

مقایسه اثربخشی برنامه آموزشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری خودتنظیمی هیجانی نوجوانان تیزهوش

لیلا اسماعیل‌زاده^۱، مسعود غلامعلی لواسانی^{۲*}، سوگند قاسم‌زاده^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۳. استادیار، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: مسعود غلامعلی لواسانی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

Email: lavasani@ut.ac.ir

تاریخ پذیرش: مهر ۱۳۹۹

تاریخ دریافت: شهریور ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: نوجوانی، یک دوره بحرانی برای رشد فرایندهای عصب زیست‌شناختی است که زیربنای کارکردهای شناختی عالی و رفتار اجتماعی و هیجانی به شمار می‌رود. این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی برنامه آموزشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری خودتنظیمی هیجانی نوجوانان تیزهوش انجام شد.

روش و مواد: طرح پژوهش حاضر کاربردی و از نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه دانش‌آموزان تیزهوش مراکز پرورش استعدادهای درخشان دوره متوسطه اول و دوم کرمان در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بود. روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای بود. تعداد ۳۶ نفر انتخاب شدند و به صورت هدفمند به سه گروه تقسیم گردیدند که از نظر سن و بهره هوشی هم‌تاسازی شدند. یکی از دو گروه آزمایش ۱۰ جلسه آموزش طرحواره درمانی و گروه دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کردند و گروه گواه هیچ آموزشی را دریافت نکردند. هر دو گروه قبل و بعد از جلسات آموزشی و دوره پیگیری، با پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان Gratz & Roemer مورد آزمون قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS-22 استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین (انحراف معیار) سن شرکت‌کنندگان در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲/۴) (۱۶/۳)، در گروه طرحواره درمانی (۲/۷) (۱۶/۷) و در گروه گواه (۲/۸) (۱۶/۲) سال بود. مطالعه نشان داد در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میانگین (انحراف معیار) دشواری در تنظیم هیجان از (۱۰/۶) (۱۴۱/۸) در پیش‌آزمون به (۷/۷) (۹۶/۵) در پس‌آزمون و (۸/۱) (۹۴/۳) در مرحله پیگیری کاهش یافت ($P < 0.001$). در گروه طرحواره درمانی میانگین (انحراف معیار) دشواری در تنظیم هیجان از (۸/۸) (۱۴۰/۹) در پیش‌آزمون به (۶/۸) (۸۰/۲) در پس‌آزمون و (۷/۵) (۷۸/۶) در مرحله پیگیری کاهش یافت ($P < 0.001$) اما تغییرات در گروه گواه از نظر آماری معنادار نبود.

نتیجه‌گیری: مطالعه نشان داد که طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان در نوجوانان تیزهوش شد. طرحواره درمانی تأثیر بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، فقدان آگاهی هیجانی و عدم وضوح هیجانی داشت.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خودتنظیمی هیجان، طرحواره درمانی.

مقدمه

نوجوانی، دوره‌ای است که در آن سلامت در سه حیطه روانی، اجتماعی و زیستی دچار تحول بنیادین می‌شود، همچنین یک دوره بحرانی برای رشد فرایندهای عصب زیست‌شناختی است که زیربنای کارکردهای شناختی عالی و رفتار اجتماعی و هیجانی به شمار می‌رود. فرایندهای عصب‌شناختی اساس و پایه کارکردهای عالی رفتاری، هیجانی، شناختی هستند که در دوره نوجوانی که دوران تغییرات مهم و قابل توجهی است، دورانی بحرانی برای رشد این فرایندها به حساب می‌آید (۱). در این دوره قدرت فرد در کاهش تنظیم هیجانات کاهش پیدا می‌کند و خطر احتمال به اختلالات اضطرابی افزایش پیدا می‌کند (۲).

در این میان، تنظیم هیجان یعنی کوشش برای تغییر و تأثیر بر روی زمان و شیوه‌های تجربه کردن احساسات و بیان آنها و تعیین مدت زمان و چگونگی شکل‌گیری فرایندهای رفتاری، تجربی و یا جسمانی هیجان‌ها که به صورت خودانگیخته یا کنترل شده، هشیار یا ناهشیار از طریق به کارگیری راهکارهای تنظیم هیجان انجام می‌گیرد (۳). تنظیم هیجان شناختی یعنی استفاده از سبک‌های کاربردی جهت به افزایش یا کاهش و یا حفظ هیجان. نقش، تنظیم هیجان در اختلال استرس پس از ضربه، اختلال‌های اضطرابی (۴) بیماری‌های روانی و توانمندی‌های یادگیری و عملکردی دانش‌آموزان نوجوان تأیید شده است. Aglozo و همکاران نیز مشکلاتی مانند عدم توانایی در حل مسئله، عدم ایجاد ارتباط مؤثر با همسالان و وجود مشکل رشدی در زمینه انطباق اجتماعی را نتیجه ناکامی فرد در ارتباط عاطفی و کنترل هیجانی می‌داند (۵).

