



The Comparison of Effectiveness of Emotional Schema Therapy and Mindfulness Based Cognitive Therapy on Cognitive Emotion Regulation, Intolerance of Uncertainty and Psychological Flexibility among Patients Suffering from Generalized Anxiety Disorder

Kobra Ghanizadeh Balderloo¹ , Naimeh Moheb^{2*} , Marzieh Alivandi Vafa³ ,
Masoumeh Azmoudeh⁴

1. Department of Psychology., Faculty of Humanities and Educational Sciences, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran. Email: ghanizadeh.sahar22@gmail.com
2. Corresponding Author, Department of Clinical Psychology, TaMS.C., Islamic Azad University, Tabriz, Iran .Email: moheb@iaut.ac.ir
3. Department of Psychology., Faculty of Humanities and Educational Sciences, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran. Email: m.alivand@iaut.ac.ir
4. Department of Psychology., Faculty of Humanities and Educational Sciences, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran. Email: dr.mas_azemod@iaut.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article History:

Received: 1 Mar 2023
Revised: 29 Aug 2023
Accepted: 25 Sep 2023
Published: 13 Sep 2025

Keywords:

Cognitive Emotion Regulation,
Emotional Schema Therapy,
Generalized Anxiety Disorder,
Intolerance of Uncertainty,
Mindfulness-Based Cognitive
Therapy, Psychological
Flexibility.

ABSTRACT

The objective was to compare the effectiveness of emotional schema therapy and cognitive therapy based on mindfulness on cognitive regulation of emotion, intolerance of uncertainty and psychological flexibility. The research design was analytical and quasi-experimental and of the type of clinical trial, randomized, one-sided blind, placebo control. The statistical population was patients suffering from generalized anxiety disorder who referred to psychiatric, psychology and health centers in Urmia city in 2021. A sample of 45 people (13 men and 32 women) (15 people in the emotional schema therapy group (4 men and 11 women), 15 people in the cognitive therapy group based on mindfulness (4 men and 11 women), and 15 people in the control group (5 men and 10 women)) were selected using the accessible and targeted method. Data with questionnaires, Generalized Anxiety Disorder (GAD-7), Pennsylvania State Worry Questionnaire (PSWQ), Intolerance of Ambiguity, Cognitive Flexibility and emotional-cognitive regulation and two cognitive therapy methods based on mindfulness and emotional schema therapy, collecting and using soft software (SPSS V. 28) and multivariate covariance analysis test were analyzed. The results of covariance analysis showed that emotional schema therapy and cognitive therapy based on mindfulness were effective on the cognitive regulation of emotion, intolerance of uncertainty (ambiguity) and psychological flexibility in patients with generalized anxiety disorder, and the effectiveness of emotional schema therapy compared to Cognitive therapy was more based on mindfulness. According to the results, we can use these two intervention methods, especially emotional schema therapy, in order to control emotions and anxiety was used in patients with general anxiety.

Cite this article: Ghanizadeh Balderloo, K. , Moheb, N. , Alivandi Vafa, M. & Azemoudeh, M. (2025). The Comparison of Effectiveness of Emotional Schema Therapy and Mindfulness Based Cognitive Therapy on Cognitive Emotion Regulation, Intolerance of Uncertainty and Psychological Flexibility among Patients Suffering from Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Applied Psychological Research*, (In Press/Accepted Manuscript), -. doi: 10.22059/japr.2025.356174.644559





فصل نامه پژوهش های کاربردی روانشناختی

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بلا تکلیفی و انعطاف پذیری روان شناختی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

کبری غنی زاده بالدرلو^۱، نعیمه محب^{۲*}، مرضیه علیوندی وفا^۳، معصومه آزموده^۴^۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و تربیتی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران. ganizadeh.sahar22@gmail.com^۲. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد علوم پزشکی تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران. moheb@iaut.ac.ir^۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و تربیتی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران. m.alivand@iaut.ac.ir^۴. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و تربیتی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران. dr.mas_azemod@iaut.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۱۰

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۶/۰۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۷/۰۳

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۴۰۴/۰۶/۲۲

کلیدواژه ها:

طرحواره درمانی هیجانی، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بلا تکلیفی، انعطاف پذیری روان شناختی

هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بلا تکلیفی و انعطاف پذیری روان شناختی بود. طرح پژوهش تحلیلی و شبه تجربی و از نوع کارآزمایی بالینی، تصادفی شده، یک سو کور، پلاسبو کنترل بود. جامعه آماری بیماران دچار اختلال اضطراب فراگیر بودند که به مراکز درمانی (روانپزشکی، روانشناسی و مراکز سلامت) شهر ارومیه در سال ۱۴۰۰ مراجعه کرده بودند. نمونه به روش در دسترس و هدفمند، ۴۵ نفر (۱۳ مرد و ۳۲ زن) (۱۵ نفر گروه طرحواره درمانی هیجانی (۴ مرد و ۱۱ زن) و ۱۵ نفر گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (۴ مرد و ۱۱ زن) و ۱۵ نفر گروه کنترل (۵ مرد و ۱۰ زن) انتخاب شدند. داده ها با پرسشنامه های، اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7)، نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ)، عدم تحمل ابهام، انعطاف پذیری شناختی و تنظیم هیجانی - شناختی و دو روش درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی هیجانی، جمع آوری و با نرم افزار (SPSS V. 28) و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (Multivariate) تجزیه و تحلیل شدند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بلا تکلیفی (ابهام) و انعطاف پذیری روان شناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اثربخشی داشتند، و اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی نسبت به درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بیشتر بود. با توجه به نتایج می توان از این دو روش مداخله ای به خصوص طرحواره درمانی هیجانی در راستای کنترل هیجانات و اضطراب در بیماران دچار اضطراب فراگیر استفاده نمود.

استاد: غنی زاده بالدرلو، ک، محب، ن،، علیوندی وفا، م، و آزموده، م. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بلا تکلیفی و انعطاف پذیری روان شناختی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. فصل نامه پژوهش های کاربردی روانشناختی، (آماده انتشار)، ۲-۱. doi: 10.22059/japr.2025.356174.644559

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران

© نویسنده گان.

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2025.356174.644559>

۱. مقدمه

اختلال اضطراب منتشر یا اختلال اضطراب فراگیر^۱، نوعی اختلال اضطرابی است که به صورت نگرانی بیش از اندازه و نامعقول در مورد اتفاقات و فعالیت‌های روزمره تعریف می‌شود. اختلال اضطراب منتشر سیر مزمن‌تری دارد و می‌تواند برای ماه‌ها در فرد وجود داشته باشد. اختلال اضطراب فراگیر از شایع‌ترین اختلالات روان شناختی است که چنین تعریف شده است: «نگرانی شدید در مورد چندین رویداد یا فعالیت که در اکثر روزها و حداقل ۶ ماه دوام داشته، کنترل و مهار آن مشکل بوده و با علایم جسمانی نظیر تنش عضلانی، تحریک‌پذیری، اشکال در خواب و بی‌قراری توأم است» (ارگیسی و همکاران^۲، ۲۰۲۲). اضطراب حالتی خلقی و منفی با علایم جسمی و نگرانی نسبت به آینده است که دارای حوزه‌های عملکردی گوناگون شامل بدنی، شناختی، عاطفی و بین فردی است (ساوولیا و همکاران^۳، ۲۰۲۰). اختلالات اضطرابی معمول‌ترین طبقه از اختلالات روانی‌اند، بطوریکه در یک سال مشخص ۶/۱۱ درصد از افراد را به یکی از انواع خود مبتلا می‌کنند (شریف آرا و همکاران^۴، ۲۰۲۳). در مطالعه شیوع‌شناسی، مشخص شد که حدود ۰/۹ درصد از نوجوانان و ۲/۹ درصد از بزرگسالان جمعیت عمومی ایالات متحده آمریکا دچار اختلال اضطراب فراگیر هستند و میزان شیوع یکساله آن از ۰/۴ تا ۳/۶ درصد است و زنان دو برابر مردان در طول عمر خود به اختلال اضطراب فراگیر مبتلا می‌شوند و شیوع طول عمر آن ۹ درصد تخمین زده شده است. متوسط سن شروع این اختلال ۳۰ سالگی می‌باشد، با این حال سن شروع دامنه گسترده‌ای دارد (ارگیسی و همکاران^۲، ۲۰۲۲). برخی از پژوهش‌های شیوع‌شناسی در ایران، نشان داد که شیوع اختلال اضطراب فراگیر در جامعه ایران ۲۰/۸ درصد است ولی از منظر درمانی در کشورمان برای این اختلال، کاری صورت نگرفته است (دهناشی لاطان و ستاری^۵، ۱۳۹۹؛ عربلو^۶، ۱۴۰۲). اختلال اضطراب فراگیر باعث ایجاد واکنشهای مختلف در افراد می‌گردد و عوامل فردی مختلفی از آنها را دچار مشکل می‌کند، از جمله ویژگی‌هایی که این اختلال باعث برهم‌خوردن آن می‌شود، تنظیم شناختی هیجان می‌باشد. تنظیم شناختی هیجان عبارتست از سبک پاسخ‌دهی شناختی فرد برای مدیریت نحوه بکارگیری اطلاعاتی که به لحاظ هیجانی برانگیخته شده‌اند (بیکر و بارکلی^۷، ۲۰۱۸). تنظیم شناختی هیجان فرآیندی است که طی دوران رشدی از طریق آموزش قابل یادگیری است و فرد ممکن است به دلایل مختلف مانند محیط ناکارآمد خانوادگی، نبود الگوی مناسب برای یادگیری و سو رفتار جسمی و جنسی در مدیریت و سازماندهی و ابراز هیجان‌های خود در زمینه کسب و یادگیری آن مشکل داشته باشد (سلطانی^۸، ۱۴۰۲). منین و همکاران^۹ (۲۰۰۵) در مدل بدتنظیمی هیجان دریافتند که ناتوانی یا نقایص موجود در تنظیم هیجان، می‌تواند پیش‌بینی‌کننده اختلال اضطراب فراگیر باشد (گولو و همکاران^{۱۰}، ۲۰۲۳). فرآیندهای تنظیم شناختی هیجان نیز بخشی یا زیرمجموعه‌ای از فرآیند تنظیم هیجان به شمار می‌رود (توملر و همکاران^{۱۱}، ۲۰۲۲). یکی دیگر از ویژگی‌هایی که این اختلال باعث برهم‌خوردن آن می‌شود، عدم تحمل ابهام (بالاتکلیفی) می‌باشد. عدم تحمل ابهام نوعی سوگیری شناختی است که بر شیوه دریافت، تفسیر و واکنش فرد به یک موقعیت نامشخص در سطوح هیجانی، شناختی و رفتاری اثر می‌گذارد (پرتوی پیروز و همکاران^{۱۲}، ۱۴۰۱). ابهام در حد متوسط می‌تواند اثرات بسیار مثبتی در زندگی افراد داشته باشد، افراد بنا به برداشت خود درجه‌ای از ابهام را به صورت کم یا زیاد دارند؛ از این رو مقداری از ابهام به منظور پیشرفت فردی و توسعه جامعه انسانی ضروری است و باید با آغوش باز از آن استقبال شود (ندائی و همکاران^{۱۳}، ۱۴۰۲). افرادی که دارای عدم تحمل ابهام هستند، در موقعیتهای مبهم و ناآشکار دچار اضطراب و درگیری ذهنی و فکری می‌شوند و به قالب‌های فکری قبلی خود می‌چسبند و از پردازش اطلاعات جدید ناتوان هستند (هونتلی و همکاران^{۱۴}، ۲۰۲۲؛ روگرز و همکاران^{۱۵}، ۲۰۲۲). یکی دیگر از ویژگی‌هایی که این اختلال باعث برهم‌خوردن آن می‌شود، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌باشد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عبارتست از توانایی تغییر زمینه‌های شناختی و تفکرات به منظور

