

اثربخشی مداخله‌های طرحواره‌درمانی هیجانی و شناختی-رفتاری بر سازمان شخصیت بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر

تاریخ چاپ نهایی: ۱۴۰۶/۰۳/۰۱

تاریخ چاپ اولیه: ۱۴۰۵/۰۷/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۰۴

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۵/۲۵

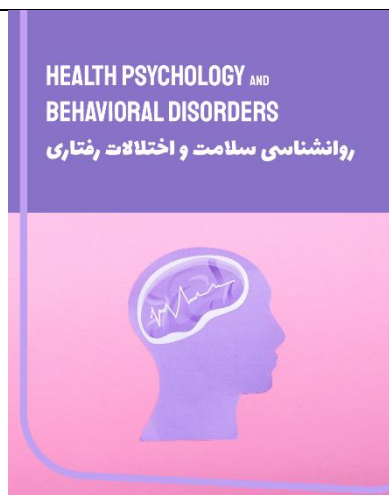
تاریخ ارسال: ۱۴۰۵/۰۲/۲۸

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله‌های طرحواره‌درمانی هیجانی و درمان شناختی-رفتاری بر بهبود سازمان شخصیت بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به سه مرکز مشاوره روان‌شناختی در شهر تهران در سال ۱۴۰۵ بود. از میان افراد واجد شرایط، ۳۶ بیمار به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۲ نفری شامل طرحواره‌درمانی، درمان شناختی-رفتاری و گروه کنترل گمارده شدند. برای گردآوری داده‌ها از مقیاس هفت سؤالی اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) و پرسشنامه سازمان شخصیت کرنبرگ استفاده شد. گروه طرحواره‌درمانی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و گروه درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر مدل داگاس دوازده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل در فهرست انتظار قرار داشت. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند. پس از کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون سازمان شخصیت معنادار بود ($F=14.287, p=0.007, \eta^2=0.57$). بنابراین، تفاوت معناداری میان گروه‌های پژوهش در سازمان شخصیت پس از مداخله مشاهده شد و مداخلات درمانی توانستند تغییر معناداری در سازمان شخصیت بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ایجاد کنند. یافته‌ها نشان می‌دهد طرحواره‌درمانی هیجانی و درمان شناختی-رفتاری می‌توانند به عنوان مداخلات روان‌شناختی مؤثر برای بهبود سازمان شخصیت در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مورد استفاده قرار گیرند. توجه همزمان به الگوهای شناختی، هیجانی و ساختارهای زیربنایی شخصیت می‌تواند به ارتقای اثربخشی برنامه‌های درمانی این بیماران کمک کند.

کلیدواژگان: طرحواره‌درمانی هیجانی، درمان شناختی-رفتاری، سازمان شخصیت، اختلال اضطراب

فراگیر، اضطراب



فاطمه طراوتی^۱، محمدرضا نساجی^{۲*}، زهرا ربیعی^۳،
بیتا صمدزاده^۴، کامران پورمحمدقوچانی^۵

۱. گروه روانشناسی اسلامی مثبت گرا، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. گروه روانشناسی عمومی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۳. کارشناسی روانشناسی عمومی دانشگاه پیام نور، اصفهان، ایران.

۴. کارشناسی روانشناسی، دانشگاه پیام نور، مرند، ایران.

۵. گروه روانشناسی بالینی، واحد بین المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، کیش، ایران.

* ایمیل نویسنده مسئول:

Zahra.rabiei@gmail.com

شیوه استناددهی: طراوتی، فاطمه، نساجی، محمدرضا، ربیعی، زهرا، صمدزاده، بیتا، و پورمحمدقوچانی، کامران. (۱۴۰۶). اثربخشی مداخله‌های طرحواره‌درمانی هیجانی و شناختی-رفتاری بر سازمان شخصیت بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۵(۲)، ۱-۲۰.

Effectiveness of Emotional Schema Therapy and Cognitive–Behavioral Therapy Interventions on Personality Organization in Patients with Generalized Anxiety Disorder

Submit Date:
2026-05-18

Revise Date:
2026-08-16

Accept Date:
2026-08-26

Initial Publish Date:
2026-09-27

Final Publish Date:
2027-05-22

Abstract

This study aimed to determine the effectiveness of emotional schema therapy and cognitive–behavioral therapy in improving personality organization among patients with generalized anxiety disorder. This quasi-experimental study employed a pretest–posttest design with a control group. The statistical population consisted of patients diagnosed with generalized anxiety disorder who attended three psychological counseling centers in Tehran in 2026. Thirty-six eligible patients were recruited through convenience sampling and randomly assigned to three groups of 12 participants: schema therapy, cognitive–behavioral therapy, and control. Data were collected using the 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) and Kernberg's Inventory of Personality Organization. Participants in the schema therapy group received eight 90-minute sessions, whereas those in the cognitive–behavioral therapy group received twelve 90-minute sessions based on the Dugas model. The control group remained on a waiting list and received no intervention during the study period. Posttest assessments were administered after completion of the interventions. The data were analyzed using analysis of covariance in SPSS version 26. After controlling for pretest scores, a statistically significant group effect was observed for posttest personality organization scores ($F=14.287$, $p=0.007$, $\eta^2=0.57$). Thus, the groups differed significantly in personality organization following the interventions, indicating that the therapeutic interventions produced a substantial change in personality organization among patients with generalized anxiety disorder. Emotional schema therapy and cognitive–behavioral therapy appear to be effective psychological interventions for improving personality organization in patients with generalized anxiety disorder. Addressing maladaptive cognitive and emotional patterns together with underlying personality structures may strengthen therapeutic outcomes and provide a more comprehensive approach to the psychological treatment of generalized anxiety disorder.

Keywords: Emotional Schema Therapy, Cognitive–Behavioral Therapy, Personality Organization, Generalized Anxiety Disorder, Anxiety

HEALTH PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری

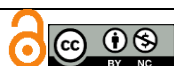


Fatemeh Taravati¹, Mohammad Reza Nasaji^{2*}, Zahra Rabiee³, Bitasamadzadeh⁴, Kamran Pourmohammad Ghouchani⁵

1. Department of Positive Islamic psychology, CT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Department of General Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran.
3. Bachelor's in General Psychology, Payame Noor University, Isfahan, Iran.
4. Bachelor's degree in Psychology, Payame Noor University, Marand, Iran.
5. Department of clinical psychology, Ki.c., Islamic Azad University, Kish, Iran.

*Corresponding Author's Email:
Zahra.rabiei@gmail.com

How to cite: Taravati, F., Nasaji, M.R., Rabiee, Z., Samadzadeh, B., & Pourmohammad Ghouchani, K. (2027). Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Logotherapy Based on Rumi's Thoughts in Improving Resilience and Psychological Well-Being among Kidney Patients Undergoing Dialysis. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 5(2), 1-20.



اختلال اضطراب فراگیر یکی از اختلال‌های مهم و نسبتاً پایدار حوزه اضطراب است که با نگرانی مفرط، فراگیر و دشوار کنترل درباره موضوعات متعدد زندگی شناخته می‌شود و معمولاً با نشانه‌هایی نظیر تنش روانی، بی‌قراری، تحریک‌پذیری، اختلال خواب، دشواری تمرکز و خستگی همراه است. ویژگی اساسی این اختلال آن است که نگرانی تنها به یک موقعیت یا محرک خاص محدود نمی‌شود، بلکه در حوزه‌های مختلف زندگی روزمره گسترش می‌یابد و می‌تواند عملکرد فردی، خانوادگی، شغلی و اجتماعی فرد را به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای مختل کند. شواهد نشان داده‌اند که متغیرهای جمعیت‌شناختی و اجتماعی نیز می‌توانند با شدت تجربه اضطراب و نشانه‌های هیجانی مرتبط باشند و برخی افراد را در برابر آشفتگی‌های اضطرابی آسیب‌پذیرتر سازند (Bhat et al., 2015). از سوی دیگر، اختلال اضطراب فراگیر اغلب با سایر مشکلات روان‌شناختی و ساختاری همراه است و همبندی آن با ویژگی‌ها و اختلال‌های شخصیت می‌تواند پیچیدگی بالینی و دشواری درمان را افزایش دهد. مرور نظام‌مند و فراتحلیل انجام‌شده درباره همبندی اختلال شخصیت مرزی و اختلال اضطراب فراگیر نیز نشان داده است که میان آسیب‌شناسی اضطرابی و اختلال در کارکردهای شخصیت ارتباط قابل‌توجهی وجود دارد (Shah et al., 2023). بنابراین، درک اختلال اضطراب فراگیر تنها بر اساس شدت نشانه‌های آشکار اضطراب کافی نیست و توجه به ساختارهای عمیق‌تر شناختی، هیجانی و شخصیتی بیماران می‌تواند برای تبیین تداوم اختلال و انتخاب درمان مناسب ضروری باشد.

نگرانی آسیب‌شناختی هسته مرکزی اختلال اضطراب فراگیر محسوب می‌شود و پژوهش‌های متعدد تلاش کرده‌اند سازوکارهایی را که موجب شکل‌گیری و تداوم این نگرانی می‌شوند تبیین کنند. نگرانی می‌تواند در قالب پردازش‌های کلامی یا تصویری تجربه شود و شکل پردازش آن بر میزان برانگیختگی و تجربه اضطراب تأثیر بگذارد؛ برای مثال، بررسی اثر نگرانی کلامی و تصویری نشان داده است که شیوه پردازش نگرانی می‌تواند با شدت پاسخ‌های اضطرابی در تعامل باشد (Behar & Borkovec, 2020). همچنین، نگرانی پایدار با مشکلات دیگر مانند افسردگی و برانگیختگی اضطرابی ارتباط دارد و میزان کنترل ارادی یا Effortful Control می‌تواند شدت این ارتباط را تعدیل کند (Ranney et al., 2021). تجربه نگرانی مزمن همچنین ممکن است با احساس ماندگاری و حل‌نشده‌گی مشکلات همراه شود و تجربه کیفی افراد از نگرانی نشان می‌دهد که این فرایند می‌تواند به‌صورت مداوم در زندگی فرد حضور داشته باشد و بر ادراک او از مشکلات جسمانی و روان‌شناختی اثر بگذارد (Heffernan et al., 2021). در این میان، نشخوار فکری و تفکر منفی تکرارشونده نیز به‌عنوان فرایندهایی فراتشخیصی مطرح شده‌اند که با تداوم ناراحتی‌های هیجانی ارتباط دارند؛ اعتبارسنجی ابزارهای مربوط به نشخوار حالت نشان داده است که نشخوار می‌تواند به‌عنوان یک فرایند شناختی قابل‌اندازه‌گیری در فهم نوسانات هیجانی مورد استفاده قرار گیرد (Marchetti et al., 2018). افزون بر این، ارتباط نشخوار فکری با پیامدهای شدیدتر روان‌شناختی نیز در مرورهای پژوهشی گزارش شده است (Morrison & Conner, 2019). این مجموعه یافته‌ها بر اهمیت فرایندهای شناختی تکرارشونده در تداوم اضطراب و آشفتگی روان‌شناختی تأکید می‌کند.

