MEJDS. 2022; 12:44.

Published online 2022 Jul. **Original Article**

Comparing the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Emotional Schema Therapy on Emotional Regulation in Physically Disabled People

Rahmani Moghadam F[1], *Bagherzadeh Golmakani Z [2], Touzandeh Jani H[3], Nejat H[4]

Author Address
1. PhD Candidate in Psychology, Department of Psychology, Neyshabour Branch, Islamic Azad University, Neyshabour, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabour Branch, Islamic Azad University, Neyshabour, Iran;
3. Associate Professor, Department of Psychology, Neyshabour Branch, Islamic Azad University, Neyshabour, Iran;
4. Assistant Professor, Department of Education Sciences, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.
***Corresponding Author Email:** z.bagherzadeh@iau-neyshabur.ac.ir

Received: 2021 November 28; **Accepted:** 2022 April 29

Abstract

Background & Objectives: People with disabilities feel different emotions due to their special circumstances, which significantly impact the quality of work and their daily activities throughout life. These emotions can cause people with disabilities to adapt and their presence in the social environment to diminish. In psychology, emotions have a very sensitive and fundamental place, because their relationships to needs and motivations are significant and can be the root of many mental or emotional disorders. Emotional schema therapy argues that individuals have implicit theories about emotion and emotion regulation. Dialectical behavior therapy is another treatment that is considered in emotion regulation today. This treatment aims to achieve behavioral stability and emotional processing. Because of insufficient and necessary research in a society with disabilities and the importance and necessity of paying attention to this vulnerable group, this study aimed to compare the effectiveness of dialectical behavior therapy and emotional schema therapy on emotional regulation in physically disabled people.

Methods: The method of the present study was a quasi–experimental design with pretest–posttest and three–month follow–up with a control group. The statistical population was all 20 to 50 years old physically disabled people covered by Mashhad Welfare Organization, Mashhad City, Iran, in 2019. Forty–five subjects with inclusion and exclusion criteria were included in the study by a convenience sampling method. With personal consent, they were randomly divided into two experimental groups (dialectical behavior therapy and emotional schema therapy) and one control group (15 in each group). The inclusion criteria in the study were as follows: having only physical or mobility disabilities based on the diagnosis of the Welfare Medical Commission, participation of both sexes (male and female), having an age range between 20 and 50 years, holding a minimum diploma degree, not receiving concomitant therapies with research, having enough motivation and interest in treatment. The exclusion criteria included having major psychiatric disorders such as personality disorders, undergraduate education, severe medical and physical disorders, acute psychosocial problems, severe family and occupational problems affecting the treatment process; being abscent two sessions or more from intervention or concurrent participation in other psychotherapies. The study data were collected via the Emotional Cognitive Regulation Questionnaire (Garnefski & Kraaij, 2001) in the pretest and posttest phase for subjects in all three groups. For the experimental groups, dialectical behavioral therapy was performed in eleven 60–minute sessions based on the McKay et al. (2007) treatment protocol, and the emotional schema therapy based on Leahy treatment protocol (2015) was performed in eleven 60–minute sessions. No intervention was provided for the control group. Descriptive statistics indicators (mean and standard deviation) and inferential statistics (repeated measures analysis of variance and Bonferroni post hoc test) were used to analyze the data in SPSS software version 25. The significance level was considered 0.05 or less.

Results: The results showed that the effect of time and the interaction of time and group on the mean scores of the emotion regulation variable (adapted strategies and non–adapted strategies) were significant ($p<0.001$). The effect of the group on the mean scores of emotion regulation variables, including adapted strategies ($p<0.001$) and non–adapted strategies ($p=0.043$) was significant. Also, the mean scores of adaptive strategies of emotion regulation in the dialectical behavior therapy group were significantly lower than the emotional schema therapy group ($p<0.001$). The mean scores of adaptive strategies of emotion regulation in the emotional schem therapy group were significantly higher than the control group ($p<0.001$). The mean scores of non–adapted emotion regulation strategies in the emotional schema therapy group were significantly lower than the control group ($p=0.039$). Also, in the experimental groups, there was a significant difference in the mean scores of emotion regulation (adapted strategies and non–adapted strategies) in the pretest and posttest stages ($p<0.001$) and pretest and follow–up ($p<0.001$).

Conclusion: Based on the findings, the effectiveness of emotion therapy schema on adapted emotion regulation strategies is greater than dialectical behavior therapy. Therefore, therapists can use the schema of emotional therapy as one of the new models of cognitive–behavioral therapy to improve emotion regulation in people with physical and motor disabilities.

Keywords: Dialectical behavior therapy, Emotional schema therapy, Emotional regulation, Physically disabled.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

Copyright © 2022, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۴۴.

انتشار برخط خرداد ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر تنظیم هیجان در معلولان جسمی‌حرکتی

فاطمه رحمانی مقدم[۱]، *زهرا باقرزاده گل‌مکانی[۲]، حسن توزنده‌جانی[۳]، حمید نجات[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران؛

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران؛

۴. استادیار، گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** z.bagherzadeh@iau-neyshabur.ac.ir

تاریخ دریافت: ۷ آذر ۱۴۰۰؛ **تاریخ پذیرش:** ۹ اردیبهشت ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: افراد دارای معلولیت جسمی‌حرکتی در تنظیم هیجان با مشکل مواجه هستند. پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر تنظیم هیجان در معلولان جسمی‌حرکتی انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی معلولان جسمی‌حرکتی ۲۰تا۵۰ساله تشکیل دادند که در سال ۱۳۹۸ زیر پوشش بهزیستی مشهد قرار گرفتند. چهل‌وپنج نفر دارای ملاک‌های ورود و خروج به‌طور داوطلبانه و به‌روش نمونه‌گیری دردسترس وارد مطالعه شدند و با رضایت شخصی به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی رفتاردرمانی دیالکتیک و طرح‌واره‌درمانی هیجانی و یک گروه گواه قرار گرفتند (هر گروه پانزده نفر). به‌منظور گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامهٔ تنظیم شناختی هیجانی (گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۱) به‌کار رفت. صرفاً برای گروه‌های آزمایش، رفتاردرمانی دیالکتیک در یازده جلسهٔ شصت‌دقیقه‌ای براساس پروتکل درمانی مک‌کی و همکاران (۲۰۰۷) و طرح‌واره‌درمانی هیجانی براساس پروتکل درمانی لیهی (۲۰۱۵) در یازده جلسهٔ شصت‌دقیقه‌ای اجرا شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۵ در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، میانگین نمرات راهبردهای سازش‌یافته در گروه رفتاردرمانی دیالکتیک به‌طور معناداری کمتر از گروه طرح‌واره‌درمانی هیجانی بود ($p<۰/۰۰۱$). میانگین نمرات راهبردهای سازش‌یافته در گروه طرح‌واره‌درمانی هیجانی به‌طور معناداری بیشتر از گروه گواه بود ($p<۰/۰۰۱$). میانگین نمرات راهبردهای سازش‌نایافته در گروه طرح‌واره‌درمانی هیجانی به‌طور معناداری کمتر از گروه گواه بود ($p=۰/۰۳۹$). همچنین در گروه‌های آزمایش، تفاوت معناداری در میانگین نمرات تنظیم هیجان (راهبردهای سازش‌یافته و راهبردهای سازش‌نایافته) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p<۰/۰۰۱$) و پیش‌آزمون و پیگیری ($p<۰/۰۰۱$) وجود داشت.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، اثربخشی طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر راهبردهای سازش‌یافتهٔ تنظیم هیجان بیشتر از رفتاردرمانی دیالکتیک در معلولان جسمی‌حرکتی است.

