

اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی بر بی‌حسی هیجانی (کرختی) و ساده‌انگاری هیجانی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی

Effectiveness of Schema-Based Group Therapy Emotional Therapy on Emotional Anesthesia (Numbness) and Emotional Simplification in Mothers of Mentally Retarded Children

Safura Keyvanlo

M.S Clinical Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Behzad Malehmir*

M.S Clinical Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

behzadpsycho4@gmail.com

Maryam Ezati babi

PhD Student, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Mohammad Narimani

Professor, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

صفورا کیوانلو

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

بهزاد ماله میر (نویسنده مسئول)

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

مریم عزتی بابی

دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، ایران.

محمد نریمانی

استاد گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

Abstract

Today, mothers of mentally retarded children have many emotional problems. Therefore, the aim of this study was the effectiveness of group therapy, schema-based therapy, emotional therapy on emotional anesthesia, and emotional simplification of mothers of mentally retarded children. This was a pre-test-post-test experimental study with a control group. The statistical population of the study was all mothers with mentally retarded children less than 15 years old, Ardabil city in the spring of 1399. By referring to Ardabil Welfare Office, 4 centers and schools were selected from rehabilitation centers and exceptional schools by multi-stage cluster sampling method, and 40 families of children with mental disabilities were selected by sample method. Select simple random sampling in accordance with the criteria for research and willingness to participate in treatment from the welfare center of Ardabil city and place the mothers of the family in two groups of random assignment, experimental ($n = 20$) and control ($n = 20$). they got. The experimental group received 10 sessions of group emotional therapy regimen but the control group did not. Members of both groups responded to the Leahy Emotional Schemas Scale (2002) before and after treatment. Analysis of covariance was used to analyze the data. The results showed that the effectiveness of the therapeutic schema based on emotional therapy is significant with emotional anesthesia ($P < 0.01$) and emotional simplification ($P < 0.01$). other results of this cure resulted in a significant reduction in scores of emotional numbness and emotional numbness in mothers of low - power - power children studied in the experiment group compared to the control group. in general, the results of this research show that emotional disorders can be considered as an effective remedy for modifying many of the emotional schemas of mothers of low power.

Keywords: Scheme of emotional therapy, emotional anesthesia, emotional simplification, mental retardation.

چکیده

امروزه مادران کودکان کم‌توان ذهنی دارای مشکلات هیجانی بسیاری هستند. بنابراین هدف از پژوهش حاضر اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی بر بی‌حسی هیجانی و ساده‌انگاری هیجانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی بود. این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیه مادران دارای کم‌توان ذهنی کمتر از پانزده سال، شهرستان اردبیل در بهار سال ۱۳۹۹ بود. با مراجعه به اداره بهزیستی شهر اردبیل از بین مراکز توانبخشی و مدارس استثنایی به روش نمونه‌گیری خوشای خانواده‌های مرحله، ۴ مرکز و مدرسه انتخاب شد و تعداد ۴۰ نفر از خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال کم‌توان ذهنی را به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و همخوان با ملاک- های ورودی پژوهش و متمایل به شرکت در درمان از مرکز بهزیستی شهرستان اردبیل انتخاب کرده و مادران خانواده به صورت گمارش تصادفی در دو گروه، آزمایش ($n=20$) و کنترل ($n=20$) قرار گرفتند. گروه آزمایش، ۱۰ جلسه، طرحواره درمانی هیجانی گروهی را دریافت کرده اما گروه کنترل دریافت نداشتند. اعضاً دو گروه به مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیهی (۲۰۰۲) قبل و پس از درمان پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج نشان داد که اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی بر بی‌حسی هیجانی ($P < 0.01$) و ساده‌انگاری هیجانی ($P < 0.01$) معنی دار است. به عبارت دیگر این درمان باعث کاهش معنادار در نمرات متغیرهای بی‌حسی هیجانی و ساده‌انگاری هیجانی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی مورد مطالعه در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد. به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی می‌تواند به عنوان یک درمان موثر در اصلاح بسیاری از طرحواره‌های هیجانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی مورد توجه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی هیجانی، بی‌حسی هیجانی، ساده‌انگاری هیجانی، کم‌توانی ذهنی.

