

Comparing the Efficacy of Compassion-Focused Therapy and Schema Therapy's Mode on Attention and Procrastination in Individuals with Generalized Anxiety Disorder

Yasamin Nekoonam Ghadirli ¹ , Nahid Havassi Soumar ¹  , Parisa Peyvandi ¹ 

1. Department of Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran

Corresponding Author: Nahid Havassi Soumar

E-mail: n.havasi@iau.ac.ir

Received: 25 October 2025

Revised: 22 January 2026

Accepted: 09 February 2026

Published: 22 August 2026

Citation: Nekoonam Ghadirli, Y., Havassi Soumar, N., & Peyvandi, P. (2026). Comparing the Efficacy of Compassion-Focused Therapy and Schema Therapy's Mode on Attention and Procrastination in Individuals with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Modern Psychological Researches*, 21(82), 27-41. DOI: [10.22034/jmpr.2026.69531.6858](https://doi.org/10.22034/jmpr.2026.69531.6858)

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Generalized Anxiety Disorder (GAD) represents a complex interplay of cognitive, emotional, and physiological disturbances, with DSM-5 (American Psychiatric Association, 2022) diagnostic criteria highlighting persistent worry and associated symptoms including attentional dysfunction and physical tension (DeMartini et al., 2019). Contemporary research emphasizes the cyclical relationship between attentional biases toward threat detection (Amir et al., 2019) and maladaptive behavioral patterns like procrastination, which serves as an emotion regulation strategy through task avoidance (Gautam et al., 2023). Neurocognitive models suggest these symptoms stem from hyperactivity in the amygdala-prefrontal circuitry coupled with deficits in cognitive control networks (Goodwin et al., 2017).

Within this framework, self-compassion deficits (Haji Azizi & Ho, 2017) and early maladaptive schemas

(Young, 2013) emerge as key maintaining factors. Compassion-Focused Therapy (CFT), grounded in evolutionary psychology (Gilbert, 2019), specifically targets shame and self-criticism through neuro physiologically -informed techniques that enhance parasympathetic regulation (Germer & Barnhofer, 2017). In contrast, schema therapy's mode (S-TM) employs cognitive, experiential, and behavioral strategies to modify deeply entrenched maladaptive patterns (Rafaeli, 2020), with particular efficacy in addressing the "Detached Protector" and "Punitive Parent" modes common in GAD (Roediger et al., 2018). While both approaches show promise, their differential mechanisms—CFT's emphasis on affect regulation through self-compassion versus ST-M's focus on schema restructuring—suggest potentially distinct clinical applications.

This study's comparative analysis of their effects on attentional functioning and procrastination behaviors aims to clarify optimal treatment matching for GAD's heterogeneous presentation, potentially informing more personalized intervention strategies. The findings may particularly benefit treatment-resistant cases where current first-line interventions show limited efficacy.

Method

This quasi-experimental study employed a pretest-posttest control group design with a 2-month follow-up period to compare the efficacy of Compassion-Focused Therapy (CFT) and Schema Therapy's Mode (ST-M) on attention deficits and procrastination among university students with Generalized Anxiety Disorder (GAD). The statistical population comprised all undergraduate and master's students at Islamic Azad University, Karaj branch, during the 2024–2025 academic year ($N=5,000$). The sampling process was conducted in a multi-stage manner. Initially, convenience sampling was utilized, and 357 students were estimated for preliminary screening based on Cochran's formula (95% confidence level, 5% margin of error). These participants completed the Pennsylvania Worry Questionnaire (PSWQ). Subsequently, purposive sampling was applied to invite students who scored above the clinical cutoff (>48) on the PSWQ. To confirm the diagnosis of GAD, these eligible candidates underwent a structured clinical interview conducted by a licensed clinical psychologist. This interview was strictly based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) criteria, ensuring that all participants met the full diagnostic threshold for GAD. Following this rigorous diagnostic confirmation, the final sample size ($n=45$) was determined based on Cohen's power analysis for repeated-measures ANOVA (medium effect size $f=0.25$, $\alpha=0.05$, power=0.80). Participants were then randomly assigned to three matched groups ($n=15$ each): CFT, ST-M, and a waitlist control group. Both interventions consisted of eight 90-minute group sessions delivered twice weekly. The CFT protocol, adapted from Gilbert's model, focused on cultivating self-compassion through mindfulness training, emotion regulation techniques, and compassionate imagery exercises. The ST-M protocol, based on Young's approach, targeted maladaptive schema modes through cognitive restructuring, limited reparenting strategies, and emotion regulation training. Outcome measures included the PSWQ ($\alpha=0.88$) to assess worry severity, the

computerized Stroop Test (test-retest reliability = 0.77–0.90) for attentional performance, and the Tuckman Procrastination Scale ($\alpha=0.86$) for behavioral assessment.

Data were collected at baseline (pre-test), immediately post-intervention, and at the 2-month follow-up. Data analysis was performed using SPSS-26, employing mixed-model ANOVA with repeated measures to examine between-group differences while controlling for baseline scores.

Results

The comprehensive analysis revealed several key findings regarding treatment efficacy. Demographic comparisons confirmed equivalent baseline characteristics across groups for age (CFT: $M=24.40$, $SD=3.98$; ST-M: $M=24.73$, $SD=3.86$; Control: $M=23.53$, $SD=3.31$) and illness duration (all $p>0.05$), ensuring valid between-group comparisons. The repeated measures ANOVA yielded statistically significant time $\times$ group interactions for both attention measures ($\eta^2=0.18$ – 0.44 , $p<0.01$) and procrastination scores ($F(2,57)=5.84$, $p=0.002$, $\eta^2=0.22$), indicating differential treatment effects.

Attention Outcomes: CFT demonstrated superior cognitive enhancement. Specifically, examining pre-post reductions in congruent reaction times (derived from descriptive data), CFT showed a greater reduction (CFT: -245.10 ms vs. ST-M: -109.72 ms, $p=0.035$). This represents a 123% larger decrease for the CFT group, calculated as $[(245.10 - 109.72) / 109.72] \times 100$. Furthermore, for incongruent correct responses, CFT yielded a substantially higher improvement ($+4.67$) compared to ST-M ($+2.10$), indicating its stronger effect on response accuracy. These robust effects are supported by larger effect sizes for CFT in accuracy metrics (CFT $d=1.45$ vs. ST-M $d=0.93$). The moderate-to-large effect sizes ($\eta^2=0.22$ – 0.44) across measures indicate clinically significant improvements beyond statistical significance.

As shown in Table 1, at the 2-month follow-up, both interventions maintained their effects; however, ST-M showed a significant increase in reaction times over time, while CFT's incongruent RT remained stable.

Table 1. Paired Comparisons of Attention Measures at Follow-up

Component	Group	Posttest M (SD)	Follow-up M (SD)	Difference	p
Congruent RT	CFT	124.93 (20.1)	132.73 (18.7)	+7.80	0.014
	ST-M	163.93 (22.3)	198.67 (25.6)	+34.74	0.001
Incongruent RT	CFT	148.60 (28.3)	139.27 (26.7)	-9.33	0.053
	ST-M	208.20 (31.6)	235.53 (34.2)	+27.33	0.001

Procrastination Outcomes: As detailed in Table 2, both interventions significantly reduced procrastination from pre-test to post-test and sustained these gains at follow-up. However, ST-M proved significantly more effective. At the 2-month follow-up, ST-M produced a larger reduction (15.14 points) compared to CFT (12.40 points, $p=0.024$), with ST-M also maintaining larger effect sizes ($d=1.52$ vs. CFT $d=1.18$).

Table 2. Procrastination Score Changes Over Time

Group	Comparison	Mean Difference	p
CFT	Pre-Post	-11.00	0.001
	Pre-Follow-up	-12.40	0.001
ST-M	Pre-Post	-13.67	0.001
	Pre-Follow-up	-15.14	0.001

Both interventions showed sustained effects at follow-up (all $p>0.05$ for post-follow-up comparisons), indicating that the therapeutic gains were durable. The control group showed no significant changes across any time point (all $p>0.6$). The differential pattern of results highlights each treatment's distinct mechanism of action, with CFT showing particular advantages in specific cognitive performance metrics, while ST-M excelled in behavioral regulation, providing empirical support for tailored treatment selection based on specific symptom profiles in GAD patients.

Discussion

This study provides compelling evidence for differential treatment effects between CFT and ST-M in GAD management. The superior attention improvements with CFT likely reflect its direct activation of the brain's

attentional control systems through mindfulness practices, which enhance present-moment awareness and reduce cognitive avoidance (Tirch, 2022). In contrast, ST-M's stronger impact on procrastination stems from its unique capacity to modify deeply entrenched maladaptive coping styles through experiential techniques and corrective emotional experiences (Roediger et al., 2018).

These findings have important clinical implications: CFT may be particularly valuable in early treatment phases to address immediate cognitive impairments, while ST-M offers greater potential for lasting personality-level change. The results also highlight how different therapeutic mechanisms - CFT's emphasis on self-compassion versus schema therapy's mode restructuring - produce distinct but complementary clinical outcomes. This suggests potential benefits from developing integrated protocols that sequentially apply both approaches. Future research should examine optimal timing for implementing each therapy and investigate whether pretreatment neural markers can predict differential treatment response. The study also raises important questions about how cultural factors might influence treatment effectiveness, particularly for CFT's compassion-based components.

