Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2024, Volume 22, Issue 1

The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Regulating Emotions and Reducing High-Risk Behaviors in Female Adolescents

Soodabeh Reyhani[1], **Masood Ahovan**[2]

1. M. A. in General Psychology, Khayyam University, Mashhad, Iran.

2. (Corresponding author)* Ph. D. in Counseling, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd; Visiting professor at Khayyam University, Mashhad, Iran.

Abstract

Aim and Background: The aim of this study was to investigate the effectiveness of emotional schema therapy on emotion regulation and reduction of high-risk behaviors in female adolescents.

Methods and Materials: This was a semi-experimental with pretest-posttest design and control group. in which 30 people, as a sample, were randomly selected from 14- to 18-year-old junior high school girls in Mashhad who had high-risk behaviors and problems in Emotion regulation and have been referred to the Education Counseling Center of Khorasan Razavi Province, and were randomly divided into experimental (n = 15) and control (n = 15) groups. In this study, the clinical interview form of children and adolescents, the Grass Emotion Regulation Strategies Questionnaire (ERQ) and the Iranian Adolescents Risk Scale (IARS) were used.

Findings: The results of multivariate analysis of covariance showed that there was a significant difference between the experimental and control groups in all components of high-risk behaviors except tendency to violence, so that the mean post-test scores of the experimental group were significantly less than that of the control group. In addition, there was a significant difference between the experimental and control groups in emotion regulation strategies, so that in the reappraisal strategy, the mean scores of the experimental group were significantly higher than that of the control group, and in the suppression strategy, the mean scores of the experimental group were significantly less than that of the control group.

Conclusions: In conclusion, emotional schema therapy was effective in regulating emotions and reducing high-risk behaviors in female adolescents.

Keywords: Emotional schema therapy, emotion regulation, high-risk behaviors.

Citation: Reyhani S, Ahovan M. **The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Regulating Emotions and Reducing High-Risk Behaviors in Female Adolescents**. Res Behav Sci 2024; 22(1): 137-149.

* **Masood Ahovan,**
Email: sf_aghajani@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.48305/22.1.137]

اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر تنظیم هیجانات و کاهش رفتارهای پرخطر در نوجوانان

سودابه ریحانی[1]، مسعود آهوان[2]

[1]– کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه خیام، مشهد، ایران.

[2]– (نویسنده مسئول)* دکتری تخصصی، مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، بجنورد؛ استاد مدعو دانشگاه خیام، مشهد، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر تنظیم هیجانات و کاهش رفتارهای پرخطر در نوجوانان دختر صورت گرفت است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است که در آن ۳۰ نفر به‌عنوان نمونه، به شیوه ی تصادفی از بین دختران نوجوان متوسطه‌ی ۱۴ تا ۱۸ سال شهر مشهد که با مشکل رفتار پرخطر و اشکال در تنظیم هیجان به مرکز مشاوره‌ی آموزش وپرورش استان خراسان رضوی رجوع کرده بودند، انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. در این پژوهش از فرم مصاحبه‌ی بالینی کودک و نوجوان، پرسشنامه‌ی راهبردهای تنظیم هیجان گراس (ERQ) و مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی (IARS) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل در همه‌ی مؤلفه‌های رفتارهای پرخطر به غیر از گرایش به خشونت، تفاوت معنادار وجود داشت و میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش به‌طور معناداری از میانگین نمرات پس‌آزمون گروه کنترل کمتر بود. همچنین، بین دو گروه آزمایش و کنترل در راهبردهای تنظیم هیجان نیز تفاوت معنادار وجود داشت، به‌صورتی که در راهبرد ارزیابی مجدد میانگین نمرات گروه آزمایش به‌طور معناداری از میانگین نمرات گروه کنترل بیشتر بود و در راهبرد سرکوبی میانگین نمرات گروه آزمایش به‌طور معناداری از میانگین نمرات گروه کنترل کمتر بود.

نتیجه‌گیری: درنتیجه می‌توان گفت، طرحواره درمانی هیجانی بر تنظیم هیجانات و کاهش رفتارهای پرخطر در نوجوانان دختر اثرگذار بود.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی هیجانی، تنظیم هیجان، رفتارهای پرخطر، نوجوان

ارجاع: ریحانی سودابه، آهوان مسعود. **اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر تنظیم هیجانات و کاهش رفتارهای پرخطر در نوجوانان**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۳؛ ۲۲(۱): ۱۳۷–۱۴۹.

***– مسعود آهوان،**

رایانامه: masood.ahvan@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.48305/22.1.137]

مقدمه

نوجوانی به‌عنوان دوره‌ی اکتشاف، اتکای به نفس، کنترل خود، تصمیم‌گیری مستقل و از همه مهم‌تر، دوره‌ی انتخاب شناخته می شود؛ که با تغییرات جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی گسترده‌ای همراه است (۱). درصورتی‌که در این دوره، الگویی دقیق، روشن و همه‌جانبه درزمینه‌ی رفتار مناسب برای نوجوان تعریف و مشخص نشود، وی به آزمایش نقش‌ها دست‌زده و در برخی موارد، با نادیده گرفتن قواعد و قوانین، درنهایت، به سمت انجام رفتارهای پرخطر می‌رود (۲).

یکی از مهم‌ترین مشکلات موجود و تهدیدکننده‌ی سلامت در سال‌های اخیر که موردتوجه قرار گرفته است، شیوع رفتارهای پرخطر در میان نوجوانان می‌باشد (۳). این اصطلاح به رفتارهایی اطلاق می‌شود که احتمال نتایج مخرب جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی را برای فرد افزایش می‌دهد. ازجمله این رفتارهای رایج میان نوجوانان و جوانان می‌توان به خشونت، خودکشی، بی ملاحظگی در رانندگی، مصرف دخانیات، الکل و مواد مخدر؛ رفتارهای پرخطر جنسی و رفتارهای تغذیه‌ای ناسالم اشاره نمود (٤). گرچه بزرگسالان نیز رفتارهای پرخطر را تجربه می‌کنند، اما نوجوانان بیشتر درگیر این نوع رفتارها می‌شوند؛ به‌طوری‌که بر اساس مطالعات صورت گرفته، انجام آنها از ابتدای نوجوانی تا میانه‌ی آن افزایش‌یافته و در اواخر نوجوانی کاهش پیدا می‌کند (۵). در این راستا، تحقیقات متعدد نشان داده است بسیاری از رفتارهای پرخطر از قبیل کشیدن سیگار، مصرف الکل و مواد مخدر و رفتارهای جنسی ناایمن در سنین قبل از ۱۸ سالگی اتفاق می‌افتد (۶). درزمینه‌ی عوامل مؤثر بر بروز رفتارهای پرخطر، نقش متغیرهای شناختی و هیجانی در سوق دادن نوجوانان به این‌گونه رفتارها کاملاً مشهود است (۷). به‌عنوان‌مثال، رفتارهای پرخطر ممکن است توسط نارسایی‌هایی در تنظیم هیجان هدایت شوند (۸).

تنظیم هیجان علاوه بر نقش پررنگی که در بروز برخی رفتارهای پرخطر دارد، در مقابل، عامل کلیدی و تعیین‌کننده‌ای نیز در بهزیستی روانی و کارکرد اثربخش می‌باشد که در سازگاری با رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی نقش اساسی ایفا می‌کند (۹). به نحوی‌که افرادی که تنظیم هیجانی بهتری دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند، فشارهای ناخواسته‌ی همسالان را درک نموده و هیجانات خود را بهتر مهار می‌کنند و درنتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می‌دهند (۱۰). به‌علاوه، تنظیم هیجان می‌تواند عامل مرکزی در تحول و ماندگاری مشکلات اجتماعی، هیجانی و رفتاری نیز باشد (۱۱)؛ به‌طوری‌که ناتوانی در تنظیم آن می‌تواند شخص را برای بروز یک اختلال، داشتن روابط بین فردی مشکل‌دار و ناتوانی در مهارت‌های بین فردی، در موقعیت خطر قرار دهد (۱۲). به‌عنوان‌مثال، بر اساس مطالعات گاروفالو و رایت (۱۳)، سطح پایین تنظیم هیجان که ناشی از ناتوانی در مقابله‌ی مؤثر با هیجان ها و مدیریت آنها است، در شروع مصرف مواد نقش دارد؛ و نیز طبق نتایج برخی مطالعات (۱۴)، دشواری در تنظیم هیجان رفتارهای پرخطر (مصرف مواد و رفتار جنسی) را پیش‌بینی می نماید.

