



Research Article

The Effectiveness of Schema Therapy Based on mothers Training on Social-Emotional Competence in Adolescent Girls with Psychopathic Behaviours in Karaj, Iran During the 2023–2024

Mahnaz Shahbazzpour¹ , Seyedeh Maryam Mousavi^{2*} , Samereh Asadi Majareh¹ 

¹ Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran

² Department of Health Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran

* **Corresponding author:** Seyedeh Maryam Mousavi, Department of Health Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran Email: mm.mousavi@iau.ac.ir

DOI: [10.61882/jams.29.1.0034](https://doi.org/10.61882/jams.29.1.0034)

How to Cite this Article:

Shahbazzpour M, Mousavi SM, Asadi Majareh S. The Effectiveness of Schema Therapy Based on mothers Training on Social-Emotional Competence in Adolescent Girls with Psychopathic Behaviors in Karaj, Iran During the 2023-2024. *J Arak Uni Med Sci.* 2026;**29**(1): 34- 42. DOI: [10.61882/jams.29.1.0034](https://doi.org/10.61882/jams.29.1.0034)

Received: 25.02.2025

Accepted: 30.03.2026

Keywords:

Psychopathy;
Schema therapy;
Social- Emotional Competence

© 2024 Arak University of Medical Sciences

Abstract

Introduction: The present study aimed to investigate the effectiveness of schema therapy based on mothers' training on Social- emotional competence in adolescent girls with psychopathic behavior.

Methods: This semi-experimental study employed a pre-test, post-test, with a two-month follow-up design including an experimental and a control group. The statistical population comprised all female students in Senior high school (tenth and eleventh grade) at four public high schools in Karaj during the 2023-2024 academic year. The participants were 20 adolescent girls exhibiting psychopathic behaviour and their mothers, who were identified among 520 10th and 11th-grade students. The Participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to either the schema therapy group or the control group (10 participants in each). The measurement tools used in this study included the Levenson Psychopathic Behaviour Questionnaire and the Zhou & Ee Social- Emotional Competence Questionnaire. The intervention groups (mothers) underwent schema therapy (12 sessions of 90 minutes), but the mothers of control group did not receive any intervention. The questionnaires were completed by their teenage children in the pre-test and post-test and follow up stages.

Results: The results of the mixed analysis of variance showed significant differences between the experimental and control groups in pretest, posttest, and follow-up assessments ($p < 0.05$). Schema therapy based on mothers' training was effective in increasing social- emotional competence. In other words, schema therapy based on mothers' training significantly enhanced the social-emotional competence of adolescents.

Conclusions: It is recommended to use schema therapy based on mothers' training as a complementary method alongside other approaches to address psychological problems and increase emotional-social competence in students with psychopathic behaviour.

اثر بخشی طرحواره درمانی مبتنی بر آموزش مادران بر شایستگی هیجانی-اجتماعی در نوجوانان دختر دارای رفتارهای جامعه ستیز در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۳

مهناز شهبازپور^۱، سیده مریم موسوی^{۲*}، سامره اسدی مجره^۱

^۱ گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

^۲ گروه روانشناسی سلامت، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

* نویسنده مسئول: سیده مریم موسوی، گروه روانشناسی سلامت، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

ایمیل: mm.mousavi@iau.ac.ir

DOI: 10.61882/jams.29.1.0034

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۰۷	چکیده
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۱/۱۰	مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی مبتنی بر آموزش مادران بر شایستگی هیجانی-اجتماعی در نوجوانان دختر دارای رفتارهای جامعه‌ستیز انجام شد.
واژگان کلیدی: جامعه ستیزی؛ طرحواره درمانی؛ شایستگی هیجانی-اجتماعی	روش کار: این پژوهش نیمه‌آزمایشی، با استفاده از طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه با یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانش‌آموزان ۴ مدرسه دولتی دخترانه دوره متوسط دوم ساکن شهر کرج در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۳ تشکیل دادند. شرکت‌کنندگان این پژوهش شامل ۲۰ نوجوان دختر دارای رفتارهای جامعه‌ستیز و مادران آنها بودند که از میان ۵۲۰ دانش‌آموز پایه‌های دهم و یازدهم شناسایی شدند. شرکت‌کنندگان بر اساس نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه طرحواره‌درمانی و کنترل (هر کدام ۱۰ نفر) جای‌دهی شدند. ابزارهای سنجش متغیرهای پژوهش شامل پرسشنامه جامعه‌ستیزی Levenson و پرسشنامه شایستگی هیجانی-اجتماعی Zhou & Ee بود. برای گروه آزمایش برنامه طرحواره درمانی، ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی مادران انجام شد، در حالی که مادران گروه کنترل در فهرست انتظار قرار گرفت. ابزارها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط فرزندان نوجوانان آنها تکمیل شد.
تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی اراک محفوظ است.	یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس آمیخته نشان داد، بین گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد ($P < 0/05$). به عبارت دیگر، طرحواره‌درمانی مبتنی بر آموزش مادران در افزایش شایستگی هیجانی-اجتماعی مؤثر بود، به عبارت دیگر، طرحواره‌درمانی مبتنی بر آموزش مادران به‌طور مؤثری شایستگی هیجانی-اجتماعی نوجوانان را افزایش داد.
	نتیجه‌گیری: پیشنهاد می‌شود که از طرحواره‌درمانی مبتنی بر آموزش مادران به عنوان یک روش مکمل در کنار سایر روش‌ها برای مقابله با مشکلات روانشناختی و افزایش شایستگی هیجانی-اجتماعی در دانش‌آموزان دارای رفتارهای جامعه‌ستیز استفاده کرد.

ارجاع: شهبازپور مهناز، موسوی سیده مریم، اسدی مجره سامره. اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر آموزش مادران بر شایستگی هیجانی-اجتماعی در نوجوانان دختر دارای رفتارهای جامعه ستیز در کرج. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک ۱۴۰۵؛ ۲۹ (۱): ۳۴-۴۲.

مقدمه

پژوهش‌ها نشان داده است که شیوع اختلال جامعه‌ستیزی در جمعیت عمومی حدود ۴/۵ درصد است؛ این میزان در میان زندانیان مرد به ۱۵ تا ۲۵ درصد و در زندانیان زن به ۱۰ تا ۱۲ درصد می‌رسد. هزینه سالانه ناشی از این اختلال در ایالات متحده حدود ۴۶۰ میلیارد دلار آمریکا برآورد شده است (۵). مطالعات نشان داده است که نوجوانان مبتلا به رفتارهای جامعه‌ستیز اغلب در تنظیم هیجان، تعامل اجتماعی و عملکرد بین‌فردی با چالش‌هایی مواجه هستند که بخشی از آن به کمبود شایستگی هیجانی-اجتماعی بازمی‌گردد (۵). شایستگی هیجانی-اجتماعی (Social emotional competence)، یکی از ویژگی‌های کلیدی است که به افراد امکان می‌دهد روابط مثبت با

جامعه‌ستیزی، یکی از اشکال اختلالات رفتاری برون‌ریزی است که معمولاً از دوران کودکی یا نوجوانی آغاز شده و در صورت عدم مداخله درمانی، تا بزرگسالی تداوم می‌یابد (۱). این اختلال با ویژگی‌هایی همچون پرخاشگری، بی‌تفاوتی نسبت به دیگران، نادیده گرفتن هنجارهای اجتماعی و ناتوانی در همدلی همراه است و پیامدهای نامطلوبی مانند پرخاشگری نسبت به خود و دیگران به همراه دارد (۲). در ایالات متحده، شیوع این اختلال حدود ۱ درصد در مردان و ۱/۲ درصد در زنان گزارش شده است. در زنان، این اختلال معمولاً با الگوی خاص‌تر، شامل پرخاشگری بیمارگون و هیجانی‌تر، بروز می‌یابد (۳، ۴).

