



The Effectiveness of Play Therapy with Schema Mode Therapy on Impulse Control and Resilience Male Student with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

Solmaz Soleimankhan¹, Reza Joharifard^{2*}, Fariba Hafezi³

1 Ph.D. student of psychology and education of exceptional children, Department of Psychology, Ahvaz branch of Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

2 Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

3 Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran*

Corresponding author: rjoharifard@gmail.com

Received: 2024-06-07

Accepted: 2024-08-17

Abstract

Background and Aim: The present study examined the effectiveness of play therapy with the schema mode therapy approach on the impulse control and resilience of male students with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD).

Methods: This research was a quasi-experimental applied study with a p-retest-posttest-control group design with a one-month follow-up. The statistical population consisted of all 8-11-years elementary school male clients with ADHD in counseling and psychology centers in 2022. A total of 15 subjects were selected per group by purposeful sampling and randomly assigned into the experimental and control groups. Connors' Parent-form questionnaire, the Dusseldorf Illustrated Schema Questionnaire for Children (DISC), Impulsive Behaviors Scale for Children, and Social-Emotional Assets and Resilience Scales (SEARS) were used for data collection. The experimental group underwent play therapy with a schema-mode therapy approach for ten 60-minute sessions.

Results: The data were analyzed by repeated-measures multivariate analysis of variance. The results displayed that play therapy with a schema mode therapy approach improved impulse control and resilience in the post-test and maintained its influence in the follow-up phase, too. This implies the continued effectiveness of play therapy with the schema mode therapy approach.

Conclusion: Considering the results of the research, play therapy with a schema mode therapy approach enhances impulse control and resilience among students with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.

Keywords: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, Impulse Control, Resilience, Play Therapy, Schema Mode Therapy

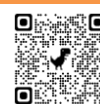
© 2019 Journal of New Approach to Children's Education (JNACE)



This work is published under CC BY-NC 4.0 license.

© 2022 The Authors.

How to Cite This Article: Joharifard, R. (2024). The Effectiveness of Play Therapy with Schema Mode Therapy on Impulse Control and Resilience Male Student with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *JNACE*, 6(3): 22-36.





اثر بخشی بازی درمانی با رویکرد طرحواره درمانی ذهنیت مدار بر کنترل تکانه و تاب آوری دانش آموزان پسر با نارسایی توجه / بیش فعالی

سولماز سلیمانخان^۱، رضا جوهری فرد^{۲*}، فریبا حافظی^۳

^۱ دانشجوی دکتری روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی، گروه روان شناسی، واحد اهواز دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
^۲ استادیار، گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
^۳ دانشیار گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
 * نویسنده مسئول: rjoharifard@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۵/۲۷

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۳/۱۸

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بازی درمانی با رویکرد طرحواره درمانی ذهنیت مدار بر کنترل تکانه و تاب آوری دانش آموزان پسر با نارسایی توجه - بیش فعال اجرا شد. روش پژوهش: این پژوهش، از نظر هدف از نوع تحقیقات کاربردی بوده که از نوع نیمه آزمایشی دارای پیش آزمون - پس آزمون و گروه گواه و دوره پیگیری یک ماهه می باشد. جامعه آماری سال تحصیل ۱۴۰۲ پژوهش حاضر را کلیه دانش آموزان پسر ۱۱ تا ۸ ساله دوره ابتدایی که به دلیل داشتن نشانه های اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در ۱۴۰۱ به مراکز مشاوره و روانشناسی مراجعه کردند، تشکیل می دهند. برای انتخاب نمونه تحقیق، تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه به شکل نمونه گیری هدفمند انتخاب شده و به شکل گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار داده شدند. جهت جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه کانرز فرم والد، پرسشنامه تصویری طرحواره در کودکان دوسلدورف (DISC)، مقیاس رفتارهای تکانشی در کودکان، مقیاس توانمندی های اجتماعی - هیجانی و تاب آوری استفاده شد. گروه آزمایشی تحت بازی درمانی با رویکرد طرحواره درمانی ذهنیت مدار (۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه ای) قرار گرفتند. یافته ها: تحلیل داده ها با استفاده از شاخص آماری تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه گیری های مکرر انجام شد. نتایج نشان دادند بازی درمانی با رویکرد طرحواره درمانی ذهنیت مدار به بهبود کنترل تکانه و تاب آوری در مرحله پس آزمون منجر می شود و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز منجر به بهبود کنترل تکانه و تاب آوری انجامید که نشان دهنده تداوم اثربخشی بازی درمانی با رویکرد طرحواره درمانی ذهنیت مدار بوده است. نتیجه گیری: با توجه به نتایج پژوهش، اجرای درمان بازی درمانی با رویکرد طرحواره درمانی ذهنیت مدار برای دانش آموزان با نارسایی توجه / بیش فعالی می تواند موجب افزایش کنترل تکانه و تاب آوری در آنها شود.

واژگان کلیدی: نارسایی توجه بیش فعالی، کنترل تکانه، تاب آوری، بازی درمانی، رویکرد طرحواره درمانی ذهنیت مدار

تمامی حقوق نشر برای فصلنامه رویکردی نو بر آموزش کودکان محفوظ است.

شیوه استناد به این مقاله: سلیمانخان، سولماز؛ جوهری فرد، رضا؛ حافظی، فریبا (۱۴۰۳) اثر بخشی بازی درمانی با رویکرد طرحواره درمانی ذهنیت مدار بر کنترل تکانه و تاب آوری دانش آموزان پسر با نارسایی توجه / بیش فعالی. فصلنامه رویکردی نو بر آموزش کودکان، ۶(۳): ۲۲-۳۶.

(et al, 2017). کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی اغلب خودمهارگری پایینی دارند و به صورت تکانشی به محرک ها پاسخ می دهند. حال آنکه یک کودک با خودمهارگری مناسب، زمانی را صرف فکر کردن به انتخاب ها و نتایج احتمالی می کند و سپس بهترین انتخاب را می کند (Poushaneha et al, 2010). کودکان تکانشگر اغلب بر رفتارهای خود، کنترل مناسبی ندارند. این کودکان نمی توانند تعاملات اجتماعی مناسبی با اطرافیان خود داشته باشند و با رفتارهای خویش، دیگران را از خود دور می کنند؛ در نتیجه در انزوا فرو می روند، در بازی های گروهی شرکت نمی کنند، و در گوشه ای تنها می نشینند (Vazire & Funder, 2006)

کودکان دارای اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی، علاوه بر تکانشگری از تاب آوری پایینی نیز برخوردارند (Jia, 2018)؛ از آنجایی که تاب آوری به عنوان فرآیند پویای سازگاری مثبت با ناملایمات، در بر گیرنده دو سازه قرار گرفتن در معرض خطر و سازگاری خوب است (Regalla et al, 2019)، می توان انتظار داشت کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی به دلیل مواجهه بیشتر با شرایط استرس زا و سازگاری ضعیف از تاب آوری پایینی برخوردار باشند. تاب آوری قابلیت فرد در برقراری تعادل زیستی، روانی و معنوی در شرایط مخاطره آمیز است (عطایی و همکاران، ۱۴۰۰) و اساساً به فرآیند مذاکره، مدیریت و انطباق با منابع استرس و آسیب اشاره دارد (Shi et al, 2018) که از طریق آن فرد تحول می یابد، توان مقابله پیدا می کند و کنار آمدن با حوادث و خطرات موجود در زمینه خصوصیات شخصی، خانوادگی، اجتماعی و تاریخ فرهنگی را فرامیگیرد. افراد تاب آور سازگاری خود را به گونه ای سلامت مدار حفظ می کنند و برای جلوگیری از سقوط روانی هنگام مواجهه با مشکلات خود را مدیریت می کنند (Regalla et al, 2019). تاب آوری به طور کلی توانایی به خودآیی، پس از تجربه ناملایمات است و همچنین برخورداری از خصوصیات محافظتی که منجر به سازگاری موفقیت آمیز فرد با رویدادهای زندگی میشود؛ و به معنای داشتن قدرت درونی و توانایی تطبیق مناسب با تغییرات و مشکلات است (Walsh & Kane, 2015).

