

Original Article

## Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Reactive Aggression and Alexithymia in Female Students with Abusive Parents

Fatemeh Hashemian<sup>1</sup>, PhD Candidate;  Masoud Shahbazi<sup>2\*</sup>, PhD;  Maryam Gholamzadeh Jofreh<sup>3</sup>, PhD 

<sup>1</sup>Department of Counseling, Islamic Azad University, Ahvaz branch, Iran

<sup>2</sup>Department of Counseling, Masjed Soleiman Branch, Islamic Azad University, Masjed Soleiman, Iran

<sup>3</sup>Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

### Article Information

#### Article History:

Received: April 16, 2024

Accepted: October 18, 2024

#### \*Corresponding Author:

Masoud Shahbazi, PhD;  
Department of Counseling, Masjed  
Soleiman Branch, Islamic Azad  
University, Masjed Soleiman, Iran  
Email: rem13661400@gmail.com

### Abstract

**Introduction:** Aggressive behavior in female students with abusive parents can have numerous negative effects on their personal, social, and emotional development. This study aimed to investigate the effectiveness of emotional schema therapy (EST) on reactive aggression and alexithymia in this population.

**Methods:** The quantitative study employed a quasi-experimental pretest-posttest design with a one-month follow-up. The statistical population comprised all female secondary high school students with abusive parents and aggression problems in Mahshahr during the 2023-2024 academic year. A purposive sample of 30 participants was selected and randomly assigned to either an experimental group (n=15) or a control group (n=15). The research instruments included the Reactive-Proactive Aggression Questionnaire (Raine et al., 2006) and the Toronto Alexithymia Scale (Taylor et al., 1994). The experimental group received ten 90-minute sessions of emotional schema therapy based on Leahy's protocol (Leahy et al., 2015), while the control group was placed on a waiting list. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance (ANOVA) and Bonferroni post hoc test. Statistical analyses were performed using SPSS software (version 26).

**Results:** The results demonstrated that emotional schema therapy led to a significant reduction in the mean scores of reactive aggression and alexithymia among female students with abusive parents ( $P<0.01$ ). Furthermore, the therapeutic effects of EST on both reactive aggression and alexithymia were maintained at the one-month follow-up ( $P<0.01$ ).

**Conclusion:** The findings of this study supported the role of modifying emotional schemas in reducing reactive aggression and alexithymia in female students with abusive parents. Emotional schema therapy appeared to be an effective intervention for addressing emotional dysregulation in this vulnerable population.

**Keywords:** Schema Therapy; Aggression; Emotion; Affective Symptoms; Students

#### Please cite this article as:

Hashemian F, Shahbazi M, Gholamzadeh Jofreh M. Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Reactive Aggression and Alexithymia in Female Students with Abusive Parents. *Sadra Med. Sci. J.* 2026; 14(1): 179-190. doi: 10.30476/smsj.2026.102355.1519.



مقاله پژوهشی

اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی بر پرخاشگری واکنشی و ناگویی هیجانی دانش‌آموزان دختر بدسرپرست

فاطمه هاشمیان<sup>۱</sup>، مسعود شهبازی<sup>۲\*</sup>، مریم غلامزاده جفره<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup>گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، اهواز، ایران  
<sup>۲</sup>گروه مشاوره، واحد مسجدسلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، مسجدسلیمان، ایران  
<sup>۳</sup>گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۱/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۲۸

نویسنده مسئول:

مسعود شهبازی

گروه مشاوره، واحد مسجدسلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، مسجدسلیمان، ایران.

پست الکترونیکی: rem13661400@gmail.com

**مقدمه:** رفتار پرخاشگرانه در دانش‌آموزان دختر بدسرپرست می‌تواند تأثیرات منفی زیادی بر رشد فردی، اجتماعی و هیجانی آن‌ها داشته باشد. این پژوهش با هدف اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی بر پرخاشگری واکنشی و ناگویی هیجانی دانش‌آموزان دختر بدسرپرست انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** روش پژوهش کمی و به شیوه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان دختر بدسرپرست دوره متوسطه دوم شهر ماهشهر با مشکل پرخاشگری، در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود. نمونه شامل ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه‌های پرخاشگری کنشی و واکنشی (راین<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۶) و ناگویی هیجانی تورنتو (بگی<sup>۲</sup>، ۱۹۹۴) بود. گروه آزمایش بسته طرحواره‌درمانی هیجانی (لیپهی و همکاران ۲۰۱۵) را طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کرد و گروه کنترل نیز در لیست انتظار قرار گرفت. داده‌ها به روش تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر و آزمون تعقیبی بون‌فرونی تحلیل شدند. محاسبات آماری به کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ انجام شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان‌داد طرحواره‌درمانی هیجانی منجر به کاهش معنی‌دار میانگین نمرات پرخاشگری واکنشی و ناگویی هیجانی دانش‌آموزان دختر بدسرپرست شده است ( $P < 0/01$ ). همچنین در مراحل پیگیری، اثر درمان طرحواره‌درمانی هیجانی بر پرخاشگری واکنشی و ناگویی هیجانی حفظ شده است ( $P < 0/01$ ).

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش از نقش اصلاح طرحواره‌های هیجانی در کاهش پرخاشگری واکنشی و ناگویی هیجانی دانش‌آموزان دختر پرخاشگر حمایت می‌کند.

**کلمات کلیدی:** طرحواره‌درمانی، پرخاشگری، هیجان، نشانگان عاطفی، دانشجویان

1. Raine
2. Bagby

لطفاً این مقاله را به این صورت استناد کنید:

هاشمیان ف، شهبازی م، غلامزاده جفره م. اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی بر پرخاشگری واکنشی و ناگویی هیجانی دانش‌آموزان دختر بدسرپرست. مجله علوم پزشکی صدرا. دوره ۱۴، شماره ۱، بهار ۱۴۰۵، ۱۷۹-۱۹۰.

تجارب دوران کودکی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و شیوه‌های فرزندپروری والدین در ناگویی هیجانی مؤثر است (۱۳). عدم مداخله در خصوص ناگویی هیجانی می‌تواند پیامدهای منفی زیادی را به دنبال داشته باشد. نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد که ناگویی هیجانی با مشکلاتی چون کاهش سلامت روان (۱۴)، مشکلات خواب (۱۵)، مشکلات هیجانی-رفتاری چون ناهنجاری‌های اجتماعی و پرخاشگری (۱۶)، ارتباط دارد که به عنوان یکی از مشکلات اساسی در دانش‌آموزان بدسرپرست نیز مطرح است (۳).

