

Research Paper



Investigating the relationship between early maladaptive schemas and obsessive-compulsive disorder: The mediating role of self-regulation

Farnaz Radmehr¹, Khodamorad Momeni^{2*}, Jahangir Karami³, Omran Davarinejad⁴

1. PhD in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran
2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran
3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran
4. Associate Professor, Department of Psychiatry, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

**Article Info:**

Received: 2022/06/22

Accepted: 2023/11/12

PP: 18

Use your device to scan and read the article online:



DOI: 10.22054/JCPS.2024.68652.2774

Keywords:

self-regulation, early maladaptive schemas, obsessive-compulsive disorder.

Abstract

Objective: This study aimed to investigate the relationship between early maladaptive schemas and obsessive-compulsive disorder: the mediating role of self-regulation.

Research Methodology: The research method was descriptive-correlation based on structural equations. The statistical population of the study was all patients with obsessive-compulsive disorder referred to public and private psychiatric clinics in Kermanshah City in 2021. According to the inclusion and exclusion criteria and receiving the diagnosis of obsessive-compulsive disorder by a psychiatrist and based on structured clinical interviews (DSM-5) were selected by convenience sampling. Research tools included obsessive-compulsive disorder questionnaires Foa et al (2002), Self-regulation Ibanez et al (2005), and young schemas (2005). Descriptive indices and structural equation analysis in SPSS-21 and PLS-3 software were used to analyze the data.

Findings: The results showed that the proposed model has a good fit (NFI = 0.90 and SRMR = 0.079). The results of the analysis showed that early maladaptive schemas have a positive and significant relationship with obsessive-compulsive disorder and self-regulation has a negative and significant relationship with obsessive-compulsive disorder. Primary maladaptive schemas also affect obsessive-compulsive disorder through self-regulation.

Conclusion: The findings of this study suggest that the role of early maladaptive schemas and self-regulation should be considered in designing psychological interventions for patients with obsessive-compulsive disorder.

Citation: Radmehr, F., Momeni, K., Karami, J., & Davarinejad, O. (2024). Investigating the relationship between early maladaptive schemas and obsessive-compulsive disorder: The mediating role of self-regulation. *Clinical Psychology Studies*, 14(53), 43-60. <https://doi.org/10.22054/jcps.2024.68652.2774>

***Corresponding author:** Khodamorad Momeni

Address: Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran. 09181323767

Tell: 09181323767

Email: kh.momeni@razi.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Obsessive-compulsive disorder is one of the most common psychological disorders that has attracted a lot of attention in recent years and has been the subject of numerous researches. The main reason for this attention can be attributed to the increase in the prevalence of this disorder during the last three decades (Talebi et al. 2019). So, the lifetime prevalence of this disorder in the general population is relatively constant and about 2-3%, and it has been reported up to 10% in patients referred to psychiatric offices and clinics (Sadock & Sadock. 2015).

Although there are countless treatment models for this disorder, including drug therapy, behavioral therapy, and cognitive therapy, a significant percentage of patients benefit very little from these treatment models, and more than 40 to 60 percent of patients do not report any noticeable results. Give Therefore, due to the recurrence of symptoms of obsessive-compulsive disorder and the complete lack of success of treatment approaches and models in improving the symptoms of this disorder, special treatment protocols are needed to prevent the spread and exacerbation of this disorder and treat it successfully. Therefore, what is prioritized in the first stage is the precise identification of the factors involved in the onset and maintenance of obsessive-compulsive disorder and then designing a treatment model based on the variables influencing the onset and persistence of this disorder.

Primary maladaptive schemas are one of the factors that play an important role in the formation and maintenance of obsessive-compulsive disorder (Kwak & Lee.2015; Kim, Lee & Lee. 2014; Bolorsaz Mashhadi et al.2016 and Mokhbardzfuli et al.2015). Primary maladaptive schemas not only directly affect obsessive-compulsive disorder, but also indirectly and through violations in self-regulation, they affect this disorder (Qassemi and Elahi, 2018).

Primary incompatible schemas can lead to violations in self-regulation and, as a result, obsessive-compulsive disorder. So that primary maladaptive schemas can have an indirect effect on the development of obsessive-compulsive disorder through violations in self-regulation. So that the main complaint of patients with obsessive-compulsive disorder is the inability to regulate and control obsessive thoughts, emotions and behaviors. Self-regulation is a very important topic in psychology that emphasizes the active role that people can take to promote health and prevent or ameliorate the effects of disease (Weidner, Sieverding & Chesney. 2016).

Researchers believe that self-regulation can play a mediating role in the relationship between maltreatment and adjustment. So that the studies conducted on the clinical characteristics of obsessive-compulsive disorder indicate that violation of self-regulation is the main characteristic of obsessive-compulsive disorder; Therefore, to increase knowledge about the role of self-regulation in order to understand obsessive-compulsive disorder, more studies to discover the relationship between these structures seem necessary (Shalev & Sulkowski.2009 and Sarafray et al.2020). Because high self-regulation predicts health throughout life and poor self-regulation increases a person's chance of negative health outcomes (Shields et al.2017).

In this regard, due to the high importance of the role of self-regulation, on the one hand, in creating obsessive-compulsive disorder and on the other hand, in the treatment of this disorder, various theories have been designed to identify the factors that, in addition to creating violations in self-regulation, have an indirect effect on the formation of obsessive-compulsive disorder, and can also have a direct effect on the development of this disorder.

Research Question(s)

Does self-regulation play a mediating role in the relationship between primary maladaptive schemas and obsessive-compulsive disorder?

Literature Review

Kwak & Lee (2015) showed that the mean schemas of defectiveness/shame and social isolation/alienation schemas were higher in patients with obsessive-compulsive disorder than panic disorder patients. Also, the mean of the non-transformed self-schema in patients with obsessive-compulsive disorder was higher than in the normal group, but there was no significant difference with panic disorder patients.

Kim et al. (2014) showed that patients with obsessive-compulsive disorder scored higher in defectiveness/shame, social isolation/alienation, and failure schemas than healthy people.

Yaken et al. (2019) showed that negative emotion regulation was the only mediator to psychopathological symptoms, with no additional role for self-compassion, whereas self-compassion mediated only to life satisfaction, with no additional role for negative emotion regulation.

Mokhbardzfuli et al. (2015) showed that the model of early maladaptive schemas and dysfunctional cognition had a direct and significant effect on thought-practice obsessions.

Bolorsazmashhadi et al. (2016) showed that there is a significant difference between the two clinical (women with obsessive-compulsive disorder) and normal (healthy women) groups in primary maladaptive schemas, and the average score of primary maladaptive schemas in the clinical group is higher than that of the normal group.

Methodology

The present research method is descriptive-correlation of equation modeling type. The statistical population of the research was all patients with obsessive-compulsive disorder referring to public and private psychiatric clinics in Kermanshah city in the year 2021. The sample size of the research was 300 people (161 women and 139 men with an age range of 18-55 years) were selected using available sampling method. The implementation method was as follows: after the approval of the proposal and the approval of the ethics committee, in coordination with the Razi University of Kermanshah Medical Sciences, the researcher referred to public and private psychiatric clinics in Kermanshah according to the entry and exit criteria of eligible patients. The research questionnaires included Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R), Schema Questionnaire-Short Form (SQ-SE), self-regulation question (SRQ), which were completed individually by the patients.

Results

Out of a total of 300 patients with obsessive-compulsive disorder, 161 were women (53.7%) and 139 were men (46.3%). The results showed that the proposed model has a good fit (NFI = 0.90 and SRMR = 0.079). The results of the analysis showed that early maladaptive schemas have a positive and significant relationship with obsessive-compulsive disorder and self-regulation has a negative and significant relationship with obsessive-compulsive disorder. Primary maladaptive schemas also affect obsessive-compulsive disorder through self-regulation.

Discussion and Conclusion

The findings indicated that the proposed model has a good fit. The results showed that primary maladaptive schemas have a positive and significant relationship with obsessive-compulsive disorder, and self-regulation has a negative and significant relationship with obsessive-compulsive disorder. Also, self-regulation could play a mediating role between primary maladaptive schemas and obsessive-compulsive disorder. Therefore, it is suggested that mental health professionals consider their primary maladaptive schemas and self-regulation in the process of treating patients with obsessive-compulsive disorder and use interventions specific to these problems in the treatment process of these patients.

Acknowledgments

The authors are grateful to Razi University and the Development and Clinical Research Unit of Farabi Hospital, Kermanshah University of Medical Sciences and the dear patients for their valuable cooperation in completing the research questionnaires.

Reference

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (5th Ed- DSM-5)*. Washington, DC: Author.
- Basile, B., Tenore, K., Luppino, O.I., Mancini, F. (2017). Schema therapy mode model applied to OCD. *Clinical Neuropsychiatry*, 14(6):407-414.
- Beck AT. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. A Meridian Book. Boston, MA: International Universities Press.
- Calvete E, Orue I, Hankin BL. (2015). A longitudinal test of the vulnerability-stress model with early maladaptive schemas for depressive and social anxiety symptoms in adolescents. *Journal Psychopathology Behavior Assess*. 37(1):85-99.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., Salkovskis, P. M. (2002). The obsessive-compulsive inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485-496.
- Kim, J.U., Lee, S.W., Lee, S.J. (2014). Relationship between early maladaptive schemas and symptom dimensions in patients with obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research*. 2014; 215(1):134-140.
- Middleton, S. E. (2011). Do punitive ostracism experiences add to our understanding of obsessive-compulsive beliefs and their relationship to obsessive compulsive symptoms? An exploratory study and pilot of a new measure. Thesis submitted in the Degree of Doctor of Psychology (clinical) University of Hull.

Investigating the relationship between early maladaptive schemas and obsessive-compulsive disorder: The mediating role of self-regulation

- Sadock BJ, Sadock VA. (2015). *Kaplan HI and Sadock BJ Synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*.
- Sunde, T., Hummelen, B., Himle, J.A., Walseth, L.T., Vogel, P.A., Launes, G., Haaland, V.O., Haaland, A.T. (2019). Early maladaptive schemas impact on long-term outcome in patients treated with group behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *BMC Psychiatry*. 26; 19(1):318-330.
- Yakin, D., Gencoz, T., Steenbergen, L., Arntz, A. (2019). An integrative perspective on the interplay between early maladaptive schemas and mental health: The role of self-compassion and emotion regulation. *Journal of Clinical Psychology*. 75(6):1098-1113.
- Yoosefi, A., RajeziEsfahani, S., Pourshahbaz, A., Dolatshahee, B., Assadi, A., Maleki, F., Momeni, S. (2016). Early maladaptive schemas in obsessive compulsive disorder and anxiety disorders. *Global Journal of Health Science*. 8(10):167-177.
- Young, J.E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resources Press.





