فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۵، شماره ۱۹، زمستان سال ۱۴۰۱

مقایسه طرحواره‌های ناسازگار، مؤلفه‌های فراشناختی و فراهیجانی در افراد مبتلا به اختلال کم توجهی - بیش فعالی و افراد سالم

نگین رحمانی[۱]، مریم طلائی[۲]، حبیب هادیان‌فرد[۳]

چکیده

زمینه و هدف: اختلال کم‌توجهی – بیش‌فعالی الگویی از مشکلات است که معمولاً در کودکی ایجاد می‌شود ولی ممکن است در بزرگسالی هم ادامه پیدا کند و به ناکامی‌های شغلی و تحصیلی بیانجامد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه طرحواره‌های ناسازگار، باورهای فراشناختی و فراهیجانی مثبت در افراد مبتلا به اختلال کم‌توجهی-بیش‌فعالی و افراد سالم اجرا گردید. روش بررسی: طرح پژوهش از نوع علی- مقایسه‌ای بود. جامعه‌ی آماری مورد مطالعه در این پژوهش شامل بزرگسالان مبتلا به اختلال کم‌توجهی – بیش‌فعالی و بزرگسالان سالم در سال ۱۴۰۰ بود که از این تعداد، ۶۰ نفر شامل ۳۰ بزرگسال مبتلا به اختلال و ۳۰ بزرگسال سالم به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و پرسشنامه‌های پژوهش یعنی طرحواره‌های ناسازگار اولیه (یانگ، ۲۰۰۵) و باورهای فراشناخت و فراهیجان مثبت (بیر و مونته، ۲۰۱۰) را تکمیل نمودند. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش T مستقل و در بستر نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها نیز برابر با ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار بزرگسالان مبتلا به اختلال کم‌توجهی – بیش‌فعالی در هر ۵ حوزه بریدگی و طرد (p<۰/۰۰۱)، خودگردانی و عملکرد مختل (p<۰/۰۰۱)، حد و مرزهای مختل (p<۰/۰۰۱)، دیگر جهت‌مندی (p<۰/۰۰۱) و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (p<۰/۰۰۱) بیشتر از بزرگسالان عادی و میانگین نمرات فراشناخت و فراهیجان مثبت بزرگسالان عادی بیشتر از بزرگسالان مبتلا به این اختلال بود (p<۰/۰۰۱). نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش می‌توان با شناسایی طرحواره‌های ناسازگار و باورهای فراشناختی و فراهیجانی مثبت به بهبود نشانگان اختلال کم‌توجهی – بیش‌فعالی در بزرگسالان کمک نمود.

کلیدواژه‌ها: طرحواره‌های ناسازگار، باورهای فراشناختی، فراهیجان، بیش‌فعالی

[۱] کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی‌بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران (نویسنده مسئول)
n.rahmani@shirazu.ac.ir
[۲] دانشجوی دکترارواننشناسی تربیتی،گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان واحد خوراسگان
[۳] دکتری روان¬شناسی، استادگروه روان¬شناسی بالینی، دانشکده روان¬شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۵، شماره ۱۹، زمستان سال ۱۴۰۱

۱ مقدمه

اختلال کم‌توجهی – بیش‌فعالی[۱] یک اختلال رشدی است که به طور کامل یا جزئی تا بزرگسالی در اکثر بیماران ادامه می‌یابد (هاتپن[۲] و همکاران، ۲۰۲۰). در سال‌های اخیر، تشخیص این اختلال در بزرگسالان افزایش یافته و بزرگسالان دارای علائم بیش‌فعالی مشکلات‌شان اغلب مزمن شده و حوزه‌ی گسترده‌ای از مسائل زندگی را تحت‌تاثیر قرار می‌دهند. شکست احتمالاً بر اعتماد به نفس آن‌ها اثر گذاشته، به توانایی های‌شان شک می‌کنند و در نتیجه در یک پیش‌گویی خودکامروا ساز[۳]، همچنان منتظر شکستی دیگر در آینده هستند. این افراد احتمالا دارای افکار منفی[۴] در مورد توانایی‌هایشان بوده و بر نقاط ضعف خود تمرکز دارند و نهایتاً ترکیب رفتار و افکار منفی، منجر به ایجاد و یا بدتر شدن خلق منفی مانند اضطراب، ناکامی یا خشم می‌شود (سافرن[۵] و همکاران، ۲۰۰۵).

تظاهرات بالینی بزرگسالان مبتلا به این اختلال احتمالاً تحت تأثیر یک سیستم بنیادیست که روان‌شناسان به چنین بازنمایی‌هایی، طرحواره[۶] می‌گویند که از دید یانگ[۷] (۱۹۹۹)، این طرحواره‌ها به صورت‌های ناسازگار یا سازگار می‌توانند حضور داشته‌باشند و در اوایل زندگی یا بعدها در ادامه زندگی فرد تشکیل گردند. وی مجموعه طرحواره‌هایی را که غالباً به‌دلیل تجارب ناگوار دوران کودکی سازمان یافته‌اند، طرحواره‌های ناسازگار اولیه[۸] می‌نامد که به صورت الگوهای شناخت - هیجانی و آسیب‌رساننده به خود در اوایل مسیر تحول شکل گرفته و در ادامه زندگی بارها تجربه می‌گردند (امامی و همکاران، ۱۴۰۰). در همین راستا، نتایج پژوهش میکلوسی[۹] و همکاران نشان داده است که در افراد مبتلا به اختلال کم‌توجهی – بیش‌فعالی نیز، طرحواره‌های ناسازگار شکست، انزوای شخصی و شرم نقش پررنگ‌تری دارند و پس از آن ممکن است با افزایش پاسخ‌های غیرمفید به رویدادهای استرس‌زای زندگی به کاهش بهزیستی شناختی و هیجانی منجر شوند (میکلوسیا[۱۰] و همکاران، ۲۰۱۶). در واقع طرحواره‌ها تحت عنوان ساختارهای پردازش اطلاعات مفهوم‌سازی شده‌اند و زیربنای افکار، باورهای شناختی و فراشناختی می‌باشند که برای درک تجارب هیجانی[۱۱] در زندگی فرد ضروری می‌باشند (بارانوف[۱۲] و همکاران، ۲۰۱۴).