یکی از مهم‌ترین سازه‌های مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر، عدم تحمل بلاتکلیفی است. عدم تحمل بلاتکلیفی به‌گرایش فرد برای تجربه شرایط مبهم، نامطمئن یا پیش‌بینی‌ناپذیر به‌عنوان شرایطی تنش‌زا، تهدیدکننده و غیرقابل‌تحمل اشاره دارد و می‌تواند فرد را به سمت نگرانی افراطی، تلاش برای کسب اطمینان و اجتناب از موقعیت‌های نامعلوم سوق دهد (Jacoby, 2020). در مدل شناختی اختلال اضطراب فراگیر، این سازه نقشی بنیادی دارد، زیرا بیمار می‌کوشد از طریق نگرانی مداوم آینده را پیش‌بینی و کنترل کند، اما همین راهبرد در بلندمدت موجب تداوم اضطراب می‌شود. پژوهش‌های درمانی نیز نشان داده‌اند که کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی می‌تواند یکی از میانجی‌های مهم کاهش نگرانی در برنامه‌های درمان شناختی-رفتاری باشد (Bomyea et al., 2015). آزمایش‌های رفتاری با هدف مواجهه با ناشناخته‌ها و به چالش کشیدن تلاش بیمار برای دستیابی به قطعیت نیز به‌عنوان یکی از راهبردهای درمانی مؤثر در این زمینه پیشنهاد شده‌اند (Hebert & Dugas, 2019). علاوه بر بزرگسالان، مداخله‌های متمرکز بر عدم تحمل بلاتکلیفی در نوجوانان دارای نگرانی افراطی نیز از نظر امکان‌پذیری و ظرفیت درمانی امیدوارکننده ارزیابی شده‌اند (Wahlund et al., 2020). در مطالعات داخلی نیز مداخلات شناختی-رفتاری مبتنی بر

عدم تحمل بلا تکلیفی توانسته‌اند بر برخی پیامدهای روان‌شناختی و جسمانی مرتبط با اضطراب فراگیر، از جمله ویژگی‌های شخصیتی و کیفیت خواب، اثرگذار باشند (Ezzati et al., 2022).

عامل مهم دیگر در تداوم اضطراب، اجتناب شناختی است. اجتناب شناختی به مجموعه راهبردهایی اشاره دارد که فرد از آن‌ها برای دور شدن از افکار، تصاویر، خاطرات یا هیجان‌های ناخوشایند استفاده می‌کند و اگرچه ممکن است در کوتاه‌مدت موجب کاهش ناراحتی شود، در بلندمدت مانع پردازش هیجانی و اصلاح باورهای ناکارآمد می‌شود (Sagui-Henson, 2017). برخی افراد حتی از شکل‌های به‌ظاهر مثبت اجتناب شناختی استفاده می‌کنند و با تمرکز بر تفسیرهای خوش‌بینانه یا دوری از اطلاعات تهدیدکننده، تماس خود را با واقعیت‌های اضطراب‌برانگیز کاهش می‌دهند (Knouse & Mitchell, 2015). یافته‌های عصب‌شناختی نیز نشان داده‌اند که سبک‌های مقابله‌ای مبتنی بر گوش‌به‌زنگی و اجتناب شناختی با تفاوت‌هایی در همبسته‌های ساختاری مغز مرتبط هستند و می‌توانند دو الگوی متفاوت مواجهه با اضطراب را بازنمایی کنند (Günther et al., 2022). در حوزه عملکرد روزمره، نگرانی و اجتناب شناختی با مشکلاتی نظیر بی‌خوابی و کاهش درگیری تحصیلی نیز مرتبط دانسته شده‌اند (Scotta et al., 2022). همچنین، در زمینه اضطراب امتحان نشان داده شده است که اجتناب شناختی در کنار اهمال‌کاری رفتاری و تصمیم‌گیری می‌تواند در پیش‌بینی مؤلفه‌های اضطراب نقش داشته باشد (Hosseinzadeh Firouzabad et al., 2017). از منظر فراشناختی نیز باورهای فرد درباره نگرانی و شیوه ارزیابی افکار خود می‌تواند در پیش‌بینی نگرانی آسیب‌شناختی نقش داشته باشند (Mikaeili et al., 2015).

اگرچه بسیاری از درمان‌های اضطراب بر نشانه‌های آشکار تمرکز دارند، در بیماران دارای الگوهای پایدار و عمیق‌تر، توجه به سازمان شخصیت اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند. سازمان شخصیت به نحوه انسجام هویت، کیفیت آزمونگری واقعیت، شیوه‌های دفاع روان‌شناختی و الگوهای نسبتاً پایدار تجربه خود و دیگران اشاره دارد. در بیماران دارای آسیب‌پذیری شخصیتی، مشکلات اضطرابی ممکن است نه تنها پیامد افکار ناکارآمد موقعیتی، بلکه بازتاب الگوهای عمیق‌تر و دیرپاتر شناختی و هیجانی باشند. طرحواره‌درمانی بر این فرض استوار است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بستر تجارب اولیه شکل می‌گیرند و در ادامه زندگی، ادراک فرد از خود، دیگران و روابط بین‌فردی را سازمان‌دهی می‌کنند. رویکرد حالت‌های طرحواره‌ای نیز امکان فرمول‌بندی بالینی ساختاریافته‌ای را فراهم می‌کند که در آن حالات هیجانی، سبک‌های مقابله‌ای و بخش‌های مختلف تجربه شخصیت به صورت یکپارچه بررسی می‌شوند (Fassbinder et al., 2019). چنین دیدگاهی می‌تواند برای بیمارانی که در کنار اضطراب فراگیر دارای آشفتگی بیشتر در ساختارهای شخصیتی هستند، اهمیت ویژه‌ای داشته باشد.

طرحواره‌درمانی با استفاده از راهبردهای شناختی، تجربی، رفتاری و رابطه‌ای تلاش می‌کند طرحواره‌های ناسازگار، سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و پاسخ‌های هیجانی تثبیت‌شده را اصلاح کند. شواهد موجود نشان می‌دهند که این رویکرد در اختلال‌های شدیدتر اضطرابی نیز قابل استفاده است؛ برای مثال، طرحواره‌درمانی گروهی در بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی شدید با پیامدهای درمانی مطلوب همراه بوده است (Straarup et al., 2022). همچنین، افزودن عناصر طرحواره‌درمانی به مواجهه و جلوگیری از پاسخ در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی از نظر امکان‌پذیری و اثربخشی اولیه نتایج امیدوارکننده‌ای نشان داده است (Thiel et al., 2016). اهمیت پرداختن به ساختارهای شناختی عمیق‌تر در اختلال وسواس نیز در آثار نظری و درمانی کلاسیک مورد تأکید قرار گرفته است (Rachman, 2016). در حوزه اختلال‌های شخصیت نیز گزارش شده است که طرحواره‌درمانی می‌تواند بر متغیرهایی مانند تحمل ناکامی و شرم درونی‌شده در افراد دارای شخصیت مرزی مؤثر باشد (Taj Elyaeifar et al., 2024). این یافته‌ها نشان می‌دهند که طرحواره‌درمانی ظرفیت آن را دارد که علاوه بر کاهش نشانه‌ها، به الگوهای عمیق‌تر هیجانی و شخصیتی نیز بپردازد.

در مطالعات انجام‌شده به‌طور مستقیم بر بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نیز شواهد قابل‌توجهی در حمایت از طرحواره‌درمانی وجود دارد. نشان داده شده است که طرحواره‌درمانی می‌تواند باورهای فراشناختی، آمیختگی فکر-عمل و نشخوار فکری را در این بیماران کاهش دهد (Dehghani Soltani & Rezaeinasab, 2022). همچنین، پژوهش‌های جدیدتر گزارش کرده‌اند که طرحواره‌درمانی می‌تواند

وضعیت‌های نگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی را در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بهبود بخشد (Makhdoui et al., 2024). در مطالعه‌ای دیگر، مقایسه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی هیجانی نشان داد که هر دو رویکرد می‌توانند بر سوگیری توجه، عدم تحمل بلاتکلیفی و اجتناب شناختی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اثرگذار باشند (Vafadar et al., 2021). چنین یافته‌هایی اهمیت سازوکارهای هیجانی و طرحواره‌ای را در تداوم اضطراب فراگیر نشان می‌دهند و از این دیدگاه حمایت می‌کنند که اصلاح لایه‌های عمیق‌تر سازمان شناختی-هیجانی ممکن است برای دستیابی به تغییرات گسترده‌تر درمانی ضروری باشد.

در مقابل، درمان شناختی-رفتاری یکی از شناخته‌شده‌ترین و پرکاربردترین رویکردهای درمانی برای اختلال اضطراب فراگیر است. این رویکرد بر شناسایی و اصلاح باورهای ناکارآمد، بازسازی شناختی، کاهش اجتناب، آموزش حل مسئله و مواجهه هدفمند با موقعیت‌ها و افکار اضطراب‌برانگیز تمرکز دارد. مرور کاربرد درمان شناختی-رفتاری در اضطراب فراگیر نشان داده است که این رویکرد از پشتوانه نظری و بالینی قابل توجهی برخوردار است و می‌تواند نشانه‌های نگرانی و اضطراب را کاهش دهد (Borza, 2017). در مدل داگاس، نقش عدم تحمل بلاتکلیفی، باورهای مثبت درباره نگرانی، جهت‌گیری منفی به مسئله و اجتناب شناختی برجسته است و درمان تلاش می‌کند این فرایندها را به صورت مستقیم اصلاح کند. پژوهش انجام‌شده در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نیز نشان داده است که درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس می‌تواند نگرانی آسیب‌شناختی، شدت نشانه‌ها و عوامل علی مرتبط با اختلال را کاهش دهد (Hosseini et al., 2021). از منظر هزینه‌های درمان نیز شواهدی وجود دارد که درمان مؤثر اختلالات اضطرابی، از جمله اضطراب فراگیر همبود با سایر اختلال‌ها، می‌تواند به کاهش هزینه‌های مرتبط با خدمات سلامت منجر شود (Ikic et al., 2017).

یکی از نقاط قوت درمان‌های شناختی-رفتاری آن است که تغییر در فرایندهای شناختی می‌تواند به بهبود ظرفیت‌های سازگاری گسترده‌تر نیز منجر شود. برای مثال، بازسازی شناختی با فرایندهایی مانند فاصله‌گیری از افکار یا Decentering مرتبط دانسته شده و می‌تواند به کاهش واکنش‌پذیری فرد نسبت به محتوای ذهنی کمک کند (Hayes-Skelton & Lee, 2020). پژوهش‌های داخلی نیز از کاربرد درمان شناختی-رفتاری در حوزه‌های مختلف حمایت کرده‌اند. مقایسه درمان شناختی-رفتاری با درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک نشان داده است که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند در بهبود مهارت‌های اجتماعی و تنظیم هیجان مؤثر باشد (Amani et al., 2024). همچنین، درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است به افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، تاب‌آوری و تحمل پریشانی در نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس کمک کند (Baniasadi et al., 2025). در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نیز اثر درمان شناختی-رفتاری بر انعطاف‌پذیری شناختی مورد توجه قرار گرفته است (Rezaei & Pourmohammad Ghouhani, 2025). افزون بر این، مقایسه درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی نشان داده است که این مداخلات می‌توانند بر افکار ارجاعی، انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی اثرگذار باشند (Yaghoubi et al., 2026). این شواهد نشان می‌دهند که پیامدهای درمان شناختی-رفتاری می‌توانند فراتر از کاهش نشانه‌های اختصاصی بوده و برخی ظرفیت‌های اساسی تنظیم هیجان و سازگاری شناختی را نیز دربرگیرند.

