



**Article history:**  
Received 10 February 2024  
Accepted 08 April 2024  
Published online 21 May 2024

Volume 3, Issue 1, pp 12-29

E-ISSN: 2981-1759

## Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Schema Therapy on Emotional Regulation and Resilience of Mothers with Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

Seyyede Ameneh Hosseini<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>. MA, Department of Psychology, Imam Khomeini International University of Qazvin, Qazvin, Iran

\* Corresponding author email address: sarahosseini154@gmail.com

### Article Info

#### Article type:

Original Research

#### How to cite this article:

Hosseini, S A. (2024). Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Schema Therapy on Emotional Regulation and Resilience of Mothers with Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 3(1), 12-29.



© 2024 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

**Background and Objective:** The present study aimed to compare the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Schema Therapy (ST) on emotional regulation and resilience of mothers with children diagnosed with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD).

**Methods and Materials:** The research method was semi-experimental with a pre-test, post-test control group design, and follow-up. The statistical population consisted of all mothers with children aged 3 to 7 years with ADHD in Tehran in 2023. From this population, 45 participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to two experimental groups (each with 15 participants) and one control group (15 participants). The CBT group received 10 sessions of 60 minutes each, while the ST group received 12 sessions of 60 minutes each, and the control group was placed on a waiting list. The instruments used in the present study included the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ; Garnefski & Kraaij, 2006) and the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC; Connor & Davidson, 2003). Data analysis was conducted in two sections: descriptive and inferential (repeated measures analysis of variance).

**Findings:** Results indicated a significant difference between the ST and CBT groups at the 0.05 level for the components of positive refocusing and positive reappraisal. Thus, considering the post-test means, the ST method had a more significant effect on changing the components of positive refocusing and positive reappraisal compared to the CBT group. Additionally, results showed a significant difference between ST and CBT at the 0.05 level for resilience, indicating that ST had a more significant effect on changing resilience compared to the CBT group. Furthermore, the present study demonstrated that CBT and ST could improve the study variables in mothers with children with ADHD during the follow-up stage.

**Conclusion:** This study highlights the significant impact of Schema Therapy over Cognitive Behavioral Therapy in enhancing emotional regulation and resilience among mothers with children diagnosed with ADHD. The findings suggest that both therapeutic approaches are beneficial, but Schema Therapy offers a more substantial improvement in the measured variables, which sustains over time.

**Keywords:** Obsessive-compulsive symptoms, Schema therapy, Mindfulness, Cognitive behavioral therapy, Obsessive-compulsive disorder



وبسایت مجله

تاریخچه مقاله

دریافت شده در تاریخ ۲۱ بهمن ۱۴۰۲  
پذیرفته شده در تاریخ ۲۰ فروردین ۱۴۰۳  
منتشر شده در تاریخ ۱ خرداد ۱۴۰۳

## پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی

دوره ۳، شماره ۱، صفحه ۲۹-۱۲



شاپای الکترونیکی: ۱۷۵۹-۲۹۸۱

# مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر تنظیم هیجانی و تاب آوری مادران دارای کودکان با اختلال بیش فعالی/کمبود توجه

سیده آمنه حسینی<sup>۱\*</sup>

۱. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه بین المللی امام خمینی قزوین، قزوین، ایران

\*ایمیل نویسنده مسئول: sarahosseini154@gmail.com

اطلاعات مقاله

چکیده

نوع مقاله

پژوهشی اصیل

نحوه استناد به این مقاله:

سیده آمنه حسینی (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر تنظیم هیجانی و تاب آوری مادران دارای کودکان با اختلال بیش فعالی/کمبود توجه. *پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی*، ۱۲(۱)، ۲۹-۱۲.

**زمینه و هدف:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر تنظیم هیجانی و تاب‌آوری مادران دارای کودکان با اختلال بیش فعالی/کمبود توجه انجام شد. **روش و مواد:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری است. جامعه‌آماري پژوهش حاضر شامل کلیه مادران دارای کودکان بیش‌فعالی-نقص توجه ۳ تا ۷ ساله شهر تهران در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند، که از بین آن‌ها، ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری به مدت ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و گروه آزمایش طرحواره درمانی ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار ماندند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل پرسشنامه تنظیم هیجان (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶) و تاب‌آوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) استفاده شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) انجام گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد تفاوت بین طرحواره درمانی و گروه درمان شناختی رفتاری در سطح ۰/۰۵ برای مؤلفه‌های تمرکز مثبت و ارزیابی مجدد مثبت معنی‌دار می‌باشد بنابراین با توجه به میانگین‌های مرحله پس‌آزمون می‌توان گفت روش طرحواره درمانی تأثیر معنادار بیشتری بر تغییر مؤلفه‌های تمرکز مجدد مثبت و ارزیابی مجدد مثبت نسبت به گروه درمان شناختی رفتاری داشته است. همچنین نتایج نشان داد تفاوت بین طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری در سطح ۰/۰۵ برای تاب‌آوری معنی‌دار می‌باشد بنابراین با توجه به میانگین‌های مرحله پس‌آزمون می‌توان گفت طرحواره درمانی نسبت به گروه درمان شناختی رفتاری تأثیر معنادار بیشتری بر تغییر تاب‌آوری داشته است. همچنین پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی در مرحله پیگیری می‌تواند باعث بهبود متغیرهای پژوهش در مادران دارای کودکان با اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه شود. **نتیجه‌گیری:** این مطالعه تأثیر قابل توجه طرحواره درمانی بر درمان شناختی رفتاری در بهبود تنظیم هیجانی و تاب‌آوری در مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه را نشان می‌دهد. یافته‌ها نشان می‌دهد که هر دو روش درمانی مفید هستند، اما طرحواره درمانی بهبود بیشتری در متغیرهای اندازه‌گیری شده دارد که در طول زمان نیز پایدار می‌ماند.

**کلیدواژگان:** تنظیم هیجانی، تاب‌آوری، درمان شناختی رفتاری، طرحواره درمانی، اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه



© ۱۴۰۳ 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.



## مقدمه

تنش در بافت خانواده به خصوص وقتی مزمن باشد و در اوایل رشد وجود داشته باشد اثرات مضر روی سلامت والدین، کودکان و ارتباطات والد با کودک می‌گذارد (Asarnow et al., 2021). یکی از عوامل مرتبط با ویژگی‌های درونی خانواده که می‌تواند سبب تنش گردد، مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان است (Beheshti et al., 2020). به طوری که پژوهش‌ها نشان می‌دهند شدت اختلال رفتاری کودک، ویژگی مهم موقعیت تنش را محسوب می‌شود که یکی از شایع‌ترین این اختلالات، اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه می‌باشد (Faraone & Larsson, 2019). بیش‌فعالی و نقص توجه، اختلالی است که با تحریک‌پذیری مداوم، تکانشگری و مشکلاتی در تمرکز مشخص می‌شود (Cortese, 2020). در اکثر موارد، بیش‌فعالی با مشکلات دیگری هم چون لجباری، نافرمانی از والدین، مشکلات رفتاری و عدم موفقیت تحصیلی نیز همراه است (Xu et al., 2018). رفتارهای ناسازگارانه کودک (هم چون تکانشگری، عدم تبعیت از دستورات والدین، رفتارهای تخریبی، لجبازی، نافرمانی و تحریک‌پذیری) احساس بدی در والدین (هم چون خشم، عصبانیت، درماندگی، خستگی، کاهش تحمل به وجود می‌آورد (Yao et al., 2022). این عکس‌العمل‌ها در نهایت منجر به حاد شدن مشکلات کودک می‌گردد. به این ترتیب چرخه معیوبی به وجود می‌آید، به شکلی که به تدریج تشخیص دقیق علت و معلول بسیار بعید به نظر می‌رسد (Hai et al., 2022). واکنش اعضای خانواده به مشکلات کودک می‌تواند دامنه‌ای از طرد یا پذیرش کامل، غفلت یا مراقبت کامل باشد (Ghandiyani et al., 2022).

لذا تعداد قابل توجهی از خانواده‌ها در جامعه ما، از اثرات منفی داشتن یک کودک بیش‌فعال رنج می‌برند (Assari et al., 2019). والدین کودکان نقص توجه و بیش‌فعالی به ویژه مادران، اغلب به گونه‌ای زیان آور، سطح بالایی از فشار روانی را تجربه می‌کنند و تنظیم هیجانی پایین‌تری دارند (Anker et al., 2020). تنظیم هیجان مدیریت مناسب فعالیت‌های هیجانی به منظور دستیابی به عملکرد اجتماعی مؤثر است که در برگیرنده ایجاد، نگهداری و تغییر وقوع شدت یا مدت زمان حالات احساسات درونی و واکنش‌های فیزیولوژیکی مرتبط با آن است (Shafietabar et al., 2020). تنظیم هیجانی، یکی از جنبه‌های خلق و خو می‌باشد که در پیش‌بینی کنار آمدن با ناسازگاری‌های روانشناختی نقش مهمی ایفا می‌کند (Álvarez et al., 2022; Esmailian et al., 2015). عدم تنظیم هیجانی، با بسیاری از اختلالات روان شناختی ارتباط دارد (Miu et al., 2022) هیجان‌ات منفی می‌توانند یکی از علل اساسی کژکاری در بین افراد باشند (Qiu & Shum, 2022) در حقیقت هیجانی شدن منفی یکی از مؤلفه‌های اساسی در اختلالات درونی شده و بیرونی شده در افراد است (Wang, 2022). هایز و فلدمن<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) مطرح کردند که هیجان‌ات یا از طریق اجتناب و یا از طریق درگیری بیش از حد، می‌توانند تنظیم شوند. اجتناب از تجارب کنونی می‌توانند شامل سوگیری انتخابی اطلاعات، تحریف شناختی یا عدم درگیری هیجانی باشد (Hayes & Feldman, 2004). درگیری بیش از حد نیز شامل نشخوار، نگرانی مزمن، وسواس‌های فکری و رفتارهای اجباری است. هر دوی این راهبردهای تنظیم هیجان نیازمند تغییر توجه از رویدادهای کنونی به طرف رویدادهای گذشته یا آینده هستند. زمانی که افراد هیجان‌اتشان را تنظیم می‌کنند و به چالش‌های زندگی با روش‌های سازنده و مؤثر پاسخ می‌دهند، مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد، عمده‌اً شرایطی را ایجاد می‌کنند تا بتواند تحت آن شرایط، هیجان‌اتشان را کنترل کنند که به نفع آن‌ها وارد عمل شوند (Chen & Fagundes, 2022).

