

مقایسه طرحواره‌های هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار، افسردگی اساسی و عادی  
 شهزاد شیخ‌حسینی<sup>۱</sup>، محمد حاتمی<sup>۲</sup>، بیتا نصراللهی<sup>۳</sup>

Compare Emotional Schemas in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder, Major Depression and Normal

Shahrzad Sheikhhassani<sup>1</sup>, Mohammad Hatami<sup>2</sup>, Bita Nasrolahi<sup>3</sup>

چکیده

**زمینه:** گرایش به اجتناب از هیجان‌های منفی، ممکن است در هر فرآیند درمان روانشناختی بروز پیدا کند. در این زمینه رابرت لیهی با ارائه مدل طرحواره‌های هیجانی این موضوع را بررسی کرده است. او معتقد است هیجان نوعی اطلاعات بشمار می‌رود. هیجان‌ها در اثر پردازش موازی اطلاعات گوناگون بوجود می‌آیند و اغلب آنها خارج از حوزه هوشیاری رخ می‌دهد، در این زمینه رابرت لیهی با ارائه یک مدل درمانی بر اساس طرحواره‌های هیجانی سعی کرده برای نقیصه فائق آید. مسئله پژوهش حاضر این است که آیا طرحواره‌های هیجانی بیماران مبتلا به وسواس اجبار، افسردگی اساسی و افراد عادی، چه تفاوتی با یکدیگر دارند. **هدف:** پژوهش با هدف مقایسه طرحواره‌های هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار، افسردگی اساسی و عادی انجام گرفت. **روش:** روش تحقیق حاضر توصیفی از نوع زمینه‌یابی بود. جامعه آماری تحقیق را تمامی افراد که دارای افسردگی، اختلال وسواس - اجبار و همچنین افراد عادی، تشکیل دادند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۹۰ نفر (۳۰ نفر دارای اختلال وسواس - اجبار، ۳۰ نفر دارای اختلال افسردگی و ۳۰ نفر از افراد عادی) به‌عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. در پژوهش حاضر از پرسشنامه طرحواره‌های هیجانی لیهی (لیهی ۲۰۰۲) و مصاحبه ساختاریافته استفاده شد. مدل آماری مورد استفاده تحلیل واریانس یک طرفه و تحلیل واریانس چندمتغیری بود. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که «نشخوار ذهنی»، «غیرقابل کنترل بودن» و «ارزش‌های والاتر» در سطح  $\alpha=0/01$  معنی‌دار و در افراد دارای اختلال وسواسی - اجباری بالا بوده است. همچنین، «گناه» و «سرزنش» نیز در سطح  $\alpha=0/01$  معنی‌دار و در افراد افسرده بالاتر از افراد دارای اختلال وسواسی - اجباری و عادی مشاهده شده است. **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت در این مشاهدات افراد دارای اختلال وسواس - اجبار از طرحواره‌های هیجانی بیشتری برخوردار بودند. **واژه‌کلیدها:** طرحواره‌های هیجانی، اختلال وسواس - اجبار، افسردگی اساسی

**Background:** The tendency to avoid negative emotions may occur in any psychological treatment process. In this regard, Robert Leahy reviewed this topic by presenting the model of emotional schemas. He believes that excitement is some sort of information. Excitements arise from the parallel processing of various information and most of them occur outside the scope of consciousness. In this regard, Robert Leahy tries to overcome this disadvantage by offering a therapeutic model based on emotional schemas. The present research question is what difference is between emotional schemas of patients with obsessive-compulsive disorder, major depression and normal people? **Aims:** The main purpose of the present research was comparing emotional schemas in patients with obsessive-compulsive disorder, major depression and normal people. **Method:** The method of this research was descriptive. The statistical population of the study consisted of all individuals with depression, obsessive-compulsive disorder, and normal people. Using available sampling method, 90 people (30 with obsessive-compulsive disorder, 30 with depression and 30 of ordinary people) as sample size. In this study, questionnaires Leahy Emotional Schemas LESS (Leahy, 2002) and Structured Interview were used. **Results:** The statistical model used was multivariate analysis of variance and the findings showed that "obsessive rumination", "being uncontrollable" and "higher values" had significance level  $\alpha:0.01$ , and in people with obsessive-compulsive disorder have been high. also "guilty" and "blame" had significance level  $\alpha:0.01$ , and in depressed people it was higher than people with Obsessive-compulsive disorder and normal people. **Conclusions:** This means that the patients with obsessive-compulsive disorder had more emotional schemes than other groups. **Key words:** Emotional Schemas, Obsessive-Compulsive Disorder, Major Depression

Corresponding Author: hatami513@gmail.com

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۱. M A. in Clinical Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

۲. Associate Professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

۳. Assistant Professor, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

## مقدمه

اختلال وسواس - اجبار، یک اختلال اضطرابی مزمن است که با اشتغال ذهنی مفرط در مورد نظم و ترتیب و امور جزئی و همچنین کمال‌طلبی همراه است، تا حدی که به از دست دادن انعطاف‌پذیری، صراحت و کارایی می‌انجامد (کاپلان و سادوک؛ ترجمه پورافکاری، ۱۳۹۳). طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-5، اختلال وسواسی - اجبار و اختلالات مرتبط شامل اختلال وسواسی - اجبار (OCD)، اختلال بدریخت‌انگاری بدن، اختلال ذخیره‌سازی، اختلال کندن مو، اختلال خراشیدن پوست، اختلال وسواس - اجبار و اختلالات ناشی از مواد / دارو، اختلال وسواس - اجبار و اختلالات مرتبط ناشی از بیماری طبی، اختلال وسواس - اجبار و اختلالات مرتبط معین دیگر و اختلال وسواس - اجبار و اختلالات مرتبط نامعین می‌باشد. طبق ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی برای اختلال وسواسی دو گونه فکری و عملی تعریف می‌شود (رضایی و همکاران، ۱۳۹۵).

