



The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Worry and Uncertainty Intolerance in Patients with Generalized Anxiety Disorder

Masoud Sharifzadeh¹ , Narges Razeghi^{2*} , Hakime Aghaei³ , Seyed Mosa Tabatabaee⁴

1. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran. Email: masoud.sherif@yahoo.com
2. Corresponding Author, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Arts, Professor of Accounting, Islamic Azad University, Tafresh, Iran. Email: nrazeghi@iautb.ac.ir
3. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran. Email: h.aghaei@iau-shahrood.ac.ir
4. Department of Cognitive Sciences, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran. Email: s.mosatabatabaee@semnan.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article History:
Received: 08 Nov 2023
Revised: 13 Dec 2023
Accepted: 07 Jan 2024
Published: 20 Apr 2025

Keywords:
*Emotion-Focused Therapy,
Generalized Anxiety Disorder,
Uncertainty Intolerance, Worry.*

ABSTRACT

The purpose of this study was to effectiveness of emotion-focused therapy on worry and uncertainty intolerance in patients with generalized 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 in Tehran in 2023. In the first stage, the number of 30 patients with a score of 10 and above on the generalized anxiety disorder scale was selected and then randomly divided into one experimental group (15 patients) and one control group (15 patients) were replaced and experimental group underwent emotion-focused therapy, but the control group received no training and remained in the waiting list. To collect data generalized anxiety disorder scale (GAD-7), Penn State worry and uncertainty intolerance questionnaire (PSWQ) and intolerance of uncertainty scale (IUS-27). Data analysis was performed using SPSS-28 software with analysis of variance with repeated measures and Bonferroni. The results of the study showed that of emotion-focused therapy had a significant effect on worry and uncertainty intolerance ($P < 0.05$). Based on the present findings, it can be concluded that emotion-focused therapy techniques reduce worry and intolerance of uncertainty in patients with generalized anxiety disorder, therefore this therapy can be used in the therapy of patients with generalized anxiety disorder.

Cite this article: Sharifzadeh, M., Razeghi, N., Aghaei, H., & Tabatabaee, S. M. (2025). The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Worry and Uncertainty Intolerance in Patients with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Applied Psychological Research. Articles in Press / Accepted Manuscript*. doi: 10.22059/japr.2025.367877.644775



Publisher: University of Tehran Press
DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2025.367877.644775>

© The Author(s).



اثربخشی درمان هیجان مدار بر نگرانی و عدم تحمل باتکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

مسعود شریف زاده^۱، نرگس رازقی^{۲*}، حکیمه آقایی^۳، سیدموسی طباطبایی^۴

۱. دانشجوی دکترای تخصصی، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران. رایانامه: masoud.sherif@yahoo.com

۲. نویسنده مسئول، استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی و هنر، واحد پروفیسور حسابی، دانشگاه آزاد اسلامی، تفرش، ایران. رایانامه: nrazeghi@iautb.ac.ir

۳. استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران. رایانامه: h.aghaci@iau-shahrood.ac.ir

۴. استادیار، گروه علوم روانشناختی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. رایانامه: s.mosatabatabaee@semnan.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۸/۱۷

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۹/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۱۷

تاریخ اولین انتشار: ۱۴۰۴/۰۱/۳۱

کلیدواژه ها:

فونت و سائز کلیدواژه ها: اختلال

اضطراب فراگیر، درمان هیجان مدار، عدم

تحمل باتکلیفی، نگرانی.

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان هیجان مدار بر نگرانی و عدم تحمل باتکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. در مرحله اول تعداد ۳۰ نفر با نمره ۱۰ و بالاتر در مقیاس اختلال اضطراب فراگیر انتخاب و سپس به شیوه تصادفی ساده در یک گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. سپس بیماران گروه آزمایش تحت درمان هیجان مدار قرار گرفت؛ اما گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند. از مقیاس اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7)، پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ) و مقیاس عدم تحمل باتکلیفی (IUS-27) به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. تحلیل داده ها از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۸ با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر انجام شد. نتایج نشان داد که مداخله مذکور تاثیر معناداری بر کاهش نگرانی و عدم تحمل باتکلیفی داشته است ($P < 0.05$). بر اساس یافته های حاضر می توان نتیجه گرفت که تکنیک های درمان هیجان مدار، نگرانی و عدم تحمل باتکلیفی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را کاهش می دهد، از این رو این درمان می تواند در درمان بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به کار گرفته شود.

استناد: شریف زاده، م.، رازقی، ن.، آقایی، ح. و طباطبایی، س. م. (۱۴۰۴). اثربخشی درمان هیجان مدار بر نگرانی و عدم تحمل باتکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب

فراگیر. فصل نامه پژوهش های کاربردی روانشناختی، پذیرش شده/انتشار آنلاین. doi: 10.22059/japr.2025.367877.644775

ناشر: انتشارات دانشگاه

© نویسندگان.

تهران



DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2025.367877.644775>

۱. مقدمه

اختلالات هیجانی از جمله مشکلات مربوط به مقوله‌های تشخیصی اختلالات اضطرابی شایع‌ترین طیف اختلالات روانپزشکی را تشکیل می‌دهند (ساپرا و همکاران^۱، ۲۰۲۱) که سطوح بالایی از اضطراب^۲، افسردگی^۳، ترس و علائم جسمانی را در بر می‌گیرد (رهمن و همکاران^۴، ۲۰۲۱). اختلال اضطراب فراگیر^۵ چندین مشکل اساسی دارد که ممکن است با تنظیم مثبت هیجانات مثبت درمان شوند و این مشکلات شامل هوشیاری بیش از حد در برابر تهدید، نادیده گرفتن احساسات مثبت همراه با نگرانی^۶، پشتکار و پیش‌بین‌های منفی نادرست در مورد نتایج آینده است (لافرینییر و نیومن^۷، ۲۰۲۰). در DSM-5^۸ اختلال اضطراب فراگیر با اضطراب و نگرانی بیش از حد، کنترل دشوار و اختلال روانی اجتماعی در رابطه با جنبه‌های مختلف زندگی فرد مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا^۹، ۲۰۱۳). این نگرانی می‌تواند با علائمی مانند بی‌قراری، مشکل در تمرکز، تنش عضلانی، خستگی، تحریک‌پذیری و مشکل در خواب ظاهر شود و این علائم اغلب در طول شش ماه یا بیشتر رخ می‌دهد و دارای همبودی بالایی با سایر اختلالات روانشناختی از جمله اختلالات افسردگی اساسی^{۱۰} است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). افزون بر این می‌توان گفت که مدل اجتناب از تغییر نگرانی^{۱۱} نیومن و لارا^{۱۲} (۲۰۱۱) معتقد است افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اضطراب را با نگرانی حفظ می‌کنند تا از افزایش ناگهانی هیجانات منفی در آینده جلوگیری کنند و از آنجایی که مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر برای محافظت در برابر تغییرات خلقی، پریشانی خود را حفظ می‌کنند، احتمال کمتری دارد که برای مدت طولانی روی هیجانات مثبت تمرکز کنند. در واقع، اختلال اضطراب فراگیر با کاهش هدفمند هیجانات مثبت مرتبط است - یک راهبرد تنظیم سرکوبگر که به عنوان "تفکر کشتن شادی"^{۱۳} شناخته می‌شود (کوودباچ و همکاران^{۱۴}، ۲۰۱۰).

از سوی دیگر بر اساس تحقیقات افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، عوامل مختلفی می‌توانند در ایجاد و حفظ اختلال اضطراب فراگیر نقش داشته باشند که از جمله آنها می‌توان به عدم تحمل بالاتکلیفی^{۱۵} اشاره کرد (ویلسون و همکاران^{۱۶}، ۲۰۲۰). عدم تحمل بالاتکلیفی، تمایل به فکر کردن یا واکنش منفی نسبت به رویدادهای نامشخص ممکن است پیامدهایی بر سلامت روانی و بهزیستی روانی افراد داشته باشد (واویدال و همکاران^{۱۷}، ۲۰۲۲). عدم اطمینان در مورد رویدادهای آینده ممکن است منجر به نگرانی، اضطراب و حتی ناتوانی در عملکرد شود. مفهوم بسیار مرتبط، عدم تحمل بالاتکلیفی در اوایل دهه ۱۹۹۰ ظهور کرد، که بیشتر به یک عامل خطر فراتشخیصی در اشکال مختلف اختلالات اضطرابی تبدیل شد. علاقه به عدم قطعیت و عدم تحمل بالاتکلیفی در سال‌های اخیر به سرعت افزایش یافته است (گئو و همکاران^{۱۸}، ۲۰۲۰). بر اساس نظریه عدم تحمل بالاتکلیفی، این عدم تحمل خود را با تمایل بیش از حد به یافتن موقعیت‌های نامطمئن استرس‌زا و ناراحت کننده، باور به اینکه رویدادهای غیرمنتظره منفی هستند و باید از آنها اجتناب کرد، و فکر کردن که عدم اطمینان در مورد آینده ناعادلانه است، آشکار می‌شود (داگاس و همکاران^{۱۹}، ۲۰۰۵).

