Journal of Research in Psychological Health
June 2025, Volume 19, Issue 1

Comparing the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy on alexithymia in women with generalized anxiety disorder

Asiyeh Malekdar[1], Javanshir Asadi[2*], Arastoo Mirani[3]

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

2. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Go.C., Islamic Azad University, Gorgan, Iran. 3838354052@iau.ir

3. Assistant Professor, Department of psychology, Go.C., Islamic Azad University, Gorgan, Iran.

Citation: Malekdar, A., Asadi, J., Mirani, A. Comparing the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy on alexithymia in women with generalized anxiety disorder. **J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2025; 19 (1):1-15 [Persian].

Article Info:

Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy on reducing alexithymia in women with generalized anxiety disorder. The research employed a quasi-experimental design with pretest-posttest and control groups. A purposive sample of 45 women diagnosed with generalized anxiety disorder who referred to the Aramis Psychology Clinic in Shahr-e Rey was selected and randomly assigned into three groups: schema therapy, acceptance and commitment therapy, and control. The experimental groups underwent eight 90-minute intervention sessions. The Toronto Alexithymia Scale was used to measure alexithymia, and data were analyzed using analysis of covariance. Results indicated that both therapeutic approaches significantly reduced alexithymia ($p < 0.05$); however, schema therapy demonstrated greater effectiveness in improving the components of emotion identification and description, as well as reducing externally oriented thinking. These findings support the beneficial role of both approaches in enhancing emotional regulation among individuals with generalized anxiety disorder and highlight the necessity of addressing emotional dimensions in psychological treatments. It is recommended that the choice of therapeutic approach be made considering the individual characteristics of the client.

Key words
Generalized Anxiety Disorder, Alexithymia, Schema Therapy, Acceptance and Commitment Therapy

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.10.8]

مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی هیجانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

آسیه ملک دار[۱]، جوانشیر اسدی* [۲]، ارسطو میرانی[۳]،

[۱] دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

[۲] نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران. 3838354052@iau.ir

[۳] استادیار، گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

تاریخ دریافت
1403/10/13
تاریخ پذیرش نهایی
1404/3/31

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ناگویی هیجانی زنان مبتلا به این اختلال انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون و گروه کنترل بود. نمونه‌ای ۴۵ نفره از زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر که به کلینیک روان‌شناسی آرامیس شهرری مراجعه کرده بودند، به صورت هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه طرحواره‌درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل تقسیم شدند. گروه‌های آزمایشی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله قرار گرفتند. برای سنجش ناگویی هیجانی از پرسشنامه تورنتو استفاده شد و داده‌ها با تحلیل کوواریانس بررسی گردید. نتایج نشان داد هر دو رویکرد درمانی به طور معناداری ناگویی هیجانی را کاهش داده‌اند($p<0.05$) ، اما طرحواره‌درمانی اثربخشی بیشتری در بهبود مؤلفه‌های تشخیص و توصیف احساسات و کاهش تفکر عینی نشان داد. این یافته‌ها مؤید نقش مؤثر هر دو رویکرد در بهبود تنظیم هیجانی در مبتلایان به اضطراب فراگیر است و بر ضرورت توجه به ابعاد هیجانی در درمان‌های روان شناختی تأکید دارد. توصیه می شود انتخاب رویکرد درمانی با در نظر گرفتن ویژگی‌های فردی مراجع صورت گیرد.

واژگان کلیدی
اضطراب فراگیر، ناگویی هیجانی، طرحواره‌درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.10.8]

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر[1] یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات اضطرابی در روان‌شناسی بالینی است که با نگرانی‌های افراطی، مداوم و غیرقابل‌کنترل درباره موضوعات متعدد زندگی مشخص می‌شود (سیئرژانتوویچ، لادنی و لووکو ،۲۰۲۲). ماهیت فراگیر این نگرانی‌ها باعث می‌شود که فرد تقریباً در تمامی ابعاد زندگی روزمره خود تحت‌تأثیر قرار گیرد. شواهد نشان می‌دهد که شیوع این اختلال در جمعیت عمومی نسبتاً بالا بوده و معمولاً سیر مزمن و عودکننده دارد (اونامو و همکاران، ۲۰۲۱). بیماران مبتلا به GAD اغلب علاوه بر نشانه‌های روانی همچون تنش هیجانی و نگرانی‌های دائمی، مشکلات جسمانی نظیر اختلالات خواب، خستگی مزمن و تنش عضلانی را نیز تجربه می‌کنند (بولهن و همکاران ،۲۰۲۰). پیامدهای این اختلال تنها به بعد فردی محدود نمی‌شود، بلکه می‌تواند کیفیت زندگی، بهره‌وری شغلی و روابط خانوادگی و اجتماعی فرد را به شدت کاهش دهد. علاوه بر این، GADیکی از عوامل مستعدکننده و تشدیدکننده سایر اختلالات روان‌پزشکی از جمله افسردگی، اختلالات جسمانی‌شکل و سوءمصرف مواد محسوب می‌شود (هیرش و همکاران ،۲۰۲۱). این شواهد ضرورت شناسایی و درمان مؤثر این اختلال را در اولویت پژوهش‌ها و مداخلات روان‌شناختی قرار می‌دهد.

