

The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Distress Tolerance and Emotional Regulation in Physical-Motor Disabled People in Mashhad City

Fatemeh Rahmani Moghaddam: Ph.D. student in psychology, department of psychology, Neyshabur branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. fa.rahmani.moghaddam@gmail.com

Zahra Bagherzadeh Golmakani*: Assistant professor, department of psychology, Neyshabur branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. z.bagherzadeh@iau-neyshabur.ac.ir

Hassan Touzandehjani: Associate professor, department of psychology, Neyshabur branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. h.touzandeh@iau-neyshabur.ac.ir

Hamid Nejat: Assistant professor, department of education sciences, Mashhad branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran. dr.nejat@iauh.ac.ir

Abstract

Introduction: People with physical-motor disabilities face different emotions due to special conditions during life. This research aimed to study the effectiveness of emotional schema therapy on distress tolerance and emotional regulation in physical-motor disabled people.

Methods: The method of the present study was quasi-experimental with pre-test and post-test design and follow-up with the control group. The statistical population included all physically disabled people aged twenty to fifty years old who had a rehabilitation record in 2019 in the welfare of Mashhad, where fifteen people were selected and randomly assigned for each experimental and control group by available sampling method based on inclusion and exclusion criteria. Both groups completed the distress tolerance and emotion regulation questionnaire as the pre-test. The experimental group was trained in eleven sessions of sixty minutes according to the protocol of emotional schema therapy (Leahy 2015), while the control group did not receive any intervention. The data were analyzed using SPSS25 by repeated measures analysis of variance.

Results: The results showed a significant difference between the scores of distress tolerance and emotional regulation in the experimental group in comparison to control in the post-test stage. ($P < 0.05$) Therefore emotional schema therapy was effective on distress tolerance and emotional regulation variables.

Conclusions: The results indicate that emotional schema therapy could be effective in increasing distress tolerance and improving emotional regulation.

Keywords

Emotional Schema Therapy, Distress Tolerance, Emotional Regulation, Physical-Motor Disabled People

*Corresponding Author

Study Type: Original

Received: 13 Dec 2020

Accepted: 27 Aug 2021

Please cite this article as follows:

Rahmani Moghaddam F, Bagherzadeh Golmakani Z, Touzandehjani T, and Nejat H. The effectiveness of emotional schema therapy on distress tolerance and emotional regulation in physical-motor disabled people in mashhad city. Quarterly Journal of Social Work. 2023; 11 (4); 34-43

اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی در معلولین جسمی حرکتی شهر مشهد

فاطمه رحمانی مقدم: دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران. fa.rahmani.moghaddam@gmail.com
زهرا باقرزاده گل مکانی*: استادیار، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران. z.bagherzadeh@iau-neyshabur.ac.ir
حسن توزنده جانی: دانشیار، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران. h.toozandeh@iau-neyshabur.ac.ir
حمید نجات: استادیار، گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران. dr.nejat@iau.ac.ir

واژگان کلیدی

طرحواره درمانی هیجانی،
تحمل آشفتگی، تنظیم
هیجانی، معلولین جسمی
حرکتی

* نویسنده مسؤول
نوع مطالعه: پژوهشی
تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۹/۲۳
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۰۵

چکیده

مقدمه: با توجه به این که افراد دارای معلولیت جسمی حرکتی به خاطر وجود شرایط خاص در طول زندگی با هیجان‌های متفاوتی مواجه هستند، پژوهش حاضر باهدف اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی در معلولین جسمی حرکتی انجام شد.

روش: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه معلولین جسمی حرکتی بیست تا پنجاه ساله، دارای پرونده توان‌بخشی در سال ۱۳۹۸ در بهزیستی شهرستان مشهد بودند که پانزده نفر به‌عنوان گروه آزمایش و پانزده نفر گروه گواه به‌روش شرکت‌کننده در دسترس بر مبنای ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه‌ها جای‌داده شدند. در مرحله پیش‌آزمون، هر دو گروه پرسشنامه‌های تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی را تکمیل کردند. گروه آزمایش طی یازده جلسه شصت دقیقه‌ای بر طبق پروتکل طرحواره درمانی هیجانی لیهی ۲۰۱۵ آموزش داده شدند، درحالی که گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. سپس داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS25 و با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد بین نمرات تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی در گروه آزمایش با گواه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. ($P < 0/05$) در نتیجه طرحواره درمانی هیجانی بر متغیرهای تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی اثربخش است.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج حاکی آن است که طرحواره درمانی هیجانی می‌تواند در بالا رفتن تحمل آشفتگی و بهبود تنظیم هیجانی موثر باشد.

فاطمه رحمانی مقدم، زهرا باقرزاده گل مکانی، حسن توزنده جانی و حمید نجات. اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی در معلولین جسمی حرکتی شهر مشهد. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۴۰۱؛ ۱۱ (۴): ۳۴-۴۳

نحوه استناد به مقاله:

مقدمه

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، میلیون‌ها نفر در سراسر دنیا با یکی از انواع معلولیت‌ها زندگی می‌کنند. تخمین‌ها نشان می‌دهد که حدود پانزده درصد کل جمعیت دنیا را افراد دارای معلولیت تشکیل می‌دهند. [۱] هنگامی که فردی به‌طور همیشگی یا طولانی مدت دچار نقص شده به گونه‌ای که قادر به انجام کارهای کلیدی و اساسی زندگی خود نباشد آن فرد معلول تلقی می‌شود، بنابراین معلولیت اصطلاح یا واژه‌ای است که با توجه به شدت محدودیت عملکرد در زندگی فرد تعریف می‌شود. [۲] کرایچ در پژوهش خود به پژوهشگران حوزه معلولیت و کم‌توانی پیشنهاد کرد در بررسی معلولان جسمی حرکتی هم‌زمان باید به عوامل خطر ساز و عوامل محافظتی در زمینه سلامت روان نیز توجه کرده و حرفه‌های درمانی که در حوزه معلولان جسمی حرکتی فعالیت می‌کنند باید توجه خاصی به کشف و شناسایی جامع عوامل خطر و عوامل محافظتی مرتبط با ارتقای سلامت روان معلولان داشته باشند؛ همچنین عواملی که سازگاری روان‌شناختی را مختل کرده یا به سازگاری مثبت کمک می‌کنند، شناسایی و بررسی نمایند. [۳]

