

## اثربخشی درمان هیجان مدار بر تکانشگری دانش آموزان

سارا حدادی

کارشناسی ارشد رشته روانشناسی، گرایش مشاوره مدرسه s.haddadi2022@gmail.com

### چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر اثربخشی درمان هیجان مدار بر تکانشگری دانش آموزان بود. این پژوهش از نوع شبه آزمایشی و با طرح پیش آزمون- پس آزمون با یک گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری تحقیق را کلیه دانش آموزان مدارس دختر متوسطه دوره دوم شهر سراب سراب در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود که از بین دانش آموزان پایه دوازدهم ۳۰ نفر برای دو گروه آزمایش و کنترل به صورت همگن و به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شد. از مقیاس تکانشگری بارت ویرایش یازدهم برای گردآوری اطلاعات استفاده شد. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۴۵ دقیقه ای درمان هیجان مدار دریافت کردند. داده ها از طریق تحلیل کواریانس تک متغیره تحلیل شد. نتایج نشان داد پس از دریافت درمان هیجان مدار منجر به کاهش تکانشگری دانش آموزان گروه آزمایش شده است ( $P < 0.05$ ). به طور نتایج پژوهش حاضر دارای دستاوردهای نظری و کاربردی بود. به لحاظ نظری مشخص شد که درمان هیجان مدار که یک رویکرد یکپارچه مبتنی بر درمان انسانی-تجربی می تواند بر گروه های غیربالینی نیز موثر باشد. به لحاظ کاربردی نیز، درمان هیجان مدار با داشتن سابقه طولانی در درمان و برخورداری از پیشینه نظری و پژوهشی قوی، راهبردی مناسب در کاهش مشکلات رفتاری دانش آموزان است و با اطمینان می توان از آن در کلینیک ها و مراکز مشاوره ای استفاده کرد.

واژگان کلیدی: تکانشگری، درمان هیجان مدار

## مقدمه

تکانشگری آگاه به عنوان رفتارهای مخاطره آمیز نیز خوانده می شوند که این امر طیف وسیعی از اعمالی را شامل میشوند که روی آن تفکر کمی صورت گرفته، به صورت نابالغ با وقوع آنی، بدون توانایی در انجام تمرکز بر یک تکلیف خاص، درغیاب یک برنامه ریزی مناسب، رخ می دهند و از ریسک و خطرپذیری بالایی برخوردار هستند (سگال، مورال و استیونز؛ ۲۰۱۴). رفتار تکانشگرانه دارای سه ویژگی اساسی: رفتار شتاب زده، رفتار برنامه ریزی نشده<sup>۱</sup> و رفتار بدون فکر و مستعد اشتباه<sup>۲</sup> است (سوان و هالندر؛ ۲۰۰۷) و می تواند نقطه عطف بسیاری از اختلالات و آسیب های اجتماعی مثل خشونت، قمار بازی های بیمار گونه، سوء مصرف مواد، اختلال شخصیت مرزی و ضد اجتماعی باشد (صالح میرحسینی، رفیعی پور و گنجه آبادی، ۱۳۹۹). گورفالو و ولوتی<sup>۳</sup> (۲۰۱۷) هم دریافت که بزهکاری نوجوانان با تنظیم هیجان در آن ها رابطه دارد، این مولفه در کنار کنترل تکانشگری از عوامل مهم پیش بینی کننده بزهکاری در نوجوانان به شمار می آید. مرور مطالعات انجام شده در مورد تکانشگری نشان می دهد که رفتارهای تکانشی هسته اصلی بسیاری از اختلال های روانی، از قبیل: بیش فعالی/ نقص توجه،<sup>۴</sup> اختلال سلوک<sup>۵</sup> و اختلالات یادگیری را تشکیل می دهند (نریمانی، عباسی، بگیان کوله مرز و رضایی فرد، ۱۳۹۴). با توجه به پیامدهای منفی تکانشگری، لازم است در طراحی و اجرای مداخلات بر روی دانش آموزان، به سازه تکانشگری توجه ویژه ای مبذول داشت.

