



Journal Website

Article history:

Received 25 September 2024

Revised 19 November 2024

Accepted 03 December 2024

Published online 29 December 2024

Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 3, Issue 4, pp 114-128



E-ISSN: 2981-1759

Comparison the Effectiveness of Cognitive-Analytical Therapy and Emotional Schema Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Worry of Patients with Generalized Anxiety Disorder

Mahsa Ghanavati¹, Marzieh Talebzadeh Shoushtari^{*2}, Sahar Safarzadeh³, Sasan Bavi³, Saeed Bakhtiarpour³

1. PhD Student, Department of General Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran (Corresponding author).

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

* Corresponding author email address: talebzadehmarzieh@gmail.com

Article Info

ABSTRACT

Article type:

Original Research

How to cite this article:

Ghanavati M, Talebzadeh Shoushtari M, Safarzadeh S, Bavi S, Bakhtiarpour S. (2024). Comparison the Effectiveness of Cognitive-Analytical Therapy and Emotional Schema Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Worry of Patients with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 3(4), 114-128.



© 2024 the authors. Published by Maher Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Background and Objective: Generalized anxiety disorder can cause a decrease of cognitive emotion regulation and an increase of worry. Therefore, the aim of this study was to comparison the effectiveness of cognitive-analytic therapy and emotional schema therapy on cognitive emotion regulation and worry of patients with generalized anxiety disorder.

Methods and Materials: The current study was a semi-experimental with a pre-test, post-test and two month follow-up design with a control group. The statistical population of this study was all students with generalized anxiety disorder of Islamic Azad University of Ahvaz branch and Shahid Chamran University of Ahvaz in 2023 year. The sample size was considered to be 20 people for each group, and these people were selected as samples after checking the inclusion criteria with the purposeful sampling method. The selected samples were randomly divided into three groups of 20 people, and the first and second experimental groups underwent 10 sessions of 90 minutes cognitive-analytical therapy and emotional schema therapy, respectively and the control group remained on the waiting list for training. Data were collected with questionnaires of generalized anxiety disorder (Spitzer et al., 2006), cognitive emotion regulation (Garnefski et al., 2001) and worry (Meyer et al., 1990) and with were analyzed by methods of chi-square, analysis of variance with repeated measurements and Bonferroni's post hoc test in the SPSS-26 software.

Findings: The results showed that there was no significant difference between the generalized anxiety disorder of experimental and control groups in terms of gender, educational level and age ($P>0.05$). Also, both methods of cognitive-analytical therapy and emotional schema therapy increased the positive strategies of cognitive emotion regulation and decreased the negative strategies of cognitive emotion regulation and worry in patients with generalized anxiety disorder, and the results remained in the follow-up phase ($P<0.001$). In addition, there was no significant difference between the two methods of cognitive-analytical therapy and emotional schema therapy in increasing the positive strategies of cognitive emotion regulation and decreasing the negative strategies of cognitive emotion regulation and worry of patients with generalized anxiety disorder ($P<0.001$).

Conclusion: The results of this study indicated the effectiveness of both methods of cognitive-analytical therapy and emotional schema therapy on increasing the positive strategies of cognitive emotion regulation and reducing the negative strategies of cognitive emotion regulation and worry in patients with generalized anxiety disorder. Therefore, counselors and therapists can use both methods to improve psychological characteristics.

Keywords: Cognitive-Analytical Therapy, Emotional Schema Therapy, Cognitive Emotion Regulation, Worry, Generalized Anxiety Disorder.



وبسایت مجله

تاریخچه مقاله

دریافت شده در تاریخ ۰۴ مهر ۱۴۰۳

اصلاح شده در تاریخ ۲۹ آبان ۱۴۰۳

پذیرفته شده در تاریخ ۱۳ آذر ۱۴۰۳

منتشر شده در تاریخ ۰۹ دی ۱۴۰۳

پویایی های روانشناختی در اختلال های خلقی

دوره ۳، شماره ۴، صفحه ۱۲۸-۱۱۴



شاپای الکترونیکی: ۲۹۸۱-۱۷۵۹

مقایسه اثربخشی درمان شناختی - تحلیلی و طرحواره درمانی هیجانی بر تنظیم شناختی هیجان و نگرانی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر

مهسا قنوتی^۱، مرضیه طالبزاده شوشتری^{۲*}، سحر صفرزاده^۳، ساسان باوی^۴، سعید بختیارپور^۵

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی عمومی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲. استادیار، گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران (نویسنده مسئول).

۳. استادیار، گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

*ایمیل نویسنده مسئول: talebzadehmarzieh@gmail.com

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله

پژوهشی/اصیل

نحوه استناد به این مقاله:

قنوتی م، طالبزاده شوشتری م، صفرزاده س، باوی س، بختیارپور س. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان شناختی - تحلیلی و طرحواره درمانی هیجانی بر تنظیم شناختی هیجان و نگرانی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر. *پویایی های روانشناختی در اختلال های خلقی*، ۳(۴)، ۱۱۴-۱۲۸.



© ۱۴۰۳ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

زمینه و هدف: اختلال اضطراب فراگیر می تواند باعث افت تنظیم شناختی هیجان و افزایش نگرانی شود. بنابراین، هدف این مطالعه مقایسه اثربخشی درمان شناختی - تحلیلی و طرحواره درمانی هیجانی بر تنظیم شناختی هیجان و نگرانی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر بود. **روش و مواد:** مطالعه حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دو ماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این مطالعه همه دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز و دانشگاه شهید چمران اهواز در سال ۱۴۰۲ بودند. حجم نمونه برای هر گروه ۲۰ نفر در نظر گرفته شد که این افراد پس از بررسی ملاک های ورود به مطالعه با روش نمونه گیری هدفمند به عنوان نمونه انتخاب شدند. نمونه های منتخب با روش تصادفی در سه گروه ۲۰ نفری جایگزین و گروه آزمایش اول و دوم ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای به ترتیب تحت درمان شناختی - تحلیلی و طرحواره درمانی هیجانی قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش ماند. داده ها با پرسشنامه های اختلال اضطراب فراگیر (اسپیتزر و همکاران، ۲۰۰۶)، تنظیم شناختی هیجان (گارفنسکی و همکاران، ۲۰۰۱) و نگرانی (مایر و همکاران، ۱۹۹۰) گردآوری و با روش های کای اسکور، تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم افزار SPSS-26 تحلیل شدند. یافته ها: نتایج نشان داد که مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر گروه های آزمایش و کنترل از نظر جنسیت، مقطع تحصیلی و سن تفاوت معناداری نداشتند ($P > 0.05$). همچنین، هر دو روش درمان شناختی - تحلیلی و طرحواره درمانی هیجانی درمقایسه با گروه کنترل باعث افزایش تنظیم شناختی هیجان مثبت و کاهش تنظیم شناختی هیجان منفی و نگرانی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر شد و نتایج در مرحله پیگیری نیز باقی ماند ($P < 0.001$). علاوه بر آن، بین دو روش درمان شناختی - تحلیلی و طرحواره درمانی هیجانی در افزایش راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و کاهش راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و نگرانی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر تفاوت معناداری وجود نداشت ($P < 0.001$). **نتیجه گیری:** نتایج این مطالعه حاکی از اثربخشی هر دو روش درمان شناختی - تحلیلی و طرحواره درمانی هیجانی بر افزایش راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و کاهش راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و نگرانی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر بودند. بنابراین، مشاوران و درمانگران می توانند از هر دو روش جهت بهبود ویژگی های روانشناختی بهره ببرند.

کلیدواژگان: درمان شناختی - تحلیلی، طرحواره درمانی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان، نگرانی، اختلال اضطراب فراگیر.



مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر یکی از اختلال‌های اضطرابی شایع و مزمن است که با نگرانی شدید و غیرقابل کنترل در غیاب ابژه‌ها، محرک‌ها و موقعیت‌های خاص همراه با نشانه‌های جسمانی مشخص می‌شود (Zainal & Newman, 2022). این اختلال در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی آبه‌صورت اضطراب و نگرانی مفرط درباره چندین رویداد یا فعالیت که در بیشتر روزها و حداقل به مدت شش ماه تداوم داشته باشد، مدیریت آنها مشکل باشد و با علائم بدنی نظیر تنش عضلانی، تحریک‌پذیری، اختلال در خواب و بی‌قراری همراه باشد، تعریف می‌شود (Liu et al., 2023). از نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر می‌توان بی‌قراری، تحریک‌پذیری، عدم تمرکز، پرخاشگری، تونوس عضلانی، خستگی و اختلال در خواب را نام برد. همچنین، بین این اختلال با سایر اختلال‌های روان‌پزشکی از جمله اختلال‌های خلقی، سوءمصرف مواد و غیره همپوشانی بسیار بالایی وجود دارد (Jothi et al., 2021). این اختلال باعث ایجاد اختلال شدید در عملکرد شناختی، فراشناختی، هیجانی، ارتباطی و اجتماعی می‌شود و میزان شادکامی و سلامت روانشناختی را کاهش می‌دهد (Suor et al., 2020).

یکی از مشکلات مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر، افت تنظیم شناختی هیجان^۱ است (Ouellet et al., 2019). تنظیم هیجان به‌عنوان شکلی از خودنظم‌بخشی نقش مهمی در مدیریت هیجان‌ها دارد و به اعمالی اطلاق می‌شود که برای تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار می‌رود (Smith et al., 2019). تنظیم شناختی هیجان فرآیندی است که از طریق آن فرد به مدیریت اطلاعات ورودی برانگیزاننده هیجان می‌پردازد و شرایط هیجانی فرد را تحت کنترل و مدیریت خود قرار می‌دهد (Potard & Lindais, 2021). این سازه به نحوه تفکر افراد پس از وقوع یک تجربه منفی یا واقعه آسیب‌زا اطلاق می‌شود که به شیوه شناختی مدیریت و دستکاری اطلاعات فراخواننده هیجان اشاره دارد (Cai et al., 2017). افراد در مواجهه با شرایط استرس‌زا و چالش‌برانگیز از راهکارهای متنوعی استفاده می‌کنند که شامل دو دسته راهکارهای مثبت تنظیم شناختی هیجان^۲ و راهکارهای منفی تنظیم شناختی هیجان^۳ می‌باشند (Liu et al., 2020). راهکارهای مثبت شامل پذیرش، توجه مجدد به برنامه‌ریزی و ارزیابی می‌باشند که باعث بهبود عزت‌نفس و صلاحیت‌های اجتماعی می‌شوند. در مقابل، راهکارهای منفی شامل سرزنش خود و دیگران، نشخوار ذهنی و برداشت فاجعه‌آمیز می‌باشند که باعث افزایش استرس، افسردگی و سایر آسیب‌های روانی می‌شوند (Zhang et al., 2022).

یکی دیگر از مشکلات مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر، افزایش نگرانی^۴ است (Meers et al., 2020). نگرانی به معنای زنجیره‌ای از افکار و تصاویر مبهم و غیرقابل کنترل می‌باشد که به‌طور منفی بر شناخت تأثیر می‌گذارد. این نگرانی نوعی صحبت درونی با خود درباره موارد منفی و موضوع‌هایی است که فرد می‌ترسد در آینده رخ دهند (Fortuna et al., 2023). نگرانی یکی از عناصر شناختی اصلی اضطراب است که به‌صورت افکار و تصاویر ناخوشایند و غیرقابل کنترل بروز می‌کند و با سوگیری توجه نسبت به محرک‌های تهدیدکننده همراه می‌باشد (Moore et al., 2022). در واقع، نگرانی پیش‌بینی خطر و تهدید است که شامل افکار و تصاویر تکرارشونده، موضوع‌های اضطراب‌آور و رویدادهای تنش‌زای احتمالی و پیامدهای بالقوه فاجعه‌انگیز می‌باشد (Gorday et al., 2018). نگرانی با بسیاری از شاخص‌های ناسازگاری روانشناختی در بزرگسالی از جمله اضطراب بالینی، افسردگی و وسواس ارتباط دارد و منجر به ایجاد مشکلاتی در زمینه سازگاری و عملکرد مناسب می‌شود (Clarke et al., 2020). همچنین، نگرانی طولانی‌مدت، انگیزشی فیزیولوژیکی و عاطفی در پاسخ به استرس را حفظ می‌کند و به کاهش سلامت منجر می‌شود (Munoz-Navarro et al., 2021).

برای بهبود ویژگی‌های روانشناختی مبتلایان به اختلال‌های اضطرابی روش‌های درمانی مختلفی از جمله درمان شناختی - تحلیلی^۵ (Power et al., 2023) و طرحواره درمانی هیجانی^۶ (Leahy, 2023) وجود دارد. درمان شناختی - تحلیلی به عنوان یکی از درمان‌های کوتاه مدت روان‌شناختی دارای رویکردی فعال، ماهرانه و مبتنی بر بینش برای تغییر در اعمال و رفتار است (Hallam et al., 2021). این شیوه درمانی التقاطی از نظریه روان‌پویشی، روابط موضوعی و روانشناسی شناختی و نیازمند همکاری درمانگر و بیمار است که نقش موثری در کاهش

¹ . generalized anxiety disorder

² Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder Fifth Edition

³ . cognitive emotion regulation

⁴ . positive strategies of cognitive emotion regulation

⁵ . negative strategies of cognitive emotion regulation

⁶ . worry

⁷ . cognitive-analytical therapy

⁸ . emotional schema therapy



سردرگمی، حل تعارض های گذشته و اشتغال های ذهنی دارد (Kellett et al., 2018). درمان شناختی- تحلیلی با افزایش بینش در رابطه با خطاهای شناختی آغاز می شود، سپس فرد را به تغییر رفتار با هدف دستیابی به راهکارهای موثرتر و هدایت افکار ترغیب و از روش های صمیمانه و دوستانه استفاده می کند تا فرد کمتر احساس در دام گرفتار شدن، داشته باشد (Merzhvynska et al., 2021). این روش درمانی دارای دو ساختار اصلی می باشد که ساختار اول آن این است که این درمان تنها الگوی درمانی با فرآیند دوره ای و دارای روند تربیتی می باشد و ساختار دوم آن در ارتباط با تلاش درمان برای درک عملکرد هدفمند است (Wakefield et al., 2021). درمان شناختی- تحلیلی معتقد است که تمام فعالیت های هدفمند نتیجه پیامد توالی های مرتب شده از تولید هدف تا ارزیابی محیط است و در صورت لزوم از بازنگری استفاده می کند (Taylor et al., 2017).

همچنین، طرحواره درمانی هیجانی یکی از روش های درمانی در حوزه مسائل و مشکلات هیجانی می باشد که بر اساس مفهوم پردازش هیجان با الهام از مدل فراشناختی هیجان ها شکل گرفته است (Sirota et al., 2018). طرحواره درمانی هیجانی ترکیبی از دو رویکرد درمانی هیجان مدار و درمان فراشناختی است که نسبت به آنها این مزیت را دارد که یکپارچه و منسجم می باشد (Leahy, 2016). این شیوه درمانی رویکردی یکپارچه نگر است که از طریق کاهش شدت خاطرات هیجانی ایجادکننده طرحواره و کاهش شدت حساسیت بدنی و فیزیکی سبب تغییر الگوهای شناختی مرتبط با طرحواره و جایگزین کردن سبک های مقابله ای ناسازگار با الگوها و سبک های مقابله سازگار می شود (Stefan et al., 2023). طرحواره درمانی هیجانی به افراد در زمینه های شناسایی و افتراق انواع گوناگون هیجان ها، بهنجارسازی تجربه هیجانی، مرتبط ساختن هیجان ها با ارتباطات بین فردی و نیازهای شخصی، شناسایی باورهای دسرساز و طرحواره هایی که بیمار برای تفسیر، قضاوت، کنترل و اقدام درباره هیجان از آن ها استفاده می کنند، گردآوری اطلاعات با استفاده از تکنیک های تجربی و تدارک پاسخ های هیجانی جهت ارائه پاسخ مفیدتر کمک می کند (Tirch et al., 2012). روش طرحواره درمانی هیجانی بر اساس شش اصل استوار شده است. هیجانان دردناک همگانی می باشند. هیجانان در چرخه تکامل ظهور یافتند و برای بقا و سازگاری ارزشمند می باشند. طرحواره های مربوط به هر هیجان تعیین می کنند که آن هیجان چه تاثیری بر افزایش یا تداوم بیش تر یک هیجان دارند. طرحواره های هیجانی دسرساز عبارت است از: فاجعه آمیز پنداشتن هیجان، ناگویی هیجانی، ادراک هیجان به صورت پایدار، غیرقابل کنترل، شرم آور و منحصر به فرد ادراک کردن هیجانان. راهبردهای کنترل هیجان مانند تلاش برای سرکوبی، نادیده گرفتن، خنثی سازی، حذف هیجان از طریق پرخوری و غیره به تایید باورهای منفی کمک می کند. اعتباریابی و ابراز هیجان تا حدی منجر به بهنجارسازی، همگانی سازی، بهبود درک، افتراق هیجان های مختلف از یکدیگر و کاهش احساس گناه و شرمساری می شود (Leahy, 2019).

