۹۹ـ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از بین آن‌ها سی دانش‌آموز به‌صورت دردسترس انتخاب شدند و با گمارش تصادفی در دو گروه طرح‌واره‌درمانی فردی و گواه قرار گرفتند. شرکت‌کننده‌ها برای پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به پرسش‌نامهٔ وسواسی‌ـجبری مادزلی (هودگسون و راچمن، ۱۹۷۷) پاسخ دادند. طرح‌واره‌درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۶) طی دوازده جلسهٔ فردی به‌مدت زمان هر جلسه نود دقیقه برای گروه آزمایش برگزار شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون خی‌دو، روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ با نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، طرح‌واره‌درمانی برای گروه آزمایش موجب کاهش نشانه‌های وسواس درمقایسه با گروه گواه شد (p=۰/۰۲۵). میانگین نشانه‌های وسواس در طول زمان مطالعه بین گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری را نیز نشان داد (p<۰/۰۰۱). در گروه آزمایش در متغیر نشانه‌های وسواس، بین میانگین‌های مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون (p=۰/۰۰۲) و پیش‌آزمون با پیگیری (p=۰/۰۰۱) تفاوت معنادار مشاهده شد و معنادارنبودن میانگین‌ها در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، ماندگاری این تأثیر را در مرحلهٔ پیگیری نشان داد (p=۰/۰۷۴).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، طرح‌واره‌درمانی فردی بر کاهش نشانه‌های وسواس نوجوانان مؤثر است و کارایی دارد. بدین‌ترتیب به‌کارگیری طرح‌واره‌درمانی فردی در کاهش نشانه‌های وسواس دختران نوجوان به‌ویژه در مدارس پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: دختر، طرح‌واره‌درمانی، نشانه‌های وسواس، نوجوانان.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۱، 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 jdisabilstud.org on 2026-11-11]

۱ مقدمه

نوجوانی[1] دوره‌ای از رشد انسان است که تحولات عمیقی در ساختار جسمانی و روان‌شناختی فرد رخ می‌دهد (۱). تغییرات ساختاری و روان‌شناختی در دوران بلوغ نوجوانان، بحرانی اساسی رشدی محسوب می‌شود (۲). دورهٔ نوجوانی درواقع مرحلهٔ گذار از دورهٔ کودکی به بزرگسالی و جوانی است. سلامت نوجوانان و جوانان، باتوجه به اینکه درصد زیادی از جمعیت هر کشور را تشکیل می‌دهند، از اهمیت زیادی برخوردار است (۳). در سال‌های اخیر مشکلات سلامت روان[2] به‌طور فزاینده‌ای در کودکان و نوجوانان افزایش یافته است و باتوجه به تأثیرات منفی که این مشکلات بر رشد روانی‌هیجانی و اجتماعی کودکان دارد، نگرانی‌هایی را در جامعه ایجاد کرده است. به این ترتیب متخصصان سلامت کودک بر اهمیت و ضرورت تشخیص مشکلات کودکان و همین‌طور ارائهٔ رویکردهای درمانی مناسب برای درمان اختلال‌های روان‌شناختی[3] آن‌ها بیش از پیش تأکید می‌کنند. اقدامات به‌موقع برای تشخیص مشکلات سلامت روان کودکان و نوجوانان یکی از دغدغه‌های اصلی سیستم سلامت روان است (۴).

نشانه‌های وسواس، اختلالی عصب‌شناختی[4] است که در یک درصد کودکان و نوجوان شیوع دارد (۵). وسواس، اختلالی ناتوان‌کننده با ریشهٔ اضطراب است که ویژگی اصلی آن وقوع وسواس‌ها و اعمال اجباری است (۶). نشانه‌های وسواس فکری‌ـ‌عملی[5] بسیار ناتوان‌ساز است که به‌صورت گروه مختلفی از نشانه‌ها تظاهر می‌کند. وسواس شامل افکار مزاحم، آداب وسواسی، اشتغال‌های ذهنی و وسواس‌های عملی می‌شود و نیازمند درمان همیشگی است (۷). وسواس فکری‌ـ‌عملی به‌طور گسترده‌ای با دیگر مشکلات روان‌پزشکی در جمعیت عادی یا بالینی همایند است. این تظاهرات روان‌پزشکی پیچیده چالشی را برای درمانگرها درجهت شناسایی سبب‌شناسی این مشکل فراهم آورده است (۸). طبق نظر دانای سیج و همکاران اثربخشی بهترین درمان روان‌شناختی کنونی برای وسواس یعنی مواجهه و جلوگیری از پاسخ[6]، بین ۴۵تا۶۰درصد است؛ اما این درمان بدون محدودیت نیست؛ علاوه‌براین، بین ۱۵تا۴۰درصد افراد به مواجهه و جلوگیری از پاسخ، جواب نمی‌دهند. تقریباً ۲۵درصد افراد، مواجهه را رد می‌کنند و ۳تا۱۲درصد دیگر نیز در طول درمان، درمان را رها می‌کنند؛ علاوه‌براین، درمان انواع خاصی از اعمال وسواسی، با مواجهه و جلوگیری از پاسخ دشوار است (۹).

