رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره۱۱، شماره پیاپی ۱۰۴، بهمن ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(11), 2025

اثربخشی طرحواره‌درمانی بر خودسرزنش‌گری و اجتناب شناختی در افراد دارای نشانگان وسواس فکری-عملی

The Effectiveness of Schema Therapy on Self-Blame and Cognitive Avoidance in People with Obsessive-Compulsive Disorder

کیمیا حسنی پور
دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، تهران، ایران.
کبری نصرتی (نویسنده مسئول)
استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، تهران، ایران.

چکیده

پژوهش حاضر، باهدف تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر خودسرزنش-گری و اجتناب شناختی افراد دارای نشانگان وسواس فکری-عملی انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره‌ی سراهای محله در منطقه ۲۲ تهران در سال ۱۴۰۲ بود که از بین آنها تعداد نمونه ۳۰ نفر که در پرسشنامه وسواس فکری عملی (Y-BOCS، ییل-براون، ۱۹۸۶) نمره بالایی کسب کردند، به شکل در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه (گروه آزمایش و گروه کنترل) و هر گروه ۱۵ نفر گمارش یافتند. ابتدا هر دو گروه به وسیله ابزار آزمون شامل مقیاس خودسرزنش‌گری (SBS، گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۴) و مقیاس اجتناب شناختی (CAQ، سکستون و دوگاس، ۲۰۰۸) مورد سنجش قرار گرفتند و سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت مداخله طرحواره‌درمانی یانگ و کلوسکو (۲۰۰۳) قرار گرفت. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون بین میانگین پس‌آزمون خودسرزنش‌گری و اجتناب شناختی در دو گروه تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۵ وجود داشت. لذا می‌توان اینگونه نتیجه گرفت که طرحواره درمانی بر کاهش خودسرزنش گری و اجتناب شناختی افراد دارای نشانگان وسواس فکری-عملی موثر بوده است.

واژه‌های کلیدی: *خودسرزنش‌گری، اجتناب شناختی، طرحواره‌درمانی، نشانگان وسواس فکری-عملی.*

Kimia Hasanipour
M.A Student in General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, South Tehran Branch, Tehran, Iran.
Kobra Nosrati *
Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, South Tehran Branch, Tehran, Iran. *Nosrati.psk@gmail.com*

Abstract

The present study was conducted to determine the effectiveness of schema therapy on self-blame and cognitive avoidance in individuals with obsessive-compulsive disorder. The research method was quasi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population of the study was all women referring to neighborhood counseling centers in District 22 of Tehran in 1402, from which a sample of 30 women who scored high on the Obsessive-Compulsive Disorder Questionnaire (Y-BOCS, Yale-Brown, 1986) was selected through convenience sampling and randomly assigned to two groups (experimental group and control group) with 15 women in each group. First, both groups were assessed using the Self-Blame Scale (SBS, Gilbert et al., 2004) and the Cognitive Avoidance Scale (CAQ, Sexton and Dugas, 2008). Then the experimental group underwent the schema therapy intervention of Young and Klosko (2003) for 8 sessions. The collected data were analyzed using multivariate analysis of covariance tests. The results of the data analysis showed that by controlling the pre-test effect, there was a significant difference at the 0.05 level between the mean post-test of self-blame and cognitive avoidance in the two groups. Therefore, it can be concluded that schema therapy was effective in reducing self-blame and cognitive avoidance in people with obsessive-compulsive disorder.

Keywords: *Self-Blame, Cognitive Avoidance, Schema Therapy, Obsessive-Compulsive Syndrome.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : شهریور ۱۴۰۳** **پذیرش: دی ۱۴۰۳** **ویرایش نهایی: بهمن ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

مقدمه

وسواس فکری-عملی[1] اختلالی شایع است که خصیصه اصلی آن وجود وسواس‌های فکری یا عملی مکرر و شدید است که رنج و عذاب قابل‌ملاحظه‌ای را بر فرد تحمیل می‌کندوسواس فکری شامل افکار، تکانه‌ها، تصاویر عودکننده و مداوم است که به شکلی مزاحم و ناخواسته تجربه می‌شوند. سن شروع این مشکل اغلب تا ۳۵ سالگی است و از جمله مشکلات مستمر و جدی می‌باشد که می‌تواند با کارهای روزمره و معمول تداخل داشته باشد (استین[2] و همکاران، ۲۰۱۹). وسواس فکری- عملی با وجود وسواس‌های فکری، به صورت مزاحم و ناخواسته تجربه می‌شوند. گستردگی، شیوع و پیچیدگی وسواس فکری- عملی از یک سو و عوارض فردی و خانوادگی و اجتماعی آن از سوی دیگر باعث شده نظریه‌پردازان، پژوهشگران و متخصصان بالینی به ارزیابی جنبه‌های مختلف این مشکل بپردازند و در خصوص آسیب‌شناسی، پیشگیری و درمان آن نظریه‌پردازی کنند و مدل‌های مختلفی را ارائه دهند (استین و همکاران، ۲۰۱۹).

یکی از متغیرهای مرتبط با وسواس، خودسرزنش‌گری[3]می‌باشد. مطالعات صورت گرفته براساس مدل‌های شناختی[4]، نقش خودسرزنش-گری را به عنوان عوامل خطرساز مشکلات روانی مشخص کرده‌اند (جکل[5] و همکاران، ۲۰۲۳). نتایج پژوهش‌های مختلف حاکی از آن است که نسبت به دیگر مولفه‌های درون‌فردی، خودسرزنش‌گری، تاثیر عمیق‌تری بر بروز نشانگان آسیب‌شناسی روانی[6] دارد (دوآن[7] و همکاران، ۲۰۲۳). پژوهشگرانی همچون فراندز-ماس[8] و همکاران (۲۰۲۳) و القاسم[9] (۲۰۲۲) نشان داده‌اند که میزان خودسرزنش‌گری در افراد مبتلا به وسواس فکری-عملی بالاست. در ایران نیز عینی‌پور و همکاران (۱۳۹۲) نشان دادند که باورهای وسواسی با خودسرزنش‌گری ارتباط معنادار و قدرتمندی دارد. خودسرزنش‌گری به خودویرانگری روانشناختی و آگاهانه‌ای اطلاق می‌شود که ناشی از ناتوانی در مدارا کردن با تکانه‌های پرخاشگرانه درون‌فکنی شده فرد، برای تنبیه خود می‌باشد (تیرنی[10]، ۲۰۲۱). جوئنگ و ترنر[11] (۲۰۱۵) نشان دادند که افکار خودآیند منفی[12]، صرفاً پیش‌بینی‌کننده‌ی نگرش منفی نسبت به وقایع خنثی و ارزیابی‌های منفی کوتاه‌مدت از شکست‌ها می‌باشد، در حالی که خودسرزنش‌گری زنجیره‌ای طولانی از افکار تکراری، چرخان و خودسرزنش‌کننده است که مانع حل مساله سازگارانه شده، به افزایش افکار منفی می‌انجامد و بهبودی علائم آسیب‌شناسی روانی را در درمان به تاخیر می‌اندازد. خودسرزنش‌گری، تفکر افراد را به طور منفی جهت‌دار کرده و باعث می‌شود توانایی حل مساله فرد، پایین بیاید. بنابراین می‌توان آن را عاملی مهم در افراد مبتلا به وسواس فکری-عملی در نظر گرفت (القاسم، ۲۰۲۲). در واقع خودسرزنش‌گری باعث می‌شود فرد خود را ناقص بداند و معیارهای غیرقابل دستیابی برای خود تعریف کند، به گونه‌ای که در نهایت منجر به رفتار وسواس‌گونه در وی گردد.

