

ارتباط بین سبک دلبستگی، خودشیفتگی و فاجعه سازی ارتباطی با وسواس در رابطه با نقش میانجی طرحواره های ناسازگار اولیه

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۲۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۱۲

خلاصه

مقدمه: هدف پژوهش حاضر تدوین و آزمون مدلی ساختاری برای تبیین وسواس رابطه بر اساس سبک های دلبستگی ناایمن، خودشیفتگی و فاجعه سازی ارتباطی با نقش میانجی طرحواره های ناسازگار اولیه بود.

روش کار: این مطالعه توصیفی-همبستگی با مدل سازی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری شهروندان ۱۸ تا ۵۰ ساله شهر خوی با یک تا پنج سال از رابطه عاطفی یا ازدواجشان بود. ۲۵۰ نفر با نمونه گیری خوشه ای دو مرحله ای انتخاب و به پرسشنامه های سبک های دلبستگی کالینز و رید، خودشیفتگی آمز، فاجعه سازی رابطه، طرحواره های ناسازگار یانگ (کوتاه) و وسواس رابطه پاسخ دادند. پس از حذف پرت ها، ۲۳۷ نفر باقی ماندند. داده ها با SPSS-26 و AMOS-24 و با همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر تحلیل شدند.

نتایج: مدل اصلاح شده از برازش مطلوبی برخوردار بود ($CFI=0/94$ و $RMSEA=0/07$) و ۳۴ درصد از واریانس وسواس رابطه را تبیین کرد ($R2=0/34$). دلبستگی ایمن به طور منفی و دلبستگی اضطرابی، فاجعه سازی ارتباطی و خودشیفتگی به طور مثبت بر طرحواره های ناسازگار اولیه اثر گذاشتند. از میان طرحواره ها، حوزه بریدگی ($\beta=0/603$)، گوش به زنگی ($\beta=0/170$) و محدودیت مختل ($\beta=-0/205$)، وسواس رابطه را به طور معنادار پیش بینی کردند. همچنین، اثرات غیرمستقیم دلبستگی، فاجعه سازی ارتباطی و خودشیفتگی بر وسواس رابطه از طریق طرحواره های ناسازگار اولیه معنادار بود ($p<0/05$).

نتیجه گیری: ترکیب خودشیفتگی، سبک دلبستگی، فاجعه سازی و طرحواره های ناسازگار الگویی جامع برای تبیین وسواس رابطه ارائه می دهد. این نتایج بر ضرورت رویکردهای درمانی یکپارچه و عمیق نگر مانند طرحواره درمانی در کنار درمان های استاندارد شناختی-رفتاری برای تغییرات پایدار در افراد مبتلا به وسواس رابطه تأکید دارد...

کلمات کلیدی: وسواس رابطه، سبک دلبستگی، خودشیفتگی، فاجعه سازی ارتباطی، طرحواره های ناسازگار اولیه

فرینا ایرجی^۱

سودابه جعفری^۲

مسعود قربانعلیپور^{۳*}

^۱ کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده علوم

پزشکی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

^۲ کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، گروه روان شناسی،

دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه ارومیه، ارومیه،

ایران

^۳ گروه روان شناسی، واحد خوی، دانشگاه آزاد اسلامی، خوی،

ایران (نویسنده مسئول).

Email:

masoudqorbanalipour@gmail.com

مقدمه

اختلال وسواس فکری-عملی یکی از اختلالات روان‌شناختی مزمن است که با افکار، تصاویر ذهنی یا تکانه‌های ناخواسته و تکرار شونده همراه بوده و اضطراب و آشفتگی قابل توجهی ایجاد می‌کند (۱). افراد برای کاهش این اضطراب، به انجام رفتارها یا اعمال ذهنی تکراری روی می‌آورند که به آن‌ها رفتارهای وسواسی گفته می‌شود (۲, ۳). این علائم می‌توانند موجب افت عملکرد فردی، اجتماعی و شغلی شده و کیفیت زندگی را به طور چشمگیری کاهش دهند (۴, ۵). وسواس رابطه یکی از جلوه‌های این اختلال است که با اشتغال ذهنی مداوم، تردیدهای افراطی درباره کیفیت رابطه یا ویژگی‌های شریک عاطفی و نیاز مکرر به اطمینان‌جویی شناخته می‌شود (۶). این افکار مزاحم معمولاً اضطراب شدیدی ایجاد کرده و فرد را به رفتارهای کنترل‌گرانه، اطمینان‌جویانه و سایر رفتارهای وسواسی در رابطه سوق می‌دهند (۷, ۸).

وسواس رابطه یکی از مشکلات پیچیده روان‌شناختی است که می‌تواند کیفیت روابط عاطفی و رضایت از رابطه را به طور قابل توجهی کاهش دهد (۹). افراد مبتلا به این اختلال معمولاً نگرانی‌های مداوم و افراطی درباره طرد شدن، خیانت، از دست دادن رابطه یا کاهش علاقه شریک عاطفی را تجربه می‌کنند؛ نگرانی‌هایی که اغلب با سبک‌های دلبستگی ناایمن ارتباط دارند (۱۰, ۱۱). تداوم این افکار مزاحم، فرد را به رفتارهایی مانند کنترل مکرر، اطمینان‌جویی، واری و شکاکیت نسبت به شریک عاطفی سوق می‌دهد که خود موجب تشدید تعارض‌های بین فردی و تضعیف کیفیت رابطه می‌شود (۱۲, ۱۳). در نتیجه، وسواس رابطه با افزایش پریشانی روان‌شناختی، اختلال در عملکرد بین فردی و کاهش توانایی فرد در حفظ روابط سالم و پایدار همراه است (۱۰, ۱۴).

اگرچه علت دقیق وسواس رابطه هنوز به طور کامل شناخته نشده است، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که این اختلال حاصل تعامل مجموعه‌ای از عوامل زیستی، روان‌شناختی و محیطی است (۱۵). مطالعات حاکی از آن است که زمینه‌های ژنتیکی و سابقه خانوادگی اختلال وسواس فکری-عملی یا سایر اختلالات اضطرابی، خطر بروز نشانه‌های وسواس رابطه را افزایش می‌دهد (۱۶, ۱۷). افزون بر این، عوامل محیطی مانند تجربه رویدادهای استرس‌زای زندگی، تعارض‌های بین فردی، شکست‌های عاطفی و تجارب آسیب‌زای گذشته می‌توانند در آغاز، تداوم یا تشدید علائم این اختلال نقش داشته باشند (۱۸, ۱۹).

بر اساس الگوهای شناختی-رفتاری اختلال وسواس فکری-عملی، افراد مبتلا به وسواس رابطه تمایل دارند موقعیت‌های مبهم را تهدیدآمیز تفسیر کرده و احتمال وقوع پیامدهای منفی را بیش از حد برآورد کنند (۱۲, ۲۰). در روابط عاطفی، این سوگیری شناختی به صورت شک و تردیدهای مداوم و فاجعه‌آمیز درباره کیفیت رابطه یا مناسب بودن شریک عاطفی بروز می‌یابد و موجب تداوم افکار وسواسی می‌شود (۲۱). همچنین، کمال‌گرایی و نیاز افراطی به اطمینان از درستی رابطه، از دیگر عوامل شناختی هستند که می‌توانند در تشدید علائم وسواس رابطه نقش داشته باشند (۲۲, ۲۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که وسواس رابطه با پریشانی روان‌شناختی قابل توجه در سطح فردی و زوجی همراه است (۲۴, ۲۵). علاوه بر این، علائم این اختلال با شدت بیشتر نشانه‌های وسواس فکری-عملی، عاطفه منفی، عزت‌نفس پایین، کاهش رضایت از رابطه، دلبستگی ناایمن و اختلال در عملکرد جنسی ارتباط دارد (۷, ۲۶). همچنین، شواهد حاکی از آن است که علائم وسواس رابطه، حتی پس از کنترل شدت

علائم عمومی و سواس فکری-عملی، پیش‌بینی‌کننده نیرومندتری برای نارضایتی از رابطه، افسردگی و افت سلامت روان محسوب می‌شوند (۲۵، ۲۷).

بر اساس الگوهای شناختی - رفتاری اختلال و سواس فکری-عملی، عامل اصلی در شکل‌گیری و تداوم نشانه‌های و سواس، تفسیر فاجعه‌آمیز و نادرست محرک‌های درونی یا بیرونی، به‌ویژه افکار مزاحم، است (۲۸). این ارزیابی‌های اغراق‌آمیز موجب افزایش توجه انتخابی به افکار ناخواسته و به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، مانند رفتارهای اجباری و اطمینان‌جویی، می‌شوند (۲۹). این راهبردها اگرچه در کوتاه‌مدت اضطراب را کاهش می‌دهند، اما در بلندمدت با تقویت چرخه و سواس، موجب افزایش فراوانی، تداوم و بار هیجانی افکار مزاحم خواهند شد (۳۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که باورهای ناکارآمد مرتبط با اختلال و سواس فکری-عملی، نقش مهمی در بروز و تداوم علائم و سواس رابطه ایفا می‌کنند (۲۲، ۳۱). برای نمونه، نسبت دادن اهمیت بیش از حد به افکار مزاحم و تلقی آن‌ها به‌عنوان نشانه‌ای از واقعیت یا تهدید، می‌تواند توجه فرد را به تردیدهای طبیعی موجود در روابط افزایش داده و او را به استفاده از راهبردهای ناکارآمدی مانند سرکوب افکار و اطمینان‌جویی مکرر سوق دهد (۳۲، ۳۳). با این حال، شدت متوسط ارتباط میان باورهای ناکارآمد و سواس فکری-عملی و علائم و سواس رابطه نشان می‌دهد که این باورها به‌تنهایی قادر به تبیین این اختلال نیستند و احتمالاً سوگیری‌های شناختی دیگری نیز در شکل‌گیری و تداوم و سواس رابطه نقش دارند (۳۴).

