Clinical Psychology Achievements

https://jacp.scu.ac.ir/
ISSN (P): 2538-5755
ISSN (E): 2588-6126
Received: 04 May 2025
Accepted: 08 August 2025

Research Article

Doi: 10.22055/jacp.2025.49562.1479

The Comparing Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Emotional Dysregulation in People with Social Anxiety Disorder

Iman Hemmatyar[1], Alireza Aghayousefi[2], Hakime Aghaei[*3], Seyed Mosa Tabatabaee[4]

1- Ph.D. Student, Department of Psychology, Shahroud Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.
2- Associate Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran.
3- Corresponding Author, Assistant Professor, Department of Psychology, Shahroud Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.
4- Asistant Professor, Department of Cognitive Sciences, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.

Citation: Hemmatyar, I., Aghayousefi, A., Aghaei, H., & Tabatabaee, S. M., (2025). The Comparing Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Emotional Dysregulation in People with Social Anxiety Disorder, *Clinical Psychology Achievements, 11(3),* 71-84.

Abstract

The purpose of this study was to comparing effectiveness of emotion-focused therapy and mindfulness-based cognitive therapy on emotional dysregulation in people with social anxiety disorder. This semi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design with control group and follow-up 2 month. The statistical population of the present study was all patients with generalized anxiety disorder in Tehran city in winter year 2024. In the first stage, the number of 45 patients with a score of 19 and above on the social anxiety disorder scale was selected and then randomly divided into 2 experimental groups (each group 15 people) and one control group (15 people) were replaced and experimental groups underwent emotion-focused therapy and mindfulness-based cognitive therapy, but the control group received no training and remained in the waiting list. To collect data social phobia inventory (SPIN) of Connor and et al (2000) and difficulties in emotion regulation scale (DERS) of Gratz and Roemer (2004). Data analysis was performed using SPSS-28 software with Mancova and Bonferroni. The results of the study showed that of both interventions had a significant effect on emotional dysregulation in people with social anxiety disorder ($p<0.05$). In addition, the results of Bonferroni post hoc test showed that emotion-focused therapy is more effective ($p<0.05$). It can be concluded that that, in addition effectiveness of both treatments, the priority of use in the treatment of problems patients with social anxiety disorder is with emotion-focused therapy.

Keywords: Emotional Dysregulation, Emotion-Focused Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Social Anxiety Disorder

* **Corresponding Author**: Hakime Aghaei
E-mail: h.aghaei@iau-shahrood.ac.ir

©2025 The Author(s). Published by Shahid Chamran University of Ahvaz. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

دست‌آوردهای روان‌شناسی بالینی

مقاله پژوهشی

https://jacp.scu.ac.ir/
ISSN (P): 2538-5755
ISSN (E): 2588-6126
تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۱۴
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۱۷

Doi: 10.22055/jacp.2025.49562.1479

مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بدتنظیمی هیجانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی

ایمان همت‌یار[۱]، علیرضا آقایوسفی[۲]، حکیمه آقایی[۳*]، سیدموسی طباطبایی[۴]

۱- دانشجوی دکترای تخصصی، گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.
۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.
۴- استادیار، گروه علوم روانشناختی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بدتنظیمی هیجانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی شمال شهر تهران در زمستان سال ۱۴۰۲ بود. در مرحله اول تعداد ۴۵ نفر با نمره ۱۹ و بالاتر در مقیاس اختلال اضطراب اجتماعی انتخاب و سپس به شیوه تصادفی ساده در ۲ گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. سپس افراد گروه‌های آزمایش تحت درمان هیجان‌مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند. از سیاهه اضطراب اجتماعی (SPIN) Connor et al. (2000) و مقیاس بدتنظیمی هیجانی (DERS) Gratz and Roemer (2004) به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. تحلیل داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۸ با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) انجام شد. نتایج نشان داد هر دو مداخله مذکور تأثیر معنی‌داری بر کاهش بدتنظیمی هیجانی داشته‌اند ($p<۰/۰۵$). نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که درمان هیجان‌مدار تأثیر بیشتری دارد ($p<۰/۰۵$). می‌توان نتیجه‌گیری کرد که علاوه بر اثربخش بودن هر دو درمان، تقدم استفاده در درمان مشکلات افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی با درمان هیجان‌مدار است.

کلیدواژه‌ها: اختلال اضطراب اجتماعی، بدتنظیمی هیجانی، درمان هیجان‌مدار، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی.

* **نویسنده مسئول:** حکیمه آقایی
رایانامه: h.aghaei@iau-shahrood.ac.ir

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی[1] با ترس مشخص و مداوم از موقعیت‌های اجتماعی مشخص می‌شود که در آن فرد مضطرب احساس می‌کند از سوی دیگران مورد بررسی موشکافانه و ارزیابی قرار می‌گیرد (American Psychiatric Association, 2013) . افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌ترسند که روش عمل آنها توسط دیگران ارزیابی منفی شود، و اغلب می‌ترسند که علائم اضطراب آنها (مانند عرق کردن، لرزش، تلو تلو خوردن بر سر کلمات) مورد توجه قرار گیرد. در نتیجه، افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی اغلب از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب می‌کنند (Glezakis et al., 2024). بر اساس راهنمای تجدیدنظر شده تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5-TR) برای تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی، ترس باید با رویداد محرک نامتناسب باشد و باید باعث ناراحتی یا اختلال قابل توجه در زمینه‌های مهم عملکرد، مانند حوزه‌های اجتماعی، تحصیلی یا شغلی شود (American Psychiatric Association, 2022). اختلال اضطراب اجتماعی با شیوع مادام‌العمر گزارش شده تا ۱۳ درصد یکی از شایع‌ترین بیماری‌های روانی و موضوعی قابل توجه برای محققان است، اگرچه اغلب در محیط‌های بالینی مورد غفلت قرار می‌گیرد (Carpita et al., 2024). این اختلال به عنوان فوبیای اجتماعی[2] نیز شناخته می‌شود، یک وضعیت روانی است که در آن فرد از قضاوت یا مشاهده منفی توسط افراد دیگر ترسی مداوم و شدید دارد و این ترس می‌تواند آنها را در محل کار، در روابط و سایر فعالیت‌های اجتماعی تحت تأثیر قرار دهد (Davis et al., 2024).

از جمله عوامل مرتبط با اختلال اضطراب اجتماعی می‌تواند بدتنظیمی هیجانی[3] باشد، به طوری که تحقیقات نیز نشان داده‌اند که بدتنظیمی هیجانی می‌تواند اضطراب اجتماعی را پیش‌بینی کند (Eres et al., 2023). تنظیم هیجان منعکس کننده راهبردهای آگاهانه و ناخودآگاهی است که فرد برای تعدیل تجربه عاطفی خود استفاده می‌کند، که به موجب آن تنظیم هیجانی مؤثر می‌تواند پاسخ انطباقی به تقاضاهای متغیر موقعیتی را تسهیل کند (Gratz & Roemer, 2004). در مقابل، نقص در تنظیم هیجان با افزایش اضطراب مرتبط است (Smith et al., 2024). همچنین بدتنظیمی هیجانی که با کاهش درک هیجانی، بیان نامتناسب غم و خشم، و پاسخ‌های نشخوارکننده به پریشانی در ابتدا مشخص می‌شود، با طیفی از آسیب‌شناسی روانی (به عنوان مثال، افزایش آسیب‌شناسی اضطراب اجتماعی) همراه است (Jiao et al., 2024). همچنین تحقیقات در زمینه تأثیرات بدتنظیمی هیجانی روی اختلال اضطراب اجتماعی نشان داده است که اختلال اضطراب اجتماعی با خودباوری‌های منفی[4] مشخص می‌شود که تصور می‌شود شدت علائم خود را - حداقل تا حدی - با اختلال در تنظیم هیجان یا بدتنظیمی هیجانی حفظ می‌کند (Dixon et al., 2020).