1. Generalized Anxiety Disorder (GAD)

2. Ergisi et al.

3. Saviola et al.

4. Sharif Ara et al.

5. Becker & Barkley

6. Mennin et al.

7. Gullo et al.

8. Thümmeler et al.

9. Huntley et al.

10. Rogers et al.

سازگاری با محرک‌های در حال تغییر محیطی (دلیری و همکاران، ۱۴۰۱). انعطاف‌پذیری شناختی در سازگاری فکر و رفتار فرد در پاسخ به تغییرات محیطی اثربخش است (اوکاتی و راهدارپور، ۲۰۲۳). یکی از پرکاربردترین ابزارها برای سنجش انعطاف‌پذیری روانشناختی، آزمون طبقه‌بندی کارت‌های ویسکانسین است که خطای در جاماندگی در این آزمون به عنوان مقیاس سنجش انعطاف‌پذیری شناختی استفاده می‌شود (پنجه‌پور و طباطبایی نژاد، ۱۴۰۱). طی دو دهه گذشته مطالعاتی پیرامون توصیف مدل‌های تئوریک و درمانی این اختلال، افزایش داشته است. یکی از مدل‌ها، مدل طرحواره درمانی است. در مدل طرحواره هیجانی، افراد از نظر تفسیر و ارزیابی تجربه هیجانی خود با یکدیگر متفاوت بوده و می‌کوشند با راهبردهای مختلف مانند اجتناب تجربی (سرکوبی، گریز و اجتناب)، راهبردهای شناختی بی‌ثمر (تکیه بیش از حد به اندیشناکی و نگرانی)، حمایت اجتماعی (راهبردهای اعتباریابی انطباقی یا غیرانطباقی) و یا راهبردهای دیگر، با هیجان‌های خود مقابله کنند (نجار کاخکی و همکاران، ۱۴۰۲). لیهی این الگو را الگوی فراشناختی یا فراهیجانی نامید که در آن هیجان مورد شناخت اجتماعی قرار می‌گیرد (ندائی و همکاران، ۱۴۰۲). الگوی طرحواره هیجانی عنوان می‌کند که استدلال هیجانی و اکتشاف هیجانی بخشی از تفکر افسرده‌زا و اضطراب‌زا می‌باشد، در حالی که یک مولفه اساسی در تفکر افراد غیربالینی نیز می‌باشد (ون ویک-هربرینک و همکاران، ۲۰۱۹). در همین راستا پژوهش‌ها ارتباط این الگو با مجموعه وسیعی از اختلالات، از قبیل وسواس فکری-عملی (ثلاثی و همکاران، ۱۴۰۲)، اضطراب مقاوم به درمان (نجار کاخکی و همکاران، ۱۴۰۲)، اضطراب فراگیر (ندایی و همکاران، ۱۴۰۲)، اختلافات زناشویی (ثلاثی و همکاران، ۱۴۰۲) و باورهای فراشناختی مشکل‌ساز (ادواردز و همکاران، ۲۰۲۳) را تایید کرده‌اند. یکی دیگر از درمان‌های مورد استفاده در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به تغییر الگوهای معیوب تفکر و آموزش مهارت‌های کنترل توجه می‌شود که جنبه پیشگیرانه درمان را افزایش می‌دهد (ماهر و کوردووا، ۲۰۱۹). این روش درمانی اجزائی از درمان شناختی را شامل می‌شود که باعث جدا شدن دیدگاه فرد از افکارش می‌شود و عدم محوریت آن را موجب می‌شود (پانگ و روچ، ۲۰۱۹). روئمر و اورسیلو^۶ (۲۰۰۷) اشاره می‌کنند از آنجا که نگرانی آینده محور می‌باشد، آموزش آگاهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند یک شیوه جایگزین در جهت کاهش نگرانی باشد. حسینی و همکاران (۱۴۰۰) اثربخشی طرحواره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر دشواری تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی را مقایسه نمودند که نتایج حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (در مقایسه با گروه کنترل) بر دشواری تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی بود. نیکپور و همکاران (۱۴۰۰) تاثیر طرحواره درمانی و روش درمانی بر اساس پذیرش و تعهد نسبت به بهزیستی روانشناختی را در خانومهای طلاق گرفته مقایسه کردند و نشان داد هر دو روش درمانی باعث افزایش بهزیستی روانشناختی در افراد تاثیر داشت، ولی بین دو روش درمانی تفاوت معناداری در سطح ۵ درصد مشاهده نشد. آقائی‌پور گواسرائی و همکاران (۱۳۹۹) تاثیر سه روش طرحواره درمانی، درمان شناختی-رفتاری و درمان بر پایه ذهن‌آگاهی را بر کاهش اضطراب و افسردگی در همسران افراد جانباز مقایسه کردند و نشان دادند که هر سه روش درمانی باعث کاهش نشانه‌های افسردگی شدند ولی تاثیر طرحواره‌درمانی و درمان شناختی رفتاری بیشتر بود. کیانی‌پور و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی تحت عنوان مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش و دشواری تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال وحشت زدگی به این نتیجه دست یافتند که طرحواره درمانی هیجانی اثربخشی بیشتری بر دشواری در تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال وحشت زدگی نسبت به روش درمانی بر مبنای ذهن‌آگاهی داشت. شاهمرادی و همکاران (۱۳۹۷) تاثیر طرحواره درمانی و درمان شناختی بر اساس ذهن‌آگاهی را روی طرحواره‌های ناسازگار و سلامت عمومی بیماران مبتلا به ویتیلیگو مقایسه کرده و نشان دادند طرحواره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی دو روش درمانی موثر در کاهش طرحواره‌های ناسازگار و ارتقاء سلامت بیماران مبتلا به ویتیلیگو می‌باشند. مومنی و همکاران (۱۳۹۷) تاثیر درمان شناختی رفتاری

1. Okati & Rahdarpour
2. Van Wijk-Herbrink et al.
3. Edwards et al.
4. Maher & Cordova
5. Pang & Ruch
6. Roemer & Orsillo

گروهی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مقایسه کرده و نشان دادند تاثیر درمان شناختی رفتاری از درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بیشتر بود. [سیدآسیابان و همکاران \(۱۳۹۶\)](#) تاثیر طرحواره درمانی و ذهن‌آگاهی را بر راهبردهای سازگارانۀ تنظیم شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان مواد محرک مقایسه و نشان دادند هر دو روش باعث افزایش راهبردهای سازگارانۀ تنظیم شناختی هیجان شدند و طرحواره درمانی تأثیر بیشتری از خود ایجاد کرد. با توجه به اینکه اختلال اضطراب فراگیر با توجه به شرایط جامعه روی می‌دهد و در حال حاضر شرایط جامعه ما از لحاظ‌های مختلف دچار تنش می‌باشد و همچنین با توجه به همه‌گیری بیماری مهلک کرونا و وضعیت وخیم اقتصادی و اجتماعی جامعه، بیشتر مردم دچار اختلال‌های عصبی و اضطرابی شدند و با توجه به اثرات مخرب این اضطراب‌ها بر زندگی مردم، باید اقدام به درمان آن در جامعه نمود تا مانع از همه‌گیری و درگیری جامعه با افسردگی و خشونت ناشی از این اضطراب‌ها شد، لذا هدف پژوهش مقایسه تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با طرحواره درمانی هیجانی بود به نحوی که نتایج حاصل قابلیت اطمینان و تعمیم‌پذیری را به حوزه بالینی داشته باشند و در نهایت پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به سوال اساسی زیر است: آیا کاربرد طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توانند بر تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بلاتکلیفی (ابهام) و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تاثیر داشته باشند؟

۲. روش

۲-۱. جامعه، نمونه و روش اجرا

طرح پژوهش، توصیفی - پیمایشی، تحلیلی و شبه‌تجربی، تصادفی شده، یک‌سو کور، پلاسبو کنترل بود. جامعه آماری بیماران دچار اختلال اضطراب فراگیر شهر ارومیه در سال ۱۴۰۱ که به مراکز درمانی (روانپزشکی، روانشناسی و مراکز سلامت) مراجعه کردند، بودند. نمونه آماری، با روش در دسترس و هدفمند، ۴۵ نفر در سه گروه (۱۵ نفر برای طرحواره درمانی هیجانی، ۱۵ نفر برای درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و ۱۵ نفر گروه کنترل) انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل: اثبات وجود اختلال اضطراب فراگیر در فرد؛ داشتن سن ۱۸ الی ۴۵ سال؛ داشتن رضایت و آگاهی جهت شرکت در پژوهش و معیارهای خروج شامل: داشتن مشکلات جسمی و بیماری، داشتن دیگر اختلالات روانی و استفاده از دارو (ایمی پرامین، آمی تریپتیلین، نور تریپتیلین، میرتازاپین، ترانیل سیپرومین، فنلزین، فلوکستین، سیتالوپرام، سرتالین، فلووکسامین، پاروکستین، داپوکستین، زیمیلدین، ونلافاکسین، اسیتالوپرام و ...)؛ تمایل نداشتن افراد به ادامه پژوهش و رخداد اتفاق و حادثه ای (سوگ، تصادف و ...) برای فرد که در روند پژوهش اخلاقی ایجاد کند

اطلاعات و اسناد مورد نیاز، در فرمت کتابخانه‌ای، مقالات در اینترنت و مجلات و کتب و پایان‌نامه‌های موجود در دانشگاه بررسی شده و در فرمت میدانی و بخاطر شرایط کرونایی با تماس‌های تلفنی و تصویری در واتساپ، داده‌های پژوهش به دست آمدند. در این پژوهش در قدم اول نمونه مورد بررسی با پرسشنامه‌های مقیاس اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) [اسپیتزر و همکاران^۱](#) (۲۰۰۶) و پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ) [میر و همکاران^۲](#) (۱۹۹۰) مورد بررسی قرار گرفتند تا میزان اختلال اضطراب فراگیر آنها به دست آید، سپس پیش‌آزمون اجرا و کلاسهای درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و طرحواره درمانی هیجانی برای نمونه‌های انتخابی (۱۵ نفر گروه طرحواره درمانی هیجانی و ۱۵ نفر گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و ۱۵ نفر گروه کنترل) به صورت مجزا از هم و به صورت تماس‌های تلفنی و تصویری در واتساپ بنا به شرایط کرونایی، برگزار شد و در نهایت امر پس‌آزمون اجرا شد و نتایج دو آزمون برگزاری برای گروه‌های تعیین شده مورد مقایسه قرار گرفتند. تمامی روش کار از شروع و اجرای پیش‌آزمون و کلاسهای درمانی و در نهایت پس‌آزمون بنا به شرایط کرونایی به صورت مجزا و هم به صورت حضوری (با رعایت پروتکل‌های بهداشتی) و هم در نرم‌افزار واتساپ در گروه‌های ایجاد شده اجرا شدند.

1. Spitzer et al.

2. Meyer et al.

۲-۲. ابزارهای پژوهش

۲-۲-۱. **مقیاس اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7):** این مقیاس را اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) ساخته‌اند که میزان و شدت اضطراب موجود در طی دو هفته گذشته را اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس حاوی ۷ سوال هست که بر حسب مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود و گستره نمره مقیاس از ۷ تا ۳۵ هست. در تحقیق اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) ضریب آلفای کرونباخ و ضریب باز آزمایی این مقیاس به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۳ برآورد شد (نائینیان و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهش نائینیان و همکاران (۱۳۹۰) که بر روی دانشجویان ایرانی و نمونه بالینی و با تحلیل عامل اکتشافی انجام گرفت نتایج حاکی از وجود یک عامل با ضریب تعیین ۵۳٪ بود، همچنین نتایج نشان داد که مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر از اعتبار تشخیصی مناسبی بهره‌مند است و ضریب آلفای کرونباخ برای این پژوهش ۰/۸۵ برآورد شد که نشان از پایایی مناسب این ابزار دارد (نائینیان و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر روایی محتوایی پرسشنامه مقیاس ۷ سوالی اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7)، توسط متخصصین و پایایی آن با آزمون آلفای کرونباخ و به مقدار ۰/۸۰ برآورد شد.

۲-۲-۲. **پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا^۲ (PSWQ):** یک پرسشنامه خود گزارشی ۱۶ سوالی است که میر و همکاران (۱۹۹۰) آن را ساخته‌اند و نگرانی شدید، مفرط و کنترل‌ناپذیر را اندازه می‌گیرد. مقیاس پاسخگویی به سوالات طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است. ۱۱ سوال آن مربوط به وجود نگرانی به طور مثبت نمره‌گذاری می‌شود و ۵ سوال آن (سوالات ۱، ۳، ۸، ۱۰ و ۱۱) به طور منفی نمره‌گذاری می‌شود و محتوای فقدان نگرانی را نشان می‌دهد. دامنه نمرات کل پرسشنامه، بین ۱۶ تا ۸۰ است. در مطالعه میر و همکاران (۱۹۹۰)، شواهد خوبی برای همسانی درونی^۳ (آلفای کرونباخ، ۰/۹۰) و اعتبار باز آزمایی^۴ (۰/۷۴) در فاصله دو تا چهار هفته و روایی همگرا^۵ و روایی واگرا^۶ برای این ابزار برآورد شده است. در پژوهش شیرین‌زاده و همکاران (۱۳۸۷) اعتبار پرسشنامه را به روش همسانی درونی ۸۶ درصد و به روش باز آزمایی با فاصله چهار هفته ۷۷ درصد گزارش کرده‌اند و در پژوهش دهشیری و همکاران (۱۳۸۸) با استفاده از آلفای کرونباخ، قابلیت اعتماد همسانی درونی پرسشنامه ۰/۸۸ و قابلیت اعتماد بازآزمون را به روش بازآزمایی با فاصله چهار هفته ۰/۷۹ و اعتبار همزمان آزمون با آزمون اضطراب صفت ۰/۶۸ و با آزمون افسردگی بک ۰/۴۳ گزارش کردند. در پژوهش حاضر روایی محتوایی پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ)، توسط متخصصین و پایایی با آزمون آلفای کرونباخ و به مقدار ۰/۸۰ برآورد شد.

