



The effectiveness of schema-based therapy on cognitive avoidance and symptoms of generalized anxiety disorder

Marzieh Makhdoomi¹, Shahnam Abolghasemi², Ali Khane Keshi³

1. Ph.D Candidate in Psychology, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran. E-mail: makhdoomi.m62@yahoo.com
2. Associated Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran. E-mail: sh.abolghasemi@iau.ac.ir
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Behbahan Branch, Islamic Azad University, Behbahan, Iran. E-mail: alikh2447@gmail.com

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:

Received 22 October 2024

Received in revised form 18 November 2024

Accepted 23 December 2024

Published Online 22 December 2025

Keywords:

schema-based therapy,
cognitive avoidance,
symptoms,
generalized anxiety
disorder

ABSTRACT

Background: The incidence of generalized anxiety disorder severely damages individuals' psychological, cognitive, communication and social processes and reduces their cognitive avoidance. But does schema-based therapy help decrease cognitive avoidance in people with generalized anxiety disorder?

Aims: Therefore the present study was conducted aiming to investigate the effectiveness of schema-based therapy on cognitive avoidance and symptoms of generalized anxiety disorder.

Methods: The research method was a semi-experimental pretest-posttest design with a 45-day follow-up stage by control group. The study population included all people with generalized anxiety disorder referred to 40 psychological counseling centers in the 18th district of Tehran in 2023 which among those 34 cases were selected through available sampling and they were randomly divided into experimental and control groups. The Experimental group received schema therapy (Young, 2008) sessions for eight 90-minutes sessions. All participants were assessed by the generalized anxiety disorder scale (Spitzer et al, 2006) and cognitive avoidance questionnaire (Sexton & Dugas, 2008). Data were analyzed by SPSS-24 software and MANOVA with repeated measure test.

Results: The results indicated the effectiveness of schema therapy on reducing cognitive avoidance and symptoms of generalized anxiety disorder ($p < 0.01$) and maintaining its effectiveness in the follow-up stage ($p < 0.01$).

Conclusion: Based on the findings of the present study, it can be concluded that schema-based therapy utilizes techniques such as Schema validity testing, challenging anxious and catastrophic thoughts, role playing, and exposure and response prevention, and has appropriate clinical efficacy to decrease cognitive avoidance and Symptoms of generalized anxiety.

Citation: Makhdoomi, M., Abolghasemi, Sh., & Khane Keshi, A. (2025). The effectiveness of schema-based therapy on cognitive avoidance and symptoms of generalized anxiety disorder. *Journal of Psychological Science*, 24(154), 187-203. [10.52547/JPS.24.154.187](https://doi.org/10.52547/JPS.24.154.187)

Journal of Psychological Science, Vol. 24, No. 154, 2025

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.24.154.187](https://doi.org/10.52547/JPS.24.154.187)



✉ **Corresponding Author:** Shahnam Abolghasemi, Associated Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

E-mail: sh.abolghasemi@iau.ac.ir, Tel: (+98) 9113913907

Extended Abstract

Introduction

Generalized Anxiety Disorder (GAD) is one of the most common psychiatric disorders (Amir et al., 2019). It is characterized by excessive anxiety and worry about multiple events or activities that persist for most days over at least six months, are difficult to control, and are accompanied by physical symptoms such as muscle tension, irritability, difficulty sleeping, and restlessness (American Psychiatric Association, 2023). The one-year prevalence rate of GAD is estimated at 3.1%, and the lifetime prevalence ranges from 4% to 7%. Approximately 12% of patients visiting psychiatric clinics suffer from GAD (Wu et al., 2019). Various factors contribute to the onset, exacerbation, and persistence of GAD symptoms, one of which is cognitive avoidance (Levine et al., 2018). Cognitive avoidance is used as a coping strategy by GAD patients when experiencing worry, aiming to control the current situation. However, it is an ineffective and maladaptive way of dealing with stress, potentially leading to paradoxical effects, including increased anxiety and symptom severity (Nasiri et al., 2020). For instance, Aniko (2018) found that the more intense the thoughts and feelings an individual tries to avoid, the higher the stress levels and, consequently, the severity of the disorder.

Given the cognitive and emotional issues reported and their role in reinforcing cognitive avoidance, which intensifies symptoms, interventions targeting cognitive avoidance and other GAD symptoms can lead to symptom reduction and improved quality of life. One such intervention is schema therapy, which focuses on modifying maladaptive schemas to prevent the recurrence of anxiety symptoms through various cognitive, experiential, behavioral, and interpersonal strategies (Thiel et al., 2016). A review of research also highlights the effectiveness of schema therapy on various anxiety disorder variables and clinical symptoms and emotional schemas (Riemersma et al., 2023; Strupp et al., 2022; Penny & Norton, 2022). Therefore, considering the role of cognitive components such as cognitive avoidance in the development, maintenance, and exacerbation of

GAD symptoms like worry and intolerance of uncertainty, therapeutic interventions can significantly aid in the effective treatment of these patients. The limited effectiveness of cognitive and cognitive-behavioral interventions in preventing symptom recurrence highlights the need for approaches targeting the cognitive elements of GAD. In this context, schema therapy appears to offer promising cognitive changes by addressing the nature and formation process of cognitive avoidance, contributing to the improvement of GAD symptoms. This research aims to answer the question: Does schema therapy affect cognitive avoidance and GAD symptoms?

Method

This study utilized a quasi-experimental design with a pre-test, post-test, and 45-day follow-up with a control group. The research population consisted of individuals with GAD who sought treatment at psychological counseling centers in District 18 of Tehran. From this population, 34 individuals were selected based on inclusion criteria and randomly assigned to experimental and control groups. The inclusion criteria were having a psychological or psychiatric diagnosis of GAD, scoring above 40 on the Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7), providing informed consent to participate in intervention sessions, not using medication, not having a history of physical illness (based on psychiatric records), and not receiving concurrent treatment or interventions (based on psychological records). The exclusion criteria included withdrawing from the study and missing more than two sessions. The experimental group underwent eight sessions of schema therapy, while the control group received no intervention. The research tools included the Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7; Spitzer et al., 2006) and cognitive avoidance questionnaire (Sexton & Dugas, 2008). Participants in both groups were assessed at three stages: pre-test, post-test, and 45-day follow-up. Data were analyzed using SPSS-24 software and multivariate analysis of variance with repeated measures to test the study hypotheses.

Results

The experimental and control groups were matched in demographic variables such as gender, employment status, educational level and age, and there was no significant difference between the two groups. The pretest scores for cognitive avoidance and symptoms of generalized anxiety disorder were similar between the control and experimental groups. The experimental group showed a greater increase in mean scores in the posttest and follow-up stages compared to the control group, indicating improvement. Assumptions for repeated measures MANOVA, including normality, linearity, outlier

analysis, homogeneity of variances, and equality of covariance matrices, were confirmed.

The MANCOVA results showed a significant difference between the experimental and control groups in the post-test stage regarding the variables of cognitive avoidance and symptoms of generalized anxiety disorder ($F = 75.019, p < 0.001$). To pinpoint this difference, a univariate ANCOVA was performed on the scores of worry states and intolerance of uncertainty within the MANCOVA framework. The detailed analysis is presented in Table 1.

Table 1. The results of within-group and between-group effects comparisons related to the variables of cognitive avoidance and symptoms of generalized anxiety disorder

variables	Source		SS	df	MS	F	Sig	Eta
cognitive avoidance	Within Group	Time	784.72	1	784.72	143.78	0.001	0.818
		Group	2580.08	1	2580.08	51.19	0.001	0.615
	Between Group	Time*Group	812.13	1	812.13	148.8	0.001	0.823
		Error	1412.58	32	50.39			
symptoms of generalized anxiety disorder	Within Group	Time	49.47	1	49.47	50.58	0.001	0.613
		Group	70.83	1	70.83	10.71	0.003	0.251
	Between Group	Time*Group	21.23	1	21.23	21.71	0.001	0.404
		Error	211.19	32	6.6			

The results in Table 1 indicate that there is a significant difference in cognitive avoidance and symptoms of generalized anxiety disorder between pre-test, post-test, and follow-up periods in schema therapy ($p < 0.01$). The results show that 81% and 61% of the within-group changes in cognitive avoidance and symptoms of generalized anxiety disorder are explained by time. The interaction effect between time and group is significant for all variables ($p < 0.01$), indicating interaction between different time levels and different groups. The effect sizes show that 61% and 25% of the within-group changes are explained by the interaction of time in the group.

The between-group effects in Table 1 indicate a significant difference in the dependent variables' scores between the experimental and control groups ($p < 0.01$). For each of the variables of cognitive avoidance and symptoms of generalized anxiety disorder, there is a significant difference between the control group and the schema therapy group. The eta squared values for worry states and intolerance of uncertainty are 82% and 40%, respectively. Bonferroni post hoc test was used to examine the differences between research groups, and the results are presented in Table 2.

