



The Effectiveness of Schema-Based Therapy on Self-Esteem and Distress Tolerance in Students with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Comorbid Social Anxiety

Farahnaz Joobanian¹, Abbas Ali Hosseinkhanzadeh^{2*}, Mahnaz Khosrojavid³, Iraj Shakerinia⁴

Abstract

The present study aimed to investigate the effectiveness of schema-based therapy on self-esteem and distress tolerance in students with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and comorbid social anxiety. This research employed a quasi-experimental design with a pretest-posttest control group format. The statistical population consisted of all female high school students attending public schools in Yazd during the 2023–2024 academic year who were diagnosed with ADHD and social anxiety disorder. A total of 20 participants were selected through multistage sampling and randomly assigned to either the experimental or control group (10 participants per group). The instruments used in this study included the Swanson, Nolan, and Pelham Rating Scale (SNAP-IV) for ADHD, the Social Anxiety Scale by La Greca and Lopez, the Coopersmith Self-Esteem Inventory, and the Distress Tolerance Scale developed by Simons and Gaher. The experimental group received ten 60-minute sessions of schema-based therapy, while the control group did not receive any intervention during the study period. Data were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA) via SPSS version 23. The results indicated that schema-based therapy significantly improved self-esteem and distress tolerance in students with ADHD and social anxiety disorder, with a statistically significant difference observed between the experimental and control groups ($p < 0.001$). Therefore, it is recommended that clinicians incorporate schema-based therapy into intervention programs for students with ADHD and social anxiety to enhance their self-esteem and distress tolerance.

Keywords: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, Distress Tolerance, Schema-Based Therapy, Self-Esteem, Social Anxiety.

Submission: 28 January 2025

Revised: 6 June 2025

Acceptance: 7 June 2025

1. Ph.D. Student, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.

2. **Corresponding author:** Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran. E-mail: Khanzadehabbas@guilan.ac.ir

3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.

4. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.



اثربخشی درمان مبتنی بر طرحواره بر حرمت خود و تحمل پریشانی دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مبتلا به اضطراب اجتماعی

فرحناز جوبانیان^۱، عباسعلی حسین‌خانزاده^{۲*}، مهناز خسروجاوید^۳، ایرج شاکری‌نیا^۴

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر طرحواره بر حرمت خود و تحمل پریشانی دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مبتلا به اضطراب اجتماعی بود. روش پژوهش، شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دبیرستان‌های عادی و دولتی شهرستان یزد در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مبتلا به اضطراب اجتماعی بودند. ۲۰ شرکت‌کننده با روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه ۱۰ نفری (آزمایش و گواه) گمارده شدند. ابزار این پژوهش شامل مقیاس درجه‌بندی نارسایی توجه/بیش‌فعالی سوانسون، نولان و پلهام، مقیاس اضطراب اجتماعی لاجرسا و لوپز، پرسش‌نامه حرمت‌خود کوپراسمیت و مقیاس تحمل پریشانی سیمونز و گاهر بود. برای گروه مداخله ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای برگزار شد و گروه گواه این مداخله را در زمان اجرای پژوهش دریافت نکردند. داده‌ها به روش تحلیل کوواریانس با نرم‌افزار SPSS-23 تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر طرحواره منجر به افزایش حرمت‌خود و تحمل پریشانی در دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مبتلا به اضطراب اجتماعی شده است و تفاوت معنی‌داری بین نمرات گروه آزمایش و گروه گواه وجود داشت ($P < 0/001$). بنابراین درمانگران می‌توانند با گنجاندن درمان مبتنی بر طرحواره در برنامه‌های مداخله‌ای برای دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مبتلا به اضطراب اجتماعی، زمینه را برای بهبود حرمت‌خود و افزایش تحمل پریشانی آنها فراهم کنند.

کلیدواژه‌ها: اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، اضطراب اجتماعی، تحمل پریشانی، حرمت‌خود، درمان مبتنی بر طرحواره

تاریخ پذیرش: ۱۷ خرداد ۱۴۰۴

تاریخ بازنگری: ۱۶ خرداد ۱۴۰۴

تاریخ دریافت: ۹ بهمن ۱۴۰۳

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۲. نویسنده مسئول: استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. ایمیل: khanzadehabbas@guilan.ac.ir

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

۴. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

یکی از اختلالات عصبی تحولی رایجی که از دوران کودکی شروع شده و در بیش از نیمی از موارد تا نوجوانی و بزرگسالی ادامه می‌یابد اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی^۱ است (یولداس^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). رفتارهای ظاهری این اختلال شامل فعالیت بیش از اندازه، مشکل در مهار تکانه‌ها و نوسان توجّه است (اورورک^۳، ۲۰۲۰). براساس پژوهش‌های انجام شده، میزان شیوع آن در جهان ۷/۲ درصد است (انجمن روانپزشکی آمریکا^۴، ۲۰۲۲)؛ و در ایران میزان شیوع این اختلال ۸/۷ درصد گزارش شده است (حسن‌زاده و همکاران، ۱۳۹۸). پژوهش‌ها نشان می‌دهند این اختلال باعث ایجاد مشکلاتی در زمینه اجتماعی، تحصیلی و روانی برای فرد می‌شود (گیلیز^۵ و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهند همبودی اختلالات اضطرابی در کودکان مبتلا به اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی بالاتر از افراد بدون اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی است (چلبی و انول^۶، ۲۰۲۱). اورورک (۲۰۲۰) بیان می‌کند کودکان مبتلا به اضطراب و اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی همراه، مشکلات بیشتری را در مدرسه تجربه می‌کنند، به مداخلات بالینی بیشتری نیاز دارند و به طور کلی علائم شدیدتری را تجربه می‌کنند. علی‌رغم رابطه نزدیک بین اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی و اختلالات اضطرابی، مطالعات کمی وجود دارد که به رابطه بین اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی و اختلال اضطراب اجتماعی^۷ در کودکان و نوجوانان بپردازد (چلبی و انول، ۲۰۲۱). ون امرینگن^۸ و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهشی دریافتند فراوانی اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی بزرگسالان در ۱۲۹ بیمار مبتلا به اختلال اضطرابی، ۲۷/۹ درصد بوده است. همان مطالعه ۳۸/۵ درصد همبودی اختلال اضطراب اجتماعی را در بیماران بزرگسال مبتلا به اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی گزارش کرد (کوینچی^۹ و همکاران، ۲۰۱۵). چلبی و انول (۲۰۲۱) در مطالعات خود با بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی و کودکان با اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی (به ویژه نوع بی‌توجّه) به این نتیجه رسیدند که اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی ممکن است یک عامل خطر برای ایجاد اختلال اضطراب اجتماعی باشد.

