



The Effectiveness of Contextual Schema Therapy on Anxiety Symptoms and Experiential Avoidance in Patients with Generalized Anxiety Disorder

Mehdi Rezaei¹ 

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Birjand, Birjand, Iran.
E-mail: Mehdi.rezaei15@birjand.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 07 December 2024
Received in revised form 08 June 2025
Accepted 08 June 2025
Published Online: 22 June 2026

Keywords:
Experiential Avoidance,
Generalized Anxiety
Disorder,
Anxiety,
Contextual Schema Therapy

ABSTRACT

Background: The aim of the present study was to determine the effectiveness of contextual schema therapy on anxiety symptoms and experiential avoidance in patients with generalized anxiety disorder.

Method: This quasi-experimental research employed a single-group pretest-posttest design with a two-month follow-up. The statistical population included all individuals with generalized anxiety disorder who had been referred to the counseling centers of the University of Birjand and Hamrh-E Hamishegi Clinic in Birjand from 2022 to 2024. The sample included 23 patients selected through purposive sampling. Participants received individual contextual schema therapy for 16 sessions (60 minutes). To collect data, The Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID), the Generalized Anxiety Disorder Assessment-7 (GAD-7), the Beck Anxiety Inventory (BAI), and the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) were used. The data were analyzed using repeated-measures analysis of variance and the Reliable Change Index (RCI).

Results: The results showed that contextual schema therapy reduces anxiety and experiential avoidance symptoms in patients with generalized anxiety disorder significantly ($p < 0.05$). The Reliable Change Index on anxiety and experiential avoidance symptoms was also significant. Finally, the improvement of symptoms during the follow-up was also significant ($p < 0.05$).

Conclusion: Contextual schema therapy is effective in reducing anxiety and experiential avoidance symptoms and can be used as a therapeutic approach in improving patients with generalized anxiety disorder.

Citation: Rezaei, M. (2026). The Effectiveness of Contextual Schema Therapy on Anxiety Symptoms and Experiential Avoidance in Patients with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychology*. Journal of Clinical Psychology, 18(2), 73-89.

DOI: <https://doi.org/10.22075/jcp.2025.36142.3066>



© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ **Corresponding Author:** Mehdi Rezaei, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Birjand, Birjand, Iran.
E-mail: Mehdi.rezaei15@birjand.ac.ir, Tel: (+98) 9383354916

Extended Abstract

Introduction

Generalized anxiety disorder (GAD) is a chronic illness characterized by uncontrollable worry in various domains, accompanied by symptoms of anxiety. These commonly include restlessness, sweating, fatigue, difficulty concentrating, irritability, muscle tension, and sleep disturbance. One of the factors maintaining anxiety in patients with generalized anxiety disorder is experiential avoidance. Experiential avoidance is defined as a rigid pattern of avoiding unwanted internal experiences such as negative thoughts and emotions. The frontline treatment for GAD is medication (especially SSRIs and SRNs) and psychotherapy (especially CBT). However, these treatments have limitations in improving anxiety symptoms. Contextual schema therapy is less restrictive than medication and CBT. Contextual schema therapy uses classical schema therapy techniques and psychological flexibility of acceptance and commitment therapy (ACT). Compared to classical schema therapy, contextual schema therapy focuses less on restructuring thoughts and more on defusing them. Given that contextual schema therapy is considered a relatively new approach, limited studies have examined its effectiveness in improving psychological disorders. The aim of the present study was to determine the effectiveness of contextual schema therapy on anxiety symptoms and experiential avoidance in patients with generalized anxiety disorder.

Method

This study was applied in terms of purpose and quasi-experimental in terms of method, with a single-group pre-test-post-test design and a two-month follow-up period. The statistical population included all individuals with GAD who had been referred to the counseling centers of the University of Birjand and Hamrh-E Hamishegi Clinic in Birjand from 2022 to 2024. The sample

included 23 patients selected through purposive sampling. Inclusion criteria included: written informed consent, receiving a diagnosis of GAD in the Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID), experiencing at least moderate anxiety (score of at least 19 on the Beck Anxiety Inventory and at least 6 on the Generalized Anxiety Disorder Assessment-7), and an age range of 20 to 45. Exclusion criteria also included the following: lack of informed consent, having a comorbid disorder according to the Structured Clinical Interview, having physical or neuropsychological disorders, receiving concomitant pharmacological, psychological, or brain stimulation interventions, and missing two consecutive or three non-consecutive sessions in therapy sessions. The following instruments were used to collect data: Structured Clinical Interview based on DSM-5 (SCID-5), the Generalized Anxiety Disorder Assessment-7 (GAD-7), the Beck Anxiety Inventory (BAI), and the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II). Then, initial assessments and pre-tests were conducted in the first session and the patients received the contextual schema therapy protocol for 16 sessions (60 minutes). Follow-up was conducted two months after treatment. Data analysis was performed using repeated measures analysis of variance and the Reliable Change Index (RCI) with SPSS²⁷.

Results

In this study, three separate repeated measures analysis of variance tests were used for the three dependent variables. The Kolmogorov-Smirnov test showed that all three variables of generalized anxiety (GAD-7), BAI anxiety, and experiential avoidance, did not have a normal distribution only in the follow-up phase. Therefore, for the application of repeated measures analysis of variance, these data were transformed to a normal distribution using the Box-Cox method. The Mauchly's Sphericity Test also showed that for all three

variables, general anxiety (GAD-7), BAI anxiety, and experiential avoidance, the assumption of sphericity was not met and the

degrees of freedom should be corrected. Therefore, the Greenhouse-Geisser correction was used in this study (Table 1).

Table 1. Repeated ANOVA test for dependent variables (n= 19)

Source	Test	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig	Partial Eta Squared
GAD-7	Greenhouse-Geisser	420.67	1.27	330.49	76.22	0.0001	0.79
BAI	Greenhouse-Geisser	3693.89	1.37	2695.19	54.85	0.0001	0.74
Experiential avoidance	Greenhouse-Geisser	8405.36	1.14	7323.30	158.27	0.0001	0.88

emotional needs that are the origin of the child's unhealthy modes. Second, establishing a dialogue between healthy and unhealthy modes (such as the punitive critic) leads to the creation of new perspectives and the strengthening of a healthy mode in the individual. Third, in addition to experimental techniques in improving modes, commitment and acceptance-based therapy techniques such as defusion facilitate this process and help the client observe modes, bodily sensations, and emotions arising from them without reaction. This observer position leads to the modification of unhealthy modes and then to the reduction of the use of extreme and dysfunctional coping modes. In fact, by observing unhealthy modes without taking action, the pathological cycle of unhealthy modes to dysfunctional coping modes is modified. In fact, during the treatment process, the client acquires the ability to step back from current schema-based behaviors, takes an observer position towards modes, and establishes a deep connection with his needs and values. Ultimately, he acts in a more adaptive way and performs functional behavior in a committed and compassionate manner.

Ethical Considerations

Ethics Code: This study was conducted in accordance with ethical considerations and the guidelines of the American Psychiatric Association and Declaration of Helsinki. Subjects also were free to withdraw from the study.

Financial support: This study did not receive financial support.

Authors' Contributions: M.R: Conceptualization, data collection, data management, methodology,

According to Table 1, contextual schema therapy is significantly effective in reducing anxiety, namely the General Anxiety-7 score, Beck anxiety, and experiential avoidance. To follow up and determine the significance of changes between measurement times, Bonferroni pairwise comparisons were used. The Bonferroni test showed that the scores of all three variables, General Anxiety-7, Beck Anxiety, and experiential avoidance, had a significant decrease in the post-test and follow-up stages compared to the pre-test stage. However, there was no significant difference in the scores of any of the variables between the two post-test and follow-up stages. Finally, the Reliable Change Index (RCI) based on the Jacobson & Truax formula for the scores of General Anxiety-7, Beck Anxiety, and experiential avoidance was 6.92, 6.16, and 5.86, respectively. Since all of them are higher than the cut-off point of 1.96, it can be said that the changes are clinically significant.

Conclusion

There are several possible explanations for the effectiveness of contextual schema therapy on anxiety. First, the aim of contextual schema therapy is to improve the child's modes, the punitive critic, and strengthen a healthy adult mode. Also, structural and content adjustment of modes is constructive in order to reduce and prevent the recurrence of anxiety symptoms. The therapeutic relationship in schema therapy also provides the possibility of change and improvement by satisfying the basic

Conflict of Interest: The author of this study had no conflicts of interest.

Acknowledgments: We especially thank all study participants for their kind participation.

statistical analyses, software, validation, article writing, editing and revision of the article, visual aspects of the article.



اثربخشی طرحواره درمانی بافتاری بر نشانگان اضطراب و اجتناب تجربی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته

مهدی رضایی^۱

۱. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه بیرجند، بیرجند، ایران. ایمیل: Mehdi.rezaei15@birjand.ac.ir

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

زمینه: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بافتاری بر نشانگان اضطراب و اجتناب تجربی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته بود.

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

روش: در این مطالعه نیمه‌آزمایشی از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون تک‌گروهی با دوره پیگیری دوماهه استفاده شد. جامعه آماری شامل تمام افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود که از ۱۴۰۱ تا ۱۴۰۳ به مراکز مشاوره دانشگاه بیرجند و کلینیک همراه همیشگی در شهر بیرجند مراجعه کرده بودند. نمونه مورد نظر نیز شامل ۲۳ نفر از این بیماران بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به مدت ۱۶ جلسه (۶۰ دقیقه‌ای) طرحواره درمانی بافتاری فردی را دریافت کردند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه بالینی ساختاریافته براساس DSM-5 (SCID)، مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7)، پرسشنامه‌های اضطراب بک (BAI) و پذیرش و عمل (AAQ-II) استفاده شد. داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس مکرر و شاخص تغییر پایا تحلیل شد.

دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۱۷

بازنگری: ۱۴۰۴/۰۳/۱۸

پذیرش: ۱۴۰۴/۱۳/۱۸

انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۴/۰۱

کلیدواژه‌ها:

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد که طرحواره درمانی بافتاری به طور معناداری نشانگان اضطراب و اجتناب تجربی را در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته کاهش می‌دهد ($p < ۰/۰۵$). شاخص تغییر پایا نیز برای نشانگان اضطراب و اجتناب تجربی بالاتر ۱/۹۶ بود. نهایتاً، بهبود نشانه‌ها در دوره پیگیری نیز معنادار بود ($p < ۰/۰۵$).

اجتناب تجربی،

اختلال اضطراب تعمیم‌یافته،

اضطراب،

طرحواره درمانی بافتاری

نتیجه‌گیری: طرحواره درمانی بافتاری در کاهش نشانگان اضطراب و اجتناب تجربی مؤثر است و می‌توان از آن به عنوان یک رویکرد درمانی در بهبود بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته استفاده کرد.

استناد: رضایی، مهدی (۱۴۰۵). اثربخشی طرحواره درمانی بافتاری بر نشانگان اضطراب و اجتناب تجربی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته. مجله روانشناسی بالینی: نوآوری‌ها در پژوهش و عمل، ۱۸ (۲)، ۷۳-۸۹.

DOI: <https://doi.org/10.22075/jcp.2025.36142.3066>

© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers



✉ نویسنده مسئول: مهدی رضایی، استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه بیرجند، بیرجند، ایران.

رایانامه: Mehdi.rezaei15@birjand.ac.ir تلفن: ۰۹۳۸۳۳۵۴۹۱۶

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر^۱ (GAD) اغلب در دوران نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع شده و در طول عمر ادامه می‌یابد و حدود ۳ درصد از جامعه ایرانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). اختلال اضطراب فراگیر علاوه بر تأثیرات فردی، بار سنگینی را بر سیستم‌های بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی وارد می‌کند. برای مثال، هزینه‌های مستقیم افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی از قبیل اضطراب فراگیر، معادل ۲/۸ درصد از هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و ۰/۲۲ درصد از تولید ناخالص داخلی یک کشور برآورد شده است. از بین اختلال‌های اضطرابی اضطراب فراگیر ۲/۶ برابر بیشتر از سایر اختلالات هزینه‌های مستقیم ایجاد می‌کند (۲). همچنین اضطراب فراگیر درمان نشده، احتمال ابتلا به اختلالات ثانویه از جمله اختلال افسردگی اساسی و سایر اختلالات اضطرابی، خطر اقدام به خودکشی و خودکشی کامل را افزایش می‌دهد (۲، ۳). حتی نشانگان اضطراب غیربالینی برای افراد پیامدها نامطلوبی مثل کاهش بهزیستی، سلامت عمومی، کیفیت دوستی و افزایش تنهایی به همراه دارد (۴). در واقع، نشانگان اضطراب شامل مجموعه‌ای از علائم فیزیولوژیک (مثل تپش قلب، تنگی تنفس، تعریق، تنش عضلانی و غیره)، شناختی (از قبیل عدم تمرکز و نگرانی از آینده) و هیجانی (مثل تحریک پذیری و حالات عاطفی شدید) است که به صورت مداوم و بدون کنترل فرد، رخ می‌دهد و معمولاً منجر به اختلال در عملکرد روزمره فرد می‌شود (۵). تشخیص اختلال اضطراب فراگیر نیز شامل وجود نشانگان اضطراب (مثل بی‌قراری، تعریق، خستگی، مشکل در تمرکز، تحریک‌پذیری، تنش عضلانی و اختلال خواب) در بیشتر روزها و به مدت حداقل ۶ ماه است که همراه با دشواری در کنترل نگرانی‌ها می‌باشد (۶). این نشانگان ممکن است در حالت‌های مختلف اضطراب (مثل اضطراب اجتماعی، هراس و اختلال وحشت-زدگی) مشاهده شوند، اما در اختلال اضطراب فراگیر، غالب‌ترین نشانگان شامل نگرانی‌های مداوم و غیرقابل کنترل درباره موضوعات روزمره مانند کار، سلامت، خانواده و حتی وضعیت‌های جزئی است. در واقع، این اختلال یک بیماری

مزمن است که با اضطراب و نگرانی غیرقابل کنترل در حوزه-های مختلف مشخص می‌گردد (۵).

یکی از عوامل نگهدارنده اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته اجتناب تجربی^۲ است (۷). اجتناب تجربی به عنوان یک الگوی انعطاف‌ناپذیر برای اجتناب یا فرار از تجارب درونی ناخواسته مانند افکار ناراحت‌کننده، هیجانات یا احساسات فیزیکی تعریف می‌شود. در اجتناب تجربی بیشتر به دلیل ماهیت دوسویه و ترکیبی زبان و شناخت است که گزارش، به خاطر سپردن، یا تصور یک تجربه ناخوشایند را منحرف می‌کند. درحالی‌که ارگانیسم‌های غیرکلامی صرفاً با تجربه‌ای که هست تماس می‌گیرند؛ انسان‌ها به صورت نمادین با یک رویداد تعامل دارند و باعث می‌شوند که عملکرد رویداد به این نمادها منتقل شود (۸). در نتیجه، خود نماد می‌تواند تمام افکار، هیجانات و اقدامات مرتبط با رویداد را برانگیزد. به عنوان مثال، صرفاً فکر کردن به استرس ممکن است آن را افزایش دهد. بنابراین، اجتناب تجربی از طریق یادگیری رابطه‌ای^۳ همه‌جا حاضر، فراگیر و ناکارآمد می‌شود (۹). در واقع، بعضی از تحقیقات از این گزاره حمایت می‌کند که اجتناب تجربی یکی از ساسی‌ترین فرایندهای عملکردی در آسیب‌شناسی روانی اضطراب و افسردگی است. به این ترتیب، اجتناب تجربی ممکن است طیفی از اختلال‌های روانشناختی را ایجاد یا آن‌ها را ماندگار کند؛ زیرا افراد رفتار خود را محدود می‌کنند تا به شدت از تجربیات درونی ناخواسته اجتناب کنند، که در واقع ممکن است فراوانی آن تجارب را افزایش دهد (۸، ۱۰).

خط مقدم درمان برای اختلال اضطراب فراگیر دارودرمانی (بویژه SSRIs و SRNs) و روان‌درمانی (بویژه CBT) است (۱۱). با این حال، این درمان‌ها محدودیت‌هایی در بهبودی و کاهش نشانه‌های اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته دارند. برای مثال، همه بیماران به CBT پاسخ نمی‌دهند (۱۲، ۱۳) و در بین افرادی که به CBT پاسخ می‌دهند، حدود یک‌سوم تا یک‌چهارم پس از اتمام درمان نشانه‌ها عود می‌کنند (۱۴). همچنین، میزان اثربخشی دارودرمانی از کم تا متوسط (۴۶ درصد) گزارش شده و وجود برخی عوارض جانبی، تبعیت از دارودرمانی را برای این گروه

ناپایدار کرده است (۱۱). از سوی دیگر، در یک مطالعه مشخص شد که تنها ۲۰/۶ درصد از شرکت‌کنندگان مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر به دنبال کمک حرفه‌ای هستند که از این میان، ۳۲/۲ درصد از آن‌ها در نهایت هیچ درمانی دریافت نمی‌کنند، ۱۹/۶ درصد درمان روانشناختی، ۳۰/۸ درصد درمان دارویی و ۲۶/۵ درصد هم درمان ترکیبی دریافت می‌کنند. علاوه بر این، حتی زمانی که مراجعان به دنبال کمک هستند، همیشه مداخلات با کیفیت بالا و مبتنی بر شواهد را در عمل دریافت نمی‌کنند. بنابراین، انتخاب یک مداخله مناسب می‌تواند به افراد در معرض خطر کمک کند تا به طور مداوم در درمان شرکت کرده و از آن بهره ببرند (۱۵). یکی از این مداخلات مبتنی بر شواهد که برای اختلالات روانشناختی اثربخش بوده، طرحواره درمانی است (۱۶). طرحواره درمانی نوعی درمان روانشناختی است که به طور بالقوه می‌تواند محدودیت‌های توضیح داده شده در بالا را برطرف کند. طرحواره درمانی الگوهای شناختی ناکارآمد را که در دوران کودکی و نوجوانی ایجاد شده‌اند هدف قرار می‌دهد. این الگوها طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۱ نامیده می‌شوند (۱۶). دی‌کلرک و همکاران (۱۷) نشان دادند که این رویکرد توسط مراجعان قابل قبول است، چون طرحواره درمانی به درک عمیق ریشه‌های مشکلات روانشناختی و تجارب دوران کودکی آن‌ها کمک می‌کند. به علاوه، در طرحواره درمانی به نگهداری در درمان^۲ از طریق بازوالدینی حد و مرزدار^۳ تأکید می‌کند (۱۸). در واقع، طرحواره درمانی بر راهبردهای تجربی تکیه می‌کند که به طور بالقوه برای پردازش هیجانات دشواری که زیربنای اجتناب تجربی است مفید خواهد بود (۱۹). به علاوه، راهبردهای تجربی در رویکرد جدیدتر طرحواره درمانی یعنی طرحواره درمانی بافتاری^۴ بیشتر برجسته شدند (۲۰).

