

Research Article

Page 211-231

A Study of The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Self-Control Strategies among Students with Oppositional Defiant Disorder**Jafar Ghaitasi¹, Ahmad Amani^{2*}**

1. Phd Student in Counseling, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran
2. Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran

Submit Date: 5 January 2023**Revise Date:** 3 June 2023**Accept Date:** 13 June 2023**Publication Date:** 22 July 2023**Abstract**

Objective: The aim of this research was to investigate the effectiveness of emotional schema therapy on self-control strategies among students with oppositional defiant disorder.

Method: The research design was a single subject design of ABA type. The statistical population of the study also included all high school students in Dalahu city in the academic year 2020-2021. In this study, 6 students were selected by purposive sampling method with full observance of ethical considerations. The tools used in this study were semi-structured clinical interview based on DSM-5, oppositional defiant disorder rating scale and Tangney self-control scale. The subjects then received 10 sessions of intervention based on emotional schema therapy and after the fourth, seventh and tenth sessions were evaluated by research tools.

Results: The results of the statistical analysis show the effectiveness of emotional schema therapy on self-control symptoms in 6 participants. Cohen's d values are in the range of 0.41 to 0.80 and indicate a moderate effect. PEM, PND and PAND indices are all 1 and the absolute value of RCI is greater than 1 in all cases.

Conclusion: Therefore, the emotional schema Therapy hypothesis is effective on students' self-control strategies with oppositional defiant disorder.

Keywords: Oppositional Defiant Disorder, Students, Self-Controlling Strategies, Emotional Schema Therapy.

Citation: Ghaitasi, J., Amani, A. (2023). A Study of The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Self-Control Strategies among Students with Oppositional Defiant Disorder. *Biquarterly Journal of Cognitive Strategies in Learning*, 11(20), 211-231.

***Corresponding Author:** Ahmad Amani

E-mail: a.amani@uok.ac.ir

Extended Abstract

1. Introduction

One of the main reasons for referring children and adolescents to counseling and psychological services clinics is oppositional defiant disorder (Steiner & Remsing, 2007). Many adolescents with oppositional defiant disorder are not able to control and restrain impulsive behaviors and have weaknesses in the field of self-control strategies (Sangani & et al., 2019). Based on the latest edition of the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), oppositional defiant disorder manifests itself in the form of hostile behaviors, nervous irritability, revenge, and revenge in a mild to severe spectrum in children and adolescents. In other words, this disorder is defined as a repeated pattern of negative behavior, hostile behavior, disobedience and confrontation with authorities (American Psychiatric Association, 2013). Self-control or self-control is a person's management of his behavior and learning. This term is usually used for the ability to curb impulsive behavior by curbing short-term urges (Fernandez & Reeves, 2015 & Gilmore, Cuskelly & Hayes, 2003 & Friese & Hofmann, 2009). Meanwhile, oppositional defiant disorder has created more challenges for therapists and researchers in this field (Cavanagh & et al., 2017 & Doyle & et al, 2019) And it has a higher prevalence, so that global studies have mentioned its prevalence from 2 to 11 percent (American Psychiatric Association, 2013) And it is the third most common mental disorder that has been reported many times among children and adolescents aged two to sixteen years (Brammer & Lee, 2012). One of the effective treatments for working with children and adolescents with oppositional defiant disorder is emotional schema therapy.

Emotional schema therapy is a meta-diagnostic structure that has recently been proposed in the formulation and treatment of psychological injuries and refers to how people conceptualize, perceive and respond to their emotions (Silberstein, 2012). The emotional schema therapy model is a new form of cognitive behavioral therapy that Leahy, using various therapeutic theories (including Yang's schema therapy theories, Beck's cognitive behavioral theory, Wells' metacognitive model and acceptance and commitment based therapy model), It has been designed for the diagnosis and treatment of emotional problems (Leahy, 2007). This model generally emphasizes the following: how to conceptualize people's emotional experience, their expectations, how people judge their emotions, and finally, what behavioral, intrapersonal and interpersonal strategies they use in response to emotional experience. They use themselves (Leahy, Tirch & Napolitano, 2011).

2. Materials and Methods

The research design was a single subject design of ABA type which included; three baselines, three treatment courses and three follow-up courses. The

statistical population of the study also included all high school students in Dalahu city in the academic year 1399-1400, after examining the entry and exit criteria (such as; informed consent, having a oppositional disobedience disorder, and not consuming Drug), 6 students were selected by purposive sampling method with full observance of ethical considerations. The tools used in this study were; Semi-structured clinical interview based on DSM-5, oppositional defiant disorder rating scale and Tangney self-control scale. The subjects then received 10 sessions of intervention based on emotional schema therapy and after the fourth, seventh and tenth sessions were evaluated by research tools.

3. Results

In addition to visual analysis based on ABA trend analysis graphs, for statistical analysis to investigate the effectiveness of emotional schema therapy on self-control strategies of students with oppositional defiant disorder, Cohen's *d* indices, the percentage of non-overlapping data (PND), the percentage of all non-overlapping data (PAND), the percentage of data Exceeding the median (PEM) and Reliable Change Index (RCI) variable was used. Cohen's *d* value and RCI less than 0.2 indicate a weak effect, between 0.2 and 0.8 a medium 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, and a value closer to 1 indicates a higher impact. The results of the statistical analysis show the effectiveness of emotional schema therapy on self-control symptoms in 6 participants. Cohen's *d* values are in the range of 0.41 to 0.80 and indicate a moderate effect. PEM, PND and PAND indices are all 1 and the absolute value of RCI is greater than 1 in all cases. The total of statistical indicators shows a high and stable effect of emotional schema therapy on self-control symptoms in all 6 participants.

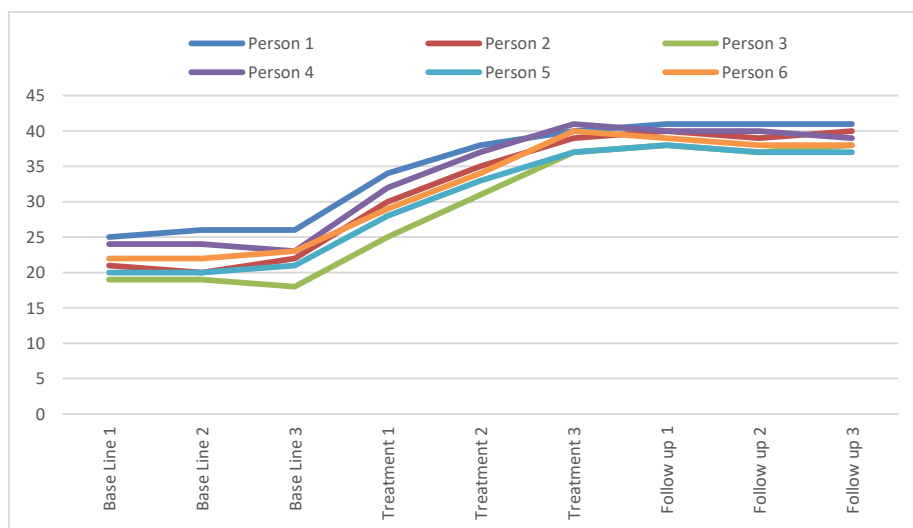


Figure 1. Course of participants' scores in the self-control scale.