پژوهش‌ها نشان داده است که سطح تاب آوری در خانواده‌های دارای کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی کم است و والدین آن‌ها به دلیل عدم تحمل توانایی با شرایط دشوار و دردآور و ارائه پاسخ انعطاف پذیر به فشارهای زندگی روزانه دچار افسردگی و اضطراب می‌گردند. تاب آوری، به توانایی فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی در شرایط خطرناک گفته می‌شود (Parandin, 2020). کامپفر (۲۰۰۲) باور داشت

<sup>1</sup> - Attention Deficit and Hyperactivity Disease

<sup>2</sup> - Hayes & Feldman



که تاب‌آوری، بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر در سختی‌ها است و از این رو موجب سازگاری موفق در زندگی می‌شود. سازگاری مثبت با زندگی، هم به‌عنوان پیامد تاب‌آوری و هم به‌عنوان پیش‌آیند آن، می‌تواند محسوب شود. وی این موضوع را ناشی از پیچیدگی تعریف این سازه و نگاه فرآیندی به تاب‌آوری می‌داند (Kumpfer, 2002). تاب‌آوری به فرآیند پویایی انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار اطلاق می‌شود (Son & Ham, 2020) که مقاومت در برابر استرس (Garmezy, 1991) یا رشد پس‌ضربه‌ای نیز نامیده شده‌اند و در امتداد یک پیوستار با درجات متفاوت از مقاومت در برابر آسیب روانی قرار می‌گیرد (Masruroh, 2022). بنا به تعریفی از فیرات، گوکمن، کانبی و اوتکان (۲۰۲۲) تاب‌آوری به انطباق موفق‌گفته می‌شود که در مصائب و استرس‌های ناتوان‌ساز آشکار می‌شود. این تعریف بیانگر این است که تاب‌آوری مستلزم تعامل پیچیده بین عوامل خطر ساز و محافظت‌کننده است (Firat et al., 2022). با توجه به تعریف تاب‌آوری والدین دارای کودکان نقص توجه/بیش‌فعالی هر چقدر تاب‌آورتر باشند، توان عملکرد مثبت در شرایط ناگوارشان بالاتر می‌رود و در برابر رنج ناشی از نگهداری فرزندانشان مقاوم‌تر خواهند بود و کیفیت زندگی‌شان هم بالاتر خواهد رفت (Parandin, 2020; Poole et al., 2017). هیمان (۲۰۰۸) در پژوهشی مربوط به تاب‌آوری و چیره شدن بر مشکلات و انتظارات آینده در خانواده‌هایی با کودکان ناتوانی یادگیری و معلولیت جسمانی، نتیجه گرفت که والدین این کودکان نیاز به الگوهای سازگاری و حمایتی دارند؛ زیرا پدر و مادرها مجبور به ایجاد تغییراتی در زندگی خود می‌شوند و در زندگی اجتماعی خود نیز سطوح بالایی از سرخوردگی و نارضایتی و تلاش زیادی برای حفظ زندگی عادی و قبلی خود می‌کنند (Hyman et al., 2008). در پژوهشی دیگر ضمن مقایسه تاب‌آوری، رضایت زناشویی و سلامت روان در والدین با کودکان دارای ناتوانی یادگیری و عادی به این نتیجه رسیدند که بین دو گروه والدین، از نظر رضایت از زندگی، تاب‌آوری و سلامت روان تفاوت معنی‌داری وجود دارد (Blair, 2021). همچنین احساس یکپارچگی و تاب‌آوری در والدین کودکان دارای شرایط خاص، از والدین کودکان عادی پایین‌تر است (Li et al., 2020).

یکی از درمان‌هایی که باعث بهبود تنظیم هیجانی و تاب‌آوری در مادران دارای فرزندان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی شده است درمان شناختی رفتاری می‌باشد. این درمان برای نشانه‌ها و رفتارهای غیرعادی استفاده می‌شود. از آنجایی که افکار و اعمالی از این نوع، اغلب با یکدیگر همراهی دارند، در بیشتر موارد از تکنیک‌های رفتاری و شناختی همراه هم استفاده می‌شود (Cristea et al., 2015). درمان شناختی رفتاری بر این فرض استوار است که اختلال عاطفی و علائم اختلال‌های رفتاری در نتیجه تفکر غیرمنطقی ادامه پیدا می‌کند و می‌تواند با استفاده از تکنیک‌های متنوع رفتاری، عاطفی و شناختی نه تنها در طی جلسات درمانی، بلکه در بین جلسات به صورت ارائه تکلیف تغییر پیدا کند (Freedland et al., 2015). بر اساس درمان شناختی رفتاری، تجارب افراد به تشکیل فرض‌ها و یا طرح‌واره‌هایی درباره خویشتن و جهان می‌انجامد و این فرض یا طرح‌واره‌ها بر سازمان‌بندی ادراکی و کنترل و ارزیابی رفتار تأثیر می‌گذارد. درمان شناختی رفتاری مراجعان را به حل فعالانه مسائل و درگیری جرات‌مندانه در محیط تشویق و بر توانایی فرد جهت تفسیر و تغییر مناسب رویدادها تأکید می‌نماید (Arch et al., 2013). همچنین، مداخله‌های رفتاری ویژه در درمان شناختی رفتاری، بر افزایش میزان اشتغال فرد به فعالیت‌های لذت‌بخش تأکید دارد. هدف از این روش آن است که به فرد کمک شود تا بتواند حداقل یک‌بار در هفته برای انجام فعالیت‌های لذت‌بخش برنامه‌ریزی کند تا بتواند تغییر عمده‌ای در کیفیت خلق و زندگی فرد ایجاد نماید (Abdolmohamadi & Ghadiri, 2023; Champ et al., 2023; Faghfouriazar, 2023). درمانگران شناختی رفتاری به مراجعان کمک می‌کنند تا نسبت به مشاهده شناخت‌هایشان به ارزشیابی فعال‌تری بپردازند، روی اصلاح تعامل‌های رفتاری منفی به‌منظور پرورش شناخت‌ها و هیجان‌های مثبت در مورد یکدیگر کار کنند و به مطرح کردن مسائل مربوط به بیماری خود در مورد تجربیات هیجانی بازدارنده شده بپردازند تا بتوانند در محیطی رضایت‌بخش‌تر، کیفیت زندگی بالایی را تجربه کنند (Sheykhangafshe et al., 2023; Wong et al., 2022). در واقع درمان شناختی رفتاری برای مراجعان به صورت یک درمان کیفی منظم است که در آن اثرات متقابل شناخت‌ها، رفتارها و هیجان‌های مراجعان بررسی می‌شود و به‌منظور بهبود تنظیم هیجانی و تاب‌آوری،



موارد مشکل آفرین هدف تغییر قرار می‌گیرند (Baucom et al., 2010). در همین رابطه نتایج پژوهش لالونی و همکاران (۲۰۱۹) نشان داده‌اند که تکنیک‌های شناختی رفتاری به تنهایی باعث افزایش کیفیت فرد از سطح زندگی خویش و بهبود تنظیم هیجانی می‌شود (Lalouni et al., 2019). علاوه بر این دیبر و همکاران (۲۰۱۸) به این نتیجه رسیده‌اند که اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تمامی جوانب زندگی مراجعان اثر گذاشته و در افزایش تاب آوری مراجع تأثیر معنادار دارد (Dear et al., 2018).

اخیرا نسل سوم درمان‌های شناختی رفتاری مانند درمان طرحواره و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، با هدف قرار دادن نیازهای افراد متمرکز کرده‌اند. در حوزه شناخت درمانی یکی از مدل‌های درمانی، مدل طرحواره درمانی است که توسط یانگ<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۳) به وجود آمده که درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی و رفتاری کلاسیک بنا شده است. طرحواره درمانی اصول و مبانی مکتب‌های شناختی رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط شیء، سازنده‌گرایی و روانکاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است. تصور می‌شود طرحواره‌های شناختی نقش اصلی در توسعه و ادامه اختلالات روانی و نیز عود و برگشت آن‌ها دارند (Young et al., 2006). بنابراین شناخت طرحواره‌ها می‌تواند به توصیف آسیب‌پذیری در آسیب‌شناسی روانی کمک کند (Choi-Kain & Gunderson, 2008). طرحواره‌ها نیز موجب سوگیری در تفسیرهای ما از رویدادها می‌شوند و این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی میان فردی به صورت سوتفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف شده و گمانه زنی‌های نادرست، هدف و چشم داشت‌های غیرواقع بینانه مشخص می‌شوند (Pugh, 2015). رویکرد طرحواره درمانی، بر الگوهای خودویرانگر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته‌اند و در سرتاسر طول زندگی فرد تکرار می‌شوند، تمرکز می‌کند. این الگوهای طرحواره‌های ناسازگار اولیه نامیده می‌شوند. این سته از طرحواره‌های ناسازگار به رشد و شکل‌گیری مشکلات روان شناختی می‌انجامد. طرحواره‌های آسیب‌رسانی که از جریان اولیه رشد آغاز و در طول زندگی تداوم می‌یابد (Renner et al., 2016; Van Donzel & Van Alphen, 2021; Wells & Matthews, 1996). طرحواره‌های ناسازگار اولیه، عمیق‌ترین سطح ساختارهای شناختی هستند که خود را در رابطه با محیط و سایر افراد نشان می‌دهد و در شرایط خاص فعال می‌شوند (Borjali et al., 2017; Dickhaut & Arntz, 2014). در شکل‌گیری طرحواره‌ها خلق و خوی ذاتی با تجارب ارتباطی غیرانطباقی اولیه به ویژه آسیب‌های کودکی<sup>۵</sup> تعامل می‌کنند و به طور خاص‌تر، این طرحواره‌ها در صورتی به طرحواره‌های ناسازگار تبدیل می‌شوند که نیازهای روانشناختی فرد (مثل نیازهای استقلال، محبت و دلبستگی) برآورده نشوند. یانگ، کلسکو و ویشار (۲۰۰۳) ۱۸ طرحواره ناسازگار را مشخص کرده‌اند که در ۵ حوزه زیر قرار می‌گیرند؛ حوزه بریدگی و طرد<sup>۶</sup> (رها شدگی<sup>۷</sup>، بی‌اعتمادی<sup>۸</sup>، محرومیت هیجانی<sup>۹</sup>، نقص و شرم، انزوای اجتماعی/بیگانگی<sup>۱۰</sup>؛ حوزه خودگردانی و عملکرد مختل<sup>۱۱</sup> (وابستگی/بی‌کفایتی<sup>۱۲</sup>، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و زیان<sup>۱۳</sup> خود تحول

