

## مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی بر اهمال کاری دانشجویان مبتلا به اختلال توجه و تمرکز/بیش فعالی

نجمه السادات هاتف الحسینی<sup>۱</sup>

و مریم پیروی<sup>۲</sup>

اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی از شایع ترین اختلال‌های عصب-رفتاری و تحولی دوران کودکی است. این اختلال تاثیر مهمی در رفتارهای اهمالکارانه در بزرگسالی دارد. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی بر اهمال کاری دانشجویان مبتلا به اختلال توجه و تمرکز/بیش فعالی بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر و پسر مبتلا به اختلال نقص توجه و تمرکز/ بیش فعالی دانشگاه آزاد اسلامی واحد الکترونیک در زمستان سال ۲۰۲۳ بود. نمونه آماری شامل ۴۵ نفر بود که به صورت دسترس انتخاب و با همگن سازی به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و یک گروه گواه قرار گرفتند. آزمودنیها قبل و بعد از مداخله از نظر اهمالکاری مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با طرح اندازه گیری مکرر استفاده شد. نتایج نشان داد درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی بر کاهش اهمال کاری ( $P=0/001$ ) و مؤلفه خستگی جسمانی- روانی ( $P=0/001$ ) اثرگذار بوده و نتایج حاکی از عدم تفاوت معنادار اثربخشی درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی برای متغیر اهمال کاری بود. درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی بر کاهش اهمال کاری عمدی ( $P=0/001$ ) اثرگذار بوده و نتایج حاکی از تفاوت معنادار اثربخشی درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی بر مؤلفه اهمال کاری عمدی و اثربخشی بیشتر طرحواره درمانی نسبت به درمان هیجان مدار بود. همچنین درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی بر کاهش مؤلفه بی‌برنامگی ( $P=0/001$ ) اثرگذار بوده و نتایج حاکی از تفاوت معنادار اثربخشی درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی بر مؤلفه بی‌برنامگی و اثربخشی بیشتر طرحواره درمانی نسبت به درمان هیجان مدار بود.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال توجه و تمرکز/بیش فعالی، اهمال کاری، درمان هیجان مدار، طرحواره درمانی

### مقدمه

اختلال توجه و تمرکز/بیش فعالی یک اختلال شایع در همه سنین است که به طور قابل توجهی بر عملکرد در چندین موقعیت در زندگی فرد تأثیر میگذارد (موراندینی و همکاران، ۲۰۲۴). افراد مبتلا

۱. گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد الکترونیک، تهران، ایران. (نویسنده مسوول) shohrehhatef@gmail.com

۲. گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملارد، تهران، ایران

به اختلال توجه و تمرکز/بیش فعالی می‌توانند طیف گسترده‌ای از چالش‌ها را در زندگی روزمره خود، مانند محل کار یا در روابط خود، تجربه کنند. این مشکلات می‌توانند در فعالیتهای روزمره زندگی تداخل ایجاد کنند. ناکارآمدی اجرایی و تکانشگری می‌تواند عملکرد کاری را به دلیل مشکلات برنامه‌ریزی و سازماندهی کاهش دهد (شیپرس، گروین و هوگمن، ۲۰۲۴). این اختلال عمدتاً در کودکان در سن مدرسه تشخیص داده می‌شود. با این حال، ممکن است در هر گروه سنی رخ دهد. شواهد نشان می‌دهد که اختلال توجه و تمرکز/بیش فعالی بر تعداد قابل توجهی از جمعیت بزرگسال تأثیر می‌گذارد. عوامل متعددی وجود دارند که در احتمال تداوم اختلال توجه و تمرکز/بیش فعالی در بزرگسالی نقش دارند. این عوامل عبارت‌اند از: اختلال توجه و تمرکز/بیش فعالی شدید در دوران کودکی. عدم دریافت درمان برای اختلال توجه و تمرکز/بیش فعالی در دوران کودکی؛ همبودی با سایر اختلالها در دوران کودکی و نوجوانی؛ تجربیات نامطلوب در دوران کودکی؛ رفتار ضد اجتماعی؛ و مصرف مواد مخدر (آیانو و همکاران، ۲۰۲۳). تخمین زده شده که شیوع جهانی آن در حدود ۵ تا ۱۰ درصد در کودکان و ۲ تا ۵ درصد در بزرگسالان است. علاوه بر این اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی با مشکلات شناختی، رفتاری و هیجانی در بزرگسالی از جمله: احتمال بروز رفتارهای پرخطر نظیر مصرف مواد مخدر، مشکلات شغلی، ضعف تحصیلی و اهمال کاری و افت تحصیلی رابطه دارد (وی و همکاران، ۲۰۲۵).

اهمال کاری به تأخیر انداختن کارها علیرغم عواقب ناخوشایند آنهاست که یکی از دلایل مهم عدم موفقیت تحصیلی دانشجویان محسوب می‌شود. تأخیر در شروع و اتمام تکالیف باعث از دست رفتن فرصتهای مناسب یادگیری و کاهش دقت، افزایش استرس و اشتباه در انجام تکالیف می‌شود (سیریوس و پیچیل، ۲۰۱۶). این پدیده دو سطح شناختی و رفتاری دارد، که به لحاظ رفتاری اهمال کاری با تکانشگری و خودکنترلی تبیین می‌شود (ژانگ و همکاران، ۲۰۱۹). بدین صورت که فرد تکلیف مورد نظر را (به ویژه اگر تکلیف ناخوشایند باشد) بدون دلیل خاصی به تعویق می‌اندازد و توجه خود را از فعالیت‌هایی که در طولانی مدت منفعت دارند، به فعالیت‌هایی که در کوتاه مدت برای او جذاب‌ترند معطوف کند. پژوهشها نشان داده‌اند طرحواره درمانی با بهره‌گیری از تکنیک‌هایی همچون آموزش سبکهای مقابله‌ای، برقراری ارتباط بین مشکلات فعلی و طرحواره‌ها، اولویتبندی و مشخص کردن مشکل سازترین رفتارهای تحصیلی و ارائه شیوه‌های رفتاری مناسب می‌تواند به عنوان یک روش کارآمد جهت به کاهش اهمال کاری تحصیلی دانش آموزان مورد استفاده گیرد (سخایی اردکانی و همکاران، ۲۰۲۳؛ فرج اله چعبی، مهربانی زاده هنرمند و امینی، ۲۰۲۴). در طرحواره درمانی

که شکل تعدیل شده و تلفیقی شناخت درمانی است، فرض بر این است که تجربیات مبتنی بر غفلت و/یا سوء رفتار در دوران کودکی میتواند شکل گیری طحرواره‌های ناسازگار اولیه را در پی داشته باشد. طحرواره‌های غیرانطباقی اولیه از عمیقترین سازه‌های شناختی به شمار میروند و بر پایه تعریف عبارت از الگوهای شناختی و هیجانی خودشکناکه درباره خود و روابط شخصی که در آغاز رشد شکل میگیرند (فارل، رایش و شو، ۲۰۱۴). این طحرواره‌ها به عنوان راهنمای فرایندهای شناختی در موقعیتهایی مانند توجه، تفسیر رویدادها و بازیابی اطلاعات از حافظه عمل می‌کنند. ساختارهای شناختی بنیان تفکر و رفتار انسان را سازمان میدهند. در این رویکرد به مراجعان کمک میشود تا الگوهای ناسازگار طولانی مدت در زندگی خود را با ترمیم طحرواره‌ها و پاسخهای مقابلهای خود را، تغییر دهند. چون طحرواره‌ها در اثر ناکامیهای دردناک نیازهای هیجانی بنیادین در طول زندگی، شکل گرفته‌اند، لذا هدف نهایی طحرواره درمانی عبارت است از کمک به بیمار تا نحوه برآورده کردن صحیح نیازهای هیجانی بنیادین خود را یاد بگیرد. به عبارت دیگر، آسیب‌های هیجانی اولیه را که ناشی از سد شدن ارضای نیازهای بنیادین از جمله پذیرش، حمایت، امنیت و کارآمدی است را، ترمیم کند (فاسیندر و همکاران، ۲۰۱۹).

