

نقش میانجی گر آشفتگی استنتاج در رابطه بین طرحواره‌های سازش نیافته و نشانگان وسواس - ناخودداری\*  
 سوده نوروزی<sup>۱</sup>، حمید رضائیان فرجی<sup>۲</sup>، مه‌سیما پورشهریاری<sup>۳</sup>، عباس عبداللهی<sup>۴</sup>

## The mediating role of inferential confusion in the relationship between maladaptive schemas and obsessive-compulsive symptoms

Soudeh Norouzi<sup>1</sup>, Hamid Rezaeian Faraji<sup>2</sup>, Mahsima Pourshahriari<sup>3</sup>, Abbas Abdollahi<sup>4</sup>

### چکیده

**زمینه:** تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که بین طرحواره‌های سازش نیافته و نشانگان وسواس - ناخودداری ارتباط وجود دارد، اما در ارتباط نقش میانجی گر آشفتگی استنتاج در این رابطه تحقیقی صورت پذیرفته است. بنابراین، مسئله تحقیق این است که آیا آشفتگی استنتاج می‌تواند نقش داشته باشد؟ **هدف:** این پژوهش با هدف بررسی نقش واسطه‌ای آشفتگی استنتاج در رابطه بین طرحواره‌های سازش نیافته اولیه و نشانگان وسواس - ناخودداری در دانشجویان دانشگاه می‌پردازد. **روش:** این پژوهش از یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل همه دانشجویان دوره لیسانس دانشگاه اراک بود. از بین آنها، ۵۳۲ دانشجوی دوره لیسانس دانشگاه اراک با روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه وسواس - ناخودداری بازنگری شده (فوآو همکاران، ۲۰۰۲)، پرسشنامه طرحواره یانگ - فرم کوتاه (۱۹۹۸)، و پرسشنامه بسط یافته آشفتگی استنتاج (آردما و همکاران، ۲۰۱۰) استفاده شد. **یافته‌ها:** براساس تئوری طرحواره‌های سازش نیافته و آشفتگی استنتاج، نتایج تأثیر مستقیم و غیرمستقیم طرحواره‌های سازش نیافته بر نشانگان وسواس - ناخودداری را از طریق میانجی گر آشفتگی استنتاج نشان داد ( $p < 0/01$ ,  $p < 0/05$ ). **نتیجه‌گیری:** این یافته‌ها بر این موضوع تأکید دارد که هم طرحواره‌های سازش نیافته و هم آشفتگی استنتاج در توصیف نشانگان وسواس - ناخودداری، دارای اهمیت هستند. همچنین آشفتگی استنتاج به عنوان میانجی، متغیری است که رابطه بین طرحواره‌های سازش نیافته و نشانگان وسواس - ناخودداری تبیین می‌کند. **واژه کلیدها:** طرحواره‌های سازش نیافته اولیه، آشفتگی استنتاج، نشانگان وسواس - ناخودداری

**Background:** Research has shown that there are relationships between early maladaptive schemas (EMSs) and obsessive-compulsive symptoms (OC), but no research has been performed on the mediating role of inferential confusion in this regard. Therefore, the question of research is whether inferential confusion can mediate this relationship?. **Aims:** The present study was carried out aiming to investigate the mediation role of inferential confusion in the relationships between EMSs and OC symptoms in university students. **Method:** The present research was a descriptive-correlational study. The statistical population of this study included all undergraduate students in Arak University. Among them, a sample of 532 undergraduate students were selected by multiple cluster sampling method. To collect data, the obsessive-compulsive inventory-revised (Foa et al. 2002), the Young early maladaptive schema questionnaire-short form (1998), and the inferential confusion questionnaire-expanded version (Ardema et al, 2010) were used. **Results:** According to maladaptive schemas and inferential confusion theories, findings indicated the significant direct and indirect effects of EMSs on OC symptoms through the mediating inferential confusion ( $p < 0/01$ ,  $p < 0/05$ ). **Conclusions:** The findings emphasized that both EMSs and inferential confusion are important to explain OC symptoms. Also, inferential confusion as a mediator is a variable that explains the relationships between EMSs and OC symptoms. **Key words:** Early maladaptive schemas, Inferential confusion, Obsessive-compulsive symptoms

Corresponding Author: Rezaeian19237@Alzahra.ac.ir

\* این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری نویسنده اول است.

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

<sup>۱</sup> Ph.D of Counseling, Alzahra University, Tehran, Iran

<sup>۲</sup> استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> Assistant Professor, Department of Counseling, Alzahra University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

<sup>۳</sup> دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

<sup>۳</sup> Associate Professor, Department of Counseling, Alzahra University, Tehran, Iran

<sup>۴</sup> استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

<sup>۴</sup> Assistant Professor, Department of Counseling, Alzahra University, Tehran, Iran

پذیرش نهایی: ۹۸/۰۱/۲۷

دریافت: ۹۷/۱۲/۰۳

## مقدمه

طبق پژوهش های پیشین طرحواره های ناسازگار اولیه از جمله عوامل اثرگذار بر اختلال وسواس - ناخودداری هستند (سوکمان و پینارد و بوشمین<sup>۱</sup>، ۱۹۹۴. آتالای و آتالای، کاراهان و کلیسکا<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸؛ ودرهلزرا<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). در اکثر موارد آنچه موجب فعال شدن طرحواره ناسازگار اختلال وسواس - ناخودداری می شود، باورهایی هستند بر پایه فکری مزاحم مبنی بر اینکه خطری قریب الوقوع، فرد یا نزدیکان وی را تهدید می کند، و او وظیفه دارد از این خطر پیشگیری کند، لذا فرد تلاش می کند تا با کنترل بر وسواس ها<sup>۳</sup> (افکار، تکانه ها، تصاویر حاوی خطر)، اضطراب و تنش ناشی از آنها را کاهش دهد. بر همین اساس، فشار تحصیلی در کنار عواملی چون دوری از خانواده، مشکلات ناشی از استقلال اجتناب ناپذیر این دوران، ناسازگاری با سایرین، در دانشجویان دانشگاه ممکن است عامل شروع یا تشدید مشکلات روانشناختی، اضطراب، افسردگی و مصرف مواد باشد (لپسلی، رایس و شادید<sup>۴</sup>، ۱۹۸۹). به همین دلیل این پژوهش نمونه خود را از دانشجویان دانشگاه انتخاب کرده است.

