



Journal Website

Article history:
Received 10 April 2026
Revised 24 May 2026
Accepted 31 May 2026
Initial Publication 09 June 2026
Final Publication 21 March 2027

Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 6, Issue 1, pp 1-19



E-ISSN: 2981-1759

Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Transdiagnostic Therapy on Obsessive-Compulsive Beliefs in Adolescent Boys with Obsessive-Compulsive Disorder

Elham. Asvadi¹, Afsaneh. Khajevandkhoshli^{1*}, Samaneh. Farnia², Elnaz. Pourahmadi³

¹ Department of Psychology, Go.C., Islamic Azad University, Gorgan, Iran

² Department of Psychiatry, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, School of Medicine, Addiction Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ Department of Psychology, Bg.C., Islamic Azad University, Bandar Gaz, Iran

* Corresponding author email address: a.khajevand@iau.ac.ir

Article Info

Article type:

Original Research

How to cite this article:

Asvadi, E., Khajevandkhoshli, A., Farnia, S., & Pourahmadi, E. (2027). Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Transdiagnostic Therapy on Obsessive-Compulsive Beliefs in Adolescent Boys with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 6(1), 1-19.



© 2027 the authors. Published by Maher Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

ABSTRACT

Objective: The present study aimed to develop a structural model for predicting asthma symptom control based on self-compassion with the mediating role of emotion regulation in patients with asthma.

Methodology: This descriptive–correlational study using path analysis was conducted on 153 patients with asthma who attended clinics and hospitals in Tehran in 2023. Participants were selected through purposive sampling. Data collection instruments included the Asthma Control Test (ACT), the Self-Compassion Scale, and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Data were analyzed using Pearson correlation and path analysis through SPSS-24 and AMOS-24 software. Model fit was assessed using χ^2/df , CFI, GFI, AGFI, and RMSEA indices.

Findings: The results demonstrated that self-compassion had a positive and significant relationship with asthma symptom control ($\beta=0.486$, $p<0.001$). Adaptive emotion regulation strategies positively predicted asthma symptom control ($\beta=0.354$, $p<0.001$), whereas maladaptive emotion regulation strategies negatively predicted symptom control ($\beta=-0.188$, $p=0.002$). The indirect effect of self-compassion on asthma symptom control through emotion regulation was also significant ($\beta=0.065$, $p=0.041$). Model fit indices indicated an acceptable fit between the proposed model and the collected data ($\chi^2/df=1.69$, CFI=0.987, GFI=0.993, AGFI=0.895, RMSEA=0.066). Moreover, the study variables explained 44% of the variance in asthma symptom control.

Conclusion: The findings indicated that self-compassion and emotion regulation play substantial roles in asthma symptom control, and emotion regulation—particularly maladaptive strategies—mediates the relationship between self-compassion and asthma symptom control. Therefore, incorporating psychological interventions aimed at enhancing self-compassion and improving adaptive emotion regulation strategies may contribute to better asthma management and treatment outcomes among patients with asthma.

Keywords: Obsessive-compulsive beliefs, Schema therapy, Transdiagnostic therapy, Obsessive-compulsive disorder, Adolescents

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is considered one of the most debilitating psychological disorders during adolescence due to its chronic nature, high comorbidity, and negative impact on emotional, social, academic, and interpersonal functioning. Adolescence is a developmental stage characterized by emotional instability, cognitive transitions, identity formation, and increased vulnerability to anxiety-related disorders. In this period, obsessive thoughts and compulsive behaviors may interfere with adaptive functioning and reduce psychological well-being. OCD in adolescents is often accompanied by excessive responsibility beliefs, perfectionism, intolerance of uncertainty, and maladaptive emotional responses that reinforce obsessive-compulsive symptoms over time (Sharma et al., 2021). Research has shown that untreated obsessive-compulsive symptoms during adolescence may persist into adulthood and contribute to long-term psychosocial impairment (Storch et al., 2019).

One of the central constructs associated with OCD is obsessive beliefs. Obsessive beliefs refer to dysfunctional cognitive assumptions regarding danger, uncertainty, responsibility, thought control, and the importance of intrusive thoughts. Adolescents with obsessive-compulsive symptoms often perceive intrusive thoughts as threatening and unacceptable and attempt to neutralize them through compulsive behaviors. Such maladaptive interpretations increase anxiety and maintain the obsessive-compulsive cycle. Previous studies have emphasized the significant role of intolerance of uncertainty and cognitive rigidity in the development of obsessive beliefs among adolescents (Wong & Caporino, 2022). Furthermore, emotional dysregulation, experiential avoidance, and rumination have been identified as important mediating variables linking maladaptive schemas to obsessive-compulsive symptoms (Nazari et al., 2022).

Schema theory provides a comprehensive explanation for the formation and persistence of maladaptive beliefs and emotional patterns. According to schema theory, early maladaptive schemas are broad and pervasive cognitive-emotional patterns formed during childhood and adolescence through adverse interpersonal experiences. These schemas influence individuals' perceptions of themselves, others, and the environment and may become activated during stressful situations. Research suggests that maladaptive schemas such as vulnerability to harm, unrelenting standards, shame, and mistrust are strongly associated with obsessive-compulsive symptoms (Hawke & Provencher, 2021). Schema therapy aims to identify and modify these maladaptive schemas through cognitive, experiential, emotional, and behavioral interventions.

Several studies have demonstrated the effectiveness of schema therapy in reducing obsessive-compulsive symptoms and related dysfunctional beliefs. (Aflakian et al., 2020) reported that schema-based interventions significantly improved obsessive-compulsive symptoms and showed favorable outcomes compared to cognitive-behavioral therapy. Similarly, (Hertenstein et al., 2022) demonstrated that schema therapy combined with exposure and response prevention was effective in reducing OCD symptoms and improving emotional functioning. In Iranian studies, schema therapy concepts were found to reduce cognitive avoidance and intolerance of ambiguity in adolescents with obsessive-compulsive symptoms (Ghasemi & Visani, 2024). Moreover, maladaptive schemas were shown to be significantly associated with obsessive-compulsive symptoms among adolescents, and individual schema therapy contributed to symptom reduction (Sohani & Mahmoudi, 2025). These findings suggest that obsessive beliefs are deeply

rooted in maladaptive schema structures and may be effectively modified through schema-focused interventions.

Alongside schema therapy, transdiagnostic treatment approaches have received increasing attention in recent years. Transdiagnostic treatments focus on shared psychological mechanisms underlying emotional disorders rather than disorder-specific symptoms. The Unified Protocol developed by Barlow and colleagues emphasizes emotional regulation, cognitive flexibility, reduction of experiential avoidance, and adaptive responses to emotional experiences (Barlow et al., 2021). From a transdiagnostic perspective, OCD shares several common mechanisms with anxiety and mood disorders, including intolerance of uncertainty, emotional avoidance, repetitive negative thinking, and maladaptive cognitive appraisals (Gillan et al., 2023).

The effectiveness of transdiagnostic interventions has been supported in various populations. Preventive transdiagnostic interventions have been found effective for adolescents at high risk of anxiety and depressive disorders (Lopez et al., 2023). Additionally, integrated transdiagnostic treatment significantly reduced psychological distress and alexithymia in adolescent girls with OCD (Mohammadi Kamsorkh et al., 2025). Other studies have also reported improvements in emotional regulation and cognitive flexibility following transdiagnostic treatment (Nasri et al., 2021). Furthermore, transdiagnostic cognitive-behavioral therapy improved psychosocial adjustment among patients with OCD and comorbid emotional disorders (Bytamar, 2023). These findings highlight the therapeutic potential of transdiagnostic approaches for adolescents experiencing obsessive-compulsive symptoms and emotional dysregulation.

Despite growing evidence supporting both schema therapy and transdiagnostic treatment, limited studies have directly compared these two interventions among adolescent boys with OCD, particularly within Iranian cultural contexts. Since schema therapy targets deep-rooted maladaptive cognitive-emotional structures while transdiagnostic therapy primarily focuses on common emotional regulation processes, comparing their effectiveness on obsessive beliefs appears clinically and theoretically valuable. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of schema therapy and transdiagnostic therapy on obsessive beliefs in adolescent boys with obsessive-compulsive disorder.

Methods and Materials

The present study employed a quasi-experimental design with pre-test, post-test, control group, and three-month follow-up. The statistical population consisted of adolescent boys aged 14 to 16 years diagnosed with obsessive-compulsive disorder who had referred to psychological clinics in Sari, Iran, during the academic year 2024–2025. Participants were selected using purposive sampling based on inclusion and exclusion criteria. Inclusion criteria included obtaining a score above the cut-off point on the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, confirmation of OCD diagnosis through structured clinical interviews according to DSM-5-TR criteria, psychiatrist confirmation, and absence of severe physical illnesses. Exclusion criteria included unwillingness to continue participation and absence from more than two treatment sessions.

A total of 45 adolescent boys meeting the criteria were selected and randomly assigned into three equal groups: schema therapy, transdiagnostic therapy, and control group. Data collection tools included the Obsessive Beliefs Questionnaire-Child Version and the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. After administering the pre-test, the experimental groups received their respective interventions in eight weekly sessions lasting 90 minutes each over two months, while the control group received no

psychological intervention during the same period. Following the completion of interventions, post-tests were administered, and a three-month follow-up assessment was conducted.

The schema therapy intervention was based on Young's schema therapy model and included psychoeducation regarding maladaptive schemas, identification of schema domains, recognition of maladaptive coping responses, schema assessment, cognitive restructuring, behavioral pattern breaking, emotional awareness, imagery techniques, and healthy behavior training. The transdiagnostic intervention was based on Barlow's Unified Protocol and included psychoeducation, emotional awareness training, cognitive reappraisal, identification of emotional avoidance patterns, interoceptive exposure, emotional exposure, enhancement of emotional tolerance, emotional expression strategies, and relapse prevention techniques.