پژوهشها نشان داده‌اند که درمان هیجان مدار نیز با کمک به دانشجویان در تغییر روشی که آنها از هیجان‌ات خود استفاده کرده و در یک ارتباط مراقبتی و همدلانه خالص به آن دسترسی مییابند منجر به تغییر در طحرواره‌های هیجانی و سازماندهی خود آنان که تحت عملکردهای روانشناختی مشکل- ساز قرار دارند و کاهش اهمال کاری، میشود (هاشمی پور و همکاران، ۲۰۲۱). درمان هیجان مدار رویکرد تلفیقی کوتاه مدتی است که ماهیتاً تلفیقی از رویکردهای درمانی مراجع محور، گشتالت درمانی اصول درمان شناختی را شامل میشود. از منظر درمان مبتنی بر هیجان، هیجان در انسان، محور دستگاه‌های پویشی عمل می‌کنند که فرایندهای دیالکتیکی بسیاری را در سطوح مختلف از سطح عصب شیمیایی تا سطوح آگاهانه و مفهومی یکپارچه می‌کنند و این یکپارچه‌سازی پیوند، جدایی‌ناپذیر عاطفه و شناخت را به بار می‌آورد؛ بنابراین افراد دائماً با ترکیب و مدیریت اطلاعات بیولوژیکی و یادگیری‌های فرهنگی که به ظاهر متضاد هستند با کارآمدی بیشتری زندگی می‌کنند (گرینبرگ، ۲۰۱۶). رویکرد درمانی هیجان مدار به فعال‌سازی و سازماندهی مجدد طحرواره‌های هیجانی می‌پردازد، در این درمان با استفاده از تفکرات اکتشافی، خاطره انگیز و معنا ساز، همراه با وظایف برانگیزاننده هیجانی به مراجعان کمک می‌شود تا تماس عمیق‌تری با هیجان‌ات داشته و شناخت بهتری از آنها حاصل کنند. همچنین پردازش هیجانی مجدد بعنوان یک

وظیفه، هدف و فرایند تغییر درمانی مهم در نظر گرفته می شود و علاوه بر تأکید جدی بر رابطه درمانی، فرایند تمرکز بر هیجانات بیان شده برای خلق معانی جدید از ارزش بالایی برخوردار است. نظریه پردازش هیجانی، بر اهمیت یک ساختار شناختی-هیجانی به صورت تلفیقی و بسیار پیچیده تأکید دارد و پس از تحول یافتن و فعال شدن باعث ایجاد تغییر در روان درمانی خواهد شد. کمک به مراجعان تا در روان درمانی به هیجانات خود دسترسی یابند آنها را قادر می سازد تا باورهای اساسی خود را آزمون کرده و بر اهداف و نیازهای مرکزی شان به منظور توسعه پاسخهای سازگارانه به تجارب مشکل ساز خود تمرکز کنند (گرینبرگ، ۲۰۲۲). در درمان هیجان مدار تمرکز اصلی بر هیجانات مراجع است و دو نظریه هیجان کلیدی بسیار مهم وجود دارد: طرحواره های هیجانی و عکس العمل های هیجانی. به طور خلاصه طرحواره های هیجانی، ساختارهای مبهم و یکتای تجربه انسان هستند که به عنوان اساسی برای سازماندهی خود به خدمت گرفته میشوند شامل هشجاری، عمل و هویت. بطور خاص طرحواره های هیجانی دارای مؤلفه های متنوعی شامل موقعیتی، بدنی، عاطفی، مفهومی و رفتاری هستند. زمانی که یک یا چند مؤلفه در نظر گرفته نشود مشکل به وجود می آید (پالمر و همکاران، ۲۰۲۲). شواهد موجود حاکی از آن است که طرحواره های ناسازگار اولیه و تنظیم هیجان در اختلال نقص توجه و بیش فعالی تحت تأثیر قرار میگیرند (سانچز و همکاران، ۲۰۱۹). این مطالعات علاوه بر حمایت از نظریه طرحواره های ناسازگار اولیه و تنظیم هیجان نشان می دهد که شناسایی و اصلاح طرحواره های ناسازگار و تنظیم هیجان می تواند روشی مهم و مفید برای روان درمانی در درمان اهمال کاری در دانشجویان مبتلا به اختلال نقص توجه و تمرکز/ بیش فعالی باشد. از آنجا که در زمینه بررسی و مقایسه درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی بر اهمال کاری خلاء پژوهشی وجود دارد، هدف پژوهش حاضر پاسخگویی به این سؤال بود که آیا بین اثربخشی درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی بر اهمال کاری دانشجویان مبتلا به اختلال نقص توجه و تمرکز/ بیش فعالی تفاوت وجود دارد؟

## روش

پژوهش حاضر با توجه به هدف کاربردی و روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر و پسر مبتلا به اختلال نقص توجه و تمرکز/ بیش فعالی دانشگاه آزاد اسلامی واحد الکترونیک در زمستان سال ۲۰۲۳ بود. با مراجعه به جدول کوهن، با توجه به تعداد گروه ها  $U=3$ ، سطح اطمینان ۹۹ درصد و توان

آزمون ۰/۷ تعداد نمونه معادل ۱۲ نفر برای هر گروه بدست آمد که با در نظر گرفتن ۰/۲۰ احتمال ریزش، ۱۵ نفر برای هر گروه تعیین شد؛ بدین ترتیب نمونه آماری پژوهش شامل ۴۵ نفر بود که به صورت در دسترس انتخاب و با همگن سازی در دو گروه به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و یک گروه گواه قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه اهمال کاری تحصیلی که توسط سواری در سال ۲۰۱۱ ساخته شده شامل ۱۲ گویه است و ۳ مؤلفه اهمال کاری عمدی، اهمال کاری ناشی از خستگی جسمی- روانی و اهمال کاری ناشی از بی برنامه‌گی را در یک طیف لیکرت پنج درجه ای از هرگز= ۱، به ندرت= ۲، بعضی اوقات= ۳، بیشتر اوقات= ۴ تا همیشه= ۵ مورد ارزیابی قرار می دهد. نمره بالاتر در این ابزار به معنای اهمال کاری بیشتر است. سواری (۲۰۱۱) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و همبستگی این ابزار را با مقیاس اهمال کاری تاکنن ۰/۳۵ به عنوان شاخصی از روایی همزمان ابزار گزارش کرده است.

## شیوه اجرا

جلسات درمانی در زیر شرح داده شده است:

### جدول ۱. پروتکل جلسات طرحواره درمانی

جلسه	خلاصه محتوای مداخله
۱	در جلسه اول پس از آشنایی و ایجاد اتحاد و تفاهم درمانی، اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان و مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره درمانی صورت‌بندی می‌شود.
۲	فرمول‌بندی مشکل مراجع بر اساس رویکرد طرحواره محور، سنجش تاریخچه‌ای، سنجش طرحواره‌ای در این جلسه درمانگر تلاش می‌کند که بفهمد مشکل فعلی بیمار موقعیتی و مربوط به زمان حال است یا اینکه به سبک زندگی بیمار برمی‌گردد و ریشه در گذشته او دارد. از پرسشنامه‌های طرحواره نیز جهت حصول به این مهم استفاده کرد.
۳	فرضیه‌سازی در مورد طرحواره های مقابله‌ای و غلبه بر اجتناب طرحواره‌ای با این توضیح که فرد برای اجتناب از فعال کردن طرحواره به روشی رفتار می‌کند که ظاهراً نقطه مقابل روشی است که طرحواره ایجاب می‌کند. ظاهراً این طور به نظر می‌رسد که فرد دارای سبک مقابله‌ای جبران افراطی با حمایت کردن از خودش به شیوه سالمی رفتار می‌کند. اما او با افراط کردن در این سبک در واقع الگوهای مشکل‌آفرین بیشتری را ایجاد می‌کند و به این ترتیب طرحواره به بقای خود ادامه می‌دهد.
۴	تکمیل مفهوم بندی مشکل بیمار در قالب رویکرد طرحواره مدار بررسی راهبردهای مقابله‌ای و غلبه بر اجتناب طرحواره‌ای، تکمیل مفهوم بندی مشکل بیمار در قالب رویکرد طرحواره مدار.