در توضیح طرحواره ها باید گفت؛ طرحواره ها ساختاری شناختی دارند و درون مایه های عمیقی هستند که به فرد کمک می کنند، تا اطلاعات اش را در مورد خود و دیگران سازمان بخشد. (یانگ، کلوسکو و ویشار<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳). تحقیقات پیشین ارتباط بین طرحواره های ناسازگار اولیه و نشانگان وسواس - ناخودداری را تأیید کرده اند (سوکمان و همکاران، ۱۹۹۴؛ آتالای و همکاران؛ خسروانی، باستان و اردکانی<sup>۶</sup>، ۲۰۱۷).

مطالعات گذشته ارتباط معناداری را بین آشفتگی استنتاج و نشانگان وسواس - ناخودداری نشان داده اند (آردما، اُکانر، املکامپ، مارچندو تودورو<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵؛ آردما و همکاران، ۲۰۱۰؛ آردما، وو<sup>۸</sup>، مولدینگ<sup>۹</sup>، آدت<sup>۱۰</sup>، بارابای<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۸). در این پژوهش آشفتگی

اختلال وسواس - ناخودداری، چهارمین اختلال ناتوان کننده رایج روانشناختی، بعد از فوبیا، مصرف مواد و افسردگی بوده و به اندازه دیابت و آسم، شایع است و با سایر اختلالات شخصیت می تواند همراه باشد (اکاشا<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). شیوع مادام العمر اختلال وسواس - ناخودداری بر اساس پنجمین مجموعه تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی آمریکا (DSM-5 (۱۹۹۶) ۲٪ تا ۳٪ جمعیت عمومی است (انجمن روانشناسی آمریکا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). اختلال وسواس - ناخودداری تبعاتی چون؛ نگرانی و ناتوانایی های شخصی، اجتماعی (آهرن<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲) و به طور کلی کاهش کیفیت زندگی را خواهد داشت (ریمرسوال، باتلان، اسمیت، ون اپن و ون بالکوم<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶).

اگرچه سن شروع این اختلال بسیار متنوع است اما پرمخاطره آمیزترین سن، مربوط به دوره پایان نوجوانی و ابتدای بزرگسالی است، یعنی زمانیکه افراد وارد دانشگاه می شوند و با انواع تکالیف و موقعیت های اضطراب زا روبرو می شوند (اکاشا، ۲۰۰۰؛ ریکلت<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۶) طبق متاآنالیزی که زارع<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۱۶) انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که شیوع اختلالات روانشناختی در بین دانشجویان دانشگاه ها (۰/۳۳) است. تحقیقات، هر چند اندک، بر دانشجویان دانشگاه ها نشان می دهد شیوع اختلال وسواس - ناخودداری در میان این گروه از جامعه ۴/۲٪ تا ۲/۵٪ می باشد (مک لارن و کرو<sup>۷</sup>، ۲۰۰۳؛ یولدسکان، اُزنلی، کوتلو، توپال و بوشکرت<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹). رسیدگی زود هنگام در ارتباط با مسائل مرتبط به سلامتی می تواند، احتمال شدت یافتن نشانگان و در نهایت در گیر شدن با یک اختلال را کاهش دهد، علاوه بر این توجه به اهمیت سن شروع یک اختلال می تواند هزینه های مالی و روانشناختی آینده را تقلیل دهد (تیلور<sup>۹</sup>، ۲۰۱۱).

12. Voderhitzer  
13. obsessions  
14. Lapsley, Rice, Shadid  
15. Young, Klosko, Weishaar  
16. Khosravani, Bastan, Ardestani & Ardakani  
17. Ardema, O'Connor, Emmelkamp, Marchand & Todorov  
18. Wu  
19. Molding  
20. Audet  
21. Baraby

1. Okasha  
2. American Psychiatric Association (APA)  
3. Ahern  
4. Remmerswaal, Batelaan, Smit, Van Oppen & Van Balkom  
5. Rickelt  
6. Zare  
7. McLaren & Crowe  
8. Yoldescan, Ozenli, Kutlu, Topal & Bozkurt  
9. Taylor  
10. Sookman, Pinard, Beauchemin  
11. Atalay, Atalay, Karahan, Çaliskan

۲۰۱۳، جولین<sup>۹</sup>، اُکانر و آردما، ۲۰۱۶؛ نیکودایجویچ، مولدینگ، انگلیم، آردما و ندلجکویچ<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۶). مطالعات اندکی هم که وجود دارد به این روابط به صورت خطی نگاه کرده‌اند که داشتن این نوع نگاه به اختلالی پیچیده مانند وسواس، نمی‌تواند در زمینه بهبود سلامت روانی راهگشا باشد. لذا این پژوهش تلاش دارد تا با در نظر گرفتن متغیر آشفته‌گی استنتاج به عنوان میانجی در مسیر طرحواره‌ها به نشانگان وسواس - ناخودداری، نگاهی فرآیند مدار به بروز این نشانگان را، بررسی کند. بررسی اختلالات روانشناختی در بین دانشجویان به صورت تمرکز بر یک اختلال می‌تواند تدابیر تخصصی را موجب شود. لذا این پژوهش سعی دارد تا فهمی دقیق‌تر در مورد ارتباط بین طرحواره‌های ناسازگار، آشفته‌گی استنتاج و نشانگان وسواس - ناخودداری را در بین دانشجویان دانشگاه فراهم کند. روشن‌سازی این رابطه می‌تواند در زمینه تدوین برنامه‌های پیشگیرانه جهت آگاه‌سازی و کنترل نشانگانی که ممکن است منتج به اختلالات شدیدتر شود، راهگشا باشد. فرضیه‌ها عبارتند از:

- ۱- طرحواره‌های ناسازگار اولیه نشانگان وسواس - ناخودداری را پیش‌بینی می‌کنند.
- ۲- آشفته‌گی استنتاج رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نشانگان وسواس - ناخودداری را میانجی‌گری می‌کند.

### روش

این پژوهش از نظر هدف، نوع کاربردی و روش پژوهش توصیفی - همبستگی از نوع تحلیل مسیر می‌باشد و به نقش واسطه‌ای آشفته‌گی استنتاج در بین ارتباط طرحواره‌های ناسازگار و نشانگان وسواس - ناخودداری در میان دانشجویان دوره لیسانس دانشگاه سراسری شهر اراک در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۸ می‌پردازد، که از این تعداد ۵۳۲ نفر در نهایت وارد تحلیل آماری شدند.