تجارب اولیهٔ فرد با والدین یا نوع رابطهٔ هیجانی او با والدین در دوران کودکی در تبیین سبب‌شناسی مشکلات اضطرابی از اهمیت زیادی برخوردار است (۱۰). براساس رویکرد شناختی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه[7]، اولین و عمیق‌ترین مؤلفه‌های شناختی‌هیجانی هستند که شکل‌گیری آن‌ها حتی به قبل از زبان‌آموزی برمی‌گردد و به‌صورت ناهشیار و زیرآستانه‌ای بر نظام پردازش اطلاعات اثر می‌گذارند (۱۱). طرح‌واره‌درمانی[8] که مکمل درمان رفتاردرمانی شناختی[9] است، بر کشف ریشه‌های مشکلات روانی دوران کودکی و ارتباط آن‌ها با مشکلات جاری تأکید دارد (۱۲). در طرح‌واره‌درمانی که شکل تعدیل‌شده و تلفیقی شناخت‌درمانی است، فرض می‌شود که تجربیات مبتنی‌بر غفلت و/یا سوء رفتار در دوران کودکی می‌تواند شکل‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را در پی داشته باشد. طرح‌واره‌های غیرانطباقی اولیه از سازه‌های شناختی عمیق‌تر به‌شمار می‌روند و آنچنان‌که تعریف شده است، الگوهای شناختی و هیجانی خودشکنانه دربارهٔ خود و روابط شخصی هستند که در آغاز رشد شکل می‌گیرند. این طرح‌واره‌های غیرانطباقی در بروز آسیب‌های روانی نقش سببی دارند (۱۳). این طرح‌واره‌ها به‌عنوان راهنمای فرایندهای شناختی در موقعیت‌هایی مانند توجه، تفسیر رویدادها و بازیابی اطلاعات از حافظه عمل می‌کنند. ساختارهای شناختی بنیان تفکر و رفتار انسان را سازمان می‌دهند (۱۴).

به‌نظر می‌رسد پژوهش‌هایی که به آزمون اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر وسواس پرداخته‌اند، نتایج امیدبخشی را گزارش کرده‌اند. در این راستا، بنی‌آدم و همکاران نتیجه گرفتند، رویکرد طرح‌واره‌درمانی با تلفیق چهار تکنیک شناختی، تجربی، رفتاری و رابطه‌ای به افراد دچار وسواس کمک زیادی می‌کند (۱۵). ویلهلم و همکاران به بررسی تأثیر سازوکار شناخت‌درمانی در مبتلایان به اختلال وسواسی‌ـ‌جبری باتوجه به نقش باورهای ناسازگار و طرح‌واره‌ها پرداختند. نتایج مشخص کرد، باورهای وسواسی و طرح‌واره‌های ناسازگار مربوط به وابستگی و بی‌کفایتی به‌طور درخورتوجهی با واسطهٔ پاسخ به درمان بهبود یافته است؛ همچنین تغییرات شناختی در باورهای اطمینان و طرح‌واره‌های ناسازگار مربوط به وابستگی/بی‌کفایتی موجب کاهش علائم رفتاری بیماران دچار اختلال وسواسی‌ـ‌جبری شده است (۱۶). تیل و همکاران در پژوهشی اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر مشکلات خُلقی بیماران وسواسی را نشان دادند (۱۷).

براساس آنچه مرور شد، به‌نظر می‌رسد مسائل و مشکلاتی که نوجوانان در دورهٔ نوجوانی با آن‌ها روبه‌رو هستند، آن‌ها را مستعد اختلال‌هایی چون وسواس فکری‌ـ‌عملی می‌کند و در این میان برخورداری از پیش‌آمادگی‌هایی نظیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نه‌تنها بر توانایی مقابلهٔ آن‌ها با این موقعیت اثرگذار است، بلکه میزان آسیب‌پذیری آن‌ها را بسیار افزایش می‌دهد؛ بنابراین طرح‌واره‌درمانی در کاهش مشکلات این نوجوانان درمانی مؤثر به‌نظر می‌رسد و ازآنجاکه بیشتر مطالعات بر جمعیت بزرگسال متمرکز شده است، در این زمینه خلأ پژوهشی مشاهده می‌شود؛ ازاین‌رو انجام مداخلات مؤثر در این زمینه از ضروریات پژوهش حاضر به‌شمار می‌آید. براساس آنچه گفته شد، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر نشانه‌های وسواس در دختران نوجوان بود.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری دوماهه همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری

[1]. Adolescence
[2]. Mental health
[3]. Psychological disorders
[4]. Neurological disorder
[5]. Obsessive-compulsive symptoms
[6]. Exposure and prevention of response
[7]. Early maladaptive schema
[8]. Schema Therapy
[9]. Cognitive Behavior Therapy

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

پژوهش را تمامی دانش‌آموزان دختر دورهٔ اول متوسطه پایهٔ نهم شهرستان قدس استان تهران در سال تحصیلی ۹۹ـ۱۳۹۸ تشکیل دادند. باتوجه به اینکه حداقل حجم نمونه در پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی برای هر گروه پانزده نفر پیشنهاد شده است (۱۸)، از بین آن‌ها سی دانش‌آموز به‌صورت دردسترس از مدرسهٔ شهید خشکباری شهرستان قدس انتخاب شدند. سپس با گمارش تصادفی در دو گروه طرح‌واره‌درمانی فردی و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش حاضر عبارت بود از: زندگی مشترک با هر دو والد؛ نبود نیم‌سال مشروطی در کارنامهٔ دانش‌آموز؛ نداشتن معلولیت‌ها، بیماری‌های جسمانی مزمن و بیماری‌های شدید روانی؛ دریافت‌نکردن روان‌درمانی یا دارو در طول سال گذشته. ملاک خروج آزمودنی‌ها از پژوهش انصراف افراد از ادامهٔ همکاری بود. در این پژوهش اخلاق پژوهش شامل رضایت آگاهانه و محرمانه‌ماندن و رازداری رعایت شد. دانش‌آموزان به‌صورت شفاهی رضایت خود را اعلام داشتند و برای اعلام رضایت کتبی فرم رضایت آگاهانه پیش از ورود دانش‌آموزان به پژوهش به آن‌ها ارائه شد که در منزل والدینشان به آن پاسخ دهند.

