

Summer 2026, Volume 12, Issue 4

The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Cognitive Emotion Regulation Strategies in Adolescent Students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Parastoo Ghanbari¹, Saeed Moshtaghi^{2*}

1- Department of Psychology, Dez. C., Islamic Azad University, Dezful, Iran.

2- Department of Psychology, Dez. C., Islamic Azad University, Dezful, Iran.

Corresponding author: Assistant Professor, Department of Psychology, Dez. C., Islamic Azad University, Dezful, Iran.

Email: Moshtaghisaeed@iau.ac.ir

Received: 2026/02/1

Accepted: 2026/09/5

Abstract

Introduction: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most common behavioral disorders during childhood and adolescence. One of the challenges faced by this group is cognitive emotion regulation. The aim of the present study was to determine the effectiveness of emotional schema therapy in improving cognitive emotion regulation strategies among adolescent male students with ADHD.

Methods: The research method was a quasi-experimental type with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The statistical population included all male high school students with attention deficit hyperactivity disorder referred to the "Rahyab" Specialized Educational and Training Counseling Center in the academic year 2024-2025 who had a file in this center, of which 32 people (16 in the experimental group and 16 in the control group) were selected by convenient sampling. The collection tools were the Conners Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Diagnostic Questionnaire (1999) and the Garnefski & Kroaij Multidimensional Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (2006). The emotional schema therapy intervention was performed on the experimental group during 10 sessions, two 60-minute sessions per week.

Results: There is a significant difference in the mean scores of cognitive emotion regulation strategies between the experimental and control groups across the pre-test, post-test, and follow-up stages, and the intervention successfully improved cognitive emotion regulation strategies in the sample group ($p < 0.01$). Based on the calculated effect sizes, the impact was 0.61 on adaptive strategies and 0.52 on maladaptive strategies.

Conclusions: Given that emotional schema therapy was effective in improving cognitive emotion regulation strategies, this method should be considered by therapists and psychology specialists as an effective method.

Keywords: Emotional schema therapy, Cognitive emotion regulation, Attention deficit hyperactivity disorder, Students.

اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در دانش آموزان نوجوان دارای اختلال نقص توجه و بیش فعالی

پرستو قنبری^۱، سعید مشتاقی^{۲*}

۱- گروه روانشناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.

۲- گروه روانشناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.

نویسنده مسئول: سعید مشتاقی، استادیار گروه روانشناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.

ایمیل: moshtaghisaed@iau.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۶/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۱۲

چکیده

مقدمه: اختلال نقص توجه و بیش فعالی یکی از شایع ترین اختلالات رفتاری در دوران کودکی و نوجوانی است. یک از مشکلات این گروه خود نظم جویی شناختی هیجان است. هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر بهبود راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان دانش آموزان نوجوان پسر دارای اختلال نقص توجه و بیش فعالی بود. **روش کار:** روش پژوهش از نوع نیمه تجربی و طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان پسر مقطع متوسطه دارای اختلال نقص توجه و بیش فعالی ارجاع داده شده به مرکز مشاوره تخصصی تحصیلی-تربیتی «رهیاب» در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ که در این مرکز دارای پرونده بودند، می شد که تعداد ۳۲ نفر (۱۶ نفر گروه آزمایش و ۱۶ نفر گروه کنترل) به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری پرسشنامه تشخیصی اختلال نقص توجه و بیش فعالی بزرگسالان کانرز (۱۹۹۹) و پرسشنامه چندبُعدی نظم جویی شناختی هیجان گارنفسکی و کاریج (۲۰۰۶) بود. مداخله طرحواره درمانی هیجانی در طی ۱۰ جلسه به صورت هفته ای دو جلسه ۶۰ دقیقه ای بر روی گروه آزمایش انجام شد.

یافته ها: بین میانگین نمرات راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و دوره پیگیری تفاوت معنی داری وجود دارد و این مداخله توانسته منجر به بهبود راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در گروه نمونه شود ($p < 0/01$). بر اساس اندازه اثر به دست آمده، تاثیر بر راهبردهای سازگارانۀ ۰/۶۱ و بر راهبردهای ناسازگارانۀ ۰/۵۲ بود.

نتیجه گیری: با توجه به این که طرحواره درمانی هیجانی برای بهبود راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان موثر بود، این روش به عنوان یک شیوه موثر مورد توجه درمانگران و متخصصین حوزه روان شناسی قرار گیرد.

کلیدواژه ها: طرحواره درمانی هیجانی، نظم جویی شناختی هیجان، اختلال نقص توجه و بیش فعالی، دانش آموزان.

مقدمه

این اختلال حداقل ۶ مورد از ۹ ملاک بی توجهی یا بیش فعالی، تکانشگری، بایستی حداقل در دو مورد جداگانه مثلاً خانه و مدرسه مشاهده شود. علائم مشاهده شده می بایست ۶ ماه طول بکشد و با سطح رشدی کودک مطابقت نداشته باشد و در عملکرد فرد اختلال وارد کرده باشد (۲). حدوداً ۵ تا ۸ درصد از کودکان (با شیوع بیشتر در پسران) با اختلال

اختلال نقص توجه و بیش فعالی یکی از شایع ترین اختلالات رفتاری در دوران کودکی و نوجوانی است که در اوایل این دوران شروع و رایج ترین نشانه های آن بی توجهی، بیش فعالی و تکانشگری است (۱). برای تشخیص

بیش فعالی و نقص توجه دست و پنجه نرم می کنند (۳). تحقیقات گزارش کرده اند ۳۰ تا ۷۰ درصد از کودکانی که دارای اختلال نقص توجه و بیش فعالی هستند، علائم این اختلال را تا سنین بزرگسالی خود نشان می دهند (۴). یکی از مشکلاتی که مبتلایان به اختلال نقص توجه و بیش فعالی در طول عمر با آن روبرو هستند، خود نظم جویی شناختی هیجان است (۶). مطالعات نشان دادند که مشکل در خود نظم جویی شناختی هیجان باعث بروز نشانگان افسردگی در نوجوانان دارای اختلال نقص توجه و بیش فعالی می شود (۶). همچنین، رابطه معنی داری بین اختلال نقص توجه و بیش فعالی و استفاده از راهبردهای ناسازگار نظم جویی شناختی هیجان در بزرگسالی مشاهده شده است (۷). اخیراً، نیز در مطالعه ای نقش راهبردهای ناسازگار در نظم جویی شناختی هیجان در بین نوجوانان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی با علائم افسردگی آن ها مورد تایید قرار گرفت (۸). در واقع نظم جویی هیجان، مدیریت کننده بازشناسی، پاسخ دهی و تعدیل کننده تنش است (۹) و شامل دو بخش کلی راهبردهای «سازگانه و ناسازگانه» است (۱۰) و به ۹ قسمت تقسیم می شوند، ناسازگانه شامل: «سرزنش خود، نشخوارگری، فاجعه سازی و سرزنش دیگران» و سازگانه شامل: «پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه پذیری» است (۱۱). این راهبردها به عنوان بخش مهمی از زندگی هر فردی به حساب می آیند (۱۰)، پس ضروری است که به چگونگی تجربه هیجانات و نحوه بیان آن ها توجه ویژه ای شود (۹). خود نظم جویی هیجان به فرآیندهایی اشاره دارد که افراد توسط آن، هیجانات خود را ساماندهی می کنند و بر اساس این فرآیندها مشخص می شود که افراد چگونه هیجانات خود را تجربه و ابراز می کنند (۱۲). مشکلات نظم جویی هیجانی ویژگی کلیدی آسیب شناسی مختلف در طول دوره نوجوانی است، زیرا نوجوان به علت ناتوانی در شناسایی و درک تجربه های هیجانی، ممکن است نتوانند راهبردهای نظم جویی به مناسبی را به کار گیرند (۱۳).

