

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت بر رضایت‌مندی از تصویر بدن و تاب‌آوری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

تاریخ چاپ نهایی: ۱۴۰۵/۰۵/۰۱

تاریخ چاپ اولیه: ۱۴۰۵/۰۲/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۲۰

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۱۱/۱۵

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۰۷/۱۲

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت بر رضایت‌مندی از تصویر بدن و تاب‌آوری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری شامل دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود که از میان آنان ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره (درمان مبتنی بر شفقت، طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت و کنترل) جایگزین شدند. هر یک از مداخلات در ۸ جلسه گروهی برگزار شد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا، پرسشنامه روابط چندبعدی خود و بدن، و مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS-۲۶ تحلیل شدند. نتایج نشان داد اثر زمان، اثر گروه و اثر تعاملی زمان×گروه بر رضایت‌مندی از تصویر بدن معنادار بود ($p < 0.001$). درمان مبتنی بر شفقت نسبت به طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت در بهبود رضایت از تصویر بدن اثربخشی بیشتری نشان داد. در متغیر تاب‌آوری نیز اثر زمان و اثر تعاملی زمان×گروه معنادار بود ($p < 0.001$) و هر دو مداخله نسبت به گروه کنترل اثربخش بودند، اما طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت تغییرات بزرگ‌تر و پایدارتری در تاب‌آوری ایجاد کرد. یافته‌ها حاکی از آن است که درمان مبتنی بر شفقت گزینه‌ای مناسب‌تر برای ارتقای رضایت از تصویر بدن و طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت رویکردی مؤثرتر برای افزایش تاب‌آوری در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است.

کلیدواژه‌گان: اختلال اضطراب فراگیر، درمان مبتنی بر شفقت، طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت، رضایت از تصویر بدن، تاب‌آوری

HEALTH PSYCHOLOGY AND
BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری



یاسمین نکونام قدیرلی^۱، ناهید هواسی سومار^{۱*}،
پریسا پیوندی^۱

۱. گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج،
ایران

* ایمیل نویسنده مسئول:
n.havasi@iau.ac.ir

شیوه استناددهی: نکونام قدیرلی، یاسمین، هواسی سومار،
ناهید، و پیوندی، پریسا. (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی
بر شفقت و طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت بر رضایت‌مندی از
تصویر بدن و تاب‌آوری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر.
روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری، ۴(۳)، ۱۸-۱.

Comparing the Efficacy of Compassion-Based Therapy and Schema Therapy Focused on Modes on Body Image Satisfaction and Resilience in Individuals with Generalized Anxiety Disorder

Submit Date:
2025-10-04

Revise Date:
2026-02-04

Accept Date:
2026-02-09

Initial Publish Date:
2026-05-02

Final Publish Date:
2026-07-23

Abstract

The present study aimed to compare the efficacy of compassion-based therapy and schema therapy focused on modes on body image satisfaction and resilience in individuals with Generalized Anxiety Disorder (GAD). This quasi-experimental study employed a pretest–posttest design with a control group and a two-month follow-up. The statistical population consisted of university students diagnosed with GAD at Islamic Azad University, Karaj Branch (2024–2025 academic year). Forty-five participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to three groups ($n=15$ each): compassion-based therapy, schema therapy focused on modes, and control. Both interventions were delivered in eight group sessions. Instruments included the Pennsylvania State Worry Questionnaire, the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire, and the Connor–Davidson Resilience Scale. Data were analyzed using repeated measures ANOVA and Bonferroni post hoc tests in SPSS-26. Results revealed significant main effects of time, group, and time×group interaction on body image satisfaction ($p<0.001$). Compassion-based therapy demonstrated greater effectiveness in improving body image satisfaction compared to schema therapy. Regarding resilience, significant time and time×group interaction effects were observed ($p<0.001$). Both interventions significantly outperformed the control group; however, schema therapy focused on modes produced larger and more stable improvements in resilience. Compassion-based therapy appears more effective for enhancing body image satisfaction, whereas schema therapy focused on modes yields stronger and more enduring effects on resilience among individuals with GAD.

Keywords: *Generalized Anxiety Disorder, compassion-based therapy, schema therapy focused on modes, body image satisfaction, resilience*

HEALTH PSYCHOLOGY
AND
BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری

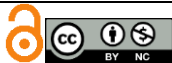


Yasamin Nekoonam Ghadirli¹, Nahid Havasi Somar^{2*}, Parisa Peyvandi³

1. Department of Psychology, K.a.c., Islamic Azad University, Karaj, Iran

*Corresponding Author's Email:
n.havasi@iau.ac.ir

How to cite: Nekoonam Ghadirli, Y., Havasi Somar, M., & Peyvandi, P. (2026). Comparing the Efficacy of Compassion-Based Therapy and Schema Therapy Focused on Modes on Body Image Satisfaction and Resilience in Individuals with Generalized Anxiety Disorder. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 4(3), 1-18.



اختلال اضطراب فراگیر یکی از شایع‌ترین اختلال‌های اضطرابی است که با نگرانی مفرط، پایدار و دشوار برای کنترل مشخص می‌شود و معمولاً با نشانه‌های شناختی و جسمانی مانند تنش، تحریک‌پذیری، خستگی، اختلال تمرکز و بی‌خوابی همراه است؛ این الگوی فراگیر نگرانی می‌تواند در حوزه‌های مختلف عملکردی (تحصیلی، بین‌فردی و سلامت روان) اختلال ایجاد کند و کیفیت زندگی را کاهش دهد (American Psychiatric Association, 2022; DeMartini et al., 2019). شواهد اخیر نشان می‌دهد عوامل زمینه‌ای و اجتماعی-فرهنگی نیز در تبیین و تشدید نشانه‌های اضطراب فراگیر نقش دارند و در جمعیت‌های دارای تنوع فرهنگی، برخی عوامل خطر و همبسته‌ها می‌تواند شدت و تداوم اضطراب را افزایش دهد (Kim & Kim, 2024). از این منظر، GAD صرفاً یک پدیده فردی نیست، بلکه در تعامل میان ویژگی‌های فردی، تجربه‌های اجتماعی و زمینه‌های فرهنگی معنا می‌یابد و همین امر ضرورت مداخلات روان‌درمانی دقیق و متناسب با سازوکارهای زیربنایی را تقویت می‌کند (American Psychiatric Association, 2022; DeMartini et al., 2019; Kim & Kim, 2024).

یکی از حوزه‌هایی که در سال‌های اخیر به‌عنوان پیامد روان‌شناختی مهم در اضطراب و نگرانی مزمن مورد توجه قرار گرفته، نگرش فرد نسبت به بدن و تصویر بدنی است. تصویر بدنی مفهومی چندبعدی است که شامل ارزیابی‌های شناختی و هیجانی نسبت به ظاهر، احساس رضایت یا نارضایتی از بدن و نیز سبک‌های توجه و پردازش اطلاعات مربوط به بدن می‌شود (Cash et al., 1990). پژوهش‌ها نشان داده‌اند اضطراب فراگیر و الگوهای نگرانی می‌توانند با نارضایتی از بدن و کاهش رضایت از تصویر بدنی همبسته باشند و مسیرهای میانجی مانند اضطراب بدنی-اجتماعی (social physique anxiety) در پیوند میان اضطراب و نارضایتی از بدن نقش‌آفرینی می‌کنند (Pritchard et al., 2021). علاوه بر این، عوامل جامعه‌فرهنگی و فشارهای مربوط به ایده‌آل‌های بدنی، در برخی گروه‌ها (از جمله نوجوانان و جوانان) می‌تواند نگرانی درباره وزن و ظاهر را تشدید کند و در کنار اضطراب، به شکل‌گیری نگرش‌های منفی نسبت به بدن بینجامد (Poursharifi et al., 2014). از سوی دیگر، شواهد مربوط به گروه‌های مهاجر و جمعیت‌های در معرض جابه‌جایی نشان می‌دهد تجربه‌های فرهنگی، فشارهای سازگاری و قرار گرفتن در معرض معیارهای متفاوت زیبایی می‌تواند نارضایتی از تصویر بدنی و آسیب‌پذیری‌های مرتبط را تقویت کند؛ این یافته‌ها اهمیت توجه به بُعد فرهنگی و زمینه‌ای تصویر بدنی را برجسته می‌سازد (Tempia Valenta et al., 2025).

در سطح بالینی، پیامدهای نارضایتی از تصویر بدنی محدود به ناراحتی ذهنی نیست و می‌تواند به افزایش اجتناب اجتماعی، کاهش مشارکت در فعالیت‌ها، تشدید خودانتقادی و تقویت چرخه‌های نگرانی منجر شود؛ بنابراین، در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر، پرداختن به تصویر بدنی می‌تواند بخشی از راهبرد جامع بهبود کارکرد و کاهش نشانه‌ها باشد (Cash et al., 1990; Pritchard et al., 2021). افزون بر این، برخی رویکردهای مداخله‌ای که بر خودشفقتی، خودحمایتی و کاهش خودسرزنشی تمرکز دارند، به‌طور خاص برای تعدیل تحریف‌های تصویر بدنی پیشنهاد شده‌اند. برای نمونه، آموزش‌های هیجان‌محور مرتبط با خودشفقتی و خودحفاظتی به‌عنوان ابزاری مؤثر برای تعدیل تصویر بدنی تحریف‌شده گزارش شده است (Baránková & Sládkovičová, 2022). همچنین، مداخلات مبتنی بر شفقت، از جمله نوشتن نامه خودشفقت‌ورزانه، می‌تواند در کاهش نگرانی‌های تصویر بدنی و مقابله با اثرات ایده‌آل‌های لاغری نقش حمایتی داشته باشد (Lewis, 2020). این شواهد نشان می‌دهد که سازوکارهای هیجانی-شناختی مرتبط با خودانتقادی و شرم بدنی، اهداف مناسبی برای مداخله در جمعیت‌های اضطرابی به شمار می‌آیند (Baránková & Sládkovičová, 2022; Lewis, 2020).

