



The Effectiveness of Schema Therapy on Mentalization and Cognitive Regulation of Emotion in People with Childhood Trauma

Marjan Alsadat Mirhashemi¹ , Zahra Farahzadi^{2*} , Marzieh Poursalehi³

1. Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University Tehran, Iran. Email: marjan.mirhashemi613@gmail.com
2. Corresponding Author, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. Email: dr.reyhani@sbmc.ac.ir
3. Department of Psychology, ET.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran. Email: Marzieh.Poursalehy@iau.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article History:
Received: 17 Jan 2023
Revised: 12 Jan 2024
Accepted: 20 Feb 2024
Published: 05 May 2025

Keywords:
Childhood Trauma, Cognitive
Emotion Regulation, Mentalization,
Schema Therapy.

ABSTRACT

The aim of the present study was to investigate the effectiveness of schema therapy on mentalization and cognitive regulation of emotion in people with childhood trauma. This applied research was a single-subject experimental type with an A-B design with a multiple baseline. Statistical population, people aged 18 to 35 years with experience of childhood trauma referring to Artemis Center in Tehran in 2022 and the sample of the research was 3 of the above people who were selected by purposive sampling and based on the entry criteria. The tools used were childhood trauma questionnaire (CTQ-SF), mentalization (reflective function) questionnaire (MQ) and cognitive regulation of emotion questionnaire (CERQ). Schema therapy was applied to subjects in 10 one-hour weekly session. The data were analyzed by visual analysis, reliable change index (RCI), recovery percentage and effect size using spss software version 22. The findings showed that mentalization got close to the average, positive emotion regulation increased, negative emotion regulation decreased. In the treatment stages, the effect sizes were higher than the average and the RCI was higher than 1/96, which indicates a significant change resulting from schema therapy. As a result, schema therapy is effective in improving mentalization and cognitive regulation of emotion in people with childhood trauma.

Cite this article: Mirhashemi, M. A., Farahzadi, Z., & Poursalehi, M. (2025). The Effectiveness of Schema Therapy on Mentalization and Cognitive Regulation of Emotion in People with Childhood Trauma. *Journal of Applied Psychological Research*, Accepted Manuscript. doi: 10.22059/japr.2025.353754.644505



Publisher: University of Tehran Press

© The Author(s).

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2025.353754.644505>

اثربخشی طرحواره درمانی بر ذهنی‌سازی و تنظیم شناختی هیجان در افراد دارای ترومای دوران کودکی

مرجان السادات میرهاشمی^۱، زهرا فرحزادی^{۲*}، مرضیه پورصالحی^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. رایانامه: marjan.mirhashemi613@gmail.com

۲. نویسنده مسئول، استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. رایانامه: dr.reyhani@sbmc.ac.ir

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد تهران شرق، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. رایانامه: Marzieh.Poursalehy@iau.ac.ir

اطلاعات مقاله

چکیده

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ‌های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۲۷

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۱۰/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۰۱

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۲/۱۵

کلیدواژه‌ها:

ترومای دوران کودکی، تنظیم شناختی هیجان، ذهنی‌سازی، طرحواره درمانی.

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر ذهنی‌سازی و تنظیم شناختی هیجان در افراد دارای ترومای دوران کودکی بود. این پژوهش کاربردی، از نوع تجربی تک آزمودنی با طرح A-B همراه با خط پایه چندگانه بود. جامعه آماری، افراد ۱۸ تا ۳۵ ساله دارای تجربه ترومای دوران کودکی مراجعه‌کننده به مرکز آرتemis شهر تهران در سال ۱۴۰۱ و نمونه پژوهش ۳ نفر از افراد فوق بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند و براساس ملاک‌های ورود انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ-SF)، پرسشنامه ذهنی‌سازی (MQ) و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ) بود. طرحواره درمانی در ۱۰ جلسه هفتگی یک ساعته بر روی آزمودنی‌ها اعمال شد و داده‌ها به روش تحلیل دیداری، شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی و اندازه اثر با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد، ذهنی‌سازی به میانگین نزدیک، تنظیم هیجان مثبت افزایش و تنظیم هیجان منفی کاهش یافت. در مراحل درمان، اندازه‌های اثر بالاتر از متوسط و شاخص تغییر پایا بالاتر از ۱/۹۶ بود که نشان‌دهنده تغییر معنی‌دار برآمده از طرحواره درمانی است. می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره درمانی در بهبود ذهنی‌سازی و تنظیم شناختی هیجان در افراد دارای ترومای دوران کودکی تاثیرگذار است.

استناد: میرهاشمی، م. س.، فرحزادی، ز.، و پورصالحی، م. (۱۴۰۴). اثربخشی طرحواره درمانی بر ذهنی‌سازی و تنظیم شناختی هیجان در افراد دارای ترومای دوران کودکی. فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، پذیرش شده. doi: 10.22059/japr.2025.353754.644505

ناشر: انتشارات دانشگاه

© نویسندگان.

تهران



DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2025.353754.644505>

۱. مقدمه

انسان‌ها در طول دوران زندگی خود ممکن است تحت تأثیر اتفاقات ناخوشایندی قرار گیرند که به‌داشت روان آنان را مورد تهدید قرار دهد. مادامی‌که این‌گونه از وقایع در دوران کودکی به وقوع می‌پیوندد و شامل وقایعی گردد که حس ترس را در فرد برانگیزد و توام با خشونت، خطر، تهدید، تهاجم و تعرض باشد، تحت عنوان ترومای دوران کودکی^۱ از آن یاد می‌شود (اوهلمن فوربس و همکاران^۲، ۲۰۲۱). درواقع هرگونه غفلت از کودک، تجاوز جنسی، رفتار نامناسب جسمی و هیجانی، استثمار و هر نوع بی‌توجهی به نیازهای پایه‌ای کودکان می‌تواند به‌عنوان یک تروما در نظر گرفته شود که اگر فشار روانی آن بیش از قدرت تحمل کودک باشد، مشکلات روان‌شناختی زیادی را برای او ایجاد می‌نماید و زندگی آینده او را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (تورس^۳، ۲۰۱۸). تروما در کودکان می‌تواند به‌عنوان یکی از علل اصلی مرگ‌ومیر، بستری و ناتوانی باشد که اثرات ناتوانی آن چه در بعد جسمانی و چه در بعد روان‌شناختی و اجتماعی کل زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و عوارض آن مدت‌های زیادی با فرد همراه می‌گردد (اگری و همکاران^۴، ۲۰۱۸).

شواهد نشان می‌دهد افرادی که تحت تأثیر تروما قرار می‌گیرند، بیش از آنکه خود اتفاق موجبات فروپاشی و ناتوانی آنان را ایجاد نماید، تفکر و ذهنیتی که در مورد آن اتفاق به وجود می‌آید، می‌تواند فشار روانی زیادی را بر آنان وارد کند (اسمیت و همکاران^۵، ۲۰۲۲). ذهنی‌سازی^۶ در انسان این امکان را فراهم می‌نماید تا فرد ذهنیت را پشتوانه‌ی رفتار خود قرار داده و وقایع را پیش‌بینی کند به همین دلیل زمانی که این ذهنیت تحت تأثیر تروما قرار داشته باشد، می‌تواند به‌شدت تحریف‌شده و استرس‌زا گردد (ترادیس و همکاران^۷، ۲۰۲۱). ذهنی‌سازی به‌عنوان شکلی از کارکرد ذهنی در نظر گرفته می‌شود که طی آن فرد در مورد خود و دیگران به درک و تفسیر رفتارهای انسانی در وضعیت‌های ذهنی آگاهانه همچون باورها، افکار، آرزوها، نیازها، نیات، اهداف و احساسات ناآید و جهت درک و شناسایی احوالات درون روانی که زیرساخت رفتار هستند توانا می‌گردد (لویتن و همکاران^۸، ۲۰۱۹)؛ اما این مسئله کاملاً روشن است که اگر ذهنی‌سازی تحت تأثیر ترومای کودکی قرار گیرد می‌تواند تبدیل به ذهنیت‌های استرس‌زا، تهدیدکننده، فشارزا و مبهمی گردد که زندگی عادی فرد را با مشکل روبرو نماید؛ چراکه تجارب آسیب‌زای دوران کودکی لزوماً یک اتفاق بیرونی نیست و می‌تواند عدم شکل‌گیری مناسب ذهنی‌سازی را افزایش دهد (کی^۹، ۲۰۱۸).

ذهنی‌سازی که تحت تأثیر تروما قرار گیرد می‌تواند بر هیجان‌ها و نحوه بروز آنان تأثیر منفی گذارد به‌طوری‌که گزارش شده است افرادی که تجربه ترومای کودکی دارند در موقعیت‌های فشارزایی که مشابهت با آسیب وارده به آن‌ها را دارد، هیجان‌ات نامناسبی را از خود بروز می‌دهند (دوبا و همکاران^{۱۰}، ۲۰۲۲). اگرچه توانمندی در تنظیم شناختی هیجان^{۱۱} به‌عنوان راهبردهایی در نظر گرفته می‌شود که در جهت تقویت، کاهش یا حفظ هیجان‌ات مورد استفاده قرار می‌گیرد و به فرد کمک می‌کند تا نظارت، ارزیابی و هدایت مجدد و کنترل روند خودکار هیجان‌ات خود را به دست‌گیرند (هار و همکاران^{۱۲}، ۲۰۲۱)؛ ناکارآمدی آن به هر دلیل که باشد منجر به کاهش سلامت روانی رفتاری، فقدان اعتمادبه‌نفس، کاهش کیفیت زندگی، ناتوانی در ارتباطات اجتماعی، افزایش استرس و دیگر دشواری‌های روان‌شناختی می‌شود (ترهارمسل و همکاران^{۱۳}، ۲۰۲۱).

با توجه به اینکه ترومای کودکی می‌تواند بر فرایندهای روانی و اجتماعی تأثیر سو داشته باشد، در سراسر دنیا روش‌هایی را در جهت بهبود توانمندی‌های روان‌شناختی و اجتماعی آنان به کار می‌برند که طرح‌واره درمانی یکی از این رویکردهاست (اسکات و همکاران^{۱۴}، ۲۰۲۰). از آنجاکه طرح‌واره‌ها در تقابل با محرک‌های جدید بر اساس قالب گذشته خود، داده‌های حاصل‌شده را رمزگردانی می‌کنند، بر چشم‌انداز افراد نسبت به خود و دنیای اطرافش تأثیر می‌گذارند و به همین دلیل طرح‌واره‌هایی که به‌صورت ناسازگار شکل‌گرفته باشد می‌تواند به تشدید

1. childhood trauma
2. Oehlman Forbes et al.
3. Tursz
4. Xie et al.
5. Smits et al.
6. mentalization
7. Terradas et al.
8. Luyten
9. Kay et al.
10. Doba et al.
11. cognitive emotion regulation
12. Hare et al.
13. Ter Harmse et al.
14. Scott et al.

