

Research Paper

Schema therapy for patients with Symptoms Obsessive–compulsive personality disorder
(OCPD): A single case series study

Abbas Bakhshipour¹, Majid MahmoudAliloo¹, Samad Fahimi²

1. Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
2. Ph.D Student in Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

Citation: Bakhshipour A, MahmoudAliloo M, Fahimi S. Schema therapy for patients with Symptoms Obsessive–compulsive personality disorder (OCPD): A single case series study. J of Psychological Science. 2022; 21(112): 677-692.



ORCID



URL: <https://psychologicalscience.ir/article-1-1330-fa.html>

[10.52547/JPS.21.112.677](https://doi.org/10.52547/JPS.21.112.677)

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Obsessive – compulsive personality disorder (OCPD), Schema therapy, Early Maladaptive Schemas, single case series study

Background: Obsessive-compulsive personality disorder is characterized by a pervasive pattern of mental occupation with order, finalization and individual and interpersonal mental control. These traits lead to a loss of flexibility and openness Research background shows that the dominant therapies in the treatment of this disorder have led to a reduction in anxiety and depression rather than symptoms of obsessive-compulsive personality disorder. One of the new approaches in explaining and treating personality problems, including OCPD, is the therapeutic schema, which treats personality problems by distinguishing between early maladaptive schemas and coping styles. **Aims:** This study assesses the assumption that early maladaptive schema therapy is an effective way to change obsessive–compulsive personality disorder.

Methods: In this study, a single case experimental design of multiple asynchronous baselines with different subjects was used. For this purpose, three patients with OCPD were purposefully selected from the clients of the Psychological Center in 2019-2020. The instruments used in this study were SCID-5-PD (2016), Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III) (1990), early maladaptive schemas questionnaire (2006), obsessive–compulsive personality disorder questionnaire (OCPDQ) (2004) and individual protocol of Yang’s schema therapy (2003). The effect of conducted interventions was measured with the help of visual inspection, reliable change index (RCT), percentage of improvement formula, significant clinical improvement and operational assessment with one, three and six month follow ups.

Results: The obtained data showed that the reduction of clinical symptoms and modification of early maladaptive schemas in patients with OCPD are statistically ($P < 0.05$), clinically and operationally significant.

Conclusion: Results indicated that schema therapy with emphasizing on cognitive, experimental and therapeutic relationship techniques can be effective on decreasing schemes dominant in patients with obsessive–compulsive personality disorder.

Received: 10 Jul 2021

Accepted: 13 Aug 2021

Available: 22 Jun 2022

* **Corresponding Author:** Samad Fahimi, Ph.D Student in Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

E-mail: samad.fahimi@gmail.com

Tel: (+98) 9380169916

2476-5740/ © 2021 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).



Extended Abstract

Introduction

Obsessive–compulsive personality disorder (OCPD) is one of the most common personality disorders. This disorder is characterized with eight personality traits: preoccupation with details, perfectionism, excessive devotion to work and productivity, over-conscientiousness, inability to discard worthless objects, inability to delegate tasks, miserliness, rigidity and stubbornness (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 2013).

Yang (1999), Young, Klosko & Weishar (2003) by expanding Beck’s ideas developed a schema therapy with emphasize on the importance of early harmful experiences in creating maladaptive beliefs, cognitions and attitudes. According to schema therapy, temperament, deprivation from core emotional needs and harmful experiences with attachment figure in childhood and adolescence lead to the formation of early maladaptive schemas (EMSs).

Main treatments for OCPD include medication and psychological therapies. Among the treatments used, cognitive therapy (CT) and cognitive-behavioral therapy (CBT) are the most numerous.

It seems that addressing the maladaptive schemas of people with obsessive-compulsive disorder instead of just addressing the symptoms of obsessive-compulsive disorder (such as preoccupation with details, perfectionism, excessive devotion to work and productivity, over-conscientiousness, etc.), which is a coping style of these patients, increases the likelihood of effectiveness and persistence in this

disorder. The present study is to answer the question whether the therapeutic schema is effective in reducing the symptoms of obsessive-compulsive personality disorder?

Method

The present study is an experimental, single case with multiple baseline. The general population of the present study was all clients of psychological services and counseling centers in Tehran in 2019-2020. The sampling method for therapeutic intervention was purposive sampling and the number of samples was 3. They were treated for 24 sessions. The treatment session was held once a week for 45 minutes.

In order to implement the schema therapy method, Young, Klosko, Weishaar’s book (2003), chapter 10 of the “Handbook of schema therapy” by Vreeswijk, Broersen, & Nadort (2012) and “Reinventing Your Life “ (Young & Klosko, 1994) were used. In the study, Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III), obsessive–compulsive personality disorder questionnaire (OCPDQ) and Yang’s early maladaptive schemas questionnaire Short form with 90 questions (YSQ-SF) were used.

Results

As with most single case designs, the first approach to analyze obtained results in the study was to use standard method of visual inspection. Meanwhile, reliable change index method (RCI) of Jacobson, Follette, & Revenstorf (1984) and modified formula of Christensen and Mendoza were used in order to evaluate the statistically significant change of the scores.

Table 1. Scores and percentage of improvement index and reliable change index in the symptoms of obsessive–compulsive personality in OCPDQ, MCMI-III, and YSQ-SF

Process of therapy		Client 1	Client 2	Client 3
OCPDQ	Reliable change index (RCI)	-6.55*	-6.78	-7.08
	Percentage of improvement	55%	54%	49%
	Total percentage of improvement		52.66%	
	Average of fallow up stage	56%	54%	49%
MCMI-III	Reliable change index (RCI)	-4.73*	-4.71	-4.71
	Percentage of improvement	57%	60%	53%
	Total percentage of improvement		56.6%	
	Average of fallow up stage	55%	55%	53%
EMSs	Reliable change index (RCI)	-3.42	-3.43	-2.52
	Percentage of improvement	60%	63%	53%
	Total percentage of improvement		58.6%	
	Average of fallow up stage	59%	61%	54%

* (-) negative sign is an indicative of decreasing change in the scores.

Reliable change index after treatment stage in the clients was respectively (RCI = -6.55, -6.78, -7.08) and after follow up was (RCI = -6.58, -5.66, -6.85). Meanwhile, percentage of improvement post-treatment compared to the baseline in the clients was respectively 55%, 54% and 49% and after follow up was 56%, 54% and 47% which indicated that treatment desirably affects on improvement of obsessive-compulsive personality disorder symptoms and findings are clinically and statistically significant.

Table 1 indicated that reliable change index after treatment stage in the clients was respectively (RCI = -4.71, -4.71, -4.73) and after follow up was (RCI = -4.71, -4.33, -4.62). (Obtained reliable change index is higher than Z, i.e. 1.96, and is significant at $p < 0.05$). Meanwhile percentage of improvement after treatment compared to the baseline in the clients was respectively 57%, 60% and 53% and after follow up was 55%, 55% and 55% which indicated that treatment desirably affects on improvement of obsessive-compulsive personality disorder symptoms and findings are clinically and statistically significant.

Table 1 indicated that reliable change index in the clients after treatment stage is respectively (RCI = -2.47, -3.43, -3.42) and after follow up was (RCI = -2.52, -3.34, -3.32) (obtained reliable change index is higher than Z, i.e., 1.96, and is significant at $p < 0.05$). Meanwhile percentage of improvement after treatment compared to the baseline in the clients was respectively 57%, 60% and 53% and after follow up was 59%, 61% and 54% which indicated that treatment desirably affects on improvement of obsessive-compulsive personality disorder symptoms and findings are clinically and statistically significant.

Conclusion

The aim of this study was to determine the effectiveness of therapeutic schema on symptoms of obsessive-compulsive personality disorder. The findings showed that schema therapy is effective in

reducing the symptoms of OCPD. The results are consistent with research showing that therapeutic schemas are effective in reducing personality disorder symptoms, including Doman (2018).

According to schema theory, children who grow up with cold and strict parents, focused on high standards, and showing worthless emotions and perfectionist rebukes, show obsessive-compulsive personality disorder symptoms in adulthood.

Therapeutic schema uses four pathways of interaction, namely cognitive, experimental (emotional), behavioral, and interpersonal techniques (therapeutic relationship) as flexibility in each treatment session (Yaung, Klosko & Weishar, 2003, Roediger, Stevens, Brockman, 2018, Arntz, 2012). In the cognitive stage, the patient concludes how his or her schemas lead to a distorted experience of reality inside and out. Their validity is called into question by cognitive arguments. Emotional techniques first activate emotional memory, This activation gives the opportunity to connect new information based on reality and efficiently to the activated schema to be finally integrated with emotional memory. The last step of the treatment is behavioral deconstruction. At this stage, the patient is encouraged in the context of cognitive and emotional change to replace maladaptive coping styles with a healthy coping strategy (Yaung, Klosko & Weishar, 2003).

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral dissertation of the third author in the field of specialized psychology in the Faculty of Educational Sciences and Psychology of Tabriz University in the date 1398/09/04 of approval of the proposal.

Funding: This study is in the form of a doctoral dissertation without any financial support.

Authors' contribution: The first author is supervisor, the second author is dissertation advisor and the third author is the main researcher and responsible author.

Conflict of interest: The authors do not inform any conflict of interest in relation to this study.

