

طرحواره‌های ناسازگار اولیه (EMSs) فعال در بیماران اختلال وسواس - اجبار (OCD)

علی اسماعیلی^۱

فرامرز سهرابی^۲

احمد برجعلی^۳

نورعلی فرخی^۴

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۰/۱۱

تاریخ وصول: ۸۹/۷/۱۳

چکیده

مدف مقاله حاضر بررسی طرحواره‌های ناسازگار اولیه (EMSs) فعال در بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار (OCD) است.

تعداد ۴۲ نفر بیمار مبتلا به اختلال وسواس - اجبار (OCD) و ۷۰ نفر به عنوان گروه کنترل مورد مطالعه قرار گرفتند. بیماران اختلال وسواس - اجبار (OCD) که شامل ۳۳ زن و ۹ مرد بودند بعد از اجرای آزمون SCL90-R و مصاحبه بالینی ساختار یافته بر اساس DSM-IV، (SCID-I)،

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

۲. دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

۳. استادیار دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

۴. استادیار دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

اجرای پرسشنامه فرم کوتاه یانگ (YSQ-SF)، پرسشنامه فرزندپروری یانگ (YPI) و مقیاس وسواس-اجبار ییل براون (Y-BOCS) انتخاب شدند.

نمرات کلی پرسشنامه طرحواره یانگ (YSQ) گروه وسواس-اجبار به طور معناداری بالاتر از گروه کنترل بود ($t = 4.44, P < 0.0001$). میانگین نمرات اکثر مقیاس‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیماران OCD به طور معناداری بالاتر از میانگین نمرات مقیاس‌های گروه کنترل بود.

این مطالعه نشان داد علاوه بر وجود رابطه معنادار بین نمره GSI پرسشنامه SCL-90-R با نمره کلی YSQ، YPI-F و YPI-M، مهم‌ترین طرحواره‌های فعال بیماران OCD عبارتند از استحقاق، معیارهای سرسختانه، بی‌اعتمادی، بدرفتاری، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری. **واژه‌های کلیدی:** اختلال وسواس-اجبار، طرحواره‌های ناسازگار اولیه.

مقدمه

اختلال وسواس-اجبار^۱ (OCD) اختلال اضطرابی ناتوان‌کننده‌ای است که ویژگی اصلی آن وقوع وسواس‌ها^۲ و اعمال اجباری^۳ است. وسواس‌ها، افکار، تصاویر ناخوانده و مزاحم و برگشت‌پذیر هستند که نوعاً خودناپذیر^۴ و بر خلاف نظام ارزشی اشخاص هستند. اجبارها در تلاش برای کاهش دادن افکار وسواسی ایجاد شده، صورت می‌گیرند. فرد فعالانه در برابر وسواس‌ها مقاومت می‌کند و می‌داند که وسواس‌ها محصول ذهن او هستند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). OCD در رابطه با تشخیص و پیامدهای درمان چالش‌های خاصی را ایجاد می‌کند. رویکردهای درمانی حال حاضر، چه روان‌شناختی و چه دارودرمانی، با مدنظر قرار دادن ترک درمان^۵ و عود به ندرت میزان بهبودی بهتر از ۵۰٪ را نشان می‌دهند (فریستون^۶،

1. Obsessive-Compulsive Disorder

2. obsessions

3. compulsion

4. self-dystonic

5. dropout

6. Freeston

اطلاعات درباره خودشان و محیط کمک می‌کنند. اصلی‌ترین مفهوم در این رویکرد، طرحواره ناسازگار اولیه (EMS) است. یانگ در تعریف طرحواره ناسازگار اولیه (EMS) آنها را موضوعات وسیع و فراگیر راجع به خویشتن و روابط فرد با دیگران می‌داند و معتقد است این طرحواره‌ها در دوران کودکی ایجاد شده و بر سراسر زندگی شخص سایه افکنده است. موجب به عملکردهای زیادی در زندگی وی شده است (سسیرو^۳، یانگ، ۲۰۰۱). به عبارت دیگر، این باورهای مرکزی^۴ مرتبط با خویشتن و دنیا بر اساس تجارب گذشته ساخته شده‌اند می‌توان گفت طرحواره‌ها هم به عنوان الگوها^۵ (قالب‌ها) برای پردازش عمل می‌کنند و هم به وسیله تجارب بعدی تقویت می‌شوند (گلاستون^۶، پارکر، ۲۰۰۱، راتو^۷، کاپیتانو^۸؛ ۱۹۹۹) یانگ ۱۸ طرحواره خاص را مشخص کرد که برخی از آنها عبارتند از: ره‌اشدگی^۹ بی‌اعتمادی، محرومیت هیجانی، استحقاق، اطاعت و غیره (یانگ، کلوکو^{۱۰}، ۲۰۰۳). در این الگو ۱۸ طرحواره در پنج طبقه گسترده از نیازهای عاطفی ارضاء نشده که به «حوزه‌های طرحواره‌ای»^{۱۱} معروفند و برخی از آنها عبارتند از بریدگی و قطع ارتباط، خودمختاری آسیب دیده، گوش به زنگی بیش از اندازه و بازداری، دیگر جهت‌مندی و محدودیت‌های مختل گروه‌بندی شده‌اند (یانگ، کلوکو^{۱۲}، ۱۹۹۳؛ یانگ، ۲۰۰۶). طرحواره‌ها حالتی مدور و خودتداوم‌ساز^{۱۳} بوده و وقتی مورد چالش قرار می‌گیرند اطلاعات افراد را در جهت تصدیق آنها مورد تحریف قرار می‌دهند (بال^{۱۴}، میشل، مالهی و همکاران، ۲۰۰۳). با وجود ساختارهای