مقاله پژوهشی

بررسی رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اختلال وسواسی - جبری: نقش واسطه‌ای خودتنظیم‌گری

فرناز رادمهر^۱ ID، خدامراد مومنی^{۲*} ID، جهانگیر کرمی^۳ ID، عمران داوری نژاد^۴ ID

۱. دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.
۲. استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.
۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.
۴. دانشیار گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر باهدف بررسی رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اختلال وسواسی - جبری: نقش واسطه‌ای خودتنظیم‌گری صورت گرفت.

روش‌شناسی پژوهش: روش پژوهش توصیفی - همبستگی مبتنی بر معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - جبری مراجعه‌کننده به کلینیک‌های عمومی و خصوصی روان‌پزشکی در سطح شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۰ بود که با توجه به معیارهای ورود و خروج و دریافت تشخیص اختلال وسواسی - جبری توسط روان‌پزشک و بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته (DSM-5) به شیوه در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های اختلال وسواسی - جبری فوا و همکاران (۲۰۰۲)، خودتنظیم‌گری ایباز و همکاران (۲۰۰۵) و طرحواره‌های یانگ (۲۰۰۵) بود. برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌های توصیفی و تحلیل معادلات ساختاری در نرم‌افزار SPSS-21 و PLS-3 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد مدل مطرح شده از برازش خوبی برخوردار است ($NFI = 0/90$ و $SRMR = 0/079$). نتایج تحلیل‌ها نشان داد طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اختلال وسواسی - جبری رابطه مثبت و معنادار و خودتنظیم‌گری با اختلال وسواسی - جبری رابطه منفی و معنادار دارند. همچنین طرحواره‌های ناسازگار اولیه از طریق خودتنظیم‌گری بر اختلال وسواسی - جبری اثرگذار است.

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌کند که در طراحی مداخلات روان‌شناختی برای بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - جبری، به نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و خودتنظیم‌گری توجه شود.



اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۰۱
 تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۲۱
 شماره صفحات: ۱۸

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید:



DOI: 10.22054/JCPS.2024.68652.2774

واژه‌های کلیدی:

خودتنظیم‌گری، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، اختلال وسواسی - جبری.

استناد به این مقاله: رادمهر، فرناز؛ مومنی، خدامراد؛ کرمی، جهانگیر؛ و داوری نژاد، عمران. (۱۴۰۳). بررسی رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اختلال وسواسی - جبری: نقش واسطه‌ای خودتنظیم‌گری. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۵۳(۱)، ۴۳-۶۰.

<https://doi.org/10.22054/jcps.2024.68652.2774>



Clinical Psychology Studies is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

*نویسنده مسئول: خدامراد مومنی

نشانی: استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

تلفن: ۰۹۱۸۱۳۳۳۷۶۷

پست الکترونیکی: kh.momeni@razi.ac.ir

با وجود مدل‌های درمانی بی‌شمار در مورد این اختلال، از جمله دارو درمانی، رفتار درمانی و درمان شناختی، اما درصد قابل توجهی از بیماران، بهره بسیار کمی از این مدل‌های درمانی می‌گیرند و بالغ بر ۴۰ تا ۶۰ درصد بیماران نتیجه محسوس را گزارش نمی‌دهند. برای مثال حدود ۳۰ درصد از بیماران به دارودرمانی جواب نمی‌دهند (میدلتون، ۲۰۱۱)؛ حدود ۳۳ درصد به درمان شناختی و ۴۱ درصد به درمان رفتاری پاسخ نمی‌دهند (ویتال، ثوردارسون و مک‌لین، ۲۰۰۴). همچنین درمان شناختی-رفتاری، که به‌عنوان درمان روان‌شناختی انتخاب شده برای اختلال وسواسی-جبری محسوب می‌شود (مرکز همکاری سلامت روان، ۲۰۰۶؛ به نقل از سوند، هوملن، هیمل و والست و همکاران، ۲۰۱۹)، و ۶۰ تا ۷۰ درصد بیماران با این درمان بهبود می‌یابند (اوست، هاوون، هانسن و کواله، ۲۰۱۵) ولی فقط ۲۵ درصد بیماران، معیارهای بهبودی کامل بعد از درمان دارند (فیشر و ولز، ۲۰۰۵)، و تا ۵۰ درصد آن‌ها نرخ عود دارند (سیمپسون، فرانکلین، چنگ، فوآ و لایبویتز، ۲۰۰۵). بنابراین با توجه به عود علائم اختلال وسواسی-جبری و عدم موفقیت کامل رویکردها و مدل‌های درمانی در بهبودی علائم این اختلال، نیازمند پروتکل‌های درمانی خاصی است تا از گسترش و تشدید این اختلال جلوگیری نموده و به درمان موفق آن بپردازد. بنابراین آنچه در مرحله اول اولویت دارد، شناسایی دقیق عوامل دخیل در شروع و حفظ اختلال وسواسی-جبری می‌باشد و سپس طراحی مدل درمانی بر اساس متغیرهای تأثیرگذار بر شروع و ماندگاری این اختلال.

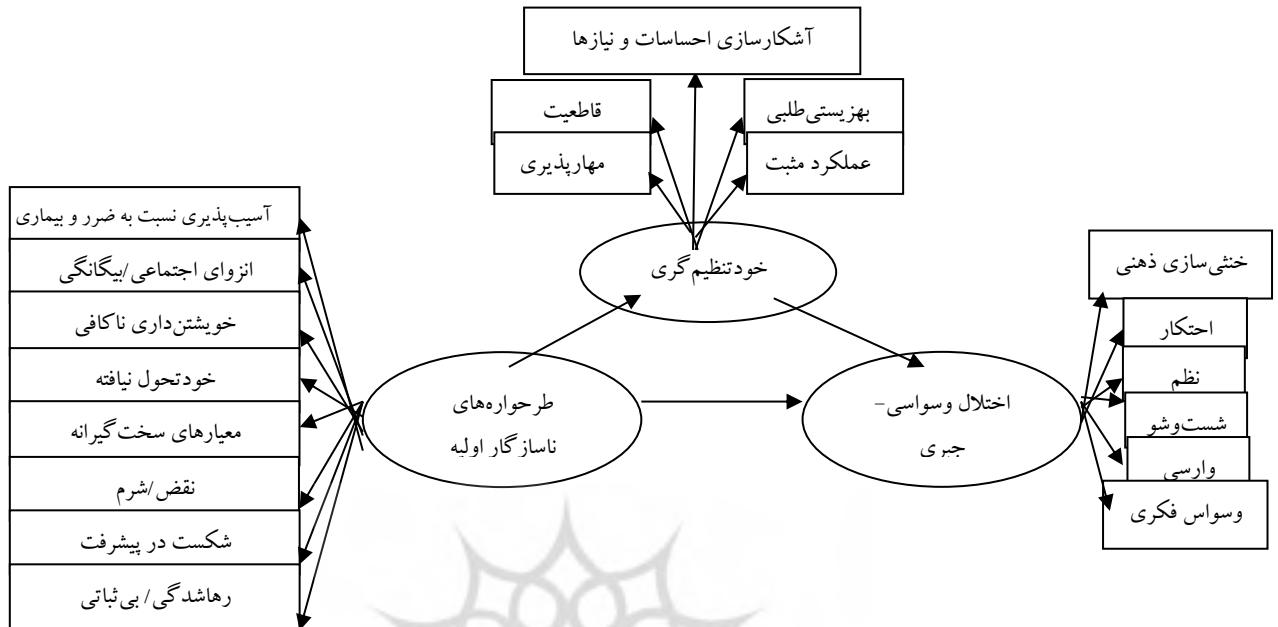
طرحواره‌های ناسازگار اولیه، از مهم‌ترین عناصر و اجزاء نظریه شناختی اختلالات روان‌شناختی هستند که بازنمایی‌های معتبری از تجربه‌های ناخوشایند دوران کودکی می‌باشند که به‌عنوان موضوع یا الگوهای گسترده، ناکارآمد و جامع که شامل خاطرات، هیجان‌ها، شناخت‌ها و احساسات بدنی در مورد خود و رابطه با دیگران هستند، تعریف می‌شوند. که در دوره کودکی ایجاد می‌شوند و در سر تا سر زندگی شخصی با درجه‌ای از ناکارآمدی بسط و گسترش می‌یابند. هنگامی که طرحواره‌ها، فعال می‌شوند اغلب افراد به شیوه‌ای پاسخ می‌دهند که این طرحواره‌ها را در طول زمان حفظ نموده و پایدار نگه می‌دارند (یانگ، کلسکو و ویشر، ۲۰۰۳؛ به نقل از یاکن، جنکوز، استینبرگن و آرتز، ۲۰۱۹؛ سوند و همکاران، ۲۰۱۹؛ کالوت، اورو و هنکاین، ۲۰۱۵). طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۱، یکی از عواملی است که در شکل‌گیری و حفظ اختلال وسواسی-جبری نقش مهمی دارد (کواک و لی، ۲۰۱۵؛ کیم، لی و لی، ۲۰۱۴؛ بلورسازمشهدی، نصیری‌پور، مال‌ویرانی و امیرفخرایی، ۱۳۹۶ و مخبردزفولی، رضایی و صادقی، ۱۳۹۵). طرحواره‌های ناسازگار اولیه، نه تنها به‌صورت مستقیم بر اختلال وسواسی-جبری اثر می‌گذارند، بلکه به‌صورت غیرمستقیم و از طریق نقض در خودتنظیم‌گری، بر این اختلال اثر می‌گذارند. در واقع؛ طرحواره‌های ناسازگار اولیه، مکانیسم‌های ناکارآمدی هستند که به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم با نشانه‌های مرضی مختلف در ارتباط هستند و به پریشانی روان‌شناختی می‌انجامند (قاسمی و الهی، ۱۳۹۸). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، در اختلالات مختلف، متفاوت است. به طوری که هر کدام از علائم آسیب‌شناسی روانی با یک یا تعداد بیشتری از طرحواره‌های ناسازگار اولیه، مرتبط است (یوسفی، راجزی‌اصفهانی، پورشهباز، دولتشاهی، اسدی، ملکی و مؤمنی، ۲۰۱۶). در همین راستا، در اختلال وسواسی-جبری، طرحواره‌های ره‌اشدگی/بی‌ثباتی^۲، شکست^۳، نقض/شرم^۴، انزوای اجتماعی/بیگانگی^۵، معیارهای سخت‌گیرانه^۶، خویش‌نمایی/خودانضباطی ناکافی^۷، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری^۸، خود