4. Discussion and Conclusion

The present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of emotional schema therapy on self-control strategies in students with oppositional defiant disorder. These findings mean that emotional schema therapy is effective and lasting on the self-control strategies of students with oppositional defiant disorder. One of the main characteristics of adolescents suffering from oppositional defiant disorder is their weak self-control, which means the ability to change internal responses, according to the conditions, as well as to recognize and regulate emotions, emotions and desires, the first characteristic of which is the exercise of will, self-regulation and the ability to delay reward and pleasure (Tangney, Baumeister, & Boone, 2004). In the intervention of emotional schema therapy and based on case conceptualization, the self-control strategies used by the client are discovered and identified, and this principle is conveyed to him that his strategies are ineffective and inconsistent and in the long run, they aggravate his problem. As a result, during the treatment process and through creating an emotional environment, conditions are created that help clients to improve their self-control strategies while expanding their mental capacity and strengthening their problem-solving skills. One of the main emphases of emotional schema therapy is the presence and active participation of clients in the process of identifying dysfunctional emotional schemas and directly experiencing problematic emotions. As a result, the more enthusiastic and active the client is, he will experience many positive changes; And it also confirms this hypothesis that by strengthening active participation, the effects of the stressful and insecure family environment can be controlled and its effects can be reduced.

5. Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: All ethical principles are considered in this article. The participants were informed about the purpose of the research and its implementation stages. They were also assured about the confidentiality of their information and were free to leave the study whenever they wished, and if desired, the research results would be available to them.

Funding: This research did not receive any grant from funding agencies in the public, commercial, or non-profit sectors.

Authors' contributions: All authors have participated in the design, implementation and writing of all sections of the present study.

Conflicts of interest: The authors declared no conflict of interest.

مقاله پژوهشی

بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای خودمهارگری در دانش آموزان
با اختلال نافرمانی مقابله جویانه

A Study of The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Self-Control
Strategies among Students with Oppositional Defiant Disorder

جعفر قیطاسی^۱، احمد امانی^{۲*}

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۰/۱۵ بازنگری مقاله: ۱۴۰۲/۰۳/۱۳

پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۳/۲۳ انتشار مقاله: ۱۴۰۲/۰۴/۳۱

چکیده

هدف: یکی از دلایل عمده ارجاع کودکان و نوجوانان به کلینیک‌های خدمات مشاوره و روانشناختی، اختلال نافرمانی مقابله جویانه است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای خودمهارگری در دانش آموزان با اختلال نافرمانی مقابله جویانه انجام شده است.

روش: مطالعه حاضر، مطالعه تک آزمودنی از نوع ABA می‌باشد. جامعه آماری پژوهش نیز شامل تمام دانش آموزان مدارس متوسطه اول شهرستان دالاهو در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بود. ۶ دانش آموز با روش نمونه‌گیری هدفمند و با رعایت کامل ملاحظات اخلاقی انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل: مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته بر مبنای DSM-5، مقیاس درجه بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای و مقیاس خودمهارگری تانجی. سپس آزمودنی‌ها ۱۰ جلسه مداخله مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی لیهی را دریافت کردند و پس از جلسات چهارم، هفتم و دهم توسط ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل‌های آماری بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر علائم خودمهارگری را در ۶ مشارکت کننده نشان می‌دهد. مقادیر d کوهن در بازه ۰.۴۱ تا ۰.۸۰ قرار دارد و نشانگر اثرگذاری متوسط رو به بالاست. شاخص‌های PND، PEM و PAND همه ۱ به دست آمده و مقدار مطلق RCI در تمام موارد بیشتر از ۱ است. مجموع شاخص‌های آماری نشانگر اثرگذاری بالا و با ثبات طرحواره درمانی هیجانی بر علائم خودمهارگری در هر ۶ مشارکت کننده است.

نتیجه گیری: نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که دانش آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله جویانه در حوزه راهبردهای خودمهارگری دچار مشکل هستند و طرحواره درمانی هیجانی به عنوان یک رویکرد درمانی نوین می‌تواند در توانمندسازی و کاهش مشکلات آنها تأثیرگذار باشد. می‌توان نتیجه گرفت طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای خودمهارگری در دانش آموزان با اختلال نافرمانی مقابله جویانه اثربخش است.

کلید واژه‌ها: اختلال نافرمانی مقابله جویانه، دانش آموزان، راهبردهای خودمهارگری، طرحواره درمانی هیجانی.

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران

۲. دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم اجتماعی و انسانی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران

۱. مقدمه

یکی از دلایل عمده ارجاع کودکان و نوجوانان به کلینیک‌های خدمات مشاوره و روانشناختی، اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه^۱ است (استینر و رمسینگ^۲، ۲۰۰۷). بسیاری از نوجوانان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه توانایی کنترل و مهار رفتارهای تکانشگری را ندارند و در حوزه راهبردهای خودمهارگری^۳ دارای ضعف هستند (سنگانی و همکاران، ۱۳۹۸). بر مبنای آخرین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش پنجم (DSM-5) اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه به صورت رفتارهای خصمانه، خلق‌وخوی عصبی تحریک‌پذیر، انتقام و کینه‌جویی به صورت طیفی خفیف تا شدید در کودکان و نوجوانان نمود پیدا می‌کند. به عبارت دیگر این اختلال به عنوان یک الگوی مکرر رفتار منفی‌گرایانه، رفتار خصمانه، نافرمانی و مقابله با مراجع قدرت تعریف شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). کنترل خود یا خودمهارگری عبارت است از مدیریت فرد بر رفتار و یادگیری خود. این اصطلاح معمولاً برای توانایی مهار رفتار تکانشگری از طریق مهار امیال آنی و فوری کوتاه‌مدت استفاده می‌شود (فرناندز و ریوز^۴، ۲۰۱۵؛ گیلومر، کاسکی و هیز^۵، ۲۰۰۳؛ فریز و هافمن^۶، ۲۰۰۹). یکی از درمان‌های مؤثر برای کار با کودکان و نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه طرحواره درمانی هیجانی^۷ می‌باشد. در چند سال اخیر رفتارهای پر آشوب و مخرب دانش‌آموزان توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب کرده است (چارلز^۸، ۲۰۰۸). رفتارهای مقابله‌جویانه، نافرمانی و پرخاشگری، از جمله برجسته‌ترین رفتارهای مخرب و مشکلات رفتاری هستند که عملکرد کودکان و نوجوانان را مختل می‌سازد (بوکر^۹ و همکاران، ۲۰۱۶؛ هرپرز^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۹). از طرف دیگر نگرانی حیطة بهداشت روان نوجوانان و تأثیر آن بر رشد و کارکردهای روانی و رفتاری و کارکردهای اجرایی موازی، با افزایش شیوع اختلالات روانی کودکان در چند دهه اخیر به‌طور چشم‌گیری افزایش یافته است (لین^{۱۱}، ۲۰۱۶؛ دوپلی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۹). در این میان اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه چالش بیشتری را برای درمانگران و محققین این حوزه ایجاد کرده است (کاوآناف^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۷؛ دوپلی و همکاران، ۲۰۱۹) و از شیوع بالاتری نیز برخوردار است به طوری که مطالعات جهانی شیوع آن را ۲ تا ۱۱ درصد ذکر کرده‌اند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^{۱۴}، ۲۰۱۳) و به عنوان سومین اختلال شایع روانی است که در میان کودکان و

1. Oppositional defiant disorder (ODD)
2. Steiner & Remsing
3. Self-control
4. Fernandez & Reeves
5. Gilmore, Cuskelly & Hayes
6. Friese & Hofmann
7. Emotional Schema Therapy (EST)
8. Charles
9. Booker
10. Herpers
11. Lin
12. Doyle
13. Cavanagh
14. American Psychiatric Association (APA)

نوجوانان دو تا شانزده سال بارها گزارش شده است (برامر و لی^۱، ۲۰۱۲). همچنین مطالعات داخلی نیز شیوع ODD در طول زندگی را ۳/۹ درصد گزارش کرده‌اند (محمدی و همکاران، ۱۳۹۸).