در کنار تصویر بدنی، «تاب‌آوری» به‌عنوان یک سازه محافظتی مهم در مواجهه با فشارهای روانی و تداوم نشانه‌های اضطرابی مطرح است. تاب‌آوری به ظرفیت فرد برای سازگاری مثبت، بازگشت‌پذیری و حفظ کارکرد در شرایط تنیدگی اشاره دارد و می‌تواند شدت تجربه اضطراب و پیامدهای آن را تعدیل کند (Connor & Davidson, 2003). مرورهای نظام‌مند نشان داده‌اند که تاب‌آوری و عوامل تاب‌آوری در جمعیت‌های آسیب‌پذیر با پیامدهای سلامت روان ارتباط دارند و شناسایی مؤلفه‌های تقویت‌کننده تاب‌آوری در طراحی مداخلات اهمیت بالایی دارد (Lou et al., 2018). در زمینه اضطراب نیز، شواهد مربوط به موقعیت‌های فشارزای گسترده (مانند همه‌گیری) نشان می‌دهد که

تاب‌آوری با تجربه اضطراب رابطه معنادار دارد و می‌تواند در برابر اثرات فرساینده اضطراب نقش ضربه‌گیر ایفا کند (Setiawati et al., 2021). از منظر تحولی و آموزشی نیز، برخی رویکردها «عامل کنشگری/عاملیت» را به‌عنوان بُعدی از درگیری و مشارکت معنادار در فعالیت‌ها مطرح می‌کنند که می‌تواند با سازگاری، احساس کنترل و در نتیجه با تاب‌آوری ارتباط داشته باشد (Reeve & Tseng, 2011). همچنین، پژوهش‌های مدل‌سازی ساختاری نشان داده‌اند تاب‌آوری در ارتباط با متغیرهای روان‌شناختی مهم (از جمله افسردگی و راهبردهای مقابله) جایگاهی کلیدی دارد و می‌تواند در توضیح پیامدهای منفی روانی نقش میانجی یا تعدیل‌گر داشته باشد (Laghaei et al., 2020). بنابراین، در طراحی مداخلات برای اختلال اضطراب فراگیر، توجه همزمان به تصویر بدنی و تاب‌آوری می‌تواند به پوشش دو حوزه مهم آسیب‌پذیری (بدن/خودپنداره) و حفاظت (سازگاری/بازگشت‌پذیری) کمک کند (Connor & Davidson, 2003; Lou et al., 2018; Setiawati et al., 2021).

با توجه به ماهیت مزمن نگرانی در اضطراب فراگیر، انتظار می‌رود که برخی فرایندهای شناختی-هیجانی مانند نشخوار منفی، تکرار افکار ناخواسته و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد در حفظ نشانه‌ها نقش داشته باشند. یکی از چارچوب‌های نوین برای فهم این پایداری، «مدل ذهنیت‌های طرحواره‌ای» است که توضیح می‌دهد چگونه حالت‌های هیجانی-شناختی غالب (modes) و راهبردهای مقابله‌ای مرتبط، در شرایط برانگیزاننده فعال می‌شوند و چرخه‌های تداوم‌دهنده ناراحتی روانی را شکل می‌دهند (Stavropoulos et al., 2020). طرحواره‌درمانی در قالبی گسترده‌تر، بر شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تغییر الگوهای هیجانی-شناختی ریشه‌دار تمرکز دارد و به‌عنوان رویکردی مؤثر در اختلال‌های اضطرابی و مشکلات مرتبط پیشنهاد شده است (Rafaeli, 2020; Young et al., 2013). رویکرد «طرحواره‌درمانی زمینه‌ای/بافت‌محور» نیز با تأکید بر ادغام فرایندهای تنظیم هیجان، کارکرد بین‌فردی و سبک‌های مقابله‌ای، امکان مداخله عمیق‌تر در سازوکارهای هیجانی را فراهم می‌کند (Roediger et al., 2018). به‌طور خاص، به‌کارگیری مدل ذهنیت‌ها در اختلال‌های اضطرابی (مانند اضطراب اجتماعی) گزارش شده و نشان داده است که فرمول‌بندی مبتنی بر ذهنیت‌ها می‌تواند به درک دقیق‌تر نقاط فعال‌سازی و طراحی مداخله هدفمند کمک کند (Penney & Norton, 2022). همچنین، مرور نظام‌مند پژوهش‌ها درباره اثربخشی طرحواره‌درمانی در اختلال‌های اضطرابی، وسواس و PTSD بر ظرفیت این رویکرد برای کاهش نشانه‌ها و ترسیم دستورکار پژوهشی آینده تأکید کرده است (Peeters et al., 2022). در فضای پژوهشی ایران نیز، شواهدی از اثربخشی گونه‌هایی از طرحواره‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (mindfulness-based schema therapy) بر مؤلفه‌های شناختی-اجتماعی مرتبط با اضطراب فراگیر گزارش شده است (Jalili & Aleyasin, 2025). این بدنه شواهد نشان می‌دهد که طرحواره‌درمانی، به‌ویژه در چارچوب ذهنیت‌ها، می‌تواند برای تغییر پایدار الگوهای شناختی-هیجانی نگهدارنده اضطراب و تقویت ظرفیت‌های سازگاری (از جمله تاب‌آوری) مناسب باشد (Peeters et al., 2022; Rafaeli, 2020; Stavropoulos et al., 2020; Young et al., 2013).

در سوی دیگر، درمان مبتنی بر شفقت و مداخلات هم‌خانواده آن در موج سوم درمان‌های شناختی-رفتاری، بر پرورش خودمهربانی، کاهش شرم و خودانتقادی و فعال‌سازی سیستم‌های تنظیم هیجان تسکین‌دهنده تمرکز دارند (Gilbert, 2019). از منظر نظری، شفقت و ذهن‌آگاهی هم‌پوشانی‌ها و تفاوت‌هایی دارند و روشن‌سازی این نسبت می‌تواند به انتخاب دقیق فنون درمانی و هدف‌گذاری فرایندهای تغییر کمک کند (Germer & Barnhofer, 2017). همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان‌های مبتنی بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) می‌توانند به بهبود نشانه‌ها، افزایش ذهن‌آگاهی و خودشفقتی و کاهش نشخوار فکری در افراد دارای افسردگی، اضطراب و استرس منجر شوند (Frostadottir & Dorjee, 2019). در حوزه تصویر بدنی نیز، شواهد داخلی نشان داده است درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند بر تصویر بدن و پیامدهای مرتبط (مانند رضایت زناشویی) در برخی جمعیت‌های بالینی اثرگذار باشد (Khalatbari et al., 2018). افزون بر این، یافته‌های مربوط به مداخلات مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری در زمینه‌های مختلف (از بیماران جسمانی تا دانشجویان با نیازهای ویژه) نشان می‌دهد که شفقت‌درمانی می‌تواند ظرفیت‌های سازگاری و بازگشت‌پذیری را بهبود دهد (Ershad Sarabi & Andalib Koraim, 2021).

این جهت‌گیری درمانی به‌ویژه در افرادی که با خودانتقادی مزمن، شرم و حساسیت به تهدید مواجه‌اند، می‌تواند با تضعیف چرخه تهدید-نگرانی، بهبود رابطه با خود و در نتیجه بهبود ادراک بدن و تاب‌آوری کمک کند (Baránková & Sládkovičová, 2022; Frostadottir & Dorjee, 2019; Gilbert, 2019).

پیوند نظری میان شفقت و طرحواره‌ها نیز در ادبیات پژوهشی مورد توجه قرار گرفته است. برای نمونه، پیش‌بینی خودشفقتی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و برخی مؤلفه‌های فردی/فرهنگی نشان می‌دهد که خودشفقتی می‌تواند هم پیامد طرحواره‌ها و هم هدف مداخله برای تعدیل آثار آنها باشد (Tahmoursi & Tari-Moradi, 2020). از این زاویه، دو رویکرد «درمان مبتنی بر شفقت» و «طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت» هرچند از نظر زبان نظری متفاوت‌اند، اما هر دو به تنظیم هیجان، تغییر باورهای ناکارآمد و مداخله در فرایندهای تداوم‌دهنده رنج روانی می‌پردازند (Gilbert, 2019; Rafaei, 2020; Young et al., 2013). همچنین برخی پژوهش‌های مقایسه‌ای نشان داده‌اند که هر دو رویکرد می‌توانند بر تاب‌آوری اثرگذار باشند و مقایسه مستقیم آنها می‌تواند به روشن شدن مزیت‌های نسبی هر کدام کمک کند (Yeganerad et al., 2020). در نتیجه، مسئله اصلی در سطح کاربردی این است که کدام رویکرد برای کدام پیامد (تصویر بدنی یا تاب‌آوری) و با چه دامنه‌ای از اثربخشی و پایداری، مناسب‌تر است.

