مقایسه طرح واره های هیجانی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی

آزاده سعیدی[1]، محمد حاتمی[2]

۱- کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران ، ایران، نویسنده مسئول. ۲- دانشیار گروه روانشناسی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه خوارزمی تهران، ایران.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله
پژوهشی

تاریخچه مقاله
دریافت : ۱۳۹۴/۹/۱۰
پذیرش : ۱۳۹۴/۱۲/۲۰

کلید واژگان
افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، طرحواره های هیجانی

نویسنده مسئول
Email:
azadeh.saeedi90@gmail.com

چکیده

مقدمه: هدف این مطالعه مقایسه طرحواره های هیجانی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی بود.

روش کار: برای این منظور ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در بیمارستان های روزبه ، امام حسین(ع)، آیت الله طالقانی با استفاده از ابزارهای تشخیصی (مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته) انتخاب شدند. افراد انتخاب شده به صورت انفرادی، به وسیله ی پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و مقیاس طرحواره هیجانی لیهی مورد ارزیابی قرار گرفتند.برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل واریانس تک متغیره و شاخص های توصیفی استفاده شد.

نتایج: میانگین راهبرد تنظیم شناختی منفی در بیماران مبتلا به افسردگی ۳۲،۸۳ بود. بین طرحواره هیجانی با اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی رابطه آماری مثبت و معناداری دیده شد.

نتیجه گیری: نتایج تفاوت های معنی داری در استفاده از طرحواره های هیجانی وکاربرد راهبردهای شناختی تنظیم هیجان منفی و مثبت را نشان داد. بنابراین توجه به درمان‌های مبتنی بر تنظیم شناختی هیجان گزینه ی مناسبی برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی می باشد.

مقدمه

مطالعات نشان می‌دهند که تا یک سوم از بیماران مبتلا به افسردگی بهبودی به وجود نمی‌آید(۴-۱). از سویی با نظر به اینکه همبودی اختلال اضطراب فراگیر با اختلالات دیگر، از جمله افسردگی، اختلالات اضطرابی و بیماری های جسمانی (۵،۶) به میزان نگران کننده ای بالا بوده و منجر به تقویت پیامدهای زیان بار اختلالات همبود با خود می شود. بنابراین درمان موفقیت آمیز این اختلال در کاهش هزینه های این بیماران موثر است و می تواند وخامت اختلالات همبود را کاهش دهد. به رغم شیوع بالای اختلال اضطراب فراگیر و ناراحتی مرتبط با آن، این اختلال نسبت به اختلالات اضطرابی دیگر ابهام آمیزتر باقی مانده و در نتیجه درمان آن نیز دشوارتر است(۵). زمانی که اختلال اضطراب فراگیر با اختلالات دیگر مقایسه می شود، شاهد آن هستیم که پژوهش های بسیار کمتری مکانیسم های آسیب شناختی روانی درگیر در این اختلال را مورد آزمایش قرار داده اند، از طرفی دیگر پژوهش ها نشان می دهند درمان های مرسوم در این اختلال، تاکنون نتوانسته اند آنچنان که شایسته است این مکانیسم های زیربنایی را مورد توجه قرار دهند و بتوانند به عنوان درمانی اثر بخش در مورد این اختلال شناخته شوند. برای مثال برخی پژوهش ها به این نتیجه رسیدند که به منظور تقویت اثربخشی و کارایی، از عناصر هر دو درمان کمک گرفته و بدین ترتیب تعدادی از فنون و راهبردهای درمانی مورد استفاده در درمان های شناختی و آرام سازی کاربردی را با یک دیگر ترکیب کرده و با این روند توانسته اند به نرخ بهبودی بیش تری دست پیدا کنند اما بهبودی معنادار بالینی هم چنان دور از دسترس بوده است(۸،۷). در مقابل کوین، اومیت، سیدز، دوزویس(۹) به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری منجر به بهبودی معنادار بالینی و اندازه های اثر بزرگ می شود اما ۵۰ درصد از بیمارانی که درمان را تا پایان ادامه می دهند، پس از جلسات درمان، تجربه برگشت علایم را دارند(۱۰). بنابراین هدف از درمان‌های روان‌شناختی برانگیختن تجارب عاطفی و هیجانات منطقی‌تر در فرد می‌باشد(۱۱). یکی از متداول ترین راهبردها برای تنظیم تجارب هیجانی و اطلاعات برانگیزاننده هیجان، استفاده از راهبردهایی است که بر جنبه ی شناختی مقابله تاکید دارند که با عنوان راهبردهای شناختی تنظیم هیجان معرفی می شوند(۱۲). تنظیم هیجانی ناسازگار شامل بیش تنظیمی هیجان[1] و کم تنظیمی هیجان[2] می باشد. بیش تنظیمی هیجان در مواقعی اتفاق می افتد که فرد از کاربرد