باتوجه به ارتباط پرخاشگری واکنشی و ناگویی هیجانی با هیجان‌ها، به نظر می‌رسد مداخلات متمرکز بر هیجان، بتواند این متغیرها را بهبود بخشد. یکی از مداخلاتی که بر هیجان‌ها متمرکز بوده و به عنوان شکل جدیدی از درمان شناختی-رفتاری مورد توجه قرار گرفته است، طرحواره‌درمانی هیجانی<sup>۴</sup> است که توسط لیهی<sup>۵</sup> (۲۰۰۱) معرفی شد. در طرحواره‌درمانی هیجانی از مفاهیم و راهبردهای دیگر مدل‌های درمان شناختی-رفتاری مانند مدل بک (با تأکید بر محتوای باورهای خاص یا طرحواره‌ها) و مدل فراشناختی ولز<sup>۶</sup> (۱۹۹۹)، استفاده شده است (۱۷). طرحواره‌درمانی هیجانی با دیگر مدل‌های موج سوم متفاوت است، زیرا بر تفسیرهای فرد از هیجان‌ها تأکید می‌کند، نه صرفاً پذیرش یا آگاهی هوشیارانه از هیجان‌ها؛ بنابراین طرحواره‌درمانی هیجانی تلاش می‌کند تا نظریه مرتبط با هیجان فرد را روشن، آن نظریه را اصلاح و راهبردهای سازگارتر تنظیم هیجان را تشویق می‌کند (۱۸). طرحواره‌درمانی هیجانی با تسهیل در شناسایی و بازسازی طرحواره‌های هیجانی، تقویت مهارت‌های تنظیم هیجانی، ابراز احساسات به صورت سازنده، تقویت خودآگاهی، ارتقای رشد همدلی و ارائه یک محیط درمانی امن برای پردازش می‌تواند پرخاشگری واکنشی و ناگویی هیجانی را در دانش‌آموزان دختر پرخاشگر با والدین بدسرپرست کاهش دهد. در این راستا مطالعات پیشین نیز از کارآمدی طرحواره‌درمانی در بهبود پرخاشگری (۱۹-۲۴) و مشکلات هیجانی (۱۹، ۲۵، ۲۶)، حمایت کرده است.

به طور کلی اگرچه نتایج مطالعات پیشین حاکی از اثربخشی طرحواره‌درمانی در بهبود مشکلات هیجانی و رفتاری بوده است، اما پژوهش‌های پیشین کمتر به اثر طرحواره‌درمانی هیجانی در خصوص مشکلات

دانش‌آموزان بدسرپرست<sup>۱</sup>، افرادی را شامل می‌شوند که والدین یا سرپرستان آن‌ها به دلایلی از جمله اعتیاد به مصرف موادمخدر و الکل، بدرفتاری‌هایی از نوع جسمی، روانی و یا غفلت والدینی، فاقد صلاحیت‌های لازم برای نگهداری از فرزندان خود هستند (۱). در ایران بیش از ۲۶ هزار و در کل جهان بیش از ۲۰۰ میلیون کودک بی‌سرپرست و بدسرپرست وجود دارند (۲). اثرات دراز مدت بدسرپرستی بسیار ویران‌کننده بوده و با اختلالات روانی و مشکلات هیجانی (۳)، مشکلات رفتاری و پرخاشگری (۴) و فقدان مسئولیت‌پذیری در بزرگسالی رابطه دارد (۵). بر اساس آنچه گفته شد یکی از مشکلاتی که دانش‌آموزان بدسرپرست با آن مواجه هستند، پرخاشگری است (۵، ۶). پرخاشگری واکنشی<sup>۲</sup>، یکی از رفتارهای همراه با پرخاشگری است که به پاسخی با بار هیجانی اشاره دارد که افراد در زمان ناامیدی، تهدید و یا تحریکاتی مشابه از خود بروز می‌دهند (۷). از آنجاکه که در خانواده‌های بدسرپرست فرزندان همواره در معرض خشونت قرار دارند (۱)، پرخاشگری واکنشی می‌تواند در این افراد محتمل باشد؛ در واقع فرزندان به دلیل احساس تحریک یا تهدید مداوم در محیط خانواده، ممکن است رفتارهای تدافعی همراه با خصومت و خشم را در پاسخ به این شرایط تهدیدآمیز از خود نشان دهند (۸، ۹) که اغلب با پیامدهای روانشناختی و رفتاری مانند انزوای اجتماعی، سوء مصرف مواد مخدر و خودکشی همراه است (۱۰).

یک ویژگی پویا که ارتباط نزدیکی با پرخاشگری دارد، ناگویی هیجانی<sup>۳</sup> است (۱۱). ناگویی هیجانی یک وضعیت روانی است که با دشواری در شناسایی و توصیف احساسات خود، تفکر بیرون‌گرا و ظرفیت تخیل محدود، مشخص می‌شود (۱۲). افرادی که ناگویی هیجانی دارند در شناسایی، تشخیص و ابراز هیجان‌های خود ناتوانند، از این‌رو این افراد همواره هیجان‌های منفی زیادی را با خود حمل می‌کنند که می‌تواند به بروز رفتارهای ناکارآمدی مانند پرخاشگری، منجر شود (۱۱). باتوجه به فقر مهارت‌های هیجانی در دانش‌آموزان بدسرپرست، احتمال ناگویی هیجانی در این افراد بیشتر و رفتارهای پرخاشگرانه نیز محتمل‌تر خواهد بود. نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد که

4. Emotional Schema Therapy

5. Leahy

6. Wells

1. Abusive parents student

2. Reactive aggression

3. Alexithymia

نداشتن مشکلات جسمی و روانی یا مصرف داروهایی که مانع از دریافت صحیح آموزش‌ها شود. عدم شرکت در پژوهش همزمان

### ملاک‌های خروج

غیبت بیش از دو جلسه تکمیل نکردن پرسش‌نامه‌های تحقیق ابتلا به بیماری‌های جسمی مسری (مانند کرونا، آنفولانزا و...) و یا اختلال روانی عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش عدم پایبندی به قوانین گروه

### حجم نمونه

حجم جامعه پژوهش ۱۰۱ نفر و روش نمونه‌گیری هدفمند بود. در ابتدا ۷۳ دانش‌آموز، از لیست اسامی دانش‌آموزان دختر بدسرپرستی که هسته مشاوره آموزش و پرورش ماهشهر در اختیار محقق قرار داده بود، با توجه به ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش انتخاب شدند. با توجه به لزوم در نظر گرفتن حداقل ۳۰ شرکت‌کننده در پژوهش‌های شبه‌آزمایشی (۲۷) از میان مشارکت‌کنندگان، ۳۰ دانش‌آموز که بیشترین نمره را از پرسش‌نامه‌های پرخاشگری واکنشی و ناگویی هیجانی به دست آورده بودند، به عنوان شرکت‌کننده نهایی انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند.

### ابزار

در این پژوهش از پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه پرخاشگری کنشی و واکنشی که توسط راین<sup>۷</sup> و همکاران، در سال ۲۰۰۶ ساخته شده و پرسش‌نامه ناگویی هیجانی تورنتو که توسط بگبی<sup>۸</sup> در سال ۱۹۹۴ ساخته شده است، استفاده شد. یک پرسش‌نامه غربالگری نمونه پژوهش نیز در ابتدا با توجه به معیارهای ورودی پژوهش، تهیه شد که شامل پایه تحصیلی، معدل تحصیلی، تحصیلات پدر و مادر، پرسش‌نامه‌های پرخاشگری واکنشی و ناگویی هیجانی بود.

### ابزار گردآوری داده‌ها

#### پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی

پس از انتخاب مشارکت‌کنندگان و اعمال ملاک‌های ورود و خروج، در مرحله گردآوری داده‌ها پژوهشگران

هیجانی و رفتاری پرداخته و مطالعات انجام شده نیز، بر دانش‌آموزان پرخاشگر بدسرپرست متمرکز نبوده‌اند، بنابراین انجام این پژوهش می‌تواند در برطرف نمودن خلاء پژوهشی موجود، مؤثر بوده و نتایج آن نیز می‌تواند بینش‌های ارزشمندی در خصوص کارآمدی این روش درمانی در خصوص کاهش مشکلات روانشناختی دانش‌آموزان پرخاشگر بدسرپرست ارائه نماید. بنابراین پژوهش حاضر با هدف اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی بر پرخاشگری واکنشی و ناگویی هیجانی دانش‌آموزان دختر پرخاشگر بدسرپرست انجام فرضیه‌های زیر مطرح شد:

- ۱- طرحواره‌درمانی هیجانی بر پرخاشگری واکنشی دانش‌آموزان دختر بدسرپرست مؤثر است.
- ۲- طرحواره‌درمانی هیجانی بر ناگویی هیجانی دانش‌آموزان دختر بدسرپرست مؤثر است.