چندین مداخله درمانی در زمینه مدیریت راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی انجام گرفته است که از این بین می توان به درمان فراشناختی (۱۴، ۱۵)؛

درمان توانبخشی شناختی (۱۶، ۱۷)؛ درمان مبتنی بر بهبود حافظه کاری (۱۸)؛ درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی (۱۹) و طرحواره درمانی در ترکیب با درمان نوروفیدبک (۲۰)؛ تحریک جریان مستقیم فراجمجمه ای -tDCS- (۲۱) اشاره کرد. هرچند نتایج پژوهش ها حکایت از اثربخشی این مداخلات دارد، اما درمان های مرتبط با تنظیم هیجان می تواند با کمک به شناسایی هیجان های مثبت و منفی، آموختن راهبردهای پذیرش هیجان های مثبت و منفی، اصلاح باورهای نادرست در خصوص هیجان ها و آموزش باورهای صحیح در مورد زندگی و آینده زمینه را برای شناسایی، ثبات و مدیریت عواطف و هیجانات افراد مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی فراهم ساخته و در نتیجه منجر به کاهش عواطف منفی آن ها گردد (۲۲). از جمله این روش های درمانی، «طرحواره درمانی هیجانی» (Emotional Schema Therapy) است (۲۳). این درمان، شکل جدیدی از درمان شناختی رفتاری است که Leahy با اقتباس از «نظریه شناختی بک» (Beck's Cognitive Theory)، «طرحواره درمانی یانگ» (Yang's Schema Therapy)، «الگو فراشناختی ولز» (Wells's Metacognitive Model) و «درمان مبتنی بر پذیرش و تمهد» (Acceptance and Commitment Therapy) به برای درمان مشکلات هیجانی تدوین نمود (۲۴). «طرحواره درمانی هیجانی» یک الگوی اجتماعی-شناختی از هیجان و نظم جویی هیجانی است زیرا از نگاه Leahy، هیجان ها هم یک پدیده فردی و هم اجتماعی می باشند که توسط خود فرد و دیگران مورد تفسیر قرار می گیرند و تغییرات این تفاسیر (تفسیر خود و دیگران) باعث تغییر در شدت و نارسا نظم جویی هیجانی می شود. طبق این الگو تفاوت های موجود بین افراد از نظر تفاسیر، ارزیابی ها، میل به اقدام و راهبردهای رفتاری مربوط به هیجان های آن ها، «طرحواره های هیجانی» نامیده می شود (۲۵). نتایج پژوهش های داخلی حاکی از موثر بودن این درمان بر راهبردهای تنظیم هیجان در نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله جویانه (۲۳)، نشخوار فکری و تداوم هیجانی (۲۶)، شدت افسردگی و راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (۲۷)، تنظیم هیجانات و کاهش رفتارهای پرخطر در نوجوانان دختر (۲۸)، بهبودی تنظیم شناختی-هیجان در سربازان اقدام-کننده به

شناختی هیجان به عنوان پیش آزمون در مرکز مشاوره تخصصی «رهباب» بین کلیه گروه نمونه اجرا شد. سپس پروتکل طرحواره درمانی هیجانی طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه ای و هفته ای دو بار (روزهای شنبه و چهارشنبه از ساعت ۱۷:۳۰ لغایت ۱۸:۳۰) توسط نویسنده اول (با هدایت نویسنده دوم) برای گروه آزمایش اجرا شد. در پایان آخرین جلسه مداخله، پس آزمون از هردو گروه آزمایش و گواه اخذ گردید و در دوره پیگیری نیز پس از دو ماه مجدد پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان در بین دو گروه اجرا شد. به اعضای گروه گواه به طور داوطلبانه بعد از اتمام دوره پیگیری، خلاصه ای از پروتکل طی سه جلسه فشرده ارائه گردید تا رعایت اصول اخلاقی حاصل شود. در نهایت پس از پایان جلسات درمانی از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. برای رعایت موازین اخلاقی، مجوز پژوهش از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول اخذ شد و اطلاعات آزمودنی ها با کد شناسایی ذخیره شد تا محرمانگی حفظ شود. آزمودنی ها حق داشتند هر زمان بدون ذکر دلیل از پژوهش انصراف دهند. کد اخلاق پژوهش IR.IAU.D.REC.1404.021 نیز از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول دریافت شد. در پژوهش حاضر داده ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ با سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند. نرمال بودن داده ها با آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد. برای بررسی پیش نیازهای تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر از آزمون های ام باکس، لوین و موچلی استفاده شد. همچنین فرضیه های پژوهش با تحلیل واریانس مکرر و آزمون تعقیبی بون فرونی آزمون شدند. ابزار گردآوری داده ها عبارت بود از: پرسشنامه تشخیصی اختلال نقص توجه و بیش فعالی بزرگ سالان کانرز (Conner's Adult ADHD Rating Scale-Self report form & Subscale): این مقیاس به وسیله Erhardt, Conners, و Sparrow در سال ۱۹۹۹ تهیه شد که شامل ۲۶ آیت صفر تا سه امتیازی دارد و در تصحیح آن از پنج خرده مقیاس شامل: (۱) کم توجهی-مشکلات حافظه «A»، (۲) بی قراری/بیش فعالی «B»، (۳) بی ثباتی هیجانی/تکانه ای بودن «C»، (۴) مشکلات با تصور کلی از خود «D»، (۵) شاخص بیش فعالی-نقص توجه «E» استفاده می شود (۳۱). خرده مقیاس E مقیاسی از سطح کلی علایم مربوط به بیش فعالی را نشان می دهد و از

خودزنی (۲۹)، راهبردهای خودمهارگری در دانش آموزان با اختلال نافرمانی مقابله جویانه (۳۰) بوده است. با توجه به مطالعات ذکر شده و نقش راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در بروز بسیاری از اختلالات روان شناختی و از سویی با تاکید بر اختلال نقص توجه و بیش فعالی اهمیت پیشنهاد و ارائه برنامه های مداخله ای مناسب جهت بهبود استفاده از این راهبردها در نوجوانان مبتلا به این اختلال شایان است. از این رو، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در نوجوانان پسر دارای اختلال کمبود توجه و بیش فعالی صورت بندی شد.

روش کار

مطالعه حاضر نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه گواه با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانش آموزان پسر مقطع متوسطه دارای اختلال نقص توجه و بیش فعالی ارجاع داده شده به مرکز مشاوره تخصصی تحصیلی-تربیتی «رهباب» در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ که در این مرکز دارای پرونده بودند، تشکیل می داد. طبق جدول کوهن با در نظر گرفتن توان آماری ۸۰ درصد و سطح خطای آلفای ۰/۰۵ حجم نمونه ۳۰ به دست آمد که با در نظر گرفتن احتمال افت آزمودنی این تعداد ۳۲ نفر در نظر گرفته شد. نمونه گیری به صورت هدفمند انجام گرفت. ملاک های ورود به پژوهش تشخیص اختلال نقص توجه و بیش فعالی توسط روانشناس بالینی مرکز و اکتساب نمره بالاتر از نقطه برش ۳۸ از فرم کوتاه پرسشنامه تشخیصی اختلال بیش فعالی-نقص توجه کانرز، دارا بودن جنسیت پسر، دارای طیف سنی ۱۳ تا ۱۸ سال، عدم ابتلا به سایر اختلالات روان شناختی به صورت هم زمان در شرکت کننده ها (مطابق با خوداظهاری داوطلب و نظر روان شناس بالینی مرکز)، رضایت آگاهانه از شرکت در پژوهش، طی نکردن دوره درمانی مذکور در گذشته و عدم شرکت هم زمان در جلسات درمانی مشابه در زمان پژوهش بود. ملاک خروج، عدم حضور در جلسات به مدت بیش از سه جلسه، عدم تمایل به ادامه توسط شرکت کنندگان و شرکت در درمان های توانبخشی مشابه یا درمان های روان شناختی به طور هم زمان بود. روش اجرا به این صورت بود که پرسشنامه نظم جویی