Acknowledgments: Herewith I would like to thank the supervisor, research advisors and participants who help us in conducting this study.

طرحواره درمان‌گری برای بیماران با نشانگان اختلال شخصیت وسواسی اجباری (OCPD): یک مطالعه تک آزمودنی

عباس بخشی پور رودسری^۱، مجید محمودعلیلو^۱، صمد فهیمی^{۲*}

۱. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۲. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه: اختلال شخصیت وسواسی اجباری با الگوی فراگیر اشتغال ذهنی با نظم و ترتیب، نهایی خواهی، و کنترل فردی و بین فردی مشخص می‌شود. این ویژگی‌ها منجر به از دست دادن انعطاف پذیری و باز بودن فرد می‌شود. پیشینه‌ی پژوهش نشان می‌دهد که درمان‌های غالب در درمان این اختلال بیشتر منجر به کاهش اضطراب و افسردگی شده است تا نشانگان اختلال شخصیت وسواسی اجباری. یکی از رویکردهایی نوین در تبیین و درمان مشکلات شخصیت از جمله OCPD طرحواره درمان‌گری است که با تفکیک بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه از سبک‌های کنار آمدن به درمان مشکلات شخصیتی می‌پردازد.

هدف: مطالعه‌ی حاضر این فرضیه را بررسی می‌کند که آیا درمان طرحواره‌های ناسازگار اولیه راهی مؤثر برای تغییر نشانگان اختلال شخصیت وسواسی اجباری است.

روش: در مطالعه حاضر از طرح تجربی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه ناهمزمان با آزمودنی‌های متفاوت استفاده شد. بدین منظور سه بیمار مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی اجباری از مراجعین مرکز روانشناختی در سال ۹۸-۹۹ که بصورت هدفمند انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌های ابزارهای پژوهش از مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات شخصیت (SCID-5-RV) (۲۰۱۶)، پرسشنامه بالینی چند محوری میلون (MCMIII) (۱۹۹۰)، پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه (۲۰۰۶)، پرسشنامه سنجش اختلال شخصیت وسواسی اجباری (OCPDQ) (۲۰۰۴)، و پروتکل انفرادی طرحواره درمانگری یانگ (۲۰۰۳) استفاده شد. تأثیر مداخله انجام شده به کمک روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا (RCT)، فرمول درصد بهبودی، بهبود بالینی معنادار و سنجش عملیاتی با پیگیری یک ماهه، سه ماهه و شش ماهه مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: داده‌های به دست آمده نشان داد کاهش نشانگان بالینی و نیز کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی اجباری از لحاظ آماری ($P < 0/05$)، بالینی و سنجش عملیاتی معنادار است.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان می‌دهد طرحواره درمانگری با تأکید بر تکنیک‌های شناختی، تجربی، و همچنین ارتباط درمانی می‌تواند بر کاهش طرحواره‌های غالب مبتلایان به اختلال شخصیت وسواسی اجباری مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها:
اختلال شخصیت وسواسی اجباری، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، طرحواره درمانگری، مطالعه تک آزمودنی

دریافت شده: ۱۴۰۰/۰۴/۱۹

پذیرفته شده: ۱۴۰۰/۰۵/۲۲

منتشر شده: ۱۴۰۱/۰۴/۰۱

* نویسنده مسئول: صمد فهیمی، دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

رایانامه: samad.fahimi@gmail.com

تلفن: ۰۹۳۸۰۱۶۹۹۱۶



مقدمه

اختلال شخصیت وسواسی - اجباری (OCPD) یکی از شایع ترین اختلال های شخصیت می باشد. این اختلال با هشت صفت شخصیتی مشخص شده است: اشتغال ذهنی با جزئیات^۱، نهایب خواهی گرایی^۲، چسبیدن افراطی به کار و تولید^۳، وجدانی بودن افراطی^۴، ناتوانی در توجه نکردن به موضوعات بی ارزش^۵، ناتوانی در محول کردن کارها^۶، حساسیت^۷، انعطاف ناپذیری و لجاجت^۸ (راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی، ۲۰۱۳). این اختلال کیفیت زندگی را کاهش می دهد (پیتو، استینگلاس، گرین، وبر، سیمپسون، ۲۰۱۴) و دست کم نقش واسطه ای در بدکار کردی های روانی - اجتماعی دارند (اسکودل، گاندرسون، مگ گلاشان، دیک، استوت، بندر و همکاران، ۲۰۰۲). با اینکه اختلال OCPD دومین اختلال شخصیت در جمعیت عمومی و جمعیت بیماران بستری و رتبه سوم شیوع در بیماران سرپایی دارد پژوهش ها بر روی OCPD هنوز کم و اغلب متناقض می باشد (هوئی، لی، جینگ کوان، وانینگ، جی، کی و همکاران، ۲۰۲۰). این فقر پژوهشی و نادیده گرفته شدن این اختلال در بین متخصصان حوزه سلامت روان در ایران نیز وجود دارد و پژوهش های انجام شده و انتشار یافته شاید به جرأت به تعداد انگشتان یک دست می باشد (به عنوان نمونه؛ منتظری، نشاط دوست، عابدی، و عابدی، ۲۰۱۴). از همین رو نتایج پژوهش حاضر می تواند به کاهش فقر پژوهشی در این حوزه منجر شود.

یکی از با نفوذترین رویکردهای مبتنی بر پژوهش، در اختلال OCPD مفهوم سازی شناختی می باشد (به عنوان نمونه، بک، فریمن، و دیویس، ۲۰۱۶؛ آرنتر، درین، اسچوتن، وورتمن، ۲۰۰۴). از آنجا که درمان گری شناختی در درمان مشکلات مزمن موفق نبود، از دل این رویکرد، طرحواره درمانگری^۹ (ST) با تاکید بر مشکلات دیرپا و مزمن شخصیتی بیرون آمد. این رویکرد حاصل خلاقیت و تیزبینی یانگ، کلاسکو، و ویشار (۲۰۰۳) بر روی سنت شناخت درمانگری بکی است. طرحواره حاصل همکنشی محیط کودک و مزاج^{۱۰} می باشد. از همین رو والدین نه تنها مراقب هستند بلکه نقش مهمی در رشد اجتماعی، هیجانی، شناختی، و فیزیکی کودکان خود

دارند. در طی تجارب اولیه شان با والدین، کودکان شروع به پرورش دادن باورها و مفاهیم مرتبط با خودشان، دیگران، و سایر اشیاء در زندگی می کنند. این باورها و مفاهیم تشکیل دهنده ساختارهای شناختی هستند که افکار و ادراک هایمان را سازمان می دهند، به عنوان روان بنه نامیده می شود (پیاز، ۱۹۵۴). برخی از این طرحواره ها ناسازگارانه هستند که شامل باورهای ناکارآمد، شناخت واره ها و نگرش هایی به سمت خود یا دیگران می باشد. در روانشناسی بالینی، مفهوم طرحواره های ناسازگار برای اولین بار توسط بک برای توضیح سازوکارهای شناختی زیربنایی افسردگی پیشنهاد شد. یانگ (۱۹۹۹)؛ یانگ، کلاسکو، و ویشار (۲۰۰۳) با گسترش ایده های بک طرحواره درمانگری را با تأکید بر اهمیت تجارب آسیب زای اولیه در ایجاد باورهای ناسازگار، شناخت واره ها و نگرش ها توسعه داد. مطابق با طرحواره درمانگری، مزاج، محرومیت از نیازهای هیجانی اساسی^{۱۱} و تجارب آسیب زای با چهره دلبستگی در کودکی و نوجوانی منجر به شکل گیری طرحواره های ناسازگار اولیه^{۱۲} (EMSs) می شود.

طرحواره ها مطابق با نیازهای تحولی کودک به پنج حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت های مختل، دیگر جهت مندی، و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری تقسیم شده اند که هر کدام شامل چند طرحواره می شوند (یانگ، کلاسکو، و ویشار، ۲۰۰۳؛ تینور، مانسینی، باسیل، ۲۰۱۸؛ بشارت، رنجبر شیرازی، دهقانی آرانی، ۱۳۹۷؛ نوروزی، رضایی فرجی، پورشهریاری، و عبدالمهی، ۱۳۹۸). افراد در اوایل زندگی به منظور انطباق با طرحواره ها پاسخ ها و سبک های کنار آمدن ناسازگاری را به وجود می آورند تا مجبور نشوند هیجان های شدید و استیصال کننده را تجربه کنند. این کار معمولاً منجر به تداوم طرحواره ها می شود. نکته مهم این است که اگرچه سبک های مقابله ای گاهی اوقات به بیمار کمک می کنند تا از طرحواره اجتناب کند، ولی در عمل باعث بهبود طرحواره نمی شوند. از این رو تمام سبک های کنار آمدن در نقش فرآیند تداوم طرحواره، عمل می کنند. طرحواره درمانگری، بین خود طرحواره و سبک های

7. Miserliness
8. Rigidity and stubbornness
9. Schema therapy
10. Temperament
11. core emotional needs
12. early maladaptive schemas (EMSs)

1. Preoccupation with details
2. Perfectionism
3. Excessive devotion to work and productivity
4. Over-conscientiousness
5. Inability to discard worthless objects
6. Inability to delegate tasks

کنار آمدن^۱ افراد در برابر طرحواره تفاوت قابل می شود (یانگ، کلاسکو، و ویشر، ۲۰۰۳؛ رودریگر، استیونس، باکمن، ۲۰۱۸).