1. Young & Behary

2. Klosko

3. Cecero

4. core beliefs

5. templates

6. Gladston

7. Ratto

8. Capitano

9. abandonment

10. Klosko

11. Schemas domains

12. Klosko

13. self-perpetuating

14. Ball

ناختی پایدار، بعضی از مواقع طرحواره‌ها می‌توانند کارکردها و ویژگی‌های مثبتی برای ویارویی با مسائل زندگی داشته باشند و بعضی مواقع نیز دارای ماهیتی منفی و بد عملکردانه شند (هو فارت^۱، ساکسون، ۲۰۰۲). طرحواره‌ها ممکن است تا زمان به وجود آمدن وقیعت‌های مرتبط با طرحواره خاص حالت سکون و خنثی داشته باشند. این فعالیت به وسیله قایع آسیب‌رسان روانی زندگی از حالت سکون خارج می‌شوند ولی در موقعیت سالم، نافعال اقی می‌مانند (تیسون^۲، لوب استیل^۳، آرنز، ۲۰۰۵). به نظر می‌رسد در هر زمان خاص و جدید مرتبط با مسائل اجتماعی که فرد با آن مواجه است طرحواره‌های خاصی فعال می‌شوند (آذر^۴، کین، ۲۰۰۵). بر اساس این فرض، هر کدام از آسیب‌رسان‌های روانی طرحواره خاصی را فعال می‌کنند (هو فارت، ساکسون، ۲۰۰۲). این فرضیه می‌تواند از نظر مفهومی گسترش یابد و به یک فرضیه عمومی خاص تبدیل شود و در این صورت ترکیب تحریف‌های شناختی موجب یک اختلال خاص خواهد شد (لیونگ^۵، پون، ۲۰۰۱). تا کنون روشن نشده است که آیا این خصوصیت می‌تواند درباره OCD نیز بکار برده شود یا نه. با توجه به اینکه ارزیابی شناختی موارد OCD مقاوم نشان داده‌اند که آنها منظومه‌ای طولانی مدت از بدعملکردی‌های محرز اشی از باورهای مرکزی نسبت به خویشان و دیگران دارند (سوکمن^۶، پینارد^۷، ۱۹۹۹).

در حالی که اغلب ادبیات بالینی اخیر متمرکز بر باورهای مرکزی در ایجاد اختلالات شخصیت ست (پترو سیلی^۸، گلاسر، ۲۰۰۱)، این الگو ارتباطات روشنی در کار با سایر گروه‌های بالینی دارد. ادبیات مبتنی بر یافته‌ها نقش این گونه از بازنمایی شناختی در زمینه افسردگی، اضطراب و اختلالات خوردن را نشان داده است (کلوگک^۹، یانگ^{۱۰}؛ ۲۰۰۶؛ دلاتره^{۱۱}، سرون^{۱۱}، لورته^۱ و

1. Ho fart

2. Lobestcal

3. Lobstone

4. Azar

5. Leung

6. Sookman

7. Pinard

8. Petrocelli

9. Kellogg

10. Delattre

11. Servant

همکاران، ۲۰۰۴). در یکی از بررسی‌های اخیر ریچاردسون فرضیه حضور طرحواره‌های ناسازگار اولیه (EMSS) را در یک نمونه از نوجوانان سوءاستفاده شده جنسی تأیید کرد (ریچاردستون، ۲۰۰۵). گرچه دیدگاه طرحواره در ابتدا در بیش از ۱۵ سال گذشته مطرح شده، آزمایش‌های کنترل‌شده تصادفی اجرا شده در موقعیت‌های بالینی و روان‌پزشکی از آن زمان تا به حال کم بوده است (دلایره، سرون، لورته و همکاران، ۲۰۰۴)

بنابراین مطالعه حاضر هدفش در درجه اول بررسی الگوهای طرحواره‌ای فعال در بیماران مبتلا به OCD و پس از آن ارائه مقدماتی مبنی بر درک و درمان این اختلال بوده است.

