

## طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و باورهای فراشناختی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری، اختلال شخصیت وسواسی - اجباری و گروه بهنجار

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۲/۷

تاریخ پذیرش: ۹۵/۶/۲۷

ندا گودرزی\*، زهره خسروی\*\*، غلامرضا دهشیری\*\*\*

### چکیده

**مقدمه:** افکار مزاحم و تکرارشونده از مؤلفه‌های اساسی اختلال‌های وسواسی - اجباری (OCD) و شخصیت وسواسی - اجباری (OCPD) است. زیرساخت‌های شناختی، طرح‌واره‌ها و ارزیابی افراد از افکارشان در این اختلال‌ها همواره مورد توجه روان‌شناسان بالینی بوده است. از این‌رو هدف پژوهش حاضر بررسی و مقایسه‌ی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و باورهای فراشناختی در افراد مبتلا به OCD، OCPD و گروه بهنجار است.

**روش:** این پژوهش از نوع علی - مقایسه‌ای و جامعه آماری آن، دانشجویان دانشگاه‌های دولتی شهر تهران در سال ۱۳۹۲ بودند. نمونه‌ی اولیه پژوهش که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند، ۳۸۵ نفر بودند. ابتدا تمام شرکت‌کنندگان، پرسشنامه‌های بازنگری شده‌ی وسواسی - اجباری، چندمحوری بالینی میلون ۳، فرم کوتاه طرح‌واره یانگ، فراشناخت و سلامت عمومی را تکمیل کردند. در مرحله دوم، افرادی که نمره‌های لازم را به‌دست آورده بودند، مورد مصاحبه قرار گرفتند. بدین ترتیب ۱۲۷ نفر (شامل ۳۵ نفر در گروه OCD، ۳۹ نفر در گروه OCPD و ۵۳ نفر در گروه بهنجار) انتخاب شدند.

**یافته‌ها:** نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوآ) نشان داد میانگین نمرات در تمام حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در گروه‌های بالینی پژوهش به‌طور معناداری بالاتر از گروه بهنجار و در بین افراد مبتلا به OCD به‌طور معنادار بالاتر از دو گروه دیگر است. همچنین در باورهای فراشناختی، میانگین نمرات افراد مبتلا به OCD در خرده‌مقیاس‌های باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی، کنترل‌ناپذیری و خطر و اطمینان شناختی به‌طور معناداری بیشتر از دو گروه دیگر است.

**نتیجه‌گیری:** نتایج به‌طور کلی نشان دادند که بررسی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و باورهای فراشناختی، باعث ایجاد درک بهتری از OCD و OCPD می‌شوند.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال وسواسی - اجباری، اختلال شخصیت وسواسی - اجباری، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، باورهای فراشناختی

## مقدمه

اختلال وسواسی- اجباری<sup>۱</sup> (OCD)، اختلالی شایع (نرخ شیوع ۲/۵٪) و غالباً بسیار فرسایشی است که با افکار و رفتار وسواسی مشخص می‌شود [۱]. با این‌که در پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>۲</sup> (DSM-V)، اختلال وسواسی- اجباری و اختلال‌های مرتبط با آن در طبقه‌ای مجزا جای گرفته‌اند، اختلال شخصیت وسواسی- اجباری<sup>۳</sup> (OCPD) در طبقه‌ای اختلال‌های شخصیت قرار گرفته است [۲].

افزون بر مباحث نظری بسیاری که در زمینه ارتباط بین اختلال وسواسی- اجباری و اختلال شخصیت وسواسی- اجباری انجام شده است، حجم زیادی از پژوهش‌ها حاکی از همبودی این دو اختلال است. برخی مطالعات نرخ همبودی اختلال شخصیت وسواسی- اجباری را در مبتلایان به اختلال وسواسی- اجباری بین ۲۳ تا ۳۲ درصد برآورد کرده‌اند [۳، ۴]. با این وجود، برخی پژوهش‌ها بر تفاوت این دو اختلال متمرکز شده‌اند. این پژوهش‌ها با بیان این‌که صفات شخصیت وسواسی- اجباری، خودهمخوان<sup>۴</sup> هستند و فرد مبتلا به اختلال آن‌ها را اجزای اصلی باورها و شخصیت خود می‌داند اما مبتلایان به اختلال وسواسی- اجباری، معمولاً علائم و افکار خود را غیرمنطقی و خودناهمخوان<sup>۵</sup> (ناخواسته) توصیف می‌کنند، بر تفاوت OCD و OCPD تأکید دارند [۵]. برخی پژوهش‌ها تفاوت زیرساخت‌های شناختی در این دو اختلال را نشان داده‌اند [۶، ۷]. علاوه بر این از بازمینی دیگر پژوهش‌ها چنین بر می‌آید که باور افراد مبتلابه OCD و OCPD در مورد افکارشان علت تمایز بین این دو اختلال عنوان شده است. چنانچه با این وجود این مسأله غیرقابل انکار است که وجود شباهت‌های زیاد بین این دو اختلال و همپوشی علائم می‌تواند توجیهی بر قرار گرفتن این دو اختلال در یک طیف باشد. آنچنان‌که در منابع گوناگون دیده می‌شود، یکی از مشخصه‌های اصلی اختلال وسواسی- اجباری، آسیب به

کارکردها و روابط بین فردی فرد مبتلا به اختلال می‌باشد [۸] تا جایی‌که دیده شده است این افراد یا روابط صمیمانه و نزدیک برقرار نمی‌کنند و یا این‌که قادر به حفظ روابط خود نمی‌باشند.

آنچه بر تعبیر افراد از روابط بین‌فردی تأثیرگذاری مستقیم دارد، طرحواره‌ی ذهنی فرد است. طرحواره قلبی است که براساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرد تا به افراد برای تبیین تجربه‌هایشان کمک کند. طرحواره‌ها به‌عنوان اصل سازمان‌بخش کلی در نظر گرفته می‌شوند و برای درک تجارب زندگی ضروری هستند. طرحواره‌ها در اوایل زندگی شکل می‌گیرند، به حرکت خود ادامه می‌دهند. طرحواره‌ها بر پردازش تجارب بعدی تأثیر می‌گذارند [۹]. آنچنان‌که انتظار می‌رود طرحواره‌ها زیربنای سبک شناختی، باورها و افکار هر فرد می‌باشند [۱۰، ۱۱].

