Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing Original Article

Autumn 2024, Volume 11, Issue 1 10.22034/IJRN.11.1.1

Investigating the Effect of Group Schema Therapy on Perfectionism in Patients with Obsessive-Compulsive Personality Disorder: A Clinical Trial Study

Seyed Majid Khaze[1*], Mohammad Zoladl[2], Ardashir Afrasiabifar[3], Mohammad Reza Firoozi[4]

1- Msc, Psychiatric Nursing, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran.
2-PhD, Psychiatric Nursing, Associate Professor, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran.
3- PhD, Medical-Surgical Nursing, Professor, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran.
4- Phd, Clinical psychology, Assistant Professor, Yasuj University, Yasuj, Iran.

***Corresponding author:** Seyed Majid Khaze, Msc, Psychiatric Nursing, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran.
E-mail: Zainy532@gmail.com

Received: 2023/07/26 Accepted: 2023/11/27

Abstract

Introduction: Obsessive-compulsive personality disorder is a chronic mental illness in which perfectionism and concern about controlling all the details related to issues, regulations, order, and order are among the prominent characteristics of people suffering from it. The present study was designed to determine the effect of group schema therapy on the perfectionism of obsessive-compulsive personality disorder.

Methods: In a randomized clinical trial study conducted in 1400, 70 patients with obsessive-compulsive personality disorder were referred to psychiatric and psychological clinics in Yasouj city before the intervention, the short form of the Yang Schema Questionnaire and the Perfectionism Questionnaire. They completed the frost. The samples were allocated to two test groups (35 people) and control (35 people) through the random block allocation process. The test group received 20 sessions of 60 minutes, two sessions per week, schema therapy as a group. Frost's perfectionism dimensions scale was completed at the start of the intervention, immediately after the intervention, and one month later by both experimental and control groups. To analyze the data, descriptive statistics and analysis of variance with repeated measurements were used using SPSS software version 25.

Results: The average age of the participants in the test group was 31.23±4.61 and in the control group was 30.77±3.75; 21.4% of participants were male, and 78.6% were female (control group: 17.1% male and 82.9% women, intervention group: 25.7% men and 74.3% women), The perfectionism score at the time points immediately and one month after the end of the intervention compared to their level at the beginning of the study in the intervention group was significantly reduced compared to the control group ($P<0.05$)

Conclusions: Group schema therapy can be suggested as a valuable and effective intervention in improving the dimensions of perfectionism in patients with obsessive-compulsive disorder.

Keywords: Schema therapy, Perfectionism, Obsessive-compulsive personality, Clinical trial.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.1.1]

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری
مقاله پژوهشی
پاییز ۱۴۰۳، دوره ۱۱، شماره ۱
10.22034/IJRN.11.1.1

تأثیر طرحواره درمانی گروهی بر کمال گرایی مبتلایان به اختلال شخصیت وسواسی جبری: یک مطالعه کارآزمایی بالینی

سیدمجید خاضع[1*]، محمد ذوالعدل[2]، اردشیر افراسیابی فر[3]، محمدرضا فیروزی[4]

۱- کارشناس ارشد روان پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران.
۲- دانشیار، دکتری تخصصی روان پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران.
۳- استاد، دکتری تخصصی پرستاری داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران.
۴- استادیار، دکتری تخصصی روان شناسی بالینی، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران.

*نویسنده مسئول : سید مجید خاضع، کارشناس ارشد روان پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران.
ایمیل: Zainy532@gmail.com

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۵/۴ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۹/۶

چکیده

مقدمه: اختلال شخصیت وسواسی جبری یک بیماری مزمن روانی است که کمال گرایی و نگرانی درباره کنترل کردن همه جزئیات مربوط به مسائل، مقررات، نظم و ترتیب از جمله ویژگی های بارز افراد مبتلا به آن است. مطالعهٔ حاضر با هدف تعیین تأثیر طرحواره درمانی گروهی بر کمال گرایی مبتلایان به اختلال شخصیت وسواسی جبری طراحی شد.

روش کار: در مطالعهٔ کارآزمایی بالینی تصادفی انجام شده در سال ۱۴۰۰، تعداد ۷۰ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی جبری مراجعه کننده به کلینیک های روان پزشکی و روان شناسی شهر یاسوج، قبل از شروع مداخله، فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ و پرسشنامه کمال گرایی فراست را تکمیل کردند. نمونه ها از طریق فرآیند تخصیص تصادفی بلوکی در دو گروه آزمون(۳۵ نفر) و کنترل(۳۵ نفر) تخصیص یافتند. گروه آزمون ۲۰ جلسه ۶۰ دقیقه ای، هر هفته دو جلسه، طرحواره درمانی بصورت گروهی دریافت نمودند. مقیاس ابعاد کمال گرایی فراست، در زمان شروع مداخله، بلافاصله پس از مداخله و یکماه بعد توسط هر دو گروه آزمایش و کنترل تکمیل گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آزمون آنالیز واریانس با اندازه گیری های مکرر با استفاده از نسخه ۲۵ نرم افزار spss استفاده گردید.

یافته ها: میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه آزمون ۴/۶۱±۳۱/۲۳ و در گروه کنترل ۳/۷۵±۳۰/۷۷ بود، ۲۱/۴ درصد شرکت کنندگان مرد و ۷۸/۶ درصد زن بودند(گروه کنترل : ۱۷/۱ درصد مرد و ۸۲/۹ درصد زن ، گروه مداخله : ۲۵/۷ درصد مرد و ۷۴/۳ درصد زن) ، نمره کمال گرایی در مقاطع زمانی بلافاصله و یک ماه پس از اتمام مداخله به نسبت میزان آن ها در نقطه شروع مطالعه در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل بطور معناداری کاهش یافته بود ($P<0/05$).

نتیجه گیری: طرحواره درمانی گروهی را می توان به عنوان مداخله ای مفید و مؤثر در بهبود ابعاد کمال گرایی بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری پیشنهاد کرد.