طرحواره درمانی بافتاری علاوه بر مؤلفه‌های طرحواره درمانی کلاسیک، عناصر علوم رفتاری بافتاری^۵ را هم شامل شده و از این طریق به مکانیسم‌های فعال‌سازی و تغییر طرحواره کمک می‌کند (۲۰). طرحواره درمانی بافتاری از شش فرآیند

انعطاف‌پذیری روانشناختی در درمان پذیرش و تعهد (پذیرش، هم‌جوشی‌زدایی شناختی، تماس با لحظه حال، خود به عنوان بافت، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه) برای مفهوم‌بندی و فعال سازی ذهنیت^۶ استفاده می‌کند و در این راستا از طیف گسترده ای از تکنیک‌های درمان مبتنی پذیرش و تعهد برای مداخله بهره می‌گیرد. اهداف طرحواره درمانی بافتاری عبارتند از: تقویت هم‌جوشی‌زدایی در برابر ذهنیت منتقد درونی (والد)، ایجاد و پرورش یک موضع پذیرنده نسبت به تجربیات هیجانی منفی (ذهنیت‌های کودک)^۷، به جای درگیر شدن در اجتناب تجربی^۸ (خاموش کردن تجربه هیجانی یا فرار از موقعیت‌های محرک)، توسعه آگاهی بهتر و بیشتر از لحظه حال (ذهن‌آگاهی) جهت کنار آمدن با ذهنیت‌ها، ایجاد یک موضع بافتاری به خود^۹، بر خلاف خود مفهومی^{۱۰} که توسط ذهنیت منتقد درونی القا می‌شود، یافتن ارزش‌هایی که به رفع نیازهای هیجانی واقعی فرد کمک کند (ارزش‌یابی) و درگیری کافی در رفتارهای انطباقی (۸، ۲۰).

طرحواره درمانی بافتاری در مقایسه با طرحواره درمانی کلاسیک و استاندارد، کمتر بر روی بازسازی افکار خودانتقادی تمرکز می‌کند و بیشتر بر روی گسیختگی و هم-جوشی‌زدایی آن‌ها تمرکز می‌کند که ممکن است بهبود سریع‌تری را در درمانجویان به همراه داشته باشد (۲۰). مطالعات قبلی نیز نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر پذیرش، اثرات فوری و قوی‌تری از بازسازی‌های شناختی دارند (۲۱). بنابراین، ادغام تکنیک‌های مبتنی بر پذیرش در طرحواره درمانی ممکن است یک رویکرد ارزشمند باشد که به درمانجویان کمک می‌کند در حین استفاده از مداخلات کوتاه‌مدت به نتایج مؤثرتری دست یابند (۲۰). با توجه به اینکه طرحواره درمانی بافتاری رویکردی نسبتاً جدید تلقی می‌شود، مطالعات محدودی به تعیین کارایی آن در بهبود اختلالات روانشناختی پرداخته‌اند. از سوی دیگر، این مطالعات بیشتر بر اختلال اضطراب اجتماعی تمرکز داشته است. برای مثال استفان و همکاران (۲۲) نشان دادند که کاربست طرحواره درمانی بافتاری به صورت آنلاین و به مدت

6. mode
7. Child modes
8. experiential avoidance
9. self-as-context
10. conceptual self

1. early maladaptive schemas
2. treatment retention
3. limited reparenting
4. Contextual Schema Therapy (CST)
5. contextual behavioral science

روش

طرح پژوهش: این مطالعه از نظر هدف کاربردی و از لحاظ روش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون تک‌گروهی با دوره پیگیری دوماهه بود.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری شامل تمام افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود که در فاصله زمانی اردیبهشت ۱۴۰۱ تا شهریور ۱۴۰۳ به مراکز مشاوره دانشگاه بیرجند و کلینیک همراه همیشگی در شهر بیرجند مراجعه کرده بودند. از بین این جامعه آماری تعداد ۲۳ نفر براساس ملاک‌های ورود و خروج به صورت هدفمند انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G Power و در نظر گرفتن آماره تحلیل واریانس مکرر تک‌گروهی، سطح آلفای ۰/۰۵، اندازه اثر ۰/۳۵، تعداد ۳ دوره سنجش و توان آزمون ۰/۹۵ تعیین شد. ملاک‌ها ورود عبارت بودند از: رضایت‌نامه آگاهانه و کتبی شرکت در مطالعه، دریافت تشخیص اختلال اضطراب فراگیر در نسخه بالینگر مصاحبه بالینی ساختاریافته (DSM-5-CV)، تجربه حداقل اضطراب متوسط (نمره حداقل ۱۹ در پرسشنامه اضطراب بک و حداقل ۶ در پرسشنامه اضطراب فراگیر-۷) و دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵. ملاک‌های خروج نیز شامل موارد زیر بودند: عدم رضایت آگاهانه یا عدم امضای رضایت آگاهانه مکتوب، داشتن اختلال روانشناختی همایند براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته، اختلالات جسمی یا عصب‌روانشناختی، دریافت همزمان مداخلات دارویی، روانشناختی یا تحریک مغزی (از طریق خودگزارشی درمان‌جویان) و غیبت دو جلسه متوالی یا سه جلسه غیرمتوالی در جلسات درمانی. در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی در نظر گرفته شد. شرکت‌کنندگان در جریان هدف پژوهش و مراحل اجرای آن قرار گرفتند. آن‌ها همچنین از محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داشتند و می‌توانستند هر زمان که بخواهند مطالعه را ترک کنند. همچنین از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی گرفته شد و اصول انجمن روان‌پزشکی آمریکا و کنوانسیون هلسینکی نیز رعایت گردید.

دو جلسه با کاهش معنادار ترس از ارزیابی منفی و اجتناب تجربی در بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی همراه است. حیاتی و همکاران (۲۳) نیز نشان دادند که طرحواره درمانی بافتاری در دانش‌آموزان مبتلا به اضطراب اجتماعی، حساسیت بین‌فردی را کاهش داده و خودکارآمدی را افزایش می‌دهد. در همین راستا امام‌زمانی و همکاران (۲۴) در دو مطالعه مجزا گزارش کردند که طرحواره‌درمانی بافتاری ترس از ارزیابی منفی، تنظیم هیجان و نشانه‌های دردناک جسمانی را در بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی به طور معناداری بهبود می‌بخشد. بعلاوه در مطالعه سهرابی و همکاران (۲۵) و صیقل زنان مشهدهی و همکاران (۲۶) نیز طرحواره‌درمانی بافتاری با بهبود تصویر بدنی، کاهش نشانگان روان‌تنی و مشکلات بین فردی همراه بود. در نهایت استروین و همکاران (۲۷) گزارش کردند طرحواره‌درمانی بافتاری موبایل محور^۱ نشانه‌های افسردگی در بزرگسالان را به طور معناداری کاهش می‌دهد؛ ولی اثربخشی معناداری در افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی (کاهش اجتناب تجربی) ندارد. بنابراین، انجام مطالعه پیرامون اثربخشی طرحواره درمانی بافتاری به برخی دلایل از اهمیت بیشتری برخوردار است. اول اینکه برای سنجش امکان‌پذیری^۲ و قبل‌قبول بودن^۳ هر درمانی بویژه رویکردهای درمانی جدید به مطالعات بیشتری نیاز است. دوم اینکه مطالعات قبلی کارایی آن را بر کاهش نشانه‌های اضطراب تعمیم‌یافته را مورد آزمون قرار نداده‌اند. در نهایت اثربخشی آن بر اجتناب تجربی به عنوان یک مکانیسم نگهدارنده اضطراب ناهمخوان است و به مطالعات بیشتری نیاز است. بنابراین، هدف این مطالعه تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بافتاری بر کاهش نشانه‌های اضطراب و اجتناب تجربی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته بود. در این راستا، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به سؤال زیر بود: آیا طرحواره درمانی بافتاری در کاهش نشانه‌های اضطراب و اجتناب تجربی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته مؤثر است؟

ابزارها

۱. نسخه بالینگر و اختلالات شخصیت مصاحبه بالینی ساختار یافته براساس DSM-5 (SCID-5-PD و DSM-5-CV): این مصاحبه توسط فیست و همکاران در سال ۲۰۱۵ براساس تشخیص‌های DSM-5 طراحی شده است. نسخه بالینگر، تشخیص‌هایی را که در کلینیک‌ها شیوع بیشتری دارند (مثل اضطراب فراگیر) را تحت پوشش قرار می‌دهد و نسبت به نسخه پژوهشی کوتاه‌تر است. این نسخه با یک مصاحبه باز درباره اختلال فعلی و دوره‌های پیشین بیماری شروع می‌شود. در نسخه بالینگر، پاسخ سؤالات به سه صورت؟ (اطلاعات ناکافی درباره نشانه)، - (علامت منفی؛ عدم وجود نشانه) و + (حضور نشانه) علامت‌گذاری می‌شوند. برای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر وجود سه نشانه + و حضور نشانه نگرانی غیر قابل کنترل (دریافت +) لازم و ضروری است. این مصاحبه در واقع ۶ حوزه اختلال‌ها از قبیل دوره‌ها و اختلال‌های خلقی، نشانگان روان‌پریشی، اختلال‌های روان‌پریشی، اختلال‌های اضطراب و مصرف مواد را شامل می‌شود. همچنین نسخه اختلالات شخصیت^۲ (SCID-5-PD) که بعد از DSM-5-CV از اجرا گردید ۱۰ اختلال شخصیت را پوشش می‌دهد. در این نسخه هر کدام از سؤالات به چهار شکل؟ (اطلاعات ناکافی درباره نشانه)، ۱ (عدم جود)، ۲ (کمتر از آستانه) و ۳ (در حد آستانه) علامت-گذاری می‌شوند. حساسیت و ضریب توافق کاپا برای اکثر اختلالات بیشتر ۰/۷۰ درصد و توافق مثبت^۳ برای تشخیص‌ها بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۷ برآورد شده است (۲۸). در نسخه ایرانی نیز حساسیت در همه تشخیص‌ها و ضریب توافق کاپا در اکثر تشخیص‌ها بالاتر از ۰/۸۰ گزارش شده است (۲۹).