در سال‌های اخیر، دورن و همکاران مطرح کرده‌اند که باورهای فاجعه‌آمیز درباره پیامدهای تصمیم‌های مرتبط با

رابطه، از عوامل شناختی مهم در شکل‌گیری و تداوم و سواس رابطه هستند (۱۸). بر اساس مدل شناختی راجمن، این باورها موجب می‌شوند نگرانی‌های طبیعی و رایج در روابط عاطفی به منبعی برای اضطراب و آشفتگی شدید تبدیل شوند (۳۵). از جمله این باورها می‌توان به فاجعه‌انگاری پیامدهای ادامه دادن یک رابطه نامناسب یا پایان دادن به یک رابطه اشاره کرد؛ به‌گونه‌ای که فرد تصور می‌کند هر تصمیم اشتباه در رابطه پیامدهای جبران‌ناپذیری برای آینده او خواهد داشت (۳۶). از این‌رو، باورهای ناسازگار مرتبط با و سواس فکری-عملی و باورهای اختصاصی مرتبط با روابط عاطفی، به‌عنوان عوامل شناختی مؤثر در تشدید نگرانی‌های رابطه‌ای و تداوم علائم ناتوان‌کننده و سواس رابطه شناخته می‌شوند (۱۷، ۳۷).

با توجه به پیامدهای فردی و بین‌فردی و سواس رابطه، شناسایی عوامل مؤثر در شکل‌گیری و تداوم این اختلال از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که متغیرهایی همچون سبک‌های دلبستگی، ویژگی‌های خودشیفتگی، فاجعه‌سازی ارتباطی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه، از مهم‌ترین عوامل روان‌شناختی مرتبط با و سواس رابطه به‌شمار می‌روند (۳۸-۴۱). این عوامل از طریق تأثیر بر نحوه پردازش شناختی، تنظیم هیجان و ارزیابی روابط عاطفی، می‌توانند به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم زمینه بروز و تداوم نگرانی‌های افراطی و رفتارهای وسواسی در روابط را فراهم کنند (۴۲، ۴۳). بر اساس نظریه دلبستگی بالبی، کیفیت تعاملات اولیه کودک با مراقبان، مبنای شکل‌گیری الگوهای درونی پایداری است که نحوه ادراک، تنظیم هیجان و برقراری روابط صمیمانه در بزرگسالی را هدایت می‌کنند (۴۴).

۴۵). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که سبک‌های دلبستگی ناایمن، به‌ویژه دلبستگی اضطرابی و اجتنابی، با افزایش آسیب‌پذیری نسبت به مشکلات روان‌شناختی و دشواری‌های بین‌فردی همراه هستند (۴۶، ۴۷). بر این اساس، افراد دارای سبک دلبستگی ناایمن، روابط عاطفی را با حساسیت بیشتری نسبت به طرد، بی‌ثباتی و از دست دادن رابطه تجربه می‌کنند و در نتیجه، بیش از دیگران در معرض نگرانی‌های افراطی درباره رابطه قرار دارند (۴۸، ۴۹). به‌ویژه، افراد دارای دلبستگی اضطرابی به دلیل نیاز مداوم به اطمینان و تأیید از سوی شریک عاطفی، بیشتر مستعد تجربه افکار وسواسی، اطمینان‌جویی مکرر و واکنش‌های اضطرابی در برابر کوچک‌ترین نشانه‌های تهدیدکننده رابطه هستند (۵۰، ۵۱).

خودشیفتگی نیز به‌عنوان یکی از ویژگی‌های شخصیتی، می‌تواند در شکل‌گیری و تداوم وسواس رابطه نقش مهمی ایفا کند (۱۲، ۵۲). افراد دارای ویژگی‌های خودشیفتگی معمولاً نیاز بالایی به تأیید، تحسین و پذیرش از سوی دیگران دارند و در صورت برآورده نشدن این نیازها، احساس تهدید، ناامنی و آسیب‌پذیری را تجربه می‌کنند (۵۳، ۵۴). این ویژگی‌ها موجب می‌شود که چنین افرادی نسبت به ارزیابی شریک عاطفی از خود حساسیت بیشتری داشته باشند و نگرانی‌های افراطی درباره ارزشمندی، جذابیت و مقبولیت خود در رابطه را تجربه کنند (۵۴، ۵۵). در نتیجه، تلاش برای حفظ تصویری ایده‌آل از خود و دریافت اطمینان مداوم از شریک عاطفی می‌تواند به تشدید افکار و رفتارهای وسواسی در روابط بینجامد (۵۶).

فاجعه‌سازی ارتباطی نیز یکی از سوگیری‌های شناختی مؤثر در شکل‌گیری و تداوم وسواس رابطه به شمار می‌رود (۸، ۵۷). این سازه به گرایش فرد برای بزرگ‌نمایی مشکلات،

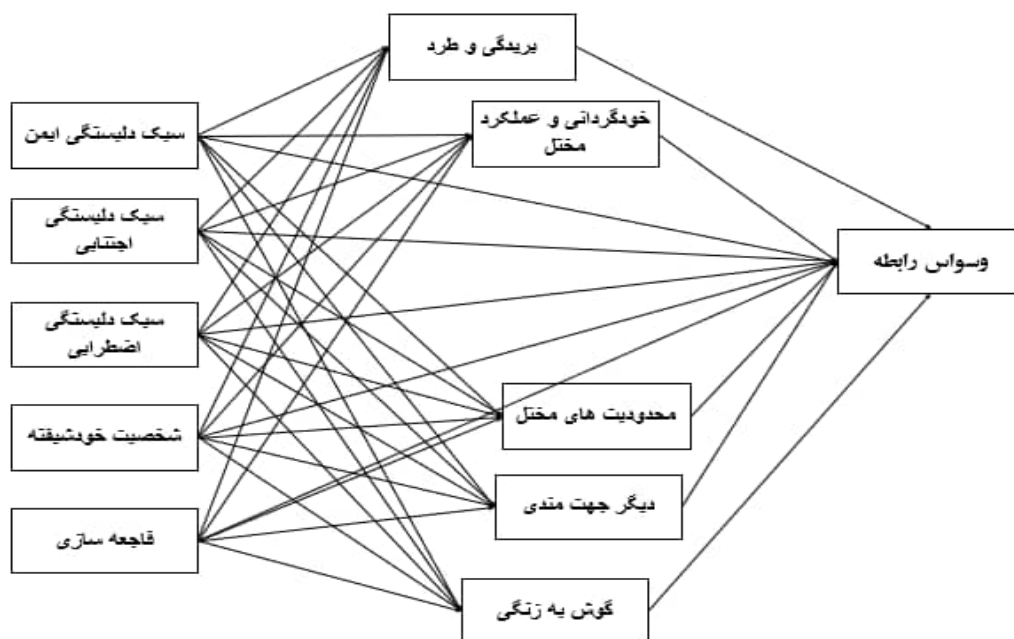
تفسیر اغراق‌آمیز رویدادهای رابطه و پیش‌بینی پیامدهای فاجعه‌آمیز در مواجهه با تعارض‌های معمول اشاره دارد (۵۸، ۵۹). افرادی که از فاجعه‌سازی ارتباطی بالاتری برخوردارند، رویدادهای جزئی یا ابهام‌های طبیعی در روابط عاطفی را به‌عنوان نشانه‌ای از شکست یا فروپاشی قریب‌الوقوع رابطه تفسیر می‌کنند؛ الگویی که اضطراب، نشخوار ذهنی و رفتارهای وسواسی را تشدید می‌کند (۲۲، ۶۰).

از سوی دیگر، طرحواره‌های ناسازگار اولیه به‌عنوان الگوهای شناختی-هیجانی پایدار که در نتیجه تجربه‌های اولیه زندگی شکل می‌گیرند، نقش مهمی در ادراک و تفسیر روابط بین‌فردی ایفا می‌کنند (۶۱، ۶۲). این طرحواره‌ها، به‌ویژه طرحواره‌های مرتبط با طرد، بی‌اعتمادی و نقص، می‌توانند حساسیت فرد را نسبت به تهدیدهای ادراک‌شده در روابط افزایش داده و زمینه‌ساز نگرانی‌های مفرط درباره کیفیت و تداوم رابطه شوند (۶۳، ۶۴). در نتیجه، فعال شدن این الگوهای شناختی ناسازگار، احتمال تجربه افکار وسواسی و تفسیرهای غیرواقع‌بینانه از تعاملات عاطفی را افزایش داده و به تداوم وسواس رابطه منجر می‌شود (۶۵).

پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند نقش میانجی مهمی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی ناایمن و وسواس رابطه ایفا کنند (۶۶). به بیان دیگر، افراد دارای سبک دلبستگی ناایمن، به دلیل فعال شدن طرحواره‌های ناسازگار اولیه، بیش از دیگران مستعد تجربه نگرانی‌های افراطی، تفسیرهای منفی و رفتارهای وسواسی در روابط عاطفی هستند (۶۷، ۶۸). فعال شدن مکرر این طرحواره‌ها، چرخه‌ای معیوب از اضطراب، اطمینان‌جویی و نشخوار ذهنی را ایجاد می‌کند که در نهایت به تداوم و تشدید علائم وسواس رابطه می‌انجامد (۶۹).

رابطه وجود دارد. تبیین این سازوکار می تواند ضمن گسترش مدل های نظری مربوط به وسواس رابطه، در شناسایی عوامل خطر و طراحی مداخلات شناختی-هیجانی هدفمند برای پیشگیری و درمان این اختلال نیز سودمند باشد. بر این اساس، پرسش اصلی پژوهش حاضر این است که آیا طرحواره های ناسازگار اولیه می توانند نقش میانجی در رابطه بین سبک های دلبستگی، خودشیفتگی و فاجعه سازی ارتباطی با وسواس رابطه ایفا کنند؟

با وجود شواهد فزاینده درباره ارتباط سبک های دلبستگی، ویژگی های خودشیفتگی، فاجعه سازی ارتباطی و طرحواره های ناسازگار اولیه با وسواس رابطه، مطالعات پیشین عمدتاً این متغیرها را به صورت مستقل یا در قالب روابط دومتغیره بررسی کرده اند. در نتیجه، سازوکارهای شناختی-هیجانی زیربنایی که از طریق آنها این عوامل بر بروز و تداوم علائم وسواس رابطه اثر می گذارند، همچنان به طور کامل تبیین نشده است. به ویژه، شواهد اندکی درباره نقش میانجی طرحواره های ناسازگار اولیه در ارتباط هم زمان سبک های دلبستگی، خودشیفتگی و فاجعه سازی ارتباطی با وسواس



نمودار ۱. مدل مفهومی تحقیق

وسواس رابطه و تبیین نقش میانجی طرحواره های ناسازگار اولیه بود. مدل یابی معادلات ساختاری به دلیل امکان بررسی همزمان روابط مستقیم و غیرمستقیم میان متغیرها و ارزیابی برازش مدل نظری با داده های تجربی، به عنوان روش تحلیل انتخاب شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، توصیفی-همبستگی با رویکرد مدل یابی معادلات ساختاری (SEM) است. هدف پژوهش، بررسی روابط ساختاری بین سبک های دلبستگی، خودشیفتگی و فاجعه سازی ارتباطی با

جامعه آماری پژوهش شامل افراد ۱۸ تا ۵۰ ساله ساکن شهر خوی بود که بین یک تا پنج سال از شروع رابطه عاطفی پایدار یا ازدواج آنان گذشته بود. حجم نمونه ۲۵۰ نفر تعیین شد که با توجه به تعداد پارامترهای مدل و توصیه‌های مربوط به مدل‌یابی معادلات ساختاری، از کفایت آماری برخوردار بود. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای دو مرحله‌ای انجام شد؛ به این صورت که شهر خوی بر اساس مراکز جامع خدمات سلامت به هشت خوشه تقسیم شد و شرکت‌کنندگان واجد شرایط از میان مراجعان این مراکز انتخاب شدند. پس از ارائه توضیحات لازم درباره اهداف پژوهش و اخذ رضایت آگاهانه، پرسشنامه‌ها تکمیل و داده‌ها در نرم‌افزار SPSS وارد شد و مدل پژوهش با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری مورد تحلیل قرار گرفت.

