J TOLOO E BEHDASHT, School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci

ORIGINAL ARTICLE
Received:2025/06/01 *Accepted:2025/09/13*

The Effectiveness of Schema Therapy on Differentiation and Emotional Expression of Parents with Autistic Children in Isfahan

Najmeh Bahredar (M.A.)[1], Maryam Kadkhodaee(Ph.D.)[2]

1.MA Student in Psychology, Mo. C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2.Corresponding author:Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Mo. C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran. Email: m.kadkhodaee@iau.ac.ir Tel: +98-09217721289

Abstract

Introduction: Autism is a neurodevelopmental disorder in the group of pervasive developmental disorders characterized by persistent difficulties in social interaction and communication, which can place considerable psychological stress on parents. Given these challenges, the present study aimed to examine the effectiveness of schema therapy on differentiation and emotional expression among parents of children with autism in Isfahan.

Methods: The current research method is a quasi-experimental research that was conducted as a pre-test-post-test design with a control group. The study population included all parents of children with autism who attended a rehabilitation center in Isfahan. Among them, 30 people were selected as a sample and according to the entry and exit criteria and were randomly assigned to two experimental and control groups. The questionnaires used in the present study are: Drake's Self-Differentiation Scale questionnaire (2015), King and Emmons' Emotional Expression Questionnaire (1990). For the experimental group, Young's schema therapy protocol was used over 9 sessions, once per week. Data were analyzed using descriptive statistics and analysis of covariance (ANCOVA) in SPSS version 26.

Results: Data analysis shows a value of F: 2228/831 for differentiation and F: 4062/285 for emotional expression at the P<0/05 level. Therefore, schema therapy led to increased differentiation and emotional expressiveness in parents of autistic children.

Conclusion: Schema therapy can help reduce emotional problems in parents of children with autism by improving emotional differentiation and expression.

Keywords: Schema Therapy; Autism Spectrum Disorder; Parents; Expressed Emotion; Differentiation.

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-18]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i4.21150]

This Paper Should be Cited as:

Author: Najmeh Bahredar, Maryam Kadkhodaee. The Effectiveness of Schema Therapy on Differentiation and Emotional Expression of Parents with Autistic Children in Isfahan…….Tolooebehdasht Journal. 2025;24(4)1-18.[Persian]

اثربخشی طرحواره درمانی بر تمایزیافتگی و ابرازگری هیجانی والدین دارای کودک اتیسم شهر اصفهان

نویسندگان: نجمه بهره‌دار[۱]، مریم کدخدائی[۲]

۱.دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، واحد مبارکه، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۲.نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی، واحد مبارکه، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

شماره تماس:۰۹۲۱۷۷۲۱۲۸۹ :Email: m.kadkhodaee@iau.ac.irEmail

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد
سال بیست و چهارم
شماره چهارم
مهر و آبان
شماره مسلسل:۱۱۲

تاریخ وصول:۱۴۰۴/۰۳/۱۱
تاریخ پذیرش:۱۴۰۴/۰۶/۲۲

چکیده

مقدمه: اختلال اوتیسم یکی از اختلال‌های عصب تحولی در گروه اختلال فراگیر رشد است که با مشکلات مداوم در تعامل و ارتباط اجتماعی مشخص می‌شود و می‌تواند استرس روانی قابل‌توجهی را بر والدین وارد کند. با توجه به این چالش‌ها، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر تمایزیافتگی و ابراز گری هیجانی والدین دارای کودک اوتیسم در اصفهان می‌باشد.

روش بررسی: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی به‌صورت طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه‌ی مورد مطالعه کلیه والدین دارای کودک اوتیسم مراجعه‌کننده به یک مرکز توان‌بخشی در شهر اصفهان بود. از بین آنها ۳۰ نفر به‌عنوان نمونه و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده در پژوهش حاضر، عبارت‌اند از: پرسشنامه‌های تمایزیافتگی خود دریک و همکاران (۲۰۱۵) و ابراز گری هیجانی کینگ و امونز(۱۹۹۰). برای گروه آزمایش از پروتکل طرحواره درمانی یانگ طی ۹ جلسه و هفته‌ای یک بار استفاده شد. جهت تحلیل فرضیه‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس با نرم‌افزار SPSS-26 استفاده شد.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها مقدار ۲۲۲۸/۸۳۱: F برای تمایزیافتگی و ۴۰۶۲/۲۸۵: F برای ابرازگری هیجانی در سطح P<۰/۰۵ را نشان می‌دهد؛ بنابراین طرحواره درمانی منجر به افزایش تمایزیافتگی و ابراز گری هیجانی والدین دارای کودک اوتیسم شد.

نتیجه‌گیری: طرحواره درمانی می‌تواند با بهبود تمایزیافتگی و ابرازگری هیجانی، به کاهش مشکلات هیجانی والدین کودکان مبتلا به اوتیسم کمک کند.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی؛ اختلال طیف اتیسم؛ والدین؛ ابرازگری هیجانی؛ تمایزیافتگی

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-18]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i4.21150]

CC BY-NC 4.0

مقدمه

اختلال اوتیسم یک اختلال عصبی-تحولی از گروه اختلال فراگیر رشد است(۱). نقص در ارتباط، رفتارهای تکراری کلیشه‌ای و علائق محدود، سه بخش اصلی نقصان کیفیت تعامل اجتماعی اوتیسم هستند(۲). تشخیص دیرهنگام و دشوار، بروز علائم بعد از یک دوره طبیعی و نرمال رشد کودک، فقدان درمان‌های قطعی و مؤثر، پیش‌آگهی نه چندان مطلوب می‌تواند فشارهای روانی گوناگونی را بر خانواده و نزدیکان کودک تحمیل کند(۳). در این زمینه پژوهشگران(۴) تأکید می‌کنند که اوتیسم با ایجاد اختلال در چهار حوزه تحول حسی، اجتماعی، زبانی و شناختی و همچنین با دشوار کردن فرایندهای آموزش، تحصیل و برقراری ارتباط، می‌تواند تأثیر چشمگیری بر عملکرد خانواده و کیفیت روابط درون خانوادگی داشته باشد، والدین را با چالش‌های بسیاری روبرو می‌کند؛ بنابراین تلاش در جهت بهبود آثار آن بر خانواده بسیار مهم است(۵). محدودیت‌های شناختی یا انطباقی این کودکان و عدم توانایی آنها برای زندگی مستقل موجب شده است که والدین به طور دائم درگیر رفع نیازهای فرزندشان باشند و از نیازها و سلامت روان‌شناختی خود غافل شده و مشکلات سلامت روانی بیشتری را تجربه کنند(۶).

بر اساس پژوهش‌های انجام شده، والدین کودکان مبتلا به اوتیسم، فشار روانی به‌مراتب بیشتری از والدین کودکان کم‌توان ذهنی و سندرم داون را تجربه می‌کنند(۷). تحقیقات نشان داده‌اند که افزایش فشار روانی در والدین کودکان مبتلا به اوتیسم با کاهش تمایزیافتگی (Differentiation) و دشواری در ابرازگری هیجانی(Emotional expression)، همراه است؛ به طوری که والدین مضطرب‌تر، کنترل کمتری بر هیجانات خود دارند و توانایی تفکیک افکار و احساسات شخصی از واکنش‌های هیجانی خود نسبت به فرزندشان کاهش می‌یابد(۸). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که فشارهای روانی ناشی از مراقبت کودک اوتیستیک به‌طور مستقیم بر مراقبان تأثیر می‌گذارد و حضور یک عضو مبتلا در خانواده می‌تواند برای دیگر اعضا تجربه‌ای دشوار و تنش‌زا ایجاد کند(۹). افزون بر این پژوهش‌ها نشان داده که رفتارهای انطباقی کودکان مبتلا به اوتیسم ارتباط نزدیکی با سلامت روان والدینشان دارد(۱۰).