1. Sapra et al.
2. anxiety
3. depression
4. Rehman et al.
5. generalized anxiety disorder
6. worry
7. LaFreniere & Newman
8. diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)
9. American Psychiatric Association
10. major depressive disorder
11. contrast avoidance model
12. Newman & Llera
13. kill-joy thinking
14. Quoidbach et al.
15. uncertainty intolerance
16. Wilson et al.
17. Vadelvel et al.
18. Gu et al.
19. Dugas et al.

بنابراین بر اساس تحقیقات سهم عدم تحمل بلاتکلیفی در بروز نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر به خوبی ثابت شده است (بوتسی و همکاران^۱، ۲۰۱۶؛ بومیا و همکاران^۲، ۲۰۱۵). به طوری که استدلال هایی ارائه شده است که از این موضوع حمایت می کند که عدم تحمل بلاتکلیفی منعکس کننده یک مؤلفه اصلی اضطراب فراگیر و حتی ترس است (کارلتون^۳، ۲۰۱۶). با توجه به آنچه گفته شد اختلال اضطراب فراگیر می تواند مزمن و مخرب باشد و نیاز به درمان های موثر را برجسته می کند (گارنر و استورات^۴، ۲۰۲۳)، چرا که اختلال اضطراب فراگیر ماهیت مزمن دارد، به دنبال دوره هایی از بهبودی کامل یا جزئی و عود علائم. در طی ۸ سال، ۴۳ درصد از مردان و ۳۶ درصد از زنان، دوره دیگری از اختلال اضطراب فراگیر را تجربه خواهند کرد (یونکرز و همکاران^۵، ۲۰۰۳). بر اساس یک پژوهش از پاسخ دهندگانی که سابقه مادام العمر اختلال اضطراب فراگیر را گزارش کرده اند، ۴۸ درصد گزارش کردند که در سال گذشته اختلال اضطراب فراگیر را تجربه کرده اند (روسو و همکاران^۶، ۲۰۱۷). بنابراین خطر بالای عود اختلال اضطراب فراگیر نیاز به درمان های موثر را برجسته و پراهمیت می سازد (گارنر و استورات، ۲۰۲۳). با توجه به این مشکلات از جمله نگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی و همچنین عود بیماری، در این پژوهش به ارائه مداخلات روانشناختی برای کاهش این مشکلات در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر پرداخته شده است. یکی از مداخلات موثر بر کاهش مشکلات بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر، درمان هیجان مدار^۷ است که کمتر در ایران مورد توجه قرار گرفته است، اما در تحقیقات خارج از کشور به خوبی کارآمدی آن برای بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نشان داده شده است؛ به طوری که بر اساس نتایج تحقیقات اخیرا درمان هیجان مدار برای اختلال اضطراب فراگیر توسعه یافته است و در کارآزمایی های بالینی نتایج امیدوار کننده ای از آن به دست آمده است (تیمولاک و همکاران^۸، ۲۰۲۲؛ اوکنل کنت و همکاران^۹، ۲۰۲۱؛ تیمولاک و همکاران، ۲۰۱۸؛ تیمولاک و مک الوانی، ۲۰۱۶). درمان هیجان مدار یک درمان مبتنی بر فرآیند و تجربی (اسدیپور و ویسی، ۱۳۹۷) در سنت انسان گرایانه روان درمانی فرد محور و گشتالت است (گرینبرگ و همکاران^{۱۰}، ۱۹۹۳). این به عنوان یک شکل مبتنی بر شواهد از درمان برای تعدادی از مشکلات روانشناختی، از جمله، اخیرا، اختلال اضطراب فراگیر ایجاد شده است (تیمولاک و همکاران، ۲۰۲۲). درمان هیجان مدار از درمانگران می خواهد که هم روی آسیب پذیری عاطفی زیربنایی که مراجع نگران آن هستند و هم در سطح مبتنی بر علائم بیشتر کار کنند، جایی که علائم مرتبط با اضطراب مانند نگرانی یا اجتناب مورد توجه قرار می گیرد (تیمولاک و مک الوانی، ۲۰۱۷). تیمولاک و مک الوانی (۲۰۱۶) و تیمولاک و کتوک (۲۰۲۲) پیشنهاد می کنند، کار اصلی در درمان اختلال اضطراب فراگیر تغییر آسیب پذیری عاطفی اصلی است (که در درمان هیجان مدار نیز به آن درد اصلی^{۱۱} گفته می شود) و که این کار مرکزی فقط با کار در سطح علائم خاص اختلال اضطراب فراگیر، به عنوان مثال، تبدیل فرآیند نگرانی تکمیل می شود (مورفی و همکاران^{۱۲}، ۲۰۱۷).

در درمان هیجان مدار، نگرانی را نوعی راهبرد خودمحافظتی در مقابل احساسات دردناک و مزمن اساسی مانند غم، شرم و ترس می داند و فرد با اضطراب و نگرانی، موجب ادامه علائم اختلال اضطراب فراگیر می شود (واتسون و گرینبرگ، ۲۰۱۷؛ تیمولاک و مک الوانی، ۲۰۱۷). بر اساس پیشینه پژوهش درمان هیجان مدار اثرات مثبت و موثری بر کاهش مشکلات افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارد (واتسون و گرینبرگ، ۲۰۱۷) و در یک پژوهش که به مقایسه درمان شناختی-رفتاری با درمان هیجان مدار پرداخته اند نتایج نشان داده است که افت درمان در جلسات درمان هیجان مدار ۱۰ درصد ولی افت آزمودنی ها در جلسات درمان شناختی-رفتاری به میزان ۰/۲۷ درصد بوده است که این نتایج نشان دهنده آن است که درمان هیجان مدار یک درمان بالقوه امیدوار کننده برای بهبود مشکلات ناشی از اختلال اضطراب فراگیر است (تیمولاک و همکاران، ۲۰۲۲). همانطور که گفته شد با توجه

1. Bottesi et al.
2. Bomyea et al.
3. Carleton
4. Garner & Stuart
5. Yonkers et al.
6. Ruscio et al.
7. emotion-focused therapy
8. Timulak et al.
9. O'Connell Kent et al.
10. Greenberg et al.
11. core pain
12. Murphy et al.

پژوهش‌های مختلفی که نشان داده‌اند که درمان هیجان‌مدار بر کاهش علائم اختلالات اضطرابی به ویژه اختلال اضطراب فراگیر اثربخشی معنادار دارند (تیمولاک و همکاران، ۲۰۲۲؛ اوکل کنت و همکاران، ۲۰۲۱؛ تیمولاک و همکاران، ۲۰۱۸؛ تیمولاک و مک‌الوانی، ۲۰۱۶؛ واتسون و گرینبرگ، ۲۰۱۷؛ تیمولاک و کتوق، ۲۰۲۲).

بنابراین می‌توان گفت که درمان هیجان‌مدار به عنوان یک مداخله اثربخش برای بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر است و می‌تواند نقش مهمی در کاهش مشکلات این بیماران داشته باشد. از سوی دیگر تاکنون کمتر پژوهشی اثربخشی آن درمان هیجان‌مدار بر نگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر را بررسی کرده است. از سوی دیگر در اهمیت و ضرورت انجام این پژوهش بر اساس پیشینه پژوهش می‌توان گفت که اختلالات اضطرابی خیلی زود در اوایل دوران زندگی آغاز گشته و بر عملکردهای مهم زندگی تأثیر منفی می‌گذارند (روسا-آلسازار و همکاران^۱، ۲۰۲۱). لازم به ذکر است که از هر چهار بیمار مبتلا به اختلالات اضطرابی، سه نفر حداقل یک اختلال روانی دیگر را در طول زندگی خود تجربه می‌کنند، که از جمله اختلالات همراه با آن می‌توان به افسردگی اشاره کرد (گامبین و همکاران^۲، ۲۰۲۱). بر اساس آنچه گفته شد و با توجه به مشکلات مطرح شده در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر که می‌تواند منجر به اختلال شدید روانی-اجتماعی شود (تیریکانین و همکاران^۳، ۲۰۱۹) و به ویژه شیوع بیشتر آن در زنان (اسچافر و همکاران^۴، ۲۰۲۱) ارائه مداخلات روانشناختی برای بهبود مشکلات آنان از اهمیت فراوانی برخوردار است. مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی می‌توانند از نتایج این پژوهش در راستای مشکلات ناشی از اضطراب فراگیر در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر استفاده کنند. لذا انجام این پژوهش کاربردی است و دارای اهمیت و ضرورت پژوهشی است. به همین دلیل این پژوهش از تلویحات کاربردی در این زمینه، برای روانشناسان و درمانگران برخوردار است. لذا بر اساس آنچه گفته شد پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال بود که درمان هیجان‌مدار چه تاثیری بر کاهش نگرانی و کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارد؟

