مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش دشواری تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال وحشتزدگی

المیرا کیانی‌پور[1]، فریبا حسنی[2]، امیرمحسن راه‌نجات[3]،افسانه قنبری‌پناه[4]

۱-گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. ۲-گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران و نویسنده مسئول. ۳-گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران.۴ -گروه روان شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله
پژوهشی

تاریخچه مقاله
دریافت : ۹۷/۱/۱۲
پذیرش : ۹۷/۵/۱۲

کلید واژگان
طرحواره درمانی هیجانی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، دشواری در تنظیم هیجان، اختلال وحشتزدگی.

نویسنده مسئول
Email:
Hassani.fariba@gmail.com

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر دشواری تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی بود.

روش کار: این پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش زنان با اختلال وحشت‌زدگی بودند که در سال ۱۳۹۶ به بیمارستان آموزشی، پژوهشی و درمانی و روان‌پزشکی ۵۰۵ ارتش در تهران جهت درمان سرپایی مراجعه نمودند و از میان آن‌ها تعداد ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جای داده شدند. هر دو گروه آزمایش طی ۱۱ جلسه، هفته ای دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، تحت درمان قرار گرفتند. پرسشنامه‌های دشواری تنظیم هیجان (DERS) و عقاید هراس(PBI) پیش از آغاز درمان و پایان جلسات درمان اجرا شدند. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد هر دو روش طرحواره درمانی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی روی دشواری در تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی تأثیرگذار بود.

نتیجه‌گیری: طرحواره درمانی هیجانی اثربخشی بیشتری بر دشواری در تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال وحشتزدگی نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی داشت. بنابراین می‌توان از آن در جهت بهبود تنظیم هیجان استفاده کرد.

مقدمه

در بین اختلالات اضطرابی، اختلال وحشت‌زدگی[1] به شکل بارزی نشان‌دهنده پاسخ منحصربه‌فرد به ترسی شدید از بروز مکرر حملات غیرمنتظره است. این نگرانی از حملات وحشت‌زدگی و پیامدهای آن معمولاً مربوط به ملاحظات جسمانی، ملاحظات اجتماعی و دغدغه‌های مربوط به کارکرد روانی هستند (۱). جدیدترین بررسی‌ها نشان می‌دهند که اختلال وحشت‌زدگی در میان زنان شیوعی حدود ۴ تا ۸ درصد را دارا است (۲) و۵۰ درصد بیمارانی که به پزشکان عمومی و درمانگاه‌های سرپائی مراجعه می‌کنند علائم و نشانه‌هایی را دارند که به‌وسیله بیماری‌های عضوی قابل توجیه نیست و درواقع جزء گروه اختلالات وابسته به استرس و یا اختلال وحشت‌زدگی قرار می‌گیرد (۳). همچنین، نتایج پژوهش برخی محققان نشان می‌که شیوع اختلال وحشت‌زدگی با یا بدون آگورافوبیا در ایران حدود ۱/۹ درصد است که در زنان بیشتر از مردان است (۴).

درزمینه سبب‌شناسی این اختلال برخی از مطالعات به نقش کلیدی مشکل تنظیم هیجانی در تداوم اختلالات اضطرابی تأکیددارند. افراد مبتلابه اختلال وحشت‌زدگی اغلب از بد تنظیمی هیجانی رنج می‌برند و از راهبردهای تنظیم هیجانی نامناسب استفاده می‌کنند. درواقع، تنظیم ناکارآمد هیجانی یکی دیگر از متغیرهای مرتبط در اختلال وحشت زدگی است(۵). تنظیم هیجانی به‌عنوان فرایند آغاز، حفظ، تعدیل و یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرایندهای اجتماعی روانی، فیزیکی در به انجام رساندن اهداف فرد تعریف می‌شود (۶). همچنین، افراد مبتلابه اختلال وحشت‌زدگی ممکن است فاقد توانایی آگاهی از هیجانات خود و شناسایی آن‌ها باشند (۷). در پژوهشی مشخص شد که افراد مبتلابه اختلال وحشت‌زدگی کمتر قادر به توجه به هیجانات خود هستند و در مقایسه با گروه کنترل احساسات خود را مشکل‌تر توصیف می‌کنند (۸).

درزمینه مداخلات درمانی، برخی از مطالعات بر تأثیر طرح واره درمانی هیجانی[2] و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی[3] بر