همچنین، اختلال افسردگی اساسی یا به اصطلاح افسردگی، اختلالی روانی است که مشخصه اصلی آن، داشتن حالت پریشانی در وضعیت‌ها و موقعیت‌های مختلف به مدت حداقل دو هفته می‌باشد (ریچاردز، استیون و میشل، ۲۰۱۴). افسردگی معمولاً همراه با علائمی مثل عدم اعتماد بنفس، بی‌علاقگی نسبت به انجام فعالیت لذت‌بخش، بی‌حالی و احساس درد بدون دلیل می‌باشد (ریچاردز، استیون و میشل، ۲۰۱۴). شایان ذکر است که اختلالات افسردگی می‌تواند تأثیرات بسیار منفی بر شخصیت فرد، کار و یا زندگی تحصیلی و نیز وضعیت خواب، عادت‌های غذایی و سلامت عمومی او داشته باشد (ریچاردز، استیون و میشل، ۲۰۱۴) و همین عوارض مراجعه به موقع به روانپزشک را در صورت مشاهده علائم به امری ضروری تبدیل می‌کند (رضایی، ۱۳۹۴).

لازم به ذکر است که، طرحواره‌های هیجانی ساختارهای روانی هستند که به شخصیت فرد شکل می‌دهند و بر روی تعامل با دیگران، تجربه هیجانی و تفسیر واکنش‌های فرد تأثیر می‌گذارند. در طول دوره کودکی طرحواره‌های هیجانی مانند یادگیری‌های کودک برای تعامل و تنظیم هیجانی از طریق تعاملات با مراقبان مهم رشد

می‌یابند. طرحواره‌های هیجانی مانند دیگر طرحواره‌های حافظه، بر اساس اطلاعات مشابه فراوان و یا تجربیات تکرار شده از گذشته فرد گرفته شده‌اند. این طرحواره‌ها توسط عواطف بنیادی مانند تجربیات جسمی، حسی و حرکتی مورد تبیین قرار می‌گیرند. هنگامی که این هیجان‌ها در محدوده رابطه درون فردی روی می‌دهند طرحواره‌های هیجانی فرد از هیجان اطلاع می‌یابند. بنابراین، بر روشی که افراد به هیجان درونی خود می‌پردازند، تأثیر می‌گذارد. مدل طرحواره‌های هیجانی، دارای مؤلفه‌هایی می‌باشد که به پردازش هیجانی ربط دارند. این طرحواره‌ها، مانع‌الجمع نیستند، برخی از آنها ممکن است با یکدیگر همپوشی داشته باشند. با این حال، اگر به این طرحواره‌ها دقت کنیم، متوجه تأثیر بالقوه آنها در تداوم تجارب هیجانی ناخوشایند و مشکلات درمان می‌شویم (چاتاو و ویسمن، ۲۰۰۸).

با توجه به اینکه ابهامات گوناگونی پیرامون طرحواره‌های هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار، افسردگی اساسی و عادی وجود دارد بر اساس نظریه‌های شناختی - رفتاری اختلال افسردگی و شواهد مرتبط با آنها، این افراد دارای طرحواره‌های هیجانی خاصی هستند که به صورت افکار ناخوانده و منفی نظیر بازداری، نشخوار، اجتناب شناختی از هیجان‌ات منفی و تداوم نگرانی، تجربه می‌شود (آلاتونجی، موریتز و زلومکی، ۲۰۱۰). طبق نظریه یانگ، طرحواره‌های هیجانی ناسازگارانه، زیربنایی‌ترین سطوح شناختی هستند که موجب سوگیری در تفسیرهای ما از رویدادها می‌شوند و این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی میان فردی به صورت سوء تفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف شده، گمانه‌زنی‌های نادرست و... مشخص می‌شوند که در نهایت منجر به تشدید نشانه‌های اختلالات روانشناختی می‌شوند (کالوتی، آریو و هانکین & Calvete, Orue, Hankin, ۲۰۱۳). از طرفی، طرحواره‌های هیجانی خاص، نظیر نیاز به کنترل و اجتناب به شیوه شناختی - رفتاری، نگرانی بیمارگونه و حساسیت به اضطراب، نقش کلیدی در تشدید علائم اختلال وسواس - اجبار و کاهش کیفیت زندگی این بیماران دارد (کوگلر، لیوین، فاریس، گیفکین، مورفی و استورچ، ۲۰۱۲). دشتبان جامی، بیاضی، زعیمی و حجت (۱۳۹۳) پیرامون «بررسی رابطه طرحواره‌های هیجانی و باورهای فراشناختی با افسردگی در مراجعه‌کنندگان به