بنابراین، با توجه به این مشکلات، به ویژه بدتنظیمی هیجانی (Dixon et al., 2020 ;Jiao et al., 2024) در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، ارائه مداخلات درمانی و روانشناختی برای کاهش این مشکلات از جمله کاهش بدتنظیمی هیجانی در آنان می‌تواند اهمیت داشته باشد. یکی از مداخلات مؤثر بر کاهش مشکلات بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی، درمان هیجان‌مدار است؛ به طوری که بر اساس نتایج تحقیقات اخیراً درمان هیجان‌مدار برای اختلال اضطراب اجتماعی توسعه یافته است و در کارآزمایی‌های بالینی نتایج امیدوارکننده‌ای از آن به دست آمده است (Timulak et al., 2022 ;O'Connell Kent et al., 2021). درمان هیجان‌مدار نخستین بار در درمان افسردگی از سوی گرینبرگ و به عنوان یک درمان مؤثر مورد تأیید انجمن روان‌شناسی آمریکا در درمان اختلال افسردگی (Watson & Greenberg, 2017)، تروما[5] (Gökçe İsbir et al., 2022) و به تازگی در زمینه اختلالات اضطرابی مورد استفاده قرار گرفته است (Timulak et al., 2022). درمان هیجان‌مدار از سنت انسان‌گرایانه[6] بیرون آمده و به یک رویکرد درمانی شکوفا و قدرتمند تبدیل شده

1- social anxiety disorder
2- social phobia
3- emotional dysregulation
4- negative self-beliefs
5- trauma
6- humanistic

است که بر وسعت و پیچیدگی آن افزوده شده است و به درمان هیجان‌مدار اجازه داده است تا به طور گسترده برای درمان طیف گسترده‌ای از مشکلات دیده شده در روان درمانی توسعه یابد. لذا درمان هیجان‌مدار بیشتر توسعه یافته و از نظر تجربی برای کاهش یا بهبود مشکلات روانشناختی به ویژه اختلال اضطراب اجتماعی تأیید شده است (Keogh & Timulak, 2023).

هدف از درمان هیجان‌مدار شناسایی و پذیرش هیجانات، پذیرش هیجانات منفی ناسازگار و افزایش آگاهی و بیان این هیجانات و یادگیری تحمل و تنظیم تجارب دردناک زمینه‌ای در فرد است (Ivanova & Watson, 2014; Glisenti et al., 2021) در درمان هیجان‌مدار، نگرانی را نوعی راهبرد خودمحافظتی در مقابل هیجانات دردناک و مزمن اساسی مانند غم، شرم و ترس می‌داند و فرد با اضطراب و نگرانی، موجب ادامه علائم اختلال می‌شود (Watson & Greenberg, 2017). بر اساس پیشینه پژوهش درمان هیجان‌مدار اثرات مثبت و مؤثری بر کاهش مشکلات افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی (Timulak et al., 2022; O'Connell Kent et al., 2021). یکی دیگر از مداخلاتی که اثربخشی آن بر کاهش مشکلات بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تأیید شده است، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی[1] است (Heapy et al., 2023; Dones et al., 2024; Hache-Labelle et al., 2023). مداخلاتی مانند ذهن‌آگاهی در حال افزایش محبوبیت هستند و شناخته شده‌ترین مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی، برنامه ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس[2] و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است (Chacko et al., 2022).

برنامه ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در ابتدا برای بیماران مبتلا به درد مزمن ساخته شد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر آن بود. Segal et al. (2018) رویکرد جدیدی به منظور درمان، پیشگیری و جلوگیری از بازگشت از افسردگی را تبیین کرده‌اند که بر اساس آن، بین شناخت، هیجان و ذهن موقعیتی ارتباطی وجود دارد، در نتیجه، یک رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ارائه نمودند (Segal et al., 2019). همچنین می‌توان گفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی شامل مراقبه‌های مختلف، یوگای کشیدگی، آموزش درباره استرس، اضطراب و افسردگی و تمرین‌های شناخت درمانی است (Gupta et al., 2022). به طوری که تحقیقات نشان داده است که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن-آگاهی مختصر می‌تواند اثرات درمانی موثری را برای کاهش علائم اضطراب اجتماعی ارائه دهد (Sukmawati et al., 2023) و به طور بالقوه می‌تواند یک راهبرد درمانی مؤثر و مقرون به صرفه از نظر هزینه‌های درمانی ارائه دهد (Burgess et al., 2021). همچنین تحقیقات نشان داده است که افرادی که تحت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بوده‌اند بعد از اتمام جلسات درمانی علائم اضطراب اجتماعی آنان بهبود پیدا کرده است (Koszycki et al., 2021; Najdi et al., 2021; Liu et al., 2021).

بنابراین تحقیقات نشان داده است که هم درمان هیجان‌مدار و هم شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش مشکلات افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر است، اما کمتر مطالعه‌ای به مقایسه اثربخشی این دو مداخله درمانی بر کاهش بدتنظیمی هیجانی در این افراد پرداخته است، که این امر لزوم مقایسه اثربخشی این دو مداخله را پر اهمیت می‌سازد که با شناسایی درمان اثربخش‌تر در جامعه ایرانی بتوان به درمانگران این حوزه کمک کرد که با اطمینان خاطر بیشتری از یک درمان مشخص و کارآمد برای کاهش مشکلات افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی به ویژه کاهش بدتنظیمی هیجانی آنان استفاده کنند. همچنین در اهمیت و ضرورت پژوهش می‌توان گفت که به طور معمول، اختلال اضطراب اجتماعی شروع زودرس و یک دوره مزمن دارد که اغلب مادام‌العمر طول می‌کشد (Dell'Osso et al., 2015; Marazziti et al., 2014). در بیشتر موارد، علائم در دوران نوجوانی شروع می‌شود و تا چندین سال قبل از درخواست کمک و درمان ادامه می‌یابد (Carpita et al., 2024)، احتمال ترک تحصیل و رد شدن در امتحانات (Urbán et al., 2024) و عدم موفقیت در فارغ‌التحصیلی (Russell & Topham, 2012) به طور قابل توجهی افزایش می‌یابد. علاوه بر این، اختلال اضطراب اجتماعی با ناتوانی عملکردی شدید و کاهش قابل توجه کیفیت زندگی مرتبط است و احتمال ابتلا به اختلال

