

نقش واسطه‌ایی ذهنیت مقابله‌ایی ناکارآمد در رابطه بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و اختلال وسواس فکری - عملی

تاریخ دریافت: ۹۹/۱۲/۱۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۰۴

خلاصه

مقدمه: روابط اولیه والدین با کودک و حوادث تروماتیک دوران کودکی در شکل‌گیری اختلالات وسواسی نقش بسزایی دارد؛ بنابراین هدف این مطالعه تبیین نقش میانجی ذهنیت طرح‌واره‌ای والدین ناکارآمد بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و وسواس فکری عملی بود.

روش کار: این مطالعه مقطعی با استفاده از روش پژوهش توصیفی-همبستگی و مدل تحلیل مسیر انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی افراد دارای اختلال وسواس فکری و عملی بود که به مراکز درمانی و مشاوره شهر تهران در سال ۱۳۹۷ مراجعه کردند. گروه نمونه‌ای با حجم ۴۵۰ نفر با روش غیرتصادفی و هدف‌مند انتخاب شد؛ اما در نهایت ۴۲۷ نفر به پرسشنامه‌ها جواب کامل دادند. در این مطالعه از فرم کوتاه پرسشنامه طرح‌واره یانگ، پرسشنامه ذهنیت طرح‌واره‌ای یانگ و پرسشنامه وسواسی جبری بازنگری شده استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با ضریب همبستگی پیرسون و مدل تحلیل مسیر با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۲ و AMOS نسخه ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰۰۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج: نتایج نشان داد، ضریب مسیر مستقیم بین حوزه اول به والد ناکارآمد ($\beta=0.046, p<0.001$) ضرایب مسیر بین حوزه پنجم به والد ناکارآمد ($\beta=0.079, p<0.001$)، حوزه اول به مقابله‌ای ناکارآمد ($\beta=0.028, p<0.001$)، حوزه پنجم به مقابله‌ای ناکارآمد ($\beta=0.030, p=0.0002$)، والد ناکارآمد به وسواس ($\beta=0.054, p<0.001$) و مقابله‌ای ناکارآمد به وسواس ($\beta=0.033, p<0.001$) مثبت و معنادار است. همچنین اثر غیرمستقیم حوزه اول به وسواس با میانجیگری ذهنیت ناکارآمد ($\beta=0.018, p<0.001$) و اثر غیرمستقیم حوزه پنجم به وسواس با میانجیگری ذهنیت مقابله‌ایی ناکارآمد ($\beta=0.013, p<0.001$) مثبت و معنادار است شاخص‌های نکویی برازش محاسبه شده، $RMSEA=0.045$ و $AGFI=0.94$ مشخص کرد که ذهنیت طرح‌واره‌ای مقابله‌ای ناکارآمد نقش میانجی در تأثیرات طرح‌واره‌های سازش‌نا یافته اولیه و اختلال وسواس فکری و عملی دارد.

نتیجه‌گیری: طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه حوزه اول (طرد و رهاشدگی) و حوزه پنجم (گوش به زنگی افراطی و بازداری) طرح‌واره‌ها با نقش میانجی ذهنیت مقابله‌ایی ناکارآمد تأثیر معناداری بر اختلال وسواس فکری عملی دارند.

کلمات کلیدی: طرح‌واره، والدین، ناسازگار اولیه، وسواس فکری

مجید سنایی مهر^۱

حسن میرزاحسینی^{۲*}

مجید ضرغام حاجبی^۳

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی،

واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

^۲ استادیار گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی،

قم، ایران (نویسنده مسول)

^۳ دانشیار، گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی،

قم، ایران

Email: Mirzahoseini.hasan@yahoo.com

مقدمه

اختلال وسواس فکری و عملی اختلال اضطراب ناتوان کننده‌های می‌باشد که ویژگی اصلی آن وقوع وسواس‌ها و اعمال اجباری می‌باشد. وسواس‌ها، افکار و تصاویر ذهنی و تکنه‌های ناخواسته و مزاحمی می‌باشند که بدون اراده و بسیار ایجاد می‌شوند و به صورت افکار و رفتارهای ناسازگار تجربه می‌گردند. فرد فعالانه در برابر وسواس‌ها مقاومت می‌نماید و می‌داند که وسواس‌ها محصول ذهن او می‌باشند.

طرحواره به عنوان ساختارهای شناختی تعمیم یافته و پایدار در مورد شرایط خود و چالش‌های زودرس محیطی و تجارب زندگی که مانع سازگاری موفق فرد در مراحل بعدی زندگی است، گفته می‌شود. طرحواره‌های ناسازگار می‌تواند در اثر حوادث خاص مانند داشتن استدلالی غیر منطقی یا عدم موفقیت در زندگی، منجر به عواطف منفی در افراد ایجاد شود. (یانگ، کلسکو و ویشار، ۲۰۰۳).

طرحواره به عنوان یک چهارچوب سازمانی تعریف شده است که از طریق آن افراد احساساتشان را درباره‌ی زندگی ایجاد می‌نمایند. طرحواره‌ها مانند عدسی در زندگی شخصی افراد عمل می‌نمایند و روشهای تفسیر تجارب را سازماندهی می‌نمایند. طرحواره‌ها نقش مهمی در فرآیند شکل‌گیری وسواس داشته‌اند.

یانگ زیرمجموعه‌ای از طرحواره‌ها را با عنوان طرحواره‌های ناسازگار اولیه پیشنهاد نمود. رویکرد متمرکز بر طرحواره‌ها به جای متمرکز شدن بر افکار خودکار و فرضهای زیربنایی، بر عمیقترین سطح شناخت یعنی طرحواره‌های ناسازگار اولیه تأکید می‌نماید. این طرحواره‌ها در دوره کودکی ایجاد می‌شوند و در سرتاسر زندگی شخص با درجاتی از ناکارآمدی، توسعه می‌یابند. این الگو باور دارد که طرحواره‌های ناسازگار، هسته اصلی اختلال شخصیت و درماندگیهای روانشناختی نظیر اختلالات شخصیتی، اضطرابی، اختلال جنسی، اختلال شخصیت، خوردن و مشکلات بین فردی می‌باشد (باسیل ۲۰۱۷).