در روانشناسی هیجان‌ها جایگاه حساس و بنیادین دارند زیرا نشان‌دهنده نیازها یا محرک‌های آسیب‌زا هستند. [۴] تامسون ۱۹۹۴ معتقد بود، تنظیم هیجانی، مجموعه‌ای از فرآیندهای نظارتی است که می‌تواند به‌منظور تغییر در اندازه، مدت‌زمان، تقدم و تاخر، مسیر احساسات و پاسخ‌های عاطفی مورد استفاده قرار گیرد، این شامل مدیریت مثبت و منفی احساساتی است که تحت طیف گسترده‌ای از موقعیت استرس‌زا و بدون استرس ایجاد می‌شود [۵] به گونه‌ای که، از طریق توانایی تنظیم هیجان است که افراد می‌توانند بر این که چه هیجانی داشته باشند و چه وقت آن‌ها را تجربه و ابراز کنند، تأثیرگذار باشند. [۶] مدیریت هیجانات به‌منزله فرآیندهای درونی و بیرونی هستند که مسوولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق اهداف او بر عهده دارند و هرگونه اشکال و نقص در تنظیم شناختی هیجان می‌تواند فرد را در برابر اختلالات روانی چون افسردگی و اضطراب آسیب‌پذیر نماید. [۷] به گونه‌ای که در اختلال‌هایی نظیر اختلالات خلقی و اضطرابی نقش بدتنظیمی هیجان برجسته است و این اختلال‌ها در درجه اول بر اساس هیجان‌های آشفته‌ساز تعریف می‌شوند [۸] و در سایر موارد نظیر اختلال شخصیت مرزی و اختلال استرس پس از سانحه و یا مسمومیت با الکل و سایر اختلال‌های موجود نشان می‌دهد که مشکلات تنظیم هیجان در بسیاری از اشکال آسیب‌شناسی قرار دارد و ممکن است یک مولفه کلیدی در درمان آن‌ها محسوب گردد. [۹] در همین راستا در پژوهشی تخریری و همکاران دریافتند، بین روابط ابژه و تحمل پریشانی و راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان رابطه معناداری وجود دارد. [۱۰] همچنین در پژوهشی دیگر، وفایی و قاسمی مطلق بیان کردند، تنظیم شناختی هیجان و سپس تحمل پریشانی قویترین پیش‌بین‌ها برای رضایت زناشویی هستند. [۱۱]

با توجه به اهمیت ارتباط تنظیم هیجان و سایر مولفه‌های سلامت روان می‌توان گفت، درک واکنش‌های عاطفی معلولین پس از وقوع حادثه یا ضایعه بسیار با اهمیت و حیاتی است. از این رو، هنگامی که فرد دچار معلولیت جسمی می‌شود که غالباً با بی‌حرکی و محرومیت حسی مواجه است، در چنین موقعیت‌های بحرانی است که فعالیت‌هایی که قبلاً برایش لذت‌بخش بوده را از دست داده و اثرات آزاردهنده معلولیت را تجربه می‌کند. [۲] افراد دارای ناتوانی باید برای کنار آمدن با مشکل خود، ویژگی‌های خاصی را در خود پرورش دهند. تحمل آشفتگی به‌عنوان یک مفهوم فرا هیجانی مفهوم‌سازی شده و به‌عنوان یک صفت و نه حالت هیجانی مورد نظر قرار گرفته است و به معنای ظرفیت تجربه و تحمل حالات روانی منفی است. تحمل پریشانی می‌تواند نتیجه فرآیندهای شناختی یا جسمانی باشد، اما به‌صورت یک حالت هیجانی تجربه می‌شود که اغلب با تمایلات عمل برای تسکین تجربه هیجانی مشخص می‌شود. [۱۲] این متغیر به چگونگی پاسخ‌دهی افراد به عاطفه منفی گفته می‌شود که اطلاعات اضافی دیگری فراتر از آگاهی فرد از میزان عواطف منفی تجربه‌شده را شامل می‌شود. این رفتار پاسخ عاطفی سودمندی است که به‌عنوان توانایی شخص برای تحمل حالات درونی ناخوشایند تعریف شده است. [۱۳] در این رابطه پژوهش‌ها نشان دادند، بین تحمل پریشانی و نشانه‌ها و اختلالات آسیب‌شناختی [۱۴] و بین فرسودگی شغلی در عملکرد شغلی و تحمل پریشانی رابطه وجود دارد. [۱۵]

علاوه بر این، در پژوهشی نوربخش و همکاران با عنوان اثر بخشی برنامه آموزش شادکامی مبتنی بر نظریه شناختی- رفتاری فوردایس بر کیفیت زندگی و توانایی تحمل آشفتگی زنان مبتلا به معلولیت جسمی- حرکتی، دریافتند، نمرات کیفیت زندگی و تحمل پریشانی گروه مداخله پس از آموزش شادکامی به شیوه شناختی- رفتاری فوردایس به‌صورت

معناداری افزایش یافته است. این یافته نشان می‌دهد، افراد دارای ناتوانی برای کنار آمدن با مشکل خود، باید ویژگی‌های خاصی را در خود پرورش دهند. [۱۶]