1- mindfulness-based cognitive therapy
2- mindfulness-based stress reduction

همراه اصلی دیگری مانند اختلالات اضطرابی و خلقی و اختلالات مصرف مواد یا الکل را در طول عمر افزایش می‌دهد (Wong et al., 2012; Elsaid et al., 2024). لذا به کارگیری مداخلات روانشناختی برای کاهش این مشکلات در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی اهمیت دارد. با توجه به مطالب بیان شده و اهمیت شناخت علائم و عوامل مرتبط با اضطراب اجتماعی و همچنین خلاء مطالعات در زمینه مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال بود که آیا بین اثربخشی درمان هیجان‌مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش بدتنظیمی هیجانی در مردان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تفاوت وجود دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه مردان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شمال شهر تهران در سال زمستان سال ۱۴۰۲ بودند. به روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۵ نفر از آنهایی که نمره ۱۹ و بالاتر از آن در مقیاس اضطراب اجتماعی کسب کردند، انتخاب و سپس با روش جایگزینی تصادفی ساده به ۳ گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند (گروه درمان هیجان‌مدار ۱۵ نفر، گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ۱۵ نفر و گروه کنترل ۱۵ نفر). کسب نمره ۱۹ و بالاتر در پرسشنامه اضطراب اجتماعی و سن فرد بین ۲۵ تا ۴۵ سال باشد از ملاک‌های ورود به پژوهش و همچنین دو جلسه غیبت در جلسات درمانی، شرکت همزمان در دیگر دوره‌ها و مداخلات درمانی و روانشناختی و مخدوش بودن پاسخنامه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری از ملاک‌های خروج از پژوهش بودند. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی رعایت شده است که از جمله آنها می‌توان به کسب رضایت افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی برای شرکت در مداخلات درمانی، دادن این اطمینان به آنان که پاسخنامه به صورت فردی تحلیل نخواهد شد و اطلاعات آنها به صورت گروهی خواهد بود و پاسخنامه هر فرد محرمانه خواهد بود و در اختیار هیچ کسی قرار داده نخواهد شد، فرآیند مطالعه برای همه آنان توضیح داده شد، از اهداف مطالعه آگاه شدند، از بی‌ضرر بودن مداخله، مطلع و آگاه شدند، از سودمندی مداخله، مطلع و آگاه شدند، شرکت‌کنندگان از تخصص و صلاحیه مداخله‌گران، مطلع و آگاه شدند، در مورد علمی بودن روش به افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی توضیح داده آگاه شدند، از امکان خروج آزادانه در هر مرحله مطالعه که تمایل داشته باشند آگاه شدند، به افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی توضیح داده شد که سازمانی صلاحیت‌دار مانند دانشگاه ناظر بر فرآیند پژوهش است، اختیاری بودن پژوهش و حق خروج از پژوهش، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به آنان و ارائه جلسات درمانی به صورت فشرده به گروه کنترل بعد از اجرای دوره پیگیری اشاره کرد. شیوه تحلیل داده‌ها در دو سطح توصیفی (میانگین، انحراف معیار، درصد و فراوانی) و استنباطی (تحلیل کوواریانس چندمتغیره یا مانکوا و آزمون تعقیبی بن‌فرونی) بوده است. نرم افزار SPSS نسخه ۲۸ به منظور تحلیل داده‌ها استفاده شد.

ابزار پژوهش

سیاهه اضطراب اجتماعی[1] (SPIN)

این سیاهه توسط Connor et al. (2000) تهیه شده است و شامل ۱۷ سؤال است و سه خرده مقیاس ترس با سؤالات ۱، ۳، ۵، ۱۰، ۱۴ و ۱۵؛ اجتناب از تقابل اجتماعی با سؤالات ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۱، ۱۲و ۱۶؛ ناراحتی فیزیولوژیکی با سؤالات ۲، ۷، ۱۳ و ۱۷ می‌باشد. هر سؤال بر اساس طیف لیکرت ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود، به این صورت که به هیچ وجه صفر نمره،

1- Social Phobia Inventory (SPIN)

کم ۱ نمره، تا اندازه‌ای ۲ نمره، زیاد ۳ نمره و خیلی زیاد ۴ نمره تعلق می‌گیرد. دامنه نمره سیاهه بین ۰ تا ۶۸ است و نمره بالاتر نشان دهنده اضطراب اجتماعی بیشتر در فرد پاسخ دهنده است. نقطه برش آن نمره ۱۹ و بیشتر از آن است (Singh & Samantaray, 2022). سازندگان سیاهه پایایی آن را با روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی برابر با ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ به دست آورده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند (Connor et al., 2000). در داخل ایران این سیاهه، ترجمه و هنجاریابی شده است و برای بررسی روایی از روایی همزمان استفاده و همبستگی آن با چک لیست اختلالات روانی[1] (SCL-90) بررسی و ضریب ۰/۷۰ و معنی‌دار در سطح ۰/۰۱ محاسبه شده است و برای بررسی پایایی ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۴ به دست آورده است و ضرایب بازآزمایی به فاصله زمانی ۲ هفته بررسی و ضرایب همبستگی برای کل مقیاس ۰/۹۶ به دست آمده است که نشان دهنده روایی و پایایی سیاهه اضطراب اجتماعی در جامعه ایرانی است (Hassanvand Amouzadeh, 2015). در این مطالعه ضرایب آلفای کرونباخ در پیش‌آزمون ۰/۸۰، پس‌آزمون ۰/۸۳ و پیگیری ۰/۹۰ گزارش شد.

مقیاس بدتنظیمی هیجانی[2] (DERS)

این مقیاس توسط Gratz and Roemer (2004) تدوین شده است و شامل ۳۶ سؤال است و ۶ مولفه عدم پذیرش[3] با سؤالات ۱۱، ۱۲، ۲۱، ۲۳، ۲۵ و ۲۹؛ اهداف[4] با سؤالات ۱۳، ۱۸، ۲۰، ۲۶ و ۳۳؛ تکانه‌ها[5] با سؤالات ۳، ۱۴، ۱۹، ۲۴، ۲۷ و ۳۲؛ آگاهی[6] با سؤالات ۲، ۶، ۸، ۱۰، ۱۷ و ۳۴؛ راهبردها[7] با سؤالات ۱۵، ۱۶، ۲۲، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۵ و ۳۶؛ و شفافیت[8] با سؤالات ۱، ۴، ۵، ۷ و ۹ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری مقیاس در طیف ۵ درجه‌ای از تقریباً اصلاً تا تقریباً همیشه نمره‌گذاری می‌شود. به این صورت که اصلاً ۱ نمره، گاهگاهی ۲ نمره، تقریباً در نیمی از موارد ۳ نمره، بیشتر اوقات ۴ نمره و تقریباً همیشه ۵ نمره تعلق می‌گیرد. سؤالات ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ دارای نمره‌گذاری معکوس هستند. دامنه نمره‌ها بین ۳۶ تا ۱۸۰ است و نمره بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده میزان بدتنظیمی هیجانی بالاتر در فرد پاسخ‌دهنده است. سازندگان مقیاس ویژگی‌های روانسنجی مقیاس را بررسی کرده‌اند و برای محاسبه پایایی از آلفای کرونباخ استفاده و ضرایب برای عدم پذیرش ۰/۸۵، اهداف ۰/۸۹، تکانه‌ها ۰/۸۶، آگاهی ۰/۸۰، راهبردها ۰/۸۸، شفافیت ۰/۸۴ و کل مقیاس ۰/۹۳ به دست آورده‌اند و افزون بر این برای بررسی روایی سازه از همبستگی بین نمره کل و نمره‌های خرده مقیاس‌ها استفاده شده است که ضریب همبستگی بین ۰/۱۴ تا ۰/۶۲ و معنی‌دار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است و روایی ملاکی (همزمان) آن با مقیاس تنظیم خلق منفی[9] Thorberg and Lyvers (2006) محاسبه و ضرایب همبستگی آن با عدم پذیرش ۰/۶۹، اهداف ۰/۵۳، تکانه‌ها ۰/۴۶، آگاهی ۰/۳۴، راهبردها ۰/۶۹، شفافیت ۰/۳۹ و کل مقیاس ۰/۶۹ و معنی‌دار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (Gratz & Roemer, 2004). این مقیاس در ایران توسط Kermani Mamazadi and Taleh Pasand (2018) ویژگی‌های روانسنجی شامل پایایی و روایی آن محاسبه شده است و برای بررسی پایایی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده و ضرایب برای عدم پذیرش ۰/۷۵، اهداف ۰/۷۴، تکانه‌ها ۰/۶۸، آگاهی ۰/۶۶، راهبردها ۰/۷۳ و شفافیت ۰/۶۳ گزارش شده است و روایی ملاکی (همزمان) آن با متغیر خشم درونی بررسی و ضرایب همبستگی در دامنه ۰/۱۱ تا ۰/۳۰ و معنی‌دار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (Kermani Mamazadi & Taleh Pasand, 2018). در این مطالعه ضرایب آلفای کرونباخ در پیش‌آزمون ۰/۷۰، پس‌آزمون ۰/۸۰ و پیگیری ۰/۹۱ گزارش شد.

