



The Comparison of the Effectiveness of Emotional Schema Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Cognitive Emotion Regulation, Intolerance of Uncertainty, and Cognitive Flexibility in Patients with Generalized Anxiety Disorder

Kobra Ghanizadeh Balderloo¹ , Naimeh Moheb^{2*} , Marzieh Alivandi Vafa¹ ,
Masoumeh Azmoudeh¹ 

1. Department of Psychology, Faculty of Humanities and Educational Sciences, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

2. Department of Clinical Psychology, TaMS.C., Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

*Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, TaMS.C., Islamic Azad University, Tabriz, Iran. Email: moheb@iaut.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article History:

Received: 01 Mar 2023

Revised: 29 Aug 2023

Accepted: 25 Sep 2023

Published: 31 Dec 2025

Keywords:

*Cognitive Emotion Regulation,
Emotional Schema Therapy,
Mindfulness-Based Cognitive
Therapy, Cognitive Flexibility,
Uncertainty Intolerance.*

ABSTRACT

The objective was to compare the effectiveness of emotional schema therapy and cognitive therapy based on mindfulness on cognitive regulation of emotion, intolerance of uncertainty, and cognitive flexibility. The research design was analytical and quasi-experimental, and it was a randomized, one-sided blind, placebo-controlled clinical trial. The statistical population was patients with generalized anxiety disorder who were referred to psychiatric, psychiatry, and health centers in Urmia city in 2021 comprised the statistical population. Using the accessible and targeted method, a sample of 45 individuals (13 men and 32 women) was selected. The sample consisted of 15 individuals in the emotional schema therapy group (4 men and 11 women), 15 individuals in the cognitive therapy group based on mindfulness (4 men and 11 women), and 15 individuals in the control group (5 men and 10 women). The data was analyzed using soft software (SPSS-28) and a multivariate covariance analysis test. The questionnaires included the Generalized Anxiety Disorder (GAD-7), Pennsylvania State Worry Questionnaire (PSWQ), Intolerance of Ambiguity, Cognitive Flexibility, and emotional-cognitive regulation. Additionally, two cognitive therapy methods based on emotional schema therapy and mindfulness were employed. The results of the covariance analysis indicated that emotional schema therapy and cognitive therapy based on mindfulness were effective in the cognitive regulation of emotion, intolerance of uncertainty (ambiguity), and cognitive flexibility of patients with generalized anxiety disorder. The effectiveness of emotional schema therapy was more reliant on mindfulness than that of cognitive therapy. The results indicate that these two intervention methods, particularly emotional schema therapy, can be employed to manage emotions and anxiety in patients with general anxiety.

Cite this article: Ghanizadeh Balderloo, K., Moheb, N., Alivandi Vafa, M., & Azemoudeh, M. (2025). The Comparison of the Effectiveness of Emotional Schema Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Cognitive Emotion Regulation, Intolerance of Uncertainty, and Cognitive Flexibility in Patients with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Applied Psychological Research*, 16(4), 119-138. doi:10.22059/japr.2025.356174.644559



Publisher: University of Tehran Press

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2025.356174.644559>

© The Author(s).

The Comparison of the Effectiveness of Emotional Schema Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Cognitive Emotion Regulation, Intolerance of Uncertainty, and Cognitive Flexibility in Patients with Generalized Anxiety Disorder

Extended Abstract

Aim

Generalized anxiety disorder (GAD) is a type of anxiety disorder characterized by excessive and uncontrollable worry about everyday events and activities, often accompanied by physical symptoms such as muscle tension, irritability, sleep disturbances, and restlessness. Several individual characteristics have been linked to GAD, including cognitive emotion regulation. Mennin et al. (2005) argued that within the emotion dysregulation model, deficits or difficulties in emotion regulation can predict GAD. Another characteristic associated with GAD is intolerance of uncertainty, which is a cognitive bias affecting how individuals perceive, interpret, and respond to uncertain situations at emotional, cognitive, and behavioral levels (Partovi Pirooz et al., 2022). Individuals with high intolerance of uncertainty experience anxiety and cognitive conflict in ambiguous situations and often struggle to process new information effectively (Rogers et al., 2022). Cognitive Flexibility is another important factor in GAD. It refers to the ability to adjust cognitive contexts and thought patterns to adapt to changing environmental stimuli. Cognitive flexibility facilitates adaptive thinking and behavior in response to environmental changes (Daliri et al., 2022). Over the past two decades, research on theoretical and therapeutic models for GAD has expanded. One such model is schema therapy. The emotional schema approach posits that emotional reasoning and exploration contribute to anxiety-inducing thoughts while also being integral to the thinking processes of non-clinical individuals (Van Wijk-Herbrink et al., 2019). Studies by Nedaee et al. (2023) demonstrated the effectiveness of emotional schema therapy in reducing intolerance of uncertainty and improving emotion regulation in individuals with depression and anxiety. Another widely used intervention for GAD is mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), which targets maladaptive thinking patterns and teaches attention control skills, enhancing the preventive aspects of treatment (Arablo, 2023). Hosseini et al. (2022) compared the effectiveness of schema therapy and MBCT on emotion regulation difficulties, reporting both interventions as effective. Considering the increasing psychological pressures in contemporary society and the detrimental impact of anxiety on daily functioning, conducting research on effective interventions for GAD is essential.

The present study aimed to compare the effectiveness of emotional schema therapy and mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on cognitive emotion regulation, intolerance of uncertainty, and cognitive flexibility patients with generalized anxiety disorder.

Methodology

The present study employed a quasi-experimental design with a pre-test and post-test format, including a control group. The statistical population comprised all individuals diagnosed with generalized anxiety disorder who were referred to medical centers (psychiatry, psychology, and health centers) in the city of Urmia in 2021. Inclusion criteria were: a confirmed diagnosis of generalized anxiety disorder, informed consent and willingness to participate, and an age range of 18–45 years. Exclusion criteria included: missing more than two sessions, substance or alcohol abuse, severe personality disorders or other major clinical disorders, and significant physical illness. A total of 45 eligible volunteers were selected using purposive sampling and were then randomly assigned to three groups: two experimental groups and one control group, with 15 participants in each. The assessment instruments used in this study were the Generalized Anxiety Disorder Scale (Spitzer et al., 2006), Penn State Worry Questionnaire (Meyer et al., 1990), Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski et al., 2001), Intolerance of Uncertainty Scale (Buhr & Dugas, 2002), and Cognitive flexibility Inventory (Dennis & Vander Wal, 2010).

Therapeutic interventions included Emotional Schema Therapy (Leahy, 2012) delivered in nine sessions and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (Segal et al., 2002) delivered in eight sessions, which were administered to the experimental groups. The control group did not receive any psychotherapy intervention. Data collected before and after the interventions were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) in SPSS 28.

Findings

First, the demographic characteristics of the participants were examined. The majority of participants were women, accounting for 32 individuals (72%). Most participants were under 30 years of age, and no significant age differences were observed between the groups. The findings indicated that in the pre-test phase, there were no significant differences in cognitive emotion regulation, intolerance of uncertainty, or cognitive flexibility scores among the emotional schema therapy, mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), and control groups, indicating that the three groups were comparable at baseline.

As shown in Table 1, the post-test results revealed significant differences in cognitive emotion regulation, intolerance of uncertainty, and cognitive flexibility scores between the emotional schema therapy and control groups, as well as between the MBCT and control groups ($p < 0.001$). These results suggest that both intervention groups significantly outperformed the control group in improving cognitive emotion regulation, intolerance of uncertainty, and cognitive Flexibility in patients with generalized anxiety disorder. Furthermore, as presented in Table 2, a comparison between the two interventions showed significant differences in all three variables ($P < 0.001$) with emotional schema therapy demonstrating greater effectiveness than MBCT in enhancing cognitive emotion regulation, intolerance of uncertainty, and cognitive flexibility.

Table 1. Differences in post-test scores of research variables by treatment method

Variable	Group	Mean Squares	df	F	P-value	Eta Squared
Emotion Regulation	Schema therapy	854.427	1	47.294	0.001	0.242
	MBCT	416.667	1	42.317	0.001	0.222
Intolerance of Uncertainty	Schema therapy	515.227	1	30.923	0.001	0.188
	MBCT	440.327	1	17.569	0.001	0.106
Cognitive Flexibility	Schema therapy	482.407	1	26.090	0.001	0.173
	MBCT	346.560	1	12.072	0.001	0.075

Table 2. Mean differences in research variables by treatment method

Variable	Groups	Mean Difference	T-score	P-value
Emotion Regulation	Schema therapy	Experimental 34.35	6.877	0.001
		Control 31.61		
	MBCT	Experimental 18.19	6.505	0.001
		Control 12.79		
Intolerance of Uncertainty	Schema therapy	Experimental 22.73	5.561	0.001
		Control 20.64		
	MBCT	Experimental 16.64	4.796	0.001
		Control 13.31		
Cognitive Flexibility	Schema therapy	Experimental 23.89	5.379	0.001
		Control 20.47		
	MBCT	Experimental 17.23	3.780	0.001
		Control 13.64		

Conclusion

This study compared the effectiveness of emotional schema therapy (EST) and mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on cognitive emotion regulation, intolerance of uncertainty, and cognitive Flexibility in patients with generalized anxiety disorder (GAD). The results indicated significant differences between the experimental groups and the control group. The first hypothesis showed that EST was more effective than MBCT in improving cognitive emotion regulation. This aligns with previous findings (Kianipoor et al., 2018; Seyed Asiaban et al., 2017). EST targets maladaptive emotional schemas—deeply held beliefs about emotions—and modifies the broader emotional system, including appraisal, regulation strategies, and behavioral patterns, leading to more durable and generalized improvements in emotion regulation (Van Wijk-Herbrink et al., 2019; Kianipoor et al., 2018). The second hypothesis demonstrated that EST was more effective in reducing intolerance of uncertainty compared to MBCT, consistent with prior research (Nedaei et al., 2023). EST addresses emotional schemas directly and

modifies maladaptive emotional beliefs uncertain emotional experiences, facilitating adaptive responses to uncertainty more effectively than mindfulness approaches, which primarily focus on nonjudgmental awareness and decentering. The third hypothesis indicated that EST was superior to MBCT in enhancing cognitive Flexibility (Nikpour et al., 2021; Shahmoradi et al., 2019). By restructuring core emotional meanings and combining affective exposure with cognitive interventions, EST reduces avoidant coping and promotes engagement in challenging situations, supporting greater cognitive flexibility than the primarily awareness-focused MBCT (Seyed Asiaban et al., 2017).

Limitations of this study include the use of non-random sampling, absence of a follow-up period, and reliance on self-reported questionnaires. Despite these limitations, the findings suggest that EST is a highly effective intervention for improving emotion regulation, reducing intolerance of uncertainty, and enhancing cognitive flexibility in patients with GAD. These results can inform clinical practice in psychology and counseling centers.

Keywords: Cognitive Emotion Regulation, Emotional Schema Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Cognitive Flexibility, Uncertainty Intolerance

Ethical Considerations

This research was approved by the Ethics Committee of Islamic Azad University, Tabriz Branch (Ethics code: IR.IAU.TABRIZ.REC.1401.306). The study was conducted in accordance with ethical principles, including informed consent, respectful treatment, confidentiality, data integrity, and voluntary participation and withdrawal. Participants were assured that research findings would be made available upon request at the end of the study.

Acknowledgments and Funding

We sincerely thank all participants in this study. No governmental or private organization provided financial support for this research

Conflict of Interest

The authors declare no conflict of interest.

Cite this article: Ghanizadeh Balderloo, K., Moheb, N., Alivandi Vafa, M., & Azemoudeh, M. (2025). The Comparison of the Effectiveness of Emotional Schema Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Cognitive Emotion Regulation, Intolerance of Uncertainty, and Cognitive Flexibility in Patients with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Applied Psychological Research*, 16(4), 119-138. doi:10.22059/japr.2025.356174.644559



Publisher: University of Tehran Press

© The Author(s).