در همین رابطه، از جمله درمان های تأثیرگذار بر تنظیم هیجان و عواطف درمان هیجان مدار (EFT)<sup>۶</sup> است (ظهراپ نیا و همکاران، ۱۴۰۰). درمان هیجان مدار درمانی نئوانسان گرا<sup>۱</sup> و تجربی است (گرینبرگ و گلر؛ ۲۰۱۲)؛ روبینسون<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). در درمان هیجان مدار آنچه مطرح است این است که هیجان ها خودشان به طور ذاتی پتانسیل تطبیقی دارند که اگر فعال شوند می توانند به مراجعان کمک کنند تا حالات مشکل آفرین یا تجربیات ناخواسته خود را تغییر دهند. این دیدگاه از هیجان بر این باور است که هیجان یک سیستم تطبیقی و ذاتی است که به بقا و پیشرفت ما کمک می کند. هیجان ها بیانگر ضروری ترین نیازهای انسان ها هستند و به سرعت افراد را در ارتباط با بهزیستی هشدار می دهند. آن ها همچنین افراد را آماده می کنند و راهنمای آن ها در این شرایط مهم برای اقدام نسبت به برآوردن نیازها هستند بنابراین هیجان ها برای یک حالت اولیه از پردازش در عمل، تنظیم شده اند (گرینبرگ، الیوت و پوس؛ ۲۰۰۷). در درمان هیجان مدار تمرکز درمانگر نه تنها بر به آگاهی درآوردن محتوای ذهنی است که از جانب درمانجو انکار یا تحریف شده است، بلکه ایجاد معنای تازه متأثر از تجربه بدنی درمانجو را نیز در نظر دارد (گرینبرگ و واتسون؛ ۲۰۱۸).<sup>۴</sup> درمان هیجان مدار بر اهمیت هیجان ها در روان درمانی تأکید دارد و هیجان ها به عنوان اجزای اصلی مداخلات در نظر گرفته می شوند و یک چارچوب منحصر به فرد برای کار با فرآیندهای هیجانی ارائه می دهد و از تکنیک های هدفمند برای تحریک و تغییر تجربیات هیجانی بیماران استفاده می کند (اینز؛ ۲۰۲۱).<sup>۵</sup> فرآیند درمان هیجان مدار که به روش فردی اجرا می شود با سه مرحله پیوستگی و آگاهی، فراخوانی و کشف و بازسازی هیجانی در هشت گام تعیین می شود. این سه مرحله باهم همپوشانی دارند و در سرتاسر

- 
1. impulsivity
  2. Segal, Morral, and Stevens
  3. Unplanned
  4. Error Prone
  5. Swann & Hollander
  6. Garofalo and Velotti
  7. Attentiondeficit/ Hyperactivitydisorde
  8. conduct disorder
  9. Emotion-Focused Therapy
  1. Neo-humanism 0
  1. Greenberg& Geller 1
  1. Robinson 2
  1. Greenberg, Elliott& Pos 3
  1. Greenberg& Wlson 4
  1. Enez 5

درمان به مراجع به عنوان فرد متخصص در مورد تجربه خود به درمانگر به عنوان راهنما و تسهیل گر برای اهداف مراجع نگریسته می شود (زواک و گرینبرگ، ۲۰۲۰). در درمان هیجان مدار نظر بر این است که شیوه ای که افراد تجارب هیجانی را سازماندهی و پردازش می کنند و الگوهای تعاملی که خود ایجاد کرده و تقویت می کنند، منجر به درماندگی آن ها شده است (تیمولاک و کوق، ۲۰۲۰). پژوهش های مختلف اثربخشی رویکرد هیجان مدار بر کاهش اختلال اضطراب فراگیر (تیمولاک<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۲؛ اوکونل کنت، جکسون، روبینسون، راشلیک و تیمولاک<sup>۴</sup>؛ واتسون، تیمولاک و گرینبرگ، ۲۰۱۹)؛ کاهش نگرانی و خودانتقادی افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر (همایونی، تقوی، گودرزی و هادیان فرد، ۱۴۰۱)، بهبود راهبردهای تنظیم هیجان (کریمی نژاد و همکاران، ۱۳۹۵)، بهبود افسردگی و افزایش کیفیت روابط بین فردی (دنتون<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۹)، بهبود الگوهای ارتباطی (بورگس<sup>۶</sup>، ۲۰۱۶) و بهبود علائم افسردگی و استرس پس از سانحه (پلوسو<sup>۷</sup>، ۲۰۲۰) بررسی و تایید شده است.

