MEJDS. 2021; 11:194.

Published online 2022 Feb. **Original Article**

Comparing the Effects of Acceptance and Commitment Therapy and Emotional Schema Therapy on Attentional Bias, Uncertainty Intolerance, and Cognitive Avoidance in Females with Generalized Anxiety Disorder

Vafadar A[1], *Mirzamani Bafghi SM[2], Jafariroshan M[3]

Author Address
1. PhD student in general psychology, central Tehran branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
2. Full professor of clinical psychology, central Tehran branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
3. Assistant professor of psychology, central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
***Corresponding author's email:** Mirzamani2003@gmail.com

Received: 2020 August 10; **Accepted:** 2020 September 27

Abstract

Background & Objectives: Generalized Anxiety Disorder (GAD) is a pervasive condition in which a subject is constantly worried and afraid about future events. Pervasive anxiety disorder is a common and debilitating disorder that rises to a level of pathological anxiety and interferes with daily life; however, it is of poor cognitive etiquette. Moreover, current interventions are associated with numerous adverse effects and delays in treatment, and impaired therapeutic outcomes. The structures of intolerance, cognitive avoidance, and attention bias play a major role in GAD. Developing biopsychological therapies to reduce these symptoms can help these patients with treatment. Therapies include Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Emotional Schema Therapy (EST). Therefore, this study aimed to evaluate and compare the effects of ACT and EST on the attentional bias, intolerance, and cognitive avoidance in women with GAD.

Methods: This was a quasi–experimental study with a pretest–posttest and a control group design. The statistical population was women with GAD in District 22 of Tehran City, Iran, in 2019. Overall, 45 individuals voluntarily enrolled in the study based on the inclusion and exclusion criteria. They were randomly divided into two experimental groups (ACT & EST) and a control group. The inclusion criteria included a diagnosis of GAD and no clinical diagnosis associated with GAD or biological diseases, not receiving concurrent pharmacotherapy, no history of hospitalization and medication use for chronic psychological problems, no attendance of other therapy sessions simultaneously, providing consent to participate in the study, and completing the study course. The study's exclusion criteria were unwillingness to cooperate, having severe physical conditions, providing incomplete questionnaires, and participating in other psychological interventions concurrently. The interventions were performed in the test groups for 8 ninety–minute sessions; the control group received no intervention. In the pretest and posttest, to collect the necessary data, the Attention Bias Questionnaire (Woody et al., 1997), Uncertainty Intolerance Questionnaire (Freeston et al., 1994), and Cognitive Avoidance Questionnaire (Sexton & Dugas, 2008) were employed. Descriptive statistics (frequency, mean, & standard deviation indices) and inferential statistics, including Analysis of Covariance (ANCOVA) and Bonferroni post hoc test, were applied in SPSS to analyze the collected data at the significance level of 0.05.

Results: The present study results indicated that by controlling the pretest effect, the scores of attention bias ($p<0.001$), cognitive avoidance ($p<0.001$), and uncertainty intolerance ($p<0.001$) in ACT and EST groups were significantly reduced, compared to the controls ($p<0.001$). Additionally, no significant difference was observed between the effects of EST and ACT in reducing the symptoms of attention bias ($p=0.101$), uncertainty intolerance ($p=0.928$), and cognitive avoidance ($p=0.825$).

Conclusion: ACT and EST are effective treatment methods to reduce the symptoms of uncertainty intolerance, attention bias, and cognitive avoidance. Therefore, therapists can use the present study findings to reduce the symptoms of individuals with GAD.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Emotional schema therapy, Attention bias, Uncertainty intolerance, Cognitive avoidance, Generalized anxiety disorder.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۱۹۴.

انتشار برخط بهمن‌ماه ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی هیجانی بر سوگیری توجه، عدم تحمل بلاتکلیفی و اجتناب شناختی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

ابوطالب وفادار[۱]، *سیدمحمود میرزمانی بافقی[۲]، مرجان جعفری روشن[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی عمومی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

۲. استاد تمام گروه روان‌شناسی بالینی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Mirzamani2003@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۰ مرداد ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۶ مهر ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: اختلال اضطراب فراگیر شایع و ناتوان‌کننده است و تأخیر در انجام اقدامات درمانی، میزان پاسخ‌دهی درمان را کم می‌کند؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی و مقایسهٔ آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی هیجانی بر سوگیری توجه، عدم تحمل بلاتکلیفی و اجتناب شناختی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود.

روش‌بررسی: در این پژوهش از روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه استفاده شد. جامعهٔ آماری زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر منطقهٔ ۲۲ تهران در سال ۱۳۹۸ بودند که ۴۵ نفر داوطلب واجد شرایط، وارد پژوهش شدند. سپس با روش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند (هر گروه پانزده نفر). هریک از گروه‌های آزمایش در هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی هیجانی را دریافت کردند؛ اما برای گروه گواه مداخله‌ای ارائه نشد. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامهٔ سوگیری توجه (وودی و همکاران، ۱۹۹۷)، پرسش‌نامهٔ عدم تحمل بلاتکلیفی (فریستون و همکاران، ۱۹۹۴) و پرسش‌نامهٔ اجتناب شناختی (سکستون و دوگاس، ۲۰۰۸) صورت گرفت. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ انجام شد. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ درنظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، نمرات متغیرهای سوگیری توجه، اجتناب شناختی و عدم تحمل بلاتکلیفی در گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و گروه طرحواره‌درمانی هیجانی درمقایسه با گروه گواه، به‌طور معناداری کاهش یافت ($p<۰/۰۰۱$). همچنین بین اثربخش‌بودن طرحواره‌درمانی هیجانی درمقایسه با درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در کاهش علائم متغیرهای سوگیری توجه ($p=۰/۱۰۱$)، عدم تحمل بلاتکلیفی ($p=۰/۹۲۸$) و اجتناب شناختی ($p=۰/۸۲۵$) تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که هم آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و هم طرحواره‌درمانی هیجانی بر کاهش علائم سوگیری توجه، عدم تحمل بلاتکلیفی و اجتناب شناختی در زنان مبتلا به اضطراب فراگیر اثربخشی دارند.