کلیدواژه‌ها: رفتاردرمانی دیالکتیک، طرح‌واره‌درمانی هیجانی، تنظیم هیجان، معلولان جسمی‌حرکتی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۱، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

۱ مقدمه

معلولیت‌های جسمی‌حرکتی[1] دسته‌ای از معلولیت‌ها هستند که باعث می‌شوند فرد نتواند حداقل به‌مدت شش ماه از اندام خود یا بخشی از آن به‌طور مؤثر استفاده کند. این معلولیت‌ها ویژگی‌هایی دارند که مانع بروز کارآمد توانایی‌های بدنی یا جسمی در فرد می‌شوند (۱). معلولیت‌های جسمی‌حرکتی جدا از محدودیت‌ها یا مشکلاتی که از نظر کاربردی در فرد ایجاد می‌کنند، ممکن است موجب ایجاد تأثیرات سوء روان‌شناختی در اثر تعاملات اجتماعی بر شخصیت فرد دارای معلولیت یا تکوین بهینهٔ آن‌ها شوند. افراد دارای معلولیت با مشکلات و آسیب‌های متنوع و متعددی در روابط بین‌فردی، کار، محیط‌های تحصیلی و حوزه‌های عاطفی رفتاری روبه‌رو هستند (۲).

در روان‌شناسی، هیجان‌ها[2] جایگاه بسیار حساس و بنیادین دارند؛ زیرا ارتباط آن‌ها با نیازها و انگیزش‌ها درخورتوجه است و می‌توانند ریشهٔ بسیاری از اختلال‌های روانی یا روان‌تنی باشند. هیجان‌ها، سلامت انسان را تضمین می‌کنند؛ زیرا زمینهٔ تکاملی قوی دارند و نشان‌دهندهٔ نیازها یا محرک‌های آسیب‌زا هستند (۳). همچنین تجارب هیجانی، پدیده‌ای چندبُعدی با سطوح مختلف برانگیختگی و درجاتی از خوشایندی و ناخوشایندی و تجربه‌های ذهنی و جسمی است و با بافت فرهنگی ارتباط دارد. هیجان‌ها معمولاً سریع شروع می‌شوند، زودگذر هستند و اغلب بر موضوعی درونی یا بیرونی تمرکز می‌کنند (۴).

به عقیدهٔ تامپسون[3]، تنظیم هیجان[4] مجموعه‌ای از فرایندهای نظارتی است که می‌تواند به‌منظور تغییر در اندازه، مدت‌زمان، تقدم و تأخر، مسیر احساسات و پاسخ‌های عاطفی استفاده شود. این امر شامل مدیریت مثبت و منفی احساساتی است که تحت طیف گسترده‌ای از موقعیت‌های استرس‌زا و بدون استرس به‌وجود می‌آید (به‌نقل از ۵). در همین رابطه گروس و مونیوز اعتقاد دارند، تنظیم هیجان جزو فرایندهایی به‌شمار می‌رود که موجب تغییر یا تعدیل حالت هیجانی می‌شود و درواقع شامل ایجاد پاسخ‌های هیجانی جدید یا تغییر آن‌ها در خلال فرایندهای نظم‌جویانه است؛ همچنین ازطریق توانایی تنظیم هیجان است که افراد می‌توانند بر اینکه چه هیجانی داشته باشند و چه وقت آن‌ها را تجربه و ابراز کنند، تأثیرگذار باشند (۶). هرگونه اشکال و نقص در تنظیم شناختی هیجان، فرد را در برابر اختلالات روانی چون افسردگی و اضطراب آسیب‌پذیر می‌کند (۷).

در همین راستا، دادفرنیا و همکاران در پژوهشی با بررسی نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در پیش‌بینی افسردگی دریافتند، راهبردهای تنظیم هیجان می‌تواند عامل بسیار مهمی در پیش‌بینی ابتلا به افسردگی باشد و تقویت راهبردهای سازش‌یافتهٔ تنظیم هیجان باید در طراحی و اصلاح مداخلات مربوط به افسردگی مدنظر قرار گیرد (۸). همچنین پژوهش دیگری خدمتی با هدف بررسی رابطهٔ نشخوار فکری[5] و دشواری تنظیم هیجان با رفتارهای خودآسیب‌رسان دانش‌آموزان انجام داد. نتایج نشان داد، بین ابعاد دشواری تنظیم هیجان ازجمله نپذیرفتن پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام‌دادن رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان با رفتارهای خودآسیب‌رسان رابطهٔ مثبت معناداری وجود دارد (۹).

یکی از درمان‌های متداول برای تنظیم هیجانات که در سال‌های اخیر به آن توجه شده است، طرح‌واره‌درمانی هیجانی[6] است. مدل طرح‌واره‌درمانی هیجانی، مدلی فراشناخت[7] یا فراتجربه از هیجانات است که هیجانات در آن بخشی از شناخت اجتماعی هستند (۱۰). براساس این مدل، افراد از نظر ابعادی مانند پذیرفتنی‌بودن هیجان و شرمساری دربارهٔ آن، تفاسیرشان از علل هیجان، نیازشان به کنترل هیجان، انتظاراتشان دربارهٔ تداوم و خطر هیجان و ملاک‌هایشان دربارهٔ تناسب ابزار هیجان با یکدیگر فرق دارند (۱۱).

دیدگاه طرح‌واره‌درمانی هیجانی معتقد است، افراد دارای نظریه‌های ضمنی دربارهٔ هیجان و تنظیم هیجان هستند. همچنین این دیدگاه با کمک ارزیابی‌های شناختی یا سقراطی، آزمون‌های تجربی، آزمایش‌های رفتاری و دیگر مداخلات درجهت یاری‌کردن به عادی‌سازی، سازش‌کردن، ارتباط‌دادن هیجان‌ها به ارزش‌ها و پیداکردن روش‌های سازگارانهٔ ابراز هیجان و اعتباربخشی و ایجاد تعادل، بر نظریهٔ اختصاصی مُراجع دربارهٔ هیجان تأکید دارد. همچنین، در فرایند آشناسازی مُراجع با مدل درمانی، درمانگر تأکید می‌کند که ممکن است هیجان به‌خودی‌خود مشکل‌ساز نباشد؛ بلکه احتمال دارد مشکل از ارزیابی، ترس و نیاز به دوری از هیجان نشئت گیرد (۱۲). طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر هفت درون‌مایه تأکید می‌کند: ۱. هیجان‌های ناگوار همگانی است؛ ۲. هیجانات به این علت تکامل پیدا کرده‌اند که انسان را از وجود خطر آگاه کنند؛ ۳. اعتقادات اساسی و باورهای مرتبط با هیجان‌ها، تعیین‌کنندهٔ اثر هیجانات است؛ ۴. طرح‌واره‌های مشکل‌ساز شامل فاجعه‌سازی یک هیجان می‌شود؛ ۵. راهبردهای کنترل طرح‌واره مانند کوشش به‌منظور فرونشاندن، بی‌اعتنایی‌کردن، خنثی‌سازی یا حذف‌کردن هیجان‌ها به این اعتقاد منفی دامن می‌زند؛ ۶. ابرازکردن و اعتباردادن به هیجانات تا زمانی که در امتداد عادی‌سازی و جامعیت‌بخشی به هیجان‌ها عمل کند، دید ما را از هیجان ارتقا بخشد، بین هیجان‌های مختلف تمایز منظور شود، از احساس‌کردن گناه و شرم بکاهد و اعتقادداشتن به تحمل‌پذیری تجربهٔ هیجانی را ارتقا بخشد، سودمند است (۱۳)؛ ۷. یادگیری تصدیق هیجان‌های دردناک و پرورش تحمل ناکامی در طرح‌واره‌درمانی هیجانی را می‌توان جزئی از مدل توانمندسازی شخصی در نظر گرفت (۱۲).

