Journal of Research in Psychological Health
March 2024, Volume 17, Issue 4

Comparison of the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness and schema therapy on emotion regulation and distress intolerance of women with obsessive-compulsive symptoms

Maryam Zareei,[1,] Seyyed Abdol Majid Bahrainian[2*], Qasem Ahi[3], Ahmad Mansouri[4]

1. Phd student of clinical psychology, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

2. (Corresponding author) Professor of Psychology, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

Majid.bahrainian@gmail.com

3. Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

4. Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

Citation: Zareei, M. Bahrainian, A. Ahi, Q. Mansouri, A. Comparison of the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness and schema therapy on emotion regulation and distress intolerance of women with obsessive-compulsive symptoms. **J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2024; 17 (4):82-105 [Persian].

Abstract

The present study aimed to comparison the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness and schema therapy on emotional regulation and distress tolerance of women with obsessive-compulsive symptoms. The present research method was semi-experimental with pretest, posttest and follow-up. The statistical population of the study included all women with obsessive-compulsive disorder who referred to the counseling centers of Mashhad in 2023-2024. Based on the inclusion and exclusion criteria, 48 people were selected by convenience sampling and randomly assigned to two experimental groups and one control group. The participants were evaluated using the emotion regulation questionnaire (Gross & John, 2003) and distress tolerance scale (Simons & Gaher, 2005) in the pretest, posttest and follow-up. Data were analyzed using SPSS 26 software and using descriptive and inferential statistics. The results of and analysis of variance with repeated measures showed that there is a significant difference between the experimental and control groups in emotion regulation and distress tolerance ($P<0.05$). Cognitive therapy based on mindfulness and schema therapy has led to improved emotion regulation and increased distress tolerance. Cognitive therapy based on mindfulness is more effective than schema therapy in improving emotion regulation. It is concluded that cognitive therapy based on mindfulness and schema therapy can be used in the treatment program of counseling centers to improve emotion regulation and increase distress tolerance of women with obsessive-compulsive symptoms.

Key words
Cognitive therapy based on mindfulness, distress tolerance, emotion regulation, obsessive-compulsive disorder, schema therapy.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و طرح‌واره درمانی بر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی زنان دارای نشانه‌های وسواس فکری عملی

مریم زارعی[۱] سید عبدالمجید بحرینیان*[۲] قاسم آهی[۳] احمد منصوری[۴]

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

۲.. (نویسنده مسئول) استاد تمام روانشناسی ، گروه روانشناسی ، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

Majid.bahrainian@gmail.com

۳.استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی ، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

۴.استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

تاریخ دریافت
1402/7/26
تاریخ پذیرش نهایی
1402/11/30

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و طرح‌واره درمانی بر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی زنان دارای نشانه‌های وسواس فکری عملی انجام شد. روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی همراه با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان دارای وسواس فکری عملی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر مشهد در سال ۱۴۰۲ بودند که بر اساس ملاک‌های ورود و خروج ۴۸ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند. شرکت‌کننده‌ها با استفاده از پرسشنامه تنظیم هیجان (گراس و جان، ۲۰۰۳) و مقیاس تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 26 و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج آزمون تحلیل واریانس- مختلط نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه‌های مداخله با کنترل در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی وجود دارد (P?شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و طرح‌واره درمانی منجر به بهبود تنظیم هیجان و افزایش تحمل پریشانی شده است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی مؤثرتر از طرح‌واره درمانی در بهبود تنظیم هیجان است. نتیجه گرفته می‌شود که می‌توان در برنامه درمانی مراکز مشاوره از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و طرح‌واره درمانی در جهت بهبود تنظیم هیجان و افزایش تحمل پریشانی زنان دارای نشانه‌های وسواس فکری عملی استفاده نمود.

واژگان کلیدی
اختلال وسواس فکری عملی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجان، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، طرح‌واره درمانی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

مقدمه

اختلال وسواس فکری عملی[1] یک بیماری روان‌شناختی رایج است که با وسواس یا اجبار مشخص می‌شود و بر اکثر جنبه‌های زندگی فرد اثر می‌گذارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا ، ۲۰۲۲). این اختلال ازجمله بیماری‌های روان‌شناختی است که دارای پیچیدگی‌های بسیار زیادی است. تفاوت‌های گسترده میان علائم مشاهده‌شده در وسواس اجبار عامل مهمی برای پژوهش‌های ناهمگون در زمینه وسواس فکری عملی بوده است و ارزیابی تفاوت علائم رایج‌ترین رویکرد برای بررسی ناهمگونی شرایط است (دامز و همکاران، ۲۰۲۰). این اختلال با شیوع بالا (۱ تا ۳ درصد) اغلب ناتوان‌کننده بوده (موناکو و همکاران، ۲۰۲۰) و متشکل از افکار مزاحمی[2] است که در فرد مبتلا احساس ناراحتی[3] ایجاد می‌کنند. برای کاهش اضطراب و پریشانی[4] همراه با این افکار، فرد ممکن است اجبارها یا تشریفاتی[5] را به‌صورت فردی یا در ارتباط با دیگران به کار گیرد. محمدی و همکاران (۱۴۰۰) نشان دادند که شیوع این اختلال در ایران ۱/۸ درصد است (به ترتیب ۰/۷ درصد در مردان و ۲/۸ درصد در زنان). زنان در دوران بزرگسالی، کمی بیشتر از مردان تحت تأثیر این اختلال قرار می‌گیرند و شاید بتوان دلیل آن را در فیزیولوژی و مسئولیت زنان جستجو کرد. آن‌ها به‌طور طبیعی سه ویژگی جسمی را در زندگی خود تجربه می‌کنند که در مردان وجود ندارد: قاعدگی، بارداری و یائسگی. هر یک از این مراحل با دوره‌هایی از استرس و اضطراب همراه است (پژوهی نیا و همکاران، ۱۴۰۰).بعلاوه اختلال وسواس فکری عملی هم از بعد فردی و هم از بعد اجتماعی شایان توجه است. این اختلال با عواقب بسیار مالی، عاطفی، اجتماعی، قانونی و معمولاً با صرف بیش‌ازحد زمان و هزینه (کریستنسون و همکاران، ۱۹۹۴) و همچنین میزان زیادی از اختلال‌های افسردگی، اضطرابی، مصرف مواد، خوردن و اختلال‌های دیگر ازجمله کنترل امیال همراه است (موناهان و همکاران، ۲۰۲۱).

آرنستن و روبیا (۲۰۱۲) معتقدند که فرایندهای شناختی اثرات و پاسخ‌های عاطفی را تنظیم می‌کنند. نتایج پژوهش بورلی و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد، باوجود عملکرد اجبارها به‌عنوان راهبردی نظارتی، علائم وسواس فکری با تنظیم هیجان مرتبط است و بر اساس پژوهش برمان و همکاران (۲۰۱۸)، بین شدت اختلال و نقص در تنظیم هیجان همبستگی مثبت وجود دارد. اختلال وسواس فکری عملی مشکلات عمده‌ای در زمینه‌های مختلف برای فرد به همراه می‌آورد. ازجمله این مشکلات و ناتوانی‌ها، اختلال در تنظیم هیجان این گروه از بیماران می‌باشد. اشکال در راهبردهای تنظیم هیجان، تقریباً در همه بیماران وجود دارد و به نظر می‌رسد که در افراد مبتلا به این اختلال با طیف وسیعی از مشکلات تنظیم هیجان به‌ویژه ترس از احساس‌ها یا ترس از پذیرش احساس‌ها مشخص می‌شود (حسینی و همکاران، ۱۴۰۱). راهبردهای تنظیم هیجان با تنظیم وضعیت‌ها و واکنش‌های هیجانی از طریق اصلاح و بهبود باورهای شناختی نقش مؤثری در سلامت جسمی و روان‌شناختی دارد (صالحی و همکاران، ۱۴۰۰).

پژوهشگران در سال‌های اخیر به نقش عوامل مختلفی که با تنظیم هیجان ارتباط دارد اشاره نموده‌اند. آن‌ها بر این باورند که تنظیم هیجان صرفاً یک پدیده درون فردی نیست، بلکه معمولاً در موقعیت‌های اجتماعی و خانوادگی شکل می‌گیرد و در موقعیت‌های تعامل با دیگران و به‌ویژه افراد نزدیک مانند همسر، دوستان و سایر اعضای خانواده به کار گرفته می‌شود (ریاحی و همکاران، ۱۳۹۹). پژوهش‌ها نشان می‌دهد خانواده‌هایی که در تعاملات خود تفاهم بیشتر و تعارض کمتری دارند مشکلات هیجانی کمتری را تجربه می‌کنند (لوپز و همکاران، ۲۰۲۱). از طرف دیگر پژوهش‌ها اخیراً گزارش کرده‌اند که تحمل پریشانی[6] با شکل‌گیری پریشانی‌های روان‌شناختی در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی ارتباط دارد (علیزاده فرد و همکاران، ۱۴۰۰). تحمل پریشانی به میزانی که یک فرد قادر به تحمل حالت‌های روان‌شناختی و یا جسمانی منفی است اشاره می‌کند (سیفات و همکاران، ۲۰۲۳). تحمل پریشانی به‌عنوان یک ساختار اساسی متشکل از تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم تجارب احساسی منفی و به‌ویژه پیشگیری

[1]. Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)
[2]. intrusive though
[3]. feeling of discomfort
[4]. anxiety and distress
[5]. compulsions or rituals
[6]. distress tolerance

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

از اقدام به اجتناب یا واکنش هیجانی در نظر گرفته شده است (موسوی و همکاران، ۱۴۰۰). ازنظر رانی و همکاران (۲۰۲۲) پریشانی به‌صورت حالات هیجانی منفی بازنمایی می‌شود که اغلب با تمایل به واکنش جهت رهایی از تجربه هیجانی منفی آشکار می‌شود. افراد دارای سطح تحمل پریشانی پایین، تجربه پریشانی هیجانی را توان‌فرسا و غیرقابل‌پذیرش ارزیابی می‌کنند و درنتیجه تلاش می‌کنند که این حالت هیجان منفی را تسکین دهند، اما در اغلب مواقع نمی‌توانند توجه خود را به موضوعی غیر از احساس پریشانی‌شان متمرکز کنند (پتل و برنز، ۲۰۲۲). سطح پایین تحمل پریشانی نوعی بدتنظیمی هیجان در فرد ایجاد می‌کند که منجر به پاسخ‌های رفتاری ناسازگارانه به موقعیت و شرایط تنش‌زا می‌شود (کوگ و همکاران، ۲۰۱۰)؛ بنابراین می‌توان از تحمل پریشانی به‌عنوان چارچوبی مهم در رشد عاطفی و شناختی و همچنین پیشگیری و درمان مشکلات رفتاری و اختلال‌های روانی اشاره کرد (او- کلیرایت و همکاران، ۲۰۰۷).