یکی از مداخلاتی که می‌تواند دشواری در تنظیم هیجان را کاهش دهد، طرحواره ناسازگار اولیه می‌باشد. در حوزه روانشناختی طرحواره یک الگوی سازمان یافته از تفکر و رفتار است. طرحواره چهارچوبی از مفاهیم، نگرش‌ها، ادراکات و نحوه‌ی پردازش فرد نسبت به جهان را ارائه می‌دهد (۶). طرحواره‌درمانی رویکرد درمانی مؤثری است که به کاهش هیجانات منفی و واکنش‌های ناسازگار، کمک می‌کند (۷). Westphal و همکاران در پژوهشی دریافتند که طرحواره‌درمانی هیجانی در کاهش افسردگی و اصلاح باورهای مسئله‌دار درباره احساسات و راهبردهای تنظیم هیجان مؤثر است (۸). همچنین، دانشمندی و همکاران (۹) دریافتند که طرحواره‌درمانی هیجانی منجر به کاهش طرحواره‌های عاطفی احساس گناه، نگاه ساده به احساسات و افزایش در پذیرش هیجانات می‌شود. نادری و همکاران (۱۰) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که طرحواره‌درمانی هیجانی به طور قابل توجهی بر استفاده از راهکارهای تنظیم شناختی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه تأثیر می‌گذارد و این روش درمانی در کاهش طرح‌های منفی هیجانی و بهبود استراتژی‌های تنظیم هیجان مؤثر است.

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز، هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ایجاد توانایی و آگاهی در فرد است تا بتواند اجتناب از افکار، احساسات، تمایلات، پریشانی‌ها و مشکلات را تشخیص داده و کنار بگذارد و به جای ادامه‌دادن به الگوهای ناسالم، راهبردهای مناسب و مبتنی بر ارزش و پذیرش را انتخاب و اجرا کند (۱۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از شش اصل کمک می‌گیرد تا مراجعین را به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برساند: گسلش شناختی، پذیرش، تماس با لحظه اکنون، مشاهده‌گر خویش بودن، ارزش‌ها، عملکردها و رفتارهای متعهدانه (۱۲).

تکنیک‌های گسلش شناختی تلاش می‌کند، عملکرد نامطلوب، غیر منطقی و نادرست درباره افکار و رویدادهای شخصی دیگر را به جای تلاش برای تغییر شکل، فراوانی یا حساسیت موقعیتی تغییر دهد (۱۳). پذیرش شامل پذیرفتن فعال، واقع بینانه و هوشیار اتفاقات خصوصی است که از گذشته شخص نشأت می‌گیرند. پذیرش همه وقایع بدون تحریف، انکار و تلاش برای تغییر شکل و عودت آن‌ها (۱۴). تماس با لحظه اکنون یعنی تجربه و لمس کردن اینجا، همین لحظه و اکنون، با پذیرش، گوشودگی، علاقه، آگاهی و توجه کامل. این تجربه یعنی درگیر شدن کامل و یا تمرکز با هر آنچه در زمان اکنون در حال روی دادن است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، باعث افزایش تماس بدون قضاوت فرد با حوادث، اتفاقات و فرایندهای روانی و محیطی همان طور که آنها در حال رخ دادن و در جریان هستند می‌شوند. خویشتن مشاهده‌گر، دسترسی به حسی متعالی و والا از خود و رسیدن به جریانی از آگاهی با ثبات و تغییرناپذیر، همیشه حضور دارد و آسیب‌ناپذیر است (۱۵). ارزش‌ها نیز

آشکار سازی موارد پر اهمیت، ارزش‌های فردی، خود پنداره‌ها، چیزهایی که پرمعنا و مهم هستند و سبک زندگی مورد نیاز. ارزش‌ها، ویژگی‌هایی از عملکرد هدفمند هستند که می‌توانند لحظه به لحظه انتخاب شوند (۱۶). اقدام متعهدانه، به این اشاره دارد که فرد عملکردش را بر اساس آنچه را به عنوان هدف و ارزش تشخیص داده تنظیم می‌کند و عملکردهای متعهدانه و مصرانه جهت دستیابی به آن‌ها اعمال می‌کند (۱۷).

از آنجایی که دانش‌آموزان مستعد و تیزهوش مهم‌ترین منابع شخصی آینده برای توسعه هر کشور هستند، بنابراین بررسی مشکلات و آموزش همه جانبه این افراد به منظور مشارکت در توسعه اجتماعی امری ضروری است. از سوی دیگر با توجه به اینکه، زندگی تحصیلی از مهم‌ترین دوره‌های زندگی فرد است که بر تربیت و یادگیری ثمربخش و موفقیت آمیز فرد تأثیر می‌گذارد و در آنجا لیاقت‌ها و توانایی‌ها به بار می‌نشینند و پیشرفت‌های علمی حاصل می‌شود، اما در زندگی روزانه تحصیلی، دانش‌آموزان با انواع چالش‌ها، موانع و فشارهای خاص این دوره از جمله نمره‌های ضعیف، سطوح استرس، تهدید اعتماد به نفس، در نتیجه عملکرد، کاهش انگیزش و تعامل مواجه می‌شوند. برخی از دانش‌آموزان در برخورد با این موانع و چالش‌ها موفق عمل می‌کنند، اما گروه دیگری از دانش‌آموزان در این زمینه ناموفق هستند. بنابراین با توجه به اینکه نوجوانان آینده سازان جامعه هستند و عدم سازگاری آنها با شرایط، عواقب جبران ناپذیری برای جوامع دارد، توجه به عوامل اثرگذار بر پیشرفت تحصیلی، سازگاری و سلامت آنها، ضروری به نظر می‌رسد. حال با توجه به اهمیت دوره نوجوانی و مشکلات آنها و اثربخشی درمان‌های موج سوم بر هیجانات، و کمبود پژوهش‌هایی در این راستا، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی برنامه آموزشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری خودتنظیمی هیجانی نوجوانان تیزهوش انجام شد.

