مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره ۲۲، شماره ۵، آذر و دی ۱۳۹۳
صفحه: ۱۴۹۴-۱۴۸۱

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol. 22, No.5, Nov-Dec 2014
Pages: 1481-1494

اثربخشی درمان طرحواره‌های هیجانی بر طرحواره‌های هیجانی زنان قربانی کودک‌آزاری و غفلت

سعیده دانشمندی*[۱]، زهرا ایزدیخواه[۲]، حمید کاظمی[۳]، حسینعلی مهرابی[۴]

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۲،۴- استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۳- استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۹/۲۸ تاریخ پذیرفت: ۱۳۹۳/۷/۱۰

چکیده

مقدمه: از تأثیرات بلند مدت کودک‌آزاری و غفلت، شکل‌گیری طرحواره‌های هیجانی می‌باشد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان طرحواره‌های هیجانی بر طرحواره‌های هیجانی زنان قربانی کودک‌آزاری و غفلت است.

روش بررسی: در طرحی نیمه تجربی، تعداد ۳۰ زن دارای سابقه کودک‌آزاری و غفلت (بر اساس نمره کسب شده در پرسشنامه کودک‌آزاری و غفلت) و ملاک‌های ورودی پژوهش، انتخاب و به شیوه تصادفی به گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند (n=۱۵). گروه آزمایش، مداخله ۱۳ جلسه‌ای بر اساس الگوی درمانی طرحواره‌های هیجانی دریافت نمود و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. ابزار مورد استفاده شامل پرسشنامه کودک‌آزاری و غفلت، مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیهی (LESS) و پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) به منظور کنترل نقش اضطراب و افسردگی بود. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد درمان طرحواره‌های هیجانی منجر به کاهش طرحواره‌های هیجانی«احساس گناه» و«ساده انگاری هیجانی» و افزایش «پذیرش هیجانات» در مرحله پس آزمون و پیگیری شده است. این تأثیرگذاری بر افزایش «همگانی بودن هیجانات» در مرحله پس آزمون و افزایش«اعتباربخشی هیجانی» و «درک هیجانی»هم در مرحله پیگیری به تأیید رسید.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از آن است درمان طرحواره‌های هیجانی می‌تواند به عنوان درمانی مؤثر جهت اصلاح برخی طرحواره‌های هیجانی زنان قربانی کودک‌آزاری و غفلت مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: کودک‌آزاری و غفلت، درمان طرحواره‌های هیجانی، طرحواره‌های هیجانی

*. (نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۱۳۲۱۰۶۳۱۳، پست الکترونیکی: saeededaneshmandi@gmail.com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

مقدمه

کودک‌آزاری و غفلت (Child abuse & neglect) شامل هرگونه آسیب جسمی، روانی، جنسی و رفتارهای اهمال گرایانه یا خشونت با فرد زیر ۱۸ سال توسط فردی است که مسئولیت آسایش و رفاه او را بر عهده دارد، به طوری که سلامت و آسایش کودک آسیب دیده به خطر بیفتد(۱). این پدیده علاوه بر تأثیرات زیانباری که در حوزه‌های رشدی، شناختی، هیجانی و رفتاری کودک برجا می‌گذارد، سلامت روان او را نیز در بزرگسالی مورد تهدید قرار می‌دهد(۲). از پیامدهای بلند مدت بدرفتاری با کودک می‌توان به اختلال پس از ضربه (PTSD: Posttraumatic Stress disorder)(۳)، افسردگی و اضطراب(۴)، اختلالات خوردن(۵)، آلکسی تایمیا(۶)، اختلالات روانپریشی(۷)، رفتارهای ضداجتماعی و اقدام به خودکشی(۸)، سوء مصرف مواد(۹)، اختلالات شخصیت(۱۰)، ضعف در سلامت جسمانی(۱۱) و مشکلات بین فردی(۱۲) اشاره نمود. علاوه بر این، زنانی که تاریخچه کودک‌آزاری و غفلت داشته‌اند، به میزان بیشتری از بی‌نظمی هیجانی و در پی آن نقص عملکرد شکایت دارند(۱۲).

شکل‌گیری باورهای منفی درباره هیجانات(۱۳) و به دنبال آن بی‌نظمی هیجانی(۱۴) از پیامدهای رشد کودک در محیط‌های تربیتی تنبیه کننده محسوب می‌شود. به طور مثال، تنبیه کودک به خاطر ابراز هیجانات منفی در بین کودکان آزار دیده جسمی(۱۵) و سرکوبی هیجانات منفی به منظور بهره‌مندی از حمایت‌های مراقبان در بین کودکان آزار دیده جنسی(۱۶)، به عنوان محیط‌های بی‌اعتبارکننده به کودک القا می‌کند که واکنش‌های هیجانی آنها اشتباه و نامناسب هستند(۱۳).

باورهای منفی درباره هیجانات و به عبارت بهتر طرحواره‌های هیجانی(Emotional schema)(۱۷) به هرگونه تعبیر، ارزیابی، تمایل به عمل و الگوهای رفتاری گفته می‌شود که افراد در مواجهه با هیجانات خود اتخاذ می‌کنند(۱۸). طرحواره‌های هیجانی ناسازگار با اضطراب، افسردگی(۱۹)، تعارضات زناشویی(۲۰)، سندرم خستگی مزمن، سندرم روده تحرک‌پذیر، اختلال جسمانی سازی، اختلالات خوردن، فوبی اجتماعی، PTSD (۲۱،۲۲) و اختلالات شخصیت(۲۳) ارتباط دارد. از سوی دیگر، نتایج برخی مطالعات ارتباط معنی‌داری را میان طرحواره‌های هیجانی سازگار، ذهن آگاهی و انعطاف‌پذیری روانشناختی (Psychological flexibility)، توانایی ارتباط کامل با زمان حال به عنوان یک انسان هوشمند و تغییر یا حفظ رفتار در راستای اهداف ارزشمند نشان دادند(۲۵،۲۴).

درمان طرحواره‌های هیجانی (EST: Emotional Schema Therapy) شکل جدیدی از درمان شناختی رفتاری است که لیهی با اقتباس از نظریه شناختی بک، طرحواره درمانی یانگ، مدل فراشناختی ولز و رویکردهای مبتنی بر پذیرش(۲۱) برای درمان مشکلات هیجانی تدوین نمود. طبق این مدل درمانی همه افراد هیجانات منفی و دردناک را تجربه می کنند اما آنچه که افراد را از یکدیگر متمایز می‌سازد، چگونگی تفسیر و واکنش به هیجانات و یا همان طرحواره‌های هیجانی آنهاست(۲۶). EST در این زمینه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT: Acceptance & Commitment Therapy) مشترک است چرا که در هر دو درمان به گسترش انعطاف‌پذیری روانشناختی و پاسخ‌های انطباقی و انعطاف‌پذیر به تجارب هیجانی آشفته‌ساز توجه ویژه‌ای شده است(۱۷). اما ارزش اختصاصی EST در آن است که مفهوم‌سازی و راهبردهای افراد را در مقابل هیجانات دشوار مستقیماً مورد هدف قرار می‌دهد و از این طریق مداخله درمانی را اثربخش‌تر خواهد کرد(۲۶). این درمان مدل جامعی از مداخلات مبتنی بر تنظیم هیجانی از جمله اعتباربخشی هیجانی توسط خود و دیگران، مداخلات مبتنی بر اصلاح طرحواره‌های هیجانی، آزمایش و اصلاح باورهای منفی پیرامون هیجانات، ذهن آگاهی، تعدیل پردازش هیجانی، کاهش استرس، بازسازی شناختی، پذیرش و اشتیاق و مهربانی با خود را ارایه داده است(۱۷).