در طی سه دهه اخیر روش های درمانی متنوعی برای بهبود نشانه های اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی به کار رفته است (محب و همکاران، ۱۳۹۲). یکی از روان درمانی هایی که می تواند در بهبود کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی نقش داشته باشد، بازی درمانی با رویکرد طرحواره درمانی ذهنیت مدار است. یکی از مهمترین مراحل رشدی انسان، که تاثیر عمیق و پایداری بر شخصیت می گذارد، مرحله ی کودکی است. ناکامی نیازهای بنیادین دوران کودکی، خلق خوی اولیه و تجارب محیطی کودک،

ناسازگاری ها و اختلالات رفتاری در بزرگسالی و نوجوانی اغلب از بی توجهی به مسائل و مشکلات عاطفی- رفتاری کودک ناشی می شود و یکی از پیچیده ترین اختلالات دوران کودکی که اغلب به موقع تشخیص داده نمی شود، اختلال عصبی رشدی نارسایی توجه/بیش فعالی است که با بی توجهی و بیش فعالی در محدوده سنی شش ماهگی تا هفت سالگی نمایان می شود و ممکن است تا بزرگسالی نیز ادامه پیدا کند (Ahmed et al, 2022). اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی^۱، با نشانه های بی توجهی، بیش فعالی و تکانشگری، یا ترکیبی از بیش فعالی، تکانشگری و بی توجهی که با سطح رشد ناسازگار است و عملکرد روزانه را مختل می کند، مشخص می شود (Kasahara et al, 2023). کودکانی که بی توجه هستند معمولاً برای تمرکز بر روی تکلیف مشکل دارند. با این حال، ممکن است این کودکان هنگام انجام کاری که از آن لذت می برند، هیچ گونه مشکل بی توجهی نشان ندهند. مشکل زمانی ایجاد می شود که کودک برای تکمیل یک تکلیف نیازمند تلاش و توجه آگاهانه باشد (Song et al, 2021). همچنین به نظر می رسد کودکان بیش فعال همیشه در حال حرکت هستند. ثابت نشستن در طول فعالیت های ساختاریافته مانند غذا خوردن پشت میز شام یا درس های مدرسه اغلب دشوار است (Thorsteinsdottir et al, 2022). کودکانی که تکانشی هستند، معمولاً قبل از انجام عمل فکر نمی کنند و تکانشگری آنها اغلب به بیان نظرات نامناسب یا گرفتن اسباب بازی از دیگران به دلیل مشکلاتی در منتظر نوبت ماندن منجر می شود (Lukito et al, 2020).

ضعف در کنترل تکانه یکی از مشکلات کودکان با نارسایی توجه/بیش فعالی است. در نبود کنترل تکانه، کودکان دارای اختلال نقص توجه بیش فعالی در برابر تکانه ها یعنی سائق ها یا وسوسه هایی که برای خود یا دیگری زیانبار است، قدرت مقاومت ندارند (Gatto & Aldinio, 2019)؛ گرچه ممکن است آگاهانه در مقابل تکانه مقاومت بکنند یا نکنند و نیز ممکن است رفتارشان را طرح ریزی بکنند (Martini et al, 2018). مبتلایان پیش از ارتکاب عمل دچار تنش یا تحریک فزاینده ای می شوند و هنگام عمل احساس لذت، رضایت یا رهایی می کنند ولی ممکن است احساس ندامت واقعی، سرزنش خویش و احساس گناه بکنند که احساس لذت آن ها را از بین می برد (Paz- Alonso et al, 2020). عدم مهار تکانه یا تکانشگری مفهومی است چندبعدی که بر اساس گرفتار شدن در رفتارهای بدون دوراندیشی و پاسخ دهی شتاب زده به محرک که اغلب پیامد های سازش نایافته به بار می آورد، تعریف شده است (Brown

انجام نشده است، بنابر موارد ذکر شده و با توجه به مشکلات، پیامدها و ویژگی هایی که برای کودکان دارای این اختلال مطرح شد، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بازی درمانی با رویکرد طرحواره درمانی ذهنیت مدار بر کنترل تکانه و تاب آوری انجام شد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی بوده که از نوع نیمه آزمایشی دارای پیش آزمون- پس آزمون و گروه گواه و دوره پیگیری یک ماهه می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام دانش آموزان پسر ۸ تا ۱۱ ساله دوره ابتدایی دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ که به دلیل داشتن نشانه های اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی به مراکز مشاوره و روانشناسی مراجعه کردند، می باشند. بعد از جلب رضایت والدین، در جلسه ای توجیهی برای آنها، ضمن تشریح اهداف پژوهش از آنها خواسته شد تا رضایت نامه کتبی جهت شرکت فرزندان خود در پژوهش را تکمیل نمایند و همچنین پرسشنامه کاترز میان والدین دانش آموزان اجرا شد. در ضمن به والدین دانش آموزان شرکت کننده در این پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات پرسشنامه ها و نام دانش آموزان به صورت محرمانه حفظ می شود و نتایج حاصل از پژوهش، در سطح کلی به منظور حفظ اسرار شخصی و عدم تجاوز به حریم شخصی افراد گزارش می شود تا برای پیش برد اهداف تعلیم و تربیت در اختیار روانشناسان و متخصصان آموزش و پرورش استثنایی و مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی واجد شرایط قرار گیرد. در مرحله بعد دانش آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی که تشخیص آنها بر اساس ملاک های DSM5 بود و توسط روانشناس انتخاب شده بودند به پرسشنامه مقیاس رفتارهای تکانشی در کودکان (UPPS-P-C) و تاب آوری پاسخ دادند. با توجه به ماهیت پژوهش نمونه آماری به روش نمونه گیری هدفمند به تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند و با روش تصادفی ساده در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش تحت درمان بازی درمانی با رویکرد طرحواره درمانی ذهنیت مدار قرار گرفتند و گروه گواه بدون درمان بودند اما به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهش این مداخلات را دریافت خواهند نمود بعد از اتمام جلسات، از گروه های آزمایشی و گواه در شرایط یکسان پس آزمون به عمل آمد. یک ماه پس از اجرای پس آزمون، مرحله پیگیری بر روی دو گروه انجام شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از شاخص آماری تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه گیری های مکرر و در نرم افزار

سبب ایجاد طرحواره های ناسازگار اولیه می شوند (Pilkington et al, 2021). این طرحواره ها شامل خاطرات، احساسات فیزیولوژیکی، هیجانات و شناخت هایی هستند که در کودکی شکل گرفته اند و در طول زندگی فرد گسترش پیدا می کنند (Bishop et al, 2022). هر فرد ممکن است دارای چند طرحواره ی ناسازگار باشد، اما در یک زمان واحد، همگی این طرحواره ها فعال نیستند؛ ذهنیت های طرحواره ای هستند که نشان می دهند در یک لحظه ای خاص چه طرحواره ای در سیستم پردازش اطلاعات ما فعال است (Turner et al, 2019). ذهنیت های طرحواره ای پاسخ های لحظه ای ما در برابر عوامل راه انداز طرحواره ها هستند (Pietrabissa et al, 2020).

طرحواره درمانی ذهنیت مدار روش درمانی است که توسط Young (2003) بیان شده است و درمانی است که هدف آن افزایش رفتارهای مقابله ای سالم و بهبود ذهنیت طرحواره ای است در واقع این درمان بخش مکمل طرحواره درمانی است و هدفش کمک به شکل گیری ذهنیت سالم در افراد است. چرایی سیف آبادی، (۱۳۹۹). عموماً مشکلات فراوانی در روابط بین فردی دانش آموزان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی گزارش می شود که می تواند ذهنیت های طرحواره ای ناکارآمد در آن ها را فعال سازد (Van Maarschalkerweerd et al, 2021). ذهنیت های طرحواره ای حالت های هیجانی غالب و پاسخ های مقابله ای هستند که در موقعیت هایی که افراد بیش از حد حساس هستند، فعال می شوند و شامل مجموعه ای از طرحواره های مرتبط به حالت های شناختی، هیجانی، رفتاری و زیستی - عصبی و همچنین سبک ها و پاسخ های مقابله ای یک فرد است. (حسینی و همکاران، ۱۴۰۰). از طرفی بازی درمانی از شاخص ترین و پرکاربردترین روش ها است. بازی جهان طبیعی کودک است و اجازه می دهد تا کودک از خلاقیت خود استفاده نماید و این در حالی است که کودک تخیل، مهارت، چابکی و قدرت عاطفی، جسمی و شناختی خود را رشد می دهد. کودکان از طریق بازی در مورد خود و دیگران چیزهایی را یاد می گیرند و از این طریق در سنین پایین با جهان اطراف خود تعامل می کنند. ترکیب بازی درمانی با طرحواره درمانی ذهنیت مدار یک مداخله پیشرفته و تکامل یافته برای کودکان است و از زمره روش هایی است که نتایج مفید و قابل توجهی به بار می آورد و به شیوه مثبتی به رفتارهای هیجانی و تکانشی تعادل می بخشد (آقایی گلدیانی، ۱۳۹۹).

در این راستا، با توجه به آنچه که ذکر شد واز آنجایی که تا به حال پژوهشی که اثربخشی بازی درمانی با رویکرد طرحواره درمانی ذهنیت مدار را بر روی مشکلات روانشناختی دانش آموزان با نارسایی توجه - بیش فعالی را مورد بررسی قرار دهد،

بالینی پیشنهاد نکرده است. لذا در این پژوهش، نقطه برش ۶۰ جهت غربال کودکان دچار اختلال نقص توجه/ بیش فعالی با استناد به مطالعه خوشابی در نظر گرفته شد.

