

A Comparative Study of Emotion Regulation Strategies and Early Maladaptive Schemas in Individuals with and without Panic Disorder

Mahmoudzadeh, S., Pakizeh, *A.

Abstract

Introduction: Characterized by recurrent unexpected attacks, panic disorder refers to one of the anxiety disorders, reaching its peak within a few minutes and being associated with various physical and cognitive symptoms like problems in emotional processing and information processing. The present research was carried out aiming at comparing emotion regulation strategies and early maladaptive schemas in individuals with and without panic disorder.

Method: To perform this causal-comparative study, 30 individuals with panic disorder referring to the psychiatric treatment centers of the city of Gorgan (Iran) and 30 of their normal counterparts were selected by purposive sampling method and they completed The Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS), The Emotion Regulation Questionnaire (ERQ), and The Yang Early Maladaptive Schemas Questionnaire (YEMSQ). Data were analyzed with multivariate analysis of variance (MANOVA) by SPSS software.

Results: According to the findings, compared to their normal counterparts, individuals with panic disorder showed lower scores in the cognitive reappraisal strategy ($P < 0.05$), besides higher scores in the emotional suppression strategy ($P < 0.05$) and all the domains of early incompatible schemas ($P < 0.05$).

Conclusion: Given the present findings, training emotional regulation methods for the public as well as interventions aimed at treating early maladaptive schemas may play an effective role in preventing anxiety disorders, particularly panic disorders.

بررسی مقایسه‌ای راهبردهای تنظیم هیجان و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد مبتلا و غیر مبتلا به اختلال وحشتزدگی

سپیده محمودزاده^۱، علی پاکیزه^۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۰۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۳۰

چکیده

مقدمه: اختلال وحشتزدگی یکی از اختلالات اضطرابی با مشخصه حملات غیرمنتظره عودکننده است که ظرف چند دقیقه به اوج می‌رسد و با نشانه‌های جسمانی و شناختی مختلفی از جمله، مشکلات در پردازش هیجانی و پردازش اطلاعات همراه است. مطالعه حاضر به منظور بررسی مقایسه‌ای راهبردهای تنظیم هیجان و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد مبتلا و غیرمبتلا به اختلال وحشتزدگی اجرا گردید.

روش: به منظور اجرای پژوهش علی-مقایسه‌ای حاضر، تعداد ۳۰ نفر از افراد دارای اختلال وحشتزدگی مراجعه‌کننده به مراکز روان‌درمانی شهر گرگان، و همچنین ۳۰ نفر از هم‌تایان عادی آن‌ها، با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و همگی پرسشنامه‌های نشانه‌های اختلال پانیک لیبویتز، پرسشنامه تنظیم هیجان گروس و جان و پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ را تکمیل نمودند. داده‌ها با روش تحلیل واریانس چندمتغیری با استفاده از نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که افراد مبتلا به اختلال وحشتزدگی در مقایسه با هم‌تایان عادی نمرات کمتری در راهبرد باز ارزیابی شناختی ($P < 0.05$)، و نمرات بالاتری در راهبرد سرکوبی هیجانی ($P < 0.05$) و نیز در همه حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه ($P < 0.05$) کسب نمودند.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های تحقیق حاضر، آموزش شیوه‌های تنظیم هیجانی به عموم مردم و همچنین مداخلات معطوف به درمان طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند نقش مؤثری در پیشگیری از اختلالات اضطرابی، بویژه اختلال وحشتزدگی داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: راهبردهای تنظیم هیجان، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، اختلال وحشتزدگی.

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران

مقدمه

هیجان‌ها واکنش‌های زیست‌شناختی به موقعیت‌هایی هستند که آن را یک فرصت مهم یا چالش‌انگیز ارزیابی می‌کنیم. این واکنش‌های زیستی با پاسخ‌هایی که ما به آن رویدادهای محیطی می‌دهیم، همراه می‌شوند. هرچند هیجان‌ها مبنای زیستی دارند، اما افراد قادرند بر شیوه‌هایی که هیجان‌ها را ابراز می‌کنند، اثر گذارند (۱). هیجان نقش مهمی در سلامتی و جنبه‌های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای تنیدگی‌زا ایفا می‌کند. در برخی افراد نشانه‌های شروع یا بدتر شدن اختلالات روانی با مشکلاتی در تنظیم هیجان مشخص می‌شوند (۲). هیجان‌ها می‌توانند موجب افزایش یا کاهش توانایی فرد برای انجام کار و نگرش به زندگی و افزایش یا کاهش آگاهی از نیازهای هیجانی شوند. شواهد جدید در خصوص هیجان نشان می‌دهد که دشواری در تنظیم هیجان، زیربنای بسیاری از سایکوپاتولوژی‌ها بوده و همچنین عامل خطر مهمی در اختلالات اضطرابی به شمار می‌رود (۳). همانطور که طبق نظر بارلو و همکاران (۴) اختلالات اضطرابی ذاتاً مؤلفه‌ای از هیجان دارند.