۱- Emotional over-regulation
۲- Emotional under-regulation

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-07-13]

راهبردهای تنظیم هیجانی تا آشکار شدن تجربه ی هیجانی جلوگیری به عمل آورد(۱۳). در کم تنظیمی هیجان رفتاری که در برابر یک هیجان انجام می دهد اغلب قابل تفکیک از خود هیجان نیست که این خود می تواند در افزایش خطر ابتلا به افسردگی در این افراد سهمی داشته باشد(۱۴) و علاوه بر سبب شناسی های متعدد و درمان های مرتبط با آن یکی از شناخته شده ترین الگوهای اساسی نوروبیولوژیکی افسردگی اساسی بررسی هیجانات در این اختلال می باشد(۱۵). لیهی طرحواره های هیجانی را به عنوان الگوها، روش ها و راهبردهایی که در پاسخ به یک هیجان استفاده می شوند، تعریف کرده است(۱۶). یکی از مزایای این مدل تشخیص ارزش توجه و ابراز هیجانی در بافت معنایی است؛ که فرد به هیجانات خود می دهد(۱۷). با توجه به ضرورت ابعاد تشخیص درست که برای ارائه ی درمان مناسب به بیمار ضروری است و با توجه به اینکه در هر دو این اختلال ها، بیماران در زمینه های هیجانی و شناختی مشکلات زیادی دارند و با وجود اهمیت نقش ارتباط بین راهبردهای تنظیم هیجانی- شناختی با اختلالات افسردگی و اضطرابی، این تحقیق انجام گرفته است. پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه طرحواره های هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در بیماران اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی صورت گرفت و این فرضیه اساسی مطرح گردید که بین طرحواره های هیجانی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی تفاوت معناداری وجود دارد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع علمی- مقایسه ای بود. و با روش تحلیل واریانس چند متغیری که به منظور مقایسه طرحواره های هیجانی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در بیماران اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی ۱ بار با رعایت پیش‌فرض‌های آن و سپس استفاده از آزمون تعقیبی (LSD) مورد آزمون قرار گرفته است. در پژوهش حاضر جامعه آماری، بیماران دارای اختلال افسردگی اساسی و اختلال اضطراب فراگیر بستری شده و مراجعه کننده، در بیمارستان های طالقانی، روزبه و امام حسین (ع) بودند بودند. ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به شرح ذیل انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن حداقل توانایی خواندن و نوشتن، داشتن تشخیص اصلی اختلال افسردگی اساسی و اضطراب فراگیر به عنوان ملاک های ورود در نظر گرفته شدند. از سویی بررسی مشکلات همبودی، نداشتن حداقل توانایی خواندن و نوشتن، دارا بودن مشکلات حاد پزشکی، از جمله معیارهای خروج بودند.

مصاحبه نیمه ساختاریافته (SCID)[1]

یک مصاحبه نیمه ساختاریافته است توافق تشخیصی[2] برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی متوسط تا خوب بود، که کاپای به دست‌آمده بالاتر از ۶۰ درصد بود و اکثر مصاحبه‌کنندگان و مصاحبه‌شوندگان قابلیت اجرای نسخه فارسی را مطلوب گزارش کردند(۱).

پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان-CERQ (P-short)

این پرسشنامه شامل ۹ راهبرد متفاوت نظم جویی شناختی هیجان شامل ملامت خویش، پذیرش، نشخوار گری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، فاجعه سازی و ملامت دیگران است که نتایج تحلیل مؤلفه اصلی از الگوی ۹ عاملی اصلی پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان حمایت کرد که ۷۴ درصد واریانس را تبیین کرد(۱۸).