مقدمه

کم‌توانی ذهنی^۱ یا ناتوانی هوشی با شرایطی یکسان و به یک میزان و با علتهای مشابه و آثار همانند، در همه افراد کم‌توان ذهنی مشاهده نمی‌گردد (هلاهان، کافمن، پولن و بادار، ۲۰۲۰). نخستین بار، انجمن عقب‌ماندگی‌ذهنی آمریکا در سال ۱۹۶۱ از واژه عقب‌ماندگی‌ذهنی آستفاده نمود. در واقع، عقب‌ماندگی‌ذهنی جایگزین واژه‌هایی مانند سیک مغز، کودن، احمق، کانا، کالیو و نابهنجاری ذهنی گردید (عاشوری و یزدانی‌پور، ۱۳۹۷). در سال ۲۰۰۷، انجمن عقب‌ماندگی‌ذهنی آمریکا به انجمن ناتوانی هوشی و تحولی آمریکا تغییر نام پیدا کرد و برای نخستین بار در همان سال، واژه ناتوانی هوشی یا کم‌توانی ذهنی را به جای عقب‌ماندگی‌ذهنی به کار بردند و کم‌توانی ذهنی در گروه اختلال‌های هوشی تحولی قرار گرفت. در حال حاضر، واژه عقب‌ماندگی‌ذهنی منسخ گردیده و همه مراکز علمی واژه کم‌توانی ذهنی را تأیید می‌نمایند (عاشوری و جلیل‌آبکار، ۲۰۱۶). کم‌توانی ذهنی به محدودیت‌های اساسی در کارکرد هوشی (هوش‌پر ۷۵ تا ۷۰ یا کمتر) و رفتار سازشی که به صورت مهارت‌های سازشی مفهومی، اجتماعی و عملی در دوره تحول (قبل از ۱۸ سالگی) محسوب می‌شود (انجمن روانپژوهی آمریکا، ۲۰۱۳). دیدگاه سیستمی و خانواده درمانی در تعیین میزان آسیب‌شناسی خانواده بر این نکته تاکید می‌کنند که خانواده به عنوان یک واحد تعاملی، از اعضای خود تأثیر می‌گیرد. به طوری که تعاملات درون خانواده یکی از عوامل تعیین‌کننده سلامت روانی می‌باشد. روابط درون خانواده چنانچه به نحوی باشد که منتج به اضطراب برای افراد گروه گردد، امنیت روانی افراد را به خطر می‌اندازد و این خود می‌تواند سرمنشاء بسیاری از مشکلات روانی، رفتاری و شخصیتی آن‌ها گردد. با این نگرش اختلال یک عضو خانواده بر کارکردهای مختلف تمام اعضاء تأثیرگذار می‌باشد (سید‌اسماعیلی قمی، کاظمی و پژشک، ۱۳۹۴). افراد در این سیستم به طور پیوسته در تلاش برای رسیدن به تعادل تکامل پیدا می‌کنند. در این میان تولد یک کودک با ناتوانی‌های رشدی موجب بروز مشکلی جدی در حفظ این تعادل شده و خانواده را به سمت تجربه مشکلات مربوط به آن سوق می‌دهد (کندال و مریک، ۲۰۱۵). تولد کودک کم‌توان ذهنی اغلب به عنوان شوک شدیدی در خانواده تلقی می‌شود و در شرایط معمول زندگی اختلال ایجاد می‌کند (قاسمی‌پور و روشن، ۱۳۹۸). مطالعات نشان داده است که وجود کودک با محدودیت عملکردی و وابستگی طولانی، نیازمند مراقبت ویژه است و تمام نیروی مادر را بر خود متمرکز می‌کند. مادر نمی‌تواند به ابعاد دیگر زندگی رسیدگی کند و سلامت مادر و خانواده به خطر می‌افتد (بذرافشان و حجتی، ۱۳۹۸). والدین و به خصوص مادران این کودکان با مشکلات متعدد و شرایط دشواری روبرو هستند (الهورانی، حasan و بتینه، ۲۰۱۷). در مورد این مسئله می‌توان اذعان داشت که درمان‌های مرتبط با تنظیم هیجان با کمک به شناسایی هیجان‌های مثبت و منفی، آموختن راهبردهای پذیرش هیجان‌های مثبت و منفی، اصلاح باورهای نادرست در خصوص هیجان‌ها و آموزش باورهای صحیح در مورد زندگی و آینده و غیره، زمینه را برای شناسایی، ثبات و مدیریت عواطف و هیجانات مادران دارای فرزند معلول فراهم ساخته و در نتیجه منجر به کاهش عواطف منفی آنان می‌گردد؛ چرا که گلیدن، بلینگ و جاب^۲ (۲۰۱۶)، در پژوهش خود نشان دادند مادران کودکان کم‌توان ذهنی نمره بیشتری را در روان‌نگوری (مانند خشم و ترس و افسردگی و به طور کلی عواطف منفی) نسبت به مادران کودکان طبیعی داشتند که نشان می‌دهد آن‌ها ثبات هیجانی کمتری نسبت به مادران کودکان طبیعی دارند. طرحواره درمانی هیجانی شکل جدیدی از درمان شناختی رفتاری است که لیهی با اقتباس از نظریه شناختی بک، طرحواره درمانی یانگ، الگو فراشناختی ولز و رویدادهای مبتنی بر پذیرش برای درمان مشکلات هیجانی تدوین نمود (لیهی، ۲۰۰۲^۳). طرحواره درمانی هیجانی یک الگوی اجتماعی-شناختی از هیجان و نظم جویی هیجانی است زیرا از نگاه لیهی هیجان‌ها هم یک پدیده فردی و هم اجتماعی می‌باشند که توسط خود فرد و دیگران مورد تفسیر قرار می‌گیرند و تغییرات این تفاسیر (تفسیر خود فرد و دیگران) باعث تغییر در شدت و نارسا نظم جویی هیجانی می‌شود. طبق

¹ Mental disability

² Hallahan, Kauffman, Pullen & Badar

³ Mental retardation

⁴ Kandel&Merrick

⁵ AlHorany, Younis & Bataineh

⁶ Glidden, Billings & Jobe

⁷ Leahy

این الگو، نفاوت های موجود بین افراد از نظر تفاسیر، ارزیابی ها، میل به اقدام و راهبردهای رفتاری مربوط به هیجان های آنان، طرحواره های هیجانی نامیده می شود (لیهی، ۲۰۱۵).