اهمیت هدف قرار دادن فرایندهای هیجانی و شناختی در مداخلات روان‌شناختی محدود به اختلال اضطراب فراگیر نیست. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر فعال‌سازی رفتاری می‌توانند باورهای فراشناختی و نگرانی‌های مرتبط با تصویر بدنی را در افراد افسرده تحت تأثیر قرار دهند (Pourmohammad Ghouhani, Madhi, et al., 2019) و درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند در کاهش تنهایی و نشخوار فکری مؤثر باشد (Pourmohammad Ghouhani & Arab, 2019). همچنین، روان‌درمانی مثبت‌نگر در بیماران قلبی با بهبود ناگویی هیجانی و تفکر منفی تکرارشونده همراه بوده است (Pourmohammad Ghouhani et al., 2023). از سوی دیگر، درمان هیجان‌مدار زوجی در زنان دارای اضطراب ناشی از خشونت خانگی با بهبود رضایت زناشویی و کاهش گرایش به روابط فرازناشویی همراه بوده

است (Pourmohammad Ghouchani, Zare, et al., 2019). مجموع این مطالعات نشان می‌دهد که مداخلات روان‌شناختی زمانی می‌توانند تغییرات پایدارتری ایجاد کنند که علاوه بر نشانه‌های سطحی، فرایندهای شناختی و هیجانی زیربنایی را نیز هدف قرار دهند. با وجود شواهد موجود، بخش عمده پژوهش‌های مربوط به اختلال اضطراب فراگیر بر کاهش شدت نشانه‌ها، نگرانی، عدم تحمل بلا تکلیفی، اجتناب شناختی یا متغیرهای مرتبط با تنظیم هیجان تمرکز کرده‌اند و بررسی مستقیم تغییرات مربوط به سازمان شخصیت کمتر مورد توجه قرار گرفته است. این خلأ اهمیت دارد، زیرا در برخی بیماران، نگرانی و اضطراب مزمن ممکن است در بستری از الگوهای پایدار هویتی، دفاعی و بین‌فردی شکل گرفته باشد و مداخله‌ای که صرفاً بر نشانه‌های آشکار تمرکز کند، لزوماً تمامی ابعاد آسیب‌پذیری فرد را هدف قرار نمی‌دهد. در عین حال، وجود شواهد مربوط به اثربخشی رویکردهای شناختی-رفتاری و طرحواره‌محور نشان می‌دهد که مقایسه این دو مداخله از نظر تأثیر بر ساختارهای شخصیتی می‌تواند به روشن‌تر شدن دامنه اثر هر رویکرد کمک کند. درمان شناختی-رفتاری عمدتاً بر فرایندهای شناختی جاری، ارزیابی تهدید، نگرانی، اجتناب و عدم تحمل بلا تکلیفی متمرکز است، در حالی که طرحواره‌درمانی با تأکید بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، نیازهای هیجانی، سبک‌های مقابله‌ای و الگوهای دیرپای شخصیت می‌تواند سطوح عمیق‌تری از تجربه روان‌شناختی را هدف قرار دهد. بر این اساس، بررسی همزمان این دو درمان می‌تواند هم از نظر نظری و هم از نظر کاربرد بالینی در انتخاب مداخله مناسب برای بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ارزشمند باشد.

بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی مداخله طرحواره‌درمانی هیجانی و درمان شناختی-رفتاری بر سازمان شخصیت بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر روش، نیمه‌آزمایشی و مبتنی بر طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به سه مرکز مشاوره روان‌شناختی وابسته به سازمان نظام روان‌شناسی در شهر تهران در سال ۱۴۰۵ تشکیل دادند. از میان بیماران مراجعه‌کننده، ۳۶ نفر که واجد ملاک‌های ورود به پژوهش بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس با استفاده از گمارش تصادفی در سه گروه ۱۲ نفری شامل گروه آزمایش طرحواره‌درمانی، گروه آزمایش درمان شناختی-رفتاری و گروه کنترل قرار گرفتند. به این ترتیب، پس از تشکیل نمونه اولیه، افراد به‌طور تصادفی به سه گروه تقسیم شدند و دو گروه به‌عنوان گروه‌های مداخله و یک گروه به‌عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص اختلال اضطراب فراگیر، کسب نمره بالاتر از نقطه برش تعیین‌شده در مقیاس اختلال اضطراب فراگیر، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و حضور در جلسات مداخله، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، نداشتن سابقه بیماری جسمی بر اساس اطلاعات پرونده روان‌پزشکی و عدم دریافت همزمان سایر درمان‌ها یا مداخلات روان‌شناختی بر اساس پرونده روان‌شناختی بود. ملاک‌های خروج نیز شامل اعلام انصراف از ادامه همکاری، غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمانی و عدم انجام تکالیف درمانی تعیین‌شده بود. پس از اخذ مجوزهای لازم و انجام فرایند نمونه‌گیری، شرکت‌کنندگان درباره اهداف پژوهش، ماهیت و فرایند مداخلات، سودمندی‌های احتمالی و محدودیت‌های درمانی آگاه شدند و رضایت آنان برای شرکت در پژوهش اخذ شد. سپس هر سه گروه در مرحله پیش‌آزمون با ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش مطابق پروتکل‌های تعیین‌شده مداخلات خود را دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل در فهرست انتظار باقی ماند. پس از اتمام جلسات درمانی، ابزارهای پژوهش مجدداً در مرحله پس‌آزمون برای هر سه گروه اجرا شدند.

مقیاس هفت‌سوالی اختلال اضطراب فراگیر یا GAD-7 توسط اسپیتزر، کروئنک، ویلیامز و لوو در سال ۲۰۰۶ طراحی شد و برای سنجش شدت نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر در دو هفته گذشته مورد استفاده قرار می‌گیرد. این ابزار شامل ۷ گویه اصلی است که پاسخ‌دهنده میزان تجربه هر نشانه را بر روی یک طیف چهاردرجه‌ای از «هیچ‌وقت» تا «تقریباً هر روز» مشخص می‌کند. گزینه‌ها به‌ترتیب از ۰ تا ۳

نمره‌گذاری می‌شوند و بنابراین دامنه نمره کل مقیاس از ۰ تا ۲۱ است؛ نمرات بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر نشانه‌های اضطراب فراگیر هستند. در انتهای مقیاس، یک سؤال تکمیلی نیز ارائه می‌شود که میزان اختلال ناشی از مشکلات مطرح‌شده در عملکرد شغلی، فعالیت‌های مربوط به خانه یا روابط بین‌فردی را ارزیابی می‌کند و پاسخ‌های آن شامل «به هیچ وجه»، «تا حدی»، «زیاد» و «خیلی زیاد» است. نقاط برش ۵، ۱۰ و ۱۵ به ترتیب برای سطوح خفیف، متوسط و شدید نشانه‌های اضطرابی در نظر گرفته شده‌اند. در مطالعه اولیه اسپیتزر و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰٫۹۲ و ضریب پایایی بازآزمایی آن ۰٫۸۳ گزارش شد و شواهد مناسبی نیز در زمینه اعتبار تشخیصی آن به دست آمد. در مطالعه نائینیان و همکاران بر روی نمونه دانشجویی و بالینی ایرانی، ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰٫۸۵ گزارش شد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب نسخه فارسی مقیاس بود. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ مقیاس GAD-7 برابر با ۰٫۷۶ به دست آمد که بیانگر همسانی درونی قابل قبول ابزار در نمونه مورد مطالعه بود.

پرسشنامه سازمان شخصیت کرنبرگ یا IPO به منظور ارزیابی مؤلفه‌های ساختاری سازمان شخصیت طراحی و اعتباریابی شده است. این پرسشنامه در نسخه مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل ۳۷ گویه بسته‌پاسخ است که بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود و سه مؤلفه اصلی سازمان شخصیت شامل آزمونگری واقعیت، دفاع‌های روان‌شناختی نخستین و سردرگمی یا انتشار هویت را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمرات حاصل از این ابزار امکان ارزیابی میزان انسجام ساختار شخصیت و کیفیت کارکردهای بنیادین شخصیت را فراهم می‌سازد. در مطالعه لنزنوگر و همکاران، ضرایب همسانی درونی برای مؤلفه‌های سردرگمی هویت، آزمونگری واقعیت و دفاع‌های نخستین به ترتیب ۰٫۸۸، ۰٫۸۸ و ۰٫۸۱ گزارش شد. همچنین ضرایب پایایی بازآزمایی مؤلفه‌های این ابزار به ترتیب ۰٫۸۳، ۰٫۸۰ و ۰٫۸۱ به دست آمد. در بررسی انجام‌شده در ایران توسط آل‌بهبهانی و محمدی، ضرایب همسانی درونی برای سه خرده‌مقیاس این پرسشنامه به ترتیب ۰٫۹۰، ۰٫۸۲ و ۰٫۶۸ گزارش شد و همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با نمره کل نیز در سطح رضایت‌بخشی قرار داشت. این شواهد نشان می‌دهد که پرسشنامه سازمان شخصیت از ویژگی‌های روان‌سنجی قابل قبولی برای سنجش مؤلفه‌های بنیادین سازمان شخصیت برخوردار است.

مداخله طرحواره‌درمانی در پژوهش حاضر بر اساس پروتکل یانگ و با اقتباس از چارچوب ارائه‌شده توسط یانگ، کلاسکو و ویشار اجرا شد و شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود. در جلسه نخست، تمرکز بر برقراری رابطه درمانی، معرفی اعضا، بیان قواعد گروه، توضیح اهداف و ساختار دوره، اخذ تعهد درمانی و شناسایی مشکلات فعلی شرکت‌کنندگان قرار داشت و از آنان خواسته شد مشکلات جاری و اهداف خود را در ارتباط با درمان مشخص کنند. در جلسه دوم، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، انواع و ویژگی‌های آن‌ها و همچنین سبک‌های مقابله‌ای آموزش داده شد و ارتباط میان مشکلات فعلی زندگی، طرحواره‌ها و شیوه‌های مقابله‌ای بررسی شد. جلسه سوم به راهبردهای شناختی اختصاص یافت و در آن منطق تکنیک‌های شناختی، آزمون اعتبار طرحواره، رویارویی همدلانه و بررسی شواهد تأییدکننده و ردکننده طرحواره‌ها آموزش داده شد. در جلسه چهارم، مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای ارزیابی شد، گفت‌وگو میان جنبه طرحواره‌ای و جنبه سالم شخصیت تمرین گردید و از تکنیک‌هایی مانند مدافع شیطان و صندلی خالی برای تقویت بخش سالم استفاده شد. جلسه پنجم بر راهبردهای تجربی متمرکز بود و تصویرسازی ذهنی، پیوند دادن تصاویر و تجارب گذشته با موقعیت‌های کنونی و انجام گفت‌وگوی خیالی مورد استفاده قرار گرفت. در جلسه ششم، الگوشکنی رفتاری مطرح شد و شرکت‌کنندگان رفتارهای مشکل‌آفرین مرتبط با طرحواره‌ها را شناسایی، اولویت‌بندی و برای آن‌ها پاسخ‌های سالم جایگزین تعریف کردند. در جلسه هفتم، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی و ایفای نقش، افزایش انگیزه برای تغییر، شناسایی موانع تغییر و ایجاد تغییرات عملی در زندگی دنبال شد. در نهایت، جلسه هشتم به مرور محتوای جلسات، بررسی تکالیف، رفع اشکال، جمع‌بندی مطالب، نتیجه‌گیری نهایی و اجرای پس‌آزمون اختصاص یافت. در تمام جلسات، تکالیف بین‌جلسه‌ای متناسب با اهداف هر جلسه برای افزایش تعمیم آموخته‌ها به موقعیت‌های واقعی زندگی در نظر گرفته شد.