کلیدواژه‌ها: آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، طرحواره‌درمانی هیجانی، سوگیری توجه، عدم تحمل بلاتکلیفی، اجتناب شناختی، اختلال اضطراب فراگیر.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

۱ مقدمه

تقریباً ۳۰درصد از بزرگسالان در برخی از مقاطع زندگی از یک اختلال اضطرابی[1] رنج می‌برند. باتوجه به تحقیقات، اختلالات اضطرابی دو تا سه‌برابر شایع‌تر از اختلالات خُلق‌وخوی، کنترل تکانه یا اختلالات سوءمصرف مواد در طی یک دورهٔ دوازده‌ماهه است (۱). اختلالات اضطربی، نگرانی عمدهٔ عمومی است؛ زیرا اضطراب، اختلالات درخورتوجهی را در عملکردهای اجتماعی، عواطف و جسمی به‌وجود می‌آورد که باعث ایجاد سطح زیادی از خدمات درمانی می‌شود (۲). علاوه‌بر هزینه‌های مستقیم بهداشتی عمومی، اختلالات اضطرابی با هزینه‌های غیرمستقیم چشمگیری مرتبط با نقص عملکرد همراه است (مانند کاهش ظرفیت عملکرد افراد در زمینه‌های مختلف زندگی، بیکاری و...). زنان درمعرض خطر بیشتری قرار دارند و احتمالاً ۱/۲ تا ۶/۸ برابر بیشتر از مردان درمعرض ابتلا به اختلالات اضطرابی هستند (۳). یکی از اختلالات اضطرابی که همپوشانی بیشتری با سایر اختلالات دارد، اختلال اضطراب فراگیر[2] است. این اختلال نوعی اختلال است که فرد دائماً دربارهٔ اتفاقات آینده نگران است و از آن‌ها هراس دارد. شیوع این اختلال اضطراب فراگیر در زنان تقریباً دوبرابر مردان است و ۰/۳ درصد در زنان و ۱/۵ درصد در مردان شیوع دارد (۴).

از عواملی که اختلال اضطراب فراگیر بر آن تأثیر می‌گذارد و از علائم آن است و اختلال اضطراب فراگیر را تشدید می‌کند، سوگیری توجه[3] نام دارد. سوگیری توجه به‌مدت چندین دهه به‌عنوان علائم بالینی مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر مطالعه شده است. سوگیری توجه با توجه انتخابی و اغراق‌آمیز به‌سمت تهدید و محرک‌ها، تصور می‌شود و نقش مهمی در علت و نگهداری آسیب‌شناسی اضطراب در تمامی سنین دارد (۵). درواقع، سوگیری توجه را می‌توان به فیلتری اطلاعاتی تشبیه کرد که پردازش ترجیحی اطلاعات بد و تهدیدآمیز را افزایش می‌دهد. این پردازش از تغییرات شناختی، عاطفی و رفتاری به‌وجود می‌آید که در آن رفتار مهار می‌شود و اجتناب یا واکنش‌پذیری افزایش می‌یابد؛ همچنین به‌نوبهٔ خود باعث تشدید اختلالات اضطرابی می‌شود و با گذشتن زمان ممکن است این الگوها سفت و سخت شود؛ بنابراین توجه ممکن است به‌عنوان یک بستر عمل کند (۶).

از عوامل دیگر تأثیرگذار بر اختلالات اضطراب فراگیر و تأثیرپذیر از این اختلالات، می‌توان به اجتناب شناختی[4] اشاره کرد. اجتناب شناختی می‌تواند به‌عنوان الگوهای تفکر عادت که شامل نگرانی است، ظاهر شود؛ این امر برای «تحریک احساسات» فرد به‌سبب اتفاقات بد به‌وجود می‌آید یا توجه را به‌سمت آینده‌ای منفی سوق می‌دهد. به این ترتیب، تکرار و تقویت اجتناب شناختی در تنظیم کم احساسات منفی مؤثر است و فرد را قادر می‌سازد از تجارب منفی دوری کند (۷).

از عوامل دیگر باید به عدم تحمل بلاتکلیفی[5] توجه کرد. عدم تحمل بلاتکلیفی، ویژگی بارزی است که منعکس‌کنندهٔ واکنش منفی شناختی، رفتاری و عاطفی در پاسخ به حوادث یا موقعیت‌های مبهم یا نامشخص است. به‌عنوان یک عامل آسیب‌پذیری شناختی، عدم تحمل بلاتکلیفی در ایجاد و نگهداری اضطراب و نگرانی آسیب شناختی نقش دارد (۸). افراد دارای عدم تحمل بلاتکلیفی بیشتر، نبود اطمینان را به‌منزلهٔ تهدید ارزیابی می‌کنند؛ حتی اگر عواقب نامطلوبی نداشته باشد و تمایل دارند درگیر شناخت‌ها (مانند نگرانی) و رفتارهایی شوند (مانند اجتناب) که تحریک عاطفی منفی را به‌حداقل می‌رساند. عدم تحمل بلاتکلیفی، الگویی مشخص افراد به‌طور گسترده با اختلالات اضطرابی به‌ویژه اختلال اضطراب فراگیر است (۹).

روان‌درمانی و دارودرمانی، هر دو درمانی مؤثر برای افراد مبتلا به اختلالات اضطراب فراگیر است (۶). از درمان‌هایی که ممکن است بر علائم اختلال اضطراب فراگیر تأثیرگذار باشد، می‌توان به آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد[6] و طرحواره‌درمانی هیجانی[7] اشاره کرد.

درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد که در تئوری یادگیری رفتاری قرار دارد، آموزش روان‌شناختی دربارهٔ استفاده از نگرانی را به‌عنوان استراتژی برای جلوگیری از تجارب داخلی ناراحت‌کننده معکوس می‌کند. همچنین این تکنیک درمانی بر ذهن‌آگاهی و شیوه‌های پذیرش تمرکز دارد تا آگاهی لحظه‌ای و دلسوزی غیرجنجالی دربارهٔ حوادث منفی را تقویت کند که در خدمت افزایش پذیرش و تمایل به مقابله با تجارت داخلی است (۱۰).

طرحواره‌درمانی هیجانی، الگویی شناختی‌اجتماعی از چگونگی درک، تفسیر، ارزیابی و پاسخ‌دادن افراد به احساسات دیگران است. همه درمعرض تجربهٔ طیف گسترده‌ای از «احساسات مشکل‌ساز» قرار دارند؛ ازجمله عصبانیت، اضطراب، غم، ناامیدی، حسادت و ناراحتی؛ اما همهٔ افراد دچار یک بیماری روانی نمی‌شوند. طرحواره‌درمانی هیجانی پیشنهاد می‌کند، افراد در نظریه‌های خود دربارهٔ احساسات و تنظیم احساسات متفاوت هستند و این تئوری‌های روان‌شناختی منجربه راهکارهای مشکل‌ساز برای مقابله با احساساتی مانند سرکوب، شایعه، اجتناب، سرزنش و سوءمصرف مواد می‌شوند. مدل طرحواره‌درمانی هیجانی تلاش می‌کند تا تئوری خاص احساسات فرد را روشن کرده، آن تئوری را اصلاح کند و استراتژی‌های سازگارتر تنظیم هیجان را ترغیب نماید (۱۱).

همان‌طورکه گفته شد، سازه‌های عدم تحمل بلاتکلیفی، اجتناب شناختی و سوگیری توجه نقش عمده‌ای در اختلال اضطراب فراگیر دارند و یافتن راه‌های درمانی دارویی و روانی برای کاهش این علائم می‌تواند در روند درمان مؤثر به این بیماران کمک‌کننده باشد. باتوجه به توضیحات داده‌شده دربارهٔ هدف این درمان‌ها می‌توان ادعا کرد که آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی هیجانی بر علائم اختلالات اضطراب فراگیر مؤثر است؛ بنابراین هدف از انجام این پژوهش، مقایسهٔ اثربخشی آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی هیجانی بر سوگیری توجه، عدم تحمل بلاتکلیفی و

1. Anxiety Disorder
2. Generalized Anxiety Disorder (GAD)
3. Attention bias
4. Cognitive avoidance
5. Intolerance of uncertainty
6. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
7. Emotional Therapy Schema

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

اجتناب شناختی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود.

۲ روش‌بررسی

پژوهش از نظر روش، نیمه‌آزمایشی بود که با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با یک گروه گواه انجام شد. جامعهٔ آماری را تمامی زنان مبتلا به اضطراب فراگیر منطقهٔ ۲۲ شهر تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. پژوهش در یک مرکز درمانی و مشاوره‌ای منطقهٔ ۲۲ صورت گرفت که از روی فهرست موجود مراکز، به‌صورت تصادفی انتخاب شد. از مسئول مرکز خواسته شد زنانی را که تشخیص اختلال اضطراب فراگیر برای آن‌ها توسط روان‌پزشک مرکز صادر شده است، معرفی کند. برای تحقیقات نیمه‌آزمایشی (مداخله‌ای) نمونه‌ای بین ۱۰تا۳۰ نفر کافی است (۱۲). تعداد ۴۵ نفر واجد شرایط داوطلب همکاری وارد مطالعه شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش شامل آموزش مبتنی‌بر تعهد و پذیرش و طرحواره‌درمانی هیجانی و یک گروه گواه قرار گرفتند (هر گروه پانزده نفر). سپس پروتکل آموزشی طرحواره‌درمانی هیجانی و آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد برای گروه‌های آزمایش طی هشت هفته، هر هفته یک جلسهٔ نوددقیقه‌ای اجرا شد؛ اما گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان دوره از هر سه گروه پس‌آزمون گرفته شد.

ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش شامل تشخیص اختلال اضطراب فراگیر و نداشتن تشخیص بالینی همایند با اختلال اضطراب فراگیر یا اختلالات ارگانیک، مصرف‌نکردن داروی پزشکی به‌طور هم‌زمان، نداشتن سابقهٔ بستری و مصرف دارو به‌لحاظ برخورداری از مشکلات روان‌شناختی مزمن، نداشتن سابقهٔ شرکت در جلسات درمانی روان‌شناختی دیگر به‌طور هم‌زمان، رضایت کامل شخص و مشارکت در پژوهش تا پایان بود. ملاک‌های خروج از پژوهش، تمایل‌نداشتن به همکاری، داشتن شرایط جسمی سخت، پاسخ‌ندادن به پرسش‌نامه‌ها و شرکت هم‌زمان در مداخلات روان‌شناختی دیگر در نظر گرفته شد. برای اجرای ملاحظات اخلاقی به افراد شرکت‌کننده توضیح داده شد که اطلاعاتشان کاملاً محرمانه خواهد بود و اسمی از آن‌ها در روند پژوهش نخواهد آمد؛ بنابراین با اعلام رضایت وارد پژوهش شدند.

در این پژوهش، پرسش‌نامه‌های زیر در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین جلسات مداخله به‌کار رفت.