شرکت‌کنندگان باید در دامنه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال قرار داشته، بین یک تا پنج سال از شروع رابطه عاطفی پایدار یا ازدواج آنان گذشته باشد، تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش داشته و از توانایی جسمانی و شناختی کافی برای تکمیل پرسشنامه‌ها برخوردار باشند. همچنین افرادی که به بیش از ۲۰ درصد گویه‌های پرسشنامه‌ها پاسخ نداده بودند، داروهای روان‌پزشکی مصرف می‌کردند یا الگوی پاسخ‌دهی غیرواقعی و تصادفی داشتند، از پژوهش کنار گذاشته شدند.

ابزارها:

پرسشنامه سبک‌های دلبستگی بزرگسالان: برای سنجش سبک‌های دلبستگی از پرسشنامه سبک‌های دلبستگی بزرگسالان کالینز و رید (۷۰) استفاده شد که یکی از پرکاربردترین ابزارهای ارزیابی دلبستگی در روابط بین‌فردی و عاطفی است (کالینز و رید، ۱۹۹۰). این پرسشنامه بر اساس نظریه دلبستگی بالبی طراحی شده و شامل ۱۸ گویه در سه خرده‌مقیاس دلبستگی ایمن، دلبستگی اضطرابی و دلبستگی اجتنابی (هر خرده‌مقیاس ۶ گویه) است. پاسخ‌ها بر اساس

طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از «کاملاً مخالفم» (۱) تا «کاملاً موافقم» (۵) نمره‌گذاری می‌شوند و نمره هر خرده‌مقیاس از مجموع گویه‌های مربوطه محاسبه می‌شود. مطالعات اولیه، روایی سازه و همسانی درونی مطلوب این ابزار را تأیید کرده‌اند و ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های دلبستگی ایمن، اضطرابی و اجتنابی به ترتیب حدود ۰/۸۰، ۰/۷۵ و ۰/۷۶ گزارش شده است (۷۰). همچنین، در مطالعه اعتباریابی نسخه فارسی، کرمی و همکاران (۷۸)، ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب این پرسشنامه را در جامعه ایرانی گزارش کردند و ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها را بیش از ۰/۷۰ به دست آوردند که بیانگر همسانی درونی و پایایی قابل قبول ابزار است. از این رو، این پرسشنامه به‌عنوان ابزاری معتبر و پایا برای سنجش سبک‌های دلبستگی در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت.

پرسشنامه شخصیت خودشیفته: برای سنجش ویژگی‌های خودشیفته‌گی از نسخه ۱۶ سؤالی پرسشنامه شخصیت خودشیفته استفاده شد. این ابزار، نسخه کوتاه‌شده پرسشنامه شخصیت خودشیفته راسکین و تری (۷۱) است که توسط آمز و همکاران (۷۲) طراحی و اعتباریابی شد. پرسشنامه شامل ۱۶ جفت عبارت است که هر جفت، یکی از ویژگی‌های خودشیفته‌گی را در برابر یک عبارت غیرخودشیفته قرار می‌دهد و شرکت‌کننده گزینه‌ای را که بیشتر با ویژگی‌های او مطابقت دارد، انتخاب می‌کند. مطالعات انجام‌شده، ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب این ابزار را تأیید کرده‌اند. آمز و همکاران (۷۲) همسانی درونی مطلوب، روایی سازه و روایی همزمان قابل‌قبولی برای این مقیاس گزارش کردند. همچنین، در مطالعات ایرانی نیز نسخه فارسی این پرسشنامه از روایی و پایایی مناسبی برخوردار بوده و ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۰ گزارش شده است. علاوه بر این،

تحلیل‌های عاملی تأییدی، ساختار عاملی و روایی سازه ابزار را در نمونه‌های ایرانی تأیید کرده‌اند (۷۹).

پرسشنامه فاجعه‌سازی رابطه: برای سنجش فاجعه‌سازی رابطه از پرسشنامه فاجعه‌سازی رابطه، طراحی شده توسط دورون و همکاران (۲۰)، استفاده شد. این ابزار به منظور ارزیابی باورهای فاجعه‌آمیز افراد درباره پیامدهای تصمیم‌های مرتبط با روابط عاطفی، به‌ویژه در زمینه وسواس رابطه، تدوین شده است. پرسشنامه شامل ۲۰ گویه در سه بعد «پیامدهای جدایی»، «پیامدهای قرار گرفتن در رابطه نامناسب» و «پیامدهای تنهایی» است. پاسخ‌ها بر اساس طیف هفت‌درجه‌ای لیکرت از «کاملاً مخالفم» (۱) تا «کاملاً موافقم» (۷) نمره‌گذاری می‌شوند و نمره بالاتر نشان‌دهنده فاجعه‌سازی بیشتر در زمینه روابط عاطفی است. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار، روایی و پایایی مطلوب آن را تأیید کرده است. در مطالعه اولیه، این مقیاس همبستگی مثبت و معناداری با شاخص‌های وسواس فکری-عملی، باورهای وسواسی، افسردگی، اضطراب و استرس نشان داد که بیانگر روایی همگرایی مناسب آن است. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۹ گزارش شده است که نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب این ابزار است (۲۰).

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ (نسخه کوتاه): برای سنجش طرحواره‌های ناسازگار اولیه از نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ-YSQ (S3) استفاده شد. این ابزار توسط یانگ و همکاران (۷۳) طراحی و برای ارزیابی طرحواره‌های ناسازگار اولیه به‌عنوان الگوهای شناختی-هیجانی پایدار که در اثر تجارب اولیه زندگی شکل می‌گیرند، تدوین شده است. نسخه کوتاه این پرسشنامه شامل ۹۰ گویه است که ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه را در پنج حوزه اصلی ارزیابی می‌کند. پاسخ‌ها بر اساس طیف

شش‌درجه‌ای لیکرت از «کاملاً نادرست» (۱) تا «کاملاً درست» (۶) نمره‌گذاری می‌شوند و نمره هر طرحواره از مجموع گویه‌های مربوط به آن به دست می‌آید؛ نمرات بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر طرحواره ناسازگار است. مطالعات متعدد، ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب این ابزار را تأیید کرده‌اند. پژوهش‌های خارجی، روایی سازه مناسب و همسانی درونی مطلوبی برای نسخه کوتاه پرسشنامه گزارش کرده‌اند و ضرایب آلفای کرونباخ برای طرحواره‌های مختلف عمدتاً بالاتر از ۰/۸۰ بوده است (۷۳). همچنین، در مطالعات ایرانی، نسخه فارسی این پرسشنامه از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار بوده و ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های آن در دامنه قابل قبول تا مطلوب گزارش شده است (۸۰). از این رو، این پرسشنامه به‌عنوان ابزاری معتبر و پایا برای سنجش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت.

پرسشنامه وسواس رابطه: برای سنجش علائم وسواس رابطه از پرسشنامه وسواس رابطه (ROCI) استفاده شد که توسط دورون و همکاران (۷۴) طراحی شده است. این ابزار شامل ۱۴ گویه است و سه بعد اصلی وسواس رابطه، شامل تردید درباره احساسات خود نسبت به شریک عاطفی، تردید درباره احساسات شریک عاطفی و تردید درباره درست بودن رابطه را ارزیابی می‌کند. پاسخ‌ها بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از «هرگز» تا «بسیار زیاد» نمره‌گذاری می‌شوند و نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر علائم وسواس رابطه است. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه، روایی سازه و پایایی مطلوب آن را نشان داده است. در مطالعه اولیه، تحلیل عاملی تأییدی، ساختار سه‌عاملی ابزار را تأیید کرد و ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰/۶۶ تا ۰/۹۲ گزارش شد. همچنین، همبستگی معنادار این پرسشنامه با شاخص‌های وسواس فکری-عملی، افسردگی، اضطراب،

باورهای وسواسی و نایمندی دل بستگی، بیانگر روایی همگرایی مناسب آن بود (۷۴). نسخه فارسی این ابزار نیز توسط عطاری (۸۱) ترجمه و اعتباریابی شد و از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار بود؛ به گونه‌ای که ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۹ گزارش شد. علاوه بر این، نسخه ترکی پرسشنامه نیز ساختار عاملی و همسانی درونی مطلوبی را نشان داده است که مؤید قابلیت استفاده از این ابزار در فرهنگ‌های مختلف است.

نتایج

نمونه پژوهش حاضر را ۱۵۵ نفر زن (۶۵/۴٪) و ۸۲ نفر مرد (۳۴/۶٪) تشکیل داده بودند. میانگین سنی و انحراف معیار سن زنان به ترتیب برابر ۲۹/۶۳ و ۱۰/۲۱ و میانگین سنی و انحراف معیار سن مردان به ترتیب برابر ۳۱/۳۶ و ۸/۸۰ بود. به لحاظ تحصیلات، ۱۰ نفر (۴/۲٪) دارای مدرک زیر دیپلم، ۵۵ نفر (۲۳/۲٪) دارای مدرک دیپلم، ۱۳۶ نفر (۵۷/۴٪) دارای مدرک لیسانس، ۳۶ نفر (۱۵/۲٪) دارای مدرک فوق

لیسانس و بالاتر بودند. همچنین، به لحاظ تاهل، ۱۰۶ نفر (۴۴/۷٪) مجرد، ۱۲۷ نفر (۵۳/۶٪) متاهل و ۴ نفر (۱/۷٪) سایر. در مطالعه حاضر با توجه به نوع و فرضیه‌های مورد پژوهش به بررسی ارتباط بین سبک دل بستگی، خودشیفتگی و فاجعه سازی ارتباطی با وسواس در رابطه با نقش میانجی طرحواره های ناسازگار اولیه از طریق روش تحلیل مسیر پرداخته شده است. در این مدل ساختاری، فرض بر این بوده است که متغیرهای سبک دل بستگی، خودشیفتگی و فاجعه سازی ارتباطی هم به صورت مستقیم و هم غیر مستقیم از طریق متغیرهای واسطه‌ای طرحواره های ناسازگار اولیه بر وسواس در رابطه تاثیر می گذارند.