۲-۲-۳. **مقیاس عدم تحمل ابهام^۷ (IUS):** این مقیاس توسط باهر و داگاس^۸ (۲۰۰۹) ساخته شده و دارای ۲۷ ماده و ۴ خرده مقیاس، ناتوانی برای انجام عمل، استرس آمیز بودن بلاتکلیفی، منفی بودن رویدادهای غیرمنتظره و اجتناب از آنها و ابهام در مورد آینده است و آزمودنی‌ها بر اساس یک مقیاس پنج درجه‌ای به سوال‌ها پاسخ می‌دهند. مجموع نمرات آن برای کل مقیاس در دامنه ای از ۲۷ تا ۱۳۵ و برای خرده مقیاس‌های ناتوانی برای انجام عمل ۹ تا ۴۵، استرس آمیز بودن بلاتکلیفی ۹ تا ۴۵، منفی بودن رویدادهای غیرمنتظره و اجتناب از آنها ۵ تا ۲۵ و ابهام در مورد آینده ۴ تا ۱۶ قرار دارد (شرافتی، و همکاران، ۱۳۹۶). باهر و داگاس (۲۰۰۹) ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی باز آزمایی این مقیاس را بعد از پنج هفته به ترتیب برابر با ۰/۹۴ و ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند. ضریب همبستگی آن با سیاهه‌های نگرانی حالت^۹ ۶۰ درصد، «سیاهه افسردگی بک^{۱۰}» ۵۹ درصد و «سیاهه

1. Generalized anxiety disorder scale-7 item

2. Pennsylvania State Worry Questionnaire

3. Internal similarity

4. Retest validity

5. Convergent validity

6. Divergent validity

7. Intolerance of Uncertainty Scale

8. Buhr & Dugas

9. List of state concerns

10. Beck depression list

اضطراب بک^۱» ۵۵ درصد بدست آمده است. حمیدپور، اندوز و اکبری (۱۳۸۷) به نقل از [شرافتی و همکاران، ۱۳۹۶](#)) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس را برابر با ۰/۸۸ و پایایی بازآزمایی آن را برابر با ۰/۷۶ گزارش کرده اند. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش [بخشی پور رودسری و همکاران \(۱۳۹۴\)](#) برابر با ۰/۸۹ به دست آمد که نشان از پایایی خوب مقیاس داشت. در پژوهش حاضر روایی محتوایی مقیاس عدم تحمل ابهام، توسط متخصصین و پایایی با آزمون آلفای کرونباخ و به مقدار ۰/۸۱ برآورد شد.

۴-۲-۲. پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی^۲ (CFI): توسط [دنيس و ووندروال^۳ \(۲۰۱۰\)](#) تدوین شد و دارای ۲۰ سوال است و سه جنبه از انعطاف‌پذیری شناختی را می‌سنجد: الف- میل به درک موقعیتهای سخت به عنوان موقعیتهای قابل کنترل ب- توانایی درک چندین توجیه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار انسان ها ج- توانایی ایجاد چندین راه حل جایگزین برای موقعیتهای سخت. [دنيس و ووندروال \(۲۰۱۰\)](#) نشان دادند پرسشنامه حاضر دارای ساختار عاملی، روایی همگرا و روایی همزمان در سطح بالا است. روایی همزمان پرسشنامه حاضر با پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)^۴ برابر با ۳۹ درصد و روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین ۷۵ درصد بود. این پژوهشگران پایایی را به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ادراک کنترل‌پذیری و ادراک گزینه‌های مختلف به ترتیب ۹۱ درصد، ۹۱ درصد و ۸۴ درصد و با روش باز آزمایی به ترتیب ۸۱ درصد، ۷۵ درصد و ۷۷ درصد تعیین کردند. در ایران شاره، سلطانی بحرینیان و فرمانی (۱۳۹۲)، به نقل از [فاضلی و همکاران، ۱۳۹۳](#)) ضریب اعتبار بازآزمایی کل مقیاس را ۷۱ درصد و خرده مقیاس‌های ادراک کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار را به ترتیب ۵۵ درصد، ۷۲ درصد و ۵۷ درصد گزارش کردند. این پژوهشگران ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۹۰ درصد و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۸۷ درصد، ۸۹ درصد و ۵۵ درصد گزارش کردند ([فاضلی و همکاران، ۱۳۹۳](#)). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش [تقی‌زاده و فرمانی \(۱۳۹۲\)](#) برابر با ۰/۷۵ به دست آمد که نشان از پایایی خوب مقیاس داشت. در پژوهش حاضر روایی محتوایی پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی، توسط متخصصین و پایایی با آزمون آلفای کرونباخ و به مقدار ۰/۸۰ برآورد شد.

۵-۲-۲. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی^۵ (CERQ): پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی که توسط [گارنفسکی و همکاران^۶ \(۲۰۰۱\)](#) تدوین شده است، شامل ۳۶ عبارت است که نحوه پاسخ به آن بر اساس مقیاس لیکرت درجه بندی شده می‌باشد. این مقیاس شامل ۹ راهبرد شناختی است، این راهبردها عبارتند از: مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران، پذیرش، نشخوار فکری و مصیبت بار تلقی کردن که در زیر مقیاس تنظیم هیجان شناختی منفی ارزیابی می‌شوند و همچنین توجه مجدد برنامه ریزی برای چگونگی برخورد با رخداد، توجه مثبت مجدد به مسایل خوشایند به جای تفکر درباره آن رخداد واقعی، توجه مجدد برنامه ریزی، رسیدن به یک دورنما (افکار مربوط به نسبی بودن آن رخداد در مقایسه با سایر رخدادهای) در زیر مقیاس تنظیم هیجان شناختی مثبت ارزیابی می‌شوند. در بررسی مشخصات روان سنجی آزمون [گارنفسکی و کریج^۷ \(۲۰۰۶\)](#) پایایی آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های این پرسشنامه در دامنه ۷۱ درصد تا ۸۱ درصد گزارش شده است. یوسفی (۱۳۸۲)، به نقل از [بشارت، ۱۳۹۵](#)) پایایی این پرسشنامه را در فرهنگ ایرانی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس‌های شناختی برابر با ۸۲ درصد گزارش نمود ([بشارت، ۱۳۹۵](#)). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش [بشارت \(۱۳۹۵\)](#) برابر با ۰/۷۹ به دست آمد که نشان از پایایی خوب مقیاس داشت. در پژوهش حاضر روایی محتوایی پرسشنامه هیجانی - شناختی، توسط متخصصین و پایایی با آزمون آلفای کرونباخ و به مقدار ۰/۸۱ برآورد شد.

1. Beck's Anxiety Inventory
2. Cognitive Flexibility Inventory
3. Dennis & Vonderwal
4. Beck depression inventory-II
5. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire
6. Garnefski et al.
7. Garnefski & Kraaij

۲-۳. روند اجرای مداخله

درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی: این روش درمانی را [سگال و همکاران^۱ \(۲۰۰۲\)](#) تدوین نمودند که در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا می‌گردد و هر جلسه هفته‌ای یک‌بار برگزار شد. خلاصه جلسات به شرح زیر است:

جدول ۱: درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسات	هدف	شرح
جلسه اول:	هدایت خودکار	تعیین اهداف جلسه، بیان قواعد گروه، معرفی افراد، تمرین خوردن کشمش، دادن بازخورد و بحث در مورد تمرین خوردن کشمش، تمرین واریسی بدنی و آغاز تمرین با تمرکز بر تنفس کوتاه، دادن بازخورد و بحث در مورد واریسی بدنی، تکلیف: تمرین واریسی بدنی تا هفته آینده اتمام جلسه با تمرکز بر تنفس کوتاه.
جلسه دوم:	چالش با مانع	تمرین واریسی بدنی و بازنگری آن، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین افکار و احساسات (پایه روی در خیابان)، ثبت وقایع خوشایند، مراقبه نشسته ۱۰ تا ۱۵ دقیقه، توزیع جزوات جلسه دوم بین شرکت کنندگان، ارائه تکالیف خانگی شامل واریسی بدنی (۶ بار در ۷ روز)، تنفس با ذهن‌آگاهی (۶ بار در ۷ روز)، ثبت وقایع خوشایند (هر روز) و ذهن‌آگاهی از فعالیت‌های عادی.
جلسه سوم:	تنفس ذهن‌آگاهانه	تمرین دیدن یا شنیدن به مدت ۵۰ دقیقه، نشستن در حالت مراقبه به مدت ۳۰ تا ۴۰ دقیقه، بازنگری تمرین، بازنگری تکالیف جلسه قبل، تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه ای و بازنگری آن، دراز کشیدن همراه با ذهن‌آگاهی، توزیع جزوات جلسه سوم، تکلیف خانگی شامل دراز کشیدن با حالت مراقبه در روزهای اول، سوم و پنجم، تمرین یوگا در جلسات دوم، چهارم و ششم و تهیه فهرست وقایع ناخوشایند برای هر روز، سه بار در روز فضای تنفس.
جلسه چهارم:	ماندن در لحظه	تمرین پنج دقیقه ای دیدن یا شنیدن، تمرین مراقبه- آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار و بازنگری تمرین، بازنگری تکالیف خانگی، تعریف اختلال اضطراب فراگیر و ملاک‌های تشخیص آن، فضای تنفس سه دقیقه ای، توزیع جلسات چهارم، تعیین تکالیف خانگی (مراقبه نشسته ۶ روز در یک هفته)، فضای تنفس ۳ دقیقه ای به طور منظم (۳ بار در روز)، فضای تنفس ۳ دقیقه ای (در موقع تجربه احساسات ناخوشایند).
جلسه پنجم:	پذیرش و اجازه دادن	مراقبه نشسته به مدت ۴۰ دقیقه، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، فضای تنفس و بازنگری آن، خواندن شعر، تمرین نشستن ذهن‌آگاهانه (آگاهی به تنفس، بدن، صداها، افکار و معرفی یک مشکل در حین تمرین و توجه به تأثیر آن روی بدن و واکنش به آن)، توزیع برگه‌های جلسات پنجم، تعیین تکالیف خانگی شامل مراقبه نشسته ۶ بار در یک هفته، فضای تنفس سه دقیقه ای (۳ بار در روز)، فضای تنفس ۳ دقیقه ای (در موقع تجربه احساسات ناخوشایند).
جلسه ششم:	افکار واقعیت نیستند	مراقبه نشسته به مدت ۴۰ دقیقه، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی (شامل مراقبه و تنفس عمیق)، خلق افکار و تمرین نقطه نظرات یا افکار جانشین، زمان تنفس و بازنگری آن، بحث در مورد تنفس به عنوان اولین گام قبل از به دست آوردن دید وسیع نسبت به افکار، توزیع جزوات جلسه ششم، تکلیف خانگی شامل فضای تنفس سه دقیقه ای (۳ بار در روز)، فضای تنفس ۳ دقیقه ای (در موقع تجربه احساسات ناخوشایند).
جلسه هفتم:	مراقبت از خود، مدیریت احساسات	مراقبه نشسته به مدت ۴۰ دقیقه، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط میان فعالیت و اضطراب، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت بخش، برنامه ریزی و تهیه برنامه مناسب برای اجرای آن، فضای تنفس سه دقیقه ای به عنوان اولین گام برای داشتن ذهن‌آگاهی، فضای تنفس سه دقیقه ای یا قدم زدن همراه با ذهن‌آگاهی، توزیع جزوات جلسه هفتم، تکالیف خانگی شامل انتخاب یک الگو از بین راه‌های مختلف برای تمرینی که قصد دارند، به طور نظام مند از آن استفاده کنند، فضای تنفس سه دقیقه ای (۳ بار در روز)، فضای تنفس ۳ دقیقه ای (در موقع تجربه احساسات ناخوشایند).
جلسه هشتم:	به کارگیری آموخته‌ها و تمرین در آینده	تمرین واریسی بدنی، بازنگری تکالیف خانگی، بازنگری کل برنامه، بحث در مورد نحوه تداوم تمرین‌ها، واریسی و بحث در مورد برنامه‌ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامه تمرین، توزیع جزوات جلسه هشتم، اتمام دوره با آخرین مراقبه (تبله، سنگ، مهره).