درمان های اصلی برای OCPD شامل درمان دارویی و درمان های روانشناختی می باشد. در مورد درمان های دارویی، تنها تعداد کمی از یافته های پژوهشی اثربخشی داروهای کاربامازین و فلووکسامین در کاهش صفات OCPD حمایت می کنند (گریو و آدامز، ۲۰۰۲) در مقایسه با درمان های دارویی تحقیقاتی نیز اثربخشی درمان های روانشناختی را در کاهش نشانه‌گان OCPD به بوجه آزمایش قرار داده اند. از درمان های به کار رفته شناخت درمانگری (CT) و درمانگری شناختی رفتاری (CBT) بیشترین تعداد را به خود اختصاص می دهد. تحقیقات در مورد اثربخشی درمان شناختی و شناختی رفتاری نشان می دهد که در کاهش علائم افسردگی و اضطراب و شخصیت مؤثر بوده است (به عنوان نمونه؛ اینیرو، سولر، راموس، کاردونا، گیلما، و والیز، ۲۰۱۳). با این وجود طرحواره درمانگری یکی از مهمترین درمان های مبتنی بر شواهد پژوهشی برای افرادی است که از اختلال های شخصیت در رنج می باشند. بنابراین علاوه بر اینکه پژوهش های تجربی کمی در OCPD انجام شده همچنین نتایج پژوهش ها نشان می دهد که درمان های غالب بیشتر علائم افسردگی و اضطراب را در مقایسه با ویژگی های OCPD کاهش می دهد.

طرحواره درمانگری بیشتر در اختلال شخصیت مرزی مورد بررسی قرار گرفته است (لاجوردی، میرزا حسینی، و منیرپور، ۱۳۹۷). مرور پنج پژوهش طرحواره درمانگری (جاکوب و آرنتر، ۲۰۱۳) میانگین ۲/۳۸ اندازه اثر را نشان می دهد. مطالعات بیشتر حکایت از اثربخشی طرحواره درمانگری در اختلال های شخصیت وابسته، دوری گزین، و سواسی - اجباری دارد (منتظری نشاط دوست، عابدی، و عابدی، ۲۰۱۴؛ بامیلز، ایورز، اسپنهورن، و آرنتر، ۲۰۱۴؛ هوپوود و توماس، ۲۰۱۴؛ فاسینندر، وایلد، و آرنتر، ۲۰۱۹؛ دومن، ۲۰۱۸).

بنابراین طرحواره درمانگری با تفکیک قائل شدن بین طرحواره های ناسازگار اولیه و سبک مقابله ای این ادعا را دارد که توان تأثیرگذاری بیشتری در مقایسه با درمان های مبتنی بر پژوهش مثل CBT در اختلال های مزمن دارد. در واقع به نظر می رسد پرداختن به طرحواره های ناسازگار افراد مبتلا به OCPD به جای پرداختن صرف به نشانه های OCPD و سواسی

1. coping styles

اجباری (همچون اشتغال ذهنی با جزئیات، نهایی خواهی گرای، چسبیدن افراطی به کار و تولید، وجدانی بودن افراطی و...) را که به نوعی سبک مقابله ای این بیماران می باشد احتمال اثربخشی و تداوم را در این اختلال افزایش می دهد. از سویی با اینکه OCPD از نظر شیوع و مشکلات فردی و بین فردی اهمیت فراوانی برخوردار است و سهم تقریباً صفر درصدی در ادبیات پژوهشی ایران و حتی خارج از کشور برخوردار است. لزوم شناسایی و پژوهش رویکرد درمانی مؤثر که درمانگران در موقعیت های درمانی بتوان بر آن تکیه کنند، به شدت احساس می شود. بر اساس آنچه گفته شد طرحواره درمانگری را برای سنجش اثربخشی در اختلال شخصیت و سواسی اجباری انتخاب شد و پژوهش حاضر برای پاسخ به این سؤال است که آیا طرحواره درمانگری در کاهش نشانه‌گان اختلال شخصیت و سواسی اجباری از اثربخشی لازم برخوردار است؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: پژوهش حاضر از نوع تجربی، تک موردی با خط پایه چندگانه است. به همین منظور ۳ نفر با تشخیص نشانه‌گان اختلال شخصیت و سواسی - اجباری تحت درمان طرحواره درمانگری قرار گرفتند.

جامعه کلی پژوهش حاضر تمامی مراجعین به مراکز خدمات روانشناختی و مشاوره در مسیر رشد، سفیر مهر، نهال و مرکز خدمات جامع بهزیستی شهر تهران در سال ۹۹-۹۸ بودند. روش نمونه گیری برای مداخله درمانی از نوع نمونه گیری هدفمند می باشد و تعداد نمونه ۳ مورد بود. برای دستیابی به هدف تعیین کارایی طرحواره درمانگری در کاهش نشانه‌گان اختلال OCPD مراجعینی که از نمره BR ۷۵ به بالا در اختلال شخصیت و سواسی اجباری از طریق MCMI-III کسب کرده بودند در این مرحله جهت تشخیص و انتخاب نمونه به روانشناس بالینی غیر از درمانگر ارجاع گردید. سپس مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلال های روان پزشکی بر اساس DSM-5 (SCID) و اجرای پرسشنامه سنجش اختلال شخصیت و سواسی اجباری (OCPDQ) توسط روانشناس بالینی انجام و پس از کسب رضایت شان وارد روند پژوهش شدند. ملاک های ورود و خروج به پژوهش حاضر عبارتند از: ملاک های ورود: قبلاً هیچ گونه درمان

سپس درمان به مدت ۲۴ جلسه بر روی آن‌ها اعمال شد. جلسه درمان هر هفته یک بار به مدت ۴۵ دقیقه تشکیل شد. برای کنترل متغیرهای مداخله‌گر احتمالی و طبق اصول طرح‌های خط پایه چندگانه، در جلسه دوم مراجع اول، مراجع دوم وارد طرح درمان شد و به همین ترتیب در جلسه چهارم مراجع اول، مراجع سوم وارد طرح درمانگری شد. جلسات پیگیری یک‌ماه، سه ماه، و شش ماه پس از درمان پرسشنامه‌ها توسط مراجعین تکمیل شد. به منظور اجرای روش طرحواره درمانگری از کتاب یانگ، کلاسکو، ویشار (۲۰۰۳)، فصل ۱۰ کتاب جامع طرحواره درمانگری وریسکوجیک، برویسن و نادورت (۲۰۱۲) و زندگی خود را دوباره بیافرینید (یانگ و کلاسکو، ۱۹۹۴) استفاده شد (جدول ۱).

روانشناختی دریافت نکرده باشد؛ سطح تحصیلات حداقل دیپلم را داشته باشد؛ و تشخیص اختلال OCPD. ملاک‌های خروج: همزمان با جلسات درمان دارویی روان‌پزشکی داشته باشد؛ به اختلالات سایکوتیک (چه در زمان دریافت درمان و چه در گذشته) مبتلا باشد؛ به سو مصرف مواد مبتلا باشد؛ همبودی بین OCPD با اختلال‌های روان‌پزشکی از جمله OCPD وجود داشته باشند؛ همبودی بین OCPD با اختلال‌های شدید شخصیت (اختلال مرزی، اسکیزوتایپال، و پارنویید) وجود داشته باشد. برای بررسی ملاک‌های حاضر آزمودنی‌ها در مرحله خط پایه برای اجرای طرحواره درمانگری، در مرحله خط پایه تمام پرسشنامه‌های طرحواره یانگ فرم کوتاه ۹۰ سؤالی (YSQ-SF)، میلون MCMIII، پرسشنامه سنجش اختلال شخصیت و سواسی اجباری (OCPDQ)، آزمودنی‌ها تکمیل تکمیل گردید.