Data were analyzed using SPSS version 27. Descriptive statistics including means and standard deviations were calculated. Repeated measures analysis of variance was used to examine within-group and between-group differences across pre-test, post-test, and follow-up stages. Bonferroni post-hoc tests and Tukey tests were also conducted to compare treatment effects.

Findings

The findings demonstrated that the mean scores of obsessive beliefs and all related subscales decreased significantly in both experimental groups during the post-test and follow-up stages compared to the control group. Repeated measures analysis of variance indicated significant effects for treatment stages, group membership, and the interaction between group and treatment stages. Significant differences were observed between pre-test and post-test scores as well as between pre-test and follow-up scores in obsessive beliefs and all subcomponents, including overestimation of threat, perfectionism, importance of thoughts, and need for thought control.

Bonferroni post-hoc analysis revealed that the reductions observed during post-test remained stable during the follow-up stage, as no significant differences were found between post-test and follow-up scores. These findings indicate the durability of treatment effects over time.

Furthermore, Tukey post-hoc comparisons demonstrated that schema therapy produced significantly greater reductions in obsessive beliefs compared to transdiagnostic therapy. The superiority of schema therapy was particularly evident in the dimensions of perfectionism, exaggerated importance of thoughts, and need for thought control. However, no statistically significant difference was observed between the two interventions regarding the overestimation of threat subscale.

Overall, both schema therapy and transdiagnostic therapy were effective in reducing obsessive beliefs among adolescent boys with OCD, although schema therapy demonstrated stronger therapeutic outcomes.

Discussion and Conclusion

The present study aimed to compare the effectiveness of schema therapy and transdiagnostic therapy on obsessive beliefs in adolescent boys with obsessive-compulsive disorder. The findings demonstrated that both interventions significantly reduced obsessive beliefs and related maladaptive cognitive patterns. However, schema therapy produced greater improvements compared to transdiagnostic therapy.

The effectiveness of schema therapy may be explained by its emphasis on identifying and modifying early maladaptive schemas underlying obsessive beliefs. Adolescents with OCD often experience maladaptive beliefs related to vulnerability, perfectionism, guilt, shame, and excessive

responsibility. Schema therapy directly targets these deep-rooted emotional-cognitive structures rather than focusing solely on symptom management. Through experiential techniques, emotional processing, imagery rescripting, and behavioral change strategies, adolescents become capable of reconstructing dysfunctional meanings associated with intrusive thoughts and compulsive behaviors. Consequently, obsessive beliefs gradually lose their emotional intensity and cognitive rigidity.

In contrast, transdiagnostic therapy focuses primarily on emotional regulation processes and common psychological mechanisms shared across emotional disorders. By reducing experiential avoidance, increasing emotional awareness, improving cognitive flexibility, and promoting adaptive coping responses, transdiagnostic treatment helps adolescents respond more effectively to distressing thoughts and emotions. This explains the significant reductions observed in obsessive beliefs following transdiagnostic intervention. Nevertheless, because this approach focuses more on current emotional processes rather than deep developmental schemas, its impact on deeply rooted obsessive beliefs may be relatively less extensive than schema therapy.

The stability of treatment effects during follow-up suggests that both interventions provided adolescents with sustainable cognitive and emotional coping strategies. Schema therapy likely achieved stability through restructuring maladaptive schemas, while transdiagnostic therapy promoted long-term emotional regulation skills and reduced maladaptive avoidance behaviors. The absence of significant differences between post-test and follow-up assessments supports the durability of both interventions in reducing obsessive beliefs among adolescents with OCD.

Overall, the findings suggest that both schema therapy and transdiagnostic therapy are effective psychological interventions for adolescent boys with obsessive-compulsive disorder. However, schema therapy appears to exert deeper and more enduring effects on obsessive beliefs due to its focus on underlying maladaptive schemas and emotional experiences. These findings highlight the importance of integrating schema-focused and emotional regulation approaches into psychological interventions for adolescents with OCD and may provide valuable implications for clinicians, counselors, and mental health professionals working with adolescent populations.



مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان فراتشخیصی بر عقاید وسواسی پسران نوجوان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی

الهام اسودی^۱، افسانه خواجهوند خوشلی^{۱*}، سمانه فرنیآ^۲، الناز پوراحمدی^۳

۱. گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران
۲. گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشکده علوم پزشکی، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. گروه روانشناسی، واحد بندر گز، دانشگاه آزاد اسلامی، بندر گز، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول: a.khajevand@iaau.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله

پژوهشی اصیل

نحوه استناد به این مقاله:

اسودی، الهام،، خواجهوند خوشلی، افسانه،، فرنیآ، سمانه، و پوراحمدی، الناز. (۱۴۰۶). مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان فراتشخیصی بر عقاید وسواسی پسران نوجوان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی. *پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی*، ۶(۱)، ۱-۱۹.



© ۱۴۰۶ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان فراتشخیصی بر عقاید وسواسی پسران نوجوان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی بود. **روش‌شناسی:** این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، گروه کنترل و پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری شامل نوجوانان پسر ۱۴ تا ۱۶ ساله مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی مراجعه‌کننده به مراکز روان‌شناسی شهر ساری در سال ۱۴۰۴ بود. تعداد ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره شامل طرحواره‌درمانی، درمان فراتشخیصی و کنترل جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه عقاید وسواسی کودک و نوجوان و مقیاس بیل-براون بود. مداخله‌های درمانی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد و داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS-۲۷ تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در نمرات عقاید وسواسی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.01$). همچنین تعامل گروه و مراحل درمان معنادار بود که بیانگر اثربخشی هر دو مداخله در کاهش عقاید وسواسی نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی است. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد تفاوت بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و نیز پیش‌آزمون با پیگیری معنادار است، اما تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود که نشان‌دهنده پایداری اثر درمان‌ها است. علاوه بر این، نتایج آزمون توکی نشان داد طرحواره‌درمانی در مقایسه با درمان فراتشخیصی اثربخشی بیشتری بر کاهش عقاید وسواسی و خرده‌مقیاس‌های آن داشته است. **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های پژوهش، هر دو رویکرد طرحواره‌درمانی و درمان فراتشخیصی در کاهش عقاید وسواسی نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی مؤثر بودند، اما طرحواره‌درمانی تأثیر عمیق‌تر و پایدارتری نشان داد. بنابراین می‌توان از این دو رویکرد در مراکز مشاوره و درمان اختلال وسواس نوجوانان بهره گرفت و طرحواره‌درمانی را به عنوان مداخله‌ای مؤثرتر مدنظر قرار داد.

کلیدواژه‌گان: عقاید وسواسی، طرحواره‌درمانی، درمان فراتشخیصی، اختلال وسواس فکری-عملی، نوجوانان



مقدمه

در دهه‌های اخیر، بیماری‌های مزمن تنفسی به یکی از مهم‌ترین چالش‌های نظام سلامت جهانی تبدیل شده‌اند و در این میان، آسم به‌عنوان یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن غیرواگیر، سهم قابل‌توجهی در بار بیماری‌ها، کاهش کیفیت زندگی و افزایش هزینه‌های درمانی دارد. آسم نه‌تنها عملکرد فیزیولوژیک دستگاه تنفسی را مختل می‌کند، بلکه ابعاد روانشناختی، اجتماعی و هیجانی زندگی فرد را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. شواهد نشان می‌دهد که شیوع آسم در سطح جهانی همچنان در حال افزایش است و میلیون‌ها نفر در سراسر جهان با پیامدهای جسمانی و روانی آن زندگی می‌کنند (Ocampo et al., 2022). در ایران نیز مطالعات ملی نشان داده‌اند که شیوع آسم در بزرگسالان قابل‌توجه بوده و روند افزایشی آن به یکی از نگرانی‌های حوزه سلامت عمومی تبدیل شده است (Fazlollahi et al., 2018). افزون بر این، تفاوت‌های جنسیتی و عوامل هورمونی نیز در شدت و بروز علائم آسم نقش دارند و زنان در سنین بزرگسالی معمولاً شدت بیشتری از علائم بیماری را تجربه می‌کنند (Leynaert et al., 2023). با وجود پیشرفت‌های دارویی و درمانی، بخش قابل‌توجهی از بیماران همچنان در کنترل علائم بیماری ناتوان هستند و این مسئله نشان می‌دهد که عوامل غیرزیستی و روانشناختی نیز در فرایند کنترل بیماری نقش تعیین‌کننده‌ای دارند (Przybyszowski et al., 2022).

آسم کنترل‌نشده با پیامدهای منفی متعددی از جمله اختلال در عملکرد روزمره، محدودیت فعالیت‌های اجتماعی، افت کیفیت خواب، خستگی مزمن و کاهش کیفیت زندگی همراه است (Valero-Moreno et al., 2023). همچنین افراد مبتلا به آسم در مقایسه با جمعیت عادی سطوح بالاتری از اضطراب، افسردگی و پریشانی روانشناختی را تجربه می‌کنند (Cunha et al., 2023). مطالعات نشان داده‌اند که علائم سلامت روان با رضایت پایین‌تر بیماران از فرایند درمان و مراقبت‌های پزشکی ارتباط دارد و می‌تواند خودمدیریتی بیماری را مختل سازد (Lor et al., 2023). از سوی دیگر، دشواری در سازگاری با بیماری و نگرانی مداوم از حملات تنفسی، فشار روانی قابل‌توجهی را بر بیماران تحمیل می‌کند. در چنین شرایطی، بررسی متغیرهای روانشناختی مؤثر بر کنترل علائم آسم اهمیت ویژه‌ای می‌یابد. پژوهش‌های جدید نشان داده‌اند که عوامل شناختی و هیجانی نه‌تنها در تجربه ذهنی بیماری، بلکه در پیروی درمانی، مصرف دارو، و مدیریت علائم نیز نقش دارند (Sangngam et al., 2023). به همین دلیل، رویکردهای نوین سلامت بر ضرورت توجه هم‌زمان به ابعاد جسمانی و روانشناختی بیماری‌های مزمن تأکید دارند.

