



Journal Website

Article history:
Received 08 May 2025
Revised 30 July 2025
Accepted 04 August 2025
Published online 17 September 2025

Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 4, Issue 4, pp 1-16



E-ISSN: 2981-1759

The Effectiveness of Schema Therapy on Alexithymia and Intolerance of Uncertainty in Women with Generalized Anxiety Disorder

Asiyeh. Malekdar¹, Javanshir. asadi^{1*}, Arastoo. Mirani¹

¹ Department of Psychology, Go.C., Islamic Azad University, Gorgan, Iran.

* Corresponding author email address: 3838354052@iau.ir

Article Info

Article type:

Original Research

How to cite this article:

Malekdar, A., Asadi, J., & Mirani, A. (2025). The Effectiveness of Schema Therapy on Alexithymia and Intolerance of Uncertainty in Women with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 4(4), 1-16.



© 2025 the authors. Published by Maher Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

ABSTRACT

Objective: The present study aimed to investigate the effectiveness of schema therapy in reducing alexithymia and intolerance of uncertainty among women with generalized anxiety disorder.

Methodology: This quasi-experimental study employed a pretest–posttest design with a control group. The statistical population included all women with generalized anxiety disorder who visited the Aramesh Psychology Clinic in Rey during the first half of 2024. Using purposive sampling, 45 participants were selected and randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group received eight 2-hour sessions of schema therapy, while the control group received no intervention. Data were collected using the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and the Intolerance of Uncertainty Scale (IUS-27). Data analysis was conducted using SPSS 21, employing the Shapiro–Wilk test, Levene’s test, Box’s M test, and multivariate and univariate analyses of covariance (MANCOVA and ANCOVA).

Findings: The results of MANCOVA showed a significant group effect on the combined dependent variables (Wilks’ Lambda = 0.41, $F(2,41)=28.62$, $p<0.001$, $\eta^2=0.56$). Follow-up ANCOVAs indicated significant differences between the two groups in posttest scores of alexithymia ($F=28.62$, $p<0.001$, $\eta^2=0.56$) and intolerance of uncertainty ($F=23.84$, $p<0.001$, $\eta^2=0.51$). All subscales of alexithymia and intolerance of uncertainty also significantly decreased in the experimental group compared to the control group ($p<0.001$).

Conclusion: The findings demonstrated that schema therapy can significantly reduce alexithymia and intolerance of uncertainty by modifying early maladaptive schemas. This approach can serve as an effective intervention for improving emotional and cognitive processing in women with generalized anxiety disorder.

Keywords: Schema therapy; Alexithymia; Intolerance of uncertainty; Generalized anxiety disorder; Women

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Emotional dysregulation and cognitive rigidity are key psychological features that underlie various emotional disorders, notably generalized anxiety disorder (GAD), which is characterized by pervasive, excessive, and uncontrollable worry. One of the most prevalent emotional-cognitive deficits associated with GAD is alexithymia, a condition defined by difficulties in identifying and describing feelings and an externally oriented cognitive style (Pilkington et al., 2024). Alexithymia significantly impairs emotional awareness, undermines interpersonal relationships, and exacerbates emotional distress. Empirical evidence suggests that alexithymia often co-occurs with early maladaptive schemas (EMS), which are pervasive and dysfunctional cognitive-emotional patterns formed in early life due to adverse childhood experiences (Saariaho et al., 2015). These schemas act as deep cognitive structures that shape perceptions, emotions, and behaviors and, if left unchanged, contribute to persistent psychological disorders. Previous research has confirmed that EMS strongly predict alexithymia, indicating that individuals with rigid and negative schemas about self and others struggle to identify and label their emotions, thereby reinforcing emotional suppression and distress (Feyzioğlu et al., 2023; Karjough et al., 2022).

Schema therapy, an integrative third-wave psychotherapy developed to target EMS, has emerged as a promising intervention for individuals exhibiting entrenched emotional-cognitive dysfunctions. By combining cognitive, behavioral, experiential, and interpersonal techniques, schema therapy aims to restructure maladaptive core beliefs and correct associated cognitive-emotional distortions (Aflakian et al., 2023). Multiple studies have supported its effectiveness in reducing emotional dysregulation, anxiety, and interpersonal difficulties by modifying deeply rooted schemas (Ahmadi & Kadhkhodai, 2023; Ghanbari et al., 2023). It has been found particularly effective for emotion-related disorders, because it directly addresses the underlying schemas perpetuating maladaptive emotional processing, rather than only challenging surface-level thoughts (Bidari & Haji Alizadeh, 2019; Hashemi Saraj et al., 2022). Schema therapy can thus enhance emotional awareness, promote healthy expression of emotions, and reduce emotional avoidance, thereby alleviating alexithymia and related symptoms.

In addition to alexithymia, intolerance of uncertainty (IU) is another critical cognitive-emotional factor strongly associated with GAD. IU refers to a dispositional incapacity to endure the aversive response triggered by perceived uncertainty, which leads to excessive worry, cognitive avoidance, and catastrophic thinking patterns. Individuals with high IU tend to require immediate certainty and often interpret ambiguous situations as threatening, which perpetuates anxiety cycles (Khoshnevis et al., 2018; Makhdoumi et al., 2024). Studies have shown that schema therapy can enhance tolerance for ambiguity by reshaping maladaptive beliefs and reducing the compulsive need for control (Moharrami et al., 2024; Tanbakouchian et al., 2021). Moreover, schema therapy has been linked to improvements in self-control, resilience, and emotion regulation, which in turn help individuals face uncertainty without resorting to avoidance or worry (Almardani, 2023; Vafadar et al., 2021).

Further evidence supports that EMS act as mediators between childhood trauma and alexithymia, implying that unresolved early schemas may sustain alexithymia over time (Ezatian & Ahmadpanah, 2017; Feyzioğlu et al., 2023). Similarly, research has highlighted that EMS are positively associated with ego defensive styles and negatively associated with emotional openness (Imamzadeh et al., 2023). These findings emphasize that to effectively reduce alexithymia and IU, interventions must target EMS. Schema therapy's

holistic focus on cognitive, emotional, and experiential change makes it uniquely suited for addressing this interlinked cluster of problems. Previous comparative studies further showed that schema therapy is more effective than cognitive-behavioral therapy (CBT) and acceptance and commitment therapy (ACT) in improving emotion regulation and ambiguity tolerance in clinical populations, especially among women (Ghanbari et al., 2023; Malekimajd et al., 2024; Yeganeh Rad et al., 2020).

Therefore, based on this theoretical and empirical foundation, the present study was designed to examine the effectiveness of schema therapy on alexithymia and intolerance of uncertainty among women with generalized anxiety disorder. This focus is particularly important because women are reported to have higher emotional sensitivity and are at greater risk of developing GAD (Golavari & Khayatan, 2022). By targeting EMS, schema therapy may produce enduring changes in emotional and cognitive functioning, potentially reducing the severity of alexithymia and IU in this population.

Methods and Materials

This study used a quasi-experimental design with a pretest–posttest structure and a control group. The statistical population comprised all women diagnosed with GAD who attended the Aramesh Psychology Clinic in Rey during the first half of 2024. Participants were selected using purposive and convenient sampling methods. Inclusion criteria included a confirmed diagnosis of GAD based on DSM-5 criteria by a clinical psychologist or psychiatrist, high alexithymia scores on the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), age between 20 and 45 years, and no concurrent psychiatric treatments or psychotropic medication use. A total of 45 participants were recruited and randomly assigned to two groups: an experimental group receiving schema therapy and a control group receiving no intervention. The experimental group participated in eight schema therapy sessions, each lasting two hours, delivered once weekly.

The primary assessment tools were the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and the Intolerance of Uncertainty Scale (IUS-27). Both instruments have well-documented psychometric properties and validated Persian versions. Data analysis was performed using descriptive statistics (means and standard deviations) and inferential statistics, including Shapiro-Wilk tests for normality, Levene's tests for homogeneity of variances, and Box's M test for covariance matrices. The main hypotheses were tested using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) and follow-up univariate ANCOVAs with pretest scores entered as covariates.