پژوهش هایی درباره اثربخشی درمان شناختی- تحلیلی و طرحواره درمانی هیجانی بر تنظیم شناختی هیجان و نگرانی انجام شده و پژوهشی درباره مقایسه اثربخشی آنها یافت نشد. نتایج پژوهش Badihi et al (2024) نشان داد که درمان شناختی- تحلیلی باعث بهبود اجتناب تجربی، کاهش تنظیم شناختی منفی هیجان و افزایش تنظیم شناختی مثبت هیجان در بیماران مبتلا به درد مزمن شد. Nayeri et al (2021) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که هر دو روش مداخله گروه درمانی شناختی- رفتاری و شناختی- تحلیلی باعث کاهش مشکلات بین فردی و کاهش دشواری تنظیم هیجانی در زنان مطلقه شدند، اما تاثیر درمان شناختی- رفتاری در کاهش مشکلات بین فردی و کاهش دشواری تنظیم هیجانی آنان بیشتر از درمان شناختی- تحلیلی بود. در پژوهشی دیگر PourMohammad Ghouchani (2022) گزارش کردند که درمان شناختی- تحلیلی باعث افزایش تحمل بلا تکلیفی و کاهش نگرانی و اجتناب تجربه ای در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی شد. همچنین، نتایج پژوهش Reyhani & Ahovan (2024) نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی باعث بهبود تنظیم هیجان و کاهش رفتارهای پرخطر در نوجوانان شد. Abbady (2023) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسید که طرحواره درمانی هیجانی باعث بهبود تنظیم هیجان و کاهش کمال گرایی نوروتیک در دانشجویان شد و نتایج در مرحله پیگیری نیز باقی ماند. نتایج پژوهش Ahmadi & Kadkhodae (2023) حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش درماندگی روان شناختی و تنظیم شناختی هیجان ناسازگار یا منفی و افزایش کیفیت زندگی و تنظیم شناختی هیجان سازگار یا مثبت در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود. در پژوهشی دیگر Dargahi et al (2019) گزارش کردند که روش مداخله طرحواره درمانی باعث بهبود تنظیم هیجانی و کاهش نگرانی و اضطراب دانشجویان دختر شد.

با توجه به آمار بالای اختلال اضطراب فراگیر و مشکلات فراوان این گروه، مداخله با هدف بهبود ویژگی های روان شناختی آنان ضروری می باشد. از مشکلات این گروه می توان به افت تنظیم شناختی هیجان و افزایش نگرانی اشاره کرد. بنابراین، استفاده از روش های درمانی مختلف برای



بهبود ویژگی‌های مذکور در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر و مقایسه اثربخشی درمان‌های مختلف مانند درمان شناختی - تحلیلی و طرحواره درمانی هیجانی می‌تواند به متخصصان و درمانگران حیطه سلامت در شناسایی روش درمانی موثرتر کمک شایانی نماید. از آنجایی که اختلال اضطراب فراگیر می‌تواند باعث افت تنظیم شناختی هیجان و افزایش نگرانی شود، هدف این مطالعه مقایسه اثربخشی درمان شناختی - تحلیلی و طرحواره درمانی هیجانی بر تنظیم شناختی هیجان و نگرانی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر بود.

مواد و روش پژوهش

مطالعه حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این مطالعه همه دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز و دانشگاه شهید چمران اهواز در سال ۱۴۰۲ بودند. حجم نمونه برای هر گروه ۲۰ نفر در نظر گرفته شد که این افراد پس از بررسی ملاک‌های ورود به مطالعه با روش نمونه‌گیری هدفمند به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. در این مطالعه، ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: ۱. داشتن اختلال اضطراب فراگیر بر اساس کسب نمره بالاتر از ۱۰ در پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر، ۲. سن ۱۹ تا ۳۰ سال، ۳. عدم مشروطی در ترم‌های گذشته، ۴. عدم سابقه دریافت درمان شناختی - تحلیلی و طرحواره درمانی هیجانی، ۵. عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی مانند ضد اضطراب و ضدافسردگی و ۶. عدم استفاده از سایر روش‌های درمانی به‌طور همزمان بودند. همچنین، ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: ۱. انصراف از ادامه همکاری، ۲. غیبت بیش از دو جلسه و ۳. عدم تمایل به شرکت در جلسه‌های مداخله و تداوم آن بود.

برای انجام این پژوهش بعد از تصویب پروپوزال در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز و دریافت کد اخلاق با شناسه IR.IAU.AHVZ.REC.1403.049 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز و معرفی‌نامه همکاری به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز و دانشگاه شهید چمران اهواز مراجعه و از آنان خواسته شد تا دانشجویان مشکوک به اختلال اضطراب فراگیر را معرفی نمایند. در مرحله بعد از میان دانشجویان مشکوک به اختلال اضطراب فراگیر تعداد ۶۰ نفر که دارای ملاک‌های ورود به مطالعه بودند با روش نمونه‌گیری هدفمند به‌عنوان نمونه انتخاب و به روش تصادفی در سه گروه مساوی ۲۰ نفری جایگزین شدند. لازم به ذکر است که برای آنان اهمیت و ضرورت پژوهش تشریح و درباره رعایت نکات و ملاحظات اخلاقی به آنان اطمینان خاطر داده شد و فرم رضایت‌نامه شرکت آگاهانه در پژوهش به امضای آنها رسید. همان‌طور که گفته شد نمونه‌ها در سه گروه مساوی شامل دو گروه آزمایش (درمان شناختی - تحلیلی و طرحواره درمانی هیجانی) و یک گروه کنترل جایگزین شدند و هر یک از گروه‌های آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله قرار گرفتند و گروه کنترل آموزشی ندید و در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. مداخله در گروه‌های آزمایش توسط پژوهشگر که آشنا به درمان شناختی - تحلیلی و طرحواره درمانی هیجانی بود در کلینیک خدمات روانشناختی ندای زندگی شهر اهواز به‌صورت گروهی در روزهای متفاوت انجام شد؛ به‌طوری که مداخله برای گروه درمان شناختی - تحلیلی در روزهای یکشنبه و سه‌شنبه و برای گروه طرحواره درمانی هیجانی در روزهای دوشنبه و چهارشنبه برگزار شد. هر سه گروه چند روز پیش از شروع مداخله در گروه‌های آزمایش، چند روز پس از اتمام مداخله در گروه‌ها و دو ماه بعد از نظر متغیرهای تنظیم شناختی هیجان و نگرانی ارزیابی شدند. در این پژوهش برای درمان شناختی - تحلیلی از پکیج Ryle & Kerr (2002) که توسط Hadizadeh et al (2019) مورد استفاده و تایید قرار گرفته استفاده که محتوی آن در جدول ۱ ارائه شد.