یکی از ویژگی‌های مهم و چالش‌برانگیز در بیماران مبتلا به GAD، وجود ناگویی هیجانی[2]است. ناگویی هیجانی به عنوان یک ویژگی شخصیتی پایدار، شامل سه بعد اصلی یعنی دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و سبک تفکر عینی یا برون‌گرایانه است. (کیم و نیومَن ،۲۰۲۳). افراد دارای این ویژگی معمولاً قادر به درک و نام‌گذاری دقیق هیجانات خود نیستند و در نتیجه نمی‌توانند آنها را به‌طور سازگارانه تنظیم کنند. شواهد نشان داده‌اند که ناگویی هیجانی با افزایش شدت اضطراب، افسردگی و مشکلات بین‌فردی رابطه مستقیم دارد (بودیکایانتی و همکاران، ۲۰۱۹) . بیماران مبتلا به GAD به دلیل تجربه اضطراب مزمن، اجتناب هیجانی و استفاده از سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد، بیش از سایر افراد مستعد بروز این ویژگی هستند (تساباکی و شیمیزو، ۲۰۲۴). ناگویی هیجانی علاوه بر تشدید علائم اضطرابی، منجر به کاهش حمایت اجتماعی، بروز سوءتفاهم‌های بین‌فردی و افزایش احساس انزوا می‌شود. از منظر بالینی، این ویژگی به عنوان یک مانع جدی در فرآیند درمان عمل کرده و پاسخ‌دهی بیماران به مداخلات روان‌شناختی را کاهش می‌دهد (سان و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین پرداختن به این مؤلفه نه تنها در کاهش نشانه‌هایGAD ، بلکه در ارتقای کیفیت زندگی بیماران اهمیت اساسی دارد.

در دهه‌های اخیر رویکردهای مختلف روان‌درمانی برای درمان GAD و کاهش مشکلات هیجانی طراحی و اثربخشی آنها بررسی شده است. در میان این درمان‌ها، طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل تأکید بر عوامل عمیق و بنیادی، توجه زیادی را به خود جلب کرده‌اند. طرحواره‌درمانی بر اساس نظریه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ بنا شده است و هدف اصلی آن شناسایی و اصلاح این طرحواره‌هاست که از تجارب ناکارآمد دوران کودکی شکل گرفته و در بزرگسالی منجر به الگوهای فکری-هیجانی ناسالم می‌شوند(ون دایک و همکاران، ۲۰۲۳). این رویکرد با استفاده از تکنیک‌های شناختی، هیجانی و رفتاری، به بیماران کمک می‌کند الگوهای ناکارآمد را تغییر داده و روابط سالم‌تری با خود و دیگران برقرار کنند(ژانگ و همکاران، ۲۰۲۳). در مقابل، ACTکه در چارچوب درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی قرار دارد، بر پذیرش تجربه‌های هیجانی منفی، جداسازی شناختی از افکار ناکارآمد و افزایش تعهد به ارزش‌های شخصی تأکید دارد(فریرا و همکاران، ۲۰۲۲). این درمان با تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش اجتناب هیجانی، می‌تواند به‌طور غیرمستقیم به بهبود ناگویی هیجانی و کاهش نشانه‌های اضطراب منجر شود(کنستانتینو و

[1] Generalized Anxiety Disorder; GAD

[2] Alexithymia

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.10.8]

همکاران، ۲۰۲۳). شواهد نشان می‌دهد هر دو رویکرد در کاهش علائم اضطرابی اثربخش هستند، اما تأثیر نسبی آنها بر ناگویی هیجانی به‌طور مستقیم کمتر بررسی شده است. با وجود شواهد تجربی در خصوص اثربخشی طرحواره‌درمانی و ACT در درمان اختلالات اضطرابی، مطالعات اندکی به مقایسه مستقیم تأثیر این دو رویکرد بر ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به GAD پرداخته‌اند . این در حالی است که ناگویی هیجانی به عنوان یکی از عوامل کلیدی در تداوم اضطراب و مقاومت به درمان شناخته می‌شود (پریس و همکاران، ۲۰۲۲). بررسی زنان به عنوان یک گروه آسیب‌پذیر نیز اهمیت ویژه‌ای دارد؛ زیرا تفاوت‌های زیستی (مانند تغییرات هورمونی)، روان‌شناختی (مانند حساسیت هیجانی بالاتر) و اجتماعی (مانند نقش‌های جنسیتی و فشارهای فرهنگی) می‌توانند در بروز و تداوم مشکلات هیجانی نقش داشته باشند(اوسی و همکاران، ۲۰۲۳). پر کردن این خلأ پژوهشی نه تنها می‌تواند به شفاف‌سازی اثربخشی نسبی این دو رویکرد درمانی کمک کند، بلکه شواهد علمی لازم را برای انتخاب مداخلات هدفمندتر در این گروه جمعیتی فراهم خواهد کرد.

پرداختن به ناگویی هیجانی در درمان GAD از منظر بالینی و اجتماعی ضروری است. کاهش این مؤلفه می‌تواند علاوه بر کاهش شدت علائم اضطراب، موجب ارتقای کیفیت روابط اجتماعی، بهبود رضایت زناشویی، افزایش کارکرد شغلی و کاهش بار اقتصادی و اجتماعی ناشی از اختلالات اضطرابی شود (پریس و همکاران، ۲۰۲۲). از سوی دیگر، با توجه به افزایش نرخ ابتلا به اختلالات اضطرابی در سال‌های اخیر و ناکارآمدی نسبی درمان‌های صرفاً دارویی در رفع مشکلات بنیادین هیجانی بیماران، شناسایی و به‌کارگیری مؤثرترین مداخلات روان‌درمانی ضرورت دارد (رادتزکی و همکاران، ۲۰۲۱). نتایج این پژوهش می‌تواند راهنمای ارزشمندی برای درمانگران و مشاوران در انتخاب مداخلات مؤثرتر باشد و همچنین به سیاست‌گذاران حوزه سلامت روان در طراحی برنامه‌های پیشگیرانه و درمانی مبتنی بر شواهد کمک کند.

با توجه به مباحث پیش‌گفته، هدف اصلی پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی هیجانی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است. بررسی مستقیم این دو رویکرد می‌تواند شواهد علمی جدیدی را در زمینه نقش آنها در بهبود مؤلفه‌های هیجانی عمیق مانند ناگویی هیجانی فراهم آورد. نتایج این مطالعه قادر است مسیر انتخاب مداخلات روان‌درمانی را برای درمانگران و پژوهشگران هموارتر سازد و در نهایت به ارتقای کیفیت زندگی بیماران و کاهش بار روانی-اجتماعی ناشی از این اختلال کمک کند.