مقیاس رفتارهای تکانشی در کودکان^۳

این مقیاس توسط Geurten et al (2021) از مقیاس رفتارهای تکانشی بزرگسالان اقتباس شده است. این مقیاس دارای ۲۰ گویه که با استفاده از مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (۱ = کاملاً موافقم تا ۴ = کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری می‌شود و برخی گویه‌ها معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (سوالات ۲، ۳، ۴، ۷، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۸ و ۲۰). مقیاس رفتارهای تکانشی کودکان شامل پنج خرده مقیاس فقدان تأمل، فوریت مثبت، فوریت منفی، فقدان پشتکار و هیجان‌خواهی است. Geurten et al (2021) در پژوهش خود با تحلیل عاملی تاییدی برازش ماده‌ها و ساختار پنج عاملی مقیاس را تایید کردند. همچنین همسانی درونی این ابزار از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۶۷، ۰/۷۱، ۰/۶۴ و ۰/۷۰ و پایایی بازآزمایی به فاصله ۶ تا ۸ هفته را ۰/۹۰، ۰/۹۲، ۰/۶۵، ۰/۹۷ و ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر، پایایی به روش آلفای کرونباخ پنج خرده مقیاس فقدان تأمل، فوریت مثبت، فوریت منفی، فقدان پشتکار، هیجان‌خواهی و کل مقیاس به ترتیب برابر با ۰/۶۹، ۰/۷۹، ۰/۶۶، ۰/۷۹، ۰/۷۲ و ۰/۹۲ به دست آمد (روایی و اعتبار این مقیاس در ایران توسط پژوهشگر انجام شده است).

مقیاس توانمندی های اجتماعی-هیجانی و تاب

آوری (SEARS)^۴

این مقیاس توسط Doerner et al (2011) برای ارزیابی ویژگی‌ها و مهارت‌های اجتماعی-هیجانی مثبت کودکان طراحی شد و ۵۲ سوال و ۴ زیر مقیاس دارد که خودتنظیمی با سوال‌های ۴، ۱۴، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۷، ۳۰، ۳۵، ۳۶، ۳۸، ۳۸، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۵، ۴۶، ۴۸؛ توانمندی‌های اجتماعی با سوال‌های ۱، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۲۲، ۲۸؛ همدلی با سوال‌های ۲، ۳، ۹، ۱۹، ۲۶، ۵۱ و مسئولیت‌پذیری با سوال‌های ۱۱، ۱۷، ۲۹، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۷، ۳۹، ۴۴، ۴۷، ۴۹، ۵۰، ۵۲؛ سنجیده می‌شود. برای نمره‌گذاری از یک مقیاس چهارگانه از ۰ (هرگز) تا ۳ (تقریباً همیشه) استفاده می‌کند (Doerner et al, 2011).

Doerner et al (2011) این پرسشنامه را در مورد ۱۴۰۰ کودک نوجوان اجرا و ضرایب پایایی آزمون-بازآزمون را برای نسخه کودک (۰/۸۱) و روایی این پرسشنامه آن را در مورد گروه واحد در دوزمان مختلف اجرا کرد و روایی و اعتبار آن را به دست

کامپیو تری SPSS-۲۷ انجام شد و برای رعایت قوانین اخلاقی در پایان پروسه اجرای پژوهش برای گروه گواه جلسات مداخله بازی درمانی با رویکرد طرحواره درمانی ذهنیت مدار برگزار شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رضایت نامه حضور در پژوهش، کسب نمره پایین تر از میانگین در پرسشنامه مقیاس رفتارهای تکانشی در کودکان و تاب‌آوری، قبلاً در جلسات روان درمانی شرکت نکرده باشند، داروی ریتالین مصرف نکنند و عدم غیبت بیش از دو جلسه را داشتند و ملاکهای خروج شامل سابقه مصرف داروی روان پزشکی، عدم رضایت از ادامه همکاری و بی پاسخ گذاشتن برخی سوالات پرسشنامه بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه کانرز فرم والدین^۲

این پرسشنامه در اغلب نقاط دنیا به عنوان رایج ترین ابزار غربالگری و تشخیص اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی مورد استفاده قرار گرفته است (سروش بخشی) همچنین ابزار مناسبی برای سنجش شدت نشانه‌های آن به شمار می‌رود (Conners et al, 1998) این پرسشنامه توسط Conners در سال ۱۹۶۰ ساخته شده است و نتیجه مطالعات ۳۰ ساله کانرز بر رفتارهای کودکان و بزرگسالان است که شامل ۴۸ سؤال می‌باشد و پنج زیرمقیاس: سلوک، روان‌تنی- تکانشگری، بیش‌فعالی- نقص توجه، اضطراب و مشکلات یادگیری را مورد سنجش قرار می‌دهد. این مقیاس ابتدا به منظور ارزیابی تاثیر داروهای محرک روی کودکان بیش فعال و جهت مقایسه آنها از کودکان عادی ساخته شد. نمرات هر سوال از صفر (اصلاً درست نیست) یک (کمی درست است) دو (غالباً درست است) و سه (کاملاً درست است) متغیر است (Conners et al, 1998). در مطالعه ای که در ایران توسط Khushabi (2002) بر روی ۲۶۶۷ کودک دختر و پسر ۷ تا ۱۲ ساله انجام شد، با استفاده از دو روش همبستگی پیرسون و آلفای کرونباخ همبستگی هر سؤال با کل تست و نیز اعتبار تست (a=۰/۹۳) ارزیابی شد؛ بنابراین اعتبار بالای پرسشنامه می‌تواند بیانگر این باشد که این ابزار خصیصه‌های اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی بالا اندازه‌گیری می‌کند. در مطالعه مذکور، میانگین معادل ۲۱/۴۲ و انحراف استاندارد ۱۶/۳۸ برای پرسشنامه کانرز به دست آمد. با توجه به میانگین و انحراف استاندارد در می‌یابیم که حداکثر نمره ای که یک کودک بدون مشکل رفتاری ممکن است کسب کند $16/38+21/42=38$ می‌باشد. همچنین Farmand et al (2006) مطابق نظر Kruttenberger and Meyer بیان داشته‌اند که با مراجعه به پرسشنامه مقیاس والدین کانرز در می‌یابیم که کانرز نقطه برش خاصی را برای تعیین مشکلات با اهمیت

روش مداخله این پژوهش بازی درمانی با رویکرد طرحواره درمانی ذهنیت مدار است که بر اساس رویکرد طرحواره درمانی یانگ صورت گرفته است. در بازی درمانی از زبان کودک برای برقراری ارتباط استفاده می شود، مقاومت کودک از بین می رود و ارتباط مناسبی بین درمانگر و کودک برقرار می شود. درمانگر با بازی پا به دنیای کودک می گذارد، بنابراین کودک حس می کند که درک می شود و با برون ریزی و هدایت بازی درمانگر، افکار و رفتارهای صحیح را جایگزین افکار و رفتارهای ناکارآمد می کند. علاوه بر این طرحواره های ناسازگار اولیه برای فهمیدن رفتار دیگران، احکامی صادر کرده و تعیین می کنند که ما چه احساسی داشته باشیم و چه رفتاری از خود در مقابل دیگران نشان دهیم. یکی از ناسازگارترین ویژگی طرحواره ها این است که هر اطلاعاتی را که با خودشان مخالف باشد نادیده می گیرند. وقتی گفته می شود طرحواره ها ناسازگار هستند و افکار و رفتار ما را تعیین می کنند به این معناست که افکار، رفتار و احساس هایی که از طرحواره نشأت می گیرند نیز ناسازگار هستند. در این صورت هر چه شدت ناسازگاری طرحواره ها بیشتر باشد، رفتار بیشتر ناسازگار می شود. طرحواره درمانی با زیر سؤال بردن طرحواره های ناسازگار که علت اصلی شکل گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی است، از نظر هیجانی نیز باعث تخلیه عواطف و هیجانان منفی مدفون شده می گردد. با الگوشکنی رفتاری، تلاش می کند به جای الگوهای رفتاری که مطابق با طرحواره های ناسازگار است، سبک های سالم تری را جانشین سازد. به علاوه موجب جایگزین شدن ذهنیت های سازگار (بزرگسال سالم) به جای ذهنیت های ناسازگار (کودک آسیب پذیر) می گردد. بدین ترتیب مداخله و بازسازی در سه سطح شناختی، هیجانی - عاطفی و رفتاری در نهایت می تواند به کاهش باورها و طرحواره های ناسازگار و تعدیل الگوهای رفتارهایی که مخرب و آسیب رسان هستند، منجر شود و بدینسان کودکانی که طرحواره درمانی را دریافت نموده اند، می توانند با استفاده از تکنیک های شناختی، طرحواره های مرتبط با آسیب پذیری و خطر که با عدم تحمل، بالاترکلیفی و اضطراب و ذهنیت های کودک آسیب پذیر و والد سرزنشگر و یا حتی سایر ذهنیت های منفی، مرتبط را تعدیل نموده و با بازسازی این طرحواره ها بتوانند زندگی بهتر و سالم تری را داشته باشند. در این پژوهش منظور از طرحواره درمانی ۱۰ جلسه درمان انفرادی ۶۰ دقیقه ای برای کودکان مبتنی بر پروتکل طرحواره درمانی Loose et al (2020) است. خلاصه ای از محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

آورد. ضریب اعتبار درونی یعنی آلفای کرونباخ همه زیر مقیاس ها را ۰/۷۸ و همچنین با روش آزمون-بازآزمون، طی دوبار اجرا به فاصله یک ماه ضرایب همبستگی برای زیرمقیاس های خودتنظیمی را ۰/۷۷، توانمندی اجتماعی را ۰/۸۳، همدلی را ۰/۷۶ و مسئولیت پذیری را ۰/۸۹ گزارش کرد. در پژوهشی که توسط حسینی یزدی (۲۰۱۴) صورت گرفت، میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۹ بدست آمد. همه سوالات در جهت تاب آوری بیشتر نمره گذاری می شوند. بدین معنا که نمره بالاتر در این آزمون نشان دهنده تاب آور بودن کودک و نمرات پایین تر نشانگر تاب آوری ضعیف در کودک می باشد. نمره کل عبارت است از تعداد پاسخ هایی که در جهت مثبت نمره گرفته اند. دامنه ممکن برای نمره کل از ۰ تا ۱۵۶ می باشد.