Table 2. Within Bonferroni's post hoc test results in the variables of cognitive avoidance and symptoms of generalized anxiety disorder

Variable	Stages	Mean difference	Standard deviation	Sig
cognitive avoidance	Pre-test/Post-test	-16.04	0.751	0.001
	Post-test/follow-up	-2.09	0.392	0.42
	Pre-test/ follow-up	-14.11	0.744	0.001
symptoms of generalized anxiety disorder	Pre-test/Post-test	-4.88	0.428	0.001
	Post-test/follow-up	-0.23	1.18	0.69
	Pre-test/ follow-up	-4.77	0.744	0.001

The results of Table 2 showed that there was a significant difference ($p < 0.01$) in the variables of cognitive avoidance and symptoms of generalized

anxiety disorder in the post-test and follow-up stages between the schema therapy group and the control group. This indicates the effectiveness of schema

therapy in improving cognitive avoidance and symptoms of generalized anxiety disorder. Furthermore, the presence of a significant difference in the follow-up period suggests that schema therapy led to improved cognitive avoidance and symptoms of generalized anxiety disorder in the treatment group, and these effects were maintained over time.

Conclusion

The aim of the current study was to investigate the effectiveness of schema therapy on cognitive avoidance and symptoms of generalized anxiety disorder. The results indicated that schema therapy was effective in reducing cognitive avoidance and symptoms of generalized anxiety disorder ($p < 0.01$). Schema therapy seems to reduce maladaptive schemas and negative attitudes, leading to improved perspectives and cognitive processes in GAD patients, ultimately decreasing cognitive avoidance (Young, Klosko, & Weishar, 2003). Cognitive strategies help patients lower the estimated likelihood of catastrophic events while enhancing their coping capacities. Challenging anxious and catastrophic thoughts aids in better control of GAD symptoms. Moreover, cognitive strategies that emphasize the benefits of change increase patients' motivation for transformation. Behavioral techniques, such as role-playing and mental imagery, assist individuals in overcoming avoidance behaviors in anxiety-inducing situations. Assignments and behavioral practices prepare participants for independent functioning. Techniques like schema validation tests in therapy sessions offer opportunities for cognitive restructuring, skill-building, and gradual exposure, enabling independent decision-making and reduced cognitive avoidance.

Behavioral methods like role-playing and exposure with response prevention significantly alleviate severe anxiety, worry about events, restlessness, and nervousness. Therefore, schema therapy, focusing on modifying maladaptive coping styles, behavioral patterns, and schemas, provides cognitive and behavioral techniques that replace ineffective coping strategies with adaptive approaches. This leads to improvements in severe worry, restlessness, nervousness, chronic fatigue, muscle tension,

disturbed sleep, and physiological distress associated with GAD (Simpson, 2010).

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral thesis of the first author in the field of psychology, Islamic Azad University, Tonekabon Branch. Ethic cod for this study was IR.IAU.TON.REC.1403.021. The participants voluntarily participated in the research and the researcher does not consider any risk for the participants.

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author, the second were the supervisors and the third was the advisors.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: Thanks are hereby given to the supervisor and advisor of this research.



اثربخشی درمان مبتنی بر طرحواره بر اجتناب شناختی و علائم اختلال اضطراب فراگیر

مرضیه مخدومی^۱، شهنام ابوالقاسمی^{۲*}، علی خانه‌کشی^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد بهبهان، دانشگاه آزاد اسلامی، بهبهان، ایران.

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۸/۰۱

بازنگری: ۱۴۰۳/۰۸/۲۸

پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۰۲

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۱۰/۰۱

کلیدواژه‌ها:

طرحواره درمانی،

حالت‌های نگرانی،

عدم تحمل بلا تکلیفی،

اختلال اضطراب فراگیر

چکیده

زمینه: بروز اختلال اضطراب فراگیر، فرآیندهای روانشناختی، شناختی، ارتباطی و اجتماعی افراد را با آسیب جدی مواجه ساخته و اجتناب شناختی آن‌ها را کاهش می‌دهد. اما آیا درمان مبتنی بر طرحواره به کاهش اجتناب شناختی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر کمک می‌کند؟

هدف: بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر طرحواره بر اجتناب شناختی و علائم اختلال اضطراب فراگیر انجام گرفت.

روش: روش پژوهش، نیمه آزمایشی به شیوه پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری ۴۵ روزه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به ۴۰ مرکز مشاوره روانشناختی منطقه ۱۸ شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند که از بین آن‌ها ۳۴ نفر از طریق نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت طرحواره درمانی (یانگ، ۱۹۹۰) به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفت. همه شرکت کنندگان توسط مقیاس اختلال اضطراب فراگیر (اسپیترز و همکاران، ۲۰۰۶) و پرسشنامه اجتناب شناختی (سکستون و داگاس، ۲۰۰۸) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها از طریق نرم افزار SPSS-24 و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش اجتناب شناختی ($p < 0/01$) و علائم اختلال اضطراب فراگیر ($p < 0/01$) و ماندگاری تأثیر آن در دوره پیگیری بود ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر طرحواره با بهره‌گیری از فونونی همچون آزمون اعتبار طرحواره، چالش با افکار اضطرابی و فاجعه بار، ایفای نقش و مواجهه و پیشگیری از پاسخ، دارای کارایی بالینی ماسبی در جهت کاهش اجتناب شناختی و علائم اضطراب فراگیر به شمار می‌رود.

استناد: مخدومی، مرضیه؛ ابوالقاسمی، شهنام؛ و خانه‌کشی، علی (۱۴۰۴). اثربخشی درمان مبتنی بر طرحواره بر اجتناب شناختی و علائم اختلال اضطراب فراگیر. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۵۴، ۱۸۷-۲۰۳.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۵۴، ۱۴۰۴. DOI: [10.52547/JPS.24.154.187](https://doi.org/10.52547/JPS.24.154.187)



© نویسنده‌گان.

*نویسنده مسئول: شهنام ابوالقاسمی، دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران. رایانامه: sh.abolghasemi@iau.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۱۳۹۱۳۹۰۷

مقدمه

اضطراب به منزله بخشی از زندگی هر انسان، در همه افراد به حدی اعتدال آمیز وجود دارد و این حد، به عنوان پاسخی سازش یافته تلقی می‌شود، اما تا جایی که به اضطراب مرضی تبدیل نشود (کنوود و همکاران، ۲۰۲۲). اختلال اضطراب فراگیر^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی است (امیر و همکاران، ۲۰۱۹) که در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، با اضطراب و نگرانی شدید در مورد چندین رویداد با فعالیت که در اکثر روزها و حداقل ۶ ماه دوام داشته، کنترل آن مشکل بوده و با علائم جسمانی نظیر تنش عضلانی، تحریک پذیری، اشکال در خواب و بی‌قراری همراه است، تعریف می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). میزان شیوع یک ساله اختلال اضطراب فراگیر ۳/۱ و شیوع طول عمر آن ۴ تا ۷ درصد تخمین زده شده است. حدود ۱۲ درصد از بیمارانی که به کلینیک‌های روان‌پزشکی مراجعه می‌کنند، مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر هستند (وو و همکاران، ۲۰۱۹). در ایران نیز پژوهش‌های همه‌گیرشناسی نشان داده است که در میان اختلالات اضطرابی، اختلال اضطراب فراگیر بیشترین میزان شیوع را دارد (قبادزاده، داودی و فخری، ۱۳۹۳). اختلال اضطراب فراگیر باعث اختلال عملکردی شدیدی می‌شود که میزان اثربخشی مداخلات را کاهش می‌دهد (داهلین و همکاران، ۲۰۱۶) و آسیب‌های روانشناختی دیگری را نیز در فرد به وجود می‌آورد که می‌تواند فرآیند شناختی، فراشناختی، ارتباطی و اجتماعی فرد را تحت تأثیر دهد (لئونارد و آبراموویچ، ۲۰۱۹). عوامل متعددی در پیدایش، تشدید و تداوم علائم اختلال اضطراب فراگیر نقش دارند و شواهد تجربی نشان داده است که یکی از عواملی که از طریق ارزیابی‌های منفی افراطی از احساسات، هیجانات، افکار خصوصی ناخواسته، فقدان تمایل به تجربه کردن رویدادها و تلاش‌هایی عمدی برای کنترل یا فرار از آن‌ها، در شکل‌گیری و تداوم بسیاری از اختلال‌های روانی از جمله اختلال اضطراب فراگیر، نقش مهمی ایفا می‌کند، اجتناب شناختی^۲ است (لوین و همکاران، ۲۰۱۸).

