

The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Emotion Regulation Strategies in Adolescents with Oppositional Defiant Disorder

Jafar Ghaitasi 

Phd Student in Counseling, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran.
Email: jafar.ghaitasi@uok.ac.ir

Ahmad Amani 

Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran. (Corresponding Author), Email: a.amani@uok.ac.ir

Received: 2022-07-14	Revised: 2024-02-16	Accepted: 2024-05-11	Published: 2025-03-19
Citation: Ghaitasi, J., & Amani, A. (2025). The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Emotion Regulation Strategies in Adolescents with Oppositional Defiant Disorder. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 14(2), 5-28. doi: 10.22067/tpccp.2024.77697.1316			

Abstract

Introduction: It is evident that the period of puberty and adolescence plays a pivotal role in an individual's life trajectory. During this period, adolescents are more susceptible to psychological issues compared to other age groups due to the crises they experience. One of the most significant issues that arises during this period is Oppositional Defiant Disorder (ODD). The advent of such disorder, particularly during adolescence, is regarded as a highly challenging phenomenon. The lack of timely treatment for this disorder may result in the development of traumatic psychological problems in adulthood. In other words, the period of childhood and adolescence is regarded as a crucial and vulnerable phase of human development, during which many mental disorders that manifest in adulthood have their origins (American Psychiatric Association, 2013). ODD is among the most significant reasons for children and adolescents to seek counseling and psychological services (Steiner & Remsing, 2007).

The disruptive and destructive behavior of students has been a prominent area of focus for researchers in recent years (Charles, 2013). Among the most prominent destructive behaviors and behavioral disorders that disrupt the performance of children and adolescents are oppositional, aggressive, and disobedient behaviors (Booker, et al., 2016; Herpers, et al., 2019). On the other hand, concern in the field of adolescent mental health and its impact on growth and psychological and behavioral functions and executive functions has increased significantly in parallel with the rise in the prevalence of mental disorders in children over the past few decades (Doyle, et al., 2019; Lin, et al., 2016).

Concurrently, ODD has emerged as the most challenging condition for therapists and researchers in this field (Cavanagh, et al., 2017; Doyle, et al., 2019). Based on the available statistics, the global prevalence of this disorder has been estimated 2% to 11% (American Psychiatric Association, 2013). It is also repeatedly reported as the third most common mental disorder among children and adolescents aged 2 to 16 years (Brammer & Lee, 2012). Additionally, internal studies have indicated that this disorder is prevalent in 3.9% of individuals over the course of their lifetime (Mohammadi, et al., 2019). Over the course of many years, a variety of treatment methods have been employed to address the behavioral,



©2025 The author(s). This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, as long as the original authors and source are cited. No permission is required from the authors or the publishers.

cognitive, and emotional issues associated with ODD in children and adolescents. These methods include parent training, behavior management, psychotherapy, and family therapy. Despite the effectiveness of psychotherapy and counseling in treating these children, there are numerous challenges associated with their implementation (Abdollahi Boughrabadi, 2018). One of the efficacious treatments is emotional schema therapy, which is currently in the early stages of becoming an effective treatment in Iran. This treatment method is a meta-diagnostic structure that was recently introduced for the formulation and treatment of psychological harms. It addresses the conceptualization of perceptions and the responses of individuals to their feelings and affections (Silberstein, et al., 2012).

Method: The research design was a single-subject AB design, comprising three baselines, three treatment periods, and three follow-up periods. The statistical population consisted of all students enrolled in the first secondary schools of Dalaho City during the 2020-2021 academic year. Using purposeful sampling method and executing inclusion and exclusion criteria (e.g., informed consent, diagnosis of ODD, and absence of medication), the selection of the six students was conducted in accordance with the highest ethical standards. The instruments utilized in this investigation were as follows: The research employed a semi-structured clinical interview based on DSM-5, ODD rating scale (Hommersen, et al., 2006) and emotion regulation questionnaire for children and adolescents (Gross & John, 2003). Subsequently, the subjects underwent ten intervention sessions based on the Leahy emotional schema therapy model. Subsequent to the fourth, seventh, and tenth sessions, the participants were evaluated using the research tool.

Results: In addition to visual analysis based on AB process analysis graphs, statistical interpretation of the effectiveness of emotional schema therapy on emotion regulation strategies in adolescents with ODD was conducted using Cohen's d indices, Percentage of Non-overlapping Data (PND), Percentage of All Non-overlapping Data (PAND), Percentage Exceeding the Median (PEM), and Reliable Change Index (RCI). Cohen's d values and RCI less than 0.2 indicate a weak effect, between 0.2 and 0.8 indicate a moderate effect, and higher values indicate a large and strong effect. The PEM, PND, and PAND indices are obtained in the range of 0 to 1, with a value closer to 1 indicating a significant impact. Based on the results of the statistical analysis of the total score for emotion regulation, the Cohen's d values are in the range of 0.58 to 1, indicating a moderate effect. The PEM, PND, and PAND indices are all equal to one, and the absolute value of the RCI is greater than one in all cases. Additionally, the reappraisal strategy in emotion regulation yielded Cohen's d values between 0.41 and 0.90, indicating a moderate effect. The PEM, PND, and PAND indices were all obtained as 1, and the absolute value of RCI was greater than 1 in all cases. Furthermore, the Cohen's d values for the suppression strategy in emotion regulation fall within the range of 0.40 to 0.80, indicating a moderate effect. It is notable that the PEM, PND, and PAND indices all yielded a value of 1, and that the absolute value of RCI exceeded 1 in all instances. The results of the AB process analysis and total statistical indicators demonstrate a significant and consistent impact of emotional schema therapy on the overall score for emotion regulation, reappraisal strategies, and suppression strategy across all six participants.

Discussion and Conclusion: The results of this research demonstrate that the trend of the participants' scores on the total scale of emotion regulation and the subscales of reappraisal and suppression strategies exhibited an upward pattern during the treatment periods. Furthermore, this increasing trend was sustained in the follow-up period. These results suggest that emotional schema therapy is an effective and durable approach for improving emotion regulation strategies in adolescent

patients diagnosed with ODD. A review of the literature revealed no studies that have directly investigated the effectiveness of emotional schema therapy on emotion regulation strategies of adolescents with ODD. In a similar study (Ghodrati Shahtoori, et al., 2020), the efficacy of emotional schema therapy in improving all dimensions of cognitive-emotional regulation in soldiers with suicidal behavior was demonstrated. Also, a study by Izadi, et al. (2019) showed that emotional schema therapy model, which is based on the relationship between negative emotional schemas and alexithymia with physical symptoms, reduces negative emotional schemas and alexithymia by correcting the underlying processes of emotions and improving people's maladaptive strategies toward emotions. Among other research in line with this finding, we can refer to the research by of Leahy (2016, 2019) and Naderi, et al. (2015). Emotion regulation strategies give aggressive people the ability to recognize the process of occurrence of their negative emotions when negative emotions occur and then be able to control, manage and organize these emotions (Sheikhi Gerakoui, et al., 2021). It is suggested that due to the influence of different factors on the emergence and exacerbation of ODD, the role of emotional factor can be considered less in some participants, which indicates the need for similar research in different areas affecting this disorder.

Keywords: Oppositional defiant disorder, Emotion Regulation strategies, Emotional Schema Therapy



پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

<https://tpccp.um.ac.ir>

مقاله پژوهشی



دسترسی آزاد

اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای تنظیم هیجان در نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله جویانه

جعفر قیطاسی

دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران. jafar.ghaitasi@uok.ac.ir

احمد امانی

دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران (نویسنده مسئول). a.amani@uok.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۲۳	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۱۱/۲۷	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۲۲	تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۱۲/۲۹
استناد: قیطاسی، جعفر؛ امانی، احمد. (۱۴۰۳). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای تنظیم هیجان در نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله جویانه. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۴(۲)، ۵-۲۸. doi: 10.22067/tpccp.2024.77697.1316			

چکیده

هدف: پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای تنظیم هیجان در نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله جویانه صورت گرفته است.

روش: طرح پژوهش، یک طرح تک آزمودنی از نوع AB بود که از سه خط پایه، سه دوره درمان و سه دوره پیگیری تشکیل شد. جامعه آماری پژوهش نیز شامل تمام دانش آموزان مدارس متوسطه اول شهرستان دالاهو در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بود که پس از بررسی ملاک‌های ورود و خروج (مانند؛ رضایت آگاهانه، داشتن اختلال نافرمانی مقابله‌ای، و عدم مصرف دارو)، ۶ دانش آموز با روش نمونه‌گیری هدفمند و با در نظر گرفتن کامل ملاحظات اخلاقی انتخاب شدند. در این پژوهش از؛ مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته بر مبنای DSM-5، پرسشنامه تنظیم هیجان برای کودکان و نوجوانان و مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای هومرسن به‌عنوان ابزار پژوهش استفاده شد. در ادامه آزمودنی‌ها ۱۰ جلسه مداخله طرحواره درمانی هیجانی مبتنی بر پروتکل لیبی را دریافت کردند و در جلسات چهارم، هفتم و دهم مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که نوجوانان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله جویانه در زمینه‌ی مهارت‌های تنظیم هیجان دارای مشکل هستند و رویکرد طرحواره درمانی هیجانی به‌عنوان یک روش درمانی می‌تواند در توانمندسازی و کاهش مشکلات آن‌ها اثربخش باشد.

