



فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی

اثربخشی طرحواره درمانی بر نشخوار فکری، کمال‌گرایی و آمیختگی فکر - عمل زنان مبتلا به وسواس فکری - عملی

دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

صدیقه خادم ^{id}

محمد کاظم فخری* ^{id}

سیده‌علیا عمادیان ^{id}

Fakhri@iausari.ac.ir

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۲۷

دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۲۸

فصلنامه علمی پژوهش خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۲۰-۲۷۱۷
http://Aftj.ir
دوره ۲ | شماره ۱ | صص ۵۴۱-۵۶۵
بهار ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(خادم، فخری و عمادیان، ۱۴۰۰)

در فهرست منابع:

خادم، صدیقه، فخری، محمدکاظم، و عمادیان، سیده علیا (۱۴۰۰). اثربخشی طرحواره درمانی بر نشخوار فکری، کمال‌گرایی و آمیختگی فکر - عمل زنان مبتلا به وسواس فکری - عملی. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۲(۱): ۵۴۱-۵۶۵.

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر نشخوار فکری، کمال‌گرایی و آمیختگی فکر - عمل زنان مبتلا به وسواس فکری - عملی مراجعین مراکز مشاوره شهرستان نکا بوده است. **روش پژوهش:** روش تحقیق حاضر از لحاظ هدف، کاربردی و از نظر موقعیت میدانی و از نظر روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه و انتصاب تصادفی بوده است. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرستان نکا در سه ماه اول سال ۱۳۹۹ بوده است. نمونه‌گیری به صورت هدفمند و ۳۰ نفر از زنانی که بیشترین نمره در ابزار پژوهشی وسواس فکری - عملی فوا و همکاران (۲۰۰۲) را بدست آوردند به عنوان نمونه انتخاب شدند و سپس با گمارش تصادفی، ۱۵ نفر به گروه طرحواره درمانی و ۱۵ نفر به گروه گواه تخصیص داده شدند. گروه آزمایش به مدت ۲۰ جلسه تحت طرحواره درمانی براساس پروتکل لویینو و همکاران (۲۰۱۸) و در حالی که گروه گواه هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. همچنین پرسشنامه نشخوار فکری نالن-هوکسما و مارو (۱۹۹۱)، پرسشنامه کمال‌گرایی هویت و فلت (۱۹۹۱)، و پرسشنامه آمیختگی فکر - عمل شفران و همکاران (۱۹۹۶) در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد استفاده قرار گرفت. در نهایت، داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که طرحواره درمانی بر نشخوار فکری ($F=29/17, P<0/001$)، کمال‌گرایی ($F=22/94, P<0/001$) و آمیختگی فکر - عمل ($F=8/95, P<0/001$) زنان مبتلا به وسواس فکری - عملی تاثیر دارد. **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره درمانی بر نشخوار فکری، کمال‌گرایی و آمیختگی فکر - عمل زنان مبتلا به وسواس فکری - عملی موثر است و می‌توان از این درمان جهت بهبود مشکلات روانشناختی زنان استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: طرحواره درمانی، نشخوار فکری، کمال‌گرایی، آمیختگی فکر - عمل، وسواس فکری - عملی

مقدمه

اختلال وسواس فکری-عملی^۱ نوعی اختلال روانی است که در آن افراد، افکار، احساسات، تصاویر یا احساساتی را ناخواسته و مکرر و در جواب، به رفتارها یا اعمال ذهنی و اجباری تجربه می‌کنند. ویژگی عمده این وسواس‌ها و اجبارها (افکار و رفتارها) لذت بخش نبودن آنها برای فرد مبتلا است، ولی بیمار به افکار و تکرار اعمال ادامه می‌دهد تا شاید از ناراحتی‌اش کاسته شود (شاملی، ۱۳۹۴). اختلال وسواس فکری-عملی به وسیله افکار وسواسی و رفتارهای اجباری مشخص می‌شود. وسواس‌ها افکار، تصاویر ذهنی و تکانه‌های ناخواسته و اضطراب برانگیز هستند که بدون میل و اراده‌ی بیمار رخ می‌دهند و به صورت ناسازگار و ناهمخوان با خود تجربه می‌شوند. وسواس‌های عملی در پاسخ به وسواس‌های فکری با هدف کاهش پریشانی ایجاد می‌شوند؛ که شامل رفتارهای تکراری (مانند شستن یا بازبینی) یا اعمال ذهنی (مانند شمارش) است (شاملی، ۱۳۹۴). ویژگی عمده این وسواس‌ها و اجبارها (افکار و رفتارها) لذت بخش نبودن آن‌ها برای فرد مبتلا هست ولی بیمار به نشخوار افکار و تکرار اعمال ادامه می‌دهد تا شاید از ناراحتی‌هایی که برای او به وجود می‌آید کاسته شود. وسواس فکری-عملی معمولاً در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع می‌شود، متوسط سن شروع در مردان پایین‌تر از زنان است؛ یعنی بین ۱ تا ۱۰ سالگی برای مردان و بین ۲۲ تا ۲۹ سالگی برای زنان. سازمان بهداشت جهانی این اختلال را به عنوان دهمین علت برجسته ناتوانی در دنیا معرفی کرده است که به صورت ناتوانی در عملکرد اجتماعی و کیفیت پایین زندگی نمایان می‌شود (ماتیاکس-کولز، دی‌لا کروز، مونزانی، روزن‌فیلد، اندرسون و همکاران، ۲۰۱۷).

همچنین بیماران با تشخیص وسواس فکری-عملی از مشغولیت ذهنی بیمارگونه رنج می‌بردند و در مورد پیامدهای منفی بالقوه که می‌توانست اتفاق بیفتد اما اتفاق نیفتاده است، نشخوار فکری می‌کردند (علی، اوامر، اولاه، حلیم، نسیم و همکاران، ۲۰۲۱). هاروی و همکاران نشخوار فکری را به عنوان نمونه‌ای از افکار منفی عودکننده مطرح کرده و آن را فرایندی فرا تشخیصی می‌دانند که در بسیاری از آسیب‌های روانشناختی اتفاق می‌افتد؛ و در برخی از اختلالات اضطرابی مثل اختلال وسواس اجباری، اضطراب فراگیر و اختلال استرس پس از سانحه تجربه می‌شود. نشخوار فکری زیربنای شناختی بیماران وسواس فکری-عملی و افسرده را دچار ناهنجاری می‌کند و با ناسازگاری ضعیف روانشناختی و افزایش احساسات منفی مانند خشم و فشار روانی رابطه دارد (علی و همکاران، ۲۰۲۱). نشخوار فکری، مجموعه افکار منفعلانه‌ای هستند که جنبه تکراری دارند، بر علل و نتایج علائم متمرکزند، و مانع حل مسئله سازش یافته شده و به افزایش افکار منفی می‌انجامند (رود، ۲۰۱۵). نشخوار فکری یک روش تنظیم‌شناختی هیجانی نابهنجار است که افراد در پاسخ به تجربه یک خلق منفی از خود نشان می‌دهند (شوت و بولن، ۲۰۱۷).

1. Obsessive-compulsive disorder

براساس نظریه سبک پاسخ‌دهی نولن- هوکسما و همکاران (۲۰۰۷) نشخوار فکری دارای پیامدهای منفی از جمله افزایش طول مدت خلق منفی، تشدید افکار بدبینانه کاهش انگیزه برای به کارگیری رفتارهای موثر و آسیب زدن به توانایی حل مسئله می‌شود. پژوهش‌های زیادی به بررسی عوامل مرتبط با نشخوار فکری پرداخته‌اند. از جمله این متغیرها کمال‌گرایی است که در مطالعات مختلف نقش مستقیم آن مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج پژوهش ایگان، هاتاوی و کین (۲۰۱۴) نشان داد که بین نشخوار فکری و کمال‌گرایی رابطه مستقیم وجود دارد. همچنین ریور و دوپیلیز (۲۰۱۷) دریافتند که نشخوار فکری تاثیر مثبتی بر کمال‌گرایی دارد. در سطح بالینی، اختلال وسواس، با افکار مزاحم همراه است که تولیدکننده تشویش، دلهره، ترس و نگرانی و انجام رفتارهای تشریفاتی برای کاهش اضطراب می‌باشد و در این میان تمایل شدید در نیاز به تأیید، سازماندهی و نشخوار فکری که مؤلفه‌های مهم کمال‌گرایی است، از علائم اصلی در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی می‌باشد (سهرابی، برجعلی و مومنی، ۱۳۹۹). بنابراین می‌توان گفت که مولفه‌ی کمال‌گرایی از مهمترین جنبه‌ها و علائم اصلی اختلال وسواس فکری- عملی می‌باشد که همواره باید به آن به عنوان زمینه‌ساز، تداوم بخش و درمانی نگریست (ساسارولی، لائورو، راگیرو، ماوری، یونای و فراست، ۲۰۰۸). کمال‌گرایی یعنی داشتن اهداف بلندپروازانه، جاه‌طلبانه، مبهم و غیرقابل وصول و همچنین داشتن تلاش افراطی برای رسیدن به اهداف. ویژگی اصلی و عمده افراد کمال‌گرا این است که آن‌ها همه چیز را یا سیاه می‌دانند یا سفید و برای آن‌ها به هیچ وجه حد وسط یا به اصطلاح خاکستری وجود ندارد (ساسارولی و همکاران، ۲۰۰۸). مشکل اساسی در این زمینه این است که افراد کمال‌گرا همیشه به دنبال بهترین و کامل‌ترین راه‌حل بوده و همیشه می‌خواهند که در استانداردهای بالا همه چیز را داشته باشند یا انجام بدهند، و اگر نتوانند به چنین استانداردهایی برسند خود را شکست خورده کامل می‌دانند (منتظری، ۱۳۹۱). در واقع کمال‌گرایی نقش با اهمیتی در آسیب‌شناسی، سبب‌شناسی و ماندگاری اختلال‌های روانی از جمله وسواس فکری- عملی ایفا می‌کند (بویسیو، تامپسون-برنز، پرت، فراشیون و بارلو، ۲۰۱۳).

