



Comparing the Early Maladaptive Schemas and Childhood Trauma in Individuals with and without Obsessive-Compulsive Disorder

Fariba TabeBordbar¹, Aziz Beigibaktash²

1. Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran. E-mail: TabeBordbar@pnu.ac.ir

2. Master's Student in Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran. E-mail: Azizb1344@yahoo.com

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:

Received: 07 February 2025

Received in revised form: 07 July 2025

Accepted: 17 July 2025

Published Online: 23 September 2025

Keywords:

Obsessive-Compulsive Disorder,
Early Maladaptive Schemas,
Childhood Trauma

ABSTRACT

Background: The obsessive-compulsive disorder has high prevalence in the world in recent decades, and it is imperative identifying effective psychological factors in diagnosis and treatment of the disorder. Therefore, the present study aimed the comparing early maladaptive schemas and childhood trauma in individuals with obsessive-compulsive disorder and normal individuals.

Method: The research method was causal-comparative. The statistical population included all individuals with obsessive-compulsive disorder referring to Tehran's psychological centers and healthy individuals, during the first half of year 2024. Among them, 120 people selected by available sampling method and they answered the questionnaires of Young Schema Questionnaire - Short Form and Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Data were analyzed using t-tests and variance analysis (MANOVA) by SPSS19 software.

Results: The findings showed that there was a significant difference between early maladaptive schemas (except for abandonment/instability and emotional inhibition schemas) and childhood trauma between individuals with obsessive-compulsive disorder and normal individuals ($P < 0.05$).

Conclusion: It seems that early maladaptive schemas and childhood trauma are factors that may affect the symptoms of obsessive-compulsive disorder. Therefore, in the therapy of obsessive-compulsive disorder, focusing on early maladaptive schemas and childhood trauma can help control the symptoms of the disorder.

Citation: TabeBordbar, F., & Beigibaktash, A. (2025). Comparing the Early Maladaptive Schemas and Childhood Trauma in Individuals with and without Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 17(4), 1-18.

DOI: <https://doi.org/10.22075/jcp.2025.36766.3118>



© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ **Corresponding Author:** Fariba TabeBordbar, Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

E-mail: TabeBordbar@pnu.ac.ir, Tel: (+98) 9177134526

Extended Abstract

Introduction

The obsessive-compulsive disorder (OCD) is one of the most prevalent mental disorders (1). The prevalence of the disorder is estimated to be between 2 and 3% (4); and in Iran 1.8% (5). The obsessive-compulsive disorder is characterized by unwanted, repetitive, and intrusive thoughts, and repetitive, distressing, and ritualistic behaviors (4). It seems that early maladaptive schemas to be a factor important in the onset and maintenance of obsessive-compulsive disorder (14). The early maladaptive schemas are deep and pervasive patterns of recollections, feelings, cognitions, and bodily sensations that can be harmful to an individual's relationships with others (15). These schemas due to the continuity and intensity of maltreatment experiences in childhood and adolescence (16). Young (1990) refers to 18 schemas in five domains (18). The childhood trauma is another factor that can cause obsessive-compulsive disorder (22). The childhood trauma has a great impact on the onset and progression of obsessive-compulsive disorder symptoms (23, 24 and 25). The childhood trauma is used to describe child abuse, neglect, physical abuse, sexual abuse, emotional abuse, death of loved ones (27), and domestic violence (28). In this study, the researcher answer the question: Is there a significant difference between early maladaptive schemas and childhood trauma in individuals with obsessive-compulsive disorder and normal individuals?

Method

The current study was a causal-comparative study. The statistical population of this research included all individuals with obsessive-compulsive disorder referring to psychological clinics and healthy individuals, in Tehran in the first half of year 2024. The sample size was estimated using the Cochran formula. In these calculations, $\alpha = 0.05$ and to be 1.96. The error value of d

was 0.05. Also, the population standard deviation calculated in previous studies ($S = 0.28$). For this purpose, 120 individuals were selected by convenience sampling and were divided into two categories (60 normal people, 60 obsessive-compulsive disorder patients). Inclusion criteria included the interest in participating in the study, the age range of 18 years and older, a minimum of secondary education to answer the questions, and a diagnosis of obsessive-compulsive disorder by a psychiatrist or psychologist for individuals in the abnormal group and a diagnosis of normal individuals based on the Structured Clinical Interview (DSM-5). Also, exclusion criteria included the presence of severe symptoms of obsessive-compulsive disorder, and lack complete the questionnaires accurately, having a mental disorders. Participants completed Young Schema Questionnaire-Short Form and Childhood Trauma Questionnaire. Data were analyzed using t-tests and variance analysis (MANOVA) by SPSS19 software. The desired confidence level for testing the hypotheses was set at 0.95.

Results

Demographic characteristics indicated that the majority of the participants had a bachelor's degree (59 people); The majority of the participants were female (87 people); Concerning marital status, the majority of the participants were single (80 people). The results showed that there was significant difference between the mean of early maladaptive schemas ($t = 7.25$) and childhood trauma ($t = 9.13$) in two groups ($P < 0.05$). The results of the analysis of variance showed there was not a significant difference between the abandonment/instability and emotional inhibition in the group with obsessive-compulsive disorder and the normal group ($P > 0.05$). The results are shown in Table 1.

Table 1. The results of multivariate analysis of variance to investigate the differences between research variables

Variable	Source	Sum of squares	df	Mean of squares	F	P	Effect size
Abandonment/Instability	Group	4.80	1	4.80	0.90	0.344	0.008
	Error	626.40	118	5.30			
	Total	15684.00	120				
Mistrust/Abuse	Group	288.30	1	288.30	36.13	0.001	0.234
	Error	941.40	118	7.97			
	Total	21666.00	120				
Emotional Deprivation	Group	270.00	1	270.00	32.98	0.001	0.218
	Error	966.00	118	8.18			
	Total	18516.00	120				
Defectiveness/Shame	Group	480.00	1	480.00	57.21	0.001	0.327
	Error	990.00	118	8.39			
	Total	17340.00	120				
Social Isolation/Alination	Group	750.00	1	750.00	89.39	0.001	0.431
	Error	990.00	118	8.39			
	Total	19020.00	120				
Dependence/Incompetence	Group	120.00	1	120.00	14.30	0.001	0.108
	Error	990.00	118	8.39			
	Total	16980.00	120				
Vulnerability to harm or illness	Group	1080.00	1	1080.00	128.72	0.001	0.522
	Error	990.00	118	8.39			
	Total	23940.00	120				
Self-analyzed /caught	Group	750.00	1	750.00	89.39	0.001	0.431
	Error	990.00	118	8.39			
	Total	25260.00	120				
Failure	Group	158.70	1	158.70	21.36	0.001	0.153
	Error	876.60	118	7.42			
	Total	16494.00	120				
Entitelment/Grandiosity	Group	108.30	1	108.30	13.57	0.001	0.103
	Error	941.40	118	7.97			
	Total	19650.00	120				
Insufficient Self- Control	Group	145.20	1	145.20	18.96	0.001	0.138
	Error	903.60	118	7.65			
	Total	14532.00	120				
Subjugation	Group	1080.00	1	1080.00	128.72	0.001	0.522
	Error	990.00	118	8.39			
	Total	20820.00	120				
Self- sacrifice	Group	691.20	1	691.20	90.26	0.001	0.433
	Error	903.60	118	7.65			
	Total	21564.00	120				
Unrelenting Standards	Group	1080.00	1	1080.00	128.72	0.001	0.522
	Error	990.00	118	8.39			
	Total	27300.00	120				
Emotional inhibition	Group	30.00	1	30.00	3.57	0.061	0.029
	Error	990.00	118	8.39			
	Total	15540.00	120				
Physical abuse	Group	720.30	1	720.30	83.87	0.001	0.415
	Error	1013.40	118	8.58			
	Total	21858.00	120				
Sexual abuse	Group	1009.20	1	1009.20	124.98	0.001	0.514
	Error	952.80	118	8.07			
	Total	17832.00	120				
Emotional abuse	Group	720.30	1	720.30	71.22	0.001	0.376
	Error	1193.40	118	10.11			
	Total	25266.00	120				
Emotional neglect	Group	750.00	1	750.00	71.95	0.001	0.379
	Error	1230.00	118	10.42			
	Total	32700.00	120				
Physical neglect	Group	662.70	1	662.70	63.85	0.001	0.351
	Error	1224.60	118	10.37			
	Total	28350.00	120				

Conclusion

The findings showed that there was a significant difference between early maladaptive schemas (except for abandonment/instability and emotional inhibition schemas) and childhood trauma between in the two groups ($P < 0.05$). The result obtained corresponds with the results of other studies (36, 37, 38, 39). We can say that individuals with obsessive-compulsive disorder tend to exhibit higher levels of early maladaptive schemas compared to healthy individuals (37, 38, 39). These schemas which develop in response to unmet childhood needs (16), contribute to the manifestation of obsessive-compulsive symptoms (14). The early maladaptive schemas are one of the effective factors in the occurrence of many psychological disorders such as obsessive-compulsive disorder (15, 19). These schemas can influence how OCD patients perceive and react in situations (37). Also, the individuals with OCD reported experiencing more severe childhood adversities compared to healthy individuals (36). Childhood trauma can significantly impact the development, progression, and severity of obsessive-

compulsive disorder (33). The adverse childhood experiences can severe obsessive-compulsive symptoms by causing continual anxiety (32). Studies indicate that childhood trauma, including physical, emotional, and sexual abuse, is associated with more severe OCD symptoms (36). In conclusion, It seems that early maladaptive schemas and childhood trauma a significant role in the development and manifestation of OCD.