بر اساس مطالعه انجام شده علائم اضطراب اجتماعی نظیر پذیرش اجتماعی کمتر، اجتماعی بودن ضعیف، طرد شدن بیشتر، نادیده گرفته شدن و نفرت بیشتر از سوی همسالان می‌تواند بر دوران نوجوانی و بزرگسالی افراد مبتلا به اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی تأثیر بگذارد (کوینچی و همکاران، ۲۰۱۵). از جمله این تأثیرات منفی، شکل‌گیری حرمت‌خود پایین است (امیدی، ساجدی و همکاران، ۱۳۹۷). در طول سه دهه گذشته، حرمت‌خود به عنوان موضوع مهمی در کودکان و نوجوانان دارای اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی مطرح بوده است (کیتا و اینو^{۱۰}، ۲۰۱۷). حرمت‌خود ارزیابی و نگرش فرد نسبت به این موضوع است که چقدر خود را شایسته می‌داند (ون سوست^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۸). کیفیت زندگی، روابط با دوستان، سازش‌یافتگی روانی، عملکرد مدرسه، انگیزه و موفقیت در زندگی با حرمت خود مرتبط است (هبسی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۹). پژوهش‌های انجام شده در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی (مزون^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۳) و اختلال اضطراب اجتماعی نشان می‌دهد که این نوجوانان از حرمت‌خود ضعیف‌تری نسبت به همسالان خود برخوردار هستند (کینگ بوری و کاپلان^{۱۴}، ۲۰۱۶).

1. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)
2. Yoldas
3. Orouke
4. American Psychiatric Association
5. Gillies
6. Çelebi & Ünal
7. Social Anxiety Disorder (SAD)
8. Van Ameringen
9. Koyuncu
10. Kita & Inoue
11. Von Soest
12. Habsy
13. Mazzone
14. Kingsbury & Coplan

علاوه بر حرمت خود یکی دیگر از پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت و عملکرد روان‌شناختی، تحمل پریشانی^۱ است (دورلی^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). تحمل پریشانی توانمندی است که فرد می‌تواند حالات روان‌شناختی را تاب بیاورد (سیمونز و گاهر^۳، ۲۰۰۵). دورلی و همکاران (۲۰۱۹) سطوح پایین تحمل پریشانی را به‌عنوان عامل خطر گفتند. فرد احساسات منفی را شدید و غیرقابل تحمل دریافت می‌کند و چون توانایی مقابله با آنها را در خود نمی‌بیند برای نجات از این عواطف منفی دست به هر کاری می‌زند. تحمل پریشانی پایین طیف وسیعی از مشکلات شخصی و اجتماعی نظیر اعتیاد و سوء مصرف مواد، جرم و جنایت، خشونت خانگی، بارداری نوجوانان، شکست در مدرسه، مشکلات مالی، بیماری‌های مقاربتی، سیگار کشیدن و چاقی را شامل می‌شود (کش^۴، ۲۰۲۲). نتایج نشان داد که تحمل پریشانی در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی پایین است (الیس^۵ و همکاران، ۲۰۱۸).

علی‌رغم اینکه درمان دارویی، خط نخست درمان افراد مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی است اما درمان‌های روان‌شناختی همچون درمان مبتنی بر طرحواره^۶ می‌تواند اثرات مثبت و سازنده‌ای بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی این افراد بگذارد. درمان مبتنی بر طرحواره توسط یانگ^۷ مطرح شد. یانگ اعتقاد دارد طرحواره‌ها باورهای افراد در مورد خود، دیگران و محیط است. اگر این طرحواره‌ها سالم و مثبت باشند، فرد نسبت به همه چیز در زندگی کارآمدتر و موفق‌تر عمل خواهد کرد اما برعکس، اگر طرحواره‌ها ناسالم و منفی باشند فرد خود را ناکارآمد، ناشایست و بی‌ارزش می‌پندارد و احساس می‌کند در رویارویی با مشکلات، هر چقدر تلاش کند، باز هم ناتوان است (رنز^۸ و همکاران، ۲۰۱۸). طرحواره‌های ناسازگار اولیه باورهای عمیق و پایداری است که از تجربیات منفی اشخاص در کودکی شکل می‌گیرند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). هر فردی ممکن است یک یا ترکیبی از چند طرحواره ناسازگار را در خود داشته باشد. بعضی از طرحواره‌ها قوی‌تر و بعضی‌ها ضعیف‌ترند (آرنتر و جیکوب، ۲۰۱۳؛ برآبادی، ۱۳۹۸). در سنین بالاتر با فعال شدن یک طرحواره، گذشته آسیب‌زا باز به تجربه‌ای در زمان اکنون تبدیل می‌شود و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار به‌صورت خودکار در فرد برانگیخته می‌شوند، و همین موجب می‌شود راه‌حل‌های جدید برای فرد غیرقابل دسترس شوند و آسیب ادامه یابد. هدف درمان مبتنی بر طرحواره در نوجوانان دسترسی به عواطف به رسمیت شناخته نشده، توانمند کردن نوجوان بزرگ‌تر و «خردمندتر» برای فکر کردن و پاسخ دادن به شیوه‌های جدید، یافتن روش‌های بهتر و سالم‌تر برای مقابله کردن و محافظت از خود است (لوز^۹ و همکاران، ۲۰۲۰؛ غلامی و همکاران، ۱۴۰۱). نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند کاهش تاثیرات منفی طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر رفتارها، اعمال و ویژگی‌های شخصیتی، در تغییر باورهای اصلی فرد موثر است (توکلی و همکاران، ۱۴۰۱). درمان مبتنی بر طرحواره یکی از درمان‌های روان‌شناختی است که تأثیر معناداری آن بر درمان علائم نارسایی توجه/بیش‌فعالی (سیرلی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۴؛ میکلوسی^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۶؛ فیلیپسن^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۷؛ کی‌راز و سرسلیک^{۱۳}، ۲۰۲۱؛ خان‌احمدی، ۱۳۹۸)، کاهش علائم اضطراب اجتماعی (سبکباری و همکاران، ۱۴۰۱؛ قادری و همکاران، ۱۳۹۵)، حرمت خود (فیروزی‌فر و آقایی، ۱۳۹۳) و تحمل پریشانی (فرزین‌فر و همکاران، ۱۳۹۹) نشان داده شده است.