نتیجه: در بررسی نتایج مشاهده شد که مداخله انجام گرفته در همه مؤلفه‌های پژوهش و در تمام ۶ مشارکت‌کننده، دارای اثرگذاری بالا و اثبات می‌باشد. می‌توان نتیجه گرفت طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای تنظیم هیجان در نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله جویانه اثربخش است.

کلیدواژه‌ها: اختلال نافرمانی مقابله جویانه، راهبردهای تنظیم هیجان، طرحواره درمانی هیجانی

مقدمه

مرحله بلوغ و نوجوانی یکی از مهم‌ترین مراحل زندگی فرد به شمار می‌رود. در این مرحله نوجوانان با بحران‌هایی روبه‌رو هستند که باعث می‌شود احتمال بروز برخی مشکلات روان‌شناختی در آن‌ها نسبت به سایر اقشار جامعه بیشتر باشد. یکی از مهم‌ترین این مشکلات اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه^۱ می‌باشد. ظهور این قبیل اختلالات به‌ویژه در دوره نوجوانی موضوع بسیار چالش‌برانگیزی محسوب می‌شود. چراکه عدم درمان بهنگام اختلالاتی از این نوع ممکن است مشکلات روان‌شناختی آسیب‌زا را در دوران بزرگسالی به دنبال داشته باشد. به بیان دیگر، مرحله کودکی و نوجوانی یکی از مراحل حساس و بحرانی زندگی انسان محسوب می‌شود که بسیاری از اختلالات روانی دوران بزرگسالی از این مراحل آغاز می‌شود (American Psychiatric Association, 2013).

اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه یکی از مهم‌ترین دلایل مراجعه کودکان و نوجوانان به مراکز خدمات مشاوره و روانشناسی است (Steiner & Remsing, 2007). رفتارهای پر آشوب و مخرب دانش‌آموزان در سالیان اخیر مورد توجه بسیاری از محققان را قرار گرفته است (Charles, 2013). از جمله برجسته‌ترین رفتارهای مخرب و اختلالات رفتاری که در عملکرد کودکان و نوجوانان اختلال ایجاد می‌کند، می‌توان به رفتارهای مقابله‌ای، پر خاشگری و نافرمانی اشاره کرد (Booker et al., 2016; Herpers et al., 2019). از طرف دیگر نگرانی در حیطه بهداشت روان نوجوانان و تأثیر آن بر رشد و کارکردهای روانی و رفتاری^۲ و کارکردهای اجرایی^۳ موازی و هم‌زمان با افزایش شیوع اختلالات روانی کودکان در چند دهه‌ی اخیر به‌طور چشم‌گیری افزایش یافته است (Doyle et al., 2019; Lin et al., 2016) که در این بین اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه بالاترین چالش را برای درمانگران و پژوهشگران این حوزه ایجاد کرده است (Cavanagh et al., 2017; Doyle et al., 2019) و بر اساس آمار موجود شیوع بالاتری هم دارد به گونه‌ای که در مطالعات جهانی شیوع آن ۲ تا ۱۱ درصد ذکر شده است (American Psychiatric Association, 2013) و به عنوان سومین اختلال شایع روانی در میان کودکان و نوجوانان ۲ تا ۱۶ سال به کرات گزارش شده است (Brammer & Lee, 2012). همچنین مطالعات داخلی نیز شیوع این اختلال را در طول زندگی ۳/۹ درصد ذکر کرده‌اند (Mohammadi et al., 2019). بر مبنای ویراست نهایی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش پنجم (DSM-5) اختلال نافرمانی مقابله‌ای به صورت رفتارهای خصمانه، خلق و خوی عصبی تحریک‌پذیر، انتقام و کینه‌جویی به صورت طیفی خفیف تا شدید در کودکان نمود پیدا می‌کند.

1 Oppositional Defiant Disorder (ODD)

2 psychological and behavioral functions

3 executive function

به عبارت دیگر این اختلال به عنوان یک الگوی مکرر رفتار منفی گرایانه، رفتار خصمانه، نافرمانی و مقابله با مراجع قدرت تعریف شده است (American Psychiatric Association, 2013).

علاوه بر مشکلات یادشده همجوشی نوجوانان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه در راستای بد تنظیمی هیجانی و ضعف مهارت‌های خودکنترلی مطالعات نشانگر آن است که این کودکان و نوجوانان اغلب در مواجهه با بزرگسالان از کلمات زشت و پر خاشگری استفاده می‌کنند و معمولاً به سرزنش دیگران می‌پردازند و مشکلاتشان طیفی وسیع از جامعه و خانواده به صورت کلی، و همسالان به صورت جزئی تر را شامل می‌شود (Boylan et al., 2007) که در صورت عدم شناسایی به موقع و انجام مداخلات درمانی لازم می‌تواند اختلال سلوک^۱ را در نوجوانی به همراه داشته باشد. در همین راستا نوجوانان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه این ویژگی را دارند که در بزرگسالی درگیر اختلال شخصیت ضد اجتماعی^۲ و سوء مصرف مواد شده و مرتکب جرم و جنایت‌های متعددی شوند که این مورد نیز تبعات جبران‌ناپذیری را برای جامعه خواهد داشت (Wesselhoeft et al., 2019). نتایج حاصل از مطالعات مختلف نشانگر آن است که افراد با نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه، در مهارت‌های مورد نیاز عاطفی، شناختی و اجتماعی برای درخواست از افراد بزرگ‌تر دچار نقص هستند (Katzmann et al., 2019). همچنین در زمینه‌ی روابط بین فردی، پیشرفت تحصیلی، تمرکز و کارکردهای اجرایی دارای مشکل هستند که می‌تواند موجب مشکلاتی مانند: افسردگی، پر خاشگری، عزت نفس پایین و تحمل پایین ناکامی گردد (Li et al., 2018).

یکی از مؤلفه‌های مورد توجه در اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه سازه‌ی تنظیم هیجان است. تنظیم هیجان بدین معناست که هیجانات خود را بشناسیم و نسبت به چگونگی تجربه یا بیان آن‌ها آگاهی داشته باشیم (Gross, 1998). یکی از رویکردهای درمانی نوین برای کار با کودکان و نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه طرحواره درمانی هیجانی^۳ است. بر اساس رویکرد طرحواره درمانی هیجانی، همه افراد هیجانات منفی و دردناک را تجربه می‌نمایند اما آنچه افراد را از یکدیگر متمایز می‌سازد، چگونگی تفسیر و نوع واکنش به هیجانات و یا همان طرحواره‌های هیجانی آن‌هاست (Leahy, 2007, 2016).

یکی از مؤلفه‌هایی که افراد با اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه در آن دچار مشکلاتی هستند سازه تنظیم هیجان است (Cavanagh et al., 2017; Rice et al., 2017). در تعریفی پیشگامانه پژوهشگران صاحب نظر بر این باورند که تنظیم هیجان^۴ فرایندی است که افراد به وسیله آن هیجان‌های خود را با هدف پاسخ سازگارانه