پرسشنامه تصویری طرحواره کودک دوسلدورف (DISC)

پرسشنامه تصویری طرحواره کودک و نوجوان توسط Loose et al (2018) در دو سلدورف طراحی شد. این پرسشنامه شامل ۳۶ سوال ۴ گزینه ای به صورت لیکرت می باشد که در ۱۸ صفحه طراحی شده است و برای هر دو سوال یک تصویر ارائه می شود و کودک ابتدا تصویر را دیده و با توجه به جمله ای که در بالای هر تصویر ذکر شده به دو سوال زیر تصویر، با توجه به احساس خود پاسخ می دهد. در این پرسشنامه ۱۸ طرحواره اصلی که جفری یانگ معرفی کرده است سنجیده می شود و برای هر طرحواره دو سوال مطرح می شود. برای نمره گذاری در این پرسشنامه به هر سوال نمره ۱ تا ۴ داده می شود. هر گر=۱، به ندرت=۲، اغلب=۳، همیشه=۴. در نمره گذاری سوالات مرتبط با طرحواره رهاشدگی به صورت معکوس می باشد. در صورتی که جمع نمرات دو سوال مرتبط با هر طرحواره مساوی و بالاتر ۴ باشد این طرحواره در کودک وجود دارد. در بررسی اعتبار این پرسشنامه پژوهشی در کودکان ۸-۱۴ سال شهر تهران انجام شد (عسکری و همکاران، ۱۳۹۸). نتایج تحلیل عاملی حاصل از این مطالعه بر روی ۵۲۰ کودک ۸-۱۴ ساله در ۸ منطقه تهران، ساختار ۱۸ عاملی به صورت تصویر کارتونی را برای هر ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه در کودکان و نوجوانان تهرانی نشان داد. یافته ها از همسانی درونی مطلوب و عوامل ۱۸ گانه حاکی از پایایی بالای مقیاس بود. آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۴ و پایایی دونیمه سازی برابر با ۰/۷۷ بود.

معرفی برنامه مداخله

جدول ۱: محتوای جلسات بازی درمانی با رویکرد طرحواره درمانی ذهنیت مدار (Loose et al, 2020)

محتوا	جلسات
آشنایی درمانگر با کودک، ایجاد رابطه درمانی، تبیین اهداف و قوانین، سنجش احساسات در موقعیت های مختلف از طریق مصاحبه و سنجش از طریق زبان بدن؛ توجه به بدن برای ردیابی احساسات و شناخت حالات مختلف بدنی با احساسات مربوطه	جلسه اول
معرفی طرحواره ها و ریشه آن ها بر اساس مفهوم نیازها با تکنیک <ul style="list-style-type: none"> ابزار عینک های رنگی عروسک دالی سنجش و نام گذاری ذهنیت ها از طریق معرفی خود با نمایش صورتک ها 	جلسه دوم
آموزش طرحواره های حوزه ی یک؛ بریدگی و طرد با محتوای نیازهای اساسی انسان <ul style="list-style-type: none"> نیاز به محبت با ثبات، امنیت، پذیرش و ارتباط سالم (با ترسیم ادمک و کشیدن نیازهای او بالای سرش) آموزش سبک های مقابله ای (تسلیم، اجتناب، جبران) آموزش پیام های مثبت و منفی طرحواره با استفاده از عینک پیدا کردن ذهنیت کنونی کودک، فعال کردن تجربه ها و رفتار های رایج ذهنیت ها با عروسک ها نمایش انیمیشن سرنشین ها و صحبت در مورد آن ترسیم ادمک و کشیدن انواع ذهنیت ها ایجاد امنیت روانی با تمرین توپ به سمت هم و رفت و برگشت بیویو، پیدا کردن پیام های سالم با کمک کودک، فلش کارت، عکس گرفتن از خود، پیام صوتی مثبت درمانگر 	جلسه سوم
آموزش طرحواره های حوزه ی دوم؛ عملکرد مختل با محتوای نیاز به ارزشمندی، مستقل بودن و توانمندی <ul style="list-style-type: none"> بررسی نیازها و ذهنیت های کنونی از طریق مصاحبه با ذهنیت ها شناسایی و نام گذاری ذهنیت های مهم (مثال برهان کوچولو به عنوان ذهنیت کودک آسیب پذیر) اطمینان از حضور ذهنیت های مهم (کودک آسیب پذیر، کودک شاد، کودک دانا و توانا) آموزش از طریق موسیقی زوتوپیا و همخوانی با آن تصویر کانگرو و آموزش با عروسک کشیدن تیم خردمند باهوش جهت آموزش عزت نفس و گفتن جملات خوب در مورد کودک و پیدا کردن پیام های سالم و تهیه فلش کارت 	جلسه چهارم
آموزش طرحواره های حوزه ی سوم؛ دگرجهت مندی با محتوای بیان نیازها، خواسته ها و احساسات <ul style="list-style-type: none"> بررسی و راه اندازهای ذهنیت کار با هیجان ها، احساسات بدنی، تمایلات رفتاری و شناخت های مرتبط با هر ذهنیت تکنیک پادشاه و وزیر اعظم برای برقراری ارتباط با ذهنیت کودک آسیب پذیر و مهم شمردن این ذهنیت - گفت و گو بین درمان گر و ذهنیت با کشف نیازها (برهان کوچولو به چی نیاز داره؟) و همدلی، اعتباردهی و حمایت از همه ذهنیت ها آموزش مهارت جرأت ورزی، تمرین نه گفتن از طریق بازی نقش و تصور خلاق برای آموزش طرحواره ی اطاعت و ایثار کشف ریشه، هدف و علل خشم و پرخاشگری با مصاحبه با ادمک ذهنیت ها 	جلسه پنجم
آموزش طرحواره های حوزه ی چهارم؛ گوش به زنگی و بازداری بیش از حد <ul style="list-style-type: none"> کشف ارتباط بین ذهنیت و مشکلات فعلی، بررسی کارآیی و ناکارآمدی ذهنیت ها مزایا و معایب کاکتوس تمرین جملات احساسی و تمرین های خوشبینی تکنیک پنجره، دوربین و زوم در عکاسی اجرای نمایش پادشاه ظالم و آموزش گامهای بخشش جعبه آرزوها و لذتها، غول چراغ جادو، نوشتن جمالت معیاردار در صورتک والد معیاری و پرتوقع تکنیک ماشین و سرنشین هایش و پیدا کردن پیام های سالم و تکنیک فلش کارت 	جلسه ششم

جلسات	محتوا
جلسه هفتم	آموزش طرحواره های حوزه ی پنجم؛ محدودیت های مختل با محتوای نیاز به نظم و انضباط، کنترل خود، صبر و تحمل، احترام به نیازهای دیگران <ul style="list-style-type: none"> • بحث در مورد ذهنیت های جایگزین، ترسیم حالت های مقابله ای • راه رفتن با آب و کتاب • تکنیک شمع، مجسمه سازی، رنگ آمیزی، نقش های ریز، یادداشت نمایشنامه پادشاه خوب، بازی برد برد، دیگران چه می خواهند؟ پیدا کردن پیام های سالم با کمک کودک و فلش کارت
جلسه هشتم	مرورآموزش ذهنیت ها و با هدف تقویت ذهنیت کودک شاد و بزرگسال سالم (متناسب با سن) <ul style="list-style-type: none"> • مشخص کردن عملکرد هر یک از ذهنیت ها، کشف ریشه های ذهنیت ها و عملکرد ان ها، ایجاد ارتباط بین ذهنیت ها و مشکل فعلی، • شناسایی موقعیت ها یا افرادی که ذهنیت را فعال می کنند، • ارتباط ذهنیت ها با یکدیگر، • شناسایی مزایا و معایب هر ذهنیت و نتایج کوتاه مدت و بلند مدت ان ها • تکنیک صندلی با هدف تغییر و از طریق گفتگو با جنبه های مختلف ذهنیتی (تقویت ذهنیت های مثبت، تضعیف ذهنیت های ناکارآمد) ایجاد روابط جدید بین ذهنیت ها، تشکر از ذهنیت های ناکارآمد و متوقف کردن آن ها
جلسه نهم	تشویق کودک دانا و توانا برای حضور فعال و رهبری سایر ذهنیت ها، <ul style="list-style-type: none"> • حضور والد حامی و حمایت از کودک آسیب پذیر • کمک به ذهنیت کودک عصبانی برای بیان احساسات به شیوه صحیح • تضعیف ذهنیت های انتقادگر و تنبیه گر به صورت مواجهه همدلانه • هدایت ذهنیت کودک بی انضباط برای افزایش خود کنترلی
جلسه دهم	خداحافظی با طرحواره های ناسازگارو ذهنیت های ناکارآمد، <ul style="list-style-type: none"> • در آغوش گرفتن نماد ذهنیت سالم و آشنایی با طرحواره های مثبت و ذهنیت های سالم و شاد • تکنیک ترکوندن بادکنک • جشن تولد طرحواره های کارآمد و سازگار

یافته‌ها

گواه برابر با $1/35 \pm 10/40$ سال بود. در ادامه آماره‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها در جدول ۲ گزارش شده است.