Leahy در مطالعه‌ای موردی، تأثیر EST را بر بیمار وسواسی مقاوم به درمان بررسی کرده و نشان داد این درمان منجر به رفع چک کردن، پذیرش هیجانات و افکار منفی، خوش

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

آمدگویی به هیجانات و ایجاد اعتقاد به گذرا بودن آنها در فرد وسواسی شده است(۲۷). همچنین Berking و همکاران در پژوهشی به مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و ترکیبی از این مدل درمانی سنتی به همراه آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان (که از نظر محتوا با درمان طرحواره‌های هیجانی قرابت فراوان دارد) بر بیماران روانی پرداخته و دریافتند آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت روان و پیامدهای درمان داشته و آثار درمانی رویکرد شناختی رفتاری را ارتقا می بخشد(۲۸).

بر اساس تحقیقات انجام شده، میزان بروز بدرفتاری در جمعیت عمومی زنان در مقایسه با مردان بالاتر بوده (۲۰ درصد در مقابل ۱۰-۵ درصد)(۲۹) و تجربه کودک‌آزاری و غفلت منجر به آسیب‌های هیجانی گسترده‌تر و شدیدتری بر زنان می‌شود(۱۲). همچنین با توجه به پیامدهای ناگوار طرحواره‌های هیجانی در استفاده از راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجانی(۱۷) و بروز اختلالات روانی و جسمانی متعدد(۲۱،۲۲)، آموزش تکنیک‌های تنظیم هیجانی و اصلاح طرحواره‌های هیجانی مشکل‌آفرین منجر به ارتقای توانایی این افراد در جهت مدیریت، پذیرش و تحمل هیجانات نامطلوب شده و از بکارگیری راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجانی و بروز اختلالاتی که بی‌نظمی هیجانی هسته اصلی آنهاست، جلوگیری می‌کند. بنابراین با وجود بررسی تأثیر رویکردهای مختلف درمانی جهت حل مشکلات هیجانی افراد دارای سابقه کودک‌آزاری و غفلت، هیچ درمانی طرحواره‌های هیجانی این گروه از افراد را به طور مستقیم مورد هدف قرار نداده است. در پژوهش حاضر به بررسی تأثیر الگوی درمانی طرحواره‌های هیجانی در اصلاح طرحواره‌های هیجانی این گروه از افراد پرداخته است.

روش بررسی

طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی همراه با پیش‌آزمون، پس آزمون و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه زنان دارای تاریخچه کودک‌آزاری و غفلت ساکن شهرستان نجف آباد بود. نمونه پژوهش حاضر در دو مرحله صورت پذیرفت، در مرحله اول ۵۰۰ نفر از زنان در دسترس به پرسشنامه کودک‌آزاری و غفلت پاسخ دادند. در مرحله دوم، تعداد ۳۰ نفر از گروه نمونه که نمرات بالاتری در پرسشنامه کسب کرده و دارای معیارهای ورودی به مطالعه بودند، به صورت داوطلبانه و بر اساس میزان آمادگی جهت حضور در جلسات درمانی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفتند (n=۱۵). معیارهای ورود به مطالعه شامل: دامنه سنی ۴۰-۲۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، فقدان اختلال روانی شدید، اختلال شخصیت و مشکل هوشی بر اساس مصاحبه بالینی، عدم استفاده از هرگونه داروی روانی و آرام بخش به صورت مداوم و فقدان مشکلات جسمانی شدید بود. لازم به ذکر است که در نتیجه ریزش شرکت‌کنندگان، تعداد اعضای گروه آزمایش به ۱۴ نفر و گروه کنترل به ۱۳ نفر تقلیل یافت اما با توجه به اینکه نتایج حاصل از توان آماری حاکی از کفایت حجم نمونه بوده است، تحلیل‌های آماری بر روی این تعداد از اعضا انجام شد.

پس از اجرای پیش‌آزمون، شرکت‌کنندگان گروه آزمایش مداخله EST را به مدت ۱۳ جلسه دو ساعته به صورت هفتگی دریافت نمودند. درمان مذکور توسط دانشجوی تحصیلات تکمیلی همراه با حضور و نظارت یک دکتر متخصص در حیطه روانشناسی بالینی به اجرا درآمد. محتوای کلی این جلسات شامل مؤلفه‌هایی نظیر شناسایی و تمایز طرحواره‌های هیجانی و به چالش کشیدن آنها، روش‌های مؤثر دریافت حمایت دیگران در شرایط دشوار هیجانی، تمرین‌های ذهن آگاهی، افزایش پذیرش و اشتیاق نسبت به هیجانات، تربیت ذهن مهربان، آموزش بازسازی شناختی، کاهش استرس و عمل مطابق ارزش‌ها بوده است که بر اساس مدل درمانی EST(۱۷) تدوین گردید و بدین ترتیب ارائه شد:

جلسات اول تا پنجم: معرفی انواع باورهای هیجانی، آموزش چگونگی به چالش طلبیدن این باورها و اصلاح آنها.

جلسات ششم تا هشتم: آموزش تکنیک‌های ذهن آگاهی.

جلسات نهم تا دوازدهم: آموزش روش‌های مؤثر دریافت حمایت اجتماعی در شرایط دشوار هیجانی، آموزش مهارت‌های ارتباطی.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

جلسه سیزدهم: پیگیری ارزش‌ها، خلاصه و جمع‌بندی جلسات.

ساختار کلی هر جلسه از سه بخش مرور جلسه قبل و تکالیف انجام شده، ارائه آموزش‌ها، مفاهیم و تکنیک‌های جدید و خلاصه‌سازی و تنظیم تکالیف جدید متناسب با آموزش‌ها تشکیل شد. در زمان ارائه مداخله به گروه آزمایش، گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفته و مداخله‌ای دریافت ننمودند. پس از اجرای دوره درمانی، از شرکت‌کنندگان هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد و پس از دو ماه از آخرین جلسه درمانی، قرار حضوری جهت انجام ارزیابی پیگیری با اعضای هر دو گروه گذاشته شد.

ابزار پژوهش برای مطالعه حاضر، پرشسنامه کودک آزاری و غفلت مقیاس طرحواره‌های هیجان لیهی و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس DASS-21 بود.

پرسشنامه کودک‌آزاری و غفلت، (مقیاس خودگزارشی کودک‌آزاری و غفلت)(۳۰) شامل ۳۸ سوال می‌باشد که ۴ حوزه آزار جسمی، جنسی، عاطفی و غفلت را تشخیص و ارزیابی می‌کند. هر یک از سؤالات مقیاس فوق بر اساس درجه‌بندی لیکرت در مقیاس ۴ گزینه‌ای هرگز، گاهی اوقات، اکثر اوقات و همیشه و با نمره‌گذاری ۱ تا ۴ تنظیم شده است. مجموعه دامنه نمره بین ۳۸ تا ۱۵۲ است که نمره ۳۸ نشان‌دهنده آزار در حد ضعیف و ۱۵۲ نشان‌دهنده آزار در حد شدید می‌باشد. Mohammad Khani و همکاران پایایی این مقیاس را به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کردند(۳۰). این ضریب نشان می‌دهد که مقیاس از ضریب همسانی درونی بالایی برخوردار است. این ضریب برای خرده مقیاس‌های آزار عاطفی، جسمی، جنسی و غفلت در دامنه ۰/۸۹-۰/۷۹ بوده است. همچنین در مطالعه حاضر پایایی این مقیاس به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه گردید. از این پرسشنامه جهت گزینش شرکت کنندگانی با بالاترین میزان تجربیات کودک‌آزاری و غفلت استفاده گردید.

مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیهی (LESS: Leahy Emotional Schema Scale) توسط Leahy و به منظور شفاف‌سازی باورها و راهبردهای افراد در مقابل هیجانات و طرحواره‌های هیجانی آنها معرفی شده است(۲۱). در این مقیاس افراد دیدگاه خود را درباره ۵۰ عبارت و در یک مقیاس ۶ گزینه ای بین ۱ (کاملاً نادرست) تا ۶ (کاملاً درست) ابراز می‌دارند. اعتبار بخشی هیجانی، درک هیجانی، احساس گناه، ساده انگاری هیجانی، پیگیری ارزش‌های بالاتر، کنترل، بی‌حسی هیجانی، نیاز به منطق گرایی، تدام هیجانی، همگانی بودن هیجانات، پذیرش هیجانات، نشخوار ذهنی، ابراز هیجانی و سرزنش دیگران، طرحواره‌های هیجانی مورد ارزیابی در این مقیاس می‌باشند. هر یک از این ابعاد بین ۲ تا ۷ عبارت را در خود گنجانده است. از آنجا که برخی از ابعاد طرحواره‌های ناسازگار و برخی طرحواره‌های سازگار را می‌سنجد لذا نمره کلی وجود ندارد و نمرات هر بعد جداگانه محاسبه می‌شود.

در مطالعه‌ای که بر روی ۱۲۸۶ شرکت کننده بر روی فرم اصلی این مقیاس انجام شد، همسانی درونی بالایی به میزان ۰/۸۰ گزارش شده است(۱۷). همچنین نتایج بررسی دیگری که به منظور هنجاریابی و تعیین روایی و پایایی فرم ترکیه‌ای این مقیاس انجام شده بود، نشان داد که فرم ترکیه‌ای LESS یک مقیاس پایا و دارای روایی بالا جهت ارزیابی نگرش‌های افراد نسبت به هیجاناتشان محسوب می‌شود(۳۱). از آنجا که گزارشی از ویژگی‌های روانسنجی فرم ایرانی این مقیاس در دست نبود، به منظور بررسی روایی، نسخه ترجمه شده آن در اختیار سه روانشناس قرار گرفت و روایی محتوی و صوری ابزار از نظر آنها مورد بررسی قرار گرفت. همچنین پایایی این مقیاس به شیوه آلفای کرونباخ با اجرا بر ۶۰ آزمودنی، ۰/۸۵ محاسبه گردید.

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21: Depression Anxiety Stress Scale)(۳۲)، یک مقیاس خودگزارشی است که هریک از علایم افسردگی، اضطراب و استرس را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. آزمودنی‌ها می‌بایست به عبارات در یک طیف چهار گزینه‌ای (اصلاً تا خیلی زیاد) با نمره‌گذاری ۰ برای گزینه اصلاً و ۳ برای گزینه خیلی زیاد پاسخ دهند. Henry و همکارش با استفاده از یک نمونه ۱۷۹۴ نفری، پایایی این

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

مقیاس به شیوه آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای سه مقیاس افسردگی ۰/۸۸، اضطراب ۰/۸۲ و استرس ۰/۹۰ گزارش نمودند(۳۳). Asghari Moghaddam و همکاران ضرایب همسانی درونی را برای مقیاس افسردگی ۰/۹۳، برای مقیاس اضطراب ۰/۹۰ و برای مقیاس استرس ۰/۹۳ و ضرایب بازآزمایی را به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۹ و ۰/۹۰ گزارش داده‌اند(۳۴). همچنین پایایی بازآزمایی برای مقیاس افسردگی ۰/۷۸، اضطراب ۰/۸۷ و استرس ۰/۸۰ گزارش شده است(۳۵). همچنین در مطالعه حاضر پایایی این مقیاس به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه گردید. با توجه به رابطه بین طرحواره‌های هیجانی با اضطراب و افسردگی(۲۱)، از این مقیاس به منظور ارزیابی میزان اضطراب و افسردگی آزمودنی‌ها و کنترل اثر آنها بر طرحواره‌های هیجانی استفاده گردید.

داده‌های این پژوهش به شیوه تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تحلیل آماری قرار گرفتند.

نتایج

جدول ۱ یافته‌های توصیفی سن و تحصیلات را برحسب وضعیت گروهی نشان می‌دهد.

بر اساس داده‌های مندرج در جدول ۱، دامنه سنی زنان مورد مطالعه بین ۲۰ تا ۴۰ سال با میانگین ۲۷/۷۸ و انحراف معیار ۶/۷ در گروه آزمایش (۶/۷±۲۷/۷۸) و میانگین ۲۶/۳۸ و انحراف معیار ۶/۶ در گروه کنترل (۶/۶±۲۶/۳۸) می‌باشد. همچنین میانگین و انحراف معیار سال‌های تحصیل در گروه آزمایش به ترتیب ۱۴/۴۲ و ۱/۹ (۱/۹±۱۴/۴۲) و در گروه کنترل به ترتیب ۱۴/۳۰ و ۲/۶ (۲/۶±۱۴/۳۰) می‌باشد.

در جدول ۲ توزیع فراوانی وضعیت تأهل و مدرک تحصیلی بر اساس عضویت گروهی نشان داده شده است.

جدول ۱: یافته‌های توصیفی سن و تحصیلات آزمودنی‌ها بر حسب گروه‌های مورد مطالعه

		تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	سن	۱۴	۲۸/۷۸	۶/۷
	تحصیلات	۱۴	۱۴/۴۲	۱/۹
کنترل	سن	۱۳	۲۶/۳۸	۶/۶
	تحصیلات	۱۳	۱۴/۳۰	۲/۶

جدول ۲: توزیع فراوانی وضعیت تاهل و مدرک تحصیلی بر اساس گروه‌های مورد مطالعه

		وضعیت تاهل			مدرک تحصیلی			
		مجرد	متأهل	راهنمایی	دیپلم	فوق دیپلم	لیسانس	فوق لیسانس
آزمایش	فراوانی	۳	۱۱	۰	۵	۱	۸	۰
	درصد فراوانی	۲۱/۴	۷۸/۶	۰	۳۵/۷	۷/۱	۵۷/۱	۰
کنترل	فراوانی	۵	۸	۱	۳	۲	۶	۱
	درصد فراوانی	۳۸/۵	۶۱/۵	۷/۷	۲۳/۱	۱۵/۴	۴۶/۲	۷/۷

بر اساس داده‌های مندرج در جدول ۲، ۷۸/۶ درصد از اعضای گروه آزمایش متأهل و ۲۱/۴ درصد آنها مجرد و ۶۱/۵ درصد از اعضای گروه کنترل متأهل و ۳۸/۵ درصد آنها مجرد می‌باشند. از نظر میزان تحصیلات، از بین شرکت کنندگان گروه آزمایش۳۵/۷ درصد دارای تحصیلات دیپلم، ۷/۱ درصد دارای تحصیلات فوق دیپلم و ۵۷/۱ درصد دارای تحصیلات لیسانس

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

بودند. علاوه بر آن، در بین اعضای گروه کنترل ۷/۷ درصد در مقطع راهنمایی، ۲۳/۱ درصد دیپلم، ۱۵/۴ درصد فوق دیپلم، ۴۶/۲ درصد لیسانس و ۷/۷ درصد فوق لیسانس قرار داشتند.