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2025.356174.644559>



مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بلا تکلیفی و انعطاف پذیری شناختی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

کبری غنی زاده بالدرلو^۱✉، نعیمه محب^{۲*}✉، مرضیه علیوندی وفا^۱✉، معصومه آزموده^۱✉

۱. گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی و تربیتی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

۲. گروه روان شناسی بالینی، واحد علوم پزشکی تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

*نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان شناسی بالینی، واحد علوم پزشکی تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران. رایانامه: moheb@iaut.ac.ir

اطلاعات مقاله

چکیده

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۱۰

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۶/۰۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۷/۰۳

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۱۰/۱۰

کلیدواژه ها:

انعطاف پذیری روان شناختی، تنظیم شناختی هیجان، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، طرحواره درمانی هیجانی، عدم تحمل بلا تکلیفی.

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بلا تکلیفی و انعطاف پذیری شناختی بود. طرح پژوهش تحلیلی و شبه تجربی و از نوع کارآزمایی بالینی، تصادفی شده، یک سو کور و پلاسبو کنترل بود. جامعه آماری آن بیماران دچار اختلال اضطراب فراگیر بودند که به مراکز درمانی (روان پزشکی، روان شناسی و مراکز سلامت) شهر ارومیه در سال ۱۴۰۰ مراجعه کرده بودند. برای نمونه گیری، به روش دردسترس و هدفمند، ۴۵ نفر (۱۳ مرد و ۳۲ زن) بود: ۱۵ نفر گروه طرحواره درمانی هیجانی (۴ مرد و ۱۱ زن)، ۱۵ نفر گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (۴ مرد و ۱۱ زن) و ۱۵ نفر گروه کنترل (۵ مرد و ۱۰ زن). داده ها با پرسشنامه های اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7)، نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ)، عدم تحمل ابهام، انعطاف پذیری شناختی و تنظیم هیجانی-شناختی و دو روش درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی هیجانی، جمع آوری و با نرم افزار SPSS-28 و آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شدند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بلا تکلیفی (ابهام) و انعطاف پذیری شناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اثربخشی دارند و اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بیشتر از درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی است. با توجه به نتایج می توان از این دو روش مداخله ای به خصوص طرحواره درمانی هیجانی در راستای کنترل هیجانات و اضطراب در بیماران دچار اضطراب فراگیر استفاده کرد.

استناد: غنی زاده بالدرلو، ک، محب، ن، علیوندی وفا، م، و آزموده، م. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بلا تکلیفی و انعطاف پذیری شناختی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. فصل نامه پژوهش های کاربردی روانشناختی، ۱۶(۴)، ۱۳۸-۱۱۹.

doi:10.22059/japr.2025.356174.644559

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2025.356174.644559>

© نویسندگان.



۱. مقدمه

اختلال اضطراب منتشر یا اختلال اضطراب فراگیر^۱، نوعی اختلال اضطرابی است که به صورت نگرانی بیش از اندازه و نامعقول درمورد اتفاقات و فعالیت های روزمره تعریف می شود. اختلال اضطراب منتشر سیر مزمن تری دارد و می تواند برای ماه ها در فرد وجود داشته باشد. اختلال اضطراب فراگیر از شایع ترین اختلالات روان شناختی است که چنین تعریف شده است: «نگرانی شدید درمورد چندین رویداد یا فعالیت که در بیشتر روزها و حداقل شش ماه دوام دارد، کنترل و مهار آن مشکل است و با علائم جسمانی نظیر تنش عضلانی، تحریک پذیری، اشکال در خواب و بی قراری توأم است» (ارگیسی و همکاران^۲، ۲۰۲۲). اضطراب حالتی خلقی و منفی با علائم جسمی و نگرانی نسبت به آینده است که دارای حوزه های عملکردی گوناگون شامل بدنی، شناختی، عاطفی و بین فردی است (ساوولیا و همکاران^۳، ۲۰۲۰). اختلالات اضطرابی معمول ترین طبقه از اختلالات روانی اند؛ به طوری که در هر سال ۶/۱۱ درصد افراد به یکی از انواع آن ها مبتلا می شوند (شریف آرا و همکاران^۴، ۲۰۲۳). در مطالعه شیوع شناسی مشخص شد که حدود ۰/۹ درصد نوجوانان و ۲/۹ درصد بزرگسالان جمعیت عمومی ایالات متحده آمریکا دچار اختلال اضطراب فراگیر هستند و میزان شیوع یک ساله آن از ۰/۴ تا ۳/۶ درصد است. زنان دو برابر مردان در طول عمر خود به اختلال اضطراب فراگیر مبتلا می شوند و شیوع مداوم بودن آن ۹ درصد برآورد شده است. متوسط سن شروع این اختلال ۳۰ سالگی است. باین حال سن شروع دامنه گسترده ای دارد (ارگیسی و همکاران^۲، ۲۰۲۲). برخی از پژوهش های شیوع شناسی در ایران نشان داد شیوع اختلال اضطراب فراگیر در جامعه ایران نیز بالا گزارش شده است (دهناشی لاطان و ستاری^۵، ۱۳۹۹؛ عربلو^۶، ۱۴۰۲). ولی از منظر درمانی در کشورمان برای این اختلال، کاری صورت نگرفته است. اختلال اضطراب فراگیر سبب ایجاد واکنش های مختلف در افراد می شود و خصوصیات فردی مختلفی از آن ها را دچار مشکل می کند.

از جمله ویژگی هایی که این اختلال موجب برهم خوردن آن می شود، تنظیم شناختی هیجان است. تنظیم شناختی هیجان عبارت است از سبک پاسخ دهی شناختی فرد برای مدیریت به کارگیری اطلاعاتی که به لحاظ هیجانی برانگیخته شده اند (بیکر و بارکلی^۷، ۲۰۱۸). تنظیم شناختی هیجان فرایندی است که طی دوران رشد از طریق آموزش قابل یادگیری است و فرد ممکن است به دلایل مختلف مانند محیط ناکارآمد خانوادگی، نبود الگوی مناسب برای یادگیری و سوء رفتار جسمی و جنسی در مدیریت و سازمان دهی و ابراز هیجان های خود در زمینه کسب و یادگیری آن مشکل داشته باشد (سلطانی^۸، ۱۴۰۲). منین و همکاران^۹ (۲۰۰۵) در مدل بدتنظیمی هیجان دریافتند ناتوانی یا نقایص موجود در تنظیم هیجان می تواند پیش بینی کننده اختلال اضطراب فراگیر باشد (گولو و همکاران^۷، ۲۰۲۳). فرایندهای تنظیم شناختی هیجان نیز بخشی یا زیرمجموعه ای از فرایند تنظیم هیجان به شمار می رود (توملر و همکاران^۸، ۲۰۲۲).

عدم تحمل ابهام (بلانکلیفی) یکی دیگر از ویژگی هایی است که این اختلال سبب برهم خوردن آن می شود. عدم تحمل ابهام نوعی سوگیری شناختی است که بر شیوه دریافت، تفسیر و واکنش فرد به یک موقعیت نامشخص در سطوح هیجانی، شناختی و رفتاری اثر می گذارد (پرتوی پیروز و همکاران^{۱۰}، ۱۴۰۱). ابهام در حد متوسط می تواند اثرات بسیار مثبتی در زندگی افراد داشته باشد و افراد بنا به برداشت خود، درجه ای از ابهام را به صورت کم یا زیاد دارند. از این رو مقداری از ابهام به منظور پیشرفت فردی و توسعه جامعه انسانی ضروری است و باید با آغوش باز از آن استقبال شود (ندائی و همکاران^{۱۱}، ۱۴۰۲). افرادی که ابهام را نمی توانند تحمل کنند، در موقعیت های مبهم و ناآشکار دچار اضطراب و درگیری ذهنی و فکری می شوند، به قالب های فکری قبلی خود می چسبند و از پردازش اطلاعات جدید ناتوان هستند (هونتلی و همکاران^۹، ۲۰۲۲؛ روگرز و همکاران^{۱۰}، ۲۰۲۲).

1. Generalized Anxiety Disorder (GAD)

2. Ergisi et al.

3. Saviola et al.

4. Sharif Ara et al.

5. Becker & Barkley

6. Mennin et al.

7. Gullo et al.

8. Thümmel et al.

9. Huntley et al.

10. Rogers et al.

یکی دیگر از ویژگی‌هایی که این اختلال موجب برهم‌خوردن آن می‌شود، انعطاف‌پذیری شناختی است. انعطاف‌پذیری شناختی (روان‌شناختی) عبارت است از توانایی تغییر زمینه‌های شناختی و تفکرات به‌منظور سازگاری با محرک‌های محیطی در حال تغییر (دلیری و همکاران، ۱۴۰۱). انعطاف‌پذیری شناختی در سازگاری فکر و رفتار فرد در پاسخ به تغییرات محیطی اثربخش است (اوکاتی و راهدارپور^۱، ۲۰۲۳).

طی دو دهه گذشته مطالعاتی درباره توصیف مدل‌های نظری و درمانی این اختلال انجام شده است. یکی از این مدل‌ها طرحواره‌درمانی است. در مدل طرحواره‌هیجانی، افراد از نظر تفسیر و ارزیابی تجربه هیجانی خود با یکدیگر متفاوت‌اند و می‌کوشند با راهبردهای مختلف مانند اجتناب تجربی (سرکوبی، گریز و اجتناب)، راهبردهای شناختی بی‌ثمر (تکیه بیش‌ازحد به اندیشناکی و نگرانی)، حمایت اجتماعی (راهبردهای اعتباریابی انطباقی یا غیرانطباقی) یا راهبردهای دیگر، با هیجان‌های خود مقابله کنند (نجار کاخکی و همکاران، ۱۴۰۲). لیهی این الگو را الگوی فراشناختی یا فراهیجانی نامید که در آن، هیجان مورد شناخت اجتماعی قرار می‌گیرد (ندائی و همکاران، ۱۴۰۲). الگوی طرحواره‌هیجانی عنوان می‌کند که استدلال هیجانی و اکتشاف هیجانی بخشی از تفکر افسرده‌زا و اضطراب‌زا است؛ در حالی که مؤلفه‌ای اساسی در تفکر افراد غیربالینی نیز محسوب می‌شود (ون‌ویک-هربرینک و همکاران^۲، ۲۰۱۹). در همین راستا پژوهش‌ها ارتباط این الگو با مجموعه وسیعی از اختلالات، از قبیل وسواس فکری-عملی (ثلاثی و همکاران، ۱۴۰۲)، اضطراب مقاوم به درمان (نجار کاخکی و همکاران، ۱۴۰۲)، اضطراب فراگیر (ندایی و همکاران، ۱۴۰۲)، اختلافات زناشویی (ثلاثی و همکاران، ۱۴۰۲) و باورهای فراشناختی مشکل‌ساز (ادواردز و همکاران^۳، ۲۰۲۳) را تأیید کرده‌اند.