۲-۴-۲. طرح‌واره درمانی هیجانی: توسط [لی هی^۲ \(۲۰۱۲\)](#) تدوین و مشتمل بر ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود، محتوای این جلسات در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲: محتوای جلسات طرح‌واره درمانی هیجانی

جلسات	هدف جلسه	محتوای جلسه	تکلیف خانگی	پیامد مورد انتظار
-------	----------	-------------	-------------	-------------------

اول	معارفه و اجرای پیش‌آزمون	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، توضیح دادن درباره اهداف، آماده سازی و معرفی مدل طرحواره هیجانی، اجرای پیش‌آزمون	ثبت هیجان	آگاهی از هیجانات
دوم	بررسی تکلیف منزل، اعتبار یابی هیجانی	ارائه الگویی از هیجان به شرکت کننده ها، تقویت آگاهی هیجانی، اعتبار بخشیدن به هیجانات، شناسایی طرحواره های هیجانی در دسرساز	اعتبار بخشی دلسوزانه به خویشن	احساس حمایت هیجانی و اهمیت به خویشن
سوم	بررسی تکلیف منزل، اعتبار یابی هیجانی و چالش با طرحواره های هیجانی در دسرساز	ابداع راهبردهای انطباقی برای سازش با اعتبارزدایی، برجسب زنی و افتراق هیجان ها از یکدیگر، افزایش تحمل احساسات مختلط، بهنجارسازی تجربه هیجانی برجسب زنی و افتراق هیجانی از یکدیگر	ثبت مزایا و معایب هیجان های غیرطبیعی	افتراق احساسات و آگاهی نسبت به پیچیدگی و حقانیت ذات انسان
چهارم	بررسی تکلیف منزل، چالش با طرحواره های هیجانی در دسرساز	پذیرش احساسات، بهنجارسازی تجربه هیجانی، تمایز گذاشتن بین هیجان و اقدام، تجربه کردن هیجان به صورت یک موج، آزمایش رفتاری پیش بینی عاطفی	مشاهده و توصیف هیجان	تقویت پذیرش هیجانی و مقابله با دیدگاه منفی نسبت به هیجان ها
پنجم	بررسی تکلیف منزل، پذیرش بنیادین احساسات	افزایش قدرت پذیرش احساسات، اتخاذ موضعی به دور از قضاوت برای هیجان، انجام دادن آزمایش رفتاری جهت آزمودن باورهای هیجانی غلط	نامه نگاری خود-دلسوزانه	کاهش شدت هیجام های مبتنی بر قضاوت و افکار خودآیند
ششم	بررسی تکلیف منزل، تقویت پردازش هیجانی	تقویت آگاهی هیجانی، القای هیجان، فضا سازی هیجانی، بررسی هیجان به عنوان هدف	ثبت افکار هوشمند به لحاظ هیجانی	پذیرش اینکه هیجان ها و افکار سازه های ایستا نیستند.
هفتم	بررسی تکلیف منزل، رنجش سودمند و بازسازی شناختی	بالا رفتن از نردبان مفاهیم برتر، تمایز افکار از احساسات، فاجعه زدایی	افتراق دادن افکار از احساسات	آگاهی به اینکه احساس با واقعیت و با فکر تفاوت دارد.
هشتم	بررسی تکلیف منزل، بازسازی شناختی	فن وکیل مدافع، بررسی شواهد افکار منفی، سبک و سنگین کردن منافع و مضرات	بررسی معایب و مزایای افکار منفی	خودانتقادی و افزایش واقع گرایی
نهم	جمع بندی و ارزیابی	روند خلاصه مطالب و آموزش تعمیم آن به هنگام مشکل، توجه انجام دادن تکالیف خانگی، پس‌آزمون	از سرگیری فعالیت ها و برنامه ریزی برای آینده	بازگشت به زندگی روزمره

۲-۴. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

برای تجزیه تحلیل داده‌ها؛ نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۸ و از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (Multivariate) استفاده شد.

۳. یافته‌ها

۳-۱. توصیف جمعیت شناختی

بیشتر افراد مورد بررسی در این پژوهش بانوان و با فراوانی ۳۲ نفر (۷۲ درصد) بوده و اغلب افراد مورد بررسی در رده سنی زیر ۳۰ سال ($33/42 \pm 1/84$) قرار داشتند و نمونه مورد بررسی با توجه به مقایسه بین دو گروه آزمایش و کنترل به لحاظ متغیرهای مورد پژوهش تعداد افراد هر دو گروه یکسان انتخاب شدند.

۳-۲. شاخص‌های توصیفی

جدول ۳: اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش

طرحواره درمانی هیجانی		درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی		مؤلفه ها و متغیرها
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۸۳/۳۳	۲/۸۶۹	۸۱/۶۷	۲/۱۱۰	پیش‌آزمون تنظیم شناختی هیجان
۱۶۴/۷۱	۳/۸۰۷	۱۶۲/۴۶	۳/۴۸۳	پیش‌آزمون عدم تحمل بلا تکلیفی
۵۱/۷۰	۳/۰۵۶	۵۰/۶۴	۳/۱۲۷	پیش‌آزمون انعطاف‌پذیری روان شناختی
۱۲۶/۸۰	۴/۲۶۸	۱۲۳/۴۱	۳/۹۶۷	پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان
۳۸/۰۷	۲/۷۴۱	۳۶/۸۲	۲/۲۶۸	پس‌آزمون عدم تحمل بلا تکلیفی
۸۶/۰۳	۳/۱۷۸	۸۲/۵۹	۳/۲۱۴	پس‌آزمون انعطاف‌پذیری روان شناختی

با توجه به نتایج جدول شماره ۳، نمرات میانگین در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در متغیرهای تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بالاتکلیفی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افزایش یافته است که نشان از مؤثر بودن هر دو مداخله طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در شهرستان اورمیه می‌باشد.

۳-۳. بررسی پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک

از آزمون‌های چولگی و کشیدگی و کولموگراف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن داده‌ها به تفکیک روشهای درمانی استفاده شد. قدر مطلق چولگی و کشیدگی متغیرها به ترتیب نباید از ۲ بیشتر و از ۲- کمتر باشد (کلاین، ۲۰۱۱).

جدول ۴- بررسی نرمال بودن داده‌ها با آزمون چولگی و کشیدگی به تفکیک روشهای درمانی

مؤلفه‌ها و متغیرها		طرحواره درمانی هیجانی		درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	
		چولگی	کشیدگی	چولگی	کشیدگی
پیش‌آزمون تنظیم شناختی هیجان		-۰/۲۴۷	-۱/۴۱۵	-۰/۰۷۷	-۰/۸۶۲
پیش‌آزمون عدم تحمل بالاتکلیفی		-۰/۶۱۴	-۱/۱۲۷	-۰/۰۱۵	-۱/۲۶۵
پیش‌آزمون انعطاف‌پذیری روان‌شناختی		-۰/۳۹۸	-۱/۴۰۲	۰/۰۲۲	-۱/۰۹۵
پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان		-۰/۱۰۶	-۱/۴۹۰	۰/۷۶۰	۰/۱۷۶
پس‌آزمون عدم تحمل بالاتکلیفی		۰/۰۱۰	-۱/۶۶۲	۰/۰۸۶	-۱/۲۰۴
پس‌آزمون انعطاف‌پذیری روان‌شناختی		-۰/۴۶۲	-۱/۴۹۵	۰/۱۹۵	-۱/۴۶۱

جدول ۵- بررسی نرمال بودن داده‌ها با آزمون کولموگراف-اسمیرنوف به تفکیک روشهای درمانی

مؤلفه‌ها و متغیرها		طرحواره درمانی هیجانی		درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	
		کولموگراف-اسمیرنوف	سطح معناداری	کولموگراف-اسمیرنوف	سطح معناداری
پیش‌آزمون تنظیم شناختی هیجان		۰/۱۱۱	۰/۲۱۰	۰/۱۲۰	۰/۱۲۱
پیش‌آزمون عدم تحمل بالاتکلیفی		۰/۱۳۶	۰/۱۶۲	۰/۱۲۲	۰/۱۱۱
پیش‌آزمون انعطاف‌پذیری روان‌شناختی		۰/۱۷۰	۰/۴۵۴	۰/۱۵۵	۰/۱۱۶
پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان		۰/۱۲۲	۰/۶۸۰	۰/۱۲۷	۰/۱۴۰
پس‌آزمون عدم تحمل بالاتکلیفی		۰/۱۱۳	۰/۲۰۹	۰/۲۰۱	۰/۱۰۷
پس‌آزمون انعطاف‌پذیری روان‌شناختی		۰/۱۰۳	۰/۵۷۱	۰/۰۸۵	۰/۵۴۱

با توجه به نتایج ارائه شده در جداول شماره ۵ و ۴، قدر مطلق چولگی و کشیدگی برای تمامی متغیرهای پژوهش به تفکیک روشهای درمانی از ۲ کمتر و از ۲- بیشتر می‌باشد و همچنین عدد کولموگراف-اسمیرنوف برای تمامی متغیرهای پژوهش به تفکیک روشهای درمانی عدم معنی‌دار نشان دادند، لذا توزیع متغیرها نرمال می‌باشد. به منظور برای بررسی پیش فرض همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان در گروه‌های مورد پژوهش از آزمون باکس استفاده شد.

جدول ۶- همگنی واریانس - کوواریانس پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

متغیرها	آزمون BOX S M	F	سطح معناداری
تنظیم شناختی هیجان	۳۱/۶۸	۷/۸۰۲	۰/۰۸۱
عدم تحمل بالاتکلیفی	۲۷/۷۰۳	۷/۸۸۱	۰/۰۷۷
انعطاف‌پذیری شناختی	۲۵/۷۴۴	۷/۲۸۵	۰/۰۸۸

جدول ۶ نشان می‌دهد که شرط همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس در پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بالاتکلیفی و انعطاف‌پذیری شناختی به خوبی رعایت شده است. برای بررسی پیش فرض تفاوت بین پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بالاتکلیفی و انعطاف‌پذیری شناختی از نظر مقایسه اثربخشی دو روش درمانی از آزمون لون استفاده شد.

جدول ۷- آزمون لون: مقایسه دو روش درمانی بر پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

مؤلفه‌ها	آزمون لون (F)	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
----------	---------------	--------------	--------------	--------------

۰/۰۷۸	۲۸	۱	۲۹/۴۲۱	پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان (طرح)
۰/۰۸۵	۲۸	۱	۲۶/۷۰۴	پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان (ذهن)
۰/۰۸۶	۲۸	۱	۲۰/۱۰۸	پس‌آزمون عدم تحمل بالاتکلیفی (طرح)
۰/۰۹۹	۲۸	۱	۱۲/۶۳۲	پس‌آزمون عدم تحمل بالاتکلیفی (ذهن)
۰/۰۸۱	۲۸	۱	۱۵/۹۸۹	پس‌آزمون انعطاف‌پذیری روان شناختی (طرح)
۰/۰۹۲	۲۸	۱	۹/۸۳۷	پس‌آزمون انعطاف‌پذیری روان شناختی (ذهن)

نتایج جدول ۷ گویای آن است که بین پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بالاتکلیفی و انعطاف‌پذیری شناختی از نظر مقایسه اثربخشی دو روش درمانی تفاوت معنادار وجود دارد. برای تعیین معنی‌داری اثر گروه بر پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بالاتکلیفی و انعطاف‌پذیری شناختی از نظر مقایسه اثربخشی دو روش درمانی، از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر یا آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد که نتایج حاصل در جدول ۸ گزارش شده است.

۳-۴. آزمون فرضیه‌ها

جدول ۸- اثر گروه بر پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی خطا	درجه آزادی اثر	Sig.	مجذور ای‌تا
	۰/۵۶۴	۸/۷۸۶	۲	۱۳	۰/۰۰۲	۰/۰۶۱
لامبدای ویلکز	۰/۵۰۲	۷/۷۴۷	۲	۱۳	۰/۰۰۳	۰/۰۵۹
	۰/۴۹۶	۵/۹۷۸	۲	۱۳	۰/۰۰۸	۰/۰۵۰

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر یا آزمون لامبدای ویلکز نشان می‌دهد که بین پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بالاتکلیفی و انعطاف‌پذیری شناختی از نظر مقایسه اثربخشی دو روش درمانی تفاوت معنادار وجود دارد. برای بررسی تفاوت بین پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بالاتکلیفی و انعطاف‌پذیری شناختی از نظر مقایسه اثربخشی دو روش درمانی از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (Multivariate) استفاده شد.

جدول ۹- تفاوت بین پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در روشهای درمانی

گروه	متغیرهای وابسته	مجذور مربعات	df	میانگین مربعات	F	Sig.	مجذور ای‌تا
آزمون	پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان (طرح)	۸۵۴/۴۲۷	۱	۸۵۴/۴۲۷	۴۷/۲۹۴	۰/۰۰۱	۰/۲۴۲
	پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان (ذهن)	۴۱۶/۶۶۷	۱	۴۱۶/۶۶۷	۴۲/۳۱۷	۰/۰۰۱	۰/۲۲۲
	پس‌آزمون عدم تحمل بالاتکلیفی (طرح)	۵۱۵/۲۲۷	۱	۵۱۵/۲۲۷	۳۰/۹۲۳	۰/۰۰۱	۰/۱۸۸
	پس‌آزمون عدم تحمل بالاتکلیفی (ذهن)	۴۴۰/۳۲۷	۱	۴۴۰/۳۲۷	۱۷/۵۶۹	۰/۰۰۱	۰/۱۰۶
	پس‌آزمون انعطاف‌پذیری روان شناختی (طرح)	۴۸۲/۴۰۷	۱	۴۸۲/۴۰۷	۲۶/۰۹۰	۰/۰۰۱	۰/۱۷۳
	پس‌آزمون انعطاف‌پذیری روان شناختی (ذهن)	۳۴۶/۵۶۰	۱	۳۴۶/۵۶۰	۱۲/۰۷۲	۰/۰۰۱	۰/۰۷۵
خطا	پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان (طرح)	۵۳۲۱/۸۶۷	۲۸	۱۹۰/۰۶۷	-	-	-
	پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان (ذهن)	۴۹۹۶/۴۲۷	۲۸	۱۷۸/۴۴۴	-	-	-
	پس‌آزمون عدم تحمل بالاتکلیفی (طرح)	۴۵۴۸/۶۶۷	۲۸	۱۶۲/۴۵۲	-	-	-
	پس‌آزمون عدم تحمل بالاتکلیفی (ذهن)	۳۷۹۳/۸۱۳	۲۸	۱۳۵/۴۹۳	-	-	-
	پس‌آزمون انعطاف‌پذیری روان شناختی (طرح)	۴۲۴۸/۷۷۳	۲۸	۱۵۱/۷۴۲	-	-	-
	پس‌آزمون انعطاف‌پذیری روان شناختی (ذهن)	۳۴۲۱/۹۷۳	۲۸	۱۲۲/۲۱۳	-	-	-

براساس جدول ۹، بین پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بالاتکلیفی و انعطاف‌پذیری شناختی از نظر مقایسه اثربخشی دو روش درمانی در سطوح ۱ و ۵ درصد تفاوت معنادار وجود دارد. برای بررسی میزان تفاوت بین پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بالاتکلیفی و انعطاف‌پذیری شناختی از نظر مقایسه اثربخشی دو روش درمانی، از آزمون تی مستقل استفاده شد.