اجتناب شناختی شامل طیف گسترده‌ای از رفتارها همانند سرکوب افکار یا تصاویر ناخواسته و حواس‌پرتی می‌شود (آلس و همکاران، ۲۰۲۴) و یکی از راهبردهای شناختی است که افراد با آسیب‌های روانشناختی برای

پردازش اطلاعات در شرایط چالش برانگیز از آن استفاده می‌کنند و از این طریق، سعی بر تغییر تفکرات و تصورات ذهنی خویش دارند تا بتوانند خود را از نگرانی‌های محیطی رهایی دهند (هانگ و همکاران، ۲۰۱۷). وجود اجتناب شناختی بالا می‌تواند در ایجاد و نگهداری انواع اختلالات اضطرابی نقش مهمی ایفا کند (وندروون و همکاران، ۲۰۲۰). بیشتر مدل‌ها بیان می‌کنند که تلاش زیاد برای سرکوب افکار موجب تولید اثر متناقض می‌شود و هر چقدر فرد تلاش بیشتری برای سرکوب افکار انجام دهد، چرخه‌ی معیوبی شکل می‌گیرد و به افزایش و نوع افکار نگران‌کننده منجر می‌شود و زمینه را برای بروز نشخوار فکری آماده می‌نماید (زاجلی و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین، اجتناب شناختی مانع پاسخ‌های مؤثر افراد به محرک‌های هیجانی و جایگزینی راهبردهای مدیریت هیجان می‌شود و به همین دلیل راهبرد کارآمدی به حساب نمی‌آید چرا که اجتناب شناختی موجب حفظ باورهای ناکارآمدی می‌گردد که مسئول تداوم اضطراب است، چرا که مانع از ایجاد فرصتی برای رد این باورها می‌شود (بورزا، ۲۰۱۷). به طور کلی، اجتناب شناختی به عنوان راهبرد مقابله‌ای در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر هنگام تجربه‌ی نگرانی و برای کنترل شرایط موجود استفاده می‌شود، با این حال، شیوه‌ای بی‌اثر و ناسازگار برای مقابله با استرس و شرایط استرس‌زاست و امکان اثر معکوس و افزایش اضطراب و شدت اختلال را به همراه دارد (نصیری و همکاران، ۲۰۲۰) به گونه‌ای که آنیکو (۲۰۱۸) نشان داد به هر میزان که شدت افکار و احساساتی که فرد سعی در اجتناب آن‌ها دارد بیشتر باشد، بر شدت استرس و در نهایت شدت اختلال افزوده می‌شود.

در میان اختلالات طبقه اضطرابی، اختلال اضطراب فراگیر روندی مزمن و نوسانی دارد که در صورت عدم مداخله و درمان، پیش‌آگهی ضعیفی در پی خواهد داشت (بندلو و میشلز، ۲۰۲۲). با توجه به گزارش مشکلات شناختی و هیجانی و نقش آن‌ها در تقویت و تداوم اجتناب شناختی که با تشدید علائم همراه می‌شود، مداخلاتی که بتوانند بر اجتناب شناختی و دیگر علائم اختلال اضطراب فراگیر تأثیر بگذارند با کاهش دیگر نشانه‌ها در مبتلایان و بهبود کیفیت زندگی همراه خواهد شد. همراه با درمان‌های دارویی، رویکردهای مداخله‌ای روانشناختی نیز برای مداخله در اختلال اضطراب فراگیر طراحی شده‌اند که طرحواره درمانی یکی از این درمان‌ها

^۱. Generalized Anxiety Disorder (GAD)

^۲. cognitive avoidance

می‌باشد که تمرکز آن بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌باشد (تیل و همکاران، ۲۰۱۶). طرحواره درمانی فرض می‌کند که تجربه رویدادهای آسیب‌زا در کودکی قادر است بستر به وجود آمدن طرحواره‌های ناسازگار را تسهیل سازد و چنین طرحواره‌هایی زمینه‌دهنده به اختلالات رفتاری و هیجانی را فراهم سازد (استراپ و همکاران، ۲۰۲۲). طرحواره درمانی، الگوها یا طرحواره‌هایی عمیقاً ریشه‌دار را هدف قرار می‌دهد که زمینه‌ساز رفتار ناسازگار هستند و هدف این درمان، بهبود طرحواره، تعدیل ساختار و محتوای طرحواره‌های ناسازگار با هدف پیشگیری از برگشت علائم اضطراب با بهره‌گیری از راهبردهای مختلف شناختی، تجربی، رفتاری و بین فردی است (پیترز و همکاران، ۲۰۲۲). مرور پژوهش‌ها نشان می‌دهد طرحواره درمانی بر متغیرهای گوناگونی از اختلال‌های اضطرابی و به علاوه بر علائم بالینی و طرحواره هیجانی در افراد دچار اختلالات اضطرابی تأثیر دارد (ریمرس‌وآل و همکاران، ۲۰۲۳؛ استراپ و همکاران، ۲۰۲۲؛ پنی و نورتون، ۲۰۲۲).

استراپ و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهشی که به بررسی طرحواره درمانی گروهی در بیماران دچار اختلالات اضطرابی شدید پرداخته بودند، دریافتند این مداخله از اثربخشی قابل قبولی در کاهش نشانگان چنین بیمارانی برخوردار است. وفادار و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهش خود که به بررسی اثربخشی و مقایسه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی هیجانی بر سوگیری توجه، عدم تحمل بلا تکلیفی و اجتناب شناختی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر پرداخته بودند، دریافتند نمرات متغیرهای سوگیری توجه، اجتناب شناختی و عدم تحمل بلا تکلیفی در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه طرحواره درمانی هیجانی در مقایسه با گروه گواه، به طور معناداری کاهش یافت ($p < 0/001$). خوشنویس و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی که به بررسی آموزش مبتنی بر طرحواره درمانی در مورد اضطراب فراگیر بر عدم تحمل بلا تکلیفی و تحریف شناختی در دانشجویان پرداخته بودند، دریافتند پس از آموزش طرحواره درمانی، بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر میانگین اضطراب فراگیر، عدم تحمل بلا تکلیفی و تحریف شناختی و مؤلفه‌های آن‌ها تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/001$). نتایج مطالعه محمدی و مرادی (۲۰۱۶) که به مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و برنامه ریزی زبانی-عصبی در کاهش اضطراب و بهبود عملکرد اجتماعی بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر

پرداخته بودند، نشان داد بین نمرات اضطراب گروه طرحواره درمانی و گروه برنامه ریزی عصبی-زبانی با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد که حاکی از اثربخش هر دو مداخله در کاهش اضطراب و بهبود عملکرد اجتماعی بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر بود ($p < 0/001$). با اینکه فرض می‌شود مداخلات شناختی و شناختی-رفتاری در بهبود نشانه‌ها و پیامدهای همراه با اختلال اضطراب فراگیر نسبت به سایر مدل‌ها اثربخش‌تر می‌باشند (فیشر، ۲۰۰۶)، با این حال، با اثربخشی درمانی قابل توجهی همراه نبوده‌اند به گونه‌ای که در مرحله‌ی پیگیری، عملکرد مطلوب رو به بالا تنها توسط ۵۹ درصد از مراجعان گزارش گردید؛ علی‌رغم این اثربخشی، تقریباً ۵۸ درصد از مراجعان به ملاک‌های بهبودی حداقلی در سطح علائم دست پیدا کردند و در مرحله‌ی پیگیری میزان اثربخشی به صورت قابل توجهی کاهش پیدا نمود (سیراوا و بورکووک، ۲۰۰۶). تحقیقات صورت گرفته در ایران نیز موید این موضوع بوده است (ادریسی و همکاران، ۱۳۹۴؛ خدابخش و رحیم جaronی، ۱۳۹۲). بنابراین، بایستی مداخلات دیگری در درمان اختلال اضطراب فراگیر بکار گرفته شود که بر ماهیت اجتناب شناختی و تغییر آن متمرکز باشد و همچنین پروسه‌ی ایجاد اجتناب شناختی و تداوم آن را مورد تبیین قرار دهد. همچنین تغییرات نظام شناختی و هیجانی را که سبب مقاوم به درمان شدن نشانه‌ها می‌شود را مورد هدف قرار دهد. علاوه بر این، ماهیت شناختی و ارتباط نزدیک اجتناب شناختی با تشدید علائم اختلال اضطراب فراگیر و مورد هدف قرار دادن همزمان آن‌ها در اختلال اضطراب فراگیر می‌تواند نقش موثری را در اثربخشی درمان و بهبود نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر ایفا نماید. در نتیجه، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال بود که آیا طرحواره درمانی بر اجتناب شناختی و علائم اختلال اضطراب فراگیر اثربخش می‌باشد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری ۴۵ روزه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به ۴۰ مرکز مشاوره روانشناختی منطقه ۱۸ شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند که از بین آن‌ها ۳۴ نفر با توجه به

معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شدند و بر اساس روش نمونه‌گیری تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش شامل تشخیص اختلال اضطراب فراگیر، کسب نمره بالای ۴۰ در مقیاس اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7)، رضایت آگاهانه برای حضور در جلسات مداخله، عدم مصرف دارو و عدم سابقه بیماری جسمی (بر اساس پرونده روان‌پزشکی)، عدم دریافت درمان یا مداخلات همزمان (بر اساس پرونده روانشناختی) و معیارهای خروج از پژوهش شامل اعلام انصراف از شرکت در پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه و عدم انجام تکالیف درمانی بود.