افکار و باورهای ناکارآمد افراد مبتلا به اختلال‌های وسواسی- اجباری و شخصیت وسواسی- اجباری، عامل اساسی در سبب‌شناسی، شکل‌گیری و پایدار ماندن این دو اختلال است. نظریه‌های بسیاری در مورد افکار مزاحم و ناخوانده در اختلال وسواسی- اجباری مطرح شده است، که اکثر این نظریه‌ها بر نحوه‌ی برخورد فرد با افکار مزاحم خود و میزان تجربه‌ی فرد بر کنترل آن‌ها تأکید دارد [۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵].

ولز و متیوس [۱۶] نظریه‌ی فراشناختی<sup>۶</sup> را مطرح کردند که تلفیقی از نظریه‌ی طرحواره و نظریه‌ی پردازش اطلاعات بوده و بر باورهای فرد درباره‌ی نظام پردازشی‌اش تأکید دارد. براساس الگوهای فراشناختی، افکار وسواسی به-خاطر باورهای فراشناختی درباره‌ی معنی و یا پیامدهای خطرناک داشتن چنین افکاری، به‌صورت منفی تفسیر و تعبیر می‌شوند [۱۷].

با وجود شباهت‌های اختلال وسواسی- اجباری و اختلال شخصیت وسواسی- اجباری در علائم و سبب‌شناسی، قرارگرفتن آن‌ها در طبقات تشخیصی جداگانه یا در طیفی وسواسی، از موضوعات مهم مورد بررسی روان‌شناسان بالینی و پژوهشگران حوزه‌ی آسیب‌شناسی است. یکی از مؤلفه‌های تشخیصی اختلال‌های وسواسی، وجود افکار مزاحم و تکرارشونده است. طرح‌واره‌ها، به‌عنوان زیرساخت-

1 - Obsessive Compulsive Disorder (OCD)

2 - Diagnostic and Statistical Manual- Fifth Edition of mental disorders (DSM-V)

3 - Obsessive Compulsive Personality Disorder (OCPD)

4 - ego- syntonic

5 - ego- dystonic

6 - metacognitive theory

## ابزار

۱- پرسشنامه جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه از سوی محقق و به‌منظور گردآوری اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کننده‌ها شامل سن، جنسیت، ترتیب تولد، محل تولد، وضعیت تأهل، مقطع و رشته‌ی تحصیلی تهیه شده است.

۲- پرسشنامه بازنگری شده‌ی وسواسی - اجباری<sup>۱</sup>: پرسشنامه‌ی خودسنجی OCI<sup>۲</sup> برای اولین بار در سال ۱۹۹۸ تدوین و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدیدنظر قرار گرفت. [۱۹]. پس از انجام مطالعات متعدّد بر روی روایی و پایایی پرسشنامه و تأییدنشدن همه‌ی خرده‌مقیاس‌ها، هم‌چنین همبستگی بسیار بالا (بالتر از ۰/۹۰) بین نمرات فراوانی و ناراحتی، فوآ و همکاران [۱۹] با اعمال تغییراتی در پرسشنامه، نسخه‌ی بازنگری‌شده‌ی آن را منتشر کردند. نسخه‌ی بازنگری‌شده‌ی پرسشنامه ۱۸ عبارت و ۶ خرده-مقیاس دارد و هر خرده‌مقیاس ۳ ماده را شامل می‌شود. خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه عبارت‌اند از: واری، سستشو، وسواس فکری، خنثی‌سازی ذهنی، نظم و احتکار.

ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه هم در نمونه‌ی بالینی و هم در نمونه‌ی غیربالینی بسیار خوب گزارش شده است [۲۱،۲۰]. پایایی، اعتبار واگرا و همگرایی آن برای کل مقیاس و نیز همه‌ی خرده‌مقیاس‌ها تأیید شده است. هم‌چنین در پژوهشی ساختار عاملی OCI-R نیز تأیید و آلفای کرونباخ و پایایی بازآزمایی آن برای کل مقیاس و نیز خرده‌مقیاس‌ها رضایت‌بخش گزارش شده است [۲۲].

OCI-R همبستگی متوسط و بالایی با سایر مقیاس‌های سنجش OCD مانند پرسشنامه وسواسی- اجباری مادزلی (MOCI)<sup>۳</sup>، پرسشنامه پادوا (اصلاحی دانشگاه ایالتی واشنگتن) (PIWSUR)<sup>۴</sup> دارد [۱۷]. اعتبار نسخه‌ی فارسی پرسشنامه در جمعیت دانشجویی بزرگ به‌منظور استفاده از این ابزار برای ارزیابی علائم OCD در جمعیت فارسی زبان بررسی شده است. نتایج پژوهش همسانی درونی مطلوبی (آلفای کرونباخ در دامنه‌ی ۰/۵۰ تا ۰/۷۲) را نشان داد [۲۳].

های فکری افراد شناخته می‌شوند و باورهای فراشناختی مسؤل ارزیابی افکار هر فرد هستند.

همانطور که اشاره شد، آسیب ابعاد شناختی به طور عام و حوزه‌هایی از باورهای معین بطور خاص از ویژگی‌های اختلال‌های وسواسی هستند [۱۸]. از جمله حوزه‌های مهم در زمینه‌ی شناختی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و باورهای فراشناختی می‌باشند. براساس بررسی‌های صورت پذیرفته تاکنون پژوهشی به بررسی زیرساخت‌های شناختی این دو اختلال بطور همزمان نپرداخته است، هم‌چنین ابهام در عوامل قطعی سبب‌شناسی اختلال‌های وسواسی از سوی دیگر دلیل پژوهش حاضر می‌باشد. این پژوهش به بررسی و مقایسه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و باورهای فراشناختی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری، اختلال شخصیت وسواسی- اجباری و افراد بهنجار می-پردازد، تا پاسخ احتمالی این پرسش مشخص شود که آیا می‌توان افکار و رفتار وسواسی را در مدل ابعادی جای داد و این روند را از بهنجار تا اختلال وسواسی- اجباری بهتر و مفیدتر تبیین نمود؟

## روش

**طرح پژوهش:** پژوهش حاضر از نوع علی- مقایسه‌ای بود. برای جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش از روش کمی استفاده شد. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه‌ها و نیز مصاحبه‌های بالینی ساختاریافته بود.