تمایزیافتگی از مهم‌ترین ویژگی‌هایی است که در پژوهش‌های مختلف با سلامت روان و کیفیت زندگی والدین مرتبط دانسته شده است. بر اساس دیدگاه سیستم‌های خانواده بوئن، سطح تمایزیافتگی یکی از عوامل کلیدی خانوادگی است که می‌تواند فرد را نسبت به مشکلات عاطفی و شکل‌گیری نشانه‌های آسیب‌زا آسیب‌پذیرتر کند(۱۱). افراد با تمایزیافتگی بالا افکار و احساسات خود را آگاهانه و مستقلانه ابراز می‌کنند، اما افراد با تمایزیافتگی پایین هیجانی و وابسته‌اند، اضطراب بیشتری تجربه می‌کنند و در بیان هیجان ناتوان‌ترند(۱۲،۱۳). این نارسایی هیجانی آن‌ها را در برابر مشکلات عاطفی–رفتاری آسیب‌پذیر کرده و می‌تواند به واکنش‌های غیرمنطقی، پرخاشگری و رفتارهای تکانشی منجر شود(۱۴،۱۵). تمایز یافتگی پایین در مادران کودکان طیف اتیسم با افزایش اضطراب و فرسودگی والدینی، سبک فرزند پروری ناپایدار و افزایش تعارضات خانوادگی همراه است(۱۶). افزایش سطح تمایزیافتگی باعث می‌شود افراد از راهبردهای مقابله‌ای مؤثرتر استفاده کنند ؛ امری که برای مدیریت استرس و اضطراب ناشی از داشتن کودک مبتلا به اوتیسم اهمیت بسیاری دارد(۱۷).

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-18]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i4.21150]

نتایج همچنین نشان داد که ابرازگری هیجانی یکی از ویژگی‌هایی است که به‌طور معناداری با تمایزیافتگی خود ارتباط دارد(۱۸). ابرازگری هیجان به معنای بیان و نمایش بیرونی هیجان‌ها است؛ نمایش‌هایی که می‌توانند از طریق چهره، گفتار یا حالت‌های بدنی بروز یابند، بدون آن‌که لزوماً ماهیت مثبت یا منفی هیجان در نظر گرفته شود(۱۹). به عبارتی دیگر ابراز گری هیجانی درجه‌ای است که یک فرد به طور فعال، تجارب هیجانی‌اش را به شکل رفتارهای کلامی و غیرکلامی بیان می‌کند. ابرازگری هیجان که در مقابل سرکوبی هیجان قرار می‌گیرد، نقش مهمی در کارکرد انطباقی انسان داشته و پیامدهای مثبتی برای سلامتی دارد(۲۰). والدین کودکان مبتلا به اتیسم به دلیل استرس مزمن، خستگی هیجانی و درگیری دائمی با نیازهای فرزند معمولاً کمتر هیجانات خود را بیان می‌کنند یا ابراز آنها کنترل شده تر است(۲۱).

یکی از رویکردهای درمانی مؤثر برای افرادی که درابرازگری هیجانی دچار مشکل‌اند، طرحواره‌درمانی است. طرحواره‌درمانی هیجانی، هیجان را بخشی از فرآیندهای فراشناختی و شناخت اجتماعی در نظر می‌گیرد و به اصلاح الگوهای هیجانی ناسازگار کمک می‌کند(۲۲). همچنین طرحواره درمانی به فرد کمک می‌کند تا برای جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگار به‌جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار و ناکارآمد، تکالیف رفتاری را طرح‌ریزی و اجرا کند(۲۳). آبادی(۲۴) در مطالعه‌ای نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی در بهبود تنظیم هیجان مؤثر است؛ بنابراین به نظر می‌رسد طرحواره درمانی، ممکن است بتواند هم ساختار خود را تقویت و هم مهارت‌های ابراز هیجان را در والدین کودکان اتیسم بهبود بخشد.

پژوهش لویگوری و همکاران نشان داد که طرحواره‌های رهاشدگی/ بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی، تقص/ شرم، وابستگی/ بی‌کفایتی و شکست، منفی گرایی/بدبینی و تنبیه در والدین کودکان اتیسم بیشتر از مادران دارای فرزند عادی می باشد(۲۵). والدین دارای فرزند اوتیسم دارای یک ذهنیت طرحواره ای هستند که این ذهنیت موجب ابراز رفتارهای نامناسب بدون توجه به پیامدهای احتمالی آن می‌گردد و در موقعیت‌هایی برانگیخته می‌شود که حساسیت زیادی نسبت به آنها وجود دارد و در صورت فعال شدن منجر به برانگیختگی هیجان‌های آشفته ساز و پاسخ‌های اجتناب یا رفتارهای حوزه آسیب‌رسانی از جمله تمایزیافتگی خود و ابرازگری هیجانی می‌شود(۲۶). اشیما و همکاران(۲۷) در پژوهش خود بیان می‌دارند که یکی از روش‌های درمانی غیر دارویی برای بهبود ویژگی‌های روان شناختی مادران دارای فرزند اوتیسم، روش طرحواره درمانی است. اثربخشی طرحواره درمانی بر تمایز یافتگی (۲۹، ۲۸) و بر ابرازگری هیجانی(۳۰) در پژوهش های مختلف بررسی و مورد تایید قرار گرفته است. علاوه بر این پژوهش‌های مختلفی در رابطه با متغیرهای موردنظر در والدین این کودکان صورت گرفته است از جمله: پژوهش‌های نادری اصل و کدخدائی(۳۱) در مورد اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله‌ای و ناگویی هیجانی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. بهنام فر، رجایی و تیموری(۳۲) در مورد مقایسه و اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی و تنظیم هیجان مادران دارای فرزند اوتیسم، مهجور و فاضل مهرآبادی(۳۳) در مورد اثربخشی آموزش شادکامی

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-18]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i4.21150]

لیوبومیرسکی بر عواطف منفی (افسردگی، استرس و اضطراب) و انعطاف‌پذیری شناختی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و اپراتو و همکاران(۳۴) بررسی رفتار انطباقی، مشکلات هیجانی/رفتاری و استرس والدین در کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم.

اکنون با توجه به اینکه طرحواره درمانی به جای تمرکز بر علائم سطحی، ریشه‌های هیجانی ـ شناختی مشکلاتی مانند تمایزیافتگی پایین و اختلال در ابرازگری هیجانی را هدف قرار می‌دهد. این رویکرد با اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه و رفع نیازهای هیجانی برآورده نشده، تغییراتی عمیق، پایدار و تحول‌آفرین ایجاد می‌کند؛ تغییری که در بسیاری از درمان‌های دیگر مشاهده نمی‌شود(۳۰)؛ بنابراین نتایج پژوهش حاضر می‌تواند گام مهمی در جهت افزایش تمایزیافتگی و ابراز گری هیجانی و نهایتاً سلامت روانی مادران این کودکان باشد. افزون بر این می‌تواند در حیطه‌های علمی و پژوهشی به معلمان، مربیان آموزشی، والدین، پژوهشگران و روان شناسان فعال در حیطه کودک و والدین نیز کمک شایانی بکند. با توجه به اهمیت موضوع، بنابراین، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا طرحواره درمانی بر تمایزیافتگی و ابراز گری هیجانی والدین دارای کودک اوتیسم در اصفهان تأثیر معناداری دارد؟