با توجه به اینکه هر دو اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از اختلالات رایج در جامعه هستند، همبودی این دو اختلال به اندازه کافی در کارآزمایی‌های روان‌دارویی بررسی نشده است. دلیل آن ممکن است دیدگاه غالب طولانی‌مدت

1. Distress Tolerance
2. Doorley
3. Simons & Gaher
4. Cash
5. Ellis
6. Schema Therapy
7. Young
8. Renner
9. Loos
10. Sireli
11. Miklósi
12. Philipsen
13. Kiraz & Sertcelik

نسبت به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به عنوان یک اختلال دوران کودکی باشد. مطالعات خاص کمی در مورد همبودی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی وجود دارد (کوینچی، ۲۰۱۷). از این رو، آنچه اهمیت این پژوهش را نشان می‌دهد این است که پژوهش‌های کم و غیرقابل دسترسی درباره بررسی افراد مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و اضطراب اجتماعی همزمان در ایران وجود دارد و کمبود دانش نظری و پژوهشی در این زمینه احساس می‌شود. از جهتی دیگر با کمی دقیق‌تر شدن متوجه می‌شویم که تعداد افراد مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی روز به روز در حال افزایش است و این افراد مشکلات وسیع‌تری را تجربه می‌کنند و باید به ابعاد دیگری از روان آنها توجه کرد و از درمان‌های مختلفی در راستای ارتقای کیفیت زندگی این افراد استفاده کنیم. همچنین با توجه به چالش‌های پیچیده‌ای که نوجوانان در این دوره تحولی با آن مواجه هستند، توجه و بررسی به مسائل مرتبط با نوجوانی در این دوره تنش‌آور تحولی برای نوجوانانی که مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به همراه اضطراب اجتماعی هستند و رنج این دوره را دوچندان احساس می‌کنند ضرورت و اهمیت یافته و نیاز به پژوهش‌هایی همه‌جانبه و غنی به منظور بررسی درمان‌های موثر جهت التیام رنج این نوجوانان به چشم می‌خورد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر طرحواره بر حرمت خود و تحمل پریشانی نوجوانان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مبتلا به اضطراب اجتماعی انجام شد.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش را نوجوانان دختر (۱۷ و ۱۶ سال) با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مبتلا به اضطراب اجتماعی، دبیرستان‌های عادی و دولتی شهرستان یزد در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ تشکیل دادند. نمونه مورد نظر ۲۰ دانش‌آموز بود که به روش نمونه‌گیری مرحله‌ای انتخاب شدند. در مرحله نخست از بین مناطق آموزشی شهر یزد، یک منطقه آموزشی به تصادف انتخاب شد. سپس در مرحله بعد از بین مدارس مقطع متوسطه دوم، دو دبیرستان به تصادف انتخاب شدند. جهت تهیه نمونه، افراد براساس مقیاس درجه‌بندی نقص توجه و بیش‌فعالی که در اختیار والدین ۴۲۰ دانش‌آموز دو دبیرستان دوره دوم قرار گرفت، غربالگری شدند. سپس پرسش‌نامه‌های تکمیل شده جمع‌آوری شد. در مرحله بعد دانش‌آموزان براساس نقطه برش بالاتر از ۱۸ در مقیاس درجه‌بندی نقص توجه و بیش‌فعالی شناسایی شدند. لیستی با تعداد ۱۳۰ نفر تهیه شد. پس از آن پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی به آنها داده شد. تعداد ۸۰ نفر با توجه به پرسش‌نامه‌ها بدست آمد. با آنها مصاحبه تشخیصی توسط پژوهشگر انجام شد و تعداد ۴۵ نفر از آنها که هم تشخیص اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی و هم اختلال اضطراب اجتماعی را گرفتند، انتخاب شدند. پس از آن دانش‌آموزانی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند و تعداد آنها ۲۰ نفر بود در دو گروه طرحواره‌درمانی (۱۰ نفر) و گروه گواه (۱۰ نفر) به صورت تصادفی گمارده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: دارا بودن ملاک‌های تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی و با نمرات بالاتر از ۲۰ (نقطه برش مقیاس اضطراب اجتماعی)، دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با نمرات بالاتر از ۱۸ (نقطه برش مقیاس درجه‌بندی نارسایی توجه/بیش‌فعالی)، تکمیل فرم رضایت شرکت در پژوهش توسط نمونه و والدین یا سرپرست قانونی آنها، ریخت ترکیبی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، سابقه مصرف دارو در کودکی، عدم دریافت مداخلات مشابه در یک یا دو سال گذشته و علاقمندی به شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: دریافت همزمان مداخلات روان‌شناختی دیگر و غیبت بیش از دو جلسه از جلسات روان‌درمانی بود.

ابزار

۱. **مصاحبه بالینی:** در پژوهش حاضر برای تشخیص اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی همراه با اضطراب اجتماعی، به شیوه ساختاریافته مصاحبه انجام شد. مصاحبه بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی متن تجدیدنظر شده از طریق پژوهشگر برای مشخص شدن دانش‌آموزان مبتلا انجام گرفت.

۲. مقیاس درجه‌بندی نارسایی توجه/بیش‌فعالی^۱(SNAP-IV): برای شناسایی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در این پژوهش از این مقیاس استفاده شده است. این پرسش‌نامه که توسط والدین بررسی و تکمیل می‌شود؛ در سال ۱۹۸۱ از سوی سوانسون، نولان و پلهام برای سنجش اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در نوجوانان طراحی شد. این پرسش‌نامه شامل دو نسخه ۱۸ سوالی و ۲ مولفه است. خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه عبارتند از بعد بی‌توجهی، بعد بیش‌فعالی/تکانشگری، و کل پرسش‌نامه. هر سوال ۴ گزینه (هرگز، خیلی کم، زیاد و خیلی زیاد) دارد که به ترتیب با صفر، یک، دو و سه نمره‌گذاری می‌شود. میزان نارسایی توجه/بیش‌فعالی براساس نمرات به این صورت است: بالای ۳۶ شدید، بین ۱۸ تا ۳۶ متوسط و بین ۰ تا ۱۸ کم. روان‌شناسان بالینی و روان‌پزشکان روایی محتوایی این مقیاس درجه‌بندی نارسایی توجه/بیش‌فعالی را به شیوه کیفی تایید کردند. ضریب اعتبار این ابزار به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۷ برای کل مقیاس و همچنین برای خرده‌مقیاس‌های بی‌توجهی و فزون‌کنشی/تکانشگری به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۹۰ به دست آمده است (بوسینگ^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). در ایران این مقیاس توسط کیانی و هادیان‌فر (۱۳۹۴)، ترجمه شده است و روایی محتوایی، صوری و ملاکی این پرسش‌نامه مناسب ارزیابی و گزارش شده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ، ضریب اسپیرمن-براون و ضریب تنصیف گاتمن برای خرده‌مقیاس توجه به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۱ و ۰/۸۰ و برای خرده‌مقیاس فزون‌کنشی/تکانشگری ۰/۷۵، ۰/۶۵ و ۰/۶۴ گزارش دادند (کیانی و هادیان‌فر، ۱۳۹۴).

