اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر حساسیت به طرد در افراد نابینا و کم‌بینا

مرضیه گشولی[۱]، دکتر عذرا محمدپناه اردکان[۲]، دکتر آزاده چوبفروش‌زاده[۳]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱/۲۷ تجدیدنظر: ۱۴۰۰/۵/۲
پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۲/۲

چکیده

هدف: هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر حساسیت به طرد در افراد نابینا و کم‌بینا بود. **روش**: این پژوهش یک مطالعه نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. به این منظور جامعه آماری این پژوهش، شامل تمام افراد نابینا و کم‌بینای مؤسسه آموزشی نابینایان ابابصیر شهر اصفهان بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس، ۲۶ شرکت‌کننده انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی ۱۳ نفر در گروه آزمایش و ۱۳ نفر در گروه کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش براساس قرارداد طرحواره درمانی یانگ ۱۰ جلسه (به‌صورت هفتگی) تحت آموزش قرار گرفتند، درحالی‌که گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی را دریافت نکردند. داده‌ها به روش خودگزارش‌دهی (پرسشنامه حساسیت به طرد داونی و فلدمن) جمع‌آوری و با استفاده از آزمون کوواریانس به‌وسیله نرم‌افزار SPSS-21 تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** یافته‌ها تفاوت معناداری میان حساسیت به طرد در گروه آزمایش در زمان ورود به طرح، بلافاصله پس از درمان و یک ماه پس از درمان را نشان داد، اما در گروه کنترل تفاوت معناداری مشاهده نشد. **نتیجه‌گیری:** یکی از درمان‌های مفید و پربازده برای اختلال‌های مقاوم، مبهم و درازمدت که ریشه در دوران کودکی دارند، «طرحواره درمانی» ابداعی یانگ است و گروهی‌بودن فرایند درمان نیز از عوامل مهم اثربخشی این الگوی درمانی در پژوهش حاضر محسوب می‌شد.

واژه‌های کلیدی: *حساسیت به طرد، طرحواره درمانی گروهی، نابینایی، کم‌بینایی.*

۱. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.
۲. **نویسنده مسئول:** .استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.
۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.

Effectiveness of Group Schema Therapy on Rejection Sensitivity in Individuals with Blindness and Low Vision

Marzieh Gashouli[1], M.A.
Azra Mohammadpanah Ardakan[2], Ph.D,
Azadeh Choobforoushzadeh[3], Ph.D

Received: 04. 16.2021 **Revised: 07.24.2021**
Accepted: 04. 22.2022

Abstract

Objectives: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of group schema therapy on rejection sensitivity and its specific symptoms in individuals with blindness and low vision **Methods:** This study was a semi - experimental study with pre-test, post-test and follow-up with a control group .For this purpose, the statistical population of this study included all blind and visually impaired people of Ababsir Educational Institute for the Blind in Isfahan. 26 participants were selected by available sampling method; 13 people in the experimental group and 13 people in the control group were randomly assigned. The experimental group was trained on 10 sessions (weekly) according to schema therapy in Yang protocol, while control group did not receive any training. Data were collected by self-report method (Downey & Feldman Sensitivity to Rejection) and analyzed using covariance test by SPSS-21 software .**Results:** Results showed a significant difference between rejection sensitivity in the experimental group, when entering the study, immediately after treatment, and 1 month after treatment; but no significant difference was observed in the control group. **Conclusions:** One of the useful and effective treatments for refractory, ambiguous and long-term disorders that have their roots in childhood is Yang's scheme therapy and also, group therapy is one of the most important factors in the effectiveness of this treatment model in the present study.

Keywords*: Rejection sensitivity; Group Schema Therapy; blindness; low vision*

1. Master of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran
2. **Corresponding Author**: Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran.**Email**: azramohammadpanah@ardakan.ac.ir
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

مقدمه

طرحواره‌های ناسازگار اولیه[1] در تجربه‌های ناگوار زمان کودکی ریشه دارند. طرحواره‌ها به علت ارضانشدن نیازهای هیجانی[2] مهم دوران کودکی به وجود می‌آیند و همچون یک صافی برای اثبات تجربه‌های دوران کودکی در تمام عمر انسان عمل می‌کنند. افرادی که طرحواره‌هایشان در حوزه اول که طرد و بریدگی[3] است، بیشترین آسیب را می‌بینند. اغلب آنها دوران کودکی تکان‌دهنده و پرآسیبی دارند و به‌طور مداوم از یک رابطه خودآسیب‌رسان به رابطه‌ای دیگران پناه می‌برند و از برقراری روابط نزدیک اجتناب می‌کنند (یانگ، کلوسکو، ۲۰۰۳؛ ترجمه حمیدپور و اندوز ۱۳۹۸). یکی از گروه‌های جامعه که به علت برخوردارنبودن از حس بینایی بیشترین آسیب را در دوران کودکی تجربه می‌کنند، افراد با ناتوانی بینایی[4] هستند.

با توجه به اینکه «چشم» یکی از اندام‌های حسی مهم بدن است که میزان قابل توجهی از اطلاعات جهان خارج را در اختیار انسان قرار می‌دهد؛ گاهی کمبود یا فقدان حس بینایی سبب ادراک نادرست از جهان واقعی در افراد با نقص بینایی[5] می‌شود (پاندای، سریواستوی، فاطیما، کاران و کومار، ۲۰۱۵). بنابراین شکل‌گیری این درک متفاوت در این افراد، آنها را مستعد ابتلا به مشکلات عاطفی، رفتاری، اجتماعی و روان‌شناختی می‌کند (کرک، گلاگر، کولمن، ۲۰۱۵).