پس از کسب مجوز و کد اخلاق پژوهش، ارائهٔ آن به مسئولان مدرسه، هماهنگی با مسئولان و والدین، شرح اهداف پژوهش برای آن‌ها و کسب رضایت آگاهانهٔ والدین و همچنین شرح چگونگی برگزاری جلسات و تکمیل پرسش‌نامه‌ها، ابزار پژوهش برای غربالگری اجرا شد. سپس نوجوانان دارای نمرهٔ بیشتر از خط برش (عدد ۱۱) در پرسش‌نامهٔ وسواسی‌ـ‌جبری مادزلی (۱۹)، انتخاب شدند و باگمارش تصادفی در گروه مداخله و گروه گواه قرار گرفتند. در این مدت برای گروه گواه هیچ درمانی ارائه نشد؛ اما پس از پایان مداخله، گروه گواه طرح‌واره‌درمانی را دریافت کرد. دورهٔ پیگیری پس از دو ماه به‌دلیل اپیدمی کرونا به‌صورت برخط برگزار شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار و جلسات درمانی زیر استفاده شد.

جدول ۱. خلاصهٔ محتوای طرح‌واره‌درمانی

جلسه	خلاصهٔ محتوای مداخله
اول	پس از آشنایی و ایجاد اتحاد و تفاهم درمانی، مشکلات مُراجعان در قالب رویکرد طرح‌واره‌درمانی صورت‌بندی شد.
دوم	درمانگر تلاش کرد که بفهمد مشکل کنونی بیمار موقعیتی و مربوط به زمان حال است یا اینکه به سبک زندگی بیمار برمی‌گردد و ریشه در گذشتهٔ او دارد. از پرسش‌نامه‌های طرح‌واره نیز برای دستیابی به این مهم استفاده شد.
سوم	در این جلسه، فرضیه‌سازی دربارهٔ طرح‌واره‌های مقابله‌ای و غلبه بر اجتناب طرح‌واره‌ای انجام شد. فرد برای اجتناب از فعال‌کردن طرح‌واره به روشی رفتار می‌کند که ظاهراً نقطهٔ مقابل روشی است که طرح‌واره ایجاب می‌کند. ظاهراً این‌طور به‌نظر می‌رسد که فرد دارای سبک مقابله‌ای جبران افراطی با حمایت‌کردن از خود به‌شیوهٔ سالمی رفتار می‌کند؛ اما او با افراط‌کردن در این سبک درواقع الگوهای مشکل‌آفرین بیشتری را به‌وجود می‌آورد و به این ترتیب طرح‌واره به بقای خود ادامه می‌دهد.
چهارم	مفهوم‌بندی مشکل بیمار در قالب رویکرد طرح‌واره‌مدار و غلبه بر اجتناب تکمیل شد.
پنجم	شواهد عینی تأییدکننده یا ردکنندهٔ طرح‌واره‌ها براساس شواهد زندگی کنونی و گذشته بررسی شد. به این ترتیب که آزمودنی‌ها به‌صورت عینی و در واقعیت در حضور بقیهٔ اعضای گروه طرح‌واره‌های مثبت و منفی دوران کودکی و حال حاضر خود را بازگو کردند و به دسته‌بندی و طبقه‌بندی آن‌ها پرداختند. با این امر می‌توان تأثیر بسزایی بر آگاهی و شناخت فرد بر این طرح‌واره‌ها داشت و فرد را در برنامه‌ریزی زندگی یاری کرد. تعریف جدید از شواهد تأییدکنندهٔ طرح‌واره‌ها، ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای ارائه شد.
ششم	تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرح‌واره، تعریف جدید از شواهد تأییدکنندهٔ طرح‌وارهٔ موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای آموزش داده شد.
هفتم	اعتبار طرح‌واره‌ها، ارائهٔ منطق تکنیک‌های تجربی و آموزش آن آزمون شد.
هشتم	آموزش تکنیک انجام شد. به این ترتیب که ابتدا درمانگر نقش جنبهٔ سالم را بر عهده گرفت. بعد کم‌کم بیمار نقش جنبهٔ سالم را بر عهده گرفت. تصویرسازی به‌منظور مداخله و گفت‌وگوی خیالی انجام شد.
نهم	تصویرسازی ذهنی انجام شد که اغلب مفیدترین شیوه برای شناخت طرح‌واره‌ها است. در این روش با تصویرسازی ذهنی از کودک آسیب‌دیده حمایت می‌شود و خشم بیمار تخلیه می‌گردد که یکی از موانع شایع این کار اجتناب طرح‌واره‌ای است.
دهم	در این جلسه بیمار آموزش دید، به‌جای الگوهای رفتاری که حاصل طرح‌واره‌ها است، سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تری را جانشین کند. اولویت‌بندی رفتارها برای الگوشکنی: درمانگر و بیمار بعد از تهیهٔ فهرست الگوهای زندگی و رفتاری مشکل‌ساز راجع به رفتار یا رفتارهای مشکل‌سازتر و اینکه کدام رفتارها باید آماج درمان قرار بگیرد، تصمیم گرفتند. دربرابر رفتارهای مهم‌تر مشکل‌ساز، رفتارهای سالم احتمالی را به‌عنوان راه‌حل جایگزین بررسی کردند. بازنگری مزایا و معایب ادامهٔ رفتار و انگیزه برای تغییر رفتار بررسی شد.
یازدهم	الگوشکنی رفتاری و رفتارهای سالم ازطریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش تمرین شد و شناسایی موانع تغییر رفتار صورت گرفت.
دوازدهم	الگوشکنی رفتاری و گفت‌وگو بین جنبهٔ سالم و جنبهٔ مانع تمرین شد.