Ethical Considerations

Ethics Code: The implementation license of this study has been issued by the Payame Noor University with the ethis IR.PNU.REC.1403.625 dated 2025/01/29.

Financial support: The present study was conducted without any sponsoring from a specific organization.

Authors' Contributions: F.T.B: methodology, validation, data management, article editing and revision. A.B.B: Conceptualization, data collection, statistical analyses, software, article writing.

Conflict of Interest: There is no conflict of interest for the authors in this study.

Acknowledgments: The authors thank all those who have participated in this research.



مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ترومای دوران کودکی در افراد با و بدون اختلال وسواس فکری-عملی

فریبا تابع بردبار^۱، عزیز بیگی بکتاش^۲

۱. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران. ایمیل: TabeBordbar@pnu.ac.ir

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران. ایمیل: Azizb1344@yahoo.com

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه: اختلال وسواس فکری-عملی در چند دهه اخیر در جهان افزایش داشته و شناسایی عوامل روانشناختی دخیل در تشخیص و درمان اختلال ضروری به نظر می‌رسد. از این رو، پژوهش حاضر با هدف مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ترومای دوران کودکی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و افراد بهنجار انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل تمامی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی مراجعه‌کننده به مراکز روانشناسی و افراد بهنجار شهر تهران در نیمه اول سال ۱۴۰۳ بود. از میان آن‌ها تعداد ۱۲۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ و پرسشنامه ترومای کودکی را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی برای گروه‌های مستقل و تحلیل واریانس چندمتغیری در نسخه ۱۹ نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه (به غیر از طرحواره‌های ره‌اشدگی/بی‌ثباتی و بازداری هیجانی) و ترومای دوران کودکی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و افراد بهنجار تفاوت معنادار وجود داشت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ترومای دوران کودکی از عواملی هستند که ممکن است بر علائم اختلال وسواس فکری-عملی تأثیر بگذارد. بنابراین در درمان اختلال وسواس فکری-عملی، تمرکز بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ترومای دوران کودکی می‌تواند به کنترل علائم اختلال کمک کند.

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۱۹

بازنگری: ۱۴۰۴/۰۴/۱۶

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۲۶

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۷/۰۱

کلیدواژه‌ها:

اختلال وسواس فکری-عملی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ترومای دوران کودکی

استناد: تابع بردبار، فریبا؛ و بیگی بکتاش، عزیز (۱۴۰۴). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ترومای دوران کودکی در افراد با و بدون اختلال وسواس فکری-عملی. مجله روانشناسی بالینی، ۱۷(۴)، ۱-۱۸.

DOI: <https://doi.org/10.22075/jcp.2025.36766.3118>



© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ نویسنده مسئول: فریبا تابع بردبار، دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.

رایانامه: TabeBordbar@pnu.ac.ir؛ تلفن: ۰۹۱۷۷۱۳۴۵۲۶

مقدمه

اختلال وسواس فکری-عملی یکی از اختلالات شایع روانی است (۱) که سالانه هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی هنگفتی را بر جامعه تحمیل می‌کند (۲). این اختلال در بین ده اختلال ناتوان‌کننده ذهنی و جسمی در سراسر جهان قرار دارد (۱) و شیوع آن بین ۲ تا ۳ درصد تخمین زده می‌شود (۳). شیوع اختلال در ایران بین ۶ تا ۱۸٫۸ درصد گزارش شده است (۴). با وجود روش‌های درمانی بی‌شمار در مورد این اختلال، درصد قابل توجهی از مبتلایان بهره بسیار کمی از مدل‌های درمانی را می‌گیرند و بالغ بر ۴۰ تا ۶۰ درصد آنان نتیجه محسوسی را گزارش نمی‌دهند (۵).

اختلال وسواس فکری-عملی نشانگان عصبی-روان پزشکی پیچیده‌ای است که مشخصه اصلی آن افکار ناخواسته، تکراری و مزاحم و نیز رفتارهای تکراری، آزاردهنده و آیین‌مند^۱ می‌باشد (۳). ویژگی عمده این اجبارها، ناراحتی‌هایی است که برای فرد به وجود می‌آید (۶). این اختلال با افکار مداوم و غیرقابل کنترل، فرد را وادار به تکرار برخی رفتارها می‌کند که باعث درماندگی او می‌گردد (۷). وسواس فکری شامل افکار، احساسات یا تصورات مزاحم و تکرارشونده است، درحالی‌که وسواس عملی به رفتارهایی چون شمارش، واریسی یا اجتناب اطلاق می‌شود (۸). اختلال وسواس فکری-عملی، یکی از ناتوان‌کننده‌ترین و مقاوم‌ترین اختلالات روانشناختی است که انرژی و زمان زیادی از مبتلایان می‌گیرد (۹). تقریباً ۲۵ درصد از مبتلایان به اختلال معیارهای بهبودی کامل پس از درمان را دارند و میزان عود به طور گسترده بین ۰ تا ۵۰ درصد است (۱۰). در سال‌های اخیر به دلیل اهمیت این اختلال، تحقیقات زیادی در زمینه‌های آزمایش‌های بالینی صورت گرفته است (۱۱). با این حال، به دلیل تمرکز بیش از حد بر آزمایش‌های اثربخشی و عدم توجه به عوامل پاتولوژی، موفقیت‌های قابل توجهی در زمینه درمان به دست نیامده است (۱۲). رویه معمول پژوهش در مورد وسواس فکری-عملی، در نمونه‌های

بالینی است درحالی‌که همبسته‌های آن در نمونه‌های غیربالینی نیز قابل بررسی است. بنابراین، تعیین پیشایندهای آن در جمعیت عمومی نیز می‌تواند بینش‌های مفیدی ایجاد کند (۱۳).

طرحواره‌های ناسازگار اولیه، یکی از عواملی است که در شکل‌گیری و حفظ اختلال وسواس فکری-عملی نقش مهمی دارد (۵). طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای عمیق و گسترده‌ای از خاطرات، هیجانات، شناخت‌ها و احساسات بدنی هستند که می‌توانند در روابط فرد با دیگران آسیب‌رسان باشند (۱۴). این طرحواره‌ها در نتیجه استمرار و شدت تجارب بدرفتاری در کودکی و نوجوانی به وجود می‌آیند (۱۵). یانگ (۱۹۹۰) معتقد بود برخی از طرحواره‌ها ممکن است هسته اصلی بسیاری از اختلالات مزمن محور I مثل افسردگی و وسواس فکری-عملی قرار بگیرند (۱۶). وی به ۱۸ طرحواره در پنج حوزه اشاره می‌کند: حیطه طرد و بریدگی (طرحواره‌های این حوزه عبارتند از رهاشدگی/بی‌ثباتی^۲، بی‌اعتمادی/بدرفتاری^۳، محرومیت هیجانی^۴، نقص/شرم^۵ و انزوای اجتماعی/ایبگانگی^۶)، حیطه خودگردانی و عملکرد مختل (طرحواره‌های این حوزه عبارتند از وابستگی/بی‌کفایتی^۷، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، خود تحول نیافته/ گرفتار^۸ و شکست^۹)، حیطه محدودیت‌های مختل (طرحواره‌های این حوزه عبارتند از استحقاق/بزرگ‌منشی^{۱۰} و خویش‌داری و خودانضباطی ناکافی^{۱۱})، حیطه دیگرجهت‌مندی (طرحواره‌های این حوزه عبارتند از اطاعت^{۱۲}، ایثار^{۱۳} و پذیرش جویی/جلب توجه^{۱۴}) و حیطه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (طرحواره‌های این حوزه عبارتند از منفی‌گرایی/بدبینی^{۱۵}، بازداری هیجانی^{۱۶}، معیارهای سخت‌گیرانه/عیب جویی افراطی^{۱۷} و تنبیه^{۱۸}) (۱۷). طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند خطر ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی مانند اختلال وسواس فکری-عملی در بزرگسالی را افزایش دهند (۱۸). در این راستا، نتایج پژوهش دوستان و پیلکینگتون (۱۹)، کوک و

10. Entitlement/Grandiosity
11. Insufficient Self- Control/Self-discipline
12. Subjugation
13. Self- sacrifice
14. Approval-Seeking/Recognition-Seeking
15. Negativity/Pessimism
16. Emotional inhibition
17. Unrelenting Standards/Hypercriticalness
18. Punishment

1. ritualistic
2. Abandonment/Instability
3. Mistrust/Abuse
4. Emotional Deprivation
5. Defectiveness/Shame
6. Social Isolation/Alination
7. Dependence/Incompetence
8. Self-analyzed /caught
9. Failure

لی (۲۰) و رادمهر و همکاران (۵) حاکی از آن بود که طرحواره ناسازگار اولیه با اختلال وسواس فکری-عملی رابطه مثبت و معناداری دارد و به خوبی علایم اختلال وسواس فکری-عملی را پیش‌بینی می‌کنند.