از سویی نگرش خانواده و اجتماع می‌تواند اثر به‌سزایی بر ابعاد مختلف زندگی فرد نابینا اعمال کند. یافته‌ها نشان‌دهنده این است که اغلب نگرش اجتماع نسبت به پدیده نابینایی و فرد نابینا دیدگاهی منفی است و نابینا فردی ناتوان قلمداد می‌شود. این دید منجر به رفتارهای ترحم‌آمیز و یا طرد فرد نابینا می‌شود. درنتیجه نیز سبب رنجش فرد نابینا و برخی اوقات انزوای اجتماعی وی می‌شود (عسکری، شقارودی، کمالی و خلف‌بیگی، ۱۳۹۰). همچنین براساس با پژوهش‌های والدین دارای کودک با آسیب بینایی به‌طور معمول متوجه نارسایی دیداری کودک نمی‌شوند؛ تردیدها نسبت به مشکل در دید کودک از حدود دوماهگی پدیدار می‌شود و از این پس روابط شکل متفاوتی به خود خواهند گرفت و این روابط بی‌احساس، بی‌تفاوت و طردکننده منجر به واپس روی کودک به لحاظ رشد عاطفی-اجتماعی می‌شوند (شریفی درآمدی، ۱۳۷۹).

از این‌رو مطالعه‌های متعدد نشان می‌دهد کودکان نابینا براساس تجربه‌های اولیه خود طرحواره‌های متخاصم از جهان در ذهن خود شکل داده و براساس با این طرحواره‌ها نیت دیگر افراد را غیردوستانه ارزیابی می‌کنند و یا رفتارهای جسارت‌آمیز و با ماهیت پرخاشگرانه واکنش نشان می‌دهند (شولتز و شاو، ۲۰۰۳). پرواضح است که طرحواره‌ها موجب سوگیری افراد در تفسیر از واقعیت می‌شوند و همین موضوع به‌صورت سوءتفاهم، دیدگاه تحریف‌شده، فرض اشتباه و انتظارهای غیرمنطقی در آسیب‌شناسی روانی بین فردی ظاهر می‌شود (پاسکال، کریستین، جین-لویس، ۲۰۰۸). یکی از پیامدهای سیر تحولی متفاوت، فرض‌های اشتباه و دیدگاه تحریف‌شده، "«حساسیت به طرد[6]» در روابط بین فردی است که یکی از عوامل آسیب‌زا در راهکارهای مقابله‌ای زمان رابطه صمیمی به شمار می‌آید و درنهایت منجر به سبک‌های ناسازگارانه مانند خشونت در رابطه با همسر و افزایش اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی می‌شود (داونی، فلدمن، آیدوک، ۲۰۰۰).

حساسیت به طرد تمایل به انتظار، داشتن حالتی دفاعی، ادراک بسیار سریع و واکنش بسیار شدید به طرد میان‌فردی تعریف می‌شود (رمرو- کانیاس، داونی، برنسون، آیدوک و کانگ، ۲۰۱۰) که ثبات بین فردی را کاهش می‌دهد (میانو، فرتوک، آرتز و استانلی، ۲۰۱۳) و در اغلب اختلال‌های مربوط به سلامت روان شیوع دارد (کینگ-کساس، چیو، ۲۰۱۲). انتظار طردشدن در فرد باعث می‌شود که تعامل‌های او با خانواده، دوستان حتی افراد غریبه و

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

همچنین انتخاب فعالیت، سرگرمی و علاقه‌های او تحت تأثیر ترس از طرد قرار بگیرد (لطفی، آهی و شریفی، ۲۰۱۶). افراد با حساسیت به طرد بالا واکنش شدید نسبت به طرد از خود نشان می‌دهند و زمان مواجهه با تعارض از راهکارهای اجتنابی و رفتارهای خود خاموش‌سازی استفاده می‌کنند که همین رفتارها باعث الگوی ارتباطی منفی در چنین افراد می‌شود (کریستمن، ۲۰۱۲).

یانگ اعتقاد دارد که طرحواره[۷] الگویی ثابت و درازمدت است که در دوران کودکی به وجود می‌آید و تا زندگی بزرگسالی نیز ادامه پیدا می‌کند. ما از راه طرحواره‌ها به جهان نگاه می‌کنیم. معمولاً این طرحواره‌ها به غیراز زمینه و بافت درمانی جای دیگر تغییر نمی‌کنند. حتی موفقیت قاطعانه در زندگی نیز برای تغییر آنها کافی نیست. در این رابطه، درمان می‌تواند شامل این باشد که به افراد کمک کند تا طرحواره‌های خود را پذیرفته و جهت آنها را به سوی جنبه‌های مثبت تغییر دهند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳؛ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۸). بنابر باور یانگ و همکاران (۲۰۰۳)، طرحواره‌های حوزه بریدگی و طرد شامل طرحواره‌های مشتمل بر این انتظار است که نیازهای فرد به پذیرش و احترام به‌طور قابل پیش‌بینی برآورده نخواهند شد. بنابراین می‌توان گفت فعال‌کردن طرحواره‌های نقص/ شرم در حوزه بریدگی باعث می‌شود که در فرد این احساس به وجود بیاید که در مهم‌ترین جنبه‌های شخصیتی خود فرد ناقص، نامطلوب، بد، حقیر و بی‌ارزش است یا در نظر افراد مهم زندگی‌اش، فردی نفرت‌انگیز و نامطلوب به‌حساب می‌آید. افرادی که این طرحواره را دارند، حساسیت بیش از حدی نسبت به انتقاد، طرد، سرزنش، کمرویی، مقایسه نابه‌جا، احساس ناامنی در حضور دیگران و حس شرمندگی در ارتباط با عیب و نقص‌های درونی خود نشان می‌دهند (صیادی، گل محمدیان، رشیدی، ۱۳۹۶). همچنین به بیان یانگ بازداری بیش از حد اعمال و احساسات در فرد، به دلیل اجتناب از طرد دیگران و یا ازدست‌دادن کنترل شخصی است (رافائل، برنستین، یانگ، ۲۰۱۰؛ کیلاگ، یانگ، ۲۰۰۶).