کودکان و نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه غالباً با بزرگسالان جروبحث می‌کنند، با همسالان و همکلاسی‌هایشان دچار مشکلاتی می‌شوند، زودرنج هستند و راهبردهای خودمهارگری ضعیف تری دارند (واحدی و همکاران، ۱۳۹۷؛ تامپسون^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). در واقع بسیاری از این افراد توانایی کنترل و مهار رفتارهای تکانشگری را ندارند و در حوزه راهبردهای خودمهارگری دارای ضعف هستند (سنگانی و همکاران، ۱۳۹۸).

مفهوم خودمهارگری در سال ۱۹۷۴ اولین بار توسط اشنایدر^۳ گسترش یافت، این سازه به این معنی است که یک شخص در شرایط خود تا چه حدی انعطاف‌پذیر و یا تا چه اندازه پایدار است (کاوشال و کوانتس^۴، ۲۰۰۶؛ کاپوتو، آیکو و آمو^۵، ۲۰۱۸). برترمز^۶ (۲۰۱۲) خودمهارگری را به‌عنوان یک توانایی به شمار آورده است و آن را ظرفیت طبیعت و سرشت افراد در نادیده گرفتن، توجه نکردن و یا تغییر دادن امیال و تمایلات در پاسخ به حالت غالب آنها تعریف می‌کند. روان‌شناسان از لحاظ روانی افرادی را بهنجار در نظر می‌گیرند که در مواجهه با مشکلات اجتماعی بین رفتارها و خودکنترلی تعادل کافی داشته باشند (کاوشال و کوانتس، ۲۰۰۶). قمری کدیور و قنبری‌پناه (۱۳۹۹) در مجموع سهم عوامل فردی و اجتماعی مثبت در مقایسه با عوامل فردی و اجتماعی منفی در تبیین متغیرهای خودکنترلی و گرایش‌های اجتماعی مطلوب را در دانش‌آموزان بیشتر می‌دانند.

علاوه بر مشکلات مذکور همگرایی نوجوانان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه در راستای نبود مهارت‌های خودکنترلی و بد تنظیمی هیجانی حاکی از آن است که این افراد معمولاً در مقابله با بزرگسالان از کلمات ناپسند و عصبانیت بهره می‌جویند و دست به سرزنش دیگران می‌زنند و مشکلاتشان طیفی گسترده از جامعه به صورت کلی، خانواده و همسالان به صورت جزئی‌تر را در برمی‌گیرد (بویلان و همکاران^۷، ۲۰۰۷) و در صورت عدم شناسایی و مداخلات درمانی می‌تواند اختلال سلوک^۸ را در اوایل بلوغ به همراه داشته باشد. همچنین نوجوانان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه این پتانسیل را دارند که در بزرگسالی به اختلال شخصیت ضداجتماعی^۹ و سوءمصرف مواد مبتلا شوند و دست به جرم و جنایت‌های متعددی بزنند که این مهم نیز هزینه سنگینی را متوجه جامعه می‌کند (وسلی‌هوفت^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۹). نتایج پژوهش‌های مختلف بیانگر این است که افراد با نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه، در زمینه مهارت

1. Brammer & Lee
2. Thompson
3. Schneider
4. Kaushal & Kwantes
5. Caputo, Ayoko & Amoo
6. Bertrams
7. Boylan
8. Conduct Disorder
9. Antisocial Personality Disorder
10. Wesselhoeft

های شناختی، اجتماعی و عاطفی مورد نیاز برای انجام تقاضا از بزرگ‌ترها دچار ضعف می‌باشند (کاتزمن^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین در زمینه پیشرفت تحصیلی، تمرکز، روابط بین‌فردی و کارکردهای اجرایی دارای مشکل می‌باشند که می‌تواند باعث عزت نفس پایین، تحمل پایین ناکامی، افسردگی و پرخاشگری گردد (لی^۲ و همکاران، ۲۰۱۸)؛ بنابراین شناسایی اولیه و ارائه برنامه‌های مداخله‌ای مناسب به منظور جلوگیری از آسیب‌های فردی، اقتصادی، تحصیلی، عاطفی و اجتماعی بسیار مؤثر است (ماتیس و لاچمن^۳، ۲۰۱۰).

طرحواره درمانی هیجانی سازه فراتشخیصی است که اخیراً در فرمول‌بندی و درمان آسیب‌های روانشناختی مطرح شده و به چگونگی مفهوم‌سازی، ادراک و راهبردهای پاسخ‌دهی افراد به عواطف خود اشاره دارد (سیلبرستین^۴، ۲۰۱۲). مدل طرحواره درمانی هیجانی شکل نوینی از درمان شناختی رفتاری است که لیهی با بهره گرفتن از نظریه‌های مختلف درمانی (از جمله نظریه‌های طرحواره درمانی یانگ، نظریه شناختی رفتاری بک، الگوی فراشناخت ولز و مدل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)، برای آسیب شناسی و درمان مشکلات هیجانی طراحی نموده است (لیهی، ۲۰۰۷). البته لیهی در جدیدترین نوشته‌های خود صریحاً ابراز می‌کند که مدل طرحواره درمانی هیجانی مفهوم طرحواره را از رویکرد پردازش اطلاعات^۵ اقتباس کرده است و آن را برای باورها در مورد هیجانات به کار می‌برد (لیهی، ۲۰۱۹). در الگوی طرحواره درمانی هیجانی، افراد از نظر تفسیر و ارزیابی‌هایی که از تجربه هیجانی خود به عمل می‌آورند با یکدیگر تفاوت داشته و احتمال دارد با استراتژی‌ها و راهبردهای گوناگون از جمله، اجتناب تجربی (مانند سرکوب کردن، گریز و اجتناب نمودن)، راهبردهای شناختی کم‌ثمر و یا بی‌ثمر (تکیه بیش از حد بر نشخوار و نگرانی)، حمایت اجتماعی (راهبردهای اعتباریابی انطباقی یا غیرانطباقی) و یا با استفاده از راهبردهای دیگر تلاش کنند با هیجان‌های خود مقابله کنند، در واقع این مدل به‌طور کلی بر موارد زیر تأکید می‌کند: چگونگی مفهوم‌بندی تجربه هیجانی افراد، انتظاراتی که دارند، چگونگی قضاوت افراد درباره هیجان‌های خود و نهایتاً اینکه چه راهبردهای رفتاری، درون‌فردی و بین‌فردی را در پاسخ به تجربه هیجانی خود به کار می‌گیرند (لیهی، تیرچ و ناپولیتانو^۶، ۲۰۱۱). در الگوی طرحواره درمانی هیجانی پیشنهاد می‌شود که فرد بتواند به‌جای استفاده از اجتناب و اندیشناکی یا نشخوار فکری از پذیرش، فعال‌سازی رفتاری و ایجاد روابط حمایتی معنادارتر در راستای مقابله با هیجان استفاده نماید (لیهی، ۲۰۱۵).