همچنین به باور محققان اجتناب شناختی[13] نقش موثری در شروع و تداوم علائم وسواس فکری-عملی دارند (منظری توکلی و همکاران، ۱۴۰۳). یافته‌های هولاوی[14] و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که اجتناب شناختی نقش مهمی در کاهش کیفیت زندگی[15] و مبتلا شدن به اختلالات روانی دارد، در تایید این ادعا درباره مشکلات اجتناب شناختی و تنظیم هیجان در محتکرهایی که وسواس فکری-عملی داشتند و محتکرهایی که وسواس فکری-عملی نداشتند، پژوهشی انجام شد و نتایج آن نشان داد که محتکرهایی که وسواس فکری-عملی داشتند، از دشواری‌های هیجانی بیشتری رنج می‌بردند (کروز[16] و همکاران، ۲۰۱۳).

اجتناب شناختی یکی از راهبردهای شناختی[17] است که افراد برای پردازش اطلاعات در محیط‌های اضطراب‌زا از آن استفاده می‌کنند و شامل سرکوب افکار ناخوشایند و یا خاطرات از طریق دور کردن آنها از ذهن، حواس‌پرتی، اجتناب از محرک تهدیدکننده و تبدیل تصور به فکر است که با هدف انحراف ذهن از موضوع نگران‌کننده صورت می‌گیرد. تلاش زیاد برای سرکوب افکار منجر به افزایش وقوع افکار

1. obsessive-compulsive disorder (OCD)
2. Stein
3. self-blame
4. cognitive models
5. Jaeckle
6. psychopathological symptoms
7. Duan
8. Ferrández-Mas
9. Al Qasem
10. Tierney
11. Joeng & Turner
12. negative spontaneous thoughts
13. cognitive avoidance
14. Holaway
15. quality of Life
16. Cruz
17. cognitive strategies

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

نگران‌کننده می‌گردد و زمینه را برای بروز نشخوار فکری[1] آماده می‌کند (ژیونگ[2] و همکاران، ۲۰۲۱). براساس نظریه‌های شناختی-رفتاری[3] افراد دارای نشانگان وسواس، طرحواره‌های خاصی دارند که به صورت افکار خودآیند و منفی نظیر اجتناب شناختی، نشخوار فکری و تداوم نگرانی تجربه می‌شود (لی[4] و همکاران، ۲۰۲۱). در روان‌شناسی راهکارهای اجتناب، مقابله و فرار ناسازگارانه محسوب می‌شوند، حتی سرکوب و اجتناب زمینه‌های نشخوار فکری را فراهم می‌کنند. نشخوار فکری دربرگیرنده تمایل برای اندیشیدن مکرر درباره علل و عواقب ناشی از تجربه هیجانی منفی است یا به عبارتی دیگر توقف منفعلانه و تفکر تکراری در مورد امور استرس‌زا است (ژیونگ و همکاران، ۲۰۲۱). نشخوار فکری باعث کاهش راهبردهای مقابله با عوامل استرس‌زا می‌شود و یک فرایند شناختی است و موجب نوعی اجتناب شناختی می‌گردد، اجتناب شناختی، انواع راهبردهای ذهنی است که بر اساس آن افراد افکار خویش را در جریان موقعیت‌های مختلف تغییر می‌دهند (خیری و همکاران، ۱۳۹۸). نتایج پژوهش کلسی[5] و همکاران (۲۰۱۲) نشان داده است که بین اجتناب شناختی و سلامت روانی رابطه منفی و معنادار وجود دارد. بنابراین اجتناب شناختی و نشخوار فکری می‌تواند خصیصه مهمی در نشانگان وسواس فکری-عملی باشد، چرا که این مشکل دربردارنده مقاومت و اجتناب از رویدادهای ناراحت‌کننده از قبیل افکار وسواسی ناخواسته است (خیری و همکاران، ۱۳۹۸).

با توجه به مطالبی که ذکر شد، افراد مبتلا به وسواس دچار مشکلاتی در زمینه شناختی هستند. لذا این گروه از افراد نیاز به درمان و توجه پزشکان، روانشناسان و مشاوران دارند. علاوه بر تجویزهای پزشکی و مصرف قرص‌های مختلف، از بعد روانشناختی نیز رویکردهای مختلفی به منظور بهبود افراد دارای مشکلات روانی مثل وسواس به وجود آمده‌اند، یکی از این رویکردها، طرحواره‌درمانی[6] است (رمرسوال[7] و همکاران، ۲۰۲۳). در سال‌های اخیر توجه فزاینده‌ای به نظریاتی شده که به دنبال شناخت و معرفی فرایندهای شناختی موثر بر مشکلات روانی و مسائل شناختی بوده‌اند. یکی از پدیده‌های شناختی مورد توجه در این حوزه، طرحواره‌های ناسازگار اولیه[8] می‌باشد (پیترز[9] و همکاران، ۲۰۲۲). طرحواره‌های اولیه باورهایی هستند که افراد درباره خود، دیگران و محیط دارند که به طور معمول از ارضا نشدنش نیازهای اولیه به خصوص نیازهای عاطفی در دوران کودکی سرچشمه می‌گیرند. در واقع طرحواره‌های ناسازگار اولیه در طول زندگی ثابت و پابرجا هستند و اساس ساخت‌های شناختی فرد را تشکیل می‌دهند. این طرحواره‌ها به شخص کمک می‌کنند تا تجارب خود را راجع به جهان پیرامون خود سازمان دهند و اطلاعات دریافتی را پردازش کنند. طرحواره‌ها بازنمایی‌های دقیقی از محیط دوران کودکی و نوجوانی را نشان می‌دهند که اغلب زیربنای نشانه‌های اختلالاتی همچون وابستگی بین‌فردی، اضطراب، افسردگی، سوءمصرف مواد، اختلالات روان‌تنی و ... می‌باشد (کیزیلاگاک و کریت[10]، ۲۰۱۹). بنابراین فرض اساسی این دیدگاه بر آن است که تجربه رویدادهای آسیب‌زا[11] در کودکی می‌تواند زمینه ایجاد طرحواره‌های ناسازگار را به وجود آورد و وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه زمینه‌ساز اختلالات رفتاری و مشکلات هیجانی در افراد می‌گردد. بر همین اساس جهت برطرف نمودن مشکلات رفتاری و هیجانی می‌بایست در درجه اول طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد را تغییر داد (رمرسوال و همکاران، ۲۰۲۳). مرور پژوهش‌ها نشان از این دارد که طرحواره‌درمانی[12] بر متغیرهای مختلفی مثل اختلالات اضطرابی و افسردگی (فدوی‌نیا و خیاطان، ۱۴۰۰)، نشانه‌های بالینی و طرحواره در مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی (رجبی و همکاران، ۱۳۹۹) تکانشگری و اختلالات خلقی (عرفان و همکاران، ۱۳۹۸) تاثیر دارد. همچنین بررسی پژوهش‌ها حاکی از تاثیر این نوع از درمان بر خودسرزنش‌گری (ثلاثی و همکاران، ۱۴۰۲) و اجتناب شناختی (احمدزاده سامانی و همکاران، ۱۴۰۰) در جوامع مختلف می‌باشد. چرا که مبانی این درمان موجب می‌شود تا فرد نسبت به گذشته‌ی خود جرات‌مندی بیشتری کسب کرده و چرخه معیوب سرزنش خود را زیر سوال برده، همچنین با تنظیم شناختی، اجتناب شناختی فرد را کاهش دهد.