1 - Young  
 2 - interpersonal psychopathology  
 3 - Early Maladaptive Schems  
 4 - Temperment  
 5 - Childhood Trauma  
 6 - Disconnection & Rejection  
 7 - Aandonment  
 8 - Mistrust  
 9 - emotional deprivation  
 10 - social isolation 0  
 11 - impaired autonomy and performance  
 12 - dependence 2  
 13 - vulnerability to Illness 3



نیافته/گرفتار، شکست)، حوزه محدودیت‌های مختل<sup>۳</sup>(استحقاق/برزگ منشی، خویشتن داری و خودانضباطی ناکافی)، حوزه دیگرجهت مندی<sup>۵</sup> (اطاعت، ایثار، پذیرش جویی/جلب توجه) و حوزه گوش به زندگی بیش از حد و بازداری (منفی گرایی/بدبینی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، تنبیه) (Renner et al., 2016; Van Donzel & Van Alphen, 2021). با وجود شایع بودن اختلال بیش فعالی و تاثیر آن بر خانواده به نظر می‌رسد مطالعات و پژوهش‌های اندکی در جامعه آماری مادران این افراد صورت گرفته باشد. از این رو پژوهش حاضر با طرح فرضیه‌های خود این سوال را مطرح می‌کند که آیا بین درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر تنظیم هیجانی و تاب آوری مادران دارای کودکان نقص توجه/بیش فعالی تفاوت وجود دارد؟

## مواد و روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مادران دارای کودکان بیش فعالی-نقص توجه ۳ تا ۷ ساله شهر تهران در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، روش نمونه‌گیری در دسترس است. تعداد ۹۵ مادر دارای کودک بیش فعالی-نقص توجه جهت شرکت در پژوهش اعلام آمادگی کردند که این مادران بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل: (۱) داشتن کودک مبتلا به بیش فعالی-نقص توجه (۲) عدم ابتلا به بیماری روانی (۳) داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن (۴) عدم دریافت درمان‌های روانشناختی تا قبل از جلسات گروه درمانی یا در حین جلسات (۵) گرفتن نمره پایین در پرسشنامه سازگاری فردی-اجتماعی می‌باشد. عدم رضایت مادران جهت ادامه شرکت در پژوهش و غیبت در بیش از ۲ جلسه از جلسات آموزشی معیار خروج واحدها از مطالعه در نظر گرفته شد. تعداد ۴۵ نفر از این مادران معیارهای ورود را داشتند بنابراین با توجه به طرح تحقیق، شرکت کنندگان دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قبل از شروع آموزش، پرسشنامه تنظیم هیجانی و تاب آوری را تکمیل کردند. سپس بسته آموزشی درمان رفتاری شناختی در ۱۰ جلسه و طرحواره درمانی در ۱۲ جلسه توسط محقق هر هفته یک جلسه و هر جلسه دو ساعت بر روی گروه آزمایش اعمال شد. یک هفته پس از اتمام آموزش در گروه آزمایش، پرسشنامه مذکور مجدداً روی هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید.

**پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۶):** پرسشنامه یک ابزار ۱۸ گویه‌ای است که راهبردهای خودتنظیمی را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و استرس‌زای زندگی در اندازه‌های پنج درجه‌ای از یک (هرگز) تا پنج (همیشه) بر حسب ۹ زیرمقیاس زیر می‌سنجد: سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوارگری، فاجعه انگاری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه وسیع و پذیرش. نمره بیشتر، نشان دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود. ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ و ضریب اعتبار خرده مقیاس‌های آن به شیوه بازآزمایی به فاصله زمانی ۱۴ ماده در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۶۱ گزارش شده است (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶). در ایران نیز ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های این آزمون را در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۹۱ و همچنین ضریب اعتبار این عوامل را به شیوه بازآزمایی با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۸ به دست آورده‌اند. نتایج تحلیل عامل به شیوه مؤلفه‌های اصلی نشان داده است که پرسشنامه خودتنظیمی یک ساختار هفت عاملی دارد که شامل تمرکز مجدد مثبت/برنامه‌ریزی، ارزیابی

1 - Enmeshment

2 - Defectiveness

3 - Impaired limits

4 - Insufficient Self-Control

5 - Other Directedness

6 - Emotional Inhibition





مثبت/دیدگاه وسیع، پذیرش، سرزنش دیگران، سرزنش خود، نشخوار فکری و فاجعه انگاری است. روایی محتوایی پرسشنامه خودتنظیمی، بر اساس داوری هشت نفر از متخصصان روان‌شناسی بررسی و ضرایب توافق کندانال برای زیر مقیاس‌ها از ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ محاسبه شد. در پژوهش خدایانه و همکاران (۱۳۹۶) آلفای کرونباخ راهبردهای منفی (ناکارآمد) ۰/۸۹ به دست آمد. راهبردهای خودتنظیمی را می‌توان هم در امتداد یک بعد در نظر گرفت (مقابله شناختی) و هم به دو نوع راهبرد مقابله‌ای بیشتر سازش یافته (مثبت/کارآمد) و کمتر سازش یافته (منفی/ناکارآمد) تقسیم کرد. تمرکز مجدد مثبت/تمرکز بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت/دیدگاه وسیع (کم‌اهمیت شماری) و پذیرش راهبردهای مقابله‌ای بیشتر سازش یافته هستند و خودسرزنش‌گری، دیگر سرزنش‌گری، نشخوار فکری و فاجعه‌نمایی از راهبردهای مقابله‌ای کمتر سازش یافته محسوب می‌شوند (Beheshti et al., 2020).

**پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳):** این پرسشنامه را کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۹-۱۹۷۹ حوزه تاب آوری تهیه کردند. ویژگی‌های رن سنجی این مقیاس در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، بررسی گردید. تهیه‌کنندگان این مقیاس بر این عقیده اند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب آور از افراد غیرتاب آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی بوده است و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد (محمدی، ۱۳۸۴؛ به نقل از صادقی و همکاران، ۱۳۸۸). این پرسشنامه ۲۵ سوال دارد که در مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و چهار (همیشه درست)، نمره گذاری می‌شود. نمره میانگین این مقیاس از ۵۲ خواهد بود به طوری که هر چه نمره آزمودنی از ۵۲ بالاتر باشد، تاب آوری بالاتری دارد و هر چه نمره او به صفر نزدیکتر باشد، از تاب آوری کمتری برخوردار خواهد بود. داس با ضریب آلفای کرونباخی معادل ۰/۸۴ تا ۰/۹۲. ثبات درونی کافی را نشان داده است (وایزمن و بک، ۱۹۹۷؛ به نقل از لطفی کاشانی، ۱۳۸۷) و بک (۱۹۹۷) ضریب آلفای کرونباخی معادل ۰/۸۰ را برای خرده مقیاس‌های داس گزارش کرده است. دو نمونه از سوالات به این شرح است: مشکل بتوان احساس خوشحالی نمود، مگر این که آدم خوش قیافه، باهوش، پولدار و خلاق باشد و خوشحالی بیشتر بستگی به نگرش من درباره خودم دارد تا نگرش دیگران در مورد من. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۷) هنجاریابی شده است و در پژوهش بشارت و همکاران (۱۳۸۹) اعتبار و روایی این پرسشنامه تایید شده است. در پژوهش حق رنجبر و همکاران (۱۳۹۱) نیز روایی پرسشنامه با استفاده از آزمون ضریب آلفای کرونباخ آزموده شد که آلفای ۰/۸۴ به دست آوردند (Parandin, 2020).

**شرح جلسات طرحواره درمانی:** طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر پایه الگوی یانگ بر روی کلیه شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در جلسه‌های درمانی اجرا شد. پس از اجرای پیش‌آزمون در هر دو گروه، گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه، ۲ روز در هفته، هر جلسه ۶۰ دقیقه تحت مداخله درمانی قرار گرفت، اما گروه کنترل درمانی دریافت نکرد و پس از آزمون هم در یک هفته پس از اتمام درمان برای گروه آزمایش و کنترل انجام شد و این درمان توسط متخصص در مراکز درمانی و مشاوره انجام شده است (Young et al., 2006).