مدل‌های درمانی در روند درمان نگر دارد (۲۴). این درمان با بررسی ریشه مشکلات در دوران کودکی و با استفاده از تکنیک‌های تنظیم هیجان در تعدیل هیجان و راهبردهایی برای تغییر حالت‌های طرحواره‌ای بسیار مفید است. با این حال، اثربخشی طرحواره‌درمانی مبتنی بر آموزش والدین بر شایستگی هیجانی- اجتماعی در دختران نوجوان دارای رفتارهای ضد اجتماعی تاکنون بررسی نشده است. لذا با توجه به مطالب فوق، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر آموزش والدین بر شایستگی هیجانی- اجتماعی در دختران نوجوان دارای رفتارهای جامعه‌ستیز انجام شد (جدول ۱).

روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری دوماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل مادران دانش‌آموزان دختر دارای رفتارهای جامعه‌ستیز در چهار مدرسه و هنرستان دخترانه دولتی متوسطه دوم در شهر کرج در سال ۱۴۰۳ بود. از میان ۵۲۰ دانش‌آموز پایه‌های دهم و یازدهم، تعداد ۲۰ مادر دارای فرزند دختر با رفتارهای جامعه‌ستیز شناسایی و با رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند. این افراد به‌صورت تصادفی در دو گروه طرحواره‌درمانی و کنترل جای‌دهی شدند (هر گروه ۱۰ نفر). مداخلات درمانی تنها برای مادران اجرا شد، اما ارزیابی اثر بخشی مداخله از طریق اجرای پرسشنامه‌ها بر روی دختران آنان (در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه) انجام گرفت.

ملاک‌های ورود به پژوهش برای نوجوانان شامل: سن (۱۵ تا ۱۸ سال)، جنسیت (دختر)، پایه تحصیلی (دهم و یازدهم)، و رضایت آگاهانه آن‌ها بود. برای مادران نیز ملاک‌های ورود شامل: داشتن فرزند دختر در محدوده سنی ۱۵ تا ۱۸ سال، رضایت آگاهانه، سواد خواندن و نوشتن و برخورداری از سلامت نسبی جسمی و روانی بود.

ملاک‌های خروج برای نوجوانان عبارت بودند از: ابتلا به بیماری‌های جسمی یا روانی مزمن (بر اساس مصاحبه بالینی)، غیبت در بیش از سه جلسه ارزیابی، عدم همکاری یا انصراف از شرکت در مطالعه، و دریافت هم‌زمان روان‌درمانی یا دارودرمانی. ملاک‌های خروج برای مادران نیز شامل: غیبت در بیش از دو جلسه مداخله و دریافت روان‌درمانی یا دارودرمانی هم‌زمان بود.

برای گردآوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شد:

الف) مقیاس خودسنجی جامعه‌ستیزی Levenson و همکاران (Levenson Self-Report Scale) (۲۵): این پرسشنامه در قالب ۲۶ گویه به منظور بررسی شخصیت جامعه‌ستیز در نمونه‌های غیرجنایی و غیربالینی تدوین شد، سؤالات این پرسشنامه با استفاده از طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از بسیار مخالف = ۱ تا بسیار موافق = ۴ نمره‌گذاری می‌شود. Anestis و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ آن را برای جامعه‌ستیزی اولیه و ثانویه به ترتیب، ۰/۸۳ و ۰/۷۴ محاسبه کردند (۲۶). غلامی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶، جامعه‌ستیزی اولیه، ثانویه و کل مقیاس را ۰/۷۰ گزارش کردند (۲۷). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس بر روی ۵۲۰ دانش‌آموز دوره متوسطه دوم ۰/۷۷ بدست آمد.

دیگران برقرار کرده، خواسته‌های محیط اجتماعی را پاسخ دهند و به اهداف گروهی دست یابند (۶). این شایستگی مجموعه‌ای از توانایی‌های غیرشناختی مانند کنترل شناختی، بیان هیجانی، همدلی، رفتارهای اجتماعی و تنظیم هیجان را در برمی‌گیرد (۶). به‌طور کلی، شایستگی هیجانی- اجتماعی به توانایی تعامل مؤثر با دیگران، حل مسئله و برقراری ارتباط سالم اشاره دارد (۷) و شایستگی هیجانی- اجتماعی مجموعه‌ای از توانایی‌ها شامل خودآگاهی (Self-awareness)، آگاهی اجتماعی (Social-awareness)، خودمدیریتی (Self-management)، مدیریت رابطه (Relational management) و تصمیم‌گیری مسئولانه (Responsible decision making) است (۸).

شایستگی هیجانی- اجتماعی در دوران نوجوانی به‌عنوان عامل مؤثر موفقیت فردی، تحصیلی و اجتماعی شناخته می‌شود (۹). ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که کودکان و نوجوانان دارای ویژگی‌های ضداجتماعی، اختلالات عاطفی و رفتاری با مشکلات فراوانی به‌ویژه در بعد آموزشی و اجتماعی مواجه هستند و دلیل آن نداشتن شایستگی اجتماعی است (۱۰). از آنجا که شکل‌گیری این شایستگی‌ها تا حد زیادی در بستر روابط والد- فرزند انجام می‌گیرد، نقش والدین، به‌ویژه مادران، در این زمینه غیرقابل‌انکار است. محیط خانوادگی، الگوهای دلبستگی و نحوه پاسخ‌گویی والدین به نیازهای هیجانی فرزندان، از عوامل مؤثر بر تحول اجتماعی و هیجانی نوجوانان محسوب می‌شوند (۱۱، ۱۲). در همین راستا، پژوهش‌ها بر اهمیت آموزش والدین در تقویت عملکردهای هیجانی و اجتماعی نوجوانان تأکید داشته‌اند (۱۳). یکی از مداخلات نوظهور در این حوزه، طرحواره‌درمانی مبتنی بر آموزش والدین است که با تأکید بر اصلاح الگوهای شناختی و هیجانی ناسازگار شکل‌گرفته در دوران کودکی، می‌تواند به ارتقای تعاملات والد- فرزند و در نتیجه بهبود شایستگی هیجانی- اجتماعی نوجوانان منجر شود (۱۴، ۱۵).

از آنجا که اختلالات شخصیتی نوجوانان ممکن است منجر به الگوهای مزمن رفتار ضداجتماعی شود (۱۶)، مداخله زودهنگام می‌تواند ابزار مؤثری برای پیشگیری ثانویه باشد (۱۷). مطالعات پیشین اثربخشی طرحواره‌درمانی، به‌ویژه مداخلات مبتنی بر آموزش والدین، را در کاهش نشانه‌های آسیب‌شناختی، بهبود روابط بین‌فردی و تنظیم هیجان در گروه‌های مختلف از جمله مجرمان (۱۸)، مادران دارای فرزند خردسال (۱۹، ۲۰) و نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک (۲۱-۲۳) نشان داده‌اند. بنابراین، به نظر می‌رسد طرحواره‌درمانی مبتنی بر آموزش مادران می‌تواند با بازسازی ساختارهای هیجانی- شناختی آنان و انتقال الگوهای تنظیم هیجان کارآمد، زمینه‌ساز کاهش ویژگی‌های جامعه‌ستیز و ارتقای شایستگی هیجانی- اجتماعی دختران نوجوان شود. این فرضیه، مبنای شکل‌گیری پژوهش حاضر را تشکیل می‌دهد.