ـ پرسش‌نامهٔ وسواسی‌ـ‌جبری مادزلی[1]: پرسش‌نامهٔ وسواسی‌ـ‌جبری مادزلی ساختهٔ هودگسون و راچمن در سال ۱۹۷۷، شامل سی گویه است که چهار خرده‌مقیاس بازبینی، شستن و تمیزکردن، کندی‌ـ تکرار و تردیدـ دقت را به‌صورت بله=۱ و خیر=صفر ارزیابی می‌کند. خط

[1]. Maudsley Obsessive–Compulsive Inventory

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

برش پرسش‌نامه نمرهٔ ۱۱ یا بیشتر است (۱۹). هودگسون و راچمن ضرایب آلفای کرونباخ را برای چهار خرده‌مقیاس بازبینی، شستن و تمیزکردن، کندی‌ـ تکرار و تردیدـ دقت به‌ترتیب ۰/۷، ۰/۸، ۰/۷ و ۰/۷ و میانگین نمرهٔ کلی ابزار را در گروه بیماران وسواسی ۱۸/۸۶ و در گروه غیربیمار ۹/۲۷ به‌عنوان شاخصی از روایی تفکیکی ابزار گزارش کردند (۱۹). دادفر و همکاران ضریب پایایی کل پرسش‌نامه را ۰/۸۴ و روایی همگرای ابزار را با مقیاس وسواسی‌ـ جبری ییل‌ـ براون[1] برابر با ۰/۸۷ به‌دست آوردند (۲۰).

ـ طرح‌واره‌درمانی: در مطالعهٔ حاضر طرح‌واره‌درمانی فردی برگرفته از کتاب *طرح‌واره‌درمانی* یانگ و همکاران در طی دوازده جلسهٔ هفتگی به‌مدت نود دقیقه برگزار شد (۱۱). برای بررسی روایی محتوایی جلسات، شاخص اعتبار محتوایی نسبی[2] و نظر پنج نفر متخصص روان‌شناس به‌کار رفت که مقدار آن برای همهٔ جلسات ۰/۸ به‌دست آمد و حاکی‌از روایی محتوایی مطلوب جلسات بود. محتوای جلسات در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

به‌منظور توصیف داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد) و برای تحلیل داده‌ها از آزمون خی‌دو، روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (و پیش‌فرض‌های آن شامل آزمون‌های شاپیروـ ویلک، لون، ام‌باکس و کرویت موخلی) و آزمون تعقیبی بونفرونی توسط نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ بود.

۳ یافته‌ها

جدول ۲ تعداد و درصد متغیر جمعیت‌شناختی تحصیلات مادر و پدر شرکت‌کنندگان را نشان می‌دهد. همچنین به بررسی معناداری تفاوت دو گروه شرکت‌کننده براساس تحصیلات والدین پرداخته شده است. چنان‌که مشاهده می‌شود، بین دو گروه طرح‌واره‌درمانی فردی و گواه به‌لحاظ تحصیلات مادر (p=۰/۶۷۷) و پدر (p=۰/۷۳۸) تفاوت معناداری وجود نداشت.

جدول ۲. مقایسهٔ توزیع متغیرهای جمعیت‌شناختی پژوهش

متغیر	طرح‌واره‌درمانی فردی		گواه		آمارهٔ خی‌دو	مقدار احتمال
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
		تحصیلات مادر				
کمتر از دیپلم، دیپلم و فوق‌دیپلم	۷	۴۶/۶۷	۷	۴۶/۶۷	۲/۳۱	۰/۶۷۷
لیسانس	۳	۲۰	۳	۲۰		
بیشتر از لیسانس	۵	۳۳/۳۳	۵	۳۳/۳۳		
		تحصیلات پدر				
کمتر از دیپلم، دیپلم و فوق‌دیپلم	۸	۵۳/۳۳	۸	۵۳/۳۳	۱/۹۸	۰/۷۳۸
لیسانس	۵	۳۳/۳۳	۴	۲۶/۶۷		
بیشتر از لیسانس	۲	۱۳/۳۳	۳	۲۰		

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیر نشانه‌های وسواس به‌تفکیک گروه‌ها

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نشانه‌های وسواس	آزمایش	۱۴/۶۰	۰/۷۱	۷/۵۰	۰/۷۳	۷/۱۰	۰/۶۹
	گواه	۱۳/۱۰	۱/۲۵	۱۳/۱۰	۱/۵۰	۱۳/۸۰	۱/۳۴

جدول ۳ نشان می‌دهد، طرح‌واره‌درمانی موجب کاهش میانگین نمرات نشانه‌های وسواس در گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون (۰/۷۳±۷/۵۰) و مرحلهٔ پیگیری (۰/۶۹±۷/۱۰) درمقایسه با مرحلهٔ پیش‌آزمون (۰/۷۱±۱۴/۶۰) شده است.