کلیدواژه ها: طرحواره درمانی، کمال گرایی، شخصیت وسواسی جبری، کارآزمایی بالینی.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-01-29]
[DOI: 10.22034/IJRN.11.1.1]

مقدمه

شخصیت عبارت است از الگوهای رفتاری مشخص و ثابت که به‌واسطه آن فرد، دنیای اطراف، دیگران و خودش را از آن طریق درک کرده و ارتباط برقرار می‌کند. به همین خاطر، مجموعه ای گسترده از تجارب شناختی، عاطفی و رفتاری خشک و انعطاف ناپذیر را که بدور از هنجارهای فرهنگی و اجتماعی، بصورت ثابت در طول زمان باقی می ماند، اختلال شخصیت می نامند (۱). میزان شیوع کلی اختلالات شخصیت در سراسر جهان ۷/۸ درصد است و در بین طیف اختلال شخصیت، اختلال شخصیت وسواسی جبری، شایع ترین نوع اختلال شخصیت در سراسر جهان است (۲, ۳). فراوانی اختلال شخصیت وسواسی جبری در محیط های درمان سرپایی بین ۸ تا ۹ درصد و در نمونه های بستری روان پزشکی ۲۳/۳درصد تخمین زده می شود و در جمعیت عمومی از ۲ تا ۸ درصد متغیر است (۴-۶). افراد دارای شخصیت وسواسی جبری، در مقایسه با افراد سالم، به طور قابل توجهی سطح بالاتری از عواطف منفی، خستگی عاطفی، شدت هیجانی و راهبردهای مشکل تنظیم احساسات را گزارش کرده اند که اغلب تحت تأثیر تکانشگری است (۲).

در این میان، بر اساس توصیف علائم بالینی و مطالعات نظری، افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی جبری از لحاظ کمال گرایی پاتولوژیکال هستند (۷-۹). افراد کمال گرا کسانی هستند که مجموعه‌ای از استانداردهای سخت، غیرواقعی و بالا ایجاد می کنند و هنگام ارزیابی عملکرد خود درگیر تفکر همه یا هیچ می‌شود. آن ها تجارب شکست را بیش از حد تعمیم می‌دهند (۱۰). اهمیت زیادی به ارزیابی‌های دیگران می‌دهند؛ از عدم تأیید توسط دیگران نگران‌اند و از انجام کارهایی که باعث رنجش و در نتیجه عدم تأیید دیگران می‌شود اجتناب می‌ورزند. این افراد اکثر اوقات وضع زناشویی پایداری دارند و در کار خود نیز کفایت و شایستگی از خود نشان می دهند، اما دوستان زیادی ندارند، هر مسأله ای که باعث اختلال در حالت عادی و ثبات خود خواسته این افراد در زندگی گردد، ممکن است با اضطراب گسترده و یک سلسله اعمال آیینی همراه باشد و این ویژگی ها در مجموع باعث می شود کلیت شخصیت آن ها محدود و بسته باشد (۱۱). تحقیقات مختلف، کمال‌گرایی را به عنوان یک صفت پایدار شخصیتی، که از اوایل زندگی تشکیل می‌شود در نظر می‌گیرند (۱۲). بنابراین، کمال گرایی و نگرانی درباره کنترل کردن همه جزئیات مربوط به مسائل، مقررات، نظم و ترتیب از جمله ویژگی های بارز افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی اجباری هستند (۱۳).

کمال گرایی با انواع مختلف نشانه های روان پزشکی همبستگی دارند از جمله در افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی جبری با افسردگی و افکار خودکشی همراه است (۱۴, ۱۵). نتایج مطالعه Bowen و همکاران (۲۰۱۹) نشان داده است که شانس همزمانی اختلال شخصیت وسواسی جبری با افسردگی و خودکشی به ترتیب ۱/۴۶-۱/۱۹ و ۱/۵۱-۱/۲۸ برابر می باشد (۷). بنابراین، درمان اختلالات شخصیتی بسیار دشوار است، زیرا آن ها انگیزه‌ای برای درمان ندارند. آن ها مشکل را از دیگران می‌دانند و معتقد هستند دیگران بی‌فکر، بی‌نظم و برنامه و بدون هدف هستند. اکثر آن ها به اصرار همسر و یا اطرافیان به جلسات درمان می‌آیند. بنابراین صحبت درباره مشکلات و الگوهای غلط رفتاری آن ها بسیار دشوار است، زیرا واکنش سخت آن ها را باعث می‌شود. از سوی دیگر، هیچ درمان دارویی برای اختلالات شخصیت موثر و مفید نمی‌باشد، زیرا اختلال شخصیت، الگو و سبک نگرش به خود، دیگران و دنیا می‌باشد و از طریق دارو نمی‌توان آن ها را تغییر داد. دارو تنها می‌تواند اثرات جانبی اختلالات شخصیت از جمله اضطراب و افسردگی را کنترل کند. اگر چه هیچ درمان استاندارد تجربی معتبری برای اختلال شخصیت وسواسی جبری وجود ندارد، روان درمانی به عنوان درمان انتخابی در این بیماران توصیه می شود (۱۶).

درمان هایی از قبیل روان درمانی شایع اما اغلب طولانی و پیچیده برای این افراد است و بروز مشکلاتی از نظر انتقال متقابل در آن ها شایع است (۱۱). در بین روشهای روان درمانی، طرحواره درمانی به عنوان یکی دیگر از درمان های موج سوم توسط Young به عنوان یک مدل درمانی مطرح شد، که بیشتر برای درمان اختلالات شخصیت و سایر اختلالات مزمنی که نسبت به درمان رفتاری-شناختی کلاسیک مقاومت نشان می دهند، به کار می رود (۱۹). در پژوهشی که توسط حاج حسینی و همکاران (۲۰۲۱) در تهران انجام شد، اثر آموزش گروهی مبتنی بر طرحواره بر بهزیستی روانشناختی و تمایزیافتگی خود دانشجویان دختر مورد بررسی قرار گرفت که نتایج بیانگر اثر بخشی طرحواره درمانی بود (۱۷). همچنین مومنی و همکاران (۲۰۲۰) با بررسی اثربخشی تکنیکهای شناختی

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.1.1]

طرحواره درمانی بر کاهش کمال گرایی افراطی کارآمدی فنون مبتنی بر شناخت طرحواره درمانی را در کاهش دادن کمالگرایی افراطی نشان دادند (۱۸). مدل طرحواره درمانی اختلالات شخصیت، اساسا مبتنی بر طبقه بندی طرحواره ها (مدل های درونی خود و دیگران)، و حالت ها (طرحواره های فعال و پاسخ های مقابله ای، «حالت های خود») است که از مشاهدات و نظریه های بالینی حاصل می شود و به صورت تجربی پشتیبانی می شود (۲۰). طرحواره درمانی هم به صورت گروهی و هم به صورت فردی اجرا می شود و عموما تعداد جلسات طرحواره درمانی گروهی کمتر از طرحواره درمانی فردی است و در مجموع، چشم‌انداز اختلال شخصیت وسواسی جبری امیدوارکننده‌تر از سایر اختلالات شخصیتی است. به همین خاطر، درمان به آن ها کمک می‌کند تا آگاهی بیشتری درباره خود و تاثیر ویژگی‌های آن ها بر روابطشان به‌دست بیاورند (۱۹).