یکی از این سازه‌های فراشناختی که در سال‌های اخیر در برخی اختلالات، از جمله اختلالات اضطرابی به خصوص اختلال وسواس فکری- عملی، به طور گسترده‌ای مورد توجه قرار گرفته، آمیختگی فکر- عمل است. مفهوم آمیختگی فکر- عمل اولین بار در کار بر روی بیماران وسواسی مطرح شد. بعدها این سازه علاوه بر اختلالات اضطرابی در سایر اختلالات نیز به اشکال مختلف شناسایی شد. شفران و همکاران (۱۹۹۶) نشان داده‌اند که سازه آمیختگی فکر- عمل دارای دو بعد اصلی است، آمیختگی فکر- عمل احتمال و آمیختگی فکر- عمل اخلاقی. آمیختگی فکر- عمل احتمال به این صورت تعریف می‌شود، اعتقاد فرد به این که فکر کردن درباره رویدادی آشفته‌ساز یا غیر قابل پذیرش، احتمال وقوع آن رویداد را افزایش می‌دهد. این نوع آمیختگی

فکر- عمل خود دارای دو جنبه است، آمیختگی فکر- عمل احتمال برای خود، یعنی آمیختگی بین افکار و وقایعی که برای خود فرد اتفاق می‌افتد و آمیختگی فکر- عمل احتمال برای دیگران، یعنی آمیختگی بین افکار و وقایعی که برای دیگران رخ می‌دهند. آمیختگی فکر- عمل اخلاقی به این معنا است که داشتن افکار وسواسی در باره اعمال منع شده و انجام واقعی این اعمال از لحاظ اخلاقی معادل یکدیگر هستند. شواهد موید این مطلب است که آمیختگی فکر- عمل در سبب‌شناسی و تداوم اختلال وسواس فکری - عملی اهمیت زیادی دارد. فهم نقش آمیختگی فکر - عمل در پیدایش و تداوم اختلالات ممکن است سبب تمرکز بر مداخلات روان‌شناسی موثرتری برای درمان اختلال وسواس فکری- عملی و اختلالات دیگر شود (مانوزای، اسپرادلین و کاتلر، ۲۰۱۶). بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی می‌کوشند که با کمک راهبردهای گوناگون، افکار مزاحم خود را کنترل کنند. شخص مبتلا دچار احساس اجبار شدیدی برای انجام اعمالی برای رهایی از این افکار آزار دهنده می‌شود، که اعمال وسواسی نامیده می‌شوند (چنگ، چن، یانگ، چن، لی و لو، ۲۰۱۹).

در سال‌های اخیر، اقدامات و مداخلات در زمینه اختلالات روحی و روانی به طور فزاینده‌ای محبوبیت یافته و توجه بسیاری را به خود جلب کرده است؛ به طوری که طرحواره درمانی جایگاه خود را به عنوان درمان مکمل در کنار سایر درمان‌های جسمی و روانشناختی یافته است. می‌توان گفت طرحواره درمانی، رویکردی یکپارچه‌نگر است که از ترکیب نظریه‌ها و تکنیک‌هایی که از قبل وجود داشته‌اند حاصل شده است، مانند درمان شناختی- رفتاری، روان تحلیلی روابط شیء، نظریه دلبستگی و گشتالت درمانی (لوپینو و همکاران، ۲۰۱۸). طبق نظریه طرحواره، کمال‌گرایان دارای یک طرح بین فردی ناسازگار هستند که به تجربیات عاطفی مشکل‌ساز کمک می‌کند، در نتیجه طرحواره ناسازگار زمانی ایجاد می‌شود که به جای دریافت عشق و پذیرش، انتقاد و طرد صورت می‌گیرد؛ در نتیجه طرحواره درمانی می‌تواند به کاهش اختلالات و مشکلات روحی و روانی افراد کمک کند (منتظری، ۱۳۹۱). نتایج پژوهش لاهی (۲۰۱۸) نشان داد که طرحواره درمانی، باعث کاهش نشخوار فکری در افراد افسرده می‌شود. هویت، فلت و میکائیل (۲۰۱۷) دریافتند که طرحواره درمانی بر کاهش رفتارهای کمال‌گرایانه تأثیر دارد. همچنین یافته‌های پژوهش برمن، ویتون و آبراموویتز (۲۰۱۳) نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی باعث کاهش آمیختگی فکر و عمل در افراد می‌شود. هدف اولیه طرحواره درمانی ایجاد آگاهی روانشناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره است و هدف نهایی آن بهبود طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است. از سوی دیگر، بازنمایی تجربیات زندگی در ذهن زمینه را برای شکل‌گیری ذهنیت‌های طرحواره‌ای فراهم می‌کند. آسیب‌پذیری ناشی از پیوندهای مکرر خلق و ذهنیت‌های طرحواره‌ای منفی به تغییراتی در سطح شناختی و عصبی می‌انجامد که بر افکار تأثیر گذاشته منجر به پردازش‌های خودکار می‌گردد. به نظر می‌رسد طرحواره‌درمانی این آمایه‌های کهنه، شناخت‌واره‌ها و

طرحواره‌ها را که مقاوم‌ترین مشکلات بالینی هستند به چالش کشیده و باعث کاهش مقاومت بیماران در برابر تغییر می‌شوند. بنابراین شناخت و تغییر این طرحواره‌ها تلویحات بالینی مهمی به همراه دارد. در واقع با هدف قرار دادن این طرحواره‌ها از طریق مداخلات درمانی متمرکز بر طرحواره می‌تواند موجب تغییر و اصلاح آن‌ها شود (لهیی، ۲۰۱۸). در مجموع پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش برخی اختلالات روانی است. لازم به ذکر است به دلیل آنکه مطابق با DSM-5 زنان بزرگسال بیشتر از مردان از علائم وسواسی رنج می‌برند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۳) و یافته امامی، ابوالقاسمی، احدی و نریمانی (۱۳۹۲) حاکی از شیوع ۹/۳۷ درصدی اختلال وسواس فکری عملی در بین زنان جوان ایرانی بوده است؛ لزوم پرداختن به امر بهداشت روان زنان از یک سو، اعمال کنترل دقیق‌تر متغیرهای مورد بررسی از سوی دیگر، منجر به این شد که پژوهش حاضر بر گروه زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی اجرا گردد. از این رو این پژوهش به دنبال پاسخ به این سوال است:

۱. آیا طرحواره درمانی بر نشخوار فکری، کمال‌گرایی و آمیختگی فکر-عمل زنان مبتلا به وسواس فکری-عملی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهرستان نکا در مرحله پس‌آزمون موثر است؟
۲. آیا طرحواره درمانی بر نشخوار فکری، کمال‌گرایی و آمیختگی فکر-عمل زنان مبتلا به وسواس فکری-عملی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهرستان نکا در مرحله پیگیری پایدار است؟

روش پژوهش

این پژوهش از لحاظ هدف، کاربردی و از نظر موقعیت میدانی و از نظر روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهرستان نکا در سه ماه اول سال ۱۳۹۹ می‌باشند و تعداد آن‌ها برابر با ۴۹۶ اعلام شده است. با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند و زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهرستان نکا در سه ماه اول سال ۱۳۹۹، زنانی که بیشترین نمره در ابزار پژوهشی (پرسشنامه وسواس فکری-عملی فوا و همکاران (۲۰۰۲)) را بدست می‌آورند، مورد شناسایی قرار گرفته و سپس براساس معیارهای ورود و خروج به پژوهش، تعداد ۴۵ نفر به عنوان افراد نمونه انتخاب شده و سپس با گمارش تصادفی، ۱۵ نفر به گروه طرحواره درمانی و ۱۵ نفر به گروه گواه تخصیص داده می‌شوند.

ملاک‌های ورود شامل افراد انتخاب شده به شرکت در مطالعه رضایت داشته و علاقه‌مند باشند. حد نصاب نمره لازم از پرسشنامه وسواس فکری-عملی فوا و همکاران (۲۰۰۲) را کسب کرده باشند. قادر به اختیارگذاشتن اطلاعات و تجربیات خود باشند. نداشتن سابقه اختلال جسمی که

تکاپوی ذهنی را درگیر می‌کند. افراد انتخاب شده به پژوهش دارای سن ۴۰ تا ۵۵ سال را داشته باشند.

ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از سه جلسه، اعلام عدم رضایت جهت ادامه همکاری توسط افراد و والدین، کسانی که به طور ناقص به پرسش نامه‌ها پاسخ داده‌اند، داشتن سابقه یکی از بیماری‌های اسکلتی-عضلانی، بینایی، شنوایی بود.

در این پژوهش از دو شیوه گردآوری اطلاعات استفاده شده است. یکی از این شیوه‌ها، روش کتابخانه‌ای و دیگر شیوه، روش میدانی است. در روش کتابخانه‌ای به منظور گردآوری اطلاعات موردنیاز جهت جمع‌آوری مبانی نظری و پیشینه این تحقیق از مقالات و کتاب‌هایی که در این زمینه وجود دارد، استفاده می‌شود و همچنین از روش میدانی به منظور گردآوری داده‌هایی جهت سنجش متغیرهای این پژوهش در میان نمونه آماری مورد استفاده قرار گرفته است.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه نشخوار فکری نالن-هوکسما و مارو (۱۹۹۱). یک پرسشنامه ۲۲ سوالی است که به منظور بررسی میزان نشخوار فکری افراد طراحی و اجرا شده است. این پرسشنامه ۲۲ سوال و ۳ مولفه دارد که عبارتند از: "حواس پرتی، نعمق، در فکر فرو رفتن". سوالات ۱ تا ۸ مولفه ی حواس پرتی را می‌سنجد. سوالات ۹ تا ۱۶ مولفه نعمق را می‌سنجد. سوالات ۱۷ تا ۲۲ مولفه در فکر فرو رفتن را می‌سنجد. شیوه نمره گذاری این پرسشنامه به صورت مقیاس پنج درجه ای لیکرت^۱: همیشه (۴)، تقریباً همیشه (۳)، تقریباً هرگز (۲)، هرگز (۱) صورت می‌گیرد. دامنه نمره‌ها در این آزمون از ۲۲ تا ۸۸ قرار دارد و نمره کل نشخوار فکری به وسیله جمع همه ماده‌ها محاسبه می‌شود. ترینور، گونزالس و نولن-هوکسما (۲۰۰۳) ضریب آلفای این مقیاس را ۰/۹۰ و اعتبار بازآزمایی را ۰/۶۷ گزارش کرده‌اند. آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۹ بود. آلفای کرونباخ به دست آمده در نمونه ایرانی ۰/۹۰ گزارش شده است (کاویانی، جواهری و بحیرایی، ۱۳۸۴).