مفهوم فراشناخت[۱۳] در دهه‌ی ۷۰ میلادی به وسیله‌ی فلاول[۱۴] مطرح گردید و به عنوان هرگونه دانش یا فعالیت شناختی که موضوع آن جنبه‌هایی از اقدامات شناختی و تنظیم آن است، تعریف شد (میلز و همکاران، ۲۰۰۰). بنابراین فراشناخت از طریق فرآیندهایی همچون کنترل، نظارت، برنامه‌ریزی و تصحیح بر پردازش شناختی[۱۵] انسان اثرگذار بوده و در تعامل با شیوه پردازش هیجانی فرد بر سلامت روانی یا آسیب‌پذیری وی نسبت به آشفتگی‌های روانی نقش دارد (کاظمی و مطهری، ۱۳۹۲).

هیجان‌ها نیز نقش قابل‌توجهی را در جنبه‌های گوناگون زندگی از قبیل انطباق با دگرگونی‌های زندگی و رخدادهای تنش‌زا برعهده دارند (اعظمی و همکاران، ۱۳۹۲) و در این راستا، مفهوم فراهیجان[۱۶]، اولین بار توسط گاتمن[۱۷]و همکاران (۱۹۹۶) و در

---

1. Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder
2 Houtepen
3. Self-fulfilling prophecy
4. negative thoughts
5 Safren
6. Schema
7. Young
8. Early maladaptive schema
9. Miklósi
10 Miklósi
11. Understanding emotional experiences
12 Baranoff
13 Metacognition
14 .Flavell
15. Cognitive processing
16. Meta-Emotions
17. Gottman

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

پژوهش‌های خانواده درمانی معرفی شد. فراهیجان‌ها به دو بعد فراهیجان‌های مثبت (شادی، محبت، کنجکاوی و علاقه) و فراهیجان‌های منفی (فراخشم[1]، فراشرم / فراتحقیر خود[2]، فراکنترل فکر و فرابازداری هیجان) تقسیم می‌شوند (عبادی و همکاران، ۱۴۰۰). فراهیجان مثبت، منعکس کننده‌ی هیجانات فرد برای ارتقای سلامتی است؛ چرا که زمینه پذیرش هیجانات خود را فراهم می‌کند و افراد با این فراهیجان، تمایل کمتری برای تصمیم‌گیری عجولانه و سرکوبی افکار و هیجان‌های خود دارند (سقزی و همکاران، ۱۳۹۹). زمانی که افراد با یک مؤقعیت روبه‌رو می‌شوند، تنها داشتن احساس خوشایند، برای کنترل هیجان‌هایی که در آن لحظه تجربه می‌کنند، کافی نیست و باید بالاترین عملکرد شناختی را نیز داشته باشند تا بتوانند کنترل فرآیندهای هیجانی خود را به‌دست بگیرند. افرادی که فاقد مهارت‌های لازم برای کنار آمدن با تجارب هیجانی باشند، بیشتر در هنگام مدیریت و کنترل عواطف منفی، درگیر طرحواره‌های ناکارآمد و رفتارهای پرخطر می‌شوند (عبادی و همکاران، ۱۴۰۰).

پژوهش‌های تجربی نیز از وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه، باورهای فراشناختی و فراهیجان مثبت در مبتلایان به اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی حمایت می‌کنند. برای مثال، کایکا و کولیک[3] در پژوهشی دریافتند که نقشه‌های ذهنی یک استراتژی فراشناختی مؤثر در بازداری واکنش‌های رفتاری است و استفاده منظم از این روش‌ها باعث تقویت بازداری کودکان مبتلا به این اختلال می‌شود کیکا و کولیک، ۲۰۲۱). کیراز و سرتسلیک[4] نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که همه طرحواره‌های ناسازگار به طور معنی‌داری در گروه بزرگسالان دارای این اختلال بالاتر بودند و بویژه طرحواره‌های شکست، بازداری عاطفی، خودکنترلی ناکافی و انزوای اجتماعی بیشترین طرحواره‌های ناسازگار مشاهده شده در این گروه بودند (کیراز و سرتسلیک، ۲۰۲۱). فیلیپسن و همکاران نیز در پژوهش خود نشان دادند که طرحواره‌های شکست، نقص/ شرم، اطاعت و محرومیت عاطفی در بیماران بزرگسال مبتلا به اختلال کم-توجهی - بیش‌فعالی برجسته‌تر بودند، در حالی که تنها «آسیب‌پذیری در برابر آسیب یا بیماری» بین دو گروه سالم و مبتلا به اختلال تفاوتی نداشت (فیلیپس و همکاران، ۲۰۱۷) و نهایتاً در پژوهش آیدن[5] و همکاران نیز، نتایج نشان داد که بیماران مبتلا به این اختلال نمرات فراشناخت بدتری در ابعاد نیاز به کنترل افکار و عدم اطمینان شناختی نسبت به افراد سالم داشتند. با این حال، انعطاف‌پذیری شناختی و تشخیص هیجان بین گروه‌ها تفاوتی نداشت (آیدن و همکاران، ۲۰۲۰)

در پایان بایستی ذکر نمود که اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی به عنوان یک اختلال عصب تحولی از میزان شیوع بالایی در بین جمعیت کودکان و بزرگسالان برخوردار بوده و میزان هم‌ابتلایی بالایی با انواع اختلالات روانشناختی دارد که این امر فرد را در دوره بزرگسالی مستعد انواع آسیب‌های روانی - اجتماعی و شناختی می‌کند (برجعلی و رستمی، ۱۴۰۰) ، لذا شناسایی تفاوت‌های این افراد با بزرگسالان سالم مانند شناسایی طرحواره‌ها و باورهای فراشناختی و فراهیجانی مثبت می‌تواند روشی مهم و مفید برای اصلاح روان‌درمانی‌های موجود در این اختلال باشد. بر همین اساس، هدف پژوهش حاضر، مقایسه طرحواره‌های ناسازگار، باورهای فراشناختی و فرا هیجانی مثبت در افراد مبتلا به اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی و افراد سالم می‌باشد.