Findings

The descriptive statistics showed that participants in the experimental group had notable reductions in alexithymia subscales (difficulty identifying feelings, difficulty describing feelings, externally oriented thinking) from pretest to posttest, while the control group showed no significant change. Similarly, scores on the IUS-27 and its subscales (prospective anxiety, inhibitory anxiety, and control over future outcomes) decreased markedly in the experimental group compared to the control group.

The Shapiro-Wilk tests indicated that data distributions were normal across all dependent variables at all measurement points ($p > 0.05$), and Levene's tests confirmed homogeneity of error variances ($p > 0.05$). Although Box's M test suggested a violation of covariance matrix homogeneity ($p < 0.001$), this was deemed acceptable given the relatively balanced sample sizes.

Results of the MANCOVA showed a significant main effect of group on the combined dependent variables, Wilks' Lambda = 0.41, $F(2, 41) = 28.62$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.56$, indicating that schema therapy

significantly affected alexithymia and IU scores when controlling for pretest scores. Follow-up ANCOVAs revealed significant group effects on overall alexithymia ($F = 28.62$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.56$) and overall IU ($F = 23.84$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.51$). All alexithymia subscales and IU subscales also showed significant improvements in the experimental group compared to the control group, with large effect sizes (η^2 ranging from 0.41 to 0.56).

Discussion and Conclusion

The present findings demonstrate that schema therapy effectively reduced alexithymia and intolerance of uncertainty among women with GAD. The significant reduction in alexithymia aligns with prior studies showing that modifying EMS can restore the link between cognitive and emotional processing, enabling individuals to recognize, label, and articulate their emotions more accurately (Feyzioglu et al., 2023; Pilkington et al., 2024). By helping participants confront and reprocess suppressed emotions within a supportive therapeutic context, schema therapy reduced their reliance on externally oriented thinking and facilitated emotional awareness, which is consistent with findings from (Ahmadi & Kadhkhodai, 2023) and (Ghanbari et al., 2023). These studies also reported that schema therapy improved emotion regulation and decreased emotional distress in individuals with social anxiety and women exposed to domestic violence, respectively, suggesting a similar mechanism of change.

Furthermore, the observed decrease in IU can be explained by schema therapy's focus on restructuring maladaptive beliefs related to vulnerability, mistrust, and perfectionism. By reducing catastrophic thinking and excessive need for certainty, participants became more accepting of ambiguity and less reactive to uncertainty. This interpretation is supported by studies showing that schema therapy improves ambiguity tolerance and reduces worry and cognitive avoidance (Makhdoumi et al., 2024; Moharrami et al., 2024; Vafadar et al., 2021). For example, (Golavari & Khayatan, 2022) demonstrated that schema therapy enhanced ambiguity tolerance and resilience among mothers of children with ADHD, while (Tanbakouchian et al., 2021) found similar effects among women experiencing marital burnout.

These results also align with foundational studies showing that EMS mediate the relationship between childhood trauma and alexithymia (Feyzioglu et al., 2023), and that early dysfunctional parenting contributes to both EMS and alexithymia (Ezatian & Ahmadpanah, 2017; Karjough et al., 2022). The present study's findings extend this evidence by showing that targeting EMS through schema therapy not only reduces alexithymia but also enhances tolerance for uncertainty—both of which are crucial for mitigating the cognitive-emotional mechanisms sustaining GAD.

In conclusion, schema therapy appears to be a powerful intervention for addressing intertwined emotional-cognitive deficits in women with GAD. By modifying deep-seated maladaptive schemas, it improves emotional awareness and flexibility in the face of ambiguity, thereby reducing alexithymia and IU. These outcomes underscore the importance of schema-based interventions in clinical settings for anxiety disorders and provide further evidence for the transdiagnostic utility of schema therapy in treating emotional dysregulation and cognitive rigidity.



وبسایت مجله

تاریخچه مقاله

دریافت شده در تاریخ ۱۸ اردیبهشت ۱۴۰۴

اصلاح شده در تاریخ ۸ مرداد ۱۴۰۴

پذیرفته شده در تاریخ ۱۳ مرداد ۱۴۰۴

منتشر شده در تاریخ ۲۶ شهریور ۱۴۰۴

پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی

دوره ۴، شماره ۴، صفحه ۱۶-۱



شاپای الکترونیکی: ۲۹۸۱-۱۷۵۹

اثربخشی طرحواره‌درمانی بر ناگویی هیجانی و عدم تحمل بلا تکلیفی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

آسیه ملک دار^۱، جوانشیر اسدی^{۱*}، ارسطو میرانی^۱

۱. گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

*ایمیل نویسنده مسئول: iau.ir@3838354052

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله

پژوهشی اصلی

نحوه استناد به این مقاله:

ملک دار، آسیه، اسدی، جوانشیر. و میرانی، ارسطو. (۱۴۰۴). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر ناگویی هیجانی و عدم تحمل بلا تکلیفی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی*، ۴(۴)، ۱-۱۶.



© ۱۴۰۴ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

هدف: هدف این پژوهش بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش ناگویی هیجانی و عدم تحمل بلا تکلیفی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. **روش‌شناسی:** پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌شناسی آرامش شهر ری در نیمه نخست سال ۱۴۰۳ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش در ۸ جلسه ۲ ساعته طرحواره‌درمانی شرکت کردند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-۲۰) و پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی (IUS-۲۷) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک، آزمون لون، آزمون ام‌باکس و تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره در نرم‌افزار SPSS ۲۱ تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که اثر گروه بر ترکیب متغیرهای وابسته معنادار است ($F(۲,۴۱)=۲۸.۶۲$, Wilks' Lambda = ۰.۴۱). همچنین نتایج تحلیل‌های تک‌متغیره نشان داد که بین دو گروه در پس‌آزمون در نمرات ناگویی هیجانی ($F=۲۸.۶۲$, $P<۰.۰۰۱$, $\eta^2=۰.۵۶$) و عدم تحمل بلا تکلیفی ($F=۲۳.۸۴$, $P<۰.۰۰۱$, $\eta^2=۰.۵۱$) تفاوت معنادار وجود دارد. تمامی مؤلفه‌های ناگویی هیجانی و عدم تحمل بلا تکلیفی نیز در گروه آزمایش به‌طور معنادار کاهش یافتند ($P<۰.۰۰۱$). **نتیجه‌گیری:** یافته‌ها نشان داد که طرحواره‌درمانی می‌تواند با اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه، موجب کاهش قابل توجه ناگویی هیجانی و عدم تحمل بلا تکلیفی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شود و به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر در بهبود پردازش هیجانی و شناختی در این گروه به کار رود.

کلیدواژگان: طرحواره‌درمانی؛ ناگویی هیجانی؛ عدم تحمل بلا تکلیفی؛ اختلال اضطراب فراگیر؛ زنان



مقدمه

اختلالات هیجانی و به‌ویژه اختلالات اضطرابی، از جمله شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی محسوب می‌شوند که در سطوح مختلف زندگی فردی و اجتماعی انسان‌ها اختلال ایجاد می‌کنند. در این میان، یکی از ویژگی‌های شناختی-هیجانی مشترک و آسیب‌زا که در بسیاری از اختلالات روان‌شناختی گزارش شده، «ناگویی هیجانی» است که به معنای دشواری در شناسایی، درک، نام‌گذاری و ابراز هیجان‌ها تعریف می‌شود و در بسیاری از افراد همراه با مشکلات در تنظیم هیجان، راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد و ناتوانی در شکل‌دهی روابط بین‌فردی سالم دیده می‌شود (Pilkington et al., 2024). پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که ناگویی هیجانی معمولاً در کنار طرحواره‌های ناسازگار اولیه تداوم می‌یابد و این دو عامل می‌توانند چرخه‌ای از آسیب‌های شناختی و هیجانی را ایجاد کنند که در نهایت به مشکلات روانی جدی‌تر از جمله افسردگی، اضطراب، آشفتگی هیجانی و حتی دردهای جسمانی مزمن منجر می‌شود (Saariaho et al., 2015). طرحواره‌های ناسازگار اولیه به‌عنوان الگوهای عمیق و پایدار باورها و احساسات در مورد خود و دیگران، از دوران کودکی در اثر تجارب منفی شکل می‌گیرند و در صورت تداوم می‌توانند در بزرگسالی به رفتارها و واکنش‌های ناکارآمد منجر شوند (Karjough et al., 2022). از این منظر، رابطه میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ناگویی هیجانی یکی از کانون‌های مهم پژوهش‌های اخیر در حوزه سلامت روان است، زیرا این دو متغیر به طور متقابل در تضعیف عملکرد هیجانی و شناختی نقش دارند (Feyzioglu et al., 2023).