1. Whittal, Thordarson & MacLean
2. Sunde, Hummelen, Himle & Walseth
3. Ost, Havnen, Hansen & Kvale
4. Fisher & Wells
5. Simpson, Franklin, Cheng, Foa, Liebowitz
6. Young, Klosko & Weishaar
7. Yakin, Gencoz, Steenbergen & Arntz
8. Calvete, Orue & Hankin
9. early maladaptive schemas
10. Kwak & Lee
11. Kim
12. abandonment/instability
13. failure
14. defectiveness/shame
15. Social Isolation
16. Unrelenting Standards
17. Insufficient self-control
18. Vulnerability to harm or illness

تحول نیافته^۱، به خوبی علایم این اختلال را پیش‌بینی می‌کنند (بسیل، تنوره، لوپینو و مانسینی^۲، ۲۰۱۷؛ کیم لی و لی، ۲۰۱۴، ۲۰۱۴؛ هالند، وگلب، هالند، هانسن^۳ و همکاران، ۲۰۱۱؛ آتلی، آتلی، کراهن و کالیسکن^۴، ۲۰۰۸؛ گودرزی، خسروی و دهشیری، ۱۳۹۵، مخبردزفولی، رضایی و صادقی، ۱۳۹۵؛ اسماعیلی، سهرابی، برجعلی و فرخی، ۱۳۹۰؛ طالع‌بکتاش، یعقوبی و یوسفی، ۱۳۹۲؛ یوسفی، راجزی‌اصفهان، پورشهباز، دولتشاهی و همکاران، ۲۰۱۶). طرحواره‌های ناسازگار اولیه، باورهای هسته‌ای (پیش فرض‌های غیرشرطی) را در مورد خود و دیگران شکل می‌دهند و پردازش اطلاعات بیرونی را به مسیری ناکارآمد منحرف می‌کنند (بانگ، ۱۹۹۹). بنابراین؛ عواطف و رفتارهای ما که به وسیله طرحواره‌های شناختی که ناشی از تجارب گذشته‌مان است، ایجاد می‌شوند و بر روی ما ادراک ما از تأثیر می‌گذارند (بک^۵، ۱۹۷۹). در نتیجه، می‌تواند منجر به نقض در خودتنظیم‌گری و به تبع آن، ایجاد اختلال وسواسی-جبری شود. به طوری که طرحواره‌های ناسازگار اولیه از طریق نقض در خودتنظیم‌گری می‌تواند، اثر غیر مستقیمی بر ایجاد اختلال وسواسی-جبری بگذارد. به طوری که شکایت عمده بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، ناتوانی در تنظیم و کنترل افکار، هیجان و رفتارهای وسواسی می‌باشد. خودتنظیم‌گری موضوعی خیلی مهمی در روان‌شناسی است که بر نقش فعالی که افراد می‌توانند برای ارتقاء سلامتی و جلوگیری و یا بهبود اثرات بیماری داشته باشند، تأکید می‌کند (ویدنر، سیوردینگ و چسنی^۶، ۲۰۱۶). در واقع، خودتنظیم‌گری میانجی بین شخصیت و سلامت است (برمودز^۷، ۱۹۹۹). خودتنظیم‌گری یک سازه چند بُعدی است که شامل فرآیندهای شناختی، انگیزشی-عاطفی، رفتاری و فیزیولوژیکی تأثیرگذار بر کنترل فعال اعمال هدفمند، می‌باشد (پوزنر و روتبارت^۸، ۲۰۰۰)، که با فرایندهای درونی و یا عملیاتی مرتبط است که فرد را قادر می‌سازد تا فعالیت‌های هدفمند را در طول زمان و در شرایط متغیر انجام دهد. خودتنظیم‌گری افکار، عاطفه، رفتار را از طریق استفاده عمدی یا خودکار از مکانیسم‌های خاص و فرامهارت‌های حمایتی، کنترل می‌کند، همچنین تلاش می‌کند تا افکار، عاطفه، رفتار را از طریق یک مسیر خاص به یک هدف برنامه‌ریزی شده، هدایت کند (اوژیگانوا^۹، ۲۰۱۸ و کارور و شایر^{۱۰}، ۲۰۱۱). از سویی دیگر، پژوهشگران معتقدند که خودتنظیم‌گری، می‌تواند نقش میانجی در رابطه بین بدر رفتاری و سازگاری داشته باشد (تیزل و سیچتی^{۱۱}، ۲۰۰۸ به نقل از پنلیلیو، فررا و مک‌نیل^{۱۲}، ۲۰۱۹). به طوری که مطالعاتی که بر ویژگی‌های بالینی اختلال وسواسی-جبری انجام شده، بیانگر آن است که نقض در خودتنظیم‌گری، ویژگی اصلی اختلال وسواسی-جبری به شمار می‌رود؛ بنابراین برای افزایش دانش در مورد نقش خودتنظیم‌گری در جهت درک اختلال وسواسی-جبری، مطالعات بیشتری برای کشف ارتباط بین این سازه‌ها، ضروری به نظر می‌رسد (شلو و سولکوسکی^{۱۳}، ۲۰۰۹؛ سرافراز، همتی و اسدی‌لاری، ۲۰۲۰). چرا که خودتنظیم‌گری بالا، سلامتی در طول عمر را پیش‌بینی می‌کند و خودتنظیمی ضعیف، شانس ابتلای فرد را برای نتایج منفی در حوزه سلامتی افزایش می‌دهد (شیلدز و همکاران، ۲۰۱۷). توانایی به کارگیری خودتنظیم‌گری در حوزه‌های شناختی، انگیزشی-عاطفی، رفتاری و فیزیولوژیکی از ویژگی‌های روان‌شناختی فرد است که در اتخاذ و حفظ رفتارهای بهداشتی و مسیرهای سلامتی در طول زندگی، تأثیرگذار است. لذا؛ چالش متخصصان سلامت، یافتن راه‌هایی برای ارتقاء مهارت‌های خودتنظیم‌گری، برای تسهیل کسب عادت‌های سلامتی مادام‌العمر در افراد، جهت حفظ سلامتی، پیشگیری از بیماری، کندی پیشرفت بیماری و افزایش کیفیت زندگی می‌باشد (ویدنر و همکاران، ۲۰۱۶). در این راستا، به دلیل اهمیت بالای نقش خودتنظیم‌گری از یک سو، در ایجاد اختلال وسواسی-جبری و از سویی دیگر، در درمان این اختلال، نظریات مختلفی طراحی گردیده تا عواملی که، علاوه بر این که از طریق ایجاد نقض در خودتنظیم‌گری، اثر غیرمستقیمی در شکل‌گیری اختلال وسواسی-جبری دارند، همچنین می‌توانند اثرمستقیمی بر ایجاد این اختلال داشته باشند، روشن گردد. تاکنون پژوهشی که در آن به مدل درمانی

1. Enmeshment
2. Basile, Tenore, Luppino & Mancini
3. Haaland, Vogelb, Launes, Haalanda & Hansen
4. Atalay, Atalay, Karahan & Çaliskan
5. Beck
6. Weidner, Sieverding & Chesney
7. Bermudez
8. Posner & Rothbart
9. Ozhiganova
10. Carver & Scheier
11. Teisl & Cicchett
12. Panlilio, Ferrara, MacNeill
13. Shalev & Sulkowski

خودتنظیم‌گری در اختلال وسواسی-جبری پرداخته باشد، صورت نگرفته است، نتایج این مطالعه اطلاعات ارزشمندی را در اختیار محققان و درمانگران قرار داده و پشتوانه پژوهشی درخور توجهی برای مدل‌های روان‌شناختی در درمان اختلال مذکور فراهم خواهد آورد. همچنین؛ نتایج این پژوهش می‌تواند از لحاظ بنیادی و کاربردی حائز اهمیت و ضرورت باشد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اختلال وسواسی-جبری؛ نقش واسطه‌ای خودتنظیم‌گری پرداخته است (شکل شماره ۱).



شکل شماره ۱- مدل مفهومی پژوهش

روش‌شناسی پژوهش

روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات می‌باشد جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری مراجعه‌کننده به کلینیک‌های عمومی و خصوصی روان‌پزشکی در سطح شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۰ بود. حجم نمونه پژوهش با عنایت به نظرات و توصیه‌های مطرح شده ۳۰۰ نفر (۱۶۱ نفر زن و ۱۳۹ نفر مرد با دامنه سنی ۱۸-۵۵ سال) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل کلیه زنان و مردان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، دریافت تشخیص اختلال وسواسی-جبری توسط روان‌پزشک و بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته (DSM-5)، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش؛ حداقل سطح تحصیلات دوره متوسطه، دامنه سنی ۱۸-۵۵ و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم رضایت برای شرکت در پژوهش، وجود علایم حاد و شدید اختلال وسواسی-جبری که مشارکت بیمار در مطالعه حاضر را دشوار یا تقریباً غیر ممکن بسازد، ناقص بودن پرسشنامه، ابتلا به سایر اختلالات روان‌پزشکی بود. روش اجرا بدین شکل بود که بعد از تأیید پروپوزال و تصویب کمیته اخلاق، با هماهنگی با دانشگاه رازی و علوم پزشکی کرمانشاه، پژوهشگر با مراجعه به کلینیک‌های عمومی و خصوصی روان‌پزشکی در سطح شهر کرمانشاه طبق ملاک‌های ورود و خروج بیماران واجد شرایط انتخاب شدند. بعد از انتخاب گروه نمونه، مرحله اجرای پرسشنامه‌ها بود که به صورت انفرادی تکمیل شد. ملاحظات اخلاقی پژوهش به این صورت بود که برای پاسخگویی بیماران شرکت‌کننده به پرسشنامه‌های پژوهش، به آن‌ها این اطمینان داده شد که اصل رازداری رعایت شود، سلامت روان‌شناختی آن‌ها در اولویت قرار گیرد، اگر تمایل به شرکت در روند پژوهش نداشته باشند، به درخواست آن‌ها احترام گذاشته شود و می‌توانند در هر مرحله‌ای از پاسخگویی، همکاری در پژوهش را ادامه ندهند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، از روش‌های آماری توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی، درصد)، همبستگی پیرسون و تحلیل معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزارهای آماری SPSS21 و PLS3 استفاده شد.