مقیاس طرحواره هیجانی لیهی[3] (LESS)

برای به کار بردن این مقیاس در جامعه ایران از روش ترجمه مضاعف استفاده شد. در مرحله اول این مقیاس را هم از لحاظ مفهومی و هم از لحاظ نگارش تطابق دادند. نتایج به دست آمده از هر دو روش حاکی از پایایی قابل قبول این مقیاس است(۱۹).

یافته ها

همانطور که در جدول۱ مشاهده می شود بیشترین فراوانی از نظر سنی تقریباً در رده سنی ۴۵-۲۰ سالگی قرار دارند و کم ترین فراوانی مربوط به رده سنی ۵۱-۵۵ سال است. اما از نظر جنسیت بیشترین تعداد را زنان تشکیل می دهند به طوری که گروه افسرده اساسی دارای فراوانی۳۰ نفر(۲ مرد و ۲۸ زن) گروه اضطراب فراگیر دارای فراوانی ۳۰ نفر(۳۰ زن) می‌باشد.

همانطور که در جدول۱ مشاهده می شود، در راهبردهای تنظیم شناختی منفی در گروه افسردگی اساسی میانگین۳۲/۸۳و انحراف معیار۴/۲۳ و در گروه اضطراب فراگیر میانگین۳۱/۳۳ و با انحراف معیار۴/۳۴ مشاهده می شود. نتایج در تحلیل های بعدی بیشتر مطرح خواهد شد.

در ادامه برای بررسی این‌که تفاوت‌های معنادار بین دو گروه در کجا قرار دارد از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. با توجه به میانگین‌ها در جدول شماره ۲ میانگین راهبرد تنظیم شناختی منفی در بیماران افسردگی اساسی(۳۲/۸۳) می‌باشد.

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که بین طرحواره های هیجانی با اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی رابطه مثبت و معناداری

۱- Inventory cognitive emotion regulation strategies
۲- Semi-structured interviews
۳- Leahy Emotional Schema Scale

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-07-13]

جدول۱: میانگین و انحراف معیار طرحواره های هیجانی و راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان

گروه‌ها / متغیرها	گروه افسرده اساسی		گروه اضطراب فراگیر	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نشخوار ذهنی	۱۰/۸۶	۴/۲۴	۸/۶۶	۱/۸۰
خودآگاهی هیجانی	۶/۹۳	۱/۲۵	۷	۲/۲۴
گناه	۸/۶۳	۱/۷۳	۹/۱	۲/۵۰
ابراز احساسات	۵	۱/۴۸	۵/۹۳	۱/۴۶
غیرقابل‌کنترل بودن	۱۰/۹۰	۱/۳۲	۹/۴۰	۲/۴۱
تأیید طلبی از دیگران	۲/۱۶	۱/۵۵	۲/۸۶	۱/۸۱
قابل‌درک بودن	۶/۳۳	۱/۶۸	۴/۴۶	۲/۸۸
سرزنش	۶/۴۳	۱/۴۰	۵/۴۶	۱/۵۲
تلاش برای منطقی بودن	۱۰/۷۰	۲/۳۶	۱۲/۵۰	۲/۵۰
دیدگاه ساده‌انگارانه نسبت به هیجانات	۴/۷۰	۱/۵۵	۵/۹۶	۱/۷۳
ارزش‌های والاتر	۶/۰۶	۱/۶۳	۷/۴۶	۱/۶۹
پذیرش هیجانات	۳/۹۶	۱/۷۷	۴/۸۰	۲/۳۴
توافق	۵/۰۵	۷/۸۴	۵/۵۰	۲/۵۹
تنظیم شناختی مثبت	۲۵/۲۶	۴/۵۴	۳۱/۴۶	۵/۰۷
تنظیم شناختی منفی	۳۲/۸۳	۴/۲۳	۳۱/۳۲	۴/۳۴

جدول ۲: آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه گروه‌ها در ابعاد راهبردهای شناختی تنظیم هیجان