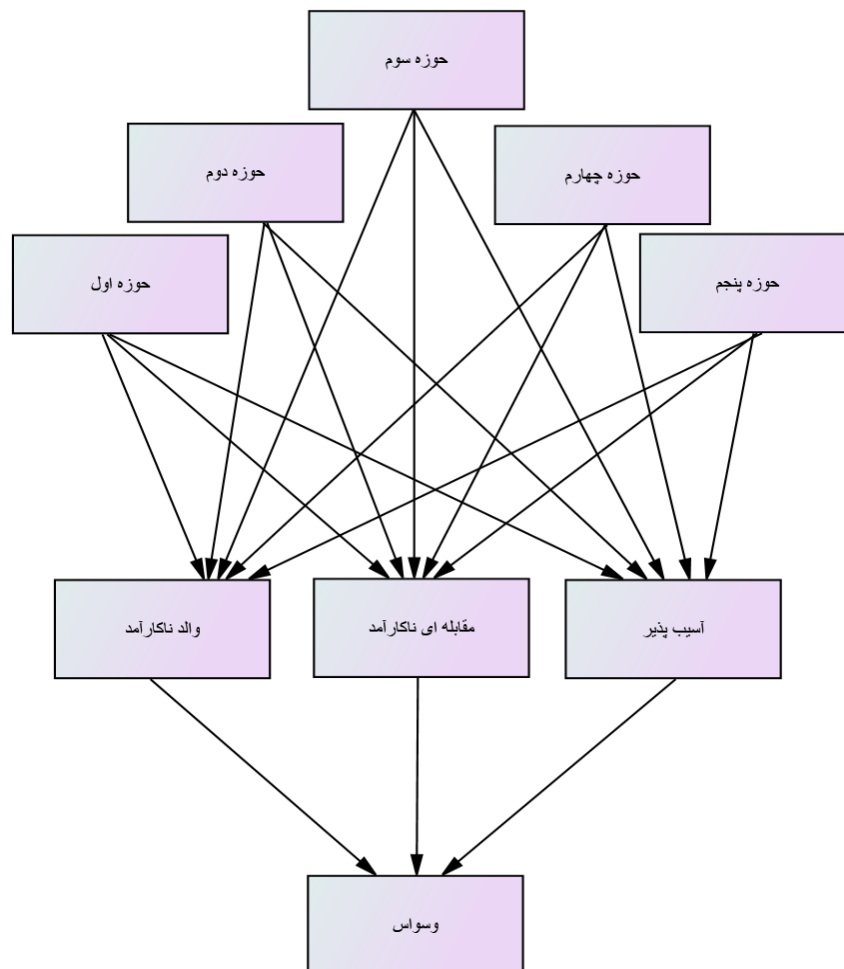
جاکوبس (۲۰۲۰) در بررسی‌های خود با بیمارانش نشان داد که ساختار ذهنیت طرحواره‌ها ارتباط تنگاتنگی با وسواس دارند. یاکین (۲۰۲۰) در بررسی ذهنیت طرحواره در روند تغییر در طرح‌واره بر روی افراد مورد مطالعه گزارش داد که ذهنیت‌های طرحواره، شدت و عملکرد وسواس را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ذهنیت طرح‌واره‌ای مفهومی است که دربرگیرنده‌ی احساسات، هیجانات و افکاری است که فرد در حال حاضر تجربه می‌نماید. با توجه به اینکه ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اختلالات روانی نقش میانجی ایفاء می‌نماید (۲۰۱۳). بنابراین اگر بخواهیم هر اختلالی را با مدل طرحواره‌ای آزمون نمائیم باید به نقش ذهنیت‌های ناسازگار بپردازیم. بنابراین با بررسی ذهنیت در اختلال وسواس فکری - عملی می‌توان درمان‌های شناختی-رفتاری را برای اختلال وسواس گسترش دهیم. در افراد دارای اختلال وسواس از بین ذهنیت‌های سه‌گانه‌ی ناسازگار (ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار - ذهنیت‌های کودکانه - ذهنیت‌های والد ناکارآمد) ذهنیت‌های مقابله‌ای ناکارآمد محافظت شخص در برابر اضطراب و رنج دارد را بر عهده دارد، این شامل سه نوع ذهنیت مقابله‌ای ناسازگار است: تسلیم شده مطیع، محافظ بی تفاوت و جبران کننده افراطی که با سبک مقابله‌ای تسلیم، اجتناب و جبران کننده افراطی همسو هستند (ون ویک و همکاران، ۲۰۱۸). ذهنیت‌ها اغلب وقتی بیماران در آن هیجان شدیدی را تجربه می‌کنند فعال می‌شود. در چنین ذهنیت‌هایی بیمار، مدام افکاری را تجربه خواهد کرد که ماهیت تکراری داشته و از فرد انتظار دارد که کاری کند و در صورتی که آنچه خواسته‌ی والد درونی شده می‌باشد برآورده نگردد احساس طرد شدگی یا تهدید به فرد دست خواهد داد. نتیجه‌ی این وضعیت باعث می‌گردد که فرد از سبک‌های مقابله‌ای که به عنوان نمونه ابطال سازی، کنترل گری، در وسواس‌های عملی مشاهده می‌شود، استفاده نماید تا مانع سرزنش، تهدید و هرگونه حالات هیجانی ناخوشایند شود. همچنین با توجه به اینکه به لحاظ بار مذهبی، فرهنگی و تربیتی

¹ Ingo Jacobs, PhD, Lisa Lenz, MSc, Anna Wollny, PhD, and Antje Horsch, PhD

² Van Wijk & et all

نظریه طرحواره یانگ برای تبیین نشانگان اختلال وسواس فکری-عملی با نقش میانجی ذهنیت مقابله ایی ناکارآمد از برآزش مطلوبی برخوردار است.

