

Comparing the early maladaptive schemas and cognitive emotion regulation strategies in obsessive-compulsive disorder patients and healthy people

Talee-Baktash S^{1*}, Yaghoubi H², Yousefi R²

1- Expert Guidance and Counseling Center, University of Maragheh, Maragheh, I. R. Iran.

2- Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Azarbaijan Shahid Madani University, Azarbaijan, I. R. Iran.

Received November 11, 2012; Accepted July 6, 2013

Abstract:

Background: Cognitive structures organize the thought and behavior of the person. When the deepest cognitive schemas are activated, people experience the high levels of emotions. It has been proved that emotion regulation plays an important role in adaptation to the stressful life events. Therefore, this study aimed to compare the early maladaptive schemas and cognitive emotion regulation strategies in obsessive-compulsive disorder (OCD) patients and healthy people.

Materials and Methods: In this causal-comparative (ex-post facto) study, 60 OCD patients and 60 healthy people were selected by purposive sampling.

Results: Results showed no significant difference between the early maladaptive schemas and cognitive emotion regulation strategies in OCD patients and healthy people; OCD patients received the higher scores in early maladaptive schemas. Moreover, results indicated that OCD patients facing the negative life events use the cognitive emotion of regulation negative strategies, but healthy people use the cognitive emotion regulation positive strategies. No significant difference was seen between the males and females in using the early maladaptive schemas and cognitive emotion regulation strategies.

Conclusion: OCD patients have higher levels of early maladaptive schemas; in facing the negative life events, they use the cognitive emotion regulation maladaptive and negative strategies.

Keywords: Early maladaptive schemas, Cognitive emotion regulation, Obsessive-compulsive disorder

* Corresponding Author.

Email:s.tale1390@gmail.com

Tel: 0098 914 581 0943

Fax: 0098 421 227 6065

Conflict of Interests: No

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences November, 2013; Vol. 17, No 5, Pages 471-481

مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال وسوسی‌جبری با افراد عادی

سهیلا طالع بکتاش^۱، حسن یعقوبی^۲، رحیم یوسفی^۳

خلاصه:

سابقه و هدف: ساختارهای شناختی بینان تفکر و رفتار انسان را سازمان می‌دهند. با برانگیخته شدن ژرف‌ترین ساختارهای شناختی طرح‌واره‌ها، افراد معمولاً سطوح بالایی از هیجانات را تجربه می‌کنند. امروزه به روشنی مشخص شده است که تنظیم هیجانی نقش مهمی در سازگاری با وقایع استرس‌آور زندگی بازی می‌کند. از این‌رو، پژوهش حاضر به منظور مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال وسوسی‌جبری و افراد عادی صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر پس رویدادی، ملّی مقایسه‌ای بود. نمونه شامل ۶۰ نفر از افراد مبتلا به اختلال وسوسی‌جبری و ۶۰ نفر افراد عادی بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند.

نتایج: بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به اختلال وسوسی‌جبری و عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ به طوری که بیماران وسوسی نمرات بالاتری را در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بدست آورده‌اند. پژوهش حاضر نشان داد در مواجهه با رویدادهای منفی، بیماران مبتلا به اختلال وسوسی‌جبری از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و افراد عادی از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان استفاده می‌کنند. عدم تفاوت معنی‌دار بین نمرات گروه مردان و زنان در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، دیگر یافته‌ای این پژوهش بود.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که افراد مبتلا به اختلال وسوسی‌جبری، دارای سطوح بالاتری از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بوده و در مواجهه با رویدادهای منفی، از راهبردهای ناسازگار و منفی تنظیم شناختی هیجان استفاده می‌کنند.

واژگان کلیدی: طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، تنظیم شناختی هیجان، اختلال وسوسی‌جبری

دو ماهنامه علمی-پژوهشی فیض، دوره هفدهم، شماره ۵، آذر و دی ۱۳۹۲، صفحات ۴۸۱-۴۷۱

اختلال وسوسی-جبری با فشار بر فرد مبتلا برای انجام مجموعه‌ای از اعمال تکراری غیرعقلانی بر طبق قواعد انعطاف ناپذیر درونی نمود پیدا می‌کند، به طوری که فرد با تصور کنترل ذهنی زندگی، به آن اعمال تکراری غیر عقلانی مبادرت می‌ورزد [۴،۳]. سالکووسکیس، اولین الگوی شناختی جامع درباره اختلال وسوسی‌جبری را مطرح کرده است. بر اساس دیدگاه شناختی سالکووسکیس نحوه ارزیابی فرد از افکار ناخواسته و مزاحم سبب‌ساز آشفتگی و رفتارهای وسوسی است [۵-۸]. تصور می‌شود این ارزیابی‌های نادرست، از فرض‌های ناسازگاری ناشی می‌شوند که در طی زندگی آموخته شده‌اند [۹،۸]. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، به طور معمول از ارضاء نشدن نیازهای اولیه، به خصوص نیازهای عاطفی در دوران کودکی سرچشمه می‌گیرند [۱۰]. طرح‌واره ناسازگار اولیه، یک تم یا الگوی وسیع و نافذ است که از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت‌ها و احساسات جسمانی راجع به خود و روابط با دیگران تشکیل شده، در طول دوران کودکی یا نوجوانی رشد کرده، حاصل زندگی یک فرد است و تا حد خاصی درست عمل نمی‌کند [۱۱]. هنگامی که طرح‌واره‌های ناسازگار برانگیخته می‌شوند افراد معمولاً سطوح بالایی از

مقدمه

آمار و ارقام منتشر شده در زمینه شیوع اختلال‌های روانی در کشورهای مختلف جهان و ایران، اهمیت ضرورت توجه به بهداشت روان را مشخص‌تر می‌نماید. اختلال وسوسی‌جبری یکی از مشکلات جدی سلامت روان است و سالانه هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی هنگفتی را بر جامعه تحمل می‌کند [۱]. مشکلات همراه با اختلال وسوسی‌جبری و علایم ناتوان‌کننده آن، کارکرد میان‌فردي، شغلی و زندگی فرد را مختل می‌کند [۲]. افکار وسوسی اولین مؤلفه اختلال وسوسی‌جبری محاسب می‌شوند، دومین مؤلفه آن رواج وسوسه‌های عملی است.