هیجان‌های منفی بیانجامد و عملکرد فرد را تحت تأثیر قرار دهد (دادمو و همکاران^۱، ۲۰۱۶). این رویکرد درمانی عمیق‌ترین لایه‌های شناخت را مورد کاوش قرار میدهد و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را به عنوان عاملی که در شناخت افراد اثر گذار است مورد بررسی و هدف قرار می‌دهد و به و همچنین با به کارگیری راهبردهای شناختی، هیجانی، رفتاری و بین فردی سعی می‌کند تا فرد را در جهت غلبه بر طرح‌واره‌های ناسازگار توانمند سازد (رهبرکریاسدهی و همکاران^۲، ۱۳۹۸). برعکس شناخت درمانی که بر زمان حال تأکید می‌نماید، طرح‌واره درمانی الگوهای خودویرانگر دوران کودکی را هدف قرار داده و خاطرات دوران کودکی را بر شیوه تفکر، احساس، رفتار، روابط بین فردی و سایر جنبه‌های زندگی مؤثر می‌داند (باخ و همکاران^۳، ۲۰۱۸). این رویکرد درمانی بر این باور است که اتفاقات گذشته باعث می‌گردد تا فرد به لحاظ رفتاری درگیر الگوهای رفتاری خود آسیب‌رسان گردد و موقعیتهایی را برگزیند که تداوم طرح‌واره ناسازگار را در پی داشته باشد پس اصلاح طرح‌واره‌های ناسازگار می‌تواند به بهبود وضعیت روان‌شناختی و رفتاری آنان کمک کند (مرادیان و همکاران^۴، ۱۴۰۰).

پژوهش انجام‌شده توسط عباسی و همکاران (۱۴۰۱) که با محوریت تروما کودکی انجام‌گرفته است نشان می‌دهد طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند در تنظیم هیجان نقش داشته باشد. بیداری و حاجی‌علیزاده (۱۳۹۸) نیز در پژوهشی که به تأثیر طرح‌واره درمانی بر توانمندی‌های شناختی و هیجانی پرداخته‌اند، عنوان داشتند که طرح‌واره درمانی بر تحمل‌پیشانی و تنظیم هیجانی مثبت بیماران اثربخش بوده است. نتایج پژوهش فرخزادیان و همکاران (۱۳۹۷) نیز گویای آن بوده است که این رویکرد درمانی در نگرانی و نشانه‌های اضطراب ناشی از آسیب‌های دوره کودکی اثر گذار است و میتواند به شکل معناداری آنها را کاهش دهد. محمودیان دستایی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی به مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان شناختی رفتاری در بهبود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی پرداختند. یافته‌های پژوهش نشان داد بیماران مبتلا به پراشتهایی عصبی در حوزه گوش‌بزرگی، دیگرجهت‌مندی و محدودیت‌های مختل، آسیب‌پذیری کمتر و بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی در حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل و سپس گوش‌بزرگی دارای مشکل بودند و اثربخشی طرح‌واره درمانی نسبت به درمان شناختی رفتاری بالاتر بود. آل‌یاسین و محمودی (۱۴۰۲) نیز در پژوهش خود بیان کردند که آموزش طرح‌واره‌درمانی، به طور معناداری سبک‌دلستگی ایمن را افزایش، سبک‌دلستگی اجتنابی را کاهش، سبک‌دلستگی دوسوگرا / اضطرابی را کاهش و تنظیم هیجان در افراد دارای شخصیت تاریک را افزایش داده است. پژوهش اسپواک و کونیچزکی^۵ (۲۰۲۲) نیز حاکی از آن بوده است که طرح‌واره درمانی می‌تواند بر اختلال در ذهنی‌سازی و اصلاح تحریفات شناختی مؤثر باشد. یاکین و همکاران^۶ (۲۰۱۹) نیز در پژوهشی نشان داده‌اند که استفاده از طرح‌واره درمانی با تأکید بر اصلاح طرح‌واره‌های ناسازگار می‌تواند بر توانمندی تنظیم هیجان مؤثر باشد. پژوهش برن و ایگان^۷ (۲۰۱۸) نیز به این نکته تأکید نموده است که استفاده از اصول باز والدینی‌حدومرز دار در طرح‌واره درمانی می‌تواند به افزایش توانمندی افراد در اصلاح ذهنی‌سازی مدد رساند. پژوهش دیگری نیز که توسط مونتگومری گراهام^۸ (۲۰۱۶) انجام‌گرفته است نشان داده است که تکنیک‌های مورد استفاده در طرح‌واره درمانی می‌تواند فرآیندهای ذهنی خود و دیگران را به‌طور کارآمدتری افزایش دهد.

بر اساس آنچه گفته شد و با توجه به اینکه پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد آسیب‌شناسی روانی دوران رشد و ترومای دوران کودکی می‌تواند بر رشد توانایی‌های ذهنی و ظرفیت‌تأمیلی مغز تأثیر سوء داشته باشد (لویتن و فوناگی^۹، ۲۰۱۹)؛ و با توجه به اینکه ترومای کودکی می‌تواند توانمندی فرد را در تنظیم هیجان تحت تأثیر قرار دهد و سلامت روانی و اجتماعی او را در معرض تهدید قرار دهد، استفاده از رویکردهای درمانی که به نظر می‌رسد می‌تواند بر توانمندی‌های اجتماعی و روان‌شناختی کودکان اثربخش باشد حائز اهمیت می‌گردد. لذا با توجه به اینکه بررسی پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد پژوهشی که به‌منظور تأثیر استفاده از طرح‌واره درمانی بر ذهنی‌سازی و تنظیم شناختی هیجان افراد دارای ترومای دوران کودکی پرداخته باشد کمتر انجام‌گرفته است این خلأ پژوهشی محقق را بر آن داشته است تا به تعیین تأثیر طرح‌واره درمانی بر ذهنی‌سازی و تنظیم شناختی هیجان در افراد دارای ترومای دوران کودکی بپردازد. لذا در این پژوهش با این سؤال روبرو هستیم که آیا طرح‌واره درمانی بر ذهنی‌سازی و تنظیم شناختی هیجان افراد دارای ترومای دوران کودکی مؤثر است؟

1. Dadomo et al.
2. Bach et al.
3. Spivak & Konichezky
4. Yakin et al.
5. Byrne & Egan
6. Montgomery-Graham
7. Luyten & Fonagy

۲. روش

۲-۱. جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی است و در آن از پژوهش تجربی تک آزمودنی استفاده شده است. بر همین اساس در این پژوهش از طرح A-B همراه با خط پایه چندگانه استفاده شده است. که در آن مرحله اول A مرحله خط پایه و مرحله دوم B مرحله مداخله است. در طرح های تک آزمودنی هنگامی پژوهشگر می تواند از احتمال رابطه کاربردی بین متغیر وابسته و مداخله صحبت کند که این رابطه حداقل برای سه شرکت کننده تکرار شود. جامعه پژوهش حاضر نیز کلیه افراد ۱۸ تا ۳۵ ساله دارای تجربه ترومای دوران کودکی مراجعه کننده به مرکز آرتیمیس شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بودند؛ که از بین آنان ۳ نفر به روش نمونه گیری هدفمند، با راهنمایی درمانگر مرکز و معرفی افراد دارای تجربه ترومای دوران کودکی انتخاب شدند. کسب نمره بالاتر از ۵۸ در پرسشنامه ترومای دوران کودکی، قرار نداشتن همزمان تحت مداخله دارویی و روان شناختی دیگر در ۶ ماه گذشته، عدم تجربه سوگ در شش ماه اخیر، شرکت داوطلبانه در پژوهش و تمایل به همکاری از ملاک های ورود به پژوهش بود. همچنین مخدوش بودن پاسخنامه و شرکت در دیگر جلسات درمانی همزمان با پژوهش حاضر از ملاک های خروج از پژوهش بود. در ادامه آزمودنی ها در مرحله خط پایه و پیش از درمان به مدت یک ماه، سه بار پرسشنامه های ذهنی سازی و تنظیم شناختی هیجان را تکمیل نمودند. سپس به صورت پلکانی وارد روند درمان که شامل ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه ای بود، شدند. ۳ نفر دیگر نیز که با همین روند به صورت موازی وارد طرح شده و درمان دریافت نمودند تا در صورت لزوم جایگزینی انجام شود؛ نهایتاً داده ها به روش تحلیل دیداری، شاخص تغییر پایا و فرمول درصد بهبودی و اندازه اثر تحلیل شدند.

۲-۲. مداخله درمانی

طرحواره درمانی در این پژوهش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای بود که از [یانگ، کلوکو و ویشار^۱ \(۲۰۰۶\)](#) اقتباس شده است و بر اساس مبانی نظریه طرحواره های یانگ است که گروه آزمایش دریافت کردند و روایی این جلسات در پژوهش های مانند [یوسف زاده و همکاران \(۱۳۹۶\)](#) و [محمودیان دستیابی و همکاران \(۱۳۹۷\)](#)، [ون دیجک و همکاران^۲ \(۲۰۲۲\)](#) و [هونتجنس و همکاران^۳ \(۲۰۱۹\)](#) تایید شده است.

جدول ۱. شرح مختصر جلسات طرحواره درمانی اقتباس از یانگ و همکاران (۲۰۰۶)