ترومای دوران کودکی از دیگر عواملی است که می‌تواند در ایجاد اختلال وسواس فکری-عملی دخیل باشد (۲۱). تحقیقات نشان می‌دهد که ترومای دوران کودکی تأثیر قابل توجهی بر شکل‌گیری و پیشرفت شدت علائم وسواس فکری-عملی و همچنین الگوهای بالینی متفاوت آن دارد (۲۲، ۲۳، ۲۴ و ۲۵). ترومای دوران کودکی اصطلاحی عمومی است که برای توصیف تمامی اشکال کودک‌آزاری، غفلت، آزار جسمی، آزار جنسی، بی‌توجهی، آزار هیجانی (۲۶) و به‌تازگی خشونت خانوادگی به‌کار برده می‌شود (۲۷). منظور از تجارب تروماتیک دوران کودکی هر نوع بی‌توجهی و یا سوءاستفاده جسمی، روحی، جنسی یا اجتماعی است که موجب به‌خطر افتادن ایمنی و سلامت کودک خواهد شد (۲۸). آسیب دوران کودکی می‌تواند نوعی آسیب‌پذیری نسبت به عوامل استرس‌زا ایجاد کند (۲۹). افرادی که ترومای کودکی را تجربه کرده‌اند، با احتمال بیشتری درگیر اختلالات روانی مانند اختلالات اضطرابی (۳۰) و وسواس فکری-عملی (۳۱) می‌شوند. هنوز تحقیقات در مورد تأثیر انواع ترومای دوران کودکی بر شدت علائم وسواس فکری-عملی در مراحل اولیه است؛ ولی به نظر می‌رسد که طیفی از تروما به جای یک نوع منفرد از تروما با وسواس فکری-عملی مرتبط است (۳۲). تجربه تروما در دوران کودکی با تأثیری که بر ادراکات فرد می‌گذارد، منجر به نوعی تجربه دوسوگرایی و تردید در خود می‌شود. این عدم اطمینان نسبت به خود با آلودگی ذهنی، باورهای وسواسی و باورهای هیجانی همراه می‌شود و افکار ناخوانده‌ای که در حوزه‌های حساس خود تجربه می‌شوند را به سمت نشانه‌های وسواس فکری-عملی سوق می‌دهند (۳۳). ترومای دوران رشدی کودک، میزان علائم اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا به وسواس فکری-عملی را افزایش داده و این تأثیر باعث افزایش شدت علائم وسواس فکری-عملی در مبتلایان می‌شود (۳۱).

در زمینه اثرگذاری طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ترومای دوران کودکی بر افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و افراد بهنجار در پژوهش‌های مختلف، نتایج یکسانی به دست

نیامده است. برای مثال در مطالعه گرت و همکاران (۳۴) تأثیر ترومای دوران کودکی در گروه با اختلال وسواس فکری-عملی و گروه کنترل بهنجار معنادار نبود. درحالی‌که جین و همکاران (۳۵) نشان دادند که شیوع اختلال وسواس فکری-عملی در گروه دارای تجربه ترومای دوران کودکی بالاتر از گروه بدون ترومای دوران کودکی بود. همچنین، نتایج مطالعه شریعت‌زاده و همکاران (۳۶) حاکی از آن بود که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد با اختلال وسواس فکری-عملی و افراد عادی تفاوت معنادار وجود داشت. سلطان محمدلو و همکاران (۳۷) نیز نشان دادند که بین مبتلایان به اختلال وسواس فکری-عملی با دقت و وقت‌شناسی زیاد و افراد مذهبی بدون اختلال وسواس فکری-عملی تفاوت معنی‌داری وجود داشت. و در آخر، نتایج پژوهش باز (۳۸) حاکی از آن بود که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه گروه دارای اختلال وسواس فکری-عملی و گروه کنترل بهنجار تفاوت معناداری وجود داشت.

بر اساس آنچه گفته شد، ضرورت مطالعه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ترومای دوران کودکی در بیماران با اختلال وسواس فکری-عملی مبرهن می‌باشد. نوآوری مطالعه حاضر این است که با طرحی قیاسی، متغیرهای طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ترومای دوران کودکی را در کنار هم در دو گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و بهنجار مورد بررسی قرار داده است. با توجه به نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ترومای دوران کودکی در بیماران با اختلال وسواس فکری-عملی و با عنایت بر انجام پژوهش‌های متناقض و محدود در این زمینه، انجام پژوهش حاضر ضرورت دارد. لذا، پژوهش حاضر با هدف مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ترومای دوران کودکی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و افراد بهنجار انجام گرفت. در این پژوهش محقق سعی در پاسخگویی به این سؤال است که آیا بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ترومای دوران کودکی در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و افراد بهنجار تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از نظر روش گردآوری داده‌ها به طرح‌های علی-مقایسه‌ای تعلق داشت.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری شامل تمامی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی مراجعه کننده به کلینیک‌های روانشناسی و افراد به‌هنگار شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود. برای محاسبه حجم نمونه در پژوهش از فرمول آماری کوکران برای جوامع نامعین استفاده شد. در این محاسبات $\alpha = 0/05$ و برابر $1/96$ بود. مقدار خطای d به صورت پیش‌فرض $0/05$ در نظر گرفته شد. انحراف معیار جامعه نیز در پژوهش‌های گذشته $(S = 0/28)$ محاسبه شده بود. بدین منظور، تعداد ۱۲۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی انتخاب و به پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ- فرم کوتاه و پرسشنامه ترومای کودکی- فرم کوتاه پاسخ دادند. معیارهای ورود به تحقیق شامل اعلام رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، دامنه سنی ۱۸ سال به بالا، حداقل سطح تحصیلات متوسطه برای پاسخگویی به سؤالات و تشخیص اختلال وسواس فکری-عملی توسط روان‌پزشک یا روانشناس برای افراد گروه نابهنگار و تشخیص افراد به‌هنگار بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته (DSM-5) بود. ملاک خروج از مطالعه شامل اعلام انصراف از ادامه شرکت در پژوهش، وجود علائم حاد و شدید اختلال وسواس فکری-عملی، ابتلا به سایر اختلالات روان‌پزشکی و عدم تکمیل دقیق پرسشنامه‌ها بود. لازم به ذکر است که مطابق با نتایج آزمون کای اسکور بین میزان جنسیت، وضعیت تأهل و تحصیلات در گروه‌های مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0/05$)، و شرکت‌کنندگان در گروه‌های نمونه بر اساس این متغیرها هم‌تاسازی شدند.

ابزار

۱. پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۱: نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه به وسیله یانگ (۳۹) ساخته شد. این پرسشنامه خودگزارشی دارای ۷۵ گویه است که ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه محرومیت هیجانی (جملات ۱ تا ۵)، رهاسدگی و بی‌ثباتی (جملات ۶ تا ۱۰)، بی‌اعتمادی و بدرفتاری (جملات ۱۱ تا ۱۵)، انزوای اجتماعی و بیگانگی (جملات ۱۶ تا ۲۰)، نقص و شرم (جملات ۲۱ تا ۲۵)، شکست (جملات ۲۶ تا ۳۰)، وابستگی و بی‌کفایتی (جملات ۳۱ تا ۳۵)، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری (جملات ۳۶ تا ۴۰)، خود تحول نیافته و گرفتاری (جملات ۴۱ تا ۴۵)، اطاعت (جملات ۴۶ تا ۵۰)، ایثار (جملات ۵۱ تا ۵۵)، بازداری هیجانی

(جملات ۵۶ تا ۶۰)، معیارهای سرسختانه و عیب‌جویی افراطی (جملات ۶۱ تا ۶۵)، استحقاق و بزرگ‌منشی (جملات ۶۶ تا ۷۰) و خویش‌داری و خودانضباطی ناکافی (جملات ۷۱ تا ۷۵) را ارزیابی می‌کند. این ۱۵ طرحواره در پنج حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگرجهت‌مندی و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری قرار می‌گیرند. هر گویه روی پیوستار شش درجه‌ای (یک= به‌طور کامل در مورد من نادرست تا شش= به‌طور کامل مرا توصیف می‌کند) پاسخ داده می‌شود. نمره بالا در یک خرده‌مقیاس نشانگر طرحواره ناسازگار است. اعتبار پرسشنامه با استفاده از روش همسانی درونی و بازآزمایی توسط یانگ و همکاران (۴۰) به ترتیب $0/95$ و $0/81$ به دست آمد. روایی همگرایی پرسشنامه نیز با ابزارهای اندازه‌گیری درماندگی روانشناختی، اعتماد به نفس، آسیب‌پذیری شناختی برای نشانگان اختلال افسردگی و اختلال شخصیت 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 (۴۱) اعتبار پرسشنامه را با استفاده از دو روش آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن بر روی یک نمونه ۵۷۹ نفری به ترتیب $0/91$ و $0/86$ به دست آوردند و روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی نشان داد که عامل‌های استخراج شده از قابلیت بالا و رضایت‌بخش برخوردار بوده و تأیید شدند. روایی همگرایی پرسشنامه 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 $0/37$ ، $0/34$ ، $0/40$ ، $0/39$ ، $0/35$ ، $0/36$ گزارش شد.