در سال‌های اخیر پژوهش‌های بسیاری اثربخشی طرح‌واره‌درمانی هیجانی را بر متغیرهای متعددی بررسی کرده و میزان کارایی آن را تصدیق کرده است؛ برای مثال معصومی‌تبار و همکاران در پژوهشی به بررسی اثربخشی طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر مشکلات تنظیم هیجان و رضایت زناشویی بانوان ناسازگار در دههٔ اول زندگی پرداختند. آن‌ها دریافتند، طرح‌واره‌درمانی هیجانی باعث افزایش رضایت زناشویی و

1. Physical disabilities
2. Emotion
3. Thomson
4. Emotion regulation
5. Rummination
6. Emotional Schema Therapy
7. Metacognition

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

تنظیم هیجان و مؤلفه‌های آن در زوجین می‌شود (۱۴). محمدی و همکاران در پژوهشی با بررسی اثربخشی طرح‌واره‌درمانی هیجانی گروهی بر کاهش احساس تنهایی، نشخوار فکری و پریشانی روان‌شناختی زنان مطلقه نشان دادند، طرح‌واره‌درمانی هیجانی گروهی می‌تواند باعث کاهش معنادار احساس تنهایی، نشخوار فکری و پریشانی روان‌شناختی در گروه آزمایش درمقایسه با گروه کنترل شود. علاوه‌براین، درمان مذکور توانست موجب کاهش طرح‌واره‌های هیجانی ناسازگار و افزایش طرح‌واره‌های هیجانی سازگار در گروه آزمایش درمقایسه با گروه کنترل شود (۱۵). این موضوع را باید مدنظر قرار داد که دشواری‌های مرتبط با بدتنظیمی هیجانی در بسیاری از اختلالات رواج دارد. این دشواری‌ها شامل مشکل در بازشناسی هیجان‌ها، در توصیف و نام‌گذاری هیجان‌ها، اجتناب هیجانی و دانستن این موضوع است که هنگام ظهور یک هیجان چه باید کرد. در همین راستا مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک به‌طور مستقیم این امور را هدف قرار می‌دهد (۱۶).

رفتاردرمانی دیالکتیک[1] یکی دیگر از درمان‌هایی است که امروزه در تنظیم هیجانات مدنظر قرار گرفته است. رفتاردرمانی دیالکتیک، درمانی جامع، با مدلی چندگانه و ازجمله درمان‌های نسل سوم روان‌شناسی است که به‌نوعی با درمان شناختی، رویکرد روان تحلیل‌گری[2] و رویکرد کل‌نگر گشتالتی[3] در ارتباط است. هدف این درمان، رسیدن به ثبات رفتاری و پردازش هیجانی است. این درمان در ابتدای دهۀ ۹۰ توسط مارشا لینهان[4] به‌عنوان بخشی از فرایندی درمانی مؤثر و انتخابی برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، ابداع شد. به‌علاوه این رویکرد درمانی، پذیرش و همدلی با مُراجع را با تغییر و آموزش مهارت‌های اجتماعی تلفیق می‌کند. از دیدگاه لینهان، هیجان آشفته‌ساز آن دسته هیجاناتی است که تحمل آن برای فرد بسیار دشوار است و سبب عصبانیت، غم و وحشت‌زدگی می‌شود (۱۷). لینهان معتقد بود، شدت هیجان به تلاش‌های ناشی‌از تکانه‌ها برای گریز از درد منجر می‌شود و چنین رفتارهای گریز و اجتنابی به‌جای کاهش شدت هیجان آن را افزایش می‌دهد و شدت عواطف، تابعی از تعارض دیالکتیکی بین خود و محیط است (به‌نقل از ۱۸). در همین راستا، کاظمی و همکاران پژوهشی با هدف تعیین اثربخشی آموزش تنظیم هیجان مبتنی‌بر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش اضطراب و خشم دانش‌آموزان انجام دادند. آن‌ها دریافتند، آموزش تنظیم هیجان مبتنی‌بر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش اضطراب و خشم دانش‌آموزان مؤثر است (۱۹). صفری و آفتاب در پژوهشی دیگر عنوان کردند، به‌کارگیری رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند در درمان افسردگی اساسی و تظاهرات آن مانند دشواری در تنظیم هیجان، احساس گناه و نشانگان تجزیه‌ای در مراکز مشاوره و روان‌درمانی مؤثر واقع شود (۲۰). پروانه و همکاران دریافتند، رفتاردرمانی شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌عنوان درمان‌های مؤثری برای کاهش رفتارهای تکانشی، باورهای غیرمنطقی و بهبود تنظیم هیجان در دانش‌آموزان دختر هستند (۲۱).

باتوجه به نبود تحقیقات کافی و لازم در جامعۀ دارای معلولیت و اهمیت و ضرورت توجه به این گروه آسیب‌پذیر، پژوهش حاضر کوشید با مقایسۀ اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر تنظیم هیجان در معلولان جسمی‌حرکتی به این مهم بپردازد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه همراه با گروه گواه بود. جامعۀ آماری را تمامی معلولان جسمی‌حرکتی ۲۰تا۵۰ساله تشکیل دادند که در سال ۱۳۹۸ تحت پوشش بهزیستی مشهد قرار گرفتند. ابتدا از بین معلولان جسمی‌حرکتی مذکور که داوطلب بودند، تعداد ۴۵ نفر به‌روش نمونه‌گیری دردسترس و براساس معیارهای ورود به مطالعه وارد شدند. سپس باتوجه به روش پژوهش که حداقل پانزده نفر برای هر گروه توصیه می‌شود (۲۲) و براساس معیارهای ورود و خروج، علاقه و رضایت شخصی به‌صورت تصادفی، سی نفر در گروه‌های آزمایش آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک و طرح‌واره‌درمانی هیجانی و پانزده نفر در گروه گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از: دارابودن صرفاً معلولیت جسمی‌حرکتی براساس تشخیص کمیسیون پزشکی بهزیستی[5]؛ شرکت‌کردن هر دو جنس (زن و مرد)؛ دارابودن محدودۀ سنی بین ۲۰تا۵۰ سال؛ داشتن حداقل تحصیلات دیپلم؛ دریافت‌نکردن درمان‌های هم‌زمان با انجام پژوهش؛ داشتن انگیزه و علاقۀ کافی به درمان. معیارهای خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش شامل ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی عمده مثل اختلالات شخصیت، تحصیلات کمتر از دیپلم، وجود اختلالات پزشکی و جسمانی شدید، وجود مشکلات روانی‌اجتماعی حاد، مشکلات خانوادگی و شغلی شدید تأثیرگذار بر فرایند درمان، دو جلسه غیبت و شرکت هم‌زمان در سایر روان‌درمانی‌ها بود.

به‌لحاظ رعایت ملاحظات اخلاقی از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه دریافت شد که نزد محققان محفوظ است. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه خواهد ماند؛ بدین‌منظور، پرسش‌نامۀ پژوهش بدون نام بود و یک کد به هر فرد اختصاص یافت.

در این پژوهش ابزار و جلسات درمانی زیر به‌کار رفت.