ابزارهای سنجش

پرسشنامه بازنگری شده اختلال وسواسی-جبری (OCI-R): پرسشنامه بازنگری شده اختلال وسواسی-جبری توسط فوآ و همکاران در سال ۲۰۰۲ ساخته شده است. دامنه نمرات، برای کل مقیاس بین صفر تا ۷۲ و برای خرده‌مؤلفه‌ها بین ۰ تا ۱۲ می‌باشد که نمرات بالاتر نشان دهنده گرایش بیشتر به اختلال وسواسی-جبری است. تفسیر نمرات این پرسشنامه به صورت نمره بین ۰ تا ۲۴: میزان اختلال وسواسی-جبری پایین است. نمره بین ۲۴ تا ۳۶: میزان اختلال وسواسی-جبری متوسط است. نمره بالاتر از ۳۶: میزان اختلال وسواسی-جبری بالا است. نمره برش این پرسشنامه ۲۱ می‌باشد. همسانی درونی این پرسشنامه توسط فوآ و همکاران (۲۰۰۲)، برای مقیاس کلی بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۳ و برای خرده‌مؤلفه‌ها بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۰ به استثنای آلفای ۰/۳۴ برای خرده‌مؤلفه خنثی‌سازی ذهنی در گروه کنترل گزارش شده است. روایی افتراقی آن خوب و روایی همگرایی آن رضایت بخش بوده است. بنابراین؛ نسخه انگلیسی آن از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است (فوآ و همکاران، ۲۰۰۲). برای ارزیابی پایایی نسخه فارسی OCI-R، همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که این ضریب آلفای کرونباخ OCI-R برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۵، برای خرده‌مؤلفه‌های واری ۰/۶۶، نظم ۰/۶۹، وسواس فکری ۰/۷۲، شستشو ۰/۶۹، احتکار ۰/۶۳ و خنثی‌سازی ذهنی ۰/۵۰ به دست آمده است. همچنین همبستگی بین گویه‌ها محاسبه شده برای هر یک از خرده‌مؤلفه‌ها، میزان اثر متوسط به شیوه کوهن (۱۹۸۸): شستشو: $r=0/46$ ، وسواس فکری: $r=0/46$ ، احتکار: $r=0/37$ ، نظم: $r=0/43$ ، واری: $r=0/40$ ، خنثی‌سازی ذهنی: $r=0/25$ ، همانند نسخه انگلیسی، همبستگی‌ها بین زیرمقیاس‌ها در نسخه فارسی نیز معنادارند ($r=0/57$ تا $r=0/25$) می‌باشد. بین خرده‌مؤلفه‌ها و نمره کل مقیاس همبستگی پیرسون محاسبه شد که مقادیر آن معنادارند ($r=0/80$ تا $r=0/61$) همچنین اعتبار بازآزمایی آن با محاسبه ضریب همبستگی اسپیرمن-براون برای گروه اختلال وسواسی-جبری بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۱ و برای گروه کنترل (گروه غیر بالینی) بین ۰/۵۷ تا ۰/۶۷ محاسبه شد (محمدی، زمانی و فتی، ۱۳۸۷).

فرم ۹۰ سؤالی پرسشنامه طرحواره‌های یانگ (SQ-SE): این پرسشنامه توسط یانگ (۲۰۰۵) برای ارزیابی ۱۸ حیطه از طرحواره‌های ناسازگار اولیه را اندازه می‌گیرد. هر مقیاس دارای ۵ ماده است که یک طرحواره ناسازگار اولیه را اندازه می‌گیرد. دامنه نمرات هر مقیاس بین ۵ تا ۳۰ می‌باشد. کمینه و بیشینه نمره‌های اندازه‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بین ۱ تا ۶ می‌باشد، که نمره بالا، حاکی از میزان بالای طرحواره‌های ناسازگار اولیه در آزمودنی‌هاست. در این مطالعه، از این پرسشنامه برای سنجش طرحواره‌های رهاشدگی/بی‌ثباتی، شکست، نقض/شرم، انزوای اجتماعی/بیگانگی، معیارهای سخت‌گیرانه، خویشتن‌داری/خود انضباطی ناکافی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، خود تحول‌نیافته استفاده شد که پیشینه پژوهشی، نقش این هشت طرحواره در اختلال وسواسی-جبری را بارز دانسته‌اند (سبیل، تنوره، لویینو و مانسینی، ۲۰۱۷؛ کیم و همکاران، ۲۰۱۴؛ هالند و همکاران، ۲۰۱۱؛ آتلی، آتلی، کراهن و کالیسکن، ۲۰۰۸؛ گودرزی، خسروی و دهشیری، ۱۳۹۵، مخبردزفولی و همکاران، ۱۳۹۵؛ اسماعیلی، سهرابی، برجعلی و فرخی، ۱۳۹۰؛ طالع‌بکتاش، یعقوبی و یوسفی، ۱۳۹۲؛ یوسفی، راجزی‌اصفهانی، پورشهباز، دولتشاهی، اسدی، ملکی و مؤمنی، ۲۰۱۶). یانگ، نورمن، اسچی و توماس (۱۹۹۵) پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه را بر روی یک نمونه ۵۶۴ نفری از دانشجویان آمریکایی اعتباریابی کردند که اعتبار پرسشنامه را با استفاده از روش همسانی درونی و بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۸۱ گزارش نمودند. روایی همگرایی پرسشنامه با ابزارهای اندازه‌گیری درماندگی روان‌شناختی، اعتماد به نفس، آسیب‌پذیری شناختی برای نشانگان اختلال افسردگی و اختلال شخصیت توسط یانگ و همکاران (۱۹۹۵) مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ارتباط منفی با صفات مثبت از قبیل اعتماد به نفس، عاطفه مثبت دارند و از طرفی ارتباط مثبت با صفاتی از قبیل اختلال شخصیت، درماندگی، عاطفه منفی و اختلال عملکرد نگرش دارند. در ایران یوسفی و همکاران (۱۳۸۷) فرم ۹۰ سؤالی پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه را بر روی یک نمونه ۵۷۹ نفری در دو مرحله (مرحله اول

1. Obsessive-Compulsive Inventory-Revised(OCI-R)
2. Foa
3. Schema Questionnaire-Short Form(SQ-SE)
4. Young
5. Basile, Tenore, Luppino & Mancini
6. Haaland
7. Atalay, Atalay, Karahan, Çaliskan

۳۹۴ نفر و مرحله دوم ۱۸۵ نفر) بررسی شده است. در این بررسی اعتبار پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با استفاده از دو روش آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن در کل نمونه به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۶، در دختران ۰/۸۷ و ۰/۸۴ و در پسران ۰/۸۴ و ۰/۸۱ بود و تحلیل عاملی (روایی سازه‌ای) نشان داد که عامل‌های استخراج شده از قابلیت بالا و رضایت بخش برخوردار بودند. همچنین روایی سازه‌ای پرسشنامه تأیید شد و روایی همگرایی آن با ابزارهای اندازه‌گیری درماندگی روان‌شناختی، عاطفه مثبت و منفی، اعتماد به نفس، آسیب‌پذیری شناختی برای نشانگان اختلال افسردگی و اختلال شخصیت، مورد بررسی قرار گرفت و نتایج همبستگی برای شش ملاک مذکور به ترتیب ۰/۳۷، ۰/۳۴، ۰/۴۰، ۰/۳۹، ۰/۳۵، ۰/۳۶ - گزارش شده است.

پرسشنامه خودتنظیم‌گری (SRQ): پرسشنامه خودتنظیم‌گری توسط ایبازن، رویپرتز، مویا، ارکوست و اورتت^(۲۰۰۵) ساخته شده است. یک آزمون ۲۵ گوی‌های است و خودتنظیم‌گری را در پنج زمینه عملکرد مثبت، مهارپذیری، آشکارسازی احساسات و نیازها، قاطعیت و بهزیستی‌طلبی در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (۱= کاملاً مخالفم تا ۵= کاملاً موافقم) می‌سنجد (ایبازن، رویپرتز، مویا، مارکوس و اورتت^(۲۰۰۵)). حداقل نمره آزمودنی ۲۵ و حداکثر آن ۱۲۵ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده سطوح بالاتر خودتنظیم‌گری و مهارت‌های مرتبط با این سازه است. ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه خودتنظیم‌گری در پژوهش‌های مقدماتی خارجی مورد تأیید قرار گرفته است. مارکوس و همکاران (۲۰۰۵) پایایی بازآزمایی پرسشنامه خودتنظیم‌گری را در یک دوره یک ماهه ۰/۸۷ گزارش کردند. روایی همگرا و تشخیصی پرسشنامه خودتنظیم‌گری از طریق رابطه خودتنظیم‌گری با برونگرایی، ثبات هیجانی (نوروزگرایی پایین) و کنترل تکانه (پسیکوزگرایی پایین) تأیید شد. در اعتباریابی فرم فارسی این پرسشنامه برای تعداد ۳۵۷ نفر (۱۵۰ مرد و ۲۰۷ زن)، پایایی بازآزمایی برای نمره کل خودتنظیم‌گری $I=0/87$ و برای عملکرد مثبت $I=0/82$ ، مهارپذیری $I=0/72$ ، آشکارسازی احساسات و نیازها $I=0/78$ ، قاطعیت $I=0/81$ و بهزیستی‌طلبی $I=0/85$ به دست آمد که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش پرسشنامه خودتنظیم‌گری و زیرمقیاس‌های آن می‌باشد. همچنین همسانی درونی برای نمره کل خودتنظیم‌گری $d=0/93$ و زیر مقیاس‌های خودتنظیم‌گری به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۹۱، ۰/۸۵، ۰/۹۲ و ۰/۹۰ محاسبه شد که این ضرایب نشانه همسانی درونی رضایت‌بخش زیر مقیاس‌های خودتنظیم‌گری است. روایی محتوایی پرسشنامه خودتنظیم‌گری بر اساس داوری ۶ نفر از متخصصان روان‌شناسی بررسی و ضرایب توافق کندال برای خودتنظیم‌گری (نمره کل) و زیر مقیاس‌های عملکرد مثبت، مهارپذیری، آشکارسازی احساسات و نیازها، قاطعیت و بهزیستی‌طلبی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۳، ۰/۸۰، ۰/۷۱، ۰/۸۰ و ۰/۷۰ ارائه شده است که مورد تأیید قرار گرفت. روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) پرسشنامه خودتنظیم‌گری از طریق محاسبه ضرایب همبستگی زیرمقیاس‌های آن با ابعاد اصلی شخصیت و شاخص‌های سلامت روانی در مورد آزمودنی‌ها بررسی شد که نتایج نشان داد بین نمره آزمودنی‌ها در زیرمقیاس‌های خودتنظیم‌گری با شاخص‌های برونگرایی و بهزیستی روان‌شناختی همبستگی مثبت و معنادار و با شاخص‌های نوروزگرایی و درماندگی روان‌شناختی همبستگی منفی و معنادار وجود داشت. این نتایج، روایی همگرا و سنجش پرسشنامه خودتنظیم‌گری را تأیید می‌کند (بشارت، ۱۳۹۰).