روش

بیماران مراجعه کننده به مراکز مشاوره روان‌شناختی و مطب‌های خصوصی روان‌شناسی نمونه‌های این پژوهش را تشکیل می‌دادند. تشخیص بیماران OCD بر اساس دستورالعمل ملاک‌های تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش چهارم (DSM-IV-TR) صورت گرفته است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). از این افراد ابتدا آزمون غربالگری SCL90-R به عمل آمد و کسانی که در مقیاس OCD این پرسشنامه نمره تشخیصی OCD را داشتند انتخاب و سپس با اجرای مصاحبه بالینی ساختار یافته بر اساس DSM-IV برای اختلالات شخصیت (SCID-2) (اشپیتزر^۲، ویلیامز، گیبون، ۱۹۹۰). وجود هرگونه اختلال شخصیتی منفی و سپس با اجرای مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات بالینی (SCID-1) و مصاحبه ساختار یافته بالینی بر اساس DSM-IV برای اختلالات شخصیت (SCID-2) (اشپیتزر، ویلیامز، گیبون، ۱۹۹۰؛ سوریاس^۳، سایگلی^۴، و حیپ^۵ و همکاران، ۲۰۰۵) گروه نمونه متشکل از ۴۲ نفر (۳۵ زن و ۷ مرد) بر اساس ملاک‌های مذکور، انتخاب گردیدند. ملاک‌های موردنظر برای انتخاب نمونه عبارت بودند از:

1. Lorette
2. Spitzer
3. Sorias
4. Saygili
5. Vahip

- تشخیص ابتلا به اختلال وسواس - اجبار (OCD).
 - داشتن سن بین ۲۳ تا ۴۰ سال.
 - توانایی درک و فهم و پاسخگویی به پرسشنامه‌ها
 - عدم تشخیص هرگونه از اختلالات شخصیت.
- جم نمونه گروه کنترل نیز متشکل از ۷۰ نفر (۳۵ زن و ۳۵ مرد) بودند که به صورت نمونه در سترس از بین دانشجویان و برخی افراد غیر دانشجو انتخاب گردیدند. از این گروه نیز آزمون SCL90- برای تشخیص اولیه به وجود آمد و کسانی که هیچ گونه از علائم موجود در یاس های SCL90-R را به صورت مرضی نداشت به عنوان نمونه انتخاب گردیدند. سپس از دو گروه آزمایش و کنترل مصاحبه رودررو انجام گرفت و پرسشنامه‌های موردنظر اجرا ردید. هر دو گروه پرسشنامه فرم کوتاه یانگ (YSQ-SF)، پرسشنامه فرزندپروری (YPI) و اطلاعات جمعیت‌شناختی اجتماعی از قبل آماده شده محققین را تکمیل کردند. علاوه بر آن، روه آزمایش مقیاس وسواس - اجبار ییل براون (Y-BOCS) را نیز پر کردند.
- نسخه اصلی پرسشنامه طرحواره برای سنجش طرحواره‌های ناکارآمد اولیه توسط یانگ اخته شده است. این پرسشنامه دارای ۲۰۵ آیتم است که به ارزیابی ۱۸ طرحواره می‌پردازد. یسشنامه فرم کوتاه یانگ (YSQ-SF) نیز برای ارزیابی ۱۵ طرحواره ناکارآمد (یانگ، ۱۹۹؛ اسمیت^۱، جنیفر^۲، یانگ، ۱۹۹۵) و به عنوان یک ابزار کوتاه‌تر (۷۵ آیتم) طراحی گردید. در مقایسه با نسخه ۲۰۵ سئوالی اصلی (یانگ، ۱۹۹۴ به نقل از آهی، ۱۳۸۵) نسخه ۷۵ سئوالی پرسشنامه یانگ آشکارا فواید عملی خوبی در قضاوت بالینی برای متخصصین یا وهشگرانی که می‌خواهند درباره باورهای مرکزی اشخاص مبتلا به اختلالات روان‌شناختی مطالعه کنند، دارد (وال، مایر، ۲۰۰۱). هر کدام از سئوالات منعکس کننده یک فکر، احساس یا رفتار مرتبط با یک طرحواره خاص است. آزمودنی‌ها در مقیاس لیکرتی ۱ تا ۶ به هر کدام آیتم‌ها پاسخ می‌دهند. پاسخ ۱ به معنای این است که این مورد درباره من کاملاً نادرست

1. Schmidt

2. Jenifer

است و پاسخ ۶ بیانگر درستی کامل عبارت درباره من است. با جمع‌بندی آیتم‌های هر دسته از طرح‌حواره‌ها، شدت هر دسته از طرح‌حواره‌ها با میزان بالا بودن نمرات درجه‌بندی شده (۵ یا ۶ مشخص می‌شود).