تنظیم هیجان مهارتی بنیادی محسوب می‌شود که عملکرد سازگارانه و رشد بهنجار را در حوزه‌های گوناگون برقرار می‌کند (۱۴ و ۱۵) و عنصری اصلی در روان‌درمانی به شمار می‌رود (۱۷). بنا بر گفته‌ی گراس (۱۸)، راهبردهای تنظیم هیجان، اعمالی برای افزایش، کاهش، یا حفظ عناصر مختلف تجربه‌ی هیجانی مانند شناخت، احساسات، رفتارها و همچنین پاسخ‌های فیزیولوژیکی (۱۷) می‌باشند؛ که افراد طی آن سعی می‌کنند رفتار خود را به دلیل هیجانات غالب کنترل نموده یا تغییر دهند (۱۹). همچنین، توانایی تنظیم مؤثر هیجانات شامل فرایند توانایی شناسایی و توجه به هیجانات، تشخیص احساساتی که تجربه می‌شوند و به‌کارگیری استراتژی‌های انطباقی برای تعدیل هیجانات منفی می‌باشد (۲۰). ازآنجایی‌که هیجانات ماهیت عاطفی دارند، به زنجیره‌ی زیربنایی خود یعنی طرحواره‌های هیجانی می‌رسند (۲۱).

لیهی (۲۲)، طرحواره‌های هیجانی را عاملی بسیار قدرتمند در تبیین اختلالات هیجانی بیان نموده که به‌عنوان ساختارهای ذهنی زیربنایی مرتبط با طیف گسترده‌ای از اختلالات هیجانی شناخته می‌شوند (۱۹) و با ساختارهای مختلف روان‌شناختی مرتبط با هیجان و تنظیم هیجان ارتباط دارند. الگوی طرحواره‌های هیجانی بیان می‌کند افراد طرحواره‌های متفاوتی در مورد هیجاناتشان دارند که منعکس‌کننده‌ی شیوه‌های تجربه نمودن هیجان‌ها توسط افراد بوده و باوری است که آن‌ها در مورد طرح مناسب برای اقدام یا چگونه عمل کردن در برابر برانگیخته شدن احساسات ناخوشایند در ذهن دارند (۲۲).

به‌عنوان‌مثال، افراد دارای سطوح بالایی از طرحواره‌های هیجانی نامعتبر، تصور می‌کنند دیگران احساسات آنها را درک نمی‌کنند، نمی‌پذیرند و از آن‌ها آگاه نیستند (۲۵)؛ که طبق مطالعات اصغری و میان‌آبادی (۲۵)، این طرحواره‌های هیجانی منفی مانند غیرقابل درک بودن، نشخوار ذهنی، شرم، گناه و سرزنش می‌تواند منجر به تجربه‌ی رفتارهای پرخطر شود. چراکه عملکرد طرحواره‌های ناکارآمد مشخص‌کننده‌ی پردازش اطلاعات مختل و آسیب‌پذیری در برابر فعالیت‌های پرخطر است (۲۶). از طرفی، طرحواره‌های هیجانی تطبیقی‌تر نشان‌دهنده‌ی الگوهایی از پاسخ به هیجانات هستند که در حرکت موفقیت‌آمیز به‌سوی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.48305/22.1.137]

اهداف ارزشمند، در لحظه‌ی حال، درحالی‌که طیف وسیعی از تجربه‌های احساسی را انسان بدون دفاع بی‌مورد تجربه می‌کنند، نمایان می‌شوند (۲۷). این طرحواره‌های هیجانی مثبت مانند خودآگاهی، توافق و پذیرش احساسات می‌تواند کاهش ریسک رفتارهای پرخطر را به همراه داشته باشد (۲۵).

درنتیجه، با نگرش به مطالب فوق، به نظر می‌رسد یکی از دلایل عمده‌ی بروز رفتارهای پرخطر، طرحواره‌های هیجانی ناکارآمد و نقص در تنظیم هیجان باشد (۲۵) (25). در سال‌های اخیر توجه روزافزونی به نقش پردازش و تنظیم هیجان در انواع مختلفی از اختلالات شده است و یکی از درمان‌های مؤثر بر راهبردهای مقابله با هیجانات نامطلوب، طرحواره درمانی هیجانی می‌باشد (۲۸).

طرحواره درمانی هیجانی (EST) از رویکردهای نوظهوری است که در حوزه‌ی مسائل و مشکلات هیجانی ادعای اثربخشی و درمان دارد؛ و رابرت لیهی در سال ۲۰۰۲، بر مبنای مفهوم پردازش هیجانی و با الهام از مدل فراشناختی هیجانات، آن را ارائه نموده است (۲۳). این درمان به‌طور مستقیم به چگونگی راهبردهای تنظیم هیجان و فرایندهای فراهیجانی فرد و تأثیر آن بر تجارب می‌پردازد (۲۹)؛ و به‌طور خاص محتوای باورها در مورد احساسات و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد را برای مقابله با احساسات دشوار هدف قرار داده (۳۰) و اهمیت تجربه و ارزیابی هیجانات را برجسته می‌سازد (۲۹ و ۳۱).

از سازوکارهای طرحواره درمانی هیجانی به‌طور خلاصه می‌توان به شناسایی طرحواره‌های هیجانی بیمار و تعدیل آن‌ها، شناسایی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار و جایگزینی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگارانه‌تر و تعدیل آن‌ها، توجه به هیجانات بیمار و استفاده از آن‌ها به‌عنوان عاملی برای عمیق‌تر کردن درمان اشاره نمود (۳۲) (32). به‌عبارت‌دیگر، این درمان با تمرکز بر ارزیابی افکار خودآیند منفی در مورد هیجانات و تشویق به استفاده از ذهن‌آگاهی، مستقیماً باورهای مربوط به هیجان و تنظیم هیجان را هدف قرار می‌دهد (۳۳).

دوره‌ی نوجوانی دوره‌ی گذار از کودکی به بزرگسالی است و یکی از مسائل شایع این دوران، دشواری تنظیم هیجان می‌باشد (۳۴). همچنین، مشکلات اجتماعی، هیجانی و رفتاری می‌تواند تأثیر قابل‌ملاحظه‌ای بر زندگی، آموزش و بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان داشته باشد که یکی از جنبه‌های اصلی آن، تنظیم هیجان است (۳۵). هدف از طرحواره درمانی هیجانی نیز، ایجاد توانایی شناخت هیجانات و تمایز آن‌ها از یکدیگر، افزایش پذیرش هیجان ها و عادی‌سازی‌شان می‌باشد که با زیر سؤال بردن باورهای هیجانی و افزایش اعتباربخشی به هیجانات در مراجع اتفاق می افتد (۳۶). باوجوداینکه در خصوص شیوع رفتارهای پرخطر در میان نوجوانان ایرانی مطالعات چشمگیری صورت نگرفته است؛ اما نتایج تحقیقات اخیر حاکی از افزایش گرایش به رفتارهای مخاطره‌آمیز در کشور می‌باشد (۷).

