

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر استحکام من و نگرانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

تاریخ چاپ نهایی: ۱۴۰۶/۰۱/۰۱

تاریخ چاپ اولیه: ۱۴۰۵/۰۵/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۱۳

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۵/۰۴

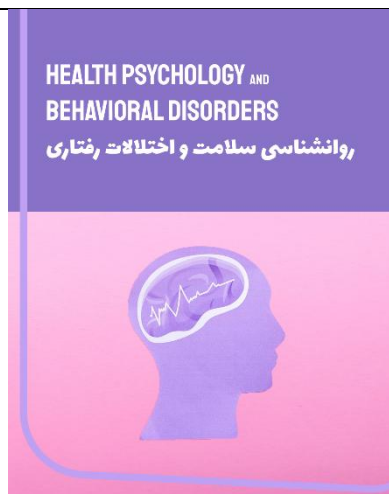
تاریخ ارسال: ۱۴۰۵/۰۲/۰۷

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر استحکام من و نگرانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. این پژوهش کاربردی با طرح شبه آزمایشی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دوماه همراه با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به دفتر مشاوره سراج در شهر مشهد طی نیمه نخست سال ۱۴۰۳ بود. از میان افراد واجد شرایط، ۴۵ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و در سه گروه ۱۵ نفری شامل طرحواره درمانی، درمان شناختی-رفتاری و گواه جایگزین شدند. تشخیص اختلال با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته اختلالات محور یک تأیید شد. داده ها با استفاده از پرسشنامه روان شناختی استحکام من و پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا گردآوری شدند. برای تحلیل داده ها از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که اثر زمان، اثر گروه و اثر متقابل زمان و گروه برای استحکام من و نگرانی معنادار بود ($p < 0.001$). برای استحکام من، اثر زمان با اندازه اثر ۰/۶۲، اثر متقابل زمان و گروه با اندازه اثر ۰/۴۶ و اثر گروه با اندازه اثر ۰/۳۱ به دست آمد. برای نگرانی نیز اندازه اثر زمان، تعامل زمان و گروه و گروه به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۵۱ و ۰/۲۹ بود. مقایسه های تعقیبی نشان داد هر دو مداخله موجب افزایش معنادار استحکام من و کاهش معنادار نگرانی از پیش آزمون تا پس آزمون و پیگیری شدند، در حالی که در گروه گواه تغییر معناداری مشاهده نشد. تفاوت پس آزمون و پیگیری در گروه های آزمایش معنادار نبود که بیانگر پایداری اثرات درمانی است. همچنین، طرحواره درمانی در افزایش استحکام من و درمان شناختی-رفتاری در کاهش نگرانی اثربخشی بیشتری نشان داد. هر دو رویکرد درمانی برای بهبود پیامدهای روان شناختی زنان مبتلا به اضطراب فراگیر مؤثر هستند؛ با این حال، انتخاب مداخله می تواند بر اساس هدف درمانی صورت گیرد، به گونه ای که طرحواره درمانی برای تقویت استحکام من و درمان شناختی-رفتاری برای کاهش مستقیم نگرانی مناسب تر است.

کلیدواژگان: طرحواره درمانی، درمان شناختی-رفتاری، استحکام من، نگرانی، اختلال اضطراب

فراگیر.



نازنین سراجی^۱، قمر کیانی^{۲*}، الهام ضرقامی^۳

۱. گروه روانشناسی بالینی، واحد بین المللی کیش، دانشگاه

آزاد اسلامی، کیش، ایران

۲. گروه روانشناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی،

زنجان، ایران

۳. گروه روانشناسی، واحد ورامین-پیشوا، دانشگاه آزاد

اسلامی، ورامین، ایران.

* ایمیل نویسنده مسئول:

qa.kiani@iaau.ac.ir

شیوه استناددهی: سراجی، نازنین، کیانی، قمر، و ضرقامی، الهام. (۱۴۰۶). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر استحکام من و نگرانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۱۵(۱)، ۲۱-۱.

Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Ego Strength and Worry in Women with Generalized Anxiety Disorder

Submit Date:
2026-04-27

Revise Date:
2026-07-26

Accept Date:
2026-08-04

Initial Publish Date:
2026-08-19

Final Publish Date:
2027-03-21

Abstract

This study aimed to compare the effectiveness of schema therapy and cognitive-behavioral therapy in improving ego strength and reducing worry among women with generalized anxiety disorder. This applied study used a quasi-experimental pretest–posttest design with a two-month follow-up and a control group. The statistical population consisted of women with generalized anxiety disorder who attended the Seraj Counseling Office in Mashhad during the first half of 2024. Forty-five eligible participants were selected through purposive sampling and assigned to three groups of 15: schema therapy, cognitive-behavioral therapy, and control. The diagnosis of generalized anxiety disorder was confirmed using the Structured Clinical Interview for Axis I Disorders. Data were collected using the Psychosocial Inventory of Ego Strengths and the Penn State Worry Questionnaire. Repeated-measures analysis of variance and Bonferroni post hoc comparisons were used to analyze the data. Repeated-measures analysis of variance indicated significant effects of time, group, and the time-by-group interaction on both ego strength and worry ($p < 0.001$). For ego strength, the effect sizes for time, time-by-group interaction, and group were 0.62, 0.46, and 0.31, respectively. For worry, the corresponding effect sizes were 0.66, 0.51, and 0.29. Bonferroni comparisons showed that both schema therapy and cognitive-behavioral therapy significantly increased ego strength and reduced worry from pretest to posttest and follow-up, whereas no significant changes were observed in the control group. The differences between posttest and follow-up scores were not statistically significant in either intervention group, indicating the relative stability of the treatment effects. Comparative findings further demonstrated that schema therapy was more effective in enhancing ego strength, whereas cognitive-behavioral therapy produced a greater reduction in worry. Both schema therapy and cognitive-behavioral therapy are effective interventions for improving psychological outcomes in women with generalized anxiety disorder. However, schematherapy may be preferable when the primary therapeutic objective is strengthening ego functioning, whereas cognitive-behavioral therapy may be more appropriate for the direct and targeted reduction of pathological worry.

Keywords: *Schema therapy, cognitive-behavioral therapy, ego strength, worry, generalized anxiety disorder.*

HEALTH PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری



Nazanin Seraji¹, Ghamar Kiani^{2*}, Elham Zarghami³

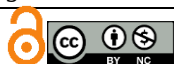
1. Department of Clinical Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish, Iran.

2. Department of Psychology, Za.C., Islamic Azad University, Zanjan, Iran.

3. Department of Psychology, Varamin-Pishva Branch, Islamic Azad University, Varamin, Iran.

*Corresponding Author's Email: qa.kiani@iau.ac.ir

How to cite: Seraji, N., Kiani, Gh., & Zarghami, E. (2027). Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Ego Strength and Worry in Women with Generalized Anxiety Disorder. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 5(1), 1-21.



اختلال اضطراب فراگیر یکی از اختلالات شایع و ناتوان کننده حوزه سلامت روان است که با نگرانی مفرط، پایدار و دشوار برای کنترل درباره طیف گسترده‌ای از رویدادها و فعالیت‌های روزمره مشخص می‌شود. افراد مبتلا معمولاً موضوعات مختلفی مانند سلامت، روابط بین فردی، عملکرد شغلی، مسائل مالی و رخدادهای آینده را به صورت مستمر و فاجعه‌آمیز ارزیابی می‌کنند و حتی در غیاب تهدید عینی نیز در حالت آمادگی روانی برای وقوع پیامدهای منفی باقی می‌مانند. این نگرانی مزمن اغلب با تنش عضلانی، بی‌قراری، تحریک‌پذیری، اختلال خواب، دشواری تمرکز و احساس خستگی همراه است و می‌تواند کارکردهای فردی، خانوادگی، اجتماعی و حرفه‌ای را به شدت مختل کند. یافته‌های عصب‌روانشناختی نیز نشان داده‌اند که اختلال اضطراب فراگیر صرفاً یک تجربه ذهنی یا مجموعه‌ای از افکار منفی نیست، بلکه می‌تواند با تغییر در هماهنگی کارکردی و ساختاری شبکه‌های مغزی مرتبط با تنظیم هیجان، پردازش تهدید و کنترل شناختی همراه باشد. برای نمونه، اختلال در اتصال کارکردی بین نیمکره‌ای و ناهماهنگی در ارتباطات ساختاری مغز در بیماران مبتلا به نخستین دوره اختلال اضطراب فراگیر و بدون سابقه درمان مشاهده شده است که این یافته بر ماهیت پیچیده و چندسطحی این اختلال تأکید دارد (Wang et al., 2019).

یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های اختلال اضطراب فراگیر، نگرانی مرضی است. نگرانی در این اختلال فرایندی عمدتاً کلامی، تکرارشونده، آینده‌محور و منفی است که فرد از طریق آن می‌کوشد رخدادهای احتمالی را پیش‌بینی، کنترل یا از پیامدهای ناخواسته جلوگیری کند. باین‌حال، این راهبرد به جای افزایش آمادگی و کارآمدی، به تداوم چرخه اضطراب، اجتناب شناختی و کاهش توانایی فرد برای مواجهه مستقیم با تجربه‌های هیجانی منجر می‌شود. رویکردهای شناختی و رفتاری، نگرانی را حاصل برهم‌کنش ارزیابی‌های تهدیدآمیز، باورهای مثبت درباره مفیدبودن نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل‌ناپذیری آن، ضعف حل مسئله و ناتوانی در تحمل عدم قطعیت می‌دانند. از این منظر، فرد مبتلا به اضطراب فراگیر ممکن است تصور کند که نگرانی او را برای خطر آماده می‌سازد یا مانع وقوع رخدادهای منفی می‌شود، درحالی‌که همین باورها موجب تداوم اشتغال ذهنی و افزایش پریشانی می‌شوند. در برنامه‌های درمانی اختصاصی اختلال اضطراب فراگیر، شناسایی نگرانی‌های واقعی و فرضی، بازسازی باورهای مرتبط با نگرانی، مواجهه با تصاویر و افکار تهدیدآمیز و افزایش تحمل عدم قطعیت از عناصر اساسی درمان به شمار می‌روند (Leahy et al., 2011).

در کنار نگرانی، دشواری‌های تنظیم هیجان نیز در شکل‌گیری و تداوم اختلال اضطراب فراگیر نقش بنیادی دارند. مبتلایان معمولاً هیجان‌های منفی را شدید، تهدیدکننده و غیرقابل کنترل ادراک می‌کنند و در شناسایی، پذیرش و مدیریت تجربه‌های هیجانی خود با مشکل مواجه‌اند. در چنین شرایطی، نگرانی ممکن است به عنوان ابزاری برای فاصله‌گرفتن از تجربه مستقیم هیجان عمل کند؛ به این معنا که فرد به جای تجربه و پردازش کامل ترس، غم، خشم یا آسیب‌پذیری، وارد چرخه‌ای از تحلیل‌های ذهنی و پیش‌بینی‌های منفی می‌شود. درمان تنظیم هیجان برای اختلال اضطراب فراگیر نیز بر این فرض استوار است که نقص در آگاهی هیجانی، ارزیابی منفی هیجان‌ها و استفاده از راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجان، از عوامل مرکزی این اختلال هستند. بر این اساس، بهبود توانایی تشخیص هیجان، افزایش تحمل تجربه‌های عاطفی و استفاده از راهبردهای انطباقی می‌تواند شدت نگرانی و نشانه‌های اضطرابی را کاهش دهد (Mennin & Fresco, 2014).

مطالعات جدیدتر نیز نشان داده‌اند که عدم تحمل بلا تکلیفی از سازوکارهای محوری اختلال اضطراب فراگیر است. فردی که تحمل پایینی در برابر عدم قطعیت دارد، موقعیت‌های مبهم را خطرناک، غیرقابل‌پذیرش و نیازمند کنترل فوری تلقی می‌کند. در نتیجه، برای کاهش احساس ابهام به نگرانی، واری، اطمینان‌جویی، اجتناب و پیش‌بینی مکرر پیامدهای منفی متوسل می‌شود. این فرایند نه تنها عدم قطعیت را کاهش نمی‌دهد، بلکه حساسیت فرد نسبت به ابهام و تهدید را افزایش می‌دهد. پژوهش‌های اخیر، نقش هم‌زمان طرحواره‌های ناسازگار اولیه و عدم تحمل بلا تکلیفی را در اختلال اضطراب فراگیر برجسته کرده‌اند و نشان داده‌اند که برداشت‌های عمیق فرد درباره آسیب‌پذیری، بی‌کفایتی، نالایمی و کنترل‌ناپذیری محیط می‌توانند واکنش او به شرایط نامطمئن را تشدید کنند (Riley et al., 2026). همچنین، مقایسه مداخلات مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نشان داده است که هر دو رویکرد می‌توانند بر تنظیم شناختی هیجان،

عدم تحمل بلا تکلیفی و انعطاف پذیری روان شناختی افراد مبتلا به اضطراب فراگیر اثر بگذارند، هرچند ممکن است از مسیرهای درمانی متفاوتی عمل کنند (Ghanizadeh Balderlou et al., 2025).