۲ روش بررسی

روش پژوهش از نوع علی - مقایسه‌ای بوده و جامعهٔ آماری پژوهش نیز شامل کلیه بزرگسالان مبتلا به اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی در شهر اصفهان در پاییز سال ۱۴۰۰ بود. براساس پیشینه پژوهش که تعداد نمونه برای مطالعات علی - مقایسه‌ای را، ۳۰ نفر برای هر گروه در نظر می‌گیرند (جاویدی، ۱۴۰۱) ، نمونه پژوهش حاضر نیز شامل ۳۰ بزرگسال مبتلا به اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی و ۳۰ بزرگسال عادی بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس و با مراجعه به دو مرکز مشاوره شهر اصفهان انتخاب

[1] . Meta anger
[2] . Meta shame/ Meta self-deprecation
[3]. Kajka & Kulik
[4]. Kiraz & Sertçelik
[5]. Aydın

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

شدند. آزمودنی‌های گروه سالم شامل افرادی بودند که جهت موضوعات بین فردی یا همراه با دیگر مراجعین در مرکز حاضر شده بودند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دامنه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال و وجود یا عدم وجود علائم اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی (باتوجه به کسب نمره برش۵۵) و ملاک‌های خروج نیز شامل مصرف دارو و دریافت درمان برای اختلال در نظر گرفته شد. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر بدین صورت بود که در ابتدا با همکاری مسئولان کلینیک هدف از انجام پژوهش برای آزمودنی‌ها شرح داده شد و پس از کسب رضایت آن‌ها پرسشنامه به صورت مداد-کاغذی در اختیارشان قرار گرفت و به آن‌ها اطمینان داده شد که تمام اطلاعات شخصی نزد پژوهشگر محرمانه خواهد ماند و صرفا برای مقاصد پژوهشی استفاده خواهد شد. به منظور رعایت حریم خصوصی آزمودنی‌ها از دریافت نام و نام‌خانوادگی آن‌ها صرف نظر شد. ابزارهای پژوهش نیز به در زیر بیان گردیده است.

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه[1]: این پرسشنامه توسط یانگ و در سال ۲۰۰۵ تدوین شد و دارای ۷۵ سوال در طیف لیکرتی ۶ درجه‌ای (کاملاً نادرست= ۶ تا کاملاً درست= ۱) می‌باشد که ۱۵ طرحواره (هر طرحواره شامل ۵ گویه) و ۵ حوزه را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. اولین حوزه، طرد و بریدگی[2] شامل ۵ طرحواره محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی، انزوای اجتماعی و نقص / شرم می‌باشد. دومین حوزه یعنی عملکرد و خودگردانی مختل[3] شامل ۴ طرحواره شکست، وابستگی / بی-کفایتی، آسیب‌پذیری به ضرر و گرفتاری می‌باشد. سومین حوزه یعنی حد و مرزهای مختل[4] نیز شامل ۲ طرحواره استحقاق و خود انضباطی ناکافی می‌باشد. دیگر جهت‌مندی[5] چهارمین حوزه بوده که شامل ۲ طرحواره اطاعت و ایثار می‌باشد و نهایتاً پنجمین حوزه، گوش به زنگی بیش ازحد و بازداری[6] می‌باشد که شامل دو طرحواره بازداری هیجانی و معیارهای سرسختانه است (یانگ و براون[7]، ۲۰۰۵). یانگ و بروان[8] جهت بررسی روایی همگرای پرسشنامه از پرسشنامه SCL90 استفاده نمودند که ضریب همبستگی به دست آمده، ۰/۵۶ بود که ضریب همبستگی مطلوبی گزارش می‌شود و آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۶ و برای تمامی خرده مقیاس‌ها نیز بالاتر از ۰/۸۰ به دست آمد که نشان از پایایی پرسشنامه دارد(یانگ و براون، ۲۰۰۵). در ایران نیز، قهاری و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ در زیر مقیاس‌ها را بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۰ و برای کل مقیاس ۰/۹۶ محاسبه کردند و همچنین جهت سنجش روایی محتوایی پرسشنامه طرحواره یانگ در این پژوهش از نظرات اصلاحی اساتید استفاده گردید (قهاری و همکاران، ۱۳۹۹).

پرسشنامه استاندارد فراشناخت و فراهیجان مثبت[9]: پرسشنامه فراشناخت و فراهیجان مثبت در سال ۲۰۱۰ توسط بیر و مونتا[10] برای ارزیابی باورهای فراشناختی در مورد فرآیندهای شناختی و هیجانی به هنگام مواجهه با موقعیت‌های چالش‌برانگیز تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۱۸ سوال و ۳ مولفه شامل ۱) اعتماد به خاموش‌سازی افکار و هیجانات پایدار، ۲) اعتماد به تفسیر هیجانات خود به‌عنوان نشانه / جلوگیری از واکنش فوری و تنظیم ذهن برای حل مسئله، ۳) اعتماد به تنظیم سلسله مراتب اهداف انعطاف‌پذیر و عملی می‌باشد. نمره‌گذاری پرسشنامه براساس یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای از کاملا مخالفم (۱) تا کاملا موافقم (۵) می‌باشد. بیر و مونتا در پژوهش خود، ضریب بدست آمده از روایی همزمان نمره کل مقیاس با پرسشنامه باورهای فرشناختی ولز را برابر با ۰/۵۴ و پایایی از طریق آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را برابر با ۰/۷۳ به دست آورند که ضرایب روایی

---

1. Young Schema Questionnaire Short Form(SF-YSQ)
2. Disconnection and Rejection
3. Impaired Autonomy and Performance
4. . Impaired limits Impaired limits
5. Otherdirectedness
6. Overvigilance/ Inhibition
7. Young & Brown
8. Brown
9. Metacognitions and Positive Meta-Emotions Questionnaire
10. Beer & Moneta

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

و پایایی مطلوبی می‌باشد(بیر و مونتا، ۲۰۱۰). در ایران نیز ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش رحمانیان و واعظ موسوی برای نمره کل پرسشنامه ۰/۸۳ و برای ابعاد در دامنه بین ۰/۷۱ تا ۰/۷۳ برآورد شده است و روایی محتوایی، صوری و ملاکی این پرسشنامه نیز مناسب گزارش شده است (رحمانیان و اعظ موسوی، ۱۳۹۴).