1 Conduct Disorder(CD)

2 Antisocial Personality Disorder(APD)

3 Emotional Schema Therapy(EST)

4 emotion regulation

به مطالبات محیطی به صورت خودآگاه و یا ناخودآگاه تنظیم می کنند (Gross & Thompson, 2007). به عبارت دیگر تنظیم هیجان یعنی هیجانات خود را بشناسیم و نسبت به چگونگی تجربه یا بیان آن‌ها آگاهی داشته باشیم (Gross, 1998). از سوی دیگر مشکلات مربوط به تنظیم هیجان استفاده از شیوه‌های ناکارآمد به منظور پاسخ به هیجانات را دربرمی گیرند و یک عامل هشدار فراتشخیصی برای ایجاد و همچنین تداوم مشکلات روان شناختی مختلف مانند؛ اختلال خوردن به حساب می آید (Gross & Thompson, 2007). دشواری در تنظیم هیجان فرایندی مشابه نیست، بلکه به وسیله سازوکارهای مختلفی به وقوع می پیوندد. برخی از محققان به این نتیجه رسیده اند که الگوی دشواری در تنظیم هیجان مفهوم وسیعی دارد که شامل دشواری در تشخیص و توصیف احساسات و عواطف و دشواری در تنظیم هیجان و رفتار می شود (Leehr et al., 2015). افرادی که قادر به تنظیم هیجان خود نیستند، در توانایی تنظیم هیجانات بسیار ضعیف عمل می کنند و به کارگیری هیجانات در آن‌ها با رفتارهای انجام شده تناسب ندارد (Esmaeli et al., 2017). تنظیم هیجان ضعیف باعث سطح بالای پرخاشگری و خشونت نیز می شود (Garofalo et al., 2020) و از طرفی، نا تنظیمی هیجان و پرخاشگری، سبب مشکلات ددنیسی شده و برون سازی شده در نوجوانان می شوند (Henriksen et al., 2021). توانایی شناسایی، درک و تنظیم هیجان یکی از اصول سلامت روان تلقی می شود و بد تنظیمی هیجان پیامدهای منفی متعددی دارد که از جمله آن‌ها تحمل پریشانی است (Gianini et al., 2013; Wollenberg et al., 2015). افراد باتحمل پریشانی پایین (مانند افراد دارای اختلالات رفتاری) در تلاشی بیهوده برای مقابله با هیجانات منفی خود درگیر بی نظمی رفتار می شوند (Keough et al., 2010). در طول سالیان متمادی شیوه‌های درمانی مختلفی از قبیل آموزش والدین^۱، مدیریت رفتار^۲، روان درمانی^۳ و خانواده درمانی^۴ برای مقابله با مشکلات رفتاری، شناختی و هیجانی کودکان و نوجوانان مبتلا به ODD به کار گرفته شده است، اما در درمان کودکان ارائه روان درمانی و مشاوره باوجود اثربخشی با مشکلات زیادی روبه رو بوده است (Abdollahi Boughrabadi, 2018). یکی از درمان‌های مؤثر می تواند طرحواره درمانی هیجانی باشد که در ایران در مراحل اولیه تبدیل شدن به درمانی اثربخش می باشد. این روش درمانی یک ساختار فراتشخیصی است که به تازگی در فرمول سازی و درمان آسیب‌های روان شناختی معرفی شده و به چرایی مفهوم سازی، شیوه‌های ادراک و پاسخ‌دهی افراد به احساسات و عواطف خود اشاره دارد (Silberstein et al., 2012). رویکرد طرحواره درمانی هیجانی (EST) بر تأویل تفکرات فرد از

1 parent training

2 behavior management

3 psychotherapy

4 family therapy

هیجان‌ات تأکید می‌کند، و صرفاً بر پذیرش یا آگاهی ذهن از هیجان‌ات تأکید نمی‌کند، که این یکی از تفاوت‌های درمانی (EST) از سایر مدل‌های موج سوم است. اگرچه استراتژی‌ها مخصوص سایر درمان‌های موج سوم نیز مفید هستند، مدل (EST) تلاش می‌کند تا نظریه و دیدگاه خاص فرد درباره هیجان‌ات خودش را روشن کند، آن را اصلاح سازد و استراتژی‌های سازگارتر تنظیم هیجان را ایجاد نماید. بنابراین، تأکید بر اعتبارسنجی، ایجاد هیجان‌ات، بهنجارسازی^۱ هیجان‌ات، گسترش و تمایز هیجان‌ات، پیوند هیجان‌ات به معانی مهم، گسترش معانی فردی، اصلاح باورها در مورد عدم کنترل هیجان‌ات و افزایش پذیرش احساسات به صورت مختلط است (Leahy, 2019). با توجه به موارد ذکر شده و مشکلات هیجانی نوجوانان با نافرمانی مقابله‌ای به نظر می‌رسد طرحواره درمانی هیجانی بتواند نقش مؤثری در حل این مشکلات داشته باشد.

لیهی با استفاده از رویکردهای مختلف درمانی (مانند: طرحواره درمانی^۲ یا نگ، نظریه شناختی رفتاری^۳ بک، الگوی فراشناخت^۴ ولز و مدل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۵)، مدل طرحواره درمانی هیجانی را به عنوان شکل نوینی از درمان شناختی رفتاری برای آسیب‌شناسی و درمان مشکلات هیجانی ارائه کرده است (Leahy, 2007). البته لیهی در جدیدترین نوشته‌های خود به روشنی اظهار کرده است با اقتباس از رویکرد پردازش اطلاعات^۶ مدل طرحواره درمانی هیجانی را طراحی کرده است و آن را برای باورها در زمینه هیجان‌ات به کار می‌برد (Leahy, 2019). بر اساس رویکرد طرحواره درمانی هیجانی، تمام افراد هیجان‌ات دردناک و ناخوشایندی را تجربه می‌کنند، اما چیزی که افراد را از یکدیگر متمایز می‌کند، نحوه تفسیر و نوع واکنش آن‌ها به این هیجان‌ات و یا طرحواره‌های هیجانی آنان است (Leahy, 2007, 2016). در الگوی طرحواره درمانی لیهی، افراد از نظر تحلیل و برآوردی که از تجربه هیجانی خود دارند، متفاوت هستند و انتظار می‌رود با راهبردها یا استراتژی‌های مختلف مانند: حمایت اجتماعی (راهبردهای اعتباریابی انطباقی یا غیر انطباقی)، راهبردهای شناختی کم‌ثمر و یا بی‌ثمر (تکیه بیش‌ازحد بر نشخوار و نگرانی) و اجتناب تجربی (سرکوب کردن، گریز و اجتناب نمودن و یا با استفاده از سایر راهبردها سعی کنند با هیجان‌ات خود مقابله کنند، درواقع این روش بر موارد زیر تأکید دارد: چگونگی قضاوت افراد درباره هیجان‌های خود، انتظاراتی که دارند، مفهوم‌سازی تجربه هیجانی افراد و درنهایت این که از چه استراتژی‌های رفتاری، درون فردی و بین فردی در پاسخ به تجربه هیجانی خود استفاده

1 normalizing

2 schema therapy

3 cognitive behavioral

4 metacognition model

5 acceptance and commitment therapy

6 information processing approach

کنند، از فردی به فرد دیگر متفاوت است (Leahy et al., 2011). در مدل طرحواره درمانی هیجانی توصیه می‌شود که مراجع از پذیرش، فعال‌سازی رفتاری و ایجاد روابط حمایتی معنادارتر به جای استفاده از پرهیز و بیمناکی یا نشخوار فکری در مسیر مقابله با هیجان بهره بگیرد (Leahy, 2015).

در ایران رویکرد طرحواره درمانی هیجانی (EST) نیز اخیراً در چند مطالعه به کار گرفته شده است به عنوان مثال امام‌زamani و همکاران (Emam Zamani et al., 2019) در پژوهشی به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر اضطراب و طرحواره‌های هیجانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر پرداختند. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی گروهی باعث کاهش معنادار در نمرات اضطراب، افزایش معنادار کاربرد همه طرحواره‌های هیجانی سازگار و کاهش معنادار کاربرد طرحواره‌های هیجانی ناسازگار احساس گناه، ساده‌انگاری، خردگرایی، دوام، سرزنش و نشخوار فکری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد. همچنین فرخزادیان و همکاران (Farokhzadian et al., 2018) در پژوهشی به بررسی تأثیر ترکیبی درمان فراشناختی و طرحواره درمانی هیجانی مبتنی بر آسیب‌های دوره کودکی بر اختلال اضطراب فراگیر در کودکان پرداختند. نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد که اختلال اضطراب فراگیر با این درمان ترکیبی توانسته به طور معناداری کاهش یابد. همین‌طور در پژوهشی دیگر مرواریدی و همکاران (Morvaridi et al., 2019) به مطالعه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش حساسیت اضطرابی زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی پرداخته‌اند. یافته‌های پژوهش آن‌ها نشان می‌دهد که، گروه درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی منجر به کاهش حساسیت اضطرابی زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی می‌شود. همچنین عسگری و گودرزی (Asgari & Goodarzi, 2019) نیز پژوهشی باهدف تعیین تأثیر طرحواره درمانی هیجانی بر صمیمیت زناشویی زوجین در آستانه طلاق انجام دادند، یافته‌ها حاکی از آن بود که طرحواره درمانی هیجانی بر صمیمیت زناشویی زوجین در آستانه طلاق مؤثر است. اما در مرحله پیگیری نتایج معنادار نبود. در مطالعه‌ی دیگر تاشکه و همکاران (Tashkeh et al., 2018) نیز به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر مقبولیت اجتماعی و رفتار قلدری در نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب پرداخته‌اند. نتایج به دست آمده نشان‌دهنده تفاوت معنادار بین میانگین نمرات گروه آزمایشی در نمرات پس‌آزمون پذیرش اجتماعی و رفتار قلدری با گروه کنترل بود و همچنین مداخله موجب بهبود نمرات پذیرش اجتماعی و کاهش نمرات رفتار قلدری در گروه آزمایشی گردید. ازین‌رو و با توجه به این‌که مطالعات ذکر شده و اکثر پژوهش‌های انجام شده در حوزه بزرگسالان و مشکلات آن‌ها صورت گرفته و طیف سنی کودک و نوجوان مورد غفلت قرار گرفته‌اند. با توجه به این‌که شناسایی اولیه و ارائه برنامه‌های

مداخله‌ای مناسب به‌منظور جلوگیری از آسیب‌های فردی، اقتصادی، تحصیلی، عاطفی و اجتماعی بسیار مؤثر است (Matthys & Lochman, 2017). در همین راستا تمرکز اصلی مطالعه‌ی پیش‌رو پاسخ به این سؤال است که آیا طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای تنظیم هیجان در نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه تأثیرگذار است یا خیر؟ در ادامه به اهداف و فرضیه‌های پژوهش اشاره می‌شود.