متغیر دیگری که در درک آسیب پذیری روان شناختی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر اهمیت دارد، استحکام من است. استحکام من به ظرفیت فرد برای حفظ انسجام روانی، واقعیت سنجی، تحمل ناکامی، تنظیم تکانه ها، مدیریت تعارض های درونی و استفاده سازگانه از منابع روانی در مواجهه با فشارها اشاره دارد. فرد برخوردار از استحکام من بالا می تواند هیجان ها و افکار متعارض را بدون ازهم گسیختگی روانی تحمل کند، ارزیابی واقع بینانه تری از شرایط داشته باشد و در برابر ناکامی ها و تهدیدها واکنش انعطاف پذیرتری نشان دهد. در مقابل، ضعف استحکام من می تواند با آشفتگی هیجانی، درماندگی، وابستگی، اجتناب، خودانتقادی و دشواری در حفظ تعادل روانی همراه باشد. پژوهش ها نشان داده اند که استحکام من می تواند در رابطه میان ویژگی های شخصیتی ناسازگار و نشانه های روان شناختی نقش واسطه ای داشته باشد؛ به گونه ای که ظرفیت پایین تر من برای مدیریت فشارهای درونی و بیرونی، احتمال بروز نشانه های هیجانی را افزایش می دهد (Besharat et al., 2017).

از منظر درمانی، افزایش استحکام من می تواند یکی از اهداف مهم در مداخلات مربوط به اختلال اضطراب فراگیر باشد. درمانی که صرفاً شدت نشانه های اضطرابی را کاهش دهد، ممکن است بدون تغییر در ظرفیت های زیربنایی شخصیت، فرد را در برابر فشارهای بعدی آسیب پذیر باقی بگذارد. در مقابل، تقویت انسجام خود، تحمل هیجان، اعتماد به توانایی های فردی و مهارت مقابله با تعارض ها می تواند به ایجاد تغییرات پایدارتر منجر شود. یافته های حاصل از ترکیب درمان شناختی رفتاری با روان درمانی پویای کوتاه مدت نشان داده اند که چنین مداخله ای می تواند علاوه بر کاهش نشانه های اختلال اضطراب فراگیر، موجب افزایش استحکام من شود؛ نتیجه ای که بر ضرورت توجه هم زمان به نشانه ها و ساختارهای عمیق تر روان شناختی تأکید دارد (Orvati Aziz, 2021). همچنین، درمان شناختی رفتاری در جمعیت های مختلف توانسته است وضوح خودپنداره، عزت نفس و سازگاری روان شناختی را بهبود بخشد و نشانه های اضطراب، افسردگی و استرس را کاهش دهد؛ این یافته ها نشان می دهند که تغییر در الگوهای شناختی می تواند فراتر از کاهش نشانه، به بهبود سازمان یافتگی خود نیز کمک کند (Rajabi & Alimardani, 2018).

درمان شناختی رفتاری یکی از شناخته شده ترین و ساختاریافته ترین رویکردها برای درمان اضطراب فراگیر است. این رویکرد بر رابطه متقابل میان افکار، هیجان ها و رفتارها تأکید دارد و فرض می کند که ارزیابی های تحریف شده، باورهای ناکارآمد و رفتارهای اجتنابی موجب تداوم اضطراب می شوند. در فرایند درمان، افکار خودکار منفی، برآوردهای اغراق آمیز از احتمال خطر، پیش بینی های فاجعه آمیز و باورهای مرتبط با کنترل ناپذیری نگرانی شناسایی و بازسازی می شوند. همچنین، آموزش حل مسئله، مواجهه شناختی و رفتاری، کاهش اطمینان جویی، تمرین آرام سازی و انجام تکالیف خانگی برای تعمیم مهارت ها به زندگی روزمره به کار گرفته می شود. درمان شناختی رفتاری مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی نیز به طور خاص می کوشد افراد را در پذیرش شرایط نامطمئن، کاهش اجتناب و اصلاح ارزیابی های تهدیدآمیز یاری کند. نتایج یک مطالعه موردی نشان داد که این رویکرد می تواند نگرانی و اضطراب زنان دارای اضطراب مرتبط با همه گیری را کاهش دهد و توانایی آنان را برای مواجهه با عدم قطعیت افزایش دهد (Lashgari et al., 2021).

شواهد پژوهشی همچنین اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی را در تغییر متغیرهای میانجی اختلال اضطراب فراگیر تأیید کرده اند. مقایسه درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی نشان داده است که این مداخلات می توانند فرایندهای شناختی و هیجانی مرتبط با اختلال را تعدیل کنند (Momeni et al., 2017). علاوه بر این، مداخلات شناختی رفتاری متمرکز بر عدم تحمل بلا تکلیفی در کنار درمان طرحواره های هیجانی توانسته اند افکار ارجاعی، آمیختگی فکر و عمل و اجتناب شناختی را در مبتلایان به اضطراب فراگیر کاهش دهند؛ فرایندهایی که با شدت نگرانی، سوءتفسیر رویدادها و ناتوانی در فاصله گرفتن از افکار تهدیدکننده ارتباط دارند (Veisi et al., 2026). یافته های مربوط به نوجوانان مبتلا به اضطراب فراگیر نیز نشان داده اند که درمان شناختی رفتاری می تواند انعطاف پذیری شناختی را افزایش

دهد؛ ظرفیتی که برای تولید تفسیرهای جایگزین و تغییر واکنش در برابر موقعیت‌های مبهم اهمیت دارد (Razaei & Pourmohammad, 2025). (Ghouchani, 2025).

آثار درمان شناختی-رفتاری تنها به جمعیت‌های مبتلا به اضطراب فراگیر محدود نیست. در بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمانی نیز این درمان توانسته است تاب‌آوری روان‌شناختی، سازگاری اجتماعی و اثربخشی بالینی را بهبود بخشد. این شواهد نشان می‌دهند که آموزش بازسازی شناختی، مقابله فعال و مدیریت هیجان می‌تواند ظرفیت فرد را برای مواجهه با شرایط دشوار افزایش دهد (Gao et al., 2023). همچنین، درمان‌های فراشناختی که از نظر مفهومی با برخی مؤلفه‌های درمان شناختی-رفتاری هم‌پوشانی دارند، در کاهش سندرم شناختی-توجهی و افزایش حس انسجام خود در افراد مبتلا به اضطراب مؤثر بوده‌اند. این یافته اهمیت مداخله در باورهای فراشناختی، شیوه توجه به تهدید و الگوهای کنترل ذهنی را برجسته می‌کند (Babakhanzadeh et al., 2019).

با وجود اثربخشی درمان شناختی-رفتاری، برخی بیماران دارای مشکلات مزمن، الگوهای شخصیتی پایدار و باورهای عمیق درباره خود و دیگران هستند که ممکن است با مداخلات متمرکز بر افکار جاری به‌طور کامل تغییر نکنند. طرحواره‌درمانی با هدف پاسخ‌گویی به این محدودیت توسعه یافته و بر شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه تأکید می‌کند. طرحواره‌ها الگوهای فراگیر شناختی، عاطفی و بدنی هستند که معمولاً در دوران کودکی و در نتیجه ارضانشدن نیازهای هیجانی اساسی شکل می‌گیرند و در بزرگسالی به‌عنوان چارچوب تفسیر تجربه‌ها عمل می‌کنند. فرد مبتلا به اضطراب فراگیر ممکن است از طرحواره‌هایی مانند آسیب‌پذیری در برابر خطر، وابستگی و بی‌کفایتی، شکست، نقص و شرم، بی‌اعتمادی یا معیارهای سخت‌گیرانه برخوردار باشد. فعال‌شدن این طرحواره‌ها در موقعیت‌های مبهم می‌تواند باعث افزایش پیش‌بینی خطر، احساس ناتوانی و نگرانی مزمن شود.

طرحواره‌درمانی با بهره‌گیری از فنون شناختی، تجربی، رفتاری و رابطه‌ای تلاش می‌کند قدرت طرحواره‌های ناسازگار را کاهش دهد و پاسخ‌های سالم‌تری را جایگزین سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی، تسلیم‌شونده یا جبران افراطی کند. یکی از مفاهیم محوری این رویکرد، ذهنیت بزرگسال سالم است که به توانایی فرد برای مراقبت از خود، تنظیم هیجان، برآورد واقع‌بینانه موقعیت‌ها، تعیین حدود مناسب و پاسخ‌دادن سازگاران به نیازهای روان‌شناختی اشاره دارد. تقویت بزرگسال سالم می‌تواند از نظر مفهومی با افزایش استحکام من هم‌راستا باشد، زیرا هر دو بر انسجام روانی، تنظیم عاطفه و مدیریت فشارهای درونی و بیرونی تأکید دارند (Salicru, 2023). به همین دلیل، انتظار می‌رود طرحواره‌درمانی در متغیرهایی که با ساختارهای عمیق‌تر شخصیت و سازمان‌یافتگی خود ارتباط دارند، مزیت قابل‌توجهی داشته باشد.

پژوهش‌های داخلی و خارجی از اثربخشی طرحواره‌درمانی در کاهش مشکلات هیجانی و بین‌فردی حمایت کرده‌اند. اجرای طرحواره‌درمانی در زوج‌های دارای تعارضات خانوادگی موجب کاهش ناگویی هیجانی و تعارضات زناشویی شده است؛ نتیجه‌ای که نشان می‌دهد این رویکرد قادر است هم پردازش هیجانی و هم الگوهای رابطه‌ای تثبیت‌شده را تغییر دهد (Rostaei Alishah & Mostafaei, 2023). در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر نیز طرحواره‌درمانی توانسته است نشانه‌های اضطراب و عدم قطعیت را کاهش دهد که از نقش اصلاح طرحواره‌های مرتبط با ناایمنی و آسیب‌پذیری حمایت می‌کند (Mokhaddam et al., 2024). همچنین، طرحواره‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مردان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر موجب کاهش توجه متمرکز بر خود و ترس از ارزیابی منفی شده است؛ دو فرایندی که می‌توانند توجه فرد را از موقعیت واقعی منحرف و اشتغال ذهنی اضطرابی را تشدید کنند (Jalili & Aleyasin, 2025).

اثربخشی طرحواره‌درمانی در کاهش حساسیت به طرد در دانشجویان زن دارای نشانه‌های اضطراب فراگیر نیز تأیید شده است. حساسیت به طرد معمولاً با انتظار مداوم برای رد شدن، تفسیر تهدیدآمیز نشانه‌های بین‌فردی و واکنش‌های هیجانی شدید همراه است و می‌تواند با طرحواره‌های طرد، نقص و بی‌اعتمادی ارتباط داشته باشد. کاهش این حساسیت از طریق طرحواره‌درمانی نشان می‌دهد که اصلاح الگوهای عمیق ادراک خود و دیگران می‌تواند به کاهش آسیب‌پذیری اضطرابی منجر شود (Deyani & Ghoushchian Choubmasjedi, 2025). همچنین، مقایسه طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نشان داده است که طرحواره‌درمانی

می‌تواند در کاهش ناگویی هیجانی مؤثر باشد؛ یافته‌ای که اهمیت دسترسی به هیجان‌ها، نام‌گذاری تجربه‌های عاطفی و بازسازی الگوهای هیجانی دیرپا را برجسته می‌کند (Malekdar et al., 2025).

شواهد مربوط به کاربرد طرحواره‌درمانی در سایر جمعیت‌های بالینی نیز قابل توجه است. در یک کارآزمایی تصادفی، طرحواره‌درمانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس موجب بهبود اضطراب، افسردگی، خستگی، کیفیت زندگی و خواب شد. این یافته نشان می‌دهد که طرحواره‌درمانی می‌تواند در افرادی که با استرس‌های مزمن و تهدیدهای پایدار مواجه‌اند، بر طیفی از پیامدهای هیجانی و کارکردی اثر بگذارد (Mansourzadeh et al., 2024). چنین نتایجی از این دیدگاه حمایت می‌کنند که تمرکز بر طرحواره‌های ناسازگار و تجربه‌های هیجانی اصلاحی می‌تواند علاوه بر کاهش نشانه، ظرفیت سازگاری روانی فرد را نیز افزایش دهد.