### ابزار

سیاهه وسواس - ناخودداری بازنگری شده<sup>۱۱</sup> (OCI-R): این پرسشنامه خودسنجی، دارای ۱۸ ماده است که علائم وسواس - ناخودداری را می‌سنجد و توسط فوآ<sup>۱۲</sup> و همکاران (۲۰۰۲) تهیه شد.

استنتاج به عنوان متغیر میانجی در نظر گرفته شده است و در تبیین این موضوع باید گفت؛ موضوع نحوه استدلال کردن افراد وسواس - ناخودداری مورد توجه تئوری آشفته‌گی استنتاج است، لذا از آنجا که طرحواره‌ها درون‌مایه‌های عمیقی در مورد خود و جهان پیرامون‌اند، حاوی، خاطرات، هیجان‌ها، شناختواره‌ها و احساسات بدنی‌ای هستند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳)، که در قالب تجربیات شخصی، بر نحوه استدلال کردن تأثیر دارند، افراد با اختلال وسواس - ناخودداری از روش استدلالی - استنتاجی تحریف شده‌ای استفاده می‌کنند که این موضوع طی پژوهش‌های متعدد تأیید شده است (ونگ و گریشام<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷؛ اُکانر، ویلسون<sup>۲</sup>، تایلون<sup>۳</sup> و آدت، ۲۰۱۸). این فرآیند استدلالی بر تردید اولیه<sup>۴</sup> وسواس گونه اثر گذاشته و فرد به منظور اجتناب از نتایج فاجعه‌بار حاصل از آن، دست به اجبارها می‌زند (اُکانر، اِکر<sup>۵</sup>، لاهود<sup>۶</sup> و روبرتز<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲). از طرفی در دیدگاه آشفته‌گی استنتاج بخشی از رفتارهای وسواس‌گونه در نتیجه "عدم اعتماد به خود" یا "خود خطرناک"<sup>۷</sup>، یعنی نوعی طرحواره آسیب‌پذیری که موجب می‌شود فرد با این باور که "دیگران در مقابل افکار یا اعمال خود آسیب‌پذیر هستند" به منظور اجتناب از بروز فاجعه دست به رفتارهای وسواسی بزند (ریزو، دو تویت، استین<sup>۸</sup> و یانگ، ۲۰۰۷). درست مانند "مادری که به دلیل داشتن افکاری مبنی بر احتمال آسیب زدن به فرزندش دچار تنش و اضطراب می‌شود و اینطور استنتاج می‌کند که وقتی فکری منفی دارد، پس به طور بلقوه توانایی انجام آن را نیز دارد" (آردما و همکاران، ۲۰۱۳). بنابر دیدگاه آشفته‌گی استنتاج، این خود خطرناک یا به عبارت دیگر درون‌مایه‌ای عمیق، ناشی از عدم اعتماد به حواس و اشتباه گرفتن تصور و خیال به جای واقعیت است، و بر محتوای وسواس‌ها اثر دارد و میزان حساسیت فرد را نسبت به افکار مزاحم افزایش می‌دهد، لذا این احتمال وجود دارد، فردی که باور دارد داشتن یک فکر مزاحم و عموماً منفی به معنای احتمال انجام آن خواهد بود، به منظور خنثی کردن این افکار مزاحم دست به اجبارها بزند. ارتباط خود خطرناک با نشانگان وسواس - ناخودداری طی پژوهش‌های انجام شده، تأیید شده است (آردما و همکاران،

7. fear of self

8. Riso, du Toit, Stein

9. Julien

10. Nikodijevic, Moulding, Anglim, Nedeljkovic

11. obsessive-compulsive inventory-revised

12. Foa

1. Wong &amp; Grisham

2. Wilson

3. Tailon

4. Ecker

5. Lahoud

6. Roberts

بقیه توصیف کننده ویژگی وی می باشد را در مقیاسی شش درجه‌ای (از کاملاً غلط = ۱ تا کاملاً درست = ۶) علامت بزنند. به عنوان مثال از جمله سؤالات پرسشنامه می توان به " به طور کلی کسی نبوده که به من عاطفه، محبت و صداقت نشان دهد."؛ " احساس می کنم مردم از من سودجویی می کنند." اشاره کرد. نمره گذاری این آزمون در هر ۱۵ خرده مقیاس آن به صورت جداگانه صورت می گیرد. به این صورت که برای هر خرده مقیاس میانگین گرفته می شود (نمره های آن مقیاس با هم جمع و بر تعداد عبارت های آن خرده مقیاس تقسیم می شود، یعنی تقسیم بر ۵). در صورتی که میانگین بدست آمده بالاتر از ۳ باشد و یا در مقایسه با سایر خرده مقیاس ها بالاتر از سایرین باشد، آن طرحواره به عنوان طرحواره ترجیحی وی در نظر گرفته می شود (فتحی آشتیانی، محمدی و فتحی آشتیانی، ۱۳۹۵). ضریب آلفای کرونباخ در جمعیت غیر بالینی برای خرده مقیاس های این پرسشنامه بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ گزارش شده است (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). و در این پژوهش آلفای کرونباخ در حوزه طرد و بریدگی، ۰/۸۸؛ حوزه خودگردانی و عملکرد مختل، ۰/۹۰؛ حوزه محدودیت های مختل ۰/۷۸؛ حوزه دیگر جهت مندی ۰/۷۸؛ حوزه گوش بزنگی و بازداری بیش از حد ۰/۷۹، بدست آمده است.

پرسشنامه بسط یافته آشفته‌گی استنتاج<sup>۳</sup> (ICQ-EV): این پرسشنامه یک پرسشنامه تک بعدی<sup>۴</sup> با ۳۰ سؤال است، که فرم ۱۵ سؤالی آن در سال (۲۰۰۵) توسط آردما و همکاران تهیه شده بود (آردما و همکاران، ۲۰۱۰). هدف این پرسشنامه ارزیابی تمایل به خشی کردن واقعیت و ادراک مبتنی بر اطلاعات براساس احتمالات ذهنی است، سؤالاتی چون: "یک احتمال دور از ذهن به اندازه یک احتمال واقعی روی من اثر دارد"، "گاهی احتمالات دور از ذهن با این حس که واقعی هستند به ذهنم می آیند"، "افکارم باعث می شود که اعتمادم را به آنچه واقعاً درک میکنم از دست بدهم". "پرسشنامه بسط یافته آشفته‌گی استنتاج"، شامل ۳۰ آیتیم است که روی مقیاس شش نقطه‌ای در دامنه‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۶ (کاملاً موافق) درجه بندی شده است. ضریب همسانی درونی فرم ۱۵ سؤالی پرسشنامه آشفته‌گی استنتاج ۰/۹۰ می باشد (آردما و همکاران، ۲۰۰۵) ضریب همسانی درونی این پرسشنامه در بین بیماران مبتلا به اختلال وسواس -