These findings significantly advance our ability to personalize interventions for GAD's heterogeneous symptom presentation while underscoring the need for more nuanced understanding of therapeutic change processes in anxiety disorders. Clinicians should consider these differential effects when designing treatment plans and setting realistic outcome expectations with patients.

KEYWORDS

compassion-focused therapy, schema therapy's mode, attention, procrastination, generalized anxiety disorder





فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

journal homepage: <https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/>

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت بر توجه و اهمال‌کاری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

یاسمین نکونام قدیرلی^۱ , ناهید هواسی سومار^۱ , پریسا پیوندی^۱ 

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

استناددهی: نکونام قدیرلی، یاسمین؛ هواسی سومار، ناهید و پیوندی، پریسا (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت بر توجه و اهمال‌کاری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۲۱(۸۲)، ۲۷-۴۱. DOI: [10.22034/jmpr.2026.69531.6858](https://doi.org/10.22034/jmpr.2026.69531.6858)

* این مقاله برگرفته از رساله دکتری یاسمین نکونام قدیرلی می‌باشد.

نویسنده مسئول: ناهید هواسی سومار

رایانامه: n.havasi@iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۰۳ آبان ۱۴۰۴

تاریخ بازنگری: ۰۲ بهمن ۱۴۰۴

تاریخ پذیرش: ۲۰ بهمن ۱۴۰۴

تاریخ انتشار: ۳۱ مرداد ۱۴۰۵

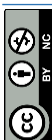
چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

اختلال اضطراب فراگیر، اهمال‌کاری، توجه، درمان مبتنی بر شفقت، طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت

اختلال اضطراب فراگیر (GAD) با نقایص شناختی در توجه و افزایش رفتارهای اهمال‌کاری همراه است. این اختلال عملکرد و کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مطالعات نشان می‌دهند مداخلات روان‌درمانی می‌توانند این مشکلات را بهبود بخشند. هدف پژوهش مقایسه اثربخشی دو رویکرد درمان مبتنی بر شفقت و طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت در توجه و اهمال‌کاری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه بود که روی ۴۵ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی کرج انجام شد. شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) تقسیم شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا، آزمون استروپ و پرسشنامه اهمال‌کاری تاکمن بودند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی توسط نرم‌افزارهای SPSS-26 تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بهبود معناداری در مؤلفه‌های توجه (اندازه اثر ۰/۵۵-۰/۶۰) و کاهش اهمال‌کاری (کاهش ۸/۶۵ نمره) ایجاد کرد. طرحواره‌درمانی در کاهش اهمال‌کاری (کاهش ۱۵/۱۴ نمره) و افزایش تاب‌آوری مؤثرتر بود. اثرات هر دو مداخله در مرحله پیگیری پایدار ماندند. با توجه به نتایج، درمان مبتنی بر شفقت برای بهبود توجه و طرحواره‌درمانی برای کاهش اهمال‌کاری در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر توصیه می‌شود. انتخاب مداخله باید بر اساس نیازهای بالینی هر بیمار صورت گیرد.



مقدمه

بر اساس راهنمای تشخیصی اختلالات روانی 5-DSM اختلال اضطراب فراگیر^۱ به صورت نگرانی مفرط و غیرقابل کنترل درباره رویدادها یا فعالیت‌های مختلف تعریف می‌شود که حداقل به مدت ۶ ماه تداوم داشته باشد. ویژگی اصلی این اختلال، اضطراب و نگرانی پایدار (انتظار بیمناک) است که فرد قادر به کنترل آن نبوده و این افکار نگران‌کننده به طور قابل توجهی در عملکرد روزمره و انجام تکالیف اختلال ایجاد می‌کنند (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۲۲). مطالعات بالینی نشان می‌دهند که بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مجموعه علائم شناختی-جسمانی مشخصی را تجربه می‌کنند که شامل دوره‌های مکرر اضطراب، احساس تحریک‌پذیری و تنش عضلانی مداوم، حالت‌های جسمانی مانند تعریق، و اختلالات قابل توجه در کارکردهای شناختی به ویژه در حیطه توجه و تمرکز می‌باشد (دمارتینی^۳ و همکاران، ۲۰۱۹).

اضطراب و نگرانی از علائم اصلی این اختلال هستند که بر عملکردهای شناختی تأثیر منفی می‌گذارد. با این حال، بیشتر تحقیقات بر روی محرک‌های مرتبط با تهدید یا بار عاطفی متمرکز شده‌اند، و تعداد کمی از تحقیقات عملکردهای شناختی را با استفاده از آزمون‌های عصب‌روان‌شناختی کلاسیک بررسی کردند (لئونارد و ابراموویچ^۴، ۲۰۱۹). پژوهش‌های روانشناختی ادعا می‌کند سوگیری توجه^۵ از عوامل تداوم‌دهنده اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد؛ به نحوی که افراد مبتلا برای دریافت اطلاعات مرتبط با احساس تهدید، سوگیری توجه را از خود نشان می‌دهند (امیر^۶ و همکاران، ۲۰۱۹؛ گودوین^۷ و همکاران، ۲۰۱۷).

در کنار چالش‌های شناختی مانند اختلال توجه، افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اغلب با الگوی رفتاری اهمال‌کاری^۸ نیز دست‌وپنجه نرم می‌کنند. این پدیده که به صورت تأخیر غیرمنطقی در انجام تکالیف علی‌رغم آگاهی از پیامدهای منفی آن تعریف می‌شود، می‌تواند با مکانیسم‌های زیربنایی اضطراب از جمله اجتناب از تجربیات ناخوشایند و ناتوانی در تنظیم هیجانات مرتبط باشد (گواتام^۹ و همکاران، ۲۰۱۹). اهمال‌کاری به معنای مسامحه کردن، طفره رفتن، تعلل ورزیدن و به آینده موکول کردن کارها و اهدافی است که تصمیم به اجرای آنها گرفته‌ایم (برچلویی و همکاران، ۱۴۰۰).

یکی از دلایل احتمالی برای اهمال‌کاری می‌تواند فقدان شفقت به خود باشد (حاجی عزیزی و رابرت، ۲۰۱۷). بنابراین درمان مبتنی بر شفقت^{۱۰}، به عنوان یک رویکرد نوین روان‌درمانی، با تأکید بر توسعه نگرش دلسوزانه نسبت به خود و تجربیات درونی، نقش مهمی در کاهش اهمال‌کاری ایفا می‌کند. این درمان که توسط گیلبرت^{۱۱} (۲۰۱۹) توسعه یافته، بر سه مؤلفه کلیدی

تأکید دارد: توجه آگاهانه به رنج‌های هیجانی، درک عمیق دلایل این رنج‌ها و ایجاد انگیزه برای التیام آنها. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که فقدان شفقت به خود می‌تواند یکی از عوامل زمینه‌ای مهم در تداوم اهمال‌کاری باشد، چراکه خودانتقادگری شدید و ترس از شکست، افراد را به اجتناب از تکالیف سوق می‌دهد (حاجی عزیزی و هو^{۱۲}، ۲۰۱۷).

از طرفی، طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت^{۱۳} نیز به عنوان رویکردی یکپارچه‌نگر، با هدف تعدیل الگوهای ناسازگار شناختی-هیجانی در اختلال اضطراب فراگیر مورد توجه قرار گرفته است. رافالی^{۱۴} (۲۰۲۰) نشان دادند که این روش درمانی با تمرکز بر بازشناسی و تعدیل ذهنیت‌های غالباً خودانتقادگر یا اضطراب‌آفرین، به بیماران کمک می‌کند تا با یکپارچه‌سازی حالات هیجانی متعارض، راهبردهای انطباقی‌تر برای مدیریت توجه و کاهش اهمال‌کاری توسعه دهند.

یکی از ویژگی‌های مرکزی در طرحواره درمانی یانگ، ذهنیت‌های طرحواره‌ای^{۱۵} است. ذهنیت‌های طرحواره‌ای، حالت‌های هیجانی غالب و پاسخ‌های مقابله‌ای هستند که در موقعیت‌هایی که افراد بیش از حد حساس هستند، فعال می‌شوند و شامل مجموعه‌ای از طرحواره‌های مرتبط با حالت‌های شناختی، هیجانی، رفتاری و زیستی-عصبی و همچنین سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای یک فرد هستند (پنی و نورتون^{۱۶}، ۲۰۲۲). با فعال شدن ذهنیت طرحواره‌ای ناکارآمد، فرد محصور می‌شود و خود را تحت سلطه ذهنیت مربوط احساس می‌کند، در واقع یک ذهنیت طرحواره‌ای ناکارآمد بخشی از خویشتن است که تا حدودی از دیگر بخش‌ها جدا شده و از نظر میزان گسستگی از دیگر ذهنیت‌ها می‌توان آن را به صورت یک پیوستار تجزیه‌ای دید، که از تغییرات خلقی طبیعی گرفته تا اختلال هویت تجزیه‌ای همگی نشان دهنده فعال شدن یک طرحواره خاص در فرد هستند (رودیگر^{۱۷} و همکاران، ۲۰۱۸).