میان خرده مقیاس ها بهترین غربال برای شناسایی افراد در معرض خطر بیماری می باشد. نمرات خام هر خرده مقیاس با استفاده از جدول هنجاری مناسب آن حوزه را نشان می دهند. هریک از چهار خرده مقیاس اول شامل پنج گویه هستند و شاخص بیش فعالی-نقص توجه مربوط به کل گویه ها می شود که بهترین غربال برای شناسایی افراد در معرض خطر اختلال محسوب می شود (۳۱). این پرسشنامه در ایران به وسیله عربگل، حیاتی و حدید در سال ۱۳۸۳ هنجاریابی شده است و نقطه برش آن ۳۸ تعیین شده است (۳۲). بر این اساس، اگر نمرات آزمودنی بالاتر از ۳۸ باشد، فرد تشخیص اختلال بیش فعالی-نقص توجه (ADHD) دریافت می کند. این پژوهشگران ضریب پایایی را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کردند. ضریب پایایی در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۶ به دست آمد.

- پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire): این پرسشنامه چندبعدی، توسط Kraaij و Garnefski در سال ۲۰۰۶ ساخته شده است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع مورد استفاده قرار می گیرد و ۳۶ گویه دارد و دارای ۹ خرده مقیاس است (۳۳). پاسخ دهی بر اساس طیف لیکرت در دامنه ای ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) قرار دارد. در این پرسشنامه راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در دو دسته کلی راهبردهای سازگارانه یا مثبت شامل ۵ خرده مقیاس: پذیرش (با گویه های ۲، ۱۱، ۲۰ و ۲۹)، تمرکز مجدد مثبت (با گویه های ۴، ۱۳، ۲۲ و ۳۱)، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی (با گویه های ۵، ۱۴، ۲۳ و ۳۲)، ارزیابی مجدد مثبت (با گویه های ۶، ۱۵، ۲۴ و ۳۳)، دیدگاه پذیری (با گویه های ۷، ۱۶، ۲۵ و ۳۴)؛ و راهبردهای ناسازگارانه یا منفی شامل ۴ خرده مقیاس: سرزنش خود (با گویه های ۱، ۱۰، ۱۹ و ۲۸)، نشخوارگری (با گویه های ۳، ۱۲، ۲۱ و ۳۰)، فاجعه سازی (با گویه های ۸، ۱۷، ۲۶ و ۳۵)، سرزنش دیگران (با گویه های ۹، ۱۸، ۲۷ و ۳۶)، تقسیم می شود. نمرات بالا در هر خرده مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر از راهبردها است. روایی از طریق همبستگی نمره کل با خرده مقیاس ها دامنه ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ را در برگرفت و دامنه

آلفای کرونباخ آن ها از ۰/۸۷ تا ۰/۹۳ بود (۳۳). این پرسشنامه در ایران نیز در بین جامعه دانشجویی (۳۴) و دانش آموزی اعتباریابی شد (۳۵). حسنی در سال ۱۳۸۹ این پرسشنامه را در بین جامعه دانشجویی شهر تهران اعتباریابی کرد. به گزارش این پژوهش، نتایج تحلیل مولفه های اصلی از الگوی ۹ عاملی حمایت کرد و ۷۴ درصد واریانس مقیاس را تبیین نمود (۳۴). سامانی و صادقی نیز در سال ۱۳۸۹ با روش تحلیل عامل اکتشافی روایی پرسشنامه را بررسی کردند که عامل های اکتشاف شده ۵۵/۲ درصد واریانس کل را تبیین می کرد. همچنین، به منظور بررسی روایی واگرا و همگرا از مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) استفاده کردند. ضرایب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس ها بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۱ گزارش شد (۳۵). ضریب پایایی در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۸۳ و راهبردهای منفی ۰/۸۰ به دست آمد.

پروتکل درمانی بر مبنای پروتکل ارائه شده توسط Leahy (۲۴) و کتاب «تنظیم هیجان در روان درمانی: راهنمای کاربردی» (۲۶) تنظیم شد. جهت بررسی روایی محتوایی جلسات، دستور کار جلسات با پژوهش های مرتبط موجود داخلی که از پروتکل طرحواره درمانی هیجانی برای گروه نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله جویانه استفاده کرده بودند (۲۳)، مطابقت داده شد. در این پژوهش جهت بررسی روایی محتوایی، پروتکل طرحواره درمانی هیجانی از «شاخص روایی محتوایی» (Content Validity Index) و نظر ۵ تن از اعضای هیئت علمی گروه روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول استفاده شد. به این صورت که هر یک از مدرسین نظر خود را در مورد هر جلسه در یک طیف ۴ بخشی از غیرمرتبط، نیاز به بازبینی اساسی، مرتبط اما نیاز به بازبینی، تا کاملاً مرتبط مشخص کردند. سپس، تعداد مدرسینی که گزینه ۳ و ۴ را برای هر جلسه انتخاب کرده بودند تقسیم بر تعداد کل مدرسین شد. از آنجا که مقدار آن برای همه جلسات عدد بالاتر از ۰/۷۸ به دست آمد، حاکی از «شاخص روایی محتوایی» مطلوب بود. در جدول ۱ خلاصه جلسات پروتکل طرحواره درمانی هیجانی آمده است.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات پروتکل طرحواره درمانی هیجانی

جلسات	هدف	فرآیند
اول	معارفه و برقراری ارتباط درمانی، تبیین رویکرد طرحواره درمانی هیجانی و اهداف جلسات.	برقراری رابطه درمانی عمیق و افزایش انگیزه جهت شرکت در کلاسها، ارائه اهداف جلسات، تعریف و بررسی هیجانات، ارائه تکلیف کارکرد هیجانات، ارائه تکلیف کارکرد هیجانات و اهمیت آنها. (اجرای پیش آزمون)
دوم	تبیین هیجانات دردناک و به چالش کشیدن آنها.	مرور تکالیف خانگی، صحبت در مورد هیجانات دردناک، به چالش کشیدن هیجانات دردناک، ارائه تکلیف مشاهده و توصیف هیجانات.
سوم	بحث درباره هیجانات دردناک، ارائه طرحواره های هیجانی و به چالش کشیدن هیجانات.	مرور تکالیف خانگی، بحث مجدد در مورد هیجانات دردناک و چالش های آنها، تبیین و پرداختن به طرحواره های هیجانی، کشف و به چالش کشیدن هیجانات.
چهارم	شناسایی طرحواره های هیجانی شرکت کننده و بحث درباره آن.	پرداختن به طرحواره های هیجانی شناسایی شده در شرکت کننده، چالش های کلامی در مورد هیجانات شرکت کننده.
پنجم	شناسایی عدم خودمهارگری هیجانی شرکت کننده	ارائه تمرین موقتی بودن هیجانات، طراحی آزمایش رفتاری، ارائه فهرست فعالیت برای آزمایش باور موقتی بودن هیجانات.
ششم	پذیرش و آگاهی محیطی به هیجانات.	مرور تکالیف، کمک به شرکت کننده جهت پذیرش هیجانات خود، ارائه تکلیف تکنیک ذهن آگاهی گسلیده.
هفتم	مواجهه سازی با طرحواره های هیجانی مداخله کننده.	شروع مواجهه سازی آرام و تجسمی، سنجش طرحواره های هیجانی مداخله کننده با هیجانات ناشی از عدم خودمهارگری و بحث درباره آنها.
هشتم	شناسایی هیجانات تکانشگرانه و نوشتن داستان در مورد هیجانات.	شناسایی هیجانات تکانشگرانه، شروع تمرین نوشتن داستان در مورد هیجانات، پرداختن به طرحواره های هیجانی موجود در داستانها، ارائه تکلیف برای نوشتن داستانهای بیشتر.
نهم	ادامه شناسایی هیجانات تکانشگرانه و مواجهه با آنها.	بحث درباره هیجانات تکانشگرانه و مواجهه با این هیجانات، بحث در مورد طرحواره های هیجانی، درخواست از شرکت کننده برای نوشتن خلاصه درمان.
دهم	بررسی تغییرات هیجانی شرکت کننده، مرور کلی و خاتمه جلسات.	بررسی تکالیف گذشته، بحث در مورد پذیرش هیجانات، بحث در مورد تغییراتی که در هیجانات آنها قبل و بعد از درمان رخ داده، تعهد به انجام تمرینات، مرور جلسات قبلی و خاتمه جلسات. (اجرای پس آزمون)