با وجود شواهد موجود درباره اثربخشی هر دو رویکرد، هنوز این پرسش مطرح است که طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری در کدام پیامدها مزیت بیشتری دارند. درمان شناختی-رفتاری به دلیل تمرکز مستقیم بر فرایندهای جاری نگرانی، بازسازی شناختی، حل مسئله و تحمل عدم قطعیت، ممکن است در کاهش سریع‌تر نگرانی مؤثرتر باشد. در مقابل، طرحواره‌درمانی با هدف‌گیری باورهای ریشه‌دار، سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت‌های ناکارآمد، احتمالاً در تقویت استحکام من و ظرفیت‌های عمیق‌تر شخصیت اثر بیشتری دارد. بنابراین، مقایسه مستقیم این دو درمان می‌تواند شواهد دقیق‌تری برای انتخاب مداخله بر اساس هدف بالینی فراهم کند. اهمیت این مقایسه زمانی بیشتر می‌شود که در نظر گرفته شود کاهش نشانه‌های نگرانی لزوماً معادل تقویت انسجام روانی و ظرفیت مقابله نیست و ممکن است هر درمان بر لایه متفاوتی از کارکرد روان‌شناختی اثر بگذارد.

از سوی دیگر، بخش قابل توجهی از پژوهش‌های پیشین یا بر اثربخشی یک مداخله در مقایسه با گروه گواه تمرکز داشته‌اند یا پیامدهایی مانند اضطراب، عدم تحمل بلا تکلیفی، تنظیم هیجان، انعطاف‌پذیری شناختی، ناگویی هیجانی و حساسیت به طرد را بررسی کرده‌اند. در نتیجه، مقایسه مستقیم طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری از نظر تأثیر بر دو متغیر متمایز اما مرتبط، یعنی نگرانی به عنوان نشانه محوری اختلال اضطراب فراگیر و استحکام من به عنوان ظرفیت زیربنایی سازمان روانی، می‌تواند خلأ مهمی را در ادبیات موجود پوشش دهد. چنین مقایسه‌ای همچنین می‌تواند به درمانگران کمک کند تا میان مداخلات نشانگان‌محور و مداخلات عمیق‌تر شخصیت‌محور تمایز قائل شوند و بر اساس نیاز هر بیمار، درمان مناسب‌تری را انتخاب کنند.

بر این اساس، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر استحکام من و نگرانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تشکیل دادند که در نیمه نخست سال ۱۴۰۳، از فروردین تا شهریور، برای دریافت خدمات تخصصی مشاوره و روان‌درمانی به دفتر مشاوره سراج در شهر مشهد مراجعه کرده بودند. برای برآورد حجم نمونه، با توجه به مطالعات مشابه و بر اساس معیارهای پیشنهادی کوهن، اندازه اثر ۰,۴۰، سطح اطمینان ۰,۹۵، توان آماری ۰,۸۰ و احتمال ریزش ۱۰ درصد در نظر گرفته شد. اگرچه حداقل حجم نمونه اولیه ۱۰ نفر برای هر گروه برآورد شده بود، با توجه به احتمال ریزش شرکت‌کنندگان و پیشنهاد پژوهش‌های مشابه مبنی بر حضور ۱۵ نفر در هر گروه، حجم نمونه نهایی ۴۵ نفر تعیین شد. نمونه‌گیری به روش غیرتصادفی و هدفمند انجام گرفت. به این منظور، ابتدا ابزارهای پژوهش به عنوان پیش‌آزمون در اختیار ۷۰ زن مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر قرار گرفت و پس از بررسی ملاک‌های تشخیصی، شرایط ورود و نمرات ابزارهای پژوهش، ۴۵ نفر واجد شرایط انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان سپس در سه گروه ۱۵ نفری شامل گروه طرحواره‌درمانی، گروه درمان شناختی-رفتاری و گروه گواه جایگزین شدند. ارزیابی متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون،

پس‌آزمون و پیگیری دو ماه پس از پایان مداخلات انجام شد. گروه گواه در طول دوره اجرای پژوهش مداخله روان‌شناختی مورد مطالعه را دریافت نکرد و صرفاً در مراحل ارزیابی شرکت داشت.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل برخورداری از حداقل تحصیلات دوره متوسطه اول، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، دریافت تشخیص قطعی اختلال اضطراب فراگیر از سوی روان‌شناس بالینی یا روان‌پزشک، کسب نمره لازم در ارزیابی‌های اولیه، تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه برای شرکت در پژوهش و نداشتن مراجعه هم‌زمان برای دریافت مشاوره یا روان‌درمانی فردی دیگر در طول اجرای مداخله بود. همچنین، شرکت‌کنندگان باید توانایی حضور منظم در جلسات درمانی و انجام تکالیف تعیین‌شده را می‌داشتند. غیبت در بیش از دو جلسه درمانی، عدم تمایل به ادامه مشارکت، انصراف آگاهانه در هر مرحله از پژوهش، شروع هم‌زمان یک مداخله روان‌شناختی دیگر و بروز شرایطی که ادامه حضور فرد را نامناسب می‌ساخت، به‌عنوان ملاک‌های خروج از پژوهش در نظر گرفته شد. پیش از اجرای پژوهش، هدف، مراحل، محرمانه‌بودن اطلاعات، اختیاری‌بودن مشارکت و حق خروج بدون پیامد برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه آنان دریافت گردید.

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک: مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک یا SCID-I ابزاری تشخیصی است که توسط فرست، اسپیتزر، گیبون و ویلیامز در سال ۱۹۹۶ تدوین شد و برای ارزیابی نظام‌مند اختلالات بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این مصاحبه دارای دو نسخه بالینی و پژوهشی است که در پژوهش حاضر از نسخه بالینی آن استفاده شد؛ زیرا این نسخه در مقایسه با نسخه پژوهشی کوتاه‌تر بوده و برای کاربرد در محیط‌های بالینی مناسب‌تر است. در این ابزار، وضعیت هر نشانه بر اساس سه حالت اطلاعات ناکافی درباره نشانه، فقدان نشانه و وجود نشانه مشخص می‌شود. مصاحبه حوزه‌هایی مانند دوره‌های خلقی، نشانه‌های روان‌پریشی، اختلالات روان‌پریشی، اختلالات خلقی، اختلالات مصرف مواد و اختلالات اضطرابی را پوشش می‌دهد. در پژوهش حاضر، از این مصاحبه برای تأیید تشخیص اختلال اضطراب فراگیر و بررسی وجود اختلالات هم‌زمان احتمالی استفاده شد. در مطالعه شریفی و همکاران در سال ۱۳۹۶، ضریب پایایی بازآزمایی نسخه فارسی این مصاحبه ۰٫۸۵ گزارش شد که نشان‌دهنده ثبات مطلوب تشخیصی آن است.

پرسشنامه روان‌شناختی استحکام من: پرسشنامه روان‌شناختی استحکام من توسط مارکستروم، سیبانیو، ترنر و برمن در سال ۱۹۹۷ تدوین شده است و شامل ۳۲ گویه است. پاسخ‌دهی به گویه‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای، از «اصلاً با من مطابقت ندارد» با نمره ۱ تا «کاملاً با من مطابقت دارد» با نمره ۵ انجام می‌شود. این پرسشنامه هشت مؤلفه امید، اختیار یا اراده، هدف، شایستگی، وفاداری، عشق، مراقبت و خرد را اندازه‌گیری می‌کند. مؤلفه امید با گویه‌های ۸، ۲۱، ۲۴ و ۲۹، اختیار با گویه‌های ۱، ۱۲، ۱۵ و ۳۲، هدف با گویه‌های ۹، ۱۶، ۲۲ و ۳۱، شایستگی با گویه‌های ۵، ۶، ۱۷ و ۱۹، وفاداری با گویه‌های ۱۱، ۱۳، ۲۳ و ۲۶، عشق با گویه‌های ۳، ۷، ۲۰ و ۳۰، مراقبت با گویه‌های ۴، ۱۰، ۱۸ و ۲۸ و خرد با گویه‌های ۲، ۱۴، ۲۵ و ۲۷ سنجیده می‌شود. گویه‌های ۱، ۵، ۷، ۹، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۸ و ۲۹ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل پرسشنامه از مجموع نمرات تمامی گویه‌ها به دست می‌آید و دامنه آن بین ۳۲ تا ۱۶۰ است؛ به‌گونه‌ای که نمره بالاتر نشان‌دهنده برخورداری فرد از استحکام من بیشتر، انسجام روانی مناسب‌تر و ظرفیت بالاتر برای مقابله با فشارهای روان‌شناختی است. سازندگان ابزار، روایی صوری، محتوایی و سازه آن را تأیید کرده و ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰٫۶۸ گزارش کرده‌اند. در بررسی نسخه فارسی نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰٫۹۱ و ضریب پایایی حاصل از روش دونیمه‌سازی ۰٫۷۷ گزارش شده است.

پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا: پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا توسط میر، میلر، متزگر و بورکووک در سال ۱۹۹۰ طراحی شده است و یکی از ابزارهای پرکاربرد برای سنجش شدت، فراگیری و کنترل‌ناپذیری نگرانی آسیب‌شناختی به شمار می‌رود. این پرسشنامه دارای ۱۶ گویه است که پاسخ‌های آن بر اساس یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای، از «اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند» با نمره ۱ تا «کاملاً در مورد من صدق می‌کند» با نمره ۵، نمره‌گذاری می‌شوند. یازده گویه به‌صورت مستقیم نمره‌گذاری شده و نشان‌دهنده نگرانی عمومی هستند، درحالی‌که گویه‌های ۱، ۳، ۸، ۱۰ و ۱۱ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و فقدان نگرانی را منعکس می‌کنند. دامنه نمره کل این ابزار بین ۱۶ تا ۸۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده تجربه نگرانی شدیدتر، فراگیرتر و کنترل‌ناپذیرتر است. نمره ۴۵ به‌عنوان نقطه برش پیشنهادی برای تمایز نگرانی

آسیب‌شناختی در جمعیت‌های جویای درمان در نظر گرفته شده است. میر و همکاران روایی ابزار را مطلوب ارزیابی کرده و ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰,۷۷ گزارش کرده‌اند. در ایران، دهشیری، گلزاری، برجلی و سهرابی در سال ۱۳۸۸ ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰,۸۸ و پایایی بازآزمایی آن را با فاصله چهار هفته ۰,۷۹ گزارش کردند. همچنین، ضریب اعتبار هم‌زمان این پرسشنامه با مقیاس اضطراب صفت ۰,۶۸ و با پرسشنامه افسردگی بک ۰,۴۳ به دست آمده است.

پروتکل طرحواره‌درمانی: مداخله طرحواره‌درمانی با هدف شناسایی و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و ذهنیت‌های طرحواره‌ای مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر اجرا شد. در مراحل ابتدایی، رابطه درمانی، چارچوب جلسات و مفهوم طرحواره برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و الگوهای تکرارشونده شناختی، هیجانی و رفتاری آنان در موقعیت‌های اضطراب‌زا مورد ارزیابی قرار گرفت. سپس طرحواره‌های مرتبط با آسیب‌پذیری در برابر خطر، وابستگی و بی‌کفایتی، شکست، نقص و شرم، بی‌اعتمادی و معیارهای سخت‌گیرانه شناسایی شدند و ارتباط آنها با نگرانی مزمن، کاهش اعتماد به توانایی‌های شخصی و ضعف استحکام من بررسی شد. در ادامه، از فنون شناختی برای بررسی شواهد تأییدکننده و ردکننده طرحواره‌ها، بازسازی برداشت‌های ناکارآمد و ایجاد دیدگاه‌های متعادل‌تر استفاده شد. فنون تجربی مانند تصویرسازی ذهنی، بازنویسی تصاویر ناخوشایند، گفت‌وگوی صندلی‌ها و ایجاد تجربه هیجانی اصلاحی نیز برای دسترسی به نیازهای هیجانی برآورده‌نشده و کاهش قدرت طرحواره‌ها به کار گرفته شد. در بخش رفتاری، شرکت‌کنندگان الگوهای اجتنابی، تسلیم‌شونده یا جبران افراطی خود را شناسایی کردند و از طریق تمرین رفتارهای سالم‌تر، جرئت‌ورزی، خودمراقبتی، تصمیم‌گیری مستقل و مواجهه تدریجی با موقعیت‌های اضطراب‌زا، الگوهای رفتاری سازگارانه‌تری را جایگزین ساختند. یکی از محورهای اصلی درمان، تقویت ذهنیت «بزرگسال سالم» بود تا شرکت‌کنندگان بتوانند نیازهای هیجانی خود را بهتر تشخیص دهند، هیجان‌ها را تنظیم کنند، با ناکامی و عدم قطعیت کنار بیایند و در برابر افکار تهدیدآمیز واکنش متعادل‌تری نشان دهند. در پایان جلسات، تغییرات ایجادشده مرور و برای پیشگیری از بازگشت طرحواره‌ها و تداوم تمرین مهارت‌ها برنامه‌ریزی شد.