۲. پرسشنامه ترومای کودکی^۲: این مقیاس توسط برنستاین و همکاران (۴۲) به منظور سنجش آسیب‌ها و ترومای دوران کودکی طراحی و توسعه داده شده است. این پرسشنامه یک ابزار غربالگری برای آشکار کردن اشخاص دارای تجربیات سوءاستفاده و غفلت دوران کودکی بوده و پنج نوع از بدرفتاری در دوران کودکی شامل سوءاستفاده جنسی (سؤال‌های ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۷)، سوءاستفاده جسمی (سؤال‌های ۹، ۱۱، ۱۲،

۱۵، ۱۷)، سوءاستفاده عاطفی (سؤال‌های ۳، ۸، ۱۴، ۱۸، ۲۵)، غفلت عاطفی (سؤال‌های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸) و جسمی (سؤال‌های ۱، ۲، ۴، ۶، ۲۶) را مورد سنجش قرار می‌دهد. مقیاس دارای ۲۸ سؤال است که ۲۵ سؤال آن برای سنجش مؤلفه‌های اصلی پرسشنامه به‌کار رفته و ۳ سؤال آن نیز برای تشخیص افرادی که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند؛ استفاده می‌گردد. نمره‌گذاری این پرسشنامه در یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ تا ۵ است و ۷ سؤال از این مقیاس (۱۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸، ۲، ۲۶) به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمره‌ای که هر فرد برای هر یک از زیرمقیاس‌ها کسب می‌کند بین ۵ تا ۲۵ می‌باشد و برای کل پرسشنامه بین ۲۵ تا ۱۲۵ است. نمرات بالا در پرسشنامه نشان‌دهنده تروما یا آسیب بیشتر و نمرات کمتر نشانه آسیب یا ترومای دوران کودکی کمتر است. در پژوهش برنستاین و همکاران (۴۲) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه بر روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۹۵، ۰/۸۹، و ۰/۷۸ بود. همچنین روایی همزمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است. در ایران نیز در پژوهش ابراهیمی و همکاران (۴۳) روایی ملاکی این ابزار با پرسشنامه افسردگی بک در دامنه ۰/۱۰ تا ۰/۵۸ محاسبه شد و پایایی ابزار برای مؤلفه‌های پنج‌گانه با استفاده از روش آلفای کرونباخ از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ محاسبه گردید.

روند اجرای پژوهش: ابتدا مجوزهای لازم از دانشگاه پیام نور جهت معرفی به مراکز روانشناسی حاضر به همکاری شهر تهران گرفته شد. پس از اعلام آمادگی مسئولین مراکز و معرفی افراد گروه نمونه توسط مراکز (بر اساس ملاک‌های ورود به تحقیق)، تعداد ۶۰ نفر که توسط یکی از روانشناسان یا روان‌پزشکان مرکز موردنظر تشخیص اختلال وسواس فکری-عملی گرفته بودند، انتخاب شده و براساس ویژگی‌های دموگرافیک با افراد بهنجار همسان‌سازی شدند. همچنین از میان سایر مراجعان به مراکز درمانی شهر تهران که به دلایلی به غیر از بیماری‌های روان‌پزشکی به این مراکز مراجعه کرده بودند، ۶۰ نفر بر اساس تمایل داوطلبانه برای شرکت در مطالعه به عنوان گروه بهنجار انتخاب شدند. در

ادامه، پرسشنامه‌ها در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت، توضیحات لازم درباره نحوه پاسخگویی به پرسشنامه‌ها به آن‌ها داده شد و از شرکت‌کنندگان خواسته شد که سؤالات را با صداقت کامل جواب داده و هیچ سؤالی را بدون پاسخ نگذارند. کل فرآیند نمونه‌گیری و جمع‌آوری داده‌ها از مراکز ۳ ماه به طول انجامید. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، فرایند کار برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد، به آنان اطمینان داده شد که اجرای پرسشنامه‌ها صرفاً یک کار پژوهشی است و مشخصات آنان کدگذاری شده و اطلاعاتی که درون پرسشنامه است، محرمانه باقی خواهد ماند. چنانچه شرکت‌کننده‌ای مایل به تکمیل پرسشنامه‌ها نبود، می‌توانست آزادانه از شرکت در پژوهش امتناع ورزد. این پژوهش دارای مصوبه اخلاق در پژوهش دانشگاه پیام‌نور با کد اخلاق IR.PNU.REC.1403.625 می‌باشد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی برای گروه‌های مستقل و تحلیل واریانس چند متغیری در نرم‌افزار SPSS (نسخه ۱۹) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

شاخص‌های شرکت‌کنندگان بر حسب ویژگی‌های جمعیتی شناختی بیانگر آن بود که اغلب شرکت‌کنندگان دو گروه دارای تحصیلات لیسانس بودند (۲۸ نفر در گروه بهنجار و ۳۱ نفر در گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی)، غالب شرکت‌کنندگان دو گروه زن بودند (۴۸ نفر در گروه بهنجار و ۳۹ نفر در گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی) و بیشتر آن‌ها مجرد بودند (۳۸ نفر در گروه بهنجار و ۴۲ نفر در گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی). در ابتدا، اطلاعات توصیفی مربوط به میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در جدول ۱ نشان داده شد.

نتایج جدول ۱ حاکی از تفاوت نمره‌ها در طحوااره‌های ناسازگار اولیه و ترومای دوران کودکی بین افراد با اختلال وسواس فکری-عملی و افراد بهنجار بود؛ و نمرات میانگین در همه مؤلفه‌های متغیرهای پژوهش در افراد گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی بیش از افراد گروه بهنجار بود. در ادامه، مفروضات اولیه آزمون‌های تی برای گروه‌های مستقل و تحلیل واریانس بررسی شد. ابتدا برای بررسی نرمال بودن متغیرهای تحقیق از آزمون کالموگروف-اسمیرونف استفاده شد. نتایج در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول (۱) شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

گروه بهنجار		گروه OCD		شاخص
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	متغیر
۲/۴۷	۱۱/۰۰	۲/۰۵	۱۱/۵۵	رهاشده‌گی/بی‌ثباتی
۲/۸۳	۱۱/۵۶	۲/۵۷	۱۴/۸۳	بی‌اعتمادی/بدرفتاری
۲/۸۹	۱۰/۵۰	۲/۵۱	۱۳/۹۶	محرومیت هیجانی
۲/۸۳	۹/۴۳	۲/۷۵	۱۳/۵۳	نقص/شرم
۲/۷۷	۹/۵۰	۲/۷۷	۱۴/۵۰	انزوای اجتماعی/بیگانگی
۲/۸۳	۱۰/۵۶	۲/۸۶	۱۲/۵۵	وابستگی/بی‌کفایتی
۲/۷۸	۱۰/۵۳	۲/۷۸	۱۶/۵۰	آسیب‌پذیری نسبت به بیماری
۲/۸۳	۱۱/۴۱	۲/۸۳	۱۶/۵۶	خود تحول نیافته/گرفتار
۲/۴۷	۱۰/۰۵	۲/۸۳	۱۲/۵۸	شکست
۲/۷۸	۱۱/۵۳	۲/۵۸	۱۳/۱۱	استحقاق/بزرگ‌منشی
۲/۷۷	۹/۵۰	۲/۴۸	۱۲/۰۰	خوب‌ستن‌داری
۲/۷۷	۹/۴۶	۲/۷۷	۱۵/۵۰	اطاعت
۲/۷۷	۱۰/۵۰	۲/۵۱	۱۵/۰۵	ایثار
۲/۸۳	۱۱/۵۶	۲/۷۷	۱۷/۵۰	معیارهای سرسختانه/بیش‌انتقادی
۲/۸۳	۱۰/۵۶	۲/۸۳	۱۱/۴۳	بازداری هیجانی
۴۰/۵۱	۱۵۷/۸۶	۳۴/۴۴	۲۱۰/۸۶	طرح‌واره‌های ناسازگار کل
۲/۷۷	۱۰/۵۰	۲/۷۷	۱۵/۵۰	سوءاستفاده جسمی
۲/۷۷	۸/۵۰	۲/۸۳	۱۴/۵۶	سوءاستفاده جنسی
۲/۷۴	۱۱/۵۳	۳/۳۰	۱۶/۱۰	سوءاستفاده عاطفی
۲/۸۳	۱۳/۵۶	۳/۳۲	۱۸/۳۰	غفلت عاطفی
۲/۷۷	۱۲/۵۰	۳/۳۲	۱۷/۲۳	غفلت جسمی
۱۳/۶۷	۵۶/۶۰	۱۴/۷۹	۸۱/۷۰	ترومای کودکی کل

جدول (۲) نتایج آزمون کالومگروف-اسمیرنوف متغیرهای پژوهش در گروه‌ها

سطح معناداری	آماره آزمون	گروه	متغیر
۰/۲۰۰	۰/۰۹۷	گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی	رهاشده‌گی/بی‌ثباتی
۰/۱۸۴	۰/۱۰۳	گروه بهنجار	
۰/۲۰۰	۰/۱۰۰	گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی	بی‌اعتمادی/بدرفتاری
۰/۱۶۳	۰/۱۰۵	گروه بهنجار	
۰/۲۰۰	۰/۱۰۰	گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی	محرومیت هیجانی
۰/۰۹۱	۰/۱۰۶	گروه بهنجار	
۰/۱۹۲	۰/۱۰۲	گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی	نقص/شرم
۰/۱۶۳	۰/۱۰۵	گروه بهنجار	
۰/۲۰۰	۰/۰۹۹	گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی	انزوای اجتماعی/بیگانگی
۰/۲۰۰	۰/۰۹۹	گروه بهنجار	
۰/۱۶۸	۰/۱۰۴	گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی	وابستگی/بی‌کفایتی
۰/۱۶۳	۰/۱۰۵	گروه بهنجار	
۰/۱۰۰	۰/۱۰۵	گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی	آسیب‌پذیری نسبت به بیماری
۰/۱۹۲	۰/۱۰۲	گروه بهنجار	
۰/۱۶۳	۰/۱۰۵	گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی	خود تحول نیافته/گرفتار