جدول ۱. روش درمان طرحواره درمانگری

جلسه	اهداف	محتوا	تکلیف
اول تا سوم	مصاحبه بالینی و مصاحبه تحولی بر اساس سرگذشت‌زندگی فرمول‌بندی بر اساس طرحواره	معرفی درمانگر (اسم، فامیل، تحصیلات و سابقه‌ی کار) و آشنایی با مراجع مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت SCID-5-PD بر اساس DSM-5 برای اطمینان از تشخیص شخصیت و سواسی اجباری آموزش مدل طرحواره درمانی و پاسخ به سؤالات احتمالی شرکت کننده در مورد طرحواره درمانی	پرسشنامه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه، MCMIII، و اختلال شخصیت و سواسی اجباری (OCPDQ) مطالعه‌ی ۵ فصل اول کتاب زندگی خود را دوباره بیافرینید (یانگ و کلاسکو، ۱۹۹۴)
چهارم تا نهم	شناسایی طرحواره‌ها و به کارگیری تکنیک‌های شناختی برای چالش با طرحواره‌ها و جایگزین کردن طرحواره‌های سالم	ارائه پرسشنامه‌های پژوهش مصاحبه تحولی بر اساس ریشه‌های تحولی طرحواره درمانگری، بررسی خلق و خوی کودک، ویژگی‌های مادر، ویژگی‌های پدر و جو عاطفی خانواده و ارتباط با هم شیرها خاطرات مهم زندگی بر اساس وهله‌های مهم زندگی پیش از مدرسه، مدرسه (ارتباط با همسالان، معلم‌ها و تکالیف مدرسه)، بلوغ و نوجوانی، دبیرستان و کنکور، دانشگاه، روابط عاطفی، شغل و... فرمول‌بندی مشکل شرکت کننده بر اساس طرحواره درمانگری و توافق با شرکت کننده در فرمول‌بندی	ثبت شواهد موافق و مخالف طرحواره ثبت مزایا و معایب سبک‌های کنار آمدن صندلی خالی را در مورد اتفاقات طول هفته تمرین کند.
		۱. آزمون اعتبار طرحواره‌ها، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده‌ی طرحواره، ۲. ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های کنار آمدن بیمار، ۳. برقراری گفتگو بین جنبه‌ی سالم و جنبه‌ی طرحواره، هدف این تکنیک این است که بیمار از حالت تک صدایی در برخورد با مسائل درونی و بیرونی به حالت چند صدایی برسد و بتواند جنبه‌ی سالم و جنبه‌ی طرحواره را تفکیک کند. ۴. بازسازی شناختی خاطرات آسیب‌زا (خاطرات آسیب‌زایی که نقش مهمی در شکل‌گیری طرحواره‌ها داشتند مجدداً بررسی قرار می‌گیرند. هدف این تکنیک این است که برداشت‌های که منجر به شکل‌گیری شناخت‌واره‌هایی در مورد من، دیگران، و دنیا / آینده شده‌اند را بر اساس ریشه‌های تحولی شناسایی کنند. در طی این مرحله به کمک درمانگر بیمار خاطرات را بر اساس واقعیت تعبیر و تفسیر می‌کند تا	حدافل سه موقعیت را در طول هفته بررسی و بر اساس کارت آموزشی طرحواره پاسخ‌های سالم را جایگزین کند. حدافل سه موقعیت را در طول هفته بررسی و بر اساس کارت آموزشی طرحواره پاسخ‌های سالم را جایگزین کند. در طول هفته حداقل سه موقعیت این فرم ثبت طرحواره را تکمیل کند.

جلسه	اهداف	محتوا	تکلیف
		شناخت‌واره‌های فرد آماده‌ی تغییر شوند، ۵. تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی و ۶. تکمیل فرم ثبت طرحواره	
دهم تا هجدهم	برانگیختن هیجان‌های مرتبط با طرحواره‌های ناسازگار اولیه و باز والدینی بیمار به منظور بهبود هیجان‌ها و ارضاء نسبی نیازهای برآورده نشده‌ی کودکی.	۱. تصویرسازی رویدادهای آسیب‌زا و بازسازی هیجانی خاطرات. ۲. تکنیک چند صندلی، ۳. آموزش بیمار در جهت برآورده کردن نیازهای خود به نحو بهتر. ۴. نوشتن نامه به منشأ طرحواره.	تمرین صندلی خالی تمرین شناسایی نیازهای برآورده نشده در موقعیت‌های اکنونی و تمرین در بیان نیازها نوشتن نامه به والدین و خواندن با صدای بلند ابتدای جلسه‌ی بعدی نامه و در مورد آن صحبت می‌شود
جلسه نوزدهم تا بیست و چهارم	ساختار شکنی رفتاری. ترغیب بیماران برای رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای کارآمد به منظور ارضاء نیازهای هیجانی اساسی. در این مرحله لیستی از رفتارهای مشکل‌آفرین که در طی جلسات بیرون آمده است را دسته‌بندی کرده با مجموعه‌ای از تکنیک‌ها می‌شود.	۱. دفترچه یادداشت موقعیت‌مشکل‌آفرین بین جلسات، ۲. تصویرسازی موقعیت‌های مشکل‌آفرین، ۳. پی بردن به ریشه‌های تحولی رفتارها در دوران کودکی و ربط دادن رفتارهای اکنونی به گذشته، ۴. تکنیک چند صندلی؛ جنبه‌های سالم و ناسالم طرحواره و سبک‌های مقابله‌ای، ۵. کارت آموزشی، ۶. بازسازی تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش، ۷. آموزش رفتارهای سالم، ۸. تأکید و پافشاری بر انتخاب‌های سالم و ایجاد تغییرات مهم.	تمرین بر اساس رفتارهای بر خلاف سبک‌های کنار آمدن مثل نهایت‌خواهی، ابراز هیجان، خساست، تفیض نقش، تفریح کردن، دور شدن از پرکاری

ب) ابزار

محاسبه شده و ضریب آلفای کرونباخ مقیاس‌ها در دامنه‌ی ۰/۸۵ تا ۰/۹۷ گزارش کرد (فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸).

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ فرم کوتاه ۹۰ سؤالی (YSQ-SF): این پرسشنامه ۹۰ ماده دارد و ۱۸ طرحواره‌ی ناسازگار اولیه را ارزیابی می‌کند. والر و همکاران قابلیت اعتماد این پرسشنامه به شیوه‌ی آلفای کرونباخ برای کل آزمون را ۰/۹۶ و برای خرده مقیاس‌های بزرگتر از ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. آهی (۵۴) نیز دریافت که قابلیت اعتماد تمام خرده مقیاس‌های این پرسشنامه به شیوه‌ی آلفای کرونباخ بزرگتر از ۰/۷۲ و به شیوه‌ی بازآزمایی، بزرگتر از ۰/۷۶ است. در پژوهش صدوقی نیز اعتبار تمام خرده مقیاس‌های این پرسشنامه به شیوه‌ی آلفای کرونباخ در دامنه‌ی ۰/۹۰ - ۰/۶۲ قرار گرفت (یوسف‌زاده، طالبی، نشاط‌وست، ۱۳۹۶). در پژوهش حاضر نیز در یک نمونه مقدماتی ۱۰۰ نفره آلفای کرونباخ ۰/۷۴ - ۰/۹۱ بدست آمد.

پرسشنامه سنجش اختلال شخصیت و سواسی اجباری (OCPDQ): این پرسشنامه دارای ۸۰ سؤال است که ۸ ملاک اشتغال ذهنی با جزئیات، بی نقص‌گرایی، تخصیص وقت بیش از اندازه به کار، با وجدان بودن، احتکار، بی‌میلی نسبت به به واگذار کردن کارها، خساست و انعطاف‌ناپذیری را می‌سنجد. این پرسشنامه دارای مقیاس صحیح و غلط می‌باشد. در پژوهش مارتوکویچ (منتظری، نشاط‌دوست، عابدی، و عابدی، ۲۰۱۴) این پرسشنامه

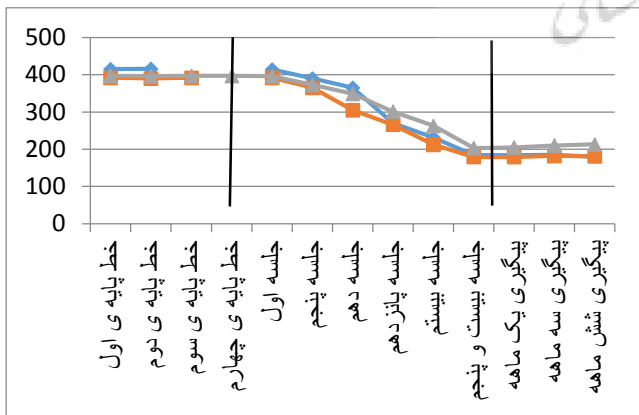
پرسشنامه بالینی چند محوری میلون (MCMI-III): این پرسشنامه توسط تودور میلون، روانشناس بالینی و شخصیت در سال ۱۹۷۷ بر اساس نظریه زیستی - روانی - اجتماعی تهیه شده است. و در سال ۱۹۹۰ در آن تجدیدنظر کرد. MCMI-III یک ابزار خودسنجی ۱۷۵ سؤالی با گزینه‌های بلی / خیر و دارای ۲۴ مقیاس بالینی و ۴ شاخص روایی است. از مجموع این ۲۴ مقیاس، ۱۴ مقیاس آن به سنجش الگوهای بالینی شخصیت براساس محور دو DSM-IV می‌پردازد و ۱۰ مقیاس دیگر نشانگان بالینی را براساس محور یک می‌سنجد. نقطه‌های برش ۷۵ تا ۸۵ به عنوان الگوها و سبک‌های شخصیتی و نقطه برش ۸۵ به بالا به عنوان نشانه‌ی الگوهای بالینی شخصیت به شمار می‌روند. میلون و همکارانش در مجموع قابلیت اعتماد آزمون را ۰/۷۸ بدست آوردند. در ضمن روایی آزمون در مقایسه با آزمون MMPI مورد ارزیابی قرار گرفت که میزان همبستگی این دو آزمون از ۰/۷۵ به بالا گزارش شده است. روایی تشخیصی مقیاس‌های میلون-۳، توان پیش‌بینی مثبت، منفی و کل بالایی گزارش داد. توان پیش‌بینی مثبت مقیاس‌ها در دامنه‌ی ۰/۹۲ تا ۰/۹۸، توان پیش‌بینی منفی مقیاس‌ها از ۰/۹۳ تا ۰/۹۹ گزارش نمود. و توان تشخیص کل مقیاس‌ها در دامنه‌ی ۰/۵۸ تا ۰/۸۳ نشان داد. همچنین روایی آزمون از طریق روش همسانی درونی

درمانی پایدار بوده و تغییری در نمرات دیده نمی شود اما با شروع درمان نمرات کاهش داشته و این روند تا آخر درمان ادامه دارد. در مرحله پیگیری نیز در مقایسه با مرحله خط پایه سطح نمرات پایین است.