روش و مواد

این پژوهش از نوع کاربردی بود. پژوهش نیمه‌آزمایشی، از نوع طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش همه دانش‌آموزان تیزهوشی هستند که در مراکز پرورش استعدادهای درخشان در دوره متوسطه اول و دوم کرمان در سال ۹۸-۱۳۹۹ در حال تحصیل بودند. روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای بود و دانش‌آموزان از دو ناحیه کرمان که در هر ناحیه یک مدرسه استعداد درخشان وجود داشت انتخاب شدند. تعداد نمونه ۳۶ نفر بود که در سه گروه ۱۲ نفر با روش هدفمند جای گذاری شدند. ملاک انتخاب تعداد افراد نمونه بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ در سه گروه، حداقل تعداد نمونه برای دستیابی به توان مورد نظر، ۱۲ نفر در هر گروه جمعاً ۳۶ نفر به دست آمد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دامنه سنی ۱۶ تا ۱۷ سال و بهره هوشی ۱۱۰ تا ۱۳۰ براساس آزمون هوش Wechsler بود. ملاک خروج از پژوهش غیبت بیش از سه جلسه بود. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت‌کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه آزمایش و گواه، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله‌ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه گواه در صورت علاقه‌مندی می‌توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. کلیه مدارک و پرسشنامه‌ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. رضایت نامه کتبی آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید.

در این پژوهش از هم‌تاسازی برای مقایسه گروه‌ها استفاده شد که از نظر سن (۱۶ تا ۱۷ سال) و بهره هوشی (۱۱۰ تا ۱۳۰) هم‌تاسازی شدند. بعد از هماهنگی و کسب مجوز، با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش، با آگاه‌سازی والدین و مربیان و کسب اجازه از آنها، رضایت دانش‌آموزان برای شرکت در این پژوهش جلب شد. در مرحله اول با نوجوانان تیزهوش ارتباط مؤثر برقرار شد. دانش‌آموزان به صورت هدفمند در سه گروه قرار گرفتند، یک گروه طرحواره درمانی و یک گروه مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند و گروه سوم هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. یکی از دو گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای هفتگی آموزش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و گروه دیگر ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای هفتگی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کردند. گروه گواه فقط در جریان عادی آموزش مدرسه قرار گرفتند. پرسشنامه

خودتنظیمی هیجانی قبل، بعد و ۲ ماه پس از جلسات آموزشی در هر سه گروه اجرا شد. به لحاظ ملاحظات اخلاقی، بعد از اتمام پژوهش، این برنامه آموزشی بر روی گروه گواه نیز اجرا شد.

جدول شماره ۱- برنامه و محتوای جلسات آموزش تدوین شده طرحواره درمانی

جلسات	محتوای جلسات
اول	برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه، معرفی پژوهشگر و اعضا و بررسی اهداف، تمرکز بر تاریخچه زندگی، آغاز آموزش تکلیف خانگی.
دوم	آموزش در مورد طرحواره ها و سبک های مقابله ای، آشنایی با طرحواره ها و ذهنیت ناسازگار اولیه، توضیح سبک های مقابله ای.
سوم	راهبردهای شناختی، ارائه منطق تکنیک های شناختی، تعریف جدید از شواهد تهدیدکننده طرحواره.
چهارم	تکنیک های شناختی، ارزیابی مزایا و معایب و سبک ها و پاسخهای مقابله ای، آموزش تدوین و ساخت کارت های آموزشی.
پنجم	تکنیک های هیجانی، تقویت آگاهی های هیجانی، اعتبار بخشیدن به هیجانات، شناسایی طرحواره ها و ذهنیت های هیجانی دردرساز.
ششم	راهبردهای تجربی، ارائه منطق تکنیکهای و راهکارهای و تجربی و اهداف آن، تصویرسازی ذهنی، ربط دادن تصاویر ذهنی گذشته به زمان حال.
هفتم	تجربه هیجانی برچسب زنی و افتراق وپراکندگی هیجان ها از یکدیگر، پذیرش احساسات بهنجارسازی تجربه هیجانی و گفتگوی ذهنیت ها.
هشتم	الگوشکنی رفتاری، بررسی تکالیف جلسه قبلی و گرفتن بازخورد از اعضا، ارائه منطق تکنیک های رفتاری، افزایش انگیزه جهت تغییر رفتار و ارائه تکلیف.
نهم	تکنیک های رفتاری، بررسی تکالیف جلسات گذشته و گرفتن بازخورد، ایجاد تغییرات مهم در زندگی و در پایان ارائه تکلیف.
دهم	جمع بندی مطالب گذشته، بررسی تکالیف جلسه قبل، جمع آوری و نتیجه گیری نهایی پس از آزمون و ختم جلسات.