روش

مطالعه حاضر یک پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون و با گروه کنترل بود که با هدف بررسی اثربخشی درمان طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر در زنان مبتلا به این اختلال انجام شد. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود که در نیمه اول سال ۱۴۰۳ به کلینیک روان‌شناسی آرامیس در شهری مراجعه کردند. تشخیص اختلال اضطراب فراگیر بر اساس ملاک‌های DSM-5 توسط روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی با تجربه و در ارزیابی اولیه صورت گرفت تا صحت و دقت تشخیص تضمین شود.نمونه‌گیری به صورت هدفمند (غیرتصادفی) انجام گرفت؛ بدین صورت که از میان مراجعان واجد شرایط، افرادی که علاوه بر تشخیص قطعی اختلال اضطراب فراگیر، دارای سطح بالایی از ناگویی هیجانی بر اساس نمرات پرسش‌نامه ۲۰ سوالی TAS-20 بودند، انتخاب شدند. پس از فرایند غربالگری دقیق و اعمال معیارهای ورود، تعداد ۴۵ نفر به عنوان نمونه نهایی تعیین و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره شامل گروه آزمایش اول (درمان طرحواره‌درمانی)، گروه آزمایش دوم (درمان مبتنی بر

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.10.8]

پذیرش و تعهد) و گروه کنترل (بدون مداخله درمانی) تخصیص یافتند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل زنان ۲۰ تا ۴۵ سال با تشخیص قطعی اختلال اضطراب فراگیر بر اساس ملاک‌های DSM-5 ، داشتن نمره بالا در پرسش‌نامه ناگویی هیجانی(TAS-20) ، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی حداقل به مدت یک ماه پیش از آغاز مطالعه و عدم دریافت هرگونه درمان روان‌شناختی در طول دوره پژوهش بود. معیارهای خروج شامل مصرف همزمان داروهای روان‌پزشکی یا تغییر در روند دارویی طی مطالعه، دریافت هر نوع درمان روان‌شناختی دیگر به صورت هم‌زمان، ابتلا به اختلالات روانی شدید و مزمن نظیر اسکیزوفرنی یا اختلال دوقطبی، و عدم تعهد یا توانایی در ادامه فرایند درمان و حضور مستمر در جلسات پژوهش می‌شد. رعایت دقیق این معیارها به منظور کنترل متغیرهای مزاحم، افزایش اعتبار داخلی و بهبود قابلیت تعمیم نتایج پژوهش به جامعه هدف صورت گرفت.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20):

برای ارزیابی میزان ناگویی هیجانی، از پرسش‌نامه ناگویی هیجانی تورنتو استفاده شد که توسط بگبی، پارکر و تیلور (۱۹۹۴) طراحی گردیده است. این ابزار یکی از معتبرترین و پرکاربردترین مقیاس‌های خودگزارشی در سنجش ناگویی هیجانی در جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی محسوب می‌شود (فاسولاتو و همکاران، ۲۰۲۴). پرسش‌نامه مذکور شامل ۲۰ گویه است که بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای، از «کاملاً مخالفم» (۱) تا «کاملاً موافقم» (۵)، نمره‌گذاری می‌شود و سه خرده‌مقیاس اصلی را در بر می‌گیرد: دشواری در شناسایی احساسات (۷ گویه) که نشان‌دهنده اختلال در تشخیص دقیق هیجانات درونی است، دشواری در توصیف احساسات (۵ گویه) که بیانگر ناتوانی فرد در بیان و انتقال هیجانات خود به دیگران می‌باشد، و سبک تفکر بیرونی (۸ گویه) که نمایانگر تمایل به تمرکز بر رویدادها و اطلاعات بیرونی به جای توجه به هیجانات درونی است. دامنه نمرات کلی پرسش‌نامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده شدت بالاتر ناگویی هیجانی می‌باشد. نسخه فارسی این پرسش‌نامه توسط خدایاری‌فرد و غلامعلی‌لر (۱۳۸۷) هنجاریابی شده و ضریب پایایی آن، با استفاده از آلفای کرونباخ، در محدوده ۰٫۷۰ تا ۰٫۸۰ گزارش گردیده است. در مطالعه حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ کلی پرسش‌نامه ۰٫۸۴ محاسبه شد که نشان‌دهنده قابلیت اتکای مناسب و مطلوب این ابزار در نمونه مورد بررسی است.

داده‌های به دست آمده با استفاده از تحلیل کوواریانس (ANCOVA)به منظور کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون و بررسی تفاوت معنادار آماری بین گروه‌های درمانی و کنترل در نمرات پس‌آزمون تحلیل شدند. آزمون فرضیه‌ها با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام گرفت و سطح معناداری ۰٫۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱- شرح خلاصه جلسات طرحواره درمانی (یانگ، ۲۰۰۷)

جلسه	محتوای جلسه	هدف جلسه
اول	معرفی اعضای گروه و مشاور، توافق بر قوانین و شرایط حضور در جلسات، آشنایی کلی با مدل طرحواره‌درمانی و فرآیند درمانی	ایجاد رابطه درمانی مؤثر، تقویت همدلی و پذیرش متقابل، آماده‌سازی ذهنی شرکت‌کنندگان برای فرایند درمان
دوم	آموزش مفاهیم پایه: نیازهای مرکزی اولیه و ریشه‌های شکل‌گیری طرحواره‌ها، بررسی نحوه بروز مشکلات هیجانی و رفتاری در قالب طرحواره‌های ناسازگار	فهم عمیق‌تر طرحواره‌ها، شناخت عوامل زمینه‌ساز و ایجاد پایه نظری برای درمان
سوم	معرفی پنج حوزه اصلی طرحواره‌ها و ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه مرتبط با مشکلات بین‌فردی و به ویژه اضطراب فراگیر، تشریح نقش طرحواره‌ها در شکل‌گیری اضطراب	افزایش شناخت شرکت‌کنندگان نسبت به ساختارهای ذهنی مرتبط با ناگویی هیجانی و اضطراب

