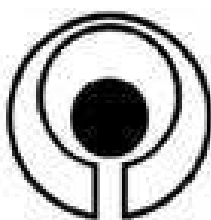


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
گروه آموزشی روانشناسی بالینی

پایان نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد

عنوان

طرحواره های ناسازگار اولیه در اختلال وسواسی-اجباری

نگارنده

افسانه یوسفی

استاد راهنما

دکتر عباس پورشهباز

اساتید مشاور

دکتر بهروز دولتشاهی

دکتر عباسعلی اسدی

مرداد ۱۳۹۳

شماره ثبت : ۲۵۶-۲۰۰

تقدیم به مادرم

دریای بی کران فداکاری و عشق که وجودم برایش همه رنج بود و وجودش برایم همه مهر... .

و با بوسه بردستان پدرم

به او که نمی دانم از بزرگی اش بگویم یا مردانگی سخاوت، سکوت، مهربانی و

تقدیم به همسیره عزیزم که

سخنات ناب باور بودن، لذت و غرور دانستن، جسارت خواستن، عظمت رسیدن و تمام تجربه های یکتا و زیبای زندگیم، مدیون

حضور سبز اوست.

پاسکزاری

از اساتید و همکاران جناب آقای دکتر عباس پور شهباز که زحمات راهمائی این پایان نامه را به عهده داشتند کمال تشکر را دارم.

همچنین از زحمات اساتید مشاور محترم آقای دکتر بهروز دولتشاهی و آقای دکتر عباسعلی اسدی قدر دانی می کنم.

چکیده

هدف: با توجه به مزمن بودن اختلال وسواسی-اجباری و درمان این اختلال در سطوح شناختی، براساس شواهد تجربی، هدف پژوهش ما تعیین طرحواره های ناسازگار اولیه در اختلال وسواسی-اجباری در مقایسه با سایر اختلالات اضطرابی و گروه غیر بالینی است. **روش:** این پژوهش علی-مقایسه ای است که ۱۳۷ نفر در سه گروه مبتلایان به اختلال وسواسی-اجباری، مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی و گروه غیر بالینی هستند. گروه بالینی پس از مراجعه به مطب روانپزشکان و تشخیص اولیه اختلال وسواسی-اجباری و سایر اختلالات اضطرابی بر اساس مصاحبه بالینی ساختار یافته (SCID) و ملاک ورود به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزار جمع آوری داده ها عبارت بودند از: پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ (فرم کوتاه) و پرسشنامه پادوآ. **یافته ها:** مبتلایان به اختلالات اضطرابی و افراد گروه غیر بالینی در تمامی طرحواره ها به جز طرحواره ایثار تفاوت معنی داری داشتند. تفاوت سه گروه به استثنا سه طرحواره ایثار، معیارهای دست نیافتنی/بیش انتقادی و استحقاق/بزرگ منشی در همه طرحواره های ناسازگار اولیه معنی داری است. همچنین طرحواره نقص/شرم و آسیب پذیری به ضرر یا بیماری می تواند علایم و نشانه های وسواسی-اجباری را پیش بینی کنند. **نتیجه گیری:** طرحواره نقص/شرم، بی اعتمادی/بدرفتاری و محرومیت هیجانی طرحواره های مختص اختلال وسواسی-اجباری است و طرحواره نقص/شرم و آسیب پذیری به ضرر یا بیماری ۳۸ درصد واریانس علایم و نشانه های وسواسی-اجباری را تبیین می کنند.