رویکرد طرحواره درمانی هیجانی در ایران نیز جدیداً در چند مطالعه اجرا شده است به‌عنوان مثال فرخزادیان، رضایی و صادقی (۱۳۹۷) در تحقیقی 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 حاکی از این است که این درمان ترکیبی توانسته است که اختلال اضطراب فراگیر را به‌طور

1. Katzmann
2. Li
3. Mattys & Louchman
4. Silberstein
5. Information Processing Approach
6. Leahy, Tirch & Napolitano

معناداری کاهش دهد. همچنین در مطالعه‌ای دیگر مرواریدی، مشهدی و شاملو (۱۳۹۸) در پژوهشی 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. تاشکه و همکاران (۱۳۹۹) نیز اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر مقبولیت اجتماعی و رفتار قلدری در نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه را بررسی کرده‌اند. نتایج آنها نشان داد که بین میانگین نمرات گروه آزمایشی در نمرات پس‌آزمون پذیرش اجتماعی و رفتار قلدری با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود داشت همچنین مداخله صورت گرفته باعث بهبود نمرات پذیرش اجتماعی و کاهش نمرات رفتار قلدری در گروه آزمایشی گردید. لذا با توجه به موارد مطرح شده تمرکز اصلی پژوهش حاضر پاسخ به این پرسش است که آیا طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای خودمهارگری دانش‌آموزان با اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه مؤثر است یا خیر؟

۲. مواد و روش

مطالعه حاضر، مطالعه تک آزمونی از نوع ABA با دوره پیگیری ۳۰ روزه (۱ ماهه) می‌باشد. در طرح ABA، طرح‌های تجربی (A) یعنی خط پایه یا مرحله بدون دستکاری و B مرحله درمان یا مداخله آزمایشی) درمان روی یک فرد انجام می‌شود تا مشخص گردد که روش مداخله تا چه اندازه مؤثر است. ABA محقق را قادر می‌سازد که دوره آزمایشی را قبل و بعد از اجرای این دوره مقایسه کند (دلاور، ۱۳۹۸).

۲-۱. جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش شامل دانش‌آموزان مدارس متوسطه اول شهرستان دالاهو با نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه و سابقه مراجعه به مراکز مشاوره مهر آموزش و پرورش شهرستان بود که در سال تحصیل ۱۳۹۹-۱۴۰۰ مشغول به تحصیل بودند. با روش نمونه‌گیری هدفمند و جهت اجرای فرایند نمونه‌گیری پرسشنامه اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه فرم والدین به‌عنوان آزمون غربالگری دانش‌آموزانی که حاضر به همکاری بودند، اجرا شد. سپس ۶ نفر از افرادی که نمره آنها در خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه یک انحراف معیار بالاتر از میانگین قرار گرفت انتخاب شدند.

ملاک‌های ورود عبارت بودند از: داشتن سن ۱۱ تا ۱۶ سال، وجود اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه بر اساس ملاک‌های پرسشنامه اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه و مصاحبه بالینی پژوهشگر بر اساس ملاک‌های آخرین ویرایش DSM-5 که عبارت است از: یک الگوی خلق خشمگین/ تحریک‌پذیر، رفتار جروبحث/ مقابله‌جویانه یا تلافی‌جویانه که بیشتر از ۶ ماه تداوم داشته باشد و حداقل دارای ۴ علامت از هر کدام از طبقه‌های زیر باشد و در رابطه با یک نفر غیر از خواهر و برادر فرد رخ می‌دهد.

خلق خشمگین / تحریک پذیر: (۱) اغلب مواقع سریع عصبانی می‌شود. (۲) اغلب مواقع زودرنج هستند و یا به راحتی دلخور می‌شود. (۳) اغلب اوقات خشمگین است یا به آسانی ناراحت می‌شود.

رفتار جروبحث / مقابله جویانه: (۱) اغلب اوقات با مراجع قدرت مباحثه و مجادله می‌کند، یا در مورد کودکان و نوجوانان با بزرگسالان جروبحث می‌کند. (۲) اکثر اوقات فعالانه مخالفت می‌ورزد یا از انجام خواست‌های مراجع قدرت یا عمل به قانون و قواعد سرباز می‌زند. (۳) اغلب به طور عمد باعث ناراحتی اطرافیان خود می‌شود. (۴) اغلب مواقع برای اشتباه‌ها یا بدرفتاری خود، اطرافیان را ملامت می‌کند.

کینه توزی: (۱) در ۶ ماه گذشته، حداقل دو بار کینه‌توزی یا تلافی‌جویی مرتکب شده باشد. (۲) اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه در رفتار، در محیط اجتماعی همیشگی او مانند خانواده، گروه همسالان و همکاران همراه با ناراحتی در فرد یا اطرافیان است، همین‌طور اثر بسیار منفی بر روی کارکردهای شغلی، اجتماعی، تحصیلی یا دیگر ابعاد مهم حوزه کارکردی دارد. (۳) این رفتارها فقط در طول یک اختلال روان‌پریشی، مصرف مواد، افسردگی یا دوقطبی اتفاق نمی‌افتد. همچنین دربرگیرنده ملاک‌های اختلال بدتنظیمی خلقی ایذایی نمی‌باشد، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی مرتبط با اختلال و توانایی حضور در ۱۰ جلسه درمانی و ملاک‌های خروج عبارت بودند از: عدم رضایت والدین و یا آزمودنی به ادامه درمان.

۲-۲. ابزارهای پژوهش

مصاحبه بالینی برای تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه: مصاحبه‌ای محقق ساخته (آیا در چند ماه اخیر برای موردی قصد انتقام داشته‌اید؟ در چند ماه اخیر عمداً باعث ناراحتی کسی شده‌اید؟ در چند ماه اخیر حس کرده‌اید که اولیای مدرسه شما را مجبور به انجام کاری خلاف میل‌تان کرده‌اند؟ و ...) بر اساس علائم و نشانه‌ها اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه بر مبنای DSM-5 طراحی می‌شود. علائم این اختلال عبارت‌اند از: فعالانه در پیروی از اغلب درخواست‌ها یا مقررات مراجع قدرت سرپیچی می‌کند، با اعمالش به‌طور عمدی دیگران را اذیت می‌کند، نسبت به دیگران خشمگین یا بی‌میل است، اغلب جروبحث می‌کند، دیگران را به خاطر اشتباهات خودشان سرزنش می‌کند، مکرراً از کوره درمی‌رود، کینه‌توز و به دنبال انتقام است، زودرنج است و به آسانی دلخور می‌شود. این الگوهای رفتاری باعث افت کارکرد مدرسه و/ یا دیگر مکان‌های اجتماعی می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۱ (ODDRS): این مقیاس توسط هومرسن^۲ و همکاران (۲۰۰۶)، برای تشخیص کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای ساخته شده است و دارای ۱۶ گویه می‌باشد که در یک مقیاس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (از ۰ اصلاً تا ۳ خیلی زیاد) به ارزیابی نظر پاسخگویان می‌پردازد. ۸ ماده از آن مربوط به والدین و ۸ ماده مربوط به معلمین است. در هر یک از فرم‌های والد و معلم کمترین نمره ۰ و بیشترین نمره ۲۴ می‌باشد. هرچه نمره فرد بیشتر باشد شدت اختلال بیشتر است. به علت غیرحضور بودن مدارس و محدودیت دسترسی مستمر به معلمین در این پژوهش از فرم والدین

1. Oppositional Defiant Disorder Rating Scale (ODDRS)

2. Hommersen

استفاده شد. سازندگان مقیاس ضریب پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضریب پایایی آن را به روش بازآزمایی ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند (به نقل از داوودی و همکاران، ۱۳۹۷). ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس توسط فرامرزی و همکاران (۱۳۹۱) احراز شده است. ضریب پایایی به روش بازآزمایی ۰/۹۴ بسیار مطلوب گزارش شده است (به نقل از داوودی و همکاران، ۱۳۹۷).