در ادامه بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر صورت گرفت. نتایج بررسی پیش‌فرض نرمال‌بودن به‌وسیلهٔ آزمون شاپیروـ ویلک مشخص کرد، متغیر نشانه‌های وسواس در هر دو گروه و در هر سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری توزیع نرمال داشت (p>۰/۰۵). آمارهٔ آزمون‌های ام‌باکس و لون نیز هیچ‌یک معنادار نبود (p>۰/۰۵)؛ بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس‌کوواریانس مفروضهٔ همگنی واریانس برای متغیر نشانه‌های وسواس در سه مرحله برقرار بود. بررسی نتایج آزمون کرویت موخلی مشخص کرد، فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها برای متغیر نشانه‌های وسواس برقرار نبود (p<۰/۰۵). در چنین مواقعی از آزمون‌های جایگزین گرین‌هاوس‌گیسر یا هیونـ فلت برای بررسی فرضیهٔ اثرگذاری بستهٔ آموزشی استفاده می‌شود. باتوجه به اینکه برای آزمون گرین‌هاوس‌گیسر مقدار اِپسیلون کوچک‌تر از ۰/۷۵ به‌دست آمد، از این آزمون در بررسی متغیر نشانه‌های وسواس استفاده شد.

[1]. Yale-Brown Obsessive–Compulsive Scale

[2]. Content validity ratio (CVR)

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

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیر مستقل بر نشانه‌های وسواس

منبع اثر	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	درجهٔ آزادی	مقدار F	مقدار احتمال	ضریب تأثیر
اثر گروه	۱۷۰/۰۱	۱۷۰/۰۱	۱	۵/۹۷	۰/۰۲۵	۰/۲۴۹
اثر زمان	۱۷۸/۰۳	۱۷۵/۷۳	۱/۰۱	۱۸/۱۴	<۰/۰۰۱	۰/۵۰۲
اثر متقابل	۱۷۸/۲۳	۱۷۵/۸۵	۱/۰۲	۱۸/۲۷	<۰/۰۰۱	۰/۵۰۲

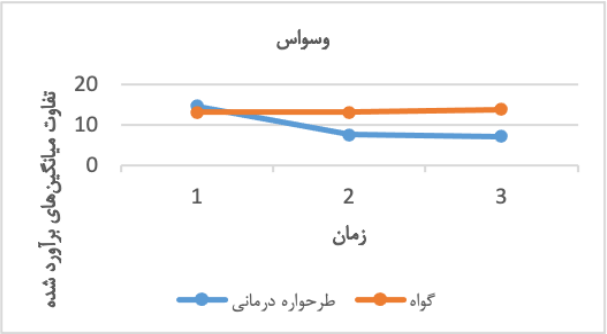
جدول ۴ نشان می‌دهد، طرح‌واره‌درمانی برای گروه آزمایش موجب کاهش نشانه‌های وسواس درمقایسه با گروه گواه شده است (p=۰/۰۲۵). همچنین جدول ۴ مشخص می‌کند، میانگین نشانه‌های وسواس در طول زمان مطالعه بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری داشت (p<۰/۰۰۱).

جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی را برای نشانه‌های وسواس، درمقایسهٔ زوجی پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پس‌آزمون با پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه‌های زوجی متغیر نشانه‌های وسواس بین سه زمان اندازه‌گیری

متغیر	تفاوت زمان‌ها		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
نشانه‌های وسواس	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۵۵	۰/۸۶۴	۰/۰۰۲
		پیگیری	۳/۷۵	۰/۸۴۷	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۰۰	۰/۰۸۲	۰/۰۷۴

جدول ۵ مشخص می‌کند، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی حاکی‌از تفاوت معنادار میانگین‌های مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون (p=۰/۰۰۲) و پیش‌آزمون با پیگیری (p=۰/۰۰۱) برای متغیر نشانه‌های وسواس در گروه آزمایش است و معنادارنبودن میانگین‌ها در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، ماندگاری این تأثیر را در مرحلهٔ پیگیری نشان می‌دهد (p=۰/۰۷۴).



شکل ۱. نمودار تغییرات نشانه‌های وسواس در دو گروه پژوهش در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر نشانه‌های وسواس در دختران نوجوان بود. نتایج نشان داد، طرح‌واره‌درمانی بر کاهش نشانه‌های وسواس در دختران نوجوان اثربخش بود. این یافته با یافته‌های تحقیقات زیر همسوست: دانای سیج و همکاران عنوان کردند، طرح‌واره‌درمانی از درمان‌های دیگر در کاهش علائم وسواس فکری‌ـ عملی مؤثرتر است (۹)؛ بنی‌آدم و همکاران طرح‌واره‌درمانی را درمانی مؤثر در کاهش وسواس فکری‌ـ عملی معرفی کردند (۱۵)؛ ویلهلم و همکاران اظهار داشتند، بیماران وسواسی از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در رنج هستند (۱۶)؛ تیل و همکاران به اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر مشکلات خُلقی بیماران وسواسی اشاره کردند (۱۷).