جلسات	شرح	تکالیف
اول	در جلسه اول پس از آشنایی و ایجاد حسن تفاهم، اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان شده و مشکلات مراجع در قالب رویکرد طرحواره درمانی مفهوم بندی می شود. در این جلسه به بیان و بررسی اهداف، ایجاد انگیزه، مروری بر ساختار جلسات، مرور بر جهت گیری کلی درمان، برقراری ارتباط با مراجع و ارزیابی اولیه، بیان قواعد و قوانین درمانی و شناخت مشکل پرداخته شد.	مراجع تا جلسه دوم باید مشکلات فعلی خود را شناسایی کند و به صورت اختصاصی بنویسد و در مقابل هر مسئله هدفی که از شرکت در دوره درمان دارد را نیز یادداشت کند
دوم	در این جلسه به بررسی تکالیف جلسه قبل، تعریف طرحواره های ناسازگار اولیه، شرح ریشه های تحولی طرحواره ها و بیان ویژگی های طرحواره های ناسازگار اولیه پرداخته شد و توضیح داده شد که طرحواره درمانی چگونه عمل می کند. طرحواره های ناسازگار اولیه چیست و چه ویژگی هایی دارند و شواهد عینی که تأیید کننده یا رد کننده طرحواره ها هستند کدام اند	مراجع باید تا جلسه بعد چند موقعیت مشکل آفرین خود را در نظر بگیرد. نوع طرحواره ای را که در آن هنگام برانگیخته می شود و با آن رفتار مشکل زا مرتبط است را بنویسد پاسخ مقابله ای که برای سازش با آن طرحواره استفاده میکند را نیز مشخص کند.
سوم	در این جلسه از تکنیک های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره و ارزیابی مزایا و معایب پاسخ های مقابله ای ناسازگار استفاده شد و ضمن بررسی تکالیف جلسه قبل به شرح حوزه های طرحواره های و طرحواره های ناسازگار اولیه، پرداخته شد. همچنین توضیحاتی در مورد عملکردهای طرحواره داده شد	تا جلسه بعد چند مورد از رفتارهایی که طرحواره زیربنای آن ها است را در نظر بگیرد، طرحواره زیربنایی آن و شواهد تأیید کننده و رد کننده آن را یادداشت کند پاسخ های مقابله ای متفاوت و سالم را جایگزین کند
چهارم	در جلسه چهارم مفهوم بزرگسال سالم بیان شد و نیازهای هیجانی ارضا نشده مراجع شناسایی شده و راهکارهایی برای برون ریزی آن ارائه گردید و ضمن بررسی تکالیف جلسه قبل در مورد سبک های مقابله ای که باعث تداوم طرحواره ها می گردند تشریح شد. همچنین مفهوم ذهنیت های طرحواره ای، ایجاد آمادگی در بیمار برای سنجش و تغییر طرحواره ها توضیح داده شد	از افراد خواسته شد سبک های مقابله ای خود در هر طرحواره را مشخص کند و در نظر بگیرند در هر موقعیت با سبک مقابله ای چه کاری را انجام می دادند. همچنین ذهنیت های طرحواره ای که در موقعیت های مشکل آفرین و فعال شدن طرحواره ها فعال می شود را مشخص کنند

1. Young, Klosko & Weishaar

2. Van Dijk et al.

3. Huntjens, Rijkeboer & Arntz

جلسات	شرح	تکالیف
پنجم	در این جلسه به برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی پرداخته شد و ضمن بررسی تکالیف جلسه قبل، سعی گردید ایجاد آمادگی برای تغییر و ارائه بازخورد برای شناسایی بیشتر طرح‌واره‌ها انجام پذیرد. در این جلسه فرد به صورت خیالی خشم خود را ابراز کند و در بیان ابراز خشم از حوزه قوانین و بایدونبایدها خارج می‌شود.	از مراجع خواسته می‌شود با استفاده از تکنیک صندلی خالی با والدین خود گفتگو کند و در جایگاه اصلی خودش قرار بگیرد و خشمش را نسبت به والدین نشان دهد.
ششم	در این جلسه تکنیک‌های تجربی برای بیمار شرح داده شد و ضمن بررسی تکالیف جلسه قبل نحوه تصویرسازی ذهنی در موقعیت‌های آسیب‌زا و رویارویی با آسیب‌زاترین آن‌ها آموزش داده شد. تکنیک تصویرسازی ذهنی، برای بیمار توضیح داده و به او کمک شد تا بتواند ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌های دوران کودکی و نوجوانی خود را به مشکلات زندگی فعلی مرتبط کند	علاوه بر خاطره بررسی‌شده در مورد سایر موقعیت‌های آسیب‌زایی که بیمار در گذشته تجربه کرده است، تصویرسازی ذهنی انجام شود.
هفتم	در این جلسه رابطه درمانی و رابطه با افراد مهم زندگی مراجع و نقش بازی کردن آموزش داده شد و ضمن بررسی تکالیف جلسه قبل به برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرح‌واره‌ای توسط بیماران پرداخته شد. همچنین جهت برقراری گفتگو بین جنبه طرح‌واره‌ای و جنبه سالم در ابتدا درمانگر نقش جنبه سالم را به عهده گرفت و بعد کم‌کم بیمار این نقش را به عهده گرفت.	از افراد خواسته می‌شود بین جنبه طرح‌واره‌ای و جنبه سالمشان با استفاده از تکنیک صندلی خالی گفتگو برقرار کنند
هشتم	در این جلسه باز والدینی خدمت‌رزار به اجرا در آمد و ضمن بررسی تکالیف جلسه قبل از طریق نوشتن نامه به عنوان تکالیف خانگی به ارائه منطق استفاده از چنین تکنیک‌هایی در درمان پرداخته شد. در این روش شرايطی فراهم گردید تا فرد بتواند برای برآورده شدن نیازهای دوران کودکی فکر کرده و درمانگر در نقش والد به اندازه کافی خوب قرار بگیرد و به فرد کمک کند تا در جهت رفع نیازهای خود اقدام کند.	از مراجع خواسته می‌شود نامه ای به والدین یا مراقب اصلی و عامل ایجاد طرح‌واره که در دوران کودکی به او آسیب رسانیده اند، بنویسد. به او توضیح می‌دهیم که این نامه را برای والدین خود نفرستد و برای جلسه بعدی به همراه بیاورد و بلند بخواند.
نهم	در این جلسه رفتارهای سالم و ناسالم و مزایا و معایب آن‌ها بررسی و جهت مقابله بر رفتارهای ناسالم مقاوم راهکارهایی آموزش داده شد و ضمن بررسی تکالیف جلسه قبل به تعیین رفتارهای خاص به عنوان اهدافی احتمالی در جهت تغییر، اولویت‌بندی رفتارها طبق فهرست برای الگو شکنی و آمادگی برای انجام الگو شکنی رفتار پرداخته شد	مراجع باید در فاصله دو جلسه موقعیت‌های مشکل ساز را مورد بررسی قرار دهد و توجه کند چه احساسی را تجربه کرده است، چه فکری داشته و چه رفتاری انجام داده است. در صورت بروز رفتار مشکل ساز، رفتار سالم جایگزین را مقابل آن بنویسد. این رفتار را میتواند با توجه به این پرسش بنویسد که اگر این طرح‌واره را نداشتم چه کار میکردم؟ سپس مزایا و معایب هر دو رفتار را برای خودش یادداشت کند.
دهم	در این جلسه ضمن بررسی موارد گفته‌شده در جلسات گذشته و مرور کلی مطالب در خصوص فزونی بخشی علاقه فرد برای تغییر، آموزش به فرد در جهت تمرین رفتارهای سالم با استفاده از ذهنی سازی و ایفای نقش، همچنین آموزش چگونگی غلبه بر موانع تغییر رفتار و ایجاد تغییرات اساسی در مسیر زندگی پرداخته شد	از افراد خواسته می‌شود بین هیجان‌های منفی و مثبت خود و نقش تحریف‌های شناختی در ایجاد هیجان به صحبت بپردازند.

۲-۳. ابزارهای پژوهش

۲-۳-۱. فرم کوتاه پرسشنامه ترومای کودکی (CTQ-SF)

این پرسشنامه توسط برنشتاین و همکاران^۲ (۲۰۰۳) تدوین شده است و شامل ۲۸ سوال و پنج مولفه آزار عاطفی^۳ با سوالات ۳، ۸، ۱۴، ۱۸ و ۲۵؛ آزار جنسی^۴ با سوالات ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴ و ۲۷؛ آزار فیزیکی^۵ با سوالات ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵ و ۱۷؛ غفلت عاطفی^۶ با سوالات ۵، ۷، ۱۳، ۱۹ و ۲۸؛ غفلت جسمی^۷ با سوالات ۱، ۲، ۴، ۶ و ۲۶ را اندازه‌گیری می‌کند. سوالات ۱۰، ۱۶ و ۲۲ در هیچ کدام از مولفه‌ها جای نمی‌گیرند. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت انجام می‌شود به این صورت که هرگز نمره ۱، گاه گاهی نمره ۲، غالباً نمره ۳، به کرات نمره ۴ و تقریباً همیشه نمره ۵ تعلق می‌گیرد. سوالات ۲، ۵، ۷، ۱۳، ۱۶، ۱۹، ۲۲ و ۲۸ به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند.

1. short form of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-SF)
2. Bernstein et al.
3. emotional abuse
4. sexual abuse
5. physical abuse
6. emotional neglect
7. physical neglect

نمرات بین حاصل از پرسشنامه در دامنه ۲۵ تا ۳۶ ترومای کم، نمره ۴۱ تا ۵۱ ترومای کم تا متوسط، نمره ۵۶ تا ۶۸ ترومای متوسط تا شدید و نمره ۷۳ تا ۱۲۵ به عنوان ترومای خیلی شدید طبقه بندی می شود. سازندگان پرسشنامه آلفای کرونباخ را بررسی و ضرایب بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۵ گزارش کرده اند و روایی همزمان آن با مقیاس درجه بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ به دست آورده اند (برنشتاین و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران پایایی پرسشنامه بررسی و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و خرده مقیاس ها در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۴ به دست آمده است و همچنین روایی همگرای آن با مقیاس اختلال اضطراب فراگیر بررسی و ضریب همبستگی ۰/۷۲ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (شفیعی و همکاران، ۱۴۰۰). در سایر پژوهش ها روایی همگرای آن با پرسشنامه افسردگی بک^۱ بررسی و ضریب همبستگی پیرسون ۰/۵۳ و معنی دار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (ناگیل و همکاران، ۲۰۱۸). در یک پژوهش آلفای کرونباخ مولفه ها برای آزار عاطفی ۰/۸۸، آزار جنسی ۰/۹۲، آزار فیزیکی ۰/۸۳، غفلت عاطفی ۰/۸۸ و غفلت جسمی ۰/۹۲ به دست آمده است (برویجنن و همکاران، ۲۰۱۹). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ بررسی و ضریب ۰/۸۵ محاسبه و به دست آمد.