اهداف پژوهش:

هدف اصلی:

تعیین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر تنظیم هیجان در نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه.

اهداف جزئی:

- تعیین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر تنظیم هیجان نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه.
- تعیین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر راهبرد ارزیابی مجدد در تنظیم هیجان نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه.
- تعیین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر راهبرد سرکوب در تنظیم هیجان نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه.

فرضیه‌های پژوهش:

فرضیه اصلی:

طرحواره درمانی هیجانی بر تنظیم هیجان در نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه اثربخش است.

فرضیه‌های جزئی:

- طرحواره درمانی هیجانی بر راهبرد ارزیابی مجدد در تنظیم هیجان نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه اثربخش است.
- طرحواره درمانی هیجانی بر راهبرد سرکوب در تنظیم هیجان نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه اثربخش است.

روش

مطالعه حاضر، مطالعه تک آزمونی از نوع AB می‌باشد. در طرح AB، طرح‌های تجربی (A) یعنی خط پایه یا مرحله بدون دست‌کاری و B مرحله درمان یا مداخله آزمایشی) اقدامات درمانی روی یک نفر انجام می‌شود تا مشخص گردد که روش مداخله تا چه اندازه تأثیرگذار است. AB این امکان را به پژوهشگر

می‌دهد که دوره آزمایشی را قبل و بعد از اجرای این دوره مقایسه کند (Delavar, 2005). جامعه آماری پژوهش شامل تمام دانش‌آموزان مدارس متوسطه اول شهرستان دالاهو با سابقه مراجعه به مراکز مشاوره یا هسته مشاوره آموزش و پرورش بود که در سال تحصیل ۱۳۹۹-۱۴۰۰ مشغول به تحصیل بودند. با روش نمونه‌گیری هدفمند و جهت انجام فرایند نمونه‌گیری پرسشنامه اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه هومرسون^۱ (فرم والدین) به‌عنوان آزمون غربالگری داوطلبانی که حاضر به همکاری بودند، اجرا شد. سپس ۶ نفر از داوطلبانی که نمره‌ی آن‌ها در خرده مقیاس‌های پرسشنامه اختلال نافرمانی مقابله‌ای یک انحراف معیار بالاتر از میانگین قرار گرفت و بر اساس ملاک‌های ورود از جمله داشتن سن ۱۱ تا ۱۶ سال، وجود اختلال ODD بر اساس ملاک‌های پرسشنامه اختلال نافرمانی مقابله‌ای و مصاحبه بالینی پژوهشگر بر اساس ملاک‌های آخرین ویرایش (DSM-5)، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی مرتبط با اختلال ODD، عدم شرکت در دوره‌های آموزشی و درمانی مرتبط با اختلال ODD و توانایی حضور در ۱۰ جلسه درمانی و ملاک‌های خروج از جمله عدم رضایت والدین، مصرف داروهای روان‌پزشکی مرتبط با اختلال ODD، شرکت قبلی و یا هم‌زمان در دوره‌های آموزشی و درمانی مرتبط با اختلال ODD، انجام ندادن تکالیف مشخص شده و یا ابراز عدم تمایل به ادامه همکاری انتخاب شدند.

ابزار اندازه‌گیری

مصاحبه بالینی برای تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای: مصاحبه‌ای محقق ساخته بر مبنای علائم و نشانه‌ها اختلال نافرمانی مقابله‌ای بر اساس DSM-5 طراحی شد. علائم این اختلال عبارت‌اند از: به‌طور عمدی با اعمال و رفتار دیگران را آزار می‌دهد، به‌طور فعال در پیروی از اکثر درخواست‌ها یا مقررات منابع قدرت سرپیچی می‌کند، نسبت به دیگران خشمگین یا بی‌میل است، کینه‌توز و به دنبال انتقام است، اکثر اوقات جروبحث می‌کند، به‌دفعات از کوره درمی‌رود، دیگران را به خاطر اشتباهات خودش سرزنش می‌کند، به‌آسانی دلخور می‌شود و زودرنج است. این الگوهای رفتاری موجب افت عملکرد در مدرسه و یا دیگر موقعیت‌های اجتماعی می‌گردد (American Psychiatric Association, 2013).

مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۲ (ODDRS): این مقیاس توسط (Hommersen et al., 2006)

برای تشخیص کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای طراحی شده است و دارای ۱۶ گویه می‌باشد، ۸ ماده از آن مربوط به والدین و ۸ ماده مربوط به معلمین است و در یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای (از ۰ اصلاً تا ۳ خیلی زیاد) به ارزیابی نظر شرکت‌کنندگان می‌پردازد. در هر یک از فرم‌های والد و معلم کمترین نمره ۰ و بیشترین نمره ۲۴ می‌باشد. به هر میزان که نمره فرد بالاتر باشد شدت اختلال بیشتر است. به علت برگزاری

1 Hommersen

2 Oppositional Defiant Disorder Rating Scale(ODDRS)

آنلاین مدارس و عدم دسترسی لازم به معلمین در این مطالعه از فرم والدین استفاده شد. «سازندگان مقیاس ضریب پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضریب پایایی آن را به روش باز آزمایی ۰/۹۵ گزارش کرده اند» (Davudi et al., 2018). ویژگی های روان سنجی این مقیاس توسط فرامرزی و همکاران (Faramarzi et al., 2012) احراز شده است. «ضریب پایایی به روش باز آزمایی ۰/۹۴ بسیار مطلوب گزارش شده است» (Davudi et al., 2018).

پرسشنامه تنظیم هیجان برای کودکان و نوجوانان^۱ (ERQ-CA): این پرسشنامه توسط (Gross & John, 2003) تنظیم شده است، ۱۰ گویه دارد که ۶ گویه آن مربوط به راهبرد ارزیابی مجدد و ۴ گویه آن نیز مربوط به ارزیابی راهبرد سرکوب است. سؤالات آن در یک مقیاس طیف لیکرت ۷ درجه ای (از ۱ کاملاً مخالفم تا ۷ کاملاً موافقم) قرار دارد. گراس روایی و پایایی این پرسشنامه را مطلوب و با ضریب همسانی درونی ۰/۷۳ و ضریب باز آزمایی ۰/۶۹ گزارش کرده است (Ioannidis & Siegling, 2015). در ایران نیز این پرسشنامه توسط لطفی و همکاران (Lotfi et al., 2019) اعتباریابی شده است که پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کرده اند. فرم تجدیدنظر شده ای این پرسشنامه یعنی پرسشنامه ی تنظیم هیجان کودک و نوجوان (ERQ-CA) توسط گولان و تف (Gullone & Taffe, 2012) برای ارزیابی راهبردهای تنظیم هیجان در افراد غیر بزرگسال، یعنی کودکان و نوجوانان ۹ تا ۱۸ سال ساخته شده است. در فرم کودک و نوجوان این پرسشنامه گویه ها از نظر جمله بندی تغییراتی یافته اند تا مناسب افراد غیر بزرگسال شود. اما از نظر مفهومی دقیقاً همسو با فرم بزرگسال پرسشنامه (ERQ) هستند.

روش اجرای پژوهش

این درمان در مطالعات داخلی در مطالعاتی استفاده شده است که جهت اعتباربخشی به پروتکل درمانی در مقدمه به چند مورد آن اشاره شده است. اما تا جایی که پژوهشگر پژوهش حاضر در پایگاه های داخلی و خارجی معتبر جستجو کرده است، جهت مداخله در مشکلات رفتاری کودکان از این درمان فقط در یک مطالعه استفاده شده است. سنجش خط پایه در سه مرحله پیش از مداخله، با استفاده از مقیاس اختلال نافرمانی مقابله ای انجام شد. این پرسشنامه توسط والدین از ابتدای خط پایه تا انتهای مرحله پیگیری تکمیل گردید. هر یک از آزمودنی ها در ۱۰ جلسه طرحواره درمانی هیجانی (یک جلسه ۴۵ دقیقه ای به صورت هفتگی) شرکت نمودند و پس از جلسات چهارم، هفتم و دهم توسط ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. و سپس پیگیری نتایج در سه مرحله و با فاصله زمانی یک ماهه (۳۰ روز) انجام گرفت.