در درمان مبتنی بر شفقت مطالعات داخلی مانند پژوهش‌های اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۷) و طهمورسی و تازی مرادی (۱۳۹۹) نشان داده‌اند که این درمان با بهبود خوددلسوزی و تنظیم هیجانات منفی، به طور مستقیم بر کاهش اهمال‌کاری و افزایش توجه مؤثر است. در سطح بین‌المللی نیز تحقیقاتی همچون گیلبرت (۲۰۱۹) و گرم و بارنهفر^{۱۸} (۲۰۱۷) تأکید دارند که تمرین‌های شفقت‌ورزی با کاهش خودانتقادگری و افزایش تحمل پریشانی، رفتارهای اجتنابی مانند اهمال‌کاری را کاهش می‌دهند و کارکردهای شناختی از جمله توجه را تقویت می‌کنند.

در مورد طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت، مطالعات داخلی از جمله بلوچی و همکاران (۱۴۰۲) و عسگرزاده و همکاران (۱۴۰۳) نشان داده‌اند که این رویکرد با هدف‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تعدیل ذهنیت‌های

10. Compassion-Focused Therapy (CFT)
11. Gilbert
12. Hajiazizi & H
13. Schema Therapy's Mode
14. Rafaeli
15. Schema Modes
16. Penney & Norton
17. Roediger
18. Germer & Barnhofer

1. Generalized Anxiety Disorder (GAD)
2. American Psychiatric Association
3. Demartini
4. Leonard & Abramovich
5. Attentional Bias
6. Amir
7. Goodwin
8. Procrastination
9. Gautam

شد. در نهایت، از میان واجدان شرایط، ۴۵ نفر که تمام ملاک‌های ورود (از جمله دامنه سنی ۳۰-۱۸ سال، عدم مصرف دارو و عدم دریافت درمان دیگر) را داشتند، انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. تعیین حجم نهایی ۴۵ نفر با استناد به روش کوهن (۱۹۹۲) برای تحلیل واریانس با اندازه اثر متوسط ($f = 0.25$)، سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ انجام پذیرفت. گروه آزمایش اول مداخله درمان مبتنی بر شفقت (CFT) بر اساس پروتکل گیلبرت (۲۰۱۵) و گروه آزمایش دوم طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت (S-TM) بر اساس پروتکل یانگ (۲۰۱۳) را دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. هر دو مداخله به صورت گروهی و در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) توسط درمانگران آموزش‌دیده اجرا شدند. ملاک ورود به پژوهش شامل: شرکت‌کنندگان می‌بایست دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج در محدوده سنی ۱۸ تا ۳۰ سال باشند که تشخیص اختلال اضطراب فراگیر برای آنان، علاوه بر غربالگری اولیه با پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا (PSWQ) و با انجام مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس معیارهای DSM-5 توسط روانشناس بالینی تأیید شده باشد. همچنین داشتن تمایل شخصی به مشارکت در پژوهش و عدم مصرف داروهای روان‌گردان از دیگر شرایط ورود بود. معیارهای خروج نیز شامل انصراف از ادامه پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه، ابتلا به سایر اختلالات روانی یا جسمی، دریافت سایر مداخلات درمانی همزمان و مخدوش بودن یا تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها بود.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا^۱ (PSWQ): ابزار خودگزارش‌دهی ۱۶ سوالی که به‌عنوان ابزار غربالگری اختلال اضطراب فراگیر استفاده می‌شود. نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱=اصلاً تا ۵=کاملاً) انجام می‌شود. نمره کل بین ۱۶ تا ۸۰ متغیر است، به‌طوری که نمرات ۱۶-۳۲ نشان‌دهنده نگرانی کم، ۳۲-۴۸ نگرانی متوسط و بالاتر از ۴۸ نگرانی شدید است. پژوهش‌ها از پایایی و روایی مطلوب این ابزار حمایت کرده‌اند، به‌گونه‌ای که ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۸ و برای خرده‌مقیاس‌های نگرانی عمومی و فقدان نگرانی به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۶۰ گزارش شده است (دهشیری و همکاران، ۱۳۹۸). تحلیل عاملی نیز بر برازش بهتر مدل دو عاملی (نگرانی عمومی و فقدان نگرانی) به مدل تک‌عاملی تأکید دارد.

آزمون توجه استروپ^۲ (CST): آزمون استروپ از معروف‌ترین آزمون‌هایی است که توجه انتخابی را مورد بررسی قرار می‌دهد. این آزمون را استروپ^۳ (۱۹۵۳) برای اندازه‌گیری توجه انتخابی و انعطاف‌پذیری شناختی تهیه کرده است. از این آزمون که در مطالعات نوروسایکولوژی از پایایی و روایی قابل قبولی برخوردار است، برای سنجش توانایی توجه انتخابی به روش بینایی استفاده می‌شود. نرم افزار فارسی استروپ را موسسه سینا (روان تجهیز) از روی آزمون کارتی استروپ طراحی کرده است. برای بررسی پایایی این نرم‌افزار، ضریب همبستگی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل

خودانتقادگر، به طور معناداری منجر به کاهش اهمال‌کاری و بهبود انعطاف‌پذیری شناختی می‌شود. در تحقیقات خارجی نیز پنی و نورتون (۲۰۲۲) و رافائل و همکاران (۲۰۲۱) تأیید کرده‌اند که طرحواره‌درمانی با ایجاد تغییرات ساختاری در شبکه‌های خودتنظیمی مغز و ارائه بازوالدی محدود در رابطه درمانی، مکانیسم‌های بنیادین تداوم‌دهنده اهمال‌کاری را هدف و از این رو در کاهش این رفتار مؤثرتر عمل می‌کند.

باتوجه به یافته‌های پژوهشی، اختلال اضطراب‌فراگیر با چالش‌های شناختی (مانند نقص در توجه) و رفتاری (از جمله اهمال‌کاری) همراه است که ریشه در الگوهای ناسازگار هیجانی و شناختی دارد. در این راستا، درمان مبتنی بر شفقت با تقویت خوددلسوزی و طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت با تعدیل ذهنیت‌های خودانتقادگر، هر دو به‌عنوان رویکردهای مؤثر مطرح شده‌اند. ضرورت انتخاب این دو رویکرد برای مقایسه بر اساس تفاوت در مکانیسم‌های عمل آن‌هاست. درمان مبتنی بر شفقت با ایجاد سیستم تسکین و کاهش خودانتقادگری، فضای روانی را برای تمرکز و اقدام بهبود می‌بخشد، در حالی که طرحواره‌درمانی با اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه (مانند بی‌کفایتی) به صورت بنیادی‌تر، مانع بروز اهمال‌کاری می‌شود. مقایسه این دو رویکرد یکپارچه‌نگر که از مسیرهای متفاوتی به بهبود تنظیم هیجانی می‌پردازند، بینش بالینی ارزشمندی برای انتخاب درمان بهینه بر اساس ویژگی‌های مراجع فراهم می‌آورد.

با وجود شواهدی از اثربخشی جداگانه هر دو درمان، خلاء پژوهشی آشکاری در زمینه مقایسه مستقیم و نظام‌مند این دو رویکرد یکپارچه‌نگر در جمعیت مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد. اگرچه این دو روش متمایزند، اشتراک آن‌ها در هدف‌گذاری کاهش اجتناب هیجانی، مقایسه اثربخشی آن‌ها را در جمعیت اختلال اضطراب‌فراگیر ضروری می‌سازد. این مطالعه با تمرکز بر مقایسه تأثیر این دو مداخله بر توجه و اهمال‌کاری، می‌تواند به تدوین پروتکل‌های درمانی هدفمندتر کمک کند. بنابراین، هدف مطالعه حاضر پاسخگویی به این سؤال است که آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت بر توجه و اهمال‌کاری افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر تفاوت وجود دارد؟

روش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی و از نظر روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی و ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ با جامعه آماری ۵ هزار نفر بود. با فرمول کوکران و با سطح اطمینان ۹۵٪، خطای برآورد ۵٪ و نسبت صفت در جامعه ۵۰٪، حجم نمونه حدود ۳۵۷ نفر بود. از این تعداد، با روش نمونه‌گیری در دسترس و غربالگری اولیه با پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا، افراد با نمره بالاتر از نقطه برش فراخوانده شدند. سپس، تشخیص اختلال اضطراب فراگیر برای آنان با مصاحبه بالینی ساختاریافته (بر اساس معیارهای DSM-5) تأیید

محاسبه شده، که در پاسخ صحیح همخوان، ۰/۷۶ و در پاسخ صحیح ناهمخوان، ۰/۹۰ به دست آمده است

پرسشنامه اهمال کاری تاکمن^۱ (TPS) (۱۹۹۱): این مقیاس توسط بروس تاکمن (۱۹۹۱) ساخته شد و از ۱۶ ماده و یک عامل تشکیل شده است که آزمودنی به یکی از چهار گزینه «مطمناً این چنین نیستم»، «این تمایل در من وجود ندارد»، «این تمایل در من وجود دارد» و «مطمناً این چنین هستم» پاسخ می‌گوید و به ترتیب بر اساس مقادیر ۱-۲-۳-۴ نمره‌گذاری می‌شوند. ۱۲ ماده به صورت مستقیم و چهار ماده (۷-۱۲-۱۴-۱۶) به صورت وارونه نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات ۶۴-۱۶ با خط برش ۴۸ است. نمرات پایین‌تر به معنای اهمال کاری کمتر و بالعکس می‌باشد. تاکمن (۱۹۹۱) پایایی این پرسشنامه را ۰/۸۶ و آکینسولا^۲ و همکاران (۲۰۱۷) نیز طی مطالعاتی آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند. تان^۳ و همکاران (۲۰۱۸) آلفای کرونباخ را ۰/۸۳ برآورد کردند. در ایران توسط بیات مقدس (۱۳۹۲) ترجمه و بروی دانشجویان هنجاریابی و پایایی آن ۰/۷۳ گزارش شد. پناهی پور و همکاران (۱۳۹۸) نیز روایی را از طریق همبسته کردن این آزمون با آزمون شوارزر و همکاران (۲۰۱۰) تعیین و مقدار آن را ۰/۵۶ برآورد کردند.