4. Olatunji, Moretz & Zlomke

5. Kugler, Lewin, Phares, Geffken, Murphy & Storch

1. Kaplan & Sadock

2. Richards, Steven & Michael

3. Chatav & Whisman

## روش

با توجه به اینکه در تحقیق حاضر، هیچگونه متغیری از سوی پژوهشگر اعمال نشده است و تنها به مقایسه طرحواره‌های هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار، افسردگی اساسی و عادی پرداخته شده است و روش تحقیق در حیطه تحقیقات توصیفی از نوع زمینه‌یابی است. جامعه آماری تحقیق حاضر را تمامی افراد دارای افسردگی، اختلال وسواس - اجبار و همچنین افراد عادی، تشکیل می‌دهند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۹۰ نفر (۳۰ نفر دارای اختلال وسواس - اجبار، ۳۰ نفر دارای اختلال افسردگی و ۳۰ نفر از افراد عادی) که در دامنه ۲۰ تا ۴۰ سال قرار داشته و به جز افراد عادی دو گروه دیگر از دو کلینیک و مرکز مشاوره سنجش استثنایی و طب روان به‌عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. لازم به ذکر است که، از بین ۴۰ نفر افرادی که دارای اختلال وسواس - اجبار و ۳۷ نفر که دارای اختلال افسردگی بودند و در دو کلینیک مذکور مورد تشخیص و درمان قرار داشتند با استفاده از مصاحبه با ساختار و پرسشنامه مورد سنجش پژوهشگر قرار گرفتند و از هر دو گروه افراد با اختلال وسواس - اجبار و اختلال افسردگی تعداد ۳۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. در تحقیق حاضر با پرسشنامه طرحواره‌های هیجانی لیهی (لیهی<sup>۱</sup> ۲۰۰۲) و مصاحبه ساختاریافته استفاده می‌شود که ویژگی‌های روان‌سنجی آن به شرح زیر بیان می‌شود:

مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیهی (LESS): پرسشنامه مذکور دارای ۳۷ سؤال بوده که به صورت طیف لیکرت (کاملاً مخالف = ۰ تا کاملاً موافق = ۴) محاسبه می‌شود. دامنه نمرات از صفر تا ۱۴۸ بود. بطور کلی مشخص می‌کند که فرد در طی ماه گذشته با احساس‌ها و هیجان‌های خود چگونه برخورد می‌کند (لیهی ۲۰۰۲). درستی آزمایی و قابلیت اعتماد این پرسشنامه در مطالعات متعددی مورد بررسی قرار گرفته است. تحقیقات نشان داده که در نسخه ترکی پرسشنامه مذکور ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۶ و ضریب اعتبار دو نیمه مقیاس برابر ۰/۷۰ است. لیهی مؤلفه‌های طرحواره‌های هیجانی که شامل نشخوار ذهنی، خودآگاهی هیجانی، گناه، ابراز احساسات، غیرقابل کنترل بودن، تأیید طلبی از دیگران، قابل درک بودن، سرزنش، تلاش برای منطقی بودن، دیدگاه ساده‌انگارانه نسبت به هیجانات، ارزش‌های والاتر،

مراکز خدمات روانشناختی و مشاوره‌ای شهرستان تربت جام» مطرح نمودند، بین باورهای فراشناختی و طرحواره‌های هیجانی با افسردگی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. مشخص گردید که اثر باور فراشناختی خودآگاهی شناختی و پنج طرحواره هیجانی (طرحواره‌های تأیید، سرزنش، توافق عمومی و قابل درک بودن و گناه) به میزان ۷۱/۲ افسردگی را پیش‌بینی می‌کنند. دانشمندی، ایزدخواه، کاظمی و مهرابی (۱۳۹۳) پیرامون «اثر بخشی درمان طرحواره‌های هیجانی بر طرحواره‌های هیجانی زنان قربانی کودک آزاری و غفلت» بیان نمودند، درمان طرحواره‌های هیجانی منجر به کاهش طرحواره‌های هیجانی «احساس گناه» و «ساده‌انگاری هیجانی» و افزایش «پذیرش هیجانات» در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شده است. مشخص گردید که درمان طرحواره‌های هیجانی می‌تواند به‌عنوان درمانی مؤثر جهت اصلاح برخی طرحواره‌های هیجانی زنان قربانی کودک آزاری و غفلت مورد استفاده قرار گیرد. رحیمیان بوگر، کیان ارثی و تبران (۱۳۹۲) به بررسی رابطه طرحواره‌های هیجانی، اجتناب شناختی - رفتاری و نظام شناختی - عاطفی با اختلال اضطراب منتشر و اختلال وسواسی - اجباری پرداختند و بیان نمودند، با توجه به اینکه خود - طرحواره منفی، اجتناب شناختی - رفتاری و نظام شناختی - عاطفی معیوب در میان مبتلایان به اختلال اضطراب منتشر و اختلال وسواس - اجبار نسبت به افراد سالم بالاتر است. با توجه به تحقیقات انجام شده در زمینه طرحواره‌های هیجانی هنوز ابهامات گوناگونی پیرامون متغیرهای مذکور وجود دارد که به‌عنوان منبع مسأله مطرح می‌شوند. از این‌رو، در تحقیق حاضر به مقایسه طرحواره‌های هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار، افسردگی اساسی و عادی پرداخته می‌شود تا از این طریق بتوان راهکارهای مناسبی در زمینه درمان اختلالات وسواس - اجبار و افسردگی اساسی صورت گیرد.

