



Comparing The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Uncertainty Intolerance in Patients with Generalized Anxiety Disorder

Masoud Sharifzadeh¹ , Narges Razeghi² , Hakime Aghaei³ , Seyed Mosa Tabatabaee⁴

1. PhD student, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahroud Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran
2. Department of Psychology, Faculty of Humanities and Arts, Professor of Accounting, Islamic Azad University, Tafresh, Iran
3. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahroud Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran
4. Department of Cognitive Sciences, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

Corresponding Author: Narges Razeghi

E-mail: nragezhi@iautb.ac.ir

Received: 27 September 2024

Revised: 17 January 2025

Accepted: 20 January 2025

Citation: Sharifzadeh, M., Razeghi, N., Aghaei, H. and Tabatabaee, S. M. (2025). Comparing The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Uncertainty Intolerance in Patients with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Modern Psychological Researches*, 20(78), 60-74.
doi: [10.22034/jmpr.2025.63727.6443](https://doi.org/10.22034/jmpr.2025.63727.6443)

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: In the diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5), anxiety disorders are characterized by persistent and overwhelming worry and fear that interfere with normal functioning. According to the fifth revised edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR), there are nine types of anxiety disorders, which have a high comorbidity and are all characterized by fear and related behavioral disorders. One type of anxiety disorder is generalized anxiety disorder (GAD), a common and significantly disabling psychiatric illness that is often undiagnosed and untreated. Symptoms of generalized anxiety disorder include: chronic generalized anxiety, restlessness, fatigue, difficulty concentrating, irritability, muscle tension, and sleep disturbances. Based on research on individuals with generalized anxiety disorder, various factors can play a role in the development and maintenance of the disorder, including intolerance of uncertainty.

Intolerance of uncertainty, a tendency to overthink, or a negative reaction to uncertain events may have consequences for individuals' mental health and well-being. Uncertainty and apprehension about future events can lead to worry, anxiety, and even dysfunction. A closely related concept, intolerance of uncertainty, emerged in the early 1990s and has increasingly become a transdiagnostic risk factor for various forms of anxiety disorders. Interest in uncertainty and intolerance of uncertainty has grown rapidly in recent years. According to the theory of intolerance of uncertainty, this intolerance manifests itself in an excessive tendency to find uncertain situations stressful and uncomfortable, believing that unexpected events are negative and should be avoided, and thinking that uncertainty about the future is unfair. The contribution of intolerance of uncertainty to the development of worry and generalized anxiety disorder has been well established in research. So much so that Carlton (2016) has even presented arguments supporting the idea that intolerance of uncertainty reflects a core component of generalized anxiety and even fear.

Considering these issues, this study presents psychological interventions to reduce these problems, including intolerance of uncertainty, in patients with generalized anxiety disorder. One of the effective interventions for reducing the problems of patients with generalized anxiety disorder is emotion-focused therapy (EFT). Based on the results of recent research, emotion-focused therapy has been developed for generalized anxiety disorder, and promising results have been obtained in clinical trials.

In recent years, several studies have shown that, in addition to relapse prevention strategies, mindfulness-based interventions, including mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), may also reduce acute symptoms of anxiety. A meta-analysis of 39 studies with a total of 1,140 participants found that mindfulness-based interventions have significant effects on reducing anxiety symptoms in people with anxiety disorders. In mindfulness-based cognitive therapy, participants can learn to identify patterns of emotional responses and negative thinking to help them develop a crisis plan and take action in the event of future depression, hopelessness, and suicidal thoughts. Mindfulness-based cognitive therapy has shown equal or greater efficacy in preventing anxiety relapse compared to classical counseling theories such as behavioral and cognitive therapy.

The purpose of this study was to compare effectiveness of emotion-focused therapy and mindfulness-based cognitive therapy on uncertainty intolerance in patients with generalized anxiety disorder.

Method: This quasi-experimental study was conducted using a pretest-posttest design with a control group and a 2-month follow-up. The statistical population was all patients with generalized anxiety disorder referred to psychological counseling and service centers in the north and northwest of Tehran city in year 2023. In the first stage, 45 patients with a score of 10 or above on the Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) were selected and then randomly divided into two experimental groups (15 patients each) and one control group (15 patients). The experimental groups underwent emotion-focused therapy and mindfulness-based cognitive therapy, but the control group received no training and was placed in the waiting list.

Data were collected using the Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7; Spitzer et al., 2006) and the Intolerance of Uncertainty Scale (IUS-27; Sexton and Dugas, 2009). Data analysis was performed using SPSS-28 software, employing repeated measures ANOVA and Bonferroni post-hoc tests.

Results: The mean age (and standard deviation) for the emotion-focused therapy group was 33.73 (SD = 5.351), for the mindfulness-based cognitive therapy group was 31.20 (SD = 5.570), and for the control group was 33.07 (SD = 4.026) which was used to homogenize the age of the three groups using the one-way analysis of variance test. $F=1.023$, which is not statistically significant ($\text{sig}=0.368$) indicates the homogeneity of the 3 groups in terms of age. Based on the results, it shows that Mauchly's Test of Sphericity for uncertainty intolerance is significant at the level of 0.001 (p value is smaller than 0.050). This finding indicates that the variance of the differences between the levels of the dependent variables is significantly different. Therefore, the sphericity assumption for repeated measures ANOVA was not met. Violation of the default assumption of sphericity causes the F statistic of variance analysis to be inaccurate. To solve this problem and increase the accuracy of the F statistic, the degrees of freedom are corrected using the Greenhouse-Geisser and Huynh-Feldt methods. According to Stevens, if the epsilon value is greater than 0.75, the Huynh-Feldt correction is preferred; otherwise, or if sphericity information is unavailable, the Greenhouse-Geisser correction is used. In the present study, the epsilon value for the Greenhouse-Geisser index for intolerance of uncertainty was less than 0.75, thus the Greenhouse-Geisser correction was applied. Therefore, with the Greenhouse-Geisser correction applied, the results of the analysis of variance test with repeated measurements are reported in Table 1 to investigate the difference of the research sample in the three stages of pre-test, post-test and follow-up of the uncertainty intolerance variable.

Table 1. Results of Tests of Within-Subjects Effects and Tests of Within-Subjects Contrasts (Greenhouse-Geisser Correction) of Uncertainty Intolerance

Variables	Source	F	p	Partial Eta	Observed Power
self-referent implications	group	8.960	0.001	0.299	0.964
	factor	81.044	0.001	0.659	0.999
	factor * group	17.891	0.001	0.460	0.999
uncertainty is unfair	group	8.127	0.001	0.279	0.946
	factor	72.943	0.001	0.635	0.999
	factor * group	18.197	0.001	0.464	0.999
total uncertainty intolerance	group	18.138	0.001	0.463	0.999
	factor	164.798	0.001	0.797	0.999
	factor * group	37.948	0.001	0.644	0.999

The results of the study showed that both interventions had a significant effect on intolerance of uncertainty ($p < 0.05$), with Bonferroni comparisons showing emotion-focused therapy was more effective ($p < 0.05$).

Discussion: In explaining the result that emotion-focused therapy is more effective than mindfulness-based cognitive therapy in reducing intolerance of uncertainty in patients with generalized anxiety disorder, it can be said that the progress of psychotherapy in this field depends on a deep understanding of the symptoms and related factors. Given the novelty of the concept of emotion-focused therapy, the literature emphasizes on the role of emotion and the effectiveness of this treatment in psychological disorders. It can also be said that by activating emotion, access to individual needs, desires, and goals is provided, allowing the client to change problematic emotional interactions by reconstructing unwanted experiences.

Emotion-focused therapy, as a new approach to treating psychological and clinical disorders, considers changes in emotion as the source and treatment of psychological problems. However, it is also pointed out that paying attention to emotion is the first step toward achieving change and that most problems have motivational, emotional, behavioral, physiological, cognitive, cultural, and social origins, many of which must be addressed. This therapy considers the root of the disorders to be the maladaptive emotional experience, as well as experiences of neglect, rejection, and harm from others. It proposes that when the protection, nurturing, comfort, and support of caregivers are inadequate, memories of emotional schemas related to painful experiences are formed outside of consciousness, and the individual copes with them by emotionally numbing, rejecting, or ignoring the painful experience. Emotional schemas represent specific evocative situations and action-related tendencies and are often nonverbal; yet, they can be brought into the individual's consciousness and symbolized and represented in the form of language (Greenberg & Goldman, 2008).