در جدول ۱ ماتریس همبستگی بین متغیرهای مکنون پژوهش گزارش شده است. همانطور که نتایج این جدول نشان می دهند تمامی همبستگی‌ها در حد متوسط هستند (۰/۷۵۴ ≤ r ≥ ۰/۳۸۶). قبل از انجام تحلیل مسیر، بررسی پیش فرض‌های آن از اهمیت زیادی برخوردار است. در پژوهش حاضر تحقق پیش فرض‌های تحلیل مسیر بر مناسب بودن استفاده از این روش آماری صحه می گذارد.

جدول ۱. ماتریس همبستگی بین متغیرهای مکنون پژوهش

	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
۱ سبک دل بستگی ایمن										
۲ سبک دل بستگی اجتنابی								۱	-۰/۰۲۹	
۳ سبک دل بستگی اضطرابی							۱	۰/۰۲۷	-۰/۳۵۰	
۴ خودشیفته						۱	۰/۱۳۲	۰/۰۶۹	-۰/۰۱۹	
۵ فاجعه سازی					۱	-۰/۲۴۰	۰/۰۳۹	۰/۲۹۲	۰/۱۲۱	
۶ حوزه‌ی بریدگی و طرد				۱	-۰/۰۳۶	۰/۱۷۴	۰/۵۷۶	-۰/۲۲۶	-۰/۳۸۶	

۷	حوزهی خودگردانی و عملکرد مختل	۰/۲۸۵	۰/۲۱۰	۰/۴۰۶	۰/۱۹۱	۰/۰۵۹۰	۰/۷۵۴	۱
۸	حوزه محدودیت‌های مختل	۰/۲۶۰	۰/۰۳۰	۰/۵۲۳	۰/۲۰۷	۰/۱۲۹*	۰/۶۲۸	۱
۹	حوزهی دیگرجهت‌مندی	۰/۱۴۹*	۰/۰۲۴	۰/۳۱۵	۰/۰۱۳	۰/۱۷۶	۰/۴۶۷	۱
۱۰	حوزهی گوش به زنگی زیاد	۰/۲۸۶	۰/۰۷۸	۰/۴۲۸	۰/۰۰۷	۰/۲۰۹	۰/۵۲۸	۱
۱۱	وسواس رابطه	۰/۲۰۳	۰/۰۷۷	۰/۳۶۲	۰/۰۴۱	۰/۰۲۴	۰/۵۷۵	۰/۳۷۳

شد. سپس، برای شناسایی داده‌های پرت چندمتغیری از شاخص فاصله ماهالانویس استفاده گردید که بر اساس نتایج، ۱۳ نفر از شرکت‌کنندگان به‌عنوان داده پرت شناسایی و از تحلیل نهایی حذف شدند. در ادامه، مدل ساختاری با استفاده از روش حداکثر درست‌نمایی برآورد شد. در این مدل، سبک‌های دلبستگی، خودشیفتگی و فاجعه‌سازی ارتباطی به‌عنوان متغیرهای برون‌زاد، حوزه‌های پنج‌گانه طرحواره‌های ناسازگار اولیه به‌عنوان متغیرهای میانجی و وسواس رابطه به‌عنوان متغیر درون‌زاد در نظر گرفته شدند. برازش مدل در دو سطح، شامل شاخص‌های برازش کلی و معناداری ضرایب مسیر، ارزیابی شد. نتایج مدل اولیه نشان داد که شاخص‌های برازش از کفایت لازم برخوردار نیستند؛ از این رو، مسیرهای غیرمعنادار حذف و مدل اصلاح‌شده مجدداً برازش شد.

پیش از آزمون مدل ساختاری، پیش‌فرض‌های لازم برای تحلیل بررسی شد. همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، مقادیر چولگی متغیرهای مشاهده‌پذیر در دامنه ۲۵۰/۰ تا ۸۸۶/۰ و مقادیر کشیدگی در دامنه ۰/۳۶۹ تا ۱۱۶/۱ قرار داشت که با توجه به معیارهای پیشنهادی چو و بنتلر (± 3 برای چولگی و ± 10 برای کشیدگی)، بیانگر برقرار بودن فرض نرمال بودن تک‌متغیری داده‌ها است. همچنین، به‌منظور بررسی هم‌خطی چندگانه، ماتریس همبستگی متغیرهای مشاهده‌پذیر ارزیابی شد. ضرایب همبستگی در دامنه ۰/۳۸۶ تا ۰/۷۵۴ قرار داشت و هیچ‌یک از آن‌ها از مقدار بحرانی ۰/۸۵ فراتر نرفت؛ بنابراین، شواهدی از هم‌خطی چندگانه مشاهده نشد و این پیش‌فرض نیز تأیید شد. در مرحله غربالگری داده‌ها، ابتدا صحت ورود اطلاعات با بررسی حداقل و حداکثر نمرات کنترل و خطاهای احتمالی اصلاح

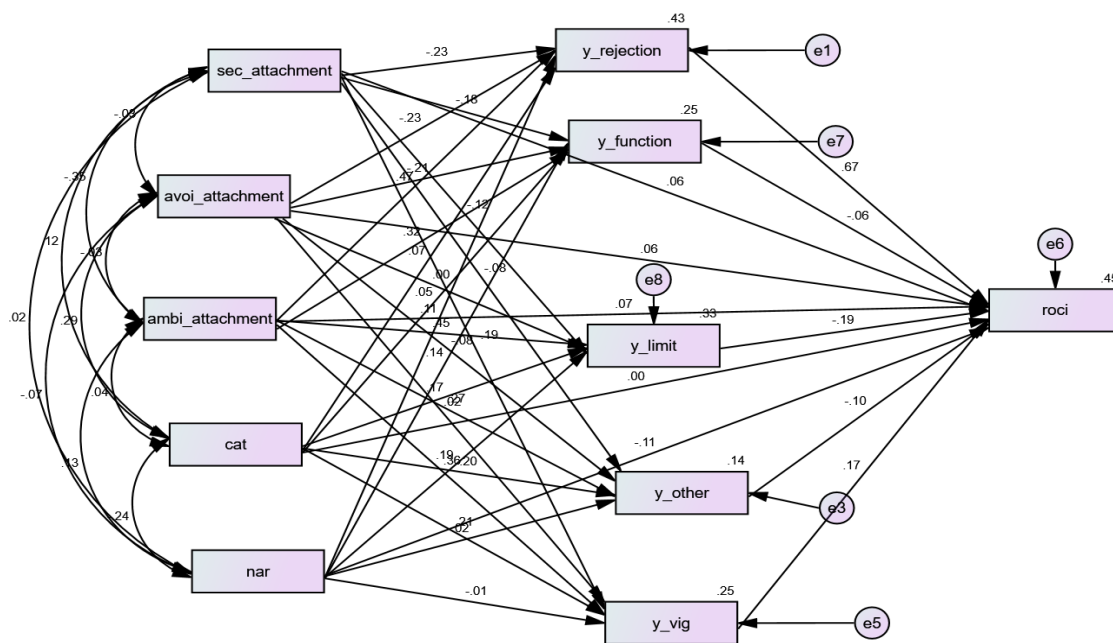
جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل ساختاری

شاخص برازندگی	دامنه قابل پذیرش	مدل اولیه	مدل اصلاح شده
خی دو (χ^2)	-	۴۶۰/۹۹	۴۶/۲۵
درجه آزادی (DF)	-	۱۳	۱۱
نسبت خی دو به درجه آزادی	کم‌تر از ۵	۳۵/۴۶	۴/۲۰

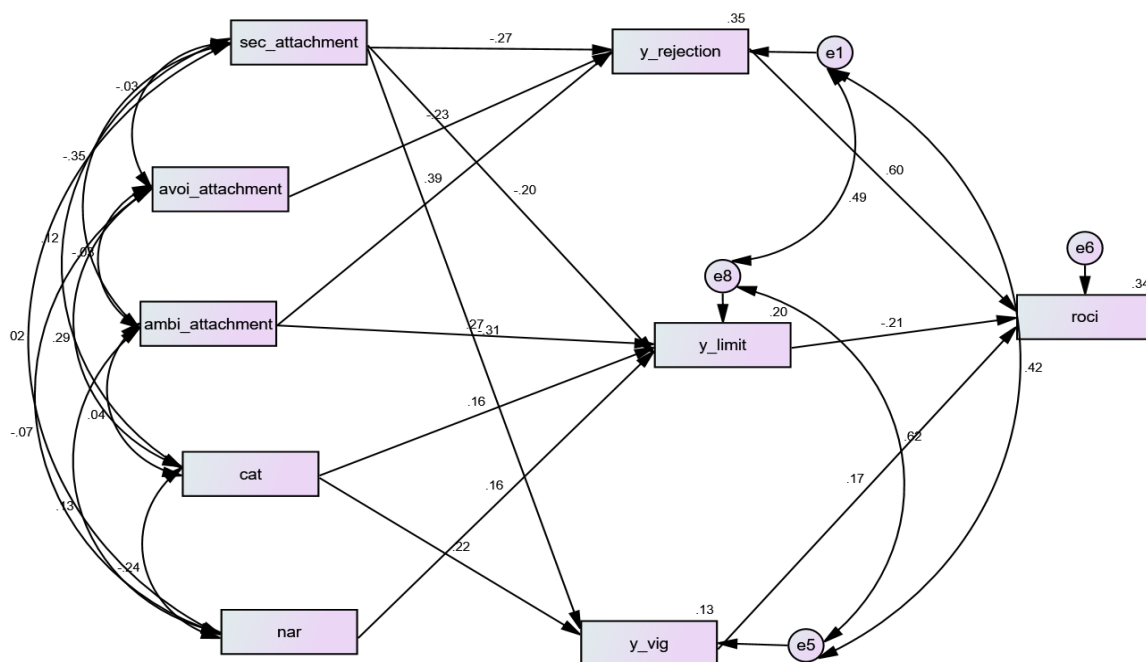
شاخص برازندگی هنجار شده (NFI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۵۵	۰/۹۳
شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۵۳	۰/۹۴
شاخص برازندگی فزاینده (IFI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۵۶	۰/۹۴
ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA)	کم تر از ۰/۰۸	۰/۳۸	۰/۰۷

در سطح دوم، جهت ارزیابی اثرات مستقیم، ضرایب مسیر مدل و ضرایب تعیین متغیرهای درونزاد مورد بررسی قرار گرفت. به طور کلی، نتایج مدل اصلاح شده نشان می‌دهد که مدل حاضر قادر به تبیین $R^2=۳۴$ درصد از وسواس رابطه

است. همچنین، متغیرهای مستقل قادر به تبیین $R^2=۳۵$ از حوزه بریدگی، $R^2=۲۰$ از حوزه محدودیت مختل و $R^2=۱۳$ از حوزه گوش به زنگی هستند.



