

## The effectiveness of emotional schema therapy on the intolerance of uncertainty and the difficulty of emotion regulation in people suffering from comorbid depression and anxiety

Ali Nedaei<sup>1</sup>, Hoseyn Gamari Givi<sup>2</sup>, Ali Sheykholeslami<sup>3</sup>, Ismaeil Sadri Damirchi<sup>3</sup>

1-PhD Student, Counseling Department, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

2- Professor, Counseling Department, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran (Corresponding Author).

E-mail: H\_ghamari@uma.ac.ir

3- Associate Professor, Counseling Department, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Received: 21/10/2022

Accepted: 12/02/2023

### Abstract

**Introduction:** Patients with depression and comorbid anxiety experience more complicated and higher levels of psychological harm than the ones without comorbidity.

**Aim:** The purpose of this study was to investigate the effectiveness of emotional schema therapy on the intolerance of uncertainty and the difficulty of emotion regulation in people suffering from comorbid depression and anxiety.

**Method:** This study was a quasi-experimental research, applying a pre-test and post-test control group design. After interviewing a group of patients with depression and comorbid anxiety who attended counseling centers in Isfahan in 2019, 32 women participants were chosen. Then they were randomly assigned to two groups, including an experimental group and a control group. Each group consisted of 16 participants. The Intolerance of Uncertainty Scale (1994) and the Emotion Regulation Difficulty Scale (2004) were used as the instruments of the study. The experimental group went through emotional schema therapy, which lasted for ten 90-minute sessions. The data analysis was performed through repeated measures ANOVA and Bonferroni's post hoc test, using SPSS-22.

**Results:** The results of the study indicated that emotional schema therapy had a significant effect on uncertainty intolerance and emotion regulation difficulty in both intra- and inter-group status ( $P<0.01$ ). The effect of this intervention lasted until the follow-up session. The effect size for uncertainty intolerance and emotion regulation difficulty were 0.324 and 0.430 respectively ( $P<0.01$ ).

**Conclusion:** Emotional schema therapy as a unified treatment can improve trans-diagnostic factors of depression and comorbid anxiety. If proven in various studies in terms of applicability, this intervention can be pioneering in the treatment of depression and comorbid anxiety.

**Keywords:** Uncertainty, Emotion regulation, Depression, Anxiety

---

**How to cite this article:** Nedaei A, Gamari Givi H, Sheykholeslami A, Sadri Damirchi I. The effectiveness of emotional schema therapy on the intolerance of uncertainty and the difficulty of emotion regulation in people suffering from comorbid depression and anxiety. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2023; 10(1): 103-115. URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1721-en.pdf>

## اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر عدم تحمل بلا تکلیفی و دشواری تنظیم هیجان در افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب همایند

علی ندائی<sup>۱</sup>، حسین قمری گیوی<sup>۲</sup>، علی شیخ‌الاسلامی<sup>۳</sup>، اسماعیل صدری دمیرچی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲. استاد، گروه مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (مؤلف مسئول). ایمیل: H\_ghamari@uma.ac.ir

۳. دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۱۱/۲۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۷/۲۹

### چکیده

**مقدمه:** بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب همایند، سطح پیچیده‌تر و بالاتری از آسیب روانی را نسبت به مبتلایان بدون همایندی تجربه می‌کنند.

**هدف:** هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر عدم تحمل بلا تکلیفی و دشواری تنظیم هیجان افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب همایند بود.

**روش:** روش تحقیق حاضر نیمه تجربی و طرح آن پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. از میان بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب همایند مراجعه کننده به مرکز مشاوره شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹، تعداد ۳۲ نفر از بانوان از طریق مصاحبه بالینی به صورت در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه طرحواره درمانی هیجانی (۱۶ نفر) و گروه کنترل (۱۶ نفر) گمارده شدند. ابزارها شامل مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی (۱۹۹۴) و مقیاس دشواری تنظیم هیجان (۲۰۰۴) بود. طرحواره درمانی هیجانی در ۱۰ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای اعمال شد. داده‌ها از طریق تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** یافته‌ها از این بود که طرحواره درمانی هیجانی اثربخشی درون گروهی و بین گروهی نیرومندی را بر عدم تحمل بلا تکلیفی و دشواری تنظیم هیجان داشت ( $P < 0.01$ ). اثربخشی این مداخله تا مرحله پیگیری ماندگار بود. میزان اندازه اثر برای عدم تحمل بلا تکلیفی و دشواری در تنظیم هیجان به ترتیب  $0.324$  و  $0.430$  بود ( $P < 0.01$ ).

**نتیجه گیری:** طرحواره درمانی هیجانی می‌تواند به عنوان یک درمان یکپارچه عوامل فراتشخصی اختلال افسردگی و اضطراب همایند را بهبود بخشد. با اثبات کارایی این مداخله در مطالعات متعدد، می‌توان از آن به عنوان خط اول درمان افسردگی و اضطراب همایند استفاده کرد.

**کلیدواژه‌ها:** بلا تکلیفی، تنظیم هیجان، افسردگی، اضطراب

#### مقدمه<sup>۴</sup>

افسردگی و اضطراب هم در حد آستانه و هم سطح زیر حد آستانه هم ابتلایی بالایی با هم دارند. این اختلالات در عوامل خطر، عوامل نگهدارنده و پاسخ به درمان‌های فراتشیصی مشترک هستند (نیوبای، مک‌کوین، کویی-کین، گیلبادی و دالگلیش<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵). بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب همایند، سطح پیچیده‌تر و بالاتری از آسیب روانی را نسبت به مبتلایان بدون همایندی تجربه می‌کنند. حدود ۵۵ درصد بیماران مبتلا به اختلال افسردگی، ملاک‌های حضور یک اختلال خلقی یا اضطرابی دیگر را دارند. زمانی که عمر ابتلای اختلال دوم مدنظر باشد، این میزان به ۷۶ درصد هم می‌رسد (کلدنیستکی، بلک، هافر، جوپرت و نیوبای<sup>۲</sup>، ۲۰۲۲). همایندی اختلالات هیجانی و عاطفی با مقاومت مضاعف و پیش‌آگهی منفی به درمان، می‌تواند برای کارایی مداخلات درمانی رایج و مبتنی بر شواهد چالش‌انگیز باشد. رویکردهای مبتنی بر شواهد برای تشخیص چندگانه، درمانگران را ملزم می‌کند تا اهداف درمانی را اولویت‌بندی کنند و هر بار به یکی از مشکلات پردازنند. در حال حاضر، تحولات در زمینه طرح‌های واحد و درمان‌های یکپارچه‌نگر پیشنهاد می‌کنند که رویکردهای بین تشخیصی<sup>۳</sup> یا فراتشیصی ممکن است اثربخش‌تر از رویکردهای درمانی به شیوه جداگانه باشد (جانسون و هوفارت<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶).