براساس نظر یانگ چون طرحواره درمانی[۸] بر عمیق‌ترین سطح شناخت تأکید می‌کند، ازاین‌رو به دنبال آن است که هسته مرکزی مشکل را اصلاح کند که این عمل از میزان موفقیت بالایی در درمان اختلال‌های روانی و جلوگیری از برگشت آن برخوردار است. همچنین این روش درمانی مؤثر برای اختلال‌های مقاوم و مزمن که تاکنون یک مشکل بغرنج در درمان محسوب می‌شدند، مناسب است (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). روش‌های مختلفی برای درمان حساسیت به طرد به‌کار برده شده است که طرحواره درمانی یکی از درمان‌های مؤثر برای ان محسوب می‌شود. بنابراین هدف پژوهش، تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر حساسیت به طرد در افراد نابینا و کم‌بینا است.

روش

این پژوهش، مطالعه‌ای نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. به این منظور جامعه آماری این پژوهش شامل تمام افراد نابینا و کم‌بینای مؤسسه آموزشی نابینایان ابابصیر شهر اصفهان بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس ۲۶ شرکت‌کننده (۲۰ تا ۴۵ ساله که مایل به شرکت در طرح بودند، از بیماری روانی دیگر رنج نمی‌بردند و طی دو ماه گذشته هیچ‌گونه مداخله‌ای روی آنها انجام نشده بود) انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی ۱۳ نفر در گروه آزمایش و ۱۳ نفر در گروه کنترل گمارده شدند. تعداد اعضای گروه آزمایش در پژوهش‌های علوم انسانی باید بین ۱۲ تا ۱۵ نفر باشد (دلاور، ۱۳۹۹). چنان‌چه فردی چندمعلولیتی باشد و سه جلسه غیبت داشته باشد و یا یکی از ملاک‌های ورود به طرح را نداشته باشد، از طرح خارج و فرد دیگر که ملاک‌های ورود را برآورده می‌کرد، به‌صورت تصادفی در طرح گمارده می‌شد.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

محدوده زمانی پژوهش از آبان تا بهمن ماه ۱۳۹۸ و به‌صورت حضوری بود. گردآوری اطلاعات به‌صورت میدانی و به کمک پرسشنامه انجام شد. در پژوهش حاضر، شرط محرمانه‌بودن نتایج پرسشنامه‌ها و اطلاعات شخصی آزمودنی‌ها رعایت شد و داده‌های به‌دست‌آمده فقط در راستای اهداف و فرضیه‌های پژوهش استفاده شد. همچنین موافقت تمام اعضا برای شرکت در پژوهش گرفته شد و جلسه‌ها نیز به‌صورت رایگان برگزار شد. پس از انجام ارزیابی در مرحله پیگیری، جلسه‌های درمان برای گروه کنترل نیز اجرا شد. در پژوهش حاضر برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-21 در دو سطح توصیفی و استنباطی استفاده شده است.

بعد از انتخاب گروه نمونه (براساس ملاک‌های ورود و خروج) افراد به‌صورت تصادفی به گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند و پس از آن شرکت‌کنندگان هر دو گروه قبل از اجرای برنامه مداخله گروهی به پرسشنامه حساسیت به طرد پاسخ دادند. اعضای گروه آزمایش در ۱۰ جلسه، هر هفته به مدت ۹۰ دقیقه، با هدف کاهش حساسیت به طرد در افراد دارای نقص بینایی تحت آموزش قرار گرفتند. انتهای جلسه‌ها به اعضا فهرستی از مطالب مهم هر جلسه و تکالیف خانگی برای تمرین ارائه می‌شد. در ابتدای جلسه بعد تکالیف بررسی شده و بازخورد لازم ارائه می‌شد. در جلسه اول گروه، آشنایی اعضا با یکدیگر، تشریح اهداف شرکت در جلسه‌ها، وظایف کلی اعضای گروه و ارائه منطق آموزش گروهی تا پایان جلسه‌ها انجام گرفت. در سایر جلسه‌ها نخست تکالیف جلسه‌های قبل بازبینی می‌شد. بازخوردهای مناسب نیز دریافت می‌شد و پس ازآن نیز موضوع موردنظر در آن جلسه طرح و از بیماران خواسته می‌شد تا در جلسه‌های حضوری فعال باشند و نظرهای خود را بیان کرده و تجربه‌های خود را مرتبط با موضوع مطرح‌شده در هر جلسه مطرح کنند. سپس تکالیف خانگی مشخص می‌شد و اعضا متعهد می‌شدند تا جلسه بعد به انجام آن تکلیف بپردازند. در پایان هر جلسه نیز جمع‌بندی از مطالب آن جلسه برای تفهیم بهتر مطالب صورت می‌گرفت (جدول ۱، خلاصه جلسه‌های طرحواره درمانی). در این فاصله گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند و هیچ‌گونه اطلاعاتی از مداخله در گروه آزمایش نداشتند. آخرین روز جلسه آموزش برای جمع‌بندی و تشکر از اعضای گروه، جلسه‌ای تشکیل شد و در همان روز پس‌آزمون از هر دو گروه کنترل و آزمایش گرفته شد. درنهایت، یک ماه پس از آخرین جلسه از گروه آزمایش پیگیری گرفته شد. برای سنجش متغیرهای پژوهش از پرسشنامه حساسیت به طرد (RSQ) استفاده شد.