یافته ها

کنندگان در رشته علوم تجربی، $33/3$ درصد (۵ نفر) علوم انسانی و $20/0$ درصد (۳ نفر) ریاضی-فیزیک تحصیل کرده بودند. تفاوت معناداری بین دو گروه از نظر رشته تحصیلی نیز وجود نداشت ($p > 0/05$). در جدول ۲ شاخص های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و گواه و پیش آزمون و پس آزمون و دوره پیگیری آمده است.

میانگین سن شرکت کنندگان گروه آزمایش $15/11 \pm 2/52$ و در گروه گواه برابر با $15/37 \pm 2/80$ بود. تفاوت معناداری بین دو گروه از نظر سنی وجود نداشت و گروه ها همگن بودند ($p > 0/05$). $46/7$ درصد (۷ نفر) از شرکت کنندگان گروه آزمایش در رشته علوم تجربی، $40/0$ درصد (۶ نفر) علوم انسانی و $13/3$ درصد (۲ نفر) ریاضی-فیزیک تحصیل کرده بودند. در گروه گواه نیز $46/7$ درصد (۷ نفر) از شرکت

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه در گروه آزمایش و گواه به تفکیک مراحل پیش آزمون، پس آزمون و دوره پیگیری

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		دوره پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
راهنماهای سازگارانه	آزمایش	۴۲/۲۳	۹/۶۸	۶۳/۰۶	۱۱/۳۰	۶۱/۵۵	۱۰/۵۲
	گواه	۴۳/۱۷	۹/۸۲	۴۲/۴۹	۹/۳۶	۴۳/۳۰	۸/۹۲
پذیرش	آزمایش	۷/۵۶	۱/۸۶	۱۰/۷۸	۳/۶۴	۱۰/۳۴	۳/۴۲
	گواه	۷/۶۹	۱/۹۲	۸/۱۳	۱/۸۵	۷/۹۷	۱/۸۶
تمرکز مجدد مثبت	آزمایش	۷/۹۵	۱/۷۶	۱۳/۰۳	۴/۵۱	۱۲/۹۴	۴/۲۸
	گواه	۷/۸۲	۲/۰۵	۸/۱۱	۲/۱۶	۸/۰۲	۱/۹۷

آزمایش	۸/۱۱	۱/۷۱	۱۲/۵۱	۲/۹۳	۱۲/۱۶	۳/۰۳
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	گواه	۸/۱۴	۱/۹۲	۷/۹۶	۲/۱۰	۸/۰۵
آزمایش	۸/۷۱	۲/۵۳	۱۳/۱۷	۳/۴۶	۱۲/۸۴	۳/۳۵
ارزیابی مجدد مثبت	گواه	۸/۱۷	۲/۳۸	۸/۲۶	۲/۶۹	۸/۱۴
آزمایش	۹/۲۶	۲/۳۷	۱۲/۸۶	۳/۲۳	۱۲/۳۹	۳/۵۸
دیدگاه پذیری	گواه	۹/۳۳	۲/۵۱	۹/۱۷	۲/۱۱	۹/۵۱
آزمایش	۳۷/۱۸	۸/۴۳	۲۶/۰۵	۱۲/۲۱	۲۴/۱۹	۱۱/۳۷
راهبردهای ناسازگارانه	گواه	۳۸/۲۴	۸/۱۶	۳۷/۳۹	۹/۱۳	۳۸/۶۱
آزمایش	۱۴/۲۷	۲/۳۵	۹/۱۷	۳/۴۷	۱۰/۰۷	۳/۴۳
فاجعه سازی	گواه	۱۲/۸۲	۲/۶۱	۱۱/۹۶	۲/۵۸	۱۲/۶۱
آزمایش	۱۴/۴۷	۲/۱۳	۱۰/۳۲	۴/۶۶	۱۰/۳۶	۴/۵۸
نشخوارگری	گواه	۱۴/۵۱	۲/۹۴	۱۴/۷۳	۳/۱۹	۱۴/۶۶
آزمایش	۱۴/۷۲	۳/۶۱	۸/۸۷	۴/۱۹	۹/۱۲	۴/۲۳
سرزنش خود	گواه	۱۴/۵۱	۳/۸۸	۱۳/۹۱	۳/۶۲	۱۴/۱۲
آزمایش	۱۴/۶۱	۲/۳۶	۱۰/۱۸	۴/۴۹	۱۰/۶۱	۴/۳۲
سرزنش دیگران	گواه	۱۴/۲۰	۲/۶۱	۱۳/۸۸	۳/۱۳	۱۴/۱۸

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود، نمرات راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه نظم جویی شناختی هیجان، در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه تغییرات بیشتری در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون دارد. اما در گروه گواه نمره متغیرها تفاوت چشم گیری در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون ندارند. در بخش استنباطی از آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد. قبل از انجام تحلیل های آماری، پیش فرض های آماری مورد بررسی قرار گرفت. ابتدا پیش فرض نرمال بودن داده ها با استفاده از شاخص های کجی و کشیدگی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که متغیرها در دامنه نرمال ۲ و ۲- قرار دارند. همچنین در همین راستا از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که نتایج آن نشان داد سطح معناداری همه متغیرهای پژوهش هم در گروه آزمایش و هم در گروه گواه معنادار نیستند ($p > 0.05$).

بنابراین این نتایج حاکی از برقراری نرمالیتی در تمام متغیر در پیش آزمون و پس آزمون گروه های آزمایش و گروه گواه بود. همچنین برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس متغیرها، با استفاده از آزمون لوین، عدم معناداری F مشاهده شد ($p > 0.05$) و این پیش فرض نیز برقرار بود. همچنین، داده های تحقیق فرض همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس (ام باکس) را زیر سوال نبرد، این پیش فرض نیز رعایت شده است ($p > 0.05$). سطح معنی داری اثر تعامل گروه و پیش آزمون بزرگتر از ۰/۰۵ بود و این نشان دهنده همگنی شیب خط رگرسیون بود. با توجه به این که پیش فرض های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر رعایت شده است، می توان از این آزمون آماری استفاده نمود. در جدول ۳ نتایج آزمون کرویت موچلی برای راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون موچلی برای بررسی برابری واریانس ها و کوواریانس متغیرهای پژوهش