ـ پرسش‌نامهٔ سوگیری توجه[1]: این پرسش‌نامه توسط وودی و همکاران در سال ۱۹۹۷ ساخته شد (۱۳). این پرسش‌نامه دارای ده سؤال و دو خرده‌مقیاس (کانون توجه به خود و کانون توجه به دیگران) است. نمره‌گذاری به‌صورت طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از اصلاً درست نیست (۱) تا کاملاً درست است (۵)، انجام می‌شود. نمرهٔ کمتر نشان‌دهندهٔ نداشتن سوگیری و نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ سوگیری در فرد است (۱۳). ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های کانون توجه به خود و کانون توجه به دیگران به‌ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۷۲ گزارش شد و روایی سازه توسط سازنده به تأیید رسید (۱۳). خیر و همکاران روایی سازه‌ای پرسش‌نامه را با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس بررسی کردند. نتایج تحلیل دو مؤلفه نشان داد که این مؤلفه‌ها درمجموع، ۵۵/۸۵ از واریانس نمرات کانون توجه را به خود اختصاص می‌دهد (۱۴).

ـ پرسش‌نامهٔ عدم تحمل بلاتکلیفی[2]: این پرسش‌نامه توسط فریستون و همکاران در سال ۱۹۹۴ به‌منظور سنجش میزان تحمل افراد دربرابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی‌از بلاتکلیفی تهیه شد (۱۵). این پرسش‌نامه دارای ۲۷ سؤال و دو خرده‌مقیاس (بلاتکلیفی تلویحات خودارجاعی و رفتار منفی و تباه‌کردن همه‌چیز) است که به‌صورت طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از هرگز=۱ تا همیشه=۵ نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره در این مقیاس ۲۷ و حداکثر نمره ۱۳۵ است. نمرهٔ بیشتر به‌معنای عدم تحمل بلاتکلیفی زیاد در فرد است (۱۵). فریستون و همکاران اعتبار این پرسش‌نامه را رضایت‌بخش گزارش کردند و ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی را (با فاصلهٔ پنج هفته) به‌ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۷۴ به‌دست آوردند (۱۵). ضریب همبستگی این مقیاس با پرسش‌نامهٔ نگرانی[3] (r=۰/۶۰)، سیاههٔ افسردگی بک[4] (r=۰/۵۹) و سیاههٔ اضطراب بک[5] (r=۰/۵۵) در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود (۱۶). محمودعلیلو و همکاران در ایران این ابزار را به فارسی ترجمه کردند و ویژگی‌های روان‌سنجی آن مطلوب توصیف شد. پایایی پرسش‌نامه به‌روش بازآزمایی ۰/۷۶ گزارش شد؛ همچنین ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۸ به‌دست آمد (۱۷).

ـ پرسش‌نامهٔ اجتناب شناختی[6]: این پرسش‌نامه توسط سکستون و دوگاس در سال ۲۰۰۸ ارائه شد (۱۸). این پرسش‌نامه دارای ۲۵ سؤال و پنج خرده‌مقیاس (فرونشانی فکر، جانشینی فکر، حواس‌پرتی، اجتناب از محرک تهدیدکننده، تصورات مربوط به افکار) است که به‌صورت طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً غلط (۱) تا کاملاً نادرست (۵) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بیشتر نشان‌دهندهٔ اجتناب شناختی و نمرهٔ کمتر بیانگر نبود اجتناب شناختی است (۱۸). سکستون و دوگاس نشان دادند، ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه ۰/۹۵ و پایایی بازآزمایی طی شش هفته ۰/۸۵ است (۱۸). در پژوهش بساک‌نژاد و همکاران ضریب پایایی مقیاس به‌روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷ تا۰/۹ به‌دست آمد. اعتبار همگرایی ابزار ازطریق ضریب همبستگی با سیاههٔ فرونشانی فکر خرس سفید برابر ۰/۴۸ به‌دست آمد؛ بنابراین این پرسش‌نامه از ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی برخوردار است (۱۹).

ـ آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی هیجانی: طرح درمانی این مطالعه برای آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، براساس پژوهش بهروز و همکاران (۲۰) بود که در قالب هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای (جدول ۱) اجرا شد. طرح درمانی طرحواره‌درمانی هیجانی براساس کتاب *راهنمای کاربردی تکنیک‌های هیجان در روان‌درمانی*

1. Attention Bias Questionnaire
2. Uncertainty Intolerance Questionnaire
3. Concern Questionnaire
4. Beck Depression Inventory
5. Beck Anxiety Inventory
6. Cognitive Avoidance Questionnaire

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

(۲۱) در قالب هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای تهیه شد (جدول ۲). یک متخصص روان‌شناسی بالینی و یک متخصص روان‌شناسی طرح‌های درمانی مذکور را بررسی کردند و پس از اعمال نظرات متخصصان، راهنمای درمان‌ها تهیه شد. برای روایی محتوا از شاخص روایی والتز و باسل[1] با ده متخصص استفاده شد و مقدار شاخص روایی محتوا (CVI) برای آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد ۰/۸۷ و برای طرحواره‌درمانی هیجانی ۰/۸۹ به‌دست آمد که پذیرفتی بود.

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات درمانی آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد

جلسه	موضوع
اول	معرفی درمانگر، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطهٔ درمانی، معرفی درمان و ساختار جلسات، ارائهٔ اطلاعات دربارهٔ اختلالات اضطرابی و انواع آن
دوم	ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر، بررسی ایجاد درماندگی خلاق
سوم	تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و پی‌بردن به بیهودگی آن‌ها، توضیح‌دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار و مقاومت
چهارم	معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی‌شده و گسلش، کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان، تضعیف اتلاف خود با افکار و عواطف
پنجم	نشان‌دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، مشاهدهٔ خود به‌عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود، توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهدهٔ خویشتن به‌عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل
ششم	شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و تمرکز بر این ارزش‌ها، استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی
هفتم	بررسی ارزش‌های هریک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی، تفاوت بین ارزش‌ها
هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، بیان نکاتی دربارهٔ مفهوم خود و آمادگی برای مقابله، جمع‌بندی و ارزیابی، اجرای پس‌آزمون.