جدول شماره ۲- برنامه و محتوای جلسات آموزش تدوین شده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوای جلسات
اول	ابتدا با درمانجویان رابطه درمانی ایجاد و سپس قرارداد درمانی بسته شد.
دوم و سوم	هدف این جلسه آموزش این نکته است که کنترل مسأله است، نه راه حل. در این مرحله این آگاهی در درمانجویان تقویت شد که راهبردهای کنترل هیجانی، مسئول بخش بزرگی از مشکلات آنها است.
چهارم و پنجم	هدف این جلسه آموزش پذیرش و تمایل، به عنوان جایگزینی برای کنترل تجربه ای بود.
ششم	آموزش گسلش شناختی مورد بحث قرار گرفت.
هفتم	در این جلسه خود به عنوان زمینه آموزش داده خواهد شد.
هشتم	در این جلسه هدف تصریح ارزش ها بود.
نهم	در این جلسه خلق بزرگتر آموزش داده شد.
دهم	در این جلسه ابتدا تکالیف جلسه قبل مورد بررسی قرار گرفت و آموخته های جلسات پیشین جمع بندی شد و سؤال های نوجوانان مورد بحث قرار گرفت.

پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان (Gratz & Roemer): مقیاس اولیه دشواری در تنظیم هیجان یک ابزار سنجش ۴۱ آیتمی خودگزارش دهی بود که دشواری در تنظیم هیجانی از لحاظ بالینی را ارزیابی می کند. تدوین و انتخاب بخش های این مقیاس بر پایه گفتگوهای گوناگون و گسترده با همکاران آشنا با متون تنظیم هیجان صورت گرفته است. مقیاس انتظار تعمیم یافته تنظیم هیجانی منفی به عنوان الگویی در تدوین این مقیاس نقش داشته و به کار برده شده است. به منظور ارزیابی دشواری در تنظیم هیجانات، ظرف دوران آشفتگی (هنگامی که راهبردهای تنظیم هیجانی لازم و ضروری می باشند)،

بسیاری از عبارات DERS مشابه NMR با «هنگامی من آشفته هستم» آغاز می‌شوند. گستره پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ قرار می‌گیرد. یک به معنای تقریباً هرگز (۱۰-۰ درصد)، دو به معنای گاهی اوقات (۱۱ تا ۳۵ درصد)، سه به معنای نیمی از مواقع (۳۶ تا ۶۵ درصد)، چهار به معنای اکثر اوقات (۶۶ تا ۹۰ درصد) و پنج به معنای تقریباً همیشه (۹۱ تا ۱۰۰ درصد) می‌باشد. یک آیتم به خاطر همبستگی پایین آن با کل مقیاس و چهار آیتم به خاطر بار عاملی پایین یا دوگانه روی دو عامل حذف شدند. به این ترتیب ۳۶ آیتم از مجموع ۴۱ آیتم ابتدایی باقی می‌ماند. تحلیل عاملی وجود شش عامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در عملکرد و به کارگیری و انجام رفتارها در جهت هدف، دشواری در کنترل و مدیریت واکنش‌ها و تکانه‌ها، عدم وجود آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای و راهکارهای تنظیم هیجانی، عدم آشکاری هیجانی را نشان داد. نتایج نشان دهنده این است که «که این مقیاس از همسانی درونی بالایی، ۰/۹۳ برخوردار می‌باشد. هر شش زیر مقیاس DERS، آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ دارند. همچنین DERS دارای همبستگی معناداری با مقیاس NMR و پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ) دارد (۱۸). بر اساس داده‌های حاصل از کرمی و همکاران (۱۹) میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۲ برآورد شد. در پژوهش حاضر، ضریب همسانی درونی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۳ به دست آمد.

داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی همچون میانگین (انحراف معیار)، جدول توزیع فراوانی و از آمار استنباطی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS-22 تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن شرکت‌کنندگان در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲/۴) ۱۶/۳، در گروه طرحواره درمانی (۲/۷) ۱۶/۷ و در گروه گواه (۲/۸) ۱۶/۲ سال بود.