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی می‌باشد که به صورت یک طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل صورت پذیرفت. جامعه‌ی مورد مطالعه در این پژوهش کلیه والدین دارای کودک اوتیسم مراجعه‌کننده به مراکز مرتبط با انجمن اوتیسم در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۳ بودند. بعد از کسب مجوزهای لازم از دانشگاه و هماهنگی‌های پی‌درپی با بهزیستی، از بین مراکز مرتبط با انجمن اوتیسم اصفهان به صورت تصادفی، مرکز اوتیسم پرنیان انتخاب و در جهت اجرای جلسات آموزشی، توضیحات و جلسه توجیهی برگزار شد. حجم نمونه با توجه به این که در بسیاری از تحقیقات آزمایشی و نیمه‌آزمایشی، ۱۲ تا ۱۵ نفر در هر گروه به عنوان حداقل قابل قبول استفاده می‌شود، ۳۰ نفر(برای هر گروه ۱۵ نفر) در نظر گرفته شد(۳۵). بنابراین از بین والدین مراجعه‌کننده به این مرکز که دارای کودک اوتیسم بودند، ۳۰ نفر به عنوان نمونه و با توجه به ملاک‌های ورود(داشتن کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم که بیماری کودک توسط روانپزشک تشخیص و در پرونده‌ی وی درج شده باشد، حداقل تحصیلات دیپلم، داوطلب بودن برای شرکت در جلسات آموزشی و رضایت آگاهانه، عدم غیبت بیش از یک جلسه) و خروج (نداشتن کودک دارای بیماری اوتیسم، تحصیلات زیر دیپلم، عدم تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در جلسات آموزشی، غیبت بیش از یک جلسه) انتخاب شد و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در هر دو گروه اعم از گروه آزمایش (طرحواره درمانی) و گروه کنترل، پیش‌آزمون اجرا شد. سپس گروه آزمایش در معرض طرحواره درمانی یانگ و همکاران (۲۳) قرار گرفتند. دستورالعمل و تکنیک‌های طرحواره درمانی یانگ(۲۳) طی ۹ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش در مرکز اتیسم پرنیان برگزار شد. محتوای جلسات آموزشی طرحواره درمانی به شرح زیر است. در تمام جلسات زبان عینی و ساده در درمان، تأکید بر بحث گروهی، کسب گزارش از تکالیف و پاسخگویی به سؤالات و ابهامات در دستور کار

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-18]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i4.21150]

گروهی قرار گرفت. درحالی‌که گروه گواه، مداخله طرحواره درمانی را دریافت نکردند. پس از پایان جلسات نیز مجدداً پرسشنامه‌ها توسط شرکت‌کنندگان هر دو گروه تکمیل شده و داده‌ها برای تجزیه و تحلیل آماده‌سازی شد. در پژوهش حاضر به منظور رعایت اصول اخلاقی طرح پژوهش برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد و همچنین به آزمودنی قدرت انتخاب داده و بر اختیاری و آگاهانه بودن شرکت در آزمون تأکید شد. ضمناً اصل رازداری، محرمانه بودن اطلاعات و استفاده از اطلاعات بدون نام و احترام به شرکت‌کنندگان رعایت شد. خلاصه‌ای از دستورالعمل اجرایی جلسات طرحواره درمانی در جدول ۱ آمده است. ابزار: ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر، عبارت‌اند از: پرسشنامه‌های مقیاس تمایزیافتگی خود دریک و همکاران (۳۶)، پرسشنامه ابراز گری هیجانی کینگ و امونز(۳۷).

مقیاس تمایزیافتگی خود: این مقیاس توسط دریک و همکاران در سال ۲۰۱۵ ساخته شد(۳۶) که شامل ۲۰ گویه است که با مقیاس لیکرت در یک طیف شش گزینه‌ای با نمره یک برای از "اصلاً شبیه خصوصیات من نیست" تا نمره شش برای "کاملاً شبیه خصوصیات من است" درجه‌بندی و نمره‌گذاری شده و دارای چهار خرده مقیاس است: واکنش‌پذیری هیجانی، جایگاه من، برش هیجانی و هم آمیختگی با دیگران. گویه‌های ۱،۳،۱۰،۱۲،۱۹ و ۲۰ مربوط به خرده مقیاس جایگاه من؛ گویه‌های ۲، ۵، ۸، ۱۳ و ۱۷ مربوط به خرده مقیاس هم آمیختگی با دیگران؛ گویه‌های ۴، ۷ و ۱۵ مربوط به خرده مقیاس برش هیجانی و گویه‌های ۶، ۹، ۱۱، ۱۴، ۱۶ و ۱۸ مربوط به خرده مقیاس واکنش پذیری هیجانی است. به منظور نمره‌گذاری این مقیاس لازم است گویه‌های ۲، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸ و ۱۹ معکوس شود. نمره هر خرده مقیاس میانگین گویه‌های آن است. نمرات بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده سطح تمایز بالاتر است. سازندگان ابزار برای بررسی روایی بررسی ملاکی همزمان پرسشنامه از رابطه آن با افسردگی، اضطراب حالت، اضطراب صفت، استرس و عزت‌نفس استفاده کرده‌اند. رسولی و همکاران (۳۸) در یک نمونه ۱۵۰۳ نفری پایایی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۴ را برای این پرسشنامه گزارش نموده‌اند. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۹ به دست‌آمده است.

پرسشنامه ابراز گری هیجانی: پرسشنامه ابراز گری هیجانی توسط کینگ و امونز(۳۷) برای بررسی ابراز هیجان طراحی شده است. پرسشنامه ابراز گری هیجانی سه زیر مقیاس و شانزده ماده دارد. مواد ۱-۷ آن مربوط به زیر مقیاس بیان هیجان مثبت، مواد ۸-۱۲ آن مربوط به مقیاس صمیمیت و مواد ۱۳-۱۶ آن مربوط به زیر مقیاس ابراز هیجان منفی است. دامنه‌ی پاسخ در پرسشنامه ابراز گری هیجان کینگ و امونز، از "کاملاً موافق" تا "کاملاً مخالف" در طیف لیکرتی، متغیر است. روش نمره‌گذاری آن به شیوه لیکرت است که به پاسخ کاملاً موافق، نمره ۵ و به پاسخ کاملاً مخالف، نمره ۱ تعلق می‌گیرد. البته در مورد پاسخ سؤالات ۶، ۸، ۹ روش نمره‌گذاری به دلیل منفی بودن جهت مواد با ابراز هیجان، معکوس است، یعنی به پاسخ کاملاً موافق نمره ۱ و به پاسخ کاملاً مخالف نمره ۵ تعلق می‌گیرد که بر اساس این شیوه نمره‌گذاری، نمره کل فرد از ۱۹ تا ۸۰ متغیر بود که نمره بالاتر بیانگر ابراز گری هیجانی بالاتر است. پایایی مقیاس ابرازگری هیجان کینگ و امونز با استفاده از روش

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-18]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i4.21150]

CC BY-NC 4.0

همسانی درونی و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۸ گزارش شده است. کینگ و امونز ضریب آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه ۰/۷۰ به دست آوردند و روایی همگرای معنی داری میان پرسشنامه‌ی ابرازگری هیجانی، پرسشنامه شخصیت چند بُعدی و مقیاس عاطفه‌ی مثبت به دست آوردند($p<۰/۰۵$)(۳۷). در پژوهش حسنی و بمانی یزدی(۳۸)، ضرایب آلفا برای خرده مقیاس‌های ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت، ابراز هیجان منفی و کل به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۴، ۰/۸۲ و ۰/۷۸ به دست آمد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۷ به‌دست‌آمده و مورد تأیید است.داده‌های پژوهش حاضر بعد از جمع‌آوری با استفاده از نسخه ۲۶ نرم‌افزار SPSS در دو بخش توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شد. در بخش روش‌های آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در بخش استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول ۱: محتوای جلسات آموزشی طرحواره درمانی یانگ و همکاران (۲۳)