1 emotion regulation questionnaire for children and adolescents

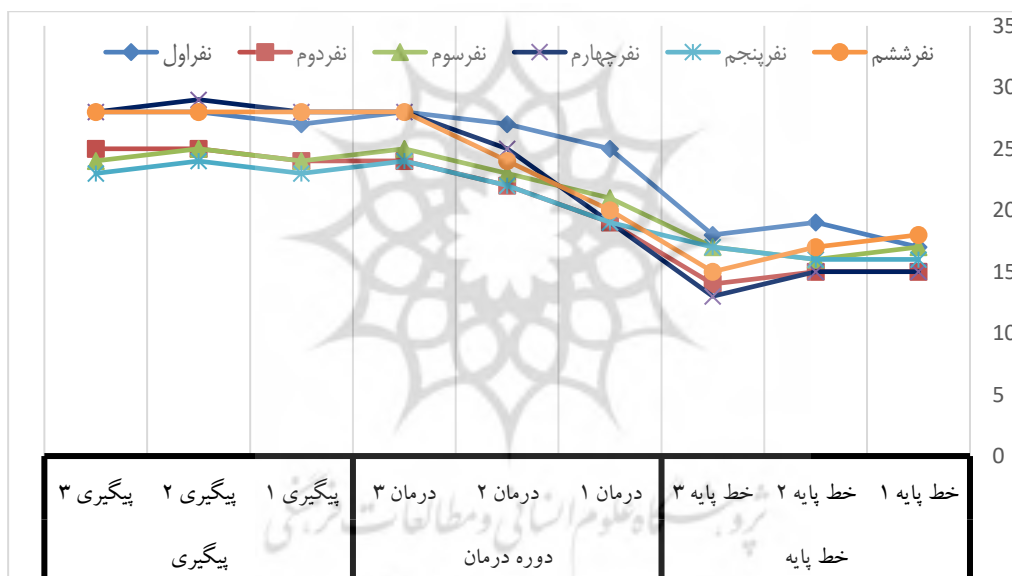
جدول ۱: محتوای جلسات طرحواره درمانی هیجانی

جلسات	هدف	فرایند
جلسه اول	معارفه و برقراری ارتباط درمانی، تبیین 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 و اهمیت آن‌ها
جلسه 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
جلسه سوم	بحث درباره هیجانات دردناک، ارائه طرحواره‌های هیجانی و به چالش کشیدن هیجانات	مرور تکالیف خانگی، بحث مجدد در مورد هیجانات دردناک و چالش‌های آن‌ها، تبیین و پرداختن به طرحواره‌های هیجانی، کشف و به چالش کشیدن هیجانات
جلسه چهارم	شناسایی طرحواره‌های هیجانی شرکت‌کننده و بحث درباره آن	پرداختن به طرحواره‌های هیجانی شناسایی شده در شرکت‌کننده، چالش‌های کلامی در مورد هیجانات شرکت‌کننده
جلسه پنجم	شناسایی عدم خودمهارگری هیجانی شرکت‌کننده	ارائه تمرین موقتی بودن هیجانات، طراحی آزمایش رفتاری، ارائه فهرست فعالیت برای آزمایش باور موقتی بودن هیجانات
جلسه ششم	پذیرش و آگاهی محیطی به هیجانات	مرور تکالیف، کمک به شرکت‌کننده جهت پذیرش هیجانات خود، ارائه تکلیف تکنیک ذهن آگاهی گسلیده
جلسه هفتم	مواجهه‌سازی با طرحواره‌های هیجانی مداخله‌کننده	شروع مواجهه‌سازی آرام و تجسمی، سنجش طرحواره‌های هیجانی مداخله‌کننده با هیجانات ناشی از عدم خودمهارگری و بحث درباره آن‌ها
جلسه هشتم	شناسایی هیجانات تکانشگرانه و نوشتن داستان در مورد هیجانات	شناسایی هیجانات تکانشگرانه، شروع تمرین نوشتن داستان در مورد هیجانات، پرداختن به طرحواره‌های هیجانی موجود در داستان‌ها، ارائه تکلیف برای نوشتن داستان‌های بیشتر
جلسه نهم	ادامه شناسایی هیجانات تکانشگرانه و مواجهه با آن‌ها	بحث درباره هیجانات تکانشگرانه و مواجهه با این هیجانات، بحث در مورد طرحواره‌های هیجانی، درخواست از شرکت‌کننده برای نوشتن خلاصه درمان
جلسه دهم	بررسی تغییرات هیجانی شرکت‌کننده، 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.

یافته‌ها

در این پژوهش ۱۰۰ درصد شرکت‌کنندگان پسر و باسابقه مراجعه به مراکز مشاوره یا هسته مشاوره شهرستان دالاهو بودند که ۳۴ درصد در کلاس هشتم و ۶۶ درصد در کلاس نهم مشغول به تحصیل بودند. ۱۷ درصد از شرکت‌کنندگان دارای وضعیت تحصیلی بالاتر از متوسط، ۴۹ درصد دارای وضعیت متوسط و ۳۴ درصد دارای وضعیت ضعیف بودند.

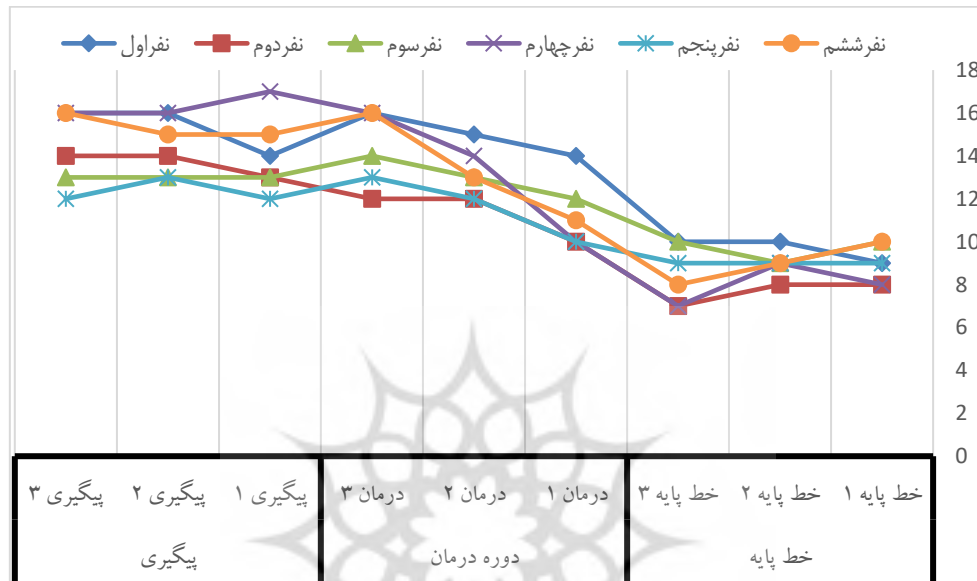
علاوه بر تحلیل چشمی بر مبنای نمودارهای تحلیل روند AB، برای تفسیر آماری بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای تنظیم هیجان در نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه از شاخص‌های d کوهن، درصد داده‌های ناهمپوش PND، درصد همه داده‌های ناهمپوش PAND، درصد داده‌های افزون بر میانه PEM، و شاخص تغییر پایا RCI استفاده شد. مقدار d کوهن و RCI کمتر از ۰/۲ نشانگر اثر ضعیف، بین ۰/۲ تا ۰/۸ اثر متوسط و مقادیر بالاتر نشانگر اثر زیاد و قوی است. شاخص‌های PEM، PND و PAND در بازه ۰ تا ۱ به دست می‌آیند و مقدار نزدیک به ۱ نشانگر تأثیر بالاتر است.



نمودار ۱. روند نمرات شرکت‌کنندگان در نمره‌ی کل تنظیم هیجان

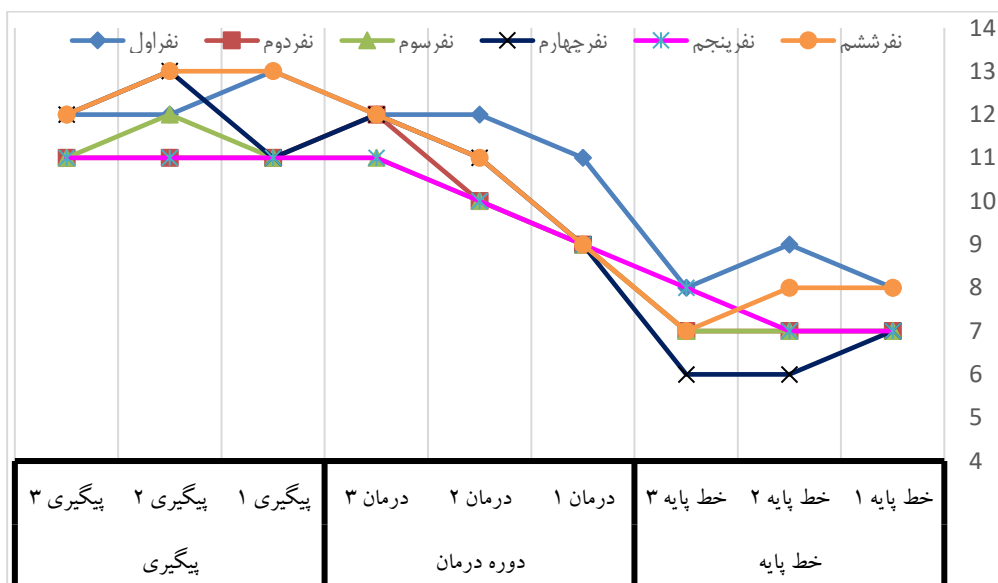
نمودار ۱ نتایج تحلیل روند AB، بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای تنظیم هیجان را در شرکت‌کنندگان نشان می‌دهد. سیر افزایشی نمرات از ابتدای خط پایه تا جلسات طول درمان به خوبی نشانگر تأثیرگذاری طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای تنظیم هیجان در شرکت‌کنندگان است. این سیر

افزایشی با شیبی کم تر و گاهی با کاهش نامحسوس در دوره ی پیگیری نیز قابل رؤیت است. بر اساس نتایج آنالیزهای آماری، مقادیر d کوهن در محدوده ۰/۵۸ تا ۱ قرار گرفته و نشان دهنده ی تأثیرگذاری متوسط رو به بالاست. شاخص های PEM، PND و PAND همه ۱ به دست آمده و مقدار مطلق RCI در تمام موارد بیشتر از ۱ است. نتایج تحلیل روند AB و مجموع شاخص های آماری نشان دهنده ی تأثیرگذاری بالا و باثبات طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای تنظیم هیجان در هر ۶ شرکت کننده است.



