

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 Nedaei¹, Hoseyn Gamari Givi², Ali Sheykhosslami³, Ismaeil Sadri Damirchi³

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, Sheykhosslami 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>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

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

علی ندائی^۱، حسین قمری گیوی^۲، علی شیخ الاسلامی^۳، اسماعیل صدری دمیچی^۳

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

۲. استاد، گروه مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (مولف 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 مراجعه‌کننده به مراکز 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 اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها حاکی از این بود که طرحواره درمانی هیجانی اثربخشی درون‌گروهی و بین‌گروهی 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 ۰/۳۲۴ و ۰/۴۳۰ بود ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: طرحواره درمانی هیجانی می‌تواند به عنوان یک درمان یکپارچه عوامل فراتشخیصی 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

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 نگه دارنده و پاسخ به درمان های فراتشخیصی مشترک هستند (نیوبای، مک کوین، کویی-کن، گیلبدی و دالگلیش^۱، ۲۰۱۵). بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب همانند، سطح پیچیده تر و بالاتری از آسیب روانی را نسبت به مبتلایان بدون همانندی تجربه می کنند. حدود ۵۵ درصد بیماران مبتلا به اختلال افسردگی، ملاک های حضور یک اختلال خلقی یا اضطرابی دیگر را دارند. زمانی که عمر ابتلای اختلال دوم مدنظر باشد، این میزان به ۷۶ درصد هم می رسد (کلدنستکی، بلاک، هافر، جوهرت و نیوبای^۲، ۲۰۲۲). همانندی اختلالات هیجانی و عاطفی با مقاومت مضاعف و پیش آگهی منفی به درمان، می تواند برای کارایی مداخلات درمانی رایج و مبتنی بر شواهد چالش انگیز باشد. رویکردهای مبتنی بر شواهد برای تشخیص چندگانه، درمانگران را ملزم می کند تا اهداف درمانی را اولویت بندی کنند و هر بار به یکی از مشکلات پردازند. در حال حاضر، تحولات در زمینه طرح های واحد و درمان های یکپارچه نگر پیشنهاد می کنند که رویکردهای بین تشخیصی^۳ یا فراتشخیصی ممکن است اثربخش تر از رویکردهای درمانی به شیوه جداگانه باشد (جانسون و هوفارت^۴، ۲۰۱۶).

اخیراً در درمان و علت شناسی اختلالات خلقی و عاطفی همبود، بر عوامل زیربنایی و فراتشخیصی تأکید بسیاری شده است. یکی از این روش ها متمرکز کردن درمان بر

متغیرهای سببی بالقوه مثل طرحواره های هیجانی^۵ است. از چگونگی تفسیر هیجان و بکارگیری راهبردهای مقابله با آن تحت عنوان طرحواره های هیجانی یاد می شود. لیهی^۶ یک رویکرد درمانی جدیدی به نام طرحواره درمانی هیجانی^۷ ابداع کرده است که طرحواره های هیجانی را هدف قرار می دهد. این الگوی درمانی که حاصل ترکیب مدل فراشناختی ولز^۸، درمان هیجان مدار گرینبرگ^۹، شفقت درمانی گیلبرت^{۱۰} و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش است، تلاش می کند درمان های 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^{۱۱}، ۲۰۲۲).

در الگوی طرحواره هیجانی افراد از نظر تفسیر و ارزیابی- هایی که از تجربه هیجانی خود به عمل می آورند با یکدیگر تفاوت داشته و ممکن است با راهبردهای مختلف مثل، اجتناب تجربی (مانند سرکوبی، گریز و اجتناب)، راهبردهای شناختی بی ثمر (تکیه بیش از حد بر نشخوار فکری و نگرانی)، حمایت اجتماعی (راهبردهای اعتباریابی انطباقی و غیرانطباقی) و یا راهبردهای دیگر بکوشند با هیجان های خود مقابله کنند (لیهی، تیرچ و ناپولیتانو^{۱۲}، ۲۰۱۱).