از دیگر روش‌های درمان‌های مورد استفاده در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب تغییر الگوهای معیوب تفکر و آموزش مهارت‌های کنترل توجه می‌شود که جنبه پیشگیرانه درمان را افزایش می‌دهد (ماهر و کوردووا^۴، ۲۰۱۹). این روش درمانی اجزایی از درمان شناختی را شامل می‌شود که سبب جداسدن دیدگاه فرد از افکارش و عدم محوریت آن می‌شود (پانگ و روچ^۵، ۲۰۱۹). روئمر و اورسیلو^۶ (۲۰۰۷) اشاره می‌کنند از آنجا که نگرانی آینده‌محور است، آموزش آگاهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند شیوه‌ای جایگزین در جهت کاهش نگرانی باشد. حسینی و همکاران (۱۴۰۰) اثربخشی طرحواره‌درمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر دشواری تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقایسه کردند. نتایج حاکی از اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (در مقایسه با گروه کنترل) بر دشواری تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی بود. نیک‌پور و همکاران (۱۴۰۰) تأثیر طرحواره‌درمانی و روش درمانی براساس پذیرش و تعهد نسبت به بهزیستی روان‌شناختی را در زنان طلاق‌گرفته مقایسه کردند و نشان دادند هر دو روش درمانی موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی در افراد شده است، ولی بین دو روش درمانی تفاوت معناداری در سطح ۵ درصد مشاهده نشد. آقائی‌پور گواسرائی و همکاران (۱۳۹۹) تأثیر سه روش طرحواره‌درمانی، درمان شناختی-رفتاری و درمان بر پایه ذهن‌آگاهی را بر کاهش اضطراب و افسردگی در همسران افراد جانباز مقایسه کردند و به این نتیجه رسیدند که هر سه روش درمانی سبب کاهش نشانه‌های افسردگی می‌شوند، ولی تأثیر طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری بیشتر است. کیانی‌پور و همکاران (۱۳۹۷) در مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش و دشواری تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی به این نتیجه دست یافتند که طرحواره‌درمانی هیجانی، اثربخشی بیشتری بر دشواری در تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی نسبت به روش درمانی بر مبنای ذهن‌آگاهی دارد. شاهمرادی و همکاران (۱۳۹۷) تأثیر طرحواره‌درمانی و درمان شناختی براساس ذهن‌آگاهی را روی طرحواره‌های ناسازگار و سلامت عمومی بیماران مبتلا به ویتیلیگو مقایسه کردند و نشان دادند

1. Okati & Rahdarpour
2. Van Wijk-Herbrink et al.
3. Edwards et al.
4. Maher & Cordova
5. Pang & Ruch
6. Roemer & Orsillo

طرحواره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی دو روش درمانی مؤثر در کاهش طرحواره های ناسازگار و ارتقای سلامت بیماران مبتلا به ویتیلیگو هستند. مومنی و همکاران (۱۳۹۷) تأثیر درمان شناختی-رفتاری گروهی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مقایسه کردند. نتایج مشخص کرد تأثیر درمان شناختی-رفتاری از درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بیشتر است. سیدآسیابان و همکاران (۱۳۹۶) تأثیر طرحواره درمانی و ذهن آگاهی را بر راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان در مصرف کنندگان مواد محرک مقایسه کردند.

مطابق نتایج، هردو روش موجب افزایش راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان می شود و طرحواره درمانی تأثیر بیشتری ایجاد می کند. با توجه به اینکه اختلال اضطراب فراگیر با توجه به شرایط جامعه روی می دهد و در حال حاضر شرایط جامعه ما از لحاظ های مختلف دچار تنش است و همچنین با توجه به همه گیری بیماری مهلک کرونا و وضعیت وخیم اقتصادی و اجتماعی جامعه، بیشتر مردم دچار اختلال های عصبی و اضطرابی شده اند. با توجه به اثرات مخرب این اضطراب ها بر زندگی افراد، باید اقدام به درمان آن در جامعه کرد تا از همه گیری و درگیری جامعه با افسردگی و خشونت ناشی از این اضطراب ها جلوگیری شود. به این ترتیب، هدف پژوهش مقایسه تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی با طرحواره درمانی هیجانی است؛ به نحوی که نتایج قابلیت اطمینان و تعمیم پذیری را به حوزه بالینی داشته باشند. در نهایت پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به سؤال اساسی زیر است: آیا کاربرد طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می توانند بر تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بالاتر کیفی (ابهام) و انعطاف پذیری شناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر داشته باشند؟

۲. روش

۲-۱. جامعه، نمونه و روش اجرا

طرح پژوهش توصیفی-پیمایشی، تحلیلی و شبه تجربی و از نوع کارآزمایی بالینی^۱، تصادفی شده، یک سو کور و پلاسبو کنترل است. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران دچار اختلال اضطراب فراگیر شهر ارومیه در سال ۱۴۰۱ بودند که به مراکز درمانی (روان پزشکی، روان شناسی و مراکز سلامت) مراجعه کرده بودند. برای نمونه گیری به روش دردسترس و هدفمند، ۴۵ نفر در سه گروه (۱۵ نفر برای طرحواره درمانی هیجانی، ۱۵ نفر برای درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و ۱۵ نفر گروه کنترل) انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل اختلال اضطراب فراگیر، سن ۱۸ تا ۴۵، رضایت و آگاهی برای شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج نیز عبارت بود از: مشکلات جسمی و بیماری، دیگر اختلالات روانی و مصرف دارو (ایمی پرامین، آمی تریپتیلین، نورتریپتیلین، میرتازاپین، ترانیل سیپرومین، فنلزین، فلوکستین، سیتالوپرام، اس سیتالوپرام، سرتالین، فلووکسامین، پاروکستین، داپوکستین، زیمیدین، ونلافاکسین و...)، تمایل نداشتن به ادامه پژوهش و بروز حادثه برای فرد.

اطلاعات و اسناد مورد نیاز در فرمت کتابخانه ای، مقالات، نشریات، کتاب ها و پایان نامه ها بررسی شدند و داده های پژوهش در فرمت میدانی و به خاطر شرایط کرونایی با تماس های تلفنی و تصویری در واتس اپ به دست آمدند. در قدم اول نمونه مورد بررسی با پرسشنامه های مقیاس اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) اسپیتزر و همکاران^۲ (۲۰۰۶) و پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ) میر و همکاران^۳ (۱۹۹۰) بررسی شدند تا میزان اختلال اضطراب فراگیر آن ها به دست آید. سپس پیش آزمون اجرا شد و بعد از آن، کلاس های درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی هیجانی برای نمونه های انتخابی (۱۵ نفر گروه طرحواره درمانی هیجانی، ۱۵ نفر گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و ۱۵ نفر گروه کنترل) به صورت مجزا و با تماس های تلفنی و تصویری در واتس اپ بنا به شرایط کرونایی برگزار شد. مرحله بعد اجرای پس آزمون بود و در نهایت، نتایج دو آزمون برای گروه های تعیین شده مقایسه شدند. تمامی روش کار از شروع و اجرای پیش آزمون و کلاس های درمانی و در نهایت پس آزمون بنا به شرایط کرونایی به صورت مجزا و هم به صورت حضوری (با رعایت پروتکل های بهداشتی) و هم در نرم افزار واتس اپ در گروه های ایجاد شده اجرا شدند.

1. clinical trial

2. Spitzer et al.

3. Meyer et al.

۲-۲. ابزارها

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

این مقیاس را اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) ساخته‌اند که میزان و شدت اضطراب طی دو هفته اخیر را اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس حاوی هفت سؤال است که برحسب مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود و گستره نمره مقیاس از ۷ تا ۳۵ است. در تحقیق اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) ضریب آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی این مقیاس به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۳ برآورد شد (نایینیان و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهش نایینیان و همکاران (۱۳۹۰) که روی دانشجویان ایرانی و نمونه بالینی و با تحلیل عاملی اکتشافی انجام گرفت، نتایج حاکی از وجود یک عامل با ضریب تعیین ۵۳ درصد بود. همچنین نتایج نشان داد مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر از اعتبار تشخیصی مناسبی بهره‌مند است. ضریب آلفای کرونباخ نیز برای این پژوهش ۰/۸۵ برآورد شد که نشان از پایایی مناسب این ابزار دارد (نایینیان و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر، روایی محتوایی مقیاس هفت‌سؤالی اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) توسط متخصصان و پایایی آن با آزمون آلفای کرونباخ به مقدار ۰/۸۰ برآورد شد.

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

یک پرسشنامه خودگزارشی ۱۶ سؤالی است که میر و همکاران (۱۹۹۰) آن را ساخته‌اند و نگرانی شدید، مفرط و کنترل‌ناپذیر را اندازه می‌گیرد. مقیاس پاسخگویی به سؤالات طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای است. ۱۱ سؤال آن (مربوط به نگرانی) به‌طور مثبت نمره‌گذاری می‌شود. و نمره‌گذاری ۵ سؤال آن (سؤالات ۱، ۳، ۸، ۱۰ و ۱۱) منفی است و نبود نگرانی را نشان می‌دهد. دامنه نمرات کل پرسشنامه ۱۶ تا ۸۰ است. در مطالعه میر و همکاران (۱۹۹۰) شواهد خوبی برای همسانی درونی^۳ (آلفای کرونباخ ۰/۹۰) و اعتبار بازآزمایی^۴ (۰/۷۴) در فاصله دو تا چهار هفته و روایی همگرا^۵ و واگرا^۶ برای این ابزار برآورد شده است. شیرین‌زاده و همکاران (۱۳۸۷) اعتبار پرسشنامه را به روش همسانی درونی ۸۶ درصد و به روش بازآزمایی با فاصله چهار هفته ۷۷ درصد گزارش کرده‌اند و در پژوهش دهشیری و همکاران (۱۳۸۸) با استفاده از آلفای کرونباخ، قابلیت اعتماد همسانی درونی پرسشنامه ۰/۸۸ و قابلیت اعتماد بازآزمون به روش بازآزمایی با فاصله چهار هفته ۰/۷۹ و اعتبار هم‌زمان آزمون با آزمون اضطراب صفت ۰/۶۸ و با آزمون افسردگی بک ۰/۴۳ گزارش شد. در پژوهش حاضر روایی محتوایی پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ)، توسط متخصصان و پایایی با آزمون آلفای کرونباخ به مقدار ۰/۸۰ برآورد شد.

۲-۲-۳. مقیاس عدم تحمل ابهام^۷ (IUS)

این مقیاس توسط باهر و داگاس^۸ (۲۰۰۹) ساخته شده و دارای ۲۷ ماده و چهار خرده‌مقیاس، ناتوانی برای انجام عمل، استرس‌آوردن بلا تکلیفی، منفی‌بودن رویدادهای غیرمنتظره و اجتناب از آن‌ها و ابهام درمورد آینده است. آزمودنی‌ها براساس یک مقیاس پنج‌درجه‌ای به سؤال‌ها پاسخ می‌دهند. مجموع نمرات آن برای کل مقیاس ۲۷ تا ۱۳۵، برای خرده‌مقیاس‌های ناتوانی در انجام عمل ۹ تا ۴۵، استرس‌آوردن بلا تکلیفی ۹ تا ۴۵، منفی‌بودن رویدادهای غیرمنتظره و اجتناب از آن‌ها ۵ تا ۲۵ و ابهام درمورد آینده ۴ تا ۱۶ قرار دارد (شرافتی، و همکاران، ۱۳۹۶). باهر و داگاس (۲۰۰۹) ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس را بعد از پنج هفته به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند. ضریب همبستگی آن با سیاهه‌های نگرانی حالت^۹ ۶۰ درصد، سیاهه افسردگی بک^{۱۰} ۵۹ درصد و سیاهه اضطراب بک^{۱۱} ۵۵ درصد به‌دست آمده است. حمیدپور، اندوز و

1. Generalized Anxiety Disorder Scale-7 Item (GAD-7)

2. Pennsylvania State Worry Questionnaire (PSWQ)

3. internal similarity

4. retest validity

5. convergent validity

6. divergent validity

7. Intolerance of Uncertainty Scale (IUS)

8. Buhr & Dugas

9. list of state concerns

10. Beck depression list

11. Beck's Anxiety Inventory

اکبری (۱۳۸۷) به نقل از شرافتی و همکاران، (۱۳۹۶) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس را ۰/۸۸ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش بخشی پور رودسری و همکاران (۱۳۹۴) ۰/۸۹ به دست آمد که نشان از پایایی خوب مقیاس داشت. در پژوهش حاضر، روایی محتوایی مقیاس عدم تحمل ابهام، توسط متخصصان و پایایی با آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۱ برآورد شد.