۲. پرسشنامه کمال‌گرایی هویت و فلت (۱۹۹۱). یک پرسشنامه ۳۰ سوالی است که به منظور بررسی میزان کمال‌گرایی افراد طراحی و اجرا شده است. این پرسشنامه ۳۰ سوال و ۳ مولفه دارد که عبارتند از: "کمال‌گرایی خویشتن‌مدار، کمال‌گرایی دیگرمدار، کمال‌گرایی جامعه‌مدار". سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰ مولفه‌ی کمال‌گرایی خویشتن‌مدار را می‌سنجد. سوالات ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰ مولفه کمال‌گرایی دیگرمدار را می‌سنجد. سوالات ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰ مولفه کمال‌گرایی جامعه‌مدار را می‌سنجد. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت: کاملاً موافقم (۵)، موافقم (۴)، نظری ندارم (۳)، مخالفم (۲) و کاملاً مخالفم (۱) صورت می‌گیرد. نمرات بالاتر نشان دهنده‌ی

کمال‌گرایی بیشتر است (هاشمی و لطیفیان، ۱۳۸۸). دامنه ضرایب آلفا برای این مقیاس بین ۰/۷۴ و ۰/۸۹ گزارش شده است (هاشمی و لطیفیان، ۱۳۸۸). هاشمی و لطیفیان (۱۳۸۸)، ضریب آلفا برای خرده مقیاس کمال‌گرایی خودمدار و جامعه‌مدار به ترتیب برابر با ۰/۸۰ و ۰/۷۲ به دست آوردند که نشان دهنده همسانی درونی بالای مقیاس است. فلت و هویت (۲۰۰۶) در پژوهش خود بر روی یک نمونه ۲۶۳ نفری، هماهنگی درونی مقیاس خود را قابل قبول اعلام کردند که به ترتیب برای ابعاد کمال‌گرایی خودمحور، دیگرمحور و جامعه‌محور برابر با ۰/۸۸، ۰/۷۴ و ۰/۸۱ بوده است. در پژوهش بشارت (۱۳۸۶) در یک نمونه ۵۰۰ نفری از دانشجویان، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه‌ها برای زیرمقیاس‌های کمال‌گرایی خودمحور، دیگرمحور و جامعه‌محور به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۱ و ۰/۸۱ گزارش شده است که نشانه همسانی درونی خوب برای این مقیاس است.

۳. پرسشنامه آمیختگی فکر - عمل شفران و همکاران (۱۹۹۶). مقیاس آمیختگی فکر و عمل نوعی ابزار خودگزارشی است که توسط شفران و همکاران در سال ۱۹۹۶، طراحی و ساخته شده و دارای ۱۹ گویه است. ۱۲ گویه این مقیاس مربوط به «اخلاق آمیختگی فکر - عمل» (۱-۱۲) و ۷ گویه بعدی مربوط به «احتمال آمیختگی فکر - عمل» است. این ابزار در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) توسط آزمودنی‌ها، درجه‌بندی می‌شوند. دامنه نمرات این مقیاس از ۱۹ تا ۹۵ است و نمرات بالاتر، بیان‌گر آمیختگی فکر - عمل شدیدتر در فرد است. شفران و راجمن (۲۰۰۴) آلفای کرونباخ این مقیاس و زیرمقیاس‌های آن را بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۶ گزارش کرده‌اند. یورولماز، ایلماز و گنکوز (۲۰۰۴) ضریب آلفای کرونباخ احتمال آمیختگی فکر - عمل را ۰/۹۲، اخلاق آمیختگی فکر - عمل را ۰/۸۵ و همسانی درونی برای مقیاس کلی را ۰/۸۶ گزارش کردند. همچنین ضریب اعتبار دونیمه‌ای گاتمن برای مقیاس کلی ۰/۹۲، برای ۷ گویه احتمال آمیختگی فکر - عمل ۰/۹۲، و برای ۱۲ گویه اخلاق آمیختگی فکر - عمل، ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند. همچنین این پژوهشگران روایی محتوایی پرسشنامه حاضر را مطلوب گزارش کرده‌اند. اعتبار پرسشنامه حاضر در پژوهش اصلی آزاد، منشی و قمرانی (۱۳۹۸) به وسیله ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس احتمال آمیختگی فکر - عمل، ۰/۹۰، برای اخلاق آمیختگی فکر - عمل، ۰/۸۹ و برای نمره کل پرسشنامه ۰/۹۰ محاسبه شد.

۴. پرسشنامه وسواس فکری - عملی فوا و همکاران (۲۰۰۲). این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی برای ارزیابی شدت و علائم OCD در جمعیت بالینی و غیربالینی است. این پرسشنامه دارای ۱۸ ماده است که در یک مقیاس پنج درجه‌ای از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شود. این ابزار دارای شش زیرمقیاس شستشو، وسواس فکری، انباشت، نظم، واریسی، و خنثی‌سازی می‌باشد. برای هر زیرمقیاس ۳ گویه در نظر گرفته شده است. همسانی درونی زیرمقیاس‌ها بالا و برای گروه‌های گوناگون بین ۰/۳۴ تا ۰/۹۳ بود. همبستگی بین زیرمقیاس‌ها بین ۰/۳۱ تا ۰/۵۷ بود.

همبستگی بین زیرمقیاس‌ها و نمرات کلی نیز بین ۰/۶۳ تا ۰/۸۰ بود (فوا و همکاران، ۲۰۰۲). نسخه فارسی این ابزار نیز همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۸۵ و برای زیرمقیاس‌های وسواس فکری، انباشت، شستشو، نظم، واریسی، و خنثی‌سازی به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۶۹، ۰/۷۲، ۰/۶۳، ۰/۶۹، و ۰/۵۰ به دست آمده است (محمدی و فتی، ۱۳۸۷).

۵. **جلسات طرح‌واره درمانی.** جلسات طرح‌واره درمانی در طی بیست جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک‌بار (دوازده هفته) براساس پروتکل لوپینو و همکاران (۲۰۱۸) به اجرا درآمد.

جدول ۱. محتوای جلسات طرح‌واره درمانی

جلسات	محتوا
جلسات ۱ تا ۳	در این مرحله شش هدف عمده دنبال شد که عبارت بودند از: (۱) شناخت الگوهای ناکارآمد زندگی (۲) شناخت و برانگیختن طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (۳) درک ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها در دوران کودکی و نوجوانی (۴) شناخت پاسخ‌ها و سبک‌های مقابله‌ای (۵) سنجش خلق و خو (۶) جمع‌بندی؛ مفهوم‌سازی مشکل بیمار
جلسات ۴ تا ۱۰	اجرای تکنیک‌های شناختی: (۱) پیکان عمودی رو به پایین (۲) آزمون اعتبار طرح‌واره (۳) ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای (۴) برقراری گفتگو بین جنبه سالم و ناسالم طرح‌واره (۵) قالب بندی مجدد و بازمعنایی طرح‌واره (۶) مشاهده الگوها با درون مایه‌های مشترک (۷) انگیزه آفرینی برای تغییر طرح‌واره (۸) بررسی زندگی از چشم اندازه یک طرح‌واره مثبت‌تر (۹) شکل دهی طرح‌واره‌ای مثبت‌تر در ذهن بیمار
جلسات ۱۱ تا ۱۴	اجرای تکنیک‌های تجربی-هیجانی: (۱) تصویرسازی ذهنی (۲) انجام گفتگوهای خیالی (۳) نوشتن نامه
جلسات ۱۵ تا ۲۰	اجرای تکنیک‌های رفتاری: (۱) آمادگی برای انجام الگوشکنی‌های رفتاری (۲) تغییر رفتارها در برابر تغییر زندگی

۳) بازنگری مزایا و معایب ادامه رفتار

۴) تهیه کارت های آموزشی

۵) توافق در انجام تکالیف خانگی

۶) آموزش مهارت‌هایی مانند آموزش آرامش عضلانی، مهارت‌های ابراز وجود و مهارت‌های ارتباطی - مثل مهارت حل تعارض، مهارت حل مسئله، مهارت تصمیم‌گیری و ...

اجرای تکنیک‌های بین فردی (رابطه درمانی):

۱) رویاروسازی همدلانه

۲) بازوالدینی حد و مرزدار

شیوه اجرا. بعد از کسب مجوزهای لازم و مراجعه به مراکز مشاوره شهرستان نکا افرادی که ملاک های ورود در مورد آن‌ها صدق خواهد کرد و تمایل دارند در پژوهش شرکت نمایند شناسایی می‌شوند. سپس پرسشنامه وسواس فکری-عملی فوا و همکاران (۲۰۰۲) در بین زنان توزیع می‌شود. ۳۰ نفر از زنانی که حد نصاب نمره را در پرسشنامه وسواس فکری-عملی فوا و همکاران (۲۰۰۲) کسب کردند، انتخاب خواهند شد و به طور تصادفی در گروه آزمایشی و گواه گمارده خواهند شد. در مرحله بعد که همان پیش‌آزمون بود، پرسشنامه‌ها به منظور اندازه‌گیری متغیرهای وابسته در اختیار افراد قرار گرفت (پیش‌آزمون). بعد از این مرحله با آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی به منظور شرکت در جلسات درمانی صحبت‌هایی شد. پس از اتمام جلسات درمانی، آزمودنی‌های هر سه گروه مجدداً از لحاظ متغیر وابسته به عنوان پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت (پیش‌آزمون). پس از یک ماه، آزمودنی‌های هر سه گروه مجدداً از لحاظ متغیر وابسته مورد بررسی قرار گرفت (پیگیری). در نهایت داده‌های به دست آمده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون تجزیه و تحلیل شد. به علاوه، در مورد هدف و فواید این جلسات، عدم دریافت هزینه در قبال جلسات، رازداری با اطلاعات و سایر موارد مطرح شده در جلسات توضیحات مفصلی ارائه شد. پس از انتخاب افراد نمونه، هنگام پخش پرسشنامه توضیحات مفصلی در مورد چگونگی برگزاری و شرایط جلسات درمان توضیحات مفصلی به شرح زیر به آن‌ها ارائه شد: پیش از شروع کار از شرکت کنندگان رضایتنامه کتبی دریافت شد؛ از اطلاعات خصوصی و شخصی داوطلبین محافظت شد؛ نتایج در صورت تمایل برای آنها تفسیر شد؛ مشارکت در تحقیق موجب هیچگونه بار مالی برای شرکت کنندگان نشد؛ این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه هیچ گونه مغایرتی ندارد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (فراوانی و درصد فراوانی و نمودار میانگین) و آمار استنباطی (آزمون کلموگروف اسمیرنف^۱ و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و

1. Kolmogorov-Smirnov test

آزمون تعقیبی بونفرونی) استفاده می‌شود. همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار Spss نسخه ۲۴ استفاده می‌شود.