در این الگو، در زمان تجربه یک هیجان ناخوشایند، این راهبردها و فرایندهای تفسیر به کار گرفته می شوند. اولین گام در هنگام ظهور یک هیجان، توجه کردن به آن هیجان است که هم می تواند شامل توجه و هم برچسب زدن به هیجان ها باشد. دومین گام در الگو لیهی اجتناب شناختی و هیجانی از هیجان است (لیهی، ۲۰۱۸). این اجتناب می تواند هم به صورت طبیعی و هم به صورت بیمارگونه مصرف مواد مخدر، نشخوار فکری و نگرانی، پرخوری رخ دهد. این تفاسیر و راهبردها یا همان طرحواره های هیجانی، موانعی برای درمان شناختی رفتاری هستند، چون مواجهه طولانی در تضاد با نظریه فرد در این باره است که اضطراب چگونه مدیریت می شود (لیهی، ۲۰۰۷). لیهی برای طرحواره های هیجانی ۱۴ بعد را در نظر می گیرد که این ابعاد راهبردهای مقابله و تفاسیر گوناگون مربوط به هیجان ها را توصیف می کنند و بر اساس مقیاس طرحواره های هیجانی لیهی استوار هستند. این ابعاد چهارده گانه عبارت اند از : اعتباربخشی هیجانی، درک هیجانی، احساس گناه، دیدگاه ساده انگارانه درباره هیجان، ارزش های برتر، کنترل، کرختی، نیاز به خردگرا بودن، دوام، همگانی بودن هیجان، پذیرش احساس ها، نشخوار فکری، ابراز و سرزنش (لیهی، ۲۰۱۵). برخی از افراد در تجربه کردن هیجان های خود چار مشکل می باشند. آنها اغلب ادعا می نمایند که احساس کرختی، نداشتن احساس یا احساس جدایی از واقعیت می باشد (لیهی، ۲۰۱۵). در نظریه های متمرکز بر هیجان، کرختی به عنوان نوعی بازداری هیجانی در مقابل اضطراب در نظر گرفتند. همچنین می توان کرختی را نوعی دفاع شناختی در برابر عواطف شدید قلمداد کرد که مانع پردازش هیجانی می گردد (لیهی، ۲۰۰۲). در الگوی طرحواره درمانی هیجانی، این حالت نوعی اجتناب هیجانی می باشد که هرگونه فرایند هیجانی را مهار می سازد. اگر افراد در مقابل هیجان های خود پاسخ کرختی را ارائه می دهند و هیجان خود را تجربه نکنند نمی توانند بیاموزند که هیجان ها قابل تحمل باشند، بر آن ها غلبه نخواهند کرد، خارج از ظرفیت آن ها نمی باشد و تا ابد به طول نمی انجامند. بنابراین باورهای منفی فرد درباره هیجان تداوم پیدا می کند (لیهی، ۲۰۱۵). در پژوهش لیهی (۲۰۰۲) نتایج نشان داد که میان کرختی با اضطراب و افسردگی رابطه ای وجود ندارد. اما کرختی با اعتباریابی اندک، تأکید زیاد بر عقلانی بودن، کنترل کمتر و سرزنش کردن دیگران رابطه دارد. همچنین می توان گفت ساده انگاری هیجانی اشاره به توانایی فرد در مورد پژوهش هیجان های متناقض و پیچیده دارد. بسیاری از نظریه پردازان در حوزه آسیب شناسی روانی در تبیین اختلالات روانی، نقش و جایگاه متفاوتی را برای هیجان ها قائل شده اند. امروزه گذشته از مدل های التقاطی، بسیاری از نظریات شناختی نیز به نقش پرنگ هیجان ها در تحول و تداوم اختلالات روانی پی برده اند، به طوری که بسیاری از آن ها هیجان ها را همتر از شناختها در ایجاد اختلالات روانی می دانند و به سمت مدل های شناختی هیجانی حرکت کرده اند (لیهی، ۲۰۱۵). هسته ای مرکزی درمان در این پژوهش آموزش راهبردهای طرحواره های هیجانی مبتنی بر تنظیم هیجان است که در نظریه ای طرحواره درمانی هیجانی لیهی به آن اشاره شده است؛ با توجه به نقش هیجان و مدیریت آن در خانواده هایی که دارای کودک مبتلا به اختلال هستند، بررسی علمی تأثیر این درمان در طرحواره های هیجانی بی حسی هیجانی و ساده انگاری هیجانی مادران کودکان مبتلا به اختلال کم توانی ذهنی ضروری است. بنابراین هدف از پژوهش حاضر اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی بر طرحواره های هیجانی ناسازگار بی حسی هیجانی و ساده انگاری هیجانی در مادران کودکان کم توان ذهنی می باشد.

روش

پژوهش حاضر بر اساس هدف کاربردی و از نوع تحقیق نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه مادران کودکان کم توان ذهنی کمتر از پانزده سال، شهرستان اردبیل در بهار سال ۱۳۹۹ تشکیل می دادند. که از این تعداد، ۴۰ نفر از خانواده های کودکان مبتلا به اختلال کم توان ذهنی را به روش نمونه گیری تصادفی ساده و همخوان با ملاک های ورودی پژوهش و متمایل به شرکت در درمان از مرکز بهزیستی شهرستان اردبیل انتخاب کرده و مادران خانواده را به صورت گمارش تصادفی دردو گروه، آزمایش ($n=20$) و کنترل ($n=20$) قرار گرفتند. ملاک های ورود به پژوهش حاضر شامل: داشتن حداقل یک فرزند مبتلا به اختلال کم توان ذهنی برای گروه مادران کودکان کم توان ذهنی بر طبق ملاک های تشخیصی راهنمای آماری و تشخیصی بیماری های روانی انجمن روانپزشکی آمریکا، برخورداری از سطح تحصیلات حداقل دیپلم، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال،

اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی بر بی‌حسی هیجانی (کرختی) و ساده‌انگاری هیجانی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی
Effectiveness of Schema-Based Group Therapy Emotional Therapy (Numbness) ...

