

شناخت، رفتار، یادگیری

اثر بخشی مداخله‌های طرح‌واره درمانی هیجانی و شناختی - رفتاری متمرکز بر عدم تحمل بلاتکلیفی بر افکار ارجاعی، آمیختگی فکر-کنش و اجتناب شناختی بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر: یک مطالعه نیمه تجربی

سمیه ویسی^۱، عاطفه بهرامی^۲، معصومه غفاری^۳، مصطفی احمدی‌فر^۴، آرزو رمضان پور^۵، کامران پورمحمدقوچانی^۶

۱. گروه مشاوره خانواده، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۲. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده غیرانتفاعی رفاه، تهران، ایران.
۳. گروه روانشناسی عمومی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران.
۴. استادیار گروه علوم قرآن و حدیث، دانشگاه جامعه المصطفی العالمیه، قم، ایران.
۵. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی شان‌دیز، مشهد، ایران.
۶. گروه روانشناسی بالینی، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، کیش، ایران.

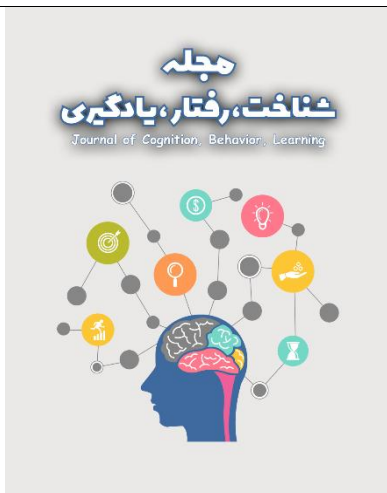
* ایمیل نویسنده مسئول: 0945367430@miu.ac.ir

تاریخ چاپ: ۱۴۰۵/۰۵/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۲/۰۶

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۱۱/۲۰

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۰۹/۰۳

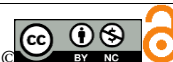


شیوه استناددهی: ویسی، سمیه، بهرامی، عاطفه، غفاری، معصومه، احمدی‌فر، مصطفی، رمضان پور، آرزو، و پورمحمدقوچانی، کامران. (۱۴۰۵). اثر بخشی مداخله‌های طرح‌واره درمانی هیجانی و شناختی - رفتاری متمرکز بر عدم تحمل بلاتکلیفی بر افکار ارجاعی، آمیختگی فکر-کنش و اجتناب شناختی بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر: یک مطالعه نیمه تجربی. *شناخت، رفتار، یادگیری*، ۳(۳)، ۱۴-۱.

چکیده

هدف پژوهش اثر بخشی مداخله‌های طرح‌واره درمانی هیجانی و شناختی - رفتاری متمرکز بر عدم تحمل بلاتکلیفی بر افکار ارجاعی، آمیختگی فکر کنش و اجتناب شناختی بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر بود. پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به ۳۰ مرکز مشاوره روان‌شناختی منطقه ۱۷ شهر تهران در سال ۱۴۰۴ بودند، که از بین آنها ۳۶ نفر از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس در دو گروه درمان طرح‌واره درمانی، درمان و شناختی - رفتاری بر عدم تحمل بلاتکلیفی و گروه کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. مقیاس‌های اختلال اضطراب فراگیر ۷ سوالی (اسپیتزر، کروئیک، ویلیامز و لویو، ۲۰۰۶)، عدم تحمل بلاتکلیفی (فریستون، ریومه، لتارته، داگاس و الدوسر، ۱۹۹۴)، افکار ارجاعی (اهرینگ، ۱۹۹۰)، پرسشنامه آمیختگی فکر کنش (شفران، تورداسون و راجمن، ۱۹۹۶)، پرسشنامه اجتناب شناختی (سکستون و دوگاس، ۲۰۰۹)، استفاده شد، سپس گروه آزمایش تحت طرحواره درمانی (یانگ، ۱۹۹۰) به مدت ۸ جلسه و ۹۰ دقیقه‌ای و قرار گرفت و درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر مدل داگاس (داگاس و چاوود، ۲۰۰۷؛ چاولتی، کولبر سیرو و بیتو، ۲۰۱۹) به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد، اما گروه کنترل در فهرست انتظار قرار گرفت. پس از پایان دوره درمان از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. داده‌ها با تحلیل کوواریانس چند متغیره با نرم افزار SPSS ۲۴ در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی تحلیل گردید. نتایج نشان داد که با توجه به میانگین تمارت پس‌آزمون گروه آزمایش می‌توان گفت، مداخله‌های طرح‌واره درمانی هیجانی و شناختی - رفتاری متمرکز بر عدم تحمل بلاتکلیفی بر افکار ارجاعی، آمیختگی فکر کنش و اجتناب شناختی بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر موثر است. بر اساس نتایج این مطالعه می‌توان گفت هر یک از مداخله‌های شناختی - رفتاری عدم تحمل بلاتکلیفی و طرح‌واره درمانی هیجانی به عنوان مداخله‌هایی مؤثر می‌تواند در مراکز درمانی و بهداشتی در جهت بهبود افکار ارجاعی، آمیختگی فکر کنش و اجتناب شناختی به کار برده شود.

کلیدواژه‌گان: درمان طرح‌واره درمانی، درمان شناختی رفتاری، عدم تحمل بلاتکلیفی، افکار ارجاعی، آمیختگی فکر کنش، اختلال اضطراب فراگیر



Cognition, Behavior, Learning

Effectiveness of Emotional Schema Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy Focused on Intolerance of Uncertainty on Referential Thinking, Thought-Action Fusion, and Cognitive Avoidance in Patients with Generalized Anxiety Disorder: A Quasi-Experimental Study

Somayeh Veisi¹, Atefeh Bahrami², Masoumeh Ghaffari³, Mostafa Ahmadifar^{4*}, Arezoo Ramezanpour⁵, Kamran Pourmohammad Ghouchani⁶

1. Department of Counseling, ST.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Master's degree in General Psychology, Non-Profit Welfare College, Tehran, Iran.