۱– Panic disorder

۲– Emotional schema therapy

۲– Mindfulness-based cognitive therapy

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

اختلال وحشت‌زدگی صحه گذاشته‌اند. بهره‌گیری از این نوع مداخلات موجب افزایش حس کنترل و باور به نقش تأثیرگذار فرد بر سرنوشت خود، ارتقا و بهبود سلامت روان و کاهش اضطراب و استرس، به‌عنوان مؤلفه‌های مهم مورد هدف، می‌شود (۹). طرح‌واره درمانی هیجانی، به باورها، تفسیرها، مفاهیم، برنامه‌ها و راهبردهایی اطلاق می‌شود که به هنگام تجربه یک هیجان به کار گرفته می‌شود. نظریه طرح‌واره درمانی هیجانی، یک مدل بالینی است که بر نحوه‌ی مفهوم‌سازی افراد از یک تجربه‌ی هیجانی، نوع انتظاراتشان از آن تجربه، چگونگی قضاوت درباره‌ی هیجانشان، رفتارها و برنامه‌ریزی‌های فرد در پاسخ‌دهی به آن تجربه‌ی هیجانی، تأکید دارد (۱۰). برخی محققان طی پژوهشی روی ۲۲ بیمار مبتلابه اختلال وحشت زدگی نشان دادند که به‌کارگیری طرح‌واره درمانی هیجانی باعث کاهش شدت اضطراب گشته و اثرات پایداری بر کاهش اختلال وحشت‌زدگی دارد (۱۱). ازآنجایی‌که پژوهش‌های متعدد تأییدکننده نقش اساسی راهبردهای تنظیم هیجانی در سبب‌شناسی، تشدید و تداوم اختلال وحشت‌زدگی هستند، این موضوع می‌تواند نویدبخش بودن طرح‌واره درمانی هیجانی در بیماران مبتلابه اختلال وحشت‌زدگی باشد. همچنین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، یکی دیگر از درمان‌های مورداستفاده در مبتلایان به اختلال وحشت‌زدگی است که با توجه به پژوهش‌های محققان توانسته بر مشکلات تنظیم هیجانی بیماران تأثیر به‌سزایی بگذارد. از دیرباز شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در طب و روان‌پزشکی، به‌عنوان یکی از شیوه‌های درمان غیر دارویی برای درمان اختلالات افسردگی و اضطرابی موردتوجه بوده است. دلیل اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی این است که آموزش ذهن آگاهی منجر به تغییر الگوهای معیوب تفکر و آموزش مهارت‌های کنترل توجه می‌شود که این مسئله جنبه پیشگیرانه درمان را افزایش می‌دهد (۱۲). این روش درمانی عناصری از درمان شناختی را در برمی‌گیرد که باعث جدا شدن دیدگاه فرد از افکارش می‌شود و عدم محوریت آن را موجب می‌گردد. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، به افراد می‌آموزد تا افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و آن‌ها را به سادگی به عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که در حال رفت‌وآمد هستند و لزوماً نمایانگر واقعیت نیستند (۱۳).

برخی محققان اظهار داشتند که مهارت حضور ذهن بر اضطراب و هراس مبتلایان به اختلال وحشت‌زدگی اثرات بالقوه‌ای دارد (۱۴). زیر نظر گرفتن دائم و بدون قضاوت حس‌های مربوط به اضطراب، بدون سعی در فرار یا اجتناب از آن‌ها می‌تواند باعث کاهش واکنش‌های هیجانی گردد که معمولاً توسط نشانه‌های اضطراب برانگیخته می‌شوند (۱۵). بنابراین با توجه به محدودیت‌های مطالعات قبلی که در همین پژوهش به آن‌ها اشاره شد و نیز ازآنجایی‌که کاهش دشواری در تنظیم هیجان می‌تواند علائم اختلال وحشت‌زدگی را کاهش دهد، می‌توان با تنظیم هیجانی روش مناسبی برای کنار آمدن در مبتلایان به وجود آورد. لذا پژوهش حاضر به‌منظور مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش دشواری تنظیم هیجان زنان مبتلابه اختلال وحشت‌زدگی صورت گرفته است.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان با اختلال وحشت‌زدگی بودند که در سال ۱۳۹۶، جهت درمان سرپایی به بیمارستان آموزشی، پژوهشی و درمانی ۵۰۵ اعصاب و روان در تهران مراجعه نموده بودند. با استفاده از روش نمونه-گیری هدفمند و نیز بر اساس فرمول برآورد حجم نمونه از افراد مراجعه‌کننده به این مراکز، تعداد ۴۵ نفر انتخاب شدند. سپس از این تعداد به‌صورت گمارش تصادفی در هر گروه آزمایشی ۳۰ نفر (هر گروه آزمایش ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفری) تقسیم شدند. سپس پیش‌آزمون در تمام گروه‌ها اجرا شد و بعد مداخله‌ها در گروه‌های آزمایش انجام شد و درنهایت پس‌آزمون اجرا شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از داشتن سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال، نداشتن همبودی با کلیه اختلالات خلقی، شخصیتی، سایر اختلالات اضطرابی مرتبط با تروما و استرس و اختلال وسواسی اجباری، تشخیص اختلال وحشت‌زدگی بر پایه معیارهای ویراست پنجم راهنمای آماری و تشخیص اختلالات روانی (ابتلا به اختلال وحشت‌زدگی در این پژوهش با استفاده از نمره پرسشنامه هراس گرینبرگ بود و توسط روان‌پزشک و متخصص روان‌شناسی بالینی تأیید شد)، جنسیت مؤنث، تحصیلات دیپلم به بالا و در زمان ورود به برنامه تحت سایر درمان‌های روان‌شناختی نباشند و تمایل به شرکت در پژوهش را داشته باشند. در این پژوهش به‌منظور اندازه‌گیری متغیرهای موردنظر از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱- مقیاس دشواری در تنظیم هیجان[۱]: مقیاس اولیه دشواری در تنظیم هیجان توسط گراتز و روئمر در سال ۲۰۰۴، ساخته شد. این مقیاس یک ابزار سنجش۴۱ آیتمی خودگزارش‌دهی بود که برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجانی ازلحاظ بالینی تدوین شد. یک آیتم به خاطر همبستگی پایین آن با کل مقیاس و ۴ آیتم به خاطر بار عاملی پایین یا دوگانه روی دو عامل حذف شدند. به‌این‌ترتیب از مجموع ۴۱ آیتم ابتدایی مقیاس ۳۶ آیتم باقی ماندند. گراتز و روئمر (۲۰۰۴)، آیتم‌های این مقیاس را بر اساس متون تنظیم هیجان تدوین و انتخاب کردند. این مقیاس به‌منظور ارزیابی دشواری در تنظیم هیجانات در طی دوران آشفتگی، هنگامی‌که راهبردهای تنظیم

۱- Difficulty emotional regulation scale (DERS)

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

هیجانی لازم و ضروری می‌باشند، به کار می‌رود. این مقیاس جنبه‌های مختلف اختلاف در تنظیم هیجانی را می‌سنجد. تحلیل عاملی وجود ۶ عامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، عدم وضوح هیجانی را نشان داد. نتایج حاکی از آن است که این مقیاس از همسانی درونی بالایی یعنی ۰/۹۳ برخوردار است. به‌علاوه، هر ۶ خرده مقیاس، آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ دارند. همچنین این مقیاس همبستگی معناداری با پرسشنامه پذیرش و عمل[1] دارد (۱۶). بر اساس داده‌های حاصل از پژوهش انجام‌شده توسط عزیزی، میرزایی و شمس (۱۳۸۹)، میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۲ برآورد شده است (۱۷).