یکی از سازه‌های مهم روانشناختی که در سال‌های اخیر توجه گسترده‌ای را به خود جلب کرده، شفقت به خود است. شفقت به خود به معنای نگرش مهربانانه، پذیرنده و غیرقضاوت‌گرانه فرد نسبت به خود در مواجهه با رنج، ناکامی و دشواری‌هاست. افراد دارای شفقت به خود بالا، در شرایط دشوار به‌جای سرزنش خود، نگرشی حمایت‌گرانه و واقع‌بینانه نسبت به خویشتن اتخاذ می‌کنند و همین امر موجب کاهش فشار روانی و افزایش سازگاری می‌شود (Finlay-Jones, 2017). شفقت به خود به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم تنظیم هیجانی شناخته می‌شود و پژوهشگران آن را عاملی محافظت‌کننده در برابر اضطراب، افسردگی و فرسودگی روانی معرفی کرده‌اند (Hughes et al., 2021). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شفقت به خود با سلامت جسمانی، خودتنظیمی، رفتارهای ارتقادهنده سلامت و پیروی درمانی رابطه مثبت دارد (Semenchuk et al., 2022). همچنین، شفقت به خود می‌تواند انعطاف‌پذیری روانشناختی را افزایش داده و شدت هیجانات منفی را کاهش دهد (Berryhill et al., 2018).

مطالعات انجام‌شده در زمینه بیماری‌های مزمن نشان داده‌اند که شفقت به خود نقش مؤثری در کاهش علائم جسمانی و روانشناختی بیماران دارد. برای مثال، مداخلات مبتنی بر شفقت به خود در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر موجب کاهش علائم بیماری و بهبود سازگاری روانشناختی شده است (Ahmadi et al., 2020). همچنین در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، شفقت به خود با کاهش علائم روانشناختی



و بهبود کیفیت زندگی همراه بوده است (Firouzkouhi et al., 2022). پژوهش‌ها در بیماران مبتلا به درد مزمن نیز نشان داده‌اند که این افراد در مقایسه با افراد سالم سطوح پایین‌تری از شفقت به خود و سطوح بالاتری از اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند (Narimani et al., 2020). افزون بر این، شفقت به خود با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس رابطه مثبت دارد (Mohammadpour, 2021). فراتحلیل‌ها نیز تأیید کرده‌اند که مداخلات مبتنی بر شفقت به خود می‌توانند درد، استرس و علائم روانشناختی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن را کاهش دهند (Mistretta & Davis, 2021). در همین راستا، پژوهشگران نشان داده‌اند که شفقت به خود با رفتارهای سلامت‌محور، خودکنترلی و مسئولیت‌پذیری در قبال درمان ارتباط دارد (Oussedik et al., 2019).

از سوی دیگر، تنظیم هیجان به‌عنوان یکی از فرایندهای اساسی روانشناختی در سلامت جسم و روان شناخته می‌شود. تنظیم هیجان به مجموعه‌ای از فرایندهای شناختی و رفتاری اشاره دارد که افراد برای مدیریت، تعدیل یا تغییر تجربه‌های هیجانی خود به کار می‌گیرند (Deperrois & Combalbert, 2022). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اختلال در تنظیم هیجان با طیف گسترده‌ای از مشکلات روانشناختی و جسمانی مرتبط است و در بیماری‌های مزمن نقش مهمی ایفا می‌کند (Wierenga et al., 2017). افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن معمولاً در مواجهه با استرس‌های مرتبط با بیماری، از راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجان استفاده می‌کنند و همین مسئله موجب تشدید علائم بیماری و کاهش کیفیت زندگی آنان می‌شود. در بیماران مبتلا به آسم نیز شواهد قابل توجهی از نقش تنظیم هیجان در کنترل علائم بیماری وجود دارد. برای مثال، اختلال در تنظیم هیجان با مصرف بیش از حد داروهای استنشاقی کوتاه‌اثر و افزایش استفاده از خدمات اورژانسی پزشکی در بیماران مبتلا به آسم ارتباط دارد (Green, 2021).

مطالعات انجام‌شده در حوزه آسم نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به این بیماری در مقایسه با افراد سالم، دشواری بیشتری در تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی دارند (Bigdeli & Shamsian, 2021). همچنین کودکان مبتلا به آسم در مقایسه با همتایان سالم خود بیشتر از راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان مانند فاجعه‌سازی، سرزنش خود و نشخوار فکری استفاده می‌کنند (Ghanbari et al., 2018). افزون بر این، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان می‌توانند رابطه بین ویژگی‌های روانشناختی و علائم جسمانی بیماران مبتلا به آسم را میانجی‌گری کنند (Ghorbani et al., 2017). پژوهش‌های جدید نیز نشان داده‌اند که انعطاف‌پذیری روانشناختی و تنظیم شناختی هیجان با پیامدهای سلامت روان در بیماران مبتلا به آسم ارتباط مستقیم دارند (Hussain et al., 2023). بنابراین، به نظر می‌رسد تنظیم هیجان یکی از مکانیزم‌های کلیدی در سازگاری روانشناختی و کنترل علائم آسم باشد.

در سال‌های اخیر، پژوهشگران توجه ویژه‌ای به ارتباط میان شفقت به خود و تنظیم هیجان نشان داده‌اند. شواهد نشان می‌دهد که افراد دارای شفقت به خود بالا، در مواجهه با هیجانات منفی از راهبردهای سازگارانه‌تری استفاده می‌کنند و کمتر درگیر اجتناب هیجانی، نشخوار فکری و خودسرزنشگری می‌شوند (Ranjouri et al., 2025). شفقت به خود می‌تواند نقش تعدیل‌کننده در رابطه بین تنظیم هیجان و سلامت روان ایفا کند و شدت پیامدهای منفی هیجانی را کاهش دهد (Nguyen et al., 2025). همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شفقت به خود، ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان، ابعاد مختلف کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کنند (Wild et al., 2025). در نوجوانان و جوانان مبتلا به بیماری‌های مزمن نیز دشواری در تنظیم هیجان نقش میانجی در رابطه بین شفقت به خود و پریشانی روانشناختی دارد (Prentice et al., 2021). علاوه بر این، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شفقت به خود می‌تواند از طریق کاهش اجتناب تجربی و بهبود راهبردهای مقابله‌ای، سلامت روان و جسمانی افراد را ارتقا دهد (Nielsen et al., 2018). یافته‌های دیگر نیز حاکی از آن است که شفقت به خود با خودکنترلی و سلامت رابطه مثبت دارد و می‌تواند نقش تعدیل‌کننده در فرایندهای مرتبط با سلامت ایفا کند (Saeedi et al., 2016).



مطالعات داخلی نیز اهمیت متغیرهای روانشناختی در کنترل بیماری آسم را تأیید کرده‌اند. برای مثال، خودکارآمدی مادران در مراقبت از کودکان مبتلا به آسم با مدیریت بهتر بیماری همراه بوده است (Aali et al., 2020). همچنین انجام تمرینات تنفسی و هوازی در زنان مبتلا به آسم موجب بهبود سلامت جسمانی و روانشناختی آنان شده است (Zarneshan, 2018). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شفقت به خود و ذهن‌آگاهی می‌توانند نقش میانجی در رابطه بین استرس ادراک‌شده و سلامت روانی-جسمانی ایفا کنند (Chavoshi et al., 2022). این یافته‌ها نشان می‌دهد که متغیرهای روانشناختی نه تنها در سازگاری هیجانی بیماران، بلکه در کنترل علائم بیماری نیز نقش تعیین‌کننده دارند. با وجود گسترش مطالعات مربوط به آسم و عوامل روانشناختی مرتبط با آن، هنوز خلأهای پژوهشی مهمی در این حوزه وجود دارد. بخش زیادی از پژوهش‌ها به بررسی مستقیم نقش متغیرهایی مانند اضطراب، افسردگی یا کیفیت زندگی پرداخته‌اند، اما کمتر مطالعه‌ای روابط ساختاری میان شفقت به خود، تنظیم هیجان و کنترل علائم آسم را به صورت هم‌زمان بررسی کرده است. علاوه بر این، نقش میانجی تنظیم هیجان در رابطه بین شفقت به خود و کنترل علائم آسم، به‌ویژه در جامعه ایرانی، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. از آنجا که کنترل موفق آسم مستلزم خودمدیریتی، پیروی درمانی، تنظیم هیجانات و سازگاری روانشناختی است، شناسایی عوامل روانشناختی مؤثر بر این فرایند می‌تواند به طراحی مداخلات درمانی جامع‌تر و مؤثرتر کمک کند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف ارائه مدل ساختاری پیش‌بینی میزان کنترل علائم آسم بر اساس شفقت به خود با میانجیگری تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به آسم انجام شد.

مواد و روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، گروه کنترل و پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل پسران ۱۴ تا ۱۶ ساله مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی مراجعه‌کننده به مراکز و کلینیک‌های روان‌شناسی شهر ساری، شامل کلینیک‌های رستا و باور، در بازه زمانی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود. نمونه پژوهش شامل ۴۵ نوجوان پسر مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی ساده در سه گروه ۱۵ نفری شامل گروه آزمایش طرحواره‌درمانی، گروه آزمایش درمان فراتشخیصی و گروه کنترل جایگماری شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تأیید تشخیص اختلال وسواس فکری عملی بر اساس نقطه برش ۱۶ و بالاتر در پرسشنامه وسواس فکری عملی ییل براون، مصاحبه تشخیصی بر مبنای ملاک‌های ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و تأیید روان‌پزشک متخصص، نداشتن بیماری جسمی صعب‌العلاج مانند سرطان و بیماری‌های مشابه، و تمایل به شرکت در جلسات درمانی بود. ملاک‌های خروج نیز شامل عدم تمایل به ادامه همکاری و غیبت بیش از دو جلسه درمانی بود. پس از اخذ مجوزهای لازم، دریافت کد اخلاق، کسب رضایت آگاهانه کتبی از شرکت‌کنندگان و توضیح اهداف پژوهش، پیش‌آزمون برای هر سه گروه اجرا شد. سپس گروه‌های آزمایش مداخله‌های مربوط به خود را دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل در طول دوره مداخله هیچ‌گونه مداخله روان‌شناختی دریافت نکرد. پس از پایان جلسات، پس‌آزمون اجرا شد و سه ماه بعد نیز مرحله پیگیری انجام گرفت. برای رعایت اصول اخلاق پژوهش، پس از پایان فرایند پژوهش، مداخله طرحواره‌درمانی برای گروه کنترل نیز اجرا شد.