بر اساس مطالب گفته شده، نوجوانان به سمت رفتارهای پرخطر گرایش پیدا کرده‌اند و به‌ویژه در سالیان اخیر میزان گرایش به رفتارهای پرخطر اعم از خودزنی، خودکشی، روابط پرخطر و... در نوجوانان دختر افزایش یافته است. به‌علاوه، طرحواره درمانی هیجانی طرحی است که طبق مطالب گفته‌شده می‌تواند در راستای بهبود تنظیم هیجان و کاهش رفتارهای پرخطر به کار گرفته شود. درنتیجه، با در نظر گرفتن نتایج حاصل از این رویکرد، بررسی و به‌کار بستن آن بسیار مفید و سودمند به نظر می‌رسد و انجام چنین پژوهش‌هایی با این محوریت ضرورت پیدا می‌کند. چراکه پرداختن به تنظیم و اصلاح هیجانات می‌تواند به رشد سالم و ارتقای بهزیستی منجر شود (۳۷). درنتیجه، با توجه به اهمیت بررسی مکانیسم‌های آسیب‌شناسی روانی در طراحی مداخلات روان‌شناختی، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر بهبود تنظیم هیجانات و کاهش رفتارهای پرخطر در نوجوانان دختر انجام شد و نتایج این پژوهش می‌تواند در جهت شناسایی رویکرد درمانی مؤثر و همچنین، پیشگیری از بروز رفتارهای پرخطر با ارتقای مهارت تنظیم هیجان دختران نوجوان به کار گرفته شود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون— پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری این مطالعه را ۴۰۰ دختر نوجوان ۱۴ تا ۱۸ سال مقطع متوسطه شهر مشهد تشکیل دادند که در سال ۱۴۰۰ با مشکل رفتار پرخطر و اشکال در تنظیم هیجان به مرکز مشاوره‌ی آموزش‌وپرورش استان خراسان رضوی رجوع کرده بودند. از میان آن‌ها ۳۰ نفر به‌عنوان نمونه به شیوه‌ی تصادفی انتخاب شدند و در دو گروه ۱۵ نفری به‌عنوان گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند.

نوجوانانی که با رفتارهای پرخطر خود برای مدرسه دردسرساز بودند و الگوی نامناسبی برای دانش‌آموزان دیگر به شمار می‌رفتند، از مدرسه به مرکز مشاوره‌ی منطقه ارجاع داده شدند. مراکز مشاوره‌ی نواحی هفت‌گانه از این نوجوانان مصاحبه‌ای به عمل آورد و بعد از بررسی اینکه آن‌ها رفتارهای پرخطر مانند سیگار کشیدن، مصرف مواد مخدر و عموماً خودزنی و اقدام به خودکشی (که به‌صورت نمایشی است) داشتند، به مرکز مشاوره‌ی اداره کل آموزش‌وپرورش استان خراسان رضوی ارجاع داده شدند. بعد از ارجاع، مجدداً از هر نوجوان مصاحبه به عمل آمد تا نسبت به

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.48305/22.1.137]

داشتن رفتارهای ذکرشده اطمینان حاصل شود. بدین‌صورت که فرم مصاحبه‌ی بالینی کودک و نوجوان توسط درمانگر برای آنان تکمیل شده و نوجوانانی که مستعد انجام رفتارهای پرخطر بودند از طریق مصاحبه بالینی تشخیص داده شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: ۱) رضایت آزمودنی‌ها جهت شرکت در پژوهش، ۲) آزمودنی‌ها در بازه سنی ۱۴ تا ۱۸ سال، ۳) بروز رفتارهای پرخطر بود. همچنین ملاک‌های خروج شامل: ۱) عدم شرکت حداقل در ۳ جلسه، ۲) تشخیص اختلالات روانی برای هرکدام از آزمودنی‌ها بود.

جدول ۱. خلاصه جلسات طرحواره درمانی هیجانی

جلسه	اهداف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف خانگی
۳-۱	ایجاد ارتباط جهت برقراری رابطه درمانی، آموزش طرحواره‌های هیجانی به مراجع، فرمول‌بندی بر اساس مدل	ایجاد یک رابطه متقابل و برخورداری از تشریک‌مساعی تبیین رفتارهای پرخطر بر اساس الگوی طرحواره‌های هیجانی، مفهوم‌بندی طرحواره‌های هیجانی، درجه‌بندی باورهای غلط، ارائه الگویی از هیجان به بیمار	در این بخش صرفاً به دنبال آگاهی بیشتر به مراجع بوده و تغییر نگاه فرد نسبت به هیجانات	نوشتن اهداف، تکمیل کاربرگ طرحواره‌های هیجانی در جهت شناخت ابعاد و طرحواره در زندگی واقعی
۶-۴	ایجاد توانایی شناخت هیجانات و تمایز از یکدیگر، افزایش پذیرش هیجانات و عادی‌سازی آن‌ها	برچسب‌زنی و افتراق هیجانات از یکدیگر، بهنجارسازی تجربیات هیجانی، افزایش تحمل احساسات مختلط، آموزش گذرا بودن هیجانات، همجوشی زدایی، معرفی تمرین، نامه‌نگاری دلسوزانه	فرد درگیری کمتری با هیجانات داشته باشد و آن‌ها را به‌عنوان امری عادی بپذیرد، پذیرش بنیادین احساسات	نوشتن هیجانات در موقعیت‌های مختلف و سعی در قبول نمودن آن ها به‌عنوان قسمتی از زندگی، ثبت مزایا و معایب این طرحواره که هیجان‌های من غیرطبیعی هستند
۹-۷	زیر سؤال بردن باورهای هیجانی، افزایش ویژگی اعتباربخشی به هیجانات در مراجع	افزایش قدرت پذیرش احساسات، اقدام متضاد، اتخاذ موضعی به‌دوراز قضاوت برای هیجان، انجام آزمایش رفتاری جهت آزمودن باورهای غلط، ابداع راهبردهای انطباقی برای سازش	بجای سرزنش خود هنگام تجربه هیجان به آن اعتبار ببخشند	انجام مهارت‌های آموزش‌دیده مانند اعتباربخشی به هیجانات به‌صورت روزمره

در خصوص ملاحظات اخلاقی نیز از افراد رضایت‌نامه‌ای در روند اجرای پژوهش کسب شد، علاوه بر این به افراد اطمینان داده شد کلیه اطلاعات مربوط به ایشان کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند، و درصورتی‌که تمایل می‌توانند در هر مرحله از مداخله، از مطالعه خارج شوند.

پس از تأیید و قرارگیری تصادفی افراد در گروه آزمایش و کنترل، هر دو گروه پرسشنامه‌ی راهبردهای تنظیم هیجان گراس و مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی را پاسخ دادند و سپس، ۱ الی ۲ جلسه با اعضای گروه آزمایش و خانواده‌شان مصاحبه شد. در مرحله‌ی بعد، این افراد در جلسات درمان قرار گرفتند. در ابتدای شروع این جلسات یک گفتگوی دوستانه برای برقراری ارتباط شکل گرفت و بعد جلسات طرحواره درمانی هیجانی ۴۵ دقیقه‌ای در مرکز مشاوره‌ی آموزش‌وپرورش استان خراسان رضوی طبق پروتکل درمانی لیهی آغاز شد. در طی جلسات به مواردی ازجمله شناسایی رفتارهای پرخطر توسط نوجوانان، برقراری ارتباط و اتحاد درمانی مناسب با نوجوانان، کمک به مراجعین در جهت شناسایی و پذیرش هیجانات و احساساتی که تجربه می‌کنند و آموزش مهارت‌های حل مسئله پرداخته شد.

ابزارهای مورداستفاده در این پژوهش به شرح ذیل می‌باشد:

فرم مصاحبه بالینی کودک و نوجوان: این فرم مصاحبه برای افراد در رنج سنی ۶ تا ۱۸ سال طراحی شده است و نسخه های مختلف آن برای کودکان، نوجوانان و والدین در دسترس قرار دارد. قالب این مصاحبه نیمه ساخت‌یافته است و عمدتاً برای اجرا در مورد موقعیت‌های مختلف مثل رفتار در خانه، رفتار در مدرسه و روابط بین فردی با همسالان سازمان‌یافته است. دیگر حوزه‌های محتوایی آن شامل سوءمصرف مواد و وجود نشانگانی مانند اختلال‌های اضطرابی، مانیا و اختلال‌های عاطفه می‌شود. اعتبار بازآزمایی این فرم خوب و عمدتاً بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۰ گزارش شده است (۳۸).