جدول ۱. محتوی جلسه‌های درمان شناختی - تحلیلی

جلسه	محتوی
اول	ایجاد ارتباط اولیه، جلب اعتماد و همکاری اعضای گروه، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و کاهش تنش گروهی، ارائه منطق درمان و آشنایی با شیوه کار گروهی و مقررات آن و بررسی پیشنهادها اعضا برای افزایش بازدهی روش درمانی
دوم	ایجاد یکپارچگی درمان (در این فرآیند رویدادهای گذشته به آن چیزی که اکنون در حال روی دادن است ربط داده شد، درمانگر کوشید تا مراجعان فرآیند درمان را با ارزش تلقی و انگیزه کافی برای ادامه جلسه‌ها و آغاز تغییر را داشته باشند)، بررسی تاریخچه مراجعان و شرح ساختار و عملکرد درمان تحلیلی - شناختی



سوم	ادامه بررسی تاریخچه زندگی مراجعان، تهیه فهرست مشکلات مهمی که مراجعان تجربه کردند و ارائه تکلیف مبتنی بر ثبت رفتارهای ویژه و مشکل آفرین و احساساتی که آنها را راه اندازی می کند
چهارم	ایجاد تصویری از چرخه های غیرانطباقی و تکراری افکار و رفتار مراجع (شرح اینکه چگونه افکار به رفتار تبدیل می شوند و رفتارها نیز ممکن است افکار قبلی را تایید کنند) و آمادگی برای نوشتن نامه بازتدوین (نامه بازتدوین با شرحی از تاریخچه مراجع آغاز و این هدف را دنبال می کند که منشأ و ریشه الگوهای رفتاری ناهنجار و معیوب را شناسایی کند و در نامه بازتدوین از مراجع خواسته می شود تا فرآیند شکل گیری رفتار مشکل آفرین را بنویسد)
پنجم	بررسی اثرات متقابل افکار، احساس ها و رفتارها، بررسی دلایل ایجاد احساس ها و رفتارهای ناکارآمد، بررسی روش های ممکن برای مدیریت افکار، احساس ها و رفتارها و ارائه تکلیف مبنی بر ثبت افکار، احساس ها و رفتارها به صورت روزانه
ششم	بررسی تکالیف جلسه قبل، کشف تله ها، بررسی و کار روی کشف بهترین پاسخ ها (پس از کشف تله ها، افکار و رفتارهای جایگزین مناسب بررسی شدند) و ارائه تکلیف مبنی بر ثبت و نظارت تله ها به صورت روزانه و تلاش برای کشف بهترین پاسخ ها
هفتم	بررسی تمرین و تکلیف جلسه قبل، بحث و بررسی معماها و انتخاب روش ها و رفتارهای مشکل آفرین، بررسی انتخاب های گذشته و پیامدهای آن، بررسی دلایل تکرار رفتارهای غیرمفید و عدم جایگزینی شیوه های کارآمدتر و ارائه تکلیف مبنی بر ثبت و نظارت بر معماها و راه حل های آنها تا جلسه آتی
هشتم	بررسی تمرین ها و تکالیف مربوط به جلسه قبل، تعریف موانع تغییر در زندگی، کشف موانع موجود برای تغییر شیوه زندگی بر اساس تجربه های گذشته، بررسی نگرانی ها درباره پیامدهای رفتار جدید و ارائه تکلیف مبنی بر ثبت و نظارت بر موانع و راه های برطرف کردن آنها تا جلسه آتی
نهم	بررسی تمرین ها و تکالیف مربوط به جلسه قبل، بررسی میزان تغییر حالت های ذهن، ارزیابی پهنجاری تغییر حالت های ذهن، بررسی دلایل تغییرات ناگهانی و متغیر حالت های ذهن، بررسی راهبردهای مدیریت حالت های متغیر ذهن و ارائه تکلیف مبنی بر ثبت و نظارت بر حالت های ذهنی و شیوه های مدیریت آنها تا جلسه آتی
دهم	بررسی تکالیف جلسه قبل، بررسی و مرور جلسه های گذشته و خلاصه آموخته های جلسه های قبلی، بررسی پیشرفت ها و میزان دستیابی به اهداف درمانی، بررسی چشم انداز مراجعان نسبت به آینده و نوشتن نامه خداحافظی

همچنین، در این پژوهش برای طرحواره درمانی هیجانی از پکیج Leahy (2015) که توسط Nedaei et al (2023) مورد استفاده و تایید قرار گرفته، استفاده که محتوی آن در جدول ۲ ارائه شد.

جدول ۲. محتوی جلسه های طرحواره درمانی هیجانی

جلسه	محتوی
اول	ارزیابی، تدوین و فرمول بندی موردی، آماده سازی و معرفی مدل طرحواره درمانی هیجانی، اعتباربخشی به بیمار و هیجان ها و آموزش روانی درباره اختلال اضطراب فراگیر و هیجان
دوم	تکلیف خانگی: تمایز میان افکار، احساس ها و رفتارها و بررسی کارکرد هیجان ها مرور تکلیف خانگی، اعتباربخشی به بیمار و هیجان ها، مرور فرمول بندی موردی و شناسایی راهبردهای دردرساز بیمار و طرحواره های هیجانی بیمار
سوم	تکلیف خانگی: ترسیم مدل توسط بیمار در شرایط هیجانی و شناسایی راهبردهای دردرساز مرور تکلیف خانگی، اعتباربخشی به هیجان های بیمار و به کارگیری تکنیک های شناسایی و برجسب زنی هیجان ها تکلیف خانگی: ثبت، مشاهده و توصیف هیجان ها



چهارم	مرور تکلیف خانگی، اعتباربخشی به هیجان‌های بیمار و استفاده از تکنیک‌های عادی‌سازی هیجان و کاهش استرس تکلیف خانگی: آزمایش رفتاری درباره اینکه هیجان‌های احتمالی که سایر افراد ممکن است در چنین شرایطی داشته باشند و تمرین کاهش استرس
پنجم	مرور تکلیف خانگی، اعتباربخشی به هیجان‌های بیمار، چالش با باورهای غلط هیجانی و استفاده از تکنیک پذیرش هیجان
ششم	تکلیف خانگی: باورهای غلط، مطالعه حقایق پایه درباره هیجان‌ها و مزایا و معایب پذیرش هیجان‌ها مرور تکلیف خانگی، اعتباربخشی به هیجان‌های بیمار، ترغیب بیمار برای رهاساختن راهبردهای دردسرساز، شناسایی راهبردهای مفید، معرفی ذهن‌آگاهی برای دست‌کشیدن از نگرانی و نشخوار و آموزش راهبردهای رفتاری تکلیف خانگی: تحمل احساس‌های آمیخته و ذهن‌آگاهی
هفتم	مرور تکلیف خانگی، اعتباربخشی به هیجان‌های بیمار، ادامه چالش با راهبردهای دردسرساز و کار و فعالیت درباره باورها و تفسیرهای منفی از هیجان (طرحواره‌های هیجانی) تکلیف خانگی: ذهن‌آگاهی متناسب با باورها و تفسیرهای منفی بیمار از هیجان
هشتم	مرور تکلیف خانگی، اعتباربخشی به هیجان‌های بیمار و ادامه چالش با باورها و تفسیرهای منفی بیمار از هیجان تکلیف خانگی: شناخت باورها و تفسیرهای منفی از هیجان مانند دیدگاه ساده‌انگارانه درباره هیجان‌ها مرور تکلیف خانگی، اعتباربخشی به هیجان‌های بیمار، ادامه چالش با باورها و تفسیرهای منفی درباره هیجان و استفاده از تکنیک بالارفتن از نردبان معانی
نهم	تکلیف خانگی: شناسایی باورها و تفسیرهای منفی بیمار از هیجان و پیوند با ارزش‌های والاتر مرور تکلیف خانگی، اعتباربخشی به هیجان‌های بیمار، ادامه چالش با باورها و تفسیرهای منفی درباره هیجان، پیوند با ارزش‌های والاتر، استفاده از تکنیک فضاسازی برای هیجان، گفتگو درباره مسائل مختلف جلسه‌ها و ارائه نسخه‌ای مکتوب از تکنیک‌ها و جلسه‌ها قبل
دهم	

در این پژوهش از سه پرسشنامه به شرح زیر استفاده شد.

۱. پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر^۱: برای اندازه‌گیری اضطراب فراگیر از پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر (Spitzer et al, 2006) با ۷ گویه استفاده شد. برای پاسخگویی به هر گویه از طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از هیچ وقت با نمره صفر، چند روز با نمره یک، بیش از نیمی از روزها با نمره دو و تقریباً هر روز با نمره سه استفاده می‌شود. بنابراین، حداقل نمره در پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر ۰ و حداکثر نمره در آن ۲۱ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده اختلال اضطراب فراگیر بیشتر می‌باشد؛ به طوری که نمره برش آن ۱۰ است و نمره بالاتر از ۱۰ به معنای ابتلاء به اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد. سازندگان روایی همگرای ابزار را با سیاهه اضطراب بک ۰/۷۲ و با چک‌لیست ۹۰ سوالی نشانه‌های روانی ۰/۷۴ و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و با روش بازآزمایی ۰/۸۳ گزارش کردند. در ایران، (Nori et al, 2022) مقدار پایایی پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به‌دست آوردند. در پژوهش حاضر مقدار پایایی پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد.