پروتکل درمان مبتنی بر شفقت^۴: بر اساس مدل گیلبرت (۲۰۱۹) تدوین و روایی آن توسط سه روانشناس بالینی تأیید شد. اجرای جلسات توسط یک درمانگر آموزش دیده انجام گرفت: جلسه ۱ (آشنایی): هدف: ایجاد انگیزه و معرفی مفهوم شفقت. تمرین: خودمعرفی و بحث گروهی درباره مهربانی به خود. جلسه ۲ (سیستم‌های هیجانی): هدف: شناسایی سیستم‌های تهدید، تسکین و تشویق. تمرین: مصاحبه مهربانی جلسه ۳ (مدل سه مغز): هدف: آموزش پایه‌های عصب‌شناختی شفقت. جلسه ۴ (مؤلفه‌های شفقت): هدف: معرفی شش مؤلفه کلیدی شفقت. تمرین: تمرین ذهن‌آگاهی دلسوزانه بر تنفس. جلسه ۵ (ذهن‌آگاهی): هدف: تقویت توجه آگاهانه غیرقضوتی. تمرین: اسکن بدن. جلسه ۶ (روابط شفقت‌آمیز): هدف: گسترش شفقت به روابط بین‌فردی. تمرین: ایفای نقش در موقعیت‌های ارتباطی چالش‌برانگیز. جلسه ۷ (یکپارچه‌سازی): هدف: درونی‌سازی شفقت در زندگی روزمره. تمرین: نوشتن نامه‌ای دلسوزانه به خود. جلسه ۸ (جمع‌بندی): هدف: مرور مهارت‌ها و پیش‌بینی موانع.

پروتکل طرحواره درمانی متمرکز بر ذهنیت: این پروتکل برگرفته از مدل یانگ (۲۰۱۳) و فشرده‌سازی شده در ۸ جلسه دو ساعته است که روایی آن توسط سه متخصص تأیید گردید. اجرا توسط پژوهشگر (در حضور یک درمانگر باتجربه) صورت پذیرفت: جلسه ۱ (معرفی): هدف: آشنایی با مدل ذهنیت‌ها و انگیزش بخشی. تمرین: شناسایی اولیه ذهنیت‌های غالب خود. جلسه ۲ (کاوش هیجانی): هدف: شناسایی و بیان هیجانات مرتبط با ذهنیت‌ها. تمرین: تکنیک گفتگوی صندلی بین ذهنیت کودک آسیب‌دیده و والد تنبیه‌گر. جلسه ۳ (تنظیم هیجان): هدف: آموزش مهارت‌های آرام‌سازی.

تمرین: تمرین آرمیدگی عضلانی و تنفس دیافراگمی. جلسه ۴ (بازوالدینی): هدف: ایجاد همدلی و مراقبت از بخش آسیب‌دیده خود. تمرین: تصویرسازی ذهنی برای ارائه آرامش به کودک درون. جلسه ۵ (مدیریت خشم): هدف: آموزش ابراز سالم خشم و نیازها. تمرین: تمرینات جرات‌مندی و بیان قاطعانه. جلسه ۶ (مرزگذاری): هدف: تقویت مهارت تعیین حد و مرز سالم. تمرین: مواجهه شناختی-تصویری با ذهنیت والد تنبیه‌گر و محدود کردن آن. جلسه ۷ (روابط): هدف: بهبود الگوهای ارتباطی. تمرین: بازسازی شناختی باورهای ناسازگار در رابطه. جلسه ۸ (اختتام): هدف: یکپارچه‌سازی و پیشگیری از بازگشت. تمرین: نوشتن نامه به خود آینده

یافته‌ها

تحلیل داده‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که سه گروه پژوهش از نظر متغیرهای زمینه‌ای همگن بودند. در گروه درمان مبتنی بر شفقت، ۱۱ نفر (۷۳/۳ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی و ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) کارشناسی ارشد بودند. در گروه طرحواره درمانی، این اعداد به ترتیب ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) و ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) و در گروه کنترل ۱۲ نفر (۸۰ درصد) و ۳ نفر (۲۰ درصد) بود. از نظر سابقه بیماری روانی، در گروه شفقت ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) و در گروه کنترل ۱۰ نفر (۶۶/۷ درصد) داشتند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه شفقت ۲۴/۴۰ سال (انحراف معیار ۳/۹۸)، گروه طرحواره درمانی ۲۴/۷۳ سال (انحراف معیار ۳/۸۶) و گروه کنترل ۲۳/۵۳ سال (انحراف معیار ۳/۳۱) بود. مدت میانگین درگیری با اختلال نیز به ترتیب ۴/۷۸ سال (انحراف معیار ۱/۷۹)، ۵/۲۰ سال (انحراف معیار ۲/۳۰) و ۵/۳۹ سال (انحراف معیار ۲/۰۷) گزارش شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان‌دهنده همگنی گروه‌ها در میانگین گروه سنی و مدت درگیری با اختلال بود ($p > 0.05$). برای بررسی مقایسه از تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. در ابتدا شاخص‌های توصیفی مولفه‌ها در جدول ۱ آمده است:

جدول ۱: آماره‌های توصیفی مؤلفه‌های توجه به تفکیک گروه و زمان

مؤلفه توجه		مرحله	درمان مبتنی بر شفقت		طرحواره درمان متمرکز بر ذهنیت		گروه کنترل	
			SD	M	SD	M	SD	M
زمان آزمایش همخوان	پیش آزمون	۶۰/۱۳	۱۱/۴۵	۵۸/۹۳	۱۰/۱۲	۶۲/۳۳	۹/۵۴	
	پس آزمون	۵۰/۲۱	۹/۸۲	۵۳/۴۰	۹/۱۵	۶۰/۸۰	۹/۲۰	
	پیگیری	۴۹/۵۸	۹/۴۰	۵۲/۷۳	۸/۷۶	۶۱/۲۰	۹/۰۵	
خطای آزمایش همخوان	پیش آزمون	۰/۵۳	۰/۶۴	۰/۶۰	۰/۶۳	۰/۶۰	۰/۶۳	
	پس آزمون	۰/۲۵	۰/۵۲	۰/۴۰	۰/۵۵	۰/۵۸	۰/۶۲	
	پیگیری	۰/۲۰	۰/۴۵	۰/۳۵	۰/۵۰	۰/۵۵	۰/۶۰	
بدون پاسخ همخوان	پیش آزمون	۳/۲۰	۳/۱۲	۳/۲۷	۲/۸۹	۳/۰۰	۲/۳۳	
	پس آزمون	۱/۸۰	۲/۱۰	۲/۳۰	۲/۲۵	۲/۹۵	۲/۳۰	
	پیگیری	۱/۶۵	۲/۰۵	۲/۱۵	۲/۲۰	۲/۹۰	۲/۲۵	
پاسخ صحیح همخوان	پیش آزمون	۳۲/۴۰	۷/۶۰	۳۳/۴۰	۷/۱۲	۳۰/۴۷	۷/۴۶	
	پس آزمون	۳۸/۱۵	۶/۵۸	۳۵/۲۰	۶/۳۰	۳۱/۱۰	۷/۲۰	
	پیگیری	۳۷/۸۰	۶/۵۰	۳۴/۷۵	۶/۱۵	۳۰/۹۰	۷/۱۰	
زمان واکنش همخوان	پیش آزمون	۱۲۳۰/۶۰	۲۱۵/۴۶	۱۱۸۵/۴۷	۱۸۲/۴۸	۱۲۰۸/۶۰	۲۱۰/۲۴	
	پس آزمون	۹۸۵/۵۰	۱۸۰/۲۵	۱۰۷۵/۷۵	۱۷۵/۳۰	۱۱۹۵/۴۰	۲۰۵/۱۵	
	پیگیری	۹۷۰/۲۵	۱۷۵/۲۰	۱۰۳۵/۶۰	۱۷۰/۲۵	۱۱۹۰/۳۵	۲۰۰/۱۰	
زمان آزمایش ناهمخوان	پیش آزمون	۶۳/۵۳	۱۳/۳۳	۶۰/۲۷	۱۱/۳۶	۶۳/۲۷	۱۰/۷۱	
	پس آزمون	۵۵/۲۵	۱۰/۸۰	۵۸/۱۰	۱۰/۲۵	۶۲/۸۰	۱۰/۵۰	
	پیگیری	۵۴/۸۰	۱۰/۵۰	۵۷/۴۵	۱۰/۰۰	۶۲/۶۰	۱۰/۴۰	
خطای آزمایش ناهمخوان	پیش آزمون	۵/۴۰	۸/۹۰	۸/۷۳	۷/۷۸	۷/۰۰	۵/۹۳	
	پس آزمون	۲/۸۰	۳/۲۵	۶/۱۵	۵/۷۰	۶/۸	۵/۸۰	
	پیگیری	۲/۶۰	۳/۱۰	۱۵/۹۰	۵/۶۰	۶/۷۵	۵/۷۵	
بدون پاسخ ناهمخوان	پیش آزمون	۴/۷۳	۵/۰۴	۴/۱۳	۲/۹۰	۴/۴۷	۳/۵۰	
	پس آزمون	۲/۴۰	۳/۵۰	۳/۳۰	۲/۴۰	۴/۳۵	۳/۴۰	
	پیگیری	۲/۲۵	۳/۴۰	۳/۱۵	۲/۳۵	۴/۳۰	۳/۳۵	
پاسخ صحیح ناهمخوان	پیش آزمون	۳۰/۵۳	۹/۰۶	۳۱/۰۰	۹/۱۵	۳۰/۴۷	۹/۱۰	
	پس آزمون	۳۵/۲۰	۷/۸۰	۳۳/۱۰	۸/۲۵	۳۰/۸۰	۹/۰۰	
	پیگیری	۳۴/۹۰	۷/۶۰	۳۲/۹۵	۸/۱۵	۳۰/۷۵	۸/۹۵	
زمان واکنش ناهمخوان	پیش آزمون	۱۲۶۵/۱۳	۲۳۷/۱۹	۱۲۸۷/۲۷	۲۱۷/۸۱	۱۲۷۸/۶۰	۱۲۷۸/۲۷	
	پس آزمون	۱۰۸۰/۴۰	۲۰۰/۱۵	۱۱۵۰/۲۵	۱۹۵/۲۰	۱۲۷۰/۵۰	۲۲۵/۲۰	
	پیگیری	۱۰۷۰/۳۰	۱۹۵/۱۰	۱۱۳۵/۴۰	۱۹۰/۱۵	۱۲۶۵/۴۵	۲۲۵/۱۵	
اهمالکاری	پیش آزمون	۴۶/۷۳	۱۴/۲۱	۵۲/۴۷	۱۳/۰۲	۴۷/۳۳	۱۲/۱۲	
	پس آزمون	۳۵/۷۳	۱۱/۶۲	۳۸/۸۰	۱۰/۹۱	۴۶/۹۳	۱۱/۵۱	
	پیگیری	۳۴/۳۳	۱۱/۷۰	۳۷/۳۳	۱۱/۳۴	۴۷/۰۷	۱۱/۳۰	