اخیراً در درمان و علت‌شناسی اختلالات خلقی و عاطفی همبود، بر عوامل زیربنایی و فراتشیصی تأکید بسیاری شده است. یکی از این روش‌ها متمرکز کردن درمان بر

متغیرهای سببی بالقوه مثل طرحواره‌های هیجانی<sup>۵</sup> است. از چگونگی تفسیر هیجان و بکارگیری راهبردهای مقابله با آن تحت عنوان طرحواره‌های هیجانی یاد می‌شود. لیهی<sup>۶</sup> یک رویکرد درمانی جدیدی به نام طرحواره درمانی هیجانی<sup>۷</sup> ابداع کرده است که طرحواره‌های هیجانی را هدف قرار می‌دهد. این الگوی درمانی که حاصل ترکیب مدل فراشناختی ولز<sup>۸</sup>، درمان هیجان‌مدار گرینبرگ<sup>۹</sup>، شفقت‌درمانی گیلبرت<sup>۱۰</sup> و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش است، تلاش می‌کند درمان‌های موج سوم شناختی-رفتاری را به صورت یکپارچه درآورد تا از هم پاشیدگی و انشعابات فراوان درمان شناختی-رفتاری جلوگیری کند (ادواردز، لیهی و اشنایدر<sup>۱۱</sup>، ۲۰۲۲).

در الگوی طرحواره هیجانی افراد از نظر تفسیر و ارزیابی-هایی که از تجربه هیجانی خود به عمل می‌آورند با یکدیگر تفاوت داشته و ممکن است با راهبردهای مختلف مثل، اجتناب تجربی (مانند سرکوبی، گریز و اجتناب)، راهبردهای شناختی بی‌ثمر (تکیه بیش از حد بر نشخوار فکری و نگرانی)، حمایت اجتماعی (راهبردهای اعتباریابی انطباقی و غیرانطباقی) و یا راهبردهای دیگر بکوشند با هیجان‌های خود مقابله کنند (لیهی، تیرچ و ناپولیتانو<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۱).

در همین راستا پژوهش‌ها ارتباط و اثربخشی این مدل را با مجموعه وسیعی از اختلالات خلقی و اضطرابی، از جمله اضطراب اجتماعی (مرواریدی، مشهدی، شاملو و لیهی، ۲۰۱۹)، سندروم روده تحریک‌پذیر و اضطراب فراگیر

<sup>۵</sup>- Emotional Schema Model (ESM)

<sup>6</sup>- Leahy

<sup>7</sup>- Emotional Schema Therapy (EST)

<sup>8</sup>- Wells

<sup>9</sup>- Greenberg

<sup>10</sup>- Gilbert

<sup>11</sup>- Edwards & Snyder

<sup>12</sup>- Leahy, Tirc & Napolitano

<sup>1</sup>- Newby, McKinnon, Kuyken, Gilbody & Dalglish

<sup>2</sup>- Kladnitski, Black, Haffar, Joubert & Newby

<sup>3</sup>- Transdiagnostic

<sup>4</sup>- Johnson & Hoffart

یکی دیگر از متغیرهایی که به عنوان یک عامل مشترک در تداوم نشانگان اختلال‌های اضطرابی و افسردگی سهم ویژه‌ای دارد، عدم تحمل بلا تکلیفی<sup>۶</sup> است که نمود اصلی اصلی آن نگرانی<sup>۷</sup> مفرط و غیرقابل کنترل است (بولن، رینتز و کارلتون<sup>۸</sup>، ۲۰۱۴). عدم تحمل عدم بلا تکلیفی نوعی سوگیری شناختی است که پریشانی را در موقعیت‌های نامشخص افزایش می‌دهد و به عنوان یک عامل خطر دخیل در ایجاد افسردگی محسوب می‌شود (احدى و مرادى، ۱۳۹۷). یک مدل دو عاملی از عدم تحمل بلا تکلیفی وجود دارد که شامل عامل عمومی و عامل بازدارنده خاص یا آینده‌نگر است. در رابطه با ابعاد افسردگی عامل عمومی این سازه ارتباط نیرومندی با ابعاد شناختی، عاطفی و جسمی افسردگی دارد و عامل بازدارنده یا آینده‌نگر آن مربوط به ابعاد شناختی افسردگی است و با بعد عاطفی و جسمانی افسردگی ارتباطی ندارد؛ بنابراین، می‌توان گفت عدم تحمل بلا تکلیفی می‌تواند یک هدف جدید برای تلاش‌های مداخله‌ای در افراد مبتلا به علائم افسردگی باشد (سالنیر، آلان، رینتز و اشمیت<sup>۹</sup>، ۲۰۱۹). هدف قرار دادن دو عامل دشواری در تنظیم هیجان و عدم تحمل بلا تکلیفی به عنوان پیش‌بینی کننده نیرومند راهبردهای ناسازگار مقابله‌ای و اجتنابی افراد با واسطه‌گری نگرانی، می‌تواند از ایجاد و تداوم چرخه اختلالات اضطرابی جلوگیری کند (دای گیسپ و تیلور<sup>۱۰</sup>، ۲۰۲۱).

على رغم گزارش‌های متعدد از سوی تحقیقات از اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی به عنوان مدلی از درمان فراتشیخی (لیهی و همکاران، ۲۰۱۹)، مطالعه‌ای

(عرفان، نوربالا، عامل، محمدی و ادبی، ۲۰۱۸)، اختلال شخصیت مرزی (صبری، یعقوبی، حسنی و محمود علیلو، ۱۴۰۰)، اختلال افسردگی اساسی (قاسم خانلو، عطادخت و صبری، ۱۴۰۰)، اضطراب مقاوم به درمان و افسردگی (لیهی، واپرمن، ادواردز، شیواجی و مولینا<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۹) اضطراب منتشر (رحمیان بوگر، کیان ارشی و تربان، ۱۳۹۲) و باورهای فراشناختی دردرساز (یاوزوز، تورک-چاپار، دمیرال و کارادیره<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۱) تائید کرده‌اند.