The beginning of the treatment focuses on deepening the experience and entering the layers of emotional awareness, emphasizing that verbal and logical techniques that consider cognitive restructuring at the conceptual level are of little importance. Therefore, according to the self-protective concept of worry, an effective therapeutic approach is to target the process rather than the content. In this process, worry is expressed through experiential participation in two-chair conversations, facilitating adaptive feelings and flexibility towards the pathological process. In other words, by sitting in the worry chair, the client becomes aware of its function, and by moving to the experiencing chair, while achieving an experiential sense, is able to cope with worry. With the ability to cope with worry, which is one of the main components of generalized anxiety disorder, the symptoms of this disorder are reduced.

It can also be said that in emotion-focused therapy, by emphasizing reappraisal, the problem is interpreted in a way that reduces emotional responses. Therefore, emotion-focused therapy with a reappraisal strategy can modulate negative emotional experiences and reduce the uncertainty construct. The study by Koerner et al. (2017) also showed that emotion-focused therapy, through emotion regulation, can control intolerance of uncertainty, cognitive avoidance, and positive worry beliefs that play a major role in anxiety disorders, especially generalized anxiety disorder. Therefore, it is reasonable to say that emotion-focused therapy is more effective than mindfulness-based cognitive therapy in reducing intolerance of uncertainty in patients with generalized anxiety disorder.

KEYWORDS

emotion-focused therapy, mindfulness-based cognitive therapy, uncertainty intolerance, generalized anxiety disorder





فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی



مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

مسعود شریف زاده^۱، نرگس رازقی^۲✉، حکیمه آقایی^۳، سیدموسی طباطبایی^۴ ID

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران
۲. گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و هنر، واحد پروفیسور حسایی، دانشگاه آزاد اسلامی، تفرش، ایران
۳. گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران
۴. گروه علوم روانشناختی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

نویسنده مسئول: نرگس رازقی

رایانامه: nrazeghi@iautb.ac.ir

استاددهی: شریف زاده، مسعود، رازقی، نرگس، آقایی، حکیمه و طباطبایی،

سیدموسی. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۲۰ (۷۸)، ۶۰-۷۴.

doi: [10.22034/jmpr.2025.63727.6443](https://doi.org/10.22034/jmpr.2025.63727.6443)

* این مقاله مستخرج از رساله دکتری مسعود شریف زاده می‌باشد.

تاریخ دریافت: ۰۶ مهر ۱۴۰۳

تاریخ بازنگری: ۲۸ دی ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۰۱ بهمن ۱۴۰۳

چکیده

مشخصات مقاله

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شمال و شمال غرب شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. در مرحله اول تعداد ۴۵ نفر با نمره ۱۰ و بالاتر در مقیاس اختلال اضطراب فراگیر انتخاب و سپس به شیوه تصادفی ساده در ۲ گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. سپس بیماران گروه‌های آزمایش تحت درمان هیجان‌مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند. از مقیاس اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) و مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی (IUS-27) سکستون و داگاس (۲۰۰۹) به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. تحلیل داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۸ با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد. نتایج نشان داد هر دو مداخله مذکور تاثیر معناداری بر کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی داشته‌اند ($p < 0.05$). نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که درمان هیجان‌مدار تاثیر بیشتری دارد ($p < 0.05$). می‌توان نتیجه‌گیری کرد که علاوه بر اثربخش بودن هر دو درمان، تقدم استفاده در درمان مشکلات بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با درمان هیجان‌مدار است.

کلیدواژه‌ها:

اختلال اضطراب فراگیر، درمان هیجان‌مدار، شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی، عدم تحمل بلا تکلیفی



مقدمه

در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ DSM-5 اختلالات اضطرابی با نگرانی و ترس مداوم و طاقت فرسا مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) که در عملکرد طبیعی اختلال ایجاد می‌کند، به طوری که بر اساس بر اساس نسخه پنجم تجدیدنظر شده کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری طبقه‌بندی اختلالات روانی^۲ (DSM-5-TR) شامل ۹ نوع اضطراب هستند و این اضطراب‌ها همبود بالایی باهم دارند و همه با ترس و اختلالات رفتاری مرتبط مشخص می‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). یکی از انواع اختلالات اضطرابی، اختلال اضطراب فراگیر^۳ است که یک بیماری روانپزشکی شایع و کاملاً ناتوان کننده است که اغلب تشخیص داده نمی‌شود و درمان نمی‌شود (ابراهیم^۴ و همکاران، ۲۰۲۴). علائم اختلال اضطراب فراگیر شامل اضطراب فراگیر مزمن، بی‌قراری^۵ (فرنکلین^۶ و همکاران، ۲۰۲۱)، خستگی^۷ (دی مارتینی^۸ و همکاران، ۲۰۱۹؛ زینال و نیومن^۹، ۲۰۲۴)، مشکل در تمرکز، تحریک‌پذیری، تنش عضلانی^{۱۰} (تولین^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۱) و اختلالات خواب است (کاراتپی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۴؛ فرناندز^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۴). بر اساس تحقیقات افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، عوامل مختلفی می‌توانند در ایجاد و حفظ اختلال اضطراب فراگیر نقش داشته باشند که از جمله آنها می‌توان به عدم تحمل بلاتکلیفی^{۱۴} اشاره کرد (ویلسون^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۰؛ رن^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۱). عدم تحمل بلاتکلیفی، تمایل به فکر کردن (فنگ^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۵) یا واکنش منفی نسبت به رویدادهای نامشخص (پوشتان^{۱۸} و همکاران، ۲۰۲۵) ممکن است پیامدهایی بر سلامت روانی و بهزیستی روانی افراد داشته باشد (واویدال و همکاران، ۲۰۲۲؛ یه^{۱۹} و همکاران، ۲۰۲۵).

عدم اطمینان و بلاتکلیفی در مورد رویدادهای آینده ممکن است منجر به نگرانی، اضطراب و حتی ناتوانی در عملکرد شود. مفهوم بسیار مرتبط، عدم تحمل بلاتکلیفی در اوایل دهه ۱۹۹۰ ظهور کرد، که بیشتر به یک عامل خطر فراتشخیصی در اشکال مختلف اختلالات اضطرابی تبدیل شد. علاقه به عدم قطعیت و عدم تحمل بلاتکلیفی در سال‌های اخیر به سرعت افزایش یافته است (گئو^{۲۰} و همکاران، ۲۰۲۰). بر اساس نظریه عدم تحمل

بلاتکلیفی^{۲۱}، این عدم تحمل خود را با تمایل بیش از حد به یافتن موقعیت‌های نامطمئن استرس‌زا و ناراحت کننده، باور به اینکه رویدادهای غیرمنتظره منفی هستند و باید از آنها اجتناب کرد، و فکر کردن که عدم اطمینان در مورد آینده ناعادلانه است، آشکار می‌شود (داگاس^{۲۲} و همکاران، ۲۰۰۵). بر اساس تحقیقات سهم عدم تحمل بلاتکلیفی در بروز نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر به خوبی ثابت شده است (بوتسی^{۲۳} و همکاران، ۲۰۱۶؛ بومیا^{۲۴} و همکاران، ۲۰۱۵). به طوری که کارلتون^{۲۵} (۲۰۱۶) حتی استدلال‌هایی را ارائه کرده است که از این موضوع حمایت می‌کند که عدم تحمل بلاتکلیفی منعکس کننده یک مؤلفه اصلی اضطراب فراگیر و حتی ترس است. با توجه به این مشکلات در این پژوهش به ارائه مداخلات روانشناختی برای کاهش این مشکلات از جمله عدم تحمل بلاتکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر پرداخته شده است. یکی از مداخلات موثر بر کاهش مشکلات بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر، درمان هیجان‌مدار است؛ به طوری که بر اساس نتایج تحقیقات اخیرا درمان هیجان‌مدار برای اختلال اضطراب فراگیر توسعه یافته است و در کارآزمایی‌های بالینی نتایج امیدوار کننده‌ای از آن به دست آمده است (تیمولاک^{۲۶} و همکاران، ۲۰۲۲؛ اوکل کنت^{۲۷} و همکاران، ۲۰۲۱؛ تیمولاک و همکاران، ۲۰۱۸؛ تیمولاک و مک‌الوانی، ۲۰۱۶).