۲- پرسشنامه عقاید هراس[2]: این پرسشنامه توسط گرینبرگ در سال ۱۹۸۹، برای ارزیابی باورهایی که موجب افزایش احتمال واکنش‌های فاجعه‌آمیز نسبت به تجارب بدنی و هیجانی در اختلال وحشت‌زدگی می‌شود، تهیه‌شده است. این پرسشنامه دارای ۴۲ عبارت و ۴ خرده مقیاس شامل؛ اضطراب انتظار، فاجعه بدنی، فاجعه هیجانی و نارضایتی از خود است. پرسشنامه عقاید هراس، دارای آلفای کرونباخ ۰/۹۵ است. همچنین آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های این پرسشنامه در محدوده ۰/۸۲ تا ۰/۹۱گزارش‌شده است. این پرسشنامه در ایران توسط افشاری، نشاط دوست، بهرامی و افشار در سال ۱۳۸۹ استاندارد گردیده است که با توجه به نتایج پژوهش آن‌ها آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به‌دست‌آمده است (۱۸).

۳- پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی: شامل کد شناسایی افراد شرکت‌کننده در برنامه آموزشی، سن و تحصیلات افراد شرکت‌کننده بود.

۴- پروتکل آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی: در این پژوهش جلسات آموزشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس پروتکل سگال در گروه آزمایش اول انجام شد (جدول ۱) (۱۹).

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات آموزشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات	محتوای جلسه
جلسه ۱:	ارزیابی، تدوین فرمول‌بندی کلی مراجع، معرفی مدل و آماده‌سازی بیمار جهت تمرینات، امضای فرم تعهد.
جلسه ۲:	هدایت خودکار در برابر ذهن آگاهی، ضابطه‌مندی انفرادی برای شکل‌گیری عود و عوامل مرتبط با عود، تمرین کشمش خوری به شیوه ذهن آگاهی، ارائه تکالیف و جزوه مربوط به ارکان ذهن آگاهی.
جلسه ۳:	بودن در بدن (تمرکز بر بدن و تجربه حس‌های بدنی راه دیگری برای کسب آگاهی از تجارب درونی و کاهش واکنش‌پذیری نسبت به حملات وحشت‌زدگی است)، آماده‌سازی بیمار برای انجام تمرینات وارسی بدنی به مدت ۱۰ الی ۱۵ دقیقه، تمرین افکار و احساسات جایگزین، ثبت تجارب خوشایند، ارائه تکالیف و جزوات به همراه نوار آموزشی برای انجام تمرینات.
جلسه ۴:	معرفی تمرین مراقبه نشسته و منطق اجرای آن به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه، بررسی تکالیف جلسه قبل، ثبت وقایع ناخوشایند، ارائه تکالیف، شرح مختصر در مورد تمرین مراقبه نشسته.
جلسه ۵:	ماندن در زمان حال، مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، اصوات و افکار) به مدت ۱۰ الی ۱۵ دقیقه، فن سه دقیقه زمان تنفس و معرفی این روش به‌عنوان راهبردی مقابله‌ای برای استفاده در زمان‌هایی که شرایط موجود احساسات مختل‌کننده‌ای را برمی‌انگیزد، ارائه تکالیف.
جلسه ۶:	پذیرش / مجوز حضور، مراقبه نشسته (به ذهن‌آوری عمدی مشکلات/ دشواری‌ها)، از بیمار خواسته می‌شود در جریان مراقبه نشسته، تجربه ناخوشایندی را که هنوز آثار روانی آن دامن‌گیر اوست را به ذهن آورد و به تجربه این افکار با همراه شدن با حس‌های بدنی بپردازد، بحث در مورد تمرین، مرور و بررسی تکالیف قبل، ارائه تکالیف این جلسه.
جلسه ۷:	افکار منفی ارتباط ما را باتجربه محدود می‌کنند (افکار حقایق نیستند)، مراقبه نشسته، بازنگری تکالیف، چگونه با دردهای هیجانی کارکنیم، رنج شما برابر با شما نیست اما شما می‌توانید کارهایی برای شفا و سلامتی انجام دهید، ارائه تکالیف این هفته.
جلسه ۸:	شناسایی نشانگان هشداردهنده عود و توسعه برنامه عملی برای مقابله با این وضعیت (چگونه می‌توان از خود به‌خوبی مراقبت کرد)، مراقبه نشسته، بازنگری تکالیف خانه و ارائه تکالیف این جلسه.
جلسه ۹:	جمع‌آوری آموخته‌ها برای آینده و شروعی نو برای باقی‌مانده زندگی، تمرین منظم ذهن آگاهی به حفظ تعادل در زندگی کمک می‌کند، تمرین وارسی بدنی، بازنگری تکالیف خانگی.
جلسه ۱۰:	بازنگری بر آنچه انجام گرفت و بحث در مورد فن‌ها و تمریناتی که بیمار در نظر ندارد آن‌ها را دنبال کند، ترغیب بیمار برای یافتن دلایل مثبت برای این کار، توزیع جزوات جلسه آخر، پایان دادن به جلسه روان‌درمانی با آخرین مراقبه (تیله، سنگ، مهره).
جلسه ۱۱:	پیگیری؛ اجرای پرسشنامه عقاید هراس و دشواری در تنظیم هیجان.