طی چند دهه اخیر، شاهد استفاده فزاینده‌ای از مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی برای طیف وسیعی از مشکلات و بهبود بهزیستی روان‌شناختی بوده‌ایم که مهارت‌های شناختی مختلفی را آموزش می‌دهد. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه‌ای برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به‌نوبه خود به جلوگیری از عوامل ایجادکننده خلق منفی، فکر منفی، گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده و رشد دیدگاه جدید و شکل‌گیری افکار و هیجان‌های خوشایند منجر می‌شود (شکری و همکاران، ۱۴۰۲). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به مراجعین مبتلا به وسواس فکری-عملی کمک می‌کند تا بتوانند به شکل مؤثری هیجان‌های خود را تنظیم و مدیریت کنند. این روش آموزشی از طریق افزایش آگاهی، تمرکززدایی، اجازه بروز احساسات و افکار ناخوشایند، آگاهی از ارزش‌های شخصی و عمل طبق آن‌ها، احساس شفقت به‌جای سرزنش خود و توجه به هیجان‌های مثبت و منفی و واکنش‌های منطقی و هدفمند به آن‌ها باعث بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت می‌شود (حسینی و همکاران، ۱۴۰۱). با افزایش ذهن آگاهی، افراد نسبت به خود انتقادی‌های خود، آگاه شده و نسبت به درک اینکه موقعیت‌ها و تجارب منفی گذشته که با آن‌ها مواجه بودند ممکن است در آینده نیز تکرار شوند، هدایت می‌شوند. هدف از ذهن آگاهی کاهش بی‌اعتمادی و افکار قضاوتی افراد و جلوگیری از تأثیرات گذشته و آینده در لحظه حال است (بایر و آیلاز ، ۲۰۲۱).

از طرف دیگر طرحواره درمانی به چگونگی تأثیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر زندگی روزمره و روابط بین فردی می‌پردازد. طرحواره‌ها به مفاهیم اصلی فرد از خود، دیگران و جهان مربوط می‌شود. آن‌ها در کودکی و نوجوانی شکل می‌گیرند. در صورت بروز شرایط نامطلوب، طرحواره‌های ناسازگار و سبک‌های مقابله‌ای مرتبط ایجاد می‌شوند که بعداً در یک محیط سالم‌تر منجر به مقابله ناکارآمد بین فردی و بی‌ثباتی عاطفی می‌شود. درمان مبتنی بر طرحواره به افراد کمک می‌کند تا مهم‌ترین طرحواره‌های ناسازگار خود را شناسایی کنند و هنگامی‌که این طرحواره‌های ناسازگار در زندگی روزمره ایجاد می‌شوند، به شیوه‌ای سازگارتر پاسخ دهند (ون‌دیجک ، ۲۰۲۲).

با توجه به آنچه که مطرح شد و پژوهش‌های انجام‌شده، می‌توان دریافت طی سال‌های اخیر، اختلال وسواس اجبار به لحاظ اهمیت و آسیب‌های فراگیر آن، پژوهش‌های زیادی را به خود اختصاص داده است، اما باوجود در دسترس بودن روش‌های درمانی مؤثر برای این اختلال، بسیاری از بیماران به‌اندازه کافی به درمان پاسخ نمی‌دهند. بنابراین نیاز به بررسی شیوه‌های نوین درمانی و یا ترکیب روش‌های درمانی با استفاده از سایر روش‌های بالقوه مؤثر مانند تکنیک‌های تجربی است. در همین راستا یافتن شیوه‌های درمانی کوتاه‌مدت کارا و مؤثر ازجمله ضرورت‌های پژوهش در حوزه درمان است. با توجه به آنچه گفته شد، پژوهش‌ها اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی[1] و طرحواره درمانی[2] را که هر دو به‌عنوان درمان کوتاه‌مدت هستند، در بهبود نشانه‌های وسواس نشان داده‌اند. باوجوداین مقایسه تجربی چندانی در رابطه با اثربخشی دو درمان در بهبود تمام زیرشاخه‌های اختلال وسواس انجام نشده است. در همین راستا پژوهش حاضر به بررسی مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی آن‌ها می‌پردازدبنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره

1. mindfulness-based cognitive therapy

2. schema therapy

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

درمانی بر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی زنان دارای نشانه‌های وسواس فکری عملی انجام شد.

روش

این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان دارای وسواس فکری عملی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر مشهد در سال ۱۴۰۲ را تشکیل دادند و جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه گیری هدفمند استفاده شد. بدین صورت که از بین افراد مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر مشهد، تعداد ۴۸ نفر به شکل در دسترس انتخاب شدند. شیوه انتخاب نمونه بدین صورت بود که با مراجعه به مراکز مشاوره شهر مشهد، فرم های شرکت دواطلبانه در پژوهش در بین زنان دارای اختلال وسواس فکری و عملی توزیع شد. سپس به این افراد پرسشنامه اختلال وسواس فکری و عملی فوا و همکاران (۲۰۰۲) ارائه شد. پس از جمع آوری و نمره گذاری این پرسشنامه تعداد ۴۸ نفر از این افراد دارای علائم وسواس فکری و عملی تشخیص داده شده بودند (نمرات بالاتر از ۱۶). برای حصول اطمینان بالاتر این افراد با استفاده از مصاحبه بالینی با بهره گیری از پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی مورد بررسی مجدد قرار گرفت. در مرحله آخر تعداد ۴۸ نفر از این افراد که بالاترین نمرات را در پرسشنامه وسواس فوا و همکاران (۲۰۰۲) به دست آوردند (نمرات بالاتر از میانگین و به صورت ترتیب بندی شده)، انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه کنترل (۱۶ نفر) و آزمایش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن اگاهی (۱۶ نفر) و طرحواره درمانی (۱۶ نفر) قرار داده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن وسواس فکری-عملی (با استفاده از مصاحبه)، مدت زمان اختلال به وسواس، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به بیماری های حاد روانپزشکی (بر اساس سوابق روانپزشکی مندرج در پرونده و سوال پرسیدن از مراجع توسط درمانگر) بود و ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت از غیبت بیش از دو جلسه و شرکت همزمان در جلسات مشاوره و روان‌درمانی دیگر بود.

ابزار پژوهش

۱۱- پرسشنامه تنظیم هیجان[1]: پرسش‌نامه تنظیم هیجان در سال ۲۰۰۳ توسط گراس و جان تدوین شد. این پرسش‌نامه شامل ۱۰ ماده است که دو راهبرد کلی تنظیم هیجان یعنی ارزیابی مجدد و سرکوبی را اندازه می‌گیرد. تعداد ۶ ماده به ارزیابی راهبرد ارزیابی مجدد و ۴ ماده به ارزیابی راهبرد سرکوبی می‌پردازد. هر ماده بر اساس یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (۱= کاملاً مخالفم تا ۷= کاملاً موافقم) درجه‌بندی و نمره‌گذاری می‌شود. آن‌ها روایی و اعتبار پرسش‌نامه مذکور را مطلوب گزارش کرده است. ضریب همسانی درونی ۰/۷۳ گزارش شده است و ضریب بازآزمایی برای هر دو راهبرد ۰/۶۹ بوده است (گراس و همکاران، ۲۰۰۳) این مقیاس در فرهنگ ایرانی هنجاریابی شده است. اعتبار مقیاس بر اساس روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۶ تا ۰/۸۱ و روایی این پرسش‌نامه از طریق تحلیل مؤلفه‌های اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین دو خرده مقیاس r= ۰/۱۳ و روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است. جهت سنجش اعتبار درونی مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج نشان می‌دهد ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۳ و برای سرکوبی ۰/۵۲ و پایایی کل نیز ۰/۷۱ بود (محمودعلیلو و همکاران، ۱۳۹۱).

همچنین در پژوهش حاضر اعتبار پرسشنامه مذکور ۰/۸۵ محاسبه گردید .

- **پرسشنامه تحمل پریشانی**[2]: این پرسشنامه توسط سیمونز و گاهی (۲۰۰۵) ساخته شده است. این مقیاس یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی است که دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم را اندازه‌گیری می‌کند. عبارات این پرسشنامه، بر روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای (۱- کاملاً موافق، ۲- اندکی موافق، ۳- نه موافق و نه مخالف، ۴- اندکی مخالف، ۵- کاملاً مخالف)

[1] Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)
[2] The Psychometric Properties of Distress Tolerance Scale (DTS)

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

نمره‌گذاری می‌شود. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضرایب آلفا برای این مقیاس را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند. آن‌ها همچنین گزارش کرده‌اند که این پرسشنامه دارای روایی ملاکی و همگرای اولیه خوبی است. علوی (۱۳۸۸) از این ابزار بهره گرفته است. وی آن را بر روی ۴۸ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد (۳۱ زن و ۱۷ مرد) اجرا کرده است و گزارش کرده است که کل مقیاس داری اعتبار همسانی درونی بالا (α = ۰/۷۱) و خرده مقیاس‌ها داری اعتبار متوسطی (تحمل ۰/۵۴، جذب ۰/۴۲، ارزیابی ۰/۵۶ تنظیم ۰/۵۸) هستند.