رضایت و موافقت برای حضور در پژوهش و معیارهای خروج از مطالعه شامل، داشتن بیش از یک فرزند مبتلا به اختلال کم‌توان ذهنی، عدم رضایت و همکاری در پژوهش و استفاده از درمان‌های روانشناختی یا دارو درمانی برای مشکلات روحی در شش ماه گذشته و داشتن بیماری جسمی و سوء مصرف مواد می‌باشد. سپس روش طرحواره درمانی هیجانی طی ۱۰ جلسه ۲ ساعته بر روی گروه آزمایش احرا گردید و لی گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفته و مداخله‌ای دریافت نکرد. و در پایان اعصابی دو گروه به پرسشنامه‌ها مجدداً پاسخ دادند و داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در جدول ۱ پرتوکل درمانی طرحواره‌های هیجانی توضیح داده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه طرحواره درمانی هیجانی لیهی¹ (LESS): مقیاس طرحواره درمانی هیجانی لیهی، توسط لیهی در سال ۲۰۰۲ و به منظور شفاف‌سازی باورها و راهبردهای افراد در مقابل هیجانات و طرحواره‌های هیجانی آن‌ها معرفی شده است. در این مقیاس افراد دیدگاه خود را درباره ۵۰ عبارت و در یک مقیاس ۶ گزینه‌ای بین ۱ (کاملاً نادرست) تا ۶ (کاملاً درست) ابراز می‌دارند. اعتباربخشی هیجانی، درک هیجانی، احساس گناه، ساده‌انگاری هیجانی، پیگیری ارزش‌های بالاتر، کنترل بی‌حسی هیجانی، نیاز به منطق گرایی، تداوم هیجانی، همگانی بودن هیجانات، پذیرش هیجانات، نشخوار ذهنی، ابراز هیجانی و سرزنش دیگران، طرحواره‌های هیجانی مورد ارزیابی در این مقیاس می‌باشد. هر یک از این ابعاد بین ۲ تا ۷ عبارت را در خود گنجانده است. سؤالات ۱۶، ۱۶، ۱۰، ۵، ۴۹، ۳۳، ۲۵، ۷، ۲۷، ۴۴، ۳، ۲۹، ۲، ۱۹، ۳، ۲۹، ۲۰، ۵۰، ۱، ۲۸، ۹، ۳۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. از آن جا که برخی از ابعاد طرحواره‌های ناسازگار و برخی طرحواره‌های سازگار را می‌سنجد لذا نمره‌کلی وجود ندارد و نمرات هر بعد جداگانه محاسبه می‌شود (لیهی، ۲۰۰۲). در مطالعه‌ای که بر روی ۱۲۸۶ شرکت‌کننده بر روی فرم اصلی این مقیاس انجام شد، همسانی درونی بالایی به میزان ۸۰/۰ گزارش شده است (لیهی، ۲۰۱۱). همچنین در مطالعه‌ای دیگر آلفای کرونباخ آن ۰/۸۶ و ضریب اعتبار و نیمه آن برابر با ۰/۷۰ گزارش شده است (باردن، فرگوس و اورکت، ۲۰۱۲). در پژوهش خانزاده، ادریسی، محمدخانی و سعیدیان در سال ۱۳۹۲ همبستگی هر گویه را با نمره کل زیر مقیاس مربوط به آن بین ۰/۵۲ تا ۰/۹۲ و همبستگی هر گویه با نمره کل مقیاس را بین ۰/۱۲ تا ۰/۵۲ به دست آورده‌اند. پایابی این مقیاس از طریق روش بازآزمایی در فاصله دو هفته باری کل مقیاس ۰/۷۸ و برای زیر مقیاس‌ها در دامنه بین ۰/۵۶ تا ۰/۷۱ است (خانزاده و همکاران، ۱۳۹۲). همچنین، از پرسشنامه جمعیت شناسی (ضمیمه شده به پرسشنامه‌ها) جهت سنجش متغیرهای جمعیت شناختی نظری سن مادر و کودک، میزان تحصیلات مادر، جنسیت کودک، تنها در مرحله پیش آزمون، استفاده گردید.

جدول ۱: پکیج موضوعات و محتوای طرحواره درمانی هیجانی

مراحل	موضوعات	محتوای مداخله
۱	سنجهش	آنالیز درمانگر با اعضای گروه و اعضا با یکدیگر، توضیح هر یک از اعضا در مورد هدف از شرکت در گروه، سنجش خط پایه اول، امضای قرارداد رفتاری شرکت در پژوهش، تعیین زمان حضور برای شرکت در درمان
۲	ارزیابی اولیه میزان متغیرها	تبیین متغیر براساس الگوی طرحواره‌های هیجانی، شناسایی طرحواره‌های هیجانی دردرساز، ارائه نظریه‌ای درباره هیجان، ارائه الگویی از هیجان به آزمودنی‌ها جهت افزایش درک و فهم اعضا از هیجان، بیان منطق و مراحل مداخله، تمرين توجه آگاهی انصالی، تکلیف منزل: توجه آگاهی انصالی
۳	بررسی تکلیف منزل، اعتباریابی هیجانی	بررسی مقاومت در برابر اعتباریابی و مفهوم آن، شناسایی خاستگاه‌های مختلف طرحواره‌های هیجانی، اعتبار زاد، شناسایی پاسخ‌های مشکل‌زا به اعتبارزدایی، ابداع راهبردهای انطباقی برای سازش با اعتبارزدایی، تکلیف منزل: اعتبار بخشی دلسویانه به خویشتن و توجه آگاهی انصالی به هیجان.
۴	بررسی تکلیف منزل، اعتباریابی هیجانی و چالش	برچسب زنی و افتراق هیجان‌ها از یکدیگر، بهنجار سازی تجربه هیجانی، افزایش تحمل احساسات مختلف، استعاره انسان کامل، تکلیف منزل: ثبت مزایا و معایب این ل و به که هیجان‌های من غیر طبیعی هستند و بررسی اینکه آیا افراد دیگری نیز این هیجان تنها با تجربه می‌کنند همراه با توجه

¹ Leahy Emotional Schema Therapy Scale

² Bardeen, Fergus & Orcutt

در درساز.	آگاهی انفصلی به هیجان.
۵	بررسی تکلیف منزل، چالش با طرحواره‌های هیجانی
در درساز	افزایش قدرت پذیرش احساسات، استعاره مهمنان، آموزش گذرا بودن هیجان، تمایز سرن هیجان و اقدام، تجربه کردن هیجان به صورت موج، آزمایش رفتاری پیش‌بینی عاطفی. ذهن منزل: مشاهده و توصیف هیجان.
۶	بررسی تکلیف منزل، پذیرش بنیادین احساسات
۷	افزایش قدرت پذیرش احساسات، اقدام متضاد و همچوشی زدایی، اتخاذ موضعی به دور از قضاوی برای هیجان، انجام آزمایش رفتاری جهت آزمودن باورهای هیجانی غلط، تمدن نامه نگاری دلسوزانه، تکلیف منزل: اقدام متضاد و نامه نگاری دلسوزانه
۸	بررسی تکلیف منزل، تقویت پردازش هیجانی
۹	تقویت آگاهی هیجانی، القای هیجان، فضاسازی هیجانی، بررسی هیجان به عنوان هدف، تکلیف منزل: در جستجوی هیجان‌های مثبت و ثبت افکار هوشمند به لحاظ هیجانی.
۱۰	بررسی تکلیف منزل، رنجش سودمند و بازسازی شناختی
۱۱	بالا رفتن از نزدبان مفاهیم برتر، نقص کامیابی، شناسایی افکار خود آیند، تمایز افکار از احساسات، فن پیکان رو به پایین، فاجعه زدایی، تکلیف منزل: دسته بندی افکار منفی
۱۲	بررسی تکلیف منزل، بازسازی شناختی
۱۳	فن و کیل مدافع، بررسی شواهد افکار منفی، بررسی معایب و مزایای افکار منفی فن درجه بندی میزان هیجان و میزان باور به یک فکر، تکلیف منزل: بررسی معایب و مزایای افکار منفی.
۱۴	جمع بندی و ارزیابی
۱۵	ارزیابی میزان نیل به اهداف اعضا. آماده کردن اعضا برای پایان درمان. کمک به تداوم آموخته‌های جدید از طریق بررسی موافع و مشکلات احتمالی در این مسیر و تلاش برای رفع یا کاهش آن‌ها. دریافت بازخورد از اعضا راجع به کمیت، کیفیت و اثر بخشی جلسات درمانی. اجرای پس آزمون.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر تعداد ۴۰ نفر از مادران کودکان دارای اختلال کم‌توانی ذهنی در ۲ گروه ۲۰ نفری (آزمایش و کنترل) مورد مطالعه قرار گرفتند. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای بی‌حسی هیجانی و ساده‌انگاری هیجانی در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیر بی‌حسی هیجانی . ساده‌انگاری هیجانی