با توجه به پیامدهای اجتماعی و روان‌شناختی جامعه‌ستیزی و تحقیقات محدود در این زمینه، فقدان روش‌های مداخله مناسب برای مقابله با رفتارهای ضداجتماعی در مراکز مشاوره و روان‌درمانی، این پژوهش از اهمیت بالایی برخوردار است. در مطالعات انجام شده بر روی بیماران مبتلا به اختلالات شخصیتی که معمولاً به درمان مقاوم هستند، طرحواره درمانی توانسته است بیماران را برای مدت طولانی‌تری نسبت به سایر

جدول ۱. پروتکل طرحواره درمانی (۲۰)

جلسات	محتوی جلسات	تکالیف
اول	معرفی و آشنایی با طرحواره درمانی، سبک‌های مقابله‌ای	ثبت سه مورد از بهترین و بدترین رفتارهای فرزندشان
دوم	سبک‌های فرزندپروری، پنج نیاز اساسی و حوزه‌های طرحواره	تمرکز بر سبک فرزندپروری (شناسایی آنها)
سوم	توضیح در حوزه قطع ارتباط و طرد، استقلال و عملکرد تخریب شده	توجه و شناسایی الگوهای رفتاری نامناسب خود و فرزند
چهارم	محدودیت مختل، مراقبت و بازداری بیش‌ازحد	توجه و شناسایی الگوهای رفتاری نامناسب خود و فرزند
پنجم	ایجاد یک منطقه امن اولیه فراهم آوردن ثبات و پیش‌بینی‌پذیری، مدیریت تعارضات والدینی	توجه به الگوهای رفتاری ناسازگار فرزند، برآورده کردن این نیاز و ثبت واکنش فرزند
ششم	رفتارهای دلبستگی ایمن و نیاز دلبستگی، آموزش مراقبت‌های جنسی	آموزش خودمراقبتی به فرزند
هفتم	رفتارهایی که نیاز به استقلال را فراهم می‌کنند شامل: شناسایی روش‌های کنترل، واگذاری مسئولیت در خانه	فراهم آوردن انتخاب و آزادی بیشتر و واکنش فرزند
هشتم	تعیین قوانین و محدودیت‌های رفتاری، نوشتن قوانین در یک جلسه خانوادگی همراه فرزند	ارزیابی استحکام مرزهای رفتاری فرزند و تنظیم و اجرای قوانین با مشارکت وی
نهم	رفتارهای فراهم کننده نیاز به آزادی و ابراز وجود، تعامل عاطفی، آموزش احساسات و بیان آن‌ها، همدلی با فرزند، آموزش نه گفتن	تمرین و ایفای نقش در همدلی
دهم	نیاز به تفریح و خودانگیختگی،	زمان با کیفیت
یازدهم	توضیح انواع خلقی فرزند، ابعاد خلق و نقش آن در شکل‌دهی به رفتار آنها و ایجاد طرحواره‌ها	آموزش خودآرام‌بخشی به فرزند
دوازدهم	مرور و خلاصه آموزش‌ها و پاسخ به سؤال‌های والدین	تهیه یک برنامه برای استفاده از برنامه آموزشی جدولی از اشتباهات تربیتی والدین

پژوهش (شایستگی هیجانی- اجتماعی) در اختیار نوجوانان در هر دو گروه قرار گرفت و پاسخ آنها به عنوان نمرات پیش‌آزمون ثبت شد. پروتکل طرحواره درمانی لوئیس و لوئیس (۲۰۱۵) در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هنرستان تقوی بیات به مادران گروه آزمایش آموزش داده شد. مادران گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. یک هفته پس از اجرای درمان، نوجوانان هر دو گروه مجدداً پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند و پاسخ‌های آنها به‌عنوان نمرات پس‌آزمون ثبت شد. دو ماه پس از درمان، هر دو گروه پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند و پاسخ‌های آنها به‌عنوان نمرات پیگیری ثبت شد (بهترین فاصله زمانی برای پیگیری ۶ ماه است، اما به دلیل زمان کم، ۲ ماه در نظر گرفته شد). در نهایت داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته تجزیه و تحلیل شد (جدول ۱). پس از اتمام درمان، گروه کنترل در صورت تمایل می‌توانست جلسات درمانی را شروع کند. علاوه بر این، همه شرکت‌کنندگان با رضایت آگاهانه در پژوهش شرکت کردند. همچنین اصل رازداری هویت شرکت‌کنندگان و اطلاعات مربوط به آنها حفظ شد. از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش دریافت کد اخلاق IR.IAU.RASHT.REC.1403.025 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت بود. در این پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی Bonferroni با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ (version 24, IBM Corporation, Armonk, NY) استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین (و انحراف معیار) سنی نوجوانان گروه‌های طرحواره درمانی و کنترل به ترتیب ۱۶/۲۰ (۰/۴۲) و ۱۵/۶۰ (۰/۵۲) بود. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک متغیری نشان داد که بین میانگین سن گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت وجود ندارد ($F = ۲/۶۳, P > ۰/۰۵$). میانگین (و انحراف معیار) سنی مادران گروه طرحواره‌درمانی و گروه کنترل به ترتیب $(۴۱/۱ \pm ۳/۴)$ و $(۴۱/۸ \pm ۴/۱)$ سال بود. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌متغیره نشان داد که بین میانگین سن مادران در دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($F = ۱/۰۰, P > ۰/۰۵$). در گروه

(ب) پرسشنامه شایستگی اجتماعی- هیجانی Zhou & Ee (28) این پرسشنامه به منظور سنجش شایستگی هیجانی- اجتماعی در دانش‌آموزان تدوین شد و دارای ۲۵ سؤال است؛ که در مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً موافقم (امتیاز ۱) تا کاملاً مخالفم (امتیاز ۵) پاسخ داده می‌شوند. این پرسشنامه یک نمره کلی دارد، و دامنه نمرات آن بین ۲۵ - ۱۵۰ می‌باشد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده شایستگی هیجانی- اجتماعی بیشتر است، درحالی‌که نمرات پایین نشان‌دهنده شایستگی هیجانی- اجتماعی کمتر است. روایی سازه و همزمان پرسشنامه مذکور را Zhou & Ee (28) تأیید کرده، و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۰ به دست آمد. پرسشنامه شایستگی هیجانی- اجتماعی پنج مؤلفه خودآگاهی، آگاهی اجتماعی، خودمدیریتی، مدیریت رابطه و تصمیم‌گیری مسئولانه را می‌سنجد. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده این پرسشنامه در پژوهش (29) بالای ۰/۸۲ ارزیابی شد. همچنین، در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه شایستگی هیجانی- اجتماعی ۰/۶۸ ارزیابی شد.