**آزمودنی‌ها:** جامعه‌ی پژوهش دانشجویان کارشناسی و کارشناسی‌ارشد بودند که در سال تحصیلی ۱۳۹۲ در دانشگاه‌های دولتی شهر تهران مشغول به تحصیل بودند. نمونه‌گیری در این پژوهش به شیوه‌ی خوشه‌ای چند مرحله‌ی انجام شد. ابتدا از میان دانشگاه‌های شهر تهران، ۴ دانشگاه و از هر دانشگاه ۴ دانشکده به‌طور تصادفی انتخاب شد. سپس به دانشجویانی که برای شرکت در پژوهش مایل بودند پرسشنامه داده شد. حجم نمونه پژوهش ۳۸۵ نفر بود که در نهایت شامل ۲۶۰ دانشجوی کارشناسی و ۱۲۵ دانشجوی کارشناسی ارشد بود.

شرکت‌کنندگان پس از تکمیل پرسشنامه‌های تشخیصی و غربال اولیه مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند و در سه گروه مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری، مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی- اجباری و بهنجار جای گرفتند.

1 - Obsessive° Compulsive Inventory (OCI-R)

2 - Obsessive° Compulsive Inventory

3 - Maudsley Obsessive Compulsive Inventory

4 - Padua Inventory Washington State University

Revision

۵- پرسشنامه فراشناخت<sup>۳</sup>. یکی از پرسشنامه‌هایی که به طور گسترده برای بررسی باورهای فراشناختی مورد استفاده قرار می‌گیرد، پرسشنامه فراشناخت (MCQ)<sup>۴</sup> است [۳۰]. این پرسشنامه ۵ حوزه‌ی باورهای فراشناختی را شامل باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی<sup>۵</sup>، باورهای منفی درباره‌ی کنترل‌ناپذیری و خطر<sup>۶</sup>، اطمینان شناختی<sup>۷</sup>، نیاز به کنترل افکار<sup>۸</sup>، خودآگاهی شناختی<sup>۹</sup> اندازه‌گیری می‌کند [۳۱].

پژوهش‌هایی که با استفاده از این پرسشنامه انجام شده است، شواهد تجربی بسیاری در حمایت از نظریه‌ی فراشناخت فراهم ساخته است. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گزارش شده است و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از یک ماه) ۰/۷۳ بوده است همچنین این پرسشنامه از همسانی درونی و روایی همگرایی خوبی برخوردار است [۳۲]. به‌علاوه، سایر حوزه‌های فراشناختی پرسشنامه MCQ، با علائم وسواسی- اجباری، نگرانی مرضی، آمادگی به توهمات شنیداری، اضطراب صفت و علائم افسردگی رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری دارند که حاکی از روایی همگرایی آن است [۳۳].

۶- پرسشنامه سلامت عمومی<sup>۱۰</sup>: پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)<sup>۱۱</sup> توسط دیوید گلدبرگ و به‌منظور شناسایی اختلال‌های روانی در مراکز و محیط‌های مختلف تدوین شده است. سؤال‌های پرسشنامه که به بررسی وضعیت روانی فرد در چهار هفته (یا یک ماه) اخیر می‌پردازند، دربرگیرنده‌ی نشانه‌هایی مانند افکار و احساسات نابهنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده می‌باشد [۳۴].

در این پرسشنامه ۴ خرده‌مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی وجود دارد. فرم‌های مختلف پرسشنامه سلامت عمومی از اعتبار و روایی بالا برخوردار است و کارایی فرم ۱۲ سؤالی تقریباً به همان میزان فرم ۶۰ سؤالی است [۳۵]. پایایی بازآزمایی

۳- پرسشنامه چندمحوری بالینی میلیون<sup>۱۳</sup>. پرسشنامه چندمحوری بالینی میلیون (MCMI-III) یک پرسشنامه خودسنجی استاندارد شده است که دامنه‌ی گسترده‌ای از اطلاعات مربوط به شخصیت را می‌سنجد و در آن بر اختلال‌های شخصیت تأکید می‌شود. نسخه‌ی اصلی این آزمون در سال ۱۹۷۷ تدوین شد و از آن زمان تاکنون دوبار تجدیدنظر شده است. نسخه‌ی فعلی پرسشنامه شامل ۱۷۵ ماده است که به‌صورت بله/ خیر پاسخ داده می‌شود [۲۴]. در پژوهش حاضر خرده‌مقیاس اختلال شخصیت وسواسی- اجباری پرسشنامه مذکور که دارای ۱۷ عبارت می‌باشد، مورد استفاده قرار گرفت.

مطالعات مختلف نشان‌دهنده‌ی پایایی نسبتاً خوب (MCMI-III) در نمونه‌های بالینی و غیربالینی است. پایایی آن با محاسبه‌ی آلفا کرونباخ در دامنه‌ی ۰/۶۷ تا ۰/۸۹ و با روش بازآزمایی در فاصله‌ی ۵ تا ۱۴ روز در دامنه‌ی ۰/۸۸ تا ۰/۹۳ گزارش شده است [۲۵].

روایی مقیاس‌های MCMI-III از طریق روایی تشخیصی و با محاسبه‌ی خصیصه‌های عامل (توان پیش‌بینی مثبت، توان پیش‌بینی منفی و توان پیش‌بینی کل) بسیار خوب برآورد شده است [۲۶].

۴- فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ<sup>۱۴</sup>: پرسشنامه طرحواره‌ی یانگ، ابزاری خودگزارش‌دهی برای سنجش طرحواره‌هاست [۹]. فرم کوتاه پرسشنامه ۷۵ گویه دارد و برای سنجش ۱۵ طرحواره ساخته شده است [۲۵]. این پرسشنامه دارای ۵ حوزه‌ی اصلی و ۱۵ طرحواره است. تمامی عبارات پرسشنامه در یک مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً در مورد من نادرست است تا کاملاً مرا توصیف می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود [۲۸].

شواهد موجود همسانی درونی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ برای همه خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ نشان داده و نیز از روایی افتراقی و پیش‌بین خوب YSQ-SF حکایت دارند [۲۹].

3 - Meta- Cognitions Questionnaire (MCQ-30)

4 - Meta- Cognitions Questionnaire

5 - positive beliefs about worry

6 - beliefs about uncontrollability of worrying and about the dangers of failing to control worrying

7 - cognitive confidence

8 - beliefs about superstition, punishment and responsibility associated with worry

9 - cognitive self-consciousness

10 - General Health Questionnaire

11 - General Health Questionnaire

1 - Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III)

2 - Young Schema Questionnaire- short form

## یافته‌ها

به منظور مقایسه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری، اختلال شخصیت وسواسی- اجباری و بهنجار از روش تحلیل واریانس چندمتغیری MANOVA استفاده شد.