شکل ۱. مدل ساختاری اولیه همراه با ضرایب استاندارد



شکل ۲. مدل ساختاری اصلاح شده همراه با ضرایب استاندارد

اثر معنی داری بر متغیرهای میانجی حوزه بریدگی ($\beta=0/39$)، $\beta=7/58$ ($T\text{-value}=7/58$) و حوزه محدودیت مختل ($\beta=0/27$)، $\beta=5/53$ ($T\text{-value}=5/53$) دارد. همچنین فاجعه سازی به عنوان متغیر برونزا، اثر معنی داری بر متغیرهای میانجی حوزه محدودیت مختل ($\beta=0/16$)، $\beta=3/06$ ($T\text{-value}=3/06$) و حوزه گوش به زنگی ($\beta=0/22$)، $\beta=4/02$ ($T\text{-value}=4/02$) دارد. شخصیت خودشیفته نیز به عنوان متغیر برونزا، اثر معنی داری بر متغیر میانجی حوزه محدودیت مختل ($\beta=0/16$)، $\beta=3/64$ ($T\text{-value}=3/64$) دارد. از سوی دیگر، حوزه بریدگی، حوزه محدودیت مختل و حوزه گوش به زنگی به عنوان متغیرهای میانجی به ترتیب با ضرایب استاندارد ($\beta=0/60$)، $\beta=9/31$ ($T\text{-value}=9/31$)، $\beta=-0/21$)، $\beta=-2/73$ ($T\text{-value}=-2/73$) و ($\beta=0/17$)، $\beta=2/49$ ($T\text{-value}=2/49$) اثر معنی داری بر متغیر وابسته نهایی و سواس رابطه دارد.

نتایج تحلیل مسیر مدل اصلاح شده در شکل ۲ و جدول ۳ نشان می‌دهد که مسیرهای غیر معنی دار حذف شده است. همچنین، با توجه به اینکه متغیرهای میانجی عملکرد مختل و دیگر جهت مندی بر متغیر وابسته و سواس در رابطه اثر معنی داری ندارد. بنابراین مدل اصلاح و با حذف این متغیرها دوباره اجرا شد که در ادامه نتایج آن گزارش می‌شود. همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، دلبستگی ایمن به عنوان متغیر برونزا، اثر معنی داری بر متغیرهای میانجی حوزه بریدگی ($\beta=-0/27$)، $\beta=-4/96$ ($T\text{-value}=-4/96$)، حوزه محدودیت مختل ($\beta=-0/23$)، $\beta=-3/21$ ($T\text{-value}=-3/21$) و حوزه گوش به زنگی ($\beta=-0/31$)، $\beta=-5/16$ ($T\text{-value}=-5/16$) دارد. همچنین، دلبستگی اجتنابی به عنوان متغیر برونزا، اثر معنی داری بر متغیر میانجی حوزه بریدگی ($\beta=-0/23$)، $\beta=-5/11$ ($T\text{-value}=-5/11$) دارد. دلبستگی اضطرابی نیز به عنوان متغیر برونزا،

جدول ۳. اثرات مستقیم در بین متغیرهای پژوهش

سطح معنی داری	T-Value	خطای استاندارد	ضرایب استاندارد	متغیرهای وابسته	متغیرهای مستقل
۰/۰۰۰	-۴/۹۶۷	۰/۳۷۳	-۰/۲۷۵	حوزه بریدگی	دل بستگی ایمن
۰/۰۰۱	-۳/۲۱۰	۰/۱۶۸	-۰/۱۹۶	حوزه محدودیت مختل	دل بستگی ایمن
۰/۰۰۰	-۵/۱۶۰	۰/۱۹۴	-۰/۳۱۵	حوزه گوش به زنگی	دل بستگی ایمن
۰/۰۰۰	-۵/۱۱۸	۰/۳۵۰	-۰/۲۳۳	حوزه بریدگی	دل بستگی اجتنابی
۰/۰۰۰	۷/۵۸۹	۰/۲۰۵	۰/۳۸۵	حوزه بریدگی	دل بستگی اضطرابی
۰/۰۰۰	۵/۵۳۰	۰/۰۸۲	۰/۲۷۴	حوزه محدودیت مختل	دل بستگی اضطرابی
۰/۰۰۲	۳/۰۶۲	۰/۰۲۲	۰/۱۶۲	حوزه محدودیت مختل	فاجعه سازی
۰/۰۰۰	۴/۰۲۰	۰/۰۲۶	۰/۲۲۴	حوزه گوش به زنگی	فاجعه سازی
۰/۰۰۰	۳/۶۴۳	۰/۱۰۸	۰/۱۶۴	حوزه محدودیت مختل	شخصیت خودشیفته
۰/۰۰۰	۹/۳۱۸	۰/۰۲۸	۰/۶۰۳	وسواس رابطه	حوزه بریدگی
۰/۰۰۶	-۲/۷۳۴	۰/۰۸۱	-۰/۲۰۵	وسواس رابطه	حوزه محدودیت مختل
۰/۰۱۳	۲/۴۹۵	۰/۰۶۴	۰/۱۷۰	وسواس رابطه	حوزه گوش به زنگی

۰/۰۵- در سطح $p < ۰/۰۵$ معنی دار است. اما مسیر دل بستگی ایمن به وسواس رابطه با واسطه گری محدودیت مختل با ضرایب استاندارد ۰/۰۲ در سطح $p < ۰/۰۵$ معنی دار نیست. همچنین، مسیر دل بستگی اضطرابی به وسواس رابطه با واسطه گری حوزه بریدگی با ضرایب استاندارد ۰/۱۳- در سطح $p < ۰/۰۵$ معنی دار است. از سوی دیگر، مسیر دل بستگی اضطرابی به وسواس رابطه با واسطه گری حوزه بریدگی و محدودیت مختل به ترتیب با ضرایب استاندارد

برای ارزیابی روابط واسطه ای از آزمون بوت استرپ استفاده شد. در صورتی که حد بالا و پایین با فاصله اطمینان ۹۵٪ برای مسیر واسطه ای هم علامت باشند (هر دو مثبت یا هر دو منفی) و یا به عبارتی مقدار صفر بین این دو حد قرار نگیرد مسیر مورد نظر در سطح $p < ۰/۰۵$ معنی دار است. همان گونه که مندرجات جدول ۴ نشان می دهد مسیر دل بستگی ایمن به وسواس رابطه با واسطه گری حوزه بریدگی و گوش به زنگی به ترتیب با ضرایب استاندارد ۰/۱۳- و

۰/۳۰ و ۰/۰۹- در سطح $p < ۰/۰۵$ معنی دار است. همچنین، مسیر فاجعه سازی به وسواس رابطه با واسطه گری محدودیت مختل و گوش به زنگی به ترتیب با ضرایب استاندارد ۰/۰۳- و ۰/۰۴ در سطح $p < ۰/۰۵$ معنی دار است. مسیر شخصیت خودشیفته به وسواس رابطه با واسطه گری محدودیت مختل با ضریب استاندارد ۰/۰۳- در سطح $p < ۰/۰۵$ معنی دار است.

جدول ۴. نتایج آزمون بوت استرپ برای اثرات واسطه ای

متغیر مستقل	متغیر واسطه‌ای	متغیر وابسته	ضریب استاندارد	خطای استاندارد	دامنه پایین ۹۵٪	دامنه بالای ۹۵٪	سطح معنی داری
دل بستگی ایمن	حوزه بریدگی رابطه	وسواس رابطه	-۰/۱۳۴	۰/۰۳۲	-۰/۱۹۶	-۰/۰۷۲	۰/۰۰۰
دل بستگی ایمن	محدودیت مختل رابطه	وسواس رابطه	۰/۰۲۵	۰/۰۱۶	-۰/۰۰۶	۰/۰۵۶	۰/۱۱۲
دل بستگی ایمن	گوش به زنگی رابطه	وسواس رابطه	-۰/۰۵۲	۰/۰۲۵	-۰/۱۰۱	-۰/۰۰۴	۰/۰۳۴
دل بستگی اجتنابی	حوزه بریدگی رابطه	وسواس رابطه	-۰/۱۳۳	۰/۰۳۱	-۰/۱۹۵	-۰/۰۷۲	۰/۰۰۰
دل بستگی اضطرابی	حوزه بریدگی رابطه	وسواس رابطه	۰/۳۰۱	۰/۰۴۴	۰/۲۱۴	۰/۳۸۷	۰/۰۰۰
دل بستگی اضطرابی	محدودیت مختل رابطه	وسواس رابطه	-۰/۰۹۵	۰/۰۳۱	-۰/۱۵۷	-۰/۰۳۴	۰/۰۰۲
فاجعه سازی	محدودیت مختل رابطه	وسواس رابطه	-۰/۰۳۶	۰/۰۱۸	-۰/۰۷۱	-۰/۰۰۱	۰/۰۴۷
فاجعه سازی	گوش به زنگی رابطه	وسواس رابطه	۰/۰۴۱	۰/۰۱۹	۰/۰۰۴	۰/۰۷۸	۰/۰۲۹
شخصیت خود شیفته	محدودیت مختل رابطه	وسواس رابطه	-۰/۰۳۹	۰/۰۱۸	-۰/۰۷۴	-۰/۰۰۵	۰/۰۲۵