۲. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۲: برای اندازه‌گیری راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان از پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (Garnefski et al, 2001) با ۳۶ گویه در دو بعد راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان (۲۰ گویه) و راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان (۱۶ گویه) استفاده شد. برای پاسخگویی به هر گویه از طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از هرگز با نمره یک، به‌ندرت با نمره دو، برخی وقت‌ها

۱. generalized anxiety disorder questionnaire

۲. cognitive emotion regulation questionnaire



با نمره سه، اغلب وقت‌ها با نمره چهار و تقریباً همیشه با نمره پنج استفاده می‌شود. بنابراین، حداقل نمره در راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان ۲۰ و حداکثر نمره در آن ۱۰۰ و حداقل نمره در راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان ۱۶ و حداکثر نمره در آن ۸۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده بیشتر داشتن آن ویژگی می‌باشد. سازندگان روایی سازه ابزار را با روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و نتایج حاکی از وجود دو عامل راهبردهای مثبت و راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان بود و پایایی آنها را با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۸۱ گزارش کردند. در ایران، Jashnani et al (2024) مقدار پایایی راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان را با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۸۷ به دست آوردند. در پژوهش حاضر مقدار پایایی راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۷ محاسبه شد.

۳. پرسشنامه نگرانی^۱: برای اندازه‌گیری نگرانی از پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا Meyer et al (1990) با ۱۶ گویه استفاده شد. برای پاسخگویی به هر گویه از طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از اصلاً با نمره یک، تا حدودی با نمره دو، متوسط با نمره سه، زیاد با نمره چهار و خیلی زیاد با نمره پنج استفاده و برخی گویه‌ها به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. بنابراین، حداقل نمره در پرسشنامه نگرانی ۱۶ و حداکثر نمره در آن ۸۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده نگرانی بیشتر می‌باشد. سازندگان روایی همگرای ابزار را با پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر تایید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و با روش بازآزمایی چهار هفته‌ای ۰/۷۷ گزارش کردند. در ایران، Mosaviniya et al (2014) مقدار پایایی پرسشنامه نگرانی را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آوردند. در پژوهش حاضر مقدار پایایی پرسشنامه نگرانی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شد.

در پژوهش حاضر، داده‌ها پس از گردآوری با پرسشنامه‌های تشریح شده در بالا با روش‌های کای اسکور، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS-26 در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها

در این مطالعه تحلیل‌ها برای سه گروه ۶۰ نفر (۲۰ نفر گروه درمان شناختی-تحلیلی، ۲۰ نفر گروه طرحواره درمانی هیجانی و ۲۰ نفر گروه کنترل) انجام شد؛ به طوری که نتایج مقایسه اطلاعات جمعیت شناختی ارائه شده در جدول ۳ نشان داد که مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر جنسیت، مقطع تحصیلی و سن تفاوت معناداری نداشتند ($P > 0.05$).

جدول ۳. نتایج مقایسه اطلاعات جمعیت شناختی گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر جنسیت، مقطع تحصیلی و سن

متغیر	درمان شناختی-تحلیلی	طرحواره درمانی هیجانی	کنترل
جنسیت			
دختر	۱۲	۶۵	۵۵
پسر	۸	۳۵	۴۵
مقطع تحصیلی			
کارشناسی	۱۶	۷۵	۷۰
کارشناسی ارشد	۴	۲۵	۳۰
سن			
۱۹-۲۱ سال	۸	۴۵	۵۰
۲۲-۲۴ سال	۵	۲۰	۲۰
۲۵-۲۷ سال	۴	۱۵	۱۵
۲۸-۳۰ سال	۳	۲۰	۱۵

^۱ . worry questionnaire



نتایج میانگین ارائه شده در **جدول ۴** نشان داد که میانگین گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه کنترل از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون در متغیر راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان افزایش بیشتر و در متغیرهای راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و نگرانی کاهش بیشتری یافته است.

جدول ۴. نتایج میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تنظیم شناختی هیجان و نگرانی گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	مرحله	درمان شناختی - تحلیلی	طرحواره درمانی هیجانی	کنترل	انحراف
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان	پیش‌آزمون	۳۹/۱۰	۴/۹۷	۳۸/۳۵	۳/۷۳
	پس‌آزمون	۴۴/۴۵	۴/۹۰	۴۳/۳۰	۴/۴۶
	پیگیری	۴۴/۷	۴/۴۸	۴۳/۴۵	۴/۵۲
راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان	پیش‌آزمون	۵۵/۰۰	۴/۷۵	۵۳/۹۵	۴/۲۹
	پس‌آزمون	۵۰/۷۵	۳/۹۸	۴۸/۷	۳/۹۷
	پیگیری	۵۰/۴۰	۳/۵	۴۸/۴۵	۳/۹۵
نگرانی	پیش‌آزمون	۶۴/۱۵	۵/۱۷	۶۶/۶۵	۶/۰۱
	پس‌آزمون	۵۶/۳۰	۴/۱۱	۵۸/۹۵	۴/۹۴
	پیگیری	۵۵/۹۰	۳/۹۰	۵۸/۵۰	۴/۵۱

بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که فرض نرمال بودن راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان و نگرانی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر بر اساس نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف رد نشد ($P > 0.05$). همچنین، فرض برابری ماتریس‌های واریانس - کوواریانس راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان و نگرانی بر اساس آزمون ام‌پاکس رد نشد ($P > 0.05$). علاوه بر آن، فرض برابری واریانس‌های راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان و نگرانی بر اساس آزمون لوین رد نشد ($P > 0.05$). در مقابل، فرض برابری کوواریانس‌های راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان و نگرانی بر اساس آزمون کرویت بارتلت رد شد ($P < 0.05$). با توجه به نتایج پیش‌فرض‌های ذکر شده در تحلیل‌ها باید از شاخص گرینه‌هاوس - گسیر استفاده شود. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر ارائه شده در **جدول ۵** نشان داد که اثر مراحل، تعامل مراحل و گروه و گروه برای راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان و نگرانی معنادار بود ($P < 0.001$).

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای تعیین اثربخشی درمان شناختی - تحلیلی و طرحواره درمانی هیجانی بر تنظیم شناختی هیجان و نگرانی

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	ضریب اتا
راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان	مراحل	۴۵۱/۲۱	۱/۵۸	۲۸۵/۰۳	۳۵۵/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۸۶
	مراحل*گروه	۲۸۹/۰۲	۳/۱۶	۹۱/۲۹	۱۱۳/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۸۰
	گروه	۸۲۸/۱۴	۲	۴۱۴/۰۷	۷/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۲۱
	مراحل	۳۷۵/۱۴	۱/۳۴	۲۷۸/۰۹	۱۹۹/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۷۷



۰/۷۲	۰/۰۰۱	۹۸/۰۷	۱۰۳/۱۲	۲/۶۹	۲۷۸/۲۲	مراحل*گروه	راهبردهای منفی
۰/۲۳	۰/۰۰۱	۸/۵۰	۵۱۴/۵۷	۲	۱۰۲۹/۱۴	گروه	تنظیم شناختی هیجان
۰/۸۷	۰/۰۰۱	۳۸۶/۳۱	۸۷۲/۶۳	۱/۱۹	۱۰۴۱/۲۳	مراحل	
۰/۸۱	۰/۰۰۱	۱۲۴/۵۰	۲۸۱/۲۳	۲/۳۸	۶۷۱/۱۳	مراحل*گروه	نگرانی
۰/۲۷	۰/۰۰۱	۱۰/۴۴	۷۳۲/۹۱	۲	۱۴۶۵/۸۳	گروه	

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی ارائه شده در **جدول ۶** نشان داد که در گروه های درمان شناختی- تحلیلی و طرحواره درمانی هیجانی در متغیرهای راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان و نگرانی در مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش آزمون معنادار بود ($P < ۰/۰۰۱$)، اما در گروه کنترل این تفاوت ها معنادار نبود ($P > ۰/۰۵$).