با توجه به اهمیت موضوع حاد تکانشگری در دوره نوجوانی و آسیب های متأثر از آن به خصوص در بین دانش آموزان دختر، نیاز به بررسی و تحقیقات بیشتر مداخلات روان درمانی از جمله الگوی درمانی هیجان مدار برای کاهش تأثیرات سوء و مخرب آن دیده می شود. با توجه به این که مطالعات درمان هیجان مدار در داخل و خارج بیشتر بر روی روابط زوجین صورت گرفته است، کمبود بررسی اثربخشی این رویکرد نسبتاً نوین، بر سایر مواردی که می تواند مثر ثمر باشد بیشتر جلب توجه می کند. مسئله مزبور بالتبع مهمترین سوال را پیش روی پژوهش حاضر قرار می دهد و آن هم این که آیا درمان هیجان مدار بر تکانشگری دانش آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر سراب تأثیر دارد؟

### روش شناسی

این تحقیق بر اساس هدف از نوع کاربردی و از لحاظ روش پژوهش، شبه آزمایشی (نیمه تجربی) از نوع پیش آزمون - پس آزمون با یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش مشتمل بر دانش آموزان دختر پایه دوازدهم دوره دوه متوسطه شهر سراب در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ به تعداد ۳۵۰ نفر می باشد. به طور کلی، از برخی مطالعات و بررسی ها چنین بر می آید که حجم نمونه تحقیقات از نوع بررسی روابط علت- معلولی و تجربی وجود حداقل ۱۵ نفر در هر گروه برای مقایسه را کافی می داند (نادری و سیف نراقی، ۱۳۸۶). نمونه گیری در این پژوهش در دو مرحله صورت گرفت. الف- ابتدا از بین مدارس دخترانه پایه دوازدهم مقطع متوسطه شهر سراب ۳۵۰ دانش آموز با توجه به میزان تکانشگری انتخاب گردید و پرسشنامه تکانشگری برای همه آنها اجرا شد. ب- از بین دانش آموزانی که همزمان نمره بالاتر در تکانشگری کسب کرده بودند (۸۷ نفر) با در نظر گرفتن ملاک های ورود ۳۰ دانش آموز به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند و بصورت تصادفی و مساوی (n=۱۵) در دو گروه آزمایش و گروه کنترل جایگزین شدند

مقیاس تکانشگری بارت ویرایش یازدهم<sup>۸</sup> هدف این ابزار، بررسی ارتباط تکانشگری و اضطراب در شرایط کارآمدی روانی- حرکتی<sup>۹</sup> بود. نهایتاً، نسخه تجدید نظر شده این مقیاس، نیز تهیه شد (پاتون، استنفورد و بارت، ۱۹۹۵)؛ به نقل از استنفورد، متیاس، داگتری، لیک<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۹) که در فرهنگ های مختلف نیز مورد استفاده قرار گرفته است (سومیا، ساکادو،