میزان بالای هم‌ابتلایی بین اختلالات روانی به ویژه افسردگی و اضطراب، منجر به پژوهش‌هایی در زمینه مکانیسم‌های مسئول این هم‌ابتلایی شده است که اغلب تحت عنوان عوامل فراتشیخی از آن یاد می‌شود. از میان این عوامل، تنظیم هیجان<sup>۱۳</sup> به عنوان یکی از عوامل مشترک و فراتشیخی معروفی شده است که با انواع مختلفی از آسیب‌های روانی از جمله و افسردگی (نیون، ۲۰۱۷؛ به نقل از نعمت‌طاووسی و سلطانی‌نیا، ۱۳۹۹) و اضطراب مرتبط است (دهبزرگی و داوودی، ۱۳۹۹). نظریه‌های تنظیم هیجانی آسیب‌های روانی مدعی هستند که ناتوانی در به کارگیری راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان منجر به بروز هیجانات منفی می‌شود که غیرقابل کنترل، شدید و مزمن بوده و احتمال شکل‌گیری آسیب روانی را به دنبال دارند. مطالعات تأکید می‌کنند افرادی که به صورت مداوم هیجانات خود را سرکوب کرده و از آن اجتناب می‌کنند، در معرض خطر افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از ضربه قرار دارند (باردین، کامپولا و اورکات<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۳).

<sup>6</sup>- Intolerant uncertainty

<sup>7</sup>- Worry

<sup>8</sup>- Boelen, Reijntjes & Carleton

<sup>9</sup>- Saulnier, Allan, Raines & Schmidt

<sup>10</sup>- Di Giuseppe & Taylor

<sup>1</sup>- Leahy, Wupperman, Edwards, Shivaji & Molina

<sup>2</sup>- Yavuz, Türkçapar, Demirel & Karadere

<sup>3</sup>- Emotion Regulation

<sup>4</sup>- Newman

<sup>5</sup>- Bardeen, Kumpula & Orcutt

تکمیل نکند همچنین دو عملکرد اصلی فرد مختل شده باشد، داشتن حداقل ۱۸ سال سن، تحصیلات حداقل دیپلم و ۵ ماه در دسترس بودن از زمان اجرای طرح درمان تا مرحله پیگیری بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: داشتن مشکل جسمانی و طبی حاد، داشتن اختلال سوء‌صرف مواد، ابتلا به اختلالات سایکوتیک، کسب کردن معیارهای تشخیصی اختلالات افسردگی و اضطرابی به تنها‌ی، دریافت همزمان دارو-درمانی یا روان‌درمانی بود.

بعد از پذیرش پیشنهاد پژوهشی در دانشگاه، اخذ کد اخلاق و مذاکره برای همکاری مسئولین مراکز مشاوره، آزمودنی‌ها طی یک فراخوان مجازی و تلفنی از تعدادی مراکز مشاوره برای همکاری در تحقیق دعوت شدند. شرکت کنندگانی که با آگاهی کامل از اهداف تحقیق مایل به شرکت در تحقیق بودند طبق نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی مصاحبه بالینی ساختاریافته دریافت و پرسشنامه اضطراب و افسردگی بک را تکمیل نمودند. روند تحقیق و نقش آزمودنی‌ها به طور شفاف برای شرکت کنندگان تشریح شد. همچنین، در مورد رازداری اطلاعات و نداداشتن هیچ‌گونه آسیب در تشخیص و مداخله به ایشان اطمینان داده شد. ارزیابی آزمودنی‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و بعد از ۳ ماه مرحله پیگیری انجام شد. افراد خارج شده از پژوهش جهت دریافت روان‌درمانی یا دارودرمانی به سایر درمانگران مرکز مشاوره ارجاع داده شدند. همچنین، بعد از اتمام پژوهش برای اعضای گروه کنترل یک دوره کوتاه مدت از طرحواره درمانی هیجانی اجرا شد. جهت توصیف داده‌ها از شاخص‌های آماری توصیفی مثل میانگین، انحراف معیار و برای آزمون فرض‌های آماری

در زمینه اثربخشی این رویکرد بر عوامل زیربنایی مشترک و نگه‌دارنده افسردگی و اضطراب همایند انجام نشده است. همچنین، ادعای یکپارچگی در پوشش دادن عوامل زیربنایی اختلالات خلقی و هیجانی نسبت به درمان‌های خط اول، بررسی اثربخشی این رویکرد را بر عوامل مشترک و زیربنایی در هم‌ابتلایی اضطراب و ضرورت می‌پخشند. از این‌رو تحقیق حاضر، در صدد بود به این سؤال پژوهشی پاسخ دهد که آیا طرحواره درمانی هیجانی به عنوان یک مداخله یکپارچه بر بهبود عدم تحمل بلا تکلیفی و دشواری در تنظیم هیجان در مبتلایان به افسردگی و اضطراب همایند اثربخش است؟

## روش

روش پژوهش حاضر نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی افرادی بود که در سال ۱۳۹۹ با علائم اضطراب و افسردگی همایند به مراکز مشاوره شهر اصفهان مراجعه نمودند. شیوه نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود. نمونه‌گیری تا تعداد ۴۶ نفر (زن با میانگین سنی ۳۲/۳۰) واجد شرایط تحقیق انجام شد و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش ۲۳ نفر و کنترل ۲۳ نفر گمارده شدند. در طی اجرای جلسات درمانی با توجه افت چندین آزمودنی، در نهایت در هر گروه ۱۶ نفر حضور داشتند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه و هفت‌های یک‌بار به مدت ۹۰ دقیقه مورد مداخله قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار بود. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: دارا بودن حداقل ۲ معیار بارز از اختلالات اضطرابی و افسردگی پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری به طوری که تمام ملاک‌های تشخیص اختلال را

نسخه ۲۲ تحلیل شد. محتوای جلسات مداخله طرحواره درمانی هیجانی لیهی در جدول ۱ ارائه شده است.