نسخه بازنگری شده شامل ۶ زیرمقیاس است که هر یک به طور مساوی ۳ ماده دارد در این پرسشنامه از پاسخگویان خواسته شده است تا با انتخاب یکی از گزینه‌ها، موافقت خود را با میزان ناراحتی که هر یک از عبارات برای آنها در یک ماه گذشته ایجاد کرده است در یک مقیاس پنج درجه‌ای (۰=هیچ وقت، تا ۴=بیش از حد) اعلام کنند. از جمله سؤالات این سیاهه عبارت است از: "من آنقدر چیز جمع کرده‌ام که جلوی دست و پای من را می گیرد؛" "احساس می کنم باید اعداد خاصی را تکرار کنم"، و یا "من به خاطر افکار ناخوشایند که برخلاف اراده‌ام به ذهنم می آیند، ناراحت و نگرانم". نمره‌ی کلی صفر تا ۷۲ و نمرات بالاتر نشان دهنده گرایش بیشتر به وسواس‌ها و اجبارها می باشد. تفسیر نمرات به این صورت است: نمره بین ۰ تا ۲۴: میزان رفتارهای وسواس - ناخودداری پایین است. ۲۴ تا ۳۶: میزان رفتارهای وسواس - ناخودداری متوسط است. بالاتر از ۳۶: میزان رفتارهای وسواس - ناخودداری بالا است. ضریب آلفای کرونباخ سیاهه وسواس - ناخودداری بازنگری شده در پژوهش فوآ و همکاران (۲۰۰۲) برابر با ۰/۸۱ گزارش شده است. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل سیاهه برابر با ۰/۸۴ بدست آمده است.

پرسشنامه طرحواره یانگ - فرم کوتاه<sup>۱</sup> (YSQ-SF): پرسشنامه طرحواره ناسازگار اولیه، ۷۵ آیتیم دارد که توسط جفری یانگ (۱۹۹۸)، برپایه یافته‌های اشمیت<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۵) برای ارزیابی ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه ساخته شده است. این ۱۵ طرحواره یا به عبارتی زیرمقیاس که در پنج حوزه طرحواره (حوزه طرد و بریدگی، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگر جهت مندی، گوش بزنگی بیش از حد و بازداری) تقسیم می شوند، عبارتند از: (۱) طرد / رهاشدگی، (۲) بی‌اعتمادی / بدرفتاری، (۳) محرومیت هیجانی، (۴) نقص و شرم، (۵) انزوای اجتماعی / بیگانگی، (۶) وابستگی / بی‌کفایتی، (۷) آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، (۸) گرفتاری، (۹) شکست، (۱۰) استحقاق / بزرگ منشی، (۱۱) خویشتن - داری و خودانضباطی ناکافی، (۱۲) اطاعت، (۱۳) ایثار، (۱۴) بازداری هیجانی، (۱۵) معیارهای سخت گیرانه. در این پرسشنامه از پاسخگویان خواسته شده است تا با انتخاب یکی از گزینه‌ها، گزینه‌ای که بیشتر از

3. inferential confusion questioner-expanded version

4. unidimensional

1. Young Early Maladaptive Schema Questioner- Short Form

2. Schmidt

همبستگی دارند. هم‌منظور میانگین، انحراف استاندارد و کمینه و بیشینه هر متغیر نیز گزارش شده است.

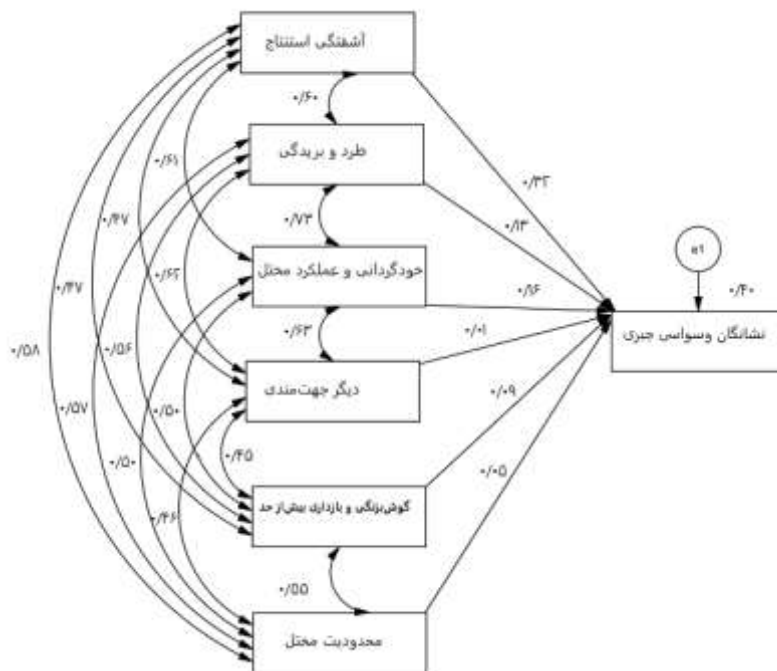
مدل ساختاری متغیرهای پژوهش: همانطور که در شکل ۱، قابل مشاهده است، طرحواره‌های ناسازگار طرد و بریدگی ( $p < 0/05$ ) و  $\beta = 0/13$  و خودگردانی و عملکرد مختل ( $p < 0/01$  و  $\beta = 0/16$ )، گوش‌بزرنگی و بازداری بیش از حد ( $p < 0/05$  و  $\beta = 0/09$ )، آشفته‌گی استنتاج ( $p < 0/01$  و  $\beta = 0/32$ ) معنادار شده‌اند، اما متغیرهای طرحواره دیگر جهت‌مندی ( $p = 0/05$  و  $\beta = 0/01$ ) و طرحواره محدودیت‌های مختل ( $p = 0/05$  و  $\beta = 0/05$ )، در ارتباط با نشانگان وسواس - ناخودداری معنادار نشده‌اند. در بین متغیرهای مورد مطالعه آشفته‌گی استنتاج پیش‌بین قوی‌تری برای نشانگان وسواس - ناخودداری بود. و تمامی متغیرهای پژوهش به طور کلی ۴۰٪ واریانس نشانگان وسواس - ناخودداری را تبیین می‌کنند.