۲. روش

۲-۱. جامعه آماری، نمونه و روش اجرا

روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شمال و شمال غرب شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. در این پژوهش از جدول کوهن برای تعیین حجم نمونه استفاده شد. به این صورت که در سطح اطمینان ۹۵ درصد، حجم اثر ۰/۷۰ و توان آماری ۰/۹۱ برای هر گروه ۱۲ نفر تعیین شد. اما از آنجایی که احتمال ریزش برخی نمونه‌ها وجود دارد و در جهت تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج حجم هر گروه ۱۵ نفر انتخاب شد (۱۵ نفر در گروه درمان هیجان‌مدار و ۱۵ نفر گروه کنترل). کسب نمره ۱۰ و بالاتر از آن در مقیاس اختلال اضطراب فراگیر، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم و حداکثر تحصیلات دکترا از ملاک‌های ورود به پژوهش بود. همچنین غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی، شرکت همزمان در دیگر دوره‌ها و مداخلات درمانی همزمان با پژوهش، ابتلا به سوء مصرف مواد مخدر و سیگار از ملاک‌های خروج از پژوهش بود.

۲-۲. روش اجرا

با توجه به اینکه روش تحقیق نیمه‌آزمایشی خواهد بود به روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انتخاب و سپس این زنان به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده در ۲ گروه (۱۵ در گروه درمان هیجان‌مدار و ۱۵ نفر در گروه کنترل) گمارش شد. سپس بر روی بیماران هر ۲ گروه در شرایط یکسان پرسشنامه‌های پژوهش نگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. سپس گروه آزمایش توسط خود پژوهشگر به عنوان دانشجوی دکترای روانشناسی، تحت ۸ جلسه جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان هیجان‌مدار در روزهای یکشنبه و چهارشنبه هر هفته قرار گرفت و در این مدت گروه کنترل مداخله‌ای دریافت

1. Rosa-Alcázar et al.
2. Gambin et al.
3. Tiirikainen et al.
4. Schaefer et al.

نکرد و در لیست انتظار باقی ماند. پس از اتمام مداخله، پرسشنامه‌های پژوهش به عنوان پس‌آزمون اجرا و دو ماه بعد از اتمام جلسات درمانی، به منظور اندازه‌گیری تداوم اثر درمان اعمال شده بار دیگر پرسشنامه‌های پژوهش اجرا شدند.

۲-۳. ابزارهای سنجش

۱-۳-۲. مقیاس اختلال اضطراب فراگیر^۱ (GAD-7)

این مقیاس توسط اسپیتزر و همکاران^۲ (۲۰۰۶) تهیه شده است و شامل ۷ سوال است و پاسخ دهنده با انتخاب گزینه هیچ وقت صفر نمره، چند روز ۱ نمره، بیش از نیمی از روز ۲ نمره و تقریباً هر روز ۳ نمره کسب می‌کند. دامنه نمرات بین ۰ تا ۲۱ است و نمره بالاتر نشان دهنده اضطراب فراگیر بیشتر در افراد پاسخ دهنده است. نمره ۱۰ و بیشتر به عنوان نقطه برش تعیین شده است (نائینیان و همکاران، ۱۳۹۰؛ جانسون و همکاران^۳، ۲۰۱۹). سازندگان مقیاس ویژگی‌های روانسنجی مقیاس را بررسی و برای محاسبه پایایی از آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی استفاده کرده‌اند که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضریب بازآزمایی با فاصله ۲ هفته ضریب همبستگی پیرسون ۰/۸۳ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آورده‌اند و علاوه بر این روایی مقیاس بررسی و روایی ملاکی (همزمان) آن محاسبه و ضرایب همبستگی با مقیاس سلامت عمومی^۴ استورات و همکاران^۵ (۱۹۸۸) در دامنه ۰/۳۰ تا ۰/۷۵ و معنادار در سطح ۰/۰۱ گزارش شده است (اسپیتزر و همکاران، ۲۰۰۶). این مقیاس در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است و پایایی و روایی آن محاسبه شده است که برای محاسبه پایایی از آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی استفاده کرده‌اند که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و ضریب بازآزمایی با فاصله ۲ هفته ضریب همبستگی پیرسون ۰/۴۸ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آورده‌اند و روایی ملاکی (همزمان) آن بررسی و ضریب همبستگی با خرده مقیاس اضطراب اختلالات روانی^۶ دراگوتیس و همکاران^۷ (۱۹۷۷) ضریب همبستگی پیرسون ۰/۶۳ و معنادار در سطح ۰/۰۱ گزارش شده است (نائینیان و همکاران، ۱۳۹۰). در این مطالعه ضرایب آلفای کرونباخ در پیش‌آزمون ۰/۸۰، پس‌آزمون ۰/۸۳ و پیگیری ۰/۹۰ گزارش شد.

۲-۳-۲. پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا^۸ (PSWQ)

این پرسشنامه توسط مهیر و همکاران^۹ (۱۹۹۰) تهیه شده است و شامل ۱۶ سوال است و دو خرده مقیاس شامل نگرانی عمومی با سوالات ۲، ۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵ و ۱۶؛ فقدان نگرانی با سوالات ۱، ۳، ۸، ۱۰ و ۱۱ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری آن در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است به این صورت که به هیچ وجه ۱ نمره، خیلی کم ۲ نمره، کم ۳ نمره، زیاد ۴ نمره و بسیار زیاد ۵ نمره تعلق می‌گیرد. سوالات ۱، ۳، ۸، ۱۰ و ۱۱ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۱۶ تا ۶۴ است و نمره بیشتر نشان دهنده تجربه نگرانی بیشتر است. سازندگان پایایی آن با آلفای کرونباخ را در دامنه ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ و ضرایب پایایی به روش بازآزمایی در طول یک دوره ۲ تا ۱۰ هفته‌ای ضرایب در دامنه ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آورده‌اند و همچنین روایی ملاکی (همزمان) آن بررسی و ضریب همبستگی آن با سیاهه تجدیدنظر شده افسردگی^{۱۰} بک و همکاران (۱۹۹۶) بررسی و ضریب همبستگی پیرسون ۰/۳۶ و معنادار در سطح ۰/۱۰ گزارش شده است (مهیر و همکاران، ۱۹۹۰). در نسخه ترجمه شده هنجاریابی شده روایی عاملی با روش تحلیل عاملی تاییدی بررسی و مقادیر نسبت خی به درجه آزادی^{۱۱}، برازش مقایسه‌ای^{۱۲} و خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب^{۱۳} به ترتیب ۳/۱۸، ۰/۹۱۰ و ۰/۷۰ به دست آمده است و همچنین برای بررسی پایایی

1. Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)

2. Spitzer et al.

3. Johnson et al.

4. MOS short-form general health survey

5. Stewart et al.

6. Symptom Checklist- 90 (SCL-90)

7. Derogatis et al.

8. Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)

9. Meyer et al.

10. Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

11. non – normed fit index (NNFI)

12. comparative fit index (CFI)

13. root mean square error of approximation (RMSEA)

مقیاس از آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی استفاده شده است که ضرایب کرونباخ برای نگرانی عمومی ۰/۹۰، فقدان نگرانی ۰/۶۰ و کل سوالات ۰/۸۸ گزارش شده است و ضرایب بازآزمایی با فاصله زمانی ۱ ماهه برای نگرانی عمومی ۰/۸۰، فقدان نگرانی ۰/۶۷ و کل سوالات ۰/۷۹ محاسبه شده است (دهشیری و همکاران، ۱۳۸۸). در این مطالعه ضرایب آلفای کرونباخ در پیش‌آزمون ۰/۸۲، پس‌آزمون ۰/۷۳ و پیگیری ۰/۹۰ گزارش شد.