پرسشنامه تشخیصی فرم کوتاه کم‌توجهی - بیش‌فعالی بزرگسالان کانرز[1]: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۱ توسط کانرز و همکاران جهت ارزیابی اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی در بزرگسالان طراحی شد که شامل ۲۶ گویه است که در یک طیف لیکرت چهار درجه‌ای از اصلاً(۰) تا همیشه (۳) نمره‌گذاری می‌شود. پرسشنامه شامل پنج زیر مقیاس و یک نمره کل می‌باشد خرده مقیاس‌ها شامل: ۱) کم توجهی / مشکل حافظه[2]، ۲) بی‌قراری/ بیش‌فعالی[3]، ۳) بی‌ثباتی هیجانی / تکانشگری[4]، ۴) مشکلات با تصور کلی از خود[5] و ۵) شاخص کم‌توجهی - بیش‌فعالی[6] می‌باشد که زیر مقیاس E، مقیاسی از سطح کلی علایم مربوط به کم‌توجهی - بیش‌فعالی را نشان می‌دهد و از میان زیرمقیاس‌ها بهترین غربال برای شناسایی افراد در معرض خطر بیماری می‌باشد. نمرات T بالاتر از ۵۵ به لحاظ بالینی معنادار هستند و نشانه وجود اختلال در فرد می‌باشد(داوری آشتیانی و همکاران، ۱۳۹۳) نتایج پژوهش مقدسین و دیباج‌نیا نشان می‌دهد که ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های پرسشنامه، بالا می‌باشد، به نحوی که ضریب آلفای کرونباخ برای سه عامل به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۷۵ و ۰/۸۷ به دست آمد که نشان از پایایی بالای پرسشنامه می‌باشد (مقدسین و دیباج، ۱۳۹۹). تحلیل عاملی اکتشافی از طریق روش محورهای اصلی، با توجه به چرخش متمایل ابلیمین[7]، انجام شد. آزمون کیزر – میر - اکلین[8]، برای بررسی کیفیت نمونه‌گیری برابر با ۰/۹۱ و مقدار کرویت بارتلت[9] با درجه آزادی ۴۳۵ برابر با ۲۰۱۱.۳۶ به‌دست آمد، که هر دو مقدار نشان دهنده‌ی مناسب بودن انجام تحلیل عاملی اکتشافی جهت بررسی روایی سازه مقیاس است. لازم به ذکر است که مدل سه عاملی، ۶۸ درصد از واریانس متغیرها را تبیین کرد (کنرز[10] و همکاران، ۱۹۹۹).

داده‌های پژوهش در دو سطح توصیفی (بررسی شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار) و سطح استنباطی (آزمون t مستقل) تحلیل شد. جهت بررسی پیش فرض‌های t مستقل از آزمون‌های آماری شاپیرو ویلک و لوین و برای بررسی همگنی توزیع متغیرهای جمعیت شناختی در دو گروه از آزمون‌های تی مقایسه میانگین‌های دو گروه مستقل و کای اسکوئر استفاده شد. لازم به ذکر است که سطح معناداری آزمون‌ها در این مطالعه برابر با ۰/۰۵ و داده‌ها در بستر نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

۳ یافته‌ها

یافته‌های مربوط به شاخص‌های دموگرافیک اعضای نمونه تحقیق شامل سن، سطح تحصیلات و جنسیت در دو گروه بزرگسالان عادی و بزرگسالان مبتلا به اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی در جدول ۱ ارائه شده است. نتایج آزمون t مقایسه میانگین‌های دو گروه مستقل در جدول ۱ نشان داد که از جهت سن شرکت کنندگان در پژوهش بین دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۱ توزیع فراوانی و مقایسه مشخصات جمعیت شناختی در دو گروه

1. Conner's Adult ADHD Rating Scale - Self report form & Subscale
2. Inattention/ memory problem
3. Hyperactivity/ restlessness
4. Impulsivity/ emotional lability
5. Problems with self-concept
6. ADHD
7. Oblimin-inclined rotation
8. Keyser-Meer-Oklin
9. Bartlett spheroid
10. Conners

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۵، شماره ۱۹، زمستان سال ۱۴۰۱

	متغیر	گروه عادی		گروه کم‌توجهی - بیش‌فعالی		مقدار احتمال
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
	سن	۳۲/۱۰ فراوانی	۷/۹۸ درصد	۲۸/۲۳ فراوانی	۹/۶۸ درصد	۰/۰۹۷
سطح تحصیلات	دیپلم	۷	۲۳/۳	۱۲	۴۰/۰	
	کارشناسی	۸	۲۶/۷	۱۱	۳۶/۷	۰/۱۸۰
	کارشناسی ارشد	۱۲	۴۰/۰	۶	۲۰/۰	
	دکتری	۳	۱۰/۰	۱	۳/۳	
جنسیت	مرد	۲۶	۸۶/۷	۲۲	۷۳/۳	۰/۱۹۷
	زن	۴	۱۳/۳	۸	۲۶/۷	

همچنین نتایج آزمون کای اسکوئر نیز نشان داد که از جهت سطح تحصیلات و جنسیت بین دو گروه بزرگسالان عادی و مبتلا به کم‌توجهی - بیش‌فعالی تفاوت معناداری وجود ندارد(جدول ۱). این یافته‌ها نشانگر آن است که فرض همسانی توزیع سطح تحصیلات و جنسیت در دو گروه رد نشد. میانگین و انحراف معیار نمره‌ی طرحواره‌های ناسازگار و فراشناخت و فراهیجان بیان شده در جدول ۲ نیز نشان داد که میانگین نمرات حوزه‌های بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، حد و مرزهای مختل، دیگر جهت‌مندی و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری در گروه مبتلا به اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی نسبت به میانگین نمرات ۵ حوزه طرحواره ناسازگار در گروه عادی بیشتر می‌باشد. همچنین میانگین نمرات افراد گروه عادی در مولفه‌های اعتماد به خاموش‌سازی هیجانات پایدار، جلوگیری از واکنش فوری و تنظیم ذهن برای حل مسئله و اعتماد به تنظیم اهداف انعطاف‌پذیر و عملی بیش از گروه مبتلا به اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی بود.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