براساس یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت‌شناختی، میانگین سنی گروه آزمایش برابر با $11/33 \pm 1/54$ و میانگین سنی گروه

جدول ۲: شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
کنترل تکانه	آزمایش	۳/۰۱	۳۶/۴۰	۲/۸۵	۳۷/۴۷	۲/۷۷
	گواه	۳/۸۸	۵۰/۲۶	۴/۱۴	۵۱/۴۰	۲/۵۵
تاب‌آوری	آزمایش	۴/۲۸	۸۶/۸۷	۵/۹۹	۸۷/۲۶	۵/۱۸
	گواه	۴/۵۸	۷۳/۴۶	۴/۳۷	۷۲/۴۷	۴/۱۹

واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد، لذا ابتدا مفروضه‌های زیربنایی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون کالومگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات استفاده شد. نتایج نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع در

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین نمرات کنترل تکانه گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش و میانگین نمرات تاب‌آوری افزایش داشته است. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل

معنی‌داری کوچکتر از ۰/۰۵ شده، لذا فرض کرویت رد شد و از نتایج مربوط به تصحیح آزمون گرین هاس- گایزر در مدل اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. به این ترتیب شرایط لازم برای اجرای آزمون کواریانس برقرار است.

هر دو گروه رد نشد ($P > 0/05$). از آزمون لوین برای رعایت پیش فرض‌های آزمون کواریانس استفاده شد که نتایج آن نشان داد برابری واریانس در متغیرهای کنترل تکانه ($P > 0/05$)، $F = 0/689$ و تاب‌آوری ($F = 0/313$, $P > 0/05$) در گروه‌ها رد نشد. همچنین نتایج آزمون کرویت موجلی نشان داد سطح

جدول ۳: نتایج آزمون‌های چند متغیری (لامبدای ویلکز) متغیرهای وابسته

متغیر	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	Sig	Eta
کنترل تکانه	۰/۲۴۱	۴۲/۵۸۹	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۵۹
تاب‌آوری	۰/۳۶۲	۲۳/۸۰۱	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۳۸

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای ابعاد متغیرهای کنترل تکانه (۴۹/۶۰۰) و تاب‌آوری (۳۵/۲۳۴) معنی‌دار است ($P < 0/001$). همچنین در ادامه مقایسه‌ی دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در جدول ۵ آمده است.

نتایج آماره لامبدای ویلکز در آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری نشان داد که بین گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/01$).

جدول ۴: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر
کنترل تکانه	مراحل	۱/۶۴۱	۳۳۸/۴۹۳	۴۴/۷۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۱۵
	تعامل مراحل و گروه	۱/۶۴۱	۳۷۵/۴۰۷	۴۹/۶۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۳۹
	گروه	۱	۲۳۴۰/۹۰۰	۱۲۰/۲۳۲	۰/۰۰۱	۰/۸۱۱
تاب‌آوری	مراحل	۱/۵۷۲	۲۸۶۱/۶۴۵	۱۸۰/۳۵۶	۰/۰۰۱	۰/۸۶۶
	تعامل مراحل و گروه	۱/۵۷۲	۵۵۹/۰۴۵	۳۵/۲۳۴	۰/۰۰۱	۰/۵۵۷
	گروه	۱	۲۹۴۹/۶۹۲	۷۸/۶۰۲	۰/۰۰۱	۰/۷۳۷

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی متغیرهای پژوهش برای ۳ بار اجرا

متغیر	مراحل	گروه آزمایش	
		تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
کنترل تکانه	پیش آزمون-پس آزمون	۵/۷۳۳	۰/۰۰۱
	پیش آزمون- پیگیری	۴/۶۳۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون- پیگیری	-۱/۱۰۰	۰/۱۴۸
تاب‌آوری	پیش آزمون-پس آزمون	-۱۵/۳۵۲	۰/۰۰۱
	پیش آزمون- پیگیری	-۱۴/۶۱۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون- پیگیری	۰/۷۳۳	۰/۸۲۸

با توجه به جدول ۵، در متغیر کنترل تکانه میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری به صورت معنی‌داری کمتر از مرحله پیش‌آزمون است ($P < 0/01$)، درحالی‌که تفاوت بین پس‌آزمون و مرحله پیگیری معنی‌دار نیست ($P > 0/01$). اما در گروه گواه تفاوتی بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود ندارد

در پس‌آزمون و پیگیری به صورت معنی‌داری کمتر از مرحله پیش‌آزمون است ($P < 0/01$)، درحالی‌که تفاوت بین پس‌آزمون و مرحله پیگیری معنی‌دار نیست ($P > 0/01$). اما در گروه گواه تفاوتی بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود ندارد

($P > 0.01$). این یافته بدان معنی است که بازی درمانی با رویکرد طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار نه تنها منجر به بهبود کنترل تکانه و تاب‌آوری در گروه آزمایش شده است، بلکه این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی درمانی با رویکرد طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار بر کنترل تکانه و تاب‌آوری دانش‌آموزان پسر با نارسایی توجه/بیش‌فعالی بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد، که بازی درمانی با رویکرد طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار بر کاهش تکانشگری و افزایش تاب‌آوری در دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی اثربخش است و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز باقی مانده است.

یافته اول نشان داد بازی درمانی با رویکرد طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار بر کنترل تکانه و کاهش پرخاشگری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری اثربخش است. این یافته با نتایج پژوهش‌های صنیعی‌آباده (۱۴۰۲) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر تحریک‌پذیری و خودکارآمدی در روابط با همسالان در کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص گر، Karimipour et al (2021) مبنی بر موثر بودن طرحواره درمانی کودک و نوجوان بر کاهش رفتار بیرونی مانند پرخاشگری، پژوهش‌های پشنگیان و همکاران (۱۴۰۲) مبنی بر موثر بودن طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار گروهی بر کاهش تکانشگری نوجوانان دارای اختلال نامنظم خلقی اخلاص‌گرانه، محمد حسنی و همکاران (۲۰۲۰) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر پرخاشگری و سرکشی نوجوانان، یزدانی و همکاران (۱۳۹۹) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر پرخاشگری دانش‌آموزان و Camilo et al (2018) که نشان داد طرحواره درمانی بر مشکلات رفتاری، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ذهنیت‌های طرحواره در نوجوانان دارای اختلالات مخرب موثر است، هماهنگ و همسو است. در تبیین اثربخشی بازی درمانی با رویکرد طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار بر کنترل تکانه می‌توان گفت تحقیقات نشان داده است پرخاشگری با طرحواره‌هایی مانند طرحواره بی‌اعتمادی، تنبیه و استحقاق به طور قابل توجهی ارتباط دارند (Orue et al, 2021). چرا که درک نادرست از جهان اطراف و تمایل به تفسیر غلط و تهدیدآمیز نشانه‌های اجتماعی مبهم، موجب تحریک پرخاشگری واکنشی در کودکان می‌گردد (Deveney et al, 2019). در روش‌های مبتنی بر طرحواره‌درمانی، طی دوباره-خوانی و آشکارسازی محتوای ناهشیار طرحواره‌های مرکزی به عنوان علت آسیب‌زایی و ایجاد تغییرات مناسب، خاطرات و

تجربیات آسیب‌زا، بازسازی شده، و با کاهش دادن شدت خاطرات هیجانی به وجودآورنده‌ی طرحواره و کاهش شدت حساسیت بدنی و فیزیکی و تغییر الگوهای مرتبط با طرحواره از شدت تجربه‌ی مجدد استرس کاسته و باعث آرامش و کاهش تکانشگری می‌شود (پشنگیان و همکاران، ۱۴۰۲). همچنین توانایی مداخلات مبتنی بر طرحواره‌درمانی برای الگوشکنی رفتاری است و این راهبرد به کودک کمک می‌کند تا برای جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگار به جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار و ناکارآمد، تکالیف رفتاری را طرح‌ریزی و اجرا کند، که می‌تواند سبب بهبود انگیزه‌های اجتماعی و ارتباطی بهتر و به تبع آن کاهش تکانشگری گردد (Carlucci et al, 2018).