- ۵ آزمون اعتبار طرحواره‌ها در دوره‌های متفاوت زندگی، در این جلسه شواهد عینی تأییدکننده یا رد کننده طرحواره‌ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار گرفت. به این صورت که آزمودنی‌ها به صورت عینی و در واقعیت در حضور بقیه اعضای گروه طرحواره‌های مثبت و منفی دوران کودکی و حال حاضر خود را بازگو کردند و به دسته‌بندی و طبقه‌بندی آن‌ها پرداختند که این امر می‌تواند تأثیر بسزایی در آگاهی و شناخت فرد بر این طرحواره‌ها داشت و فرد را در برنامه‌ریزی زندگی یاری کرد. تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره‌ها ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای.
- ۶ آزمون اعتبار طرحواره‌ها، تبدیل طرحواره‌ها به افکار بنیادی سه‌گانه و آزمون آن‌ها؛ در این جلسه تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای آموزش داده شد.
- ۷ آزمون اعتبار طرحواره‌ها، ارائه منطق تکنیک‌های تجربی و آموزش آن
- ۸ برقراری گفتگو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم و آموزش تکنیک به این صورت که ابتدا درمانگر نقش جنبه سالم را بر عهده می‌گرفت بعد کم‌کم بیمار نقش جنبه سالم را بر عهده گرفت. تصویرسازی به منظور مداخله، گفتگوی خیالی
- کار با تصاویر ذهنی به منظور بازوالدینی حد و مرزدار به منظور کمک برای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده و فراهم آوردن آرامش برای بیمار با وارد نمودن بزرگسال سالم.
- ۹ تصویرسازی ذهنی که اغلب مفیدترین شیوه برای شناخت طرحواره‌ها است در این روش با تصویرسازی ذهنی از کودک آسیب دیده حمایت می‌شود و خشم بیمار تخلیه می‌گردد که یکی از موانع شایع این کار اجتناب طرحواره‌ای است.
- الگو شکنی رفتاری: در این جلسه بیمار آموزش دید که به جای الگوهای رفتاری که حاصل طرحواره‌هاست، سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تری را جانشین سازد.
- اولویت‌بندی رفتارها برای الگو شکنی: درمانگر و بیمار بعد از تهیه فهرست الگوهای زندگی و رفتاری مشکل‌ساز راجع به مشکل‌سازترین رفتار یا رفتارها و اینکه کدام رفتارها باید آماج درمان قرار بگیرند، تصمیم گرفتند. در برابر مهم‌ترین رفتارهای مشکل‌ساز، رفتارهای سالم احتمالی را به عنوان راه حل جایگزین، مورد بررسی قرار دادند.
- افزایش انگیزه برای تغییر رفتار، بازنگری مزایا و معایب ادامه رفتار
- ۱۱ الگو شکنی رفتاری، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش، شناسایی موانع تغییر رفتار
- ۱۲ الگو شکنی رفتاری، غلبه بر موانع تغییر رفتار، گفتگو بین جنبه سالم و جنبه مانع

## جدول ۲. پروتکل جلسات درمان هیجان مدار

جلسه	خلاصه محتوای مداخله
۱	انتخاب موقعیت، هدف و ارائه آموزش هیجانی؛ شناخت هیجان و موقعیت‌های برانگیزاننده از طریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان‌ها، اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات کوتاه مدت و دراز مدت هیجان‌ها.
۲	انتخاب ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های هیجانی اعضا و راجع به عملکرد هیجان‌ها در فرایند سازگاری انسان و فواید آن‌ها، نقش هیجان‌ها در برقرار کردن ارتباط با دیگران و تاثیر گذاری روی آن‌ها و همچنین سازماندهی و برانگیزاندن رفتار انسان بین اعضا گفتگویی صورت گرفت و مثال‌هایی از تجربه‌های واقعی آن‌ها

مطرح شد.

- ۳ ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده ی هیجان و جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب، آموزش راهبرد حل مسئله، آموزش مهارت های بین فردی گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض.
- ۴ تغییر توجه و متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی و در نهایت آموزش توجه
- ۵ تغییر ارزیابی های شناختی و شناسایی ارزیابی های غلط و اثرات آن ها روی حالت های هیجانی
- ۶ تعدیل پاسخ هدف و تغییر پیامدهای رفتاری و فیزولوژیکی هیجان جهت شناسایی میزان و نحوه ی استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن، مواجهه، آموزش ابراز هیجان، اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت کننده های محیطی و آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس.
- ۷ ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربرد، ارزیابی میزان نیل به اهداف فردی و گروهی، کاربرد مهارت های آموخته شده در محیط های طبیعی خارج از جلسه، بررسی و رفع موانع انجام تکالیف.
- ۸ و بررسی مشکلات بین فردی و اینکه در شرایط تنش زا چه اقداماتی برای بروز هیجانات انجام می دهند. تشخیص
- ۹ چرخه تعاملی منفی و ایجاد شرایطی که افراد چرخه تعاملی منفی خود را آشکار کنند.
- ۱۰ شکل دهی مجدد به مشکل برجسب احساسات زیربنایی و نیازهای دلبستگی، تاکید بر توانایی مراجع در بیان هیجانات و نشان دادن رفتارهای دلبستگی به دیگران، آگاهی دادن به مورد تاثیر و ساختارهای دفاعی خود بر فرایندهای شناختی و هیجانی.
- ۱۱ ترغیب به شناسایی نیازهای طرد شده و جنبه های از خود که انکار گردیده است. جلب توجه به شیوه های تعاملی و انعکاس الگوهای تعاملی.
- ۱۲ ایجاد موقعیت های تعاملی جدید و پایان دادن به الگوهای تعاملی کهنه، شفاف سازی الگوی تعاملی و یادآوری نیازهای دلبستگی

در پژوهش حاضر جهت بررسی متغیرهای جمعیتشناختی از روشهای آمار توصیفی نظیر میانگین و انحراف معیار و جهت تحلیل داده ها، آزمون فرضیهها و مقایسه متغیرهای وابسته در پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری از روشهای آماری تحلیل واریانس با طرح اندازه گیری مکرر، آماره فیشر و آزمون تعقیبی بنفرونی به شرط برقراری مفروضههای آزمونها از جمله نرمال بودن توزیع دادهها که برای بررسی آن از آزمون شاپیرو- ویلک، تساوی واریانسهای خطا که برای بررسی آن از آزمون کرویت لوین و تساوی ماتریس کوواریانس خطای متغیرهای وابسته که برای بررسی آن از آزمون کرویت موخلی و سطوح معناداری ۰/۰۵ و ۰/۰۱ و نرم افزار SPSS-22 استفاده شد.