در کشورمان ایران، احساساتی مثل، شرم، گناه و تقصیر احتمال دارد به لحاظ هیجانی یا حتی فیزیولوژیکی، متمایزتر از آن چیزی است که در جوامع غربی در افراد مبتلا به اختلال وسواس عملی - جبری احساس می‌گردد، سوال اصلی پژوهش حاضر این می‌باشد که آیا مدل فرضی آسیب‌شناسی روانی مبتنی بر



شکل ۱. مدل پیشنهادی نقش واسطه ایی ذهنیت مقابله ایی ناکارآمد بین طرحواره ناسازگار اولیه و وسواس فکری عملی

پیشنهادی، شاخص مجذور خی دو بر درجه آزادی، شاخص نکویی تطبیقی، شاخص نکویی برآزش، شاخص نکویی برآزش تطبیقی^۴ و ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب^۵ بررسی شد. برای بررسی اثر غیرمستقیم، آزمون بوت استروپ به کار رفت.

روش کار

در این پژوهش از آمار توصیفی برای دسته‌بندی مشخصات فردی آزمودنی‌ها به منظور محاسبه فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. همچنین در این پژوهش روش آمار استنباطی به کار رفت. از آزمون کولموگروف اسمیرنف برای تشخیص نرمال بودن داده‌ها و از ضریب همبستگی پیرسون و مدل تحلیل مسیر استفاده شد. در راستای برازندگی الگوی

1. χ^2/df
 2. Comparative fit index (CFI)
 3. Goodness of fit index (GFI)
 4. Adjusted goodness of fit index (AGFI)
 5. Root mean square error of approximation (RMSEA)

نتایج

جدول ۱ توزیع فراوانی نمونه‌ها را براساس جنسیت، رده سنی و سطح تحصیلات نشان می‌دهد.

تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه‌ی ۲۲ و AMOS نسخه‌ی ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری در این پژوهش ۰،۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱. توزیع فراوانی نمونه

شاخص آماری	رده سنی		جنسیت		سطح تحصیلات	
	کمتر از ۳۰ سال	۳۱ تا ۴۱ سال	مرد	زن	دیپلمات	دانشگاهی
فراوانی	۲۴	۲۵۶	۱۰۹	۳۱۸	۷۳	۹۸
درصد	۷	۵۹	۲۶	۷۴	۱۷	۲۴

والدین ناکارآمد، طرحواره ناسازگار اولیه و اختلال وسواس فکری عملی رد نشد ($p > 0/05$)؛ بنابراین در ادامه، ضریب همبستگی پیرسون و مدل تحلیل مسیر به کار رفت. یافته‌های به‌دست آمده از ضریب همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۲ درج شده است.

باتوجه به نتایج جدول ۱، بیشتر افراد شرکت کننده در پژوهش را زنان تشکیل دادند. رده سنی ۳۱ تا ۴۱ سال، شرکت کنندگان بیشتری در پژوهش داشت. از نظر سطح تحصیلات نیز افراد بی‌سواد دارای شرکت کننده بیشتری در پژوهش بودند. به‌منظور بررسی نرمال بودن داده‌های پژوهش از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. باتوجه به آزمون کولموگروف اسمیرنوف، برای تمام متغیرهای ذهنیت طرحواره‌ای

جدول ۲. ماتریس ضرایب همبستگی پیرسون و شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

ردیف	متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱	حوزه اول									
۲	حوزه دوم	۰،۷۳**								
۳	حوزه سوم	۰،۶۵**	۰،۸۳**							
۴	حوزه چهارم	۰،۵۹**	۰،۸۰**	۰،۶۳**						
۵	حوزه پنجم	۰،۷۵**	۰،۸۲**	۰،۷۳**	۰،۷۴**					
۶	آسیب پذیر	۰،۴۷**	۰،۴۳**	۰،۳۹**	۰،۳۷**	۰،۳۷**				
۷	مقابله ناکارآمد	۰،۴۱**	۰،۴۴**	۰،۳۵**	۰،۳۴**	۰،۳۷**	۰،۸۳**			
۸	والد ناکارآمد	۰،۴۸**	۰،۴۷**	۰،۴۱**	۰،۳۹**	۰،۴۱**	۰،۷۹**	۰،۷۶**		
۹	وسواس	۰،۵۴**	۰،۵۱**	۰،۴۹**	۰،۴۴**	۰،۵۱**	۰،۵۶**	۰،۵۴**	۰،۵۹**	
	میانگین	۹۸،۳۱	۴۷،۴۶	۲۹،۰۹	۲۹،۹۷	۲۸،۰۲	۸۱،۶۷	۴۸،۰۱	۶۹،۰۵	۳۱،۴۳
	انحراف معیار	۲۵،۴۳	۱۰،۱۱	۷،۵۹	۷،۰۲	۹،۰۷۷	۲۰،۲۲	۱۱،۹۴	۱۵،۷۳	۹،۰۷
	فرض نرمال بودن	۰،۰۸۹	۰،۰۹۳	۰،۱۱۴	۰،۱۵۷	۰،۱۴۸	۰،۱۷۱	۰،۱۵۶	۰،۱۳۲	۰،۲۷۹

** $p < 0,05$

شکل ۲ مدل آزمون شده همراه با مقادیر استاندارد شده روی هر کدام از مسیرها درج شده است.

باتوجه به مندرجات جدول ۲ می توان بیان کرد، بین تمامی متغیرهای حاضر در تحلیل که در جدول ۲ به آنها اشاره شده است، رابطه مستقیم و معنادار وجود دارد ($p < 0.05$).