درمان هیجان‌مدار یک درمان مبتنی بر فرآیند و تجربی در سنت انسان‌گرایانه روان‌درمانی فرد محور و گشتالت است (گرینبرگ^{۲۸} و همکاران، ۱۹۹۳). این به عنوان یک شکل مبتنی بر شواهد از درمان برای تعدادی از مشکلات روانشناختی، از جمله، اخیراً، اختلال اضطراب فراگیر ایجاد شده است (تیمولاک و همکاران، ۲۰۲۲). درمان هیجان‌مدار از درمانگران می‌خواهد که هم روی آسیب‌پذیری عاطفی زیربنایی که مراجع نگران آن هستند و هم در سطح مبتنی بر علائم بیشتر کار کنند، جایی که علائم مرتبط با اضطراب مانند نگرانی یا اجتناب مورد توجه قرار می‌گیرد (تیمولاک و مک‌الوانی، ۲۰۱۷). تیمولاک و مک‌الوانی (۲۰۱۶) و تیمولاک و کنوق (۲۰۲۲) پیشنهاد می‌کنند، کار اصلی در درمان اختلال اضطراب فراگیر تغییر آسیب‌پذیری عاطفی اصلی است (که در درمان هیجان‌مدار نیز به آن درد اصلی^{۲۹} گفته می‌شود) و که این کار مرکزی فقط با کار در سطح علائم خاص

16. Wilson
17. Ren
18. Feng
19. Poshtan
20. Vadivel
21. Ye
22. Gu
23. intolerance of uncertainty model (IUM)
24. Dugas
25. Bottesi
26. Bomyea
27. Carleton
28. Timulak
29. O'Connell Kent
30. Greenberg
31. Core pain

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)
2. American Psychiatric Association
3. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)
4. Generalized anxiety
5. Ibrahim
6. restlessness
7. Franklin
8. fatigue
9. DeMartini
10. Zainal & Newman
11. muscle tension
12. Tolin
13. Karatepe
14. Fernandez
15. uncertainty intolerance

بورگس و همکاران، ۲۰۲۱؛ تورس-پلاتاس و همکاران، ۲۰۱۹) بر کاهش علائم اختلالات اضطرابی به ویژه اختلال اضطراب فراگیر اثربخشی معنادار دارند. اما مقایسه اثربخشی این دو درمان کمتر بر روی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شده است. افزون بر این، از نظر روش‌شناختی نیز، مطالعاتی که به مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و شناخت درمان‌نگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی پرداخته باشد کمتر وجود دارد و این باعث می‌شود که نتوان درمان موثر و مورد نیاز این بیماران برای کاهش مشکلات‌شان را شناسایی کرد. لذا در باب دلایل منطقی و علمی برای مقایسه این دو این درمان، می‌توان گفت که وقتی بتوان از بین رویکردها و مداخلات درمانی مختلف و اثربخش از نظر مطالعات تجربی، یک درمان اثربخش‌تر را نسبت به درمان‌های دیگر را شناسایی کرد می‌توان به روانشناسان و درمانگران که در حوزه اختلال اضطراب فراگیر فعالیت می‌کنند کمک کرد که از نتایج اینگونه تحقیقات استفاده کنند که چه نوع درمانی اثربخش‌تر است. به همین دلیل این پژوهش از تلویحات کاربردی در این زمینه، برای روانشناسان و درمانگران برخوردار است. لذا بر اساس آنچه گفته شد پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال بود که آیا بین اثربخشی درمان هیجان‌مدار و شناخت درمان‌نگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تفاوت وجود دارد؟

روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شمال و شمال غرب شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. در این پژوهش از جدول کوهن^۹ (۲۰۱۳) با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۷۵ برابر با ۱۵ نفر در هر گروه بود (۱۵ نفر در گروه درمان هیجان‌مدار، ۱۵ نفر شناخت درمان‌نگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و ۱۵ نفر گروه کنترل). کسب نمره ۱۰ و بالاتر از آن در مقیاس اختلال اضطراب فراگیر، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم و ابتلا به سوء مصرف مواد مخدر و سیگار از ملاک‌های ورود به پژوهش بود. همچنین غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی، شرکت همزمان در دیگر دوره‌ها و مداخلات درمانی همزمان با پژوهش، از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. شیوه تحلیل داده‌ها در دو سطح توصیفی (میانگین، انحراف معیار، درصد و فراوانی) و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون تعقیبی بن‌فرونی، آزمون تحلیل واریانس یک راهه و خی دو) بوده است. نرم افزار SPSS نسخه ۲۸ به منظور تحلیل داده‌ها استفاده شد.

اختلال اضطراب فراگیر، به عنوان مثال، تبدیل فرآیند نگرانی تکمیل می‌شود (مورفی^۱ و همکاران، ۲۰۱۷). در درمان هیجان‌مدار، نگرانی را نوعی راهبرد خودمحافظتی در مقابل احساسات دردناک و مزمن اساسی مانند غم، شرم و ترس می‌داند و فرد با اضطراب و نگرانی، موجب ادامه علائم اختلال اضطراب فراگیر می‌شود (واتسون و گرینبرگ، ۲۰۱۷؛ تیمولاک و مک‌الوانی، ۲۰۱۷). بر اساس پیشینه پژوهش درمان هیجان‌مدار اثرات مثبت و موثری بر کاهش مشکلات افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارد (واتسون و گرینبرگ، ۲۰۱۷) و در یک پژوهش که به مقایسه درمان شناختی-رفتاری با درمان هیجان‌مدار پرداخته‌اند نتایج نشان داده است که افت درمان در جلسات درمان هیجان‌مدار ۱۰ درصد ولی افت آزمودنی‌ها در جلسات درمان شناختی-رفتاری به میزان ۰/۲۷ درصد بوده است که این نتایج نشان دهنده آن است که درمان هیجان‌مدار یک درمان بالقوه امیدوار کننده برای بهبود مشکلات ناشی از اختلال اضطراب فراگیر است (تیمولاک و همکاران، ۲۰۲۲). یکی دیگر از مداخلاتی که اثربخشی آن بر کاهش مشکلات بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تایید شده است، شناخت درمان‌نگری مبتنی بر ذهن-آگاهی^۲ است (نیک بقا و همکاران، ۱۴۰۲؛ ویلیامز^۳ و همکاران، ۲۰۲۳). شناخت درمان‌نگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، که تمرین و اصول ذهن‌آگاهی را با اجزای درمان شناختی-رفتاری ترکیب می‌کند، در ابتدا برای جلوگیری از عود افسردگی در بیماران در حال بهبودی توسعه داده شد (سگال^۴ و همکاران، ۲۰۱۸).

در سال‌های اخیر، مطالعات متعددی نشان داده‌اند که به جز راهبردهای پیشگیری از عود، مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی، از جمله شناخت درمان‌نگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، ممکن است علائم حاد اضطراب را نیز کاهش دهد (جیانگ^۵ و همکاران، ۲۰۲۲). متاآنالیز ۳۹ مطالعه با مجموع ۱۱۴۰ شرکت کننده نشان داد که مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی تأثیرات قابل توجهی بر کاهش علائم اضطراب در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی دارد (هافمن^۶ و همکاران، ۲۰۱۰). در شناخت درمان‌نگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، شرکت‌کنندگان می‌توانند یاد بگیرند که الگوهای پاسخ‌های عاطفی و تفکر منفی را شناسایی کنند تا به آنها کمک کند تا یک برنامه بحران ایجاد کنند و در صورت بروز افسردگی، ناامیدی و افکار خودکشی در آینده اقدام کنند (سگال و همکاران، ۲۰۱۹). شناخت درمان‌نگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با نظریه‌های مشاوره کلاسیک مانند رفتار درمانی و شناختی، کارایی یکسان یا بیشتر را برای پیشگیری از عود اضطراب نشان داده‌اند (تورس-پلاتاس^۷ و همکاران، ۲۰۱۹؛ بورگس^۸ و همکاران، ۲۰۲۱).