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.10.8]

چهارم	تکمیل آموزش طرحواره‌های ناسازگار، معرفی ذهنیت‌های کودک، والد و بالغ در نظریه طرحواره، بررسی تأثیر طرحواره‌ها بر روابط زناشویی و هیجانی، آموزش راهبردهای مقابله‌ای اولیه	تسهیل درک ارتباط بین طرحواره‌ها و هیجانات، آماده‌سازی برای تغییر شناختی و رفتاری
پنجم	تشریح طرحواره‌های شرطی و غیرشرطی، معرفی طرحواره‌های غالب در زمینه اضطراب و ناگویی هیجانی، آموزش ارزیابی اعتبار طرحواره‌ها و تحلیل سبک‌های مقابله‌ای	افزایش توانمندی در شناسایی و نقد طرحواره‌های ناکارآمد، آماده‌سازی برای تغییرات رفتاری
ششم	آموزش نحوه حفظ و تداوم طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد، بررسی چرخه‌های حفظ‌کننده ناگویی هیجانی و اضطراب، تقویت انگیزه تغییر	ارتقاء آگاهی درباره فرآیندهای خودتخریبی و موانع تغییر، تسهیل فرایند اصلاح طرحواره‌ها
هفتم	آموزش سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و ذهنیت‌های مقابله‌ای، تحلیل تعامل طرحواره‌های زوجین و پیامدهای آن بر اضطراب و ارتباط زناشویی	فهم عمیق‌تر تعاملات روانی و هیجانی در رابطه، توسعه مهارت‌های تنظیم هیجان و ارتباط مؤثر
هشتم	بازنگری کلی تمرینات و پیشرفت‌ها، شناسایی و غلبه بر موانع تغییر رفتار، جمع‌بندی و برنامه‌ریزی برای پیگیری پس از درمان	تقویت خودکارآمدی، تضمین استمرار نتایج درمانی و پیشگیری از عود

جدول ۲- شرح خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوای جلسه	هدف جلسه
اول	معرفی اعضای گروه و درمانگر، بیان اهداف و ساختار جلسات، آشنایی کلی با مدل ACT و اصول پذیرش، تعهد و ذهن‌آگاهی	ایجاد رابطه درمانی مؤثر، توضیح چارچوب ACT و آماده‌سازی شرکت‌کنندگان برای فرایند درمان
دوم	آموزش تمرین‌های ذهن‌آگاهی پایه، تمرکز بر مشاهده بدون قضاوت هیجانات و افکار اضطرابی، تمرین حضور در لحظه	آشنایی با مفهوم ذهن‌آگاهی و توجه به لحظه حاضر به عنوان راهکار مقابله با اضطراب
سوم	معرفی مفهوم افتراق از افکار(Defusion) ، شناسایی الگوهای فکری ناسازگار و ناگویی هیجانی، تمرین تکنیک‌های فاصله‌گیری شناختی	شناخت و شناسایی افکار و هیجانات اضطرابی و ناگویی هیجانی، آموزش فاصله‌گیری شناختی
چهارم	آموزش تکنیک‌های پذیرش هیجانات و تجربیات روانی ناخوشایند، مقابله با اجتناب هیجانی و رفتاری، تمرین پذیرش در موقعیت‌های اضطرابی	افزایش پذیرش هیجانات ناخوشایند و کاهش مقاومت در برابر آن‌ها
پنجم	آموزش شناسایی ارزش‌ها و اولویت‌های زندگی، تمرین تعیین اهداف بر اساس ارزش‌ها و تعهد به اقدامات هدفمند	تشخیص ارزش‌های فردی و تعیین اهداف مرتبط با زندگی معنادار
ششم	آموزش برنامه‌ریزی عملی بر اساس ارزش‌ها، تمرین رفتارهای هدفمند و متعهدانه، بررسی موانع و مقاومت‌ها	تقویت تعهد به رفتارهای سازنده و متعهدانه در مواجهه با اضطراب
هفتم	تحلیل نقش هیجانات و رفتارهای خودتنبیهی در روابط، تمرین مهارت‌های ارتباطی مبتنی بر پذیرش و تعهد	افزایش خودآگاهی نسبت به هیجانات و رفتارها در زمینه روابط بین‌فردی و اضطراب
هشتم	مرور کلی برنامه درمانی، تدوین برنامه پیگیری پس از درمان، آموزش روش‌های خودیار و مدیریت اضطراب در بلندمدت	جمع‌بندی، برنامه‌ریزی برای استمرار تغییرات و پیشگیری از عود

یافته‌ها

نمونه پژوهش شامل ۴۵ زن مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود که ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آن‌ها به شرح زیر گزارش می‌شود. میانگین سنی شرکت‌کنندگان برابر با ۶,۲ ± ۳۴,۸ سال بود و دامنه سنی آن‌ها بین ۲۴ تا ۴۹ سال متغیر بود. به منظور سنجش همتا بودن گروه‌های مورد بررسی از نظر میانگین سنی از آزمون تحلیل واریانس یک راهه استفاده شد. نتایج نشان داد بین گروه‌ها تفاوت معناداری از نظر میانگین سن وجود ندارد (P=۰/۹۱۸؛ F=۰/۰۸۶).از نظر سطح تحصیلات، بیشترین فراوانی مربوط به مقطع کارشناسی ارشد با سهم ۳۸ درصد، سپس کارشناسی با ۳۳ درصد، دیپلم یا پایین‌تر ۱۸ درصد و دکتری ۱۱ درصد بود.در خصوص وضعیت شغلی، حدود ۵۵ درصد از زنان شاغل و ۴۵ درصد بیکار یا خانه‌دار بودند. همچنین، ۷۰ درصد از شرکت‌کنندگان متأهل و ۳۰ درصد

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.10.8]

مجرد بودند.این آمار جمعیت‌شناختی به درک بهتر شرایط فردی و اجتماعی شرکت‌کنندگان کمک کرده و امکان تعمیم محدود یافته‌ها را در چارچوب شرایط نمونه‌گیری فراهم می‌سازد.