ناخودداری ۰/۸۶، بیماران دارای اختلالات اضطرابی دیگر ۰/۸۵ و در بین دانشجویان ۰/۸۵ گزارش شده است (یورولماز، جنکوز، وودی، ۲۰۰۹). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۶، بدست آمده. سپس این اطلاعات را در نرم‌افزار SPSS وارد کردیم.

### یافته‌ها

در ابتدا با بررسی پیش‌فرض‌های آماری با استفاده از آزمون‌های چولگی و کشیدگی، جعبه‌ای داده‌های پرت شناسایی شدند، و سپس با استفاده از آزمون ماهالونوبیس داده‌های پرت حذف گردید. شاخص‌های توصیفی - همبستگی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است.

براساس نتایج به دست آمده با توجه به جدول ۱، طرحواره طرد و بریدگی، خودگردانی و عملکرد مختل، دیگر جهت‌مندی، گوش‌بزرنگی و بازداری بیش از حد و محدودیت مختل و آشفته‌گی استنتاج با نشانگان وسواس-ناخودداری در سطح ( $p < 0/01$ )، دارای رابطه معنادار بوده و



شکل ۱. مدل ساختاری ارتباط بین طرحواره‌های طرد و بریدگی، خودگردانی و عملکرد مختل، دیگر جهت‌مندی، گوش‌بزرنگی و بازداری بیش از حد، محدودیت‌های مختل و آشفته‌گی استنتاج با نشانگان وسواس - ناخودداری.

از متغیر مستقل بر وابسته را منوط به خود می‌کند. میانجی به سه نوع تقسیم می‌شود: میانجی کامل، میانجی جزئی و رابطه غیرمستقیم. در صورتی که الف) رابطه متغیر مستقل و متغیر وابسته معنادار باشد و با

مدل میانجی آشفته‌گی استنتاج: در این پژوهش به منظور تحلیل میانجی از روش بارون و کنی<sup>۲</sup> (۱۹۸۶) استفاده شده است. براساس تعریف بارون و کنی، متغیر میانجی<sup>۳</sup>، متغیری است که تمام یا بخشی

3. mediator

1. Yorulmaz, Gençöz, Woody

2. Baron & Kenny

بود، ج) در صورتی که رابطه بین متغیر مستقل و وابسته معنادار نباشد و سپس با اضافه شدن متغیر میانجی رابطه معنادار شود، رابطه، غیرمستقیم است (کنی، کاشی<sup>۱</sup> و بولگر<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸).

اضافه شدن متغیر میانجی این رابطه معنادار نباشد، رابطه از نوع میانجی کامل خواهد بود (ب) و اگر رابطه بین متغیر مستقل و وابسته معنادار باشد و سپس با اضافه شدن متغیر میانجی این رابطه معنادار بماند و ضریب بتا نیز کاهش پیدا کند، این رابطه از نوع میانجی جزئی خواهد

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱) طرد و بریدگی	۱	۰/۷۳	۰/۶۲	۰/۵۶	۰/۵۷	۰/۵۹	۰/۵۲
۲) خودگردانی و عملکرد مختل	-	۱	۰/۶۳	۰/۵۰	۰/۵۰	۰/۶۱	۰/۵۳
۳) دیگر جهت‌مندی	-	-	۱	۰/۴۵	۰/۴۶	۰/۴۷	۰/۴۱
۴) بازداری و گوش‌بزرگی بیش از حد	-	-	-	۱	۰/۵۵	۰/۴۷	۰/۴۳
۵) محدودیت مختل	-	-	-	-	۱	۰/۵۸	۰/۴۵
۶) آشفتگی استنتاج	-	-	-	-	-	۱	۰/۵۷
۷) نشانگان و سواس - ناخودداری	-	-	-	-	-	-	۱
میانگین	۵۷/۰۶	۳۸/۹۷	۲۶/۴۳	۳۲/۳۶	۳۰/۴۶	۲۲/۴۶	۸۸/۸۱
انحراف استاندارد	۱۹/۸۳	۱۴/۱۳	۸/۰۲	۹/۲۲	۸/۸۱	۱۰/۷۱	۳۰/۳۶
کمینه	۲۵/۰۰	۲۰/۰۰	۱۱/۰۰	۱۰/۰۰	۱۰/۰۰	۱/۰۰	۳۰/۰۰
بیشینه	۱۱۹/۰۰	۹۳/۰۰	۴۹/۰۰	۵۸/۰۰	۵۴/۰۰	۵۷/۰۰	۱۷۸/۰۰

روابط همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنادار است

متغیر مستقل	متغیر وابسته	مدل مستقیم	مدل غیرمستقیم	مدل میانجی
طرحواره طرد و بریدگی	آشفتگی استنتاج	-	۰/۱۷***	۰/۱۷**
طرحواره خودگردانی و عملکرد مختل	آشفتگی استنتاج	-	۰/۳۰***	۰/۳۰**
طرحواره دیگر جهت‌مندی	آشفتگی استنتاج	-	۰/۰۱	۰/۰۱
طرحواره محدودیت مختل	آشفتگی استنتاج	-	۰/۳۰***	۰/۳۰**
طرحواره گوش‌بزرگی بیش از حد و بازداری	آشفتگی استنتاج	-	۰/۰۶	۰/۰۶
آشفتگی استنتاج	نشانگان و سواس - ناخودداری	-	۰/۵۷***	۰/۳۲**
طرحواره طرد و بریدگی	نشانگان و سواس - ناخودداری	۰/۱۸**	-	۰/۱۲*
طرحواره خودگردانی و عملکرد مختل	نشانگان و سواس - ناخودداری	۰/۲۵***	-	۰/۱۶**
طرحواره دیگر جهت‌مندی	نشانگان و سواس - ناخودداری	۰/۰۱	-	۰/۰۱
طرحواره گوش‌بزرگی بیش از حد و بازداری	نشانگان و سواس - ناخودداری	۰/۱۱*	-	۰/۰۹*
طرحواره محدودیت مختل	نشانگان و سواس - ناخودداری	۰/۱۵**	-	۰/۰۵

\* یعنی در سطح ۰/۰۵ معنادار است، \*\* یعنی در سطح ۰/۰۱ معنادار است، \*\*\* یعنی در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است، بدون \* یعنی غیر معنادار