تحلیل عاملی فرم کوتاه که به وسیله والر^۱ و همکارانش انجام شده، شامل ۱۸ طرح وار، می‌شود (والر، مایر، ۲۰۰۱). این ۱۸ زیرمقیاس از ثبات درونی خوبی برخوردار بوده است. به توجه به ثبات درونی بالای YSQ-SF می‌توان از آن در مواردی که اجرای نسخه ۲۰۵ ستوالی مشکل است، استفاده کرد (ولبورن^۲، کریستین^۳، داگک و همکاران، ۲۰۰۲؛ شفیلد^۴، والر، امانوئلی و همکاران، ۲۰۰۵).

پرسشنامه فرزندپروری یانگ (YPI) برای شناسایی و تأیید ریشه‌های کودکی طرح‌حواره‌های شناخته شده اجرا می‌شود. مطالعه شفیلد و همکاران (هوفارد، ساکسون لیو و همکاران، ۲۰۰۵) اعتبار روان‌سنجی پرسشنامه فرزندپروری یانگ (YPI) را توصیف کرده و فرضیه خاص مربوط به ارتباط بین تجربه رفتارهای والدین آزمودنی و ایجاد و رشد باورهای مرکزی طرح‌حواره‌ای مورد آزمون قرار گرفته است. YPI با اندازه‌گیری تجارب ادراک شده والدینی به بازنمایی ریشه‌های باورهای مرکزی منفی کمک می‌کند. YPI یک ابزار خود گزارشی ۷۲ آیتمی است. هر آیتم به ارزیابی رفتار والدینی خاصی در ارتباط با ریشه‌ها کودکی فرض شده طرح‌حواره‌ای می‌پردازد. بیمارانی که این پرسشنامه را تکمیل می‌کنند با انجام آن، هم به ارزیابی پدر و هم مادرشان اقدام می‌کنند. آیتم‌های بر اساس مقیاس لیکرت از ۱ تا ۶ درجه‌بندی شده‌اند. نمره ۱ به معنای کاملاً نادرست و نمره ۶ بیانگر کاملاً در مورد پدر و مادر من درست است را نشان می‌دهد. اولین طرح‌حواره در YPI، محرومیت هیجانی است که وارونه درجه‌بندی می‌شود، یعنی نمره پایین ۱ یا ۲ نشانگر درجه‌بندی بالاست. سایر طرح‌حواره به

بیماری، اطاعت، ایثار، معیارهای سرسختانه، استحقاق به طور معنادار در گروه بیماران بالاتر از گروه کنترل بود ($p < 0/0001$).

سطح معناداری در مقیاس رهاشدگی با یک درجه پایین‌تر نسبت به مقیاس‌های با درجه معناداری بالا در سطح $p < 0/001$ معنادار شد. در چهار طرحواره باقیمانده (نقص / شرم) بازداری هیجانی، وابستگی بی‌کفایتی و خویش‌نمندی / خودانضباطی ناکافی، میانگین نمرات هیچ تفاوتی را بین افراد OCD و گروه کنترل نشان نداد ($p > 0/05$) (جدول ۲).

تفاوت آماری معناداری بین گروه OCD و گروه کنترل در نمرات کلی پرسشنامه‌های YPI-M، YPI-F مشاهده نشد. همبستگی بین نمرات افراد گروه بیمار و گروه کنترل در پرسشنامه‌های SCL90-R و YPI-F و YPI-M در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات YSQ بیماری وسواس - اجبار و آرمودندی در گروه کنترل