1. Zwack & Greenberg

2. Timulak & Keogh

3. Timulak

4. O'Connell Kent, J; Jackson, A; Robinson, M; Rashleigh, C; Timulak

5. Denton

6. Burgess

7. Peluso

8. Barratt Impulsiveness Scale-11

9. Psychomotor efficiency

10. Patton, Stanford & Barratt<sup>0</sup>

11. Stanford, Mathias, Dougherty, Lake

سکی، کوچیما<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۱). این پرسشنامه دارای ۳۰ پرسش می باشد که شامل تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و عدم برنامه ریزی می باشد. آزمودنی ها به این آیتم ها به صورت ۴ درجه ای (هرگز، گاه گاه، اغلب، تقریباً و همیشه) (۱-۴) است. تعداد ۱۱ سؤال به روش معکوس نمره گذاری می شوند. حداقل نمره این آزمون ۳۰ و حداکثر نمره آن ۱۲۰ است. نتایج مطالعه فساتی، سگلی، آکوارینی و بارت (۲۰۰۱) روی ۷۳۶ دانشجوی کارشناسی در کشور ایتالیا نشان داد که این پرسشنامه از کفایت روانشناسی مناسبی برخوردار است. در ایران، ویژگی های روانسنجی نسخه فارسی یازدهمین ویرایش مقیاس تکانشگری بارت توسط جاوید، محمدی و رحیمی (۱۳۹۱) صورت گرفته و آلفای کرونباخ نسخه فارسی این مقیاس برای کل آزمون در پژوهش ۰/۸۱ و روایی آن صورت ضریب همبستگی کل آزمون با عامل تکانشگری حرکتی ۰/۷۴، با عامل عدم برنامه ریزی ۰/۸۰ و با عامل تکانشگری شناختی ۰/۴۷ گزارش شده است.

*ابزار/مدخله:* درمان هیجان مدار: در مطالعه حاضر از درمان هیجان مدار اقتباس از گرینبرگ و گلر (۲۰۱۲) استفاده شد. این برنامه طی ۸ جلسه ۴۵ دقیقه ای هفته ای ۱ جلسه به صورت گروهی برای گروه آزمایش ارائه شد. در جدول (۱) خلاصه ای از شرح جلسات درمان هیجان مدار اقتباس از گرینبرگ و گلر (۲۰۱۲) آورده شده است.

جدول ۱. خلاصه ای از شرح جلسات درمان هیجان مدار اقتباس از گرینبرگ و گلر (۲۰۱۲)

مرحله	جلسات	شرح جلسات
مرحله اول: بحران زدایی و جلوگیری از مشکل	۱	شامل آشنایی کلی با اعضای گروه؛ معرفی درمانگر، بررسی انگیزه و انتظار آنان از شرکت در کلاس ارائه تعریف مفاهیم درمان هیجان مدار. آشنایی اولیه با مشکلات اعضا
	۲	در این جلسه درمانگر مراجعین را تشویق می کند که ترسهای خود را مانند ترس از طرد شدن یا ترس از گفتن عیب و نقصی که پویایی روابطشان را به عقب می راند را بیان کنند.
	۳	در این جلسه احساسات واکنشی ثانویه مانند خشم، ناکامی، تندی منعکس شده و به آنها ارزش داده می شود.
	۴	در این جلسه اعضای گروه به کمک درمانگر به برو نسازی مشکل می پردازند و به احساسات اولیه و نیازهای دلبستگی تحقق نیافته به طریقی که چرخه به صورت مشکل ارتباطی کلیدی نگاه می کنند.
مرحله دوم: بازسازی الگوهای تعاملی	۵	در این جلسه اعضای گروه به شناخت از جنب ههای مختلف خود دست یافته و در نهایت احساس ارزشمندی خود را تجربه می کنند
	۶	در این جلسه اعضای گروه یاد می گیرند که به هیجانهای که به آشکار شده اعتماد کنند و واکنش های جدید را نسبت به انگیزه هایشان تجربه نمایند
	۷	در این جلسه هیجانهای اولیه که در مراحل قبلی شناسایی شده بودند به صورت کامل تری پردازش میشوند. درمانگر قاعده ای را آغاز می کند که بر طبق آن مراجع اشتیاق خود را به نوع جدیدی از ارتباط به صورت تقریباً واضح بیان می کند.
مرحله سوم: تقویت و یکپارچگی	۸	تسهیل راه حل های جدیدی برای مشکلات خلق می کنند و حکایت جدیدی از مشکلاتشان را بیان می کنند و تلاش می کنند، آن را از نو طراحی کنند
	۹	نهم در این جلسه مراجعین ابتدا مسیری را که قبلاً حرکت می کردند و این که چگونه راه برگشتشان را یافتند را به یاد می آورند.