۲-۲-۴. پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی^۱ (CFI)

این پرسشنامه توسط دنیس و ووندروال^۲ (۲۰۱۰) تدوین شد که دارای ۲۰ سؤال است و سه جنبه از انعطاف پذیری شناختی را می‌سنجد: الف) میل به درک موقعیت‌های سخت به عنوان موقعیت‌های قابل کنترل؛ ب) توانایی درک چندین توجیه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار انسان‌ها؛ پ) توانایی ارائه چند راه حل جایگزین برای موقعیت‌های سخت. دنیس و ووندروال (۲۰۱۰) نشان دادند پرسشنامه حاضر دارای ساختار عاملی، روایی همگرا و روایی همزمان در سطح بالا است. روایی همزمان پرسشنامه حاضر با پرسشنامه افسردگی بک^۳ (BDI-II) ۳۹ درصد و روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف پذیری شناختی مارتین و رابین ۷۵ درصد است. این پژوهشگران پایایی را به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ادراک کنترل پذیری و ادراک گزینه‌های مختلف به ترتیب ۹۱، ۹۱ و ۸۴ درصد و با روش بازآزمایی به ترتیب ۸۱، ۷۵ و ۷۷ درصد محاسبه کردند. در ایران شاره، سلطانی بحرینیان و فرمانی (۱۳۹۲)، به نقل از فاضلی و همکاران، (۱۳۹۳) ضریب اعتبار بازآزمایی کل مقیاس را ۷۱ درصد و خرده مقیاس‌های ادراک کنترل پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار را به ترتیب ۵۵، ۷۲ و ۵۷ درصد گزارش کردند. این پژوهشگران ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۹۰ درصد و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۸۷، ۸۹ و ۵۵ درصد به دست آوردند (فاضلی و همکاران، ۱۳۹۳). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش تقی زاده و فرمانی (۱۳۹۲) ۰/۷۵ به دست آمد که نشان از پایایی خوب مقیاس داشت. در پژوهش حاضر، روایی محتوایی پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی، توسط متخصصان و پایایی با آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۰ برآورد شد.

۲-۲-۵. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی^۴ (CERQ)

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی که توسط گارنفسکی و همکاران^۵ (۲۰۰۱) تدوین شده شامل ۳۶ عبارت است که نحوه پاسخگویی به آن براساس مقیاس لیکرت درجه بندی شده است. این مقیاس شامل ۹ راهبرد شناختی است. این راهبردها عبارتند از: مقصردانستن خود، مقصردانستن دیگران، پذیرش، نشخوار فکری و مصیبت بار تلقی کردن که در زیرمقیاس تنظیم هیجان شناختی منفی ارزیابی می‌شوند. همچنین توجه مجدد برنامه ریزی برای چگونگی برخورد با رخداد، توجه مثبت مجدد به مسائل خوشایند به جای تفکر درباره آن رخداد واقعی، توجه مجدد به برنامه ریزی و رسیدن به یک دورنما (افکار مربوط به نسبی بودن آن رخداد در مقایسه با سایر رخدادها) در زیرمقیاس تنظیم هیجان شناختی مثبت ارزیابی می‌شوند. در بررسی مشخصات روان سنجی آزمون گارنفسکی و کریج^۶ (۲۰۰۶) پایایی آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های این پرسشنامه در دامنه ۷۱ تا ۸۱ درصد گزارش شده است. یوسفی (۱۳۸۲)، به نقل از بشارت، (۱۳۹۵) پایایی این پرسشنامه را در فرهنگ ایرانی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس‌های شناختی ۸۲ درصد گزارش کرد (بشارت، ۱۳۹۵). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش بشارت (۱۳۹۵) ۰/۷۹ به دست آمد که نشان از پایایی خوب مقیاس داشت. در پژوهش حاضر روایی محتوایی پرسشنامه هیجانی-شناختی توسط متخصصان و پایایی با آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد.

۲-۳. روش‌های اجرای مداخلات درمانی

۲-۳-۱. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی

1. Cognitive Flexibility Inventory (CFI)

2. Dennis & Vonderwal

3. Beck depression inventory-II

4. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)

5. Garnefski et al.

6. Garnefski & Kraaij

این روش درمانی را سگال و همکاران^۱ (۲۰۰۲) تدوین کردند که در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا می‌شود و در این مطالعه هفته‌ای یک جلسه برگزار شد. خلاصه جلسات به شرح جدول ۱ است.

جدول ۱. درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسات	هدف	شرح
اول	هدایت خودکار	تعیین اهداف جلسه، بیان قواعد گروه، معرفی افراد، تمرین خوردن کشمش، دادن بازخورد و بحث درمورد تمرین خوردن کشمش، تمرین واریسی بدنی و آغاز تمرین با تمرکز بر تنفس کوتاه، دادن بازخورد و بحث درمورد واریسی بدنی، تکلیف: تمرین واریسی بدنی تا هفته آینده، اتمام جلسه با تمرکز بر تنفس کوتاه.
دوم	چالش با مانع	تمرین واریسی بدنی و بازنگری آن، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین افکار و احساسات (پیاده‌روی در خیابان)، ثبت وقایع خوشایند، مراقبه نشسته ۱۰ تا ۱۵ دقیقه، توزیع جزوات جلسه دوم بین شرکت‌کنندگان، ارائه تکالیف خانگی شامل واریسی بدنی (۶ بار در ۷ روز)، تنفس با ذهن‌آگاهی (۶ بار در ۷ روز)، ثبت وقایع خوشایند (هر روز) و ذهن‌آگاهی از فعالیت‌های عادی.
سوم	تنفس ذهن‌آگاهانه	تمرین دیدن یا شنیدن به مدت ۵۰ دقیقه، نشستن در حالت مراقبه به مدت ۳۰ تا ۴۰ دقیقه، بازنگری تمرین، بازنگری تکالیف جلسه قبل، تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای و بازنگری آن، درازکشیدن همراه با ذهن‌آگاهی، توزیع جزوات جلسه سوم، تکلیف خانگی شامل درازکشیدن با حالت مراقبه در روزهای اول، سوم و پنجم، تمرین یوگا در جلسات دوم، چهارم و ششم و تهیه فهرست وقایع ناخوشایند برای هر روز، سه بار در روز فضای تنفس.
چهارم	ماندن در لحظه	تمرین پنج‌دقیقه‌ای دیدن یا شنیدن، تمرین مراقبه-آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار و بازنگری تمرین، بازنگری تکالیف خانگی، تعریف اختلال اضطراب فراگیر و ملاک‌های تشخیص آن، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای، توزیع جلسات چهارم، تعیین تکالیف خانگی (مراقبه نشسته ۶ روز در یک هفته)، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای به‌طور منظم (۳ بار در روز)، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای (در موقع تجربه احساسات ناخوشایند).
پنجم	پذیرش و اجازه‌دادن	مراقبه نشسته به مدت ۴۰ دقیقه، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، فضای تنفس و بازنگری آن، خواندن شعر، تمرین نشستن ذهن‌آگاهانه (آگاهی به تنفس، بدن، صداها، افکار و معرفی یک مشکل در حین تمرین و توجه به تأثیر آن روی بدن و واکنش به آن)، توزیع برگه‌های جلسات پنجم، تعیین تکالیف خانگی شامل مراقبه نشسته ۶ بار در یک هفته، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای (۳ بار در روز)، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای مقابله‌ای (در موقع تجربه احساسات ناخوشایند).
ششم	آگاهی از اینکه افکار واقعیت نیستند	مراقبه نشسته به مدت ۴۰ دقیقه، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی (شامل مراقبه و تنفس عمیق)، خلق، افکار و تمرین نظرات یا افکار جانشین، زمان تنفس و بازنگری آن، بحث درمورد تنفس به‌عنوان اولین گام قبل از به‌دست‌آوردن دید وسیع نسبت به افکار، توزیع جزوات جلسه ششم، تکلیف خانگی شامل فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای (۳ بار در روز)، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای مقابله‌ای (هنگام تجربه احساسات ناخوشایند).
هفتم	مراقبت از خود، مدیریت احساسات	مراقبه نشسته به مدت ۴۰ دقیقه، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط میان فعالیت و اضطراب، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش، برنامه‌ریزی و تهیه برنامه مناسب برای اجرای آن، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای به‌عنوان اولین گام برای داشتن ذهن‌آگاهی، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای یا قدم‌زدن همراه با ذهن‌آگاهی، توزیع جزوات جلسه هفتم، تکالیف خانگی شامل انتخاب یک الگو از بین راه‌های مختلف برای تمرینی که قصد دارند، به‌طور نظام‌مند از آن استفاده کنند، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای (۳ بار در روز)، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای مقابله‌ای (در موقع تجربه احساسات ناخوشایند).
هشتم	به‌کارگیری آموخته‌ها و تمرین در آینده	تمرین واریسی بدنی، بازنگری تکالیف خانگی، بازنگری کل برنامه، بحث درمورد نحوه تداوم تمرین‌ها، واریسی و بحث درمورد برنامه‌ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامه تمرین، توزیع جزوات جلسه هشتم، اتمام دوره با آخرین مراقبه (تبله، سنگ، مهره).

۲-۳-۲. طرحواره درمانی هیجانی

طرحواره درمانی هیجانی توسط لی هی^۲ (۲۰۱۲) تدوین شده و مشتمل بر ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای است. محتوای این جلسات در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. محتوای جلسات طرحواره درمانی هیجانی

جلسات	هدف جلسه	محتوای جلسه	تکلیف خانگی	پیامد مورد انتظار
اول	معارفه و اجرای پیش آزمون	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، توضیح درباره اهداف، آماده سازی و معرفی مدل طرحواره هیجانی، اجرای پیش آزمون	ثبت هیجان	آگاهی از هیجانات
دوم	بررسی تکلیف منزل، اعتباریابی هیجانی	ارائه الگویی از هیجان به شرکت کنندگان، تقویت آگاهی هیجانی، اعتباربخشیدن به هیجانات، شناسایی طرحواره های هیجانی در دسرساز	اعتباربخشی دلسوزانه به خویشن	احساس حمایت هیجانی و اهمیت به خود
سوم	بررسی تکلیف منزل، اعتباریابی هیجانی و چالش با طرحواره های هیجانی در دسرساز	ابداع راهبردهای انطباقی برای سازش با اعتبارزدایی، برجسب زنی و افتراق هیجان ها از یکدیگر، افزایش تحمل احساسات مختلط، بهنجارسازی تجربه هیجانی برجسب زنی و افتراق هیجانی از یکدیگر	ثبت مزایا و معایب هیجان های غیرطبیعی	افتراق احساسات و آگاهی از پیچیدگی و حقانیت ذات انسان
چهارم	بررسی تکلیف منزل، چالش با طرحواره های هیجانی در دسرساز	پذیرش احساسات، بهنجارسازی تجربه هیجانی، تمایز گذاشتن بین هیجان و اقدام، تجربه کردن هیجان به صورت یک موج، آزمایش رفتاری پیش بینی عاطفی	مشاهده و توصیف هیجان	تقویت پذیرش هیجانی و مقابله با دیدگاه منفی به هیجان ها
پنجم	بررسی تکلیف منزل، پذیرش بنیادین احساسات	افزایش قدرت پذیرش احساسات، اتخاذ موضعی به دور از قضاوت برای هیجان، انجام دادن آزمایش رفتاری برای آزمودن باورهای هیجانی غلط	نامه نگاری خود-دلسوزانه	کاهش شدت هیجان های مبتنی بر قضاوت و افکار خودآیند
ششم	بررسی تکلیف منزل، تقویت پردازش هیجانی	تقویت آگاهی هیجانی، القای هیجان، فضا سازی هیجانی، بررسی هیجان به عنوان هدف	ثبت افکار هوشمند به لحاظ هیجانی	پذیرش اینکه هیجان ها و افکار سازه های ایستا نیستند
هفتم	بررسی تکلیف منزل، رنجش سودمند و بازسازی شناختی	بالارفتن از نردبان مفاهیم برتر، تمایز افکار از احساسات، فاجعه زدایی	افتراق دادن افکار از احساسات	آگاهی به اینکه احساس با واقعیت و با فکر تفاوت دارد
هشتم	بررسی تکلیف منزل، بازسازی شناختی	فن وکیل مدافع، بررسی شواهد افکار منفی، سبک و سنگین کردن منافع و مضرات	بررسی معایب و مزایای افکار منفی از سرگیری	خودانتقادی و افزایش واقع گرایی
نهم	جمع بندی و ارزیابی	روند خلاصه مطالب و آموزش تعمیم آن به هنگام مشکل، نحوه انجام دادن تکالیف خانگی، پس آزمون	فعالیت ها و برنامه ریزی برای آینده	بازگشت به زندگی روزمره

۲-۴. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

برای تجزیه و تحلیل داده ها، از نرم افزار SPSS نسخه ۲۸ و آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره^۱ استفاده شد.