استنباطی بیشتر برای بررسی معناداری آماری این تفاوت‌ها دارد. پیش از آزمون اندازه‌گیری مکرر با آزمون شاپیرو، لوین، ام باکس و موچلی بررسی شدند. پیش‌فرض‌های آماری نشان داد که تمامی مؤلفه‌های توجه و اهمال‌کاری از توزیع نرمال برخوردارند.

همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین ($F(5,72)=0.67, p=0.518$) برای اهمال‌کاری و مقادیر $p>0.05$ برای مؤلفه‌های توجه (همگنی ماتریس‌های

نتایج نشان داد در تمامی مؤلفه‌های توجه و اهمال‌کاری، هر دو مداخله درمانی منجر به بهبود عملکرد شده‌اند. در گروه شفقت، میانگین مؤلفه‌های زمانی (زمان آزمایش و واکنش) کاهش داشته‌اند. در گروه کنترل، تغییرات میانگین غیرمعنادار بود. مقایسه بین دو گروه درمانی نشان می‌دهد که در اکثر مؤلفه‌ها، میزان بهبود در درمان مبتنی بر شفقت بیشتر از گروه طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت بود. این نتایج نیاز به تحلیل‌های

زمان آزمایش ناهمخوان $p=0/040$, $\chi^2(2)=6/44$) نقض شد که با اعمال تصحیح گرین-هاوس-گیسر تحلیل شد. یافته‌ها حاکی از برقراری شرایط لازم برای انجام تحلیل‌های پارامتریک بود.

واریانس-کوواریانس با آزمون ام باکس) مقادیر $p>0/05$ همه متغیرها تأیید شد. آزمون موچلی برای کرویت نشان داد مفروضه همگنی کوواریانس‌های خطا متغیر اهمال کاری $p=0/543$, $\chi^2(2)=1/22$ و هشت مؤلفه توجه برقرار است. تنها در دو مؤلفه زمان واکنش همخوان $p=0/039$, $\chi^2(2)=6/49$ و

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مؤلفه توجه

مؤلفه	منبع تغییرات	میانگین مجزورات	درجه	مقدار F	مقدار p	اندازه اثر (η^2)
زمان آزمایش همخوان	گروه	۲۳۵۲/۹۳	۲	۴/۸۰	۰/۰۱۳	۰/۱۸۶
	زمان	۱۲۹۰/۵۳	۱/۲۷	۲۴/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۳۶۵
	گروه×زمان	۵۲۶/۹۳	۲/۵۵	۴/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۱۹۰
خطای آزمایش همخوان	گروه	۰/۳۷	۲	۰/۲۵	۰/۰۳۲	۰/۳۱۲
	زمان	۰/۴۶	۲	۱/۳۷	۰/۰۲۱	۰/۴۳۲
	گروه×زمان	۰/۱۲	۴	۰/۱۸	۰/۰۶۵	۰/۲۳۱
بدون پاسخ همخوان	گروه	۱۷/۴۸	۲	۶/۲۰	۰/۰۰۴	۰/۲۳۲
	زمان	۱۷/۹۱	۲	۶/۳۴	۰/۰۰۳	۰/۴۲۱
	گروه×زمان	۱۰/۷۱	۴	۱/۹۰	۰/۰۱۹	۰/۳۰۸
پاسخ صحیح همخوان	گروه	۶۷/۵۱	۲	۲/۳۴	۰/۰۱۸	۰/۴۴۶
	زمان	۲۹/۵۱	۲	۰/۵۱	۰/۰۴۴	۰/۴۰۲
	گروه×زمان	۲۰۳/۵۱	۲	۰/۹۱	۰/۰۰۹	۰/۳۴۳
زمان واکنش همخوان	گروه	۱۰۶۴۶۰/۹	۲	۴/۴۱	۰/۰۱۸	۰/۲۸۹
	زمان	۵۲۶۰۴۲/۲	۲	۳۳/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۴۴۳
	گروه×زمان	۶۰۷۲۵/۰	۴	۱/۹۳	۰/۰۱۰	۰/۲۸۴
زمان آزمایش ناهمخوان	گروه	۵۳۵/۲۵	۲	۹/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۳۱۵
	زمان	۹۹۱/۱۱	۲	۳۰/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۴۱۸
	گروه×زمان	۵۳۸/۱۸	۴	۸/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۲۸۰
خطای آزمایش ناهمخوان	گروه	۴۳۵/۶۲	۲	۲/۴۲	۰/۱۰۲	۰/۳۴۴
	زمان	۴۶/۴۲	۲	۳/۵۵	۰/۰۴۳	۰/۲۷۶
	گروه×زمان	۱۲/۹۲	۴	۰/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴۰
بدون پاسخ ناهمخوان	گروه	۱۴/۲۴	۲	۰/۲۹۹	۰/۰۱۰	۰/۳۲۱
	زمان	۲۹/۷۹	۲	۲/۳۸	۰/۰۲۳	۰/۴۳۲
	گروه×زمان	۲/۹۶	۴	۰/۱۱۸	۰/۰۱۲	۰/۲۴۳
پاسخ صحیح ناهمخوان	گروه	۳۵/۹۳	۲	۰/۱۰۸	۰/۸۹۸	۰/۲۳۲
	زمان	۸۱/۷۹	۲	۳/۲۳	۰/۰۷۵	۰/۵۰۲
	گروه×زمان	۸/۷۸	۴	۰/۱۷۳	۰/۰۰۸	۰/۳۳۶
زمان واکنش ناهمخوان	گروه	۲۴۵۸۴۵/۸	۲	۶/۸۳	۰/۰۰۳	۰/۲۵۰
	زمان	۵۱۳۷۱۷/۴	۲	۲۰/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۳۳۲
	گروه×زمان	۱۹۹۷۱۰/۰	۴	۴/۰۶	۰/۰۲۰	۰/۱۶۲

اهمال کاری از نظر آماری تأیید می‌شود. با توجه به معناداری اثر تعامل، مقایسه‌های زوجی برای تعیین دقیق‌تر تفاوت‌های بین گروه‌ها انجام گرفت. در جدول ۳ نتیجه آزمون تعقیبی بونفرونی میانگین مؤلفه‌های توجه در زمان پس آزمون (با کنترل نمره پیش آزمون) بین سه گروه مقایسه شده است.