جدول ۱ : خلاصه جلسات طرحواره درمانی طبق کتاب (یانگ، کلوسکو و ویشار، ۲۰۰۳؛ ترجمه حمید پور و اندوز، ۱۳۸۶)

جلسه	هدف	زمان
جلسه اول	آشنایی و ایجاد رابطه حسنه	۴۵ دقیقه
جلسه دوم	شواهد عینی تأیید کننده یا رد کننده طرحواره ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته	۴۵ دقیقه
جلسه سوم	تکنیک های شناختی	۴۵ دقیقه
جلسه چهارم	بیرون ریختن عواطف بلوکه شده	۴۵ دقیقه
جلسه پنجم	برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی	۴۵ دقیقه
جلسه ششم	ارائه راهبردهای شناختی برای تغییر	۴۵ دقیقه
جلسه هفتم	رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن	۴۵ دقیقه
جلسه هشتم	معرفی راهبردهای تجربی برای تغییر	۴۵ دقیقه
جلسه نهم	الگو شکنی رفتار	۴۵ دقیقه
جلسه دهم	ادامه الگو شکنی رفتار	۴۵ دقیقه

جدول ۲: خلاصه جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برگرفته از کتاب ربکا (۲۰۰۹)

جلسه	خلاصه محتوی جلسه
جلسه اول	ایجاد رابطه درمانی، اطمینان بخشی، گرفتن تعهد از مراجع که در صورت تمایل به ادامه، نسبت به انجام تکالیف و تکمیل دوره متعهد شود، پرواز بر روی خلبان خودکار، رونوشت : تمرین خوردن کشمش، ذهن آگاهی خوردن کشمش، ذهن آگاهی تنفس
جلسه دوم	موضوع: ورود یک نوع محاوره جدید در روند درمان، مبارزه با افکار خودکار، آموزش ذهن آگاهی دقیقه ای فضای تنفس، آموزش ذهن آگاهی قدم زدن، آموزش ذهن آگاهی احساسات ناخوشایند، برنامه جلسه، استفاده از متافورها (استعاره)، متافور(استعاره) مردی در باتلاق متافور مرد درون چاه، متافور فرزند جیغ و جیغو، بازنگری تکلیف خانگی جلسه قبل، ثبت وقایع خوشایند یا لذت بخش(هر روز)، مراقبه نشسته ۱۱ تا ۱۵ دقیقه، دادن جزوه جلسه دوم به شرکت کننده، ارائه تکلیف خانگی
جلسه سوم	موضوع: شناخت نحوه عملکرد مغز بیماران افسرده و تأثیر ذهن آگاهی بر آن(فیلم اسکن مغزی بیماران افسرده قبل و بعد از تمرین عینی کردن مشکل- تربیت مغز، آموزش چند نمونه از ذهن آگاهی فعالیتهای روزمره، بازنگری تکلیف، تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه ای و بازنگری داشته باشید، همراه با حضور ذهن دراز بکشید و به بازنگری ادامه دهید، با حضور ذهن قدم بزنید و بازنگری را داشته باشید، فهرستی از وقایع ناخوشایند تهیه کنید، جزوه جلسه سوم را به شرکت کننده بدهید، تکلیف خانگی
جلسه چهارم	پذیرش، استفاده از متافورها، مهمانخانه، فرد دست شکسته، فنجانت را خالی کن...، برنامه جلسه، دقیقه ذهن آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، افکار خودکار و ملاکهای « - افسردگی » تعریف، تشخیص افسردگی، فضای تنفس 3 دقیقه ای+ بازنگری، دادن جزوه به شرکت کنندگان، تعیین تکلیف خانگی
جلسه پنجم	موضوع: شما مساوی با افکارتان نیستید، شما مساوی با احساسات خود نیستید، شما مساوی با باورهایتان نیستید، هدف گذاری‌ذهن آگاهی اسکن بدن، برنامه جلسه، ذهن آگاهی نشستن آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار؛ توجه به اینکه چگونه ما از طریق واکنشهایی که نسبت به افکار، احساسات، یا حسهای بدنی نشان میدهیم با تجاربمان ارتباط برقرار میکنیم؛ بیان دشواریهایی که در طی انجام تمرین روی میدهد و توجه به تأثیرات آنها بر بدن و واکنش به آنها، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، ذهن آگاهی فضای تنفس و بازنگری آن، دادن جزوات جلسه پنجم بین شرکت کنندگان، تعیین تکلیف خانگی
جلسه ششم	موضوع: رهایی از طریق بخشش: متافور مرد چاقو خورده، آموزش ذهن آگاهی رها کردن، افزایش خود ارزشمندی: متافور کوزه ترک برداشته، دستور جلسه، بازنگری تکلیف خانگی، آماده شدن برای اتمام دوره، خلق، افکار و تمرین نقطه نظرات یا افکار جانشین، قبل از این که نسبت به افکار دید وسیعتری در مورد تنفس بحث « اولین گام » بدست آورید به عنوان کنید، دادن جزوه جلسه ششم تعیین تکلیف خانگی
جلسه هفتم	موضوع: دوستی و مهربانی با خود و دیگران، ایجاد رابطه با خود، ذهن آگاهی گوش دادن برای بهبود روابط، برنامه جلسه، ذهن آگاهی تنفس، بازنگری تکالیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق، تهیه فهرستی از فعالیتهای لذت بخش و فعالیت هایی که منجر به حس از عهده آیی میشود، برنامه ریزی و تهیه یک برنامه مناسب برای چنین فعالیتهایی، شناسایی نشانگان عود، شناسایی کارهای مورد نیاز برای رویارویی با عود / بازگشت، فضای تنفس ۳ دقیقه ای یا قدم زدن همراه با ذهن آگاهی، دادن جزوات جلسه هفتم به شرکت کننده، دادن تکلیف خانگی
جلسه هشتم	موضوع صبر کردن قدردانی کردن، تأمل و تغییر، سپاسگزار هر روز باشید، تمرین منظم ذهن آگاهی به حفظ تعادل در زندگی کمک میکند. نیات مثبت تقویت میشوند زیرا این تمرینات با دلایل مثبت مراقبت از خود مرتبط است، برنامه جلسه: تمرین ذهن آگاهی اسکن بدن، بازنگری تکلیف خانگی، بازنگری کل برنامه (آنچه که یاد گرفته شده)، بحث در مورد این که چگونه به بهترین نحو، تحرک و نظمی که در ۷ هفته گذشته؛ چه در تمرینهای منظم و چه در تمرینهای غیر منظم ایجاد شده ادامه یابد، وارسی و بحث در مورد برنامه ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامه تمرین، پایان دادن به کلاسها با آخرین تمرین ذهن آگاهی تنفس

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

روش اجرا : روش اجرا بدین صورت بود که ابتدا زنانی که دارای وسواس بودند را شناسایی، سپس پرسشنامه های پژوهش روی آنها اجرا شد و افرادی که نمره بالا در این پرسشنامه ها کسب کردند به عنوان نمونه پژوهشی انتخاب شد. سپس برای هر دو گروه (آزمایش و کنترل) پیش‌آزمون بر روی آنان اجرا، سپس آموزش روانشناختی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن اگاهی و طرحواره درمانی به صورت فردی بر روی گروه آزمایش اجرا شد اما برای گروه کنترل، هیچگونه مداخله‌ای اعمال نشد. همچنین درباره محرمانه بودن پرسشنامه‌ها و نتایج آنها به آزمودنیها توضیحات لازم داده شد؛ بلافاصله بعد از اتمام مداخلات برای گروه‌های آزمایش، پس‌آزمون پرسشنامه پژوهش برای هر دو گروه اجرا شد؛ بعد از ۲ ماه از اجرای پس‌آزمون به منظور آزمون پیگیری سنجش ماندگاری اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی، پرسشنامه پژوهش با هدف آزمون پیگیری بین آزمودنی‌های پژوهش پخش شد و داده-های مورد نیاز جمع‌آوری شد. برای رعایت ملاحظات اخلاقی پس از پایان تمامی مراحل پژوهش، برای افراد گروه کنترل که تمایل داشتند، در مداخله شرکت کنند، نیز جلسات مداخله اجرا گردید در نهایت جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش، از روش های آماری توزیع فراوانی نمودار، شاخص های مرکزی مثل میانگین و شاخص های پراکندگی مثل انحراف معیار و شیوه های استنباطی چون آزمون تحلیل واریانس چند متغیری به لحاظ وجود مفروضه های کاربرد آزمونهای پارامتریک و آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار Spss-26 استفاده گردید.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه مورد مطالعه در پژوهش، با میانگین سنی ۳۰/۷۰ سال و گروه کنترل با میانگین سنی ۳۱/۲۰ سال حضور داشتند.در نمونه آماری پژوهش، ۱۸ نفر از افراد شرکت کننده در پژوهش دیپلم ، و ۱۵ نفر (۴۰ درصد) لیسانس و۱۲ نفر فوق لیسانس داشتند .