در تبیین یافته‌های حاضر به‌طورکلی می‌توان گفت، طبق نظر مخبر دزفولی و همکاران درنتیجهٔ طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، افکار تکراری و وسواسی و در پی آن رفتارها و تشریفات اجباری به‌وجود می‌آید (۲۱). به‌همین منظور، رفتارهای ناارزنده‌سازی خود و اجازه‌دادن به دیگران برای ناارزنده‌سازی آن‌ها، از رفتارهای معمول‌شان می‌شود؛ درنتیجه حس متفاوت‌بودن فرد یا تناسب‌نداشتن با اجتماع شکل می‌گیرد و بیمار احساس می‌کند به هیچ گروه یا جامعه‌ای تعلق ندارد. در این راستا، احتمال دارد آن‌ها احساس رهاشدگی کنند؛ چون معتقدند، ناقص و بی‌ارزش هستند، به جامعه و گروه خاصی تعلق ندارند و افکار آن‌ها دارای محتوای آسیب‌رسان است. همهٔ این‌ها باعث می‌شود فرد احساس کند در روابط بین‌فردی و درون‌فردی شکست خواهد خورد؛ بنابراین احساس شکست به او دست می‌دهد که درنهایت فرد را درگیر افکار وسواسی می‌کند؛ به‌عبارت‌دیگر افرادی که طرح‌وارهٔ آسیب‌پذیری درقبال ضرر دارند، به‌طور شدیدی می‌ترسند مبادا هر لحظه دچار فاجعه‌ای شوند و نتوانند با آن مقابله کنند (۲۱). در طرح‌واره‌درمانی به طرح‌واره‌هایی توجه می‌شود که در ابتدای زندگی

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

در خانواده و هر آنچه نتیجهٔ ارتباط با والدین است، به‌وجود می‌آید و روش‌ها و فنونی به‌کار می‌رود که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به فراموشی سپرده می‌شود. طرح‌واره‌درمانی مزیت‌هایی دارد که از همه مهم‌تر آن است که رویکردی یکپارچه است و تمامی جنبه‌های شخصیتی فرد را در هم می‌آمیزد و مؤلفه‌های شناختی و رفتاری را برای درمان بیماری‌ها ضروری می‌داند. طرح‌واره‌درمانی با کارکردن بر صدای درونی‌شدهٔ والدین و عمیق‌ترین سطح شناخت یعنی طرح‌واره‌ها، کمک می‌کند تا بیماران به ریشهٔ افکار خود، آگاهی یابند (۲۲). بیماران می‌توانند با استفاده از راهکارهای طرح‌واره‌درمانی به فرضیه‌آزمایی طرح‌واره‌ها بپردازند و با برانگیخته‌شدن طرح‌واره‌ها و ارتباط آن با مسائل کنونی، زمینه برای بینش هیجانی و متعاقب آن بهبود طرح‌واره‌ها مهیا خواهد شد. استفاده از این اصول باعث می‌شود، فرد طرح‌واره‌های اصلی را بشناسد، ریشه‌های تحولی آن را درک کند و این ریشه‌ها را به زندگی کنونی خود ربط دهد (۱۱). طرح‌واره‌درمانی که خلاصه‌هایی از پاسخ‌های سالم فرد، شناسایی ریشهٔ طرح‌واره و افکار ناکارآمد است، بهترین ابزار کمک‌کننده به فرد برای تشخیص رفتارهای منفی و چگونه جایگزین‌کردن رفتارهای سالم در زندگی به‌شمار می‌رود (۲۳). طرح‌واره‌درمانی موجب آگاهی فرد دربارهٔ طرح‌واره‌ها می‌شود و زمینهٔ تغییر را در فرد و به‌تبع آن در روابط بین‌فردی و درون‌فردی فراهم می‌کند (۲۲). به‌کارگیری اصول طرح‌واره‌درمانی به‌منظور الگوشکنی باعث فاصله‌گرفتن از سبک‌های مقابله‌ای اجتناب می‌شود که وسواس ریشه در آن دارد (۱۳). همچنین موجب ارتقای درک بیمار و کمک به او درجهت حرکت از شناخت عقلانی به‌سمت تجربه‌کردن هیجانی می‌شود (۱۴). اصول طرح‌واره‌درمانی، بروز هیجانات اصلی زمینه را برای تخلیهٔ هیجانی مهیا می‌سازد و باعث فاصله‌گرفتن از طرح‌واره‌ها می‌شود؛ به‌عبارت‌دیگر، در بُعد عاطفی، طرح‌واره‌درمانی با استفاده از راهبردهای تجربی، باور شناختی را که به باور هیجانی گره خورده است، به چالش می‌اندازد تا بیمار در جلسهٔ درمان با طرح‌واره‌هایش علاوه‌بر سطح شناختی در سطح عاطفی نیز بجنگد. این تکنیک به تخلیهٔ هیجانی فرد کمک می‌کند تا فرد نیازهای هیجانی ارضانشده‌اش را که منجربه شکل‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار شده، بشناسد (۱۱).