۳-۲. مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی^۱ (IUS-27)

این مقیاس توسط سکستون و داگاس^۲ (۲۰۰۹) تهیه شده است و شامل ۲۷ سوال می‌باشد و ۲ خرده مقیاس شامل تلویحات خودارجاعی^۳ با سوالات ۱، ۲، ۳، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، و بلاتکلیفی غیرمنصفانه^۴ با سوالات ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۸، ۱۹، ۲۱، ۲۶ و ۲۷ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری مقیاس در طیف ۵ درجه‌ای می‌باشد به این صورت که هیچ وقت ۱ نمره، کمی ۲ نمره، تا حدودی ۳ نمره، زیاد ۴ نمره و کاملاً ۵ نمره است. دامنه نمرات بین ۲۷ تا ۱۳۵ می‌باشد که نمره بالاتر نشان دهنده مشکلات بیشتر در مدیریت عدم قطعیت است. سازندگان مقیاس ضریب آلفای کرونباخ برای بلاتکلیفی تلویحات خودارجاعی ۰/۹۲، بلاتکلیفی غیرمنصفانه ۰/۹۱ و کل مقیاس ۰/۹۵ به دست آورده‌اند و با تحلیل عاملی اکتشافی^۵، قابلیت آن با آزمون کایزر-مایلر-ولکین^۶ و آزمون کرویت بارتلت^۷ بررسی و مقدار آزمون کایزر-مایلر-ولکین (۰/۹۷) نشان از کفایت حجم نمونه برای اجرای تحلیل عاملی داشت و سپس با تحلیل عاملی تاییدی^۸ و مقادیر شاخص برازش مقایسه‌ای^۹ و خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب^{۱۰} به ترتیب ۰/۹۷۰ و ۰/۰۷۰ به دست آورده‌اند که نشان دهنده روایی مقیاس است (سکستون و داگاس، ۲۰۰۹). در ایران نیز از نسخه دوعاملی آن استفاده شده است که برای بررسی پایایی آن از آلفای کرونباخ استفاده شده که ضریب کل سوالات ۰/۹۴ گزارش شده است (فهیمی و همکاران، ۱۳۹۲) و روایی ملاکی (همزمان) آن با سیاهه کوتاه اضطراب سلامتی^{۱۱} سالکوسکیس و همکاران^{۱۲} (۲۰۰۲) بررسی و ضریب همبستگی پیرسون آن ۰/۵۸ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (پرتوی پیروز و همکاران، ۱۴۰۱). در این مطالعه ضرایب آلفای کرونباخ در پیش‌آزمون ۰/۹۱، پس‌آزمون ۰/۹۰ و پیگیری ۰/۹۳ گزارش شد.

۴-۲. جلسات درمانی

درمان هیجان‌مدار در این پژوهش تعداد ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان هیجان‌مدار که گروه آزمایش به صورت گروهی تحت درمان قرار می‌گیرند. روایی این جلسات در پژوهش‌های تیمولاک و مک‌الوانی (۲۰۱۷)، تیمولاک و همکاران (۲۰۱۷) و همایونی و همکاران (۱۴۰۱) بر روی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تایید شده است.

جدول ۱. جلسات درمان هیجان‌مدار اقتباس از تیمولاک و مک‌الوانی (۲۰۱۷)

گام	گام درمانی	اهداف درمانی
۱	شکل‌گیری و پایداری روابط	هدف از این جلسه آن بود که بین افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر یک رابطه درمانی ایجاد شود که آنان احساس همدلانه بین افراد مبتلا به اختلال
	اضطراب فراگیر	امنیت کنند و با قوانین کلی درمان هیجان‌مدار آشنا شوند و مشکل خود را ارزیابی کنند و انتظارات خود از درمان را بیان کنند.

1. Intolerance of Uncertainty Scale (IUS-27)
2. Sexton & Dugas
3. self-referent implications
4. uncertainty unfair
5. exploratory factor analysis
6. Kaiser-Meyer-Olkin Test
7. bartlett spherical test
8. confirmatory factor analysis
9. comparative fit index (CFI)
10. root mean square error of approximation (RMSEA)
11. Short Health Anxiety Inventory (SHAI)
12. Salkovskis

۲	توانمندسازی خودآسیب پذیر و افزایش دادن میزان آگاهی از هیجانات مثبت	اینکه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بتوانند یک روایت دقیق و منسجم از خود ایجاد کنند و با اعتماد به نفس بیشتر به پتانسیل های خودتنظیمی دست یابند و باور به مقابله با مشکلات را در خود پرورش دهند از اهداف این جلسه بود.
۳	اجتناب از دوپاره سازی و دوری از قانون همه و هیچ در هنگام تجربه اضطراب	اینکه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بتوانند به مدیریت نشانگرهای اضطراب فراگیر خود بپردازند و دسترسی به هیجانات اصلی زیربنایی دخیل در اضطراب فراگیر داشته باشند از اهداف مهم این جلسه بود.
۴	اجتناب از برخورد منفی با خویشتن	در جلسه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر خودنگران و خود سرزنشگر را شناسایی کردند و اینکه با خود برخورد منفی داشتند را تصحیح کردند و برای دستیابی به پذیرش و مهربانی با خود تلاش کردند.
۵	شناسایی آسیب های هیجانی و حل کردن آنها	بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در این جلسه عواملی که در دل بستگی اولیه آنها دخیل بود را شناسایی کردند و با نحوه دسترسی و ابراز هیجانات منفی آشنا شدند.
۶	آرام بخشیدن خود توسط بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر	در این جلسه توانایی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر برای دریافت تجربه هیجانی افزایش پیدا کرد و آنها نسبت به خود مهربان شدند و با نحوه خودآرامش بخشی بدنی برای مقابله با علائم اختلال اضطراب فراگیر آشنا شدند.
۷	ثابت و محکم کردن یک روایت جدید توسط فرد مراجع	ایجاد روایت جدید در هویت، افزایش تاب آوری و هیجان سازگار اولیه و جمع بندی از جلسات از اهداف این جلسه بود. در نهایت مرحله پس آزمون اجرا شد. برای انجام مرحله پیگیری با بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر زمان معینی تعیین شد.

۵-۲. روش تجزیه و تحلیل داده ها

شیوه تحلیل داده ها تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر^۱، آزمون تعقیبی بن فرونی^۲، کای اسکوتر^۳، آزمون تی مستقل^۴ بوده است. از نرم افزار SPSS نسخه ۲۸ به منظور تحلیل داده ها استفاده شد.

۳. یافته ها

۳-۱. توصیف جمعیت شناختی

بر اساس نتایج میانگین و انحراف معیار سن گروه درمان هیجان مدار ۳۳/۷۳ و ۵/۳۵۱ و میانگین و انحراف معیار سن گروه کنترل ۳۳/۰۷ و ۴/۰۲۶ بود. آماره تی مستقل نشان دهنده همتا بودن دو گروه از نظر سن بود ($t\text{-test}=0/386$, $sig=0/703$). همچنین آماره خی دو نشان دهنده همتا بودن دو گروه از نظر تحصیلات بود ($\chi^2=8/444$, $sig=0/058$).

۳-۲. شاخص های توصیفی

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نگرانی و عدم تحمل بلا تکلیفی

متغیرهای وابسته	مرحله	میانگین		انحراف معیار	
		هیجان مدار	کنترل	هیجان مدار	کنترل
نگرانی عمومی	پیش آزمون	۳۳/۷۳	۳۴/۷۳	۰/۹۶۱	۰/۷۹۹
	پس آزمون	۲۸/۲۷	۳۴/۶۰	۱/۹۸۱	۰/۹۱۰
	پیگیری	۲۸/۴۰	۳۴/۶۷	۱/۸۰۵	۰/۹۷۶
فقدان نگرانی	پیش آزمون	۱۹/۲۰	۱۸/۹۳	۱/۲۶۵	۱/۲۸۰
	پس آزمون	۱۶/۲۷	۱۸/۶۷	۰/۹۰۷	۱/۴۴۷
	پیگیری	۱۶/۴۷	۱۸/۷۳	۱/۸۰۷	۱/۴۸۶
نمره کل نگرانی	پیش آزمون	۵۲/۹۳	۵۳/۶۷	۱/۲۳۳	۱/۵۴۳

1. repeated measure

2. Bonferroni

3. chi-square

4. t-test (independent samples)

۱/۹۰۷	۲/۷۷۴	۵۳/۲۷	۴۴/۵۳	پس‌آزمون	تلویحات خودارجاعی
۱/۹۲۰	۲/۵۳۲	۵۳/۴۰	۴۴/۸۷	پیگیری	
۱/۸۵۲	۲/۲۳۲	۴۶/۰۰	۴۵/۴۷	پیش‌آزمون	
۱/۸۲۱	۲/۴۴۰	۴۵/۸۰	۴۱/۳۳	پس‌آزمون	
۱/۸۸۵	۲/۴۷۳	۴۵/۸۷	۴۱/۴۰	پیگیری	بلاتکلیفی غیرمنصفانه
۰/۷۵۱	۱/۷۵۱	۲۸/۹۳	۲۸/۹۳	پیش‌آزمون	
۱/۹۷۱	۲/۰۷۷	۲۸/۸۰	۲۴/۸۰	پس‌آزمون	
۱/۹۲۲	۲/۱۶۷	۲۸/۸۷	۲۴/۸۷	پیگیری	
۲/۶۸۵	۲/۵۳۰	۷۴/۹۳	۷۴/۴۰	پیش‌آزمون	نمره کل عدم تحمل بلاتکلیفی
۲/۸۹۸	۳/۱۸۲	۷۴/۶۰	۶۶/۱۳	پس‌آزمون	
۲/۹۱۵	۳/۲۶۲	۷۴/۷۳	۶۶/۲۷	پیگیری	

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی را نشان می‌دهد. بعد از بررسی مفروضه‌های آماری تحلیل واریانس مکرر، از این آزمون برای تحلیل داده‌ها گردآوری شده استفاده شد.