در باب ضرورت انجام پژوهش حاضر باید اشاره کرد که با توجه به نقش برجسته کمال گرایی در اختلال شخصیت وسواسی- جبری ، و ضرورت مطالعه آن در بیماران با اختلال شخصیت وسواسی- جبری و اینکه روان درمانی های معمول ، عمدتا طولانی مدت و هزینه بر هستند لزوم بهره گیری از راهبردهای جدید درمانی و کوتاه مدت مبرهن می باشد. بنابراین، با عنایت به اینکه در بیماری های مزمن روانی، خصوصا اختلالات شخصیت، مانند اختلال شخصیت وسواسی جبری علاوه بر عملکرد فردی، جنبه های اقتصادی، اجتماعی و عاطفی فرد و خانواده و اجتماع نیز تاثیر می پذیرد، تشخیص و روان درمانی این بیماران، فرآیند های با سرعت بیشتر و روش های نوین و موثرتر را می طلبد. بنابراین با توجه به موارد یاد شده، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر طرحواره درمانی گروهی بر کمال گرایی مبتلایان به اختلال شخصیت وسواسی جبری طراحی شد.

روش کار

نمونه پژوهش شامل بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی جبری مراجعه کننده به کلینیک های روان شناسی و روان پزشکی شهر یاسوج بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل تشخیص ابتلا به اختلال شخصیت وسواسی جبری توسط روانپزشک، سن بالای ۱۸ سال و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. شرایط خروج از مطالعه شامل عدم تمایل به ادامه مطالعه، نقل مکان یا مرگ و غیبت بیش از دوجلسه در گروه مطالعه بود.

برای تخمین حجم نمونه در مطالعه جاری با در نظر گرفتن پارامترهای

$\delta = 14.61$ و $z1-\beta = .85$ ،$1-\beta = .8$ ،$\beta = .2$ ،$z1-\alpha/2 = 1.96$ و $\alpha = 0.05$،

(۲۱)، با استفاده از فرمول:

$$n = \frac{2 \times [(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2]\delta^2}{d^2}$$

و بر اساس جدول پیشنهادی کوهن، اندازه اثر(d) برابر با ۷/. انحراف معیار کمال گرایی (7*8) یعنی 7*14.61=10.22 در نظر گرفته شد. بنابراین تعداد نمونه در هر گروه ۳۲ نفر و با احتساب ریزش ۱۰ درصد ۳۵ نفر و در مجموع تعداد ۷۰ نفر در دو گروه آزمون (۳۵ نفر) و کنترل (۳۵ نفر) محاسبه گردید.

پس از انجام آزمون MILLON-3 از نمونه ها به وسیله روان پزشک و تکمیل پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی توسط نمونه های پژوهش و تشخیص اختلال شخصیت وسواسی جبری توسط روانشناس و روانپزشک، نمونه ها از طریق فرآیند تخصیص تصادفی بلوکی در دو گروه آزمون و کنترل تخصیص یافتند و این روند تا تکمیل حجم نمونه در دو گروه ادامه یافت. تخصیص نمونه ها شامل نحوه چینش و تعداد افراد در بلوکها و نیز تعداد بلوکها با استفاده از نرم افزار Random Allocation انجام شد و ۷۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش در بلوک های چهار تایی به دو گروه آزمون (۳۵ نفر) و گروه کنترل (۳۵ نفر) تخصیص یافتند. در این پژوهش، علاوه بر مشخصات جمعیت شناختی اطلاعات بیماران، فرم کوتاه شده ویرایش سوم پرسشنامه طرحواره های یانگ و پرسشنامه کمال گرایی چند بعدی فراست، استفاده شد. متغیر های زمینه ای و تاثیرگذار در معیارهای ورود به مطالعه از جمله سن، جنسیت، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال بود.

در مطالعه حاضر برای تشخیص طرحواره های ناسازگار اولیه از فرم کوتاه شده ی نسخه سوم پرسشنامه طرحواره یانگ YSQ-S3 استفاده گردید. نسخه سوم پرسشنامه طرحواره های یانگ ، با ۲۳۲ سؤال در سال ۲۰۰۵ از سوی یانگ ارائه شده است. فرم کوتاه نسخه سوم (فرم کوتاه پرسش نامه یانگ) ، ۹۰ سؤال دارد. در این پرسشنامه، بیماران بر اساس

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.1.1]

مقیاس لیکرت شش درجه‌ای (۱= کاملا غلط، ۲= تقریبا غلط، ۳= بیشتر درست است تا غلط، ۴= اندکی درست، ۵= تقریبا درست، ۶= کاملا درست) بر مبنای این که تا چه اندازه هر سؤال آن ها را توصیف می‌نماید، رتبه‌بندی می شوند. سؤالات به وسیلهٔ طرح واره ها گروه بندی شده‌اند. در صورتی که جمع نمره در هر خرده مقیاس از ۱۵ بیشتر باشد، آن طرحواره در ذهن فرد نقش بسته است. بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه ی طرحواره های ناسازگار اولیه بر روی یک نمونه ی ۵۷۹ نفری در دو مرحله (مرحله ی اول ۳۹۴ و مرحله ی دوم ۱۸۵) بررسی شد. اعتبار پرسشنامه ی طرحواره های ناسازگار اولیه با استفاده از دو روش آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن در کل نمونه به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۶، و در دختران ۰/۸۷ و ۰/۸۴ و در پسران ۰/۸۴ و ۰/۸۱ بود. (۲۳). برای تعیین میزان کمال گرایی نمونه ها در پیش آزمون، پس آزمون و مرحله پیگیری از مقیاس کمال گرایی چند بعدی فراست (FMPS) استفاده شد. این آزمون در سال ۱۹۹۰ توسط فراست و همکاران بر پایه مدل چند بعدی کمال گرایی ساخته شد و شامل شش مولفه نگرانی درباره اشتباه ها (۹سوال)؛ شک درباره اعمال (۴سوال)؛ انتظارات والدینی(۵سوال)؛ انتقادگری والدینی (۴سوال)؛ استانداردهای شخصی(۷سوال) و سازماندهی (۶سوال) است. این پرسشنامه ۳۵ سوال و دو بعد مثبت و چهار بعد منفی دارد که ابعاد مثبت آن شامل زیر مقیاس های استانداردهای شخصی و سازماندهی و ابعاد منفی آن، نگرانی درباره اشتباه ها، شک درباره اعمال، انتظارات والدینی، انتقادگری والدینی هستند(۲۴). نمره گذاری این پرسشنامه به این صورت است که ابتدا باید به گزینه کاملاً مخالفم نمره ۱؛ گزینه مخالفم نمره ۲، گزینه نظری ندارم نمره ۳، گزینه موافقم نمره ۴ و گزینه کاملاً موافقم نمره ۵ داده شود. نمره بالاتر نشانگر تمایل به کمال گرایی زیاد فرد در حیطه مورد نظر است، به علاوه نمره کمال گرایی کلی از طریق جمع کردن نمره ی همه ی ۳۵ عبارت آزمون به دست می آید. بر طبق نظر فراست و همکاران (۱۹۹۰، به نقل از استوبر، ۱۹۹۸) زیرمقیاس سازماندهی ارتباط کمی با کل پرسشنامه دارد و برای به دست آوردن نمره کل پرسشنامه نباید سوالات مربوط به این زیرمقیاس را محاسبه کنیم ، در برخی متون فارسی ذکر شده است که برای به دست آوردن نمره کلی باید تمام سوالات را جمع کرد، اما این کار صحیح نیست. هر چه فرد نمره بالاتری بگیرد دارای کمال گرایی بالاتری است (۲۳). ضریب همسانی درونی برای کل پرسش نامه برابر با ۰/۸۴ و برای زیرمقیاس های نگرانی درباره اشتباه ها، شک درباره اعمال، انتظارهای والدینی، انتقاد گرایی والدینی، معیارهای شخصی، و سازماندهی به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۶۳، ۰/۷۴، ۰/۶۶، ۰/۶۶، و ۰/۸۱ به دست آمد. همچنین روایی همگرای پرسش نامه کمال گرایی چند بعدی فراست بر اساس رابطه با پرسشنامه کمال گرایی مثبت و منفی مناسب گزارش شده است (۲۶).