جدول ۳ شاخص‌های توصیفی ابعاد طرحواره‌های هیجانی را در گروه آزمایش در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی ابعاد طرحواره‌های هیجانی بر حسب گروه‌های مورد مطالعه و مراحل ارزیابی

بعد	عضویت گروهی	پیش آزمون (میانگین ± انحراف معیار)	پس آزمون (میانگین ± انحراف معیار)	پیگیری (میانگین ± انحراف معیار)
اعتباربخشی هیجانی	آزمایش	۲/۶۴±۹/۷۰	۱/۹۶±۱۱/۰۰	۲/۰۵±۱۰/۹۲
	کنترل	۳/۰۹±۹/۹۰	۲/۷۴±۱۰/۷۶	۱/۵۵±۱۰/۰۷
درک هیجانی	آزمایش	۳/۸۳±۱۷/۴۲	۲/۸۲±۱۹/۱۴	۲/۳۲±۱۹/۳۳
	کنترل	۲/۹۸±۱۷/۵۷	۳/۱۸±۱۸/۰۰	۲/۶۴±۱۵/۸۴
احساس گناه	آزمایش	۳/۶۵±۱۲/۵۷	۲/۷۹±۹/۸۵	۳/۸۹±۱۰/۳۵
	کنترل	۲/۴۲±۱۲/۳۴	۳/۵۸±۱۲/۲۳	۴/۵۵±۱۲/۹۲
ساده انگاری هیجانی	آزمایش	۴/۶۵±۱۶/۸۵	۳/۰۴±۱۴/۰۱	۳/۵۳±۱۴/۴۴
	کنترل	۳/۲۱±۱۷/۱۵	۲/۱۳±۱۸/۴۷	۳/۸۱±۱۸/۱۷
پیگیری ارزش های بالاتر	آزمایش	۲/۲۳±۱۳/۱۰	۱/۸۷±۱۴/۸۶	۱/۹۰±۱۳/۸۷
	کنترل	۲/۷۱±۱۳/۷۶	۲/۲۷±۱۳/۲۳	۲/۸۱±۱۲/۴۶
کنترل	آزمایش	۳/۷۳±۱۱/۶۴	۲/۸۶±۱۳/۲۱	۳/۲۲±۱۲/۶۴
	کنترل	۴/۰۲±۱۱/۷۲	۲/۷۷±۱۲/۲۳	۲/۹۱±۱۱/۷۶
بی حسی هیجانی	آزمایش	۲/۳۰±۵/۰۷	۱/۴۷±۴/۷۸	۱/۰۳±۶/۰۰
	کنترل	۲/۲۳±۵/۰۰	۱/۴۹±۵/۰۷	۲/۰۶±۶/۰۷
نیاز به منطق گرایی	آزمایش	۲/۶۲±۱۴/۸۱	۲/۶۷±۱۳/۶۸	۳/۴۳±۱۳/۳۵
	کنترل	۳/۴۸±۱۳/۸۷	۳/۳۰±۱۳/۴۲	۳/۱۲±۱۳/۴۶
تداوم هیجانی	آزمایش	۱/۶۶±۴/۸۸	۱/۸۴±۵/۲۴	۲/۲۳±۵/۲۸
	کنترل	۲/۶۷±۵/۸۴	۲/۲۱±۵/۶۱	۱/۷۰±۵/۹۲
همگانی بودن هیجانات	آزمایش	۲/۷۶±۱۴/۵۰	۲/۴۷±۱۹/۱۴	۳/۴۳±۱۷/۶۴
	کنترل	۴/۰۵±۱۳/۴۶	۴/۴۱±۱۴/۸۴	۳/۷۷±۱۵/۰۲
پذیرش هیجانات	آزمایش	۳/۹۵±۲۴/۸۴	۴/۹۵±۲۹/۵۷	۴/۷۹±۲۹/۲۰
	کنترل	۶/۱۲±۲۵/۱۴	۴/۰۱±۲۴/۳۹	۶/۲۴±۲۴/۲۳
نشخوار ذهنی	آزمایش	۳/۲۵±۱۸/۰۰	۳/۵۲±۱۴/۶۴	۲/۳۱±۱۵/۴۲
	کنترل	۲/۸۶±۱۶/۲۴	۲/۷۲±۱۷/۰۷	۲/۹۳±۱۷/۸۴
ابراز هیجانی	آزمایش	۱/۶۸±۸/۲۸	۱/۳۴±۸/۵۷	۱/۸۴±۸/۰۲
	کنترل	۲/۱۳±۸/۳۰	۱/۵۳±۸/۷۶	۱/۷۰±۸/۶۱
سرزنش دیگران	آزمایش	۱/۷۶±۷/۷۴	۱/۷۸±۷/۴۲	۲/۴۷±۷/۴۲
	کنترل	۲/۱۳±۷/۰۷	۱/۳۶±۷/۲۳	۱/۷۵±۶/۹۲

بر اساس داده‌های مندرج در جدول ۳، در مرحله پس آزمون بعد احساس گناه، بعد ساده انگاری هیجانی، بعد همگانی بودن هیجانات و بعد پذیرش در گروه آزمایش تغییرات چشمگیری را نشان می‌دهد. همچنین در مرحله پیگیری، این تغییرات در بعد اعتباربخشی هیجانی، بعد درک هیجانی با، بعد احساس گناه، بعد ساده انگاری هیجانی و بعد پذیرش هیجانات در گروه

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

آزمایش مشاهده شد.

جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس را جهت بررسی اثربخشی EST بر ابعاد طرحواره‌های هیجانی بر حسب عضویت گروهی در مرحله پس آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۴: تحلیل کوواریانس جهت بررسی اثربخشی EST بر ابعاد طرحواره‌های هیجانی بر حسب عضویت گروهی در مرحله پس آزمون