متغیر وابسته	گروه (i)	گروه (j)	تفاوت میانگین‌ها (i-j)	خطای انحراف استاندارد	سطح معناداری
راهبرد تنظیم شناختی منفی	افسردگی اساسی	اضطراب فراگیر	۱/۵۰	۱/۱۶۱	۰/۲۰
	اضطراب فراگیر	افسردگی اساسی	-۱/۵۰	۱/۱۶۱	۰/۲۰
راهبرد تنظیم شناختی مثبت	افسردگی اساسی	اضطراب فراگیر	-۶/۲۰	۱/۳۱۶	۰/۰۰۱
	اضطراب فراگیر	افسردگی اساسی	۶/۲۰	۱/۳۱۶	۰/۰۰۱

وجود دارد. در بیماران اضطراب فراگیر بیشترین میانگین به ترتیب (۹/۵،۱/۹۶،۱۲/۷ ، ۵۰/۴۶،۵/۹۶) است و در بیماران افسرده اساسی بیشترین میانگین و معنا داری به ترتیب (۱۰/۸۶، ۱۰/۹۰، ۶/۴۳، ۶/۳۳) است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه طرحواره های هیجانی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی صورت گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که ابعاد طرحواره های هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، با اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی رابطه معناداری دارند و ابعاد طرحواره های هیجانی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان می توانند پیش بینی کننده هایی برای اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی باشند، و حدود ۷۰ درصد واریانس اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی را تبیین کنند می توان گفت که آموزش مهارت های تنظیم شناختی هیجان از طریق بهبود و ارتقای مهارت های اصلاح، پذیرش و تحمل هیجانات منفی، دستیابی به اهداف درمانی در سایر زمینه ها را تسهیل می کند. نتایج این مطالعه مبنی بر تاثیر این طرحواره های هیجانی بر افزایش پذیرش هیجانات با نتایج مطالعه لیهی همسو می باشد(۲۰). ابعاد طرحواره های هیجانی برای افسردگی پیش بینی کننده هستند. مطالعات انجام شده در این زمینه، نتایج

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-07-13]

تقریبا مشابهی داشتند، به عنوان مثال، یافته های پژوهش با یافته های لیهی، هربرت، فورمن(۲۲،۳،۲۱) رابطه معناداری با نتایج پژوهش ها در مورد اینکه ابعاد طرحواره های هیجانی درصدی از واریانس افسردگی را پیش بینی می کند همسو می باشند. این نکته با یافته برآمده از پیشینه پژوهش و همسو با مطالعاتی است که نشان دهنده بروز و تشدید این اختلال در افرادی است، که در نظم جویی هیجانات و طرحواره های هیجانی خود مشکل دارند. افراد مبتلا به اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی به طور هیجانی، افراد حساسی هستند که هیجان ها را با شدت بالا تجربه می کنند، بنابراین طبیعی است که پیش از درمان بیش تر درگیر این راهبردهای منفی شوند و پس از رهایی از نشانه های اختلال، از روش های سازگارانه تری برای نظم جویی هیجاناتشان بهره ببرند.

از محدودیت های این پژوهش می توان به همتاسازی نشدن مشارکت کنندگان از لحاظ برخی متغیرها مانند وضعیت اقتصادی، تأهل و شغل اشاره نمود که باعث می‌شود تعمیم نتایج با احتیاط انجام شود. پیشنهاد پژوهش این است که، روند تنظیم هیجانات متمایز از روند ایجاد هیجان تعریف می شود؛ بنابراین به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌شود تفاوت بین این دو فرآیند بیشتر پی گیری شود.

جدول۳: آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه گروه‌ها در ابعاد طرحواره‌های هیجانی