پرسشنامه عقاید وسواسی فرم کودک و نوجوان توسط کول و همکاران در سال ۲۰۱۰ برای افراد ۸ تا ۱۸ ساله طراحی شد و در نسخه اولیه دارای ۴۴ گویه بود. در هنجاریابی ایرانی، تعداد گویه‌های این ابزار به ۳۸ سؤال کاهش یافت. این پرسشنامه چهار خرده‌مقیاس بیش‌برآورد خطر و مسئولیت‌پذیری بیش از حد، کمال‌گرایی و عدم تحمل ابهام، اهمیت دادن افراطی به افکار و نیاز به کنترل افکار را می‌سنجد. پاسخ‌دهی به گویه‌ها بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم انجام می‌شود و دامنه نمرات آن از ۳۸ تا ۱۹۰ است.



نمره بالاتر در این ابزار نشان‌دهنده سطح بالاتر عقاید و سواسی است. روایی محتوایی و سازه این ابزار توسط سازندگان تأیید شده و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰.۹۱ گزارش شده است. همچنین در ایران، روایی سازه آن تأیید شده و پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰.۸۷ به دست آمده است.

پرسشنامه وسواس فکری عملی ییل براون توسط گودمن و همکاران در سال ۱۹۸۹ طراحی شده و دارای ۱۰ سؤال در طیف لیکرت است. این مقیاس شدت وسواس‌ها و اجبارها را در پنج بعد آشفتگی، فراوانی، تداخل، مقاومت و مهار نشانه‌ها ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری ابزار بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای از صفر تا چهار انجام می‌شود؛ به گونه‌ای که صفر نشان‌دهنده وضعیت تحت‌بالینی و چهار نشان‌دهنده شدت بسیار زیاد نشانه‌ها است. دامنه نمره کل این مقیاس از صفر تا ۴۰ است که ۲۰ نمره به افکار و سواسی و ۲۰ نمره به اعمال و سواسی اختصاص دارد. در این ابزار، نمرات شدت وسواس‌ها، شدت اجبارها و نمره کل محاسبه می‌شود و افراد بر اساس نمره کل در طبقات بسیار خفیف، خفیف، متوسط، شدید و بسیار شدید قرار می‌گیرند. نقطه برش این پرسشنامه برای کودکان و نوجوانان ۱۶ در نظر گرفته شده است. گودمن و همکاران همسانی درونی این ابزار را با آلفای کرونباخ ۰.۹۷ و ضریب بازآزمایی آن را ۰.۹۹ گزارش کرده‌اند و در ایران نیز پایایی آن برای نوجوانان با آلفای کرونباخ ۰.۹۱ تأیید شده است.

پروتکل طرحواره‌درمانی مورد استفاده در پژوهش حاضر برگرفته از مدل یانگ بود و روایی محتوایی آن در پژوهش‌های پیشین داخلی تأیید شده بود. این مداخله در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه و به مدت دو ماه در کلینیک رستا اجرا شد. محتوای جلسات شامل آشنایی اعضا با یکدیگر، ایجاد انگیزه برای درمان، معرفی ساختار جلسات، بیان اهداف و منطق کلی درمان، آموزش مفهوم طرحواره‌درمانی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه، بررسی ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها، معرفی حوزه‌های طرحواره و عملکرد آن‌ها، شناسایی سبک‌ها و پاسخ‌های ناسازگار، آشنایی با ذهنیت‌های طرحواره‌ای، سنجش طرحواره‌ها، ارائه بازخورد درمانی، افزایش آمادگی برای تغییر، آزمون اعتبار طرحواره‌ها، بررسی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای، تعیین رفتارهای هدف برای الگوکنی، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش، آموزش غلبه بر موانع تغییر رفتار و جمع‌بندی مطالب درمانی بود. در پایان جلسات، پس‌آزمون از شرکت‌کنندگان گروه طرحواره‌درمانی گرفته شد.

پروتکل درمان فراتشخیصی مورد استفاده در پژوهش حاضر برگرفته از مدل بارلو و همکاران بود و روایی محتوایی آن در پژوهش‌های پیشین داخلی تأیید شده بود. این مداخله نیز در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه و به مدت دو ماه در کلینیک رستا اجرا شد. محتوای جلسات شامل مصاحبه انگیزشی، افزایش مشارکت نوجوانان در فرایند درمان، ارائه منطق درمان، تعیین اهداف درمانی، آموزش روانی و هیجانی، بازشناسی هیجان‌های اولیه و ثانویه، ردیابی تجارب هیجانی، آموزش مدل سه‌مؤلفه‌ای تجربه هیجان، مشاهده هیجان‌ها و واکنش‌ها از طریق تکنیک‌های ذهن‌آگاهی، ارزیابی مجدد شناختی و هیجانی، افزایش آگاهی نسبت به رابطه افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه خودکار، افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، شناسایی الگوهای اجتناب هیجانی، بررسی رفتارهای ناشی از هیجان، افزایش تحمل احساس‌های جسمانی، آموزش مواجهه احشایی و مواجهه هیجانی، تهیه سلسله‌مراتب ترس و اجتناب، آموزش پذیرش هیجان‌های ناخوشایند، آموزش راهبردهای بازداری و ابرازگری هیجانی، اصلاح رفتار از طریق تقویت‌کننده‌های محیطی، آموزش تخلیه هیجانی، آرام‌سازی، عمل معکوس، پیشگیری از عود و جمع‌بندی مفاهیم درمانی بود. در پایان جلسات، پس‌آزمون از شرکت‌کنندگان گروه درمان فراتشخیصی گرفته شد.

داده‌های پژوهش پس از گردآوری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه، با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ تحلیل شد. ابتدا شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد برای متغیر عقاید و سواسی و خرده‌مقیاس‌های آن در گروه‌های پژوهش



محاسبه شد. سپس پیش‌فرض‌های آماری لازم برای اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بررسی شد. نرمال بودن توزیع داده‌ها با آزمون شاپیرو-ویلک، همگنی واریانس‌ها با آزمون لون، همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس با آزمون ام‌باکس و پیش‌فرض کرویت با آزمون موچلی ارزیابی شد. پس از تأیید پیش‌فرض‌ها، برای بررسی تغییرات درون‌گروهی، تفاوت بین گروهی و اثر تعاملی گروه و زمان، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر آمیخته استفاده شد. همچنین برای مقایسه زوجی مراحل اندازه‌گیری از آزمون تعقیبی بونفرونی و برای مقایسه دو گروه آزمایش از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. سطح معناداری در تحلیل‌ها ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این قسمت یافته‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، عقاید و سواسی به تفکیک سه گروه آزمایش (آزمایش (طرحواره درمانی) و آزمایش (فراثشخیصی) و کنترل) ارائه شده است:

جدول ۱

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری عقاید و سواسی در گروه آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	گروه	پیش‌آزمون میانگین	انحراف استاندارد	پس‌آزمون میانگین	انحراف استاندارد	پیگیری میانگین	انحراف استاندارد
بیش برآورد خطر	آزمایش (طرحواره درمانی)	۴۷/۴۳	۸/۱۴	۲۹/۷۱	۶/۵۰	۲۹/۵۸	۶/۳۲
	آزمایش (درمان فراثشخیصی)	۴۷/۵۹	۸/۱۷	۳۴/۵۰	۶/۶۸	۳۴/۳۷	۶/۵۸
	کنترل	۴۷/۴۶	۸/۷۰	۴۷/۳۹	۸/۵۲	۴۷/۳۵	۸/۴۴
کمال‌گرایی	آزمایش (طرحواره درمانی)	۴۵/۲۸	۴/۵۶	۳۲/۳۳	۴/۴۵	۳۲/۲۰	۴/۳۰
	آزمایش (درمان فراثشخیصی)	۴۵/۱۹	۴/۶۳	۳۷/۷۳	۴/۵۸	۳۷/۶۰	۴/۵۱
	کنترل	۴۵/۲۷	۵/۰۶	۴۵/۱۹	۵/۰۴	۴۵/۱۳	۵/۰۱
اهمیت دادن افراطی به افکار	آزمایش (طرحواره درمانی)	۲۵/۴۲	۲/۶۰	۱۹/۳۰	۲/۱۱	۱۹/۲۳	۲/۰۲
	آزمایش (درمان فراثشخیصی)	۲۵/۵۲	۲/۵۰	۲۱/۹۵	۲/۴۳	۲۱/۸۲	۲/۴۱
	کنترل	۲۵/۵۶	۲/۳۱	۲۵/۵۱	۲/۲۴	۲۵/۴۵	۲/۱۹
نیاز به کنترل افکار	آزمایش (طرحواره درمانی)	۶/۸۵	۱/۳۴	۳/۲۴	۱/۲۲	۳/۱۸	۱/۱۹
	آزمایش (درمان فراثشخیصی)	۶/۸۶	۱/۴۴	۴/۷۸	۱/۲۵	۴/۷۱	۱/۱۳
	کنترل	۶/۷۳	۱/۵۷	۶/۶۵	۱/۵۵	۶/۶۲	۱/۵۱
عقاید و سواسی	آزمایش (طرحواره درمانی)	۱۲۴/۹۸	۱۱/۹۴	۸۴/۵۸	۸/۷۸	۸۴/۱۸	۸/۴۸
	آزمایش (درمان فراثشخیصی)	۱۲۵/۱۷	۱۱/۷۹	۹۸/۹۶	۹/۶۰	۹۸/۵۰	۹/۵۵
	کنترل	۱۲۵/۱۰۳	۱۱/۷۶	۱۲۴/۹۲	۱۱/۶۴	۱۲۴/۸۳	۱۱/۴۹