۲-۳-۲. پرسشنامه ذهنی سازی^۴ (MQ)

این پرسشنامه توسط فوناگی و همکاران^۵ (۲۰۱۶) تهیه شده است و ۱۴ سوال دارد و دو مولفه اطمینان (قطعیت)^۶ با سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹؛ عدم اطمینان (عدم قطعیت)^۷ با سوالات ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴ را اندازه گیری می کند. نمره گذاری آن ۷ درجه ای لیکرت است به این صورت که برای سوالات خرده مقیاس اطمینان کاملاً مخالف ۱ نمره، تا حدودی مخالف ۲ نمره، مخالف ۳ نمره، نظری ندارم ۴ نمره، موافقم ۵ نمره، تا حدودی موافقم ۶ نمره و کاملاً موافقم ۷ نمره تعلق می گیرد و برای سوالات عدم اطمینان کاملاً مخالف ۷ نمره، تا حدودی مخالف ۶ نمره، مخالف ۵ نمره، نظری ندارم ۴ نمره، موافقم ۳ نمره، تا حدودی موافقم ۲ نمره و کاملاً موافقم ۱ تعلق می گیرد. ویژگی های روانسجی آن را بررسی و ضرایب پایایی آن را با آلفای کرونباخ محاسبه و ضرایب برای اطمینان و عدم اطمینان را به ترتیب ۰/۶۳ و ۰/۶۷ در نمونه غیربالینی گزارش کردند و روایی آن را گزارش و برای بررسی روایی از تحلیل عاملی تاییدی استفاده شده است و مقادیر شاخص برازش مقایسه ای (CFI) و خطای ریشه ای مجذور میانگین تقریب (RMSEA) به ترتیب ۰/۹۲۰ و ۰/۰۵۰ به دست آورده اند که نشان دهنده روایی مقیاس است و افزون بر این روایی ملاکی (همزمان) آن با مقیاس توجه آگاهانه بهوشیارانه^۸ بررسی و ضرایب همبستگی توجه آگاهانه بهوشیارانه با مولفه اطمینان ۰/۳۴ و با مولفه عدم اطمینان ۰/۳۳- و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (فوناگی و همکاران، ۲۰۱۶). این پرسشنامه در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است و برای اجرای تحلیل عاملی اکتشافی^۹، قابلیت آن با آزمون کایزر-مایر-اولکین^{۱۰} و آزمون کرویت بارتلت^{۱۱} مورد بررسی قرار گرفت و مقدار آزمون کایزر-مایر-اولکین (۰/۸۹) نشان از کفایت حجم نمونه برای اجرای تحلیل عاملی داشت که در مجموع ۵۰/۳۲ درصد واریانس کلی پرسشنامه تبیین شد و سپس با تحلیل عاملی تاییدی و مقادیر شاخص برازش مقایسه ای (CFI) و خطای ریشه ای مجذور میانگین تقریب (RMSEA) به ترتیب ۰/۹۵۰ و ۰/۰۴۷ به دست آورده اند که نشان دهنده روایی مقیاس است (دروگر و همکاران، ۱۳۹۹). علاوه بر این برای بررسی پایایی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب در دامنه ۶۶ تا ۰/۸۸ محاسبه شده است (دروگر و همکاران، ۱۳۹۹). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ بررسی و ضریب ۰/۹۱ محاسبه و به دست آمد.

۲-۳-۳. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^{۱۲} (CERQ)

این پرسشنامه توسط گرانیسکی، کرایج و اسپینهاون^{۱۳} (۲۰۰۱) تدوین شده است و شامل ۳۶ سوال که شامل راهبردهای ناسازگارانه (سرزنش خود با سوالات ۱، ۱۰، ۱۹ و ۲۸؛ سرزنش دیگران با سوالات ۹، ۱۸، ۲۷، ۳۶؛ نشخوارگری با سوالات ۳، ۱۲، ۲۱ و ۳۰؛ فاجعه نمایی با سوالات ۸، ۱۷، ۳۵ و ۳۶) و راهبردهای سازگارانه (دیدگاه گیری با سوالات ۷، ۱۶، ۲۵، ۳۴؛ تمرکز مجدد مثبت با سوالات ۴، ۱۳، ۲۲ و ۳۱؛

1. Beck Depression Inventory, (BDI)
2. Naegeli et al.
3. Bruijnen et al.
4. Metallization Questionnaire (MQ)
5. Fonagy et al.
6. Certainty
7. Uncertainty
8. Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)
9. exploratory factor analysis
10. Kaiser-Meyer-Olkin Test
11. bartlett spherical test
12. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)
13. Garnefski, Kraaij & Spinhoven

ارزیابی مجدد مثبت با سوالات ۶، ۱۵، ۲۴ و ۳۳؛ پذیرش با سوالات ۲، ۱۱، ۲۰ و ۲۹؛ تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی با سوالات ۵، ۱۴، ۲۳ و ۳۲ است. نمره‌گذاری در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت است (از هرگز ۱ نمره تا همیشه ۵ نمره). دامنه نمرات راهبردهای ناسازگارانه بین ۱۶ تا ۸۰ است که نمره بالاتر نشان دهنده تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه بیشتر است و دامنه نمرات راهبردهای سازگارانه بین ۲۰ تا ۱۰۰ است که نمره بالاتر نشان دهنده تنظیم شناختی هیجان سازگارانه بیشتر است. سازندگان روایی و پایایی آن را محاسبه و برای بررسی پایایی و ضریب ۰/۹۲ به دست آورده‌اند و برای بررسی روایی از روایی ملاکی (همزمان) استفاده و ضریب همبستگی آن افسردگی از چک لیست اختلالات روانی^۱ بررسی و ضرایب در دامنه ۱۷ تا ۰/۵۵ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (گرافسکی، کرایچ و اسپینهاون، ۲۰۰۱). این پرسشنامه در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است و ضرایب پایایی به شیوه کرونباخ برای راهبردهای ناسازگارانه در دامنه ۰/۸۲ تا ۰/۸۷، راهبردهای سازگارانه در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۸۵ و کل مقیاس ۰/۹۲ به دست آمده است و روایی آن با تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و در مجموع ۹ خرده مقیاس ۷۴ درصد واریانس را تبیین کرده است و روایی ملاکی (همزمان) آن با سیاهه تجدیدنظر شده افسردگی^۲ بررسی و ضرایب همبستگی برای راهبردهای سازگارانه در دامنه ۰/۲۵ تا ۰/۳۲- و برای راهبردهای ناسازگارانه در دامنه ۰/۳۶ تا ۰/۴۸ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (حسنی، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ بررسی و ضریب ۰/۸۳ محاسبه و به دست آمد.

۲-۴. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

در این پژوهش داده‌ها به روش تحلیل دیداری، شاخص تغییر پایا و فرمول درصد بهبودی و اندازه اثر با استفاده از نرم‌افزار spss نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای واکاوی داده‌های حاصل از این پژوهش، از روش معناداری بالینی استفاده گردید.

۳. یافته‌ها

۳-۱. توصیف جمعیت شناختی

در جدول ۲ ویژگی‌های جمعیت شناختی مراجعین آورده شده است و نتایج جدول ۳ و ۴ ارزیابی شرکت‌کنندگان در ذهنی سازی و تنظیم شناختی هیجان در مراحل خط پایه و درمان موردبحث قرار می‌گیرد.

جدول ۲. ویژگی جمعیت شناختی مراجعین

مراجع	سن	جنس	تحصیلات	شغل	تأهل
اول	۳۴	مؤنث	دانشجوی ارشد	بزینس	متاهل
دوم	۲۱	مؤنث	دانشجو کارشناسی	عکاسی	مجرد
سوم	۳۵	مؤنث	کارشناسی	کارمند	مجرد

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود دامنه سنی مراجعین بین ۲۱ تا ۳۵ سال است؛ و هر سه خانم هستند و یک نفر دانشجوی کارشناسی و یک نفر دانشجوی کارشناسی ارشد و دیگری دارای مدرک کارشناسی است و یکی از افراد متأهل و مابقی مجرد هستند.

۳-۲. آزمون فرضیه‌ها

جدول ۳. ارزیابی شرکت‌کنندگان در ذهنی سازی در مراحل خط پایه و درمان

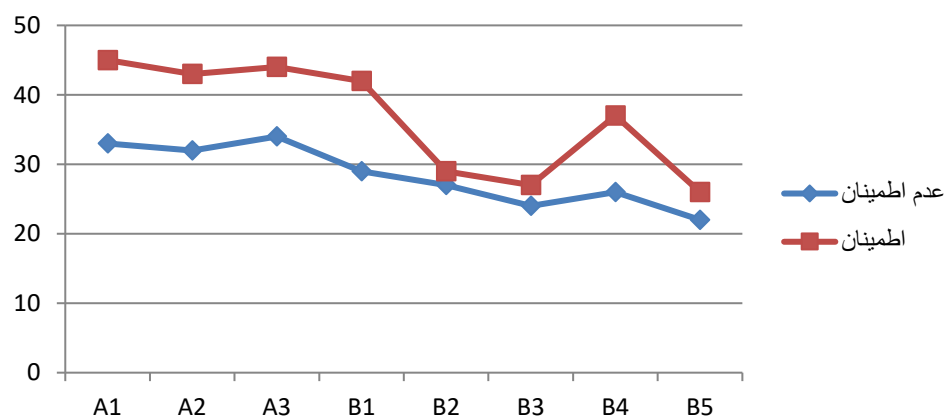
بیمار	متغیر وابسته	پایه		مداخله					PR	ES	RCI
		A1	A2	A3	B1	B2	B3	B4	B5		
مراجع ۱	عدم اطمینان	۳۳	۳۲	۳۴	۲۹	۲۷	۲۴	۲۶	۲۲	۲۲/۴۲۴	۱/۸۰۹
	اطمینان	۴۵	۴۳	۴۴	۴۲	۲۹	۲۷	۳۷	۲۶	۱۳/۱۸۲	۱/۷۵۰
مراجع ۲	عدم اطمینان	۳۳	۳۲	۳۴	۲۹	۲۸	۲۷	۲۵	۲۱	۲۱/۲۱۲	۱/۷۱۱
	اطمینان	۴۲	۴۴	۴۱	۳۷	۳۵	۳۴	۳۳	۳۶	۱۶/۸۵۰	۱/۹۵۲
مراجع ۳	عدم اطمینان	۳۴	۳۳	۳۱	۲۹	۲۴	۲۲	۱۸	۱۹	۳۱/۴۲۹	۱/۷۳۷

¹. Symptom Checklist- 90 (SCL-90)

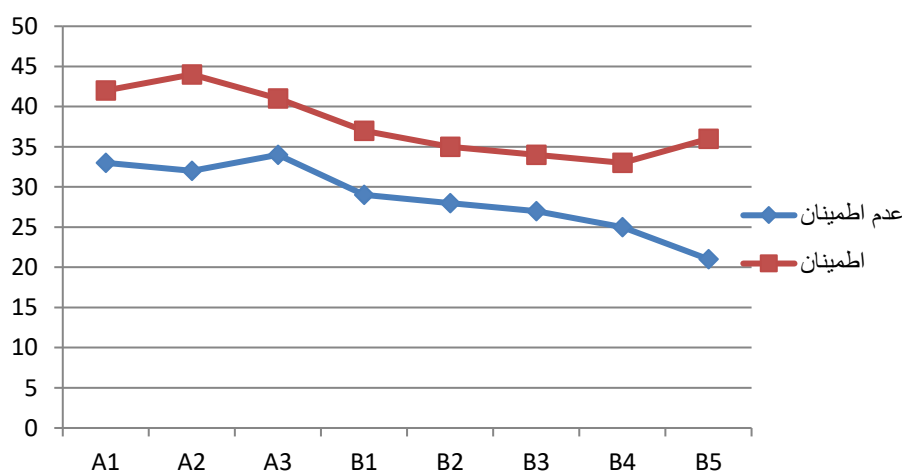
². Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

۱۱/۱۹۶	۲/۰۲۰	۲۸/۱۸۲	۳۲	۳۰	۳۱	۳۲	۳۳	۴۶	۴۴	۴۲	اطمینان
--------	-------	--------	----	----	----	----	----	----	----	----	---------