اول: مروری بر ساختار جلسات و قوانین گروه و انجام توافقات لازم، آموزش مفهوم طرحواره، طرحواره درمانی، درمان گروهی، تکمیل کردن پرسشنامه برای پیش‌آزمون، برقراری رابطه با اعضای گروه و فراهم سازی زمینه اعتماد، ارائه تکلیف  
جلسه دوم: بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش در زمینه ارتباط بین طرحواره درمانی با اختلال نقص توجه/بیش فعالی، فرایندهای شناختی، پیگیری رابطه درمانی و اعتماد بین اعضای، ارائه تکلیف  
جلسه سوم: بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش در روند درمان، ارتباط طرحواره با کودک درون، بیان یک مثال از طرحواره ناسازگار، عوامل موثر در اکتساب طرحواره، ارائه تکلیف



جلسه چهارم: بررسی تکلیف جلسه قبل، شناخت و برانگیختن طرحواره‌های بیمار، تصاویر ذهنی با افراد مهم زندگی از جمله همسالان و سایر کسانی که در شکل‌گیری طرحواره نقش داشته‌اند، کمک به بیمار برای تجربه کردن هیجان‌های مرتبط با طرحواره در شروع جلسه، ارائه تکلیف

جلسه پنجم: بررسی تکلیف جلسه قبل، آشنا کردن افراد با سبک‌های مقابله‌ای، بررسی انواع سبک‌های مقابله‌ای در چند نفر از اعضای گروه، بیان چند مثال درباره سبک‌های مقابله‌ای، ارائه تکلیف

جلسه ششم: بررسی تکلیف جلسه قبل، آزمون اعتبار طرحواره، جمع‌آوری شواهد عینی تأکید کننده بر طرحواره طی صحبت با اعضای گروه، جمع‌آوری شواهد عینی رد کننده طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره، ارائه تکلیف

جلسه هفتم: بررسی تکلیف جلسه قبل، ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای اعضا، تهیه کارت‌های آموزشی طرحواره، معرفی فرم ثبت طرحواره‌ها، ارائه تکلیف

جلسه هشتم: بررسی تکلیف جلسه قبل، به کار بردن تکنیک گفتگوی خیالی، گفتگوی طرحواره (گفتگوی خیالی)، توانمندسازی بیمار برای جنگیدن علیه طرحواره و فاصله گرفتن از طرحواره، ارائه تکلیف

جلسه نهم: بررسی تکلیف جلسه قبل، برقراری گفتگوی بین طرحواره و جنبه سالم، بررسی فرم ثبت طرحواره، نوشتن نامه به والدین و برقراری گفتگوی خیالی با آن‌ها در جلسه درمان از طریق روش صندلی خالی، تعیین رفتارهای خاص به عنوان آماج‌های احتمالی تغییر، ارائه تکلیف

جلسه دهم: بررسی تکلیف جلسه قبل، راهبردهای درمانی مورد نظر برای تغییر رفتارهای موثر در تداوم طرحواره، بررسی روش‌های موثر در توانایی کنترل هیجانات و تکانه‌های خود، ارائه تکلیف

جلسه یازدهم: بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی برخی از طرحواره‌ها مانند ایثار و اطاعت، محرومیت هیجانی و بازداری هیجان در اعضای گروه، آموزش شیوه درست ارتباط و ابراز عواطف و هیجان، ارائه تکلیف

جلسه دوازدهم: بررسی تکلیف جلسه قبل، مرور تمرین‌ها و تکالیف جلسه قبل، بررسی روش‌های موثر در تحمل خستگی و ناکامی در حین انجام کارها بر اساس طرحواره خویشتن داری، انجام اقدامات و آمادگی‌های لازم جهت انجام آزمون‌های پایانی از گروه آزمون

**شرح جلسات درمان شناختی رفتاری:** جلسات درمانی شناختی رفتاری با مرور متون مربوط به درمان شناختی رفتاری مایکنبام (۱۹۷۷) و فرمت جلسات درمانی شناختی رفتاری پیشرفته، بر مبنای مهارت‌های تغییر باورها و شناخت‌های معیوب و آموزش مهارت‌های ارتباطی تدوین شد (Arch et al., 2013; Baucom et al., 2010; Rahbar et al., 2019).

در اولین جلسه، مراجعان با مفاهیم پایه‌ای اختلال انفجاری متناوب و روش درمان شناختی رفتاری آشنا می‌شوند. این جلسه به معرفی کلی اختلال، علائم و تاثیرات آن بر زندگی فردی و اجتماعی افراد اختصاص دارد. همچنین، توضیحاتی در مورد ساختار و هدف جلسات آینده ارائه می‌شود تا مراجعان بتوانند دید کلی نسبت به مسیر درمان پیدا کنند.

در جلسه دوم، درمانگر به توضیح رابطه بین شناخت، هیجان و رفتار می‌پردازد. این جلسه به مراجعان کمک می‌کند تا درک بهتری از چگونگی تاثیر افکار بر احساسات و رفتارهای خود پیدا کنند. هدف این جلسه افزایش آگاهی فرد از این مثلث و نقش آن در شکل‌گیری و تداوم اختلال انفجاری متناوب است.





جلسات سوم و چهارم بر بازسازی شناختی متمرکز هستند. در این جلسات، مراجعان با الگوهای تحریف شناختی خود آشنا می‌شوند و تلاش می‌شود تا این الگوها شناسایی و تغییر یابند. تمرینات عملی و تکنیک‌های مختلفی به کار گرفته می‌شود تا مراجعان بتوانند افکار غیرمنطقی و منفی خود را به افکار مثبت و واقع‌بینانه‌تر تبدیل کنند.

جلسات پنجم و ششم به بازسازی رفتاری اختصاص دارد. در این جلسات، مراجعان به شناسایی و تغییر الگوهای رفتاری نامطلوب خود می‌پردازند. تمرکز این جلسات بر روی تکنیک‌هایی است که به فرد کمک می‌کند رفتارهای پرخاشگرانه و ناپسند را با رفتارهای سازنده و مثبت جایگزین کند.

جلسه هفتم به مرور و ارزیابی جلسات گذشته و تحکیم مهارت‌های آموخته شده اختصاص دارد. در این جلسه، مراجعان به ترکیب تکنیک‌های بازسازی شناختی و رفتاری می‌پردازند تا بتوانند از این مهارت‌ها به طور همزمان و موثر در زندگی روزمره خود استفاده کنند. جلسه هشتم به ایجاد توانایی کنترل خشم و عصبانیت و همچنین مهارت‌های خودآرامشی می‌پردازد. در این جلسه، مراجعان تکنیک‌های مختلفی برای مدیریت و کاهش خشم و همچنین تمرینات مراقبه و آرامش‌بخشی فرا می‌گیرند تا بتوانند در مواقع بحرانی بهتر عمل کنند.

در جلسه نهم، مهارت‌های اجتماعی و توانایی ابراز وجود به مراجعان آموزش داده می‌شود. هدف این جلسه، بهبود توانایی تعامل سازنده با دیگران و افزایش اعتماد به نفس در ابراز نیازها و خواسته‌های فردی است.

جلسه دهم به مرور، ارزیابی و تحکیم موارد جلسات قبلی و تصمیم‌گیری برای اتمام مداخله اختصاص دارد. در این جلسه، مراجعان و درمانگر به طور مشترک در مورد پیشرفت‌های حاصل شده بحث می‌کنند و برنامه‌ای برای ادامه مسیر بدون نیاز به درمان تدوین می‌کنند. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم افزار spss-V24 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر) انجام پذیرفت.

## یافته‌ها

در این بخش میانگین و انحراف معیار نمرات تنظیم هیجان و تاب آوری در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل گزارش می‌شود.

## جدول ۱

میانگین و انحراف معیار تنظیم هیجان و تاب آوری به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

| گروه                | متغیر        | شاخص         | پیش آزمون | پس آزمون | پیگیری |
|---------------------|--------------|--------------|-----------|----------|--------|
| درمان شناختی رفتاری | سرزنش خود    | میانگین      | ۳۳.۱۱     | ۳۳.۹     | ۰۰.۱۰  |
|                     |              | انحراف معیار | ۳۵.۲      | ۲۹.۲     | ۶۵.۱   |
| طرحواره درمانی      | سرزنش خود    | میانگین      | ۵۳.۱۱     | ۴۷.۱۰    | ۸۰.۱۰  |
|                     |              | انحراف معیار | ۱۷.۲      | ۵۳.۲     | ۴۶.۲   |
| کنترل               | سرزنش خود    | میانگین      | ۶۰.۱۱     | ۳۳.۱۱    | ۴۷.۱۱  |
|                     |              | انحراف معیار | ۸۸.۱      | ۹۵.۱     | ۳۳.۲   |
| درمان شناختی رفتاری | سرزنش دیگران | میانگین      | ۶۷.۱۱     | ۰۷.۸     | ۳۳.۸   |
|                     |              | انحراف معیار | ۶۹.۲      | ۷۹.۲     | ۹۰.۲   |
| طرحواره درمانی      | سرزنش دیگران | میانگین      | ۷۳.۱۱     | ۸۷.۹     | ۴۷.۹   |



