رویش روان شناسی، سال۱۰ ، شماره۴، شماره پیاپی ۶۱، تیر ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(4), 2021

اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر طرحواره‌درمانی 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

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 دکنری روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، ایران.
محمد نریمانی
استاد گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

چکیده

امروزه مادران کودکان کم‌توان ذهنی دارای مشکلات هیجانی بسیاری هستند. بنابراین هدف از پژوهش حاضر اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر طرحواره‌درمانی 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 کودک 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 خوشه‌ای چند 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=۲۰) و کنترل (n=۲۰) قرار گرفتند. گروه آزمایش، ۱۰ جلسه، طرحواره‌درمانی هیجانی گروهی را دریافت کرده اما گروه کنترل دریافتی نداشتند. اعضای 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 گروه‌درمانی مبتنی بر طرحواره‌درمانی هیجانی بر بی‌حسی هیجانی (P<۰/۰۱) و ساده‌انگاری هیجانی (P<۰/۰۱) معنی‌دار است. به‌عبارت 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. به‌طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که طرحواره‌درمانی هیجانی می‌تواند به‌عنوان یک درمان موثر در اصلاح بسیاری از طرحواره‌های هیجانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی مورد توجه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: *طرحواره‌درمانی هیجانی، بی‌حسی هیجانی، ساده‌انگاری هیجانی، کم‌توانی ذهنی.*

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.

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.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : دی ۹۹** | **پذیرش: بهمن ۹۹** | **ویرایش نهایی : تیر ۱۴۰۰**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.13.9]

مقدمه

کم‌توانی‌ذهنی[1]یا ناتوانی هوشی با شرایطی یکسان و به یک میزان و با علت‌های مشابه و آثار همانند، در همه افراد کم‌توان‌ذهنی مشاهده نمی‌گردد (هالاهان، کافمن، پولن و بادار[2] ۲۰۲۰). نخستین بار، انجمن عقب‌ماندگی‌ذهنی آمریکا در سال ۱۹۶۱ از واژه عقب‌ماندگی‌ذهنی[3]استفاده نمود. در واقع، عقب‌ماندگی‌ذهنی جایگزین واژه‌هایی مانند سبک 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 کم‌توانی‌ذهنی در گروه اختلال‌های هوشی تحولی قرار گرفت. در حال حاضر، واژه عقب‌ماندگی‌ذهنی منسوخ گردیده و همه مراکز علمی واژه کم‌توانی ذهنی را تأیید می‌نمایند (عاشوری و جلیل‌آبکنار، ۲۰۱۶). کم‌توانی‌ذهنی به محدودیت‌های اساسی در کارکرد هوشی (هوشبهر ۷۰ تا ۷۵ یا کمتر) و رفتار سازشی که به‌صورت مهارت‌های سازشی مفهومی، اجتماعی و عملی در دوره تحول (قبل از ۱۸ سالگی) محسوب می‌شود (انجمن روانپزشکی 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 عضوء خانواده بر کارکردهای مختلف تمام اعضاء تأثیرگذار می‌باشد (سیداسماعیلی‌قمی، کاظمی و پزشک، ۱۳۹۴). افراد در این سیستم به‌طور پیوسته در تلاش برای رسیدن به تعادل مجدد 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 تجربه‌ی مشکلات مربوط به آن سوق می‌دهد (کندال و مریک،[4] 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 به‌خصوص مادران این کودکان با مشکلات متعدد و شرایط دشواری روبه‌رو هستند (الهوورانی، حاسان و بتینه[5] 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[6](۲۰۱۶)، در پژوهش خود نشان دادند مادران کودکان کم‌توان ذهنی نمره بیشتری را در روان‌رنجوری (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،[7] ۲۰۰۲). طرحواره درمانی هیجانی یک الگوی اجتماعی- شناختی از هیجان و نظم جویی هیجانی است زیرا از نگاه لیهی هیجان ها هم یک پدیده فردی و هم اجتماعی می باشند که توسط خود فرد و دیگران مورد تفسیر قرار می گیرند و تغییرات این تفاسیر (تفسیر خود فرد و دیگران) باعث تغییر در شدت و نارسا نظم جویی هیجانی می شود. طبق

[1] Mental disability
[2] Hallahan, Kauffman,Pullen & Badar
[3] Mental returdation
[4] Kandel&Merrick
[5] AlHorany,Younis & Bataineh
[6] Glidden, Billings & Jobe
[7] Leahy

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.13.9]

این الگو، تفاوت های موجود بین افراد ازنظر تفاسیر، ارزیابی ها، میل به اقدام و راهبردهای رفتاری مربوط به هیجان های آنان، طرحواره‌های هیجانی نامیده می‌شود (لیهی، ۲۰۱۵).