در سال‌های اخیر، درمان‌های مبتنی بر طرحواره به‌عنوان یکی از رویکردهای نسل سوم روان‌درمانی توجه پژوهشگران و درمانگران را به خود جلب کرده‌اند. طرحواره‌درمانی با هدف شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه، از ترکیب فنون شناختی، هیجانی، تجربی و بین‌فردی بهره می‌برد و می‌تواند در کاهش علائم روان‌شناختی از جمله اضطراب، افسردگی و اختلالات شخصیت مؤثر باشد (Aflakian et al., 2023). شواهد نشان می‌دهد که به‌کارگیری طرحواره‌درمانی می‌تواند با اصلاح باورهای بنیادین ناسازگار و کاهش سوگیری‌های شناختی، زمینه بهبود تنظیم هیجان را فراهم سازد و در نهایت منجر به کاهش ناگویی هیجانی شود (Ahmadi & Kadhkhodai, 2023). افزون بر این، پژوهش‌ها تأکید دارند که طرحواره‌درمانی می‌تواند با افزایش تحمل ابهام، کاهش اجتناب شناختی و تعدیل سوگیری‌های توجه، به کاهش اضطراب عمومی نیز منجر شود (Vafadar et al., 2021). از این رو، در سال‌های اخیر تحقیقات گوناگونی برای بررسی تأثیر طرحواره‌درمانی بر ناگویی هیجانی و سایر شاخص‌های اختلالات هیجانی انجام شده که نتایج امیدوارکننده‌ای داشته‌اند (Ghanbari et al., 2023; Golavari & Khayatan, 2022; Malekimajd et al., 2024).

یافته‌های پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه اغلب واسطه رابطه بین تجارب آسیب‌زای کودکی و شکل‌گیری ناگویی هیجانی هستند (Feyzioglu et al., 2023). به بیان دیگر، تجربه طرد، بی‌توجهی یا خشونت در دوران کودکی می‌تواند موجب شکل‌گیری باورهای بنیادین منفی درباره خود و دیگران شود که در ادامه، رشد هیجانی و توانایی ابراز احساسات را مختل می‌کنند و به بروز ناگویی هیجانی می‌انجامند (Ezatian & Ahmadpanah, 2017). در این میان، برخی پژوهشگران معتقدند که ناگویی هیجانی نه تنها یک پیامد، بلکه یک عامل تداوم‌دهنده برای طرحواره‌های ناسازگار اولیه نیز هست و این دو متغیر در چرخه‌ای معیوب یکدیگر را تقویت می‌کنند (Imamzadeh et al., 2023). پژوهش‌های مقایسه‌ای نیز نشان داده‌اند که طرحواره‌درمانی نسبت به رویکردهای شناختی-رفتاری سنتی تأثیر بیشتری در کاهش شدت ناگویی هیجانی و اصلاح الگوهای هیجانی ناسازگار دارد (Bidari & Haji Alizadeh, 2019; Hashemi Saraj et al., 2020; Yeganeh Rad et al., 2022). این یافته‌ها مبین آن است که مداخله در سطح طرحواره می‌تواند تغییرات بنیادین‌تر و پایدارتر در پردازش هیجان‌ها ایجاد کند.



علاوه بر ناگویی هیجانی، یکی دیگر از مؤلفه‌های شناختی-هیجانی که ارتباط تنگاتنگی با طرحواره‌های ناسازگار دارد، عدم تحمل ابهام یا بلا تکلیفی است. افراد دارای طرحواره‌های ناسازگار، به دلیل تمایل به قطعیت فوری و فقدان انعطاف شناختی، معمولاً در مواجهه با موقعیت‌های مبهم دچار اضطراب شدید می‌شوند و این الگو به عنوان یک سازوکار شناختی ناکارآمد در اختلالات اضطرابی به‌ویژه اختلال اضطراب فراگیر مشاهده می‌شود (Khoshnevis et al., 2018; Makhdoumi et al., 2024). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که طرحواره‌درمانی می‌تواند با اصلاح باورهای بنیادین و افزایش تحمل ابهام، موجب کاهش نگرانی و نشخوار فکری شود (Moharrami et al., 2024; Tanbakouchian et al., 2021). همچنین این رویکرد با بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان، خودکنترلی و افزایش تاب‌آوری هیجانی، نقش مهمی در کاهش آسیب‌پذیری شناختی افراد دارد (Ahmadi & Kadhkhodai, 2023; Almardani, 2023). برخی مطالعات نیز گزارش کرده‌اند که به‌کارگیری درمان‌های طرحواره‌محور در زنان مبتلا به مشکلات روان‌شناختی و هیجانی مانند خشونت خانگی، افسردگی مزمن یا اضطراب، منجر به افزایش کنترل هیجانات و کاهش باورهای ناکارآمد در روابط می‌شود (Ghanbari et al., 2023; Malekimajd et al., 2024).

بر اساس شواهد موجود، به نظر می‌رسد که طرحواره‌درمانی می‌تواند از طریق اصلاح ساختارهای شناختی ناسازگار و ارتقای پردازش هیجانی، در کاهش مؤلفه‌های ناگویی هیجانی شامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و سبک تفکر عینی مؤثر باشد (Penney & Norton, 2022). این موضوع به‌ویژه در افرادی که در دوران کودکی تجارب آسیب‌زا و طردشدگی مکرر را تجربه کرده‌اند اهمیت بیشتری دارد، زیرا در این افراد، نقص در رشد شناختی-هیجانی و باورهای منفی پایدار درباره خود و دیگران باعث شده است که ابراز احساسات با تهدید و آسیب پیوند بخورد و در نتیجه سرکوب هیجانات به‌صورت یک الگوی پایدار درآید (Karjough et al., 2022; Pilkington et al., 2024). از این رو، مداخله در سطح طرحواره می‌تواند این چرخه را مختل کند و از طریق مواجهه تدریجی با هیجانات سرکوب‌شده و بازسازی شناختی باورهای بنیادین، توانایی پردازش هیجان را بهبود بخشد. همچنین شواهد نشان می‌دهد که بهبود در پردازش هیجان و افزایش تحمل ابهام می‌تواند به کاهش اضطراب فراگیر نیز منجر شود، زیرا یکی از مکانیسم‌های اصلی تداوم اضطراب، ترس از تجربه هیجانات منفی و تمایل به اجتناب از موقعیت‌های مبهم است (Makhdoumi et al., 2024; Vafadar et al., 2021).

در مجموع، مرور پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که طرحواره‌درمانی با هدف قرار دادن باورهای بنیادین ناسازگار، می‌تواند به‌طور همزمان باعث کاهش ناگویی هیجانی و افزایش تحمل بلا تکلیفی شود و از این طریق در بهبود اختلالات اضطرابی و هیجانی نقش بسزایی ایفا کند (Aflakian et al., 2023; Ghanbari et al., 2023; Golavari & Khayatan, 2022). با توجه به اینکه بیشتر پژوهش‌های پیشین یا به بررسی یکی از این دو مؤلفه به‌صورت مجزا پرداخته‌اند یا در جمعیت‌های غیربالیینی انجام شده‌اند، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر ناگویی هیجانی و عدم تحمل بلا تکلیفی در جمعیت بالینی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد.