از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی زوجی بونفرونی استفاده شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS

**جدول ۱ خلاصه جلسات طرحواره درمانی هیجانی (لیهی، ۲۰۱۵؛ لیهی و همکاران، ۱۱)**

جلسه	محتوای جلسه
اول	ارزیابی، تدوین فرمول‌بندی موردي؛ آماده‌سازی و معرفی مدل طرحواره هیجانی، اعتبار بخشیدن به بیمار و هیجان‌ها، آموزش روانی در مورد اختلال اضطراب فراگیر، افسردگی و هیجان. تکلیف خانگی: تمایز میان افکار، احساس و رفتار-کار کرد هیجان‌ها
دوم	مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به بیمار و هیجان‌ها، مرور فرمول‌بندی موردي، شناسایی راهبردهای دردسرساز بیمار و طرحواره‌های هیجانی بیمار، تکلیف خانگی: ترسیم مدل توسط بیمار در شرایط هیجانی و شناسایی راهبردهای دردسرساز
سوم	مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، به کار گیری تکنیک شناسایی و برچسب زنی هیجان‌ها، تکلیف خانگی: ثبت هیجان‌ها، مشاهده و توصیف هیجان
چهارم	مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، استفاده از تکنیک عادی‌سازی هیجان، تکنیک کاهش استرس، تکلیف خانگی: آزمایش رفتاری در مورد اینکه هیجان‌های احتمالی که سایر افراد ممکن است در چنین شرایطی داشته باشند، تمرین کاهش استرس
پنجم	مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، چالش با باورهای غلط هیجانی، تکنیک پذیرش هیجان، تکلیف خانگی: باورهای غلط، مطالعه حقایق پایه در مورد هیجان‌ها، مزایا و معایب پذیرش هیجان‌ها
ششم	مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، ترغیب بیمار برای رها ساختن راهبردهای دردسرساز، شناسایی راهبردهای مفید و معرفی ذهن آگاهی به منظور دست کشیدن از نگرانی و نشخوار و راهبردهای رفتاری، تکلیف خانگی: تحمل احساسات آمیخته، ذهن آگاهی
هفتم	مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، ادامه چالش با راهبردهای دردسرساز، کار بر روی باورها و تفسیرهای منفی از هیجان (کنترل، پذیرش، توافق، طول مدت و...)
هشتم	مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، ادامه چالش با باورها و تفسیرهای منفی بیمار از هیجان، تکلیف خانگی: متناسب با باورها و تفسیرهای منفی از هیجان (دیدگاه ساده‌انگارانه در مورد هیجان‌ها، احساس گناه، شرم و...)
نهم	مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، ادامه چالش با باورهای و تفسیرهای منفی در مورد هیجان، استفاده از تکنیک بالا رفتن از نردنیان معانی، تکلیف خانگی: متناسب با باورها و تفسیرهای منفی بیمار از هیجان، پیوند با ارزش‌های والاتر
دهم	مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، ادامه چالش با باورها و تفسیرهای منفی در مورد هیجان، پیوند با ارزش‌های والاتر، تکنیک فضاسازی برای هیجان، گفتگو در مورد هر گونه مستله باقیمانده، ارائه نسخه‌ای مکتوب از تکنیک‌ها و جلسات به بیمار

هیجان ساخته شده است و دارای ۳۶ گویه است. مؤلفه‌های این مقیاس عبارتند از: عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی (۱۱، ۱۲، ۱۱، ۲۱، ۲۳، ۲۵، ۲۹)، دشواری‌های دست زدن به رفتار هدفمند (۳۳، ۲۶، ۲۰، ۱۸، ۱۳)، دشواری‌های کنترل تکانه (۳۲، ۲۷، ۲۴، ۱۹، ۱۴، ۳)، فقدان

ابزار پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان<sup>۱</sup>: این پرسشنامه یک مقیاس خودگزارشی است که توسط گراتز و رومر<sup>۲</sup> برای ارزیابی‌های دشواری‌های موجود در تنظیم

<sup>1</sup>- Emotion Regulation Questionnaire  
<sup>2</sup>- Gratz & Roemer

عوامل این مقیاس عبارتند از: ناتوانی برای انجام عمل (۱، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۲۰، ۲۲)، استرس‌آمیز بودن بلااتکلیفی (۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۱۷، ۲۴، ۲۶)، منفی بودن رویداد غیرمنتظره و اجتناب (۸، ۱۰، ۱۹، ۱۱، ۲۱) و بلااتکلیفی در مورد آینده (۱۶، ۱۸، ۲۳، ۲۷) بود (دھقان، ۱۳۹۲). در پژوهش عثمان اوغلو، کریس‌ول، اسنونگس، استوفزند و داد<sup>۳</sup> (۲۰۲۱) روایی سازه این مقیاس به روش تحلیل عاملی تأییدی با ۲۲۷ نوجوان (۱۱۵ پسر و ۱۱۲ دختر) بررسی شد. الگوی تک عاملی از برآش مطلوبی برای داده‌ها برخوردار بود. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و پایایی بازآزمون از طریق ضریب همبستگی درون خوشه‌ای ۰/۸۲ بود.

### یافته‌ها

تمامی آزمودنی‌های این تحقیق متشکل از بانوان و دامنه سنی آزمودنی‌ها ۱۹ تا ۵۳ سال، همچنین میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها در گروه طرحواره درمانی هیجانی به ترتیب  $8/65 \pm 8/67$  و در گروه گواه  $7/93 \pm 31/43$  بود. در گروه طرحواره درمانی هیجانی ۵ نفر سیکل ( $31/3$ ٪)، ۵ نفر دیپلم ( $31/3$ ٪) و ۶ نفر لیسانس ( $37/4$ ٪)؛ همچنین در گروه گواه ۴ نفر سیکل ( $25$ ٪)، ۷ نفر دیپلم ( $43/8$ ٪) و ۵ نفر لیسانس ( $31/3$ ٪) بودند. شرایط اقتصادی آزمودنی‌های گروه طرحواره درمانی هیجانی ۲ نفر کمتر از متوسط ( $12/5$ ٪)، ۱۰ نفر متوسط ( $62/5$ ٪) و ۴ نفر بالای متوسط ( $25$ ٪)؛ و در گروه گواه ۴ نفر کمتر از متوسط ( $25$ ٪)، ۹ نفر متوسط ( $56/25$ ٪) و ۳ نفر بالای متوسط ( $18/75$ ٪) بود. آزمودنی‌ها در طرحواره درمانی هیجانی ۱۰ نفر متائل ( $62/5$ ٪) و ۶ نفر