### مواد و روش‌ها

#### طرح تحقیق

روش این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل و دوره پیگیری یک‌ماهه بود.

#### جامعه آماری

جامعه آماری متشکل از کلیه دانش‌آموزان دختر بدسرپرست مشغول به تحصیل در دوره دوم متوسطه مدارس شهر ماهشهر با مشکل پرخاشگری در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود.

### ملاک‌های ورود و خروج

#### ملاک‌های ورود

داشتن جنسیت دختر و تحصیل در دوره دوم متوسطه (سن ۱۵ تا ۱۸ سال) داشتن والدین بدسرپرست داشتن معیارهای پرخاشگری (حداقل دوبار رفتار پرخاشگرانه در هفته در مدت ۳ ماه منتهی به پژوهش توسط مدیر مدرسه)

کسب همزمان بیش‌ترین نمره از پرسش‌نامه‌های پرخاشگری واکنشی و ناگویی هیجانی داشتن پرونده مرتبط با پرخاشگری در مرکز مشاوره آموزش و پرورش ماهشهر رضایت والدین و یا سرپرست برای شرکت در جلسات رضایت آگاهانه، علاقه و میل افراد جهت شرکت در پژوهش

7. Raine

8. Bagby

و ۰/۶۰۱ قرار گرفت. همچنین در این پژوهش پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای مولفه پرخاشگری واکنشی ۰/۸۳۶ به دست آمد.

### مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو<sup>۱۰</sup>

این مقیاس، یک ابزار ۲۰ سؤالی است که توسط بگبی در سال ۱۹۹۴ ساخته و توسط بگبی و همکاران در سال ۱۹۹۹ تجدید نظر شد (۳۲). این ابزار در یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای از نمره یک (کاملاً مخالف) تا نمره پنج (کاملاً موافق) تنظیم شده است. پرسش‌نامه از سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات (سؤال‌های ۳، ۱، ۵، ۱۱، ۸، ۱۷ و ۱۹)، دشواری در توصیف احساسات (سؤال‌های ۲، ۶، ۹، ۱۶ و ۲۰) و تفکر عینی (سؤال‌های ۴، ۷، ۱۲، ۱۰، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۸) تشکیل شده است. حداقل نمره در مقیاس ناگویی هیجانی ۲۰ و حداکثر آن ۱۰۰ است. میانگین نمرات نیز ۶۰ در نظر گرفته شده است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده ناگویی هیجانی بالاتر است. بگبی و همکاران ثبات درونی ابزار را ۰/۸۱ و اعتبار آزمون با فاصله زمانی ۳ هفته ۰/۷۷ گزارش کردند (۳۲). در ایران مقیاس توسط ذاکری اعتباریابی شده است. در این پژوهش پایایی پرسش‌نامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد. روایی همزمان این مقیاس با محاسبه همبستگی بین زیر مقیاس‌های آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی بررسی و مورد تأیید قرار گرفته و ضرایب همبستگی با آزمون‌های ذکر شده به ترتیب، ۰/۸۰، ۰/۷۸ و ۰/۴۴ گزارش شده است و نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تأیید کرد (۳۳). در پژوهش حاضر روایی‌سازه پرسش‌نامه با استفاده از همسانی درونی محاسبه شد و ضریب همبستگی هر یک از سؤالات با نمره کل در بازه ۰/۴۹۷ و ۰/۵۳۹ قرار گرفت. همچنین در این پژوهش پایایی مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲۸ به دست آمد.

### برنامه مداخله‌ای

در خصوص پروتکل درمانی استفاده شده در این پژوهش، پیش‌نویس طرحواره‌درمانی هیجانی با تعداد جلسات ۱۰ جلسه (هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه)، برگرفته از الگوی لیپه<sup>۱۱</sup> و همکاران (۱۷) و مطالعات مشابه از جمله عرفان و همکاران (۳۴)، تهیه شد.

پرسش‌نامه‌ای برای گردآوری اطلاعات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در پژوهش طراحی کردند. این چک لیست شامل اطلاعات شرکت‌کنندگان مانند پایه تحصیلی، معدل تحصیلی و تحصیلات پدر و مادر بود.

### پرسش‌نامه پرخاشگری کنشی و واکنشی<sup>۹</sup>

به منظور ارزیابی پرخاشگری واکنشی از پرسش‌نامه پرخاشگری کنشی و واکنشی استفاده شد. این پرسش‌نامه خودگزارشی ۲۳ عبارتی توسط راین و همکاران در سال ۲۰۰۶ تهیه و اعتباریابی شده است (۲۸). عبارات این پرسش‌نامه هر دو شکل فیزیکی و کلامی پرخاشگری کنشی و واکنشی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. هر عبارت بر پایه مقیاس سه درجه‌ای لیکرت (هرگز، گاهی، اغلب) تنظیم شده است. دو مؤلفه شامل پرخاشگری واکنشی (گروه‌های ۱، ۳، ۵، ۷، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۹ و ۲۲) و پرخاشگری کنشی (گروه‌های ۲، ۴، ۶، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۵، ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۲۱ و ۲۳). مقادیر امتیاز برای هر خرده مقیاس جمع می‌شود، سپس امتیازات خرده‌مقیاس برای استخراج نمره کل پرخاشگری اضافه می‌شود. حداقل نمره در مؤلفه پرخاشگری واکنشی ۱۱ و حداکثر آن ۳۳ است. میانگین نمرات نیز ۲۲ در نظر گرفته شده است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده دفعات بالاتر رفتار پرخاشگرانه است. راین و همکاران روی گروهی از کودکان و نوجوانان به تحلیل عامل تأییدی این پرسش‌نامه پرداختند. نتایج این مطالعه حاکی از شاخص‌های مطلوب برزندگی برای دو سازه متمایز پرخاشگری کنشی و واکنشی بود؛ راین و همکاران همچنین همسانی درونی را برای کل آزمون (۰/۸۱) و برای پرخاشگری کنشی (۰/۸۰) و پرخاشگری واکنشی (۰/۸۳) گزارش کردند (۲۸). نتایج چندین مطالعه حاکی از اعتبار و پایایی این پرسش‌نامه است (۲۹). در مطالعه‌ای همسانی درونی برای مؤلفه‌های پرخاشگری کنشی (۰/۸۵) و برای پرخاشگری واکنشی (۰/۸۴) بوده است (۳۰). در ایران رضایی در سال ۱۳۹۵ نشان داد که شاخص‌های برزندگی برای مدل دو عاملی مطلوب‌تر و گویای‌تر برزش بهتر مدل با داده‌هاست و ضریب بازآزمایی این پرسش‌نامه برای پرخاشگری کنشی، واکنشی و پرخاشگری کلی به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۵۷ و ۰/۶۷ بود (۳۱). آن‌ها آلفای کرونباخ برای پرخاشگری واکنشی، کنشی و کلی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۸۴ گزارش کردند. در پژوهش حاضر روایی‌سازه پرسش‌نامه با استفاده از همسانی درونی محاسبه شد و ضریب همبستگی هر یک از سؤالات با نمره کل در بازه ۰/۵۴۲