اختلالات اضطرابی، به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در جمعیت عمومی، عملکرد روانی، اجتماعی و کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. از جمله این اختلالات، اختلال وحشتزدگی (پانیک^۱) است که فرد ضمن تجربه حملات مکرر و غیر منتظره وحشتزدگی، همواره نگران بروز ناگهانی این حملات و یا تغییرات رفتاری ناسازگارانه ناشی از این حملات می‌باشد. حمله وحشتزدگی، که به صورت هجوم ناگهانی ترس شدید جلوه‌گر می‌شود، در مدت زمان چند دقیقه به اوج رسیده و حداقل چهار نشانه از ۱۳ نشانه این اختلال از جمله دو نشانه‌ی شناختی (ترس از دست دادن کنترل یا دیوانه شدن، ترس از مردن) و یازده نشانه جسمانی (همچون؛ تپش قلب، عرق کردن) را بروز می‌دهد (۵). عوامل خلق و خو، حالت عاطفی منفی (روان رنجورخویی)؛ یعنی آمادگی برای تجربه هیجان‌ها منفی و حساسیت اضطرابی؛ یعنی آمادگی برای باور کردن اینکه نشانه‌های اضطراب مضر هستند، عوامل محیطی، ژنتیکی و فیزیولوژیکی زمینه‌ای برای شروع حملات وحشتزدگی و نگرانی در خصوص آن هستند (۵). یکی دیگر از عوامل مهم

تأثیرگذار بر سطح اضطراب و اختلال پانیک توانایی تنظیم و متعادل کردن هیجان‌ها می‌باشد (۶). پردازش هیجانی در افراد دارای اختلالات اضطرابی دچار آسیب است (۷).

در سال‌های اخیر اختلال در تنظیم هیجان^۲ به صورت نظری و تجربی مورد توجه فزاینده‌ای قرار گرفته و به عنوان هسته مرکزی احتمالی در بسیاری از اشکال آسیب‌شناسی روانی و به طور خاص در اختلالات اضطرابی در نظر گرفته می‌شود (۸). تنظیم هیجان یک فرآیند درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را بر عهده دارد (۹). به عبارتی دیگر تنظیم هیجان روش آگاهانه شناختی برای تنظیم هیجان‌ها فرد یا اصلاح رویدادهاست، به طوری که به فرد کمک می‌کند تا عواطف خود را مدیریت کند و از تحت‌الشعاع قرار گرفتن آن‌ها جلوگیری کند (۲). افراد با نارسایی در تنظیم هیجان از تعارضات بین فردی اجتناب می‌کنند، برای بیان هیجان‌ها منفی خود (غم، خشم و نفرت) تلاش نمی‌کنند و آن‌ها را سرکوب می‌کنند، با انعطاف‌پذیری کمتری به وقایع محیطی متنوع پاسخ می‌دهند، قادر به کنترل برانگیختگی‌های خود نیستند و عواطف منفی زیادی را تجربه می‌کنند (۱۰). طبق مدل گروس (۱۹۹۸)، به نقل از (۱۱) تنظیم هیجان شامل همه‌ی راهبردهای آگاهانه و غیر آگاهانه‌ای می‌شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کار برده می‌شود و به توانایی فهم هیجان، تعدیل تجربه و ابراز هیجان اشاره دارد.

یافته‌ها بیانگر نقش مؤثر شیوه تنظیم هیجان در پیدایش اختلال وحشتزدگی می‌باشد و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، تغییرات نشانه‌های اختلال وحشتزدگی را پیش‌بینی می‌کنند (۱۲). نتایج تحقیقات همچنین، نشان می‌دهند که افراد مبتلا به اختلال وحشتزدگی بیشتر از راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان استفاده می‌کنند (۸)، لذا به همین دلیل هیجان‌های منفی بیشتری را تجربه می‌کنند (۶، ۱۳). پژوهش بر روی سایر اختلالات اضطرابی نیز نشان داد که در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان به طور معنی‌داری بیشتر از افراد بهنجار می‌باشد (۱۴، ۱۵)، نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در مقایسه با گروه همسالان غیر مضطرب خود از

بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر/بیماری، خودتحوّل یافته، شکست)، حوزه محدودیت‌های مختل (با طرحواره‌های استحقاق/بزرگ‌منشی، خویش‌داری و خود انطباطی ناکافی)، حوزه دیگر جهت‌مندی (با طرحواره‌های اطاعت، ایثار، پذیرش‌جویی/ جلب توجه) و حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (با طرحواره‌های منفی‌گرایی/ بدبینی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی، تنبیه). ساختارهای شناختی ناسازگار از جمله طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند به عنوان یکی از عوامل ایجاد سوگیری در پردازش و تفسیر اطلاعات، نقش مؤثری در شکل‌گیری اختلال وحشتزدگی ایفا نمایند. ظاهراً اضطراب با سوگیری در تفسیر احساسات مبهم بدنی آغاز می‌شود و حمله‌ی وحشتزدگی را به دنبال می‌آورد. لذا به نظر می‌رسد طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان فیلترهایی در تفسیر نشانه‌های اضطراب در آسیب‌پذیری در برابر اختلال وحشتزدگی نقش داشته باشند (۱۹). طرحواره‌های ناسازگار اولیه آسیب‌پذیری خاصی در برابر انواع آشفتگی‌های روانشناختی و شخصیتی ایجاد می‌کنند، نحوه‌ی ادراک پدیده‌ها را تحت تأثیر قرار داده و هسته اصلی آسیب‌شناسی شخصیت و اختلالات روانشناختی نظیر اختلالات شخصیتی، اضطرابی، جنسی، وسواس و مشکلات بین فردی هستند (۲۳).