جدول شماره ۳- شاخص‌های توصیفی متغیر دشواری در تنظیم هیجان در سه گروه

P	گروه			گروه	تفسیر
	آزمون پیگیری (انحراف معیار) میانگین	پس آزمون (انحراف معیار) میانگین	پیش آزمون (انحراف معیار) میانگین		
۰/۶۴	۲۱/۲ (۳/۱)	۲۲/۱ (۳/۴)	۲۲/۵ (۲/۸)	گواه	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی
۰/۰۰۱	۱۲/۱ (۲/۲)	۱۲/۳ (۱/۲)	۲۳/۵ (۲/۷)	طرحواره‌درمانی	
۰/۰۰۹	۱۸/۱ (۲/۴)	۱۸/۳ (۲/۲)	۲۳/۳ (۲/۸)	درمان پذیرش و تعهد	
۰/۵۸	۱۷/۷ (۳/۱)	۱۹/۲ (۲/۷)	۱۸/۳ (۳/۱)	گواه	دشواری در انجام رفتار هدفمند
۰/۰۰۱	۱۱/۶ (۲/۳)	۱۱/۸ (۲/۵)	۲۰/۲ (۲/۷)	طرحواره‌درمانی	
۰/۰۲	۱۴/۵ (۲/۹)	۱۶/۱ (۱۶/۱)	۱۹/۷ (۳/۳)	درمان پذیرش و تعهد	
۰/۳۷	۲۵/۱ (۳/۱)	۲۵/۵ (۳/۳)	۲۳/۱ (۱/۵)	گواه	دشواری در کنترل تکانه
۰/۰۰۱	۱۲/۸ (۱/۴)	۱۲/۲ (۱/۳)	۲۴/۱ (۳/۱)	طرحواره‌درمانی	
۰/۰۰۱	۱۳/۱ (۲/۳)	۱۲/۷ (۲/۳)	۲۴/۱ (۲/۶)	درمان پذیرش و تعهد	
۰/۸۷	۲۴/۵ (۱/۶)	۲۶/۲ (۱/۲)	۲۵/۹ (۱/۸)	گواه	فقدان آگاهی هیجانی
۰/۰۰۱	۱۴/۳ (۱/۹)	۱۴/۸ (۳/۱)	۲۶/۷ (۲/۲)	طرحواره‌درمانی	
۰/۰۰۷	۱۷/۳ (۴/۸)	۱۸/۱ (۴/۶)	۲۵/۶ (۱/۷)	درمان پذیرش و تعهد	
۰/۶۹	۲۸/۲ (۶/۵)	۲۸/۸ (۶/۲)	۲۹/۵ (۵/۳)	گواه	دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی
۰/۰۰۱	۱۸/۳ (۶/۱)	۱۹/۲ (۶/۳)	۲۸/۷ (۶/۱)	طرحواره‌درمانی	
۰/۰۰۱	۱۷/۳ (۳/۱)	۱۶/۷ (۲/۸)	۳۱/۴ (۶/۸)	درمان پذیرش و تعهد	
۰/۱۴	۱۵/۵ (۳/۶)	۱۶/۱ (۳/۲)	۱۸/۲ (۲/۹)	گواه	عدم وضوح هیجانی
۰/۰۰۱	۹/۵ (۲/۱)	۹/۷ (۲/۳)	۱۷/۵ (۲/۲)	طرحواره‌درمانی	
۰/۰۳	۱۴/۱ (۱/۸)	۱۴/۴ (۱/۹)	۱۷/۵ (۲/۲)	درمان پذیرش و تعهد	
۰/۴۴	۱۳۲/۴ (۹/۸)	۱۳۸/۱ (۹/۷)	۱۳۷/۵ (۹/۵)	گواه	دشواری در تنظیم هیجان (نمره کل)
۰/۰۰۱	۷۸/۶ (۷/۵)	۸۰/۲ (۶/۸)	۱۴۰/۹ (۸/۸)	طرحواره‌درمانی	
۰/۰۰۱	۹۴/۳ (۸/۱)	۹۶/۵ (۷/۷)	۱۴۱/۸ (۱۰/۶)	درمان پذیرش و تعهد	

نتایج آزمون تحلیل واریانس حاکی از آن است که بین میانگین سنی گروه‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0.05$)، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تعداد ۷ ($58/3\%$) نفر را دختران و تعداد ۵ ($41/7\%$) نفر را پسران تشکیل می‌دادند. در گروه طرحواره درمانی، تعداد ۶ (50%) نفر را دختران و تعداد ۶ (50%) نفر را پسران تشکیل می‌دادند. در گروه گواه، تعداد ۵ ($41/7\%$) نفر را دختران و تعداد ۷ ($58/3\%$) نفر را پسران تشکیل می‌دادند.

جدول شماره ۳ نشان‌دهنده شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه می‌باشد. نتایج نشان می‌دهد که بین نمرات پیش‌آزمون در گروه‌های پژوهش تفاوت چندانی وجود ندارد. اما بین میانگین نمرات پس‌آزمون و آزمون پیگیری تفاوت مشاهده می‌شود. حال در ادامه به بررسی معناداری این تفاوت پرداخته می‌شود. برای آزمون هدف مورد نظر از آنجا که پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری در سه گروه مورد بررسی قرار گرفته است، بنابراین با استفاده از آزمون تحلیل اندازه‌گیری مکرر با طرح مختلط، مورد آزمون قرار گرفت. به منظور آزمون مفروضه همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از آزمون باکس استفاده شد که نتایج آن نشان داد که میزان معناداری آزمون باکس در سطح ($P > 0.05$) معنادار نیست. به عبارت دیگر ماتریس واریانس-کوواریانس همگن بوده و مفروضه مورد نظر برقرار است.