1- Symptom Check List- 90 (SCL-90)
2- Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)
3- non acceptance
4- goals
5- impulses
6- awareness
7- strategies
8- clarity
9- Negative Mood Regulation Scale (NMR)

جلسات درمانی

جدول ۱. جلسات درمان هیجان‌مدار اقتباس از Timulak & McElvaney (2017)

جلسه	گام درمانی	محتوی جلسه
۱	ایجاد و حفظ رابطه همدلانه	آشنایی و برقراری رابطه درمانی برای ایجاد احساس امنیت، آشنایی با قوانین کلی درمان، ارزیابی ماهیت مشکل، ارزیابی اهداف و انتظارات از درمان
۲	تقویت خودآسیب‌پذیر، افزایش آگاهی از هیجان و توسعه راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت‌تر	درک معنای تجربه و ایجاد روایت منسجم در زندگی توسط مراجع، درک معنای عاملیت و اعتماد به نفس بیشتر، دستیابی به ظرفیت‌های تنظیم هیجانی و باور به مقابله با مشکلات، ایجاد درون فکنی و خودگویی مثبت برای خلق خودپنداره مثبت.
۳ و ۴	کار از طریق دوپارگی اضطراب	شناسایی و کار روی اضطراب ثانویه، شناسایی پاسخ‌های هیجانی واکنشی ثانویه، مدیریت نشانگرها و تسهیل در دسترسی به احساسات هسته‌ای زیربنایی
۵ و ۶	خنثی کردن یا بی‌اثر کردن برخورد منفی با خود و خودبازداری	شناسایی خود نگران و سرزنشگر برای تصحیح برخورد منفی با خود، شناسایی دوپارگی خودانتقادگر وخودبازداری برای افزایش دستیابی به پذیرش و شفقت
۷ و ۸	حل و فصل آسیب‌های هیجانی	شناسایی آسیب در دلبستگی اولیه و منابع عمیق اضطراب نشانه‌ای، شناسایی تکالیف ناتمام، شناسایی درد هسته‌ای، دسترسی و ابراز هیجان خشم
۹	خودتسکینی مراجع	ارتقای توانایی مراجع در دریافت تجربه هیجانی و شفقت به خویش، آموزش خودتسکینی فیزیولوژیکی، مقابله‌ای و تبدیلی، افزایش ظرفیت تنظیم هیجان و خودتسکین دهی نهفته
۱۰	تحکیم یک روایت جدید	تثبیت معنای جدید، توانایی تأمل در تجربه و ایجاد روایت جدید در هویت، افزایش تاب‌آوری و هیجان سازگار اولیه.

جدول ۲. جلسات آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اقتباس از Segal et al. (2018)

جلسات	هدف	محتوای جلسات
۱	معارفه و معرفی	معارفه، اجرای پیش‌آزمون، برقراری ارتباط بین اعضای گروه، هدایت خودکار، خوردن یک کشمش با آگاهی، مراقبه وارسی جسمانی، اول تکلیف خانگی معطوف کردن توجه به فعالیت‌های روزمره و مراقبه وارسی جسمانی ۴۵ دقیقه‌ای
۲	مقابله با موانع و مشکلات	مراقبه وارسی جسمانی، تمرین افکار و احساسات، تکلیف خانگی ده دقیقه تنفس با حضور ذهن و معطوف کردن توجه به یک فعالیت روزمره به شیوه‌ای متفاوت، ثبت گزارش روزانه از تجربه یک واقعه خوشایند.
۳	حضور ذهن بر روی تنفس	حرکت به شیوه حضور ذهن، تمرین تنفس و کشش، سه دقیقه فضای تنفس، تکلیف خانگی تمرین تنفس و کشش و حرکت به شیوه حضور ذهن و تمرین سه دقیقه‌ای تنقس سه بار در روز
۴	بودن در زمان حال	پنج دقیقه حضور ذهن دیداری با شنیداری، مراقبه نشسته، راه رفتن با حالت حضور ذهن، تکلیف خانگی مراقبه نشسته، فضای سه دقیقه‌ای تنفس به عنوان راهبرد مقابله‌ای در زمان تجربه احساسات ناخوشایند.
۵	پذیرش و اجازه	مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس و بدن، تأکید بر آگاهی‌یابی از چگونگی واکنش‌دهی در برابر افکار، احساسات و حس‌های جسمانی، تکلیف خانگی مراقبه نشسته و سه دقیقه فضای تنفس.
۶	افکار نه حقایق	مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس و بدن، تمرین خلق‌ها، افکار و دیدگاهی جایگزین آماده کردن شرکت‌کنندگان برای پایان دوره، چهل دقیقه انجام تمرین روزانه، تعمق و کار بیشتر روی برنامه عملی پیشگیری از عود.
۷	چگونگی مراقبت از خود	مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و احساسات، پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق، تکلیف شامل گزینش الگویی از تمامی انواع مختلف تمرین‌های دوره برای پیاده‌سازی بعد از دوره.
۸	جمع‌بندی نهایی	استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با وضعیت‌های خلقی در آینده، مراقبه وارسی جسمانی، به پایان رساندن مراقبه، مروری بر آنچه در دوره گذشت، تکلیفی به عنوان انتخاب برنامه‌ای برای تمرین خانگی که شرکت‌کنندگان بتوانند آن را تا ماه بعد ادامه دهند و در نهایت اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن گروه درمان هیجان‌مدار ۳۱/۳۳ و ۹/۵۸؛ میانگین و انحراف معیار سن گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ۳۱/۰۷ و ۵/۳۹ و میانگین و انحراف معیار سن گروه کنترل ۳۲/۶۰ و ۳/۴۴ بود. بر اساس