(ب) ابزار

ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش عبارت بود از:

مقیاس اختلال اضطراب فراگیر ۷ سؤالی^۱ (GAD-7): این مقیاس توسط اسپیتزر، کروئنک، ویلیامز و لوو (۲۰۰۶) تهیه شده و دارای ۷ سؤال می‌باشد که هر یک از سؤالات به بررسی مشکلات روانی آزمودنی در ۲ هفته گذشته می‌پردازد. گزینه‌ها به صورت هیچ‌وقت، چند روز، بیش از نیمی از روزها و تقریباً هر روز از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره به ترتیب ۰ و ۲۱ می‌باشد. در آخر پرسشنامه سؤال ۸ ارائه می‌شود که به این نکته می‌پردازد که هر یک مشکلات مطرح شده در ۷ سؤال اول تا چه اندازه در انجام کار، امور مربوط به خانه یا ارتباط فرد با دیگران مشکل ایجاد کرده است گزینه‌های انتخابی عبارت‌اند از به هیچ وجه، تا حدی، زیاد، خیلی زیاد. نقاط برش برای پرسشنامه عبارت‌اند از ۵ (خفیف)، ۱۰ (متوسط)، ۱۵ (شدید). اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) با استفاده از تحلیل عاملی از یک مقیاس ۱۵ سؤالی، ۲ عامل استخراج کردند که ۸ سؤال آن مربوط به افسردگی بوده و منجر به ساخت پرسشنامه سلامت بیمار^۲ (PHQ-8) گردیده و ۷ سؤال دیگر مربوط به اضطراب بوده و منجر به ساخت پرسشنامه اضطراب فراگیر (GAD-7) گردیده است. اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) ضریب آلفای کرونباخ و ضریب باز آزمایی مقیاس (GAD-7) را به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۳ گزارش کردند. اعتبار همگرایی پرسشنامه با پرسشنامه‌های اضطراب بک، چک‌لیست نشانه‌های روانی ۹۰ سؤالی (SCL-90)، پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت (SF-20) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان

داد ضریب همبستگی نمره مقیاس اضطراب فراگیر با پرسشنامه‌های اضطراب بک ۰/۷۲، چک‌لیست نشانه‌های روانی ۹۰ سؤالی (SCL-90) ۰/۷۴ و پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت (SF-20) و ابعاد آن بین ۰/۳۰ برای بعد عملکرد جسمی تا ۰/۷۵ برای بعد سلامت روانی به دست آمده است که نشان دهنده اعتبار همگرایی پرسشنامه اضطراب فراگیر (GAD-7) بود. همچنین نتایج نشان داد که مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) از اعتبار تشخیصی مناسبی نیز برخوردار است. در پژوهش نائینیان و همکاران (۱۳۹۰) که بر روی دانشجویان ایرانی و نمونه بالینی انجام شد ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ برای این مقیاس گزارش شد که حاکی از پایایی مناسب آن بوده است. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۶ به دست آمد.

پرسشنامه اجتناب شناختی^۳ (CAQ): این پرسشنامه خود گزارشی توسط سکستون و داگاس در سال ۲۰۰۸ ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۲۵ سؤال بوده و هدف آن سنجش اجتناب شناختی از ابعاد مختلف (واپس‌زنی افکار نگران‌کننده، جانشینی افکار مثبت به جای افکار نگران‌کننده، استفاده از توجه برگردانی برای قطع روند نگرانی، اجتناب از موقعیت‌ها و فعالیت‌های فعال ساز افکار نگران‌کننده، تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی) است. این پرسشنامه دارای پنج بُعد بوده که سؤالات مربوط به هر بعد در زیر ارائه گردیده است: واپس‌زنی افکار نگران‌کننده (۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۱۴)، جانشینی افکار مثبت به جای افکار نگران‌کننده (۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۵)، استفاده از توجه برگردانی برای قطع روند نگرانی (۱۲، ۱۳، ۲۱)، اجتناب از موقعیت‌ها و فعالیت‌های فعال ساز افکار نگران‌کننده (۷، ۹، ۱۶، ۱۸، ۲۲) و تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی (۳، ۱۵، ۱۹، ۲۳، ۲۴). نمره بیشتر در این پرسشنامه نشانه تمایل به اجتناب شناختی بیشتر از وقایع تهدیدکننده است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت (از کاملاً غلط = ۱ تا کاملاً درست = ۵) است. گاسلین و همکاران (۲۰۰۲) پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۵ و به روش باز آزمایی پس از چهار هفته برابر ۰/۸۱ گزارش کردند. ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ در کل آزمودنی‌ها برای نمره کل اجتناب شناختی برابر ۰/۹۱ و به ترتیب برای خرده مقیاس فرونشانی فکر ۰/۹،

3. Cognitive Avoidance Questionnaire

1. Generalized Anxiety Disorder Scale- 7 item

2. Patient Health Questionnaire

و تبدیل تصورات به افکار، به ترتیب ۰/۹، ۰/۸۹، ۰/۷۱، ۰/۹ و ۰/۸۴ به دست آمد؛ همچنین، روایی پرسشنامه با استفاده از محاسبه ضریب همبستگی با سیاهه فرونشانی فکر خرس سفید برابر ۰/۴۸ به دست آمد. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۹ به دست آمد. پروتکل طرحواره درمانی: در پژوهش حاضر از پروتکل طرحواره درمانی (یانگ، ۱۹۹۰؛ به نقل از یانگ، کلاسکو و ویشار، ۲۰۰۳) استفاده به عمل آمد. خلاصه جلسات این مداخله در جدول ۱ ارائه شده است.

جانشینی فکر ۰/۷۱، حواسپرتی ۰/۸۹، اجتناب از محرک تهدید کننده ۰/۹ و تبدیل تصورات به افکار برابر ۰/۸۴ است (سکستون و داگاس، ۲۰۰۸). ضریب روایی اجتناب شناختی و سیاهه فرونشانی فکر خرس سفید برابر ۰/۷۲ گزارش شد (گاسلین و همکاران، ۲۰۰۲). روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط بساک نژاد، معینی و مهرابی زاده (۱۳۸۹) انجام گردید و ضریب پایایی آن برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای زیر مقیاس های فرونشانی فکر، جانشینی فکر، حواسپرتی، اجتناب از محرک تهدید کننده

جدول ۱. ساختار و محتوای جلسات طرحواره درمانی (یانگ، ۱۹۹۰)

جلسه	عنوان جلسه	هدف جلسه	تکلیف جلسه
اول	برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه	برقراری ارتباط و معرفی اعضا، بیان قواعد گروه و اهداف و معرفی دوره، تعهد گرفتن، شناخت مشکل فعلی	هر فرد طی چند روز آینده در روابط خود با دیگران دقت کند و مشکلات فعلی خود را شناسایی کند. سپس این مشکلات را طبق توضیحات جلسه به صورت اختصاصی بنویسد و در مقابل آن اهداف خود را در مورد مشکل با توجه به دوره درمان بنویسد. افراد بر گه اطلاعات در مورد طرحواره ها را خوب مطالعه کرده و چند موقعیت که دچار سرخوردگی می شوند را در زندگی خود در نظر بگیرند و نوع طرحواره ای که در آن هنگام برانگیخته می شود و با آن مرتبط است را بنویسند و سبک های مقابله ای خود را برای کنار آمدن با آن طرحواره در نیز مشخص نمایند.
دوم	آموزش در مورد طرحواره ها و سبک های مقابله ای	آموزش طرحواره های ناسازگار اولیه، انواع و مشخصات آن ها، توضیح سبک های مقابله ای، برقراری ارتباط بین مشکلات زندگی فعلی و طرحواره ها	
سوم	راهبردهای شناختی	ارائه منطق تکنیک های شناختی و استعاره جنگ، اجرای آزمون اعتبار طرح واره، استفاده از سبک درمانی رویارویی همدلانه، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره	شرکت کنندگان تا جلسه بعد چند مورد از رفتارهای طرحواره را در نظر بگیرند، طرحواره زیربنایی آن، شواهد تأیید کننده و رد کننده آن را یادداشت کنند.
چهارم	تکنیک های شناختی	ارزیابی مزایا و معایب پاسخ های مقابله ای شرکت کنندگان، برقراری گفت و گو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم، استفاده از بازی مدافع شیطان، آموزش تدوین و ساخت کارهای آموزشی	شرکت کنندگان در منزل بین جنبه طرحواره و جنبه سالم شان با استفاده از تکنیک صندلی خالی گفت و گویی برقرار سازند و بنویسند.
پنجم	راهبردهای تجربی	ارائه منطق تکنیک تجربی و اهداف آن، تصویرسازی ذهنی، ربط دادن تصویر ذهنی گذشته به زمان حال، انجام گفت و گوی خیالی	نوشتن نامه به فردی که در دوران کودکی به آن ها آسیب رسانده و ارسال نکرده و در جلسه به همراه خود بیاورند.
ششم	الگو شکنی رفتاری	ارائه منطق تکنیک های رفتاری، بیان هدف تکنیک های رفتاری، تعیین فهرست جامعی از رفتارهای خاص به عنوان موضوع تغییر، ارائه راه هایی برای تهیه فهرست رفتار، اولویت بندی رفتارها برای الگو شکنی و مشخص کردن مشکل سازترین آن، افزایش انگیزه برای تغییر رفتار	افراد طی چند روز آینده چند موقعیتی که سرخورده شده اند را در زندگی در نظر گرفته و توجه کنند که چه احساسی داشته اند و چه فکری کرده و چه رفتاری انجام داده اند و در صورت بروز رفتار مشکل آفرین، رفتار سالم جایگزین را مقابل آن بنویسند.
هفتم	تکنیک های رفتاری	افزایش انگیزه برای تغییر رفتار، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی و ایفای نقش، غلبه بر موانع تغییر رفتار، ایجاد تغییرات مهم در زندگی	از افراد خواسته که برای رفتاری که هنوز در آن تغییری ایجاد نشده با پرسیدن این سؤال از خود «اگر این طرحواره را نداشتم چه کار می کردم؟» رفتار جایگزین را بیابند و مزایا و معایب تغییر در برابر عدم تغییر را یادداشت کنند.
هشتم	جمع بندی و اختتام	خلاصه جلسات قبل، بررسی تکالیف انجام شده و رفع اشکال، جمع بندی و نتیجه گیری نهایی با کمک اعضا، ارائه پس آزمون مربوط، تشکر و خدا حافظی	