۳. یافته ها

۳-۱. توصیف جمعیت شناختی

بیشتر افراد مورد بررسی در این پژوهش زنان با فراوانی ۳۲ نفر (۷۲ درصد) هستند. اغلب افراد کمتر از ۳۰ سال داشتند و نمونه مورد بررسی با توجه به مقایسه بین دو گروه آزمایش و کنترل به لحاظ متغیرهای مورد پژوهش، تعداد افراد هر دو گروه یکسان انتخاب شد.

۳-۲. آزمون های نرمال و همگنی

از آزمون های چولگی و کشیدگی و کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن داده ها به تفکیک روش های درمانی استفاده شد. قدرمطلق چولگی و کشیدگی متغیرها به ترتیب نباید از ۲ بیشتر و از ۲- کمتر باشد (کالین^۲، ۲۰۱۱).

جدول ۳. بررسی نرمال بودن داده‌ها با آزمون چولگی و کشیدگی به تفکیک روش‌های درمانی

مؤلفه‌ها و متغیرها	طرحواره درمانی هیجانی		درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	
	چولگی	کشیدگی	چولگی	کشیدگی
پیش‌آزمون تنظیم شناختی هیجان	-۰/۲۴۷	-۱/۴۱۵	-۰/۰۷۷	-۰/۸۶۲
پیش‌آزمون عدم تحمل بالاترکیفی	-۰/۶۱۴	-۱/۱۲۷	-۰/۰۱۵	-۱/۲۶۵
پیش‌آزمون انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	-۰/۳۹۸	-۱/۴۰۲	۰/۰۲۲	-۱/۰۹۵
پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان	-۰/۱۰۶	-۱/۴۹۰	۰/۷۶۰	۰/۱۷۶
پس‌آزمون عدم تحمل بالاترکیفی	۰/۰۱۰	-۱/۶۶۲	۰/۰۸۶	-۱/۲۰۴
پس‌آزمون انعطاف‌پذیری شناختی	-۰/۴۶۲	-۱/۴۹۵	۰/۱۹۵	-۱/۴۶۱

جدول ۴. بررسی نرمال بودن داده‌ها با آزمون کولموگراف-اسمیرنوف به تفکیک روش‌های درمانی

مؤلفه‌ها و متغیرها	طرحواره درمانی هیجانی		درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	
	کولموگراف-اسمیرنوف	سطح معناداری	کولموگراف-اسمیرنوف	سطح معناداری
پیش‌آزمون تنظیم شناختی هیجان	۰/۱۱۱	۰/۲۱۰	۰/۱۲۰	۰/۱۲۱
پیش‌آزمون عدم تحمل بالاترکیفی	۰/۱۳۶	۰/۱۶۲	۰/۱۲۲	۰/۱۱۱
پیش‌آزمون انعطاف‌پذیری شناختی	۰/۱۷۰	۰/۴۵۴	۰/۱۵۵	۰/۱۱۶
پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان	۰/۱۲۲	۰/۶۸۰	۰/۱۲۷	۰/۱۴۰
پس‌آزمون عدم تحمل بالاترکیفی	۰/۱۱۳	۰/۲۰۹	۰/۲۰۱	۰/۱۰۷
پس‌آزمون انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	۰/۱۰۳	۰/۵۷۱	۰/۰۸۵	۰/۵۴۱

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول‌های ۳ و ۴، قدرمطلق چولگی و کشیدگی برای تمامی متغیرهای پژوهش به تفکیک روش‌های درمانی از ۲ کمتر و از ۲- بیشتر است. همچنین عدد کولموگراف-اسمیرنوف برای تمامی متغیرهای پژوهش به تفکیک روش‌های درمانی عدم معنی‌داری نشان داد؛ بنابراین توزیع متغیرها نرمال است.

۳-۳. آزمون فرضیه‌های پژوهش

به منظور بررسی پیش فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان در گروه‌های مورد پژوهش از آزمون ام باکس^۱ استفاده شد.

جدول ۵. همگنی واریانس-کوواریانس پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

متغیرها	آزمون BOX S M	F	سطح معناداری
تنظیم شناختی هیجان	۳۱/۶۸	۷/۸۰۲	۰/۰۸۱
عدم تحمل بالاترکیفی	۲۷/۷۰۳	۷/۸۸۱	۰/۰۷۷
انعطاف‌پذیری شناختی	۲۵/۷۴۴	۷/۲۸۵	۰/۰۸۸

جدول ۵ نشان می‌دهد شرط همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس در پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بالاترکیفی و انعطاف‌پذیری شناختی رعایت شده است. برای بررسی پیش فرض تفاوت بین پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بالاترکیفی و انعطاف‌پذیری شناختی از نظر مقایسه اثر بخشی دو روش درمانی از آزمون لوین استفاده شد.

جدول ۶. آزمون لوین: مقایسه دو روش درمانی بر پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

مؤلفه‌ها	آزمون لوین (F)	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان (طرح)	۳۹/۴۲۱	۱	۲۸	۰/۰۷۸
پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان (ذهن)	۲۶/۷۰۴	۱	۲۸	۰/۰۸۵
پس‌آزمون عدم تحمل بالاترکیفی (طرح)	۲۰/۱۰۸	۱	۲۸	۰/۰۸۶
پس‌آزمون عدم تحمل بالاترکیفی (ذهن)	۱۲/۶۲۲	۱	۲۸	۰/۰۹۹
پس‌آزمون انعطاف‌پذیری شناختی (طرح)	۱۵/۹۸۹	۱	۲۸	۰/۰۸۱
پس‌آزمون انعطاف‌پذیری شناختی (ذهن)	۹/۸۳۷	۱	۲۸	۰/۰۹۲

نتایج جدول ۶ گویای آن است که بین پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بالاترکیفی و انعطاف‌پذیری شناختی از نظر مقایسه اثر بخشی دو روش درمانی، تفاوت معنادار وجود دارد. برای تعیین معنی‌داری اثر گروه بر

پس آزمون تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بالاترکلیفی و انعطاف پذیری شناختی از نظر مقایسه اثربخشی دو روش درمانی، از آزمون تحلیل واریانس اندازه های مکرر یا آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد. نتایج در جدول ۷ آمده است.

جدول ۷. اثر گروه بر پس آزمون متغیرهای پژوهش

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی خطا	درجه آزادی اثر	Sig	مجذور ایتا
	۰/۵۶۴	۸/۷۸۶	۲	۱۳	۰/۰۰۲	۰/۰۶۱
لامبدای ویلکز	۰/۵۰۲	۷/۷۴۷	۲	۱۳	۰/۰۰۳	۰/۰۵۹
	۰/۴۹۶	۵/۹۷۸	۲	۱۳	۰/۰۰۸	۰/۰۵۰

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه های مکرر یا آزمون لامبدای ویلکز نشان می دهد بین پس آزمون تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بالاترکلیفی و انعطاف پذیری شناختی از نظر مقایسه اثربخشی دو روش درمانی تفاوت معنادار وجود دارد. برای بررسی تفاوت بین پس آزمون تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بالاترکلیفی و انعطاف پذیری شناختی از نظر مقایسه اثربخشی دو روش درمانی از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

جدول ۸. تفاوت بین پس آزمون متغیرهای پژوهش در روش های درمانی

گروه	متغیرهای وابسته	مجذور مربعات	df	میانگین مربعات	F	Sig	مجذور ایتا
آزمون	پس آزمون تنظیم شناختی هیجان (طرح)	۸۵۴/۴۲۷	۱	۸۵۴/۴۲۷	۴۷/۲۹۴	۰/۰۰۱	۰/۲۴۲
	پس آزمون تنظیم شناختی هیجان (ذهن)	۴۱۶/۶۶۷	۱	۴۱۶/۶۶۷	۴۲/۳۱۷	۰/۰۰۱	۰/۲۲۲
	پس آزمون عدم تحمل بالاترکلیفی (طرح)	۵۱۵/۲۲۷	۱	۵۱۵/۲۲۷	۳۰/۹۲۳	۰/۰۰۱	۰/۱۸۸
	پس آزمون عدم تحمل بالاترکلیفی (ذهن)	۴۴۰/۳۲۷	۱	۴۴۰/۳۲۷	۱۷/۵۶۹	۰/۰۰۱	۰/۱۰۶
	پس آزمون انعطاف پذیری شناختی (طرح)	۴۸۲/۴۰۷	۱	۴۸۲/۴۰۷	۲۶/۰۹۰	۰/۰۰۱	۰/۱۷۳
	پس آزمون انعطاف پذیری شناختی (ذهن)	۳۴۶/۵۶۰	۱	۳۴۶/۵۶۰	۱۲/۰۷۲	۰/۰۰۱	۰/۰۷۵
خطا	پس آزمون تنظیم شناختی هیجان (طرح)	۵۳۲۱/۸۶۷	۲۸	۱۹۰/۰۶۷	-	-	-
	پس آزمون تنظیم شناختی هیجان (ذهن)	۴۹۹۶/۴۲۷	۲۸	۱۷۸/۴۴۴	-	-	-
	پس آزمون عدم تحمل بالاترکلیفی (طرح)	۴۵۴۸/۶۶۷	۲۸	۱۶۲/۴۵۲	-	-	-
	پس آزمون عدم تحمل بالاترکلیفی (ذهن)	۳۷۹۳/۸۱۳	۲۸	۱۳۵/۴۹۳	-	-	-
	پس آزمون انعطاف پذیری شناختی (طرح)	۴۲۴۸/۷۷۳	۲۸	۱۵۱/۷۴۲	-	-	-
	پس آزمون انعطاف پذیری شناختی (ذهن)	۳۴۲۱/۹۷۳	۲۸	۱۲۲/۲۱۳	-	-	-

براساس جدول ۸، بین پس آزمون تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بالاترکلیفی و انعطاف پذیری شناختی از نظر مقایسه اثربخشی دو روش درمانی در سطوح ۱ و ۵ درصد تفاوت معنادار وجود دارد. برای بررسی میزان تفاوت بین پس آزمون تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بالاترکلیفی و انعطاف پذیری شناختی از نظر مقایسه اثربخشی دو روش درمانی، از آزمون تی مستقل استفاده شد.

جدول ۹. میزان تفاوت متغیرهای پژوهش در روش های درمانی

مؤلفه ها	گروه	تعداد	میانگین	عدد تی	سطح معناداری
پس آزمون تنظیم شناختی هیجان (طرح)	آزمایش	۱۵	۳۴/۳۵	۶/۸۷۷	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۵	۳۱/۶۱		
پس آزمون تنظیم شناختی هیجان (ذهن)	آزمایش	۱۵	۱۸/۱۹	۶/۵۰۵	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۵	۱۲/۷۹		
پس آزمون عدم تحمل بالاترکلیفی (طرح)	آزمایش	۱۵	۲۲/۷۳	۵/۵۶۱	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۵	۲۰/۶۴		
پس آزمون عدم تحمل بالاترکلیفی (ذهن)	آزمایش	۱۵	۱۶/۶۴	۴/۷۹۶	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۵	۱۳/۳۱		
پس آزمون انعطاف پذیری شناختی (طرح)	آزمایش	۱۵	۲۳/۸۹	۵/۳۷۹	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۵	۲۰/۴۷		
پس آزمون انعطاف پذیری شناختی (ذهن)	آزمایش	۱۵	۱۷/۲۳	۳/۷۸۰	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۵	۱۳/۶۴		

براساس جدول ۹ و براساس میانگین های به دست آمده، میانگین پس آزمون تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بالاترکلیفی و انعطاف پذیری شناختی در هر دو روش درمانی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بیشتر است. همچنین میانگین پس آزمون تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بالاترکلیفی و انعطاف پذیری شناختی در روش درمانی طرحواره درمانی هیجانی بیشتر از روش