جدول ۱۰- میزان تفاوت متغیرهای پژوهش در روشهای درمانی

مولفه‌ها	گروه	تعداد	میانگین	عدد تی	سطح معناداری
پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان (طرح)	آزمایش	۱۵	۳۴/۳۵	۶/۸۷۷	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۵	۳۱/۶۱		
پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان (ذهن)	آزمایش	۱۵	۱۸/۱۹	۶/۵۰۵	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۵	۱۲/۷۹		

پس آزمون عدم تحمل بالاتکلیفی (طرح)	آزمایش	۱۵	۲۲/۷۳	۵/۵۶۱	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۵	۲۰/۶۴		
پس آزمون عدم تحمل بالاتکلیفی (ذهن)	آزمایش	۱۵	۱۶/۶۴	۴/۷۹۶	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۵	۱۳/۳۱		
پس آزمون انعطاف پذیری روان شناختی (طرح)	آزمایش	۱۵	۲۳/۸۹	۵/۳۷۹	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۵	۲۰/۴۷		
پس آزمون انعطاف پذیری روان شناختی (ذهن)	آزمایش	۱۵	۱۷/۲۳	۳/۷۸۰	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۵	۱۳/۶۴		

براساس جدول ۱۰ و براساس میانگین های به دست آمده، میانگین پس آزمون تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بالاتکلیفی و انعطاف پذیری شناختی در هر دو روش درمانی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بیشتر بوده و همچنین میانگین پس آزمون تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بالاتکلیفی و انعطاف پذیری شناختی در روش درمانی طرحواره درمانی هیجانی نسبت به روش درمانی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بیشتر می باشد و تفاوت های حاصل شده با توجه به مقادیر عدد تی به دست آمده در سطوح ۱ و ۵ درصد و با اطمینان ۹۵ و ۹۹ درصد معنادار و قابل قبول می باشند.

۴. بحث و نتیجه گیری

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که اثر طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای تفاوت است و میانگین پس آزمون تنظیم شناختی هیجان در روش درمانی طرحواره درمانی هیجانی نسبت به روش درمانی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بیشتر می باشد. نتایج حاصل برای فرضیه اول پژوهش با نتایج محققین زیر بنا به دلایل ذکر شده و با توجه به نتایجی که آنها در زمینه مقایسه طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به دست آوردند، همخوانی و همپوشانی دارد: [حسینی و همکاران \(۱۴۰۰\)](#) نشان دادند اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (در مقایسه با گروه کنترل) بر دشواری تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی بود و هر دو درمان به یک اندازه باعث بهبودی شدند ولی طرحواره درمانی به لحاظ میانگین از درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی کمی بالاتر بود. [نیک پور و همکاران \(۱۴۰۰\)](#) نشان دادند هر دو رویکرد درمانی مورد استفاده در افزایش بهزیستی روانشناختی شرکت کنندگان مؤثر بودند و بین طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بهزیستی روانشناختی تفاوت وجود داشت اما این تفاوت معنادار نمی باشد. [آقائی پور گواسرائی و همکاران \(۱۳۹۹\)](#) نشان دادند که اختلاف میانگین نمرات اضطراب و استرس در بین سه گروه آزمایش درمان شناختی - رفتاری، طرحواره درمانی و درمان ذهن آگاهی معنادار نیست ولی اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری در کاهش علایم افسردگی افراد مورد بررسی به صورت معناداری بیشتر از مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی می باشد. [کیانی پور و همکاران \(۱۳۹۷\)](#) نشان دادند که طرحواره درمانی هیجانی اثربخشی بیشتری بر دشواری در تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال وحشتزدگی نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی داشت. [شاهمرادی و همکاران \(۱۳۹۷\)](#) نشان دادند که تفاوت معناداری بین نمرات گروه طرحواره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی وجود نداشت و هر دو در یک گروه قرار می گیرند اما سطح طرحواره درمانی تا حدودی از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بالاتر بود. [مومنی و همکاران \(۱۳۹۷\)](#) نشان دادند که اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر باورهای مثبت در مورد نگرانی به صورت معناداری بیشتر از درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بوده است. [کیانی پور و همکاران \(۱۳۹۷\)](#) نشان دادند طرحواره درمانی هیجانی اثربخشی بیشتری بر دشواری در تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال وحشتزدگی نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی داشت. [سیدآسیابان و همکاران \(۱۳۹۶\)](#) نشان دادند به کارگیری طرحواره درمانی و ذهن آگاهی در پیشگیری از مصرف مواد محرک با یکدیگر تفاوت معنی دار دارند و گروه طرحواره درمانی تأثیر بیشتری از ذهن آگاهی داشته است. در تبیین نتیجه حاصله می توان بیان نمود که احساسات و هیجانات برای ما مانند قطب نما عمل می کند و می تواند در صورتی که صحیح عمل کنند ما را در مسیر درست هدایت کند و در صورت عدم عملکرد صحیح به خطا بپردازد. بنابراین اینکه در مقابل محرکها چه برداشتی از آنها داشته باشیم و با چه شدتی واکنش نشان دهیم، در تعیین چگونگی رفتار ما بسیار تعیین کننده است.

تنظیم هیجان فرایندی است که افراد از طریق آن بر هیجانات خود هنگام احساس آنها و نحوه تجربه و نیز نوع ابراز آنها تأثیر می‌گذارند که این می‌تواند از خوداگاه یا ناخودآگاه و به صورت خودکار حاصل شود. حال با توجه به اینکه طرحواره درمانی هیجانی بر کنترل هیجانات دخالت دارد و فرد در سریعترین زمان می‌تواند هیجانات خود را کنترل نموده و بهترین رفتار و واکنش را از خود در مقابل عامل محرک نشان دهد، بهتر و سریعتر از درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نتیجه را نشان می‌دهد چرا که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تمرکز بر ذهن و شناخت آن فعالیت دارد و این عامل نیازمند طی دوره‌های خاص در راستای شناخت ذهن و کنترل آن است پس با توجه به اینکه کنترل هیجانات از کنترل ذهن سریعتر و بهتر برای فرد دچار اضطراب اختلال صورت می‌گیرد لذا تأثیر طرحواره درمانی هیجانی نسبت به درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در زمینه تنظیم شناختی هیجان بالاتر است.

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که اثر طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر عدم تحمل بلا تکلیفی (ابهام) بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای تفاوت است و میانگین پس‌آزمون عدم تحمل بلا تکلیفی (ابهام) در روش درمانی طرحواره درمانی هیجانی نسبت به روش درمانی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بیشتر می‌باشد. نتایج حاصل برای فرضیه دوم پژوهش با نتایج محققین زیر بنا به دلایل ذکر شده و با توجه به نتایجی که آنها در زمینه مقایسه طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به دست آوردند، همخوانی و همپوشانی دارد: [حسینی و همکاران \(۱۴۰۰\)](#) نشان دادند اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (در مقایسه با گروه کنترل) بر دشواری تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی بود و هر دو درمان به یک اندازه باعث بهبودی شدند ولی طرحواره درمانی به لحاظ میانگین از درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کمی بالاتر بود. [نیک پور و همکاران \(۱۴۰۰\)](#) نشان دادند هر دو رویکرد درمانی مورد استفاده در افزایش بهزیستی روانشناختی شرکت‌کنندگان مؤثر بودند و بین طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بهزیستی روانشناختی تفاوت وجود داشت اما این تفاوت معنادار نمی‌باشد. [آقائی پور گواسرائی و همکاران \(۱۳۹۹\)](#) نشان دادند که اختلاف میانگین نمرات اضطراب و استرس در بین سه گروه آزمایش درمان شناختی - رفتاری، طرحواره درمانی و درمان ذهن‌آگاهی معنادار نیست ولی اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم افسردگی افراد مورد بررسی به صورت معناداری بیشتر از مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌باشد. [کیانی پور و همکاران \(۱۳۹۷\)](#) نشان دادند که طرحواره درمانی هیجانی اثربخشی بیشتری بر دشواری در تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال وحشتزدگی نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی داشت. [شاهمرادی و همکاران \(۱۳۹۷\)](#) نشان دادند که تفاوت معناداری بین نمرات گروه طرحواره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی وجود نداشت و هر دو در یک گروه قرار می‌گیرند اما سطح طرحواره درمانی تا حدودی از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بالاتر بود. [مومنی و همکاران \(۱۳۹۷\)](#) نشان دادند که اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر باورهای مثبت در مورد نگرانی به صورت معناداری بیشتر از درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بوده است. [کیانی پور و همکاران \(۱۳۹۷\)](#) نشان دادند طرحواره درمانی هیجانی اثربخشی بیشتری بر دشواری در تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال وحشتزدگی نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی داشت. [سیدآسیابان و همکاران \(۱۳۹۶\)](#) نشان دادند به‌کارگیری طرحواره درمانی و ذهن‌آگاهی در پیشگیری از مصرف مواد محرک با یکدیگر تفاوت معنی‌دار دارند و گروه طرحواره درمانی تأثیر بیشتری از ذهن‌آگاهی داشته است.

در تبیین نتیجه حاصله می‌توان بیان نمود که عدم تحمل بلا تکلیفی را به عنوان واکنشهای رفتاری، شناختی، و هیجانی منفی افراد به بلا تکلیفی در رویدادها و موقعیتهای مبهم در نظر گرفت. افراد دارای این ویژگی گزارش میکنند که در موقعیتهای مبهم استرس زیادی را تجربه میکنند و همچنین در چنین موقعیتهایی توان عملکرد مناسب خود را از دست میدهند و بلا تکلیفی در آسیب شناسی اضطراب نقش عمده ای دارد و نقش مهمی در نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر دارد، لذا کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی (تحمل ناپذیری بلا تکلیفی) منجر به کاهش نگرانی میشود و همچنین کاهش این عامل در درمان شناختی رفتاری اغلب مقدم بر کاهش نگرانی است، لذا باید از روش درمانی که بتواند هیجانهای ناسازگار را که باعث ایجاد نگرانی می‌شوند در درمان این عامل استفاده

نمود و با توجه به اینکه مدل طرحواره ای هیجان بیانگر این است که همزمان با فعال شدن هیجان ها، ما نیز تفاسیر خاصی از آنها داریم، و این تفاسیر با راهبردهایی که برای کنار آمدن با هیجان ها (سبک های مقابله ای) استفاده می کنیم مرتبط است در درمان و کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی (تحمل ناپذیری بلا تکلیفی) بهتر و موثرتر عمل می کند و این روش درمانی نسبت به روش درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بهتر و موثرتر و سریعتر عمل نموده و واکنش نشان می دهد و باعث می گردد که افراد دچار اضطراب فراگیر با تمرکز بر هیجانهای خود در شرایط مواجهه با عدم تحمل بلا تکلیفی (تحمل ناپذیری بلا تکلیفی) با اتکا به روش طرحواره درمانی هیجانی خود را سریعتر با شرایط وفق داده و آن را تحمل نمایند و از نگرانی و استرس خود را دور نمایند.