فعال شدن طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند منجر به پریشانی عاطفی گردد که تعاملات بین فردی نامناسب، مکانیسم‌های مقابله‌ای ناسازگار، اشکال مختلفی از آشفتگی‌های روانشناختی نظیر افسردگی، اضطراب و... را ایجاد کند (۲۴). یافته‌های پژوهشی نیز بیانگر همبستگی بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نشانگان اضطراب می‌باشند (۲۵) به طور مثال یافته‌ها نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به اختلال وحشتزدگی طرحواره‌های آسیب‌پذیری در برابر بیماری یا آسیب و خودقربانی‌گری بیشتری را گزارش می‌کنند (۲۱)، همچنین پنج حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه توان پیش‌بینی ۶۳ درصد از متغیرهای اضطراب اجتماعی را دارند و همبستگی مستقیم معناداری بین متغیرهای طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب اجتماعی وجود دارد و تحریف‌های شناختی میانجی بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب اجتماعی هستند (۲۶). یافته‌های پژوهشی

درک هیجانی کمتر، سرکوب بیشتر هیجانات، دشواری در مدیریت و کنترل هیجانات منفی رنج می‌برند (۱۶). در مطالعه‌ای، یک مدل اولیه از تنظیم هیجان در درمان شناختی رفتاری برای اختلال وحشتزدگی پیشنهاد و مورد آزمایش قرار گرفت و نتایج نشان داد که ارزیابی مجدد تا مراحل پایانی درمان تغییر نکرد. سرکوب به طور قابل توجهی کاهش یافت و یک رابطه متقابل با سوگیری‌های شناختی نشان داد. کاهش علائم به دنبال کاهش در سرکوب مشاهده شد (۱۷). مطالعه موردی در خصوص اختلال در پردازش هیجان و اختلال هراس پس از لوبکتومی گیجگاهی قدامی چپ، به این نتیجه رسیدند که جراحی TLE می‌تواند منجر به تغییرات اساسی در پردازش و تجربه هیجانات شود و همچنین می‌تواند منجر به افزایش ترس در موقعیت‌های نامناسب شود که منجر به حملات پانیک شود که نشان‌دهنده نقش آمیگدال و هیجانات در این اختلال است (۱۸). در مجموع مبانی نظری و شواهد تجربی و بالینی نشان می‌دهند که راهبرد بازداری یا سرکوب بیانی در تنظیم هیجان به عنوان یک راهبرد ناسازگار در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی است (۱۹).

ساختارهای شناختی ناسازگار یا آسیب دیده نقشی بنیادین در حفظ اختلالات، بویژه اختلالات اضطرابی، و همچنین مقاومت آن‌ها در مقابل بهبودی دارند. بر اساس دیدگاه بک، طرحواره‌های ناسازگار اولیه از جمله مهمترین ساختارهای شناختی معیوب یا آسیب دیده هستند (۲۰). در ایجاد اختلال وحشتزدگی نیز احتمالاً سوگیری منفی در پردازش اطلاعات به عنوان یک عامل روانشناختی مهم نقش دارد. طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای عاطفی و شناختی آسیب‌رسان به خود هستند که از کودکی شکل می‌گیرند و در سراسر زندگی ادامه می‌یابند. طرحواره‌ها اساس ساخت شناختی فرد را تشکیل می‌دهند و به شخص کمک می‌کنند تا تجارب خود را راجع به جهان پیرامون سازمان‌دهی و اطلاعات دریافتی را پردازش کند (۲۱). یانگ (۱۹۹۸، به نقل از ۲۲) هجده طرحواره ناسازگارانه را در قالب پنج حوزه طرحواره‌ای معرفی نمود که عبارتند از: حوزه بریدگی و طرد، (با طرحواره‌های رهاشدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/ سوء رفتار، محرومیت هیجانی، نقص/شرم، انزوای اجتماعی/بیگانگی)، حوزه خودمختاری و عملکرد مختل (با طرحواره‌های وابستگی -

وضعیت تأهل انتخاب شدند. کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش پرسشنامه‌های نشانه‌های اختلال پانیک لیوویتز، تنظیم هیجان، و طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ را تکمیل نمودند.

ابزار

۱. پرسشنامه نشانه‌های اختلال پانیک لیوویتز: پرسشنامه هراس (پانیک) توسط لیوویتز و همکاران در سال ۱۹۸۴ تهیه و تدوین شده و ویژگی‌ها و میزان شدت اختلال پانیک را مورد سنجش قرار می‌دهد این پرسشنامه ۲۷ آیتم دارد که آزمودنی با یک مقیاس چهار درجه‌ای (هرگز، کمی، متوسط و شدید) به این آیتم پاسخ می‌دهد، این پاسخ‌ها به ترتیب ۰، ۱، ۲، ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمراتی که آزمودنی در این پرسشنامه می‌گیرد صفر تا ۸۱ خواهد بود. اعتبار و پایایی این آزمون در تحقیقات بالینی و غیربالینی رضایت‌بخش گزارش شده است. منجمله در تحقیق باندلو و همکاران رویی و پایایی این پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۶۹ بیان شده است (۲۹).

۲. پرسشنامه تنظیم هیجان: این مقیاس توسط گروس و جان (۲۰۰۳) ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۱۰ گویه براساس مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت از «کاملاً موافق» تا «کاملاً مخالف»، دو خرده مقیاس باارزیابی شناختی و سرکوب هیجانی و دامنه نمرات ۱۰ تا ۷۰ می‌باشد. ضریب همسانی درونی در خرده مقیاس باارزیابی شناختی برای مردان ۰/۷۲ درصد و برای زنان ۰/۷۹ درصد می‌باشد. همچنین ضریب همسانی درونی در خرده مقیاس سرکوب هیجانی برای مردان ۰/۶۷ و برای زنان ۰/۶۹ می‌باشد (۳۰). در ایران کفایت‌های روانسنجی این مقیاس بر روی دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی مورد مطالعه قرار گرفته است که ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد، فرونشانی و همچنین کل مقیاس به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۵۲، ۰/۷۱ گزارش شده است (۳۱).