۲. مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر^۴ (GAD-7): این مقیاس توسط اسپیتز و همکاران (۳۰) برای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر و ارزیابی شدت نشانگان بالینی تدوین شده است. این مقیاس شامل ۷ گویه می‌باشد که در یک طیف لیکرت چهار درجه‌ای ۰ (هرگز) تا ۳ (تقریباً هر روز) نمره گذاری می‌شوند. یک گویه اضافی هم برای سنجش کارکرد

کلی فرد در نظر گرفته شده است که در نمره کلی محاسبه نمی‌گردد. دامنه نمرات بین ۰-۲۱ قرار دارد و نمرات بیشتر نشان دهنده اضطراب بیشتر است. نمرات ۰-۵ نشان‌دهنده اضطراب خفیف، ۶-۱۰ اضطراب متوسط، ۱۱-۱۵ اضطراب نسبتاً شدید و نمرات ۱۶-۲۱ نشان دهنده اضطراب شدید است. روایی همزمان نسخه اصلی با پرسشنامه اضطراب بک و سیاهه نشانگان بالینی (SCL-90) به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۷۴ (۰/۰۱ < P) برآورد شده است. پایایی آن نیز به دو روش آلفای کرونباخ و آزمون-بازآزمون (به فاصله دو هفته) به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۳ گزارش شده است (۳۰). پایایی نسخه ایرانی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بدست آمده است. روایی همزمان آن با مقیاس اضطراب سیاهه نشانگان بالینی (SCL-90) ۰/۶۳ و با مقیاس اضطراب حالت-صفت ۰/۵۲ (اضطراب حالت) و ۰/۷۱ (اضطراب صفت) محاسبه گردیده است (۳۱). آلفای کرونباخ آن در این مطالعه نیز ۰/۷۴ بدست آمد.

۳. پرسشنامه اضطراب بک^۵ (BAI): پرسشنامه اضطراب بک (۳۲) یک پرسشنامه خودگزارشی^۶ است که ۲۱ گویه دارد. گویه‌ها در یک مقیاس چهار درجه‌ای^۷ نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات از ۰-۶۳ متغیر است و نمرات بالا نشان‌دهنده اضطراب بیشتر است. نمرات ۰-۹ نشان‌دهنده اضطراب نرمال، ۱۰-۱۸ اضطراب خفیف تا متوسط، ۱۹-۲۹ متوسط تا شدید و ۳۰-۶۳ اضطراب شدید است (۳۲). این پرسشنامه ۳ زیرمقیاس نشانه‌های جسمانی شامل نشانه‌های نوروفیزیولوژی^۸ و خودمختار^۹ (گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵ و ۱۶) و نشانه‌های ذهنی^{۱۰} (۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۴ و ۱۷) دارد. روایی همزمان نسخه اصلی BAI با مقیاس درجه‌بندی اضطراب هم‌لیتون^{۱۱} ۰/۷۵ (p < ۰/۰۱) و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۹۲ و برای زیرمقیاس‌ها ۰/۷۵ (نشانه‌های پانیک) تا ۰/۸۹ (نشانه‌های ذهنی) گزارش شده است (۳۲). در ایران نیز روایی همزمان آن با مقیاس

6. self-report
7. four-point scale
8. Neurophysiological
9. Autonomic
10. Subjective
11. Hamilton Rating Scale for Anxiety

1. The Structured Clinical Interview for DSM-5, Clinician Version
2. Personality Disorders Version
3. percentage of positive agreement
4. generalized anxiety disorder assessment-7
5. Beck Anxiety Inventory

خوددرجه‌بندی اضطراب^۱ و پرسشنامه اضطراب حالت-صفت به ترتیب ۰/۴۳ و ۰/۴۲ ($p < ۰/۰۱$) محاسبه شده است. همچنین پایایی آن به دو روش آلفای کرونباخ و آزمون-بازآزمون (به فاصله دوهفته) به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۶۷ بدست آمده است (۳۳). آلفای کرونباخ آن در پژوهش حاضر نیز ۰/۷۶ محاسبه شد.

۴. پرسشنامه پذیرش و عمل^۲ (AAQ-II): این پرسشنامه که توسط بوند و همکاران (۳۴) طراحی شده است، شامل ۱۰ گویه است. گویه‌ها در یک طیف ۷ درجه‌ای ۱ (هرگز درست نیست) تا ۷ (همیشه درست است) نمره‌گذاری شده و دامنه نمرات بین ۱۰ تا ۷۰ قرار دارد. نمرات بالا نشان‌دهنده اجتناب تجربی زیاد است. این پرسشنامه دارای دو عامل اجتناب از تجارب هیجانی (گویه‌های ۱ تا ۷) و کنترل روی زندگی (گویه‌های ۸ تا ۱۰). گویه‌های مربوط به عامل کنترل روی زندگی به صورت مثبت هستند و برای محاسبه نمره کلی اجتناب تجربی باید به طور معکوس نمره‌گذاری شوند. بوند و همکاران (۳۴) آلفای کرونباخ را برای اجتناب از تجارب هیجانی را ۰/۸۸ و برای کنترل روی زندگی ۰/۵۵ گزارش کردند و پایایی آزمون-بازآزمون را برای کل پرسشنامه به فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ محاسبه کردند. در ایران نیز عباسی و همکاران (۳۵) روایی همگرای آن با پرسشنامه افسردگی و اضطراب بک به ترتیب ۰/۴۳ و ۰/۵۴ گزارش کردند. همچنین پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ و ضریب تصنیف را در جامعه بالینی ایران به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۷۶ گزارش شده است (۳۵). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه حاضر ۰/۷۰ برآورد شد.

روند اجرای پژوهش: از بین ۶۴ درمانجوی مشکوک به اختلال اضطراب فراگیر که به مراکز مشاوره دانشگاه بیرجند و کلینیک همراه همیشگی مراجعه کرده بودند غربالگری براساس مصاحبه ساختاریافته و پرسشنامه‌های اضطراب بک و اضطراب فراگیر انجام شد. لازم به ذکر است که مصاحبه

ساختاریافته در یک جلسه مجزا توسط متخصصی با مدرک دکترای روانشناسی و عضو هیئت علمی دانشگاه انجام شد. افراد در صورت دریافت تشخیص اختلال اضطراب فراگیر وارد مرحله بعدی می‌شدند. در این فرآیند، ۴۱ نفر به علت عدم برآورد ملاک‌های ورود کنار گذاشته شدند و در نهایت تعداد ۲۳ نفر وارد مطالعه شدند. سپس ارزیابی‌های اولیه و پیش آزمون در جلسه اول انجام گرفت و درمانجویان به مدت ۱۶ جلسه (هر هفته ۶۰ دقیقه) پروتکل طرحواره درمانی بافتاری (۲۰) را دریافت کردند که اعتبار و کارایی آن در ایران تأیید شده است (۲۳، ۲۴). در آخرین جلسه و دو ماه بعد از پیگیری نیز مجدد مورد سنجش قرار گرفتند. درمان نیز توسط عضو هیئت علمی دانشگاه با سابقه درمانگری ۱۵ ساله انجام شد. در فرآیند مطالعه ۴ نفر از آزمودنی‌ها به دلایل تغییر درمان (۲ نفر) و غیبت در جلسات (۲ نفر) ریزش کردند و تعداد نمونه به ۱۹ نفر کاهش یافت. جدول ۱ خلاصه و محتوای جلسات را نشان می‌دهد. در نهایت تجزیه و تحلیل داده‌ها بوسیله آزمون تحلیل واریانس مکرر و شاخص تغییر پایا^۳ (۳۶) انجام شد. جدول ۱ محتوای جلسات طرحواره درمانی بافتاری را نشان می‌دهد. طرحواره درمانی بافتاری بر شناسایی ذهنیت‌ها مانند ذهنیت کودک آسیب‌پذیر، خشمگین، منتقد، تنبیه‌گر و محافظ تمرکز دارد و با استفاده از تکنیک‌های تجربی (مثل صندلی خالی و بازوالدینی)، افزایش ذهن‌آگاهی، هم‌جوشی‌زدایی، تعهد به ارزش‌ها و تکنیک‌های رفتاری، فرد را در مقابله با تجارب داخلی ناخوشایند و کاهش سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد مانند اجتناب، تسلیم و جبران افراطی کمک می‌کند. این درمان شامل چندین مرحله از قبیل شناسایی طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها، افزایش آگاهی از الگوهای رفتاری و مقابله‌ای، هم‌جوشی-زدایی از ذهنیت‌های ناسالم، تقویت ذهنیت بزرگسال سالم و الگوشکنی رفتاری است (۲۰) که به طور مفصل در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱) جلسات طرحواره درمانی بافتاری

