

Research Paper



Effectiveness of Schema Therapy on Irritability and Peer Interaction Self-Efficacy of Children with Disruptive Mood Dysregulation Disorder



Sayehnaz Saniei Abadeh¹, Ilnaz Sajjadian^{2*}, Mansoureh Bahramipour Esfahani³

1. Ph.D. Student of Psychology, Department of psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
2. Associate Professor, Clinical Psychology Department, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
3. Assistant Professor, Department of psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2024.16764

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16764.html



ARTICLE INFO

Keywords:
Schema Therapy,
Irritability, Self-
efficacy in Interaction,
Disruptive Mood
Dysregulation
Disorder

Received: 2023/04/03
Accepted: 2023/06/21
Available: 2024/02/20

ABSTRACT

Disruptive mood dysregulation disorder, characterized by intense and persistent anger and irritability, causes functional problems in childhood and decreases mental health in adulthood. The present study sought to investigate the effectiveness of schema therapy on irritability and peer interaction self-efficacy of children with disruptive mood dysregulation disorder. The research method was quasi-experimental with a pre-test, post-test, follow-up, and a control group design. The statistical population included 8-11-year-old boys with disruptive mood dysregulation disorder in Isfahan in 2021-2022 and their mothers who referred to specialized child counseling centers in Isfahan. Among them, 30 children and their mothers were selected purposively and randomly assigned to experimental and control groups, each comprising 15 individuals. The experimental group's children underwent schema therapy during ten weekly sessions of 60 minutes while their mothers received the same therapy for 30 minutes each week. The data were collected by Disruptive Mood Dysregulation Disorder Scale (Shah Mohammadi et al., 1400), the Affective Reactivity Index (Stringaris et al., 2012), and the Children's Self-efficacy for Peer Interaction Scale (Wheeler & Ladd., 1982) and analyzed by repeated measures analysis of variance (ANOVA). The results revealed that schema therapy significantly reduced irritability and enhanced peer interaction self-efficacy in children with disruptive mood dysregulation disorder ($p < .05$). Therefore, schema therapy can be regarded as an effective therapy for reducing irritability and increasing self-efficacy in interactions of children with disruptive mood dysregulation disorder.



* Corresponding Author: Ilnaz Sajjadian

E-mail: i.sajjadian@khuisf.ac.ir

مقاله پژوهشی



اثربخشی طرحواره درمانی بر تحریک پذیری و خودکارآمدی در روابط با همسالان در کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر



سایه ناز صنیعی آبادیه^۱، ایلناز سجادیان^{۲*}، منصوره بهرامی‌پور اصفهانی^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
۲. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2024.16764

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16764.html



مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

طرحواره درمانی،
تحریک‌پذیری، خودکارآمدی
در روابط، اختلال بی‌نظمی
خلق اخلاک‌گر

اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر با ویژگی‌هایی مانند خشم و تحریک‌پذیری شدید و مداوم، علاوه بر ایجاد مشکلات عملکردی در کودکی منجر به کاهش سلامت روان در بزرگسالی می‌شود. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر تحریک‌پذیری و خودکارآمدی در روابط با همسالان در کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل پسران ۸ تا ۱۱ سال دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر شهر اصفهان به همراه مادرانشان بودند که به مراکز تخصصی مشاوره کودک شهر اصفهان مراجعه کردند. از میان آن‌ها ۳۰ کودک به همراه مادرشان به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و سپس در هر گروه (آزمایش و کنترل) ۱۵ نفر به صورت تصادفی قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت مداخله طرحواره درمانی طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای با کودکان و ۳۰ دقیقه‌ای با مادران و به صورت هفته‌ای یکبار قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس اختلال کژتنظیمی خلقی ایدایی (شاه محمدی قهساره و همکاران، ۱۴۰۰)، شاخص واکنش‌پذیری عاطفی (استرینگرز و همکاران، ۲۰۱۲) و مقیاس خودکارآمدی در تعامل با همسالان (ویلر و لد، ۱۹۸۲) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و نتایج نشان داد طرحواره درمانی بر بهبود تحریک‌پذیری و خودکارآمدی در روابط با همسالان در کودکان با اختلال بی‌نظمی خلقی اخلاک‌گر تأثیر معناداری دارد ($p < 0/01$). بنابراین می‌توان از طرحواره درمانی به عنوان مداخله‌ای موثر بر تحریک‌پذیری و افزایش خودکارآمدی در روابط کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر بهره گرفت.

دریافت شده: ۱۴۰۲/۰۱/۱۴

پذیرفته شده: ۱۴۰۲/۰۳/۳۱

منتشر شده: ۱۴۰۲/۱۲/۰۱

مقدمه

اختلالات هیجانی در دوران کودکی می‌تواند مشکلاتی برای سلامت روان و عملکرد کودک به وجود آورد و در صورت عدم تشخیص و درمان اختلالات هیجانی علاوه بر ایجاد ناراحتی اساسی، در کودکی با طیفی از پیامدهای نامطلوب از جمله شکست تحصیلی، مشکلات سلامت جسمانی، رفتارهای پرخطر، بیماری روانی در بزرگسالی، سوءمصرف مواد و افزایش خطر خودکشی همراه است (اوگاندل^۱، ۲۰۱۸، راتر^۲ و همکاران، ۲۰۰۶، کلیبورن^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). اختلال بی‌نظمی خلق اخلاگر^۴ در دسته اختلالات افسردگی درپنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۵ آمده است و علائم آن عبارتند از: انفجارهای خشم مداوم و حاد که با سن رشدی ناهمخوان هستند و به عنوان تحریک‌پذیری^۶ و خشم تظاهر می‌کنند و مداوماً ۲ یا ۳ بار در هفته رخ می‌دهند (سادوک^۷ و همکاران، ۱۴۰۰). بناروس^۸ و همکاران (۲۰۲۰) گزارش کردند در بین کودکانی که به دلیل اختلال خلقی به کلینیک‌های سرپایی مراجعه کردند ۲۲٪ مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاگر تشخیص داده شدند و تحقیقات طولی نشان می‌دهد، این اختلال مشکلاتی را در رشد عملکرد کودک ایجاد کرده و این کودکان دارای سطوح بالاتری از آسیب روانی و اجتماعی نسبت به دیگران بوده و در بزرگسالی بیشتر احتمال ابتلا به اختلالات افسردگی، اضطرابی و اختلال شخصیت مرزی خواهند داشت (گنجی، ۱۴۰۱، مارتینز^۹، ۲۰۲۱، کوپلند^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۳). ویژگی تشخیصی اصلی اختلال بی‌نظمی خلق اخلاگر، تحریک‌پذیری مزمن شدید و مداوم است که این تحریک‌پذیری دارای دو تظاهر بالینی برجسته است، یکی طغیان‌های مکرر خلق به صورت کلامی و رفتاری در پاسخ به ناامیدی و دیگری خلق و خوی دائماً تحریک پذیر یا عصبانی که بین طغیان‌های شدید خلق و خو وجود دارد (گنجی، ۱۴۰۱). تحریک‌پذیری یک صفت تمایلی است که به صورت بی‌حوصلگی، خصومت، آزرده‌گی و حتی پرخاشگری ظاهر می‌شود. این اختلال از همان اوایل زندگی وجود دارد و با اشکال متنوعی از بیماری روانی مرتبط است (بوچاینه و تکت^{۱۱}، ۲۰۲۰).