نمودار ۲. روند نمرات مشارکت کنندگان در راهبرد ارزیابی مجدد در تنظیم هیجان

نمودار ۲ نتایج تحلیل روند AB، بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر راهبرد ارزیابی مجدد در تنظیم هیجان را در ۶ مشارکت کننده نشان می دهد. سیر صعودی نمرات از شروع خط پایه تا طول جلسات درمان به خوبی نمایانگر تأثیر طرحواره درمانی هیجانی بر راهبرد ارزیابی مجدد در تنظیم هیجان در شرکت کنندگان است. این سیر افزایشی با شیبی کم تر و گاهی با کاهش نامحسوس در دوره ی پیگیری نیز قابل رؤیت است. بر اساس نتایج آنالیزهای آماری مقادیر d کوهن در محدوده ۰/۴۱ تا ۰/۹۰ قرار گرفته و نشانگر تأثیرگذاری متوسط رو به بالاست. شاخص های PEM، PND و PAND همه ۱ به دست آمده و مقدار مطلق RCI در تمام موارد بیشتر از ۱ است. نتایج تحلیل روند AB و مجموع شاخص های آماری نشان دهنده ی تأثیرگذاری بالا و باثبات طرحواره درمانی هیجانی بر راهبرد ارزیابی مجدد در تنظیم هیجان در هر ۶ شرکت کننده است.



نمودار ۳. روند نمرات مشارکت کنندگان در راهبرد سرکوب در تنظیم هیجان

نمودار ۳ نتایج تحلیل روند ABA، بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر راهبرد سرکوب در تنظیم هیجان را در شرکت کنندگان نشان می دهد. سیر صعودی نمرات از ابتدای خط پایه تا طول جلسات درمان به خوبی نشانگر تأثیر طرحواره درمانی هیجانی بر راهبرد سرکوب در تنظیم هیجان در شرکت کنندگان است. این سیر افزایشی با شیبی تندتر و گاهی با کاهش نامحسوس در دوره پیگیری نیز قابل رؤیت است. همچنین بر اساس نتایج آنالیزهای آماری، مقادیر d کوهن در محدوده ۰/۴۰ تا ۰/۸۰ قرار دارد و نشانگر تأثیرگذاری متوسط رو به بالاست. شاخص های PEM، PND و PAND همه ۱ به دست آمده و مقدار مطلق RCI در تمام موارد بیشتر از ۱ است. نتایج تحلیل روند AB و مجموع شاخص های آماری نشان دهنده تأثیرگذاری بالا و باثبات طرحواره درمانی هیجانی بر راهبرد سرکوب در تنظیم هیجان در هر ۶ شرکت کننده است.

نتیجه

نتایج حاصل از پژوهش در نمودارهای شماره ۱، ۲ و ۳ نشان می دهد که روند نمرات شرکت کنندگان در مقیاس کل تنظیم هیجان و خرده مقیاس های راهبرد ارزیابی مجدد و سرکوب در دوره های درمان سیری افزایشی داشته و در دوره های پیگیری نیز این روند افزایشی حفظ شده است. این یافته ها نشان دهنده اثربخشی و ماندگاری طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای تنظیم هیجان نوجوانان با اختلال نافرمانی

مقابله‌جویانه است. هیچ پژوهش داخلی یا خارجی که به صورت مستقیم اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای تنظیم هیجان نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه را بررسی نموده باشد، یافت نشد. اما در پژوهشی مشابه قدرتی شاه‌توری (Ghodrati Shahtoori et al., 2020) دریافتند که طرحواره درمانی هیجانی در بهبود تمام ابعاد تنظیم شناختی-هیجانی سربازان اقدام کننده به خودزنی اثربخش است. همچنین پژوهش ایزدی (Izadi et al., 2019)، نیز نشان داد که مدل طرحواره درمانی هیجانی بر اساس وجود رابطه طرحواره‌های هیجانی منفی و ناگویی هیجانی با نشانه‌های بدنی، با اصلاح فرآیندهای زیربنایی هیجان و بهبود راهبردهای ناسازگارانه افراد در مقابل هیجانات، موجب کاهش طرحواره‌های هیجانی منفی و ناگویی هیجانی می‌شود. از دیگر پژوهش‌های همسو با این یافته می‌توان به پژوهش‌های لیهی و نادری (Leahy, 2015, 2019; Naderi et al., 2016) اشاره نمود. راهبردهای تنظیم هیجان به افراد پرخاشگر این توانمندی را می‌دهد که در هنگام بروز هیجانات منفی، فرایند رخدادهای هیجانات منفی خود را تشخیص دهند و سپس بتوانند این هیجانات را کنترل، مدیریت و ساماندهی کنند (Sheikhi Gerakoui et al., 2021).

بسیاری از پژوهشگران معتقدند که اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه یک اختلال در حوزه بد تنظیمی هیجان است تا اختلالی در حوزه رفتارهای مختل کننده، بنابراین می‌توان گفت که بد تنظیمی هیجانی ویژگی اصلی اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه است (Jiang et al., 2016). بر اساس مدل طرحواره درمانی هیجانی، نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه، از واکنش‌های هیجانی ناسازگارانه‌ی خود به عنوان راهبردی برای پاسخ به محرک‌های محیطی استفاده می‌کنند. در طول جلسات مداخله به این افراد کمک شد که در زمان آشفتگی هیجانی، ارزیابی‌ها و راهبردهای هیجانی خود را کشف و شناسایی کنند. بدین صورت که در آغاز، با افزایش آگاهی نسبت به هیجانات ناسازگارانه و عملکرد آن‌ها و سپس با آموزش روانی در مورد هیجانات، واکنش‌های هیجانی آنان هدف گرفته شد تا تجارب هیجانی خود را به صورت همگانی و بهنجار در نظر بگیرند. این بازشناسی هیجانی که آن‌ها عمومی و همگانی هستند به جای سرکوب نمودن، اجتناب کردن و قضاوت نمودن منجر به عادی‌سازی، اعتباربخشی و تشویق به پذیرش طیف گسترده‌ای از واکنش-های هیجانی ناکارآمد شد که زمینه‌ساز اصلاح طرحواره‌های هیجانی ناکارآمد مانند؛ غیرقابل کنترل بودن، خودآگاهی هیجانی و مرتبط‌سازی هیجانات با ارزش‌های والاتر شد. بدین معنا که نوجوانان یاد گرفتند به جای مقابله و تسلیم در برابر هیجانات برانگیخته شده نسبت به عملکرد و تأثیر منفی آن‌ها آگاهی پیدا کنند و با ارزیابی آن‌ها در شرایط و موقعیت‌های 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 خود را بهبود بخشند.