جدول ۳ میزان آماره F به دست آمده حاصل از مقایسه میانگین‌های ۳ گروه در متغیر سن برابر با F=۰/۲۲۸ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد (sig=۰/۷۹۷) که نشان‌دهنده همتا بودن ۳ گروه از نظر سن می‌باشد. میزان آماره تحلیل خی دو (Chi-Square) آمده حاصل از مقایسه فراوانی و درصد ۳ گروه در متغیر تحصیلات برابر با ۱۱/۱۴۹= Chi-Square می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد (sig=۰/۰۸۴) که نشان‌دهنده همتا بودن سه گروه از نظر تحصیلات می‌باشد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار بدتنظیمی هیجانی

متغیرهای وابسته	مرحله	گروه هیجان‌مدار		گروه ذهن‌آگاهی		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
عدم پذیرش	پیش‌آزمون	۱۹/۶۰	۱/۳۵	۱۹/۶۰	۱/۳۵	۲۰/۴۷	۱/۰۶
	پس‌آزمون	۱۷/۲۷	۲/۰۲	۱۷/۲۷	۲/۰۲	۲۰/۲۷	۱/۰۳
	پیگیری	۱۷/۳۳	۲/۰۶	۱۷/۳۳	۲/۰۶	۲۰/۳۳	۱/۱۷
اهداف	پیش‌آزمون	۱۴/۲۷	۰/۸۸	۱۴/۲۴	۰/۸۸	۱۴/۰۷	۰/۸۸
	پس‌آزمون	۱۱/۸۷	۱/۳۶	۱۱/۸۷	۱/۳۶	۱۳/۹۳	۰/۹۶
	پیگیری	۱۱/۹۳	۱/۳۹	۱۱/۹۳	۱/۳۹	۱۴/۰۰	۰/۹۳
تکانه‌ها	پیش‌آزمون	۱۵/۶۷	۰/۷۲	۱۵/۶۷	۰/۷۲	۱۵/۴۰	۰/۷۴
	پس‌آزمون	۱۳/۴۰	۱/۵۰	۱۳/۴۰	۱/۵۰	۱۵/۲۷	۰/۷۰
	پیگیری	۱۳/۲۷	۰/۷۵	۱۳/۲۷	۱/۷۵	۱۵/۳۳	۰/۷۲
آگاهی	پیش‌آزمون	۲۰/۴۷	۰/۵۲	۲۰/۴۷	۰/۵۲	۲۰/۹۳	۱/۲۸
	پس‌آزمون	۱۶/۹۳	۲/۴۰	۱۶/۹۳	۲/۴۰	۲۱/۰۷	۱/۲۷
	پیگیری	۱۷/۰۰	۲/۳۶	۱۷/۰۰	۲/۳۶	۲۱/۰۷	۱/۲۶
راهبردها	پیش‌آزمون	۲۵/۰۷	۰/۸۸	۲۵/۰۷	۰/۸۸	۲۵/۲۷	۰/۹۶
	پس‌آزمون	۲۱/۴۰	۱/۴۵	۲۱/۴۰	۱/۴۵	۲۵/۱۳	۰/۹۹
	پیگیری	۲۱/۴۷	۱/۱۶	۲۱/۴۷	۱/۴۶	۲۵/۲۰	۱/۰۱
شفافیت	پیش‌آزمون	۱۴/۴۰	۱/۰۶	۱۴/۴۰	۱/۰۶	۱۴/۳۳	۰/۸۲
	پس‌آزمون	۱۱/۹۳	۱/۲۲	۱۱/۹۳	۱/۲۲	۱۴/۲۷	۰/۸۰
	پیگیری	۱۲/۱۳	۱/۱۲	۱۲/۱۳	۱/۱۲	۱۴/۳۳	۰/۷۲
نمره کل بدتنظیمی هیجانی	پیش‌آزمون	۱۰۹/۴۷	۲/۹۵	۱۰۹/۴۷	۲/۹۵	۱۱۰/۴۷	۲/۴۷
	پس‌آزمون	۹۲/۸۰	۴/۰۴	۹۲/۸۰	۴/۰۴	۱۰۹/۹۳	۲/۳۴
	پیگیری	۹۳/۱۳	۴/۱۴	۹۳/۱۳	۴/۱۴	۱۱۰/۲۷	۲/۴۰

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار بدتنظیمی هیجانی گروه‌های آزمایش و کنترل به تفکیک مراحل سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) را نشان می‌دهد. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشند یا خیر، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است، این پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمره‌های و همگنی واریانس‌ها می‌باشد که ابتدا پیش‌فرض‌ها بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلکز در هیچ یک از مراحل معنی‌دار نبود (P>۰/۰۵)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمره‌ها نرمال می‌باشد. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین به لحاظ آماری معنی‌دار نبود (P>۰/۰۵) و بدین ترتیب پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تأیید شد. داده‌های تحقیق فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (ام‌باکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش‌فرض نیز رعایت شده است (P>۰/۰۵). سطح معنی‌داری اثر تعامل گروه و پیش آزمون بزرگتر از ۰/۰۵ بود و این نشان دهنده همگنی شیب

خط رگرسیون[1] بود. با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود که نتایج آن در ادامه آمده است.

جدول ۴. نتایج آزمون‌های معنی‌داری در تحلیل کوواریانس چندمتغیره بدتنظیمی هیجانی در مرحله پس‌آزمون

آزمون چندمتغیره	مقادیر	آزمون F	معنی داری	ضریب تأثیر	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۶۸	۵/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۰۶	۱۵/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱/۰۰
تی هوتلینگ	۱۳/۴۸	۳۳/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱/۰۰
بزرگترین ریشه روی	۱۳/۴۲	۷۱/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱/۰۰

جدول ۴ نتایج آزمون‌های معنی‌داری در تحلیل کوواریانس چندمتغیره بدتنظیمی هیجانی در مرحله پس‌آزمون را نشان می‌دهد که نتایج نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ ترکیب خطی متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در ادامه به منظور بررسی تفاوت بین گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون از آزمون تحلیل کوواریانس جندمتغیره (مانکوا) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. نتایج اثرهای بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چندمتغیره پس‌آزمون بدتنظیمی هیجانی

متغیرهای وابسته	میانگین مجذورات	درجه آزادی	آماره آزمون F	معنی‌داری	ضریب تأثیر	توان آماری
عدم پذیرش	۷۱/۸۲	۲	۱۸/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۱/۰۰
اهداف	۴۴/۲۶	۲	۲۳/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱/۰۰
تکانه‌ها	۴۹/۹۷	۲	۲۱/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱/۰۰
آگاهی	۱۳۷/۴۶	۲	۳۸/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰
راهبردها	۱۳۲/۷۶	۲	۶۴/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۱/۰۰
شفافیت	۷۵/۲۲	۲	۴۳/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱/۰۰

جدول ۵ نتایج اثرهای بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چندمتغیره پس‌آزمون بدتنظیمی هیجانی را نشان می‌دهد که بر اساس نتایج بین نمره های بدتنظیمی هیجانی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد. در ادامه برای بررسی ماندگاری درمان، مرحله پیگیری با تحلیل کوواریانس چندمتغیره تحلیل شد که نتایج آن در جدول شماره ۶ و ۷ آمده است.