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرها در گروه‌های موردپژوهش

متغیر	گروه	ذهن گاهی		طرحواره درمانی		کنترل	
	مراحل	**میانگین**	**انحراف معیار**	**میانگین**	**انحراف معیار**	**میانگین**	**انحراف معیار**
سرکوبی	پیش‌آزمون	۱۷.۶۹	۲.۰۲٤	۱۸.۱۹	۲.٦٦٤	۱۸.۳۷	۲.٦۰٤
	پس‌آزمون	۱۳.۸۱	۱.۸۷۰	۱۵.۸۱	۱.۸۳٤	۱۸.٤٤	۲.۱۲۸
	پیگیری	۱۲.۳۸	۲.۰٦۲	۱۵.۱۳	۲.۵۷۹	۱۸.۸۷	۱.۹۹٦
ارزیابی مجدد	پیش‌آزمون	۱۵.۷۵	۱.۷۳۲	۱٦.۵٦	۱.۷۱۱	۱٦.۱۹	۱.۸۳٤
	پس‌آزمون	۲٤.۰۰	۲.۵۸۲	۲۱.۰٦	۲.٤٦۲	۱٦.۰۰	۱.٦۳۳
	پیگیری	۲٤.۸۸	۳.۰۵۲	۲۰.۸۸	۲.٤٤٦	۱٦.٤٤	۱.۹۳۱
تحمل پریشانی هیجانی	پیش‌آزمون	۱۲.۱۹	۱.٦۸۲	۱۲.٦۳	۱.۲۵۸	۱۳.۱۳	۱.٤۵۵
	پس‌آزمون	۹.٦۳	۱.۹۲۸	۹.۲۵	۱.٦۹۳	۱۱.۹٤	۲.۲۰۵
	پیگیری	۹.۳۱	۲.۰۸۹	۹.۰۰	۱.۹٦٦	۱۲.۱۳	۲.۳۳۵
جذب هیجان‌های منفی	پیش‌آزمون	۱۲.٦۹	۱.۵۸۰	۱۳.۵٦	۱.۲۰۹	۱۳.۲۵	۱.۵۷۱
	پس‌آزمون	۹.۸۱	۱.۹٤۰	۱۰.۷۵	۱.۵۷۱	۱۳.۱۳	۱.۲۰٤
	پیگیری	۹.۵۰	۱.٦۳۳	۱۰.۷۵	۱.۹۸۳	۱۳.۳۸	۱.۵٤٤
ارزیابی ذهنی پریشانی	پیش‌آزمون	۱٤.۰۰	۱.۱۵۵	۱٤.۵٦	۱.۰۹٤	۱٤.۳۸	۱.۵٤٤
	پس‌آزمون	۱٦.۲۵	۱.۸۸۰	۱۷.۱۹	۱.۹۰۵	۱٤.۵۰	۱.۸۲٦
	پیگیری	۱٦.۸۱	۲.۱۰۵	۱۸.۳۱	۲.٤٦۹	۱٤.۷۵	۲.۲۹۵

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

تنظیم تلاش برای تسکین پریشانی	پیش‌آزمون	۱۱.۱۹	۱.۹۷٤	۱۰.٤٤	۱.۹٦٥	۹.۹٤	۱.٦٥۲
	پس‌آزمون	۱۳.٥۰	۲.۳۰۹	۱۳.۹٤	۳.۱٥۱	۹.٥٦	۱.۳٦٥
	پیگیری	۱۳.۳۸	۳.۰۹٦	۱٤.۳۸	۳.۰۰۸	۹.۸۸	۱.٦۲۸

جدول بیانگر آن است بین میانگین تنظیم هیجان و تحمل پریشانی زنان دارای نشانه‌های وسواس فکری عملی در گروه‌های آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تفاوت وجود دارد و بین پس‌آزمون با پیگیری نیز تا حدودی تفاوت وجود دارد. در بکار گیری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، ضروری است مفروضات آزمون موردبررسی قرار گیرد تا بتوان از آزمون موردنظر استفاده کرد؛ جهت رعایت پیش‌فرض‌ها از آزمون شاپیرو ویلک برای بررسی نرمال بودن، لوین[1]برای بررسی همگنی واریانس‌ها و آزمون کرویت موچلی[2]برای بررسی برابری همگنی کوواریانس استفاده شد.

جدول ۴- بررسی همگنی واریانس داده‌ها به کمک آزمون همگنی واریانس‌ها (لوین)

متغیر	آماره لوین	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
راهبرد تنظیم هیجان سرکوبی	.۷٦٤	۲	٤٥	.٤۷۲
راهبرد تنظیم هیجان ارزیابی مجدد	.۰۲۲	۲	٤٥	.۹۷۹
تحمل پریشانی هیجانی	.۷٤۸	۲	٤٥	.٤۷۹
جذب شدن به‌وسیله هیجان‌های منفی	۱.۰۳۹	۲	٤٥	.۳٦۲
ارزیابی ذهنی پریشانی	۱.۳۷۹	۲	٤٥	.۲٦۲
تنظیم تلاش برای تسکین پریشانی	.٦۳٥	۲	٤٥	.٥۳٥

جدول ۵- نتایج کرویت موچلی متغیرها

مقیاس‌ها	آماره	سطح معناداری
سرکوبی	۰/۶۵	۰/۰۰۱
ارزیابی مجدد	۰/۸۹	۰/۰۹
تحمل پریشانی هیجانی	۰/۶۳	۰/۰۰۱
جذب شدن به‌وسیله هیجان‌های منفی	۰/۹۵	۰/۳۹
ارزیابی ذهنی پریشانی	۰/۷۸	۰/۰۰۵
تنظیم تلاش برای تسکین پریشانی	۰/۷۰	۰/۰۰۱

جدول ۶- خلاصه آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای تفاوت‌های درون‌گروهی و بین گروهی تنظیم هیجان و تحمل پریشانی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
سرکوبی	اثر زمان	۱۸۳.۳۷٥	۱.٤۸٦	۱۲۳.۳۷۷	٦۳.۱۳	.۰۰۰	.٥۸
	تعامل زمان* گروه	۱٤۳.۲٥۰	۲.۹۷۳	٤۸.۱۹۰	۲٤.٦٥	.۰۰۰	.٥۲
	اثر گروه	۳۷۳.٦۲٥	۲	۱۸٦.۸۱۲	۱٥.۷۷	.۰۰۰	.٤۱
ارزیابی مجدد	اثر زمان	٦۱٥.۸۷٥	۲	۳۰۷.۹۳۸	۱۲۸.۳٥	.۰۰۰	.۷٤
	تعامل زمان* گروه	٤۰٤.۲۰۸	٤	۱۰۱.۰٥۲	٤۲.۱۲	.۰۰۰	.٦٥
	اثر گروه	٦۹٥.۱٦۷	۲	۳٤۷.٥۸۳	۳٥.٥٦	.۰۰۰	.٦۱
	اثر زمان	۱۹۰.٥۰۰	۱.٤٦۷	۱۲۹.۸۸۲	۷۲.٥٤	.۰۰۰	.٦۱

1. Levenes test
2. Mauchly,s test of Sphericity

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

تحمل پریشانی هیجانی	تعامل زمان* گروه	۳۳.۳۳۳	۲.۹۳۳	۱۱.۳۶۳	٦.۳٤	.۰۰۱	.۲۲
	اثر گروه	۱۳٦.۲۹۲	۲	٦۸.۱٤٦	۸.۵۹	.۰۰۱	.۲۷
جذب شدن به‌وسیله هیجان‌های منفی	اثر زمان	۱۲۱.٤۳۱	۲	٦۰.۷۱۵	٦۸.۰۲	.۰۰۰	.٦۰
	تعامل زمان* گروه	٦۲.۲۳٦	٤	۱۵.۵۵۹	۱۷.٤۳	.۰۰۰	.٤۳
	اثر گروه	۱٦۲.۵۱٤	۲	۸۱.۲۵۷	۱۳.۷٤	.۰۰۰	.۳۷
ارزیابی ذهنی پریشانی	اثر زمان	۱۳٦.٦۸۱	۱.٦۵۲	۸۲.۷٤۷	۳۷.۷۸	.۰۰۰	.٤۵
	تعامل زمان* گروه	۵۳.۸٦۱	۳.۳۰٤	۱٦.۳۰٤	۷.٤٤	.۰۰۰	.۲٤
	اثر گروه	۱۱۰.٦۸۱	۲	۵۵.۳٤۰	۸.۱۵	.۰۰۱	.۲٦
تنظیم تلاش برای تسکین پریشانی	اثر زمان	۱۱۸.۵۹۷	۱.۵٤۵	۷٦.۷۵۳	۱۸.۹۱	.۰۰۰	.۲۹
	تعامل زمان* گروه	۸۵.۸٦۱	۳.۰۹۰	۲۷.۷۸٤	٦.۸٤	.۰۰۰	.۲۳
	اثر گروه	۲۹۱.۲٦٤	۲	۱٤۵.٦۳۲	۱٤.۵۲	.۰۰۰	.۳۹

نتایج آزمون تحلیل واریانس در بخش دورن گروهی بیان‌گر آن است که تأثیر تمامی عوامل درگروه‌های موردمطالعه در سه‌مرحله اندازه‌گیری معنادار است. همچنین در بخش بین‌گروهی تفاوت ، در سه گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و طرحواره درمانی و کنترل معنی‌دار است (p≤۰/۰۵).