۳-۳. بررسی پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک

بعد از بررسی مفروضه‌های آماری تحلیل واریانس مکرر، از این آزمون برای تحلیل داده‌ها گردآوری شده استفاده شد. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می‌باشند یا خیر، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است، این پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات 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 ($P > 0.05$)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می‌باشد. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($P > 0.05$) و بدین ترتیب پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تایید شد. داده‌های تحقیق فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (ام‌باکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش‌فرض نیز رعایت شده است ($P > 0.05$). سطح معنی‌داری اثر تعامل گروه و پیش‌آزمون بزرگتر از ۰/۰۵ بود و این نشان دهنده همگنی شیب خط رگرسیون^۱ بود. با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود. همچنین مقدار سطح معناداری آزمون کرویت موچلی برای نگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی برابر ۰/۰۰۱ به دست آمده است که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج آزمون موچلی برای آزمون برابری واریانس‌ها و کوواریانس‌ها برای نگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی

متغیرهای وابسته	کرویت موچلی (W)	آماره‌ی کای دو	Df	sig	تصحیح گرین‌هاوس-گیسر	اپسیلون
نگرانی عمومی	۰/۱۴۲	۵۲/۷۰۰	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۶۳	۰/۵۰۰
فقدان نگرانی	۰/۱۳۸	۵۳/۴۴۰	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۶۱	۰/۵۰۰
نمره کل نگرانی	۰/۱۷۶	۴۶/۹۶۴	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴۸	۰/۵۷۴
تلویحات خودارجاعی	۰/۱۰۲	۶۱/۵۳۳	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲۷	۰/۵۰۰
بلاتکلیفی غیرمنصفانه	۰/۰۶۳	۷۴/۷۱۵	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۱۶	۰/۵۳۷
نمره کل عدم تحمل بلاتکلیفی	۰/۰۵۳	۷۹/۱۵۴	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۱۴	۰/۵۳۴

بر اساس نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که آماره W موچلی برای متغیرهای وابسته (نگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی) در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است (مقدار آماره P value از ۰/۰۵۰ کوچکتر است). این یافته حاکی از آن است که واریانس تفاوت‌ها در میان

سطوح متغیرهای وابسته به صورت معناداری متفاوت است. پیش فرض تحلیل واریانس کرویت رعایت نمی شود. تخطی از پیش فرض کرویت سبب می شود که آماره F تحلیل واریانس دقیق نباشد. برای رفع این مشکل و افزایش دقت آماره F ، درجه آزادی را با استفاده از دو روش گرین هاوس-گیسر^۱ و هیون-فلدت^۲ تصحیح می کنند. اینکه از کدام روش تصحیح استفاده کنیم، اگر مقدار اپسیلون بزرگتر از $0/75$ باشد از تصحیح هیون-فلدت و اگر اپسیلون کوچکتر از $0/75$ باشد یا هیچگونه اطلاعاتی در مورد کرویت وجود نداشته باشد از تصحیح گرین هاوس-گیسر استفاده می شود. در پژوهش حاضر مقدار اپسیلون برای شاخص گرین هاوس-گیسر برای تمامی متغیرهای وابسته (نگرانی و عدم تحمل بالاتکلیفی) از $0/75$ کوچکتر است، لذا از اپسیلون گرین هاوس-گیسر استفاده شده است. بنابراین با در نظر گرفتن تصحیح گرین هاوس-گیسر در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گزارش شده است.

۳-۴. آزمون فرضیه ها

جدول ۴. نتایج اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی (تصحیح گرین هاوس-گیسر) نگرانی و عدم تحمل بالاتکلیفی

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	درجه آزادی	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
نگرانی عمومی	گروه	۱۱۵/۷۳۸	۲	۰/۰۰۱	۰/۸۰۵	۰/۹۹۹
	زمان	۱۱۹/۵۲۶	۱/۰۷۶	۰/۰۰۱	۰/۸۱۰	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۱۱۰/۸۹۵	۱/۰۷۶	۰/۰۰۱	۰/۷۹۸	۰/۹۹۹
فقدان نگرانی	گروه	۸/۴۶۵	۲	۰/۰۰۷	۰/۲۳۲	۰/۸۰۲
	زمان	۳۱/۳۹۳	۱/۰۷۴	۰/۰۰۱	۰/۵۲۹	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۲۲/۴۸۳	۱/۰۷۴	۰/۰۰۱	۰/۴۴۵	۰/۹۹۹
نمره کل نگرانی	گروه	۷۹/۷۹۷	۲	۰/۰۰۱	۰/۷۴۰	۰/۹۹۹
	زمان	۱۴۷/۰۰۹	۱/۰۹۶	۰/۰۰۱	۰/۸۴۰	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۱۲۴/۸۰۱	۱/۰۹۶	۰/۰۰۱	۰/۸۱۷	۰/۹۹۹
تلویحات خودارجاعی	گروه	۱۸/۰۳۱	۲	۰/۰۰۱	۰/۳۹۲	۰/۹۸۴
	زمان	۷۳/۱۰۳	۱/۰۵۴	۰/۰۰۱	۰/۷۲۳	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۶۲/۰۸۲	۱/۰۵۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸۹	۰/۹۹۹
بالاتکلیفی غیرمنصفانه	گروه	۱۶/۹۸۷	۲	۰/۰۰۱	۰/۳۷۸	۰/۹۷۸
	زمان	۴۵/۴۳۱	۱/۰۳۲	۰/۰۰۱	۰/۶۱۹	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۴۱/۱۷۶	۱/۰۳۲	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵	۰/۹۹۹
نمره کل عدم تحمل بالاتکلیفی	گروه	۳۵/۹۲۶	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۶۲	۰/۹۹۹
	زمان	۸۱/۴۶۱	۱/۰۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۴۴	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۷۱/۴۶۹	۱/۰۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۱۹	۰/۹۹۹

نتایج جدول ۴ نشان داد که درمان هیجان مدار بر کاهش نگرانی و عدم تحمل بالاتکلیفی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تاثیر معنادار دارد. در ادامه مقایسه ی دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بر کاهش نگرانی و عدم تحمل بالاتکلیفی برای بررسی ماندگاری نتایج در مرحله پیگیری در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی نگرانی و عدم تحمل بالاتکلیفی برای بررسی پایداری نتایج

متغیرهای وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
نگرانی عمومی	پیش آزمون	۳۴/۲۳۳	پیش آزمون-پس آزمون	۲/۸۰۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۳۱/۴۳۳	پیش آزمون-پیگیری	۲/۷۰۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۳۱/۵۳۳	پس آزمون-پیگیری	-۰/۱۰۰	۰/۲۶۰
فقدان نگرانی	پیش آزمون	۱۹/۰۶۷	پیش آزمون-پس آزمون	۱/۶۰۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱۷/۴۶۷	پیش آزمون-پیگیری	۱/۴۶۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۷/۶۰۰	پس آزمون-پیگیری	-۰/۱۳۳	۰/۱۳۰
نمره کل نگرانی	پیش آزمون	۵۳/۳۰۰	پیش آزمون-پس آزمون	۴/۴۰۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۴۸/۹۰۰	پیش آزمون-پیگیری	۴/۱۷۴	۰/۰۰۱

1. Greenhouse-Geisser correction
2. Huynh-Feldt correction

پیگیری	۴۹/۱۳۳	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۲۳۳	۰/۰۵۱
پیش‌آزمون	۴۵/۷۳۳	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۲/۱۶۷	۰/۰۰۱
تلویحات خودارجاعی	۴۳/۵۶۷	پیش‌آزمون-پیگیری	۲/۱۰۰	۰/۰۰۱
پیگیری	۴۳/۶۳۳	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۶۷	۰/۵۰۵
پیش‌آزمون	۲۸/۹۳۳	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۲/۱۳۳	۰/۰۰۱
بلاتکلیفی غیرمنصفانه	۲۶/۸۰۰	پیش‌آزمون-پیگیری	۲/۰۶۷	۰/۰۰۱
پیگیری	۲۶/۸۶۷	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۶۷	۰/۵۰۵
پیش‌آزمون	۷۴/۶۶۷	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۴/۳۰۰	۰/۰۰۱
نمره کل عدم تحمل	۷۰/۳۶۷	پیش‌آزمون-پیگیری	۴/۱۶۷	۰/۰۰۱
بلاتکلیفی	۷۰/۵۰۰	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۱۳۳	۰/۱۴۲