جدول ۶. نتایج آزمون‌های معنی‌داری در تحلیل کوواریانس چندمتغیره بدتنظیمی هیجانی در مرحله پیگیری

آزمون چندمتغیره	مقادیر	آزمون F	معنی داری	ضریب تأثیر	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۷۸	۵/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱/۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۰۹	۱۱/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱/۰۰
تی هوتلینگ	۸/۹۵	۲۲/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱/۰۰
بزرگترین ریشه روی	۸/۸۶	۴۷/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱/۰۰

جدول ۶ نتایج آزمون‌های معنی‌داری در تحلیل کوواریانس چندمتغیره بدتنظیمی هیجانی در مرحله پیگیری را نشان می‌دهد که نتایج نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ ترکیب خطی متغیرهای وابسته در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در ادامه به منظور بررسی تفاوت بین گروه‌ها در مرحله پیگیری از آزمون تحلیل کوواریانس جندمتغیره (مانکوا) استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۷ آمده است.

1- homogeneity of regression

جدول ۷. نتایج اثرهای بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چندمتغیره پیگیری بدتنظیمی هیجانی

متغیرهای وابسته	میانگین مجذورات	درجه آزادی	آماره آزمون F	معنی‌داری	ضریب تأثیر	توان آماری
عدم پذیرش	۶۹/۰۷	۲	۱۵/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۱/۰۰
اهداف	۴۳/۵۵	۲	۲۰/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰
تکانه‌ها	۵۶/۱۴	۲	۲۱/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱/۰۰
آگاهی	۱۳۱/۷۳	۲	۳۴/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۶۶	۱/۰۰
راهبردها	۱۳۵/۹۸	۲	۶۰/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱/۰۰
شفافیت	۷۰/۵۹	۲	۴۰/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱/۰۰

جدول ۷ نتایج اثرهای بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چندمتغیره پیگیری بدتنظیمی هیجانی را نشان می‌دهد که بر اساس نتایج بین نمره‌های بدتنظیمی هیجانی در پیش‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد. در جدول ۸ نتایج آزمون تعقیبی بدتنظیمی هیجانی برای بررسی درمان اثربخش‌تر آمده است.

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی بدتنظیمی هیجانی برای بررسی درمان اثربخش‌تر

متغیرهای وابسته	گروه	میانگین تعدیل شده	تفاوت میانگین ۲ گروه	تفاوت میانگین	معنی‌داری
	درمان هیجان‌مدار	۱۷/۳۳	تفاضل هیجان‌مدار- ذهن‌آگاهی	-۰/۷۳	۰/۴۰۵
عدم پذیرش	درمان ذهن‌آگاهی	۱۸/۰۷	تفاضل هیجان‌مدار - گروه کنترل	-۳/۰۲	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۰/۳۶	تفاضل ذهن‌آگاهی- گروه کنترل	-۲/۲۹	۰/۰۰۲
	درمان هیجان‌مدار	۱۲/۶۷	تفاضل هیجان‌مدار- ذهن‌آگاهی	-۰/۰۲	۰/۹۹۹
اهداف	درمان ذهن‌آگاهی	۱۲/۶۹	تفاضل هیجان‌مدار - گروه کنترل	-۱/۳۳	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۴/۰۰	تفاضل ذهن‌آگاهی- گروه کنترل	-۱/۳۱	۰/۰۰۲
	درمان هیجان‌مدار	۱۳/۸۰	تفاضل هیجان‌مدار- ذهن‌آگاهی	-۰/۳۱	۰/۷۷۴
تکانه‌ها	درمان ذهن‌آگاهی	۱۴/۱۱	تفاضل هیجان‌مدار - گروه کنترل	-۱/۵۳	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۵/۳۳	تفاضل ذهن‌آگاهی- گروه کنترل	-۱/۲۲	۰/۰۰۴
	درمان هیجان‌مدار	۱۷/۹۶	تفاضل هیجان‌مدار- ذهن‌آگاهی	-۰/۱۸	۰/۹۷۴
آگاهی	درمان ذهن‌آگاهی	۱۸/۱۳	تفاضل هیجان‌مدار - گروه کنترل	-۳/۰۷	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۱/۰۲	تفاضل ذهن‌آگاهی- گروه کنترل	-۲/۸۹	۰/۰۰۱
	درمان هیجان‌مدار	۲۲/۴۰	تفاضل هیجان‌مدار- ذهن‌آگاهی	-۰/۲۴	۰/۸۶۳
راهبردها	درمان ذهن‌آگاهی	۲۲/۶۴	تفاضل هیجان‌مدار - گروه کنترل	-۲/۸۰	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۵/۲۰	تفاضل ذهن‌آگاهی- گروه کنترل	-۲/۵۶	۰/۰۰۱
	درمان هیجان‌مدار	۱۲/۴۲	تفاضل هیجان‌مدار- ذهن‌آگاهی	-۰/۴۰	۰/۴۸۸
شفافیت	درمان ذهن‌آگاهی	۱۲/۸۲	تفاضل هیجان‌مدار - گروه کنترل	-۱/۸۹	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۴/۳۱	تفاضل ذهن‌آگاهی- گروه کنترل	-۱/۵۰	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۸ نتایج نشان داد که تفاوت میانگین گروه درمان هیجان‌مدار با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با گروه کنترل است که این نشان‌دهنده آن است که درمان هیجان‌مدار اثربخشی بیشتری نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش بدتنظیمی هیجانی دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بدتنظیمی هیجانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود. نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تأثیر بیشتری بر کاهش بدتنظیمی هیجانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی دارد. این

نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات Timulak et al. (2022) و O'Connell Kent et al. (2021) همسویی دارد که درمان هیجان‌مدار را درمانی اثربخش و غالب برای اختلال اضطراب اجتماعی دانسته‌اند و اثربخشی آن را نشان داده‌اند. در تبیین این نتیجه به دست آمده مبنی بر اثربخش بودن درمان هیجان‌مدار نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش بدتنظیمی هیجانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌توان گفت که تا به امروز درمان شناختی-رفتاری درمان ترجیحی برای همه مراجعان نیست و همه مراجعان از درمان شناختی-رفتاری سود نمی‌برند (Timulak et al., 2020)، و توسعه درمان‌های فراتشخیصی مبتنی بر شواهد[1] موثر بر اساس پارادایم‌هایی غیر از درمان شناختی-رفتاری این پتانسیل را دارد که انتخاب درمان برای بیمار و درمانگر بالینی[2] را افزایش دهد. درمان هیجان‌مدار در سنت درمان‌های انسان‌گرا-تجربه‌ای به عنوان جایگزینی برای درمان شناختی-رفتاری توسعه یافت. در حالی که درمان هیجان‌مدار به عنوان یک رویکرد عمومی توسعه یافته است، به طور گسترده به عنوان یک مداخله خاص اختلال، به عنوان مثال در زمینه اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی مورد مطالعه قرار گرفته است (Watson et al., 2003).