با نشانگان و سواس - ناخودداری را به صورت جزئی میانجی‌گری می‌کند. همچنین در مرحله نخست رابطه بین طرحواره خودگردانی و عملکرد مختل معنادار بوده است ( $p < ۰/۰۰۱$  و  $\beta = ۰/۲۶$ ) و با اضافه شدن متغیر میانجی این رابطه در سطح ( $p < ۰/۰۰۱$  و  $\beta = ۰/۱۶$ ) معنادار بود، بر همین اساس آشفتگی استنتاج به صورت جزئی رابطه بین طرحواره خودگردانی و عملکرد مختل با نشانگان و سواس -

بر مبنای نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل آماری، همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده است، در مرحله اول رابطه بین طرحواره طرد و بریدگی معنادار بوده است ( $p < ۰/۰۱$  و  $\beta = ۰/۱۸$ ) و در مرحله دوم با اضافه شدن متغیر میانجی (آشفتگی استنتاج)، این رابطه مجدد معنادار شده است ( $p < ۰/۰۵$  و  $\beta = ۰/۱۳$ ). لذا بر اساس روش بارون و کنی (۱۹۸۶)، آشفتگی استنتاج رابطه بین طرحواره طرد و بریدگی

2. Bolger

1. Kashy

افرادى که در حوزه طرد بریدگی، طرحواره دارند، براساس تجربیات مشابه در طول زندگی، و تأمین نشدن نیاز به امنیت، همواره این انتظار را دارند که از جانب افراد مهم زندگی خود ترک شوند یا تنها گذاشته شوند، هیجان غالب این افراد اضطراب، ناراحتی و افسردگی است، که همین امر موجب کنترل‌گری در این افراد می‌شود (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). لذا این ترس و تردید بیمارگون بر نحوه استدلال کردن آنها اثر گذاشته و موجب می‌شود آنها به جای توجه به واقعیت ملموس و قابل مشاهده، تصویرسازی‌های ذهنی خود را مبنای قرار داده و براساس ترس خود عمل کنند و به منظور اجتناب از رخداد واقعه ناگوار دست به رفتارهای وسواس گونه (مانند انواع چک کردن و شستشو) بزنند (لیو و هیز، ۲۰۱۳؛ آکانر و همکاران، ۲۰۰۵). و اما افراد با طرحواره‌های حوزه خودگردانی و عملکرد مختل، تحت تأثیر تأمین نشدن نیاز به خودمختاری (از نیازهای اولیه)؛ خود را افرادی درمانده و نیازمند می‌دانند که کفایت لازم برای مقابله با شرایط و مشکلات زندگی را ندارند، سبک مقابله‌ای این افراد تابع حس بی‌کفایتی و اضطرابی است که آنها متحمل می‌شوند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). افراد با این طرحواره بازنمایی‌های متناقضی از خود و اطرافیان‌شان دارند، که این امر منجر به نوعی ابهام بین عشق و نفرت، سرزنش و طرد می‌شود (ودرهولزر و همکاران، ۲۰۱۳)، که این دوسوگرایی بر افکار ناخواسته آنها تأثیر دارد (آهرن، ۲۰۱۲). بر همین اساس این افراد در موقعیت‌های برانگیزان در فرآیندی استدلالی درگیر می‌شوند که طی آن به مشاهدات خود و واقعیات دنیای خارج اعتماد ندارند و به علت درگیر شدن در استدلال‌های ناکارآمد دچار اضطراب می‌شوند که نکند در اثر سهل‌انگاری آنها به خودشان و دیگران آسیب برسد، لذا کوچکترین تردید اولیه‌ای را جدی گرفته و به منظور جلوگیری از فاجعه، نشانگان وسواس گونه را بروز می‌دهند (آردما و همکاران، ۲۰۱۳).

افرادى که طرحواره محدودیت‌های مختل دارند، تحت تربیت والدینی با خصوصیات؛ خودشیفته، بسیار مراقبت‌کننده و حمایتگر قرار گرفته‌اند (باخ، لاکوود<sup>۵</sup> و یانگ، ۲۰۱۸) و احساس می‌کنند افراد خاصی هستند و دچار نقص در محدودیت‌های درونی و احساس مسئولیت در قبال دیگران بوده و خود را ملزم به رعایت حقوق

ناخودداری را میانجی‌گری می‌کند. براساس نتایج حاصل، رابطه بین طرحواره گوش‌بزننگی و بازداری افراطی با نشانگان وسواس - ناخودداری در مدل مستقیم، معنادار بود ( $p < 0.05$  و  $\beta = 0.11$ ) و با اضافه شدن متغیر آشفستگی استنتاج معنادار شده است ( $p < 0.05$  و  $\beta = 0.09$ )، لذا آشفستگی استنتاج به صورت جزئی رابطه بین طرحواره گوش‌بزننگی و بازداری بیش از حد و نشانگان وسواس - ناخودداری را میانجی‌گری می‌کند. بنابر نتایج حاصل از تحلیل میانجی، رابطه بین طرحواره محدودیت‌های مختل و نشانگان وسواس - ناخودداری معنادار شده است ( $p < 0.01$  و  $\beta = 0.15$ ) که این رابطه با اضافه شدن متغیر میانجی معنادار نبوده است ( $p = 0.05$  و  $\beta = 0.05$ )، لذا بر همین اساس باید گفت، آشفستگی استنتاج به طور کامل رابطه بین طرحواره محدودیت‌های مختل و نشانگان وسواس - ناخودداری را میانجی‌گری می‌کند.

### بحث و نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این پژوهش، آشفستگی استنتاج به صورت جزئی ارتباط بین طرحواره‌های حوزه طرد و بریدگی، خودگردانی و عملکرد مختل، گوش‌بزننگی و بازداری بیش از حد و به صورت کامل محدودیت‌های مختل با نشانگان وسواس - ناخودداری را میانجی‌گری می‌کند و با طرحواره دیگر جهت‌مندی ارتباط معناداری نداشت. این بدین معنا است، افرادی که طرحواره‌هایی در حوزه‌های (طرد و بریدگی، خودگردانی و عملکرد مختل، گوش‌بزننگی و بازداری بیش از حد و محدودیت‌های مختل) دارند و سطوح بالایی از آشفستگی استنتاج را نیز دارا می‌باشند، احتمال بیشتری دارد که به نشانگان وسواس - ناخودداری مبتلا شوند. نتایج این پژوهش از یافته‌های پژوهش‌های پیشین که نشان داده‌اند؛ درون‌مایه‌های عمیق یا طرحواره‌های آسیب‌پذیری بر نحوه استدلال افراد اثر گذاشته و موجب تردیدهای ثانویه و به دنبال آن واکنش هیجانی در افراد می‌شوند، حمایت می‌کند (آکانر، آردما و پلیسیر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵؛ آکانر و دوپویس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹؛ آکانر و آردما، ۲۰۱۱؛ آکانر و همکاران، ۲۰۱۲؛ لیو و هیز<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). لذا لازم است که متغیر آشفستگی استنتاج به عنوان یک عامل خطر ساز<sup>۴</sup> که می‌تواند احتمال دچار شدن افراد به نشانگان وسواس - ناخودداری را افزایش دهد، مورد توجه قرار گیرد.