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه مراحل به تفکیک گروه ها در تنظیم شناختی هیجان و نگرانی

متغیر	مرحله	درمان شناختی- تحلیلی	طرحواره درمانی هیجانی	کنترل
		اختلاف میانگین	اختلاف میانگین	اختلاف میانگین
راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان	پس آزمون	۵/۳۵	۰/۰۰۱	۴/۹۵
	پیش آزمون	۵/۶۰	۰/۰۰۱	۵/۱۰
	پیگیری	۰/۲۵	۰/۷۴۰	۰/۱۵
راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان	پس آزمون	۴/۲۵	۰/۰۰۱	۵/۲۵
	پیش آزمون	۴/۶۰	۰/۰۰۱	۵/۵۰
	پیگیری	۰/۳۵	۰/۲۳۰	۰/۲۵
نگرانی	پس آزمون	۷/۸۵	۰/۰۰۱	۷/۷۰
	پیش آزمون	۸/۲۵	۰/۰۰۱	۸/۱۵
	پیگیری	۰/۴۰	۰/۲۹۰	۰/۴۵

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی ارائه شده در **جدول ۷** نشان داد که در مرحله پیش آزمون بین گروه های درمان شناختی- تحلیلی، طرحواره درمانی هیجانی و کنترل تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > ۰/۰۵$)، اما در مراحل پس آزمون و پیگیری این تفاوت ها بین گروه های درمان شناختی- تحلیلی و طرحواره درمانی هیجانی در مقایسه با گروه کنترل معنادار بود ($P < ۰/۰۰۱$). علاوه بر آن، این تفاوت ها بین دو گروه مداخله در مقایسه با یکدیگر تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > ۰/۰۵$).

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه گروه ها به تفکیک مراحل در تنظیم شناختی هیجان و نگرانی

متغیر	گروه ها	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
		اختلاف میانگین	اختلاف میانگین	اختلاف میانگین
		معناداری	معناداری	معناداری



۱/۰۰۰	۱/۲۵	۱/۰۰۰	۱/۱۵	۱/۰۰۰	۰/۷۵	طرحواره درمانی	درمان شناختی - تحلیلی	راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان
۰/۰۰۱	۷/۲۰	۰/۰۰۱	۶/۷۰	۱/۰۰۰	۱/۰۵	هیجانی	درمان شناختی - تحلیلی	
۰/۰۰۱	۵/۹۵	۰/۰۰۱	۵/۵۵	۱/۰۰۰	۰/۳۰	کنترل	طرحواره درمانی	راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان
۰/۴۸۰	۱/۹۵	۰/۴۷۰	۲/۰۵	۱/۰۰۰	۱/۰۵	هیجانی	درمان شناختی - تحلیلی	
۰/۰۰۱	۵/۹۰	۰/۰۰۱	۵/۵۰	۱/۰۰۰	۰/۶۵	کنترل	درمان شناختی - تحلیلی	نگرانی
۰/۰۰۱	۷/۸۵	۰/۰۰۱	۷/۵۵	۰/۸۱۰	۱/۷۰	کنترل	طرحواره درمانی	
۰/۲۳۰	۲/۶۰	۰/۲۴۰	۲/۶۵	۰/۴۷۰	۲/۵۰	طرحواره درمانی	درمان شناختی - تحلیلی	نگرانی
۰/۰۰۱	۱۰/۲۰	۰/۰۰۱	۶/۸۰	۱/۰۰۰	۱/۱۰	هیجانی	درمان شناختی - تحلیلی	
۰/۰۰۱	۷/۶۰	۰/۰۰۱	۹/۴۵	۱/۰۰۰	۱/۴۰	کنترل	طرحواره درمانی	

بحث و نتیجه گیری

با توجه به آمار بالای اختلال اضطراب فراگیر و مشکلات فراوانی این گروه، هدف این مطالعه مقایسه اثربخشی درمان شناختی - تحلیلی و طرحواره درمانی هیجانی بر تنظیم شناختی هیجان و نگرانی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر بود.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که درمان شناختی - تحلیلی باعث افزایش راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و کاهش راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و نگرانی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر شد و نتایج در مرحله پیگیری نیز باقی ماند. این یافته در زمینه اثربخشی درمان شناختی - تحلیلی بر تنظیم شناختی هیجان با یافته پژوهش‌های [Badihi et al \(2024\)](#) و [Nayeri et al \(2021\)](#) و در زمینه اثربخشی بر نگرانی با یافته پژوهش [PourMohammad Ghouhani \(2022\)](#) همسو بود. در تبیین اثربخشی درمان شناختی - تحلیلی بر افزایش راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و کاهش راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان می‌توان گفت افرادی که در دوران کودکی محیط نامناسبی داشتند و مورد آزار و اذیت یا بی‌توجهی قرار گرفتند، الگوهای ارتباطی یا نقش‌های متقابل ناخوشایندی را یاد گرفتند. در نتیجه، فرد مجموعه‌ای از راهبردهای بقا را در شرایط محیطی نامطلوب و نامناسب یاد می‌گیرد که استفاده مکرر از آنها در بزرگسالی باعث ایجاد مشکل‌هایی برای فرد می‌شود. درمان شناختی - تحلیلی به فرد کمک می‌کند تا در طی سه مرحله اصلاح، تشخیص و بررسی از این نقش‌های متقابل، استراتژی‌های بقا و الگوهای تکراری آگاهی بیشتری پیدا کند و از آگاهی و درک خود برای یافتن راه‌های ارتباطی و شکل‌گیری جدید استفاده نماید. درمان شناختی - تحلیلی ساختار سه جانبه دارد؛ به‌طوری که جلسه‌های اولیه بر توسعه مجدد مشکلات هدف با توجه به نقش‌های متقابل و رویه‌های مشکل تمرکز دارد. جلسه‌های میانی بر ارتقای شناخت و آگاهی از این نقش‌های متقابل و توالی‌های مشکل در زندگی روزمره تمرکز می‌کند و سبب ایجاد و توسعه یک خودمشاهده‌گر می‌شود. جلسه‌های انتهایی به دنبال بازنگری این نقش‌ها و الگوها است و راه‌های اجتناب و کناره‌گیری از مشکلات توسط درمانگر و مراجع شناسایی، بررسی و رفع می‌شوند که همه این موارد می‌توانند سبب بهبود



استفاده از راهبردهای هیجانی در افراد گردند. در نتیجه، منطقی به نظر می‌رسد که درمان شناختی-تحلیلی نقش موثری در افزایش راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و کاهش راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و نگرانی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر داشته باشد. یافته‌های دیگر این مطالعه نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی باعث افزایش راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و کاهش راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و نگرانی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر شد و نتایج در مرحله پیگیری نیز باقی ماند. این یافته در زمینه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر تنظیم شناختی هیجان با یافته پژوهش‌های Reyhani & Ahovan (2024)، Abbady (2023) و Ahmadi & Kadkhodaei (2023) و در زمینه اثربخشی بر نگرانی با یافته پژوهش Dargahi et al (2019) همسو بود. در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر افزایش راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و کاهش راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان می‌توان گفت که هر یک از اختلال‌های اضطرابی دارای طرحواره هیجانی مربوط به خود است و طرحواره‌های هیجانی ناکارآمد و روش‌های مقابله نامناسب با هیجان‌ها موجب ایجاد مشکل در تجربه هیجانی افراد می‌شوند و با اصلاح طرحواره‌های هیجانی افراد، تجربه هیجانی آنها نیز اصلاح می‌شود. بنابراین، افراد تحت مداخله با روش طرحواره درمانی هیجانی تحت تاثیر تکنیک‌های مختلف از جمله اعتباربخشی به هیجان‌های خود و چالش با باورهای نادرست درباره هیجان‌ها از طریق پردازش مجدد هیجانات و احساسات خود و تجربه‌های دوران کودکی و آگاهی بر تاثیر هدایت‌گر آنها بر رفتارهای فعلی خود سعی می‌کنند تا رفتارهای خود را با عواطف و هیجان‌های مثبت همراه کنند. طرحواره درمانی هیجانی با تاکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه اثرگذاری آنها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان و ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری و همچنین با تاکید بر جایگزینی الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد فرصتی را برای بهبود هیجان‌ها فراهم می‌آورد. در نتیجه، می‌توان انتظار داشت که طرحواره درمانی هیجانی باعث افزایش راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و کاهش راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و نگرانی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر شود.