از حیث روش‌شناختی، سنجش دقیق سازه‌های هدف نیز اهمیت دارد. ابزارهای استاندارد مانند پرسشنامه روابط چندبعدی خود و بدن برای سنجش نگرش‌های تصویر بدنی (Cash et al., 1990) و مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون برای سنجش تاب‌آوری (Connor & Davidson, 2003) پشتوانه روان‌سنجی قابل اتکایی دارند. همچنین در غربالگری و ارزیابی نگرانی به‌عنوان هسته GAD، استفاده از ابزارهای معتبر ضروری است و شواهد روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا برای دانشجویان، کاربردپذیری آن را در پژوهش‌های دانشگاهی تأیید کرده است (Dehshiri et al., 2009). توجه به این ابزارها، امکان مقایسه یافته‌ها با ادبیات بین‌المللی و نیز استنتاج دقیق‌تر درباره اثرات مداخله را فراهم می‌سازد (Cash et al., 1990; Connor & Davidson, 2003; Dehshiri et al., 2009).

با وجود رشد شواهد مربوط به هر یک از این رویکردها، هنوز در ادبیات پژوهشی—به‌ویژه در زمینه اختلال اضطراب فراگیر—پژوهش‌های مقایسه‌ای نظام‌مند که همزمان دو پیامد کلیدی «رضایت از تصویر بدن» و «تاب‌آوری» را پوشش دهند، محدود است. از یک سو، ارتباط اضطراب فراگیر با نارضایتی از بدن و سازوکارهای میانجی در دانشجویان گزارش شده است (Pritchard et al., 2021) و از سوی دیگر، اهمیت تاب‌آوری در کاهش آسیب‌پذیری روان‌شناختی و تعدیل اضطراب در شرایط فشارزا نشان داده شده است (Lou et al., 2018; Baránková et al., 2021). همچنین، شواهد نشان می‌دهد مداخلات مبتنی بر شفقت می‌توانند تصویر بدن را بهبود دهند (Baránková et al., 2021; Ershad Sarabi & Sládkovičová, 2022; Khalatbari et al., 2018; Lewis, 2020) و همزمان ظرفیت تاب‌آوری را ارتقا دهند (Ershad Sarabi & Sládkovičová, 2022; Khalatbari et al., 2018; Lewis, 2020). در مقابل، طرحواره‌درمانی با تمرکز بر ذهنیت‌ها و فرایندهای تکرار افکار منفی، می‌تواند برای تغییر الگوهای عمیق‌تر و پایدارتر تنظیم هیجان و مقابله مؤثر باشد (Roediger et al., 2018; Stavropoulos et al., 2020; Young et al., 2013) و شواهد کاربرد مدل ذهنیت در اختلال‌های اضطرابی از امکان بهره‌گیری آن برای تبیین و مداخله حمایت می‌کند (Jalili & Aleyasin, 2025; Peeters et al., 2022; Penney & Norton, 2022). بنابراین، شکاف پژوهشی عمده در اینجاست که روشن نیست در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر، کدام‌یک از این دو رویکرد برای بهبود رضایت از تصویر بدن مؤثرتر است و کدام‌یک برای ارتقای تاب‌آوری مزیت نسبی دارد، و آیا این اثرات می‌توانند در دوره پیگیری نیز حفظ شوند (Frostadottir & Dorjee, 2019; Peeters et al., 2022; Yeganerad et al., 2020).

از منظر کاربردی، پاسخ به این شکاف می‌تواند پیامدهای مهمی برای تصمیم‌گیری درمانگران در انتخاب مداخله داشته باشد. اگر درمان مبتنی بر شفقت به‌طور ویژه در تعدیل شرم و خودانتقادی مرتبط با بدن قوی‌تر باشد، می‌تواند گزینه ارجح برای مراجعانی باشد که شکایت اصلی آنان نارضایتی بدنی است (Baránková & Sládkovičová, 2022; Gilbert, 2019; Lewis, 2020). در مقابل، اگر طرحواره‌درمانی

متمركز بر ذهنیت از طریق تغییر سازه‌های عمیق‌تر و اصلاح ذهنیت‌های ناکارآمد، تاب‌آوری را پایدارتر افزایش دهد، می‌تواند برای مراجعانی که با شکنندگی هیجانی و دشواری در مقابله با فشارها مواجه‌اند، مناسب‌تر باشد (Roediger et al., 2018; Stavropoulos et al., 2020; Young et al., 2013). بدین ترتیب، مقایسه مستقیم این دو رویکرد در یک طرح نیمه‌آزمایشی، علاوه بر ارزش نظری، دارای ارزش تصمیم‌یار برای عمل بالینی است و می‌تواند به طراحی بسته‌های مداخله‌ای هدفمندتر کمک کند (Peeters et al., 2022; Yeganerad et al., 2020).

با توجه به مبانی مطرح‌شده درباره ماهیت اختلال اضطراب فراگیر و پیامدهای آن (American Psychiatric Association, 2022; DeMartini et al., 2019)، ارتباط اضطراب با نارضایتی از تصویر بدن و نقش عوامل جامعه‌فرهنگی (Poursharifi et al., 2014; Connor & Davidson, 2025; Pritchard et al., 2021; Tempia Valenta et al., 2025)، اهمیت تاب‌آوری به‌عنوان عامل محافظتی (Ershad Sarabi & Andalib Koraim, 2024; Frostadottir & Dorjee, 2019; Gilbert, 2019; Jalili, 2021; Lou et al., 2018; Setiawati et al., 2021)، و شواهد مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و طرحواره‌درمانی در بهبود پیامدهای مرتبط (Ershad Sarabi & Andalib Koraim, 2024; Frostadottir & Dorjee, 2019; Gilbert, 2019; Jalili, 2021; Lou et al., 2018; Setiawati et al., 2021)، انجام پژوهشی که این دو رویکرد را به‌صورت مقایسه‌ای و همزمان بر رضایت از تصویر بدن و تاب‌آوری در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بررسی کند، ضروری به نظر می‌رسد (Cash et al., 1990; Dehshiri et al., 2009; Yeganerad et al., 2020).

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و طرحواره‌درمانی متمركز بر ذهنیت بر رضایت‌مندی از تصویر بدن و تاب‌آوری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است.

روش‌شناسی

طرح پژوهش: پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی و از نظر روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه بود.

جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود که از این میان، ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران و با استناد به روش کوهن برای سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ محاسبه گردید. شرکت‌کنندگان پس از غربالگری اولیه با پرسشنامه نگرانی پنیسلوانیا (PSWQ) و تأیید روانشناس بالینی، به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. گروه آزمایش اول مداخله درمان مبتنی بر شفقت (CFT) بر اساس پروتکل گیلبرت (Gilbert, 2019) و گروه آزمایش دوم طرحواره‌درمانی متمركز بر ذهنیت (MST) بر اساس پروتکل یانگ (Young et al., 2013) را دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. هر دو مداخله به صورت گروهی و در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) توسط درمانگران آموزش‌دیده اجرا شدند. ملاک ورود به پژوهش شامل: ملاک‌های پژوهش: شرکت‌کنندگان می‌بایست دانشجویان دانشگاه کرج در محدوده سنی ۱۸ تا ۳۰ سال با تشخیص اختلال اضطراب فراگیر باشند که تمایل شخصی به مشارکت داشته و از مصرف دارو یا مواد خودداری کنند. معیارهای خروج شامل انصراف از ادامه پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه، ابتلا به سایر اختلالات روانی یا جسمی، دریافت سایر مداخلات درمانی همزمان، مصرف داروهای روانگردان و تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها بود.

پس از اخذ مجوز اخلاقی، ۱۲۰ دانشجوی مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از دانشگاه آزاد اسلامی کرج در سال ۱۴۰۳ با استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد (PSWQ)، رضایت‌مندی تصویر بدنی (۱۹۹۷)، تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) غربالگری شدند. ۴۵ شرکت‌کننده به صورت

تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) تخصیص یافتند. گروه‌های آزمایش به مدت ۸ جلسه دو ساعته تحت مداخلات درمان مبتنی بر شفقت و طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. ارزیابی‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه انجام شد. در پایان، محتوای آموزشی در اختیار گروه کنترل قرار گرفت. تمام جلسات به صورت گروهی و توسط روانشناس مجرب اجرا شد.

۱. پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ): ابزاری خودگزارش‌دهی ۱۶ سوالی است که برای سنجش نگرانی شدید، مفرط و غیرقابل کنترل طراحی شده و به‌عنوان ابزار غربالگری اختلال اضطراب فراگیر استفاده می‌شود. نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱=اصلاً صلیق نیست تا ۵= بسیار صادق است) انجام می‌شود، با این تفاوت که سوالات ۱، ۳، ۸، ۱۰ و ۱۱ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل بین ۱۶ تا ۸۰ متغیر است، به طوری که نمرات ۱۶-۳۲ نشان‌دهنده نگرانی کم، ۳۲-۴۸ نگرانی متوسط و بالاتر از ۴۸ نگرانی شدید است. پژوهش‌ها از پایایی و روایی مطلوب این ابزار حمایت کرده‌اند، به‌گونه‌ای که ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰,۸۸ و برای خرده‌مقیاس‌های نگرانی عمومی و فقدان نگرانی به ترتیب ۰,۹۰ و ۰,۶۰ گزارش شده است (۱۸). تحلیل عاملی نیز بر ارزش بهتر مدل دو عاملی (نگرانی عمومی و فقدان نگرانی) نسبت به مدل تک‌عاملی تأکید دارد.