بر اساس بررسی‌های انجام شده، قدر مطلق کجی و کشیدگی در تمامی حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه از یک کمتر است لذا مفروضه‌ی نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار می‌باشد. برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد و نشان داده شد همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس برابر است. همچنین چنانچه از بررسی‌ها مشخص شد چون  $(P > 0.05)$  مفروضه‌ی برابری واریانس‌ها برقرار است.

از بین شاخص چندمتغیری از شاخص لامبدای ویلکز استفاده شد. نتایج نشان داد که اثر گروه بر ترکیب خطی طرحواره‌های ناسازگار اولیه معنی‌دار است  $[F(10, 236) = 9.38, P < 0.001, \eta^2 = 0.28]$ . بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تأثیر گروه بر حداقل یکی از حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه معنادار است. برای بررسی اینکه تأثیر گروه بر کدامیک از طرحواره‌های ناسازگار معنی‌دار است از آزمون تحلیل واریانس تک متغیری استفاده شد.

پرسشنامه GHQ، 0/78 تا 0/90 و آلفای کرونباخ آن 0/90 تا 0/95 گزارش شده است [36].

7- مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته: فرم SCID یک مصاحبه‌ی نیمه ساختاریافته است که تشخیص‌هایی را بر اساس DSM-IV فراهم می‌آورد. فرم SCID برای ارزیابی اختلال‌های روان‌پزشکی، هم برای استفاده در موارد بالینی و هم پژوهشی تدوین شده است [37].

روایی و پایایی SCID-I در پژوهش‌های مختلف قابل قبول گزارش شده است [38]. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی متوسط تا خوب (کاپای بالاتر از 0/6) گزارش شده است. توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص‌های فعلی 0/52 و برای کل تشخیص‌های طول عمر 0/55 بود. قابلیت اجرای مطلوب آن نشان داد که می‌توان از این ابزار در تشخیص‌گذاری‌های بالینی پژوهشی و آموزش استفاده کرد [39].

در این مطالعه برای سنجش اختلال وسواسی- اجباری، پس از کسب نمره‌ی لازم توسط شرکت‌کننده در پرسشنامه بازنگری شده‌ی وسواسی- اجباری (نمره‌ی خام 47، معادل 2 انحراف استاندارد بالای میانگین و برابر با 3٪ انتهایی جمعیت عمومی)، نسخه‌ی بالینی SCID-I و برای سنجش اختلال شخصیت وسواسی- اجباری، پس از کسب نمره‌ی برش از سوی شرکت‌کننده در پرسشنامه چندمحوری بالینی میلیون 3/ خرده‌مقیاس اختلال شخصیت وسواسی- اجباری، (کسب نمره‌ی خام 21 و بالاتر، معادل نرخ پایه 84 و بالاتر) مصاحبه بالینی SCID-II گرفته شد.

**روند اجرای پژوهش:** نمونه‌ی اولیه پژوهش که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند، 385 نفر بودند. ابتدا تمام شرکت‌کنندگان، پرسشنامه‌های بازنگری شده‌ی وسواسی- اجباری، چندمحوری بالینی میلیون 3، فرم کوتاه طرحواره یانگ، فراشناخت و سلامت عمومی را تکمیل کردند. در مرحله دوم، افرادی که نمره‌های لازم را به دست آورده بودند، مورد مصاحبه قرار گرفتند. بدین ترتیب 127 نفر (شامل 35 نفر در گروه OCD، 39 نفر در گروه OCPD و 53 نفر در گروه بهنجار) انتخاب شدند.

جدول ۱) میانگین و انحراف استاندارد طرحواره‌ها در بین سه گروه و نتایج آزمون F برای مقایسه آن

| متغیر                           | اختلال وسواسی- اجباری |                  | اختلال شخصیت وسواسی- اجباری |                  | بهنجار  |                  | F تک متغیری |
|---------------------------------|-----------------------|------------------|-----------------------------|------------------|---------|------------------|-------------|
|                                 | میانگین               | انحراف استاندارد | میانگین                     | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد |             |
| بریدگی و طرد                    | ۷۹/۷۷                 | ۱۵/۹۹            | ۵۹/۲۵                       | ۱۸/۸۳            | ۴۸/۳۶   | ۱۲/۴۰            | ۳۵/۳۲       |
| خودگردانی و عملکرد مختل         | ۵۸/۲۹                 | ۱۶/۹۹            | ۴۱/۹۸                       | ۱۷/۴۲            | ۳۰/۴۹   | ۸/۶۸             | ۳۱/۴۴       |
| محدودیت‌های مختل                | ۳۷/۸۰                 | ۷/۰۲             | ۳۰/۴۵                       | ۸/۸۸             | ۲۵/۱۳   | ۶/۵۵             | ۲۵/۰۵       |
| دیگر جهت‌مندی                   | ۳۴/۸۶                 | ۷/۴۷             | ۲۶/۶۱                       | ۶/۶۱             | ۲۴/۳۸   | ۶/۴۵             | ۲۴/۱۹       |
| گوش به زنگی بیش از حد و بازداری | ۳۸/۱۷                 | ۶/۹۰             | ۳۱/۱۲                       | ۸/۱۶             | ۲۹/۶۷   | ۷/۶۴             | ۱۳/۰۵       |

چنانچه از جدول مشاهده می‌شود بین سه گروه در همه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در سطح معنی‌داری ۰/۰۰۱ تفاوت وجود دارد. برای مشخص کردن تفاوت به دست آمده بین گروه‌های نمونه، از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد.