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	میانگین	انحراف معیار
بی‌حسی هیجانی	کنترل	۷/۳۰	۱/۴۹	۷/۲۲	۱/۴۹
مداخله	مداخله	۸/۲۵	۱/۵۸	۳/۶۵	۰/۹۹
ساده‌انگاری هیجانی	کنترل	۱۷/۲۰	۲/۱۹	۱۷/۲۵	۲/۲۲
مداخله	مداخله	۳۱/۶۰	۱۰/۷۰	۶/۷۵	۱/۴۵

نتایج یافته‌ها نشان داد که میانگین و انحراف معیار سنی مادران در دو گروه آزمایش و کنترل ($۳۴/۷ \pm ۶۱/۲۷$) و ($۳۱/۳ \pm ۲۴/۹۱$) می‌باشد. همچنین میانگین و انحراف استاندارد متغیر بی‌حسی هیجانی در گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون ($۷/۱ \pm ۳۰/۴۹$) و در مرحله پس‌آزمون ($۷/۱ \pm ۲۰/۴۹$) است و در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون ($۸/۱ \pm ۲۵/۵۸$) و در مرحله پس‌آزمون ($۳۰ \pm ۶۵/۹۹$) است. همچنین میانگین و انحراف معیار ساده‌انگاری هیجانی در گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون ($۱۷/۲ \pm ۲۰/۱۹$) و در مرحله پس‌آزمون ($۱۷/۲ \pm ۲۵/۲۲$) است و در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون ($۳۱/۱۰ \pm ۶۰/۷۰$) و در مرحله پس‌آزمون ($۶/۱ \pm ۷۵/۴۵$) می‌باشد. برای بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی بر بی‌حسی هیجانی و ساده‌انگاری هیجانی از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. پیش از اجرای تحلیل بهمنظور مقایسه‌ی دو گروه در مرحله پس‌آزمون با کنترل اثر پیش‌آزمون، پیش فرض‌های مربوطه مورد بررسی قرار گرفت.

اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی بر بی حسی هیجانی (کرختی) و ساده‌انگاری هیجانی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی
Effectiveness of Schema-Based Group Therapy Emotional Therapy (Numbness) ...

جدول ۳: نتایج آزمون لوبن برای بررسی واریانس‌های خطای خطا در پس آزمون بی حسی هیجانی و ساده‌انگاری هیجانی

متغیرها	F آماره	درجه آزادی بین گروهی	درجه آزادی درون گروهی	معناداری
بی حسی هیجانی	۱/۲۲	۱	۳۸	۰/۱۲
ساده‌انگاری هیجانی	۲/۴۸	۱	۳۸	۰/۲۷

چنانچه در جدول ۳ مشاهده می‌شود به منظور ارزیابی مفروضه یکسانی واریانس‌های خطای خطا، از آزمون لوبن استفاده شد. با توجه به مقدار F و عدم معناداری آزمون لون (۰.۵). $P>$ پیش فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است و می‌توان از تحلیل واریانس استفاده کرد. به منظور بررسی یکسانی ماتریس کوواریانس از آزمون M باکس استفاده شد. نتایج نشان داد که مفروضه یکسانی کوواریانس برقرار است ($P=0.39, F=1.04$).

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به میانگین نمرات متغیرهای بی حسی هیجانی و ساده انگاری هیجانی

متغیرها	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	سطح	اندازه اثر	معناداری
بی حسی	پیش آزمون	۲۴/۵۰۶	۱	۲۴/۵۰	۲۵/۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰
هیجانی	گروه	۱۵۶/۲۰۹	۱	۱۵۶/۲۰	۱۰۹/۴۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱
ساده انگاری	پیش آزمون	۷۸/۴۹	۱	۷۸/۴۹	۲۸/۶۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳
هیجانی	گروه	۹۲۸/۰۲	۱	۹۲۸/۰۲	۳۳۹/۱۱	۰/۰۰۰۱	۰/۹۰