10. Toronto Alexithymia Scale-20

11. Leahy R.L.

9. Proactive and Reactive Aggression Questionnaire (PRO)

پرسش‌نامه‌های پرخاشگری واکنشی و ناگویی هیجانی پاسخ دهند. پس از بررسی معیارهای ورود، ۳۰ نفر از افراد، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند. در مرحله بعد، تاریخ و زمان جلسات با در نظر گرفتن نظر اکثریت تعیین شد. همچنین به اعضای گروه کنترل این اطمینان داده شده که پس از اتمام دوره پکیج آموزشی با همان کیفیت ارائه شده به گروه آزمایش در اختیار آن‌ها قرار خواهد گرفت. پس از تکمیل پیش‌آزمون توسط هر دو گروه آزمایش و کنترل، گروه آزمایش، مداخله طرحواره‌درمانی هیجانی را در ۱۰ جلسه مجازی نود دقیقه‌ای و هر هفته دو جلسه توسط متخصص طرحواره‌درمانی هیجانی (دکتری روانشناسی و طرحواره‌درمانگر هیجانی) و تحت نظارت محقق و اساتید راهنما و مشاور دریافت کردند، در صورتی که گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را در طول مدت پژوهش دریافت نکرد. جلسات در یکی از مراکز مشاوره ماهشهر انجام شد.

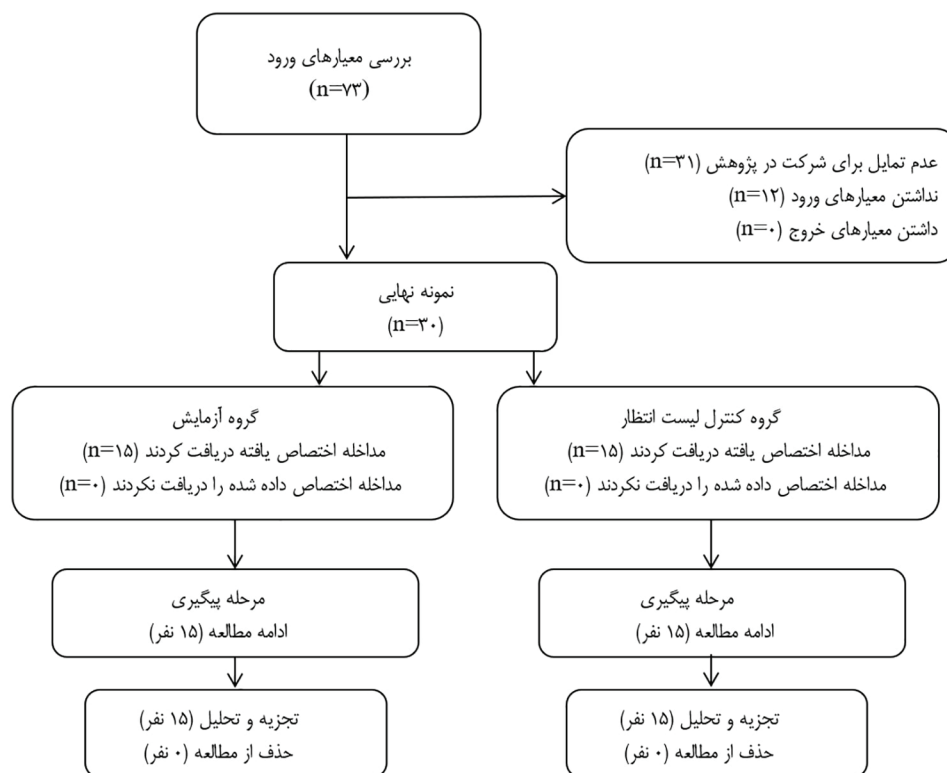
روایی محتوایی این پروتکل با نظرخواهی از پنج نفر از متخصصان روانشناسی و آشنا به طرحواره‌درمانی هیجانی در خصوص شرح جلسات و اهداف هر جلسه به شرح جدول ۱ تأیید شد.

### روند اجرای پژوهش

روند اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی اهواز و هماهنگی با مسئولان هسته مشاوره آموزش و پرورش ماهشهر و کسب مجوز برگزاری دوره آموزشی، در یک فراخوان از خانواده‌های واجدالشرايط دعوت شد تا ابتدا در جلسه توجیحی شرکت کرده و پس از توضیح کامل در خصوص اهداف پژوهش در صورت تمایل و رضایت، به منظور غربالگری در جلسه‌ای به همراه فرزندان خود شرکت نمایند. در این مرحله ۷۳ نفر شرکت کردند. از همه دانش‌آموزان شرکت‌کننده خواسته شد تا به

جدول ۱. محتوای طرحواره‌درمانی هیجانی مبتنی بر پروتکل لیهی و همکاران (۲۰۱۵)

جلسه	موضوعات	محتوای مداخله
اول	سنجش	آشنایی درمانگر با اعضای گروه و اعضا با یکدیگر، توضیح در مورد هدف از شرکت در گروه، سنجش پیش‌آزمون، تعیین قوانین و روز و ساعت جلسات.
دوم	ارزیابی اولیه	تبیین متغیر بر اساس الگوی طرحواره‌های هیجانی، شناسایی طرحواره‌های هیجانی دردسرساز، ارائه نظریه‌ای درباره هیجان، ارائه الگویی از هیجان به آزمودنی‌ها جهت افزایش درک و فهم اعضا از هیجان، بیان منطق و مراحل مداخله تمرین، توجه‌آگاهی انفصالی. تکلیف منزل: توجه‌آگاهی انفصالی.
سوم	اعتباریابی هیجانی	بررسی تکالیف خانگی، بررسی مقاومت در برابر اعتباریابی و مفهوم آن، شناسایی خاستگاه‌های مختلف طرحواره‌های هیجانی اعتبارزدا، شناسایی پاسخ‌های مشکل‌زا و جایگزینی پاسخ‌های مناسب. تکلیف منزل: اعتباربخشی دلسوزانه به خوبستن و توجه‌آگاهی انفصالی به هیجان.
چهارم	اعتباریابی هیجانی، معرفی و چالش با طرحواره‌های هیجان‌ساز	بررسی تکالیف خانگی، برچسب‌زنی و افتراق هیجان‌ها از یکدیگر، بهنجارسازی تجربه هیجانی، افزایش تحمل احساسات مختلط، استعاره انسان کامل. تکلیف منزل: ثبت مزایا و معایب اینکه هیجان‌های من غیر طبیعی هستند و بررسی اینکه آیا افراد دیگری نیز این هیجان تنها با تجربه می‌کنند و توجه‌آگاهی انفصالی به هیجان
پنجم	چالش با طرحواره‌های هیجان‌ساز	بررسی تکالیف خانگی، افزایش قدرت پذیرش احساسات، استعاره مهمان، آموزش گذرا بودن هیجان، تمایز بین هیجان و اقدام تجربه کردن هیجان به صورت موج، آزمایش رفتاری پیش‌بینی عاطفی ذهن منزل مشاهده و توصیف هیجان افزایش قدرت پذیرش احساسات، اقدام متضاد و همجوشی‌زدایی، اتخاذ موضعی به دور از قضاوت برای هیجان. تکلیف منزل: اقدام متضاد و نامه‌نگاری دلسوزانه.
ششم	پذیرش بنیادین هیجان‌ات	افزایش قدرت پذیرش احساسات، اقدام متضاد و همجوشی‌زدایی، اتخاذ موضعی به دور از قضاوت برای هیجان، انجام آزمایش رفتاری جهت آزمودن باورهای هیجانی، تمرین نامه‌نگاری دلسوزانه. تکلیف منزل اقدام متضاد و نامه‌نگاری دلسوزانه.
هفتم	تقویت پردازش هیجانی	بررسی تکالیف خانگی، تقویت آگاهی هیجانی، القای هیجان، فضاسازی هیجانی، بررسی هیجان به عنوان هدف، تکلیف منزل: در جستجوی هیجان‌های مثبت و ثبت افکار هوشمند به لحاظ هیجانی.
هشتم	سنجش سودمند و بازسازی شناختی	بررسی تکالیف خانگی، شناسایی افکار خودآیند، تمایز افکار از احساسات، تکنیک پیکان رو به پایین فاجعه‌زدایی. تکلیف منزل: دسته‌بندی افکار منفی.
نهم	بازسازی شناختی	بررسی تکالیف خانگی، تکنیک وکیل مدافع، بررسی شواهد افکار منفی، بررسی معایب و مزایای افکار منفی، تکنیک درجه‌بندی میزان هیجان و میزان باور به یک فکر. تکلیف منزل: بررسی معایب و مزایای افکار منفی.
دهم	جمع‌بندی، بازخورد و اجرای پس‌آزمون	بررسی تکالیف خانگی، ارزیابی میزان نیل به اهداف اعضا، آماده کردن اعضا برای پایان درمان، کمک به تداوم آموخته‌های جدید از طریق بررسی موانع و مشکلات احتمالی در این مسیر و تلاش برای رفع یا کاهش آن‌ها، دریافت بازخورد از اعضا راجع به کمیت کیفیت و اثر بخشی جلسات درمانی، اجرای پس‌آزمون.