جدول ۲) آزمون تعقیبی بن فرونی به منظور مقایسه گروه‌های مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری، اختلال شخصیت وسواسی- اجباری و گروه بهنجار

| متغیرها                         | گروه‌ها             | تفاوت میانگین بین دو گروه (MD) | P     |
|---------------------------------|---------------------|--------------------------------|-------|
| بریدگی و طرد                    | بهنجار- شخصیت وسواس | -۱۰/۸۹*                        | ۰/۰۰۶ |
|                                 | بهنجار- وسواس       | -۳۱/۴۱*                        | ۰/۰۰۱ |
|                                 | وسواس- شخصیت وسواس  | ۲۰/۵۲*                         | ۰/۰۰۱ |
| خودگردانی و عملکرد مختل         | بهنجار- شخصیت وسواس | -۱۱/۴۹*                        | ۰/۰۰۱ |
|                                 | بهنجار- وسواس       | -۲۷/۸۰*                        | ۰/۰۰۱ |
|                                 | وسواس- شخصیت وسواس  | ۱۶/۳۱*                         | ۰/۰۰۱ |
| محدودیت‌های مختل                | بهنجار- شخصیت وسواس | -۵/۳۲*                         | ۰/۰۰۵ |
|                                 | بهنجار- وسواس       | -۱۲/۶۷*                        | ۰/۰۰۱ |
|                                 | وسواس- شخصیت وسواس  | ۷/۳۵*                          | ۰/۰۰۱ |
| دیگر جهت‌مندی                   | بهنجار- شخصیت وسواس | -۲/۲۳                          | ۰/۳۸۳ |
|                                 | بهنجار- وسواس       | -۱۰/۴۸*                        | ۰/۰۰۱ |
|                                 | وسواس- شخصیت وسواس  | ۸/۲۵*                          | ۰/۰۰۱ |
| گوش به زنگی بیش از حد و بازداری | بهنجار- شخصیت وسواس | -۱/۴۵                          | ۱/۰۰۰ |
|                                 | بهنجار- وسواس       | -۸/۵*                          | ۰/۰۰۱ |
|                                 | وسواس- شخصیت وسواس  | ۷/۰۵*                          | ۰/۰۰۱ |

نشان داده شد همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس برابر است. همچنین چنانچه از بررسی‌ها مشخص شد چون  $(P > 0/05)$  مفروضه‌ی برابری واریانس‌ها برقرار است. از بین شاخص چندمتغیری از شاخص لامبدای ویلکز استفاده شد. نتایج نشان داد اثر گروه بر ترکیب خطی باورهای فراشناختی معنی‌دار است  $[F(10, 170) = 3/85, P < 0/001, \eta^2 = 0/18]$ . بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تأثیر گروه بر حداقل یکی از خرده مقیاس‌های باورهای فراشناختی معنی‌دار است. برای بررسی اینکه تأثیر گروه بر کدام‌یک از باورهای فراشناختی معنادار است از آزمون تحلیل واریانس تک متغیری استفاده شد.

نتیجه آزمون نشان داد که در حوزه‌های بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل و محدودیت‌های مختل، میانگین نمرات در گروه اختلال وسواسی- اجباری به‌طور معناداری بالاتر از دو گروه دیگر است. همچنین به منظور مقایسه‌ی باورهای فراشناختی در گروه‌های نمونه از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری MANOVA استفاده شده است. بر اساس بررسی‌های انجام شده، قدر مطلق کجی و کشیدگی در تمام خرده مقیاس‌های باورهای فراشناختی از یک کمتر است لذا مفروضه‌ی نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار می‌باشد. برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد و

**جدول ۳) میانگین و انحراف استاندارد باورهای فراشناختی در بین سه گروه و نتایج آزمون F برای مقایسه آن**

| F    | بهنجار           |         | اختلال شخصیت وسواسی- اجباری |         | اختلال وسواسی- اجباری |         | متغیر                                      |
|------|------------------|---------|-----------------------------|---------|-----------------------|---------|--|
|      | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد            | میانگین | انحراف استاندارد      | میانگین |  |
| 6/65 | 4/09             | 12/00   | 4/48                        | 14/03   | 2/08                  | 15/46   | باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی               |
| 6/69 | 3/62             | 13/35   | 3/47                        | 13/79   | 3/26                  | 16/46   | باورهای منفی درباره‌ی کنترل- ناپذیری و خطر |
| 6/06 | 4/42             | 13/08   | 3/80                        | 10/72   | 2/57                  | 14/15   | اطمینان شناختی                             |
| 2/14 | 3/96             | 13/49   | 3/18                        | 14/72   | 2/79                  | 15/19   | نیاز به کنترل افکار                        |
| 4/02 | 3/38             | 14/84   | 3/33                        | 17/21   | 3/48                  | 16/15   | خودآگاهی شناختی                            |

\* کلیه آزمونها در سطح 0/001 معنی دار است.

\* درجات آزادی بین گروهی 2 و درون گروهی 124

وجود دارد. برای مشخص کردن تفاوت به دست آمده بین گروه‌های نمونه، از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد.

چنانچه از جدول مشاهده می‌شود بین سه گروه در همه باورهای فراشناختی در سطح معنی‌داری 0/001 تفاوت

جدول ۴) آزمون تعقیبی بن‌فرونی به منظور مقایسه گروه‌های مبتلا به اختلال

| متغیرها                                   | گروه‌ها             | تفاوت میانگین بین دو گروه (MD) | P     |
|---|---------------------|--------------------------------|-------|
| باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی              | بهنجار- شخصیت وسواس | -۲/۰۳                          | ۰/۰۹۸ |
|   | بهنجار- وسواس       | -۳/۴۶*                         | ۰/۰۰۲ |
|   | وسواس- شخصیت وسواس  | ۱/۴۳                           | ۰/۴۹۸ |
| باورهای منفی درباره‌ی کنترل ناپذیری و خطر | بهنجار- شخصیت وسواس | -۰/۴۴                          | ۱/۰۰۰ |
|   | بهنجار- وسواس       | -۳/۱۱*                         | ۰/۰۰۲ |
|   | وسواس- شخصیت وسواس  | ۲/۶۷*                          | ۰/۰۱۷ |
| اطمینان شناختی                            | بهنجار- شخصیت وسواس | ۲/۳۶*                          | ۰/۰۴۱ |
|   | بهنجار- وسواس       | -۱/۰۷                          | ۰/۸۱۱ |
|   | وسواس- شخصیت وسواس  | ۳/۴۳*                          | ۰/۰۰۳ |
| نیاز به کنترل افکار                       | بهنجار- شخصیت وسواس | -۱/۲۴                          | ۰/۴۴۵ |
|   | بهنجار- وسواس       | -۱/۷۱                          | ۰/۱۶۴ |
|   | وسواس- شخصیت وسواس  | ۰/۴۷                           | ۱/۰۰۰ |
| خودآگاهی شناختی                           | بهنجار- شخصیت وسواس | -۲/۳۷*                         | ۰/۰۱۸ |
|   | بهنجار- وسواس       | -۱/۳۲                          | ۰/۴۰۰ |
|   | وسواس- شخصیت وسواس  | -۱/۰۵                          | ۰/۷۶۱ |

فشارهای روانی و تجارب و حوادث منفی زندگی رابطه دارند و این طرحواره‌ها به صورت مستقیم و غیر مستقیم

منجر به ایجاد و مزمن شدن اشکال مختلف آشفتگی‌های روانی می‌شوند [۹].