بر اساس نتایج جدول ۵ درمان هیجان‌مدار بر کاهش نگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی در مرحله پس‌آزمون تاثیر داشته است و اثرات درمانی آن بعد از ۲ ماه ماندگار و پایدار بوده است.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کاهش نگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار تاثیر بیشتری بر کاهش نگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارد و این تاثیر بعد از ۲ ماه پیگیری ماندگار بود. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات تیمولاک و همکاران (۲۰۲۲)، اوکنل کنت و همکاران (۲۰۲۱)، تیمولاک و همکاران (۲۰۱۸)، تیمولاک و مک‌الوانی (۲۰۱۶)، واتسون و گرینبرگ (۲۰۱۷) و تیمولاک و کتوک (۲۰۲۲) همسویی دارد که درمان هیجان‌مدار را درمانی اثربخش و غالب برای اختلال اضطراب فراگیر دانسته‌اند و اثربخشی آن را نشان داده‌اند. در تبیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کاهش نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌توان گفت که در اختلال اضطراب فراگیر ه نگرانی به حفظ هیجانات منفی استفاده می‌شود (کروچ و همکاران، ۲۰۱۷). لذا این بیماران واکنش‌های منفی بیشتری به هیجانات منفی نشان می‌دهد و نگرانی جزئی از زندگی آنها می‌شود، چرا که مدام نسبت به هیجانات منفی و غیرمنتظره حساس هستند (نیومن و لارا، ۲۰۱۱). بنابراین این بیماران با شرکت در جلسات درمان هیجان‌مدار بر کاهش علائم نگرانی خود تمرکز می‌کنند و با درک ماهیت هیجانات و ارتقاء میزان آگاهی مرتبط با هیجانات به خود در کشف، سازگاری و تحمل کردن هیجانات منفی کمک می‌کنند تا نگرانی کمتری را تجربه کنند. همچنین می‌توان گفت که در نظریه درمان هیجان‌مدار، زمانی که فرد اضطراب را تجربه می‌کند، به دلیل فعال شدن خاطرات طرحواره‌ای هیجانی از تجربیات مضر و دردناکی که در غیاب محافظت، تسکین و حمایت تحمل می‌کردند، خود به عنوان ترسناک و آسیب‌پذیر سازمان‌دهی می‌شود. کار با اضطراب می‌تواند پیچیده تر از کار با افسردگی باشد. اختلال اضطراب فراگیر اغلب از سال‌ها غفلت، طرد شدن، رها شدن و سوء استفاده عاطفی ناشی می‌شود. درمانگران هیجان‌مدار در ارائه یک رابطه گرم، حمایتی، پذیرنده و همدلانه به طور مداوم صبور هستند، به طوری که مراجع می‌تواند احساس قوی‌تری از خود، خودسازماندهی مثبت‌تری ایجاد کند و کار تحول عاطفی را انجام دهند. موفقیت آخر مستلزم آن است که مراجع احساسات دردناک ترس، غم و شرم خود را در نتیجه آسیب‌های عاطفی و دلبستگی پردازش کند، و بنابراین، خود دلسوزتر و خودپذیرتر شود و از این طریق میزان نگرانی خود را کمتر کند. لذا منطقی است گفته شود که درمان هیجان‌مدار بر کاهش نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اثربخش است.

در تبیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌توان گفت که می‌توان گفت که یکی از مهم‌ترین درمان‌ها برای کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی به ویژه در بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر درمان هیجان‌مدار است (همایونی و همکاران، ۱۴۰۱). در این درمان بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر امکان دسترسی به نیازها، آمال و تمایلات خود را پیدا می‌کنند و توانمند می‌شوند که تعاملات هیجانی مشکل‌آفرین خود را تغییر دهند. لذا درمان هیجان‌مدار تغییر در هیجان را منشأ و درمان مشکلات روانشناختی همچون اضطراب فراگیر در نظر گرفته و به این نکته اشاره دارد

که ابتدایی ترین مسیر رسیدن به تغییر توجه به هیجانات نگران کننده است که منجر آن به آن می شود که فرد تحمل وقایع غیرقطعی را نداشته باشد (تیمولاک و مک الوانی، ۲۰۱۷). همچنین این درمان، ریشه اختلال اضطراب فراگیر تجارب غفلت، طرد شدن از سوی دیگران و آسیب از آنها می داند و مطرح می کند که هنگامی مراقبت و حمایت اطرافیان کم باشد، خاطرات مربوط به هیجانات منفی، به دور از آگاهی فرد ایجاد می شود و چنین فردی با کرختی هیجانی و نادیده گرفتن آن هیجان، به مقابله با آن می پردازد (گرینبرگ و گلدمن، ۲۰۰۸). بنابراین می توان گفت که آغاز درمان هیجان مدار، تمرکز بر عمیق سازی تجارب و ورود به سطوح و لایه های آگاهی هیجانی است (واتسون و گرینبرگ، ۲۰۱۷). لذا از این رو، می توان گفت که در درمان هیجان مدار پاسخ های هیجانی منفی کمتر می شود و با راهبرد ارزیابی مجدد می تواند تجارب هیجانی منفی را تعدیل می شود و این شرایط باعث کاهش بالاتکلیفی در فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می شود. لذا منطقی است گفته شود که درمان هیجان مدار بر کاهش عدم تحمل بالاتکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اثربخش است.

از جمله محدودیت های این پژوهش آن بود که تنها به بررسی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شهر تهران پرداخته شده است و تنها ابزار گردآوری برای شناسایی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر پرسشنامه خودگزارشی بوده است که این می تواند باعث شود بیماران پاسخ های جامعه پسند به سوالات پرسشنامه بدهند. برای رفع این محدودیت ها پیشنهاد می شود پژوهش هایی در سایر شهرها انجام شود و علاوه بر استفاده از پرسشنامه ها از سایر ابزارها مانند مصاحبه نیز استفاده شود. پیشنهاد می شود چنین مطالعاتی را در نمونه های دیگر از جمله بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به تفکیک جنسیت تکرار شود و به مقایسه جنسیتی نیز پرداخته شود. مرحله پیگیری در این پژوهش ۲ ماهه بود، بر این اساس پیشنهاد می شود در پژوهش های بعد با لحاظ کردن مرحله پیگیری بلندمدت تر و طولانی تر (بیش از شش ماه یا حتی یک سال) به بررسی تداوم و ماندگاری درمان هیجان مدار پرداخته شود. بر اساس نتایج پژوهش می توان به طور کاربردی پیشنهاداتی را مطرح کرد. به طوری که پیشنهاد می شود که درمانگران و متخصصان روانشناسی این حوزه از این گونه مداخلات درمانی جهت کاهش مشکلات بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر استفاده نمایند. لذا سازمان نظام روانشناسی و مشاوره ایران و مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی که متولی برنامه ریزی و درمان در زمینه اختلالات روانشناختی هستند می توانند از نتایج این گونه تحقیقات برای بهبود مشکلات بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر استفاده کنند.

۵. ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش ملاحظات اخلاقی رعایت شده است که از جمله آنها می توان به کسب رضایت بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر 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 بی ضرر بودن مداخله، مطلع و آگاه شدند، از سودمندی مداخله، مطلع و آگاه شدند، شرکت کنندگان از تخصص و صلاحیه مداخله گران، مطلع و آگاه شدند، در مورد علمی بودن روش به بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر توضیح داده آگاه شدند، از امکان خروج آزادانه در هر مرحله مطالعه که تمایل داشته باشند آگاه شدند، به بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر توضیح داده شد که سازمانی صلاحیت دار مانند دانشگاه ناظر بر فرآیند پژوهش است، اختیاری بودن پژوهش و حق خروج از پژوهش، پاسخ به سوالات 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. همچنین این پژوهش دارای شناسه اخلاق IR.IAU.SHAHROOD.REC.1402.083 از کارگروه/کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود است.

۶. سپاسگزاری

از همه شرکت کنندگان (بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر) که به سوالات پژوهش پاسخ دادند و در اجرای پژوهش حاضر مشارکت و یاری داشتند، تشکر و قدردانی می شود.

۷. حمایت مالی

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی نداشته است.