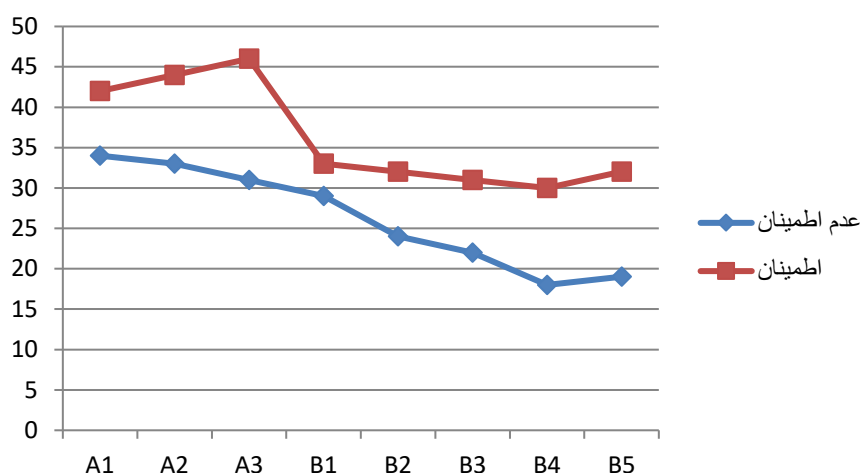
جدول ۲ نتایج ذهنی سازی در عامل عدم اطمینان و در عامل اطمینان در مراحل خط پایه، درمان را نشان می دهد، شاخص اندازه اثر در مراحل درمان، برای مراجع اول برای عامل عدم اطمینان و اطمینان به ترتیب (۱/۸۰، ۱/۷۵)؛ برای مراجع دوم برای عامل عدم اطمینان و اطمینان به ترتیب (۱/۷۱، ۱/۹۵) و برای مراجع سوم برای عامل عدم اطمینان و اطمینان به ترتیب (۱/۷۳، ۲/۰۲) است. بدانگونه که مشخص است تمام اندازه های اثر در مراحل درمان برای تمامی مراجعین بالاتر از متوسط است. شاخص درصد بهبودی در مراحل درمان برای مراجع اول برای عامل عدم اطمینان و اطمینان به ترتیب (۲۲/۴۲، ۱۳/۱۸)؛ برای مراجع دوم برای عامل عدم اطمینان و اطمینان به ترتیب (۲۱/۲۱، ۱۶/۸۵) و برای مراجع سوم برای عامل عدم اطمینان و اطمینان به ترتیب (۳۱/۴۲ و ۲۸/۱۸) است. همچنین شاخص تغییر پایا در مراحل درمان برای مراجع اول برای عامل عدم اطمینان و اطمینان به ترتیب (۱۰/۸۳، ۱۰/۴۷)؛ برای مراجع دوم برای عامل عدم اطمینان و اطمینان به ترتیب (۹/۸۳، ۱۱/۱۹) است. با توجه به نتایج حاصل شده، شاخص تغییر پایا در مراحل درمان، برای تمامی مراجعین بالاتر از ۱/۹۶ بوده و از این رو می توان این نکته را بیان کرد که تغییرات در دوره درمان نه تنها بزرگ، بلکه پایدار نیز بوده اند و نتایج به دست آمده در نتیجه ی اثر بخشی درمان است و نه خطای اندازه گیر و عوامل تصادفی است.



نمودار ۱. ارزیابی شرکت کننده اول در عامل های اطمینان و عدم اطمینان ذهنی سازی در مراحل خط پایه و درمان



نمودار ۲. ارزیابی شرکت کننده دوم در عامل های اطمینان و عدم اطمینان ذهنی سازی در مراحل خط پایه و درمان

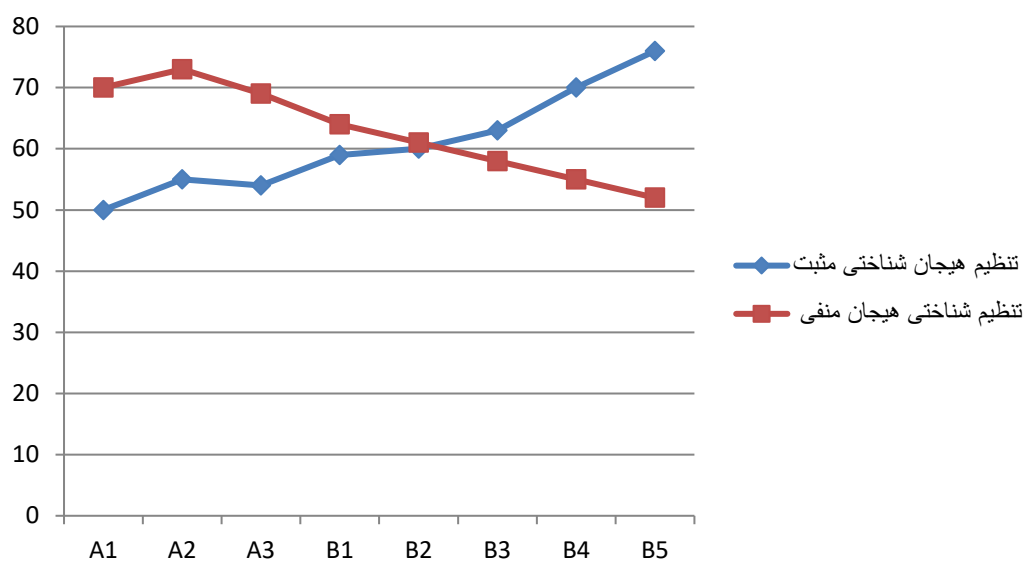


نمودار ۳. ارزیابی شرکت‌کننده سوم در عامل‌های اطمینان و عدم اطمینان ذهنی سازی در مراحل خط پایه و درمان

جدول ۴. ارزیابی شرکت‌کنندگان در تنظیم شناختی هیجان در مراحل خط پایه و درمان

RCI	ES	PR	مداخله					پایه			متغیر وابسته	بیمار
			B5	B4	B3	B2	B1	A3	A2	A1		
۱۳/۷۴۸	۱/۵۶۲	۲۳/۷۷۴	۷۶	۷۰	۶۳	۶۰	۵۹	۵۴	۵۵	۵۰	مثبت	مراجع
۱۴/۶۱۵	۱/۷۹۲	۱۷/۹۲۵	۵۲	۵۵	۵۸	۶۱	۶۴	۶۹	۷۳	۷۰	منفی	۱
			۱/۴۶۲	۱/۲۷۳	۱/۰۸۶	۰/۸۹۴	۰/۹۲۳	۰/۷۸۳	۰/۷۵۳	۰/۷۱۴	نسبت	
۱۰/۴۲۵	۱/۷۹۶	۲۹/۲۵۷	۸۲	۸۰	۷۵	۷۲	۶۸	۶۲	۶۰	۵۳	مثبت	مراجع
۱۵/۳۰۵	۱/۹۴۹	۱۵/۳۶۸	۵۲	۵۳	۵۲	۵۴	۵۷	۶۲	۶۳	۶۵	منفی	۲
			۱/۵۷۷	۱/۵۰۹	۱/۴۴۲	۱/۳۳۳	۱/۱۹۳	۱/۰۰۰	۰/۹۵۲	۰/۸۱۵	نسبت	
۱۳/۴۷۲	۱/۹۳۳	۲۸/۰۰۰	۶۵	۶۶	۶۷	۶۲	۶۰	۵۳	۵۰	۴۷	مثبت	مراجع
۴/۲۰۲	۱/۱۶۰	۱۵/۱۲۲	۳۵	۴۳	۴۸	۵۲	۵۴	۶۰	۵۳	۵۱	منفی	۳
			۱/۸۵۷	۱/۵۳۵	۱/۳۹۶	۱/۱۹۲	۱/۱۱۱	۰/۸۸۳	۰/۹۴۳	۰/۹۲۲	نسبت	

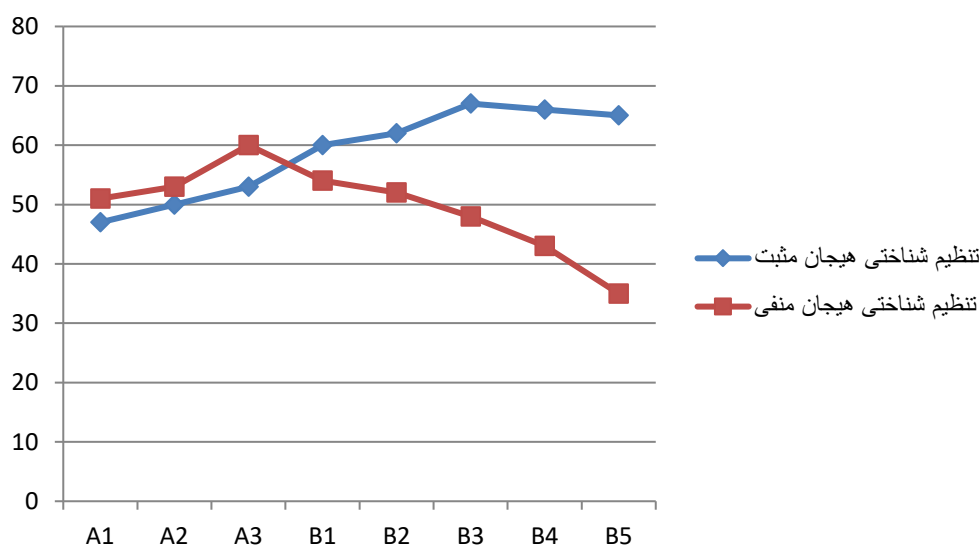
مطابق با یافته‌های جدول ۴ که ارزیابی مراجعین از تنظیم شناختی هیجان در مراحل خط پایه و درمان را نشان می‌دهند، شاخص اندازه اثر در مراحل درمان، برای مراجع اول، در عامل‌های تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی به ترتیب (۱/۵۶ و ۲)؛ برای مراجع دوم در عامل‌های تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی به ترتیب (۱/۷۹ و ۱/۹۴) و برای مراجع سوم در عامل‌های تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی به ترتیب (۱۹۳ و ۱/۶۰) است. آن‌چنان که پیداست تمام اندازه‌های اثر در مراحل درمان برای تمامی مراجعین بالاتر از متوسط است. شاخص درصد بهبودی در مراحل درمان برای مراجع اول در عامل‌های تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی به ترتیب (۲۳/۷۷ و ۱۷/۹۲)؛ برای مراجع دوم در عامل‌های تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی به ترتیب (۲۹/۲۵ و ۱۵/۳۶) و برای مراجع سوم در عامل‌های تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی به ترتیب (۲۵ و ۱۵/۱۲) است. بعلاوه شاخص تغییر پایا در مراحل درمان برای مراجع اول در عامل‌های تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی به ترتیب (۱۳/۷۴ و ۱۴/۶۱)؛ برای مراجع دوم در عامل‌های تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی به ترتیب (۱۰/۴۲ و ۱۵/۳۰) و برای مراجع سوم در عامل‌های تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی به ترتیب (۱۳/۴۷ و ۱۴/۲) است همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد شاخص تغییر پایا در مراحل درمان به ترتیب، برای تمامی مراجعین بالاتر از ۱/۹۶ است و اعداد حاصل نشان می‌دهد تغییرات مراجعین بزرگ و پایدار است.