داده ها از طریق کواریانس تک متغیره (آنکوا) در نرم افزار SPSS26 تحلیل شد.

<sup>1</sup>. Someya, Sakado, Seki, Kojima

<sup>2</sup>. Fossati, Ceglie, Acquarini

## یافته ها

در جدول ۲. شاخص های توصیفی تکانشگری در بین گروه ها در مرحله پیش و پس آزمون گزارش شده است:  
جدول ۲. شاخص های توصیفی تکانشگری در بین گروه ها در مرحله پیش و پس آزمون (n=۱۵)

متغیر		مرحله	شاخص	تکانشگری
گروه	متغیر			
پیش آزمون	میانگین	۷۵/۳۳		
	انحراف معیار	۵/۷		
کنترل	میانگین	۷۴/۸۶		
	انحراف معیار	۵/۷		

مطابق با اطلاعات گزارش شده در جدول (۲)، میانگین و انحراف معیار تکانشگری برای گروه کنترل از پیش آزمون  $\pm ۵/۷$  و  $\pm ۷۵/۳۳$  به پس آزمون  $[۷۴/۸۶ \pm ۵/۷]$  و برای گروه آزمایش از پیش آزمون  $(۷۵/۲ \pm ۵/۷۵)$  به پس آزمون  $\pm ۴/۹۷$   $[۷۰/۸]$  تغییر یافته است و می توان گفت روند تغییرات شاخص های توصیفی تکانشگری برای گروه کنترل جزئی و برای گروه آزمایش قابل ملاحظه و زیاد است.

از آن جا که پیش فرض های پیش فرض های فاصله ای بودن مقیاس اندازه گیری داده ها، توزیع نرمال داده ها، همگنی واریانس های دو گروه و همگنی شیب های رگرسیون محقق شد، از روش تحلیل کواریانس تک متغیره آنکوا جهت آزمون فرضیه پژوهش استفاده شد. نتایج این آزمون در جداول زیر آورده شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره برای نمرات پس آزمون با کنترل پیش آزمون تکانشگری گروه کنترل و آزمایش

متغیر	مرحله	منبع تغییرات	F	Sig	اندازه اثر
تکانشگری	پس	پیش آزمون	۱۵۳/۹۸۱	۰/۰۰۰	۰/۸۵۱
	آزمون	گروه	۲۰/۴۲۳	۰/۰۰۰	۰/۳۲۵

چنانچه در جدول (۳) مشاهده می شود بین نمرات پس آزمون تکانشگری ( $F=۲۰/۴۲۳$ ،  $P<۰/۰۱$ ،  $\eta^2=۰/۳۲۵$ ) گروه آزمایش و کنترل بعد از حذف اثر پیش آزمون تفاوت معنی دار وجود دارد. مجذور اتا  $۰/۳۲۵$  است و این بدین معنی است که  $۳۲/۵$  درصد از تغییرات تکانشگری در مرحله پس آزمون به واسطه دریافت مداخله (درمان هیجان مدار) تبیین می شود.

جدول ۴. نتایج آزمون بونفرونی مقایسه تکانشگری گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون

متغیر	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت	معنی - داری
پس آزمون	کنترل	آزمایش	۳/۹۵۲*	۰/۰۰۰

تکانشگری

نتایج جدول (۴) نشان می دهد که در مقایسه دوه گروه ها، تفاوت میانگین گروه ها در تکانشگری  $۳/۹۵۲$  به دست آمده است که این مقادیر از نظر آماری نیز تایید شده است ( $P<۰/۰۱$ ). این مقادیر بیانگر آن است که نمرات تکانشگری گروه آزمایش نسبت به گروه آزمایش در مرحله پس آزمون کاهش معنی دار یافته است بنابراین، ضمن رد فرض صفر، نتیجه گرفته می شود که درمان هیجان مدار بر کاهش تکانشگری دانش آموزان اثر مثبت دارد.