متغیر وابسته	گروه (i)	گروه (j)	تفاوت میانگین‌ها (i-j)	خطای انحراف استاندارد	سطح معناداری
نشخوار ذهنی	افسردگی اساسی	اضطراب فراگیر	۲/۲۰	۰/۷۹۴	۰/۰۰۷
	اضطراب فراگیر	افسردگی اساسی	-۲/۲۰	۰/۷۹۴	۰/۰۰۷
خودآگاهی	افسردگی اساسی	اضطراب فراگیر	-/۰۶	۰/۴۶۷	۰/۸۸۷
	اضطراب فراگیر	افسردگی اساسی	۰/۰۶۷	۰/۴۶۷	۰/۸۸۷
گناه	افسردگی اساسی	اضطراب فراگیر	-۰/۴۶۷	۰/۵۷۹	۰/۴۲۲
	اضطراب فراگیر	افسردگی اساسی	۰/۴۶۷	۰/۵۷۹	۰/۴۲۲
ابراز احساسات	افسردگی اساسی	اضطراب فراگیر	-۰/۹۳۳	۰/۳۸۰	۰/۰۱
	اضطراب فراگیر	افسردگی اساسی	۰/۹۳۳	۰/۳۸۰	۰/۰۱
غیرقابل کنترل بودن	افسردگی اساسی	اضطراب فراگیر	۱/۵۰	۰/۵۹۸	۰/۰۱۴
	اضطراب فراگیر	افسردگی اساسی	-۵/۳۳	۰/۵۹۸	۰/۰۱۴
تایید طلبی از دیگران	افسردگی اساسی	اضطراب فراگیر	-/۷۰۰	۰/۴۵۵	۰/۱۲۷
	اضطراب فراگیر	افسردگی اساسی	۰/۰۰۷	۰/۴۵۵	۰/۱۲۷
قابل درک بودن	افسردگی اساسی	اضطراب فراگیر	۱/۸۶	۰/۶۱۰	۰/۰۰۳
	اضطراب فراگیر	افسردگی اساسی	-۱/۸۶	۰/۶۱۰	۰/۰۰۳
سرزنش	افسردگی اساسی	اضطراب فراگیر	۰/۹۶۷	۰/۴۰۲	۰/۰۱
	اضطراب فراگیر	افسردگی اساسی	-۰/۹۶۷	۰/۴۰۲	۰/۰۱
تلاش برای منطقی بودن	افسردگی اساسی	اضطراب فراگیر	-۱/۸۰	۰/۶۶۸	۰/۰۰۹
	اضطراب فراگیر	افسردگی اساسی	۰/۱۸۰	۰/۶۶۸	۰/۰۰۹
دیدگاه ساده انگارانه در مورد هیجانات	افسردگی اساسی	اضطراب فراگیر	-۱/۲۶	۰/۴۳۱	۰/۰۰۴
	اضطراب فراگیر	افسردگی اساسی	۱/۲۶	۰/۴۳۱	۰/۰۰۴
ارزش های والاتر	افسردگی اساسی	اضطراب فراگیر	-۱/۴۰۰	۰/۴۷۲	۰/۰۰۴
	اضطراب فراگیر	افسردگی اساسی	۱/۴۰۰	۰/۴۷۲	۰/۰۰۴
پذیرش هیجانات	افسردگی اساسی	اضطراب فراگیر	-۰/۸۳۳	۰/۵۶۰	۰/۱۴۰
	اضطراب فراگیر	افسردگی اساسی	۰/۸۳۳	۰/۵۶۰	۰/۱۴۰
توافق	افسردگی اساسی	اضطراب فراگیر	۰/۰۰۰	۱/۲۷	۱
	اضطراب فراگیر	افسردگی اساسی	۰/۰۰۱	۱/۲۷	۱

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-07-13]

تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی مسئولان بیمارستان های امام حسین(ع) و روزبه و آیت الله طالقانی از جمله روانپزشک بخش سایکوسوماتیک بیمارستان آیت الله طالقانی، دکتر مصطفی حمدیه که تمهیدات لازم را برای انجام پژوهش حاضر فراهم نمودند کمال تشکر و قدردانی را دارم.

References

1- Sharifi, Vandad., Mohammadi, Mohamadraza., Ameni, Humayun., kaviyani, Hussein, Semnan, usoff, Shabani, Amir, shahrivar, Zahra, Davari ashtiani, Rosita, Hakim Shoshtari, Mitra, Sadihq, Roodsari Jalali, Mohsen. Reliability and applicability of diagnostic structured interview Persian version for 5 DSM- (SCID). What's new in cognitive science.1383; 6 (1,2): 10-22

2- Garnefski, N; Kraaij, V. & Spinhoven, P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Personality and Individual differences. 2001; 30(8), 1311-27

3- Leahy R L, Roadblocks in cognitive behavioral therapy. New York: Guilford Press,2002.