۳. فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ: نسخه اصلی پرسشنامه طرحواره‌ها (SQ)، توسط یانگ برای اندازه‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه (۱۹۹۴) ساخته شده است. تحلیل عاملی و ویژگی‌های روانسنجی نسخه ۲۰۵ سؤالی پرسشنامه طرحواره‌ها توسط آهی، محمدی‌فر و بشارت، طرحواره‌های پیشنهادی یانگ را تأیید کرد و شکل

طرحواره‌های مربوط به بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل و دیگر جهت‌گیری را به‌عنوان پیش‌سازهای برجسته علائم اضطراب برجسته می‌کنند و شواهدی را برای پزشکان فراهم می‌کنند تا این طرحواره‌های خاص را در طول پیشگیری، مداخله و مدیریت اختلال اضطراب هدف قرار دهند (۲۷).

اختلال وحشتزدگی سطوح بالایی از ناتوانی اجتماعی، شغلی و جسمانی را به فرد تحمیل می‌کند که می‌تواند به از دست دادن شغل، ترک تحصیل و مشکلات بین فردی و... منجر شود و هزینه‌های اقتصادی زیادی بر جامعه تحمیل کند. لذا افزایش دانسته‌های ما درباره‌ی این اختلال در پیشگیری، درمان و افزایش سلامت جامعه مفید خواهد بود. پژوهش‌های جدید تنظیم هیجان و طرحواره‌های ناسازگار اولیه را به عنوان هسته‌های اصلی آسیب‌های روانشناختی از جمله اختلالات اضطرابی معرفی می‌کنند. اما عمده پژوهش‌های داخلی و خارجی بر سایر اختلالات اضطرابی متمرکز بوده و کمتر به اختلال وحشتزدگی پرداخته شده است. لذا پژوهش حاضر به بررسی مقایسه‌ای راهبردهای تنظیم هیجان و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد مبتلا و غیر مبتلا به اختلال وحشتزدگی می‌پردازد.

روش

طرح پژوهش: روش پژوهش حاضر، توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود.

آزمودنی‌ها: با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دریافت تشخیص اختلال وحشتزدگی با توجه به ملاک‌های تشخیصی DSM5، نداشتن سابقه بستری به دلیل اختلال روانی و عدم ابتلا همزمان به سایر اختلالات روانشناختی، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۶۰ و دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشتن، نمونه مورد نظر از بین مراجعین به مراکز خدمات روانپزشکی و روانشناسی شهرستان گرگان در سال ۱۴۰۰ انتخاب گردیدند. با توجه به حداقل نمونه مورد نیاز برای پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای (۲۸)، و همچنین با عنایت به بررسی دو متغیر چند عاملی در پژوهش حاضر، تعداد ۳۰ نفر از افراد مبتلا به اختلال وحشتزدگی با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و تعداد ۳۰ نفر نیز از هممتیان غیرمبتلا نیز با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و با هم‌تاسازی بر اساس متغیرهای سن، تحصیلات و

هدفمند به عنوان نمونه انتخاب شده و در محل کلینیک پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. نتایج با نرم افزار SPSS در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

به منظور تحلیل داده‌ها از آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و برای مقایسه متغیرهای وابسته در دو گروه از آماره استنباطی تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. آماره‌های توصیفی برای تمام متغیرها در جدول ۱ ارائه شده است. به منظور مقایسه‌ی مولفه‌های تنظیم هیجان و طرحواره‌های ناسازگار اولیه، بین دو گروه مبتلا و غیرمبتلا به اختلال وحشتزدگی از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. پیش از انجام آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره مفروضه‌های اساسی مورد بررسی قرار گرفتند. جداول مربوط به آزمون فرضیه‌ها در ادامه آورده شده است.

پیش از انجام تحلیل واریانس چندمتغیری، نتایج آزمون لوین نشان داد که خطای واریانس برای همه‌ی متغیرهای مورد مقایسه یکسان است ($P > 0/05$).

کوتاه پرسشنامه طرحواره‌ها (SQ-SF) برای اندازه‌گیری ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه بر اساس فرم اصلی ۲۰۵ سؤالی ساخته شد، ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه توسط آهی و همکاران در نمونه‌ای از دانشجویان دانشگاه تهران بررسی شد و نتایج نشان داد که پرسشنامه SQ-SF دارای اعتبار سازه کافی برای استفاده در جامعه دانشجویان می‌باشد (۳۲). این پرسشنامه ۷۵ سؤال در طیف ۶ درجه‌ای لیکرت دارد و دامنه نمره بین ۷۵ تا ۴۵۰ و نقطه برش ۲۶۲/۵ می‌باشد. یانگ (۱۹۸۱) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش کرده است (۳۳).

روند اجرای پژوهش: روند اجرا به این ترتیب بود که در دی ماه ۱۴۰۰، پس از شناسایی مراکز خدمات روانشناختی در شهر گرگان و کسب مجوزهای مربوطه با مراجعه به تعدادی از این مراکز و نصب اطلاعیه مبنی بر دعوت به همکاری در پژوهش، و همکاری روانشناسان و روانپزشکان مجموعه، تعداد ۳۰ نفر از افرادی که با شکایت حملات اضطرابی مراجعه و تشخیص اختلال وحشتزدگی دریافت کرده بودند و ۳۰ نفر از هم‌تایان عادی آن‌ها به صورت

جدول ۱) میانگین متغیرهای پژوهشی و مؤلفه‌های آن‌ها

متغیرها	افراد مبتلا به اختلال وحشتزدگی		هم‌تایان غیر مبتلا	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بازارزیابی شناختی	۲۶/۳۰	۴/۳۳	۳۲/۹۰	۵/۰۳
سرکوب هیجانی	۲۲/۴۰	۳/۲۴	۱۸/۵۳	۳/۶۵
بریدگی و طرد	۲۰/۳۳	۳/۵۴	۱۲/۷۰	۲/۵۲
خودمختاری و عملکرد مختل	۲۰/۱۶	۲/۲۴	۱۲/۷۶	۱/۶۷
محدودیت‌های مختل	۲۰/۲۷	۱/۸۵	۱۳/۲۰	۱/۷۳
دیگر جهت‌مندی	۱۸/۹۶	۱/۵۸	۱۲/۳۳	۱/۴۹
گوش به زنگی بیش از حد و بازداری	۱۸/۶۰	۱/۲۴	۱۱/۹۳	۱/۲۸
طرحواره‌های ناسازگار	۹۸/۲۳	۸/۴۸	۶۲/۹۳	۶/۴۷