مداخله شناختی-رفتاری مبتنی بر مدل داگاس در پژوهش حاضر طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد و هدف آن کاهش نگرانی مزمن، اصلاح باورهای ناکارآمد مرتبط با نگرانی، افزایش تحمل بلا تکلیفی و بهبود راهبردهای مقابله‌ای بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. در

جلسات اول و دوم، شرکت‌کنندگان با ساختار جلسات، اصول پایه درمان شناختی-رفتاری، ماهیت نگرانی، تفاوت میان نگرانی درباره مشکلات جاری و نگرانی درباره مسائل فرضی آینده و شیوه پایش نگرانی‌ها آشنا شدند. در جلسات سوم و چهارم، نقش تحمل‌نکردن ابهام و بلا تکلیفی در تداوم نگرانی مورد بررسی قرار گرفت و بیماران آموزش دیدند موقعیت‌های مبهم را شناسایی کرده و به تدریج با آن‌ها مواجه شوند؛ همچنین آگاهی از نگرانی، شناسایی نوع نگرانی و تمایز میان استفاده از حل مسئله برای مشکلات جاری و رویارویی یا تصویرسازی تجسمی برای نگرانی‌های فرضی آموزش داده شد. جلسات پنجم و ششم به تعمیق درک رابطه میان عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی، شناسایی علائم و موقعیت‌های برانگیزاننده بلا تکلیفی و تجربه هدفمند این شرایط اختصاص یافت و از گفت‌وگوهای سقراطی برای نشان دادن ناممکن بودن دستیابی به اطمینان کامل استفاده شد. در جلسات هفتم و هشتم، باورهای مثبت درباره مفید بودن نگرانی شناسایی و با استفاده از گفت‌وگوی سقراطی، آزمایش‌های رفتاری و تجربه‌گرایی مشارکتی ارزیابی مجدد شدند. جلسات نهم و دهم بر آموزش فرایند حل مسئله برای مقابله با نگرانی‌های مربوط به مشکلات واقعی و جاری تمرکز داشتند و به بیماران آموزش داده شد مشکلات را به‌جای تهدید، به‌عنوان موقعیت‌هایی قابل مدیریت در نظر بگیرند و از پاسخ‌هایی مانند اجتناب، اهمال‌کاری و حل مسئله تکنانشی فاصله بگیرند. در جلسات یازدهم و دوازدهم، توجه اصلی به نگرانی درباره مشکلات فرضی آینده معطوف شد و از رویارویی تجسمی برای مواجهه با سناریوهای مبهم و غیرقطعی استفاده گردید؛ به‌گونه‌ای که بیمار می‌آموخت بدترین سناریوی احتمالی را به‌صورت هدفمند تصور و تحمل کند و به‌جای تلاش برای حذف کامل عدم قطعیت، شیوه سازگارانه‌تری برای مواجهه با آن توسعه دهد.

داده‌های حاصل از پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند. در سطح توصیفی، برای توصیف ویژگی‌های نمونه و متغیرهای پژوهش از شاخص‌هایی مانند فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. پیش از انجام تحلیل‌های استنباطی، پیش‌فرض‌های لازم برای استفاده از آزمون‌های پارامتریک بررسی گردید؛ به این منظور، نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین ارزیابی شد. نتایج بررسی پیش‌فرض‌ها نشان داد که شرایط لازم برای انجام تحلیل پارامتریک برقرار بود. در سطح استنباطی، برای بررسی اثر مداخلات طرحواره‌درمانی و شناختی-رفتاری بر سازمان شخصیت و مقایسه نمرات پس‌آزمون گروه‌های پژوهش پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. در تمامی تحلیل‌ها، سطح معناداری ۰,۰۵ در نظر گرفته شد و علاوه بر آماره F و سطح معناداری، اندازه اثر نیز برای تفسیر شدت تأثیر مداخلات گزارش شد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان پژوهش شامل ۳۶ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بودند که به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۲ نفری طرحواره‌درمانی، درمان شناختی-رفتاری و کنترل قرار گرفتند. از مجموع شرکت‌کنندگان، ۲۲ نفر معادل ۶۱,۱۱ درصد زن و ۱۴ نفر معادل ۳۸,۸۹ درصد مرد بودند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان بین ۲۴ تا ۴۶ سال و میانگین سنی کل نمونه ۳۴,۶۱ سال با انحراف معیار ۶,۰۸ بود. میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه طرحواره‌درمانی ۳۴,۲۵ سال با انحراف معیار ۵,۹۱، در گروه درمان شناختی-رفتاری ۳۵,۰۸ سال با انحراف معیار ۶,۳۲ و در گروه کنترل ۳۴,۵۰ سال با انحراف معیار ۶,۱۹ بود. از نظر وضعیت تأهل، ۲۳ نفر معادل ۶۳,۸۹ درصد متأهل و ۱۳ نفر معادل ۳۶,۱۱ درصد مجرد بودند. همچنین، از نظر سطح تحصیلات، ۸ نفر معادل ۲۲,۲۲ درصد دارای دیپلم یا کمتر، ۹ نفر معادل ۲۵,۰۰ درصد دارای مدرک کاردانی، ۱۳ نفر معادل ۳۶,۱۱ درصد دارای مدرک کارشناسی و ۶ نفر معادل ۱۶,۶۷ درصد دارای تحصیلات کارشناسی ارشد یا بالاتر بودند. بررسی توزیع ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در سه گروه نشان داد که گروه‌ها از نظر سن، جنسیت، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات تفاوت معناداری نداشتند و از این نظر قابل مقایسه بودند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات سازمان شخصیت در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه

متغیر	مرحله	طرح‌واره‌درمانی میانگین	انحراف معیار	شناختی-رفتاری میانگین	انحراف معیار	کنترل میانگین	انحراف معیار
سازمان شخصیت پیش‌آزمون	۸۶,۲۵	۸,۴۱	۸۵,۵۸	۸,۷۶	۸۵,۹۲	۸,۳۵	
سازمان شخصیت پس‌آزمون	۵۴,۷۵	۷,۳۶	۶۲,۰۸	۷,۹۱	۸۳,۶۷	۸,۲۴	

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات سازمان شخصیت در مرحله پیش‌آزمون در سه گروه نزدیک به یکدیگر بود؛ به‌طوری‌که میانگین نمره سازمان شخصیت در گروه طرحواره‌درمانی ۸۶,۲۵، در گروه درمان شناختی-رفتاری ۸۵,۵۸ و در گروه کنترل ۸۵,۹۲ بود. پس از اجرای مداخلات، میانگین نمره سازمان شخصیت در گروه طرحواره‌درمانی به ۵۴,۷۵ و در گروه درمان شناختی-رفتاری به ۶۲,۰۸ کاهش یافت، در حالی که میانگین گروه کنترل تنها به ۸۳,۶۷ رسید. با توجه به جهت نمره‌گذاری پرسشنامه سازمان شخصیت، کاهش نمرات بیانگر کاهش آشفتگی در سازمان شخصیت و بهبود عملکرد ساختاری شخصیت است. بنابراین، الگوی توصیفی داده‌ها نشان می‌دهد که هر دو مداخله با بهبود سازمان شخصیت همراه بوده‌اند، با این حال میزان تغییر در گروه طرحواره‌درمانی بیشتر از گروه درمان شناختی-رفتاری مشاهده شد، در حالی که در گروه کنترل تغییر قابل‌توجهی از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون دیده نشد.

پیش از انجام تحلیل کوواریانس، مفروضه‌های آماری مربوط به این تحلیل بررسی شدند. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که توزیع نمرات سازمان شخصیت در گروه طرحواره‌درمانی، درمان شناختی-رفتاری و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون از توزیع نرمال انحراف معناداری نداشت و مقادیر معناداری در تمامی موارد بزرگ‌تر از ۰,۰۵ بود. همچنین، آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس نمرات پس‌آزمون سازمان شخصیت معنادار نبود، $F=0,73$ ، $p=0,49$ و در نتیجه فرض برابری واریانس‌ها برقرار بود. بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون نیز نشان داد که اثر تعاملی گروه و نمرات پیش‌آزمون سازمان شخصیت معنادار نیست، $F=1,12$ ، $p=0,34$ ، بنابراین فرض همگنی شیب‌های رگرسیون نیز تأیید شد. علاوه بر این، بررسی نمودار پراکنش و مقادیر باقی‌مانده استاندارد شده نشان‌دهنده وجود رابطه خطی مناسب میان پیش‌آزمون و پس‌آزمون و عدم وجود داده‌های پرت تأثیرگذار بود. بر این اساس، مفروضه‌های لازم برای استفاده از تحلیل کوواریانس برقرار بود و استفاده از این آزمون برای بررسی تفاوت گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون مناسب تشخیص داده شد.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون سازمان شخصیت با کنترل پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	اندازه اثر جزئی η^2	توان آزمون
پیش‌آزمون	۸۹۶,۴۲	۱	۸۹۶,۴۲	۱۸,۷۵	$p<0,001$	۰,۳۷	۰,۹۹
گروه	۵۲۴۸,۶۳	۲	۲۶۲۴,۳۲	۵۴,۸۹	$p<0,001$	۰,۷۷	۱,۰۰
خطا	۱۵۲۹,۹۱	۳۲	۴۷,۸۱	—	—	—	—
کل اصلاح شده	۷۶۷۴,۹۶	۳۵	—	—	—	—	—

نتایج تحلیل کوواریانس ارائه‌شده در جدول ۲ نشان داد که پس از کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون سازمان شخصیت از نظر آماری معنادار بود، $F=54,89$ ، $p<0,001$ ، $\eta^2=0,77$. اندازه اثر به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که حدود ۷۷ درصد از واریانس تعدیل‌شده نمرات سازمان شخصیت در مرحله پس‌آزمون با عضویت در گروه‌های پژوهش مرتبط بوده است که بیانگر اندازه اثر بزرگ مداخلات است. توان آماری آزمون نیز برابر با ۱,۰۰ بود که نشان‌دهنده توان کافی برای شناسایی تفاوت‌های موجود میان گروه‌ها است. همچنین، اثر نمرات پیش‌آزمون سازمان شخصیت بر نمرات پس‌آزمون معنادار بود، $F=18,75$ ، $p<0,001$ ، $\eta^2=0,37$. در مجموع، این یافته‌ها نشان می‌دهد که حتی پس از تعدیل تفاوت‌های اولیه شرکت‌کنندگان در سازمان شخصیت، تفاوت معناداری میان سه گروه در مرحله پس‌آزمون وجود داشت. برای مشخص کردن محل دقیق این تفاوت‌ها، مقایسه‌های زوجی تعدیل‌شده با اصلاح بونفرونی انجام شد.