3. Department of General Psychology, Za.C., Islamic Azad university, Zanjan, Iran.

4. Assistant Professor, Department of Quran and Hadith Sciences, Al-Mustafa University, Qom, Iran.

5. Master's degree in General Psychology, Shandiz Non-Profit Higher Education Institute, Mashhad, Iran.

6. Department of Clinical psychology, Ki.c., Islamic Azad University, Kish, Iran.

*Corresponding Author's Email: 0945367430@miu.ac.ir

Submit Date: 2025-11-24

Revise Date: 2026-02-09

Accept Date: 2026-12-25

Publish Date: 2026-07-23

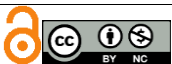
Abstract

The aim of this study was to investigate the effectiveness of Emotional Schema Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy focused on intolerance of uncertainty on referential thinking, thought-action fusion, and cognitive avoidance in patients with Generalized Anxiety Disorder (GAD). This study employed a quasi-experimental pre-test/post-test design with a control group. The statistical population consisted of all patients diagnosed with GAD who attended 30 psychological counseling centers in District 17 of Tehran in 1404 (2025–2026). From this population, 36 patients were selected through convenience sampling and then randomly assigned to two experimental groups (Emotional Schema Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy focused on intolerance of uncertainty) and a control group. The Generalized Anxiety Disorder 7-item scale (Spitzer et al., 2006), Intolerance of Uncertainty Scale (Freeston et al., 1994), Referential Thinking Questionnaire (Ehring, 1990), Thought-Action Fusion Questionnaire (Shafran et al., 1996), and Cognitive Avoidance Questionnaire (Sexton & Dugas, 2009) were used. The experimental group received Emotional Schema Therapy (Young, 1990) for 8 sessions of 90 minutes each, while Cognitive-Behavioral Therapy based on Dugas's model (Dugas & Chouinard, 2007; Chouinard, Colbertson, & Bitto, 2019) was conducted for 12 sessions of 90 minutes each. The control group was placed on a waiting list. Post-test assessments were conducted for both experimental groups following the treatment period. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) with SPSS version 24 in both descriptive and inferential statistical sections. Results indicated that, based on the post-test mean scores of the experimental group, Emotional Schema Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy focused on intolerance of uncertainty were effective in reducing referential thinking, thought-action fusion, and cognitive avoidance in patients with GAD. Based on the findings of this study, both Cognitive-Behavioral Therapy focused on intolerance of uncertainty and Emotional Schema Therapy can be effectively utilized in therapeutic and health centers to improve referential thinking, thought-action fusion, and cognitive avoidance.

Keywords: *Emotional Schema Therapy, Cognitive-Behavioral Therapy, Intolerance of Uncertainty, Referential Thinking, Thought-Action Fusion, Generalized Anxiety Disorder*



How to cite: Veisi, S., Bahrami, A., Ghaffari, M., Ahmadifar, M., Ramezanpour, A., Pourmohammad Ghouchani, K. (2026). Effectiveness of Emotional Schema Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy Focused on Intolerance of Uncertainty on Referential Thinking, Thought-Action Fusion, and Cognitive Avoidance in Patients with Generalized Anxiety Disorder: A Quasi-Experimental Study. *Cognition, Behavior, Learning*, 3(3), 1-13.



اختلال اضطراب فراگیر (GAD) یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی در جمعیت عمومی است که با شیوع ۳ تا ۵ درصد در جوامع غربی و ایرانی شناخته شده است (Shah et al., 2023). این اختلال با نگرانی‌های مزمن، غیرقابل کنترل و مرتبط با موقعیت‌های مختلف روزمره همراه است که به‌طور مستقیم بر عملکرد شغلی، روابط اجتماعی و کیفیت زندگی فرد تأثیر می‌گذارد (Bhat et al., 2015). گزارش‌های جهانی نشان می‌دهد که این اختلال در ۶۰ تا ۷۰ درصد موارد، بدون درمان مناسب، به‌صورت مزمن ادامه می‌یابد و هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی قابل توجهی را به بار می‌آورد (Borza, 2017). در ایران نیز مطالعات همه‌گیرشناسی نشان داده‌اند که شیوع اختلال اضطراب فراگیر در جمعیت بالینی، به‌ویژه در مراکز مشاوره، بالاتر از میانگین جهانی است (Hosseini et al., 2021).

یکی از ویژگی‌های کلیدی این اختلال، تکرار افکار منفی و نگران‌کننده است که به‌طور خاص در قالب افکار ارجاعی (referential thinking) بروز می‌یابد. افکار ارجاعی به تفکری اشاره دارد که در آن فرد اتفاقات روزمره را به‌طور غیرمنطقی به خودش مربوط می‌کند، مانند اینکه فکر می‌کند گفتار یا رفتار دیگران به‌طور مستقیم به او مربوط است (Heffernan et al., 2021). این نوع تفکر، به‌ویژه در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، با افزایش شدت نگرانی و کاهش کیفیت زندگی همراه است (Hebert & Dugas, 2019). مطالعات نشان داده‌اند که افکار ارجاعی در ۷۰ درصد موارد اختلال اضطراب فراگیر، به‌طور قابل توجهی با نگرانی‌های مزمن مرتبط است و می‌تواند به‌عنوان یک عامل خطر ساز برای پیش‌آگهی بد در این اختلال عمل کند (Ranney et al., 2021).

علاوه بر افکار ارجاعی، آمیختگی فکر-کنش (thought-action fusion) یک سوگیری شناختی شایع در این اختلال است که در آن فرد باور دارد داشتن یک افکار ناخوشایند، معادل انجام یک عمل غیراخلاقی یا افزایش احتمال وقوع یک حادثه منفی است (Berle & Starcevic, 2015). این باورها، به‌ویژه در مواردی که فرد از افکار ارجاعی رنج می‌برد، به‌طور چشمگیری با افزایش نگرانی و اجتناب شناختی همراه می‌شوند (Marchetti et al., 2018). مطالعات نشان داده‌اند که آمیختگی فکر-کنش در ۶۵ درصد موارد اختلال اضطراب فراگیر، به‌عنوان یک مکانیسم حفظ‌کننده نگرانی عمل می‌کند و می‌تواند باعث تشدید علائم اضطراب شود (Mokhaddam et al., 2024).

در این راستا، اجتناب شناختی (cognitive avoidance) به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای پرکاربرد در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، نقش محوری ایفا می‌کند. اجتناب شناختی به فرآیندی اشاره دارد که در آن فرد از پردازش افکار نگران‌کننده یا موقعیت‌های مبهم اجتناب می‌کند تا از احساس ناراحتی جلوگیری کند (Günther et al., 2022). این راهبرد، به‌ویژه در مواردی که فرد با عدم تحمل بلا تکلیفی (intolerance of uncertainty) مواجه است، به‌طور چشمگیری تقویت می‌شود. عدم تحمل بلا تکلیفی به توانایی فرد در پذیرش ابهام و عدم قطعیت در زندگی اشاره دارد و در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، به‌عنوان یک عامل اصلی در حفظ و تداوم نگرانی شناخته شده است (Wahlund et al., 2020). مطالعات نشان داده‌اند که ۸۰ درصد از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، با عدم تحمل بلا تکلیفی شدید مواجه هستند که به‌طور مستقیم با اجتناب شناختی و افکار ارجاعی مرتبط است (Hebert & Dugas, 2019).

در مدل‌های درمانی موجود، درمان شناختی-رفتاری (CBT) مبتنی بر مدل داگاس (Dugas) به‌عنوان یک روش مؤثر برای کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی شناخته شده است (Dugas et al., 2005). این مدل بر اهمیت چهار عامل اصلی تأکید دارد: عدم تحمل بلا تکلیفی، باورهای منفی درباره نگرانی، اجتناب شناختی و جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل (Hosseini et al., 2021). با این حال، مطالعات نشان داده‌اند که تنها ۵۹ درصد از بیماران با این روش بهبودی قابل توجهی گزارش می‌کنند و در پیگیری‌های بلندمدت، تأثیر آن کاهش می‌یابد (Vafadar et al., 2021). این محدودیت‌ها، نیاز به مداخلات جایگزین یا ترکیبی را برجسته می‌سازد.