متغیر	منبع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	P-Value	اندازه اثر	توان آماری
احساس گناه	پیش آزمون	۱	۵۲/۷۸۸	۷/۶۷۳	۰/۰۲۲	۰/۴۶۰	۰/۶۹۴
	عضویت گروهی	۱	۸۳/۹۲۳	۱۲/۱۹۹	۰/۰۰۷	۰/۵۷۵	۰/۸۷۳
ساده انگاری هیجانی	پیش آزمون	۱	۲۸/۰۶۶	۸/۳۷۰	۰/۰۱۸	۰/۴۸۲	۰/۷۳۱
	عضویت گروهی	۱	۱۱۰/۰۱۳	۳۲/۸۰۷	۰/۰۰۰	۰/۷۸۵	۰/۹۹۹
همگانی بودن هیجانات	پیش آزمون	۱	۲/۵۹۳	۰/۲۱۲	۰/۶۵۶	۰/۰۲۳	۰/۰۷۰
	عضویت گروهی	۱	۱۳۷/۱۱۱	۱۱/۲۳۴	۰/۰۰۸	۰/۵۵۵	۰/۸۴۶
پذیرش هیجانات	پیش آزمون	۱	۱۰۱/۰۵۳	۸/۳۴۳	۰/۰۱۸	۰/۴۸۱	۰/۷۳۰
	عضویت گروهی	۱	۲۶۱/۸۸۵	۲۱/۶۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۰۶	۰/۹۸۴
اعتباربخشی هیجانی	پیش آزمون	۱	۵/۰۹۷	۱/۲۸۸	۰/۲۸۶	۰/۱۲۵	۰/۱۷۴
	عضویت گروهی	۱	۰/۱۹۰	۰/۰۴۸	۰/۸۳۱	۰/۰۰۵	۰/۰۵۴
درک هیجانی	پیش آزمون	۱	۴/۹۵۹	۰/۵۹۰	۰/۴۶۲	۰/۰۶۲	۰/۱۰۶
	عضویت گروهی	۱	۲۲/۶۴۲	۲/۶۹۴	۰/۱۳۵	۰/۲۳۰	۰/۳۱۲
پیگیری ارزش های بالاتر	پیش آزمون	۱	۶/۶۳۸	۱/۲۳۹	۰/۲۹۵	۰/۱۲۱	۰/۱۶۹
	عضویت گروهی	۱	۱۵/۵۸۱	۲/۹۰۷	۰/۱۲۲	۰/۲۴۴	۰/۳۳۲
کنترل	پیش آزمون	۱	۳۸/۰۷۴	۹/۳۴۵	۰/۰۱۴	۰/۵۰۹	۰/۷۷۶
	عضویت گروهی	۱	۷/۳۳۳	۱/۸۰۰	۰/۲۱۳	۰/۱۶۷	۰/۲۲۵
بی حسی هیجانی	پیش آزمون	۱	۰/۳۹۳	۰/۱۱۵	۰/۷۴۲	۰/۰۱۳	۰/۰۶۱
	عضویت گروهی	۱	۱/۰۲۷	۰/۳۰۱	۰/۵۹۶	۰/۰۳۲	۰/۰۷۸
نیاز به منطق گرایی	پیش آزمون	۱	۱/۰۴۵	۰/۱۱۷	۰/۷۴۰	۰/۰۱۳	۰/۰۶۱
	عضویت گروهی	۱	۴/۰۹۴	۰/۴۵۹	۰/۵۱۵	۰/۰۴۸	۰/۰۹۳
تداوم هیجانی	پیش آزمون	۱	۰/۹۲۲	۰/۶۷۱	۰/۴۳۴	۰/۰۶۹	۰/۱۱۴
	عضویت گروهی	۱	۲/۴۳۱	۱/۷۷۰	۰/۲۱۶	۰/۱۶۴	۰/۲۲۲
نشخوار ذهنی	پیش آزمون	۱	۶/۳۸۲	۱/۴۳۳	۰/۲۶۲	۰/۱۳۷	۰/۱۸۹
	عضویت گروهی	۱	۹/۳۵۷	۲/۱۰۱	۰/۱۸۱	۰/۱۸۹	۰/۲۵۴
ابراز هیجانی	پیش آزمون	۱	۱/۱۶۵	۰/۴۶۰	۰/۵۱۵	۰/۰۴۹	۰/۰۹۳
	عضویت گروهی	۱	۰/۰۰۶	۰/۰۰۲	۰/۹۶۳	۰/۰۰۰	۰/۰۵۰
سرزنش دیگران	پیش آزمون	۱	۳/۵۳۷	۲/۲۸۸	۰/۱۶۵	۰/۲۰۳	۰/۲۷۳
	عضویت گروهی	۱	۰/۲۷۲	۰/۱۷۶	۰/۶۸۵	۰/۰۱۹	۰/۰۶۶

بر اساس داده‌های مندرج در جدول ۴، نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات ابعاد احساس گناه، ساده انگاری هیجانی، همگانی بودن هیجانات و پذیرش هیجانات در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p<۰/۰۵$).

اندازه اثرهای محاسبه شده نشان می‌دهد که ارائه این مدل درمانی باعث کاهش ۵۷/۵٪ احساس گناه، ۷۸/۵٪ ساده انگاری هیجانی، افزایش ۵۵/۵٪ همگانی بودن هیجانات و ۷۰/۶٪ پذیرش هیجانات شده است. توان آماری بالای ۰/۸ نشان‌دهنده دقت آماری بسیار بالا و کفایت حجم نمونه می‌باشد. در نمرات

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

سایر ابعاد طرحواره‌های هیجانی در مرحله پس آزمون اگرچه کاهش مشاهده می‌شود ولی این تفاوت به لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد. همچنین در راستای بررسی پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس، نتایج حاصل از آزمون شاپیرو ویلک حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌ها ($p\geq ۰/۰۹$) و نتایج آزمون لوین حاکی از همسانی واریانس گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون می‌باشد ($p\geq ۰/۰۷$).

جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس را جهت بررسی اثربخشی EST بر ابعاد طرحواره‌های هیجانی بر حسب عضویت گروهی در مرحله پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۵: تحلیل کوواریانس جهت بررسی اثربخش یEST بر ابعاد طرحواره‌های هیجانی بر حسب گروه‌های مورد مطالعه در مرحله پیگیری