## سؤال‌های پژوهش

- آیا طرحواره‌های هیجانی بیماران مبتلا به وسواس - اجبار و افسردگی اساسی بیشتر از افراد سالم می‌باشد؟
- آیا طرحواره‌های هیجانی بیماران مبتلا به وسواس - اجبار بیشتر از بیماران مبتلا به افسردگی اساسی می‌باشد؟

پذیرش هیجان‌ها و توافق می‌باشند را ارائه نموده است. درستی محتوایی پرسشنامه مذکور به صورت زیر مطرح می‌شود:

جدول ۱. روایی محتوای پرسشنامه طرحواره‌های هیجانی	
سؤالات	مؤلفه
۱-۱۷-۲۵-۲۶	نشخوار ذهنی
۲-۴-۱۰	خودآگاهی هیجانی
۳-۱۱-۲۲	گناه
۵-۱۶	ابراز احساسات
۶-۱۹-۳۳	غیرقابل کنترل بودن
۷-۱۲	تأییدطلبی از دیگران
۸-۳۲-۳۴	قابل درک بودن
۹-۲۴	سرزنش
۱۳-۲۱-۳۵-۳۶	تلاش برای منطقی بودن
۱۴-۲۷	دیدگاه ساده‌انگارانه نسبت به هیجان‌ها
۱۵-۱۸-۳۱	ارزش‌های والاتر
۲۰-۲۹-۳۷	پذیرش هیجان‌ها
۲۳-۲۸-۳۰	توافق

افسرده و عادی وجود دارد. بنابراین، با رجوع به میانگین‌های نمونه‌ها، مطرح می‌شود که میانگین مؤلفه‌های «نشخوار ذهنی»، «غیرقابل کنترل بودن» و «ارزش‌های والاتر» در افراد دارای اختلال وسواسی - اجباری بیشتر از افراد افسرده و عادی است. از این رو، عنوان می‌شود نشخوار ذهنی، «غیرقابل کنترل بودن» و «ارزش‌های والاتر» در افراد دارای اختلال وسواسی - اجباری نسبت به دو گروه دیگر بالاتر می‌باشند. در حالی که میانگین مؤلفه‌های «گناه» و «سرزنش» در افراد افسرده بیشتر از افراد دارای اختلال وسواسی - اجباری و عادی است. از این رو، عنوان می‌شود «گناه» و «سرزنش» در افراد افسرده نسبت به دو گروه دیگر بالاتر می‌باشند.

با تأکید بر مقادیر به دست آمده مشخص می‌شود در مؤلفه «نشخوار ذهنی» تفاوت معنی‌داری در سطح  $\alpha=0/05$  و  $\alpha=0/01$  بین افراد دارای اختلال وسواسی - اجباری با افراد افسرده؛ افراد دارای اختلال وسواسی - اجباری با افراد عادی و افراد افسرده با افراد عادی وجود دارد.

با تأکید بر مقادیر به دست آمده مشخص می‌شود در مؤلفه «گناه» تفاوت معنی‌داری در سطح  $\alpha=0/01$  بین افراد دارای اختلال وسواسی - اجباری با افراد افسرده و افراد عادی وجود دارد. با تأکید بر مقادیر به دست آمده مشخص می‌شود در مؤلفه «غیرقابل کنترل بودن» تفاوت معنی‌داری در سطح  $\alpha=0/01$  بین افراد دارای اختلال وسواسی - اجباری با افراد افسرده و افراد دارای اختلال وسواسی - اجباری با افراد عادی وجود دارد.

با تأکید بر مقادیر به دست آمده مشخص می‌شود در مؤلفه «سرزنش» تفاوت معنی‌داری در سطح  $\alpha=0/01$  بین افراد دارای اختلال وسواسی - اجباری با افراد افسرده و افراد عادی وجود دارد.

با تأکید بر مقادیر به دست آمده مشخص می‌شود در مؤلفه «ارزش‌های والاتر» تفاوت معنی‌داری در سطح  $\alpha=0/01$  بین افراد دارای اختلال وسواسی - اجباری با افراد افسرده و افراد عادی وجود دارد.

با تأکید بر مقادیر به دست آمده مشخص می‌شود در مؤلفه «طرحواره‌های هیجانی» تفاوت معنی‌داری در سطح  $\alpha=0/01$  بین افراد دارای اختلال وسواسی - اجباری با افراد افسرده؛ افراد دارای اختلال وسواسی - اجباری با افراد عادی و افراد افسرده با افراد عادی وجود دارد.

لازم به ذکر است مطرح شود که سؤالات ۱، ۴، ۸، ۱۲، ۱۸، ۲۰، ۲۳، ۲۵، ۳۲، ۳۴ و ۳۷ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. مصاحبه ساختاریافته: یک مصاحبه ساختاریافته است که تشخیص‌هایی را براساس DSM-IV فراهم می‌کند. این مصاحبه که SCID-5 نام دارد و برای اختلالات محور I است که بر روی ۹۰ نفر از مراجعان به کلینیک‌های مشاوره اجرا می‌شود که بر روی ۶۰ نفر از مراجعان به کلینیک که دارای پرونده با تشخیص اختلال افسردگی اساسی و اختلال وسواس - اجبار بودند و ۳۰ نفر افراد عادی اجرا گردید.

در تحقیق حاضر از مدل‌های تحلیل واریانس یک‌طرفه و تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) به منظور مقایسه طرحواره‌های هیجانی در افراد با اختلالات وسواس - اجبار، افسردگی و عادی استفاده می‌گردد.

### داده‌ها و یافته‌ها

طرحواره‌های هیجانی بیماران مبتلا به وسواس - اجبار و افسردگی اساسی بیشتر از افراد سالم است.