یافته‌ها

از مجموع ۳۰۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-جبری ۱۶۱ نفر زن (۵۳/۷ درصد) و ۱۳۹ نفر مرد (۴۶/۳ درصد) بودند. از نظر وضعیت تأهل ۱۰۷ نفر مجرد (۳۵/۷ درصد)، ۱۰۲ نفر متأهل (۳۴ درصد)، ۵۵ نفر مطلقه (۱۸/۳ درصد) و ۳۶ نفر همسر فوت شده (۱۲ درصد) بودند. از نظر سطوح سنی ۱۸-۲۵ سال ۶۶ نفر (۲۲ درصد)، ۲۶-۳۵ سال ۱۰۹ نفر (۳۶/۳ درصد) و ۳۶-۵۵ سال ۱۲۵ نفر (۴۱/۷ درصد) بود. همچنین از نظر سطح تحصیلات ۹۳ نفر دیپلم و فوق‌دیپلم (۳۱ درصد)، ۱۰۵ نفر لیسانس (۳۵ درصد) و ۳۹ نفر فوق‌لیسانس و دکتری (۱۳ درصد) بودند. از نظر وضعیت اشتغال ۱۱۳ نفر شاغل (۳۷/۷ درصد)، ۱۰۶ نفر بیکار (۳۵/۳ درصد) و ۸۱ نفر خانه‌دار (۲۷ درصد) بودند. همچنین از نظر وضعیت اقتصادی ۷۸ نفر ضعیف (۲۶ درصد)، ۱۲۹ نفر متوسط (۴۳ درصد)، ۶۹ نفر خوب (۲۳ درصد) و ۲۴ نفر عالی (۸ درصد) بودند. ۲۰۱ نفر (۶۷ درصد) سابقه اختلال وسواسی-جبری در خانواده و بستگان درجه یک داشتند و ۹۹ نفر (۳۳ درصد) سابقه اختلال وسواسی-جبری در خانواده و بستگان درجه یک نداشتند. در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

1. Self-regulation question (SRQ)
2. Ibanez, Ruiperez, Moya, Marques, Ortet
3. Ibanez, Ruiperez, Moya, Marques, Ortet

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	
خرده‌مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه	رهاشدگی / بی‌ثباتی	۱۷/۷۴	۴/۰۴
	شکست در پیشرفت	۱۸/۰۱	۴/۰۱
	نقض / شرم	۱۷/۹۷	۳/۷۴
	انزوای اجتماعی / بیگانگی	۱۶/۹۶	۳/۸۵
	معیارهای سخت‌گیرانه	۱۶/۴۳	۳/۸۳
	خوب‌نشدن داری ناکافی	۱۶/۷۵	۴/۰۶
	آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری	۱۶/۲۸	۳/۷۱
	خودتحول نیافته	۱۷/۰۸	۳/۶۱
	نمره کل طرحواره‌های ناسازگار اولیه	۱۳۷/۲۲	۲۲/۸۸
خرده‌مؤلفه‌های خودتنظیم‌گری	عملکرد مثبت	۱۰/۱۵	۲/۶۰
	مهارت‌پذیری	۱۰/۰۸	۲/۴۸
	قاطیعت	۱۰/۲۶	۲/۶۳
	بهزیستی طلبی	۹/۹۹	۲/۲۳
	آشکارسازی احساسات و نیازها	۱۰/۱۹	۲/۳۷
	نمره کل خودتنظیم‌گری	۵۰/۶۷	۱۰/۸۶
علایم اختلال وسواسی - جبری	خنثی‌سازی ذهنی	۹/۷۹	۱/۹۶
	انباشت	۹/۷۴	۱/۶۲
	شتشو	۱۰/۱۲	۲/۳۷
	وارسی	۹/۹۷	۲/۳۲
	نظم	۱۰/۰۳	۲/۰۷
	وسواس فکری	۱۰/۲۱	۱/۹۳
	نمره کل اختلال وسواسی - جبری	۵۹/۸۶	۹/۸۹

در جدول ۲ ضرایب همبستگی بین متغیرهای طرحواره‌های ناسازگار اولیه، خودتنظیم‌گری و اختلال وسواسی-جبری در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری را نشان می‌دهد.

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای طرحواره‌های ناسازگار اولیه، خودتنظیم‌گری و اختلال وسواسی-جبری در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	
۱. رهاسدگی/بی‌ثباتی	۱																			
۲. شکست در پیشرفت	**۰/۸۱	۱																		
۳. نقض/شرم	**۰/۷۳	**۰/۶۹	۱																	
۴. انزوای اجتماعی/بیگانگی	**۰/۵۲	**۰/۴۹	**۰/۴۸	۱																
۵. معیارهای سخت‌گیرانه	**۰/۵۲	**۰/۴۷	**۰/۴۲	**۰/۴۳	۱															
۶. خویش‌نمایی ناکافی	**۰/۷۳	**۰/۶۵	**۰/۵۵	**۰/۵۹	**۰/۶۶	۱														
۷. آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری	**۰/۴۲	**۰/۴۰	**۰/۳۶	**۰/۳۷	**۰/۳۸	**۰/۴۴	۱													
۸. خودتحوّل نیافته	**۰/۳۲	**۰/۳۵	**۰/۳۱	**۰/۳۰	**۰/۲۶	**۰/۴۰	**۰/۳۱	۱												
۹. عملکرد مثبت	**۰/۳۸	**۰/۴۵	**۰/۳۹	**۰/۳۰	**۰/۳۱	**۰/۳۱	**۰/۳۸	**۰/۲۵	۱											
۱۰. مهارت‌پذیری	**۰/۳۰	**۰/۳۷	**۰/۳۳	**۰/۲۹	**۰/۳۰	**۰/۲۶	**۰/۳۱	**۰/۳۱	**۰/۸۱	۱										
۱۱. قاطعیت	**۰/۳۵	**۰/۴۰	**۰/۳۴	**۰/۲۸	**۰/۳۵	**۰/۲۵	**۰/۳۱	**۰/۲۵	**۰/۸۳	**۰/۸۳	۱									
۱۲. بهزیستی طلبی	**۰/۴۳	**۰/۵۳	**۰/۳۹	**۰/۳۹	**۰/۳۲	**۰/۳۲	**۰/۳۹	**۰/۲۲	**۰/۳۴	**۰/۶۴	**۰/۵۹	۱								
۱۳. آشکارسازی احساسات و نیازها	**۰/۳۳	**۰/۴۱	**۰/۳۳	**۰/۲۲	**۰/۲۶	**۰/۲۹	**۰/۲۵	**۰/۲۶	**۰/۷۹	**۰/۷۳	**۰/۶۸	**۰/۵۵	۱							
۱۴. خنثی‌سازی ذهنی	**۰/۲۹	**۰/۳۰	**۰/۳۳	**۰/۲۰	**۰/۲۶	**۰/۳۱	**۰/۲۳	**۰/۲۶	**۰/۲۳	**۰/۱۹	**۰/۲۶	**۰/۱۷	**۰/۲۲	۱						
۱۵. اثبات‌ست	**۰/۲۸	**۰/۳۴	**۰/۲۵	**۰/۲۴	**۰/۲۲	**۰/۳۱	**۰/۲۱	**۰/۲۲	**۰/۲۰	**۰/۱۵	**۰/۲۰	**۰/۱۶	**۰/۱۶	**۰/۵۴	۱					
۱۶. شتشو	**۰/۴۱	**۰/۴۳	**۰/۴۴	**۰/۲۸	**۰/۳۶	**۰/۳۶	**۰/۲۸	**۰/۳۶	**۰/۲۹	**۰/۲۹	**۰/۳۳	**۰/۲۷	**۰/۳۰	**۰/۵۸	**۰/۳۶	۱				
۱۷. وارسی	**۰/۳۸	**۰/۴۰	**۰/۴۱	**۰/۲۶	**۰/۳۲	**۰/۳۵	**۰/۲۸	**۰/۳۱	**۰/۲۹	**۰/۲۹	**۰/۳۳	**۰/۲۵	**۰/۲۹	**۰/۶۱	**۰/۳۵	**۰/۹۵	۱			
۱۸. نظم	**۰/۳۲	**۰/۳۶	**۰/۳۴	**۰/۲۳	**۰/۳۰	**۰/۲۹	**۰/۲۹	**۰/۲۹	**۰/۲۲	**۰/۲۲	**۰/۲۵	**۰/۱۷	**۰/۱۷	**۰/۵۴	**۰/۳۰	**۰/۸۰	**۰/۸۱	۱		
۱۹. وسواس فکری	**۰/۳۳	**۰/۳۳	**۰/۳۳	**۰/۲۱	**۰/۲۲	**۰/۲۳	**۰/۲۲	**۰/۲۶	**۰/۲۳	**۰/۲۱	**۰/۲۶	**۰/۲۱	**۰/۲۱	**۰/۲۸	**۰/۳۱	**۰/۲۹	**۰/۶۵	**۰/۴۸	۱	

**P<،۰/۰۱* P<،۰/۰۵

جدول ۳ ضرایب همبستگی بین نمرات کل، متغیرهای طرحواره‌های ناسازگار اولیه، خودتنظیم‌گری و اختلال وسواسی-جبری در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری را نشان می‌دهد.