همانطور که گفته شد با توجه پژوهش‌های مختلفی که نشان داده‌اند که هم درمان هیجان‌مدار (تیمولاک و همکاران، ۲۰۲۲؛ اوکنل کنت و همکاران، ۲۰۲۱؛ تیمولاک و همکاران، ۲۰۱۸؛ تیمولاک و مک‌الوانی، ۲۰۱۶؛ واتسون و گرینبرگ، ۲۰۱۷؛ تیمولاک و کنوک، ۲۰۲۲) و هم شناخت درمان‌نگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی (نیک بقا و همکاران، ۱۴۰۲؛ ویلیامز و همکاران، ۲۰۲۳؛

6. Hofmann
7. Torres-Platas
8. Burgess
9. Cohen

1. Murphy
2. Mindfulness-based cognitive therapy
3. Williams
4. Segal
5. Jiang

ابزارهای سنجش

مقیاس اختلال اضطراب فراگیر-۷ (GAD-7):^۱ این مقیاس توسط اسپیتزر^۲ و همکاران (۲۰۰۶) تهیه شده است و ۷ سوال دارد و پاسخ دهنده با انتخاب گزینه هیچ وقت صفر نمره، چند روز ۱ نمره، بیش از نیمی از روز ۲ نمره و تقریباً هر روز ۳ نمره کسب می‌کند. دامنه نمرات بین ۰ تا ۲۱ است و نمره بالاتر نشان دهنده اضطراب فراگیر بیشتر در افراد پاسخ دهنده است. نمره ۱۰ و بیشتر به عنوان نقطه برش تعیین شده است (نائینیان و همکاران، ۱۳۹۰؛ جانسون^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). سازندگان مقیاس ویژگی‌های روانسنجی مقیاس را بررسی و برای محاسبه پایایی از آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی استفاده کرده‌اند که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضریب بازآزمایی با فاصله ۲ هفته ضریب همبستگی پیرسون ۰/۸۳ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آورده‌اند و علاوه بر این روایی مقیاس بررسی و روایی ملاکی (همزمان) آن محاسبه و ضرایب همبستگی با مقیاس سلامت عمومی^۴ استورات^۵ و همکاران (۱۹۸۸) در دامنه ۰/۳۰ تا ۰/۷۵ و معنادار در سطح ۰/۰۱ گزارش شده است (اسپیتزر و همکاران، ۲۰۰۶). این مقیاس در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است و پایایی و روایی آن محاسبه شده است که برای محاسبه پایایی از آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی استفاده کرده‌اند که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و ضریب بازآزمایی با فاصله ۲ هفته ضریب همبستگی پیرسون ۰/۴۸ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آورده‌اند و روایی ملاکی (همزمان) آن بررسی و ضریب همبستگی با خرده مقیاس اضطراب چک لیست اختلالات روانی^۶ (SCL-90) دراگوتیس^۷ و همکاران (۱۹۷۷) ضریب همبستگی پیرسون ۰/۶۳ و معنادار در سطح ۰/۰۱ گزارش شده است (نائینیان و همکاران، ۱۳۹۰). در این مطالعه ضرایب آلفای کرونباخ در پیش‌آزمون ۰/۸۰، پس‌آزمون ۰/۸۳ و پیگیری ۰/۹۰ گزارش شد.

مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی^۸ (IUS-27): این مقیاس توسط سکستون و داگاس^۹ (۲۰۰۹) تهیه شده است و شامل ۲۷ سوال می‌باشد و ۲ خرده مقیاس شامل تلویحات خودارجایی^{۱۰} با سوالات ۱، ۲، ۳، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، و بلا تکلیفی غیرمنصفانه^{۱۱} با سوالات ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۸، ۱۹، ۲۱، ۲۶ و ۲۷ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری مقیاس در طیف ۵ درجه‌ای می‌باشد به این صورت که هیچ وقت ۱ نمره، کمی ۲ نمره، تا حدودی ۳ نمره، زیاد ۴ نمره و کاملاً ۵ نمره است. دامنه نمرات بین ۱۳۵ تا ۲۷ می‌باشد که نمره بالاتر نشان دهنده مشکلات بیشتر در مدیریت عدم قطعیت است. سازندگان مقیاس ویژگی‌های روانسنجی آن را

بررسی و برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده کرده‌اند و ضریب آلفای کرونباخ برای بلا تکلیفی تلویحات خودارجایی ۰/۹۲، بلا تکلیفی غیرمنصفانه ۰/۹۱ و کل مقیاس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آورده‌اند و علاوه بر این برای اجرای تحلیل عاملی اکتشافی^{۱۲}، قابلیت آن با آزمون کایزر-مایر-اولکین^{۱۳} و آزمون کرویت بارتلت^{۱۴} مورد بررسی قرار گرفت و مقدار آزمون کایزر-مایر-اولکین (۰/۹۷) نشان از کفایت حجم نمونه برای اجرای تحلیل عاملی داشت و سپس با تحلیل عاملی تاییدی^{۱۵} و مقادیر شاخص برازش مقایسه‌ای^{۱۶} (CFI) و خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب^{۱۷} (RMSEA) به ترتیب ۰/۹۷۰ و ۰/۰۷۰ به دست آورده‌اند که نشان دهنده روایی مقیاس است (سکستون و داگاس، ۲۰۰۹). در ایران نیز از نسخه دو عاملی آن استفاده شده است که برای بررسی پایایی آن از آلفای کرونباخ استفاده شده که ضریب کل سوالات ۰/۹۴ گزارش شده است (فهمی و همکاران، ۱۳۹۲) و روایی ملاکی (همزمان) آن با سیاهه کوتاه اضطراب سلامتی (SHAI)^{۱۸} سالکوسکیس^{۱۹} و همکاران (۲۰۰۲) بررسی و ضریب همبستگی پیرسون آن ۰/۵۸ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (پرتوی پیروز و همکاران، ۱۴۰۱). در این مطالعه ضرایب آلفای کرونباخ در پیش‌آزمون ۰/۹۱، پس‌آزمون ۰/۹۰ و پیگیری ۰/۹۳ گزارش شد.

روند اجرای پژوهش

برای گردآوری داده‌ها از دو روش میدانی و کتابخانه‌ای استفاده شد. به این صورت که در ابتدا پرسشنامه‌های پژوهش به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد و سپس گروه‌های آزمایش مداخله گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار بودند. سپس گروه‌های آزمایش و کنترل مجدد به سوالات پرسشنامه‌ها پاسخ دادند و بعد از ۲ ماه نیز مرحله پیگیری انجام شد.

11. uncertainty is unfair
12. Exploratory factor analysis
13. Kaiser-Meyer-Olkin Test
14. Bartlett spherical test
15. Confirmatory factor analysis
16. Comparative fit index (CFI)
17. Root mean square error of approximation (RMSEA)
18. Short Health Anxiety Inventory (SHAI)
19. Salkovskis

1. Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)
2. Spitzer
3. Johnson
4. MOS short-form general health survey
5. Stewart
6. Symptom Checklist- 90 (SCL-90)
7. Derogatis
8. Intolerance of Uncertainty Scale (IUS-27)
9. Sexton & Dugas
10. self-referent implications

جلسات درمانی

جدول ۱: جلسات درمانی

جلسات درمان هیجان‌مدار اقتباس از تیمولاک و مک‌الوانی (۲۰۱۷)

گام	گام درمانی	اهداف درمانی
۱	ایجاد و حفظ رابطه همدلانه	آشنایی و برقراری رابطه درمانی برای ایجاد احساس امنیت، آشنایی با قوانین کلی درمان، ارزیابی ماهیت مشکل، ارزیابی اهداف و انتظارات از درمان
۲	تقویت خودآسیب‌پذیر، افزایش آگاهی از هیجان و توسعه راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت‌تر	درک معنای تجربه و ایجاد روایت منسجم در زندگی توسط مراجع، درک معنای عاملیت و اعتماد به نفس بیشتر، دستیابی به ظرفیت‌های تنظیم هیجانی و باور به مقابله با مشکلات، ایجاد درون فکنی و خودگویی مثبت برای خلق خودپنداره مثبت.
۳	کار از طریق دواپارگی اضطراب	شناسایی و کار روی اضطراب ثانویه، شناسایی پاسخ‌های هیجانی واکنشی ثانویه، مدیریت نشانگرها و تسهیل در دسترسی به احساسات هسته‌ای زیربنایی
۴	خنثی کردن یا بی اثر کردن برخورد منفی با خود و خودبازداری	شناسایی خود نگران و سرزنشگر برای تصحیح برخورد منفی با خود، شناسایی دواپارگی خودانتقادگر و خودبازداری برای افزایش دستیابی به پذیرش و شفقت
۵	حل و فصل آسیب‌های هیجانی	شناسایی آسیب در دلبستگی اولیه و منابع عمیق اضطراب نشانه‌ای، شناسایی تکالیف ناتمام، شناسایی درد هسته‌ای، دسترسی و ابراز هیجان خشم
۶	خودتسکینی مراجع	ارتقای توانایی مراجع در دریافت تجربه هیجانی و شفقت به خویش، آموزش خودتسکینی فیزیولوژیکی، مقابله‌ای و تبدیلی، افزایش ظرفیت تنظیم هیجان و خودتسکین دهی نهفته
۷	تحکیم یک روایت جدید	تثبیت معنای جدید، توانایی تأمل در تجربه و ایجاد روایت جدید در هویت، افزایش تاب‌آوری و هیجان سازگار اولیه.