نحوه جمع‌آوری داده‌ها

پس از اخذ مجوز و معرفی‌نامه از دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه آزاد رشت و اخذ منشور اخلاقی از کمیته زیست پزشکی دانشگاه، در دی ماه ۱۴۰۲ به آموزش و پرورش کرج مراجعه شد و تا مردادماه ۱۴۰۳ ادامه داشت. ابتدا چهار مدرسه دولتی دخترانه در مقطع متوسطه دوم کرج به صورت در دسترس انتخاب شدند. سپس دانش‌آموزان پایه‌های دهم و یازدهم مقیاس جامعه‌سنجی (25) را تکمیل کردند و دانش‌آموزان دارای رفتارهای جامعه‌سنجی بر اساس یک انحراف بالاتر از میانگین این مقیاس شناسایی و برخی از آنها توسط اولیای مدرسه معرفی شدند. از میان افراد با تشخیص رفتارهای جامعه‌سنجی با توجه به ملاک‌های ورود و خروج، ۲۴ نفر انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گروه کنترل (۱۲ نفر) به شیوه تصادفی جایگزین شدند. در طی این پژوهش، ۲ نفر از هر گروه به دلیل غیبت در جلسه، انصراف دادند که در نهایت ۱۰ نفر در هر گروه باقی ماندند. پس از کسب رضایت کتبی، یک هفته قبل از درمان، ابزار

بررسی اندازه اثر نیز از مجذور اتای جزئی استفاده شد. مقدار مجذور اتای جزئی ۰/۰۱ و کمتر نشانگر اثر کم، ۰/۰۴ تا ۰/۰۹ اثر متوسط و ۰/۱۰ و بیشتر نشانگر اثر زیاد است.

همانطور که در جدول ۳ نشان داده شده است، نتایج اثر اصلی عامل بین گروهی نیز بر مؤلفه‌های خودآگاهی ($F = ۱۰/۶۰, \eta^2 = ۰/۹۸۲$)، آگاهی اجتماعی ($F = ۱۷/۷۱, \eta^2 = ۰/۴۹۷$)، خودمدیریتی ($F = ۰/۳۶۶, \eta^2 = ۰/۱۳۶$)، مدیریت رابطه ($F = ۵۰/۰۲, \eta^2 = ۰/۷۳۵$) و تصمیم‌گیری مسئولانه ($F = ۲۶/۸۶, \eta^2 = ۰/۵۹۹$) و نمره کل شایستگی هیجانی- اجتماعی ($F = ۰/۷۱۷, \eta^2 = ۰/۴۵۵۲$) معنی‌دار است ($P < ۰/۰۱$). بنابراین نتایج نشان می‌دهد که بین گروه‌های مورد مطالعه از نظر شایستگی هیجانی- اجتماعی و مؤلفه‌های خودآگاهی، آگاهی اجتماعی، خودمدیریتی، مدیریت رابطه و تصمیم‌گیری مسئولانه در نوجوانان جامعه‌سستیز تفاوت وجود دارد ($P < ۰/۰۱$).

همچنین نتایج نشان می‌دهد که اثر عامل درون گروهی بر شایستگی هیجانی- اجتماعی ($F = ۰/۳۰۷, \eta^2 = ۰/۷۹۶$) و مؤلفه‌های خودآگاهی ($F = ۰/۳۰۵, \eta^2 = ۰/۳۳۱$)، مدیریت رابطه ($F = ۸/۸۹, \eta^2 = ۰/۳۳۱$) و تصمیم‌گیری مسئولانه ($F = ۰/۱۶۷, \eta^2 = ۰/۳۶۰$) در نوجوانان جامعه‌سستیز معنی‌دار است ($P < ۰/۰۱$). صرفنظر از گروه، در طول زمان شایستگی هیجانی- اجتماعی و مؤلفه‌های خودآگاهی، مدیریت رابطه و تصمیم‌گیری مسئولانه دیدگاه‌گیری در نوجوانان جامعه‌سستیز بهبود یافته است.

در ادامه نتایج، اثر تعامل گروه مراحل بر خودآگاهی و ($F = ۰/۴۸۹, \eta^2 = ۰/۱۷۱۳$)، مدیریت رابطه ($F = ۱۵/۰۶, \eta^2 = ۰/۴۵۶$)، تصمیم‌گیری مسئولانه ($F = ۸/۷۵, \eta^2 = ۰/۳۴۳$)، شایستگی هیجانی- اجتماعی ($F = ۷/۰۵, \eta^2 = ۰/۳۱۳$) معنی‌دار است ($P < ۰/۰۱$). این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و

طرحواره‌درمانی، ۸۰ درصد مادران دارای دیپلم، ۱۰ درصد، سیکل و ۱۰ درصد، کارشناسی بودند؛ در گروه کنترل این نسبت‌ها به ترتیب ۷۰، ۲۰ و ۱۰ درصد بود. آزمون χ^2 نشان داد که این تفاوت معنی‌دار نیست ($P > ۰/۰۵$)، $\chi^2 = ۰/۴۰$). در گروه طرحواره‌درمانی، ۷۰ درصد والدین خانه‌دار، ۱۰ درصد، کارمند و ۲۰ درصد، کار آزاد داشتند؛ در گروه کنترل نیز ۷۰ درصد، خانه‌دار، ۱۰ درصد، خیاط، ۱۰ درصد، آزاد و ۱۰ درصد، بازنشسته بودند. آزمون χ^2 تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > ۰/۰۵, \chi^2 = ۰/۵۰$).

در جدول ۲، میانگین شایستگی هیجانی- اجتماعی و مؤلفه‌های آن در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارلنه شده است. همچنین با توجه به معنی‌دار نبودن آزمون Shapiro-Wilk ($P > ۰/۰۵$)، مفروضه توزیع نرمال این متغیر رعایت شده است. جهت بررسی مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس از آزمون M Box استفاده شد. نتایج جدول ۲ نشان داد که بر اساس این آزمون، مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس در مؤلفه‌های خودآگاهی، آگاهی اجتماعی، مدیریت رابطه و تصمیم‌گیری مسئولانه برقرار است ($P > ۰/۰۵$). در مؤلفه خودمدیریتی مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس برقرار نیست ($P < ۰/۰۵$). آماره W موچلی برای متغیرهای خودآگاهی (۰/۹۵۳)، آگاهی اجتماعی (۰/۹۵۴)، خودمدیریتی (۰/۹۸۰)، مدیریت رابطه (۰/۸۸۰)، تصمیم‌گیری مسئولانه (۰/۹۸۹) و نمره کل شایستگی هیجانی (۰/۹۰۱) معنی‌دار نبود ($P > ۰/۰۵$). بنابراین پیش فرض کروریت برای این مؤلفه‌ها برقرار است.

با در نظر گرفتن مقادیر اسپیلون در جدول ۳، نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر برای بررسی تفاوت گروه‌های پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است. لازم به ذکر است که سطح ($P < ۰/۰۵$). برای رد فرض صفر در نظر گرفته شد. برای

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی شایستگی- هیجانی اجتماعی و مؤلفه‌های آن به تفکیک گروه‌های درمانی و کنترل