شکل ۱. فرآیند انتخاب نمونه مداخله: نمودار جریان

نداشتن معیارهای ورود، وارد مطالعه نشدند. هیچ شرکت‌کننده‌ای شامل معیارهای خروج نشد. در مجموع ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ( ۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) قرار گرفتند. هر دو گروه تا انتهای مرحله پیگیری در مطالعه حضور داشتند و داده‌های تمامی شرکت‌کنندگان نیز تجزیه و تحلیل شد. پس از پایان پژوهش گروه کنترل که در لیست انتظار قرار گرفته بود، بسته آموزشی را دریافت کردند.

### یافته‌ها

جدول ۲ به میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش (پرخاشگری واکنشی و ناگویی هیجانی دانش‌آموزان دختر پرخاشگر بدسرپرست) اختصاص یافته است. قبل از انجام آزمون اندازه‌گیری مکرر برای آزمون این فرضیه‌ها، پیش‌فرض‌های این آزمون شامل نرمال بودن توزیع نمرات، همسانی واریانس‌های دو گروه در مرحله پیش‌آزمون و همگنی شیب واریانس‌ها مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. همچنین همبستگی بین متغیرهای وابسته (پرخاشگری واکنشی و ناگویی هیجانی)،  $0/437$  بود ( $P=0/001$ ) که نشان‌دهند عدم همپوشانی بین این متغیرهاست. نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر در مورد تأثیر متغیر مستقل بر دو گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله اندازه‌گیری در جدول ۳ ارائه شده است.

پس از پایان جلسات مجدداً هر دو گروه به پرسش‌نامه‌های پژوهش پاسخ دادند. فرآیند انتخاب نمونه مداخله و نمودار جریان در شکل ۱ ارائه شده است.

### ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته مشاوره با کد اخلاق IR.IAU.AHVAZ.REC.1402.145 است. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت‌نامه آگاهانه با تأکید بر رعایت اصل محرمانه بودن اطلاعات و در اولویت بودن سلامت روانشناختی از کلیه شرکت‌کنندگان نمونه حاضر در پژوهش اخذ شد و به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که هر زمان که مایل باشند، می‌توانند از دوره آموزشی انصراف بدهند. همچنین به افراد گروه کنترل اعلام شد که پس از اتمام فرآیند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود.

### تحلیل آماری

به منظور تجربه و و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بون‌فرونی<sup>۱۲</sup> استفاده شد. داده‌ها با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تحلیل آماری قرار گرفت. بر اساس شکل ۱، در ابتدا ۷۳ نفر در جلسه توجیهی شرکت کردند که ۳۱ نفر به دلیل عدم تمایل برای شرکت در پژوهش و ۱۲ نفر نیز به دلیل

12. Bonferoni

جدول ۲. یافته‌های جمعیت‌شناختی به تفکیک گروه‌های کنترل و آزمایش

متغیر	پایه تحصیلی	فراوانی	درصد	متغیر	پایه تحصیلی	فراوانی	درصد
	دهم	۴	۲۶/۷	ابتدایی و راهنمایی	۶	۴۰/۰	
پایه تحصیلی	یازدهم	۶	۴۰/۰	تحصیلات پدر	دبیرستان و دیپلم	۷	۴۶/۷
	دوازدهم	۵	۳۳/۳	دانشگاهی	۲	۱۳/۳	
	۱۸ و بالاتر	۱	۶/۷	ابتدایی و راهنمایی	۷	۴۶/۷	
معدل تحصیلی	۱۵ تا ۱۸	۸	۵۳/۳	تحصیلات مادر	دبیرستان و دیپلم	۵	۳۳/۳
	زیر ۱۵	۶	۴۰/۰	دانشگاهی	۳	۲۰/۰	

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار گروه‌های کنترل و آزمایش در متغیرهای پژوهش به تفکیک و زمان‌های اندازه‌گیری

متغیر	گروه	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		مراحل	میانگین	انحراف معیار	میانگین
پرخاشگری واکنشی	پیش‌آزمون	۴۰/۸۰	۴/۵۳	۴۱/۰۰	۴/۵۲
	پس‌آزمون	۳۴/۴۷	۲/۹۴	۴۰/۴۰	۳/۹۷
	پیگیری	۳۳/۵۳	۲/۹۲	۴۰/۹۳	۴/۳۹
ناگویی هیجانی	پیش‌آزمون	۸۷/۸۰	۱۰/۳۶	۹۱/۲۷	۷/۱۹
	پس‌آزمون	۸۱/۳۳	۸/۶۱	۸۸/۹۳	۶/۷۱
	پیگیری	۸۰/۳۳	۷/۶۷	۸۷/۸۷	۶/۲۴

جدول ۴. نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر در مورد اثرات زمان و تعامل زمان و عضویت در گروهی در متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر
پرخاشگری واکنشی	زمان	۴۶۴/۱۷۸	۱/۲۷۵	۳۶۳/۹۹۱	۸۰/۳۶۸	۰/۰۰۱	۰/۶۵۷
	درون گروهی	۲۲۷/۹۱۱	۱/۵۵۰	۸۹/۳۶۰	۱۹/۷۳۰	۰/۰۰۱	۰/۴۸۴
	خطا	۲۴۲/۵۷۸	۵۳/۵۶۰	۴/۵۲۹			
	بین گروهی	۴۷۲/۵۷۸	۲	۲۳۶/۲۸۹	۷/۰۷۶	۰/۰۰۲	۰/۲۵۲
ناگویی هیجانی	زمان	۱۰۹۱/۶۱۵	۱/۱۸۹	۹۱۸/۱۴۸	۱۱۶/۲۷۳	۰/۰۰۱	۰/۷۳۵
	درون گروهی	۱۵۲/۰۷۴	۲/۳۷۸	۶۳/۹۵۴	۸/۰۹۹	۰/۰۰۱	۰/۲۷۸
	خطا	۳۹۴/۳۱۱	۴۹/۹۳۵	۷/۸۹۶			
	بین گروهی	۱۴۶۰/۴۵۵	۲	۷۳۰/۲۳۰	۳/۲۹۱	۰/۰۴۳	۰/۱۵۴
	خطا	۹۳۱۷/۴۲	۴۲	۲۲۱/۸۴۳			

نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر در جدول ۴ نشان داد که تمامی مقادیر  $F$  در متغیر پرخاشگری واکنشی برای اثر زمان ( $F=۸۰/۳۶۸$ ؛  $P=۰/۰۰۱$ )، تعامل اثر زمان و عضویت گروهی ( $F=۸۹/۳۶۰$ ؛  $P=۰/۰۰۱$ ) و اثر گروهی ( $F=۷/۰۷۶$ ؛  $P=۰/۰۰۲$ )، معنی‌دار است. همچنین نتایج نشان می‌دهد که تمامی مقادیر  $F$  در متغیر ناگویی هیجانی برای اثر زمان ( $F=۱۱۶/۲۷۳$ ؛  $P=۰/۰۰۱$ )، تعامل اثر زمان و عضویت گروهی ( $F=۸/۰۹۹$ ؛  $P=۰/۰۰۱$ ) و اثر گروهی ( $F=۳/۲۹۱$ ؛  $P=۰/۰۴۳$ )، معنی‌دار است.

نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر در جدول ۴ نشان داد که تمامی مقادیر  $F$  در متغیر پرخاشگری واکنشی برای اثر زمان ( $F=۸۰/۳۶۸$ ؛  $P=۰/۰۰۱$ )، تعامل اثر زمان و عضویت گروهی ( $F=۸۹/۳۶۰$ ؛  $P=۰/۰۰۱$ ) و اثر گروهی ( $F=۷/۰۷۶$ ؛  $P=۰/۰۰۲$ )، معنی‌دار است. همچنین نتایج نشان می‌دهد که تمامی مقادیر  $F$  در متغیر ناگویی هیجانی برای اثر زمان ( $F=۱۱۶/۲۷۳$ ؛  $P=۰/۰۰۱$ )، تعامل اثر زمان و عضویت گروهی ( $F=۸/۰۹۹$ ؛  $P=۰/۰۰۱$ ) و اثر گروهی ( $F=۳/۲۹۱$ ؛  $P=۰/۰۴۳$ )، معنی‌دار است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بون فرونی برای تعیین اثر تعامل زمان و عضویت گروهی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه

متغیر	پیش آزمون-پس آزمون			پیش آزمون-پیگیری			پس آزمون-پیگیری		
	تفاوت میانگین	خطا	معنی داری	تفاوت میانگین	خطا	معنی داری	تفاوت میانگین	خطا	معنی داری
پرخاشگری واکنشی	۶/۳۳۳	۰/۷۱۳	۰/۰۰۱	۷/۶۲۷	۰/۷۴۳	۰/۰۰۱	۰/۹۳۳	۰/۳۱۰	۰/۱۹۱
ناگویی هیجانی	۶/۴۶۷	۰/۹۱۹	۰/۰۰۱	۷/۴۶۷	۰/۹۶۰	۰/۰۰۱	۱/۲۶۷	۰/۳۳۳	۰/۱۳۴

اثر گروه ( $F=۳/۲۹۱$ ؛  $P=۰/۰۴۳$ )، معنی دار است. نتایج آزمون تعقیبی بون فرونی برای تعیین پایداری اثر مداخله بر متغیرهای وابسته در جدول ۵ ارائه شده است. برای تعیین تفاوت نمرات متغیرهای وابسته در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به منظور مشخص کردن پایداری اثر طرحواره درمانی هیجانی بر پرخاشگری واکنشی و ناگویی هیجانی دانش آموزان دختر پرخاشگر بدسرپرست در مرحله پیگیری، از آزمون تعقیبی بون فرونی استفاده شد (جدول ۵). نتایج این آزمون نشان می دهد که در همه متغیرها تفاوت بین پیش آزمون و پس آزمون و همچنین تفاوت بین پیش آزمون و پیگیری معنی دار است ( $P<۰/۰۱$ ) که نشان می دهد تأثیر طرحواره درمانی هیجانی در کاهش پرخاشگری واکنشی و ناگویی هیجانی دانش آموزان دختر پرخاشگر بدسرپرست، در مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است و این درمان اثر پایداری داشته است.

### بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر پرخاشگری واکنشی و ناگویی هیجانی دانش آموزان دختر پرخاشگر بدسرپرست انجام شد. اولین یافته پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی منجر به کاهش معنی دار میانگین نمرات پرخاشگری واکنشی شده و پایداری اثر مداخله نیز در مرحله پیگیری حفظ شده است. نتایج این بخش با نتایج مطالعات پیشین همسو است (۲۰ و ۲۲-۲۴). در توضیح نتایج این بخش می توان گفت طرحواره درمانی هیجانی لیهی، بر شناسایی و بازسازی طرحواره های ناسازگار یا باورهای اصلی که منجر به پاسخ های هیجانی می شوند، تمرکز دارد (۱۷). این طرحواره ها باورهای عمیقی درباره خود، دیگران و جهان هستند که بر درک موقعیت ها و احساسات تأثیر می گذارند. طرحواره درمانی هیجانی از طریق بازسازی شناختی و تکنیک های تنظیم هیجانی، با هدف به چالش کشیدن و اصلاح این طرحواره های

منفی برای ترویج پاسخ ها و رفتارهای عاطفی سالم تر است (۱۸). با هدف قرار دادن این طرحواره های هیجانی، افراد می توانند درک بهتری از هیجانات خود ایجاد کنند، تنظیم هیجانی را بهبود ببخشند و بهزیستی روانشناختی کلی خود را افزایش دهند. همچنین این رویکرد درمانی بر شناخت و تغییر الگوهای تفکر و هیجانات برای تقویت تاب آوری هیجانی و راهبردهای مقابله ای مثبت تأکید دارد (۱۷). در جلسات آموزشی، دانش آموزان با آگاهی از طرحواره های ناسازگار هیجانی، بینش لازم را در خصوص مشکلات هیجانی خود را کسب کردند. در گام بعدی از طریق برچسب زنی و افتراق هیجان ها از یکدیگر، بهنجارسازی تجارب هیجانی و افزایش تحمل هیجان های منفی خود، آموختند چگونه در موقعیت هایی که به لحاظ هیجانی برانگیخته می شوند ابتدا طرحواره های هیجانی خود را شناسایی و پس از چالش با طرحواره های هیجان ساز به تقویت پردازش هیجانی و بازسازی شناختی بپردازند. این آموزش ها دانش آموزان را با مکانیسم های مقابله ای موثر مجهز کرد تا بتوانند به جای پرخاشگری، رفتارهای موثرتری را به کار گیرند. دانش آموزان به تدریج تغییرات موثری را در پاسخ های رفتاری خود تجربه کردند و این مسأله نیز تقویت مثبتی را برای تکرار این چرخه کارآمد، در آن ها ایجاد کرد. علاوه بر این، محیط حمایتی ایجاد شده در طول جلسات طرحواره درمانی هیجانی، احساس امنیت روانی و اعتماد را در بین دانش آموزان دختر پرخاشگر بدسرپرست تقویت کرد. این مسأله به آنها امکان داد تا طرحواره های موجود خود را بدون ترس از قضاوت بررسی و به چالش بکشند و راه را برای رشد عمیق شخصی و تنظیم عاطفی هموار کنند. تکالیف ارائه شده نیز باعث شد تا دانش آموزان استفاده از مهارت ها و بینش های به دست آمده در طول جلسات درمانی را در زندگی روزمره خود نیز ادامه دهند و پیشرفت پایدار در مدیریت پاسخ های هیجانی خود و کاهش موارد پرخاشگری واکنشی نشان دهند که به بهبود روابط بین فردی آن ها منجر شد و سبب شد تا پرخاشگری کمتری در محیط های اجتماعی و از جمله