جلسه	هدف	شرح جلسه
جلسه اول	ایجاد یک رابطه درمانی امن و همدلانه با والدین، اجرای پیش‌آزمون	در اولین جلسه درمانگر تلاش می‌کند تا محیطی را فراهم کند که والدین بتوانند با احساس آرامش و امنیت مشکلاتش را بیان کند. اصولاً بر مشکلات فعلی والدین و آنچه خواهان بیان آن هستند، تمرکز می‌شود. هرچه والدین در بیان احساسات و افکار خود احساس راحتی بیشتری کنند و درمانگر بتواند امید به درمان را درآنان بیفزاید، نتایج مثبت بیشتری از درمان به دست خواهد آمد. مهم این است که درمانگر بتواند احساس همدلی و اتحاد را با والدین ایجاد کند و از شکل‌گیری ارتباط متحد با والدین و یا ایجاد چنین ادراکی در آنان جلوگیری کند. شایان‌ذکر است توجه، همدلی و گوش دادن فعال از سوی درمانگر در تمام جلسات دارای اهمیت است.
جلسه دوم	شناخت الگوهای ناکارآمد زندگی	این هدف در طول چند جلسه ادامه می‌یابد. برای شروع، درمانگر به جمع‌آوری اطلاعات می‌پردازد و بر این اساس، پیشینه زندگی والدین و مشکلات فعلی آنان را بررسی می‌کند. اینکه والدین در برخورد با مسائل کودک که عنوان شده خود چه راهکاری را تا به امروز استفاده کرده‌اند و هر یک از آنان در مورد آن چگونه می‌اندیشد و احساس می‌کند. آنچه برای یک طرحواره درمانگر اهمیت دارد فرضیه‌سازی در مورد والدین و ریشه مشکلات آنان و شناخت طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر اساس اطلاعات به‌دست‌آمده است. درمانگر در طول جلسات بعدی فرضیه خود و صحت آن را می‌آزماید. در آخر جلسه درمانگر یک جمع‌بندی و مفهوم‌سازی کلی از مشکلات والدین و اینکه چگونه این الگوهای ناکارآمد در زندگی منجر به عدم رفع نیازهای اساسی آنان شده است با توجه به رویکرد طرحواره ای خواهد داشت.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-18]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i4.21150]

CC BY-NC 4.0

جلسه سوم	آموزش مدل درمانی طرحواره محور	ابتدا تکلیف جلسه قبل مورد بررسی قرار می‌گیرد و سپس، ازآنجاکه والدین آمادگی بیشتر و اعتماد و همدلی بیشتری به درمانگر پیدا کرده است در مورد پنج نیاز اساسی انسان از دیدگاه طرحواره درمانی توضیح داده می‌شود. همچنین در مورد پیامدهای عدم رفع این نیازها و راهکارهایی که ممکن است هر فردی در مقابل آن برگزیند و تأثیر آن بر زندگی گفتگو شد. از والدین خواسته شد که در مورد نیازهای خود در زندگی کنونی و چگونگی ارضای آن صحبت کنند. درمانگر برای والدین خاطرنشان می‌سازد که به کمک آنها به شناسایی طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای آنان می‌پردازد.
جلسه چهارم	بررسی نیازهای اساسی و چگونگی ارضای آن در دوران کودکی	در این جلسه تکلیف جلسه قبل بررسی شد و انتظار می‌رفت که با انجام آن مراجعین ذهن آماده‌تری برای مفهوم‌سازی مشکلاتش از دیدگاه طرحواره درمانی داشته باشد. از مراجعین خواسته می‌شود تا در مورد خاطرات (تأکید بر خاطرات ناراحت‌کننده) و کیفیت ارتباطش با والدین و افرادی که به‌نوعی برای او مهم بوده‌اند صحبت کند. والدین تلاش می‌کند تا احساسات و افکار خود را از زبان کودکی‌اش نقل کند. به‌تدریج و با ادامه جلسات مراجعین به بینش بیشتری در مورد نیازهایش و اینکه چرا رفع نشده باقی مانده‌اند، می‌رسد. در ضمن درمانگر در مورد خلق‌وخوی والدین نیز اطلاعاتی به دست می‌آورد. برای این منظور از والدین می‌خواهیم تا نگرش‌ها و رفتارهای والدینش را به خاطر آورد و نیز از تکنیک تصویرسازی ذهنی استفاده می‌کنیم.
جلسه پنجم	بررسی سبک‌های مقابله‌ای	با توجه به آموزش‌هایی که والدین در مورد انواع سبک‌های مقابله‌ای دریافت کردند، در این جلسه مراجعین با کمک درمانگر درمی‌یابند که غالباً از چه سبک مقابله‌ای در زندگی بهره برده است. مهم توجه والدین به این قضیه است که او این راهکارها را در دوران کودکی خود و به‌عنوان راهی برای ارضای نیازهایش استفاده کرده است؛ و همچنان بعد از گذشت سال‌ها همان راهکارها را با وجود داشتن پیامدهای منفی ادامه داده است. کمک به والدین در بیان تجربیاتش و چگونگی احساسات و افکارش بسیار مهم است.
جلسه ششم	مفهوم‌سازی مشکل مراجعین بر اساس رویکرد طرحواره درمانی	در این جلسه درمانگر با توجه به اطلاعاتی که از جلسات گذشته به دست آورده است به بیان فرضیه خویش در مورد طرحواره‌های شکل گرفته در والدین و ارتباط آن با مشکلات مربوطه می‌پردازد. درمانگر همراه با والدین این فرضیه را ارزیابی می‌کند. آنچه مهم است توجه ویژه درمانگر به هیجانات مراجعین است. والدین زمانی با مفهوم طرحواره‌اش ارتباط برقرار می‌کند که بینش نسبت به آن به تغییر هیجانی در او بیانجامد.
جلسه هفتم	تغییر طرحواره‌های ناسازگار از طریق راهبردهای شناختی	بعد از اینکه درمانگر و والدین از مرحله سنجش گذر کردند و والدین به طرحواره‌ها و راهکارهای مقابله‌ای خود آگاهی پیدا کرد نوبت به تغییر می‌رسد. در اولین مرحله، تغییر از طریق راهبردهای شناختی صورت می‌گیرد. در ابتدا درمانگر با مراجعین شرط می‌کند که طرحواره‌های خود را حقایق مطلق نبیند و آنها را فرضیه‌ای بینند که قرار است آزمون شود. در این مرحله والدین با کمک درمانگر شواهد تأییدکننده یا رد کننده طرحواره را در زندگی خود مورد بررسی قرار می‌دهد (به‌صورت تهیه لیست). وقتی مراجعین شواهدی

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-18]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i4.21150]