آگاهی هیجانی ( $36$ ،  $35$ ،  $30$ ،  $22$ ،  $16$ ،  $15$ ،  $8$ ،  $2$ ،  $۱۰$ ،  $۳۴$ ) و فقدان شفافیت هیجانی ( $9$ ،  $۵$ ،  $۷$ ،  $۹$ ،  $۱۱$ ،  $۴$ ). پاسخ به این مقیاس در دامنه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) قرار دارد. نتایج مربوط به بررسی پایایی، نشان می‌دهد که این مقیاس دارای همسانی درونی بالای کل مقیاس  $0/93$  و پایایی بازآزمایی مطلوبی برای نمرات کلی این مقیاس بود ( $0/80 < P < 0/01$ ). در رابطه با روایی نیز بررسی‌ها نشانگر روایی سازه و پیش‌بین کافی برای این مقیاس است. ثبات به روش بازآزمون با تعداد نمونه مذکور در فاصله ۹ هفتاهی،  $0/88$  و در زیرمقیاس‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم شفافیت هیجانی به ترتیب  $0/76$ ،  $0/74$ ،  $0/67$  و  $0/90$  و  $0/79$  نشان داده شد. در مطالعه کرمانی مازنندی و طالع‌پسند (۱۳۹۶) روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی این مقیاس را بررسی و نتایج ۶ عامل را نشان داد که برآش مطلوبی داشتند. پایایی به روش همسانی درونی به محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از زیرمقیاس‌ها به ترتیب  $0/75$ ،  $0/74$ ،  $0/68$ ،  $0/74$ ،  $0/66$  و  $0/63$  و برای مقیاس کل  $0/72$  بدست آمد. مقیاس عدم تحمل بلااتکلیفی<sup>۱</sup>: این مقیاس توسط فریستون<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۴) برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بلااتکلیفی طراحی شده است. این مقیاس از ۲۷ آیتم تشکیل شده است که آزمودنی‌ها براساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای (به هیچ وجه = ۱ تا بسیار زیاد = ۵) به سؤال پاسخ می‌دهند.

<sup>1</sup>- Intolerance of Uncertainty Scale

<sup>2</sup>- Freeston

توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار مربوط به متغیرهای تحقیق در جدول ۲ ارائه شده است.

مجرد (۵/۳۷٪) بودند و در گروه گواه ۹ نفر متأهل (۲۵/۵۶٪) و ۷ نفر مجرد (۷۵/۴۳٪) بودند. اطلاعات

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار عدم تحمل بلا تکلیفی و دشواری تنظیم هیجان

متغیر	گروه	شاخص	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
آزمایش	میانگین		۸۵/۰۶	۵۹/۳۱	۶۱/۶۸
	انحراف استاندارد		۱۹/۷۲	۱۶/۷۵	۱۹/۹۷
	میانگین		۸۴/۲۵	۸۲/۷۸	۸۳/۱۱
	انحراف استاندارد		۱۶/۴۴	۱۳/۲۷	۱۱/۴۲
آزمایش	میانگین		۱۰/۸۵	۸۷/۹۳	۹۶/۴۳
	انحراف استاندارد		۸/۷۲	۱۲/۵۴	۱۳/۰۸
	میانگین		۱۰/۹۳	۱۱۶/۳۱	۱۱۵/۱۸
	انحراف استاندارد		۱۹/۵۵	۱۶/۰۸	۱۶/۶۹
عدم تحمل بلا تکلیفی					
دشواری تنظیم هیجان					
کنترل					

لوین نیز نشان داد پیش فرض همگنی واریانس ها با توجه به سطح معناداری  $p < 0.05$  برقرار است. همچنین نتایج آزمون موخلی نیز نشان داد پیش فرض کرویت در متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی و دشواری تنظیم هیجان برقرار و سطح معنی داری متغیرها به ترتیب  $0.059$  و  $0.105$  بدست آمد؛ بنابراین، پیش فرض های تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای مقایسه گروه های آزمایش و کنترل در نمرات متغیرها، پیش فرض های این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کلمو گروف - اسپیرنوف برای متغیرهای تحقیق معنادار نبود ( $p > 0.05$ ). نتایج آزمون

جدول ۲ نشان می دهد میانگین متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی و دشواری در تنظیم هیجان در گروه آزمایش کاهش قابل ملاحظه ای در مرحله پس آزمون داشته و نمرات میانگین در مرحله پیگیری برگشت ناچیزی داشته است.

پیش از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای مقایسه گروه های آزمایش و کنترل در نمرات متغیرها، پیش فرض های این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کلمو گروف - اسپیرنوف برای متغیرهای تحقیق معنادار نبود ( $p > 0.05$ ). نتایج آزمون

جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیوی مکرر متغیرها

متغیر	منبع	مجموع	میانگین	آزادی	F	سطح مجذور	مجذور	معناداری آتا
عدم تحمل بلا تکلیفی	زمان	۳۴۸۹/۸۱۳		۲	۱۷۴۴/۹۰۶	۱۰/۳۷	۰/۰۰۲	۰/۲۵۷
	گروه	۵۴۰۰/۰۰۰		۱	۵۴۰۰/۰۰۰	۱۴/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۳۲۴
	زمان*گروه	۳۰۰۷/۳۱۳		۲	۱۵۰۳/۶۵۶	۸/۹۴	۰/۰۰۲	۰/۲۳۰
	زمان	۱۳۰۵/۶۸۱		۲	۶۵۲/۸۴۰	۳/۸۸	۰/۰۰۲	۰/۰۷۹
دشواری در تنظیم هیجان	گروه	۶۲۲۴/۲۶۰		۱	۶۲۲۴/۲۶۰	۲۲/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۴۳۰
	زمان*گروه	۱۲۲۳/۷۶۶		۲	۱۲۲۳/۷۶۶	۱۱/۲۳	۰/۰۰۲	۰/۲۷۲

با توجه به معناداری اثر تعاملی، نتایج آزمون تعقیبی بنفروندی برای مقایسه اثرات گروه‌ها و زمان‌ها در جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد برای متغیر عدم تحمل بلاطکلیفی اثر زمان، اثر گروه و تعامل اثر زمان و گروه معنادار؛ همچنین اثر زمان، اثر گروه و تعامل هر دو برای متغیر دشواری در تنظیم هیجان معنادار است ( $P < 0.01$ ).