با استفاده از بازی درمانی با رویکرد طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار، کودک می‌تواند بین راه انداز ذهنیت و افکار، هیجان‌ها و رفتارها ارتباط برقرار کرده و بدین ترتیب تفسیرهای غلطی که از موقعیت‌ها داشته را اصلاح کند. در نتیجه کودک روش‌های سازگارانه تری برای تفسیر و واکنش به موقعیت‌های اجتماعی می‌آموزد، که منجر به کمتر شدن خشم و پاسخ‌های تهاجمی می‌شود. (پشنگیان و همکاران، ۱۴۰۲).

ازسویی دیگر تحریک‌پذیری بالا با ناپهنجاری‌هایی در مدار فورنتو-امیگدالار مرتبط است و اعمال کنترل قشر عالی مغز بر امیگدال به وسیله تعادل در ابراز هیجان‌ها در طرحواره درمانی امکان‌پذیر است (Carlucci et al, 2018). بازی درمانی با رویکرد طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار به کودک کمک می‌کند تا از طریق بازسازی خاطرات، برون‌ریزی خشم و شناخت ذهنیت‌های ناکارآمد و جایگزینی آن با ذهنیت‌های کارآمد بتواند موجب تعادل در ابراز هیجان کودک گردد (صنیعی‌آباده، ۱۴۰۲) کودک تشویق می‌شود عصبانیت یا اندوه خود را از طریق بازی‌های نمادین و نمایشی نشان دهد. ازسوی دیگر می‌دانیم که طرحواره‌های ناسازگار به دلیل برآورده نشدن نیازها در دوران کودکی شکل می‌گیرند و هنگامی که دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در ارضای نیازهای خود ناکام می‌شوند، در به تاخیر انداختن هیجان‌ها و خاطرات مرتبط با طرحواره اصلی دچار مشکل شده که این موضوع منجر به احساس ناامیدی، بی‌حوصلگی و خصومت در آنان می‌گردد (Loose et al, 2020). طرحواره درمانی کودک با فراهم آوردن شرایطی برای آگاهی از نیازهای هیجانی و کمک به بروز و ارضای نیازهای اساسی منجر به ایجاد ذهنیت‌های کارآمد و کاهش ناکامی و ناامیدی در کودک می‌گردد. در این درمان بازی‌آزاد، فضایی تخیلی برای افزایش آگاهی از نیازها است و فرصت‌های فراوانی را برای کودک به وجود می‌آورد تا دنیای درونی

های ناسازگار افراد موجب بهبود توان، پذیرش و انعطاف‌پذیری و به تبع آن تاب‌آوری می‌شود (میرابی و همکاران، ۱۴۰۰). بازی درمانی با رویکرد طرحواره درمانی ذهنیت مداربا کارکردن روی درون مایه های روانشناختی یا همان طرحواره های ناسازگار اولیه، در صدد اصلاح افکار و باورهای دانش آموزان که دارای اختلال نارسایی توجه /بیش فعالی هستند و در تغییر دید آنها به خود، توانایی ها، عواطف و هیجان‌اتشان که منفی است، مفید است. بر همین اساس در بعد عاطفی و بیان عواطف، طرحواره درمانی با استفاده از راهبردهای تجربی، باور شناختی را به چالش می کشد که به باور هیجانی گره خورده است تا تخلیه هیجانی، نیازهای هیجانی ارضاننده را که به شکل گیری طرحواره های ناسازگار منجر شده است بشناسد. این آگاهی سبب می شود دانش آموزان دارای اختلال نارسایی توجه /بیش فعالی با بهره گیری از طرحواره درمانی بتوانند به شکلی بهتر عواطف خود را مدیریت کنند و در بیان آن نیز توانمندتر شوند که همین امر سبب کاهش مشکلات هیجانی و روانشناختی در آنان می شود (سمندری، ۱۴۰۲).

از سویی طرحواره‌درمانی با استفاده از چهار تکنیک اصلی شناختی، رفتاری، رابطه‌ای و تجربی در افراد علاوه بر زیر سؤال بردن طرحواره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی است، از نظر هیجانی باعث تخلیه عواطف و هیجان‌ات منفی مدفون‌شده مثل خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیزگی و عدم دلبستگی ایمن به دیگران در سال‌های کودکی می‌شود و به درمانگر کمک می‌کند تا مشکلات مزمن و عمیق کودک را دقیق‌تر تعریف کرده، آن‌ها را به‌گونه‌ای قابل‌درک سازماندهی کنند (van Dijk et al, 2023) که به نظر می‌رسد این فرایند نیز بر تاب‌آوری اثربخش باشد. در واقع تاب‌آوری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (حسینی یزدی، ۱۳۹۴) و طرحواره های ناسازگار می توانند در این موقعیت فعال شوند (Karimipour et al, 2021). هنگامی که طرحواره ها برانگیخته می شوند افراد سطوح بالایی از هیجان‌ات مختلف را تجربه می کنند. داشتن تاب‌آوری مستلزم شناخت از خود و آگاهی از هیجان‌ات برخواسته از طرحواره است، بنابراین شناخت و تعدیل آنها و جایگزین کردن طرحواره های سازگار می تواند باعث ایجاد باورهای زیربنایی سال متر و در نتیجه به تقویت تاب‌آوری کمک می کند (مرادحاصلی و همکاران، ۱۳۹۶). طرحواره درمانی با تاکید بر اهمیت تغییر الگوهای بنیادین ناسازگار و تغییر سبک های مقابله ای ناسازگار در شرایط ویژه برای جایگزین کردن الگوهای سازگار (رهبرکرباسدهی و همکاران، ۱۳۹۸)، باعث سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار می شود. از طرفی با بکارگیری این رویکرد درمانی کودک می‌تواند طرحواره‌های

خود را به شیوه ای غیر مقابله ای بیان کند (Loose et al, 2013). بدین منظور درمانگر ابتدا شرایطی را فراهم می آورد که کودک در محیطی امن و در قالب بازی و داستان، از نیازها خود آگاه شود، با ذهنیت های خود گفتگو کند و به تخلیه هیجانی، برونریزی خشم و بیان احساسات بپردازد و درنهایت از طریق الگوشکنی رفتاری او را به سمت بیان عصبانیت به شکل صحیح سوق داده و از تکانشگری بیش از حد جلو گیری می کند. به عبارتی درمانگر، کودک را به سوی جایگزین کردن ذهنیت های کارآمد و ارضای صحیح نیازها رهنمود می کند که باعث می شود کودک مهارت هایی را در تحمل ناکامی، تاخیر در کامروایی و همدلی کسب کند. در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی، ذهنیت کودک تکانشگر، ذهنیت کودک عصبانی و ذهنیت والد تنبیه کننده تعدیل شده و ذهنیت کودک دانا و خردمند تقویت می گردد. در واقع درمانگر، فضایی را برای انتخاب ایجاد می کند که امکان انتخاب ذهنیت مناسب در شرایط خاص را فراهم می آورد (Loose et al, 2020).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بازی درمانی با رویکرد طرحواره درمانی ذهنیت مدار بر بهبود تاب‌آوری و سازگاری دانش آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی هم موثر است. نتایج این پژوهش با یافته های رهبر کرباسدهی و همکاران (۱۳۹۸) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب‌آوری روان شناختی و توانمندی اجتماعی دانش آموزان با نشانه های افسردگی، سیف حسینی و همکاران (۱۳۹۸) مبنی بر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر درمان گروهی و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به سرطان، خساره و همکاران (۱۴۰۱) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی در نوجوانان و یافته های دباغی ظریف و رضایی (۱۳۹۹) مبنی بر اثربخشی آموزش گروهی طرحواره درمانی بر سازگاری اجتماعی دانش آموزان ناسازگار، همسو است. در تبیین اثربخشی بازی درمانی با رویکرد طرحواره درمانی ذهنیت مدار بر تاب‌آوری دانش آموزان با نارسایی توجه -بیش فعالی چنین می‌توان چنین اظهار داشت که داشتن انعطاف‌پذیری که در صورت داشتن هریک از طرحواره‌های ناسازگار اولیه کاهش پیدا می‌کند، نیازمند شناخت از خود است و این زمانی میسر می‌باشد که فرد از فرایندهای ذهنی خود آگاهی داشته باشد، هنگامی طرحواره‌های ناسازگار برانگیخته می‌شوند، افراد سطوح بالایی از هیجان‌ات نظیر خشم شدید، اضطراب، افسردگی و احساس گناه را تجربه می‌کنند که این امر موجب کاهش انعطاف‌پذیری در زندگی می‌شود؛ رویکردهای مبتنی بر طرحواره‌درمانی با کنترل طرحواره-

هویت آزمودنیها اطلاعات افراد به صورت کد ثبت شده است و کلیه اطلاعات آنها محرمانه است.

تشکر و قدردانی

از تمام والدین و مربیانی که با وجود مشکلات فراوان در جهت انجام این پژوهش به ما یاری رساندند تشکر و قدردانی می شود

تعارض منافع

در ارائه نتایج این پژوهش، هیچ گونه تضاد منافی وجود نداشته است.