جدول ۲) نتایج آزمون لوین (آزمون همسانی واریانس‌ها)

متغیر	F	DF1	DF2	Sig
ارزیابی مجدد	۰/۰۴	۱	۵۸	۰/۸۵
فرونشانی	۰/۰۸	۱	۵۸	۰/۷۴
بریدگی و طرد	۰/۲۴	۱	۵۸	۰/۶۲
خودمختاری و عملکرد مختل	۰/۳۴	۱	۵۸	۰/۵۵
محدودیت‌های مختل	۰/۰۳	۱	۵۸	۰/۸۵
دیگر جهت‌مندی	۰/۲۹	۱	۵۸	۰/۵۸
گوش به زنگی بیش از حد و بازداری	۰/۳۸	۱	۵۸	۰/۵۹
ابراز هیجان مثبت	۱/۹۸	۱	۵۸	۰/۱۶
ابراز صمیمیت	۰/۰۸	۱	۵۸	۰/۷۷
ابراز هیجان منفی	۰/۱۴	۱	۵۸	۰/۷۰

جدول ۳) نتایج تحلیل واریانس چند متغیره روی مؤلفه‌های تنظیم هیجان و طرحواره‌های ناسازگار در افراد مبتلا و غیرمبتلا به اختلال وحشتزدگی

مقدار	F	DF فرضیه	DF خطا	معناداری	مجذور اتا
۰/۳۹	۱۸/۷۸	۲	۵۷	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹
۰/۶۰	۱۸/۷۸	۲	۵۷	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹
۰/۶۵	۱۸/۷۸	۲	۵۷	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹
۰/۶۵	۱/۷۸	۲	۵۷	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹
۰/۸۹	۹۵/۹۷	۵	۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۹
۰/۱۰	۹۵/۹۷	۵	۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۹
۸/۸۸	۹۵/۹۷	۵	۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۹
۸/۸۸	۹۵/۹۷	۵	۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۹

طرحواره‌های ناسازگار در دو گروه مبتلا و غیرمبتلا به اختلال وحشتزدگی تفاوت معناداری وجود دارد که ۸۹ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات طرحواره‌های ناسازگار مربوط به تأثیر عضویت گروهی می‌باشد.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین مؤلفه‌های تنظیم هیجان در دو گروه مبتلا و غیرمبتلا به اختلال وحشتزدگی تفاوت معناداری وجود دارد. مقدار ضریب اتا نشان می‌دهد که ۰/۳۹ واریانس توسط مؤلفه‌های تنظیم هیجان تبیین می‌شود و مربوط به تأثیر عضویت گروهی است. و بین انواع

جدول ۴) نتایج تحلیل واریانس چند متغیری روی میانگین مؤلفه‌های تنظیم هیجان در افراد مبتلا و غیرمبتلا به اختلال وحشتزدگی

متغیر وابسته	بیمار		سالم		درجات آزادی	میانگین مجزورات	F	Sig	مجذور اتا
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار					
بازارزیابی شناختی	۲۶/۳۰	۴/۳۳	۳۲/۹۰	۵/۰۳	۱	۶۵۳/۴۰	۲۹/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳
سرکوب هیجانی	۲۲/۰۴	۳/۲۴	۱۸/۵۳	۳/۶۵	۱	۲۲۴/۲۴	۱۸/۷۷	۰/۰۰۰۱	۰/۲۴
بریدگی و طرد	۲۰/۳۳	۳/۵۴	۱۲/۷۰	۲/۵۲	۱	۸۷۴/۰۱	۱۹۲/۳۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱
خودمختاری و عملکرد مختل	۲۰/۱۶	۲/۲۴	۱۲/۷۶	۱/۶۷	۱	۸۲۱/۴۰	۲۰۹/۳۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۸
محدودیت‌های مختل	۲۰/۲۷	۱/۸۵	۱۳/۲۰	۱/۷۳	۱	۷۲۸/۰۱	۲۲۵/۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹
دیگر جهت‌مندی	۱۸/۹۶	۱/۵۸	۱۲/۳۳	۱/۴۹	۱	۶۶۰/۰۱	۲۷۸/۱۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲
گوش به زنگی بیش از حد و بازداری	۱۸/۶۰	۱/۲۴	۱۱/۹۳	۱/۲۸	۱	۶۶۶/۶۶	۴۱۵/۴۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۷
طرحواره‌های ناسازگار	۹۸/۲۳	۸/۴۸	۶۲/۹۳	۶/۴۷	۱	۱۸۶۹/۳۵	۳۲۸/۱۹	۰/۰۰۰۱	۰/۸۵

جهت‌مندی ($F=278/13$)، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری ($F=415/47$) و طرحواره‌های ناسازگار ($F=328/19$) در دو گروه بیماران مبتلا به وحشتزدگی و افراد سالم تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). به این صورت که گروه بیمار نسبت به گروه سالم در طرحواره‌های ناسازگار و مؤلفه‌های آن نمرات بالاتری دریافت می‌کنند.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین تنظیم هیجان در افراد مبتلا و غیرمبتلا به اختلال وحشتزدگی تفاوت معنی‌داری