4- Finzi E, Rozenthal.N. Treatment of depression with onabotulinumtoxinA: A randomized, double-blind, placebo controlled trial. Journal of Psychiatric Research. 2014;52 (1 -6).

5- Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. Behav Res Ther. 2005; 43:1281-310

6- Montgomery, SA. Handbook of generalized anxiety disorder. London: Spinger Healthcare; 2010.

7- Wells A, King P. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. J Behav Ther Exp Psychiatr. 2006; 37(3):206-12.

8-Wells A, Welford M, King P, Papageorgiou C, Wisley J, Mendel E. A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. Behav Res Ther. 2010; 48(5):429-34.

9-Covin R, Ouimet AJ, Seeds M, Dozois DJA. A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. J Anxiety Disord. 2008; 22(1):108-16.

10- Van der Heiden C, Muris P, Van der Molen HT. Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. Behav Res Ther. 2012; 50(2):100-09.

11-Ashwin ch, Holas p, Broadhurst sh, Kokoszka A, Georgiou g, Fox e. Enhanced anger superiority effect in generalized anxiety disorder panic disorder. jornal of Anxiety disorder, (2012); (26), 329-36.

12- Garnefski, N; Teerds, J; Kraaij, V; Legerstee, J. & van den Kommer, T. Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. Personality and Individual Differences. 2004; 36(2), 267-76.

13- Berking M, Znoj H. Development and validation of a self-report measure for the assessment of emotion regulation skills (SEK-27). Zeitschrift Fur Psychiatrie Psychologie and Psychotherapie. 2008; 56(2): 141– 53.

14- Wells A. Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide. UK: Wiley; 1997.

15- Duncan, J. The multiple-demand (MD) system of the primate brain:
mental programs for intelligent behaviour. Trends in cognitive sciences, 2010; 14(4), 172-79.

16- Leahy RL. A model of emotional schemas. Cognitive and Behavioral Practice. 2002; 9: 177-90.

17- Leahy, R L. Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders In D. Sookman, & R. L. Leahy(Ed), Treatment resistant anxiety disorders. New York: Routledge. 2010 ; pp.135- 60.

18- Hosni, jafar. The reliability and validity of Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-Short Form. Behavioral Sciences Research. 1390; Volume 9. (4). (Persian)

19- Khanzadeh, Mostafa., adrisi, Forogh., Mohamadkhani, Shahram., Saeidian, Mohsen. Factor structure and psychometric characteristics on students' emotional schemas scale. Journal of Clinical Psychology. Summer. 1392; 3 (11): 120-91. (Persian)

20- Leahy R L, Emotional Schemas and Self-Help: Homework Compliance and Obsessive-Compulsive Disorder Cognitive and Behavioral Practice. 2007; 14(3): 297-302.

21- Leahy RL. A model of emotional schemas. Cognitive and Behavioral Practice. 2002; 9: 177-90.

22- Herbert J D, Forman E M, Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy . Published by John Wiley & Sons, 2011.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-07-13]

Compare Schema emotional and cognitive emotion regulation strategies in patients with generalized anxiety disorder and major depression

Saeedi A (Msc), * Hatami M (PhD)

Abstract

Introduction :This study compares the schema of emotional and cognitive emotion regulation strategies in patients with generalized anxiety disorder and major depressive.

Methods :60 patients (30 patients per group) in every hospital, rozbeh, Imam Hussein (AS), Ayatollah Taleghani using diagnostic tools (semi-structured clinical interview) (1) were selected. Those selected individually by means of questionnaires, cognitive emotion regulation strategies (2) and Leahy Emotional Schema Scale (3) was evaluated.Univar ate analysis of variance for data analysis and descriptive indicators were used.

Results :The mean of negative cognitive emotion regulation stratrgies in the patients with major depression was 32.83. There was a significant positive relationship between schema emotion and cognitive emotion**.**

Conclusion :Significant differences in the use of positive and negative emotional schemas and application cognitive emotion regulation strategies showed. Therefore, according to treatments based on cognitive emotion regulation option for people with generalized anxiety disorder and major depression is.

Keywords :Major depression, generalized anxiety, cognitive emotion regulation strategies, emotional schemas

---

*Corresponding Author. Faculty of Psychology and Education, Kharazmi University, Email: azadeh.saeedi90@gmail.com

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-07-13]