جدول ۷– مقایسه دوبه‌دو با آزمون تعقیبی بنفرونی به‌منظور مقایسه گروه‌ها

گروه‌ها←	ذهن‌گرایی ـ طرحواره درمانی		ذهن‌گرایی ـ کنترل		طرحواره درمانی ـ کنترل	
متغیر	تفاوت میانگین‌ها	Sig	تفاوت میانگین‌ها	Sig	تفاوت میانگین‌ها	Sig
سرکوبی	-۱/۷۵	۰/۰۴	-۳/۹۳	۰/۰۰۱	-۲/۱۸	۰/۰۱
ارزیابی مجدد	۲/۰۴	۰/۰۰۸	۵/۳۳	۰/۰۰۱	۳/۲۹	۰/۰۰۱
تحمل پریشانی هیجانی	۰/۰۸	۱/۰۰	-۲/۰۲	۰/۰۰۳	-۲/۱۰	۰/۰۰۲
جذب شدن به‌وسیله هیجان‌های منفی	-۱/۰۲	۰/۱۳	-۲/۵۸	۰/۰۰۱	-۱/۵۶	۰/۰۰۹
ارزیابی ذهنی پریشانی	-۱/۰۰	۰/۱۹	۱/۱۴	۰/۱۱	۲/۱۴	۰/۰۰۱
تنظیم تلاش برای تسکین پریشانی	-۰/۲۲	۱/۰۰	۲/۸۹	۰/۰۰۱	۳/۱۲	۰/۰۰۱

مقایسه دوبه‌دوی شرکت‌کننده‌ها در سه زمان متفاوت نشان می‌دهد، در راهبرد تنظیم هیجان سرکوبی بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون، پیگیری و پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد (P< ۰/۰۵) درنتیجه می‌توان گفت که میزان راهبرد تنظیم هیجان سرکوبی به‌طور معناداری کاهش پیداکرده است و این کاهش به‌مرورزمان پایدار مانده است. همچنین نتایج نشان می‌دهد در راهبرد تنظیم هیجان ارزیابی مجدد بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد (P< ۰/۰۵)، اما بین پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵). درنتیجه می‌توان گفت که راهبرد تنظیم هیجان ارزیابی مجدد به‌طور معناداری افزایش پیداکرده است و این تغییرات به‌مرورزمان ثابت مانده است. همچنین در ارزیابی ذهنی پریشانی بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون، پیگیری و پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد (P< ۰/۰۵) درنتیجه می‌توان گفت که میزان ارزیابی ذهنی پریشانی به‌طور معناداری افزایش پیداکرده است و این افزایش به‌مرورزمان پایدار مانده است. همچنین نتایج نشان می‌دهد در تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به‌وسیله هیجان‌های منفی و تنظیم تلاش برای تسکین پریشانی بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد (P< ۰/۰۵) اما بین پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵). درنتیجه می‌توان گفت که تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به‌وسیله هیجان‌های منفی به‌طور معناداری کاهش و تنظیم تلاش برای تسکین پریشانی به‌طور معناداری افزایش پیداکرده است و این تغییرات به‌مرورزمان ثابت مانده است.

بحث و نتیجه‌گیری

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

یافته های پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی منجر به کاهش سرکوبی و افزایش ارزیابی مجدد زنان دارای نشانه های وسواس فکری عملی شده است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موثرتر از طرحواره درمانی در کاهش سرکوبی و افزایش ارزیابی مجدد است. از طرف دیگر میزان استفاده از راهبرد تنظیم هیجان سرکوبی به طور معناداری کاهش و راهبرد تنظیم هیجان ارزیابی مجدد به طور معناداری افزایش پیداکرده است. این یافته همسو با پژوهش های حسینی و همکاران (۱۴۰۱)، طلاکوب و مقدس زاده بهبهانی (۱۴۰۱)، خواجه زاده و صباحی (۱۴۰۰) است که نشان دادند درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان تاثیر گذار است و با پژوهش پرویزیان و همکاران (۱۴۰۱) که بیانگر تاثیر طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان بود.

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان زنان دارای نشانه‌های وسواس فکری عملی باید گفت که در طرحواره درمانی دشواری در تنظیم هیجان اغلب به‌عنوان نتیجه تجارب نامطلوب اولیه (عدم دلبستگی ایمن، سوءاستفاده در دوران کودکی یا غفلت هیجانی) دیده می‌شود. تجارب منفی دوران کودکی منجر به ترس از هیجان و تلاش برای اجتناب از هیجان‌ها و روابط (صمیمی) شده است. طرحواره‌های ناکارآمد در مورد خود و روابط با دیگران و همچنین در مورد معنای هیجان‌ها غالب است (هیجان‌ها همیشه صدمه می‌زند یا نشان دادن احساسات یک ضعف است). طرحواره درمانی فرض می‌کند که وقتی این مشکلات اساسی موردتوجه قرار می‌گیرند، تنظیم هیجان بهبود می‌یابد. در طرحواره درمانی، مهارت‌های تنظیم هیجان با تجربه دلبستگی ایمن و اعتبارسنجی نیازها و هیجان‌ها از طریق ویژگی‌های خاص رابطه درمانی (محدودیت فرزند پروری و مقابله همدلانه) و هدایت ایمن از طریق فرآیندهای عاطفی با تکنیک‌های تجربی (پردازش تجربه آسیب‌زا با بازنویسی تصاویر) انجام می‌شود. علاوه بر این، اجتناب تجربی که اغلب توسط حالت‌های مقابله‌ای نمایش داده می‌شود، به چالش کشیده می‌شود، زیرا دسترسی و ارضای نیازهای افراد را مسدود می‌کند که منجر به هیجان‌های ناخوشایند پایدار می‌شود. طرحواره درمانی فرض می‌کند که با استفاده از این راهبردها ترس فرد از احساسات کاهش می‌یابد، درحالی‌که تمایل به غلبه بر اجتناب تجربی افزایش می‌یابد. هدف طرحواره درمانی این است که به بیمار کمک کند احساس امنیت بیشتری داشته باشد؛ بنابراین، نحوه مشاهده، تجربه و تنظیم هیجان افراد به‌طور اساسی در طول دوره درمان تغییر می‌کند بدون اینکه به‌طور مستقیم به تنظیم هیجان پرداخته شود (فاسبیندر و همکاران، ۲۰۱۶).

اثربخشی ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان را می‌توان بر اساس مدل تنظیم هیجانی ذهن آگاهی استنباط کرد. در این رویکرد درمانی، توجه و اجازه دادن به هیجان‌ها به همان شکلی که تجربه می‌شوند و عدم واکنش خودکار به هیجان‌ها و محرک‌های آن‌ها، از تجربه مجدد پیامدهای هیجان‌ها یا هیجان‌های ثانویه جلوگیری می‌کند. همچنین می‌توان گفت که با تأکید بر زمان حال در ذهن آگاهی، یکی از عوامل اصلی احساسات منفی یعنی نگرانی تحت تأثیر قرار می‌گیرد؛ بنابراین کاهش نگرانی مستقیماً منجر به کاهش هیجان‌های منفی می‌شود و یا می‌تواند واسطه رابطه بین استرس و خشم باشد (دو و همکاران، ۲۰۱۸). یکی از مسائل مهم در ذهن آگاهی رها کردن است. رویکرد ذهن آگاهی معتقد است که انسان به‌طورکلی به خیلی چیزها چسبیده است: به باورها، رویدادهای خاص، زمان‌های خاص، یک منظره، یک خواسته و هر چیز دیگری. این مسئله آن‌ها را آسیب‌پذیر و درمانده می‌کند و احساس از دست دادن کنترل بر زندگی را تشدید می‌کند اما زمانی که افراد یاد بگیرند این مسائل را رها کنند و نسبت به آن‌ها آگاهی و پذیرش بیشتری را کسب کنند، مشکلات و مسائل را با ذهنی شفاف‌تر و گشوده‌تر بررسی خواهند کرد. این نظریه سلامت روانی را با توانایی فرد برای رهایی از درگیری در فعالیت‌های شناختی و هیجانی ذهن و همچنین تمرکز و آگاهی از چیزهایی که در حال حاضر وجود دارد و درگیر

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

نشدن با گذشته و آینده می‌سنجد. این وضعیت به مراجع امکان می‌دهد که در مواجهه با استرس‌آورهای کنونی و احساسات پریشان کننده، به‌جای اجتناب و درنتیجه طولانی‌تر شدن آن‌ها از ذهنیت منعطف و پذیرا استفاده کند. ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا این نکته را درک کنند که هیجان‌های منفی ممکن است رخ دهد اما آن‌ها جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند همچنین به فرد این امکان را می‌دهد تا به‌جای آنکه به رویدادها به‌طور غیرارادی و بدون تأمل پاسخ دهد با تفکر و تأمل پاسخ دهند (امانوئل و همکاران، ۲۰۱۰).

درنهایت باید گفت همان‌طور که حسینی و همکاران (۱۴۰۱) نشان دادند جنبه‌های مختلف ذهن آگاهی باعث بهبود در تنظیم هیجان می‌شود. به‌نحوی‌که عدم واکنش به رویدادها و تجارب از مؤلفه‌های ذهن آگاهی می‌تواند باعث پذیرش رویدادها بدون واکنش هیجانی به آن رویدادها شود. همچنین خود نظارتی و مشاهده بدون قضاوت و بودن در زمان حال از دیگر مؤلفه‌های ذهن آگاهی، باعث می‌شود فرد به‌جای تمرکز بیش‌ازحد روی رویدادهای ناراحت‌کننده و پیش‌بینی‌های منفی در مورد آینده، روی زمان حال و آنچه در حال وقوع است، متمرکز شود که این خود باعث می‌شود ازلحاظ هیجانی شرایط ذهنی مطلوب‌تری را تجربه کند. همچنین آموزش ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند به‌جای چالش یا پرهیز از افکار و احساسات ناراحت‌کننده، با برقراری یک سبک ارتباطی متفاوت با خود و با به‌کارگیری نوعی روش متفاوت از پردازش اطلاعات، افکار و احساسات ناراحت‌کننده خود را بدون قضاوت و ارزیابی بپذیرند. ازنظر آن‌ها، بخشی از این تغییرات می‌تواند ناشی از سازوکارهای عمل پیشنهادشده در روش تفکر نظاره‌ای مانند رویارویی، پذیرش، آرام‌سازی، حساسیت‌زدایی، تغییر رابطه با افکار و تنظیم شناختی هیجان باشد. افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجان‌ها و تمایلات عملی از جنبه‌های مثبت ذهن آگاهی است؛ بنابراین آموزش ذهن آگاهی در زنان دارای نشانه‌های وسواس فکری عملی منجر به بهبود توانایی‌ها و ترویج علاقه به فعالیت‌های فردی و اجتماعی می‌شود که منجر به ارتقای سلامت روان آنان می‌شود. چون افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجان‌های و تمایلات عملی مثبت از وجوه مثبت ذهن آگاهی است و آموزش ذهن آگاهی باعث افزایش احساس بدون قضاوت شده و به واضح دیدن و پذیرش هیجان‌ها و پدیده‌های اجتماعی و روانی کمک می‌کند. با افزایش آگاهی، قدرت تنظیم هیجان و خود مدیریتی در فرد افزایش‌یافته و به شکل کاملاً مستقیم فرد هیجان‌های خود را تنظیم کرده و سطح و کیفیت مثبت زندگی آنان تغییر کرده است (جدیدی محمدآبادی و همکاران، ۱۳۹۷).