متغیر	گروه بیش فعال				گروه عادی			
	میانگین	انحراف معیار	آماره شاپیرو	مقدار احتمال	میانگین	انحراف معیار	آماره شاپیرو	مقدار احتمال
بریدگی و طرد	۷۴/۶۶	۲۱/۸۳	۰/۹۷۲	۰/۶۰۲	۴۸/۳۳	۱۲/۵۰	۰/۹۶۲	۰/۳۴۲
خودگردانی و عملکرد مختل	۵۰/۰۳	۱۴/۴۷	۰/۹۷۰	۰/۵۳۶	۲۷/۴۶	۸/۹۲	۰/۹۴۴	۰/۱۱۹
حد ومرزهای مختل	۳۶/۴۳	۷/۵۴	۰/۹۴۴	۰/۱۱۳	۲۷/۲۳	۷/۷۸	۰/۹۸۴	۰/۹۱۰
دیگر جهت مندی	۲۴/۳۰	۷/۴۶	۰/۹۱۳	۰/۰۱۷	۱۷/۵۶	۶/۰۹	۰/۹۶۴	۰/۳۸۴
گوش به زنگی بیش ازحد و بازداری	۵۰/۵۰	۱۲/۱۰	۰/۹۶۷	۰/۴۶۰	۳۰/۷۳	۱۰/۰۴	۰/۹۶۳	۰/۳۷۴
اعتماد به خاموش سازی هیجانات پایدار	۱۰/۴۰	۲/۸۳	۰/۹۶۲	۰/۳۵۴	۱۷/۰۳	۳/۳۳	۰/۹۱۸	۰/۰۲۳
جلوگیری از واکنش فوری و تنظیم ذهن برای حل مسئله	۱۴/۸۳	۴/۳۳	۰/۹۷۱	۰/۵۸۰	۱۸/۵۰	۳/۷۵	۰/۹۶۴	۰/۴۰۱

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۵، شماره ۱۹، زمستان سال ۱۴۰۱

اعتماد به تنظیم اهداف انعطاف‌پذیر و عملی	۱۵/۳۰	۳/۶۸	۰/۹۵۴	۰/۲۲۳	۱۹/۴۳	۳/۶۲	۰/۹۶۶	۰/۴۳۲
کل فراشناخت و فراهیجان	۴۰/۵۳	۷/۵۰	۰/۹۴۱	۰/۰۹۵	۵۴/۹۶	۶/۸۳	۰/۹۷۵	۰/۶۸۷

جهت بررسی معناداری تفاوت میانگین‌ها در گروه‌های عادی و مبتلا به اختلال، از آزمون t مستقل استفاده شد. در حالی‌که ابتدا به بررسی مفروضات آزمون پارامتریک پرداخته شد. نتایج آزمون شاپیرو ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات نشان داد که مقدار احتمال بدست آمده گروه مبتلا به اختلال در نمره کل فراشناخت و فراهیجان (P=۰/۰۹۵) و در حوزه طرحواره‌های ناسازگار بریدگی و طرد (P=۰/۶۰۲)، خودگردانی و عملکرد مختل (P=۰/۵۳۶)، حد و مرزهای مختل (P=۰/۱۱۳) و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (P=۰/۴۶۰) و گروه عادی در نمره کل فراشناخت و فراهیجان (P=۰/۶۸۷) و در حوزه طرحواره‌های ناسازگار بریدگی و طرد (P=۰/۳۴۲)، خودگردانی و عملکرد مختل (P=۰/۱۱۹)، حد و مرزهای مختل (P=۰/۹۱۰) دیگر جهت‌مندی (P=۰/۳۸۴) و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری(P=۰/۳۷۴)، حاکی از نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته پژوهش بود ($p>۰/۰۵$). با توجه به تأیید شدن پیش فرض‌های آماری، در ادامه جدول t مستقل در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول ۳ نتایج تحلیل t مستقل بر نمرات حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه

متغیر	لوین	مقدار احتمال	t	درجه- آزادی	مقدار احتمال	تفاوت میانگین
بریدگی و طرد	۴/۶۴	۰/۰۳۵	-۵/۷۳	۴۶/۱۸	<۰/۰۰۱	-۲۶/۳۳
خودگردانی و عملکرد مختل	۴/۰۷	۰/۰۵۱	-۷/۲۷	۴۸/۲۵	<۰/۰۰۱	-۲۲/۵۶
حد و مرزهای مختل	۰/۰۱۳	۰/۹۱۰	-۴/۶۲	۵۸	<۰/۰۰۱	-۹/۲۰
دیگر جهت‌مندی	۰/۴۶	۰/۵۰۱	-۳/۸۲	۵۸	<۰/۰۰۱	-۶/۷۳
گوش به زنگی بیش ازحد	۱/۴۱	۰/۲۴۰	-۶/۸۸	۵۸	<۰/۰۰۱	-۱۹-۷۶
اعتماد به خاموش‌سازی هیجانات پایدار	۰/۰۱۹	۰/۸۹۲	۸/۲۹	۵۸	<۰/۰۰۱	۳/۶۳
جلوگیری از واکنش فوری و تنظیم ذهن برای حل مسئله	۰/۳۳	۰/۵۶۳	۳/۵۰	۵۸	<۰/۰۰۱	۳/۶۶
اعتماد به تنظیم اهداف انعطاف‌پذیر و عملی	۰/۰۶۲	۰/۸۰۴	۴/۳۷	۵۸	<۰/۰۰۱	۴/۱۳
کل فراشناخت و فراهیجان	۰/۰۶۴	۰/۸۰۲	۷/۷۹	۵۸	<۰/۰۰۱	۱۴/۴۳

نتایج جدول ۳ در آزمون لوین نشان می‌دهد که مقدار احتمال بدست آمده در نمره کل فراشناخت و فراهیجان (P=۰/۸۰۲) و همچنین در چهار حوزه خودگرانی و عملکرد مختل(P=۰/۰۵۱) ، حد ومرزهای مختل(P=۰/۹۱۰)، دیگر جهت‌مندی(P=۰/۵۰۱) و گوش به زنگی بیش ازحد (P=۰/۲۴۰) بیانگر همگنی ورایانس‌های بین دو گروه بود ($p>۰/۰۵$). نتایج آزمون تی در طرحواره‌های ناسازگار نشان داد که با معنادار بودن مقدار t بدست آمده در حوزه‌های بریدگی و طرد ($p<۰/۰۰۱$)، خودگردانی و عملکرد مختل($p<۰/۰۰۱$)، حد و مرزهای مختل ($p<۰/۰۰۱$)، دیگر جهت‌مندی ($p<۰/۰۰۱$)، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری ($p<۰/۰۰۱$)، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه بزرگسالان مبتلا به کم‌توجهی - بیش‌فعالی و عادی وجود داشت؛ بدین معنا که