با تأکید بر میزان مقادیر F به دست آمده، می‌توان مطرح نمود که تفاوت معنی‌داری در سطح  $\alpha=0/01$  بین میانگین مؤلفه‌های «نشخوار ذهنی»، «گناه»، «غیرقابل کنترل بودن»، «سرزنش»، «ارزش‌های والاتر» و «طرحواره‌های هیجانی» با تأکید بر سه گروه وسواسی - اجباری،

وجود دارد. از این رو، مطرح می‌شود که مفروضه تحلیل واریانس چندمتغیری یک‌طرفه رعایت شده و ضروری است جدول آزمون اثرات متغیرهای بین‌گروهی (MANOVA-ONE WAY) ارائه گردد.

با توجه به جدول فوق و با استفاده از آزمون‌های چندمتغیری چهارگانه (ردیابی فیلا، لامبدای ویلکس، ردیابی هاتلینگ و بزرگترین ریشه روی)، مشخص گردید که ارتباط معنی‌داری بین متغیرهای وابسته «حافظه فعال غیر کلامی» و «حافظه فعال کلامی»

جدول ۲. تحلیل واریانس یک‌طرفه جهت مقایسه مؤلفه‌های «طرحواره‌های هیجانی» با تاکید بر سه گروه وسواسی - اجباری، افسرده و عادی					
مؤلفه	گروه	میانگین	انحراف معیار	میزان F	سطح معنی‌داری
نشخوار ذهنی	وسواسی - اجباری	۸/۸۳	۱/۳۴	۲۳/۱۹	۰/۰۰۱
	افسرده	۶/۶۰	۱/۹۴		
	عادی	۵/۳۶	۱/۷۵		
خودآگاهی هیجانی	وسواسی - اجباری	۵/۱۰	۲/۳۸	۰/۵۳	۰/۵۹۰
	افسرده	۵/۳۶	۱/۹۰		
	عادی	۴/۸۳	۱/۶۶		
گناه	وسواسی - اجباری	۵/۵۶	۲/۲۳	۵۹/۲۷	۰/۰۰۱
	افسرده	۹/۷۰	۱/۳۶		
	عادی	۵/۳۰	۱/۵۳		
ابراز احساسات	وسواسی - اجباری	۴/۷۶	۱/۷۱	۰/۶۷	۰/۵۱۴
	افسرده	۴/۴۶	۱/۴۵		
	عادی	۴/۹۰	۱/۲۴		
غیرقابل کنترل بودن	وسواسی - اجباری	۸	۲/۰۳	۱۰/۵۶	۰/۰۰۱
	افسرده	۷/۹۰	۱/۶۴		
	عادی	۴/۳۰	۱/۴۸		
تأییدطلبی از دیگران	وسواسی - اجباری	۴/۴۶	۱/۱۳	۰/۱۱	۰/۸۹۲
	افسرده	۴/۳۶	۱/۴۲		
	عادی	۴/۷۶	۱/۶۹		
قابل درک بودن	وسواسی - اجباری	۴/۷۶	۱/۵۴	۰/۱۲	۰/۸۸۴
	افسرده	۴/۶۰	۱/۲۲		
	عادی	۳/۷۰	۱/۹۸		
سرزنش	وسواسی - اجباری	۶/۴۶	۱/۲۵	۲۳/۱۳	۰/۰۰۱
	افسرده	۴/۶۶	۱/۴۷		
	عادی	۷/۶۳	۲/۲۹		
تلاش برای منطقی بودن	وسواسی - اجباری	۸/۴۰	۱/۶۵	۱/۱۸	۰/۳۱۰
	افسرده	۷/۹۳	۱/۸۱		
	عادی	۴/۷۳	۱/۹۶		
دیدگاه ساده‌انگارانه نسبت به هیجانات	وسواسی - اجباری	۵/۲۰	۱/۴۹	۰/۸۵	۰/۴۲۸
	افسرده	۵/۲۳	۱/۴۵		
	عادی	۹/۸۶	۱/۲۲		
ارزش‌های والاتر	وسواسی - اجباری	۷/۳۳	۲/۴۲	۱۳/۳۳	۰/۰۰۱
	افسرده	۷/۳۰	۲/۶۹		
	عادی	۶/۹۳	۲/۳۷		
پذیرش هیجانات	وسواسی - اجباری	۷/۱۳	۲/۰۸	۲/۵۴	۰/۰۸۴
	افسرده	۸/۰۶	۱/۷۲		
	عادی	۶/۷۶	۲/۵۹		
توافق	وسواسی - اجباری	۷/۹۰	۱/۶۰	۲/۶۱	۰/۰۷۹
	افسرده	۷	۱/۷۴		
	عادی	۱۹۲/۸۰	۸/۲۴		
طرحواره‌های هیجانی	وسواسی - اجباری	۱۷۶/۱۰	۸/۳۹	۱۶۲/۷۴	۰/۰۰۱
	افسرده	۱۵۱	۱۰/۳۱		
	عادی				

جدول ۳. آزمون تعقیبی Tamhane's مرتبط با بررسی مقایسه‌ای «نشخوار ذهنی» با تأکید بر سه گروه وسواسی - اجباری، افسرده و عادی

ضریب همبستگی	وسواسی - اجباری	افسرده	عادی
سطح معنی داری			
وسواسی - اجباری	-	۲/۲۳	۳/۴۶
افسرده	۰/۰۰۱	۰/۰۳۷	-
عادی			