CC BY-NC 4.0

		مبنی بر حمایت از طرحواره‌اش بیان می‌کند، این شواهد مورد بررسی مجدد قرار می‌گیرد و تفسیرهای دیگری برای همان وقایع ارائه می‌شود. همچنین از والدین در مورد مزایا و معایب راهکارهای مقابله‌ای کنونی‌اش سؤال می‌شود.
جلسه هشتم	تغییر طرحواره‌های ناسازگار از طریق راهبردهای هیجانی	مراجعین در جلسات قبل طرحواره‌هایشان را از نظر عقلانی درک کرده‌اند، اینک با استفاده از راهبردهای هیجانی که مهم‌ترین آن تصویرسازی ذهنی است، طرحواره‌ها را در سطح هیجانی درک می‌کند. این باور هیجانی می‌تواند بیشترین تغییر را ایجاد کند. والدین به کمک درمانگر در ابتدا با تصویرسازی محیط امن آغاز می‌کند و سپس به‌سوی تصاویر ذهنی آشفته ساز از دوران کودکی و حاکی از رابطه با والدین پیش می‌رود. مهم این است که درمانگر به شکلی همدلانه در ایجاد احساس امنیت برای ابراز هیجانات والدین کمک کرده و او را همراهی کند. ابراز هیجان خشم نسبت به والدین از سوی مراجعین می‌تواند تأثیری شگرف بر روند تغییر طرحواره‌های او داشته باشد.
جلسه نهم	تغییر طرحواره‌های ناسازگار از طریق راهبردهای رفتاری پایان دادن به جلسه درمان، اجرای پس‌آزمون	در این قسمت از درمان، نوبت به تغییر الگوهای رفتاری و ایجاد سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تر در والدین می‌رسد. درمانگر در طول جلسه با توجه به ویژگی‌های مراجعین و طرحواره‌هایش می‌تواند از کلیه تکنیک‌های رفتاری مانند جرئت ورزی، کنترل خشم، مهارت ارتباطی و غیره بهره بگیرد. مهم‌ترین بخش این قسمت تهیه فهرستی از رفتارهای مشکل‌ساز است. در این مرحله حضور والدین برای تعیین دقیق رفتارهای آسیب‌رسان مفید است. درمانگر می‌تواند با ترسیم چرخه رفتاری بین والدین و کودک و تأکید بر موقعیت برانگیزاننده طرحواره، پیامدهای هیجانی آن و بعد رفتارهایی که هر یک به کار می‌گیرند در تهیه این فهرست به آنان یاری رساند.

یافته ها

پس از جمع‌آوری داده‌ها، برای بررسی مفروضات آماری و آزمون فرضیه‌ها، تحلیل کوواریانس چند متغیری انجام شد. یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت شناختی بیانگر آن بود که میانگین سنی در گروه آزمایش ۴/۳۸ ±۳۵/۰۶ و در گروه کنترل ۳/۳۴ ±۳۲/۷۳ بود. علاوه بر این در هر دو گروه آزمایش تعداد بیشتر والدین با جنسیت زن و با فراوانی ۱۳ و ۸۶/۷ درصد در گروه آزمایش و با فراوانی ۱۲ و ۸۰ درصد در گروه کنترل بوده است. جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته را در دو مرحله پیش ازمون و پس آزمون نشان می دهد. همچنین به منظور بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر تمایزیافتگی و ابراز گری هیجانی والدین دارای کودک اوتیسم، از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد. برای اطمینان از صحت اجرای تحلیل کوواریانس چند متغیره، پیش‌فرض‌های لازم بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو ویلک و شاخص‌های چولگی و کشیدگی نشان داد که توزیع متغیرهای مورد مطالعه در گروه‌های آزمایش و کنترل در هر دو مرحله پیش‌آزمون و کنترل نرمال است($P>۰/۰۵$). بر اساس آزمون لون، واریانس نمرات پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل همگن بود($P>۰/۰۵$).

نتیجه آزمون ام باکس نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس دو گروه تفاوت معناداری ندارند($P>۰/۰۰۱$). همچنین بررسی اثر

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-18]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i4.21150]

متقابل "پیش‌آزمون*گروه" نشان داد که شیب رگرسیون در دو گروه همگن است(P>۰/۰۵). سطح معناداری آزمون ام باکس برابر با ۰/۱۸۱ می‌باشد. از آنجایی که این مقدار، بزرگ‌تر از سطح معناداری(۰/۰۱) موردنیاز برای رد فرض صفر می‌باشد، فرض صفر ما مبنی بر همسانی ماتریس کواریانس‌ها بین گروه‌های آزمایش و کنترل مورد تأیید قرار می‌گیرد؛ بنابراین تمام پیش‌فرض‌های لازم برای تحلیل کوواریانس چندمتغیره برقرار است.

همان‌طور که در جدول۳ مشاهده می‌گردد سطح معنی‌داری هر چهار آمارهٔ چند متغیری مربوطه یعنی اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی، کوچک‌تر از ۰/۰۰۱ است (p<۰/۰۰۱). بدین ترتیب فرض صفر آماری رد و مشخص می‌گردد که بین دو گروه آزمایش و کنترل، در نمرات مربوط تمایزیافتگی و ابراز گری هیجانی، در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می‌توان گفت با توجه به F= ۲۳۰۳/۰۱۳ و (η^2 =(۰/۹۹۵ طرحواره درمانی مؤثر بوده است.

به‌منظور بررسی تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در هر یک از این متغیرها، آزمون اثرات بین آزمودنی مورد استفاده قرار گرفت که نتایج حاصل در ادامه ارائه شده است.

در جدول (۴) نتایج آزمون اثرات بین گروهی نشان داد که پس از کنترل نمره پیش‌آزمون، بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر نمرات پس‌آزمون تمایزیافتگی تفاوت معناداری وجود ($F(۲۶،۲)$ =۲۲۲۸/۸۳۱ ،P <۰/۰۰۱ ،$\eta^2$۰/۹۹۸). این مقدار اندازه اثر نشان می‌دهد که حدود ۹۸/۸٪ واریانس نمرات تمایزیافتگی توسط مداخله طرحواره درمانی تبیین شده است که یک اثر قوی است. هم‌چنین نتایج تفاوت گروه‌ها از نظر ابراز گری هیجانی پس از کنترل پیش‌آزمون معنادار بود ($\eta^2$۰/۹۹۴، P <۰/۰۰۱ ،$F(۲،۲۶)$ =۴۰۶۲/۲۸۵). این مقدار اندازه اثر نشان می‌دهد که حدود ۹۹/۴٪ واریانس نمرات ابراز گری هیجانی تخت تأثیر مداخله قرار گرفته که اثری بزرگ را نشان می‌دهد؛ بنابراین طرحواره درمانی منجر به افزایش معنادار تمایزیافتگی و ابرازگری هیجانی در والدین دارای کودک اوتیسم شد.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرهای وابسته به تفکیک دو گروه.

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
واکنش‌پذیری هیجانی	آزمایش	۱۵	۱۲/۴	۲/۰۹	۳۳/۴۶	۲/۰۹
	کنترل	۱۵	۱۱/۴۶	۲/۱۶	۱۱/۰۶	۱/۷۹
جایگاه من	آزمایش	۱۵	۱۴/۸۶	۱/۳	۳۴/۰۶	۱/۴۳
	کنترل	۱۵	۱۴/۸	۱/۵۶	۱۳/۲	۱/۷۹
برش هیجانی	آزمایش	۱۵	۴/۸	۱/۵۶	۱۶/۷۳	۱/۰۳
	کنترل	۱۵	۵/۶	۱/۵۴	۴/۷۳	۱/۸۶
هم آمیختگی با دیگران	آزمایش	۱۵	۷/۸	۱/۵۶	۲۸/۸	۱/۰۸
	کنترل	۱۵	۷/۳۳	۲/۰۵	۸	۱/۹۶

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-18]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i4.21150]