جدول ۳. آماره‌های توصیفی و ماتریس همبستگی نمره کل متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳
۱. طرحواره‌های ناسازگار اولیه	۱		
۲. خودتنظیم‌گری	-۰/۵۰**	۱	
۳. اختلال وسواسی-جبری	۰/۵۱**	-۰/۳۴**	۱
میانگین	۱۳۷/۲۲	۵۰/۶۷	۵۹/۸۶
انحراف معیار	۲۲/۸۸	۱۰/۸۶	۹/۸۹

**P<،۰/۰۱

همان‌طور که نتایج جدول ۲ و ۳ نشان می‌دهد بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و خرده‌مؤلفه‌های آن با خودتنظیم‌گری و خرده‌مؤلفه‌های آن رابطه معکوس و بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و خرده‌مؤلفه‌های آن با اختلال وسواسی-جبری و علائم آن رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

قبل از آزمون مدل ابتدا مفروضه‌های نرمال بودن، هم خطی بودن متغیرها و استقلال خطاها مورد بررسی قرار گرفت. برای پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها از آزمون چولگی و کشیدگی استفاده شد. آزمون چولگی و کشیدگی در همه متغیرها از لحاظ آماری معنادار نبود و فرض نرمال بودن داده‌ها مورد تأیید قرار گرفت ($P > 0.05$). جهت بررسی پدیده همخطی شاخص عامل تحمل^۱ و تورم واریانس^۲ (VIF) بررسی شد که شاخص عامل تحمل بیشتر از ۰/۱۰ و تورم واریانس کمتر از ۱۰ بود. لذا؛ پدیده همخطی بودن در متغیرهای پژوهش رخ نداده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که شرایط آزمون رعایت شده است.

برای برازش مدل اندازه‌گیری از معیار پایایی، روایی همگرا استفاده شد. برای تعیین پایایی، از معیارهای آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی، جهت سنجش روایی همگرا از معیار AVE استفاده شد.

جدول ۴. مقادیر Q^2 ، R^2 ، AVE، پایایی ترکیبی و آلفای کرونباخ متغیرهای مکنون پژوهش

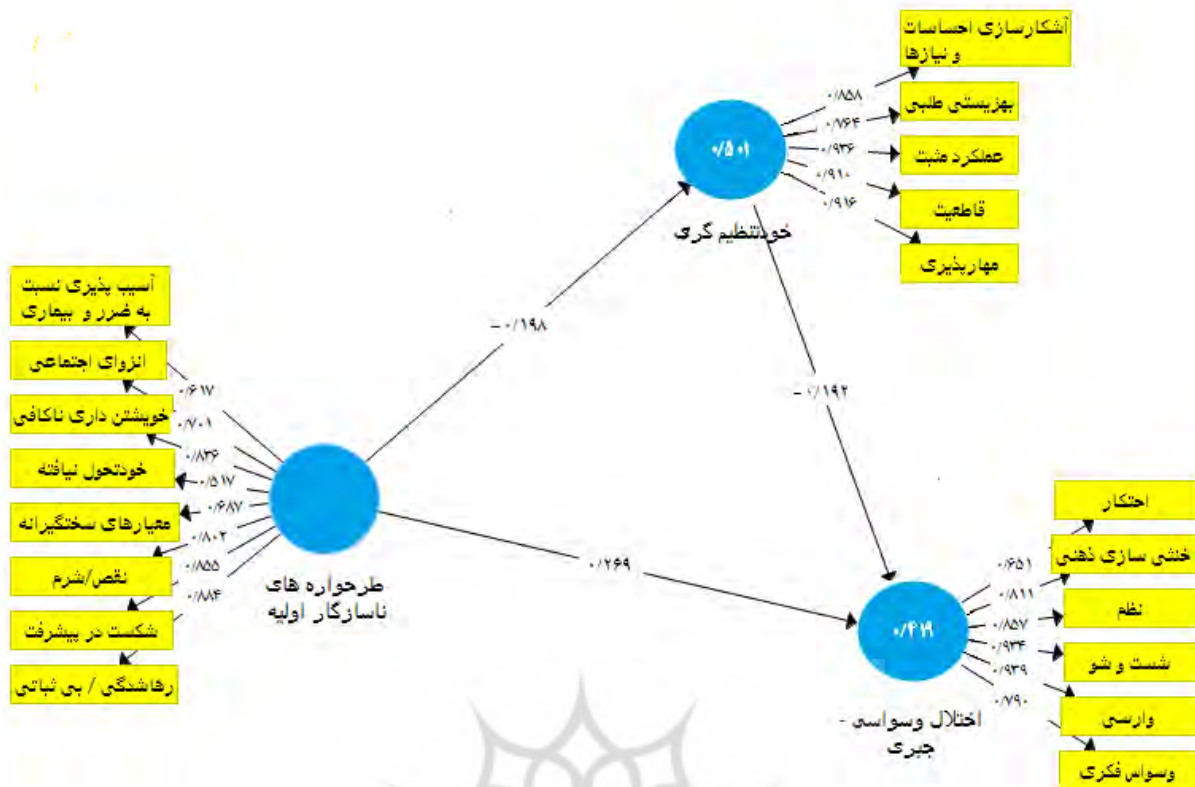
سازه	Q^2	R^2	AVE	CR	α
طرحواره‌های ناسازگار اولیه	-	-	۰/۹۱	۰/۹۰	۰/۸۸
خودتنظیم‌گری	۰/۳۶۱	۰/۵۰۱	۰/۹۴	۰/۹۳	۰/۹۲
اختلال وسواسی-جبری	۰/۲۷۱	۰/۴۱۹	۰/۹۳	۰/۹۲	۰/۹۱

همان‌طور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، ضریب AVE برای همه متغیرها از ۰/۵ بیشتر است که بیانگر روایی همگرایی مناسب مدل اندازه‌گیری می‌باشد. همچنین مقادیر آلفای کرونباخ (α) و پایایی ترکیبی (CR) همه متغیرها بالاتر از ۰/۷ است که این امر برازش خیلی خوب مدل اندازه‌گیری را نشان می‌دهد.

برای برازش مدل ساختاری نیز معیارهای R^2 و Q^2 مورد استفاده قرار گرفت. ضریب R^2 نشانگر میزان تأثیر متغیر برونزاد بر درونزاد است و هرچه مقدار آن بیشتر باشد، نشان از برازش بهتر مدل دارد. چن (۱۹۹۸) سه مقدار ۰/۱۹، ۰/۳۳ و ۰/۶۷ را به‌عنوان مقدار ملاک برای مقادیر ضعیف، متوسط و قوی معرفی می‌کند. نتایج برازش این مدل نشان داد که ۴۱ درصد واریانس متغیر اختلال وسواسی-جبری توسط متغیرهای مورد نظر تبیین می‌شود. معیار Q^2 قدرت پیش‌بینی مدل را مشخص می‌سازد. کوهن^۳ (۱۹۸۸) سه مقدار ۰/۰۲، ۰/۱۵ و ۰/۳۵ را به‌عنوان مقدار ملاک برای مقادیر ضعیف، متوسط و قوی Q^2 بیان کرده است. نتایج حاکی از آن است که مقدار Q^2 مربوط به سازه اختلال وسواسی-جبری ۰/۲۷۱ است که حاکی از برازش قوی مدل ساختاری می‌باشد.

شکل ۱ همه بارهای عاملی گویه‌ها، ضرایب مسیر، معناداری را نشان می‌دهد. به‌منظور سنجش برازش کلی مدل در نسخه جدید نرم‌افزار PLS3 از دو آماره SRMR و NFI (شاخص برازش هنجار شده) استفاده شد. آماره SRMR باید کمتر از ۰/۰۹ باشد که در این پژوهش ۰/۰۷۹ به دست آمد که نشان از برازش مناسب مدل می‌باشد. آماره NFI نیز باید بالاتر یا مساوی ۰/۹ باشد که در پژوهش ۰/۹۰ به دست آمد که نشان از مقدار قابل قبول است. با توجه به مقادیر این دو آماره برازش کلی مدل مناسب می‌باشد.

1. Tolerance
2. variance inflation factor(VIF)
3. Cohen



شکل ۱. خروجی نرم‌افزار Smart PLS به منظور محاسبه ضرایب مسیر و بارهای عاملی متغیرهای پژوهش

پس از بررسی برازش مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری و داشتن برازش مناسب مدل، مدل پژوهش بررسی و آزمون شدند. ضرایب مستقیم، غیرمستقیم و معنی‌داری در جدول ۵ آمده است.

پژوهش ساختاری مدل نتایج جدول ۵. خلاصه

فرضیه	مسیرهای مطرح‌شده	ضرایب مسیر (B)	سطح معناداری	نتیجه آزمون
اثرات مستقیم	طرحواره‌های ناسازگار اولیه (خودتنظیم‌گری)	-0.198	0.001	تأیید فرضیه
	طرحواره‌های ناسازگار اولیه (اختلال وسواسی-جبری)	0.269	0.001	تأیید فرضیه
اثرات غیرمستقیم	(اختلال وسواسی-جبری) خودتنظیم‌گری	-0.192	0.008	تأیید فرضیه
	طرحواره‌های ناسازگار اولیه (خودتنظیم‌گری) اختلال وسواسی-جبری	0.028	0.02	تأیید فرضیه

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اختلال وسواسی-جبری: نقش واسطه‌ای خودتنظیم‌گری انجام گرفت. یافته‌های مربوط به شاخص‌های برازش، نشان دادند که مدل پیشنهادی از برازش مطلوبی برخوردار می‌باشد. در این پژوهش رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه (رهاشدگی/بی‌ثباتی، شکست در پیشرفت، نقض/شرم، انزوای اجتماعی/بیگانگی، معیارهای سخت‌گیرانه، خویش‌داری ناکافی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، خودتحوّل نیافته) با خودتنظیم‌گری (عملکرد مثبت، مهارت‌پذیری، قاطعیت، بهزیستی‌طلبی و آشکارسازی احساسات) و اختلال وسواسی-جبری معنادار بود. متغیرهای طرحواره‌های ناسازگار اولیه و خودتنظیم‌گری توانستند اختلال وسواسی-جبری را به صورت مستقیم پیش‌بینی کنند. نتایج این یافته با پژوهش‌های یاکن، جنکوز، استینبرگن و آرنتر (۲۰۱۹)، کواک و لی (۲۰۱۵)، کیم، لی و لی (۲۰۱۴)، بلورسازمشهدی و همکاران (۱۳۹۶) مخبردزفولی و همکاران (۱۳۹۵) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان بنیادهای شناختی ناکارآمد بر نحوی ادراک پدیده‌ها و شکل‌گیری روان‌بنه‌های