1. Attention-deficit/hyperactivity disorder	۱. اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی
2. Conner's parents rating of childhood behavior problems-CPRS-R	۲. پرسشنامه کانرز فرم والدین
3. Impulsive Behaviors Scale in Children(UPPS-P-C)	۳. مقیاس رفتارهای تکانشی در کودکان
4. social-emotional assets and resilience scale (SEARS)	۴. مقیاس توانمندی های اجتماعی-هیجانی و تاب آوری
5. Dusseldorf Illustrated schima questionnaire for children	۵. پرسشنامه تصویری طرحواره کودک دوسلدورف

منابع فارسی

آقایی گلدیانی، پرستو، غیائی، زینب. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی بازی درمانی و طرحواره درمانی بروی ذهنیت کودک آسیب پذیر در کودکان دارای اختلالات یادگیری. مجله پیشرفت های نوین در روانشناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش؛ ۳(۳۲)

پشنگیان، نیلا؛ کیخسروانی، مولود؛ امینی، ناصر؛ عباسی، مسلم. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی ذهنیت مدار و آموزش کنترل تکانه بر خودکنترلی و خودکارآمدی رفتاری هیجانی پسران دارای اختلال بی نظمی خلق اخلاکگر. فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۲۴(۹۲): ۲۵۲-۲۳۳.

ثلاثی، بیتا؛ رضانی، محمد آرش؛ جهان، فائزه. (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر خودسرزنشگری و شرم در معنادین تحت درمان نگهدارنده با متادون. مجله علوم روانشناختی، ۲۲ (۱۲۱): ۱۷۰-۱۵۳

چراغی سیف اباد، ن؛ احتشام زاده، پ؛ عسگری، پ؛ و جوهری فرد، ر. (۱۳۹۹). بررسی و مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی ذهنیت مدار و زوج درمانی هیجان مدار بر افزایش سبک دل‌بستگی ایمن و

ناسازگار اولیه خود را به صورت ناهمخوان ببینند، در نتیجه با آگاهی از وجود آن‌ها، برای رهاشدن از مشکلات، انگیزه بیشتری پیدا کنند؛ لذا تکنیک‌های طرحواره درمانی کمک می‌کند تا افراد با سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی‌های خودیادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خودآرامش‌دهی زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها و تاب‌آوری مهیا سازند (رضاپوریان و هارون رشیدی، ۱۴۰۲). به‌طور کلی طرحواره‌درمانی شامل استفاده از تمرینات تجربه‌ای و استعاره‌هاست تا به درمانجویان کمک کند اهدافی که به‌طور هدفمند و معنادار در زندگی‌شان برمی‌گزینند را به‌طور کلامی بیان کنند (یعنی ارزش‌ها) و به تغییرات رفتاری پایدار که براساس این ارزش‌ها هدایت می‌شود، متعهد شوند (یعنی عمل متعهدانه)؛ درواقع پذیرش افکار شخصی، هیجانات و احساسات به‌منظور تسهیل روند عمل متعهدانه هدایت‌شده بر اساس ارزش‌ها طراحی‌شده‌اند (Kopf-Beck et al, 2024). درنهایت اجرای مداخلات طرحواره‌درمانی، ضمن فراهم‌نمودن بستری به‌منظور پذیرش هیجانات، با به‌کارگیری فنون ذهن‌آگاهی و سایر روش‌ها به آموزش افراد برای رهایی از بند مبارزه بی‌حاصل و تلاش برای کنترل و حذف عواطف و تجارب منفی می‌پردازد و آن‌ها را به پیگیری ارزش‌ها و به دنبال آن تعهد نسبت به عمل بر مبنای ارزش‌ها ترغیب می‌کند؛ در نتیجه می‌توان گفت که این امر منجر به بالا رفتن تاب‌آوری می‌شود (ثلاثی و همکاران، ۱۴۰۲).

در پایان می‌بایست عنوان کرد که هر پژوهش با محدودیت‌هایی همراه است و از آنجایی که این پژوهش بر روی دانش آموزان پسر با نارسایی توجه-بیش‌فعالی شهر تهران انجام شده، در تعمیم نتایج به دانش آموزان دختر شهر تهران و در دیگر شهرها می‌بایست جنبه احتیاط را رعایت نمود. همچنین آزمون پیگیری یک ماهه و پرسشنامه‌های خودگزارشی می‌تواند از جمله محدودیت‌های پژوهش باشد. به‌طور کلی، بازی درمانی با رویکرد طرحواره درمانی ذهنیت مدار می‌تواند به عنوان یک روش مکمل در بهبود کنترل تکانه و تاب‌آوری دانش آموزان با نارسایی توجه / بیش‌فعالی مورد استفاده قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود برای تعمیم‌پذیری، در سطح پژوهشی، این پژوهش در سبزه‌ها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دانش آموزان دیگر مقاطع، جنسیت دیگر اجرا شود.

موازین اخلاقی

این پژوهش بر گرفته از رساله مقطع دکترای روانشناسی و آموزش کودک کان استثنایی با شناسه اخلاق IR.IAU.AHVAZ.REC.۱۴۰۲.۱۵۲ از دانشگاه آزاد اسلامی (واحد اهواز) است. جهت ملاحظات اخلاقی و حفظ

فعالی کودکان پیش دبستانی (۶ ساله). فصلنامه آموزش و ارزشیابی، سال ششم، شماره ۲۲ - تابستان ۱۳۹۲ ص. ۲۷-۴۳

مردادحاصلی، مستانه؛ یارمحمدی اصل، مسیب (۱۳۹۶). اثر طرحواره درمانی بر تاب آوری، احساس تنهایی و استقلال عاطفی فرزندان شبه خانواده. روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۷(۱): ۲۵-۱۷

میرابی، میترا؛ مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز؛ حافظی، فریبا؛ نادری، فرح؛ احتشام زاده، پروین. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجان محور و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر بهزیستی روان شناختی و انعطاف‌پذیری کنشی در زنان دارای تعارض زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز روان‌شناختی. دوفصلنامه روانشناسی خانواده، ۱۸(۱): ۱-۱۵

یزدانی، مژگان؛ حافظی، فریبا؛ احتشام زاده، پروین و دشت بزرگی، زهرا. (۱۳۹۹). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر دشواری تنظیم هیجان و پرخاشگری در دختران نوجوان. مطالعات روان شناختی، ۱۶(۳): ۵۹-۶۷

فهرست منابع

Ahmed, G.K., Darwish, A.M., Khalifa, H. et al. (2022). Relationship between Attention Deficit Hyperactivity Disorder and epilepsy: a literature review. *Egypt J Neurol Psychiatry Neurosurg* 58, 52

Askari, A., Askari, I., Gholami Golafrooz. Farsi version of Dusseldorf Illustrated Schema Questionnaire for Children (DISC), (2018)

Bishop, A., Younan, R., Low, J., & Pilkington, P. D. (2022). Early maladaptive schemas and depression in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(1), 111-130.

Brown, S., Mitchell, T.B., Fite, P.J., Bortolato, M. (2017). Impulsivity as a moderator of the associations between child maltreatment types and body mass index. *Child Abuse Negl*; 67: 137-146.

Camilo, I. D. C. R. R., Lopes, E. J., & Lopes, R. F. F. (2018). Terapia do esquema em grupo para crianças com transtornos disruptivos. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 14(2), 121-129.

Carlucci, L., D'Ambrosio, I., Innamorati, M., Saggino, A., & Balsamo, M. (2018). Co-rumination, anxiety, and maladaptive cognitive schemas: when friendship can hurt. *Psychology research and behavior management*, 11, 133.

کاهش سبک‌های دل‌بستگی اجتنابی و دوسوگرا در زوجین با تعارض زناشویی. مشاوره کاربردی، ۱۰(۲)، ۷۳-۹۸.

حسینی یزدی، ع. (۱۳۹۴). اثربخشی برنامه مداخله ای ویژه کودکان طلاق بر بهبود خودپنداره، افزایش تاب آوری و کاهش مشکلات برونی-درونی سازی شده کودکان. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد.

خساره، حمیده؛ پولادی ریشه‌ری، علی؛ محمدی، سید یونس (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب آوری و سازگاری اجتماعی در نوجوانان دختر شهر کرمان. فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی دوره ۱۷، شماره ۶۸ زمستان خوشابای، ک. (۱۳۸۱). بررسی شیوع ADHD و اختلالات همراه در دانش آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران. دانشگاه بهزیستی و توانبخشی: ایران، تهران: ۱۸-۲۳.

دباغی ظریف، سمیرا؛ رضایی، سمانه. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش گروهی طرحواره درمانی بر سازگاری اجتماعی دانش آموزان ناسازگار. مطالعات ناتوانی، ۱۰(۱): ۸۲.

رضاپوریان، نرگس؛ هارون رشیدی، همایون. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی بر استرس، سازگاری اجتماعی و انسجام روانی زنان مبتلا به سرطان. مطالعات روان‌شناختی، ۱۹(۴): ۳۸-۲۳.

رهبر کرباسدهی، ابوالقاسمی؛ رهبر کرباسدهی، عباس (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب آوری روان شناختی و توانمندی اجتماعی دانش آموزان با نشانه های افسردگی. مطالعات روانشناختی، ۱۵(۴)، ۹.