پرسشنامه راهبردهای تنظیم هیجان گراس (ERQ): این پرسشنامه توسط گراس و جان در سال ۲۰۰۳ برای بررسی و سنجش راهبردهای فرآیندی تنظیم هیجان تدوین شده

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.48305/22.1.137]

است. پرسشنامه از ۱۰ گویه تشکیل شده است که دارای دو خرده مقیاس «ارزیابی مجدد» با ۶ گویه (سؤالات ۱، ۳، ۵، ۷، ۸ و ۱۰) و «سرکوبی» با ۴ گویه (سؤالات ۲، ۴، ۶ و ۹) می‌باشد. آزمودنی ها بر اساس یک طیف لیکرت ۷ درجه‌ای به ماده‌ها پاسخ می‌دهند که در آن عدد ۱ نشان‌دهنده کاملاً مخالف و عدد ۷ بیانگر کاملاً موافق می‌باشد. در پژوهش گراس و جان، همبستگی درونی برای ارزیابی مجدد شناختی ۰/۷۹ و برای سرکوبی ۰/۷۳ به‌دست‌آمده است. در ایران، در پژوهش بیگدلی و همکاران– (۳۹)، مقدار آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۸۳ و سرکوبی ۰/۷۹ به‌دست‌آمده است.

مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی (IARS): این پرسشنامه در ایران توسط زاده‌محمدی و همکاران در سال ۱۳۹۰ در ایران هنجاریابی شده است. دارای ۳۸ سؤال بوده و هدف آن سنجش میزان خطرپذیری نوجوانان در ۷ بعد مختلف می‌باشد، که شامل: گرایش به مواد مخدر (سؤالات ۱ تا ۸)، گرایش به الکل (سؤالات ۹ تا ۱۴)، گرایش به سیگار (سؤالات ۱۵ تا ۱۹)، گرایش به خشونت (سؤالات ۲۰ تا ۲۴)، گرایش به رابطه و رفتار جنسی (سؤالات ۲۵ تا ۲۸)، گرایش به رابطه با جنس مخالف (سؤالات ۲۹ تا ۳۲) و گرایش به رانندگی خطرناک (سؤالات ۳۲ تا ۳۸) می باشد. شیوه‌ی نمره دهی آن بر اساس طیف لیکرت پنج گزینه‌ای بوده که در آن عدد ۱ نشان‌دهنده کاملاً مخالف و عدد ۵ بیانگر کاملاً موافق است. در پژوهش زاده‌محمدی و همکاران (۴۰)، روایی سازه این مقیاس مورد ارزیابی قرار گرفته است. تحلیل عاملی اکتشافی با مؤلفه‌های اصلی نشان داد که این پرسشنامه مقیاسی هفت بعدی است، که ۶۴/۸۴ درصد واریانس خطرپذیری را تبیین می‌کند. میزان آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۴ و برای خرده مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۹۳ تا ۰/۷۴ قرار داشت که بیانگر پایایی خوب این مقیاس می‌باشد.

در این پژوهش از پروتکل طرحواره درمانی هیجانی لیهی (۲۲) استفاده شده، که شامل یک برنامه درمانی ۱۵ جلسه‌ی ۴۵ دقیقه‌ای به شیوه گروهی می‌باشد. شرح چهارچوب جلسات در جدول ۱ ذکر شده است.

جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها نیز از شاخص‌های آماری فراوانی، انحراف معیار و میانگین و به‌منظور بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر تنظیم هیجانات و کاهش رفتارهای پرخطر، با استفاده از نرم‌افزار SPSS 25 از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۳۰ نوجوان دختر ۱۴ تا ۱۸ سال شرکت داشتند که به‌طور تصادفی ۱۵ نفر از آنان در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند و تجزیه‌وتحلیل‌های آماری بر روی داده های مربوط به نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه‌های آنان صورت گرفت.

در جدول زیر شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش برای گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها		گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رفتارهای پرخطر	گرایش به مواد مخدر	آزمایش	00/33	39/2	60/19	43/4
		کنترل	93/30	00/5	00/31	69/5
	گرایش به الکل	آزمایش	26/26	25/2	06/16	91/2
		کنترل	00/26	20/2	53/26	41/2
	گرایش به سیگار	آزمایش	66/21	60/2	66/11	91/1
		کنترل	33/19	51/4	40/18	06/5
	گرایش به خشونت	آزمایش	13/20	29/2	93/19	47/4
		کنترل	93/17	90/1	00/18	29/2
	گرایش به رابطه و رفتار جنسی	آزمایش	60/16	16/2	86/9	06/2
		کنترل	53/15	02/3	13/16	64/3
	گرایش به رابطه با جنس مخالف	آزمایش	40/17	88/1	13/12	24/1
		کنترل	93/15	66/1	93/14	37/2
	گرایش به رانندگی خطرناک	آزمایش	86/23	17/4	13/15	39/3
		کنترل	89/18	49/2	06/21	37/2
تنظیم هیجان	راهبرد ارزیابی مجدد	آزمایش	46/30	06/4	20/31	57/4

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.48305/22.1.137]

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها		گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
		کنترل	06/30	30/6	33/28	71/6
	راهبرد سرکوبی	آزمایش	26/20	63/2	20/12	62/3
		کنترل	73/17	23/3	73/18	89/3

در این پژوهش برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد و پیش از اجرای آن، ابتدا پیش‌فرض‌های آماری مهم این آزمون موردبررسی قرار گرفت. اولین پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها است که با استفاده از آزمون کالموگروف–اسمیرنف بررسی شد و نتایج آن حاکی از نرمال بودن داده‌ها بود (P>۰/۰۵) و لذا، این پیش‌فرض رعایت شده است. دومین پیش‌فرض همسانی ماتریس‌های واریانس–کوواریانس است. همسانی ماتریس‌های کوواریانس با استفاده از آزمون باکس بررسی شد و نتایج آن حاکی از عدم معناداری آن بود (۱۰/۷۵ = Box's M , 58/1 = F , 05/0<P). درنتیجه، با توجه به عدم معناداری آن و رعایت این پیش‌فرض، در تحلیل این فرضیه از شاخص لامبدای ویلکز استفاده شد. به‌علاوه، به‌منظور بررسی واریانس‌های خطا از آزمون لوین استفاده شد. نتایج این آزمون برای متغیرهای وابسته حاکی از عدم معناداری آن بود (P>۰/۰۵) و لذا این پیش‌فرض نیز رعایت شده است.

بر اساس این نتایج، پیش‌فرض‌های مهم این آزمون برقرار بوده و می‌توان برای تجزیه‌وتحلیل‌های آماری از آن استفاده نمود. در ادامه نتایج حاصل از این آزمون ارائه شده است. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای رفتارهای پرخطر نشان داد اثر عضویت در گروه بر ترکیب متغیرهای وابسته یعنی مؤلفه‌های رفتار پرخطر معنادار است (۰/۱۶ = لامبدای ویلکز , ۱۱/۰۵ = F 001/0>P ,). با توجه به میزان اندازه‌ی اثر، این نتایج همچنین نشان می‌دهد ۸۴ درصد از واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه آزمایش و کنترل، ناشی از متغیرهای وابسته است.

نتایج تحلیل کوواریانس اثرات بین گروهی برای گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مؤلفه‌های رفتارهای پرخطر

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
گرایش به مواد مخدر	20/691	1	20/691	03/45	001/0	68/0
گرایش به الکل	78/401	1	78/401	36/57	001/0	73/0
گرایش به سیگار	91/373	1	91/373	68/43	001/0	67/0
گرایش به خشونت	40/0	1	40/0	26/0	61/0	01/0
گرایش به رابطه و رفتار جنسی	30/148	1	30/148	21/21	001/0	50/0
گرایش به رابطه با جنس مخالف	26/32	1	26/32	80/9	005/0	31/0
گرایش به رانندگی خطرناک	82/107	1	82/107	16/10	004/0	32/0

بر اساس نتایج این جدول، بین دو گروه آزمایش و کنترل در همه‌ی مؤلفه‌های رفتارهای پرخطر به غیر از گرایش به خشونت (F = ۰/۲۶ و P>۰/۰۵)، در مرحله‌ی پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد (P <۰/۰۵). با توجه به شاخص‌های توصیفی مندرج در جدول ۲، این تفاوت معنادار به‌صورت است که میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش در این متغیرها به‌طور معناداری از میانگین نمرات پس‌آزمون گروه کنترل کمتر است.