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

بزرگسالان مبتلا به اختلال در تمامی حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار نسبت به بزرگسالان عادی، نمرات بالاتری کسب کردند و این تفاوت معنادار بود. نتایج آزمون t در مولفه‌ها و نمره کل فراشناخت و فراهیجان نشان داد که با معنادار بودن مقدار t بدست آمده در مؤلفه‌های اعتماد به خاموش‌سازی هیجانات پایدار ($p<۰/۰۰۱$)، جلوگیری از واکنش فوری / تنظیم ذهن برای حل مسئله ($p<۰/۰۰۱$)، اعتماد به تنظیم اهداف انعطاف‌پذیر و عملی ($p<۰/۰۰۱$) و فراشناخت و فراهیجان مثبت ($p<۰/۰۰۱$)، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه بزرگسالان مبتلا به اختلال و بزرگسالان عادی وجود داشت. بدین معنا که بزرگسالان عادی در نمره کل فراشناخت و فراهیجان مثبت و هر سه بعد آن (اعتماد به خاموش‌سازی هیجانات پایدار، جلوگیری از واکنش فوری و تنظیم ذهن برای حل مسئله و اعتماد به تنظیم اهداف انعطاف‌پذیر و عملی) نسبت به بزرگسالان مبتلا به کم‌توجهی - بیش‌فعالی، نمرات بالاتری کسب کردند و این تفاوت معنادار بود.

۴ بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه طرحواره‌های ناسازگار، باورهای فراشناختی و فراهیجانی مثبت در افراد مبتلا به اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی و افراد سالم بود. نتایج نشان داد که بزرگسالان مبتلا به این اختلال در تمامی حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه نمرات بالاتری نسبت به بزرگسالان عادی کسب نموده‌اند. این نتایج با یافته‌های پژوهش کیراز و سرتسلیک[1] که نشان دادند همه طرحواره‌های ناسازگار به طور معنی‌داری در گروه بزرگسالان دارای کم‌توجهی - بیش‌فعالی بالاتر است(کیراز و سرتسلیک، ۲۰۲۱) و نتیجه پژوهش فیلیپسن و همکاران که نشان دادند طرحواره‌های شکست، نقص/ شرم، اطاعت و محرومیت عاطفی در بیماران بزرگسال مبتلا به این اختلال بیشتر بوده (فیلیپس و همکاران، ۲۰۱۷) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که مشکلات توجه و تمرکز و سیستم حرکتی، تکانش‌گری، به هم ریختگی، عدم تحمل استرس، تغییرات هیجانی و خلقی و احتمالاً اختلال در روابط بین فردی، اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی بزرگسالان را مشخص می‌کند. این افراد در برنامه‌ریزی و به پایان رساندن تکالیف، حفظ توجه هنگام خواندن و گوش دادن، تصمیم‌گیری با فکر مشکل دارند(مهوش ورنوسفادرانی و همکاران، ۱۳۹۵). این افراد به علت سابقه شکست، مستعد ارزیابی منفی موقعیت‌ها همراه با سوگیری بدبینانه هستند که وقوع مکرر ناکامی و شکست‌های متوالی در این افراد سبب شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار در این افراد می‌شود)سافرن و همکاران، ۲۰۰۵) و فکر می‌کنند برای انجام وظایف، نیازمند کمک دیگران هستند، این امر سبب شکل گیری طرحواره‌های بی‌کفایتی و شکست در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل می‌شوند. بزرگسالان دارای بیش‌فعالی مشکلاتشان اغلب مزمن شده، شکست‌ها بر اعتماد به نفس آن‌ها اثر می‌گذارند و در نتیجه در یک پیش‌گویی خودکامروا ساز[2]، منتظر شکستی دیگر در آینده هستند. این افراد بر نقاط ضعف خود تمرکز می‌کنند و چنین امری سبب تقویت طرحواره منفی‌گرایی / بدبینی می‌شود که حوزه گوش به زنگی بیش از حد را تشکیل می‌دهد. بدین معنی که همیشه بر جنبه‌های منفی زندگی توجه می‌کنند و جنبه‌های مثبت را کمرنگ جلوه می‌دهند(سافرن و همکاران، ۲۰۰۵). این اختلال اغلب با علایمی از قبیل پرخاشگری، ناسازگاری اجتماعی و تعارض با همسالان همراه است که نشان‌دهنده عدم احساس امنیت، محرومیت‌های هیجانی، بی‌اعتمادی (حوزه طرد و بریدگی) و نقص در عملکرد مسئولانه و محدودیت‌های فردی برای نیل به اهداف بلندمدت و ناتوانی در کنترل تکانه‌ها (حوزه حد و مرزهای مختل) می‌باشد. واگذاری افراطی کنترل خود به دیگران و اطاعت از آنها از ویژگی‌های مبتلایان به این اختلال بوده که در حوزه دیگر جهت‌مندی قرار می‌گیرد. دو شکل عمده این طرحواره عبارتند از: الف) اطاعت از نیازها: سرکوبی نیازها و ترجیعات خود و اطاعت از نیازهای دیگران، ب) اطاعت از هیجانها: سرکوبی هیجانی خود و اطاعت از هیجانهای دیگران (فیلیپس و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین بی‌ثباتی در روابط بین فردی و ترس از دست دادن دوستان باقی مانده در این افراد، سبب تن دادن افراطی به خواسته‌های دیگران می‌شود که از جمله مصادیق مرتبط با طرحواره‌های حوزه دیگر جهت‌مندی است.

[1] Kiraz & Sertçelik
[2]. Self-fulfilling prophecy

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که میزان فراشناخت و فراهیجان مثبت و تمامی ابعاد آن در بزرگسالان عادی بیشتر از بزرگسالان مبتلا به اختلال بوده است که این نتایج با یافته‌های پژوهش کایکا و کولیک که دریافتند نقشه‌های ذهنی یک استراتژی فراشناختی مؤثر در بازداری واکنش‌های رفتاری و در نتیجه کاهش نشانگان اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی می‌باشد (برجعلی و رستمی، ۱۴۰۰) و نتیجه پژوهش آیدن و همکاران که نشان دادند که بیماران مبتلا به این اختلال، نمرات فراشناخت بدتری در ابعاد نیاز به کنترل افکار و عدم اطمینان شناختی نسبت به افراد سالم دارند (آیدن و همکاران، ۲۰۲۰) ، همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته‌ها نیز بایستی بیان کرد که افراد مبتلا به اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی اغلب در برنامه‌ریزی، کنترل تکانه و کارکردهای اجرایی مشکل دارند. رفتار تکانه‌ای باعث ایجاد پاسخ‌های نادرست می‌شود و مشکلات شغلی، اجتماعی و تحصیلی را به بار می‌آورد(رجبی و همکاران، ۱۳۹۶). در همین راستا، فراشناخت از طریق فرآیندهایی همچون کنترل، نظارت و برنامه‌ریزی بر پردازش شناختی انسان اثرگذار بوده و در تعامل با شیوه پردازش هیجانی فرد بر سلامت روانی یا آسیب‌پذیری نسبت به آشفتگی‌های روانی نقش دارد (کاظمی و مطهری، ۱۳۹۲).