بنابراین با توجه به شیوع اختلال وسواسی فکری-عملی و توانمند ساختن زنان در برابر مشکلات روانشناختی، بایستی متغیرهای خودسرزنش‌گری و اجتناب شناختی در این گروه بیشتر مورد اهمیت قرار گیرد. از آنجا که به نظر می‌رسد در زنان خودسرزنش‌گری و

1. rumination
2. Xiong
3. cognitive behavioral theories
4. Lee
5. Kelsey
6. schema therapy
7. Remmerswaal
8. initial schema
9. Peeters
10. Kizilagac & Cerit
11. traumatic childhood events
12. schema therapy

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

اجتناب شناختی تحت تأثیر منفی اختلال وسواس فکری-عملی قرار گیرد. ازین رو پیدا کردن راه حل مناسبی جهت بهبود متغیرهای شناختی در این گروه از زنان ضرورت خاصی پیدا می‌کند. همچنین بر طبق جستجوهای انجام شده، تاکنون مطالعه ای در داخل کشور به تعیین اثربخشی آموزش مفاهیم طرحوارهدرمانی بر خودسرزنش‌گری و اجتناب شناختی در افراد دارای نشانگان وسواس فکری-عملی نپرداخته است. لذا انجام این پژوهش می‌تواند دست آوردهای تلویحی مهمی برای نظام روانشناسی کشور و مراکز مشاوره به دنبال داشته باشد. در نهایت هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر خودسرزنش‌گری و اجتناب شناختی افراد دارای نشانگان وسواس فکری-عملی انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره‌ی سراهای محله در منطقه ۲۲ تهران در سال ۱۴۰۲ بود که تعداد آنها بین ۵۰۰ تا ۷۰۰ نفر برآورد شد. جهت تعیین حجم نمونه از نرم‌افزار جی‌پاور (G*Power)، بر اساس مولفه‌های آلفای (۰/۰۵= α)، توان آزمون آماری (۱۰/۸۰- =β)، اندازه اثر به دست آمده بالاتر از ۰/۶۰، تعداد گروه‌ها برابر با ۲ و تعداد اندازه‌گیری‌ها برابر با ۲ (پیش‌آزمون، پس‌آزمون) استفاده شد؛ از این رو تعداد نمونه ۳۰ نفر در نظر گرفته شد. با این حال با توجه به احتمال افت نمونه تعداد ۴۵ نفر از جامعه موردنظر که در پرسشنامه وسواس فکری عملی نمره بالایی کسب کردند به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در نهایت ۳۰ نفر از این افراد که دارای ملاک‌های ورود و خروج بودند، به طور تصادفی در دو گروه (گروه آزمایش و گروه کنترل) و هر گروه ۱۵ نفر گمارش یافتند. ابتدا پیش‌آزمون از هر دو گروه به عمل آمد در نهایت گروه آزمایش ۸جلسه‌ی ۹۰دقیقه‌ای و به مدت ۴ هفته‌ی متوالی (هر هفته ۲ جلسه) تحت مداخله طرحواره‌درمانی قرار گرفتند اما گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. در پایان مجددا ابزار پژوهش موردسنجش قرار گرفت. ملاک‌های ورود به مطالعه در این پژوهش عبارت بودند از: ۱- رضایت برای شرکت در پژوهش، ۲- سواد حداقل دیپلم، ۳- سکونت در شهر تهران، ۵- عدم شرکت همزمان در دوره‌های روان‌درمانی دیگر و ۵- آمادگی جسمانی و روانی برای پاسخگویی به سوالات و ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: ۱- شامل غیبت بیش از دو جلسه، ۲- عدم تمایل شرکت‌کننده به ادامه‌ی شرکت در پژوهش، ۳- شرکت همزمان در برنامه‌های مشاوره یا روان‌درمانی دیگر، ۴- همکاری نکردن در تکمیل پرسشنامه‌ها در دو مرحله‌ی پیش آزمون و پس آزمون بود و در پایان پژوهش طبق اصل اخلاقی حقوق مراجعین، بسته مداخلاتی اجرا شده در دسترس گروه کنترل نیز قرار گرفت. در نهایت با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش و کسب اجازه از افراد شرکت کننده در پژوهش، رضایت آنها جهت شرکت در پژوهش اخذ گردید و این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت کنندگان ثبت نشد. همچنین پژوهش حاضر با شناسه اخلاق IR.IAU.CTB.REC.1403.069 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب مصوب گردید. در نهایت، برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری و نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