ازاین‌رو، می‌توان نتیجه گرفت افرادی که در گروه آزمایش قرار داشتند و تحت طرحواره درمانی هیجانی قرار گرفته بودند، در مقایسه با گروه کنترل که این درمان را دریافت نکرده بودند، رفتارهای پرخطر کمتری را گزارش کردند. با توجه به مقدار اندازه اثر، طرحواره درمانی هیجانی به ترتیب بیشترین اثر را بر گرایش به الکل (η^2 = ۰/۷۳)، گرایش به مواد مخدر (η^2 = ۰/۶۸)، گرایش به سیگار (η^2 = ۰/۶۷)، گرایش به رابطه و رفتار جنسی (η^2 = ۰/۵۰)، گرایش به رانندگی خطرناک (η^2 = ۰/۳۲) و گرایش به رابطه با جنس مخالف (η^2 = ۰/۳۱) داشته است.

در بررسی‌های مرتبط با همسانی ماتریس‌های واریانس – کوواریانس تنظیم هیجان، نتایج آزمون باکس حاکی از عدم معناداری آن بود (Box's M , 12/1 = F , 05/0<P = ۳/۶۶). به‌علاوه، به‌منظور بررسی واریانس‌های خطا نتایج آزمون لوین نیز برای متغیرهای وابسته حاکی از عدم معناداری (P>۰/۰۵) و لذا رعایت این پیش‌فرض بود. پس از برقراری پیش‌فرض‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.48305/22.1.137]

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تنظیم هیجان نشان داد اثر عضویت در گروه بر ترکیب متغیرهای وابسته یعنی راهبردهای تنظیم هیجان معنادار است (۰/۲۶ = لامبدای ویلکز ، ۳۵/۰۹ = F ، 001/0>P). با توجه به میزان اندازه‌ی اثر، این نتایج همچنین نشان می‌دهد ۷۳ درصد از واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه آزمایش و کنترل، ناشی از متغیرهای وابسته است.

نتایج تحلیل کوواریانس اثرات بین گروهی برای گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ٤. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تنظیم هیجان

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
راهبرد ارزیابی مجدد	21/19	1	21/19	14/5	03/0	16/0
راهبرد سرکوبی	90/466	1	90/466	89/72	001/0	73/0

بر اساس نتایج این جدول، بین دو گروه آزمایش و کنترل در راهبردهای تنظیم هیجان تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۵). باتوجه به شاخص‌های توصیفی، این تفاوت معنادار به‌گونه‌ای است که در راهبرد ارزیابی مجدد میانگین نمرات گروه آزمایش به‌طور معناداری از میانگین نمرات گروه کنترل بیشتر و در راهبرد سرکوبی میانگین نمرات گروه آزمایش به‌طور معناداری از میانگین نمرات گروه کنترل کمتر است. ازاین‌رو، می‌توان نتیجه گرفت افرادی که در گروه آزمایش قرار داشتند و تحت طرحواره درمانی هیجانی قرار گرفته بودند، در مقایسه با گروه کنترل که این درمان را دریافت نکرده بودند، راهبردهای تنظیم هیجان مسئله‌مدار بیشتر و راهبردهای تنظیم هیجان هیجان‌مدار کمتری را گزارش کردند. با توجه به مقدار اندازه اثر، طرحواره درمانی هیجانی بیشترین اثر را بر راهبرد سرکوبی (η^2 = ۰/۷۳) و سپس راهبرد ارزیابی مجدد (η^2 = ۰/۶۸) داشته است.

درمجموع، می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش رفتارهای پرخطر و همچنین بهبود تنظیم هیجان نوجوانان دختر مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر بهبود تنظیم هیجانات و کاهش رفتارهای پرخطر در نوجوانان دختر بود. یافته‌ی اول پژوهش نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل در همه‌ی مؤلفه‌های رفتارهای پرخطر به‌غیراز گرایش به خشونت، تفاوت معناداری وجود دارد. به‌طوری‌که میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش به‌طور معناداری از میانگین نمرات پس آزمون گروه کنترل کمتر بود. به این معنا که نمرات رفتارهای پرخطر شرکت‌کنندگان گروه آزمایش با قرارگیری در جلسات طرحواره درمانی هیجانی، نسبت به ابتدای پژوهش کاهش یافت؛ اما این تفاوت در گروه کنترل مشاهده نشد. درنتیجه، می‌توان گفت طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش رفتارهای پرخطر در نوجوانان دختر تأثیرگذار است. این یافته با نتایج تحقیقات اصغری و میان‌آبادی (۲۵) و قدرتی شاهتوری و همکاران (۳۲) همسو می باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت هیجان در کیفیت و گوناگونی تجربیات روزمره‌ی انسان نقش مهمی دارد (۴۱) و مهارت‌های هیجانی درصورتی‌که سازش یافته باشد، می‌تواند به افزایش رفتارهای منطقی و رشد یافته و کنش‌های بهنجار فردی و اجتماعی منجر شود (۲۵). درنتیجه، افرادی که توانایی درک و بیان حالت‌های هیجانی خود را ندارند، در مقایسه با افرادی که از این توانمندی برخوردارند، در ارتباط با محیط‌های پرتنش و تجارب منفی سازگاری کمتری را نشان می‌دهند و با انجام رفتارهایی مانند مصرف الکل و مواد مخدر به دنبال راهی برای کاهش پریشانی هیجانی و کسب مجدد آرامش خود هستند (۴۲). لذا، طرحواره‌های هیجانی مثبت مانند خودآگاهی، توافق و پذیرش احساسات می‌تواند کاهش ریسک انجام رفتارهای پرخطر را به همراه داشته و طرحواره‌های هیجانی منفی مانند غیرقابل درک بودن، نشخوار ذهنی، شرم، گناه و سرزنش می‌تواند منجر به تجربه ی رفتارهای پرخطر شود (۲۵).

درواقع، طرحواره‌ها می‌توانند استرس، سبک نگرش بدبینانه، نگرش ناکارآمد، ناامیدی و درماندگی را در موقعیت‌ها و رویدادهای مختلف زندگی فعال کنند و باعث شکل‌گیری ابعاد مختلفی از آشفتگی‌های روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی، عدم توانایی شغلی، سوءمصرف مواد، تعارضات میان‌فردی، اختلال‌های شخصیت و بسیاری از مشکلات مزمن روانی شوند (۴۳). بر اساس مدل طرحواره هیجانی، افراد نگرش‌های متفاوتی درباره هیجان و تنظیم هیجان دارند؛ و این نظریه‌های روان‌شناختی راهبردهای مشکل‌ساز را برای مقابله با هیجانات، مانند سرکوب، نشخوار فکری، اجتناب، سرزنش و سوءمصرف مواد ایجاد می‌کنند (۳۱). درنتیجه، طرحواره‌های هیجانی با طیف وسیعی از اختلال‌ها از جمله افسردگی، اضطراب، نگرانی مزمن، وابستگی به مواد، مشکلات رابطه‌ای و اختلالات شخصیت مرتبط‌اند (۴۴).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.48305/22.1.137]

درمجموع می‌توان نتیجه گرفت افرادی که از راهبردهای تنظیم هیجان منفی استفاده می‌کنند، به‌احتمال بیشتری برای کاهش حالات هیجانی منفی خود به انجام رفتارهای پرخطر روی می‌آورند. به‌عبارت‌دیگر، تجارب هیجانی ناکارآمد باعث عدم بروز پاسخ‌های مناسب با موقعیت می‌شود و بدین ترتیب زمینه را برای بروز رفتارهای پرخطر در افراد فراهم می‌کند. از طرفی، محور اصلی مدل طرحواره درمانی هیجانی این است که افراد بپذیرند هیجان‌ها جزء طبیعی از وجود انسان‌هاست و همه احساساتی مانند عصبانیت، اضطراب، حسادت و... را تجربه می‌کنند. درنتیجه، اگر فرد هیجانات خود را بپذیرد، به سمت استفاده از پاسخ‌های مقابله ای کارآمد رفته و رفتارهای هیجانی او (مانند رفتارهای پرخطر) کاهش پیدا خواهد کرد.