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات بازارزیابی شناختی ($F=29/63$)، سرکوب هیجانی ($F=18/77$) در دو گروه بیماران مبتلا به وحشتزدگی و افراد سالم تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). به این صورت که گروه بیمار نسبت به گروه سالم در مؤلفه‌ی بازارزیابی شناختی نمرات پایین‌تر و در سرکوب بیانی نمرات بالاتری دریافت می‌کنند. بین میانگین نمرات بریدگی و طرد ($F=192/34$)، خودمختاری و عملکرد مختل ($F=209/38$)، محدودیت‌های مختل ($F=225/84$)، دیگر

بازداری ممکن است در اختلال وحشتزدگی به عنوان وسیله ای برای کنترل احساسات فیزیکی نقش داشته باشد، با توجه به اینکه بسیاری از افراد مبتلا به این اختلال نگران این هستند که دیگران متوجه علائم اضطراب آن‌ها شوند، تلاش‌های ناموفقی برای پنهان کردن آن‌ها می‌کنند، که اغلب منجر به تشدید علائم اختلال می‌شود (۸). اساس مفهوم‌سازی دیدگاه تنظیم هیجان درباره اختلالات هیجانی این است که نقص در تجربه یا ابراز هیجان منجر به تلاش‌های فراوان و ناکارآمد برای کنترل یا سرکوب تجربیات هیجانی می‌شود و این افراد اغلب به راهبردهای کنترل شناختی از جمله نگرانی و نشخوار متوسل می‌شوند تا از این طریق ناتوانی خود در مدیریت هیجانات را جبران کنند (۳۸). افراد دچار اختلال وحشتزدگی، به دلیل ضعف در مدیریت واکنش‌های هیجانی خود نسبت به وقایع محیطی، دچار نگرانی شدید می‌شوند و این نگرانی نیز نقشی دو سویه در اختلال هیجانی دارد: نگرانی به عنوان پاسخی به تجارب هیجانی بدتنظیم شده برای اجتناب از تکرار چنین تجاربی، و نگرانی به عنوان عاملی که باعث افزایش شدت واکنش‌های هیجانی به وقایع محیطی و به دنبال آن کاهش توانایی مدیریت مؤثر این هیجان‌ها می‌شود.

همچنین این یافته تحقیق حاضر که افراد مبتلا به اختلال وحشتزدگی، در مقایسه با هم‌تایان عادی خود در همه پنج حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه نمرات بالاتری کسب نمودند، همسو با نتایج یافته‌ها مبنی بر همبستگی بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نشانگان اضطراب می‌باشد (۲۷، ۲۶، ۲۵، ۲۱)، در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که طرحواره‌های ناسازگار هم در نتیجه تجارب آسیب‌زا و هم در نتیجه حمایت‌های افراطی والدین از کودک به وجود آیند. از این‌رو، می‌توان چنین استدلال کرد که احتمالاً طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد مبتلا به اختلال وحشتزدگی، در نتیجه تجارب زیان‌بخش اختلال ایجاد شده باشد (۳۹). به طور مثال طرحواره آسیب‌پذیری در برابر آسیب یا بیماری به عنوان ترس اغراق‌آمیز از اختلال قریب الوقوعی تعریف می‌شود که فرد قادر به پیشگیری از آن نیست. این طرحواره با یک ویژگی شناختی اصلی اختلال وحشتزدگی، یعنی تمایل به تعبیر نادرست احساسات بدنی به عنوان شاخص فاجعه، مانند حمله قلبی یا از دست دادن

وجود دارد بدین نحو که افراد مبتلا به این اختلال از بازاریابی شناختی پایین‌تر و سرکوبی هیجانی بالاتری نسبت به افراد عادی برخوردارند. این نتایج همسو با یافته‌هایی است که نشان می‌دهند افراد مبتلا به اختلال وحشتزدگی بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان استفاده می‌کنند (۸، ۱۸) و این راهبردهای ناسازگارانه عامل اصلی تجربه هیجان‌های منفی بیشتر در بیماران مبتلا به اختلال وحشتزدگی می‌باشد (۶). یافته‌های تحقیق حاضر همچنین قابل تبیین با یافته‌هایی است که نشان می‌دهند افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی از راهبردهای متمرکز بر سرکوب هیجانات استفاده می‌کنند و علی‌رغم این سرکوبی، دشواری زیادی در کنترل هیجانات خود دارند (۱۳، ۱۴) و یادگیری راهبردهای شناختی تنظیم هیجان باعث تغییرات در نشانه‌های اختلال وحشتزدگی می‌شود (۱۶).

برای تبیین این نتایج باید توجه داشت که شواهد جدید مربوط به اختلالات اضطرابی نشان می‌دهد که مشکل در تنظیم هیجان عامل مهمی در اختلالات اضطرابی بوده (۳۴) و زیربنای بسیاری از آسیب‌های روانشناختی را تشکیل می‌دهد (۳۵). نتایج پژوهش‌های مرتبط با اختلال وحشتزدگی نیز بیانگر این است که تجربه وحشتزدگی با کاهش واضح هیجانی مرتبط است و نام‌گذاری هیجانات برای افراد مبتلا به این اختلال دشوار است (۳۶). آن بخش از یافته‌های تحقیق حاضر که بیانگر ضعف بازاریابی شناختی در افراد مبتلا به اختلال وحشتزدگی می‌باشد، با یافته‌های تحقیقات پیشین که نشان می‌دهند بازاریابی شناختی افراد را قادر می‌سازد تا ادراکی عینی‌تر از سطوح تهدید شخصی به دست آورند، قابل تبیین می‌باشد (۳۷). در حقیقت ارزیابی مجدد شناختی، تفسیر مجدد محرک‌های عاطفی به روش‌های کمتر تهدیدآمیز به منظور تنظیم هیجانات منفی، یک استراتژی انطباقی در نظر گرفته می‌شود و مفهومی بسیار شبیه به بازسازی شناختی است و بنابراین کاهش استفاده از ارزیابی مجدد ممکن است برخی از تفاسیر فاجعه‌آمیز موقعیت‌های اضطراب‌آور (مانند "تفکر فاجعه‌آمیز") را که نقش مهمی در نظریه‌های شناختی اختلال وحشتزدگی ایفا می‌کند توضیح دهد (۸). استراتژی دیگر که عموماً ناسازگار تلقی می‌شود سرکوبی هیجانی است، که مانع از بیان احساسات فرد می‌شود. اتکای بیش از حد به سرکوب و