ابزار پژوهش

مقیاس وسواس فکری-عملی[1] (Y-BOCS): مقیاس وسواس فکری-عملی ییل بروان در سال ۱۹۸۶ توسط گودمن[2] و همکاران طراحی شده است. این مقیاس دارای ۱۰ سوال است که ۵ سوال برای ارزیابی افکار وسواسی و ۵ سوال برای ارزیابی اعمال اجباری در نظر گرفته شده است. نمره‌گذاری آزمون، روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای (۰-۴) و هر ماده با یک طیف ۵ درجه‌ای از صفر (بدون علامت) تا ۴ (خیلی شدید) مورد ارزیابی قرار می‌دهد. حداقل نمره در این ابزار صفر و حداکثر ان ۴۰ است. داده‌های مربوط به اعتبار این مقیاس نشان می‌دهد که روایی بین ارزیابان ۴۰ نفر ۰/۹۸ و ضریب همسانی درونی ۰/۸۹ بوده است. پایایی این مقیاس با روش بازآزمایی در فاصله دو هفته۰/۸۴ و روایی افتراقی آن با پرسشنامه افسردگی بک[3] و مقیاس درجه‌بندی اضطراب همیلتون[4] به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۹۵ گزارش شده است (گودمن و راسموسن، ۱۹۸۹). در ایران هم فلسفی و همکاران (۱۴۰۰) ضریب پایایی از طریق روش آلفای کرونباخ این پرسشنامه را

1. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale
2. Goodman
3. Beck depression questionnaire
4. hamilton anxiety rating scale

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

۰/۸۴ گزارش داده‌اند و روایی همگرای آن با پرسشنامه‌ی وسواس جبری مازلی ۰/۸۷ گزارش شد. میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر از طریق ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۰ برآورد شد.

مقیاس خودسرزنش‌گری[1] (SBS): برای سنجش خودسرزنش‌گری در این پژوهش از مقیاس خودسرزنش‌گری گیلبرت و همکاران (۲۰۰۴) استفاده شد. این مقیاس ۲۲ آیتم دارد که افکار و احساسات مختلف افراد نسبت به خودشان را در زمانی که اوضاع برای آنها خوب پیش نمی‌رود، بررسی می‌کنند. این آیتم‌ها دارای سه مولفه هستند. دو مولفه به خودانتقادگری[2] مربوط است، خودبی‌کفایتی[3] که بر روی نابسندگی شخصی تمرکز می‌کند و بیزاری از خود[4] که میزان تمایل فرد برای آسیب رساندن به خودش را نشان می‌دهد. یک مولفه دیگر نیز درباره اطمینان‌بخشی به خود است؛ به خود اطمینان دادن. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای از ۰ (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۴ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شوند (گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۴). گیلبرت و همکاران (۲۰۰۴) پایایی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای عامل خودبی‌کفایتی ۰/۹۰، برای عامل بیزاری از خود ۰/۸۶، و برای عامل اطمینان-بخشی ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند و و روایی محتوایی آن با ۰/۷۸ مورد تأیید قرار گرفت. علاوه براین، در پژوهشی در ایران قهرمانی اوچقاز و همکاران (۲۰۲۰) به بررسی روایی و پایایی این مقیاس پرداختند. پس از اجرای پرسشنامه بر روی ۳۰۰ آزمودنی دانشجو از مقاطع، رشته‌ها و سنین مختلف، تحلیل‌های آماری بر روی داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها صورت گرفت آزمون بارتلت در سطح کمتر از ۰/۰۰۰۵ معنادار و ارزش آزمون شاخص کفایت برابر با ۰/۶۲ به دست آمد که این نتیجه حاکی از آن است که سوالات مقیاس خودسرزنش‌گری برای تشکیل عوامل دارای همبستگی کافی می‌باشد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در کل نمونه ۰/۶۴ و ضریب روایی آن با مقیاس حرمت خود روزنبرگ ۰/۳۶ و معنی‌دار به دست آمد. میزان اعتبار کل پرسشنامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۰ به دست آمد که قابل قبول است.

مقیاس اجتناب شناختی[5] (CAQ) : مقیاس اجتناب شناختی توسط سکستون و دوگاس[6] در سال ۲۰۰۸ برای سنجش اجتناب شناختی افراد ساخته شده است. این مقیاس دارای ۲۵ سوال در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای بوده است. دامنه نمرات بین ۲۵ تا ۱۲۵ خواهد بود. نتایج پژوهش سکستون و دوگاس (۲۰۰۸) روایی محتوایی ابزار را ۰/۸۱ و پایایی این ابزار را از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش داده‌اند. در ایران ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برای نمره کل اجتناب شناختی برابر ۰/۹۱ و به ترتیب برای خرده‌مقیاس واپس‌زنی افکار ۰/۹۰، برای جانشینی فکر ۰/۷۱، برای حواس‌پرتی ۰/۸۹، برای اجتناب از موقعیت‌ها ۰/۹۰ و برای تبدیل تصورات به افکار برابر ۰/۸۴ است. ضریب روایی مقیاس از طریق ضریب همبستگی با سیاهه فرونشانی فکر خرس سفید برابر با ۰/۴۸ به دست آمد که در سطح یک صدم معنی‌دار است (برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۳). اعتبار پرسشنامه در پژوهش حاضر برای نمره کلی اجتناب شناختی معادل ۰/۸۵ بود.

مداخله طرحواره‌درمانی: این پروتکل شامل ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای و به مدت ۴ هفته‌ی متوالی (هر هفته ۲ جلسه) بصورت گروهی بود که طبق الگوی پیشنهادی یانگ و کلوسکو[7] (۲۰۰۳، ترجمه‌ی حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۸) ارائه شد.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات طرحواره‌درمانی

جلسه	خلاصه محتوای جلسات مداخله
۱	آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، بیان اهمیت و هدف درمان و صورت‌بندی مشکلات مراجعان در قالب طرحواره‌درمانی
۲	بررسی شواهد عینی تاییدکننده یا ردکننده طرحواره‌ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته و بحث پیرامون طرحواره‌های سالم و ناسالم
۳	آموزش تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تاییدکننده طرحواره‌های موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک مقابله‌ای
۴	تقویت مفهوم انسان سالم، شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده و ارائه راهکارهای بیرون ریختن عواطف، آموزش برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی
۵	آموزش تکنیک‌های تجربی مثل تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین آنها

1. Self-Blame Scale
2. self-criticism
3. self-inadequacy
4. self-loathing
5. Cognitive Avoidance Questionnaire
6. Sexton & Dugas
7. Young & Klosko

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

۶	آموزش رابطه درمانی و چگونگی برقراری رابطه با افراد مهم زندگی و ایفای نقش
۷	تمرین رفتارهای سالم و آموزش الگوهای رفتاری جدید، بررسی مزایا و معایب رفتار سالم و ناسالم و ارائه راهکارهایی برای غلبه برموانع تغییر رفتار
۸	مرور جلسات قبل و تمرین راهکارهای یادگرفته شده