پرسشنامه تصویر بدنی خود (MBSRQ): طراحی شده توسط توماس کش (۱۹)، ابزاری ۶۹ سوالی با ۱۰ خرده‌مقیاس ارزیابی ظاهر (۷ سوال)، گرایش ظاهر (۱۲ سوال)، ارزیابی تناسب (۳ سوال)، گرایش تناسب (۱۳ سوال)، ارزیابی سلامت (۶ سوال)، گرایش سلامت (۸ سوال)، گرایش بیماری (۵ سوال)، رضایت بدنی (۲ سوال)، وزن ذهنی (۲ سوال) و دلمشغولی با (اضافه) وزن (۴ سوال) تشکیل شده است که به منظور ارزیابی نگرش افراد درباره ابعاد تصویر بدنی خود بکار می‌رود. این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱: «خیلی ناراضیم» تا ۵: «خیلی راضیم») نمره‌گذاری می‌شود، با این حال ۲۰ سوال به صورت معکوس محاسبه می‌گردند. نمره کل بین ۶۹ تا ۳۴۵ متغیر است، به طوری که نمرات ۶۹-۱۳۹ نشان‌دهنده نگرش نامطلوب، ۱۳۹-۲۰۷ نگرش متوسط و بالاتر از ۲۰۷ نگرش مطلوب به تصویر بدنی است. روایی این ابزار توسط برون، کش و میولکا (Cash et al., 1990) تأیید شده و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰,۸۱ گزارش شده است. این پرسشنامه برای افراد ۱۵ سال به بالا کاربرد دارد و در ارزیابی کودکان استفاده نمی‌شود.

پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC): این پرسشنامه ۲۵ سوالی توسط کانر و دیویدسون (Connor & Davidson, 2003)، تاب‌آوری را در ۵ مؤلفه اصلی می‌سنجد: تصور شایستگی فردی، اعتماد به غریز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر، و روابط ایمن و تأثیرات معنوی. نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از ۱= «کاملاً نادرست» تا ۵= «همیشه درست») انجام می‌شود و نمره کل بین ۲۵ تا ۱۲۵ متغیر است. نتایج تفسیر به سه سطح تقسیم می‌شود: نمرات ۲۵-۴۱ (تاب‌آوری پایین)، ۴۱-۸۳ (تاب‌آوری متوسط)، و بالاتر از ۸۳ (تاب‌آوری بالا). کانر و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. ریو و تسینگ پایایی پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش نموده است. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است. پایایی ابزار در پژوهش محمدی (Mohammadi, 2015) با ضریب آلفای کرونباخ ۰,۹۳ گزارش گردید. در پژوهش لقایی و همکاران (Laghaei et al., 2020) نیز پایایی این مقیاس ۰/۷۱ گزارش گردید.

پروتکل درمان مبتنی بر شفقت: این پروتکل در قالب هشت جلسه گروهی دو ساعته (هفته‌ای دو جلسه) طراحی شده و بر اساس مدل گیلبرت (Gilbert, 2019) تدوین شده است:

جلسه اول: اجرای پیش‌آزمون - آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر گفتگو درباره هدفی تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، مفهوم سازی شفقت.

جلسه دوم: ایجاد سنجشی از شفقت (مصاحبه مهربانی)

جلسه سوم: وجه مشترک انسان‌ها و سیستم تنظیم هیجان

جلسه چهارم: آشنایی با سه مغز
جلسه پنجم: آشنایی با شش مؤلفه مغز آگاه
جلسه ششم: تقویت ذهن آگاهی: تمرین‌های ذهن آگاهی و ارتباط آن با شفقت و کاهش استرس
جلسه هفتم: ایجاد روابط شفقت‌آمیز: بررسی و تمرین مهارت‌های ارتباطی برای ایجاد روابط بهتر و شفقت‌آمیز
جلسه هشتم: آشنایی با تصویر پردازی ذهنی شفقت ورز و نوشتن نامه دلسوزانه، مرور مباحث جلسات قبل، جمع بندی پروتکل طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت: این پروتکل به صورت ۸ جلسه گروهی هفتگی (هر جلسه ۲ ساعته) اجرا می‌شود. نسخه اصلی ۱۰ جلسه‌ای یانگ (Young et al., 2013) با حفظ اهداف کلیدی درمان و بدون حذف مؤلفه‌های اساسی، برای تطابق با شرایط پژوهشی فشرده‌سازی شده است:

جلسه اول: پیش‌آزمون + معرفی درمان (آشنایی با گروه و اهداف درمان - معرفی مدل ذهنیت‌ها و فلسفه درمان
جلسه دوم: کاوش ذهنیت‌ها: گفتگوی بین ذهنیت‌ها + معرفی سیستم‌های هیجانی
جلسه سوم: تنظیم‌هیجان و خودتسکینی: آموزش تکنیک‌های آرمیدگی و تنظیم هیجان
جلسه چهارم: همدلی و تغییر ذهنیت‌ها: آموزش همدلی و ذهنیت طرحواره‌ای - تکنیک‌های تغییر ذهنیت
جلسه پنجم: مدیریت خشم و ابراز وجود
جلسه ششم: بازوالدینی و مرزگذاری: تکنیک‌های بازوالدینی حد و مرزدار / ادغام با تمرینات شناختی-رفتاری
جلسه هفتم: یکپارچه‌سازی و روابط: تمرکز بر روابط صمیمانه و خودمختاری
جلسه هشتم: جمع‌بندی و پس‌آزمون: مرور تمام ذهنیت‌ها و تکنیک‌ها/نوشتن نامه به خود آینده - اختتام درمان
داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفورنی توسط نرم‌افزارهای SPSS-26 مورد تحلیل قرار گرفت. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی از جمله رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان، محرمانه ماندن اطلاعات و امکان خروج آزادانه از پژوهش در هر مرحله رعایت شد.

یافته‌ها

تحلیل داده‌های جمعیت‌شناختی نشان داد سه گروه پژوهش از نظر متغیرهای زمینه‌ای همگن بودند. در گروه درمان مبتنی بر شفقت، ۱۱ نفر (۷۳٫۳٪) دارای تحصیلات کارشناسی و ۴ نفر (۲۶٫۷٪) کارشناسی ارشد بودند. در گروه طرحواره‌درمانی، ۷ نفر (۴۶٫۷٪) کارشناسی و ۸ نفر (۵۳٫۳٪) کارشناسی ارشد داشتند. در گروه کنترل نیز ۱۲ نفر (۸۰٪) کارشناسی و ۳ نفر (۲۰٪) کارشناسی ارشد بودند. از نظر سابقه بیماری روانی، در گروه شفقت ۸ نفر (۵۳٫۳٪) و در گروه کنترل ۱۰ نفر (۶۶٫۷٪) دارای سابقه بودند.

میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه شفقت ۲۴٫۴۰ سال (انحراف معیار = ۳٫۹۸)، در گروه طرحواره‌درمانی ۲۴٫۷۳ سال (انحراف معیار = ۳٫۸۶) و در گروه کنترل ۲۳٫۵۳ سال (انحراف معیار = ۳٫۳۱) بود. میانگین مدت درگیری با اختلال نیز به ترتیب ۴٫۷۸ سال (انحراف معیار = ۱٫۷۹)، ۵٫۲۰ سال (انحراف معیار = ۲٫۳۰) و ۵٫۳۹ سال (انحراف معیار = ۲٫۰۷) گزارش شد. نتایج تحلیل واریانس نشان داد تفاوت معناداری میان گروه‌ها از نظر سن و مدت ابتلا وجود نداشت ($p > 0.05$).

برای بررسی اثربخشی مداخلات از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. شاخص‌های توصیفی متغیرها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی رضایت‌مندی از تصویر بدن و تاب‌آوری

متغیر	زمان	درمان مبتنی بر شفقت (SD) M	طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت (SD) M	کنترل (SD) M
رضایت‌مندی از تصویر بدن	پیش‌آزمون	۱۸۹,۴۷ (۴۱,۵۱)	۱۹۵,۰۰ (۲۸,۴۴)	۱۹۲,۰۰ (۲۷,۷۱)
	پس‌آزمون	۲۱۲,۰۰ (۴۰,۰۵)	۲۰۶,۰۰ (۲۵,۷۱)	۱۹۲,۲۰ (۲۸,۲۲)
	پیگیری	۲۰۷,۰۰ (۴۰,۴۹)	۲۰۲,۵۳ (۲۷,۲۹)	۱۹۱,۸۰ (۲۷,۳۹)
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۷۳,۹۳ (۱۷,۶۱)	۷۵,۸۰ (۱۶,۴۱)	۷۳,۶۰ (۱۵,۴۹)
	پس‌آزمون	۸۱,۶۷ (۱۵,۸۸)	۸۶,۸۰ (۱۳,۶۸)	۷۴,۰۰ (۱۳,۹۵)
	پیگیری	۷۹,۰۰ (۱۶,۹۴)	۸۷,۸۷ (۱۳,۹۷)	۷۳,۸۷ (۱۳,۸۰)

بر اساس جدول ۱، در متغیر رضایت از تصویر بدن، گروه درمان مبتنی بر شفقت افزایش چشمگیری از پیش‌آزمون به پس‌آزمون نشان داد و این بهبود در مرحله پیگیری تا حد زیادی حفظ شد. گروه طرحواره‌درمانی نیز بهبود معناداری نشان داد، اما در مرحله پیگیری کاهش جزئی مشاهده شد. گروه کنترل تغییر محسوسی نداشت.

در متغیر تاب‌آوری، گروه طرحواره‌درمانی روند افزایشی مستمر از پیش‌آزمون تا پیگیری نشان داد. گروه شفقت در پس‌آزمون بهبود یافت، اما در پیگیری کاهش خفیفی داشت. گروه کنترل تقریباً ثابت باقی ماند.