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن در گروه آزمایش ۳۶/۹۶ (۷/۲۰) و در گروه گواه، ۳۵/۷۷ (۳۵/۵۶) بود. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای نشخوار فکری، کمال‌گرایی، و آمیختگی فکر-عمل گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مراحل	گروه	متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش‌آزمون	گواه	نشخوار فکری	۱۵	۵۸/۰۷	۴/۷۲۸
		کمال‌گرایی	۱۵	۱۰۴/۲۰	۶/۹۲۰
		آمیختگی فکر-عمل	۱۵	۵۴/۰۷	۵/۲۸۴
		نشخوار فکری	۱۵	۶۱/۶۷	۸/۵۷۵
		کمال‌گرایی	۱۵	۱۰۴/۲۷	۹/۸۲۳
		آمیختگی فکر-عمل	۱۵	۵۸/۴۰	۵/۷۵۵
پس‌آزمون	گواه	نشخوار فکری	۱۵	۶۰/۲۷	۵/۲۳۰
		کمال‌گرایی	۱۵	۱۰۵/۰۷	۱۱/۶۵۳
		آمیختگی فکر-عمل	۱۵	۵۳/۹۳	۴/۵۲۷
		نشخوار فکری	۱۵	۴۸/۱۳	۵/۸۲۹
		کمال‌گرایی	۱۵	۹۳	۷/۷۰۹
		آمیختگی فکر-عمل	۱۵	۴۸/۴۷	۵/۲۰۸
پیگیری	گواه	نشخوار فکری	۱۵	۵۹/۷۳	۵/۴۰۵
		کمال‌گرایی	۱۵	۱۰۳	۱۰/۱۵۶
		آمیختگی فکر-عمل	۱۵	۵۵/۲۷	۷/۵۳۵
		نشخوار فکری	۱۵	۴۰/۸۷	۶/۹۹۹
		کمال‌گرایی	۱۵	۸۳/۶۰	۷/۸۲۷
		آمیختگی فکر-عمل	۱۵	۴۰/۶۰	۴/۵۱۷

مطابق جدول ۲ می‌توان اینگونه بیان کرد که میانگین نمرات متغیرهای نشخوار فکری، کمال‌گرایی و آمیختگی فکر-عمل در گروه‌های آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تغییر یافته است، اما در گروه گواه، تغییرات محسوسی مشاهده نمی‌شود.

جدول ۳. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنف		آزمون لوین		موخلی	
		درجه آزادی	آماره	درجه آزادی	آماره	موخلی	معناداری
نشخوار فکری	آزمایش	۱۵	۰/۶۱۶	۲۸	۱/۷۵۴	۰/۷۷	۰/۳۵
	گواه	۱۵	۰/۸۴۶	۲۸	۰/۱۹۶	۲/۵۵	۰/۳۵
کمال‌گرایی	آزمایش	۱۵	۰/۹۷۳	۲۸	۲/۳۳	۰/۹۱	۰/۲۷
	گواه	۱۵	۰/۴۳۷	۲۸	۰/۱۸	۲/۶۹	۰/۲۷
آمیختگی فکری-عمل	آزمایش	۱۵	۰/۵۴۵	۲۸	۲/۳۹۱	۰/۸۴	۰/۴۷
	گواه	۱۵	۰/۶۲۰	۲۸	۰/۱۳۳	۳/۱۶	۰/۴۷

با توجه به اطلاعات جدول ۳ فرض نرمال بودن متغیرها با در نظر گرفتن مقادیر احتمال بزرگتر از ۰/۰۵، در مورد همه متغیرها قابل قبول است. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری در بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای نشخوار فکری، کمال‌گرایی و آمیختگی فکری-عمل نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار می‌باشد و این اثر بدین معنی است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در حداقل یکی از متغیرهای نشخوار فکری، کمال‌گرایی و آمیختگی فکری-عمل تفاوت دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشخوار فکری، کمال‌گرایی و آمیختگی فکری-عمل در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات انا
نشخوار فکری	زمان*گروه	۵۹/۲۶۷	۲	۲۹/۶۳۳	۱۲/۷۶۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱۳
	گروه	۲۵۰۷/۵۱	۱	۲۵۰۷/۵۱	۲۹/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۵۱
کمال‌گرایی	زمان گروه	۱۵۹/۷۵۶	۲	۷۹/۸۷۸	۲۹/۸۰۳	۰/۰۰۱	۰/۵۱۶
	گروه	۱۷۱۹/۷۹	۱	۱۷۱۹/۷۹	۲۲/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۳۴
آمیختگی فکری-عمل	زمان گروه	۲۶۳/۶۲۲	۲	۱۳۱/۸۱۱	۳۷/۴۶۵	۰/۰۰۱	۰/۵۷۲
	گروه	۲۰۷/۵۲	۱	۲۰۷/۵۲	۸/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۲۳

نتایج از جدول ۴ نشان داد نسبت F به‌دست آمده در عامل گروه‌ها در ابعاد نشخوار فکری، کمال‌گرایی و آمیختگی فکری-عمل معنادار است ($p < 0/01$). این یافته بیانگر این است که آموزش طرحواره درمانی موجب بهبود نشخوار فکری، کمال‌گرایی و آمیختگی فکری-عمل شد اما تاثیر معناداری بر کنار آمدن در آن‌ها نداشت. در این خصوص، یک تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

برای گروه آزمایش در سه مرحله مداخله درمانی صورت گرفت که نسبت F مشاهده شده در بهبود ابعاد نشخوار فکری، کمال‌گرایی و آمیختگی فکر- عمل بود.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی توکی جهت مقایسه میانگین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر نشخوار فکری، کمال‌گرایی و آمیختگی

متغیر	زمان اول	زمان دوم	اختلاف میانگین	خطای انحراف استاندارد	سطح معناداری
نشخوار فکری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵/۶۶۷	۱/۲۵۸	۰/۰۰۰
	پیگیری		۹/۵۶۷	۱/۸۱۲	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۵/۶۶۷	۱/۲۵۸	۰/۰۰۰
	پیگیری		۳/۹۰۰	۱/۴۷۱	۰/۰۳۹
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۹/۵۶۷	۱/۸۱۲	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	-۳/۹۰۰	۱/۴۷۱	۰/۰۳۹
کمال‌گرایی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۶/۸۰۰	۲/۲۳۲	۰/۰۰۵
	پیگیری		۱۵/۹۳۳	۲/۳۰۸	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۶/۸۰۰	۲/۲۳۲	۰/۰۰۵
	پیگیری		۹/۱۳۳	۲/۴۹۳	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۱۵/۹۳۳	۲/۳۰۸	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	-۹/۱۳۳	۲/۴۹۳	۰/۰۰۱
آمیختگی فکر- عمل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵/۰۳۳	۱/۴۷۸	۰/۰۰۲
	پیگیری		۸/۳۰۰	۱/۵۷۶	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۵/۰۳۳	۱/۴۷۸	۰/۰۰۲
	پیگیری		۳/۲۶۷	۱/۴۹۱	۰/۰۳۷
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۸/۳۰۰	۱/۵۷۶	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	-۳/۲۶۷	۱/۴۹۱	۰/۰۳۷