جدول ۳. نمرات و شاخص درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا در OCPD

فرآیند درمان	مراجعه اول	مراجعه دوم	مراجعه سوم
خط پایه اول	۴۱۴	۳۹۴	۳۹۸
خط پایه دوم	۴۱۶	۳۹۰	۳۹۶
خط پایه سوم	-	۳۹۲	۳۹۷
خط پایه چهارم	-	-	۳۹۷
میانگین مرحله خط پایه	۴۱۵	۳۹۲	۳۹۷
جلسه اول	۴۱۴	۳۹۲	۳۹۶
جلسه پنجم	۳۹۰	۳۶۵	۳۷۳
جلسه دهم	۳۶۵	۳۰۵	۳۴۹
جلسه پانزدهم	۲۷۰	۲۶۶	۳۰۱
جلسه بیستم	۲۳۱	۲۱۲	۲۶۳
جلسه بیست و چهارم	۱۸۴	۱۷۹	۲۰۳
میانگین مرحله درمان	۳۰۹	۲۸۶/۵	۳۱۴/۱۶
شاخص تغییر پایا (RCI)	-۶/۵۵°	-۶/۷۸	-۷/۰۸
درصد بهبودی	%۵۵	%۵۴	%۴۹
درصد بهبودی کلی		%۵۲/۶۶	
پیگیری یک ماهه	۱۸۴	۱۷۹	۲۰۵
پیگیری سه ماهه	۱۸۵	۱۸۲	۲۱۰
پیگیری شش ماهه	۱۸۰	۱۸۱	۲۱۳
میانگین مرحله پیگیری	۱۸۳	۱۸۰/۶۶	۲۰۹/۳۳
شاخص تغییر پایا (RCI)	-۶/۵۸	-۵/۶۶	-۶/۸۵
درصد بهبودی	%۵۶	%۵۴	%۴۷
درصد بهبودی کلی		%۵۲/۳۳	

*علامت منفی (-) نشان دهنده تغییر کاهشی نمرات می باشد.



نمودار ۱. فرآیند تغییر نمرات نشانگان اختلال شخصیت و سواسی

دارای سطح قابلیت اعتماد و با آلفای کرنباخ (۰/۸۲) به دست آمده است. ضریب قابلیت اعتماد این پرسشنامه پس از اجرا بر روی یک نمونه مقدماتی ایرانی ۶۰ نفره، ۰/۸۹ به دست آمد که نشان دهنده پایایی خوب آن است. در پژوهش حاضر نیز در یک نمونه مقدماتی ۱۰۰ نفره آلفای کرنباخ ۰/۸۶ بدست آمد.

یافته ها

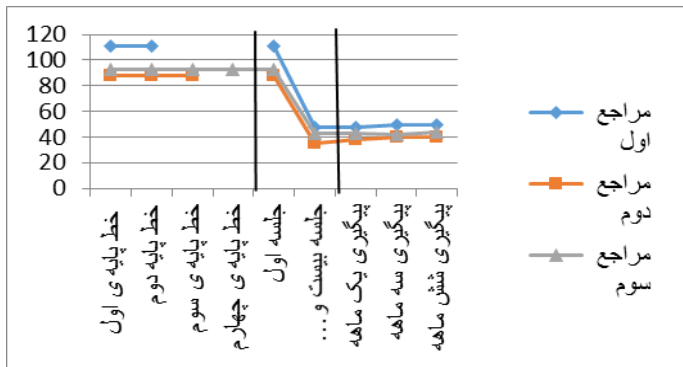
همانند اکثر طرح های تک موردی نخستین روش تحلیل نتایج بدست آمده در پژوهش، استفاده از روش استاندارد ترسیم دیداری یا چشمی بود. همچنین از روش شاخص تغییر پایا (RCI) جیکوبسون، فولتی و رونسترف (۱۹۸۴) با فرمول اصلاح شده کریستنسن و مندوزا برای محاسبه تغییر آماری معنادار نمرات استفاده شد. برای بررسی بهبودی یا تغییر بالینی معنادار یا سنجش پیشرفت مراجعان در تغییر متغیرهای آماجی علاوه بر در نظر گرفتن نقطه‌ی برش ابزارها از روش درصد بهبودی نیز استفاده گردید.

جدول ۲. ویژگی های جمعیت شناختی مراجعین تحت درمان بر حسب سن، جنسیت، تحصیلات، و وضعیت تأهل

مراجعه	سن	جنسیت	وضعیت تأهل	تحصیلات	شغل
اول	۳۳	زن	مجرد	کارشناسی ارشد	مهندس
دوم	۴۳	زن	مطلقه	دکتری	استاد دانشگاه
سوم	۳۲	مرد	مجرد	کارشناسی ارشد	بهداشت محیط

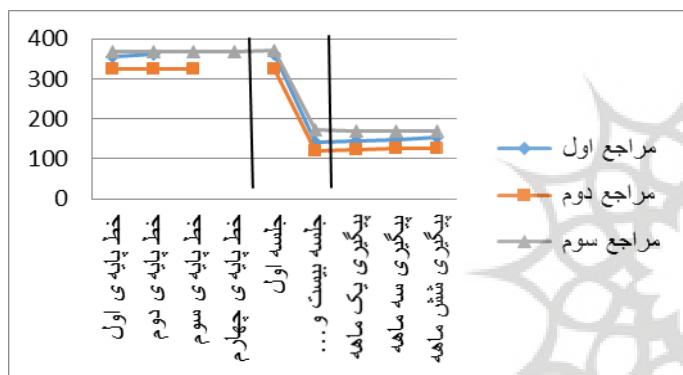
همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود دو نمونه از سه نفر زن و یکی مرد می باشد. سن مراجع اول ۳۳، دوم ۴۳ و نفر سوم ۳۲ سال است. تحصیلات دو نفر کارشناسی ارشد و دیگری دکتری می باشد یکی از افراد مطلقه و مابقی مجرد و شاغل هستند.

نتایج جدول ۳ نشان می دهد شاخص تغییر پایا بعد از مرحله درمان به ترتیب در مراجعین برابر با (-۷/۰۸ ، -۶/۷۸ ، -۶/۵۵) RCI و بعد از پیگیری (-۶/۸۵ ، -۵/۶۶ ، -۶/۵۸) RCI می باشد (مقدار شاخص تغییر پایایی بدست آمده از مقدار Z یعنی ۱/۹۶ بالاتر بوده و در سطح $P < ۰/۰۵$ معنادار است). همچنین درصد بهبودی پس از درمان در مقایسه با خط پایه به ترتیب مراجعین %۵۵، %۵۴ و %۴۹ و بعد از پیگیری برابر با %۵۶، %۵۴ و %۴۷ می باشد، که نشان دهنده تأثیر مطلوب درمان در بهبود نشانگان اختلال شخصیت و سواسی است و یافته ها از نظر آماری و بالینی معنادار می باشد. در نمودار مربوط به این بیمار نمرات پرسشنامه OCPDQ در غیاب مداخله



نمودار ۲. فرآیند تغییر نمرات نشانگان اختلال شخصیت و سواسی

نمودار ۳، فرآیند تغییر نمرات پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه (YSQ-SF) در طرحواره درمانگری را نشان می‌دهد.



نمودار ۳. طرحواره‌های ناسازگار اولیه

جدول ۵ و ۶ نشان می‌دهد شاخص تغییر پایا بعد از مرحله درمان به ترتیب در مراجعین برابر با $(RCI = -2/47, -3/43, -3/42)$ و بعد از پیگیری $(RCI = -2/52, -3/34, -3/32)$ می‌باشد (مقدار شاخص تغییر پایای بدست آمده از مقدار Z یعنی $1/96$ بالاتر بوده و در سطح $P < 0/05$ معنادار است). همچنین درصد بهبودی پس از درمان در مقایسه با خط پایه به ترتیب مراجعین 57% ، 60% ، و 53% و بعد از پیگیری برابر با 59% ، 61% ، و 54% می‌باشد، که نشان‌دهنده تأثیر مطلوب درمان در بهبود نشانگان اختلال شخصیت و سواسی است و یافته‌ها از نظر آماری و بالینی معنادار می‌باشد. در نمودار مربوط به این بیمار نمرات پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه (YSQ-SF) در غیاب مداخله درمانی پایدار بوده و تغییری در نمرات دیده نمی‌شود اما با شروع درمان نمرات کاهش داشته و این روند تا آخر درمان ادامه دارد. در مرحله پیگیری نیز در مقایسه با مرحله خط پایه سطح نمرات پایین است.