متغیر	بیماری وسواس	گروه کنترل	t	سطح معناداری
محرومیت هیجانی (ED)	۳/۶ ± ۱/۵	۲/۶ ± ۰/۹۳	۳/۹۰	۰/۰۰۰۱
رهاشدگی (ab)	۳/۲۳ ± ۱/۴	۲/۴۲ ± ۰/۸۶	۳/۴۰	۰/۰۰۰۱
بی‌اعتمادی/بدرفتاری (MA)	۳/۴۰ ± ۱/۰۵	۲/۱۹ ± ۰/۸۹	۶/۲۶	۰/۰۰۰۱
انزوای اجتماعی (SI)	۳/۴۴ ± ۱/۲۳	۲/۱۶ ± ۰/۹۹	۵/۷۳	۰/۰۰۰۱
گرفتار (EM)	۳/۱۳ ± ۱/۱۸	۱/۹۹ ± ۰/۸۶	۵/۴۸	۰/۰۰۰۱
شکست (FA)	۳/۶۱ ± ۱/۰۶	۱/۷۱ ± ۰/۸۲	۵/۲۷	۰/۰۰۰۱
نقص/شرم (DS)	۱/۸۳ ± ۱/۲۸	۱/۴۲ ± ۰/۹۴	۰/۶۱۶	۰/۵۳۴
آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری (VH)	۳/۰۹ ± ۱/۲۴	۱/۸۳ ± ۰/۸۸	۵/۷۷	۰/۰۰۰۱
وابستگی/بی‌کفایتی (DI)	۱/۸۴ ± ۱/۲۲	۱/۸ ± ۰/۸۷	۰/۱۸۶	۰/۶۹۳
اطاعت (SB)	۳/۴ ± ۱/۱۵	۱/۹۷ ± ۰/۹۹	۶/۷۱	۰/۰۰۰۱
ایثار (SS)	۴/۲۴ ± ۱/۲۷	۲/۸۹ ± ۱/۰۱	۵/۸۶	۰/۰۰۰۱
بازداری هیجانی (EI)	۲/۵ ± ۱/۱۶	۲/۴۸ ± ۱/۱۱	۰/۲۲۵	۰/۶۱۲
معیارهای سرسختانه (US)	۵/۱۶ ± ۱/۲۲	۳/۵۸ ± ۱/۰۹	۶/۹۹	۰/۰۰۰۱
استحقاق (ET)	۳/۷۷ ± ۱/۴۴	۱/۴۴ ± ۰/۹۶	۹/۳۵	۰/۰۰۰۱
خویش‌نمندی / خودانضباطی ناکافی (IS)	۲/۸ ± ۱/۰۹	۲/۶۱ ± ۰/۸۴	۰/۹۷۹	۰/۵۱۶
نمره کل YSQ	۳ ± ۱/۲۳	۲/۰۴ ± ۰/۸۸	۴/۴۴	۰/۰۰۰۱

جدول ۳. رابطه بین نمرات کلی YSQ با نمرات کلی YPI-M و YPI-F

	نمرات کل YSQ	نمرات کل YPI-M	نمرات کل YPI-F	GIS-SCL90
نمرات کل YSQ				
r		۰/۵۲۸	۰/۳۸۲	۰/۳۵۹
p		۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۱
نمرات کل YPI-M				
r	۰/۵۲۸		۰/۵۶	۰/۳۲۱
p	۰/۰۰۰۱		۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۱
نمرات کل YPI-F				
r	۰/۳۸۲	۰/۵۶		۰/۳۵۲
p	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱		۰/۰۰۱
نمره SCL90-R-GSI				
r	۰/۳۵۹	۰/۳۲۱	۰/۳۵۲	
p	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	

هم نمرات YPI-M و هم YPI-F و هم نمرات GSI پرسشنامه SCL90-R همبستگی
 مناداری را با یکدیگر و با نمره کلی YSQ نشان می‌دهد. همبستگی بین نمرات YPI-M،
 YPI-F و YSQ در سطح $p < ۰/۰۰۰۱$ معنادار بوده ولی همبستگی این سه با SCL-90-R در
 سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنادار بوده است.

در نهایت هیچ نوع همبستگی بین شدت اختلال و سواس- اجبار که به وسیله مقیاس بیل
 اون (Y-BOCS) مشخص شده بود با نمرات کلی YSQ وجود نداشت (جدول ۴).

جدول ۴. رابطه بین نمرات و سواس و نمرات اجبار بیماران و نمره کل YSQ آنان به نمرات کل YPI-F و

	YPI-M		
	نمرات کل YSQ	نمرات کل YPI-M	نمرات کل YPI-F
نمرات و سواس Y-BOCS			
r	۰/۱۷۶	-۰/۱۲۲	۰/۱۶۳
p	۰/۴۴	۰/۴۷۹	۰/۳۸۷
نمرات اجبار Y-BOCS			
r	۰/۱۸۲	۰/۰۸	۰/۱۷۳
p	۰/۲۹۷	۰/۶۲۴	۰/۲۱۴
نمرات کل Y-BOCS			
r	۰/۱۶۶	-۰/۰۰۱	۰/۲۸
p	۰/۲۶۴	۰/۹۶۶	۰/۲۴۶

بحث

شواهد مسلمی در مورد نقش باورهای ناسازگارانه در ایجاد و حفظ اختلال وسواس-اجبار (OCD) وجود دارد. باورهای ناسازگار به عنوان فرضیات غیرمنطقی و نگرش‌های ناکارآمد درباره خود فرد، دنیای خارج او و افکاری که در طول موقعیت‌ها ثابت هستند، در نظر گرفته می‌شوند (یانگ، ۲۰۰۲). نظریه‌های شناختی OCD معتقدند انواع خاصی از باورها (مانند احساس مسئولیت‌پذیری افراطی درباره آسیب و نیاز به کمال‌طلبی) باعث ارزیابی‌های ناسازگارانه افکار ناخوانده طبیعی می‌شوند (یانگ، ۲۰۰۲، سالکوسکیس، ۱۹۸۵).