۳. مقیاس اضطراب اجتماعی^۳(SAS-A): لاجرسا و لوپز^۴ (۱۹۹۸) برای ارزیابی اضطراب اجتماعی پرسش‌نامه‌ای را طراحی کردند که شامل ۱۸ گویه است، این مقیاس براساس مدرج ۵ درجه‌ای (کاملاً شبیه من=۵ تا کاملاً متفاوت از من=۱) است؛ و سه عامل شامل ۱- ترس از ارزیابی منفی^۵ توسط همسالان، ۸ ماده، ۲- اجتناب و اندوه اجتماعی در موقعیت‌های جدید^۶، ۶ ماده و ۳- اجتناب و اندوه عمومی^۷، ۴ ماده را بررسی می‌کند. این ساختار سه عاملی در پژوهش‌های مختلف تایید شده است (لاجرسا و لوپز، ۱۹۹۸؛ ورنبرگ^۸ و همکاران، ۱۹۹۲؛ ایندربیتزن-نولان و والترز^۹، ۲۰۰۰). لاجرسا و همکاران (۱۹۹۸)، پایایی این مقیاس را به شیوه بازآزمایی با فاصله زمانی ۸ هفته در دامنه ۰/۵۴ تا ۰/۷۵، و ورنبرگ و همکاران (۱۹۹۲)، با فاصله زمانی ۶ ماهه در دامنه ۰/۴۷ تا ۰/۷۵ گزارش داده‌اند. در ایران این مقیاس توسط استوار و رضویه (۱۳۹۲) ترجمه شده است. این پژوهشگران برای بررسی روایی واگرا و همگرا این مقیاس از پرسش‌نامه افسردگی کودکان و مقیاس تجدیدنظر شده اضطراب آشکار کودکان استفاده کردند و همبستگی کل مقیاس اضطراب اجتماعی برای نوجوانان با پرسش‌نامه افسردگی کودکان ۰/۳۵ و با مقیاس تجدیدنظر شده اضطراب آشکار کودکان ۰/۵۹ به دست آوردند. ضریب پایایی بازآزمایی با فاصله سه هفته برای کل مقیاس ۰/۸۸ بود. همچنین جهت همسانی درونی مقیاس از ضریب آلفا استفاده کردند، و ضرایب خرده مقیاس‌های ترس از ارزیابی منفی توسط همسالان، اجتناب اجتماعی و اندوه جدید، اجتناب اجتماعی و اندوه عمومی را به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۴، ۰/۷۷ گزارش دادند.

۴. پرسش‌نامه حرمت‌خود کوپر اسمیت^{۱۰}(CSEI): این پرسش‌نامه برای اندازه‌گیری حرمت‌خود، توسط کوپر اسمیت در سال ۱۹۶۷ تهیه شده است و دارای ۵۸ گویه می‌باشد. این پرسش‌نامه شامل ۴ خرده‌مقیاس حرمت‌خود کلی، حرمت‌خود اجتماعی، حرمت‌خود خانوادگی، و حرمت‌خود تحصیلی است. پاسخ سوال‌ها به صورت بلی یا خیر طراحی شده، و شیوه نمره‌گذاری به صورت صفر و یک است. نمره فرد بین صفر - ۵۰ قرار می‌گیرد. نحوه ارزیابی حرمت‌خود در این پرسش‌نامه این گونه است که نمره بالاتر از

1. Swanson, Nolan and Pelham Rating Scale (SNAP-IV)
2. Bussing
3. Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A)
4. La Greca & Lopez
5. Fear of Negative Evaluation (FNE)
6. Social Avoidance and Distress in New Situations (SAD)
7. Social Avoidance and Distress - General (SAD - General)
8. Vernberg
9. Inderbitzen-Nolan & Walters
10. Coopersmith. Self-Esteem Inventory (CSEI)

۲۵ به معنای حرمت‌خود بالا و نمره پایین‌تر از ۲۵ به معنای حرمت‌خود پایین محسوب می‌شود. اعتبار و روایی بارها توسط شرکت‌کنندگان انگلیسی و عرب‌زبان انجام شد؛ و نسخه نهایی با فاصله ۶ هفته ضریب روایی ۰/۷۱ را به دست آورد (کوپراسمیت، ۱۹۶۷). در ایران برومند (۱۳۸۰) روی دانش‌آموزان دبیرستانی و پیش‌دانشگاهی شهرستان اسلامشهر پرسش‌نامه حرمت‌خود کوپراسمیت را هنجاریابی کردند. همبستگی معناداری بین نمره‌های این پرسش‌نامه با نمره‌های پرسش‌نامه آیزنگ وجود داشت؛ ضریب همبستگی ۰/۸۱۴ به دست آمد که روایی ملاکی مناسبی دارد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۹ گزارش کردند.

۵. مقیاس تحمل پریشانی^۱ (DTS): مقیاس تحمل پریشانی شاخصی خودسنجی برای تحمل پریشانی می‌باشد، که توسط سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ طراحی شده است. این مقیاس از ۱۵ گویه و ۴ خرده‌مقیاس (شامل تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم) تشکیل شده است. گویه‌های مربوط به هر خرده‌مقیاس به این صورت است: تحمل (۱، ۳ و ۵)، جذب (۲، ۴ و ۱۵)، ارزیابی (۶، ۷، ۹، ۱۰ و ۱۱) و تنظیم (۸، ۱۳ و ۱۴). عبارتهای این مقیاس بر مبنای طیف لیکرت ۵ درجه ای (کاملاً موافق=۱، اندکی موافق=۲، به یک اندازه موافق و مخالف=۳، اندکی مخالف=۴، کاملاً مخالف=۵) سنجیده می‌شود. نمرات بین ۱۵-۷۵ قرار می‌گیرد. نمره بالاتر، تحمل پریشانی بیشتر را نشان می‌دهد. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی برای این مقیاس به دست آوردند؛ و ضریب روایی ۰/۶۱ برای آن گزارش کردند. همچنین آنها ضرایب آلفا را برای خرده‌مقیاس‌ها (تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم) و کل مقیاس را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰، ۰/۸۲ و ۰/۸۲ گزارش کردند. در ایران علوی و همکاران (۱۳۹۰) این پرسش‌نامه را ترجمه و به کار بردند، پایایی همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس ۰/۷۱ و پایایی متوسطی را برای خرده‌مقیاس‌های تحمل ۰/۵۴، جذب ۰/۴۲، ارزیابی ۰/۵۶ و تنظیم ۰/۵۸ به دست آوردند.

برنامه مداخله

دستورالعمل‌ها و تکنیک‌های درمان مبتنی بر طرحواره با اقتباس از کتاب طرحواره‌درمانی کودکان و نوجوانان از لوز و همکاران، ۲۰۲۰ تدوین شد. این پروتکل توسط منجزی و همکاران (۱۴۰۳) استفاده شده و اعتبار آن مورد تایید است. این پروتکل در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی برگزار شد. شرح مختصری از جلسات درمانی در جدول (۱) آمده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات طرحواره درمانی