جدول ۲. خلاصهٔ جلسات درمانی طرحواره‌درمانی هیجانی

جلسه	موضوع
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، توضیح دربارهٔ اهداف، آماده‌سازی و معرفی مدل طرحوارهٔ هیجانی
دوم	ارائهٔ الگویی از هیجان‌ها به شرکت‌کننده‌ها، تقویت آگاهی هیجانی، اعتباربخشیدن به هیجانات، شناسایی طرحواره‌های هیجانی دردسرساز
سوم	ابداع راهبردهای انطباقی برای سازش با اعتبارزدایی، برچسب‌زنی و افتراق هیجان‌ها از همدیگر، افزایش تحمل احساسات مختلط، بهنجارسازی تجربهٔ هیجانی
چهارم	پذیرش احساسات، بهنجارسازی تجربهٔ هیجانی، تمایزگذاشتن بین هیجان‌ها و اقدام، تجربه‌کردن هیجان‌ها به‌صورت یک موج، آمایش رفتاری پیش‌بینی عاطفی
پنجم	افزایش قدرت پذیرش احساسات، اتخاذ موضعی به دور از قضاوت برای هیجان، انجام‌دادن آزمایش رفتاری به‌منظور آزمون باورهای هیجانی غلط
ششم	تقویت آگاهی هیجانی، القای هیجان، فضاسازی هیجانی، بررسی هیجان به‌عنوان هدف
هفتم	بالارفتن از نردبان مفاهیم برتر، تمایز افکار و احساسات، فاجعه‌زدایی
هشتم	فن وکیل مدافع، بررسی شواهد افکار منفی، سبک و سنگین‌کردن منافع و مضرات، جمع‌بندی، اجرای پس‌آزمون

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل روش تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی و همچنین برای پیش‌فرض‌های روش تحلیل کوواریانس از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف، آزمون لون و شیب رگرسیونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۳ استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ درنظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

یافته‌های توصیفی مربوط به داده‌های جمعیت‌شناختی گروه‌ها در جدول ۳ ارائه شده است.

شاخص‌های آمار توصیفی و استنباطی گروه‌ها، قبل و بعد از آزمایش در جدول‌های ۴ و ۵ آمده است. آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) سه گروه در جدول ۴ مشاهده می‌شود که نشان می‌دهد، میانگین نمرات پیش‌آزمون متغیرهای سوگیری توجه، اجتناب شناختی و عدم تحمل بلاتکلیفی بعد از درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی هیجانی، در مرحلهٔ پس‌آزمون کاهش یافته است. برای ارزیابی معناداری تغییرات مذکور در دو مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده شد. برای بررسی نرمال‌بودن نمرات، آزمون کولموگروف‌اسمیرنف به‌کار رفت. نتایج مشخص کرد، فرض نرمالیتی رد نشد ($p>۰/۰۵$). همچنین یافته‌های آزمون لون برای بررسی فرض همسانی واریانس‌های متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه در پس‌آزمون و پیش‌آزمون استفاده شد که نتیجهٔ این آزمون معنادار نبود ($p>۰/۰۵$). نتایج همسانی شیب رگرسیونی بین نمرات پیش‌آزمون و گروه معنادار نبود و برقراری پیش‌فرض شیب

[1]. Waltz & Bausell

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

رگرسیونی نیز مشخص شد (p>۰/۰۵). همان‌طورکه در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بین دو گروه درمانی و گروه گواه در نمرات پس‌آزمون عدم تحمل بلاتکلیفی، سوگیری توجه و اجتناب شناختی تفاوت معنادار وجود داشت (p<۰/۰۰۱). به عبارت دیگر با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، میزان نمرات سوگیری توجه، اجتناب شناختی و عدم تحمل بلاتکلیفی در دو گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه، به‌طور معناداری کاهش یافت. میزان تأثیر طرحواره‌درمانی هیجانی و آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر عدم تحمل بلاتکلیفی ۰/۷۶ درصد، بر اجتناب شناختی ۰/۶۹ درصد و بر سوگیری توجه ۰/۷۹ درصد بود.

جدول ۳. شاخص‌های جمعیت‌شناختی مربوط به گروه‌های بررسی‌شده

متغیر		گروه مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	گروه طرحواره‌درمانی هیجانی	گروه گواه
گروه سنی	۲۷تا۳۳سال	۵	۰	۰
	۳۴تا۴۰سال	۹	۹	۱۴
	۴۱تا۴۷سال	۱	۶	۱
تحصیلات	ابتدایی	۲	۱	۰
	سیکل	۱	۰	۱
	دیپلم	۴	۲	۴
	فوق‌دیپلم	۴	۴	۵
	لیسانس	۳	۴	۴
	فوق‌لیسانس	۱	۳	۱
	دکترا	۰	۱	۰
وضعیت تأهل	مجرد	۴	۵	۵
	متأهل	۱۱	۱۰	۱۰

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک دو گروه آزمایش و یک گروه گواه به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسهٔ میانگین گروه‌ها