چنانکه در جدول بالا مشاهده می‌شود، میانگین نمرات پیش‌آزمون عقاید و سواسی در دو گروه آزمایش (طرحواره درمانی و فراثشخیصی) و کنترل تقریباً با هم برابر بوده اما، در پس‌آزمون میانگین نمرات عقاید و سواسی گروه آزمایش (طرحواره درمانی و فراثشخیصی) به مراتب متفاوت از میانگین نمرات گروه کنترل بوده و همچنین در جدول فوق به تناسب مقادیر پیگیری در دو گروه آزمایش (طرحواره درمانی و فراثشخیصی) و کنترل نیز قابل مشاهده می‌باشد. بر اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلکز، سطح معنی داری گزارش شده همگی بزرگتر از (۰/۰۵) برآورد شده‌اند که می‌توان نتیجه گرفت که داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار است. نتایج آزمون لون نشان داد که بین واریانس گروه‌های مورد مطالعه در متغیر تعقید و سواسی تفاوت معنادار وجود ندارد. بنابراین پیش‌فرض برابری واریانس برای این متغیر رعایت شده است. نتایج آزمون ام‌باکس نشان داد که سطح معنی‌داری با توجه به درجه آزادی ۱ (۷۸) و تحلیل واریانس (۱/۵۵۴) به دست آمده از ۰/۰۸۱ معنی‌دار می‌باشد



و با توجه به نتایج به دست آمده از آزمون کرویت موچلی مقادیر معنی‌دار نمی‌باشد، بنابراین همگنی واریانس‌ها در سه نوبت مطالعه تأیید می‌گردد. خلاصه نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای عوامل درون‌گروهی و بین‌گروهی در جدول بعد ارائه شده است.

جدول ۲

خلاصه نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر (آمیخته) با گروه بندی، مراحل درمانی و تعامل متقابل

متغیر	منابع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
بیش برآورد خطر	گروه	۳۳۶۰/۱۹۳	۲	۱۶۸۰/۰۹۶	۱۲/۸۸۲	۰/۰۱	۰/۳۸۰	۰/۹۹۵
	مراحل درمان	۲۴۲۳/۸۶۷	۱	۲۴۲۳/۸۶۷	۲۴/۱۸۳	۰/۰۱	۰/۳۶۵	۰/۹۹۸
کمال‌گرایی	تعامل گروه و مراحل درمان	۱۲۷۰/۲۷۷	۲	۶۳۵/۱۳۹	۶/۳۱۶	۰/۰۱	۰/۲۳۱	۰/۸۷۶
	گروه	۱۶۷۷/۴۷۶	۲	۸۳۸/۷۳۸	۱۵/۲۰۶	۰/۰۱	۰/۴۲۰	۱
اهمیت دادن افراطی به افکار	مراحل درمان	۱۰۸۳/۵۴۲	۱	۱۰۸۳/۵۴۲	۵۵/۶۶۱	۰/۰۱	۰/۵۷۰	۰/۹۹۹
	تعامل گروه و مراحل درمان	۶۳۱/۵۳۸	۲	۳۱۵/۷۶۹	۱۶/۲۲۱	۰/۰۱	۰/۴۳۶	۰/۹۹۹
نیاز به کنترل افکار	گروه	۳۹۸/۶۴۱	۲	۱۹۹/۳۲۰	۳۰/۷۹۶	۰/۰۱	۰/۵۹۵	۱
	مراحل درمان	۲۵۰/۴۰۰	۱	۲۵۰/۴۰۰	۸۵/۰۳۵	۰/۰۱	۰/۶۶۹	۱
نیاز به کنترل افکار	تعامل گروه و مراحل درمان	۱۴۰/۳۹۱	۲	۷۰/۱۹۵	۲۳/۸۳۸	۰/۰۱	۰/۵۳۲	۱
	گروه	۱۱۳/۵۵۰	۲	۵۶/۷۷۵	۳۲/۹۵۰	۰/۰۱	۰/۶۱۱	۱
نیاز به کنترل افکار	مراحل درمان	۸۸/۲۱۷	۱	۸۸/۲۱۷	۱۴۳/۵۰۳	۰/۰۱	۰/۷۷۴	۱
	تعامل گروه و مراحل درمان	۴۷/۸۵۶	۲	۲۳/۹۲۸	۳۸/۹۲۴	۰/۰۱	۰/۶۵۰	۱

نتایج نشان می‌دهد مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در سطح $0/01$ معنی‌دار است. به طور مشخص در تعامل گروه و مراحل درمان برای عقاید و سواسی بدست آمده است. در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات خرده مقیاس‌های عقاید و سواسی پسران نوجوان مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی در مراحل سه‌گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری درمان تفاوت معنی‌دار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها در مراحل درمان محاسبه شد.

جدول ۳

خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت تعیین تفاوت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

پیش‌آزمون	مرحله ۱	مرحله ۲	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معنی داری
بیش برآورد خطر	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۰/۲۹۳	۲/۱۱۲	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱۰/۳۹۶	۲/۱۱۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۰۴	۰/۰۶۵	۰/۳۴۷
کمال‌گرایی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۶/۸۲۸	۰/۹۲۲	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۶/۹۴۰	۰/۹۳۰	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۱۱	۰/۰۶۷	۰/۳۰۹
اهمیت دادن افراطی به افکار	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۹۲۹	۰/۱۶۹	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱/۹۸۰	۰/۱۶۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۸۸	۰/۰۸۶	۱
نیاز به کنترل افکار	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۹۲۹	۰/۱۶۹	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱/۹۸۰	۰/۱۶۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۵۱	۰/۰۳۰	۰/۳۰۶



نتایج نشان می‌دهد بین نمرات خرده مقیاس‌های عقاید وسواسی پسران نوجوان مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون، پیش‌آزمون با پیگیری تفاوت معنی دار وجود دارد. تفاوت بین پس‌آزمون با پیگیری معنی دار نمی‌باشد که ناشی از ثبات درمان است.

جدول ۴

خلاصه نتایج آزمون تعقیبی توکی برای دو گروه آزمایش

متغیر	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معنی داری
بیش برآورد خطر	گروه طرحواره درمانی - گروه درمان فراتشخیصی	۳/۲۵	۲/۴۰۸	۰/۱۸
کمال‌گرایی	گروه طرحواره درمانی - گروه درمان فراتشخیصی	۳/۵۷	۱/۵۶۶	۰/۰۱
اهمیت دادن افراطی به افکار	گروه طرحواره درمانی - گروه درمان فراتشخیصی	۱/۷۸	۰/۵۳۶	۰/۰۱
نیاز به کنترل افکار	گروه طرحواره درمانی - گروه درمان فراتشخیصی	۱/۰۳	۰/۲۷۷	۰/۰۱

نتایج نشان می‌دهد بین نمرات عقاید وسواسی در پسران نوجوان مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی در گروه آزمایشی طرحواره درمانی با گروه آزمایشی درمان فراتشخیصی تفاوت معنی دار وجود دارد و با توجه به شاخص‌های میانگین و اندازه اثر به دست آمده طرحواره درمانی سبب ایجاد تغییرات بیشتر در عقاید وسواسی در پسران نوجوان مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی شد و این آموزش قوی‌تر از درمان فراتشخیصی در این گروه از افراد است. اما بین دو گروه در خرده مقیاس بیش برآورد خطر تفاوت معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

دوره نوجوانی یکی از حساس‌ترین مراحل تحول روان‌شناختی انسان است؛ زیرا در این دوره، تغییرات سریع زیستی، شناختی، هیجانی و اجتماعی با افزایش فشارهای تحصیلی، خانوادگی و بین‌فردی همراه می‌شود و نوجوان را در برابر طیفی از مشکلات روان‌شناختی آسیب‌پذیر می‌سازد. در این میان، اختلال وسواس فکری-عملی یکی از اختلال‌های مهم و نسبتاً ناتوان‌کننده در دوره کودکی و نوجوانی است که می‌تواند عملکرد تحصیلی، روابط خانوادگی، کیفیت زندگی، تنظیم هیجان و رشد اجتماعی نوجوان را مختل کند. این اختلال معمولاً با افکار مزاحم، تکرار شونده و ناخواسته و نیز رفتارهای اجباری یا آیین‌مند همراه است؛ رفتارهایی که نوجوان برای کاهش اضطراب، خنثی‌سازی تهدید ادراک‌شده یا جلوگیری از پیامدهای فاجعه‌آمیز خیالی انجام می‌دهد. اهمیت بالینی اختلال وسواس فکری-عملی زمانی بیشتر می‌شود که بدانیم این اختلال در بسیاری از موارد با مشکلات همبود مانند اضطراب، افسردگی، اختلال‌های رفتاری و دشواری‌های بین‌فردی همراه است و همین همبودی‌ها روند تشخیص، درمان و پیش‌آگهی آن را پیچیده‌تر می‌کنند (Sharma et al., 2021). در کودکان و نوجوانان نیز درمان به موقع اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا تداوم نشانه‌ها می‌تواند به تثبیت الگوهای شناختی و رفتاری ناسازگار منجر شود و مسیر رشد روان‌شناختی فرد را تحت تأثیر قرار دهد (Storch et al., 2019).