هیجانی کنند. همچنین یکی از تکالیف جلسه تمرین نامه‌نگاری دلسوزانه بود که به دانش‌آموزان آموزش داد حتی در زمانی که موقعیتی برای گفتگو در خصوص هیجان‌های منفی وجود ندارد نیز می‌توانند با یک نامه‌نگاری دلسوزانه، هیجان‌های خود را متعادل کنند. از سوی دیگر با هدف قرار دادن طرحواره‌های هیجانی ناسازگار در جلسات، ارتقای آگاهی هیجانی و تقویت مهارت‌های پردازش هیجانی از طریق تکنیک‌های مختلف مانند بازسازی شناختی، راهبردهای تنظیم هیجان و تمرین‌های تجربی، دانش‌آموزان یاد گرفتند در مورد هیجان‌های خود گفتگو کنند که در نهایت کاهش ناگویی هیجانی در آن‌ها را به همراه داشت.

پژوهش حاضر مانند سایر مطالعات دارای محدودیت‌هایی است که می‌توان به عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر چون وضعیت اجتماعی و اقتصادی و محدود شدن جامعه پژوهش به دانش‌آموزان دختر پرخاشگر بدسرپرست شهرستان ماهشهر و عدم تفکیک نوع بدسرپرستی (پدر، مادر یا هر دو)، اشاره کرد. این محدودیت‌ها می‌توانند روی نتایج تاثیرگذار باشد و لزوم احتیاط در فراگیر بودن نتایج را نشان می‌دهد. با توجه به اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی بر پرخاشگری واکنشی و ناگویی هیجانی دانش‌آموزان دختر پرخاشگر بدسرپرست ماهشهر، انجام تحقیقات مشابه در خصوص دانش‌آموزان بدسرپرست، برای اطمینان از کارآمدی این روش، مداخله‌ای پیشنهاد می‌شود. در این راستا انجام مطالعات طولی برای کشف اثرات بلندمدت طرحواره‌درمانی هیجانی بر پرخاشگری واکنشی و ناگویی هیجانی در دانش‌آموزان دختر پرخاشگر بدسرپرست می‌تواند موثر باشد، زیرا درک تأثیر پایدار درمان در طول زمان می‌تواند به اصلاح ابعاد درمانی و تعیین حفظ دستاوردهای درمان کمک کند. همچنین بر اساس نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که مشاوران مدارس و متخصصان بهداشت روان، از تکنیک‌های طرحواره‌درمانی هیجانی در برنامه‌های مدرسه استفاده نمایند. ارائه مداخلات اولیه در محیط مدرسه می‌تواند به حل مشکلات دانش‌آموزان به طور فعال کمک کند و از آن‌ها در مدیریت موثر پاسخ‌های هیجانی خود حمایت کند.

### نتیجه‌گیری

در مجموع نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که استفاده از طرحواره‌درمانی هیجانی می‌تواند بهبود قابل توجهی در کاهش پرخاشگری واکنشی و افزایش توانایی ابراز

مدرسه نشان دهند. در نتیجه، محتوای طرحواره‌درمانی هیجانی، بر اساس الگوی لیهی، در کاهش پرخاشگری واکنشی در بین دانش‌آموزان دختر پرخاشگر بدسرپرست موثر واقع شد.

دومین یافته پژوهش نشان داد، طرحواره‌درمانی هیجانی بر ناگویی هیجانی دانش‌آموزان دختر پرخاشگر بدسرپرست موثر بوده است و پایداری اثر مداخله نیز در مرحله پیگیری حفظ شده است. نتایج این بخش با نتایج مطالعات پیشین همسو است (۱۹، ۲۲، ۳۵-۳۷). نتایج این مطالعات نیز بر نقش بهبود طرحواره‌های ناسازگار در کاهش ناگویی هیجانی تاکید دارد. در توضیح نتایج این بخش می‌توان گفت طرحواره‌های هیجانی مطرح شده توسط لیهی به عنوان ساختارهای شناختی عمل می‌کنند که بر نحوه درک، تفسیر و پاسخ افراد به هیجان‌هایشان تأثیر می‌گذارد (۱۷). در خصوص دانش‌آموزان دختر پرخاشگر بدسرپرست، این طرحواره‌های هیجانی ممکن است تحریف شده یا ناسازگار باشند، که منجر به مشکلاتی در شناسایی و بیان دقیق هیجان‌ها می‌شود، این ویژگی اغلب با ناگویی هیجانی که یک وضعیت روانی است که با دشواری در شناسایی و توصیف احساسات خود، تفکر بیرون‌گرا و ظرفیت تخیل محدود مشخص می‌شود (۱۲)، همراه است. طرحواره‌های هیجانی پرورش یافته در چنین محیط‌هایی ممکن است، توانایی‌های پردازش هیجانی دانش‌آموزان دختر پرخاشگر بدسرپرست را مختل کند و مانع توسعه مکانیسم‌های مقابله‌ای کارآمد در پاسخ به هیجان‌های پرخاشگرانه شود (۱۷). در همین راستا بسته آموزشی درمانی طرحواره‌درمانی هیجانی یک رویکرد ساختار یافته برای مقابله مؤثر با مشکلات هیجانی، از جمله ناگویی هیجانی در دانش‌آموزان دختر پرخاشگر بدسرپرست ارائه می‌دهد. در جلسات درمانی دانش‌آموزان در ابتدا در گفتگوهای گروهی آگاهی هیجانی خود را افزایش دادند. آشنایی با طرحواره‌های هیجانی، فضا سازی هیجانی، بررسی هیجان به عنوان هدف و القای هیجان در راستای آگاهی هیجانی انجام شد. شرکت‌کنندگان همچنین در یک فضای امن توانستند هیجان‌های خود و افکار مرتبط با آن را بیان کنند. برای آن‌ها فضایی ایجاد شد تا تفاوت گفتگو و عدم گفتگو در خصوص هیجان‌های منفی خود را درک کنند. دانش‌آموزان آموختند که گفتگو در خصوص هیجان‌های منفی می‌تواند شدت هیجان و واکنش رفتاری آن‌ها را متعادل کند. این مسأله به عنوان یک تقویت‌کننده باعث شده دانش‌آموزان گفتگو در مورد هیجان‌ها را جایگزین ناگویی

## تشکر و قدردانی

بدین وسیله از اساتید راهنما و مشاوران این پژوهش و خانواده‌هایی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

## تعارض و منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

هیجان‌های مثبت و منفی در دانش‌آموزان دختر دارای والدین بدسرپرست داشته باشد. این نتایج تأکیدی مهم بر اهمیت استفاده از رویکردهای درمانی بر پایه طرحواره‌درمانی هیجانی در ارتقای وضعیت روانشناسی و رفتارهای اجتماعی دانش‌آموزان دختر پرخاشگر است. بر اساس یافته‌های پژوهش، اجرای طرحواره‌درمانی هیجانی برای کاهش پرخاشگری واکنشی، تکانشگری و ناگویی هیجانی در دانش‌آموزان دختر پرخاشگر با والدین بدسرپرست توصیه می‌شود.