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر
عدم تحمل بلاتکلیفی	آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	۱۱۰/۰۰	۹/۸۸	۶۸/۱۳	۹/۳۳	۶۴/۸۲	<۰/۰۰۱	۰/۷۶
	آموزش طرحواره‌درمانی هیجانی	۱۱۰/۶۰	۴/۴۸	۶۱/۰۰	۴/۱۴			
	گواه	۱۰۹/۱۳	۲/۴۱	۱۱۰/۹۳	۴/۸۳			
اجتناب شناختی	آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	۱۰۲/۴۶	۵/۸۴	۵۸/۸۶	۸/۶۲	۴۶/۱۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۹
	آموزش طرحواره‌درمانی هیجانی	۱۰۱/۲۰	۵/۸۳	۵۷/۸۶	۴/۲۹			
	گواه	۱۰۰/۳۳	۳/۲۲	۹۹/۵۳	۴/۵۹			
سوگیری توجه	آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	۴۱/۶۶	۳/۸۴	۲۴/۰۰	۴/۵۰	۷۷/۹۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۹
	آموزش طرحواره‌درمانی هیجانی	۴۱/۱۳	۴/۰۸	۲۱/۷۳	۳/۴۹			
	گواه	۳۹/۴۶	۱/۷۲	۴۱/۷۳	۱/۷۹			

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ دوتایی گروه‌ها در متغیرهای پژوهش در پس‌آزمون

			تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
عدم تحمل بلاتکلیفی	مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	طرحواره‌درمانی هیجانی	۱/۲۳	۴/۴۳	۰/۹۲۸
	مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	گواه	۳۷/۲۴	۴/۶۵	<۰/۰۰۱
	طرحواره‌درمانی هیجانی	گواه	۳۸/۴۸	۴/۳۹	<۰/۰۰۱
اجتناب شناختی	مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	طرحواره‌درمانی هیجانی	۱/۸۰	۳/۵۹	۰/۸۲۵
	مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	گروه	۳۴/۲۶	۳/۷۶	<۰/۰۰۱
	طرحواره‌درمانی هیجانی	گروه	۳۶/۰۶	۳/۵۵	<۰/۰۰۱
سوگیری توجه	مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	طرحواره‌درمانی هیجانی	۳/۲	۱/۵۳	۰/۱۰۱
	مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	گروه	۱۵/۷۳	۱/۵۳	<۰/۰۰۱
	طرحواره‌درمانی هیجانی	گروه	۱۸/۹۳	۱/۵۳	<۰/۰۰۱

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

در جدول ۵ ازطریق آزمون تعقیبی بونفرونی به بررسی مقایسهٔ میانگین نمرات آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی هیجانی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرداخته شد. همان‌طورکه ملاحظه می‌شود، بین افراد گروه‌های مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی هیجانی باگروه‌گواه، در پس‌آزمون در متغیرهای عدم تحمل بلاتکلیفی، اجتناب شناختی و سوگیری توجه، تفاوت معنادار وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$) و هر دو روش بر کاهش علائم سوگیری توجه، اجتناب شناختی و عدم تحمل بلاتکلیفی مؤثر بودند. همچنین با مقایسهٔ گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد باگروه طرحواره‌درمانی هیجانی ملاحظه شد، بین درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با درمان طرحواره‌درمانی هیجانی در کاهش شدت علائم متغیرهای سوگیری توجه ($p=۰/۱۰۱$)، عدم تحمل بلاتکلیفی ($p=۰/۹۲۸$) و اجتناب شناختی ($p=۰/۸۲۵$) تفاوت معناداری وجود نداشت.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی هیجانی بر عدم تحمل بلاتکلیفی، سوگیری توجه و اجتناب شناختی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر صورت گرفت. نتایج پژوهش نشان داد، آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی هیجانی بر هر سه متغیر اثربخش بودند.

در تبیین یافته‌ها مبنی‌بر اثربخش‌بودن دو روش درمانی مذکور می‌توان گفت، سوگیری توجه به‌عنوان یکی از سازه‌های عمده در اختلال اضطرابی، موقعیت‌های اجتماعی را تهدیدکننده‌تر از سایر گروه‌ها تفسیر می‌کند. ترس از تجربه‌کردن هیجان و اجتناب هیجانی مشکل اصلی در اختلال اضطراب فراگیر است (۲۲). رحمانیان و رادمهر در پژوهشی مشابه به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش توجه و سوگیری مؤثر و مناسب است (۲۳). مؤمنی و همکاران اعلام کردند، طرحواره‌درمانی هیجانی بر کاهش سوگیری توجه اثربخش است (۲۴)؛ بنابراین با شناسایی عوامل زیربنایی که موجب ترس و اجتناب از تجربهٔ هیجانی می‌شوند، می‌توان به بهبود اضطراب و اجتناب این بیماران کمک کرد.

در تبیین نتایج پژوهش حاضر برطبق نظریه‌های شناختی می‌توان گفت، توجه انتخابی به محرک‌های تهدیدآمیز و منفی، اضطراب را تشدید می‌کند و قضاوت در زمینهٔ رویدادها را به انحراف می‌کشاند. هدف درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد ایجاد نگرش و رابطه‌ای متفاوت با افکار و احساسات است؛ ازاین‌رو درمان مذکور به‌دلیل افزایش‌دادن انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد، در درمان سوگیری توجه تأثیرگذار است. منطق طرحواره‌درمانی هیجانی این است که هیجان به‌خودی‌خود دردسرساز نخواهد بود؛ تفسیرها و راهبردهای مقابله‌ای تعیین‌کننده است (۲۵). ازآنجاکه طرحواره‌درمانی هیجانی در استدلال و تفسیر درست هیجانات کمک‌کننده است، می‌تواند در درمان سوگیری توجه مفید باشد.