یکی از درمان‌های متداولی که برای تنظیم هیجانات در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است طرح‌واره درمانی هیجانی است. مدل طرح‌واره درمانی هیجانی، یک مدل فراشناخت یا فرا تجربه از هیجانات است که هیجانات در آن بخشی از شناخت اجتماعی هستند. [۲۰-۱۷] این مدل اولین بار توسط لیهی ۲۰۰۲ مطرح شد. اما می‌توان این نظریه را به دنبال نظریه روانشناسی فردی آدلر، بک و یانگ دانست. این مدل نشأت گرفته از کارهای گرین برگ و پاپی ویو است. [۲۱] بر اساس این نظریه، انسان‌ها از نظر پذیرفتنی بودن هیجان، تفاسیرشان از علل هیجان، نیازشان به کنترل هیجان، انتظاراتشان درباره تداوم و خطر هیجان و ملاک‌هایشان درباره تناسب ابزار هیجان با یکدیگر فرق دارند. [۱۷ و ۲۲]

بر اساس این مدل هر شخصی نظریه منحصر به فردی درباره هیجانات خود و دیگران دارد. این مدل به‌ویژه در بررسی تفاوت‌های فرهنگی در تفسیر هیجان‌ها مطرح است. زیرا هر فردی یاد می‌گیرد کدام هیجان‌ها شرم‌آور و کدام یک پذیرفتنی هستند. طرح‌واره درمانی هیجانی بیان می‌کند که جوانب اساسی پردازش کردن تجربیات هیجان، دربرگیرنده تفسیر ارزیابی فرد از هیجان‌ها و راهبردهای او در مورد کنترل کردن هیجان است. به این ترتیب این مدل درک ما را از هیجان عمیق‌تر می‌کند. از این دیدگاه هیجان تنها یک تجربه نیست و خودش موضوع تجربه محسوب می‌شود. اگرچه هیجان‌ها از روش سازگاری تکاملی دچار تحول شده‌اند و به‌صورت احتمالی تجاربی همگانی‌اند، تفاسیر، ارزیابی‌ها و پاسخ‌های فرد نیز به شیوه اجتماعی ایجاد می‌گردد. [۲۳]

در سال‌های اخیر پژوهش‌های بسیاری

اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی را بر بسیاری متغیرها، مورد بررسی قرار داده و میزان کارایی آن را تایید می‌کنند، محمدی و همکاران در پژوهشی باهدف، بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی گروهی بر کاهش احساس تنهایی، نشخوار فکری و پریشانی روان‌شناختی زنان مطلقه دریافتند، طرح‌واره درمانی هیجانی گروهی باعث کاهش معنادار احساس تنهایی، نشخوار فکری و پریشانی روان‌شناختی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه می‌شود. علاوه بر این، این درمان توانست موجب کاهش طرح‌واره‌های هیجانی ناسازگار و افزایش طرح‌واره‌های هیجانی سازگار در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شود. [۲۴]

همین‌طور در پژوهشی که توسط قدم پور و همکاران انجام شد آنان دریافتند، طرح‌واره درمانی هیجانی به دلیل تاکید بر نقش باورها و راهبردهای فرد درباره هیجانات می‌تواند به عنوان مداخله‌ای موثر برای کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی از جمله نشخوار فکری پس رویدادی اجتناب شناختی در افراد دارای نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی مورد استفاده قرار گیرد. [۲۵]

در پژوهش دیگری که توسط معصومی تبار و همکاران انجام شد، آن‌ها دریافتند طرح‌واره درمانی هیجانی باعث افزایش رضایت زناشویی و تنظیم هیجان و مولفه‌های آن در زوجین می‌شود. [۲۶]

همچنین در پژوهش دیگری قوتی و همکاران بیان کردند، طرح‌واره درمانی هیجانی بر کاهش نشخوار فکری و مسوولیت‌پذیری افراطی افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری موثر است. [۲۷]

با توجه به این‌که، در طبقه‌بندی بین‌المللی ناتوانی کارکردی و سلامت، معلولیت به عنوان یک اصطلاح چتری برای آسیب‌ها، محدودیت‌های کارکردی و مشارکتی مطرح شده است [۲۸] و مشخصات معلولیت بیشتر جنبه‌های روان‌شناختی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد [۲۹]

پژوهشی توسط امین‌زاده و همکاران انجام شد آنان دریافتند دانش‌آموزان دارای معلولیت بیشتر از دانش‌آموزان عادی از راهبردهای سرکوبی استفاده می‌کنند. [۳۰]

با توجه به تعاریف و مفاهیم ذکر شده می‌توان دریافت که طرح‌واره درمانی هیجانی می‌تواند بر تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی و در افراد دارای معلولیت اثرگذار باشد. بنابراین با توجه به نبود تحقیقات کافی و لازم در جامعه دارای معلولیت و اهمیت و ضرورت توجه به این گروه آسیب‌پذیر، پژوهش حاضر باهدف بررسی اثرگذاری طرح‌واره درمانی هیجانی بر تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی پرداخت تا به نوعی بتواند با بررسی اثرگذاری یک روش درمانی با پیشینه تحقیقاتی غنی در سایر جوامع، به خلا مطالعاتی در جامعه افراد دارای معلولیت بپردازد و از این طریق گامی در جهت کاهش رنج و آلام ناشی از معلولیت بردارد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود که در آن اثربخشی آموزش طرحواره درمانی هیجانی با تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی در معلولین جسمی حرکتی مورد مطالعه قرار گرفت. جامعه آماری کلیه معلولین جسمی حرکتی بهزیستی شهرستان مشهد در سال ۱۳۹۸ بودند که سی نفر از آن‌ها روش شرکت کننده در دسترس بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند و با رضایت شخصی به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه پانزده نفر در هر گروه جای داده شدند. جلسات طرحواره درمانی هیجانی در یازده جلسه شصت دقیقه‌ای طبق پروتکل درمانی طرحواره درمانی هیجانی لیهی [۲۳] ۲۰۱۵ به شیوه گروهی و هفتگی برای شرکت کنندگان گروه آزمایش برگزار شد، در حالی که گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند.