تمایز یافتگی کل	آزمایش	۱۵	۳۹/۸۶	۳/۳۱	۱۱۳/۰۶	۴/۲۶
	کنترل	۱۵	۳۹/۲	۳/۵	۳۷	۴/۴
بیان هیجان مثبت	آزمایش	۱۵	۹/۶	۱/۸۷	۳۲/۶۶	۱/۷۱
	کنترل	۱۵	۱۰/۴	۲/۲۶	۱۰/۴	۲/۲۶
صمیمیت	آزمایش	۱۵	۷/۶	۱/۳۹	۲۳/۷۳	۱/۱۶
	کنترل	۱۵	۸/۵۳	۱/۸۸	۹	۱/۵۱
ابراز هیجان منفی	آزمایش	۱۵	۶/۷۳	۱/۹۸	۱۹/۱۳	۰/۹۱۵
	کنترل	۱۵	۶/۹۳	۲/۰۱	۷/۹۳	۱/۷۹
ابراز گری هیجانی کل	آزمایش	۱۵	۳۹/۸۶	۳/۳۱	۷۵/۵۳	۲/۵۵
	کنترل	۱۵	۲۵/۸۶	۳/۵	۲۷/۳۳	۲/۰۵

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری برای مقایسه تمایزیافتگی و ابراز گری هیجانی در گروه آزمایش و کنترل

اثر	آزمون‌ها	مقادیر	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	اثر پیلایی	۰/۹۹۵	۲۳۰۳/۰۱۳	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۹۵
	لامبدای ویلکز	۰/۰۰۵	۲۳۰۳/۰۱۳	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۹۵
	اثر هتلینگ	۱۸۴/۲۴۱	۲۳۰۳/۰۱۳	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۹۵
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۸۴/۲۴۱	۲۳۰۳/۰۱۳	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۹۵

جدول۴: آزمون اثرات بین آزمودنی برای مقایسه تمایزیافتگی و ابراز گری هیجانی گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
تمایزیافتگی	گروه	۳۹۵۷۰/۷۶۸	۱	۳۹۵۷۰/۷۶۸	۲۲۲۸/۸۳۱	۰/۰۰۱	۰/۹۸۸
	خطا	۴۶۱/۶۰۵	۲۶	۱۷/۷۵۴			
ابرازگری هیجانی	گروه	۱۶۵۹۹/۵۶۷	۱	۱۶۵۹۹/۵۶۷	۴۰۶۲/۲۸۵	۰/۰۰۱	۰/۹۹۴
	خطا	۱۰۶/۲۴۳	۲۶	۴/۰۸۶			

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر تمایزیافتگی و ابرازگری هیجانی والدین دارای کودک اوتیسم در اصفهان می‌باشد. یافته‌ها نشان دادند که طرحواره درمانی موجب ارتقاء تمایزیافتگی و ابرازگری هیجانی در والدین کودکان اوتیسم شد. نتایج به دست‌آمده در رابطه با متغیر تمایزیافتگی با نتایج پژوهش‌های مختلف هم سو است. از جمله این پژوهش‌ها می‌توان به پژوهش‌های فانگ و همکاران (۱۷)، ارگانی(۲۸)، و سیمپیسون و ناوت(۲۹) اشاره کرد. فانگ و همکاران(۱۷)گزارش کرده‌اند که ارتقاء سطح تمایز یافتگی

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-18]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i4.21150]

باعث به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای مؤثر و کاهش استفاده از راهبردهای ناکارآمد می‌شود؛ امری که برای مواجهه با استرس و اضطراب مرتبط با داشتن کودک مبتلا به اوتیسم ضروری است. پژوهش ارگانی(۲۸) و سیمپیسون و ناوت(۲۹) نشان داد که طرحواره درمانی بر تمایزیافتگی خود تأثیر معناداری دارد.

در تبیین نتایج می‌توان گفت تمایزیافتگی به توانایی فرد برای حفظ هویت شخصیِ پایدار در عین برقراری ارتباط سالم با دیگران وابسته است و این دقیقاً همان حوزه‌ای است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه آن را تضعیف می‌کنند. بسیاری از طرحواره‌ها به‌ویژه طرحواره‌های حوزه طرد و بریدگی و دیگر جهت‌مندی مانند محرومیت هیجانی، نقص و شرم، بی‌کفایتی، فداکاری افراطی باعث می‌شود فرد مرزهای خود را از دست بدهد، هویت هیجانی‌اش را با تأیید واکنش دیگران تعریف کند و در روابط مهم مثل رابطه والد و فرزند بیش از حد حساس، منفعل با وابسته شود. طرحواره درمانی با شناسایی منشأ این الگوهای ریشه‌دار، کار بر «بازوالدگری حد و مرزدار»، اصلاح گفت‌وگوهای درونی ناسازگار و پرورش بخش‌های سالم شخصیت، به فرد کمک می‌کند نیازهای هیجانی پایه‌ی خود را بشناسد، از الگوهای واکنشیِ وابسته یا اجتنابی فاصله بگیرد و هویت هیجانی مستقل‌تری بسازد. این فرایند موجب افزایش وضوح هویت، خودتنظیمی هیجانی، استقلال روان‌شناختی و مرزبندی سالم می‌شود که همگی عناصر اصلی تمایزیافتگی‌اند؛ بنابراین مداخله‌ی طرحواره درمانی به‌طور نظری و بالینی ظرفیت قابل‌توجهی برای ارتقای تمایزیافتگی دارد(۲۹). به نظر می‌رسد طرحواره درمانی با تشویق به شناسایی نیازهای هیجانی خاموش یا سرکوب‌شده و تقویت حالت‌های سالم، می‌تواند به والدینی که در معرض استرس‌های شدید (مثل مراقبت از کودک اوتیسم) قرار دارند، کمک کند تا پاسخ‌های هیجانی‌شان را به شیوه‌ای مستقل‌تر، آگاهانه‌تر و سازنده‌تر تنظیم و ابراز کند.

افزون بر این طرحواره درمانی زمینه تغییر رفتار را فراهم می‌آورد و به والدین کمک می‌کند تا الگوهای رفتاری سازگار به‌جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار و ناکارآمد را جایگزین کند(۳۹). طرحواره درمانی علاوه بر فنون درمانی متمرکز بر آموزش توجه، شامل طیف وسیعی از راهبردهای درمانی خاص است که به‌منظور تسهیل تغییر شناختی و هیجانی طراحی شده‌اند. در والدین دارای کودک اوتیسم، فشارهای مزمن، فرسودگی هیجانی و چالش‌های رفتاری کودک، معمولاً منجر به افزایش نشخوار فکری منفی، پایش تهدید، تمرکز افراطی بر خطر، فرونشانی هیجان و انواع اجتناب هیجانی، شناختی و رفتاری می‌شود. طرحواره درمانی با هدف قرار دادن طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد، این چرخه‌های معیوب را مختل کرده و امکان شکل‌گیری الگوهای سالم‌تر را فراهم می‌کند. بر طبق اصول طرحواره درمانی، طرحواره‌های ناسازگار به‌عنوان زیرساخت‌های شناختی منجر به تشکیل باورهای غیرمنطقی درباره خود و کودک اوتیسم می‌شوند و دارای مؤلفه‌های شناختی، عاطفی، رفتاری هستند و هنگامی که فعال می‌شوند سطوحی از هیجان منتشر می‌گردد که مستقیم یا غیرمستقیم منجر به آشفتگی روان‌شناختی می‌شود و می‌تواند رفتار والدین را در مقابل علائم کودکان اوتیسم تحت تأثیر قرار دهد(۲۷).

نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها در خصوص ابرازگری هیجانی نشان داد که طرحواره درمانی موجب ارتقاء ابرازگری هیجانی در

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-18]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i4.21150]

CC BY-NC 4.0

والدین کودکان اوتیسم شد. نتایج به دست‌آمده در مورد این متغیر با نتایج پژوهش‌های مختلف هم سو است. از جمله این پژوهش‌ها می‌توان به پژوهش‌های: نادری اصل و کدخدائی(۳۱)، بهنام فر، رجایی و تیموری(۳۲)، مهجور و فاضل مهرآبادی(۳۳) و اپراتو و همکاران(۳۴) اشاره کرد.