در همین راستا پژوهش ها 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 تحریک پذیر و اضطراب فراگیر

^۵- Emotional Schema Model (ESM)

^۶- Leahy

^۷- Emotional Schema Therapy (EST)

^۸- Wells

^۹- Greenberg

^{۱۰}- Gilbert

^{۱۱}- Edwards & Snyder

^{۱۲}- Leahy, Tirsch & Napolitano

^۱- Newby, McKinnon, Kuyken, Gilbody & Dalgleish

^۲- Kladniski, Black, Haffar, Joubert & Newby

^۳- Transdiagnostic

^۴- 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^۶ است که نمود اصلی اصلی آن نگرانی^۷ مفرط و غیرقابل کنترل است (بولن، رینتز و کارلتون^۸، 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 (احدی و مرادی، 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، رینز و اشمیت^۹، ۲۰۱۹). هدف قرار دادن دو عامل دشواری در تنظیم هیجان و عدم تحمل بلا تکلیفی به عنوان پیش‌بینی‌کننده نیرومند راهبردهای ناسازگار مقابله-ای و اجتنابی افراد با واسطه‌گری نگرانی، می‌تواند از ایجاد و تداوم چرخه اختلالات اضطرابی جلوگیری کند (دای‌گیسپ و تیلور^{۱۰}، ۲۰۲۱).

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

(عرفان، نوربالا، عامل، محمدی و ادیبی، ۲۰۱۸)، اختلال شخصیت مرزی (صبری، یعقوبی، حسنی و محمود علیلو، ۱۴۰۰)، اختلال افسردگی اساسی (قاسم‌خانلو، عطادخت و صبری، ۱۴۰۰)، اضطراب مقاوم به درمان و افسردگی (لیهی، واپرم، ادواردز، شیواجی و مولینا^۱، ۲۰۱۹)، اضطراب منتشر (رحیمیان بوگر، کیان‌ارثی و تبران، ۱۳۹۲) و باورهای فراشناختی دردسرساز (یاووز، تورک-چاپار، دمیرال و کارادره^۲، ۲۰۱۱) تأیید کرده‌اند.

میزان بالای هم‌ابتلائی بین اختلالات روانی به ویژه افسردگی و اضطراب، منجر به پژوهش‌هایی در زمینه مکانیسم‌های مسئول این هم‌ابتلائی شده است که اغلب تحت عنوان عوامل فراتشخیصی از آن یاد می‌شود. از میان این عوامل، تنظیم هیجان^۳ به عنوان یکی از عوامل مشترک و فراتشخیصی معرفی شده است که با انواع مختلفی از آسیب‌های روانی از جمله و افسردگی (نیومن^۴، ۲۰۱۷؛ به نقل از نعمت‌طاووسی و سلطانی‌نیا، ۱۳۹۹) و اضطراب مرتبط است (ده‌بزرگی و داودی، 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^۵، ۲۰۱۳).

^۶- Intolerance uncertainty

^۷- Worry

^۸- Boelen, Reijntjes & Carleton

^۹- Saulnier, Allan, Raines & Schmidt

^{۱۰}- Di Giuseppe & Taylor

^۱- Leahy, Wupperman, Edwards, Shivaji & Molina

^۲- Yavuz, Türkçapar, Demirel & Karadere

^۳- Emotion Regulation

^۴- Newman

^۵- Bardeen, Kumpula & Orcutt

در زمینه اثربخشی این رویکرد بر عوامل زیربنایی مشترک و نگه‌دارنده افسردگی و اضطراب همانند 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 هم‌ابتلائی اضطراب و ضرورت می‌بخشد. از این رو 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 همانند 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 همانند 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 به‌طور 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

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 سوء‌مصرف مواد، ابتلا به اختلالات سایکوتیک، کسب کردن معیارهای تشخیصی اختلالات افسردگی و اضطرابی به تنهایی، 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. شرکت‌کنندگانی 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 شرکت‌کنندگان تشریح شد. همچنین، در مورد رازداری اطلاعات و نداشتن 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

از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی نسخه ۲۲ تحلیل شد. محتوای جلسات مداخله طرحواره زوجی بونفرونی استفاده شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS درمانی هیجانی لیهی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱ خلاصه جلسات طرحواره درمانی هیجانی (لیهی، ۲۰۱۵؛ لیهی و همکاران، ۲۰۱۱)