جدول ۳. نتایج مقایسه‌های زوجی تعدیل‌شده پس‌آزمون سازمان شخصیت با اصلاح بونفرونی

مقایسه گروه‌ها	تفاوت میانگین تعدیل‌شده	خطای استاندارد	p	فاصله اطمینان ۹۵ درصد پایین	فاصله اطمینان ۹۵ درصد بالا
طرحواره‌درمانی - شناختی-رفتاری	۷,۰۲-	۲,۸۴	۰,۰۴۲	۱۳,۹۶-	۰,۰۸-
طرحواره‌درمانی - کنترل	۲۸,۶۱-	۲,۸۶	۰,۰۰۰<	۳۵,۶۰-	۲۱,۶۲-
۱					
شناختی-رفتاری - کنترل	۲۱,۵۹-	۲,۸۳	۰,۰۰۰<	۲۸,۵۰-	۱۴,۶۸-
۱					

نتایج مقایسه‌های زوجی با اصلاح بونفرونی در جدول ۳ نشان داد که میانگین تعدیل‌شده نمرات سازمان شخصیت در گروه طرحواره‌درمانی به‌طور معناداری پایین‌تر از گروه کنترل بود و تفاوت میانگین تعدیل‌شده بین این دو گروه برابر با ۲۸,۶۱ نمره به نفع طرحواره‌درمانی به دست آمد، $p < 0,001$. همچنین، میانگین تعدیل‌شده گروه درمان شناختی-رفتاری به‌طور معناداری پایین‌تر از گروه کنترل بود و تفاوت میانگین بین دو گروه برابر با ۲۱,۵۹ نمره بود، $p < 0,001$. مقایسه مستقیم دو گروه مداخله نیز نشان داد که نمره سازمان شخصیت در گروه طرحواره‌درمانی به‌طور معناداری پایین‌تر از گروه درمان شناختی-رفتاری بود و تفاوت تعدیل‌شده دو گروه برابر با ۷,۰۲ نمره به دست آمد، $p = 0,042$. با توجه به اینکه نمرات پایین‌تر در این مقیاس نشان‌دهنده کاهش آشفتگی و بهبود بیشتر سازمان شخصیت است، می‌توان نتیجه گرفت که هر دو مداخله طرحواره‌درمانی و شناختی-رفتاری در مقایسه با عدم دریافت مداخله موجب بهبود معنادار سازمان شخصیت بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شدند؛ با این حال، میزان اثربخشی طرحواره‌درمانی در این متغیر به‌طور معناداری بیشتر از درمان شناختی-رفتاری بود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی و درمان شناختی-رفتاری بر سازمان شخصیت بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. یافته‌های تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری میان سه گروه طرحواره‌درمانی، درمان شناختی-رفتاری و کنترل در نمرات پس‌آزمون سازمان شخصیت وجود داشت. اندازه اثر به‌دست‌آمده نیز بزرگ بود و نشان داد که بخش قابل‌توجهی از تغییرات سازمان شخصیت را می‌توان به نوع مداخله درمانی نسبت داد. نتایج مقایسه‌های زوجی نیز نشان داد که هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل موجب بهبود معنادار سازمان شخصیت شدند؛ با این حال، میزان بهبود در گروه طرحواره‌درمانی هیجانی به‌طور معناداری بیشتر از گروه درمان شناختی-رفتاری بود. بنابراین، یافته اصلی پژوهش حاضر از اثربخشی هر دو رویکرد حمایت می‌کند، اما در عین حال نشان می‌دهد که مداخله‌ای که به‌طور مستقیم‌تر ساختارهای عمیق شناختی، هیجانی و شخصیتی را هدف قرار می‌دهد، ممکن است در بهبود سازمان شخصیت بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مزیت بیشتری داشته باشد.

یافته مربوط به اثربخشی طرحواره‌درمانی بر سازمان شخصیت با مجموعه‌ای از مطالعات پیشین درباره پیامدهای طرحواره‌درمانی در اختلالات اضطرابی و مشکلات مرتبط با ساختار شخصیت همسو است. Straarup و همکاران در بررسی طرحواره‌درمانی گروهی در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی شدید، اثربخشی این رویکرد را در کاهش مشکلات بالینی گزارش کردند (Straarup et al., 2022). همچنین، در پژوهش Taj Elyaeifar و همکاران، طرحواره‌درمانی موجب بهبود تحمل ناکامی و کاهش شرم درونی شده در افراد دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی شد (Taj Elyaeifar et al., 2024). این یافته از آن جهت با نتایج پژوهش حاضر ارتباط دارد که متغیرهایی مانند شرم، تحمل ناکامی و پاسخ‌های هیجانی ناسازگار معمولاً در لایه‌های عمیق‌تر سازمان شخصیت قرار دارند و تغییر آن‌ها مستلزم فراتر رفتن از اصلاح افکار سطحی و موقعیتی است. افزون بر این، Fassbinder و همکاران بر نقش مدل حالت‌های طرحواره‌ای در فرمول‌بندی مشکلات شخصیتی تأکید کرده‌اند و نشان داده‌اند که این چارچوب می‌تواند الگوهای پایدار هیجانی، شناختی و رفتاری و نحوه تعامل بخش‌های مختلف شخصیت را به‌صورت

یکپارچه مورد توجه قرار دهد (Fassbinder et al., 2019). از این منظر، اثر بیشتر طرحواره‌درمانی در پژوهش حاضر را می‌توان ناشی از تناسب مستقیم‌تر منطق درمان با ماهیت متغیر سازمان شخصیت دانست.

در تبیین اثربخشی طرحواره‌درمانی می‌توان گفت که این رویکرد صرفاً بر کاهش نشانه‌های اضطرابی متمرکز نمی‌شود، بلکه تلاش می‌کند طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد، پاسخ‌های هیجانی تثبیت‌شده و الگوهای رابطه‌ای دیرپای فرد را شناسایی و اصلاح کند. سازمان شخصیت متأثر از کیفیت انسجام هویت، شیوه‌های دفاع روان‌شناختی و نحوه ادراک خود و دیگران است و طرحواره‌های ناسازگار می‌توانند در تمامی این سطوح نقش داشته باشند. هنگامی که بیمار مبتلا به اضطراب فراگیر موقعیت‌های مبهم را از طریق طرحواره‌های تهدید، آسیب‌پذیری، بی‌اعتمادی یا شکست تفسیر می‌کند، پاسخ او تنها یک نگرانی ساده و موقعیتی نیست؛ بلکه ممکن است بخشی از یک سازمان گسترده‌تر شناختی و هیجانی باشد. طرحواره‌درمانی با استفاده از رویارویی همدلانه، بازسازی شناختی، تصویرسازی، گفت‌وگوی صندلی، الگوشکنی رفتاری و تقویت بخش سالم شخصیت می‌تواند به بیمار کمک کند این الگوهای دیرپا را بازشناسی و بازسازی کند. نتایج پژوهش Dehghani Soltani و Rezaeinasab نیز نشان داد که طرحواره‌درمانی می‌تواند باورهای فراشناختی، آمیختگی فکر-عمل و نشخوار فکری را در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر کاهش دهد (Dehghani Soltani & Rezaeinasab, 2022). همچنین Makhdoumi و همکاران اثربخشی طرحواره‌درمانی را در کاهش نگرانی و عدم تحمل بلا تکلیفی در افراد مبتلا به این اختلال گزارش کردند (Makhdoumi et al., 2024). این نتایج نشان می‌دهد که طرحواره‌درمانی قادر است هم فرایندهای سطحی‌تر نگرانی و هم سازوکارهای شناختی عمیق‌تر مرتبط با آن را مورد تأثیر قرار دهد.

یافته‌های Vafadar و همکاران نیز با نتایج پژوهش حاضر همخوان است؛ آنان نشان دادند که طرحواره‌درمانی هیجانی می‌تواند سوگیری توجه، عدم تحمل بلا تکلیفی و اجتناب شناختی را در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بهبود بخشد (Vafadar et al., 2021). عدم تحمل بلا تکلیفی یکی از هسته‌های شناختی اصلی اختلال اضطراب فراگیر است و زمانی که فرد ابهام را غیرقابل تحمل تلقی می‌کند، ممکن است به نگرانی مداوم، پیش‌بینی تهدید و رفتارهای اجتنابی متوسل شود. Jacoby نیز عدم تحمل بلا تکلیفی را یکی از سازه‌های مهم مرتبط با نگرانی و اضطراب معرفی کرده است (Jacoby, 2020). همچنین، Hebert و Dugas بر نقش آزمایش‌های رفتاری و مواجهه با ناشناخته‌ها در کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی تأکید کرده‌اند (Hebert & Dugas, 2019). بنابراین، بخشی از بهبود سازمان شخصیت در گروه طرحواره‌درمانی ممکن است از طریق افزایش توان بیمار در مواجهه با ابهام، کاهش نیاز افراطی به کنترل و قطعیت و جایگزینی پاسخ‌های سازگارانه‌تر به جای الگوهای دفاعی و اجتنابی شکل گرفته باشد.

نتیجه دیگر پژوهش حاضر، اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر سازمان شخصیت بود. این یافته با شواهد گسترده‌ای که بر اثربخشی CBT در اختلال اضطراب فراگیر تأکید دارند همسو است. Borza درمان شناختی-رفتاری را یکی از رویکردهای اصلی و مبتنی بر شواهد برای درمان اضطراب فراگیر معرفی کرده و بر نقش بازسازی شناختی، مواجهه، کاهش اجتناب و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای تأکید کرده است (Borza, 2017). در مطالعه Hosseini و همکاران نیز درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس موجب کاهش نگرانی آسیب‌شناختی، شدت نشانه‌ها و عوامل علی اختلال اضطراب فراگیر شد (Hosseini et al., 2021). همچنین Bomyea و همکاران نشان دادند که کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی می‌تواند سازوکاری میانجی در کاهش نگرانی طی درمان شناختی-رفتاری باشد (Bomyea et al., 2015). بر این اساس، اگرچه CBT به‌طور مستقیم برای بازسازی سازمان شخصیت طراحی نشده است، تغییر در باورهای ناکارآمد، کاهش ارزیابی تهدید، اصلاح اجتناب شناختی و افزایش مهارت حل مسئله می‌تواند به‌صورت غیرمستقیم موجب انسجام بیشتر عملکرد روان‌شناختی و کاهش آشفتگی ساختاری شخصیت شود.

در مدل شناختی-رفتاری داگاس، بیمار می‌آموزد میان نگرانی‌های مربوط به مشکلات واقعی و نگرانی‌های فرضی تمایز قائل شود، باورهای مثبت درباره مفید بودن نگرانی را مورد ارزیابی مجدد قرار دهد، عدم تحمل بلا تکلیفی را کاهش دهد و به‌جای اجتناب یا نگرانی مفرط از حل

مسئله و مواجهه استفاده کند. چنین تغییراتی می‌تواند به افزایش احساس کنترل، کاهش وابستگی به دفاع‌های ناکارآمد و شکل‌گیری ارزیابی واقع‌بینانه‌تر از موقعیت‌ها منجر شود. یافته‌های Hayes-Skelton و Lee درباره نقش فرایند فاصله‌گیری از افکار و بازسازی شناختی نیز نشان می‌دهد که مداخلات شناختی می‌توانند نحوه رابطه فرد با افکار اضطرابی را تغییر دهند (Hayes-Skelton & Lee, 2020). همچنین Ranney و همکاران نشان داده‌اند که رابطه نگرانی با علائم افسردگی و برانگیختگی اضطرابی تحت تأثیر ظرفیت کنترل ارادی قرار می‌گیرد (Ranney et al., 2021). بنابراین، افزایش توانایی بیمار در تنظیم توجه و پاسخ به افکار اضطرابی می‌تواند یکی از مسیرهای احتمالی اثر CBT بر کارکردهای سازمانی شخصیت باشد.

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در پژوهش حاضر با نتایج مطالعات داخلی در گروه‌های بالینی مختلف نیز همخوانی دارد. Amani و همکاران نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند تنظیم هیجان و مهارت‌های اجتماعی را بهبود بخشد (Amani et al., 2024). همچنین Baniasadi و همکاران تأثیر CBT را بر انعطاف‌پذیری شناختی، تاب‌آوری و تحمل پریشانی در نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس گزارش کردند (Rezaei, Baniasadi et al., 2025). Pourmohammad Ghouchani و همکاران نیز اثربخشی درمان شناختی-رفتاری را بر انعطاف‌پذیری شناختی نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مورد تأیید قرار دادند (Rezaei & Pourmohammad Ghouchani, 2025). در مطالعه Yaghoubi و همکاران نیز درمان شناختی-رفتاری بر افکار ارجاعی، انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی تأثیرگذار بود (Yaghoubi et al., 2026). این یافته‌ها نشان می‌دهند که اثر CBT لزوماً به کاهش نشانه خاص محدود نیست و می‌تواند بر ظرفیت‌های بنیادی‌تر روان‌شناختی که با سازگاری و کارکرد شخصیت ارتباط دارند نیز تأثیر بگذارد.