در تبیین فرضیه‌ی اصلی یعنی طرحواره درمانی هیجانی بر تنظیم هیجان در نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه اثربخش است، با مقایسه خط‌های پایه با دوره‌های درمان و پیگیری مربوط به هر ۶ شرکت‌کننده مشاهده می‌شود که بیشترین بهبودی در نمره کل تنظیم هیجان مربوط به شرکت‌کننده ۴ و ۶ و سپس شرکت‌کننده ۱ می‌باشد و شرکت‌کنندگان ۲، ۳ و ۵ نیز روند بهبود تقریباً مشابهی را تجربه کرده‌اند. در طول درمان شرکت‌کنندگان شماره ۴، ۶ و ۱ همواره فعال‌تر از سایرین بودند و مشارکت بالایی در فرایند مداخله از خود نشان می‌دادند. این شرکت‌کنندگان در مقایسه با سایر شرکت‌کنندگان در انجام تکالیف خانگی محول شده از طرف درمانگر تلاش بیشتری می‌کردند و در کشف و به چالش کشیدن طرحواره‌های هیجانی و همچنین بحث در مورد هیجانات مشکل‌ساز خود و به چالش کشیدن آنها فعال‌تر بودند. بنابراین کشف و مواجهه با تجربه‌های هیجانی و عدم اجتناب آنها از این هیجانات، این شرکت‌کنندگان را برای تجربه تغییرات مطلوب آماده‌تر کرد و زمینه بهبود آشفته‌گی‌های هیجانی آنان را فراهم نمود. بنا بر اظهارات این مشارکت‌کنندگان محیط خانواده کم تنش یا بدون تنش گزارش شده است. همچنین در طول درمان شرکت‌کنندگان شماره ۲، ۳ و ۵ منفعل‌تر از سایرین بودند و مشارکت بالایی در فرایند مداخله از خود نشان نمی‌دادند. این شرکت‌کنندگان در مقایسه با سایر شرکت‌کنندگان در انجام تکالیف خانگی محول شده از طرف درمانگر تلاش کمتری می‌کردند و در کشف و به چالش کشیدن طرحواره‌های هیجانی و همچنین بحث در مورد هیجانات مشکل‌ساز خود و به چالش کشیدن آنها منفعل‌تر بودند. بنابراین عدم کشف و مواجهه با تجربه‌های هیجانی و عدم اجتناب آنها از این هیجانات، این شرکت‌کنندگان را برای تجربه تغییرات مطلوب آماده نکرده و زمینه بهبود آشفته‌گی‌های هیجانی آنان را فراهم ننموده است. بنا بر اظهارات این مشارکت‌کنندگان محیط خانواده تنش‌زا گزارش شده و والدین سابقه مشاجره، قهر از منزل و حتی اقدام جهت متارکه را داشته‌اند.

در تبیین فرضیه‌ی جزئی اول یعنی طرحواره درمانی هیجانی بر راهبرد ارزیابی مجدد در تنظیم هیجان نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه اثربخش است، در زیرمقیاس راهبرد ارزیابی مجدد مشاهده می‌شود که بیشترین بهبودی مربوط به شرکت‌کننده ۴ و سپس شرکت‌کننده ۶ می‌باشد و کمترین مقدار بهبودی نیز مربوط به شرکت‌کننده ۵ است. راهبرد ارزیابی مجدد به بررسی و اندازه‌گیری توانایی فرد در تغییر افکار و هیجانات مشکل‌ساز می‌پردازد. بدین معنی که هرچقدر فرد قادر باشد نگرش خود به هیجانات و افکار ناکارآمد را تغییر داده و آنها را کنترل کند، نمرات بهتری در این زیرمقیاس می‌گیرد. در تبیین این مورد می‌توان چنین گفت که شناخت و کسب بینش در مورد افکار و هیجانات تجربه‌شده گامی مهم برای کنترل

آنها می‌باشد. از آن‌جاکه شرکت‌کنندگان ۴ و ۶ در این فرایند فعال‌تر بوده و با درگیری بیشتر در طول جلسات مداخله و انجام مستمر تمرین‌های خانگی این مهارت خود را تقویت نموده و در نتیجه بهبودی بیشتری نیز تجربه کرده‌اند. در رابطه با شرکت‌کننده ۵ که در مقایسه با سایر شرکت‌کنندگان بهبودی کمتری را تجربه کرده است، بنا بر اظهار این مشارکت‌کننده می‌توان به تنش‌های پیش‌آمده خانوادگی در طول دوره درمان مابین والدین و همچنین بین خواهر و برادران اشاره کرد که روند بهبودی را تحت تأثیر قرار داده باشد. در تبیین فرضیه جزئی دوم یعنی طرحواره درمانی هیجانی بر راهبرد سرکوب در تنظیم هیجان نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه اثربخش است، در زیرمقیاس راهبرد سرکوب در بین شرکت‌کننده‌ها به‌ویژه در دوره‌های پیگیری نوسان زیادی مشاهده می‌شود. با مقایسه خط‌های پایه و دوره‌های درمان و پیگیری مشاهده می‌شود که بیشترین بهبودی در این زیرمقیاس نیز مربوط به شرکت‌کننده ۴ و ۶ است. راهبرد سرکوب به کنترل احساسات و هیجانات از طریق سرکوب کردن و عدم بروز آن‌ها اشاره دارد. در رابطه با نوسان زیاد این زیرمقیاس می‌توان این‌گونه اظهار کرد که توانایی ابراز معقول و مناسب هیجانات و تجربه آن‌ها و درنهایت مدیریت این هیجانات بدین طریق، یک مهارت چندوجهی و پیچیده است که ممکن است نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه شرکت‌کننده، در فرایند یادگیری و تمرین این مهارت با شکست‌هایی مواجهه شده باشند که تفاوت‌های نمرات آن‌ها در مراحل مختلف درمان و پیگیری را توجیه کند. بدین معنا که به دلیل ماهیت پیچیده راهبرد سرکوب و کثرت طرحواره‌های هیجانی مؤثر در این عامل، مشارکت‌کنندگان در کشف و شناسایی طرحواره‌های دخیل، تجربه مستقیم هیجانات به‌جای اجتناب و گریز از آن‌ها و ابراز مطلوب این هیجانات نیازمند تمرین، تکلیف و جلسات مداخله بیشتری باشند. همچنین در این مقیاس نیز در طول درمان شرکت‌کنندگان شماره ۲، ۳ و ۵ بهبود کمتری را تجربه کرده‌اند، که مانند مقیاس ارزیابی مجدد می‌توان به تنش‌های پیش‌آمده خانوادگی در طول دوره درمان مابین والدین و همچنین بین خواهر و برادران اشاره کرد که روند بهبودی را تحت تأثیر قرار داده باشد. همچنین با توجه به تأثیرگذاری عوامل متفاوتی بر بروز و تشدید اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه می‌توان نقش عامل هیجانی را در برخی از مشارکت‌کنندگان کمتر در نظر گرفت که نشان‌دهنده ضرورت پژوهش‌های مشابه در حوزه‌های متفاوت اثرگذار بر این اختلال است.

نتایج به‌دست‌آمده بر اساس مجموع شاخص‌های آماری در این مطالعه نشان داد که مداخلات (طرحواره درمانی هیجانی) صورت گرفته در راهبردهای تنظیم هیجان تمام شرکت‌کنندگان، دارای تأثیرگذاری بالا و باثبات می‌باشد. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به انجام پژوهش با شیوه مطالعه موردی

و در نوجوانان پسر مقطع متوسطه‌ی اول اشاره کرد، به دلیل این محدودیت‌ها باید در تعمیم‌یافته‌های پژوهش به جوامع آماری گسترده‌تر احتیاط نمود. از سوی دیگر به علت استفاده از پرسشنامه‌های خود گزارشی جهت گردآوری داده‌ها احتمال سوگیری وجود دارد. و در پایان به علت همه‌گیری ویروس کرونا انجام تحقیق و روند برگزاری جلسات درمانی با محدودیت‌ها و مشکلاتی همراه بود که با رعایت تمام نکات بهداشت محیطی و فردی جلسات درمانی به صورت انفرادی و حضوری برگزار و به اتمام رسید. در پایان لازم می‌دانم از استادان گرامی و همه عزیزانی که به شکلی در پیشبرد مراحل مختلف این پژوهش در کنار من بودند از جمله شرکت‌کنندگان، مدیریت مدارس و اداره‌ی آموزش و پرورش شهرستان دالاهو قدردانی نمایم.

References

- Abdollahi Boughrabadi, G. (2018). Effectiveness of Sandplay Therapy on Reducing the Symptoms of Oppositional Defiant Disorder [Applicable]. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ)*, 7(8), 1-16. <http://frooyesh.ir/article-1-323-fa.html> (In Persian)
- American Psychiatric Association, F. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. (American Psychiatric Pub)
- Asgari, A., & Goodarzi, K. (2019). Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Marital Intimacy among Couples on the Brink of Divorce. *Journal of Salamat Ijtimai (Community Health)*, 6(2), 174-185. (In Persian)
- Booker, J. A., Ollendick, T. H., Dunsmore, J. C., & Greene, R. W. (2016). Perceived parent–Child relations, conduct problems, and clinical improvement following the treatment of oppositional defiant disorder. *Journal of Child and Family Studies*, 25(5), 1623-1633.
- Boylan, K., Vaillancourt, T., Boyle, M., & Szatmari, P. (2007). Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. *European child & adolescent psychiatry*, 16(8), 484-494.
- Brammer, W. A., & Lee, S. S. (2012). Impairment in children with and without ADHD: contributions from oppositional defiant disorder and callous-unemotional traits. *Journal of attention disorders*, 16(7), 535-543.
- Cavanagh, M., Quinn, D., Duncan, D., Graham, T., & Balbuena, L. (2017). Oppositional defiant disorder is better conceptualized as a disorder of emotional regulation. *Journal of attention disorders*, 21(5), 381-389.
- Charles, C. M. (2013). *Building classroom discipline*. Pearson Higher Ed.
- Davudi, H., Kalhor, A., & Alibabaei Noqane Sofla, E. (2018). Effectiveness of Parenting Therapy on Behavioral Problems of Girl Students with Oppositional Defiant Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 10(39), 91-100. (In Persian)
- Delavar, A. (2005). Educational and psychological research. *Tehran: virayesh*, 97.