بنابراین تحلیل کوواریانس چند متغیره انجام شد و نتایج آن نشان داد که تفاوت معناداری در ترکیب خطی مولفه‌ها وجود دارد. ($P<0.0001, F=65/96$) (لامبای ویکلز)، به منظور مقایسه گروههای آزمایش و کنترل در تک تک متغیرهای وابسته از آزمون کوواریانس تک متغیره استفاده شد. در جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای متغیرهای بی حسی هیجانی و ساده انگاری هیجانی در پس آزمون به تفکیک گروههای آزمایش و کنترل ارائه شده است. نتایج نشان داد که در متغیرهای پژوهش بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. به علاوه بخش عمده‌ای از واریانس تغییرات در بی حسی هیجانی ($0/81$) و ساده‌انگاری هیجانی ($0/90$) در پس آزمون به تأثیر گروه درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی مربوط می‌شود. همچنین می‌توان گفت پس از تعديل نمرات پیش آزمون، تفاوت معناداری از نظر میزان بی حسی هیجانی ($F=339/11, P<0.01$) (و ساده‌انگاری هیجانی ($F=159/49, P<0.01$)) بین گروه آزمایش و کنترل مشاهده شد. به عبارتی دیگر، گروه درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی به شیوه گروهی باعث کاهش بی حسی هیجانی و ساده‌انگاری هیجانی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی شده است. در واقع این روش درمانی در افراد مورد مطالعه در گروه مداخله را در مقایسه با گروه کنترل کاهش داده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی بر بی حسی هیجانی ناسازگار بود. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی کاهش معناداری در طرحواره‌های هیجانی ناسازگار در مادران کودکان کم‌توان ذهنی داشته است. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های لیهی (۲۰۰۲، ۲۰۰۷ و ۲۰۱۵)، دانشمندی، ایزدی خواه، کاظمی و مهرابی (۱۳۹۲)، رضایی و رضایی (۱۳۹۳)، نادری، مرادی، حسنی و نوحی (۱۳۹۴)، رضایی، رضایی و غضنفری (۱۳۹۵)، امام‌زمانی، مشهدی و سپهری شاملو (۱۳۹۵)، عابدی، آهوان، دوستیان، اعظمی و حسینی (۱۳۹۶)، حساس، مشهدی، سپهری و فیاضی (۱۳۹۶)، مرواریدی (۱۳۹۷)، شاهمرادی، خالقی‌پور و مسجدی (۱۳۹۷) مبنی بر اثربخشی درمان گروهی طرحواره‌های هیجانی در کاهش کاربرد طرحواره‌های هیجانی ناکارآمد همخوان است و به عبارت دیگر این درمان می‌تواند در کاهش طرحواره‌های هیجانی منفی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی مورد استفاده قرار گیرد. در تبیین این یافته که از پژوهش بدست آمد می‌توان گفت، هدف اصلی طرحواره‌های هیجانی، شناسایی و

اصلاح باورهای افراد مختلف در مورد هیجاناتشان می‌باشد. در راستای این هدف، ابتدا اعضاً گروه آزمایش با پاسخ‌دهی به مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیبیه، به درمانگر در جهت شناسایی طرحواره‌های خود کمک کردند. سپس در جلسات درمانی، با معرفی رویکرد طرحواره درمانی هیجانی و توضیح و شناساندن هر یک از طرحواره‌ها توسط درمانگر، اعضا به بحث و گفتگو درباره طرحواره‌های ایشان پرداختند و باز دیگر به درمانگر در جهت پیدا کردن طرحواره‌های هیجانی خود، یاری رساندند. برای اصلاح این طرحواره می‌توان از تکنیک و روش‌هایی برای کاهش بازداری هیجانی و افزایش پردازش هیجانی استفاده نمود. در صورتی که فرد بتواند هیجان خود را تجربه نماید و نتایج تجربه هیجان را مشاهده بکند و متوجه گردد که در صورت تجربه هیجان، اتفاق ناگواری برای وی نمی‌افتد کرختی به عنوان راهبرد بازداری هیجانی کاهش پیدا می‌کند. همچنین در صورتی که فنون نظم‌جویی هیجانی به فرد آموزش و یاد داده شود، فرد می‌تواند در هنگام بروز هیجان از آن‌ها استفاده نماید و تجربه هیجان برای وی تسهیل گردد. همچنین با اصلاح طرحواره‌های هیجانی اعتباریابی، کنترل، دوام، اتفاق نظر و پذیرش نیز می‌توان به بهبود این طرحواره کمک می‌نماید (لیبیه، ۲۰۱۵).