پیش‌فرض‌های آماری بررسی شد. برای رضایت از تصویر بدن، آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد توزیع داده‌ها نرمال است ($p > 0,001$). آزمون لوین ($p = 0,199$) و آزمون ام‌باکس ($p = 0,089$) همگنی واریانس‌ها را تأیید کردند. آزمون موچلی معنادار بود ($p < 0,001$)، بنابراین از تصحیح گرینهاوس-کیسر استفاده شد.

در متغیر تاب‌آوری، آزمون شاپیرو-ویلک ($p > 0,001$)، آزمون لوین ($p = 0,550$)، آزمون ام‌باکس ($p = 0,451$) و آزمون موچلی ($p = 0,006$) نشان داد پیش‌فرض‌های لازم برقرار است.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

متغیر	منبع اثر	df	F	p	η^2 جزئی
رضایت از تصویر بدن	گروه	۲	۱۵,۴۸	$p < 0,001$	۰,۴۳۰
	زمان	۱,۳۰	۳۸,۲۱	$p < 0,001$	۰,۴۷۶
	زمان × گروه	۲,۶۰	۱۳,۰۷	$p < 0,001$	۰,۳۸۴
تاب‌آوری	گروه	۲	۰,۷۹۸	۰,۴۵۷	۰,۰۳۷
	زمان	۲	۳۲,۷۳	$p < 0,001$	۰,۴۳۸
	زمان × گروه	۴	۷,۱۶	$p < 0,001$	۰,۲۵۴

نتایج نشان داد در رضایت از تصویر بدن، اثر زمان و اثر تعاملی زمان × گروه معنادار است. در تاب‌آوری نیز اثر زمان و تعامل زمان × گروه معنادار بود، اما اثر اصلی گروه معنادار نبود.

جدول ۳. آزمون تعقیبی بونفرونی (پس‌آزمون)

متغیر	مقایسه	تفاوت میانگین	p
رضایت از تصویر بدن	شفقت - کنترل	۲۲,۱۰	$p < 0,001$
	طرحواره - کنترل	۱۱,۰۸	۰,۰۲۴
	شفقت - طرحواره	۱۱,۰۲	۰,۰۲۵
تاب‌آوری	طرحواره - کنترل	۶,۳۸	$p < 0,001$
	شفقت - کنترل	۵,۲۰	$p < 0,001$
	شفقت - طرحواره	۱,۱۸	۱,۰۰

هر دو مداخله نسبت به کنترل مؤثر بودند. درمان مبتنی بر شفقت در بهبود تصویر بدن اثربخشی بیشتری داشت، در حالی که طرحواره‌درمانی در تاب‌آوری اندکی برتری نشان داد.

جدول ۴. مقایسه‌های زوجی در طول زمان

متغیر	گروه	مقایسه	تفاوت میانگین	p
رضایت از تصویر بدن	شفقت	پیش - پس	۲۲,۵۳	$p < ۰,۰۰۱$
	طرحواره	پیش - پیگیری	۱۷,۵۳	$۰,۰۰۱$
تاب‌آوری	طرحواره	پیش - پس	۱۱,۰۰	$p < ۰,۰۰۱$
	شفقت	پیش - پس	۱۴,۷۳	$p < ۰,۰۰۱$
	طرحواره	پیش - پیگیری	۱۲,۰۷	$p < ۰,۰۰۱$

به‌طور کلی، هر دو مداخله موجب بهبود پایدار رضایت از تصویر بدن و تاب‌آوری شدند. درمان مبتنی بر شفقت در کوتاه‌مدت اثر بزرگ‌تری بر تصویر بدن داشت، اما طرحواره‌درمانی پایداری بیشتری در تاب‌آوری نشان داد. تفاوت بهبود تاب‌آوری به نفع طرحواره‌درمانی بود (۱۲,۰۷ در برابر ۵,۰۷ امتیاز در پیگیری) و کاهش اثر در این گروه کمتر مشاهده شد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد هر دو مداخله درمان مبتنی بر شفقت و طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت در مقایسه با گروه کنترل موجب بهبود معنادار رضایت‌مندی از تصویر بدن و تاب‌آوری در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شدند و این اثرات در پیگیری دومه‌ماه نیز به‌طور کلی حفظ گردید. این الگو از نتایج با ماهیت اختلال اضطراب فراگیر به‌عنوان اختلالی مبتنی بر نگرانی مزمن، برانگیختگی تهدیدمحور و دشواری در تنظیم هیجان سازگار است؛ زیرا هر دو رویکرد به‌نحوی چرخه‌های شناختی-هیجانی حفظ‌کننده اضطراب را هدف قرار می‌دهند و با کاهش حساسیت به تهدید و اصلاح سبک‌های پردازش اطلاعات، امکان ارتقای کارکرد و سازگاری را فراهم می‌سازند (American Psychiatric Association, 2022; DeMartini et al., 2019). از منظر تبیینی، مشاهده اثر زمان و تعامل زمان × گروه برای هر دو متغیر نشان می‌دهد که تغییرات تنها ناشی از گذر زمان نبوده و به مداخله نسبت داده می‌شود؛ این یافته با ادبیات مداخله‌ای مرتبط با اضطراب و پیامدهای هیجانی آن همخوان است (Frostadottir & Dorjee, 2019; Peeters et al., 2022).

در متغیر رضایت‌مندی از تصویر بدن، درمان مبتنی بر شفقت نسبت به طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت اثر بزرگ‌تری در پس‌آزمون نشان داد. این نتیجه از یک سو با چارچوب نظری درمان متمرکز بر شفقت همسو است؛ زیرا در این رویکرد، تمرکز اصلی بر کاهش خودانتقادی، شرم و تهدید درونی و فعال‌سازی نظام تسکین‌دهنده (soothing system) است که می‌تواند مستقیماً نگرش فرد نسبت به بدن و تجربه هیجانی مرتبط با ظاهر را تعدیل کند (Gilbert, 2019). همچنین، تبیین نظری شباهت‌ها و تفاوت‌های ذهن‌آگاهی و شفقت نشان می‌دهد که مؤلفه‌های پذیرش، توجه غیرقضاوت‌گر و مهربانی با خود می‌توانند به کاهش درگیری شناختی با معیارهای بدنی و کاهش واکنش‌پذیری هیجانی نسبت به ایده‌آل‌های فرهنگی منجر شوند (Germer & Barnhofer, 2017). از سوی دیگر، شواهد تجربی نیز این الگو را تقویت می‌کند؛ برای مثال، پژوهش‌های مربوط به تعدیل تصویر بدن تحریف‌شده با آموزش‌های هیجان‌محور خودشفقتی و خودحفاظتی نشان داده‌اند که تقویت خودشفقتی می‌تواند ابزار مؤثری برای کاهش تحریف و افزایش رضایت از تصویر بدن باشد (Baránková & Sládkovičová, 2022). همچنین، نتایج مربوط به مداخلات مبتنی بر شفقت در زمینه نگرانی‌های تصویر بدنی (از جمله مداخلات مبتنی بر نامه‌نگاری خودشفقت‌ورزانه) نشان می‌دهد که افزایش خودمهربانی می‌تواند اثرات فشارهای اجتماعی-فرهنگی و ایده‌آل‌های ظاهری را تضعیف کند (Lewis, 2020). در سطح داخلی نیز گزارش شده است که درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند بر تصویر بدن اثرگذار باشد و بهبود معنادار ایجاد کند (Khalatbari et al., 2018). با توجه به اینکه تصویر بدنی سازه‌ای چندبعدی است و بخش قابل توجهی از آن به ارزیابی‌های هیجانی و نگرش‌های

خودارزشمندی‌سازانه گره خورده، منطقی است که مداخله‌ای که به‌طور مستقیم خودانتقادی و شرم را هدف می‌گیرد، در کوتاه‌مدت اثر برجسته‌تری بر رضایت از تصویر بدن نشان دهد (Cash et al., 1990; Gilbert, 2019). افزون بر این، ادبیات مرتبط با رابطه اضطراب و نارضایتی بدنی نشان می‌دهد که اضطراب می‌تواند از مسیر اضطراب بدنی-اجتماعی و توجه انتخابی به ارزیابی دیگران، رضایت از بدن را کاهش دهد؛ بنابراین، کاهش تهدید اجتماعی و شرم از طریق شفقت‌درمانی می‌تواند این مسیر را تضعیف کند (Pritchard et al., 2021).