در این الگو، در زمان تجربه یک هیجان ناخوشایند، این راهبردها و فرایندهای تفسیر به کار گرفته می‌شوند. اولین گام در هنگام ظهور یک هیجان، توجه کردن به آن هیجان است که هم می‌تواند 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 می‌شود (لیهی، ۲۰۰۷). لیهی برای طرحواره های هیجانی ۱۴ بعد را در نظر می‌گیرد که این ابعاد راهبردهای مقابله و تفاسیر گوناگون مربوط به هیجان‌ها را توصیف می‌کنند و بر اساس مقیاس طرحواره های هیجانی لیهی استوار هستند. این ابعاد چهارده‌گانه عبارت‌اند از : اعتباربخشی هیجانی، درک هیجانی، احساس گناه، دیدگاه ساده‌انگارانه درباره هیجان، ارزش‌های برتر، کنترل، کرختی، نیاز به خردگرا بودن، دوام، همگانی بودن هیجان، پذیرش احساس‌ها، نشخوار فکری، ابراز و سرزنش (لیهی، ۲۰۱۵). برخی از افراد در تجربه کردن هیجان‌های خود دچار مشکل می‌باشند. آنها اغلب ادعا می‌نمایند که احساس کرختی، نداشتن احساس یا احساس جدایی از واقعیت می‌باشد(لیهی، ۲۰۱۵). در نظریه‌های متمرکز بر هیجان، کرختی به عنوان نوعی بازداری هیجانی در مقابل اضطراب در نظر گرفتند. همچنین می‌توان کرختی را نوعی دفاع شناختی در برابر عواطف شدید قلمداد کرد که مانع پردازش هیجانی می‌گردد(لیهی، ۲۰۰۲). در الگوی طرحواره درمانی هیجانی، این حالت نوعی اجتناب هیجانی می‌باشد که هرگونه فرایند هیجانی را مهار می‌سازد. اگر افراد در مقابل هیجان‌های خود پاسخ کرختی را ارائه می‌دهند و هیجان خود را تجربه نکنند نمی‌توانند بیاموزند که هیجان‌ها قابل تحمل باشند، بر آن‌ها غلبه نخواهند کرد، خارج از ظرفیت آن‌ها نمی‌باشد و تا ابد به طول نمی‌انجامند. بنابراین باورهای منفی فرد درباره هیجان تداوم پیدا می‌کند (لیهی، ۲۰۱۵). در پژوهش لیهی (۲۰۰۲) نتایج نشان داد که میان کرختی با اضطراب و افسردگی رابطه‌ای وجود ندارد. اما کرختی با اعتباریابی اندک، تأکید زیاد بر عقلانی بودن، کنترل کمتر و سرزنش کردن دیگران رابطه دارد. همچنین می‌توان گفت ساده‌انگاری هیجانی اشاره به توانایی فرد در موردپذیرش هیجان‌های متناقض و پیچیده دارد. بسیاری از نظریه‌پردازان در حوزه آسیب شناسی روانی در تبیین اختلالات روانی، نقش و جایگاه متفاوتی را برای هیجان‌ها قائل شده‌اند. امروزه گذشته از مدل‌های التقاطی، بسیاری از نظریات شناختی نیز به نقش پررنگ هیجان‌ها در تحول و تداوم اختلالات روانی پی‌برده‌اند، به طوری که بسیاری از آن‌ها هیجان‌ها را همتراز با شناخت‌ها در ایجاد اختلالات روانی می‌دانند و به سمت مدل‌های شناختی هیجانی حرکت کرده‌اند (لیهی، ۲۰۱۵). هسته‌ی مرکزی درمان در این پژوهش آموزش راهبردهای طرحواره‌های هیجانی مبتنی بر تنظیم هیجان است که در نظریه‌ی طرحواره درمانی هیجانی لیهی به آن اشاره شده است؛ با توجه به نقش هیجان و مدیریت آن در خانواده‌هایی که دارای کودک مبتلا به اختلال هستند، بررسی علمی تأثیر این درمان در طرحواره‌های هیجانی بی‌حسی هیجانی و ساده‌انگاری هیجانی مادران کودکان مبتلا به اختلال کم توانی ذهنی ضروری است. بنابراین هدف از پژوهش حاضر اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی بر طرحواره‌های هیجانی ناسازگار بی‌حسی هیجانی و ساده‌انگاری هیجانی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی می‌باشد.