مقیاس خودمهارگری^۱ (SCS): پرسشنامه فرم کوتاه خودمهارگری توسط تانجی، بامیستر و بوون^۲ (۲۰۰۴)، به منظور ارزیابی میزان خودمهارگری افراد به‌عنوان یک صفت ساخته شد. فرم اصلی آزمون دارای ۳۶ عبارت است، پس از آن تانجی و همکاران فرم کوتاه خودمهارگری را نیز ارائه کردند. فرم کوتاه دارای ۱۳ عبارت است و یک نمره کلی به دست می‌دهد. این آزمون در مقیاس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از ۱ همیشه در مورد من صدق می‌کند تا ۵ به‌هیچ‌وجه در مورد من صدق نمی‌کند) می‌باشد. تانجی و همکاران (۲۰۰۴) به‌منظور هنجاریابی مقیاس خودکنترلی، فرم کوتاه‌شده آن را روی دو نمونه مجزا اجرا کردند که ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در دو گروه ۰/۸۳ و ۰/۸۵ به‌دست آمد. در پژوهش‌های داخلی نیز روایی و پایایی این مقیاس تأیید شده است. به‌عنوان مثال در پژوهش سلیمانی، حشمتی و عبدالله‌زاده (۱۳۹۷)، پایایی این پرسشنامه از طریق سنجش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ و مطلوب گزارش شده است.

۲-۳. روش اجرای پژوهش

در روش اجرای طرح پیش از مداخله، خط پایه در سه مرحله با استفاده از مقیاس اختلال نافرمانی مقابله‌ای (فرم والدین) سنجیده و از والدین خواسته شد آن را تکمیل کنند. والدین این پرسشنامه را از ابتدای خط پایه تا انتهای مرحله پیگیری تکمیل کردند. هر یک از آزمودنی‌ها بعد از تکمیل خط پایه در ۱۰ جلسه انفرادی (هر هفته ۱ جلسه) و هر جلسه ۴۵ دقیقه در طی ۱۰ هفته طرحواره درمانی هیجانی را دریافت نمودند و پس از آن، هر آزمودنی به اندازه مراحل مربوط به درمان و پیگیری را تکمیل کرد.

جدول ۱. محتوای جلسات طرحواره درمانی هیجانی (تاشکه و همکاران، ۱۳۹۹)

جلسات	هدف	محتوای جلسات
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 طرحواره های هیجانی و به چالش کشیدن هیجانات	مرور تکالیف خانگی، بحث مجدد در مورد هیجانات دردناک و چالش‌های آنها، تبیین و پرداختن به

1. Self-Control Scale (SCS)

2. Tangney, Baumeister, & Boone

طرحواره‌های هیجانی، کشف و به چالش کشیدن هیجان‌ها		
پرداختن به طرحواره‌های هیجانی شناسایی شده در شرکت کننده، چالش‌های کلامی در مورد هیجان‌ها شرکت کننده	شناسایی طرحواره‌های هیجانی شرکت کننده و بحث درباره آن	جلسه چهارم
ارائه تمرین موقتی بودن هیجان‌ها، طراحی آزمایش رفتاری، ارائه فهرست فعالیت برای آزمایش باور موقتی بودن هیجان‌ها	شناسایی عدم خودمهارگری هیجانی شرکت کننده	جلسه پنجم
مرور تکالیف، کمک به شرکت کننده جهت پذیرش هیجان‌ها خود، ارائه تکلیف تکنیک ذهن آگاهی گسلیده	پذیرش و آگاهی محیطی به هیجان‌ها	جلسه ششم
شروع مواجهه‌سازی آرام و تجسمی، سنجش طرحواره‌های هیجانی مداخله کننده با هیجان‌ها ناشی از عدم خودمهارگری و بحث درباره آنها	مواجهه‌سازی با طرحواره‌های هیجانی مداخله کننده	جلسه هفتم
شناسایی هیجان‌ها تکانشگرانه، شروع تمرین نوشتن داستان در مورد هیجان‌ها، پرداختن به طرحواره‌های هیجانی موجود در داستان‌ها، ارائه تکلیف برای نوشتن داستان‌های بیشتر	شناسایی هیجان‌ها تکانشگرانه و نوشتن داستان در مورد هیجان‌ها	جلسه هشتم
بحث درباره هیجان‌ها تکانشگرانه و مواجهه با این هیجان‌ها، بحث در مورد طرحواره‌های هیجانی، درخواست از شرکت کننده برای نوشتن خلاصه درمان	ادامه شناسایی هیجان‌ها تکانشگرانه و مواجهه با آنها	جلسه نهم
بررسی تکالیف گذشته، بحث در مورد پذیرش هیجان‌ها، بحث در مورد تغییراتی که در هیجان‌ها آنها قبل و بعد از درمان رخ داده، تعهد به انجام تمرینات، مرور جلسات قبلی و خاتمه جلسات.	بررسی تغییرات هیجانی شرکت کننده، مرور کلی و خاتمه جلسات.	جلسه دهم

۴-۲. اخلاق در پژوهش

شرکت در این پژوهش برای تمامی مشارکت‌کنندگان با رضایت آگاهانه همراه بود و برای اطمینان از اصول اخلاقی پژوهش، صداقت، امانت‌داری و رازداری در مورد ماهیت پژوهش اطلاعات لازم به مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر داده شد. بر طبق مصوبه شورای اخلاق دانشگاه کردستان از مشارکت‌کنندگان و والدین آنها رضایت‌نامه کتبی اخذ شد و با آگاهی و رضایت کامل حاضر به شرکت در جلسات درمانی شدند.

۳. یافته‌های پژوهش

در این بخش در جدول شماره ۲، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پژوهش شامل جنسیت، سن، مقطع تحصیلی و معدل مشارکت‌کنندگان به تفکیک ارائه شده است.