جلسه	شرح جلسه	هدف
اول و دوم	اجرای پیش‌آزمون، مفهوم‌بندی مشکل بیمار در قالب مدل طرحواره‌درمانی بافتاری، پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تصویرسازی مشکلات گذشته در جهت شناسایی طرحواره‌های ناسازگار و ذهنیت‌ها، ریشه‌یابی طرحواره‌ها و شناسایی فعال‌سازها، آموزش روانی مدل طرحواره‌درمانی بافتاری، تکلیف منزل (ثبت موقعیت فعال‌سازی).	شناسایی طرحواره‌ها و مفهوم‌بندی موردی
سوم و چهارم	وارسی تکلیف منزل، آگاهی و شناخت ذهنیت‌ها (بزرگسال سالم، ذهنیت‌های منتقد درونی یا ذهنیت والد، ذهنیت‌های هیجانی اساسی ^۱) و ذهنیت‌های مقابله‌ای ^۲ ناکارآمد (تسلیم، اجتنابی و جبران افراطی) و ایجاد پل ارتباطی بین طرحواره‌های ناسازگار و ذهنیت‌های مقابله‌ای براساس دیگرام نقشه ذهنیت‌ها، آشنایی با فرم و نحوه ثبت ذهنیت‌ها، تکلیف منزل (ثبت ذهنیت‌ها در موقعیت‌های فعال‌ساز در فرم مخصوص نظارت ذهنیت‌ها).	شناسایی و آگاهی بخشی ذهنیت‌ها و ذهنیت‌های مقابله‌ای
پنجم و ششم	وارسی تکلیف منزل و استخراج ذهنیت‌های ثبت شده در موقعیت فعال‌ساز به کمک درمانجو و تحلیل معایب و مزایای ذهنیت‌های مقابله‌ای استفاده شده در هفته گذشته، گسترش آگاهی لحظه‌ای درمانجو از انواع ذهنیت‌های مقابله‌ای تسلیم شونده (منفعل، درمانده و قربانی)، اجتنابی (محافظ گسسته ^۳ ، خودتسکین‌بخش ^۴ بی‌تفاوت، محافظ اجتنابی و محافظ خشمگین) و جبران‌کننده افراطی (خود بزرگ‌بین ^۵ ، تاییدطلب ^۶ ، بیش کنترل‌گر، قلدر و غضبناک ^۷)، افزایش آگاهی لحظه‌ای از ذهنیت‌ها و تلاش برای عدم واکنش رفتاری به آن‌ها (مشاهده بدون اقدام)، پیوند دادن استفاده از ذهنیت‌های مقابله‌ای ناکارآمد با پایداری مشکلات در گذشته، تکلیف منزل (تمرین آگاهی از ذهنیت‌ها و ردیابی ذهنیت‌های مقابله‌ای).	مشاهده و آگاهی لحظه‌ای از ذهنیت‌ها
ششم و هفتم	وارسی تکلیف منزل، تقویت و یا ایجاد پیوستارنگری به ذهنیت‌ها (مثل ذهنیت‌های کودک خشمگین، آسیب‌پذیر، منتقد والد) پرتوقع و تنبیه‌گر) و ذهنیت‌های مقابله‌ای، معرفی نقشه جاده ارزش‌ها ^۸ و شناسایی چند ارزش مهم، برقراری ارتباط بین ذهنیت‌های مقابله‌ای ناکارآمد و از دست دادن ارزش‌ها، معرفی، بیان منطق و سپس کاربست تکنیک‌های ذهن آگاهی پایه ^۹ (مثل، تشکر از ذهن، تنفس آگاهانه، تولد هشتاد سالگی، توپ روشن ^{۱۰} و اسکن بدن) جهت هم‌جوشی‌زدایی شناختی ذهنیت‌های و ذهنیت‌های مقابله‌ای ناکارآمد. تکلیف منزل (ردیابی ذهنیت‌های مقابله‌ای و هم‌جوشی‌زدایی با آن‌ها).	هم‌جوشی‌زدایی با ذهنیت‌های ناسالم
هشتم و نهم	وارسی تکلیف منزل، تمرین مجدد هم‌جوشی‌زدایی ذهنیت‌های ناکارآمد، معرفی فنون تجربی (تصویرسازی، بازوالدینی حد و مرزدار و صندلی خالی) و منطق استفاده از آن‌ها، برقراری ارتباط با ذهنیت‌های ناکارآمد (مثل ذهنیت بزرگسال) و ناکارآمد با کمک درمانگر سپس بدون کمک او، برقراری ارتباط با ذهنیت‌های نوشته شده روی صندلی خالی به دوصورت هم‌جوشی‌زدایی و سپس گفتگوی سازنده درمانجو با ذهنیت‌ها. تکلیف منزل (ثبت ذهنیت‌های ناکارآمد و هم‌جوشی‌زدایی با آن‌ها).	هم‌جوشی‌زدایی با ذهنیت‌های ناسالم و تقویت ذهنیت بزرگسال سالم
دهم تا سیزدهم	ادامه فنون تجربی جهت بهبود ذهنیت‌های ناکارآمد، تقویت ذهنیت بزرگسال سالم از طریق تقویت انعطاف‌پذیری-شناختی (خود شفقت‌ورزی، رفتار متعهدانه، ارضای نیازها، هم‌جوشی‌زدایی، ذهن آگاهی بویژه تکنیک تشکر از ذهن، پذیرش احساس و هیجانات، ارزش‌مداری)، تدوین فلش کارت‌های ذهنیت‌ها و کاربست انعطاف‌پذیری روانشناختی نسبت به آن‌ها، شروع الگوشکنی رفتاری، تکلیف منزل (استفاده از فلش کارت‌ها در موقعیت‌های فعال‌ساز و کاربست تکنیک‌های ذهن آگاهی).	تقویت ذهنیت بزرگسال سالم و الگوشکنی رفتاری
چهاردهم و پانزدهم	وارسی تکلیف منزل، ادامه استفاده از تکنیک صندلی خالی و ادامه تقویت ذهنیت بزرگسال سالم از طریق انعطاف‌پذیری شناختی، ادامه الگوشکنی رفتاری، ایفای نقش، تصویرسازی آینده‌محور، تدوین آزمایش‌های رفتاری، تکلیف منزل (ثبت آزمایش‌های رفتاری تدوین شده)	الگوشکنی رفتاری
شانزدهم	وارسی تکلیف منزل، جمع‌بندی جلسات، مطرح کردن موانع احتمالی و عدم پیشرفت، تثبیت یادگیری‌ها جهت استفاده در زندگی روزمره، پس‌آزمون.	ارزیابی مجدد و تثبیت آموخته‌ها

1. Core emotional modes
2. Coping modes
3. Detached Protector
4. Self-Soother
5. Self-Aggrandiser
6. Approval/Recognition Seeker
7. Predator
8. Values Road Map
9. Mindful Grounding Exercise
10. Light Ball

یافته‌ها

لحاظ تحصیلات نیز ۴ نفر (۲۱/۱٪) مدرک دیپلم، ۱۰ نفر (۵۲٪/۶) کارشناسی و ۵ نفر (۲۶۹/۳٪) نیز کارشناسی ارشد یا دکترا داشتند. همچنین میانگین مدت ابتلا به اختلال نیز ۱۴/۳۶ ماه (با انحراف معیار ۴/۴۱) بود. جدول ۲ شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد.

برای تحلیل داده‌ها ابتدا نتایج توصیفی سپس در مرحله دوم، تحلیل استنباطی و آزمون فرضیه انجام شد. میانگین سنی آزمودنی‌ها برابر ۳۰/۶۸ (با انحراف معیار ۶/۸۲) و تعداد ۱۱ نفر (۵۷/۹٪) از آن‌ها زن و ۸ نفرشان (۴۲/۱٪) مرد بودند. به

جدول ۲) شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای وابسته

متغیر وابسته	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
اضطراب فراگیر (GAD-7)	۱۱/۴۷ (۲/۲۴)	۵/۳۱ (۱/۵۰)	۶/۲۱ (۲/۶۸)
اضطراب (BAI)	۲۹/۶۸ (۶/۱۷)	۱۲/۱۰ (۷/۳۸)	۱۳/۱۶ (۷/۷۵)
اجتناب تجربی	۳۹/۷۴ (۸/۵۲)	۱۴/۶۳ (۲/۶۵)	۱۳/۳۶ (۴/۰۷)

فراگیر (۰/۰۰۱، $p=$ ۰/۱۲، Δ آماره)، اضطراب BAI (۰/۰۰۱، $p=$ ۰/۲۴، Δ آماره) و اجتناب تجربی (۰/۰۳۰، $p=$ ۰/۱۶، Δ آماره) فقط در مرحله پیگیری توزیع بهنجار ندارند. لذا برای کاربست تحلیل واریانس مکرر، این داده‌ها با روش باکس-کاکس^۱ به توزیع بهنجار تبدیل شدند. آزمون موخلی نیز نشان داد که برای هر سه متغیر اضطراب فراگیر (۰/۰۰۱، $p=$ ۱۴/۳۹، $X^2=$ ۰/۰۵، $p=$ ۰/۰۵)، اضطراب BAI (۰/۰۰۱، $p=$ ۱۰/۴۵، $X^2=$ ۲۲/۰۶، $p=$ ۰/۰۰۱) و اجتناب تجربی (۰/۰۰۱، $p=$ ۱۰/۴۵، $X^2=$ ۲۲/۰۶، $p=$ ۰/۰۰۱) مفروضه کرویت رعایت نشده و درجه آزادی باید اصلاح گردد. لذا در این مطالعه از اصلاح گرینه‌هاوس-گیزر استفاده شد.