روش

پژوهش حاضر بر اساس هدف کاربردی و از نوع تحقیق نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه مادران کودکان کم‌توان ذهنی کمتر از پانزده‌سال، شهرستان اردبیل در بهار سال ۱۳۹۹ تشکیل می‌دادند. که از این تعداد،۴۰ نفر از خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال کم‌توان ذهنی را به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و همخوان با ملاک‌های 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=۲۰) و کنترل (n=۲۰) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر شامل: داشتن حداقل یک فرزند مبتلا به اختلال کم‌توان ذهنی برای گروه مادران کودکان کم‌توان ذهنی بر طبق ملاک‌های تشخیصی راهنمای آماری و تشخیصی بیماری‌های روانی انجمن روانپزشکی آمریکا، برخورداری از سطح تحصیلات حداقل دیپلم، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال،

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.13.9]

رضایت و موافقت برای حضور در پژوهش و معیارهای خروج از مطالعه شامل؛ داشتن بیش از یک فرزند مبتلا به اختلال کم توان 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 اجرا گردید ولی گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفته و مداخله‌ای دریافت نکرد. و در پایان اعضای 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 پروتکل درمانی طرحواره‌های هیجانی توضیح داده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه طرحواره‌درمانی هیجانی لیهی[1](LESS): مقیاس طرحواره‌درمانی 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 منطق‌گرایی، 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، ۴۹، ۵، ۱۰، ۳۳، ۴۵، ۲۵، ۷، ۲۷، ۴۴، ۲۹، ۳، ۱۹، ۲، ۱۲، ۲۰، ۵۰، ۹، ۲۸، ۱، 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 ۰/۸۰ 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،[2]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. پایایی 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 نظیر سن مادر و کودک، میزان تحصیلات مادر، جنسیت کودک، تنها در مرحله پیش آزمون، استفاده گردید.

جدول ۱: پکیج موضوعات و محتوای طرحواره‌درمانی هیجانی

مراحل	موضوعات	محتوای مداخله
۱	سنجش	آشنایی درمانگر با اعضای گروه و اعضا با یکدیگر، توضیح هریک 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 طرحواره های هیجانی، شناسایی طرحواره های هیجانی دردسرساز، ارائه نظریه‌ای درباره هیجان، ارائه الگویی از هیجان به آزمودنی‌ها جهت افزایش درک و فهم اعضا از هیجان، بیان منطق و مراحل مداخله. تمرین توجه آگاهی انفصالی، تکلیف منزل: توجه آگاهی انفصالی
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 دلسوزانه به خویشتن و توجه آگاهی انفصالی به هیجان.
۴	بررسی تکلیف منزل، اعتباریابی هیجانی و چالش با طرحواره های هیجانی	برچسب زنی و افتراق هیجان‌ها از یکدیگر، بهنجار سازی تجربه هیجانی، افزایش تحمل احساسات مختلط، استعاره انسان کامل، تلکیف منزل: ثبت مزایا و معایب این ل وبه 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.13.9]