پروتکل درمان شناختی-رفتاری: مداخله درمان شناختی-رفتاری با هدف کاهش نگرانی آسیب‌شناختی، اصلاح ارزیابی‌های تهدیدآمیز و افزایش مهارت‌های مقابله شناختی و رفتاری اجرا شد. در آغاز مداخله، درباره ماهیت اختلال اضطراب فراگیر، چرخه اضطراب و نگرانی، ارتباط میان افکار، هیجان‌ها، نشانه‌های جسمانی و رفتارها و نقش اجتناب در تداوم نگرانی به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد. سپس موقعیت‌های محرک نگرانی، افکار خودکار منفی، پیش‌بینی‌های فاجعه‌آمیز و باورهای مثبت و منفی درباره نگرانی شناسایی شدند. شرکت‌کنندگان آموختند افکار نگران‌کننده خود را ثبت کرده، شواهد موافق و مخالف آنها را بررسی کنند، احتمال وقوع پیامدهای منفی را واقع‌بینانه‌تر برآورد کنند و تفسیرهای جایگزین و سازگارانه‌تری بسازند. آموزش تمایز میان نگرانی‌های واقعی و فرضی، برنامه‌ریزی برای حل مسئله، افزایش تحمل بلا تکلیفی و کاهش رفتارهای اطمینان‌جویی از دیگر مؤلفه‌های مداخله بود. برای کاهش برانگیختگی جسمانی و هیجانی، مهارت‌هایی مانند تنفس آرام، آرام‌سازی، توجه‌آگاهی نسبت به نشانه‌های اضطرابی و مدیریت توجه آموزش داده شد. همچنین، مواجهه تدریجی با موقعیت‌ها و افکار نگرانی‌زا، کاهش اجتناب شناختی و رفتاری و انجام تکالیف خانگی برای تعمیم مهارت‌ها به زندگی روزمره مورد تأکید قرار گرفت. در جلسات پایانی، شرکت‌کنندگان الگوهای شناختی اصلاح‌شده و مهارت‌های آموخته‌شده را مرور کردند و برنامه‌ای برای شناسایی نشانه‌های هشداردهنده، مقابله با بازگشت نگرانی و حفظ دستاوردهای درمانی تدوین شد.

پس از تکمیل مراحل گردآوری داده‌ها، اطلاعات حاصل از سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وارد نرم‌افزار آماری شد و در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت. در سطح توصیفی، برای توصیف ویژگی‌های متغیرهای پژوهش در هر یک از گروه‌ها و مراحل اندازه‌گیری از شاخص‌هایی مانند میانگین و انحراف معیار استفاده شد. پیش از اجرای آزمون‌های استنباطی، مفروضه‌های لازم برای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، شامل بررسی داده‌های پرت، طبیعی بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها و برقرار بودن مفروضه کرویت ارزیابی شد. برای بررسی طبیعی بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک، برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین و برای ارزیابی مفروضه

کرویت از آزمون موچلی استفاده شد. در صورت نقض مفروضه کرویت، ضرایب اصلاحی مناسب مانند گرینه‌هاوس-گایزر در نظر گرفته شد. برای بررسی تغییرات استحکام من و نگرانی در طول زمان و مقایسه الگوی تغییرات میان گروه طرحواره‌درمانی، گروه درمان شناختی-رفتاری و گروه گواه، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در این تحلیل، اثر زمان، اثر گروه و اثر متقابل زمان و گروه بررسی گردید. برای تعیین محل دقیق تفاوت‌ها میان مراحل اندازه‌گیری و مقایسه تغییرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هر گروه، آزمون تعقیبی بنفرونی به کار رفت. همچنین، برای تعیین میزان اهمیت عملی یافته‌ها، اندازه اثر مجذور اتا گزارش شد. سطح معناداری تمامی آزمون‌های آماری ۰,۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

به‌منظور بررسی اولیه روند تغییرات متغیرهای پژوهش در سه گروه درمان شناختی-رفتاری، طرحواره‌درمانی و گواه، شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار نمرات استحکام من، نگرانی و خرده‌مقیاس‌های آن‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری محاسبه شد. نتایج توصیفی این متغیرها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی استحکام من، نگرانی و خرده‌مقیاس‌های آن‌ها در سه گروه پژوهش

متغیر	مرحله	درمان شناختی-رفتاری، میانگین $\pm$ انحراف معیار	طرحواره‌درمانی، میانگین $\pm$ انحراف معیار	گواه، میانگین $\pm$ انحراف معیار
استحکام من کل	پیش‌آزمون	۷۸.۴ $\pm$ ۸.۹	۷۷.۹ $\pm$ ۹.۲	۷۸.۱ $\pm$ ۸.۷
	پس‌آزمون	۹۴.۶ $\pm$ ۸.۱	۹۹.۸ $\pm$ ۷.۹	۷۹.۰ $\pm$ ۸.۵
	پیگیری	۹۲.۸ $\pm$ ۸.۴	۹۸.۱ $\pm$ ۸.۰	۷۸.۳ $\pm$ ۸.۹
امید	پیش‌آزمون	۹.۸ $\pm$ ۱.۸	۹.۷ $\pm$ ۱.۹	۹.۹ $\pm$ ۱.۷
	پس‌آزمون	۱۱.۹ $\pm$ ۱.۶	۱۲.۸ $\pm$ ۱.۵	۱۰.۰ $\pm$ ۱.۸
	پیگیری	۱۱.۶ $\pm$ ۱.۷	۱۲.۵ $\pm$ ۱.۶	۹.۸ $\pm$ ۱.۸
اراده	پیش‌آزمون	۹.۵ $\pm$ ۱.۷	۹.۴ $\pm$ ۱.۸	۹.۶ $\pm$ ۱.۶
	پس‌آزمون	۱۱.۶ $\pm$ ۱.۵	۱۲.۴ $\pm$ ۱.۵	۹.۷ $\pm$ ۱.۷
	پیگیری	۱۱.۴ $\pm$ ۱.۶	۱۲.۲ $\pm$ ۱.۵	۹.۵ $\pm$ ۱.۷
هدف	پیش‌آزمون	۹.۷ $\pm$ ۱.۶	۹.۶ $\pm$ ۱.۷	۹.۸ $\pm$ ۱.۶
	پس‌آزمون	۱۱.۸ $\pm$ ۱.۵	۱۲.۷ $\pm$ ۱.۴	۹.۹ $\pm$ ۱.۷
	پیگیری	۱۱.۶ $\pm$ ۱.۵	۱۲.۴ $\pm$ ۱.۵	۹.۷ $\pm$ ۱.۷
شایستگی	پیش‌آزمون	۹.۹ $\pm$ ۱.۸	۹.۸ $\pm$ ۱.۷	۹.۹ $\pm$ ۱.۸
	پس‌آزمون	۱۲.۱ $\pm$ ۱.۶	۱۲.۹ $\pm$ ۱.۵	۱۰.۰ $\pm$ ۱.۸
	پیگیری	۱۱.۸ $\pm$ ۱.۷	۱۲.۷ $\pm$ ۱.۵	۹.۹ $\pm$ ۱.۹
وفاداری	پیش‌آزمون	۹.۸ $\pm$ ۱.۷	۹.۷ $\pm$ ۱.۸	۹.۸ $\pm$ ۱.۷
	پس‌آزمون	۱۱.۷ $\pm$ ۱.۶	۱۲.۵ $\pm$ ۱.۵	۹.۸ $\pm$ ۱.۸
	پیگیری	۱۱.۵ $\pm$ ۱.۶	۱۲.۳ $\pm$ ۱.۵	۹.۷ $\pm$ ۱.۸
عشق	پیش‌آزمون	۹.۶ $\pm$ ۱.۸	۹.۵ $\pm$ ۱.۹	۹.۷ $\pm$ ۱.۷
	پس‌آزمون	۱۱.۷ $\pm$ ۱.۶	۱۲.۶ $\pm$ ۱.۵	۹.۷ $\pm$ ۱.۸
	پیگیری	۱۱.۵ $\pm$ ۱.۶	۱۲.۴ $\pm$ ۱.۵	۹.۶ $\pm$ ۱.۸
مراقبت	پیش‌آزمون	۱۰.۰ $\pm$ ۱.۷	۹.۸ $\pm$ ۱.۸	۹.۹ $\pm$ ۱.۷
	پس‌آزمون	۱۲.۰ $\pm$ ۱.۶	۱۲.۹ $\pm$ ۱.۴	۱۰.۱ $\pm$ ۱.۷
	پیگیری	۱۱.۷ $\pm$ ۱.۶	۱۲.۷ $\pm$ ۱.۵	۱۰.۰ $\pm$ ۱.۸
خرد	پیش‌آزمون	۱۰.۱ $\pm$ ۱.۸	۱۰.۰ $\pm$ ۱.۷	۹.۵ $\pm$ ۱.۸
	پس‌آزمون	۱۱.۸ $\pm$ ۱.۶	۱۳.۰ $\pm$ ۱.۴	۹.۸ $\pm$ ۱.۷
	پیگیری	۱۱.۷ $\pm$ ۱.۶	۱۲.۹ $\pm$ ۱.۵	۹.۷ $\pm$ ۱.۸

نگرانی کل	پیش‌آزمون	۶۱.۸ ± ۵.۹	۶۲.۱ ± ۶.۲	۶۱.۵ ± ۵.۷
پس‌آزمون		۴۳.۹ ± ۵.۴	۴۷.۲ ± ۵.۶	۶۰.۲ ± ۵.۸
پیگیری		۴۵.۱ ± ۵.۶	۴۸.۰ ± ۵.۷	۵۹.۷ ± ۵.۹
نگرانی عمومی	پیش‌آزمون	۴۵.۳ ± ۴.۶	۴۵.۸ ± ۴.۹	۴۵.۰ ± ۴.۵
پس‌آزمون		۳۰.۹ ± ۴.۳	۳۳.۱ ± ۴.۵	۴۴.۲ ± ۴.۷
پیگیری		۳۱.۸ ± ۴.۵	۳۳.۷ ± ۴.۶	۴۳.۹ ± ۴.۸
فقدان نگرانی	پیش‌آزمون	۱۶.۵ ± ۲.۳	۱۶.۳ ± ۲.۵	۱۶.۵ ± ۲.۴
پس‌آزمون		۱۳.۰ ± ۲.۱	۱۴.۱ ± ۲.۲	۱۶.۰ ± ۲.۳
پیگیری		۱۳.۳ ± ۲.۲	۱۴.۳ ± ۲.۳	۱۵.۸ ± ۲.۴

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات سه گروه در مرحله پیش‌آزمون در استحکام من، نگرانی و خرده‌مقیاس‌های آن‌ها نسبتاً به یکدیگر نزدیک بود و گروه‌ها در آغاز پژوهش از وضعیت نسبتاً مشابهی برخوردار بودند. پس از اجرای مداخلات، میانگین استحکام من در گروه درمان شناختی‌رفتاری از ۷۸،۴ در پیش‌آزمون به ۹۴،۶ در پس‌آزمون و ۹۲،۸ در پیگیری افزایش یافت. در گروه طرحواره‌درمانی نیز میانگین این متغیر از ۷۷،۹ به ۹۹،۸ در پس‌آزمون و ۹۸،۱ در پیگیری افزایش پیدا کرد. این تغییرات در تمام خرده‌مقیاس‌های استحکام من نیز مشاهده شد و افزایش نمرات در گروه طرحواره‌درمانی بیشتر از گروه درمان شناختی‌رفتاری بود. در مقابل، میانگین نگرانی کل در گروه درمان شناختی‌رفتاری از ۶۱،۸ در پیش‌آزمون به ۴۳،۹ در پس‌آزمون و ۴۵،۱ در پیگیری کاهش یافت و در گروه طرحواره‌درمانی نیز از ۶۲،۱ به ۴۷،۲ و سپس ۴۸،۰ رسید. کاهش نگرانی در گروه درمان شناختی‌رفتاری بیشتر از گروه طرحواره‌درمانی بود. در گروه گواه، میانگین نمرات استحکام من و نگرانی در مراحل سه‌گانه تغییر محسوسی نشان نداد. همچنین، نزدیک‌بودن میانگین‌های پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش نشان‌دهنده حفظ نسبی آثار مداخلات در دوره پیگیری دوماهه بود.