جدول ۴. نمرات و شاخص درصد بهبودی شاخص تغییر پایا در اختلال شخصیت و سواسی در پرسشنامه بالینی چند محوری میلون (MCMI-III)

فرایند درمان	مراجعه اول	مراجعه دوم	مراجعه سوم
خط پایه اول	۱۱۱	۸۹	۹۳
خط پایه دوم	۱۱۱	۸۸	۹۳
خط پایه سوم	-	۸۸	۹۳
خط پایه چهارم	-	-	۹۳
میانگین مرحله خط پایه	۱۱۱	۸۸/۳۳	۹۳
جلسه اول	۱۱۱	۸۸	۹۳
جلسه بیست و چهارم	۴۸	۳۵	۴۳
میانگین مرحله درمان	۷۹/۵	۶۱/۵	۷۲
شاخص تغییر پایا (RCI)	-۴/۷۳*	-۴/۷۱	-۴/۷۱
درصد بهبودی	۵۷٪	۶۰٪	۵۳٪
درصد بهبودی کلی	۵۶/۶٪		
پیگیری یک ماهه	۴۸	۳۸	۴۳
پیگیری سه ماهه	۵۰	۴۰	۴۲
پیگیری شش ماهه	۵۰	۴۰	۴۴
میانگین مرحله پیگیری	۴۹/۳۳	۳۹/۳۳	۴۳
شاخص تغییر پایا (RCI)	-۴/۶۲	-۴/۳۳	-۴/۷۱
درصد بهبودی	۵۵٪	۵۵٪	۵۳٪
درصد بهبودی کلی	۵۴٪		

*علامت منفی (-) نشان‌دهنده تغییر کاهشی نمرات می‌باشد.

جدول ۴ نشان می‌دهد شاخص تغییر پایا بعد از مرحله درمان به ترتیب در مراجعین برابر با $(RCI = -4/71, -4/71, -4/73)$ و بعد از پیگیری $(RCI = -4/62, -4/33, -4/71)$ می‌باشد (مقدار شاخص تغییر پایای بدست آمده از مقدار Z یعنی $1/96$ بالاتر بوده و در سطح $P < 0/05$ معنادار است). همچنین درصد بهبودی پس از درمان در مقایسه با خط پایه به ترتیب مراجعین 57% ، 60% ، و 53% و بعد از پیگیری برابر با 55% ، 55% ، و 53% می‌باشد، که نشان‌دهنده تأثیر مطلوب درمان در بهبود نشانگان اختلال شخصیت و سواسی است و یافته‌ها از نظر آماری و بالینی معنادار می‌باشد. در نمودار مربوط به این بیمار نمرات پرسشنامه MCMI-III در غیاب مداخله درمانی پایدار بوده و تغییری در نمرات دیده نمی‌شود اما با شروع درمان نمرات کاهش داشته و این روند تا آخر درمان ادامه دارد. در مرحله پیگیری نیز در مقایسه با مرحله خط پایه سطح نمرات پایین است.

نمودار ۲ فرآیند تغییر نمرات پرسشنامه بالینی چند محوری میلون (MCMI-III) در طرحواره درمانگری را نشان می‌دهد.

جدول ۵. نمرات و شاخص درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا در حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه

آزمودنی	حوزه‌های طرحواره	خط پایه			میانگین خط پایه	جلسه اول	جلسه ۲۴	میانگین خط پایه	شاخص تغییر پایا	میزان بهبودی
		اول	دوم	چهارم						
اول	بریدگی و طرد	۶۲	-	-	۶۲/۵	۶۳	۲۰	۴۱/۵	-	٪۶۸
	خودگردانی و عملکرد مختل	۴۴	۴۵	-	۴۴/۵	۴۵	۱۷	۳۱	-	٪۶۲
	محدودیت‌های مختل	۲۹	۲۹	-	۲۹	۲۹	۱۲	۲۰/۵	-	٪۵۸
	دیگر جهت مندی	۸۶	۸۸	-	۸۷	۸۷	۴۰	۶۳/۵	-	٪۵۴
	گوش به زنگی بیش از حد	۱۳۵	۱۳۸	-	۱۳۶/۵	۱۳۸	۵۳	۹۵/۵	-	٪۶۱
دوم	نمره کل طرحواره‌های ناسازگار	۳۵۶	۳۶۳	-	۳۵۹/۵	۳۶۲	۱۴۲	۲۵۲	-۳/۴۲	٪۶۰
	بریدگی و طرد	۶۲	۶۲	-	۶۲	۶۱	۲۴	۴۲/۵	-	٪۵۹
	خودگردانی و عملکرد مختل	۳۸	۳۸	-	۳۷/۶	۳۸	۱۴	۲۶	-	٪۶۳
	محدودیت‌های مختل	۳۲	۳۳	-	۳۲/۶	۳۲	۱۲	۲۲	-	٪۶۲
	دیگر جهت مندی	۷۲	۷۲	-	۷۲	۷۳	۲۹	۵۱	-	٪۶۰
سوم	گوش به زنگی بیش از حد	۱۲۰	۱۲۱	-	۱۲۰/۶	۱۲۱	۴۰	۸۰/۵	-	٪۶۷
	نمره کل طرحواره‌های ناسازگار	۳۲۴	۳۲۶	-	۳۲۵	۳۲۵	۱۱۹	۲۲۲	-۳/۴۳	٪۶۳
	بریدگی و طرد	۵۸	۵۷	-	۵۸/۵	۶۰	۳۵	۴۷/۵	-	٪۴۱
	خودگردانی و عملکرد مختل	۳۹	۴۰	-	۳۹/۵	۳۹	۲۲	۳۰/۵	-	٪۴۳
	محدودیت‌های مختل	۲۹	۲۹	-	۲۸/۵	۳۰	۱۸	۲۴	-	٪۴۰
سوم	دیگر جهت مندی	۹۳	۹۰	-	۹۱/۵	۹۳	۳۵	۶۴	-	٪۶۲
	گوش به زنگی بیش از حد	۱۴۹	۱۵۳	-	۱۵۰/۵	۱۴۸	۶۳	۱۰۵/۵	-	٪۵۷
	نمره کل طرحواره	۳۶۸	۳۶۹	-	۳۶۸/۵	۳۷۰	۱۷۳	۲۷۱/۵	-۲/۴۷	٪۵۳
بهبودی کلی سه مراجع با طرحواره درمانگری در نمره کل پرسشنامه طرحواره										

جدول ۶. نمرات و شاخص درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا در پیگیری درمان

آزمودنی	حوزه‌های طرحواره	پیگیری ۱ ماهه	پیگیری ۳ ماهه	پیگیری ۶ ماهه	میانگین پیگیری	شاخص تغییر پایا	میزان بهبودی
اول	حوزه یک	۲۱	۲۲	۲۲	۲۱/۶	-	٪۶۵
	حوزه دوم	۱۷	۱۷	۱۷	۱۷	-	٪۶۲
	حوزه سوم	۱۳	۱۳	۱۵	۱۳/۶	-	٪۵۲
	حوزه چهارم	۴۰	۴۰	۴۳	۴۱	-	٪۵۳
	حوزه پنجم	۵۵	۵۵	۵۶	۵۵/۳	-	٪۵۹
دوم	نمره گل	۱۴۶	۱۴۷	۱۵۳	۱۴۸/۶	-۳/۳۲	٪۵۹
	حوزه یک	۲۴	۲۴	۲۶	۲۴/۶	-	٪۵۹
	حوزه دوم	۱۴	۱۴	۱۴	۱۴	-	٪۶۳
	حوزه سوم	۱۳	۱۶	۱۴	۱۴/۳	-	٪۵۷
	حوزه چهارم	۲۸	۲۸	۲۸	۲۸	-	٪۶۱
سوم	حوزه پنجم	۴۳	۴۴	۴۴	۴۳/۶	-	٪۶۳
	نمره گل	۱۲۲	۱۲۶	۱۲۶	۱۲۴/۶	-۳/۳۴	٪۶۱
	حوزه یک	۳۳	۳۳	۳۱	۳۲/۳	-	٪۴۶
	حوزه دوم	۲۱	۲۰	۲۳	۲۱/۳	-	٪۴۵
	حوزه سوم	۱۸	۱۹	۱۸	۱۸/۳	-	٪۳۹
سوم	حوزه چهارم	۳۷	۳۷	۳۷	۳۷	-	٪۶۰
	حوزه پنجم	۶۱	۶۰	۶۰	۶۰/۳	-	٪۵۸
	نمره گل	۱۷۰	۱۶۹	۱۶۹	۱۶۹/۳	-۲/۵۲	٪۵۴
بهبودی کلی سه مراجع با طرحواره درمانگری در نمره کل							

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانگری بر نشانگان اختلال شخصیت و سواسی اجباری انجام شد. یافته‌ها نشان داد که طرحواره درمانگری بر کاهش نشانه‌های اختلال OCPD مؤثر است. نتایج به دست آمده با پژوهش‌هایی که نشان می‌دهند طرحواره درمانگری در کاهش نشانگان اختلال شخصیت مؤثر می‌باشد از جمله فارل، شاو، و وبر (۲۰۰۹)، بمستین و همکاران (۲۰۱۲) جاکوب و آرنتز (۲۰۱۳)، منتظری، نشاط دوست، عابدی، و عابدی (۲۰۱۴)، بامیلز، ایورس، اسپین هون، و آرنتز (۲۰۱۴)، آرنتز (۲۰۱۲)، ویرتمن و آرنتز (۲۰۰۷)، دومن (۲۰۱۸) همسو می‌باشد.