2. Silvers JA. Adolescence as a pivotal period for emotion regulation development. *Current opinion in psychology*. 2022;44:258-63.
3. Zsido AN, Arato N, Lang A, Labadi B, Stecina D, Bandi SA. The role of maladaptive cognitive emotion regulation strategies and social anxiety in problematic smartphone and social media use. *Personality and Individual Differences*. 2021;173:110647. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110647>.
4. Barlow DH, Allen LB, Choate ML. Toward a unified treatment for emotional disorders—republished article. *Behavior therapy*. 2016;47(6):838-53.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders (Fifth Edition)*. Fourth Edition ed. Tehran: Ravan; 2013. (in persian).
6. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*. 2010;30(2):217-37.
7. Taghipoor, B., Basharpour, S., Smaeili, M. The effectiveness of Emotion Regulation on emotion processing and symptoms of panic in women with panic disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 2021; 13(3): 79-88. doi: 10.22075/jcp.2021.21961.2023. (in persian). <https://www.sid.ir/fa/Journal/ViewPaper.aspx?id=589027>.
8. Strauss AY, Kivity Y, Huppert JD. Emotion Regulation Strategies in Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder. *Behavior Therapy*, 2019;50(3): 659-671
9. Drach RD, Orloff NC, Hormes JM. The emotion regulatory function of online social networking: Preliminary experimental evidence. *Addictive Behaviors*. 2021;112:106559.
10. Amstadter A. Emotion regulation and anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*. 2008;22(2):211-21. 10.1016/j.janxdis.2007.02.004.
11. Chen X, Zhang Z, Song Y, Yuan W, Liu Z, Tang M. A paired case-control comparison of ziprasidone on visual sustained attention and visual selective attention in patients with paranoid schizophrenia. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2015;19(16):2952-6.
12. Hashemi, T., aliloo, M., Hosseinzadeh, S., Mashinchi, N. Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies, Neuroticism and Extroversion in Panic Symptoms. *Modern Psychological Research*, 2014;9(34), 219-242. [Persian]
13. Azadi M. Emotion regulation and anxiety disorders: an integrative review. *Transformational psychology (Iranian psychologists)*. 1390;8(30):207-9. (in persian). <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=151767>.
14. Moulai M, Taheri Fard M. Emotion regulation strategies and anxiety sensitivity in patients with

کنترل، مطابقت دارد. طرحواره‌ها در حوزه دیگر جهت‌مندی با تمرکز بیش از حد بر خواسته‌ها، احساسات و پاسخ‌های دیگران مشخص می‌شوند، بنابراین، بیماران که امتیاز بالاتری در این طرحواره‌ها دارند، ممکن است، به دلیل ویژگی‌های زیان‌بخش اختلال که هم علائم بیماری آن‌ها را مجبور به توقف مراقبت از افراد دیگر می‌کند و در درخواست کمک از دیگران را با دشواری مواجه می‌کند، از علائم وحشت شدیدتری رنج ببرند (۱۹). تجارب آسیب‌زای بیماری با سطوح بالای ناتوانی اجتماعی، شغلی و جسمانی که برای فرد ایجاد می‌کند (۵)، زمینه‌ساز شکل‌گیری طرحواره‌های محرومیت هیجانی، انزوای اجتماعی، نقص/شرم، منفی‌گرایی و بدبینی، وابستگی، بی‌کفایتی و... در این بیماران می‌شود. لذا، می‌توان چنین استدلال کرد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در این بیماران، نتیجه تجارب زیان‌بخش (نظیر رها شدگی، محرومیت هیجانی، تحقیر، نقص در محیط اولیه، و حوادث استرس‌زا) در دوران بیماری یا دوران رشدی کودکی و نوجوانی می‌باشد که تجارب ناخوشایندی و برآورده نشده نیازهای عاطفی و هیجانی زمینه‌ساز رشد طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌شود. تحقیق حاضر علی‌رغم محدودیت‌هایی همچون عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گری همچون شدت اختلال وحشتزدگی، طول مدت بیماری و اختلالات همبود با وحشتزدگی، توانست یافته‌های شفافی در خصوص وجود مشکلات مربوط به تنظیم هیجان و همچنین وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد مبتلا به اختلال وحشتزدگی ارائه نماید. با عنایت به یافته‌های تحقیق حاضر می‌توان این‌طور بیان کرد اجرای برنامه‌های مداخله‌ای معطوف به آموزش راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد مبتلا به اختلال وحشتزدگی می‌تواند در پیشگیری و درمان این اختلال مؤثر بوده و هدف مناسبی برای مداخلات رفتاری باشند.

منابع

1. Slanbekova GK, Chung MC, Ayupova GT, Kabakova MP, Kalymbetova EK, Korotkova-Ryckewaert NV. The relationship between posttraumatic stress disorder, interpersonal sensitivity and specific distress symptoms: The role of cognitive emotion regulation. *Psychiatric Quarterly*. 2019;90(4):803-14. 10.1007/s11126-019-09665-w. 31423547.