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، کارشناس مرکز مشاوره و راهنمایی دانشگاه مراغه

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان

***لشکن نویسنده مسئول:**

مراغه، اتویان امیرکبیر، دانشگاه مراغه، مرکز مشاوره و راهنمایی

تلفن: ۰۴۲۱ ۲۲۷۶۰۶۵ - ۰۹۱۴۵۸۱۰۹۳ - دکتر نویسنده: s.tale1390@gmail.com

تاریخ پذیرش نهایی: ۹۲/۴/۱۵ **تاریخ دریافت:** ۹۱/۸/۲۱

راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان می‌باشدند [۲۲]. نتایج یک پژوهش در مورد مبتلایان به اختلال وسوسی‌جبری نشان داد که نمرات این گروه در طرح وارههای ناسازگار اولیه به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه شاهد است. گروه مبتلایان به اختلال شخصیت وسوسی‌جبری نیز غیر از طرح وارههای ایثار، شکست و محرومیت هیجانی، در سایر طرح‌واره‌ها با گروه غیر بالینی تفاوت معنی‌دار داشت [۲۴]. با توجه به این که احساس و رفتار نامناسب، ریشه در نارسایی در تنظیم هیجان و شناخت‌ها و طرح‌واره‌های ناسازگار دارد، مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، در بیماران مبتلا به اختلال وسوسی‌جبری و افراد عادی جهت شناخت دقیق‌تر افراد مبتلا به اختلال وسوسی‌جبری، برنامه‌ریزی‌های مناسب و اساسی جهت بهداشت روانی این افراد و نیز مشخص‌تر نمودن اهداف درمانی، از ضرورت‌های پژوهش حاضر است. پژوهش حاضر به‌منظور بررسی و مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال وسوسی‌جبری و افراد عادی صورت گرفت.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر از نوع پس رویدادی، علی‌مقایسه‌ای بود. نمونه شامل ۶۰ نفر بیمار مبتلا به اختلال وسوسی‌جبری می‌باشد که از دی ماه ۱۳۹۰ تا اوایل اردیبهشت ماه ۱۳۹۱ برای اولین بار برای درمان به مراکز درمانی موجود در شهر مراغه مراجعه کرده بودند. ابتدای این بیماران به اختلال وسوسی‌جبری پس از مصاحبه بالینی، توسط روانپژشك یا روانشناس بالینی بر پایه ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR (انجمان روانپژشكی آمریکا، ۲۰۰۰) تأیید شد. شرایط اصلی ورود به طرح عبارت بودند از: داشتن اختلال وسوسی‌جبری به تشخیص روانپژشك یا روانشناس بالینی بر اساس معیارهای DSM-IV. نبود اختلال‌های روانی دیگر، و داشتن سواد حداقل سوم راهنمایی. نحوه اجرا به این صورت بود که پس از تشخیص اختلال وسوسی‌جبری توسط روانپژشك یا روانشناس بالینی، پرسشنامه‌ها بر روی بیماران اجرا می‌شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات مربوط به گروه‌های بالینی، گروه غیر بالینی نیز به همان تعداد از طریق همتاسازی با گروه وسوس، در متغیرهایی مانند جنس، سن، تحصیلات، از میان افراد بهنجار داوطلب انتخاب شدند که پس از تأیید سلامت روان، بر اساس نمرات کمتر از ۲۳ در پرسشنامه سلامت عمومی، پرسشنامه‌های طرح در مورد آن‌ها نیز اجرا شد. پرسشنامه‌ها توسط افراد عادی در مراکز درمانی، توسط کارکنان مراکز به‌صورت پرسشی تکمیل گردید. برای بررسی و تجزیه و تحلیل داده‌های مربوط به

هیجانات، نظری خشم شدید، اضطراب، افسردگی یا احساس گناه را تجربه می‌کنند [۱۲]. شیوع بالای اضطراب، افسردگی و سایر مشکلات هیجانی و تأثیر این مشکلات روی عملکرد کلی فرد، موجب شده است که برخی از محققین، عوامل مرتبط با این مشکلات را مورد توجه قرار دهند. از جمله یکی از عوامل وجود نوعی اختلال در نظام هیجانی ذکر شده است [۱۳] که به قول متخصصین پیش‌بینی کننده آسیب روانی فرد در آینده [۱۵، ۱۶] و عامل کلیدی و مهمی در پیدایش اضطراب و افسردگی است [۱۶]. هرچند هیجان‌ها مبنای زیستی دارند، اما افراد قادرند بر شیوه‌هایی که این هیجان‌ها را ابراز می‌کنند، تأثیر بگذارند. این توانایی که تنظیم هیجان نامیده می‌شود به عنوان فرآیند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرآیندهای اجتماعی روانی، و فیزیکی در به انجام رساندن اهداف فرد تعریف می‌شود [۱۷]. فرآیندهای تنظیمی هیجان به قدری پیچیده و گستره است که قادر نخواهیم بود روی تمامی ابعاد و مکانیسم‌های آن تمرکز کنیم [۱۸]. لذا، در این پژوهش تنها به جنبه‌ها یا راهبردهای شناختی تنظیم هیجان می‌پردازیم. راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، همانند دیگر ابعاد رفتاری و اجتماعی آن در واقع با هدف مدیریت هیجان‌ها جهت افزایش سازگاری و تطابق به کار می‌روند و یخشی از راهبردهای تطبیقی هستند که با تجربه و درمان ناراحتی‌های هیجانی و جسمانی مرتبط‌اند [۱۹]. پژوهش‌های پیشین، ۹ راهبرد متفاوت تنظیم شناختی را به صورت مفهومی شناسایی کرده‌اند که عبارتند از: سرزنش خود، پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، نشخوار فکری، فاجعه انگاری، سرزنش دیگری، و دیدگاه‌گیری [۲۰، ۲۱، ۲۰]. این راهبردها به دو دسته راهبردهای مثبت و منفی تقسیم شده است. راهبردهای مثبت عبارتند از: تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری. راهبردهای منفی عبارتند از: سرزنش خود، سرزنش دیگری، نشخوار فکری، فاجعه انگاری و پذیرش [۲۲]. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند افرادی که از سبک‌های شناختی ضعیف مانند نشخوار فکری، فاجعه انگاری و سرزنش خود استفاده می‌کنند، نسبت به سایر افراد بیشتر در برابر مشکلات هیجانی آسیب پذیر می‌باشند، در حالی که در افرادی که از سبک‌های مطلوب، مانند ارزیابی مجدد مثبت استفاده می‌کنند، آسیب پذیری کمتر است [۲۳]. پژوهشگران در بررسی رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و مشکلات هیجانی، به این نتیجه رسیده‌اند که مشکلات هیجانی (اضطراب، افسردگی و استرس) دارای رابطه مثبت معنی‌داری با راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و دارای رابطه منفی با