در پژوهش نادری اصل و کدخدائی(۳۱) آموزش تنظیم هیجان باعث کاهش ناگویی هیجانی مادران کودکان مبتلا به اتیسم گردید. برنامه آموزش تنظیم هیجان با ایجاد نگرش‌های مثبت و افزایش حس کنترل سبب کاهش ناگویی هیجانی می‌شود. از آن جهت که روش طرحواره درمانی جامع‌تر از آموزش تنظیم هیجان است و به‌جای تمرکز بر چگونگی شناسایی احساسات، نام‌گذاری و مدیریت آن، یک گام فراتر می‌رود و الگوهای هیجانی و شناختی ناسازگارانه اولیه را شناسایی و اصلاح می‌کند، می‌تواند تأثیری عمیق‌تر و پایدارتر بر ابرازگری هیجانی در والدین کودکان اتیسم داشته باشد.

بررسی‌های پیلکینگتون و همکاران(۳۰) نشان داد که طرحواره درمانی از طریق اصلاح الگوهای هیجانی ناسازگار اولیه و ایجاد یک حالت بالغِ سالم‌تر، به افزایش ابرازگری هیجانی کمک می‌کند. بسیاری از افراد به دلیل طرحواره‌هایی مانند بازداری هیجانی، اطاعت یا ایثار افراطی هیجان‌های خود را سرکوب می‌کنند و یاد گرفته‌اند که برای حفظ امنیت یا پذیرش، احساسات خود را بیان نکنند. در طرحواره درمانی، این الگوها از طریق شناخت طرحواره، کار با حالت‌های هیجانی، تجربه‌سازی اصلاحی و بازوالدگری محدود، مورد چالش قرار می‌گیرند. طرحواره درمانی به والدین کودکان کمک کرد هیجان‌های اصلی خود را شناسایی کرده، منشأ آنها را بفهمند و یاد بگیرند که در یک رابطه ایمن، بیان هیجانی سالم، نه تهدیدکننده است و نه نشانه ضعف. در نتیجه، والدین کودکان اتیسم به تدریج توانایی ابراز هیجان‌های مثبت و منفی را با وضوح، صداقت و تنظیم‌مندی بیشتر به دست آوردند.

در واقع، طرحواره را به‌عنوان مؤلفه‌ای ساختاری و سازمانی شناختی که از طریق آن انسان‌ها می‌توانند تجاربشان را تعیین، تفسیر، طبقه‌بندی و ارزشیابی کنند در نظر می‌گیرند. تأکید تکنیک‌های طرحواره درمانی بر روی هیجانات است، لذا به نظر می‌رسد این تکنیک‌ها کمک می‌کنند تا فرد نسبت به هیجانات خود، آگاهی یافته و آن‌ها را بپذیرد(۲۰). تکنیک‌های طرحواره درمانی کمک می‌کنند تا فرد با سازماندهی مجدد هیجانی، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش‌دهی، زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا سازد. این رویکرد با به چالش کشیدن طرحواره‌های ناسازگار و پاسخ‌های ناکارآمد در جایگزینی آن با افکار و پاسخ‌های مناسب و سالم‌تر مؤثر بوده است. طرحواره درمانی با بهبود برخی مؤلفه‌های اساسی و مخرب چون عواطف و افکار منفی به نظر می‌رسد بتواند به‌طورکلی باعث بهبود ابراز گری هیجانی و در نتیجه سلامت روانی در والدین دارای کودک اوتیسم گردد(۳۹).

این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌ها از محدودیت‌هایی برخوردار بود از جمله: عدم همکاری مناسب مراکز اوتیسم در خصوص اجرای جلسات آموزشی برای والدین دارای کودک اوتیسم، محدود بودن نمونه پژوهش به والدین دارای کودک اوتیسم شهر اصفهان و استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی (پرسشنامه). محدودیت دیگر پژوهش این بود که والدین (مادر و پدر) از نظر ابرازگری هیجانی و تمایز یافتگی باهم متفاوت

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-18]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i4.21150]

هستند و در این پژوهش این تفاوت مورد بررسی قرار نگرفت. بنابراین لازم است در پژوهش های آینده تفاوت های والدین (پدر و مادر) در متغیرهای مورد نظر و میزان تاثیرپذیری آن ها از درمان مورد نظر مورد بررسی قرار گیرد. همچنین در راستای نتایج پژوهش حاضر می‌توان پیشنهاد کرد که: اثربخشی طرحواره درمانی بر تمایزیافتگی و ابرازگری هیجانی والدین دارای کودک اوتیسم در شهرهای دیگر نیز اجرا شود. همچنین طرحواره درمانی بر تمایزیافتگی و ابرازگری هیجانی والدین دارای کودکان عادی و یا دارای اختلالات دیگر نیز به‌صورت مقایسه‌ای اجرا گردد. استفاده از سایر ابزار مانند مصاحبه همراه پرسشنامه نیز می‌تواند دقت گردآوری اطلاعات را افزایش دهد. همچنین به جهت همکاری بیشتر مراکز مرتبط با این کودکان، وآموزش مؤثرتر والدین کودکان استثنایی از جمله کودکان اوتیستیک نیازمند برنامه ریزیهای آموزشی و حمایت های لازم از طرف افراد و سازمان های مرتبط با والدین این کودکان می باشد.

یافته‌های پژوهش نشان داد که اجرای مداخله‌ی طرحواره درمانی توانست به‌طور معناداری سطح تمایزیافتگی و ابرازگری هیجانی والدین دارای کودک اتیسم را افزایش دهد. والدین پس از دریافت درمان، توانستند هیجان‌های خود را با وضوح و آرامش بیشتری شناسایی و بیان کنند و در روابط خانوادگی، از الگوهای واکنشی و هم‌جوشی هیجانی فاصله بگیرند. ارتقاء تمایزیافتگی سبب شد والدین توانایی بیشتری در تنظیم هیجانات، حفظ مرزهای سالم و ایفای نقش والدگری بدون غرق شدن در استرس‌ها و تعارض‌های درونی ناشی از اختلال کودک خود، پیدا کنند. همچنین کاهش طرحواره‌های ناسازگارانه زمینه را برای کاهش سرکوب هیجانات و افزایش بیان هیجانی سالم فراهم کرد. در مجموع، نتایج نشان می‌دهد طرحواره درمانی می‌تواند به عنوان یک رویکرد مؤثر برای بهبود کارکرد هیجانی و تقویت سلامت روان والدین کودکان اتیستیک مورد استفاده قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با کد IR.IAU.KHUISF.REC.1403.361 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان اخذ شد.

سهم نویسندگان

نجمه بهره دار در ارائه طرح اولیه پژوهش، جمع‌آوری داده‌ها و نگارش مقدماتی مقاله و مریم کدخدائی در تجزیه و تحلیل داده‌ها و نظارت در جمع‌آوری داده‌ها مشارکت داشته‌اند. نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

حمایت مالی

در انجام پژوهش حاضر از هیچ مؤسسه و نهادی حمایت مالی دریافت نشده است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند هیچ‌گونه تضاد منافعی در این مقاله وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله پژوهشگران از کلیه کادر مرکز توان‌بخشی پرنیان و والدین کودکانی که در این پژوهش شرکت نمودند، تشکر می‌نمایند.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-18]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i4.21150]

CC BY-NC 4.0

References

1-American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5-TR) 5th Edition., Text Revision American Psychiatric Publishing, Washington DC. 2022. doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

2-Murray C, Kovshoff H, Brown A & et al. A Exploring the anxiety and depression profile in individuals diagnosed with an autism spectrum disorder in adulthood. Res Autism Spectr Disord. 2019; 58: 1-8.