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش بررسی نقش سبک‌های دل بستگی، ویژگی‌های خودشیفتگی و فاجعه‌سازی ارتباطی در پیش‌بینی

وسواس رابطه با در نظر گرفتن نقش میانجی طحوااره‌های ناسازگار اولیه بود. یافته‌های نشان داد که سبک‌های دل بستگی با برخی حوزه‌های طحوااره‌های ناسازگار اولیه رابطه معنادار

دارند و این رابطه می‌تواند به‌طور غیرمستقیم در تبیین وسواس رابطه نقش ایفا کند. به‌طور مشخص، دلبستگی ایمن با کاهش فعال‌سازی طرحواره‌های حوزه بریدگی و طرد و نیز گوش‌به‌زنگی افراطی همراه بود، در حالی که نقش میانجی حوزه محدودیت‌های مختل در این رابطه معنادار نبود. در مقابل، دلبستگی اجتنابی عمدتاً با حوزه بریدگی و طرد مرتبط بود و دلبستگی اضطرابی علاوه بر این حوزه، با طرحواره‌های مرتبط با محدودیت‌های مختل نیز همبستگی نشان داد. این الگو با شواهدی همسو است که نشان می‌دهند سبک‌های دلبستگی ناایمن با افزایش حساسیت نسبت به طرد، بی‌ثباتی و تهدیدهای بین‌فردی همراه هستند و افراد را در معرض ادراک منفی‌تر از روابط عاطفی قرار می‌دهند (۴۸، ۴۹). همچنین، دلبستگی اضطرابی که با نیاز مداوم به اطمینان و تأیید همراه است، با افزایش واکنش‌های اضطرابی و نگرانی‌های افراطی در روابط مرتبط دانسته شده است (۵۰، ۵۱). در مقابل، دلبستگی ایمن نقش حفاظتی داشته و با کاهش آسیب‌پذیری در برابر هیجان‌های منفی و ادراک تهدیدمحور از روابط همراه است. از منظر نظری، این یافته‌ها بر اساس نظریه دلبستگی بالبی قابل تبیین است که بر شکل‌گیری «الگوهای درونی کارکردی» در اثر تعاملات اولیه با مراقبان تأکید دارد؛ الگوهایی که نحوه ادراک خود، دیگران و روابط صمیمانه را در بزرگسالی سازمان‌دهی می‌کنند (۴۴، ۷۵). در این چارچوب، تجارب دلبستگی ناایمن می‌توانند به شکل‌گیری ارزیابی‌های منفی پایدار از خود و روابط منجر شوند که در قالب طرحواره‌های ناسازگار اولیه سازمان می‌یابند. همچنین، مطابق دیدگاه طرحواره‌درمانی، این طرحواره‌ها به‌عنوان ساختارهای شناختی-هیجانی عمیق، حاصل درونی‌سازی تجارب اولیه بوده و در موقعیت‌های بین‌فردی فعال می‌شوند و ادراک، هیجان و رفتار فرد را جهت‌دهی می‌کنند (۷۳، ۷۶). بر این اساس، سبک‌های دلبستگی از طریق شکل‌دهی یا تعدیل این طرحواره‌ها، مسیرهای شناختی-هیجانی مهمی را

در تبیین آسیب‌پذیری نسبت به نگرانی‌های رابطه‌ای و در نهایت نشانه‌های وسواس رابطه فراهم می‌سازند. همچنین یافته‌ها نشان داد که فاجعه‌سازی ارتباطی با فعال‌سازی برخی حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه، به‌ویژه حوزه‌های گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد/بازداری افراطی و محدودیت‌های مختل، رابطه مثبت و معنادار دارد. به این معنا که افرادی که تمایل بیشتری به تفسیر اغراق‌آمیز رویدادهای رابطه و پیش‌بینی پیامدهای فاجعه‌آمیز دارند، بیش از دیگران در معرض فعال شدن الگوهای شناختی-هیجانی ناسازگار قرار می‌گیرند. این یافته با پژوهش‌های پیشین همسو است که نشان داده‌اند سوگیری‌های شناختی و به‌ویژه فاجعه‌سازی ارتباطی از عوامل مهم در افزایش اضطراب، نشخوار ذهنی و تفسیرهای منفی در روابط عاطفی هستند (۲۲، ۵۸، ۵۹). همچنین، مطالعات مرتبط با وسواس رابطه نشان داده‌اند که تفسیرهای اغراق‌آمیز از تعارض‌های معمول می‌تواند حساسیت نسبت به نشانه‌های تهدید را افزایش داده و زمینه فعال شدن الگوهای شناختی ناسازگار را فراهم کند (۸، ۶۰). از منظر نظری، این یافته با مدل شناختی-رفتاری اختلال وسواس فکری-عملی همخوان است که بر نقش تفسیرهای فاجعه‌آمیز و ارزیابی‌های ناکارآمد در شکل‌گیری و تداوم نشانه‌های وسواسی تأکید دارد (۲۸). بر اساس این مدل، فاجعه‌سازی موجب افزایش توجه انتخابی به نشانه‌های تهدیدکننده و تقویت پردازش سوگیرانه اطلاعات می‌شود. در نتیجه، فرد در روابط عاطفی، ابهامات طبیعی را به‌صورت نشانه‌های خطر یا شکست تفسیر کرده و این امر به فعال‌سازی طرحواره‌های ناسازگار، به‌ویژه در حوزه‌های گوش‌به‌زنگی و بازداری افراطی، منجر می‌شود. همچنین، ارتباط فاجعه‌سازی با حوزه محدودیت‌های مختل قابل تبیین است؛ به‌گونه‌ای که این سوگیری شناختی با کاهش تحمل ابهام، ضعف در انعطاف‌پذیری شناختی و گرایش به نتیجه‌گیری‌های شتاب‌زده همراه است. این ویژگی‌ها موجب می‌شود فرد در

دیدگاه، طرحواره‌های ناسازگار اولیه به‌عنوان ساختارهای عمیق شناختی-هیجانی که در اثر تجارب اولیه زندگی شکل می‌گیرند، در موقعیت‌های بین‌فردی فعال شده و ادراک، هیجان و رفتار فرد را سازمان‌دهی می‌کنند (۳, ۷۳). در این راستا، ویژگی‌های خودشیفتگی می‌توانند با تقویت تمرکز افراطی بر خود، نیاز به برتری جویی و حساسیت نسبت به شکست‌های بین‌فردی، زمینه فعال‌سازی طرحواره‌های مرتبط با محدودیت در خودکنترلی و تنظیم هیجان را فراهم کنند. در مجموع، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که ویژگی‌های خودشیفتگی از طریق تأثیر بر فعال‌سازی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، به‌ویژه در حوزه محدودیت‌های مختل، می‌توانند در شکل‌دهی الگوهای شناختی ناکارآمد نقش داشته باشند. این فرایند شناختی-هیجانی می‌تواند یکی از مسیرهای زیربنایی در آسیب‌پذیری روان‌شناختی افراد و بروز مشکلات بین‌فردی در روابط عاطفی تلقی شود.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، به‌ویژه حوزه‌های بریدگی و طرد، گوش‌به‌زنگی افراطی و محدودیت‌های مختل، نقش میانجی معناداری در ارتباط بین سبک‌های دل‌بستگی، فاجعه‌سازی ارتباطی و خودشیفتگی با وسواس رابطه ایفا می‌کنند. به‌عبارت دیگر، اثر این متغیرهای پیش‌بین بر علائم وسواس رابطه، عمدتاً از طریق فعال‌سازی الگوهای شناختی-هیجانی پایدار در قالب طرحواره‌های ناسازگار اولیه منتقل می‌شود. این یافته با مبانی نظری طرحواره‌درمانی همسو است که طرحواره‌ها را ساختارهای شناختی-هیجانی عمیقی می‌داند که در نتیجه تجربه‌های اولیه شکل گرفته و در موقعیت‌های بین‌فردی فعال شده و ادراک، هیجان و رفتار فرد را هدایت می‌کنند (۷۶, ۷۷). بر این اساس، سبک‌های دل‌بستگی ناایمن، گرایش‌های فاجعه‌سازانه و ویژگی‌های خودشیفتگی، همگی می‌توانند به‌عنوان تجارب یا الگوهای شناختی اولیه و

مواجهه با تعارض‌های بین‌فردی، به جای پردازش واقع‌بینانه، الگوهای فکری سخت‌گیرانه و غیرمنعطف را فعال کند که در نهایت به تثبیت طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌انجامد. در مجموع، می‌توان نتیجه گرفت که فاجعه‌سازی ارتباطی از طریق فعال‌سازی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، به‌ویژه در حوزه‌های مرتبط با تهدید و کنترل شناختی، نقش مهمی در تداوم تفسیرهای منفی از روابط عاطفی دارد. این فرایند نشان می‌دهد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، حلقه واسطی میان سوگیری‌های شناختی و ادراک ناکارآمد از روابط هستند و می‌توانند زمینه‌ساز شکل‌گیری نگرانی‌های افراطی در روابط بین‌فردی باشند.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که ویژگی‌های خودشیفتگی با برخی حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه رابطه معنادار دارد؛ به‌گونه‌ای که خودشیفتگی با افزایش فعال‌سازی طرحواره‌های مرتبط با حوزه محدودیت‌های مختل همراه بود. این نتیجه نشان می‌دهد افرادی که ویژگی‌های خودشیفتگی بالاتری دارند، بیش از سایرین در معرض الگوهای شناختی-هیجانی ناسازگار در زمینه خودتنظیمی، تحمل ناکامی و ادراک واقع‌بینانه محدودیت‌های بین‌فردی قرار دارند. این یافته با ادبیات نظری موجود همسو است که ویژگی‌های خودشیفتگی را با نیاز شدید به تأیید، حساسیت بالا نسبت به ارزیابی دیگران و واکنش‌پذیری هیجانی در مواجهه با تهدیدهای مربوط به خودارزشی مرتبط می‌دانند (۵۳, ۵۴). در این چارچوب، افراد دارای گرایش‌های خودشیفتگی در صورت مواجهه با ناکامی یا عدم تأیید، احساس تهدید و آسیب‌پذیری شدیدی را تجربه می‌کنند که می‌تواند به فعال شدن الگوهای شناختی ناسازگار در حوزه کنترل هیجان و خودتنظیمی منجر شود. از منظر نظری، این الگو را می‌توان در چارچوب دیدگاه‌های شناختی-هیجانی و طرحواره‌درمانی تبیین کرد. بر اساس این

این پژوهش با وجود رعایت اصول روش‌شناختی، دارای محدودیت‌هایی از جمله طراحی مقطعی، نمونه‌گیری در دسترس از جمعیت غیربالینی شهر خوی، استفاده از ابزارهای خودگزارشی و کنترل‌نشدن برخی متغیرهای مداخله‌گر بود که تعمیم‌پذیری و استنباط روابط علی را محدود می‌کند. بر این اساس، انجام پژوهش‌های طولی و آزمایشی، استفاده از نمونه‌های تصادفی و بالینی، به‌کارگیری روش‌های کیفی و ابزارهای عینی‌تر، و بررسی نقش متغیرهای تعدیل‌گر و ابعاد مختلف خودشیفتگی در مدل‌های آینده پیشنهاد می‌شود. در مجموع، یافته‌ها بر اهمیت سبک‌های دلبستگی، صفات شخصیتی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در تبیین وسواس رابطه‌ای و ضرورت توجه به این عوامل در پژوهش و مداخلات درمانی تأکید دارند.