افراد، پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است، و دارای ۳۶ ماده می‌باشد که نحوه‌ی پاسخ به آن بر اساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت در دامنه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) قرار دارد. عبارات این پرسشنامه از نظر مفهومی ۹ خرده مقیاس متمایز از هم را تشکیل می‌دهند که هر یک به منزله راهبردی خاص از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و دارای ۴ عبارت است. این راهبردها عبارتند از: تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، فاجعه‌انگاری، سرزنش دیگری، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت، پذیرش، نشخوار فکری، سرزنش خود و دیدگاه گیری. برای افراد ۱۲ سال به بالا (هم افراد عادی و هم جمعیت بالینی) قابل استفاده می‌باشد. روایی ساختاری و اعتبار این مقیاس در ایران با استفاده از تحلیل عامل تأییدی مورد تأیید قرار گرفته است و اعتبار آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای هر کدام از زیرمقیاس‌ها مابین ۶۴ درصد الی ۸۲ درصد گزارش GHQ-28 شده است [۲۶] پرسشنامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire) این پرسشنامه با هدف غربال‌گری کسانی که احتمالاً دارای اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. پرسشنامه مذکور اولین بار توسط گلدبیرگ تهیه شد [۲۷] و دارای ۲۸ ماده و ۴ خرده مقیاس (۱ نشانه‌های بدنی؛ ۲ اضطراب و بی‌خوابی؛ ۳ کژکاری اجتماعی؛ و ۴ افسردگی و خیم است. سوالات این پرسشنامه به صورت چهارگزینه‌ای هستند که به هر پاسخ آزمودنی نمره صفر تا ۳ داده می‌شود. نمره کلی هر فرد که از حاصل جمع نمرات ۴ زیر مقیاس به دست می‌آید، سلامت عمومی او را نشان می‌دهد. پایابی مقیاس از طریق روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۷۲ درصد و برای خرده آزمون‌های نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، ۵۸ درصد گزارش شده است. در بررسی روایی این پرسشنامه، همبستگی بین خرده آزمون‌های GHQ=۲۸ با کل پرسشنامه بین ۷۷ تا ۸۷ درصد به دست آمد [۲۷].

نتایج

یافته‌های توصیفی پژوهش حاضر حاکی از توزیع سن، جنسیت، وضعیت تأهل و تحصیلات آزمودنی‌ها بود که در قالب جداول فراوانی ارائه شده است. شرکت‌کنندگان پژوهش در دامنه‌ی سنی ۱۸ تا ۵۰ سال قرار داشتند. گروه‌ها از نظر توزیع سنی به نسبت در یک محدوده‌اند. میانگین سنی (انحراف معیار \pm میانگین) گروه وسوسی برابر $28/10 \pm 8/01$ سال و گروه

فرضیه‌های پژوهشی، از آزمون t ، تحلیل واریانس چند متغیری توسط نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ استفاده شد. برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش از پرسشنامه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سلامت عمومی (برای تأیید عدم ابتلا به بیماری در گروه کنترل) استفاده شد. پرسشنامه (Young Schema : YSQ-SF [۲۵] Brown Young Questionnaire برای اندازه‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ساخته شده است. هم‌چنان، شکل کوتاه این پرسشنامه برای اندازه‌گیری ۱۵ طرح‌واره ناسازگار اولیه بر اساس فرم اصلی تهیه شده است. فرم بلند دارای ۲۰۵ گویه و فرم کوتاه ۷۵ گویه دارد. هر گویه بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای (کاملاً غلط = ۱؛ تقریباً غلط = ۲؛ کمی درست = ۳؛ تقریباً درست = ۴؛ کاملاً درست = ۵) نمره‌گذاری می‌شود. در فرم کوتاه، هر طرح‌واره توسط پنج گویه سنجیده می‌شود. در این پرسشنامه، نمره بالا نشان‌دهنده طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه است. این طرح‌واره‌ها عبارتند از: بزیدگی و طرد (۱- رهاسدگی/بی- ثباتی؛ ۲- بی‌اعتمادی/سوء رفتار؛ ۳- محرومیت هیجانی؛ ۴- نقص/شرم؛ و ۵- ازوای اجتماعی/بیگانگی)، خود مختاری و عملکرد مختل (۶- وابستگی/بی‌کفايتی؛ ۷- آسيب‌پذيری نسبت به ضرر/بيماري؛ ۸- خودتحول نيفاته؛ و ۹- شکست)، محدودیت‌های مختل (۱۰- استحقاق/بزرگ‌منشي؛ ۱۱- خويشتمناري و خود- انصباطی ناكافى)، ديگر جهت‌مندي (۱۲- اطاعت؛ ۱۳- ايثار) و گوش بهزنگي بيش از حد و بازداری (۱۴- بازداری هیجانی؛ ۱۵- معيارهای سرستخانه/عيوب جوبي افراطي). ذوقفاری و همکاران [۲۶] فرم کوتاه پرسشنامه طرح‌واره یانگ را بر روی ۷۰ نفر از زوجین اجرا کردند. در پژوهش آن‌ها ضریب اعتبار پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۹۴ درصد و برای پنج حوزه آن به این شرح به دست آمد: بزیدگی و طرد ۹۱ درصد، خودگردانی و عملکرد مختل ۶۷ درصد، محدودیت‌های مختل ۷۳ درصد، ديگر جهت‌مندي ۶۷ درصد و گوش بهزنگي بيش از حد و بازداری ۷۸ درصد در پژوهش ضریب اعتبار پرسشنامه از طریق روش آلفای کرونباخ $\alpha=0.88$ به دست آمد. این ضریب برای حوزه‌های طرح‌واره‌ها در دامنه‌ی از ۵۵ تا ۸۹ درصد قرار داشت. هم‌چنان، ضریب اعتبار پرسشنامه طرح‌واره یانگ از طریق بازآزمائی پس از دو هفته برابر با $\alpha=0.77$ به دست آمد. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ: Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: توسيع Garnefski و همکاران تدوين شده است. پرسشنامه‌ای چند بعدی است که جهت شناسابی راهبردهای مقابله‌ای شناختی

وسواسی و هم گروه عادی، از گروه مردان، مجرد و با سطح تحصیلات دیپلم می‌باشند.