جدول شماره ۴- نتایج تحلیل واریانس برای فاکتور درون‌موردی متغیرهای پژوهش و اثر متقابل آن با گروه

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p	اندازه اثر	توان آماری
عدم پذیرش پاسخ	عدم پذیرش	۸۰۱/۳۵	۲	۴۰۰/۶۷	۹۸/۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴	۱
های هیجانی	عدم پذیرش * گروه	۴۴۴/۹۲	۴	۱۱۱/۲۳	۲۷/۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲	۱
	واریانس خطا	۲۶۹/۷۲	۶۶	۴/۰۸				
دشواری در انجام رفتار هدفمند	دشواری * گروه	۴۵۵/۷۲	۲	۲۲۷/۸۶	۶۸/۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷	۱
	واریانس خطا	۳۰۸/۸۸	۴	۷۷/۲۲	۲۳/۳۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸	۱
		۲۱۸/۰۵	۶۶	۳/۳۰				
دشواری در کنترل تکانه	دشواری در کنترل تکانه	۱۱۲۵/۵۷	۲	۵۶۲/۷۸	۱۴۸/۰۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱	۱
	دشواری در کنترل * گروه	۱۰۰۵/۵۹	۴	۲۵۱/۳۹	۶۶/۱۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰	۱
	واریانس خطا	۲۵۰/۸۳	۶۶	۳/۸۰				
فقدان آگاهی هیجانی	فقدان آگاهی هیجانی	۱۱۵۳/۳۸	۲	۵۷۶/۶۹	۱۰۸/۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۶	۱
	فقدان آگاهی * گروه	۵۵۸/۶۱	۴	۱۳۹/۶۵	۲۶/۳۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱	۱
	واریانس خطا	۳۴۹/۳۳	۶۶	۵/۲۹				
دسترسی محدود	دسترسی محدود	۱۷۰۷/۴۶	۲	۸۵۳/۷۳	۳۶/۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲	۱
	دسترسی محدود * گروه	۷۵۵/۴۸	۴	۱۸۸/۸۷	۸/۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۹
	واریانس خطا	۱۵۳۸/۳۸	۶۶	۲۳/۳۰				
عدم وضوح هیجانی	عدم وضوح هیجانی	۴۹۸/۱۶	۲	۲۴۹/۰۸	۶۹/۴۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷	۱
	عدم وضوح هیجانی * گروه	۱۴۳/۷۷	۴	۳۵/۹۴	۱۰/۰۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۷	۰/۹۹
	واریانس خطا	۲۳۶/۷۲	۶۶	۳/۵۸				
دشواری در تنظیم هیجان	دشواری در تنظیم هیجانی	۳۲۵۳/۷۲	۲	۱۶۲۶/۸۶	۲۸۴/۱۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۹	۱
	دشواری در تنظیم هیجان * گروه	۱۵۱۸/۲۲	۴	۷۵۹/۱۱	۶۶/۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰	۱
	واریانس خطا	۳۷۷۷/۳۸	۶۶	۵۷/۲۳				

مطالعه نشان داد در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میانگین (انحراف معیار) دشواری در تنظیم هیجان از ($10/6$) در پیش‌آزمون به ($7/7$) ($96/5$) در پس‌آزمون و ($8/1$) ($94/3$) در مرحله پیگیری کاهش یافت ($P < 0.001$). در گروه طرحواره درمانی میانگین (انحراف معیار) دشواری در تنظیم هیجان از ($8/8$) ($140/9$) در پیش‌آزمون به ($6/8$) ($80/2$) در پس‌آزمون و ($7/5$) ($78/6$) در مرحله پیگیری کاهش یافت ($P < 0.001$) اما میانگین (انحراف معیار) گروه گواه در پیش‌آزمون

(۹/۵) ۱۳۷/۵ بود که در پس‌آزمون به (۹/۷) ۱۳۸/۱ و در مرحله پیگیری (۹/۸) ۱۳۲/۴ رسید که این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود. همچنین نتایج نشان داد دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی از نظر عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، فقدان آگاهی هیجانی و عدم وضوح هیجانی متفاوت هستند. طرحواره درمانی تأثیر بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، فقدان آگاهی هیجانی و عدم وضوح هیجانی داشت.

بحث

مطالعه نشان داد در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میانگین (انحراف معیار) دشواری در تنظیم هیجان از (۱۰/۶) ۱۴۱/۸ در پیش‌آزمون به (۷/۷) ۹۶/۵ در پس‌آزمون و (۸/۱) ۹۴/۳ در مرحله پیگیری کاهش یافت. در گروه طرحواره درمانی میانگین (انحراف معیار) دشواری در تنظیم هیجان از (۸/۸) ۱۴۰/۹ در پیش‌آزمون به (۶/۸) ۸۰/۲ در پس‌آزمون و (۷/۵) ۷۸/۶ در مرحله پیگیری کاهش یافت اما میانگین (انحراف معیار) گروه گواه در پیش‌آزمون (۹/۵) ۱۳۷/۵ بود که در پس‌آزمون به (۹/۷) ۱۳۸/۱ و در مرحله پیگیری (۹/۸) ۱۳۲/۴ رسید که این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود.