جدول ۳. ضرایب مسیر بین متغیرهای پژوهش در الگوی پژوهش

مقدار احتمال	خطای معیار	برآورد ضریب استاندارد β	برآورد ضریب استاندارد نشده	مسیرها
۰,۳۶۹	۰,۰۲۱	۰,۰۱	۰,۱۱	حوزه اول به آسیب پذیر
۰,۰۹۱۵	۰,۰۴۴	۰,۱۸	۰,۰۵	حوزه دوم به آسیب پذیر
۰,۱۱۳	۰,۰۲۹	۰,۰۳	۰,۱۳	حوزه سوم به آسیب پذیر
۰,۰۹۸	۰,۰۳۱	۰,۰۱	۰,۰۹	حوزه چهارم به آسیب پذیر
۰,۱۱۹	۰,۰۰۹	۰,۰۴	۰,۲۷	حوزه پنجم به آسیب پذیر
<۰,۰۰۱	۰,۰۴۵	۰,۴۶	۰,۵۲	حوزه اول به والد ناکارآمد
۰,۱۰۱	۰,۰۱۸	۰,۰۵	۰,۱۰	حوزه دوم به والد ناکارآمد
۰,۳۱۵	۰,۰۵۴	۰,۱۳	۰,۱۸	حوزه سوم به والد ناکارآمد
۰,۴۳۱	۰,۰۶۱	۰,۰۱	۰,۰۲	حوزه چهارم به والد ناکارآمد
<۰,۰۰۱	۰,۰۸۴	۰,۷۹	۰,۸۳	حوزه پنجم به والد ناکارآمد
<۰,۰۰۱	۰,۰۲۵	۰,۲۸	۰,۳۰	حوزه اول به مقابله ای ناکارآمد
۰,۸۱۸	۰,۱۴۴	۰,۰۱	۰,۰۲	حوزه دوم به مقابله ای ناکارآمد
۰,۰۹۴	۰,۱۴۷	۰,۰۱	۰,۰۳	حوزه سوم به مقابله ای ناکارآمد
۰,۴۱۵	۰,۰۴۷	۰,۱۹	۰,۲۵	حوزه چهارم به مقابله ای ناکارآمد
۰,۰۰۲	۰,۱۲۱	۰,۳۰	۰,۳۴	حوزه پنجم به مقابله ای ناکارآمد
۰,۱۱۵	۰,۱۳۷	۰,۰۲	۰,۰۳	آسیب پذیر به وسواس
<۰,۰۰۱	۰,۰۵۶	۰,۵۴	۰,۶۰	والد ناکارآمد به وسواس
<۰,۰۰۱	۰,۱۱۲	۰,۳۳	۰,۳۹	مقابله ای ناکارآمد به وسواس

مسیر مستقیم

جدول ۳ نشان می دهد، ضریب مسیر مستقیم بین حوزه اول به والد ناکارآمد ($\beta = 0.79, p < 0.001$)، حوزه اول به مقابله ای ناکارآمد ($\beta = 0.28, p < 0.001$)، حوزه

ناکارآمد ($\beta = 0.46, p < 0.001$) مثبت و معنادار است و ضرایب

معنادار نیست. این موضوع بیانگر آن است که متغیر، والد ناکارآمد و مقابله‌ای ناکارآمد با وسواس را میانجیگری می‌کند.

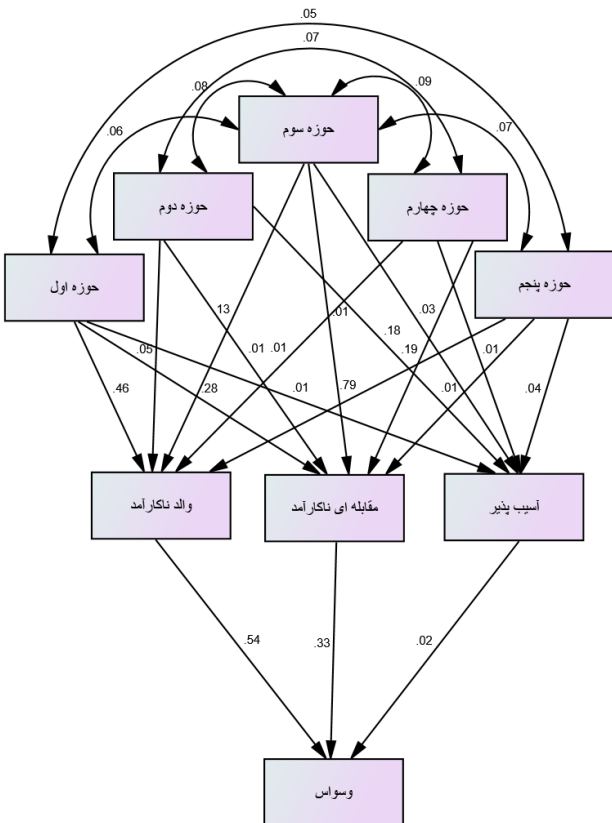
پنجم به مقابله‌ای ناکارآمد ($\beta=0.30, p=0.0002$)، والد ناکارآمد به وسواس ($\beta=0.54, p<0.0001$) و مقابله‌ای ناکارآمد به وسواس ($\beta=0.33, p<0.0001$) مثبت و معنادار است و باقی ضرایب مسیر

جدول ۴. برآورد اثر غیرمستقیم (با استفاده از آزمون بوت‌استرپ) و کل متغیرهای پژوهش

مقدار احتمال	مقدار احتمال مربوط به اثر کل		مقدار احتمال		متغیر مستقل
	T	β (استاندارد)	T	β (استاندارد)	
<0.0001	10.24	0.64	<0.0001	7.72	0.18
<0.0001	39.16	0.92	<0.0001	5.54	0.13
<0.0001	22.70	0.42	<0.0001	5.89	0.14
<0.0001	29.84	0.52	<0.0001	8.96	0.22
0.0045	2.16	الگوی ساختاری			