درمانی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است و تفاوت‌های حاصل‌شده با توجه به مقادیر عدد تی به‌دست‌آمده در سطوح ۱ و ۵ درصد و با اطمینان ۹۵ و ۹۹ درصد معنادار و قابل قبول هستند.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد اثر طرحواره‌درمانی هیجانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر متفاوت است. همچنین میانگین پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان در روش درمانی طرحواره‌درمانی هیجانی بیشتر از روش درمانی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است. نتایج برای فرضیه اول پژوهش با نتایج محققان زیر، بنا به دلایل ذکرشده و با توجه به نتایجی که آن‌ها در زمینه مقایسه طرحواره‌درمانی هیجانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌دست آوردند، همخوانی دارد. حسینی و همکاران (۱۴۰۰) نشان دادند اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (در مقایسه با گروه کنترل) بر دشواری تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی است و هردو درمان به یک اندازه سبب بهبودی می‌شوند، ولی طرحواره‌درمانی به‌لحاظ میانگین، کمی بیشتر از درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است. نیک‌پور و همکاران (۱۴۰۰) نشان دادند هردو رویکرد درمانی مورد استفاده در افزایش بهزیستی روان‌شناختی شرکت‌کنندگان مؤثرند و بین طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بهزیستی روان‌شناختی تفاوت وجود دارد، اما این تفاوت معنادار نیست. آقائی‌پور گواسرائی و همکاران (۱۳۹۹) دریافتند که اختلاف میانگین نمرات اضطراب و استرس در بین سه گروه آزمایش درمان شناختی-رفتاری، طرحواره‌درمانی و درمان ذهن‌آگاهی معنادار نیست، ولی اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری در کاهش علائم افسردگی افراد مورد بررسی به‌صورت معناداری بیشتر از مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی است. کیانی‌پور و همکاران (۱۳۹۷) به این نتیجه رسیدند که طرحواره‌درمانی هیجانی اثربخشی بیشتری بر دشواری در تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی نسبت به شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی دارد. در مطالعه شاهمرادی و همکاران (۱۳۹۷) مشخص شد تفاوت معناداری بین نمرات گروه طرحواره‌درمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی وجود ندارد و هردو در یک گروه قرار می‌گیرند، اما سطح طرحواره‌درمانی تا حدودی از شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بالاتر است. مؤمنی و همکاران (۱۳۹۷) به این نتیجه رسیدند که اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر باورهای مثبت درمورد نگرانی به‌صورت معناداری بیشتر از درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بوده است. کیانی‌پور و همکاران (۱۳۹۷) نشان دادند طرحواره‌درمانی هیجانی اثربخشی بیشتری بر دشواری در تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی نسبت به شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی دارد. سیدآسیابان و همکاران (۱۳۹۶) به این نتیجه رسیدند که طرحواره‌درمانی و ذهن‌آگاهی در پیشگیری از مصرف مواد محرک با یکدیگر تفاوت معنی‌دار دارند و گروه طرحواره‌درمانی تأثیر بیشتری از ذهن‌آگاهی داشته است.

در تبیین این نتیجه می‌توان بیان کرد که احساسات و هیجانات برای ما مانند قطب‌نما عمل می‌کنند و در صورتی که صحیح عمل کنند، می‌توانند ما را در مسیر درست هدایت کنند و در صورت عملکرد نادرست به خطا ببرند؛ بنابراین اینکه در مقابل محرک‌ها چه برداشتی از آن‌ها داشته باشیم و با چه شدتی واکنش نشان دهیم، در تعیین چگونگی رفتار ما بسیار تعیین‌کننده است. تنظیم هیجان فرایندی است که افراد از طریق آن بر هیجانات خود هنگام احساس آن‌ها و نحوه تجربه و نیز نوع ابراز آن‌ها تأثیر می‌گذارند که این می‌تواند از خودآگاه یا ناخودآگاه و به‌صورت خودکار حاصل شود. حال با توجه به اینکه طرحواره‌درمانی هیجانی در کنترل هیجانات دخالت دارد و فرد در سریع‌ترین زمان می‌تواند هیجانات خود را کنترل کند و بهترین رفتار و واکنش را از خود در مقابل عامل محرک نشان دهد، بهتر و سریع‌تر از درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نتیجه را نشان می‌دهد؛ چرا که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تمرکز بر ذهن و شناخت آن فعالیت اثر دارد و این عامل نیازمند طی کردن دوره‌های خاص در راستای شناخت ذهن و کنترل آن است. پس با توجه به اینکه کنترل هیجانات از کنترل ذهن سریع‌تر و بهتر برای فرد دچار اضطراب اختلال صورت می‌گیرد، تأثیر طرحواره‌درمانی هیجانی بیشتر از درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در زمینه تنظیم شناختی هیجان است.

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد اثر طرحواره‌درمانی هیجانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر عدم تحمل بلا تکلیفی (ابهام) بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای تفاوت است و میانگین پس‌آزمون عدم تحمل بلا تکلیفی (ابهام) در روش درمانی طرحواره‌درمانی هیجانی نسبت به روش درمانی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بیشتر است. نتایج برای فرضیه دوم پژوهش با نتایج محققان زیر، به دلایل ذکر شده و با توجه به نتایجی که آن‌ها در زمینه مقایسه طرحواره‌درمانی هیجانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به دست آوردند، هم‌راستا است. حسینی و همکاران (۱۴۰۰) نشان دادند اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (در مقایسه با گروه کنترل) بر دشواری تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی اثربخش است و هردو درمان به یک اندازه موجب بهبودی می‌شوند، ولی طرحواره‌درمانی به لحاظ میانگین از درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کمی بالاتر است. نیک‌پور و همکاران (۱۴۰۰) به این نتیجه رسیدند که هردو رویکرد درمانی مورد استفاده در افزایش بهزیستی روان‌شناختی شرکت‌کنندگان مؤثرند و بین طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بهزیستی روان‌شناختی تفاوت وجود دارد، اما این تفاوت معنادار نیست. در مطالعه آقائی‌پور گواسرائی و همکاران (۱۳۹۹) مشخص شد اختلاف میانگین نمرات اضطراب و استرس در بین سه گروه آزمایش درمان شناختی-رفتاری، طرحواره‌درمانی و درمان ذهن‌آگاهی معنادار نیست، ولی اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری در کاهش علائم افسردگی افراد مورد بررسی به صورت معناداری بیشتر از مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی است. کیانی‌پور و همکاران (۱۳۹۷) دریافتند که طرحواره‌درمانی هیجانی اثربخشی بیشتری بر دشواری در تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی دارد. شاهمرادی و همکاران (۱۳۹۷) نشان دادند تفاوت معناداری بین نمرات گروه طرحواره‌درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی وجود ندارد و هردو در یک گروه قرار می‌گیرند، اما سطح طرحواره‌درمانی تا حدودی از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بالاتر است. در مطالعه مؤمنی و همکاران (۱۳۹۷) مشخص شد اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر باورهای مثبت درمورد نگرانی به صورت معناداری بیشتر از درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است. کیانی‌پور و همکاران (۱۳۹۷) به این نتیجه رسیدند که طرحواره‌درمانی هیجانی اثربخشی بیشتری بر دشواری در تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی دارد. سیدآسیابان و همکاران (۱۳۹۶) نشان دادند به کارگیری طرحواره‌درمانی و ذهن‌آگاهی در پیشگیری از مصرف مواد محرک با یکدیگر تفاوت معنی‌دار دارند و گروه طرحواره‌درمانی تأثیر بیشتری از ذهن‌آگاهی داشته است.

در تبیین این نتیجه می‌توان عدم تحمل بلا تکلیفی را به عنوان واکنش‌های رفتاری، شناختی و هیجانی منفی افراد به بلا تکلیفی در رویدادها و موقعیت‌های مبهم در نظر گرفت. افراد دارای این ویژگی گزارش می‌کنند که در موقعیت‌های مبهم استرس زیادی دارند و توان عملکرد مناسب را از دست می‌دهند. بلا تکلیفی در آسیب‌شناسی اضطراب نقش عمده‌ای دارد و نقش مهمی در نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر ایفا می‌کند؛ بنابراین کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی (تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی) موجب کاهش نگرانی می‌شود و کاهش این عامل در درمان شناختی-رفتاری نیز اغلب مقدم بر کاهش نگرانی است. به این ترتیب باید از روش درمانی‌ای در درمان این عامل استفاده کرد که بتواند هیجان‌های ناسازگار را که سبب ایجاد نگرانی می‌شوند کنترل کند. با توجه به اینکه مدل طرحواره‌ای هیجان‌بیانگر این است که هم‌زمان با فعال شدن هیجان‌ها، ما نیز تفاسیر خاصی از آن‌ها داریم و این تفاسیر با راهبردهایی که برای کنار آمدن با هیجان‌ها (سبک‌های مقابله‌ای) استفاده می‌کنیم مرتبط است، در درمان و کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی (تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی) بهتر و مؤثرتر عمل می‌کند و این روش درمانی نسبت به روش درمانی شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بهتر و مؤثرتر عمل می‌کند و واکنش نشان می‌دهد و موجب می‌شود افراد دچار اضطراب فراگیر با تمرکز بر هیجان‌های خود در شرایط مواجهه با عدم تحمل بلا تکلیفی (تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی) با اتکا به روش طرحواره‌درمانی هیجانی، خود را سریع‌تر با شرایط وفق دهند و آن را تحمل کنند و نگرانی و استرس را از خود دور کنند.

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد اثر طرحواره‌درمانی هیجانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای تفاوت است و میانگین پس‌آزمون انعطاف‌پذیری شناختی در روش درمانی طرحواره‌درمانی هیجانی نسبت به روش درمانی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بیشتر است. نتایج برای فرضیه سوم پژوهش با نتایج محققان زیر، به دلایل ذکر شده و با توجه به نتایجی که آن‌ها در زمینه مقایسه طرحواره‌درمانی هیجانی و درمان شناختی

مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌دست آوردند، همسو است: حسینی و همکاران (۱۴۰۰) نشان دادند اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (در مقایسه با گروه کنترل) بر دشواری تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی اثرگذار است و هردو درمان به یک اندازه سبب بهبودی می‌شوند، ولی طرحواره‌درمانی به‌لحاظ میانگین از درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کمی بالاتر است. نیک‌پور و همکاران (۱۴۰۰) دریافتند که هردو رویکرد درمانی مورد استفاده در افزایش بهزیستی روان‌شناختی شرکت‌کنندگان مؤثرند. بین طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بهزیستی روان‌شناختی تفاوت وجود دارد، اما این تفاوت معنادار نیست. آقائی‌پور گواسرائی و همکاران (۱۳۹۹) به این نتیجه رسیدند که اختلاف میانگین نمرات اضطراب و استرس در بین سه گروه آزمایش درمان شناختی-رفتاری، طرحواره‌درمانی و درمان ذهن‌آگاهی معنادار نیست، ولی اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری در کاهش علائم افسردگی افراد مورد بررسی به‌صورت معناداری بیشتر از مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی است. در مطالعه کیانی‌پور و همکاران (۱۳۹۷) مشخص شد طرحواره‌درمانی هیجانی اثربخشی بیشتری بر دشواری در تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی نسبت به شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی دارد. شاهرمدی و همکاران (۱۳۹۷) به این نتیجه رسیدند که تفاوت معناداری بین نمرات گروه طرحواره‌درمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی وجود ندارد و هردو در یک گروه قرار می‌گیرند، اما سطح طرحواره‌درمانی تا حدودی بالاتر از شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است. مؤمنی و همکاران (۱۳۹۷) نشان دادند اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر باورهای مثبت درمورد نگرانی به‌صورت معناداری بیشتر از درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است. کیانی‌پور و همکاران (۱۳۹۷) دریافتند طرحواره‌درمانی هیجانی اثربخشی بیشتری بر دشواری در تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی از شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی دارد. در پژوهش سیدآسیابان و همکاران (۱۳۹۶) نتایج نشان داد به‌کارگیری طرحواره‌درمانی و ذهن‌آگاهی در پیشگیری از مصرف مواد محرک با یکدیگر تفاوت معنی‌دار دارند و گروه طرحواره‌درمانی تأثیر بیشتری از ذهن‌آگاهی داشته است.