در رابطه با اثربخشی بیشتر ذهن آگاهی در کاهش هیجان‌های منفی و افزایش هیجان‌های مثبت می‌توان گفت که فعالیت‌هایی که مبتنی بر زمان حال است و شامل تمرین‌های مبتنی بر تنفس است، باعث می‌شود که فرد بتواند هم‌زمان عوامل مضری مانند نگرانی را کنترل کند. درنتیجه از سطح هیجان‌های منفی او کاسته می‌شود. از سوی دیگر، یافته‌ها نشان داد که افراد با سطح آگاهی بالا به دلیل محدودیت‌های زمانی و ترس از تغییر، می‌توانند به‌طور مستمر محیط‌های پویا و انعطاف‌پذیری را در زندگی خود ایجاد کنند. تغییرات محیطی ایجادشده با قرار گرفتن در زمان حال و عدم ارزیابی باعث جلوگیری از هیجان‌های منفی و کاهش فاصله با دوستان و منابع حمایتی می‌شود که نتیجه آن افزایش هیجان‌های مثبت خواهد بود. از سوی دیگر، مواجهه با واقعیت و تأکید بر مسئولیت که در واقعیت درمانی مورد تأکید قرار می‌گیرد، ممکن است افراد را با به تعویق انداختن ناتوانی خود در مدیریت فعالیت‌های آموزشی مواجه کند که می‌تواند منجر به درماندگی آموخته‌شده شود (آسانی و همکاران، ۲۰۲۴). در این پژوهش درمانگر ضمن تشریح حالات خلقی و افزایش شناخت شرکت‌کنندگان از حالات درونی خویش، آن‌ها را قادر ساخت تا پاسخ‌های عادتی و خودبه‌خودی به تجارب تنیدگی‌ها را کاهش دهند. درنهایت نگرش و بصیرت شخص گسترش پیدا می‌کند و مراجع وقایع غیرقابل تغییر زندگی را می‌پذیرد و درنتیجه فعال شدن پاسخ‌های هیجانی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

ناسازگارانه کاهش می‌یابد؛ بنابراین می‌توان گفت تمرینات ذهن آگاهی، خودآگاهی و هشیاری فیزیکی و شناختی را افزایش می‌دهد و این فراشناخت، سبب ارزیابی صحیح خود می‌شود و الگوهای معیوب قبلی افکار، خود سرزنشگری و احساسات می‌شکند و فرد بیشتر در زمان حال زندگی می‌کند و فرآیندهای شناختی جدید مانند قدرت تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی تسهیل می‌شود و فرد حالات مثبت ذهنی را تجربه خواهد کرد. ازاین‌رو، آرامش جسمی و روانی در وی به وجود می‌آید و فرد کمتر در برابر شرایط تنش‌زا به‌صورت شتاب‌زده عمل کرده و از فاجعه نمایی پرهیز می‌کند و به‌جای آن سعی در پذیرش و برنامه‌ریزی برای حل مسئله به وجود آمده با انتخاب بهترین راه‌حل می‌نماید. علاوه بر این، بر اساس متون ذهن آگاهی، افراد ذهن آگاه مسائل و رویدادها را قضاوت نمی‌کنند، صبور هستند، به رویدادها و مسائل پیشرو طوری نگاه می‌کنند که گویی برای نخستین بار با آن‌ها روبه‌رو شده‌اند؛ به‌عبارت‌دیگر، به‌جای این‌که بی‌تفاوت نسبت به هر رویدادی بگذرند و یا بر اساس تجارب قبلی، واکنش زیادی از خود نشان بدهند، سعی می‌کنند که هر بار به رویدادها به شیوه جدید بنگرند، به خودشان و احساساتشان اعتماد دارند، خود را همان‌گونه که هستند می‌پذیرند و واقعیات درونی و بیرونی را بدون تحریف ادراک می‌کنند، توانایی زیادی در مواجهه با انبوهی از تفکرات و هیجان‌ها دارند، به رویدادها با تفکر و تأمل پاسخ می‌دهند و در شناخت، مدیریت و حل مشکلات روزمره، تواناتر هستند (حسینی و همکاران، ۱۴۰۰). در این فرآیند آموزشی تجارب کسب‌شده توسط مراجعه‌کنندگان موجب آگاهی هیجانی گردید. آن‌ها یاد گرفتند که به‌جای سرکوب کردن هیجان‌های خود یا مغلوب شدن توسط آن‌ها، بر وجود هیجان‌های خود آگاه شوند و تلاش کنند تجربه خود را هرچه عمیق‌تر دریافت نمایند. در طول جلسات زنان به این درک رسیدند که هیجان‌ها نه الزاماً ترسناک هستند و نه پایدار؛ بنابراین می‌توان به‌جای گریز یا غرق شدن در آن‌ها، پیام پنهانی‌شان را درک کنند.

تقوی خیابانی و همکاران (۱۴۰۲) معتقدند ذهن آگاهی به فرد کمک می‌کند تا علاوه بر تغییر طرحواره‌های ذهنی، با انجام تمرینات جسمی و تکنیک‌های مختلف نیز، حالات ذهنی خود را تغییر داده و درواقع، به ویژگی‌های بدنی توجه دارد. لذا، عملیاتی‌تر بودن این رویکرد درمانی، می‌تواند تأثیرگذاری بیشتر در تغییر و تعدیل تنظیم هیجانی نسبت به طرحواره درمانی داشته باشد. به عبارتی، در تمرین‌های ذهن آگاهی، فرد به این نتیجه می‌رسد که وجود فکر، احساس، هیجان، عادت و واکنش‌های غیرارادی را در بدن نمی‌توان انکار کرد. یک فرد ذهن آگاه آن‌ها را انکار نمی‌کند بلکه با دلی باز و قلبی مطمئن به همه افکار، احساسات، هیجان‌ها، عادت‌ها و واکنش‌ها اجازه خودنمایی و عرض‌اندام می‌دهد. درمجموع، طبق پیشینه ذهن آگاهی و بررسی پروتکل درمانی آن نسبت به طرحواره درمانی، آنچه باعث مفید بودن ذهن آگاهی نسبت به طرحواره درمانی می‌شود این است که به‌کارگیری تکنیک‌های ذهن آگاهی باعث می‌شود تا افراد بتواند اختیار را تا حدودی به دست بگیرد. شاید از این رهگذر افراد بتوانند به پذیرش، شکیبایی، مدارا، لذت بردن و واقع‌بینی برسند. درواقع، در طرحواره درمانی، بیشتر بر روی ذهنیت افراد کار می‌شود اما در جلسات ذهن آگاهی علاوه بر تغییر ذهنیت، درمانگر به دنبال آرام کردن بیمار به لحاظ جسمی از طریق تکنیک‌های مراقبه‌ای نیز می‌باشد.

یافته‌های پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی منجر به کاهش تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به‌وسیله هیجان‌های منفی، افزایش ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش برای تسکین پریشانی در زنان دارای نشانه‌های وسواس فکری عملی شده است، اما بین دو گروه تفاوت معنادار وجود ندارد. از طرف دیگر میزان ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش برای تسکین پریشانی به‌طور معناداری افزایش و تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به‌وسیله هیجان‌های منفی به‌طور معناداری کاهش پیداکرده است. این یافته همسو با پژوهش خواجه‌زاده و صباحی (۱۴۰۰) است که نشان دادند درمان

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تحمل پریشانی تأثیرگذار است. همچنین با پژوهش صفری دیزج و پناه علی (۱۳۹۹) که بیانگر تأثیر طرحواره درمانی بر تحمل پریشانی بود، همسو است.