ـ پرسش‌نامۀ تنظیم شناختی هیجان[6] : در پژوهش حاضر از این پرسش‌نامه برای سنجش تنظیم هیجان استفاده شد که گارنفسکی و همکاران در سال ۲۰۰۱ آن را ساختند (۲۳). پرسش‌نامه دارای ۳۶ آیتم است که نُه راهبرد هیجانی متفاوت را ارزیابی می‌کند: راهبرد پذیرش، به افکار مربوط به پذیرش و تسلیم دربرابر تجربه و رویداد ناخوشایند اشاره دارد؛ راهبرد تمرکز مجدد مثبت، داشتن افکار شاد و مثبت به‌جای افکار تهدیدآمیز و استرس‌زا و نیز راهبرد تمرکز بر برنامه‌ریزی و فکرکردن دربارۀ چگونگی مدیریت یک اتفاق است؛ راهبرد ارزیابی مجدد مثبت، به تفکر دربارۀ مفهوم مثبت یک رویداد به‌جای مفهوم منفی آن اشاره دارد؛ راهبرد دیدگاه‌گیری، مقایسۀ رویداد

[1]. Dialectical Behavior Therapy
[2]. Psychoanalysis
[3]. Gestalt
[4]. Marsha Linehan
[5]. International Classification of Functioning Disability and Health (ICF)
[6]. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

منفی با رویدادهای دیگر است؛ راهبرد سرزنش خود، داشتن افکاری است که فرد خود را مقصر مشکلات پیش‌آمده می‌داند؛ راهبرد نشخوار فکری به فکرکردن مداوم دربارهٔ احساس مربوط به رویداد تلقی می‌شود؛ راهبرد فاجعه‌سازی، فکرکردن دربارهٔ جنبهٔ منفی تجربه است؛ راهبرد سرزنش دیگری، فکرکردن در این باره که دیگران مقصر رویداد پیش‌آمده هستند. پذیرش، تمرکز مثبت، برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری جزو راهبردهای سازش‌یافته و سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه‌سازی و سرزنش دیگران جزو راهبردهای سازش‌نایافته هستند. این پرسش‌نامه براساس مقیاس لیکرت هرگز (۱)، به‌ندرت (۲)، برخی اوقات (۳)، اغلب اوقات (۴) و همیشه (۵) نمره‌گذاری می‌شود. تحلیل (تفسیر) براساس میزان نمرهٔ پرسش‌نامه بدین‌صورت است: نمرهٔ بین ۳۶تا۷۲: تنظیم شناختی هیجان در فرد ضعیف است؛ نمرهٔ بین ۷۲تا۱۰۸: تنظیم شناختی هیجان در فرد متوسط است؛ نمرهٔ بیشتر از ۱۰۸: تنظیم شناختی هیجان در فرد قوی است (۲۳). گارنفسکی و کرایج ادعا کردند، این نسخه از پایایی خوب و پذیرفتنی برخوردار است و آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های پرسش‌نامه را ۰/۷۵ تا۰/۸۷ گزارش دادند (۲۴). همچنین، این پرسش‌نامه در ایران توسط حسنی هنجاریابی شد و دامنهٔ آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا۰/۸۹ برای خرده‌مقیاس‌های آن به‌دست آمد. روایی آن ازطریق تحلیل عاملی اکتشافی با همبستگی ۰/۳۲ تا۰/۶۳ بین خرده‌مقیاس‌ها و با روایی سازه مطلوب گزارش شد (۲۵).

ـ رفتاردرمانی دیالکتیک: این روش درمانی به‌مدت یازده جلسه به‌صورت هفتگی اجرا شد که گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک، آن را دریافت کرد. تدوین محتوای جلسات براساس پروتکل درمانی مک‌کی و همکاران صورت گرفت. پروتکل درمانی این پژوهش طی یازده جلسهٔ شصت‌دقیقه‌ای برگرفته از کتاب *تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیک* مک‌کی و همکاران (۲۶) اجرا شد که محتوای آن توسط اساتید روان‌شناسی به تأیید رسید. در جدول ۱ جلسات و مراحل این درمان به‌طور خلاصه ارائه شده است.

جدول ۱. جلسات و مراحل درمان مبتنی‌بر رفتاردرمانی دیالکتیک

جلسه	محتوای جلسه
اول	معارفه، اجرای پیش‌آزمون، تعریف هیجان و رفتار، معرفی رفتاردرمانی دیالکتیک (کلیات و ماهیت رفتاردرمانی دیالکتیک)، ارائهٔ تکلیف خانگی
دوم	بررسی تکلیف خانگی جلسهٔ قبل، پذیرش بنیادین (هیجان‌های آشفته‌ساز، خودگویی مقابله‌ای)، ارائهٔ تکلیف خانگی
سوم	بررسی تکلیف خانگی جلسهٔ قبل، پذیرش بنیادین (خودگویی‌های تأییدگرایانه، استفاده از افکار مقابله‌ای خودتشویق‌گرایانه)، ارائهٔ تکلیف خانگی
چهارم	بررسی و تفسیر تکلیف خانگی جلسهٔ قبل، استفاده از زمان حال (زندگی ارزشمند، شناسایی قدرت برتر و ارتباط با قدرت برتر)، ارائهٔ تکلیف خانگی
پنجم	بررسی تکلیف خانگی جلسهٔ قبل، تعریف هیجان و رفتار، شناسایی هیجان، مهارت‌های نظم‌بخشی و تنظیم هیجان، ارائهٔ تکلیف خانگی
ششم	بررسی و تفسیر تکلیف خانگی جلسهٔ قبل، زندگی در زمان حال (ذهنتان الآن کجاست؟)، گوش‌سپاری به زمان حال، تنفس آگاهانه، ارائهٔ تکلیف خانگی
هفتم	بررسی تکلیف خانگی جلسهٔ قبل، مشاهدهٔ خویشتن بدون قضاوت، استفاده از افکار مقابله‌ای، توجه آگاهانه به هیجان‌ها بدون قضاوت دربارهٔ آن‌ها، ارائهٔ تکلیف خانگی
هشتم	بررسی و تفسیر تکلیف خانگی جلسهٔ قبل، کاهش آسیب‌پذیری شناختی، تعادل‌آفرینی بین فکر و احساسات، ارائهٔ تکلیف خانگی
نهم	بررسی و تفسیر تکلیف خانگی جلسهٔ قبل، رویارویی با هیجان، عمل‌کردن برخلاف امیال شدید هیجانی، ارائهٔ تکلیف خانگی
دهم	تدوین راهبردهای مقابله‌ای جدید و تحلیل رفتار، جمع‌بندی، پس‌آزمون
یازدهم	پیگیری

ـ طرح‌واره‌درمانی هیجانی: این روش درمانی به‌مدت یازده جلسه به‌صورت هفتگی اجرا شد که گروه آزمایش طرح‌واره‌درمانی هیجانی، آن را دریافت کرد. تدوین محتوای جلسات براساس پروتکل درمانی طرح‌واره‌درمانی هیجانی لیهی و همکاران صورت گرفت. پروتکل درمانی این پژوهش طی یازده جلسهٔ شصت‌دقیقه‌ای برگرفته از کتاب *طرح‌واره‌درمانی هیجانی* لیهی (۱۲) اجرا شد که محتوای آن توسط اساتید روان‌شناسی به تأیید رسید. در جدول ۲ جلسات و مراحل این درمان به‌طور خلاصه ارائه شده است.

شایان ذکر است، در این پژوهش گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. همچنین سه ماه پس از اجرای پس‌آزمون، مرحلهٔ پیگیری برای سه گروه شرکت‌کننده در پژوهش اجرا شد.