متغیر	زمان	گروه طرحواره درمان		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودآگاهی	پیش‌آزمون	۸/۳۰	۳/۴۳	۱۰	۱/۴۱
	پس‌آزمون	۱۲/۲۸	۴/۱۳	۱۱/۵۱	۲/۵۵
	پیگیری	۱۶/۴۰	۱/۸۴	۸/۳۰	۲/۴۰
آگاهی اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۵/۹۱	۳/۴۴	۱۰/۹۱	۴/۰۶
	پس‌آزمون	۱۵/۸۱	۳/۴۵	۱۰/۶۱	۳/۵۱
	پیگیری	۱۵/۳۱	۲/۳۵	۱۱/۷۱	۲/۴۵
خودمدیریتی	پیش‌آزمون	۱۵/۹۱	۵/۸۱	۱۱/۷۱	۳/۸۹
	پس‌آزمون	۱۶/۱۰	۲/۹۷	۱۲/۵۹	۳/۳۸
	پیگیری	۱۶	۲/۲۱	۱۱/۴۱	۴/۱۶
مدیریت رابطه	پیش‌آزمون	۱۰	۳/۱۳	۱۰/۴۰	۱/۷۲
	پس‌آزمون	۱۷/۴۰	۳/۰۹	۹/۳۰	۲/۳۵
	پیگیری	۱۶/۱۰	۱/۶۰	۱۰/۲۰	۱/۹۴
تصمیم‌گیری مسئولانه	پیش‌آزمون	۱۱	۴/۹۹	۸/۴۰	۲/۱۱
	پس‌آزمون	۱۶	۴/۱۰	۷/۸۷	۲/۶۵
	پیگیری	۱۴/۸۱	۲/۳۴	۹/۲۰	۳/۵۳
کل	پیش‌آزمون	۶۲/۰۲	۱۴/۹۳	۵۱/۴۰	۷/۷۰
	پس‌آزمون	۷۷/۵۹	۱۰/۶۵	۵۱/۸۵	۷/۸۰
	پیگیری	۷۸/۶۱	۳/۶۹	۵۰/۸۰	۶/۷۷

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت گروه‌ها در شایستگی هیجانی-اجتماعی

متغیر	منبع تغییرات	F	P	مجذور اتا	توان آماری
خود آگاهی	گروه	۱۰/۶۰	۰/۰۰۴	۰/۹۸۲	۱
	مراحل	۷/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۳۰۵	۰/۹۴
	گروه*مراحل	۱۷/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۴۸۹	۱
آگاهی اجتماعی	گروه	۱۷/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۴۹۷	۰/۹۷۹
	مراحل	۰/۰۶	۰/۹۴	۰/۰۰۴	۰/۰۵
	گروه*مراحل	۰/۵۳۵	۰/۵۹	۰/۰۲	۰/۱۳
خودمدیریتی	گروه	۱۰/۳۶	۰/۰۰۵	۰/۳۶۶	۰/۸۷
	مراحل	۰/۲۲	۰/۸۰	۰/۰۱	۰/۰۸
	گروه*مراحل	۰/۱۴	۰/۸۷	۰/۰۰۸	۰/۰۷
مدیریت رابطه	گروه	۵۰/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۷۳۵	۱
	مراحل	۸/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۳۳۱	۰/۹۶
	گروه*مراحل	۱۵/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۴۵۶	۰/۹۹
تصمیم‌گیری مسئولانه	گروه	۲۶/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۵۹۹	۱
	مراحل	۳/۶۰	۰/۰۳	۰/۱۶۷	۰/۶۲
	گروه*مراحل	۴/۰۳	۰/۰۲	۰/۱۸۳	۰/۶۸
کل	گروه	۴۵/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۷۱۷	۱
	مراحل	۷/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۳۰۷	۰/۹۳
	گروه*مراحل	۸/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱۳	۰/۹۴

جدول ۴. نتایج آزمون مقایسه‌های زوجی بر اساس تعدیل Bonferroni در متغیر شایستگی هیجانی و مؤلفه‌های آن در سه مرحله به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	مراحل	طرحواره درمانی		کنترل
		اختلاف میانگین	سطح معناداری	
خود آگاهی	پیش‌آزمون	۳/۹۹	۰/۰۹	۰/۳۴
	پیش‌آزمون	۸/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۳۰
	پس‌آزمون	۴/۱۱	۰/۰۵	۰/۰۶
آگاهی اجتماعی	پیش‌آزمون	۰/۱۰	۱	۱
	پیش‌آزمون	۰/۶۰	۱	۱
	پس‌آزمون	۰/۵۰	۱	۰/۹۷
خودمدیریتی	پیش‌آزمون	۰/۲۰	۱	۱
	پیش‌آزمون	۰/۱۰	۱	۱
	پس‌آزمون	۰/۱۰	۱	۱/۱۸
مدیریت رابطه	پیش‌آزمون	۶/۴۷۲	۰/۰۰۲	۰/۴۶
	پیش‌آزمون	۵/۱۷۲	۰/۰۰۴	۱
	پس‌آزمون	۱/۳۰	۰/۷۷	۱
تصمیم‌گیری مسئولانه	پیش‌آزمون	۵	۰/۰۳	۱
	پیش‌آزمون	۳/۸۰	۰/۰۸	۱
	پس‌آزمون	۱/۲۰	۱	۱/۳۳
کل	پیش‌آزمون	۱۵/۵۶	۰/۰۰۷	۱
	پیش‌آزمون	۱۶/۵۸	۰/۰۲	۱
	پس‌آزمون	۱/۰۱۷	۱	۱/۰۴

کنترل از لحاظ مؤلفه‌های خودآگاهی، مدیریت رابطه، تصمیم‌گیری مسئولانه و شایستگی هیجانی-اجتماعی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند ($P < ۰/۰۱$).

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد مؤلفه خودآگاهی در گروه طرحواره‌درمانی در «پیش‌آزمون نسبت به پیگیری» «پس‌آزمون نسبت به پیگیری» بهبود یافته است ($P < ۰/۰۵$). به عبارت دیگر، این بهبودی در مؤلفه خودآگاهی تا مرحله پیگیری تداوم داشته است. مؤلفه مدیریت رابطه در طرحواره‌درمانی در «پیش‌آزمون نسبت به پس‌آزمون» و «پیش‌آزمون نسبت به پیگیری» بهبود یافته است ($P < ۰/۰۵$). مؤلفه تصمیم‌گیری در گروه طرحواره‌درمانی در «پیش‌آزمون نسبت به پس‌آزمون» بهبود یافته است ($P < ۰/۰۵$). به عبارت دیگر، این بهبودی در مؤلفه مدیریت رابطه تا مرحله

پیگیری تداوم داشته است. شایستگی هیجانی-اجتماعی در طرحواره‌درمانی در «پیش‌آزمون نسبت به پس‌آزمون» و «پیش‌آزمون نسبت به پیگیری» بهبود یافته است ($P < ۰/۰۵$). به عبارت دیگر، این بهبودی در شایستگی هیجانی-اجتماعی تا مرحله پیگیری تداوم داشته است.

بحث

هدف این پژوهش، تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی مبتنی بر آموزش مادران بر شایستگی هیجانی-اجتماعی در دختران نوجوان دارای رفتارهای جامعه‌سستیز بود. نتایج نشان داد که طرحواره‌درمانی مبتنی بر آموزش مادران بر شایستگی هیجانی-اجتماعی دختران نوجوان دارای رفتارهای جامعه‌سستیز و خرده‌مقیاس‌های خودآگاهی، مدیریت روابط و تصمیم‌گیری مسئولانه تأثیر

داشت. اما بر آگاهی اجتماعی و خودمدیریتی تأثیر معناداری نداشت. جهت تطبیق یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های اخیر در رابطه با مداخله طرحواره‌درمانی که از نظر محتوا و موضوع با پژوهش حاضر کاملاً مرتبط باشد، بسیار محدود است. با این وجود، یافته‌های پژوهش حاضر یا پژوهش‌های پیشین (۱۸-۲۲) به طور ضمنی از نظر تأثیر مداخله طرحواره‌درمانی بر کاهش علائم اختلالات شخصیت، رفتارهای مخرب و برون‌ریزی، ویژگی‌های جامعه‌ستیزی، و بهبود کیفیت رابطه والد-کودک هم‌راستا است.