پیش از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، مفروضه‌های این آزمون بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای نمرات استحکام من و نگرانی در گروه‌های پژوهش و در هر سه مرحله اندازه‌گیری معنادار نبود و بنابراین، فرض طبیعی‌بودن توزیع نمرات برقرار بود. نتایج آزمون لوین نیز برای متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود و همگنی واریانس‌های سه گروه تأیید شد. همچنین، نتایج آزمون موجهی نشان داد که مفروضه کرویت برای متغیرهای استحکام من و نگرانی برقرار است. بر این اساس، شرایط لازم برای استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر فراهم بود و تحلیل داده‌ها با استفاده از مقادیر کرویت مفروض انجام شد.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای استحکام من و نگرانی در سه گروه پژوهش

متغیر	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
استحکام من	زمان	۳۶۲۴.۱۸	۲	۱۸۱۲.۰۹	۶۸.۴۷	۰.۰۰۰۱	۰.۶۲
	زمان × گروه	۱۸۹۶.۴۴	۴	۴۷۴.۱۱	۱۷.۹۲	۰.۰۰۰۱	۰.۴۶
	گروه	۲۷۸۴.۵۳	۲	۱۳۹۲.۲۶	۹.۳۸	۰.۰۰۰۱	۰.۳۱
نگرانی	زمان	۴۱۸۷.۲۶	۲	۲۰۹۳.۶۳	۷۹.۱۴	۰.۰۰۰۱	۰.۶۶
	زمان × گروه	۲۲۶۸.۱۸	۴	۵۶۷.۰۴	۲۱.۴۴	۰.۰۰۰۱	۰.۵۱
	گروه	۲۴۵۹.۶۷	۲	۱۲۲۹.۸۳	۸.۶۲	۰.۰۰۰۱	۰.۲۹

نتایج جدول ۲ نشان داد که اثر زمان بر استحکام من معنادار بود و میانگین این متغیر در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌طور معناداری تغییر کرد، $F(۲)=۶۸.۴۷$ ، $p=۰.۰۰۰۱$ ، $\eta^2=۰.۶۲$. اثر متقابل زمان و گروه نیز برای استحکام من معنادار بود، $F(۴)=۱۷.۹۲$ ، $p=۰.۰۰۰۱$ ، $\eta^2=۰.۴۶$ ، که نشان می‌دهد روند تغییر استحکام من در سه گروه یکسان نبوده و به نوع مداخله وابسته بوده است. افزون بر این، اثر اصلی گروه بر استحکام من معنادار به دست آمد، $F(۲)=۹.۳۸$ ، $p=۰.۰۰۰۱$ ، $\eta^2=۰.۳۱$. در متغیر نگرانی نیز اثر زمان معنادار بود، $F(۲)=۷۹.۱۴$ ، $p=۰.۰۰۰۱$ ، $\eta^2=۰.۶۶$.

$\eta^2=0.66$. همچنین، اثر متقابل زمان و گروه بر نگرانی معنادار بود، $F(4)=21.44$ ، $p=0.0001$ ، $\eta^2=0.51$ ، که بیانگر تفاوت الگوی کاهش نگرانی در سه گروه است. اثر اصلی گروه بر نگرانی نیز معنادار بود، $F(2)=8.62$ ، $p=0.001$ ، $\eta^2=0.29$. در مجموع، معناداری اثر متقابل زمان و گروه نشان داد که مداخلات طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری در مقایسه با گروه گواه موجب تغییر معنادار استحکام من و نگرانی شده‌اند. اندازه اثرهای به دست آمده نیز حاکی از آن بود که بخش قابل توجهی از تغییرات متغیرهای وابسته با زمان، نوع گروه و تعامل این دو عامل تبیین می‌شود.

جدول ۳. نتایج مقایسه‌های زوجی مراحل اندازه‌گیری استحکام من و نگرانی در هر گروه بر اساس آزمون بنفرونی

متغیر	گروه	مقایسه مراحل	تفاوت میانگین	سطح معناداری	نتیجه
استحکام من	درمان شناختی رفتاری	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱۶.۲	۰.۰۰۰۱	افزایش معنادار
		پیش‌آزمون - پیگیری	۱۴.۴	۰.۰۰۰۱	افزایش معنادار و پایدار
		پس‌آزمون - پیگیری	۱.۸	۰.۳۱	تفاوت معنادار نیست
طرحواره درمانی	طرحواره درمانی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۲۱.۹	۰.۰۰۰۱	افزایش معنادار
		پیش‌آزمون - پیگیری	۲۰.۲	۰.۰۰۰۱	افزایش معنادار و پایدار
		پس‌آزمون - پیگیری	۱.۷	۰.۳۶	تفاوت معنادار نیست
گواه	گواه	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۰.۹	۰.۶۲	تفاوت معنادار نیست
		پیش‌آزمون - پیگیری	۰.۲	۰.۸۸	تفاوت معنادار نیست
		پس‌آزمون - پیگیری	-۰.۷	۰.۶۹	تفاوت معنادار نیست
نگرانی	درمان شناختی رفتاری	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱۷.۹	۰.۰۰۰۱	کاهش معنادار
		پیش‌آزمون - پیگیری	۱۶.۷	۰.۰۰۰۱	کاهش معنادار و پایدار
		پس‌آزمون - پیگیری	-۱.۲	۰.۴۲	تفاوت معنادار نیست
طرحواره درمانی	طرحواره درمانی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱۴.۹	۰.۰۰۰۱	کاهش معنادار
		پیش‌آزمون - پیگیری	۱۴.۱	۰.۰۰۰۱	کاهش معنادار و پایدار
		پس‌آزمون - پیگیری	-۰.۸	۰.۵۱	تفاوت معنادار نیست
گواه	گواه	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱.۳	۰.۵۷	تفاوت معنادار نیست
		پیش‌آزمون - پیگیری	۱.۸	۰.۴۹	تفاوت معنادار نیست
		پس‌آزمون - پیگیری	-۰.۵	۰.۷۳	تفاوت معنادار نیست

بر اساس نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در جدول ۳، میانگین استحکام من در گروه درمان شناختی رفتاری از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون به میزان ۱۶،۲ و از پیش‌آزمون تا پیگیری به میزان ۱۴،۴ افزایش یافت و هر دو تفاوت از نظر آماری معنادار بودند. تفاوت میان پس‌آزمون و پیگیری در این گروه معنادار نبود که نشان دهنده حفظ نسبی اثر درمان در دوره پیگیری است. در گروه طرحواره درمانی نیز استحکام من از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون به میزان ۲۱،۹ و از پیش‌آزمون تا پیگیری به میزان ۲۰،۲ افزایش یافت و این تفاوت‌ها معنادار بودند، در حالی که تفاوت پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود. بیشتر بودن تفاوت میانگین در گروه طرحواره درمانی نشان داد که این مداخله در افزایش استحکام من اثربخشی بیشتری داشته است. در متغیر نگرانی، میانگین نمرات گروه درمان شناختی رفتاری از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون به میزان ۱۷،۹ و از پیش‌آزمون تا پیگیری به میزان ۱۶،۷ کاهش یافت و هر دو تفاوت معنادار بودند. در گروه طرحواره درمانی نیز کاهش نگرانی از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب ۱۴،۹ و ۱۴،۱ بود و این تفاوت‌ها معنادار به دست آمدند. تفاوت میان پس‌آزمون و پیگیری در هیچ‌یک از دو گروه آزمایش معنادار نبود که بر پایداری نسبی آثار درمانی دلالت دارد. در گروه گواه نیز هیچ‌یک از مقایسه‌های زوجی استحکام من و نگرانی معنادار نبود. در مجموع، هر دو مداخله موجب افزایش پایدار استحکام من و کاهش پایدار نگرانی شدند؛ با این حال، طرحواره درمانی در افزایش استحکام من و درمان شناختی رفتاری در کاهش نگرانی اثربخشی بیشتری نشان داد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر استحکام من و نگرانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. نتایج نشان داد که هر دو مداخله در مقایسه با گروه گواه موجب افزایش معنادار استحکام من و کاهش معنادار نگرانی شدند و این تغییرات در مرحله پیگیری دوماهه نیز تا حد زیادی پایدار باقی ماندند. با این حال، الگوی اثربخشی دو درمان یکسان نبود؛ به گونه‌ای که طرحواره‌درمانی در افزایش استحکام من اثربخشی بیشتری نشان داد، در حالی که درمان شناختی-رفتاری در کاهش نگرانی برتری نسبی داشت. معناداری اثر زمان، گروه و تعامل زمان و گروه برای هر دو متغیر نشان داد که تغییرات مشاهده‌شده صرفاً حاصل گذر زمان نبوده، بلکه به نوع مداخله دریافت‌شده وابسته بوده است. افزون بر این، عدم معناداری تفاوت میان پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش بیانگر آن است که آثار درمانی در فاصله دوماهه پس از پایان جلسات حفظ شده‌اند.

نخستین یافته پژوهش نشان داد که هر دو درمان طرحواره‌درمانی و شناختی-رفتاری موجب افزایش استحکام من در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شدند، اما میزان افزایش در گروه طرحواره‌درمانی بیشتر بود. این یافته با نتایج عروتی عزیز همسو است که نشان داد ترکیب درمان شناختی-رفتاری و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت می‌تواند علاوه بر کاهش نشانه‌های اضطراب فراگیر، استحکام من را نیز افزایش دهد (Orvati Aziz, 2021). همچنین، نتایج پژوهش بشارت و همکاران درباره نقش واسطه‌ای استحکام من در ارتباط میان ویژگی‌های شخصیتی و نشانه‌های روان‌شناختی، اهمیت این سازه را به عنوان یکی از ظرفیت‌های مرکزی سازمان روانی تأیید می‌کند (Besharat et al., 2017). از این منظر، افزایش استحکام من در هر دو گروه درمانی را می‌توان نشانه‌ای از بهبود ظرفیت تنظیم هیجان، تحمل ناکامی، واقعیت‌سنجی و مقابله مؤثرتر با فشارهای روانی دانست.

برتری طرحواره‌درمانی در افزایش استحکام من از نظر نظری قابل انتظار است، زیرا این رویکرد مستقیماً بر ساختارهای عمیق‌تر شخصیت، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ذهنیت‌های طرحواره‌ای و سبک‌های مقابله‌ای تثبیت‌شده تمرکز می‌کند. استحکام من صرفاً یک مهارت شناختی یا رفتاری منفرد نیست، بلکه نشان‌دهنده ظرفیت کلی فرد برای حفظ انسجام روانی، تحمل تعارض‌های درونی، مدیریت تکان‌ها و تنظیم هیجان‌ها در شرایط دشوار است. طرحواره‌درمانی با استفاده از فنونی مانند بازوالدینی، تصویرسازی ذهنی، گفت‌وگوی صندلی‌ها، بازسازی شناختی و شکستن الگوهای رفتاری ناکارآمد، امکان دسترسی به لایه‌هایی از تجربه روانی را فراهم می‌کند که معمولاً در درمان‌های نشانه‌محور کمتر مورد توجه قرار می‌گیرند. در نتیجه، این درمان می‌تواند نه فقط محتوای افکار، بلکه شیوه تجربه فرد از خود، دیگران و جهان را تغییر دهد.

یکی از مؤلفه‌های مرکزی طرحواره‌درمانی، تقویت ذهنیت «بزرگسال سالم» است. بزرگسال سالم بخشی از ساختار روانی است که می‌تواند نیازهای هیجانی را تشخیص دهد، از خود مراقبت کند، محدودیت‌های واقع‌بینانه ایجاد کند، هیجان‌ها را تنظیم نماید و در موقعیت‌های تهدیدآمیز واکنشی متعادل نشان دهد. این ویژگی‌ها از نظر مفهومی با بسیاری از مؤلفه‌های استحکام من هم‌پوشانی دارند. سالیکرو در تبیین مفهوم بزرگسال سالم نشان می‌دهد که تقویت این ذهنیت می‌تواند به افزایش انسجام، انعطاف‌پذیری و توانایی مدیریت بخش‌های آسیب‌پذیر و ناکارآمد شخصیت منجر شود (Salicru, 2023). بنابراین، می‌توان استدلال کرد که طرحواره‌درمانی با تقویت بزرگسال سالم، به طور غیرمستقیم اما عمیق بر استحکام من اثر می‌گذارد.