یافته ها

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده میانگین و انحراف استاندارد سن گروه آزمایش ۶/۹۳±۲۹/۴۷ و برای گروه گواه ۷/۱۳±۲۹/۰۷ بود. در گروه آزمایش ۱۱ نفر متأهل و ۴ نفر مجرد و در گروه کنترل نیز ۱۳ نفر متأهل و ۲ نفر مجرد بودند. همچنین میانگین و انحراف استاندارد ابتلای به وسواس گروه آزمایش ۳/۲۱±۴/۹۶ و برای گروه گواه ۳/۰۲±۵/۵۱ بود. جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیر	مرحله	گروه آزمایش میانگین	گروه آزمایش میانگین	گروه آزمایش میانگین	گروه آزمایش میانگین
واپس زنی	پیش‌آزمون	۲۱/۲۶	۲/۲۸	۲۱/۹۳	۱/۸۳
	پس‌آزمون	۱۸/۶۰	۲/۷۹	۲۱/۴۶	۱/۷۶
جانشینی افکار	پیش‌آزمون	۱۹/۸۶	۱/۹۲	۲۰/۴۰	۱/۹۹
	پس‌آزمون	۱۷/۰۶	۱/۳۳	۱۹/۸۶	۲/۲۳
حواس پرتی	پیش‌آزمون	۲۰/۲۶	۲/۴۰	۲۰/۶۶	۲/۵۸
	پس‌آزمون	۱۷/۲۰	۱/۴۷	۲۰/۰۰	۲/۶۴
اجتناب از موقعیت ها	پیش‌آزمون	۲۰/۲۰	۲/۶۵	۲۰/۴۰	۱/۶۸
	پس‌آزمون	۱۷/۸۰	۱/۹۳	۲۰/۱۳	۱/۳۵
تبدیل تصور به فکر	پیش‌آزمون	۱۹/۶۶	۲/۷۴	۱۹/۹۳	۳/۰۳
	پس‌آزمون	۱۷/۸۶	۱/۹۲	۲۰/۲۰	۱/۶۹
خود بی کفایتی	پیش‌آزمون	۱۷/۶۰	۲/۳۵	۱۶/۷۳	۲/۰۵
	پس‌آزمون	۱۵/۴۶	۱/۵۰	۱۶/۹۳	۲/۲۱
بیزاری از خود	پیش‌آزمون	۱۶/۴۶	۱/۴۰	۱۶/۵۳	۱/۴۰
	پس‌آزمون	۱۴/۴۰	۱/۴۵	۱۶/۳۳	۱/۵۴
اطمینان بخشی به خود	پیش‌آزمون	۲۴/۹۳	۲/۴۰	۲۴/۲۰	۲/۳۹
	پس‌آزمون	۲۳/۲۰	۲/۳۰	۲۴/۱۳	۲/۱۹

مندرجات جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد مولفه‌های اجتناب شناختی و خودسرزنش گری را در دو گروه کنترل و آزمایش و در دو نوبت پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد ک به نظر می‌رسد میانگین گروه ازمایش در دو نوبت دارای تغییرات محسوسی است اما برای گروه کنترل این تغییرات بسیار ناچیز است. به‌منظور مقایسه این میانگین‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل از آمار استنباطی استفاده‌شده است. به منظور انجام تحلیل کوواریانس ابتدا پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها، همسانی ماتریس کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد که نتایج نشان داد مقدار سطح معناداری برای متغیرهای پژوهش و در تمامی مراحل آزمون بیشتر از ۰/۰۵ است (P> ۰/۰۵) و لذا این دو پیش‌فرض تأیید شد. در بررسی پیش‌فرض شیب رگرسیون نشان داد که مقدار آماره F تعامل بین متغیر همپراش و مستقل معنادار نیست (P> ۰/۰۵)؛ بنابراین پیش‌فرض همگونی شیب رگرسیون برای تمامی متغیرها تأیید شد. برای بررسی پیش‌فرض

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

همسانی ماتریس‌های کوواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد. براساس نتایج به‌دست‌آمده مقدار آزمون ام باکس ۴۵/۵۲ بود؛ مقدار F نیز برابر با ۰/۶۹۳ بود که این مقدار معنادار نبود (P> ۰/۰۵)، بنابراین، پیش‌فرض برابری ماتریس کوواریانس مشاهده شده تمام متغیرها در بین گروه‌های آزمایش و کنترل تأیید می‌شود و می‌توان از آزمون کوواریانس چندمتغیری استفاده کرد.

جدول ۳. نتایج آزمون‌های چندمتغیری جهت بررسی معنی‌داری اثر عضویت گروهی متغیرهای پژوهش

اثر	آزمون	مقدار	F	درجه‌آزادی فرضیه	درجه‌آزادی خطا	سطح معناداری	توان آماری
گروه (پس‌آزمون)	اثر پیلایی	۰/۹۶۱	۴۰/۳۰۰	۸	۱۳	۰/۰۰۱	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۰۳۹	۴۰/۳۰۰	۸	۱۳	۰/۰۰۱	۱
	اثر هتلینگ	۲۴/۸۰۰	۴۰/۳۰۰	۸	۱۳	۰/۰۰۱	۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۲۴/۸۰۰	۴۰/۳۰۰	۸	۱۳	۰/۰۰۱	۱

بر اساس نتایج به دست آمده از آزمون‌های چندمتغیری جهت بررسی معنی‌داری اثر عضویت گروهی و با توجه به سطح معناداری به‌دست‌آمده، بین دو گروه آزمایش و کنترل، حداقل در یکی از متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (۴۰/۳۰ =Fلامبدای ویلکز، P< ۰/۰۵). بررسی دقیق‌تر این تفاوت در جداول زیر مشخص‌شده است:

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت بررسی اثر درمان بر متغیرهای مورد مطالعه