ملاک‌های ورود و خروج

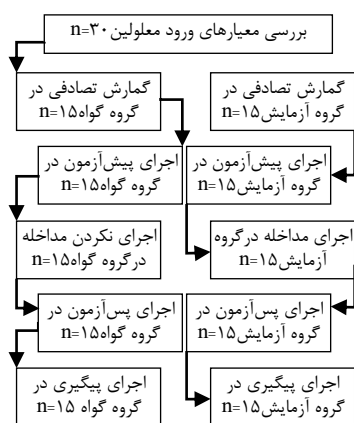
ورود: دارا بودن معلولیت جسمی حرکتی، بر اساس تشخیص کمیسیون پزشکی بهزیستی، شرکت هر دو جنسیت زن و مرد در پژوهش، دارا بودن محدوده سنی بین بیست تا پنجاه سال، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم زیرا این سطح از تحصیلات برای درک درمان و تکمیل پرسشنامه‌ها کافی بود، دریافت نکردن درمان‌های هم‌زمان با انجام پژوهش.

خروج: ابتلا به اختلالات روان پزشکی عمده مثل اختلالات شخصیت، تحصیلات کمتر از دیپلم، وجود اختلالات پزشکی و جسمانی شدید، وجود مشکلات روانی اجتماعی حاد، مشکلات خانوادگی و شغلی شدید تاثیرگذار بر فرآیند درمان، دو جلسه غیبت، شرکت هم‌زمان در سایر روان درمانی‌ها.

ملاحظات اخلاقی: اخذ رضایتنامه کتبی پیش از شروع کار از شرکت کنندگان، اطلاع شرکت کنندگان از موضوع و روش اجرای پژوهش، به دلیل صیانت از اطلاعات خصوصی و شخصی شرکت کنندگان به هر فرد یک کد تخصیص داده شد، مشارکت در پژوهش هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت کنندگان نداشت، به منظور تحرک افراد شرکت کننده فی مابین جلسات تنفس انجام شد و مدت زمان جلسات و فواصل استراحت به گونه‌ای بود که موجب خستگی و رنجش فرد دارای معلولیت نباشد.

ابزار پژوهش

مقیاس تحمل پریشانی سیمونز و گاهر ۲۰۰۵: این مقیاس یک مقیاس، خود سنجی تحمل پریشانی هیجانی است که در سال ۲۰۰۵ توسط سیمونز و گاهر ساخته شده است و دارای پانزده ماده و چهار خرده مقیاس می‌باشد. [۱۲] عبارات این



ابزار بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای نمره گذاری شده است. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در این مقیاس، به ترتیب پانزده و هفتاد و پنج است. نمرات بالا در این مقیاس، بیانگر تحمل پریشانی بالا و نمره پایین در این مقیاس بیانگر تحمل پریشانی پایین است. ضریب پایایی به روش باز آزمایی هشتاد و یک صدم مقیاس و برای خرده مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم ترتیب هفتاد و یک صدم، شصت و نه صدم، هفتاد و هفت صدم، هفتاد و سه صدم است. همبستگی مقیاس تحمل پریشانی با سبک‌های مقابله‌ای مساله محور، هیجان محور، کمتر موثر و غیر موثر به ترتیب دویست و سیزده هزارم، منفی دویست و هفتاد و هشت هزارم، منفی سیصد و سی و هفت هزارم؛ و منفی صد و نود و شش هزارم است. این پرسشنامه برای نخستین بار در ایران در پژوهشی توسط رضا پور میر صالح [۳۱] جهت سنجش نشانه‌های افسردگی در دانشجویان مورد استفاده قرار گرفت. نتایج این مطالعه پایایی

همسانی درونی را برای کل مقیاس هفتاد و یک صدم و پایایی متوسطی را برای خرده مقیاس‌ها نشان داد. پایایی خرده مقیاس تحمل پنجاه و چهار صدم، خرده مقیاس جذب چهل و دو صدم، خرده مقیاس ارزیابی پنجاه و شش صدم و خرده مقیاس تنظیم پنجاه و هشت صدم است. آلفای کرون باخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز برای نمره کل هفتاد و دو صدم و برای خرده مقیاس‌های تحمل پنجاه و شش صدم، جذب پنجاه و یک صدم، ارزیابی شصت و یک صدم و تنظیم چهل و نه صدم به دست آمد.

و دارای سی و شش گویه می‌باشد. در این پرسشنامه راهبردهای، سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی و فاجعه‌آمیز پنداری، راهبردهای منفی تنظیم هیجان (سازش نایافته) و راهبردهای پذیرش، توجه مجدد بر برنامه‌ریزی، توجه مجدد مثبت، بازاریابی مثبت و اتخاذ دیدگاه راهبردهای مثبت تنظیم هیجان (سازش یافته) را نشان می‌دهند. پاسخ‌های این پرسشنامه در یک پیوستار پنج درجه‌ای با عناوین همیشه، اغلب اوقات، معمولاً، گاهی، هرگز جمع‌آوری می‌گردد. گارنفسکی و کرایج ۲۰۰۲ دامنه ضریب پایایی زیرمقیاس‌های آزمون را به روش الفای کرون باخ از شصت و هفت صدم تا نود و یک صدم گزارش کردند. [۳۲] پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در ایران در سال ۱۳۹۱ توسط بشارت و بزازیان مورد ارزیابی قرار گرفت. ضرایب همبستگی بین نمره‌های صد و هشت نفر از شرکت‌کنندگان در دو نوبت بافاصله دو تا چهار هفته برای سنجش پایایی باز آزمایی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان محاسبه شد. این ضرایب در سطح $P < 0/001$ معنادار بودند. این ضرایب نشانه پایایی باز آزمایی رضایت‌بخش هستند. روایی محتوایی پرسشنامه بر اساس داوری ده نفر از متخصصان روانشناسی بررسی و ضرایب توافق کندال برای هر یک از مقیاس‌های خود سرزنشگری، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، کم‌اهمیت شماری، فاجعه‌نمایی و دیگر سرزنش‌گری محاسبه و در سطح $P < 0/001$ تایید شد. [۳۳]