برای تحلیل داده‌ها، شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) به‌کار رفت؛ همچنین در قسمت آمار استنباطی از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (و پیش‌فرض‌های آن شامل نرمال‌بودن توزیع داده‌ها به‌کمک آزمون شاپیرو ـ ویلک، همسانی ماتریس‌های واریانس کوواریانس با آزمون ام‌باکس، واریانس خطای متغیر وابسته ازطریق آزمون لون و کوواریانس خطا ازطریق آزمون کرویت موچلی) و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری $\alpha=0/05$ با نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۵ استفاده شد.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

جدول ۲. جلسات و مراحل درمان مبتنی‌بر طرح‌واره‌درمانی هیجانی

جلسه	محتوای جلسه
اول	معارفه، اجرای پیش‌آزمون، تعریف هیجان و رفتار، معرفی طرح‌واره‌درمانی هیجانی، ارائهٔ تکلیف خانگی
دوم	بررسی تکلیف خانگی جلسهٔ قبل، اجتماعی‌سازی (ارتباط طرح‌واره‌های هیجانی با راهبردهای مقابله‌ای مشکل‌آفرین)، نحوهٔ یادگیری طرح‌واره‌های هیجانی در خانواده، ارائهٔ تکلیف خانگی
سوم	بررسی و تفسیر تکلیف خانگی جلسهٔ قبل، تغییر طرح‌واره‌های هیجانی و چگونگی تأثیر آن بر آسیب روانی، ارائهٔ تکلیف خانگی
چهارم	بررسی و تفسیر تکلیف خانگی جلسهٔ قبل، اعتباربخشی (فراهیجان و اعتبارطلبی، اهمیت اعتباربخشی، محیط‌های اعتبارستیز در زندگی گذشته و کنونی)، ارائهٔ تکلیف خانگی
پنجم	بررسی و تفسیر تکلیف خانگی جلسهٔ قبل، پنج گام اعتباربخشی، ارائهٔ تکلیف خانگی
ششم	بررسی تکلیف خانگی جلسهٔ قبل، درک‌پذیری، تداوم، کنترل، ارائهٔ تکلیف خانگی
هفتم	بررسی و تفسیر تکلیف خانگی جلسهٔ قبل، گناه و شرم، پذیرش، ارائهٔ تکلیف خانگی
هشتم	بررسی و تفسیر تکلیف خانگی جلسهٔ قبل، مقابله با دودلی، ارائهٔ تکلیف خانگی
نهم	بررسی و تفسیر تکلیف خانگی جلسهٔ قبل، ارتباط هیجان‌ها با ارزش‌ها و فضائل، ارائهٔ تکلیف خانگی
دهم	جمع‌بندی و ارزیابی، پس‌آزمون
یازدهم	پیگیری

۳ یافته‌ها

در جدول ۳ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونهٔ پژوهش ارائه شده است. براساس یافته‌های جدول ۳، در گروه آزمایشی رفتاردرمانی دیالکتیک، ۱۱ نفر مرد (درصد فراوانی ۷۳/۳) و ۴ نفر زن (درصد فراوانی ۲۶/۷) بودند. همچنین، تعداد ۸ نفر (درصد فراوانی ۵۳/۳) تحصیلات دیپلم و تعداد ۵ نفر (درصد فراوانی ۳۳/۳) تحصیلات لیسانس و تعداد ۲ نفر (درصد فراوانی ۱۳/۳) تحصیلات فوق‌لیسانس داشتند.

در گروه آزمایشی طرح‌واره‌درمانی هیجانی ۷ نفر مرد (درصد فراوانی ۴۶/۷) و ۸ نفر زن (درصد فراوانی ۵۳/۳) بودند. همچنین، تعداد ۷ نفر (درصد فراوانی ۴۶/۷) تحصیلات دیپلم و تعداد ۶ نفر (درصد فراوانی ۴۰) تحصیلات لیسانس و تعداد ۲ نفر (درصد فراوانی ۱۳/۳) تحصیلات فوق‌لیسانس داشتند.

در جدول ۴ شاخص‌های توصیفی متغیر تنظیم هیجان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌تفکیک گروه‌های آزمایشی رفتاردرمانی دیالکتیک و طرح‌واره‌درمانی هیجانی ارائه شده است.

جدول ۳. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه

متغیر	گروه	رفتاردرمانی دیالکتیک	طرح‌واره‌درمانی هیجانی	گواه
		فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
جنسیت	مرد	۱۱ (۷۳/۳)	۷ (۴۶/۷)	۷ (۴۶/۷)
	زن	۴ (۲۶/۷)	۸ (۵۳/۳)	۸ (۵۳/۳)
سطح تحصیلات	دیپلم	۸ (۵۳/۳)	۷ (۴۶/۷)	۹ (۶۰/۰۰)
	لیسانس	۵ (۳۳/۳)	۶ (۴۰/۰۰)	۴ (۲۶/۷)
	فوق‌لیسانس	۲ (۱۳/۳)	۲ (۱۳/۳)	۲ (۱۳/۳)

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار نمرات متغیر تنظیم هیجان به‌تفکیک گروه‌های آزمایش و گروه گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
راهبردهای سازش‌یافته	رفتاردرمانی دیالکتیک	۲/۴	۰/۵۷	۳/۴	۰/۵۳	۳/۱	۰/۴۹
	طرح‌واره‌درمانی هیجانی	۲/۶	۰/۴۷	۴/۷	۰/۳۲	۳/۳	۰/۳۲
	گواه	۲/۹	۰/۴۲	۲/۸	۰/۴۹	۲/۹	۰/۳۸
راهبردهای سازش‌نایافته	رفتاردرمانی دیالکتیک	۲/۸	۰/۳۷	۲/۵	۰/۲۸	۲/۷	۰/۵۲
	طرح‌واره‌درمانی هیجانی	۳/۳	۰/۵۷	۱/۴	۰/۴	۲/۶	۰/۳۶
	گواه	۲/۹	۰/۵۱	۲/۹	۰/۵۲	۲/۷	۰/۶۲

براساس یافته‌های جدول ۴، میانگین نمرهٔ تنظیم هیجان در راهبردهای سازش‌یافته در گروه آزمایشی رفتاردرمانی دیالکتیک در مرحلهٔ

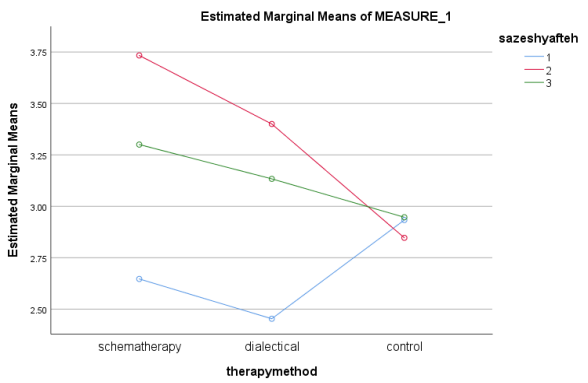
[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

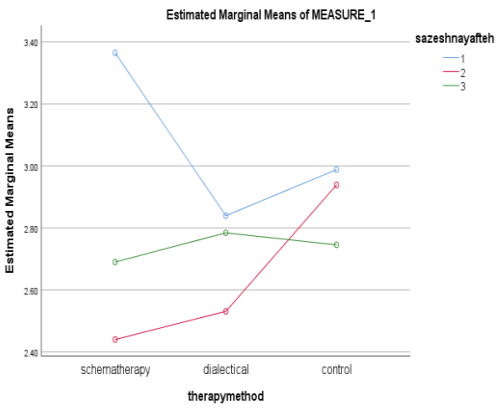
پس‌آزمون افزایش یافت و میانگین نمرهٔ تنظیم هیجان در راهبردهای سازش‌نایافته در گروه آزمایشی رفتاردرمانی دیالکتیک در مرحلهٔ پس‌آزمون کاهش پیدا کرد. میانگین نمرهٔ تنظیم هیجان در راهبردهای سازش‌یافته در گروه آزمایشی طرح‌واره‌درمانی هیجانی در مرحلهٔ پس‌آزمون افزایش یافت و میانگین نمرهٔ تنظیم هیجان در راهبردهای سازش‌نایافته در گروه آزمایشی طرح‌واره‌درمانی هیجانی در مرحلهٔ پس‌آزمون کاهش پیدا کرد.