فرد مؤثر بوده و هنگامی که فعال می‌شوند، سطوحی از هیجان منتشر می‌شود و مستقیم و یا غیرمستقیم به اشکال مختلفی از اختلالات روان‌شناختی مانند اختلال وسواسی-جبری منجر می‌گردد (بلورسازمشهدی و همکاران، ۱۳۹۶). این طرحواره‌ها، الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن انسان شکل گرفته و در مسیر زندگی تکرار می‌شوند که بر نحوه تعبیر و تفسیر تجارب تأثیر می‌گذارند. در واقع؛ طرحواره‌های ناسازگار اولیه مکانیسم‌های ناکارآمدی هستند که از طریق تحریف‌های شناختی، نقض در خودتنظیم‌گری و سبک‌های کنترآمدن ناسازگار، به طور مستقیم منجر به اختلالات روان‌شناختی از جمله اختلال وسواسی-جبری می‌شوند (رشیدی، احمدیان، طبقیان و احمدی‌طهورسلطانی، ۱۳۹۶). طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر روی عمیق‌ترین سطوح شناختی عمل می‌کنند و معمولاً خارج از هشیاری هستند و افراد را از لحاظ روان‌شناختی در برابر اختلال‌های روانی از جمله اختلال وسواسی-جبری آسیب‌پذیر می‌سازند (حسینی، پاکیزه و سالاری، ۱۳۹۲). در نظریات شناختی، طرحواره عمیق‌ترین سطح روان‌شناختی محسوب می‌شود که در سطوح مختلف موجب ناتوانی در تنظیم افکار، هیجان و رفتار می‌گردد که در نهایت منجر به گسترش باورهای وسواسی می‌شود. به عبارت دیگر، زمانی که طرحواره شکل گرفت، فرایند شناختی افراد توسط آن هدایت می‌شود تا به اختلالات روان‌شناختی مبتلا شوند (بک، ۱۹۶۷؛ به نقل از مخبردزفولی، رضایی و صادقی، ۱۳۹۵). بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری تجارب ناخوشایندی در دوران کودکی داشته و نیازهای عاطفی و هیجانی اصلی‌شان برآورده نشده است. طرحواره‌ها نتیجه تجارب آسیب‌زا محسوب می‌شوند که در طول دوران کودکی یا نوجوانی رشد کرده و حاصل زندگی یک فرد است. لذا، می‌توان چنین استدلال کرد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، نتیجه تجارب زیان‌بخش (نظیر رها شدگی، محرومیت هیجانی، تحقیر، نقص در محیط اولیه، و حوادث استرس‌زا) می‌باشد که فرد در سیر دوران کودکی و نوجوانی با این تجارب روبه‌رو بوده است (طالع‌بکتاش، یعقوبی و یوسفی، ۱۳۹۲). بنابراین شناسایی طرحواره‌هایی که در آسیب‌پذیری افراد نقش دارند گام مؤثری در راستای تدوین و کاربرد مداخلات روان‌شناختی است و در پیشگیری و درمان آسیب‌های روانی و کمک به افزایش سلامت جامعه سودمند خواهد بود. به طوری که پژوهش‌های انجام شده در رابطه با طرحواره‌های ناسازگار اولیه و علائم آسیب‌های روانی همواره بر اهمیت وجود این طرحواره‌ها در شکل‌گیری علائم صحنه گذاشته‌اند (قاسمی و الهی، ۱۳۹۸).

همچنین یافته‌ها نشان داد خودتنظیم‌گری توانست بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اختلال وسواسی-جبری نقش میانجی داشته باشد. نتایج این یافته با پژوهش‌های برمودز (۱۹۹۹) و تیزل و سیجنتی (۲۰۰۸) همسو بود. طرحواره‌های ناسازگار اولیه از طریق نقض در خودتنظیم‌گری، اثر غیرمستقیمی بر ایجاد اختلال وسواسی-جبری دارد. خودتنظیم‌گری از یک سو می‌تواند نقش مهمی در درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری داشته باشد و از سوی دیگر، نقض در خودتنظیم‌گری، می‌تواند یکی از عوامل مهم زمینه‌ساز و گسترش اختلال وسواسی-جبری باشد (شلو و سولکوسکی، ۲۰۰۹ و سرافراز و همکاران، ۲۰۲۰). یکی از دلایل مشکلات بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری استفاده از راهبردهای نامطلوب تنظیم شناختی، هیجان و رفتار می‌باشد، این بیماران هنگام مواجهه با وقایع و رخداد‌های منفی و تنیدگی‌زا، به دلیل مشکلات هیجانی، آسیب‌های روانی، ارزیابی منفی رویدادها و سوء تعبیرها، توجه به جنبه‌های منفی زندگی، هیجان‌ات و احساس‌های منفی، باورها و فرض‌های ناسازگار و عدم احساس کنترل بر دنیای درون و بیرون خود، از راهبردهای نامطلوب، ناسازگار و منفی تنظیم شناختی، هیجان و رفتار استفاده می‌کنند (طالع‌بکتاش، یعقوبی و یوسفی، ۱۳۹۲). خودتنظیم‌گری، توانایی کنترل سلامتی و تندرستی فرد با تمرکز بر جنبه‌های شناختی، هیجان، رفتاری است (اوژیگانوا، ۲۰۱۸) که نقش مهمی در شکل‌گیری سلامت مادام‌العمر فرد دارد (شیلدرز، مونز و اسلاویچ^۱، ۲۰۱۷). تأثیر خودتنظیم‌گری بر سلامتی، از دو دیدگاه مورد بررسی قرار گرفته است؛ دیدگاه اول، خودتنظیم‌گری را به‌عنوان یک ویژگی فردی و یک منبع شخصی می‌داند، که فرد را قادر می‌سازد در رفتارهای هدفمند، عمل کند؛ که به نوبه خود بر سلامتی تأثیر می‌گذارد. از سوی دیگر، دیدگاه دوم، خودتنظیم‌گری را به‌عنوان رفتارها یا مهارت‌هایی که می‌تواند برای بهبود سلامتی و بهزیستی روان‌شناختی افرادی که درگیر یک اختلال هستند، آموزش و تمرین داد (ویدنر و همکاران، ۲۰۱۶). پوزنر و روتبارت اخیراً استدلال کردند که درک خودتنظیم‌گری، برای درک ما از رشد و آسیب‌شناسی روانی، بسیار مهم است (پوزنر و روتبارت، ۲۰۰۰). توانایی به کارگیری خودتنظیم‌گری از جمله ویژگی‌های روان‌شناختی فرد است که در اتخاذ و حفظ رفتارهای بهداشتی و مسیرهای سلامتی در طول زندگی، تأثیرگذار است. اگرچه طرحواره‌های ناسازگار اولیه به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم از طریق نقض در خودتنظیم‌گری می‌تواند نقش بسزایی در ایجاد و تداوم اختلال وسواسی-جبری داشته باشد، ولی افراد با افزایش خودتنظیم‌گری می‌توانند شناخت، هیجان و رفتار خود را بهتر مدیریت و کنترل کنند و با افزایش خودتنظیم‌گری به‌عنوان محافظی در برابر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در شکل‌گیری اختلال وسواسی-جبری استفاده نمایند. لذا؛ چالش متخصصان سلامت، یافتن راه‌هایی برای ارتقاء مهارت‌های خودتنظیم‌گری، برای تسهیل کسب عادت‌های سلامتی مادام‌العمر در افراد، جهت حفظ سلامتی، پیشگیری از بیماری، کندی پیشرفت بیماری و افزایش کیفیت زندگی می‌باشد (ویدنر و همکاران، ۲۰۱۶).

1. Shields, Moons & Slavich

به طور کلی پژوهش حاضر در سطح نظری می‌تواند به شناخت بهتر عوامل تأثیرگذار بر اختلال وسواسی-جبری کمک کرده و با تبیین نحوه تأثیرپذیری اختلال وسواسی-جبری از عواملی که ریشه در دوران کودکی فرد دارند مانند طرحواره‌های ناسازگار اولیه و از سویی دیگر خودتنظیم‌گری به گسترش دانش، مفاهیم و مدل‌های موجود در این زمینه کمک کنند و راهگشای پژوهش‌های جدیدتر به منظور گسترش دانش روان‌شناختی باشند. در سطح عملی، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند دیدگاهی امیدبخش و پیشگیرانه نسبت به کاهش بروز اختلال وسواسی-جبری را در جامعه پیش رو بگذارد و مبنای تجربی مناسبی برای تدوین برنامه‌ای پیشگیرانه و درمان به حساب آید. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، مقطعی بودن این مطالعه است و نمی‌توان نتیجه‌گیری علت و معلولی استنتاج نمود، همچنین بیماران شرکت کننده در پژوهش حاضر در دامنه سنی ۵۵-۱۸ شهر کرمانشاه بودند، بنابراین نتایج این مطالعه را نمی‌توان به تمامی سنین و سایر مناطق جغرافیایی تعمیم داد. با توجه به نتایج حاصل، پیشنهاد می‌شود که متخصصان سلامت روان در فرایند درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و خودتنظیم‌گری آن‌ها را در نظر گرفته و مداخلات مختص به این مشکلات را نیز در فرایند درمان این بیماران به کار گیرند.

ملاحظات اخلاقی

تمامی اصول اخلاقی در این مقاله در نظر گرفته شده است. شرکت‌کنندگان در جریان هدف پژوهش و مراحل اجرای آن قرار گرفتند. آن‌ها همچنین از محرمانه بودن اطلاعات خود اطمینان داشتند.

حامی مالی

این مقاله هیچگونه حامی مالی نداشته است.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول مقاله در دانشگاه رازی با کد اخلاق IR.KUMS.REC.1400.340 می‌باشد. بدین وسیله نویسندگان مراتب قدردانی خود را از دانشگاه رازی و واحد توسعه و تحقیقات بالینی بیمارستان فارابی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و بیماران عزیز به دلیل همکاری ارزشمندشان در تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش، اعلام می‌دارند.