پرسشنامه حساسیت به طرد[9](RSQ)

این پرسشنامه توسط داونی و فلدمن (۱۹۹۶) ارائه شد. در این پرسشنامه، متغیر حساسیت به طرد با ۱۸ سؤال دو قسمتی (الف و ب) و براساس مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای سنجش می‌شود. (قسمت الف) هر سؤال درباره میزان اضطرابی است که فرد در موقعیت مربوط به آن سؤال احساس می‌کند و (قسمت ب) احتمال دریافت پاسخ مثبت از طرف مقابل را ارزیابی می‌کند، برای مثال یکی از سؤال‌ها این است که: شما در کلاس از کسی می‌خواهید که جزوه خود را به شما قرض دهد. چقدر نگران می‌شوید از اینکه این فرد می‌خواهد جزوه‌اش را به شما قرض دهد یا نه؟(از ۱- اصلاً نگران نیستم تا ۶- خیلی نگرانم). قسمت دوم به این مربوط است که فرد چقدر احتمال می‌دهد این فرد باکمال میل جزوه‌اش را در اختیار من قرار می‌دهد (از ۱- احتمال خیلی کمی دارد تا ۶- احتمال زیادی دارد). میزان حساسیت به طرد اینگونه به دست می‌آید که نخست با کم‌کردن نمره‌ها «انتظار پذیرش در هر موقعیت (قسمت ب) از عدد ۷ محاسبه می‌شود؛ سپس نمره‌های انتظار فرد» محاسبه می‌شود. سپس در هر موقعیت نمره انتظار طرد در درجه اضطراب ضرب شده و میانگین نمره‌هاس حاصل برای ۱۸ موقعیت به دست می‌آید. همسانی

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

درونی مقیاس حساسیت به طرد با روش آلفا کرونباخ (۰/۸۹) گزارش شده است و نیز با روش باز آزمایی (۹۱ /۰) به دست آمد. در ایران، ضریب پایایی این مقیاس با روش آلفا ۰/۸۳ به دست آمده است (خوشکام و همکاران، ۱۳۹۳) (جدول ۱).

جدول ۱ خلاصه جلسات طرحواره درمانی

جلسات	اهداف
اول	معرفی برنامه‌ها، شناخت اعضا، اجرای پیش‌آزمون
دوم	معرفی و توصیف طرحواره درمانی با مثال و به‌صورت قابل فهم
سوم	آموزش و شناخت طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ویژگی‌های آنها
چهارم	معرفی حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بررسی تک‌تک طرحواره‌ها به‌صورت جداگانه
پنجم	معرفی نیازهای هیجانی اساس و ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها
ششم	آموزش و شناخت سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای به‌صورت عینی و مفهوم‌سازی مشکل فرد در قالب الگوی طرحواره درمانی
هفتم	اجرای راهبردهای شناختی طرحواره درمانی
هشتم	اجرای راهبردهای تجربی
نهم	آموزش روش‌های الگوشکنی
دهم	جمع‌بندی و اجرای پرسشنامه‌های پس‌آزمون

یافته‌ها

فراوانی پاسخ‌دهندگان در گروه سنی ۲۵ تا ۳۰ سال با ۶ نفر و ۴۶/۲ درصد فراوانی در گروه آزمایش و در گروه سنی ۲۵ اتا ۳۰ سال با ۶ نفر و ۴۶/۲ درصد در گروه کنترل بیشتر از سایر فراوانی سایر گروه‌ها بوده است. فراوانی پاسخ‌دهندگان در گروه تحصیلی لیسانس با ۹ نفر و ۶۹/۲ درصد فراوانی در گروه آزمایش و همچنین گروه تحصیلی دیپلم با ۵ نفر و ۳۸/۵ درصد در گروه کنترل بیشتر از سایر فراوانی سایر گروه‌ها بوده است. اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش به شرح زیر است (جدول ۲).

جدول ۲ شاخص‌های آماری توصیفی نمره‌های متغیر حساسیت به طرد در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	شاخص‌ها	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	واریانس	میانگین	انحراف معیار	واریانس
گروه آزمایش	اضطراب	۶۰/۹۲	۱۲/۱۳	۱۴۷/۲۴	۴۹/۹۲	۱۰/۷۲	۱۱۵/۷
	پیش‌بینی	۷۰/۷۷	۱۲/۳۰	۱۵۱/۳۵	۶۳/۵۴	۱۲/۸۴	۱۶۵/۱۰
	حساسیت به طرد (کل)	۱۰/۸۰	۴/۲۵	۱۸/۹	۹/۴	۳/۴۲	۱۱/۷۱
گروه کنترل	اضطراب	۶۶/۷۷	۱۲/۳۷	۱۵۳/۲	۶۶/۲۳	۱۱/۹	۱۲۳/۲
	پیش‌بینی	۶۷/۳۱	۱۱/۳۶	۱۲۹/۶	۶۷/۷۷	۱۱/۲۶	۱۲۶/۸۵
	حساسیت به طرد (کل)	۱۲/۷۶	۲/۹۹	۸/۹۷	۱۲/۶۹	۲/۸۱	۷/۹۲

با توجه به جدول ۲ مشاهده می‌شود که اطلاعات کلی توصیفی (میانگین، انحراف معیار و واریانس) به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل در متغیر حساسیت به طرد و مؤلفه‌ها (اضطراب و پیش‌بینی) آمده است

در مبحث تحلیل استنباطی در این پژوهش اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش حساسیت به طرد بر نابینایان و کم‌بینایان بررسی می‌شود. به این دلیل که از پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شده است و همچنین متغیرهای پژوهش به‌صورت کمی هستند، از روش آنالیز کواریانس چندمتغیری استفاده

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

می‌شود. همچنین برای انجام آزمون‌های آماری کواریانس، پیش‌فرض‌هایی وجود دارد که باید قبل از انجام آزمون رعایت شود که در زیر آورده شده است.

پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع نمره‌ها: یکی از پیش‌شرط‌های آزمون پارامتریک t، بررسی نرمال‌بودن توزیع نمره‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل است. به این منظور آزمون کولموگروف- اسمیرنف برای آزمون پیش‌فرض انجام شد که نتایج آن در جدول ۳ شرح داده شده است.

جدول ۳ نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف برای بررسی نرمال‌بودن داده‌های حساسیت به طرد در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	مؤلفه‌ها		نمره z	معناداری
حساسیت به طرد	اضطراب طرد	پیش‌آزمون	۰/۱۰۹	۰/۲۰۰
		پس‌آزمون	۰/۱۱۳	۰/۲۰۰
	پیش‌بینی طرد	پیش‌آزمون	۰/۱۱۴	۰/۲۰۰
		پس‌آزمون	۰/۷۷	۰/۲۰۰
	کل آزمون	پیش‌آزمون	۰/۱۰۷	۰/۸۹
		پس‌آزمون	۰/۱۴۷	۰/۱۵۱

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، فرض صفر برای نرمال‌بودن توزیع نمره‌های گروه در ابعاد متغیرهای حساسیت به طرد تأیید شده است؛ به این معنا که نمره‌های گروه در مقیاس‌های حساسیت به طرد در موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون توزیع نرمال دارد.

پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها: برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج این آزمون در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴ آزمون لوین در مورد تساوی همسانی واریانس‌ها در متغیر حساسیت به طرد در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	مؤلفه‌ها		ضریب F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
حساسیت به طرد	اضطراب طرد	پیش‌آزمون	۰/۱۹۴	۱	۲۴	۰/۶۶۳
		پس آزمون	۰/۱۳۸	۱	۲۴	۰/۷۱۴
	پیش‌بینی طرد	پیش‌آزمن	۰/۳۲	۱	۲۴	۰/۸۵۹
		پس آزمون	۰/۳۸	۱	۲۴	۰/۸۴۶
	کل آزمون	پیش‌آزمون	۰/۹۶	۱	۲۴	۰/۷۵۹
		پس آزمون	۱/۳۸۹	۱	۲۴	۰/۲۵۰

با توجه به جدول ۴ که مقدار معناداری در هر دو آزمون متغیر حساسیت به طرد بالاتر از ۰/۵ است، مشخص می‌شود واریانس گروه‌ها از تجانس برخوردار است. درنتیجه استفاده از آزمون‌های پارامتریک بی‌مانع است (جدول ۵).

جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیره مربوط به اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش حساسیت به طرد در مرحله پس‌آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
الگو	۱۸۳/۴۵۷	۲	۹۱/۷۲۹	۱۵/۲۱۳	۰/۱	۰/۵۶۹	۰/۹۹۸
پیش‌آزمون	۹۷/۱۱	۱	۹۷/۱۱	۱۶/۸۹	۰/۱	۰/۴۱۲	۰/۹۷۰
حساسیت به طرد	۴۰/۱۴	۱	۴۰/۱۴	۶/۶۳۶	۰/۱۷	۰/۲۲۴	۰/۶۹۴
خطا	۱۳۸/۶۸۲	۲۳	۶/۳۰				
کل	۳۳۹۵/۹۵۸	۲۶					
اصلاحیه کل	۳۲۲/۱۴۰	۲۵					

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

با توجه به جدول ۵، نتایج نشان می‌دهد مقدار F محاسبه‌شده در متغیر حساسیت به طرد برای تفاوت نمره‌های پس‌آزمون دو گروه با همسان‌کردن نمره‌های پیش‌آزمون برابر با ۶/۶۳۶ است که با توجه به سطح معناداری (p=۰/۱) در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار است. بنابراین می‌توان گفت که طرحواره درمانی بر کاهش حساسیت به طرد نابینایان و کم‌بینایان مؤثر است و فرضیه پژوهش تأیید می‌شود (جدول ۶).

جدول ۶ نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیره مربوط به اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش حساسیت به طرد در مرحله پیگیری

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
الگو	۲۹۴/۳۴۳	۲	۱۴۷/۱۷۱	۲۱۵	۰/۱	۰/۹۴۹	۱
پیش‌آزمون	۱۷۱/۵۵۴	۱	۱۷۱/۵۵۴	۲۵۰/۶۲۱	۰/۱	۰/۹۱۶	۱
پیگیری حساسیت به طرد	۷/۲۵۴	۱	۷/۲۵۴	۱۰/۵۹۷	۰/۳	۰/۳۱۵	۰/۸۷
خطا	۱۵/۷۴۴	۲۳	۰/۶۸۵				
کل	۳۱۸۹/۳۴۱	۲۶					
اصلاحیه کل	۳۱۰/۸۷	۲۵					

با توجه به جدول ۶، نتایج نشان می‌دهد مقدار F محاسبه‌شده در متغیر حساسیت به طرد برای تفاوت نمره‌های پیگیری دو گروه با همسان‌کردن نمره‌های پیش‌آزمون برابر با ۱۰/۵۹۷ است که با توجه به سطح معناداری (p=۰/۱) در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار است. بنابراین می‌توان گفت که طرحواره درمانی بر حساسیت به طرد نابینایان و کم‌بینایان تأثیر معناداری داشته است؛ به عبارتی اثر آموزش پس از یک ماه کاهش پیدا نکرده و پایدار بوده است و اندازه اثر طرحواره درمانی برای حساسیت به طرد در بین نابینایان و کم‌بینایان ۰/۸۷ بوده است.