همچنین در مواجهه فرد با یک موقعیت، دارا بودن احساس خوب و خوش‌بینی به تنهایی برای کنترل هیجان کافی نیست و نیاز است تا فرد در این لحظات با داشتن بهترین کارکرد شناختی خود، هیجانهایش را کنترل کند، امری که با توانایی فراهیجان امکان‌پذیر است. درواقع فراهیجان افراد را قادر می‌سازد با انعطاف پذیری بیشتری به وقایع محیطی پاسخ دهند(عبادی و همکاران، ۱۴۰۰). همچنین بی‌قراری و تحمل بسیار پایین در برابر ناکامی‌ها در افراد دارای این اختلال سبب بروز واکنش فوری و تفسیر نادرست از موقعیت می‌شود، به نحوی که این افراد تصور می‌کنند که فاقد توانایی لازم برای واکنش انعطاف‌پذیر در مقابل عامل استرس‌زا هستند و درنهایت نابهنجاری بیشتری را بین انتظارات ادراک شده از یک وضعیت دشوار و چالش‌برانگیز و توانایی خود در مقابله با آنها تجربه می‌کنند.

در پایان، بایستی ذکر نمود که این پژوهش نیز همانند هر پژوهشی با محدودیت‌هایی همراه بود که آن جمله، می‌توان به محدود بودن جامعه آماری به بزرگسالان مبتلا به این اختلال نام برد که همین امر، تعمیم یافته‌ها به سایر رده‌های سنی (کودکان و نوجوانان) را با احتیاط همراه می‌سازد. بر اساس همین محدودیت، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌هایی بر روی سایر رده‌های سنی کودک و نوجوان و سایر جمعیت‌های بالینی مورد توجه و بررسی قرار گیرد تا بتوان تعمیم‌پذیری یافته‌ها را افزایش داد. همچنین با توجه به یافته‌ها، پیشنهاد می‌شود که روانشناسان فعال در حیطه اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی از روش‌های طرحواره درمانی و تکنیک‌های فراشناختی و تنظیم هیجان جهت کاهش نشانگان این اختلال و در نهایت افزایش سازگاری در مراجعان استفاده نمایند.

نتایج نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار بزرگسالان مبتلا به اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی در هر ۵ حوزه بیشتر از بزرگسالان عادی و میانگین نمرات فراشناخت و فراهیجان مثبت بزرگسالان عادی بیشتر از بزرگسالان مبتلا به این اختلال بود.

References

Aazami Y, Sohrabi F, Borjali A, Chopan h. The Effectiveness of Teaching Emotion Regulation Based on Gross Model on Reducing Anger in Drug-Dependent People. Counseling Culture and Psycotherapy. 2013;4(16):53-68. (persian)

Aydın O, Balıkçı K, Sönmez İ, Ünal-Aydın P, Spada MM. Examining the roles of cognitive flexibility, emotion recognition, and metacognitions in adult Attention Deficit and Hyperactivity Disorder with predominantly inattentive presentation. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2022;29(2):542-53.

Baranoff J, Hanrahan SJ, Kapur D, Connor JP. Validation of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire-8 in an Australian pain clinic sample. International journal of behavioral medicine. 2014;21(1):177-85.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

Beer N, Moneta GB. Construct and concurrent validity of the positive metacognitions and positive meta-emotions questionnaire. Personality and Individual Differences. 2010;49(8):977-82

Borjali A, Rostami M. Efficacy of Working Memory Training on Executive Functions in Adult with Attention Deficit with Hyperactive Disorder. Journal of Cognitive Psychology. 2021; 9 (2): 44-54. (persian)

Conners CK, Erhardt D, Sparrow EP. Conners' adult ADHD rating scales (CAARS): technical manual: Multi-Health Systems North Tonawanda, NY; 1999.

Davari-Ashtiani R, Jazayeri F, Arabgol F, Razjouyan K, Khademi M. Psychometric Properties of Persian Version of Conners' Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Rating Scale (Screening Form-Self Reporting). Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2014;20(3). [persian

Ebadi M, Atadokht A, Eini S. Tendency to High-Risk Behaviors in Adolescents: The Predictive Role of Farahijan Positive and General Self-Efficacy, The First National Conference on Clinical Psychology of Children and Adolescents, Ardabil. 2021. (persian)

Emami P, Ghodsi P, Mirhashemi M, Abolmaali Alhoseini K. Relationship Between Early Maladaptive Schemas and Marital Quality, Mediated by Conflict Resolution Strategies in Married Women. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2021;11(0):30. (persian)

Ghahari S, Viesy F, Kavand H, Yekefallah M, Zandifar H, Farrokhi N, et al. Psychometric Properties Of Early Maladaptive Schemas Questionnaire Short Form-75 Items (Ysq-Sf). 2020. (persian)

Houtepen JA, Sijtsema JJ, Van der Lem R, Scheres A, Bogaerts S. Cognitive-motivational, interpersonal, and behavioral functioning in relationship to treatment and research engagement in forensic patients with ADHD. Journal of Clinical Psychology. 2020;76(12):2345-71.

Javidi N, Khalatbari G, Javidi N. The Effectiveness of Psychodrama on Reducing Generalized Anxiety and Changing Metacognitive Beliefs in Women with Breast Cancer. Medbiotech Journal. 2022;6(01):7-14. (persian)

Kajka N, Kulik A. The influence of metacognitive strategies on the improvement of reaction inhibition processes in children with ADHD. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(3):878.