با این حال، نتایج پیگیری نشان داد هر دو مداخله اثرات نسبتاً پایداری دارند و در برخی شاخص‌ها طرحواره‌درمانی افت کمتری را نشان می‌دهد؛ این موضوع می‌تواند با سازوکارهای «تغییر عمیق‌تر» در طرحواره‌درمانی تبیین شود. طرحواره‌درمانی در بنیان نظری خود بر اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های مقابله‌ای و حالت‌های ذهنی غالب (ذهنیت‌ها) متمرکز است و انتظار می‌رود تغییرات حاصل از آن به دلیل بازسازی ساختارهای عمیق‌تر شناختی-هیجانی، پایداری بیشتری داشته باشد (Rafaeli, 2020; Roediger et al., 2018; Young et al., 2013). گزارش‌های کاربرد مدل ذهنیت‌ها در اختلال‌های اضطرابی نشان داده است که فرمول‌بندی ذهنیت‌محور می‌تواند به شناسایی دقیق لحظات فعال‌سازی و تغییر پاسخ‌های هیجانی-رفتاری کمک کند و از این طریق اثرات درمان را پایدارتر سازد (Penney & Norton, 2022). افزون بر این، مرور نظام‌مند اثربخشی طرحواره‌درمانی برای اختلال‌های اضطرابی نیز ضمن تأیید کارآمدی، بر ضرورت تمرکز بر سازوکارهای تغییر و ماندگاری اثرات تأکید کرده است (Peeters et al., 2022). در پژوهش حاضر، برتری درمان مبتنی بر شفقت در رضایت از تصویر بدن در پس‌آزمون، در کنار پایداری نسبی طرحواره‌درمانی، می‌تواند مؤید این باشد که شفقت‌درمانی احتمالاً سریع‌تر بر لایه‌های هیجانی خودانتقادی و شرم اثر می‌گذارد، اما طرحواره‌درمانی با اصلاح سبک‌های مقابله‌ای و حالت‌های ناکارآمد، زمینه حفظ اثر را تقویت می‌کند (Gilbert, 2019; Stavropoulos et al., 2020; Young et al., 2013).

در متغیر تاب‌آوری، هر دو مداخله نسبت به کنترل بهبود معنادار ایجاد کردند، اما طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت اثر قوی‌تر و پایدارتر نشان داد. این یافته با ادبیات تاب‌آوری همسو است که تاب‌آوری را نه صرفاً یک مهارت سطحی، بلکه یک ظرفیت سازگاری چندبعدی می‌داند که با الگوهای شناختی، تنظیم هیجان، معنا و روابط ایمن پیوند خورده است (Connor & Davidson, 2003; Lou et al., 2018). از این منظر، طرحواره‌درمانی با هدف قرار دادن طرحواره‌ها و ذهنیت‌های ناکارآمد و تقویت ذهنیت «بزرگسال سالم»، می‌تواند منابع درونی فرد برای مواجهه با تنیدگی و بازگشت‌پذیری را تقویت کند (Rafaeli, 2020; Young et al., 2013). مدل ذهنیت‌های طرحواره‌ای در تبیین «تفکر منفی تکرارشونده» نیز نشان می‌دهد که برخی ذهنیت‌ها می‌توانند چرخه نگرانی و نشخوار را تداوم بخشند و کاهش این چرخه‌ها می‌تواند به افزایش تاب‌آوری منجر شود (Stavropoulos et al., 2020). بنابراین، اگر طرحواره‌درمانی بتواند ذهنیت‌های تهدیدمحور، اجتنابی یا خودانتقادگر را تعدیل کند، به‌طور غیرمستقیم تاب‌آوری افزایش می‌یابد، زیرا فرد به جای راهبردهای اجتنابی، از راهبردهای مواجهه‌ای و تنظیم هیجان مؤثرتر استفاده می‌کند (Roediger et al., 2018; Young et al., 2013). شواهد پژوهشی نیز نشان می‌دهد گونه‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی از طرحواره‌درمانی می‌تواند در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر برخی فرایندهای مرتبط با اضطراب (مانند توجه خودمحور و ترس از ارزیابی منفی) را بهبود بخشد که این تغییرات بالقوه به افزایش تاب‌آوری کمک می‌کند (Jalili & Aleyasin, 2025). همچنین، پژوهش‌های مقایسه‌ای نشان داده‌اند طرحواره‌درمانی می‌تواند در تقویت تاب‌آوری مؤثر باشد و در برخی جمعیت‌ها حتی نسبت به مداخلات شفقت‌محور مزیت‌هایی در پیامدهای سازگاری نشان دهد (Yeganerad et al., 2020).

در عین حال، اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری در پژوهش حاضر نیز معنادار بود و این نتیجه با مطالعاتی که نقش شفقت‌درمانی را در افزایش تاب‌آوری گزارش کرده‌اند، همخوان است. برای نمونه، درمان مبتنی بر شفقت در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ موجب بهبود اضطراب و تاب‌آوری شده است (Ershad Sarabi & Andalib Koraim, 2024) و در دانشجویان دارای ناتوانی‌های یادگیری نیز اثربخشی آن بر تاب‌آوری گزارش شده است (Sadoni et al., 2023). همچنین، یافته‌های مربوط به اثرات CFT و MBCT بر کاهش نشانه‌های اضطراب و بهبود خودشفقتی و ذهن‌آگاهی نشان می‌دهد که تقویت خودشفقتی می‌تواند از طریق کاهش نشخوار و افزایش تنظیم هیجان،

تاب‌آوری را بهبود دهد (Frostadottir & Dorjee, 2019; Gilbert, 2019). بنابراین، معناداری اثر CFT بر تاب‌آوری در پژوهش حاضر قابل انتظار است؛ اما برتری طرحواره‌درمانی می‌تواند ناشی از آن باشد که تاب‌آوری، علاوه بر مهربانی با خود، به بازسازی باورهای هسته‌ای، سبک‌های مقابله‌ای و الگوهای پایدار رابطه با خود و دیگران نیاز دارد؛ حوزه‌ای که طرحواره‌درمانی به‌طور مستقیم‌تر و ساختاریافته‌تر به آن می‌پردازد (Roediger et al., 2018; Young et al., 2013). از سوی دیگر، مطالعات مرتبط با اضطراب و تاب‌آوری در شرایط فشارزا نشان می‌دهد افراد تاب‌آورتر معمولاً حس کنترل و عاملیت بیشتری تجربه می‌کنند و کنشگری فعال‌تری در مواجهه با تهدید دارند (Reeve & Tseng, 2011; Setiawati et al., 2021). طرحواره‌درمانی با تقویت ذهنیت بزرگسال سالم و بازوالدینی محدود، ممکن است بیش از شفقت‌درمانی، «عامل کنترل و عاملیت» را در افراد فعال کند و از این مسیر، تاب‌آوری را پایدارتر افزایش دهد (Roediger et al., 2018; Young et al., 2013). علاوه بر این، از آنجا که اضطراب فراگیر با حساسیت به تهدید و نگرانی‌های مداوم مشخص می‌شود (American Psychiatric Association, 2022; DeMartini et al., 2019)، مداخله‌ای که چرخه‌های شناختی-هیجانی عمیق‌تر و حالت‌های ذهنی غالب را هدف می‌گیرد، ممکن است در کاهش شکنندگی هیجانی و افزایش انعطاف مقابله‌ای موفق‌تر باشد (Peeters et al., 2022; Stavropoulos et al., 2020).

در جمع‌بندی نتایج، پژوهش حاضر از یک سو نشان داد درمان مبتنی بر شفقت‌گزینه‌ای کارآمد برای ارتقای رضایت از تصویر بدن در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر است؛ یافته‌ای که با پژوهش‌های مرتبط با تصویر بدن و مداخلات شفقت‌محور همسو است (Baránková & Sládkovičová, 2022; Khalatbari et al., 2018; Lewis, 2020). از سوی دیگر، طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت در تقویت تاب‌آوری اثر قوی‌تری نشان داد؛ نتیجه‌ای که با مبانی نظری طرحواره‌درمانی و شواهد اثربخشی آن در اختلال‌های اضطرابی سازگار است (Peeters et al., 2022; Rafaeli, 2020; Young et al., 2013). این الگو در عمل بالینی می‌تواند به مفهوم «تناسب مداخله با پیامد هدف» ترجمه شود؛ یعنی اگر هدف اصلی، بهبود نگرش و رضایت از بدن باشد، تمرکز بر شفقت و کاهش خودانتقادی می‌تواند اولویت داشته باشد، و اگر هدف اصلی، افزایش ظرفیت مقابله و بازگشت‌پذیری در برابر فشارهاست، مداخله ذهنیت‌محور طرحواره‌ای ممکن است انتخاب مناسب‌تری باشد (Gilbert, 2019; Stavropoulos et al., 2020). همچنین، شواهدی که ارتباط خودشفقتی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه را نشان می‌دهد، امکان طراحی رویکردهای ترکیبی را تقویت می‌کند؛ به این معنا که ادغام مؤلفه‌های شفقت‌محور در فرایند طرحواره‌درمانی یا بالعکس، می‌تواند همزمان تصویر بدن و تاب‌آوری را به شکل بهینه‌تری بهبود دهد (Tahmoursi & Tari-Moradi, 2020; Yeganerad et al., 2020). در نهایت، با توجه به نقش عوامل اجتماعی-فرهنگی در نارضایتی بدنی و اضطراب (Kim & Kim, 2024)، می‌توان نتیجه گرفت که اثربخشی مداخلات روان‌درمانی زمانی به حداکثر می‌رسد که هم سازوکارهای درون‌فردی (خودانتقادی، ذهنیت‌ها، تنظیم هیجان) و هم زمینه‌های فرهنگی-اجتماعی اثرگذار بر تصویر بدن و تاب‌آوری در نظر گرفته شوند (Gilbert, 2019; Pritchard et al., 2021).