بحث: هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر حساسیت به طرد افراد نابینا و کم‌بینا است و یافته‌های پژوهش حاضر ما را به این نتیجه رهنمون می‌کند که طرحواره درمانی بر کاهش حساسیت به طرد در نابینایان و کم‌بینایان مؤثر است. همچنین پس از گذشت زمان (در پژوهش حاضر یک ماه) نتایج همچنان ثابت بوده است و اثربخشی این روش درمانی پس از گذشت زمان نیز تأیید شد.

نتایج پژوهش حاضر با مطالعه‌های بهرامی و همکاران (۱۳۹۱) که طی آن به مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی دل‌بستگی-روایتی با زوج‌درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی بر سیر تغییر اضطراب دل‌بستگی و حساسیت به طرد در زنان متأهل در زنان شهر تهران پرداخته است و مبین اثربخش‌بودن زوج‌درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی بر حساسیت به طرد این گروه است، همسو است. همچنین این یافته پژوهش با مبانی نظری و اقدام‌های بالینی یانگ و همکاران (۲۰۰۳؛ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۸) که مبین اثربخشی طرحواره درمانی برای اصطلاح طرحواره‌های حوزه بریدگی و طرد است، همسو است.

به بیان یانگ و همکاران (۲۰۰۳؛ ترجمه حمیدپور و اندور، ۱۳۹۸) آسیب‌رسان‌ترین و قدرتمندترین طرحواره‌ها در حوزه اول «طرد و بریدگی» قرار دارند. این حوزه با چهار طرحواره شامل «رهاشدگی/ بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، نقص/ شرم و انزوای اجتماعی/ بیگانگی» مشخص می‌شود. چنان‌چه فردی در دوران کودکی رها شود؛ از او سوءاستفاده شود؛ طرد و یا فراموش شود و در بزرگسالی به‌صورت «ناخودآگاه» وقایع زندگی فعلی را مشابه با تجربه‌های آسیب‌رسان دوران کودکی‌اش درک کند؛ طرحواره‌هایش برانگیخته می‌شوند و هیجان‌های منفی شدیدی مانند شرم، سوگ، ترس و یا خشم را تجربه می‌کند. یکی از تبیین‌های احتمالی بالابودن اختلال‌های روان‌شناختی در دانش‌آموزان (افراد) نابینا این است که افراد عادی در برقراری ارتباط با نابینایان

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

دچار مشکل هستند و ناتوانی در ایجاد رابطه موجب واکنش‌های عاطفی منفی از قبیل انزواطلبی و درون‌گرایی در آنان می‌شود (عطادخت و همکاران، ۱۳۹۶). براساس با پژوهش عسکری و همکاران (۱۳۹۰) نیز معضل دیگر افراد نابینا این است که اغلب نگرش اجتماعی نسبت به پدیده نابینایی و فرد نابینا منفی است و فرد نابینا ناتوان قلمداد می‌شود. این دید منفی منجر به رفتارهای ترحم‌آمیز و یا طردکردن و سرانجام باعث رنجش و گاهی اوقات انزوای اجتماعی فرد نابینا می‌شود. همچنین براساس با یافته‌های پژوهش دمهری، موللی و احمدی (۱۳۹۴) طرحواره انزوای اجتماعی، یکی طرحواره‌های حوزه انفصال و طرد است؛ در این حوزه کودک درباره برقراری ارتباط و بودن در کنار دیگران با نداشتن اطمینان روبه‌رو می‌شود و این خود می‌تواند عاملی برای دوری‌گزینی و انزوای فرد از برقراری ارتباط و درنتیجه سبب نشان‌دادن رفتارهای کلیشه‌ای در کودک شود. بنابراین می‌توان گفت که وجود برخی طرحواره‌های ناکارآمد اولیه ازجمله انزوا، خود تحول نیافته و گرفتار، نقص و شرم و آسیب‌پذیری به ضرر و بیماری در نوجوانان با نقص بینایی و شنوایی می‌تواند منجر به کاهش خودپنداره آنها و دلیلی برای مشکلات رفتاری آنها باشد. توجه به متغیرهای محیطی که سبب تشدید طرحواره‌های این کودکان می‌شود، نیز عاملی است که در فرایند رشد سالم کودکان نابینا و ناشنوا بسیار یاری‌دهنده خواهد بود.

در ادامه بحث براساس با نظر یانگ (۲۰۰۳) اولین نیاز اساسی هیجانی فرد نیاز به «دلبستگی ایمن» است. این نیاز شامل «نیاز به محبت، امنیت، ثبات و پذیرش» است. ارضانشدن آن سبب به‌وجودآمدن طرحواره‌های ناسازگار در حوزه اول که بریدگی و طرد است، می‌شود. بالبی اعتقاد داشت که کودکان الگوهایی ذهنی را از خودشان و ارتباطاتشان تشکیل می‌دهند که بر روابط آینده آنها اثرگذار است. هسته اصلی این الگوها انتظارهای شخص راجع به احتمال طردشدن و ارضاشدن نیازهای وی به‌واسطه افراد مهم زندگی است. چنان‌چه پاسخ به نیازهای کودک توسط مراقب اولیه به شیوه «طردکردن او» باشد، در کودک الگوهایی ناایمن فعال به وجود آمده و با اضطراب و تردید در مورد این موضوع که «موردپذیرش و حمایت قرار خواهد گرفت» روبه‌رو می‌شود. همچنین براساس با نظر بالبی، زمانی که والدین از طرد برای پاسخ‌دادن به ابراز نیازهای کودکشان استفاده می‌کنند، کودک نیز به طرد واکنش نشان می‌دهند، زیرا به احتمال زیاد در کودک انتظارهایی بر این مبنا که هر زمان خواهان پذیرفته‌شدن و حمایت‌شدن از جانب افراد مهم هستند، از جانب والدینشان طرد خواهند شد، به وجود می‌آید. بنابراین زمان ابراز نیازها و آسیب‌پذیری‌ها به افراد مهم زندگی خود، انتظاری را توأم با اضطراب تجربه می‌کند که همین انتظارهای اضطراب‌آور از طرد است که افراد را به نشانه‌های طرد حساس کرده و سبب ایجاد «حساسیت نسبت به طرد» در یک شخص می‌شود. شولتز و شاو (۲۰۰۳) نیز بیان می‌کنند کودکان نابینا براساس تجربه‌های اولیه خود طرحواره‌های متخاصم از جهان در ذهن خود شکل داده و براساس با آن نیت دیگر افراد را غیردوستانه ارزیابی می‌کنند و با رفتارهای جسارت‌آمیز و دارای ماهیت پرخاشگرانه واکنش نشان می‌دهند و پرواضح است که این نوع تفسیر واکنش ویژگی حساسیت به طرد در افراد است.