۱- Act and acceptance questionnaire

۲- Panic belief inventory (PBI)

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

۵-پروتکل آموزش طرح‌واره درمانی هیجانی: در این پژوهش جلسات آموزشی طرح‌واره درمانی هیجانی بر اساس پروتکل لیهی در گروه آزمایش دوم انجام شد (جدول ۲) (۲۰).

جدول ۲:خلاصه محتوای جلسات آموزشی طرح‌واره درمانی هیجانی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه ۱: ارزیابی، تدوین فرمول‌بندی موردی، آماده‌سازی و معرفی مدل طرح‌واره‌های هیجانی، اعتبار بخشیدن به بیمار و هیجان‌ها، آموزش در مورد اختلال وحشت‌زدگی، تکلیف خانگی؛ تمایز میان فکر، احساس، رفتار و کارکرد هیجان‌ها (اختلال وحشت‌زدگی).	
جلسه ۲: 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.	
جلسه ۳: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، به‌کارگیری فن شناسایی و برچسب‌زنی به هیجان‌ها، تکلیف خانگی؛ ثبت هیجان‌ها، مشاهده و توصیف هیجان‌ها.	
جلسه ۴: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، استفاده از فن عادی‌سازی هیجان، فن کاهش استرس، تکلیف خانگی؛ آزمایش رفتاری در مورد این‌که هیجان‌های احتمالی که سایر افراد ممکن است در چنین شرایطی داشته باشند، تمرین کاهش استرس.	
جلسه ۵: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، چالش با باورهای غلط هیجانی، فن پذیرش هیجان، تکلیف خانگی؛ باورهای غلط، مطالعه حقایق پایه در مورد هیجان‌ها، مزایا و معایب پذیرش هیجان‌ها.	
جلسه ۶: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، چالش با بیمار برای رها ساختن راهبردهای دردسرساز، شناسایی راهبردهای مفید و حضور در جلسه، تکلیف خانگی؛ تحمل احساسات آمیخته.	
جلسه ۷: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجانات بیمار، ادامه چالش با راهبردهای دردسرساز، کار روی باورها و تفسیرهای منفی از هیجان (طرح‌واره هیجانی)، تکلیف خانگی؛ باورها و تفسیرهای منفی بیمار از هیجان (کنترل، پذیرش، توافق، طول مدت و ...).	
جلسه ۸: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، ادامه چالش با باورها و تفسیرهای منفی بیمار از هیجان، تکلیف خانگی؛ متناسب با باورها و تفسیر منفی از هیجان (دیدگاه ساده‌انگارانه در مورد هیجان‌ها، احساس گناه، شرم و ...).	
جلسه ۹: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، ادامه چالش با باورها و تفسیرهای منفی در مورد هیجان، استفاده از فن بالا رفتن از نردبان معانی، تکلیف خانگی؛ متناسب با باورها و تفسیر منفی بیمار از هیجان، پیوند باارزش‌های والاتر.	
جلسه ۱۰: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، ادامه چالش با باورها و تفسیرهای منفی در مورد هیجان، پیوند باارزش‌های والاتر، فن فضاسازی برای هیجان، گفتگو در مورد هرگونه مسئله باقی‌مانده، ارائه نسخه مکتوب از فن‌ها و جلسات به بیمار.	
جلسه ۱۱: پیگیری؛ اجرای پرسشنامه عقاید هراس و دشواری در تنظیم هیجان.	

به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش، پس از جمع‌آوری و تنظیم اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌ها، از روش های آماری توصیفی و آمار استنباطی و تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده گردید.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۴۵ زن با اختلال وحشت‌زدگی حضور داشتند که دامنه سنی آن‌ها بین ۲۰ تا ۴۰ سال با میانگین سنی ۳۰/۵۷ بود. همچنین تعداد ۷ نفر از افراد شرکت‌کننده دیپلم (۶/۱۵٪)، ۵ نفر فوق‌دیپلم (۱/۱۱٪)، ۲۹ نفر لیسانس (۴/۶۴٪) و ۴ نفر فوق‌لیسانس (۹/۸٪) بودند. در جدول شماره ۳ آماره‌های توصیفی متغیرهای موردمطالعه به تفکیک نوع آزمون و گروه‌ها ارائه‌شده است.

با توجه به جدول شماره ۳، میانگین نمرات متغیر زیرمقیاس‌های دشواری تنظیم هیجان بعد از آموزش هر دو روش درمانی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و طرح واره درمانی هیجانی کاهش‌یافته است. برای بررسی مقایسه اثربخشی دو روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و طرح‌واره درمانی هیجانی بر دشواری در تنظیم هیجان از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. ابتدا پیش‌فرض‌های این آزمون موردبررسی قرار گرفت. به‌منظور بررسی یکسانی ماتریس کوواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد. نتایج نشان داد که مفروضه یکسانی کوواریانس برقرار است($F(۴۲، ۵۲۳۶/۹۴۲) = ۱/۸۰$ ،$p=۰/۱۱۵$). به‌منظور ارزیابی مفروضه یکسانی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون در جدول ۴ ارائه‌شده است. همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود شرط برابری