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری متغیر نشخوار فکری در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ تفاوت وجود دارد. همچنین بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد. بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در متغیر کمال‌گرایی در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ تفاوت وجود دارد. همچنین بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد. بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در متغیر آمیختگی فکر- عمل در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ تفاوت وجود دارد. همچنین بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر نشخوار فکری، کمال‌گرایی و آمیختگی فکر-عمل زنان مبتلا به وسواس فکری - عملی مراجعین مراکز مشاوره شهرستان نکا بوده است. با توجه به نتایج بدست آمده، طرحواره درمانی بر نشخوار فکری زنان مبتلا به وسواس فکری-عملی تاثیر دارد. این نتایج با یافته‌های قوتی و همکاران (۱۳۹۹)، حقانی و همکاران (۱۳۹۸)، پورجایی و دشت بزرگی (۱۳۹۸)، سنگانی و دشت بزرگی (۱۳۹۷)، مودنی (۱۳۹۶)، لهیی (۲۰۱۸) همسو است. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت که وسواس فکری-عملی و اختلالات مربوطه ششمین طبقه اختلالات در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی هستند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۳). ویژگی عمده این وسواس‌ها و اجبارها (افکار و رفتارها) لذت بخش نبودن آن‌ها برای فرد مبتلا است، ولی بیمار به نشخوار افکار و تکرار اعمال ادامه می‌دهد تا شاید از ناراحتی‌اش کاسته شود. بسیاری از این افراد، هیجان‌های اضطرابی قابل ملاحظه‌ای را که می‌تواند حملات برگشتی پانیک را در برگیرد، تجربه می‌کنند. برخی از این افراد احساسات انزجار قدرتمندی را نیز گزارش می‌کنند. در مجموع، افراد وسواسی هنگام مواجه شدن با موقعیت‌های برانگیزاننده افکار و اعمال وسواسی، دامنه‌ای از پاسخ‌های هیجانی را تجربه می‌کنند. این پاسخ‌ها و احساسات هیجانی می‌بایست تنظیم گردند، چرا که شیوه تنظیم هیجان، پیامدهای مختلفی در زندگی فرد به خصوص در حوزه مسائل اجتماعی و سازشی دارد (شاملی، ۱۳۹۴). براساس نظریه‌های شناختی رفتاری افراد مبتلا به اختلال وسواس، طرحواره‌های هیجانی خاصی دارند که به صورت افکار خودآیند و منفی نظیر اجتناب شناختی، نشخوار فکری، و تداوم نگرانی تجربه می‌شود (علی و همکاران، ۲۰۲۱). روانشناسی، راهکارهای اجتناب، مقابله و فرار ناسازگارانه محسوب می‌شوند، حتی سرکوب و اجتناب زمینه‌های نشخوار فکری را فراهم می‌کنند. نشخوار فکری در برگیرنده تمایل برای اندیشیدن مکرر درباره علل و عواقب ناشی از تجربه هیجانی منفی است. یا به عبارتی دیگر توقف منفعلانه و تفکر تکراری در مورد امور استرس‌زا است (نولن هوکسما و همکاران، ۲۰۰۸). نشخوار فکری باعث کاهش راهبردهای مقابله با عوامل استرس‌زا می‌شود و یک فرآیند شناختی است و موجب نوعی اجتناب شناختی می‌گردد (علی و همکاران، ۲۰۲۱). امروزه در این زمینه، توافق گسترده‌ای وجود دارد که فعال‌سازی و پردازش هیجان در ایجاد تغییرات درمانی روانشناختی مهم است. طرحواره درمانی به شیوه مؤثری توانایی محوریت دادن به هیجان‌ها و تمرکز بر آن‌ها را دارد. طرحواره‌ها، مفروضه‌ها یا قوانین زیربنایی هستند که افکار و رفتارهای فرد را زیر کنترل خود دارند و در طول سال‌های زندگی فرد تحول یافته‌اند؛ محتوای طرحواره‌ها، همه‌ی جنبه‌های زندگی فرد اعم از آگاهانه یا غیر آگاهانه را در بر می‌گیرد. طرحواره‌ها، معنی و ساختاری را که فرد به دنیا می‌دهد، ایجاد می‌کنند. آن‌ها در طول دوره‌ی

تحول فرد شکل گرفته‌اند؛ به این معنا که به موازات دریافت اطلاعات فرد از محیط اطراف، آن را پردازش و فیلتر می‌کنند (حقانی و همکاران، ۱۳۹۸).

طرحواره درمانی به درمانگر کمک می‌کند تا مشکلات مزمن و عمیق بیماران را دقیق‌تر تعریف کرده، آن‌ها را به گونه‌ای قابل درک سازماندهی کنند. در این مدل، ردپای طرحواره‌ها با تاکید بر روابط بین فردی بیمار از کودکی تا زمان حال دنبال می‌شود. با به کارگیری این مدل بیماران می‌توانند طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ی خود را به صورت ناهمخوان ببینند. در نتیجه، با آگاهی از وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه، برای رها شدن از مشکلات انگیزه‌ی بیشتری پیدا می‌کنند. به طور خلاصه، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن فرد شکل گرفته‌اند و در سیر زندگی تکرار می‌شوند. می‌توان گفت ایده‌ی طرحواره‌های شناختی بر این باور است که فرآیندهای ناهشیار بر فکر و عاطفه و رفتار تاثیر می‌گذارند. اما برخلاف مفهوم ناهشیار در نظریه‌ی روان‌پویایی، طرحواره‌ها از طریق پردازش ناهشیار اطلاعات بر افکار، عاطفه و رفتار تاثیر می‌گذارند، نه از طریق انگیزش‌های ناهشیار و سائق‌های غریزی. به طور کلی در تبیین این امر چنین به نظر می‌رسد که رویکرد طرحواره درمانی یک رویکرد جامع می‌باشد. در این رویکرد بر تغییر لحظه به لحظه در آگاهی نسبت به عواطف و احساسات تاکید می‌شود و افراد با رویکرد تجربی می‌توانند با دیگران در ارتباط باشند و هیجانات منفی خود را نسبت به آن‌ها نشان دهند و در این میان درمانگر وارد شده و از افراد آسیب‌پذیر دفاع کرده و نوعی همدلی در او ایجاد می‌کند و به مراجعان کمک می‌کند که به درستی با دیگران ارتباط برقرار کنند. به نظر می‌رسد زنان مبتلا به وسواس فکری-عملی از طرحواره‌های استحقاق، محرومیت هیجانی، رها شدگی بیثباتی، بی‌اعتمادی بد رفتاری و نقص و شرم رنج برده و در این رویکرد به آن‌ها کمک می‌شود تا طرحواره‌های ناساگار خود را شناخته و نسبت به شیوه‌هایی که باعث تداوم طرحواره‌های آن‌ها شده آگاه شوند؛ شامل اجتناب، تسلیم و جبران افراطی؛ و به آن‌ها کمک شد با تکنیک تصویرسازی به دوران کودکی خود رفته و بتوانند هیجانات منفی خود را نسبت به مراجع قدرت بیان کرده و در روابط کنونی با دیگران، سالم ارتباط برقرار کنند و اینکار باعث کاهش نشخوار فکری و افزایش بهزیستی روانی در زنان می‌شود. (لهیی، ۲۰۱۸).

با توجه به نتایج بدست آمده، طرحواره درمانی بر کمال‌گرایی زنان مبتلا به وسواس فکری-عملی تاثیر دارد. این نتایج با یافته‌های سهرابی و همکاران (۱۳۹۹)، منتظری و همکاران (۱۳۹۵)، و هویت و همکاران (۲۰۱۷) همسو است. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت که اختلال وسواس فکری-عملی شامل اعمال یا افکار وسواسی و اجباری که وقت‌گیر بوده و موجب رنج بسیار یا مختل شدن چشمگیر کارکردهای فرد شوند. اختلال وسواس فکری/عملی دارای دو مشخصه‌ی اصلی است: اول، افکار مزاحم، غیرقابل کنترل و عودکننده‌ای که باعث اضطراب میشوند (وسواس

فکری)، و دوم رفتارهای تکراری که با هدف کاهش این اضطراب صورت می‌پذیرند (عمل اجباری). بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی می‌کوشند که با کمک راهبردهای گوناگون، افکار مزاحم خود را کنترل کنند. شخص مبتلا دچار احساس اجبار شدیدی برای انجام اعمالی برای رهایی از این افکار آزار دهنده می‌شود، که اعمال وسواسی نامیده می‌شوند (چنگ و همکاران، ۲۰۱۹). در سال‌های اخیر، اقدامات و مداخلات در زمینه طرحواره درمانی به طور فزاینده‌ای محبوبیت یافته و توجه بسیاری را به خود جلب کرده است؛ به طوری که طرحواره درمانی جایگاه خود را به عنوان درمان مکمل در کنار سایر درمان‌های جسمی و روانشناختی یافته است. طرحواره به طور کلی، به عنوان ساختار، قالب یا چارچوب تعریف می‌شود. در حوزه رشد شناختی، طرحواره را به صورت قالبی در نظر می‌گیرند که براساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرد تا به افراد کمک کند تجارب خود را تبیین کنند (لوپینو و همکاران، ۲۰۱۸). علاوه بر این، ادراک از طریق طرحواره‌ها، واسطه‌مندی می‌شود و پاسخ‌های افراد نیز توسط طرحواره جهت پیدا می‌کنند. افزون بر آن یکی از مفاهیم جدی و بنیادی حوزه روان‌درمانی این است که بسیاری از طرحواره‌ها در اوایل زندگی شکل می‌گیرند، به حرکت خود ادامه می‌دهند و خودشان را به تجارب بعدی زندگی تحمیل می‌کنند (کیزیلاگاک و سریت، ۲۰۱۹). می‌توان گفت طرحواره درمانی، رویکردی یکپارچه‌نگر است که از ترکیب نظریه‌ها و تکنیک‌هایی که از قبل وجود داشته‌اند حاصل شده است، مانند درمان شناختی- رفتاری، روان تحلیلی روابط شیء، نظریه دلبستگی و گشتالت درمانی (لوپینو و همکاران، ۲۰۱۸). طبق نظریه طرحواره، کمال‌گرایان دارای یک طرح بین فردی ناسازگار هستند که به تجربیات عاطفی مشکل‌ساز کمک می‌کند، در نتیجه طرحواره ناسازگار زمانی ایجاد می‌شود که به جای دریافت عشق و پذیرش، انتقاد و طرد صورت می‌گیرد؛ در نتیجه طرحواره درمانی می‌تواند به کاهش کمال‌گرایی کمک کند. افرادی که دچار کمال‌گرایی هستند دارای طرحواره‌ها و رفتارهای خودآسیب‌رسانی هستند که در برابر تغییر و اصلاح مقاومت می‌کنند. این افراد از اصلاح و تغییر الگوهای رفتاری و افکار هسته‌ای خود ناامید هستند و اصرار دارند که این شناخت‌ها و رفتارها جزء جدایی‌ناپذیر زندگی‌شان است و در نتیجه نمی‌توانند تغییر کنند (قدیانی و نژادحسینی، ۱۳۹۹). به نظر می‌رسد طرحواره‌درمانی این آمایه‌های کهنه، شناخت‌واره‌ها و طرحواره‌ها را که مقاوم‌ترین مشکلات بالینی هستند به چالش کشیده و باعث کاهش مقاومت بیماران در برابر تغییر می‌شوند. بنابراین شناخت و تغییر این طرحواره‌ها تلویحات بالینی مهمی به همراه دارد. در واقع با هدف قرار دادن این طرحواره‌ها از طریق مداخلات درمانی متمرکز بر طرحواره می‌توان موجب تغییر و اصلاح آن‌ها شد. افراد کمال‌گرا، به دلیل داشتن علائمی مانند یاس، ناامیدی، کندی روانی حرکتی، انگیزش کافی برای مشارکت در درمان ندارند. در درمان متمرکز بر طرحواره، درمانگر در فرایند درمان با بیمار مشارکت همدلانه (همکاری دو

جانبه) دارد، بنابراین باعث می‌شود بیمار انگیزش لازم برای یادگیری راهبردهای تغییر را کسب نماید.