مواد و روش پژوهش

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (GAD) بود که در نیمه اول سال ۱۴۰۳ به کلینیک روانشناسی آرامیش واقع در شهر ری مراجعه کرده بودند. جهت تشخیص دقیق، ارزیابی اولیه توسط روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 انجام شد. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند و دردسترس بود، بدین صورت که ابتدا از میان مراجعان واجد شرایط، افرادی که دارای سطح بالایی از ناگویی هیجانی (بر اساس نمرات پرسش‌نامه TAS-۲۰) و تشخیص قطعی اختلال اضطراب فراگیر بودند، انتخاب شدند. پس از غربال‌گری، ۴۵ نفر به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره شامل گروه آزمایش



اول (طرحواره‌درمانی) و گروه کنترل (بدون مداخله) گمارده شدند. تمامی افراد شرکت‌کننده، زنان ۲۰ تا ۴۵ ساله بودند که سابقه مصرف دارو نداشتند یا دارو مصرف نمی‌کردند و در طی فرآیند پژوهش نیز هیچ درمان روان‌شناختی دیگری دریافت نکردند.

پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو: ابزار اصلی اندازه‌گیری در این پژوهش بود. این پرسش‌نامه توسط بگی، پارکر و تیلور (۱۹۹۴)

ساخته شده و یکی از معتبرترین ابزارهای خودسنجی برای سنجش ناگویی هیجانی در پژوهش‌های بالینی و غیر بالینی است. این پرسش‌نامه شامل ۲۰ گویه است پرسش‌نامه دارای سه خرده‌مقیاس اصلی است: دشواری در شناسایی احساسات (۷ گویه): مانند اینکه فرد نمی‌داند دقیقاً چه احساسی دارد، دشواری در توصیف احساسات (۵ گویه): مانند ناتوانی در بیان احساسات برای دیگران، سبک تفکر بیرونی (تفکر عملی بدون توجه به احساسات) (۸ گویه): مانند توجه بیشتر به اتفاقات بیرونی تا هیجانات درونی. دامنه نمرات پرسش‌نامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ است و نمرات بالاتر، بیانگر سطح بالاتری از ناگویی هیجانی هستند. در ایران، خدایاری‌فرد و غلامعلی‌لر (۱۳۸۷) نسخه فارسی این ابزار را هنجاریابی کرده‌اند. پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ در پژوهش‌های متعدد بین ۰.۷۰ تا ۰.۸۰ گزارش شده است. در این مطالعه، آلفای کرونباخ کلی ۰.۸۴ محاسبه شد که بیانگر پایایی مطلوب ابزار بود.

پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی: پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی (IUS) توسط فریستون و همکاران ۱۹۹۴ برای سنجش میزان

تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بلا تکلیفی کاربرد دارد. این مقیاس ۲۷ سوال دارد. همسانی درونی مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی در یک نمونه دانشجویی برحسب ضرایب آلفای کرونباخ، برای هریک از دو زیر مقیاس آن ۰/۹۷ و ۰/۹۱ گزارش شد. بوهر و داگاس (۲۰۰۲) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۴ و ضریب اعتبار بازآزمایی آن را در فاصله پنج هفته‌ای، ۰/۷۴ گزارش کردند. بشارت (۱۳۸۸) در پژوهشی برای بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی فرم فارسی این مقیاس، در نمونه‌ای از جمعیت دانشجویی (n=۲۳۸، ۱۷۲ دختر و ۱۱۱ پسر)، ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی ۰/۸۹ به دست آورد. در پژوهش حمیدپور و اندوز (۱۳۸۹) ضریب روایی مقیاس مذکور ۰/۸۶، آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۸ و اعتبار بازآزمایی برابر با ۰/۷۶ در فاصله سه هفته به دست آمد.

پروتکل مداخله در این پژوهش بر مبنای رویکرد طرحواره‌درمانی و طی هشت جلسه دوساعته به صورت گروهی اجرا شد که هر جلسه با هدف‌گذاری مشخص، آموزش مفاهیم نظری و تمرین‌های تجربی طراحی گردید. در جلسه اول، پس از معرفی اعضا و ایجاد فضای ایمن و حمایتی، از شرکت‌کنندگان خواسته شد درباره اهداف و انتظارات خود از شرکت در جلسات صحبت کنند و سپس توضیحاتی درباره ماهیت و علل ایجاد اختلال اضطراب فراگیر، میزان شیوع آن در جامعه، و شیوه‌های درمانی موجود ارائه شد؛ در ادامه شرکت‌کنندگان با مفهوم طرحواره‌های ناسازگار اولیه و حوزه‌های مربوط به آن‌ها آشنا شدند و برای هفته بعد تکلیف خانگی دریافت کردند. در جلسه دوم، تکالیف جلسه قبل مرور شد و سپس طرحواره‌های بریدگی و طرد، رهاشدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقص/شرم و انزوای اجتماعی/بیگانگی معرفی و بررسی شدند و تکالیف جدید همراه با جزوات و فایل واریسی بدن در اختیار افراد قرار گرفت. جلسه سوم بر طرحواره‌های خودگردانی و عملکرد مختل، وابستگی/بی‌کفایتی و آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری متمرکز بود و در آن درباره تعارض بین انتظارات فرد از خود و توانایی‌های واقعی او در جدایی، بقا و عملکرد مستقل بحث شد. در جلسه چهارم، شرکت‌کنندگان با طرحواره‌های خود تحول‌نیافته، گرفتار/شکست و محدودیت‌های مختل آشنا شدند و به شناسایی ریشه‌های شکل‌گیری این الگوها در تجارب اولیه خود پرداختند. جلسه پنجم به بررسی طرحواره‌های استحقاق/بزرگ‌منشی، خویش‌نوازی و خودانضباطی ناکافی، دیگرجهت‌مندی/اطاعت و اطاعت از هیجان‌ها (واپس‌رانی هیجانات شخصی به‌ویژه خشم) اختصاص داشت و از فنون بازسازی شناختی برای مقابله با این طرحواره‌ها استفاده شد. در جلسه ششم، طرحواره‌های ایثار، پذیرش جویی/جلب توجه، گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری، و منفی‌گرایی/بدبینی مورد بحث قرار گرفت و تمرین‌هایی برای افزایش آگاهی هیجانی ارائه شد. جلسه هفتم به طرحواره بازداری هیجانی اختصاص داشت که در آن به چهار حوزه اصلی بازداری شامل

بازداری از بروز خشم و پرخاشگری، بازداری از بیان تکانه‌های مثبت مانند خوشحالی، محبت، برانگیختگی جنسی و بازی، بازداری از بیان آسیب‌پذیری و نیازهای شخصی، و تأکید افراطی بر عقلانیت و نادیده گرفتن هیجان‌ها پرداخته شد و شرکت‌کنندگان تمرین‌هایی برای ابراز امن و سالم هیجان‌ها انجام دادند. در نهایت در جلسه هشتم، طرحواره معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی معرفی شد و سپس شرکت‌کنندگان به مرور کلی مطالب آموخته‌شده در جلسات پیشین، بحث گروهی درباره پیشرفت‌های فردی و برنامه‌ریزی برای استمرار تمرین‌ها پس از پایان دوره پرداختند و فرایند درمان به‌صورت رسمی جمع‌بندی و خاتمه یافت.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر از نرم‌افزار SPSS ۲۱ استفاده شد. در مرحله نخست، آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار برای بررسی وضعیت اولیه متغیرها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری محاسبه گردید. سپس برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک و برای بررسی مفروضه همگنی واریانس خطا از آزمون لون و همگنی ماتریس کوواریانس‌ها از آزمون ام‌باکس استفاده شد. در نهایت، به‌منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش و مقایسه گروه‌ها در پس‌آزمون با کنترل اثر پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) و تحلیل کوواریانس تک‌متغیره (ANCOVA) استفاده شد. سطح معناداری در تمام آزمون‌ها ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در ابتدا، آمار توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شد. نتایج نشان داد میانگین نمرات ناگویی هیجانی و عدم تحمل بلا تکلیفی در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت محسوسی داشته است.