بر اساس نظریه‌ی طرحواره والدین با ویژگی‌های سرد و سخت گیر، متمرکز بر معیارهای بالا، با بی‌ارزش نشان دادن هیجانات (برای نمونه یکی از بیماران در پژوهش حاضر، وقتی در دوران دانشجویی به مادرم گفتم دلم تنگ شده براتون، با حالت تمسخره آمیز گفت اگه دلنگ میشی انصراف بده بیا خونه!)، و سرزنش‌های نهایی خواهی گرای مبتنی بر عملکردهای عالی (برای نمونه یکی از بیماران پژوهش حاضر، نمره برای پدرم همیشه بیست بود) منجر به شکل گیری افراد با نشانگان اختلال شخصیت و سواسی اجباری می‌شوند. در این بافتار تحولی فرد احساسات و نیازهای خود انگیزه را سرکوب می‌کند تا از قوانین و ارزش‌های والدین پیروی کند. بر همین اساس نیاز هیجانی دلبستگی و لذت در فرد آسیب می‌بیند (یانگ، کلاسکو، و ویشار، ۲۰۰۳؛ رودریگر، استیونس، باکمن، ۲۰۱۸).

نتایج آزمون طرحواره در سه نمونه پژوهش حاضر همسو با با نظریه پردازان طرحواره می‌باشد. به ترتیب این افراد در حوزه گوش به زنگی افراطی نیاز به دلبستگی و لذت را تجربه نمی‌کنند، حوزه دیگر جهت‌مندی که نوع والدگری منجر به از دست رفتن ابراز وجود و کنترل در کودک می‌شود و در نهایت حوزه طرد و بریدگی که والدین ناکام‌کننده‌ی دلبستگی هستند، نمرات بالاتری را در پیش آزمون داشتند.

طرحواره درمانگری چهار مسیر هم‌کنش یعنی تکنیک‌های شناختی، تجربی (هیجانی)، رفتاری و بین‌فردی (رابطه‌ی درمانی) را به صورت انعطاف‌پذیری در هر جلسه درمان استفاده می‌کند (یانگ، کلاسکو، و ویشار، ۲۰۰۳؛ رودریگر، استیونس، باکمن، ۲۰۱۸؛ آرنتز، ۲۰۱۲). بیمار پس از اینکه به درک شناختی و هیجانی از مشکلات خود مبتنی بر درک ریشه

های تحولی مبتنی بر روابط اولیه با والدین، هم‌شیرها، مدرسه، محله و فرهنگ و سبک‌های کنارآمدن در آغاز احتمالاً سازگارانه و اکنون ناسازگار که موجب تداوم طرحواره‌های وی شده است وارد جلسه‌های درمان می‌شود. مفهوم‌سازی موردی مسیر اعتماد و رابطه‌ی درمانی بین مراجع و درمانگر را فراهم می‌کند. در واقع مراجع درک هیجانی و شناختی از مسأله را پیدا می‌کند و این سنگ بنای درمان و ماندن مراجع در فرآیند درمان می‌شود. میزان ترک درمان بیماران اختلال شخصیت در رویکرد طرحواره درمانگری ۱۰/۱٪ می‌باشد که در مقایسه با درمان‌های دیالکتیک ۲۳٪، درمان مبتنی بر انتقال ۳۴/۹٪، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی ۲۴/۸٪ تفاوت محسوسی دارد (دیدریچ و وودرهولزر، ۲۰۱۵؛ جاکوب و آرنتز، ۲۰۱۳).

در مرحله‌ی شناختی بیمار به این نتیجه می‌رسد که طرحواره‌هایش چگونه منجر به تجربه‌ی تحریف شده‌ی واقعیت درون و بیرون می‌شود. به عنوان نمونه، اگر نهایی خواهی تلاش نکنم خوب نیستم، موفق نمی‌شوم، اگر کارها به دیگران بسپارم کامل انجام نخواهد شد و... با استدلال‌های شناختی اعتبارشان زیر سؤال می‌رود. بیمار با بکارگیری تکنیک‌های شناختی جمله اعتبار طرحواره‌ها، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده‌ی طرحواره، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای بیمار، بازسازی شناختی خاطرات آسیب‌زا فرا می‌گیرد صدای طرحواره را از اکنون و واقعیت متمایز کند. این مسیر استدلال‌های جلسات را در کارت‌های آموزشی ثبت می‌کند. کارت‌های آموزشی بخشی از شناخت‌واره کمکی در موقعیت‌های زندگی برای شکل‌گیری طرحواره‌های سازگار یا ذهنیت بزرگسال سالم به کار می‌گیرد (یانگ، کلاسکو، و ویشار، ۲۰۰۳؛ رودریگر، استیونس، باکمن، ۲۰۱۸).

بعد از تغییرات شناختی که مراجع با تکنیک‌های شناختی تجربه می‌کند و با وجود شکل‌گیری عقلانی طرحواره سازگار و ذهنیت بزرگسال سالم در مسیر مبارزه با طرحواره‌های ناسازگار اولیه، در حافظه‌ی هیجانی احساسات مرتبط با خاطرات آسیب‌زا و احساس‌های بدنی، و هیجانات و شناخت‌های داغ حفظ شده و دست نخورده باقی مانده است. به عنوان نمونه مراجع می‌گوید می‌دانم من نمی‌توانم کامل نباشم، امکان ندارد زندگی بدون اشتباهی را تجربه کنم. این نقطه از درمان در طرحواره درمانگری بسیار مهم است. اینجاست که باید از تکنیک‌های سرد یا شناختی گامی بلند برداشته و با

جمله تعداد بیماران که سه نفر بود و یک گروه بود. پیشنهاد می شود پژوهش های بعدی با تعداد نمونهی بیشتر و با گروه کنترل انجام شود. محدودیت دیگر پژوهش عدم مقایسه با روش درمانی دیگر، از همین رو پیشنهاد می شود با روش های درمانی دیگر به صورت همزمان نتایج مقایسه گردد. از دیگر محدودیت های پژوهش تعداد کم جلسات درمانی بود. طرحواره درمانگری روش درمانی میان مدتی است که جلسات بایستی حداقل ۶۰ جلسه باشد تا نتایج پایدارتر و عمیق تری ایجاد شود. در نهایت داده های پژوهش از طریق پرسشنامه های خودگزارش دهی استفاده شده است.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله بر گرفته از رساله ی دکتری نویسنده ی سوم در رشته روانشناسی تخصصی در دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز در تاریخ ۱۳۹۸/۰۹/۰۴ تصویب پروپزال است.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله ی دکتری و بدون حمایت مالی می باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده ی اول استاد راهنما، نویسنده دوم مشاور رساله و نویسنده سوم محقق اصلی پژوهش و نویسنده ی مسئول می باشد.

تضاد منافع: نویسندگان هیچ تضاد منافی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی نمایند.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از اساتید راهنما و مشاور این پژوهش و نیز شرکت کنندگان که در انجام این پژوهش یاری نمودند تشکر و قدردانی می گردد.

فعال کردن حافظه ی هیجانی و ایجاد تغییر در طرحواره های ناسازگار اولیه از طریق تکنیک های هیجانی را تضمین کنیم. تکنیک های هیجانی در آغاز حافظه ی هیجانی را فعال می کند، این فعال شدگی مجالی را برای اتصال اطلاعات جدید مبتنی بر واقعیت و کارآمد را به طرحواره فعال شده می دهد تا در نهایت با حافظه هیجانی یکپارچه گردد. در همین ارتباط مطالعات نشان می دهد طرحواره ها نه از طریق پردازش های عقلانی بلکه از طریق رویدادهای آسیب زای اولیه ی کودک با محیط بیرون رمزگرانی می شوند (اسچور، ۲۰۱۴). در تکنیک های هیجانی از جمله گفتگوی خیالی با والدین در حین کار با تصاویر ذهنی، تصویر سازی رویدادهای آسیب زای و بازسازی هیجانی خاطرات، تکنیک چند صندلی یا گفتگوی صندلی ها، و بازسازی تصویر ذهنی در واقع یکپارچگی بین باورهای عقلانی سالم همچون "من خوب هستم" و باورمندی هیجانی سالم "من خوب هستم" شکل می گیرد. گام نهایی درمان ساختار شکنی رفتاری است. در این مرحله بیمار در بستر تغییر شناختی و هیجانی ترغیب می شود تا راهبرد مقابله ای سالم را جایگزین سبک های مقابله ای ناسازگار کند (یانگ، کلاسکو، و ویشار، ۲۰۰۳).