- Doyle, L. R., Glass, L., Wozniak, J. R., Kable, J. A., Riley, E. P., Coles, C. D., Sowell, E. R., Jones, K. L., Mattson, S. N., & CIFASD. (2019). Relation between oppositional/conduct behaviors and executive function among youth with histories of heavy prenatal alcohol exposure. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 43(6), 1135-1144.
- Emam Zamani, Z., Mashhadi, A., & Sepehri Shamlou, Z. (2019). The Effectiveness of Group Therapy Based on Emotional Schema Therapy on Anxiety and emotional schemas on Women with Generalized Anxiety Disorder. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 9(1), 5-24. <https://doi.org/10.22067/ijap.v9i1.69238> (In Persian)
- Esmali, S. M., Shalchi, B., & Ahmadi, E. (2017). On the Role of Emotion Regulation Difficulties as a Mediator in the Relationship of Family Function and Satisfaction of Basic Psychological Needs with Addictibility. *Quarterly Journal of Research on Addiction*, 11(42), 229-248. (In Persian)
- Faramarzi, S., Abedi, A., & Ghanbari, A. (2012). Mother Communication Patterns And Oppositional Defiant Disorder Of Children. *MEDICAL JOURNAL OF TABRIZ UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES*, 34(2), 90-96. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=284379> (In Persian)
- Farokhzadian, A. A., Rezaei, F., & Sadeghi, M. (2018). The Effectiveness of Combined Metacognitive Therapy with Childhood traumas-Based Emotional Schema Therapy on Generalized Anxiety Disorder. *Quarterly journal of psychological studies*, 14(3), 81-96. (In Persian)
- Garofalo, C., Gillespie, S. M., & Velotti, P. (2020). Emotion regulation mediates relationships between mindfulness facets and aggression dimensions. *Aggressive behavior*, 46(1), 60-71.
- Ghodrati Shahtoori, K., Rahnejat, A. M., Dabaghi, P., Taghva, A., Donyavi, V., Ebrahimi, M. R., & Ghahvehchi Hosseini, F. (2020). Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Improvement in Cognitive -Emotion Regulation in Attempting to Self-Mutilation Soldiers [Orginal Research]. *Journal of Military Medicine*, 22(9), 956-968. <https://doi.org/10.30491/jmm.22.9.4> (In Persian)
- Gianini, L. M., White, M. A., & Masheb, R. M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eating behaviors*, 14(3), 309-313.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent-and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of personality and social psychology*, 74(1), 224.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation*. New York: The Guilford Press, 3, 25.
- Gullone, E., & Taffe, J. (2012). The emotion regulation questionnaire for children and adolescents

- (ERQ-CA): a psychometric evaluation. *Psychological assessment*, 24(2), 409.
- Henriksen, M., Skrove, M., Hoftun, G. B., Sund, E. R., Lydersen, S., Tseng, W.-L., & Sukhodolsky, D. G. (2021). Developmental course and risk factors of physical aggression in late adolescence. *Child Psychiatry & Human Development*, 52(4), 628-639.
- Herpers, P., Bakker-Huvenaars, M. J., Greven, C. U., Wiegiers, E. C., Nijhof, K. S., Baanders, A. N., Buitelaar, J. K., & Rommelse, N. N. (2019). Emotional valence detection in adolescents with oppositional defiant disorder/conduct disorder or autism spectrum disorder. *European child & adolescent psychiatry*, 28(7), 1011-1022.
- Hommersen, P., Murray, C., Ohan, J. L., & Johnston, C. (2006). Oppositional Defiant Disorder Rating Scale: Preliminary Evidence of Reliability and Validity. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14(2), 118-125. <https://doi.org/10.1177/10634266060140020201>
- Ioannidis, C. A., & Siegling, A. (2015). Criterion and incremental validity of the emotion regulation questionnaire. *Frontiers in psychology*, 6, 247.
- Izadi, F., Ashrafi, E., & Fathi Ashtiani, A. (2019). The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Reduction of the Negative Emotional Schemas, Alexithymia and Signs of Patients with somatic Symptoms [Research]. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 17(2), 232-243. <https://doi.org/10.52547/rbs.17.2.232> (In Persian)
- Jiang, W., Li, Y., Du, Y., & Fan, J. (2016). Emotional regulation and executive function deficits in unmedicated Chinese children with oppositional defiant disorder. *Psychiatry investigation*, 13(3), 277.
- Katzmann, J., Goertz-Dorten, A., Hautmann, C., & Doepfner, M. (2019). Social skills training and play group intervention for children with oppositional-defiant disorders/conduct disorder: Mediating mechanisms in a head-to-head comparison. *Psychotherapy Research*, 29(6), 784-798.
- Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., & Schmidt, N. B. (2010). Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior therapy*, 41(4), 567-574.
- Leahy, R. L. (2007). Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and behavioral Practice*, 14(1), 36-45.
- Leahy, R. L. (2015). Emotional schema therapy. *New York: The Guilford Press*.
- Leahy, R. L. (2016). Emotional schema therapy: A meta experiential model. *Australian Psychologist*, 51(2), 82-88.
- Leahy, R. L. (2019). Introduction: Emotional schemas and emotional schema therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(1), 1-4.
- Leahy, R. L., Tirsch, D., & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. Guilford press.
- Leehr, E. J., Krohmer, K., Schag, K., Dresler, T., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2015). Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity-a systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 49, 125-134.
- Li, L., Lin, X., Hinshaw, S. P., Du, H., Qin, S., & Fang, X. (2018). Longitudinal associations

- between oppositional defiant symptoms and interpersonal relationships among Chinese children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46(6), 1267-1281.
- Lin, Y.-T., Chen, Y.-C., Gau, S. S.-F., Yeh, T.-H., Fan, H.-Y., Hwang, Y.-Y., & Lee, Y. L. (2016). Associations between allergic diseases and attention deficit hyperactivity/oppositional defiant disorders in children. *Pediatric research*, 80(4), 480-485.
- Lotfi, M., Bahrampouri, L., Amini, M., Fatemitabar, R., Birashk, B., Entezari, M., & Shiasy, Y. (2019). Persian adaptation of emotion regulation questionnaire for children and adolescents (ERQ-CA). *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 29(175), 117-128. (In Persian)
- Matthys, W., & Lochman, J. E. (2017). *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood*. John Wiley & Sons.
- Mohammadi, H., Sepehri Shamloo, Z., & Asghari Ebrahim Abad, M. J. (2019). The effectiveness of group emotional schema therapy on decreasing psychological distress and difficulty in emotional regulation in divorced women. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 14(51), 27-36. (In Persian)
- Morvaridi, M., Mashhadi, A., & Sepehri Shamloo, Z. (2019). The effectiveness of group therapy based on emotional schema therapy on decrease of anxiety sensitivity in woman with social anxiety disorder. *Neyshabur University Medical Sciences*, 22(7), 26-35. (In Persian)
- Naderi, Y., Moradi, A. R., Hasani, J., & Noohi, S. (2015). Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Cognitive Emotion Regulation Strategies of Combat-Related Post Traumatic Stress Disorder Veterans [Original Research]. *Iranian Journal of War and Public Health*, 7(3), 147-155. <http://ijwph.ir/article-1-492-en.html> (In Persian)
- Rice, T., Prout, T., & Hoffman, L. (2017). Implicit emotion regulation: linking childhood oppositional defiant disorder with adult depression and bipolar disorder? *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 29(2).
- Sheikhi Gerakoui, S., abolghasemi, a., & khosrojauid, m. (2021). The Effectiveness of Emotional Regulation Training on Externalized-Internalized Problems in Female Students with Intermittent Explosive Disorder. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 11(1), 21-40. <https://doi.org/10.22067/tpccp.2021.67942.1010> (In Persian)
- Silberstein, L. R., Tirch, D., Leahy, R. L., & McGinn, L. (2012). Mindfulness, psychological flexibility and emotional schemas. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 406-419.
- Steiner, H., & Remsing, L. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(1), 126-141.
- Tashkeh, M., Davazdahemami, M. H., Bazani, M., Shahhoseini, M., & Mostafalo, T. (2018). An Investigation on the Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Social Acceptance and Bullying Behavior in Teenagers with Post-Traumatic Stress Disorder. *Health Research*, 4(2), 88-95. (In Persian)
- Wesselhoeft, R., Stringaris, A., Sibbersen, C., Kristensen, R. V., Bojesen, A. B., & Talati, A.

- (2019). Dimensions and subtypes of oppositionality and their relation to comorbidity and psychosocial characteristics. *European child & adolescent psychiatry*, 28(3), 351-365.
- Wollenberg, G., Shriver, L. H., & Gates, G. E. (2015). Comparison of disordered eating symptoms and emotion regulation difficulties between female college athletes and non-athletes. *Eating behaviors*, 18, 1-6.