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که اثر طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر انعطاف پذیری روان شناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای تفاوت است و میانگین پس آزمون انعطاف پذیری روان شناختی در روش درمانی طرحواره درمانی هیجانی نسبت به روش درمانی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بیشتر می باشد. نتایج حاصل برای فرضیه سوم پژوهش با نتایج محققین زیر بنا به دلایل ذکر شده و با توجه به نتایجی که آنها در زمینه مقایسه طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به دست آوردند، همخوانی و همپوشانی دارد: [حسینی و همکاران \(۱۴۰۰\)](#) نشان دادند اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (در مقایسه با گروه کنترل) بر دشواری تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی بود و هر دو درمان به یک اندازه باعث بهبودی شدند ولی طرحواره درمانی به لحاظ میانگین از درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی کمی بالاتر بود. [نیک پور و همکاران \(۱۴۰۰\)](#) نشان دادند هر دو رویکرد درمانی مورد استفاده در افزایش بهزیستی روانشناختی شرکت کنندگان مؤثر بودند و بین طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بهزیستی روانشناختی تفاوت وجود داشت اما این تفاوت معنادار نمی باشد. [آقائی پور گواسرائی و همکاران \(۱۳۹۹\)](#) نشان دادند که اختلاف میانگین نمرات اضطراب و استرس در بین سه گروه آزمایش درمان شناختی - رفتاری، طرحواره درمانی و درمان ذهن آگاهی معنادار نیست ولی اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم افسردگی افراد مورد بررسی به صورت معناداری بیشتر از مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی می باشد. [کیانی پور و همکاران \(۱۳۹۷\)](#) نشان دادند که طرحواره درمانی هیجانی اثربخشی بیشتری بر دشواری در تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال وحشتزدگی نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی داشت. [شاهمردی و همکاران \(۱۳۹۷\)](#) نشان دادند که تفاوت معناداری بین نمرات گروه طرحواره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی وجود نداشت و هر دو در یک گروه قرار می گیرند اما سطح طرحواره درمانی تا حدودی از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بالاتر بود. [مومنی و همکاران \(۱۳۹۷\)](#) نشان دادند که اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر باورهای مثبت در مورد نگرانی به صورت معناداری بیشتر از درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بوده است. [کیانی پور و همکاران \(۱۳۹۷\)](#) نشان دادند طرحواره درمانی هیجانی اثربخشی بیشتری بر دشواری در تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال وحشتزدگی نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی داشت. [سیدآسیابان و همکاران \(۱۳۹۶\)](#) نشان دادند به کارگیری طرحواره درمانی و ذهن آگاهی در پیشگیری از مصرف مواد محرک با یکدیگر تفاوت معنی دار دارند و گروه طرحواره درمانی تأثیر بیشتری از ذهن آگاهی داشته است.

در تبیین نتیجه حاصله می توان بیان نمود که انعطاف پذیری روانشناختی عبارت است از توانمندی بیشتر برای ارتباط با لحظه ی اکنون و نیز تغییر در رفتار یا پافشاری بر آن وقتی در جهت ارزش های زندگی خود حرکت می کنیم و شامل قدرت متمایز سازی خود از افکار و تجارب درون روانی است و در واقع به توانایی افراد برای تمرکز بر موقعیت کنونی و استفاده از فرصت های آن موقعیت برای گام برداشتن در راستای اهداف و ارزش های درونی با وجود رویدادهای روانشناختی چالش برانگیز یا ناخواسته اشاره دارد. هدف از انعطاف پذیری روانشناختی این است که به فرد این فرصت را می دهد تا با شرایط و موقعیت جاری خود مواجه شود و آن را ارزیابی کند و از طریق این چنین فعالیت هایی، فرد مطمئن می شود که به طور مناسب در آن شرایط و موقعیت عمل می کند. به طور کلی انعطاف پذیری یک فرآیند توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت آمیز با شرایط تهدید کننده است. بنابراین به معنای در معرض خطر قرار گرفتن و پیامدهایی بهتر از حد مورد انتظار نشان دادن، حفظ سازگاری مثبت علی رغم وجود تجارب استرس

آور و بهبودی خوب پس از آسیب می باشد. در واقع به عنوان توانایی به دست آوردن نیرو بعد از مواجهه شدن با شرایط ناگوار و غلبه بر شرایط دشوار و به معنی بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر است که باعث سازگاری موفقیت آمیز در زندگی می شود. بنابراین انعطاف پذیری روانشناختی فرآیندی مقابله ای انطباقی است که در برگیرنده ی پذیرش هیجانات ناخوشایند، از هم گسیختگی افکار و توانایی برای حرکت در جهت دستور العمل های ارزش محور است و این عامل که باعث می گردد فرد دچار اضطراب فراگیر بعد از کنترل شرایط سخت به تعادل اولیه بازگردد و خود را به تعادلی در سطح بالاتر برساند، نیاز دارد که با کمک روش درمانی که بتواند در سریعترین زمان و با کنترل هیجانات فرد اثر می گذارد، فرد دچار اختلال اضطراب را به سمت تعادل روانی پیش برد و در این راه طرحواره درمانی هیجانی نسبت به درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بهتر و موثرتر عمل می کند و باعث می گردد که فرد دچار اضطراب اختلال با کمک طرحواره درمانی هیجانی بر هیجانهای ناسازگار خود غلبه نموده و خود را به تعادل رسانده و در این حالت بماند و به سمت رفع تنش و آرامش پیش برود پس طرحواره درمانی از روش درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کنترل انعطاف پذیری روانشناختی موثرتر و بهتر عمل می کند.

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که اثر طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بلاتکلیفی (ابهام) و انعطاف پذیری روان شناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای تفاوت است و اثر طرحواره درمانی هیجانی از اثر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بالاتر و قابل قبول تر است. در تبیین نتیجه حاصل برای پژوهش باید بیان نمود که هر دو روش درمانی طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در راستای رسیدن به تنظیم شناختی هیجان و تحول بهنجار و همچنین تحمل بلاتکلیفی (ابهام) و رسیدن به انعطاف پذیری روان شناختی و نگه داشتن خویش در سطح تعادل لازم برای زندگی معمول و نرمال و به دور از استرس و نگرانی و اضطراب، مناسب هستند و تأثیری معنادار در بیماران دارای اضطراب اختلال فراگیر گذاشتند ولی سطح عملکردی طرحواره درمانی هیجانی نسبت به درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بالاتر بود چرا که در این روش کنترل بر هیجانات مدنظر می باشد و فرد دچار اضطراب در زمان مشکل و استرس سریعتر هیجانی می شود، لذا با کنترل هیجانات منفی و مشکل ساز خود را به سمت آرامش سوق می دهد ولی در زمینه ذهن آگاهی فرد در تمرین جهت رسیدن به تمرکز بر ذهن می باشد و در شرایط استرس و اضطراب از این روند تا فرد بتواند تمرکز نموده و زمینه مشکل ساز را طی نماید طولانی خواهد بود لذا روش طرحواره درمانی هیجانی در زمینه تنظیم شناختی هیجان، عدم تحمل بلاتکلیفی (ابهام) و انعطاف پذیری روان شناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مناسبتر از درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می باشد و در نهایت پیشنهاد می گردد که با کمک این دو روش درمانی و به خصوص طرحواره درمانی هیجانی باعث کنترل هیجانهای منفی و ناسازگار شده و با متعادل نمودن سبک پاسخ دهی شناختی افراد به لحاظ هیجانهای برانگیخته شده در آنها شویم و باعث بهبود وضعیت دریافت، تفسیر و واکنش افراد به یک موقعیت نامشخص در سطوح هیجانی، شناختی و رفتاری شده و باعث تقویت توانایی تغییر زمینه های شناختی و تفکرات در افراد به منظور سازگاری با محرکهای در حال تغییر محیطی شویم.

۵. ملاحظات اخلاقی

این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.TABRIZ.REC.1401.306 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز است. همچنین لازم به ذکر است که نویسنده اول مقاله، دارای گواهینامه شرکت در دوره آموزشی طرحواره درمانی از انجمن علمی روانشناسی تربیتی ایران به شماره ۴۰۱۶ الف، تاریخ های ۱۴۰۰/۰۲/۱۸ تا ۱۴۰۰/۰۲/۱۶ به مدت ۲۴ ساعت؛ گواهینامه شرکت در کارگاه آموزشی آشنایی با تکنیک های ذهن آگاهی از انجمن علمی روانشناسی تربیتی ایران به شماره ۴۰۰۹ الف، تاریخ ۱۴۰۰/۰۲/۰۹ به مدت ۸ ساعت و گواهی شرکت در کارگاه آموزشی طرحواره درمانی انجمن علمی دانشجویی روان شناسی دانشگاه علامه طباطبائی تهران به شماره ۱/۳۱۱۰۱۵۷ الف، تاریخ ۱۳۹۷/۰۸/۰۵ و به مدت ۱۰۰ ساعت می باشد.

۶. سیاست‌گذاری

ما از همه شرکت‌کنندگان درگیر در این مطالعه، صمیمانه سپاسگزاریم.

۷. حمایت مالی

نویسندگان اعلام می‌دارند هیچ سازمان دولتی یا خصوصی از این تحقیق حمایت مالی نکرده است.

۸. تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

منابع فارسی

- آقائی پور گواسرائی، م.، طاولی، آ.، کمال، ا. ا. و غفوری غلامی، ز. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی سه روش درمان‌گری مبتنی بر طرحواره، شناختی-رفتاری و ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب و افسردگی همسران جانبازان. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۱۷(۱)، ۱۲۳-۱۳۴.
<https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2890>
- بخشی پور رودسری، ع.، هاشمی نصرت آباد، ت.، و نکونام، م. ص. (۱۳۹۴). مقایسه عدم تحمل ابهام و کمال‌گرایی در بین بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری و افراد عادی. *روان‌شناسی بالینی*، ۷(۱)، ۴۱-۵۰.
<https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2189>
- بشارت، م. ح. (۱۳۹۵). پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: روش اجرا و نمره‌گذاری. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۱۳(۵۰)، ۲۲۱-۲۲۳.
<https://sanad.iau.ir/fa/Journal/jip/Article/1054776>
- پرتوی پیروز، ل.، جمهری، ف.، سعادت‌ی شامیر، ا.، و حسنی، ج. (۱۴۰۱). مدل ساختاری اضطراب سلامت بر اساس عدم تحمل بالاتکلیفی و حساسیت اضطرابی با میانجی‌گری نشخوار فکری در دانشجویان. *ماهنامه مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان*، ۳(۲)، ۲۷۸-۲۹۰.
<https://doi.org/10.61838/kman.jayps.3.2.21>
- پنجه پور، ش.، و طباطبائی نژاد، ف. س. (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره درمانی بر کیفیت زندگی و خودانتقادی در زنان دارای افکار خودکشی: یک مطالعه نیمه تجربی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۲۱(۱۲)، ۱۲۸۲-۱۲۶۷.
<http://journal.rums.ac.ir/article-1-6751-fa.html>
- تقی‌زاده، م. ا.، و فرمانی، ا. (۱۳۹۲). بررسی نقش انعطاف‌پذیری شناختی در پیش‌بینی نوبیدی و تاب‌آوری در دانشجویان. *فصلنامه روان‌شناسی شناختی*، ۱(۲)، ۶۷-۷۵.
<http://jcp.khu.ac.ir/article-1-1737-fa.html>
- ثلاثی، ب.، رضانی، م. آ.، و جهان، ف. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی بر خودکارآمدی و مؤلفه‌های آن در معتادین با درمان نگهدارنده متادون، یک مطالعه کارآزمایی بالینی. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۱۰(۱)، ۱۵۴-۱۳۹.
<http://dx.doi.org/10.32598/shenakht.10.1.139>
- حسینی، ش.، قاسمی مطلق، م.، اسماعیلی شاد، ب. و مهدیان، ح. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر دشواری تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۹(۱)، ۳۶-۴۷.
<http://rjms.iums.ac.ir/article-1-6686-fa.html>
- دلیری، ر.، فتاحی اندبیل، ا.، و دوکانه ای فرد، ف. (۱۴۰۱). ارائه مدل پیش‌بینی درد ذهنی (روان‌شناختی) بر اساس انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و معنای زندگی با میانجی‌گری حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد دارای تجربه سوگ ناشی از کرونا. *ماهنامه مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان*، ۳(۲)، ۱۱۲-۹۹.
<https://doi.org/10.61838/kman.jayps.3.2.8>
- دهشیری، غ. ر.، گلزاری، م.، برجلی، ا. و سهرابی، ف. (۱۳۸۸). خصوصیات روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا در دانشجویان. *روان‌شناسی بالینی*، ۱(۴)، ۶۷-۷۵.
<https://doi.org/10.22075/jcp.2017.1988>
- دهناشی لاطان، ت.، و ستاری، م. (۱۳۹۹). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر نگرش‌های ناکارآمد و اجتناب تجربه‌ای دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۷(۴)، ۲۸-۴۱.
<http://dx.doi.org/10.52547/shenakht.7.4.28>