جلسات آموزش شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی اقتباس از سگال و همکاران (۲۰۱۸)

جلسات	هدف	محتوای جلسات
۱	معارفه و معرفی	معارفه، اجرای پیش‌آزمون، برقراری ارتباط بین اعضای گروه، هدایت خودکار، خوردن یک کشمش با آگاهی، مراقبه واریسی جسمانی، اول تکلیف خانگی معطوف کردن توجه به فعالیت‌های روزمره و مراقبه واریسی جسمانی ۴۵ دقیقه‌ای
۲	مقابله با موانع و مشکلات	مراقبه واریسی جسمانی، تمرین افکار و احساسات، تکلیف خانگی ده دقیقه تنفس با حضور ذهن و معطوف کردن توجه به یک فعالیت روزمره به شیوه‌ای متفاوت، ثبت گزارش روزانه از تجربه یک واقعه خوشایند.
۳	حضور ذهن بر روی تنفس	حرکت به شیوه حضور ذهن، تمرین تنفس و کشش، سه دقیقه فضای تنفس، تکلیف خانگی تمرین تنفس و کشش و حرکت به شیوه حضور ذهن و تمرین سه دقیقه‌ای تنفس سه بار در روز
۴	بودن در زمان حال	پنج دقیقه حضور ذهن دیداری با شنیداری، مراقبه نشسته، راه رفتن با حالت حضور ذهن، تکلیف خانگی مراقبه نشسته، فضای سه دقیقه‌ای تنفس به عنوان راهبرد مقابله‌ای در زمان تجربه احساسات ناخوشایند.
۵	پذیرش و اجازه	مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس و بدن، تاکید بر آگاهی یابی از چگونگی واکنش دهی در برابر افکار، احساسات و حس‌های جسمانی، تکلیف خانگی مراقبه نشسته و سه دقیقه فضای تنفس.
۶	افکار نه حقایق	مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس و بدن، تمرین خلق‌ها، افکار و دیدگاهی جایگزین آماده کردن شرکت‌کنندگان برای پایان دوره، چهل دقیقه انجام تمرین روزانه، تعمق و کار بیشتر روی برنامه عملی پیشگیری از عود.
۷	چگونگی مراقبت از خود	مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و احساسات، پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق، تکلیف شامل گزینش الگویی از تمامی انواع مختلف تمرین‌های دوره برای پیاده سازی بعد از دوره.
۸	جمع بندی نهایی	استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با وضعیت‌های خلقی در آینده، مراقبه واریسی جسمانی، به پایان رساندن مراقبه، مروری بر آنچه در دوره گذشت، تکلیفی به عنوان انتخاب برنامه‌ای برای تمرین خانگی که شرکت‌کنندگان بتوانند آن را تا ماه بعد ادامه دهند و در نهایت اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

بر اساس نتایج میانگین و انحراف معیار سن گروه درمان هیجان‌مدار $33/73$ و $5/351$ ؛ میانگین و انحراف معیار سن گروه شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی $31/20$ و $5/570$ و میانگین و انحراف معیار سن گروه کنترل $33/07$ و $4/026$ بود. میزان آماره F بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین‌های ۳ گروه در متغیر سن برابر با $F=1/023$ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($sig=0/368$) که نشان دهنده همتا بودن

۳ گروه از نظر سن می‌باشد. همچنین میزان آماره تحلیل خی دو ($Chi-Square$) آمده حاصل از مقایسه فراوانی و درصد ۳ گروه در متغیر تحصیلات برابر با $10/648$ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($sig=0/100$) که نشان دهنده همتا بودن سه گروه از نظر تحصیلات می‌باشد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار عدم تحمل بلا تکلیفی

متغیرهای وابسته			میانگین			انحراف معیار		
			هیجان‌مدار	ذهن‌آگاهی	کنترل	هیجان‌مدار	ذهن‌آگاهی	کنترل
تجویحات خودارجاعی	پیش‌آزمون		45/47	45/73	46/00	2/232	2/404	1/852
	پس‌آزمون		41/33	41/80	45/80	2/440	3/121	1/821
	پیگیری		41/40	41/80	45/87	2/473	3/189	1/885
بلا تکلیفی غیرمنصفانه	پیش‌آزمون		28/93	28/93	28/93	1/751	1/751	0/751
	پس‌آزمون		24/80	26/00	28/80	2/077	2/535	1/971
	پیگیری		24/87	26/00	28/87	2/167	2/449	1/922
نمره کل عدم تحمل بلا تکلیفی	پیش‌آزمون		74/40	74/67	74/93	2/530	2/410	2/685
	پس‌آزمون		66/13	67/80	74/60	3/182	3/668	2/898
	پیگیری		66/27	67/80	74/73	3/262	3/802	2/915

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار عدم تحمل بلا تکلیفی را نشان می‌دهد. بعد از بررسی مفروضه‌های آماری تحلیل واریانس مکرر، از این آزمون برای تحلیل داده‌ها گردآوری شده استفاده شد. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می‌باشند یا خیر، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است، این پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها می‌باشد که ابتدا پیش‌فرض‌ها بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلکز در هیچ یک از مراحل معنی‌دار نبود ($p>0/05$)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می‌باشد. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($p>0/05$)، به این صورت که آماره‌های لوین برای تلویحات خودارجاعی (برای پیش‌آزمون $F=0/342$ ، $sig=0/712$ ؛ برای پس‌آزمون $F=1/871$ ، $sig=0/167$ و برای پیگیری $F=1/691$ ، $sig=0/197$)، برای بلا تکلیفی غیرمنصفانه (برای پیش‌آزمون $F=0/401$ ، $sig=0/512$ ؛ برای پس‌آزمون $F=0/501$ ، $sig=0/610$ و برای پیگیری $F=0/307$ ، $sig=0/737$) و برای نمره کل عدم تحمل بلا تکلیفی (برای پیش‌آزمون $F=0/146$ ، $sig=0/864$ ؛ برای پس‌آزمون $F=0/633$ ، $sig=0/526$ و برای پیگیری

$F=0/660$ ، $sig=0/522$) به دست آمد که بدین ترتیب پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تایید شد. داده‌های تحقیق فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (ام‌باکس) را زیر سؤال نبرد؛ به این صورت که آماره‌های آن برای تلویحات خودارجاعی ($F=1/551$ ، $sig=0/064$)، بلا تکلیفی غیرمنصفانه ($F=1/485$ ، $sig=0/084$) و نمره کل عدم تحمل بلا تکلیفی ($F=1/421$ ، $sig=0/099$) به دست آمد که این نتایج نشان دهنده آن است که این پیش‌فرض نیز رعایت شده است ($p>0/05$). با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود. از آنجایی که مقدار سطح معناداری آزمون کرویت موچلی برای عدم تحمل بلا تکلیفی برابر $0/001$ به دست آمده است. به این صورت که بر اساس نتایج آماره W موچلی برای متغیر تلویحات خودارجاعی ($0/057$)، بلا تکلیفی غیرمنصفانه ($0/075$) و نمره کل عدم تحمل بلا تکلیفی ($0/067$) در سطح $0/001$ معنادار است (مقدار آماره p value از $0/050$ کوچکتر است). این یافته حاکی از آن است که واریانس تفاوت‌ها در میان سطوح متغیرهای وابسته به صورت معناداری متفاوت است. پیش‌فرض تحلیل واریانس کرویت رعایت نمی‌شود. تخطی از پیش‌فرض کرویت سبب می‌شود که آماره F تحلیل واریانس دقیق نباشد. برای رفع این مشکل و افزایش دقت آماره F ، درجه آزادی را با استفاده از دو روش گرین‌هاوس-گیسر^۱ و هیون-فلدت^۲ تصحیح می‌کنند. اینکه از کدام روش

1. Greenhouse-Geisser correction

2. Huynh-Feldt correction

تصحیح استفاده کنیم، بنابر پیشنهاد استیونس^۱ (۱۹۹۶)؛ به نقل از ترابی و همکاران، ۱۴۰۰) اگر مقدار اپسیلون بزرگتر از ۰/۷۵ باشد از تصحیح هیون-فلت و اگر اپسیلون کوچکتر از ۰/۷۵ باشد یا هیچگونه اطلاعاتی در مورد کروییت وجود نداشته باشد از تصحیح گرین هاوس-گیسر استفاده می‌شود (ویسی و کاشفی، ۱۴۰۴). در پژوهش حاضر مقدار اپسیلون برای شاخص

گرین هاوس-گیسر برای تمامی متغیرهای وابسته از ۰/۷۵ کوچکتر است، لذا از اپسیلون گرین هاوس-گیسر استفاده شده است. بنابراین با در نظر گرفتن تصحیح گرین هاوس-گیسر در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی (تصحیح گرین هاوس-گیسر) عدم تحمل بلا تکلیفی