جدول ۲. اطلاعات جمعیت‌شناختی

مشارکت‌کننده	جنسیت	سن	مقطع تحصیلی	معدل
نفر اول	پسر	۱۴	هشتم	۱۵/۷۵
نفر دوم	پسر	۱۵	نهم	۱۴
نفر سوم	پسر	۱۵	نهم	۱۳/۲۵
نفر چهارم	پسر	۱۶	نهم	۱۶
نفر پنجم	پسر	۱۴	هشتم	۱۵/۵۰
نفر ششم	پسر	۱۵	نهم	۱۲/۷۵

علاوه بر تحلیل چشمی بر اساس نمودارهای تحلیل روند ABA، برای تحلیل آماری بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای خودمهارگری دانش‌آموزان با اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه از شاخص‌های d کوهن^۱، درصد داده‌های ناهمپوش^۲ PND، درصد همه داده‌های ناهمپوش^۳ PAND، درصد داده‌های افزون بر میانه^۴ PEM و شاخص تغییر پایا^۵ 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.

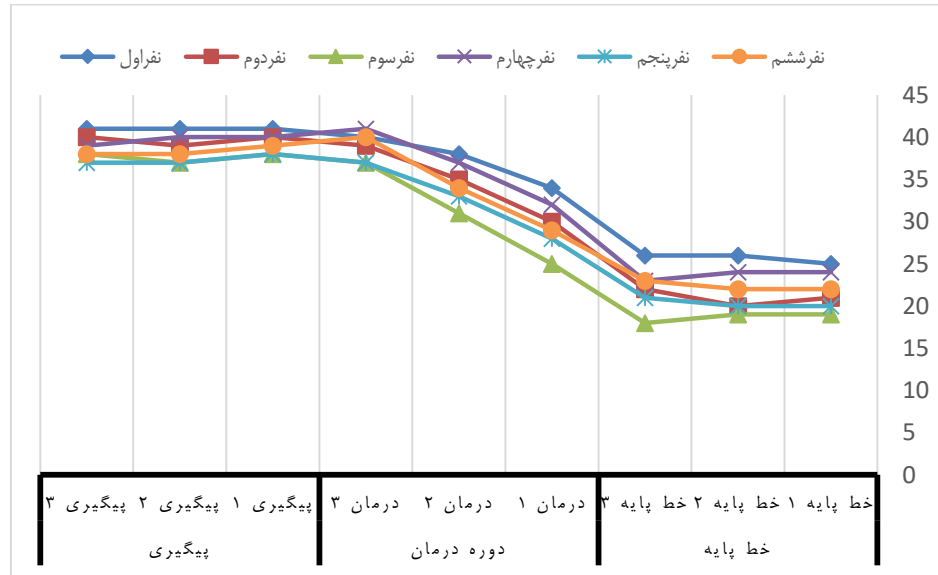
جدول ۳. سیر نمرات آزمودنی‌ها از خط پایه تا پیگیری

مرحله/آزمودنی	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی چهارم	آزمودنی پنجم	آزمودنی ششم
خط پایه ۱	۲۵	۲۱	۱۹	۲۴	۲۰	۲۲
خط پایه ۲	۲۶	۲۰	۱۹	۲۴	۲۰	۲۲
خط پایه ۳	۲۶	۲۲	۱۸	۲۳	۲۱	۲۳
درمان ۱	۳۴	۳۰	۲۵	۳۲	۲۸	۲۹
درمان ۲	۳۸	۳۵	۳۱	۳۷	۳۳	۳۴
درمان ۳	۴۰	۳۹	۳۷	۴۱	۳۷	۴۰
پیگیری ۱	۴۱	۴۰	۳۸	۴۰	۳۸	۳۹
پیگیری ۲	۴۱	۳۹	۳۷	۴۰	۳۷	۳۸
پیگیری ۳	۴۱	۴۰	۳۸	۳۹	۳۷	۳۸

۱۰۰ درصد شرکت‌کنندگان پسر و با سابقه 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. ۳۴ درصد از

1. Cohen's d
2. Percentage of Non-overlapping Data (PND)
3. Percentage of all Non-overlapping Data (PAND)
4. Percentage of Data Exceeding the Median (PEM)
5. Reliable Change Index (RCI)

شرکت کنندگان از لحاظ تحصیلی در وضعیت ضعیف، ۴۹ درصد در وضعیت متوسط و ۱۷ درصد در وضعیت بالاتر از متوسط قرار دارند.



نمودار ۱: سیر نمرات مشارکت کنندگان در مقیاس خودمهارگری

نمودار ۱ نتایج تحلیل روند ABA، بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر علائم خودمهارگری را در ۶ مشارکت کننده نشان می‌دهد. سیر صعودی نمرات از شروع خط پایه تا طول جلسات درمان به خوبی نمایانگر تأثیر طرحواره درمانی هیجانی بر علائم خودمهارگری در مشارکت کنندگان است. این روند با شبیهی ملایم‌تر و گاهی با افت نامحسوس در دوره پیگیری نیز قابل مشاهده است. همچنین بر اساس نتایج تحلیل‌های آماری، مقادیر d کوهن در بازه ۰,۴۱ تا ۰,۸۰ قرار دارد و نشانگر اثرگذاری متوسط رو به بالاست. شاخص‌های PEM، PND و PAND همه ۱ به دست آمده و مقدار مطلق RCI در تمام موارد بیشتر از ۱ است. نتایج تحلیل روند ABA و مجموع شاخص‌های آماری نشانگر اثرگذاری بالا و با ثبات طرحواره درمانی هیجانی بر علائم خودمهارگری در هر ۶ مشارکت کننده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای خودمهارگری در دانش‌آموزان با اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه انجام شده است. یافته‌های حاصل از پژوهش (نمودار شماره ۱) نشان می‌دهد که نمرات آزمودنی‌ها در مؤلفه خودمهارگری در دوره‌های درمان ۱، ۲ و ۳ روندی صعودی داشته و در دوره‌های پیگیری ۱، ۲ و ۳ نیز این روند ثابت بوده است. این یافته بدین معناست که طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای خودمهارگری دانش‌آموزان با اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه مؤثر و ماندگار

است. این یافته با نتایج پژوهش مرواریدی، مشهدی، شاملو و لیهی (۲۰۱۹) که نشان دادند طرحواره درمانی هیجانی در کاهش راهبردهای ناسازگار و افزایش راهبردهای سازگار افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر است همسو می‌باشد. از دیگر پژوهش‌های همسو با این یافته می‌توان به پژوهش‌های لیهی (۲۰۱۸)، معصومی‌تبار، افشاری‌نیا، امیری، حسینی و همکاران (۱۳۹۹) و جیانگ، لی، دو و فان (۲۰۱۶) اشاره نمود. یکی از ویژگی‌های اصلی نوجوانان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه خودمهارگری ضعیف آنان می‌باشد که به مفهوم توانایی تغییر پاسخ‌های درونی، متناسب با شرایط و همچنین تشخیص و نظم‌دهی هیجانات، عواطف و امیال است که مشخصه نخست آن اعمال اراده، خودتنظیمی و توانایی به تعویق انداختن پاداش و لذت است (تانجی، بامیستر و بوون، ۲۰۰۴). در مداخله طرحواره درمانی هیجانی و بر مبنای مفهوم‌بندی موردی، راهبردهای خودمهارگری همیشگی استفاده شده توسط مراجع کشف و شناسایی می‌شود و این اصل به وی منتقل می‌گردد که راهبردهای او ناکارآمد و ناسازگار بوده و در بلندمدت موجب تشدید مشکل وی می‌شود. در نتیجه در طول فرایند درمان و از طریق فضاسازی هیجانی شرایطی ایجاد می‌شود که به مراجع کمک کند تا ضمن گسترش ظرفیت روانی و تقویت مهارت‌های حل مسئله، راهبردهای خودمهارگری خود را نیز بهبود بخشد. در طول جلسات مداخله از طریق کشف طرحواره‌های هیجانی مؤثر در خودمهارگری ضعیف شرکت‌کنندگان و بحث و گفتگو درباره آنها به شناسایی هیجانات تکانشگرانه و مشکل‌ساز پرداخته شد و با به‌کارگیری تکنیک‌هایی مانند؛ نوشتن داستان در مورد هیجانات و مواجهه‌سازی تجسمی، توانایی شرکت‌کنندگان خودمهارگری هیجانات افزایش یافت. یکی از تأکیدهای اصلی طرحواره درمانی هیجانی حضور و مشارکت فعال مراجع در فرایند شناسایی طرحواره‌های هیجانی ناکارآمد و تجربه مستقیم هیجانات مشکل‌ساز می‌باشد. در نتیجه هر چه مراجع مشتاق‌تر و فعال‌تر باشد تغییرات مثبت زیادی نیز تجربه خواهد نمود؛ و همچنین مؤید این فرضیه است که با تقویت مشارکت فعال می‌توان تا قسمت زیادی تأثیرات محیط خانوادگی تنش‌زا و ناامن را کنترل نمود و اثرات آن را کاهش داد.