قبل از استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، ابتدا پیش‌فرض‌های لازم برای استفاده از آن بررسی شد. برطبق نتایج، پیش‌فرض همگنی واریانس‌ـ کوواریانس در متغیر تنظیم هیجان در خرده‌مقیاس راهبردهای سازش‌نایافته برقرار بود ($p>۰/۰۵$)؛ اما در خرده‌مقیاس راهبرهای سازش‌یافته برقرار نبود ($p<۰/۰۵$) که بدین‌منظور از آزمون‌های لون و لامبدای ویلکز استفاده شد. طبق نتایج آزمون لون، پیش‌فرض همگنی واریانس برای متغیر تنظیم هیجان در هر دو خرده‌مقیاس راهبردهای سازش‌یافته و سازش‌نایافته برقرار بود ($p>۰/۰۵$). نتایج آزمون کرویت موچلی برای متغیر تنظیم هیجان در هر دو خرده‌مقیاس راهبردهای سازش‌یافته و سازش‌نایافته، معنادار بود ($p<۰/۰۵$). به همین دلیل از شاخص اپسیلون گرین‌هاوس‌گیسر به‌منظور تصحیح استفاده شد. براساس نتایج آزمون لامبدای ویلکز، این آزمون برای متغیر تنظیم هیجان در هر دو خرده‌مقیاس راهبردهای سازش‌یافته و سازش‌نایافته معنادار بود ($p<۰/۰۵$). باتوجه به برقراربودن پیش‌فرض‌ها، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به‌منظور مقایسهٔ سه گروه استفاده شد.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مبنی‌بر اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی مربوط به مقایسهٔ متغیر تنظیم هیجان در گروه‌های آزمایش و گروه گواه

متغیر	اثرات	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
راهبردهای سازش‌یافته	درون‌گروهی	مرحله	۲۱/۷۶۱	۲	۱۰/۸۸۰	۱۰۹/۵۹۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۲۳
		مرحله*گروه	۱۹/۶۵۴	۴	۴/۹۱۳	۴۹/۴۹۳	<۰/۰۰۱	۰/۷۰۲
		خطا	۸/۳۳۹	۸۴	۰/۰۹۹			
	بین‌گروهی	گروه	۱۱/۲۵۱	۲	۵/۶۲۵	۱۳/۲۰۶	<۰/۰۰۱	۰/۳۸۶
		خطا	۱۷/۸۹۰	۴۲	۰/۴۲۶			
راهبردهای سازش‌نایافته	درون‌گروهی	مرحله	۱۳/۱۲۱	۲	۶/۵۶۱	۷۷/۳۳۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۴۸
		مرحله*گروه	۱۶/۷۹۵	۴	۴/۱۹۹	۴۹/۴۹۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۰۲
		خطا	۷/۱۲۶	۸۴	۰/۰۸۵			
	بین‌گروهی	گروه	۳/۴۸۲	۲	۱/۷۴۱	۳/۳۹۳	۰/۰۴۳	۰/۱۳۹
		خطا	۲۱/۵۵۲	۴۲	۰/۵۱۳			





نمودار ۱. اثرات درمان رفتاردرمانی دیالکتیک و طرح‌واره‌درمانی هیجانی به‌تفکیک گروه‌ها و مراحل درمان

در جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت نمونهٔ پژوهش در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است. براساس جدول ۵، تأثیر زمان اندازه‌گیری بر میانگین نمرات راهبردهای سازش‌یافتهٔ متغیر تنظیم هیجان معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$). همچنین اثر متقابل بین زمان اندازه‌گیری و گروه بر میانگین نمرات راهبردهای سازش‌یافتهٔ متغیر تنظیم هیجان معنادار به‌دست آمد ($p<۰/۰۰۱$). تأثیر گروه نیز بر میانگین نمرات راهبردهای سازش‌یافتهٔ متغیر تنظیم هیجان معنادار شد ($p<۰/۰۰۱$). همچنین براساس جدول ۵، تأثیر زمان اندازه‌گیری بر میانگین نمرات راهبردهای سازش‌نایافتهٔ متغیر تنظیم هیجان معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$). همچنین اثر متقابل بین زمان اندازه‌گیری و گروه بر میانگین نمرات راهبردهای سازش‌نایافتهٔ متغیر تنظیم هیجان معنادار به‌دست آمد ($p<۰/۰۰۱$).

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

تأثیر گروه نیز بر میانگین نمرات راهبردهای سازش‌نایافتهٔ متغیر تنظیم هیجان معنادار شد (p=۰/۰۴۳).
نمودار ۱ اثرات درمان رفتاردرمانی دیالکتیک و طرح‌واره‌درمانی هیجانی را به‌تفکیک گروه‌ها و مراحل آزمون نشان می‌دهد.
برای مقایسهٔ نمرات در دو گروه آزمایش و گروه گواه از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ زوجی سه گروه رفتاردرمانی دیالکتیک، طرح‌واره‌درمانی هیجانی و گواه در متغیر تنظیم هیجان

متغیر	گروه	گروه	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
راهبردهای سازش‌یافته	رفتاردرمانی دیالکتیک	طرح‌واره‌درمانی هیجانی	۰/۵۶۴۴ـ*	۰/۱۳۷	<۰/۰۰۱
		گواه	۰/۰۸۶۷	۰/۱۳۷	۰/۰۰۱
	طرح‌واره‌درمانی هیجانی	رفتاردرمانی دیالکتیک	۰/۵۶۴۴*	۰/۱۳۷	<۰/۰۰۱
		گواه	۰/۶۵۱۱*	۰/۱۳۷	<۰/۰۰۱
راهبردهای سازش‌نایافته	رفتاردرمانی دیالکتیک	طرح‌واره‌درمانی هیجانی	۰/۲۱۹۸	۰/۱۵۱	۰/۴۵
		گواه	۰/۱۷۲۷ـ	۰/۱۵۱	۰/۷۷
	طرح‌واره‌درمانی هیجانی	رفتاردرمانی دیالکتیک	۰/۲۱۹۸ـ	۰/۱۵۱	۰/۴۵
		گواه	۰/۳۹۲۴ـ*	۰/۱۵۱	۰/۰۳۹

*p<۰/۰۵

باتوجه به جدول ۶، براساس آزمون تعقیبی بونفرونی، میانگین نمرات تنظیم هیجان (راهبردهای سازش‌یافته) در گروه رفتاردرمانی دیالکتیک به‌طور معناداری کمتر از گروه طرح‌واره‌درمانی هیجانی بود (p<۰/۰۰۱). همچنین میانگین نمرات تنظیم هیجان (راهبردهای سازش‌یافته) در گروه طرح‌واره‌درمانی هیجانی به‌طور معناداری بیشتر از گروه گواه بود (p<۰/۰۰۱). میانگین نمرات تنظیم هیجان (راهبردهای سازش‌نایافته) در گروه طرح‌واره‌درمانی هیجانی به‌طور معناداری کمتر از گروه گواه به‌دست آمد (p=۰/۰۳۹).