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ی گروه بالینی (افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری و افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی- اجباری) و گروه بهنجار تفاوت معناداری دیده می‌شود. به عبارت دقیق‌تر در تمام حوزه‌های "بریدگی و طرد"، "خودگردانی و عملکرد مختل"، "دیگر جهت مندی"، "گوش به زنگی بیش از حد و بازداری" و "محدودیت‌های مختل" بین افراد بهنجار و افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری و در حوزه‌های "بریدگی و طرد"، "خودگردانی و عملکرد مختل" و "محدودیت‌های مختل" بین افراد بهنجار و افراد مبتلا به شخصیت وسواسی- اجباری تفاوت معنادار وجود دارد و بطور کلی در پژوهش حاضر، میانگین نمرات افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری در تمام حوزه‌های طرحواره بالاتر از دو

وسواسی- اجباری، اختلال شخصیت وسواسی- اجباری و گروه بهنجار چون گروه‌ها نابرابر بوده‌اند از آزمون تعقیبی بی‌فرونی استفاده شد و برای استفاده از این آزمون لزومی به برابری گروه‌ها نیست.

نتیجه آزمون نشان داد که در خرده مقیاس‌های باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی، باورهای منفی درباره‌ی کنترل ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی، میانگین نمرات در گروه اختلال وسواسی- اجباری به‌طور معناداری بالاتر از دو گروه دیگر است.

### بحث

بررسی پژوهش‌ها نشان داده است که یکی از مسائل مهم و مورد توجه پژوهشگران افکار مزاحم و ناخواسته و چگونگی ارزیابی افراد از این افکار در اختلال وسواسی- اجباری و اختلال شخصیت وسواسی- اجباری است. شباهت‌ها و تفاوت‌های این دو اختلال در حوزه‌ی زیرساخت‌های شناختی و ارزیابی فرد از شناخت‌ها همواره مورد توجه پژوهشگران بوده است. طرحواره‌های ناسازگار اولیه با



نشان می‌دهند باورهای فراشناختی در آسیب‌شناسی وسواس نقش تسریع‌کننده و تداوم‌بخش دارند [۳۰، ۳۱، ۳۲، ۴۶].

یکی از اصلی‌ترین حوزه‌های آسیب‌دیده در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری و اختلال شخصیت وسواسی-اجباری حوزه‌ی افکار است که به تبع آن ارزیابی‌های فرد دچار اختلال و سوگیری می‌شود. هر چند ماهیت افکار در افراد مبتلا به OCD، OCPD و بهنجار تفاوت ویژه‌ای ندارد [۴۷] اما نحوه‌ی برخورد و ارزیابی این افراد و به بیان بهتر باورهای فراشناختی این افراد احتمالاً باعث ایجاد این اختلال‌ها می‌گردد. همچنان که از نتایج پژوهش پیداست افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری در حوزه‌ی باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی و باورهای منفی درباره‌ی کنترل ناپذیری خطر بالاترین میانگین و بیشترین تفاوت را با افراد بهنجار دارند.

با توجه به این‌که تلاش برای کنترل و بازداری فکر غالباً به افزایش فراوانی افکار و حاد شدن اختلال می‌انجامد، به نظر می‌رسد که افراد وسواسی پس از تجربه‌ی افکار مزاحم و رخنه‌کننده از یک سو از راهبردهایی برای کنترل این افکار استفاده می‌نمایند و از سوی دیگر چون بخشی از افکار این افراد مربوط به سودمندی این افکار است، باورهایی در مورد مثبت بودن نگرانی و اضطراب دارند که در مجموع هر دو این باورهای فراشناختی ناکارآمد، منتج به ایجاد و تشدید اختلال می‌گردد.

تفاوت معنادار بین نمونه بالینی پژوهش و نمونه بهنجار، همچنین بالاتر بودن میانگین نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه و باورهای فراشناختی افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری و افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-اجباری از افراد بهنجار می‌تواند تأییدی بر این احتمال باشد که طرحواره‌ی ناسازگار اولیه و باورهای فراشناختی می‌توانند از جمله عوامل سبب‌شناسی این اختلال‌ها باشند.

بالطبع هر کار علمی که در زمینه‌ی شناخت و بررسی انسان و رفتارهای انسانی است از محدودیت‌های خاصی برخوردار است، چرا که ابزار گردآوری اطلاعات، انسانی است که به حکم پیچیدگی نمی‌توان یک قانون برای آن تدوین کرد. پژوهش‌های روان‌شناختی و به تبع آن پژوهش حاضر نیز از این قاعده مستثنی نمی‌باشد. از جمله محدودیت‌های روش

گروه دیگر است. این یافته همسو با نتایج بسیاری مبنی بر این است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه تأثیر مستقیمی بر روابط بین فردی و تنظیمات شناختی و هیجانی مختل این افراد دارد. همچنین در این زمینه می‌توان به تجربه‌های ناخوشایند احتمالی در دوران کودکی و برآورده‌نشدن نیازهای عاطفی و هیجانی اشاره کرد [۴۰، ۴۲، ۴۱].

شیوع اختلال وسواسی-اجباری در افرادی که والدینشان اختلال‌های روان‌شناختی دارند یا این‌که کمتر حمایت‌گرند، بالاتر است [۴۳]، این والدین بالطبع نمی‌توانند نیازهای هیجانی و عاطفی فرزندان را به خوبی برآورده سازند و احتمال این‌که فرزندان این افراد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ی بیشتری داشته باشند، بسیار زیاد است. چنان‌چه مطرح شده است محبت کم یا تنبیه زیاد توسط والدین را با خطر زیاد ابتلا به اختلال شخصیت مرتبط دانسته‌اند [۴۴].