ج) روش اجرا

۳۴ نفر از افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۴۰۲ با توجه به معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شدند و بر اساس روش نمونه گیری تصادفی در دو گروه ۱۷ نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش ۸ جلسه طرحواره درمانی دریافت کردند و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. شرکت کنندگان دو گروه، در سه مرحله‌ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری (۴۵ روزه) به وسیله‌ی مقیاس اختلال اضطراب فراگیر ۷ سؤالی (اسپیترز و همکاران، ۲۰۰۶) و پرسشنامه اجتناب شناختی (سکستون و داگاس، ۲۰۰۸) مورد ارزیابی قرار گرفتند. اصل مهم رعایت مطالب محرمانه و رازداری شامل این نکته بود که تمامی سنجش‌ها و نتایج گردآوری شده فردی از پژوهش که به نوعی ممکن است با مسائل شخصی و خانوادگی شرکت کنندگان دو گروه آزمایش و گواه تضاد منافع ایجاد کند، محرمانه باقی مانده و در گزارش‌ها به آن‌ها اشاره نگردد. نام تمامی شرکت کنندگان دو گروه نیز به کدهای تصادفی تبدیل شد تا در آینده مشکل اخلاقی خاصی به وجود نیاید. افزون بر این، برای تمامی شرکت کنندگان دو گروه به‌طور کامل فرآیند طرح (تا اندازه‌ای که به سوگیری شرکت کنندگان نینجامد) توضیح داده شد و پس از جلب رضایت آن‌ها، فرم توافق از تمامی شرکت کنندگان دو گروه دریافت گردید. جهت تحلیل داده‌ها و بررسی فرضیه‌های پژوهش

از نرم‌افزار SPSS-24 و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده به عمل آمد.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های پژوهش در متغیرهای جنس، وضعیت شغلی، تحصیلات و سن به این ترتیب بود که در گروه گواه ۱۰ نفر (۵۸/۸۲ درصد) زن و ۷ نفر (۱۷/۴۲ درصد) مرد بودند و در گروه آزمایش ۱۱ نفر (۶۴/۷ درصد) زن و ۶ نفر (۵۳/۳ درصد) مرد بودند. به لحاظ وضعیت شغلی در گروه گواه ۶ نفر (۳۵/۳ درصد) خانه‌دار و ۱۱ نفر (۶۴/۷ درصد) شاغل بودند و در گروه آزمایش ۷ نفر (۱۷/۴۲ درصد) خانه‌دار و ۱۰ نفر (۵۸/۸۲ درصد) شاغل بودند. به لحاظ تحصیلات نیز در گروه گواه ۲ نفر دیپلم (۱۱/۷۶ درصد)، ۱۳ نفر (۷۶/۴۸ درصد) کارشناسی و ۲ نفر (۱۱/۷۶ درصد) کارشناسی ارشد بودند؛ وضعیت تحصیلی در گروه آزمایش به این ترتیب بود که ۱ نفر (۵/۸۸ درصد) دارای مدرک دیپلم، ۱۳ نفر (۷۶/۴۸ درصد) دارای مدرک کارشناسی و ۳ نفر (۱۷/۶۵ درصد) دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. از نظر وضعیت سنی نیز میانگین گروه گواه ۳۶/۲ سال و گروه آزمایش ۳۵/۹ سال بود. شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی‌های پژوهش در متغیرهای اجتناب شناختی و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای اجتناب شناختی و علائم اختلال اضطراب فراگیر در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش آزمون			پس آزمون			پیگیری		
		میانگین	انحراف معیار	کشیدگی-کجی	میانگین	انحراف معیار	کشیدگی-کجی	میانگین	انحراف معیار	کشیدگی-کجی
اجتناب شناختی	گواه	۹۵/۱۸	۴/۸۸	۱/۲۱۵-۰/۷۹۲	۹۵/۲۴	۳/۴۹	۰/۶۳۱-۰/۷۱۴	۹۵/۲۹	۲/۶۴	۱/۶۸۷-۰/۶۹۸
	طرحواره درمانی	۹۵	۵/۵۱	۰/۸۵۳-۰/۵۱۸	۷۹/۲۰	۵/۱۷	۰/۸۱۹-۰/۸۶۷	۸۱/۲۹	۳/۹۱	۰/۹۵۳-۰/۸۷۴
علائم اختلال	گواه	۱۲/۲۳	۱/۴۷	۰/۵۳۴-۰/۰۲۹	۱۱/۹۴	۱/۶۹	۱/۶۹۸-۰/۶۵۷	۱۱/۴۷	۱/۱۷	۰/۷۶۵-۰/۳۲۱
	طرحواره درمانی	۱۲/۰۶	۱/۹۳	۰/۴۶۵-۰/۰۱۹	۷/۰۶	۱/۸۸	۱/۶۱۵-۰/۷۲۵	۷/۲۹	۱/۶۴	۰/۳۰۸-۰/۵۶۶

یافته‌های مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد که نمرات مربوط به متغیرهای اجتناب شناختی و علائم اختلال اضطراب فراگیر در گروه‌های گواه و آزمایش در مرحله پیش آزمون تقریباً نزدیک به هم می‌باشند، ولی میانگین نمرات گروه آزمایش در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه کاهش بیشتری پیدا کرده است و با بهبود همراه بوده است اما معناداری این تغییر در ادامه به واسطه تحلیل کوواریانس چندمتغیری بررسی شده است.

قبل از ارائه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، مفروضه‌های زیربنایی مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن داده‌های پژوهش از شاخص کجی و کشیدگی استفاده شد. بر اساس نتایج شاخص کجی و کشیدگی در جدول ۲ متغیرهای وابسته در دامنه ۲ و ۲- بودند و این به منزله معنی دار بودن داده‌ها می‌باشد. بر همین اساس همبستگی بین پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای اجتناب شناختی ($r = 0.65$) و علائم

کوواریانس برقرار بود. به علاوه، نتایج همگنی رگرسیون متغیرهای اجتناب شناختی ($F=0/43$, $p=0/896$) و علائم اختلال اضطراب فراگیر ($F=0/436$, $p=0/48$) محاسبه شد. لذا مفروضه همگنی رگرسیون در پیش آزمون و پس آزمون تأیید شد. نتایج آزمون ماچلی برای بررسی فرض کرویت متغیر اجتناب شناختی (با آماره موچلی $0/863$ با مجذور خی دو $4/49$) و علائم اختلال اضطراب فراگیر (آماره موچلی $0/989$ با مجذور خی دو $0/218$) معنی دار نمی باشد که نشان می دهد تفاوت معناداری بین واریانس اختلافات وجود ندارد و پیش فرض کرویت رعایت شده است. جدول ۳ نتایج آزمون لامبدای ویلکز در تحلیل واریانس چندمتغیره اجتناب شناختی و علائم اختلال اضطراب فراگیر را نشان می دهد.