متغیرها	کرویت موچلی	مجذور کای	درجه آزادی	معناداری	تصحیح گرینهاوس-گیسر	اپسیلون	تصحیح هیون-فلدت
راهبردهای سازگاران	۰/۰۶	۱۴۱/۴۲	۲	۰/۰۱	۰/۵۲	۰/۵۰	
پذیرش	۰/۲۵	۶۴/۱۷	۲	۰/۰۱	۰/۵۹	۰/۵۰	
تمرکز مجدد مثبت	۰/۱۰	۱۰۹/۱۰	۲	۰/۰۱	۰/۵۳	۰/۵۴	
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	۰/۰۴	۱۵۳/۷۷	۲	۰/۰۱	۰/۵۱	۰/۵۲	
ارزیابی مجدد مثبت	۰/۳۲	۵۸/۸۱	۲	۰/۰۱	۰/۵۹	۰/۶۱	
دیدگاه پذیری	۰/۱۹	۷۶/۵۲	۲	۰/۰۱	۰/۵۵	۰/۵۷	
راهبردهای ناسازگاران	۰/۱۷	۸۲/۲۲	۲	۰/۰۱	۰/۵۴	۰/۵۶	
فاجعه سازی	۰/۱۴	۹۱/۰۷	۲	۰/۰۱	۰/۵۳	۰/۵۵	
نشخوارگری	۰/۴۵	۳۷/۵۲	۲	۰/۰۱	۰/۶۷	۰/۵۰	
سرزنش خود	۰/۴۱	۴۲/۶۲	۲	۰/۰۱	۰/۶۳	۰/۶۵	
سرزنش دیگران	۰/۳۳	۵۷/۳۷	۲	۰/۰۱	۰/۵۹	۰/۶۰	

مقدار اپسیلون بزرگتر از ۰/۷۵ باشد از تصحیح هیون-فلت و اگر اپسیلون کوچکتر از ۰/۷۵ باشد یا هیچ گونه اطلاعاتی در مورد کرویت وجود نداشته باشد از تصحیح گرین هاوس-گیسر استفاده می شود. در پژوهش حاضر مقدار اپسیلون برای شاخص گرین هاوس-گیسر برای متغیرهای پژوهش از ۰/۷۵ کوچکتر است، بنابراین، از این تصحیح استفاده شده است. با در نظر گرفتن تصحیح گرین هاوس-گیسر در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و دوره پیگیری گزارش شده است.

نتایج جدول ۳ نشان داد که آماره کرویت موچلی برای متغیرهای پژوهش در سطح ۰/۰۱ معنادار است (مقدار آماره P value از ۰/۰۵ کوچکتر است). این یافته حاکی از آن است که واریانس تفاوت ها در میان سطوح متغیرهای وابسته به صورت معناداری متفاوت است و پیش فرض تحلیل کرویت رعایت نمی شود. تخطی از پیش فرض کرویت سبب می شود که آماره F تحلیل واریانس دقیق نباشد. برای رفع این مشکل و افزایش دقت آماره F، درجه آزادی را با استفاده از دو روش «گرین هاوس-گیسر» و «هیون-فلت» تصحیح می کنند. این که از کدام روش تصحیح استفاده کنیم، اگر

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر راهبردهای نظم جویی در سه مرحله اجرا

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر
راهبردهای سازگاران	عامل	۲۸۸۹/۹۵	۱/۵۸	۱۸۳۰/۵۸	۷۶/۴۱	۰/۰۱	۰/۶۱
	عامل و گروه	۸۴۷/۳۶	۱/۵۸	۵۳۶/۷۴	۲۲/۴۰	۰/۰۱	
	خطا	۱۲۴۸/۱۳	۵۲/۰۹	۲۳/۹۶			
پذیرش	عامل	۲۱۸/۵۲	۱/۳۶	۱۶۰/۵۵	۴۵/۳۴	۰/۰۱	۰/۴۴
	عامل و گروه	۱۸۷/۶۴	۲/۴۳	۷۷/۶۴	۲۴/۳۲	۰/۰۱	
	خطا	۶۱/۲۷	۱۸/۴۰	۳/۳۴			
تمرکز مجدد مثبت	عامل	۲۱۲/۳۶	۱/۴۲	۱۵۰/۰۸	۴۸/۱۱	۰/۰۱	۰/۳۹
	عامل و گروه	۱۸۴/۲۵	۲/۳۲	۷۹/۲۸	۲۶/۴۱	۰/۰۱	
	خطا	۶۱/۴۴	۱۹/۶۳	۳/۱۳			
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	عامل	۱۹۴/۲۴	۱/۱۹	۱۶۳/۶۴	۵۱/۶۱	۰/۰۱	۰/۴۸
	عامل و گروه	۱۷۳/۶۴	۲/۲۲	۷۸/۳۹	۲۵/۴۲	۰/۰۱	
	خطا	۵۷/۶۴	۱۷/۹۶	۳/۲۱			

عامل	۲۴۵/۱۶	۱/۳۳	۱۸۵/۰۲	۴۷/۵۴	۰/۰۱	
ارزیابی مجدد مثبت	عامل و گروه	۲۰۱/۸۵	۲/۴۳	۸۳/۲۱	۳۱/۲۸	۰/۰۱
خطا		۷۱/۸۲	۱۸/۳۷	۳/۸۹		
عامل	۲۱۴/۴۳	۱/۳۴	۱۷۲/۷۸	۴۹/۱۷	۰/۰۱	
دیدگاه پذیری	عامل و گروه	۱۹۵/۱۴	۲/۳۶	۸۲/۶۸	۲۵/۵۳	۰/۰۱
خطا		۶۴/۱۵	۱۸/۲۵	۳/۵۱		
عامل	۲۵۴۶/۰۹	۱/۲۰	۲۱۲۴/۷۶	۵۶/۲۷	۰/۰۱	
راهبردهای ناسازگارانه	عامل و گروه	۱۶۷۰/۷۸	۱/۲۰	۱۳۹۴/۳۰	۲۱/۸۳	۰/۰۱
خطا		۲۵۲۶/۴۴	۳۹/۵۴	۶۳/۸۹		
عامل	۳۲۴/۴۳	۱/۶۱	۲۰۱/۰۱	۲۹/۰۵	۰/۰۱	
فاجعه‌سازی	عامل و گروه	۲۶۱/۳۶	۲/۵۳	۱۰۳/۵۵	۱۴/۹۶	۰/۰۱
خطا		۱۸۴/۲۴	۲۶/۶۳	۶/۹۲		
عامل	۲۶۷/۴۱	۱/۴۲	۱۸۸/۸۵	۳۹/۳۸	۰/۰۱	
نشخوارگری	عامل و گروه	۲۱۱/۸۳	۲/۵۲	۸۴/۱۶	۱۶/۶۶	۰/۰۱
خطا		۹۷/۸۵	۱۹/۳۷	۵/۰۵		
عامل	۳۱۶/۴۲	۱/۳۷	۲۳۰/۲۹	۴۰/۱۱	۰/۰۱	
سرزنش خود	عامل و گروه	۱۹۷/۶۴	۲/۳۴	۸۴/۹۰	۱۴/۷۸	۰/۰۱
خطا		۱۲۳/۳۴	۲۱/۴۹	۵/۷۴		
عامل	۲۹۶/۴۳	۱/۱۶	۲۵۴/۶۷	۳۰/۱۵	۰/۰۱	
سرزنش دیگران	عامل و گروه	۲۹۴/۵۵	۲/۰۱	۱۴۶/۴۷	۱۷/۳۴	۰/۰۱
خطا		۱۶۲/۵۳	۱۹/۲۴	۸/۴۵		

جویی شناختی هیجان و ۵۲ درصد کاهش راهبردهای ناسازگارانه را تبیین می‌کند. در ادامه برای بررسی تفاوت های مشاهده شده در اثر اصلی زمان (سه مرحله اجرا) از آزمون تعقیبی بون فرونی (Bonferroni) استفاده شده که نتایج آن در جدول ۵ ارائه گردید.