کودکان مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاگر در روابط با همسالان خود نیز دچار ضعف بوده و بیشتر از کودکانی که دچار این اختلال نیستند قربانی رفتار پرخاشگرانه همسالان خود می‌شوند (بناروس و همکاران، ۲۰۲۰). زیرا تنظیم رفتار ضعیف مثل رفتار مخرب در دوران کودکی می‌تواند احتمال طرد شدن از جانب همسالان را در اوایل دوران کودکی افزایش

دهد (اسنایدر^{۱۲} و همکاران ۲۰۰۸). افرادی می‌توانند با دوستان خود به خوبی ارتباط برقرار کنند، که احساس خودکارآمدی^{۱۳} داشته و خود را به اندازه کافی قادر به بیان کلامی می‌دانند و با مهارت‌های مدیریت هیجانات و ابعاد فرعی خود کنار می‌آیند و دارای بالاترین درک از آن هستند (اگیر^{۱۴}، ۲۰۱۹). خودکارآمدی در تعامل با همسالان به ارزیابی کودک از توانایی‌های خود برای متقاعد کردن همسالانش به گونه‌ای که احساسات و رفتارهای آن‌ها را به شیوه‌ای جامعه‌پسند تحت تأثیر قرار دهد، اطلاق می‌شود (ویلر و لد^{۱۵}، ۱۹۸۲). از آنجایی که تحریک‌پذیری بالا با ناپهنجاری‌هایی در مدار فورتوآمیگدالار^{۱۶} و کاهش فعالیت منطقه پروفرونتال مرتبط است (گرابل^{۱۷} و همکاران، ۲۰۱۸)، درمان‌هایی که بتوانند باعث افزایش کنترل پروفرونتال^{۱۸} در هنگام ناکامی شوند مانند درمان‌های شناختی-رفتاری^{۱۹} می‌تواند برای این اختلال اثربخش باشد (کیرکانسکی^{۲۰} و همکاران، ۲۰۱۸). طرحواره درمانی^{۲۱}، درمان یکپارچه جدیدی است برای ارزیابی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه^{۲۲}، که بر اساس مفاهیم و اصول درمان شناختی-رفتاری بنا شده و ترکیبی از رویکردهای درمانی شناختی، رویکردهای روان‌پویایی، درمان گشتالت، هیپنوتراپی و درمان‌های انسان‌دوستانه است. (یانگ^{۲۳} و همکاران، ۱۳۹۹). شناسایی و کار بر روی طرحواره‌های ناسازگار در دوران کودکی برای درک ادراک تحریف شده می‌تواند مانع ایجاد مشکلات مزمن عاطفی و رفتاری شود. چراکه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با مشکلات روانی-اجتماعی دوران کودکی مانند علائم هیجانی، مشکلات رفتاری و مشکلات ارتباط با همسالان مرتبط است (لوز^{۲۴} و همکاران، ۲۰۱۳).

طرحواره درمانی کودک و نوجوان که توسط لوز و همکاران (۲۰۲۰) مطرح شده است، ابزار و تکنیک‌های طرحواره درمانی را با پیوند دادن به تکنیک‌های بازی درمانی کلاسیک با رویکرد شناختی-رفتاری به حوزه روان درمانی کودک و نوجوان وارد نموده است. این درمان از مدل ذهنیت به دلیل نزدیک بودن به بازی و تجربه کودک و همخوانی با سطح رشد او استفاده می‌کند. پژوهش‌های اخیر حاکی از آن است که ذهنیت‌های کودک آسیب پذیر و کودک عصبانی نقش میانجی در ایجاد خشم داشته و ذهنیت‌های سالم نیز رابطه بین طرحواره‌ها و رفتارهای اجتماعی را میانجی می‌کند (شیلدر^{۲۵} و همکاران، ۲۰۲۱، سانتوس^{۲۶} و همکاران، ۲۰۲۳). از سوی دیگر اغلب مداخلاتی که تاکنون برای کودکان مطرح شده به راحتی امکان اجرای همزمان استراتژی‌های فردی متمرکز بر کودک و شیوه فرزندپروری والدین

- 14 . Ağır
- 15 . Wheeler & Ladd
- 16 . fronto-amygdalar
- 17 . Grabell
- 18 . prefrontal
- 19 . cognitive Behavioral Therapy (CBT)
- 20 . Kircanski
- 21 . schema therapy (ST)
- 22 . early Maladaptive Schema
- 23 . Young
- 24 . Loose
- 25 . Schilder
- 26 . Santos

1. Ogundele
2. Rutter
3. Clayborne
4. disruptive mood dysregulation disorder
5. DSM_5
6. irritability
7. Sadock
8. Benarous
9. Martins
10. Copeland
11. Beauchaine & Tackett
12. Snyder
13. self-efficacy

را ندارند، درحالی‌که هم مداخلات مدیریت رفتار والدین^۱ و هم استراتژی‌های مبتنی بر مواجهه هیجانی، خودتنظیمی و مدیریت سرخوردگی به عنوان عناصر کلیدی در درمان تحریک‌پذیری کودکان فرض شده است (استرینگرز و همکاران، ۲۰۱۸، اهرنریچ-می^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین درمان‌هایی که بتواند هر دو جنبه را دربرگیرند از جمله طرحواره درمانی کودک می‌تواند موثر باشند. طرحواره درمانی کودک با یک نگاه سیستمی علاوه بر ذهنیت‌های کودک به ژنوگرام ذهنیت‌ها و طرحواره‌های خانوادگی و شیوه فرزندپروری والدین نیز می‌پردازد (لوز و همکاران، ۲۰۲۰). تاکنون مطالعات اندکی در ارتباط با تاثیر این درمان بر اختلالات کودکان صورت گرفته و پژوهشی مبنی بر تاثیر آن بر تحریک‌پذیری و خودکارآمدی در روابط در دوران کودکی یافت نشد. اما پژوهش‌های بسیاری اثربخشی طرحواره درمانی در مشکلات بزرگسالی را تأیید می‌کند (پیترز^۳ و همکاران، ۲۰۲۲، تان^۴ و همکاران، ۲۰۱۸) و پژوهش‌های اخیر نیز حاکی از اثربخشی تأثیر طرحواره درمانی کودک و نوجوانان بر مشکلات هیجانی و رفتاری، اختلالات مخرب، رفتارهای بیرونی، خودکارآمدی اجتماعی و پرخاشگری نوجوانان نیز بوده است (پشنگیان و همکاران، ۱۴۰۱، دباغی‌ظریف و رضایی، ۱۳۹۹، رولوفس^۵ و همکاران، ۲۰۱۶، رهبر کرباسدهی و همکاران، ۱۴۰۰، سبزی و همکاران، ۲۰۲۲، کامیلو^۶ و همکاران، ۲۰۱۸، کریمی پور و همکاران، ۲۰۲۱، محمدحسینی و همکاران، ۲۰۲۰، یزدانی و همکاران، ۱۳۹۹).