## منابع

- Sasaki A, Mochizuki A, Yoshihara D. Gender differences in abusive parenting among incarcerated parents in Japan. *Prison J.* 2023;103(1):45-67.
- Borjali M, Borhani E. The effect of communication skills training on social anxiety and anger of abused and neglected adolescents in Tehran. *Soc Psychol Res.* 2022;11(44):165-82. Persian.
- Giurgea L. Abusive behavior of parents and the consequences on the child. *Acta Univ Danubius Jurid.* 2022;18(3):1-12.
- Kim J, Hong H, Lee J, Hyun MH. Effects of time perspective and self-control on procrastination and Internet addiction. *J Behav Addict.* 2017;6(2):229-36.
- Rosso AM. Psychoanalytic interventions with abusive parents: an opportunity for children's mental health. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(20):13015.
- Madigan S, Cyr C, Eirich R, Fearon RMP, Ly A, Rash C, et al. Testing the cycle of maltreatment hypothesis: meta-analytic evidence of the intergenerational transmission of child maltreatment. *Dev Psychopathol.* 2019;31(1):23-51.
- Wolfs EML, Klaus J, Schutter D. Cerebellar grey matter volumes in reactive aggression and impulsivity in healthy volunteers. *Cerebellum.* 2023;22(2):223-33.
- Rahmati P, Aghajani T, Keyanersi F. Study of the role of mothers' self-insufficiency and self-maladaptation in predicting children's reactive aggression. *Presch Elem Sch Stud.* 2017;2(8):111-26. Persian.
- Wang H, Xu S. Does abusive supervision trigger displaced aggression? *Acad Manag Proc.* 2022;2022(1):13963.
- Brugman S, Cornet LJ, Smeijers D, Smeets K, Oostermeijer S, Buitelaar JK, et al. Examining the reactive proactive questionnaire in adults in forensic and non-forensic settings: a variable- and person-based approach. *Aggress Behav.* 2017;43(2):155-62.
- Bastiaens A, Krishnan N, Ireland JL. Elucidating the relationship between alexithymia and aggression: a rapid evidence assessment. *Abuse Int Impact J.* 2022;3(1):55-73.
- Pachi A, Tselebis A, Ilias I, Tsomaka E, Papageorgiou SM, Baras S, et al. Aggression, alexithymia and sense of coherence in a sample of schizophrenic outpatients. *Healthcare (Basel).* 2022;10(6):1078.
- Li X, Wang X, Sun L, Hu Y, Xia L, Wang S, et al. Associations between childhood maltreatment and suicidal ideation in depressed adolescents: the mediating effect of alexithymia and insomnia. *Child Abuse Negl.* 2023;135:105990.
- Tang W, Hu T, Yang L, Xu J. The role of alexithymia in the mental health problems of home-quarantined university students during the COVID-19 pandemic in China. *Pers Individ Dif.* 2020;165:110131.
- Alimoradi Z, Majd NR, Brostrom A, Tsang HWH, Singh P, Ohayon MM, et al. Is alexithymia associated with sleep problems? A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2022;133:104513.
- Liang L, Zhu W, Yang J, Wang F. Anxiety and emotional-behavioral problems of adolescents in China: evidence for a serial mediation model of alexithymia and dependency. *Psychol Health Med.* 2024;29(9):1680-91.
- Leahy RL. Introduction: emotional schemas

- and emotional schema therapy. *Int J Cogn Ther.* 2019;12(1):1-4.
18. Edwards E, Leahy R, Snyder S. Patterns of emotional schema endorsement and personality disorder symptoms among outpatient psychotherapy clients. *Motiv Emot.* 2023;47(3):412-22.
  19. Ariana Kia E, Rahimi C, Mohammadi N. Comparing online group therapy based on emotional schema therapy with transdiagnostic therapy in improving distress tolerance and cognitive emotion regulation among university students with adjustment disorders due to romantic break-ups. *Couns Psychother Res.* 2024;24(1):372-83. Persian.
  20. Golizadeh D. The effectiveness of schema therapy on self-criticism and emotional self-regulation in depressed women. *J Mod Psychol Res.* 2022;17(67):219-27. Persian.
  21. Poshti Z, Hassanzadeh R, Emadian S. The effectiveness of emotional schema therapy on neuroticism and the life style of cardiovascular patients. *J Babol Univ Med Sci.* 2021;23(1):1-10. Persian.
  22. Alimour SA, El-Saleh MS, Alrabeei MM, Samira B. Towards tailored treatment: a comparative analysis of schema therapy and dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Kurd Stud.* 2024;12(1):3519-35. Persian.
  23. Hassanzadeh MR, Mansouri A. Effectiveness of schema therapy on anger rumination and aggression in men with binge eating disorder. *J Res Behav Sci.* 2022;20(1):1-8. Persian.
  24. Langari M, Mafakheri A, Bakhshipour A. Comparing the effectiveness of health-based schema therapy and solution-oriented therapy on reducing aggression in couples applying for divorce. *Quran Tib.* 2023;7(4):171-80. Persian.
  25. Faani S, Hosseininasab PD, Panaahali PD. Lowering aggression and improving school performance among high school girls by teaching them affect control strategies. *Q J Educ.* 2021;37(3):101-18. Persian.
  26. Ahmadi S, Bolghan-Abadi M. The effect of emotional regulation instruction on alexithymia of high school students. *J Res Behav Sci.* 2019;17(3):359-66. Persian.
  27. Bazargan A, Sarmad Z, Hejazi E. Research methods in behavioral sciences. Tehran: Agah Publications; 1998. Persian.
  28. Raine A, Dodge K, Loeber R, Gatzke-Kopp L, Lynam D, Reynolds C, et al. The Reactive-Proactive Aggression Questionnaire: differential correlates of reactive and proactive aggression in adolescent boys. *Aggress Behav.* 2006;32(2):159-71.
  29. Baker LA, Raine A, Liu J, Jacobson KC. Differential genetic and environmental influences on reactive and proactive aggression in children. *J Abnorm Child Psychol.* 2008;36(8):1265-78.
  30. Fite PJ, Wimsatt AR, Elkins S, Grasseti SN. Contextual influences of proactive and reactive subtypes of aggression. *Child Indic Res.* 2012;5(1):123-33.
  31. Rezaee A, Dehghani M, Heidari M. The distinction between reactive and proactive aggression in adolescent based on perceived parenting style. *J Fam Res.* 2020;16(3):359-75. Persian.
  32. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JD. The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale--II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res.* 1994;38(1):33-40.
  33. Aflakseir A. Investigating the role of moral identity and alexithymia in social adjustment in dormitory female students. *J Res Behav Sci.* 2021;16(4):29-35. Persian.
  34. Erfan A, Ghezlbash S, Kazemian M, Noorbala A. The effectiveness of emotional schema therapy on impulsivity and mood symptoms of women with bipolar disorder. *J Res Behav Sci.* 2019;17(3):388-99. Persian.
  35. Roustaei Alishah S, Mostafaei N. The effectiveness of schema therapy on alexithymia and marital conflicts in couples with family differences. *J Psychol New Ideas.* 2023;16(20):0. Persian.
  36. Keyvanlo S, Nariman M, Basharpour S. The effectiveness of group therapy based on emotional schema therapy (EST) on difficulties in emotion regulation among mothers having children with intellectual disabilities. *J Appl Fam Ther.* 2022;3(1):243-62. Persian.
  37. Ojaghloo S, Ghodrati S, Tahaei SS. The effectiveness of schema therapy on feelings of loneliness and emotional distress of conflicting couples. *New Approach Child Educ Q.* 2022;4(3):109-22. Persian.