منصوری و کروزده در پژوهشی نشان دادند، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر تحمل بلاتکلیفی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است (۲۶). خوشنویس و همکاران در پژوهشی مشابه نشان دادند، درمان مبتنی‌بر طرحواره‌درمانی هیجانی بر عدم تحمل بلاتکلیفی تأثیر مثبت دارد (۲۷). عدم تحمل ازطریق سازوکارهای مختلفی مانند ایجاد مشکل در پردازش اطلاعات، ایجاد مشکل در فرایند تصمیم‌گیری و ایجاد اعتقاد کمتر به تصمیم‌گیری‌ها منجربه نگرانی و اضطراب فراگیر می‌شود (۲۷). باتوجه به گرایش اغراق‌آمیز افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به انجام‌دادن تفسیرهای تهدیدآمیز، آن‌ها با موقعیتی مواجهه می‌شوند که چند نتیجهٔ احتمالی دارد و بدترین حالت را مدنظر قرار می‌دهند. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی هیجانی هر دو باتوجه به خصوصیاتی که در طی فرایند درمان دارند، می‌توانند عدم تحمل بلاتکلیفی را در افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر کاهش دهند.

میرزاحسینی و همکاران در پژوهشی بر تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر اجتناب شناختی به این نتیجه رسیدند که این درمان بر کاهش اجتناب شناختی مؤثر است (۲۸). خوشنویس و همکاران در پژوهشی دریافتند، طرحواره‌درمانی هیجانی بر اجتناب شناختی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر دارد (۲۷). درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد برطبق نظریهٔ زمینه‌گرایی کارکردی است. هدف این درمان برقراری ارتباط با تجارب خود است. این درمان به‌صورتی آشکار بر ارتقای پذیرش تجربیات روان‌شناختی و تعهد می‌پردازد و بدون درنظرداشتن محتوای تجرییات روان‌شناختی، به افزایش فعالیت‌های معنابخش سازگارانه و انعطاف‌پذیر تأکید دارد. به همین دلیل بر اجتناب شناختی اثری مثبت می‌گذارد. در طرحواره‌درمانی هیجانی، در زمان دچارشدن فرد به آشفتگی هیجانی، ارزیابی‌ها دربارهٔ هیجان‌ها و راهبردهای به‌کارگرفته‌شده توسط فرد شناسایی می‌شود. همچنین به‌جای قضاوت، سرکوب‌کردن، فرار یا اجتناب از هیجان، طرحواره‌درمانی به عادی‌سازی، اعتباربخشی و ترغیب به پذیرش طیف گسترده‌ای از هیجان‌ها کمک می‌کند. بیمار می‌آموزد به‌جای سرکوب‌کردن هیجان‌های خود یا قربانی‌شدن توسط آن‌ها، به وجود هیجان‌های خود آگاه باشد و تلاش کند تجربهٔ خود را هرچه عمیق‌تر دریافت کند (۲۹).

در تبیینی کلی می‌توان گفت، درمان‌های نوین روان‌شناسی که به‌عنوان درمان‌های موج سوم روان‌درمانی شناخته می‌شوند، به نقش منابع روان‌شناختی افراد در مواجهه با رویدادهای پرفشار تأکید دارند و بر این عقیده هستند که این منابع می‌توانند تدابیر درمانی لازم را برای بهبود افراد تحت فشار فراهم آورند. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی هیجانی هر دو در کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی، سوگیری توجه و اجتناب شناختی تأثیرگذارند.

تعداد کم افراد نمونه، همتانبودن گروه‌ها از نظر میزان تحصیلات، سن و شدت اختلال، محدودکردن به جامعهٔ زنان و نبودن مرحلهٔ پیگیری درمان‌ها از محدودیت‌هایی بود که در این پژوهش وجود داشت. باتوجه به نتایج به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود حجم نمونهٔ بیشتری انتخاب شود، تداوم اثر درمان‌ها در فواصل مناسب انجام گیرد و از هر دو جنس در پژوهش‌های آتی استفاده شود؛ همچنین باتوجه به اثرگذاری مداخله‌های به‌کاررفته در این پژوهش، پیشنهاد می‌شود در مراکز درمانی و مشاوره و حتی در دانشگاه‌ها چنین مداخله‌هایی انجام شود تا اضطراب در بین افراد کاهش یا بهبود یابد.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

۵ نتیجه‌گیری

براساس نتایج پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که هم آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و هم طرحواره‌درمانی هیجانی بر کاهش علائم سوگیری توجه، عدم تحمل بلاتکلیفی و اجتناب شناختی در زنان مبتلا به اضطراب فراگیر اثربخش هستند و تفاوت معنادار باهم ندارند؛ ازاین‌رو می‌توان در راستای کاهش علائم افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از این دو روش در کنار سایر روش‌های درمانی رایج استفاده کرد.

۶ تشکر و قدردانی

نویسندگان لازم می‌دانند از مسئولان دانشگاه آزاد اسلامی و تمامی عوامل کلینیک‌ها و بانوانی که نهایت همکاری را با پژوهشگران در اجرای پژوهش داشتند، تشکر و قدردانی کنند.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

برای اجرای ملاحظات اخلاقی به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد که اطلاعاتشان کاملاً محرمانه خواهد بود و اسمی از آن‌ها در روند پژوهش نخواهد آمد؛ بنابراین شرکت‌کنندگان با اعلام رضایت وارد پژوهش شدند.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تضاد منافع

این مقاله گزارش بخشی از رسالهٔ مقطع دکترای تخصصی روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز است. نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