	دردسرساز.	آگاهی انفصالی به هیجان.
۵	بررسی تکلیف منزل، چالش با طرحواره‌های هیجانی دردسرساز	افزایش قدرت پذیرش احساسات، استعاره مهمان، 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	افزایش قدرت پذیرش احساسات، اقدام متضاد و همجوشی زدایی، اتخاذ موضعی به دور از قضاوت برای هیجان، انجام آزمایش رفتاری جهت آزمودن باورهای هیجانی غلط، تمرن نامه نگاری دلسوزانه، تکلیف منزل: اقدام متضاد و نامه نگاری دلسوزانه
۷	بررسی تکلیف منزل، تقویت پردازش هیجانی	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.
۸	بررسی تکلیف منزل، رنجش سودمند و بازسازی شناختی	بالا رفتن از نردبان 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
۹	بررسی تکلیف منزل، بازسازی شناختی	فن وکیل 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.
۱۰	جمع بندی و ارزیابی	ارزیابی میزان نیل به اهداف اعضا. آماده کردن اعضا برای پایان درمان. کمک به تداوم آموخته‌های جدید از طریق بررسی موانع 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

		پیش آزمون		پس آزمون	
متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بی‌حسی هیجانی	کنترل	۷/۳۰	۱/۴۹	۷/۲۲	۱/۴۹
	مداخله	۸/۲۵	۱/۵۸	۳/۶۵	۰/۹۹
ساده‌انگاری هیجانی	کنترل	۱۷/۲۰	۲/۱۹	۱۷/۲۵	۲/۲۲
	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 (۶۱/۲۷±۳۴/۷) و (۲۴/۹۱±۳۱/۳) می‌باشد. همچنین میانگین و انحراف استاندارد متغیر بی‌حسی هیجانی در گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون (۳۰/۴۹±۷/۱) و در مرحله پس‌آزمون (۲۰/۴۹±۷/۱) است و در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون (۲۵/۵۸±۸/۱) و در مرحله پس‌آزمون (۶۵/۹۹±۳/۰) است. همچنین میانگین و انحراف معیار ساده انگاری هیجانی در گروه کنترل در مرحله پیش آزمون (۲۰/۱۹±۱۷/۲) و در مرحله پس آزمون (۲۵/۲۲±۱۷/۲) است و در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون (۶۰/۷۰±۳۱/۱۰) و در مرحله پس آزمون (۷۵/۴۵±۶/۱) 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.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.13.9]

جدول ۳: نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌های خطا در پس‌آزمون بی‌حسی هیجانی و ساده‌انگاری هیجانی

متغیرها	آماره F	درجه آزادی بین‌گروهی	درجه آزادی درون‌گروهی	معناداری
بی‌حسی 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 خطا، از آزمون لوین استفاده شد. با توجه به مقدار F و عدم معناداری آزمون لون (p>./.۵) 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=۰/۳۹،F=۱/۰۴).

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

متغیرها	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
بی‌حسی هیجانی	پیش‌آزمون	۲۴/۵۰۶	۱	۲۴/۵۰	۲۵/۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰
	گروه	۱۵۶/۲۰۹	۱	۱۵۶/۲۰	۱۰۹/۴۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱
ساده انگاری هیجانی	پیش‌آزمون	۷۸/۴۹	۱	۷۸/۴۹	۲۸/۶۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳
	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<۰/۰۰۰۱، F=۶۵/۹۶ ، ۰/۱۶۵ = لامبدای ویکلز). به منظور مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در تک‌تک متغیرهای وابسته از آزمون کوواریانس تک متغیره استفاده شد. درجدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای متغیرهای بی‌حسی هیجانی و ساده انگاری هیجانی در پس‌آزمون 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 بی‌حسی هیجانی (۰/۸۱) و ساده‌انگاری هیجانی (۰/۹۰) در پس‌آزمون به تأثیر گروه درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی مربوط می‌شود. همچنین می‌توان گفت پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری از نظر میزان بی‌حسی هیجانی (F=۱۵۹/۴۹،P<۰/۰۱) و ساده‌انگاری هیجانی (P<۰/۰۱، F=۳۳۹/۱۱) بین گروه آزمایش و کنترل مشاهده شد. به عبارتی دیگر، گروه درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی به شیوه گروهی باعث کاهش بی‌حسی 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 گروه‌درمانی مبتنی بر طرحواره‌درمانی هیجانی بر طرحواره‌های هیجانی ناسازگار بود. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که طرحواره‌درمانی 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، ایزدی‌خواه، کاظمی و مهرایی (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 به‌عبارت 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.13.9]

اصلاح باورهای افراد مختلف در مورد هیجاناتشان می‌باشد. در راستای این هدف، ابتدا اعضای گروه آزمایش با پاسخ‌دهی به مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیهی، 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 طرحواره‌هایشان پرداختند و بار 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 می تواند 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 می توان به بهبود این طرحواره کمک می‌نماید (لیهی ، ۲۰۱۵).