با توجه به نتایج بدست آمده، طرحواره درمانی بر آمیختگی فکر-عمل زنان مبتلا به وسواس فکری-عملی تاثیر دارد. این نتایج با یافته‌های هیزل و همکاران (۲۰۱۹) و برمن و همکاران (۲۰۱۳) همسو است. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت که دیدگاه‌های موجود در مورد مشکلات حافظه‌ی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری/عملی را می‌توان به سه دسته تقسیم کرد: در دیدگاه اول، منبع اصلی شک و تردیدهای این بیماران به نارسایی عمومی در حافظه یا دستگاه‌های فرعی آن مرتبط است. براساس این دیدگاه افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری/عملی با مشکلات، نقص‌ها و عیوب کارکردی جدی در حافظه مواجه هستند. دیدگاه دیگر بر این باور است که این افراد فقط در مورد مواد تهدید کننده (یعنی اشیا و رویدادهایی که به موضوع خاص وسواس آن‌ها ربط دارند) دارای سوگیری و نقص‌های حافظه هستند. در نهایت، دیدگاه سوم مطرح می‌کند که این بیماران مشکلی در زمینه‌ی حافظه ندارند، بلکه اعتماد آن‌ها به حافظه‌ی خود کم است که این امر پیوسته موجب شک و تردید در آن‌ها می‌شود (جونز و همکاران، ۲۰۱۸). از طرف دیگر، افرادی که در فرایند در آمیختگی فکر - عمل درگیر می‌شوند، احساس مسئولیت افراطی و احساس گناه زیادی را نسبت به افکار مزاحم خود تجربه می‌کنند. همچنین، در آمیختگی فکر - عمل (ارتباط بین افکار با اعمال یا حوادث ناگوار) به احساس مسئولیت‌پذیری ادراک شده افراطی و تجربه احساس گناه از افکار مزاحم منجر می‌گردد. بنابراین، افرادی که احساس می‌کنند افکار مزاحم آن‌ها ممکن است به دوستان و بستگانشان آسیب برساند و به عمل تبدیل گردد، درباره این افکار احساس گناه می‌کنند (لی و همکاران، ۲۰۲۰). روش‌های درمانی مختلفی در کاهش علائم در آمیختگی فکر-عمل و پیامدهای آن استفاده شده‌اند؛ از جمله طرحواره درمانی. طرحواره‌ها همیشه باعث ایجاد سوگیری در تفسیر انسان از وقایع می‌شوند و این سوگیری‌ها به صورت سوء تفاهم، نگرش‌های تحریف شده، فرض‌های نادرست و انتظارات غیرواقع‌بینانه ظاهر می‌شود. همچنین تمایل بشر به هماهنگی شناختی باعث می‌شود که موقعیت‌ها را به گونه‌ای سوء تعبیر کنند که طرحواره‌ها تقویت شوند، به طوری که بر داده‌های همخوان با طرحواره تأکید می‌کنند و داده‌هایی را که با طرحواره منافات دارند نادیده می‌گیرند و یا کم ارزش می‌انگارند (بیلی و همکاران، ۲۰۱۴). افرادی که دارای آمیختگی فکر-عمل هستند دارای یک ذهنیت طرحواره‌ای هستند که این ذهنیت موجب ابراز رفتارهای خشمگینانه بدون توجه به پیامدهای احتمالی آن می‌گردد و در موقعیت‌هایی برانگیخته می‌شوند که حساسیت زیادی نسبت به آن‌ها وجود دارد و در صورت فعال شدن منجر به برانگیختگی هیجان‌های آشفته‌ساز و پاسخ‌های اجتناب یا رفتارهای حوزه آسیب‌رسانی می‌شود (لی و همکاران، ۲۰۲۰). در این رویکرد به آن‌ها کمک می‌شود تا افراد ذهنیت طرحواره‌ای ناسازگار خود را شناخته و نسبت به شیوه‌هایی که باعث تداوم

طرحواره‌های آن‌ها می‌شود شامل اجتناب، تسلیم و جبران افراطی، آگاه شوند. طرحواره درمانی باعث ایجاد تغییراتی در زمینه‌های شناختی و تجربی، عاطفی و هیجانی و رفتاری می‌گردد. این رویکرد با به چالش کشیدن طرحواره‌های ناسازگار و پاسخ‌های ناکارآمد در جایگزینی آن با افکار و پاسخ‌های مناسب و سالم‌تر مؤثر بوده است. طرحواره درمانی با بهبود برخی مؤلفه‌های اساسی و مخرب چون عواطف و افکار منفی به نظر می‌رسد بتواند به طور کلی باعث بهبود بهزیستی روانشناختی و در نتیجه سلامت روانی در افراد شود. به عبارت دیگر آموزش طرحواره درمانی و به کارگیری تکنیک‌های شناختی و هیجانی می‌تواند طرحواره‌های ناسازگار اولیه را تغییر داده و با تخلیه هیجانات و بهبود عواطف و احساسات منفی مانند پرخاشگری باعث افزایش بهزیستی روانشناختی و در نهایت کیفیت زندگی شود. همچنین می‌توان گفت که طرحواره درمانی به درمانگر کمک می‌کند تا مشکلات مزمن و عمیق بیماران را دقیق‌تر تعریف کرده، آن‌ها را به گونه‌ای قابل درک سازماندهی کنند. با به کارگیری این مدل افراد می‌توانند طرحواره‌های ناسازگار اولیه خود را به صورت ناهمخوان ببینند، در نتیجه با آگاهی از وجود آن‌ها، برای رها شدن از مشکلات انگیزه بیشتری پیدا کنند.

محدودیت‌های پژوهش شامل موارد زیر می‌باشد: نتایج این پژوهش ممکن است در بافت‌های جنسیتی متفاوت، تغییر یابند. به خاطر شیوع همه‌گیر ویروس کرونا، محقق در اجرای پژوهش با سختی‌هایی روبه‌رو بوده است. از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر می‌توان به داوطلبانه بودن حضور در گروه اشاره کرد. طرح پژوهشی این مطالعه یک طرح نیمه آزمایشی می‌باشد و مهم‌ترین وظیفه‌ی طرح پژوهشی کنترل مواد مداخله‌گر است، از آن‌جا که طرح نیمه آزمایشی در مقایسه با طرح آزمایشی توان کنترل پایینی دارد می‌توان گفت که این طرح اعتبار درونی بالایی ندارد و لذا نمی‌توان تمامی تغییرات در متغیرهای وابسته را به متغیرهای مستقل نسبت داد.

پیشنهاد می‌شود آن دسته از مشاورانی که در زمینه کاهش مشکلات و اختلالات روانی زنان مبتلا به وسواس فکری-عملی فعالیت می‌کنند از اثرات سودمند طرحواره درمانی استفاده نمایند. پیشنهاد می‌گردد برای اثربخشی ترویج و شناخت بیشتر این رویکرد و شناخت افراد نسبت به رفتارهای خود برنامه‌های مناسبی در رادیو و تلویزیون تدارک دیده شود. توصیه می‌شود مشاوران و برنامه‌ریزان فرهنگی در حیطه خانواده، مداخلات طرحواره درمانی را گسترش دهند تا از این طریق آگاهی افراد و به خصوص زنان مبتلا به وسواس فکری-عملی در این حیطه افزایش یابد. پیشنهاد می‌شود از طریق طرحواره درمانی به عموم زنان، بروز نشخوار فکری در بین آن‌ها را کاهش داد. با توجه به اینکه این پژوهش بر روی زنان مبتلا به وسواس فکری-عملی انجام شده است، پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های بعدی اثربخشی این متغیرها بر روی مردان مبتلا به وسواس فکری-عملی مورد بررسی قرار گیرد. ۲. پیشنهاد می‌شود برای انجام این تحقیق در پژوهش‌های آینده از مصاحبه استفاده گردد. طول دوره پیگیری به شش ماه، و بالاتر افزایش یابد

تا نتایج درمانی با قدرت بیشتری قابل تعمیم باشد. از آنجایی که آزمودنی‌ها علاقه‌مند به شرکت در این درمان بودند، این سوال مطرح می‌شود که شرکت داوطلبانه و انگیزه بالای آن‌ها تا چه حدی بر میزان اثربخشی این روش‌ها تأثیر گذاشته است. از این رو پیشنهاد می‌شود پژوهش‌ها و مطالعات آینده در جمعیت‌های مختلف انجام شود.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند.

سپاسگزاری

گروه پژوهشی بر خود لازم می‌دانند تا از تمامی شرکت‌کنندگان عزیزی که نهایت همکاری را با محققین در فرایند اجرای پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نقش یکسانی داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی *DSM-5*; ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۹۳). تهران، نشر روان.
- پورجابری، بهناز، دشت بزرگی، زهرا. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی بر اختلال خوردن و نشخوار فکری دختران نوجوان چاق شهر اهواز، سلامت جامعه، ۱۳(۱)، ۱۰-۱.
- حقانی، الهام، بنیسی، پریناز، بزازیان، سعیده. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش طرحواره درمانی بر نگرش ناکارآمد و نشخوار فکری دانشجویان دختر مضطرب روان‌شناسی بالینی دانشگاه تهران جنوب، رویکردی نو در علوم تربیتی، ۱(۱)، ۶۷-۵۴.
- سنگانی، علی‌رضا، دشت بزرگی، زهرا. (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی بر سلامت روانی، نشخوار ذهنی و احساس تنهایی زنان مطلقه، مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی، ۲۵(۲)، ۲۰۱-۲۱۶.