4. Risk factor

5. Bach & Lockwood

1. Pe'lissier

2. Dupuis

3. Liew & Hayes



درونی دست به اعمالی می‌زنند تا بتوانند تنش ناشی از آن را کاهش دهند، اما بنابر تعریف طرحواره<sup>۵</sup> دیگر جهت‌مندی و خصوصیات تداعی‌گر این طرحواره، فرد به سبب واپس‌زنی تمایلات خود ممکن است از سر خیر هیجان‌ات و تردیدهای درونی گذشته و واکنشی اجتنابی داشته باشد. این افراد معتقدند که بیان خواسته‌ها و احساسات به هر طریقی که باشد غلط است و تنبیه به دنبال دارد (باخ و همکاران، ۲۰۱۸).

این پژوهش محدودیت‌هایی داشته است از آن جمله اینکه به منظور جمع‌آوری داده‌ها از ابزار خودگزارش‌دهی استفاده شده است که گرچه به لحاظ روانسنجی کفایت لازم را داشت، اما پیشنهاد می‌شود به جهت حمایت و ارزیابی مدل میانجی از روش‌های کیفی (چون، مصاحبه و مشاهده) نیز استفاده شود. علاوه بر این نتایج مطالعه حاضر قابل تعمیم به همه جمعیت‌های دانشجویی نیست، لذا نمونه‌ای متنوع از دانشگاه‌ها و مناطق جغرافیای مختلف مؤید نتایج حاصل خواهد بود. بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش پیشنهاد می‌شود در مصاحبه بالینی با افراد با نشانگان وسواس-ناخودداری، متغیر آشفتگی استنتاج نیز مورد توجه قرار گیرد و در ارائه پروتکل درمانی از راهبردهای درمانی این دیدگاه نیز جهت افزایش اثرگذاری درمان استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود، با توجه به اینکه نمونه حاضر در بین افراد غیربالینی انجام گرفته است، به منظور تأیید مدل میانجی در بین افراد بالینی نیز اجرا شود.

### منابع

فتحی آشتیانی، علی، محمدی، بهاره و فتحی آشتیانی، مینا (۱۳۹۵). *آزمون‌های روانشناختی (جلد ۲)*. تهران: بعثت.

- Aardema, F., Moulding, R., Radomsky, A. S., Doron, G., Allamby, J., & Souki, E. (2013). Fear of self and obsessionality: Development and validation of the Fear of Self Questionnaire. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(3), 306-315.
- Aardema, F., O'Connor, K. P., Emmelkamp, P. M. G., Marchand, A., & Todorov, C. (2005). Inferential confusion in obsessive-compulsive disorder: the inferential confusion questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 43(3), 293-308.
- Aardema, F., Wu, K. D., Careau, Y., O'Connor, K., Julien, D., & Dennie, S. (2010). The Expanded Version of the Inferential Confusion Questionnaire: Further

دیگران نمی‌دانند. این افراد ممکن است کنترلی بر هیجان‌ات خود نداشته باشند و تنش را تحمل نمی‌کنند، و براساس آنها عمل می‌کنند (رافاعیلی<sup>۱</sup>، برنستاین<sup>۲</sup> و یانگ<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). افراد با نشانگان وسواس-ناخودداری درگیر تردیدهای بیمارگونی هستند که منتج از تصویرسازی‌های ذهنی آنها است و تناسبی با موقعیت ندارد (اُکانر و آردما، ۲۰۱۱)، لذا تردیدی اولیه در موقعیت‌های برانگیزان می‌تواند موجب شود افراد با این طرحواره که در ویژگی‌های شخصیتی خود تحمل تنش، ناراحتی و بلا تکلیفی را ندارند به منظور اجتناب از فاجعه و آسیب، دست به رفتارهای وسواس‌گونه بزنند (تولین، آبراموویتز، بریجید<sup>۴</sup> و فوآ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳).

افراد با طرحواره گوش‌بزرگی بیش از حد و بازداری با تأکید بیش از حد بر سرکوب احساسات، انگیزه‌ها و انتخاب‌های خودانگیخته شناخته می‌شوند. این افراد قوانین سخت درونی، و تمایلی نهفته برای بدبینی و نگرانی دارند (بوشمنز، بریت، ون ویلبرگ<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰). طبق پژوهش‌های انجام شده افراد با این طرحواره، سطوح بالایی از اضطراب را تجربه می‌کنند (ام سی درموت<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸) و آنچه موجب این اضطراب است، تردید اولیه<sup>۷</sup> بیمارگون در این افراد است (اُکانر و آردما، ۲۰۱۱). از آنجا که این افراد همواره دل‌مشغول جنبه<sup>۸</sup> منفی مسائل و پدیده‌ها هستند، به تردیدهای اولیه خود بها داده و تحت تأثیر آنها و تجربیات منفی دوره کودکی و یا گذشته خود، به حواس خود اعتماد نکرده و درگیر استدلال‌های ناکارآمد می‌شوند و به منظور کاهش تنش و اضطراب دست به رفتارهای وسواس‌گونه خواهند زد (ون ویلبرگ، بریت، بوشمنز، روسیل<sup>۶</sup> و بوگلز<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰).