تجربه‌های نامناسب و آسیب‌زا در خلال دوران کودکی می‌تواند خطر ابتلای فرد را به اختلال شخصیت افزایش دهد [۴۵]. از آنجایی که اکثر کودکان سال‌های آغازین عمر خود را بیشتر با والدین می‌گذرانند، احتمالاً والدینی که نیازهای عاطفی و حمایتی کودکان را برآورده نسازند موجب ایجاد طرحواره‌های ناسازگار در این افراد و در نهایت بالابردن خطر ابتلا به اختلال شخصیت گردند.

همچنین در مورد باورهای فراشناختی در خرده‌مقیاس "باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی" و "باورهای منفی درباره‌ی کنترل ناپذیری و خطر" بین افراد بهنجار و افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری و در خرده‌مقیاس "خودآگاهی شناختی" و "اطمینان شناختی" بین افراد بهنجار و افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-اجباری تفاوت معنادار است. یافته‌های پژوهش گویای بالاتر بودن تمام میانگین‌ها در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری بین سه گروه نمونه است. این موارد در این افراد خود را به صورت نگرانی بیش از حد، تفکر تحلیلی در پاسخ به افکار ناخواسته، توجه به احتمال وقوع تهدید، آیین‌مندی‌های پنهان و اطمینان جویی زیاد نشان می‌دهد. همچنین براساس یافته‌ها در خرده‌مقیاس "اطمینان شناختی"، بین افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری و افراد دارای شخصیت وسواسی-اجباری تفاوت معناداری دیده می‌شود این یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش‌های بسیاری است که

10- Beck A.T., Weishaar M.E. Cognitive therapy. Current psychotherapies. 2002.

11- Beck J. S. Cognitive therapy for challenging problems. 2005; New York: Guilford Press .

12- Ladouceur R, Freeston MH, Rheaume J. Strategies used with intrusive thoughts: A comparison of OCD patients With anxious and community controls. *Abnorm psychol.* 2000; 109(2): 87- 179.

13- Clark D. A, Purdon c. New perspectives for a cognitive theory of obsessions. *j australian psychol.* 1993; 21: 7-161.

14- Rachman S. A cognitive theory of obsessions. *j behav research ther.* 1997; 35(9): 793- 802.

15- Salkovskis P.M, Richards H.C, Forrester E. The relationship between obsessional problems and intrusive thoughts. *j behav and cogn psychother.* 1995; 23(3): 281° 99 .

16- Wells A, Matthews G. Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *J behav res ther.* 1996; 34: 881-8.

17- Wells A. metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford. 2009; 69-90.

18- Foa E.B, Kozak M.J. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *j psychol Bull.* 1986; 99(1): 20- 35 .

19- Foa E. B, Huppert J. D, Leiberg S, Langner R, Kichic R, Hajcak G, et al. The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *J psychol assess.* 2002; 14: 485-96.

20- Hajcak G, Huppert J.D, Simons R.F, Foa E.B. Psychometric properties of the OCI-R in a college sample. *j behav res ther.* 2004; 42: 115° 23.

21- Abramowitz J.S, Deacon B.J. Psychometric properties and construct validity of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised: Replication and extension with a clinical sample. *J anxiety disord.* 2006; 20: 1016-35.

22- Smári J , Olason D.T, Eypórsdóttir A, Frólunde M.B. Psychometric properties of the Obsessive Compulsive Inventory-Revised among Icelandic college students. *scand j psychol.* 2007; 48(2): 127-33 .

23- Mohammadi A, Zamani R, Fata L. Validation of the Persian Version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised in a Student Sample. 2008; 1: 66- 78. [Persian].

24- Khorram N, Resaei O, Dolatshahi B. Comparison between personality profiles of the parents with schizophrenic offspring and normal parents based on MCMI-III. *j Procedia Soc behav sci.* 2010; 5: 901° 4.

25- Aluja A, Cuevas L, Garcia LF, Garc aO. Zuckerman s personality model predicts MCMI-III personality disorders. *j Personal Individ Differ.* 2007; 42: 1311° 21.

26- Sharifi A, Molavi H, Namdari K. Validation of Millon Clinical Multiaxial Inventory. Knowledge

شناختی پژوهش حاضر می‌توان به ابزارهای خودگزارشی اشاره کرد.

با این که در این پژوهش، از مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته نیز استفاده شد اما چون ابزار غربالگری اولیه مقیاس‌های خودگزارشی بود ضرورت احتیاط در تسری دادن نتایج تحقیق احساس می‌شود. همچنین با توجه به نمونه‌ی دانشجویی پژوهش استفاده از نمونه‌ای که نماینده‌ی کل جامعه باشد می‌تواند گام منطقی و مفیدی در زمینه‌ی بدست آوردن نتایج قابل تعمیم ارائه دهد.

بررسی عوامل مؤثر دیگر در زمینه‌ی سبب‌شناسی این دو اختلال مانند سبک دلبستگی و نوع خلق و خوی نیز در پژوهش‌های آتی می‌تواند باعث ایجاد نظرات تکمیلی دقیق‌تر به خصوص برای بیماران که درمان را نیمه‌کاره رها می‌کنند باشد.

#### منابع

- 1- Abramovitch A, Shaham N, Levin, L, Bar-Hen, M, Schweiger A. Response inhibition in a subclinical obsessive-compulsive sample. *j behav ther and experimental psychiatry.* 2015; 46: 66-71.
- 2- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). 2013; Washington, DC.
- 3- Albert U, Maina G, Forner F, Bogetto F. DSM-IV obsesseive-compulsive personality disorder: Prevalence in patients with anxiety disorders and in healthy comparison subjects. *Comprehensive Psychiatry.* 2004; 45(5): 325-32.
- 4- Coles M.E, Pinto A, Mancebo M. C, Rasmussen S. A, Eisen J. L. OCD with comorbid OCPD: A subtype of OCD? *j psychiatr res.* 2008; 42: 289- 96 .
- 5- Aycicegi A, Harris C. L, Dinn W. M. Parenting style obsessive-compulsive symptoms and personality traits in a student sample. *j clinical psychol and psychother.* 2002; 9(6): 406-17.
- 6- Bavi S, Masodifar M, Rezaie S, Tayeb A. The relationship between components of primary maladaptive schemas and meta-cognitive beliefs with signs of obsessive compulsive disorder among students. *j behave sci.* 2015; 16: 9- 24.
- 7- Noie Z, Farid A, Fata L, Ashoori A. comparison of early maladaptive schemas and their parental origins in OCD patients and non-clinical individuals. *j adv cogn sci.* 2010; 12 (1): 59- 69.
- 8- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR: Text Revision. 2000; Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- 9- Young J.E, Klosko J. S, Weishaar M.E, Schema Therapy: a practitioners guide. 2003. [Persian].