## بحث و نتیجه گیری

نتایج تحلیل داده ها نشان داد که درمان هیجان مدار بر کاهش تکانشگری اثربخش بوده است. در این راستا، هر چند پژوهشی که به طور مستقیم با این نتایج همویی داشته باشد یافت نشد، اما در برخی تحقیقات نشان داده اند که درمان هیجان مدار بر

کاهش نگرانی (همایونی و همکاران، ۱۴۰۱)، ترس (آلمدیا و همکاران، ۲۰۲۲)، اضطراب (تیمولاک و همکاران، ۲۰۲۲؛ اوکونل کنت و همکاران، ۲۰۲۱؛ الیوت و شاهار، ۲۰۱۹)، اختلال شخصیتی (پوس و پائولونی، ۲۰۱۹) و علائم هیجانی نابهنجار (چیلینگ و همکاران، ۲۰۱۳) موثر است و از آنجا که این متغیرها با تکانشگری رابطه دارند و به عبارتی جزء پیشایندهای رفتار تکانشگری هستند از این رو نتایج پژوهش حاضر به نوعی با پژوهش های گفته شده همسو می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت تکانشگری، آمادگی قبلی برای واکنش های سریع و بدون برنامه به محرک های درونی و بیرونی بدون در نظر گرفتن نتایج منفی آن واکنش ها برای خود فرد یا دیگران است (استانفورد و همکاران، ۲۰۰۹). و همچنین شامل رفتار بدون تفکر مناسب، رفتار بدون هیچگونه فکر، عمل سریع ذهن بدون دوراندیشی یا قضاوت هشیار، عدم تناسب بین محرکهای محیطی و پاسخ فرد و کنش و حرکت به جلو با نیروی ناگهانی است (گلدشتاین و گلدشتاین، ۱۹۹۸). از طرفی، درمان پردازشی تجربه ای با هیجان مدار با تلفیق اصول و راهبردهای وجودی انسانگرا در آموزه های شناختی، دو دیدگاه متعارض تجربه گرایی و تعقل گرایی را به هم نزدیک نمود. روان درمانی هیجان مدار بر این اصل کلیدی که همه چیز جاری و در حرکت است، استوار است. این رویکرد تاکید میکند که فرایند تجربه، ویژگی های شخصیتی، روابط میان فردی و حتی تغییرات مراجع را تحت تأثیر قرار می دهد. این درمان به هیجانها به عنوان مسئله محوری در عملکرد روانشناختی، یان کارگری و تغییر نگاه میکند. این رویکرد فرض می کند که کمک به مراجعان در تغییر روشی که آنها از هیجانها خود استفاده کرده و در یک ارتباط مراقبتی و همدلانه خالص به آن دسترسی می یابند منجر به تغییر در طرح واره های هیجانی و سازماندهی خود آنان که تحت عملکردهای روانشناختی مشکل ساز قرار دارد می شود (ثناگوی محرز و همکاران، ۱۳۹۸). همچنین اجرای فن صندلی و گفتگوهای ناتمام با فرد آسیب رسان و بررسی و به چالش کشیدن افکار ناکارآمد سهم عمده ای در کاهش تکانشگری ایفا می کند. همچنین از منظر درمان هیجان مدار، هیجانها به عنوان یک سیستم ذاتی و سازگار در نظر گرفته می شود که به افراد کمک می کند تا بقای خود را ادامه دهند. به عبارت دیگر، هیجان به عنوان شکلی از پردازش اطلاعات انطباقی و آماده سازی کنش در نظر گرفته می شود که پاسخهای افراد را مطابق با محیطشان هدایت می کند و بهزیستی روان شناختی آن ها را افزایش می دهد (منسس و گرینبرگ، ۲۰۱۹). از رو، دانش آموزان گروه آزمایش پس از دریافت درمان هیجان مدار، مشکلات روانشناختی از ناهماهنگی بین هیجانها خود را کاهش داده و این مسئله بر کاهش تکانش گری موثر است. از طرفی، در درمان هیجان مدار نظر بر این است که شیوه ای که افراد تجارب هیجانی را سازماندهی و پردازش می کنند و الگوهای تعاملی که خود ایجاد کرده و تقویت می کنند، منجر به درماندگی آن ها شده است (تیمولاک و کوق، ۲۰۲۰). از طریق فرآیند درمانی، هیجانها سازگارانه برای تغییر احساسات ناسازگار و سازماندهی فرد برای پاسخهای انطباقی قابل دسترسی است. این فرآیند با تغییر هیجانها با استفاده از تکنیکهای درمانی خاص به تحریک هیجان و پردازش آن کمک می کند (گرینبرگ، ۲۰۱۷). درمان هیجان مدار با ایجاد تعاملات سازنده بین بیماران و شناسایی الگوهای دل بستگی ایمن باعث رضایتمندی و کاهش تحریف های شناختی در آنان می شود. این رویکرد بر تغییر رفتار دلبستگی به عنوان ابزاری برای بهبود روابط آشفته تمرکز می کند (غزنوی خضرابادی و نیکنام، ۱۳۹۸). بدین ترتیب، درمان هیجان مدار با کاهش تحریف های شناختی و روابط آشفته در درمانجو، منجر به کاهش تکانشگری می شود و این یافته از لحاظ نظری و تجربی منطقی و معقول به نظر می رسد.