یافته حاضر با نتایج پژوهش‌های انجام‌شده درباره اثرگذاری طرحواره‌درمانی بر ابعاد هیجانی و بین‌فردی نیز همخوانی دارد. روستایی علیشاه و مصطفایی نشان دادند که طرحواره‌درمانی موجب کاهش ناگویی هیجانی و تعارضات زناشویی می‌شود (Rostaei Alishah & Mostafaei, 2023). کاهش ناگویی هیجانی به این معناست که فرد توانایی بیشتری برای شناسایی، نام‌گذاری و بیان هیجان‌های خود پیدا می‌کند و همین امر می‌تواند انسجام روانی و استحکام من را تقویت کند. همچنین، ملک‌دار و همکاران گزارش کردند که طرحواره‌درمانی در کاهش ناگویی

هیجانی زنان مبتلا به اضطراب فراگیر مؤثر است (Malekdar et al., 2025). بهبود تماس با هیجان‌ها، کاهش اجتناب هیجانی و افزایش ظرفیت پردازش تجربه‌های عاطفی از جمله فرایندهایی هستند که می‌توانند به تقویت استحکام من منجر شوند.

نتایج پژوهش‌های دیگر نیز از اثربخشی طرحواره‌درمانی در اصلاح الگوهای عمیق‌تر روان‌شناختی حمایت می‌کنند. دیانی و غوشچیان چوب‌مسجدی نشان دادند که طرحواره‌درمانی حساسیت به طرد را در دانشجویان زن دارای نشانه‌های اضطراب فراگیر کاهش می‌دهد (Deyani & Ghoushchian Choubmasjedi, 2025). حساسیت به طرد معمولاً با احساس ناامنی، خودارزیابی منفی و شکنندگی در روابط همراه است و کاهش آن می‌تواند موجب افزایش ثبات خود و استحکام من شود. جلیلی و آل‌یاسین نیز نشان دادند که طرحواره‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش توجه متمرکز بر خود و ترس از ارزیابی منفی در مردان مبتلا به اضطراب فراگیر می‌شود (Jalili & Aleyasin, 2025). کاهش خودتمرکز منفی و ترس از قضاوت دیگران می‌تواند منابع روانی فرد را آزاد کرده و توانایی او را برای مواجهه سازگانه با موقعیت‌های اجتماعی و اضطراب‌زا افزایش دهد.

همچنین، مخدم و همکاران گزارش کردند که طرحواره‌درمانی در کاهش نشانه‌های اضطراب و عدم قطعیت در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است (Mokhaddam et al., 2024). این یافته اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا عدم تحمل بلا تکلیفی یکی از سازوکارهای محوری اضطراب فراگیر است و معمولاً با احساس ناتوانی، بی‌کفایتی و آسیب‌پذیری همراه می‌شود. وقتی فرد از طریق طرحواره‌درمانی می‌آموزد که طرحواره‌های آسیب‌پذیری در برابر خطر، وابستگی و بی‌کفایتی را بازشناسی و تعدیل کند، احساس توانمندی و انسجام بیشتری پیدا می‌کند. این فرایند می‌تواند به افزایش استحکام من منجر شود. رایلی و همکاران نیز بر نقش هم‌زمان طرحواره‌های ناسازگار اولیه و عدم تحمل بلا تکلیفی در اختلال اضطراب فراگیر تأکید کرده‌اند (Riley et al., 2026). بنابراین، اصلاح این دو سازوکار می‌تواند توضیح‌دهنده برتری طرحواره‌درمانی در افزایش استحکام من باشد.

یافته دوم پژوهش نشان داد که هر دو درمان موجب کاهش معنادار نگرانی شدند، اما درمان شناختی-رفتاری در این زمینه اثربخشی بیشتری داشت. این نتیجه با ماهیت نظری درمان شناختی-رفتاری و تمرکز مستقیم آن بر فرایندهای شناختی مولد نگرانی سازگار است. نگرانی در اضطراب فراگیر عمدتاً به‌صورت زنجیره‌ای از افکار منفی، پیش‌بینی‌های فاجعه‌آمیز، برآوردهای اغراق‌آمیز خطر و اشتغال ذهنی درباره آینده ظاهر می‌شود. درمان شناختی-رفتاری مستقیماً همین فرایندها را هدف قرار می‌دهد و با استفاده از شناسایی افکار خودکار، ارزیابی شواهد، بازسازی شناختی، آموزش حل مسئله، کاهش اطمینان‌جویی و مواجهه با عدم قطعیت، چرخه نگرانی را تضعیف می‌کند.

این یافته با چارچوب درمانی لیهی، هالند و مک‌گین همسو است که در آن نگرانی به‌عنوان یک فرایند شناختی و رفتاری قابل‌اصلاح در نظر گرفته می‌شود و مداخلاتی مانند بازسازی باورهای مرتبط با نگرانی، مواجهه با تصاویر تهدیدآمیز و افزایش تحمل بلا تکلیفی برای درمان آن پیشنهاد می‌شود (Leahy et al., 2011). درمان شناختی-رفتاری به بیمار کمک می‌کند میان نگرانی واقعی و فرضی تمایز قائل شود، احتمال وقوع پیامدهای منفی را واقع‌بینانه‌تر برآورد کند و از درگیری تکرارشونده با افکار «چه می‌شود اگر» فاصله بگیرد. به همین دلیل، وقتی پیامد اصلی درمان کاهش نگرانی باشد، انتظار می‌رود این رویکرد از اختصاصیت بیشتری برخوردار باشد.

یافته حاضر با نتایج لشگری و همکاران نیز همخوان است که نشان دادند درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی می‌تواند نگرانی و اضطراب زنان را کاهش دهد (Lashgari et al., 2021). عدم تحمل بلا تکلیفی موجب می‌شود فرد موقعیت‌های مبهم را تهدیدآمیز تلقی کند و برای کاهش ابهام به نگرانی مزمین روی آورد. درمان شناختی-رفتاری با مواجهه تدریجی فرد با عدم قطعیت، کاهش اجتناب و اصلاح باورهای مربوط به ضرورت کنترل کامل، باعث کاهش نیاز به نگرانی می‌شود. از این رو، برتری درمان شناختی-رفتاری در کاهش نگرانی در پژوهش حاضر را می‌توان ناشی از تأثیر مستقیم‌تر آن بر این سازوکار دانست.

مومنی و همکاران نیز نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری گروهی می‌تواند متغیرهای میانجی اختلال اضطراب فراگیر را بهبود بخشد (Momeni et al., 2017). این نتیجه نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری نه تنها نشانه‌های آشکار، بلکه فرایندهای شناختی و هیجانی

تداوم بخش اختلال را نیز هدف قرار می‌دهد. همچنین، ویسی و همکاران گزارش کردند که مداخلات شناختی رفتاری متمرکز بر عدم تحمل بلا تکلیفی در کاهش افکار ارجاعی، آمیختگی فکر و عمل و اجتناب شناختی مؤثر هستند (Veisi et al., 2026). این مؤلفه‌ها با نگرانی مزمن ارتباط نزدیکی دارند، زیرا فرد مبتلا ممکن است افکار خود را معادل واقعیت تلقی کند، از تجربه هیجانی مستقیم اجتناب ورزد و توجه خود را به صورت مداوم بر نشانه‌های تهدید متمرکز کند.

نتایج پژوهش رضایی و پورمحمد قوجانی نیز نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری می‌تواند انعطاف‌پذیری شناختی نوجوانان مبتلا به اضطراب فراگیر را افزایش دهد (Razaei & Pourmohammad Ghouhani, 2025). انعطاف‌پذیری شناختی به فرد اجازه می‌دهد در برابر یک موقعیت مبهم، تنها به تفسیر فاجعه‌آمیز متکی نباشد و تبیین‌های جایگزین را نیز در نظر بگیرد. افزایش این توانایی می‌تواند شدت و تداوم نگرانی را کاهش دهد. افزون بر این، نتایج پژوهش گائو و همکاران نشان داد که درمان شناختی رفتاری می‌تواند تاب‌آوری روان‌شناختی و سازگاری اجتماعی را در بیماران جسمانی افزایش دهد (Gao et al., 2023). این یافته بیانگر آن است که تغییر در افکار، ارزیابی‌ها و رفتارهای مقابله‌ای می‌تواند به افزایش توانایی فرد در مدیریت فشار و کاهش اشتغال ذهنی منفی منجر شود.

نتایج پژوهش باباخانزاده و همکاران نیز به‌طور غیرمستقیم از یافته حاضر حمایت می‌کند. آنان نشان دادند که درمان فراشناختی با تأکید بر کارکردهای اجرایی مغز می‌تواند سندرم شناختی توجهی را کاهش داده و حس انسجام خود را افزایش دهد (Babakhanzadeh et al., 2019). سندرم شناختی توجهی شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه متمرکز بر تهدید و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد است. درمان شناختی رفتاری نیز از طریق اصلاح این الگوها می‌تواند نگرانی را کاهش دهد. همچنین، یافته‌های راجبی و علیمردانی درباره اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب و استرس و بهبود وضوح خودپنداره و عزت نفس، مؤید اثرگذاری گسترده این رویکرد بر فرایندهای شناختی و هیجانی است (Rajabi & Alimardani, 2018).

درمان شناختی رفتاری در مقایسه با طرحواره درمانی احتمالاً به این دلیل در کاهش نگرانی مؤثرتر بوده است که نگرانی سازه‌ای نزدیک‌تر به سطح پردازش جاری و هشیار است. درمان شناختی رفتاری از همان جلسات ابتدایی، افکار نگران‌کننده، خطاهای شناختی، رفتارهای ایمنی‌بخش و اجتناب را هدف قرار می‌دهد و راهبردهایی عملی برای مدیریت آنها ارائه می‌کند. در مقابل، طرحواره درمانی با ساختارهای عمیق‌تر و دیرپاتر سروکار دارد و ممکن است برای ایجاد تغییر در نشانه‌های شناختی خاص به زمان بیشتری نیاز داشته باشد. این تفاوت به معنای ضعف طرحواره درمانی نیست، بلکه نشان می‌دهد هر مداخله در متغیری عملکرد بهتری دارد که با سازوکار اصلی آن تناسب بیشتری دارد.

بالین حال، کاهش معنادار نگرانی در گروه طرحواره درمانی نیز قابل توجه بود. منصورزاده و همکاران نشان دادند که طرحواره درمانی می‌تواند اضطراب، افسردگی، خستگی، کیفیت زندگی و خواب را در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس بهبود بخشد (Mansourzadeh et al., 2024). این یافته نشان می‌دهد که اصلاح طرحواره‌های ناسازگار و سبک‌های مقابله‌ای می‌تواند نشانه‌های اضطرابی را نیز کاهش دهد. همچنین، غنی‌زاده بالدرلو و همکاران گزارش کردند که درمان طرحواره‌های هیجانی بر تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بلا تکلیفی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد مبتلا به اضطراب فراگیر مؤثر است (Ghanizadeh Balderlou et al., 2025). این نتایج با کاهش نگرانی در گروه طرحواره درمانی پژوهش حاضر همخوان است، زیرا بهبود تنظیم هیجان و تحمل ابهام می‌تواند شدت نگرانی را کاهش دهد.

از منظر تنظیم هیجان نیز می‌توان یافته‌های پژوهش را تبیین کرد. منین و فرسکو بر این باورند که افراد مبتلا به اضطراب فراگیر هیجان‌های خود را شدید، نامفهوم و تهدیدکننده تجربه می‌کنند و نگرانی را به‌عنوان راهبردی برای اجتناب از تجربه مستقیم هیجان به کار می‌برند (Mennin & Fresco, 2014). طرحواره درمانی با افزایش آگاهی هیجانی، پردازش تجربه‌های آسیب‌زا و ایجاد تجربه‌های هیجانی اصلاحی، اجتناب هیجانی را کاهش می‌دهد. درمان شناختی رفتاری نیز با کاهش ارزیابی‌های فاجعه‌آمیز و آموزش راهبردهای مقابله‌ای، توانایی مدیریت هیجان را افزایش می‌دهد. بنابراین، هر دو رویکرد می‌توانند از مسیرهای متفاوت به کاهش نگرانی و افزایش استحکام من منجر شوند.