عادی ۲۸/۵۱±۸/۳۰ سال بود. در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود که بیشترین شرکت‌کنندگان در پژوهش هم در گروه

جدول شماره ۱- فراوانی و درصد توزیع متغیر جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات افراد در دو گروه وسواسی و عادی

متغیر	گروه	وسواسی (درصد)	عادی (درصد)
جنسیت	مرد	(۶۶)۴۰	(۵۵)۳۳
	زن	(۳۴)۲۰	(۴۵)۲۷
	کل	(۱۰۰)۶۰	(۱۰۰)۶۰
وضعیت تأهل	مجرد	(۵۴)۳۲	(۵۴)۳۲
	متاهل	(۴۶)۲۸	(۴۶)۲۸
	کل	(۱۰۰)۶۰	(۱۰۰)۶۰
تحصیلات	زیردیپلم	(۲۰)۱۲	(۵)۳
	دیپلم	(۳۷)۲۲	(۴۱)۲۴
	فوق دیپلم	(۱۳)۸	(۱۶)۱۰
وضعیت	لیسانس	(۲۵)۱۵	(۲۵)۱۵
	فوق لیسانس	(۵)۳	(۱۳)۸
	کل	(۱۰۰)۶۰	(۱۰۰)۶۰

نشده است ($P < 0.05$). به دلیل یکسان بودن تعداد گروه‌ها، بالا بودن حجم نمونه (بیشتر از ۳۰)، بالینی بودن یکی از گروه‌های مورد مقایسه و نیز طبق قضیه حد مرکزی، تخطی از پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها نشان داد که فرض یکسانی واریانس‌ها رعایت شود.

به منظور مقایسه نمرات طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در دو گروه وسواسی و عادی، از آزمون معنی‌داری t استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۲ ارائه شده است. نتایج آزمون لوین مبنی بر همگنی واریانس‌ها نشان داد که فرض یکسانی واریانس‌ها رعایت شود.

جدول شماره ۲- نتایج آزمون t برای بررسی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در گروه وسواسی و عادی

متغیر	گروه	تعداد	$\bar{X} \pm SD$	سطح معناداری
طرح‌واره‌های ناسازگار	وسواسی	۶۰	۲۱۱/۵۸±۴۱/۹۰۴	
	عادی	۶۰	۱۷۴/۱۸±۲۷/۶۲۴	

همان‌طور که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد بین گروه وسواسی و عادی در همه پنج حوزه مقیاس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تفاوت معنی‌داری وجود دارد و نمرات حوزه‌های بردگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختلف، محدودیت‌های مختلف، دیگر جهت-مندی و گوش بهزنجی بیش از حد در افراد مبتلا به اختلال وسواسی‌جبری نسبت به افراد عادی بالاتر است. به منظور بررسی ۱۵ طرح‌واره ناسازگار اولیه در دو گروه از تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای هر یک از ۵ حوزه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

همان‌طور که ملاحظه می‌شود تفاوت معنی‌داری بین نمره‌های افراد مبتلا به اختلال وسواسی‌جبری و گروه عادی در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه وجود دارد. به این معنا که افراد مبتلا به اختلال وسواسی‌جبری در مقایسه با افراد عادی طرح‌واره‌های ناسازگار بیشتری دارند. به منظور بررسی اثر متغیر گروه بر متغیرهای طرح‌واره‌های ناسازگار (۵ حوزه) از روش تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای هر یک از ۵ حوزه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول شماره ۳- نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای هر یک از ۵ حوزه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

حوزه‌ها	گروه	میانگین مجموع مجذورات آزادی	میانگین سطح معنی داری	F	میانگین مجذورات
بریدگی و طرد	وسواسی عادی	۶۴/۷۶ ۴۰/۱۱	۱۱۵۸۳/۶۷۵	۱	۱۱۵۸۳/۶۷۵
خودگردانی و عملکرد مختلط	وسواسی عادی	۴۷/۵۶ ۳۳/۸۰	۵۶۸۵/۶۳۳	۱	۵۶۸۵/۶۳۳
محدو دیت‌های مختلط	وسواسی عادی	۳۰/۰۱ ۲۵/۸۵	۰۲۰/۸۳۳	۱	۰۲۰/۸۳۳
دیگر جهت‌مندی	وسواسی عادی	۲۸/۱۰ ۲۴/۶۰	۳۶۷/۵۰۰	۱	۳۶۷/۵۰۰
گوش به زنگی پیش از حد و بازداری	وسواسی عادی	۳۱/۴۰ ۲۸/۴۱	۲۶۷/۰۰۸	۱	۲۶۷/۰۰۸

جدول شماره ۴- نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای هر یک از ۱۵ خرده مقیاس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

متغیرها	گروه	میانگین مجموع مجذورات آزادی	میانگین سطح معنی داری	F	میانگین مجذورات
محرومیت هیجانی	وسواسی عادی	۱۳/۸۵ ۹/۸۶	۴۷۶/۰۰۸	۱	۴۷۶/۰۰۸
رهاشدگی	وسواسی عادی	۱۶/۰۶ ۱۴/۵۰	۷۳/۶۳۳	۱	۷۳/۶۳۳
بی اعتمادی / بدرفتاری	وسواسی عادی	۱۷/۲۳ ۱۶/۰۱	۲۰/۰۰۸	۱	۲۰/۰۰۸
بیگانگی اجتماعی	وسواسی عادی	۱۶/۶۸ ۱۳/۹۶	۲۲۱/۴۰۸	۱	۲۲۱/۴۰۸
نقص / شرم	وسواسی عادی	۱۰/۰۶ ۷/۶۶	۴۵۶/۳۰۰	۱	۴۵۶/۳۰۰
شکست یا ناکامی	وسواسی عادی	۱۱/۶۵ ۸/۴۰	۳۱۶/۸۷۵	۱	۳۱۶/۸۷۵
وابستگی / بی کفايتی	وسواسی عادی	۱۰/۳۱ ۷/۷۸	۱۹۲/۰۵۳۳	۱	۱۹۲/۰۵۳۳
آسیب پذیری نسبت به ضرر	وسواسی عادی	۱۲/۳۳ ۷/۴۶	۷۱۰/۰۵۳۳	۱	۷۱۰/۰۵۳۳
خود تحول نیافته / گرفتار	وسواسی عادی	۱۳/۲۶ ۱۰/۱۵	۲۹۱/۴۰۸	۱	۲۹۱/۴۰۸
اطاعت	وسواسی عادی	۱۱/۸۱ ۹/۱۰	۲۲۱/۴۰۸	۱	۲۲۱/۴۰۸
ایثار و از خود گذشگی	وسواسی عادی	۱۶/۲۸ ۱۰/۰۰	۱۸/۴۰۸	۱	۱۸/۴۰۸
بازداری هیجانی	وسواسی عادی	۱۳/۰۶ ۱۱/۰۰	۱۲۲/۰۰۸	۱	۱۲۲/۰۰۸
عیب جویی افرادی	وسواسی عادی	۱۷/۸۳ ۱۶/۸۶	۲۸/۰۰۳	۱	۲۸/۰۰۳
استحقاق	وسواسی عادی	۱۰/۷۸ ۱۳/۹۶	۹۹/۰۰۸	۱	۹۹/۰۰۸
خودانظباطی ناکافی	وسواسی عادی	۱۴/۲۳ ۱۱/۸۸	۱۶۵/۶۷۵	۱	۱۶۵/۶۷۵

معنی داری وجود دارد؛ به این معنی که نمرات این خرده مقیاس‌ها در افراد مبتلا به اختلال وسوسی‌جبری در مقایسه با افراد عادی بالاتر است. به منظور مقایسه نمرات راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در دو گروه وسوسی و عادی، از آزمون t استفاده شد. نتایج آن در جدول شماره ۵ گزارش شده است. نتایج آزمون لوین مبنی بر همگنی واریانس‌ها نشان داد که مفروضه همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($P > 0.05$).