پس از تصویب و تائید پژوهش و دریافت کد کمیته اخلاق و ثبت در سایت کارآزمایی بالینی ایران، پژوهشگر پس از معرفی خود و اخذ رضایت نامه شفاهی و کتبی از بیمار و دادن اطمینان به بیمار و همچنین تشریح اهداف و اهمیت مطالعه و چگونگی انجام مداخله، و اطمینان دادن از لحاظ آزادی ورود یا خروج از مطالعه و محرمانه ماندن اطلاعات شخصی بیمار، نمونه گیری شروع شد.

هر دو گروه آزمون و کنترل پرسشنامه جمعیت شناختی و پرسشنامه طرحواره یانگ و کمال گرایی فراست را تکمیل کردند و سپس، برای افراد گروه آزمون، مداخله پژوهشی به صورت گروهی و به مدت ۲۰ جلسه ۶۰ دقیقه ای مشتمل بر سخنرانی پرسش و پاسخ و تمرین های عملی انجام گرفت. با توجه به تعداد کل افراد گروه آزمون، مداخله پژوهشی در قالب سه گروه توسط یک فرد واحد و با محتوا و روش اجرای یکسان انجام شد (۲۷).

بعد از انجام مداخله در گروه آزمون، مقیاس ابعاد کمال گرایی فراست، بلافاصله پس از پایان مداخله به عنوان پس آزمون و به جهت پیگیری یک ماه بعد، توسط هر دو گروه آزمایش و کنترل تکمیل گردید.

داده های جمع آوری شده با استفاده از نسخه ۲۶ نرم افزار آماری spss، از طریق آمار توصیفی و استنباطی متناسب با وضعیت برخورداری متغیرهای مطالعه از توزیع نرمال در آزمون کولموگروف اسمیرنف، با در نظر گرفتن فاصله اطمینان ۹۵ درصد و سطح معنی داری کمتر از ۰۵/ تجزیه و تحلیل شد.

آمار توصیفی شامل جداول، نمودارها، شاخص های متمایل به مرکز و پراکندگی بود. برای اطمینان خاطر از همسانی گروه های آزمایش و کنترل در نقطه شروع مطالعه، از آزمون تی مستقل برای مقایسه میانگین متغیرهای زمینه ای و وابسته کمی برخوردار از توزیع نرمال بین اعضای گروه کنترل و آزمایش، از آزمون من ویتنی برای مقایسه میانگین رتبه متغیرهای زمینه ای غیر برخوردار از توزیع نرمال بین اعضای گروه آزمایش و کنترل، و از آزمون

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.1.1]

مجذور خی برای مقایسه توزیع فراوانی متغیرهای زمینه ای کیفی بین گروه های مذکور در نقطه شروع مطالعه استفاده گردید. برای مقایسه بین گروهی و درون گروهی متغیر وابسته کمال گرایی گروه کنترل و آزمایش در نقطه شروع مطالعه، بلافاصله پس از اتمام مداخله و یک ماه پس از اتمام مداخله پژوهشی، پس از بررسی و کسب اطمینان از رعایت مفروضات لازم، از آزمون آنالیز واریانس با اندازه گیری های مکرر استفاده گردید.

یافته ها

نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنف و تی مستقل نشان داد که مقدار P-value متغیرهای دموگرافیک و سایر متغیرهای مورد مطالعه نمونه های پژوهش، از سطح معنی‌داری ۰/۰۵ بزرگ‌تر بود و بر این اساس متغیرهای مورد بررسی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی جبری شرکت کننده در پژوهش از توزیع طبیعی پیروی می کرد و دو گروه از لحاظ متغیرهای مورد بررسی از توزیع همسانی برخوردار بودند. همچنین، ۷۴/۳ درصد شرکت کنندگان در گروه مداخله و ۸۲/۹ درصد در گروه کنترل جنسیت مونث داشتند. ۳۷/۱ درصد شرکت کنندگان گروه مداخله و ۳۱/۴ درصد گروه کنترل متاهل بودند.

جدول ۱. مقایسه بین گروهی میانگین سن بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی- جبری

متغیر کمی	گروه	انحراف معیار±میانگین	آزمون آماری تی مستقل	
			آماره	P-value (دو دامنه)
سن	مداخله	۳۱/۲۳±۴/۶۱	۰/۴۶	۰/۶۵
	کنترل	۳۰/۷۷±۳/۷۵		

یافته های جدول ۱ نشان داد که میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه آزمون ۳۱/۲۳±۴/۶۱ و در گروه کنترل ۳۰/۷۷±۳/۷۵ بود و نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنف نشان داد که مقدار P-value متغیر سن از سطح معنی‌داری ۰/۰۵ بزرگ‌تر می‌باشد (P=۰/۴۶) و بر این اساس متغیر سن در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی– جبری شرکت کننده در پژوهش از توزیع طبیعی پیروی می‌کرد.