یافته‌ها نشان داد، طرحواره درمانی بر عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، عدم وضوح هیجانی و دشواری در تنظیم هیجانی (نمره کل) در نوجوانان تیزهوش تأثیرگذار است. این یافته با نتایج پژوهش محمدی و همکاران (۲۰) مبنی بر تأثیر طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و دشواری در تنظیم هیجان زنان مطلقه همسو است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که با توجه به اینکه طرحواره درمانی بر هیجانات تأکید دارد و با استفاده از تکنیک‌های مؤثر هیجانی مانند آگاهی، پذیرش و بازسازی طرحواره‌های ناسازگار، موجب کاهش هیجانات منفی و تنظیم آن، و به دنبال آن قضاوت و ادراک مثبت در فرد می‌شود. بنابراین، طرحواره‌درمانی با تغییر استراتژی مقابله‌ای ناسازگار و طرحواره‌های ناسازگاری که در دوران کودکی فرد شکل گرفته و نحوه اثرگذاری این طرحواره‌ها در مواجهه با اتفاقات استرس‌زا و ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری به منظور جابه‌جایی الگوهای رفتاری و شناختی سازگارانه‌تری به جای الگوهای مقابله‌ای ناکارآمد، در بهبود و تنظیم هیجانات نقش ایفا می‌کند (۱۰).

یافته‌ها نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، عدم وضوح هیجانی و دشواری در تنظیم هیجانی (نمره کل) در نوجوانان تیزهوش تأثیرگذار است. این یافته که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش تنظیم هیجان مؤثر است با یافته‌های Hill و همکاران (۲۱) مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری هیجانی افراد مبتلا به اختلال خوردن همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت یکی از راهبردهای افزایش مهارت‌های تنظیم هیجان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که به دلیل ساز و کار نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه‌ی حال، مشاهده‌گری بدون داوری، عمل متعهدانه براساس ارزش‌ها و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند درمانجویان را مجهز به باورها، رفتارها و ارزش‌هایی کند که در هنگام بروز هیجانات ناخوشایند و تهدیدکننده بهزیستی هیجانی بر هیجانات خودآگاهی و مدیریت بیشتری کنند و به تنظیم سازنده هیجانات بپردازند (۲۲). یکی از بخش‌های مهم در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درک ماهیت انطباقی و سازگارانه هیجانات و افزایش آگاهی نسبت به هیجانات با استفاده از ذهن آگاهی می‌باشد. در واقع مهارت ذهن آگاهی، روشی است که باعث رفتار خودتنظیمی و حالات هیجانی مثبت در فرد می‌شود. از سویی دیگر، باعث ارزیابی شناختی هیجانات، کاهش یافتن احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتارهای سازگارانه و انطباقی در فرد می‌شود (۲۳).

همچنین نتایج نشان داد طرحواره درمانی تأثیر بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، فقدان آگاهی هیجانی و عدم وضوح هیجانی داشت. در تبیین تأثیر بیشتر طرحواره درمانی نسبت به درمان پذیرش و تعهد می‌توان گفت طرحواره درمانی در فرایند درمان به بیمار کمک می‌کند تا با زیر سوال

بردن طرحواره‌ها، صدای سالمی را در ذهن خود به وجود بیاورد و بدین ترتیب ذهنیت سالم خود را توانمند سازد. این رویکرد درمانی به افراد کمک می‌کند تا درستی طرحواره‌هایشان را ارزیابی کنند. در اثر کاربرد این رویکرد، بیماران طرحواره را به عنوان یک حقیقت بیرونی می‌نگرد که می‌توانند با استفاده از شواهد عینی و تجربی بر علیه آنها بجنگند. همچنین از آنجا که تاکید عمده طرحواره درمانی روی هیجانات است و استفاده از تکنیک‌های تجربی و هیجانی قسمت اعظمی از این درمان را در بر می‌گیرد، بنابراین به نظر می‌رسد این تکنیک‌ها کمک می‌کنند تا فرد نسبت به هیجانات خود، آگاهی یافته، آنها را بپذیرد و بهتر بتواند هیجانات خود را در موقعیت‌های اجتماعی تنظیم کند. تکنیک‌های هیجانی کمک می‌کنند تا بیمار با سازمان‌دهی مجدد هیجانی، یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و خود آرامش‌دهی، زمینه را برای حضور سالم و موفق در موقعیت‌های اجتماعی مهیا سازد (۲۴).