همان‌طور که جدول شماره ۴ نشان می‌دهد بین دو گروه به جز در خرده مقیاس بی‌اعتمادی/بدرفتاری، ایثار و از خود گذشتگی، معیارهای سرخтанه/عیب‌جویی افراطی، در تمامی خرده مقیاس‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (محرومیت هیجانی، رها شدگی/بی‌ثباتی، بیگانگی اجتماعی/ازواز اجتماعی، نقص/شرم، شکست یا ناکامی، وابستگی/بی‌کفايتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، خود تحول نیافته/گرفتار، اطاعت، بازداری هیجانی، استحقاق، خود انضباطی ناکافی/خویشن‌داری ضعیف) تفاوت

جدول شماره ۵- نتایج آزمون t برای بررسی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در دو گروه وسوسی و عادی

متغیر	راهبردهای تنظیم شناختی هیجان	عادی	وسوسی	تعداد		$\bar{X} \pm SD$	سطح معنی داری		
				۶۰	۱۲۱/۵۲±۱۳/۳۵۷				
				۶۰	۱۱۱/۹۵±۱۵/۳۶۲		۰/۰۰۱		

وجود دارد. به منظور بررسی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در دو گروه وسوسی و عادی از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای هر یک از حوزه‌های تنظیم شناختی هیجان در جدول شماره ۶ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود تفاوت معنی‌داری بین نمره‌های افراد مبتلا به اختلال وسوسی‌جبری و گروه عادی در راهبردهای تنظیم شناختی هیجان وجود دارد. بدین معنی که در مواجهه با رویدادهای منفی، بین دو گروه وسوسی و عادی تفاوت معنی‌داری در کاربرد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

جدول شماره ۶- نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

متغیرها	گروه	میانگین محدودرات	مجموع محدودرات	درجه آزادی	میانگین محدودرات	میانگین محدودرات	F	سطح معنی داری
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	وسوسی	۱۵/۱۳	۵/۶۳۳	۱	۵/۶۳۳	۱۵/۰۶	۰/۶۹۶	۰/۰۰۱
	عادی	۱۵/۰۶	۵/۶۳۳	۱	۵/۶۳۳	۱۳/۰۱	۳۸/۰۰۵	۰/۰۰۱
فاجعه‌انگاری	وسوسی	۹/۴۱	۳۸۸/۸۰۰	۱	۳۸۸/۸۰۰	۹/۰۸	۱۰/۹۳۹	۰/۰۰۱
	عادی	۹/۰۸	۳۸۸/۸۰۰	۱	۳۸۸/۸۰۰	۱۱/۲۱	۱/۰۵۸	۰/۰۲۱
سرزنش دیگری	وسوسی	۱۳/۷۱	۱۳۶/۵۳۳	۱	۱۳۶/۵۳۳	۱۲/۹۶	۰/۰۵۸	۰/۰۰۱
	عادی	۱۳/۷۱	۱۳۶/۵۳۳	۱	۱۳۶/۵۳۳	۱۳/۳۸	۰/۰۸۶	۰/۰۷۶
از ریابی مجدد مثبت	وسوسی	۱۳/۵۵	۱۶/۸۷۵	۱	۱۶/۸۷۵	۱۴/۱۳	۰/۰۸۷	۰/۰۳۶
	عادی	۱۳/۵۵	۱۶/۸۷۵	۱	۱۶/۸۷۵	۱۴/۲۶	۲۶/۴۳۱	۰/۰۰۱
پذیرش	وسوسی	۱۳/۷۰	۵/۶۳۳	۱	۵/۶۳۳	۱۴/۱۳	۱۲/۰۸۶	۰/۰۰۱
	عادی	۱۳/۷۰	۵/۶۳۳	۱	۵/۶۳۳	۱۳/۶۸	۰/۰۰۷	۰/۰۹۳
سرزنش خود	وسوسی	۱۱/۳۵	۲۵۰/۲۰۸	۱	۲۵۰/۲۰۸	۱۱/۳۵	۱۱/۰۸۸	۰/۰۰۱
	عادی	۱۱/۳۵	۲۵۰/۲۰۸	۱	۲۵۰/۲۰۸	۱۳/۶۶	۰/۰۸۸	۰/۰۰۱
دیدگاه گیری	وسوسی	۱۳/۷۳	۰/۷۵	۱	۰/۷۵	۱۳/۶۸	۰/۰۰۷	۰/۰۹۳
	عادی	۱۳/۷۳	۰/۷۵	۱	۰/۷۵	۱۳/۶۸	۰/۰۰۷	۰/۰۹۳

است. نمرات افراد عادی نیز در راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان بالاتر از بیماران وسوسی است. به منظور بررسی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در مردان و زنان گروه وسوسی و عادی از آزمون t استفاده شد. نتایج آن در جداول شماره ۷ و ۸ ارائه شده است.

همان‌طور که جدول شماره ۶ نشان می‌دهد بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان گروه وسوسی و گروه عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بین دو گروه در حوزه‌های فاجعه انگاری، سرزنش دیگری، نشخوار فکری، و سرزنش خود تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ به این معنی که راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به اختلال وسوسی جبری در مقایسه با افراد عادی بیشتر

جدول شماره ۷- نتایج آزمون t برای بررسی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مردان و زنان در گروه وسوسی و عادی

متغیر	گروه	جنس	تعداد	میانگین	سطح معناداری
+/-SD	مردان		۳۸	۲۰۳/۱۰±۳۹/۰۵	۰/۰۳۸
	زنان		۲۲	۲۲۶/۲۲±۴۳/۴۹	
	مردان		۳۳	۱۷۵/۹۰±۲۵/۲۰	
+/-SD	زنان		۲۷	۱۷۲/۰۷±۳۰/۶۸	۰/۰۹

وجود دارد، درحالی که در گروه عادی بین مردان و زنان تفاوتی وجود ندارد.