جلسه	محتوای جلسه
اول	ارزیابی، تدوین فرمول‌بندی موردی؛ 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-کارکرد هیجان‌ها
دوم	مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به بیمار و هیجان‌ها، مرور فرمول‌بندی موردی، 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، اعتباربخشیدن به هیجان‌های بیمار، به کارگیری تکنیک شناسایی و برجسته‌سازی 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، اعتباربخشیدن به هیجان‌های بیمار، چالش با باورهای غلط هیجانی، تکنیک پذیرش هیجان، تکلیف خانگی: باورهای غلط، مطالعه‌ی حقایق پایه در مورد هیجان‌ها، مزایا و معایب پذیرش هیجان‌ها
ششم	مرور تکلیف خانگی، اعتباربخشیدن به هیجان‌های بیمار، ترغیب بیمار برای 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، اعتباربخشیدن به هیجان‌های بیمار، ادامه‌ی چالش با راهبردهای دردسرساز، کار بر روی باورها و تفسیرهای منفی از هیجان (طرحواره هیجانی)، تکلیف خانگی: ذهن آگاهی و متناسب با باورها و تفسیرهای منفی بیمار از هیجان (کنترل، پذیرش، توافق، طول مدت و...)
هشتم	مرور تکلیف خانگی، اعتباربخشیدن 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، اعتباربخشیدن به هیجان‌های بیمار، ادامه چالش با باورهای و تفسیرهای منفی در مورد هیجان، استفاده از تکنیک بالا رفتن از نردبان معانی، تکلیف خانگی: متناسب با باورها و تفسیرهای منفی بیمار از هیجان، پیوند با ارزش‌های والاتر
دهم	مرور تکلیف خانگی، اعتباربخشیدن به هیجان‌های بیمار، ادامه چالش با باورها و تفسیرهای منفی در مورد هیجان، پیوند با ارزش‌های والاتر، تکنیک فضا‌سازی برای هیجان، گفتگو در مورد هرگونه مسئله باقیمانده. ارائه نسخه‌ای مکتوب از تکنیک‌ها و جلسات به بیمار

ابزار

پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان^۱: این پرسشنامه یک مقیاس خودگزارشی است که توسط گراتز و رومر^۲ (۲۰۰۴) برای ارزیابی‌های دشواری‌های موجود در تنظیم

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

^۱- Emotion Regulation Questionnaire

^۲- Gratz & Roemer

عوامل این مقیاس عبارتند از: ناتوانی برای انجام عمل (۱)، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۲۰، ۲۲، ۲۵، استرس آمیز بودن بلا تکلیفی (۲)، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۱۷، ۲۴، ۲۶، منفی بودن رویداد غیرمنتظره و اجتناب (۸، ۱۰، ۱۱، ۱۹، ۲۱) و بلا تکلیفی در مورد آینده (۱۶، ۱۸، ۲۳، ۲۷) بود (دهقان، ۱۳۹۲). در پژوهش عثمان‌اوغلو، کریسول، اسنوگس، استوفزند و داد^۳ (۲۰۲۱) روایی سازه این مقیاس به روش تحلیل عاملی تأییدی با ۲۲۷ نوجوان (۱۱۵ پسر و ۱۱۲ دختر) بررسی شد. الگوی تک عاملی از برازش 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 $31/43 \pm 8/65$ و $31/87 \pm 8/65$ و در گروه گواه $31/93 \pm 8/65$ بود. در گروه طرحواره درمانی هیجانی ۵ نفر سیکل (۳۱/۳٪)، ۵ نفر دیپلم (۳۱/۳٪) و ۶ نفر لیسانس (۳۷/۴٪)؛ همچنین در گروه گواه ۴ نفر سیکل (۲۵٪)، ۷ نفر دیپلم (۴۳/۸٪) و ۵ نفر لیسانس (۳۱/۳٪) بودند. شرایط اقتصادی آزمودنی‌های گروه طرحواره درمانی هیجانی ۲ نفر کمتر از متوسط (۱۲/۵٪)، ۱۰ نفر متوسط (۶۲/۵٪) و ۴ نفر بالای متوسط (۲۵٪)؛ و در گروه گواه ۴ نفر کمتر از متوسط (۲۵٪)، ۹ نفر متوسط (۵۶/۲۵٪) و ۳ نفر بالای متوسط (۱۸/۷۵٪) بود. آزمودنی‌ها در طرحواره درمانی هیجانی ۱۰ نفر متأهل (۶۲/۵٪) و ۶ نفر

آگاهی هیجانی (۳۶، ۳۵، ۳۱، ۳۰، ۲۸، ۲۲، ۱۶، ۱۵)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی (۲، ۶، ۸، ۱۰، ۱۷، ۳۴) و فقدان شفافیت هیجانی (۹، ۷، ۵، ۴، ۱). 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 $\alpha=0/93$ و پایایی بازآزمایی مطلوبی برای نمرات کلی این مقیاس بود ($P<0/01$ ، $0/80$). 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 هفته‌ای، ۰/۸۸ 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 ۰/۷۶، ۰/۷۴، ۰/۸۳، ۰/۶۷، ۰/۹۰ و ۰/۷۹ نشان داده شد. در مطالعه کرمانی‌مازند و طالع‌پسند (۱۳۹۶) روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی این مقیاس را بررسی و نتایج ۶ عامل را نشان داد که برازش مطلوبی داشتند. پایایی به روش همسانی درونی به محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از زیرمقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۶۸، ۰/۶۶، ۰/۷۳، ۰/۶۳ و برای مقیاس کل ۰/۷۲ بدست آمد.

مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی^۱: این مقیاس توسط فریستون^۲ و همکاران (۱۹۹۴) برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بلا تکلیفی طراحی شده است. این مقیاس از ۲۷ آیتم تشکیل شده است که آزمودنی‌ها براساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای (به هیچ‌وجه=۱ تا بسیار زیاد=۵) به سؤال پاسخ می‌دهند.

^۱- Intolerance of Uncertainty Scale

^۲- Freeston

^۳- Osmanağaoğlu, Creswell, Snuggs, Stuijzand & Dodd

مجرد (۳۷/۵٪) بودند و در گروه گواه ۹ نفر متأهل
 (۵۶/۲۵٪) و ۷ نفر مجرد (۴۳/۷۵٪) بودند. اطلاعات
 توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار مربوط به
 متغیرهای تحقیق در جدول ۲ ارائه شده است.

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

متغیر	گروه	شاخص	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
عدم تحمل بلا تکلیفی	آزمایش	میانگین	۸۵/۰۶	۵۹/۳۱	۶۱/۶۸
		انحراف استاندارد	۱۹/۷۲	۱۶/۷۵	۱۹/۹۷
	کنترل	میانگین	۸۴/۲۵	۸۲/۷۸	۸۳/۱۱
		انحراف استاندارد	۱۶/۴۴	۱۳/۲۷	۱۱/۴۲
دشواری تنظیم هیجان	آزمایش	میانگین	۱۰۸/۲۵	۸۷/۹۳	۹۶/۴۳
		انحراف استاندارد	۸/۷۲	۱۲/۵۴	۱۳/۰۸
	کنترل	میانگین	۱۰۹/۴۳	۱۱۶/۳۱	۱۱۵/۱۸
		انحراف استاندارد	۱۹/۵۵	۱۶/۰۸	۱۶/۶۹

لوین نیز نشان داد پیش فرض همگنی واریانس‌ها با توجه به سطح معناداری $p > ۰/۰۵$ 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 $۰/۰۵۹$ و $۰/۱۰۵$ بدست آمد؛ بنابراین، پیش فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه-گیری مکرر برقرار است. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی و دشواری در تنظیم هیجان در گروه آزمایش کاهش قابل ملاحظه‌ای در مرحله پس آزمون داشته و نمرات میانگین در مرحله پیگیری برگشت ناچیزی داشته است. پیش از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرات متغیرها، پیش فرض‌های این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف برای متغیرهای تحقیق معنادار نبود ($p > ۰/۰۵$). نتایج آزمون

جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر متغیرها

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
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
دشواری در تنظیم هیجان	زمان	۱۳۰۵/۶۸۱	۲	۶۵۲/۸۴۰	۳/۸۸	۰/۰۲۴	۰/۰۷۹
	گروه	۶۲۲۴/۲۶۰	۱	۶۲۲۴/۲۶۰	۲۲/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۴۳۰
	زمان*گروه	۱۲۳۳/۷۶۶	۲	۱۲۳۳/۷۶۶	۱۱/۲۳	۰/۰۰۲	۰/۲۷۲

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

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد برای متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی 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 بنفرونی برای مقایسه زوجی اثر زمان و گروه

متغیر	تفاوت گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	مقدار احتمال
عدم تحمل بلا تکلیفی	طرحواره درمانی هیجانی	۱۴/۹۸۷-	۳/۹۵	۰/۰۰۱
دشواری در تنظیم هیجان	طرحواره درمانی هیجانی	۱۶/۱۰۴-	۳/۳۸	۰/۰۰۱
متغیر	تفاوت زمان	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	مقدار احتمال
عدم تحمل بلا تکلیفی	پیش آزمون	۱۵/۵۶۳	۳/۶۴	۰/۰۰۲
	پیگیری	۱۱/۸۴۴	۳/۴۰	۰/۰۰۵
دشواری در تنظیم هیجان	پس آزمون	۱/۷۱۹-	۲/۵۷	۱
	پیش آزمون	۲۰/۳۱۳	۴/۵۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۱/۸۱۳	۳/۲۷	۰/۰۰۸
	پس آزمون	۸/۵۰۰-	۳/۹۸	۰/۱۵۰