|       |       |       |              |                           |                     |
|-------|-------|-------|--------------|---------------------------|---------------------|
| ۷۰.۲  | ۹۰.۲  | ۹۹.۲  | انحراف معیار |                           |                     |
| ۶۰.۱۱ | ۸۷.۱۱ | ۶۰.۱۱ | میانگین      | سرزنش دیگران              | کنترل               |
| ۵۶.۲  | ۷۵.۲  | ۶۴.۲  | انحراف معیار |                           |                     |
| ۴۰.۹  | ۰۰.۹  | ۸۰.۱۱ | میانگین      | نشخوارگری                 | درمان شناختی رفتاری |
| ۳۸.۲  | ۷۳.۲  | ۰۸.۲  | انحراف معیار |                           |                     |
| ۸۰.۱۰ | ۳۳.۱۰ | ۶۰.۱۱ | میانگین      | نشخوارگری                 | طرحواره درمانی      |
| ۷۳.۲  | ۷۲.۲  | ۲۳.۲  | انحراف معیار |                           |                     |
| ۰۰.۱۲ | ۶۰.۱۱ | ۸۰.۱۱ | میانگین      | نشخوارگری                 | کنترل               |
| ۵۴.۲  | ۲۶.۲  | ۱۱.۲  | انحراف معیار |                           |                     |
| ۰۷.۹  | ۰۰.۹  | ۷۳.۱۱ | میانگین      | فاجعه انگاری              | درمان شناختی رفتاری |
| ۵۲.۲  | ۴۸.۲  | ۵۸.۲  | انحراف معیار |                           |                     |
| ۴۷.۱۰ | ۳۳.۱۰ | ۸۰.۱۱ | میانگین      | فاجعه انگاری              | طرحواره درمانی      |
| ۸۹.۱  | ۰۲.۲  | ۴۳.۲  | انحراف معیار |                           |                     |
| ۸۰.۱۰ | ۵۳.۱۱ | ۷۳.۱۱ | میانگین      | فاجعه انگاری              | کنترل               |
| ۵۴.۲  | ۳۰.۲  | ۰۵.۲  | انحراف معیار |                           |                     |
| ۸۰.۱۲ | ۸۰.۱۲ | ۸۷.۱۰ | میانگین      | تمرکز مجدد مثبت           | درمان شناختی رفتاری |
| ۵۷.۲  | ۱۱.۲  | ۳۹.۲  | انحراف معیار |                           |                     |
| ۵۳.۱۱ | ۸۰.۱۰ | ۰۰.۹  | میانگین      | تمرکز مجدد مثبت           | طرحواره درمانی      |
| ۳۹.۲  | ۹۰.۱  | ۲۰.۲  | انحراف معیار |                           |                     |
| ۴۷.۹  | ۲۷.۹  | ۰۰.۱۰ | میانگین      | تمرکز مجدد مثبت           | کنترل               |
| ۸۳.۲  | ۵۲.۳  | ۲۴.۲  | انحراف معیار |                           |                     |
| ۴۰.۱۳ | ۶۷.۱۳ | ۳۳.۹  | میانگین      | تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی | درمان شناختی رفتاری |
| ۶۸.۱  | ۱۹.۲  | ۴۴.۲  | انحراف معیار |                           |                     |
| ۲۷.۱۲ | ۸۰.۱۱ | ۰۷.۸  | میانگین      | تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی | طرحواره درمانی      |
| ۸۳.۱  | ۰۱.۲  | ۵۳.۱  | انحراف معیار |                           |                     |
| ۸۷.۷  | ۰۷.۷  | ۲۰.۸  | میانگین      | تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی | کنترل               |
| ۷۷.۲  | ۴۹.۲  | ۵۷.۱  | انحراف معیار |                           |                     |
| ۹۳.۱۳ | ۸۰.۱۳ | ۳۳.۱۱ | میانگین      | ارزیابی مجدد مثبت         | درمان شناختی رفتاری |
| ۵۸.۱  | ۸۲.۱  | ۶۹.۲  | انحراف معیار |                           |                     |
| ۴۷.۱۳ | ۸۰.۱۲ | ۰۷.۱۰ | میانگین      | ارزیابی مجدد مثبت         | طرحواره درمانی      |
| ۷۷.۱  | ۷۸.۱  | ۳۹.۱  | انحراف معیار |                           |                     |
| ۷۳.۱۰ | ۸۰.۹  | ۵۳.۱۰ | میانگین      | ارزیابی مجدد مثبت         | کنترل               |
| ۶۹.۳  | ۰۵.۳  | ۰۳.۲  | انحراف معیار |                           |                     |
| ۸۰.۱۲ | ۸۰.۱۲ | ۳۳.۱۰ | میانگین      | دیدگاه وسیع               | درمان شناختی رفتاری |
| ۲۱.۲  | ۰۱.۲  | ۵۳.۲  | انحراف معیار |                           |                     |
| ۵۳.۱۲ | ۶۰.۱۲ | ۰۷.۱۱ | میانگین      | دیدگاه وسیع               | طرحواره درمانی      |
| ۴۵.۲  | ۹۲.۱  | ۹۱.۱  | انحراف معیار |                           |                     |
| ۰۰.۱۰ | ۵۳.۹  | ۱۳.۱۰ | میانگین      | دیدگاه وسیع               | کنترل               |
| ۰۰.۳  | ۹۵.۲  | ۱۷.۲  | انحراف معیار |                           |                     |
| ۵۳.۱۳ | ۱۳.۱۴ | ۳۳.۹  | میانگین      | پذیرش                     | درمان شناختی رفتاری |
| ۶۲.۲  | ۵۶.۲  | ۲۳.۲  | انحراف معیار |                           |                     |
| ۴۰.۱۲ | ۶۷.۱۲ | ۴۰.۱۰ | میانگین      | پذیرش                     | طرحواره درمانی      |
| ۳۵.۲  | ۹۲.۱  | ۸۵.۲  | انحراف معیار |                           |                     |
| ۳۳.۱۰ | ۵۳.۹  | ۸۷.۹  | میانگین      | پذیرش                     | کنترل               |
| ۲۰.۳  | ۳۱.۳  | ۵۰.۲  | انحراف معیار |                           |                     |
| ۰۰.۸۳ | ۰۰.۸۱ | ۰۰.۶۳ | میانگین      | تاب آوری                  | درمان شناختی رفتاری |



|       |       |       |              |          |                |
|-------|-------|-------|--------------|----------|----------------|
| ۹۴.۴  | ۸۷.۶  | ۰۵.۷  | انحراف معیار |          |                |
| ۴۰.۷۵ | ۴۰.۷۴ | ۶۰.۶۳ | میانگین      | تاب آوری | طرحواره درمانی |
| ۳۷.۷  | ۶۰.۷  | ۵۰.۶  | انحراف معیار |          |                |
| ۴۰.۶۳ | ۰۰.۶۳ | ۸۰.۶۳ | میانگین      | تاب آوری | کنترل          |
| ۹۸.۶  | ۸۶.۵  | ۶۵.۵  | انحراف معیار |          |                |

همچنان که در **جدول ۱** ملاحظه می‌شود میانگین در دو گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون در خرده مقیاس‌های تنظیم هیجان منفی کاهش، و در خرده مقیاس‌های تنظیم هیجان مثبت افزایش نشان می‌دهد. براساس نتایج مندرج در جدول، می‌توان به این توصیف دست زد که درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی باعث بهبود تنظیم هیجان شده است همچنین نتایج نشان داد درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی باعث افزایش تاب آوری شده است.

## جدول ۲

نتایج برای مقایسه میانگین‌های نمرات مؤلفه‌های تنظیم هیجان در دو گروه طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری

| شاخص آماری متغیرها        | منبع تغییر | SS     | df    | M $\bar{s}$ | F    | سطح معناداری | ضریب ایپتا |
|---------------------------|------------|--------|-------|-------------|------|--------------|------------|
| سرزنش خود                 | بین گروهی  | ۶۳.۹   | ۰۰.۱  | ۶۳.۹        | ۶۵.۱ | ۲۱.۰         | ۰۶.۰       |
|                           | درون گروهی | ۰۷.۱۶۳ | ۰۰.۲۸ | ۸۲.۵        |      |              |            |
| سرزنش دیگران              | بین گروهی  | ۳۰.۲۴  | ۰۰.۱  | ۳۰.۲۴       | ۰۰.۳ | ۰۹.۰         | ۱۰.۰       |
|                           | درون گروهی | ۶۷.۲۲۶ | ۰۰.۲۸ | ۱۰.۸        |      |              |            |
| نشخوارگری                 | بین گروهی  | ۳۳.۱۳  | ۰۰.۱  | ۳۳.۱۳       | ۸۰.۱ | ۱۹.۰         | ۰۶.۰       |
|                           | درون گروهی | ۳۳.۲۰۷ | ۰۰.۲۸ | ۴۱.۷        |      |              |            |
| فاجعه انگاری              | بین گروهی  | ۳۳.۱۳  | ۰۰.۱  | ۳۳.۱۳       | ۶۱.۲ | ۱۲.۰         | ۰۸.۰       |
|                           | درون گروهی | ۳۳.۱۴۳ | ۰۰.۲۸ | ۱۲.۵        |      |              |            |
| تمرکز مجدد مثبت           | بین گروهی  | ۰۰.۳۰  | ۰۰.۱  | ۰۰.۳۰       | ۴۵.۷ | ۰۱.۰         | ۲۱.۰       |
|                           | درون گروهی | ۸۰.۱۱۲ | ۰۰.۲۸ | ۰۳.۴        |      |              |            |
| تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی | بین گروهی  | ۱۳.۲۶  | ۰۰.۱  | ۱۳.۲۶       | ۹۱.۵ | ۰۲.۰         | ۱۷.۰       |
|                           | درون گروهی | ۷۳.۱۲۳ | ۰۰.۲۸ | ۴۲.۴        |      |              |            |
| ارزیابی مجدد مثبت         | بین گروهی  | ۵۰.۷   | ۰۰.۱  | ۵۰.۷        | ۳۱.۲ | ۱۴.۰         | ۰۷.۰       |
|                           | درون گروهی | ۸۰.۹۰  | ۰۰.۲۸ | ۲۴.۳        |      |              |            |
| دیدگاه وسیع               | بین گروهی  | ۳۰.۰   | ۰۰.۱  | ۳۰.۰        | ۰۸.۰ | ۷۸.۰         | ۰۱.۰       |
|                           | درون گروهی | ۰۰.۱۰۸ | ۰۰.۲۸ | ۸۶.۳        |      |              |            |
| پذیرش                     | بین گروهی  | ۱۳.۱۶  | ۰۰.۱  | ۱۳.۱۶       | ۱۶.۳ | ۰۹.۰         | ۱۰.۰       |
|                           | درون گروهی | ۰۷.۱۴۳ | ۰۰.۲۸ | ۱۱.۵        |      |              |            |

همانگونه که در **جدول ۲** ملاحظه می‌شود، تفاوت بین طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری در سطح ۰/۰۵ برای مؤلفه‌های تمرکز مجدد مثبت و ارزیابی مجدد مثبت معنی‌دار می‌باشد بنابراین با توجه به میانگین‌های مرحله پس آزمون می‌توان گفت روش طرحواره درمانی تاثیر معنادار بیشتری بر تغییر مؤلفه‌های تمرکز مجدد مثبت و ارزیابی مجدد مثبت نسبت به گروه درمان شناختی رفتاری داشته است.