همان‌طور که در جدول شماره ۷ مشاهده می‌شود بین مردان و زنان گروه وسوسی در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تفاوت معنی‌داری

جدول شماره ۸- نتایج آزمون t برای بررسی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مردان و زنان در گروه وسوسی و عادی

متغیر	گروه	جنس	تعداد	میانگین	سطح معناداری
+/-SD	مردان		۳۸	۱۲۳/۴۷±۱۲/۳۱۲	۰/۱۳
	زنان		۲۲	۱۱۸/۱۳±۱۴/۶۷۱	
	مردان		۳۳	۱۱۲/۸۴±۱۲/۷۸۴	
+/-SD	زنان		۲۷	۱۱۰/۸۵±۱۸/۲۲۴	۰/۰۶۲

افسردگی و اضطراب، در نتیجه مشکلاتی در تنظیم هیجان دیده شده‌اند [۳۰]. مطالعه حاضر با هدف مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در گروه بالینی وسوسی- جبری و افراد عادی شکل گرفت. اطلاعات توصیفی حاصل نشان می‌دهد شرکت کنندگان در گروه وسوسی اغلب مرد، مجرد و دارای تحصیلات در سطح دپلم بودند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین گروه وسوسی و عادی در پنج حوزه مقیاس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ به این معنی که نمرات حوزه‌های بریدگی و طرد، خود گردانی و عملکرد مختلف، محدودیت‌های مختلف، دیگر جهت‌مندی و گوش بزندگی بیش از حد در افراد مبتلا به اختلال وسوسی جبری نسبت به افراد عادی بالاتر است. هم‌چنین، از بین ۱۵ طرح‌واره ناسازگار اولیه به جز طرح‌واره‌های ایثار و از خود گذشتگی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری و معیارهای سر سختانه و عیب جویی افراطی، در تمام طرح‌واره‌ها بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده شد. این یافته هم راستا با نتایج محققین دیگر است. بالا بودن نمرات بیماران وسوسی در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را می‌توان با یافته‌های سایر پژوهش‌ها که در آن‌ها نمرات افراد

همان‌طور که در جدول شماره ۸ مشاهده می‌شود بین مردان و زنان گروه وسوسی و عادی در راهبردهای تنظیم شناختی هیجان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

بحث

طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه اساس ساختهای شناختی فرد را تشکیل داده و با حوادث منفی و فشارهای روانی زندگی تعامل دارند. ژرف‌ترین ساختارهای شناختی طرح‌واره‌ها، وقتی که برانگیخته می‌شوند سطوحی از هیجان متشر می‌شود و مستقیم یا غیرمستقیم منجر به اشکال مختلفی از آشفتگی‌های روان‌شناختی نظری افسردگی، اضطراب، تعارضات بین فردی و مانند آن می‌شود [۲۸]. با افزایش شیوع طرح‌واره‌های شناختی ناسازگار، شیوع برخی از اختلال‌ها افزایش می‌یابد [۲۹]. شیوع بالای اضطراب، افسردگی و سایر مشکلات هیجانی و تأثیر این مشکلات روی عملکرد کلی فرد موجب شده است که برخی از محققین، عوامل مرتبط با این مشکلات را مورد توجه قرار دهند. از جمله یکی از عوامل، وجود نوعی اختلال در نظم هیجانی ذکر شده است. اختلال‌های استرس،

استفاده می‌کنند. و افراد عادی بیشتر از راهبردهای ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی و دیدگاه‌گیری استفاده می‌کنند. بهطور کلی افراد مبتلا به اختلال وسوسی-جبری در هنگام مواجهه با واقعیت آسیب‌زا، از راهبردهای منفی، نامطلوب و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان و افراد عادی از راهبردهای مثبت، مطلوب و سازگار تنظیم شناختی هیجان استفاده می‌کنند. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های قبلی مطابقت داشت. پژوهش‌های قبلی یافته‌هایی دال بر نقش فاجعه انگاری، نشخوار فکری و سرزنش خود در اضطراب نشان داده‌اند [۱۸، ۲۳، ۳۲، ۳۳]. افرادی که از راهبردهای شناختی ضعیف مانند نشخوار فکری، فاجعه انگاری و سرزنش خود استفاده می‌کنند، نسبت به سایر افراد بیشتر در برابر مشکلات هیجانی آسیب‌پذیر می‌باشند؛ در حالی که در افرادی که از راهبردهای مطلوب دیگر مانند ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری استفاده می‌کنند، آسیب‌پذیری کمتر است [۲۳]. می‌توان گفت که استفاده از راهبردهای ناسازگارانه فرد را مستعد اضطراب کرده و در نتیجه به جای واکنش مناسب به رویدادهای تبیین‌گری‌زا، با آشتگی و تشویش به آنها عکس العمل نشان می‌دهد؛ در حالی که راهبردهای سازگارانه این پیامدها را به دنبال ندارد. می‌توان گفت یکی از دلایل مشکلات بیماران وسوسی استفاده از راهبردهای نامطلوب تنظیم شناختی هیجان می‌باشد، بیماران وسوسی‌جبری به هنگام مواجهه با واقعیت و رخدادهای منفی و تبیین‌گری‌زا 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 استفاده می‌کنند، در مقابل افراد عادی به هنگام مواجهه با واقعیت و رخدادهای منفی و تبیین‌گری‌زا، به دلیل ارزیابی مثبت رویدادها، تفکرات مربوط به کم اهمیت بودن واقعه و تأکید بر نسبیت اتفاق در مقایسه با سایر واقعیت، تفکر درباره جنبه‌های مثبت واقعه، احساسات مثبت و احساس کنترل بر دنیای درون و بیرون خود، از راهبردهای مطلوب، سازگار و مثبت تنظیم شناختی هیجان استفاده می‌کنند؛ بدین معنی که در دوره‌هایی از رشد فردی به ایجاد معنی مثبت از رویدادها می‌پردازند، درباره موضوعات لذت‌بخش به جای رویدادهای واقعی تفکراتی دارند و در مورد این-که چه مرحلی باید در پیش گرفته شود و چه طور باید با اتفاقات منفی کنار آمد، فکر می‌کنند. در حمایت از این ایده‌ها، برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند که توانایی تنظیم موفق هیجانات با شماری از پیامدهای سلامت جسمانی، اجتماعی و فیزیولوژیک مرتبط می‌باشد [۱۳، ۳۴]. بر عکس فرض بر این است نارسانی در تنظیم هیجان،