یکی از مؤلفه‌های بنیادین در فهم اختلال وسواس فکری-عملی، عقاید وسواسی است. عقاید وسواسی به مجموعه‌ای از باورهای ناکارآمد اشاره دارد که فرد را نسبت به خطر، مسئولیت، اهمیت افکار، ضرورت کنترل ذهن، کمال‌گرایی و عدم تحمل ابهام حساس می‌سازند. در این چارچوب، نوجوان مبتلا به وسواس ممکن است یک فکر مزاحم را نشانه خطر واقعی تلقی کند، خود را مسئول پیشگیری از پیامدهای احتمالی بداند، یا تصور کند که داشتن یک فکر ناخوشایند از نظر اخلاقی معادل انجام آن عمل است. چنین باورهایی به افزایش اضطراب،



تشدید رفتارهای اجباری و تداوم چرخه وسواس منجر می‌شوند. از سوی دیگر، نوجوانی دوره‌ای است که در آن ظرفیت تحمل ابهام، ارزیابی خطر و تفکیک فکر از عمل هنوز در حال تحول است؛ بنابراین، عقاید و سواسی می‌توانند در این مرحله با شدت بیشتری تجربه شوند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که عدم تحمل ابهام در نوجوانان می‌تواند به عنوان یکی از زمینه‌های شناختی مهم در بروز و تداوم اضطراب و باورهای وسواسی عمل کند (Wong & Caporino, 2022). همچنین، الگوهای طرحواره‌ای و باورهای ناسازگار اولیه می‌توانند شیوه تفسیر نوجوان از رویدادها، افکار و احساسات را تحت تأثیر قرار دهند و احتمال شکل‌گیری نشانه‌های وسواسی را افزایش دهند (Yoosefi et al., 2023).

در تبیین روان‌شناختی وسواس فکری-عملی، صرف توجه به نشانه‌های آشکار مانند شست‌وشو، وارسی، نظم‌جویی یا تکرارهای ذهنی کافی نیست، بلکه باید به ساختارهای شناختی و هیجانی عمیق‌تری توجه کرد که این نشانه‌ها را تولید و حفظ می‌کنند. یکی از این ساختارها، طرحواره‌های ناسازگار اولیه است. طرحواره‌ها الگوهای پایدار شناختی، هیجانی و بدنی هستند که در تعامل با تجربه‌های اولیه زندگی شکل می‌گیرند و در موقعیت‌های بعدی فعال می‌شوند. زمانی که نوجوان در تعاملات خانوادگی، تحصیلی یا اجتماعی، احساس ناایمنی، بی‌اعتمادی، کنترل افراطی، انتقادگری یا طردشدگی را تجربه کند، ممکن است الگوهای عمیقی درباره خود، دیگران و جهان در او تثبیت شود. این الگوها می‌توانند با باورهای وسواسی پیوند یابند؛ برای مثال، طرحواره نقص و شرم ممکن است نگرانی‌های اخلاقی افراطی را تقویت کند، طرحواره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر می‌تواند بیش‌برآورد خطر را افزایش دهد و طرحواره معیارهای سخت‌گیرانه می‌تواند کمال‌گرایی وسواسی را تشدید کند. نظریه طرحواره و کاربرد آن در اختلال‌های خلقی و اضطرابی نشان داده است که طرحواره‌درمانی می‌تواند با هدف قرار دادن ریشه‌های عمیق شناختی و هیجانی، به تغییر پایدارتر نشانه‌ها کمک کند (Hawke & Provencher, 2021).

طرحواره‌درمانی یکی از رویکردهای تلفیقی در روان‌درمانی است که عناصر شناختی، رفتاری، هیجانی، دلبستگی و تجربه‌محور را با یکدیگر ترکیب می‌کند. این رویکرد به‌ویژه برای مشکلاتی مناسب است که ریشه در الگوهای پایدار و عمیق شخصیت، روابط اولیه و باورهای بنیادین دارند. در زمینه وسواس فکری-عملی، طرحواره‌درمانی می‌تواند به نوجوان کمک کند تا فراتر از نشانه‌های رفتاری، منابع عمیق اضطراب، احساس مسئولیت افراطی، کمال‌گرایی، شرم، گناه و نیاز به کنترل را شناسایی کند. شواهد پژوهشی نیز نشان داده‌اند که توسعه مداخلات مبتنی بر طرحواره‌درمانی برای اختلال وسواس فکری-عملی می‌تواند در کاهش نشانه‌ها مؤثر باشد و حتی در مقایسه با برخی رویکردهای شناختی-رفتاری، ظرفیت مداخله‌ای قابل توجهی داشته باشد (Aflakian et al., 2020). افزون بر این، ترکیب طرحواره‌درمانی با مواجهه و جلوگیری از پاسخ در بیماران مبتلا به وسواس فکری-عملی نیز از نظر امکان‌پذیری و اثربخشی مورد توجه قرار گرفته و نشان داده است که پرداختن به لایه‌های عمیق‌تر شناختی و هیجانی می‌تواند به تقویت اثر درمان کمک کند (Hertenstein et al., 2022).

در پژوهش‌های داخلی نیز توجه به نقش طرحواره‌درمانی در نشانه‌های وسواسی نوجوانان افزایش یافته است. نتایج برخی مطالعات نشان داده‌اند که آموزش مفاهیم طرحواره‌درمانی می‌تواند بر کاهش اجتناب شناختی و عدم تحمل ابهام در نوجوانان دارای علائم وسواس فکری-عملی مؤثر باشد (Ghasemi & Visani, 2024). همچنین، آموزش مفاهیم طرحواره‌درمانی بر باورهای هذیانی و اجتناب شناختی در افراد دارای نشانه‌های وسواس فکری-عملی اثرگذار گزارش شده است (Manzari et al., 2024). از سوی دیگر، بررسی رابطه میان طرحواره‌های ناسازگار و وسواس فکری-عملی در دانش‌آموزان و اثربخشی طرحواره‌درمانی فردی بر نشانه‌های وسواس در نوجوانان نشان داده است که طرحواره‌های ناسازگار می‌توانند با نشانه‌های وسواس ارتباط داشته باشند و مداخله بر این طرحواره‌ها می‌تواند در کاهش علائم نقش داشته باشد (Sohani & Mahmoudi, 2025). این یافته‌ها بیانگر آن است که درک وسواس نوجوانان بدون توجه به بنیان‌های طرحواره‌ای و باورهای عمیق آنان ناقص خواهد بود.



با وجود اهمیت طرحواره‌درمانی، رویکردهای دیگری نیز در سال‌های اخیر برای درمان اختلال‌های هیجانی و اضطرابی مطرح شده‌اند که یکی از مهم‌ترین آن‌ها درمان فراتشخیصی است. درمان فراتشخیصی بر این فرض استوار است که بسیاری از اختلال‌های روان‌شناختی، به‌ویژه اختلال‌های اضطرابی و خلقی، در سطح فرایندهای زیربنایی با یکدیگر اشتراک دارند. این فرایندها شامل اجتناب هیجانی، ارزیابی شناختی ناکارآمد، حساسیت نسبت به هیجان‌های منفی، کنترل‌گری افراطی، نشخوار فکری و دشواری در تنظیم هیجان است. پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی برای اختلال‌های هیجانی با هدف اصلاح این فرایندهای مشترک طراحی شده و می‌کوشد به جای تمرکز بر تشخیص‌های جداگانه، سازوکارهای بنیادی اختلال را هدف قرار دهد (Barlow et al., 2021). از این منظر، وسواس فکری-عملی نیز می‌تواند نه فقط به عنوان مجموعه‌ای از نشانه‌های خاص، بلکه به عنوان الگویی از پردازش هیجانی و شناختی ناکارآمد فهمیده شود.

درمان فراتشخیصی برای نوجوانان اهمیت ویژه‌ای دارد؛ زیرا در این دوره، نشانه‌های روان‌شناختی اغلب به صورت همپوشان، ناپایدار و درهم‌تنیده ظاهر می‌شوند. بسیاری از نوجوانان مبتلا به وسواس هم‌زمان نشانه‌های اضطراب، افسردگی، اجتناب، دشواری در تنظیم هیجان و مشکلات بین‌فردی را تجربه می‌کنند. بنابراین، مداخله‌ای که بتواند سازوکارهای مشترک این مشکلات را هدف قرار دهد، از نظر بالینی ارزشمند است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مداخلات پیشگیرانه و درمانی مبتنی بر رویکرد فراتشخیصی در نوجوانان در معرض خطر اختلال‌های اضطرابی و افسردگی می‌تواند کارآمد باشد (Lopez et al., 2023). همچنین، نگاه فراتشخیصی به وسواس فکری-عملی این امکان را فراهم می‌کند که نشانه‌های وسواسی در پیوند با سایر فرایندهای هیجانی و شناختی بررسی شوند، نه اینکه صرفاً به عنوان رفتارهای مجزا و تشخیص‌محور در نظر گرفته شوند (Gillan et al., 2023).

شواهد تجربی درباره اثربخشی درمان فراتشخیصی در اختلال وسواس فکری-عملی نیز رو به افزایش است. در پژوهشی، درمان شناختی-رفتاری فراتشخیصی توانست سازگاری شغلی-اجتماعی بیماران مبتلا به وسواس فکری-عملی همراه با سایر اختلال‌های هیجانی را بهبود بخشد (Bytamar, 2023). در مطالعات داخلی نیز اثربخشی درمان فراتشخیصی بر متغیرهای روان‌شناختی مهم گزارش شده است؛ برای نمونه، درمان فراتشخیصی بر انعطاف‌پذیری شناختی و تنظیم هیجان مؤثر بوده است (Nasri et al., 2021). همچنین، درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی در نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی اثرگذار گزارش شده است (Mohammadi Kamsorkh et al., 2025). این یافته‌ها نشان می‌دهند که درمان فراتشخیصی، به دلیل تمرکز بر تنظیم هیجان، کاهش اجتناب، افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و بازسازی ارزیابی‌های ناسازگارانه، می‌تواند گزینه‌ای مهم برای درمان نوجوانان دارای نشانه‌های وسواسی باشد.