**جدول ۴ نتایج آزمون تعقیبی بنفروندی برای مقایسه زوجی اثر زمان و گروه**

		تفاوت گروه		متغیر	
		تفاوت	خطای	کنترل	طرحواره درمانی هیجانی
مقدار	احتمال	استاندارد میانگین	مقدار	استاندارد میانگین	مقدار
عدم تحمل بلاطکلیفی	دشواری در تنظیم هیجان	-۱۴/۹۸۷	-۳/۹۵	-۱۶/۱۰۴	-۳/۳۸
		پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	عدم تحمل بلاطکلیفی
۰/۰۰۲	۰/۰۰۵	۱۵/۵۶۳	۱۱/۸۴۴	۰/۰۰۱	۰/۰۰۸
۱	۲/۵۷	-۱/۷۱۹	پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون
۰/۰۰۱	۰/۰۰۸	۲۰/۳۱۳	۱۱/۸۱۳	۰/۰۰۱	۰/۱۵۰
		پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون
		-۸/۵۰۰	-۸/۵۰۰		

هیجان در مبتلایان به افسردگی و اضطراب همایند انجام شد. یافته‌های آماری در رابطه با اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر عدم تحمل بلاطکلیفی نشان داد طرحواره درمانی هیجانی بر عدم تحمل بلاطکلیفی افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب همایند اثربخش است. نتایج آزمون تعقیبی نیز نشان داد، این مداخله توانسته این بهبودی را تا مرحله پیگیری نگه دارد. این یافته‌ها همسو با سایر مطالعات مشابه بهوندی، خیاطان و گلپرور (۱۴۰۰)؛ علیزاده‌فرد (۱۳۹۹)؛ لیهی (۲۰۱۵)؛ دای گیسپ و تیلور (۲۰۲۱) و فلورس، لوپز، ورولیت و کوباس<sup>۱</sup> (۲۰۱۸) بود؛ که نشان دادند طرحواره درمانی هیجانی تأثیر معناداری بر اختلالات اضطرابی و افسردگی دارد. تحقیق ناهمسو با این یافته موجود نبود. در تبیین این یافته می‌توان گفت

همانطور که در جدول ۴ نشان داده شده، اثر بین گروهی طرحواره درمانی هیجانی نسبت به گروه کنترل برای متغیر عدم تحمل بلاطکلیفی معنادار؛ و همچنین اثر بین گروهی طرحواره درمانی هیجانی نسبت به گروه کنترل برای متغیر دشواری در تنظیم هیجان معنادار بود. در بخش تفاوت زمان‌ها اثربخشی معنادار درون گروهی طرحواره درمانی هیجانی برای متغیر عدم تحمل بلاطکلیفی مشهود؛ و همچنین اثر درون گروهی این مداخله بر متغیر دشواری در تنظیم هیجان معنادار بود. اثر درون گروهی در هر دو متغیر تا مرحله پیگیری پایدار بود ( $P < 0.01$ ).

## بحث

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر عدم تحمل بلاطکلیفی، دشواری تنظیم

<sup>۱</sup>- Flores, López, Vervliet & Cobos

تنظیم هیجان در موقع بلا تکلیفی و خودنظمی هیجانی زمینه ارزیابی واقع بینانه موقعیت و پتانسیل های خود را برای بیمار فراهم می کند. خودنظمی هیجانی ناشی از اصلاح باورهای فرا هیجانی و کنترل اجتناب هیجانی و رفتاری منجر به مدیریت نگرانی می شود (دای گیسپ و همکاران، ۲۰۲۱).

یافته ها در رابطه با اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر دشواری تنظیم هیجان نشان می دهد که طرحواره درمانی هیجانی بر دشواری تنظیم هیجان افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب هماین دارد. نتایج آزمون تعقیبی نیز نشان می دهد، این مداخله توانسته این بهبودی را تا مرحله پیگیری نگه دارد. این یافته از کارایی طرحواره درمانی هیجانی، با نتایج تحقیقات مشابه محمدی، سپهری شاملو و اصغری ابراهیم آبادی (۱۳۹۸)؛ عرفان، نوربالا، کرباسی عامل، محمدی و ادبی (۲۰۱۸)؛ قدمپور و همکاران (۱۳۹۹)؛ قدرتی شاه توری و همکاران (۱۳۹۷)؛ معموصی- تبار، افشاری نیا، امیری و سادات حسینی (۱۳۹۹)؛ دانشمندی، ایزدی خواه، ویلسون و فروشانی<sup>۲</sup> (۲۰۱۹) و قاسم خانلو، عطادخت و صبری (۱۴۰۰) همسو بود. به عنوان مثال، بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای تنظیم هیجانی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی نتایج نشان داد، طرحواره درمانی هیجانی در کاهش راهبردهای ناسازگار و افزایش راهبردهای سازگار مؤثر است. همچنین، حساسیت اضطرابی زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی را بهبود می بخشد (مرواریدی و همکاران، ۲۰۱۹). این تحقیقات اغلب دوره پیگیری نداشتند و هیچکدام افراد مبتلا به هماین دی افسردگی و

بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب هماین دار موقعیت- های بلا تکلیف، نگرانی و هیجانات ناخوشایندی را تجربه می کنند و معمولاً برای اجتناب از این احساسات ناخوشایند از راهبردهای مقابله ای ناکارآمد استفاده می - کنند. نگرانی و نشخوار ذهنی راهبرد اصلی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر برای مقابله با عدم تحمل بلا تکلیفی و محصول اجتناب شناختی از وضعیت بلا تکلیف است (چن، یائو و کویان<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸). سوگیری منفی نسبت به هیجانها و اجتناب از آنها به عنوان مکانیسم دیگری برای تشدید نگرانی مطرح شده است. اجتناب هیجانی و شناختی در هر شکل می تواند منجر به تشدید حساسیت فرد به بلا تکلیفی و هیجانات ناخوشایند مربوط به آن و در نهایت انفعال و افسردگی کامل شود.