جلسه	هدف	محتوای جلسه
یکم	آشنایی و برقراری ارتباط	خوش‌آمدگویی و پذیرش، معرفی اعضا به یکدیگر و برقراری ارتباط، مطرح کردن اهداف، قوانین گروه، زمان، تعداد جلسات، مسئله رازداری و معرفی مدل طرحواره به زبان ساده، انجام تکنیک حباب امن
دوم	آگاهی نسبت به نیازهای اساسی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه	توضیح نیازهای اساسی روان‌شناختی، معرفی طرحواره‌های ناسازگار به زبان ساده و شفاف، چگونگی شکل‌گیری و نحوه عملکرد آنها، توضیح سبک‌های مقابله‌ای همراه با مثال‌هایی از زندگی روزمره، آشنایی با طرحواره‌هایشان، ریشه‌های تحولی و علائم خطر
سوم	خودمشاهده‌گری و کشف الگوهای ناسالم در زندگی	ادامه آموزش طرحواره‌ها، کمک به اعضا برای ارتباط برقرار کردن ریشه‌های تحولی به مشکلات فعلی‌شان، ارزیابی هیجانات‌شان، خودمشاهده‌گری و جستجو کردن الگوهای ناسالم در زندگی روزمره
چهارم	آموزش و آگاهی از ذهنیت‌های کودک و والد ناکارآمد	آموزش ذهنیت‌های کودک و ذهنیت‌های والد ناکارآمد، معایب و مزایای ذهنیت‌ها، انجام تکنیک نوازش کودک زخمی و دستیابی به کودک آسیب‌پذیر
پنجم	آگاهی از ذهنیت‌های توانمند و مقابله‌ای ناسازگار، و شناسایی ذهنیت‌ها در اعضا	ادامه آموزش ذهنیت‌های توانمند و ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار. در ادامه بازی گروهی شناسایی ذهنیت‌ها (هر کدام از افراد نقش ذهنیتی را بازی می‌کند و دیگر اعضا باید حدس می‌زدند چه ذهنیتی بر فرد حاکم است).

ششم	راهبردهای موثر شناختی و رفتاری	آگاهی اعضا از ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار خود، ذهنیت‌های والد تنبیه‌گر و والد پرتوقع و صحبت در مورد راهبردهای موثر رفتاری و شناختی
هفتم	پرورش ذهنیت‌های سالم	آگاهی از ارتباط اتفاقات با نیازها، جستجو کردن ذهنیت‌های کودک و توانمند، پرورش ذهنیت والد حمایتگر و محافظ خوب. انجام تکنیک مصاحبه با ذهنیت‌ها
هشتم	مدیریت ذهنیت‌ها	پیدا کردن برانگیزان‌های ذهنیت، عمل کردن ذهنیت‌ها در عمل، مدیریت ذهنیت کودک عصبانی و تقویت ذهنیت باهوش و خردمند
نهم	جایگزین کردن سبک‌های مقابله‌ای سالم به جای ناسالم	کمک به افراد برای جایگزین کردن سبک‌های مقابله‌ای کارآمد به جای الگوهای رفتاری ناسالم طرحوارهای با کمک ذهنیت‌ها، نشستن روی صندلی ذهنیت‌ها و سپس نشستن روی صندلی ذهنیت باهوش و خردمند
دهم	نتیجه‌گیری و جمع‌بندی	تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری نهایی با کمک اعضا

شیوه اجرای پژوهش

پژوهش حاضر پس از تأیید کمیته اخلاق دانشگاه گیلان به شماره IR.GUILAN.REC.1402.051 انجام شد. برای انجام پژوهش در آغاز مجوزهای لازم از دانشگاه گیلان و بعد آموزش و پرورش یزد گرفته شد. سپس با اخذ مجوز به مدرسی که معرفی شده بود، مراجعه گردید. در مرحله بعد دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با اضطراب اجتماعی شناسایی و نمونه‌گیری انجام گرفت. دانش‌آموزان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند و پیش‌آزمون بر روی آنها انجام شد. گروه آزمایش طبق جدول ۱ به مدت ده جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و دو بار در هفته تحت درمان قرار گرفتند و گروه گواه هیچ درمانی دریافت نکرد. در انتها پس‌آزمون از هر دو گروه گرفته شد. پس از آن نمرات ثبت شد و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-23 و روش آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به منظور ملاحظات اخلاقی تمامی شرکت‌کنندگان به صورت شفاهی اطلاعات لازم را دریافت کردند تا بتوانند با اختیار کامل شرکت کنند، به شرکت‌کنندگان این اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌مانند و در صورت عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش، می‌توانند انصراف دهند.

یافته‌ها

از ۲۰ دانش‌آموزی که با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مبتلا به اضطراب اجتماعی در پژوهش شرکت کرده بودند، ۱۲ نفر (۶۰ درصد) پایه تحصیلی دهم و ۸ نفر (۴۰ درصد) پایه تحصیلی یازدهم بودند. به علاوه گروه آزمایش شامل ۶ شرکت‌کننده (۶۰ درصد) ۱۶ سال و ۴ نفر (۴۰ درصد) ۱۷ سال بودند. همچنین، گروه گواه شامل ۶ شرکت‌کننده (۶۰ درصد) ۱۶ سال و ۴ شرکت‌کننده (۴۰ درصد) ۱۷ سال بودند. در ادامه میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی حرمت خود و تحمل پریشانی در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	مرحله	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار
حرمت خود	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۳/۲۰	۳/۹۱
		گواه	۲۱/۳۰	۳/۲۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۲۹/۸۰	۲/۳۴
		گواه	۲۱/۵۰	۳/۴۰
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۰/۱۰	۵/۵۴
		گواه	۲۹/۸۰	۶/۱۷
	پس‌آزمون	آزمایش	۵۰/۴۰	۹/۳۹
		گواه	۳۰/۲۰	۶/۴۶

با توجه به جدول ۲، میانگین حرمت خود و تحمل پریشانی در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته‌اند. در صورتی که بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرها در گروه کنترل تفاوت چندانی وجود نداشته است. با توجه به آزمون فرضیه‌های پژوهش، نیازمند استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (آنکوا) بوده و حذف

اثربخشی درمان مبتنی بر طرحواره بر حرمت خود و تحمل پریشانی دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

فرخناز جوبانیان، عباسعلی حسین‌خانزاده، مهناز خسروجاوید و ایرج شاکری‌نیا

اثر پیش‌آزمون از جمله موارد بود که در این پژوهش کنترل شد. از این‌رو، باید پیش‌فرض‌های لازم یعنی پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه، تساوی واریانس‌ها و یکسانی شیب خط رگرسیون رعایت می‌گردید. اولین پیش‌فرضی که برای به‌کارگیری روش تحلیل کوواریانس مورد نیاز است، پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات گروه‌های نمونه است. برای آزمون این فرضیه از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که نتایج این آزمون نشان داد فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در همه متغیرهای پژوهش مشاهده می‌شود، یعنی توزیع نمرات نمونه، نرمال و همسان با جامعه است. نتیجه پیش شرط شیب خط رگرسیون نشان داد تعامل بین شرایط آزمایشی و متغیر همپراش در هر کدام از متغیرهای تحمل پریشانی با مجموع مجذورات $F=0/42$ با مقدار $F=0/42$ و حرمت‌خود با مجموع مجذورات $F=0/63$ با مقدار $F=0/08$ معنادار نیست ($P>0/05$). همچنین، جهت این پیش‌فرض که واریانس‌های نمرات دو گروه، در جامعه با هم برابرند و از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری ندارند از آزمون لوین استفاده شد و مقدار F بدست آمده برای این آزمون در متغیرهای حرمت‌خود $F=1/41$ و تحمل پریشانی $F=3/13$ معنادار نیست. این عدم معناداری بدین معناست که پیش‌فرض همگنی واریانس نمرات در مؤلفه‌های ذکر شده رعایت شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (آنکوا) برای متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه آزمایش و گواه