بنابراین با توجه به اهمیت روش طرحواره درمانی برای کودکان و با درنظرگرفتن پیامدهای تحریک‌پذیری و اختلال بی‌نظمی خلق اخلاگر و کمبود پژوهش درخصوص اثربخشی طرحواره درمانی بر کودکان دارای این اختلال، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر تحریک‌پذیری و خودکارآمدی در روابط با همسالان در کودکان دارای بی‌نظمی خلق اخلاگر انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر به صورت طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه پسران ۸ تا ۱۱ سال دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاگر شهر اصفهان بود. بدین منظور از بین افرادی که در بازه زمانی اسفند ۱۴۰۰ تا خرداد ۱۴۰۱ به مراکز مشاوره تخصصی کودک مراجعه داشتند با اعلان فراخوان، تعداد ۳۶ کودک پسر ۸ تا ۱۱ سال که نشانه‌های اختلال بی‌نظمی خلق اخلاگر را دارا بودند، به همراه مادرشان به شیوه نمونه‌گیری هدفمند و با شرط دارا بودن سایر ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (هرگروه ۱۸ نفر). در نهایت ۶ نفر از افراد به دلیل غیبت بیش از دوجلسه و عدم تمایل به ادامه دادن جلسات حذف شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: عدم ابتلا به اختلالات حاد

روانپزشکی همزمان، رضایت آگاهانه والدین و کودک برای شرکت در جلسات مداخله، محدوده سنی ۸ تا ۱۱ و جنسیت مذکر کودک، تشخیص اختلال بی‌نظمی خلق اخلاگر توسط روانشناس بالینی بر اساس معیارهای پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، داشتن نشانه‌های اختلال بی‌نظمی خلق اخلاگر در کودک در آزمون اختلال کژتنظیمی خلقی ایذایی (شاه محمدی قهساره و همکاران، ۱۴۰۰) که توسط مادر پاسخ داده شد، حداقل تحصیلات سیکل برای مادر و عدم شرکت کودک و مادر در دوره درمانی و آموزشی دیگر در ۶ ماه گذشته و ملاک‌های خروج نیز غیبت بیش از دو جلسه و عدم پاسخگویی به پرسشنامه‌ها در نظر گرفته شده بود. این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1401.114 توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) مصوب شده است. ابزار مورد استفاده در پژوهش به شرح زیر می‌باشد:

مقیاس اختلال کژتنظیمی خلقی ایذایی-فرم والد^۷: در این پژوهش به منظور غربالگری کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاگر، از مصاحبه بالینی توسط روانشناس بالینی و مقیاس اختلال کژتنظیمی خلقی ایذایی-فرم والد استفاده گردید. این مقیاس توسط شاه محمدی قهساره و همکاران (۱۴۰۰) به منظور شناسایی کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاگر و مقایسه آنان با کودکان دارای اختلالات مشابه دیگر ساخته شده است و والدین به آن پاسخ می‌دهند. این مقیاس دارای ۲۶ گویه با مقیاس ۵ درجه‌ای (۱=هرگز، ۲=به ندرت، ۳=گاهی اوقات، ۴=بیشتر اوقات، ۵=همیشه) است. دامنه نوسان امتیازات بین ۲۶ تا ۱۳۰ است و نمره بالاتر نشان دهنده شدت این اختلال است. روایی و اعتبار این پرسشنامه توسط سازنده بررسی شده و نتایج نشان داده شاخص روایی محتوایی، صوری و سازه‌ای مقیاس طراحی شده برای والدین قابل قبول بوده و می‌تواند جهت ارزیابی اختلال بی‌نظمی خلق اخلاگر در کودکان ۱۲-۶ سال مورد استفاده قرار گیرد. همچنین ضریب اعتبار کل مقیاس به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹۴ بوده است.

شاخص واکنش‌پذیری عاطفی^۸: این مقیاس توسط استرینگرز و همکاران (۲۰۱۲) برای بررسی تحریک‌پذیری کودکان و نوجوانان در دو نسخه خودگزارشی و سؤال از والدین ساخته شده است. هر دو نسخه این مقیاس دارای ۶ گویه با مقیاس ۳ درجه‌ای (۰=نادرست، ۱=تا حدی درست، ۲=مطمئناً درست) است. دامنه نوسان نمرات بین ۰ تا ۱۲ است و نمره بالاتر نشان دهنده تحریک‌پذیری بالاتر است. در نسخه خود گزارش دهی از کودکان و نوجوانان خواسته می‌شود که به جملات حاوی توصیف رفتارشان در ۶ ماه گذشته پاسخ دهند و والدین نیز براساس اینکه "در ۶ ماه گذشته در مقایسه با سایر کودکان همسن چگونه هریک از سوالات رفتار و احساسات فرزندشان را توصیف می‌کند، پاسخ می‌دهند. ضریب پایایی این پرسشنامه را سازندگان آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در نمونه آمریکایی ۰/۸۸ و در نمونه بریتانیایی ۰/۹۰ گزارش کردند. مولرانی^۹ و همکاران (۲۰۱۴) پایایی

6. Camilo
7. disruptive mood dysregulation disorder scale (DMDDS)
8. Affective Reactivity Index (ARI)
9. Mulraney

1. parents management training
2. Ehrenreich-May
3. Peeters
4. Tan
5. Roelofs

این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ $0/89$ و روایی همگرا آن با افسردگی را $0/56$ به دست آوردند. در ایران شیبانی آن را ترجمه و در یک نمونه 400 نفری در شهر مشهد نیز ضریب آلفای کرونباخ $0/70$ گزارش شده است (به نقل از نظامی و قمری، 1399). اصغری شربانی و همکاران (1401) در پژوهش خود مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس را $0/75$ گزارش کردند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای نسخه کودک برابر با $0/799$ و برای نسخه والد برابر با $0/788$ به دست آمده است.

مقیاس خودکارآمدی در تعامل با همسالان:^۱ این مقیاس توسط ویلر و لد (1982) به منظور بررسی خودکارآمدی کودکان در روابط اجتماعی که با همسالان خود دارند طراحی گردیده است و یک مقیاس خودگزارشی است. این مقیاس دارای 22 گویه و مقیاس 4 درجه ای ($4 =$ خیلی آسان، $3 =$ آسان، $2 =$ سخت و $1 =$ خیلی سخت) است. دامنه نمرات از 22 تا 88 و نمره بالاتر نشان دهنده خودکارآمدی بیشتر است. هر گویه بیانگر یک موقعیت اجتماعی است که به صورت جمله ناقص نوشته شده و از کودک خواسته می شود تا جای خالی را با انتخاب یکی از گزینه ها تکمیل نماید. حسین چاری (1386) علاوه بر روایی محتوا که از طریق نظرخواهی از متخصصان امر به دست آورده، روایی سازه هم مورد بررسی قرار داده و پایایی این مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ برابر با $0/87$ برای کل مقیاس به دست آورده است و در پژوهش یقطین (1395) نیز پایایی $0/82$ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برابر با $0/805$ بود.

روند اجرای پژوهش

برای اجرای پژوهش از بین جامعه آماری 36 نفر به شیوه هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه های آزمایشی و کنترل (18 نفر در گروه آزمایشی طرحواره درمانی و 18 نفر در گروه کنترل) به همراه یکی از والدین (مادر) جایگزین شدند و به آزمون های واکنش پذیری عاطفی استرینگز و خودکارآمدی در تعامل با همسالان ویلر و لد دادند. سپس گروه آزمایش تحت مداخله طرحواره درمانی طی 10 جلسه 60 دقیقه ای با کودکان و 30 دقیقه ای با مادران و به صورت هفتگی قرار گرفتند و گروه کنترل در این مدت هیچ مداخله ای دریافت نکردند. جلسات مداخله در تابستان سال 1401 در خانه کودک وابسته به سازمان فرهنگی اجتماعی ورزشی شهرداری اصفهان برگزار شد. پس از پایان جلسات درمانی از هر دو گروه پس آزمون گرفته شده و جلسه پیگیری نیز سه ماه بعد تشکیل شد و مجدداً هر دو گروه به آزمون های مورد استفاده در دو مرحله قبلی مجدداً پاسخ دادند. در نهایت 6 نفر از نمونه به دلیل شرکت نکردن در جلسات حذف شدند و داده های مربوط به 30 نفر (هر گروه 15 نفر) تحلیل شد. خلاصه محتوای جلسات طرحواره درمانی در جدول 1 آمده است:

جلسات	محتوای جلسات
اول	جلسه کودکان و والدین: آشنایی اعضا گروه با یکدیگر، ایجاد رابطه درمانی و انگیزه، تبیین اهداف و قوانین جلسات بعد
دوم	جلسه کودکان: آموزش احساس بدنی، شناسایی و نام گذاری و شناخت ذهنیت ها با نقاشی و معرفی عروسک ها انگشتی. جلسه والدین: معرفی نیازهای اساسی روانشناختی، ارزیابی شیوه برآورده کردن نیازها در خانواده
سوم	جلسه کودکان: پیدا کردن ذهنیت کنونی کودک، آموزش ذهنیت های فعال با استفاده از فلش کارت ها، فعال کردن تجربه ها و رفتارهای رایج هرکدام از ذهنیت ها با عروسک انگشتی. جلسه والدین: آموزش طرحواره ها و ریشه تحولی آن
چهارم	جلسه کودکان: بررسی نیازها و ذهنیت های کنونی از طریق مصاحبه با ذهنیت ها. جلسه والدین: معرفی ذهنیت ها، پیدا کردن ذهنیت های کنونی با استفاده از فلش کارت ها
پنجم	جلسه کودکان: کشف ریشه، هدف و علل خشم با مصاحبه با آدمک ذهنیت، بررسی راه اندازهای ذهنیت. جلسه والدین: شناسایی طرحواره ها و ذهنیت های فعال کنونی والدین، شناسایی کودک آسیب پذیر والدین
ششم	جلسه کودکان: کشف ارتباط بین ذهنیت و مشکلات فعلی، بررسی کارایی و ناکارآمدی ذهنیت، آموزش ارتباط و پویایی بین ذهنیت ها با استفاده از فلش کارت و تکنیک والد سرزنشگر. جلسه والدین: کشف ریشه و علل ذهنیت ها و ساخت ژنوگرام نمایانگر ذهنیت های خانوادگی
هفتم	جلسه کودکان: ایجاد محیط امن برای بحث در مورد ذهنیت های جایگزین، ترسیم سبک های مقابله ای، آموزش و تشویق رفتارهای مقابله ای و ابراز احساسات سازنده با استفاده از ایفای نقش. جلسه والدین: پیدا کردن ذهنیت های والدین که برای رابطه والد و فرزند مضر است، کشف ارتباط بین ذهنیت و مشکلات فعلی
هشتم	جلسه کودکان: برون ریزی خشم با بازی، گفتگوی ذهنیت ها به وسیله عروسک های انگشتی و تکنیک صندلی ها. جلسه والدین: تصویرسازی ذهنی و گفتگوی خیالی با ذهنیت ها با تکنیک صندلی ها، چالش با طرحواره ها و ذهنیت ذهنیت های ناکارآمد و زیر سؤال بردن اعتبار آن با شواهد تایید و ردکننده براساس زندگی در گذشته و حال
نهم	جلسه کودکان: آموزش مدیریت پرخاش با بادکنک های خشم، ارجاع محتاطانه داستان ها به موقعیت های ملموس زندگی. جلسه والدین: آموزش و تمرین همدلی با خود و کودک، ارائه راهنمایی های عملی به والدین برای برخورد با فرزندشان، تشویق برای رها کردن سبک های مقابله ای و جایگزینی رفتارها و سبک های مقابله ای کارآمد به جای ناسازگار
دهم	جلسه کودکان و والدین: ارزیابی نتایج و جمع بندی تکنیک ها

جدول ۱: خلاصه جلسات طرحواره درمانی (لوز و همکاران، 2020)

برای بررسی نرمال بودن نمرات از آزمون شاپیرو ویلکز استفاده گردید. نتایج حاصل از اجرای این پیش فرض در مورد نمرات متغیرهای پژوهش نشان داد، فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای پژوهش در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در هر دو گروه باقی است (همه سطوح معنی داری بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد).

جهت بررسی پیش فرض برابری واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج نشان داده است در متغیر تحریک‌پذیری از دیدگاه کودک در مرحله پیش آزمون ($F=0/005, sig=0/942$)، پس آزمون ($F=0/569, sig=0/332$) و پیگیری ($F=0/072, sig=0/79$)، در تحریک‌پذیری از دیدگاه والد در پیش آزمون ($F=1/97, sig=0/171$)، پس آزمون ($F=2/89, sig=0/076$) و پیگیری ($F=2/93, sig=0/072$) در خودکارآمدی در روابط پیش آزمون ($F=0/035, sig=0/852$)، پس آزمون ($F=2/07, sig=0/161$) و پیگیری ($F=1/44, sig=0/24$)، به دست آمده است که مجموع نتایج نشان می‌دهد پیش فرض برابری واریانس‌ها در هر سه متغیر در هر سه مرحله تأیید شده است. نتایج آزمون ماچلی نیز جهت بررسی یکنواختی کوواریانس‌ها در گروه‌ها برای متغیر تحریک‌پذیری از دیدگاه کودک ($Mauchly's W=0/96, sig=0/58, chi^2=1/09$)، تحریک‌پذیری از دیدگاه والد ($Mauchly's W=0/604, sig=0/13, chi^2=13/62$)، خودکارآمدی در روابط ($Mauchly's W=0/345, sig=0/001, chi^2=28/6$) به دست آمد که بیانگر تأیید پیش فرض در متغیر تحریک‌پذیری از دیدگاه کودک و عدم تأیید آن در متغیرهای تحریک‌پذیری از دیدگاه والد، و خودکارآمدی در روابط در پژوهش است. از این رو در تحلیل‌های درون آزمودنی در تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در متغیر تحریک‌پذیری از دیدگاه کودک از تحلیل با فرض کرویت و در سایر متغیرهای پژوهش از آزمون محافظه کارانه‌ای چون گرین هاوس - گیزر استفاده می‌شود.

نتایج مقایسه بین آزمودنی و درون آزمودنی در متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی در متغیرهای پژوهش									
متغیر	اثر	منبع	مجموع مجاورات	درجه آزادی	میانگین	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
تحریک‌پذیری	بین آزمودنی	گروه	۲۰۵/۵۱۱	۱	۲۰۵/۵۱۱	۲۸/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۵۰۳	۰/۹۹۹
از دیدگاه	درون	اثر زمان	۸۲/۹۵	۲	۴۱/۴۸	۴۵/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۶۱۹	۱/۰۰۰
کودک	آزمودنی	اثر زمان* گروه	۱۳۲/۰۲	۲	۶۶/۰۱	۷۲/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۷۲۱	۱/۰۰۰
تحریک‌پذیری	بین آزمودنی	گروه	۱۵۷/۳۴	۱	۱۵۷/۳۴	۲۲/۷	۰/۰۰۱	۰/۴۴۸	۰/۹۹۹
از دیدگاه والد	درون	اثر زمان	۶۱/۷۶	۱/۴۳	۴۳/۱۱	۳۱/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۲۶	۱/۰۰۰
آزمودنی	اثر زمان* گروه	۶۷/۲۲	۱/۴۳	۴۳/۱۱	۳۲/۷۹	۳۱/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۴۷	۱/۰۰۰
خودکارآمدی	بین آزمودنی	گروه	۵۳۶/۹۴	۱	۵۳۶/۹۴	۱۳/۸	۰/۰۰۱	۰/۳۱۴	۰/۹۳۲
در روابط	درون	اثر زمان	۲۴۴/۲۹	۱/۲۱	۱۲۲/۱۴	۲۲/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۴۵۹	۰/۹۹۹
آزمودنی	اثر زمان* گروه	۲۴۴/۲۹	۱/۲۱	۱۲۲/۱۴	۲۳/۶۲	۲۳/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۴۵۸	۰/۹۹۹

براساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۳، در تحلیل بین آزمودنی، میانگین نمرات متغیرهای تحریک‌پذیری از دیدگاه کودک و والد، و خودکارآمدی در روابط در دو گروه آزمایش (طرحواره درمانی) و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد ($p<0/05$). نتایج نشان داده است که ۵۰/۳ درصد از