## جدول ۳

نتایج برای مقایسه میانگین‌های نمرات تاب‌آوری در دو گروه آزمایش

| شاخص آماری<br>متغیرها | منبع تغییر | SS      | df    | MS     | F    | سطح<br>معناداری | ضریب ایما |
|-----------------------|------------|---------|-------|--------|------|-----------------|-----------|
| تاب‌آوری              | بین گروهی  | ۷۰.۳۲۶  | ۰۰.۱  | ۷۰.۳۲۶ | ۲۳.۶ | ۰.۲۰            | ۱۸.۰      |
|                       | درون گروهی | ۶۰.۱۴۶۷ | ۰۰.۲۸ | ۴۱.۵۲  |      |                 |           |

همانگونه که در **جدول ۳** ملاحظه می‌شود، تفاوت بین طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری در سطح ۰/۰۵ برای متغیر تاب‌آوری معنی‌دار می‌باشد بنابراین با توجه به میانگین‌های مرحله پس‌آزمون می‌توان گفت طرحواره درمانی نسبت به درمان شناختی رفتاری تاثیر معنادار بیشتری بر افزایش تاب‌آوری داشته است.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر تنظیم هیجانی و تاب‌آوری والدین دارای کودکان با اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه انجام شد. نتایج نشان داد روش طرحواره درمانی تاثیر معنادار بیشتری بر تغییر مؤلفه‌های تمرکز مجدد مثبت و ارزیابی مجدد مثبت نسبت به گروه درمان شناختی رفتاری داشته است. نتایج پژوهش با یافته‌های (Arch et al., 2013; Baniadam et al., 2017; Baucom et al., 2010; Cristea et al., 2015; Danaei Sij et al., 2018; Doomen, 2018; Epstein & Baucom, 2002; Freedland et al., 2015; Ghorbanalipoor et al., 2017; Lalouni et al., 2019; Pugh, 2015; Rahbar et al., 2019; Broek et al., 2011; Young et al., 2006) همخوانی دارد. بر اساس نتایج توصیه می‌گردد تا مشاوران و درمانگران از روش طرحواره درمانی در کنار سایر روش‌های درمانی برای بهبود تنظیم هیجانی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی استفاده کنند. در تبیین این نتایج می‌توان بیان نمود که طرحواره درمانی یک الگو برای الگوشکنی رفتار را فراهم می‌آورد و این راهبرد به مراجع کمک می‌کند تا برای جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگار به جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار و ناکارآمد، تکالیف رفتاری را طرح‌ریزی و اجرا کنند. طرحواره درمانی علاوه بر فنون درمانی متمرکز بر آموزش توجه، شامل طیف وسیعی از راهبردهای درمانی خاص است که به منظور تسهیل تغییر شناختی و هیجانی طراحی شده‌اند. از سوی دیگر طرحواره درمانی به تغییر فرآیندها و فعالیت‌هایی از قبیل نشخوار فکری منفی، پایش تهدید، تمرکز بر خطر، فرونشانی افکار و رفتارهایی مانند اجتناب رفتاری، شناختی و هیجانی که افراد افسرده و مبتلا به بیش‌فعالی مفرط برای مقابله با ناهماهنگی ادراک شده و تنظیم هیجانات منفی ناشی از آن انجام می‌دهند، می‌پردازد. بر طبق اصول طرحواره درمانی، طرحواره‌های ناسازگار به عنوان زیرساخت‌های شناختی منجر به تشکیل باورهای غیرمنطقی می‌شوند و دارای مولفه‌های شناختی، عاطفی، رفتاری هستند و هنگامی که فعال می‌شوند سطوحی از هیجان منتشر می‌گردد که مستقیم یا غیرمستقیم منجر به آشفتگی روان شناختی می‌شوند (Pugh, 2015; Rahbar et al., 2019). آشفتگی‌های فکری و شناخت‌های ناکارآمد، از ویژگی‌های مخاطره‌انگیز سلامت هستند که به عنوان یک زمینه مطالعاتی به رسمیت شناخته شده و به شکل اختلالات اضطرابی گسترش یافته‌اند، یکی دیگر از ویژگی‌های طرحواره درمانی پذیرش عادی و طبیعی بودن این نیازهای هیجانی است. طرحواره درمانی با تاکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه اثرگذاری آن‌ها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان و ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری می‌پردازد و همچنین



با تاکید بر جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر به جای سبکها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد فرصتی را برای بهبود راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان برای شرایط پرفشار روانی مانند چاقی فراهم آورده است. همچنین در تبیین دیگر اثربخشی طرحواره درمانی باید گفت که عناصر این رویکرد متشکل از رویکردهای شناختی رفتاری، گشتالت، دلبستگی، روابط شی، سازه‌گرایی و روان‌کاوی در قالب یک مدل درمانی می‌باشد. این در حالی است که مطالعات قبلی حاکی از مختل شدن روابط شی در افراد مبتلا به چاقی است. همچنین مطالعات حاکی از ضعف بیشتر روابط والد-فرزندی در افراد مبتلا به نقص توجه و بیش‌فعالی در دوران کودکی است و دلبستگی نایمن بیشتر در افراد مبتلا به بیش‌فعالی وجود دارد. در نتیجه منطقی به نظر می‌رسد که طرحواره درمانی با ترکیب رویکردهای مختلف (دلبستگی، روابط شی و ...) در قالب یک مدل درمانی در درمان تنظیم هیجانی مادران دارای کودکان نقص توجه/بیش‌فعالی موثر واقع شود (Doomen, 2018; Ghorbanalipoor et al., 2017).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد طرحواره درمانی نسبت به درمان شناختی رفتاری تاثیر معنادار بیشتری بر افزایش تاب آوری داشته است. نتایج پژوهش با یافته‌های متعددی ( Alizadeh Asli & Jafar Nezhad Langroudi, 2018; Azadeh Seyf Hosseini et al., 2019; Hasani et al., 2022; Hemmati & Ebrahim Maddahi, 2018; Mohammadi et al., 2019; Nikan et al., 2023; Rahbar Karbasdehi et al., 2020) همخوانی دارد. در راستای این یافته‌ها می‌توان بیان کرد که تاب آوری عاملی مهم و تعیین کننده در بهزیستی روانی و کنش‌وری اثربخش است و در واقع تاب آوری معادل استفاده از راهبردهای سازگانه برای تنظیم هیجان‌ات در تعدیل استرس‌های ادراکی، موثر است (Poole et al., 2017). طرحواره درمانی با تاکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی به ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری برای جایگزین کردن سازگارتر و جدیدتر به جای سبکها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد اقدام می‌کند (Rahbar et al., 2019). تاب آوری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط دشوار است و طرحواره‌های ناسازگار می‌توانند در این شرایط فعال شوند؛ بنابراین، طرحواره درمانی متمرکز بر ذهن آگاهی با توجه به در معرض قرار گرفتن این افراد با علائم بیش‌فعالی در شرایط دشوار با اثر مستقیم روی طرحواره‌های ناسازگار قادر است در افزایش تاب آوری این گروه از افراد موثر باشد. همچنین طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با توجه به ارائه برنامه شناختی-رفتاری مستلزم شناسایی و قصد مقابله فرد با طرحواره هاست، به هشیار کردن فرد و ترغیب به مقابله فعال با شرایطی منجر شده که او قصد تغییرشان را دارد، که این خود باعث افزایش تاب آوری می‌شود؛ چرا که تاب آوری شرکت فعال و سازنده فرد در محیط خود نیز محسوب می‌شود (Bulut & Subasi, 2020). از سوی دیگر به نظر می‌رسد استنباط این امر معقول باشد شرکت کنندگانی که در جلسات طرحواره درمانی شرکت می‌کنند از پاسخ‌های نوعی خود به عنوان ماشه چکان‌های هیجانی مخفی و یادگیری نحوه رهایی سریع از افکار سرزنش کننده که توانمندی آن‌ها را زیر سوال می‌برد با استفاده از فنون جدید طرحواره درمانی نظیر فاصله گرفتن از افکار مزاحم آگاهی بیشتری به دست آورند. لذا استفاده از این راهبرد می‌تواند یک مکانیسم اساسی برای تبیین اثربخش بودن طرحواره درمانی در این افراد باشد زیرا افراد قادر می‌شوند که افکار مزاحم در جهت افزایش خودسرزنش‌گری را کاهش دهند (Duarte & Pinto-Gouveia, 2016). دومین و مهمترین مکانیسمی که احتمالاً تبیین کننده افزایش تاب آوری باشد احتمالاً به استخراج نگرش‌های خود راهبردی مثبت مربوط می‌شود. زمانی که شرکت کنندگان یاد می‌گیرند تا فرایندهای ذهنی خود، برای مثال، هیجان‌ات، رفتارها و تمایلات شناختی عاداتی خود آگاه شوند، آن‌ها قادر خواهند بود تا از خودارزشیابی منفی و جذب شدن در تمایلات نشخواری پرهیز کنند و این فرایند کمک می‌کند که افراد بتوانند از فرایندهای خودکار و شرطی آگاهی یابند (Takahashi, 2016). همچنین می‌توان بیان داشت که درمان طرحواره بر افزایش توانمندی‌های افراد از طریق آموزش مهارت‌هایی که به طور موثر استفاده نمی‌شوند، افزایش انگیزش افراد را از طریق کمک به کاهش عواملی که در پیشرفت تداخل کرده و یا همانند هیجان‌ات، شناخت‌ها، رفتار آشکار و محیط از آن جلوگیری می‌کنند، اطمینان یافتن از تعمیم آموزش‌ها به محیط



واقعی و کمک به کاربرد این مهارت‌ها در محیط‌های گوناگون و همچنین دادن ساختار به محیط از طریق گسترش شبکه‌های اجتماعی و حرفه‌ای که رشد و استفاده از مهارت‌های جدید را تقویت می‌کند، می‌تواند در افزایش تاب‌آوری افراد موثر باشد و در مجموع با جایگزینی رفتارهای ناکارآمد و ناسازگارانه با پاسخ‌های منطقی و هدفمند به افزایش سطح تاب‌آوری کمک می‌کند.