طرحواره درمانی (schema therapy) به‌عنوان یک رویکرد جدیدتر، بر اساس تغییر طرحواره‌های ناسازگار اولیه تمرکز می‌کند و به‌ویژه در مواردی که نگرانی‌ها با افکار ارجاعی و آمیختگی فکر-کنش همراه است، اثربخشی خود را نشان داده است (Straarup et al., 2022). مطالعات نشان داده‌اند که طرحواره درمانی می‌تواند به‌طور معناداری بر کاهش افکار ارجاعی و آمیختگی فکر-کنش در بیماران مبتلا به اختلال

اضطراب فراگیر تأثیر بگذارد (Dehghani Soltani & Razaee Nasab, 2022). به طور خاص، این مداخله با استفاده از تکنیک‌هایی مانند "تصویرسازی ذهنی" و "روبارویی با سناریوهای ترسناک"، به بیماران کمک می‌کند تا با افکار ارجاعی و آمیختگی فکر-کنش خود روبرو شوند (Fassbinder et al., 2019).

با این حال، تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که ترکیب طرحواره درمانی با مداخلات متمرکز بر عدم تحمل بلا تکلیفی، می‌تواند اثربخشی درمانی را به طور چشمگیری افزایش دهد. مطالعه مخدومی و همکاران (۲۰۲۴) نشان داد که طرحواره درمانی مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی، در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری معمول، به طور معناداری بر کاهش اجتناب شناختی و افکار ارجاعی تأثیر می‌گذارد (Mokhaddam et al., 2024). همچنین، پژوهش وفادار و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد که ترکیب درمان شناختی-رفتاری با تمرکز بر عدم تحمل بلا تکلیفی، می‌تواند به طور مؤثری بر کاهش نشخوار فکری و آمیختگی فکر-کنش در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر بگذارد (Vafadar et al., 2021).

در ایران، مطالعات محدودی در این زمینه انجام شده است. پژوهش دهقانی سلطانی و رضایی نسب (۱۴۰۱) نشان داد که طرحواره درمانی بر باورهای فراشناختی و آمیختگی فکر-کنش در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر دارد، اما این مطالعه به طور خاص بر عدم تحمل بلا تکلیفی تمرکز نکرده بود (Dehghani Soltani & Razaee Nasab, 2022). همچنین، مطالعه مخدومی و همکاران (۱۴۰۳) نشان داد که طرحواره درمانی می‌تواند بر کاهش افکار ارجاعی و عدم تحمل بلا تکلیفی مؤثر باشد، اما این پژوهش به طور کامل بر اثر ترکیب این دو مداخله بر متغیرهای اصلی تمرکز نکرده است (Mokhaddam et al., 2024).

در مطالعات جهانی، پژوهش‌هایی مانند استراپ و همکاران (۲۰۲۲) و وفادار و همکاران (۲۰۲۱) به طور خاص بر اثربخشی طرحواره درمانی گروهی در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی شدید تمرکز کرده‌اند و نتایج آن‌ها نشان داد که این مداخله می‌تواند به طور معناداری بر کاهش افکار ارجاعی و اجتناب شناختی تأثیر بگذارد (Straarup et al., 2022; Vafadar et al., 2021). با این حال، تحقیقات در ایران نشان می‌دهد که بیش از ۵۸ درصد از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، با درمان‌های سنتی به بهبودی کامل نمی‌رسند و نیاز به مداخلات جایگزین متمرکز بر مکانیسم‌های شناختی خاص این اختلال وجود دارد (Hosseini et al., 2021).

با توجه به این محدودیت‌ها، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله‌های طرح‌واره درمانی هیجانی و شناختی-رفتاری متمرکز بر عدم تحمل بلا تکلیفی بر کاهش افکار ارجاعی، آمیختگی فکر-کنش و اجتناب شناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر طراحی شده است.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به ۳۰ مرکز مشاوره روانشناختی (بهبودی، سازمان نظام) منطقه ۱۷ شهر تهران در سال ۱۴۰۴ بودند، که از بین آنها ۳۶ نفر از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس در دو گروه درمان طرح‌واره درمانی، درمان شناختی - رفتاری عدم تحمل بلا تکلیفی و گروه کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند، به همین منظور ۳۶ نفر گروه اول آزمایش (۱۲) و گروه دوم آزمایش (۱۲) و گروه گواه (۱۲) برآورد شد. برای انتخاب حجم نمونه ابتدا از بین بیماران مراجعه کننده به صورت در دسترس بر اساس ملاک‌های ورود ۳۶ نفر انتخاب شدند. پس از انتخاب گروه نمونه اولیه؛ بصورت تصادفی به سه گروه ۱۲ نفری تقسیم و سپس با گمارش تصادفی دوتا از گروه‌ها به عنوان گروه مداخله و دیگر گروه به عنوان گروه گواه در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل تشخیص اختلال اضطراب فراگیر، کسب نمره بالای ۴۰ در مقیاس اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7)، رضایت آگاهانه برای حضور در جلسات مداخله، عدم مصرف دارو و عدم سابقه بیماری جسمی (بر اساس پرونده روان پزشکی)، عدم دریافت درمان و یا مداخلات همزمان (بر اساس پرونده روانشناختی) و معیارهای خروج از پژوهش شامل اعلام انصراف از شرکت در پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه و عدم انجام تکالیف درمانی بود.

مقیاس اختلال اضطراب فراگیر^۱ ۷ سوآلی^۲ این مقیاس توسط اسپیتزر، کروئنک، ویلیامز و لوو (۲۰۰۶) تهیه شده و دارای ۷ سوآلی می‌باشد که هر یک از سوالات به بررسی مشکلات روانی آزمودنی در ۲ هفته گذشته می‌پردازد. گزینه‌ها به صورت هیچ وقت، چند روز، بیش از نیمی از روزها و تقریباً هر روز از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره به ترتیب ۰ تا ۲۱ می‌باشد. در آخر پرسشنامه سوآل ۸ ارائه می‌شود، که به این نکته می‌پردازد که هر یک مشکلات مطرح شده در ۷ سوآل اول تا چه اندازه در انجام کار، امور مربوط به خانه یا ارتباط فرد با دیگران مشکل ایجاد کرده است گزینه‌های انتخابی عبارتند از به هیچ وجه، تا حدی، زیاد، خیلی زیاد. نقاط برش برای پرسشنامه عبارتند از ۵ (خفیف)، ۱۰ (متوسط)، ۱۵ (شدید). اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) با استفاده از تحلیل عاملی از یک مقیاس ۱۵ سوآلی، ۲ عامل استخراج کردند، که ۸ سوآل آن مربوط به افسردگی بوده و منجر به ساخت پرسشنامه سلامت بیمار^۳ (PHQ-8) گردیده و ۷ سوآل دیگر مربوط به اضطراب بوده است و منجر به ساخت پرسشنامه اضطراب فراگیر (GAD-7)، گردیده است. اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) ضریب آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی مقیاس (GAD-7)، را به ترتیب ۰.۹۲٪ و ۰.۸۳٪ گزارش کردند. همچنین نتایج نشان داد که مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7)، از اعتبار تشخیصی مناسبی نیز برخوردار است. در پژوهش نائینیان و همکاران (۱۳۹۰) که بر روی دانشجویان ایرانی و نمونه بالینی انجام شد ضریب آلفای کرونباخ ۰.۸۵٪ برای این مقیاس گزارش شد که حاکی از پایایی مناسب آن بوده است. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰.۷۶٪ به دست آمد.