علاوه بر آن، یافته‌های این مطالعه نشان داد که بین درمان شناختی-تحلیلی و طرحواره درمانی هیجانی در افزایش راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و کاهش راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و نگرانی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر در مراحل ارزیابی تفاوت معناداری وجود نداشت. با اینکه پژوهشی درباره مقایسه اثربخشی دو روش درمان شناختی-تحلیلی و طرحواره درمانی هیجانی بر تنظیم شناختی هیجان و نگرانی یافت نشد، اما در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که درمان شناختی-تحلیلی ترکیب ایده‌های روانشناسی تحلیلی با اصول شناخت درمانی است که به دنبال تغییر الگوهای ناسازگانه رفتار و آموزش راهبردهای موثر جایگزین برای مقابله با شرایط می‌باشد و به درک و فهم الگوهای ارتباطی شکل گرفته در دوران کودکی و ارتباط بین این الگوها و تاثیر آن بر فرد توجه می‌کند. این درمان با تاکید بر تاثیر تجارب روابط اولیه با افراد مهم در شکل‌گیری خصوصیات فردی، نقش ساختارهای شناختی در بروز یک اختلال را بررسی می‌کند و با افزایش بینش در رابطه با خطاهای شناختی آغاز می‌شود، سپس تغییر رفتار با هدف دستیابی به راهکارهای موثرتر و هدایت افکار ترغیب می‌شود و از روش‌های صمیمانه و دوستانه استفاده می‌کند تا فرد کمتر احساس گرفتارشدن در دام داشته باشد. افزون بر آن، طرحواره درمانی هیجانی یکی از روش‌های درمانی در حوزه مسائل و مشکلات هیجانی می‌باشد که بر اساس مفهوم پردازش هیجان با الهام از مدل فراشناختی هیجان‌ها شکل گرفته و بر این باور استوار است که افراد در چگونگی مفهوم‌پردازی هیجان‌های خود با یکدیگر تفاوت دارند و این طرحواره‌ها منعکس‌کننده شیوه‌های تجربه کردن هیجان‌ها توسط افراد و باوری که آنها درباره مناسب یا نامناسب بودن آنها دارند، می‌باشد. این شیوه درمانی به افراد در زمینه‌های شناسایی و افتراق انواع گوناگون هیجان‌ها، بهنجارسازی تجربه هیجانی، مرتبط ساختن هیجان‌ها با ارتباطات بین فردی و نیازهای شخصی، شناسایی باورهای دردسرساز و طرحواره‌هایی که فرد برای تفسیر، قضاوت، کنترل و اقدام درباره هیجان از آنها استفاده می‌کنند، گردآوری اطلاعات با استفاده از تکنیک‌های تجربی و تدارک پاسخ‌های هیجانی جهت ارائه پاسخ مفیدتر کمک می‌کند. بنابراین، با توجه به فرآیندهای توضیح داده شده برای هر دو روش درمان شناختی-تحلیلی و طرحواره درمانی هیجانی، منطقی است که بین اثربخشی آنها در افزایش راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و کاهش راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و نگرانی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر تفاوت معناداری وجود نداشته باشد.

هر پژوهشی در هنگام اجرا با محدودیت‌هایی مواجه است و از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند، استفاده از ابزارهای خودگزارشی جهت گردآوری داده‌ها و محدودشدن جامعه پژوهش به دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اشاره کرد. بنابراین، در تعمیم یافته‌های این مطالعه باید به محدودیت‌ها توجه ویژه داشت و بر اساس آن‌ها پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران



آتی در صورت امکان از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی برای انتخاب نمونه‌ها استفاده نمایند، جهت گردآوری داده‌ها از مصاحبه ساختاریافته بهره ببرند و این پژوهش را در سایر گروه‌های آسیب‌پذیر اجرا کنند. پیشنهاد پژوهشی دیگر مقایسه اثربخشی درمان شناختی - تحلیلی و طرحواره درمانی هیجانی با سایر روش‌های درمانی از جمله درمان پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر شفقت و غیره می‌باشد. نتایج این مطالعه حاکی از اثربخشی هر دو روش درمان شناختی - تحلیلی و طرحواره درمانی هیجانی بر افزایش راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و کاهش راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و نگرانی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر بودند. این نتایج برای مدیران، برنامه‌ریزان و متخصصان حوزه سلامت دانشگاه و جامعه دارای تلویحات کاربردی بسیاری است و آنان بر اساس نتایج این پژوهش و پژوهش‌های مشابه می‌توانند گام موثری در جهت بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی گروه‌های آسیب‌پذیر بردارند. در نتیجه، مشاوران و درمانگران می‌توانند از روش‌های درمان شناختی - تحلیلی و طرحواره درمانی هیجانی در کنار سایر روش‌های درمانی جهت مداخله‌های سلامت‌محور به‌ویژه افزایش راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و کاهش راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و نگرانی بهره ببرند.

تعارض منافع

بین نویسندگان این مطالعه هیچ تضاد منافی وجود نداشت.

مشارکت نویسندگان

در این پژوهش دانشجو مسئولیت اجرای مداخله، تحلیل داده‌ها و نگارش اولیه مقاله و اساتید مسئولیت نظارت بر حسن اجرای پژوهش و نگارش نهایی مقاله را بر عهده داشتند.

موازین اخلاقی

این پژوهش کد اخلاق با شناسه IR.IAU.AHVAZ.REC.1403.049 را از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز اخذ کرده است.

شفافیت داده‌ها

در این مطالعه، داده‌ها و منابع ضمن رعایت اصول کپی‌رایت ارسال می‌شود.

حامی مالی

این مقاله حامی مالی نداشته است.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله نویسندگان تشکر و قدردانی خود را از مسئولان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز و دانشگاه شهید چمران اهواز و دانشجویان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر اعلام می‌دارند.

References

- Abbady, A. S. (2023). The effectiveness of emotional schema therapy on improving emotion regulation and reducing neurotic perfectionism among university students. *Information Sciences Letters: An International Journal*, 12(4), 1853-1862. <https://digitalcommons.aaru.edu.jo/isl/vol12/iss4/10/>
- Ahmadi, F., & Kadkhodaei, M. (2023). The effectiveness of emotional schema therapy on psychological distress, quality of life, and cognitive emotion regulation in adolescents with social anxiety disorder. *Journal of Educational Psychology*, 14(2), 1-15. <https://sanad.iau.ir/en/Journal/psyedu/Article/953439>
- Badihi, M., Nasiri, F., Sharifan, S., Amirkhani, S., Biriaei Najaf Abadi, D., & Shokrolahi, M. (2024). Effectiveness of cognitive analytic therapy on experiential avoidance and cognitive emotion regulation in Patients with chronic pain. *Journal of Anesthesiology and Pain*, 15(1), 82-92. <https://jap.iuums.ac.ir/article-1-5754-en.html>
- Cai, W., Pan, Y., Zhang, S., Wei, C., Dong, W., & Deng, G. (2017). Relationship between cognitive emotion regulation, social support, resilience and acute stress responses in Chinese soldiers: Exploring multiple mediation model. *Psychiatry Research*, 256, 71-78. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.018>
- Clarke, P. J. F., Sprlyan, B. F., Hirsch, C. R., Meeten, F., & Notebaert, L. (2020). tDCS increases anxiety reactivity to intentional worry. *Journal of Psychiatric Research*, 120, 34-39. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.10.013>
- Dargahi, Z., Mahmoudi Tabar, M., Dinarvand, R., Aalimohammadi, A., Shams, F., & Sadeghi, M. (2019). The effectiveness of schema therapy on emotional regulation, worry and anxiety of female students of Shahid Chamran University of Ahvaz. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 64(6), 3102-3115. <https://doi.org/10.22038/mjms.2021.22380>