### یافته ها

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار متغیر اهمال کاری و مؤلفه های آن را در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می دهد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیر اهمال کاری و مؤلفه‌های آن  
در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		sd	M	sd	M	sd	M
اهمال کاری	درمان هیجان مدار	۱/۹۷	۳۷/۲۰	۲/۵۲	۴۵/۹۳	۴۶/۶۶	۲/۳۵
	طرحواره درمانی	۲/۸۷	۳۵/۴۶	۴/۳۵	۴۳/۷۳	۴۴/۷۳	۳/۹۱
	گواه	۳/۷۶	۳۴/۰۰	۳/۶۶	۳۴/۰۰	۳۳/۴۰	۳/۶۴
اهمال کاری عمدی	درمان هیجان مدار	۰/۶۵۴	۶/۰۰	۰/۵۹۳	۸/۰۶	۸/۲۶	۰/۵۹۳
	طرحواره درمانی	۰/۸۳۳	۵/۸۶	۱/۰۱	۸/۲۶	۹/۱۳	۰/۹۹۰
	گواه	۰/۷۰۳	۶/۰۶	۰/۵۹۳	۶/۰۶	۶/۰۰	۰/۶۵۴
خستگی جسمانی-روانی	درمان هیجان مدار	۱/۰۳	۷/۷۳	۱۰/۶۰	۱۰/۶۰	۱۰/۴۶	۰/۸۳۳
	طرحواره درمانی	۰/۷۳۶	۷/۶۰	۰/۷۴۳	۱۰/۵۳	۱۰/۴۶	۰/۹۱۵
	گواه	۰/۴۳۲	۷/۵۳	۰/۷۴۳	۷/۵۳	۷/۵۳	۰/۷۴۳
بی‌برنامگی	درمان هیجان مدار	۰/۹۱۵	۱۵/۴۶	۰/۶۵۴	۱۷/۰۰	۱۷/۱۳	۰/۶۳۹
	طرحواره درمانی	۰/۶۳۹	۱۴/۱۳	۰/۴۵۷	۱۵/۰۶	۱۵/۲۰	۰/۵۶۰
	گواه	۰/۸۸۳	۱۳/۲۶	۱۲/۹۳	۱۲/۹۳	۱۲/۷۳	۱/۲۷

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین متغیر اهمال کاری و مؤلفه‌های آن در گروه‌های مداخله در پس آزمون و پیگیری متفاوت شده است.

بررسی‌های آماری نشان داد که آزمون لون برای هیچ یک از مراحل پژوهش معنادار نبود؛ بنابراین شرط تساوی واریانس‌های خطا برای متغیر اهمال کاری در سه مرحله رعایت شده بود. بررسی نتایج آزمون کرویت موخلی فرض برابری تساوی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته برای متغیر اهمال کاری و مؤلفه‌های اهمال کاری عمدی و خستگی جسمانی-روانی برقرار نیست. در چنین مواقعی، در نتیجه از آزمون‌های جایگزین گرینهوس-گیسر یا هیون فلت برای بررسی فرضیه اثرگذاری استفاده می‌شود.

با توجه به این که برای آزمون گرینهوس-گیسر اهمال کاری و مؤلفه خستگی جسمانی-روانی مقدار اسپیلون  $> 0.75$  و برای مؤلفه اهمال کاری عمدی  $< 0.75$  به دست آمده بود، از آزمون گرینهوس-گیسر برای بررسی نمره کلی اهمال کاری و مؤلفه خستگی جسمانی-روانی و از آزمون هویت فلت برای بررسی مؤلفه اهمال کاری عمدی استفاده شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس آمیخته در تبیین اثرات درون گروهی، بین گروهی و تعاملی برای متغیر اهمال کاری و مؤلفه های آن و متغیرهای مستقل

متغیر	منبع اثر	SS	df	MS	F	Sig.	مجذور اتا
اهمال کاری	زمان	۱۰۳۱/۸۳	۱/۲۷	۸۱۱/۰۹	۲۰۶/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۸۳۱
	زمان * گروهها	۵۷۹/۹۴	۲/۵۴	۲۲۷/۹۳	۵۸/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳۵
	گروه	۲۲۴۷/۸۸	۲	۱۱۲۳/۹۴	۴۰/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۶۵۶
سلامت جسمانی	زمان	۹۸/۴۱	۱/۶۸	۵۸/۵۷	۲۳۲/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۸۴۷
	زمان * گروهها	۵۷/۸۰	۳/۳۶	۱۷/۲۰	۶۸/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۷۶۵
	گروه	۹۶/۵۴	۲	۴۸/۲۷	۳۷/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۶۴۲
خستگی جسمانی-روانی	زمان	۱۰۸/۴۰	۱/۳۵	۸۰/۱۳	۱۶۲/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۷۹۵
	زمان * گروهها	۵۴/۲۶	۲/۷۰	۲۰/۰۵	۴۰/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۶۶۰
	گروه	۱۲۴/۱۳	۲	۶۲/۰۶	۴۶/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸۷
بی‌برنامگی	زمان	۱۵/۶۵	۲	۷/۸۳	۲۲/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۳۵۴
	زمان * گروهها	۲۲/۳۸	۴	۵/۵۹	۱۶/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۴۳۹
	گروه	۲۸۴/۵۰	۲	۱۴۲/۲۵	۹۵/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۱۹

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی بر اهمال کاری ( $P=۰/۰۰۱$ ) اثر گذار بوده و اثر کاهنده داشتند. اثر زمان موجب کاهش اهمال کاری ( $P=۰/۰۰۱$ ) نسبت به مرحله پیش آزمون شد. اثر متقابل زمان\*گروهها موجب کاهش اهمال کاری ( $P=۰/۰۰۱$ ) نسبت به گروه گواه شد. درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی بر مؤلفه اهمال کاری عمدی ( $P=۰/۰۰۱$ ) اثر گذار بوده و اثر کاهنده داشتند. اثر زمان موجب کاهش مؤلفه اهمال کاری عمدی ( $P=۰/۰۰۱$ ) نسبت به مرحله پیش آزمون شد. اثر متقابل زمان\*گروهها موجب کاهش مؤلفه اهمال کاری عمدی ( $P=۰/۰۰۱$ ) نسبت به گروه گواه شد. درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی بر مؤلفه خستگی جسمانی-روانی ( $P=۰/۰۰۱$ ) اثر گذار بوده و اثر کاهنده داشتند. اثر زمان موجب کاهش مؤلفه خستگی جسمانی-روانی ( $P=۰/۰۰۱$ ) نسبت به مرحله پیش آزمون شد. اثر متقابل زمان\*گروهها موجب کاهش مؤلفه خستگی جسمانی-روانی ( $P=۰/۰۰۱$ ) نسبت به گروه گواه شد. همچنین نتایج نشان می‌دهد درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی بر مؤلفه بی‌برنامگی ( $P=۰/۰۰۱$ ) اثر گذار بوده و

اثر کاهنده داشتند. اثر زمان موجب کاهش مؤلفه بی‌برنامگی ( $P=۰/۰۰۱$ ) نسبت به مرحله پیش آزمون شد. اثر متقابل زمان\*گروه‌ها موجب کاهش مؤلفه بی‌برنامگی ( $P=۰/۰۰۱$ ) نسبت به گروه گواه شد.

**جدول ۵. نتایج آزمون بن‌فرونی برای مقایسه‌های جفتی میانگین‌های اثر گروه و زمان برای متغیر اهمال کاری و مؤلفه‌های آن**

تفاوت گروه‌ها	تفاوت میانگین	مقدار احتمال
اهمال کاری	درمان هیجان مدار	۱/۹۵
	طرحواره درمانی	-۹/۴۶
	گواه	۰/۰۰۱
اهمال کاری عمدی	درمان هیجان مدار	۰/۳۸
	طرحواره درمانی	-۱/۴۰
	گواه	۰/۰۰۱
تفاهوت زمان‌ها	پس آزمون	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	-۵/۶۶
	پیگیری	-۶/۰۴
اهمال کاری	پس آزمون	۱/۰۰۰
	پیش آزمون	-۰/۳۷۸
	پیگیری	-۰/۳۷۸
اهمال کاری عمدی	پس آزمون	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	-۱/۸۰
	پیگیری	-۱/۸۲
تفاهوت زمان‌ها	پس آزمون	۱/۰۰۰
	پیش آزمون	-۱/۹۳
	پیگیری	-۱/۸۶
اهمال کاری	پس آزمون	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	-۰/۷۱۱
	پیگیری	-۰/۷۳۳
اهمال کاری عمدی	پس آزمون	۱/۰۰۰
	پیش آزمون	-۰/۲۲
	پیگیری	-۰/۲۲

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی حاکی از تفاوت معنادار میانگین‌های گروه‌های آزمایش و گواه با یکدیگر و همچنین در مرحله پیش آزمون با پس آزمون و پیش آزمون با پیگیری برای متغیر اهمال‌کاری و نشان‌دهنده اثربخشی درمان هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی بر متغیر اهمال‌کاری در گروه‌های آزمایش و تداوم این اثرات در مرحله پیگیری بود. با این حال حاکی از عدم تفاوت معنادار اثربخشی درمان هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی برای متغیر اهمال‌کاری بود. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی حاکی از تفاوت معنادار میانگین‌های گروه‌های آزمایش و گواه با یکدیگر و همچنین در مرحله پیش آزمون با پس آزمون و پیش آزمون با پیگیری برای مؤلفه اهمال‌کاری عمدی و نشان‌دهنده اثربخشی درمان هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی بر مؤلفه اهمال‌کاری عمدی در گروه‌های آزمایش و تداوم این اثرات در مرحله پیگیری بود.