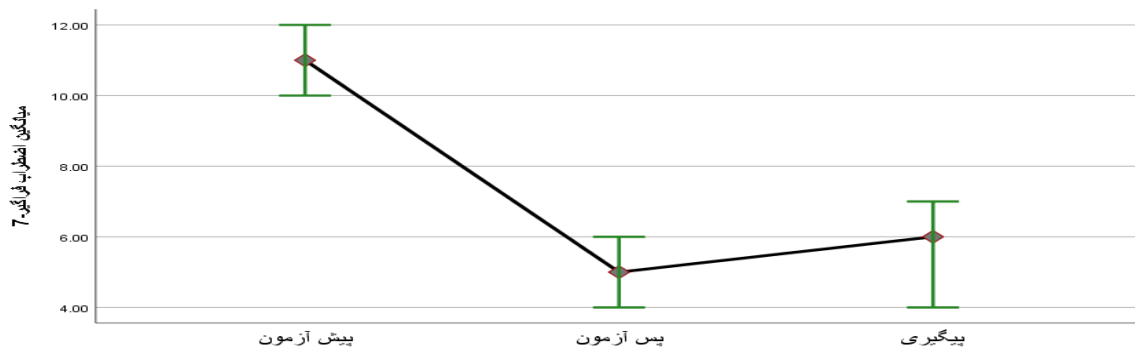
همان‌طوری که جدول ۲ نشان می‌دهد تمام متغیرهای وابسته از مرحله پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته‌اند. در واقع براساس نقاط برش پرسشنامه‌های اختلال اضطراب فراگیر و اضطراب بک می‌توان گفت که نمرات اضطراب درمانجویان در مرحله پیش‌آزمون متوسط تا شدید بوده که در مرحله پس‌آزمون به میزان اضطراب خفیف کاهش یافته‌است. در مرحله دوم تحلیل از سه آزمون تحلیل واریانس مکرر مجزا برای سه متغیر وابسته استفاده شد. در این راستا، ابتدا مفروضه‌های آماری مورد بررسی قرار گرفت. آزمون کالموگروف-اسمیرنف نشان داد که هر سه متغیر اضطراب

جدول ۳) آزمون تحلیل واریانس مکرر برای متغیرها وابسته

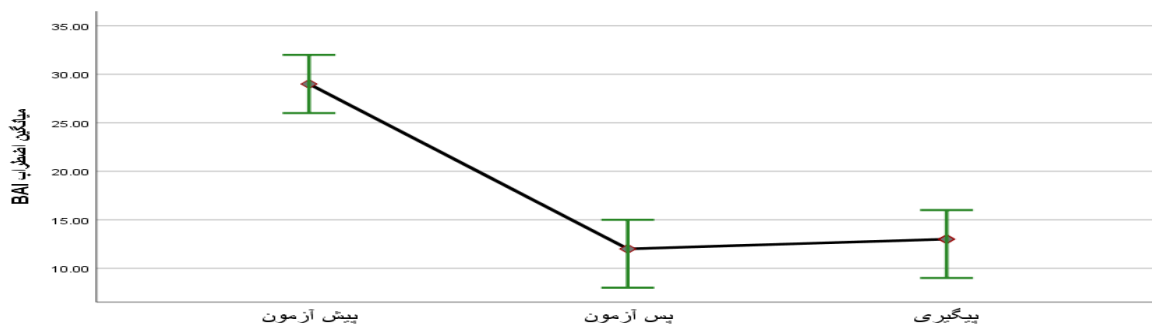
منبع	آزمون	مجموع مجزورات درجه سوم	df	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
اضطراب فراگیر-۷	گرینه‌هاوس-گیزر	۴۲۰/۶۷	۱/۲۷	۳۳۰/۴۹	۷۶/۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹	۱
اضطراب BAI	گرینه‌هاوس-گیزر	۳۶۹۳/۸۹	۱/۳۷	۲۶۹۵/۱۹	۵۴/۸۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴	۱
اجتناب تجربی	گرینه‌هاوس-گیزر	۸۴۰۵/۳۶	۱/۱۴	۷۳۲۳/۳۰	۱۵۸/۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸	۱

مؤثر است. همچنین نمودارهای ۱ تا ۳ روند تغییرات در متغیرهای وابسته در طول مداخله را با احتمال ۵ درصد خطای اندازه‌گیری نشان می‌دهند.

طبق اطلاعات جدول ۳ طرحواره درمانی بافتاری به طور معناداری در کاهش اضطراب یعنی نمره اضطراب فراگیر-۷ (۰/۰۰۰۱، $p=$ ۷۶/۲۲، $F=$) و اضطراب بک (۰/۰۰۰۱، $p=$ ۵۴/۸۵، $F=$) و اجتناب تجربی (۰/۰۰۰۱، $p=$ ۱۵۸/۲۷، $F=$)



نمودار ۱) روند تغییرات اضطراب فراگیر در طول مداخله



نمودار ۲) روند تغییرات اضطراب در پرسشنامه اضطراب بک در طول مداخله



نمودار ۳) روند تغییرات اجتناب تجربی در طول مداخله

معناداری داشته است ($p = 0.001$). ولی در نمرات هیچکدام از متغیرها بین دو مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0.05$). در نهایت شاخص تغییر پایا بر اساس فورمول جاکوبسن و تراکس (۳۶) برای نمرات اضطراب فراگیر-۷، اضطراب بک و اجتناب تجربی به ترتیب برابر بود با ۹۲/۶، ۱۶/۶ و ۸۶/۵. از آنجا همه آن‌ها از نقطه برش ۹۶/۱ بالاتر هستند، می‌توان گفت که تغییرات بالینی معنادار هستند.

همان‌طوری که نمودارهای ۱ تا ۳ نشان می‌دهند نمرات متغیرهای وابسته از مرحله پیش آزمون تا پیگیری کاهش یافته است. برای پیگیری و تعیین معناداری تغییرات بین زمان‌های سنجش از آزمون مقایسه‌های زوجی بنفرونی استفاده شد که در جدول ۴ گزارش شده است.

همان‌طوری که جدول ۴ نشان می‌دهد نمرات هر سه متغیر اضطراب فراگیر-۷، اضطراب بک و اجتناب تجربی در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون کاهش

جدول ۴) نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه زوجی متغیرها در مراحل سنجش

متغیر	زمان سنجش	تفاوت میانگین‌ها (خطای استاندارد)		
		۱- پیش آزمون	۲- پس آزمون	۳- پیگیری
اضطراب BAI	۱- پیش آزمون	-	۱۷/۵۸* (۲/۲۱)	۱۶/۵۳* (۲/۲۲)
	۲- پس آزمون	۱۷/۵۸* - (۲/۲۱)	-	۱/۰۵* (۱/۰۷)
	۳- پیگیری	۱۶/۵۳* - (۲/۲۲)	۱/۰۵ (۱/۰۷)	-
اضطراب فراگیر-Y	۱- پیش آزمون	-	۶/۱۶ (۰/۴۸)	۵/۲۶* (۰/۷۱)
	۲- پس آزمون	۶/۱۶* - (۰/۴۸)	-	۰/۸۹ - (۰/۳۷)
	۳- پیگیری	۵/۲۶* - (۰/۷۱)	۰/۸۹ (۰/۳۷)	-
اجتناب تجربی	۱- پیش آزمون	-	۲۵/۱۰* (۱/۹۶)	۲۶/۳۷* (۲/۰۵)
	۲- پس آزمون	۲۵/۱۰* - (۱/۹۶)	-	۱/۲۶ (۰/۶۳)
	۳- پیگیری	۲۶/۳۷* - (۲/۰۵)	۱/۲۶ - (۰/۶۳)	-

*p<۰/۰۰۱

بحث

این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بافتاری بر نشانه‌های اضطراب و اجتناب تجربی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته انجام گردید. نتایج حاصل از آن نشان داد که طرحواره درمانی بافتاری نشانه‌های اضطراب و اجتناب تجربی را به طور معناداری کاهش می‌دهد. همچنین بهبود نشانه‌ها در دوره پیگیری دو ماهه نیز معنادار بود. با توجه به اینکه طرحواره درمانی بافتاری بر روی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته انجام نشده است شاید امکان مقایسه دقیق یافته‌ها امکان پذیر نباشد. اما کارایی آن در کاهش نشانه‌های اضطراب با بعضی از مطالعات پیشین از قبیل رودریگر (۲۰)، استفان و همکاران (۲۲)، حیاتی و همکاران (۲۳)، امام‌زمانی و همکاران (۲۴) و سهرابی و همکاران (۲۵) که بر اختلال اضطراب اجتماعی متمرکز شده‌اند همسو است. همچنین همسو با این مطالعه، استروین و همکاران (۲۷) نشان دادند که طرحواره درمانی بافتاری منجر به کاهش مشکلات روانشناختی از قبیل افسردگی می‌شود. برای اثربخشی طرحواره درمانی بافتاری بر اضطراب چندین تبیین احتمالی وجود دارد. اول اینکه هدف طرحواره درمانی بهبود ذهنیت‌های کودک و منتقد درونی و تقویت ذهنیت سالم است. تعدیل ساختاری و محتوای ذهنیت‌های به منظور کاهش و جلوگیری از عود نشانه‌های اضطراب سازنده است. در واقع، رابطه درمانی در طرحواره درمانی، که عامل ضروری در سنجش و تغییر ذهنیت‌ها است، از طریق ارضای نیازهای هیجانی اساسی ارضا نشده که ریشه ذهنیت‌های کودک ناسالم (مثل آسیب پذیر،