در انتها، به محدودیت‌های پژوهش حاضر اشاره می‌شود که دانش‌آموزان بعضی از رفتارهایی مثل پرخاشگری و تکانش‌گری را در جلسه گروهی نشان نمی‌دادند. به همین دلیل بعد از هر تصویرسازی هیجانات آن‌ها برانگیخته می‌شد و ناراحتی‌های خود را به صورت بغض و گریه نشان می‌دادند و در جمع مشکلات را بیان نمی‌کردند. خودگزارشی بودن پرسشنامه مورد استفاده پژوهش از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. با توجه به تأثیر مثبت طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان، پیشنهاد می‌شود که این دو مداخله در مشاوره‌های فردی و جلسات آموزشی در خصوص آموزش نوجوانان تیزهوش در راستای تنظیم هیجانات مدنظر قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

مطالعه نشان داد که طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان در نوجوانان تیزهوش شد. طرحواره درمانی تأثیر بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، فقدان آگاهی هیجانی و عدم وضوح هیجانی داشت.

تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال تشکر و قدردانی می‌شود. این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول مقاله و دارای کد کمیته اخلاق به شماره IR.IAU.SRB.REC.1398.218 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات می‌باشد.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

REFERENCES

1. Spidel A, Lecomte T, Kealy D, Daigneault I. Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2018;91(2):248-61.
2. Ersan C. Physical aggression, relational aggression and anger in preschool children: The mediating role of emotion regulation. *The Journal of General Psychology*. 2020;147(1):18-42.
3. Erfan A, Noorbala Aa, Mohammadi A, Adibi P. The effectiveness of emotional schema therapy on the severity and frequency of physical symptoms and life quality of patients with irritable bowel syndrome: single-subject design. *The Journal of Daneshvar Medical*. 2016; 24(25):77-88. (Full text in Persian)
4. Yazarloo M, Kalantari M, Mehrabi H. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on military personnel mental health. *Journal of Police Medicine*. 2018;7(1):13-8.
5. Aglozo EY, Akotia CS, Osei-Tutu A, Annor F. Spirituality and subjective well-being among Ghanaian older adults: optimism and meaning in life as mediators. *Aging & Mental Health*. 2019;1(2):11-20.
6. Feros DL, Lane L, Ciarrochi J, Blackledge JT. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psycho-oncology*. 2013;22(2):459-64.
7. Zaki J. Integrating empathy and interpersonal emotion regulation. *Annual Review of Psychology*. 2020;71:517-40.

8. Westphal M, Leahy RL, Pala AN, Wupperman P. Self-compassion and emotional invalidation mediate the effects of parental indifference on psychopathology. *Psychiatry Research*. 2016;242:186-91.
9. Daneshmandi S, Izadikhah Z, Kazemi H, Mehrabi H. The effectiveness of emotional schema therapy on emotional schemas of female victims of child abuse and neglect. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2014;22(5):1481-94.
10. Naderi Y, Moradi A, Ramezanzade F, Vaghefinejad, M. Emotional Schemes (EST) in Patients with (PTSD): As A Risk Factor in PTSD. *Journal of Clinical Psychology Studies*. 2015; 6(22):2-22. [Full text in Persian]
11. Gross JJ. The extended process model of emotion regulation: Elaborations, applications, and future directions. *Psychological Inquiry*. 2015;26(1):130-7.
12. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*. 2012;40(7):976-1002.
13. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*. 2013;44(2):180-98.
14. Hoffmann D, Halsboe L, Eilenberg T, Jensen JS, Frostholm L. A pilot study of processes of change in group-based acceptance and commitment therapy for health anxiety. *Journal of contextual behavioral science*. 2014;3(3):189-95.
15. Larmar S, Wiatrowski S, Lewis-Driver S. Acceptance & commitment therapy: An overview of techniques and applications. *Journal of Service Science and Management*. 2014;2(1):14-20.
16. McCracken LM, Vowles KE. Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: Model, process, and progress. *American Psychologist*. 2014;69(2):178-90.
17. Powers A, Casey BJ. The adolescent brain and the emergence and peak of psychopathology. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*. 2015;14(1):3-15.
18. Gratz KL, Roemer L. The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university. *Cognitive behaviour therapy*. 2008;37(1):14-25.
19. Karami J, Momeni KM, Hatamian P. The relationship between emotion dysregulation with psychoactive substance abuse in nurses working at hospitals of Kermanshah Iran 2016. *Bali Med J*. 2017;6(3):495.
20. Mohammadi H, Sepehri Shamloo Z, Asghari Ebrahim Abad M. 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*. 2019; 14(51): 27-36.
21. Hill ML, Masuda A, Moore M, Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for individuals with problematic emotional eating: A case-series study. *Clinical Case Studies*. 2015;14(2):141-54.
22. Wetherell JL, Liu L, Patterson TL, Afari N, Ayers CR, Thorp SR, Stoddard JA, Ruberg J, Kraft A, Sorrell JT, Petkus AJ. Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior therapy*. 2011;42(1):127-34.
23. Narimani M, Abbasi M, Abolghasemi A, Ahadi B. The effectiveness of training acceptance/commitment and training emotion regulation on high-risk behaviors of students with dyscalculia. *International journal of high risk behaviors & addiction*. 2013;2(2):51-63.
24. Rezaei M, Ghadampur E, Kazemi R. Effectiveness of emotional schema therapy on rumination and severity of depression in patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2016;7(4):45-58.