طرحواره درمانی هیجانی برای قطع این چرخه روی تجارب هیجانی پریشان کننده و اعتباربخشی به آنها تمرکز می کند. بیماران با تمرین راهبردهای مشاهده و پذیرش تجارب ناخوشایند هیجانی و بدنی به این ظرفیت درونی دست می یابند که در شرایط عدم قطعیت تجارب ناخوشایند درونی خود را به رسمیت بشناسند و تاب بیاورند. تاب آوری هیجانی از طریق مرتبط کردن هیجانات به ارزش های متعالی و تمارین تجربی حضور در لحظه و ذهن آگاهی تقویت می شود. این اقدامات همراه با اعتبار بخشی و باز تجربه هیجانات اصیل مانند احساس شرم، گناه، ضعف، خشم و ... است؛ بنابراین، فرد به جای کنترل فرسایشی و بی اثر رخدادهای درونی خود، آینده و عوامل بیرونی، دست به فعال سازی رفتاری در قالب تعهد به سیستم ارزشی در «اینجا و اکنون» می زند. همچنین، طرحواره درمانی هیجانی با اصلاح راهبردهای شناختی

<sup>2</sup>- Daneshmandi, Izadikhah, Wilson & Forooshani

<sup>1</sup>- Chen, Yao & Qian

ارزش‌های متعالی تاب‌آوری هیجانی بیماران را بهبود می‌بخشد؛ بیمار در فضای همدلانه از طریق اصلاح طرحواره‌ها باعث بهبود تحمل بلا تکلیفی و بدنظری هیجانی به رویدادهای درونی پاسخ کارآمد می‌دهد. از محدودیت‌های این تحقیق می‌توان به تک جنسیتی بودن آزمودنی‌ها و استفاده از مقیاس‌های خودگزارشی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری اشاره کرد. توصیه می‌شود در تحقیقات آتی در مقایسه اثربخشی این مداخله، از آزمودنی‌های زن و مرد استفاده شود و در مرحله پس-آزمون و پیگیری، جدا از ابزارهای خودگزارشی از ابزارهای تشخیصی و بالینی استفاده شود تا علامت بیماران به صورت بالینی ارزیابی و نتایج کیفی نیز گزارش شود.

### سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکترا و دارای کد اخلاق IR.ARUMS.REC.1399.416 پژوهشگران اردبیل می‌باشد. از تمامی اساتید، همکاران و عزیزانی که در اجرای این تحقیق یاریگر بودند به ویژه افرادی که به عنوان آزمودنی در تمامی مراحل تحقیق شرکت نمودند، کمال سپاسگزاری را داریم. نویسنده‌اند مقاله حاضر هیچ گونه تعارض منافعی را ذکر نکرده‌اند.

### References

- Ahadi B, Moradi F. (2017). Psychological correlates of uncertainty intolerance: (meta-analysis of Persian articles). *Journal of Psychological Health Research*, 12(3), 91-105. (In Persian)
- Alizadeh Fard S. (2019). Prediction of cognitive emotion regulation strategies based on health anxiety and uncertainty intolerance in outpatients with corona. *Journal of Social Cognition*, 2, 41-59. (In Persian)
- Bardeen JR, Kumpula MJ, Orcutt HK. (2013). Emotion regulation difficulties as a prospective

اضطراب را مورد مطالعه قرار نداده بودند. تحقیقات ناهمسو با این یافته نیز موجود نبود.

از آنجایی که دشواری در تنظیم هیجان، استفاده افراد از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان را شامل می‌شود، شناسایی و اصلاح طرحواره‌های هیجانی مانند غیرقابل کنترل بودن، اختصاصی بودن، سرزنش، احساس گناه و نشخوار ذهنی به بیمار کمک می‌کند پیامد پاسخ به چنین طرحواره‌هایی را که منجر به کوشش‌های بی‌اساس برای رهایی از احساسات ناخوشایند می‌شوند، بررسی کنند. معمولاً یک ارزیابی منصفانه از پیامدهای بلندمدت اجتناب و انزجار از هیجانات ناشی از طرحواره‌های ناسازگار، بیمار را به نقش شیوه‌های مقابله ناکارآمد در پریشانی روانی آگاه می‌کند. اینکه، هیجان‌زدگی‌ها و تصمیمات تکانشی و عادت‌های مخرب نتیجه اصلی راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجانی است. طرحواره درمانی هیجانی، به بیماران کمک می‌کند طرحواره‌های هیجانی خود را ارزیابی و اصلاح کنند و رابطه سازگارانه‌ای با هیجانات خود برقرار نمایند (تیرچ، لیهی، سیلبرستین و ملوانی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). پذیرش و تجربه احساسات ناخوشایند به جای به کارگیری راهبردهای ناسازگارانه نقطه مهم تغییر در تنظیم هیجانات است. این مداخلات در بافت مبتنی بر اعتباربخشی هیجانات و ارتباط درمانی از طرف طرحواره درمانگر هیجانی میسر می‌شود.