علاوه بر این، نتایج حاکی از تفاوت معنادار اثربخشی درمان هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی بر مؤلفه اهمال‌کاری عمدی و اثربخشی بیشتر طرحواره‌درمانی نسبت به درمان هیجان‌مدار بود. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی حاکی از تفاوت معنادار میانگین‌های گروه‌های آزمایش و گواه با یکدیگر و همچنین در مرحله پیش آزمون با پس آزمون و پیش آزمون با پیگیری برای مؤلفه خستگی جسمانی-روانی و نشان‌دهنده اثربخشی درمان هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی بر مؤلفه خستگی جسمانی-روانی در گروه‌های آزمایش و تداوم این اثرات در مرحله پیگیری بود. با این حال نتایج حاکی از عدم تفاوت معنادار اثربخشی درمان هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی برای خستگی جسمانی-روانی بود. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی حاکی از تفاوت معنادار میانگین‌های گروه‌های آزمایش و گواه با یکدیگر و همچنین در مرحله پیش آزمون با پس آزمون و پیش آزمون با پیگیری برای مؤلفه بی‌برنامگی و نشان‌دهنده اثربخشی درمان هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی بر مؤلفه بی‌برنامگی در گروه‌های آزمایش و تداوم این اثرات در مرحله پیگیری بود. علاوه بر این، نتایج حاکی از تفاوت معنادار اثربخشی درمان هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی بر مؤلفه بی‌برنامگی و اثربخشی بیشتر درمان هیجان‌مدار نسبت به طرحواره‌درمانی بود.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی بر اهمال‌کاری دانشجویان مبتلا به اختلال توجه و تمرکز/بیش‌فعالی بود. نتایج پژوهش نشان داد که درمان هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی بر اهمال‌کاری اثرگذار بوده و اثر کاهنده داشتند و همچنین نتایج حاکی از

عدم تفاوت معنادار اثربخشی درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی برای متغیر اهمال کاری بود. درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی بر مؤلفه اهمال کاری عمدی اثرگذار بوده و اثر کاهنده داشتند و همچنین نتایج حاکی از تفاوت معنادار اثربخشی درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی بر مؤلفه اهمال کاری عمدی و اثربخشی بیشتر طرحواره درمانی نسبت به درمان هیجان مدار بود. درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی بر مؤلفه خستگی جسمانی- روانی اثرگذار بوده و اثر کاهنده داشتند و نتایج حاکی از عدم تفاوت معنادار اثربخشی درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی برای خستگی جسمانی- روانی بود. درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی بر مؤلفه بی‌برنامگی اثرگذار بوده و اثر کاهنده داشتند و نتایج حاکی از تفاوت معنادار اثربخشی درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی بر مؤلفه بی‌برنامگی و اثربخشی بیشتر درمان هیجان مدار نسبت به طرحواره درمانی بود.

یافته های این پژوهش با یافته های فرج اله چعبی و همکاران (۲۰۲۴)، سخایی اردکانی و همکاران (۲۰۲۳)، شفیع و همکاران (۲۰۲۱)، پارسافر و همکاران (۱۳۹۹) و آفتاب و همکاران (۲۰۱۷) همسو است. فرج اله چعبی و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهشی تحت عنوان «مقایسه اثربخشی فعال‌سازی رفتاری و طرحواره درمانی بر کاهش اجتناب تجربه‌ای دانشجویان دارای اهمال کاری تحصیلی» نشان دادند که هر دو درمان فعال‌سازی رفتاری و طرحواره درمانی بر کاهش اجتناب تجربه‌ای دانشجویان دارای اهمال کاری تحصیلی اثرگذار است؛ با این حال، اثربخشی طرحواره درمانی بیشتر از درمان فعال‌سازی رفتاری بود. همچنین سخایی اردکانی و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهشی تحت عنوان «اثربخشی طرحواره درمانی بر نشخوار فکری و اهمال کاری دانشجویان» نشان دادند آموزش طرحواره درمانی بر کاهش نشخوار فکری و اهمال کاری دانشجویان موثر و این اثر پایدار بوده است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت فردی که در تنظیم هیجانات خود دچار مشکل است، در پذیرش پاسخهای هیجانی، داشتن رفتار هدفمند، کنترل تکانه، وضوح هیجانی، آگاهی هیجانی و دسترسی به راهبردهای تنظیم هیجان نیز مشکل دارد و بنابراین، امکان دارد به رفتارهای اهمالکارانه متوسل شود. در درمان هیجان مدار شناخت به عنوان یکی از مؤلفه‌های پردازش هیجانی قلمداد می‌شود، ولی به عنوان تنها نقش تنظیم‌کننده در نظر گرفته نمی‌شود. در این الگو همان طور که شناخت می‌تواند بر هیجان اثر بگذارد هیجان‌ها نیز می‌توانند بر شناخت تأثیر بگذارند. حتی از خود هیجان‌ها هم برای تأثیر بر دیگر هیجان‌ها استفاده کرد. در درمان مبتنی بر هیجان اعتقاد بر این است که ارزیابی و هیجان با هم به طور هم‌زمان اتفاق می‌افتند تا مفاهیم هیجانی را به وجود آورند. رویکرد درمانی هیجان‌مدار با استفاده از تکنیک‌های مختلفی تلاش دارد تا مراجعان تماس عمیق‌تری با هیجانات داشته و شناخت

بهتری از آنها حاصل کنند. از آنجا که تماس عمیق تر با هیجانات منجر به شناخت بهتر و درمان بیشتر می گردد، منجر به توسعه پاسخ های سازگارانه به تجارب مشکل ساز می گردد (جانسون و کانوی، ۲۰۲۴).

در این چارچوب نقش رابطه در درمان متمرکز بر احساسات مورد بحث قرار می گیرد. رابطه در درمان متمرکز بر احساسات، با ارائه یک عملکرد تنظیم کننده تأثیر احساسات و هیجان ها، که به مرور زمان توسط مراجع درونی می شود، به عنوان فرایند درمانی شناخته می شود. این عملکرد با ارائه یک پیوند تسکین دهنده، اثر تسکین دهنده انجام می شود که با حضور درمانگر و همراهی همدلی برای تأثیر آن و همچنین پذیرش و سازگاری انجام می شود. همچنین با ارائه یک محیط بهینه برای تسهیل حالت های خاص پردازش عاطفی، این رابطه به عنوان ابزاری برای رسیدن به هدف تلقی می شود (جانسون و کمپل، ۲۰۲۱). بنابراین علاوه بر تأکید جدی بر رابطه درمانی، فرایند تمرکز بر هیجانات بیان شده برای خلق معانی جدید از ارزش بالایی برخوردار است (فارو و همکاران، ۲۰۲۲).