جدول ۲. توزیع فراوانی و مقایسه متغیرهای کیفی اسمی جمعیت شناختی و زمینه‌ای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی– جبری شرکت کننده در پژوهش در گروه‌های تحت مطالعه در نقطه شروع پژوهش

متغیر کیفی	سطح متغیر	گروه مداخله		گروه کنترل		جمع		آزمون آماری مجذور خی	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	آماره	P-value (دودامنه)
جنس	مرد	۹	۲۵/۷	۶	۱۷/۱	۱۵	۲۱/۴	۰/۷۶	۰/۳۸
	زن	۲۶	۷۴/۳	۲۹	۸۲/۹	۵۵	۷۸/۶		
وضعیت تأهل	مجرد	۲۲	۶۲/۹	۲۴	۶۸/۶	۴۶	۶۵/۷	۰/۲۵	۰/۶۲
	متأهل	۱۳	۳۷/۱	۱۱	۳۱/۴	۲۴	۳۴/۳		
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۶	۱۷/۱	۷	۲۰	۱۳	۱۸/۶	۰/۵۷	۰/۷۵
	دیپلم	۶	۱۷/۱	۸	۲۲/۹	۱۴	۲۰		
	بالاتر از دیپلم	۲۳	۶۵/۸	۲۰	۵۷/۱	۴۳	۶۱/۴		
وضعیت اشتغال	شغل دولتی	۱۳	۳۷/۱	۱۱	۳۱/۴	۲۴	۳۴/۳	۰/۵۲	۰/۷۷
	شغل آزاد	۱۶	۴۵/۸	۱۹	۵۴/۳	۳۵	۵۰		
	در حال تحصیل	۶	۱۷/۱	۵	۱۴/۳	۱۱	۱۵/۷		

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.1.1]

در نقطه شروع مطالعه، بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی جبری شرکت کننده در گروه مداخله و گروه کنترل از نظر طرحواره های ناسازگار اولیه همسان بوده‌اند (P>۰/۰۵). یافته های بررسی طرحواره ناسازگار اولیه بیماران مورد مطالعه در حیطه های بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدوده‌های مختل، دیگر جهت مندی (هدایت شدن به وسیله دیگران) و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری نشان داد که فراوانی و شدت طرحواره های ناسازگار در افراد پایین بود.

جدول ۳. توزیع فراوانی و مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی جبری

طرحواره ناسازگار اولیه		سطح متغیر	گروه مداخله		گروه کنترل		جمع		آزمون آماری مجذور خی	
حیطه	نوع		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	آماره	P-value (دودامنه)
بریدگی و طرد	محرومیت هیجانی	دارد	۵	۱۴/۳	۸	۲۲/۹	۱۳	۱۸/۶	۰/۸۵	۰/۳۶
		ندارد	۳۰	۸۵/۷	۲۷	۷۷/۱	۵۷	۸۱/۴		
	رها شدگی/ بی ثباتی	دارد	۱۰	۲۸/۶	۱۴	۴۰	۲۴	۳۴/۳	۱/۰۱	۰/۳۱
		ندارد	۲۵	۷۱/۴	۲۱	۶۰	۴۶	۶۵/۷		
	بی اعتمادی/ بدرفتاری	دارد	۹	۲۵/۷	۷	۲۰	۱۶	۲۲/۹	۰/۳۲	۰/۵۷
		ندارد	۲۶	۷۴/۳	۲۸	۸۰	۵۴	۷۷/۱		
	انزوای اجتماعی/ بیگانگی	دارد	۸	۲۲/۹	۷	۲۰	۱۵	۲۱/۴	۰/۰۸	۰/۷۷
		ندارد	۲۷	۷۷/۱	۲۸	۸۰	۵۵	۷۸/۶		
	نقص/ شرم	دارد	۸	۲۲/۹	۶	۱۷/۱	۱۴	۲۰	۰/۳۶	۰/۵۵
		ندارد	۲۷	۷۷/۱	۲۹	۸۲/۹	۵۶	۸۰		
	شکست در پیشرفت	دارد	۵	۱۴/۳	۷	۲۰	۱۲	۱۷/۱	۰/۴	۰/۵۳
		ندارد	۳۰	۸۵/۷	۲۸	۸۰	۵۸	۸۲/۹		
خودگردانی و عملکرد مختل	وابستگی/ بی کفایتی	دارد	۶	۱۷/۱	۵	۱۴/۳	۱۱	۱۵/۷	۰/۱۱	۰/۷۴
		ندارد	۲۹	۸۲/۹	۳۰	۸۵/۷	۵۹	۸۴/۳		
	آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری	دارد	۷	۲۰	۶	۱۷/۱	۱۳	۱۸/۶	۰/۰۹	۰/۷۶
		ندارد	۲۸	۸۰	۲۹	۸۲/۹	۵۷	۸۱/۴		
	خود رشد نیافته / گرفتار (به هم‌ریختگی)	دارد	۶	۱۷/۱	۸	۲۲/۹	۱۴	۲۰	۰/۳۶	۰/۵۵
		ندارد	۲۹	۸۲/۹	۲۷	۷۷/۱	۵۶	۸۰		
محدوده‌های مختل	استحقاق/ بزرگ منشی	دارد	۲۱	۶۰	۱۵	۴۲/۹	۳۶	۵۱/۴	۲/۰۶	۰/۱۵
		ندارد	۱۴	۴۰	۲۰	۵۷/۱	۳۴	۴۸/۶		
	خویشتنداری/ خود انضباطی ناکافی	دارد	۶	۱۷/۱	۵	۱۴/۳	۱۱	۱۵/۷	۰/۱۱	۰/۷۴
		ندارد	۲۹	۸۲/۹	۳۰	۸۵/۷	۵۹	۸۴/۳		
دیگر جهت مندی (هدایت شدن به وسیله دیگران)	اطاعت (فداکردن)	دارد	۷	۲۰	۸	۲۲/۹	۱۵	۲۱/۴	۰/۰۸	۰/۷۷
		ندارد	۲۸	۸۰	۲۷	۷۷/۱	۵۵	۷۸/۶		
	ایثار (خودقربانی کردن)	دارد	۱۵	۴۲/۹	۹	۲۵/۷	۲۴	۳۴/۳	۲/۲۸	۰/۱۳
		ندارد	۲۰	۵۷/۱	۲۶	۷۴/۳	۴۶	۶۵/۷		
	تأییدجویی /جلب توجه	دارد	۹	۲۵/۷	۷	۲۰	۱۶	۲۲/۹	۰/۳۲	۰/۵۷
		ندارد	۲۶	۷۴/۳	۲۸	۸۰	۵۴	۷۷/۱		

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.1.1]