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	درجه آزادی	معنی‌داری	ضریب تاثیر	توان آماری
تلویحات خودارجایی	گروه	۸/۹۶۰	۲	۰/۰۰۱	۰/۲۹۹	۰/۹۶۴
	زمان	۸۱/۰۴۴	۰/۰۲۹	۰/۰۰۱	۰/۶۵۹	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۱۷/۸۹۱	۲/۱۶۳	۰/۰۰۱	۰/۴۶۰	۰/۹۹۹
بلا تکلیفی غیرمنصفانه	گروه	۸/۱۲۷	۲	۰/۰۰۱	۰/۲۷۹	۰/۹۴۶
	زمان	۷۲/۹۴۳	۱/۰۳۹	۰/۰۰۱	۰/۶۳۵	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۱۸/۱۹۷	۲/۱۸۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶۴	۰/۹۹۹
نمره کل عدم تحمل بلا تکلیفی	گروه	۱۸/۱۳۸	۲	۰/۰۰۱	۰/۴۶۳	۰/۹۹۹
	زمان	۱۶۴/۷۹۸	۱/۰۳۵	۰/۰۰۱	۰/۷۹۷	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۳۷/۹۴۸	۲/۱۷۵	۰/۰۰۱	۰/۶۴۴	۰/۹۹۹

نتایج جدول ۳ نشان داد که درمان هیجان‌مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تاثیر معنادار دارد. در ادامه مقایسه‌ی دو به دوی میانگین

تعدیل مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بر کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی برای بررسی ماندگاری نتایج در مرحله پیگیری در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی عدم تحمل بلا تکلیفی برای بررسی پایداری نتایج

متغیرهای وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
تلویحات خودارجایی	پیش‌آزمون	۴۵/۷۳۳	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۲/۷۵۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۴۲/۹۷۸	پیش‌آزمون-پیگیری	۲/۷۱۱	۰/۰۰۱
	پیگیری	۴۳/۰۲۲	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۴۴	۰/۹۹۴
بلا تکلیفی غیرمنصفانه	پیش‌آزمون	۲۸/۹۳۳	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۲/۴۰۰	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۲۶/۵۳۳	پیش‌آزمون-پیگیری	۲/۳۵۶	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۶/۵۷۸	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۴۴	۰/۹۹۴
نمره کل عدم تحمل بلا تکلیفی	پیش‌آزمون	۷۴/۶۶۷	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۵/۱۵۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۶۹/۵۱۱	پیش‌آزمون-پیگیری	۵/۰۶۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۶۹/۶۰۰	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۸۹	۰/۴۹۴

بر اساس نتایج جدول ۴ درمان هیجان‌مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی در مرحله پس‌آزمون تاثیر داشته است و اثرات درمانی آن بعد از ۲ ماه ماندگار و پایدار بوده است. در جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی عدم تحمل بلا تکلیفی برای بررسی درمان اثربخش‌تر آمده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی عدم تحمل بلا تکلیفی برای بررسی درمان اثربخش‌تر

متغیر وابسته	گروه	میانگین تعدیل شده	تفاوت میانگین ۲ گروه	تفاوت میانگین	معناداری
تلوپحات خودارجایی	درمان هیجان‌مدار	۴۲/۷۳۳	تفاضل هیجان‌مدار - ذهن‌آگاهی	-۰/۳۷۸	۰/۹۹۹
	درمان ذهن‌آگاهی	۴۳/۱۱۱	تفاضل هیجان‌مدار - گروه کنترل	-۳/۱۵۶	۰/۰۰۱
	کنترل	۴۵/۸۸۹	تفاضل ذهن‌آگاهی - گروه کنترل	-۲/۷۷۸	۰/۰۰۴
بلا تکلیفی غیرمنصفانه	درمان هیجان‌مدار	۲۶/۲۰۰	تفاضل هیجان‌مدار - ذهن‌آگاهی	-۰/۷۷۸	۰/۷۷۸
	درمان ذهن‌آگاهی	۲۶/۹۷۸	تفاضل هیجان‌مدار - گروه کنترل	-۲/۶۶۷	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۸/۸۶۷	تفاضل ذهن‌آگاهی - گروه کنترل	-۱/۸۸۹	۰/۰۲۵
نمره کل عدم تحمل بلا تکلیفی	درمان هیجان‌مدار	۶۸/۹۳۳	تفاضل هیجان‌مدار - ذهن‌آگاهی	-۱/۱۵۶	۰/۷۹۶
	درمان ذهن‌آگاهی	۷۰/۰۸۹	تفاضل هیجان‌مدار - گروه کنترل	-۵/۸۲۲	۰/۰۰۱
	کنترل	۷۴/۷۵۶	تفاضل ذهن‌آگاهی - گروه کنترل	-۴/۶۶۷	۰/۰۰۱

درمان اختلالات روانشناختی و بالینی، تغییر در هیجان را منشأ و درمان مشکلات روانشناختی در نظر می‌گیرد، اما به این نکته نیز اشاره می‌شود که توجه به هیجان، اولین راه رسیدن به تغییر است و اکثر مشکلات منشأ انگیزشی، هیجانی، رفتاری، فیزیولوژیکی، شناختی، فرهنگی و اجتماعی دارند که بسیاری از آنها بایستی مورد توجه قرار گیرند (تیمولاک و مک‌الوانی، ۲۰۱۷).

این درمان، ریشه اختلالات را عدم انطباق تجربه هیجانی و همچنین تجارب تجارب غفلت، طرد و آسیب از سوی دیگران می‌داند و مطرح می‌کند که هنگامی محافظت، پرورش، تسکین خاطر و حمایت مراقبین ناکافی باشد، خاطرات طرح‌های هیجانی مربوط به تجربیات دردناک، در خارج از آگاهی شکل گرفته و فرد با بی‌حسی هیجانی، رد کردن و یا نادیده گرفتن تجربه دردناک، با آن مقابله می‌کند. طرح‌های هیجانی، نماینده موقعیت‌های فراخواننده خاص و تمایل‌های مرتبط با عمل بوده و غالباً غیر کلامی است، با این حال می‌توان آن را به درون آگاهی فرد آورد و در قالب زبان، نمادسازی و بازنمایی کرد (گرینبرگ و گلدمن^۱، ۲۰۰۸). آغاز درمان، تمرکز بر تعمیق تجربه و ورود به لایه‌های آگاهی هیجانی است و این نکته تأکید می‌شود که تکنیک‌های کلامی و منطقی که بازسازی شناختی را در سطح مفهومی مدنظر قرار می‌دهد، اهمیت اندکی دارند (واتسون و گرینبرگ، ۲۰۱۷). بنابراین، با توجه به مفهوم خودمحافظتی نگرانی، اقدام مؤثر درمانی، هدف قرار دادن فرآیند به جای محتوا است. در این فرآیند، نگرانی از طریق مشارکت تجربی در گفتگوهای دو صندلی بیان می‌شود و امکان تسهیل احساسات سازگار و انعطاف‌پذیری نسبت به روند آسیب‌شناختی فراهم می‌شود. به عبارت دیگر، مراجع با نشستن در صندلی نگرانی، از عملکرد آن آگاه شده و با جابه جایی به صندلی تجربه کننده، ضمن دستیابی به یک حس تجربی، قادر به مقابله با نگرانی می‌شود و با توانایی در زمینه مقابله با نگرانی که از مولفه‌های اصلی در اختلال اضطراب فراگیر است میزان علائم این اختلال کم می‌شود (مورفی و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین می‌توان گفت که در درمان هیجان‌مدار با تأکید بر ارزیابی مجدد به تعبیر و تفسیر مشکل به نحوی می‌شود که پاسخ‌های