درمان هیجان مدار، با هدف بالا بردن آگاهی هیجانی، بازآفرینی تجارب هیجانی و تقویت توانایی مدیریت هیجانات در بیماران، تأثیر مستقیم بر سرمایه های عاطفی دارد. لذا رویکرد درمان هیجان مدار که بر مبنای هیجانات استوار است و با هدف بالا بردن آگاهی عاطفی، بازآفرینی تجارب هیجانی و قدرت مندسازی بیماران به منظور تقویت تنظیم هیجانات طراحی شده است، مستقیماً می تواند بر منابع عاطفی شخص اثر بگذارد. در این نوع درمان، فرد با هیجانات خویش به طور عمیق آشنا شده، نحوه برخورد و کسب تجربه آنها را فرا می گیرد و سپس مهارت های لازم برای کنترل و تغییر واکنش های خود را به دست می آورد. در نتیجه، فرد در تجربه کردن جزئیات آگاهی هیجانی، تنظیم هیجانات و بازسازی حالات عاطفی پیشرفت کرده و قادر می شود با هیجانات خود به شکل مؤثرتری تعامل نماید و الگوهای رفتاری بهتر و مناسب تری را از خود نشان دهد. از منظر درمان هیجان مدار، هیجان به عنوان یک عنصر حیاتی برای خود آگاهی شخص محسوب شده و نقش کلیدی در ساماندهی خود افراد دارد. برای رسیدن به تغییر، افراد بایستی چگونگی ترمیم خویش و تعدیل عمق های درونی هسته های ترس، شرم، خشم و اندوه را فرا گیرند (براباچر، ۲۰۲۴). درمان هیجان مدار فرصت آگاه شدن از هیجانات اولیه و برقراری ارتباط مجدد با هیجانات به شکل متعادل و همدلانه را برای افراد ایجاد می کند. در واقع خود آگاهی و خودشناسی هیجانی - شناختی، به درک بهتر نیازها و هیجان ها و راه حل های پاسخگویی مناسب کمک می کند و با ایجاد احساس رضایت نسبت به خود و دیگران، به کنار آمدن بهتر با موقعیت های استرس زا کمک می کند (بهوندی و همکاران، ۲۰۲۱).

افراد دارای طرحواره‌های حوزه بازداری در ابراز هیجان‌های خود و در ظرفیت لذت‌طلبی با محدودیت مواجه هستند، آنها غالباً تنهایی را ترجیح می‌دهند و از فعالیت‌ها و تماس‌های اجتماعی دوری می‌کنند. این افراد در برخی از موارد در ارتباط با دیگران با تنیدگی و مشکل روبرو هستند. در واقع، میزان بالای تنیدگی و اضطراب به عنوان جنبه‌هایی از اختلال‌های روانی یا نقص روانی در این افراد در نظر گرفته می‌شود (عبدی و پاک ۲۰۱۹). تلاش برای بازداری و سرکوب اندیشه‌ها و هیجان‌های منفی منجر به ابزارگری هیجانی محدود و نقص حافظه می‌شود. افراد با بازداری هیجانی بالا واکنش‌پذیری روانی- فیزیولوژیایی بالایی به دامنه گسترده‌ای از نشانه‌های هیجانی نشان می‌دهند. این افراد دچار محدودیت عاطفی هستند و اطلاعات هیجانی را چنان در هم شکنند و سردرگم کننده تجربه می‌کنند که به احساس درماندگی در آنها منجر می‌شود. علاوه بر این، از آنجا که توانایی تنظیم هیجان‌ها که نقش مرکزی را در هر دو شناسایی احساسات و پاسخ‌دهی و بهبود یافتن از هیجان‌های منفی از طریق دسترسی به راهبردهای تنظیم هیجانی دارد برای این افراد تنظیم مؤثر هیجان‌های منفی دشوار خواهد بود و از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه بیشتری نظیر کناره‌گیری اجتماعی و رفتاری و بازداری هیجانی استفاده می‌کنند (همینگ و همکاران، ۲۰۱۹). نامجو و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی چنین پیشنهاد کردند که ناکامی و شکست افراد دارای طرحواره معیارهای سخت‌گیرانه در برآورده کردن انتظارات آرمانی و معیارهای غیرواقع بینانه خواه از سوی شخص و خواه از سوی افراد مهم می‌تواند منجر به فراخوانی احساسات بی‌ارزشی و خودسرزنش‌گری و خودانتقادگری شدید در فرد شود که زمینه بروز حالت‌های هیجانی منفی یا شرایطی نظیر افسردگی یا احساس ملالت را فرامی‌آورد. این افراد اصرار به کنترل هیجان‌های خود دارند و چنین باور دارند که اگرچه که انسان جایز الخطا و مستعد پریشانی هستند با این حال باید عوض ضعف قدرت به وسیله عدم خودافشاگری و امتنا از دریافت حمایت اجتماعی از خود نشان دهند (فلت و همکاران، ۲۰۱۴).

تقلیل خودارزشی در افراد دارای طرحواره نقص / شرم در حوزه بریدگی و طرد نگرش ناسازگارانه‌ای است که منجر به شکل‌گیری تصویری مملوء از عدم کفایت، نقصان و ناپسندی نسبت به خود می‌شود به طوری که چنین شخصی شکاف بزرگ‌تری را بین خود واقعی و خود آرمانی‌اش احساس می‌کند که مانع از مشاهده انعطاف‌پذیر خود و رخداد این تجارب در جهت به دست آوردن دیدگاهی مفید برای هدایت اعمال و رفتارها می‌شود. بنابراین چنین شخصی نسبت به اندیشه‌ها، تصاویر و خاطرات در این زمینه بسیار واکنش‌پذیر عمل می‌کند که احتمالاً منجر به اشتغال فکر در زمینه اجتناب از موقعیت‌ها و محرک‌های درونی می‌شود که ترس‌ها و مفهوم‌پردازی‌های منفی مرتبط با خود را

تشدید می‌کند. با این حال، اجتناب از پذیرش خود و شفقت نسبت به خود جلوگیری می‌کند (موروز و دانکلی، ۲۰۱۹).

از این گذشته این افراد به دلیل برخورداری از طرحواره‌های بریدگی و طرد ممکن است تجربه از دست دادن دوستان، حمایت خانواده و غیره را تجربه کنند و به دلیل ترس و اجتناب از طرد شدن با دیگران ارتباط صمیمانه برقرار نکنند. علاوه بر این، این امکان وجود دارد که طرحواره‌های بریدگی و طرد مانع از رشد بازنمایی‌های پایدار و سازگار از خود و دیگران شود که موجب ناتوانی در مقابله سازگارانه با محیط و جستجوی رفتارهای حمایت کننده می‌شود. این رفتار منجر به محرومیت اجتماعی و انزوا می‌شود. پژوهشگران چنین استدلال کرده‌اند که جدایی و انزوای اجتماعی پاسخی شناختی است که در مقابل تهدید هویت و عزت نفس فرد از خود نشان می‌دهد. انزوای اجتماعی سبک اجتنابی اجتماعی است که از عدم جامعه‌پذیری، رهاشدگی و محرومیت هیجانی و راهبرد مقابله‌ای ناشی می‌شود که مشخصه آن اجتناب از افراد و برخی افکار، خاطره‌ها و فعالیت-هاست (گیرارد و همکاران، ۲۰۱۷). به طور کلی، عدم احساس اهمیت و تعلق داشتن در روابط متقابل و تجربه تنهایی است که موجب کناره‌گیری اجتماعی و فقدان احساس لذت می‌شود. ادراک سربار بودن با حس تنفر از خود و دین به دیگران مشخص می‌شود که عزت نفس پایین و احساس شرم و گناه در پی دارد و در نهایت موجب کناره‌گیری می‌شود (لواس و همکاران، ۲۰۱۸). احساس غم و ناراحتی در افراد دارای طرحواره‌های حوزه بریدگی و طرد پیامدهای منفی برای کارکرد اجتماعی دارد و اغلب موجب کناره‌گیری از افراد و اجتماع می‌شود (زیکیک و همکاران، ۲۰۰۹).

مهم‌ترین ویژگی‌های افراد دارای طرحواره دگرجهت‌مندی رفتار سلطه‌پذیر، عزت نفس پایین، حالت اضطرابی و ترس‌های جدایی است. افرادی که نیاز زیادی به تایید دارند، ممکن است اهمیت زیادی برای تعاملات بین فردی قائل شوند که منجر به اضطراب بیشتر می‌شود، علاوه بر این، عدم توجه و تأیید فرد و سرزنش وی از جانب دیگران موجب خشم و خصومت و همین‌طور دوسوگرایی بین فردی در این افراد می‌شود، با این حال، چنین افرادی اغلب خشم‌شان را در عوض دیگران نسبت به خودشان ابراز می‌کنند (کومار و همکاران، ۲۰۱۳).