متغیر	گروه	آماره آزمون	سطح معناداری
	گروه بهنجار	۰/۱۰۳	۰/۱۸۲
شکست	گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی	۰/۱۰۳	۰/۱۸۲
	گروه بهنجار	۰/۰۹۹	۰/۲۰۰
استحقاق/بزرگ منشی	گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی	۰/۱۰۱	۰/۲۰۰
	گروه بهنجار	۰/۱۰۲	۰/۱۹۲
خویشتن داری	گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی	۰/۰۹۰	۰/۲۰۰
	گروه بهنجار	۰/۰۹۹	۰/۲۰۰
اطاعت	گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی	۰/۰۹۹	۰/۲۰۰
	گروه بهنجار	۰/۱۰۳	۰/۱۸۶
ایثار	گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی	۰/۰۹۸	۰/۲۰۰
	گروه بهنجار	۰/۰۹۹	۰/۲۰۰
معیارهای سرسختانه/بیش انتقادی	گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی	۰/۰۹۹	۰/۲۰۰
	گروه بهنجار	۰/۱۰۵	۰/۱۶۳
بازداری هیجانی	گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی	۰/۱۰۵	۰/۱۶۳
	گروه بهنجار	۰/۱۰۵	۰/۱۶۳
طرحواره‌های ناسازگار کل	گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی	۰/۱۱۷	۰/۰۶۴
	گروه بهنجار	۰/۱۱۹	۰/۰۵۴
سوءاستفاده جسمی	گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی	۰/۰۹۹	۰/۲۰۰
	گروه بهنجار	۰/۰۹۹	۰/۲۰۰
سوءاستفاده جنسی	گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی	۰/۱۰۵	۰/۱۶۳
	گروه بهنجار	۰/۰۹۹	۰/۲۰۰
سوءاستفاده عاطفی	گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی	۰/۱۰۱	۰/۲۰۰
	گروه بهنجار	۰/۰۹۹	۰/۲۰۰
غفلت عاطفی	گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی	۰/۱۰۱	۰/۲۰۰
	گروه بهنجار	۰/۱۰۵	۰/۱۶۳
غفلت جسمی	گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی	۰/۱۰۳	۰/۱۸۵
	گروه بهنجار	۰/۰۹۹	۰/۲۰۰
ترومای کودکی کل	گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی	۰/۱۱۵	۰/۰۸۵
	گروه بهنجار	۰/۱۱۸	۰/۰۵۹

مفروضه از شرایط لازم برخوردار بوده و همگنی ماتریس‌های وارینانس و کوارینانس به درستی رعایت شده است (Sig= ۰/۲۱۲؛ F= ۱/۳۹؛ Box's M= ۸/۹۸). در ادامه، آزمون تی مستقل برای مشخص شدن تفاوت معنادار طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ترومای دوران کودکی بین دو گروه با اختلال وسواس فکری-عملی و بهنجار استفاده شد. نتایج در جدول ۴ نشان داده شده است.

نتایج آزمون نشان داد که مقادیر به دست آمده بالاتر از ۰/۰۵ بوده و توزیع نمرات نرمال بوده است. در ادامه، آزمون لون برای بررسی همگنی وارینانس‌های خطای داده‌ها استفاده شد. نتایج در جدول ۳ نشان داده شده است. نتایج آزمون لون نیز حاکی از آن بود که فرض همگنی وارینانس‌های خطا برای متغیرهای تحقیق تأیید شده است (P> ۰/۰۵). در نهایت، نتایج آزمون ام‌باکس نشان داد که این

جدول ۳) نتایج آزمون لون متغیرهای پژوهش در گروه‌ها

متغیر	مقدار F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
رهاشدگی/بی‌ثباتی	۱/۶۴	۱	۱۱۸	۰/۲۰۲
بی‌اعتمادی/بدرفتاری	۱/۰۱	۱	۱۱۸	۰/۳۱۵
محرومیت هیجانی	۲/۴۴	۱	۱۱۸	۰/۱۲۰
نقص/اشرم	۰/۰۳۹	۱	۱۱۸	۰/۸۴۳
انزوای اجتماعی/بیگانگی	۰/۰۰۱	۱	۱۱۸	۰/۹۹۹
وابستگی/بی‌کفایتی	۰/۰۰۴	۱	۱۱۸	۰/۹۴۹
آسیب‌پذیری نسبت به بیماری	۰/۰۰۵	۱	۱۱۸	۰/۹۴۴
خود تحول نیافته/اگرفتار	۰/۰۰۱	۱	۱۱۸	۰/۹۹۱
شکست	۲/۱۷	۱	۱۱۸	۰/۱۴۳
استحقاق/بزرگ منشی	۰/۵۶	۱	۱۱۸	۰/۴۵۶
خوبشنداری	۱/۴۰	۱	۱۱۸	۰/۲۳۸
اطاعت	۰/۰۰۱	۱	۱۱۸	۰/۹۹۹
ایثار	۰/۹۵	۱	۱۱۸	۰/۳۳۰
معیارهای سرسختانه/بیش انتقادی	۰/۰۶۶	۱	۱۱۸	۰/۷۹۸
بازداری هیجانی	۰/۰۰۱	۱	۱۱۸	۰/۹۹۹
طرحواره‌های ناسازگار کل	۲/۰۴	۱	۱۱۸	۰/۱۵۵
سوءاستفاده جسمی	۰/۰۰۱	۱	۱۱۸	۰/۹۹۹
سوءاستفاده جنسی	۰/۰۶	۱	۱۱۸	۰/۷۹۸
سوءاستفاده عاطفی	۱/۸۳	۱	۱۱۸	۰/۱۷۸
غفلت عاطفی	۰/۸۵	۱	۱۱۸	۰/۳۵۷
غفلت جسمی	۱/۸۲	۱	۱۱۸	۰/۱۷۹
ترومای کودکی کل	۰/۱۱	۱	۱۱۸	۰/۷۴۱

جدول ۴) نتایج آزمون تی مستقل برای مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ترومای دوران کودکی در دو گروه

متغیر	گروه	تعداد	اختلاف میانگین	درجه آزادی	مقدار t	سطح معناداری
طرحواره‌های ناسازگار اولیه	گروه دارای اختلال	۶۰	۵۳/۰۰	۱۱۸	۷/۷۱	۰/۰۰۱
	گروه بهنجار	۶۰				
ترومای دوران کودکی	گروه دارای اختلال	۶۰	۲۵/۱۰	۱۱۸	۹/۶۴	۰/۰۰۱
	گروه بهنجار	۶۰				

وسواس فکری-عملی و گروه بهنجار حداقل در یکی از متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد. جهت بررسی این تفاوت، آزمون تحلیل واریانس انجام شد. نتایج در جدول ۵ ارائه شده است.

با توجه به اطلاعات مندرج در جدول ۵، بین متغیرهای رهاشدگی/بی‌ثباتی و بازداری هیجانی بین گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و گروه بهنجار تفاوت معنی‌دار وجود نداشت ($P < ۰/۰۵$).

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود بین میانگین نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ترومای دوران کودکی در دو گروه دارای اختلال و بهنجار تفاوت معناداری وجود داشت ($P < ۰/۰۵$). سپس، آزمون‌های چهارگانه تحلیل واریانس چند متغیری برای بررسی تفاوت نمرات مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ترومای دوران کودکی بین گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و گروه بهنجار استفاده گردید. با توجه به اطلاعات ارائه شده در جدول و با در نظر گرفتن آماره لامبدای ویلکز با ارزش ($۰/۰۳$) و سطح معناداری ($P < ۰/۰۵$)، نشان می‌دهد که بین گروه مبتلا به اختلال