در خودمهارگری افراد به وسیله خود، رفتار خود را کنترل می‌کنند یعنی با تقویت اراده برای رسیدن به اهداف بلندمدت در مقابل وسوسه‌های کوتاه‌مدت مقاومت می‌کنند. خودمهارگری با حیطه‌های مختلفی مانند رژیم غذایی، اعتیاد، خشم، جنایت، استعمال الکل و دخانیات، روابط میان فردی، عملکرد تحصیلی و ... در ارتباط است (دوک‌ورث، تکسر، اسکری-وینکلر، گالا و گراس، ۲۰۱۹). خودمهارگری از این بابت عاملی در جهت رشد و پیشرفت فردی محسوب می‌شود که دارای مؤلفه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری است که باعث می‌شود فرد در جهت دستیابی به اهداف خود در راستای افزایش هیجانات مثبت تلاش کند (پاک‌منش و جاودان، ۱۳۹۸). همچنین در پژوهش افضلی، سلطانقلی و رحیمی (۱۴۰۰) بر این باورند خودکنترلی می‌تواند درگیری تحصیلی را افزایش دهد.

با مقایسه خطوط پایه با دوره‌های درمان و همچنین دوره‌های پیگیری در هر ۶ شرکت‌کننده در خودمهارگری مشاهده می‌شود که روند تغییرات شرکت‌کننده‌ها هم در طول دوره درمان و هم در خطوط

پیگیری مشابه یکدیگر هستند و تمام شرکت کنندگان تغییرات مثبتی را در طول درمان تجربه کرده‌اند و مداخله انجام گرفته نیز در همه آنها ثابت داشته است؛ اما با مقایسه شاخص‌های مربوط به شرکت کنندگان مشاهده می‌شود که بیشترین بهبودی متعلق به شرکت کنندگان ۱ و ۲ می‌باشد و سایر شرکت کنندگان روند تقریباً مشابهی را طی کرده‌اند. در طول جلسات مداخله از طریق کشف طرحواره‌های هیجانی مؤثر در خودمهارگری ضعیف شرکت کنندگان و بحث و گفتگو درباره آنها به شناسایی هیجانات تکانشگرانه و مشکل ساز پرداخته شد و با به‌کارگیری تکنیک‌هایی مانند؛ نوشتن داستان در مورد هیجانات و مواجهه‌سازی تجسمی، توانایی شرکت کنندگان خودمهارگری هیجانات افزایش داده شد. شرکت کنندگان ۱ و ۲ در این قسمت به علت تلاش و درگیر شدن در فرایند مداخله و مشارکت فعال‌تر در این مؤلفه بیشتر از سایر شرکت کنندگان از مداخله صورت گرفته بهره‌مند شده‌اند. چرا که یکی از تأکیدهای اصلی طرحواره درمانی هیجانی حضور و مشارکت فعال مراجع در فرایند شناسایی طرحواره‌های هیجانی ناکارآمد و تجربه مستقیم هیجانات مشکل ساز می‌باشد. در نتیجه هر چه مراجع مشتاق‌تر و فعال‌تر باشد تغییرات مثبت زیادی نیز تجربه خواهد نمود؛ و همچنین مؤید این فرضیه است که با تقویت مشارکت فعال می‌توان تا قسمت زیادی تأثیرات محیط خانوادگی و اجتماعی تنش‌زا و ناامن را کنترل نمود و اثرات آن را کاهش داد. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که مداخله انجام گرفته در تمام ۶ مشارکت‌کننده، دارای اثرگذاری بالا و باثبات می‌باشد. مجموع شاخص‌های آماری نشانگر اثرگذاری بالا و باثبات طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای خودمهارگری در دانش‌آموزان با اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه در هر ۶ مشارکت‌کننده است.

این پژوهش نیز همانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی مواجه بود از جمله اینکه پژوهش با روش مطالعه موردی و تنها در دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه اول شهرستان دالاهو انجام گرفت، به علت محدود بودن تعداد نمونه و جنسیت جامعه هدف در تعمیم یافته‌های پژوهش به جوامع آماری گسترده‌تر باید احتیاط نمود. از سوی دیگر چون ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه‌های خود گزارشی بودند لذا احتمال سوگیری در پاسخ آزمودنی‌ها وجود دارد؛ و در نهایت انجام پژوهش و طی روند برگزاری جلسات درمانی به علت شیوع ویروس کرونا با محدودیت‌هایی همراه بود که با رعایت تمام نکات بهداشت محیطی و فردی جلسات به‌صورت حضوری برگزار و به پایان رسید.

پیشنهادات کاربردی

۱. به درمانگران حوزه کودک و نوجوان پیشنهاد می‌شود که از طرحواره درمانی هیجانی به‌عنوان یک مداخله کاربردی و اثربخش در رابطه با کودکان و نوجوانان با مشکلات هیجانی و خودکنترلی استفاده نمایند.
۲. توصیه می‌شود که آموزش و پرورش و والدین کودکان نوجوانان دارای اختلالات روانشناختی از جمله؛ اختلال نافرمانی مقابله‌ای نگرش سنتی خود نسبت به مشکلات رفتاری و هیجانی فرزند خود را اصلاح نموده و در راستای درمان آنها یافته‌های این پژوهش را راهنمای اقدامات خود قرار دهند.

۳. برگزاری کارگاه‌های آموزشی در راستای ارتقای آگاهی در مورد هیجانات کودکان و نوجوانان و شیوه‌ها و تعاملات والد-فرزندی برای خانواده‌ها.
۴. تهیه بسته آموزشی-درمانی رویکرد طرحواره درمانی هیجانی برای خانواده‌ها به منظور مواجهه کارآمد با مشکلات هیجانی کودکان و نوجوانان، برای خانواده‌ها و معلمان.

سپاسگزاری

در پایان از اساتید گرانقدرم و تمامی کسانی که به نحوی در انجام این پژوهش یاریگر من بودند از جمله مشارکت‌کنندگان، مدیریت و کارکنان اداره آموزش و پرورش شهرستان دالاهو و ... تشکر نموده و موفقیت همه آنها را از خداوند متعال خواهانم.