بر این اساس پیشنهاد می شود تا پژوهشگران و متخصصان در کنار سایر روش های درمانی برای کاهش تکانشگری دانش آموزان دختر، از این برنامه آموزشی نیز به عنوان درمان مکمل کمک بگیرند. اما نتایج این پژوهش به دلیل استفاده از مقیاس خودگزارشی، انجام پژوهش فقط بر روی دختر پایه دوازدهم شهر سراب به جهت محدودیت دسترسی و همچنین عدم دوره پیگیری به دلیل محدودیت زمانی که بایستی تعمیم نتایج با احتیاط انجام شود. با توجه به این محدودیت ها، پیشنهاد می شود در پژوهش های مشابه برای دستیابی به نتایج کامل تر و تعمیم پذیرتر، از تعداد بیشتری از نمونه های دختر و پسر با لحاظ نمودن دوره های پیگیری استفاده شود.

## منابع

- جاوید، محبوبه؛ محمدی، نوراله و رحیمی، چنگیز (۱۳۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی یازدهمین ویرایش مقیاس تکانشگری بارت. روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۲(۸)، ۲۱-۳۲.
- صالح میرحسینی، وحیده؛ رفیعی پور، امین و گنجه آبادی، زهرا. (۱۳۹۹). نقش واسطه‌ای خودشناسی و بهشیاری در رابطه بین نظم جویی هیجانی و تکانش‌گری در یک واحد نظامی، فصلنامه روانشناسی نظامی، ۱۱(۴۳): ۷۵-۸۹.
- ظهرا بنیا، الهام؛ ثنایی‌ذاکر، باقر؛ کیامنش، علیرضا؛ زهراکار، کیانوش. (۱۴۰۰). تعیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر سازگاری پس از طلاق و تنظیم هیجان زنان مطلقه. مجله مطالعات ناتوانی، ۱۱۳-۱۱، ۱۱۳.
- کرمی نژاد، زینب؛ سودانی، منصور؛ مهربانی زاده، هنرمند، مهناز. (۱۳۹۵). اثربخشی رویکرد هیجان - مدار بر تنظیم شناختی هیجان دانشجویان دختر دچار شکست عاطفی. مجله علمی پژوهشی یافته. ۱۸ (۴)، ۷۹-۸۶.
- نریمانی، محمد؛ عباسی، مسلم؛ بگیان کوله‌مرز، محمدجواد؛ رضایی‌فرد، اکبر. (۱۳۹۴). اثر بخشی آموزش کنترل تکانه و توجه بر پردازش هیجانی، تکانشگری و حواس‌پرتی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال ریاضی. پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، ۲(۲): ۱-۲۲.
- همایونی، سمانه؛ تقوی، محمدرضا؛ گودرزی، محمدعلی؛ هادیان فرد، حبیب. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر نگرانی و خودانتقادی افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر. فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی. ۲۱ (۱۰۹): ۱۸-۱
- Burgess, F. (2016). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- Denton WH, Wittenborn AK, Golden RN. (2019). Augmenting antidepressant medication treatment of depressed women with emotionally focused therapy for couples: A randomized pilot study. *J Marital Fam Ther*. 38 1:23-38.
- Fossati, A., Di Ceglie, A., Acquarini, E., Barratt, E.S. (2001). Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in non-clinical subjects. *Journal of Clinical Psychol*, 57, 815° 828.