بنابر نتایج حاصل از این پژوهش ارتباط معناداری بین طرحواره دیگر جهت‌مندی و نشانگان وسواس-ناخودداری وجود نداشت، حتی بعد از اضافه کردن متغیر میانجی این ارتباط معنادار نشد. در تبیین این یافته باید گفت، افراد با این طرحواره به دیگران اجازه می‌دهند بر آنها سلطه پیدا کنند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). تردید از جمله ویژگی‌های اختصاصی اختلال وسواس-ناخودداری است (اُکانر و همکاران، ۲۰۰۵)، لذا افراد با این اختلال در پی یک تردید

5. McDermott  
6. Rosseel  
7. Bögels

1. Rafaeli  
2. Bernstein  
3. Tolin, Abramowitz, Brigid  
4. Bosmans, Braet, Van Vlierberghe



- compulsive disorder in both non-clinical and clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(4), 389–403.
- Nikodijevic, A., Moulding, R., Anglim, J., Aardema, F., & Nedeljkovic, M. (2015). Fear of self, doubt and obsessive compulsive symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 49, 164–172.
- O'Connor, K., & Aardema, F. (2011). *Clinician's handbook for obsessive compulsive disorder: inference-based therapy*. John Wiley & Sons. Retrieved from books.google.com/books?
- O'Connor, K., Aardema, F., & Pélissier, M.-C. (2005). *Beyond reasonable doubt: Reasoning processes in obsessive-compulsive disorder and related disorders*. England: Wiley Online Library.
- O'Connor, K., Ecker, W., Lahoud, M., & Roberts, S. (2012). A review of the inference-based approach to obsessive compulsive disorder. *Verhaltenstherapie*, 22, 47–55.
- O'Connor, K., Wilson, S., Taillon, A., Pélissier, M.-C., & Audet, J.-S. (2018). Inductive reasoning and doubt in obsessive compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 59, 65–71.
- Okasha, A. (2000). Diagnosis of obsessive-compulsive disorder: a review. *Obsessive-Compulsive Disorder (Eds M. Maj, N. Sartorius, A. Okasha, J. Zohar)*, 1–19.
- Pélissier, M.-C., O'Connor, K. P., & Dupuis, G. (2009). When doubting begins: Exploring inductive reasoning in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(1), 39–49.
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. E. (2010). *Schema therapy: Distinctive features*. (W. Dryden, Ed.). CANADA: Routledge. Retrieved from <https://ketab.io/book>.
- Remmerswaal, K. C. P., Batelaan, N. M., Smit, J. H., van Oppen, P., & van Balkom, A. (2016). Quality of life and relationship satisfaction of patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 11, 56–62.
- Rickelt, J., Viechtbauer, W., Lieverse, R., Overbeek, T., van Balkom, A. J., van Oppen, P., ... Tibi, L. (2016). The relation between depressive and obsessive-compulsive symptoms in obsessive-compulsive disorder: results from a large, naturalistic follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 203, 241–247.
- Riso, L. P., du Toit, P. L., Stein, D. J., & Young, J. E. (Eds.). (2007). *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide*. Washington: American Psychological Association.
- Sookman, D., Pinard, G., & Beauchemin, N. (1994). Multidimensional schematic restructuring treatment for obsessions: Theory and practice. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 8(3), 175.
- Taylor, S. (2011). Early versus late onset obsessive-compulsive disorder: evidence for distinct subtypes. Development and Validation in Clinical and Non-Clinical Samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(3), 448–462.
- Aardema, F., Wu, K., Moulding, R., Audet, J.-S., & Baraby, L.-P. (2018). The relationship of inferential confusion and obsessive beliefs with specific obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 18, 98–105.
- Ahern, C. T. (2012). *The Role of Self-Construals in Obsessive-Compulsive Disorder*. (Doctoral dissertation, ) Available from <https://scholar.google.com/scholar?>
- Association, A. P. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *BMC Med*, 17, 133–137.
- Atalay, H., Atalay, F., Karahan, D., & Çaliskan, M. (2008). Early maladaptive schemas activated in patients with obsessive compulsive disorder: A cross-sectional study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 12(4), 268–279.
- Bach, B., Lockwood, G., & Young, J. E. (2018). A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(4), 328–349.
- Bosmans, G., Braet, C., & Van Vlierberghe, L. (2010). Attachment and symptoms of psychopathology: early maladaptive schemas as a cognitive link? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(5), 374–385.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14(4), 485–496.
- Julien, D., O'Connor, K., & Aardema, F. (2016). The inference-based approach to obsessive-compulsive disorder: A comprehensive review of its etiological model, treatment efficacy, and model of change. *Journal of Affective Disorders*, 202, 187–196.
- Kenny, D. A., Kashy, D. A., & Bolger, N. (1998). Data analysis in social psychology. *The Handbook of Social Psychology*, 1(4), 233–265.
- Khosravani, V., Bastan, F. S., Ardestani, M. S., & Ardakani, R. J. (2017). Early maladaptive schemas and suicidal risk in an Iranian sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 255, 441–448.
- Lapsley, D. K., Rice, K. G., & Shadid, G. E. (1989). Psychological separation and adjustment to college. *Journal of Counseling Psychology*, 36(3), 286.
- Liew, J., & Hayes, B. (2013). Inductive and deductive reasoning in Obsessive-Compulsive Disorder. In *Proceedings of the Annual Meeting of the Cognitive Science Society* (Vol. 35).
- McDermott, N. (2008). *Early maladaptive schemas, attachment, negative affect and relationship satisfaction*. (master's thesis). Available from <https://rdw.rowan.edu/etd/738>.
- McLaren, S., & Crowe, S. F. (2003). The contribution of perceived control of stressful life events and thought suppression to the symptoms of obsessive-

- Clinical Psychology Review*, 31(7), 1083–1100.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D., & Foa, E. B. (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(2), 233–242.
- Van Vlierberghe, L., Braet, C., Bosmans, G., Rosseel, Y., & Bögels, S. (2010). Maladaptive schemas and psychopathology in adolescence: On the utility of young's schema theory in youth. *Cognitive Therapy and Research*, 34(4), 316–332.
- Voderholzer, U., Schwartz, C., Thiel, N., Katrin Kuelz, A., Hartmann, A., Scheidt, C. E., ... Zeeck, A. (2013). A comparison of schemas, schema modes and childhood traumas in obsessive-compulsive disorder, chronic pain disorder and eating disorders. *Psychopathology*, 47(1), 24–31.
- Wong, S. F., & Grisham, J. R. (2017). Inverse reasoning processes in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 47, 75–82.
- Yoldascan, E., Ozenli, Y., Kutlu, O., Topal, K., & Bozkurt, A. I. (2009). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in Turkish university students and assessment of associated factors. *BMC Psychiatry*, 9(1), 40, doi: 10.1186/1471-244X-9-40.
- Yorulmaz, O., Gençöz, T., & Woody, S. (2010). Vulnerability factors in OCD symptoms: Cross-cultural comparisons between Turkish and Canadian samples. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 17(2), 110–121.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: a practitioner's guide*. Guilford Press. Retrieved from <https://books.google.com/books?>
- Zare, N., Parvareh, M., Nouri, B., & Namdari, M. (2016). Mental health status of Iranian university students using the GHQ-28: a meta-analysis. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*, 21(4), 1–16.