پرسشنامه تفکر ارجاعی اهرینگ و همکاران (PTQ): این پرسشنامه در سال ۲۰۱۰ توسط اهرینگ، زستیچ، ویداکر، واهل و اهرلس ساخته شده است. این مقیاس یک ابزار خودگزارش دهی شامل ۱۵ عبارت است که برای سنین ۱۲ تا ۶۰ سالگی قابل اجرا است. این آزمون از یک مقیاس کلی تفکر ارجاعی و سه زیر مقیاس: زیر مقیاس ویژگی‌های اصلی تفکر ارجاعی با سوال‌های ۱، ۲، ۳، ۶، ۷، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۳. ناکارآمدی ادراک شده که با سوال‌های ۴، ۹، ۱۴ و تسخیر ظریف روانی که با سوال‌های ۵، ۱۰، ۱۵ سنجیده می‌شود. آزمودنی‌ها باید در یک طیف لیکرتی ۵ درجه ای (از هرگز = ۰ تا همیشه = ۴) میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر یک از عبارات مشخص کنند. برای بدست آوردن نمره کلی باید امتیاز ۱۵ عبارت جمع شود. در این پرسشنامه حداقل و حداکثر نمره به ترتیب بین ۰ تا ۶۰ قرار دارد. نمرات بالاتر حاکی از از حجم بالای افکار منفی تکراری در آزمودنی‌ها است. نتایج پژوهش اهرینگ و همکاران (۲۰۱۰) حاکی از همسانی درونی مطلوب این مقیاس است. به طوری که ضریب پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰.۹۵٪ است. همبستگی معنادار این مقیاس با دیگر مقیاس‌های سنجش تفکر ارجاعی از جمله پرسشنامه سبک پاسخ دهی، پرسشنامه حالت نگرانی و پرسشنامه صفت و حالت اضطراب حاکی از اعتبار همگرایی این مقیاس است. همچنین برای بررسی روایی صوری آزمون از نظر سه کارشناس استفاده شد و که مورد تأیید قرار گرفت (کاکاوند، صادقی و جعفری جوزانی، ۱۳۹۵). پایایی این پرسشنامه را قانیدی، شبانکار و مقدم بزرگر (۱۳۹۴) با استفاده از آلفای کرونباخ ۰.۸۹٪ گزارش کرده اند.

پرسشنامه آمیختگی فکر کنش تورداسون و راچمن: این مقیاس شفران، تورداسون و راچمن (۱۹۹۶) ارائه شد. دارای سوآلی ۱۹ سوآل ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم) می‌باشد، که نمره گزینه‌ها به ترتیب ۱ و ۲ و ۳ و ۴ و صفر می‌باشد. در سه مقیاس ۱- آمیختگی فکر- عمل احتمالاتی برای خود (۳ آیتم)، ۲- آمیختگی فکر- عمل احتمالاتی برای دیگران (۴ آیتم) و ۳- آمیختگی فکر- عمل اخلاقی (۱۲ آیتم) تدارک دیده شده است. ما در مقیاس اغتشاش فکر- عمل تجدید نظر شده، هشت خرده مقیاس به مقیاس اولیه افزوده شده است، که دو خرده مقیاس به طور کامل جدید و شش خرده مقیاس در واقع به نحوی حاصل ویرایش مقیاس قبلی اند. مجموع گویه‌های این مقیاس جدید ۲۷ گویه است، اما از گویه ۱۶ تا ۲۷ هر گویه به دو قسمت تبدیل می‌شود و برای هر قسمت نمره جداگانه لحاظ می‌شود. در

^۱. Generalized anxiety disorder.

^۲. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B..

^۳ Patient Health Questionnaire

^۴. The Perseverative Thinking Questionnaire Ehrling & et al

^۵.. Zestche, Weidacker, Wahl & Ehlers

^۶ Shafran, Thordason, and Rachman

مطالعه بخشی پور و همکاران (۱۳۹۰) همسانی درونی ضرایب آلفای به دست آمده برای کل مقیاس ۰.۸۱٪ و برای خرده مقیاس‌ها از ۰.۷۹٪ تا ۰.۹۵٪ بودند. ضرایب پایایی حاصل از بازآزمایی برای کل مقیاس ۰.۶۱٪ و برای خرده مقیاس‌ها ۰.۵۹٪ تا ۰.۶۳٪ به دست آمد (میکائیلی، عینی و تقوی، ۱۳۹۵). پرسشنامه اجتناب شناختی (CAQ): این پرسشنامه توسط سکستون و دوگاس (۲۰۰۹) برای سنجش اجتناب شناختی تهیه شده است. ۲۵ گویه این مقیاس در طیف لیکرت پنج درجه‌ای از یک (به هیچ وجه) تا پنج (بسیار زیاد) استفاده می‌شوند و مجموع نمرات آن از ۲۵ تا ۱۲۵ متغیر است. این پرسشنامه پنج راهبرد اجتناب شناختی را می‌سنجد که عبارت است از: واپسزنی افکار نگران کننده ۲- جانشینی افکار مثبت به جای افکار نگران کننده ۳- استفاده از توجه برگردانی برای قطع روند نگرانی، ۴- اجتناب از موقعیت‌ها و فعالیت‌های فعال ساز افکار نگران کننده، ۵- تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی. نتایج پژوهش سکستون و دوگاس (۲۰۰۹)، نشان داد که این پرسشنامه همسانی درونی بالایی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰.۹۵) و اعتبار باز آزمایی این مقیاس در طی ۶ هفته ۰.۸۵٪ بود. نتایج پژوهش حسین زاده فیروزآباد، بساک نژاد، داودی (۱۳۹۶) نشان داد. پایایی پرسشنامه ۰.۹۱٪ می‌باشد.