جدول ۵ نشان می‌دهد، شاخص‌های نکویی برازش از برازش مطلوب الگو با داده‌های گردآوری شده حمایت می‌کند. الگوی ساختاری پژوهش در شکل ۲ ارائه شده است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، اثر غیرمستقیم حوزه اول به وسواس با میانجیگری والد ناکارآمد ($\beta=0.18, p<0.0001$) و اثر غیرمستقیم حوزه پنجم به وسواس با میانجیگری والد ناکارآمد ($\beta=0.13, p<0.0001$) مثبت و معنادار است و اثر غیرمستقیم حوزه اول به وسواس با میانجیگری مقابله‌ای ناکارآمد ($\beta=0.14, p<0.0001$) و اثر غیرمستقیم حوزه پنجم به وسواس با میانجیگری مقابله‌ای ناکارآمد ($\beta=0.22, p<0.0001$) مثبت و معنادار است؛ همچنین اثر کل حوزه اول به وسواس با میانجیگری والد ناکارآمد ($\beta=0.64, p<0.0001$) و اثر کل حوزه پنجم به وسواس با میانجیگری والد ناکارآمد ($\beta=0.92, p<0.0001$) مثبت و معنادار است و اثر کل حوزه اول به وسواس با میانجیگری مقابله‌ای ناکارآمد ($p<0.0001$) و اثر کل حوزه پنجم به وسواس با میانجیگری مقابله‌ای ناکارآمد ($\beta=0.42, p<0.0001$) مثبت و معنادار است. نتایج الگوی مسیر اندازه‌گیری شده روابط طرحواره‌ی ناسازگار اولیه با اختلال وسواس فکری عملی با نقش ذهنیت‌ها در شکل ۲ ارائه شده است. در جدول ۵، شاخص‌های نکویی برازش الگوی مسیر مشاهده می‌شود.



جدول ۵. شاخص‌های نکویی برازش الگوی ساختاری

شاخص‌های نکویی	نسبت مجذور خی	ریشه‌ی خطای میانگین
برازش	به درجه‌ی آزادی	مجذورات تقریب

شکل ۲. الگوی ساختاری استاندارد مپس‌های مستقیم در مدل پیشنهادی

بحث

نتیجه به دست آمده از پژوهش حاضر مبنی بر رابطه غیر مستقیم حوزه اول و پنجم طرح‌واره با نقش میانجی ذهنیت مقابله‌ای ناکارآمد با اختلال وسواس فکری - عملی با نتایج پژوهش‌های پیشین از جمله (گوندرسون^۱، ونتا، راس، شات و شارپ^۲، ۲۰۱۱؛ انتو گوویا و همکاران^۳، ۲۰۱۲)، صفاری و همکاران (۲۰۱۴) (انتو گوویا و همکاران^۳، ۲۰۰۶)، هالان و همکاران (۲۰۱۱). آرتنتز و همکاران (۲۰۰۹). ریجکبور، لوبستیل (۲۰۱۶). مارجولین و همکاران (۲۰۱۷). رولوفز، موریس، لوبستیل (۲۰۱۶). الن گروس و همکاران (۲۰۰۶) مطابقت دارد.

ذهنیت‌های ناسازگار مقابله (تسلیم شده مطیع، محافظ بی تفاوت و جبران‌کننده افراطی) ذهنیت‌هایی که با اتخاذ یک سبک مقابله‌ای ناسالم با ذهنیت‌های طرح‌واره فعال شده سر و کار دارند سه سبک ناسالم را برای مقابله با طرح‌واره ناسازگار دیده می‌شود: تسلیم شدن^۴ (یعنی تسلیم شدن در برابر طرح‌واره اجتناب^۵) (یعنی اجتناب احساسات دردناکی که با طرح‌واره مرتبط هستند) و جبران خسارت بیش از حد (یعنی انجام عکس عکس آنچه که طرح‌واره برمی‌انگیزد). یانگ و همکاران (۲۰۰۳)، ذهنیت‌های مقابله‌ای ناکارآمد، از رفتارهای مقابله‌ای تشکیل شده است که به منظور مقابله با استرس شدید ناشی از برآورده نشدن نیازهای کودکی است. با اینکه این سبک‌ها به عنوان استراتژی‌های بقا در دوران کودکی عمل می‌کنند. منجر به ناکارآمدی در زندگی بزرگسالان خواهد شد. (یاکین ۲۰۱۱).

بررسی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، سبک طرح‌واره، و ذهنیت‌های طرح‌واره، نشان داد که بین طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌های طرح‌واره رابطه وجود دارد. (ریجکبور، لوبستیل^۶، ۲۰۱۲) این درک ما را از روندهای اساسی در بیماران مبتلا به اختلالات روانی، افزایش می‌دهد. ارزیابی سه سبک مقابله با

توجه به تعریف یانگ و همکارانش (۲۰۰۳)، که به عنوان واسطه‌ای در رابطه بین طرح‌واره‌ها ("صفات") و ذهنیت طرح‌واره ("حالت‌ها"). انجام شد نشان داد که روابط معنی‌داری بین این سبک‌های مقابله‌ای و اقدامات مختلف اختلالات روانی افراد وجود دارد. (ریجکبور، لوبستیل^۶، ۲۰۱۶)

هانطور که قبل ذکر نمودیم از آنجا که طرح‌واره‌های سازش‌نا یافته خود تداوم بخش از خاطرات، هیجان‌ات، شناخت، حواس و ادراکات انسان از محیط هستند (ترابی گلسفیدی، نویدی مقدم و منیرپور، ۱۳۹۸) در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، وقتی که طرح‌واره‌های سازش‌نا یافته اولیه در ساختار شناختی افراد فعال می‌شوند بیش از دیگران در معرض فشار روانی قرار می‌گیرند (میرزا حسینی، ارجمند، منیرپور، ۱۳۹۸) لذا فرد در حال حاضر حالاتی از هیجان، شناخت و رفتار را تجربه می‌نماید که این حالات را ذهنیت طرح‌واره‌ای می‌نامند.