همچنین برای اصلاح طرحواره هیجانی ساده‌انگاری می‌توان در ابتدا به شناسایی و چالش با تحریف‌های شناختی زیربنای عدم تحمل دوسوگیری پرداخت. به عنوان مثال کمال‌گرایی و داشتن تفکر همه یا هیچ، یکی از دلایل عدم تحمل تردید و احساس‌های مختلط می‌باشد. برای به چالش کشیدن تفکر همه یا هیچ (این گزینه یا کاملاً مثبت است یا کاملاً منفی) درمانگر می‌تواند بپرسد: آیا تصمیم‌هایی وجود دارند که سیاه یا سفید نباشند؟ کاهش دادن این تفکر دو وجهی درباره شخصیت یا هیجانات یک فرد، عنصر کلیدی در افزایش پذیرش، کاهش نشخواهکری و افزایش انعطاف‌پذیری می‌باشد برای به چالش کشیدن تحریف‌شناختی برچسب زدن (این گزینه‌ای غیرقابل پذیرش می‌باشد) نیز درمانگر می‌تواند بپرسد: آیا امکان دارد انتخاب‌های خوب و بد وجود نداشته باشند و گزینه‌ها در محدوده‌ای میان خوب و بد باشند؟ همچنین برای بررسی و اصلاح تحریف‌شناختی کوچک شمردن نکات مثبت، درمانگر می‌تواند همراه با بررسی سود زیان کوچک شمردن این نکات، بپرسد: چه نکات مثبتی وجود دارند؟ اگر آن‌ها را نادیده بگیرید چه سودی و چه زیانی دارد؟ در رابطه با تحریف‌شناختی فیلتر منفی نیز این سؤال‌ها مفید می‌باشند: آیا گزینه‌ای وجود دارد که نکات منفی نداشته باشد؟ اگر مدام بر نکات منفی تمرکز کنید چه سود و زیانی می‌رساند؟ برای به چالش کشیدن تحریف‌شناختی فاجعه‌انگاری تصمیم نادرست نیز درمانگر می‌تواند بپرسد: اگر این گزینه را انتخاب بکنی، چه شواهدی موجود است که این انتخاب در درس‌ساز می‌گردد؟ برای بحث درباره تحریف‌شناختی استدلال هیجانی افراد فکر می‌نمایند چون مرد می‌باشند باید انتخاب بدی داشته باشند (درمانگر می‌تواند بپرسد: آیا می‌تواند استدلال شما تنها بر اساس هیجان تان باشد و نپذیرید که یک انتخاب لزوماً شامل احساس‌های مثبت و منفی نیز می‌باشد؟). در نهایت درمانگر در رابطه با استفاده از بایدها (من باید با انتخاب کاملاً خوشحال باشم)، می‌تواند بپرسد: چه شواهدی وجود دارد که این رویکرد در زندگی واقع گرایانه و عملی می‌باشد؟ یکی از روش‌های اصلاح این طرحواره این می‌باشد که درمانگر با مشارکت بیمار به بررسی سود و ضرر‌های عدم تحمل احساس‌های مختلط بپردازند. احساس‌های مختلط را می‌توان بیانگر پیچیده، صادق، آگاه و غنی از تجربه قلمداد کرد و پیشنهاد کنده که هیچ گزینه کاملاً در جهان وجود ندارد. برخی از افراد معتقد می‌باشند که داشتن طیفی از احساس‌ها به معنای تناقض احساس‌ها می‌باشد. بنابراین، می‌توان عبارت‌هایی همچون طیف احساس‌ها یا هیجانات یا غنی بودن احساس‌ها را جایگزین عبارت متناقض نمود. روش دیگر عادی‌سازی تردید و احساس‌های مختلط در زندگی دیگران می‌باشد. برخی بیماران بر این باور می‌باشند که دیگران عدم قطعیت را در زندگی تجربه نمی‌نمایند. احساس‌های مختلط فرستی برای رشد و بالندگی بیشتر به افراد می‌داد. به عنوان مثال، وقتی نسبت به فرد دیگری احساس‌های مختلط دارد، به جای کاهش دادن این احساس‌های مختلط به یک احساس واحد، می‌تواند وارد چالش گردد. این چالش وی را نیازمند استفاده از روش‌هایی می‌داند مثل: پذیرش، در نظر گرفتن این امکان که فرد می‌تواند ظرفیت تحمل خود را افزایش بدهد، برخی از سوگیری‌های نظری خود را تغییر بدهد و دیدگاه‌های دیگری کسب نماید (لیبیه، ۲۰۱۵). جهت اصلاح این طرحواره همانند مطالعه شاهمندی و همکاران (۱۳۹۷) ابتدا به صورت آموزش روانی، به مادران گروه توضیح داده شد که داشتن احساسات و هیجانات شفاف و یک سویه، غیرواقع‌بینانه می‌باشد؛ چرا که موقعیت‌ها و اطرافیان در زندگی تغییر می‌کنند و میزان ثبات صفات‌های انسانی کم می‌باشد. بنابراین اگر از خود توقع داشته باشیم که همیشه یک نوع هیجان را نسبت به یک فرد و یا موقعیت تجربه نماییم، انتظار نادرستی می‌باشد. همچنین داشتن احساسات مختلط، بیانگر هوش و ذکاوت می‌باشد؛ چرا که نشانگر این است که ما درباره آن فرد یا موضوع، چیزهای زیادی را می‌دانیم. سرانجام می‌توان گفت که انسان موجودی پیچیده می‌باشد و احساسات و هیجانات پیچیده و مختلط نشان‌دهنده پیچیدگی ذات انسان است. علاوه بر این در تمثیل نقاشی، هنگامی که مادران گروه آزمایش نقاشی رنگارنگ را به نقاشی ساده، ترجیح دادند، درمانگر توضیح داد

اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی بر بی‌حسی هیجانی (کرختی) و ساده‌انگاری هیجانی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی
Effectiveness of Schema-Based Group Therapy Emotional Therapy (Numbness) ...

که همانند نقاشی رنگارنگ که زیباتر می‌باشد، زندگی که غنی از احساسات گوناگون و تجربه‌های مختلف باشد، زیباتر و معناپذیرتر می‌باشد. در مقابل، زندگی تکراری با احساسات و تجربه‌های یکسان و یکنواخت، مثل نقاشی ساده، غنی و ارزشمند نمی‌باشد. بعضی از مادران گروه فکر می‌کردند که داشتن چند احساس در کنار هم مذموم می‌باشد. مثلاً یکی از مادران از اینکه دو احساس متناقض عشق و خشم را نسبت به فرزندش تجربه می‌کرد، احساس شرم و گناه داشت و خود را سرزنش می‌نمود. مادری دیگر، وجود احساسات مختلف را نشانه اشتباه در زمان بارداری خود می‌دانست. این مادران برای کاهش تردید و دودلی خود و یافتن قطعیت، از روش ناکارآمد نشخوار فکری استفاده می‌نمودند؛ اما با ارائه آموزش‌ها به این باور و توانایی رسیدند که داشتن احساسات مختلف و پیچیده، نامطلوب نیست و کاملاً طبیعی می‌باشد. همچنین، از دو تکنیک بررسی مزايا و معایب تجربیاتی که مادران نسبت به آن‌ها چندین احساس مختلف را دارند، برای اصطلاح این طرحواره استفاده گردید.

با توجه به نتایج به دست آمده مبنی بر تاثیر معنادار طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش میزان بی‌حسی هیجانی و ساده‌انگاری هیجانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی، می‌توان بیان نمود که این درمان از قابلیت‌های عملی خوبی برای مداخلات بالینی در خصوص کاهش میزان انواع طرحواره‌های هیجانی ناسازگار برخوردار است. از عدمه محدودیت‌های این پژوهش عدم کنترل ویژگی‌های شخصیتی و هیجانی، سطح تحصیلات و موقعیت‌های اجتماعی و فرهنگی نمونه مورد بررسی بود. همچنین شدت اختلال کم‌توانی ذهنی داشن‌آموزان کنترل نشده بود که این موارد قابلیت تعمیم نتایج حاصله را با محدودیت رو برو می‌سازد. علاوه بر این عدم اجرای آزمون پیگیری به منظور ارزیابی پایداری اثرات درمان در دراز مدت می‌تواند جزء محدودیت‌های این پژوهش قلمداد شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود تا در مطالعات آتی ویژگی‌های مذکور از طریق مصاحبه و پرسشنامه‌ها بررسی و کنترل گردد. لذا در پایان توصیه می‌شود که دوره‌ها و کارگاه‌های آموزشی برای مشاوران و روان‌شناسان مدارس و سایر مراقبین سلامت به جهت آشنازی بیشتر با این برنامه درمانی به منظور کسب مهارت صورت گیرد.