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی باید گفت که تحمل پریشانی به توانایی فرد برای تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی اشاره دارد (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). افراد فاقد راهبردهای انطباقی برای رویارویی با عاطفه منفی ذاتی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در تنظیم هیجان‌های منفی دچار مشکل می‌شوند و به‌مرورزمان ممکن است آن را غیرقابل‌تحمل درک کنند. طرحواره‌ها در اوایل دوران کودکی، مسلماً قبل از رشد مهارت‌های تحمل پریشانی ایجاد می‌شوند و طرحواره‌های ناسازگار ممکن است به‌نوبه خود بر تحمل فرد برای پریشانی تأثیر بگذارند؛ یعنی، طرحواره‌های ناسازگار در مورد خود، جهان و آینده ممکن است توسعه تحمل خوب برای پریشانی را تضعیف کند. از طرف دیگر، تحمل پریشانی ضعیف ممکن است احتمال استفاده از راهبردهای نظارتی ناسازگار (مانند اجتناب) را در پاسخ به محرک‌های برانگیخته پریشانی مرتبط با طرحواره‌های ناسازگار افزایش دهد (سیمونز و همکاران، ۲۰۱۸). بی‌اعتباری هیجان تجربه‌شده در دوران کودکی باعث ایجاد طرحواره‌های شناختی ناسازگار می‌شود. هنگامی‌که این بی‌اعتباری رخ می‌دهد، تجارب ناراحت‌کننده غیرقابل‌تحمل تلقی می‌شوند و ممکن است به رفتارهای ناسازگار کمک کنند. این مدل نشان می‌دهد که تحمل پریشانی ممکن است به‌طور قابل‌توجهی با طرحواره‌های شناختی ناسازگار مرتبط باشد (هورود و همکاران، ۲۰۲۰). لذا در تبیین یافته حاضر مبنی بر تأثیر آموزش مهارت‌های مبتنی بر طرحواره درمانی بر تحمل پریشانی می‌توان بیان نمود که مهارت‌های طرحواره درمانی با به کارگیری شناخت درمانی و جانشین نمودن راهکارهای مدیریتی هیجانی سازگارانه جهت برخورد با مشکلات زندگی، مشکلات بین فردی مزمن و بی‌ثباتی هیجانی را کاهش داده و از این طریق تنظیم هیجانی و شناختی را در فرد فعال می‌سازد (رنر[1] و همکاران، ۲۰۱۸). بهبود تنظیم شناختی نیز می‌تواند با بهبود پردازش ذهنی و شناختی زنان سبب شود تا قدرت مقابله‌ای و تحمل پریشانی آنان بهبود یابد. همچنین این درمان شرایطی را مهیا می‌سازد تا افراد از راهبردهای مقابله‌ای بهنجار و سازگارانه استفاده نماید. بهره‌گیری از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه با گسترش ظرفیت روانی و مهارت حل مسئله همراه بوده و این فرایند سبب بهبود تحمل پریشانی می‌شود، چراکه مهارت حل مسئله سبب می‌شود تا زنان اجتناب از مشکل و چالش را کنار نهاده و تلاش نمایند با این مهارت بر مشکلات فائق آیند. افزایش توان حل مسئله و قدرت مقابله نیز با بهبود تحمل پریشانی در این زنان همراه است. علاوه بر این می‌توان گفت که مهارت‌های مبتنی بر طرحواره درمانی بر پایه کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه بنا شده است (احمدزاده سامانی و همکاران، ۱۴۰۰).

از طرف دیگر تحمل پریشانی، توانایی درک شده یا واقعی برای مقاومت در برابر هیجان‌های منفی، نقش مهمی در مواجهه دارد و می‌تواند از طریق تمرین مکرر ایجاد شود. افراد دارای ذهن آگاهی بالا به دلیل توانایی آن‌ها در پاسخ به تنش بدتر از واکنش خودکار با اجتناب یا فرار، تحمل پریشانی بیشتری دارند و آموزشی که ذهن آگاهی را القا می‌کند، می‌تواند تحمل پریشانی افراد را افزایش دهد. نظریه‌های مختلفی در مورد مکانیسم‌های زیربنایی ذهن آگاهی وجود دارد. یکی از مکانیسم‌هایی که به‌طور مداوم توسط محققان مختلف پیشنهاد می‌شود، قرار گرفتن در معرض است. از طریق قرار گرفتن در معرض، افراد دارای ذهن آگاهی بالا تمایل دارند که از حالات منفی آگاه شوند بدون اینکه به‌طور خودکار با اجتناب یا فرار به آن‌ها واکنش نشان دهند و موضعی بدون قضاوت نسبت به تجارب هیجانی اتخاذ می‌کنند که می‌تواند منجر به سطوح بالاتر تحمل پریشانی شود (لی و همکاران، ۲۰۲۳). آموزش ذهن آگاهی موجب عدم محوریت ذهن فرد نسبت به الگوهای

1 Renner

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

فکری تکراری و همچنین کاهش نشخوار فکری که مشخصه تفکر زنان دارای نشانه‌های وسواس فکری عملی است می‌گردد. به این صورت که مهارت ذهن آگاهی افراد را متوجه افکار افسرده ساز خود می‌سازد و مجدداً افکار آن‌ها را به سایر جنبه‌های زمان حال، نظیر تنفس، راه رفتن هشیارانه یا صداهای محیطی، معطوف می‌سازد و از این طریق موجب ارتقا تحمل پریشانی می‌گردد (طلایری و باوی، ۱۴۰۲).

تحقیق حاضر ازلحاظ قلمرو مکانی محدود به زنان دارای وسواس فکری عملی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر مشهد بو و تعمیم‌پذیری این یافته‌ها به سایر گروه‌های دارای سایر اختلال‌های روانی، با محدودیت روبرو هست؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در جمعیت‌های دیگر مانند مردان و در شهرها گوناگون و با حجم نمونه بزرگ‌تر جهت تعمیم نتایج پژوهش انجام شود. درنهایت یافته‌های پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به زنان دارای نشانه‌های وسواس فکری عملی کمک می‌کند تا بتوانند به شکل مؤثری هیجان‌های خود را تنظیم و مدیریت کنند. لذا با توجه به اینکه هیجان‌ها نقشی اساسی در استمرار و تشدید این اختلال دارند، بنابراین پیشنهاد می‌شود درمانگران با استفاده از این روش درمانی، اثربخشی جلسات درمانی خود را افزایش دهند. همچنین پیشنهاد می‌شود که از این درمان‌ها در جلسات مشاوره‌ای، درمانی و آموزشی زنان دارای نشانه‌های وسواس فکری عملی بیشتر استفاده شود.

References

Ahmadi, S. S., & Sharei, A. (2023). A. The relationship between harmful use of mobile phones and emotional-behavioral problems in self-harming adolescents: with the mediation of self-control. *Journal of Research in Psychological Health*, *19*(3), 1-15.

Al-Ezzi, A., Kamel, N., Faye, I., Gunaseli, E.(2020). Review of EEG, ERP, and brain connectivity estimators as predictive biomarkers of social anxiety disorder. Front Psychol, 11, 730.

Ali Torabi, M.; and Mohammadian, A. (1401). The effectiveness of schema therapy on cognitive flexibility, obsession and depression in married women referring to Bahar Sari Counseling Center. The second national conference of new studies and findings in educational sciences, counseling and psychology in Iran.

Allah Vardi, N; Zarbakhsh, M.R.; Khalatbari, J.; and Rahmani, M.A. (1400). The effectiveness of integrated treatment package based on acceptance and commitment, mindfulness and schema therapy on interpersonal relationships in women and men with obsessive-compulsive disorder. Applied Family Therapy Quarterly, 2(4), 12-24.

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Text revision*.

American Psychiatric Association. (2023). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.; Text Revision; American Psychiatric Association: Washington, DC, USA.

Anaya, B., Vallorani, AM., & Pérez-Edgar, K.(2021). Individual dynamics of delta-beta coupling: using a multilevel framework to examine inter- and intraindividual differences in relation to social anxiety and behavioral inhibition. J Child Psychol Psychiatry, 62(6), 771-79.

Anayurt, A., & Yalçın, İ. (2021). Investigation of relations between emotion regulation, early maladaptive schemas, cognitive flexibility, and rumination. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, *29*(4), 194-204.

Armstrong, T., Zald, DH., & Olatunji, BO. (2021). Attentional control in OCD and GAD: Specificity and associations with core cognitive symptoms. Behaviour Research and Therapy, 49(11), 756-762.

Baljé, A., Greeven, A., van Giezen, A., Korrelboom, K., Arntz, A., & Spinhoven, P. (2016). Group schema therapy versus group cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

Crane, C.; Williams, J.M.G.(2010). Factors Associated with Attrition from Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Patients with a History of Suicidal Depression. *Mindfulness* , *1*, 10–20.

De la Fuente -Anuncibay, R. (2021). Anger Rumination and mindfulness: Mediating effects on forgiveness. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(5), 26- 68.

Dell'Osso, L., Nardi, B., Bonelli, C., Amatori, G., Pereyra, M. A., Massimetti, E., ... & Carpita, B. (2024). Autistic Traits as Predictors of Increased Obsessive–Compulsive Disorder Severity: The Role of Inflexibility and Communication Impairment. Brain Sciences, 14(1), 64.

Etruscan, A. (2015). The relationship between attachment style and social anxiety: An investigation with Turkish University student. Social Behavior & Personality, 37 (6), 835-844.

Eugene Graves, M. (2016). Relationship of family variables, cognitive triad and depressive symptoms in pre –and early adolescent girls, Doctoral dissertation, Austin University.

Farzin Far, Kazem, Nejat, Hamid, Dostkam, Mohsen, and Touzandeh Jani, Hassan. (2019). Comparison of the efficacy of schema therapy and the integrated cognitive-speech approach on emotional regulation and distress tolerance of people with stuttering. Ibn Sina Clinical Medicine Journal (Scientific Journal of Hamedan University of Medical Sciences and Health Services), 27(4 (series 98)), 239-252.

Ghasemi, Fatemeh, Mowahdi, Yazdan (1401). The effectiveness of schema therapy on rumination, cognitive fusion, cognitive avoidance and neurocognitive processing in couples applying for divorce. Journal of rehabilitation research in nursing. 9 (1): 64-74

Goodyear, I. M., Herbert, I., Templin, A., Sachar, S. M, & Pearson, J. (2013). Short-term outcome of major depression: II. Life events, family dysfunction, and friendship difficulties as predictors of persistent disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36(4), 474-480.

Harrewijn, A., van der Molen, MJW., van Vliet, IM., Houwing-Duistermaat, JJ., & Westenberg, P.M. (2018). Delta-beta correlation as a candidate endophenotype of social anxiety: A two-generation family study. J Affect Disord; 227, 398-405.

with comorbid avoidant personality disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *17*, 1-13.

Beadle, D.C. (2015). Anxiety disorders in encyclopedia of psychology. Oxford University press.

Behzadpour, S.; Motahari, Z.S. and Sohrabi, F. (1402). Prediction of rumination based on social and emotional adaptation in patients with obsessive compulsive disorder. Knowledge and Research in Applied Psychology, 16(4), 53-60.