جدول ۴. آزمون تعقیبی LSD مرتبط با بررسی مقایسه‌ای «گناه» با تأکید بر سه گروه وسواسی - اجباری، افسرده و عادی

ضریب همبستگی	وسواسی - اجباری	افسرده	عادی
سطح معنی داری			
وسواسی - اجباری	-	-۴/۱۳	۰/۲۶
افسرده	۰/۰۰۱	۴/۴۰	-
عادی	۰/۵۵۸	۰/۰۰۱	-

جدول ۵. آزمون تعقیبی Tamhane's مرتبط با بررسی مقایسه‌ای «غیرقابل کنترل بودن» با تأکید بر سه گروه وسواسی - اجباری، افسرده و عادی

ضریب همبستگی	وسواسی - اجباری	افسرده	عادی
سطح معنی داری			
وسواسی - اجباری	-	۱/۶۶	۱/۷۶
افسرده	۰/۰۰۱	۰/۱۰	-
عادی	۰/۰۰۱	۰/۹۹۶	-

جدول ۶. آزمون تعقیبی Tamhane's مرتبط با بررسی مقایسه‌ای «سرزنش» با تأکید بر سه گروه وسواسی - اجباری، افسرده و عادی

ضریب همبستگی	وسواسی - اجباری	افسرده	عادی
سطح معنی داری			
وسواسی - اجباری	-	-۲/۷۶	-۰/۹۶
افسرده	۰/۰۰۱	۱/۸۰	-
عادی	۰/۱۰۶	۰/۰۰۱	-

جدول ۷. آزمون تعقیبی Tamhane's مرتبط با بررسی مقایسه‌ای «ارزش‌های والاتر» با تأکید بر سه گروه وسواسی - اجباری، افسرده و عادی

ضریب همبستگی	وسواسی - اجباری	افسرده	عادی
سطح معنی داری			
وسواسی - اجباری	-	۲/۵۳	۲/۵۶
افسرده	۰/۰۰۱	۰/۰۳	-
عادی	۰/۰۰۱	۱	-

جدول ۸. آزمون تعقیبی LSD مرتبط با بررسی مقایسه‌ای «طرحواره‌های هیجانی» با تأکید بر سه گروه وسواسی - اجباری، افسرده و عادی

ضریب همبستگی	وسواسی - اجباری	افسرده	عادی
سطح معنی داری			
وسواسی - اجباری	-	۱۶/۷۰	۴۱/۸۰
افسرده	۰/۰۰۱	-	۲۵/۱۰
عادی	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	-

جدول ۹. آزمون‌های چندمتغیری مرتبط مؤلفه‌های «طرحواره‌های هیجانی» در سه گروه افراد دارای اختلال و سواسی - اجباری، افسرده و عادی

اثر	آزمون‌های چندمتغیری	میزان F	سطح معنی داری
گروه	ردیابی فیلای	۱۰/۵۶	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکس	۱۱/۱۸	۰/۰۰۱
	ردیابی هاتلینگ	۱۱/۸۱	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۱۷/۴۴	۰/۰۰۱

جدول ۱۰. جدول MANOVA- ONE WAY مرتبط با جدول شماره ۱۵

اثر	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معنی داری
گروه	نشخوار ذهنی	۱۸۵/۲۶	۲	۹۲/۶۳	۳۲/۱۹	۰/۰۰۱
	خودآگاهی هیجانی	۴/۲۶	۲	۲/۱۳	۰/۵۳	۰/۵۹۰
	گناه	۳۶۵/۱۵	۲	۱۸۲/۵۷	۵۹/۲۷	۰/۰۰۱
	ابراز احساسات	۲/۹۵	۲	۱/۴۷	۰/۶۷	۰/۵۱۴
	غیرقابل کنترل بودن	۵۹/۰۸	۲	۲۹/۵۴	۱۰/۵۶	۰/۰۰۱
	تأییدطلبی از دیگران	۰/۴۲	۲	۰/۲۱	۰/۱۱	۰/۸۹۲
	قابل درک بودن	۰/۵۵	۲	۰/۲۷	۰/۱۲	۰/۸۸۴
	سرزنش	۱۱۸/۲۸	۲	۵۹/۱۴	۲۳/۱۳	۰/۰۰۱
	تلاش برای منطقی بودن	۸/۹۵	۲	۴/۴۷	۱/۱۸	۰/۳۱۰
	دیدگاه ساده‌انگارانه نسبت به هیجانات	۴/۶۸	۲	۲/۳۴	۰/۸۵	۰/۴۲۸
	ارزش‌های والاتر	۱۳۰/۰۶	۲	۶۵/۰۳	۱۳/۳۳	۰/۰۰۱
	پذیرش هیجانات	۲۱/۹۵	۲	۱۰/۹۷	۲/۵۴	۰/۰۸۴
خطا	توافق	۲۱/۴۸	۲	۱۰/۷۴	۲/۶۱	۰/۰۷۹
	نشخوار ذهنی	۲۵۰/۳۳	۸۷	۲/۸۷	-	-
	خودآگاهی هیجانی	۳۴۹/۸۳	۸۷	۴/۰۲	-	-
	گناه	۲۶۷/۹۶	۸۷	۳/۰۸	-	-
	ابراز احساسات	۱۹۱/۵۳	۸۷	۲/۲۰	-	-
	غیرقابل کنترل بودن	۲۴۳/۳۶	۸۷	۲/۷۹	-	-
	تأییدطلبی از دیگران	۱۶۰/۷۳	۸۷	۱/۸۴	-	-
	قابل درک بودن	۱۹۵/۹۳	۸۷	۲/۲۵	-	-
	سرزنش	۲۲۲/۴۳	۸۷	۲/۵۵	-	-
	تلاش برای منطقی بودن	۳۲۸/۰۳	۸۷	۳/۷۷	-	-
	دیدگاه ساده‌انگارانه نسبت به هیجانات	۲۳۸/۰۳	۸۷	۲/۷۳	-	-
	ارزش‌های والاتر	۴۲۴/۴۳	۸۷	۴/۸۷	-	-
کل	پذیرش هیجانات	۳۷۵/۲۰	۸۷	۴/۳۱	-	-
	توافق	۳۵۸/۰۶	۸۷	۴/۱۱	-	-
	نشخوار ذهنی	۴۷۶۲	۹۰	-	-	-
	خودآگاهی هیجانی	۲۶۹۵	۹۰	-	-	-
	گناه	۴۸۶۳	۹۰	-	-	-
	ابراز احساسات	۲۱۹۲	۹۰	-	-	-
	غیرقابل کنترل بودن	۶۸۳۹	۹۰	-	-	-
	تأییدطلبی از دیگران	۱۸۸۶	۹۰	-	-	-
	قابل درک بودن	۲۱۹۴	۹۰	-	-	-
	سرزنش	۲۵۴۱	۹۰	-	-	-
	تلاش برای منطقی بودن	۶۰۸۱	۹۰	-	-	-
	دیدگاه ساده‌انگارانه نسبت به هیجانات	۲۵۴۳	۹۰	-	-	-
ارزش‌های والاتر	۶۵۵۷	۹۰	-	-	-	
پذیرش هیجانات	۵۲۹۶	۹۰	-	-	-	
توافق	۵۰۷۴	۹۰	-	-	-	