با توجه به جدول ۵ نتایج نشان داد که تفاوت میانگین گروه درمان هیجان‌مدار با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین گروه شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی با گروه کنترل است که این نشان دهنده آن است که درمان هیجان‌مدار اثربخشی بیشتری نسبت به شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار نسبت به شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی تأثیر بیشتری بر کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارد. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات تیمولاک و همکاران (۲۰۲۲)، اوکل کنت و همکاران (۲۰۲۱)، تیمولاک و همکاران (۲۰۱۸)، تیمولاک و مک‌الوانی (۲۰۱۶)، واتسون و گرینبرگ (۲۰۱۷) و تیمولاک و کتوک (۲۰۲۲) همسویی دارد که درمان هیجان‌مدار را درمانی اثربخش و غالب برای اختلال اضطراب فراگیر دانسته‌اند و اثربخشی آن را نشان داده‌اند. در تبیین این نتیجه به دست آمده مبنی بر اثربخش بودن درمان هیجان‌مدار نسبت به شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌توان گفت که پیشرفت روان‌درمانی در زمینه اختلال اضطراب فراگیر، بستگی به شناخت عمیق علائم و عوامل مرتبط با آن دارد. با توجه به تازگی مفهوم درمان هیجان‌مدار، پیشینه مطالعات نشان‌دهنده اهمیت نقش هیجان و اثربخشی درمان در اختلالات روانشناختی است (همایونی و همکاران، ۱۴۰۱). همچنین می‌توان گفت که با فعال‌سازی هیجان، امکان دسترسی به نیاز، آرزو، اهداف و تمایلات فردی، فراهم شده و مراجع قادر می‌شود تا با بازسازی تجارب ناخواسته، تعاملات هیجانی مشکل‌ساز را تغییر دهد. درمان هیجان‌مدار، به عنوان رویکردی جدید در

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر اصول اخلاقی پژوهش از جمله رازداری، محرمانه ماندن و حریم خصوصی افراد رعایت شد و شرکت در پژوهش هیچگونه آسیب احتمالی برای شرکت‌کنندگان نداشته است. داشتن کد اخلاق IR.IAU.SHAHROOD.REC.1402.083 از کارگروه/کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود از دیگر اصول رعایت شده اخلاقی در این پژوهش بوده است.

دسترسی به داده‌ها

امکان اشتراک‌گذاری داده‌ها به صورت عمومی وجود ندارد. در صورت تمایل سایر پژوهشگران برای اشتراک‌گذاری داده‌ها، می‌توانند با ایمیل با نویسنده مسئول مکاتبه کنند.

هیجانی را کاهش می‌دهند. از این رو درمان هیجان‌مدار با راهبرد ارزیابی مجدد می‌تواند تجارب هیجانی منفی را تعدیل کند و باعث کاهش سازه بلا تکلیفی شود. مطالعه کوئر^۱ و همکاران (۲۰۱۷) نیز نشان دادند داده است درمان هیجان‌مدار از طریق نظم‌بخشی هیجانی می‌تواند عدم تحمل بلا تکلیفی، اجتناب شناختی و باورهای مثبت نگرانی که نقش عمده‌ای در اختلالات اضطرابی به ویژه اختلال اضطراب فراگیر دارند را کنترل کنند. لذا منطقی است گفته شود که درمان هیجان‌مدار نسبت به شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اثربخش‌تر است.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش آن بود که تنها به بررسی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شهر تهران پرداخته شده است و تنها ابزار گردآوری برای شناسایی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر پرسشنامه خودگزارشی بوده است که این می‌تواند باعث شود بیماران پاسخ‌های جامعه پسند به سوالات پرسشنامه بدهند. برای رفع این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در سایر شهرها انجام شود و علاوه بر استفاده از پرسشنامه‌ها از سایر ابزارها مانند مصاحبه نیز استفاده شود. پیشنهاد می‌شود چنین مطالعاتی را در نمونه‌های دیگر از جمله بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به تفکیک جنسیت تکرار شود و به مقایسه جنسیتی نیز پرداخته شود. مرحله پیگیری در این پژوهش ۲ ماهه بود، بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعد با لحاظ کردن مرحله پیگیری بلندمدت‌تر و طولانی‌تر (بیش از شش ماه یا حتی یک سال) به بررسی تداوم و ماندگاری درمان هیجان‌مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی پرداخته شود. بر اساس نتایج پژوهش می‌توان به طور کاربردی پیشنهاداتی را مطرح کرد. به طوری که پیشنهاد می‌شود که درمانگران و متخصصان روانشناسی این حوزه از این گونه مداخلات درمانی جهت کاهش مشکلات بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر استفاده نمایند. لذا سازمان نظام روانشناسی و مشاوره ایران و مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی که متولی برنامه‌ریزی و درمان در زمینه اختلالات روانشناختی هستند می‌توانند از نتایج این گونه تحقیقات برای بهبود مشکلات بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر استفاده کنند.

تقدیر و تشکر

از همه شرکت‌کنندگانی که برای به ثمر رسیدن این پژوهش همکاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

این مقاله هیچ گونه تعارض منافع ندارد.

منابع مالی

این پژوهش هیچگونه حمایت مالی نداشته است.

References

- American Psychiatric Association (2022) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR*, 5th, text revision edn. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5thed.). Washington, DC. American Psychiatric Press
- Bomyea, J., Ramsawh, H., Ball, T. M., Taylor, C. T., Paulus, M. P., Lang, A. J., & Stein, M. B. (2015). Intolerance of uncertainty as a mediator of reductions in worry in a cognitive behavioral treatment program for generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 33 (1), 90-94. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.05.004>
- Bottesi, G., Ghisi, M., Carraro, E., Barclay, N., Payne, R., & Freeston, M. H. (2016). Revising the intolerance of uncertainty model of generalized anxiety disorder: evidence from UK and Italian undergraduate samples. *Frontiers in Psychology*, 7 (1), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01723>
- Burgess, E. E., Selchen, S., Diplock, B. D., & Rector, N. A. (2021). A brief mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) intervention as a population-level strategy for anxiety and depression. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14 (2), 380-398. <https://doi.org/10.1007/s41811-021-00105-x>
- Carleton, R. N. (2016). Fear of the unknown: One fear to rule them all?. *Journal of anxiety disorders*, 41 (1), 5-21. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.011>
- Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- DeMartini, J., Patel, G., & Fancher, T. L. (2019). Generalized anxiety disorder. *Annals of internal medicine*, 170 (7), 49-64. <https://doi.org/10.7326/aitc201904020>
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1977). *SCL-90. Administration, scoring and procedures manual-I for the R (revised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scales Series*. Chicago: Johns Hopkins University School of Medicine. <http://www.westerparc.nl/wp-content/uploads/2011/12/SCL-90-Engels.pdf>
- Dugas, M. J., Hedayati, M., Karavidas, A., Buhr, K., Francis, K., & Phillips, N. A. (2005). Intolerance of uncertainty and information processing: Evidence of biased recall and interpretations. *Cognitive therapy and research*, 29 (1), 57-70. <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-005-1648-9>
- Fahimi, S., Mahmoud Aliloo, M., RahimKhanli, M., Fakhari, A., & Poursharifi, H. (2013). Compare intolerance of uncertainty in the generalized anxiety disorder, obsessive compulsive disorder, panic disorder and normal people. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 11 (4), 233-244. (In Persian) <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17352029.1392.11.4.1.8>
- Feng, B., Zeng, L., Hu, Z., Fan, X., Ai, X., Huang, F., & Zheng, X. (2025). Global precedence effect in fear generalization and the role of trait anxiety and intolerance of uncertainty. *Behaviour Research and Therapy*, 184 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.104669>
- Fernandez, M. D. S., da Silva, N. R. J., Bielavski, C. H., da Silva, J. A., & Silva, A. E. R. (2024). Generalized anxiety disorder in Brazilian undergraduate dental students during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *European Journal of Dental Education*, 28 (1), 117-129. <https://doi.org/10.1111/eje.12927>
- Franklin, A. R., Mathersul, D. C., Raine, A., & Ruscio, A. M. (2021). Restlessness in generalized anxiety disorder: using actigraphy to measure physiological reactions to threat. *Behavior therapy*, 52 (3), 734-744. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.09.004>
- Greenberg, L. S., & Goldman, R. N. (2008). *Emotion-focused couples therapy: The dynamics of emotion, love, and power*. American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/record/2008-17822-005>
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. Guilford Press. <https://www.guilford.com/books/Facilitating-Emotional-Change/Greenberg-Rice-Elliott/9781572302013>
- Gu, Y., Gu, S., Lei, Y., & Li, H. (2020). From uncertainty to anxiety: How uncertainty fuels anxiety in a process mediated by intolerance of uncertainty. *Neural Plasticity*, 1 (1), 1-8. <https://doi.org/10.1155/2020/8866386>
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78 (2), 169-179. <https://doi.org/10.1037/a0018555>
- Homayouni, S., Taghavi, M.R., Goodarzi, M, A., & Hadianfard, H. (2022). The efficacy of emotion focused therapy on worry and self-criticism in individuals with generalized anxiety disorder. *Journal of Psychological Science*, 21 (109), 1-18. (In Persian) <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.109.1>
- Ibrahim, D., Ahmed, R. M., Mohammad, A. Z., Ibrahim, B., Mohammed, T., Mohamed, M. E., ... & Shaaban, K. M. (2024). Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder and perceived stress among Sudanese medical students. *BMC psychiatry*, 24 (1), 68-78. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05510-y>
- Jiang, S. S., Liu, X. H., Han, N., Zhang, H. J., Xie, W. X., Xie, Z. J., ... & Huang, X. B. (2022). Effects of group mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive behavioural therapy on symptomatic generalized anxiety disorder: a randomized controlled noninferiority trial. *BMC psychiatry*, 22 (1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04127-3>
- Johnson, S. U., Ulvenes, P. G., Øktedalen, T., & Hoffart, A. (2019). Psychometric properties of the GAD-7 in a heterogeneous psychiatric sample. *Frontiers in psychology*, 10 (1), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01713>