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

جدول ۳:آماره‌های توصیفی متغیرهای موردمطالعه به تفکیک نوع آزمون و گروه‌ها

متغیرها	گروه‌ها	میانگین پیش‌آزمون	انحراف استاندارد پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون	انحراف استاندارد پس‌آزمون
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	شناخت درمانی ذهن آگاهی	۱۹/۴۶	۲/۹۴	۱۸/۰۰	۲/۴۷
	طرح‌واره درمانی هیجانی	۲۲/۸۶	۴/۲۰	۱۱/۹۳	۱/۵۷
	کنترل	۲۱/۸۶	۳/۵۲	۲۱/۰۸	۳/۴۴
دشواری در انجام رفتار هدفمند	شناخت درمانی ذهن آگاهی	۱۹/۳۳	۲/۴۹	۱۷/۸۰	۲/۰۴
	طرح‌واره درمانی هیجانی	۱۸/۸۰	۲/۰۰	۸/۸۰	۱/۰۱
	کنترل	۱۸/۷۳	۲/۷۱	۱۸/۸۶	۲/۵۵
دشواری در کنترل تکانه	شناخت درمانی ذهن آگاهی	۲۳/۰۰	۳/۱۱	۲۰/۸۶	۳/۰۲
	طرح‌واره درمانی هیجانی	۲۲/۵۳	۳/۳۷	۱۰/۳۳	۲/۰۹
	کنترل	۲۲/۷۳	۳/۵۱	۲۲/۵۳	۳/۱۵
فقدان آگاهی هیجانی	شناخت درمانی ذهن آگاهی	۲۲/۶۰	۲/۰۲	۲۰/۲۶	۱/۵۳
	طرح‌واره درمانی هیجانی	۲۲/۴۰	۱/۲۴	۱۱/۲۰	۱/۳۷
	کنترل	۲۲/۳۳	۱/۸۳	۲۲/۲۶	۱/۳۳
دسترسی محدود	شناخت درمانی ذهن آگاهی	۳۰/۹۳	۳/۲۶	۲۵/۲۶	۳/۰۳
	طرح‌واره درمانی هیجانی	۳۰/۲۰	۳/۰۲	۲۸/۷۳	۲/۲۵
	کنترل	۲۹/۴۶	۳/۲۲	۳۷/۵۳	۱/۷۶
عدم وضوح هیجانی	شناخت درمانی ذهن آگاهی	۱۶/۷۳	۱/۵۳	۱۵/۸۰	۱/۳۷
	طرح‌واره درمانی هیجانی	۱۶/۷۳	۱/۵۷	۹/۱۳	۰/۹۱
	کنترل	۱۸/۰۶	۱/۹۴	۱۸/۰۶	۱/۵۷

جدول ۴: نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های خطا در پس‌آزمون دشواری در تنظیم هیجان

متغیرها	آماره F	درجه آزادی بین گروهی	درجه آزادی درون‌گروهی	معناداری
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۱/۲۱	۲	۴۲	۰/۳۰
دشواری در انجام رفتار هدفمند	۰/۹۱	۲	۴۲	۰/۴
دشواری در کنترل تکانه	۴/۳۲	۲	۴۲	۰/۲۱
فقدان آگاهی هیجانی	۵/۰۲	۲	۴۲	۰/۱۱
دسترسی محدود	۲/۰۸	۲	۴۲	۰/۱۳
عدم وضوح هیجانی	۱/۰۶	۲	۴۲	۰/۲۱

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

واریانس‌های خطا برای تمام مؤلفه‌ها برقرار است (P>۰/۰۵) . بنابراین تحلیل کوواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج آن نشان داد تفاوت معناداری در ترکیب خطی مؤلفه‌ها وجود دارد (F=۷۷/۲۷, P<۰/۰۰۱ , ۰/۰۰۴=لامبدای ویلکز). به‌منظور مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در تک‌تک متغیرهای وابسته از آزمون کوواریانس تک متغیره استفاده شد. در جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای متغیر دشواری در تنظیم هیجان در پس‌آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل ارائه‌شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای متغیر دشواری در تنظیم هیجان در پس‌آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۸۱۷/۲۵۶	۲	۴۰۸/۶۲۸	۱۳۹/۸۲۶	۰/۰۰۰۵	۰/۸۸
دشواری در انجام رفتار هدفمند	۸۱۶/۱۱۲	۲	۴۰۸/۰۵۶	۲۰۷/۶۴۳	۰/۰۰۰۵	۰/۹۲
دشواری در کنترل تکانه	۱۱۸۱/۶۸۰	۲	۵۹۰/۸۴۰	۱۳۷/۴۰۱	۰/۰۰۰۵	۰/۸۸
فقدان آگاهی هیجانی	۹۰۴/۵۸۶	۲	۴۵۲/۲۹۳	۴۰۶/۶۴۴	۰/۰۰۰۵	۰/۹۵
دسترسی محدود	۸۲۳/۶۴۰	۲	۴۱۱/۸۲۰	۸۲/۳۹۵	۰/۰۰۰۵	۰/۸۲
عدم وضوح هیجانی	۵۲۶/۷۱۰	۲	۲۶۳/۳۵۵	۲۸۱/۷۹۵	۰/۰۰۰۵	۰/۹۴

همان‌گونه که درجدول۵ مشاهده می‌شود نتایج نشان داد که در همه مؤلفه‌ها بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. به‌علاوه بخش عمده‌ای از واریانس تغییرات در عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی (۰/۸۸)، دشواری در انجام رفتار هدفمند(۰/۹۲)، دشواری در کنترل تکانه (۰/۸۸)، فقدان آگاهی هیجانی (۰/۹۵) دسترسی محدود (۰/۸۲)، عدم وضوح هیجانی (۰/۹۴) در پس-آزمون به تأثیر روش‌های درمانی مربوط می‌شود. در جدول ۶ مقایسه زوجی گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون ارائه‌شده است.