با این حال، برتری طرحواره‌درمانی نسبت به درمان شناختی-رفتاری در پژوهش حاضر قابل توجه است. یکی از تبیین‌های احتمالی این یافته آن است که سازمان شخصیت یک سازه نسبتاً عمیق و ساختاری است و در نتیجه درمانی که مستقیماً به طرحواره‌های اولیه، تجربه‌های شکل‌دهنده شخصیت، نیازهای هیجانی برآورده‌نشده، سبک‌های مقابله‌ای و الگوهای بین‌فردی می‌پردازد، می‌تواند نسبت به درمانی که عمدتاً بر شناخت‌ها و رفتارهای جاری متمرکز است، اثر بیشتری بر این متغیر داشته باشد. طرحواره‌درمانی علاوه بر تکنیک‌های شناختی، از مداخلات تجربی و رابطه‌ای نیز استفاده می‌کند؛ بنابراین بیمار تنها درباره افکار خود بحث نمی‌کند، بلکه تجربه‌های هیجانی مرتبط با طرحواره‌ها را مجدداً فعال، پردازش و بازسازی می‌کند. Thiel و همکاران نیز نشان داده‌اند که افزودن مؤلفه‌های طرحواره‌درمانی به درمان‌های رفتاری می‌تواند برای بیمارانی که دارای الگوهای پیچیده‌تر و پایدارتر هستند سودمند باشد (Thiel et al., 2016). همچنین، نتایج مربوط به اثربخشی طرحواره‌درمانی در اختلالات اضطرابی شدید، از ظرفیت این رویکرد برای کار با آسیب‌شناسی پیچیده‌تر حمایت می‌کند (Straarup et al., 2022).

از سوی دیگر، ارتباط میان اضطراب فراگیر و مشکلات شخصیت می‌تواند بر ضرورت رویکردهای عمیق‌تر درمانی بیفزاید. مرور Shah و همکاران درباره همبستگی اختلال شخصیت مرزی و اختلال اضطراب فراگیر نشان می‌دهد که آسیب‌شناسی اضطرابی و مشکلات شخصیت می‌توانند به میزان قابل‌توجهی با یکدیگر همپوشانی داشته باشند (Shah et al., 2023). در چنین شرایطی، نگرانی مزمن ممکن است بخشی از یک الگوی گسترده‌تر از دشواری در تنظیم هیجان، ناپایداری ادراک خود، دفاع‌های ناسازگار یا روابط بین‌فردی باشد. بنابراین، کاهش نگرانی بدون اصلاح این ساختارهای زیربنایی ممکن است اثر محدودتری بر سازمان شخصیت ایجاد کند. این تبیین می‌تواند دلیل برتری نسبی طرحواره‌درمانی در پژوهش حاضر باشد؛ زیرا این رویکرد همزمان بر نشانه‌های آشکار و عوامل عمیق‌تر سازمان‌دهنده تجربه روان‌شناختی تمرکز می‌کند.

همچنین، نقش اجتناب شناختی در تداوم اضطراب می‌تواند در توضیح یافته‌های حاضر مورد توجه قرار گیرد. اجتناب شناختی به تلاش برای دور شدن از افکار و هیجان‌های ناخوشایند اشاره دارد و با جلوگیری از پردازش کامل تجربه‌های تهدیدآمیز می‌تواند موجب تداوم اضطراب شود (Günther, Sagui-Henson, 2017). و همکاران نیز برای سبک‌های مقابله‌ای مرتبط با گوش‌به‌زنگی و اجتناب شناختی همبسته‌های

عصبی گزارش کرده‌اند (Günther et al., 2022). علاوه بر این، Scotta و همکاران نشان دادند که نگرانی و اجتناب شناختی با بی‌خوابی و کاهش درگیری تحصیلی همراه است (Scotta et al., 2022). در طرحواره‌درمانی، فرد به‌جای اجتناب از هیجان‌ها و خاطرات مرتبط با طرحواره، در یک محیط درمانی کنترل‌شده با آن‌ها مواجه می‌شود و از طریق تصویرسازی و تکنیک‌های تجربی معنای جدیدی برای آن‌ها ایجاد می‌کند. بنابراین، کاهش اجتناب و افزایش تحمل تجربه هیجانی می‌تواند زمینه شکل‌گیری سازمان شخصیتی منسجم‌تر را فراهم سازد. فرایندهای تکرارشونده شناختی نیز ممکن است حلقه اتصال میان اضطراب فراگیر و آشفتگی سازمان شخصیت باشند. Marchetti و همکاران بر اهمیت سنجش نشخوار فکری به‌عنوان یک فرایند شناختی پویا تأکید کرده‌اند (Marchetti et al., 2018) و Morrison و Conner نیز ارتباط نشخوار فکری با پیامدهای شدیدتر روان‌شناختی را گزارش کرده‌اند (Morrison & Conner, 2019). در مطالعات داخلی نیز مداخلاتی که متغیرهای فراشناختی و نشخوار فکری را هدف قرار داده‌اند، پیامدهای مثبت نشان داده‌اند؛ برای مثال، درمان متمرکز بر شفقت موجب کاهش تنهایی و نشخوار فکری شده است (Pourmohammad Ghouhani & Arab, 2019) و فعال‌سازی رفتاری توانسته است باورهای فراشناختی را در نمونه‌های بالینی تغییر دهد (Pourmohammad Ghouhani, Madhi, et al., 2019). همچنین روان‌درمانی مثبت‌نگر در کاهش تفکر منفی تکرارشونده و مشکلات هیجانی مؤثر گزارش شده است (Pourmohammad Ghouhani et al., 2023). این شواهد به‌طور کلی نشان می‌دهند که کاهش الگوهای فکری تکرارشونده و افزایش انعطاف در مواجهه با تجربه‌های هیجانی می‌تواند به بهبود عملکرد روان‌شناختی گسترده‌تر کمک کند.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که هر دو مداخله طرحواره‌درمانی هیجانی و درمان شناختی-رفتاری قابلیت بهبود سازمان شخصیت بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را دارند، اما طرحواره‌درمانی از اثربخشی بیشتری برخوردار بود. این نتیجه را می‌توان در تفاوت سطح و عمق تمرکز دو درمان جست‌وجو کرد. CBT به‌طور مؤثر نگرانی، ارزیابی‌های شناختی ناکارآمد، عدم تحمل بلاتکلیفی و رفتارهای اجتنابی را اصلاح می‌کند، در حالی که طرحواره‌درمانی علاوه بر این فرایندها، الگوهای ریشه‌دار هیجانی و شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای شکل‌گرفته در طول زندگی را نیز هدف قرار می‌دهد. بنابراین، در شرایطی که هدف درمان صرفاً کاهش نشانه‌های اضطراب نیست و اصلاح ساختارهای بنیادی‌تر شخصیت مورد نظر است، استفاده از مداخلات طرحواره‌محور می‌تواند مزیت بیشتری داشته باشد. با این حال، اثربخشی معنادار CBT نیز نشان می‌دهد که اصلاح فرایندهای شناختی و رفتاری جاری می‌تواند به تغییرات گسترده‌تر در عملکرد شخصیت منجر شود و هر دو رویکرد بر اساس ویژگی‌های بیمار و اهداف درمانی می‌توانند جایگاه مهمی در درمان اختلال اضطراب فراگیر داشته باشند.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود که در تفسیر و تعمیم نتایج باید مورد توجه قرار گیرند. نخست، حجم نمونه محدود و شامل ۳۶ بیمار بود که می‌تواند قدرت تعمیم یافته‌ها به کل جمعیت بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را کاهش دهد. دوم، نمونه‌گیری به شیوه در دسترس و از بیماران مراجعه‌کننده به سه مرکز مشاوره در شهر تهران انجام شد؛ بنابراین ممکن است نمونه پژوهش از نظر ویژگی‌های اجتماعی، فرهنگی و انگیزه درمان نماینده کامل سایر بیماران نباشد. سوم، ارزیابی پیامدها تنها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد و نبود دوره پیگیری امکان بررسی پایداری اثرات درمانی در بلندمدت را محدود کرد. چهارم، سازمان شخصیت از طریق ابزار خودگزارشی سنجیده شد و امکان تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی، مطلوبیت اجتماعی و برداشت ذهنی شرکت‌کنندگان وجود دارد. همچنین، تعداد جلسات دو مداخله یکسان نبود و گروه طرحواره‌درمانی ۸ جلسه و گروه شناختی-رفتاری ۱۲ جلسه دریافت کرد؛ این تفاوت در ساختار و مدت درمان باید در تفسیر مقایسه مستقیم دو رویکرد مورد توجه قرار گیرد. کنترل کامل متغیرهایی مانند شدت اولیه اختلال، سابقه مشکلات شخصیتی، شرایط خانوادگی، رویدادهای تنش‌زا و میزان انجام تکالیف درمانی نیز امکان‌پذیر نبود.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر از نظر سن، جنسیت، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و مناطق جغرافیایی مختلف انجام شوند تا قابلیت تعمیم یافته‌ها افزایش یابد. استفاده از طرح‌های کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده، همسان‌سازی تعداد و مدت جلسات درمانی و افزودن دوره‌های پیگیری سه‌ماهه، شش‌ماهه و یک‌ساله می‌تواند اطلاعات دقیق‌تری درباره پایداری و مقایسه واقعی اثر درمان‌ها فراهم

کند. همچنین پیشنهاد می‌شود علاوه بر پرسشنامه‌های خودگزارشی، از مصاحبه‌های ساختاریافته، ارزیابی بالینی متخصص و ابزارهای چندمنبعی برای سنجش سازمان شخصیت استفاده شود. بررسی جداگانه مؤلفه‌های سازمان شخصیت، از جمله آزمونگری واقعیت، دفاع‌های نخستین و سردرگمی هویت نیز می‌تواند مشخص کند که هر یک از درمان‌ها بر کدام مؤلفه‌ها اثر بیشتری دارند. مطالعه نقش میانجی متغیرهایی مانند عدم تحمل بلا تکلیفی، تنظیم هیجان، اجتناب شناختی، نشخوار فکری و طرحواره‌های ناسازگار اولیه نیز می‌تواند سازوکارهای دقیق تغییر درمانی را روشن‌تر سازد. مقایسه طرحواره‌درمانی و CBT با درمان‌های دیگر و بررسی اثربخشی مداخلات ترکیبی نیز از دیگر مسیرهای مناسب برای تحقیقات آینده است.

با توجه به یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان و درمانگران در ارزیابی اولیه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر علاوه بر شدت نگرانی و نشانه‌های اضطرابی، وضعیت سازمان شخصیت، الگوهای پایدار شناختی و هیجانی، سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت تنظیم هیجان را نیز بررسی کنند. در بیمارانی که آشفتگی بیشتر سازمان شخصیت، طرحواره‌های ناسازگار پایدار یا الگوهای پیچیده بین‌فردی دارند، استفاده از طرحواره‌درمانی می‌تواند به‌عنوان یک گزینه درمانی مناسب مورد توجه قرار گیرد. در مقابل، درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر مدل داگلاس می‌تواند برای بیمارانی که عدم تحمل بلا تکلیفی، نگرانی مفرط، اجتناب و باورهای ناکارآمد مرتبط با نگرانی در آن‌ها برجسته است به‌کار گرفته شود. همچنین می‌توان در محیط‌های بالینی بر اساس نیاز هر بیمار از مؤلفه‌های مکمل دو رویکرد استفاده کرد؛ به‌گونه‌ای که در کنار اصلاح نگرانی و باورهای جاری، طرحواره‌ها و الگوهای شخصیتی عمیق‌تر نیز مورد توجه قرار گیرند. آموزش تخصصی درمانگران در زمینه ارزیابی سازمان شخصیت و استفاده صحیح از تکنیک‌های تجربی، شناختی و رفتاری نیز می‌تواند کیفیت اجرای این مداخلات را 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 a persistent and clinically significant anxiety disorder characterized by excessive, pervasive, and difficult-to-control worry across multiple areas of everyday life. The disorder is commonly accompanied by psychological and somatic manifestations such as restlessness, irritability, fatigue, concentration difficulties, muscular tension, and sleep disturbance. In addition to symptom severity, contextual and sociodemographic factors may contribute to vulnerability to anxiety and related emotional problems (Bhat et al., 2015). GAD is also clinically important because it frequently co-occurs with other forms of psychopathology and may overlap with disturbances in personality functioning. Evidence concerning the comorbidity between GAD and borderline personality disorder indicates that anxiety pathology can coexist with substantial difficulties in personality structure and functioning (Shah et al., 2023). Accordingly, an exclusive focus on overt anxiety symptoms may provide an incomplete understanding of the clinical problems experienced by patients with GAD, particularly when maladaptive patterns of self-perception, emotional processing, defensive functioning, and interpersonal relations are involved.