بیشتر مادران در زندگی با این فرزندان کمتر احساس ارزشمندی می‌کنند و حتی بیشتر خود یا فرزندان‌شان را سرزنش می‌کنند، مادران بیشتر وقت و هزینه را صرف این گونه فرزندان می‌کنند، پس مادران با شرکت در این کلاس‌ها می‌توانند سازگاری فردی بسیار خوبی با این فرزندان به دست بیاورند. بدون شک مادرانی که در کلاس‌های آموزش خانواده شرکت کرده‌اند نسبت به مادرانی که در این کلاس‌ها شرکت نکرده‌اند از تنظیم هیجانی و تاب‌آوری بسیار خوب و مثبتی برخوردار هستند و اگر این مادران را در طول سال با این کلاس‌ها بیشتر آشنا کنیم، به طور مرتب این کلاس‌ها را برای مادران برگزار نماییم از اعتماد به نفس و درک و ارزش و آزادی شخصی بسیار خوبی برخوردار می‌شوند به دلیل اهمیت این کلاس‌ها بایستی این کلاس‌ها توسط افراد مجرب و آموزش دیده بر پا گردد تا بتوانند حق مطلب را به جای بیاورند و مادران را در سازگاری فردی بسیار قوی و خوب بار بیاورند، زیرا بیشتر مادران تمام زندگی و مشکلات فردی خویش را فدای این فرزندان در زندگی می‌کنند و دیگر فرزندان و حتی همسران خود را گاهی فراموش می‌کنند تا بتوانند به مشکلات این گونه فرزندان برسند و از یک سازگاری فردی بسیار خوبی برخوردار نمی‌شوند، لذا لازم است که مادران با شرکت در این کلاس‌های آموزش خانواده بتوانند از یک سازگاری فردی بسیار خوبی برخوردار شوند. با برگزاری کلاس‌های آموزش خانواده در مورد خصوصیات این گونه کودکان و برای مادران تا بتوانند بهتر مسائل مربوط به خود و جامعه را در مورد این کودکان در عرصه اجتماعی به کار گیرند مسلماً همین خانواده‌ها می‌توانند با آوردن این فرزندان در بین شهروندان و این که آن‌ها نیز مانند دیگر افراد جامعه حق زندگی را دارند و با این کار دیدگاه جامعه و اجتماع را نیز در برخورد با این افراد بسیار جالب و خوب‌تر نمایند و این باعث می‌شود که تنظیم هیجانی و تاب‌آوری مادران این گونه فرزندان در جامعه بیشتر و مثبت‌تر شود.

### تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

### مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

### موازن اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

### شفافیت داده‌ها

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

### حامی مالی





این پژوهش حامی مالی نداشته است.

## References

- Abdolmohamadi, K., & Ghadiri, F. (2023). Executive Functions and Sluggish Cognitive Tempo in People with Depressive Disorder and Normal. *Psychology of Exceptional Individuals*, 13(49), 208-232. <https://doi.org/10.22054/jpe.2023.70975.2512>
- Alizadeh Asli, A., & Jafar Nezhad Langroudi, Z. (2018). The Effectiveness of Schema Therapy Based on Acceptance and Mindfulness in Intimacy, Adaptation and Resiliency in Persons with Marital Conflicts in Couples of City Karaj [case report]. *Alborz University Medical Journal*, 7(3), 248-256. <https://doi.org/10.29252/aums.7.3.248>
- Álvarez, N., Lázaro, M. H., Gordo, L., Elejalde, L. I., & Pampliega, A. M. (2022). Maternal mentalization and child emotion regulation: A comparison of different phases of early childhood. *Infant Behavior and Development*, 66, 101681. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2021.101681>
- Anker, E., Haavik, J., & Heir, T. (2020). Alcohol and drug use disorders in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: prevalence and associations with attention-deficit/hyperactivity disorder symptom severity and emotional dysregulation. *World journal of psychiatry*, 10(9), 202. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7515748/>
- Arch, J. J., Ayers, C. R., Baker, A., Almklov, E., Dean, D. J., & Craske, M. G. (2013). Randomized clinical trial of adapted mindfulness-based stress reduction versus group cognitive behavioral therapy for heterogeneous anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 51(4), 185-196. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796713000144>
- Asarnow, R. F., Newman, N., Weiss, R. E., & Su, E. (2021). Association of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Diagnoses With Pediatric Traumatic Brain Injury: A Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 175(10), 1009-1016. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2033>
- Assari, S., Caldwell, C. H., & Bazargan, M. (2019). Association Between Parental Educational Attainment and Youth Outcomes and Role of Race/Ethnicity. *JAMA Network Open*, 2(11), e1916018-e1916018. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.16018>
- Azadeh Seyf Hosseini, A. S. H., Asadi, J., Sanagoo, A., & Khajvandkoshly, A. (2019). Comparison of Schema Therapy Based on Group Therapy and Mindfulness – Based Stress Reduction on resiliency in mothers of children with cancer. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 62(December), 411-420. <https://doi.org/10.22038/mjms.2019.14914>
- Baniadam, I., Makvand Hoseini, S., & Sedaghat, M. (2017). The efficacy of schema therapy on obsessive compulsive disorder and Marital Satisfaction on Married Women. *Journal of Applied Psychological Research*, 8(2), 131-143. <https://doi.org/10.22059/japr.2017.68337>
- Baucom, D. H., Epstein, N. B., Kirby, J. S., & LaTaillade, J. J. (2010). Cognitive-behavioral couple therapy. In *Handbook of cognitive-behavioral therapies*, 3rd ed. (pp. 411-444). Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2010-10108-013>
- Beheshti, A., Chavanon, M.-L., & Christiansen, H. (2020). Emotion dysregulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis. *BMC psychiatry*, 20(1), 120. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2442-7>
- Blair, L. A. (2021). *Marital Coping and Resilience in Couples with One Partner with a Common Variable Immune Deficiency Diagnosis* [Northcentral University]. <https://search.proquest.com/openview/dd3db16e1fc23cfaf792ce8f56bdecde/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Borjali, P. D., M., Madbeigi, Z., & Gholshani, P. D., F. (2017). The Relationship between Early Maladaptive Schemas, Maternal Attachment Styles, and Anxiety Disorders in Children [Research]. *Quarterly Journal Of Family and Research*, 14(2), 31-48. <http://qjfr.ir/article-1-301-en.html>
- Bulut, S., & Subasi, M. (2020). Group therapy in adults with obsessive-compulsive disorder: A review. *Open Journal of Medical Psychology*, 9(04), 150. [https://www.scirp.org/html/2-2250250\\_103144.htm](https://www.scirp.org/html/2-2250250_103144.htm)
- Champ, R. E., Adamou, M., & Tolchard, B. (2023). Seeking connection, autonomy, and emotional feedback: A self-determination theory of self-regulation in attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychological review*, 130(3), 569-603. <https://doi.org/10.1037/rev0000398>
- Chen, M. A., & Fagundes, C. P. (2022). Childhood maltreatment, emotion regulation strategies and depressive symptoms during spousal bereavement. *Child abuse & neglect*, 128, 105618. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213422001387>
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, Assessment, and Application in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07081360>
- Cortese, S. (2020). Pharmacologic treatment of attention deficit–hyperactivity disorder. *New England Journal of Medicine*, 383(11), 1050-1056. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1917069>