- Karatepe, O. M., Çolakoğlu, Ü., Yurcu, G., & Kaya, Ş. (2024). Do financial anxiety and generalized anxiety mediate the effect of perceived organizational support on service employees' career commitment?. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 36 (4), 1087-1113. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1108/IJCHM-08-2022-0929>
- Koerner, N., Mejia, T., & Kusec, A. (2017). What's in a name? Intolerance of uncertainty, other uncertainty-relevant constructs, and their differential relations to worry and generalized anxiety disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46 (2), 141-161. <https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1211172>
- Murphy, J., Rowell, L., McQuaid, A., Timulak, L., O'Flynn, R., & McElvaney, J. (2017). Developing a model of working with worry in emotion-focused therapy: A discovery-phase task analytic study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 17 (1), 56-70. <http://dx.doi.org/10.1002/capr.12089>
- Naeinian, M., Shaeiri, M., Sharif, M., & Hadian, M. (2011). To Study Reliability and Validity for A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). *Clinical Psychology and Personality*, 9 (1), 41-50. (In Persian) <https://dorl.net/dor/20.1001.1.23452188.1390.9.1.5.7>
- Nikbagha, S. M., Tabesh Mofrad, N., Naseri Manesh, M., Karami, S. (2023). The effect of Mindfulness-based cognitive therapy in Anxiety sensitivity, Deficits in emotional processing and Distress tolerance of Nurses with Symptoms of Generalized Anxiety Disorder. *Iranian of Psychiatric Nursing*, 11 (1), 52-64. (In Persian) <http://dx.doi.org/10.22034/IJPN.11.1.52>
- O'Connell Kent, J. A., Jackson, A., Robinson, M., Rashleigh, C., & Timulak, L. (2021). Emotion-focused therapy for symptoms of generalised anxiety in a student population: An exploratory study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21 (2), 260-268. <https://doi.org/10.1002/capr.12346>
- Partovi Pirooz L, Jomehori F, Seadatee Shamir A, Hasani J. (2022). Structural model of health anxiety based on intolerance of uncertainty and anxiety sensitivity with mediating the role of rumination in college students. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*. 3 (2), 278-290. (In Persian) <http://dx.doi.org/10.52547/jspnay.3.2.278>
- Poshtan, M. M., Aflakseir, A., Witthöft, M., Cherry, M. G., Taghanaki, C. R., & Ramzi, M. (2025). The Role of Intolerance of Uncertainty in Health Anxiety in Cancer Patients: Exploring Demographic and Cancer-related Variations. *European Journal of Oncology Nursing*, 1 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2025.102793>
- Ren, L., Wei, Z., Li, Y., Cui, L. B., Wang, Y., Wu, L., ... & Liu, X. (2021). The relations between different components of intolerance of uncertainty and symptoms of generalized anxiety disorder: a network analysis. *BMC psychiatry*, 21 (1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03455-0>
- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. C., & Clark, D. M. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological medicine*, 32 (5), 843-853. <https://doi.org/10.1017/s0033291702005822>
- Segal, Z. V., Anderson, A. K., Gulamani, T., Dinh Williams, L.-A., Desormeau, P., Ferguson, A., Walsh, K., & Farb, N. A. S. (2019). Practice of therapy acquired regulatory skills and depressive relapse/recurrence prophylaxis following cognitive therapy or mindfulness based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87 (2), 161-170. <https://doi.org/10.1037/ccp0000351>
- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications. <https://www.guilford.com/books/>
- Sexton, K. A., & Dugas, M. J. (2009). Defining distinct negative beliefs about uncertainty: validating the factor structure of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Psychological assessment*, 21 (2), 176-186. <https://doi.org/10.1037/a0015827>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166 (10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Stewart, A. L., Hays, R. D., & Ware Jr, J. E. (1988). The MOS short-form general health survey: reliability and validity in a patient population. *Medical care*, 1 (1), 724-735. <https://doi.org/10.1097/00005650-198807000-00007>
- Timulak, L., & Keogh, D. (2022). *Transdiagnostic emotion-focused therapy: A clinical guide for transforming emotional pain*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/pubs/books/transdiagnostic-emotion-focused-therapy>
- Timulak, L., & McElvaney, J. (2016). Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An overview of the model. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46 (1), 41-52. <http://dx.doi.org/10.1007/s10879-015-9310-7>
- Timulak, L., & McElvaney, J. (2017). *Transforming generalized anxiety: An emotion-focused approach*. Routledge. <https://www.routledge.com/>
- Timulak, L., Keogh, D., Chigwedere, C., Wilson, C., Ward, F., Hevey, D., Griffin, P., Jacobs, L., Hughes, S., Vaughan, C., Beckham, K., & Mahon, S. (2022). A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: Results of a feasibility randomized controlled trial. *Psychotherapy*, 59 (1), 84-95. <https://doi.org/10.1037/pst0000427>
- Timulak, L., Keogh, D., Chigwedere, C., Wilson, C., Ward, F., Hevey, D., ... & Irwin, B. (2018). A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioural therapy in the treatment of generalised anxiety disorder: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 19 (1), 1-11. <https://doi.org/10.1037/pst0000427>
- Tolin, D. F., Lee, E., Levy, H. C., Das, A., Mammo, L., Katz, B. W., & Diefenbach, G. J. (2021). Psychophysiological assessment of stress reactivity and recovery in anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 82 (2), 1024-1036. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102426>

- Torabi, A.A., Afrooz, G.A., Hassani, F., & Golshani, F. (2021). Designing a Family-Centered Behavioral Management Program (FBMP) and Evaluating its Effectiveness in Marital Satisfaction of Parents of Children with ADHD. *Quarterly Journal Family and Research*, 18 (3), 25-42. (In Persian) <http://dorl.net/dor/20.1001.1.26766728.1400.18.3.2.5>
- Torres-Platas, S. G., Escobar, S., Belliveau, C., Wu, J., Sasi, N., Fotso, J., ... & Rej, S. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy intervention for the treatment of late-life depression and anxiety symptoms in primary care: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 88 (4), 254-256. <https://doi.org/10.1159/000501214>
- Vadivel, B., Azadfar, Z., Talib, M. A., Mutlak, D. A., Suksatan, W., Abbood, A. A. A., ... & Chupradit, S. (2022). Intolerance of uncertainty scale-12: psychometric properties of this construct among Iranian undergraduate students. *Frontiers in Psychology*, 13 (1), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.894316>
- Veisi, S., & Kashefi, F. (2025). effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on executive functioning, theory of mind and mentalization in people with borderline personality disorder. *New Advances in Behavioral Sciences*, 10 (58), 340-353. <https://ijndibs.com/article-1-1164-fa.html>
- Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2017). *Emotion - focused therapy for generalized anxiety*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/pubs/books/4317438>
- Williams, M., Honan, C., Skromanis, S., Sanderson, B., & Matthews, A. J. (2023). Psychological Outcomes and Mechanisms of Mindfulness-Based Training for Generalised Anxiety Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Current Psychology*, 1 (2), 1-23. <http://dx.doi.org/10.1007/s12144-023-04695-x>
- Wilson, E. J., Stapinski, L., Dueber, D. M., Rapee, R. M., Burton, A. L., & Abbott, M. J. (2020). Psychometric properties of the Intolerance of Uncertainty Scale-12 in generalized anxiety disorder: Assessment of factor structure, measurement properties and clinical utility. *Journal of anxiety disorders*, 76 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102309>
- Ye, H., He, S., Chen, S., Yu, W., Huang, Y., Li, Y., ... & Fan, F. (2025). Classification of intolerance of uncertainty among adolescents: Evidence from latent profile and ROC analyses. *Personality and Individual Differences*, 236 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2024.113015>
- Zainal, N. H., & Newman, M. G. (2024). Which client with generalized anxiety disorder benefits from a mindfulness ecological momentary intervention versus a self-monitoring app? Developing a multivariable machine learning predictive model. *Journal of anxiety disorders*, 102 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2024.102825>