مطابق با مندرجات جدول ۶، مقایسه دوبه‌دوی گروه‌ها به لحاظ نمرات زیرمقیاس‌های دشواری در تنظیم هیجان (عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود و عدم وضوح هیجانی) نشان می‌دهد دو گروه آزمایش تفاوت معناداری در پس‌آزمون با یکدیگر دارند (p=۰/۰۵) و میزان تأثیر گروه آزمایش ۲(طرح‌واره درمانی هیجانی) بیشتر بوده است.

علاوه‌برآن در همه زیرمقیاس‌ها بین گروه آزمایش ۱(شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) و گروه آزمایش ۲ (طرح واره درمانی هیجانی) تفاوت معناداری مشاهده شد و نتایج حاکی از اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی نسبت به گروه کنترل است.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

جدول۶: مقایسه زوجی گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون

گروه‌ها		متغیر	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
گروه آزمایش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (گروه آزمایش ۱)	گروه آزمایش ۲	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۰/۶۸۴	۸/۰۷۶ *	۰/۰۰۵
	گروه کنترل		۰/۷۰۹	-۲/۰۴۴ *	۰/۰۰۱
	گروه آزمایش ۲	دشواری در انجام رفتار هدفمند	۰/۵۶۱	۸/۷۸۳ *	۰/۰۰۰۵
	گروه کنترل		۰/۵۸۲	-۱/۳۵۵ *	۰/۰۲۶
	گروه آزمایش ۲	دشواری در کنترل تکانه	۰/۸۲۹	۱۰/۲۷۷ *	۰/۰۰۰۵
	گروه کنترل		۰/۸۶۰	-۲/۰۹۲ *	۰/۰۲۰
	گروه آزمایش ۲	فقدان آگاهی هیجانی	۰/۴۲۲	۸/۹۴۶ *	۰/۰۰۰۵
	گروه کنترل		۰/۴۳۸	۱/۹۰ *	۰/۰۰۰۵
	گروه آزمایش ۲	دسترسی محدود	۰/۸۹۴	-۲/۷۰۶ *	۰/۰۰۵
	گروه کنترل		۰/۹۲۸	-۱۱/۲۲۰ *	۰/۰۰۰۵
	گروه آزمایش ۲	عدم وضوح هیجانی	۰/۳۸۷	۶/۷۸۹ *	۰/۰۰۰۵
	گروه کنترل		۰/۴۰۱	-۱/۵۰۷ *	۰/۰۰۱
گروه آزمایش طرح‌واره درمانی هیجانی (گروه آزمایش ۲)	گروه آزمایش ۱	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۰/۶۸۴	-۸/۰۷۶ *	۰/۰۰۰۵
	گروه کنترل		۰/۶۶۳	-۱۰/۵۱۵*	۰/۰۰۰۵
	گروه آزمایش ۱	دشواری در انجام رفتار هدفمند	۰/۵۶۱	-۸/۷۸۳ *	۰/۰۰۰۵
	گروه کنترل		۰/۵۴۴	-۱۰/۱۳۸ *	۰/۰۰۰۵
	گروه آزمایش ۱	دشواری در کنترل تکانه	۰/۸۲۹	-۱۰/۲۷۷ *	۰/۰۰۰۵
	گروه کنترل		۰/۸۰۴	-۱۲/۳۶۸ *	۰/۰۰۰۵
	گروه آزمایش ۱	فقدان آگاهی هیجانی	۰/۴۲۲	-۸/۹۴۶ *	۰/۰۰۰۵
	گروه کنترل		۰/۴۰۹	-۱۰/۸۴۶ *	۰/۰۰۰۵
	گروه آزمایش ۱	دسترسی محدود	۰/۸۹۴	۲/۷۰۶ *	۰/۰۰۵
	گروه کنترل		۰/۸۶۷	-۸/۵۱۴ *	۰/۰۰۰۵
	گروه آزمایش ۱	عدم وضوح هیجانی	۰/۳۸۷	-۶/۷۸۹ *	۰/۰۰۰۵
	گروه کنترل		۰/۳۷۵	-۸/۲۹۶ *	۰/۰۰۰۵

گروه آزمایش ۱: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ، گروه آزمایش۲: طرح‌واره درمانی هیجانی، p< ۰/۰۵

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرح واره درمانی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر دشواری تنظیم هیجان زنان مبتلابه اختلال وحشت‌زدگی بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که نمرات به‌دست‌آمده در متغیرهای دشواری در تنظیم هیجان در گروه‌های آزمایشی نسبت به گروه کنترل کاهش‌یافته است. همچنین طرح‌واره درمانی هیجانی نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر دشواری در تنظیم هیجان مؤثرتر بوده است. این نتیجه در راستای یافته‌های قبلی لیهی (۲۰)، هوفارت و همکاران (۱۱)، کالوت، اورو و گونزالز-دیاز [۱] (۲۱)، رافایلی، برن‌استین و یانگ [۲] (۲۲)، فروون و لانیوس [۳] (۲۳) و کلویتری، میراندا، استووال- مک‌کلاف و هان [۴]

۱– Calvete, Orue & González-Diez
۲– Rafaeli, Bernstein & Young
۳– Frewen & Lanius
۴– Cloitre, Miranda, Stovall-McClough & Han