پایداری تغییرات در مرحله پیگیری یکی دیگر از یافته‌های مهم پژوهش بود. در هیچ‌یک از دو گروه آزمایش، تفاوت میان پس‌آزمون و پیگیری برای استحکام من و نگرانی معنادار نبود. این نتیجه نشان می‌دهد که شرکت‌کنندگان توانسته‌اند مهارت‌ها و بینش‌های به‌دست‌آمده را پس از پایان درمان حفظ کنند. در درمان شناختی‌رفتاری، انجام تکالیف خانگی، تمرین بازسازی شناختی، حل مسئله و مواجهه با عدم قطعیت می‌تواند به تعمیم مهارت‌ها به زندگی روزمره کمک کند. در طرحواره‌درمانی نیز تقویت بزرگسال سالم، شناسایی ذهنیت‌های ناکارآمد و تمرین رفتارهای جایگزین می‌تواند موجب تداوم تغییرات شود. این پایداری از نظر بالینی مهم است، زیرا اختلال اضطراب فراگیر ماهیتی مزمن و عودکننده دارد و اثربخشی واقعی یک درمان تنها با کاهش کوتاه‌مدت نشانه‌ها مشخص نمی‌شود.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که طرحواره‌درمانی و درمان شناختی‌رفتاری هر دو برای زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر سودمند هستند، اما مزیت نسبی آنها به نوع پیامد درمانی وابسته است. طرحواره‌درمانی به دلیل تمرکز بر طرحواره‌های ناسازگار، نیازهای هیجانی ارضانده، سبک‌های مقابله‌ای و تقویت بزرگسال سالم، اثر بیشتری بر استحکام من داشت. در مقابل، درمان شناختی‌رفتاری به دلیل تمرکز مستقیم بر افکار نگران‌کننده، عدم تحمل بلا تکلیفی، پیش‌بینی‌های فاجعه‌آمیز و رفتارهای اجتنابی، کاهش بیشتری در نگرانی ایجاد کرد. بر این اساس، انتخاب درمان باید بر پایه صورت‌بندی بالینی، شدت نشانه‌ها، عمق الگوهای شخصیتی و هدف اصلی درمان انجام شود. یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، استفاده از نمونه‌ای محدود از زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به یک مرکز مشاوره در شهر مشهد بود؛ بنابراین، تعمیم نتایج به مردان، سایر گروه‌های سنی، افراد ساکن در مناطق دیگر و بیماران دارای شرایط بالینی متفاوت باید با احتیاط انجام شود. استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، حجم نسبتاً محدود نمونه، اتکا به ابزارهای خودگزارشی، احتمال تأثیر مطلوبیت اجتماعی بر پاسخ‌ها و کوتاه‌بودن دوره پیگیری از دیگر محدودیت‌ها بودند. همچنین، کنترل کامل مصرف دارو، رویدادهای تنش‌زای هم‌زمان، حمایت خانوادگی و تفاوت‌های فردی در انگیزه و مشارکت درمانی امکان‌پذیر نبود. نبود ارزیابی مستقل و کور از پیامدها و بررسی‌نشدن میزان وفاداری درمانگران به پروتکل نیز می‌تواند بر اعتبار درونی یافته‌ها اثر گذاشته باشد.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر، روش نمونه‌گیری تصادفی و مشارکت زنان و مردان از گروه‌های سنی، فرهنگی و اجتماعی مختلف انجام شوند. استفاده از دوره‌های پیگیری شش‌ماهه و یک‌ساله می‌تواند پایداری واقعی آثار درمان را دقیق‌تر مشخص کند. همچنین، بررسی متغیرهای میانجی مانند عدم تحمل بلا تکلیفی، تنظیم هیجان، انعطاف‌پذیری شناختی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ذهنیت بزرگسال سالم می‌تواند سازوکارهای اثرگذاری هر درمان را روشن‌تر سازد. مقایسه درمان‌های فردی و گروهی، بررسی اثربخشی مداخلات ترکیبی و استفاده از مصاحبه‌های بالینی، ارزیابی‌های رفتاری و شاخص‌های فیزیولوژیک در کنار پرسشنامه‌ها نیز توصیه می‌شود. از نظر کاربردی، پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره و درمانگران در انتخاب مداخله به هدف اصلی درمان توجه کنند. برای بیمارانی که نگرانی مزمن، عدم تحمل بلا تکلیفی و افکار فاجعه‌آمیز مشکل غالب آنان است، درمان شناختی‌رفتاری می‌تواند انتخاب نخست مناسبی باشد. در مقابل، برای افرادی که علاوه بر اضطراب، از احساس بی‌کفایتی، شکنندگی روانی، مشکلات دیرپای رابطه‌ای و طرحواره‌های عمیق رنج می‌برند، طرحواره‌درمانی می‌تواند سودمندتر باشد. آموزش تخصصی درمانگران، استفاده از پروتکل‌های استاندارد، نظارت بالینی منظم، ارزیابی پیشرفت درمان و طراحی جلسات تقویتی پس از پایان مداخله می‌تواند به افزایش اثربخشی و حفظ دستاوردهای درمانی کمک کند.

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، هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت کنندگان 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.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Generalized anxiety disorder is a chronic and disabling psychological disorder characterized by excessive, persistent, and difficult-to-control worry about multiple areas of daily life. Individuals with this disorder commonly experience apprehensive expectations concerning health, work, family relationships, financial matters, and future events, even when no immediate threat is present. This persistent cognitive preoccupation is frequently accompanied by restlessness, irritability, muscle tension, fatigue, sleep disturbance, and difficulty concentrating. The pervasive nature of these symptoms can substantially impair occupational, interpersonal, and social functioning. Neuropsychological evidence further suggests that generalized anxiety disorder is associated with abnormalities in structural and functional connectivity between brain regions involved in emotional regulation, threat detection, and cognitive control, indicating that the disorder involves complex interactions between cognitive, emotional, and neurobiological processes (Wang et al., 2019).

Pathological worry is regarded as the central defining feature of generalized anxiety disorder. It is commonly described as a repetitive, predominantly verbal, future-oriented, and negatively valenced cognitive process through which individuals attempt to anticipate, prevent, or control uncertain outcomes. Although worry may initially be perceived as a useful strategy for problem prevention, chronic worry often increases emotional distress, reduces effective problem-solving, and reinforces avoidance of direct emotional experiences. Cognitive models propose that worry is maintained by catastrophic interpretations, exaggerated threat estimation, positive beliefs about the usefulness of worrying, negative beliefs regarding its uncontrollability, and low tolerance for uncertainty. Consequently, treatment approaches specifically developed for generalized anxiety disorder emphasize the identification of hypothetical and realistic worries, cognitive restructuring, problem-solving, exposure to feared thoughts, and the development of greater tolerance for uncertainty (Leahy et al., 2011).

Emotion regulation difficulties also play a central role in the development and persistence of generalized anxiety disorder. Individuals with this disorder often perceive negative emotions as intense, threatening,

confusing, and difficult to manage. Worry may therefore function as a form of cognitive avoidance that enables the individual to distance herself from the direct experience of fear, sadness, anger, or vulnerability. Emotion regulation models suggest that poor emotional awareness, negative beliefs about emotional experiences, and reliance on maladaptive regulation strategies contribute to chronic anxiety and worry. Interventions that increase emotional awareness, acceptance, and adaptive regulation may therefore reduce the severity of generalized anxiety symptoms (Mennin & Fresco, 2014).

Another major mechanism associated with generalized anxiety disorder is intolerance of uncertainty. Individuals with high intolerance of uncertainty tend to interpret ambiguous situations as unacceptable, threatening, and requiring immediate resolution. This tendency encourages repeated checking, reassurance-seeking, avoidance, and prolonged worry. Recent research has highlighted the interaction between intolerance of uncertainty and early maladaptive schemas, suggesting that deeply rooted beliefs concerning vulnerability, incompetence, insecurity, and lack of control may intensify reactions to uncertain situations (Riley et al., 2026). Comparative evidence also indicates that emotional schema therapy and mindfulness-based cognitive therapy can improve cognitive emotion regulation, psychological flexibility, and tolerance of uncertainty in individuals with generalized anxiety disorder (Ghanizadeh Balderlou et al., 2025).

Ego strength is another important psychological construct relevant to generalized anxiety disorder. It refers to an individual's capacity to maintain psychological integration, tolerate frustration, regulate impulses, evaluate reality accurately, manage internal conflicts, and use personal resources effectively under stressful conditions. Individuals with greater ego strength are generally better able to tolerate emotional discomfort and respond flexibly to challenging circumstances. In contrast, reduced ego strength may be associated with helplessness, emotional instability, dependency, avoidance, and difficulty preserving psychological balance. Evidence suggests that ego strength may mediate the relationship between maladaptive personality characteristics and psychological symptoms, thereby functioning as a protective factor against emotional disturbance (Besharat et al., 2017).

Increasing ego strength may therefore represent an important therapeutic objective in addition to reducing the overt symptoms of anxiety. Interventions that improve psychological coherence, emotional tolerance, self-confidence, and adaptive coping may produce more stable changes than approaches that focus solely on symptom reduction. Previous findings have shown that combining cognitive-behavioral therapy with short-term psychodynamic therapy can increase ego strength and reduce generalized anxiety symptoms (Orvati Aziz, 2021). Cognitive-behavioral therapy has also been associated with improvements in self-concept clarity and self-esteem and with reductions in anxiety, stress, and depressive symptoms in other clinical populations (Rajabi & Alimardani, 2018).

Cognitive-behavioral therapy is one of the most widely used evidence-based treatments for generalized anxiety disorder. It is based on the assumption that maladaptive interpretations, dysfunctional beliefs, avoidance behaviors, and ineffective coping strategies maintain anxiety and worry. Through cognitive restructuring, behavioral experiments, problem-solving, exposure, relaxation, and homework assignments, patients learn to identify and modify catastrophic thinking and reduce avoidance. Cognitive-behavioral interventions specifically focused on intolerance of uncertainty have been shown to reduce worry and anxiety in women experiencing severe anxiety symptoms (Lashgari et al., 2021). Group cognitive-behavioral therapy has also improved cognitive and emotional mediators of generalized anxiety disorder (Momeni et al., 2017). In addition, cognitive-behavioral interventions focused on intolerance of uncertainty have reduced cognitive avoidance, thought-action fusion, and referential thinking in patients with generalized anxiety disorder (Veisi et al., 2026). Cognitive-behavioral therapy has also been associated with increased cognitive flexibility in adolescents with generalized anxiety disorder (Razaei & Pourmohammad Ghouchani, 2025), as well as improved psychological resilience and social adaptation in patients coping with serious physical illness (Gao

et al., 2023). Related metacognitive interventions have reduced cognitive-attentional syndrome and increased self-coherence in individuals with anxiety (Babakhanzadeh et al., 2019).

Despite its effectiveness, cognitive-behavioral therapy may be less focused on deeply rooted personality structures and longstanding emotional patterns. Schema therapy was developed partly to address such limitations by targeting early maladaptive schemas, dysfunctional coping styles, and schema modes. Early maladaptive schemas are broad cognitive-emotional patterns that typically develop when basic emotional needs are not adequately met during childhood. In generalized anxiety disorder, schemas involving vulnerability to harm, dependence, incompetence, mistrust, defectiveness, and unrelenting standards may intensify threat perception and chronic worry. Schema therapy uses cognitive, experiential, behavioral, and relational techniques to weaken maladaptive schemas and strengthen adaptive functioning.

A central concept in schema therapy is the Healthy Adult mode, which represents the individual's capacity for self-care, realistic judgment, emotional regulation, boundary-setting, and adaptive decision-making. The Healthy Adult mode is conceptually related to ego strength because both constructs involve psychological integration, emotional control, and the ability to respond flexibly under pressure (Salicru, 2023). Schema therapy has demonstrated beneficial effects on alexithymia and interpersonal conflict (Rostaei Alishah & Mostafaei, 2023), anxiety symptoms and intolerance of uncertainty (Mokhaddam et al., 2024), self-focused attention and fear of negative evaluation (Jalili & Aleyasin, 2025), rejection sensitivity (Deyani & Ghoushchian Choubmasjedi, 2025), and alexithymia in women with generalized anxiety disorder (Malekdar et al., 2025). Schema therapy has also improved anxiety, depression, fatigue, quality of life, and sleep in patients with chronic medical conditions (Mansourzadeh et al., 2024).

Although both schema therapy and cognitive-behavioral therapy have shown favorable outcomes, direct comparisons regarding ego strength and worry remain limited. Cognitive-behavioral therapy may be particularly effective for reducing worry because it directly targets current cognitive processes, catastrophic predictions, and intolerance of uncertainty. Schema therapy may have a stronger influence on ego strength because it modifies deeply rooted schemas, maladaptive coping patterns, and modes of self-functioning. Accordingly, the present study aimed to compare the effectiveness of schema therapy and cognitive-behavioral therapy on ego strength and worry in women with generalized anxiety disorder.