کلید واژگان: اختلال وسواسی-اجباری، اختلالات اضطرابی، طرحواره های ناسازگار اولیه

فهرست

فصل اول : کلیات تحقیق

- ۱-۱ مقدمه: ۱
- ۲-۱ بیان مسئله ۳
- ۳-۱ اهمیت و ضرورت مسئله ۷
- ۴-۱ اهداف پژوهش ۱۰
- ۱-۴-۱ سوال ها و فرضیه ها ۱۰
- ۵-۱ تعریف نظری و عملیاتی متغیرها ۱۱
- ۱-۵-۱ اختلال وسواسی-اجباری ۱۱
- ۲-۵-۱ اختلالات اضطرابی ۱۲
- ۳-۵-۱ طرحواره های ناسازگار اولیه ۱۲

فصل دوم: پیشینه پژوهش

- ۱-۲ اختلال وسواسی-اجباری ۲۰
- ۱-۱-۲ ملاک های تشخیص اختلال وسواسی-اجباری ۲۱
- ۲-۱-۲ خرده الگوهای اختلال وسواسی-اجباری ۲۳
- ۳-۱-۲ همبودی اختلال وسواسی-اجباری با سایر اختلالات روانی ۲۶
- ۴-۱-۲ سیر و پیش آگهی ۲۶

- ۲-۲ نظریات موجود در زمینه اختلال وسواسی-اجباری ۲۷
- ۲-۲-۱ رویکرد زیست شناختی ۲۷
- ۲-۲-۲ ۱-۱-۲-۲ عصب - رسانه ها ۲۷
- ۲-۲-۲ ۲-۱-۲-۲ ساختارهای دستگاه عصبی مرکزی ۲۸
- ۲-۲-۲ رویکرد یادگیری ۳۱
- ۳-۲-۲ رویکرد رفتاری ۳۲
- ۴-۲-۲ نظریه های شناختی ۳۳
- ۴-۲-۲ ۱-۴-۲-۲ نظریه کار ۳۳
- ۴-۲-۲ ۲-۴-۲-۲ نظریه مک فال و ولرشیم ۳۴
- ۴-۲-۲ ۳-۴-۲-۲ نظریه سالکووسکیس ۳۵
- ۳-۲ رویکرد طرحواره ۴۲
- ۱-۱-۳-۲ حوزه اول : بریدگی و طرد ۴۹
- ۲-۱-۳-۲ حوزه دوم : استقلال و عملکرد مختل ۵۱
- ۳-۱-۳-۲ حوزه سوم: محدودیت های مختل ۵۳
- ۴-۱-۳-۲ حوزه چهارم : دیگر جهت مندی ۵۴
- ۵-۱-۳-۲ حوزه پنجم: گوش به زنگی بیش از حد و بازداری ۵۶
- ۴-۲ شواهد تجربی طرحواره های ناسازگار اولیه ۵۹

- ۵-۲ پیشینه پژوهش در حوزه طرحواره های ناسازگار اولیه ۶۳
- ۲-۵-۱ طرحواره های ناسازگار اولیه در اختلالات محور II ۶۳
- ۲-۵-۲ طرحواره های ناسازگار اولیه در اختلالات محور I ۶۶
- ۳-۵-۲ طرحواره های ناسازگار اولیه در اختلالات اضطرابی ۶۹
- ۴-۵-۲ طرحواره های ناسازگار اولیه در اختلال وسواسی-اجباری ۷۱
- ۶-۲ پژوهش های انجام شده در ایران در حوزه طرحواره های ناسازگار اولیه ۷۳
- ۲-۶-۱ طرحواره های ناسازگار اولیه در اختلالات محور II ۷۳
- ۲-۶-۲ طرحواره های ناسازگار اولیه در اختلالات محور I ۷۴

فصل سوم : روش تحقیق

- ۳-۱ طرح پژوهش ۷۷
- ۲-۲ جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه گیری ۷۷
- ۱-۲-۳ معیارهای انتخاب افراد مورد مطالعه: ۷۸
- ۱-۱-۲-۳ ملاک های ورود در گروه وسواسی-اجباری ۷۸
- ۲-۱-۲-۳ ملاک های ورود سایر اختلالات مربوط به طبقه اضطرابی ۷۹
- ۳-۱-۲-۳ ملاک های ورود در گروه غیر بالینی ۷۹
- ۴-۱-۲-۳ ملاک های خروج در دو گروه بالینی و گروه غیر بالینی ۷۹
- ۳-۳ متغیرهای پژوهش ۸۰