Pathological worry is widely regarded as a central process in GAD. Worry may occur in verbal or imaginal forms, and the mode through which threatening material is processed can affect the intensity and persistence of anxious responses (Behar & Borkovec, 2020). Persistent worry is also associated with broader emotional problems, and individual differences in effortful control may influence the association of worry with depression and anxious arousal (Ranney et al., 2021). Qualitative evidence further suggests that chronic worry may be experienced as a persistent and difficult-to-resolve psychological process that interacts with other forms of distress (Heffernan et al., 2021). Related repetitive cognitive processes, particularly rumination, are also important because they can maintain negative emotional states and interfere with adaptive processing. Rumination has been conceptualized as a measurable state-related cognitive process (Marchetti et al., 2018), and broader research has linked repetitive rumination to severe adverse psychological outcomes (Morrison & Conner, 2019). These observations emphasize that the persistence of anxiety may be partly explained by recurring and inflexible cognitive processes rather than by isolated anxious thoughts alone.

Intolerance of uncertainty is another prominent mechanism in GAD. It refers to a tendency to perceive uncertain, ambiguous, or unpredictable situations as highly stressful, unacceptable, or threatening (Jacoby, 2020). Individuals with GAD may attempt to reduce uncertainty through excessive anticipation, repeated mental preparation, reassurance seeking, and worry; paradoxically, these strategies can maintain anxiety. Evidence from cognitive-behavioral interventions has demonstrated that reductions in intolerance of uncertainty can mediate reductions in pathological worry (Bomyea et al., 2015). Behavioral experiments specifically designed to challenge uncertainty and expose patients to unknown outcomes have therefore become important components of contemporary cognitive-behavioral approaches (Hebert & Dugas, 2019). Interventions focusing on intolerance of uncertainty have also shown promising feasibility in younger populations experiencing excessive worry (Wahlund et al., 2020). Consistent findings have been reported in Iranian clinical studies, where cognitive-behavioral interventions targeting intolerance of uncertainty have improved psychological and functional outcomes among patients with GAD and related clinical conditions (Ezzati et al., 2022).

Cognitive avoidance further contributes to the maintenance of anxiety. Cognitive avoidance involves attempts to suppress, distance from, or disengage from distressing thoughts, images, memories, and emotions (Sagui-Henson, 2017). Although avoidance may temporarily reduce distress, it can prevent corrective emotional

processing and reinforce the belief that anxiety-provoking experiences are intolerable. Some individuals may even engage in positively valenced forms of cognitive avoidance that appear adaptive while still limiting contact with threatening or emotionally relevant information (Knouse & Mitchell, 2015). Neuropsychological evidence has identified structural correlates associated with vigilance and cognitive avoidance as distinct coping tendencies in anxiety (Günther et al., 2022). Cognitive avoidance has also been associated with insomnia and reduced academic engagement in stressful circumstances (Scotta et al., 2022), while studies of test anxiety have demonstrated relationships between cognitive avoidance, procrastination, and anxiety-related difficulties (Hosseinzadeh Firouzabad et al., 2017). Metacognitive beliefs may similarly contribute to pathological worry by influencing how individuals interpret, monitor, and respond to their own thoughts (Mikaeili et al., 2015).

Beyond these proximal cognitive mechanisms, personality organization may constitute a deeper level of vulnerability in GAD. Personality organization encompasses the integration of identity, quality of reality testing, predominant defensive operations, and relatively stable ways of perceiving the self and others. Schema-based conceptualizations are particularly relevant because early maladaptive schemas may organize persistent emotional, cognitive, and interpersonal responses across situations. The schema mode model provides a framework through which enduring maladaptive states, coping styles, emotional responses, and different aspects of personality functioning can be integrated within a clinically meaningful case formulation (Fassbinder et al., 2019). This perspective is especially relevant for patients whose anxiety symptoms occur within more pervasive patterns of emotional dysregulation, maladaptive coping, and personality disturbance. Schema therapy combines cognitive, experiential, behavioral, and relational techniques to modify early maladaptive schemas and dysfunctional coping patterns. Evidence suggests that schema therapy can be useful for severe anxiety presentations (Straarup et al., 2022) and may produce beneficial outcomes when integrated with established behavioral treatments for obsessive-compulsive symptoms (Thiel et al., 2016). Its relevance to personality functioning has also been supported by findings showing improvements in frustration tolerance and internalized shame among individuals with borderline personality characteristics (Taj Elyaeifar et al., 2024). In patients with GAD, schema therapy has been associated with reductions in metacognitive beliefs, thought-action fusion, and rumination (Dehghani Soltani & Rezaeinasab, 2022), as well as improvements in worry and intolerance of uncertainty (Makhdoumi et al., 2024). Emotional schema therapy has additionally demonstrated beneficial effects on attentional bias, intolerance of uncertainty, and cognitive avoidance in GAD (Vafadar et al., 2021).

Cognitive-behavioral therapy (CBT), in contrast, is among the most established evidence-based treatments for GAD and primarily targets current dysfunctional thoughts, maladaptive beliefs, behavioral avoidance, worry processes, and deficient problem-solving strategies (Borza, 2017). Cognitive therapy based on the Dugas model has been shown to reduce pathological worry, symptom severity, and causal factors associated with GAD (Hosseini et al., 2021). CBT may also produce broader changes in emotional and cognitive functioning. Previous studies have demonstrated beneficial effects on emotion regulation and social functioning (Amani et al., 2024), resilience, cognitive flexibility, and distress tolerance (Baniasadi et al., 2025), and cognitive flexibility in adolescents with GAD (Rezaei & Pourmohammad Ghouhani, 2025). Similar benefits have been reported for referential thinking, cognitive flexibility, and distress tolerance in patients with major depressive disorder (Yaghoubi et al., 2026). Other psychological interventions have likewise demonstrated that targeting repetitive negative thinking, metacognitive beliefs, rumination, and emotional processing can improve broader psychological functioning (Pourmohammad Ghouhani & Arab, 2019; Pourmohammad Ghouhani, Madhi, et al., 2019; Pourmohammad Ghouhani et al., 2023; Pourmohammad Ghouhani, Zare, et al., 2019). Despite this evidence, comparatively little attention has been given to whether schema therapy and CBT can alter personality organization itself in patients with GAD. Therefore, the present study

aimed to compare the effectiveness of emotional schema therapy and cognitive-behavioral therapy in improving personality organization among patients with generalized anxiety disorder.

Methods and Materials

The study employed a quasi-experimental pretest-posttest design with a control group. The statistical population consisted of patients with generalized anxiety disorder who attended three psychological counseling centers in Tehran in 2026. Thirty-six eligible patients were selected through convenience sampling and randomly assigned to three equal groups of 12 participants: an emotional schema therapy group, a cognitive-behavioral therapy group, and a control group. Inclusion criteria consisted of a diagnosis of generalized anxiety disorder, meeting the study-defined severity criterion, informed consent to participate, absence of concurrent pharmacotherapy, absence of major physical disease according to clinical records, and no simultaneous psychological intervention. Withdrawal from the study, absence from more than two treatment sessions, and failure to complete therapeutic assignments were considered exclusion criteria. Personality organization was assessed using the 37-item Inventory of Personality Organization, which evaluates reality testing, primitive psychological defenses, and identity diffusion. The Generalized Anxiety Disorder-7 scale was also used as a clinical screening and severity measure. The schema therapy group received eight 90-minute sessions focusing on identification of early maladaptive schemas, coping styles, cognitive restructuring, experiential techniques, imagery, chair work, behavioral pattern breaking, and consolidation of therapeutic gains. The cognitive-behavioral therapy group received twelve 90-minute sessions based on the Dugas model, with emphasis on psychoeducation, monitoring worry, intolerance of uncertainty, positive beliefs about worry, problem-solving training, cognitive restructuring, behavioral experiments, and imaginal exposure to hypothetical future concerns. The control group remained on a waiting list during the study period. Data were analyzed using descriptive statistics and analysis of covariance in SPSS version 26. Normality, homogeneity of variance, and homogeneity of regression slopes were examined before inferential analysis.

Findings

The sample consisted of 36 participants, including 22 women and 14 men. The mean age of the total sample was 34.61 years with a standard deviation of 6.08. The three groups were comparable with respect to the assessed demographic characteristics. At pretest, the mean personality organization scores were 86.25 for the schema therapy group, 85.58 for the cognitive-behavioral therapy group, and 85.92 for the control group. At posttest, the corresponding means were 54.75, 62.08, and 83.67, respectively. Thus, both intervention groups demonstrated substantial reductions in dysfunctional personality organization scores, whereas only a minor change was observed in the control group.

The assumptions required for analysis of covariance were satisfied. Shapiro-Wilk tests indicated no significant deviations from normality across the study groups, with all probability values exceeding 0.05. Levene's test was nonsignificant, $F=0.73$, $p=0.49$, supporting the homogeneity of variances. The group-by-pretest interaction was also nonsignificant, $F=1.12$, $p=0.34$, confirming the homogeneity of regression slopes.

After controlling for pretest scores, analysis of covariance revealed a statistically significant effect of group on posttest personality organization scores, $F(2,32)=54.89$, $p<0.001$, partial $\eta^2=0.77$. The effect of the pretest covariate was also significant, $F(1,32)=18.75$, $p<0.001$, partial $\eta^2=0.37$. Bonferroni-adjusted pairwise comparisons showed that the schema therapy group had significantly lower adjusted posttest scores than the control group, with an adjusted mean difference of -28.61, $p<0.001$. The cognitive-behavioral therapy group also had significantly lower adjusted scores than the control group, with a mean difference of -21.59, $p<0.001$. Furthermore, schema therapy produced significantly lower adjusted personality organization scores than cognitive-behavioral therapy, with a mean difference of -7.02, $p=0.042$. Because lower scores reflected less disturbance in personality organization, these findings indicated that both interventions were effective, while emotional schema therapy produced a significantly greater improvement than cognitive-behavioral therapy.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrated that both emotional schema therapy and cognitive-behavioral therapy improved personality organization in patients with generalized anxiety disorder. The significant difference between each intervention group and the control group suggests that structured psychological treatment can influence not only the overt symptoms of anxiety but also broader patterns of personality functioning. This finding is clinically important because chronic anxiety frequently becomes embedded within stable cognitive, emotional, and interpersonal patterns. When these patterns remain unchanged, symptom improvement alone may not be sufficient to produce durable psychological adaptation.

The effectiveness of cognitive-behavioral therapy can be explained by the mechanisms emphasized in the Dugas model. Patients were trained to recognize worry as a psychological process, distinguish realistic from hypothetical concerns, reduce intolerance of uncertainty, reconsider beliefs about the usefulness of worry, and replace avoidance with problem solving and exposure. These processes may reduce the need for maladaptive defensive responses and strengthen more realistic appraisal of internal and external experiences. As dysfunctional beliefs become more flexible and behavioral avoidance decreases, the individual may develop greater psychological coherence, emotional regulation, and stability in responding to stressful situations. Accordingly, improvement in personality organization may occur indirectly through changes in cognitive flexibility, coping, and self-regulation.