وقتی ذهنیت مقابله‌ای ناکارآمد فعال می‌شود که یا نیازهای اساسی در دوران کودکی برآورده نشده باشد و یا در پاسخ به آسیبی که فرد تجربه نموده است فعال می‌شود و شامل انواعی از واکنش‌ها: فرار، مبارزه و میخکوب شدن هستند که به صورت افراطی استفاده می‌گردند و خودکار هستند (فارل و همکاران ۲۰۱۴ ترجمه هدایتی، صمیمی ۱۳۹۷) که می‌تواند به شکل‌هایی از این ذهنیت‌ها تجربه شوند: ذهنیت تسلیم شده مطیع که در این حالت با سبک مقابله‌ای تسلیم در مقابل طرح‌واره تن در دهد و بار دیگر به کودکی ناامید و منفعل تبدیل می‌گردد و در نهایت تسلیم دیگران شود ((یانگ، ۲۰۰۳ ترجمه حمیدپور، اندوز، ۱۳۹۸)) یا به شکل ذهنیت محافظ بی تفاوت که سبک اجتناب، فرد دیگران را از خود دور و ارتباطات اش را قطع می‌کند و دچار کناره‌گیری هیجانی، تنهایی و اجتناب می‌گردد (دادمو و همکاران، ۲۰۱۶). چنین سبکی به منظور این است که فرد را از درد آسیب‌پذیر بودن محافظت نماید چنین افرادی برای اجتناب از سرمایه‌گذاری عاطفی در زمینه روابط اجتماعی و درگیر نشدن در فعالیت‌ها، به بدبینی تمام‌عیار یا کناره‌گیری اقدام می‌نمایند یا به صورت ذهنیت جبران‌کننده

¹ Gunderson

² Venta, Ross, Schatte, & Sharp

³ Roelofs, Muris, & Lobbestael (2016)

⁴ Surrender

⁵ giving in to the schema

⁶ Avoidance

⁷ Overcompensation

⁸ Rijkeboer & Lobbestael

تأثیر خواهد داشت. این احساس، به نوبه خود، شخص را ملزم می‌دارد که برخی اقدامات را انجام بدهد تا از آسیب رسیدن به خود یا دیگران جلوگیری نماید. نمونه‌هایی از این قبیل رفتارهای پیشگیری از آسیب، رفتارهای وسواسی مانند بررسی، شستشو، اجتناب و حتی تقارن است (کاپلان سادووک ۲۰۰۱۶) خودآگاهی هیجانی توانایی آگاهی، درک هیجانات خود و تشخیص حالات فیزیولوژیکی و جنبه مربوط به هیجانات می‌باشد. بنابراین، نقص خودآگاهی هیجانی، که با عدم توانایی در شناخت و بیان صحیح هیجانات مشخص می‌گردد، می‌تواند به طور قابل توجهی در ایجاد اختلالات روانی کمک قابل توجهی نماید (وودر هولترز، چارتر و همکاران ۲۰۰۱۴)

شدیدترین نوع نقص خودآگاهی عاطفی، الکسیثیمیا (یا سکوت هیجانی) می‌باشد. بیماران مبتلا به الکسیثیمیا قادر به تشخیص حالات هیجانی خود نمی‌باشند یا شناخت محدودی از آنها خواهند داشت. الکسیثیمیا در میان بیماران OCD شایع است (وودر هولترز، چارتر و همکاران ۲۰۰۱۴. آتلی آتلی، کاراهان ۲۰۰۹).

نتیجه‌گیری

به صورت کلی این پژوهش نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه (حوزه اول) بریدگی و طرد به طوری که افرادی که در این حیطه قرار داشتند قادر نمی‌باشند دلبستگی‌های ارضاکننده و ایمن را با دیگران شکل بخشند. خانواده‌های این افراد که ریشه‌ی شکل‌گیری این حیطه در کودکی می‌باشند، معمولاً ناپایدار، سرد، طردکننده و منزوی از دنیای اطراف خود هستند. در این افراد نیازهای بنیادین امنیت، آرامش خاطر، پذیرش، حمایت، ثبات، همدلی و راهنمایی به سبک قابل پیش‌بینی برآورده نشده است. حوزه پنجم گوش به زنگی بیش از حد و بازداری^۴ که در این حیطه، تأکید افراطی بر سرکوبی احساس‌های خودانگیخته، تکانه‌ها و انتخاب‌ها و پیروی از قوانین غیرقابل انعطاف و تدوین شده، حتی اگر به قیمت از دست دادن آرامش، شادی، بیان خود، روابط بین فردی نزدیک و سلامتی

افراطی تجربه شود که فرد با سبک مقابله‌ای جبران افراطی برخلاف طرح‌واره واقعی خود عمل می‌نماید و از طریق بد رفتاری با دیگران با طرح‌واره اش خواهد جنگید و یا به گونه‌ای افراطی تلاش خواهد نمود که صحت طرح‌واره هایش را رد نماید (یانگ، کلوکسو، به نقل از حمید پور، اندوز، ۱۳۹۸)

افراد وسواسی از طریق این سبک با برنامه ریزی دقیق، رعایت شدید نظم و احتیاط‌های غیر ضروری تلاش می‌نمایند که امور را طبق پیش‌بینی خودشان از پیش ببرند تا بتوانند از این شیوه خویش‌داری و نظم نظامی‌گونه خود را حفظ نمایند. یافته‌های حاصل از عمل بالینی و جلسات روان‌درمانی با بیماران وسواس نشان می‌دهد که رفتار وسواسی معمولاً به شدت با ذهنیت‌های والدین تنبیه‌کننده و محافظ‌بی تفاوت در ارتباط هستند.. (گوندرسون، ۲۰۱۱؛ ونتا، راس، شات و شارپ، ۲۰۱۲).

مبتلایان به اختلال وسواسی پس از تجربه‌ی افکار مزاحم از راهبردهایی برای کنترل این افکار استفاده خواهند نمود، صفاری و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی اظهار داشتند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با سوگیری شناختی بیماران و ارزیابی‌های نادرست از محرک‌های محیطی ارتباط زیادی دارد. این همبستگی می‌تواند منجر به اجتناب یا رفتارهای اغراق آمیز شود، در بیماران OCD، رفتارهای اجتنابی و تشریفات تکراری از پردازش واقعی محرک‌های اضطرابی مانند آلودگی و بی‌نظمی جلوگیری می‌کند.