داده‌های حاصل از مطالعات مختلف از الگوهای شناختی OCD در بزرگسالان حمایت کرده‌اند. تعدادی تحقیق مقطعی ارتباط مثبت معناداری را بین حوزه‌های باوری مختلف و نشانگان OCD نشان داده‌اند (فراست^۱، ۲۰۰۲).

رویکرد طرحواره محور برای درک و درمان اختلالات روان‌شناختی اخیراً در روان‌شناسی و روان‌پزشکی به وجود آمده است. بنابراین اگر ارزیابی‌های مفید و دارای چارچوب در زمینه محتوای طرحواره‌ها در دوران ابتدایی خود قرار داشته باشد چیز عجیبی نخواهد بود (جو^۲، جکسون، ۲۰۰۶؛ کار گروه وسواس - اجبار^۳، ۱۹۹۷؛ راسین^۴، مرکل بک^۵، موریس، ۱۹۹۹). این رویکرد معتقد است همان‌طور که طرحواره‌های ناسازگار اولیه (EMSS) در اختلالات شخصیت فعال می‌شوند در هنگام موقعیت‌های اضطرابی و افسردگی نیز فعال خواهند شد، اگرچه آنها در شرایط سلامتی نافع یا نهفته هستند (کار گروه وسواس - اجبار، ۱۹۹۷، ۲۰۰۵). بر اساس این رویکرد در هر نوع از آسیب‌های روان‌شناختی ردپایی از فعال بودن طرحواره‌های خاص وجود دارد (سسیرو، یانگ، سیلویا، ۲۰۰۱). در تعدادی تحقیق انجام گرفته در این زمینه سطح بالاتری از فعالیت طرحواره‌های ناسازگار در همه بیماران با اختلالات اضطرابی نسبت به افراد سالم دیده شده است.

1. Frost

2. Jovev

3. Obsessive Compulsive Conitiom Working Group

4. Rassin

5. Merckelbach

این تحقیق با توجه به بررسی‌های انجام شده توسط محققین، اولین پژوهش در این زمینه ایران محسوب می‌شود، گرچه پژوهش‌هایی در زمینه افسردگی در رابطه با موضوع حواره‌های ناسازگار اولیه مشاهده می‌شود. در این تحقیق مشاهده کردیم که افراد OCD در طرحواره‌ها نمرات بالاتری نسبت به افراد عادی به دست آورده‌اند، اما در تعدادی از حواره‌ها این تفاوت به چشم نمی‌خورد. بیماران وسواس- اجبار به جز چهار طرحواره: س/شرم، وابستگی/بی‌کفایتی، بازداری هیجانی و خویشن‌داری/خودانضباطی ناکافی، در ه یازده طرحواره نمرات بالاتر و معنادارتری نسبت به افراد عادی کسب کرده‌اند.

در حالی این یافته نشان می‌دهد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه به طور برجسته‌ای در افراد OCD فعال است ولی معنی این یافته‌ها چه از نظر بالینی و چه نظری OCD هنوز روشن نیست. در حالی که برخی از تحقیقات مقطعی^۱، بیانگر همبستگی مثبت باورهای ناکارآمد مرتبط با OCD با شدت OCD است (سالکوسکیس، ۱۹۸۵). ما در این تحقیق در یافتن رابطه بین نمرات Y-BOCS و نمرات کلی YSQ با شکست مواجه شدیم که البته این یافته‌ها با نتایج (آتالای، کارهان و همکاران، ۲۰۰۸) هماهنگ است. با مقایسه این تحقیق با نتایج تحقیق انجام شده‌ای که محقق به آن دست یافته (همان منبع) می‌توان به این نتیجه‌گیری دست یافت که تحقیق ما در معناداری ($p < 0.001$) با تحقیق مذکور در طرحواره‌های انزوای اجتماعی و آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و زیان یکسان بود و همچنین در عدم تفاوت معناداری طرحواره‌های وابستگی/بی‌کفایتی، بازداری هیجانی، خویشن‌داری/خودانضباطی ناکافی نیز هماهنگی نشان می‌دهد. با این وجود، در طرحواره نقص شرم که در تحقیق (آتالای، کارهان و همکاران، ۲۰۰۸) تفاوت معنادار در سطح ($p < 0.01$) دیده شده، در تحقیق ما این تفاوت معنادار دیده نمی‌شود ($p > 0.05$). تحقیق ما تفاوت معناداری را در طرحواره‌های هاشدگی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، شکست، گرفتار، معیارهای سرسختانه نشان داد که در تحقیق آتالی و همکاران (۲۰۰۸) این تفاوت‌ها دیده نشده است.