متغیر	منبع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	P-Value	اندازه اثر	توان آماری
اعتباربخشی هیجانی	پیش آزمون	۱	۶/۲۳۷	۳/۷۸۴	۰/۰۸۴	۰/۲۹۶	۰/۴۱۲
	عضویت گروهی	۱	۱۰/۷۹۸	۶/۵۵۲	۰/۰۳۱	۰/۴۲۱	۰/۶۲۶
درک هیجانی	پیش آزمون	۱	۰/۸۴۶	۰/۲۴۰	۰/۶۳۶	۰/۰۲۶	۰/۰۷۲
	عضویت گروهی	۱	۱۱۴/۰۱۴	۳۲/۳۴۱	۰/۰۰۰	۰/۷۸۲	۰/۹۹۹
احساس گناه	پیش آزمون	۱	۲۰/۳۸۵	۲/۲۳۱	۰/۱۶۹	۰/۱۹۹	۰/۲۶۷
	عضویت گروهی	۱	۹۸/۴۸۸	۱۰/۷۷۸	۰/۰۰۹	۰/۵۴۵	۰/۸۳۱
ساده انگاری هیجانی	پیش آزمون	۱	۳/۸۵۷	۰/۶۷۱	۰/۴۳۴	۰/۰۶۹	۰/۱۱۴
	عضویت گروهی	۱	۱۵۵/۰۴۳	۲۶/۹۸۴	۰/۰۰۱	۰/۷۵۰	۰/۹۹۶
پذیرش هیجانات	پیش آزمون	۱	۴۲/۲۹۶	۲/۳۴۰	۰/۱۶۰	۰/۲۰۶	۰/۲۷۸
	عضویت گروهی	۱	۲۹۶/۱۴۰	۱۶/۳۸۵	۰/۰۰۳	۰/۶۴۵	۰/۹۴۸
همگانی بودن هیجانات	پیش آزمون	۱	۰/۰۰۸	۰/۰۰۱	۰/۹۷۸	۰/۰۰۰	۰/۰۵۰
	عضویت گروهی	۱	۵/۵۷۲	۰/۵۲۹	۰/۴۸۵	۰/۰۵۶	۰/۱۰۰
پیگیری ارزش های بالاتر	پیش آزمون	۱	۰/۳۳۵	۰/۰۸۶	۰/۷۷۶	۰/۰۰۹	۰/۰۵۸
	عضویت گروهی	۱	۳/۸۰۵	۰/۹۲۱	۰/۳۶۲	۰/۰۹۳	۰/۱۳۸
کنترل	پیش آزمون	۱	۲۰/۴۱۸	۵/۸۳۹	۰/۰۳۹	۰/۳۹۳	۰/۵۷۷
	عضویت گروهی	۱	۱۲/۶۹۱	۳/۶۲۹	۰/۰۸۹	۰/۲۸۷	۰/۳۹۹
بی حسی هیجانی	پیش آزمون	۱	۰/۵۸۲	۰/۳۸۷	۰/۵۴۹	۰/۰۴۱	۰/۰۸۶
	عضویت گروهی	۱	۱/۱۵۲	۰/۷۶۶	۰/۴۰۴	۰/۰۷۸	۰/۱۲۳
نیاز به منطق گرایی	پیش آزمون	۱	۸/۶۷۷	۰/۷۱۶	۰/۴۱۹	۰/۰۷۴	۰/۱۱۸
	عضویت گروهی	۱	۸/۸۷۲	۰/۷۳۲	۰/۴۱۵	۰/۰۷۵	۰/۱۲۰
تداوم هیجانی	پیش آزمون	۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۰	۰/۹۸۳	۰/۰۰۰	۰/۰۵۰
	عضویت گروهی	۱	۵/۹۹۱	۱/۲۴۸	۰/۲۹۳	۰/۱۲۲	۰/۱۷۰
نشخوار ذهنی	پیش آزمون	۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۹۶	۰/۰۰۰	۰۵۰
	عضویت گروهی	۱	۱۹/۳۱۳	۴/۱۳۵	۰/۰۷۳	۰/۳۱۵	۰/۴۴۳
ابراز هیجانی	پیش آزمون	۱	۰/۴۱۱	۰/۱۳۱	۰/۷۲۶	۰/۰۱۴	۰/۰۶۲
	عضویت گروهی	۱	۰/۰۹۴	۰/۰۳۰	۰/۸۶۶	۰/۰۰۳	۰/۰۵۳
سرزنش دیگران	پیش آزمون	۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۹۸۴	۰/۰۰۰	۰/۰۵۰
	عضویت گروهی	۱	۰/۹۴۶	۰/۳۴۹	۰/۵۶۹	۰/۰۳۷	۰/۰۸۳

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

بر اساس داده‌های مندرج در جدول ۵، نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات ابعاد اعتباربخشی هیجانی، درک هیجانی، احساس گناه، ساده‌انگاری هیجانی و پذیرش هیجانات در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد (p<۰/۰۵). اندازه‌های اثر بیانگر آن است که ارائه این مدل درمانی باعث افزایش ۴۲/۱٪ اعتباربخشی هیجانی، ۷۸/۲٪ درک هیجانی و ۶۴/۵٪ پذیرش هیجانات و کاهش۵۴/۵٪ احساس گناه و ۷۵٪ ساده انگاری هیجانی شده است. توان آماری بالای ۰/۸ حاکی از دقت آماری بسیار بالا و کفایت حجم نمونه می‌باشد. از سوی دیگر، در مرحله پیگیری تفاوت بین دو گروه در نمرات سایر ابعاد طرحواره‌های هیجانی از نظر آماری معنی‌دار نمی‌باشد. همچنین در راستای بررسی پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس، نتایج حاصل از آزمون شاپیرو ویلک حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌ها (p≥۰/۰۹) و نتایج آزمون لوین حاکی از همسانی واریانس گروه‌ها در مرحله پیگیری می‌باشد (p≥۰/۱۴۵).

در یک نتیجه‌گیری کلی، بین میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایش و کنترل در ابعاد احساس گناه، ساده انگاری هیجانی و پذیرش هیجانات در مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در حالی که این تفاوت معنی‌دار در بعد همگانی بودن هیجانات در مرحله پس آزمون و در ابعاد اعتباربخشی هیجانی و درک هیجانی در مرحله پیگیری مشاهده می‌گردد.

بحث و نتیجه گیری

بر اساس هدف این مطالعه مبنی بر اثربخشی EST بر طرحواره‌های هیجانی زنان قربانی کودک‌آزاری و غفلت، یافته‌های این مطالعه نشان داد درمان طرحواره‌های هیجانی منجر به کاهش طرحواره‌های هیجانی احساس گناه و ساده‌انگاری هیجانی و افزایش پذیرش هیجانات در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شده است. این تأثیرگذاری بر افزایش همگانی بودن هیجانات در مرحله پس‌آزمون و افزایش اعتباربخشی هیجانی و درک هیجانی در مرحله پیگیری به تأیید رسید. نتایج نهایی این پژوهش حاکی از آن است که EST می‌تواند به عنوان یک درمان موثر جهت اصلاح برخی از طرحواره‌های هیجانی زنان قربانی کودک‌آزاری و غفلت مورد استفاده قرار گیرد. اگرچه مطالعات اندکی در راستای هدف مطالعه حاضر به انجام رسیده است، اما نتیجه این پژوهش با نتایج کلی پژوهش Berking و همکاران همخوانی دارد(۲۸). در تبیین این یافته می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان از طریق بهبود و ارتقای مهارت‌های اصلاح، پذیرش و تحمل هیجانات منفی، دستیابی به اهداف درمانی در سایر زمینه‌ها را تسهیل می‌سازد (۲۸).

نتایج این مطالعه مبنی بر تأثیر EST بر افزایش پذیرش هیجانات با نتایج مطالعه Leahy همسو می‌باشد(۲۷). در تبیین همسویی این یافته با مطالعه فوق می‌توان به مشابهت در محتوای درمان اشاره نمود، بدین ترتیب که در هر دوی این مطالعات استفاده از تکنیک‌های چالش با افکار، شناسایی میل به عمل، کاهش احساس گناه درباره هیجانات و تغییر رابطه با هیجانات به افراد کمک کرده است به جای سرکوبی هیجانات خود، آنها را به عنوان بخش جدای ناپذیر زندگی خود پذیرفته و دیدگاه جدیدی را نسبت به آنها اتخاذ کنند. علاوه بر این، با توجه به مشابهت درمان EST با ACT در افزایش ارتباط با زمان حال، اشتیاق به تجربه کامل رویدادهای شخصی و گسترش ظرفیت افراد برای مشاهده گری، در این الگوی درمانی از تکنیک‌های ذهن آگاهی به منظور ارتقای توانایی پذیرش رادیکال استفاده می‌شود(۱۷). بنابراین، اجرای تکنیک‌های ذهن آگاهی از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی شرکت‌کنندگان منجر به تسهیل فرآیند پذیرش هیجانات و ارتقای موجودیت هشیار آنها شده و به آنها کمک نموده است تا به جای مقابله های ناکارآمد با هیجانات منفی خود به مشاهده و پذیرش آنها بپردازند که این تبیین با نتایج پژوهش Tirch و همکاران همخوانی دارد(۲۴).