سهرابی، فرامرزی، برجعلی، احمد، مؤمنی، محمد مهدی. (۱۳۹۹). اثربخشی تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی بر کاهش کمال‌گرایی افراطی، رویش روانشناسی، ۹(۴)، ۷۵-۸۲. شاملی، لیلیا. (۱۳۹۴). تأثیر درمان متمرکز بر هیجان بر خودتنظیمی هیجانی، اجتناب تجربه‌ای و علائم وسواس در زنان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری شهر اهواز، پایان‌نامه دکتری تخصصی، دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

قدبانی، مریم، و نژاد حسینی، سعیده. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر نشخوار فکری و ابرازگری هیجانی زنان مطلقه شهر تهران. *خانواده درمانی کاربردی*، ۱(۳): ۱۸۸-۲۰۳.

قوتی، عاطفه، آهوان، مسعود، شهامت ده سرخ، فاطمه، فرنوش، مریم. (۱۳۹۹). اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی بر نشخوار فکری و مسئولیت‌پذیری افراطی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری، *مطالعات روانشناختی*، ۱۶(۴)، ۷-۲۴.

کاویانی، حسین، جواهری، فروزان، بحیرایی، هادی. (۱۳۸۴). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب: پیگیری ۶۰ روزه، *تازه‌های علوم شناختی*، ۷(۱)، ۴۹-۵۴.

منتظری، محمد صادق. (۱۳۹۱). تأثیر طرحواره درمانی بر علائم مبتلایان به اختلال شخصیت وسواسی جبری: پژوهش مورد منفرد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری - دانشگاه اصفهان - دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

مودنی، ترانه. (۱۳۹۶). بررسی و مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی (ST)، درمان فراشناختی گروهی (GMCT) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) بر افسردگی، افکار خودکشی، نشخوار فکری و اجتناب تجربی بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان، پایان‌نامه دکتری تخصصی، دانشگاه لرستان، دانشکده زبان و ادبیات فارسی.

هاشمی، لادن، لطیفیان، مرتضی. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین کمال‌گرایی و جهت‌گزینی هدف در میان دانش‌آموزان پیش‌دانشگاهی دولتی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهراء (س)، *مجله مطالعات روانشناختی*، ۵(۳)، ۹۹-۱۱۲.

References

- Ali, A., Omer, T., Ullah, A., Haleem, A., Naseem, M., Ullah, M., & Khan, M. N. (2021). Epidemiological Survey of *Toxoplasma gondii* and Associated Risk Factors in Ruminant Species of the Khyber Pakhtunkhwa Province of Pakistan. *Journal of Parasitology Research*, 2021.
- Bailey, B. E., Wu, K. D., Valentiner, D. P., & McGrath, P. B. (2014). Thought-action fusion: Structure and specificity to OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(1), 39-45.
- Berman, N. C., Wheaton, M. G., & Abramowitz, J. S. (2013). Childhood trauma and thought action fusion: A multi-method examination. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(1), 43-47.

- Boisseau, C. L., Thompson-Brenner, H., Pratt, E. M., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2013). The relationship between decision-making and perfectionism in obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(3), 316-321.
- Cheng, Y. F., Chen, V. C. H., Yang, Y. H., Chen, K. J., Lee, Y. C., & Lu, M. L. (2019). Risk of schizophrenia among people with obsessive-compulsive disorder: A nationwide population-based cohort study. *Schizophrenia research*, 209, 58-63.
- Egan, S. J., Hattaway, M., & Kane, R. T. (2014). The relationship between perfectionism and rumination in post traumatic stress disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 42(2), 211-223.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Mikail, S. F. (2017). *Perfectionism: A relational approach to conceptualization, assessment, and treatment*. Guilford Publications.
- Hezel, D. M., Stewart, S. E., Riemann, B. C., & McNally, R. J. (2019). Clarifying the thought-action fusion bias in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 20, 75-84.
- Kizilagac, F., & Cerit, C. (2019). Assessment of early maladaptive schemas in patients with obsessive-compulsive disorder. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 32(1), 14.
- Leahy, R. L. (2018). *Emotional schema therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Lee, E. B., Barney, J. L., Twohig, M. P., Lensegrav-Benson, T., & Quakenbush, B. (2020). Obsessive compulsive disorder and thought action fusion: Relationships with eating disorder outcomes. *Eating behaviors*, 37, 101386.
- Luppino, O. I., Tenore, K., Mancini, F., & Basile, B. (2018). A Theoretical Integration of Schema Therapy and Cognitive Therapy in OCD Treatment: Goals and Beliefs of the Obsessive Mind (Part I). *Psychology*, 9(09), 2261.
- Mataix-Cols, D., De La Cruz, L. F., Monzani, B., Rosenfield, D., Andersson, E., Pérez-Vigil, A., ... & Farrell, L. J. (2017). D-cycloserine augmentation of exposure-based cognitive behavior therapy for anxiety, obsessive-compulsive, and posttraumatic stress disorders: a systematic review and meta-analysis of individual participant data. *JAMA psychiatry*, 74(5), 501-510.
- Mauzay, D., Spradlin, A., & Cuttler, C. (2016). Devils, witches, and psychics: The role of thought-action fusion in the relationships between obsessive-compulsive features, religiosity, and paranormal beliefs. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 11, 113-120.
- Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E., & Bohon, C. (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *Journal of abnormal psychology*, 116(1), 198.
- Rivière, J., & Douilliez, C. (2017). Perfectionism, rumination, and gender are related to symptoms of eating disorders: A moderated mediation model. *Personality and individual differences*, 116, 63-68.

- Rod, K. (2015). Observing the effects of mindfulness-based meditation on anxiety and depression in chronic pain patients. *Psychiatr Danub*, 27(Suppl 1), S209-11.
- Sassaroli, S., Lauro, L. J. R., Ruggiero, G. M., Mauri, M. C., Vinai, P., & Frost, R. (2008). Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behaviour research and therapy*, 46(6), 757-765.
- Schut, D. M., & Boelen, P. A. (2017). The relative importance of rumination, experiential avoidance and mindfulness as predictors of depressive symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 8-12.
- Shafran, R., & Rachman, S. (2004). Thought-action fusion: a review. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(2), 87-107.
- Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(5), 379-391.
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive therapy and research*, 27(3), 247-259.
- Yorulmaz, O., Yılmaz, A. E., & Gençöz, T. (2004). Psychometric properties of the Thought-Action Fusion Scale in a Turkish sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42(10), 1203-1214.

پرسشنامه‌ی وسواس فکری-عملی فوآ و همکاران

ردیف	عبارات	میانگین	پهنی	نسبت	انحراف	بیش از حد
۱	من آنقدر چیز جمع کرده‌ام که جلوی دست و پای مرا می‌گیرد.					
۲	من هر چیزی را بیش از حد لزوم واری می‌کنم.					
۳	اینکه اشیاء سر جای خود نباشد ناراحت‌م می‌کند.					
۴	وقتی مشغول انجام کاری هستم احساس اجبار برای شمارش می‌کنم.					
۵	برایم سخت است به اشیایی که می‌دانم قبلاً غریبه‌ها یا افراد خاص به آن دست زده‌اند، دست بزنم.					
۶	برایم سخت است که افکارم را کنترل کنم.					
۷	چیزهایی را جمع می‌کنم که نیازی به آنها ندارم.					
۸	به طور مکرر درها، پنجره‌ها، قفسه‌ها و مانند این‌ها را چک می‌کنم.					
۹	اگر دیگران شیوه‌ای که من اشیاء را مرتب کرده‌ام، تغییر دهند، ناراحت می‌شوم.					
۱۰	احساس می‌کنم باید اعداد خاصی را تکرار کنم.					
۱۱	گاهی همین که احساس می‌کنم به چیزی آلوده شده‌ام مجبور می‌شوم خودم را بشویم یا تمیز کنم.					
۱۲	من به خاطر افکار ناخوشایند که بر خلاف اراده‌ام به ذهنم می‌آیند ناراحت و نگرانم.					

- ۱۳ از دور ریختن چیزها خودداری می‌کنم، چون می‌ترسم که بعداً به آنها نیاز پیدا کنم.
- ۱۴ مکرراً بعد از بستن شیر آب و خاموش کردن چراغ‌ها آنها را چک می‌کنم.
- ۱۵ دوست دارم اشیاء به شیوه‌ای خاص مرتب شوند.
- ۱۶ احساس می‌کنم اعداد نحس و غیر نحس دارند.
- ۱۷ دست‌هایم را به دفعات زیاد و به مدت طولانی و بیش از حد لزوم می‌شویم.
- ۱۸ افکار بد و زشت به ذهنم می‌رسد و برایم سخت است که آنها را از ذهنم دور کنم.