The greater effectiveness of emotional schema therapy may be attributed to its more direct focus on enduring personality structures. Personality organization is a relatively deep construct involving identity integration, defensive functioning, and reality testing. Schema therapy is specifically designed to identify and modify stable maladaptive patterns that develop over time and influence the individual's interpretation of the self, others, emotions, and relationships. Cognitive techniques enable patients to evaluate the validity of maladaptive schemas, while experiential interventions facilitate emotional access to formative experiences that may continue to organize present functioning. Imagery, chair work, empathic confrontation, and behavioral pattern breaking may help patients move beyond intellectual insight and develop alternative emotional responses and healthier behavioral patterns.

The superiority of schema therapy may also be related to its emphasis on emotional needs and coping modes. Individuals with generalized anxiety disorder may rely on chronic worry as a method of anticipating threat, avoiding emotional activation, or maintaining a sense of control. When these strategies are linked to longstanding schemas, direct symptom-focused interventions may modify current worry without fully addressing the emotional structures that generate it. Schema therapy can simultaneously address the meaning of threat, the individual's vulnerability schemas, avoidance patterns, and internalized relational experiences. This broader therapeutic focus may account for the greater improvement observed in personality organization. Overall, the present findings indicate that both emotional schema therapy and cognitive-behavioral therapy are effective approaches for improving personality organization in patients with generalized anxiety disorder, although emotional schema therapy appears to have a stronger effect on this specific outcome. The results support the clinical value of assessing personality functioning alongside anxiety symptoms and suggest that treatment selection should be guided by both symptom profile and the depth of underlying personality disturbance. For patients whose anxiety is closely embedded in persistent maladaptive schemas, identity difficulties, rigid coping patterns, or dysfunctional emotional responses, schema-oriented interventions may be particularly useful. Cognitive-behavioral therapy nevertheless remains an effective intervention and may improve personality functioning through modification of worry, intolerance of uncertainty, cognitive distortions, and avoidance. Integrating symptom-focused and personality-focused assessment may therefore contribute to more individualized and comprehensive treatment planning for generalized anxiety disorder.

References

- Amani, M., Yaghoubi, M., Shabani, M., Kashefi, M., Sepehri, P., & Pourmohammad Ghouhani, K. (2024). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and parent-child relationship-based therapy on social skills and emotion regulation in mothers of children with autism. *Journal of Cognition, Behavior, Learning*, 1(3), 225-237. <https://doi.org/10.61838/jcbl.1.3.16>
- Baniasadi, K., Gerdooie, R., Gorji, M., Shahbazi, G., Babaahmadi, F., Ghafourian, G., & Pourmohammad Ghouhani, K. (2025). Comparison of Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Enhancing Resilience, Cognitive Flexibility, and Distress Tolerance in Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*, 6(6), 1-10. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.6.6.6>
- Behar, E., & Borkovec, T. D. (2020). The effects of verbal and imaginal worry on panic symptoms during an interoceptive exposure task. *Behaviour Research and Therapy*, 135, 103748. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103748>
- Bhat, N. A., Hassan, R., Shafiq, M., & Sheikh, S. (2015). Sociodemographic factors: A major predictor of anxiety and depression among pregnant women. *Delhi Psychiatry Journal*, 1, 86-94.
- Bomyea, J., Ramsawh, H., Ball, T. M., Taylor, C. T., Paulus, M. P., Lang, A. J., & Stein, M. B. (2015). Intolerance of uncertainty as a mediator of reductions in worry in a cognitive behavioral treatment program for generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 33, 90-94. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.05.004>
- Borza, L. (2017). Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(2), 203-208. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/lborza>
- Dehghani Soltani, M., & Rezaeinasab, F. (2022). Effectiveness of schema therapy on metacognitive beliefs, thought-action fusion, and rumination in patients with generalized anxiety disorder. *Journal of Modern Psychological Research*, 17(66), 121-130.
- Ezzati, Z., Shahabizadeh, F., Soleimannejad, K., & Nasri, M. (2022). Effectiveness of acceptance and commitment and cognitive-behavioral intolerance-of-uncertainty interventions on type D personality and sleep quality in patients with irritable bowel syndrome and generalized anxiety disorder. *Journal of Cognitive Sciences*, 21(17), 1838-1850.
- Fassbinder, E., Brand-de Wilde, O., & Arntz, A. (2019). Case formulation in schema therapy: Working with the mode model. In *Case Formulation for Personality Disorders* (pp. 77-94). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813521-1.00005-9>
- Günther, V., Jahn, S., Webelhorst, C., Bodenschatz, C. M., Bujanow, A., Mucha, S., & Suslow, T. (2022). Coping with anxiety: brain structural correlates of vigilance and cognitive avoidance. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 869367.
- Hayes-Skelton, S. A., & Lee, C. S. (2020). Decentering in mindfulness and cognitive restructuring for social anxiety: An experimental study of a potential common mechanism. *Behavior Modification*, 44(6), 817-840. <https://doi.org/10.1177/0145445519850744>
- Hebert, E. A., & Dugas, M. J. (2019). Behavioral experiments for intolerance of uncertainty: Challenging the unknown in the treatment of generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(2), 421-436. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.07.007>
- Heffernan, M., Wilson, C., Keating, K., & McCarthy, K. (2021). Why Isn't it going away?: A qualitative exploration of worry and pain experiences in adolescents with chronic pain. *Pain Medicine*, 22(2), 459-469. <https://doi.org/10.1093/pm/pnaa245>
- Hosseini, S. M. D., Amiri, S., Namdari, K., & Molavi, H. (2021). The effectiveness of cognitive therapy based on Dugas model on pathological worry, symptom severity, and causal factors of generalized anxiety disorder in patients with generalized anxiety disorder. *Journal of Psychological Science*, 19(94), 1267-1279. <http://psychologicalscience.ir/article-1-766-en.html>
- Hosseinizadeh Firouzabad, Y., Basaknejad, S., & Davoudi, I. (2017). Predicting components of test anxiety based on behavioral procrastination, decisional procrastination, and cognitive avoidance in students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 23(4), 424-437.
- Ikic, V., Belanger, C., Bouchard, S., Gosselin, P., Langlois, F., Labrecque, J., & Marchand, A. (2017). Reduction in Costs after Treating Comorbid Panic Disorder with Agoraphobia and Generalized Anxiety Disorder. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 20(1), 11-20. <https://europepmc.org/article/med/28418834>
- Jacoby, R. J. (2020). Intolerance of uncertainty. In <https://doi.org/10.1037/0000150-003>
- Knouse, L. E., & Mitchell, J. T. (2015). Incautiously optimistic: Positively valenced cognitive avoidance in adult ADHD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(2), 192-202.

- Makhdomi, M., Abolghasemi, S., & Khanekeshi, A. (2024). Effectiveness of schema therapy on worry states and intolerance of uncertainty in individuals with generalized anxiety disorder. *Journal of Psychological Science*, 23(144), 83-95.
- Marchetti, I., Mor, N., Chiorri, C., & Koster, E. H. (2018). The brief state rumination inventory (BSRI): Validation and psychometric evaluation. *Cognitive therapy and research*, 42, 1-14.
- Mikaeili, N., Yahya, S., & Taghavi, R. (2015). The role of metacognitive beliefs in predicting pathological worry among students with test anxiety. *School Psychology*, 4(3), 86-101.
- Morrison, R., & Conner, R. C. (2019). A systematic review of the relationship between rumination and suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(5), 45-67.
- Pourmohammad Ghouhani, K., & Arab, S. (2019). Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on loneliness and Rumination in Women with Premenstrual Syndrome. *Rooyesh*, 8(9), 167-175.
- Pourmohammad Ghouhani, K., Madhi, S., & Forootan Nejad, K. (2019). The Effectiveness of Behavioral Activation Therapy on Metacognitive Beliefs and Concerns of Physical Image of Depressed Girl Students. *Rooyesh*, 8(10), 133-142.
- Pourmohammad Ghouhani, K., Mandanizadeh Safi, S., & Nouri, J. (2023). The effectiveness of positive psychotherapy on alexithymia and repetitive negative thinking in cardiovascular patients. *Health Psychology*, 12(45), 7-20. <https://doi.org/10.30473/hpj.2023.61537.5396>
- Pourmohammad Ghouhani, K., Zare, M. R., & Mandanizade Safi, S. (2019). The effectiveness of Emotionally Focused Couple Therapy (EFT) on Improving Marital Satisfaction and Reduction Tendency to Extramarital Relationships Women anxiety Affected by Domestic Violence. *Rooyesh*, 8(8), 221-230.
- Rachman, S. (2016). *The Treatment of Obsessions*. Oxford University Press.
- Ranney, R. M., Bing-Canar, H., & Behar, E. (2021). Effortful control moderates relationships between worry and symptoms of depression and anxious arousal. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(3), 400-413. <https://doi.org/10.1111/bjc.12289>
- Rezaei, M., & Pourmohammad Ghouhani, K. (2025). *Effectiveness of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on cognitive flexibility in adolescents with generalized anxiety disorder* Sixteenth International Conference on Psychology, Educational Sciences, and Lifestyle, <https://civilica.com/doc/2397002>
- Sagui-Henson, S. J. (2017). Cognitive avoidance. In *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (pp. 1-3). https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_964-1
- Scotta, A. V., Cortez, M. V., & Miranda, A. R. (2022). Insomnia is associated with worry, cognitive avoidance and low academic engagement in Argentinian university students during the COVID-19 social isolation. *Psychology, Health & Medicine*, 27(1), 199-214.
- Shah, A. Q., Prasad, D., Caropreso, L., Frey, B. N., & de Azevedo Cardoso, T. (2023). The comorbidity between Borderline Personality Disorder (BPD) and Generalized Anxiety Disorder (GAD): A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 164, 304-314. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.06.009>
- Straarup, N. S., Renneberg, H. B., Farrell, J., & Younan, R. (2022). Group schema therapy for patients with severe anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 78(8), 1590-1600. <https://doi.org/10.1002/jclp.23351>
- Taj Elyaeifar, S. G., Alipanah, S., Majidpour, Z., Ghanbarnejad, M., Aghaei, N., & Pourmohammad Ghouhani, K. (2024). Effectiveness of schema therapy on frustration tolerance and internalized shame in individuals with borderline personality. *Quarterly Journal of Experimental and Cognitive Psychology*, 1(4), 103-116. <https://doi.org/10.61838/qecp.111>
- Thiel, N., Jacob, G. A., Tuschen-Caffier, B., Herbst, N., Kuelz, A. K., Hertenstein, E., & Voderholzer, U. (2016). Schema therapy augmented exposure and response prevention in patients with obsessive compulsive disorder: Feasibility and efficacy of a pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 52, 59-67. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.03.006>
- Vafadar, A., Mirzamani Bafghi, S. M., & Jafari Roshan, M. (2021). Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment-based training and emotional schema therapy on attentional bias, intolerance of uncertainty, and cognitive avoidance in patients with generalized anxiety disorder. *Journal of Disability Studies*, 11(194), 1-8.
- Wahlund, T., Andersson, E., Jolstedt, M., Perrin, S., Vigerland, S., & Serlachius, E. (2020). Intolerance of uncertainty-focused treatment for adolescents with excessive worry: A pilot feasibility study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(2), 215-230. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.06.002>
- Yaghoubi, M., Ebrahimi, F., Pourmohammad Ghouhani, K., & Norouziani, Z. (2026). Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on referential thoughts, cognitive flexibility, and distress tolerance in patients with major depressive disorder. *Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 1-18. <https://maherpub.com/pdmd/article/view/628>