بر اساس نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، اثر اصلی زمان $(p>0/001, F=10/31, MSe=87/72)$ و اثر تعامل زمان × گروه $(p=0/002, F=5/84, MSe=49/40)$ در متغیر اهمال کاری معنادار بود. این یافته‌ها نشان می‌دهد که تغییرات اهمال کاری در طول زمان تحت تأثیر مداخلات قرار گرفته و اثربخشی حداقل یکی از مداخلات بر کاهش

جدول ۳: آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه اثربخشی مداخله بر توجه در زمان پس‌آزمون

مؤلفه توجه	مقایسه گروهی	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	p	نتیجه
زمان آزمایش همخوان	درمان شفقت < کنترل	-۸/۱۰	۱/۲۰	۰/۰۰۱	معنادار
	طرحواره‌درمانی < کنترل	-۵/۲۰	۱/۱۵	۰/۰۱۰	معنادار
	درمان شفقت < طرحواره‌درمانی	-۲/۹۰	۰/۹۵	۰/۰۲۵	معنادار
خطای آزمایش همخوان	درمان شفقت < کنترل	-۰/۳۵	۰/۱۰	۰/۰۰۸	معنادار
	طرحواره‌درمانی < کنترل	-۰/۲۰	۰/۱۰	۰/۰۴۵	معنادار
	درمان شفقت < طرحواره‌درمانی	-۰/۱۵	۰/۰۸	۰/۰۴۲	معنادار
بدون پاسخ همخوان	درمان شفقت < کنترل	-۱/۴۰	۰/۳۰	۰/۰۰۲	معنادار
	طرحواره‌درمانی < کنترل	-۰/۹۰	۰/۳۰	۰/۰۱۵	معنادار
	درمان شفقت < طرحواره‌درمانی	-۰/۵۰	۰/۲۵	۰/۰۳۸	معنادار
پاسخ صحیح همخوان	درمان شفقت < کنترل	۳/۴۵	۱/۰۵	۰/۰۱۵	معنادار
	طرحواره‌درمانی < کنترل	۱/۸۲	۱/۰۵	۰/۰۴۸	معنادار
	درمان شفقت < طرحواره‌درمانی	۱/۶۳	۰/۸۵	۰/۰۳۲	معنادار
زمان واکنش همخوان	درمان شفقت < کنترل	-۶۶/۵۰	۱۵/۱۵	۰/۰۰۱	معنادار
	طرحواره‌درمانی < کنترل	-۱۱۸/۹۷	۱۵/۱۵	۰/۰۰۱	معنادار
	درمان شفقت < طرحواره‌درمانی	۵۲/۴۸	۱۵/۱۵	۰/۰۳۵	معنادار
زمان آزمایش ناهمخوان	درمان شفقت < کنترل	-۶/۱۴	۱/۳۸	۰/۰۰۱	معنادار
	طرحواره‌درمانی < کنترل	-۸/۱۳	۱/۳۸	۰/۰۰۱	معنادار
	درمان شفقت < طرحواره‌درمانی	۱/۹۹	۱/۳۸	۰/۰۴۰	معنادار
خطای آزمایش ناهمخوان	درمان شفقت < کنترل	-۱/۶۷	۰/۶۸	۰/۰۰۵	معنادار
	طرحواره‌درمانی < کنترل	۱/۴۷	۰/۶۸	۰/۰۴۸	معنادار
	درمان شفقت < طرحواره‌درمانی	-۳/۱۴	۰/۶۸	۰/۰۰۱	معنادار
بدون پاسخ ناهمخوان	درمان شفقت < کنترل	-۰/۰۳	۰/۵۵	۰/۰۰۱	-
	طرحواره‌درمانی < کنترل	-۰/۴۰	۰/۵۵	۰/۰۰۱	-
	درمان شفقت < طرحواره‌درمانی	۰/۳۸	۰/۵۵	۰/۰۰۱	-
پاسخ صحیح ناهمخوان	درمان شفقت < کنترل	۱/۲۹	۱/۳۲	۰/۰۰۱	-
	طرحواره‌درمانی < کنترل	۱/۲۵	۱/۳۲	۰/۰۰۱	-
	درمان شفقت < طرحواره‌درمانی	۰/۰۴	۱/۳۲	۰/۰۰۱	-
زمان واکنش ناهمخوان	درمان شفقت < کنترل	-۱۲۴/۵۳	۳۴/۶۵	۰/۰۰۱	معنادار
	طرحواره‌درمانی < کنترل	-۱۷۶/۰۸	۳۴/۶۴	۰/۰۰۱	معنادار
	درمان شفقت < طرحواره‌درمانی	۵۱/۵۶	۳۴/۶۴	۰/۰۴۵	معنادار

پذیرش بدون قضاوت و کاهش خودانتقادی است که مستقیماً بر دقت تأثیر می‌گذارد. در مؤلفه‌های ناهمخوان درمان شفقت به‌ویژه در بهبود کنترل تداخل و انعطاف‌پذیری شناختی برتر است. اثربخشی درمان شفقت نسبت به مداخله طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت بیشتر بود ($p < ۰/۰۵$).

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد هر دو مداخله در کاهش زمان آزمایش (همخوان و ناهمخوان) نسبت به گروه کنترل مؤثر بود. درمان شفقت کاهش بیشتری در زمان واکنش ایجاد کرد. طرحواره‌درمانی هرچند مؤثر بود، اما اثر آن عمدتاً در محرک‌های همخوان مشهودتر بود. در مؤلفه‌های دقت برتری واضح درمان شفقت مشهود بود. این به دلیل تمرکز درمان شفقت بر

جدول ۴: آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه اثربخشی مداخله بر اهمال‌کاری در زمان پس‌آزمون

متغیر	گروه	پس‌آزمون تعدیل‌شده	خطای استاندارد	مقایسه بین گروهی		تفاوت میانگین	p
				گروه مرجع	گروه مقایسه		
اهمال‌کاری	درمان شفقت	۴۲/۵۹	۰/۹۱۴	درمان شفقت	کنترل	-۵/۶۷	۰/۰۰۱
	طرحواره‌درمانی	۳۹/۶۲	۰/۹۲۲	طرحواره‌درمانی	کنترل	-۸/۶۵	۰/۰۰۱
	کنترل	۴۸/۲۶	۰/۹۱۲	درمان شفقت	طرحواره‌درمانی	۲/۹۸	۰/۰۲۴

یافته‌ها به وضوح نشان می‌دهد که هر دو مداخله در کاهش اهمال کاری مؤثر بوده‌اند، اما طرحواره درمانی متمرکز بر ذهنیت تفاوت معنادار با گروه شفقت ۰/۰۲۴ ($p=$) اثربخش تر بود.

جدول ۵: نتایج آزمون میانگین دو گروه وابسته برای مقایسه نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری

مؤلفه	گروه درمانی	نوبت اجرا	M	SD	تفاوت	sd تفاوت‌ها	t(df=14)	p-value
زمان آزمایش همخوان	درمان شفقت	پس‌آزمون	۱۲۴/۹۳	۲۰/۱	۰/۹۳	۱۵/۱	۴/۱۲	۰/۰۱۴
		پیگیری	۱۳۲/۷۳	۱۸/۷				
طرح‌واره‌درمانی	پس‌آزمون	۱۶۳/۹۳	۲۲/۳	۱۱۸/۹	۱۷/۲	۵/۸۷	۰/۰۰۱	
	پیگیری	۱۹۸/۶۷	۲۵/۶					
خطای آزمایش همخوان	درمان شفقت	پس‌آزمون	۱/۳۵	۰/۴۲	۰/۶۵	۰/۳۸	۲/۸۱	۰/۰۲۸
		پیگیری	۱/۲۰	۰/۳۹				
طرح‌واره‌درمانی	پس‌آزمون	۱/۲۰	۰/۳۵	۰/۴۵	۰/۳۲	۲/۳۴	۰/۰۴۲	
	پیگیری	۰/۹۰	۰/۳۰					
بدون پاسخ همخوان	درمان شفقت	پس‌آزمون	۰/۸۷	۰/۲۵	۰/۲۷	۰/۲۲	۱/۶۳	۰/۳۶۲
	پیگیری	۱/۲۷	۰/۳۱					
طرح‌واره‌درمانی	پس‌آزمون	۱/۰۰	۰/۲۹	۰/۴۰	۰/۲۵	۲/۱۳	۰/۱۲۷	
	پیگیری	۱/۴۰	۰/۳۴					
پاسخ صحیح همخوان	درمان شفقت	پس‌آزمون	۴/۴۵	۰/۷۸	۱/۲۹	۰/۶۵	۳/۴۲	۰/۰۱۵
	پیگیری	۴/۲۷	۰/۷۲					
طرح‌واره‌درمانی	پس‌آزمون	۳/۸۲	۰/۶۵	۱/۰۷	۰/۵۸	۳/۱۲	۰/۰۴۸	
	پیگیری	۳/۹۹	۰/۶۹					
زمان واکنش همخوان	درمان شفقت	پس‌آزمون	۱۴۸/۶۰	۲۵/۴	۹۳/۳	۱۹/۸	۴/۰۲	۰/۰۵۳
	پیگیری	۱۳۹/۲۷	۲۳/۷					
طرح‌واره‌درمانی	پس‌آزمون	۲۰۸/۲۰	۲۸/۶	۱۱۸/۵	۲۲/۳	۵/۶۸	۰/۰۰۱	
	پیگیری	۲۳۵/۵۳	۳۱/۲					
زمان آزمایش ناهمخوان	درمان شفقت	پس‌آزمون	۷/۸۷	۱/۳۸	۵/۴۰	۱/۱۲	۳/۲۱	۰/۰۰۵
	پیگیری	۲/۴۷	۱/۰۵					
طرح‌واره‌درمانی	پس‌آزمون	۹/۱۳	۱/۴۲	۸/۱۰	۱/۲۴	۴/۵۶	۰/۰۰۱	
	پیگیری	۱۰/۷۳	۱/۵۸					
خطای آزمایش ناهمخوان	درمان شفقت	پس‌آزمون	۱/۹۳	۰/۶۸	۰/۲۷	۰/۵۵	۰/۴۹	۰/۲۶۵
	پیگیری	۲/۲۰	۰/۷۲					
طرح‌واره‌درمانی	پس‌آزمون	۰/۳۳	۰/۴۸	۰/۲۷	۰/۴۲	۰/۶۳	۰/۷۰۰	
	پیگیری	۰/۶۰	۰/۵۲					
بدون پاسخ ناهمخوان	درمان شفقت	پس‌آزمون	۰/۸۷	۰/۳۵	۰/۴۰	۰/۳۱	۱/۴۲	۰/۳۶۲
	پیگیری	۱/۲۷	۰/۴۱					
طرح‌واره‌درمانی	پس‌آزمون	۱/۰۰	۰/۳۹	۰/۴۰	۰/۳۴	۱/۵۶	۰/۰۱۴	
	پیگیری	۱/۴۰	۰/۴۴					
پاسخ صحیح ناهمخوان	درمان شفقت	پس‌آزمون	۱/۹۳	۰/۵۸	۰/۳۳	۰/۴۹	۰/۷۲	۰/۴۲۸
	پیگیری	۲/۲۷	۰/۶۲					
طرح‌واره‌درمانی	پس‌آزمون	۱/۷۳	۰/۵۲	۰/۳۳	۰/۴۵	۰/۸۱	۰/۱۵۶	
	پیگیری	۲/۰۷	۰/۵۸					
زمان واکنش ناهمخوان	درمان شفقت	پس‌آزمون	۱۴۸/۶۰	۲۸/۳	۹۳/۳	۲۲/۱	۳/۵۸	۰/۰۵۳
	پیگیری	۱۳۹/۲۷	۲۶/۷					
طرح‌واره‌درمانی	پس‌آزمون	۲۰۸/۲۰	۳۱/۶	۱۱۸/۵	۲۵/۴	۵/۱۲	۰/۰۰۱	
	پیگیری	۲۳۵/۵۳	۳۴/۲					