این پژوهش‌ها نشان می‌دهند که آموزش‌های طرحواره‌درمانی با شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار و تأمین نیازهای بنیادی مادران، به آنها کمک می‌کند هیجانان خود را بهتر تنظیم نموده و تأثیر حالات روانی‌شان بر روابط با فرزندان را کاهش دهند. از آنجا که وجود طرحواره‌های ناسازگار باعث می‌شود مادران کمتر از راهبردهای کارآمد تنظیم هیجان استفاده کرده و بیشتر به روش‌های ناکارآمد متکی باشند، نقش درمانگر در هدایت آن‌ها به سمت سبک فرزندپروری صحیح و مؤثر بسیار اهمیت دارد. مادران با الگوبرداری از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، مهارت‌های عاطفی- رفتاری خود را به فرزندان منتقل می‌کنند. در فرایند درمان، طرحواره‌ها و باورهای خانوادگی ناکارآمد شناسایی و تعدیل می‌شوند و بدین ترتیب راهبردهای مؤثر تنظیم هیجان شکل می‌گیرد. آموزش مهارت‌های هیجانی یعنی ابراز و کنترل خشم و آموزش مهارت‌های اجتماعی شامل آشنایی با حقوق فردی و اجتماعی، حل مسأله و سازگاری با محیط به بهبود روابط بین‌فردی و کاهش پرخاشگری منجر می‌شود (۹، ۳۰). طرحواره‌درمانی با بررسی دقیق ذهنیت فرد و بازسازی خاطرات گذشته، الگوهای ناکارآمد (مانند کودک آسیب‌پذیر) را با الگوهای کارآمد (مانند کودک دانا) جایگزین می‌کند و الگوهای جدید و مثبت تنظیم هیجان را تقویت می‌نماید (۳۱).

از جمله مهم‌ترین تکنیک‌های این روش می‌توان به بازسازی شناختی، بازنویسی تصویری، تجسم صندلی خالی و والدگری محدود اشاره کرد که در شکستن الگوهای رفتاری منسوخ و ترمیم روابط نقش مؤثری دارند. با توجه به اینکه یکی از عوامل اصلی شکل‌گیری رفتارهای جامعه‌ستیز، الگوی ارتباطی و سبک فرزندپروری والدین است، آموزش به والدین می‌تواند این الگوها را تصحیح کرده و واکنش‌های هیجانی نوجوانان را تعدیل نماید. در نتیجه، طرحواره‌درمانی با بهبود تنظیم هیجان والدین و افزایش کیفیت روابط آنها با فرزندان، اثر مثبت و پایدار بر شایستگی هیجانی- اجتماعی نوجوانان دختر دارای رفتارهای جامعه‌ستیز خواهد داشت (۳۲).

در پژوهش حاضر، اثربخشی طرحواره‌درمانی بر خرده‌مقیاس خودآگاهی معنادار بود. در این رویکرد، درمانگر با شناسایی طرحواره‌های ناسازگار و ریشه‌یابی آن‌ها در تجربیات اولیه زندگی، به مادران در مسیر شکل‌گیری خودآگاهی و هویت پایدار کمک می‌کند. این فرایند با آگاهی از نقش سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار در تداوم هویت ناپایدار و جایگزینی آن‌ها با سبک‌های سازگار، موجب ارتقای ظرفیت تنظیم هیجانی در مادران می‌شود. علاوه بر این، بهره‌گیری از تکنیک‌هایی مانند صندلی خالی، ولد محدود، بازسازی شناختی و بازنویسی تصویری، به مادران کمک می‌کند تا باورهای ناسالمی مانند مانند من بی‌ارزش هستم، یا هیچ کس مرا دوست ندارد را شناسایی و با الگوهای سالم‌تر جایگزین کنند (۳۳). چنین اصلاحاتی

منجر به شکل‌گیری نگرشی متفاوت نسبت به خود و فرزند، و نیز روابط بین‌فردی سالم‌تر می‌شود. از نظر مکانیزم اثرگذاری بر نوجوانان، مادران در این فرایند نقش فعال «همیار درمانگر» را ایفا می‌کنند؛ به این معنا که مادران، پس از دریافت آموزش‌ها، راهبردهای تنظیم هیجان، مهارت‌های هیجانی- رفتاری و شیوه‌های فرزندپروری سالم را در تعاملات روزمره خود با فرزندان به کار می‌گیرند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سبک فرزندپروری والدین، به‌ویژه مادران، یکی از مهم‌ترین عوامل محیطی مؤثر بر رشد هیجانی، اجتماعی و هویتی نوجوانان است. زمانی که مادران خود به تنظیم هیجانی بهتری دست می‌یابند، الگوهای رفتاری سالم‌تری را به فرزندان منتقل می‌کنند؛ این امر به طور غیرمستقیم، اما مؤثر، موجب بهبود شایستگی هیجانی- اجتماعی و تقویت فرایند هویت‌یابی در نوجوانان می‌شود.

در تأیید این نکته، یافته‌های پژوهش‌های پیشین نیز نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر آموزش مادران، به‌ویژه طرحواره‌درمانی، می‌توانند از طریق بهبود عملکرد والدین، منجر به کاهش مشکلات رفتاری و افزایش مهارت‌های اجتماعی و هیجانی در فرزندان شوند (۳۴).

در تبیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر مدیریت رابطه می‌توان گفت برای مدیریت رابطه در طرحواره‌درمانی، درمانگر از تکنیک‌های تنظیم هیجان مانند تکنیک‌های شناختی، تجربی و رابطه‌ای از طریق بازسازی شناختی، بازنویسی تصویری، و تقلیل همدلانه و ولدگری محدود به شناسایی حالت‌های طرحواره ناکارآمد می‌پردازد. سپس طی این فرایند، خاطرات منفی را بازسازی کرده و باورهای ناسالم را تغییر می‌دهد. این فرایند موجب تنظیم هیجان‌های مثبت و منفی شده و با افزایش آگاهی مادران از وجود طرحواره‌ها و بهبود و تولدایی‌های غیرشناختی (۶) باعث ایجاد احساس راحتی در برقراری روابط اجتماعی و تقویت شایستگی هیجانی- اجتماعی در آن‌ها می‌شود. از سویی دیگر، پژوهشی نشان داد مدیریت رابطه نقش مهمی در تقویت روابط بین‌فردی، به ویژه در روابط والد- فرزند و همسالان دارد (۱۱).

در تبیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر تصمیم‌گیری مسئولانه می‌توان گفت آموزش تکنیک‌های شناختی طرحواره‌درمانی در شناسایی و به چالش کشیدن این طرحواره‌های ناسازگار نقش مهمی ایفا می‌کند و منجر به بهبود عملکرد مادران می‌شود. بهبود طرحواره‌ها، همزمان با کاهش میزان فعالیت و شدت هیجان همراه با آن‌ها و کاهش مدت زمان فعال شدن شان در ذهن، تغییرات رفتاری متعددی به دنبال دارد؛ به طوری که مادران به محرک‌های راه‌انداز طرحواره به شیوه‌های سالم پاسخ داده و نگرش آنها نسبت به خود و محیط اطراف مثبت‌تر می‌شود (۳۵)؛ به عبارت دیگر، طرحواره‌درمانی، از طریق تغییر طرحواره‌های ناسازگار اولیه با آگاهی دادن به مادران و نوجوانان و به کارگیری تکنیک بازسازی شناختی، آن‌ها را به خودبازنگری در مورد تصمیمات و تجربیات گذشته تشویق کرده و منجر به بهزیستی آنها می‌شود. همچنین، یافته‌های پژوهشی (۳۶) نشان داد تصمیم‌گیری مسئولانه نوجوانان تأثیر گسترده‌ای بر بهزیستی جامعه و روابط اجتماعی دارد.