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

(۲۴) بود. در تبیین این نتایج باید به این نکته اشاره کرد که تنظیم هیجانی به‌عنوان تلاش فرد برای نگهداری، بازداری، افزایش تجارب و حالات هیجانی تعریف می‌شود. تنظیم هیجان فرایندی است که از طریق آن افراد هیجان‌های خود را به‌صورت هشیار یا ناهشیار تعدیل می‌کنند. به‌علاوه، تنظیم هیجانی به توانایی فهم هیجانات، تعدیل تجربه‌ی هیجانی و ابراز هیجانات اشاره دارد. بنابراین، شکست در تنظیم هیجان، بی‌نظمی نامیده می‌شود. بی‌نظمی هیجان به‌عنوان روش‌های ناسازگارانه پاسخ به هیجانات تعریف‌شده است که شامل پاسخ‌های فاقد پذیرش، دشواری در کنترل رفتارها در بستر پریشانی هیجانی و نقص در استفاده عملکردی از هیجانات به‌عنوان اطلاعات است (۲۵). شواهد حاکی از این است که عوامل متعددی می‌توانند منجر به اختلال در نظم‌جویی هیجان شوند. همچنین، اختلال در نظم‌جویی هیجان غالباً با دشواری و عدم توانایی در مقابله باتجربه و پردازش هیجان‌ها مشخص می‌شود. در این راستا، نتایج مطالعات بیانگر این است که ظرفیت تغییر این‌که چگونه افراد هیجان‌ها را تجربه و ابراز کنند، عامل کلیدی برای سلامت روانی است (۲۶) و مشکل در نظم‌جویی هیجان مؤثر ویژگی اصلی بسیاری از اختلال‌های روانی است (۲۷). بنابراین به نظر می‌رسد، به‌کارگیری صحیح راهبردهای نظم‌جویی هیجان می‌تواند نقش اساسی در کاهش دشواری در نظم‌جویی هیجان داشته باشد. همچنین طرح‌واره درمانی هیجانی برافزایش فرایندهای هیجانی، غلبه بر اجتناب و نقش شناخت در تجربه‌های هیجانی تأکید دارد. در این مدل نقش هیجان‌ها و راهبردهای پردازش هیجانی برجسته شده است. در مدل طرح‌واره هیجانی عدم‌پردازش هیجان و تفسیرهای منفی از هیجان، موجب به‌کارگیری نگرانی به‌عنوان راهبرد مقابله‌ای با شرایط هیجانی می‌شود و درنتیجه بیان می‌کند اصلاح باورها درباره هیجان‌ها ممکن است تکیه‌بر نگرانی به‌عنوان یک راهبرد برای اجتناب از هیجان‌ها را برطرف کند (۲۸). در افراد مبتلابه اختلال وحشت‌زدگی، تنظیم ناکارآمد هیجانی و استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی نامناسب یکی از عوامل دخیل در ایجاد و تداوم اختلال وحشت‌زدگی است (۵).

در تأیید این نکته، یافته‌های پژوهشی مختلف نشان می‌دهند یکی از دلایل تداوم و پایدار بودن اختلال وحشت‌زدگی نوعی بد تنظیمی و دشواری در فرآیند تنظیم هیجان است (۶). با توجه به نتایج پژوهش حاضر، روش طرح‌واره درمانی هیجانی مؤثرتر از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر دشواری در تنظیم هیجان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که طرح واره درمانی هیجانی با استفاده از هیجان‌های دردناک بیمار برای برقراری رابطه درمانی عمیق، شناسایی و تعدیل طرح‌واره های هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجانی، مقاومت بیماران مبتلابه اختلال وحشت‌زدگی را به حداقل می‌رساند و به موجب آن بیماران می‌توانند فنون مواجهه‌سازی با هیجان‌های دردناک ناشی از اضطراب را به‌خوبی انجام دهند و از آنجایی اجتناب تجربی و مواجه نشدن بیمار با اضطراب‌هایش اساسی‌ترین عامل ماندگاری بیماری است، لذا فراهم کردن بهترین شرایط برای مواجهه‌سازی کامل می‌تواند تحولی در درمان اختلال وحشت‌زدگی ایجاد کند. درواقع، پژوهش‌ها حاکی از آن‌اند که طرح‌واره درمانی هیجانی با ایجاد انعطاف‌پذیری در تجارب هیجانی افراد مبتلابه اختلال وحشت‌زدگی می‌تواند راهبردهای جدید و مناسب‌تری را در اختیار مبتلایان قرار دهد. بنابراین، به نظر می‌رسد طرح‌واره درمانی هیجانی بتواند نقش مهمی در ایجاد طرح‌واره‌های سازگارانه افراد برای کنترل و اقدام درباره‌ی هیجاناتشان داشته باشد (۲۸). این پژوهش قابلیت تعمیم‌دهی به‌کل جامعه را ندارد زیرا در آن افرادی با دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال حضور داشتند. همچنین، حضور زنان به‌عنوان تنها افراد شرکت‌کننده از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بر اساس نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی در گروه‌های سنی مختلف و هر دو جنس صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از ریاست محترم بیمارستان روان‌پزشکی ۵۰۵ نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران و کلیه افرادی که در انجام فرایند پژوهش همکاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را کنند.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