جدول ۵) نتایج تحلیل واریانس جهت بررسی تفاوت متغیرهای پژوهش در دو گروه

متغیر	منابع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	معنی داری	اندازه اثر
رهاشدگی/بی ثباتی	گروه	۹/۰۷	۱	۹/۰۷	۱/۷۵	۰/۱۸۷	۰/۰۱۵
	خطا	۶۰۸/۸۵	۱۱۸	۵/۱۶			
	کل	۱۵۸۷۳/۰۰	۱۲۰				
بی اعتمادی/بدرفتاری	گروه	۳۲۰/۱۳	۱	۳۲۰/۱۳	۴۳/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۲۷۰
	خطا	۸۶۷/۰۶	۱۱۸	۷/۳۴			
	کل	۲۲۰۹۶/۰۰	۱۲۰				
محرومیت هیجانی	گروه	۳۶۰/۵۳	۱	۳۶۰/۵۳	۴۹/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۲۹۴
	خطا	۸۶۶/۹۳	۱۱۸	۷/۳۴			
	کل	۱۹۱۸۶/۰۰	۱۲۰				
نقص اشرف	گروه	۵۰۴/۳۰	۱	۵۰۴/۳۰	۶۳/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۳۵۱
	خطا	۹۳۱/۶۶	۱۱۸	۷/۸۹			
	کل	۱۷۲۶۰/۰۰	۱۲۰				
انزوای اجتماعی/بیگانگی	گروه	۷۵۰/۰۰	۱	۷۵۰/۰۰	۹۷/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۴۵۲
	خطا	۹۱۰/۰۰	۱۱۸	۷/۷۱			
	کل	۱۸۹۴۰/۰۰	۱۲۰				
وابستگی/بی کفایتی	گروه	۱۱۸/۰۰	۱	۱۱۸/۰۰	۱۴/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۱۱۰
	خطا	۹۵۷/۵۸	۱۱۸	۸/۱۱			
	کل	۱۷۱۰۷/۰۰	۱۲۰				
آسیب پذیری نسبت به بیماری	گروه	۱۰۶۸/۰۳	۱	۱۰۶۸/۰۳	۱۳۷/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۵۳۸
	خطا	۹۱۵/۹۳	۱۱۸	۷/۷۶			
	کل	۲۳۹۰۸/۰۰	۱۲۰				
خود تحول نیافته/گرفتار	گروه	۷۹۵/۶۷	۱	۷۹۵/۶۷	۹۸/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۴۵۶
	خطا	۹۴۹/۳۱	۱۱۸	۸/۰۴			
	کل	۲۵۲۳۷/۰۰	۱۲۰				
شکست	گروه	۱۹۲/۵۳	۱	۱۹۲/۵۳	۲۷/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۱۸۷
	خطا	۸۳۷/۶۰	۱۱۸	۷/۰۹			
	کل	۱۶۳۹۸/۰۰	۱۲۰				
استحقاق/بزرگ منشی	گروه	۷۵/۲۰	۱	۷۵/۲۰	۱۰/۴۲	۰/۰۰۲	۰/۰۸۱
	خطا	۸۵۱/۱۱	۱۱۸	۷/۲۱			
	کل	۱۹۱۵۵/۰۰	۱۲۰				
خویشتن داری	گروه	۱۸۷/۵۰	۱	۱۸۷/۵۰	۲۷/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۱۸۶
	خطا	۸۱۹/۰۰	۱۱۸	۶/۹۴			
	کل	۱۴۸۷۴/۰۰	۱۲۰				
اطاعت	گروه	۱۰۹۲/۰۳	۱	۱۰۹۲/۰۳	۱۴۱/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۵۴۵
	خطا	۹۰۹/۹۳	۱۱۸	۷/۷۱			
	کل	۲۰۷۰۲/۰۰	۱۲۰				
ایثار	گروه	۶۲۱/۰۷	۱	۶۲۱/۰۷	۸۸/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۴۲۹
	خطا	۸۲۷/۸۵	۱۱۸	۷/۰۱			
	کل	۲۱۰۳۳/۰۰	۱۲۰				
معیارهای سرسختانه	گروه	۱۰۵۶/۱۳	۱	۱۰۵۶/۱۳	۱۳۴/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۵۳۲
	خطا	۹۲۹/۰۰	۱۱۸	۷/۸۷			
	کل	۲۷۳۳۲/۰۰	۱۲۰				

متغیر	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معنی داری	اندازه اثر
بازداری هیجانی	گروه	۲۲/۵۳	۱	۲۲/۵۳	۲/۸۰	۰/۰۹۷	۰/۰۲۳
	خطا	۹۴۹/۴۶	۱۱۸	۸/۰۴			
	کل	۱۵۴۹۲/۰۰	۱۲۰				
سوءاستفاده جسمی	گروه	۷۵۰/۰۰	۱	۷۵۰/۰۰	۹۷/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۴۵۲
	خطا	۹۱۰/۰۰	۱۱۸	۷/۷۱			
	کل	۲۱۹۴۰/۰۰	۱۲۰				
سوءاستفاده جنسی	گروه	۱۱۰۴/۱۳	۱	۱۱۰۴/۱۳	۱۴۰/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۵۴۳
	خطا	۹۲۹/۷۳	۱۱۸	۷/۸۷			
	کل	۱۷۹۹۴/۰۰	۱۲۰				
سوءاستفاده عاطفی	گروه	۶۲۵/۶۳	۱	۶۲۵/۶۳	۶۷/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۳۶۵
	خطا	۱۰۹۰/۳۳	۱۱۸	۹/۲۴			
	کل	۲۴۶۲۴/۰۰	۱۲۰				
غفلت عاطفی	گروه	۶۷۲/۱۳	۱	۶۷۲/۱۳	۷۲/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۳۸۲
	خطا	۱۰۸۷/۳۳	۱۱۸	۹/۲۱			
	کل	۳۲۲۳۴/۰۰	۱۲۰				
غفلت جسمی	گروه	۶۷۲/۱۳	۱	۶۷۲/۱۳	۷۱/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۳۷۸
	خطا	۱۱۰۵/۷۳	۱۱۸	۹/۳۷			
	کل	۲۸۳۰۰/۰۰	۱۲۰				

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ترومای دوران کودکی در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و افراد بهنجار انجام گرفت. نتیجه تحلیل نشان داد که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه (به غیر از طرحواره های رهاشدگی/بی‌ثباتی و بازداری هیجانی) و ترومای دوران کودکی دو گروه افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و افراد بهنجار تفاوت معناداری وجود داشت. این یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش جین و همکاران (۳۵)، شریعت‌زاده و همکاران (۳۶)، سلطان محمدلو و همکاران (۳۷) و باز (۳۸) و ناهمسو با یافته‌های پژوهش گرت و همکاران (۳۴) می‌باشد.

اولین یافته پژوهش نشان داد که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و افراد بهنجار تفاوت معناداری وجود دارد.

در تبیین اثر این یافته می‌توان گفت که طرحواره‌های ناسازگار اولیه ویژگی‌هایی دارند که آن‌ها را از سایر طرحواره‌ها متمایز می‌کند. این ویژگی‌ها شامل درون‌مایه‌های عمیق و جامع طرحواره هستند که از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت‌ها و احساسات بدنی تشکیل شده‌اند. این طرحواره‌ها در دوران کودکی یا نوجوانی شکل می‌گیرند و در طول زندگی فرد ادامه

می‌یابند (۱۴). از این رو، می‌توان استنباط کرد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه به‌عنوان ابزاری برای تبیین نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی به‌کار می‌روند (۱۷). افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی معمولاً دارای الگوهای فکری منفی و ناسازگار هستند که از تجربیات دوران کودکی و تعاملات اولیه شکل گرفته‌اند. این طرحواره‌ها به‌عنوان زیربنای شناختی اختلال وسواس عمل می‌کنند و باعث می‌شوند این افراد حساسیت بیشتری به موقعیت‌های استرس‌زا داشته باشند و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمدی برای کاهش اضطراب به کار گیرند (۲۵). یکی از دلایل اصلی تفاوت این طرحواره‌ها در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی می‌تواند ناشی از نقص در سیستم‌های تنظیم هیجانی باشند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه این افراد به افزایش حساسیت نسبت به شکست، خطرات احتمالی و انتظارات بیش از حد از خود منجر می‌شود که این عوامل خود را در قالب رفتارهای وسواسی و اجبارهای رفتاری نشان می‌دهند. از سوی دیگر، افراد بهنجار به دلیل تنظیم بهتر هیجان‌ها، کمتر به این چرخه‌های ناکارآمد وارد می‌شوند (۱۷). همچنین، در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، ذهنیت‌های ناسازگار سه‌گانه (ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار، ذهنیت‌های کودکانه، و ذهنیت‌های والد

ناکارآمد) نقش مهمی بین این طرحواره‌ها و نشانه‌های اختلال ایفا می‌کنند. این ذهنیت‌ها شامل جنبه‌های منفی درونی شده از تجربیات و احساسات دوران کودکی است که در ارتباط با مراقبان اولیه شکل می‌گیرد، و به ویژه شامل ذهنیت والدین سرزنش‌گر یا پرتوقع می‌باشد. فردی که طرحواره‌های ناسازگار بیشتری را درونی کرده، احساس می‌کند که باید کامل باشد، به سطوح بالای پیشرفت دست یابد، نظم و ترتیب را رعایت کند، برای شرایط عالی تلاش نماید، نیازهای دیگران را بر نیازهای خود مقدم بداند، مفید و کارا باشد و هیچ‌گاه زمان خود را تلف نکند (۱۵). از دیگر پیامدهای طرحواره‌های ناتوان‌کننده روانی می‌تواند بروز مشکلات ارتباطی با دیگران باشد (۱۴).

با توجه به این توضیحات، این طرحواره‌ها که به صورت ناخودآگاه فعال می‌شوند، باعث ایجاد افکار وسواسی و رفتارهای تکراری به‌منظور کاهش اضطراب ناشی از آن‌ها می‌گردند. در مقابل، افراد بهنجار که کمتر در معرض چنین تجاربی بوده‌اند، احتمالاً طرحواره‌های سازگارانه‌تر و انعطاف‌پذیرتری دارند که به آن‌ها کمک می‌کند با چالش‌های روزمره به‌طور مؤثرتری برخورد کنند. در این پژوهش نیز این نکته نشان داده شد که افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی طرحواره‌های ناسازگار بیشتری را بروز داده‌اند، این افراد نسبت به سایر افراد عادی و بهنجار در اکثر طرحواره‌های ناسازگار خصوصاً طرحواره‌های معیارهای سرسختانه، اطاعت، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری باهم تفاوت معناداری داشتند. به نظر می‌رسد ریشه‌های تحولی این طرحواره‌ها از تجربیات دوران کودکی و تعاملات اولیه شکل گرفته است. والدینی که عشق خود را به صورت مشروط به کودک داده‌اند یا معیارهای بلندپروازانه و نامتعادل داشته‌اند باعث می‌شوند که کودک این طرحواره‌ها را انتخاب کرده تا بتواند بی‌ارزشی یا شکست خود را جبران کند. فردی که طرحواره‌های ناسازگار بیشتری را درونی کرده، احساس می‌کند که باید کامل باشد، به سطوح بالای پیشرفت دست یابد، نظم و ترتیب را رعایت کند، برای شرایط عالی تلاش نماید، نیازهای دیگران را بر نیازهای خود مقدم بداند، مفید و کارا باشد و هیچ‌گاه زمان خود را تلف نکند. این افراد با شستشو، چک کردن و مرتب کردن سعی در خنثی‌سازی ذهنی عواطف منفی خود می‌باشند (۱۵).