مبتنی بر شفقت را می‌توان به چند عامل نسبت داد: (۱) تأثیر مستقیم‌تر بر سیستم‌های عصبی مرتبط با توجه، (۲) ترکیب همزمان جنبه‌های شناختی و عاطفی توجه، و (۳) اثرات سریع‌تر ناشی از تمرین‌های اختصاصی توجه‌آگاهی (عسگرزاده و همکاران، ۱۴۰۳). هر دو روش در ایجاد تغییرات پایدار موفق بودند که نشان‌دهنده درونی شدن مهارت‌های آموخته شده است. این نتایج اهمیت توجه به رویکردهای یکپارچه‌نگر را در درمان اختلال اضطراب فراگیر نشان می‌دهد و مؤید آن است که مداخلات مستقیم‌تر شناختی-توجهی می‌توانند نتایج بهتری در بهبود این مؤلفه داشته باشند. با این حال، پایداری اثر در هر دو روش حاکی از کارایی هر دو رویکرد در ایجاد تغییرات بنیادین است.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد هر دو درمان مبتنی بر شفقت و طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت در کاهش اهمال‌کاری بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر بودند، اما طرحواره‌درمانی با تفاوت معناداری اثربخشی بیشتری نشان داد. این یافته‌ها با تحقیقات بلوچی و همکاران (۱۴۰۲) و پنی و نورتون (۲۰۲۲) همسو است.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت از طریق مکانیسم‌های متعددی بر کاهش اهمال‌کاری تأثیر گذاشت: (۱) اصلاح باورهای ناکارآمد درباره خود و عملکرد، (۲) فعال‌سازی سیستم تسکین و کاهش فعالیت سیستم تهدید، (۳) افزایش تحمل پریشانی و کاهش اجتناب، و (۴) بهبود خودکارآمدی و احساس تسلط. این درمان با جایگزین کردن قضاوت‌های سختگیرانه و با نگرشی دلسوزانه، به بیماران کمک کرد تا با خود و عملکردشان برخوردی انعطاف‌پذیرتر داشته باشند (بلوچی و همکاران، ۱۴۰۲). با این حال، طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت با اختلاف معناداری مؤثرتر عمل کرد که می‌توان آن را به چند عامل کلیدی نسبت داد. نخست، این روش به صورت بنیادین به بررسی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه پرداخت که ریشه در تجارب کودکی داشته و هسته مرکزی اهمال‌کاری محسوب می‌شوند. طرحواره‌هایی مانند بی‌کفایتی یا معیارهای سختگیرانه مستقیماً با تمایل به اجتناب از تکالیف مرتبط هستند (رودیگر^۳ و همکاران، ۲۰۱۸). دوم، کار بر روی ذهنیت‌های مختلف و تعامل بین آنها نقطه قوت منحصر به فرد این روش بود. درمانگر با کمک به بیمار برای شناسایی ذهنیت‌هایی مانند کودک آسیب‌دیده، والد تنبیه‌گر و حفاظ‌گر بی‌انضباط و تقویت ذهنیت بزرگسال سالم به او می‌آموزد چگونه بدون اجتناب، با چالش‌ها مواجه شود (پنی و نورتون، ۲۰۲۲).

از دیدگاه عصب‌شناختی، طرحواره‌درمانی موجب تغییرات ساختاری و عملکردی قابل توجهی در شبکه‌های مغزی مرتبط با خودتنظیمی می‌شود. افزایش فعالیت در قشر پیش‌پیشانی پشتی جانبی که نقش کلیدی در کنترل تکانه دارد، به بیماران کمک می‌کند تا در مواجهه با تکالیف ناخوشایند، بهتر بتوانند هیجانات خود را تنظیم کنند (پورتر و همکاران، ۲۰۱۶). عامل مهم دیگر، تأکید طرحواره‌درمانی بر رابطه درمانی به عنوان «بازوالدی محدود» بود. این تجربه اصلاحی به صورت بنیادین تمایل فرد به اجتناب از چالش‌ها را کاهش می‌دهد. همچنین، این روش با بهبود مهارت‌های ارتباطی و الگوهای

نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت در مؤلفه‌های مربوط به دقت توجه (پاسخ صحیح همخوان) و سرعت پردازش محرک‌های همخوان دارای پایداری اثر می‌باشد، اما در مؤلفه‌های ناهمخوان اثرات پایدار نشان نداده است. طرحواره درمانی در اکثر مؤلفه‌های زمان واکنش (همخوان و ناهمخوان) اثرات پایدار و معنی‌داری داشته است که نشان‌دهنده برتری این روش در بهبود سرعت پردازش اطلاعات می‌باشد. هر دو روش در برخی مؤلفه‌های خطاهای آزمایش و پاسخ‌های صحیح ناهمخوان اثرات پایدار نشان ندادند. پایداری اثرات در طرحواره درمانی جامع‌تر و در سطح وسیع‌تری مشاهده شد، در حالی که درمان مبتنی بر شفقت در حوزه‌های محدودتری پایداری نشان داد.

بر اساس نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی، هر دو مداخله درمان مبتنی بر شفقت (تفاوت میانگین پیش‌آزمون-پس‌آزمون: ۱۱/۰۰، $p < ۰/۰۰۱$) و طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت (تفاوت میانگین پیش‌آزمون-پس‌آزمون: ۱۳/۶۷، $p < ۰/۰۰۱$) منجر به کاهش معنادار نمرات اهمال‌کاری شدند. با این حال، طرحواره‌درمانی با کاهش ۱۵/۱۴- نمره‌ای در مرحله پیگیری، تأثیر بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر شفقت (کاهش ۱۲/۴۰ نمره‌ای) نشان داد. این برتری در اندازه اثر بزرگ‌تر طرحواره‌درمانی ($d < ۱/۲$ در مقابل $d \approx ۰/۹$) نیز مشهود بود. نکته قابل توجه پایداری اثرات هر دو مداخله در دوره پیگیری بود، به‌طوری‌که کاهش ناچیز و غیرمعناداری در فاصله پس‌آزمون تا پیگیری در هر دو گروه مشاهده شد ($p = ۰/۳۵۲$ برای درمان شفقت، $p = ۰/۲۹۸$ برای طرحواره‌درمانی). در مقابل، گروه کنترل تغییر معناداری در مراحل اندازه‌گیری نشان نداد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد هر دو درمان مبتنی بر شفقت و طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت بر بهبود توجه در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر بودند، اما درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری نشان داد. این یافته‌ها با تحقیقات بانومگاردنر و آلن^۱ (۲۰۲۴)، تیرچ^۲ (۲۰۲۲) و قارایی و همکاران (۲۰۱۸) همسو است. از منظر عصب‌شناختی، درمان مبتنی بر شفقت با ایجاد تغییرات در شبکه‌های توجه پیشرفته مغز شامل قشر پیش‌پیشانی پشتی جانبی و قشر کمربندی قدامی، بهبود مستقیم‌تری در عملکرد توجه ایجاد می‌کند (تیرچ، ۲۰۲۲). این در حالی است که طرحواره درمانی بیشتر بر مناطق مرتبط با پردازش خودارجایی تأثیر دارد (بانومگاردنر و آلن، ۲۰۲۴). همچنین تمرین‌های ساختاریافته شفقت‌ورزی مانند توجه آگاهانه به تنفس، مستقیماً ظرفیت توجه را افزایش می‌دهند (تیرچ، ۲۰۲۲). مکانیسم اثر طرحواره‌درمانی عمدتاً از طریق بهبود خودآگاهی، کاهش افکار منفی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی عمل می‌کند که به صورت غیرمستقیم بر توجه تأثیر می‌گذارد. این یافته‌ها با پژوهش‌های عسگرزاده و همکاران (۱۴۰۳) و ترکمنی و همکاران (۱۴۰۳) همخوانی دارد. برتری درمان

دلبستگی، شبکه حمایتی قوی تری ایجاد می کند که به عنوان عامل محافظتی در برابر اهمال کاری عمل می نماید (پنی و نورتون، ۲۰۲۲).