References
1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013 May 22.
2. Barlow DH, editor. Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual. Guilford publications; 2014 Feb 27.
3. Hoge EA, Brandstetter K, Moshier S, Pollack MH, Wong KK, Simon NM. Broad spectrum of cytokine abnormalities in panic disorder and posttraumatic stress disorder. Depression and anxiety. 2009 May 1;26(5):447-55.
4. Taherifar, Z., Ferdowsi, S., Mootabi, F., Mazaheri, M. A., Fata, L. The Mediating Role of Emotion Dysregulation Strategies on the Relationship Between Negative Emotion Intensity and Safety Motivation With Generalized Anxiety Symptoms. Biannual Journal of the Iranian Psychological Association, 2016, Apr 10(2), 51- 66. (Persian).
5. Gross JJ, Jazaieri H. Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. Clinical Psychological Science. 2014 Jul; 2(4):387-401.
6. Campbell-Sills L, Simmons AN, Lovero KL, Rochlin AA, Paulus MP, Stein MB. Functioning of neural systems supporting emotion regulation in anxiety-prone individuals. Neuroimage. 2011 Jan 1; 54(1):689-96.
7. Farb NA, Anderson AK, Segal ZV. The mindful brain and emotion regulation in mood disorders. The Canadian Journal of Psychiatry. 2012 Feb; 57(2):70-7.
8. D'Avanzato C, Joormann J, Siemer M, Gotlib IH. Emotion regulation in depression and anxiety: examining diagnostic specificity and stability of strategy use. Cognitive Therapy and Research. 2013 Oct 1; 37(5):968-80.
9. Chiesa A, Serretti A. Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. Psychiatry research. 2011 May 30; 187(3):441-53.
10. Leahy RL. A model of emotional schemas. Cognitive and behavioral practice. 2002 Jun 1;9(3):177-90.
11. Hoffart A, Sexton H, Hedley LM, Wang CE, Holthe H, Haugum JA, Nordahl HM, Hovland OJ, Holte A. The structure of maladaptive schemas: A confirmatory factor analysis and a psychometric evaluation of factor-derived scales. Cognitive Therapy and Research. 2005 Dec 1; 29(6):627-44.
12. Britton WB, Shahar B, Szepsenwol O, Jacobs WJ. Mindfulness-based cognitive therapy improves emotional reactivity to social stress: results from a randomized controlled trial. Behavior therapy. 2012 Jun 1; 43(2):365-80.
13. Craigie MA, Rees CS, Marsh A, Nathan P. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary evaluation. Behavioral and Cognitive Psychotherapy. 2008 Oct; 36(5):553-68.
14. Morgan D. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse; 2003 Apr; 121- 132.
15. Orsillo SM, Roemer L, editors. Acceptance -and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment. Springer Science & Business Media; 2007 Apr 22.
16. Gratz KL, Roemer L. 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. 2004 Mar 1; 26 (1):41-54.
17. Azizi, A., Mirzaei, A., Shams, J. Investigating the relationship between distress tolerance and emotional regulation with students' dependence on cigarette smoking. Journal of Hakim, 2010 Sep; 13 (1):11-18. (Persian).
18. Afshari, M., Neshatdost, H., Bahrami, F., Afshar, H. Efficacy of metacognitive-behavioral therapy on panic belifes in female panic disorder. Arak medical university journal (AMUJ). 2010; 13, 1(50), 9-16. (Persian).
19. Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. Guilford Publications; 2018 May 21.
20. Leahy RL. Emotional schema therapy: a bridge over troubled waters. Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy: Understanding and Applying the New Therapies. 2011:109-31.
21. Calvete E, Orue I, González-Diez Z. An examination of the structure and stability of early maladaptive schemas by means of the Young Schema Questionnaire-3. European Journal of Psychological Assessment. 2013.
22. Rafaeli E, Bernstein DP, Young J. Schema therapy: Distinctive features. Routledge; 2010 Sep 13.
23. Frewen PA, Lanius RA. Toward a psychobiology of posttraumatic self□dysregulation. Annals of the New York Academy of Sciences. 2006 Jul 1;1071(1):110-24.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

24. Cloitre M, Miranda R, Stovall-McClough KC, Han H. Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. Behavior Therapy. 2005 Mar 1;36 (2):119-24.
25. Gratz KL, Tull MT. Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance-and mindfulness-based treatments. Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change. 2010 May 1:107-33.
26. Kring AM. The future of emotion research in the study of psychopathology. Emotion Review. 2010 Jul; 2(3):225-8.
27. Silk JS, Steinberg L, Morris AS. Adolescents' emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behavior. Child development. 2003 Nov 1; 74(6):1869-80.
28. Messman-Moore TL, Coates AA. The impact of childhood psychological abuse on adult interpersonal conflict: The role of early maladaptive schemas and patterns of interpersonal behavior. Journal of Emotional Abuse. 2007 Dec 14; 7(2):75-92.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

Comparison of the Effectiveness of Emotional Schema Therapy and Cognitive Therapy Based on Mindfulness on reducing the difficulty emotional regulation in Patients with Panic Disorder

Kianipoor E (Ph.D candidate), Hassani F (Ph.D)*, Rahnejat AM (Ph.D), Ghanbaripanah A (Ph.D)

Abstract

Introduction: The purpose of the study is to compare effectiveness of emotional schema therapy and mindfulness-based cognitive therapy on decrease of difficulty emotional regulation in women with panic disorder.

Methods: This is an experimental study with pre-test, post-test and control group. The study population included all the women with panic disorder that were referred to educational, research & therapeutic 505 Hospital for outpatient therapy in Tehran city in 2017. 45 subjects were selected by random sampling method and randomly were divided into two experimental groups and one control group (n=15). Both experimental groups were under treatment within 8 sessions, weekly 2 sessions of 90 minutes while the control group received no treatment. The research tool included difficulties in emotion regulation scale (DERS) and panic belief inventory (PBI), which were conducted in pre-test, post-test.

Results: Data analysis showed that both emotional schema therapy and mindfulness-based cognitive therapy were effective on difficulty emotional regulation of women with panic disorder.

Conclusions: Results indicated a more effective emotional schema therapy on difficulty emotional regulation. Therefore, it can be used to improve emotional regulation.

Keywords: Emotional Schema Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Difficulties in Emotion Regulation, Panic Disorder

---

* Corresponding author, Department of Psychology, Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. Email: Hassani.fariba@gmail.com.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]