Methods and Materials

The study employed an applied, quasi-experimental design with pretest, posttest, and two-month follow-up assessments and a control group. The statistical population consisted of all women with generalized anxiety disorder who attended the Seraj Counseling Office in Mashhad during the first half of 2024. Seventy women were initially screened, and 45 eligible participants were selected through purposive sampling. Participants were assigned to three groups of 15: schema therapy, cognitive-behavioral therapy, and control. Eligibility criteria included being between 20 and 40 years of age, having at least lower-secondary education, receiving a confirmed diagnosis of generalized anxiety disorder from a clinical psychologist or psychiatrist, completing informed consent, and not receiving concurrent individual psychological treatment. Participants were excluded if they missed more than two intervention sessions or withdrew from continued participation.

Diagnosis was confirmed using the Structured Clinical Interview for Axis I Disorders. Ego strength was assessed using the Psychosocial Inventory of Ego Strengths, a 32-item measure assessing hope, will, purpose, competence, fidelity, love, care, and wisdom. Worry was assessed using the 16-item Penn State Worry Questionnaire, which measures the severity, generality, and uncontrollability of pathological worry. Assessments were conducted before the intervention, immediately after the intervention, and two months later. The schema therapy protocol focused on identifying early maladaptive schemas, dysfunctional coping styles, and schema modes associated with generalized anxiety. Cognitive, experiential, behavioral, and relational techniques were used to modify schemas related to vulnerability, dependence, incompetence, mistrust, and

rigid standards. The intervention also emphasized strengthening the Healthy Adult mode, emotional awareness, self-care, adaptive decision-making, and more effective responses to anxiety-provoking situations.

The cognitive-behavioral therapy protocol focused on psychoeducation, identification of automatic thoughts, cognitive restructuring, realistic threat estimation, problem-solving, exposure to worry-related thoughts and situations, reduction of avoidance, and improvement of tolerance of uncertainty. Homework assignments were used to generalize therapeutic skills to daily life. The control group did not receive either of the study interventions during the research period.

Data were analyzed using descriptive statistics, repeated-measures analysis of variance, and Bonferroni post hoc comparisons. Normality, homogeneity of variance, and sphericity assumptions were examined before inferential analysis. Effect sizes were reported using eta squared, and the significance level was set at 0.05.

Findings

The descriptive results showed that the three groups had relatively similar mean scores at pretest. Ego strength increased in both intervention groups following treatment, whereas worry decreased. These changes were largely maintained at the two-month follow-up. The control group showed no substantial changes across the three assessment stages.

For ego strength, the mean score in the cognitive-behavioral therapy group increased from 78.4 at pretest to 94.6 at posttest and remained at 92.8 during follow-up. In the schema therapy group, the mean increased from 77.9 at pretest to 99.8 at posttest and remained at 98.1 during follow-up. The control group changed only slightly from 78.1 at pretest to 79.0 at posttest and 78.3 at follow-up.

For worry, the cognitive-behavioral therapy group decreased from a mean of 61.8 at pretest to 43.9 at posttest and 45.1 at follow-up. The schema therapy group decreased from 62.1 at pretest to 47.2 at posttest and 48.0 at follow-up. The control group showed only minor changes, from 61.5 at pretest to 60.2 at posttest and 59.7 at follow-up.

Repeated-measures analysis of variance demonstrated a significant effect of time on ego strength, $F=68.47$, $p=0.0001$, $\eta^2=0.62$. The time-by-group interaction was also significant, $F=17.92$, $p=0.0001$, $\eta^2=0.46$, as was the main effect of group, $F=9.38$, $p=0.0001$, $\eta^2=0.31$. For worry, the effect of time was significant, $F=79.14$, $p=0.0001$, $\eta^2=0.66$. The time-by-group interaction was significant, $F=21.44$, $p=0.0001$, $\eta^2=0.51$, and the group effect was also significant, $F=8.62$, $p=0.001$, $\eta^2=0.29$.

Bonferroni comparisons showed that ego strength increased significantly from pretest to posttest and from pretest to follow-up in both intervention groups. The increase was greater in the schema therapy group. Differences between posttest and follow-up were not significant, indicating maintenance of treatment effects. Worry decreased significantly from pretest to posttest and from pretest to follow-up in both intervention groups, with a greater reduction in the cognitive-behavioral therapy group. No significant posttest-to-follow-up differences were observed. None of the pairwise comparisons in the control group were significant.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrated that both schema therapy and cognitive-behavioral therapy were effective in increasing ego strength and reducing worry in women with generalized anxiety disorder. However, the two interventions produced different patterns of superiority. Schema therapy was more effective in strengthening ego functioning, whereas cognitive-behavioral therapy produced a larger reduction in pathological worry.

The stronger effect of schema therapy on ego strength may be explained by its focus on deeply rooted personality structures. Ego strength represents a broad capacity for emotional regulation, reality testing, frustration tolerance, psychological coherence, and adaptive coping. Schema therapy directly addresses maladaptive beliefs about the self, others, and the world that may undermine these capacities. By identifying vulnerability, incompetence, dependency, and defectiveness schemas and replacing maladaptive coping modes

with healthier responses, the intervention may strengthen the individual's sense of competence, internal stability, and emotional integration.

Experiential techniques may also have contributed to this effect. Imagery rescripting, chair dialogues, and corrective emotional experiences allow patients to process unmet emotional needs and revise deeply internalized patterns. Strengthening the Healthy Adult mode may enable individuals to manage vulnerable, punitive, or avoidant parts of the self more effectively. These processes are closely related to the development of ego strength and may explain why schema therapy produced larger improvements in this outcome.

The greater effectiveness of cognitive-behavioral therapy in reducing worry can be attributed to its direct focus on the cognitive mechanisms of generalized anxiety disorder. Worry is maintained by catastrophic prediction, overestimation of threat, intolerance of uncertainty, avoidance, and beliefs that worry is useful or uncontrollable. Cognitive-behavioral therapy directly targets these processes through cognitive restructuring, behavioral experiments, exposure, problem-solving, and uncertainty training. As a result, participants may have learned to identify worry triggers, challenge unrealistic predictions, and reduce repetitive engagement with threat-related thoughts.

The findings also suggest that pathological worry may respond more rapidly to interventions focused on current cognitive processing, whereas ego strength may be more sensitive to interventions addressing deeper emotional and personality patterns. This distinction does not imply that one therapy is generally superior to the other. Rather, each treatment appears to be particularly effective for outcomes that closely correspond to its theoretical mechanisms.

The maintenance of treatment effects at follow-up is clinically important because generalized anxiety disorder is often chronic and recurrent. The absence of significant differences between posttest and follow-up indicates that participants retained the benefits of both interventions. In cognitive-behavioral therapy, continued use of cognitive restructuring, exposure, and problem-solving skills may have supported maintenance. In schema therapy, increased awareness of schemas and modes, combined with strengthening of the Healthy Adult mode, may have helped participants sustain adaptive emotional and behavioral responses.

Overall, both treatments can be considered effective interventions for women with generalized anxiety disorder. Schema therapy may be particularly appropriate for patients whose difficulties involve longstanding maladaptive schemas, emotional vulnerability, low psychological integration, or weak ego functioning. Cognitive-behavioral therapy may be preferable when the primary clinical concern is excessive and uncontrollable worry, catastrophic thinking, or intolerance of uncertainty. Treatment selection should therefore be guided by individual case formulation, the depth and duration of the patient's difficulties, and the main therapeutic objective. An integrative or sequential approach combining symptom-focused cognitive-behavioral techniques with schema-focused work may also be valuable for patients presenting with both severe worry and deeply rooted personality-related vulnerabilities.

فهرست منابع

References

- Babakhanzadeh, S., Ehteshamzadeh, P., Eftekharsaadi, Z., Bakhtiarpour, S., & Alipour, A. (2019). The effectiveness of metacognitive therapy emphasizing executive brain functions on cognitive-attentional syndrome and sense of self-coherence in individuals with anxiety. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 10(38), 195-220.
- Besharat, M. A., Asadi, M. M., & Gholamali Lavasani, M. (2017). The mediating role of ego strength in the relationship between dimensions of perfectionism and depressive symptoms. *Developmental Psychology: Iranian Psychologists*, 13(51), 229-243.

- Deyani, Z., & Ghoushchian Choubmasjedi, S. (2025). Effectiveness of Schema Therapy on Rejection Sensitivity in Female Students with Generalized Anxiety Symptoms. *Psychological Empowerment Scientific Quarterly*, 1(2), 14-21.
- Gao, L., Yu, W., & Wang, C. (2023). Effects of cognitive-behavioral therapy on psychological resilience, social adaptation, and clinical efficacy of patients with bone tumors. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 39(4), 1045-1051. <https://doi.org/10.12669/pjms.39.4.7279>
- Ghanizadeh Balderlou, K., Moheb, N., Alivandi Vafa, M., & Azmoodeh, M. (2025). Comparison of the Effectiveness of Emotional Schema Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Cognitive Emotion Regulation, Intolerance of Uncertainty, and Psychological Flexibility in Individuals with Generalized Anxiety Disorder. *Applied Psychological Research Quarterly*, 1(4), 123-143.
- 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. *Iranian Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 4(1), 56-64. <https://doi.org/10.61838/mhlj.3.3.2>
- Lashgari, M., Ahi, G., Shahabizadeh, F., & Mansouri, A. (2021). The effectiveness of intolerance-of-uncertainty-based cognitive-behavioral therapy on worry and anxiety among women with COVID-19 anxiety: A case report. *Behavioral Sciences Research*, 19(3), 427-438.
- Leahy, R. L., Holland, S. J., & McGinn, L. K. (2011). *Treatment plans and interventions for generalized anxiety disorder and worry*. Guilford Press.
- Malekdar, A., Asadi, J., & Mirani, A. (2025). Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Alexithymia in Women with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Research in Psychological Health*, 19(1).
- Mansourzadeh, A., Shaygannejad, V., Mirmosayyeb, O., Afshari-Safavi, A., & Gay, M. C. (2024). Effectiveness of schema therapy on anxiety, depression, fatigue, quality of life, and sleep in patients with multiple sclerosis: A randomized controlled trial. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies*, 11(1), e132571. <https://doi.org/10.5812/mejrh-132571>
- Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2014). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(3), 294-314.
- 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.
- Momeni, F., Shahidi, S., Motabi, F., & Heydari, M. (2017). Comparison of the effectiveness of group cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based cognitive therapy on mediating variables of generalized anxiety disorder. *Journal of Applied Psychological Research*, 8(1), 49-66.
- Orvati Aziz, M. (2021). The effectiveness of combining cognitive-behavioral therapy and short-term psychodynamic therapy in increasing ego strength and reducing symptoms of generalized anxiety disorder. *Quarterly Journal of Applied Psychological Research*, 12(3), 353-369.
- Rajabi, S., & Alimardani, K. (2018). The effects of cognitive-behavioral therapy on self-concept clarity, depression, anxiety, stress, and self-esteem among university students with love-trauma syndrome. *Psychological Studies Quarterly*, 14(3), 131-147.
- Razaei, M., & Pourmohammad Ghouchani, K. (2025). Effectiveness of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on cognitive flexibility in adolescents with generalized anxiety disorder. <https://doi.org/https://civilica.com/doc/2397002>
- Riley, J. A., Wilson, E. J., Norton, A. R., & Abbott, M. J. (2026). Exploring the Role of Early Maladaptive Schemas and Intolerance of Uncertainty in Generalized Anxiety Disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 65(1), 199-217. <https://doi.org/10.1111/bjc.70012>
- Rostaei Alishah, S., & Mostafaei, N. (2023). The effectiveness of schema therapy on alexithymia and marital conflicts among couples with family disputes. *Quarterly Journal of New Ideas in Psychology*, 16(20).
- Salicru, S. (2023). The healthy adult in schema therapy: Using the octopus metaphor. *Psychology*, 14(6), 1-10. <https://doi.org/10.4236/psych.2023.146050>
- Veisi, S., Bahrami, A., Ghaffari, M., Ahmadifar, M., Ramezanpour, A., & Pourmohammad Ghouchani, K. (2026). The Effectiveness of Emotional Schema Therapy and Cognitive-Behavioral Interventions Focused on Intolerance of Uncertainty on Referential Thoughts, Thought-Action Fusion, and Cognitive Avoidance in Patients with Generalized Anxiety Disorder: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Cognition, Behavior, Learning*, 1-12. <https://journalcbl.com/index.php/jcbl/article/view/384>
- Wang, W., Peng, Z., Wang, X., Wang, P., Li, Q., & Wang, G. (2019). Disrupted interhemispheric resting-state functional connectivity and structural connectivity in first-episode, treatment-naïve generalized anxiety disorder. *Journal of affective disorders*, 251, 280-286. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.082>