- Fortuna, L. R., Brown, I. C., Woods, G. G. L., & Porche, M. V. (2023). The impact of COVID-19 on anxiety disorders in youth: Coping with stress, worry, and recovering from a pandemic. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 531-542. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2023.02.002>
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8): 1311-1327.
- Gorday, J. Y., Rogers, M. L., & Joiner, T. E. (2018). Examining characteristics of worry in relation to depression, anxiety, and suicidal ideation and attempts. *Journal of Psychiatric Research*, 107, 97-103. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.10.004>
- Hadizadeh, M. H., Navabinezhad, Sh., Nooranipour, R., & Farzad, V. (2019). The effectiveness of cognitive analytic therapy on the self-efficacy and interpersonal problems of women with dependent personality disorder. *Journal of Counseling Research*, 18(69), 208-229. <http://dx.doi.org/10.29252/jcr.18.69.208>
- Hallam, C., Simmonds-Buckley, M., Kellett, S., Greenhill, B., & Jones, A. (2021). The acceptability, effectiveness, and durability of cognitive analytic therapy: Systematic review and meta-analysis. *Psychology and Psychotherapy*, 94(1), 8-35. <https://doi.org/10.1111/papt.12286>
- Jashnani, Z., Ghamari, M., & Kashani Vahid, L. (2024). Presenting a model of the tendency to self-harming behaviors of teenagers on cyberspace addiction with the mediation of cognitive emotion regulation. *Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 2(4), 127-135. <https://doi.org/10.22034/pdmd.2024.444922.1057>
- Jothi, N., Husain, W., & Rashid, N. A. (2021). Predicting generalized anxiety disorder among women using Shapley value. *Journal of Infection and Public Health*, 14(1), 103-108. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.02.042>
- Kellett, S., Stockton, C., Marshall, H., Hall, J., Jennings, C., & Delgadillo, J. (2018). Efficacy of narrative reformulation during cognitive analytic therapy for depression: Randomized dismantling trial. *Journal of Affective Disorders*, 239, 37-47. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.070>
- Leahy, R. L. (2016). Emotional schema therapy: A meta-experiential model. *Australian Psychologist*, 51(2), 82-88. <https://doi.org/10.1111/ap.12142>
- Leahy, R. L. (2019). Introduction: Emotional schemas and emotional schema therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12, 1-4. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s41811-018-0038-5>
- Leahy, R. L. (2022). Emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 29(3), 575-580. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2022.02.004>
- Liu, J., Lim, M. S. M., Ng, B. T., Chong, S. A., Subramaniam, M., & Mahendran, R. (2020). Global emotion dysregulation and maladaptive cognitive emotion regulation strategies mediate the effects of severe trauma on depressive and positive symptoms in early non-affective psychosis. *Schizophrenia Research*, 222, 251-257. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.05.040>
- Liu, Q., Zhou, B., Zhang, X., Qing, P., Zhou, X., Zhou, F., & et al. (2023). Abnormal multi-layered dynamic cortico-subcortical functional connectivity in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 167, 23-31. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.10.004>
- Meers, J. M., Ferri, R., Bruni, O., & Alfano, C. A. (2020). Sleep spindle density is associated with worry in children with generalized anxiety disorder and healthy controls. *Journal of Affective Disorders*, 260, 418-425. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.065>
- Merzhvynska, M., Simmonds-Buckley, M., Delgadillo, J., & Kellett, S. (2021). Trajectories of change in the therapeutic alliance during cognitive analytic therapy for depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(3), 464-480. <https://doi.org/10.1111/papt.12322>
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State worry questionnaire. *Behavior Research and Therapy*, 28(6), 487-495. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
- Moore, E. W. G., Petrie, T. A., & Slavin, L. E. (2022). College student-athletes' COVID-19 worry and psychological distress differed by gender, race, and exposure to COVID-19-related events. *Journal of Adolescent Health*, 70(4), 559-566. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.12.022>
- Mosaviniya, R., Golzari, M., & Borjali, A. (2014). Efficacy of uncertainty tolerance training based on cognitive behavioral therapy on generalized anxiety disorder. *Journal of Applied Psychology*, 8(3), 7-23. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.20084331.1393.8.4.1.3>
- Munoz-Navarro, R., Malonda, E., Llorca-Mestre, A., Cano-Vindel, A., & Fernandez-Berrocal, P. (2021). Worry about COVID-19 contagion and general anxiety: Moderation and mediation effects of cognitive emotion regulation. *Journal of Psychiatric Research*, 137, 311-318. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.03.004>
- Nayeri, A., Nooranipour, R., & Navabinejad, Sh. (2021). Comparing the effectiveness of cognitive analytic and cognitive behavioral psychodrama group therapy on interpersonal problems and emotional regulation difficulties in divorced women. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, 8(3), 38-51. <https://doi.org/10.22037/ijabs.v8i3.35275>
- Nedaei, A., Qamari Gavi, H., Sheykholeslami, A., & Sadri Damirchi, E. (2023). The effectiveness of emotional schema therapy on the intolerance of uncertainty and the difficulty of emotion regulation in people suffering from comorbid depression and anxiety. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 10(1), 103-115. <http://dx.doi.org/10.32598/shenakht.10.1.103>



- Nori, L., Saedi, S., & Sadeghi, M. (2022). The comparison of effectiveness of cognitive-behavioral therapy, biofeedback therapy and integrating therapy on sleep quality in women with generalized anxiety disorder. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 9(6), 49-64. <http://ijpn.ir/article-1-1943-fa.html>
- Ouellet, C., Langlois, F., Provencher, M. D., & Gosselin, P. (2019). Intolerance of uncertainty and difficulties in emotion regulation: Proposal for an integrative model of generalized anxiety disorder. *European Review of Applied Psychology*, 69(1), 9-18. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2019.01.001>
- Potard, C., & Landais, C. (2021). Relationships between frustration intolerance beliefs, cognitive emotion regulation strategies and burnout among geriatric nurses and care assistants. *Geriatric Nursing*, 42(3), 700-707. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.02.018>
- PourMohammad Ghouchani, K. (2022). The effectiveness of cognitive-analytical therapy on improving uncertainty tolerance and reducing anxiety and avoiding experiences of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 13(4), 65-76. <https://doi.org/10.22075/jcp.2021.20257.1868>
- Power, N., Kellett, S., & Gaskell, C. (2023). Effectiveness of cognitive analytic therapy for mixed anxiety and depression in the context of borderline traits: A quasi-experimental single case design evaluation. *Journal of Psychotherapy Integration*, 33(1), 34-46. <https://doi.org/10.1037/int0000281>
- Reyhani, S., & Ahovan, M. (2024). The effectiveness of emotional schema therapy on regulating emotions and reducing high-risk behaviors in female adolescents. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 22(1), 137-149. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-1704-en.html>
- Sirota, N. A., Moskovchenko, D. V., Yaltonsky, V. M., & Yaltonskaya, A. V. (2018). The role of emotional schemas in anxiety and depression among Russian medical students. *Education and Human Development*, 11(4), 130-143. <http://dx.doi.org/10.11621/pir.2018.0409>
- Smith, K. E., Mason, T. B., Anderson, N. L., & Lavender, J. M. (2019). Unpacking cognitive emotion regulation in eating disorder psychopathology: The differential relationships between rumination, thought suppression, and eating disorder symptoms among men and women. *Eating Behaviors*, 32, 95-100. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.01.003>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Lowe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-7. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Stefan, S., Stroian, P., Fodor, L., Matu, S., Nechita, D., Boldea, I., & et al. (2023). An online contextual schema therapy workshop for social anxiety symptoms – A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 29, 67-75. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.06.005>
- Suor, J. H., Jimmy, J., Monk, C. S., Phan, K. L., & Burkhouse, K. L. (2020). Parsing differences in amygdala volume among individuals with and without social and generalized anxiety disorders across the lifespan. *Journal of Psychiatric Research*, 128, 83-89. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.05.027>
- Taylor, P. J., Jones, S., Huntley, C. D., & Seddon, C. (2017). What are the key elements of cognitive analytic therapy for psychosis? A Delphi study. *Psychology and Psychotherapy*, 90(4), 511-529. <https://doi.org/10.1111/papt.12119>
- Tirch, D., Leahy, R. L., Silberstein, L. R., & Melwani, P. S. (2012). Emotional schemas, psychological flexibility, and anxiety: The role of flexible response patterns to anxious arousal. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 380-391. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1521/ijct.2012.5.4.380>
- Wakefield, S., Delgadillo, J., Kellett, S., White, S., & Hepple, J. (2021). The effectiveness of brief cognitive analytic therapy for anxiety and depression: A quasi-experimental case-control study. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(2), 194-211. <https://doi.org/10.1111/bjc.12278>
- Zainal, N. H., & Newman, M. G. (2022). Inflammation mediates depression and generalized anxiety symptoms predicting executive function impairment after 18 years. *Journal of Affective Disorders*, 296, 465-475. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.077>
- Zhang, D., Liu, S., Wu, X., & Tian, Y. (2022). Network analysis of cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms in young adults after recent stressful events: The moderation of childhood maltreatment. *Journal of Affective Disorders*, 301, 107-116. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.044>