در تبیین تأثیر درمان بر کاهش احساس گناه و ساده‌انگاری هیجانی می‌توان مطرح کرد که افزایش اشتیاق و پذیرش آزمودنی‌ها نسبت به تجارب هیجانی به واسطه آموزش

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

تکنیک‌های ذهن آگاهی، باعث کاهش احساس گناه و شرمساری آزمودنی‌ها از داشتن هیجانات منفی خود شده، ظرفیت شناختی افراد را برای تحمل هیجانات پیچیده و گاه متناقض درباره خود و دیگران گسترش داده و در نتیجه دیدگاه ساده‌انگارانه افراد را درباره هیجاناتشان تعدیل نموده است(۲۱،۳۶). همچنین، از آنجا که ارزش گروه درمانی در فراهم‌سازی فرصت دریافت حمایت از سوی افرادی با مشکلات مشابه می‌باشد(۳۷)، بنابراین در تبیین تأثیر درمان بر مؤلفه همگانی‌بودن هیجانات می‌توان گفت که قرار گرفتن زنان قربانی در بافت گروهی و مشاهده افرادی که تجاربی مشترک با تجارب هیجانی او دارند، این اعتقاد را که "هیجاناتشان با سایرین یکسان می‌باشد"، تقویت کرده است. اما فاصله گرفتن از گروه و حمایت های سایر اعضا و درمانگر پس از خاتمه درمان، مانع از تداوم تأثیر درمان بر افزایش همگانی بودن هیجانات شده است.

از سوی دیگر، آموزش مهارت‌های اعتباربخشی هیجانی به عنوان بخشی از مداخلات رویکرد درمانیEST به افراد امکان داده است تا در شرایط دشوار هیجانی از راهبردهای سازگارانه جهت دریافت حمایت اجتماعی استفاده نمایند. همچنین، شکل‌گیری این باور که "هیجانات فرد توسط دیگران درک می‌شود" و یا همان اعتباربخشی هیجانی از طریق تسهیل پردازش شناختی هیجان به یافتن منطقی برای هیجانات و تقویت این باور که "هیجانات وی قابل درک هستند" کمک می‌کند(۲۱). بنابراین، اصلاح طرحواره درک هیجانی به واسطه افزایش طرحواره اعتباربخشی هیجانی صورت پذیرفته است. اما در تبیین تأثیر درمان بر این دو مولفه در مرحله پیگیری می‌توان گفت از آنجا که ریشه طرحواره‌های هیجانی به شرایط نامطلوب دوران کودکی باز می‌گردد، لذا اصلاح آنها زمان بیشتری را می‌طلبد و فرصت دو ماهه پس از پایان یافتن جلسات درمانی این امکان را در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده است تا با مداومت در اجرای تکنیک‌های آموخته شده، روند اصلاح طرحواره‌های هیجانی خود را تسریع بخشند.

یافته این مطالعه مبنی بر عدم تأثیر EST بر سایر ابعاد طرحواره‌های هیجانی با نتایج کلی پژوهش Berking و همکاران همخوانی ندارد(۲۸). از جمله دلایل این عدم همخوانی، عدم امکان برگزاری جلسات درمان به صورت فردی می‌باشد. طبق دیدگاه Leahy و همکاران برای هر شخص ترکیب منحصر به فردی از مداخلات درمان طرحواره‌های هیجانی سودمند بوده و نمی‌توان برای همه افراد از مجموعه‌ای یکسان از همه مداخلات و با اولویتی مشابه استفاده نمود(۱۷). لذا اجرای گروهی این درمان، مانع از توجه به تفاوت‌های فردی، پاسخگویی به نیازهای روانشناختی هر یک از زنان قربانی و اصلاح طرحواره‌های هیجانی آنها شده است. همچنین در تبیین احتمالی دیگر می‌توان مطرح ساخت که احتمالاً برخی از طرحواره‌های هیجانی اصلی‌تر بوده و منجر به تشدید سایر طرحواره ها می‌شود. لذا اصلاح آنها می‌تواند به ایجاد تغییر در سایر طرحواره‌های هیجانی کمک کند. در این مطالعه بر نوع خاصی از طرحواره‌ها تأکید نشده و آموزش راهبردها، همه ۱۴ بعد طرحواره‌های هیجانی را مورد هدف قرار داده است. بنابراین چنانچه در اهداف درمانی اصلاح برخی طرحواره‌های اصلی تر در اولویت درمانی قرار گیرد، احتمال تأثیر درمان بر سایر ابعاد تسهیل می‌گردد.

اجرای گروهی درمان طرحواره‌های هیجانی، فرصتی برای اولویت‌بندی تکنیک‌ها بر اساس نیازهای منحصر به فرد هر یک از اعضا باقی نگذاشت. این محدودیت اثربخشی این درمان را بر تعدادی از مولفه‌های مورد بررسی تحت تأثیر قرار داده است. از سوی دیگر، افت آزمودنی‌ها منجر شده است، در تعمیم یافته‌ها احتیاط شود. همچنین، عدم دسترسی به تعداد مطلوب و یکسان از شرکت کنندگانی با همه انواع کودک‌آزاری و در نتیجه ناهمگونی گروه از دیگر محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌رود. لذا امکان بررسی اثربخشی درمان طرحواره‌های هیجانی بر هر یک از انواع کودک‌آزاری و غفلت وجود نداشت. بنابراین اهتمام محققان بعدی را در زمینه اجرای انفرادی این رویکرد درمانی بر قربانیان کودک‌آزاری و غفلت و فراهم آوردن تعداد مطلوب و یکسانی از همه انواع کودک‌آزاری به منظور مقایسه میزان اثربخشی آن بر انواع کودک‌آزاری و غفلت می‌طلبد.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

همچنین بررسی طرحواره‌های هیجانی در انواع مختلف اختلالات روانی توصیه می‌گردد.

سپاسگزاری

در پایان از تمامی شرکت‌کنندگان همچنین موسسه زبان نسل فردا که در برگزاری هر چه بهتر جلسات درمانی همکاری‌های لازم را مبذول داشته‌اند، کمال قدردانی و تشکر خود را اعلام می‌داریم.

References:

1- Vize O, Moradi S, Fadai Z, Habibi Asgharabad M. ***A comparative study of the prevalence of child abuse in highschools based on gender, education and history of divorce in the family***. Journal of Family Research 2008; 4(14): 145-65. [Persian]

2- Kaplan SJ, Pelcovitz D, Labruna V. ***Child and adolescent abuse and neglect research. part I. physical and emotional abuse and neglect.*** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38(10): 1214-22.

3- Follette V, Palm KM, Pearson AN. ***Mindfulness and trauma: implications for treatment***. J Rational-Emotive Cognitive-Behavior Ther 2006; 24 (1): 45-61.

4- Lali M, Abedi A. ***A study of the relationship between child abuse and depression among outpatients at counseling center in Isfahan***. J Psychol Studies 2009; 4(4): 81-94. [Persian]

5- Burns EE, Fischer S, Jackson JL, Harding HG. ***Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms***. Child Abuse Negl 2012; 36(1): 32-39.

6- Hund AR, Espelage DL. ***Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: mediating influence of alexithymia and distress***. Child Abuse Negl 2006; 30(4): 393-407.

7- Schafer I, Harfst T, Aderhold V, Briken P, Lehmann M, Moritz S, et al. ***Childhood trauma and dissociation female patients with schizophrenia spectrum disorders: an exploratory study.*** J Nerv Ment Dis 2006; 194(2): 135-38.

8- Bensley LS, Eenwyk JV, Spieker SJ, Schoder J. ***Self-reported abuse history and adolescent problem behaviors. i. antisocial and suicidal behavior.*** J Adolesc Health 1999; 24(3): 163-72.