مبتلا به اختلال وسوسی‌جبری در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به طور معنی‌داری بیشتر از گروه شاهد است، هم‌سو دانست [۲۴، ۳۱]. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد مبتلا به اختلال وسوسی-جبری تجارب ناخوشایندی در دوران کودکی داشته و نیازهای عاطفی و هیجانی اصلی شان برآورده نشده است. طرح‌واره‌ها نتیجه تجارب آسیب‌زا محسوب می‌شوند که در طول دوران کودکی با نوجوانی رشد کرده و حاصل زندگی یک فرد است. لذا، می‌توان چنین استدلال کرد که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران وسوسی‌جبری، نتیجه تجارب زیان‌بخش (نظیر رها شدگی، محرومیت هیجانی، تحقیر، نقص در محیط اولیه، و حوادث استرس-زا) می‌باشد که فرد در سیر دوران کودکی و نوجوانی با این تجارب روبرو بوده است. به‌طورکلی بالا بودن نمرات طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران وسوسی‌جبری احتمالاً نشان‌دهنده آن است که والدین‌شان در دست‌یابی آن‌ها به ۵ موضوع اساسی رشد سالم یعنی ارتباط، خود مختاری، شایستگی، انتظارات معقول و محدودیت‌های واقع‌گرایانه مشکل ایجاد کرده‌اند. بنابراین ناخواسته موجب شکل‌گیری و رشد طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه شده‌اند؛ به طوری که این طرح‌واره‌ها به ایجاد باورهای منفی درباره خود، دیگران و جهان، دیدگاه‌های بدینانه نسبت به زندگی، نظیر "دیگران با ما هم‌دلی نخواهند داشت و ما را درک نمی‌کنند"، یا "آن‌ها به موقع نیازهای ما را برآورده نخواهند کرد"، "نژدیکان ما از ما حمایت عاطفی نمی‌کنند"، یا عقیده به این که دیگران ما را آزار می‌دهند و به ما دروغ می‌گویند و یا احساس این که من شخصی شکست خورده‌ام و در هر زمینه‌ای شکست خواهم خورد، منجر می‌شوند. با در نظر گرفتن این که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در دوره‌های اولیه زندگی تحول یافته و تثبیت شده‌اند و بازنمایی‌های معتبری از تجارب ناخوشایند دوره کودکی هستند، می‌توان چنین استنبط کرد زمینه ساز تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد و هسته اصلی اختلال-های وسوسی‌جبری قرار گرفته‌اند. همان‌طور که یانگ معتقد است که رفتارهای ناسازگار در پاسخ به طرح‌واره به وجود می‌آیند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که افراد مبتلا به اختلال وسوسی‌جبری و عادی از راهبردهای تنظیم متفاوتی استفاده می‌کنند. یکی از دلایل اساسی تفاوت‌های تنظیم هیجان را می‌توان در تفاوت‌های شخصیتی آن‌ها جستجو کرد. نتیجه این پژوهش حکایت از وجود تفاوت معنی-دار میان گروه وسوسی و عادی در استفاده از برخی راهبردهای شناختی تنظیم هیجان به هنگام مواجهه با استرس و رخدادهای منفی زندگی دارد؛ بدین صورت که در مقابل با استرس و رخدادهای ناراحت‌کننده، گروه وسوسی بیشتر از افراد عادی از راهبردهای فاجعه‌انگاری، نشخوار فکری، سرزنش خود و سرزنش دیگری

سلامت روان می‌باشد. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه هدف مفیدی برای مداخلات شناختی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان هدف مفیدی برای مداخلات رفتاری است. پژوهش حاضر نیز مانند اغلب پژوهش‌های علوم رفتاری محدودیت‌هایی داشت. از عمدۀ ترین محدودیت‌ها می‌توان به این موارد اشاره کرد: جامعه تحقیق حاضر بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر مراغه بود. لذا، در تعیین نتایج آن باید احتیاط شود. محدودیت دیگر این‌که افراد عادی به وسیله پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) غربالگری شدند و مصاحبه ساختارمند بالینی انجام نشد. علاوه بر این محدودیت دیگر پژوهش این بود که دوز مصرف دارو، شدت وسوسات و طول مدت بیماری در بیماران وسوسی جبری کنترل نشد. در خاتمه، پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر در گروه‌های مختلف بالینی و غیر بالینی انجام شود.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد که افراد مبتلا به اختلال وسوسی جبری و افراد عادی در طیف گسترده‌ای از باورهای هسته‌ای متفاوت‌اند. دیگر یافته پژوهش حاضر این بود که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان متداول در افراد مبتلا به اختلال وسوسی جبری در مقایسه با راهبردهای تنظیم شناختی هیجان عادی از کفايت مناسب برخوردار نمی‌باشد.

تشکر و قدردانی

در پایان از زحمات آقای دکتر مهدی خادم حسینی (متخصص اعصاب و روان) و آقای محمود مجتبی (روانشناس بالینی) و سایر عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، سپاسگزاری و قدردانی می‌شود. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده مسئول در دانشگاه شهید مدنی آذربایجان می‌باشد.

mekanisim زیربنایی اختلال‌های خلقی و اضطرابی می‌باشد [۳۰]. دستاورد دیگر پژوهش، تفاوت مردان و زنان وسوسی در نمرات طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بود؛ درحالی که این تفاوت در مردان و زنان عادی مشاهده نشد. عدم تفاوت معنی‌دار میان مردان و زنان گروه وسوسی و عادی در نمرات راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، دیگر یافته پژوهش بود. عدم تفاوت راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در گروه مردان و زنان در تضاد با یافته پژوهش‌هایی است که نشان می‌دهند به طور کلی زنان بیشتر از مردان به تجارب عاطفی خود توجه نشان می‌دهند و بیشتر از مردان بر غم و ناراحتی خود متمرکز می‌شوند و برای مقابله با آن‌ها از راهبردهای غیرانطباقی سود می‌جوینند [۳۶,۳۵]. آن‌چه گفته شد حاکی از آن است که اشخاصی که نمی‌توانند در مقابل اتفاقات روزانه پاسخ‌های هیجانی خود را تنظیم کنند، آشفتگی بیشتری را تجربه می‌کنند، که این آشفتگی می‌تواند به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی تبدیل شود. اختلال در تنظیم هیجان پیش‌بینی کننده آسیب روانی فرد در آینده و ضعف در آن، عاملی مهم در ایجاد اختلال‌های روانی به شمار می‌رود، درحالی که مهارت‌های مناسب در تنظیم هیجان، با روابط سالم‌تر، کارایی شغلی و تحصیلی بهتر و با سلامت جسمی مرتبط است. از طرح کلی این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با اختلال‌های درونی‌ساز مانند اضطراب و افسردگی ارتباط بیشتری دارد. در راستای نتایج تحقیق حاضر، به متخصصان و درمانگران آسیب‌های روانی و اختلال‌های اضطرابی پیشنهاد می‌گردد در بخشی از روند درمان، به بررسی و شناسایی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای خودکار و نامطلوب تنظیم شناختی هیجان در افراد پرداخته و اصلاح و تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار و آموزش مهارت‌های سازنده‌تر تنظیم شناختی هیجان (ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و دیدگاه‌گیری) را در برنامه کار خود قرار دهنده. توسعه راهبردهای مثبت برای تنظیم شناختی هیجان در بیماران وسوسی از طریق برنامه‌های آموزشی و اصلاح ساختارهای ناکارآمد از راهکارهای مناسب برای ارتقای