جدول (۱) پروتکل طرح‌واره درمانی هیجانی بر اساس الگوی لیبی ۲۰۱۵

جلسه اول // معارفه-اجرای پیش‌آزمون-هیجان و رفتار-معرفی طرح‌واره درمانی
جلسه دوم // بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل-اجتماعی‌سازی ارتباط طرح‌واره‌های هیجانی با راهبردهای مقابله‌ای مشکل‌آفرین-نحوه یادگیری طرح‌واره‌های هیجانی در خانواده-تعیین تکلیف خانگی
جلسه سوم // بررسی و تفسیر تکلیف خانگی جلسه قبل-تغییر طرح‌واره‌های هیجانی و چگونگی تأثیر آن بر آسیب روانی-تعیین تکلیف خانگی
جلسه چهارم // بررسی و تفسیر تکلیف خانگی جلسه قبل-اعتباربخشی فرا هیجان و اعتبار طلبی-اهمیت اعتباربخشی-محیط‌های اعتبار ستیز در زندگی گذشته و کنونی-تعیین تکلیف خانگی
جلسه پنجم // بررسی و تفسیر تکلیف خانگی جلسه قبل-پنج گام اعتباربخشی تعیین تکلیف خانگی
جلسه ششم // بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل-درک پذیری، تداوم، کنترل-تعیین تکلیف خانگی
جلسه هفتم // بررسی و تفسیر تکلیف خانگی جلسه قبل-گناه و شرم، پذیرش-تعیین تکلیف خانگی
جلسه هشتم // بررسی و تفسیر تکلیف خانگی جلسه قبل-مقابله با دودلی-تعیین تکلیف خانگی
جلسه نهم // بررسی و تفسیر تکلیف خانگی جلسه قبل/ارتباط هیجان‌ها با ارزش‌ها و فضیلت‌ها-تعیین تکلیف خانگی
جلسه دهم // جمع‌بندی و ارزیابی-پس‌آزمون
جلسه یازدهم // پیگیری

مقیاس تنظیم شناختی هیجانی گارنفسکی ۲۰۰۲: یک پرسشنامه خود سنجی است که توسط گارنفسکی و کرایج در سال ۲۰۰۲ طراحی شده است. نسخه اصلی این پرسشنامه شامل نه زیر مقیاس

در جدول شماره دو مشخصات جمعیت شناختی تحقیق بر اساس مقطع تحصیلی بیان شده است. در جدول شماره سه میانگین و انحراف استاندارد نمرات تنظیم هیجانی و مولفه‌های آن از جمله راهبردهای سازش یافته و سازش نایافته؛ تحمل آشفتگی و مولفه‌های آن از جمله تحمل آشفتگی، جذب، تنظیم، ارزیابی در گروه گواه و آزمایش در پیش‌آزمون پس‌آزمون گزارش شده است. طبق نتایج جدول شماره سه، در هر شش مولفه مربوط به تنظیم هیجانی و تحمل آشفتگی در مرحله پس‌آزمون تغییرات گروه آزمایش نسبت به گروه گواه قابل توجه است.

جدول (۲) اطلاعات جمعیت شناختی نمونه مورد بررسی

شاخص جمعیت شناختی	گروه گواه	گروه آزمایش
میانگین سنی	۳۱	۳۳/۴
تحصیلات	دبیر	۸
	لیسانس	۵
	فوق لیسانس	۲

جدول (۳) میانگین و انحراف استاندارد نمرات تنظیم هیجانی در گروه گواه و آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
راهبردهای سازش یافته	میانگین	۲/۹۳	۲/۴۲	۲/۸۴
راهبردهای سازش نایافته	میانگین	۲/۶۴	۲/۹۳	۲/۵۱
تحمل آشفتگی	میانگین	۲/۳۶	۲/۴۴	۲/۴۰
جذب	میانگین	۲/۳۳	۲/۶۷	۲/۵۱
تنظیم	میانگین	۲/۲۷	۲/۴۷	۲/۵۸
ارزیابی	میانگین	۲/۲۵	۲/۲۲	۲/۲۷

به‌منظور تحلیل داده‌ها، ابتدا پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بررسی شد. برای بررسی یکسان نبودن واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد. برای آزمون نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو ویلکز استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد توزیع داده‌های پژوهش در متغیرهای تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی نرمال است. ($P > 0/01$) به‌منظور بررسی خطی بودن مشخص شد سطح معناداری مربوط به نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر کمکی کمتر از پنج صدم است. بنابراین بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون رابطه خطی وجود دارد و این موضوع به‌عنوان یکی از پیش‌فرض‌های اجرای تحلیل واریانس با لحاظ نمودن نمرات پیش‌آزمون تایید شد. نتایج جدول شماره چهار نشان می‌دهد که راهبردهای سازش یافته در تنظیم هیجان و تحمل آشفتگی در زمان‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. ($P < 0/05$)

جدول (۴) اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی - تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر

مقیاس	اثرات	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معداری	مذخور
راهبردهای سازش یافته	درون گروهی	مرحله	۳/۸۸	۲	۱/۹۴	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۷
		خطا	۵/۱۷	۲	۲/۵۸	۳۳/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴
	بین گروهی	گروه	۴/۳۵	۵۶	۰/۰۷			
		خطا	۹/۷۶	۲۸	۰/۳۴			
راهبردهای سازش نایافته	درون گروهی	مرحله	۲/۸۷	۲	۱/۴۳	۲۰/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۴۲
		خطا	۳/۹۱	۵۶	۰/۰۷	۳۲/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۳
	بین گروهی	گروه	۱/۷۸۸	۲۸	۰/۰۶۳	۰/۱۲۳	۰/۷۲	۰/۰۰۴
		خطا	۲۶۲/۰۶	۲	۱۳۱/۰۳	۱۴/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۳۳
تحمل آشفتگی	درون گروهی	مرحله	۸۳/۳۵	۲	۴۱/۶۷	۴/۴	۰/۰۱	۰/۱۳
		خطا	۵۲۰/۵۷	۵۶	۹/۲۹			
	بین گروهی	گروه	۲۱۴/۶۷	۱	۲۱۴/۶۷	۲/۷۶	۰/۱	۰/۰۹
		خطا	۲۱۷۷/۴	۲۸	۷۷/۷۶			