تئوری طرحواره یانگ معتقد است که کمبود خودآگاهی هیجانی با طرح‌واره‌های محرومیت هیجانی (حوزه اول) و بازداری هیجانی (حوزه پنجم) مرتبط می‌باشد. بیماران OCD دارای سوگیری شناختی در پردازش محرک‌های خارجی هستند و بنابراین، از وقوع فاجعه‌ها و عدم توانایی آنها در جلوگیری از آنها، ترس شدیدی دارند. این ترس با نگرانی جدی، تفکر جادویی، تشریفات اجباری و سوالات تکراری برای کسب اطمینان مشخص خواهد شد (یانگ، کلوکسو و ویشار ۲۰۱۴). در تفکر جادویی، فرد باور دارد که می‌تواند صرفاً از طریق فکر کردن روی آن، بدون اقدام واسطه‌ای، روی یک واقعه

³. Disconnection & Rejection

⁴. Overvigilance

¹ Gunderson

² Venta, Ross, Schatte, & Sharp

منابع

- ترابی گلسفیدی، معصومه، نویدی مقدم، مسعود؛ منیر پور، نادر (۱۳۹۸). رابطه روان‌بن‌های سازش‌نا یافته اولیه و الگوی پاسخ پنج‌عاملی شخصیت با میزان تاب‌آوری در پرستاری. علوم روان‌شناختی، ۱۸ (۷۵)، ۳۶۲-۳۵۵.
- حمید پور، حسن؛ اندوز، زهرا (۱۳۹۸). طرح‌واره درمانی - جلد اول - راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی (جفری یانگ، زانت کلسکو ناشر: ارجمند، نسل فردا، نشر ارجمند).
- گنجی، مهدی (۱۳۹۴). آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5. مترجم و تالیف، مهدی گنجی. ویراست دوم، چاپ تابستان، نشر ساوالان.
- مخبردزفولی، علیرضا؛ رضایی، فاطمه؛ صادقی، مسعود (۱۳۹۵). نقش واسطه‌ای شناخت‌ناکارآمد بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و وسواس فکری - عملی. مجله علمی - پزشکی جندی شاپور، ۱۵ (۶): ۷۳۱-۷۱۸.
- میرزا حسینی، حسن؛ ارجمند، سوگند؛ منیر پور، نادر (۱۳۹۸). از موم مدل طرح‌واره‌ای یانگ جهت تبیین مشکلات خوردن در افراد مبتلا به مشکلات شخصیتی ۱۸ (۱۸۰)، ۹۴۱-۹۴۸.
- ولی‌خان، معصومه (۱۳۹۶). ارتباط بین روان‌بن‌های ناسازگار اولیه با سلامت روان با تاکید بر پابندی مذهبی در افراد معتاد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی - گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه.
- جاکوب، گیتا؛ جندر، هانی ون؛ سیاور، لورا (۱۳۹۶). طرح‌واره درمانی الگوشکنی و تفکر منفی، ترجمه میرزا حسینی، حسن؛ حبیبیان، نفیسه. انتشارات بوکتاب، قم.
- فارل، جان؛ ریس، نیل؛ شاو، ایدو (۱۳۹۵). راهنمای بالینی طرح‌واره درمانی مرجع کامل درمان انفرادی، گروهی و تلفیقی برای ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای. ترجمه هدایتی، مریم؛ صمیمی، عادل. انتشارات ارجمند.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington: Author; 2013: P. 409.
- Barazandeh, H., Kissane, D. W., Saeedi, N., & Gordon, M. (2018). Schema modes and dissociation in borderline personality disorder/traits in adolescents or young adults. *Psychiatry Research*, 261, 1-6. doi:10.1016/j.psychres.12.023
- Berry L, Laskey B (2012). A review of obsessive intrusive thoughts in the general population. *J Obsessive Compuls Relat Disord*; 1(2):125-132
- Dadomo, H., Grecucci, A., Giardini, I., Ugolini, E., Carmelita, A., & Panzeri, M. (2016). Schema Therapy for Emotional Dysregulation: Theoretical Implication and Clinical Applications. *Frontiers in Psychology*, 7. doi:10.3389/fpsyg.01987
- Haaland AT, Vogelb PA, Launes G, Haalanda VO, Hansen B, Solem S, Himle J (2011). The role of

تمام شود. که این حوزه با نقش میانجی ذهنیت مقابله‌ای نا کارآمد تأثیر معنی‌داری بر اختلال وسواس فکری - عملی در افراد شرکت‌کننده در پژوهش داشت. به بیان دیگر هنگامی که یک فرد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی در معرض رویدادها، تجربه‌ها و موقعیت‌هایی که طرح‌واره اولیه سازش‌نا یافته (حوزه اول و حوزه دوم طرح‌واره) را فعال می‌نماید، قرار می‌گیرد. حالاتی از هیجانی و رفتارهای مقابله‌ای در او فعال می‌شود که این ذهنیت‌ها در برابر این موقعیت‌های زندگی که به شدت به آنها حساس هست برانگیخته و فعال می‌شوند. این موقعیت‌ها مانند کلیدهایی برای روشن شدن هیجان‌ات و سبک‌های رفتاری عمل می‌نمایند... لذت فرد مبتلا به وسواس فکری - عملی سبک‌های رفتاری شدید و غیرقابل‌انعطافی را که می‌تواند شامل اجتناب از موقعیت‌ها به شکل کناره‌گیری از دیگران، خصمانه با دیگران رفتار نمودن که در رفتارهای کنترل‌گری مشاهده می‌شود تا از آسیب دیگران به دور باشد و نیز تسلیم طرح‌واره خود می‌شود که به شکل رفتارهای وسواسی و آیینی که باز نمایی سبک‌های رفتاری است که در دوران تحول نقش محافظت از فرد را در برابر ترس و اضطراب‌های تجربه شده را در ارتباط با والدین خود تجربه نموده است می‌شوند که در نهایت کنترل عملکرد فرد را در دست می‌گیرند. و در این جریان عملکردهای طبیعی فرد در زندگی مختل می‌شود.

پژوهش حاضر خالی از محدودیت نبود که مهمترین آنها عبارتند از: عدم کنترل مواردی از قبیل مصرف دارو، شدت وسواس و طول مدت بیماری در بیماران وسواسی، ارتباط طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای با علائم رفتاری وسواس، لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی با در نظر گرفتن این محدودیت‌ها انجام شود و همچنین برای تبیین واریانس بیشتری از وسواس با سایر متغیرهای شناختی، رفتاری و فراشناختی مدل جامع‌تری تدوین نماید.