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه تأثیر
پس‌آزمون حرمت خود	۲۷۱/۰۹	۱	۲۷۱/۰۹	۳۶/۴۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۸
خطا	۱۲۶/۵۴	۱۷	۷/۴۴			
پس‌آزمون تحمل پریشانی	۱۹۹۸/۹۰	۱	۱۹۹۸/۹۰	۳۷/۷۹	<۰/۰۰۱	۰/۶۹
خطا	۸۹۹/۰۸	۱۷	۵۲/۸۸			

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات پس‌آزمون متغیرهای حرمت‌خود و تحمل پریشانی در گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P<0/001$). بنابراین، درمان مبتنی بر طرحواره می‌تواند حرمت‌خود و تحمل پریشانی را در دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مبتلا به اضطراب اجتماعی افزایش دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر طرحواره بر حرمت‌خود و تحمل پریشانی دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مبتلا به اضطراب اجتماعی بود. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر طرحواره بر حرمت‌خود و تحمل پریشانی دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مبتلا به اضطراب اجتماعی تأثیر معنی‌داری دارد. این نتایج همسو با یافته‌های پژوهش سیرلی و همکاران (۲۰۲۴) که نشان دادند در نوجوانان گروه مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نسبت به گروه گواه از نظر طرحواره‌های ناسازگار اولیه تفاوت معنی‌داری وجود دارد و سطح علائم اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مرتبط است. میکوسی و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند مکمل مهمی برای روان‌درمانی بیماران بالغ مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی باشد. فیلیپسن و همکاران (۲۰۱۷) نیز در پژوهش خود با نشان دادن وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بزرگسالان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به این نتیجه رسیدند که نظریه طرحواره ممکن است به طور مفید برای درمان افراد مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بزرگسالان به کار رود. کی‌راز و سرسلیک (۲۰۲۱) در پژوهش خود علاوه بر حمایت از نظریه طرحواره‌های ناسازگار اولیه نشان می‌دهند که شناسایی و اصلاح مداخلات طرحواره‌های ناسازگار بر اساس طرحواره‌های خاص می‌تواند روشی مهم و مفید برای روان‌درمانی در درمان افراد مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی باشد. نتایج پژوهش خان‌احمدی (۱۳۹۹) نیز در مرحله اول نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با علائم اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی ارتباط مثبت و معنی‌داری دارد و در مرحله دوم نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر طرحواره برای درمان اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مؤثر است. سبکباری و همکاران (۱۴۰۱) دریافتند درمان مبتنی بر طرحواره در کاهش ترس از ارزیابی منفی دختران دانشجوی ایرانی مبتلا به اضطراب اجتماعی مؤثر بوده است. همچنین نتایج قادری و همکاران (۱۳۹۵) نیز حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر طرحواره در اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش علائم اضطراب اجتماعی مؤثر می‌باشد. یافته‌های پژوهش فیروزی‌فر و آقای (۱۳۹۳) نشان می‌دهد بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و حرمت‌خود رابطه‌ای منفی وجود دارد. بنابراین وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه در نوجوانان (دختر و پسر) باعث کاهش حرمت‌خود در آنها می‌شود. نتایج پژوهش فرزین‌فر و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد طرحواره‌درمانی در افزایش تحمل پریشانی افراد مبتلا به لکنت مؤثر می‌باشد.

برای تبیین اثرگذاری این روش درمانی می‌توان بیان کرد که دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به سبب رفتارهای ناپخته در کودکی با شکست‌های پی‌درپی در برقراری ارتباط، طردشدن از سوی همسالان و همچنین تجربیات تلخ دیگری که بارها و بارها در مدرسه، محیط اجتماعی و خانواده برایشان اتفاق افتاده است، مواجه می‌شوند. این تجربیات تلخ و منفی به‌عنوان تهدیداتی برای حرمت خود محسوب می‌شوند که بطور مداوم به حرمت خود فرد آسیب می‌زند. همچنین این تجربیات تلخ، تحمل پریشانی این دانش‌آموزان را کاهش داده و باعث می‌شود که آنها دچار اضطراب گردند و درصدد باشند که با رفتارهایی این اضطراب پیش آمده را دفع کنند. بنابراین دست به رفتارهای ناکارآمدی می‌زنند و در بیشتر مواقع آن سبک رفتار ناکارآمد را ادامه می‌دهند، به دلیل اینکه آگاهی نسبت به رفتار ناکارآمد خود و پیامدهای منفی آن ندارند. از این رو، دانستن سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و تغییر آن باعث بهبود حرمت‌خود و تحمل پریشانی می‌شود، همانطور که در نتایج به آن دست یافته‌ایم. امروزه مدل درمانی مبتنی بر طرحواره برای نوجوانان بر پایه ذهنیت‌ها است. باعث شده است از پیچیدگی طرحواره‌ها کاسته شود و درمان موثری را به ارمغان آورد.

از آنجایی که ذهنیت، وضعیت هیجانی و پاسخ مقابله‌ای (سازگار یا ناسازگار) لحظه‌ای است که فرد تجربه می‌کند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). از این رو، مهم است که نوجوان بداند یک ذهنیت بیانگر یک وضعیت است، نه چیزی که دائمی باشد. یکی از جنبه‌های مهم مدل درمانی این است که نوجوان با یافتن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار خود با کمک درمانگر با شفقت به آنها نگاه می‌کند. به این صورت که آن ذهنیت‌ها در آن زمان تنها راه‌حل‌های سازگانه برای مشکلات او بوده‌اند و مهارت کافی برای راه مقابله‌ای بهتر و سالم‌تر را نداشته است. نوجوان تمایل دارد خود را سرزنش کند که «چطور توانستم؟» و درمانگر برای القای حس خود ارزشمندی و از بین بردن سرزنش نوجوان به‌عنوان یک مدافع قوی عمل می‌کند در برابر آن چیزی که کودک در آن زمان برای بقا خود ضروری یافته است (لوز و همکاران، ۲۰۲۰؛ غلامی و همکاران، ۱۴۰۱). این حس ارزشمندی در ترمیم حرمت‌خود دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و همچنین افزایش تحمل پریشانی مؤثر است.