نتایج ارائه شده در جدول ۴ نشان می‌دهد که بعد از برداشته شدن اثر پیش آزمون، طرحواره درمانی هیجانی به طور معناداری بر افزایش راهبردهای سازگارانه و کاهش راهبردهای ناسازگارانه تاثیر گذاشته است ($P < 0/01$). هم چنین نتایج، ۶۱ درصد افزایش راهبردهای سازگارانه نظم

جدول ۵. نتایج آزمون بن فرونی برای مقایسه متغیرهای پژوهش در سه سطح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله مبنا	مرحله مورد مقایسه	تفاوت میانگین	معناداری
راهبردهای سازگارانه	پیش آزمون	پس آزمون	-۲۰/۸۳	۰/۰۱
		پیگیری	-۱۹/۳۲	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۱/۵۱	۰/۱۴
	پیش آزمون	پس آزمون	-۳/۲۲	۰/۰۱
پذیرش		پیگیری	-۲/۷۸	۰/۰۵
	پس آزمون	پیگیری	۰/۴۴	۰/۶۷
	پیش آزمون	پس آزمون	-۵/۰۸	۰/۰۱
		پیگیری	-۴/۹۹	۰/۰۱
تمرکز مجدد مثبت	پس آزمون	پیگیری	۰/۰۹	۰/۸۷

پیش آزمون	پس آزمون	-۴/۴۰	۰/۰۱
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	پیگیری	-۴/۰۵	۰/۰۱
پس آزمون	پیگیری	۰/۳۵	۰/۵۳
پیش آزمون	پس آزمون	-۴/۴۶	۰/۰۱
ارزیابی مجدد مثبت	پیگیری	-۴/۱۳	۰/۰۱
پس آزمون	پیگیری	۰/۳۳	۰/۴۹
پیش آزمون	پس آزمون	-۳/۶۰	۰/۰۱
دیدگاه پذیری	پیگیری	-۳/۱۳	۰/۰۱
پس آزمون	پیگیری	۰/۴۷	۰/۶۲
پیش آزمون	پس آزمون	۱۱/۱۳	۰/۰۱
راهبردهای ناسازگارانه	پیگیری	۱۲/۹۹	۰/۰۱
پس آزمون	پیگیری	۱/۸۶	۰/۱۲
پیش آزمون	پس آزمون	۵/۱۰	۰/۰۱
فاجعه سازی	پیگیری	۴/۲۰	۰/۰۱
پس آزمون	پیگیری	-۰/۹۰	۰/۳۴
پیش آزمون	پس آزمون	۴/۱۵	۰/۰۱
نشخوار گری	پیگیری	۴/۱۱	۰/۰۱
پس آزمون	پیگیری	-۰/۰۴	-۰/۹۱
پیش آزمون	پس آزمون	۵/۸۵	۰/۰۱
سرزنش خود	پیگیری	۵/۶۰	۰/۰۱
پس آزمون	پیگیری	-۰/۲۵	۰/۶۱
پیش آزمون	پس آزمون	۴/۴۳	۰/۰۱
سرزنش دیگران	پیگیری	۴/۰۰	۰/۰۱
پس آزمون	پیگیری	-۰/۴۳	۰/۳۷

فعالی بود. یافته های پژوهش نشان داد که این درمان بر راهبردهای سازگارانه نظم جویی (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه پذیری) تاثیر مثبت داشت و باعث افزایش استفاده این دانش آموزان از این راهبردها شد. همچنین، نتایج نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش استفاده از راهبردهای ناسازگار نظم جویی (سرزنش خود، نشخوارگری، فاجعه سازی و سرزنش دیگران) نیز موثر است. هرچند هیچ پژوهش داخلی یا خارجی که به طور مستقیم اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان را در نوجوانان با اختلال نقص توجه و بیش فعالی بررسی کرده باشد، یافت نشد؛ اما در مطالعه قیطاسی و امانی (۲۳) اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای تنظیم هیجان نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله جویانه مورد تایید قرار گرفت. به طور مشابهی، قدرتی شاه توری

نتایج ارائه شده در جدول ۵ مبین این بود که طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه نظم جویی شناختی هیجان به طور معناداری اثربخشی داشته است. همان گونه که نتایج جدول نشان می دهد تفاوت میانگین پیش آزمون با پس آزمون و تفاوت میانگین پیش آزمون با دوره پیگیری بیشتر و معنادارتر از تفاوت میانگین پس آزمون و دوره پیگیری است که نشان دهنده آن است طرحواره درمانی هیجانی بر نظم جویی شناختی هیجان (راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه) تاثیر داشته است و تداوم این تاثیر در مرحله پیگیری نیز ادامه داشته است.

بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در دانش آموزان متوسطه پسر دارای اختلال کمبود توجه و بیش

و همکاران (۲۹) نیز دریافتند که رویکرد طرحواره درمانی هیجانی در بهبود تمام ابعاد نظم جویی شناختی هیجان در سربازان اقدام کننده به خودزنی اثربخش است. ندائی و همکاران (۳۷) نیز اثربخشی مداخله طرحواره درمانی هیجانی را بر بهبود دشواری در تنظیم هیجان بیماران افسردگی و اضطراب مثبت گزارش کردند. همچنین نتایج این مطالعه با پژوهش های دیگری که اثربخشی رویکرد طرحواره درمانی هیجانی را بر نشخوار فکری و تداوم هیجانی (۲۶)، شدت افسردگی و راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (۲۷)، تنظیم هیجانات و کاهش رفتارهای پرخطر در نوجوانان دختر (۲۸) و راهبردهای خودمهارگری در دانش-آموزان با اختلال نافرمانی مقابله جویانه (۳۰) تایید کرده بودند، همسو است.

بسیاری از صاحب نظران معتقدند که اختلال نقص توجه و بیش فعالی یک اختلال در حوزه بد تنظیمی هیجان نیز هست و از ویژگی های این اختلال بدتنظیمی هیجانی است (۶). براساس الگوی طرحواره درمانی هیجانی، نوجوانان دارای اختلال نقص توجه و بیش فعالی، از واکنش های هیجانی ناسازگارانه خود به عنوان راهبردی برای پاسخ به محرک های محیطی استفاده می کنند (۷). در طول جلسات مداخله به این نوجوانان کمک شد که در زمان آشفتگی هیجانی، ارزیابی ها و راهبردهای هیجانی خود را کشف و شناسایی کنند. بدین صورت که در آغاز، با افزایش آگاهی نسبت به هیجانات ناسازگارانه و عملکرد آن ها و سپس با آموزش روانی در مورد هیجانات، واکنش های هیجانی آنان هدف گرفته شد تا تجارب هیجانی خود را به صورت همگانی و بهنجار در نظر بگیرند. این بازشناسی هیجانی که آن ها عمومی و همگانی هستند به جای سرکوب نمودن، اجتناب کردن و قضاوت نمودن منجر به عادی سازی، اعتباربخشی و تشویق به پذیرش طیف گسترده ای از واکنش های هیجانی ناکارآمد شد که زمینه ساز اصلاح طرحواره های هیجانی ناسازگار مانند، غیرقابل کنترل بودن، خودآگاهی هیجانی و مرتبط سازی هیجانات با ارزش های والاتر شد. به همین جهت، نوجوانان یاد گرفتند به جای مقابله و تسلیم در برابر هیجانات برانگیخته شده نسبت به عملکرد و تاثیر منفی آن ها آگاهی پیدا کنند و با ارزیابی آن ها در شرایط و موقعیت های مختلف، تخلیه مناسب هیجانات و بهبود عواطف نسبت به سالم نگه داشتن زندگی هیجانی خود اقدام کرده و بر آن کنترل داشته باشند و مشکلات مربوط به دشواری در تنظیم