۸. تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- اسدپور، ا. و ویسی، س. (۱۳۹۶). اثربخشی زوج درمانی هیجان-محور بر عزت نفس جنسی و عملکرد جنسی زنان مبتلا به اسکروز چندگانه. *مجله علمی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲۰ (۸)، ۱-۱۲. <http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-5174-fa.html>
- پرتوی پیروز، ل.، جمهری، ف.، سعادت‌ی شامیر، ا. و حسنی، ج. (۱۴۰۱). مدل ساختاری اضطراب سلامت بر اساس عدم تحمل بلاتکلیفی و حساسیت اضطرابی با میانجیگری نشخوار فکری در دانشجویان. *نشریه مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان*، ۳ (۲)، ۲۷۸-۲۹۰. https://www.aftj.ir/article_193557_beec8d3fd4ade941b21e9158ecfb53fd.pdf
- دهشیری، غ.، گلزاری، م.، برجلی، ا. و سهرابی، ف. (۱۳۸۸). خصوصیات روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا در دانشجویان. *مجله علمی و پژوهشی روانشناسی بالینی*، ۱ (۴)، ۶۷-۷۵. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.1988>
- فهیمی، ص.، محمودعلیلو، م.، رحیم خانی، م.، فخاری، ع. و پورشریفی، ح. (۱۳۹۲). عدم تحمل بلاتکلیفی به عنوان ویژگی مستعد کننده اختلالات اضطراب منتشر، و سواسی اجباری و وحشت‌زدگی. *مجله علوم تحقیقات رفتاری*، ۱۱ (۴)، ۲۳۳-۲۴۴. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17352029.1392.11.4.1.8>
- نائبینان، م.، شعیری، م.، شریفی، م. و هادیان، م. (۱۳۹۰). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر. *نشریه روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۹ (۱)، ۴۱-۵۰. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.23452188.1390.9.1.5.7>
- همایونی، س.، تقوی، م.، گودرزی، م. و هادیان فرد، ح. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر نگرانی و خودانتقادی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱ (۱۰۹)، ۱-۱۸. <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.109.1>

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5thed.). Washington, DC. American Psychiatric Press. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Asadpour, E., & Veisi, S. (2017). The effectiveness of emotionally focused couple therapy on sexual self-esteem and sexual function in women with multiple sclerosis. *J Arak Uni Med Sci*, 20 (7), 1-12. (In Persian) <http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-5174-fa.html>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck depression inventory-II. *Psychological assessment*. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Bomyea, J., Ramsawh, H., Ball, T. M., Taylor, C. T., Paulus, M. P., Lang, A. J., & Stein, M. B. (2015). Intolerance of uncertainty as a mediator of reductions in worry in a cognitive behavioral treatment program for generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 33 (1), 90-94. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.05.004>
- Bottesi, G., Ghisi, M., Carraro, E., Barclay, N., Payne, R., & Freeston, M. H. (2016). Revising the intolerance of uncertainty model of generalized anxiety disorder: evidence from UK and Italian undergraduate samples. *Frontiers in Psychology*, 7 (1), 1-10. <https://doi.org/10.3389%2Ffpsyg.2016.01723>
- Carleton, R. N. (2016). Fear of the unknown: One fear to rule them all?. *Journal of anxiety disorders*, 41 (1), 5-21. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.011>
- Crouch, T. A., Lewis, J. A., Erickson, T. M., & Newman, M. G. (2017). Prospective investigation of the contrast avoidance model of generalized anxiety and worry. *Behavior therapy*, 48 (4), 544-556. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.10.001>
- Dehshiri, G., Golzari, M., Borjali, A., & Sohrabi, F. (2009). Psychometrics Particularity of Farsi Version of Pennsylvania State Worry Questionnaire for College Students. *Journal of Clinical Psychology*, 1 (4), 67-75. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.1988> (In Persian)
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1977). SCL-90. *Administration, scoring and procedures manual-I for the R (revised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scales Series*. Chicago: Johns Hopkins University School of Medicine. <http://www.westerparc.nl/wp-content/uploads/2011/12/SCL-90-Engels.pdf>

- Dugas, M. J., Hedayati, M., Karavidas, A., Buhr, K., Francis, K., & Phillips, N. A. (2005). Intolerance of uncertainty and information processing: Evidence of biased recall and interpretations. *Cognitive therapy and research*, 29 (1), 57-70. <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-005-1648-9>
- Fahimi, S., Mahmoud Aliloo, M., RahimKhanli, M., Fakhari, A., & Poursharifi, H. (2013). Compare intolerance of uncertainty in the generalized anxiety disorder, obsessive compulsive disorder, panic disorder and normal people. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 11 (4), 233-244. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17352029.1392.11.4.1.8> (In Persian)
- Gambin, M., Sękowski, M., Woźniak-Prus, M., Wnuk, A., Oleksy, T., Cudo, A., & Maison, D. (2021). Generalized anxiety and depressive symptoms in various age groups during the COVID-19 lockdown in Poland. Specific predictors and differences in symptoms severity. *Comprehensive Psychiatry*, 105(2), 1522-1529. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152222>
- Garner, A. R., & Stuart, G. L. (2023). Integrating mindfulness and acceptance into traditional cognitive behavioral therapy during the covid-19 pandemic: A case study of an adult man with generalized anxiety disorder. *Clinical Case Studies*, 22 (2), 120-137. <https://doi.org/10.1177/15346501221123568>
- Greenberg, L. S., & Goldman, R. N. (2008). *Emotion-focused couples therapy: The dynamics of emotion, love, and power*. American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/record/2008-17822-005>
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. Guilford Press. <https://www.guilford.com/books/Facilitating-Emotional-Change/Greenberg-Rice-Elliott/9781572302013>
- Gu, Y., Gu, S., Lei, Y., & Li, H. (2020). From uncertainty to anxiety: How uncertainty fuels anxiety in a process mediated by intolerance of uncertainty. *Neural Plasticity*, 1 (1), 1-8. <https://doi.org/10.1155/2020/8866386>
- Homayouni, S., Taghavi, M.R., Goodarzi, M. A., & Hadianfard, H. (2022). The efficacy of emotion focused therapy on worry and self-criticism in individuals with generalized anxiety disorder. *Journal of Psychological Science*. 21 (109), 1-18. (In Persian) <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.109.1>
- Johnson, S. U., Ulvenes, P. G., Øktedalen, T., & Hoffart, A. (2019). Psychometric properties of the GAD-7 in a heterogeneous psychiatric sample. *Frontiers in psychology*, 10 (1), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01713>
- LaFreniere, L. S., & Newman, M. G. (2020). Exposing worry's deceit: Percentage of untrue worries in generalized anxiety disorder treatment. *Behavior Therapy*, 51 (3), 413-423. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.07.003>
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour research and therapy*, 28 (6), 487-495. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
- Murphy, J., Rowell, L., McQuaid, A., Timulak, L., O'Flynn, R., & McElvaney, J. (2017). Developing a model of working with worry in emotion-focused therapy: A discovery-phase task analytic study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 17 (1), 56-70. <http://dx.doi.org/10.1002/capr.12089>
- Naeinian, M., Shaeiri, M., Sharif, M., & Hadian, M. (2011). To Study Reliability and Validity for A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). *Clinical Psychology and Personality*, 9 (1), 41-50. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.23452188.1390.9.1.5.7> (In Persian)
- Newman, M. G., & Llera, S. J. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical psychology review*, 31 (3), 371-382. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.01.008>
- 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>
- Partovi Pirooz L, Jomehori F, Seadatee Shamir A, Hasani J. (2022). Structural model of health anxiety based on intolerance of uncertainty and anxiety sensitivity with mediating the role of rumination in college students. *journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*. 3(2), 278-290. https://www.aftj.ir/article_193557_beecc8d3fd4ade941b21e9158ecfb53fd.pdf (In Persian)
- Quoidbach, J., Berry, E. V., Hansenne, M., & Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and individual differences*, 49 (5), 368-373. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.03.048>