در این پژوهش داده‌های جمع‌آوری شده در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ و با روش تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سنی کودکان در گروه آزمایش $99/13 \pm 9$ و در گروه کنترل $88/93 \pm 8$ بوده است، که بررسی تفاوت میانگین سنی دو گروه با استفاده از آزمون t گروه‌های مستقل غیر معنی‌دار به دست آمده است ($t=0/584, sig=0/564$)، ۱۱ نفر (۷۳/۳ درصد) از والدین در گروه آزمایش بین ۳۰ تا ۴۰ سال و ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) بین ۴۰ تا ۵۰ سال سن داشتند. در حالی که در گروه کنترل ۱۳ نفر (۸۶/۷ درصد) بین ۳۰ تا ۴۰ سال و ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) ۴۰ تا ۵۰ سال داشته‌اند. در گروه آزمایش ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) در پایه دوم، ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) در پایه سوم و ۳ نفر (۲۰ درصد) در پایه چهارم تحصیل می‌کنند. در حالی که در گروه کنترل ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) در پایه دوم، ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) در پایه سوم و ۳ نفر (۲۰ درصد) در پایه چهارم تحصیل می‌نمایند. تحصیلات والدین کودکان در گروه آزمایش در ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) دیپلم، ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) لیسانس، ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) فوق لیسانس و ۱ نفر (۶/۷ درصد) دکتری است. در گروه کنترل نیز تحصیلات ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) فوق دیپلم، ۹ نفر (۶۰ درصد) لیسانس، ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) فوق لیسانس است. نتایج آزمون خی دو، دو متغیره در بررسی تفاوت فراوانی گروه‌های سنی والدین ($chi^2=0/833, sig=0/361$)، پایه تحصیلی کودکان ($chi^2=0/178, sig=0/915$) و تحصیلات والدین ($chi^2=5/06, sig=0/281$) در دو گروه نشان داد که این ویژگی‌های جمعیت شناختی در دو گروه تفاوت معنی‌داری ندارند.

یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه و سه مرحله

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تحریک‌پذیری	آزمایش	۷/۸	۱/۸۹	۳/۳۳	۱/۶۷	۳/۰۷	۱/۷۹
از دیدگاه	کنترل	۷/۴	۱/۸	۷/۹۳	۱/۴۹	۷/۹۴	۱/۷۵
کودک							
تحریک‌پذیری	آزمایش	۷/۳۳	۱/۸۷	۳/۶	۰/۶۳	۳/۹۳	۰/۷۹
از دیدگاه والد	کنترل	۷/۵۳	۱/۲۶	۷/۵	۱/۰۳	۷/۸	۱/۰۰۷
خودکارآمدی	آزمایش	۴۳/۴۷	۱۱/۰۲	۶۵/۰۷	۱۷/۷۹	۶۶	۱۶/۰۸
در روابط	کنترل	۴۲/۷۳	۱۰/۶۳	۴۲/۴	۱۱/۱۸	۴۳/۰۷	۱۰/۴۸

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در گروه مداخله (طرحواره درمانی) نسبت به گروه کنترل تغییر بیشتر در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون دارد.

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه میانگین نمرات تحریک پذیری از دیدگاه کودک و والد و خودکارآمدی در روابط، در سه مرحله در گروه آزمایش در جدول ۵ نشان داده است که تفاوت میانگین نمرات همه متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون با پس آزمون و همچنین پیش آزمون با پیگیری معنی دار است ($p < 0.01$). اما تفاوت میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری در این گروه معنی دار به دست نیامده است ($p > 0.05$). در یک نتیجه گیری کلی می توان گفت، مداخله طرحواره درمانی بر بهبود تحریک پذیری از دیدگاه کودک، از دیدگاه والد و خودکارآمدی در روابط با همسالان در کودکان دارای اختلال بی نظمی خلقی اخلاک در مرحله پس آزمون تأثیر معنی داری داشته و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز باقی مانده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر تحریک پذیری و خودکارآمدی در روابط با همسالان در کودکان دارای اختلال بی نظمی خلق اخلاک بود. یافته های پژوهش نشان داد طرحواره درمانی موجب بهبود تحریک پذیری و خودکارآمدی در روابط با همسالان در کودکان دارای اختلال بی نظمی خلق اخلاک می شود.

اثربخشی طرحواره درمانی بر تحریک پذیری با یافته های پژوهش کریمی پور و همکاران (۲۰۲۱) مبنی بر موثر بودن طرحواره درمانی کودک و نوجوان بر کاهش رفتار بیرونی مانند پرخاشگری، پژوهش پشنکیان و همکاران (۱۴۰۱) مبنی بر موثر بودن طرحواره درمانی ذهنیت مدار گروهی بر کاهش تکانشگری نوجوانان دارای اختلال نامنظم خلقی اخلاک، پژوهش محمد حسنی و همکاران (۲۰۲۰) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر پرخاشگری و سرکشی نوجوانان، پژوهش یزدانی و همکاران (۱۳۹۹) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر پرخاشگری دانش آموزان و پژوهش کامیلو و همکاران (۲۰۱۸) که نشان داد طرحواره درمانی بر مشکلات رفتاری، طرحواره های ناسازگار اولیه و ذهنیت های طرحواره در نوجوانان دارای اختلالات مخرب موثر است، همسو بود.

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر تحریک پذیری می توان گفت تحقیقات نشان داده است پرخاشگری با طرحواره هایی مانند طرحواره بی اعتمادی، تنبیه و استحقاق به طور قابل توجهی ارتباط دارند (اورو^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). چرا که درک نادرست از جهان اطراف و تمایل به تفسیر غلط و تهدیدآمیز نشانه های اجتماعی مبهم موجب تحریک پرخاشگری واکنشی در کودکان تحریک پذیر می گردد (دیونی^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). با استفاده از تکنیک های شناختی در طرحواره درمانی، کودک می تواند بین راه انداز ذهنیت و افکار، هیجان ها و رفتارها ارتباط برقرار کرده و بدین ترتیب تفسیرهای غلطی که از موقعیت ها داشته را اصلاح کند. در نتیجه کودک روش های سازگارتی برای تفسیر و واکنش به موقعیت های اجتماعی می آموزد، که منجر به کمتر شدن خشم و پاسخ های تهاجمی می شود. از سوی دیگر تحریک پذیری بالا با ناپهنجاری هایی در مدار فورتو-آمیگدالار مرتبط

تفاوت های فردی در متغیر تحریک پذیری از دیدگاه کودک، ۴۴/۸ درصد در تحریک پذیری از دیدگاه والد و ۳۱/۴ درصد در خودکارآمدی در روابط به تفاوت بین دو گروه مربوط است. براساس نتایج در تحلیل های درون آزمودنی، اثر اصلی زمان معنی دار است که نشان می دهد، بین میانگین نمرات هر سه متغیر تحریک پذیری از دیدگاه کودک، والد و خودکارآمدی در روابط در مراحل پژوهش به طور کلی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0.01$). نتایج نشان داده است که تعامل اثر زمان و عضویت گروهی نیز در هر سه متغیر معنی دار است ($p < 0.01$). که نشان می دهد تغییرات مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در هر یک از گروه ها معنی دار بوده است. میزان تفاوت مراحل در گروه ها در متغیر تحریک پذیری از دیدگاه کودک برابر با ۷۲/۱ درصد، در تحریک پذیری از دیدگاه والد برابر با ۵۴/۷ درصد و خودکارآمدی در روابط برابر با ۴۵/۸ درصد به دست آمده است. نتایج آزمون تعقیبی جهت مقایسه گروه آزمایش و کنترل در مراحل پژوهش در متغیرهای پژوهش در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی جهت مقایسه دو گروه به تفکیک متغیرهای پژوهش در سه مرحله