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ زوجی میانگین‌های متغیر تنظیم هیجان در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

	مرحلهٔ آزمون	مرحلهٔ آزمون	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار احتمال
راهبردهای سازش‌یافته	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۰۸۶۶ـ	۰/۱۴۵	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۶۵۳ـ	۰/۱۵۵	<۰/۰۰۱
راهبردهای سازش‌نایافته	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۹۲۴	۰/۱۱۶	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۶۷۴	۰/۱۴۱	<۰/۰۰۱

براساس نتایج جدول ۷، در دو گروه آزمایش، تفاوت معناداری در میانگین نمرات تنظیم هیجان (راهبردهای سازش‌یافته و راهبردهای سازش‌نایافته) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون (p<۰/۰۰۱) و پیش‌آزمون و پیگیری (p<۰/۰۰۱) وجود داشت.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، مقایسهٔ اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر تنظیم هیجان در معلولان جسمی‌حرکتی بود. نتایج نشان داد، طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر تنظیم هیجان (افزایش راهبردهای سازش‌یافته و کاهش راهبردهای سازش‌نایافته) معلولان جسمی‌حرکتی اثربخشی داشت. این یافته با این پژوهش‌ها همسوست: معصومی‌تبار و همکاران نشان دادند، طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر بهبود تنظیم هیجان و رضایت زناشویی زنان مؤثر است (۱۴)؛ محمدی و همکاران در پژوهشی دریافتند طرح‌واره‌درمانی هیجانی گروهی می‌تواند باعث کاهش معنادار احساس تنهایی، نشخوار فکری و پریشانی روان‌شناختی در گروه آزمایش درمقایسه با گروه کنترل شود. علاوه‌براین، درمان مذکور توانست موجب کاهش طرح‌واره‌های هیجانی ناسازگار و افزایش طرح‌واره‌های هیجانی سازگار در گروه آزمایش درمقایسه با گروه کنترل شود (۱۵).
همچنین براساس یافته‌های پژوهش حاضر، تفاوت معناداری بین گروه آزمایش دریافت‌کنندهٔ رفتاردرمانی دیالکتیک و گروه گواه در تنظیم هیجان (راهبردهای سازش‌یافته و راهبردهای سازش‌نایافته) مشاهده نشد. این یافته با این مطالعات ناهمسوست: صفری و آفتاب عنوان کردند، رفتاردرمانی دیالکتیک در درمان افسردگی اساسی و تظاهرات آن ازجمله دشواری در تنظیم هیجان، احساس گناه و نشانگان تجزیه‌ای در مراکز مشاوره و روان‌درمانی تأثیر دارد (۲۰)؛ پروانه و همکاران دریافتند، رفتاردرمانی شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیک می‌توانند به‌منزلهٔ درمان‌های مؤثر برای کاهش رفتارهای تکانشی، باورهای غیرمنطقی و بهبود تنظیم هیجان در دانش‌آموزان دختر مدنظر قرار گیرند (۲۱)؛ آستانه و همکاران مشخص کردند، مهارت‌آموزی مبتنی‌بر رفتاردرمانی دیالکتیک می‌تواند پریشانی و اجتناب اجتماعی و نیز هیجان منفی نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی را کاهش دهد و به‌عنوان درمانی مؤثر در نظر گرفته شود (۲۷).
یافتهٔ دیگر پژوهش نشان داد، طرح‌واره‌درمانی هیجانی درمقایسه با رفتاردرمانی دیالکتیک اثربخشی بیشتری بر بهبود راهبردهای سازش‌یافتهٔ تنظیم هیجان معلولان جسمی‌حرکتی داشت. در بررسی تحقیقات پیشین، پژوهشی وجود نداشت که به‌طور مستقیم به مقایسهٔ اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر تنظیم هیجان در معلولان جسمی‌حرکتی بپردازد.
در تبیین یافتهٔ مذکور می‌توان گفت، باتوجه به اینکه هیجان نقش مهمی

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

در جنبه‌های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای تنیدگی‌زا دارد، هیجان را می‌توان واکنش‌های زیست‌شناختی به موقعیت‌هایی دانست که انسان آن را فرصتی مهم یا چالش‌برانگیز ارزیابی می‌کند و این واکنش‌های زیستی با پاسخی که به آن رویدادهای محیطی می‌دهد، همراه می‌شود (۲۸)؛ ازاین‌رو گروس معتقد است، تنظیم این هیجانات می‌تواند شامل فرایندهایی باشد که ازطریق آن‌ها، افراد بر نوع هیجان‌هایی که دارند، زمانی که می‌توانند آن‌ها را داشته باشند و نحوهٔ تجربه و ابراز این هیجان‌ها تأثیرگذار باشند (به‌نقل از ۴).

در همین راستا، مدل طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر ساخت اجتماعی هیجان تأکید می‌کند و براساس این مدل هر شخصی نظریهٔ منحصربه‌فردی دربارهٔ هیجانات خود و دیگران دارد. این مدل به‌ویژه در بررسی تفاوت‌های فرهنگی در تفسیر هیجان‌ها مدنظر قرار گرفته است؛ زیرا معتقد است هر فردی یاد می‌گیرد کدام هیجان‌ها شرم‌آور و کدام‌یک پذیرفتنی است. علاوه‌براین می‌توان ادعا کرد، طرح‌واره‌های هیجانی با طیف وسیعی از اختلال‌ها مرتبط است و به‌محض برانگیختن یا فراخوانی یک هیجان، تفسیرهای واکنش‌ها و راهبردهای تنظیم هیجان تعیین می‌کند که آیا این هیجان ادامه خواهد یافت، تشدید می‌شود یا از شدتش کم خواهد شد (۱۲).

بر همین اساس الگوی طرح‌واره‌درمانی هیجانی معتقد است، افراد از نظر ابعادی مانند پذیرفتنی‌بودن و شرمساری دربارهٔ هیجان‌ها، تفاسیرشان از علل، نیازشان به کنترل، انتظاراتشان دربارهٔ تداوم و خطر هیجان و ملاک‌هایشان دربارهٔ تناسب ابزار هیجان با یکدیگر متفاوت هستند (۱۱) و جوانب اساسی پردازش‌کردن تجربیات هیجان دربرگیرندهٔ تفسیر ارزیابی فرد از هیجان‌ها و راهبردهای او دربارهٔ کنترل‌کردن هیجان است. به این ترتیب طرحواره‌درمانی هیجانی درک ما را از هیجان عمیق‌تر می‌کند و بیان می‌دارد نخستین گام در طرح‌واره‌درمانی هیجانی، آشناکردن بیمار با شناسایی هیجان‌ها و چگونگی تمایز آن‌ها از افکار، رفتار و واقعیت آن‌ها است (۱۲). این روش درمانی معتقد است، باورهای زیربنایی و طرح‌واره‌های مربوط به هیجان‌ها، تأثیر یک هیجان بر تشدید خود یا سایر هیجان‌ها را تعیین می‌کند. همچنین ابراز و اعتباربخشی به هیجان‌ها تاآنجاکه در راستای عادی‌سازی و جامعیت‌بخشی به هیجان‌ها عمل کند و برداشت ما را از هیجان بهبود بخشد، بین هیجان‌های گوناگون تمایز قائل شود و درنهایت از احساس گناه و شرم بکاهد و باور به تحمل‌پذیری تجربهٔ هیجانی را افزایش دهد، سودمند است (۱۳). باتوجه به نتایج پژوهش‌های مذکور و نقش هیجان و تنظیم هیجان در سلامت روان و شواهد مبنی‌بر اثربخشی درمان‌هایی از موج سوم روان‌شناسی همچون طرح‌واره‌درمانی هیجانی در رابطه با تنظیم هیجان و به‌خصوص کمبود اطلاعات پژوهشی کافی در رابطه با مقایسهٔ اثربخشی طرح‌واره‌درمانی هیجانی و رفتاردرمانی دیالکتیک بر معلولان جسمی‌حرکتی در ایران، نیاز به بررسی‌ها و پژوهش‌های گسترده‌تری در این زمینه محسوس است.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود؛ این پژوهش در شهر مشهد و آزمودنی‌های دارای معلولیت انجام گرفت؛ بنابراین باید تعمیم آن به سایر جوامع با احتیاط انجام پذیرد. باتوجه به اینکه زنان تمایل بیشتری برای شرکت در پژوهش داشتند، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی در سطح مردان انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود، مشاوران و درمانگران از رویکردهای درمانی مطالعهٔ حاضر به‌منظور بهبود تنظیم هیجان در سایر جوامع بهره برند.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، اثربخشی طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر بهبود راهبردهای سازش‌یافتهٔ تنظیم هیجان بیشتر از رفتاردرمانی دیالکتیک در معلولان جسمی‌حرکتی است. می‌توان عنوان کرد که تنظیم هیجان در صورت درمان‌نشدن بر کارکرد طبیعی افراد اثرگذار است. این موضوع مشخص می‌کند، بهبود تنظیم هیجان در افراد می‌تواند ازطریق درمان‌های روان‌شناختی انجام پذیرد؛ بنابراین درمانگران می‌توانند از طرح‌واره‌درمانی هیجانی به‌عنوان یکی از مدل‌های نوین درمان شناختی‌رفتاری به‌منظور بهبود تنظیم هیجان در افراد دارای معلولیت جسمی‌حرکتی استفاده کنند.