با این حال، تفاوت مهمی میان طرحواره‌درمانی و درمان فراتشخیصی وجود دارد. طرحواره‌درمانی بیشتر بر ساختارهای عمیق، پایدار و تحولی باورهای ناسازگار تمرکز می‌کند، در حالی که درمان فراتشخیصی بیشتر بر فرایندهای مشترک بین اختلال‌ها مانند اجتناب هیجانی، بدتنظیمی هیجان و ارزیابی شناختی ناکارآمد تأکید دارد. به بیان دیگر، طرحواره‌درمانی می‌کوشد ریشه‌های عمیق‌تر باورهای وسواسی را در سطح تجربه‌های اولیه و طرحواره‌های پایدار تغییر دهد، در حالی که درمان فراتشخیصی بر اصلاح سازوکارهای جاری و مشترک نشانه‌ها متمرکز است. این تفاوت نظری اهمیت مقایسه مستقیم این دو رویکرد را افزایش می‌دهد، زیرا مشخص نیست در نوجوانان مبتلا به وسواس فکری-عملی، کدام رویکرد اثر بیشتری بر عقاید وسواسی دارد. از آنجا که عقاید وسواسی ماهیتی عمیق، شناختی و هیجانی دارند، ممکن است طرحواره‌درمانی به دلیل تمرکز بر بنیان‌های تحولی باورها اثر بیشتری ایجاد کند؛ در مقابل، درمان فراتشخیصی نیز به دلیل تمرکز بر تنظیم هیجان و کاهش اجتناب می‌تواند در کاهش نشانه‌ها مؤثر باشد.



یکی دیگر از عوامل مهم در تداوم و سواس فکری-عملی، بدتنظیمی هیجانی، اجتناب تجربی و نشخوار فکری است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این متغیرها می‌توانند در رابطه بین طرحواره‌های هیجانی و نشانه‌های و سواس فکری-عملی نقش میانجی داشته باشند (Nazari et al., 2022). این یافته اهمیت رویکردهایی را برجسته می‌کند که بتوانند هم بر ساختارهای طرحواره‌ای و هم بر فرایندهای هیجانی و شناختی اثر بگذارند. از یک سو، طرحواره‌درمانی با شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار، به لایه‌های زیربنایی باورهای و سواسی می‌پردازد؛ از سوی دیگر، درمان فراتشخیصی با هدف قرار دادن اجتناب هیجانی و ارزیابی‌های شناختی ناسازگار، به فرایندهایی توجه دارد که نشانه‌ها را در زمان حال حفظ می‌کنند. افزون بر این، پژوهش‌های مرتبط با نقش خاطرات کودکی و تمرکز درمانی بر تجربه‌های گذشته نشان داده‌اند که پرداختن به ریشه‌های تحولی مشکلات روان‌شناختی می‌تواند در برخی اختلال‌ها اثر درمانی معناداری داشته باشد (Weertman & Arntz, 2022). این موضوع برای نوجوانان مبتلا به و سواس اهمیت دارد، زیرا بسیاری از باورهای و سواسی آنان ممکن است در پیوند با تجربه‌های اولیه، نگرانی‌های خانوادگی، سبک‌های فرزندپروری یا روابط بین‌فردی شکل گرفته باشد.

بررسی هم‌زمان طرحواره‌درمانی و درمان فراتشخیصی در نوجوانان پسر مبتلا به و سواس فکری-عملی از چند جهت ضروری است. نخست آنکه نوجوانان پسر ممکن است در بیان هیجان‌ها، پذیرش آسیب‌پذیری روان‌شناختی و مراجعه برای درمان با موانع خاصی روبه‌رو باشند و بنابراین طراحی مداخله مؤثر برای این گروه اهمیت بالینی دارد. دوم آنکه عقاید و سواسی در نوجوانی می‌توانند با رشد هویت، خودارزیابی، روابط خانوادگی و عملکرد تحصیلی درهم‌تنیده شوند و اگر به‌موقع درمان نشوند، به الگوهای پایدار در بزرگسالی تبدیل شوند. سوم آنکه بیشتر پژوهش‌ها به بررسی اثربخشی یک رویکرد درمانی پرداخته‌اند و مطالعات مقایسه‌ای میان طرحواره‌درمانی و درمان فراتشخیصی، به‌ویژه در بافت فرهنگی ایران و در نمونه نوجوانان پسر، محدود است. چهارم آنکه نتایج چنین مقایسه‌ای می‌تواند به درمانگران، مشاوران مدارس و متخصصان بالینی کمک کند تا برای کاهش عقاید و سواسی نوجوانان، مداخله‌ای متناسب‌تر، عمیق‌تر و پایدارتر انتخاب کنند.

در مجموع، اختلال و سواس فکری-عملی در نوجوانان تنها یک مشکل رفتاری یا عاداتی نیست، بلکه بازتاب تعامل پیچیده‌ای میان باورهای و سواسی، طرحواره‌های ناسازگار، بدتنظیمی هیجانی، اجتناب تجربی، عدم تحمل ابهام و فرایندهای شناختی ناکارآمد است. از این رو، مداخله‌های درمانی باید بتوانند هم به سطح نشانه‌ها و هم به سطح باورهای عمیق و فرایندهای زیربنایی بپردازند. طرحواره‌درمانی با تأکید بر تغییر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و درمان فراتشخیصی با تمرکز بر سازوکارهای مشترک اختلال‌های هیجانی، دو رویکرد مهم و قابل مقایسه در این زمینه هستند. با توجه به خلأ پژوهشی موجود درباره مقایسه این دو رویکرد در نوجوانان پسر مبتلا به اختلال و سواس فکری-عملی، انجام پژوهشی تجربی در این زمینه می‌تواند هم از نظر نظری و هم از نظر کاربردی ارزشمند باشد. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان فراتشخیصی بر عقاید و سواسی پسران نوجوان مبتلا به اختلال و سواس فکری-عملی بود.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.



مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است. این پژوهش برگرفته از رساله مقطع دکترای روانشناسی با شناسه اخلاق به شماره IR.IAU.CHALUS.REC.1404.070 از دانشگاه آزاد اسلامی (واحد گرگان) است. جهت ملاحظات اخلاقی و حفظ هویت آزمودنی‌ها اطلاعات افراد به صورت کد ثبت شده است و کلیه اطلاعات آن‌ها محرمانه است.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

References

- Aali, A., Mozaffari, N., Iranpour, S., Alizadeh Mirashrafi, H., & Dadkhah, B. (2020). Assessment of Mothers' Self-Efficacy in Caring for Children with Asthma Referred to the Subspecialty Clinic and Bou-Ali Educational-Therapeutic Center in Ardabil. *Journal of Health and Care, 22*(2), 114-122.
- Aflakian, M., Atashpour, S. H., & Khayatan, F. (2020). Developing the Schema Therapy Based on Obsessive-Compulsive Disorder and Comparing with Cognitive-Behavioral Therapy. *Caspian Journal of Neurological Sciences, 6*(2), 108-123.
- Ahmadi, E., Shalchi, B., & Mansourzadeh, Z. (2020). The Effectiveness of Self-Compassion Training on Symptoms of Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Qom University of Medical Sciences, 14*(4), 1-10.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., & Bullis, J. R. (2021). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide*. Oxford University Press.
- Berryhill, M. B., Hayes, A., & Lloyd, K. (2018). Chaotic-Enmeshment and Anxiety: The Mediating Role of Psychological Flexibility and Self-Compassion. *Contemporary Family Therapy, 40*, 326-337.
- Bigdeli, M., & Shamsian, M. (2021). Comparison of Difficulties in Emotion Regulation and Cognitive Flexibility in Patients with Asthma and Healthy Individuals in Ahvaz. Fifth International Congress of Psychological Sciences and Education, Tehran.
- Bytamar, F. (2023). The Effectiveness of Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Therapy on Improving Occupational-Social Adjustment in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder Comorbid with Other Emotional Disorders: A Randomized Clinical Trial Study.
- Chavoshi, H., Sarafraz, M. R., & Goodarzi, M. A. (2022). The Mediating Role of Self-Compassion and Mindfulness in the Relationship Between Perceived Stress and Mental-Physical Health. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal, 11*(8), 13-24.
- Cunha, M. S., Amaral, R., Pereira, A. M., Almeida, R., Alves-Correia, M., Loureiro, C. C., & Jacome, C. (2023). Symptoms of Anxiety and Depression in Patients with Persistent Asthma: A Cross-Sectional Analysis of the INSPIRERS Studies. *BMJ open, 13*(5), e068725.
- Deperrois, R., & Combalbert, N. (2022). Links Between Cognitive Distortions and Cognitive Emotion Regulation Strategies in Non-Clinical Young Adulthood. *Cognitive Processing, 23*(1), 69-77.
- Fazlollahi, M. R., Najmi, M., Fallahnezhad, M., Sabetkish, N., Kazemnejad, A., Bidad, K., & Moin, M. (2018). The Prevalence of Asthma in Iranian Adults: The First National Survey and the Most Recent Updates. *The Clinical Respiratory Journal, 12*(5), 1872-1881.
- Finlay-Jones, A. L. (2017). The Relevance of Self-Compassion as an Intervention Target in Mood and Anxiety Disorders: A Narrative Review Based on an Emotion Regulation Framework. *Clinical Psychologist, 21*, 90-103. <https://doi.org/10.1111/cp.12131>