Kazemi H, Motahari S. Relationship between early maladaptive schemas and meta-cognitive states in girls and boys studentes. Research in Cognitive and Behavioral Sciences. 2013;3(1):11-22. (persian)

Kiraz S, Sertçelik S. Adult attention deficit hyperactivity disorder and early maladaptive schemas. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2021;28(5):1055-64.

Mahvash Wernosfaderani A, Mahaki F, Ebrahimi M. The effectiveness of working memory for decreasing cognitive/attention deficit problems of children with attention deficit-hyperactivity disorder. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2016;6(0):118-23. (persian)

Miklósi M, Máté O, Somogyi K, Szabó M. Adult attention deficit hyperactivity disorder symptoms, perceived stress, and well-being: the role of early maladaptive schemata. The Journal of Nervous and Mental Disease. 2016;204(5):364-9.

Mills JS, Blankstein KR. Perfectionism, intrinsic vs extrinsic motivation, and motivated strategies for learning: A multidimensional analysis of university students. Personality and individual differences. 2000;29(6):1191-204. [persian

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

Moghadasin M, Dibajnia P. Validation of the Persian version of the Connerâ s Adult ADHD Rating Scalesâ self-report (CAARS-S-SV). Clinical Psychology and Personality. 2020;18(1):177-99. (persian)

Philipsen A, Lam AP, Breit S, Lücke C, Müller HH, Matthies S. Early maladaptive schemas in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder. ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders. 2017;9(2):101-11.

Rahmanian Z, VaezMousavi SM. Psychometric properties of the positive meta-cognitions and meta-emotions questionnaire in athletes. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2015;1(3):44-62. [persian

Rajabi S, ABOU ALGHASEMI A, Narimani M, Ghaemi F. The effectiveness of impulse control training on the selfefficacy of students with ADHD symptoms. 2013. (persian)

Safren SA, Otto MW, Sprich S, Winett CL, Wilens TE, Biederman J. Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. Behaviour research and therapy. 2005;43(7):831-42.

Saqqezi A, Yazdani Esfidvajani H. The mediating role of positive metacognition and meta-emotion in the relationship between perceived social support with Corona anxiety. Counseling Culture and Psycotherapy. 2020;11(43):33-62. (persian)

Young JE, Brown G. Young schema questionnaire-short form; Version 3. Psychological Assessment. 2005

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۵، شماره ۱۹، زمستان سال ۱۴۰۱

Comparison of Maladaptive Schemas, Metacognitive and Meta-emotional Components in Individuals with Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder and Healthy Individuals

Negin Rahmani[1], Maryam Talaei[2], Habib Hadianfard[3]

Abstract

Background & Objective: Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD) is a pattern of problems that usually occurs in childhood but may continue into adulthood. According to reports, 60 to 85% of people who receive this diagnosis in childhood have the criteria for the disorder in adolescence, and up to 60% of their symptoms continue into adulthood. Emotional instability, job and academic failure, and alcohol abuse are among the characteristics of ADHD, which are effective in forming and reinforcing maladaptive schemas. The schemas that are more prominent in adult patients with ADHD (such as failure and shame) fit well with their learning history and main symptoms. In fact, schemas are conceptualized as information processing structures and, as expected, are the basis of cognitive and metacognitive thoughts and beliefs that are also necessary for understanding emotional experiences in one's life. The term metacognition is defined as the knowledge of cognitive processes. Metacognition affects human cognitive processing through processes such as control, monitoring, planning, and correction, and interacts with a person's emotional processing or mental health. The concept of meta-emotion as first introduced by Gottman et al. (1996) and has since been extended to other fields. Meta-emotions are divided into two dimensions: positive meta-emotions (meta self-compassion and meta-interest and negative meta-emotions (including meta-anger, meta-shame / meta self-humiliation, meta-control of thought, and self-prevention of emotion). People with positive emotions are less likely to make inappropriate and hasty decisions which suppresses their thoughts and emotions. The present study aimed to compare the maladaptive schemas, metacognitive beliefs and positive meta-emotions in people with ADHD and normal adults. **Method:** The present study was a causal comparative study in term of design and the statistical population included all adults with ADHD in Isfahan in the fall of 2021. The research sample consisted of 60 adults, 30 of whom had ADHD and 30 normal adults who were selected by convenient methods and referring to two counseling centers in Isfahan. Inclusion criteria include 1) age range of 18 to 60 years, and 2) the presence or absence of symptoms of ADHD (according to the cut score 55) and the exclusion criteria include medication and treatment for ADHD / Attention deficit. Research questionnaires included: 1- Young's Early Maladaptive Schemas Questionnaire (Young, 2005) contains 75 questions that evaluate 15 schemas and 5 domains. Young and Brown found the convergent validity of the questionnaire equal to 0.56 and Cronbach's alpha coefficient for the whole test was 0.96. 2- Metacognitive Beliefs and Positive Meta-emotion Questionnaire (Beer and Monte, 2010) has 18 questions, whose validity coefficient was equal to 0.54 and reliability through Cronbach's alpha was equal to 0.73 (19). At the inferential level, the Shapiro-Wilk and Levin tests were used to check the presuppositions, and the independent t-test was used to check the main objective of the researches. All statistical analyzes were performed using the SPSS software version 26. **Results:** The results of the t-test in incompatible schemas showed that adults with ADHD in the areas of rejection ($p<0.001$), impaired self-management and performance ($p<0.001$), impaired limits and boundaries ($p<0.001$), misdirection (p0.001) <), alertness and inhibition ($p<0.001$), have obtained higher scores than normal adults. The results showed that normal adults in total score of metacognitions _ excitement ($p<0.001$) and the components of trust in extinguishing stable emotions ($p<0.001$), preventing immediate reaction/setting the mind to solve the problem ($p<0.001$), Trust in flexible goals and practical goals ($p<0.001$) and positive metacognition and positive meta excitement

[1] M.A. in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran
[2] PhD student in Educational Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Department of Psychology Isfahan Islamic Azad University, Khorasgan Branch
[3] PhD in Psychology, Professor at Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۵، شماره ۱۹، زمستان سال ۱۴۰۱

(p<0.001) have obtained higher scores than adults with ADHD. **Conclusion:** By identifying maladaptive schemas and positive metacognitive and meta-motional beliefs, can be helped to improve ADHD in adults.
Key words: Maladaptive Schemas, Metacognitive Beliefs, Meta-emotion, Hyperactivity.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]