- 42- Bannon S, Gonsalvez C.J, Croft R.J. Processing impairments in OCD: it is more than inhibition. *J behav res ther.* 2008; 46(6): 689- 700 .
- 43- Abramovitch A, Pizzagalli D.A, Geller D.A, Reuman L, Wilhelm S. Cigarette smoking in obsessive-compulsive disorder and unaffected parents of OCD patients. *J Europ Psych.* 2015; 30(1): 137-44
- 44- Johnson J. G, Cohen P, Chen H, Kasen S, Brook J. S. Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *J archiv gen Psychiatry.* 2006; 63(5): 579-87.
- 45- Johnson J. G, Cohen P, Chen H, Kasen S., Brook J. S. Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *J archiv gen Psychiatry.* 2006; 63(5): 579-87.
- 46- Rees C. S, van Koesveld K. E. An open trial of group meta-cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *J behav ther and Experimental Psychiatry.* 2008; 39(4): 451-58.
- 47- Wegner D. Ironic process of mental control. *J psychol revi.* 1994; 101, 34- 54.
- and research in applied psychology : 2008; 34: 27-38. [Persian].
- 27- Fata L, Mootabi F, Dobson K, Moludy R, Zeaek. Psychometric Properties of Young Schema Questionnaire in an Iranian Non-clinical Sample. *j mod psycho res.* 2010; 4 (16): 229-48.
- 28- Karami E, Bahrami H, Mohammadi Arya A. R, Asghar nezhad A.A, Fakhri Z. Relationship between early maladaptive schemas and psychopathy in homeless Woman with substance dependency. *J appl psychol.* 2013; 7 (2): 93-110.
- 29- Baranoff J, Oei T.P.S, Ho Cho S, Kwon S.M. Factor structure and internal consistency of the Young Schema Questionnaire (Short Form) in Korean and Australian samples. *j affec disord.* 2002; 93: 133° 40 .
- 30- Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: the Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *J anxiety disord.* 1997; 11: 279° 96.
- 31- Wells A. Emotional disorders and meta-cognition: Innovative cognitive therapy. 2000; UK: Chichester.
- 32- Wells A. Meta Cognitive Therapy for Anxiety and depression. 2009; The Guilford press.
- 33- Papageorgiou C, Wells A. An empirical test of a clinical meta-cognitive model of rumination and depression. *J cogn ther res.* 2003; 27: 261° 73.
- 34- Goldberg D.P. The detection of psychiatric illness by questionnaire. 1972; London: Oxford University Press.
- 35- Goldberg D.P, Hillier V.F. A scaled version of general health questionnaire. *j psychol med.* 1979; 9: 131-45 .
- 36- Sterling M. General health questionnaire-28 (GHQ-28). *j physio.* 2011; 57: 258-61.
- 37- First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J.B. User s guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders: SCID-1 clinician version. 1997; Washington DC, American Psychiatric Association.
- 38- Marnat G. Handbook of psychological assessment. 1997.
- 39- Sharifi V, asadi M, mohammadi M, Amini H, kaviani H, Semnani Y, Shabani A, Shahrivar Z, Davari Ashtiani R, Hakim shushtari M, Sedigh A, Jalali roodsari M. Cost Evaluation of a Two - Echelon Inventory System with Lost Sales and Approximately Normal Demand. *J adv Cogn sci.* 2004; 6 (1,2); 10-22.
- 40- Atalay H, Atalay F, Karahan D, Caliskan M. Early maladaptive schemas activated in patients with obsessive compulsive disorder: A cross-sectional study. *int J Psychiatry clin prac.* 2008; 2006; 12(4): 268- 79 .
- 41- Kim J.E, Lee S.W, Lee S.J. Relationship between early maladaptive schemas and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Psych Res.* 2014; 215(1): 134- 40.



پرویشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## Early Maladaptive Schemas and Metacognitive Beliefs in People with Obsessive-Compulsive Disorder, Obsessive-Compulsive Personality Disorder and Normal People

Goudarzi, N.\*M.A., Khosravi, Z. Ph.D., Dehshiri, Gh.R. Ph.D.

### Abstract

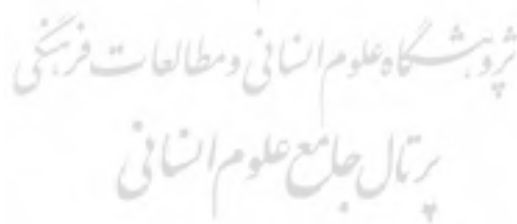
**Introduction:** Intrusive and repetitive thoughts are fundamental components in Obsessive - Compulsive Disorder (OCD) and Obsessive- Compulsive Personality Disorder (OCPD). Cognitive structures, schemas and people s evaluations of their thoughts have consistently drawn the attention of clinical psychologists. Thus, purpose of the present study was to compare early maladaptive schemas and metacognition beliefs in people with Obsessive-Compulsive Disorder, Obsessive-Compulsive Personality Disorder and normal people.

**Method:** The Causal- Comparative research method was used in the present study. The sample population consisted of 385 students selected through random cluster sampling and the study was conducted on sample of 127 subjects (including 35 subjects with OCD, 39 subjects with OCPD, and 53 normal subjects). In the first step, all participants filled out Obsessive° Compulsive Inventory- Revised (OCI-R), Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (Subscale of OCPD), Young Schema Questionnaire-short form (YSQ), Metacognitions Questionnaire (MCQ-30) and General Health Questionnaire (GHQ-12). In the second phase, participants who gained the necessary scores (127 persons) were interviewed.

**Results:** The MANOVA test results showed that mean scores in all areas of early maladaptive schemas in the clinical study was significantly higher than normal subjects and among people with OCD are significantly higher than other groups. The same result was also seen in term of metacognition beliefs, positive beliefs, uncontrollability and danger, cognitive confidence and cognitive self-consciousness subscales.

**Conclusion:** Generally considering early maladaptive schemas and meta-cognitive beliefs may provide better understanding of OCD and OCPD.

**Keywords:** Obsessive - Compulsive Disorder, Obsessive- Compulsive Personality Disorder, Early Maladaptive Schemas, Metacognition Beliefs.



\*Correspondence E-mail:  
neda.goudarzi1@gmail.com