خشمگین و غیره) است، امکان تغییر و بهبود را فراهم می‌کند. به عبارت دیگر، بازوالدینی حد و مرزدار به تجربه مجدد و سپس قالب بندی جدید از رویدادهای آسیب‌زای پیشین کمک کرده و باعث می‌شود درمانجو هیجان سرکوب شده را ابراز نماید (۱۶). دوم اینکه، برقراری گفتگو بین ذهنیت‌های سالم و ناسالم (مثل منتقد درونی) منجر به ایجاد دیدگاه‌های جدید و تقویت ذهنیت سالم در فرد شده و به او این توانایی را می‌دهد که در زندگی روزمره و موقعیت‌های فعال ساز به تنهایی با ذهنیت‌های ناسالم مقابله کنید. سوم اینکه، علاوه بر تکنیک‌ها تجربی در بهبود ذهنیت‌ها، تکنیک‌های درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و هم‌جوشی‌زدایی نیز این فرآیند را تسهیل کرده و به درمانجو کمک می‌کند که به مشاهده ذهنیت‌ها، احساسات بدنی و هیجانات ناشی از آن‌ها بپردازد بدون اینکه واکنشی خاصی انجام دهد. این موضع مشاهده‌گر منجر به تعدیل ذهنیت‌های ناسالم و سپس کاهش بکارگیری ذهنیت‌های مقابله‌ای شدید و نامناسب (مثل منفعل، درمانده، قربانی، محافظ گسسته، خودتسکین‌بخش بی تفاوت، محافظ اجتنابی، محافظ خشمگین، خود بزرگ‌بین، تأیید طلب، بیش کنترل‌گر، قلدر و غضبناک) می‌شود. در واقع با مشاهده بدون اقدام ذهنیت‌های ناسالم، چرخه بیمارگون ذهنیت ناسالم به ذهنیت مقابله‌ای ناکارآمد تعدیل می‌یابد. برای مثال، با تکنیک‌های هم‌جوشی‌زدایی مثل تشکر از ذهن، درمانجو به این توانایی می‌رسد که با فعال شدن ذهنیت به جای درگیر شدن در رفتار یا ذهنیت ناکارآمد (مثل اجتنابی یا تسلیم) از ذهن خود (که جهت جلوگیری از آسیب او را وادار به واکنش تند می‌کند)

تشکر کرده و با مشاهده بدون اقدام، با ذهنیت فعال شده بماند و هیجانات و احساسات ناشی از آن را تجربه کند (۲۰). از سوی دیگر تکنیک‌های رفتاری (مثل تدوین آزمایش‌های رفتاری و ایفای نقش) در اصلاح باور درمانجو مبنی بر اینکه تمام پیش‌بینی‌های آن‌ها درست هستند مؤثر است (۱۶). دومین یافته این مطالعه نشان داد که طرحواره درمانی بافتاری به طور معناداری اجتناب تجربی را کاهش می‌دهد. به عبارت دیگر، طرحواره درمانی بافتاری منجر به افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی گردید. این یافته با مطالعه استفان و همکاران (۲۲) همسو است. همچنین امام‌زمانی و همکاران (۲۴) در مطالعه‌ای مشابه نشان دادند که طرحواره درمانی بافتاری راهبردهای تنظیم هیجان را بهبود می‌بخشد. درحالی‌که در مطالعه استروین و همکاران (۲۷) طرحواره درمانی بافتاری منجر به کاهش معنادار اجتناب تجربی نشد. علت این ناهمخوانی به موارد زیر قابل انتساب است: اول اینکه، نمونه مطالعه آن‌ها افراد مبتلا به افسردگی بود؛ درحالی‌که در این مطالعه افراد مبتلا به اختلال اضطراب بدون همبودی افسردگی انتخاب شدند. دوم اینکه، آن‌ها طرحواره درمانی بافتاری را به صورت آنلاین انجام دادند. در نهایت آن‌ها درمان را به صورت روزانه و به مدت ۱۵ روز متوالی انجام دادند؛ درحالی‌که در مطالعه حاضر جلسات به صورت هفتگی برگزار می‌شد.

تبیین این یافته نیز بر اساس تکنیک‌های طرحواره درمانی کلاسیک و تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد امکان‌پذیر است. استفاده از تکنیک‌های طرحواره درمانی کلاسیک مثل برقراری گفتگو بین ذهنیت‌ها و رابطه درمانی (بازوالدینی حد و مرزدار) زمینه را برای تجربه هیجان‌های فرونشانده و سرکوب شده تسهیل می‌کنند (۱۶، ۲۲). تکنیک‌های تجربی به لحاظ هیجانی درک عمیقی از ماهیت تجارب ناشی از طرحواره را ایجاد می‌کنند و بررسی و فاصله گرفتن از ذهنیت‌ها را برای درمانجو آسان‌تر می‌کند (۲۷). بعلاوه، اجرای تکنیک‌های تحلیل معایب و مزایای ذهنیت‌های مقابله‌هایی و الگوشکنی رفتاری درمانجو را به سوی تجربه رفتارهایی هدایت می‌کند که احتمالاً قبلاً از تجربه آن‌ها اجتناب کرده است. با کاهش رفتارهای اجتنابی تجربه هیجان‌ها نیز تسهیل شده و زمینه برای افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی یا

کاهش اجتناب تجربی فراهم می‌گردد (۲۰، ۲۲). در واقع درمانجو بواسطه تکنیک‌های درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش از قبیل هم‌جوشی‌زدایی رنج‌های ناشی از ذهنیت کودک را تجربه کرده و می‌پذیرد. بنابراین، درگیر رفتار اجتنابی نمی‌شود. علاوه بر این، در مراحل از درمان، درک مکانیسم‌های فعال‌ساز طرحواره به این هدف کمک می‌کند که درمانجو بداند هیجانات، افکار و تکانه‌های مشکل‌آفرین میراث گذشته^۱ هستند که بهتر است به خاطر کیفیت زندگی بهتر در حال از شر آن‌ها خلاص شود. برای خلاصی از آن‌ها، یاد می‌گیرند که اکنون چه کاری را به بهترین شکل انجام دهند. در واقع طی فرآیند درمان، درمانجو توانایی عقب‌نشینی از رفتارهای طرحواره محور فعلی را کسب می‌کند، نسبت به ذهنیت‌ها موضع مشاهده‌گر (آگاهی از ذهنیت‌ها^۲) می‌گیرد و با نیازها و ارزش‌های خود ارتباط عمیقی (ذهنیت متعادل^۳) برقرار می‌سازد. درنهایت او به روش انطباقی‌تر عمل کرده و رفتار عملکردی را به شیوه‌ای متعهد و دلسوزانه انجام می‌دهد. به صورت کلی، می‌توان گفت که طرحواره درمانی بافتاری از طریق تقویت هم‌جوشی‌زدایی (مشاهده ذهنیت منتقد درونی)، ایجاد موضع پذیرنده نسبت به تجربیات هیجانی منفی، گسترش آگاهی‌های لحظه‌ای (ذهن‌آگاهی) از ذهنیت‌ها و رفتار متعهدانه نسبت به ارزش‌ها منجر به بهبود اضطراب و نشانه‌های مرتبط با اضطراب (مثل اجتناب تجربی) می‌گردد. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: شاید مهمترین محدودیت این مطالعه به نوع طرح استفاده شده وابسته باشد که در آن گروه کنترل وجود نداشت. جمع‌آوری نمونه به روش نمونه‌گیری هدفمند و از مراکز مشاوره شهر بیرجند انجام شد که ممکن است باعث محدودیت در تعمیم نتایج به جامعه وسیع‌تر بالینی شود. بعلاوه، دوره پیگیری این مطالعه تنها دو ماه بود. با توجه به ماهیت نیمه‌آزمایشی و تک‌گروهی این پژوهش، ضروری است مطالعات آینده با استفاده از طرح‌های آزمایشی (مانند طرح‌های کنترل شده تصادفی) انجام شوند تا اثربخشی طرحواره درمانی بافتاری در مقایسه با گروه کنترل و یا رویکردهای رایج دیگر (مثل CBT) مورد آزمون قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی و جامعه

Contextual Behavioral Science. 2022;24:65-78. [Doi:10.1016/j.jcbs.2022.03.007](https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.03.007)

11. Szuhany KL, Simon NM. Anxiety disorders: a review. *Jama*. 2022;328(24):2431-45. [Doi:10.1001/jama.2022.22744](https://doi.org/10.1001/jama.2022.22744)

12. Cuijpers P, Miguel C, Harrer M, Plessen CY, Ciharova M, Ebert D, Karyotaki E. Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: A comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry*. 2023;22(1):105-15. [Doi:10.1002/wps.21069](https://doi.org/10.1002/wps.21069)

13. Rozentel A, Andersson G, Carlbring P. In the absence of effects: An individual patient data meta-analysis of non-response and its predictors in internet-based cognitive behavior therapy. *Frontiers in Psychology*. 2019;10:589. [Doi:10.3389/fpsyg.2019.00589](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00589)