- Firouzkouhi, M. R., Ghaderi, G., Hosseinzadeh, A., & Aali, H. (2022). Examining Psychological Symptoms in Patients with Type 2 Diabetes Based on Self-Efficacy, Quality of Life, and Self-Compassion. *Diabetes Nursing Quarterly*(4), 1976-1989.
- Ghanbari, F., Abdolrahimi Noshad, L., Bazzazadeh, N., Eskandari, A., & Moazzen, N. (2018). A Comparative Study of Cognitive Emotion Regulation Strategies and Health Locus of Control in Children with Asthma and Normal Children. *Iranian Journal of Nursing Research*, 13(3), 76-82.
- Ghasemi, S., & Visani, M. (2024). The Effectiveness of Training Schema Therapy Concepts on Cognitive Avoidance and Intolerance of Ambiguity in Adolescents with Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 13(8), 41-50. <http://frooyesh.ir/article-1-5265-fa.html>
- Ghorbani, F., Khosravani, V., Ardakani, R. J., Alvani, A., & Akbari, H. (2017). The Mediating Effects of Cognitive Emotion Regulation Strategies on the Relationship Between Alexithymia and Physical Symptoms: Evidence from Iranian Asthmatic Patients. *Psychiatry research*, 247, 144-151.
- Gillan, G., Brid, F., & Woody, G. (2023). A Transdiagnostic Perspective on Obsessive-Compulsive Disorder. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 15(2), 30-46.
- Green, V. A. (2021). *Emotion Regulation Among Adults with Asthma: Links with Short-Acting Inhaler Medication Overuse and Utilization of Acute Medical Care*
- Hawke, L. D., & Provencher, M. D. (2021). Schema Theory and Schema Therapy in Mood and Anxiety Disorders: A Review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(4), 257-276. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.25.4.257>
- Hertenstein, A., Nissen, E., & Voderholzer, C. (2022). Schema Therapy Augmented Exposure and Response Prevention in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder: Feasibility and Efficacy of a Pilot Study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 52, 59-67.
- Hughes, M., Brown, S. L., Campbell, S., Dandy, S., & Cherry, M. G. (2021). Self-Compassion and Anxiety and Depression in Chronic Physical Illness Populations: A Systematic Review. *Mindfulness*, 12, 1597-1610.
- Hussain, S., Khawar, R., Amin, R., Hamdani, A., & Majeed, A. (2023). Psychological Flexibility, Cognitive Emotion Regulation and Mental Health Outcomes Among Patients with Asthma in Pakistan. *Peerj*, 11, e15506.
- Leynaert, B., Real, F. G., Idrose, N. S., & Dharmage, S. C. (2023). Gender Differences and Sex-Related Hormonal Factors in Asthma. In *Asthma in the 21st Century* (pp. 63-86). Academic Press.
- Lopez, G., William, G., & Arnold, F. (2023). Effectiveness of a Preventive Intervention Indicating Transdiagnosticity for Adolescents at High Risk of Anxiety and Depressive Disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 14(3), 1-15.
- Lor, J., Fishbein, A., & Cheng, B. (2023). Mental Health Symptoms Are Associated with Low Patient Satisfaction Among Adults with Asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 151(2), AB73.
- Manzari, V., Visani, M., & Ghasemi, S. (2024). The Effectiveness of Training Schema Therapy Concepts on Delusional Beliefs and Cognitive Avoidance in Individuals with Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 1(4).
- Mistretta, E. G., & Davis, M. C. (2021). Meta-Analysis of Self-Compassion Interventions for Pain and Psychological Symptoms Among Adults with Chronic Illness. *Mindfulness*, 1-18.
- Mohammadi Kamsorkh, A., Sotoudeh Asl, N., & Mehrafzoun, D. (2025). The Effectiveness of Integrated Transdiagnostic Treatment on Psychological Distress and Alexithymia in Adolescent Girls with Obsessive-Compulsive Disorder. *Quarterly Journal of New Psychological Research*, 20(77), 143-156.
- Mohammadpour, F. (2021). The Relationship of Moral Intelligence and Self-Compassion with Quality of Life in Patients with Multiple Sclerosis. *Ethics in Science and Technology*, 16(1), 30-35.
- Narimani, M., Ghasem Khanlou, A., & Sabri, V. (2020). Comparison of Self-Compassion, Anxiety, and Depression in Patients with Chronic Pain and Normal Individuals. *Anesthesia and Pain*, 11(3), 57-65.
- Nasri, M., Ahadi, H., & Dortaj, F. (2021). The Effectiveness of Transdiagnostic Treatment on Cognitive Flexibility, Emotion Regulation and Hb Factor in Patients with Type 2 Diabetes. *Psychological Achievements*, 24(2), 81-100.
- Nazari, F., Gharaei, B., & Zahedi Tajrishi, K. (2022). The Mediating Role of Emotion Dysregulation, Experiential Avoidance, and Rumination in the Relationship between Emotional Schemas and Obsessive-Compulsive Symptoms. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 28(4), 466-479.
- Nguyen, A., Grummitt, L., Barrett, E. L., Bailey, S., Gardner, L. A., Champion, K. E., & Birrell, L. (2025). The relationship between emotion regulation and mental health in adolescents: Self-compassion as a moderator. *Mental Health & Prevention*, 38. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2025.200430>
- Nielsen, E., Sayal, K., & Townsend, E. (2018). Correction: Exploring the Relationship Between Experiential Avoidance, Coping Functions and the Recency and Frequency of Self-Harm. *PLoS One*, 13(2), e0192795.
- Ocampo, J., Gaviria, R., & Sanchez, J. (2022). Prevalence of Asthma in Latin America: Critical Look at ISAAC and Other Studies. *Revista Alergia Mexico*, 64(2), 188-197.
- Oussedik, E., Cline, A., Su, J. J., Masicampo, E. J., Kamrath, L. K., Ip, E., & Feldman, S. R. (2019). Accountability in Patient Adherence. *Patient Preference and Adherence*, 1511-1517.
- Prentice, K., Rees, C., & Finlay-Jones, A. (2021). Self-Compassion, Wellbeing, and Distress in Adolescents and Young Adults with Chronic Medical Conditions: The Mediating Role of Emotion Regulation Difficulties. *Mindfulness*, 12, 2241-2252.



- Przybyszowski, M., Pilinski, R., Sliwka, A., Polczyk, R., Nowobilski, R., Sladek, K., & Bochenek, G. (2022). The Impact of Clinical and Psychological Factors on Asthma Control: The Experience of a Single Asthma Center in Poland. *Journal of Asthma*, 59(2), 407-417.
- Ranjouri, S., Meyer, D., & Bates, G. W. (2025). Self-Compassion Components and Emotional Regulation Strategies as Predictors of Psychological Distress and Well-Being. *Behavioral Sciences*, 15(11), 1576. <https://doi.org/10.3390/bs15111576>
- Saeedi, Z., Bahrami Ehsan, H., & Alipour, A. (2016). Self-Control and Health: The Moderating Role of Self-Compassion. *Health Psychology*, 5(19), 85-98.
- Sangngam, J., Prasopkittikun, T., Nookong, A., Pacharn, P., & Chamchan, C. (2023). Causal Relationships Among Self-Management Behaviors, Symptom Control, Health-Related Quality of Life and the Influencing Factors Among Thai Adolescents with Asthma. *International journal of nursing sciences*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2023.06.001>
- Semenchuk, B. N., Kullman, S. M., Neilson, C. J., Ceccarelli, L., Boreskie, K., Kehler, D. S., & Strachan, S. M. (2022). Self-Compassion, Health Behaviors, Self-Regulation, and Affective States Among Individuals at Risk of or Diagnosed with a Chronic Disease: A Scoping Review. *Mindfulness*, 13(5), 1085-1111.
- Sharma, E., Sharma, L. P., Balachander, S., Lin, B., Manohar, H., Khanna, P., & Stewart, S. E. (2021). Comorbidities in Obsessive-Compulsive Disorder across the Lifespan: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 703701. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.703701>
- Sohani, A., & Mahmoudi, M. (2025). Examining the Relationship between Maladaptive Schemas and Obsessive-Compulsive Disorder in Male Secondary School Students and the Effectiveness of Individual Schema Therapy on Obsessive Symptoms in Adolescent Girls. Fourth International Conference on New Achievements in Educational Sciences and Education in Iran and the World, Tehran. <https://civilica.com/doc/2383934>
- Storch, E. A., McGuire, J. F., Schneider, S. C., Small, B. J., Murphy, T. K., Wilhelm, S., & Geller, D. A. (2019). Sudden Gains in Cognitive Behavioral Therapy among Children and Adolescents with Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 64, 92-98. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2019.03.003>
- Valero-Moreno, S., Montoya-Castilla, I., & Perez-Marin, M. (2023). Quality of Life in Patients with Asthma: Medical Indicators and Psychological Variables. *Journal of Pediatric Nursing*.
- Weertman, A., & Arntz, A. (2022). Effectiveness of Treatment of Childhood Memories in Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Controlled Study Contrasting Methods Focusing on the Present and Methods Focusing on Childhood Memories. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2133-2143.
- Wierenga, K. L., Lehto, R. H., & Given, B. (2017). Emotion Regulation in Chronic Disease Populations: An Integrative Review. *Research and Theory for Nursing Practice*, 31(3), 247-271.
- Wild, M. G., Coppin, J. D., Mendoza, C., Metts, A., Pearson, R., & Creech, S. K. (2025). Self-compassion, mindfulness, and emotion regulation predict multiple dimensions of quality of life in US post-9/11 veterans. *Quality of Life Research*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11136-025-03908->
- Wong, J. X., & Caporino, N. E. (2022). Youth Intolerance of Uncertainty-Parent-Report (YIU-PR): A Developmentally Sensitive Measure of Intolerance of Uncertainty in Children and Adolescents. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 9, 1-3. <https://doi.org/10.1007/s10862-022-10016-6>
- Yoosefi, N., Etemadi, O., Bahrami, F., Ahmadi, A., & Fatehezadeh, M. (2023). An Investigation on Early Maladaptive Schema in Marital Relationship as Predictors of Divorce. *Journal of Reimaging and Divorce*.
- Zarneshan, A. (2018). The Effectiveness of Aerobic and Breathing Exercises in Controlling Asthma and Improving the Physical-Psychological Health of Women with Asthma. *Health Education and Health Promotion*, 6(2), 179-188.