گوش به زنگی بیش از حد و بازداری	بازداری هیجانی	دارد	۹	۲۵/۷	۵	۱۴/۳	۱۴	۲۰	۱/۴۳	۰/۲۳
		ندارد	۲۶	۷۴/۳	۳۰	۸۵/۷	۵۶	۸۰		
	معیارهای سرسختانه / عیبجویی افراطی	دارد	۱۱	۳۱/۴	۱۲	۳۴/۳	۲۳	۳۲/۹	۰/۰۷	۰/۸
		ندارد	۲۴	۶۸/۶	۲۳	۶۵/۷	۴۷	۶۷/۱		
	تنبیه	دارد	۱۱	۳۱/۴	۶	۱۷/۱	۱۷	۲۴/۳	۱/۹۴	۰/۱۶
		ندارد	۲۴	۶۸/۶	۲۹	۸۲/۹	۵۳	۷۵/۷		
	بدبینی / نگرانی	دارد	۶	۱۷/۱	۷	۲۰	۱۳	۱۸/۶	۰/۰۹	۰/۷۶
		ندارد	۲۹	۸۲/۹	۲۸	۸۰	۵۷	۸۱/۴		

بـر اسـاس نتایـج جـدول ۳، نمـره کمـال گرایـی در مقاطـع زمانی بلافاصلـه و یـک مـاه پـس از اتمـام مداخلـه بـه نسـبت میـزان آن هـا در نقطـه شـروع مطالعـه در گـروه مداخلـه در مقایسـه بـا گـروه کنتـرل بطـور معنـاداری کاهـش یافتـه (P<۰/۰۵) و بـر ایـن اسـاس، مـی تـوان اظهـار داشـت کـه طرحـواره درمانـی گروهـی باعـث تفـاوت معنـی دار کمـال گرایـی در بیمـاران مبتـلا بـه اختـلال شـخصیت وسواسـی جبـری گردیـد.

جدول ٤. مقایسه بین گروهی کمال گرایی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی– جبری شرکت کننده در پژوهش بر حسب زمان/ گروه

متغیر وابسته	انحراف معیار ± میانگین				آزمون آنالیز واریانس با اندازه گیری‌های مکرر (زمان/گروه)	
	زمان گروه	نقطه شروع مطالعه	بلافاصله پس از اتمام مداخله پژوهشی	یکماه پس از اتمام مداخله پژوهشی	آماره	P-value (دو دامنه)
کمال گرایی	مداخله	۱۰۳/۱۱±۰۳/۶۳	۶۹/۹±۶۳/۶	۷۱/۸±۴۰/۴۲	۱۲۹/۷۷	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۰۰/۹±۱۴/۸۰	۹۸/۹±۶۰/۱۴	۹۶/۸±۴۹/۶۱		
استانداردهای شخصی	مداخله	۲۷/۴±۶۹/۵۳	۲۰/۲±۷۴/۸۳	۲۱/۲±۷۱/۴۷	۷۲/۶۴	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۸/۴±۲۹/۱۴	۲۸/۲±۳۱/۹۶	۲۸/۲±۳۷/۹۸		
سازماندهی	مداخله	۲۵/۳±۹۷/۳۶	۱۹/۲±۰۳/۴۱	۲۰/۲±۱۷/۲۶	۱۰۶/۵۸	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۴/۳±۴۶/۶۰	۲۴/۳±۷۴/۲۴	۲۴/۳±۹۱/۱۸		
نگرانی در مورد اشتباهات	مداخله	۳۱/۵±۱۱/۷۴	۲۰/۵±۴۶/۹۵	۲۰/۵±۸۰/۲۴	۵۷/۹۸	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۹/۶±۶۹/۲۵	۲۷/۵±۷۱/۱۷	۲۷/۴±۱۱/۶۳		
شک و تردید در باره اعمال	مداخله	۹/۲±۳۱/۱	۷/۱±۲۳/۶۶	۷/۱±۴۰/۰۱	۱۸/۳۶	۰/۰۰۱
	کنترل	۹/۱±۶۳	۱۱/۱±۳۱/۸۰	۱۰/۱±۳۷/۷۷		
انتظارات والدینی	مداخله	۱۹/۲±۶۹/۶۴	۱۲/۲±۳۴/۹۶	۱۲/۲±۶۰/۶۱	۳۵/۲۹	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۸/۲±۶۶/۷۹	۱۷/۲±۱۴/۷۸	۱۶/۲±۹۴/۶۵		
انتقادات والدینی	مداخله	۱۵/۳±۴۹/۴۸	۸/۱±۸۶/۷۹	۸/۱±۸۹/۴۵	۸۷/۲۴	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۴/۲±۰۹/۶۷	۱۴/۲±۱۱/۴۶	۱۳/۲±۶۹/۴۳		

بحث

یافتـه هـای مطالعـه نشـان داد کـه نمـره کمـال گرایـی در مقاطـع زمانـی بلافاصلـه و یـک مـاه پـس از اتمـام مداخلـه بـه نسـبت میـزان آن هـا در نقطـه شـروع مطالعـه در گـروه مداخلـه در مقایسـه بـا گـروه کنتـرل بطـور معنـادار آمـاری کاهـش یافتـه کـه ایـن یافتـه بـا پژوهـش منتظـری و همـکاران (۲۰۱۶) کـه در پژوهشـی اثربخشـی طرحـواره درمانـی را بـر بهبـود کمـال گرایـی و طرحـواره هـای ناسـازگار اولیـه در یـک مـورد مبتـلا بـه شـخصیت وسواسـی اجبـاری بـه صـورت پژوهـش مـورد منفـرد مـورد مطالعـه قـرار دادنـد، همراسـتا مـی باشـد (۲۸). یکـی از اهـداف اصلـی طرحـواره درمانـی ایـن اسـت کـه بـه بیمـاران کمـک کنـد تـا حالـت هـای مقابلـه‌ای ناسـازگار را کاهـش دهنـد تـا بتواننـد راه‌هـای سـالمی بـرای بـرآوردن نیازهـای غیـر عاطفی، هـم توسـط دیگـران و هـم توسـط خودشـان پیـدا کننـد (۲۹).

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.1.1]

این یک مشاهده بالینی رایج است که نمرات شرکت‌کنندگان در حالت کودک آسیب‌پذیر (یعنی حالتی که در آن با احساسات در تماس هستند) اغلب در نیمه اول درمان افزایش می‌یابد زیرا مراجعان از نظر عاطفی کمتر جدا می‌شوند و آگاهی بیشتری از طرحواره ها و طرحواره های ناسازگار اولیه خود به دست می آورند. تغییر محدود ظاهری در حالت های طرحواره ناسازگار نیز ممکن است نشان دهنده افزایش آگاهی از حالات عاطفی در سراسر درمان باشد.