این نتایج نشان می دهد که چهل و هفت درصد؛ و سی و سه درصد از تغییرات درون گروهی به وسیله زمان تبیین می شود. نتایج مربوط به اثر تعاملی بین زمان و گروه نشان می دهد که این اثر در متغیرهای راهبردهای سازش یافته در تنظیم هیجان و تحمل آشفتگی معنادار است. ($P < 0/05$) بنابراین بین سطوح مختلف زمان و سطوح مختلف گروه ها تعامل وجود دارد. این نتایج نشان می دهد که پنجاه و چهار درصد؛ و سیزده درصد از تغییرات درون گروهی به وسیله تعامل زمان و گروه تبیین می شود. بنابراین بین نمرات پس آزمون گروه گواه گروه آزمایش متناظر با طرحواره درمانی هیجانی و تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی اختلاف معناداری وجود دارد. براین اساس اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی تایید می گردد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی در معلولین جسمی حرکتی انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی برافزایش تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی در افراد دارای معلولیت تاثیر دارد. این یافته از تحقیق با پژوهش های بیداری و همکاران [۳۴] همسو است. با توجه به نتایج پژوهش ها، افراد دارای معلولیت جسمی حرکتی با تحمل پریشانی پایین از تحریف شناختی بیشتری استفاده می کنند. [۳۵] در نتیجه این افراد بیشتر در معرض اختلالات روان شناختی قرار دارند. نتیجه به دست آمده پژوهش را می توان با نتایج تحقیقات لیهی، [۳۶] دانشمندی و همکاران، [۳۷] قدم پور و همکاران، [۲۵] فروزان فر و همکاران [۱۴] و هنرور و همکاران [۱۵] همسو دانست. با توجه به این که، هیجان نقش مهمی در جنبه های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای تنیدگی را ایفا می کند، هیجان را می توان واکنش های زیست شناختی به موقعیتهایی دانست که انسان آن را یک فرصت مهم یا چالش برانگیز ارزیابی می کند و این واکنش های زیستی با پاسخی که به آن رویدادهای محیطی می دهد همراه می گردد. [۳۸] از این رو نیز گروس معتقد است تنظیم این هیجانات می تواند شامل فرایندهایی باشد که از طریق آن ها، افراد بر نوع هیجان هایی که دارند، زمانی که آن ها را می توانند داشته باشند و نحوه تجربه و ابراز این هیجان ها تاثیرگذار باشند [۹] و افرادی که تنظیم هیجانی بالایی دارند در پیش بینی خواسته های دیگران توانایی بیشتری دارند. تحقیقات بسیاری ثابت کرده که افراد دارای مهارت هیجانی، یعنی کسانی که احساسات خود را به خوبی می شناسند و آن ها را تنظیم می کنند و احساسات دیگران را نیز درک و به طرز اثربخشی با آن برخورد می کنند در حوزه های مختلف زندگی موفق و کارآمدند و تنظیم هیجان به عنوان یکی از تعدیل کننده های اجتماعی در آن ها قوی عمل می کند. [۳۹]

در همین راستا، مدل طرحواره درمانی هیجانی بر ساخت اجتماعی هیجان تاکید دارد و بر اساس این مدل هر شخصی نظریه منحصر به فردی درباره هیجانات خود و دیگران دارد. این مدل به ویژه در بررسی تفاوت های فرهنگی در تفسیر هیجان ها مورد توجه قرار گرفته است، زیرا معتقد است هر فردی یاد می گیرد کدام هیجان ها شرم آور و کدام یک پذیرفتنی هستند. علاوه بر این می توان ادعا کرد، طرحواره های هیجانی با طیف وسیعی از اختلال ها مرتبط اند و به محض برانگیختن یا فراخوانی یک هیجان، تفسیرها و واکنش ها و راهبردهای تنظیم هیجان تعیین خواهد کرد که آیا این هیجان ادامه خواهد یافت، تشدید شده یا از شدتش کم خواهد شد. [۲۳] الگوی طرحواره درمانی هیجانی معتقد است انسان ها از نظر همین ابعاد درباره تناسب ابزار هیجان با یکدیگر متفاوت هستند. [۲۲] جوانب اساسی پردازش کردن تجربیات هیجان دربرگیرنده تفسیر ارزیابی فرد از هیجان ها و راهبردهای او در مورد کنترل کردن هیجان است. به این ترتیب این مدل درک ما را از هیجان عمیق تر می کند و بیان می دارد نخستین گام در طرحواره درمانی هیجانی، آشنا ساختن بیمار با شناسایی هیجان ها و چگونگی تمایز آن ها از افکار، رفتار و واقعیت آن ها است. [۲۳] این روش درمانی معتقد است، باورهای زیربنایی و طرحواره های مربوط به هیجان ها، تاثیر یک هیجان بر تشدید خود یا سایر هیجان ها را تعیین می کند. همچنین ابراز و اعتبار بخشی به هیجان ها تا آن جا که

است.

محدودیت‌ها: ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به سختی کار با افراد دارای معلولیت با توجه به شرایط سخت جسمانی اشاره کرد که به‌همین دلیل روند درمان به سختی انجام شد. محدودیت دیگری که وجود دارد این است که باید در تعمیم نتایج این پژوهش به افراد با انواع دیگری از معلولیت‌ها احتیاط کرد.