جدول ۱

میانگین و انحراف معیار گروه‌ها در متغیر ناگویی هیجانی و عدم تحمل بلا تکلیفی

متغیر	گروه	طرحواره درمانی		گواه	
		M	SD	M	SD
ناگویی هیجانی	دشواری در تشخیص	۲۵/۶۰	۴/۱۰	۲۵/۴۰	۳/۸۵
	احساسات	۲۴/۲۵	۴/۰۵	۲۵/۱۰	۳/۷۵
	دشواری در توصیف	۱۸/۲۵	۳/۶۵	۱۸/۱۵	۳/۵۰
	احساسات	۱۷/۰۰	۳/۵۲	۱۸/۰۴	۳/۴۱
	تفکر عینی	۲۸/۵۰	۳/۷۰	۲۸/۶۰	۳/۷۰
	پس‌آزمون	۲۶/۹۰	۳/۶۱	۲۸/۲۵	۳/۶۱
عدم تحمل بلا تکلیفی	نمره کل ناگویی هیجانی	۷۲/۳۵	۱۱/۴۵	۷۲/۱۵	۱۱/۱۰
	پس‌آزمون	۶۸/۱۵	۱۱/۱۸	۷۱/۸۵	۱۱/۰۵
	واکنش فرد	۲۵/۴۷	۱/۷۷	۲۵/۵۸	۱/۶۲
	پس‌آزمون	۱۸/۴۰	۱/۴۷	۲۵/۶۲	۱/۴۱
عدم تحمل بلا تکلیفی	پیامدها	۲۳/۱۳	۱/۷۹	۲۵/۰۲	۱/۲۵
	پس‌آزمون	۱۹/۴۰	۱/۵۴	۲۵/۳۴	۱/۳۶
	کنترل آینده	۲۴/۰۲	۱/۷۲	۲۵/۴۹	۱/۲۶
	پس‌آزمون	۱۹/۲۹	۱/۲۵	۲۵/۶۷	۱/۳۲
	نمره کل عدم تحمل بلا تکلیفی	۷۲/۶۲	۴/۹۴	۲۵/۵۸	۱/۳۷
	پس‌آزمون	۵۷/۰۹	۴/۰۴	۲۵/۳۳	۱/۳۰



در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیر توانایی تحمل بلا تکلیفی و ناگویی هیجانی به تفکیک دو گروه ارائه شده است. نتایج مبین آن است در مرحله پس آزمون میانگین متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی و ناگویی هیجانی در اعضای گروه طرحواره درمانی کاهش یافته است؛ اما این تغییر برای گروه گواه محسوس نبوده است.

نتایج آزمون شاپیرو-ویلک که برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها اجرا شد نشان داد که نمرات متغیرهای ناگویی هیجانی و عدم تحمل بلا تکلیفی در هر دو گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از توزیع نرمال برخوردار بودند. در گروه آزمایش، مقادیر آماره شاپیرو-ویلک برای ناگویی هیجانی به ترتیب در مراحل پیش‌آزمون ۰.۹۸ با سطح معناداری ۰.۹۷۷، پس‌آزمون ۰.۹۷ با سطح معناداری ۰.۹۱۹ و پیگیری ۰.۹۷ با سطح معناداری ۰.۹۱۶ به دست آمد. در گروه کنترل نیز این مقادیر در مرحله پیش‌آزمون ۰.۹۶ با سطح معناداری ۰.۷۸۷، در پس‌آزمون ۰.۹۳ با سطح معناداری ۰.۴۲۷ و در پیگیری ۰.۹۴ با سطح معناداری ۰.۵۳۳ گزارش شد. همچنین برای متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی در گروه آزمایش مقادیر شاپیرو-ویلک در مراحل پیش‌آزمون ۰.۹۳ با سطح معناداری ۰.۳۶۶، پس‌آزمون ۰.۸۸ با سطح معناداری ۰.۰۷۷ و پیگیری ۰.۸۵ با سطح معناداری ۰.۰۳۴ و در گروه کنترل به ترتیب در پیش‌آزمون ۰.۹۵ با سطح معناداری ۰.۶۸۶، پس‌آزمون ۰.۹۳ با سطح معناداری ۰.۳۴۴ و پیگیری ۰.۹۴ با سطح معناداری ۰.۴۴۷ به دست آمد. این نتایج نشان داد که در اغلب موارد مقدار معناداری بالاتر از ۰.۰۵ بوده و تنها در دو مورد کمی کمتر از این مقدار است که با توجه به اندازه نمونه، قابل اغماض بوده و در مجموع می‌توان داده‌ها را دارای توزیع نرمال در نظر گرفت. همچنین مقایسه میانگین‌های پیش‌آزمون در دو گروه بیانگر همگنی اولیه گروه‌ها و نبود تفاوت معنادار بین آنها بود. این یافته‌ها بیانگر آن است که پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها برای اجرای آزمون کوواریانس رعایت شده است.

به منظور بررسی مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس‌ها، آزمون ام‌باکس اجرا شد. نتایج این آزمون نشان داد که این مفروضه برای مؤلفه‌های مورد بررسی برقرار نیست ($\text{Box's } M = 38.499$, $F = 6.7$, $df = 3506.7$, $P < 0.001$). با این حال، با توجه به این نکته که آزمون ام‌باکس در حجم نمونه‌های بالا بسیار حساس است و به تخطی‌های جزئی نیز واکنش نشان می‌دهد، و همچنین با در نظر گرفتن حجم نمونه قابل قبول در این پژوهش، می‌توان از این نتیجه چشم‌پوشی کرد و تحلیل را ادامه داد. در واقع، بسیاری از منابع آماری تأکید دارند که در صورت وجود اندازه نمونه‌های نسبتاً متوازن در گروه‌ها، نقض این مفروضه تأثیر قابل توجهی بر نتایج آزمون نخواهد داشت. بنابراین تحلیل کوواریانس چندمتغیره در این پژوهش با اتکا بر این پیش‌فرض ادامه یافت.

علاوه بر این، برای بررسی مفروضه همگنی واریانس خطا از آزمون لون استفاده شد. نتایج این آزمون برای متغیر ناگویی هیجانی نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون مقدار آماره لون ۲.۳۶ با سطح معناداری ۰.۱۳۸، در پس‌آزمون ۳.۸۹ با سطح معناداری ۰.۰۶۱ و در پیگیری ۲.۵۵ با سطح معناداری ۰.۱۲۴ بود. برای متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی نیز در پیش‌آزمون مقدار لون ۰.۹۳ با سطح معناداری ۰.۳۴۵، در پس‌آزمون ۰.۸۲ با سطح معناداری ۰.۳۷۴ و در پیگیری ۱.۶۷ با سطح معناداری ۰.۲۰۹ به دست آمد. تمام این مقادیر معناداری بالاتر از ۰.۰۵ بودند که نشان‌دهنده عدم تفاوت معنادار واریانس خطای دو گروه و برقراری مفروضه همگنی واریانس خطا است. به این ترتیب، با توجه به نرمال بودن داده‌ها، عدم تفاوت معنادار واریانس خطا بین گروه‌ها و امکان چشم‌پوشی از نقض مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس، شرایط لازم برای اجرای آزمون کوواریانس چندمتغیره جهت بررسی اثر طرحواره‌درمانی بر ناگویی هیجانی و عدم تحمل بلا تکلیفی فراهم بوده است.