14. Lorimer B, Kellett S, Nye A, Delgadillo J. Predictors of relapse and recurrence following cognitive behavioural therapy for anxiety-related disorders: a systematic review. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2021;50(1):1-18. [Doi:10.1080/16506073.2020.1812709](https://doi.org/10.1080/16506073.2020.1812709)

15. Alonso J, Lépine J-P. Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Journal of Clinical Psychiatry*. 2007;68(2):3-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17288501/>

16. Young J, Klosko J, Weishaar M. Schema therapy: A practitioner's guide Guilford Press: New York, NY; 2003 p. 65-83.

17. de Klerk N, Abma TA, Bamelis LL, Arntz A. Schema therapy for personality disorders: A qualitative study of patients' and therapists' perspectives. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2017;45(1):31-45. [Doi:10.1017/S1352465816000357](https://doi.org/10.1017/S1352465816000357)

18. Arntz A, Mensink K, Cox WR, Verhoef REJ, van Emmerik AAP, Rameckers SA, et al. Dropout from psychological treatment for borderline personality disorder: a multilevel survival meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2023;53(3):668-86. [Doi:10.1017/S0033291722003634](https://doi.org/10.1017/S0033291722003634)

19. van Dijk SD, Veenstra MS, van den Brink RH, van Alphen SP, Oude Voshaar RC. A systematic review of the heterogeneity of schema therapy. *Journal of Personality Disorders*. 2023;37(2):233-62. [Doi:10.1521/pedi.2023.37.2.262](https://doi.org/10.1521/pedi.2023.37.2.262)

20. Roediger E, Stevens BA, Brockman R. Contextual schema therapy: An integrative approach to personality disorders, emotional dysregulation, and interpersonal functioning: New Harbinger Publications; 2018. p. 116-121.

21. Ruiz FJ, Flórez CL, García-Martín MB, Monroy-Cifuentes A, Barreto-Montero K, García-Beltrán DM, et al. A multiple-baseline evaluation of a brief acceptance and commitment therapy protocol focused

بالینی متنوع تر، اعتبار بیرونی بیشتری فراهم کنند. با توجه به ماهیت مزمن اختلال اضطراب فراگیر، پیشنهاد می شود مطالعات آینده اثرات طولانی مدت (۶ ماهه، یک ساله) درمان را نیز دنبال کنند. در نهایت، با توجه به اثربخشی این رویکرد در حالت فردی، می توان این روش را در قالب گروهی نیز مورد آزمون قرار داد تا هزینه های درمانی کاهش یابد.

منابع

- Hajebi A, Motevalian SA, Rahimi-Movaghar A, Sharifi V, Amin-Esmaili M, Radgoodarzi R, Hefazi M. Major anxiety disorders in Iran: prevalence, sociodemographic correlates and service utilization. *BMC psychiatry*. 2018;18:1-8. [Doi:10.1186/s12888-018-1828-2](https://doi.org/10.1186/s12888-018-1828-2)
- Konnopka A, König H. Economic burden of anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Pharmacoeconomics*. 2020;38:25-37. [Doi:10.1007/s40273-019-00849-7](https://doi.org/10.1007/s40273-019-00849-7)
- Wiebenga JX, Eikelenboom M, Heering HD, van Oppen P, Penninx BW. Suicide ideation versus suicide attempt: Examining overlapping and differential determinants in a large cohort of patients with depression and/or anxiety. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2021;55(2):167-79. [Doi:10.1177/0004867420951256](https://doi.org/10.1177/0004867420951256)
- Aune T, Beidel DC, Nordahl HM. Is there any difference between DSM-5 performance-only specifier and social anxiety disorder? Results from the Young-HUNT3 study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2023;45(3):716-30. [Doi:10.1007/s10862-023-10054-8](https://doi.org/10.1007/s10862-023-10054-8)
- Showraki M, Showraki T, Brown K. Generalized anxiety disorder: revisited. *Psychiatric Quarterly*. 2020;91:905-14. [Doi:10.1007/s11126-020-09747-0](https://doi.org/10.1007/s11126-020-09747-0)
- American Psychological Association. Understanding mental disorders: Your guide to DSM-5-TR®: American Psychiatric Pub; 2023. p. 189-209.
- Wang Y, Tian J, Yang Q. Experiential Avoidance Process Model: A Review of the Mechanism for the Generation and Maintenance of Avoidance Behavior. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2024;34(2):179. [Doi:10.5152/pcp.2024.23777](https://doi.org/10.5152/pcp.2024.23777)
- Hayes-Skelton SA, Eustis EH. Experiential avoidance. *American Psychiatric Pub*: 2020. [Doi:10.1037/0000150-007](https://doi.org/10.1037/0000150-007)
- Dixon MR, Hayes SC, Belisle J. Acceptance and commitment therapy for behavior analysts: A practice guide from theory to treatment: Routledge; 2023. p. 86-99.
- Akbari M, Seydavi M, Hosseini ZS, Krafft J, Levin ME. Experiential avoidance in depression, anxiety, obsessive-compulsive related, and posttraumatic stress disorders: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Journal of*

- 2006;166(10):1092-7.
[Doi:10.1001/archinte.166.10.1092](https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092)
31. Naeinian MR, Shaeiri MR, Sharif M, Hadian M. To Study Reliability and Validity for A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). *Clinical Psychology and Personality*. 2011;9(16):41-50. [Persian]
[Doi:20.1001.1.23452188.1390.9.1.5.7](https://doi.org/10.23452188.1390.9.1.5.7)
32. Beck AT, Steer RA, Beck JS. Types of self-reported anxiety in outpatients with DSM-III-R anxiety disorders1. Anxiety, stress, and coping. 1993;6(1):43-55. [Doi:10.1080/10615809308249531](https://doi.org/10.1080/10615809308249531)
33. Khesht-Masjedi MF, Omar Z, Masoleh SMK. Psychometrics properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory in North of Iranian adolescents. *International Journal of Educational and Psychological Researches*. 2015;1(2):145. [Persian]
[Doi:10.4103/2395-2296.152233](https://doi.org/10.4103/2395-2296.152233)
34. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*. 2011;42(4):676-688. [Doi:10.1016/j.beth.2011.03.007](https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007)
35. Abasi E, Fti L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian version of acceptance and action questionnaire-II. *Psychological Models and Methods*. 2012;3(10/Winter 2013):65-80. https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_61.html?lang=en
36. Jacobson NS, Truax P. Clinical significance :a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. 1992. [Doi:10.1037//0022-006x.59.1.12](https://doi.org/10.1037//0022-006x.59.1.12)
- on repetitive negative thinking for moderate emotional disorders. *Journal of contextual behavioral science*. 2018;9:1-14. [Doi:10.3389/fpsyg.2020.00356](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00356)
22. Stefan S, Stroian P, Fodor L, Matu S, Nechita D, Boldea I, et al. An online contextual schema therapy workshop for social anxiety symptoms—a randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2023;29:67-75. [Doi:10.1016/j.jcbs.2023.06.005](https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.06.005)
23. Hayati M, Shehni Yailagh M, Keikhosrovani M. Effects of Contextual Schema Therapy on Interpersonal Sensitivity and Coping Self-Efficacy of Socially Anxious Female Adolescents. *Journal of Applied Psychological Research*. 2023;14(1):99-114. [Persian] [Doi:10.22059/japr.2022.351383.644453](https://doi.org/10.22059/japr.2022.351383.644453)
24. Emamzamani Z, Rahimian Boogar I, Mashhadi A. Effectiveness of contextual schema therapy for fear of negative evaluation and fear of positive evaluation in individuals with social anxiety disorder: Single subject design. *Psychological Achievements*. 2023;10(3):1-6. [Persian]
[Doi:10.32598/shenakht.10.3.1](https://doi.org/10.32598/shenakht.10.3.1)
25. Sohrabi M, Bakhtiarpour S, Sohrabi F, Eftekhari Saadi Z, Asgari P. Effect of Contextual Schema Therapy on Body Image and Psychosomatic Symptoms in Individuals with Perfectionism Disorder. *Health Education and Health Promotion*. 2023;11(4):621-6. [Doi:10.58209/hehp.11.4.621](https://doi.org/10.58209/hehp.11.4.621)
26. Sayghalzananmashhad N, Mashhadi A, Shareh H. The Effectiveness of Integrated Mindfulness and Schema Group Therapy on Self-Compassion and Early Maladaptive Schemas on Women with Interpersonal Problems. *Journal of Clinical Psychology*. 2023;15(2):1-13. [Persian]
[Doi:10.22075/jcp.2023.30465.2628](https://doi.org/10.22075/jcp.2023.30465.2628)
27. Stroian PI, David DO, Hora A, Erenler B, Tuominen EW, Vlachantonis K, Žagar T. Feasibility, acceptability and outcomes of a contextual schema therapy-based mobile program for depressive symptoms in adults. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2024;34:100839. [Doi:10.1016/j.jcbs.2024.100839](https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100839)
28. Osório FL, Loureiro SR, Hallak JEC, Machado-de-Sousa JP, Ushirohira JM, Baes CV, et al. Clinical validity and intrarater and test-retest reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5—Clinician Version (SCID-5-CV). *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2019;73(12):754-60. [Doi:10.1111/pcn.12931](https://doi.org/10.1111/pcn.12931)
29. Shabani A, Masoumian S, Zamirinejad S, Hejri M, Pirmorad T, Yaghmaeezadeh H. Psychometric properties of structured clinical interview for DSM-5 disorders-clinician version (SCID-5-CV). *Brain and behavior*. 2021;11(5):e01894. [Doi:10.1002/brb3.1894](https://doi.org/10.1002/brb3.1894)
30. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*.