منابع

- امام‌مانی، ز؛ مشهدی، ع؛ سپهری شاملو، ز (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی، اضطراب و نگرانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فرگیر. پایان‌نامه برای دریافت مدرک کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- بذرآشان، ع و حجتی، ح (۱۳۹۸). تاثیر تئوری سازگاری ROY بر تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی شهرستان گنبد کاووس در سال ۹۶. نشریه پرستاری کودکان، ۳(۵)، ۱-۷.
- حساس، ا؛ مشهدی، ع و سپهری شاملو، ز (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر طرحواره‌های هیجانی، کیفیت زندگی، راهبردهای نظمجویی شناختی هیجان و نشانه‌های بیماران مبتلا به اختلال خلقي دوقطبی. پایان‌نامه برای دریافت مدرک کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی.
- خانزاده، م؛ ادریسی، ف؛ محمدخانی، ش و سعیدیان، م (۱۳۹۲). بررسی ساختار عاملی و مختصات روانسنجی مقیاس طرحواره‌های هیجانی بر روی دانشجویان. مجله روانشناسی بالینی، ۱۱(۳)، ۹۱-۱۰۹.
- دانشمندی، س؛ ایزدی‌خواه، ز؛ کاظمی، ح و مهرابی، ح (۱۳۹۲). اثربخشی درمان طرحواره‌های هیجانی بر طرحواره‌های هیجانی زنان قربانی کودک آزاری و غفلت. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲۲(۵)، ۱۴۹۴-۱۴۸۱.
- رضایی، م و رضایی، م (۱۳۹۳). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر طرحواره‌های هیجانی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی. اولین کنفرانس بین المللی روانشناسی و علوم رفتاری. تهران: موسسه همایشگران مهر اشراق، تهران، ایران، ۴۵-۵۸.
- رضایی، ف؛ رضایی، م و غضنفری، ف (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر شدت افسردگی و نشخوار فکری افراد مبتلا به افسردگی اساسی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دوره ۲۴، شماره ۱، ۵۶-۴۱.
- سیداسماعیلی قمی، ن؛ کاظمی، ف و پژشک، ش (۱۳۹۶). تأثیر آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر میزان فشار روانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی. فصلنامه افراد استثنایی، ۱۷(۵)، ۱۴۸-۱۳۱.
- شاهمرادی، ذ؛ خالقی‌پور، ش و مسجدی، م (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی "طرحواره درمانی" و "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی" بر طرحواره‌های ناسازگار و سلامت عمومی بیماران مبتلا به ویتیلیگو. نشریه مدیریت/رتقای سلامت، ۷(۶)، ۵۱-۴۱.
- عابدی، ن؛ آهوان، س؛ اعظمی، ی و حسینی، س (۱۳۹۶). اثربخشی درمان طرحواره درمانی هیجانی بر نشانه‌های بالینی و طرحواره‌های هیجانی در مبتلایان به اختلال وسوس افسرگی و عملی. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، سال ۷، شماره ۲۶، ص ۱۴۹-۱۶۳.

- عاشوری، م و یزدانی پور، م (۱۳۹۷). بررسی تأثیر آموزش بازی درمانی گروهی با رویکرد شناختی رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی. *فصلنامه توابخشنی*. ۱۹(۳)، ۲۶۲-۲۷۴.
- قاسمی‌پور، ی و روشن، ب (۱۳۹۸). نقش ذهن‌آگاهی و حمایت اجتماعی در پیش‌بینی سلامت روان مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی. *فصلنامه سلامت روان کودک*. ۱۷۶-۱۸۷.
- مرواریدی، م؛ مشهدی، ع و سپهری شاملو، ز (۱۳۹۷). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش حساسیت اضطرابی زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی نیشابور*، دوره ۷، شماره ۱، ص ۲۶-۳۵.
- نادری، ی؛ مرادی، ع؛ حسنی، ج و نوحی، س (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر طرحواره های هیجانی بر راهبردهای نظم جویی شناختی جانیازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانجه ناشی از جنگ. *فصلنامه طب جانیاز*، دوره ۷، شماره ۳، ص ۱۴۸-۱۵۵.
- AlHorany, A. K., Younis, N. A., Bataineh, M. Z., & Hassan, S. A. (2017). Do mothers of children with autism are at higher risk of depression? A systematic review of literature. *Life Science Journal*, 10(1), 3303-3308.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Ashori, M., & Jalil-Abkenr, S. S. (2016). Students with special needs and inclusive education. *Tehran: Roshd-e Farhang*, 103-129.
- Bardeen, J. R., Fergus, T. A., & Orcutt, H. K. (2012). An examination of the latent structure of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(3), 382-392.
- Glidden, L. M., Billings, F. J., & Jobe, B. M. (2016). Personality, coping style and well-being of parents rearing children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(12), 949-962.
- Hallahan, D. P., Pullen, P. C., Kauffman, J. M., & Badar, J. (2020). Exceptional learners. In *Oxford Research Encyclopedia of Education*.
- Kandel, I., & Merrick, J. (2015). The child with a disability: parental acceptance, management and coping. *TheScientificWorldJOURNAL*, 7.
- Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and behavioral practice*, 9(3), 177-190.
- Leahy, R. L. (2007). Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and behavioral Practice*, 14(1), 36-45.
- Leahy, R. L. (2011). Emotional schema therapy: A bridge over troubled waters. *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies*, 109-131.
- Leahy, R. L. (2015). *Emotional schema therapy*. Guilford Publications.
- Leahy, R. L. (Ed.). (2018). *Science and practice in cognitive therapy: foundations, mechanisms, and applications*. Guilford Publications.

اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر طرحواره‌درمانی هیجانی (کرختی) و ساده‌انگاری هیجانی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی
Effectiveness of Schema-Based Group Therapy Emotional Therapy (Numbness) ...