- Young ME, Long LL(1998). Counseling and therapy for couples. Thomson Brooks/Cole Publishing Co..
- Young, J. E. (1990). Cognitive therapy for personality disorders. Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Young, J. E. (1999). Cognitive therapy for Personality disorder A schema focused approach, Sarasota,FL: professional Resourcepress.
- Young, J. E., Klosko J. (1994). Reinventing Your Life. New york: Plume.
- Young, J., Klosko, J., &Weishaar, M.E. (2003). Schema therapy: A practitioner's guide. New York: The Guilford Press.
- Young, J.E. (1990). Cognitive Therapy for Personality Disorders: A SchemaFocused Approach. Sarasota: Professional Resource Press.
- Van Wijk-Herbrink, M. F., Roelofs, J., Broers, N. J., Rijkeboer, M. M., Arntz, A., & Bernstein, D. P. (2018). Validation of Schema Coping Inventory and Schema Mode Inventory in Adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 32(2), 220–241. doi:10.1521/pedi_2017_31_295
- Dadomo, H., Grecucci, A., Giardini, I., Ugolini, E., Carmelita, A., & Panzeri, M. (2016). Schema Therapy for Emotional Dysregulation: Theoretical Implication and Clinical Applications. *Frontiers in Psychology*, 7. doi:10.3389/fpsyg.2016.01987
- Leppänen, V., Vuorenmaa, E., Lindeman, S., Tuulari, J., & Hakko, H. (2015). Association of parasuicidal behaviour to early maladaptive schemas and schema modes in patients with BPD: The Oulu BPD study. *Personality and Mental Health*, 10(1), 58–71. doi:10.1002/pmh.1304
- early maladaptiveschemas in predicting exposure and response prevention outcome for obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*; 49(14):781-788.
- Jacobs, I., Lenz, L., Wollny, A., & Horsch, A. (2018). The Higher-Order Structure of Schema Modes. *Journal of Personality Disorders*, 1–29. doi:10.1521/pedi__32_401
- Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2009; 18(1): 23–33.
- Leppänen, V., Vuorenmaa, E., Lindeman, S., Tuulari, J., & Hakko, H. (2015). Association of parasuicidal behaviour to early maladaptive schemas and schema modes in patients with BPD: The Oulu BPD study. *Personality and Mental Health*, 10(1), 58–71. doi:10.1002/pmh.1304
- Murray CJL, Lopez AD(1996).. *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disabilityfrom diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston: Harvard University press;; P.129.
- Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour Research & Therapy*, 40, 625-639.
- Wegener, I., Alfter, S., Geiser, F., Liedtke, R., & Conrad, R. (2013). Schema change without schema therapy: the role of early maladaptive schemata for a successful treatment of major depression. *Psychiatry*, 76(1), 1-17.
- Yakin D, Grasman R, Arntz A(2020). Schema modes as a common mechanism of change in personality pathology and functioning: Results from a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*. 2020;126:103553. doi:10.1016/j.brat..103553

Original Article

The mediating role of dysfunctional coping schematic mentality in early maladaptive schematic and practical obsessive-compulsive disorder

Received: 01/03/2021 - Accepted: 26/07/2021

Mojib Sanaemehr¹
hasan mirzahoseini²
Majid Zargham Hajebi³

¹PhD student General Psychology,
Department of Psychology, Qom
Branch, Islamic Azad University, Qom,
Iran

² Assistant Professor, Department of
Psychology, Qom Branch, Islamic
Azad University, Qom,
Iran (Corresponding Author)

³ Associate Professor, Department of
Psychology, Qom Branch, Islamic
Azad University, Qom, Iran

Email:
Mirzahoseini.hasan@yahoo.com

Abstract

Introduction: Obsessive-compulsive disorder is a debilitating anxiety disorder. These schemas are not always active and their effects are not tangible; But when they are activated, the person engages in coping styles to reduce the unpleasant emotions that result from it and is placed in a state called mindfulness. Schema therapy assumes that what ultimately has little to do with the various symptoms of psychopathology are maladaptive mindsets. According to studies can be found that it is possible to use early maladaptive schemas to explain the symptoms of psychopathology. Therefore, incompatible mindsets must play a mediating role between early incompatible schemas and signs. Early parent-child relationships and traumatic childhood events have played a significant role in the development of obsessive-compulsive disorder; So, The aim of this study was to explain the mediating role of dysfunctional parental schematic mentality between early maladaptive schemas and obsessive-compulsive disorder.

Methods: This study was performed using a descriptive-correlational research method and structural equation modeling. The statistical population included all people with obsessive-compulsive disorder who had referred to medical and counseling centers in Tehran in 1397. In this study, the Young Schema Questionnaire-Short Form, the Schematic Mindset Questionnaire and the revised Algebraic Obsessive Questionnaire were used. Data were analyzed by Pearson correlation coefficient and structural equation modeling using spss.22 and AMOS.22 software. The significance level of the tests was considered 0.05.

Results: The results showed that the direct path coefficient between the first domain to the dysfunctional parent ($p < 0.001$, $\beta = 0.46$) was positive and significant, and the path coefficients between the fifth domain to the dysfunctional parent ($p < 0.001$, $\beta = 0.79$), the first domain to an inefficient coping ($p < 0.001$, $\beta = 0.28$); the fifth domain to an inefficient coping ($p = 0.002$, $\beta = 0.30$), dysfunctional parent to Obsessive-compulsive disorder ($p < 0.001$, $\beta = 0.54$) and dysfunctional coping with obsessive-compulsive disorder ($p < 0.001$, $\beta = 0.33$) ($\beta = 0.33$) were positive and significant. Also, schematic mentality of dysfunctional parents played a mediating role in the effects of early maladaptive schemas and obsessive-compulsive disorder (RMSEA=0.045, AGFI= 0.94)

Conclusion: Based on the findings of this study, the schematic mentality of dysfunctional coping has a mediating role between early maladaptive schemas and obsessive-compulsive disorder.

Key words: Schema, Parents, Early maladaptive schema, Practical obsessive-compulsive disorder.