پیشنهادها: هیجان‌ها نقش مهمی در سلامت روان دارند و تحقیقات مختلفی ارتباط بین تنظیم هیجان‌ها و کیفیت زندگی را اثبات نموده‌اند. افراد دارای معلولیت با هیجان‌های مختلف و آزاردهنده‌ای در طول زندگی خود مواجه هستند، این هیجان‌ها می‌توانند بر کیفیت زندگی آنان اثرگذار باشند. در نتیجه، تعدیل هیجان می‌تواند منجر به بهبود کیفیت زندگی افراد دارای معلولیت شده در آن‌ها ایجاد انگیزه نماید و سازگاری آن‌ها را در محیط کاری بالا ببرد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌گردد، محققان گستره تحقیقات خود را در جوامع دارای سایر انواع معلولیت‌ها گسترش داده و در پژوهش‌های آتی از سایر رویکردهای موج سوم روانشناسی در جهت تنظیم هیجان‌ها و بالا بردن تحمل آشفتگی استفاده نمایند.

تعارض منافع: تعارضی بین نویسندگان مقاله وجود ندارد.

سپاسگزاری: نویسندگان این مقاله از مشارکت کنندگان محترم که با انگیزه و تحمل سختی همراه این پژوهش بودند تقدیر و تشکر به عمل می‌آورند.

در راستای عادی‌سازی و جامعیت بخشی به هیجان‌ها عمل کند و برداشت ما را از هیجان بهبود ببخشد، بین هیجان‌های گوناگون تمایز قائل شده و در نهایت از احساس گناه و شرم بکاهد و باور به تحمل‌پذیری تجربه هیجانی را افزایش دهد، سودمند است. [۴۰]

با توجه به نتایج پژوهش می‌توان دریافت، کژ تنظیمی هیجانی و تحمل آشفتگی پایین می‌تواند بر کارکرد طبیعی افراد اثرگذار باشند و این موضوع مشخص می‌سازد، بهبود تنظیم هیجانی و بالا بردن تحمل در افراد می‌تواند از طریق درمان‌های روان‌شناختی انجام پذیرد، بنابراین درمانگران می‌توانند از طرح‌واره درمانی هیجانی به عنوان یکی از مدل‌های نوین درمان شناختی رفتاری به منظور بهبود تنظیم هیجانی و تقویت تحمل آشفتگی در افراد دارای معلولیت جسمی حرکتی استفاده نمایند. با توجه به کمبود اطلاعات پژوهشی کافی درباره طرح‌واره درمانی هیجانی بر معلولین جسمی حرکتی در ایران، نیاز به بررسی‌های بیشتر در این زمینه محسوس

منابع

References:

1. Eskandari H, Qaderi Bagajan K. Effect of group dialectical behavior therapy on the resiliency of people with physical disability. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2017;7(0): p.72.[Persian] <http://jdisabilstud.org/article-1-729-en.html>
2. Koolaie AK. Application of counselling and psychotherapy theories in rehabilitation of disables. Tehran: Danjeh; 2017. [Persian] <http://opac.nlai.ir/opac-prod/bibliographic/5163188>
3. Craig A. Resilience in people with physical. Oxford university press; 2012: p. 474-491. <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199733989.013.0026>
4. Miranda D, Gaudreau P, Debrosse R, Morizot J, Kirmayer LJ. Music listening and mental health: Variations on internalizing psychopathology. Music, Health, and Wellbeing. 2012; p.513-529. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1093/acprof:oso/9780199586974.003.0034>
5. Gross JJ, & Thompson RA. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In JJ. Gross (Ed.), Handbook of emotion regulation (pp. 3-24). New York: Guilford Press. <https://www.guilford.com/books/Handbook-of-Emotion-Regulation/Gross-Ford/9781462549412>
6. Pollock NC, Gillian AM, Southard AC, and Zeigler-Hill V. Pathological personality traits and emotion regulation difficulties. Personality and Individual Differences. 2016;95: p. 167-177. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.02.049>
7. Garnefski N, Kraaij V. Do cognitive coping and goal adjustment strategies used shortly after myocardial infarction predict depressive outcomes 1 year later? Journal of Cardiovascular Nursing. 2010; 25(5):p 383-389. <https://doi.org/10.1097/jcn.0b013e3181d298ca>
8. Mineka S, Gilboa E. Cognitive biases in anxiety and depression. Emotions in psychopathology: Theory and research: Oxford University Press; 1998:p. 216-228. <https://psycnet.apa.org/record/1998-07106-015>
9. Kring AM, Sloan DM. Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology

and treatment. New York, Guilford Press;2010. <https://www.guilford.com/books/Emotion-Regulation-and-Psychopathology/Kring-Sloan/9781606234501>

10. Takhayori M, Fakhri M, Hasanzadeh R. The mediating role of cognitive emotion regulation in the relationship between object relationships and emotional distress tolerance in nursing students of Tehran University. Iranian Journal of Medical Education. 2021; 21: p.297-307. [Persian] <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-5201-en.html>

11. Vafaie A, Ghasemi Motlagh M. The relationship between cognitive emotion regulation and distress tolerance with marital satisfaction. North Khorasan Law Enforcement Science Quarterly.2020; 7(26): p. 37-59. [Persian] http://khs.jrl.police.ir/article_94531.html

12. Simons JS, Gaher RM. The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. Motivation and Emotion. 2005; 29(2):p. 83-102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>

13. Zvolensky MJ, Vujanovic AA, Bernstein A, Leyro T. Distress tolerance: Theory, measurement, and relations to psychopathology. Current Directions in Psychological Science. 2010;19(6): p. 406-410.<https://doi.org/10.1177/0963721410388642>

14. Forouzanfar A. Distress tolerance: Theory, Mechanism and relation to psychopathology. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ). 2017;6(2):239-262. [Persian] <http://frooyesh.ir/article-1-514-fa.html>

15. Honarvar Z, Doustkam M, Touzandehjani H. Relationship between job burnout, dimensions of meta-emotion and distress tolerance in Mashhad forensic medicine employees. Iranian Journal of Forensic Medicine. 2020;26(3):p. 233-238. [Persian] <http://sjfm.ir/article-1-1175-fa.html>

16. Nourbakhsh S, Ayadi N, Fayazi M, Sadri E. Effectiveness of happiness training program based on fordyce cognitive behavioral theory on quality of life and ability to tolerate disorders of women with physical-motor disabilities. Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing. 2018;4(2):p.35-43. [Persian] <http://ijrn.ir/article-1-305-fa.html>