از یافته های این مطالعه چنین استنباط می شود که حضور و مواجهه طبیعی درگروه، وجود حمایت اجتماعی از اعضا گروه و امکان تمرین و تکالیف گروهی باعث اثر بخشی طرحواره درمانی گروهی می شود. که از این نظر همسو با مطالعات یونسی و همکاران (۲۰۲۱) (۲۹)، زتربرگ و همکاران (۲۰۱۹) (۳۰)، باکراک و همکاران (۲۰۲۱) (۳۱)، منشایی و همکاران (۲۰۱۶) (۳۳) بود . کاهش قابل توجه معیارهای کمال گرایی ممکن است منعکس کننده تغییر رفتار باشد، در حالی که ممکن است برای دستیابی به تغییر در سطح عاطفی مرتبط با حالت های طرحواره، درمان طولانی تری لازم باشد. شاید برای فعال کردن تغییرات عاطفی پایدار در این جمعیت بیش از ۲۰ جلسه لازم باشد. مطالعات آتی باید تعداد جلسات و مدت جلسات را افزایش دهد تا زمینه بیشتری برای انجام کارهای تجربی در زمینه گروهی فراهم شود.

یافته های بررسی طرحواره ناسازگار اولیه بیماران مورد مطالعه در حیطه های بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدوده‌های مختل، دیگر جهت مندی (هدایت شدن به وسیله دیگران) و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری نشان داد که فراوانی و شدت طرحواره های ناسازگار در افراد پایین بود. جهانگیری و همکاران (۲۰۱۵) نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران اختلال وسواسی جبری مقاوم به درمان در ابتدای مطالعه نامناسب بود و پس از مداخله طرحواره درمانی، میزان طرح واره های غالب گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معنی داری کاهش یافت که یافته ایشان همراستا با یافته مطالعه حاضر بود (۳۲).

در این مطالعه هیچ کدام از شرکت کنندگان درمان را ترک نکردند. در مقایسه با نرخ فرسایش در سایر مطالعات گروهی نشان می‌دهد که این ممکن است نرخ فرسایش نسبتاً پایینی باشد و با مطالعات مشابه که از طرحواره درمانی استفاده کرده اند قابل مقایسه باشد (دیویس و همکاران، ۲۰۰۶؛ سیمپسون و همکاران، ۲۰۱۰؛ وان وریزویجکتال، ۲۰۱۲). اما این یافته با یافته مطالعه قبادی زاده و همکاران (۲۰۱۹) همراستا نبود. قبادی زاده و همکاران در مطالعه خود دریافتند که شدت و فراوانی طرحواره ناسازگار اولیه در نمونه های مورد پژوهش بالا بود و بین شدت و فراوانی طرحواره ناسازگار اولیه بالا و اعتیاد ارتباط مستقیم و معنی داری وجود دارد و به نظر می رسد این ناهمراستایی نتایج را می توان به جامعه پژوهش نسبت داد چرا که در مطالعه ایشان جامعه نمونه دانش آموزانی بود که اعتیاد به گرایش بالایی داشتند (۳۴). همچنین برخلاف یافته های پژوهش حاضر ، محمد امینی و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه خود دریافتند که طرح واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی ناکارامد می‌باشند که این اختلاف را شاید بتوان ناشی از نوع اختلال شخصیت نمونه های پژوهش دانست (۳۵). ذبیح الله زاده و همکاران (۲۰۱۹) نیز در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که بین هر دو گروه افراد بیمار و سالم در مؤلفه‌های رهاشدگی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، خود تحول نایافته/گرفتار، ایثار و معیار سرسختانه در پایان مطالعه تفاوت معناداری وجود نداشت و این یافته با یافته مطالعه حاضر هم خوانی نداشت (۳۶). علت عدم هم خوانی را می توان به جامعه پژوهش که در مطالعه ایشان بیماران مالتیپل اسکلروسیس بود و همچنین به کارگیری نوع مداخله متفاوت که راهبرد مقابله ای بود نسبت داد.

نتیجه گیری

در حالیکه درمان های روان شناختی اکثرا زمان بر و دارای هزینه گزاف هستند، می توان طرحواره درمانی گروهی بر اساس پروتکل کوتاه مدت را با توجه به میزان هزینه اثربخشی به عنوان درمانی کاربردی و مناسب جهت بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری در نظر گرفت. بنابراین توصیه می شود در بیماران دارای اختلال وسواسی جبری از طرحواره درمانی گروهی جهت کاهش میل به کمال گرایی استفاده شود.

سپاسگزاری

از تمامی داوطلبان شرکت کننده در این مطالعه کمال تشکر

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.1.1]

و قدردانی بعمل می آید.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر یک مطالعه کار آزمایی بالینی با کد کارآزمایی بالینی IRCT20191208045658N1 و کد اخلاق IR.YUMS.REC.1399.019 است که در سال ۱۳۹۹ در شهر یاسوج انجام شد.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله هیچگونه تعارض منافعی را در ارتباط با مواد استفاده شده در پژوهش اعلام ندارند.

Refrences

1. Fineberg NA, Reghunandanan S, Kolli S, Atmaca M.Obsessive-compulsive(anankastic)personality disorder: toward the ICD-11 classification. Brazilian Journal of Psychiatry. 2014;36:40-50. https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1282
2. Grant JE, Chamberlain SR. Obsessive compulsive personality traits: Understanding the chain of pathogenesis from health to disease. Journal of psychiatric research. 2019;116:69-73. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.06.003
3. Winsper C, Bilgin A, Thompson A, Marwaha S, Chanen AM, Singh SP, et al. The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. The British Journal of Psychiatry. 2020;216(2):69-78. https://doi.org/10.1192/bjp.2019.166
4. Reddy MS, Vijay MS, Reddy S. Obsessive-compulsive (Anankastic) Personality Disorder: A Poorly Researched Landscape with Significant Clinical Relevance. Indian J Psychol Med. 2016;38(1):1-5. https://doi.org/10.4103/0253-7176.127239
5. Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. American Journal of Psychiatry. 2005;162(10):1911-8. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1911 https://doi.org/10.1176/ajp.161.10.1911
6. Grant JE, Mooney ME, Kushner MG. Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Journal of psychiatric research. 2012;46(4):469-75. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.01.009
7. Bowen R, Rahman H, Dong LY, Khalaj S, Baetz M, Peters E, et al. Suicidality in people with obsessive-compulsive symptoms or personality traits. Frontiers in psychiatry. 2019;9:747. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00747
8. van Broekhoven KE, Karreman A, Hartman EE, Lodder P, Endendijk JJ, Bergink V, et al. Obsessive-compulsive personality disorder symptoms as a risk factor for post-partum depressive symptoms. Archives of women's mental health. 2019;22(4):475-83. https://doi.org/10.1007/s00737-018-0908-0
9. Bazrafshan M-R, Sharif F, Molazem Z, Mani A. Exploring the risk factors contributing to suicide attempt among adolescents: A qualitative study. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2016;21(1):93. https://doi.org/10.4103/1735-9066.174747
10. Zargar Y, Mardani M, MEHRABIZADEH HM. EFFECT OF COGNITIVE-BEHAVIORAL INTERVENTION ON PERFECTIONISM AND GUILT FEELING OF UNIVERSITY STUDENTS. 2013.
11. Kaplan BJ. Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry. Behavioral sciences/clinical psychiatry. Tijdschrift voor Psychiatrie. 2016;58(1):78-9.
12. BEHZADI B, KIAN EF. INVESTIGATING THE INTERMEDIARY ROLE OF PERFECTIONISM IN THE RELATIONSHIP BETWEEN PARENTAL BONDING AND ANXIETY IN THE STUDENTS. 2015.
13. Cain NM, Ansell EB, Simpson HB, Pinto A. Interpersonal functioning in obsessive-compulsive personality disorder. Journal of personality assessment. 2015;97(1):90-9. https://doi.org/10.1080/00223891.2014.934376
14. Sotardi VA, Dubien D. Perfectionism, wellbeing, and university performance: A sample validation of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS) in New Zealand. Personality and Individual Differences. 2019;143:103-6. https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.02.023
15. Stricker J, Buecker S, Schneider M, Preckel F. Multidimensional Perfectionism and the big five personality traits: a meta-analysis. European Journal of Personality. 2019;33(2):176-96. https://doi.org/10.1002/per.2186