- Rehman, U., Shahnawaz, M. G., Khan, N. H., Kharshiing, K. D., Khursheed, M., Gupta, K., & Uniyal, R. (2021). Depression, anxiety and stress among Indians in times of Covid-19 lockdown. *Community mental health journal*, 57(1), 42-48. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00664-x>
- Rosa-Alcázar, A. I., Rosa-Alcázar, Á., Martínez-Esparza, I. C., Storch, E. A., & Olivares-Olivares, P. J. (2021). Response Inhibition, Cognitive Flexibility and Working Memory in Obsessive-Compulsive Disorder, Generalized Anxiety Disorder and Social Anxiety Disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 364-372. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073642>
- Ruscio, A. M., Hallion, L. S., Lim, C. C., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., ... & Scott, K. M. (2017). Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe. *JAMA psychiatry*, 74 (5), 465-475. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0056>
- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. C., & Clark, D. M. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological medicine*, 32 (5), 843-853. <https://doi.org/10.1017/s0033291702005822>
- Sapra, A., Bhandari, P., Sharma, S., Chanpura, T., & Lopp, L. (2020). Using generalized anxiety disorder-2 (GAD-2) and GAD-7 in a primary care setting. *Cureus*, 12(5), 1-10. <https://doi.org/10.7759/cureus.8224>
- Schaefer, L. M., Howell, K. H., Thurston, I. B., Kaufman, C. C., & Hasselle, A. J. (2021). Protective factors associated with fewer generalized anxiety disorder symptoms among women exposed to intimate partner violence. *Journal of interpersonal violence*, 36(13-14), 5923-5947. <https://doi.org/10.1177/0886260518817027>
- Sexton, K. A., & Dugas, M. J. (2009). Defining distinct negative beliefs about uncertainty: validating the factor structure of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Psychological assessment*, 21 (2), 176-186. <https://doi.org/10.1037/a0015827>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166 (10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Stewart, A. L., Hays, R. D., & Ware Jr, J. E. (1988). The MOS short-form general health survey: reliability and validity in a patient population. *Medical care*, 1 (1), 724-735. <https://doi.org/10.1097/00005650-198807000-00007>
- Tiirikainen, K., Haravuori, H., Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., & Marttunen, M. (2019). Psychometric properties of the 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) in a large representative sample of Finnish adolescents. *Psychiatry research*, 272(12), 30-35. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.004>
- Timulak, L., & Keogh, D. (2022). *Transdiagnostic emotion-focused therapy: A clinical guide for transforming emotional pain*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/pubs/books/transdiagnostic-emotion-focused-therapy>
- Timulak, L., & McElvaney, J. (2016). Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An overview of the model. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46 (1), 41-52. <http://dx.doi.org/10.1007/s10879-015-9310-7>
- 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., Chigwedere, C., Wilson, C., Ward, F., Hevey, D., ... & Irwin, B. (2018). A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioural therapy in the treatment of generalised anxiety disorder: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 19 (1), 1-11. <https://doi.org/10.1037/pst0000427>
- Vadivel, B., Azadfar, Z., Talib, M. A., Mutlak, D. A., Suksatan, W., Abbood, A. A. A., ... & Chupradit, S. (2022). Intolerance of uncertainty scale-12: psychometric properties of this construct among Iranian undergraduate students. *Frontiers in Psychology*, 13 (1), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.894316>
- Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2017). *Emotion - focused therapy for generalized anxiety*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/pubs/books/4317438>

- Wilson, E. J., Stapinski, L., Dueber, D. M., Rapee, R. M., Burton, A. L., & Abbott, M. J. (2020). Psychometric properties of the Intolerance of Uncertainty Scale-12 in generalized anxiety disorder: Assessment of factor structure, measurement properties and clinical utility. *Journal of anxiety disorders*, 76 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102309>
- Yonkers, K. A., Bruce, S. E., Dyck, I. R., & Keller, M. B. (2003). Chronicity, relapse, and illness—course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depression and anxiety*, 17 (3), 173-179. <https://doi.org/10.1002/da.10106>

The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Worry and Uncertainty Intolerance in Patients with Generalized Anxiety Disorder

Extended Abstract

Aim

Emotional disorders, including problems related to the diagnostic categories of anxiety disorders, constitute the most common spectrum of psychiatric disorders ([Sapra and et al, 2020](#)), which include high levels of anxiety, depression, fear, and somatic symptoms ([Rehman and et al, 2021](#)). Generalized anxiety disorder has several core problems that may be treated by positively regulating positive emotions, and these problems include hypervigilance against threat, ignoring positive emotions with worry, persistence, and inaccurate negative predictions about future outcomes ([LaFreniere & Newman, 2020](#)). In DSM-5, generalized anxiety disorder is characterized by excessive anxiety and worry, difficulty controlling, and psychosocial impairment in relation to various aspects of the individual's life ([American Psychiatric Association, 2013](#)). Based on what has been said, and considering the problems raised in people with generalized anxiety disorder, which can lead to severe psychosocial impairment ([Tiirikainen abd et al, 2019](#)), and especially its greater prevalence in women ([Schaefer and et al, 2021](#)), providing psychological interventions to improve their problems is of great importance. Psychological counseling and service centers can use the results of this study in line with the problems caused by generalized anxiety in people with generalized anxiety disorder. Therefore, conducting this study is practical and has research importance and necessity. The purpose of this study was to effectiveness of emotion-focused therapy on worry and uncertainty intolerance in patients with generalized anxiety disorder.

Methodology

The research method was based on the objective, applied, and from the perspective of data collection, it falls under the category of quantitative research, specifically semi-experimental. It employed a pre-test, post-test, and two-month follow-up design with an unequal control group. The statistical population of the present study was all patients with generalized anxiety in Tehran in 2023. In the first stage, the number of 30 patients with a score of 10 and above on the generalized anxiety disorder scale was selected and then randomly divided into one experimental group (15 patients) and one control group (15 patients) were replaced and experimental group underwent emotion-focused therapy by [Timulak & McElvaney \(2017\)](#) and emotion-focused therapy in this study, 10 sessions 90 minute were conducted in the experimental group and validity of these sessions has been confirmed in studies by [Timulak & McElvaney \(2017\)](#) and [Homayouni and et al \(2022\)](#) on people with generalized anxiety disorder. To collect data generalized anxiety disorder scale (GAD-7) of [Spitzer and et al \(2006\)](#), Penn State worry and uncertainty intolerance questionnaire (PSWQ) of [Meyer and et al \(1990\)](#) and intolerance of uncertainty scale (IUS-27) of [Sexton and Dugas \(2009\)](#). Descriptive statistics such as mean and standard deviation were used in this research, and inferential statistics, including repeated measures analysis of variance, were applied. Furthermore, the Bonferroni test and SPSS software version 28 were used to compare the pre-test, post-test, and follow-up stages.

Results

The results showed that emotion-focused therapy had a significant effect on reducing a general worry ($F=115.738$, $\text{sig}=0.001$), no worry ($F=8.465$, $\text{sig}=0.001$), total worry ($F=79.797$, $\text{sig}=0.001$), self-referent implications ($F=18.031$, $\text{sig}=0.001$), uncertainty unfair ($F=45.431$, $\text{sig}=0.001$) and total uncertainty intolerance ($F=35.926$, $\text{sig}=0.001$). Furthermore, pairwise comparisons of the means at different stages of the test (pre-test, post-test, and follow-up) were used to compare the dependent variables in patients with diabetes. The results indicated that the difference between the pre-test and post-test means (intervention effect) and the difference between the pre-test and follow-up means (time effect) were greater and more significant than the difference between the post-test and follow-up means (stability of intervention effect).

Conclusion

The results showed that emotion-focused therapy had a greater effect on reducing worry and intolerance of uncertainty in patients with generalized anxiety disorder, and this effect was sustained after 2 months of follow-up. This result is consistent with the results of research by [Timulak and et al \(2022\)](#) and [O'Connell Kent and et al \(2021\)](#) who have considered emotion-focused therapy to be an effective and dominant treatment for generalized anxiety disorder and have shown its effectiveness. In explaining this result, it can be said that emotion-focused therapists are consistently patient in providing a warm, supportive, accepting, and empathetic relationship so that clients can develop a stronger sense of self, more positive self-organization, and work on emotional transformation. The ultimate success requires that clients process their painful feelings of fear, sadness, and shame resulting from emotional and attachment trauma, and thus become more self-compassionate and self-accepting, thereby reducing their level of worry. Therefore, it is reasonable to say that emotion-focused therapy is effective in reducing worry in patients with generalized anxiety disorder. Also, in explaining the effectiveness of emotion-focused therapy on reducing intolerance of uncertainty in patients with generalized anxiety disorder, it can be said that one of the most important treatments for reducing intolerance of uncertainty, especially in patients with generalized anxiety disorder, is emotion-focused therapy ([Homayouni and et al, 2022](#)). It can be said that in emotion-focused therapy, negative emotional responses are reduced and negative emotional experiences can be modulated with the reappraisal strategy, and these conditions reduce uncertainty in individuals with generalized anxiety disorder. Therefore, it is logical to say that emotion-focused therapy is effective in reducing intolerance of uncertainty in patients with generalized anxiety disorder.

Keyword: *Emotion-Focused Therapy, Generalized Anxiety Disorder, Uncertainty Intolerance, Worry.*

Ethical Considerations

In the present study, the ethical approval of research, including secrecy, confidentiality and privacy of individuals, were observed, and participation in the research did not cause any possible harm to the participants. This research also has an ethics ID number IR.IAU.SHAHROOD.REC.1402.083 from the Research Ethics Working Group/Committee of Islamic Azad University, Shahrood Branch.

Acknowledgments and Funding

We thank and appreciate all the people and participants (people with social phobia disorder) who helped us in conducting this research. This study did not have any funds.

Authors' contribution

This article is taken from the doctoral dissertation of the first author, and the second and third author as a supervisors and the fourth author as a consultant had the role of supervising the successful completion and implementation of the research.

Conflict of Interest

According to the authors, this article has no funding or conflict of interest.