از سوی دیگر، می‌توان گفت که مدل فراتشخیصی درمان هیجان‌مدار، که از مدلی که توسط Timulak (2015) و Timulak and Keogh (2020) توسعه یافته است پیروی می‌کند که سازگاری‌های درمان هیجان‌مدار را برای اختلالات مختلف یکپارچه می‌کند (Timulak & McElvaney, 2017 ;Watson et al., 2019). بنابراین در درمان هیجان‌مدار ابتدا به مراجع کمک می‌شود تا از منابع داخلی برای مقابله با علائم استفاده کند و عاملیت خود را در کمک به ایجاد این علائم تشخیص دهد. سپس به مراجع کمک می‌شود تا ظرفیتی برای دسترسی و تحمل هیجانات دردناک خاص زیربنایی این علائم ایجاد کند، و با انجام این کار، نیازهای برآورده نشده نهفته در این هیجانات دردناک را شناسایی و بیان کند. این به نوبه خود امکان ایجاد یک فرآیند فراتشخیصی هیجانی را فراهم می‌کند که به موجب آن در نهایت به مراجع کمک می‌شود تا هیجانات ناسازگار را از طریق تولید پاسخ‌های هیجانی سازگار (مانند شفقت) به نیازهای هیجانی برآورده نشده تبدیل کند. بنابراین، درمان هیجان‌مدار بر ارائه یک رابطه درمانی مشفقانه و غلبه بر علائم (به عنوان مثال، بدتنظیمی) از طریق افزایش منابع مقابله‌ای درونی و از طریق کارهای تجربی که هم عملکرد و هم هزینه فرآیندهای هیجانی را که باعث ایجاد و حفظ علائم می‌شوند، تمرکز می‌کند و باعث کاهش بدتنظیمی هیجانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌شود. لذا منطقی است گفته شود که درمان هیجان‌مدار نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی اثربخشی بیشتری بر کاهش دادن میزان بدتنظیمی هیجانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی داشته باشد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش آن بود که تنها به بررسی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی شهر تهران پرداخته شده است و تنها ابزار گردآوری برای شناسایی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی پرسشنامه خودگزارشی بوده است که این می‌تواند باعث شود بیماران پاسخ‌های جامعه‌پسند به سؤالات پرسشنامه بدهند. برای رفع این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در سایر شهرها انجام شود و علاوه بر استفاده از پرسشنامه‌ها از سایر ابزارها مانند مصاحبه نیز استفاده شود. پیشنهاد می‌شود چنین مطالعاتی را در نمونه‌های دیگر از جمله افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی به تفکیک جنسیت تکرار شود و به مقایسه جنسیتی نیز پرداخته شود. مرحله پیگیری در این پژوهش ۲ ماهه بود، بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعد با لحاظ کردن مرحله پیگیری بلندمدت‌تر و طولانی‌تر (بیش از شش ماه یا حتی یک سال) به بررسی تداوم و ماندگاری درمان هیجان‌مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی پرداخته شود. بر اساس نتایج پژوهش می‌توان به طور کاربردی پیشنهاداتی را مطرح کرد. به طوری که پیشنهاد می‌شود که درمانگران و متخصصان روانشناسی این حوزه از این گونه مداخلات درمانی جهت کاهش مشکلات افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی استفاده نمایند. لذا سازمان نظام روانشناسی و مشاوره ایران و مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی که متولی برنامه‌ریزی و درمان در زمینه اختلالات روانشناختی هستند می‌توانند از نتایج این‌گونه تحقیقات برای بهبود مشکلات افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی استفاده کنند.

1- evidence-based transdiagnostic treatments
2- clinician

References

American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR*, 5th, text revision edn. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing. https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm

American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Burgess, E. E., Selchen, S., Diplock, B. D., & Rector, N. A. (2021). A brief mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) intervention as a population-level strategy for anxiety and depression. *International Journal of Cognitive Therapy*, *14*(2), 380-398. https://doi.org/10.1007/s41811-021-00105-x

Carpita, B., Nardi, B., Bonelli, C., Massimetti, E., Amatori, G., Cremone, I. M., ... & Dell'Osso, L. (2024). Presence and correlates of autistic traits among patients with social anxiety disorder. *Frontiers in Psychiatry*, *14*(1), 1-10. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1320558

Chacko, E., Ling, B., Avny, N., Barak, Y., Cullum, S., Sundram, F., & Cheung, G. (2022). Mindfulness-based cognitive therapy for stress reduction in family carers of people living with dementia: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(1), 614-630. https://doi.org/10.3390/ijerph19010614

Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *Br J Psychiatry*, *176*(4), 379-86. https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.379

Davis, L. C., Diianni, A. T., Drumheller, S. R., Elansary, N. N., D'Ambrozio, G. N., Herrawi, F., ... & Cosgrove, L. (2024). Undisclosed financial conflicts of interest in DSM-5-TR: cross sectional analysis. *bmj*, *384*(1), 1-10. https://doi.org/10.1016/j.slast.2024.100129

Dell'Osso, L., Abelli, M., Pini, S., Carpita, B., Carlini, M., Mengali, F., ... & Massimetti, G. (2015). The influence of gender on social anxiety spectrum symptoms in a sample of university students. Riv Psichiatr *50*(6), 295–301. https://doi.org/10.1708/2098.22688

Dixon, M. L., Moodie, C. A., Goldin, P. R., Farb, N., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation in social anxiety disorder: reappraisal and acceptance of negative self-beliefs. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, *5*(1), 119-129. https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2019.07.009

Dones III, V. C., Yamat, K. S., Santos, K. E. P., Concepcion, A. V. M., & Lacson, M. A. R. (2024). The Effectiveness of Mindfulness-based Interventions versus Cognitive Behavioral Therapy on Social Anxiety of Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *Acta Medica Philippina*, *1*(1), 1-10. https://doi.org/10.47895/amp.vi0.8140

Elsaid, S., Wang, R., Kloiber, S., Haines-Saah, R., Hassan, A. N., & Le Foll, B. (2024). Expectancies of the Effects of Cannabis Use in Individuals with Social Anxiety Disorder (SAD). *Brain Sciences*, *14*(3), 246-256. https://doi.org/10.3390/brainsci14030246

Eres, R., Lim, M. H., & Bates, G. (2023). Loneliness and social anxiety in young adults: The moderating and mediating roles of emotion dysregulation, depression and social isolation risk. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *96* (3), 793-810. https://doi.org/10.1111/papt.12469

Glezakis, K., Burton, A. L., Abbott, M. J., & Norton, A. R. (2024). Self-concept clarity in social anxiety: psychometric properties and factor structure of the Self-Concept Clarity Scale in a social anxiety disorder sample. *Clinical Psychologist*, *1*(1), 1-11. https://doi.org/10.1080/13284207.2024.2311104

Glisenti, K., Strodl, E., King, R., & Greenberg, L. (2021). The feasibility of emotion-focused therapy for binge-eating disorder: a pilot randomised wait-list control trial. *Journal of Eating Disorders*, *9*(1), 1-15. https://doi.org/10.1186/s40337-020-00358-5

Gökçe İsbir, G., Yılmaz, M., & Thomson, G. (2022). Using an emotion-focused approach in preventing psychological birth trauma. *Perspectives in Psychiatric Care*, *58*(3), 1170-1176. https://doi.org/10.1111/ppc.12867

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *26*(1), 41-54. https://psycnet.apa.org/doi/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94

Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2022). Emotion-focused therapy for depression: Canadian contributions. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, *54*(2), 152-163. https://psycnet.apa.org/record/2022-50922-007

Gupta, R. S., Kujawa, A., Fresco, D. M., Kang, H., & Vago, D. R. (2022). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: A Preliminary Examination of the (Event-Related) Potential for Modifying Threat-Related Attentional Bias in Anxiety. *Mindfulness, 1*(2), 1-14. https://doi.org/10.1007/s12671-022-01910-x