کنندگان به مراکز خدمات روانشناختی و مشاوره‌ای شهرستان تربت جام»، دانشمندی، ایزدخواه، کاظمی و مهربانی (۱۳۹۳) پیرامون «اثربخشی درمان طرحواره‌های هیجانی بر طرحواره‌های هیجانی زنان قربانی کودک آزاری و غفلت» و قائدنیای جهرمی (۱۳۹۲) به «اثربخشی آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان در وسوسه، مقابله شناختی، طرحواره‌های هیجانی و زودانگیزگی افراد مبتلا به سوء‌مصرف مواد: مطالعه تک آزمودنی» هماهنگ و همسو می‌باشند؛ زیرا در تحقیق دشتبان جامی، بیاضی، زعیمی و حجت (۱۳۹۳) مشخص گردید که طرحواره‌های هیجانی تأیید، سرزنش، توافق عمومی و قابل درک بودن و گناه در افراد افسرده وجود دارد. قائدنیای جهرمی (۱۳۹۲) مطرح کردند که طرحواره‌های هیجانی سازگارانه افزایش قابل توجهی نسبت به آزمودنی‌های گروه گواه داشته‌اند که این نشان‌دهنده اثربخشی درمان بوده است. با توجه به یافته‌های تحقیق حاضر نیز مشخص گردید که طرحواره‌های گناه و سرزنش نیز در افراد افسرده وجود دارند و به صورت معنی‌دار می‌باشند. از این رو، می‌توان مطرح نمود که حساسیت اضطرابی باعث ایجاد اختلال در افراد می‌شود و همچنین، طرحواره‌های هیجانی گناه و سرزنش نیز در افراد افسرده بالاتر از دیگر طرحواره‌های هیجانی می‌باشند.

در نهایت، می‌توان مطرح نمود که بالاترین میانگین در مؤلفه‌های «نشخوار ذهنی»، «غیرقابل کنترل بودن» و «ارزش‌های والاتر» مربوط به افراد دارای اختلال وسواسی - اجباری و در مؤلفه‌های «گناه» و «سرزنش» بالاترین میانگین مربوط به افراد افسرده است.

### منابع

انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۳۹۵). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-5، ترجمه فرزین رضایی؛ علی فخرایی؛ آتوسا فرمند؛ علی نیلوفری؛ ژانت هاشمی آذر و فرهاد شاملو؛ تهران: ارجمند.

برن، بلاک، ام. ایوی (۱۳۹۵). مقابله با افسردگی و شیوه‌های درمان آن، ترجمه گیتی شمس، اصفهان: انتشارات نسیم.

دانشمندی، سعیده، ایزدخواه؛ زهرا، کاظمی؛ حمید، مهربانی؛ حسینعلی، (۱۳۹۳). اثربخشی درمان طرحواره‌های هیجانی بر طرحواره‌های هیجانی زنان قربانی کودک آزاری و غفلت، مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲۲(۵)، ۱۴۹۹-۱۴۸۱

با تأکید بر میزان مقادیر F بدست آمده، می‌توان مطرح نمود که تفاوت معنی‌داری در سطح  $\alpha = 0/01$  بین میانگین مؤلفه‌های «نشخوار ذهنی»، «گناه»، «غیرقابل کنترل بودن»، «سرزنش»، «ارزش‌های والاتر» و «طرحواره‌های هیجانی» وجود دارد. با رجوع به میانگین‌های نمونه‌های تحقیق، مطرح می‌شود، که بالاترین میانگین در مؤلفه «نشخوار ذهنی» (میانگین ۸/۸۳)، «غیرقابل کنترل بودن» (میانگین ۹/۶۶) و «ارزش‌های والاتر» (میانگین ۹/۸۶) مربوط به افراد دارای اختلال وسواسی - اجباری می‌باشند. از این رو، بیان می‌شود مؤلفه‌های مذکور در افراد دارای اختلال وسواسی - اجباری بالاتر از افراد افسرده و افراد عادی می‌باشند. در حالی که، در مؤلفه‌های «گناه» (با میانگین ۹/۷۰) و «سرزنش» (با میانگین ۶/۴۶) بالاترین میانگین مربوط به افراد افسرده بوده است و مطرح می‌شود، گناه و سرزنش در افراد افسرده بالاتر از افراد دارای اختلال وسواسی - اجباری و عادی می‌باشند.