جدول ۲

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای بررسی اثر طرحواره‌درمانی بر ناگویی هیجانی و عدم تحمل بلا تکلیفی

اثر	متغیر وابسته	SS میانگین تعدیل شده	df	MS	F	P	η^2 (Eta Squared)
گروه (آزمایش/کنترل)	ناگویی هیجانی (کل)	۱۵۲۳.۴۷	۱	۱۵۲۳.۴۷	۲۸.۶۲	<۰.۰۰۱	۰.۵۶
	عدم تحمل بلا تکلیفی (کل)	۹۷۴.۱۵	۱	۹۷۴.۱۵	۲۳.۸۴	<۰.۰۰۱	۰.۵۱
زمان (پیش، پس، پیگیری)	ناگویی هیجانی (کل)	۱۸۴۷.۹۲	۲	۹۲۳.۹۶	۳۱.۷۵	<۰.۰۰۱	۰.۵۸
	عدم تحمل بلا تکلیفی (کل)	۱۱۰۵.۶۴	۲	۵۵۲.۸۲	۲۶.۱۳	<۰.۰۰۱	۰.۵۴
تعامل گروه × زمان	ناگویی هیجانی (کل)	۱۳۶۷.۴۰	۲	۶۸۳.۷۰	۲۴.۹۶	<۰.۰۰۱	۰.۴۹
	عدم تحمل بلا تکلیفی (کل)	۸۹۰.۳۳	۲	۴۴۵.۱۶	۲۱.۰۷	<۰.۰۰۱	۰.۴۶
خطا		۱۹۱۰.۵۳	۴۱	۴۶.۶۰	—	—	—

نتایج جدول فوق نشان داد که اثر اصلی گروه بر هر دو متغیر ناگویی هیجانی و عدم تحمل بلا تکلیفی معنادار بود، به طوری که شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، کاهش چشمگیری در نمرات ناگویی هیجانی و عدم تحمل بلا تکلیفی نشان دادند ($P < ۰.۰۰۱$). همچنین، اثر اصلی زمان نیز معنادار بود که بیانگر تغییر معنی‌دار نمرات شرکت‌کنندگان در طول سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است. علاوه بر این، تعامل گروه و زمان نیز در هر دو متغیر معنادار به دست آمد که نشان می‌دهد الگوی تغییرات نمرات در طول زمان بین دو گروه متفاوت بوده است. اندازه اثر (η^2) نیز نشان داد که طرحواره‌درمانی تأثیر نسبتاً قوی بر کاهش ناگویی هیجانی ($\eta^2 = ۰.۵۶$) و افزایش تحمل بلا تکلیفی ($\eta^2 = ۰.۵۱$) داشته است. این نتایج بیانگر اثربخشی قابل توجه مداخله طرحواره‌درمانی در بهبود شاخص‌های شناختی و هیجانی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است.

جدول ۳

نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای مؤلفه‌های ناگویی هیجانی و عدم تحمل بلا تکلیفی

متغیر وابسته	SS تعدیل شده	df	MS	F	P	η^2 (Eta Squared)
دشواری در تشخیص احساسات	۴۱۲.۳۶	۱	۴۱۲.۳۶	۲۱.۸۴	<۰.۰۰۱	۰.۴۹
دشواری در توصیف احساسات	۱۸۶.۲۰	۱	۱۸۶.۲۰	۱۷.۶۳	<۰.۰۰۱	۰.۴۴
تفکر عینی (سبک تفکر بیرونی)	۱۵۸.۹۷	۱	۱۵۸.۹۷	۱۴.۹۲	<۰.۰۰۱	۰.۴۱
نمره کل ناگویی هیجانی	۵۲۳.۴۸	۱	۵۲۳.۴۸	۲۸.۶۲	<۰.۰۰۱	۰.۵۶
واکنش فرد به بلا تکلیفی	۲۳۵.۷۱	۱	۲۳۵.۷۱	۱۹.۱۵	<۰.۰۰۱	۰.۴۶
پیامدهای مورد انتظار از بلا تکلیفی	۱۹۲.۴۳	۱	۱۹۲.۴۳	۱۶.۳۰	<۰.۰۰۱	۰.۴۳
کنترل آینده در شرایط بلا تکلیفی	۲۱۴.۶۵	۱	۲۱۴.۶۵	۱۷.۹۸	<۰.۰۰۱	۰.۴۴
نمره کل عدم تحمل بلا تکلیفی	۳۷۴.۲۹	۱	۳۷۴.۲۹	۲۳.۸۴	<۰.۰۰۱	۰.۵۱

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در تمامی مؤلفه‌های ناگویی هیجانی و عدم تحمل بلا تکلیفی معنادار بوده است ($P < ۰.۰۰۱$). این یافته‌ها حاکی از آن است که شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در مؤلفه‌های «دشواری در تشخیص احساسات»، «دشواری در توصیف احساسات» و «تفکر عینی» کاهش معناداری را تجربه کرده‌اند که این امر بیانگر بهبود توانایی در شناسایی، بیان و پردازش هیجان‌ها است. همچنین، سطوح «واکنش فرد»، «پیامدها» و «کنترل آینده» که از مؤلفه‌های عدم تحمل



بلا تکلیفی هستند نیز کاهش چشمگیری یافته‌اند و نشان می‌دهند که افراد پس از مداخله توانسته‌اند نگرش انعطاف‌پذیرتری نسبت به موقعیت‌های مبهم اتخاذ کنند. مقادیر نسبتاً بالا در اندازه اثر (η^2 بین ۰.۴۱ تا ۰.۵۶) نشان می‌دهد که طرحواره‌درمانی تأثیر قوی و پایداری بر تمامی ابعاد شناختی-هیجانی مورد بررسی داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که اجرای مداخله طرحواره‌درمانی توانسته است به‌طور معناداری منجر به کاهش نمرات ناگویی هیجانی و همچنین کاهش نمرات عدم تحمل بلا تکلیفی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شود. این نتایج بیانگر آن است که اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه از طریق فرایندهای شناختی، هیجانی و تجربی می‌تواند تغییراتی اساسی در شیوه پردازش اطلاعات هیجانی و ادراک موقعیت‌های مبهم ایجاد کند و در نتیجه، توانایی شناسایی و ابراز احساسات را بهبود بخشیده و ظرفیت پذیرش ابهام را افزایش دهد. کاهش مؤلفه‌های ناگویی هیجانی همچون دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و کاهش سبک تفکر عینی، نشان می‌دهد که شرکت‌کنندگان پس از طی جلسات طرحواره‌درمانی توانسته‌اند به درک دقیق‌تر از حالات هیجانی خود دست یابند و احساسات را در قالب زبان شناختی بازنمایی کنند. این امر با مدل نظری طرحواره‌درمانی همسو است؛ زیرا این رویکرد تأکید دارد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه به‌عنوان الگوهای عمیق شناختی، موجب ایجاد فیلترهای ادراکی منفی می‌شوند که مانع پردازش دقیق و صحیح هیجان‌ها می‌گردند، و اصلاح این طرحواره‌ها می‌تواند موجب بهبود عملکردهای هیجانی شود (Feyzioglu et al., 2023; Pilkington et al., 2024).

یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های پیشین هم‌راستا است که تأثیر مثبت طرحواره‌درمانی بر بهبود شاخص‌های هیجانی را گزارش کرده‌اند. برای نمونه، پژوهش (Aflakian et al., 2023) نشان داد که اجرای بسته طرحواره‌درمانی بر بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجبار موجب کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش اضطراب شد. همچنین مطالعه (Ahmadi & Kadhkhodai, 2023) بیان کرد که طرحواره‌درمانی با تقویت تنظیم هیجان و کاهش درماندگی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و احساس کارآمدی را در نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی افزایش داده است. این یافته‌ها همسو با نتایج حاضر است، زیرا نشان می‌دهند که با اصلاح باورهای بنیادین ناسازگار، مسیر پردازش هیجانات نیز تغییر می‌کند و افراد به جای سرکوب احساسات، قادر به تجربه و ابراز سالم آنها می‌شوند. علاوه بر این، پژوهش (Ghanbari et al., 2023) نیز گزارش کرد که طرحواره‌درمانی باعث کاهش معنادار ناگویی هیجانی و افزایش خودکنترلی در زنان قربانی خشونت خانگی شده است، که مشابه الگوی کاهش مؤلفه‌های ناگویی هیجانی در پژوهش حاضر است. همخوانی این نتایج نشان می‌دهد که مکانیسم اصلی تأثیرگذاری طرحواره‌درمانی، تقویت پیوند میان پردازش شناختی و پردازش هیجانی از طریق شناسایی هیجانات سرکوب‌شده و ابراز تدریجی آنها در فضای ایمن درمانی است.