در این پژوهش، علی‌رغم آنکه آموزش مادران توانست در برخی ابعاد هیجانی و تصمیم‌گیری نوجوانان مؤثر واقع شود، اما ممکن است تغییر در ابعاد عمیق‌تر مانند آگاهی اجتماعی و خودمدیریتی نیازمند مشارکت فعال

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، می‌توان به تعداد محدود جلسات درمانی اشاره کرد. با توجه به ماهیت عمیق و بلندمدت طرحواره‌درمانی، به‌منظور دستیابی به اثربخشی پایدار و تأثیرگذاری بر ابعاد مختلف شایستگی هیجانی-اجتماعی، پیشنهاد می‌شود مدت زمان مداخلات افزایش یابد. همچنین، تمرکز بیشتر بر مهارت‌های فردی همچون آگاهی اجتماعی و خودمدیریتی، می‌تواند به ارتقاء نتایج درمان کمک کند. در نهایت، پیشنهاد می‌شود اثربخشی این رویکرد در ترکیب با سایر روش‌های درمانی و بر روی جامعه آماری متنوع‌تری از نوجوانان بررسی شود تا قابلیت تعمیم نتایج افزایش یابد.

تشکر و قدردانی

این مقاله با کد ۳۳۱۶۲۸۶۳۶۶۳۰۲۳۱۶۲۸۶۳۶۶۳۰۰۶۹۵۷۲۹۶۸۹۰ در دانشگاه آزاد رشت می‌باشد. بدین‌وسیله از اولیای مدارس، دانش‌آموزان و والدینی که در این پژوهش مشارکت داشتند و اداره آموزش و پرورش کرج کمال تشکر و قدردانی می‌گردد.

سهم نویسندگان

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری است. نویسنده اول (نویسنده اصلی)، نویسنده دوم (نویسنده مسئول) و نویسنده سوم، مشاوره این پژوهش را بعهده داشته است.

نضاد منافع

نویسندگان تصدیق می‌کنند که هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

و مستقیم خود نوجوانان در فرآیند درمان باشد. به‌علاوه، رفتارهای جامعه‌سستیز غالباً با آسیب‌های تحولی، نقص در تنظیم هیجان، سبک‌های دلبستگی ناایمن و تعارض‌های درون‌شخصی همراه است که احتمالاً صرف آموزش مادران برای ایجاد تغییر در آن‌ها کفایت نمی‌کند. از طرفی، مدت‌زمان مداخله (۱۲ جلسه) و تمرکز آن تنها بر مادران، ممکن است برای تغییر پایدار در برخی مؤلفه‌ها ناکافی باشد. در ادبیات پژوهشی نیز تأکید شده که برای گروه‌هایی با ویژگی‌های بالینی پیچیده نظیر اختلالات برون‌ریز، مداخلات چندبُعدی، ترکیبی و بلندمدت‌تر مورد نیاز است تا به تغییر در سطوح عمیق‌تری از خودتنظیمی هیجانی و اجتماعی دست یافت (۳۷، ۳۸). بنابراین، عدم اثربخشی در این دو مؤلفه به‌جای آنکه ناکارآمدی مداخله را نشان دهد، به ضرورت طراحی مداخلاتی مکمل و هدفمند، با مشارکت مستقیم نوجوانان و تمرکز بر رشد مهارت‌های بین‌فردی و تنظیم هیجان اشاره دارد.

نتیجه‌گیری

طرحواره‌درمانی، به‌عنوان رویکردی عمیق و جامع، با تمرکز بر بازسازی ساختارهای بنیادین شخصیت و اصلاح الگوهای ناسازگار اولیه، از طریق به‌کارگیری تکنیک‌های متنوع شناختی و هیجانی، زمینه‌ساز تغییرات پایدار در عملکرد رفتاری و عاطفی افراد می‌گردد. این رویکرد، به‌ویژه زمانی که با مشارکت فعال والدین - و به‌طور خاص مادران - به‌عنوان عوامل کلیدی تغییر همراه شود، می‌تواند به بهبود فرآیند رشد هیجانی و اجتماعی نوجوانان منجر شود و شدت رفتارهای جامعه‌سستیز آنان را کاهش دهد. به‌کارگیری طرحواره‌درمانی در کنار آموزش‌های والدین، روشی کارآمد برای ارتقای مهارت‌های تنظیم هیجان، بهبود روابط بین‌فردی، و تقویت توانمندی‌های روانی-اجتماعی نوجوانان محسوب می‌شود.

References

- Ivanova-Serokhivostova A, Molinuevo B, Torrents-Rodas D, Bonillo A, Pérez-Bonaventura I, Corrales M, et al. Fear conditioning deficits in children and adolescents with psychopathic traits: a study in a clinical population. *J Psychopathol Behav Assess*. 2022;44(1):11-25. doi:10.1007/s10862-021-09947-3
- Gillespie SM, Jones A, Garofalo C. Psychopathy and dangerousness: an umbrella review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2023;100:102240. PMID: 36608488 doi:10.1016/j.cpr.2022.102240
- De Brito SA, Forth AE, Baskin-Sommers AR, Brazil IA, Kimonis ER, Pardini D, et al. Psychopathy. *Nat Rev Dis Primers*. 2021;7(1):49. PMID: 34238935 doi:10.1038/s41572-021-00282-1
- Falkenbach DM, Reinhard EE, Larson FRR. Theory based gender differences in psychopathy subtypes. *Pers Individ Dif*. 2017;105:1-6. doi:10.1016/j.paid.2016.09.023
- Maurer JM, Anderson NE, Allen CH, Kiehl KA. Examining the association between psychopathic traits and fearlessness among maximum-security incarcerated male adolescents. *Children (Basel)*. 2024;11(1):65. PMID: 38255377 doi:10.3390/children11010065
- Li S, Tang Y, Zheng Y. How the home learning environment contributes to children's social-emotional competence: a moderated mediation model. *Front Psychol*. 2023; 14:1065978. PMID: 36865364 doi:10.3389/fpsyg.2023.1065978
- Kumar P, Chowdhary S. Socio-emotional competence during childhood. *IAHRW Int J Soc Sci Rev*. 2018;6(1):105-7. doi:10.13140/RG.2.2.12001.07528
- Coelho VA, Sousa V, Marchante M. Development and validation of the Social and Emotional Competencies Evaluation Questionnaire. *J Educ Dev Psychol*. 2015;5(1):139-47. doi:10.5539/jedp.v5n1p139
- Soto CJ, Napolitano CM, Sewell MN, Yoon HJ, Roberts BW. Going beyond traits: social, emotional, and behavioral skills matter for adolescents' success. *Soc Psychol Personal Sci*. 2024;15(1):33-45. doi:10.1177/194855062211274
- Schönthaler EM, Dalkner N, Schwalsberger K, Reininghaus EZ, Reininghaus B. Psychopathic personality traits stress immunity and social potency moderate the relationship between emotional competence and cognitive functions in depression. *Front Psychiatry*. 2023; 14:1061642. PMID: 37051168 doi:10.3389/fpsyg.2023.1061642
- De Swart FD, Burk W, Nelen W, Efferen EV, Stege HV, Scholte R. Social competence and relationships for students with emotional and behavioral disorders. *J Spec Educ*. 2023;56(4):225-36. doi:10.1177/00224669221105838
- Lin J, Zhang L, Kuo YL. The role of social-emotional competencies in interpersonal relationships: a structural equation modeling approach. *Front Psychol*. 2024;15:1360467. PMID: 39421841 doi:10.3389/fpsyg.2024.1360467