متغیر	مرحله	تفاوت	معنی	حجم	متغیر	مرحله	تفاوت	معنی	حجم
		میانگین	داری	اثر			میانگین	داری	اثر
تحریک پذیری از دیدگاه کودک	پیش آزمون	۰/۴	۰/۵۵۹	۰/۱۲	تحریک پذیری از دیدگاه والد	پیش آزمون	-۰/۲	۰/۷۹۴	۰/۰۰۲
	پس آزمون	-۴/۴	۰/۰۰۱	۰/۶۹۳		پس آزمون	-۳۸/۶	۰/۰۰۱	۰/۶۳۹
	پیگیری	-۴/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۶۶۹		پیگیری	-۳۸/۷	۰/۰۰۱	۰/۶۳۳
خودکارآمدی در روابط	پیش آزمون	۰/۷۳۳	۰/۸۵۴	۰/۰۰۱		پیش آزمون	۰/۷۳۳	۰/۸۵۴	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۲۲/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۲۸۴		پس آزمون	۲۲/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۲۸۴
	پیگیری	۲۲/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۴۳۳		پیگیری	۲۲/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۴۳۳

نتایج در جدول ۴ نشان می دهد، تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون معنی دار نیست ($P > 0.05$) اما تفاوت در مراحل پس آزمون و همچنین پیگیری در هر سه متغیر تحریک پذیری از دیدگاه کودک، والد و خودکارآمدی در روابط بین گروه کنترل با گروه آزمایش یا طرحواره درمانی معنی داری به دست آمده است ($p < 0.01$) که نشان می دهد میزان تأثیر طرحواره درمانی بر بهبود تحریک پذیری از دیدگاه کودک، تحریک پذیری از دیدگاه والد و خودکارآمدی در روابط در هر سه متغیر تحریک پذیری از دیدگاه کودک، والد و خودکارآمدی در روابط در مرحله پیگیری به ترتیب برابر با ۶۳/۳، ۶۳/۹ و ۳۸/۴ درصد حاصل شده است. همچنین تأثیر طرحواره درمانی در متغیرهای تحریک پذیری از دیدگاه کودک، تحریک پذیری از دیدگاه والد و خودکارآمدی در روابط در مرحله پیگیری به ترتیب برابر با ۶۳/۳، ۶۳/۹ و ۴۳/۳ درصد به دست آمده است. مقایسه میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در سه مرحله در گروه آزمایش با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در مراحل پژوهش در گروه آزمایش

مرحله	تفاوت	معنی	مرحله	تفاوت	معنی		
میانگین	داری	اثر	میانگین	داری	اثر		
تحریک‌پذیری از دیدگاه کودک	پیش آزمون	۴/۴۷	۰/۰۰۱	تحریک‌پذیری از دیدگاه والد	پیش آزمون	۳/۷۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۴/۷۳	۰/۰۰۱		پس آزمون	۳/۴	۰/۰۰۱
	پیگیری	۰/۲۶۷	۰/۹۹۸		پیگیری	-۰/۲۳	۰/۲۸۸
خودکارآمدی در روابط	پیش آزمون	-۲۱/۶	۰/۰۰۱		پیش آزمون	-۲۲/۵۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۲۲/۵۳	۰/۸۵۹		پس آزمون	۲۲/۹۳	۰/۸۵۹
	پیگیری	۰/۹۳۳	۰/۸۵۹		پیگیری	-۰/۹۳۳	۰/۸۵۹

است (گرایل و همکاران، ۲۰۱۸) و اعمال کنترل قشر عالی مغز بر آمیگدال به وسیله تعادل در ابراز هیجان‌ها در طرحواره درمانی امکان‌پذیر است (یانگ و همکاران، ۱۳۹۹). طرحواره درمانی کودک از طریق بازسازی خاطرات، برون‌ریزی خشم و شناخت ذهنیت‌های ناکارآمد و جایگزینی آن با ذهنیت‌های کارآمد می‌تواند موجب تعادل در ابراز هیجان گردد. کودک تشویق می‌شود عصبانیت یا اندوه خود را از طریق بازی نمادین و نمایش نشان دهد. از سوی دیگر می‌دانیم که طرحواره‌های ناسازگار به دلیل برآورده نشدن نیازها در دوران کودکی شکل می‌گیرند و هنگامی که کودکان دبستانی تحریک‌پذیر در ارضای نیازهای خود ناکام می‌شوند، به تأخیر انداختن هیجانات و خاطرات مرتبط با طرحواره اصلی برایشان مشکل‌تر شده و منجر به احساس ناامیدی، بی‌حوصلگی و خصومت در آنان می‌گردد (لوز و همکاران، ۲۰۲۰). طرحواره درمانی کودک با فراهم آوردن شرایطی برای آگاهی از نیازهای هیجانی و کمک به بروز و ارضا به موقع نیازهای اساسی منجر به ایجاد ذهنیت‌های کارآمد و کاهش ناکامی و ناامیدی در کودک می‌گردد. در این درمان بازی آزاد، فضایی تخیلی برای افزایش آگاهی از نیازها است و فرصت‌های فراوانی را برای کودک به وجود می‌آورد تا دنیای درونی خود را به شیوه‌ای غیر مقابله‌ای بیان کند (لوز و همکاران، ۲۰۱۳). بدین منظور درمانگر ابتدا شرایطی را فراهم می‌آورد که کودک در محیطی امن و در قالب بازی و داستان، از نیازها خود آگاه شود، با ذهنیت‌های خود گفتگو کند و به تخلیه هیجانی، برون‌ریزی خشم و بیان احساسات بپردازد و در نهایت از طریق الگوشکنی رفتاری او را به سمت بیان عصبانیت به شکل صحیح سوق داده و از تکانشگری بیش از حد جلوگیری می‌کند. به عبارتی درمانگر کودک را به سوی جایگزین کردن ذهنیت‌های کارآمد و ارضای صحیح نیازها رهنمود می‌کند که باعث می‌شود کودک مهارت‌هایی را در تحمل ناکامی، تأخیر در کامروایی و همدلی کسب کند. در کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاگر و تحریک‌پذیر، ذهنیت کودک تکانشگر، ذهنیت کودک عصبانی و ذهنیت والد تنبیه‌کننده تعدیل شده و ذهنیت کودک دانا و خردمند تقویت می‌گردد. در واقع درمانگر، فضایی را برای انتخاب ایجاد می‌کند که امکان انتخاب ذهنیت مناسب در شرایط خاص را فراهم می‌آورد. از سوی دیگر جایگاه والدین به عنوان برطرف‌کننده نیازهای کودک، اهمیت مشارکت والدین در درمان را برجسته می‌کند اخیراً مشخص شده است که سبک فرزندپروری بر توسعه طرحواره‌های ناسازگار موثر است (پلرون^۱ و همکاران، ۲۰۱۷). طرحواره درمانی کودک با یک دیدگاه سیستمی زمینه درک و مداخله در قوانین و الگوهای خانواده را فراهم می‌کند (لوز و همکاران، ۲۰۲۰). درمانگر به والدین کمک می‌کند، از دریچه‌ای دیگر به ذهنیت‌های خود و فرزندانشان بنگرند و از روش‌های جدیدی جهت برقراری ارتباط با کودک و برآورده کردن نیازهای خود و فرزندشان بهره برده و در مقابل کودک نیز به برقراری ارتباط با افراد ایمن و پرورش دهنده هدایت می‌شود، که سرانجام منجر به برآورده شدن نیازهای کودک و کاهش ناکامی و تحریک‌پذیری او می‌گردد.