- سلطانی، ن. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش کارکردهای اجرایی بر تنظیم شناختی هیجان و کیفیت خواب کودکان دبستانی با ضرب‌آهنگ شناختی کند. *روانشناسی*، ۱۲ (۲)، ۱۹۷-۲۰۶. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.2383353.1402.12.2.18.4>
- سیدآسیابان، س.، منشئی، غ. ر. و عسگری، پ. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و ذهن‌آگاهی بر راهبردهای سازگارانۀ تنظیم شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان مواد محرک. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۸ (۲): ۱-۱۰. <https://sanad.iau.ir/Journal/jsrp/Article/891040>
- شاهمرادی، ذ. ا.، خالقی پور، ش. و مسجدی، م. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر طرحواره‌های ناسازگار و سلامت عمومی بیماران مبتلا به ویتیلیگو. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*، ۷ (۶)، ۴۲-۵۲. <http://jhpm.ir/article-1-835-en.html>
- شرافتی، ح.، طاهری، ا.، اسمائی مجد، س. و امیری، م. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس بر عدم تحمل بلا تکلیفی، اجتناب شناختی و باورهای مثبت نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، *روانشناسی بالینی*، ۴ (۳)، ۱۵-۲۸. https://jcp.semnan.ac.ir/article_2713.html
- شیرین‌زاده دستگیری، ص.، گودرزی، م. ع.، غنی‌زاده، ا. و تقوی س. م. (۱۳۸۷). مقایسه باورهای فراشناختی و مسئولیت‌پذیری در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری، اختلال اضطراب منتشر و افراد بهنجار. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۴ (۱)، ۴۶-۵۵. <http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-414-fa.html>
- عربلو، ز. (۱۴۰۲). اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر خلق منفی و تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *فصلنامه ایده‌های نوین روان‌شناسی*، ۱۶ (۲۰)، ۰۰-۰۰. <http://jnip.ir/article-1-920-fa.html>
- فاضلی، م.، احتشام زاده، پ. و هاشمی شیخ شیبانی، س. ا. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر انعطاف‌پذیری شناختی افراد افسرده. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۹ (۳۴)، ۲۷-۳۶. <https://sanad.iau.ir/Journal/jtbc/Article/1118228/FullText>
- کیانی پور، ا.، حسنی، ف.، راهنجات، ا. م. و قنبری پناه، ا. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش دشواری تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی. *پرستار و پزشک در رزم*، ۶ (۲۰)، ۶۰-۷۰. <http://npwjma.ajaums.ac.ir/article-1-583-fa.html>
- مؤمنی، ف.، شهیدی، ش.، موتابی، ف. و حیدری، م. (۱۳۹۴). نقش تشخیصی نقص در تنظیم هیجانی، ذهن‌آگاهی و خوددوست‌داری در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و زنان عادی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۹ (۳۴)، ۱۴۷-۱۷۲. https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_3992.html?lang=fa
- نائینیان، م. ر.، شعبری، م. ر.، شریفی، م. و هادیان، م. (۱۳۹۰). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7). *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۹ (۱)، ۴۱-۵۰. https://cpap.shahed.ac.ir/article_2647.html
- نجار کاخکی، ا.، کلهرنیا گل‌کار، م.، نژاد محمد نامقی، ع.، محمدی شیر محله، ف. و ولی‌زاده، م. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی گروهی بر دشواری در تنظیم هیجان و شاخص توده بدنی در افراد چاق مبتلا به خوردن هیجانی. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۱۰ (۱)، ۷۵-۸۹. <https://doi.org/10.32598/shenakht.10.1.75>
- ندائی، ع.، قمری گیوی، ح.، شیخ الاسلامی، ع. و صدری دمیرچی، ا. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر عدم تحمل بلا تکلیفی و دشواری تنظیم هیجان در افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب همایند. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۱۰ (۱)، ۱۰۳-۱۱۵. <https://doi.org/10.32598/shenakht.10.1.103>
- نیک پور، ف.، خلعتبری، ج.، رضائی، ا. و جمهری، ف. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی رویکرد طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه. *فصلنامه علوم روان‌شناختی*، ۲۰ (۱۰۱): ۷۴۱-۷۵۱. <http://psychologicalscience.ir/article-1-1105-fa.html>

References

- Aghaeepour Gavasaraee, M., Tavoli, A., Kamal, A. S., & Ghafory Gholamy, Z. (2020). Effectiveness of schema therapy, cognitive-behavioral therapy, and mindfulness-based stress reduction on reducing the anxiety and depression in spouses of veterans. *Clinical Psychology and Personality*, 17(1), 123-134. <https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2890> (In Persian)

- Arablo, Z. (2023). The effectiveness of mindfulness based on stress reduction on negative mood and emotion regulation in people with generalized anxiety disorder. *Journal of Psychology New Ideas*, 16(20), 0-0. <http://jnip.ir/article-1-920-en.html> (In Persian)
- Bakhshipour, A., Hashemi-Nosratabad, T., & Nekunam, M. S. (2015). Comparison of intolerance of ambiguity and perfectionism among patients with obsessive-compulsive disorder and ordinary people. *Journal of Clinical Psychology*, 7(1), 41-50. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2189> (In Persian)
- Becker, S. P., & Barkley, R. A. (2018). Sluggish cognitive tempo. In T. Banaschewski, D. Coghill, & A. Zuddas (Eds.), *Oxford textbook of attention deficit hyperactivity disorder* (pp. 147-153). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198739258.003.0015>
- Besharat, M. A. (2016). Cognitive emotion regulation questionnaire: Instruction and scoring. *Journal of Developmental Psychology Iranian Psychologists*, 13(50), 221-223. <https://sanad.iau.ir/en/Journal/jip/Article/1054776> (In Persian)
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The Intolerance of Uncertainty Scale: psychometric properties of the English version. *Behaviour research and therapy*, 40(8), 931-945. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(01\)00092-4](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00092-4)
- Daliri, R., Fattahi Andabil, A., & Dokanehi Fard, F. (2022). Presenting a model to predict mental (psychological) pain based on psychological flexibility and the meaning of life with the mediation of perceived social support in people with the experience of bereavement caused by Corona. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*, 3(2), 99-112. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.3.2.8> (In Persian)
- Dehnashi Latan, T., & Sattari, M. (2020). The effectiveness of positivist psychotherapy on inefficient attitudes and experiential avoidance on students with generalized anxiety disorder. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 7(4), 28-41. <https://doi.org/10.52547/shenakht.7.4.28> (In Persian)
- Dehshiri, G. R., Golzari, M., Borjali, A., & Sohrabi, F. (2009). Psychometrics particularity of Farsi version of Pennsylvania State worry questionnaire for college students. *Journal of Clinical Psychology*, 1(4), 67-75. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.1988> (In Persian)
- Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy and Research*, 34(3), 241-253. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4>
- Edwards, E., Leahy, R., & Snyder, S. (2023). Patterns of emotional schema endorsement and personality disorder symptoms among outpatient psychotherapy clients. *Motivation and Emotion*, 47(3), 412-422. <https://doi.org/10.1007/s11031-022-10000-3>
- Ergisi, M., Erridge, S., Harris, M., Kawka, M., Nimalan, D., ... & Sodergren, M. H. (2022). UK Medical Cannabis Registry: an analysis of clinical outcomes of medicinal cannabis therapy for generalized anxiety disorder. *Expert Review of Clinical Pharmacology*, 15(4), 487-495. <https://doi.org/10.1080/17512433.2022.2020640>
- Fazeli, M., Ehteshamzadeh, P., & Hashemi, S. E. (2015). The effectiveness of cognitive behavior therapy on cognitive flexibility of depressed people. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 9(34), 27-36. <https://sanad.iau.ir/en/Journal/jtbc/Article/1118228/FullText> (In Persian)
- Garnefski, N. & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire-development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41(6), 1045-1053. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.010>
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)*. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t03801-000>
- Gullo, S., Gelo, O. C. G., Bassi, G., Lo Coco, G., ... & Di Blasi, M. (2023). The role of emotion regulation and intolerance to uncertainty on the relationship between fear of COVID-19 and distress. *Current Psychology*, 42, 19658-19669. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03071-5>
- Hoseini, S., Qasemi Motlagh, M., Esmacili shad, B., & Mehdian, H. (2022). Comparison of the effectiveness of mindfulness-based therapy and cognitive therapy on the difficulty of emotion

- regulation in patients with obsessive-compulsive disorder. *Razi Journal of Medical Sciences*, 29(1), 36-47. <http://rjms.iuums.ac.ir/article-1-6686-en.html> (In Persian)
- Huntley, C., Young, B., Tudur Smith, C., Jha, V., & Fisher, P. (2022). Testing times: The association of intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs to test anxiety in college students. *BMC Psychology*, 10, 6. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00710-7>
- Kianipoor, E., Hassani, F., Rahnejat, A. M. & Ghanbaripana, A. (2018). Comparison of the effectiveness of emotional schema therapy and cognitive therapy based on mindfulness on reducing the difficulty emotional regulation in patients with panic disorder. *Nurse and Physician within War*, 6(20), 60-70. <http://npwj.ajaums.ac.ir/article-1-583-en.html> (In Persian)
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. Third edition. New York: Guilford Press. <https://search.library.wisc.edu/catalog/9910110667902121>
- Leahy, R. (2012). Emotional schema therapy: A bridge over troubled waters. In J. Herbert & E. M. Forman (Eds.), *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies* (pp. 109-131). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118001851.ch5>
- Maher, E. L., & Córdova, J. V. (2019). Evaluating equanimity: Mindfulness, intimate safety, and relationship satisfaction among meditators. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 8(2), 77-89. <https://doi.org/10.1037/cfp0000119>
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10), 1281-1310. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.08.008>
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour 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)
- Momeni, F., Shahidi, S., Motabi, F., & Heidari, M. (2015). Discriminant role of emotion dysregulation, mindfulness and self-compassion in women with anxiety disorder and normal group. *Journal of Modern Psychological Researches*, 9(34), 147-172. https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_3992.html?lang=en (In Persian)
- Naeinian, M. R., Shaeiri, M. R., 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. https://cpap.shahed.ac.ir/article_2647.html?lang=en (In Persian)
- Najjar Kakhaki, I., Kalthornia Golkar, M., Nezhad Mohamad Nameghi, A., Mohammadi shirmahaleh, F., & Valizadeh, M. (2023). Comparison of effectiveness of acceptance and commitment-based group therapy and group schema therapy on emotion regulation difficulty and body mass index in obese people with emotional eating. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 10(1), 75-89. <https://doi.org/10.32598/shenakht.10.1.75> (In Persian)
- 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. <https://doi.org/10.32598/shenakht.10.1.103> (In Persian)
- Nikpour, F., Khalatbari, J., Rezaei, o., & Jomehri, f. (2021). Comparison of the effectiveness of schema therapy approach and acceptance and commitment-based therapy psychological well-being of divorced women. *Journal of Psychological Science*, 20(101), 741-751. <http://psychologicalscience.ir/article-1-1105-en.html> (In Persian)
- Okati, H., & Rahdarpour, J. (2023). The role of flexibility and competence on work performance according to the mediating role of job satisfaction among young teachers. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*, 4(5), 24-33. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.4.5.2>
- Pang, D., & Ruch, W. (2019). Fusing character strengths and mindfulness interventions: Benefits for job satisfaction and performance. *Journal of Occupational Health Psychology*, 24(1), 150-162. <https://doi.org/10.1037/ocp0000144>

- Panjepour, S., & Tabatabaiejad, F. (2023). The effectiveness of the schema therapy approach on quality of life and self-criticism in women with suicidal thoughts: A quasi-experimental study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 21(12), 1267-1282. <https://doi.org/10.52547/jrums.21.12.1267> (In Persian)
- Partovi pirooz, L., Jomehori, F., Seadatee Shamir, A., & Hasani, J. (2022). Structural model of health anxiety based on intolerance of uncertainty and anxiety sensitivity with mediating the role of rumination in college students. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*, 3(2), 278-290. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.3.2.21> (In Persian)
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 38(1), 72-85. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.04.004>
- Rogers, T. A., Daniel, T. A., & Bardeen, J. R. (2022). Health anxiety and attentional control interact to predict uncertainty-related attentional biases. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 74, 101697. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2021.101697>
- Salasi, B., Ramezani, M. A., & Jahan, F. (2023). Comparing the effectiveness of emotion-focused therapy and schema therapy on self-efficacy and its components in addicts undergoing methadone maintenance treatment: A clinical trial study. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 10(1), 139-154. <https://doi.org/10.32598/shenakht.10.1.139> (In Persian)
- Saviola, F., Pappaianni, E., Monti, A., Grecucci, A., Jovicich, J., & De Pisapia, N. (2020). Trait and state anxiety are mapped differently in the human brain. *Scientific Reports*, 10, 11112. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-68008-z>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2001-05895-000>
- Seyed Asiaban, s., Manshaei, g., & Askari, p. (2017). Comparison of the effectiveness of schema therapy and mindfulness on cognitive regulation of emotion adaptive strategies in psychoactive drug users. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 18(2), 1-10. <https://sanad.iau.ir/en/Journal/jsrp/Article/891040> (In Persian)
- Shahmoradi, Z., Khaleghipour, S., & Masjedi, M. (2019). Comparing effectiveness of "Schema Therapy" and "Mindfulness- Based Cognitive Therapy" on maladaptive schemas and general health in patients with Vitiligo. *Journal of Health Promotion Management*, 7(6), 42-52. <http://jhpm.ir/article-1-835-en.html> (In Persian)
- Sharif Ara, B., Khosropour, F., & Molayi Zarandi, H. (2023). Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on emotional processing, irrational beliefs and rumination in patients with generalized anxiety disorder. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*, 4(4), 34-44. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.4.4.5> (In Persian)
- Sherafati, h., Taheri, E., Asmaee Majd, s., & Amiri, M. (2017). Effectiveness of cognitive therapy based on Douglas model on intolerance of uncertainty, cognitive avoidance and positive beliefs about worry in generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 9(2), 15-28. https://jcp.semnan.ac.ir/article_2713.html?lang=en (In Persian)
- Shirinzadeh Dastgiri, S., Gudarzi, M. A., Ghanizadeh, A., & Taghavi, S. M. R. (2008). Comparison of Metacognitive and Responsibility Beliefs in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder, Generalized Anxiety Disorder and Normal Individuals. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 14(1), 46-55. <http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-414-en.html> (In Persian)
- Soltani, N. (2023). The effectiveness of executive functions training on the cognitive regulation of emotion and sleep quality of children with sluggish cognitive tempo. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 12(2), 197-206. <http://frooyesh.ir/article-1-4261-en.html> (In Persian)
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *JAMA Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>