این مطالعه با محدودیت‌هایی همراه بود. نخست، ابزارهای پژوهش خودگزارشی بودند و احتمال سوگیری پاسخ‌دهی و مطلوبیت اجتماعی وجود داشت. دوم، نمونه صرفاً از دانشجویان یک واحد دانشگاهی انتخاب شد و این موضوع تعمیم‌پذیری نتایج به سایر گروه‌های سنی، بالینی و فرهنگی را محدود می‌کند. سوم، طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی بود و اگرچه تخصیص تصادفی انجام شد، کنترل کامل متغیرهای مداخله‌گر ممکن نبود. چهارم، دوره پیگیری دوماهه نسبتاً کوتاه است و برای ارزیابی ماندگاری بلندمدت اثرات کفایت ندارد. پنجم، شدت نشانه‌ها، سابقه درمانی و عوامل خانوادگی یا اجتماعی به‌صورت عمیق طبقه‌بندی و کنترل نشدند که می‌تواند بر پاسخ به درمان اثر بگذارد.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر (از نظر جنسیت، سن، سطح تحصیلات و زمینه فرهنگی) انجام شوند تا قدرت تعمیم نتایج افزایش یابد. همچنین، به‌کارگیری طرح‌های کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده و پیگیری‌های بلندمدت‌تر (شش تا دوازده ماه) می‌تواند پایداری اثرات را دقیق‌تر روشن کند. استفاده از روش‌های چندوجهی سنجش (مانند مصاحبه بالینی ساختاریافته، شاخص‌های

فیزیولوژیک استرس، یا ارزیابی رفتاری) نیز توصیه می‌شود تا محدودیت‌های خودگزارشی کاهش یابد. علاوه بر این، بررسی نقش متغیرهای تعدیل‌گر و میانجی (مانند خودانتقادی، شرم بدنی، نشخوار نگرانی، سبک‌های دلبستگی و حمایت اجتماعی) می‌تواند سازوکارهای تغییر در هر مداخله را شفاف‌تر کند. در نهایت، طراحی و آزمون پروتکل‌های ترکیبی (ادغام مؤلفه‌های شفقت‌محور و ذهنیت‌محور) می‌تواند مسیرهای نوینی برای ارتقای همزمان تصویر بدن و تاب‌آوری فراهم آورد.

در سطح کاربردی، درمانگران می‌توانند بر اساس نیاز غالب مراجعان، انتخاب مداخله را هدفمند کنند؛ به‌ویژه در مراجعانی که شکایت اصلی آنان نارضایتی از بدن و خودانتقادی شدید است، تمرکز بر مداخله شفقت‌محور می‌تواند مفیدتر باشد، و در افرادی که با شکنندگی هیجانی، دشواری در مقابله و افت تاب‌آوری مواجه‌اند، طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت می‌تواند اولویت یابد. پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره دانشگاهی برنامه‌های غربالگری اضطراب و نارضایتی بدنی را تقویت کنند و مداخلات گروهی کوتاه‌مدت را به‌عنوان بسته‌های مقرون‌به‌صرفه ارائه دهند. همچنین، آموزش مهارت‌های خودشفقتی، تنظیم هیجان و شناسایی ذهنیت‌های ناکارآمد می‌تواند در کارگاه‌های پیشگیرانه برای دانشجویان در معرض خطر گنجانده شود. در نهایت، تدوین راهنماهای بالینی و آموزش تخصصی درمانگران برای اجرای استاندارد این دو رویکرد، می‌تواند کیفیت اجرا و اثربخشی واقعی مداخلات را در محیط‌های بالینی و دانشگاهی افزایش دهد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Generalized Anxiety Disorder (GAD) is characterized by excessive, persistent, and difficult-to-control worry accompanied by cognitive and somatic symptoms such as restlessness, muscle tension, irritability, and sleep disturbance (American Psychiatric Association, 2022; DeMartini et al., 2019). Beyond the core symptom of chronic worry, GAD is associated with broader impairments in emotional regulation, self-evaluation, and psychosocial functioning. Contemporary research suggests that sociocultural and contextual factors may exacerbate anxiety symptoms, especially in populations exposed to heightened evaluative pressures or cultural variability (Kim & Kim, 2024). Among the psychological domains affected by anxiety, body image dissatisfaction has received growing attention. Body image is a multidimensional construct encompassing cognitive, affective, and evaluative attitudes toward one's physical appearance (Cash et al., 1990). Empirical evidence indicates that generalized anxiety is associated with body dissatisfaction, partly mediated by social physique anxiety and heightened sensitivity to negative evaluation (Pritchard et al., 2021). Additionally, sociocultural influences and exposure to idealized body standards can intensify dissatisfaction and internalized self-criticism, particularly among young adults (Poursharifi et al., 2014; Tempia Valenta et al., 2025).

Resilience, defined as the capacity to adapt positively and recover in the face of stress and adversity, represents a critical protective factor in anxiety disorders (Connor & Davidson, 2003; Lou et al., 2018). Research conducted during high-stress contexts, such as public health crises, has highlighted the inverse relationship between resilience and anxiety severity (Setiawati et al., 2021). Structural modeling studies also emphasize resilience as a key explanatory variable in psychological adjustment (Laghaei et al., 2020). Given the chronic nature of GAD, interventions that not only reduce symptoms but also strengthen resilience and self-evaluative functioning are particularly relevant.

Compassion-Focused Therapy (CFT) aims to reduce self-criticism and shame while activating affiliative and soothing emotional systems (Gilbert, 2019). Theoretical analyses underscore both the overlaps and distinctions between mindfulness and compassion, highlighting the unique role of self-kindness in emotional healing (Germer & Barnhofer, 2017). Empirical studies show that compassion-based interventions reduce anxiety, rumination, and emotional distress while enhancing self-compassion and adaptive coping (Frostadottir & Dorjee, 2019). Evidence further indicates that compassion-oriented approaches can moderate distorted body image and improve body satisfaction (Baránková & Sládkovičová, 2022; Khalatbari et al., 2018; Lewis, 2020). Moreover, compassion-based therapy has demonstrated effectiveness in improving resilience across diverse clinical and non-clinical populations (Ershad Sarabi & Andalib Koraim, 2024; Sadoni et al., 2023).

Schema Therapy (ST), particularly when conceptualized through schema modes, targets early maladaptive schemas and dysfunctional emotional states that perpetuate psychological distress (Rafaeli, 2020; Young et al., 2013). Contextual schema therapy integrates emotion regulation, interpersonal functioning, and adaptive coping (Roediger et al., 2018). Applications of the schema mode model in anxiety disorders suggest that modifying maladaptive modes can reduce repetitive negative thinking and emotional vulnerability (Penney & Norton, 2022; Stavropoulos et al., 2020). Systematic reviews confirm the effectiveness of schema therapy in anxiety-related disorders and highlight its potential for sustained change (Peeters et al., 2022). Additionally, schema-based approaches incorporating mindfulness elements have demonstrated benefits for individuals with GAD (Jalili & Aleyasin, 2025). Research comparing schema therapy and compassion-based therapy suggests both approaches can enhance resilience, though their mechanisms of change may differ (Yeganerad et al.,

2020). Furthermore, studies indicate that self-compassion is inversely associated with early maladaptive schemas, suggesting conceptual overlap and potential integrative value (Tahmoursi & Tari-Moradi, 2020). Despite these advances, limited comparative research has examined the relative efficacy of Compassion-Focused Therapy and Schema Therapy focused on modes in improving body image satisfaction and resilience among individuals with GAD. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Schema Therapy focused on modes on body image satisfaction and resilience in individuals diagnosed with Generalized Anxiety Disorder.

Methods and Materials

This study employed a quasi-experimental design with a pretest–posttest–follow-up control group structure. Participants were individuals diagnosed with Generalized Anxiety Disorder who met inclusion criteria through clinical screening and standardized assessment procedures. After recruitment, participants were randomly assigned to one of three groups: Compassion-Focused Therapy, Schema Therapy focused on modes, or a control group receiving no active intervention.

Both experimental groups participated in structured therapeutic sessions delivered over a predetermined number of weeks. The Compassion-Focused Therapy protocol emphasized self-compassion training, reduction of self-criticism, emotional regulation skills, and exercises designed to cultivate kindness toward oneself. The Schema Therapy protocol focused on identifying maladaptive schemas and modes, strengthening the Healthy Adult mode, and modifying dysfunctional coping responses.

Body image satisfaction was assessed using a multidimensional body image questionnaire, and resilience was measured using a standardized resilience scale. Data were collected at three time points: pretest, posttest, and follow-up. Statistical analyses were conducted using repeated-measures analysis of variance (ANOVA) to evaluate main effects of time, group, and time-by-group interactions. Bonferroni post hoc comparisons were performed to identify specific group differences.

Findings

Descriptive statistics indicated that both intervention groups demonstrated improvements in body image satisfaction and resilience from pretest to posttest, while the control group showed minimal change. Repeated-measures ANOVA revealed significant main effects of time and significant time \times group interaction effects for body image satisfaction, indicating that improvements differed across groups. Post hoc analyses showed that both Compassion-Focused Therapy and Schema Therapy significantly outperformed the control group in improving body image satisfaction. Compassion-Focused Therapy demonstrated a larger mean increase in body image satisfaction at posttest compared to Schema Therapy.

For resilience, results showed a significant main effect of time and a significant time \times group interaction, whereas the main effect of group was not significant. Both intervention groups exhibited significant increases in resilience compared to the control group. However, Schema Therapy focused on modes demonstrated greater improvement in resilience scores and more stable maintenance of gains at follow-up compared to Compassion-Focused Therapy.

Follow-up analyses indicated that improvements in body image satisfaction remained significant for both intervention groups, though a slight decline from posttest to follow-up was observed in the Compassion-Focused Therapy group. Resilience gains were sustained in both groups, with Schema Therapy demonstrating greater stability over time.

Discussion and Conclusion

The findings of this study suggest that both Compassion-Focused Therapy and Schema Therapy focused on modes are effective in improving body image satisfaction and resilience among individuals with Generalized Anxiety Disorder. The significant interaction effects indicate that therapeutic change was attributable to the interventions rather than natural symptom fluctuation over time.