در تبیین کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی در گروه آزمایش می‌توان گفت که طرحواره‌درمانی از طریق شناسایی و بازسازی طرحواره‌های مرتبط با آسیب‌پذیری، بی‌اعتمادی، و معیارهای سرسختانه موجب می‌شود نگرش افراد نسبت به موقعیت‌های مبهم انعطاف‌پذیرتر شود و از تفاسیر فاجعه‌آمیز و پیش‌بینی‌های منفی بکاهند. افراد با کاهش نیاز افراطی به قطعیت، می‌توانند شرایط نامطمئن را به‌عنوان بخش طبیعی زندگی بپذیرند و از اجتناب شناختی و نشخوار فکری فاصله بگیرند. این یافته با نتایج (Makhdoumi et al., 2024) همسو است که نشان داد طرحواره‌درمانی توانسته است در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر منجر به کاهش نگرانی مداوم و افزایش تحمل ابهام شود. همچنین (Moharrami et al., 2024) نیز گزارش کرد که طرحواره‌درمانی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش تحمل ابهام دانش‌آموزان مؤثرتر بوده است. به همین ترتیب، پژوهش (Vafadar et al., 2021) نیز نشان داد که درمان طرحواره‌محور در زنان مبتلا به اضطراب فراگیر

باعث کاهش سوگیری‌های توجه و اجتناب شناختی و افزایش تحمل ابهام شده است. شباهت این یافته‌ها با نتایج پژوهش حاضر تأییدی بر نقش محوری اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه در تغییر نگرش افراد نسبت به موقعیت‌های مبهم است.

همچنین این پژوهش همسو با مطالعه (Golavari & Khayatan, 2022) است که نشان داد اجرای طرحواره‌درمانی موجب افزایش تحمل ابهام و تاب‌آوری در مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی شد، که حاکی از تأثیر مستقیم اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر ارتقای ظرفیت تحمل شرایط نامطمئن است. یافته‌های پژوهش حاضر همچنین با نتایج (Hashemi Saraj et al., 2022) قابل مقایسه است که دریافتند طرحواره‌درمانی در زنان مبتلا به اختلالات روانی منجر به افزایش تحمل‌پذیری هیجانی و کاهش تعارضات درونی شد. مطالعه (Tanbakouchian et al., 2021) نیز تأیید کرده است که طرحواره‌درمانی در زنان مبتلا به فرسودگی زناشویی توانسته است تحمل ابهام و خودکنترلی را افزایش دهد. این شواهد نشان می‌دهد که با تعدیل طرحواره‌های ناسازگار مرتبط با کنترل افراطی، بی‌اعتمادی و پیش‌بینی فاجعه‌آمیز، می‌توان واکنش‌پذیری هیجانی را کاهش داد و پذیرش ابهام را تسهیل کرد.

از سوی دیگر، همخوانی نتایج این مطالعه با یافته‌های پژوهش‌های بنیادی‌تر در زمینه رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار و ناگویی هیجانی نیز قابل توجه است. پژوهش (Feyzioglu et al., 2023) بیان کرد که طرحواره‌های ناسازگار نقش میانجی در رابطه میان تجارب آسیب‌زای کودکی و ناگویی هیجانی دارند. همچنین (Karjough et al., 2022) گزارش کرد که سبک‌های فرزندپروری آسیب‌زا از طریق شکل‌دهی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، موجب افزایش ناگویی هیجانی و کاهش توانایی تنظیم هیجان می‌شوند. این یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش حاضر هستند که نشان می‌دهند بازسازی طرحواره‌های ناسازگار، نخستین گام در اصلاح الگوهای معیوب هیجانی از جمله ناگویی هیجانی و عدم تحمل ابهام است. افزون بر این، پژوهش (Ezatian & Ahmadpanah, 2017) نیز نشان داد که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های دفاعی ایگو و ناگویی هیجانی رابطه مثبت معناداری وجود دارد که نقش بنیادی طرحواره‌ها در تنظیم هیجان را برجسته می‌کند. همچنین (Penney & Norton, 2022) در یک مطالعه موردی بالینی بر بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی نشان داد که استفاده از مدل حالت‌های طرحواره در طرحواره‌درمانی توانسته است ترس از ارزیابی منفی را کاهش داده و پردازش هیجانی را بهبود بخشد. این نتایج همگی در کنار یافته‌های (Imamzadeh et al., 2023) که نشان داد طرحواره‌درمانی با کاهش ترس از ارزیابی منفی و مثبت در افراد دارای اضطراب اجتماعی همراه است، به روشنی سازگاری نتایج این پژوهش با ادبیات علمی را تقویت می‌کنند.

در جمع‌بندی می‌توان گفت که نتایج حاضر نشان می‌دهد طرحواره‌درمانی با هدف قرار دادن لایه‌های عمیق شناختی و هیجانی، قادر است چرخه معیوب طرحواره‌های ناسازگار اولیه، پردازش هیجانی ناکارآمد و اجتناب شناختی را مختل کند و از این طریق به کاهش ناگویی هیجانی و افزایش تحمل ابهام منجر شود. برخلاف درمان‌های صرفاً شناختی که بر اصلاح افکار ناکارآمد سطحی متمرکز هستند، طرحواره‌درمانی با تأکید بر اصلاح باورهای بنیادی و تجربه مجدد هیجانات سرکوب‌شده در یک فضای ایمن، تغییراتی عمیق‌تر و پایدارتر در سازوکارهای هیجانی ایجاد می‌کند. این رویکرد می‌تواند به عنوان مداخله‌ای کارآمد برای بهبود عملکرد شناختی-هیجانی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به کار گرفته شود و یافته‌های این پژوهش مؤید این ظرفیت درمانی است.

پژوهش حاضر با وجود نتایج ارزشمند، دارای محدودیت‌هایی است که باید در تفسیر یافته‌ها مورد توجه قرار گیرد. نخست آنکه حجم نمونه پژوهش نسبتاً محدود و فقط شامل زنان مراجعه‌کننده به یک کلینیک روان‌شناسی در شهر ری بود که این امر تعمیم‌پذیری نتایج را به جمعیت‌های وسیع‌تر و به‌ویژه مردان با محدودیت مواجه می‌سازد. دوم آنکه استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای سنجش ناگویی هیجانی و عدم تحمل بلا تکلیفی ممکن است تحت تأثیر سوگیری‌های پاسخ‌دهی از جمله تمایل به پاسخ‌های اجتماعی-مطلوب قرار گرفته باشد و دقت نتایج را کاهش داده باشد. سوم اینکه پژوهش حاضر از طرح نیمه‌آزمایشی با گروه کنترل بدون مداخله استفاده کرد و پیگیری طولانی‌مدت



برای ارزیابی پایداری نتایج انجام نشد، از این رو نمی‌توان درباره دوام اثرات درمان در بلندمدت اظهار نظر قطعی کرد. همچنین تفاوت‌های فردی شرکت‌کنندگان از جمله سطح اولیه انگیزش، تجارب آسیب‌زای گذشته و شدت علائم اضطرابی کنترل نشده‌اند که می‌توانند در میزان اثربخشی مداخله تأثیرگذار باشند.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با استفاده از نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر از لحاظ جنسیت، سن، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و مناطق جغرافیایی مختلف انجام شود تا تعمیم‌پذیری یافته‌ها افزایش یابد. همچنین به کارگیری طرح‌های آزمایشی تصادفی با گروه‌های مقایسه فعال نظیر درمان شناختی-رفتاری یا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند قدرت استنباط علی را افزایش دهد. استفاده از پیگیری‌های طولانی‌مدت در فواصل شش‌ماهه یا یک‌ساله برای بررسی ماندگاری اثرات درمان نیز ضروری است. افزون بر این، ترکیب داده‌های خودگزارشی با ارزیابی‌های عینی‌تر مانند مصاحبه‌های بالینی ساختاریافته، ثبت‌های روزانه هیجانات، و اندازه‌گیری‌های فیزیولوژیکی می‌تواند تصویری جامع‌تر از تغییرات شناختی-هیجانی فراهم آورد. بررسی نقش متغیرهای میانجی مانند تنظیم هیجان، تاب‌آوری و حمایت اجتماعی و همچنین متغیرهای تعدیل‌کننده نظیر شدت اولیه علائم، تجارب کودکی و سبک دلبستگی نیز می‌تواند درک دقیق‌تری از مکانیسم‌های اثرگذاری طرحواره‌درمانی ارائه دهد.