همسو با نتایج این پژوهش، بنی‌آدم و همکاران پیشنهاد کردند، رویکرد طرح‌واره‌درمانی با تلفیق چهار تکنیک شناختی، تجربی، رفتاری و رابطه‌ای در افراد دچار وسواس، علاوه‌بر زیر سؤال بردن طرح‌واره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی است، از نظر هیجانی نیز باعث تخلیهٔ عواطف و هیجانات منفی مدفون‌شده ناشی‌از ارضانشدن نیازهای خودانگیختگی و دلبستگی ایمن به دیگران، طی سال‌های کودکی می‌شود؛ همچنین با استفاده از راهبرد تجربی که شناخت‌واره‌های دوران کودکی و خاطرات کودکی را بازسازی می‌کند، به ابراز هیجان‌ها و عواطف سرکوب‌شده که درنهایت منجربه خودسانسوری هیجانی و مشکل در ابراز عواطف می‌شود، کمک زیادی می‌کند (۱۵). دانای سیج و همکاران عنوان کردند، در بیماران وسواس، رفتارهای اجتنابی و اجرای تشریفات تکراری مانع از پردازش واقع‌بینانهٔ محرک‌های اضطراب‌زا مثل آلودگی، بی‌نظمی، نجسی و... می‌شود. تکنیک‌های شناختی طرح‌واره‌درمانی به‌شکل اختصاصی ازطریق بررسی تحریفاتی که زیربنای این رفتارها است، به چالش با آن‌ها می‌پردازد. درمانگر با تعیین تکالیفی که منجربه رویارویی اعضا با این محرک‌ها ابتدا در سطح تجسمی و سپس در سطح واقعی می‌شود، به‌شکل تجربی برنامه‌ریزی می‌کند، چالش‌های شناختی را حمایت می‌کند و این‌گونه است که تکنیک‌های مواجهه به‌شکل مؤثری باعث تغییر علائم می‌شود (۹). در طرح‌واره‌درمانی در مرحلهٔ نخست، شناسایی الگوهای رفتاری فرد صورت می‌گیرد و برای درمان آن‌ها تلاش می‌شود. به هر گونه چالش زندگی که بر سر راه فرد قرار می‌گیرد، پاسخ داده می‌شود. درنهایت موارد و نکات مثبتی که نقطهٔ قوت فرد به‌شمار می‌رود، شناسایی شده و به آن‌ها شکل داده می‌شود. به‌طورکلی طرح‌واره‌درمانی روش‌ها و راهکارهای پردازش اطلاعات است که براساس واقعیت یا تجارب شخصی شکل می‌گیرد تا این امکانات را در اختیار افراد قرار دهد که تجربه را تبیین و بررسی کنند (۲۲).

هر پژوهشی محدودیت‌هایی دارد. نمونهٔ مطالعه‌شده در پژوهش حاضر را افراد غیربالینی تشکیل دادند و باوجود اینکه براساس پیشینهٔ پژوهشی موجود لزوم مطالعه در این افراد وجود دارد، ممکن است این افراد به‌دلایل مختلف ازجمله ترس از برچسب‌خوردن، نداشتن تمکین مالی و نداشتن ارادهٔ کافی برای درمان به مراکز درمانی و متخصصان روان‌شناس و روان‌پزشک مراجعه نکرده باشند. این امر موجب نپذیرفتن هرچه بیشتر مشکلات و انکار در این افراد می‌شود و بدین‌صورت نتایج پژوهش را نیز تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. ممکن است ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کننده‌ها مانند طبقهٔ اجتماعی‌اقتصادی و متغیرهای مرتبط با والدین مانند سبک والدگری که پژوهشگر کنترلی بر آن‌ها نداشت و در صورت کنترل مستلزم صرف زمان و هزینهٔ بیشتر بود، بر نتایج پژوهش حاضر اثر گذاشته باشد.

براساس نتایج پژوهش حاضر، باتوجه به اینکه بهترین راه برای کمک به پیشگیری اولیه از ابتلای نوجوانان به مشکلات سلامت روان، دادن آگاهی و ارتقای درک افراد از شرایط و متغیرهای زمینه‌ای مرتبط است، در این خصوص می‌توان ازطریق آموزش‌های رسمی و غیررسمی مناسب و افزایش سطح آگاهی افراد و خانواده‌ها فرایند پیشگیری را در نوجوانان مستعد تسریع کرد و پیامدهای متعاقب آن را کاهش داد. با هدف پیشگیری ثانویه در نوجوانان پیشنهاد می‌شود، در مرحلهٔ اول با سنجش و غربالگری، از گسترش هرچه بیشتر مشکلات سلامت روان در نوجوانان مبتلا به مشکلات سلامت روان جلوگیری شود؛ در مرحلهٔ بعد، با اتخاذ تدوین و طراحی مداخلات درمانی متناسب نظیر طرح‌واره‌درمانی، سعی شود که نوجوان به وضعیت مناسب‌تر و متقاعدتری دست یابد تا بتواند با محیط خود سازگار شود.

۵ نتیجه‌گیری

از یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که طرح‌واره‌درمانی بر کاهش نشانه‌های وسواس نوجوانان مؤثر است؛ به‌طورکلی می‌توان گفت، طرح‌واره‌درمانی جنبه‌های گسترده‌ای از زندگی فرد را در بر می‌گیرد و اساساً برای مشکلات رفتاری و هیجانی که دوام زیادی دارند، به‌کار می‌رود؛ همچنین ازآنجاکه افراد دچار نشانه‌های وسواس مشکلات هیجانی پایداری دارند، انتظار می‌رود به بهبودی آن‌ها کمک کند.

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

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی دختران شرکت‌کننده در پژوهش و مسئولان محترم مدرسهٔ شهید خشکباری شهرستان قدس تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

از شرکت‌کننده‌های تحقیق حاضر دست‌نوشته‌ای شامل بیانیه‌ای دربارهٔ تأیید و رضایت اخلاقی دریافت شد. همچنین پروتکل تحقیق در کمیتهٔ اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج به تأیید رسید.

رضایت برای انتشار

داده‌های جمع‌آوری‌شده در پژوهش حاضر به هیچ سازمانی یا ارگانی تحویل داده نمی‌شود؛ اما به‌شکل خام در اختیار محقق است تا مراکز مربوط رسمی (مثل دانشگاه) بتوانند برای صحت‌سنجی در صورت لزوم از آن بهره ببرند.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پشتیبان نتایج گزارش‌شده در مقاله که در طول مطالعه تحلیل شدند، به‌صورت فایل ورودی داده نزد نویسندهٔ مسئول حفظ خواهد شد.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

اعتبار برای مطالعهٔ گزارش‌شده از منابع شخصی تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

همهٔ نویسندگان سهم یکسانی در تهیهٔ پیش‌نویس مقاله و بازبینی و اصلاح مقالهٔ حاضر بر عهده داشتند.