سمندری، مریم؛ نامداریپور، فهیمه (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی بر اضطراب کودکان مبتلا به سرطان به روش برخط. فصل نامه پژوهش های کاربردی روانشناختی

سیف حسینی، آ؛ اسدی، ج؛ ثناگو، ا و خواجه‌وندخوشلی، ا. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر درمان گروهی و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری مادران کودکان مبتلا به سرطان. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۲ ویژه نامه (۱)، ۴۲۰-۴۱۱

صنّعی آباده، سایه ناز؛ سجادیان، ایلناز؛ بهرامی پور اصفهانی، منصوره. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان و کفایت اجتماعی در کودکان دارای اختلال بینظمی خلق اخلاک‌گر. مجله علمی پژوهان دوره ۲۱، شماره ۳، تابستان، صفحات: ۲۰۲-۲۱۰

عطایی، مریم؛ صالح صدق پور، بهرام؛ سعادت شامیر، ابوطالب (۱۴۰۰). رابطه خودتنظیمی با تاب‌آوری تحصیلی با میانجی‌گری انگیزش خودمختار. مجله روانشناسی، ۲۵ (۲)، ۱۷۰-۱۸۹.

فرمند، ع. (۲۰۰۶). سودمندی درمان ترکیبی: برنامه گروهی اثربخشی سبک والدینی مثبت و دارودرمانی بر علائم و سبک والدینی کودکان ۱۲-۳ ساله مبتلا به ADHD که تنها با یکی از آنها مقایسه می‌شود. تهران: دانشگاه بهزیستی و توانبخشی: ۸۱-۸۲.

محب، نیمه؛ امیری، شاهرخ؛ بهروش، عاطفه. (۱۳۹۲). اثربخشی بازی درمانی کوتاه مدت ساختاری بر علائم اختلال نقص توجه- بیش

- Khushabi, K. (2002). Study of Prevalence of ADHD and comorbid disorders in primary school students of Tehran. University of Welfare and Rehabilitation: Iran, Tehran: 18-23. [Persian]
- Kopf-Beck, J., Müller, C. L., Tamm, J., Fietz, J., Rek, N., Just, L., ... & Egli, S. (2024). Effectiveness of Schema Therapy versus Cognitive Behavioral Therapy versus Supportive Therapy for Depression in Inpatient and Day Clinic Settings: A Randomized Clinical Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 93(1), 24-35.
- Loose C, Graaf P, Zarbock G, Holt RA.(2020). Schema Therapy with Children and Adolescents: A Practitioner's Guide. 9th ed. UK: Pavilion Publishing and Media Ltd.;
- Loose, C., Graaf, P., & Zarbock, G. (2013). Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen. Basel: Beltz
- Loose, C., Meyer, F., Pietrowsky, R. (2018). The Dusseldorf Illustrated Schema Questionnaire for Children (DISC). *Psicologia: Reflexão e Crítica*;15:31-43
- Lukito, S., Norman, L., Carlisi, C., Radua, J., Hart, H., Simonoff, E., & Rubia, K. (2020). Comparative meta-analyses of brain structural and functional abnormalities during cognitive control in attention-deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder. *Psychological Medicine*, 50(6), 894-919.
- Martini, A., Dal Lago, D., Edelstyn, N. M., Grange, J. A., & Tamburin, S. (2018). Impulse control disorder in Parkinson's disease: a meta-analysis of cognitive, affective, and motivational correlates. *Frontiers in neurology*, 9, 654.
- Mohammad Hasani, S., Askary, P., Heidari, A., EhteshamZadeh, P. (2020). The comparative effectiveness of parental behavior management training and schema therapy on aggression and oppositional defiant in adolescents. *J Nurs Midwifery Sci* 2020;7:146-52.
- Orue, I., Calvete, E., & Fernández-González, L. (2021). Early Maladaptive Schemas and Social Information Processing in Child-to-Parent Aggression. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(15-16), 6931-6955.
- Paz-Alonso, P. M., Navalpotro-Gomez, I., Boddy, P., Dacosta-Aguayo, R., Delgado-Alvarado, M., Quiroga-Varela, A., ... & Rodriguez-Oroz, M. C. (2020). Functional Conners, C.K., Sitarenios, G., Parker, J.D., Epstein, J.N. (1998). The revised Conners Parent Rating Scal (CPRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. *J Abnorm Child Psychol*; 26 (4): 257-268
- Deveney, C. M., Stoddard, J., Evans, R. L., Chavez, G., Harney, M., & Wulff, R. A. (2019). On defining irritability and its relationship to affective traits and social interpretations. *Personality and Individual Differences*, 144, 61-67
- Doerner, E., Kaye, N., Nese, R., Merrel, K.W. & Romer, N. (2011). The social-emotional assets and resilience scales short forms:reliability and validity. Posters presentation at the NASP Convention,1-2.
- Farmand, A. (dissertation).(2006). Usefulness of Combined Treatment: group program of positive parental style effectiveness and pharmacotherapy on symptoms and parental style of 3-12 years children with ADHD incomparison with only one of them. Tehran: University of Welfare and Rehabilitation: 81-82. [Persian]
- Gatto, E. M., & Aldinio, V. (2019). Impulse control disorders in Parkinson's disease. A brief and comprehensive review. *Frontiers in neurology*, 10, 351.
- Geurten, M., Catale, C., Gay, P., Deplus, S., & Billieux, J. (2021). Measuring impulsivity in children: adaptation and validation of a short version of the UPPS-P impulsive behaviors scale in children and investigation of its links with ADHD. *Journal of attention disorders*, 25(1), 105-114.
- Jia, R. M. (2018). Social resilience in children with ADHD: buffers of externalizing behaviour, externalizing behaviors and poor social skills. *Int J Play Ther.* 25(2), 64-77.
- Karimipour, A., Asgari, P., Makvandi, B., Fard, R.J. (2021). Effects of Schema Therapy for Children and Adolescents on the Externalizing Behaviors of the Adolescents Referred to the Counseling Centers in Ahvaz, Iran. *International Journal of Health and Life Sciences.*;7(4):324-331
- Kasahara, S., Takahashi, K., Matsudaira, K., Sato, N., Fukuda, K. I., Toyofuku, A., ... & Uchida, K. (2023). Diagnosis and treatment of intractable idiopathic orofacial pain with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Scientific Reports*, 13(1), 1678

- Thorsteinsdottir, S., Njardvik, U., Bjarnason, R., & Olafsdottir, A. S. (2022). Changes in Eating Behaviors Following Taste Education Intervention: Focusing on Children with and without Neurodevelopmental Disorders and Their Families: A Randomized Controlled Trial. *Nutrients*, 14(19), 4000.
- Turner, M. J., Aspin, G., & Gillman, J. (2019). Maladaptive schemas as a potential mechanism through which irrational beliefs relate to psychological distress in athletes. *Psychology of Sport and Exercise*, 44, 9-16.
- van Dijk, S.D., Veenstra, M. S., van den Brink, R. H., van Alphen, S. P., & Oude Voshaar, R. C. (2023). A systematic review of the heterogeneity of schema therapy. *Journal of Personality Disorders*, 37(2), 233-262.
- Van Maarschalkerweerd, F. A., Engelmoer, I. M., Simon, S., & Arntz, A. (2021). Addressing the punitive parent mode in schema therapy for borderline personality disorder: Short-term effects of the empty chair technique as compared to cognitive challenging. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 73, 101678.
- Vazire, S., Funder, D.C. (2006). Impulsivity and the self-defeating behavior of narcissists. *Pers Soc Psychol Rev.*; 10(2), 154-165.
- Walsh, O., & Kane, J. (2015). Supporting Resilience in the Early Years. *International Journal of Practice-Based Learning in Health and Social Care*, 3(2), 77-85
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- inhibitory control dynamics in impulse control disorders in Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 35(2), 316-325.
- Pietrabissa, G., Rossi, A., Simpson, S., Tagliagambe, A., Bertuzzi, V., Volpi, C., ... & Castelnuovo, G. (2020). Evaluation of the reliability and validity of the Italian version of the schema mode inventory for eating disorders: short form for adults with dysfunctional eating behaviors. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25, 553-565.
- Pilkington, P. D., Bishop, A., & Younan, R. (2021). Adverse childhood experiences and early maladaptive schemas in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(3), 569-584.
- Poushaneha, K., Ghobari Bonab, B., & Hasanzadeh Namin, F. (2010). Effect of training impulse control on increase attention of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 983-987
- Regalla, M. A. R., Segenreich, D., Guilherme, P. R., & Mattos, P. (2019). Resilience levels among adolescents with ADHD using quantitative measures in a family-design study. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 41, 262-267.
- Shi, M., Liu, L., Sun, X., et al. (2018). Associations between symptoms of attention-deficit/ hyperactivity disorder and life satisfaction in medical students: the mediating effect of resilience. *BMC Medical Education*. 18,164.
- Song, P., Zha, M., Yang, Q., Zhang, Y., Li, X., & Rudan, I. (2021). The prevalence of adult attention -deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta -analysis. *Journal of global health* , 11 .