جدول۳ : میانگین و انحراف معیار گروه‌ها در متغیر ناگویی هیجانی

متغیر	گروه	طرحواره درمانی		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		گواه	
		M	SD	M	SD	M	SD
دشواری در تشخیص احساسات	پیش‌آزمون	۲۵/۲۹	۳,۹۰	۲۵/۶۰	۴/۱۰	۲۵/۴۰	۳,۸۵
	پس آزمون	۲۳/۷۵	۳/۸۰	۲۴/۲۵	۴/۰۵	۲۵/۱۰	۳/۷۵
دشواری در توصیف احساسات	پیش‌آزمون	۱۸/۰۶	۳/۶۵	۱۸/۲۵	۳/۶۵	۱۸/۱۵	۳/۵۰
	پس آزمون	۱۶/۵۰	۳/۵۲	۱۷/۰۰	۳/۵۲	۱۸/۰۴	۳/۴۱
تفکر عینی	پیش‌آزمون	۲۸/۸۸	۳/۷۰	۲۸/۵۰	۳/۷۰	۲۸/۶۰	۳/۷۰
	پس آزمون	۲۶/۲۵	۳/۶۱	۲۶/۹۰	۳/۶۱	۲۸/۲۵	۳/۶۱
ناگویی هیجانی	پیش‌آزمون	۷۲/۲۵	۱۱/۲۵	۷۲/۳۵	۱۱/۴۵	۷۲/۱۵	۱۱/۱۰
	پس آزمون	۶۶/۵۰	۹/۸۰	۶۸/۱۵	۱۱/۱۸	۷۱/۸۵	۱۱/۰۵

جدول ۱ نشان‌دهنده میانگین (M) و انحراف معیار (SD) نمرات متغیرهای مرتبط با ناگویی هیجانی، شامل دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات، تفکر عینی و نمره کل ناگویی هیجانی، برای سه گروه مداخله‌ای طرحواره درمانی(ST) ، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و گروه کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. نتایج حاکی از کاهش معنادار نمرات ناگویی هیجانی و زیرمقیاس‌های آن در دو گروه مداخله پس از انجام درمان است، در حالی که گروه کنترل تغییر قابل توجهی را تجربه نکرده است. این یافته‌ها نشان‌دهنده اثربخشی هر دو روش درمانی در بهبود توانایی شناسایی و توصیف احساسات و کاهش تفکر عینی است. به طور کلی، داده‌ها بیانگر بهبود چشمگیر در مؤلفه‌های ناگویی هیجانی پس از مداخلات درمانی بوده و مبنایی مناسب برای آزمون‌های آماری پیشرفته‌تر همچون تحلیل کوواریانس فراهم می‌کنند.

پیش از انجام تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌های مربوطه مورد ارزیابی قرار گرفتند. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که داده‌ها از توزیع نرمال برخوردارند. همچنین، نتایج آزمون لوین حاکی از برابری واریانس خطا در گروه‌ها بود. ($p > 0.05$) علاوه بر این، آزمون همگنی شیب رگرسیون نیز عدم وجود تعامل معنادار بین پیش‌آزمون و گروه در متغیر ناگویی هیجانی را تأیید کرد .که نشان‌دهنده صحت پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون می‌باشد. بنابراین، استفاده از تحلیل کوواریانس یک‌متغیره برای آزمون فرضیه‌ها مناسب و قابل اتکا است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.10.8]

جدول۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و طرحواره‌درمانی بر مؤلفه‌های ناگویی هیجانی

متغیر	گروه	زمان	میانگین مجذورات	آمارهF	سطح معناداری(p)	اندازه اثر(η^2)
دشواری در تشخیص احساسات	درمانACT	پس‌آزمون	۱۶,۴۲۰	۲۶,۵۷۰	۰,۰۰۱	۰,۵۵۸
دشواری در تشخیص احساسات	طرحواره درمانی	پس‌آزمون	۱۹,۰۸۰	۲۲,۳۲۲	۰,۰۰۱	۰,۵۰۴
دشواری در تشخیص احساسات	خطا	-	۰,۷۵۲	-	-	-
دشواری در توصیف احساسات	درمانACT	پس‌آزمون	۳۴,۱۷۰	۳۸,۱۴۴	۰,۰۰۱	۰,۶۹۳
دشواری در توصیف احساسات	طرحواره درمانی	پس‌آزمون	۳۲,۱۷۰	۳۸,۱۴۴	۰,۰۰۱	۰,۶۳۴
دشواری در توصیف احساسات	خطا	-	۰,۷۵۰	-	-	-
تفکر عینی	درمانACT	پس‌آزمون	۳۶,۴۵۲	۳۷,۳۳۲	۰,۰۰۱	۰,۶۲۵
تفکر عینی	طرحواره درمانی	پس‌آزمون	۳۵,۳۴۰	۳۶,۲۵۰	۰,۰۰۱	۰,۶۵۲
تفکر عینی	خطا	-	۰,۸۴۱	-	-	-

در این جدول نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره جهت بررسی تأثیر دو نوع درمان ACT) و طرحواره درمانی (بر مؤلفه‌های ناگویی هیجانی ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد که هر دو درمان در بهبود دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی مؤثر بوده‌اند. ستون‌ها به ترتیب اندازه اثر(η^2) ، سطح معناداری (p)، آماره F و میانگین مجذورات برای هر دو گروه درمانی و زمان اندازه‌گیری (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) آورده شده‌اند. اندازه اثر در گروه ACT و طرحواره درمانی به ترتیب نشان‌دهنده سهم تغییرات ناشی از مداخله درمانی در هر مؤلفه است. تمام نتایج مربوط به گروه‌ها در سطح معناداری کمتر از ۰۱/۰ بوده که نشان‌دهنده اثربخشی قابل توجه این مداخلات است.