از دیگر عوامل موفقیت این روش درمانی تمایز بین سبک‌های مقابله‌ای قدیمی و جدید است. در کار با ذهنیت‌ها زمانی که نوجوان بتواند بطور دقیق بشناسد که در چه ذهنیتی قرار دارد و بداند که چگونه آن را مدیریت کند و تغییر دهد، کم‌کم به سمت ذهنیت باهوش و خردمند که همان ذهنیت بزرگسال سالم در درمان مبتنی بر طرحواره بزرگسالان است، نزدیک‌تر می‌شود. ذهنیت‌های مقابله‌ای ناکارآمد باعث رفتارهای ناکارآمدی در فرد می‌شود و فرد از این ذهنیت‌های مقابله‌ای آگاه نیست و رفتار خود را موجه و برای حفظ امنیت قلمداد می‌کند (آرتنز و جیکوب، ۲۰۱۳؛ برآبادی، ۱۳۹۸). نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی به دلیل اینکه مدام در معرض تحقیر، توهین، طرد شدن، تمسخر، ملامت و انتقاد هستند برای مقابله و حفظ خود در برابر نامالایماتی که از سوی دیگران تجربه می‌کنند از ذهنیت‌های مقابله‌ای ناکارآمد استفاده می‌کنند. بنابراین در طول فرایند درمان مبتنی بر طرحواره در این پژوهش تلاش شده است که درمانگر به نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی کمک کند تا براساس طرحواره‌های خود به ذهنیت‌های طرحواره‌ای خود دست یابند و با مجهز کردن نوجوان به روش‌های جدید نگاه کردن به جهان این امکان را برای آنها فراهم آورد که مفروضات پیشین خود را زیر سوال ببرند و راهبردهای مقابله‌ای جدید و کاربردی را با استفاده از ذهنیت‌های سالم جایگزین کنند.

علاوه بر این، در طول فرایند درمان نوجوان درک متفاوتی از ذهنیت‌های مقابله‌ای را می‌آموزد، درکی که مربوط به شدت ذهنیت‌های مقابله‌ای است. ذهنیت‌های مقابله‌ای در شدت پایین ضرورتاً ناکارآمد نیستند اما با شدت گرفتن بالا، ناکارآمدی ذهنیت‌ها نیز افزایش می‌یابد. به طور مثال در ذهنیت تسلیم وقتی نوجوان از آن برای پذیرفتن توصیه‌ها، تحمل ناامیدی‌ها، اجازه بده بستان و یکپارچه‌سازی خود در جهت سازگار شدن استفاده می‌کند سالم است اما اگر تسلیم شدن در همه حوزه‌ها شدت بالایی بگیرد و نوجوان از آن به عنوان تنها راهبرد موجود و از روی ناچاری استفاده کند ناسالم است (لوز و همکاران، ۲۰۲۰؛ غلامی و همکاران، ۱۴۰۱). بنابراین یکپارچه کردن جنبه‌های سازگار ذهنیت‌های مقابله‌ای و ذهنیت باهوش و خردمند و همچنین استفاده مناسب و انعطاف‌پذیر از آنها برای یک نوجوان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی بسیار مفید است.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به قدیمی بودن پرسش‌نامه حرمت خود کوپراسمیت، کم بودن حجم نمونه، کوتاه بودن مدت زمان اجرای مداخله، استفاده مداخله برای یک گروه جنسی و فقدان مرحله پیگیری جهت آزمودن اثربخشی اشاره کرد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش اعمال تغییراتی در پروتکل اصلی درمان مبتنی بر طرحواره در جهت مناسب سازی آن برای گروه هدف بود، درحالیکه روایی صوری و محتوایی نسخه اصلاح شده مورد ارزیابی مجدد قرار نگرفت. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، این مداخله با حجم نمونه بزرگتر، گروه‌های سنی و جنسی دیگر، زمان اجرای طولانی‌تر و با بررسی روایی نسخه اصلاح شده مورد مطالعه قرار گیرد تا نتایج از اعتبار بیشتری برخوردار شود.

تشکر و قدردانی

از تمام دانش‌آموزان حاضر در پژوهش، خانواده‌های آنان، مدیران و معلمان محترم که همکاری خوبی در انجام این پژوهش داشتند، همچنین از اساتید راهنما و مشاور و همه کسانی که در این پژوهش قدمی برای پیشبرد علم برداشته‌اند، تقدیر و قدردانی می‌شود.

تعارض و منافع

کلیه نویسندگان اعلام می‌دارند در این مطالعه تعارض منافی نداشته‌اند.

منابع

- استوار، ص.، و رضویه، ا. (۱۳۹۲). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس اضطراب اجتماعی برای نوجوانان جهت استفاده در ایران. *فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۳(۱۲)، ۷۸-۶۹.
- امیدی، ح.، ساجدی، ف.، رستمی، ر.، و بخشی، ع. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر عزت نفس دانش‌آموزان مبتلا به اختلال کم توجهی و بیش‌فعالی. *نشریه توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۹(۲)، ۳۷-۲۷.
- آرتنز، آ. و جیکوب، گ. (۲۰۱۳). *تکنیک‌های طرحواره‌درمانی الگوی مبتنی بر ذهنیت*. ترجمه: برآبادی، ح. (۱۳۹۸). تهران: اسبار.
- برومند، م. (۱۳۸۰). *بررسی عملی اعتبار و روایی و هنجاریابی آزمون حرمت خود کوپراسمیت در شهرستان اسلامشهر*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روان‌شناسی و علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
- توکلی، ز.، قدم پور، ع.، باقری، ن.، و تنها، ز. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا و طرحواره‌درمانی بر انعطاف‌پذیری شناختی و حرمت خود جسمانی در زنان متقاضی جراحی زیبایی. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۲۱(۱۱۵)، ۱۴۶۲-۱۴۴۳.
- حسن‌زاده، س.، امرایی، ک.، و صمدزاده، ص. (۱۳۹۸). فراتحلیلی بر شیوع اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی در ایران. *نشریه توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۱۰(۲)، ۱۷۷-۱۶۵.
- خان‌احمدی، ن. (۱۳۹۹). *تعیین رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و علائم اختلال نارسایی توجه همراه با فزون‌کنشی و تاثیر طرحواره‌درمانی گروهی بر نشانه‌های اختلال نارسایی توجه همراه با فزون‌کنشی در دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان.
- سبکباری، ک.، عباسی، ر.، و غلامی‌باکر، ن. (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر ترس از ارزیابی منفی دختران مبتلا به اضطراب اجتماعی. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۱۱(۲)، ۱۱۲-۹۵.
- علوی، خ.، مدرس‌غروی، م.، امین‌یزدی، س. ی.، و صالحی‌فدردی، ج. (۱۳۹۰). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی (با تکیه بر مولفه‌های هوشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی) بر نشانه‌های افسردگی در دانشجویان. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۳(۲)، ۱۳۵-۱۲۴.
- فرزین‌فر، ک.، نجات، ح.، دوستکام، م.، و توزنده‌جانی، ح. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و رویکرد تلفیقی شناختی-گفتاری بر تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی افراد مبتلا به لکنت. *مجله پزشکی بالینی ابن‌سینا*، ۲۷(۴)، ۲۵۲-۲۳۹.
- فیروزی‌فر، ن.، و آقایی، ح. (۱۳۹۳). رابطه طرحواره‌های ناکارآمد اولیه با عزت‌نفس در میان دانش‌آموزان دوره دبیرستان شهر دامغان. *فصلنامه خانواده و پژوهش*، ۱۱(۳)، ۴۶-۳۳.