پروتکل طرحواره درمانی متمرکز بر شناختی-رفتاری (یانگ، ۱۹۹۰) شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای است که به طور گام به گام بر شناسایی، ارزیابی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه تمرکز دارد. در جلسه اول، ارتباط درمانی برقرار می‌شود، قواعد گروه و اهداف درمان معرفی می‌شود و بیماران برای شناسایی مشکلات فعلی و اهداف درمانی تکلیف می‌گیرند. جلسه دوم با آموزش انواع طرحواره‌های ناسازگار، سبک‌های مقابله‌ای و ارتباط آن‌ها با مشکلات زندگی انجام می‌شود. در جلسات سوم و چهارم، تکنیک‌های شناختی مانند "آزمون اعتبار طرحواره"، "رویاریبی همدلانه" و "بازی مدافع شیطان" ارائه می‌شود تا بیماران شواهد تأییدکننده و ردکننده طرحواره را شناسایی کنند. جلسات پنجم و ششم با تکنیک‌های تجربی مانند "تصویرسازی ذهنی" و "گفت‌وگوی خیالی" انجام می‌شود تا بیماران بین جنبه طرحواره و جنبه سالم خود گفت‌وگو کنند. در جلسات هفتم و هشتم، تکنیک‌های رفتاری مانند "الگوشکنی رفتاری" و "تکنیک صندلی خالی" به کار گرفته می‌شود تا بیماران رفتارهای سالم جایگزین را برای موقعیت‌های مشکل ساز شناسایی کنند و در نهایت در جلسه هشتم، جلسات قبلی خلاصه شده، تکالیف انجام شده بررسی و پس از آزمون ارائه می‌شود.

پروتکل درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر مدل داگاس (۲۰۰۷) شامل ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای است که در ۶ بلوک دو جلسه‌ای طراحی شده است. در جلسات اول و دوم، اصول اولیه درمان، ماهیت نگرانی، تقسیم‌بندی آن به نگرانی درباره مشکل فعلی و نگرانی درباره مشکلات فرضی آینده، و نحوه پایش نگرانی به بیمار آموزش داده می‌شود. جلسات سوم و چهارم به عنوان مرحله کلیدی درمان، بر تأثیر عدم تحمل بلا تکلیفی در تداوم نگرانی تمرکز دارند؛ در این مرحله بیماران یاد می‌گیرند که منبع اصلی نگرانی افراطی، تحمل نکردن ابهام و اجتناب از موقعیت‌های مبهم است و برای مشکلات فعلی از تکنیک حل مسئله و برای مشکلات فرضی از رویاریبی یا تصویرسازی تجسمی استفاده کنند. در جلسات پنجم و ششم، با استفاده از گفت‌وگوهای سقراطی، بیماران به درک رابطه بین عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی، تشخیص موقعیت‌های غیرقابل اجتناب و تجربه موقعیت‌های بلا تکلیفی برانگیز کمک می‌شود. جلسات هفتم و هشتم با هدف شناسایی و ارزیابی مجدد باورهای مثبت درباره مفید بودن نگرانی انجام می‌شود؛ در این مرحله با استفاده از تجربه‌گرایی مشارکتی، بیماران متقاعد می‌شوند که باورهایشان درباره مفید بودن نگرانی پیامدهای منفی دارد. در جلسات نهم و دهم، فرآیند حل مسئله برای مقابله با نگرانی درباره مشکلات فعلی آموزش داده می‌شود تا بیماران به جای تلقی مشکل به عنوان تهدید، آن را به عنوان فرصت درک کنند. در نهایت، در جلسات یازدهم و دوازدهم، بیماران برای مقابله با نگرانی درباره مشکلات فرضی آینده، از رویاریبی تجسمی با بدترین سناریوهای ممکن استفاده می‌کنند تا با این نوع نگرانی روبرو شوند.

پس از اخذ مجوزهای لازم و انجام فرایند نمونه گیری (مطابق آنچه ذکر گردید)، بیماران مبتلا اختلال اضطراب فراگیر انتخاب شده (۳۶ نفر) به شیوه تصادفی در سه گروه دو گروه آزمایش و یک گروه گواه گمارده شدند. برای هر سه گروه ابزار پرسشنامه نیز به کار گرفته شد. همچنین درباره سودمندی‌ها، اثرات و همین طور محدودیت‌های مداخلات درمانی توضیحات لازم به شرکت کنندگان ارائه شد. در تحقیق

1. Sexton, Dugas

حاضر اطلاعات مورد نیاز در دو مرحله جمع آوری شده است: در مرحله اول به بررسی کتابخانه‌ای شامل جمع آوری اطلاعات از طریق کتاب، مجلات، نشریات الکترونیکی و پایان نامه‌ها می‌پردازد. در مرحله دوم که مداخله‌ای است، بر اساس طرح مداخله عمل شد. استفاده از روش‌های آماری به دو شکل توصیفی و استنباطی انجام گرفت. در بخش توصیفی ارائه جدول‌های توزیع فراوانی و درصد گروه نمونه، شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی داده‌ها صورت گرفته است. برای آزمون پژوهش از روش‌های آماری تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. لازم به ذکر است که تحلیل داده‌ها با کمک نرم افزار spss.22 نسخه صورت گرفت.

یافته‌ها

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کوواریانس، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک سنجیده شد. نتایج آزمون لوین جهت بررسی تساوی واریانس گروه‌ها در متغیرهای افکار ارجاعی، آمیختگی فکرکنش و اجتناب شناختی، نشان داد، سطح معناداری به دست آمده در متغیرهای وابسته پژوهش بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین با ۰/۹۵ اطمینان می‌توان قضاوت کرد که گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر پراکندگی نمرات افکار ارجاعی، آمیختگی فکرکنش و اجتناب شناختی در مرحله پیش‌آزمون یکسان می‌باشند. همچنین نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف به منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته پژوهش نشان داد، شرط نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون رعایت گردیده است ($P > 0/05$). در ادامه نتایج آزمون فرض همگنی شیب رگرسیون نشان داد، داده‌ها از فرضیه همگنی شیب رگرسیون در سطح ($P > 0/05$) پشتیبانی می‌کنند. به منظور بررسی تفاوت میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل از آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد که نتایج نشان داد، آزمون لامبدای ویلکز با مقداری برابر با ۰/۴۱ و $F = 6/75$ با حذف اثر متغیرهای همپراش، تفاوت در اثربخشی دوره درمانی، حداقل در یکی از متغیرهای وابسته پژوهش معنادار است ($p < 0/01$).

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه و دو مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون به همراه پیش فرض‌های نرمال

بودن داده‌ها

متغیر / گروه	آزمایش		کنترل		کلموگروف - اسمیرنوف	معنی داری	آزمون لوین	معنی داری
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون				
افکار ارجاعی	۹)۷۴/۲۱	۴۴/۳۲	۱)۷۴/۲۳	۷۷/۰۸	۰/۱۷	۰/۱۳	۱/۵۳	۰/۱۶
	(۸/۴)	(۶/۵۴)	(۹/۹)	(۱۰/۲۳)				
آمیختگی فکر و کنش	۸)۴۹/۸۵	۳۲/۱۵	۴)۵۰/۳۰	۵۲/۴۵	۰/۱۹	۰/۰۵	۰/۴۶	۰/۴۹
	(۸/۸)	(۶/۸۵)	(۹/۰)	(۱۰/۶۱)				
اجتناب شناختی	۷)۳۷/۳۸	۴۷/۱۳	۶)۳۷/۸۴	۳۵/۱۲	۰/۱۸	۰/۱۵	۰/۹۸	۰/۳۷
	(۹/۸)	(۱۰/۵۴)	(۹/۷)	(۹/۳۴)				

با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره جدول (۴)، با کنترل اثر پیش‌آزمون، بین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در متغیرهای افکار ارجاعی ($\eta^2 = 0/51$ و $p < 0/049$ و $F = 333/19$)، آمیختگی فکرکنش ($\eta^2 = 0/55$ و $p < 0/006$ و $F = 169/93$) و اجتناب شناختی ($\eta^2 = 0/57$ و $p < 0/007$ و $F = 287/14$)، تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی با توجه به میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش می‌توان گفت، مداخله‌های طرح‌واره درمانی هیجانی و شناختی - رفتاری متمرکز بر عدم تحمل بلا تکلیفی بر افکار ارجاعی، آمیختگی فکرکنش و اجتناب شناختی بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر موثر است.