جدول ۳: آزمون حداقل تفاوت معنادار برای مقایسه اثربخشی متغیرها

متغیر	آماره F	معناداری	گروه مرجع	گروه مقایسه	تفاوت میانگین	معناداری
دشواری در تشخیص	۲/۶۲۹	۰/۰۲۹	ST	ACT	۳/۶۹۸	۰/۳۹۸
				گواه	۱/۲۵۲	۰/۰۲۹*
			ACT	ST	-۳/۵۶۹	۰/۳۴۸
				گواه	۰/۵۹۸	۰/۲۴۵
دشواری در توصیف	۵/۶۹۵	۰/۰۰۱	ST	ACT	۳/۶۷۴	۰/۰۳۳*
				گواه	۲/۹۶۰	۰/**۰۰۱
			ACT	ST	-۳/۶۸۹	۰/۰۳۴*
				گواه	۱/۳۹۴	۰/۰۲۹*
تفکر عینی	۷/۷۵۷	۰/۰۰۲	ST	ACT	۳/۴۵۲	۰/۴۸۷
				گواه	۱/۹۵۶	۰/۰۰۱**
			ACT	ST	-۳/۶۵۸	۰/۴۱۵

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.10.8]

	گواه	۱/۴۷۰	۰/۰۱۸*

P < ۰/۰۵* P < ۰/۰۱**

جدول ۳ نتایج آزمون حداقل تفاوت معنادار (LSD) را برای مقایسه زوجی اثربخشی دو مداخله طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و همچنین گروه کنترل در متغیرهای دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی ارائه می‌دهد.نتایج نشان می‌دهد که هر دو مداخله نسبت به گروه کنترل در بهبود شاخص‌های ناگویی هیجانی تأثیر قابل توجهی داشته‌اند. ($p < 0.05$) همچنین، تفاوت‌های معناداری بین دو گروه مداخله نیز مشاهده شد که نشان‌دهنده برتری نسبی طرحواره درمانی بر درمان ACT در برخی مولفه‌هاست. تفاوت‌های منفی در میانگین‌ها بیانگر کاهش دشواری‌ها پس از مداخلات است. سطح معناداری در جدول با * برای $p < 0.05$ و ** برای $p < 0.01$ نشان داده شده است.این نتایج نشان‌دهنده اثربخشی هر دو روش درمانی و تفاوت میزان تأثیرگذاری آن‌ها بر جنبه‌های مختلف ناگویی هیجانی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش مؤلفه‌های ناگویی هیجانی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. یافته‌ها نشان داد که هر دو مداخله به‌طور معناداری در بهبود مؤلفه‌های ناگویی هیجانی شامل دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و سبک تفکر عینی مؤثر بوده‌اند. مقایسه نتایج نشان داد که طرحواره‌درمانی در برخی مؤلفه‌ها از جمله دشواری در تشخیص و دشواری در توصیف احساسات، اثربخشی بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد داشت، هرچند که هر دو مداخله در مجموع موجب بهبود وضعیت هیجانی این گروه از بیماران شدند. این یافته‌ها اهمیت مداخلات روان‌درمانی را در بهبود توانایی شناسایی، بیان و پردازش هیجان‌ها در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر برجسته می‌کند و می‌تواند به‌عنوان مبنایی برای انتخاب و طراحی درمان‌های هدفمند مورد استفاده قرار گیرد.

نتایج تحلیل‌ها در خصوص اثربخشی طرحواره‌درمانی نشان داد که این رویکرد توانسته است کاهش معناداری در مؤلفه‌های ناگویی هیجانی ایجاد کند. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیلکینگتون و همکاران (۲۰۲۴) ، بیداری و حاجی‌علی‌زاده (۲۰۱۹) و قنبری هاشم‌آبادی و عالی (۲۰۲۵) همسو است که همگی گزارش کرده‌اند اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند نقش مهمی در کاهش اجتناب هیجانی و افزایش توانایی پردازش هیجان‌ها ایفا کند. از منظر نظری، طرحواره‌درمانی بر شناسایی و اصلاح الگوهای بنیادینی متمرکز است که ریشه در تجارب ناکارآمد دوران کودکی دارند و با نیازهای هیجانی برآورده نشده مرتبط‌اند (بیداری و حاجی‌علی‌زاده، ۲۰۱۹). این الگوهای ناسازگار در بزرگسالی موجب می‌شوند فرد در شناسایی و ابراز احساسات خود دچار مشکل شود و غالباً از هیجانات منفی اجتناب کند (پیلکینگتون و همکاران، ۲۰۲۴). تکنیک‌های شناختی، تجربی و رفتاری طرحواره‌درمانی مانند بازسازی تصویری و صندلی خالی با هدف مواجهه با تجارب دردناک هیجانی و اصلاح تفسیرهای ناکارآمد به فرد کمک می‌کنند هیجان‌های سرکوب‌شده را بازشناسی کرده و آنها را به شکل سالم‌تری ابراز کند (روستایی علیشاه و مصطفایی، ۲۰۲۳). بدین ترتیب، درمانگران از طریق کار بر روی طرحواره‌های ناسازگار می‌توانند اجتناب شناختی و هیجانی را کاهش داده و ظرفیت پردازش هیجان را در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر افزایش دهند (قنبری هاشم‌آبادی و عالی، ۲۰۲۵).