- ۴-۳ ابزارهای پژوهش ۸۰
- ۱-۴-۳ پرسشنامه پادوآ(اصلاحی دانشگاه ایالتی واشنگتن): ۸۰
- ۲-۴-۳ فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره های ناسازگارانه یانگ(۲۰۰۵) ۸۱
- ۳-۴-۳ پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) ۸۳
- ۵-۳ روش اجرای پژوهش ۸۳
- ۳-۶ روش تجزیه و تحلیل داده ها ۸۴
- ۷-۳ ملاحظات اخلاقی: ۸۵

فصل چهار : توصیف و تحلیل داده ها

- ۱-۴ مقدمه ۸۶
- ۲-۴ فرضیه و سوالات ۹۰

فصل پنجم : بحث و نتیجه گیری

- ۱-۵ مقدمه ۱۰۲
- ۲-۵ فرضیه و سوالات ۱۰۳
- ۱-۲-۵ دلالت های درمانی ۱۱۶
- ۳-۵ محدودیت ها: ۱۱۷
- ۴-۵ پیشنهادات ۱۱۸
- فهرست منابع ۱۱۷

۱۲۹

پیوست

فهرست جداول

- جدول ۱-۲ ملاک های تشخیصی اختلال وسواسی-اجباری بر طبق DSM-IV-TR ۲۱
- جدول ۲-۲ انواع شایع وسواس ها و اجبارها ۲۴
- جدول ۳-۲ طرحواره های ناسازگار اولیه شرطی و غیر شرطی ۴۸
- جدول ۴-۲ حوزه و طرحواره های ناسازگار اولیه در هر حوزه ۴۹
- جدول ۱-۳ درصد فراوانی سابقه مراجعه به روانپزشک یا روانشناس، ابتلال به بیماری روانی در حال حاضر و مصرف دارو به منظور رفع مشکلات روانی ۷۸
- جدول ۱-۴ فراوانی به تفکیک سه گروه وسواسی-اجباری و سایر اختلالات اضطرابی و غیر بالینی ۸۶
- جدول ۲-۴ فراوانی به تفکیک اختلالات اضطرابی در گروه اضطرابی ۸۶
- جدول ۳-۴ فراوانی و درصد به تفکیک جنسیت در سه گروه ۸۷
- جدول ۴-۴ میانگین و انحراف معیار در سه گروه ۸۷
- جدول ۵-۴ فراوانی و درصد به تفکیک شغل در سه گروه ۸۷
- جدول ۶-۴ فراوانی و درصد به تفکیک وضعیت تاهل در سه گروه ۸۸
- جدول ۷-۴ فراوانی و درصد به تفکیک تحصیلات در سه گروه ۸۸
- جدول ۸-۴ میانگین و انحراف معیار طرحواره های ناسازگار اولیه به تفکیک سه گروه ۸۹
- جدول ۹-۴ میانگین و انحراف معیار پادوآ و خرده مقیاس های پادوآ به تفکیک در سه گروه ۹۰
- جدول ۱۰-۴ میانگین و انحراف معیار و نمره t دو گروه اختلالات اضطرابی و غیر بالینی در طرحواره