- Garofalo, C. and Velotti, P. (2017). Negative emotionality and aggression in violent offenders: The moderating role of emotion dysregulation. *Journal of Criminal Justice*; 51(2): 9-16. *education credit*. New York: Oxford Press.
- Greenberg LS, Elliott R, Pos A. Special topic: Emotion-focused therapy. *Europ Psycho Ther*. 2007; 7: 87-93.
- Greenberg LS, Geller SM. *Therapeutic presence: a mindful approach to effective therapy*. Washington, DC: American Psychological Association; 2012.
- Greenberg LS, Watson JC. *Emotion-focused therapy for depression*. 15<sup>st</sup> ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2018.
- O'Connell Kent, J; Jackson, A; Robinson, M; Rashleigh, C; Timulak, L. (2021). Emotion-focused therapy for symptoms of generalised anxiety in a student population: An exploratory study, *Journal of Clinical Psychology*. 21(2), 260-268. <https://doi.org/10.1002/capr.12346>
- Peluso PR.(2020). *Infidelity: A practitioner's guide to working with couples in crisis*. New York, NY: Routledge.
- [Robinson, Anna](#) and Connor, Caitlin M.; Spain, Debbie and Musich, Francisco M. and White, Susan W., eds. (2022) **Emotion focused therapies**. In: *Psychological Therapies for Adults with Autism*. Oxford University Press, Oxford. ISBN [9780197548462](#)
- Segal, B., Morral, A. R. and Stevens, S. J. (2014). *Adolescent substance abuse treatment in the United States: Exemplary models from a national evaluation study*. Routledge.

- Someya, T., Sakado, K., Seki, T., Kojima, M., Reist, C., Tang, S. W., et al. (2001). The Japanese version of the Barratt impulsiveness scale, 11th version (BIS-11): Its reliability and validity. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55, 111° 114.
- Swann, A. C., & Hollander, E. (2007). *Impulsivity and aggression: diagnostic challenges for the clinician, A monograph for continuing medical*
- Timulak, L., & Keogh, D. (2020). Emotion-focused therapy: A transdiagnostic formulation. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(1), 1-13.
- Timulak, L., Keogh, D., Chigwedere, C., Wilson, C., Ward, F., Hevey, D., Griffin, P., Jacobs, L., Hughes, S., Vaughan, C., Beckham, K., & Mahon, S. (2022). A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: Results of a feasibility randomized controlled trial. *Psychotherapy*, 59(1), 84-95.
- Zwack, J., & Greenberg, L. (2020). Where Are the Emotions? How Emotion-Focused Therapy Could Inspire Systemic Practice. In *Systemic Research in Individual, Couple, and Family Therapy and Counseling* (pp. 249-264). Springer, Cham.