References

1. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month dsm-iv disorders in the national comorbidity survey replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):617. https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617
2. Ohayon MM, Shapiro CM, Kennedy SH. Differentiating DSM-IV anxiety and depressive disorders in the general population: comorbidity and treatment consequences. Can J Psychiatry. 2000;45(2):166–72. https://doi.org/10.1177/070674370004500207
3. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. Can J Psychiatry. 2006;51(2):100–13.
4. Bandelow B, Reitt M, Röver C, Michaelis S, Görlich Y, Wedekind D. Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. International Clinical Psychopharmacology. 2015;30(4):183–92. https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000078
5. Bar-Haim Y, Lamy D, Pergamin L, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: a meta-analytic study. Psychological Bulletin. 2007;133(1):1–24. https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.1
6. Pérez-Edgar K, Kujawa A, Nelson SK, Cole C, Zapp DJ. The relation between electroencephalogram asymmetry and attention biases to threat at baseline and under stress. Brain and Cognition. 2013;82(3):337–43. https://dx.doi.org/10.1016/j.bandc.2013.05.009
7. Borkovec TD, Alcaine OM, Behar E. Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In: Heimberg RG, Turk CL, Mennin DS; editors. Generalized anxiety disorder: advances in research and practice. New York, London: The Guilforsd Press; 2004.
8. Carleton RN. The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders: theoretical and practical perspectives. Expert Rev Neurother. 2012;12(8):937–47. https://doi.org/10.1586/ern.12.82
9. Koerner N, Dugas MJ. An investigation of appraisals in individuals vulnerable to excessive worry: the role of intolerance of uncertainty. Cogn Ther Res. 2008;32(5):619–38. https://doi.org/10.1007/s10608-007-9125-2
10. Sagui-Henson SJ. Cognitive avoidance. In: Zeigler-Hill V, Shackelford TK; editors. Encyclopedia of personality and individual differences. Springer, Cham; 2017. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_964-1
11. Leahy RL. Introduction: emotional schemas and emotional schema therapy. J Cogn Ther. 2019;12(1):1–4. https://doi.org/10.1007/s41811-018-0038-5
12. Hasanzadeh. R. Ravesh tahghigh karbordi (rahnamaye tadvine payan name va ejraye kargah haye amoozeshi) [Applied research methodology (guidelines for dissertation compilation and workshops implementation)]. Tehran: Ravan Publishing; 2014. [Persian]
13. Woody SR, Chambless DL, Glass CR. Self-focused attention in the treatment of social phobia. Behav Res Therapy. 1997;35(2):117–29. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00084-8
14. Khayyer M, Ostovar S, Latifian M, Taghavi M R, Samani S. The study of mediating effects of self-focused attention and social self-efficacy on links between social anxiety and judgment biases. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2008;14(1):24–32. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-411-en.html

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

15. Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? Pers Individ Dif. 1994;17(6):791–802. https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5
16. Buhr K, Dugas MJ. Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. J Anxiety Disord. 2006;20(2):222–36. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.12.004
17. Mahmud Aliloo M, Shahjooee T, Hashemi Z. Comparison of intolerance of uncertainty, negative problem orientation, cognitive avoidance, positive beliefs about worries in patient whit generalized anxiety disorder and control group. Journal of Modern Psychological Researches. 2011;5(20):169–87. [Persian] https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4189.html?lang=en
18. Sexton KA, Dugas MJ. The cognitive avoidance questionnaire : validation of the English translation. J Anxiety Disord. 2008;22:335-70. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.04.005
19. Bassak-Nejad S, Moini N, Mehrabizadeh-Honarmand M. The relationship between post event processing and cognitive avoidance with social anxiety among students. Journal of Behavioral Sciences. 2011;4(4):335–40. [Persian]
20. Behrouz B, Bavali F, Heidarizadeh N, Farhadi M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological symptoms, coping styles, and quality of life in patients with type-2 diabetes. Journal of Health & Hygiene. 2016;7(2):236–53. [Persian]
21. Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. Emotion regulation in psychotherapy: a practitioners guide. Mansouri Rad A. (Persian translator). Tehran: Arjmand; 2013.
22. Leahy RL. A model of emotional schemas. Cognitive and Behavioral Practice. 2002;9(3):177–90. https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80048-7
23. Rahmanian M, Dehestani M, Alavi Barogh SF. Effectiveness Acceptance and Commitment Therapy on Irrational beliefs and bias toward incentives with negative emotions in adolescent girls. Social Cognition. 2018;7(1):91–104. [Persian] https://sc.journals.pnu.ac.ir/article_4847_en.html
24. Momeni K, Radmehr F. Evaluating the effectiveness of emotional schema therapy on interpretation bias (self-interpretation, interpretation of others) in patients with generalized anxiety disorder. Clinical Psychology Studies. 2018;8(32):49–65. [Persian] https://jcps.atu.ac.ir/article_9541_en.html
25. Rezaee F, Sepahvandi MA, Mirzaee Haabili K. The effectiveness of emotional schema therapy on cognitive-behavioral avoidance and the severity of generalized anxiety of symptoms of female students with generalized anxiety disorder. Psychological Studies. 2017;13(1):43–62. [Persian] https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_2830.html?lang=en
26. Mansouri A, Korozhde N. The effectiveness of the acceptance and commitment therapy on the intolerance of uncertainty, worry and insomnia in mothers of children with autism spectrum disorder. J Res Behav Sci. 2017;15(3):347–53. [Persian]
27. Khoshnevis E, Ahmadzadeh S, Zomorodi S. The effectiveness of schema therapy- based training on generalized anxiety, intolerance of uncertainty and cognitive distortion in university students. Health and Development Journal. 2018;7(3):250–61. [Persian] https://dx.doi.org/10.22062/jhad.2018.91292
28. Mirzahosseini H, Pourabdol S, Saravani S. The effect of acceptance and commitment therapy in decreasing cognitve avoidanceamong students with specific learning disorder (SLD). Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2017;22(3):166–75. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2637-en.html
29. Hoffmann D, Rask CU, Hedman-Lagerlöf E, Ljótsson B, Frostholm L. Development and feasibility testing of internet-delivered acceptance and commitment therapy for severe health anxiety: pilot study. JMIR Ment Health. 2018;5(2):e28. https://doi.org/10.2196/mental.9198

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]