3-Mandy W, Midouhas E, Hosozawa M & et al. Mental health and social difficulties of late-diagnosed autistic children, across childhood and adolescence. J Child Psychol Psychiatry. 2022; 63(11):1405-1414.

4- Alkhateeb JM, Hadidi MS and Mounzer W. The Impact of Autism Spectrum Disorder on Parents in Arab Countries: A Systematic Literature Review. Front. Psychol.2022; 13:955442. doi: 0.3389/fpsyg.2022.955442

5-Vivanti G, Algur Y, Ryan V & et al. The Impact of Using Standardized Autism Screening on Referral to Specialist Evaluation for Young Children on the Autism Spectrum: A Cluster-Randomized Controlled Trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2025; 64(6): 686-698.

6-Green CC, Smith J, Bent CA & et al. Predictors of Change in Wellbeing and Mental Health of Parents of Autistic Pre-Schoolers. J Autism Dev Disord.2025; 55, 3798–3810.

7-Turda S. The Impact of Parental Stress among the Quality of Life of mothers of children with Autism Spectrum Disorder and Down Syndrome. Int J Spec Edu.2023; 38(3), 95–106.

8- Jordan R, Kalvin CB, Ibrahim K & et al. Parent Emotion Socialization in Children with Autism Spectrum Disorder and Co-Occurring Anxiety. Res Child Adolesc Psychopathol. 2021;49(1):125-137.

9-Van Niekerk K, Stancheva V, Smith C. Caregiver burden among caregivers of children with autism spectrum disorder. S Afr J Psychiatr. 2023; 20;29:2079.

10-Godarzi M. Comparison of the Maladaptive Schemas and Coping Styles among the Mothers of Children with Autism and Children with Down syndrome in Shiraz. J Adv Pharm Edu Res. 2020;10(S4):51-56.[Persian]

11-Calatrava M, Martins MV, Schweer-Collins M & et al. Rodríguez-González. Differentiation of self: A scoping review of Bowen Family Systems Theory's core construct.Clin Psychol Rev.2022 ; 91: 102101.

12-Ghanbarian E, Hajhosseini M, Mikani M & et al. Differentiation of Self and Mate Retention Behaviors: The Mediating Role of Communication Patterns. Evol Psychol. 2020; 18(4):1474704920972051.

13-Gladding S. Family therapy (history, theory, application). Translated by Farshad Bahari et al. Tehran. Published by: Tazkiye. Second edition.2023.[Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-18]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i4.21150]

14-Álvarez-Hierro S & Oliver J. Differentiation of self and its relationship with metacognitions about worry and anxiety. Pers Individ Dif. 2024;222(3):112596.

15-Peleg M, Peleg O. Personality and Family Risk Factors for Poor Mental Well-Being. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(1):839.

16-Jafari SGh, Heidari A, Asgari P & et al. The relationship between maternal self-differentiation and behavioral disorders in children with autism: The mediating role of maternal mental health. J Shahrekord Univ Med Sci. 2025;27(2): 67-72.

17-Fong VC, Shim J, Yoon A & et al. A preliminary exploration of different coping strategies used by Korean immigrant parents of autistic children in high versus low family quality of life ratings. Autism. 2023; 27(5):1307-1319.

18-Şerifali Dokuzlar S, Ozbiler S & et al. The mediating role of emotional expressivity between differentiation of self and co-dependency among couples: A common fate mediation model.Res Sq. 2024.

19-Zang X, Yang J. Dynamic facial emotional expressions in self-presentation predicted self-esteem. Behav Sci. 2025;15(5):709.

20-Zou M., Liu B, Ren L & et al. The association between aspects of expressive suppression emotion regulation strategy and rumination traits: a network analysis approach. BMC Psychol. 2024;12:501.

21-Rovane AK, Hock RM, Yang CH & et al. Parent Facilitation of Child Emotion Regulation in ASD: An Ecological Momentary Assessment Study. 2025;55(12):4197-4211.

22- Edwards E, Wupperman P. Research on emotional schemas: A review of findings and challenges. Clin Psychol. 2019;23(1):3-14.

23- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. (Hamidpour H, Andouz Z, Trans.). Tehran: Arjmand; 2012.[Persian]

24-Abbady AS. The effectiveness of emotional schema therapy on improving emotion regulation and reducing neurotic perfectionism among university students. Nat Sci. 2023; 12(4): 1853-1862.

25- Le Vigouroux S, Bernat K, Charbonnier E. Risk factors and consequences of parental burnout: Role of early maladaptive schemas and emotion-focused coping. Trends in Psychology. 2023;33:518–535. https://doi.org/10.1007/s43076-023-00288-6.

26-Siadat M, Khajovand Khoshli A, Akbari H. The effectiveness of schema therapy on the psychological well-being (emotional, psychological and social) of mothers with autistic children in Gorgan city. J Soc Psychol. 2019; 13(51): 78-69.[Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-18]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i4.21150]

27-Oshima F, Shaw I, Ohtani T & et al. Individual schema therapy for high-functioning autism spectrum disorder with comorbid psychiatric conditions in young adults: Results of a naturalistic multiple case study. J Brain Sci. 2018; 48: 43-69.

28-Organi ME, Gorji Y. The Effectiveness of Schema Therapy on Differentiation of Women with Addicted Spouses. Acad J Psychol Stud. 2023; 12(1): 28-36.

29-Simpson SG, Navot L. Differentiating authentic versus pseudo vulnerability in therapeutic practice. Front Psychiatry. 2023;14(30):1200981. doi: 10.3389/fpsyt.2023.1200981.

30-Pilkington PD, Karantzas GC, Faustino B & et al. Early maladaptive schemas, emotion regulation difficulties and alexithymia: A systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Psychother. 2024;31(1):e2914.

31-Naderiasl L, Kadkhodaee M. The Effectiveness of Emotion Regulation Training on Quality of Life, Coping Strategies, and Emotional Alexithymia of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder in Isfahan City. Q J Edu Psychol. 2024; 14(4): 38-52.[Persian]

32-Behnamfar K, Rajaei AR, Teymouri S. Comparison of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on cognitive flexibility in mothers with autistic children. Soc Determin Health. 2022;8(1):1-9.

33-Mahjoor F, Fazeli Mehrababadi A.The Effectiveness of Lyubomirsky's Happiness Training on Negative Emotions (Depression, Stress, and Anxiety) and Cognitive Flexibility in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder.Appl Fam Ther J.2025;6(3),1-8.

34-Operto FF, Pastorino GMG, Scuoppo C & et al. Adaptive behavior, emotional/behavioral problems and parental stress in children with autism spectrum disorder. Front Neurosci. 2021; 15: 751465.

35-Delavar A. Research Methods in Psychology and Educational Sciences. 5th ed. Tehran: Roshd Publications; 2016:100-99

36-Drake JR, Murdock NL, Marszalek JM & et al. Differentiation of Self Inventory—Short Form: Development and Preliminary Validation. J Contemp Fam Ther. 2015; 37(2): 101-112.

37-King LA, Emmons RA. Conflict over emotional expression: Psychological and physical correlates. J Pers Soc Psychol. 1990; 58(1): 864-77.

38-Rasouli M, Asodeh MH, Tamarchi F & et al. Factor structure and validation of Self-Differentiation Inventory Short Form (SDI-SF). J Psychom, 2016; 4(16):1-10.[Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-18]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i4.21150]

 CC BY-NC 4.0

39-Shaham N, Kazemian Moghadam K, Haroon Rshidi H. The Effectiveness of Schema Therapy on Parental Stress and Psychological Hardiness of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder. J Except Educ. 2021; 3(163): 51-60.[Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-18]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i4.21150]

 CC BY-NC 4.0