Blanco-Vieira, T.; Radua, J.; Marcelino, L.; Bloch, M.; Mataix-Cols, D.; do Rosário, M.C.(2023) The genetic epidemiology of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. Transl. Psychiatry , 13, 230

Bogusch, LM., & O'Brien, WH.(2019). The effects of mindfulness -based interventions on diabetes -related distress, quality of life, and metabolic control among persons with diabetes: a meta -analytic review. Behavioral Medicine, 45(1), 19 -29.

Cejudo, J., Rodrigo-Ruiz, D., López-Delgado, M.L., & Losada, L. (2018). Emotional intelligence and its relationship with levels of social anxiety and stress in adolescents. Int J Environ Res Public Health, 15(6), 1073.

Chien, W., Tse, M.K., Chan, H.Y.L., Cheng, H.Y., & Chen, L.(2022). Is mindfulness-based intervention an effective treatment for people with obsessive-compulsive disorder? A systematic review and meta-analysis. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 32(1). 1-14.

Cladder-Micus, M. B., Vrijsen, J. N., Fest, A., Spijker, J., Donders, A. R. T., Becker, E. S., & Speckens, A. E. (2023). Follow-up outcomes of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) for patients with chronic, treatment-resistant depression. *Journal of Affective Disorders*, *335*, 410-417.

Clark, D. A. (2022). Cognitive-behavioral theory and treatment of obsessive compulsive disorder. In R. L. Leahy (Ed.), Contemporary cognitive therapy: Theory, research and practice. New York: Guilford Press.

Colombo, D., Serino, S., Suso-Ribera, C., Fernández-Álvarez, J., Cipresso, P., García-Palacios, A., Riva, G. & Botella, C. (2021). The Moderating Role of Emotion Regulation in the Recall of Negative Autobiographical Memories. Int. J. Environ. Res. Public Health, 18, 7122.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

Heapy, C., Norman, P., Cockayne, S., & Thompson, A. R. (2023). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for social anxiety symptoms in people living with alopecia areata: a single-group case-series design. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *51*(5), 381-395.

Hertenstein, E., Rose, N., Voderholzer, U., Heidenreich, T., Nissen, C., Thiel, N., Herbst, N., & Külz, A. K. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder–A qualitative study on patients' experiences. BMC psychiatry, 12(1), 1-10.

Hofmann, S. G., & Gómez, A. F. (2017). Mindfulness-based interventions for anxiety and depression. *Psychiatric clinics*, *40*(4), 739-749.

Hosseini, S.; Ghasemi Mutlaq, M.; Ismaili Shad, b; and Mahdian, H. (1401). The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on the difficulty of emotion regulation in patients with obsessive-compulsive disorder. Journal of clinical and counseling psychology research, 11(2), 1-23.

Jafari, Salem, Kurd Tamini, Bahman, Kehrazai, Farhad (1401). Comparison of the effectiveness of three schema therapy approaches, seasonal skills and acceptance and commitment-based therapy on reducing depression and mental rumination in women with cancer in Shiraz city. Journal of the Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences. 65 (2): 838-853.

Javadi, N. (1402). The effectiveness of cognitive behavioral therapy based on the Islamic approach on anxiety and psychological well-being in patients with obsessive-compulsive disorder. The first international conference of psychology, social sciences, educational sciences and philosophy, Babol.

Jodki Helia, Thabit Mehrdad, Ahadi Hassan (1400). The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on rumination and fatigue in patients with uterine cancer. Journal of rehabilitation research in nursing. 8 (2): 1-11

Keener, G. I., & Miller, I. W. (2017). Family functioning and major depression: An overview. American Journal of Psychiatry, 147 (41), 1128-1137.

Khadim, p.; Fakhri, M.K.; and Emadian, S.A. (1402). The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on rumination, perfectionism and thought-action fusion of women with obsessive-compulsive disorder. Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies, 4 (4), 5-12.

Khalafzadeh, M. (1402). The effectiveness of ACT acceptance and commitment therapy on reducing health concerns, irrational beliefs, and mental involvement in obsessive compulsive patients. Monthly New Developments in Psychology, Educational Sciences and Education, 6(60), 110-125.

Khosravi, M.; Mehrabi, H.A.; and Azizi Moghadam, M. (2019). A comparative study of rumination components in depressed patients, obsessive compulsive patients and normal people. Scientific Journal of Semnan University of Medical Sciences, 10(1), 65-72.

Koszycki, D., Guérin, E., DiMillo, J., & Bradwejn, J. (2021). Randomized trial of cognitive behaviour group therapy and a mindfulness-based intervention for social anxiety disorder: Preliminary findings. *Clinical psychology & psychotherapy*, *28*(1), 200-218.

Kuo, J. R., Zeifman, R. J., Morrison, A. S., Heimberg, R. J., Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2021). The moderating effects of anger suppression and anger expression on cognitive behavioral group therapy and mindfulnessbased stress reduction among individuals with social anxiety disorder. Journal of Affective Disorders, 285, 127-135.

Lubbers, J., Geurts, D., Hanssen, I., Huijbers, M., Spijker, J., Speckens, A., & Cladder-Micus, M. (2022). The effect of mindfulness-based cognitive therapy on rumination and a task-based measure of intrusive thoughts in patients with bipolar disorder. *International Journal of Bipolar Disorders*, *10*(1), 22.

Malinowski, P. (2013). Neural mechanisms of attentional control in mindfulness meditation. *Frontiers in neuroscience*, *7*, 35772.

Mohammadi Masiri, F; and Moradi, Kh. (2017). Investigating family functioning and social anxiety disorder: the mediating role of dysfunctional beliefs and social skills. Journal of Applied Counseling, 8(1), 97-114.

Mohammadi, F; Mirzai, M.; Soltani, N; and Fadai, M. (1400). The effectiveness of schema therapy on mental rumination and anxiety in obsessive-compulsive patients. Journal of the Faculty of Medicine of Mashhad University of Medical Sciences, 62(6), 1959-1945.

Monforton, J. (2015). COUNTERFACTUAL THINKING AND REPETITIVE THOUGHT

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

IN SOCIAL ANXIETY (Doctoral dissertation, Ryerson University).

Mouchan, R., Bahmani, B., & Askari, A. (2016). The Effectiveness of Schema Therapy on Reducing Symptoms of Emotional Breakdown. *Health Sciences*, *5*(9S), 1-11.

Movahdi, Z; Pasha, R.; Bakhtiarpour, S.; and Askari, P. (1400). Comparing the effectiveness of cognitive therapies based on mindfulness and acceptance and commitment on perceived stress in women with social anxiety disorder. Women and Society Quarterly, 12(46), 121-134.

Nelemans, SA., Keijsers, L., & Colpin, H.(2020). Transactional links between social anxiety smptoms and parenting across adolescence: Between- and within-person associations. Child Dev, 91(3), 814-28.

Pampaloni, I.; Marriott, S.; Pessina, E.; Fisher, C.; Govender, A.; Mohamed, H.; Chandler, A.; Tyagi, H.; Morris, L.; Pallanti, S.(2022). The global assessment of OCD. Compr. Psychiatry , 118, 152342.

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.

Penney, E. S., & Norton, A. R. (2022). A novel application of the schema therapy mode model for social anxiety disorder: A naturalistic case study. *Clinical Case Studies*, *21*(1), 34-47.

Reichenberger, J., Wiggert, N., Wilhelm, FH., Liedlgruber, M., Voderholzer, U., & Hillert, A. (2021). Fear of negative and positive evaluation and reactivity to social-evaluative videos in social anxiety disorder. Behav Res Ther, 116(1), 40-8.

Riquelme-Marin, A., Rosa-Alcazar, A.I. & Ortigosa-Quiles, J.M. (2022). Mindfulness-based psychotherapy in patients with obsessive-compulsive disorder: A meta-analytical Study. Retrieved from https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1697260022000308.

Roediger, E., Stevens, B. A., & Brockman, R. (2018). Contextual schema therapy: An integrative approach to personality disorders, emotional dysregulation, and interpersonal functioning. New Harbinger Publications.

Soltani, N; Mohammadi Froud, h. (2018). The effectiveness of mindfulness training on mental rumination and social anxiety of obsessive-compulsive women. Journal of Psychological Science, 18(77), 617-625.

Swee, MB., Hudson, C.C., & Heimberg, R.G.(2021). Examining the relationship between shame and social anxiety disorder: a systematic review. Clin Psychol Rev, 1(90), 102088.

Talakoob, M.; Moghadzadeh Behbahani, m. (1401). Investigating the effect of cognitive therapy based on mindfulness on reducing rumination and emotion regulation in married women. The fifth international conference on interdisciplinary studies of health sciences, psychology, management and educational sciences.

Templin, A., & Goodyear, I. M. (2022). Family functioning in adolescents at high and low risk for major depressive disorder. European Child & Adolescent Psychiatry, 10 (3), 170-179.

Tseng, H. W., Chou, F. H., Chen, C. H., & Chang, Y. P. (2023). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on major depressive disorder with multiple episodes: a systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, *20*(2), 1555.

Tuzandeh Jani, H; Ahadi, H; Delavar, A; and Azad, H. (2013). Investigating the relative efficiency of cognitive-behavioral, pharmaceutical techniques and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 11(4) (series 34), 33-39.

Vonderlin, R., Biermann, M., Bohus, M., & Lyssenko, L.(2020). Mindfulness -based programs in the workplace: a meta -analysis of randomized controlled trials. Mindfulness, 11(7), 1579 -98.

Yagoubi, S; and Amin, A. (1401). The effectiveness of schema therapy on reducing the symptoms and improving the symptoms of obsessive-compulsive disorder. The fifth international conference on interdisciplinary studies of health sciences, psychology, management and educational sciences.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]