تشکر و قدردانی

نویسنده از تمامی کسانی که در این راستا با محقق همکاری نمودند کمال تشکر را دارد.

تعارض منافع

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

تثبیت‌شده عمل کرده و از طریق فعال‌سازی طرحواره‌های ناسازگار، زمینه تفسیرهای تهدیدمحور از روابط عاطفی را فراهم کنند. از منظر نظریه دلبستگی نیز، کیفیت روابط اولیه با مراقبان، زیرساخت شکل‌گیری الگوهای درونی نسبت به خود و دیگران را فراهم می‌سازد که این الگوها در بزرگسالی به صورت طرحواره‌های ناسازگار فعال می‌شوند و نحوه پردازش اطلاعات هیجانی و بین‌فردی را تعیین می‌کنند (۴۴، ۷۵). در این چارچوب، دلبستگی ناایمن می‌تواند فرد را مستعد فعال‌سازی طرحواره‌های مرتبط با طرد، بی‌اعتمادی و تهدید کند که در نهایت زمینه‌ساز نگرانی‌های وسواسی در روابط می‌شود. همچنین، از دیدگاه شناختی-رفتاری، فاجعه‌سازی ارتباطی و باورهای ناکارآمد خودشیفتگی با افزایش سوگیری‌های تهدیدمحور و نیاز افراطی به تأیید، موجب تقویت طرحواره‌های ناسازگار و تداوم چرخه‌های اضطراب و اطمینان‌جویی می‌شوند (۲۸). در این شرایط، طرحواره‌ها به‌عنوان واسطه‌ای میان ویژگی‌های شخصیتی و شناختی و پیامدهای هیجانی عمل کرده و شدت و پایداری علائم وسواس رابطه را افزایش می‌دهند. در مجموع، نتایج نشان می‌دهد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه نقش سازوکار مرکزی در تبدیل آسیب‌پذیری‌های شخصیتی و شناختی به علائم وسواس رابطه دارند. این یافته بر اهمیت تمرکز مداخلات درمانی بر شناسایی و اصلاح طرحواره‌های زیربنایی در کنار تعدیل سبک‌های دلبستگی و سوگیری‌های شناختی تأکید دارد.

References

1. Stein DJ, Costa DL, Lochner C, Miguel EC, Reddy YJ, Shavitt RG, et al. Obsessive-compulsive disorder. *Nature reviews Disease primers*. 2019;5(1):52.
2. Singh A, Anjankar VP, Sapkale B. Obsessive-compulsive disorder (OCD): a comprehensive review of diagnosis, comorbidities, and treatment approaches. *Cureus*. 2023;15(11).
3. Bloch MH, Artukoglu BB, Lennington JB, Szuhay G, Lombroso PJ. Obsessive-compulsive disorder. *Rosenberg's Molecular and Genetic Basis of Neurological and Psychiatric Disease: Elsevier*; 2020. p. 663-74.
4. Zisler EM, Meule A, Koch S, Schennach R, Voderholzer U. Duration of daily life activities in persons with and without obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*. 2024;173:6-13.
5. Żerdziński M, Burdzik M, Żmuda R, Witkowska-Berek A, Dębski P, Flajszok-Macierzyńska N, et al. Sense of happiness and other aspects of quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder. *Frontiers in Psychiatry*. 2022;13:1077337.
6. Amel GT. The Hidden Vicious Cycles in Relationship Obsessive-Compulsive Disorder (ROCD): A Psychological and Neurological Approach. *The Sankalpa: International Journal of Management Decisions*. 2026;12(1):1635-49.
7. Shinar S. Is Preoccupation with the Positive Qualities of the Relationship Partner or Relationship, an Additional Presentation of Relationship Obsessive-Compulsive Disorder (Rocd)? : Reichman University (Israel); 2025.
8. Zarifi M, Menashadi MD, Fallah MH. Identifying the Harms Experienced by Married Women with Relationship Obsessive-Compulsive Disorder. 2026.
9. Malik P, Kumari S. THE IMPACT OF ROMANTIC JEALOUSY ON THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF-ESTEEM AND SYMPTOMS OF RELATIONSHIP OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER. *Psychologia*. 2025;67(2):109-30.
10. Mısırlı M, Kaynak GK. Relationship obsessive compulsive disorder: A systematic review. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2023;15(4):549-61.
11. Mancin P, Malerba A, Doron G, Ghisi M, Cerea S. "Can I Have More Than This?" The Role of Romantic Relationship Quality, Maximization Style, and Social Media Addiction in Relationship Obsessive Compulsive Disorder Symptoms. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2024;27(2):119-26.
12. Evans C. Exploring Obsessive Thinking and Compulsive Behaviour in the Context of Real and Imagined Relationships: University of Sheffield; 2023.
13. Karmous A, Ktari H, Ghabi H, Hajri A, Khelifa E, Maamri A, et al. Relationship obsessive compulsive disorder: The hidden struggle in romantic relationships. *European Psychiatry*. 2025;68(S1):S846-S.
14. Littman R, Leibovits G, Halfon CN, Schonbach M, Doron G. Interpersonal transmission of ROCD symptoms and susceptibility to infidelity in romantic relationships. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2023;37:100802.
15. Lima CRO. Environmental Factors in the Etiology of Obsessive-Compulsive Disorder: Universidade do Minho (Portugal); 2022.
16. Doron G, Derby DS, Szepsenwol O. Relationship obsessive compulsive disorder (ROCD): A conceptual framework. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2014;3(2):169-80.
17. Arı S. Intergenerational Transmission of Relationship-Related Obsessive Compulsive Symptoms: Roles of Insecure Attachment Styles and Perfectionism: TED University (Turkey); 2023.
18. Prasko J, Ociskova M, Krone I, Burkauskas J, Gecaite-Stonciene J, Hodny F, et al. A narrative review of relationship obsessive-compulsive disorder: Characteristics, causes and cognitive-behavioural interventions. *Neuroendocrinology Letters*. 2024;45(4):262-80.
19. Citron ME. Child sexual abuse and relationship obsessive compulsive disorder (ROCD): The influence of betrayal trauma on mental contamination. 2025.
20. Doron G, Derby D, Szepsenwol O, Nahaloni E, Moulding R. Relationship obsessive-compulsive disorder: Interference, symptoms, and maladaptive beliefs. *Frontiers in psychiatry*. 2016;7:58.

21. Valshtein TJ. *The Quandary of Love: Persistence in Romantic Relationship Pursuit Processes*: New York University; 2021.
22. Toroslu B, Çirakoğlu OC. Do perfectionism and intolerance of uncertainty mediate the relationship between early maladaptive schemas and relationship and partner related obsessive-compulsive symptoms? *Current psychology*. 2023;42(22):19037-53.
23. Ghomian S, Shaeiri MR, Farahani H. *Relationship obsessive compulsive disorder (ROCD) in Iranian culture: symptoms, causes and consequences*. 2021.
24. Kasalova P, Prasko J, Ociskova M, Holubova M, Vanek J, Kantor K, et al. Marriage under control: Obsessive compulsive disorder and partnership. *Neuroendocrinology Letters*. 2020;41(3):134-45.
25. Dar-Perl T. " I'm Not Sure About Our Relationship" Examining the Associations Between Relationship Obsessive-compulsive Disorder (ROCD) Symptoms and Partners' Well-being: Reichman University (Israel); 2018.
26. Doron G, Derby D. Assessment and treatment of relationship-related OCD symptoms (ROCD) A modular approach. *The Wiley handbook of obsessive compulsive disorders*. 2017;1:547-64.
27. Aschkenasy AM. *Exploring relationship obsessive-compulsive disorder (ROCD) in the GD-individual context*: Reichman University (Israel); 2020.
28. Clark DA. *Cognitive-behavioral therapy for OCD and its subtypes*: Guilford Publications; 2019.
29. Haciomeroglu B. The role of reassurance seeking in obsessive compulsive disorder: the associations between reassurance seeking, dysfunctional beliefs, negative emotions, and obsessive-compulsive symptoms. *BMC psychiatry*. 2020;20(1):356.
30. Melissa M. An Overview of OCD. *Internal Family Systems Therapy for OCD*. 2025:41-56.
31. Ben-Ari T. *Exposure to Ideal-relationship Photos on Instagram, Maladaptive Beliefs About Love and Relationship Obsessive Compulsive Disorder Symptoms*: Reichman University (Israel); 2023.
32. Wells A. *Metacognitive therapy. Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies*. 2011:83-108.
33. Miller S. *To Tell or Not to Tell: Exploring Dynamics of Disclosing OCD Symptoms and the Impact on Romantic Relationship Satisfaction*: The Chicago School of Professional Psychology; 2026.
34. Hezel DM, McNally RJ. A theoretical review of cognitive biases and deficits in obsessive-compulsive disorder. *Biological psychology*. 2016;121:221-32.
35. Rachman S. A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour research and therapy*. 2002;40(6):625-39.
36. Ferguson CJ. *Catastrophe!: How Psychology Explains Why Good People Make Bad Situations Worse*: Simon and Schuster; 2022.
37. FitzGerald KM. *Attachment and reassurance seeking in Obsessive-Compulsive Disorder*: Swinburne; 2018.
38. Gorelik M, Szepeswol O, Doron G. Promoting couples' resilience to relationship obsessive compulsive disorder (ROCD) symptoms using a CBT-based mobile application: A randomized controlled trial. *Heliyon*. 2023;9(11).
39. Esfahan MM, Ayasrah MN, Ghayoumi F, Motaharinasab A, Tayim N, Aghaei ZSPS. The Network Structure of Relationship Obsessive-Compulsive Disorder Presentations: The Interplay between ROCD Symptoms with Maladaptive and Non-Maladaptive Personality Traits. *Psychiatric Quarterly*. 2024;95(3):321-39.
40. Bilge Y, Yılmaz M, Hüröğlu G, Akan Tikici Z. The effects of adverse childhood experiences and early maladaptive schemas on relationship obsessive-compulsive disorder. *Trends in psychology*. 2024;32(4):1268-86.
41. Dokhtfard¹ MT, Akiş ÖÜAD. THE ROLE OF ADULT ATTACHMENT STYLES AND EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS IN RELATIONSHIP OBSESSIVE-COMPULSIVE SYMPTOMS (ROCD).
42. Riggs SA. Childhood emotional abuse and the attachment system across the life cycle: What theory and research tell us. *The effect of childhood emotional maltreatment on later intimate relationships*: Routledge; 2019. p. 5-51.
43. Karakuş A. *Psychological Manipulation and Obsession in Romantic Relationships: Examining the Role of Cognitive Attentional Syndrome*: Üzküdar University (Turkey); 2025.