### بحث و نتیجه‌گیری

در تحقیق حاضر به مقایسه طرحواره‌های هیجانی و حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار، افسردگی اساسی و عادی پرداخته شده است و با استفاده از مدل آماری تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) آزمون فرضیه‌ها به شرح زیر می‌شوند:

- طرحواره‌های هیجانی بیماران مبتلا به وسواس - اجبار و افسردگی اساسی بیشتر از افراد سالم است. به منظور پاسخ‌دهی به آزمون فرض فوق با استفاده از مدل آماری تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) مشخص گردید که بالاترین میانگین در مؤلفه‌های «نشخوار ذهنی»، «غیرقابل کنترل بودن» و «ارزش‌های والاتر» مربوط به افراد دارای اختلال وسواسی - اجباری می‌باشند. از این رو، بیان می‌شود مؤلفه‌های مذکور در افراد دارای اختلال وسواسی - اجباری بالاتر از افراد افسرده و افراد عادی می‌باشند. در حالی که، بالاترین میانگین در مؤلفه‌های «گناه» و «سرزنش» مربوط به افراد افسرده بوده است و مطرح می‌شود، گناه و سرزنش در افراد افسرده بالاتر از افراد دارای اختلال وسواسی - اجباری و عادی می‌باشند.

همچنین، با مقایسه یافته‌های تحقیق حاضر با پیشینه تحقیقات انجام شده، مطرح می‌شود که تحقیق حاضر با تحقیقات دشتبان جامی، بیاضی، زعیمی و حجت (۱۳۹۳) پیرامون «بررسی رابطه طرحواره‌های هیجانی و باورهای فراشناختی با افسردگی در مراجعه



دشتبان جامی؛ سعید، بیاضی؛ محمدحسین، زعیمی؛ حسین، حجت؛ سید کاوه (۱۳۹۳). بررسی رابطه طرحواره‌های هیجانی و باورهای فراشناختی با افسردگی در مراجعه‌کنندگان به مراکز خدمات روانشناختی و مشاوره‌ای شهرستان تربت جام، *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۶ (۲)، ۳۰۵-۲۹۷.

رحیمیان بوگر؛ اسحاق، کیان ارثی؛ فرحناز، تربران؛ فائزه (۱۳۹۲). بررسی رابطه طرحواره‌های هیجانی، اجتناب شناختی-رفتاری و نظام شناختی-عاطفی با اختلال اضطراب منتشر و اختلال وسواسی-اجباری، پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)، ۱۸ (۵)، ۲۷۶-۲۶۷.

قائدنیای؛ علی (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان در وسوسه، مقابله شناختی، طرحواره‌های هیجانی و زودانگیختگی افراد مبتلا به سوء‌مصرف مواد: مطالعه تک-آزمودنی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خوارزمی تهران.

کاپلان؛ هارولد، سادوک؛ بنیامین (۱۳۹۳)، چکیده روان‌پزشکی بالینی، ترجمه پورافکاری؛ نصرت‌الله، چاپ سوم، تهران: انتشارات آزاده. کاپلان؛ هارولد، سادوک؛ بنیامین، (۱۳۹۴)، چکیده روان‌پزشکی بالینی، جلد دوم، ترجمه فرزین رضاعی، تهران: ارجمند.

هومن؛ حیدرعلی، (۱۳۸۵)، شناخت روش علمی در علوم رفتاری، تهران: انتشارات سمت.

Calvete, E., Orue, I., Hankin, B. L. (2013). Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: the mediating role of anxious automatic thoughts. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(3), 278-88.

Chatav, Y., Whisman, M. A. (2008). *Partner schemas and relationship functioning: A states of mind analysis. Behavior Therapy*, 40, 50-56.

Kugler, B.B., Lewin, A. B., Phares, V., Geffken., Murphy, T. K. (2012). Storch EA. *Quality of life in obsessive-compulsive disorder: The role of mediating variables. Psychiatry Research* , 30, 165-78.

Leahy, R. L., Kaplan, D. (2004). *Emotional schemas and relationship adjustment*, Paper presented at the Association for the Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA.

Leahy, R. L. (2007). *Emotional Schemas and Self-Help: Homework Compliance and Obsessive-Compulsive Disorder. Cognitive and Behavioral Practice*, 14 (3), 297-302.

Olatunji, B. O., Moretz, M. W., Zlomke, K. R. (2010). *linking cognitive avoidance and GAD symptoms: the mediating role of fear of emotion. Behaviour Research and Therapy*, 48, 435-41.

Richards, C., Steven, O., Michael, W. (2014). *the Oxford Handbook of Depression and Comorbidity (in English)*, Oxford University Press.