- Cristea, I. A., Huibers, M. J. H., David, D., Hollon, S. D., Andersson, G., & Cuijpers, P. (2015). The effects of cognitive behavior therapy for adult depression on dysfunctional thinking: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 42, 62-71. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735815001166>
- Danaei Sij, Z., Manshaee, G., & Nadi, M. (2018). The Effectiveness of schema group therapy on attachment styles (secure, insecure anxiety & insecure avoidance) and symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder [Original Article]. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*, 25(3), 181-192. <http://journal.bums.ac.ir/article-1-2414-en.html>
- Dear, B. F., Fogliati, V. J., Fogliati, R., Gandy, M., McDonald, S., Talley, N., Holtmann, G., Titov, N., & Jones, M. (2018). Transdiagnostic internet-delivered cognitive-behaviour therapy (CBT) for adults with functional gastrointestinal disorders (FGID): A feasibility open trial. *Journal of psychosomatic research*, 108, 61-69. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.02.015>
- Dickhaut, V., & Arntz, A. (2014). Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(2), 242-251. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.11.004>
- Doomen, L. (2018). The effectiveness of schema focused drama therapy for cluster C personality disorders: An exploratory study. *The Arts in Psychotherapy*, 61, 66-76. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.12.002>
- Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2016). Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms: A non-randomized study. *International journal of nursing studies*, 64, 98-107. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.10.002>
- Epstein, N. B., & Baucom, D. H. (2002). *Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach*. American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/record/2003-04003-000>
- Esmailian, N., Tahmasian, K., Dehghani, M., & Mvtaby, F. (2015). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Emotion Regulation, Mindful Attention and Acceptance in Children with Divorced Parents. *Clinical Psychology Achievements*, 1(2), 45-66. <https://doi.org/10.22055/jacp.2015.12003>
- Faghfouriazar, M. (2023). The Effectiveness of Selected Perceptual-Motor Exercises on Working Memory and Quality of Life of Elderly Women. *Aging Psychology*, 9(3), 310-293. <https://doi.org/10.22126/jap.2023.9426.1719>
- Faraone, S. V., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, 24(4), 562-575. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0070-0>
- Farrokhi, H., Aghamohammadian Sharbaaf, H., Seyedzadeh Dalooiyi, S. I., & Zolfaghari, H. (2023). Examining the Effectiveness of Human-Robotic Interaction on the Executive Functions of Children with Autism Spectrum Disorders [Original Research Article]. *Middle Eastern Journal of Disability Studies---*, 13(0), 71-71. <http://jdisabilstud.org/article-1-3018-en.html>  
<http://jdisabilstud.org/article-1-3018-en.pdf>
- Firat, M., Gökmen, B. D., Kanbay, Y., & Utkan, M. (2022). Burnout and psychological resilience in nurses: A structural equality modeling. *Journal of Education and Research in Nursing*, 19(4), 396-402. [https://jag.journalagent.com/jern/pdfs/JERN\\_19\\_4\\_396\\_402.pdf](https://jag.journalagent.com/jern/pdfs/JERN_19_4_396_402.pdf)
- Freedland, K. E., Carney, R. M., Rich, M. W., Steinmeyer, B. C., & Rubin, E. H. (2015). Cognitive Behavior Therapy for Depression and Self-Care in Heart Failure Patients: A Randomized Clinical Trial. *JAMA internal medicine*, 175(11), 1773-1782. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.5220>
- Garmez, N. (1991). Resiliency and Vulnerability to Adverse Developmental Outcomes Associated With Poverty. *American behavioral scientist*, 34(4), 416-430. <https://doi.org/10.1177/0002764291034004003>
- Ghandiyani, K., Hasanzadeh, S., Gholamali Lavasani, M., & Azizi, M. (2022). Positive Features in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Systematic Review of Research [Applicable]. *Journal of Exceptional Children*, 22(2), 7-18. <http://joec.ir/article-1-1417-en.html>
- Ghorbanalipoor, M., Moghadamzadeh, a., & Jafary, E. (2017). The Effectiveness of Schema Therapy and Logo Therapy on Death Anxiety in Patients with Hypochondriasis. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 7(1), 52-66. <https://doi.org/10.22067/ijap.v7i1.51952>
- Hai, T., Duffy, H. A., Lemay, J. A., & Lemay, J. F. (2022). Impact of stimulant medication on behaviour and executive functions in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 11(1), 48. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8771318/>
- Hasani, F., Rezazadeh, M., Ganbari Panah, A., & Khoshkabar, A. (2022). Effectiveness of Schema Therapy on Sexual Satisfaction, Emotional Regulation, and Resilience in Nurses with Marital Boredom Symptoms. *Community Health Journal*, 16(2), 71-81. <https://doi.org/10.22123/chj.2022.237680.1530>
- Hayes, A. M., & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 255-262. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph080>
- Hemmati, M., & Ebrahim Maddahi, M. (2018). Compare the effectiveness of couples therapy based on schema therapy with couples therapy based on acceptance and commitment therapy on family resiliency of couples. *Woman and family studies*, 6(2), 145-163. <https://www.magiran.com/paper/2018324>



- Hyman, I., Guruge, S., & Mason, R. (2008). The impact of migration on marital relationships: A study of Ethiopian immigrants in Toronto. *Journal of Comparative Family Studies*, 39(2), 149-163. <https://www.utpjournals.press/doi/abs/10.3138/jcfs.39.2.149>
- Kumpfer, K. L. (2002). Factors and Processes Contributing to Resilience. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations* (pp. 179-224). Springer US. [https://doi.org/10.1007/0-306-47167-1\\_9](https://doi.org/10.1007/0-306-47167-1_9)
- Lalouni, M., Ljótsson, B., Bonnert, M., Ssegonja, R., Benninga, M., Bjureberg, J., Högstöm, J., Sahlin, H., Simrén, M., Feldman, I., Hedman-Lagerlöf, E., Serlachius, E., & Olén, O. (2019). Clinical and Cost Effectiveness of Online Cognitive Behavioral Therapy in Children With Functional Abdominal Pain Disorders. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 17(11), 2236-2244.e2211. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2018.11.043>
- Li, X., Ye, L., Tian, L., Huo, Y., & Zhou, M. (2020). Infertility-Related Stress and Life Satisfaction among Chinese Infertile Women: A Moderated Mediation Model of Marital Satisfaction and Resilience. *Sex Roles*, 82(1), 44-52. <https://doi.org/10.1007/s11199-019-01032-0>
- Masruroh, N. L. (2022). Strengthening Resilience of Family Caregiving for the Elderly through Religious Coping Approach: From Philosophy to Gerontological Family Nursing Practice. <https://www.preprints.org/manuscript/202204.0143>
- Miu, A. C., Szentágotai-Tátar, A., Balázs, R., Nechita, D., Bunea, I., & Pollak, S. D. (2022). Emotion regulation as mediator between childhood adversity and psychopathology: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 93, 102141. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102141>
- Mohammadi, F., Taleb, N., Rezaei Shojaei, S., & Emami roudi, T. (2019). The Effectiveness of Schema Therapy on Cognitive Flexibility and Resiliency in Patients with Generalized Anxiety. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 62(2), 34-42. <https://doi.org/10.22038/mjms.2020.16176>
- Nikan, A., Torabi, a., mohseninasab, z., bahadori, a., javanmard, z., & hosinirad, m. (2023). Comparing the effectiveness of schema therapy and cognitive therapy based on mindfulness on stress, resilience, emotion regulation and psychological well-being of cardiovascular patients. *rph*, 19(1), 46-60. <http://rph.khu.ac.ir/article-1-4370-en.html>
- Parandin, S. (2020). The effectiveness of mindfulness training on emotional self-regulation, enduring anxiety disorder and moral resilience, resolving marital conflicts in couples with compatibility problems in Kermanshah. *Scientific Journal of Social Psychology*, 8(56), 57-72. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8249950/>
- Poole, J. C., Dobson, K. S., & Pusch, D. (2017). Anxiety among adults with a history of childhood adversity: Psychological resilience moderates the indirect effect of emotion dysregulation. *Journal of affective disorders*, 217, 144-152. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032717300083>
- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical psychology review*, 39, 30-41. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735815000586>
- Qiu, C., & Shum, K. K.-m. (2022). Relations between caregivers' emotion regulation strategies, parenting styles, and preschoolers' emotional competence in Chinese parenting and grandparenting. *Early Childhood Research Quarterly*, 59, 121-133. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2021.11.012>
- Rahbar Karbasdehi, F., Abolghasemi, A., & Rahbar Karbasdehi, E. (2020). The Effectiveness of Schema Therapy on Psychological Resilience and Social Empowerment in Students with Depression Symptoms. *Journal of Psychological Studies*, 15(4), 73-90. <https://doi.org/10.22051/psy.2019.23724.1808>
- Rahbar, T. M., Keshavarz, P., Abolghasemi, A., & Rahbar, K. F. (2019). The effectiveness of group schema therapy on behavioral activation/inhibition systems and cognitive emotion regulation in female students with anxiety symptoms. <https://www.sid.ir/paper/401730/en>
- Renner, F., Arntz, A., Peeters, F. P. M. L., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. H. (2016). Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 51, 66-73. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.12.001>
- Shafietabar, M., Akbari Chermahini, S., & Molaei Yasavoli, M. (2020). Factorial Structure and Psychometric Properties of the Emotion Regulation Checklist – Parent Form [Research]. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, 7(3), 80-95. <https://doi.org/10.52547/jcmh.7.3.8>
- Sheykhangafshe, F. B., Saeedi, M., Niri, V. S., Nakhostin, Z., & Bourbour, Z. (2023). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on difficulties in emotional regulation and cognitive flexibility in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychology*, 27(1), 28-37. <https://psycnet.apa.org/record/2024-37952-004>
- Son, D.-M., & Ham, O.-K. (2020). Influence of group resilience on job satisfaction among Korean nurses: A cross-sectional study. *Journal of clinical nursing*, 29(17-18), 3473-3481. <https://doi.org/10.1111/jocn.15385>
- Takahashi, A. M. (2016). Job stress in Japanese academia: The role of relative income, time allocation by task, and children. *Journal of Asian Economics*, 43, 12-17. <https://doi.org/10.1016/j.asieco.2016.01.004>
- Van den Broek, E., Keulen-de Vos, M., & Bernstein, D. P. (2011). Arts therapies and Schema Focused therapy: A pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 38(5), 325-332. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2011.09.005>
- Van Donzel, L., Ouwens, M. A., & Van Alphen, S. P. J., Bouwmeester, S., Videler, A. C. (2021). The effectiveness of adapted schema therapy for cluster C personality disorders in older adults – integrating positive schemas. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 21, 100715. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2021.100715>



- Wang, X. (2022). Intergenerational effects of childhood maltreatment: The roles of parents' emotion regulation and mentalization. *Child abuse & neglect*, 128, 104940. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.104940>
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34(11), 881-888. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00050-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00050-2)
- Wong, T.-Y., Chang, Y.-T., Wang, M.-Y., & Chang, Y.-H. (2022). The effectiveness of child-centered play therapy for executive functions in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 28(3), 877-894. <https://doi.org/10.1177/13591045221128399>
- Xu, G., Strathearn, L., Liu, B., Yang, B., & Bao, W. (2018). Twenty-Year Trends in Diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among US Children and Adolescents, 1997-2016. *JAMA Network Open*, 1(4), e181471-e181471. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.1471>
- Yao, A., Shimada, K., Kasaba, R., & Tomoda, A. (2022). Beneficial Effects of Behavioral Parent Training on Inhibitory Control in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Small-Scale Randomized Controlled Trial [Original Research]. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.859249>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford press. <https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=1x7TDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=41.+Young,+J.+E.,+Klosko,+J.+S.,+%26+Weishaar,+M.+E.+%282003%29.+Schema+therapy:+A+practitioner%27s+guide.+Guilford+Press.%E2%80%8F&ots=P0qSfQBMFR&sig=3yDLJRPaL8D4snKEw2M-obnndtE>