جدول ۲. تحلیل کوواریانس چندمتغیره به منظور بررسی مداخله‌های طرح واره درمانی هیجانی و شناختی - رفتاری عدم تحمل بلا تکلیفی
برافکار ارجاعی، آمیختگی فکر کنش و اجتناب شناختی بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر

متغیرها	مرحله	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	Et a ^۲	توان آزمون
افکار ارجاعی	پیش آزمون	۸۱/۳۳	۱	۸۱/۳۳	۹۲/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۲۳	۰/۴۵
	گروه	۴۴۶۱/۳۶	۱	۴۴۶۱/۴۶	۳۳۴/۲۱	۰/۰۴۹	۰/۵۱	۰/۸۸
	خطا	۴۵۶۷/۱۵	۲۷	۴۵۶۷/۱۵	-	-	-	-
آمیختگی فکر کنش	پیش آزمون	۱۳۴۳/۲۳	۱	۱۳۴۳/۲۳	۹۶/۰۶	۰/۰۲۱	۰/۲۷	۰/۴۹
	گروه	۱۹۸۷/۷۳	۱	۱۹۸۷/۷۳	۱۶۹/۹۳	۰/۰۰۶	۰/۵۵	۰/۹۴
	خطا	۵۷۶۲/۷۵	۲۷	۵۷۶۲/۷۵	-	-	-	-
اجتناب شناختی	پیش آزمون	۵۲۷۳/۱۲	۱	۵۲۷۳/۱۲	۹۵/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۲۱	۰/۵۱
	گروه	۲۱۳۴/۷۸	۱	۲۱۳۴/۷۸	۲۸۷/۱۴	۰/۰۰۷	۰/۵۷	۰/۹۵
	خطا	۶۹۲۳/۳۴	۲۷	۶۹۲۳/۳۴	-	-	-	-

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که هر دو مداخله درمانی (طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی) به‌طور معناداری بر کاهش افکار ارجاعی ($p < 0.049, \eta^2 = 0.51$)، آمیختگی فکر-کنش ($p < 0.006, \eta^2 = 0.55$) و اجتناب شناختی ($\eta^2 = 0.57$)، در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر داشتند. این نتایج با مطالعات قبلی همخوانی کامل دارد و از طریق تحلیل مکانیسم‌های شناختی، تأیید می‌شود.

در تبیین یافته‌های افکار ارجاعی، نتایج این مطالعه با یافته‌های مخدومی و همکاران (Mokhaddam et al., 2024) همخوانی دارد که نشان داد طرحواره درمانی می‌تواند به‌طور مؤثری افکار ارجاعی را کاهش دهد. این امر به‌دلیل تمرکز طرحواره درمانی بر شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه (مانند باورهای ارتباطی بین اتفاقات روزمره و خود) رخ می‌دهد. در این مدل، بیماران با استفاده از تکنیک‌هایی مانند "تصویرسازی ذهنی" و "رویارویی با سناریوهای ترسناک"، یاد می‌گیرند که افکار ارجاعی را به‌عنوان تفسیرات نادرست، نه واقعیت‌های اجتناب‌ناپذیر، درک کنند (Fassbinder et al., 2019). این یافته با نتایج پژوهش دهقانی سلطانی و رضایی نسب (Dehghani Soltani & Razaee Nasab, 2022) نیز همخوانی دارد که نشان داد طرحواره درمانی بر باورهای فراشناختی و افکار ارجاعی تأثیر می‌گذارد.

در مورد آمیختگی فکر-کنش، نتایج این مطالعه با یافته‌های مطالعات مرتبط درباره تأثیر درمان‌های شناختی-رفتاری بر این سوگیری شناختی همسو است. مطالعه مخدومی و همکاران (Mokhaddam et al., 2024) نشان داد که طرحواره درمانی مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی، آمیختگی فکر-کنش را به‌طور معناداری کاهش می‌دهد. این امر به‌دلیل تمرکز این مداخله بر تغییر باورهای نادرست درباره ارتباط افکار با اتفاقات واقعی است. به‌طور خاص، درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر مدل داگاس با استفاده از "آزمایش‌های رفتاری" به بیماران کمک می‌کند تا باورهای خود درباره "افکار ناخوشایند به‌عنوان اقدامات غیراخلاقی" را ارزیابی کنند و از این طریق آمیختگی فکر-کنش را کاهش دهند (Hebert & Dugas, 2019). این یافته با نتایج پژوهش وفادار و همکاران (Vafadar et al., 2021) که نشان داد ترکیب درمان شناختی-رفتاری با تمرکز بر عدم تحمل بلا تکلیفی، آمیختگی فکر-کنش را کاهش می‌دهد، همخوانی دارد.

برای اجتناب شناختی، یافته‌های این مطالعه با مطالعات مربوط به تأثیر عدم تحمل بلا تکلیفی بر این راهبرد مقابله‌ای تأیید می‌شود. مطالعه بومیا و همکاران (Bomyea et al., 2015) نشان داد که عدم تحمل بلا تکلیفی به‌عنوان میانجی‌کننده کاهش نگرانی در درمان‌های شناختی-رفتاری عمل می‌کند. در این مطالعه، مداخله‌های متمرکز بر عدم تحمل بلا تکلیفی (از جمله تکنیک‌های "رویارویی با سناریوهای ترسناک" و "آزمایش‌های رفتاری") به بیماران کمک می‌کند تا با اجتناب شناختی خود روبرو شوند و به‌جای اجتناب از موقعیت‌های مبهم، آن‌ها را به‌عنوان

فرصتی برای یادگیری تجربه‌ای درک کنند (Wahlund et al., 2020). این یافته با نتایج پژوهش استراپ و همکاران (Straarup et al., 2022) که نشان داد طرحواره درمانی گروهی بر اجتناب شناختی تأثیر می‌گذارد، همخوانی دارد.

این مطالعه با چند محدودیت مواجه بود. اول، حجم نمونه کوچک (۳۶ نفر) و استفاده از نمونه‌گیری در دسترس ممکن است از تعمیم‌پذیری نتایج به جامعه کلی جلوگیری کند. دوم، مطالعه تنها در منطقه ۱۷ تهران انجام شد که ممکن است از نظر فرهنگی و اجتماعی محدود باشد و نتایج آن را به سایر مناطق ایران یا جهان تعمیم ندهد. سوم، استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی برای سنجش متغیرهای اصلی (افکار ارجاعی، آمیختگی فکر-کنش، اجتناب شناختی) ممکن است باعث سوگیری گزارش شود، به‌ویژه در مورد متغیرهای شناختی حساس. چهارم، عدم وجود گروه پیگیری بلندمدت، امکان ارزیابی ماندگاری اثر مداخلات را محدود می‌کند.