در این راستا، نتایج مطالعه شریعت‌زاده و همکاران (۳۶) بر روی ۳۸ نفر از مبتلایان به اختلال وسواس فکری-عملی، ۴۴ بیمار

مبتلا به اختلال شخصیت وسواس فکری-عملی و ۶۳ نفر از افراد سالم حاکی از آن بود که تمامی طرحواره‌های ناسازگار اولیه (به غیر از طرحواره ایثار و خویشتن‌داری و خودانضباطی ناکافی) دو گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و مبتلا به اختلال شخصیت وسواس فکری-عملی به طور معنی‌داری بیشتر از افراد سالم بود؛ ولی همان‌طور که در یافته‌های این پژوهش مشاهده می‌شود، این طرحواره‌ها در این پژوهش معنادار بودند و این از نوآوری‌های این پژوهش است. یافته‌های مطالعه آنان تاییدی بر نتایج این پژوهش است. سلطان محمدلو و همکاران (۳۷) در مطالعه‌ای مقطعی متشکل از ۷۵ نفر مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی با دقت و وقت‌شناسی زیاد، ۷۵ نفر با اختلال وسواس فکری-عملی و دقت و وقت‌شناسی کم و ۷۵ نفر از افراد مذهبی بدون اختلال وسواس فکری-عملی نشان دادند که بین مبتلایان به اختلال وسواس فکری-عملی با دقت و وقت‌شناسی زیاد و افراد با اختلال وسواس فکری-عملی با دقت و وقت‌شناسی کم در حوزه‌های طرحواره‌ای تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. همچنین، بین افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی با دقت و وقت‌شناسی زیاد و افراد مذهبی بدون اختلال وسواس فکری-عملی در طرحواره قطع ارتباط تفاوت معنی‌داری وجود داشت. نتایج پژوهش آنان از یافته‌های این مطالعه حمایت می‌کند. باز (۳۸) در نمونه‌ای متشکل از ۴۲ نفر با اختلال وسواس فکری-عملی، ۲۴ نفر از خواهران و برادران مبتلایان به اختلال وسواس فکری-عملی که از یک پدر و مادر به دنیا آمده و بزرگ شده بودند و ۴۲ داوطلب بهنجار در ترکیه نشان دادند که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه در گروه افراد با اختلال وسواس فکری-عملی و گروه خواهران و برادران آن‌ها شباهت وجود داشت؛ و این نشان دهنده پایه ژنتیکی در اختلال بود. همچنین، بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه گروه دارای اختلال وسواس فکری-عملی و گروه خواهران و برادران افراد مبتلا با گروه کنترل بهنجار تفاوت معناداری وجود داشت. نتایج مطالعه آنان موید نتایج این مطالعه است.

یافته دیگر پژوهش حاکی از آن بود که بین ترومای دوران کودکی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و افراد بهنجار تفاوت معناداری وجود دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که بر اساس نظریه دلبستگی آزارهای عاطفی و جنسی در دوران کودکی زمینه مساعدی را

جهت ایجاد اختلالات روانی ایجاد خواهند کرد. تجربه تجارب آسیب‌زا منجر به شکل‌گیری دلبستگی ناایمن خواهد شد که خود زمینه‌ساز گرایش به تجارب منفی را تسهیل می‌سازد. این مسأله منجر به مقابله ضعیف با عوامل آسیب‌زا خواهد گشت. تمایل به نشخوار فکری و رفتارهای تکراری می‌تواند تسکین‌دهنده تنش‌های درونی فرد آسیب‌دیده باشد (۲۵). در واقع، تجارب نامطلوب دوران کودکی با ایجاد اضطرابی دائمی می‌تواند منجر به تشدید اضطراب و افسردگی شود که این مشکلات می‌توانند راه‌انداز یا تشدید‌کننده علائم وسواس باشند. استرس‌های دوران کودکی سیستم‌های عصبی مرکزی در پاسخ‌دهی به استرس را حساس می‌کند که خود شاید دلیلی بر راه‌اندازی رفتارهای وسواسی باشد. به نظر می‌رسد که آسیب‌های دوران کودکی مانع از گسترش توانایی‌های فرد در جهت کنترل شناختی و هیجانی به شیوه سالم شود. به عنوان مثال توجه بیشتر بر هیجانات منفی خود زمینه‌ساز چرخه وسواس می‌شود (۳۱). ترومای دوران کودکی مانند سوءاستفاده عاطفی، جسمی و جنسی و بی‌توجهی به عنوان مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده مشکلات روانشناختی شناخته شده در بزرگسالی است (۲۲). بیمارانی که از ترومای دوران کودکی رنج می‌برند، مدت طولانی‌تری را در انزوا سپری می‌کنند، داروهای بیشتری دریافت می‌کنند، به برقراری نظم و ترتیب در زندگی خود بیشتر پایبند هستند و از نظر بالینی علائم بالاتری دارند (۲۳). در این تحقیق نیز نشان داده شد که افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی نسبت به افراد بهنجار تعداد بیشتری از انواع تروماهای دوران کودکی را تجربه کرده‌اند؛ همچنین مشاهده شد که افرادی که تجربه انواع تروما در دوران کودکی را داشته‌اند، بیشتر مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی می‌شوند.

در این راستا، جین و همکاران (۳۵) در نمونه‌ای ۱۱۷۷۶۹ نفری از دانشجویان کالج در چین (در دو گروه دارای تجربه ترومای دوران کودکی و گروه بدون ترومای دوران کودکی) نشان دادند که میزان شیوع اختلالات روانی مانند اختلال وسواس فکری-عملی، اوتیسم، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال استرس پس از سانحه در گروه دارای تجربه ترومای دوران کودکی بالاتر از گروه بدون ترومای دوران کودکی بود. نتایج حاصله از مطالعه آنان در راستای پژوهش حاضر بود. گرت و همکاران (۳۴) در دانمارک مطالعه‌ای بر روی ۳۱ نفر با

اضطراب شدید، ۳۳ نفر با اختلال وسواس فکری-عملی و ۳۲ شرکت‌کننده بهنجار در گروه کنترل انجام دادند. یافته‌های پژوهش آنان حاکی از آن بود که در مقایسه با گروه کنترل، تاثیر ترومای دوران کودکی بر افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی معنادار نبود، ولی اثر آسیب‌زای این تروما در افراد با اضطراب شدید معنادار بود. این یافته‌ها با نتایج مطالعه حاضر ناهمسو بود.

با توجه به نتایج این پژوهش به نظر می‌رسد که افراد دچار اختلال وسواس فکری-عملی نسبت به افراد بهنجار از طحاره‌های ناسازگار اولیه و ترومای دوران کودکی بالاتری برخوردار باشند. بنابراین در درمان افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، توجه به این سازه‌ها می‌تواند مفید واقع شود.

انجام این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌های انجام گرفته دارای محدودیت‌هایی بود. استفاده از پرسشنامه که یک ابزار خودگزارشی است می‌تواند به تفسیرهای متفاوتی از سوی بیماران شود. بنابراین پیشنهاد می‌گردد که از ابزار دیگری همچون مصاحبه بالینی در کنار پرسشنامه نیز استفاده شود.

انجام پژوهش حاضر به صورت مقطعی، محدود کردن جامعه آماری به کلینیک‌های روانشناسی شهر تهران باعث شد تعمیم نتایج با احتیاط انجام شود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی تحقیقات طولی و جامعه‌ای با حجم گسترده‌تر در نظر گرفته شود تا ادبیات متراکم و منسجمی در خصوص نحوه به کارگیری متغیرهای ذکر شده فراهم آید. استفاده از نمونه‌گیری غیرتصادفی در پژوهش باعث شد تعمیم نتایج با احتیاط انجام شود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. تعداد زیاد سؤالات پرسشنامه‌ها، می‌تواند بر میزان دقت پاسخ‌های ارائه شده تأثیرگذار باشد. لذا پیشنهاد می‌گردد که برای دسترسی به اطلاعات غنی‌تر، از پرسشنامه‌های کوتاه برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شود.