هیجان را بهبود بخشند. مداخله طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای سازگارانه نظم جویی شناختی هیجان اثربخش بود و اندازه اثر به دست آمده برابر با ۰/۶۱ شد. در بین این راهبردهای بیشترین اثربخشی بر راهبردهای ارزیابی مجدد مثبت و تمرکز مجدد بود. راهبرد ارزیابی مجدد به بررسی و اندازه گیری توانایی فرد در تغییر افکار و هیجانات مشکل ساز می پردازد. بدین معنی که هرچقدر فرد قادر باشد نگرش خود به هیجانات و افکار ناکارآمد را تغییر داده و آن ها را کنترل کند، نمرات بهتری در این خرده مقیاس می گیرد. در تبیین این مورد می توان چنین گفت که شناخت و کسب بینش در مورد افکار و هیجانات تجربه شده گامی مهم برای کنترل آن ها می باشد. نوجوانان شرکت کننده در این پژوهش با شرکت در جلسات مداخله و انجام مستمر تمرین های خانگی این مهارت خود را تقویت نموده و در نتیجه بهبودی بیشتری نیز تجربه کردند. همچنین نتایج نشان داد که مداخله طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای ناسازگارانه نظم جویی شناختی هیجان اثربخش بود و اندازه اثر به دست آمده برابر با ۰/۵۲ شد. در بین این راهبردها نیز بیشترین اثربخشی بر بهبود راهبردهای سرزنش خود و سرزنش دیگران بود.

محدودیت های مطالعه حاضر روش نمونه گیری دردسترس بود، پس تعمیم نتایج به سایر موارد باید با احتیاط باشد. پیشنهاد می شود مطالعه ای در حجم نمونه وسیع تر و بر روی دو جنس انجام گیرد. از سویی دیگر به علت استفاده از پرسشنامه های خودگزارشی جهت گردآوری داده ها احتمال سوگیری وجود دارد. همچنین، پیشنهاد می شود این روش درمانی با سایر روش های درمانی مثل شناختی-رفتاری، پذیرش و تعهد، خود شفقت ورزی نیز مورد مقایسه قرار گیرد. با توجه به اثربخش بودن این روش، توصیه می شود این درمان مورد توجه و استفاده روان شناسان حوزه کودک و اختلالات، مشاوران مدارس و روان درمانگران در حوزه کودکان استثنایی به ویژه اختلال نقص توجه و بیش فعالی قرار گیرد و مهارت ها و فنون نظم جویی شناختی با تاکید بر استفاده از راهبردهای سازگارانه و ترک راهبردهای ناسازگارانه که بسیار کم هزینه و ساده هستند به این افراد آموزش داده شود.

نتیجه گیری

یافته های پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره درمانی

الگوهای عمیق‌تر شناختی و هیجانی دانست که در جریان درمان مورد هدف قرار می‌گیرند. در مجموع، نتایج این پژوهش از کاربرد طرحواره‌درمانی هیجانی به‌عنوان یک مداخله روان‌شناختی در بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان دانش‌آموزان نوجوان دارای اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی حمایت می‌کند. با توجه به اهمیت توانایی تنظیم هیجان در سازگاری تحصیلی، اجتماعی و روان‌شناختی نوجوانان دارای این اختلال، استفاده از مداخلات متمرکز بر فرایندهای هیجانی و طرحواره‌ای می‌تواند در کنار مداخلات رایج، رویکردی قابل توجه برای ارتقای عملکرد روان‌شناختی این گروه باشد. با این حال، تعمیم یافته‌های پژوهش باید با توجه به ویژگی‌های نمونه، روش نمونه‌گیری و شرایط اجرای مداخله انجام شود و پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر، گروه‌های سنی متفاوت و دوره‌های پیگیری طولانی‌تر، اثربخشی این رویکرد را بررسی کنند.

سیاسکزاری

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول و با راهنمایی نویسنده دوم و دارای تأییدیه کمیته اخلاق پژوهش از دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول با کد شماره IR.IAU.D.REC.1404.021 می‌باشد. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از تمامی افراد شرکت کننده در این پژوهش صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

تضاد منافع

بین نویسندگان این مقاله هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد.

References

1. Reuben C, Elgaddal N. Attention-deficit/hyperactivity disorder in children ages 5-17 years: United States, 2020-2022. NCHS Data Brief, no 499. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2024. DOI: <https://doi.org/10.15620/CDC/148043>
2. Galera C, Collet O, Orri M, Navarro M, Castel L, Galesne C, Reed C, Brandt V, Larsson H, Boivin M, Tremblay R. Prospective associations between ADHD symptoms and physical conditions from early childhood to adolescence: a population-

هیجانی می‌تواند در بهبود راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در دانش‌آموزان نوجوان دارای اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی مؤثر باشد. این یافته بیانگر آن است که مداخلات مبتنی بر شناسایی و اصلاح طرحواره‌های هیجانی ناسازگار، همراه با افزایش آگاهی نسبت به هیجان‌ها و شیوه‌های پاسخ‌دهی به آنها، می‌تواند به نوجوانان دارای اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی کمک کند تا در مواجهه با موقعیت‌های هیجانی، از راهبردهای شناختی سازگارانه‌تری استفاده کنند و وابستگی خود به راهبردهای ناکارآمد را کاهش دهند. تبیین این یافته را می‌توان در ماهیت طرحواره‌درمانی هیجانی جست‌وجو کرد. نوجوانان دارای اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی علاوه بر مشکلات مرتبط با توجه و کنترل تکانه، ممکن است در شناسایی پذیرش و تنظیم هیجان‌های خود نیز با دشواری مواجه باشند. طرحواره‌درمانی هیجانی با تمرکز بر شناسایی نیازهای هیجانی، طرحواره‌های ناسازگار و الگوهای شناختی - هیجانی شکل گرفته در طول زندگی، زمینه‌ای فراهم می‌کند تا فرد ارتباط میان افکار، هیجان‌ها و رفتارهای خود را بهتر درک کند. در نتیجه، نوجوان می‌تواند به جای واکنش‌های تکانشی یا استفاده از راهبردهای شناختی ناکارآمد، از شیوه‌های سازگارانه‌تری برای ارزیابی و مدیریت تجربه‌های هیجانی استفاده کند. از سوی دیگر، فرایندهای درمانی به کار رفته در طرحواره‌درمانی هیجانی می‌توانند از طریق افزایش پذیرش هیجان، کاهش اجتناب هیجانی، تعدیل باورهای ناکارآمد و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای، ظرفیت نوجوان را برای مواجهه انعطاف‌پذیرتر با هیجان‌های منفی افزایش دهند. بنابراین، بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان را می‌توان یکی از پیامدهای مهم تغییر در

- based longitudinal study. The Lancet Child & Adolescent Health. 2023 Dec 1;7(12):863-74. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(23\)00226-2](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(23)00226-2)
3. De Rossi P, Pretelli I, Menghini D, D'Aiello B, Di Vara S, Vicari S. Gender-related clinical characteristics in children and adolescents with ADHD. Journal of Clinical Medicine. 2022 Jan 13;11(2):385. <https://doi.org/10.3390/jcm11020385>
 4. Staley BS, Robinson LR, Claussen AH, et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Diagnosis, Treatment, and Telehealth Use in