جدول ۳. نتایج آزمون لامبدای ویلکز در تحلیل واریانس چندمتغیره اجتناب شناختی و علائم اختلال اضطراب فراگیر

متغیر	آزمون	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
اجتناب شناختی	اثر پیلایی	۰/۷۶۹	۷۵/۰۱۹	۶	۲۳	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۰۹۴	۷۵/۰۱۹	۶	۲۳	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۹/۶۴۲	۷۵/۰۱۹	۶	۲۳	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۹/۶۴۲	۷۵/۰۱۹	۶	۲۳	۰/۰۰۱
	اثر پیلایی	۰/۹۱۳	۷۶/۰۸۶	۶	۲۳	۰/۰۰۱
علائم اختلال اضطراب فراگیر	لامبدای ویلکز	۰/۰۹۳	۷۶/۰۸۶	۶	۲۳	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۹/۶۵۸	۷۶/۰۸۶	۶	۲۳	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۹/۶۵۸	۷۶/۰۸۶	۶	۲۳	۰/۰۰۱

و $p<0/001$). به منظور بررسی نقطه این تفاوت، تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا روی نمره های حالت های نگرانی و عدم تحمل بالاترین انجام شد که تحلیل آن در جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری در جدول ۳ نشان داد در مرحله پس آزمون بین گروه آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای اجتناب شناختی و علائم اختلال اضطراب فراگیر تفاوت معناداری وجود دارد ($F=75/019$

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس اثرات درون گروهی و بین گروهی مربوط به مقایسه متغیرهای اجتناب شناختی و علائم اختلال اضطراب فراگیر

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
اجتناب شناختی	زمان	۷۸۴/۷۲	۱	۷۸۴/۷۲	۱۴۳/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۸۱۸
	گروه	۲۵۸۰/۰۸	۱	۲۵۸۰/۰۸	۵۱/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۶۱۵
	زمان*گروه	۸۱۲/۱۳	۱	۸۱۲/۱۳	۱۴۸/۸	۰/۰۰۱	۰/۸۲۳
	خطا	۱۴۱۲/۵۸	۳۲	۵۰/۳۹			
علائم اختلال اضطراب فراگیر	زمان	۴۹/۴۷	۱	۴۹/۴۷	۵۰/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۶۱۳
	گروه	۷۰/۸۳	۱	۷۰/۸۳	۱۰/۷۱	۰/۰۰۳	۰/۲۵۱
	زمان*گروه	۲۱/۲۳	۱	۲۱/۲۳	۲۱/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۴۰۴
	خطا	۲۱۱/۱۹	۳۲	۶/۶			

جدول ۴ نشان می‌دهد که در طرحواره درمانی اجتناب شناختی و علائم اختلال اضطراب فراگیر در زمان‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/01$). نتایج نشان می‌دهد که ۸۱ و ۶۱ درصد از تغییرات درون گروهی متغیرهای اجتناب شناختی و علائم اختلال اضطراب فراگیر به وسیله زمان تبیین می‌شود. نتایج مربوط به اثر تعاملی بین زمان و گروه نشان می‌دهد که این اثر در تمامی متغیرها معنی‌دار است ($p < 0/01$). بنابراین بین سطوح مختلف زمان و سطوح مختلف گروه‌ها تعامل وجود دارد. اندازه اثرها نشان می‌دهند که ۶۱ و ۲۵ درصد از تغییرات درون گروهی به وسیله اثر متقابل زمان در گروه تبیین می‌شود. نتایج مربوط

به اثرات بین گروهی مندرج در جدول ۴ بیان می‌دارد که بین امتیازات متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/01$). به عبارتی برای هر یک از متغیرهای اجتناب شناختی و علائم اختلال اضطراب فراگیر تفاوت معنی‌داری بین شرکت‌کننده‌های گروه گواه و گروه طرحواره درمانی وجود دارد. اندازه مجذور آتا برای متغیرهای اجتناب شناختی و علائم اختلال اضطراب فراگیر به ترتیب ۸۲ و ۴۰ درصد می‌باشد.

برای بررسی دقیق‌تر تفاوت موجود بین گروه‌های پژوهش از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی بین گروه طرحواره درمانی و گواه در متغیرهای اجتناب شناختی و علائم اختلال اضطراب فراگیر

متغیر	مرحله	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	مقدار احتمال معنی‌داری
اجتناب شناختی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۱۶/۰۴	۰/۷۵۱	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون-پیگیری	-۲/۰۹	۰/۳۹۲	۰/۴۲
	پیش‌آزمون-پیگیری	-۱۴/۱۱	۰/۷۴۴	۰/۰۰۱
علائم اختلال اضطراب فراگیر	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۴/۸۸	۰/۴۲۸	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۲۳	۱/۱۸	۰/۶۹
	پیش‌آزمون-پیگیری	-۴/۷۷	۰/۷۴۴	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد برای متغیرهای اجتناب شناختی و علائم اختلال اضطراب فراگیر در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه طرحواره درمانی و گواه تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p < 0/01$) که نشان دهنده اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش اجتناب شناختی و علائم اختلال اضطراب فراگیر است و از سوی دیگر، وجود تفاوت معنادار در دوره پیگیری نیز نشان می‌دهد طرحواره درمانی باعث کاهش اجتناب شناختی و علائم اختلال اضطراب فراگیر در گروه دریافت‌کننده طرحواره درمانی شده و تأثیر آن در طول زمان نیز حفظ شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر اجتناب شناختی و علائم اختلال اضطراب فراگیر بود. نتایج حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش اجتناب شناختی و علائم اختلال اضطراب فراگیر بود ($p < 0/01$). نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های استرپ و همکاران (۲۰۲۲)، سندوگلر (۲۰۲۱) و وفادار و همکاران (۱۴۰۰) همسو است که

دریافتند طرحواره درمانی می‌تواند روش مناسب و موثری برای کاهش اجتناب شناختی و علائم اختلال اضطراب فراگیر باشد.

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش اجتناب شناختی به نظر می‌رسد طرحواره درمانی با به کارگیری شناخت درمانی و جانشین کردن راهکارهای مدیریتی هیجانی سازگارانه به منظور برخورد با مشکلات زندگی، مشکلات بین فردی مزمن و بی‌ثباتی هیجانی را کاهش می‌دهد و از این طریق تنظیم هیجانی و شناختی را در فرد فعال می‌سازد و بهبود تنظیم شناختی نیز می‌تواند اجتناب شناختی را که نتیجه خطای پردازش شناختی است کاهش دهد (رنر و همکاران، ۲۰۱۸). این درمان شرایطی را مهیا می‌سازد تا افراد از راهبردهای مقابله‌ای بهنجار و سازگارانه استفاده کنند. بهره‌گیری از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه، با گسترش ظرفیت روانی و مهارت حل مسئله همراه است و این فرایند سبب بهبود پردازش شناختی و کاهش اجتناب شناختی می‌شود (ژیلیان و همکاران، ۲۰۰۳).

بر این اساس، طرحواره درمانی با کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های منفی حاصل از آن، سبب می‌شود تا افراد دارای اختلال

اضطراب فراگیر با بهبود نگرش خود، پردازش‌های شناختی ناکارآمد خود را تحت تأثیر قرار دهند و از این طریق بتوانند اجتناب شناختی کمتری تجربه کنند. علاوه بر این می‌توان گفت طرحواره درمانی با تأکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه‌ی اثرگذاری آن‌ها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد فرصتی فراهم می‌سازد تا افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر دست از ارزیابی منفی و اجتناب بکشند و به جای آن، از راهبردهای مقابله‌ای بهنجار و سازگارانه استفاده کند. استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه نیز می‌تواند با بهبود پردازش شناختی، هیجانی و روانشناختی، به بهبود قدرت حل مسئله و در نتیجه کاهش اجتناب شناختی در این دانش‌آموزان منجر شود. همچنین می‌توان بیان کرد که رویکرد طرحواره محور به دلیل کارکردن بر درونمایه‌های روانشناختی یا همان طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افرادی که دید منفی به خود، توانایی‌ها، عواطف و هیجانات خود دارند، در اصلاح باورها و افکار آن‌ها مفید است. بر همین اساس، طرحواره درمانی با استفاده از راهبردهای تجربی، باور شناختی را که به باور هیجانی گره خورده است، به چالش می‌کشد تا با تخلیه‌ی هیجانی، نیازهای هیجانی ارضا نشده را بشناسد که به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار و تشکیل کمال‌گرایی مفرط منجر شده است. این آگاهی سبب می‌شود تا افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر، با بهره‌گیری از طرحواره درمانی بتوانند با بهبود و تلطیف نگرش خود، از میزان اجتناب شناختی خود بکاهند.