منابع

1. Zabet M, Karami J, Yazdanbakhsh K. The Effectiveness of cognitive emotion regulation training on cognitive abilities of women with obsessive-compulsive disorder. MEJDS. 2022; 12(127): 1-8. [Persian] <http://jdisabilstud.org/article-1-2071-en.html>
2. Clark DM. Developing new treatments: On the interplay between theories, experimental science and

obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2021; 178(1): 17-29.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20111601>

13. Shafii Kahani T, Hassani J, Shakeri M. The role of self-efficacy, resilience and cognitive emotion regulation in predicting obsessive-compulsive symptoms in the general population. *J of Psychological Science*. 2022; 20(107): 2095-2106. [Persian] <https://doi.org/10.52547/JPS.20.107.2095>

14. Zakerizadeh F, Behbodi M. The Relationship between Primary Maladaptive Schemas and Obsessive-Compulsive and Emotional Intelligence among Women. *Journal of Applied Family Therapy*. 2023; 4(1): 688-710. [Persian] <https://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-1632-en.html>

15. Lim CR, Barlas J. The effects of toxic early childhood experiences on depression according to Young schema model: A scoping review. *Journal of Affect Disorder*. 2019; 246(1): 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.006>

16. Parvizia F, Sharifi T, Shokrkon H, Ghazanfari A. Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Perfectionism in Patients with Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJP)*. 2022; 10(3): 117-131. [Persian] <https://doi.org/10.22034/IJP.10.3.117>

17. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema Therapy, a Practitioner's guide*. New York: Guilford Press. 2003. <https://www.guilford.com/excerpts/young.pdf?srsIid=AfmBOoqdAbhVDdQUM8ONgilAhQsK5hefzodz3pkorcY3khIxrIej50Rw>

18. Renkema TC, De Haan L, Schirmbeck F, Alizadeh BZ, Van Amelsvoort T, Bartels-Velthuis AA, van Beveren NJ, Bruggevan R, Cahn W, De Haan L, Delespaul Ph, Luykx JJ, Myin-Germeys I, Kahn RS, Schirmbeck F, Simons CJP, van Os J, van Winkel R. Childhood trauma and coping in patients with psychotic disorders and obsessive-compulsive symptoms and in un-affected siblings. *Child Abuse Neglect*. 2020; 99: 104243. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104243>

19. Dostal AL, Pilkington PD. Early maladaptive schemas and obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2023; 336: 42-51. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.05.053>

20. Kwak KH, Lee SJ. A comparative study of early maladaptive schemas in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Psychiatry Res*. 2015; 230(3): 757-762. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.11.015>

21. Ojserkis R, McKay D, Lebeaut A. Associations between mental contamination, disgust, and obsessive-compulsive symptoms in the context of trauma. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2018; 17: 23-30. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.09.002>

clinical innovation. *Behav Res Ther*. 2004; 42(9): 1089-104. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.05.002>

3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

4. Hosseini S, Ghasemi motlagh M, Esmaelishad B, Mahdian H. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the difficulty of emotion regulation in patients with obsessive-compulsive disorder. *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 2022; 11(2): 25-38. [Persian] <https://doi.org/10.22067/tpccp.2022.70468.1104>

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

6. Seli P, Risko EF, Purdon C, Smilek D. Intrusive thoughts: Linking spontaneous mind wandering and OCD symptomatology. *Psychological research*. 2017; 81(2): 392-398. <https://doi.org/10.1007/s00426-016-0756-3>

7. Fineberg NA, Apergis-Schoute AM, Vaghi MM, Banca P, Gillan CM, Voon V, Chamberlain SR, Cinosi E, Reid J, Shahper S, Bullmore ET, Sahakian BJ, Robbins TW. Mapping compulsivity in the DSM-5 obsessive compulsive and related disorders: Cognitive domains, neural circuitry, and treatment. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2018; 21(1): 42-58. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyx088>

8. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry*. 11th Edition, Wolters Kluwer, Alphen aan den Rijn; 2020. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2723304>

9. Sinopoli VM, Burton CL, Kronenberg S, Arnold PD. A review of the role of serotonin system genes in obsessive-compulsive disorder. *Neuroscience Bio behavior Review*. 2017; 30(80): 372-81. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.05.029>

10. Sunde T, Hummelen B, Himle JA, Walseth LT, Vogel PA, Launes G, Haaland VO, Haaland ÅT. Early maladaptive schemas impact on long-term outcome in patients treated with group behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *BMC psychiatry*. 2019; 19(1): 1-13. <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-019-2285-2>

11. Parmar A, Ganesh R, Kumar Mishra A. The top 100 cited articles on obsessive compulsive disorder (OCD): A citation analysis. *Asian Journal of Psychiatry*. 2019; 42: 34-41. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.03.025>

12. Goodman WK, Storch EA., Sheth SA. Harmonizing the neurobiology and treatment of

32. Destree L, Brierley MEE, Albertella L, Jobson L, Fontenelle LF. The effect of childhood trauma on the severity of obsessive-compulsive symptoms: a systematic review. *Journal of Psychiatric Research*. 2021; 142: 345-360. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.08.017>
33. Zangoulechi Z, Imani M, Goodarzi MA, Rahimi Ch. Investigating the relationship between childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms with mediating role of fear of self, emotional beliefs, obsessive beliefs and mental contamination. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2024; 19(73): 214-225. [Persian] <https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.56180.5536>
34. Gehrt TB, Obermann ML, Toth FE, Frosthalm L. Adverse childhood experiences in patients with severe health anxiety: No evidence for an increased frequency compared to patients with obsessive-compulsive disorder. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2022; 63(6): 565-572. <https://doi.org/10.1111/sjop.12856>
35. Jin Y, Xu S, Shao Z, Luo X, Wilson A, Li J and Wang Y. The lasting effects of childhood trauma on developing psychiatric symptoms: A population-based, large-scale comparison study. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*. 2024; 11: e98. <https://doi.org/10.1017/gmh.2024.100>
36. Shariatzadeh M, Vaziri Sh, Mirhashemi M. Comparison of early maladaptive schemas in patients with obsessive-compulsive disorder, patients with obsessive-compulsive personality disorder with healthy individuals. *Mediterranean Journal of Social Sciences*. 2015; 6(4): 171-181. [Persian] <https://doi.org/10.5901/mjss.2015.v6n4s2p171>
37. Soltanmohammadlou S, Ramezani Farani A, Masoumian S, Yaghmaie Zadeh H, Beigverdi B. Comparing early maladaptive schemas and schema modes of individuals with high and low scores in scrupulosity and normal religious people. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2022; 16(1): e111752. [Persian] <https://doi.org/10.5812/ijpbs.111752>
38. Baz A, Özkorumak Karagüzel E. Comparison of early maladaptive schemas in obsessive-compulsive disorder patients, their siblings, and controls. *Alpha Psychiatry*. 2022; 23(4): 157-163. <https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2022.21565>
39. Young JE. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resources Press; 1999. <https://www.amazon.com/Cognitive-Therapy-Personality-Disorders-Schema-Focused/dp/1568870477>
40. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford press; 2006. <https://www.guilford.com/books/Schema-Therapy/Young-Klosko-Weishaar/9781593853723>
41. Yoosefi N. Comparison of the effectiveness of family therapy based on schema therapy and Bowen's emotional system therapy on the early maladaptive
22. Wislocki K, Kratz HE, Martin G, Becker-Haimes EM. The Relationship Between Trauma Exposure and Obsessive-Compulsive Disorder in Youth: A Systematic Review. *Child Psychiatry & Human Development*. 2023; 54(6): 1624-1652. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01352-5>
23. Pinciotti CM, Riemann BC, Wetterneck CT. Trauma type and obsessive-compulsive symptom domains: The unique relationship between indirectly experienced trauma and just right symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2021; 29: 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2021.100624>
24. AY R, Erbay LG. Relationship between childhood trauma and suicide probability in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*. 2018; 261: 132-136. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.054>
25. Noruzi N, Najafi M. The Mediating Role of Attachment Styles and Negative Affect in the Relationship between Childhood Trauma and Obsessive-Compulsive Symptoms. *Journal of Clinical Psychology*. 2024; 15(3): 69-79. [Persian] <https://doi.org/10.22075/JCP.2023.31034.2670>
26. Ou W, Li Z, Zheng Q, Chen W, Liu J, Liu B, Zhang Y. Association between childhood maltreatment and symptoms of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*. 2021; 11: 612586. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.612586>
27. Bücker J, Kapczinski F, Post R, Ceresér KM, Szobot C, Yatham LN, Kapczinski NS, Kauer-Sant'Anna M. Cognitive impairment in school-aged children with early trauma. *Comprehensive Psychiatry*. 2021; 53(6): 758-764. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.12.006>
28. Abramowitz JS. Presidential address: Are the obsessive-compulsive related disorders related to obsessive-compulsive disorder? A critical look at DSM-5's new category. *Behavior Therapy*. 2018; 49(1): 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.002>
29. Piras F, Spalletta G. Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder. In *Childhood trauma in mental disorders*. Springer; 2020. https://doi.org/10.1007/978-3-030-49414-8_14
30. Scott KM, McLaughlin KA, Smith DA, Ellis PM. Childhood maltreatment and DSM-IV adult mental disorders: comparison of prospective and retrospective findings. *Br J Psychiatry*. 2012; 200(6): 469-475. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.103267>
31. Çoban A, Tan O. Attention deficit hyperactivity disorder, impulsivity, anxiety, and depression symptoms mediating the relationship between childhood trauma and symptoms severity of obsessive-compulsive disorder. *Noro Psikiyatr Ars*. 2019; 57(1): 37-43. <https://doi.org/10.29399/npa.23654>

schema among divorce applicant clients. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2012; 13(52): 356-73. [Persian]

<https://doi.org/10.22038/JFMH.2011.924>

42. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Stokes J, Handelsman L, Medrano M, Desmond D, Zule W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. Child abuse & neglect. 2003; 27(2): 169-190.

[https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)

43. Ebrahimi H, Dejkam M, Thagha-ul-Islam T. Childhood traumas and suicide attempts in adulthood. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2014; 19(4): 282-275. [Persian]

<http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2090-en.html>

UNCORRECTED PK