13. Mantz LS, Bear GG, Yang C, Harris A. The Delaware Social-emotional Competency Scale (DSECS-S): evidence of validity and reliability. *Child Indic Res.* 2018;11(1):137-57. [doi:10.1007/s12187-016-9427-6](#)
14. Salekin RT, Grant JC, Bellamy NA, Salekin TL. Psychopathy and conduct disorder. In: *Encyclopedia of Adolescence.* New York: Springer; 2023. p. 978-93.
15. Bruysters NYF, Pilkington PD. Overprotective parenting experiences and early maladaptive schemas in adolescence and adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Psychother.* 2023;30(1):10-23. [pmid: 35927065](#) [doi:10.1002/cpp.2776](#)
16. Johnson JG, Cohen P, Smiles E, Kasen S, Oldham JM, Skodol AE, et al. Adolescent personality disorders associated with violence and criminal behavior during adolescence and early adulthood. *Am J Psychiatry.* 2000;157(9):1406-12. [pmid: 10964855](#) [doi:10.1176/appi.ajp.157.9.1406](#)
17. Chanen AM. Borderline personality disorder in young people: Are we there yet? *J Clin Psychol.* 2015;71(8):778-91. [pmid: 26192914](#) [doi:10.1002/jclp.22205](#)
18. Bernstein DP, Keulen-de Vos M, Clercx M, De Vogel V, Kersten GC, Lancel M, et al. Schema therapy for violent PD offenders: a randomized clinical trial. *Psychol Med.* 2023;53(1):88-102. [pmid: 34127158](#) [doi:10.1017/S0033291721001161](#)
19. Kariminezhad Isfahani R, Ansari Shahidi M, Dehghani A. Effectiveness of schema-based parenting on emotion regulation, reflective functioning, and the parent-child relationship of mothers with children under 6 years old. *Psychol Woman J.* 2024;5(3):56-67. [doi:10.61838/kman.pwj.5.3.8](#)
20. Sabzi N, Farah Bijari A, Khosravi Z. The effectiveness of group schema therapy-based parenting education of mothers on modifying maladaptive schemas of the child and improving the quality of the parent-child relationship. *J Pract Clin Psychol.* 2022;10(1):33-44. [doi:10.32598/jpcp.10.1.798.1](#)
21. MohammadHasani S, Askari Z, Heydarei A, Ehteshamzadeh P. Comparing the effectiveness of parent management training and parent group schema therapy on academic motivation and confrontational disobedience of their adolescent children with conduct disorder [in Persian]. *J Health Promot Manag.* 2012;10(4):83-95.
22. Karimipour A, Asgari P, Makvandi B, Fard RJ. Effects of schema therapy for children and adolescents on the externalizing behaviors of the adolescents referred to the counseling centers in Ahvaz, Iran [in Persian]. *Int J Health Life Sci.* 2021;7(4):e118076. [doi:10.5812/ijhls.118076](#)
23. Roelofs J, Muris P, van Wesemael D, Broers NJ, Shaw I, Farrell J. Group-schema therapy for adolescents: results from a naturalistic multiple case study. *J Child Fam Stud.* 2016; 25:2246-57. [doi:10.1007/s10826-016-0391-z](#)
24. Arntz A, Jacob GA, Lee CW, Brand-de Wilde OM, Fassbinder E, Harper RP, et al. Effectiveness of predominantly group schema therapy and combined individual and group schema therapy for borderline personality disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2022;79(4):287-99. [pmid: 35234828](#) [doi:10.1001/jamapsychiatry.2022.0010](#)
25. Levenson MR, Kiehl KA, Fitzpatrick CM. Assessing psychopathic attributes in a noninstitutionalized population. *J Pers Soc Psychol.* 1995;68(1):151-8. [pmid: 7861311](#) [doi: 10.1037//0022-3514.68.1.151](#)
26. Anestis JC, Green BA, Arnau RC, Anestis MD. Psychopathic personality traits in the military: an examination of the Levenson Self-Report Psychopathy Scales in a novel sample. *Assessment.* 2017;26(4):670-83. [pmid: 28703011](#) [doi:10.1177/1073191117719511](#)
27. Gholami F, Zarei E, Mohammadi K. Development and effectiveness of a parent-adolescent relationship training program based on the dark triple traits of military parent personality and the parent-child relationship [in Persian]. *Mil Psychol.* 2022;13(49):11-38. [doi:20.1001.1.25885162.1401.13.49.2.6](#)
28. Zhou M, Ee J. Development and validation of the social emotional competence questionnaire (SECQ). *Int J Emot Educ.* 2012; 2:27-42.
29. Salehi Kholerdi Z, Hosseini Tabaghdehi L. The mediating role of intelligence beliefs in the relationship between social-emotional competencies and learned helplessness in primary school students of Sari city in the academic year 2023 [in Persian]. *Soc Psychol Res.* 2024;13(52):99-111. [doi:10.22034/spr.2024.410967.1855](#)
30. Renner F, DeRubeis R, Arntz A, Peeters F, Lobbestael J, Huibers MJ. Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2018; 58:97-105. [pmid: 29035800](#) [doi:10.1016/j.jbtep.2017.10.002](#)
31. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: a practitioner's guide.* New York: Guilford Press; 2006.
32. Joas J, Möhler E. Maternal bonding in early infancy predicts children's social competencies in preschool age. *Front Psychiatry.* 2021;12:687535. [pmid: 34489753](#) [doi:10.3389/fpsy.2021.687535](#)
33. Olanike AT. *Schema therapy and life-skills training in enhancing identity formation of in-school adolescents in Ilorin, Kwara State, Nigeria.* [Thesis]. 2019.
34. Kreibich A, Wolf BM, Bettschart M, Ghassemi M, Herrmann M, Brandstätter VJ. How self-awareness is connected to less experience of action crises in personal goal pursuit. *Motiv Emot.* 2022;46(6):825-36. [pmid: 36439374](#) [doi:10.1007/s11031-022-09942-5](#)
35. Simpson ESS, Smith E. *Schema therapy for eating disorders.* London: Taylor & Francis; 2019.
36. Reyna VF, Farley FJ. Risk and rationality in adolescent decision making: implications for theory, practice, and public policy. *Psychol Sci Public Interest.* 2006;7(1):1-44. [pmid: 26158695](#) [doi:10.1111/j.1529-1006.2006.00026.x](#)
37. Roelofs J, Onckels L, Muris P. Attachment quality and psychopathological symptoms in clinically referred adolescents: the mediating role of early maladaptive schema. *J Child Fam Stud.* 2013; 22(3):377-85. [pmid: 23524954](#) [doi: 10.1007/s10826-012-9589-x](#)
38. Seyedmurti E, Demehri F, GHarooni Fardi S, Saeidmanesh M. The effectiveness of schema therapy on marital satisfaction and mental health of women undergoing hysterectomy surgery [in Persian]. *J Arak Uni Med Sci.* 2025;27(5):239-46. [doi: 10.61186/jams.27.5.239](#)