- Adults - National Center for Health Statistics Rapid Surveys System, United States, October-November 2023. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2024; 73:890-895. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7340a1>
5. Christiansen H, Hirsch O, Albrecht B, Chavanon ML. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and emotion regulation over the life span. Current psychiatry reports. 2019 Mar;21(3):17. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1003-6>
6. Mayer JS, Brandt GA, Medda J, Basten U, Grimm O, Reif A, Freitag CM. Depressive symptoms in youth with ADHD: the role of impairments in cognitive emotion regulation. European archives of psychiatry and clinical neuroscience. 2022 Aug;272(5):793-806. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01382-z>
7. Liu Q, Feng Y, Chen W, Zhu Y, Preece DA, Gao Y, Luo X, Dang C, Wang Y, Sun L, Liu L. Emotion regulation strategy and its relationship with emotional dysregulation in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: behavioral and brain findings. European Child & Adolescent Psychiatry. 2025 Jan 17:1-2. <https://doi.org/10.1007/s00787-025-02643-7>
8. Åstenvald R, Frick MA, Kleberg JL, Isaksson J. Adaptive and maladaptive cognitive emotion regulation in child-and adolescent ADHD. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2026 Jan 1;26(1):100660. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2025.100660>
9. Lee SJ, Chae H. Is the cognitive emotion regulation strategy related to Yin-Yang personality traits European? Journal of Integrative Medicine 2019; 26: 2430. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2019.01.004>
10. Tao S, Lan M, Tan CY, Liang Q, Pan Q, Law NW. Adolescents' cyberbullying experience and subjective well-being: sex difference in the moderating role of cognitive-emotional regulation strategy. Computers in Human Behavior. 2024; 1: 108-22. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2023.108122>
11. Johnston TE, Gross JJ, Chen W, McEvoy P, Becerra R, Preece DA. Emotion beliefs and emotion regulation strategy use. Personality and Individual Differences. 2025; 1: 1130-66. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2025.113066>
12. McRae K, Gross JJ. Emotion regulation. Emotion. 2020; 20(1):1-9. <https://doi.org/10.1037/emo0000703>
13. Desatnik A, Bel-Bahar T, Nolte T, Crowley M, Fonagy P, Fearon P. Emotion regulation in adolescents: An ERP study. Biological psychology 2017; 129: 52-61. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2017.08.001>
14. Kulik A. Application of metacognitive strategies in the development of emotional and motivational self-regulation of students with special educational needs. Research on children with ADHD. Current Problems of Psychiatry 2022, 22(4): 63-75. <https://doi.org/10.2478/cpp-2021-0020>
15. Darehshoori Mohammadi Z, Bavi S, Human F. Effectiveness of Metacognitive Therapy in Behavioral-Emotional Problem, Cognitive-Emotional Regulation Strategies, and Mind Wandering of 9 to 13-Year-Old Children with ADHD: A Quasi-Experimental Study. Jundishapur J Chronic Dis Care. 2022;11(4): e123921. (Persian) <https://doi.org/10.5812/jjcdc-123921>
16. Peyvandi A, Bondi E, Cirella L, Bressi C, Delvecchio G. Effectiveness of cognitive rehabilitation in children and adolescents with ADHD: A review of EEG studies. Journal of Affective Disorders. 2025 Apr 28. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.04.101>
17. Mehranizade F, Khoshlahjeh Sedgh A. The effectiveness of cognitive rehabilitation on improving working memory, cognitive regulation of emotion and attention deficits in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. Rooyesh 2025; 14(7):125-134. <http://frooyesh.ir/article-1-5950-fa.html> (Persian)
18. Zhao D, Zhang J. The effects of working memory training on attention deficit, adaptive and non-adaptive cognitive emotion regulation of Chinese children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). BMC Psychol 2024; 12(59): 169-182 <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01539-6>
19. Hajizeynali N. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Behavioral Therapy on Anxiety and Emotion Regulation in Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). Iranian Journal of Neurodevelopmental Disorders. 2025 Jan 28;4(1):64-72. <https://maherpub.com/index.php/jndd/article/view/503> <https://doi.org/10.61838/kman.jndd.4.1.8>

20. Memari S, Dinarvand Z. The Effect of Schema Therapy Combined with Neurofeedback Therapy on Cognitive Performance and Emotional Regulation in Children with ADHD. Iranian Journal of Neurodevelopmental Disorders. 2024 Oct 29;3(3):108-16. <https://doi.org/10.61838/kman.jndd.3.3.12>
21. Eštaji R, Hosseinzadeh M, Arabgol F, et al. Transcranial direct current stimulation (tDCS) improves emotion regulation in children with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). Sci Rep 2024; 14, 13889. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-64886-9>
22. Kiraz S, Sertçelik S. Adult attention deficit hyperactivity disorder and early maladaptive schemas. Clinical psychology & psychotherapy. 2021 Sep;28(5):1055-64. <https://doi.org/10.1002/cpp.2569>
23. Ghaitasi J, Amani A. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Emotion Regulation Strategies in Adolescents with Oppositional Defiant Disorder. Research in Clinical Psychology and Counseling. 2024 Feb 19;14(2):5-28. (Persian).
24. Leahy RL. A model of emotional schemas. Cognitive and behavioral practice. 2002; 9(3):177-90. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80048-7](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80048-7)
25. Leahy RL. Introduction: Emotional Schemas and Emotional Schema Therapy. International Journal of Cognitive Therapy. 2019; 12(1):1-4. <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0038-5>
26. Keyvanlo S, RafieiRad Z, Narimani M, BasharPoor S. The effectiveness of group therapy based on emotional schema therapy on rumination and emotional persistence in mothers of children with intellectual disabilities. Journal of Research in Behavioral Sciences 2021; 3 (6): 85-94. <https://jobssar.ir/fa/showart4832647e528615e250ba277270ca1e71>
27. Ghasemkhanloo A, Atadokht A, Sabri V. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Severity of Depression and Cognitive Emotional Regulation Strategies in Major Depression Disorder. J North Khorasan Univ Med Sci 2022; 14(1):38-44. (Persian) <https://doi.org/10.52547/nkums.14.1.38>
28. Reyhani S, Ahovan M. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Regulating Emotions and Reducing High-Risk Behaviors in Female Adolescents. Res Behav Sci 2024; 22(1): 137-49. (Persian).
29. Ghodrati-Shahtoori KG, Rahnejat AM, Dabaghi P, Taghva A, Donyavi V, Ebrahimi MR, Ghahvehchi-Hosseini F. Effectiveness of emotional schema therapy on improvement in cognitive-emotion regulation in attempting to self-mutilation soldiers. Journal of military medicine. 2020;22(9):956-68. (Persian).
30. Ghaitasi J, Amani A. A Study of the Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Self-Control Strategies among Students with Oppositional Defiant Disorder. Biquarterly Journal of Cognitive Strategies in Learning 2023, 11(20): 211-31 (Persian).
31. Conners CK, Erhardt D, Sparrow E. Conners' adult ADHD rating scales 1999. <https://doi.org/10.1037/t04961-000>
32. Arabgol F, Hayati M, Hadid M. Prevalence of Attention - Deficit/Hyperactivity Disorder in a Group of University Students. Advances in Cognitive Sciences 2004; 6(1 and 2): 73-87 <http://icssjournal.ir/article-1-43-fa.html> (Persian)
33. Garnefski N, Kraaij V. The cognitive emotion regulation questionnaire. European journal of psychological assessment. 2007; 23(3): 141-9. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.3.141>
34. Hasani J. The Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). Journal of Clinical Psychology 2010; 2(3): 73-84. (Persian).
35. Samani S, Sadeghi L. Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Psychological Models and Methods, 2010; 1(1): 51-62. (Persian).
36. Leahy RL, Tirsch D, Napolitano LA. Emotion Regulation in Psychotherapy: A Practitioner's Guide 2011. Translated by: A, Mansori Rad. 2013. Tehran: Arjmand Pub. <https://www.arjmandpub.com/Book/1127> (Persian).
37. Nedaei A, Qamari Gavi H, Sheykholeslami A, Sadri Damirchi E. The effectiveness of emotional schema therapy on the intolerance of uncertainty and the difficulty of emotion regulation in people suffering from comorbid depression and anxiety. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2023 Mar 10;10(1):103-15. <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1721-en.pdf> (Persian) <https://doi.org/10.32598/shenakht.10.1.103>