اثربخشی طرحواره درمانی بر خودکارآمدی در روابط با همسالان با یافته‌های پژوهش رهبر کرباسدهی و همکاران (۱۴۰۰) مبنی بر موثر بودن طرحواره درمانی بر بهبود خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان، دباغی و همکاران (۱۳۹۹) مبنی بر اثربخشی آموزش گروهی طرحواره‌درمانی بر سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان ناسازگار و رولوفس و همکاران (۲۰۱۶) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش ذهنیت‌های ناسازگار نوجوانان همسو بود.

اثربخشی طرحواره درمانی بر خودکارآمدی در روابط با همسالان را می‌توان اینگونه تبیین کرد که طرحواره‌ها ریشه‌ی خودپنداره هر فرد را شکل می‌دهند و بر روش تعامل افراد با دیگران اثر می‌گذارند (یانگ و همکاران، ۱۳۹۹). تجربه‌های منفی تکراری با کودکان می‌تواند منجر به ایجاد طرحواره بی‌اعتمادی در کودکان سنین دبستان گردد یا منجر به فعال شدن طرحواره‌هایی شود که پیشتر در خانواده آن‌ها وجود داشته است (لوز و همکاران، ۲۰۲۰). طرحواره درمانی کودک می‌تواند با شناخت و تغییر ذهنیت‌های ناکارآمد الگوی پردازش اطلاعات اجتماعی کودک را تغییر داده و با ایجاد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگار و مثبت منجر به بهبود روابط بین فردی کودک با همسالانش گردد. درواقع جهت‌گیری مجدد ذهنیت‌های ناکارآمد به عنوان پایه‌ای برای تغییر رفتار و روابط است. از سوی دیگر درمانگر در طول درمان از طریق تکنیک باز والدینی حد و مرزدار شرایطی را برای ارضای نیازهای اساسی کودک فراهم می‌کند که موجب ایجاد احساس مثبت و خودکارآمدی در کودک می‌گردد. مداخلات رفتاری در این درمان به صورت معرفی مهارت‌های رفتاری بهنگام و صحیح با استفاده از تکنیک‌های ایفای نقش با عروسک‌ها در جهت بهبود روابط می‌تواند موثر باشد. بدین منظور کودک موقعیت‌های اجتماعی تعارض آمیز مختلف را بارها در قالب ایفای نقش با عروسک تجربه، بررسی و تمرین می‌کند. از سوی دیگر پژوهش‌ها نشان داده فرزندپروری بیش از حد محافظه‌کارانه مادر باعث طرحواره‌های محرومیت هیجانی، انزوای اجتماعی و بیگانگی، شکست، استحقاق و خویش‌انداری ناکافی می‌گردد و در مقابل فرزندپروری محافظه‌کارانه پدر با طرحواره‌های اطاعت و آسیب‌پذیری در مقابل خطر مرتبط است (بروستر و پیلکینگتون^۲، ۲۰۲۳). بنابراین دخیل کردن والدین در روند درمان و تغییر الگوی های فرزندپروری آنان منجر به بهبود خودکارآمدی در روابط کودک می‌گردد. کار گروهی نیز در این درمان با ایجاد موقعیت‌های اجتماعی واقعی به برقراری ارتباط بهتر با همسالان و کاهش انزوای کودک کمک می‌کند. کودک می‌تواند در یک فضای امن هیجانات منفی خود را بروز داده و سپس در مورد رفتارهای اجتماعی خود بازخورد دریافت کند و در نهایت رفتار خود را اصلاح کرده و مجدداً بازخورد دریافت کند. درواقع کودک در گروه ضمن تغییر سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت‌های ناکارآمد خود، مهارت‌های اجتماعی را فرا گرفته و آن را تمرین می‌کند. وقتی کودکان تشویق می‌شوند باهم در مورد مشکلاتشان بحث می‌کنند علاوه بر کاهش انزوا از تجربیات دیگران در مسائل مشابه نیز بهره می‌برند. درباب ماندگاری اثربخشی درمان می‌توان به تغییر و اصلاح ریشه‌ای ذهنیت‌های

1. Pellerone, Iacolino, Mannino, Formica & Zabbara

2. Bruysters & Pilkington

کودک و نگاه سیستمی طرحواره درمانی کودک اشاره نمود. به نظر می‌رسد مداخله‌ی همزمان برای کودک و والد منجر به اثربخشی و پایداری بیشتر اثرات درمان شده باشد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به روش نمونه‌گیری هدفمند و محدود بودن جامعه به پسران دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاگر در شهر اصفهان اشاره نمود. لذا پیشنهاد می‌شود تعمیم نتایج به سایر جوامع با احتیاط صورت گیرد و پژوهش‌هایی بر روی دختران و سایر جوامع و همچنین با شیوه نمونه‌گیری تصادفی نیز انجام شود. همچنین با توجه به اثربخشی طرحواره درمانی بر کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاگر و نظر به پیامدها و مشکلات ناشی از خشم و تحریک‌پذیری در کودکان، در صورت مشاهده این علائم می‌توان از این درمان در مراکز تخصصی مشاوره و درمان کودک استفاده نمود.

منابع

اصغری شربانی، عباس؛ عطادخت، اکبر؛ حاجلو، نادر؛ میکاییلی، نیلوفر. (۱۴۰۱). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک گروهی بر تنظیم هیجان و تحریک‌پذیری نوجوانان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاگر. *مجله علمی پژوهش‌ها*، ۲۱(۱)، ۳۲-۳۹.

انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۲۰). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-5-TR™*. ترجمه مهدی گنجی (۱۴۰۱). تهران: نشر ساوالان.

پشنگیان، نیلا؛ کیخسروانی، مولود؛ امینی، ناصر و عباسی، مسلم. (۱۴۰۱). مداخله‌ای در تکانشگری و خودکنترلی نوجوانان دارای اختلال نامنظم خلقی اخلاگر: اثربخشی و کارآمدی طرحواره درمانی ذهنیت مدار و آموزش کنترل تکانه. *روان‌شناسی مدرسه و آموزشگاه*، ۱۱(۲)، ۲۱-۳۸.

حسین چاری، مسعود. (۱۳۸۶). مقایسه خود-کارآمدی ادراک شده در تعامل اجتماعی با همسالان در بین گروهی از دانش آموزان دختر و پسر دوره راهنمایی. *مطالعات روان‌شناختی*، ۳(۴)، ۸۷-۱۰۳.

دباغی ظریف؛ سمیرا، و رضایی، سمانه. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش گروهی طرحواره درمانی بر سازگاری اجتماعی دانش آموزان ناسازگار. *مطالعات ناتوانی*، ۱۰(۱)، ۸۲-۸۲.

رهبر کرباسدهی، فاطمه؛ حسین‌خانزاده، عباسعلی؛ شاکری نیا، ایرج. (۱۴۰۰). اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان مبتلا به صرع. *مجله علوم اعصاب شفای خاتم*، ۹(۳)، ۶۴-۷۲.

سادوک، بنجامین؛ احمد، سامون و سادوک، ویرجینیا. (۲۰۱۹). *دستنامه روانپزشکی بالینی کاپلان و سادوک*. ترجمه فرزین رضاعی (۱۴۰۰). تهران: انتشارات ارجمند.

شاه محمدی قهساره، اعظم؛ عابدی، احمد؛ خیاطان، فلور و آقایی، اصغر. (۱۴۰۰). ساخت و اعتباریابی مقیاس اختلال کژ تنظیمی خلقی ایدایی-فرم والد (DMDDS). *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۹(۲)، ۲۶۳-۲۷۵.

نظامی، اکرم و قمری، محمد. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مهارت‌های تنظیم خلق بر اضطراب و تحریک‌پذیری دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بد تنظیمی خلق اخلاگر. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۷(۲)، ۱۲۷-۱۱۶.