به نظر می‌رسد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه (EMSS) می‌توانند پیش‌بینی‌کننده‌های خوبی برای اختلالات روان‌شناختی چه در محور I یا محور II باشند با توجه به یافته‌های این مطالعه، روان‌درمانگران می‌توانند ذهن خود را معطوف به وجود طرحواره‌های خاصی در اختلالات روان‌شناختی و به طور خاص طرحواره‌های موجود در بیماران OCD کنند و با مدنظر قرار دادن و بکارگیری آنها در راهبرد های درمانی خود، خصوصاً طرحواره درمانی، به درمان این بیماران مساعدت بیشتری نمایند.

علی‌رغم تلاشی که در این تحقیق صورت گرفته ولی با محدودیت‌هایی نیز همراه بوده که می‌توان با تحقیقات گسترده‌تر و تکرار این تحقیقات در حوزه‌ها و اختلالات دیگر، بحث طرحواره و طرحواره درمانی را که یکی از درمان‌های تلفیقی و نوین بوده و به طور عمیق‌تر از درمان شناختی رفتاری به حل مشکلات منش‌شناختی و پایدار می‌پردازد (یانگ، ۲۰۰۲) گسترش داد.

علاوه بر این، از یافته‌های دیگر این مطالعه این است که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه (EMSS)، پرسشنامه YSQ-F و نمره GSI پرسشنامه SCL-90-R همبستگی مشاهده شد که می‌توان نتیجه گرفت پیش‌بینی برخی اختلالات روان‌شناختی به وسیله طرحواره‌ها امکان‌پذیر است که بایستی در این زمینه نیز توجه بیشتری از طرف محققین و متخصصین درمانی معطوف شود.

منابع فارسی

آهی، قاسم. (۱۳۸۴). هنجاریابی فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره SQ-SF (بررسی ساختار عاملی) بین دانشجویان دانشگاه‌های تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی
قربانعلی پور، مسعود. (۱۳۸۹). اثر بخشی طرحواره درمانی و معنا درمانی بر هراس از مرگ در افراد مبتلا به خود بیمار پنداری. پایان‌نامه دکتری، دانشگاه علامه طباطبائی.

- ا. گ. جنری. کلوُسکو، ژانت. ویشار، مارجوری (۲۰۰۳). طرحواره درمانی: راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی، مترجم: حسن حمیدپور و زهرا اندوز (۱۳۸۶). چاپ اول، تهران: انتشارات ارجمند.
- ا. گ. جنری. (۱۹۹۴). شناخت درمانی اختلالات شخصیت: رویکرد طرحواره محور، مترجم: علی صاحبی و حسن حمیدپور (۱۳۸۳). تهران: انتشارات ارجمند.

منابع انگلیسی

- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., text revision. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Atalay, H. Atalay, F. Karhan, D. Caliskan, N. (2008). Early maladaptive schemas activated in patient with OCD. *International Journal Psychiatry in Clinical Practice*; 12(4):268-279.
- Azar ST, Nix RL, Makin-Byrd KN. (2005). Parenting schemas and the process of change. *J Marital Family Therapy*; 31(1):45-58; 42(6): 755-65.
- Ball J, Mitchell P, Malhi G, Skillecorn A, (2003). Smith M. Schema-focused cognitive therapy for bipolar disorder: reducing vulnerability to relapse through attitudinal change. *Aust NZ J Psychiatry*; 37: 41-8.
- Beck AT. (1979). Cognitive therapy and the emotional disorders. A Meridian Book. Boston, MA: International Universities Press;
- Cecero JJ, Young JE. (2001) . Case of Silvia: A schema-focused approach *J Psychotherapy Integration*; 11(2):217-29.
- Delattre V, Servant D, Rusinek S, Lorette C, Parquet P-J, Goudemand M, Hauteketee M (2004). Les schemas precoces dysfonctionnels: etude chez des patients adultes souffrant d'un trouble anxieux. *Encephale*; 30(3):255-8.
- Freeston MH, Ladouceur R, Gagnon F, Thibodeau N, Rheaume J, Lertarte H, Bujold A.(1997). cognitive-behavioral treatment of obsessive thoughts: A controlled study. *Journal Clinical Psychology*; 65:405-13.