با توجه به مطالب بیان‌شده می‌توان این یافته را اینگونه تبیین کردکه افراد نابینا نسبت به طرد و پذیرش‌نشدن از جانب افراد دیگر حساس هستند و براساس با خصوصیت عمومی افراد حساس به طرد در صورت احساس و ادراک (هرگونه علامتی) که توسط آنها به‌عنوان نشانه‌ای از طرد و پذیرش‌نشدن از سوی افراد دیگر تعبیر شود (حتی اگر غیرواقعی) باشد، پاسخ‌های مختلفی ازجمله انزوا، گوشه‌گیری، رفتارهای جسارت‌آمیز و واکنش‌های خصمانه، از خود نشان می‌دهند. بنابراین می‌توان برای کمک به کاهش

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

حساسیت به طرد در این افراد از روش‌های مختلف طرحواره درمانی بهره برد، برای مثال براساس نظر یانگ و همکاران (۲۰۰۳) تکنیک «بازوالدینی حدومرزدار» (که ازجمله روش‌های ارتباطی است) به‌خصوص در مورد بیمارانی که طرحواره‌های آنها در حوزه بریدگی و طرد است، مفید و ارزشمند خواهد بود. هرچه قدر شدت صدمه بیشتر باشد، اهمیت جنبه بازوالدینی نیز فراتر می‌رود. بازوالدینی حدومرزدار برای تمام بیماران با هرکدام از حوزه‌های طرحواره که باشند، مفید است؛ درمانگر به منطبق‌کردن سبک بازوالدینی خود را با طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای بیمار می‌پردازد. شناخت کافی درمانگر در مورد طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای به او کمک می‌کند تا بازوالدینی متناسب با نیازهای بیمار را شناسایی کند و از آن به مؤثرترین شکل استفاده کند؛ درمانگر در بازوالدینی حدومرزدار یک تجربه هیجانی تصحیح‌کننده برای بیمار فراهم می‌کند. در این روند درمانگر برای تبدیل‌شدن به یک والد که موجب بازگشت بیمار به دوران کودکی می‌شود درحالی‌که نگرش پذیرنده را در برابر بیمار حفظ می‌کند، تلاش نمی‌کند بلکه بازوالدینی حدومرزدار یک سبک متداوم، پیاپی و همخوان تمایل با بیمار است که طی آن درمانگر برای ترمیم طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه بیمار تلاش و کوشش می‌کند. بنابراین این شیوه رابطه‌درمانی منجر به موفقیت بیشتر مرحله تغییر می‌شود (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳؛ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۸). ازاین‌رو در پژوهش حاضر از طرحواره درمانی برای درمان حساسیت به طرد در این قشر ویژه استفاده شد که نتایج آن بلافاصله و پس از یک ماه پیگیری مبین اثربخشی طرحواره درمانی بر حساسیت به طرد در میان این گروه خاص است و ثبات اثر این درمان پس از گذشت زمان (در پژوهش حاضر یک ماه) تأیید شد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش وجودنداشتن پرسشنامه و ابزارهای سنجش به صورتی که فرد نابینا به‌راحتی و خود از آنها استفاده کند (به‌صورت صوتی و یا خط بریل) و نیز حضور دامنه سنی خاص در مؤسسه مربوط به آن بود. در بحث پیشنهادهای پژوهشی می‌توان به طراحی و هنجاریابی ابزارهای سنجش مختص افراد دارای نقص بینایی، طراحی و تدوین و اجرای قراردادهای ویژه برای افراد با نقص بینایی اشاره کرد.

از جمله پیشنهادهای کاربردی پژوهش حاضر، برگزاری دوره‌هایی براساس روش طرحواره‌محور برای والدین این افراد برای پیشگیری و تعدیل مشکلات آتی و گذشته این قشر است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که یکی از درمان‌های مفید و پربازده برای اختلال‌های مقاوم، مبهم و درازمدت که ریشه در دوران کودکی دارند، به‌خصوص اختلال‌هایی که افراد در آنها به مشکل منش شناختی مزمن مبتلا هستند، «طرحواره درمانی» ابداعی یانگ است که درمانی یکپارچه‌نگر، جامع و تلفیقی است. در روش درمانی یانگ از روش‌ها و راهبردهای مختلف شناختی، تجربی، رفتاری و ارتباطی برای اصلاح شناخت‌ها، رفتارها، احساسات بدنی و عاطفی ناسازگارانه و درنهایت تغییر سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای فرد استفاده می‌شود. درمانگران با استفاده از این راهبردها در سطح شناخت، عاطفه و رفتار فرد به مداخله می‌پردازند. این راهبردها و روش‌های درمانی درنهایت به فرایند تغییر و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار افراد کمک قابل ملاحظه‌ای می‌کنند. گروهی‌بودن فرایند درمان نیز از عوامل مهم اثربخشی این الگوی درمانی در پژوهش حاضر محسوب می‌شود. موارد بیان‌شده و یافته‌های پژوهش حاضر ما را به این نتیجه رهنمون می‌کند که طرحواره درمانی بر کاهش حساسیت به طرد در نابینایان و کم‌بینایان مؤثر است. همچنین پس از گذشت زمان (در پژوهش حاضر یک ماه) نتایج همچنان ثابت بوده و اثربخشی این روش درمانی پس از گذشت زمان نیز تأیید شد.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