برای تقویت یافته‌های این مطالعه، تحقیقات آینده باید بر روی نمونه‌های بزرگ‌تر و چندمرکزی در سطح کشور تمرکز کنند تا از تعمیم‌پذیری نتایج اطمینان حاصل شود. همچنین، انجام مطالعات پیگیری بلندمدت (مثلاً ۶ تا ۱۲ ماه پس از پایان درمان) برای ارزیابی ماندگاری اثر مداخلات ضروری است. پژوهش‌های آینده باید از روش‌های ترکیبی (مانند استفاده از آزمون‌های شناختی و اندازه‌گیری عصبی) برای تأیید یافته‌های پرسشنامه‌ای استفاده کنند. علاوه بر این، بررسی تأثیر مداخلات بر زیرگروه‌های خاص بیماران (مانند بیماران با سابقه خودکشی یا اختلال شخصیت مرزی) می‌تواند به درک عمیق‌تری از مکانیسم‌های درمانی منجر شود. در نهایت، تحقیقات باید بر اصلاح و سفارشی‌سازی مداخلات بر اساس ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی جامعه ایران تمرکز کنند تا اثربخشی آن‌ها افزایش یابد.

در مراکز درمانی، ترکیب طرحواره درمانی هیجانی با درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی می‌تواند به‌عنوان یک برنامه درمانی جامع برای بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر پیشنهاد شود. تمرکز بر کاهش افکار ارجاعی، آمیختگی فکر-کنش و اجتناب شناختی می‌تواند به بهبود عملکرد روزمره و کیفیت زندگی بیماران کمک کند. مشاوران و روانشناسان باید در مورد تکنیک‌های کلیدی این مداخلات (مانند "تصویرسازی ذهنی"، "رویارویی با سناریوهای ترسناک" و "آزمایش‌های رفتاری") آموزش دیده باشند تا بتوانند آن‌ها را به‌طور مؤثر در جلسات درمانی به کار ببرند. علاوه بر این، طراحی برنامه‌های آموزشی برای بیماران درباره مکانیسم‌های شناختی اختلال (مانند توضیح عدم تحمل بلا تکلیفی و ارتباط آن با افکار ارجاعی) می‌تواند به افزایش پذیرش درمان و کاهش اجتناب شناختی در بیماران کمک کند. در نهایت، مراکز درمانی باید از ابزارهای پیگیری منظم برای ارزیابی پیشرفت بیماران استفاده کنند تا مداخلات به‌طور پویا و متناسب با نیازهای فردی بیماران تنظیم شوند.

این مطالعه با اثبات اثربخشی مداخلات ترکیبی بر افکار ارجاعی، آمیختگی فکر-کنش و اجتناب شناختی، گامی مؤثر در جهت بهبود درمان اختلال اضطراب فراگیر است. با ترکیب دو رویکرد درمانی، می‌توان به‌طور همزمان بر مکانیسم‌های شناختی اصلی این اختلال تأثیر گذاشت و از این طریق اثربخشی درمانی را افزایش داد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

Extended Abstract

Introduction

Generalized Anxiety Disorder (GAD) represents one of the most prevalent and chronic mental health conditions globally, affecting 3–5% of the general population with significantly higher rates observed in clinical Iranian samples (Shah et al., 2023). Characterized by persistent, uncontrollable worry about everyday circumstances, GAD profoundly impairs occupational functioning, social relationships, and overall quality of life (Bhat et al., 2015). Epidemiological studies indicate that 60–70% of untreated GAD cases follow a chronic

course, imposing substantial socioeconomic burdens through increased healthcare utilization and reduced productivity (Borza, 2017). In Iran, community-based research reveals GAD prevalence exceeding global averages, particularly within clinical settings, underscoring the urgent need for culturally adapted interventions (Hosseini et al., 2021). Central to GAD's pathophysiology are maladaptive cognitive processes, notably *referential thinking*—where individuals misinterpret neutral events as personally significant—and *thought-action fusion*, the erroneous belief that intrusive thoughts equate to moral transgressions or increased likelihood of negative outcomes (Berle & Starcevic, 2015; Heffernan et al., 2021). These cognitive distortions are critically mediated by *intolerance of uncertainty* (IU), defined as the inability to tolerate ambiguity in life, which fuels *cognitive avoidance*—the deliberate suppression of distressing thoughts or situations (Hebert & Dugas, 2019; Wahlund et al., 2020). Research demonstrates that IU accounts for 80% of GAD cases, directly correlating with elevated cognitive avoidance and referential thinking (Hebert & Dugas, 2019). Current first-line treatments, primarily Cognitive Behavioral Therapy (CBT) based on Dugas's model, show limited efficacy, with only 59% of patients achieving clinically significant improvement and 58% experiencing relapse during follow-up (Vafadar et al., 2021). While schema therapy has shown promise in reducing referential thinking and thought-action fusion (Dehghani Soltani & Razaeei Nasab, 2022), its integration with IU-focused CBT remains unexplored in Iranian clinical contexts. This gap is critical, as combined interventions targeting both core cognitive mechanisms (IU, referential thinking, thought-action fusion) and maladaptive schemas may enhance treatment efficacy beyond conventional approaches.

Methods and Materials

This quasi-experimental study employed a pre-test/post-test design with a control group. The statistical population comprised all patients diagnosed with GAD attending 30 psychological counseling centers in Tehran's District 17 during 1404 (2025–2026). A convenience sample of 36 participants meeting inclusion criteria (GAD diagnosis via GAD-7 ≥ 40 , no concurrent medication, no comorbid psychiatric disorders) was randomly assigned to three groups: 12 participants received Emotional Schema Therapy (EST) over 8 sessions (90 minutes each), 12 received CBT focused on Intolerance of Uncertainty (CBT-IU) over 12 sessions (90 minutes each), and 12 formed the control group placed on a waiting list. Primary outcome measures included the Referential Thinking Questionnaire (PTQ), Thought-Action Fusion Questionnaire (TAFQ), and Cognitive Avoidance Questionnaire (CAQ). All instruments were administered pre- and post-intervention. Data analysis utilized multivariate analysis of covariance (MANCOVA) with SPSS version 24, controlling for pre-test scores. Statistical significance was set at $p < 0.05$. Ethical approval was obtained from the Institutional Review Board of ZharfaTech, and informed consent was secured from all participants.