- قادری، ف.، کلانتری، م.، و مهرابی، ح. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۶(۲۴)، ۱-۲۸.
- کیانی، ب.، و هادیان‌فر، ح. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روانسنجی فرم فارسی خودگزارشی مقیاس درجه‌بندی سوانسون، نولان و پلهام (نسخه چهارم) برای غربالگری اختلال نارسایی توجه/افزون‌کنشی در نوجوانان. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲۱(۴)، ۳۱۷-۳۲۴.
- لوز، ک.، گراف، پ.، زاربوک، ج.، و هالت، ر. (۲۰۲۰). طرحواره‌درمانی برای کودکان و نوجوانان. ترجمه: غلامی، گ.، عسکری، س.، و میرکیا لنگرودی، ث. (۱۴۰۱). تهران: ارجمند.
- منجزی، ف.، اسدپور، ا.، رسولی، م.، و زهراکار، ک. (۱۴۰۳). تاثیر مشاوره گروهی بر طرحواره‌درمانی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی نوجوانان طلاق. *پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۱۵(۳)، ۱۶۱-۱۷۹.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition Text Revision—DSM-5-TR*. American Psychiatric Association: Washington, DC, USA.
- Bussing, R., Fernandez, M., Harwood, M., Hou, W., Garvan, C. W., Eyberg, S. M., & Swanson, J. M. (2008). Parent and teacher SNAP-IV ratings of attention deficit hyperactivity disorder symptoms: psychometric properties and normative ratings from a school district sample. *Assessment*, 15(3), 317-328.
- Cash, A. R. (2022). *The Role of Distress Tolerance and Emotion Regulation in the Health Risk Behaviors of College Students with and without ADHD* (Doctoral dissertation, Virginia Tech).
- Çelebi, F., & Ünal, D. (2021). Self-esteem and clinical features in a clinical sample of children with ADHD and social anxiety disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 75(4), 286-291.
- Coopersmith, S. (1967). The antecedents of self-esteem San Francisco. *H Freeman and Company*.
- Doorley, J. D., Kashdan, T. B., Alexander, L. A., Blalock, D. V., & McKnight, P. E. (2019). Distress tolerance in romantic relationships: A daily diary exploration with methodological considerations. *Motivation and Emotion*, 43, 505-516.
- Ellis, A. J., Salgari, G., Miklowitz, D., & Loo, S. K. (2018). Is distress tolerance an approach behavior? An examination of frontal alpha asymmetry and distress tolerance in adolescents. *Psychiatry research*, 267, 210-214.
- Gillies, D., Leach, M. J., & Algorta, G. P. (2023). Polyunsaturated fatty acids (PUFA) for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4).
- Habsy, B. A., Hidayah, N., Lasan, B. B., Muslihati, M., & Fudholi, A. (2019). The development model of semar counselling to improve the self-esteem of vocational students with psychological distress. *International Journal of Emerging Technologies in Learning (Online)*, 14(10), 132.
- Inderbitzen-Nolan, H. M., & Walters, K. S. (2000). Social Anxiety Scale for Adolescents: Normative data and further evidence of construct validity. *Journal of clinical child psychology*, 29(3), 360-371.
- Kingsbury, M., & Coplan, R. J. (2016). RU mad@ me? Social anxiety and interpretation of ambiguous text messages. *Computers in Human Behavior*, 54, 368-379.
- Kita, Y., & Inoue, Y. (2017). The direct/indirect association of ADHD/ODD symptoms with self-esteem, self-perception, and depression in early adolescents. *Frontiers in psychiatry*, 137.
- Koyuncu, A., Ertekin, E., Yüksel, Ç., Aslantaş Ertekin, B., Çelebi, F., Binbay, Z., & Tükel, R. (2015). Predominantly inattentive type of ADHD is associated with social anxiety disorder. *Journal of attention disorders*, 19(10), 856-864.
- Koyuncu, A., Çelebi, F., Ertekin, E., Kök, B. E., & Tükel, R. (2017). Extended-release methylphenidate monotherapy in patients with comorbid social anxiety disorder and adult attention-deficit/hyperactivity disorder: retrospective case series. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 7(11), 241-247.
- Kiraz, S., & Sertçelik, S. (2021). Adult attention deficit hyperactivity disorder and early maladaptive schemas. *Clinical psychology & psychotherapy*, 28(5), 1055-1064.
- La Greca, A. M., & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of abnormal child psychology*, 26, 83-94.

- Mazzone, L., Postorino, V., Reale, L., Guarnera, M., Mannino, V., Armando, M., ... & Vicari, S. (2013). Self-esteem evaluation in children and adolescents suffering from ADHD. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 9, 96.
- Miklósi, M., Máté, O., Somogyi, K., & Szabó, M. (2016). Adult attention deficit hyperactivity disorder symptoms, perceived stress, and well-being: the role of early maladaptive schemata. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(5), 364-369.
- O'Rourke, E. J. (2020). *Youth with ADHD: The Impact of Clinical Anxiety on Neuropsychological Functioning*. State University of New York at Albany.
- Philipsen, A., Lam, A. P., Breit, S., Lücke, C., Müller, H. H., & Matthies, S. (2017). Early maladaptive schemas in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 9, 101-111.
- Renner, F., DeRubeis, R., Arntz, A., Peeters, F., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. (2018). Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 58, 97-105.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*, 29(2), 83-102.
- Sireli, O., Colak, M., Demirci, T. H., Savaschabes, A. E., & Oz Cinar, H. (2024). Early maladaptive schemas in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1455897.
- Swanson, J. M., Nolan, W., & Pelham, W. E. (1981). The SNAP Rating Scale for the Diagnosis of the attention deficit disorder. *Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Los Angeles*.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Simpson, W., & Patterson, B. (2011). Adult attention deficit hyperactivity disorder in an anxiety disorders population. *CNS neuroscience & therapeutics*, 17(4), 221-226.
- Vernberg, E. M., Abwender, D. A., Ewell, K. K., & Beery, S. H. (1992). Social anxiety and peer relationships in early adolescence: A prospective analysis. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(2), 189-196.
- von Soest, T., Wagner, J., Hansen, T., & Gerstorf, D. (2018). Self-esteem across the second half of life: The role of socioeconomic status, physical health, social relationships, and personality factors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 114(6), 945.
- Yoldas, C., Dogan, B., Kocabas, O., Memis, C. O., Sevincok, D., & Sevincok, L. (2019). The importance of avoidant personality in social anxiety disorder with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 11, 271-278.
- Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide* Guilford Press. *New York, NY*, 8.