همچنین برای اصلاح طرحواره هیجانی ساده‌انگاری می‌توان در ابتدا به شناسایی و چالش با تحریف‌های شناختی زیربنای عدم تحمل دوسوگرایی 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 کاملا مثبت است یا کاملا 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 نشخوافکری 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 دردسرساز می‌گردد؟. برای بحث درباره تحریف‌شناختی استدلال هیجانی افراد فکر می‌نمایند چون مردد می‌باشند باید انتخاب بدی داشته باشند (درمانگر می‌تواند بپرسد: آیا می‌تواند استدلال شما تنها بر اساس هیجان‌تان 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 انتخابم کاملاً خوشحال باشم)، می‌تواند بپرسد: چه شواهدی وجود دارد که این رویکرد در زندگی واقع‌گرایانه 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 کندکه هیچ گزینه کاملی 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 فرصتی برای رشد و بالندگی بیشتر به افراد می‌داد. به‌عنوان 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 (لیهی، ۲۰۱۵). جهت اصلاح این طرحواره همانند مطالعه شاه‌مرادی 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 صفت‌های 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.13.9]

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. مثلا 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 مختلط 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 مختلط و پیچیده، نامطلوب نیست و کاملا طبیعی می‌باشد. همچنین، از دو تکنیک بررسی مزایا 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 عمده 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 دانش‌آموزان کنترل نشده بود که این موارد قابلیت تعمیم نتایج حاصله را با محدودیت روبرو می‌سازد. علاوه بر این عدم اجرای آزمون پیگیری به‌منظور 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 آشنایی بیشتر با این برنامه درمانی به‌منظور کسب مهارت صورت گیرد.

منابع

امام‌زمانی، 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 فراگیر*. پایان‌نامه برای دریافت مدرک کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.

بذرافشان، ع و حجتی، ح (۱۳۹۸). تأثیر تئوری سازگاری ROY بر تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی شهرستان گنبد کاووس در سال ۹۶. *نشریه پرستاری کودکان*. ۵(۳)، ۷-۱.

حساس، ا؛ مشهدی، ع و سپهری شاملو، ز (۱۳۹۶). *اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی گروهی بر طرحواره‌های هیجانی، کیفیت زندگی، راهبردهای نظمجویی شناختی هیجان و نشانه‌های بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی*. پایان نامه 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*. ۳(۱۱)، 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، مرکز همایش‌های دانشگاه 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 پزشک، ش (۱۳۹۶). تأثیر آموزش برنامهٔ کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر میزان فشار روانی مادران کودکانِ کم‌توان ذهنی. *فصلنامهٔ افراد استثنایی*. ۵(۱۷)، ۱۴۸-۱۳۱.

شاه‌مرادی، ذ؛ خالقی‌پور، ش و مسجدی، م (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی "طرحواره درمانی" و "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" بر طرحواره های ناسازگار و سلامت عمومی بیماران مبتلا به ویتیلیگو. *نشریه مدیریت ارتقای سلامت*. ۷(۶)، ۵۱-۴۱.

عابدی، ن؛ آهوان، س؛ اعظمی، ی و حسینی، س (۱۳۹۶). اثربخشی درمان طرحواره درمانی هیجانی بر نشانه‌های بالینی و طرحواره های هیجانی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، سال ۷، شماره ۲۶، ص ۱۴۹- ۱۶۳.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.13.9]

عاشوری، م و یزدانی پور، م (۱۳۹۷). بررسی تأثیر آموزش بازی‌درمانی گروهی با رویکرد شناختی رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی. *فصلنامه توانبخشی*. 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*. ۶(۱)، 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 جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ. *فصلنامه طب جانباز*، 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.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.13.9]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.13.9]