- Freud S. (1995). Notes upon a case of obsessional neurosis. In: Complete psychological works, Standard Edition. Vol. 10. London: Hogarth Press;. p 153-318.
- Frost, R.O. & Steketee, G. (2002). Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory assessment and treatment. Amsterdam, Netherlands; Pergamon/Elsevier Science.
- Gladstone G, Parker G.(2001). depressogenic cognitive schemas: enduring beliefs or mood state artefacts? Aust NZ J Psychiatry 35:210-16.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL et al. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale I. development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry; 46: 1006-11.
- Hoffart A, Sexton H. (2002). The role of optimism in the process of schema-focused cognitive therapy of personality problems. Behavior Research Ther; 40: 611-23.
- Hoffart A, Sexton H, Liv H, Wang C, Holthe H, Haugun J, et al. (2005) The structure of maladaptive schemas: A confirmatory factor analysis and a psychometric evaluation of factor derived scales. Cognitive Therapy Research; 29 (6): 627-44.
- Jovev M, Jackson H. (2004). Early Maladaptive Schemas in Personality Disordered Individuals. Journal Personality Disorder 18(5): 467-78.
- Karaosmanoglu A, Soygut G, Tuncer E, et al.(2005). The dance of schemas relations between parenting, schema, overcompensation, and avoidance. Schema Therapy Symposium, Thessaloniki, Greece,.
- Kellogg SH, Young JE. (2006) Schema therapy for borderline personality disorder. I Clinical Psychology: 62: 445-58.
- Kovacs M, Beck AT (1978). Maladaptive cognitive structures in depression. Am J Psychiatry; 135:525-33.
- Leung PWL, Poon MWL (2001). Dysfunctional schemas and cognitive distortions in psychopathology: A test of the specificity hypothesis. Journal Child Psychiatry
- Lobbestael J, Arnzt A, Sieswerda S. (2005). Schema makes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. Journal Behavior Therapy Exp Psychiatry; 36(3): 240-53.

- Luck A, Waller G, Meyer C, Ussher M, Lacey h. (2005). The role of schema processes in the eating disorders. *Cognitive Therapy Research* 29(6): 717-32.
- Mason O, Platts H, Tyson M, (2005). Early maladaptive schemas and adult attachment in a UK clinical population. *Psychotherapy*; 78:549-64.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* (1997). 35, 667-681.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2001). Development and initial validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretations of Intrusions Inventory, *Behaviour Research and Therapy*. 39, 987-1005.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2003). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretations of Intrusions Inventory: Part I. *Behaviour Research and Therapy*. 41, 863-878.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2005). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretations of Intrusions Inventory: Part 2, factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*. 43, 1527-1542.
- Petrocelli JV, Glaser BA, Calhoun GB, Campbell LF. (2001). Early maladaptive schemas of personality disorder subtypes. *J Pers Disorder*; 15(6):546-59.
- Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*; 40, 624-639.
- Rassin, E., Merckelbach, H., Muris, P., & Spaan, V. (1999). Thought-action fusion as a causal factor in the development of intrusions. . *Behaviour Research and Therapy*; 37, 231-237.
- Ratto CL, Capitano DL. (1999). New directions for cognitive therapy: A schema- focused approach. *Cognitive Behaviour Practice*; 6:68-73.
- Rector, N. A., Cassin, S. E., Richter, M. A., & Burroughs, E. (2009). Obsessive beliefs in first-degree relatives of patients with OCD: A test

- of the cognitive vulnerability model. *Journal of Anxiety Disorder*; 23, 145-149.
- Rheume J, Ladouceur R, Freeston MH. (2000). The prediction of obsessive-compulsive tendencies: does perfectionism play a significant role? *Pers Individ Dif*; 28:583-92.
- Richardson G (2005). Early maladaptive schemas in a sample of British adolescent sexual offenders: Implications for therapy. *J Sex Aggress*; 11(3): 259-76.
- Salkovskis, P. & Kirk, J. (1997). Obsessive compulsive disorder. In D.M. Clark & C.G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behavior* ;179-208. New York: Oxford University Press.
- Salkovskis, P.M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*; 23, 571-583.
- Schmidt NB, Joiner TE, Young J, Telch MJ. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and hierarchical structure of measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy Research*; 19(3):295-321.
- Sheffield A, Waller G, Emanuelli F, Murray J, Meyer C. (2005). Links between parenting and core beliefs: Preliminary psychometric validation of the Young Parenting Inventory. *Cognitive Therapy Research*; 29(6):787-802.
- Sookman D, Pinard G. (1999). Integrative cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A focus on multiple schemas. *Cognitive Behavior Practice.*; 6:351-62.
- Sorias S, Saygili R, Elbi H, Vahip S, Mete L, Nifirne Z, et al. (2006). DSM-III-R Kisilik Bozukluklari Icin Yapilandirilmis Klinink Gorusme Formu (SCID-II). (SCID-2 Turkish Version). Izmir: Ege Universitesi Basimevi.
- Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB. (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis II Disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- szechtman H, Woody E. (2003). Obsessive-compulsive disorder as a disturbance of security motivation. *Psychology Review*; (online version) [http:// www. apa/ org/ journals/rev.html](http://www.apa.org/journals/rev.html).