تشکر و قدردانی

از همه افـــــراد مبتلا به اختلال بینایی که در پژوهش حاضر شرکت کردند و تمـــام ســـازمان‌هایی که پژوهشـــگران را در دسترسی به این افراد یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

پی‌نوشت‌ها

1. Early maladaptive schemas
2. Emotional needs
3. Disconnection & rejection
4. Visual disability
5. Visual impairment
6. Rejection sensitivity
7. Schema
8. Schema therapy
9. Rejection Sensitivity Questionnaire (RSQ)

منابع

خوشکام س.، احمدی، ا.، بهرامی ف.، فاتحی‌زاده م.، اعتمادی ع. (۱۳۹۱)*مقایسه اثربخشی زوج درمانی دلبستگی-روایتی با زوج‌درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی بر سیر تغییر سطح اضطراب دلبستگی و حساسیت به طرد در زنان متأهل در شهر تهران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی، دانشگاه اصفهان.

خوشکام س.، بهرامی ف.، رحمت الهی ف.، نجارپوریان س. (۱۳۹۳) «خصوصیات روانشناختی پرسشنامه حساسیت به طرد در دانشجویان»، *پژوهش‌های روانشناختی*، ۱۷ (۱): ۳۸۵-۳۹۵.

دلاور ع. (۱۳۹۹) *روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی*، تهران: انتشارات ویرایش.

دمهری ف.، موللی گ.، احمدی و. (۱۳۹۴) «بررسی همبستگی بین طرحواره ناکارآمد اولیه، خودپنداره و مشکلات رفتاری نوجوانان نابینا و نوجوانان ناشنوا شهر یزد»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*،۲۳(۴): ۱۹۱-۲۰۱.

شریفی درآمدی پ. (۱۳۷۹) *روانشناسی و آموزش کودکان نابینا*، تهران: گفتمان خلاق.

صیادی گ.، گل‌محمدیان م.، رشیدی ع. (۱۳۹۶) «اثربخشی طرحواره درمانی بر احساس حقارت دختران نوجوان خانواده‌های طلاق»، *پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*، ۷(۱): ۸۹ -۱۰۰.

عسکری ث.، شفارودی ن.، کمالی م.، خلف‌بیگی م. (۱۳۹۰) «محیط و نابینایی: تجربیات بزرگسالان دارای نابینایی اکتسابی در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی»، *مجله مطالعات ناتوانی*،۱(۱): ۲۹-۴۱.

عطادخت ا.، جعفری ع.، کمرزرین ح.، حیاتی م.، مهری ص. (۱۳۹۶) «نقش تصویر بدنی و خود پنداره در پیش‌بینی اختلالات روان‌شناختی دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا»، *فصلنامهٔ علمی پژوهشی کودکان استثنایی*،۱۷(۲): ۱۳-۲۴.

لطفی م.، آهی ق.، صفایی ای. (۱۳۹۶) «بررسی نقش ویژگی‌های شخصیت مرزی و حساسیت به طرد در پیش‌بینی عضویت در شبکه‌های اجتماعی»، *فصلنامهٔ پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۴(۱۱):۲۹-۳۹.

یانگ ج.، کلوسکو ژ، ویشار م. (۲۰۰۳) *طرحواره درمانی، راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی*، جلد ۱، ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز (۱۳۹۸)، تهران: انتشارات ارجمند.

Christman, J. A. (2012). Examining the Interplay of Rejection Sensitivity, Self-compassion, and Communication in Romantic Relationships. *Unpublished* (Doctoral Dissertation, University of Tennessee, Knoxville).

Downey, G., Feldman, S., & Ayduk, O. (2000). Rejection Sensitivity and Male Violence in Romantic Relationships. *Personal Relationships*, *7*(1), 45-61.

Fries E. (1930). The Social Psychology of Blindness. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 25(1), 14-25.

Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 445-458.

King-Casas, B., & Chiu, PH. (2012). Understanding Interpersonal Function in Psychiatric Illness through Multiplayer Economic Games. *Biological Psychiatry*, 72(2), 119-125.

Kirk, S., Gallagher, G., & Coleman, M.R. (2015). *Educating exceptional children (14th Ed)*. Cengage Learning, Printed in the United States of America.

Miano, A., Fertuck, EA. Arntz, A., & Stanley, B. (2013). Rejection Sensitivity is a Mediator between Borderline Personality Disorder Features and Facial Trust Appraisal. *Journal of Personality Disorders*, 27, 442-456.

Panday, R., Srivastava, P., Fatima, N., Kiran, M., & Kumar, P. (2015). Depression, Anxiety and Stress among Adolescent Girls with Gongenital Visual Impairment. *Journal of Disability Management and Rehabilitation*, 1(1), 21-24.

Pascal, A., Christine, A., & Jean-Louis, N. (2008). Development and Validation of Cognitive Inventory of Subjective Distress. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23 (11), 1175-1181.

Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. (2010). *Schema therapy: Distinctive features*. Routledge.

Romero- Canyas, R., Downey, G., Berenson, K., Ayduk, O., & Kang, NJ. (2010). Rejection Sensitivity and the Rejection- Hostility Link in Romantic Relationships. *Jornual of Personality*, 78(1), 119-148.

Schultz, D., & Shaw, D.S. (2003). Boys Maladaptive Social Information Processing, Family. *Emotional Climate and Pathways to Early Conduct Problem*, (12)3, 440-460.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*, Guilford Press.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]