17. Leahy RL. A model of emotional schemas. Cognitive and Behavioral Practice. 2002;9(3): p. 177-190. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80048-7](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80048-7)

18. Leahy RL. A Model of emotional schemas. American Institute for Cognitive Therapy, New York, and Weill-Cornell University Medical College; 2002. https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Leahy_2002_A-model_of_emotional_schemas.pdf

19. Leahy RL. Schematic mismatch in the therapeutic relationship: A social-cognitive model. Psychotherapy in Australia. 2013;19(2):68-80. <https://search.informit.org/doi/abs/10.3316/informit.255236996309699>

20. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York, Guilford Press; 2011. <https://www.guilford.com/books/Metacognitive-Therapy-for-Anxiety-and-Depression/Adrian-Wells/9781609184964>

21. Herbert JD, Forman EM. Emotional schema therapy: A bridge over troubled waters. In: Leahy RL, editor. Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy: Understanding and Applying the New Therapies. New York: Wiley; 2012. <https://doi.org/10.1002/9781118001851.ch5>

22. Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide. New York, Guilford press; 2011. <https://www.guilford.com/books/Emotion-Regulation-in-Psychotherapy/Leahy-Tirch-Napolitano/9781609184834>

23. Leahy R. Emotional schema therapy. New York: Guilford Press; 2015. <https://www.guilford.com/books/Emotional-Schema-Therapy/Robert-Leahy/9781462540792>

24. Mohammadi H, Sepehri Shamloo Z, Asghari Ebrahim Abad MJ. The Effectiveness of group emotional schema therapy on decreasing psychological distress and difficulty in emotional regulation in divorced women. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2019;14(51):p.27-36. [Persian]https://jtbcpr.riau.ac.ir/article_1481_b9209c0a00a400c91efc71e53edf27dc.pdf

25. Ghadampour E, Hosseini Ramaghani N, Moradi S, Moradiyani Gizeh Rod K, Alipour K. Effectiveness of emotional schema therapy on decrease of post-event rumination and cognitive avoidance in people with clinical symptoms of social anxiety. Quarterly of Horizon of Medical Sciences. 2018;24(2):p. 111-118. [Persian] <http://hms.gmu.ac.ir/article-1-2754-en.html>

26. Masumi Tabar Z, Afsharriniya K, Amiri H, Hosseini SA. The effectiveness of emotional schema therapy on emotional regulation problems and marital satisfaction of maladaptive women of the first decade of life. Journal of Psychological Science. 2021;19(95):p. 1497 - 1506. [Persian]<https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=824793>

27. Ghovati A, Ahovan M, Deh Sorkh F, Farnoush M. The effectiveness of emotional schema therapy scheme on rumination and extreme responsibility in patients with obsessive-compulsive disorder. Psychological Studies. 2021;16(4):p. 7-24. [Persian]https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5417.html

28. Lucas-Carrasco R, Eser E, Hao Y, McPherson KM, Green A, Kullmann L, et al. The quality of care and support (QOCS) for people with disability scale: Development and psychometric properties. Research in Developmental Disabilities. 2011;3(3):p. 1212-1225.<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.12.030>

29. Heydari Pour M, Mashhadi A, Asghari-Nekah SM. Relationship between personality characteristics, emotional intelligence and quality of life mental health of people with disabilities. Archives of Rehabilitation. 2013;14(1):p. 40-49. [Persian] <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-826-en.html>
30. Mohammad-Aminzadeh D, Abasi A, Asmari-Bardezard Y, Kazemian S, Younesi SJ. Comparing emotion regulation strategies and adjustment between students with physical disability and healthy students. 2019;7(4):p.245-253. [Persian] <http://jpcp.uswr.ac.ir/article-1-652-en.html>
31. Rezapour Mirsaleh Y, Esmacelbeigi Mahani M. The relationship between cognitive flexibility and distress tolerance by the mediating role of negative problem orientation in orphans and abandoned adolescent. Quarterly Journal of Social Work. 2017;6(3):p. 22-31. [Persian] <http://socialworkmag.ir/article-1-337-en.html>
32. Payvastegar M, Haydari A. Comparison of cognitive strategies to regulate emotional symptoms of depression in teenager's visitvisitors to psychiatric centers and other Youth. The Quarterly of Applied Psychology. 2008;3(1):p.549-563. [Persian] https://apsy.sbu.ac.ir/article_94649.html
33. Bazzazian MA, Bazzazian S. Psychometri properties of the cognitive emotion regulation questionnaire in a sample of Iranian population. Advances in Nursing & Midwifery. 2015;24(84):61-70. [Persian] <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/emr-162545>
34. Bidari F, Hajizaadeh K. Effectiveness of schema therapy on cognitive strategies of emotion, distress bearing and alexithymia in the patients suffering from borderline personality disorder. Psychological Studies. 2019;15(2):p.165-180. [Persian] <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=704691>
35. Brown RL, Turner RJ. Physical disability and depression: Clarifying racial/ethnic contrasts. Journal of Aging and Health 2011;22(7):p.977-1000. <http://dx.doi.org/10.1177/0898264309360573>
36. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. New York, Guilford press; 2006. <https://www.guilford.com/books/Schema-Therapy/Young-Klosko-Weishaar/9781593853723>
37. Daneshmandi S, Izadikhah Z, Kazemi H, Mehrabi H. The effectiveness of emotional schema therapy on emotional schemas of female victims of child abuse and neglect. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2014;22(5): p.1481-1494. [Persian] <http://jssu.ssu.ac.ir/article-1-2652-en.html>
38. Garnefski N, Kraaij V. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. Cognition and Emotion. 2018; 32(7):p.1401-1408. <https://doi.org/10.1080/02699931.2016.1232698>
39. Leahy RL. Resistance: An emotional schema therapy (EST) approach. In G. Simos (Ed.), Cognitive behaviour therapy: A guide for the practising clinician, Vol. 2, pp. 187-204. Oxfordshire, Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9780203884683>