نمودار ۴. ارزیابی شرکت کننده اول در عامل های تنظیم هیجان منفی و مثبت در مراحل خط پایه و درمان



نمودار ۵. ارزیابی شرکت کننده دوم در عامل های تنظیم هیجان منفی و مثبت در مراحل خط پایه و درمان



نمودار ۶ ارزیابی شرکت کننده سوم در عامل های تنظیم هیجان منفی و مثبت در مراحل خط پایه و درمان

۴. بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر ذهنی سازی و تنظیم شناختی هیجان در افراد دارای ترومای دوران کودکی انجام شد. یافته‌ها به خوبی نشان داد که به کارگیری مداخله طرحواره درمانی منجر به بهبود قابل ملاحظه ذهنی سازی و تنظیم شناختی هیجان در افراد دارای ترومای دوران کودکی نسبت به دوره پایه گردید و همان طور که در نمودارها دیده شد همه آزمودنی‌ها در مرحله پایه وضعیت ثابت و بدون تغییری داشتند و با ورود به مرحله درمان، تغییرات در سطح نمرات ایجاد شد که نشان دهنده تأثیر این روش بر متغیرهای مذکور بود. یافته‌های این پژوهش می‌تواند با پژوهش‌های عباسی، صابری و طاهری (۱۴۰۱)، بیداری و حاجی علیزاده (۱۳۹۸)، فرخزادیان و همکاران (۱۳۹۷)، اسپوواک و کونیچزکی (۲۰۲۲)، یاکین و همکاران (۲۰۱۹)، برن و ایگان (۲۰۱۸) و مونتگومری گراهام (۲۰۱۶) همسو و هماهنگ باشد.

در تبیین تأثیر طرحواره درمانی بر ذهنی سازی می‌توان این گونه عنوان داشت که استفاده از تکنیک تصویرسازی ذهنی که جزو فنون مطرح طرحواره درمانی است باعث می‌گردد تا فرد خاطرات ناخوشایند دوره کودکی را بررسی نموده و ریشه‌های شکل‌گیری مشکلات روان شناختی خود را بیابد و بتواند به اصلاح آن‌ها بپردازد. درواقع تکنیک باز والدینی حدومرز دار که منجر به اتخاذ موضعی شبیه والدین توسط درمانگر می‌گردد و یک تجربه عاطفی اصلاحی را ارائه می‌دهد، شباهت زیادی به موضع ذهنی سازی دارد که طی آن درمانگر موضعی کنجکا و نادانسته را باهدف افزایش وضوح احساسی اتخاذ می‌کند؛ بر همین اساس چون باز والدینی حدومرز دارد به مانند اصول ذهنی سازی این امکان را فراهم می‌نماید که فرد از طریق پردازش احساسات در روابط گذشته به درک بهتر از خود و دیگران نائل آید، امکان افزایش ذهنی سازی فراهم می‌گردد (مونتگومری گراهام، ۲۰۱۶). همچنین می‌توان این گونه مطرح نمود که در طرحواره درمانی سعی می‌گردد بیمار دوباره از نو تربیت شود و با ایجاد یک پایگاه امن، موجبات رشد او فراهم گردد و بیمار نیز فرامی‌گیرد که احساسات و انگیزه‌های خود را در این محیطی امن درک و تحمل کند که این تجربه درک شدن و علاقه درمانگر به واقعیت درونی مراجع به ظرفیت ذهنی سازی مراجع یاری می‌رساند و توانمندی یادگیری از تجربیات اجتماعی را در وی بازایی می‌کند (برن و ایگان، ۲۰۱۸). اسپوواک و کونیچزکی (۲۰۲۲) علل ناتوانی در ذهنی سازی را به چهار ذهنیت نسبت می‌دهند که شامل ذهنیت توسعه نیافته بزرگسالان سالم، ذهنیت‌های کودک ناکارآمد، ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار و ذهنیت‌های والدین ناکارآمد است. آن‌ها معتقدند فردی که در ذهنی سازی موفق مشکل دارد، می‌بایست اصولی را به کاربرد تا بتواند در هر چهار ذهنیت به توانمندی دست یابد و چون تکنیک‌های طرحواره درمانی امکان رشد فرد را در ذهنیت‌های مذکور فراهم می‌کند، منجر به افزایش ذهنی سازی بیماران می‌گردد. آنان معتقدند که تکنیک باز والدینی حدومرز دار، ذهنیت کودک ناکارآمد را اصلاح نموده و برخورد همدلانه ذهنیت والدین ناکارآمد را ترمیم می‌کند و محدودیت‌های تعیین شده منجر به اصلاح ذهنیت بزرگسالان سالم می‌گردد و به نظر می‌رسد که راهکارهای عملی برای فعال کردن ذهنیت بزرگسال سالم با طرحواره درمانی به طور معمول تمام این موارد را شامل می‌شود.

همچنین در تبیین تأثیر طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان می توان این گونه عنوان داشت که استفاده از اصول و تکنیک های طرحواره درمانی این امکان را فراهم می نماید تا افراد تحت درمان احساس کنترل بیشتری بر زندگی داشته باشند و بتوانند رفتار مقابله ای پهنجار و سازگارانه را در مقابله با مشکلات به کار برند و همین مسئله موجبات انسجام روانی و توانمندی حل مسئله را فراهم می کند و باعث می شود تا بیماران بهتر بتوانند به تنظیم هیجان بپردازند چرا که طرحواره درمانی به آن ها می آموزد تا با ایجاد ارزش و کسب معنا در زندگی، تأثیرپذیری کمتری از شرایط اضطراب آور داشته باشند و توانمندتر در جهت تنظیم و مدیریت هیجانات گام بردارند (عباسی، صابری و طاهری، ۱۴۰۱). همچنین می توان این گونه عنوان نمود که درمانگر با استفاده از اصول مورد استفاده در طرحواره درمانی سعی می نماید تا ضمن اثرگذاری بر طرحواره های ناسازگار که مانع اقدام مؤثر فرد برای مقابله با هیجانات می شود، راهکارهای مدیریت هیجان سازگارانه را افزایش داده و به فرد کمک کند تا راهبردهای مدیریت و تنظیم هیجانات را فراگیرد (بیداری و حاجی علیزاده، ۱۳۹۸). از آنجایی که تأکید اصلی طرحواره درمانی بر هیجانات و استفاده از تکنیک های تجربی و هیجانی است، پنداشته می شود این تکنیک ها به افراد کمک می کنند تا احساسات خود را بشناسند، پذیرایشان باشند و از آن ها برای سازگاری بهتر استفاده کنند بر همین اساس اثرگذاری این رویکرد بر اصلاح طرحواره های ناسازگاری که مانع اقدام مؤثر در مدیریت هیجانات می شود، موجب می گردد تا به واسطه تغییرات ساختاری، نابسامانی هیجانی اولیه که نشئت گرفته از حالت های آسیب شناختی است کاهش یابد و این نابسامانی ها جایگزین تنظیم شناختی هیجانی گردد (دادمو و همکاران، ۲۰۱۶)

در مجموع می توان این گونه مطرح نمود که چون بیماران دارای تجربه ترومای دوران کودکی، طرحواره های ناسازگاری را شکل داده اند که مانع عملکرد مناسب آن ها در شرایط پراسترس می شود، استفاده از تکنیک های طرحواره درمانی ضمن تأکید بر اصلاح طرحواره های معیوب به آنان کمک می کند تا به توانمندی لازم در مواجهه با شرایط پرتنش دست یابند و ذهنیت مثبتی در مورد وقایع کسب کنند. درواقع از آنجایی که در تکنیک باز والدینی حدومرز دار درمانگر نقش والد را به عهده می گیرد و وارد خاطرات آسیب زای فرد شده و چگونگی مراقبت از خود و شیوه رسیدن به بزرگسال سالمی که توان همدلی با بخش کودک خود را دارد را به او می آموزد، به ایجاد ذهنی سازی در او کمک می کند چرا که ذهنی سازی مؤثر مادامی ایجاد می شود که حس امنیت و کنترل افزایش یافته و قدرت شناخت رشد نماید. همچنین با توجه به اینکه رابطه درمانی در طرحواره درمانی از جنس ایجاد دلبستگی ایمن است درمانگر قدم های مؤثری را در جهت ایجاد توانایی ذهنی سازی و درک دنیای درون روانی خود و دیگری و همچنین ذهنیت بزرگسال سالم و کودک شاد بر می دارد که این موضوع نیز ظرفیت ذهنی سازی را افزایش می دهد. همچنین می توان این گونه عنوان داشت که تنظیم شناختی هیجان از جمله مهارت های پایه ای در جهت عملکرد انطباقی است که موجبات انعطاف پذیری فرد را در شرایطی اضطراب زا می گردد و موجب مشود فرد شناخت بهتری از شرایط و هیجاناتش داشته باشد و آن را به شکلی مناسب تر بروز دهد بر همین اساس طرحواره درمانی، با تکنیک های شناختی و تجربی و الگو شکنی رفتاری و با کار کردن بر طرحواره های ناسازگار اولیه که سازهایی شناختی است افکار و باورهای منفی فرد را نسبت به خودش و احساسات و هیجاناتش اصلاح کرده و بر نگرش تحریف شده و انتظارات غیرواقع بینانه اش اثر گذاشته و آن ها را به سمت بزرگسال سالم هدایت می کند. پژوهشگر در اجرای این تحقیق با محدودیت هایی روبرو بود که از جمله این محدودیت ها می توان به کوچک بودن نمونه آماری اشاره نمود چرا که امکان بررسی تأثیر سطح تحصیلات والدین و شغل والدین به عنوان متغیر مداخله گر وجود نداشت. همچنین محدودیت دیگر این طرح تک آزمودنی بودن با چند خط پایه بود که امکان کنترل اثرات تکرار آزمون ها به طور کامل ایجاد نمی شد. درمجموع با توجه به نتایج این و با توجه به اینکه طرحواره های ناسازگار ارتباط مستقیمی با اختلال های شخصیت دارند، پیشنهاد می شود اثربخشی این رویکرد بر روی افراد دارای اختلال شخصیت نیز مطالعه شود. همچنین پیشنهاد می شود طرحواره درمانی به منظور بررسی تأثیر طرحواره درمانی بر ذهنی سازی و تنظیم شناختی هیجان، در قالب گروه درمانی نیز به کار گرفته شود. از جنبه کاربردی نیز پیشنهاد می شود با توجه به تأثیر این رویکرد درمانی بر افزایش ذهنی سازی و تنظیم شناختی هیجانی، برنامه ریزی کلی در خصوص معرفی این برنامه اصلاحی به مشاوران و درمانگران اقدام گردد تا درمانگران بتوانند با بهره گیری از آن به اصلاح ناتوانی های افراد دارای ترومای دوران کودکی بپردازند و بدین طریق از بروز رفتارهای اضطرابی آنان و همچنین عدم توانایی در درک متقابل افراد در روابط که ممکن است زندگی فردی و اجتماعی آنان را دچار تهدید کند و سلامت روانی آنان را در معرض خطر قرار دهد پیشگیری نمایند. همچنین پیشنهاد می شود بر اساس پژوهش موجود طرح آموزشی فرزند پروری برای زوجین تبیین شود تا به واسطه آن از تجربه ترومای دوران کودکی و همچنین شکل گیری طرحواره های ناسازگار اولیه و عدم توانایی مناسب در ذهنی سازی و تنظیم شناختی هیجان در فرزندان این افراد پیشگیری گردد. از آنجایی که ترومایی دوران کودکی رابطه ی تنگاتنگی با اختلالات شخصیت که میتواند تعدیلگر نتایج پژوهش باشد، دارد. این اختلالات میتوانند در پژوهش های بعدی به عنوان یکی از معیارهای ورود یا خروج قرار گیرند.