۶ تشکر و قدردانی

از همراهی و همکاری تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که باوجود رنج معلولیت در این راه ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

در این پژوهش به‌منظور انجام پژوهش از شرکت‌کنندگان رضایت کتبی دریافت شد. علاوه‌براین به‌منظور اطمینان خاطر، به آن‌ها توضیح داده شد که پرسش‌نامه‌ها فاقد نام و دارای کد محرمانه است. همچنین برای گروه گواه پس از پایان پژوهش درمان طرح‌واره‌درمانی هیجانی انجام شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تعارض منافعی ندارند.

منابع مالی

پژوهش حاضر بدون حمایت مالی سازمان خاصی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

این پژوهش حاصل رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول است که با حمایت دانشگاه اسلامی واحد نیشابور و کد شناسایی ۱۴۸۰۲۹ انجام شد. نویسندهٔ دوم، استاد راهنمای اول رساله و نویسندهٔ مسئول، نویسندهٔ سوم، استاد راهنمای دوم و نویسندهٔ چهارم، استاد مشاور پژوهش بودند. همهٔ نویسندگان نسخهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

References

1. Lucas-Carrasco R, Eser E, Hao Y, McPherson KM, Green A, Kullmann L. The quality of care and support (QOCS) for people with disability scale: development and psychometric properties. Res Dev Disabil. 2011;32(3):1212–25. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.12.030
2. Shariatmadar A, Gharavi Z. Comparison of cognitive distortions in individuals with physical-movement handicap with high and low distress tolerance. Journal of Counseling Research. 2015;14(55):44–55. [Persian] http://irancounseling.ir/journal/article-1-152-en.html
3. Ghorbani N. Az khatt ta mosallase ta'aroz [From line to conflict triangle].Tehran: Binesh-e-No Pub; 2016. [Persian]
4. Kring AM, Sloan DM. Emotion regulation and psychopathology: a transdiagnostic approach to etiology and treatment. Hasani J, Akrari M. (Persian translator). Tehran: Ketab-e-Arjmand Pub; 2020.
5. Miranda D, Gaudreau P, Debrosse R, Morizot J, Kirmayer LJ. Music listening and mental health: variations on internalizing psychopathology. In: MacDonald R, Kreutz G, Mitchell L; editors. Music, health, and wellbeing. Oxford University Press; 2012. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199586974.003.0034
6. Gross JJ, Muñoz RF. Emotion regulation and mental health. Clinical Psychology: Science and Practice. 1995;2(2):151–64. https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x
7. Garnefski N, Kraaji V. Do cognitive coping and goal adjustment strategies used shortly after myocardial infarction predict depressive outcomes 1 year later? J Cardiovasc Nurs. 2010;25(5):383–9. doi: 10.1097/JCN.0b013e3181d298ca
8. Dadfarnia S, Hadianfard H, Rahimi C, Aflakseir A. Predicting depression based on cognitive emotion regulation strategies. Tolooebehdasht Journal. 2020;19(1):32–47. [Persian] https://tbj.ssu.ac.ir/article-1-2947-en.html
9. Khedmati N. The relationship between rumination and difficulty of emotion regulation with self-harm behaviors in students. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal. 2020;8(11):19–26. [Persian] http://frooyesh.ir/article-1-1674-en.html
10. Leahy RL. A model of emotional schemas. Cogn Behav Pract. 2002;9(3):177–90. https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80048-7
11. Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. Emotion regulation in psychotherapy: a practitioner's guide. First edition. New York: The Guilford press; 2011.
12. Leahy RL. Emotional schema therapy. First edition. New York: The Guilford Press; 2015.
13. Leahy RL. Resistance: an emotional schema therapy (EST) approach. In: Simos G; editor. Cognitive behaviour therapy a guide for the practising clinician. Volume 2. First edition. Routledge; 2008.
14. 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):1497–506. [Persian] http://psychologicalscience.ir/article-1-732-en.html
15. Mohammadi H, Sepehri Shamloo Z, Asghari Ebrahim Abad MJ. The effectiveness of group emotional schema therapy on decreasing loneliness and rumination in divorced women. Journal of Woman and Family Studies. 2019;7(2):15–36. [Persian] https://jwfs.alzahra.ac.ir/article_4481.html?lang=en
16. Linehan MM. DBT Skills training manual. Second edition. New York: The Guilford Publications; 2014.
17. Rizvi SL, Thomas MC. Dialectical behavior therapy. In: Friedman HS; editor. Encyclopedia of mental health. Second edition. Cambridge, US: Academic Press; 2016. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00021-5
18. Marra T. Dialectical behavior therapy in private practice: a practical and comprehensive guide. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2005.
19. Kazemi A, Peyman A, Kazemie Rezaei SV, Salehi A. Emotion regulation training based on dialectical behavior therapy effectiveness on reducing students' anxiety and anger Armaghane-Danesh. 2020;25(4):451–65. [Persian] http://armaghanj.yums.ac.ir/article-1-2592-en.html
20. Safari A, Aftab R. The effectiveness of online dialectical behavior therapy on the emotion regulation difficulties, guilt feeling and dissociative symptoms in depressed people. J Appl Psychol. 2021;15(4):206–179. [Persian] https://dx.doi.org/10.52547/apsy.2021.223466.1132
21. Parvaneh P, Khalatbari J, Saeedpoor F. Comparison of the effectiveness of dialectical-behavioral and cognitive-behavioral therapy on irrational beliefs, emotion regulation, and impulsive behaviors of high school female students. Community Health Journal. 2021;14(2):69–81. [Persian] http://chj.rums.ac.ir/article_137410.html?lang=en
22. Delavar A. Ehtemalat va amare karbordi dar ravan shenasi va oloume tarbiati (ba tajdide nazar va ezafat) [Probability and applied statistics in psychology and educational sciences (with revisions and additions)]. Tehran: Roshd Pub; 2010. [Persian]
23. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven PH. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Perso Individ Dif. 2001;30:1311-27. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6
24. Garnefski N, Kraaij V. The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Eur J Psychol Assess. 2007;23(3):141–9. https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.3.141
25. Hasani J. The psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). Journal of Clinical Psychology. 2011;2(3):73–84. [Persian] https://jcp.semnan.ac.ir/article_2031.html?lang=en
26. McKay M, Wood JC, Brantley J. The dialectical behavior therapy skills workbook: practical DBT exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation, and distress tolerance. First edition. Oakland: New Harbinger Publications; 2007.
27. Astaneh R, Mirzaian B, Hassanzadeh R. The effectiveness of skill training based on dialectical behavior therapy on emotional regulation, social avoidance and distress in adolescents with social anxiety disorder. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. 2020;8(3):50–60. [Persian] http://jms.thums.ac.ir/article-1-834-en.html
28. Garnefski N, Kraaij V. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. Cogn Emot. 2018;32(7):1401–8. https://doi.org/10.1080/02699931.2016.1232698

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]