- ۹۱ های ناسازگار.....
- جدول ۴-۱۱ میانگین و انحراف معیار و تحلیل واریانس سه گروه وسواسی-اجباری و سایر اختلالات
- ۹۳ اضطرابی و افراد غیر بالینی در طرحواره های ناسازگار اولیه
- جدول ۴-۱۲ ماتریس همبستگی بین ۱۵ طرحواره ی ناسازگار اولیه و ۵ خرده مقیاس پادوآ ۹۵
- جدول ۴-۱۳ خلاصه مدل رگرسیون گام به گام برای پیش بینی طرحواره های فعال در نمره کلی
- ۹۶ پادوآ.....
- جدول ۴-۱۴ خلاصه مدل رگرسیون گام به گام برای پیش بینی طرحواره های فعال در وسواس های
- ۹۷ آلودگی و اجبارهای شست و شو
- جدول ۴-۱۵ خلاصه مدل رگرسیون گام به گام برای پیش بینی طرحواره های فعال در وسواس
- ۹۸ اجباری نحوه لباس پوشیدن و آراستگی
- جدول ۴-۱۶ خلاصه مدل رگرسیون گام به گام برای پیش بینی طرحواره های فعال در اجبارهای
- ۹۹ واریسی.....
- جدول ۴-۱۷ خلاصه مدل رگرسیون گام به گام برای پیش بینی طرحواره های فعال در افکار
- ۱۰۰ وسواسی آسیب به خود یا دیگران
- جدول ۴-۱۸ خلاصه مدل رگرسیون گام به گام برای پیش بینی طرحواره های فعال در تکانه های
- ۱۰۱ وسواسی آسیب به خود یا دیگران.....

فهرست شکل ها و نمودار

شکل ۱-۲ مدل شناختی-رفتاری شکل گیری اختلال وسواسی-اجبرای از دیدگاه سالکووسکیس و

وارویک ۱۹۸۸..... ۳۶

شکل ۲-۲ نظریه عمومی طرحواره در اختلال های هیجانی (ولز، ۲۰۰۰)..... ۴۶

نمودار ۱-۴ توزیع میانگین طرحواره های ناسازگار اولیه در سه گروه ۹۴

فصل اول

کلیات تحقیق

۱-۱ مقدمه

اختلال وسواسی - اجباری^۱ یکی از اختلالات اضطرابی^۲ مزمن محور I است که به وسیله افکار، تصاویر ذهنی^۳ ناخواسته و مزاحم که فرد آنها را بی معنا، نپذیرفتنی و مقاومت ناپذیر تلقی می کند و نیز با تمایل به خنثی سازی^۴ و جبران این افکار و تصاویر ذهنی مربوط مشخص می گردد. این تمایل اغلب به شکل رفتار اجباری یا آیینی^۵ بروز می کند(هاوتون^۶، کرک^۷، سالکووسیکس^۸ و کلارک^۹، ۱۳۷۶).

اختلال وسواسی - اجباری تا قبل از دهه ۱۹۷۰ یک اختلال مقاوم به درمان قلمداد می شد که نیازمند درمان مادام العمر بود، اما بررسی های تجربی انجام شده در چند دهه اخیر پیشرفت های قابل ملاحظه ای در درمان های رفتاری و دارویی این اختلال را نشان داده است و توجه متخصصان و پژوهشگران بالینی را مجدداً به این اختلال معطوف کرده است و منجر به شناسایی و معرفی روش های رفتاری مؤثری تحت عنوان "مواجهه و بازداری از پاسخ"^{۱۰} گردید(هیس^{۱۱}، فوا^{۱۲} و کوزاک^{۱۳}، ۱۹۹۴). استفاده از این روش ها پیش آگهی این اختلال را تغییر داده است. راهبردهای بسیار مؤثر "مواجهه و بازداری از پاسخ" به عنوان اولین روش درمانی در درمان این اختلال، در ترکیب با روش های شناختی که تفسیر فاجعه آمیز افکار مزاحم را عامل بروز و تداوم این افکار می داند(کلارک و فربورن^{۱۴}، ۱۳۸۰)، باعث کاهش چشمگیر علائم این اختلال شده اند که

¹ Obsessive-Compulsive Disorder

² Anxiety Disorder

³ Mental images

⁴ Neutralizing

⁵ Ritualistic behavior

⁶ Hawton

⁷ Kirk

⁸ Salkoviskis

⁹ Clark

¹⁰ Exposure and Response prevention

¹¹ Hiss

¹² Foa

¹³ Kozack

¹⁴ Fairburn

دال بر دخالت اجزای شناختی در این اختلال است. نظریه شناختی اختلال وسواسی - اجباری پیشنهاد می کند که تفسیر فاجعه آمیز در زمینه اهمیت افکار مزاحم باعث بروز و تداوم این افکار می گردد (شفرن^۱ و سومرز^۲، ۱۹۹۸).