۵. ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر اصول اخلاقی پژوهش از جمله رازداری، محرمانه ماندن و حریم خصوصی افراد رعایت شد و شرکت در پژوهش هیچگونه آسیب احتمالی برای شرکت‌کنندگان نداشته است. همچنین اصول اخلاقی در نگارش مقاله از جمله اینکه نوشتار مقاله همتایابی و همانندجویی شده است. همچنین این پژوهش دارای کد اخلاق به شناسه IR.IAU.CTB.REC.1401.047 از کار گروه/کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی است.

۶. سیاست‌گذاری

از همه شرکت‌کنندگانی (زوجین شهر تهران) که به سوالات پژوهش پاسخ دادند و در پژوهش شرکت کردند نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

۷. حمایت مالی

مقاله هیچ‌گونه حمایت مالی دریافت نکرده است.

۸. تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

منابع فارسی:

- آل‌یاسین، س.، و محمودی، س. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی بر سبک‌های دلبستگی و تنظیم شناختی هیجان در افراد دارای شخصیت تاریک. *مجله روانشناسی اجتماعی*. ۱۱ (۶۷)، ۱۱۱-۱۲۷. https://journals.iau.ir/article_704349.html
- بیداری، ف.، و حاجی‌علیزاده، ک. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی بر راهبردهای شناختی هیجان، تحمل پریشانی و ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *مجله مطالعات روانشناسی*، ۱۵ (۲)، ۱۸۰-۱۶۵. <https://doi.org/10.22051/psy.2019.19858.1626>
- حسینی، ج. (۱۳۸۹). خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان. *مجله روانشناسی بالینی*، ۲ (۳)، ۸۴-۷۳. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2031>
- دروگر، ا.، فتحی‌آشتیانی، ع.، و اشرفی، ع. (۱۳۹۹). اعتباریابی و پایایی سنجی نسخه فارسی پرسشنامه ذهنی سازی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۱۲ (۱)، ۱۲-۱۱. <https://doi.org/10.22075/jcp.2020.18897.1745>
- رهبرکرباسدهی، ف.، ابوالقاسمی، ع.، و رهبرکرباسدهی، اب. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب‌آوری روان‌شناختی و توانمندی اجتماعی دانش آموزان به‌ناشناسانه‌های افسردگی. *مجله مطالعات روان‌شناختی*، ۱۵ (۴)، ۹۰-۷۳. <https://doi.org/10.22051/psy.2019.23724.1808>
- شفیعی، م.، رضایی، ف.، و صادقی، م. (۱۴۰۰). تدوین مدل اجتناب متضاد در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روانشناسی*، ۲۵ (۱)، ۹۹-۱۱۹. <http://www.iranapsy.ir/Article/22268/FullText>
- عباسی، م.، صابری، ه.، و طاهری، ا. (۱۴۰۱). ارائه الگوی ساختاری ادراک درد بر اساس تروما در دوران کودکی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه با میانجی‌گری تنظیم هیجان در افراد مبتلا به درد مزمن. *نشریه بیهوشی و درد*، ۱۳ (۲)، ۵۹-۷۴. <http://jap.iuums.ac.ir/article-1-5613-fa.html>
- فرزادیان، ع.، رضایی، ف.، و صادقی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان ترکیبی فراشناختی و طرحواره درمانی هیجانی مبتنی بر آسیب‌های دوره کودکی بر اختلال اضطراب فراگیر. *نشریه مطالعات روان‌شناختی*، ۱۴ (۳)، ۸۱-۹۷. <https://doi.org/10.22051/psy.2018.20825.1665>
- محمودیان دستنایی، ط.، نشاط دوست، ح.، امیری، ش.، و منشی، غ. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر باورهای اختلال خوردن در بیماران بی‌اشتها و پراشتهای عصبی با توجه به پیوند والدینی. *نشریه روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۶ (۱)، ۴۸-۳۳. <https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2834>

مرادیان، پ.، کاکابرایی، ک.، و امیری، ح. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و آموزش مهارت‌های حل مسئله بر بهزیستی ذهنی (رضایت از زندگی و عواطف مثبت و منفی) مردان متأهل سوء‌مصرف‌کننده مواد. *خانواده‌درمانی کاربردی*، ۳(۷)، ۱۳۳-۱۵۲.

<https://doi.org/10.22034/aftj.2021.295233.1135>

یوسف‌زاده، م.، طالبی، ه.، و نشاط دوست، ح. (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن شهر تهران: پیگیری دو ماهه. *فصلنامه پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۷(۲)، ۶۹-۸۲.

<https://doi.org/10.22108/cbs.2017.100397.0>

References

- Abbasi, M., Saberi, H., & Taheri, A. (2022). Presenting a structural model of pain perception based on childhood trauma, early maladaptive schemas mediated by emotion regulation in people with chronic pain. *Journal of Anesthesiology and Pain*, 13(2), 59-74. <http://jap.iums.ac.ir/article-1-5613-en.html> (In Persian)
- Aleyasin, S.A., & Mahmoudi, S. (2023). The effectiveness of schema therapy on attachment styles and cognitive regulation of emotion in people with dark personality. *Scientific Journal of Social Psychology*, 11 (67), 111-127. https://journals.iau.ir/article_704349.html (In Persian)
- Bach, B., Lockwood, G., & Young, J. E. (2018). A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(4), 328-349. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1410566>
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0)
- Bidari, F., & Haji Alizadeh, K. (2019). Effectiveness of schema therapy on cognitive strategies of emotion, distress bearing and alexithymia in the patients suffering from borderline personality disorder. *Journal of Psychological Studies*, 15 (2), 165-180. <https://doi.org/10.22051/psy.2019.19858.1626> (In Persian)
- Bruijnen, C. J., Young, S. Y., Marx, M., & Seedat, S. (2019). Social anxiety disorder and childhood trauma in the context of anxiety (behavioural inhibition), impulsivity (behavioural activation) and quality of life, *South African Journal of Psychiatry*, 1(1), 1608-9685. <https://doi.org/10.4102/sajpsy.2019.v25i0.1189>
- Byrne, G., & Egan, J. (2018). A review of the effectiveness and mechanisms of change for three psychological interventions for borderline personality disorder. *Clinical Social Work Journal*, 46(3), 174-186. <https://doi.org/10.1007/s10615-018-0652-y>
- Dadomo, H., Grecucci, A., Giardini, I., Ugolini, E., Carmelita, A., & Panzeri, M. (2016). Schema therapy for emotional dysregulation: Theoretical implication and clinical applications. *Frontiers in psychology*, 7(1), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01987>
- Doba, K., Saloppé, X., Choukri, F., & Nandrino, J. L. (2022). Childhood trauma and posttraumatic stress symptoms in adolescents and young adults: The mediating role of mentalizing and emotion regulation strategies. *Child Abuse & Neglect*, 132(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105815>
- Drogar, E., Fathi-Ashtiani, A., & Ashrafi, E. (2020). Validation and reliability of the persian version of the mentalization questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 12(1), 1-12. <https://doi.org/10.22075/jcp.2020.18897.1745> (In Persian)
- Farokhzadian, A. A., Rezaei, F., & Sadeghi, M. (2018). The effectiveness of combined metacognitive therapy with childhood traumas-based emotional schema therapy on generalized anxiety disorder. *Journal of Psychological Studies*, 14(3), 81-96. <https://doi.org/10.22051/psy.2018.20825.1665> (In Persian)

- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y. W., Warren, F., Howard, S., & Lowyck, B. (2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. *PLoS One*, 11(7), 1-28. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Journal Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- Hare, M. M., Garcia, A. M., Hart, K. C., & Graziano, P. A. (2021). Intervention response among preschoolers with ADHD: The role of emotion understanding. *Journal of school psychology*, 84(1), 19-31. <https://doi.org/10.1016%2Fj.jsp.2020.11.001>
- Hasani, J. (2010). The psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). *Journal of Clinical Psychology*, 2(3), 73-84. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2031> (In Persian)
- Huntjens, R. J., Rijkeboer, M. M., & Arntz, A. (2019). Schema therapy for Dissociative Identity Disorder (DID): rationale and study protocol. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1-10. <https://doi.org/10.1080%2F20008198.2019.1571377>
- Kay, S. J. (2018). The relationship among reflective functioning, history of childhood trauma, and symptoms of depersonalization and derealization in patients with panic disorder. *Ph. D dissertation*, Graduate Faculty in Psychology, City University of New York. https://academicworks.cuny.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3599&context=gc_etds
- Luyten, P; Fonagy, P; (2019) Mentalizing and trauma. In A. Bateman, & P. Fonagy, (eds.) *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 77-99). American Psychiatric Association Publishing: Washington DC, USA. https://www.appi.org/Handbook_of_Mentalizing_in_Mental_Health_Practice_Second_Edition
- Mahmoudian Dastnaji, T., Neshatdost, H., Amiri, S., & Manshaee, G. (2020). Comparing the effectiveness of schema therapy and CBT on eating disorder beliefs in anorexia and bulimia nervosa patients based on the parental bonding. *Clinical Psychology and Personality*, 16(1), 33-48. <https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2834> (In Persian)
- Montgomery-Graham, S. (2016). DBT and schema therapy for borderline personality disorder: Mentalization as a common factor. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(1), 53-60. <https://doi.org/10.1007/s10879-015-9309-0>
- Moradian, P., Kakabraee, K., & Amiri, H. (2021). The measurement of the effectiveness of schema therapy and problem-solving skills training on mental well-being (life satisfaction and positive and negative emotions) of married men who have the drug abuse problem. *Journal of Applied Family Therapy*, 2(3), 152-133. <https://doi.org/10.22034/aftj.2021.295233.1135> (In Persian)
- Naegeli, C., Zeffiro, T., Piccirelli, M., Jaillard, A., Weilenmann, A., Hassanpour, K., & Mueller-Pfeiffer, C. (2018). Locus Coeruleus Activity Mediates Hyperresponsiveness in Posttraumatic Stress Disorder. *Biological psychiatry*, 83(3), 254-262. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.08.021>
- Oehlman Forbes, D., Lee, M., & Lakeman, R. (2021). The role of mentalization in child psychotherapy, interpersonal trauma, and recovery: A scoping review. *Psychotherapy*, 58 (1), 50-67. <https://doi.org/10.1037/pst0000341>
- Rahbar Karbasdehi, F., Abolghasemi, A., & Rahbar Karbasdehi, E. (2020). The Effectiveness of Schema Therapy on Psychological Resilience and Social Empowerment in Students with Depression Symptoms. *Journal of Psychological Studies*, 15 (4), 73-90. <https://doi.org/10.22051/psy.2019.23724.1808> (In Persian)
- Scott, M., Rossell, S. L., Meyer, D., Toh, W. L., & Thomas, N. (2020). Childhood trauma, attachment and negative schemas in relation to negative auditory verbal hallucination (AVH) content. *Psychiatry research*, 290 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112997>