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.1.1]

16. 16. Ansell EB, Pinto A, Crosby RD, Becker DF, Añez LM, Paris M, et al. The prevalence and structure of obsessive-compulsive personality disorder in Hispanic psychiatric outpatients. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2010;41(3):275-81. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.02.005
17. Haj Hosseini, Mahdavi, Abid, & Mohammadi. (2021). The effectiveness of group training based on schema therapy on psychological well-being and self-differentiation in students. Social Cognition, 10(1), 149-164.
18. Sohrabi, Barjali, Ahmad, & Momeni. (2020). The effectiveness of schema therapy cognitive techniques on reducing extreme perfectionism. Roish Scientific Journal of Psychology, 9(4), 75-82.
19. Pinto A. Treatment of obsessive-compulsive personality disorder. Clinical handbook of obsessive-compulsive and related disorders: Springer; 2016. p. 415-29. https://doi.org/10.1007/978-3-319-17139-5_28
20. Goli R, Hedayat S, Dehghan F, Hosseini-Shorabe M. The effect of Group Schema Therapy on psychological well-being and aggression in University Students. Journal of Health and Care. 2016;18(3):258-75.
21. Akhavan Abiri F, Shairi MR, Gholami Fesharaki M. The investigation of psychometric properties of Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS). Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2019;Vol. 6(No. 1):87-106. https://doi.org/10.29252/shenakht.6.1.87
22. Ghiasi M, Molavi M, Neshatdost H, Salavati M. The Factor Structure of Farsi Version of Young Schema Questionnaire-S3 in Two Groups in Tehran. Journal of Psychological Achievements. 2011;18(1):93-118.
23. Yousefi N. Comparison of the Effectiveness of Family Therapy Based on Schema Therapy and Bowenâs Emotional System Therapy on Divorce Tendency Among Divorce Applicant Clients. Journal of Clinical Psychology. 2011;3(3):53-64.
24. Stöber J. The Frost Multidimensional Perfectionism Scale revisited: More perfect with four (instead of six) dimensions. Personality and individual differences. 1998;24(4):481-91. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00207-9
25. Hawkins CC, Watt HM, Sinclair KE. Psychometric properties of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale with Australian adolescent girls: Clarification of multidimensionality and perfectionist typology. Educational and psychological measurement. 2006;66(6):1001-22. https://doi.org/10.1177/0013164405285909
26. Akhavan Abiri F, Shairi MR, Gholami Fesharaki M. The investigation of psychometric properties of Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS). Shenakht journal of psychology & psychiatry. 2019;6(1):87-106. https://doi.org/10.29252/shenakht.6.1.87
27. Simpson SG, Skewes SA, van Vreeswijk M, Samson R. Commentary: Short-term group schema therapy for mixed personality disorders: an introduction to the treatment protocol. Frontiers in Psychology. 2015;6:609. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00609
28. Montazeri MS MH, Neshat Dost HT, Abedi MR. the effectiveness of schema therapy on improving perfectionism and primary maladaptive schemas in a case with obsessive-compulsive personality: a single case study. Journal of Psychological Studies and Educational Sciences. 2016;12:53-70.
29. Young,J.E.,Klosko,J.,andWeishaar,M.E.(2003). SchemaTherapy:APractitionersGuide. NewYork,NY:Guilford.
30. Younesi S, Hatami M, Salahian A. The effectiveness of group schema therapy in academic perfectionism and its components in female students. Journal of Modern Psychological Researches. 2021;16(63):27-40.
31. Zetterberg M, Carlbring P, Andersson G, Berg M, Shafran R, Rozental A. Internet-based cognitive behavioral therapy of perfectionism: comparing regular therapist support and support upon request. Internet Interventions. 2019;17:100237. https://doi.org/10.1016/j.invent.2019.02.001
32. Bachrach N, Arntz A. Group schema therapy for patients with cluster-C personality disorders: A case study on avoidant personality disorder. Journal of clinical psychology. 2021;77(5):1233-48. https://doi.org/10.1002/jclp.23118
33. Jahangiri mm, Salehi M, Ashayerih H, Sharifi Hp. Effectiveness of Schema Therapy on Modification Early Maladaptive Schemas patient With resistent Obsessive-Compulsion Disorder. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2015;2(2):13-27.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.1.1]

34. MANSHAIE G, ZAREI M, JAFARI VH. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the Reduction of Early Maladaptive Schemas in Patients Undergoing Hemodialysis. 2016.
35. Ghabadizade S, Yosefi N, Ghadery F. The role of early maladaptive schemas, coping styles and cognitive emotion regulation strategies in predicting students' tendency to addiction. Journal of School Psychology. 2019;7(4):121-42.
36. Mohammad Amini Mehdi, Najimi Arash, Abul Qasimi Abbas, Muftaq Seyyed Daoud. Comparison of primary maladaptive schemas in patients with avoidant personality disorder and normal individuals. Behavioral science research. 2014; 12 (1): 58-66
37. zabihollahzadeh f, rashvand p, nemattavousi m. Comparing early maladaptive schemas, emotional regulation and coping strategies in patients with multiple sclerosis and healthy people. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ). 2019;8(4):93-100.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.1.1]