Hache-Labelle, C., Simard, S., Villeneuve, M., Abdel-Baki, A., Lepage, M., Bravo, M. A., & Lecomte, T. (2023). From home practice to virtual reality: The subjective experience of mindfulness-based therapy of people with concomitant social anxiety and psychotic disorder. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, *33*(4), 216-226. https://doi.org/10.1016/j.jbct.2023.10.003

Hassanvand Amouzadeh, M. (2015). The Standardization of social phobia inventory in in nonclinical Iranian sample. *Studies in Medical Sciences, 26*(1), 17-30. (In Persian) http://umj.umsu.ac.ir/article-1-2717-fa.html

Heapy, C., Norman, P., Cockayne, S., & Thompson, A. R. (2023). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for social anxiety symptoms in people living with alopecia areata: a single-group case-series design. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *51*(5), 381-395. https://doi.org/10.1017/S1352465823000292

Jiao, C., Cui, M., & Fincham, F. D. (2024). Overparenting, Loneliness, and Social Anxiety in Emerging Adulthood: The Mediating Role of Emotion Regulation. *Emerging Adulthood*, *12*(1), 55-65. https://doi.org/10.1177/21676968231215878

Keogh, D., & Timulak, L. (2023). "It's wrong to relax, you have to be on the go, go, go, all the time": Emotional transformation in a case of emotion-focused therapy for generalised anxiety disorder. *Counselling and Psychotherapy Research*, *23*(4), 1015-1027. https://doi.org/10.1002/capr.12693

Kermani Mamazandi, Z., & Taleh Pasand, S. (2018). Psychometric Characteristics of Difficulties in Emotion Regulation Scale in Semnan University Students. *Journal of Instruction and Evaluation, 42* (1), 117-142. (In Persian) https://jinev.tabriz.iau.ir/article_543435.html

Koszycki, D., Guérin, E., DiMillo, J., & Bradwejn, J. (2021). Randomized trial of cognitive behaviour group therapy and a mindfulness-based intervention for social anxiety disorder: Preliminary findings. *Clinical psychology & psychotherapy*, *28*(1), 200-218. https://doi.org/10.1002/cpp.2502

Liu, X., Yi, P., Ma, L., Liu, W., Deng, W., Yang, X., ... & Li, X. (2021). Mindfulness-based interventions for social anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, *300*(1), 1-10. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113935

Marazziti, D., Abelli, M., Baroni, S., Carpita, B., Piccinni, A., & Dell'Osso, L. (2014). Recent findings on the pathophysiology of social anxiety disorder. *Clinical Neuropsychiatry*, *11*(2), 1-10. https://doi.org/10.1017/S109285291400008X

Najdi, L., Mousazadeh, T., & Kazemi, R. (2021). The effectiveness of acceptance and commitment therapy and mindfulness-based cognitive therapy on the fear of negative evaluation in social anxiety clinical syndrome. *Journal of Women and Family Studies, 14* (53), 121-140. (In Persian) https://sanad.iau.ir/journal/jwsf/Article/680063?jid=680063&lang=en

O'Connell Kent, J. A., Jackson, A., Robinson, M., Rashleigh, C., & Timulak, L. (2021). Emotion-focused therapy for symptoms of generalised anxiety in a student population: An exploratory study. *Counselling and Psychotherapy Research*, *21*(2), 260-268. https://doi.org/10.1002/capr.12346

Russell, G., & Topham, P. (2012). The impact of social anxiety on student learning and well-being in higher education. *Journal of Mental Health*, *21*(4), 375-385. https://doi.org/10.3109/09638237.2012.694505

Segal, Z. V., Anderson, A. K., Gulamani, T., Dinh Williams, L.-A., Desormeau, P., Ferguson, A., Walsh, K., & Farb, N. A. S. (2019). Practice of therapy acquired regulatory skills and depressive relapse/recurrence

prophylaxis following cognitive therapy or mindfulness based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87*(2), 161–170. https://doi.org/10.1037/ccp0000351

Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications. https://www.guilford.com/books/

Singh, P., & Samantaray, N. N. (2022). Brief Cognitive behavioral group therapy and verbal-exposure-augmented cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder in university students: a randomized controlled feasibility trial. *Indian Journal of Psychological Medicine*, *44*(6), 552-557. https://doi.org/10.1177/02537176211026250

Smith, J. E., Brinkman, H. R., DiBello, A. M., Hamilton, J. L., Leyro, T. M., Altman, B. R., & Farris, S. G. (2024). Factor Structure of the Difficulties in Emotion Regulation Scale among Early Adolescents: Results from the Adolescent Brain Cognitive Development Study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *1*(1), 1-11. https://doi.org/10.1007/s10862-024-10135-2

Sukmawati, Y., Lestari, R., & Wardhani, V. (2023). The Effectiveness of Giving Cognitive Behavior Therapy (CBT) and Mindfulness Therapy on Adolescents' Social Anxiety Levels. *Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan*, *8*(1), 491-496. http://dx.doi.org/10.30604/jika.v8i1.1668

Thorberg, F. A., & Lyvers, M. (2006). Negative mood regulation (NMR) expectancies, mood, and affect intensity among clients in substance disorder treatment facilities. *Addictive behaviors*, *31*(5), 811-820. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.06.008

Timulak, L. (2015). *Transforming emotional pain in psychotherapy: An emotion-focused approach*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315760650

Timulak, L., & Keogh, D. (2020). Emotion-focused therapy: A transdiagnostic formulation. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *50*(1), 1-13. https://doi.org/10.1007/s10879-019-09426-7

Timulak, L., & McElvaney, J. (2017). *Transforming generalized anxiety: An emotion-focused approach*. Routledge. https://www.routledge.com/

Timulak, L., Keogh, D., Chigwedere, C., Wilson, C., Ward, F., Hevey, D., Griffin, P., Jacobs, L., Hughes, S., Vaughan, C., Beckham, K., & Mahon, S. (2022). A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: Results of a feasibility randomized controlled trial. *Psychotherapy, 59*(1), 84–95. https://doi.org/10.1037/pst0000427

Timulak, L., Keogh, D., McElvaney, J., Schmitt, S., Hession, N., Timulakova, K., ... & Ward, F. (2020). Emotion-focused therapy as a transdiagnostic treatment for depression, anxiety and related disorders: Protocol for an initial feasibility randomised control trial. *HRB Open Research*, *3*(1), 1-10. https://doi.org/10.12688%2Fhrbopenres.12993.1

Urbán, D. J., La Greca, A. M., García-Fernández, J. M., & Ingles, C. J. (2024). A bibliometric analysis on adolescent social anxiety and psychoeducational variables in Web of Science 2002–2021. *The Journal of General Psychology*, *151*(1), 1-20. https://doi.org/10.1080/00221309.2022.2161982

Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2017). The therapeutic relationship. In J. C. Watson & L. S. Greenberg, *Emotion-Focused Therapy for Generalized Anxiety* (93–114). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000018-005

Watson, J. C., Gordon, L. B., Stermac, L., Kalogerakos, F., & Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(4), 773–781. https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.773

Watson, J., Timulak, L., & Greenberg, L. S. (2019). Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder. In L. S. Greenberg & R. N. Goldman (Eds.), *Clinical Handbook of Emotion-Focused Therapy* (315–336). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000112-014

Wong, N., Sarver, D. E., & Beidel, D. C. (2012). Quality of life impairments among adults with social phobia: The impact of subtype. *Journal of Anxiety Disorders*, *26*(1), 50-57. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.08.012