یانگ، جفری؛ کلوکو، ژانت؛ ویشار، مارجوری. (۲۰۰۳). *طرحواره درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصین)*. ترجمه دکتر حسن حمید پور و دکتر زهرا اندوز (۱۳۹۹). تهران: انتشارات ارجمند.

یزدانی، مژگان؛ حافظی، فریبا؛ احتشام زاده، پروین و دشت بزرگی، زهرا. (۱۳۹۹). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر دشواری تنظیم هیجان و پرخاشگری در دختران نوجوان. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۶(۴)، ۵۹-۶۷.

یقظین، زهرا. (۱۳۹۵). رابطه‌ی هوش عاطفی کودکان و احساس خودکارآمدی اجتماعی در میان همسالان، اولین کنگره ملی توانمندسازی جامعه در حوزه جامعه‌شناسی، علوم تربیتی و مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تهران.

- Ağır, M. S. (2019). Factors Affecting Social Exclusion, Friendship Quality, Social Competence and Emotion Management Skills and the Effect of Problem Behaviors on Related Characteristics in Adolescents. *Journal of Education and Training Studies*, 7(10S).
- Beauchaine, T. P., & Tackett, J. L. (2020). Irritability as a transdiagnostic vulnerability trait: Current issues and future directions. *Behavior Therapy*, 51(2), 350–364.
- Benarous, X., Renaud, J., Breton, J. J., Cohen, D., Labelle, R., & Guilé, J. M. (2020). Are youths with disruptive mood dysregulation disorder different from youths with major depressive disorder or persistent depressive disorder?. *Journal of affective disorders*, 265, 207–215.
- Bruysters, N. Y. F., & Pilkington, P. D. (2023). Overprotective parenting experiences and early maladaptive schemas in adolescence and adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology & psychotherapy*, 30(1), 10–23.
- Camilo, I. D. C. R. R., Lopes, E. J., & Lopes, R. F. F. (2018). Terapia do esquema em grupo para crianças com transtornos disruptivos. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 14(2), 121–129.
- Clayborne, Z. M., Varin, M., & Colman, I. (2019). Systematic review and meta-analysis: adolescent depression and long-term psychosocial outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(1), 72–79.
- Copeland, W. E., Angold, A., Costello, E. J., & Egger, H. (2013). Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *The American journal of psychiatry*, 170(2), 173–179.
- Deveney, C. M., Stoddard, J., Evans, R. L., Chavez, G., Harney, M., & Wulff, R. A. (2019). On defining irritability and its relationship to affective traits and social interpretations. *Personality and Individual Differences*, 144, 61–67.
- Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., Sherman, J. A., Bilek, E. L., Buzzella, B., Bennett, S., & Barlow, D. H. (2018). *Unified protocols for the treatment of emotional disorders in adolescents (UP-A) and children (UP-C): Therapist guide*. New York, NY: Oxford University Press.
- Grabell, A. S., Li, Y., Barker, J. W., Wakschlag, L. S., Huppert, T. J., & Perlman, S. B. (2018). Evidence of Non-Linear Associations between Frustration-Related Prefrontal Cortex Activation and the Normal:Abnormal Spectrum of Irritability in Young Children. *Journal of abnormal child psychology*, 46(1), 137–147.
- Karimipour, A., Asgari, P., Makvandi, B., & Fard, R. J. (2021). Effects of Schema Therapy for Children and Adolescents on the Externalizing Behaviors of the Adolescents Referred to the Counseling Centers in Ahvaz, Iran. *International Journal of Health and Life Sciences*, 7(4).
- Kircanski, K., Clayton, M. E., Leibenluft, E., & Brotman, M. A. (2018). Psychosocial Treatment of Irritability in Youth. *Current treatment options in psychiatry*, 5(1), 129–140.
- Loose C., Graaf P, Zarbock G, Holt RA, editors. (2020). *Schema Therapy with Children and Adolescents: A Practitioner's Guide*. 9th ed. UK: Pavilion Publishing and Media Ltd.
- Loose, C., Graaf, P., & Zarbock, G. (2013). *Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Basel: Beltz.
- Martins, HA de L. . (2021). Is disruptive mood dysregulation disorder a precursor to borderline personality disorder?. *Advances in Medicine*, 1 (2), 102–103.
- Mohammad Hasani S, Askary P, Heidari A, Ehtesham Zadeh P.(2020). The comparative effectiveness of parental behavior management training and schema therapy on aggression and oppositional defiant in adolescents. *J Nurs Midwifery Sci* 2020;7:146-52.
- Mulraney, M. A., Melvin, G. A., & Tonge, B. J. (2014). Psychometric properties of the Affective Reactivity Index in Australian adults and adolescents. *Psychological Assessment*, 26(1), 148–155.
- Ogundele, M. O. (2018). Behavioural and emotional disorders in childhood: A brief overview for paediatricians. *World journal of clinical pediatrics*, 7(1), 9.
- Orue, I., Calvete, E., & Fernández-González, L. (2021). Early Maladaptive Schemas and Social Information Processing in Child-to-Parent Aggression. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(15–16), 6931–6955.
- Peeters, N., van Passel, B., & Krans, J. (2022). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(3), 579–597.
- Pellerone, M., Iacolino, C., Mannino, G., Formica, I., & Zabbara, S. M. (2017). The influence of parenting on maladaptive cognitive schema: A cross-sectional research on a group of adults. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 47–58.
- Roelofs, J., Muris, P., van Wesemael, D., Broers, N. J., Shaw, I., & Farrell, J. (2016). Group-Schematherapy for Adolescents: Results from a Naturalistic Multiple Case Study. *Journal of child and family studies*, 25, 2246–2257.
- Rutter, M., Kim-Cohen, J., & Maughan, B. (2006). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47(3-4), 276–295.
- Sabzi, N., Farah Bijari, A., & Khosravi, Z. (2022). The effectiveness of group schema-based parenting education to mothers on modifying maladaptive schemas of the child and improving the quality of the parent-child relationship. *Practice in Clinical Psychology*, 10(1), 33–44.

- Santos, A. C., Arriaga, P., Daniel, J. R., Cefai, C., Melo, M. H., Psyllou, A., & Simões, C. (2023). Social and emotional competencies as predictors of student engagement in youth: a cross-cultural multilevel study. *Studies in Higher Education*, 48(1), 1-19.
- Schilder, D. L. C., van Wijk-Herbrink, M. F., Groenman, A. P., & van den Hoofdakker, B. J. (2021). The mediating role of externalising and healthy schema modes in the relationship between early maladaptive schemata and overt behaviours in adolescent boys with offending behaviours, and a comparison of their early schemata with those of typically developing boys. *Criminal behaviour and mental health: CBMH*, 31(2), 109–119.
- Snyder, J., Schrepferman, L., McEachern, A., Barner, S., Johnson, K., & Provines, J. (2008). Peer deviancy training and peer coercion: Dual processes associated with early-onset conduct problems. *Child Development*, 79(2), 252–268.
- Stringaris, A., Vidal-Ribas, P., Brotman, M. A., & Leibenluft, E. (2018). Practitioner Review: Definition, recognition, and treatment challenges of irritability in young people. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 59(7), 721–739.
- Tan YM, Lee CW, Averbeck LE, Brand-de Wilde O, Farrell J, Fassbinder E, et al. (2018) Schema therapy for borderline personality disorder: A qualitative study of patients' perceptions. *PLoS ONE* 13(11): e0206039.
- Wheeler, V. A., & Ladd, G. W. (1982). Assessment of children's self-efficacy for social interactions with peers. *Developmental Psychology*, 18(6), 795–805.