به نظر می رسد برای درمان اختلالات مزمن و مقاوم در برابر درمان، تاکید بر محتوا و فرایند پردازش فکری و کارکردن در سطح افکار خودآیند منفی^۳ و باورهای هسته ای^۴ بیماران، کافی نباشد و باید به طرحواره های شناختی^۵ بیماران، به خصوص طرحواره های شناختی ناسازگار، به عنوان پایه ای ترین و ابتدایی ترین سطوح شناختی، توجه بیشتری کرد (بک^۶، فریمان^۷، یانگ^۸، ۱۹۹۰؛ نقل از احمدیان گرجی، ۱۳۸۵). بنابراین در دهه های اخیر درمان های شناختی از مفهوم طرحواره برای ارزیابی و درمان اختلالات استفاده کرده اند. بنابراین نظریه پردازان بر اهمیت شناسایی و تعدیل شناخت های زیر بنایی یا طرحواره ها تاکید کرده اند.

طرحواره های ناسازگار اولیه^۹ باورهای هسته ای در مورد خود و دیگران را بازنمایی کرده و پردازش اطلاعات بیرونی را به مسیری ناکارآمد منحرف می کنند. بنابراین، روابط بین فردی و ادراک از خود را تحت تأثیر قرار می دهند (یانگ، ۱۹۹۹؛ نقل از پینتو-گویا^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۶). در مقایسه با سایر آسیب پذیری های شناختی، طرحواره های ناسازگار اولیه، غیر شرطی تر و خودآیندتر هستند و توان تولید سطوح بالای

¹ Shafran

² Somers

³ Negative automatic thoughts

⁴ Core Beliefs

⁵ Cognitive schemas

⁶ Beck

⁷ Feriman

⁸ Young

⁹ Early maladaptive schemas

¹⁰ Pinto-Gouveia

عاطفه منفی را دارند(اشمیت^۱، جویئر^۲، یانگ و تلج^۳، ۱۹۹۵؛ نقل از هریس^۴ و کارتین^۵، ۲۰۰۲).

۱-۲ بیان مسئله:

اختلال وسواسی- اجباری یکی از بیماری های شایع روانپزشکی به شمار می رود و ۲ تا ۳ درصد جمعیت عمومی را در طول عمر گرفتار می کند. برآورد شده است که این اختلال در ۱۰ درصد بیماران سرپایی مطب ها و درمانگاه های روانپزشکی یافت می شود و چهارمین بیماری شایع روانپزشکی پس از ترس مرضی، اختلال وابسته به مواد و اختلال افسردگی است(سادوک^۶ و سادوک، ۲۰۰۷).

اختلال وسواسی- اجباری یک اختلال ناهمگن و ناتوان کننده است و از نظر آسیب شناسی و نیازهای درمانی با اختلال های اضطرابی دیگر متفاوت است(فروست^۷ و استکتی^۸، ۲۰۰۲). تاکنون نظریه های گوناگونی مانند نظریه های زیست شناختی، رفتاری و شناختی درصدد تبیین و ارائه الگوی درمانی این اختلال بوده اند. نظریه استرس- آسیب پذیری شناختی تبیین هایی برای اختلالات اضطرابی و افسردگی داشته است. براساس نظریه شناختی بک(۱۹۸۷) افرادی که طرحواره های شناختی یا باورهای بنیادی منفی دارند در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به اختلالات اضطرابی می باشند. وقتی که یک رویداد استرس زا اتفاق می افتد، طرحواره های شناختی فعال می شوند و بر نحوه ای که فرد آن رویداد را تفسیر می کنند تاثیر می گذارند و منجر به نشانه های اضطرابی می شوند(هانکین^۹ و آبل^{۱۰}، ۲۰۰۵).