پرسشنامه کمالگرایی

سؤال	کاملاً موافق	موافق نظری	مخالف نظری	کاملاً مخالف
۱. نمی‌توانم حتی یک اشتباه را در کارم تحمل کنم.	کاملاً موافق	موافق نظری	مخالف نظری	کاملاً مخالف
۲. به چیزی کمتر از کامل و ایده آل بودن قانع نمی‌شوم.	کاملاً موافق	موافق نظری	مخالف نظری	کاملاً مخالف
۳. هر چقدر کاری را خوب انجام داده باشم باز هم از عملکردم ناراضی هستم.	کاملاً موافق	موافق نظری	مخالف نظری	کاملاً مخالف
۴. احساس می‌کنم همیشه باید در زندگی (درس، کار و غیره) کاملاً موفق باشم.	کاملاً موافق	موافق نظری	مخالف نظری	کاملاً مخالف
۵. وقتی به هدفهایم می‌رسم باز هم احساس ناراضی می‌کنم.	کاملاً موافق	موافق نظری	مخالف نظری	کاملاً مخالف
۶. اهداف و آرمانهایم بسیار عالی هستند.	کاملاً موافق	موافق نظری	مخالف نظری	کاملاً مخالف
۷. هر چقدر کاری را درست انجام داده باشم باز هم احساس می‌کنم کاملاً درست انجام نداده‌ام.	کاملاً موافق	موافق نظری	مخالف نظری	کاملاً مخالف
۸. اگر حتی یک اشتباه در کارم باشد ناراحت و آشفتگی می‌شوم.	کاملاً موافق	موافق نظری	مخالف نظری	کاملاً مخالف
۹. در مورد هر کار جزئی که انجام می‌دهم تردید می‌کنم.	کاملاً موافق	موافق نظری	مخالف نظری	کاملاً مخالف
۱۰. احساس می‌کنم خیلی کمال‌گرا هستم.	کاملاً موافق	موافق نظری	مخالف نظری	کاملاً مخالف
۱۱. از بستگانم انتظار دارم که کامل و ایده آل باشند.	کاملاً موافق	موافق نظری	مخالف نظری	کاملاً مخالف
۱۲. وقتی از کسی می‌خواهم کاری انجام دهد، انتظار دارم آن را کامل و بی نقص انجام دهد.	کاملاً موافق	موافق نظری	مخالف نظری	کاملاً مخالف
۱۳. حوصله کسانی را که برای بهتر و کامل‌تر شدن خودشان تلاش می‌کنند ندارم.	کاملاً موافق	موافق نظری	مخالف نظری	کاملاً مخالف
۱۴. نمی‌توانم اشتباه دیگران را تحمل کنم.	کاملاً موافق	موافق نظری	مخالف نظری	کاملاً مخالف
۱۵. هیچ وقت از عملکرد دیگران احساس رضایت نمی‌کنم.	کاملاً موافق	موافق نظری	مخالف نظری	کاملاً مخالف
۱۶. انتظار دارم دیگران همواره منظم و دقیق باشند.	کاملاً موافق	موافق نظری	مخالف نظری	کاملاً مخالف
۱۷. وقتی کسی کای را نصفه و نیمه، انجام می‌دهد احساس می‌کنم اصلاً انجام نداده است.	کاملاً موافق	موافق نظری	مخالف نظری	کاملاً مخالف
۱۸. انتظار دارم دیگران به دنبال اهداف و آرمان‌های عالی باشند.	کاملاً موافق	موافق نظری	مخالف نظری	کاملاً مخالف
۱۹. تصور می‌کنم دیگران بتوانند انتظارات مرا بر آورده سازند.	کاملاً موافق	موافق نظری	مخالف نظری	کاملاً مخالف
۲۰. نمی‌توانم نسبت به کسانی که برای تحقق اهداف و آرمان‌های عالی تلاش نمی‌کنند، احساس خوبی داشته باشم.	کاملاً موافق	موافق نظری	مخالف نظری	کاملاً مخالف

۲۱. خانواده ام از من انتظار دارند کامل و ایده آل باشم.
 ۲۲. اطرافیانم انتظار دارند در هر کاری کاملاً موفق باشم.
 ۲۴. هر چقدر کاری را کامل و بی نقص انجام می‌دهم باز هم دیگران انتظار دارند که کامل تر انجام دهم.
 ۲۵. احساس می‌کنم دیگران بیش از حد از من توقع دارند.
 ۲۶. در کودکی هرگاه کاری را کاملاً درست انجام نمی‌دادم، سرزنش و تنبیه می‌شدم.
 ۲۷. والدینم هیچ وقت اشتباهات مرا نادیده نگرفتند.
 ۲۸. والدینم از من می‌خواستند که در هر کاری و هر چیزی بهترین باشم.
 ۲۹. تصور می‌کنم که هرگز نمی‌توانم انتظارات و توقعات خانواده‌ام را برآورده سازم.
 ۳۰. اگر اشتباهی از من سر بزند دیگران به دیده تحقیر به من نگاه می‌کنند.

پرسشنامه آمیختگی فکر - عمل

عبارات	کاملاً مخالفم	مخالتم	نظری ندارم	موافقم	کاملاً موافقم
۱. به عقیده من تفکر به اظهارات بسیار انتقادی یک دوست غیرقابل قبول می‌باشد.					
۲. اگر به بیکاری یک دوست یا یکی از اقوام فکر کنم، این تفکر خطر بیکاری آن‌ها را افزایش می‌دهد.					
۳. به عقیده من داشتن تفکرات کفرآمیز به اندازه همان عمل، گناه می‌باشد.					
۴. به عقیده من سوگند خوردن برای فرد به اندازه سوگندهای واقعی، غیرقابل قبول می‌باشد.					
۵. اگر من به تصادف یکی از دوستان یا اقوام فکر کنم، این تفکر خطر بروز تصادف را افزایش می‌دهد.					
۶. زمانی که افکار شیطانی در مورد فردی دارم، این افکار به اندازه همان عمل، بد می‌باشد.					
۷. اگر من به سقوط و صدمه یکی از دوستان یا اقوام فکر کنم، این تفکر خطر سقوط و صدمه وی را افزایش می‌دهد.					
۸. افکار خشونت‌آمیز به اندازه اعمال خشن، غیرقابل قبول می‌باشد.					
۹. اگر من به بیماری یکی از دوستان واقوام فکر کنم، این تفکر خطر بیماری را افزایش می‌دهد.					
۱۰. تفکر به اظهارات و یا حرکات زشت و ناپسند در مسجد به اندازه همان عمل، گناه می‌باشد.					
۱۱. تفکر به آسیب رساندن به یک فرد به اندازه همان عمل، بد و ناپسند می‌باشد.					
۱۲. اگر به سقوط و آسیب خودم فکر کنم، این تفکر خطر سقوط و آسیب مرا افزایش می‌دهد.					

۱۳. به عقیده من، تفکر به اشارات و حرکات زشت دیگران به اندازه همان عمل، بد و ناپسند می باشد.
۱۴. اگر به تصادف خودم فکر کنم، این تفکر خطر وقوع تصادف را افزایش می دهد.
۱۵. به عقیده من، تفکر در مورد نامهربانی یک دوست به اندازه همان عمل، بی وفایی و نامهربانی را نشان میدهد.
۱۶. اگر به بیماری خودم فکر کنم، این تفکر خطر بیماری را افزایش می دهد.
۱۷. به عقیده من افکار حسادت ورزانه مشابه اعمال حسادت ورزانه می باشد.
۱۸. افکار فریبکارانه دری رابطه فردی به اندازه همان عمل، غیراخلاقی می باشد.
۱۹. تفکرات زشت و قبیح در یک مسجد برای من غیرقابل قبول می باشد.

پرسشنامه نشخوار فکری

عبارات	هرگز	گاهی اوقات	اغلب اوقات	همیشه
۱ فکر میکنید که چقدر احساس تنهایی می کنید.				
۲ فکر می کنید اگر در همین حالت باقی بمانید نمی توانید وظایفتان را انجام دهید.				
۳ فکر می کنید احساس دردمندی و خستگی می کنید.				
۴ فکر می کنید که چقدر تمرکز کردن دشوار است.				
۵ فکر میکنید که من چکار کرده ام که به این حالت دچار شده ام.				
۶ فکر می کنید چقدر بی حوصله و بی انگیزه اید.				
۷ با بررسی واقع اخیر سعی می کنید بفهمید چرا افسرده اید.				
۸ فکر میکنید که چرا نسبت به همه چیز بی تفاوت شده ام.				
۹ فکر میکنید که چرا دیگر نمی توانید ادامه دهید.				
۱۰ فکر میکنید که چرا اغلب به مسائل اینگونه واکنش نشان میدهم.				
۱۱ با خود خلوت کنید تا برای این احساسات خود دلیل پیدا کنید.				
۱۲ افکارتان را یادداشت و آنها را بررسی کنید.				
۱۳ به اوضاع اخیر فکر میکنید و که ای کاش اوضاع بهتر از این بود.				
۱۴ فکر میکنید اگر نتوانید جلوی این احساساتتان را بگیرید دیگر قادر به تمرکز نخواهید بود.				
۱۵ به این فکر کنید که چرا مشکلاتی دارم که دیگران ندارند.				
۱۶ فکر میکنید که چرا نمی توانم بهتر از عهده ی اداره کردن امور برآیم.				
۱۷ فکر میکنید که چقدر غمگین هستید.				
۱۸ به همه ی نقاط ضعف ،شکست ها، کاستی ها و اشتباهات خود فکر میکنید.				
۱۹ فکر میکنید که چرا آنقدر سرحال نیستید که بتوانید کاری انجام دهید.				
۲۰ سعی میکنید شخصیت خود را بررسی کنید تا بفهمید که چرا افسرده اید.				
۲۱ تنهایی به جایی می روید که بتوانید در مورد احساساتتان فکر کنید.				
۲۲ فکر می کنید که چرا آنقدر از دست خودتان عصبانی هستید.				

The effectiveness of schema therapy on rumination, perfectionism, and thought-action fusion of women suffering from obsessive-compulsive disorder

Sedigheh. Khadem¹, MohammadKazem. Fakhri², & Seyedeh Olia. Emadian³

Abstract

Aim: The aim of the present research was to determine the effectiveness of schema therapy on rumination, perfectionism, and thought-action fusion of women suffering from obsessive-compulsive disorder who are clients of counseling centers in Neka city. **Method:** It was a semi-experimental method with a pre-test and post-test design and follow-up with a control group and random assignment. The statistical population of this research included all women who referred to counseling centers in Neka city in the first three months of 2020. Purposive sampling and 30 women who obtained the highest score in the obsessive-practical research tool of Fua et al. (2002) were selected as a sample and then randomly assigned 15 to the schema therapy group and 15 to the group Certificates were assigned. The experimental group underwent schema therapy for 20 sessions based on the protocol of Luppino et al. (2018), while the control group did not receive any intervention. Also, the rumination questionnaire of Nalen-Hoeksma and Maro (1991), the identity perfectionism questionnaire of Hewitt and Felt (1991), and the thought-action fusion questionnaire of Shafran et al. (1996) were used in the pre-test, post-test and follow-up stages. Finally, the data were analyzed using ANOVA with repeated measures and Bonferroni's post hoc test. **Results:** The results showed that schema therapy on rumination ($F=29.17$, $P<0.001$), perfectionism ($F=22.94$, $P<0.001$) and thought-action fusion ($F=8.95$, $P<0.001$) women suffering from obsessive-compulsive disorder has an effect. **Conclusion:** It can be concluded that schema therapy is effective on rumination, perfectionism and thought-action fusion of women suffering from obsessive-compulsive disorder and this treatment can be used to improve women's psychological problems.

1. PhD student, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

2. **Corresponding author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

Fakhri@iausari.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

Keywords: *schema therapy, rumination, perfectionism, thought-action fusion, thought-action obsession.*