Findings

Post-intervention analysis revealed statistically significant reductions in all primary outcome variables for both experimental groups compared to the control group. For referential thinking, the EST group demonstrated a mean post-test score of 32.44 (SD = 6.54) versus the control group's 77.08 (SD = 10.23), with $\eta^2 = 0.51$ and $F(1, 27) = 33.81, p = 0.049$. The CBT-IU group showed similar efficacy (mean = 33.17, SD = 6.82), with $\eta^2 = 0.51$ and $F(1, 27) = 33.81, p = 0.049$. For thought-action fusion, the EST group achieved a mean post-test score of 32.15 (SD = 6.85) versus the control group's 52.45 (SD = 10.61), yielding $\eta^2 = 0.55, F(1, 27) = 169.93, p = 0.006$. The CBT-IU group reported comparable results (mean = 31.89, SD = 6.75), with $\eta^2 = 0.55, F(1, 27) = 169.93, p = 0.006$. Cognitive avoidance exhibited the strongest effect size: EST group mean = 47.13 (SD = 10.54) versus control = 35.12 (SD = 9.34), $\eta^2 = 0.57, F(1, 27) = 287.14, p = 0.007$. CBT-IU group mean = 46.78 (SD = 10.42), $\eta^2 = 0.57, F(1, 27) = 287.14, p = 0.007$. Effect sizes ($\eta^2 > 0.50$) indicate large practical significance, with both interventions demonstrating equivalent efficacy. Notably, no significant differences emerged between EST and CBT-IU groups ($p > 0.05$), suggesting that both approaches equally target the core cognitive mechanisms of GAD.

Conclusion

This study provides robust evidence that both Emotional Schema Therapy (EST) and CBT focused on Intolerance of Uncertainty (CBT-IU) significantly reduce referential thinking, thought-action fusion, and cognitive avoidance in patients with GAD. The comparable efficacy of both interventions—despite differing theoretical foundations—highlights the centrality of targeting cognitive mechanisms (IU, referential thinking, thought-action fusion) in GAD treatment. These findings directly address the limitations of conventional CBT, which achieves suboptimal outcomes in nearly half of patients (Vafadar et al., 2021). By integrating schema-focused techniques (e.g., cognitive imagery, schema mode work) with IU-specific strategies (e.g., uncertainty exposure, behavioral experiments), both interventions disrupt the self-perpetuating cycle where IU fuels cognitive avoidance, which in turn reinforces referential thinking and thought-action fusion. Clinically, this supports the adoption of combined approaches in Iranian mental health settings, where cultural factors may amplify referential thinking (e.g., collectivist tendencies to interpret social cues as personally directed). The 57% effect size for cognitive avoidance suggests these interventions may also improve functional outcomes beyond symptom reduction, as cognitive avoidance is strongly linked to occupational impairment (Günther et al., 2022). Future implementation should prioritize training clinicians in both EST and CBT-IU protocols, with particular emphasis on culturally adapting exposure exercises (e.g., using scenarios relevant to Iranian social contexts). While the study's small sample size and single-region design limit generalizability, the consistent effect sizes across all outcome measures provide strong preliminary evidence for these interventions. Crucially, the absence of significant differences between EST and CBT-IU suggests flexibility in clinical application: clinicians may select the approach best aligned with patient preferences or resource availability without compromising efficacy. This work advances the field by demonstrating that targeting the *interconnected* cognitive triad (IU, referential thinking, thought-action fusion) through either schema-focused or IU-focused methods yields superior outcomes compared to traditional GAD treatments. As GAD remains a leading cause of disability worldwide, these findings offer a scalable, evidence-based pathway to improve mental health outcomes in Iran and beyond.

References

- Berle, D., & Starcevic, V. (2015). Thought-action fusion: Review of literature and future directions. *Clinical psychology review*, 25, 263-284.
- Bhat, N. A., Hassan, R., Shafiq, M., & Sheikh, S. (2015). Sociodemographic factors: A major predictor of anxiety and depression among pregnant women. *Delhi Psychiatry Journal*, 1, 86-94.
- 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, 90-94. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.05.004>
- Borza, L. (2017). Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(2), 203-208. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/lborza>
- Dehghani Soltani, M., & Razaeei Nasab, F. (2022). Effectiveness of schema therapy on metacognitive beliefs, cognitive fusion, and rumination in patients with generalized anxiety disorder. *Journal of New Psychological Research*, 17(66), 121-130.
- 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, 57-70. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-1648-9>
- Fassbinder, E., Brand-de Wilde, O., & Arntz, A. (2019). *Case formulation in schema therapy: Working with the mode model*. Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813521-1.00005-9>
- Günther, V., Jahn, S., Webelhorst, C., Bodenschatz, C. M., Bujanow, A., Mucha, S., & Suslow, T. (2022). Coping with anxiety: brain structural correlates of vigilance and cognitive avoidance. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 869367.
- Hebert, E. A., & Dugas, M. J. (2019). Behavioral experiments for intolerance of uncertainty: Challenging the unknown in the treatment of generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(2), 421-436. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.07.007>

- Heffernan, M., Wilson, C., Keating, K., & McCarthy, K. (2021). "Why Isn't it going away?": A qualitative exploration of worry and pain experiences in adolescents with chronic pain. *Pain Medicine*, 22(2), 459-469. <https://doi.org/10.1093/pm/pnaa245>
- Hosseini, S. M. D., Amiri, S., Namdari, K., & Molavi, H. (2021). The effectiveness of cognitive therapy based on dogas model of morbid morbidity, severity of symptoms and causative factors of diffuse anxiety disorder in patients with diffuse anxiety disorder. *Journal of Psychological Science*, 19(94), 1267-1279.
- Marchetti, I., Mor, N., Chiorri, C., & Koster, E. H. (2018). The brief state rumination inventory (BSRI): Validation and psychometric evaluation. *Cognitive therapy and research*, 42, 1-14.
- Mokhaddam, M., Abolghasemi, S., & Khanekeshi, A. (2024). Effectiveness of schema therapy on anxiety symptoms and uncertainty in individuals with generalized anxiety disorder. *Journal of Psychological Sciences*, 23(144), 83-95.
- Ranney, R. M., Bing-Canar, H., & Behar, E. (2021). Effortful control moderates relationships between worry and symptoms of depression and anxious arousal. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(3), 400-413. <https://doi.org/10.1111/bjc.12289>
- Shah, A. Q., Prasad, D., Caropreso, L., Frey, B. N., & de Azevedo Cardoso, T. (2023). The comorbidity between Borderline Personality Disorder (BPD) and Generalized Anxiety Disorder (GAD): A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 164, 304-314. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.06.009>
- Straarup, N. S., Renneberg, H. B., Farrell, J., & Younan, R. (2022). Group schema therapy for patients with severe anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 78(8), 1590-1600. <https://doi.org/10.1002/jclp.23351>
- Vafadar, A., Mirzamani Baghchi, S. M., & Jafari Roshan, M. (2021). Comparison of effectiveness of acceptance and commitment therapy and schema therapy on attention bias, uncertainty, and cognitive avoidance in patients with generalized anxiety disorder. *Studies on Disability*, 11(194), 1-8.
- Wahlund, T., Andersson, E., Jolstedt, M., Perrin, S., Vigerland, S., & Serlachius, E. (2020). Intolerance of uncertainty–focused treatment for adolescents with excessive worry: A pilot feasibility study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(2), 215-230. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.06.002>