منابع

- Afzali, A., Soltangholi, F., & Rahimi, G. (2021). Predicting Academic Engagement Based on Problem Solving Styles, Self-Control, and Emotional Expression among University Students. *Biquarterly Journal of Cognitive Strategies in Learning*, 9(17), 107-121. doi: 10.22084/j.psychogy.2021.22665.2224 [In Persian]
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Bertrams, A. (2012). How minimal grade goals and self-control capacity interact in predicting test grades. *Learning and Individual Differences*, 22(6), 833-838. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2012.07.003> Get rights and content
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0323-3>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s00787-007-0624-1>
- Caputo, A., Ayoko, O. B., & Amoo, N. (2018). The moderating role of cultural intelligence in the relationship between cultural orientations and conflict management styles. *Journal of Business Research*, 89(7), 10-20. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2018.03.042> Get rights and content
- 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. <https://doi.org/10.1177/1087054713520221>
- Charles, C. (2008). *Building classroom discipline (9 ed.)*. New York, Pearson Education, Inc.
- 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(3), 91-100. doi:10.22075/jcp.2019.14646.1423
- Delavar, A. (2019). *Educational and psychological research*. Tehran: virayesh.
- Doyle, L. R., Glass, L., Wozniak, J. R., Kable, J. A., Riley, E. P., Coles, C. D., ... & 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. <https://doi.org/10.1111/acer.14036>
- Duckworth, A. L., Taxer, J. L., Eskreis-Winkler, L., Galla, B. M. & Gross, J. J. (2019). Self-Control and Academic Achievement. *Annual Review of Psychology*, 70(1), 373-399. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-103230>
- 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. *Journal of Psychological Studies*, 14(3), 81-96. doi:10.22051/psy.2018.20825.1665

- Fernandez, F., & Reeves, R. H. (2015). *Assessing cognitive improvement in people with down syndrome: important considerations for drug-efficacy trials*. In *Cognitive Enhancement* (pp. 335-380). Springer, Cham. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-16522-6-12>
- Friese, M., & Hofmann, W. (2009). Control me or I will control you: Impulses, trait self-control, and the guidance of behavior. *Journal of Research in Personality*, 43(5), 795-805. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2009.07.004> [Get rights and content](#)
- Ghamari, S., Kadivar, P., & Ghanbaripناه, A. (2021). Predicting desirable social tendencies and self-control based on social support and mood characteristics: Mediation role of self-efficacy in emotion regulation and emotional-social competence. *Biquarterly Journal of Cognitive Strategies in Learning*, 9(16), 35-56. [doi:10.22084/j.psychogy.2020.22082.2180](https://doi.org/10.22084/j.psychogy.2020.22082.2180) [In Persian]
- Gilmore, L., Cuskelly, M., & Hayes, A. (2003). Self-regulatory behaviors in children with Down syndrome and typically developing children measured using the Goodman Lock Box. *Research in developmental Disabilities*, 24(2), 95-108. [https://doi.org/10.1016/S0891-4222\(03\)00012-X](https://doi.org/10.1016/S0891-4222(03)00012-X) [Get rights and content](#)
- Herpers, P. C., Bakker-Huvenaars, M. J., Greven, C. U., Wieggers, E. C., Nijhof, K. S., Baanders, A. N., ... & 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. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01282-z>
- 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/10.1177/1063426606014002020>
- 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), 277-287. [doi:10.4306/pi.2016.13.3.277](https://doi.org/10.4306/pi.2016.13.3.277)
- 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. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1425559>
- Kaushal, R., & Kwantes, C. T. (2006). The role of culture and personality in choice of conflict management strategy. *International Journal of Intercultural Relations*, 30(5), 579-603. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2006.01.001> [Get rights and content](#)
- Leahy, R. L. (2007). Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(1), 36-45. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.08.001> [Get rights and content](#)
- Leahy, R. L. (2016). Emotional Schema Therapy: A Meta-experiential Model. *Australian Psychologist*, 51(2), 82-88. <https://doi.org/10.1111/ap.12142>
- Leahy, R. (2015). *Emotional schema therapy*, New York: The Guilford Press.

- Leahy, R. L. (2019). Introduction: Emotional Schemas and Emotional Schema Therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(1), 1-4. <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0038-5>
- Leahy, R. L., Tirsch, D., & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0359-5>
- 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. <https://doi.org/10.1038/pr.2016.111>
- Masumi, T. Z., Afshariniya, K., Amiri, H., Hosseini, S. A. (2021). The effectiveness of emotional schema therapy on emotional regulation problems and marital satisfaction of maladaptive women of the first decade of life. *Journal of Psychological Science*, 19(95), 1497-1506. URL: <http://psychologicalscience.ir/article-1-732-fa.html> [In Persian]
- Matthys, W., & Lochman, J. E. (2010). *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- 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. https://jtbcp.riau.ac.ir/article_1481_en.html [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. <http://journal.num.ac.ir/article-1-624-fa.html> [In Persian]
- Morvaridi, M., Mashhadi, A., Shamloo, Z., Leahy, R. (2019). The effectiveness of group emotional schema therapy on emotional regulation and social anxiety symptoms. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(1), 16-24. <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0037-6>
- Pakmanesh, N., & Javdan, M. (2020). Predicting Academic Performance through Self-Control, Autonomy, and Self-awareness in Secondary School Students Bandar Abbas. *Biquarterly Journal of Cognitive Strategies in Learning*, 8(14), 37-55. [doi:10.22084/j.psychogy.2020.20757.2084](https://doi.org/10.22084/j.psychogy.2020.20757.2084) [In Persian]
- Sangani, A., Jangi, P., Azizi, L., & Ramak, N. (2019). The mediating role of Self-Controlled and conflict parents-child in relationship between Psychological Neural Function with Oppositional Defiant Disorder in Deaf Children. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 7(5), 10-18. URL: <http://ijpn.ir/article-1-1352-fa.html>
- Soleimani, E., Heshmati, R., Abadollahzadeh, A. (2018). The Effectiveness of Social-cognitive Problem Solving Group Training on Impulsiveness and Self-control in Bullying Students. *Journal of Modern Psychological Researches*, 13(50), 111-136. [Doi:10.22173/1350.6.6](https://doi.org/10.22173/1350.6.6) [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. <https://doi.org/10.1521/ijct.2012.5.4.406>
- Steiner, H., & Remsing, L. (2017). 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. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000246060.62706.af> [Get rights and content](#)
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72(2), 271-324. <https://doi.org/10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x>
- 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. [Doi: 10.29252/hrjbaq.4.2.88](https://doi.org/10.29252/hrjbaq.4.2.88) [In Persian]
- Thompson, K. C., Stoll, K. A., Paz, C., & Wright, S. (2017). *Oppositional Defiant Disorder*. In *Handbook of DSM-5 Disorders in Children and Adolescents* (pp. 483-497). Springer, Cham.
- Vahedi, Sh., MirNasab, M. M., Fathi Azar, E., & Damghani Mirmahaleh, M. (2018). The Effect of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Executive Functioning and Social Emotional Learning in Students with Oppositional Defiant Disorder. *Journal of Child Mental Health*; 5(2), 47-58. URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-322-fa.html> [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. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1199-8>