هیجان در مبتلایان به افسردگی و اضطراب همانند انجام شد. یافته‌های آماری در رابطه با اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر عدم تحمل بلا تکلیفی نشان داد طرحواره درمانی هیجانی بر عدم تحمل بلا تکلیفی افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب همانند 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)؛ عزیززاده‌فرد (۱۳۹۹)؛ لیهی (۲۰۱۵)؛ دای‌گیسپ و تیلور (۲۰۲۱) و فلورس، لویز، ورولیت و کوباس^۱ (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 بلا تکلیفی 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 بلا تکلیفی 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 بلا تکلیفی، دشواری تنظیم

^۱ - Flores, López, Vervliet & Cobos

تنظیم هیجان در مواقع بلا تکلیفی و خودنظمی هیجانی زمینه ارزیابی واقع‌بینانه موقعیت و پتانسیل‌های خود را برای بیمار فراهم می‌کند. خودنظمی هیجانی ناشی از اصلاح باورهای فرا هیجانی و کنترل اجتناب هیجانی و رفتاری منجر به مدیریت نگرانی می‌شود (دای گیسپ و همکاران، ۲۰۲۱).

یافته‌ها در رابطه با اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر دشواری تنظیم هیجان نشان می‌دهد که طرحواره درمانی هیجانی بر دشواری تنظیم هیجان افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب همایند اثربخش است. نتایج آزمون تعقیبی نیز نشان می‌دهد، 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 ادیبی (۲۰۱۸)؛ قدم‌پور و همکاران (۱۳۹۷)؛ قدرتی شاه‌توری و همکاران (۱۳۹۹)؛ معصومی-تبار، افشاری‌نیا، امیری و سادات‌حسینی (۱۳۹۹)؛ دانشمندی، ایزدی‌خواه، ویلسون و فروشانی^۲ (۲۰۱۹) و قاسم‌خانلو، 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 می‌بخشد (مرواریدی و همکاران، ۲۰۱۹). این تحقیقات اغلب دوره پیگیری نداشتند و هیچکدام افراد مبتلا به همایندی افسردگی و

بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب همایند در موقعیت‌های بلا تکلیف، نگرانی و هیجانات ناخوشایندی را تجربه می‌کنند و معمولاً برای اجتناب از این احساسات ناخوشایند از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد استفاده می‌کنند. 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^۱، 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 می‌تواند 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 پریشان‌کننده و اعتباربخشی به آن‌ها تمرکز می‌کند. بیماران با تمرین راهبردهای مشاهده و پذیرش تجارب ناخوشایند هیجانی و بدنی به این ظرفیت درونی دست می‌یابند که در شرایط عدم قطعیت تجارب ناخوشایند درونی خود را به رسمیت بشناسند و تاب بیاورند. تاب‌آوری هیجانی از طریق مرتبط کردن هیجانات به ارزش‌های متعالی و تمارین تجربی حضور در لحظه و ذهن‌آگاهی تقویت می‌شود. 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 بی‌اثر رخداد های درونی خود، آینده و عوامل بیرونی، دست به فعال‌سازی رفتاری در قالب تعهد به سیستم ارزشی در «اینجا و اکنون» می‌زند. همچنین، طرحواره درمانی هیجانی با اصلاح راهبردهای شناختی

^۲- Daneshmandi, Izadikhah, Wilson & Forooshani

^۱- Chen, Yao & Qian

ارزش‌های متعالی تاب‌آوری هیجانی بیماران را بهبود می‌بخشد؛ بیمار در فضای همدلانه از طریق اصلاح طرحواره‌ها باعث بهبود تحمل بلاتکلیفی و بدنظمی 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 ابزار-های تشخیصی و بالینی استفاده شود تا علائم 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 از دانشگاه علوم پزشکی 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. نویسندگان مقاله حاضر هیچ گونه تعارض منافی 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^۱، 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^۲) و تعهد به

^۱- Tirsch, Leahy, Silberstein & Melwani

^۲- 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 Shahturi K, Rah-Najat AH, Dabbaghi 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.
- Kemani 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)
- Kladnistki 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, Tirsch 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.
- Osmanagaoglu N, Creswell C, Snuggs S, Stuijzand 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.
- Tirsch 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.