26. Naderzadeh H, Salehi M, Jafari Roshan M, Koochak Entezar R. A structural equation model of relationship between Social Anxiety symptoms, Early Maladaptive schemas and Cognitive Distortions in Adolescents. *Journal of Research in Psychological Health*. 2019; 13 (1): 40-57. [Persian].
27. Asnea Tariq, Ethel Quayle, Stephen M Lawrie, Corinne Reid, Stella W.Y. Chan, Relationship between Early Maladaptive Schemas and Anxiety in Adolescence and Young Adulthood: A systematic review and meta-analysis, *Journal of Affective Disorders*, Volume 295, 2021, Pages 1462-1473, ISSN01650327, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.031>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032721009903>)
28. Gall MD, Borg WR, Gall JP, Quantitative and qualitative research methods in educational sciences and psychology, Nasr AR, Oreizy HR, Abolghasemi M, Bagheri KH, Alamatsaz MH and et el, tehran, Publications of Shahid Beheshti University, 1383. [Persian].
29. Bandelow B, Broocks A, Pekrun G, George A, Meyer T, Pralle L, et al. The use of the Panic and Agoraphobia Scale (P & A) in a controlled clinical trial. *Pharmacopsychiatry*. 2000;33(05):174-81.
30. Narimani M, Ariapooran S, Abolghasemi A, Ahadi B. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and emotion regulation training in the affect and mood of chemical weapons victims. *J Arak Uni Med Sci*. 2012; 15 (2):107-118. (in persian). <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=158521>.
31. Qasimpour, A; Ilbigi, R; Hassanzadeh, SH; Psychometric properties Gross and John's Emotional Regulation Questionnaire in an Iranian sample. Sixth Student Mental Health Conference, Gilan University, 1992, 922-924. (in persian)
32. Ahi Q, Mohammadi Far MA, Basharat MA. Reliability and validity of the short form of Young's Schemas Questionnaire. *Psychology and Educational Sciences*. 1386;37(3):5-20. (in persian). <https://www.sid.ir/fa/Journal/ViewPaper.aspx?ID=86985>
33. Young JE. *Young Schema Questionnaire Short Form*. New York: Cognitive Therapy Center. 1998.
34. Cisler JM, Olatunji BO, Feldner MT, Forsyth JP. Emotion regulation and the anxiety disorders: An integrative review. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2010;32(1):68-82.
35. Tull, M. T., & Roemer, L. Emotion regulation difficulties associated with the experience of uncued panic attacks: Evidence of experiential avoidance, emotional nonacceptance, and decreased emotional clarity. *Behavior Therapy*, 2007; 38(4), 378-391
36. Etkin A, Prater KE, Hoefl F, Menon V, Schatzberg AF. Failure of anterior cingulate activation and connectivity with the amygdala generalized anxiety disorder. The 7th Congress of the Iranian Psychological Association, Tehran 2018. (in persian).
15. Abolghasemi A, Lotfi Bakhsh R, Taheri Fard M. Comparison of emotion regulation strategies, worry, over-mood and cognitive deficits in people with and without generalized anxiety disorder. *Psychological studies*. 2019; 16(2): 91-108. (in persian). <https://www.sid.ir/fa/Journal/ViewPaper.aspx?ID=571878>.
16. Klemanski DH, Curtiss J, McLaughlin KA, Nolen-Hoeksema S. Emotion regulation and the transdiagnostic role of repetitive negative thinking in adolescents with social anxiety and depression. *Cognitive therapy and research*. 2017;41(2):206-19.
17. Asher Y. Strauss, Yogev Kivity, Jonathan D. Huppert, Emotion Regulation Strategies in Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder, *Behavior Therapy*, Volume 50, Issue 3, 2019, Pages 659-671,
18. Halder, T., Michl, P., Flanagan, V. et al. Impaired Emotion Processing and Panic Disorder After Left Anterior Temporal Lobectomy: A Case Report of Successful Psychotherapeutic Intervention. *Cogn Ther Res*. 2022;46, 838-851 <https://doi.org/10.1007/s10608-022-10301-4>
19. Campbell-Sills L, Barlow DH. Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. 2007:542-59.
20. Zeynel Z, Uzer T. Adverse childhood maladaptive schemas. *Child abuse & neglect*. 2020;99:104235. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104235>
21. Kwak experiences lead to trans-generational transmission of early K-H, Lee SJ. A comparative study of early maladaptive schemas in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Psychiatry research*. 2015;230(3):757-62.
22. Gong J, Chan RC. Early maladaptive schemas as mediators between childhood maltreatment and later psychological distress among Chinese college students. *Psychiatry research*. 2018;259:493-500. [10.1016/j.psychres.2017.11.019](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.019). 29154171.
23. Hawke LD, Provencher MD. Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. *Journal of cognitive psychotherapy*. 2011;25(4):257-76.
24. Simons RM, Sistad RE, Simons JS, Hansen J. The role of distress tolerance in the relationship between cognitive schemas and alcohol problems among college students. *Addictive behaviors*. 2018;78:1-8. [10.1016/j.addbeh.2017.10.020](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.10.020). 29121527. PMC5989717.
25. Van Vlierberghe L, Braet C, Bosmans G, Rosseel Y, Bögels S. Maladaptive schemas and psychopathology in adolescence: On the utility of young's schema theory in youth. *Cognitive therapy and research*. 2010;34(4):316-32.

- during implicit regulation of emotional processing in generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2010;167(5):545-54.
37. Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2015;11, 379-405
38. Renna, M. E., Quintero, J. M., Fresco, D. M., & Mennin, D. S. Emotion regulation therapy: a mechanism-targeted treatment for disorders of distress. *Frontiers in Psychology*, 2017;8, 98
39. Orsillo SM, Roemer L. Acceptance and mindfulnessbased approaches to anxiety:conceptualization and treatment. New York: Springer; 2005.