44. Eilert DW, Buchheim A. Attachment-related differences in emotion regulation in adults: A systematic review on attachment representations. *Brain sciences*. 2023;13(6):884.
45. Mikulincer M, Shaver P, Cassidy J, Shaver P. Adult attachment and emotion regulation. *Handbook of emotion regulation* (Ed JJ Gross). 2014:237-50.
46. Mikulincer M, Shaver PR. An attachment perspective on psychopathology. *World psychiatry*. 2012;11(1):11-5.
47. Wang H, editor *Impact of attachment relationships on anxiety and depression*. SHS Web of Conferences; 2023: EDP Sciences.
48. Simpson JA, Rholes WS. Adult attachment, stress, and romantic relationships. *Current opinion in psychology*. 2017;13:19-24.
49. Overall NC, Pietromonaco PR, Simpson JA. Buffering and spillover of adult attachment insecurity in couple and family relationships. *Nature Reviews Psychology*. 2022;1(2):101-11.
50. Clark GI, Rock AJ, Clark LH, Murray-Lyon K. Adult attachment, worry and reassurance seeking: Investigating the role of intolerance of uncertainty. *Clinical Psychologist*. 2020;24(3):294-305.
51. Paprocki CM, Baucom DH. Worried about us: Evaluating an intervention for relationship-based anxiety. *Family process*. 2017;56(1):45-58.
52. Tinella L, Lunardi L, Rigobello L, Bosco A, Mancini F. Relationship Obsessive Compulsive Disorder (R-OCD): The role of relationship duration, fear of guilt, and personality traits. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2023;37:100801.
53. Hassmén P, Hindman E. Skills to manage traits of vulnerable narcissists. *Emotion Control Strategies for Peak Performance in Neurodivergent Brains: Wired to Thrive*: Springer; 2025. p. 127-49.
54. Green A, Charles K. Voicing the victims of narcissistic partners: A qualitative analysis of responses to narcissistic injury and self-esteem regulation. *Sage Open*. 2019;9(2):2158244019846693.
55. Krizan Z, Herlache AD. The narcissism spectrum model: A synthetic view of narcissistic personality. *Personality and social psychology review*. 2018;22(1):3-31.
56. Mitra R. *Narcissism & Narcissistic Personality Disorder: An Interlacing Threads of Self-Obsession*. Swami Vivekananda University Press. 2025:30-52.
57. Passal S. "Is He My One and Only?" Exploring Maladaptive Beliefs Underlying Relationship-Centered Obsessive-Compulsive Symptoms: Reichman University (Israel); 2016.
58. Stragapede E, Huber JD, Corsini-Munt S. My catastrophizing and your catastrophizing: Dyadic associations of pain catastrophizing and the physical, psychological, and relational Well-being of persons with endometriosis and their partners. *The Clinical Journal of Pain*. 2024;40(4):221-9.
59. Redemer WM. *The Relationship between Symptom Catastrophizing and Sociocultural Factors among Adults with Persistent Sympathetic Activation Syndromes*. 2026.
60. Mclendon JS. *An Exploration of Thought Process and Affect Changes in Individuals in an Anxiety-Ridden Relationship*: Northcentral University; 2024.
61. Uvelli A, Floridi M, Agrusti G, Franquillo AC, Fiumalbi L, Micheloni T, et al. When Adverse Experiences Influence the Interpretation of Ourselves, Others and the World: A Systematic Review and Meta-Analysis of Maladaptive Schemas in Victims of Violence. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2025;32(4):e70114.
62. Abbasi M, Saberi H, Taheri A. Developing a structural model of pain perception based on early maladaptive schemata mediated by cognitive emotion regulation in people with chronic pain. *Iranian Evolutionary Educational Psychology Journal*. 2023;5(1):101-17.
63. Kover L, Szollosi GJ, Frecska E, Bugan A, Berecz R, Egerhazi A. The association between early maladaptive schemas and romantic relationship satisfaction. *Frontiers in psychology*. 2024;15:1460723.
64. Adiyaman YC, Eginli AT. The effect of early maladaptive schemas on communication styles of romantic couples. 2023.
65. Schwartz Y. *Childhood Emotional Maltreatment and Depression: The Role of Early Maladaptive Schemas, Sense of Defectiveness, and Attachment*: Adelphi University; 2023.
66. Tamrchi S, Rabiee M, Dolatshahi B. Investigating parenting styles and relationship obsessive-compulsive disorder symptoms: The mediating role of alexithymia. *Practice in Clinical Psychology*. 2024;12(2):165-78.

67. Karantzas GC, Younan R, Pilkington PD. The associations between early maladaptive schemas and adult attachment styles: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2023;30(1):1.
68. Çoban R, Şirin HD. Investigating the mediating role of early maladaptive schemas in the relationship between anxious attachment and emotion regulation difficulties in young adults. *Journal of Social Sciences Research/Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*. 2025;15(3).
69. Yıldırım B. The influence of attachment styles, personality characteristics, social comparison, and reassurance seeking on rocd symptoms: Middle East Technical University (Turkey); 2017.
70. Collins NL, Read SJ. Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of personality and social psychology*. 1990;58(4):644.
71. Raskin R, Terry H. A principal-components analysis of the Narcissistic Personality Inventory and further evidence of its construct validity. *Journal of personality and social psychology*. 1988;54(5):890.
72. Ames DR, Rose P, Anderson CP. The NPI-16 as a short measure of narcissism. *Journal of research in personality*. 2006;40(4):440-50.
73. Young JE. Young schema questionnaire--Short form. *Cognitive therapy and research*. 1998.
74. Doron G, Derby DS, Szepeswol O, Talmor D. Flaws and all: Exploring partner-focused obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2012;1(4):234-43.
75. Bowlby J. Attachment and loss v. 3 (Vol. 1). Random House London; 1969.
76. Bach B, Lockwood G, Young JE. A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive behaviour therapy*. 2018;47(4):328-49.
77. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide: Guilford Press; 2006.
78. Zarei, I., Eghbal, A., Karami Boldaji, R., Heydari, H., Hosseinkhanzadeh, A. A., & Baharloo, G. (2014). Predicting the five-factor personality traits of students based on adult attachment styles. *Journal of Cognitive and Behavioral Sciences*, 4(1), 167–179. <https://sid.ir/paper/237503/fa>. (Persian)
79. Safarinia, M., Shaghghi, F., & Maleki, B. (2012). Preliminary examination of the psychometric properties of the Narcissistic Personality Inventory (NPI-40). *Journal of Clinical Psychology Studies*, 2(8), 71–92. <https://sid.ir/paper/478459/fa>. (Persian)
80. Mahdavi S, Azadi M, Sadoor S. Standardization of Young Schema Questionnaire among students of Tehran. *Educational Measurement Journal*. 2021;12(45):135-163. (Persian)
81. Attari, Y., Mehrabizadeh Honarmand, M., & Taghavi, S. R. (2021). [Predicting pathological dependency based on early maladaptive schemas and fear of intimacy]. *Journal of Applied Psychology*, 5(15), 35-53. (Persian)

*Original Article***The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy in Improving Marital Quality of Life and Emotion Regulation among Women with Uterine Cancer**

Received: 13/07/2025 - Accepted: 12/01/2026

Farina Iraj¹
Soudabeh Jafari²
Masoud Qorbanalipour^{3*}

¹ M.A. in Clinical Psychology,
Department of Clinical Psychology,
Faculty of Medical Sciences, Ta.C.,
Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

² M.A. in General Psychology,
Department of Psychology, Faculty of
Psychology and Educational Sciences,
Urmia University, Urmia, Iran.

³ Department of Psychology, Khoy.c.,
Islamic Azad University, Khoy, Iran.
(Corresponding Author)

Email:
masoudqorbanalipour@gmail.com

Abstract

Introduction: In addition to physical consequences, uterine cancer is associated with numerous psychological and interpersonal problems that can affect the quality of marital life and the ability to regulate emotions in patients. The present study aimed to investigate the effectiveness of cognitive behavioral therapy on the quality of marital life and emotion regulation in women with uterine cancer.

Methods: Here is a precise, journal-ready academic English translation:

This study was a quasi-experimental research with a pretest–posttest design and a control group. The statistical population included women diagnosed with uterine cancer who referred to medical centers and specialized clinics in Tehran. Among them, 26 participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to either the experimental or control group. The experimental group received 12 sessions of 90-minute cognitive-behavioral therapy, whereas the control group received no psychological intervention. The research instruments included the Emotion Regulation Questionnaire by Gross and John (2003) and the World Health Organization Quality of Life–BREF (WHOQOL-BREF). The data were analyzed using one-way analysis of covariance (ANCOVA)..

Results: The results showed that cognitive behavioral therapy had a significant effect on improving the quality of marital life and emotion regulation in women with uterine cancer ($p \leq 0.05$). Also, the mean scores of marital quality of life and adaptive emotion regulation strategies in the experimental group increased significantly compared to the control group ($p \leq 0.05$).

Conclusion: It can be said that this approach increases the psychological adaptation of patients by correcting dysfunctional thoughts, training coping skills, and improving the ability to manage emotions. Therefore, the use of cognitive behavioral interventions along with medical treatments can play an important role in improving the mental health and quality of life of these patients

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Emotion Regulation, Quality Of Life, Women With Uterine Cancer.