در تبیین این نتیجه می‌توان گفت انعطاف‌پذیری شناختی عبارت است از توانمندی بیشتر برای ارتباط با لحظه اکنون و نیز تغییر در رفتار یا پافشاری بر آن وقتی در جهت ارزش‌های زندگی خود حرکت می‌کنیم. همچنین شامل قدرت متمایزسازی خود از افکار و تجارب روانی است و درواقع به توانایی افراد برای تمرکز بر موقعیت کنونی و استفاده از فرصت‌های آن موقعیت برای گام‌بردداشتن در راستای اهداف و ارزش‌های درونی با وجود رویدادهای روان‌شناختی چالش‌برانگیز یا ناخواسته اشاره دارد. هدف از انعطاف‌پذیری شناختی این است که به فرد این فرصت را می‌دهد تا با شرایط و موقعیت جاری خود مواجه شود و آن را ارزیابی کند. از طریق چنین فعالیت‌هایی، فرد مطمئن می‌شود که در آن شرایط و موقعیت، مناسب عمل می‌کند. به‌طور کلی انعطاف‌پذیری یعنی سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده؛ بنابراین به معنای در معرض خطر قرارگرفتن و واکنش‌هایی بهتر از حد مورد انتظار نشان‌دادن، حفظ سازگاری مثبت علی‌رغم تجارب استرس‌آور و بهبودی پس از آسیب است. درواقع توانایی به‌دست‌آوردن نیرو بعد از مواجه‌شدن با شرایط ناگوار و غلبه بر شرایط دشوار و سپس بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر است که موجب سازگاری موفق در زندگی می‌شود. به این ترتیب انعطاف‌پذیری شناختی فرایندی مقابله‌ای-انطباقی و دربرگیرنده پذیرش هیجانات ناخوشایند، ازهم‌گسیختگی افکار و توانایی برای حرکت در جهت دستورالعمل‌های ارزش‌محور است. این عامل سبب می‌شود فرد بعد از کنترل اضطراب فراگیر به تعادل اولیه بازگردد و خود را به تعادلی در سطح بالاتر برساند. به کمک روش درمانی در سریع‌ترین زمان و با کنترل هیجانات، فرد دچار اختلال اضطراب به‌سمت تعادل روانی پیش می‌رود. در این راه طرحواره‌درمانی هیجانی بهتر و مؤثرتر از درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی عمل می‌کند و موجب می‌شود فرد دچار اضطراب اختلال با کمک طرحواره‌درمانی هیجانی بر هیجان‌های ناسازگار خود غلبه کند، خود را به تعادل برساند و در این حالت بماند و به‌سمت رفع تنش و آرامش پیش برود. پس طرحواره‌درمانی از روش درمانی شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کنترل انعطاف‌پذیری شناختی مؤثرتر و بهتر عمل می‌کند.

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد اثر طرحواره‌درمانی هیجانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بلا تکلیفی (ابهام) و انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای تفاوت است و اثر طرحواره‌درمانی هیجانی از اثر درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بالاتر و قابل‌قبول‌تر است. در تبیین این نتیجه باید گفت هم

طرحواره درمانی هیجانی و هم درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در راستای رسیدن به تنظیم شناختی هیجان و تحول بهنجار و همچنین تحمل بالاتر بلاتکلیفی (ابهام) و رسیدن به انعطاف پذیری شناختی و نگاه داشتن خویش در سطح تعادل لازم برای زندگی معمول مناسب هستند و تأثیری معنادار در بیماران دارای اضطراب اختلال فراگیر می گذارند، ولی سطح عملکردی طرحواره درمانی هیجانی بالاتر از درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی است؛ چرا که در این روش کنترل هیجانات مدنظر است و فرد مضطرب در زمان مشکل و استرس سریع تر هیجانی می شود. پس با کنترل هیجانات منفی و مشکل ساز خود را به سمت آرامش سوق می دهد، ولی در زمینه ذهن آگاهی، فرد در تمرین برای رسیدن به تمرکز بر ذهن است و در شرایط استرس و اضطراب از این روند تا فرد بتواند تمرکز کند و زمینه مشکل ساز را طی کند طولانی خواهد بود. به این ترتیب طرحواره درمانی هیجانی در زمینه تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بالاتر بلاتکلیفی (ابهام) و انعطاف پذیری شناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مناسب تر از درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی است.

در نهایت پیشنهاد می شود این دو روش درمانی، به خصوص طرحواره درمانی هیجانی به افراد مضطرب آموزش داده شود تا هیجان های منفی و ناسازگار را کنترل و سبک پاسخ دهی شناختی خود را به لحاظ هیجان های برانگیخته شده متعادل کنند. همچنین وضعیت دریافت، تفسیر و واکنش افراد به یک موقعیت نامشخص در سطوح هیجانی، شناختی و رفتاری بهبود یابد و توانایی آن ها در تغییر زمینه های شناختی و تفکرات به منظور سازگاری با محرک های در حال تغییر محیطی تقویت شود.

۵. ملاحظات اخلاقی

این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.TABRIZ.REC.1401.306 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز است. شایان ذکر است که نویسنده اول مقاله دارای گواهینامه شرکت در دوره آموزشی طرحواره درمانی از انجمن علمی روان شناسی تربیتی ایران به شماره ۴۰۱۶ الف، در تاریخ های ۱۶، ۱۷ و ۱۸ اردیبهشت ۱۴۰۰ به مدت ۲۴ ساعت، گواهینامه شرکت در کارگاه آموزشی آشنایی با تکنیک های ذهن آگاهی از انجمن علمی روان شناسی تربیتی ایران به شماره ۴۰۰۹ الف، تاریخ ۱۴۰۰/۰۲/۰۹ به مدت ۸ ساعت و گواهی شرکت در کارگاه آموزشی طرحواره درمانی انجمن علمی-دانشجویی روان شناسی دانشگاه علامه طباطبائی تهران به شماره ۱۳۱۱۰۱۵۷ الف، در تاریخ ۱۳۹۷/۰۸/۰۵ به مدت ۱۰۰ ساعت است.

۶. سپاسگزاری و حمایت مالی

از همه شرکت کنندگان در این مطالعه صمیمانه سپاسگزاریم. هیچ سازمان دولتی یا خصوصی ای از این تحقیق حمایت مالی نکرده است.

۷. تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، در این مقاله هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد.

منابع

- آقائی پور گواسرائی، م.، طاولی، آ.، کمال، ا.ا. و غفوری غلامی، ز. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی سه روش درمان گری مبتنی بر طرحواره، شناختی-رفتاری و ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب و افسردگی همسران جانبازان. *روان شناسی بالینی و شخصیت*، ۱۷ (۱)، ۱۳۳-۱۲۳. <https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2890>
- بخشی پور رودسری، ع.، هاشمی نصرت آباد، ت.، و نکونام، م. ص. (۱۳۹۴). مقایسه عدم تحمل ابهام و کمال گرایی در بین بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری و افراد عادی. *روان شناسی بالینی*، ۷ (۱)، ۵۰-۴۱. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2189>
- بشارت، م. ح. (۱۳۹۵). پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: روش اجرا و نمره گذاری. *روان شناسی تحولی: روان شناسان ایرانی*، ۱۳ (۵۰)، ۲۲۳-۲۲۱. <https://sanad.iau.ir/fa/Journal/jip/Article/1054776>
- تقی زاده، م. ا. و فرمانی، ا. (۱۳۹۲). بررسی نقش انعطاف پذیری شناختی در پیش بینی نومییدی و تاب آوری در دانشجویان. *فصلنامه روان شناسی شناختی*، ۱ (۲)، ۶۷-۷۵. <http://jcp.khu.ac.ir/article-1-1737-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. *ماهنامه مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان*، ۳(۲)، ۲۷۸-۲۹۰.

<https://doi.org/10.61838/kman.jayps.3.2.21>

ثلاثی، ب.، رضانی، م.، آ.، و جهان، ف. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی بر خودکارآمدی و مؤلفه‌های آن در معتادین با درمان نگهدارنده متادون: یک مطالعه کارآزمایی بالینی. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۱۰(۱)، ۱۵۴-۱۳۹.

<http://dx.doi.org/10.32598/shenakht.10.1.139>

حسینی، ش.، قاسمی مطلق، م.، اسماعیلی شاد، ب. و مهدیان، ح. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر دشواری تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۹(۱)، ۳۶-۴۷.

<http://rjms.iuums.ac.ir/article-1-6686-fa.html>

دلبری، ر.، فتاحی اندیل، ا.، و دوکانه ای فرد، ف. (۱۴۰۱). ارائه مدل پیش‌بینی درد ذهنی (روان‌شناختی) بر اساس انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و معنای زندگی با میانجی‌گری حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد دارای تجربه سوگ ناشی از کرونا. *ماهنامه مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان*، ۳(۲)، ۹۹-۱۱۲.

<https://doi.org/10.61838/kman.jayps.3.2.8>

دهشیری، غ. ر.، گلزاری، م.، برجلی، ا. و سهرابی، ف. (۱۳۸۸). خصوصیات روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا در دانشجویان. *روان‌شناسی بالینی*، ۱(۴)، ۶۷-۷۵.

<https://doi.org/10.22075/jcp.2017.1988>

دهناشی لاطان، ت. و ستاری، م. (۱۳۹۹). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر نگرش‌های ناکارآمد و اجتناب تجربه‌ای دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۷(۴)، ۲۸-۴۱.

<http://dx.doi.org/10.52547/shenakht.7.4.28>

سلطانی، ن. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش کارکردهای اجرایی بر تنظیم شناختی هیجان و کیفیت خواب کودکان دبستانی با ضرب‌آهنگ شناختی کند. *رویش روان‌شناسی*، ۱۲(۲)، ۱۹۷-۲۰۶.

<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.2383353.1402.12.2.18.4>

سیدآسیابان، س.، منشئی، غ. ر. و عسگری، پ. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و ذهن‌آگاهی بر راهبردهای سازگارانۀ تنظیم شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان مواد محرک. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۸(۲)، ۱-۱۰.

<https://sanad.iau.ir/Journal/jsrp/Article/891040>

شاهمردادی، ذ. ا.، خالقی پور، ش. و مسجدی، م. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر طرحواره‌های ناسازگار و سلامت عمومی بیماران مبتلا به وییلیگو. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*، ۷(۶)، ۴۲-۵۲.

<http://jhpm.ir/article-1-835-en.html>

شرافتی، ح.، طاهری، ا.، اسمائی مجد، س. و امیری، م. (۱۳۹۶). اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس بر عدم تحمل بلاتکلیفی، اجتناب شناختی و باورهای مثبت نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *روان‌شناسی بالینی*، ۴(۳)، ۲۸-۱۵.

https://jcp.semnan.ac.ir/article_2713.html

شیرین‌زاده دستگیری، ص.، گودرزی، م.، ع.، غنی‌زاده، ا. و تقوی س. م. (۱۳۸۷). مقایسه باورهای فراشناختی و مسئولیت‌پذیری در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری، اختلال اضطراب منتشر و افراد پهنجار. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۴(۱)، ۴۶-۵۵.

<http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-414-fa.html>

عربلو، ز. (۱۴۰۲). اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر خلق منفی و تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *فصلنامه ایده‌های نوین روان‌شناسی*، ۱۶(۲۰).

<http://jnip.ir/article-1-920-fa.html>

فاضلی، م.، احتشام زاده، پ. و هاشمی شیخ‌شبان، س. ا. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر انعطاف‌پذیری شناختی افراد افسرده. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۹(۳۴)، ۲۷-۳۶.

<https://sanad.iau.ir/Journal/jtbcp/Article/1118228/FullText>

کیانی پور، ا.، حسنی، ف.، راهنجات، ا. م. و قنبری پناه، ا. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش دشواری تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی. *پرستار و پزشک در رزم*، ۶(۲۰)، ۶۰-۷۰.