¹ Schmidt

² Joiner

³ Telch

⁴ Harris

⁵ Curtrin

⁶ Sadock

⁷ Frost

⁸ Steketee

⁹ Hankin

¹⁰ Abela

سالکوسکیس (۱۹۸۵) در جامع ترین تحلیل شناختی برای اختلال وسواسی- اجباری پیشنهاد می کند که افکار مزاحم، محرک راه اندازی برای انواع مشخصی از افکار خودآیند هستند. برپایه این نظریه، یک فکر مداخله گر در صورتی منجر به آشفتگی خلقی خواهد شد که سیستم باورهای شخصی، فکر مزاحم را غیر قابل قبول ارزیابی کرده و در نتیجه افکار خودآیند منفی را به راه می اندازد. احساس مسئولیت بالا و خود شرمنده سازی، موضوع های اصلی سیستم فکری وسواسی است. خنثی سازی به شکل تشریفات شناختی یا رفتاری، تلاشی جهت کاهش این احساس مسئولیت و جلوگیری از احساس شرمندگی است (سالکوسکیس، ۱۹۸۵، ۱۹۸۹، نقل از کلارک و فربورن، ۱۳۸۰). نقش کمال گرایی نیز در تبیین آسیب شناسی اختلال وسواسی- اجباری از گذشته مورد توجه بوده، برای نمونه مک فال^۱ و والرشهیم^۲ (۱۹۷۹) روی باورهای نادرست افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری تاکید کردند.

اگرچه درمان شناختی و رفتاری برای اختلال اضطرابی کاملاً موثر است، اما برخی از بیماران علایم شان تداوم می یابد یا بازگشت مجدد به درمان را تجربه می کنند به خصوص در بیماران مزمن (هاوک^۳ و پرونچر^۴، ۲۰۱۱). به نظر می رسد برای این بیماران رویکرد متفاوتی مورد نیاز باشد. برای این هدف یانگ نظریه طرحواره را برای بیماران با مشکلات روانی شدید و مزمن، که از درمان های سنتی شناختی بهره نمی بردند به وجود آورد (یانگ، ۱۹۹۰، نقل از هاوک و پرونچر، ۲۰۱۱). یانگ پیشنهاد کرد که بیماران خاصی هستند که با مدل شناختی سازگار نیستند و به دلیل مشکلاتی که در شناخت و تغییر باورها و هیجان هایشان دارند به یک رویکرد درمانی گسترده تری نیاز دارند. نظریه طرحواره یانگ در رقابت با نظریه سنتی بک به وجود نیامد بلکه آن نظریه را برای درمان بیمارانی که به نظر می رسد مشکلات روانی شان به دلیل مسایل زیربنایی و پیچیده تداوم می یابد توسعه داد (هاوک و پرونچر، ۲۰۱۱).

¹ Mcfall

² Wellersheim

³ Hawke

⁴ Provencher

در واقع مفهوم طرحواره، اساس نظریه های شناختی درباره آسیب شناسی روانی و شناخت درمانی را تشکیل می دهند. طرحواره، در قالب سطوح شناخت، عمیق ترین سطح محسوب می شود. در حوزه شناخت درمانی، بک (۱۹۶۷) در اولین نوشته هایش به مفهوم طرحواره اشاره کرد (یانگ، ۲۰۰۳). یکی از مفاهیم جدی و بنیادی در حوزه ی روان درمانی، این است که بسیاری از طرحواره ها در اوایل زندگی شکل می گیرند، به حرکت خود ادامه می دهند و خودشان را به تجارب بعدی زندگی تحمیل می کنند، حتی اگر هیچ گونه کاربرد دیگری نداشته باشند. این مسئله، همان چیزی است که گاهی اوقات به عنوان نیاز به هماهنگی شناختی از آن یاد می شود، یعنی حفظ دیدگاهی با ثبات درباره خود یا دیگران حتی اگر این دیدگاه نادرست یا تحریف شده باشد (یانگ، ۲۰۰۳).