References

- اسماعیلی، علی؛ سهرابی، فرامرز؛ برجلی، احمد و فرخی، نورعلی. (۱۳۹۰). طرحواره‌های ناسازگار اولیه (EMSs) فعال در بیماران اختلال وسواس-اجبار (OCD). فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۱۱(۲): ۴۳-۲۶.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۰). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه مقیاس خودتنظیم‌گری در نمونه‌ای از جامعه ایرانی، پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۱(۲): ۵۳-۷۰.
- بلورسازمشهدی، هنگامه؛ نصیری‌پور، مهدی؛ مال‌ویرانی، مهدی و امیرفرخایی، آریتا. (۱۳۹۶). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سازوکارهای دفاعی با نگرش‌های مذهبی، در زنان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری و زنان سالم شهر همدان. مجله پژوهش در دین و سلامت، ۳(۳): ۱۸-۳۰.
- حسینی، فریده‌السادات، پاکیزه، علی و سالاری، زهرا. (۱۳۹۲). نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و دشواری در نظم‌بخشی هیجانی در اضطراب دانشجویان. مجله علوم رفتاری، ۷(۴): ۳۰۵-۲۹۷.
- رشیدی، مهران؛ احمدیان، حمزه؛ طبقیان، نرجس و احمدی‌طهورسلطانی، محسن. (۱۳۹۶). همبستگی بین سبک‌های دلبستگی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با تیپ شخصیتی D در بیماران قلبی. مجله طب نظامی، ۶(۲): ۹۲-۸۵.
- طالعی، سپیده؛ حسن‌زاده، رمضان و میرزائیان، بهرام. (۱۳۹۹). مقایسه ویژگی‌های عصبی روانی و شخصیتی بیماران افسرده و اختلال وسواسی-جبری. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۳(۲): ۲۳۵۷-۲۳۵۰.
- طالع‌بکناش، سهیلا؛ یعقوبی، حسن و یوسفی، رحیم. (۱۳۹۲). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری با افراد عادی. دو ماه نامه فیض، ۱۷(۵): ۴۸۱-۴۷۱.

قاسمی، کبری و الهی، طاهره. (۱۳۹۸). رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اضطراب بیماری: نقش واسطه‌ای اجتناب تجربی. فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۳(۳): ۴۷-۵۵.

گودرزی، ندا؛ خسروی، زهره و دهشیری، غلامرضا. (۱۳۹۵). طرحواره‌های ناسازگار اولیه و باورهای فراشناختی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری، اختلال شخصیت وسواسی-اجباری و گروه بهنجار. مجله روان‌شناسی بالینی، ۸(۳): ۳۶-۲۵.

مخبردزفولی، علیرضا؛ رضایی، فاطمه و صادقی، مسعود. (۱۳۹۵). نقش واسطه‌ای شناخت ناکارآمد بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و وسواس فکری-عملی. مجله علمی جندی شاپور، ۱۵(۶): ۲۳۱-۲۱۸.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (5th Ed- DSM-5)*. Washington, DC: Author.

Angelakis, I., Gooding, P., TARRIER, N., & Panagioti, M. (2015). Suicidality in obsessive compulsive disorder (OCD): a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 39(1): 1-15.

Arya, S., Filkowski, M.M., Nanda, P., Sheth, S.A. Deep brain stimulation for obsessive-compulsive disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2019; 83(1):84-96.

Atalay, H., Atalay, F., Karahan, D., Çaliskan, M. (2008). Early maladaptive schemas activated in patients with obsessive compulsive disorder: A cross-sectional study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 12(4): 268-279.

Basile, B., Tenore, K., Luppino, O.I., Mancini, F. (2017). Schema therapy mode model applied to OCD. *Clinical Neuropsychiatry*. 14(6):407-414.

Beck AT. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. A Meridian Book. Boston, MA: International Universities Press.

Bermudez, J. (1999). Personality and health-protective behavior. *European Journal of Personality*. 13(2):83-103.

Brennan, B. P., Rauch, S. L., Jensen, J. E., & Pope Jr, H. G. (2013). A critical review of magnetic resonance spectroscopy studies of obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*. 73(1), 24-31.

Brown, L. A., Wakschal, E., Russman-Block, S., Boisseau, C. L., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., & Rasmussen, S. A. (2019). Directionality of change in obsessive compulsive disorder (OCD) and suicidal ideation over six years in a naturalistic clinical sample. *Journal of Affective Disorders*, 245, 841-847.

Calvete E, Orue I, Hankin BL. (2015). A longitudinal test of the vulnerability-stress model with early maladaptive schemas for depressive and social anxiety symptoms in adolescents. *Journal Psychopathology Behavior Assess*. 37(1):85-99.

Carver, C.S., & Scheier, M.F. (2011). *Self-regulation of action and affect In Vohs KD & Baumeister RF, Handbook of Self-Regulation* (2nd ed., pp. 3-21). New York: The Guilford Press.

Fisher PL, Wells A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*. 43(12):1543-1558.

Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., Salkovskis, P. M. (2002). The obsessive-compulsive inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485-496.

Haaland, A.T., Vogelb, P.A., Launes. G., Haalanda, V.O., Hansen, B., Solem, S., Himle, J. (2011). The role of early maladaptive schemas in predicting exposure and response prevention outcome for obsessive compulsive disorder. *Journal Behavior Research and Therapy*. 49(11):781-788.

Hofer, P.D., Wahl, K., Meyer, A.H., Miche, M., Beesdo-Baum, K., Wong, S.F., Grisham, J.R., Wittchen, H.U., Lieb, R. (2018). Obsessive-compulsive disorder and the risk of subsequent mental disorders: A community study of adolescents and young adults. *Depression and Anxiety*. 35(4):339-345.

Hosseini F, Pakize A, Salari Z. (2012). The role of early maladaptive schemas and difficulties in emotion regulation in students' anxiety. *Journal of Behavioral Sciences*, 7(4): 297-305. (In Persian)

Ibanez MI, Ruiperez MA, Moya J, Marques MJ, Ortet G. (2005). A short version of the Self-Regulation Inventory (SRI-S). *Pers Ind Diff*. 39: 1055- 1059.

Kim, J.U., Lee, S.W., Lee, S.J. (2014). Relationship between early maladaptive schemas and symptom dimensions in patients with obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research*. 2014; 215(1):134-140.

Kim, J.U., Lee, S.W., Lee, S.J. (2014). Relationship between early maladaptive schemas and symptom dimensions in patients with obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research*. 2014; 215(1):134-140.

Kwak, K. H., Lee, S. J. (2015). A comparative study of early maladaptive schemas in obsessive compulsive disorder and panic disorder. *Psychiatry Research*, 230(3): 757-762.

- Middleton, S. E. (2011). Do punitive ostracism experiences add to our understanding of obsessive compulsive beliefs and their relationship to obsessive compulsive symptoms? An exploratory study and pilot of a new measure. Thesis submitted in the Degree of Doctor of Psychology (clinical) University of Hull.
- Middleton, S. E. (2011). Do punitive ostracism experiences add to our understanding of obsessive-compulsive beliefs and their relationship to obsessive compulsive symptoms? An exploratory study and pilot of a new measure. Thesis submitted in the Degree of Doctor of Psychology (clinical) University of Hull.
- Nordahl, H., Havnen, A., Hansen, B., Ost, L.G., Kvale, G. (2018). Sleep disturbances in treatment-seeking OCD-patients: Changes after concentrated exposure treatment. *Scandinavian Journal of Psychology*, 59(2): 186–191.
- Ost, L.G., Havnen, A., Hansen, B., Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. *Clinical Psychology Review*. 40,156-69.
- Ozhiganova, G.V. (2018). Self-regulation and self-regulatory capacities: components, levels, models. *RUDN Journal of Psychology and Pedagogics*, 15(3): 255-270.
- Panlilio, C.C., Ferrara, A., MacNeill, L. (2019). *Trauma, self-regulation, and learning*. In: Panlilio C. (eds) *trauma-informed schools*. Child Maltreatment Solutions Network. Springer, Cham (pp.61-78).
- Posner, M. I., & Rothbart, M. K. (2000). Developing mechanisms of self-regulation. *Development and Psychopathology*, 12(3): 427-441.
- Rashidi M, Ahmadian H, Tabaqian N, Ahmadi-Tahour-Soltani M. (2017). Correlation of attachment styles and early maladaptive schemas with type D personality in cardiovascular patients. *Journal of Police Medicine*, 6(2): 85-92.
- Sadock BJ, Sadock VA. (2015). *Kaplan HI and Sadock BJ Synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*.
- Sarafraz, M.R., Hemati, S., Asadi-Lari, H. (2020). The relationship between perfectionism and obsessive compulsive disorder (OCD): Self-regulation processes as moderator. *International Journal of School Health*, 7(2): 30-36.
- Shalev, I., Sulkowski, M.L. (2009). Relations between distinct aspects of self-regulation to symptoms of impulsivity and compulsivity. *Personality and Individual Differences* 47(2):84–88.
- Shields, G.S., Moons, W.G., Slavich, G.M. (2017). Inflammation, self-regulation, and health: An immunologic model of self-regulatory failure. *Perspectives on Psychological Science*. 12(4):588-612.
- Shirzadi, M., Jozanifard, Y., Eskandari, S., Farhang, S., Khazaei, H. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran: Kermanshah. *Asian Journal of Psychiatry*. 2019; 43:67-69.
- Simpson, H.B., Franklin, M.E., Cheng, J., Foa, E.B., Liebowitz, M.R. (2005). Standard criteria for relapse are needed in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 21(1):1–8.
- Sunde, T., Hummelen, B., Himle, J.A., Walseth, L.T., Vogel, P.A., Launes, G., Haaland, V.O., Haaland, A.T. (2019). Early maladaptive schemas impact on long-term outcome in patients treated with group behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *BMC Psychiatry*. 26; 19(1):318-330.
- Toftdahl, N.G., Nordentoft, M., Hjorthoj, C. (2016). Prevalence of substance use disorders in psychiatric patients: a nationwide Danish population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(1): 129–140.
- Weidner, G., Sieverding, M., Chesney, M.A. (2016). The role of self-regulation in health and illness. *Psychology, Health & Medicine*. 21(2):135-137.
- Whittal, M.L., Thordarson, D.S. & MacLean P.D. (2004). Treatment of obsessive compulsive disorder: cognitive behavioural therapy vs. exposure and response prevention. *Behaviour, Research and Therapy*. 43, 1559-1574.
- Yakin, D., Gencoz, T., Steenbergen, L., Arntz, A. (2019). An integrative perspective on the interplay between early maladaptive schemas and mental health: The role of self-compassion and emotion regulation. *Journal of Clinical Psychology*. 75(6):1098-1113.
- Yoosefi, A., RajeziEsfahani, S., Pourshahbaz, A., Dolatshahee, B., Assadi, A., Maleki, F., Momeni, S. (2016). Early maladaptive schemas in obsessive compulsive disorder and anxiety disorders. *Global Journal of Health Science*. 8(10):167-177.
- Young, J.E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resources Press.