References:

- [1] Barlow DH. Anxiety and its disorder: The nature and treatment of anxiety and panic. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
- [2] Clark DM. Developing new treatments: On the interplay between theories, experimental science and clinical innovation. *Behav Res Ther* 2004; 42(9): 1089-104.
- [3] Evans DW, Leckman JF. Origins of obsessive - compulsive disorders: Developmental and evolutionary Perspective. *Dew Psycho* 2006; 72: 321-32.
- [4] Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2005; 162(2): 228-38.
- [5] Clark DA. Cognitive-Behavior Therapy for obsessions and compulsions: New applications and emerging trends. *J Contemporary Psychotherapy* 2000; 30: 129-47.
- [6] Rachman S. The treatment of obsessions. Oxford, Oxford University Press; 2003.

- [7] OConnor K, Aardema F, Pelissier MC. Beyond reasonable doubt: Reasoning processes in obsessive-compulsive disorder and related disorders. Chichester, west Sussex, England, Hoboken, NJ, John Wiley & Sons, Ltd; 2004. p. 1-16.
- [8] Clark DA. Cognitive-Behavior Therapy for OCD. New York the Guilford Press-Cherlene SM, Pedirck RN. Obsessive-compulsive. National Center of Continuing Education, 2003.
- Available at: <http://www.google.com>.
- [9] Rector NA. Innovations in cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Rounds* 2001; 5: 1-6.
- [10] Zhang DH, He HL. Personality traits and life satisfaction: A Chinese case study. *Social Behav Pers* 2010; 38: 1119-22.
- [11] Thimm JC. Personality and early maladaptive schemas: a five factor model perspective. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2010a; 41(4): 1-8.
- [12] Muris P. Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: Relations to perceived parental rearing behaviours, big five personality factors and psychopathological symptoms. *Clin Psychol Psychotherapy* 2006; 13: 405-13.
- [13] Gross JJ, editor. Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press; 2007.
- [14] Sandler IN, Tein JY, West SG. Coping, stress, and the psychological symptoms of children of divorce: A cross-sectional and longitudinal study. *Child Dev* 1994; 65(6): 1744-63.
- [15] Abbott B.V. Emotion dysregulation and re-regulation: predictors of relationship intimacy and distress. [Dissertation]. 2005. Texas A & M University.
- [16] Beauregard M, Levesque J, Bourgouin P. Neural correlates of conscious self-regulation of emotion. *J Neurosci* 2001; 21(18): RC165.
- [17] Vimz B, Pina W. The assessment of emotion regulation: Improving construct validly in research on psychopathology in Youth. *J Psychol Behav Assess* published online.
- [18] Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotion problems. *Pers Individ Dif* 2001; (30): 1311-27.
- [19] Bouchard G, Guillemette A, Landry-Leger N. Situational and dispositional coping: An examination of their relation to personality, cognitive appraisals, and psychological distress. *Eur J Pers* 2004; 18: 221-38.
- [20] Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. CERQ: Manual for the use of cognitive emotion Regulation Questionnaire. Leiderdorp, the Netherlands: DATEC; 2002.
- [21] Garnefski N, Van Den Kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Onstein E. The Relationship between cognitive emotio regulation strategies and emotional problems: Comparison between clinical and noclinical sample Europeam. *J Pers* 2002; 16: 403-20.
- [22] Samani S, Sadeghi L. Considering Ability of Psychometrics of cognitive emotion regulation Questionnaire. *Methods J Psychological Models* 2009; 1: 51-62. [in Persian]
- [23] Garnefski N, Kraaij V. Relationship between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Pers Individ Dif* 2006; 40: 1659-69.
- [24] Atalay H, Atalay F, Karahan D, Caliskan M. Early maladaptive schemas activated in patients with obsessive-compulsive disorder: A cross-sectional study. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2008; 12(4): 268-79.
- [25] Young J, Brown G. Young shema questionnaire: Special edition. New York: Schema Therapy Institute; 2001.
- [26] Zolfaghari M, Fatehizadeh M, Abedi MR. Relationship between Early Maladaptive Schemas with intimacy marriage dimension. *J Family Res* 2008; 15: 261-47. [in Persian]
- [27] Thaghavi MR. Relationship General Health Questionnair Validity & Reliability. *J Psychol* 2000; 20: 381-94. [in Persian]
- [28] lotfi R. A Comparison of Early Maladaptive Schemas In Personality Disordered Patients of Group B And Normal People. [Dissertation]. Tehran: Iran Faeulty of Education and Psychology. 2005. 185.
- [29] Seligman ME, Schulman P, Tryon AM. Group prevention of depression and anxiety symptoms. *Behav Res Therapy* 2007; 45(6): 1111-26.
- [30] Campbell-Sills L, Barlow DH. Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In: Gross JJ, editor. Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press; 2007. p. 542-59.
- [31] Noie Z, Asgharnezhad farid AA, Ladan F, Ashoori A. Comparison of Early Maladaptive Schemas and Their Parental Origins in OCD Patients and Non-Clinical Individuals. *Adv Cogn Sci* 2010; 12(1): 59-61. [in Persian]
- [32] Ryan C, Martin R, Dahlen ER. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Pers Individ Dif* 2005; 39: 1249-60.
- [33] Kraaij V, Garnefski N, Van Gerwen L. Cognitive Coping and Anxiety Symptoms among People Who Seek Help for Fear of Flying. *Aviat Space Environ Med* 2003; 74(3): 273-7.
- [34] Gross JJ. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology* 2002; 39(3): 281-91.
- [35] Garnefski N, Teerds J, Kraaij V, Legerstee J, Van-Den-Kommer T. Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: differences between males and females. *Pers Individ Differ* 2004; (36): 267-76.
- [36] Nolen-Hoeksema S. Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. *Psychol Bull* 1987; 101(2): 259-82.