- Taghizadeh, M. E., & Farmani, A. (2014). A study of the role of cognitive flexibility in predicting hopelessness and resilience among university students. *Journal of Cognitive Psychology*, 1(2), 67-75. <http://jcp.khu.ac.ir/article-1-1737-en.html> (In Persian)
- Thümmler, R., Engel, E. M., & Bartz, J. (2022). Strengthening emotional development and emotion regulation in Childhood-As a key task in early childhood education. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 3978. <https://doi.org/10.3390/ijerph19073978>
- Van Wijk-Herbrink, M. F., Arntz, A., Broers, N. J., Roelofs, J., & Bernstein, D. P. (2019). A schema therapy-based milieu in secure residential youth care: Effects on aggression, group climate, repressive staff interventions, and team functioning. *Residential Treatment for Children & Youth*, 38(3), 289–306. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2019.1692758>

Comparing the Effectiveness of Emotional Schema Therapy and Mindfulness-based cognitive therapy on Cognitive Emotion Regulation, Intolerance of Uncertainty and Psychological Flexibility in People with Generalized Anxiety Disorder

Extended Abstract

Aim

Generalized anxiety disorder is a type of anxiety disorder that is defined as excessive and unreasonable worry about everyday events and activities, accompanied by physical symptoms such as muscle tension, irritability, sleep problems, and restlessness. In an epidemiological study, it was shown that about 0.9% of adolescents and 2.9% of adults in the general population of the United States and 20.8% in Iran suffer from generalized anxiety disorder (Arablo, 2023; Ergisi et al., 2022). Various individual characteristics are associated with generalized anxiety disorder. Cognitive emotion regulation is one of them. Mennin et al. (2005) found in the emotion dysregulation model that inability or deficits in emotion regulation can predict generalized anxiety disorder. Another characteristic associated with this disorder is intolerance of uncertainty or ambiguity. Intolerance of uncertainty is a cognitive bias that affects the way a person perceives, interprets, and reacts to an uncertain situation on emotional, cognitive, and behavioral levels (Partovi pirooz et al., 2022). People who have an intolerance for uncertainty experience anxiety and mental and intellectual conflict in ambiguous and unclear situations and are unable to process new information (Rogers et al., 2022). Another characteristic involved in generalized anxiety is psychological flexibility. Psychological flexibility is the ability to change cognitive contexts and thoughts in order to adapt to changing environmental stimuli. Cognitive flexibility is effective in adapting a person's thoughts and behavior in response to environmental changes (Daliri et al., 2022). Over the past two decades, studies describing theoretical and therapeutic models of this disorder have increased. One of the models is the schema therapy model. The emotional schema approach suggests that emotional reasoning and emotional exploration are part of anxiety-provoking thinking, while also being a fundamental component of the thinking of non-clinical individuals (Van Wijk-Herbrink et al., 2019). In this regard, the studies by Eghdampanah Foumani et al. (2024), and Nedaei et al. (2023) showed the effectiveness of emotional schema therapy on intolerance of uncertainty and difficulty regulating emotions in people with depression and anxiety. Another treatment used in patients with generalized anxiety disorder is mindfulness-based cognitive therapy. This therapy leads to changing faulty thinking patterns and teaching attention control skills, which increases the preventive aspect of the treatment (Arablo, 2023). Hosseini et al. (1400) compared the effectiveness of schema therapy and mindfulness-based cognitive therapy on difficulty regulating emotions and declared both treatments effective. Given that the current conditions of our society are tense in various ways, and considering the destructive effects of these anxieties on people's lives, it is necessary to conduct this research. The purpose of the present study was to compare the effectiveness of emotional schema therapy and mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on the cognitive emotion regulation, intolerance of uncertainty, and psychological flexibility in patients with generalized anxiety disorder.

Methodology

The present research method was the type of quasi-experimental study and the design used in this research was a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population of the present study included all People with generalized anxiety disorder who were referred to the medical centers

(psychiatry, psychology, and health centers) in Urmia city in 2021. Inclusion criteria include: the presence of generalized anxiety disorder in the individual, informed consent and willing participate in the research, age range of 18-45 years; and exclusion criteria were: absence of more than two sessions; drug and alcohol abuse; severe personality and clinical disorders; having physical problems and severe illness. 45 qualified volunteers of this population were included in the study by the purposive sampling method, and they were assigned into groups of experimental and control groups (15 people in each of the three groups) by random method. The generalized anxiety disorder scale (Spitzer et al., 2006); Penn State Worry Questionnaire (Meyer et al., 1990); Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski et al., 2001), the Intolerance of Uncertainty Scale (Buhr & Dugas, 2002); and Cognitive Flexibility Inventory (Dennis & Vander Wal, 2010), were the instruments employed in this research. In order to perform therapeutic intervention, emotional schema therapy (Leahy, 2012) in 9 sessions, and mindfulness-based cognitive therapy (Segal et al., 2002) in 8 sessions, were implemented for the experimental groups. At the same time, the control group did not undergo any type of psychotherapy intervention. The research data before and after the intervention were analyzed using Multivariate covariance ran in the SPSS₂₈ software.

Results

At first, the demographic data of the participants was examined. Most of the people surveyed in this study were women, with a frequency of 32 people (72 percent). Most of the subjects were under 30 years of age, and no significant difference was observed between the groups in terms of age. The findings showed that in the pre-test design, there wasn't any difference in the scores of cognitive emotion regulation, intolerance of uncertainty, and psychological flexibility, between the emotional schema therapy, mindfulness-based cognitive therapy, and the control groups. Therefore, three groups were similar. As shown in Table 1, in the post-test design, the significant difference was found in the subjective the scores of cognitive emotion regulation, intolerance of uncertainty, and psychological flexibility, between the emotional schema therapy and the control group; and between mindfulness-based cognitive therapy and the control group ($p < 0.001$). This finding implies that both intervention groups outperformed the control group in Improved cognitive emotion regulation, intolerance of uncertainty, and psychological flexibility in patients with generalized anxiety disorder. Also, as shown in Table 2, the results of the comparison of the interventions showed that there was a significant difference between the two interventions of emotional schema therapy and mindfulness-based cognitive therapy, on the variables of cognitive emotion regulation, intolerance of uncertainty, and psychological flexibility ($p > 0.001$); and the emotional schema therapy was more effective than mindfulness-based cognitive therapy on all three variables in patients with generalized anxiety disorder.

Table 1. Differences between post-tests of research variables in treatment methods

Variable	Group	Mean Squares	df	F	P-value	Eta squared
Emotion Regulation	Schema therapy	854.427	1	47.294	0.001	0.242
	MBCT	416.667	1	42.317	0.001	0.222
Intolerance of Uncertainty	Schema therapy	515.227	1	30.923	0.001	0.188
	MBCT	440.327	1	17.569	0.001	0.106
Psychological Flexibility	Schema therapy	482.407	1	26.090	0.001	0.173
	MBCT	346.560	1	12.072	0.001	0.075

Table 2. Differences in research variables in treatment methods

Variable	Groups	Mean difference	T-score	P-value	
Emotion Regulation	Schema therapy	Experimental	34.35	6.877	0.001
		Control	31.61		
	MBCT	Experimental	18.19	6.505	0.001
		Control	12.79		
Intolerance of Uncertainty	Schema therapy	Experimental	22.73	5.561	0.001
		Control	20.64		
	MBCT	Experimental	16.64	4.796	0.001
		Control	13.31		
Psychological Flexibility	Schema therapy	Experimental	23.89	5.379	0.001
		Control	20.47		
	MBCT	Experimental	17.23	3.780	0.001
		Control	13.31		

Variable	Groups	Mean difference	T-score	P-value
	Control	13.64		

Conclusion

This study compared the effectiveness of two interventions— emotional schema therapy and mindfulness-based cognitive therapy —on cognitive emotion regulation, intolerance of uncertainty, and psychological flexibility in patients with generalized anxiety disorder. The results showed significant differences between the experimental groups and the control group. The first hypothesis demonstrated that emotional schema therapy was more effective in cognitive emotion regulation, compared to mindfulness-based cognitive therapy. This finding was consistent with the results of studies by Nikan et al. (2023), Kianipour et al. (2018), and Seyed Asiaban et al. (2017). In explaining this finding, it can be said, emotional schema therapy yields larger gains on measures tapping emotion-specific cognitive reappraisal beliefs and strategies because it explicitly targets the content and structure of emotional beliefs; Because, Emotional schemas are based on deeply held, maladaptive beliefs about emotions (e.g., “anger must be avoided at all costs,” “feeling sad means I’m weak”) (Van Wijk-Herbrink et al, 2019). The Aim is to modify the entire system that governs emotional experiencing and response, including: appraisals of emotions, regulation strategies, avoidance or approach tendencies, and the behavioral/relational patterns tied to those emotions. Also, emotional schema therapy directly targets and emotional schema therapy ructures the foundational cognitive beliefs about emotions, which can lead to more durable and generalized changes in how emotions are regulated (Kianipour et al, 2018). The second hypothesis demonstrated that emotional schema therapy was more effective in intolerance of uncertainty, compared to mindfulness-based cognitive therapy. This finding was consistent with studies by Eghdampanah Foumani et al. (2024), and Nedaei et al. (2023). In explaining this finding, it can be said, emotional schema therapy directly addresses “emotional schemas”—deep, maladaptive beliefs about emotions and their meaning, intensity, and controllability. By modifying these core emotional meanings and improving emotional regulation, individuals become more tolerant of emotional distress and uncertainty itself. This direct targeting tends to reduce intolerance of uncertainty more effectively than generic mindfulness approaches (Eghdampanah Foumani et al., 2024). Emotional schema therapy emphasizes identifying, reappraising, and reinterpreting uncertain emotional experiences (e.g., fear, worry) within a structured schema framework. This explicit processing can lower the perceived threat of uncertainty faster than mindfulness-based cognitive therapy, which primarily cultivates nonjudgmental awareness and decentering rather than changing core emotional beliefs (Nedaei et al., 2023). Also, this therapy blends cognitive emotional schema therapy ructuring with affective exposure, helping clients reinterpret uncertainty-related cues and outcomes in a more adaptive, less catastrophic way (Leahy, R., 2012). mindfulness-based cognitive therapy focuses more on present-moment awareness and nonjudgment, which may reduce ruminative styles but might not sufficiently alter underlying emotional schemas that fuel intolerance of uncertainty (Nikan et al., 2023). The third hypothesis demonstrated that emotional schema therapy was more effective in psychological flexibility, compared to mindfulness-based cognitive therapy. This finding was consistent with studies by Nikpour et al. (2021), and Shahmoradi et al. (2019). In explaining this finding, it can be said, emotional schema therapy trains explicit strategies for identifying, modulating, and reappraising emotions, which can generalize to a wider range of contexts. mindfulness-based cognitive therapy emphasizes nonjudgmental awareness and decentering, which improves present-mash but may not directly expand the repertoire of adaptive emotional responses as robustly (Seyed Asiaban et al., 2017). By altering core emotional meanings, emotional schema therapy often reduces avoidant coping patterns and increases willingness to engage with difficult situations, a key component of psychological flexibility (Kianipour et al, 2018). Also, emotional schema therapy combines cognitive emotional schema therapy ructuring with affective exposure and reinterpretation of emotional cues. This integration helps clients adaptively adjust thoughts and feelings in uncertain or emotionally charged situations, enhancing flexibility more than mindfulness’s primary focus on awareness (Nikan et al., 2023). This research has faced some limitations. The use of non-random sampling method and the lack of follow-up period were important limitations of this study. Another limitation of this study was the assessment of research variables through self-reporting using a questionnaire. Interested researchers are encouraged to consider the aforementioned limitations in future research, if possible. The results of this research can be used by therapists in

psychology and counseling centers.

Key words: Cognitive Emotion Regulation, Emotional Schema Therapy, Generalized Anxiety Disorder, Intolerance of Uncertainty, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Psychological Flexibility.

Ethical Considerations

This research has an ethics code number IR.IAU.TABRIZ.REC.1401.306 from the Ethics Committee of Islamic Azad University, Tabriz Branch. This study was conducted in accordance with ethical principles, including participants' informed consent, respectful treatment, confidentiality of information, integrity of data, and voluntary participation and withdrawal. Additionally, participants were assured that the research findings would be made available to them upon request at the end of the study.

Acknowledgments

We extend our sincere gratitude to all participants involved in this study. It is worth noting that no governmental or private organization provided financial support for this research.

Conflict of Interest

According to the authors of this article, there is no conflict of interest.