افراد دارای طرحواره‌های محدودیت‌های مختل بیشتر درگیر تعارض به دلیل رفتارهای ستیزه‌جویانه و خصومت آمیز می‌شوند که به نوبه خود سطح تنش آنها را افزایش می‌دهد و از حمایت اجتماعی آنها می‌کاهد. صفت دشمنی مشخصه افراد دارای طرحواره‌های محدودیت‌های مختل است که از احساس برتری و خودکفایی بالایی برخوردار هستند و با تقلب و فریبکاری دیگران را دستکاری می‌کنند و

این مشخصه‌ها بدون در نظر گرفتن نیازهای دیگران می‌کنند با رفتارهای متوقعانه و پرخاشگرانه و خصمانه نسبت به دیگران نمود پیدا می‌کند. در تلاش برای دست یافتن به سلطه در روابط اجتماعی و حس برتری این افراد ممکن است به طور بالقوه نسبت به تهدیدات محیطی گوش به زنگ باشند و دست به رفتارهای قلدرانه بزنند و یا به دیگران آسیب بزنند (باچ و همکاران، ۲۰۱۶).

افراد دارای طرحواره‌های محدودیت‌های مختل در مواجهه با تمایلات شخصی افراد که در تعارض با اهداف و تمایلات آنها قرار دارند از خود بی‌رحمی، پرخاش و سلطه‌گری نشان می‌دهند و نگرانی پیامدهای بالقوه آسیب رسان انتخاب‌هایشان و تصمیم‌های غیراخلاقی‌شان بر دیگران نیستند. افراد دارای صفت دشمنی در جهت ارضای نیازهای خود به رفتارهای غیراخلاقی حتی اگر دیگران را به خطر بیندازند متوسل می‌شوند. سلطه‌گری ابزاری است که از عزت نفس افراد خودشیفته محافظت می‌کند، این افراد چنین می‌اندیشند که با دست‌یابی به قدرت از خودپنداره بزرگمشرانه خود دفاع می‌کنند (جانسون و همکاران، ۲۰۱۲)؛ در این دیدگاه طبق نظر بومیستر و همکاران (۲۰۰۰) رفتارهای پرخاشگرانه و دشمنانه زمانی رخ می‌دهد که خودشیفته‌ها با تصویری اغراق‌آمیز از برتری شخصی در مواجهه با دیگران صریحاً در این تصویر اختلال ایجاد می‌کنند. ناتوانی در کنترل تکانه‌ها در مواجهه با هیجان‌ها و تجارب منفی بدون در نظر گرفتن نیازها و تمایلات درونی در افراد دارای صفت دشمنی و فقدان پاسخ‌دهی هیجانی نسبی موجب می‌شود که پاسخ‌های پرخاشگرانه دیگران را به عنوان تلاشی برای به چالش کشیدن یا نادیده گرفتن نیازهای درونی‌شان ادراک کنند (عبدی و پاک ۲۰۱۹). عدم توجه و تأیید فرد و سرزنش وی از جانب دیگران در کنار راهبردهای اجتنابی منجر به هیجان‌های پرشدتی مانند پرخاشگری و خصومت و همین‌طور دوسوگرایی بین‌فردی می‌شود که احتمالاً اضطراب و افسردگی را در پی خود خواهد داشت. نشخوار خشم با تمایل به استقامت احساسات خصمانه، خیالبافی در مورد انتقام و سطح بالایی از خشم همراه است که موجب تداوم خاطرات مملوء از مشکلات بین‌فردی و اندیشه‌های کینه‌توزانه می‌شوند که بعداً می‌توانند به پرخاشگری و خشونت منجر شوند.

بی‌ثباتی هیجانی و تحریک‌پذیری و رفتارهای تکانشی در افراد دارای طرحواره خویشتن داری ناکافی ممکن است واکنش‌هایی را در دیگران فرا می‌خواند که می‌تواند کارکرد بین‌فردی و تشکیل طرحواره‌های اجتماعی شناختی را مختل کنند. پیش‌آمدگی عاطفه‌پذیری منفی و تکانشگری می‌تواند مانع از پویا و تعامل‌های اجتماعی شوند، که پیامدهای نامطلوبی برای کارکرد اجتماعی دارد که ممکن است منجر به طرحواره‌های ناسازگارانه در روابط بین‌فردی شوند (اسکات و همکاران،

۲۰۰۹). به طور کلی این حوزه طحواره ای بیانگر دشواری در سازگاری است و دشواری در سازگاری آسیب‌پذیری را برای رفتارهای پر خطر، پرخاشگری و مشکلات رفتاری را افزایش می‌دهد.

در طحواره درمانی، مشخصاً منظور از طحواره، طحواره‌های ناسازگار اولیه‌اند که الگوهای معیوب از ادراک، هیجان و احساس فیزیکی و جسمی در طول عمر فرد هستند. معمولاً طحواره‌ها شکل باور درباره خود و جهان را پیدا می‌کنند. طحواره‌های ناسازگار اولیه برای بقا خودشان می‌جنگند این امر نتیجه تمایل بشر به «هماهنگی شناختی» است. اگر چه فرد می‌داند این طحواره منجر به ناراحتی وی می‌شود ولی با طحواره احساس راحتی می‌کند و همین احساس راحتی فرد را به این نتیجه می‌رساند که طحواره‌اش درست است. افراد به سمت وقایعی کشیده می‌شوند که با طحواره‌هایشان همخوانی دارند و به همین دلیل تغییر طحواره‌ها سخت است. طحواره‌ها روش‌هایی برای پردازش اطلاعات و هیجان‌ها هستند که گاه بر اساس واقعیت و گاه بر اساس تجارب گذشته در مغز انسان شکل می‌گیرند. در رویکرد طحواره درمانی به مراجعان کمک می‌شود تا الگوهای ناسازگار طولانی مدت در زندگی خود را با ترمیم طحواره‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای خود نظیر اجتناب را، تغییر دهند (فاسیندر و همکاران، ۲۰۱۹).

## References

- Abdi, R., & Pak, R. (2019). The mediating role of emotion dysregulation as a transdiagnostic factor in the relationship between pathological personality dimensions and emotional disorders symptoms severity. *Personality and Individual Differences*, 142, 282-287.
- Ayano, G., Tsegay, L., Gizachew, Y., Necho, M., Yohannes, K., Abraha, M., Demelash, S., Anbesaw, T., & Alati, R. (2023). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in adults: Umbrella review of evidence generated across the globe. *Psychiatry Research*, 328, 115449.
- Bhovandi, N., Khayatan, F. & Golparvar, M. (2021). Comparing the effectiveness of emotion-focused integrated therapy based on compassion with compassion-based therapy on perfectionism and intolerance of uncertainty in patients with primary headache symptoms. *Psychological Methods and Models*, 12(43), 114-130.
- Brubacher, L. L. (2024). *Stepping into Emotionally Focused Therapy: Key Ingredients of Change* (2<sup>nd</sup> Ed). Routledge.
- Farajollah Chaabi, I. Mehrabzadeh Honarmand, M. & Amini, N. (2024). Comparing the effectiveness of behavioral activation and schema therapy on reducing experiential avoidance in students with academic procrastination. *Psychological Achievements*.
- Farrell, J. M., Reiss, N., & Shaw, I. A. (2014). *The Schema Therapy Clinician's Guide: A Complete Resource for Building and Delivering Individual, Group and Integrated Schema Mode Treatment Programs* (1st Ed.). Wiley-Blackwell.
- Fassbinder, E., Wilde, O. B.-d., & Arntz, A. (2019). Chapter 5 - Case Formulation in Schema Therapy: Working With the Mode Model. In U. Kramer (Ed.), *Case Formulation for Personality Disorders* (pp. 77-94). Academic Press.
- Flett, G., Hewitt, P., & Heisel, M. (2014). The destructiveness of perfectionism revisited: implications for the assessment of suicide risk and the prevention of suicide. *Review of General Psychology*, 18, 156-172.
- Furrow, J. L., Johnson, S. M., Bradley, B., Brubacher, L., Campbell, T. L., Kallos-Lilly, V., Palmer, G., Rheem, K., & Woolley, S. (2022). *Becoming an Emotionally Focused Therapist* (2<sup>nd</sup> Ed.). Routledge.