یافته‌ی دیگر پژوهش نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل، در راهبردهای تنظیم هیجان تفاوت معناداری وجود دارد. به این صورت که در راهبرد ارزیابی مجدد میانگین نمرات گروه آزمایش به‌طور معناداری از میانگین نمرات گروه کنترل بیشتر؛ و در راهبرد سرکوبی میانگین نمرات گروه آزمایش به‌طور معناداری از میانگین نمرات گروه کنترل کمتر بود؛ که این تفاوت را می‌توان به دلیل قرارگیری گروه آزمایش در جلسات طرحواره درمانی هیجانی دانست. لذا، می‌توان گفت طرحواره درمانی هیجانی بر بهبود تنظیم هیجانات در نوجوانان دختر تأثیرگذار است. این یافته با نتایج تحقیقات قدم پور و همکاران (۴۵)، قدرتی شاهتوری و همکاران (۳۲)، رضایی و همکاران (۴۶)، نادری و همکاران (۴۷)، دانشمندی و همکاران (۳۰)، همسو می‌باشد.

در توضیح این یافته‌ها می‌توان گفت تنظیم هیجان به‌عنوان فرآیندی درونی و بیرونی درگیر در تغییر تجربه یا بیان یک هیجان (۴۸) به ظرفیت نظارت، ارزیابی، فهم و اصلاح واکنش‌های هیجانی به روشی که برای کارکرد بهنجار سودمند است اشاره دارد و شیوه‌ای را در برمی‌گیرد که از طریق آن افراد هیجان‌هایشان را خواه به‌صورت هشیار یا ناهشیار به‌وسیله اصلاح تجارب یا تغییر موقعیت فراخوانده‌ی هیجان تنظیم می‌کنند (۴۹). بر این اساس، ناتوانی در تنظیم هیجان می‌تواند شخص را برای بروز اختلال، داشتن روابط بین فردی مشکل‌دار و ناتوانی در مهارت‌های بین فردی، آسیب‌پذیر نماید (۱۲). باتوجه به این امر، نوجوانی به دلیل معرفی موقعیت‌های اجتماعی و عاطفی جدید که نیازمند توانایی های کنترل شناختی پیشرفته‌تر برای تنظیم هیجانی سازگارتر، ازجمله افزایش استقلال در مسیریابی در زمینه‌های خاص، هیجان خواهی و ریسک‌پذیری، سازمان‌دهی مجدد شرایط و شکل‌گیری هویت است، دوره‌ی رشدی ویژه‌ای برای بررسی تنظیم هیجان می‌باشد (۵۰). به عبارتی، تنظیم هیجان به افراد این امکان را می دهد که به شیوه‌ای مؤثر با خود، با دیگران و در موقعیت‌های مختلف تعامل داشته باشند، درحالی‌که بدتنظیمی هیجانی منجر به واکنش‌های ناکارآمدی می‌شود که با حالات ناکارآمد در طرحواره درمانی مشخص می‌گردد (۵۱). طرحواره‌ها را می‌توان الگوهایی متشکل از هیجانات، حافظه، شناخت‌ها و احساسات بدنی دانست که در رابطه با خود و در ارتباط با دیگران به کار می رود (۵۲) و طرحواره درمانی هیجانی نیز با تأکید بر تفسیرهای فرد از هیجانات، پذیرش یا وقوف آگاهانه به آن‌ها تلاش می‌کند تا نگرش خاص هیجان فرد را روشن کند، آن را اصلاح کند و راهبردهای سازگارتر تنظیم هیجان را در فرد تشویق نماید (۳۱).

به‌طورکلی می‌توان این‌طور نتیجه‌گیری نمود که افراد طرحواره‌های متفاوتی در مورد هیجاناتشان دارند و بسته به باورهایشان درباره‌ی آن‌ها، روش‌های متفاوتی را برای اقدام انتخاب می‌کنند. به‌عنوان‌مثال، افرادی که هیجانات منفی زیادی دارند، مستعد این هستند که در موقعیت‌های نامطلوب واکنش‌های شدیدی را از خود بروز دهند؛ این افراد اعتقاد دارند که هیجاناتشان خارج از کنترل آن‌ها هستند، تا مدت‌ها ادامه خواهند داشت و برایشان غیرقابل‌تحمل است.

درنهایت می‌توان گفت به دلیل خودمحوری و عدم درک صحیح نوجوانان از رفتارهای خود، نوجوانی مرحله‌ی مهمی برای شروع رفتارهای پرخطر محسوب می‌شود (۲). این رفتارها می‌تواند شکافی در تحول بهنجار نوجوان ایجاد کرده، مانع تحول طبیعی فرد و تجربه‌های معمولی سنین نوجوانی شود و کیفیت زندگی حال و آینده فرد را کاهش دهد (۵۳). درنتیجه، یکی از ویژگی های بارز دوران نوجوانی، تمایل برای کسب تجارب جدید و آزمودن رفتارهای پرخطر است که پیامدهای سوئی برای نوجوان، خانواده و جامعه در پی دارد و نیاز است برای پیشگیری از خطرات ناشی از این رفتارها تدابیری اندیشیده شود (۵۴). طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ناتوانی در تنظیم هیجان به شیوه‌ی مؤثر می‌توانند با افزایش آشفتگی روان‌شناختی موجب بروز و تداوم گرایش به رفتارهای پرخطر در نوجوانان، به‌ویژه مصرف مواد مخدر و الکل، گردند (۵۵). درنتیجه، به نظر می‌رسد یکی از دلایل عمده‌ی بروز رفتارهای پرخطر، طرحواره‌های هیجانی ناکارآمد و نقص در تنظیم هیجان باشد (۲۵). طرحواره درمانی می‌تواند از طریق ثبت هیجانات، ثبت افکار، فضاسازی هیجانی و سایر فنون، افراد به خصوص نوجوانان را با هیجاناتشان مواجه کند و به آگاهی تقویت پردازش‌های هیجانی برساند (۳۴).

در این راستا، طرحواره درمانی هیجانی به‌عنوان یک مدل درمانی بر مبنای تنظیم هیجان بنا نهاده شده است و در کنار پذیرش هیجان‌ها و وقوف آگاهانه به آن‌ها، بر تفسیرهای فرد از هیجانات خود تأکید می‌کند. درنتیجه، از طریق پذیرش هیجانات و عادی‌سازی آن‌ها، به هیجانات به‌عنوان جزئی از فرایند زندگی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.48305/22.1.137]

می‌پردازد و با شناسایی باورهای دردسرساز و ایجاد راهبردهای سازگارانه‌تر درباره‌ی تجربه‌ی هیجانی فرد، منجر به بهبود تنظیم هیجان می‌شود. با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش، با استفاده از طرحواره درمانی هیجانی برای نوجوانان می‌توان بهبود تنظیم هیجانات را در آنان موجب شد و کاهش بروز رفتارهای پرخطر را در این گروه شاهد بود. همان‌گونه که پرداختن به تنظیم و اصلاح هیجانات می‌تواند به رشد سالم و ارتقای بهزیستی منجر شود (۳۷).