References

1. Keating DP, I. Demidenko M, Kelly D. Cognitive and neurocognitive development in adolescence. In: Reference module in neuroscience and biobehavioral psychology. San Diego: Elsevier; 2019. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.23636-5
2. Page CE, Coutellier L. Adolescent stress disrupts the maturation of anxiety-related behaviors and alters the developmental trajectory of the prefrontal cortex in a sex- and age-specific manner. Neuroscience. 2018;390:265–77. https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2018.08.030
3. Moghadam R, Tabibi J, Riahi, Hajinabi K. A comparative study of adolescent and youth health status: a systematic review. Journal of Health Promotion Management. 2019;8(6):67–75. [Persian] http://jhpm.ir/article-1-1097-en.pdf
4. Morelli V, Nettey C. Adolescent health screening: Toward a more holistic approach. In: Morelli V, editor. Adolescent health screening: an update in the age of big data. San Diego: Elsevier; 2019, pp: 1–5. https://doi.org/10.1016/B978-0-323-66130-0.00001-6
5. Chung E, Heyman I. Challenges in child and adolescent obsessive–compulsive disorder. Psychiatry. 2008;7(8):319–24. https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2008.05.016
6. Vigne P, Simões BFT, de Menezes GB, Fortes PP, Dias RV, Laurito LD, et al. The relationship between obsessive-compulsive disorder and anxiety disorders: a question of diagnostic boundaries or simply severity of symptoms? Compr Psychiatry. 2019;94:152116. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2019.152116
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
8. Torres AR, Fontenelle LF, Shavitt RG, Ferrão YA, do Rosário MC, Storch EA, et al. Comorbidity variation in patients with obsessive-compulsive disorder according to symptom dimensions: results from a large multicentre clinical sample. J Affect Disord. 2016;190:508–16. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.051
9. Danaei Sij Z, Manshaee G, Nadi M. The effectiveness of schema group therapy on attachment styles (secure, insecure anxiety & insecure avoidance) and symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2018;25(3):181–92. [Persian] http://journal.bums.ac.ir/article-1-2414-en.pdf
10. Kroska EB, Miller ML, Roche AI, Kroska SK, O'Hara MW. Effects of traumatic experiences on obsessive-compulsive and internalizing symptoms: the role of avoidance and mindfulness. J Affect Disord. 2018;225:326–36. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.039
11. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. 1st ed. The Guilford Press; 2006.
12. Zeynel Z, Uzer T. Adverse childhood experiences lead to trans-generational transmission of early maladaptive schemas. Child Abuse Negl. 2020;99:104235. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104235
13. Farrell JM, Reiss N, Shaw IA. The schema therapy clinician's guide: a complete resource for building and delivering individual, group and integrated schema mode treatment programs. Hoboken, NJ, US: Wiley Blackwell; 2014. https://doi.org/10.1002/9781118510018
14. Farrell JM, Shaw IA. Experiencing schema therapy from the inside out: a self-practice/self-reflection workbook for therapists. New York: The Guilford Press; 2018.
15. Baniadam L, Makvand Hoseini S, Sedaghat M. The efficacy of schema therapy on obsessive compulsive disorder and marital satisfaction on married women. Journal of Applied Psychological Research. 2017;8(2):131–43. [Persian] https://japr.ut.ac.ir/m/article_68337_f5a5b253c88b885dfa30e623033dbebf.pdf

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

16. Wilhelm S, Berman NC, Keshaviah A, Schwartz RA, Steketee G. Mechanisms of change in cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: role of maladaptive beliefs and schemas. Behav Res Ther. 2015;65:5–10. https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.12.006
17. 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. https://doi.org/10.1186/s12888-014-0362-0
18. Wilson Van Voorhis CR, Morgan BL. Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. The Quantitative Methods for Psychology. 2007;3(2):43–50. https://doi.org/10.20982/tqmp.03.2.p043
19. Hodgson RJ, Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. Behav Res Ther. 1977;15(5):389–95. https://doi.org/10.1016/0005-7967(77)90042-0
20. Dadfar M, Bolhari J, Dadfar K, Bayanzadeh SA. Prevalence of the obsessive-compulsive disorder symptoms. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2001;7(1):27–33. [Persian] https://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1963-en.pdf
21. Mokhbere-Dezfuli A, Rezaei F, Sadeghi M. The mediating role of dysfunctional cognition between early maladaptive schemas and obsessive-compulsive disorder. Jundishapur Scientific Medical Journal. 2017;15(6):717–31. [Persian] https://jsmj.ajums.ac.ir/jentashapir/index.php/jentashapir/article/view/article_45422_eb4022aba692f0b301ab24f83f0e6233.pdf
22. Fassbinder E, Brand-de Wilde O, Arntz A. Case formulation in schema therapy: Working with the mode model. In: Kramer U, editor. Case formulation for personality disorders. LondonAcademic Press; 2019, pp:77–94.
23. Dozois DJA, Beck AT. Cognitive schemas, beliefs and assumptions. In: Dobson KS, Dozois DJA, editors. Risk factors in depression. San Diego: Elsevier; 2008, pp: 119–43. https://doi.org/10.1016/B978-0-08-045078-0.00006-X

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