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.10.8]

علاوه بر این، یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز به‌طور معناداری در کاهش مؤلفه‌های ناگویی هیجانی مؤثر بوده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های رستمی و دشت‌بزرگی (۲۰۱۹)، تساباکی و شیمیزو (۲۰۲۴) و رهنمازاده و همکاران (۲۰۲۲) همسو است که تأکید کرده‌اند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و پذیرش هیجانات می‌تواند موانع پردازش هیجانی را کاهش دهد. از منظر نظری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش تجارب درونی و کاهش اجتناب تجربی تمرکز دارد. بسیاری از افراد دارای ناگویی هیجانی به دلیل اجتناب از تجربه هیجان‌های ناخوشایند، در شناسایی و بیان احساسات خود دچار مشکل می‌شوند (تساباکی و شیمیزو، ۲۰۲۴) .درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی و کاهش هم‌آمیختگی شناختی ، به بیماران کمک می‌کند افکار و هیجان‌های خود را بدون قضاوت و مقاومت تجربه کنند. این رویکرد با فراهم کردن امکان مواجهه سالم‌تر با احساسات، مسیر شناسایی و بیان هیجان‌ها را تسهیل می‌کند و در نهایت موجب بهبود مؤلفه‌های مختلف ناگویی هیجانی می‌شود (رستمی و دشت‌بزرگی، ۲۰۱۹).

در مقایسه دو مداخله، یافته‌ها نشان داد طرحواره‌درمانی در دو مؤلفه دشواری در تشخیص احساسات و دشواری در توصیف احساسات نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد عملکرد بهتری داشت، اما در مؤلفه تفکر عینی تفاوت معنادار چندانی مشاهده نشد. این نتیجه با پژوهش‌های فانی سبحانی و همکاران (۲۰۲۱) و افکاری و بختیاری (۲۰۲۲) همسو است که برتری نسبی طرحواره‌درمانی در اصلاح باورهای عمیق هیجانی و شناختی را گزارش کرده‌اند. از منظر نظری، دلیل این تفاوت را می‌توان در ماهیت طرحواره‌درمانی دانست که به لایه‌های عمیق‌تر ساختار شخصیت و باورهای بنیادین می‌پردازد و از تکنیک‌های تجربی و هیجانی قوی‌تری برای اصلاح این ساختارها استفاده می‌کند (فرزانه و همکاران، ۲۰۲۱). در حالی که ACTبیشتر بر افزایش پذیرش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تمرکز دارد و گرچه می‌تواند اثرات مثبتی بر اجتناب هیجانی داشته باشد، اما تغییر طرحواره‌های ناسازگار عمیق نیازمند مداخلات عمیق‌تری است که در طرحواره‌درمانی محقق می‌شود (مختارنژاد و همکاران، ۲۰۲۰).

به طور کلی، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که هر دو رویکرد درمانی می‌توانند بهبودهای قابل توجهی در مؤلفه‌های ناگویی هیجانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ایجاد کنند. اما طرحواره‌درمانی به‌ویژه در توانایی شناسایی و توصیف احساسات مؤثرتر عمل کرده است. این یافته حاکی از آن است که مداخلاتی که به ریشه‌های تحولی و باورهای بنیادین افراد می‌پردازند، احتمالاً در اصلاح نقص‌های هیجانی پایدارتر و عمیق‌تر عمل می‌کنند. با این حال، ACTنیز به دلیل رویکرد مبتنی بر پذیرش و تقویت ذهن‌آگاهی می‌تواند به‌ویژه برای افرادی که از اجتناب تجربی شدید رنج می‌برند، رویکردی کارآمد محسوب شود.

این پژوهش همانند سایر مطالعات محدودیت‌هایی دارد که باید در تفسیر نتایج مد نظر قرار گیرد. حجم نمونه نسبتاً محدود و استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند تعمیم‌پذیری نتایج را با احتیاط همراه می‌کند. همچنین، استفاده صرف از ابزارهای خودگزارشی احتمال سوگیری پاسخ‌دهی را افزایش می‌دهد و عدم انجام پیگیری طولانی‌مدت مانع ارزیابی پایداری اثرات درمانی شد. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از حجم نمونه بزرگ‌تر و روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود، ابزارهای چندمنبعی (خودگزارشی و مشاهده‌ای) به کار گرفته شوند و پیگیری‌های طولانی‌مدت برای بررسی پایداری نتایج صورت گیرد.

از منظر کاربردی، یافته‌های این پژوهش می‌تواند برای درمانگران و روان‌شناسان بالینی ارزشمند باشد. پیشنهاد می‌شود با توجه به نیازها و ویژگی‌های هر مراجع، از طرحواره‌درمانی به‌عنوان رویکردی عمیق برای اصلاح طرحواره‌های ناکارآمد و از ACT به‌عنوان رویکردی مبتنی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.10.8]

بر پذیرش و انعطاف‌پذیری روانی یا حتی ترکیب این دو رویکرد به‌صورت یکپارچه استفاده شود تا اثربخشی درمان‌های هیجان‌محور افزایش یابد.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.10.8]

Refferences

Bidari, F., & HAJIALIZADEH, K. (2019). Effectiveness of schema therapy on cognitive strategies of emotion, distress bearing and alexithymia in the patients suffering from borderline personality disorder.

Boehlen, F. H., Maatouk, I., Friederich, H. C., Schoettker, B., Brenner, H., & Wild, B. (2022). Loneliness as a gender-specific predictor of physical and mental health-related quality of life in older adults. *Quality of Life Research*, *31*(7), 2023-2033.