یانگ معتقد است که رفتارهای ناسازگار در پاسخ به طرحواره به وجود می آیند. بنابراین، رفتارها از طرحواره ها نشات می گیرند، ولی بخشی از طرحواره ها محسوب نمی شوند. معمولاً ماهیت ناکارآمد طرحواره ها وقتی ظاهر می شود که بیماران در روند زندگی روزمره خود و در تعاملاتشان با دیگران به گونه ای عمل کنند که طرحواره های آن ها تایید شود، حتی اگر برداشت اولیه آن ها درست نباشد (یانگ، ۲۰۰۳). محور مدل طرحواره، طرحواره های ناسازگار اولیه هستند (هاوک و پرونچر، ۲۰۱۱).

خصوصیات طرحواره های ناسازگار اولیه عبارتند از اینکه الگوها یا درون مایه های عمیق و فراگیری هستند که از خاطرات، هیجان ها، شناختواره ها و احساسات بدنی تشکیل شده اند و در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته اند. این طرحواره ها در سیر زندگی تداوم دارند، درباره خود و رابطه با دیگران هستند و به شدت ناکارآمدند (یانگ، ۲۰۰۳). همچنین یانگ، کلووسکو^۱ و ویشار^۲ (۲۰۰۳) معتقدند بسیاری از این طرحواره های ناسازگار اولیه که در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی شکل می گیرند و ممکن است هسته

^۱ Klosko

^۲ Weishaar

اصلی مشکلات منش شناختی و بسیاری از اختلالات مزمن محور I قرار بگیرند.

در این راستا پژوهش های زیادی صورت گرفته است از جمله در اختلالات خوردن (والر^۱ و همکاران، ۲۰۰۱، ویلبرگ^۲ و بریت^۳، ۲۰۰۷؛ مولودی ۱۳۸۹)، اختلال افسردگی (رایسو^۴ و همکاران ۲۰۰۳؛ احمدیان گرجی ۱۳۸۵) و اختلالات اضطرابی (دلتره^۵ و همکاران، ۲۰۰۴؛ هنریچسن^۶ و همکاران، ۲۰۰۴).

در زمینه اختلالات اضطرابی پژوهش ها نشان دادند که گروه اضطرابی در ۱۳ طرحواره مخصوصا در طرحواره های محرومیت هیجانی، انزوای اجتماعی/بیگانگی و وابستگی/بی کفایتی نمرات بالاتری داشتند (دلتره و همکاران، ۲۰۰۴) و طرحواره های رهاسدگی/بی ثباتی و بازداری هیجانی با هراس اجتماعی (هنریچسن و همکاران، ۲۰۰۴) و طرحواره آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری با اختلال آگورا فوبیا (هنریچسن و والر، ۲۰۰۴) ارتباط دارد. در مورد مبتلایان به اختلال وسواسی-اجباری نیز دیده شده که نمرات این افراد در طرحواره های ناسازگار اولیه به طور معناداری بیشتر از افراد غیر بالینی است (آتالای^۷ و همکاران، ۲۰۰۸). با توجه به همبودی اختلالات اضطرابی و اختلال وسواسی-اجباری این نیاز احساس می شود که طرحواره های ناسازگار اولیه مختص این اختلال مشخص شود.

پژوهش حاضر، با در نظر گرفتن اینکه طرحواره های ناسازگار اولیه می توانند هسته اصلی اختلالات مزمن محور I قرار بگیرند، در صدد است تا با تعیین این ساختارهای شناختی در مبتلایان به اختلالات اضطرابی به روشن کردن نقش طرحواره های ناسازگار اولیه در ایجاد این اختلالات کمک کند و باعث فهم هر چه بیشتر اختلالات اضطرابی و طرحواره های ناسازگار اولیه فعال در این طبقه اختلالات شود و به

¹ Waller

² Vlierberghe

³ Braet

⁴ Riso

⁵ Delattre

⁶ Hinrichsen

⁷ Atalay