پژوهش حاضر دربردارنده چندین محدودیت بود که رفع آن ها در پژوهش‌های بعدی می‌تواند نتایج مؤثرتر و قابل‌اعتمادتری فراهم کند. ازجمله‌ی این محدودیت‌ها نمونه‌ی در دسترس این پژوهش بود، که فقط دربرگیرنده‌ی نوجوانانی بود که به مرکز مشاوره آموزش‌وپرورش مراجعه نموده بودند و به نوجوانانی که به مرکز ارجاع داده نشده‌اند دسترسی وجود نداشت. همچنین از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌توان به ابراز نگرانی والدین از پیشرفت و روند جلسات و اثرات آن در فرزندانشان اشاره نمود. علاوه بر این، زمانی که این نوجوانان به مرکز مراجعه می‌کردند، در مدرسه به‌عنوان یک فرد ناشایست شناخته می‌شدند؛ و این مسئله باعث ایجاد حالت تدافعی در نوجوانان و کاهش انگیزه‌ی آن‌ها برای ادامه می‌شد. به‌علاوه، ازآنجایی‌که این دانش‌آموزان به‌اجبار به این مرکز مراجعه نموده بودند گاهی در روند جلسات همکاری نمی کردند و درمانگر باید زمان زیادی را برای ایجاد رابطه‌ی درمانی صرف می‌کرد.

پیشنهاد می‌شود با توجه به اثربخشی و بازدهی مطلوبی که این روش درمانی دارند، در آینده بیش‌ازپیش مورداستفاده‌ی درمانگران قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهشگران این حوزه بر روی سایر رفتارهای پرخطر و نیز سایر گروه‌های سنی مطالعه نمایند.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافعی ندارند.

حمایت مالی

پژوهش حاضر با هزینه شخصی به انجام رسیده است.

ملاحظات اخلاقی

تمام ملاحظات اخلاقی مدنظر ازجمله رضایت شرکت‌کنندگان، سیاست محرمانگی، عدم آسیب به شرکت‌کنندگان و رعایت شئون و احترام به آنها رعایت شده بود.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان اعلام می‌دارند که فرآیند نگارش، جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه‌وتحلیل و هزینه‌های این پژوهش را به‌صورت مساوی و مشترکاً انجام داده‌اند.

تقدیر و تشکر

درنهایت بر خود لازم میدانیم از کلیه‌ی افرادی که در پیشبرد این پژوهش، ازجمله نوجوانان شرکت‌کننده و مرکز مشاوره اداره کل آموزش‌وپرورش خراسان رضوی کمال تشکر را داشته باشیم.

References

1. Extremera N, Durán A, Rey L. Perceived emotional intelligence and dispositional optimism–pessimism: Analyzing their role in predicting psychological adjustment among adolescents. Pers Individ Dif. 2007 Apr 1;42(6): 1069–79.
2. Fathi A, Malekirad AA, Abasi M. Predicting High-Risk Behaviors of Adolescents Based on the Family Function and Religious Orientation Emphasizing on the Police Role. Journal of Police Cultural Studies [Internet]. 2021;8(1): 13–23. Available from: https: //www. magiran. com/paper/2271378. [in Persian]
3. Khakpour N, Edmelaie RM, Sadeghie J, Nazoktabar H. The Effectiveness of Cognitive-Social Problem-Solving Skills Training in the Emotional Control of Female Adolescents With High-Risk Behaviors. Middle Eastern Journal of Disability Studies [Internet]. 2022;12(1): 153. Available from: https: //www. magiran. com/paper/2514962. [in Persian]
4. Zadeh Mohammadi A, Ahmedabadi Z. Examining high-risk behaviors among teenagers, ways to prevent crime in the family environment. Journal of Family Research. 2010;5(20): 467–85. [in Persian]
5. Somerville LH, Hare T, Casey BJ. Frontostriatal Maturation Predicts Cognitive Control Failure to Appetitive Cues in Adolescents. J Cogn Neurosci. 2011 Sep 1;23(9): 2123–34.
6. Smith TME, Wessel MT. Alcohol, Drugs, and Links to Sexual Risk Behaviors among a Sample of Virginia College Students. J Drug Educ. 2011 Mar 26;41(1): 1–16.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.48305/22.1.137]

7. Maleki M, Mohagheghi H, Nabizadeh S. Prediction of high-risk behaviors based on anger rumination and emotional expressiveness. Thought and Behavior in Clinical Psychology [Internet]. 2019;13(52): 7–16. Available from: https: //www. magiran. com/paper/2028144. [in Persian]
8. Parker JDA, Taylor RN, Eastabrook JM, Schell SL, Wood LM. Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. Pers Individ Dif. 2008 Jul 1;45(2): 174–80.
9. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire – development of a short 18-item version (CERQ-short). Pers Individ Dif. 2006 Oct;41(6): 1045–53.
10. Mohammadkhani S, Hasani J, Akbari M, Yazdan Panah N. Mediating Role of Emotion Regulation in the Relationship of Metacognitive Beliefs and Attachment Styles With Risky Behaviors in Children of Iran-Iraq War Veterans With Psychiatric Disorders. ijpcp [Internet]. 2020 Jan 1;25(4): 396–411. Available from: http: //ijpcp. iums. ac. ir/article-1-2935-en. html. [in Persian]
11. Bullemor-Day P. Emotion regulation, attention and mindfulness in adolescents with social, emotional and behavioural difficulties [Doctoral dissertation]. Royal Holloway; 2015.
12. Alidoosti F, Jangi F, Shojaeifar S. The effectiveness of emotion regulation training based on Gross model on emotion regulation, anxiety and depression in mothers of children with intellectual disability. Journal of Family Psychology [Internet]. 2020;7(1): 69–80. Available from: https: //www. magiran. com/paper/2214618. [in Persian]
13. Garofalo C, Wright AGC. Alcohol abuse, personality disorders, and aggression: The quest for a common underlying mechanism. Aggress Violent Behav. 2017 May;34: 1–8.
14. Tull MT, Weiss NH, Adams CE, Gratz KL. The contribution of emotion regulation difficulties to risky sexual behavior within a sample of patients in residential substance abuse treatment. Addictive Behaviors. 2012 Oct 1;37(10): 1084–92.
15. Weiss NH, Sullivan TP, Tull MT. Explicating the role of emotion dysregulation in risky behaviors: a review and synthesis of the literature with directions for future research and clinical practice. Curr Opin Psychol. 2015 Jun 1;3: 22–9.
16. Trinidad DR, Johnson CA. The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. Pers Individ Dif. 2002 Jan;32(1): 95–105.
17. Faustino B, Vasco AB. Emotional schemas mediate the relationship between emotion regulation and symptomatology. Current Psychology. 2023 Feb 20;42(4): 2733–9.
18. Gross JJ. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. Psychophysiology. 2002 May;39(3): S0048577201393198.
19. Sheppes G, Suri G, Gross JJ. Emotion Regulation and Psychopathology. Annu Rev Clin Psychol [Internet]. 2015 Mar 30 [cited 2023 Aug 6];11: 379–405. Available from: https: //www. annualreviews. org/doi/abs/10. 1146/annurev-clinpsy-032814-112739
20. Trickey ML, Farhall J, Wertheim EH, Hinch C, Ong B. An examination of the relationships among emotion management, interpersonal hassles, and depressive symptomatology. Aust J Psychol. 2011 Jun 1;63(2): 100–6.
21. Mears GS. Examining the relationship between emotional schemas, emotional intelligence, and relationship satisfaction. Liberty University; 2012.
22. Leahy RL. A model of emotional schemas. Cogn Behav Pract. 2002 Jun 1;9(3): 177–90.
23. Leahy RL. Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. In: Sokman D, Leahy RL, editors. Treatment resistant anxiety disorders. New York: Routledge; 2010. p. 135–60.
24. Khaleghi M, Leahy RL, Akbari E, Nasab NS, Bastami M. Emotional Schemas Contribute to Suicide Behavior and Self-Harm: Toward Finding Suicidal Emotional Schemas (SESs). Int J Cogn Ther. 2021 Sep 28;14(3): 485–96.
25. Asghari A, Mianabadi H. The predictive roles of emotional schemas and difficulties in emotion regulation in high-risk behaviors among female university students. Knowledge & Research in Applied Psychology [Internet]. 2018;19(73): 140–9. Available from: https: //www. magiran. com/paper/1900753. [in Persian]
26. Wright FD, Beck AT, Newman CF, Liese BS. Cognitive therapy of substance abuse: theoretical rationale. NIDA Res Monogr. 1993;137: 123–46.
27. Leahy RL, Tirch DD, Melwani PS. Processes Underlying Depression: Risk Aversion, Emotional Schemas, and Psychological Flexibility. Int J Cogn Ther. 2012 Dec;5(4): 362–79.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.48305/22.1.137]

28. Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. Emotion regulation in psychotherapy. translation: Mansouri Rad A. . Tehran: Arjmand; 2014.
29. Leahy RL. Emotional Schema Therapy: A Meta-experiential Model. Aust Psychol. 2016 Apr 1;51(2): 82–8.
30. Daneshmandi S, Izadikhah Z, Wilson LA, Forooshani S. Emotional Schema Therapy Improves Emotion Regulation in Individuals with a History of Child Abuse and Neglect. Int J Cogn Ther [Internet]. 2019 Mar 15 [cited 2023 Jul 8];12(1): 5–15. Available from: https: //link. springer. com/article/10. 1007/s41811-018-0036-7
31. Leahy RL. Introduction: Emotional Schemas and Emotional Schema Therapy. Int J Cogn Ther [Internet]. 2019 Mar 15 [cited 2023 Jul 8];12(1): 1–4. Available from: https: //link. springer. com/article/10. 1007/s41811-018-0038-5
32. Ghodrati Shahtoori K, Rahnejat AM, Dabaghi P, Taghva A, Donyavi V, Ebrahimi MR, et al. Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Improvement in Cognitive -Emotion Regulation in Attempting to Self-Mutilation Soldiers. Journal of Military Medicine [Internet]. 2022;22(9): 956–68. Available from: https: //militarymedj. bmsu. ac. ir/article_1000993. html. [in Persian]
33. Morvaridi M, Mashhadi A, Shamloo ZS, Leahy RL. The Effectiveness of Group Emotional Schema Therapy on Emotional Regulation and Social Anxiety Symptoms. Int J Cogn Ther [Internet]. 2019 Mar 15 [cited 2023 Jul 8];12(1): 16–24. Available from: https: //link. springer. com/article/10. 1007/s41811-018-0037-6
34. Yazdani M, Hafezi F, Ehteshamzadeh P, Bozorgi ZD. Efficacy of Group Schema Therapy on Difficulty in Emotion Regulation and Aggression in Adolescent Girls. Quarterly Journal of Psychological Studies [Internet]. 2021;16(4): 59–76. Available from: https: //www. magiran. com/paper/2269494. [in Persian]
35. Ahmadi S, Narimani M. The role of difficulty in emotion regulation in predicting the tendency to risky behaviors in secondary school students. In: The 1st National Conference of the Future School. Ardabil; 2019. [in Persian]
36. Ghovati A, Ahovan M, Dehsorkh FS, Farnoosh M. The Effectiveness of Emotion Schema Therapy on Rumination and the Extreme Accountability of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. Quarterly Journal of Psychological Studies [Internet]. 2021;16(4): 7–24. Available from: https: //www. magiran. com/paper/2269491. [in Persian]
37. Ramazanzadeh F, Moradi A, Mohammadkhani S. Effectiveness Training Emotion Regulation Skills in Emotional Schema and Substance Use Profile of Adolescents at Risko. Journal of Psychology [Internet]. 2016;19(4): 380. Available from: https: //www. magiran. com/paper/1480661. [in Persian]
38. Marnat G. Psychological assessment manual (psychological assessment guide for clinical psychologists, psychiatrists and counselors). Translation: HosseiniNasab, A. Tehran: Arjmand; 2015. [in Persian]
39. Bigdeli I, Najafy M, Rostami M. The Relation of Attachment Styles, Emotion Regulation, and Resilience to Well-being among Students of Medical Sciences. IJME [Internet]. 2013 Dec 1;13(9): 721–9. Available from: http: //ijme. mui. ac. ir/article-1-2694-fa. html. [in Persian]
40. Zadeh Mohammadi A, Ahmadabadi Z, Heidari M. Construction and Assessment of Psychometric Features of Iranian Adolescents Risk-Taking Scale. ijpcp [Internet]. 2011 Nov 1;17(3): 218–25. Available from: http: //ijpcp. iums. ac. ir/article-1-1417-fa. html. [in Persian]
41. Dolan RJ. Emotion, cognition and behavior. translation: Shariat, S. V. Advances in Cognitive Sciences. 2002;4(1): 84–91. [in Persian]
42. de Veld DMJ, Riksen-Walraven JM, de Weerth C. The relation between emotion regulation strategies and physiological stress responses in middle childhood. Psychoneuroendocrinology. 2012 Aug 1;37(8): 1309–19.
43. 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 [Internet]. 2013 Apr 1 [cited 2023 Aug 6];22(3): 377–85. Available from: https: //link. springer. com/article/10. 1007/s10826-012-9589-x
44. Leahy RL. Emotional schema therapy approach. Translation: Zirak, H. & Azadi, R. Tehran: Arjmand; 2016. [in Persian]

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]
[DOI: 10.48305/22.1.137]

45. Ghadampour E, Hosseini Ramaghani NA, Moradiani Gizeh Rod Sk. Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Anxiety Sensitivity and Emotion Regulation Strategies in Socially Anxious Students. yums-armaghan [Internet]. 2018 Nov 1;23(5): 591–607. Available from: http: //armaghanj. yums. ac. ir/article-1-1626-fa. html. [in Persian]
46. Rezaee M, Ghazanfari F, Reazee fatemehF. Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Severity of Depression and Rumination in People with Major Depressive Disorder. SSU_Journals [Internet]. 2016 Apr 1;24(1): 41–54. Available from: http: //jssu. ssu. ac. ir/article-1-3532-fa. html. [in Persian]
47. Naderi Y, Moradi A, Hasani J, Noohi S. The effectiveness of treatment based on emotional schemas on cognitive regulation strategies of veterans suffering from post-traumatic stress disorder caused by war. Iranian journal of War and public health. 2014;7(3): 147–55. [in Persian]
48. Herd T, Kim-Spoon J. A Systematic Review of Associations Between Adverse Peer Experiences and Emotion Regulation in Adolescence. Clin Child Fam Psychol Rev [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2023 Aug 6];24(1): 141–63. Available from: https: //link. springer. com/article/10. 1007/s10567-020-00337-x
49. Pollock NC, McCabe GA, Southard AC, Zeigler-Hill V. Pathological personality traits and emotion regulation difficulties. Pers Individ Dif. 2016 Jun 1;95: 168–77.
50. McRae K, Gross JJ, Weber J, Robertson ER, Sokol-Hessner P, Ray RD, et al. The development of emotion regulation: an fMRI study of cognitive reappraisal in children, adolescents and young adults. Soc Cogn Affect Neurosci [Internet]. 2012 Jan [cited 2023 Aug 6];7(1): 11. Available from: /pmc/articles/PMC3252634/
51. Dadomo H, Panzeri M, Caponcello D, Carmelita A, Grecucci A. Schema therapy for emotional dysregulation in personality disorders: a review. Curr Opin Psychiatry [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2023 Aug 6];31(1): 43–9. Available from: https: //pubmed. ncbi. nlm. nih. gov/29120915/
52. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. 2006.
53. Elfenbein DS, Felice ME. Adolescent pregnancy. Pediatr Clin North Am. 2003 Aug;50(4): 781–800.
54. Alizadegani F, Tafti MA, Kadkhodaie MS. Identification of the Causes of Teenagers' Attitude towards High-risk Behaviors and Examining Gender Differences: A Qualitative Study in Tehran. Journal of Qualitative Research in Health Sciences [Internet]. 2019;8(2): 86–97. Available from: https: //www. magiran. com/paper/2529127. [in Persian]
55. Abdzadeh sima, Azemode M, Abdullah Poor MA, Livarjani sholeh. The Mediating Role of Psychological Distress in the Relations of Early Maladaptive Schemas and Negative Emotion Regulation to the Tendency to High-Risk Behaviors in Students. etiadpajohi [Internet]. 2021 Jan 1;14(58): 143–70. Available from: http: //etiadpajohi. ir/article-1-2446-fa. html. [in Persian]

© 2022 The Author(s). Published by Isfahan University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http: //creativecommons. org/licenses/by/4. 0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.48305/22.1.137]