9- Kholasezadeh G, Bakhshi H, Nazer M, Sayadi A, Pourgholami M, Rabbani A. ***Child abuse prevalence among addicts referred to the rafsanjan addiction withdrawal center in 2005.*** J Rafsanjan Univ Med Sci 2007; 6(1): 37-44. [Persian]

10- Fairbank JA, Fairbank DW. ***Epidemiology of child traumatic stress.*** Currr Psychiatry Rep 2009;11(4): 289-95.

11- Heckman CJ, Westefeld JS. ***The relationship between traumatization and pain: what is the role of emotion?.*** J Family Violence 2006; 21(1): 63-73.

12- Cloitre M, Miranda R, Stovall-McClough KC, Han H. ***Beyond PTSD: emotion regulation and interpersonal***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. Behavior Therapy 2005; 36: 119-24.

13- Linehan MM. ***Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.*** New York: Guilford Press; 1993.

14- Shields A, Cicchetti D. ***Parental maltreatment and emotion dysregulation as risk factors for bullying and victimization in middle childhood.*** J Clin Child Psychol 2001; 30(3): 349-63.

15- Main M, George C. ***Responses of abused and disadvantaged toddlers to distress in agemates: a study in the day care setting.*** Developmental Psychol 1985; 21(3): 407-12.

16- Stevens NR, Gerhart J, Goldsmith RE, Heath NM, Chesney SA, Hobfoll SE. ***Emotion regulation difficulties, low social support and interpersonal violence mediate the link between childhood abuse and posttraumatic stress symptoms.*** Behavior Therapy 2013; 44(1): 152-61.

17- Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. ***Emotion regulation in psychotherapy.*** New York: The Guilford Press; 2011.

18- Leahy RL. ***Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders.*** Cognitive and Behavioral Practice 2007; 14: 36-45.

19- Leahy RL. ***Emotional schema therapy: a bridge over troubled waters.*** In: Herbert JD, Forman EM, editors. Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: understanding and applying the new therapies. New Jersey: John Wiley & Sons; 2011.p. 109-31.

20- Leahy RL, Kaplan D. ***Emotional schemas and relationship adjustment.*** Paper presented at the Association for the Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA; 2004.

21- Leahy RL. ***A model of emotional schemas.*** Cognitive and Behavioral Practice 2002; 9: 177-90.

22- Rimes KA, Chalder T. ***The beliefs about emotions scale: validity, reliability and sensitivity to change.*** J Psychosom Res 2010; 68(3): 285-92.

23- Leahy RL, Napolitano L. ***What are the emotional schema predictors of personality disorders?.*** Paper presented at the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC; 2005.

24- Tirch DD, Leahy RL, Silberstein L. ***Relationships among emotional schemas, psychological flexibility, dispositional mindfulness and emotion regulation.*** Paper presented at the meeting of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, New York; 2009.

25- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. ***Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes.*** Behav Res Ther 2006; 44(1): 1-25.

26- Leahy RL. ***Emotion and Psychotherapy.*** Clinical Psychology: Science and Practice 2007; 14(4): 353-57.

27- Leahy RL. ***Emotional schemas and self-help: homework compliance and obsessive-compulsive disorder.*** Cognitive and Behavioral Practice 2007; 14(3): 297-302.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

28- Berking M, Wupperman P, Reichardt A, Pejic T, Dippel A, Znoj H. ***Emotion regulation skills as a treatment target in psychotherapy.*** Behav Res Ther 2008; 46(11): 1230-37.

29- Sadock BJ, Sadock VA. ***Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry.*** 10 th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.

30- Mohammad Khani P, Mohammadi M, Nazari MA, Salavati M, Razzaghi OM. ***Development, validation and reliability of child abuse self report scale(CASRS) in Iranian students.*** Med J Islamic Republic of Iran 2003; 17(1): 51-58.

31- Yavuz KF, Turkcapar MH, Demirel B, Karadere E. ***Adaptation, validity and reliability of the leahy emotional schema scale Turkish version based on Turkish University students and workers.*** J Psychiatry Neurological Sci 2011; 24(4): 273-82.

32- Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. ***Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the depression anxiety stress scales (DASS) in clinical groups and a community sample.*** Psychological Assessment 1998; 10(2): 176-81.

33- Henry JD, Crawford JR. ***The short form version of the depression anxiety stress scale (DASS-21).*** The British J Clin Psychol 2005; 44(Pt 2): 227-39.

34- Asghari Moghaddam MA, Saed F, Dibajnia P, Zangeneh J. ***A preliminary validation of the depression, anxiety and stress scales (DASS) in nonclinical sample.*** Daneshvar Raftar 2010; 15(31): 23-38. [Persian]

35- Heidari S, Allahyari AA, Azadfallah P. ***The effect of brief empathic psychotherapy in decreasing anxiety and depression in university students with respect to their attachment styles.*** Res Clin Psychol Counseling 2012; 2(1): 125-42. [Persian]

36- Read J, Van OJ, Morrison AP, Ross CA. ***Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications.*** Acta Psychiatr Scand 2005; 112(5): 330-50.

37- Deblinger E, Stauffer LB, Steer RA. ***Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers.*** Child Maltreatment 2001; 6(4): 332-43.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Emotional Schemas of Female Victims of Child Abuse and Neglect

Daneshmandi S(Msc)*[1], Izadikhah Z(PhD)[2], Kazemi H(PhD)[3], Mehrabi HA(PhD)[4]

[1,2,4]*Department of Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran*
[3]*Department of Psychology, Payamnoor University, Tehran, Iran*

Received: 19 Dec 2013 ***Accepted:*** 2 Oct 2014

Abstract

Introduction: Development of emotional schemas is regarded as one of the long term effects of child abuse and neglect. Therefore, the present study aimed to investigate the effect of Emotional Schema Therapy on emotional schemas of female victims of child abuse and neglect.

Methods: In this quasi-experimental design, 30 women, who had the history of child abuse and neglect (according to the scores obtained in the child abuse and neglect questionnaire) and met entry criteria, were selected and then assigned into the experimental and control groups randomly (n=15). The experimental group received a 13-session intervention based on Emotional Schema Therapy and the control group was on a waiting list. The applied instruments consisted of child abuse and neglect questionnaire, Leahy Emotional Schema Scale (LESS) and Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21). Moreover, the study data were analyzed by the analysis of covariance.

Results: The study results demonstrated that Emotional Schema Therapy has decreased the emotional schemas of "Guilt" and "Simplistic View of Emotions" and increased "Acceptance of Emotions" in both posttest and follow-up stages. This effectiveness was confirmed via increase of emotional schema of "Consensus" in posttest stage and " Emotional Validation and Comprehensibility" in the follow-up stage.

Conclusion: The study findings proposed that Emotional Schema Therapy can be regarded as an effective intervention in order to modify some dimensions of emotional schemas in women with child abuse and neglect history.

Keywords: Child Abuse and Neglect; Emotional Schemas; Emotional Schema Therapy

This paper should be cited as:
Daneshmandi S, Izadikhah Z, Kazemi H, Mehrabi HA. ***The effectiveness of emotional schema therapy on emotional schemas of female victims of child abuse and neglect***. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2014; 22(5): 1481-94.

Corresponding author: Tel: +98 9132106313, Email: saeededaneshmandi@gmail.com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-28]