راهبردهای شناختی باعث می‌شوند که بیماران احتمال وقوع حوادث فاجعه بار را کمتر برآورد کنند و در عین حال ظرفیت مقابله خودشان را بهتر ارزیابی نمایند. چالش با افکار اضطرابی و فاجعه بار کمک می‌کند تا این افراد علائم اضطراب فراگیر را بهتر کنترل کنند. علاوه بر این، راهبردهای شناختی با برجسته سازی مزایای تغییر، انگیزه را برای تغییر در بیماران افزایش می‌دهند. همچنین تکنیک‌های رفتاری مانند ایفای نقش در گروه و تصویرسازی ذهنی به افراد دارای علائم اضطراب فراگیر کمک می‌کند تا بر اجتناب خود از عملکرد در موقعیت‌های اضطراب‌انگیز و نگران کننده غلبه کنند. همچنین ارائه تکالیف خانگی و تمرین‌های رفتاری آزمودنی‌ها را برای انجام عملکرد مستقل آماده می‌کند. در این راستا

می‌توان گفت که ارائه تکالیف و تکنیک‌هایی چون کارت آموزشی و پاسخدهی منطقی توانسته است افراد دارای علائم اضطراب فراگیر را در تحمل اضطراب ناشی از نگرانی شدید و مفرط درباره تعدادی از رویدادها یا فعالیت‌ها و علائم دیگر آن کمک کند. در نتیجه استفاده از راهبردهای شناختی بیماران یاد می‌گیرند که انتظار غیرواقع بینانه خود را مبنی بر اینکه افراد مهم زندگی باید مدام در دسترس باشند و همیشه به یک شیوه رفتار کنند، تغییر دهند. تکنیک‌های شناختی همچنین دیدگاه بیمار در مورد خودش را تغییر می‌دهند. بیماران شواهد تایید کننده و رد کننده طرحواره‌هایشان را بیان کرده و بین طرحواره اصلی و جنبه سالم که احساس ارزشمندی خوبی برای آن‌ها به ارمغان می‌آورد، گفت‌وگویی برقرار می‌کنند. درمانگر همچنین با استفاده از تکنیک‌های تجربی از طریق تکنیک‌های برقراری گفت‌وگو و تصویرسازی ذهنی به بیمار کمک می‌کند تا نیازهای هیجانی ارضا نشده دوران کودکی را بشناسد. تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی در جلسات درمانی فرصتی برای تغییر شناخت‌واره‌ها، مهارت آموزی و رویارویی تدریجی برای تصمیم‌گیری و عملکرد مستقلانه افراد دارای اضطراب فراگیر و کاهش اجتناب شناختی مهیا نموده است. علاوه بر این، راهبردهای شناختی با برجسته سازی مزایای تغییر، انگیزه را برای تغییر در بیماران افزایش می‌دهند که خود می‌تواند نقش مهمی در کاهش اجتناب فراهم سازد. همچنین تکنیک‌های رفتاری مانند ایفای نقش در گروه و تصویرسازی ذهنی به افراد دارای اضطراب فراگیر کمک می‌کند تا بر اجتناب خود درباره‌ی رویدادها یا فعالیت‌های نگران کننده غلبه کنند.

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر به نظر می‌رسد طرحواره درمانی با تأکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه‌ی اثرگذاری آن‌ها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان و ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری و همچنین با تأکید بر جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد فرصتی را برای بهبود علائم اضطراب و نگرانی شدید و مفرط درباره تعدادی از رویدادها یا فعالیت‌ها، بی‌قراری، احساس عصبی بودن، خستگی مداوم، تنش

ماهیهی، خواب مختل و ناراحتی فیزیولوژیک اختلال اضطراب فراگیر فراهم می‌آورد (سیمپسون، ۲۰۱۰).

می‌توان گفت که طرحواره درمانی با آماج قرار دادن ریشه‌های رشدی اختلال اضطراب فراگیر و بازسازی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، قادر به درمان علائم مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر شده است. طرحواره درمانی با تاکید بر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تاکید بر الگوهای رفتاری صحیح در درمان فرصتی را برای بهبود علائم اجتناب در این بیماران فراهم می‌آورد. آموزش تکنیک‌های شناختی و رفتاری درمان طرحواره محور همچون آزمون اعتبار طرحواره و تکنیک‌های رفتاری مثل ایفای نقش و مواجهه و پیشگیری از پاسخ می‌تواند در کاهش علائم اضطراب فراگیر و به ویژه در کاهش اضطراب و نگرانی شدید و مغرط درباره‌ی رویدادها یا فعالیت‌ها و متعاقباً بی‌قراری و عصبی بودن را کاهش دهد. راهبردهای شناختی باعث می‌شوند که بیماران احتمال وقوع حوادث فاجعه بار را کمتر برآورد کنند و در عین حال ظرفیت مقابله خودشان را بهتر ارزیابی نمایند. چالش با افکار اضطرابی و فاجعه بار کمک می‌کند تا این افراد علائم اضطراب اجتماعی را بهتر کنترل کنند. به علاوه، این رویکرد درمانی به بیماران کمک می‌کند تا درستی طرحواره‌هایشان را ارزیابی کنند. در اثر کاربرد این رویکرد، بیماران طرحواره را به عنوان یک حقیقت بیرونی می‌نگرند که می‌توانند با استفاده از شواهد عینی و تجربی بر علیه آن‌ها بجنگند. از سوی دیگر، تکنیک‌های رفتاری به مراجع کمک می‌کنند تا به جای الگوهای رفتاری طرحواره-خاست، سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تری را جانشین سازد. همچنین به مراجع کمک می‌کنند تا از طرحواره‌ها فاصله بگیرد و به جای اینکه طرحواره را یک حقیقت مسلم درباره خود بداند، آن را به صورت یک موجود مزاحم بداند. به علاوه، از آنجا که تاکید عمده طرحواره درمانی بر روی هیجانات است و استفاده از تکنیک‌های تجربی و هیجانی قسمت اعظمی از این درمان را در بر می‌گیرد، لذا به نظر می‌رسد این تکنیک‌ها کمک می‌کنند تا فرد نسبت به هیجانات خود آگاهی یافته، آنها را بپذیرد و بهتر بتواند هیجانات خود را در موقعیت‌های اجتماعی تنظیم کند. تکنیک‌های هیجانی کمک می‌کنند تا بیمار با سازمان دهی مجدد هیجانی، یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش دهی زمینه را برای حضور سالم و موفق در موقعیت‌های اضطراب‌زا و نگران کننده مهیا سازد. به طور کلی، بیماران

می‌توانند با استفاده از این تکنیک‌ها به فرضیه آزمایشی طرحواره‌ها بپردازند و با برانگیخته شدن طرحواره‌ها و ارتباط آن با مسائل کنونی، زمینه برای بینش هیجانی و متعاقب آن بهبود طرحواره‌ها مهیا شود.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود که می‌توان به این موارد اشاره نمود: اگر چه برای گروه بندی و تشکیل دو گروه آزمایش و گواه از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده به عمل آمد، اما نمونه‌گیری برای افراد نمونه مورد مطالعه به شکل نمونه‌گیری در دسترس بود، همچنین گروه گواه در یک برنامه گروهی برای کنترل تأثیر پویایی گروه شرکت نکرد (جهت کسب اطمینان بیشتر نسبت به اثربخشی مداخله).

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، روش‌های نمونه‌گیری تصادفی مورد استفاده قرار گیرد. همچنین از نمونه‌های وسیع‌تر از لحاظ جغرافیایی و تعداد افراد شرکت کننده استفاده گردد. جلسات مشاوره خنثی برای گروه گواه به منظور حذف اثر انتظار گروه‌درمانی و کنترل تأثیر پویایی گروه برگزار گردد. پیشنهاد می‌شود اثربخشی این مداخله با سایر رویکردهای مداخله‌ای مورد بررسی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود رویکرد طرحواره درمانی در درمان افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر مدنظر متخصصان و روانشناسان بالینی در مراکز درمانی قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی در دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن است. پژوهش حاضر با کسب کد اخلاق IR.IAU.TON.REC.1403.021 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن انجام شده است. برای رعایت ملاحظات اخلاقی در ابتدای جلسات به شرکت کنندگان توضیح مختصر در مورد هدف مطالعه، نحوه همکاری، فواید و مزایای شرکت در مطالعه، هدف از جلسات درمانی ارائه گردید و شرکت کنندگان در پژوهش بر اساس میل و رضایت شخصی، در جلسات مداخله‌ای شرکت کردند. همچنین در مورد حفظ حریم خصوصی به شرکت کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از اساتید راهنما و مشاوران این پژوهش و افرادی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

References

- ادریسی، فروغ؛ خانزاده، مصطفی؛ و بحرینیان، عبدالمجید. (۱۳۹۴). مدل ساختاری نظم بخشی هیجانی و علائم اختلال اضطراب فراگیر در دانشجویان. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۵(۲۰)، ۲۲۶-۲۰۳.
https://jcps.atu.ac.ir/article_1870.html
- بساک نژاد، سودابه؛ معینی، نصراله؛ مهرابی زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۸۹). رابطه پردازش پس رویدادی و اجتناب شناختی با اضطراب اجتماعی در دانشجویان. *فصلنامه علوم رفتاری*، ۴(۴)، ۳۴۰-۳۳۵.
<https://www.sid.ir/paper/129700/fa>
- خدابخش پیرکلانی، روشنگر؛ و رحیم جارونی، هانیه. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان ترکیبی شناختی-رفتاری و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان یک مورد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۴(۱۳)، ۱۴۷-۱۲۱.
https://jcps.atu.ac.ir/article_608.html
- خوشنویس، الهام؛ احمدزاده، سارا؛ و زمردی، سعیده. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مبتنی بر طرحواره درمانی بر اضطراب فراگیر، عدم تحمل بالتکلیفی و تحریفهای شناختی دانشجویان. *مجله بهداشت و توسعه*، ۷(۳)، ۲۶۱-۲۵۰.
<https://10.22062/jhad.2018.91292>
- قبادزاده، سیمین؛ داودی، ایران؛ و فخری، محمدکاظم. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان فراشناختی گروهی بر اضطراب و آمیختگی فکر زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۴(۱۲۲)، ۳۳۳-۳۳۸.
<http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-5457-fa.html>
- نائینیان، محمدرضا؛ شعیری، محمدرضا؛ شریفی نیا، معصومه؛ و هادیان، مهری. (۱۳۹۰). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7). *فصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۳(۴): ۴۱-۵۰.
https://cpap.shahed.ac.ir/article_2647.html
- وفادار، ابوطالب؛ میرزمانی بافقی، سیدمحمود؛ و جعفری روشن، مرجان. (۱۴۰۰). مقایسه‌ی اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی هیجانی بر سوگیری توجه، عدم تحمل بالتکلیفی و اجتناب شناختی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۱(۱۹۴)، ۱-۸.
<http://jdisabilstud.org/article-1-2176-fa.html>