<http://npwjma.ajauims.ac.ir/article-1-583-fa.html>

مؤمنی، ف.، شهیدی، ش.، موتابی، ف. و حیدری، م. (۱۳۹۴). نقش تشخیصی نقص در تنظیم هیجانی، ذهن‌آگاهی و خوددوست‌داری در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و زنان عادی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۹(۳۴)، ۱۴۷-۱۷۲.

https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_3992.html?lang=fa

نائینیان، م.، ر.، شعیری، م.، ر.، شریفی، م.، و هادیان، م. (۱۳۹۰). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7). *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۹(۱)، ۴۱-۵۰.

https://cpap.shahed.ac.ir/article_2647.html

نجار کاخکی، ا.، کلهرنیا گل کار، م.، نژاد محمد نامقی، ع.، محمدی شیر محله، ف.، و ولی زاده، م. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی گروهی بر دشواری در تنظیم هیجان و شاخص توده بدنی در افراد چاق مبتلا به خوردن هیجانی. *مجله روان شناسی و روان پزشکی شناخت*، ۱۰ (۱)، ۷۵-۸۹. <https://doi.org/10.32598/shenakht.10.1.75>

ندائی، ع.، قمری گیوی، ح.، شیخ الاسلامی، ع.، و صدیقی دمیرچی، ا. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر عدم تحمل بالاتکلیفی و دشواری تنظیم هیجان در افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب همایند. *مجله روان شناسی و روان پزشکی شناخت*، ۱۰ (۱)، ۱۱۵-۱۰۳. <https://doi.org/10.32598/shenakht.10.1.103>

نیک پور، ف.، خلعتبری، ج.، رضائی، ا. و جمهری، ف. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی رویکرد طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان شناختی زنان مطلقه. *فصلنامه علوم روان شناختی*، ۲۰ (۱۰۱)، ۷۵۱-۷۴۱. <http://psychologicalscience.ir/article-1-1105-fa.html>

References

- Aghaeepour Gavasaraee, M., Tavoli, A., Kamal, A. S., & Ghafoory Gholamy, Z. (2020). Effectiveness of schema therapy, cognitive-behavioral therapy, and mindfulness-based stress reduction on reducing the anxiety and depression in spouses of veterans. *Clinical Psychology and Personality*, 17(1), 123-134. <https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2890> (In Persian)
- Arablo, Z. (2023). The effectiveness of mindfulness based on stress reduction on negative mood and emotion regulation in people with generalized anxiety disorder. *Journal of Psychology New Ideas*, 16(20). <http://jnip.ir/article-1-920-en.html> (In Persian)
- Bakhshipour, A., Hashemi-Nosratabad, T., & Nekunam, M. S. (2015). Comparison of intolerance of ambiguity and perfectionism among patients with obsessive-compulsive disorder and ordinary people. *Journal of Clinical Psychology*, 7(1), 41-50. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2189> (In Persian)
- Becker, S. P., & Barkley, R. A. (2018). Sluggish cognitive tempo. In T. Banaschewski, D. Coghill, & A. Zuddas (Eds.), *Oxford textbook of attention deficit hyperactivity disorder* (pp. 147-153). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198739258.003.0015>
- Besharat, M. A. (2016). Cognitive emotion regulation questionnaire: Instruction and scoring. *Journal of Developmental Psychology Iranian Psychologists*, 13(50), 221-223. <https://sanad.iau.ir/en/Journal/jip/Article/1054776> (In Persian)
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The Intolerance of Uncertainty Scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour Research and Therapy*, 40(8), 931-945. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(01\)00092-4](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00092-4)
- Daliri, R., Fattahi Andabil, A., & Dokanehi Fard, F. (2022). Presenting a model to predict mental (psychological) pain based on psychological flexibility and the meaning of life with the mediation of perceived social support in people with the experience of bereavement caused by Corona. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*, 3(2), 99-112. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.3.2.8> (In Persian)
- Dehnashi Latan, T., & Sattari, M. (2020). The effectiveness of positivist psychotherapy on inefficient attitudes and experiential avoidance on students with generalized anxiety disorder. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 7(4), 28-41. <https://doi.org/10.52547/shenakht.7.4.28> (In Persian)
- Dehshiri, G. R., 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)
- Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy and Research*, 34(3), 241-253. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4>
- Edwards, E., Leahy, R., & Snyder, S. (2023). Patterns of emotional schema endorsement and personality disorder symptoms among outpatient psychotherapy clients. *Motivation and Emotion*, 47(3), 412-422. <https://doi.org/10.1007/s11031-022-10000-3>

- Ergisi, M., Erridge, S., Harris, M., Kawka, M., Nimalan, D., ... & Sodergren, M. H. (2022). UK Medical Cannabis Registry: An analysis of clinical outcomes of medicinal cannabis therapy for generalized anxiety disorder. *Expert Review of Clinical Pharmacology*, 15(4), 487–495. <https://doi.org/10.1080/17512433.2022.2020640>
- Fazeli, M., Ehteshamzadeh, P., & Hashemi, S. E. (2015). The effectiveness of cognitive behavior therapy on cognitive flexibility of depressed people. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 9(34), 27-36. <https://sanad.iau.ir/en/Journal/jtbcp/Article/1118228/FullText> (In Persian)
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)*. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t03801-000>
- Garnefski, N. & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire-development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41(6), 1045-1053. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.010>
- Gullo, S., Gelo, O. C. G., Bassi, G., Lo Coco, G., ... & Di Blasi, M. (2023). The role of emotion regulation and intolerance to uncertainty on the relationship between fear of COVID-19 and distress. *Current Psychology*, 42, 19658–19669. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03071-5>
- Hoseini, S., Qasemi Motlagh, M., Esmaeili shad, B., & Mehdian, H. (2022). Comparison of the effectiveness of mindfulness-based therapy and cognitive therapy on the difficulty of emotion regulation in patients with obsessive-compulsive disorder. *Razi Journal of Medical Sciences*, 29(1), 36-47. <http://rjms.iums.ac.ir/article-1-6686-en.html> (In Persian)
- Huntley, C., Young, B., Tudur Smith, C., Jha, V., & Fisher, P. (2022). Testing times: The association of intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs to test anxiety in college students. *BMC Psychology*, 10, 6. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00710-7>
- Kianipoor, E., Hassani, F., Rahnejat, A. M. & Ghanbaripanah, A. (2018). Comparison of the effectiveness of emotional schema therapy and cognitive therapy based on mindfulness on reducing the difficulty emotional regulation in patients with panic disorder. *Nurse and Physician within War*, 6(20), 60-70. <http://npwjma.ajau.ac.ir/article-1-583-en.html> (In Persian)
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). New York: Guilford Press. <https://search.library.wisc.edu/catalog/9910110667902121>
- Leahy, R. (2012). Emotional schema therapy: A bridge over troubled waters. In J. Herbert & E. M. Forman (Eds.), *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies* (pp. 109-131). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118001851.ch5>
- Maher, E. L., & Córdova, J. V. (2019). Evaluating equanimity: Mindfulness, intimate safety, and relationship satisfaction among meditators. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 8(2), 77–89. <https://doi.org/10.1037/cfp0000119>
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10), 1281-1310. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.08.008>
- 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)
- Momeni, F., Shahidi, S., Motabi, F., & Heidari, M. (2015). Discriminant role of emotion dysregulation, mindfulness and self-compassion in women with anxiety disorder and normal group. *Journal of Modern Psychological Researches*, 9(34), 147-172. https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_3992.html?lang=en (In Persian)
- Naeinian, M. R., Shaeiri, M. R., 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. https://cpap.shahed.ac.ir/article_2647.html?lang=en (In Persian)

- Najjar Kakhaki, I., Kalhornia Golkar, M., Nezhad Mohamad Nameghi, A., Mohammadi Shirmahaleh, F., & Valizadeh, M. (2023). Comparison of effectiveness of acceptance and commitment-based group therapy and group schema therapy on emotion regulation difficulty and body mass index in obese people with emotional eating. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 10(1), 75-89. <https://doi.org/10.32598/shenakht.10.1.75> (In Persian)
- Nedaei, A., Qamari Gavi, H., Sheykholeslami, A., & Sadri Damirchi, E. (2023). The effectiveness of emotional schema therapy on the intolerance of uncertainty and the difficulty of emotion regulation in people suffering from comorbid depression and anxiety. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 10(1), 103-115. <https://doi.org/10.32598/shenakht.10.1.103> (In Persian)
- Nikpour, F., Khalatbari, J., Rezaei, o., & Jomehri, F. (2021). Comparison of the effectiveness of schema therapy approach and acceptance and commitment-based therapy psychological well-being of divorced women. *Journal of Psychological Science*, 20(101), 741-751. <http://psychologicalscience.ir/article-1-1105-en.html> (In Persian)
- Okati, H., & Rahdarpour, J. (2023). The role of flexibility and competence on work performance according to the mediating role of job satisfaction among young teachers. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*, 4(5), 24-33. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.4.5.2>
- Pang, D., & Ruch, W. (2019). Fusing character strengths and mindfulness interventions: Benefits for job satisfaction and performance. *Journal of Occupational Health Psychology*, 24(1), 150-162. <https://doi.org/10.1037/ocp0000144>
- 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://doi.org/10.61838/kman.jayps.3.2.21> (In Persian)
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 38(1), 72-85. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.04.004>
- Rogers, T. A., Daniel, T. A., & Bardeen, J. R. (2022). Health anxiety and attentional control interact to predict uncertainty-related attentional biases. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 74, 101697. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2021.101697>
- Salasi, B., Ramezani, M. A., & Jahan, F. (2023). Comparing the effectiveness of emotion-focused therapy and schema therapy on self-efficacy and its components in addicts undergoing methadone maintenance treatment: A clinical trial study. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 10(1), 139-154. <https://doi.org/10.32598/shenakht.10.1.139> (In Persian)
- Saviola, F., Pappaianni, E., Monti, A., Grecucci, A., Jovicich, J., & De Pisapia, N. (2020). Trait and state anxiety are mapped differently in the human brain. *Scientific Reports*, 10, 11112. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-68008-z>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2001-05895-000>
- Seyed Asiaban, s., Manshaei, g., & Askari, p. (2017). Comparison of the effectiveness of schema therapy and mindfulness on cognitive regulation of emotion adaptive strategies in psychoactive drug users. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 18(2), 1-10. <https://sanad.iau.ir/en/Journal/jsrp/Article/891040> (In Persian)
- Shahmoradi, Z., Khaleghipour, S., & Masjedi, M. (2019). Comparing effectiveness of “Schema Therapy” and “Mindfulness- Based Cognitive Therapy” on maladaptive schemas and general health in patients with Vitiligo. *Journal of Health Promotion Management*, 7(6), 42-52. <http://jhpm.ir/article-1-835-en.html> (In Persian)
- Sharif Ara, B., Khosropour, F., & Molayi Zarandi, H. (2023). Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on emotional processing, irrational beliefs and rumination in patients with generalized anxiety disorder. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*, 4(4), 34-44. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.4.4.5>

- Sherafati, h., Taheri, E, Asmaee Majd, s., & Amiri, M. (2017). Effectiveness of cognitive therapy based on Dougas model on intolerance of uncertainty, cognitive avoidance and positive beliefs about worry in generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 9(2), 15-28. https://jcp.semnan.ac.ir/article_2713.html?lang=en (In Persian)
- Shirinzadeh Dastgiri, S., Gudarzi, M. A., Ghanizadeh, A., & Taghavi, S. M. R. (2008). Comparison of Metacognitive and Responsibility Beliefs in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder, Generalized Anxiety Disorder and Normal Individuals. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 14(1), 46-55. <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-414-en.html> (In Persian)
- Soltani, N. (2023). The effectiveness of executive functions training on the cognitive regulation of emotion and sleep quality of children with sluggish cognitive tempo. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 12(2), 197-206. <http://frooyesh.ir/article-1-4261-en.html> (In Persian)
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *JAMA Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Taghizadeh, M. E., & Farmani, A. (2014). A study of the role of cognitive flexibility in predicting hopelessness and resilience among university students. *Journal of Cognitive Psychology*, 1(2), 67-75. <http://jcp.khu.ac.ir/article-1-1737-en.html> (In Persian)
- Thümmel, R., Engel, E. M., & Bartz, J. (2022). Strengthening emotional development and emotion regulation in Childhood-As a key task in early childhood education. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 3978. <https://doi.org/10.3390/ijerph19073978>
- Van Wijk-Herbrink, M. F., Arntz, A., Broers, N. J., Roelofs, J., & Bernstein, D. P. (2019). A schema therapy-based milieu in secure residential youth care: Effects on aggression, group climate, repressive staff interventions, and team functioning. *Residential Treatment for Children & Youth*, 38(3), 289–306. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2019.1692758>