- Girard, J. M., Wright, A., Beene, J. E., Lazarus, S. A., Scott, L. N., Stepp, S. D., & Pilkonis, P. A. (2017). Interpersonal problems across levels of the psychopathology hierarchy. *Comprehensive psychiatry*, 79, 53-69.
- Greenberg, L. S. (2016). *Emotion-Focused Therapy (Theories of Psychotherapy Series)*. American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2022). *Emotion-Focused Therapy: Coaching Clients to Work Through Their Feelings*. American Psychological Association.
- Hashemipour, H., Keramati, H., arabzadeh, m., & Kavousian, J. (2021). Structural model of academic procrastination, based on emotional schemas: Mediating role of test anxiety. *Journal of Modern Psychological Researches*, 16(63), 12-26.
- Hawke, L. D., Provencher, M. D., & Arntz, A. (2011). Early Maladaptive Schemas in the risk for bipolar spectrum disorders. *Journal of affective disorders*, 133(3), 428-436.
- Hemming, L., Taylor, P., Haddock, G., Shaw, J., & Pratt, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the association between alexithymia and suicide ideation and behaviour. *Journal of Affective Disorders*, 254, 34-48.
- Johnson, S. L., Leedom, L. J., & Muhtadie, L. (2012). The dominance behavioral system and psychopathology: evidence from self-report, observational, and biological studies. *Psychological bulletin*, 138(4), 692-743.
- Johnson, S. M., & Conway, M. (2024). *Attachment Theory in Practice: Emotionally Focused Therapy (EFT) with Individuals, Couples, and Families*. Guilford Press.
- Johnson, S., & Campbell, T. L. (2021). *A Primer for Emotionally Focused Individual Therapy (EFIT)*. Routledge.
- Kumar, P. N., Rajmohan, V., & Sushil, K. (2013). An exploratory analysis of personality factors contributed to suicide attempts. *Indian journal of psychological medicine*, 35(4), 378-384.
- Loas, G., Lefebvre, G., Rotsaert, M., & Englert, Y. (2018). Relationships between anhedonia, suicidal ideation and suicide attempts in a large sample of physicians. *PLoS One*, 13(3), e0193619.
- Morandini, H. A. E., Watson, P. A., Barbaro, P., & Rao, P. (2024). Brain iron concentration in childhood ADHD: A systematic review of neuroimaging studies. *Journal of Psychiatric Research*, 173, 200-209.
- Moroz, M., & Dunkley, D. M. (2019). Self-critical perfectionism, experiential avoidance, and depressive and anxious symptoms over two years: A three-wave longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 112, 18-27.
- Namjoo, M., Kafi, S. M., Hakim Javadi, M., Gholamali Lavasani, M., & Atashkar, S. R. (2012). The relationship between perfectionism, defensive styles and depressive symptoms in students. *Journal of Psychological and Clinical Research*, 2(1), 53-76.
- Orang, S. Hashemi Razini, H. & Abdollahi, M, H. (2017). Investigating the relationship between early maladaptive schemas with the meaning of life and psychological well-being of the elderly. *Salamand: Iranian Journal of Aging*, 12 (3), 326-345.
- Palmer, G., Furrow, J. L., Johnson, S. M., Faller, G., & Palmer-Olsen, L. (2022). *Emotionally Focused Family Therapy: Restoring Connection and Promoting Resilience*. Routledge.
- Parsafar, A., Asgharnejad Farid, A., Dartaj, F. & Zare Bahramabadi, M. (2019). Investigating the effectiveness of schema therapy on social anxiety and academic procrastination of students. *Islamic Lifestyle with a Health Focus*, 4(18), 253-262.
- Sakhaei Ardakani, Z., Nikdel, F. & Tagvaei Nia, A. (2023). The effectiveness of schema therapy on rumination and procrastination in students. *Quarterly Journal of New Psychological Research*, 18(70), 107-114.
- Sánchez, M., Lavigne, R., Romero, J. F., & Elósegui, E. (2019). Emotion Regulation in Participants Diagnosed With Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Before and After an Emotion Regulation Intervention [Original Research]. *Frontiers in Psychology*, 10.
- Schippers, L. M., Greven, C. U., & Hoogman, M. (2024). Associations between ADHD traits and self-reported strengths in the general population. *Comprehensive Psychiatry*, 130, 152461.
- Shafiei, Z., Sajjadian, I., Nadi, M. A. (2021). The effectiveness of schema therapy on academic adjustment and procrastination of students. *Quarterly Journal of Cognitive Analytical Psychology*, 13(50), 33-21.
- Sirois, F. M., & Pychyl, T. A. (2013). Procrastination and the priority of short-term mood regulation: Consequences for future self. *Social and Personality Psychology Compass*, 7(2), 115-127.
- Wei, J., Li, Y., Wu, Q., Lei, B., & Gui, X. (2025). Bidirectional association between allergic rhinitis and attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 369, 499-507.

- Young, J. E. (1990). Cognitive therapy for personality disorders: A Schemas- focused approach. Professional Resource Exchange Inc.
- Zarei, L. & Khashooi, M ,S. (2016). The relationship between academic procrastination and metacognitive beliefs, emotion regulation, and ambiguity tolerance in students. *Quarterly Journal of Research and Planning in Higher Education*, 22(81), 113-130.
- Zhang, Y., Liao, W., Rao, Y., Gao, W., & Yang, R. (2025). Effects of ADHD and ADHD medications on depression and anxiety in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 181, 623-639. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.12.022>.
- Zikic, O., Ciric, S., & Mitkovic, M. (2009). Depressive phenomenology in regard to depersonalization level. *Psychiatria Danubina*, 21(3), 320-326.

## Comparing the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Schema Therapy on Procrastination in Students with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

Najmeh Al-Sadat Hatef Al-Husseini<sup>1</sup>, Maryam Peyravay<sup>2</sup>

Attention deficit / hyperactivity disorder is one of the most commonly behavioral neurology disorders in childhood adolescence. This disorder has significant effect on adulthood procrastination. The aim of the present study was to compare the effectiveness of emotion-focused therapy and schema therapy on procrastination in students with attention deficit/hyperactivity disorder. The research method was a quasi-experimental design with a pre-test-post-test-follow-up design with a control group. The statistical population of the study included all male and female students with attention deficit/hyperactivity disorder at Islamic Azad University, Electronics Branch, in the winter of 2024. The statistical sample consisted of 45 people who were selected conveniently and randomly assigned to two intervention groups and a control group with homogenization. The Sowari Academic Procrastination Questionnaire (2011) was used to collect data. In this study, schema therapy based on the Young et al. (2006) protocol and emotion-focused therapy based on the Johnson and Campbell (2021) protocol were conducted in 12 sessions for 90 minutes. Analysis of variance with a repeated measures design was used to analyze the data. The results showed that emotion-focused therapy and schema therapy were effective in reducing procrastination ( $P=0.001$ ) and the physical-mental fatigue component ( $P=0.001$ ), and the results indicated no significant difference in the effectiveness of emotion-focused therapy and schema therapy for the procrastination variable. Emotion-focused therapy and schema therapy were effective in reducing intentional procrastination ( $P=0.001$ ), and the results indicated a significant difference in the effectiveness of emotion-focused therapy and schema therapy on the intentional procrastination component and greater effectiveness of schema therapy than emotion-focused therapy. Also, emotion-focused therapy and schema therapy were effective in reducing the unplanned component ( $P=0.001$ ), and the results indicated a significant difference in the effectiveness of emotion-focused therapy and schema therapy on the unplanned component and greater effectiveness of schema therapy than emotion-focused therapy.

**Keywords:** Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, Procrastination, Emotion-focused therapy, Schema therapy

- 
1. M.S in Clinical Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Electronics Branch, Tehran, Iran.
  2. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Malard Branch, Tehran, Iran.