- Shafiei, M., Rezaee, F., Sadeghi, M. (2021). Model of contrast avoidance of generalized anxiety disorder in people with symptoms of generalized anxiety disorder. *Journal of Psychology*, 25(1), 98-117. <http://www.iranapsy.ir/Article/22268/FullText> (In Persian)
- Smits, M. L., Luyten, P., Feenstra, D. J., Bales, D. L., Kamphuis, J. H., Dekker, J. J., ... & Busschbach, J. J. (2022). Trauma and outcomes of mentalization-based therapy for individuals with borderline personality disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 75 (1), 12-20. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20210027>
- Spivak, O., & Konichezky, A. (2022). Schema focused and mentalization based therapy—An integrative proposal. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 24(3), 357-372. <https://doi.org/10.1080/13642537.2022.2072928>
- Ter Harmsel, J. F., Noordzij, M. L., Goudriaan, A. E., Dekker, J. J. M., Swinkels, L. T. A., van der Pol, T. M., & Popma, A. (2021). Biocueing and ambulatory biofeedback to enhance emotion regulation: A review of studies investigating non-psychiatric and psychiatric populations. *International Journal of Psychophysiology*, 159 (1), 94-106. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2020.11.009>
- Terradas, M. M., Poulin-Latulippe, D., Paradis, D., & Didier, O. (2021). Impact of early relational trauma on children's mentalizing capacity and play: a clinical illustration. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5 (1), 100160. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.ejtd.2020.100160>
- Tursz, A. (2018). Definitions and an Epidemiological Approach to the Frequency of Child Abuse. In *Child Abuse* (pp. 13-26). Springer, Cham. <https://hal.science/hal-03484657/document>
- Van Dijk, S. D. M., Veenstra, M. S., Bouman, R., Peekel, J., Veenstra, D. H., Van Dalen, P. J., ... & Oude Voshaar, R. C. (2022). Group schema therapy enriched with psychomotor therapy versus treatment as usual for older adults with cluster B and/or C personality disorders: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 19(1), 26-63. https://pure.rug.nl/ws/portalfiles/portal/250880892/Chapter_8.pdf
- Xie, P., Wu, K., Zheng, Y., Guo, Y., Yang, Y., He, J., ... & Peng, H. (2018). Prevalence of childhood trauma and correlations between childhood trauma, suicidal ideation, and social support in patients with depression, bipolar disorder, and schizophrenia in southern China. *Journal of Affective Disorders*, 228 (1), 41-48. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.011>
- Yakın, D., Gençöz, T., Steenbergen, L., & Arntz, A. (2019). An integrative perspective on the interplay between early maladaptive schemas and mental health: The role of self-compassion and emotion regulation. *Journal of Clinical Psychology*, 75(6), 1098-1113. <https://doi.org/10.1002/jclp.22755>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford press. <https://www.guilford.com/books/Schema-Therapy/Young-Klosko-Weishaar/9781593853723>
- Yousefzadeh, M., Talebi, H., & NeshatDoost, H. (2018). The effect of schema therapy on maladaptive schemas in tehranian patients with chronic low back pain: a two months follow-up. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, 7(2), 69-82. <https://doi.org/10.22108/cbs.2017.100397.0> (In Persian)

The Effectiveness of Schema Therapy on Mentalization and Cognitive Regulation of Emotion in People with Childhood Trauma

Extended Abstract

Aim

Childhood trauma can be one of the main causes of death, hospitalization and disability, and the effects of disability affect the whole life of a person both in the physical dimension and in the psychological and social dimension, and its complications stay with the person for a long time (Xie and et al, 2018). Adverse childhood experiences including traumas are associated with chronic medical conditions, mental illness, and substance abuse (Bellis et al., 2019; Hughes et al., 2017).

The evidence shows that people who are affected by trauma, from those who themselves cause their collapse and trachea, create a thought and mentality in which the event occurs, it can cause psychological pressure for many people on them (Smits and et al, 2022). Mentalization in humans makes it possible for a person to put the nose as the basis of his behavior and to advance the cause, because this mentality is affected by trauma, it cannot be distorted and suffer from stress (Terradas and et al, 2021). Considering that childhood trauma can have a negative effect on psychological and social processes, methods are used all over the world to improve their psychological and social capabilities and schema therapy is one of these approaches (Scott and et al., 2020). The aim of the present study was to investigate the effectiveness of schema therapy on mentalization and cognitive regulation of emotion in people with childhood trauma.

Methodology

The current research is practical in terms of its purpose, and it uses single-subject experimental research. Accordingly, in this research, the A-B design along with the multiple baselines has been used. In which the first stage A is the baseline stage and the second stage B is the intervention stage. In single-subject designs, when the researcher can talk about the possibility of a functional relationship between the dependent variable and the intervention, if this test is repeated for at least three participants. Statistical population, people aged 18 to 35 years with experience of childhood trauma referring to Artemis Center in Tehran city in year 2022 and the sample of the research was 3 of the above people who were selected by purposive sampling and based on the entry criteria. Obtaining a score higher than 58 in the childhood trauma questionnaire (CTQ-SF), not undergoing any other pharmacological and psychological intervention in the last 6 months, no experience of bereavement in the last 6 months, voluntary participation in the research and willingness to cooperate were among the criteria for entering the research. Also, the confusion of the answer sheet and participation in other therapy sessions at the same time as the present study were the criteria for exiting the study. The tools used were childhood trauma questionnaire (CTQ-SF) (Bernstein et al, 2003), mentalization (reflective function) questionnaire (MQ) (Fonagy et al, 2016) and cognitive regulation of emotion questionnaire (CERQ) (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001). Schema therapy was applied to subjects in 10 one-hour weekly session (Yong et al, 2006). The data were analyzed by visual analysis, reliable change index (RCI), recovery percentage and effect size using spss software version 22.

Findings

In this research, the data were analyzed by visual analysis method, stable change index and recovery percentage formula and effect size. Clinical significance method was used to analyze the data from this research. According to the obtained results, the stable change index in the treatment stages was higher than 1.96 for all clients and therefore it can be stated that the changes in the treatment period were not only large but also stable and the results obtained as a result of the effectiveness of the treatment. It is not measurement error and random factors. So the results showed that mentalization got close to the average, positive emotion regulation increased, negative emotion regulation decreased. In the treatment stages, the effect sizes were higher than the average and the RCI was higher than 1/96, which indicates a significant change resulting from schema therapy.

Conclusion

The aim of the present study was to investigate the effectiveness of schema therapy on mentalization and cognitive regulation of emotion in people with childhood trauma. The findings of this research can be compared with the researches of Abbasi, Saberi & Taheri (2022), Bidari & Haji alizadeh (2019), Farokhzadian, Rezaei & Sadeghi (2018), Spivak & Konichezky (2022), Yakın and et al. (2019), Byrne & Egan (2018) and Montgomery-Graham (2016) to be aligned. Since the main emphasis of schema therapy is on emotions and the use of experimental and emotional techniques, it is believed that these techniques help people to know their emotions, accept them, and use them for better adaptation. Which hinders the effective action in managing emotions, causes the primary emotional disorder that originates from pathological states to decrease through structural changes, and these disorders replace emotional cognitive regulation (Dadomo and et al, 2016). As a result, schema therapy is effective in improving mentalization and cognitive regulation of emotion in people with childhood trauma.

In summary, it can be argued that since patients with childhood trauma have formed maladaptive schemas that prevent them from functioning appropriately in stressful situations, using schema therapy techniques, while emphasizing the correction of defective schemas, helps them to achieve the necessary ability to deal with stressful situations and acquire a positive mindset about events. In fact, since in the open-boundary parenting technique, the therapist assumes the role of the parent and enters the person's traumatic memories and teaches him how to take care of himself and how to become a healthy adult who is able to empathize with his child part, it helps to create mentalization in him because effective mentalization is created as long as the sense of security and control increases and the power of cognition grows. Also, given that the therapeutic relationship in schema therapy is a type of secure attachment, the therapist takes effective steps to create the ability to mentalize and understand the inner world of oneself and the other, as well as the mentality of a healthy adult and a happy child, which also increases the capacity for mentalization. It can also be stated that cognitive emotion regulation is one of the basic skills for adaptive functioning that makes the individual flexible in anxiety-provoking situations and allows the individual to have a better understanding of their situations and emotions and express them in a more appropriate way. Accordingly, schema therapy, with cognitive and experimental techniques and behavioral pattern breaking and by working on primary maladaptive schemas, which are cognitive constructs, corrects the individual's negative thoughts and beliefs about themselves and their feelings and emotions, affects their distorted attitudes and unrealistic expectations, and guides them towards a healthy adult.

Keywords: Childhood Trauma, Cognitive Emotion Regulation, Mentalization, Schema Therapy.

Ethical Approval

In the present study, the ethical approval of research, including secrecy, confidentiality and privacy of individuals, were observed, and participation in the research did not cause any possible harm to the participants. Ethical approval: The Ethics Committee of Central Tehran Branch, Islamic Azad University approved the study (IR.IAU.CTB.REC.1401.047).

Acknowledgments

We thank and appreciate all the people and participants (people with childhood trauma) who helped us in conducting this research.

Authors' contribution

The first author is the main researcher of this study. The second author is the supervisor of the dissertation and the third author are the advisors.

Conflict of Interest: According to the authors, this article has no funding or conflict of interest.