Compassion-Focused Therapy demonstrated stronger immediate effects on body image satisfaction. This outcome is theoretically consistent with the central mechanism of CFT, which directly targets shame, self-criticism, and harsh self-evaluation—core processes underlying body dissatisfaction. By cultivating self-kindness and reducing internal threat responses, CFT may rapidly alter negative body-related cognitions and affective responses. Improvements in self-acceptance likely translated into enhanced satisfaction with body image.

Schema Therapy focused on modes, while also improving body image, showed comparatively stronger and more stable effects on resilience. This pattern may reflect the structural depth of schema work. By identifying and modifying maladaptive schemas and dysfunctional coping modes, Schema Therapy may foster broader and more enduring cognitive-emotional restructuring. Strengthening the Healthy Adult mode may enhance perceived control, adaptive coping, and emotional regulation, thereby reinforcing resilience capacities. The relative stability of resilience gains at follow-up suggests that schema-focused interventions may produce more enduring adaptive patterns.

Importantly, both approaches demonstrated clinically meaningful benefits, highlighting their value in addressing not only anxiety symptoms but also associated vulnerabilities such as body dissatisfaction and reduced resilience. These findings underscore the importance of selecting interventions aligned with therapeutic goals. When immediate reduction of body-related self-criticism is prioritized, Compassion-Focused Therapy may be particularly advantageous. When strengthening long-term adaptive coping and resilience is central, Schema Therapy focused on modes may offer additional benefits.

Overall, the present study contributes to the comparative literature on third-wave and integrative cognitive-behavioral therapies in anxiety disorders. By simultaneously examining body image satisfaction and resilience, it provides a more comprehensive understanding of therapeutic outcomes in Generalized Anxiety Disorder. Future research should explore integrative models combining compassion-based and schema-based components to optimize both short-term emotional relief and long-term adaptive functioning.

فهرست منابع

References

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association. <https://cir.nii.ac.jp/crid/1573950399819987840>
- Baránková, M., & Sládkovičová, R. (2022). Distorted body image in women: emotion focused training for self-compassion and self-protection as an effective instrument for its moderation. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 24(2). <https://www.archivespp.pl/Distorted-body-image-in-women-Emotion-focused-training-for-self-compassion-and-self,144881,0,2.html>
- Cash, T. F., Mikulka, P. J., & Brown, T. A. (1990). Attitudinal body-image assessment: factor analysis of the Body-Self Relations Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 55(1-2), 135-144. <https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674053>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Dehshiri, G., Golzari, M., Borjali, A., & Sohrabi, F. (2009). Psychometrics particularity of Farsi version of Pennsylvania State Worry Questionnaire for college students. *Journal of Clinical Psychology*, 1(4), 67-75. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.1988>
- DeMartini, J., Patel, G., & Fancher, T. L. (2019). Generalized anxiety disorder. *Annals of Internal Medicine*, 170(7), 49-64. <https://doi.org/10.7326/AITC201904020>
- Ershad Sarabi, M., & Andalib Koraim, M. (2024). Treatment Based On Compassion Therapy on Anxiety and Resilience of Patients with Type 2 Diabetes. *Journal of New Ideas in Psychology*, 19(23), 1-12. https://jnip.ir/browse.php?a_id=1124&sid=1&slc_lang=en

- Frostadottir, A. D., & Dorjee, D. (2019). Effects of mindfulness based cognitive therapy (MBCT) and compassion focused therapy (CFT) on symptom change, mindfulness, self-compassion, and rumination in clients with depression, anxiety, and stress. *Frontiers in psychology*, 10, 1099. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01099>
- Germer, C., & Barnhofer, T. (2017). Mindfulness and compassion: Similarities and differences In - Gilbert, P. (Ed.), *Compassion: Concepts, research and applications* (pp. 69-86). In. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315564296-4>
- Gilbert, P. (2019). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Jalili, S., & Aleyasin, S. A. (2025). The effectiveness of mindfulness-based schema therapy on self-focused attention and fear of negative evaluation in men with generalized anxiety disorder. *Iran Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 4(1), 56-64. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Khalatbari, J., Hemmati Sabet, V., & Mohammadi, H. (2018). Effect of Compassion-Focused Therapy on Body Image and Marital Satisfaction in Women with Breast Cancer. *Iranian Journal of Behavioral Disorders*, 11(3), 7-20. <https://doi.org/10.30699/acadpub.ijbd..11.3.7>
- Kim, D. H., & Kim, Y. (2024). Factors associated with generalized anxiety disorder in adolescents with cultural diversity: secondary data analysis. *BMC public health*, 24(1), 2562. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20078-8>
- Laghaei, M., Mehrabzadeh Honarmand, M., & Arshadi, N. (2020). A structural equation modeling of students' suicidal ideation based on resilience and coping strategies with the mediating role of depression. *Clinical Psychology Studies*, 11(40), 27-46. <https://doi.org/10.22054/jcps.2021.56410.2458>
- Lewis, I. F. (2020). *Investigating the impact of compassion-based interventions on body image concerns: can self-compassionate letter writing counteract the impact of thin ideals?* [Doctoral dissertation]. University of Southampton].
- Lou, Y., Taylor, E. P., & Di Folco, S. (2018). Resilience and resilience factors in children in residential care: A systematic review. *Child and Youth Services Review*, 89, 83-92. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.04.010>
- Mohammadi, M. (2015). *Investigating factors affecting resilience in individuals at risk of substance abuse* [PhD dissertation]. University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences]. https://jap.razi.ac.ir/m/article_1732.html
- Peeters, N., van Passel, B., & Krans, J. (2022). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(3), 579-597. <https://doi.org/10.1111/bjc.12324>
- Penney, E. S., & Norton, A. R. (2022). A novel application of the schema therapy mode model for social anxiety disorder: a naturalistic case study. *Clinical Case Studies*, 21(1), 34-47. <https://doi.org/10.1177/15346501211036706>
- Poursharifi, H., Hashemi Nosrat Abad, T., & Ahmadi, M. (2014). Comparison of social physique anxiety and eating attitudes between obese and normal-weight adolescent girls: the moderating role of sociocultural influence on weight loss and body change. *Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology*, 9(2), 49-58. <https://www.cabidigitallibrary.org/doi/full/10.5555/20143367251>
- Pritchard, M., Brasil, K., McDermott, R., & Holdiman, A. (2021). Untangling the associations between generalized anxiety and body dissatisfaction: The mediating effects of social physique anxiety among collegiate men and women. *Body Image*, 39, 266-275. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Rafaeli, E. (2020). Schema therapy In - Zeigler-Hill, V., & Shackelford, T. K. (Eds.), *Encyclopedia of personality and individual differences* (pp. 4559-4564). In. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_2041
- Reeve, J., & Tseng, C. (2011). Agency as a fourth aspect of student engagement during activities. *Contemporary Educational Psychology*, 9(4), 257-267. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2011.05.002>
- Roediger, E., Stevens, B. A., & Brockman, R. (2018). *Contextual schema therapy: an integrative approach to personality disorders, emotional dysregulation, and interpersonal functioning*. Oakland: New Harbinger Publications. https://www.researchgate.net/publication/325430387_Contextual_Schema_Therapy_An_Integrative_Approach_to_Personality_Disorders_Emotional_Dysregulation_and_Interpersonal_Functioning
- Sadoni, Z., Kazemian Moghadam, K., & Haroon Rashidi, H. (2023). The effectiveness of compassion-focused therapy on resilience, alexithymia and empathy in students with specific learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 12(3), 50-65. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20078-8>
- Setiawati, Y., Wahyuhadi, J., Joestandari, F., Maramis, M. M., & Atika, A. (2021). Anxiety and resilience of healthcare workers during COVID-19 pandemic in Indonesia. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 14, 1-8. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S276655>
- Stavropoulos, A., Haire, M., Brockman, R., & Meade, T. (2020). A schema mode model of repetitive negative thinking. *Clinical Psychology*, 24(2), 99-113. <https://doi.org/10.1111/cp.12206>

- Tahmoursi, N., & Tari-Moradi, A. (2020). Predicting self-compassion based on early maladaptive schemas according to cultural intelligence and identity styles in students. *Scientific Journal of Research in Humanities and Social Studies*, 20(1), 88-99. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Tempia Valenta, S., Innella, V., Bonazzoli, F., Della Rocca, B., Fiorillo, A., De Ronchi, D., & et al. (2025). Eating across borders: a scoping review of eating disorders and body image dissatisfaction in migrant populations. *International review of psychiatry*, 37(3-4), 353-367. <https://doi.org/10.1080/09540261.2024.2384725>
- Yeganerad, N., Toozandehjani, H., & Bagherzadeh Golmakani, Z. (2020). Comparison of the effectiveness of schema therapy and compassion-based therapy on resilience and ambiguity tolerance in women applying for divorce. *Scientific Quarterly Journal of Psychological Methods and Models*, 11(41), 89-112. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20078-8>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2013). *Schema therapy: a practitioner's guide*. Guilford Press. [https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=1x7TDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Young,+J.+E.,+et+al.+ \(2013\).+Schema+therapy:+a+practitioner%27s+guide,+Guilford+Press.+%09&ots=P0wOfSEQHK&sig=brmxp6w4ptKbwwefAX7qWR8kOc](https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=1x7TDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Young,+J.+E.,+et+al.+ (2013).+Schema+therapy:+a+practitioner%27s+guide,+Guilford+Press.+%09&ots=P0wOfSEQHK&sig=brmxp6w4ptKbwwefAX7qWR8kOc)