- Ales, F., Rusconi, P., Giromini, L., Zennaro, A., & Andò, A. (2024). The Role of Personality Features and Cognitive Avoidance Strategies in Cigarette Smoking Behavior. *Rorschachiana*.
<https://doi.org/10.1027/1192-5604/a000179>
- American Psychiatric Association. (2015). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Association.
<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- American Psychiatric Association. (2015). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Association.
<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Amir, N., Taboas, W., & Montero, M. (2019). Feasibility and dissemination of a computerized home-based treatment for Generalized Anxiety Disorder: A randomized clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 120, 103446.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103446>
- Anniko, M. (2018). *Stuck on repeat: Adolescent stress and the role of repetitive negative thinking and cognitive avoidance* (Doctoral dissertation, Örebro University).
<http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1203640/FULLTEXT01.pdf>
- Bandelow, B., Boerner, R., Kasper, S., Linden, M., Wittchen, H. U., & Möller, H. J. (2013). The diagnosis and treatment of generalized anxiety disorder. *Deutsches Ärzteblatt International*, 110(17), 300.
<https://doi.org/10.3238%2Farztebl.2013.0300>
- Bassak-Nejad, S., Moini, N., & Mehrabizadeh-Honarmnd, M. (2011). The relationship between post event processing and cognitive avoidance with social anxiety among students. In *Persian International Journal of Behavioral Sciences*, 4(4), 335-340.
<https://www.sid.ir/paper/129700/en>
- 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>
- 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>
- Dahlin, M., Ryberg, M., Vernmark, K., Annas, N., Carlbring, P., & Andersson, G. (2016). Internet-delivered acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: A pilot study. *Internet interventions*, 6, 16-21.
<https://doi.org/10.1016/j.invent.2016.08.004>
- Edrissi, F., khanzadeh, M., & bahrainian, A. (2015). Structural model of emotional regulation and symptoms of generalized anxiety disorder in students. *Clinical Psychology Studies*, 5(20), 203-226. (In Persian).
https://jcps.atu.ac.ir/article_1870.html?lang=en
- Ghobadzaheh, S., Davoudi, I., Fakhri, M.K. (2015). Efficacy of Group Metacognitive Therapy on Anxiety and Thought Fusion in Women with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Mazandaran University of Medical Science*, 24(122), 333-338. (In Persian).
<http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-5457-fa.html>
- Ghobadzaheh, S., Davoudi, I., Fakhri, M.K. (2015). Efficacy of Group Metacognitive Therapy on Anxiety and Thought Fusion in Women with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Mazandaran University of Medical Science*, 24(122), 333-338. (In Persian).
<http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-5457-fa.html>
- Gosselin, P., Langlois, F., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Dugas, M. J., & Pelletier, O. (2002). Le Questionnaire d'Évitement Cognitif (QEC): Développement et validation auprès d'adultes et d'adolescents. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.04.005>
- Hong, J. S., Kim, S. M., Jung, H. Y., Kang, K. D., Min, K. J., & Han, D. H. (2017). Cognitive avoidance and aversive cues related to tobacco in male smokers. *Addictive Behaviors*, 73, 158-164.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.05.003>
- Jilian, B. Philip. MG, Mahli, A., & Skille, C. (2003). Cognitive therapy of bipolar (depression and mania): A schema focused approach. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 34-40.
<https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01098.x>
- Kenwood, M. M., Kalin, N. H., & Barbas, H. (2022). The prefrontal cortex, pathological anxiety, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*, 47(1), 260-275. <https://doi.org/10.1038/s41386-021-01109-z>
- Khodabakhsh Pirkalani, R., & Rahim Jamarouni, H. (2013). Effectiveness of Mixed Cognitive-behavioral Therapy and Mindfulness Based stressreduction in Treating a Case of Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Psychology Studies*, 4(13), 121-147. (In Persian).
https://jcps.atu.ac.ir/article_608.html
- Khoshnevis, E., Ahmadzadeh, S., & Zomorodi, S. (2018). The Effectiveness of Schema Therapy- based Training on Generalized Anxiety, Intolerance of Uncertainty and Cognitive Distortion in University Students. *Health and Development Journal*, 7(3), 250-261. (In Persian).
<https://10.22062/jhad.2018.91292>
- Leonard, K., & Abramovitch, A. (2019). Cognitive functions in young adults with generalized anxiety disorder. *European Psychiatry*, 56(1), 1-7.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.10.008>
- Levin, M. E., Krafft, J., Pierce, B., & Potts, S. (2018). When is experiential avoidance harmful in the moment? Examining global experiential avoidance as a moderator. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 61, 158-163.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.07.005>
- Mohammadi, F., & Moradi, O. (2016). Comparison of the effectiveness of schema therapy and Neuro-linguistic programming on reducing anxiety and improve social functioning in patients with generalized anxiety disorder (GAD). *international journal of philosophy and social-psychological sciences*, 2(3-2016), 56-66. (In Persian).
<https://sciarena.com/article/comparison-of-the-effectiveness-of-schema-therapy-and-neuro-linguistic-programming-on-reducing-anxiety-and-improve-social-functioning-in-patients-with-generalized-anxiety-disorder-gad>
- Naeinian, M., Shaeiri, M., Sharif, M., & Hadian, M. (2011). To Study Reliability and Validity for A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). *Clinical Psychology and Personality*, 9(1), 41-50. (In Persian).
https://cpap.shahed.ac.ir/article_2647.html?lang=en
- Naeinian, M., Shaeiri, M., Sharif, M., & Hadian, M. (2011). To Study Reliability and Validity for A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). *Clinical Psychology and Personality*, 9(1), 41-50. (In Persian).
https://cpap.shahed.ac.ir/article_2647.html?lang=en
- Nasiri, F., Mashhadi, A., Bigdeli, I., & Chamanabad, A. G. (2020). How to differentiate generalized anxiety disorder from worry: the role of cognitive strategies.

- Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 38, 44-55.
<https://doi.org/10.1007/s10942-019-00323-5>
- Peeters, N., Van Passel, B., & Krans, J. (2022). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(3), 579-597.
<https://doi.org/10.1111/bjc.12324>
- Remmerswaal, K. C., Cnossen, T. E., van Balkom, A. J., & Batelaan, N. M. (2023). Schema therapy with cognitive behaviour day-treatment in patients with treatment-resistant anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder: an uncontrolled pilot study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 51(2), 174-179.
<https://doi.org/10.1017/S1352465822000625>
- Renner, F., DeRubeis, R., Arntz, A., Peeters, F., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. (2018). Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 58, 97-105.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.10.002>
- Sexton, K. A., & Dugas, M. J. (2008). The cognitive avoidance questionnaire: validation of the English translation. *Journal of anxiety disorders*, 22(3), 355-370.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.04.005>
- Simpson, S. G., Morrow, E., van Vreeswijk, M., & Reid, C. (2010). Group schema therapy for eating disorders: a pilot study. *Frontiers in psychology*, 1, 182. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2010.00182>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097.
<http://dx.doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- 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>
- 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., & Jafariroshan, M. (2021). Comparing the Effects of Acceptance and Commitment Therapy and Emotional Schema Therapy on Attentional Bias, Uncertainty Intolerance, and Cognitive Avoidance in Females with Generalized Anxiety Disorder. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 11(194), 1-8. (In Persian). <http://jdisabilstud.org/article-1-2176-fa.html>
- Vanderveren, E., Debeer, E., Craeynest, M., Hermans, D., & Raes, F. (2020). Psychometric properties of the Dutch cognitive avoidance questionnaire. *Psychologica Belgica*, 60(1), 184.
<https://doi.org/10.5334/pb.522>
- Wu, M., Mennin, D. S., Ly, M., Karim, H. T., Banihashemi, L., Tudorascu, D. L., ... & Andreescu, C. (2019). When worry may be good for you: worry severity and limbic-prefrontal functional connectivity in late-life generalized anxiety disorder. *Journal of affective disorders*, 257, 650-657. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.022>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy. *New York: Guilford*, 254, 653-658. <https://www.guilford.com/excerpts/young.pdf>
- Zucchelli, F., White, P., & Williamson, H. (2020). Experiential avoidance and cognitive fusion mediate the relationship between body evaluation and unhelpful body image coping strategies in individuals with visible differences. *Body Image*, 32, 121-127.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.12.002>