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
پیش‌آزمون	واپس زنی	۹/۷۰	۱	۹/۷۰	۰/۶۹۷	۰/۴۱۴	۰/۰۳۴	۰/۱۲۵
	جانشینی افکار	۸۳/۳۷	۱	۸۳/۳۷	۱/۸۶	۰/۱۸۷	۰/۰۸۵	۰/۲۵۶
	حواس پرتی	۶۳/۶۹	۱	۶۳/۶۹	۵/۱۹	۰/۰۳۴	۰/۲۰۶	۰/۵۸۳
	اجتناب از موقعیت ها	۲۱/۰۲	۱	۲۱/۰۲	۱/۱۴	۰/۲۹۸	۰/۰۵۴	۰/۱۷۵
	تبدیل تصور به فکر	۴/۵۱	۱	۴/۵۱	۰/۲۴۲	۰/۶۲۸	۰/۰۱۲	۰/۰۷۶
	خود بی کفایتی	۲۱/۱۳	۱	۲۱/۱۳	۱/۴۷	۰/۲۳۹	۰/۰۶۹	۰/۲۱۱
	بیزاری از خود	۲۳/۳۶	۱	۲۳/۳۶	۱/۳۷	۰/۲۵۴	۰/۰۶۴	۰/۲۰۱
	اطمینان بخشی به خود	۱۶/۱۶	۱	۱۶/۱۶	۰/۹۲۳	۰/۳۴۸	۰/۰۴۴	۰/۱۵۰
گروه	واپس زنی	۳۴/۵۵	۱	۳۴/۵۵	۶۰/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۵۱	۱
	جانشینی افکار	۳۹/۰۸	۱	۳۹/۰۸	۳۵/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۶۴۲	۱
	حواس پرتی	۴۰/۰۱	۱	۴۰/۰۱	۹/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱۳	۰/۹۹۶
	اجتناب از موقعیت ها	۳۸/۶۳	۱	۳۸/۶۳	۲۶/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۵۷۳	۱
	تبدیل تصور به فکر	۲۴/۷۷	۱	۲۴/۷۷	۴۰/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۶۷۰	۱
	خود بی کفایتی	۳۲/۰۷	۱	۳۲/۰۷	۳۴/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳۲	۱
	بیزاری از خود	۲۶/۴۳	۱	۲۶/۴۳	۱۷/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۴۶۱	۰/۹۹۸
	اطمینان بخشی به خود	۱۷/۵۵	۱	۱۷/۵۵	۵۶/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۷۳۸	۱
خطا	واپس زنی	۱۱/۴۷	۲۰	۰/۵۷				
	جانشینی افکار	۲۱/۸۳	۲۰	۱/۰۹				
	حواس پرتی	۸۷/۷۶	۲۰	۴/۳۸				
	اجتناب از موقعیت ها	۲۸/۸۱	۲۰	۱/۴۴				
	تبدیل تصور به فکر	۱۲/۲۱	۲۰	۰/۶۱				
	خود بی کفایتی	۱۸/۷۱	۲۰	۰/۹۳				
	بیزاری از خود	۳۰/۸۵	۲۰	۱/۵۴				
	اطمینان بخشی به خود	۶/۲۴	۲۰	۰/۳۱				

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

با توجه به مقادیر F برای پس‌آزمون واپس زنی (F=۶۰/۲۱، P< ۰/۰۵)، جانشینی افکار (F=۳۵/۸۰ ، P< ۰/۰۵)، حواس پرتی (F= ۹/۱۱، P< ۰/۰۵)، اجتناب از موقعیت ها (F=۲۶/۸۱ ، P< ۰/۰۵)، تبدیل تصور به فکر (F=۴۰/۵۵ ، P< ۰/۰۵)، خود بی کفایتی (F= ۳۴/۲۸، P< ۰/۰۵)، بیزاری از خود (F=۱۷/۱۳ ، P< ۰/۰۵) و اطمینان بخشی به خود (F=۵۶/۲۴ ، P< ۰/۰۵) و سطح معناداری آن‌ها که کوچک‌تر از ۰/۰۵ است (P< ۰/۰۵) مشاهده می‌شود که طرحواره درمانی بر خودسرزنش گری و اجتناب شناختی اثربخش بوده است، از این‌رو فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر خودسرزنش‌گری و اجتناب شناختی در افراد دارای نشانگان وسواس فکری-عملی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که این درمان در افراد دارای نشانگان وسواس فکری-عملی موثر بوده و موجب کاهش خودسرزنش‌گری و اجتناب شناختی در آنها می‌گردد.

نتیجه به دست آمده در خصوص اثربخشی طرحواره‌درمانی بر خودسرزنش‌گری با پژوهش‌های سالگو و همکاران (۲۰۲۱)، رزا-آلکازار و همکاران (۲۰۲۱)، دیکوت و آرنتز (۲۰۱۴) و ثلاثی و همکاران (۱۴۰۲)، همسو بود. در تبیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر خودسرزنش‌گری افراد دارای نشانگان وسواس فکری-عملی، با توجه به این که مطالعات مختلف نشان داده‌اند، خودسرزنش‌گری یکی از عوامل خطرساز مرتبط با ایجاد و تداوم اختلال وسواس است (رزا-آلکازار و همکاران، ۲۰۲۱)، می‌توان گفت که با دریافت مداخلات طرحواره‌درمانی، افراد دارای نشانگان وسواس از ماهیت خشن، نفرت‌انگیز و تخریب‌گرایانه انتقادها و به ویژه سرزنش‌هایی که نسبت به خویش داشته‌اند، آگاه می‌شوند. آنها همچنین به این درک دست می‌یابند که لازم است بین «خود» و انتقاداتی که نسبت به «عملکرد خود» ابراز می‌نمایند، تمایز قائل شوند و در نهایت به کمک همین تفکیک است که افراد توانمند می‌شوند تا خودسرزنش‌گری را به عنوان یک ندای درونی متمایز از «کلیت شخصیت خود» درک و نسبت به کاهش و حذف آن اقدام کنند (سالگو و همکاران، ۲۰۲۱). در تبیین دیگر این یافته، بر اساس مبانی طرحواره‌درمانی می‌توان گفت، فرد به کمک این روش درمانی، نسبت به گذشته جرات‌مندی بیشتری را کسب کرده و می‌تواند چرخه معیوب سرزنش خود و همچنین ترسیم انتظارات سطح بالا از خود را زیر سوال برده و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود، معیارهای واقعی و توقعات قابل دستیابی که مستلزم سختی و آزار نباشد را بازیابی کند، بنابراین کاهش خودسرزنش‌گری باعث می‌شود که افراد نگاه مهربانانه به خود داشته باشند و استمرار و ارتقای مهارت‌های مرتبط با طرحواره‌درمانی نیز موجب می‌شود تا میزان خودسرزنش‌گری در افراد دارای نشانگان وسواس به طور معنی‌داری کاهش یابد، به طور کلی طرحواره‌درمانی شامل استفاده از تمرینات تجربه‌ای و استعاره‌هاست تا به درمانجویان از جمله افراد مبتلا به وسواس کمک کند اهدافی که به طور هدفمند و معنادار در زندگی‌شان برمی‌گزینند را به طور کلامی بیان کنند (یعنی ارزش‌ها) و به تغییرات رفتاری پایدار که بر اساس این ارزش‌ها هدایت می‌شود، متعهد شوند (یعنی عمل متعهدانه). پذیرش افکار شخصی، هیجانات و احساسات به منظور تسهیل روند عمل متعهدانه هدایت شده بر اساس ارزش‌ها طراحی شده‌اند (ثلاثی و همکاران، ۱۴۰۲).