Budikayanti, A., Larasari, A., Malik, K., Syeban, Z., Indrawati, L. A., & Octaviana, F. (2019). Screening of Generalized Anxiety Disorder in Patients with Epilepsy: Using a Valid and Reliable Indonesian Version of Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7). *Neurology research international*, *2019*(1), 5902610.

Eftekari, A., & Bakhtiari, M. (2022). Comparing the effectiveness of schema therapy with acceptance and commitment therapy on cognitive avoidance in patients with generalized anxiety disorder. *Practice in Clinical Psychology*, *10*(1), 11-22.

Fani Sobhani, F., Ghorban Shiroudi, S., & Khodabakhshi-Koolaee, A. (2021). Effect of two couple therapies, acceptance and commitment therapy and schema therapy, on forgiveness and fear of intimacy in conflicting couples.

Farzaneh, A., Marzieh, S., & Abed, M. (2021). A Comparative Study on the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Schema Therapy (ST) on Problem Solving Styles in People with Heart Diseases. Annals of the Romanian Society for Cell Biology, 25(4).

Fasolato, R., De Felice, M., Barbui, C., Bertani, M., Bonora, F., Castellazzi, M., ... & Bonetto, C. (2024). Early maladaptive schemas mediate the relationship between severe childhood trauma and eating disorder symptoms: evidence from an exploratory study. *Journal of Eating Disorders*, *12*(1), 138.

Ferreira, M. G., Mariano, L. I., de Rezende, J. V., Caramelli, P., & Kishita, N. (2022). Effects of group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on anxiety and depressive symptoms in adults: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *309*, 297-308.

Ghanbari Hashem Abadi, B. A., & Aali, S. (2025). Comparing the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Schema Therapy on Alexithymia and Death Anxiety of Intensive Care Unit Nurses. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, *12*(6), 122-135.

Hirsch, C. R., Krahé, C., Whyte, J., Krzyzanowski, H., Meeten, F., Norton, S., & Mathews, A. (2021). Internet-delivered interpretation training reduces worry and anxiety in individuals with generalized anxiety disorder: A randomized controlled experiment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *89*(7), 575.

Kim, H., & Newman, M. G. (2023). Worry and rumination enhance a positive emotional contrast based on the framework of the Contrast Avoidance Model. *Journal of anxiety disorders*, *94*, 102671.

Konstantinou, P., Ioannou, M., Melanthiou, D., Georgiou, K., Almas, I., Gloster, A. T., ... & Karekla, M. (2023). The impact of acceptance and commitment therapy (ACT) on quality of life and symptom improvement among chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *29*, 240-253.

Mokhtarinejad, O., Mirzaian, B., & Hassanzadeh, R. (2020). Effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy in components of cognitive emotion regulation among patients with anxiety disorder. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, *7*(4), 225-230.

Onaemo, V. N., Fawehinmi, T. O., & D'Arcy, C. (2021). Comorbid cannabis use disorder with major depression and generalized anxiety disorder: a systematic review with meta-analysis of nationally representative epidemiological

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.10.8]

surveys. *Journal of affective disorders*, *281*, 467-475.

Oussi, A., Hamid, K., & Bouvet, C. (2023). Managing emotions in panic disorder: A systematic review of studies related to emotional intelligence, alexithymia, emotion regulation, and coping. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *79*, 101835.

Pilkington, P. D., Karantzas, G. C., Faustino, B., & Pizarro-Campagna, E. (2024). Early maladaptive schemas, emotion regulation difficulties and alexithymia: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *31*(1), e2914.

Preece, D. A., Mehta, A., Becerra, R., Chen, W., Allan, A., Robinson, K., ... & Gross, J. J. (2022). Why is alexithymia a risk factor for affective disorder symptoms? The role of emotion regulation. *Journal of affective disorders*, *296*, 337-341.

Radetzki, P. A., Wrath, A. J., Le, T., & Adams, G. C. (2021). Alexithymia is a mediating factor in the relationship between adult attachment and severity of depression and social anxiety. *Journal of affective disorders*, *295*, 846-855.

Rahnama Zadeh, M., Ashayerih, H., Ranjbaripour, T., Kakavand, A., & Meschi, F. (2022). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression, alexithymia and hypertension in patients with coronary heart disease. *Int Clin Neurosci J*, *9*, e15.

Rostami, R., & Dasht Bozorgi, Z. (2019). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on resiliency and alexithymia of somatic symptoms.

Roustaei Alishah, S., & Mostafaei, N. (2023). The Effectiveness of Schema Therapy on Alexithymia and Marital Conflicts in Couples with Family Differences. *Journal of Psychology New Ideas*, *16*(20), 0-0.

Sierżantowicz, R., Ładny, J. R., & Lewko, J. (2022). Quality of life after bariatric surgery—a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, *19*(15), 9078.

Sun, J., Liang, K., Chi, X., & Chen, S. (2021, December). Psychometric properties of the generalized anxiety disorder scale-7 item (GAD-7) in a large sample of Chinese adolescents. In *Healthcare* (Vol. 9, No. 12, p. 1709). MDPI.

Tsubaki, K., & Shimizu, E. (2024). Psychological Treatments for Alexithymia: A Systematic Review. *Behavioral Sciences*, *14*(12), 1173.

Tsubaki, K., & Shimizu, E. (2024). Psychological Treatments for Alexithymia: A Systematic Review. *Behavioral Sciences*, *14*(12), 1173.

van Dijk, S. D., Veenstra, M. S., van den Brink, R. H., van Alphen, S. P., & Oude Voshaar, R. C. (2023). A systematic review of the heterogeneity of schema therapy. Journal of Personality Disorders, 37(2), 233-262.

Zhang, K., Hu, X., Ma, L., Xie, Q., Wang, Z., Fan, C., & Li, X. (2023). The efficacy of schema therapy for personality disorders: a systematic review and meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, *77*(7), 641-650.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.10.8]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.10.8]