### نتیجه‌گیری

به طور کلی طرحواره درمانی هیجانی به عنوان یک درمان یکپارچه، از طریق افزایش پذیرش هیجان‌های دردناک و متعارض (تحمل دوسوگرایی<sup>۲</sup>) و تعهد به

<sup>۱</sup>- Tirch, Leahy, Silberstein & Melwani

<sup>۲</sup>- Dichotomy

- predictor of posttraumatic stress symptoms following a mass shooting. *J Anxiety Disord*, 7, 96-188.
- Behvandi N, Khayatan F, Golparvar M. (2021). Comparison of the effectiveness of emotion-oriented therapy based on compassion with therapy based on compassion on perfectionism and intolerance of uncertainty in patients with primary headache symptoms. *Psychological Methods and Models Quarterly*, 12(43), 114-130. (In Persian)
- Boelen PA, Reijntjes A, Carleton RN. (2014). Intolerance of uncertainty and adult separation anxiety. *Cognitive behaviour therapy*, 43(2), 133-144.
- Chen S, Yao N, Qian M. (2018). The influence of uncertainty and intolerance of uncertainty on anxiety. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 61, 60-65.
- Daneshmandi S, Izadikhah Z, Wilson LA, Forooshani S. (2019). Emotional schema therapy improves emotion regulation in individuals with a history of child abuse and neglect. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12, 5-15. (In Persian)
- Dan-Glauser ES, Scherer KR. (2012). The difficulties in emotion regulation scale (DERS). *Swiss Journal of Psychology*.
- Deh Bozorgi Y, Dawoodi A. (2019). The mediating role of difficulty in emotion regulation in the relationship between attachment to parents and symptoms of social anxiety disorder in adolescent girls. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 7, 43-56. (In Persian)
- Di Giuseppe K, Taylor AJ. (2021). Investigating how intolerance of uncertainty and emotion regulation predict experiential avoidance in non-clinical participants. *Psychological Studies*, 66(2), 181-190.
- Edwards E, Leahy R, Snyder S. (2022). Patterns of emotional schema endorsement and personality disorder symptoms among outpatient psychotherapy clients. *Motivation and Emotion*, 1-11.
- Erfan A, Noorbala AA, Amel SK, Mohammadi A, Adibi P. (2018). The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on the Emotional Schemas and Emotional Regulation in Irritable Bowel Syndrome: Single Subject Design. *Advanced biomedical research*, 7, 72. (In Persian)
- Flores A, López FJ, Vervliet B, Cobos PL. (2018). Intolerance of uncertainty as a vulnerability factor for excessive and inflexible avoidance behavior. *Journal of behavior research and therapy*, 104, 34-43.
- Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. (1994). Why do people worry?. *Personality and individual differences*, 17(6), 791-802.
- Ghadampour E, Hosseini Ramghani NA, Moradiani Gizehroud SKh. (2017). The effectiveness of emotional schema-therapy on anxiety sensitivity and emotion regulation strategies of anxious students. *Armaghane Danesh*, 23(5), 591-607. (In Persian)
- Ghasem Khanlou A, Atadakht A, Sabri V. (2022). The effect of emotional schema therapy on the severity of depression, emotional dysregulation and emotional schemas of patients with major depression. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 8, 76-88. (In Persian)
- Ghodrati Shahrturi K, Rah-Najat AH, Dabbagh P, Taghva A, Donyavi V, Ebrahimi MR, Ghahvechi-Alhosseini F. (2019). The effectiveness of emotional schema therapy on improving the cognitive regulation of emotions in soldiers committing self-harm. *Journal of Military Medicine*, 22(9), 956-968. (In Persian)
- Gratz KL, Roemer L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.

- Johnson SU, Hoffart A. (2016). Metacognitive therapy for comorbid anxiety disorders: a case study. *Frontiers in psychology*, 1515.
- Kermani Mazandi Z, Tale Pasand S. (2018). Psychometric characteristics of difficulties in Emotion Regulation Scale in Semnan University students. *Journal of Instruction and Evaluation*, 11(42), 117-142. (In Persian)
- Kladnitski N, Black M, Haffar S, Joubert A, Newby JM. (2022). Mediators of symptom improvement in transdiagnostic internet cognitive behavioural therapy for mixed anxiety and depression. *Clinical Psychologist*, 26(2), 167-180.
- Leahy RL, Tirc D, Napolitano LA. (2011). Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide. Guilford Press.
- Leahy RL, Wupperman P, Edwards E, Shivaji S, Molina N. (2019). Metacognition and emotional schemas: Effects on depression and anxiety. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(1), 25-37.
- Leahy RL. (2015). Emotional schema therapy. Guilford Publications.
- Masoumi Tabar Z, Afsharinia K, Amiri H, Hosseini SA. (2019). Investigating the effectiveness of schema-emotional therapy on emotional regulation problems and marital satisfaction of maladjusted women in the first decade of life. *Psychological Sciences*, 19(95), 1497-1506. (In Persian)
- Mohammadi H, Sepehari-Shamlou Z, Asghari-Ebrahim-Abadi MJ. (2018). Effectiveness of group emotional schema therapy on reducing psychological distress and difficulty in regulating emotions of divorced women. *Thought and Behavior*, 13(51), 27-36. (In Persian)
- Morvaridi M, Mashhadi A, Shamloo ZS, Leahy RL. (2019). The effectiveness of group emotional schema therapy on emotional regulation and social anxiety symptoms. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(1), 16-24. (In Persian)
- Nemat Tavousi M, Soltani-Nia Sh. (2019). The mediating role of experiential avoidance in the relationship between emotional dyslexia and emotion regulation in patients with major depression after traumatic brain injury. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 7, 140-152. (In Persian)
- Newby JM, McKinnon A, Kuyken W, Gilbody S, Dalgleish T. (2015). Systematic review and meta-analysis of trans-diagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical psychology review*, 40, 91-110.
- Osmanağaoğlu N, Creswell C, Snuggs S, Stuijfsand S, Dodd HF. (2021). Evaluating the psychometric properties of the intolerance of uncertainty scale for children in a preadolescent sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 77, 102343.
- Sabri V, Yaghubi H, Hasani J, Mahmodalilo M. (2022). The effectiveness of dialectical behavior therapy and emotional schema therapy on reducing the symptoms of borderline personality disorder. *Clinical Psychology and Personality*, 19(2), 1-16. (In Persian)
- Saulnier KG, Allan NP, Raines AM, Schmidt NB. (2019). Depression and intolerance of uncertainty: Relations between uncertainty subfactors and depression dimensions. *Psychiatry*, 82(1), 72-79.
- Tirc DD, Leahy RL, Silberstein LR, Melwani PS. (2012). Emotional schemas, psychological flexibility, and anxiety:the role of flexible response patterns to anxious arousal. *IntJ Cognitive Ther*, 5(4), 380-391.
- Yavuz KF, Türkçapar MH, Demirel B, Karadere E. (2011). Adaptation, validity and reliability of the Leahy Emotional Schema Scale Turkish version based on Turkish university students and workers. *Dusunen Adam the Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 24(4), 273.