همچنین نتایج نشان داد که طرحواره درمانی بر اجتناب شناختی اثربخش بوده است، این یافته با مطالعات قاسمی و ویسانی (۱۴۰۳)، قاسمی و موحدی (۱۴۰۱)، احمدزاده سامانی و همکاران (۱۴۰۰)، محمدی و همکاران (۱۳۹۸)، همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که طرحواره‌درمانی با بکارگیری شناخت‌درمانی و جانشین کردن راهکارهای مدیریتی هیجانی سازگارانه به منظور برخورد با مشکلات زندگی، مشکلات بین‌فردی مزمن و بی‌ثباتی هیجانی را کاهش می‌دهد و از این طریق تنظیم هیجانی و شناختی را در فرد فعال می‌سازد، بهبود تنظیم شناختی نیز می‌تواند اجتناب شناختی را که نتیجه خطای پردازش شناختی است، کاهش دهد. همچنین این درمان شرایطی را مهیا می‌سازد تا افراد از راهبردهای مقابله‌ای بهنجار و سازگارانه استفاده کنند. بهره‌گیری از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه با گسترش ظرفیت روانی و مهارت حل مساله همراه است و این فرایند سبب یهبود پردازش شناختی و کاهش اجتناب شناختی می‌شود (افتخاری و بختیاری، ۲۰۲۲). علاوه بر این می‌توان گفت طرحواره‌درمانی بر پایه کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه بنا شده است، بر این اساس، طرحواره‌درمانی با کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های منفی حاصل از آن، سبب می‌شود تا افراد دارای نشانگان وسواس فکری-عملی با بهبود نگرش خود، پردازش‌های شناختی ناکارامد خود را تحت‌تاثیر قرار دهند و از این طریق بتوانند اجتناب شناختی کمتری را تجربه کنند (قاسمی و موحدی، ۱۴۰۱). علاوه بر این می‌توان گفت طرحواره‌درمانی با تاکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

و طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه اثرگذاری آنها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد فرصتی را فراهم می‌سازد تا افراد دارای نشانگان وسواس دست از ارزیابی‌های منفی و اجتناب بکشند و به جای آن، از راهبردهای مقابله‌ای بهنجار و سازگارانه استفاده کنند. استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه نیز می‌تواند با بهبود پردازش شناختی، هیجانی و روان‌شناختی به بهبود قدرت حل مساله و در نتیجه کاهش اجتناب شناختی در این افراد منجر شود (احمدزاده سامانی و همکاران، ۱۴۰۰).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم کنترل وضعیت اقتصادی و اجتماعی شرکت‌کنندگان و عدم دوره‌ی پیگیری اشاره کرد که ممکن است احتمال سوگیری در نتایج را افزایش داده باشد. همچنین در این پژوهش از ابزارهای خودگزارشی (پرسشنامه) استفاده شد. این ابزارها دارای محدودیت‌های متعدد (از قبیل خطاهای اندازه‌گیری، عدم خویشتن‌نگری آزمودنی‌ها) هستند، بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از سایر روش‌های اندازه‌گیری مانند مشاهده و مصاحبه استفاده شود. پیشنهاد می‌گردد پژوهش بعدی با دوره‌های پیگیری و در دیگر گروه‌های سنی و از جوامع و محیط‌های اجتماعی دیگری نمونه‌برداری شود. پیشنهاد می‌شود تا طرحواره درمانی به عنوان یک درمان موثر برای افراد دارای نشانگان وسواس با رویکردهای دیگر مقایسه شود.

منابع

احمدزاده سامانی، س.، دهقانی، ا.، کلانتری، م.، و رضایی دهنوی، ص. (۱۴۰۰). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر اجتناب شناختی دانش‌آموزان دختر دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه. *توانمندسازی کودکان استثنایی*،۱۲(۲)، ۶۵-۵۶. https://www.ceciranj.ir/article_135011.html

برقی ایرانی، ز.، محمدی، ا.، بگیان کوله‌مرز، م و بختی، م. (۱۳۹۴). نقش اجتناب شناختی و تعلل‌ورزی تصمیم‌گیری در پیش‌بینی اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان. *پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، ۴(۱۶)، ۳۵-۱۷. https://www.socialpsychology.ir/article_121837.html

ثلاثی، ب.، رمضانی، م.، و جهانی، ف. (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر خودسرزنش‌گری و شرم در معتادین تحت درمان نگهدارنده با متادون. مجله علوم روانشناختی، ۲۲(۱۲۱)، ۱۷۵-۱۵۹. URL: http://psychologicalscience.ir/article-1-1982-fa.html

حمیدپور، ح. (۱۳۸۸). *مقایسه کارایی شناخت درمانی با طرحواره های ناسازگار اولیه در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر*. پایان نامه دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

خیری، ب.، میرمهدی، ر.، کوچکیان، ش.، حیدری، ح.، و آل‌یاسین، ع. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر علائم وسواس، نشخوار فکری و اجتناب شناختی بیماران زن مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی. *شناخت اجتماعی*، ۸(۲)، ۱۶۴-۱۴۱. https://journals.atu.ac.ir/article_12395.html

رجبی، ف.، حسنی، ف.، کشاورزی ارشدی، ف.، و امامی پور، س. (۱۳۹۹). مقایسه اثر بخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان وسواس فکری-عملی و احساس گناه در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری. *فصلنامه تعالی مشاوره و روان درمانی*. ۹(۳۵). ۲۱-۱۱. URL: http://ijrn.ir/article-1-521-fa.html

عرفان، ع.، قزلباش، س.، کاظمیان، م و نوربالا، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر تکانشگری و علائم خلقی زنان مبتلا به اختلال دوقطبی. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۷(۳)، ۳۹۹-۳۸۸

عینی پور، ج.، واحدی، ش.، و هاشمی، ت. (۱۳۹۲). بررسی رابطهٔ کنترل هیجانی و تنظیم شناختی هیجان با باورهای وسواسی دانش‌آموزان دختر دورهٔ متوسطهٔ شهر رشت. *تازه‌های علوم شناختی*، ۱۵(۲)، ۷۱-۶۳. URL: http://icssjournal.ir/article-1-302-fa.html

فدوی‌نیا، پ.، و خیاطان، ف. (۱۴۰۰). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر محرومیت هیجانی، اضطراب، افسردگی و استرس در زنان مبتلا به سوءهاضمه عملکردی شهر اصفهان. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۱۶(۵۹)، ۳۶-۲۷. https://sanad.iau.ir/Journal/jtbcp/Article/1118229

فلسفی، س. ح.، عسکری، م و کردستانی، د. (۱۴۰۰). تدوین مدل ساختاری اختلال وسواس فکری عملی براساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های دلبستگی، مکانیزه‌های دفاعی، خودتنظیمی هیجانی و اضطراب. مجله علوم پزشکی مشهد، ۶۴۳)، ۳۲۲۳-۳۲۰۸. https://mjms.mums.ac.ir/article_18919.html

قاسمی، س و ویسانی، م. (۱۴۰۳). اثربخشی آموزش مفاهیم طرحواره درمانی بر اجتناب شناختی و تحمل ابهام نوجوانان دارای علائم اختلال وسواسی- جبری. *مجله رویش روانشناسی*، ۱۳(۸)، ۵۰-۴۱. URL: http://frooyesh.ir/article-1-5265-fa.html