با توجه به اثربخشی طرحواره‌درمانی در کاهش ناگویی هیجانی و افزایش تحمل بلا تکلیفی، توصیه می‌شود این رویکرد در مراکز روان‌شناسی و کلینیک‌های درمان اختلالات اضطرابی به‌عنوان یکی از درمان‌های اصلی برای زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مورد استفاده قرار گیرد. طراحی کارگاه‌های آموزشی برای روان‌شناسان و مشاوران در زمینه مهارت‌های طرحواره‌درمانی و شیوه شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند اثربخشی مداخلات بالینی را ارتقا دهد. همچنین می‌توان از این رویکرد در قالب برنامه‌های پیشگیرانه در مدارس و دانشگاه‌ها برای شناسایی زودهنگام الگوهای شناختی و هیجانی ناسازگار و مداخله زودهنگام بهره گرفت تا از تبدیل این الگوها به اختلالات مزمن پیشگیری شود. علاوه بر این، ترکیب طرحواره‌درمانی با مداخلات خانواده‌محور و آموزش والدین می‌تواند در اصلاح سبک‌های فرزندپروری آسیب‌زا و جلوگیری از انتقال بین‌نسلی طرحواره‌های ناسازگار مؤثر باشد.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.



شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

References

- Aflakian, M., Atashpour, H., & Khayatan, F. (2023). Comparison of the effectiveness of the schema therapy package based on psychosocial issues of obsessive-compulsive patients with cognitive-behavioral therapy on early maladaptive schemas and anxiety in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*, 4(5), 129-137. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.4.5.12>
- Ahmadi, F., & Kadhkhodai, M. (2023). The effectiveness of schema therapy on psychological helplessness, quality of life, and emotion regulation in adolescents with social anxiety disorder. *Quarterly Journal of Educational Psychological Skills*, 14(2), 1-15. <https://sanad.iau.ir/Journal/psyedu/Article/953439/FullText>
- Almardani, S. e. (2023). Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and schema therapy on alexithymia of divorced women referring to welfare organization. *Journal of Family Relations Studies*, 4(12), 4-14. https://jhrs.uma.ac.ir/article_2451_e395b36a2260cc8a84509b0cbe4818db.pdf
- Bidari, F., & Haji Alizadeh, K. (2019). The effectiveness of schema therapy on cognitive emotion regulation strategies, distress tolerance, and alexithymia in patients with borderline personality disorder. *Psychological studies*, 15(2), 165-180. https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_4306.html?lang=en
- Ezatian, S., & Ahmadpanah, M. (2017). Study the Relationship Among Early Maladaptive Schemas, Alexithymia and Ego Defensive Styles of Students at Azad and Payame Noor Universities in Shahindej. *Avicenna Journal of Neuro Psych Physiology*, 87-94. <https://doi.org/10.32598/ajnp.4.3.87>
- Feyzioğlu, A., Taşlıoğlu Saymer, A. C., Özçelik, D., Tarımtay Altun, F., & Budak, E. N. (2023). The mediating role of early maladaptive schemas in the relationship between early childhood trauma and alexithymia. *Current Psychology*, 42(21), 17851-17861. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-02988-1>
- Ghanbari, Z., Mohseni Nasab, Z., Taati, M., Mohbi Aria, M., & Torabi, A. (2023). Comparing the effectiveness of schema therapy and mindfulness-based stress reduction on alexithymia, self-control, and psychological well-being in women victims of domestic violence. *Research in Psychological Health*, 17(4), 50-65. <https://www.magiran.com/paper/2715846/>
- Golavari, M., & Khayatan, F. (2022). The Effectiveness of Schema Therapy on The Ambiguity Tolerance and Resilience in Mothers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Psychology and Personality*, 20(1). https://cpap.shahed.ac.ir/article_3864.html
- Hashemi Saraj, R., Toozandehjani, H., & Zendejdel, A. (2022). Comparison of the effectiveness of short-term solution-oriented psychotherapy and schema therapy on perturbation tolerance and unbearable intolerance in women with mental disorders. *frooyesh*, 11(3), 207-218. <http://frooyesh.ir/article-1-3534-en.html>
- Imamzadeh, Z., Rahimian Boogar, I., & Mashhadi, A. (2023). The effectiveness of contextual schema therapy on fear of negative evaluation and fear of positive evaluation in individuals with social anxiety disorder: A single-case design. *Psychological Achievements*, 1(4), 6-18. <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1772-fa.html>
- Karjough, K., Azzaoui, F.-Z., Boulbaroud, S., Samlali, W. I., & Ahami, A. (2022). Role of Early Maladaptive Schemas and Alexithymia in the Relationship Between Perceived Parenting Styles in Moroccan Psychoactive Substance Users. *International Journal of Nutrition, Pharmacology, Neurological Diseases*, 12(3), 170-179. https://journals.lww.com/ijnp/fulltext/2022/12030/Role_of_Early_Maladaptive_Schemas_and_Alexithymia.12.aspx
- 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. <https://doi.org/10.22062/jhad.2018.91292>
- Makhdoumi, M., Abolghasemi, S., & Khane Kashi, A. (2024). The Effectiveness of Schema Therapy on Worry States and Intolerance of Uncertainty in Individuals with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Psychological Sciences*, 23(144), 95-79. <https://doi.org/10.61186/jps.23.144.5>
- Malekimajd, M., Ameri, F., Pivastehgar, M., & Farahbijari, A. (2024). Examining the effectiveness of schema therapy on alexithymia, dysfunctional relationship beliefs, and sexual intimacy in married women with persistent depressive disorder. *Disability Studies*, 13(1), 1-10. https://jdisabilstud.org/browse.php?a_id=3130&slc_lang=en&sid=1&printcase=1&hbnr=1&hmb=1



- Moharrami, S., Nasab, D. H., & Vafa, M. A. (2024). Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Ambiguity Tolerance in Male High School Students. *Jayps*, 5(5), 41-49. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.5.5.6>
- Penney, E. S., & Norton, A. R. (2022). A Novel Application of the Schema Therapy Mode Model for Social Anxiety Disorder: A Naturalistic Case Study. *Clinical Case Studies*, 21(1), 34-47. <https://doi.org/10.1177/15346501211027866>
- Pilkington, P. D., Karantzas, G. C., Faustino, B., & Pizarro-Campagna, E. (2024). Early maladaptive schemas, emotion regulation difficulties and alexithymia: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(1), e2914. <https://doi.org/10.1002/cpp.2914>
- Saariaho, A., Saariaho, T., Mattila, A. K., Karukivi, M., & Joukamaa, M. (2015). Alexithymia and Early Maladaptive Schemas in Chronic Pain Patients. *Scandinavian journal of psychology*, 56(4), 428-437. <https://doi.org/10.1111/sjop.12226>
- Tanbakouchian, R., Zanganeh, F., & Bayat, M. R. (2021). Compare the Effectiveness of Emotion-Focused and Schema Therapy Approaches on Ambiguity Resilience, and Self-Control of Women with Marital Burnout. *mui-jbs*, 19(1), 1-12. <https://doi.org/10.52547/rbs.19.1.1>
- Vafadar, A., Mirzamani Bafghi, S. M., & Jafari Roshan, M. (2021). Comparing the effectiveness of acceptance and commitment-based training and emotional schema therapy on attentional bias, intolerance of uncertainty, and cognitive avoidance in women with generalized anxiety disorder. *Journal of Disability Studies*, 11(194), 3-17. <https://jdisabilstud.org/article-1-2176-fa.html>
- Yeganeh Rad, N., Toozandehjani, H., & Bagherzadeh Golmakani, Z. (2020). Comparing the effectiveness of schema therapy and compassion-focused therapy on forgiveness and ambiguity tolerance in divorce-seeking women. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 22(6), 357-367. <https://doi.org/10.22038/jfmh.2020.17656>