پژوهش حاضر در غالب یک پژوهش تک موردی انجام شد، نتایج نشان داد طرحواره درمانگری بر کاهش نشانگان اختلال شخصیت و سواسی اجباری اثربخش است. پژوهش حاضر دارای محدودیت هایی می باشد از

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

References

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). (2013). American Psychiatric Pub. [Link]
- Arntz, A. (2012). Schema therapy for cluster C personality disorders. In M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy, theory, research and practice* (pp. 397-414). Chichester, UK: John Wiley and Sons Ltd.
- Arntz, A., Dreessen, L., Schouten, E., & Weertman, A. (2004). Beliefs in personality disorders: A test with the personality disorder belief questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*. 42, 1215–1225. [Link]
- Bamelis, L., Bloo, J., Bernstein, D., & Arntz, A. (2012). Effectiveness studies. In M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice* (pp. 495–510). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Bamelis, L.L., Evers, S.M, Spinhoven P, & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *Am J Psychiatr*. 171:305–22. 10.1176/appi.ajp.2013.12040518. [Link]
- Barlow, D.H., & Durand, V.M. (2014). *Abnormal psychological: An integrative approach*. New York: Cengage learning.
- Beck, A.T., Freeman, A., & Davis, D.D. (2016). *Cognitive Therapy of Personality Disorders, Third Edition (Paperback)*. New York: Guilford Press.
- Bernstein, D.P., Nijman, H.L., Karos, K., Keulen-de Vos M., de Vogel, V., & Lucker, T. (2012). Schema therapy for forensic patients with personality disorders: Design and preliminary findings of a multicenter randomized clinical trial in the Netherlands. *International Journal of Forensic Mental Health*. 11, 312–324. [Link]
- Besharat M A, Ranjbar Shirazi F, Dehghani Arani F (2019). The mediating role of early maladaptive schemas on the relationship between attachment styles and defense mechanisms. *J psychologicalscience*. 17 (72):859-872. [Link]
- Bosmans, G., Bracelet, C., Van Vlierberghe, L. (2010) Attachment and symptoms of psychopathology: Early maladaptive schemas as a cognitive link? *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 17(5), 374–385. [Link]
- Carr, S.N., & Francis, A.J. (2010). Early maladaptive schemas and personality disorder symptoms: An examination in a non-clinical sample. *Psychology and Psychotherapy Theory Research and Practice*. 83(4), 333-349. [Link]
- Diedrich, A., Voderholzer, U. (2015). Obsessive–Compulsive Personality Disorder: a Current Review. *Curr Psychiatry Rep*. 17: 2. DOI 10.1007/s11920-014-0547-8. [Link]
- Doomen, L. (2018). The effectiveness of schema focused drama therapy for cluster C personality disorders: An exploratory study. *The Arts in Psychotherapy*. 61:66-67. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.12.002>. [Link]
- Enero, C., Soler, A., Ramos, I., Cardona, S., Guillamat, R., Valles, V. (2013). 2783—distress level and treatment outcome in obsessive compulsive personality disorder (OCPD). *Eur Psychiatry*. 28:15. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(13\)77373-5](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(13)77373-5). [Link]
- Farrell, J.M., Shaw, I.A., & Webber M.A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 40(2), 317–328. [Link]
- Fassbinder, E., Wilde, O.B., & Arntz, A. (2019). Case Formulation for Personality Disorders. Tailoring Psychotherapy to the Individual Client. *Case Formulation in Schema Therapy: Working With the Mode Model*. 77-94. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813521-1.00005-9>. [Link]
- Fathi-Ashtiani, A., Dastani, M. (2009). *Psychological tests: personality and mental health evaluation*. Tehran: Besat.
- Gall, M.D., Borg, W.R., & Gall, J.P. (2003). *Qualitative and quantitative research methods in educational sciences and psychology (Vol I)*. Translated to Persian by Nasr AR, Arizi HR, Abolghasemi M, et al. Tehran: Samt & Shahid Beheshti University. [Link]
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen C., van Asselt, T., & et al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial for schema-focused therapy versus transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*. 63(6), 649-58. [Link]
- Greve, K.W., Adams, D. (2002). Treatment of features of obsessive compulsive personality disorder using carbamazepine. *Psychiatry Clin*

- Neurosci.56(2):207-8. doi: 10.1046/j.1440-1819.2002.00946. [Link]
- Hawke, L.D., Provencher, M.D. (2012). Early Maladaptive Schemas among patients diagnosed with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 136(3), 803–811. [Link]
- Heiman, G.V. (1998). *Research methods in psychology* (2nd ed). Boston: Houghton Mifflin Company.
- Hopwood, C.h.J., & Thomas, K.M. (2014). Schema therapy is an effective treatment for avoidant, dependent and obsessive- compulsive personality disorders. *Evid Based Mental Health*. 17(3):90-1. doi: 10.1136/eb-2014-101858. [Link]
- Hui, L., Li, H., Jingxuan, L., Wang, L., Li, F., Xiaocui, Z., Jie, X., Ke, Z., Xiongzha, Z., & Hengyi, R. (2020). Altered spontaneous brain activity in obsessive-compulsive personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*. Jan;96:152144. doi: 10.1016/j.comppsy.2019.152144. [Link]
- Jacob, G.A., & Arnt, A. (2013). Schema therapy for personality disorders—a review. *International Journal of Cognitive Therapy*. 6(2), 171–185. [Link]
- Jacobson, N.S., Follette, W.C., & Rebenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods or reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*. 15: 336-352. [Link]
- Jovev, M., Jackson, H.J. (2004). Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of Personality Disorders*. 18(5), 467–478. [Link]
- Lajvardi H, MirzaHoseini H, Monirpour N (2019). A Comparative Study of Three Methods' Activation of Mental visualization, Imaginary Visualization and Presentation of Images in the Activation of the Abandonment Schema in People with Borderline Personality Disorder. *J psychologicalscience* 17 (71): 817-821. [Link]
- Lambert, M.J. (2013) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 169–218). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- LeDoux, J.E. (1996) *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon and Schuster.
- Lenzenweger, M.F., Lane, M.C., Loranger, A.W., & Kessler, R.C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 62:553–64. doi:10.1016/j.biopsych.2006.09.019. [Link]
- Maçık, D., Sas, E. (2015) Therapy of anorexia and Young's early maladaptive schemas. *Longitudinal study. Current Issues in Personality Psychology*. 3(4), 203–213. [Link]
- Montazeri, M.S., Neshat Doost, H.T., Abedi, M.R., & Abedi, A. (2014). Effectiveness of schema therapy on symptoms intensity reduction and anxiety in a special case with obsessive compulsive personality disorder. *Zahedan J Res Med Sci*. 2014; 16:92–4. [Link]
- noruzi S, Rezaeian Faraji H, pourshriari M, abdollahi A (2019). The mediating role of inferential confusion in the relationship between maladaptive schemas and obsessive-compulsive symptoms. *J psychologicalscience* 18 (74): 205-214. [Link]
- Piaget, J. (1954). *Construction of reality in the child*. New York: Basic Books. [Link]
- Pinto, A., Steinglass, J.E., Greene, A.L., Weber, E.U., & Simpson, H.B. (2014). Capacity to delay reward differentiates obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive personality disorder. *Biol Psychiatry*. Apr 15;75(8):653-9. doi: 10.1016/j.biopsych.2013.09.007. [Link]
- Renner, F., Lobbetael, J., Peeters, F., Arntz, A, & Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective Disorders*. 136(3), 581–590. [Link]
- Roediger, E., Stevens, B.A., & Brockman, R. (2018). *Contextual Schema Therapy: An Integrative Approach to Personality Disorders, Emotional Dysregulation & Interpersonal Functioning*. New Harbinger Publications: Context Press. [Link]
- Schore, A.N. (2014). The right brain is dominant in psychotherapy. *Psychotherapy*.51(3), 388–397. [Link]
- Skodol, A.E., Gunderson, J.G., McGlashan, T.H., Dyck, I.R., Stout, R.L., Bender, D.S., & et al. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive compulsive personality disorder. *Am J Psychiatry*.Feb;159(2):276-83.doi: 10.1176/appi.ajp.159.2.276. [Link]
- Sunday, J., Zens, CAscone, L., Thomas., & Lincoln, T.M. (2018). Are schemas passed on? A study on the association between early maladaptive schemas in parents and their offspring and the putative

- translating mechanisms. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 46(6), 738–753. [\[Link\]](#)
- Tenore, K., Mancini, F., & Basile, B. (2018). Schemas, Modes and Coping Strategies in Obsessive-Compulsive Like Symptoms. *Clinical Neuropsychiatry*. 15, 6, 384-392. [\[Link\]](#)
- van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Nadort, M. (2012). *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice*. John Wiley & Sons, Ltd. [\[Link\]](#)
- Weertman, A., & Arntz, A. (2007). Effectiveness of treatment of childhood memories in cognitive therapy for personality disorders: a controlled study contrasting methods focusing on the present and methods focusing on childhood memories. *Behaviour Research and Therapy*. 45(9), 2133e2143. [\[Link\]](#)
- Young, J.E., & Klosko, J. (1994) *Reinventing Your Life*. New York: Plume. [\[Link\]](#)
- Young, J.E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (rev. ed.). Sarasota, FL: Professional Resources Press. [\[Link\]](#)
- Young, J.E., Klosko, J., Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy: A practioner's guide*. New York: Guilford. [\[Link\]](#)
- Young, J.E., Rygh, J.L., Weinberger, A.D., & Beck, A.T. (2008). Cognitive therapy for depression. In D. H. Barlow (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 250–305). New York: Guilford Press. [\[Link\]](#)
- Yousefzadeh, M., Talebi, H., Neshat Doost, H. (2017). The Effect of Schema Therapy on Maladaptive Schemas in Tehranian Patients with Chronic Low Back Pain: a two months follow-up. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences* (2):81-69. (Persian). [\[Link\]](#)
- Zeynel, Z., & Uzer, T. (2020). Adverse childhood experiences lead to trans-generational transmission of early maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*. 99:104235. doi:10.1016/j.chiabu.2019.104235. [\[Link\]](#)