قاسمی، ف.، و موحدی، ی. (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر نشخوار فکری، آمیختگی شناختی، اجتناب شناختی و پردازش عصب‌شناختی در زوجین متقاضی طلاق. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۹(۱)، ۷۴-۶۴. URL: http://ijrn.ir/article-1-643-fa.html

محمدی، ف.، میرزایی، م.، سلطانی، ن.، و فدایی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر نشخوارهای ذهنی و اضطراب بیماران وسواسی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۲(۶)، ۱۹۵۹-۱۹۴۵. https://mjms.mums.ac.ir/article_15842.html

منظری توکلی، و.، ویسانی، م و قاسمی، س. (۱۴۰۳). اثربخشی آموزش مفاهیم طرحواره درمانی بر باورهای هذیانی و اجتناب شناختی در افراد دارای علائم وسواس فکری- عملی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۳۱(۴)، ۴۶۶-۴۵۶. https://jsums.medsab.ac.ir/article_1654.html

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

Al Qasem, M. A. (2022). Clarification of The Relationship Between Self-Reproach and Obsession: A Psychological Study from The Prophetic Tradition's View. *Journal of Positive School Psychology*, 6(9), 3258-3270. https://journalppw.com/index.php/jpsp/article/view/12841

Cruz, L. F., Landau, D., Iervolino, A. C., Santo, S., Pertusa, A., Singh, S., & Mataix- Cols, D. (2013). Experiential avoidance and emotion regulation difficulties in hoarding Disorderd. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(2), 204–209. DOI: 10.1016/j.janxdis.2013.01.004

Dickhaut, V., & Arntz, A. (2014). Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: a pilot study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 45(2), 242-251. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.11.004

Duan, S., Valmaggia, L., Fennema, D., Moll, J., & Zahn, R. (2023). Remote virtual reality assessment elucidates self-blame-related action tendencies in depression. *Journal of psychiatric research*, *161*, 77-83. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2023.02.031

Ferrández-Mas, J., Moreno-Amador, B., Marzo, J. C., Falcó, R., Molina-Torres, J., Cervin, M., & Piqueras, J. A. (2023). Relationship between Cognitive Strategies of Emotion Regulation and Dimensions of Obsessive–Compulsive Symptomatology in Adolescents. *Children*, *10*(5), 803. https://doi.org/10.3390/children10050803

Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. Psychology and Psychotherapy: *Theory, Research and Practice*, 84(3), 239-255. DOI: 10.1348/147608310X526511

Goodman, W. K, & Rasmussen, S. A. (1989). The Yale- Brown obsessive-compulsive scale (Y-BOCS), Part II: Validity. *Journal of Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1016. DOI: 10.1001/archpsyc.1989.01810110054008

Holaway, R. M., Heimberg, R. G., & Coles, M. E. (2006). A Comparison of Intolerance of Uncertainty in Analogue Obsessive-compulsive Disorder and Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(2), 158-174. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.01.002

Jaeckle, T., Williams, S. C., Barker, G. J., Basilio, R., Carr, E., Goldsmith, K., ... & Zahn, R. (2023). Self-blame in major depression: a randomised pilot trial comparing fMRI neurofeedback with self-guided psychological strategies. *Psychological Medicine*, *53*(7), 2831-2841. DOI: 10.1017/S0033291721004797

Joeng, J. R., & Turner, S. L. (2015). Mediators between self-criticism and depression: Fear of compassion, self- compassion, and importance to others. *Journal of Counseling Psychology*, 62(3), 453. DOI: 10.1037/cou0000071

Kelsey, S., Dickson, J. & Laura, C. (2012). Rumination, Worry, Cognitive Avoidance, and Behavioral Avoidance: Examination of Temporal Effects. *Behave There*, 43, 629-640. DOI: 10.1016/j.beth.2011.11.002

Kizilagac, F., & Cerit, C. (2019). Assessment of early maladaptive schemas in patients with obsessive-compulsive disorder. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, *32*(1), 14. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.05.053

Lee, S. W., Choi, M., & Lee, S. J. (2021). Relationships among experiential avoidance, cognitive fusion and obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *Anxiety and mood*, *17*(1), 19-27. doi: 10.3389/fpsyg.2021.655154

Peeters, N., van Passel, B., & Krans, J. (2022). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*, *61*(3), 579-597. DOI: 10.1111/bjc.12324

Remmerswaal, K. C., Cnossen, T. E., van Balkom, A. J., & Batelaan, N. M. (2023). Schema therapy with cognitive behaviour day-treatment in patients with treatment-resistant anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder: an uncontrolled pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *51*(2), 174-179. DOI: 10.1017/S1352465822000625

Rosa-Alcázar, Á., García-Hernández, M. D., Parada-Navas, J. L., Olivares-Olivares, P. J., Martínez-Murillo, S., & Rosa-Alcázar, A. I. (2021). Coping strategies in obsessive-compulsive patients during Covid-19 lockdown. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *21*(2), 100223. DOI: 10.1016/j.ijchp.2021.100223

Salgó, E., Bajzát, B., & Unoka, Z. (2021). Schema modes and their associations with emotion regulation, mindfulness, and self-compassion among patients with personality disorders. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *8*(1), 19. DOI: 10.1186/s40479-021-00160-y

Sexton, K. A., & Dugas, M. J. (2008). The cognitive avoidance questionaire: validation of the English translation. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 335 - 370. DOI: 10.1016/j.janxdis.2007.04.005

Shephard, E., Stern, E. R., van den Heuvel, O. A., Costa, D. L., Batistuzzo, M. C., Godoy, P. B., ... & Miguel, E. C. (2021). Toward a neurocircuit-based taxonomy to guide treatment of obsessive–compulsive disorder. *Molecular psychiatry*, *26*(9), 4583-4604. DOI: 10.1038/s41380-020-01007-8

Stein, D. J., Costa, D. L., Lochner, C., Miguel, E. C., Reddy, Y. J., Shavitt, R. G., ... & Simpson, H. B. (2019). Obsessive–compulsive disorder. *Nature reviews Disease primers*, *5*(1), 52. DOI: 10.1038/s41572-019-0102-3

Tierney, H. (2021). Hypercrisy and standing to self-blame. *Analysis*, *81*(2), 262-269. https://doi.org/10.1093/analys/anaa074

Xiong, A., Lai, X., Wu, S., Yuan, X., Tang, J., Chen, J., ... & Hu, M. (2021). Relationship between cognitive fusion, experiential avoidance, and obsessive–compulsive symptoms in patients with obsessive–compulsive disorder. *Frontiers in Psychology*, *12*, 655154. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.655154

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]