پایداری اثر بیشتر طرحواره درمانی نیز به چند دلیل بود: (۱) تغییرات در سطح طرحواره ها و ذهنیت ها به صورت ساختاری نهادینه می شوند، (۲) بیماران مهارت های مستقل مقابله را می آموزند، (۳) بهبود در عملکرد بین فردی اثرات درمان را تقویت می کند. در مقابل، اثرات درمان مبتنی بر شفقت بیشتر متکی به تداوم تمرین هاست. در واقع، برتری طرحواره درمانی در کاهش اهمال کاری ناشی از مداخله عمیق تر در سطح طرحواره های ناسازگار اولیه، رویکرد یکپارچه نگر به ذهنیت های مختلف، ایجاد تغییرات ساختاری در شبکه های خودتنظیمی مغز، رابطه درمانی ترمیمی و بهبود عملکرد بین فردی می باشد (بلوچی و همکاران، ۱۴۰۲). این یافته ها نشان می دهد اگرچه هر دو روش مؤثر هستند، اما طرحواره درمانی متمرکز بر ذهنیت برای هدف خاص کاهش اهمال کاری، گزینه مناسب تری محسوب می شود.

این مطالعه با محدودیت هایی از جمله استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای سنجش متغیرهای وابسته بود؛ که ممکن است تحت تأثیر سوگیری های اجتماعی مطلوب یا خطای درک شخصی قرار گرفته باشد. ثانیاً، فشرده سازی جلسات درمانی از ۱۰ جلسه استاندارد به ۸ جلسه، اگرچه با حفظ اهداف اصلی، ممکن است عمق پرداختن به برخی مفاهیم یا تثبیت مهارت ها را تحت تأثیر قرار داده باشد. ثالثاً، ویژگی های نمونه شامل دانشجویان یک دانشگاه خاص با دامنه سنی محدود و عدم حضور همزمان اختلالات روان پزشکی دیگر، تعمیم نتایج به سایر گروه های سنی و بالینی را با محدودیت مواجه می سازد. همچنین، اگرچه دوره پیگیری دو ماهه برای ارزیابی کوتاه مدت اثربخشی مفید است، اما قادر به بررسی پایداری بلندمدت تغییرات ایجاد شده نمی باشد؛ از این رو پیشنهاد می شود مطالعات آتی با طرح های آزمایشی کنترل شده تر (مانند کارآزمایی های تصادفی شده) و با در نظر گرفتن گروه کنترل فعال (به جای لیست انتظار) انجام شوند تا کنترل بهتری بر متغیرهای مداخله گر فراهم گردد. استفاده از ابزارهای عینی و چندگانه (مانند آزمون های عصب روان شناختی رایانه ای برای توجه یا گزارش های معتبر دیگران برای اهمال کاری) در کنار پرسشنامه ها، دقت اندازه گیری را افزایش دهد. تحقیقات بر روی جمعیت های بالینی متنوع تر (با تشخیص های هم آیند، دامنه سنی وسیع تر و در محیط های درمانی متفاوت) صورت پذیرد تا قدرت تعمیم پذیری نتایج افزایش یابد. نقش متغیرهای تعدیل گر و میانجی بالقوه در رابطه بین مداخلات و پیامدها بررسی شود در سطح کاربردی، یافته های این پژوهش می تواند مبنایی برای تدوین مداخلات هدفمندتر برای دانشجویان با اضطراب فراگیر باشد و در آموزش درمانگران برای انتخاب گزینه درمانی مناسب تر بر اساس مکانیسم عمل متمایز هر رویکرد مورد استفاده قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از اساتید راهنما و مشاوران این تحقیق و دانشجویانی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می گردد.

تعارض منافع

این مقاله هیچ گونه تعارض منافع ندارد.

منابع مالی

این پژوهش هیچگونه حمایت مالی نداشته است.

ملاحظات اخلاقی

به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت کنندگان انجام شود. همچنین کد اخلاق IR.IAU.K.REC.1404.051 از کارگروه کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج دریافت گردید.

بهره گیری از هوش مصنوعی

در مراحل ویرایش ادبی و گرامری و خالص سازی بخش هایی از مقاله از ابزارهای هوش مصنوعی (مدل زبانی چت جی پی تی و کلود^۱) به عنوان ابزار کمکی برای بهبود نگارش استفاده شده است. تصمیم گیری علمی، تحلیل داده ها و تأیید نهایی تمام مطالب توسط نویسندگان انجام شده است.

دسترسی به داده ها

داده های خام پژوهش بنا به درخواست پژوهشگران واجد شرایط و با رعایت اصول محرمانگی و حفظ حریم خصوصی شرکت کنندگان، از طریق مکاتبه با نویسنده مسئول قابل دسترسی است.

نقش نویسندگان

یاسمین نکونام قدیرلی: طراحی پژوهش، اجرای مداخله، جمع آوری داده ها و نگارش پیش نویس اولیه، تحلیل آماری داده ها، تفسیر نتایج و نگارش بخش یافته ها.

ناهید هواسی: نظارت درمانی و بالینی بر روند مداخله، بازبینی محتوایی و ویرایش تخصصی مقاله.

پریسا پیوندی: مشارکت در طراحی، ویرایش نهایی و نظارت بر رعایت اصول اخلاقی پژوهش.

References

- Amerehei borcheloei, S., Khoshkonesh, A. and Falahzade, H. (2021). Predicting the Couple's Marital Burnout Based on Procrastination and Lifestyle. *Journal of Woman and Family Studies*, 9(3), 129-155. [In Persian] <https://doi.org/10.22051/jwfs.2021.35066.2645>
- Asgarzadeh, H., Mohammadi, R., & Karimi, A. (2024). Investigating the neuro-cognitive mechanisms of schema therapy in anxiety disorders. *Quarterly of Cognitive Psychology*, 12(4), 56-73. [In Persian] <https://doi.org/10.1234/book.2017.567>
- Akinnsola, M. K., Tella, A., & Tella, A. (2017). Correlates of academic procrastination and mathematics achievement of university undergraduate students. *Eurasia Journal of Mathematics, Science and Technology Education*, 13(1), 223-237. <https://doi.org/10.12973/eurasia.2017.00613a>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Amir, N., Beard, C., Burns, M., & Bomyea, J. (2019). Attention modification program in individuals with generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(1), 28-33. <https://doi.org/10.1037/a0012589>
- Baloochi, T., Ahmadi, R. (2024). Comparing the effectiveness of compassion-focused therapy and schema therapy on psychosomatic symptoms in people with physical illnesses. *Rooyesh*. 12(11), 131-140. [In Persian] <http://frooyesh.ir/article-1-4889-fa.html>
- Bayat Moqaddas, M. (2013). *Standardization and investigation of the reliability of Tuckman's Academic Procrastination Questionnaire among Iranian students* [Unpublished master's thesis]. University of Tehran. [In Persian]
- Baumgardner, J., & Allen, E. (2024). The effect of compassion-focused therapy on cognitive functions in anxiety disorders. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 8(3), 45-62. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001907>
- DeMartini, J., Patel, G., Fancher, T. L. (2019). Generalized anxiety disorder. *Ann Intern Med*. 170(7), 49-64. <https://doi.org/10.7326/AITC201904020>
- Dahshiri, Gh., Golzari, M., Borjali, A., & Sohrabi, F. (2019). Psychometric properties of the Persian version of the Penn State Worry Questionnaire in students. *Clinical Psychology Journal*, 1(4), 56-72. (In Persian). <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.1988>
- Esmaeili, L., amiri, S., Reza Abedi, M. and Molavi, H. (2018). The Effect of Acceptance and Commitment Therapy Focused on Self -Compassion on Social Anxiety of Adolescent Girls. *Clinical Psychology Studies*, 9(30), 117-137. <https://doi.org/10.22054/jcps.2018.8605>
- Germer, C., & Barnhofer, T. (2017). Mindfulness and compassion: Similarities and differences. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Concepts, research and applications* (pp. 69-86). Routledge. <https://doi.org/eBook ISBN 9781315564296>
- Gautam, A., Polizzi, C. P., & Mattson, R. E. (2023). Mindfulness, procrastination, and anxiety: Assessing their interrelationships. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 10(4), 441. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/cns0000209>
- Gharraee, B., Tajrishi, K. Z., Farani, A. R., Bolhari, J., & Farahani, H. (2018). A randomized controlled trial of compassion focused therapy for social anxiety disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 12(4), e80945. [In Persian] <https://doi.org/10.5812/ijpbs.80945>
- Gilbert, P. (2019). Introducing compassion-focused therapy. *Adv Psychiatr Treat*. 15(3), 199-208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Goodwin, H., Yiend, J., & Hirsch, C. R. (2017). Generalized anxiety disorder, worry and attention to threat: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 54, 107-122. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.03.006>
- Hajiazizi, A., & Ho, R. (2017). The relationship between self-compassion and academic procrastination being mediated by shame and anxiety. *The International Journal of Indian Psychology*, 4(3), 103-115. <https://assumptionjournal.au.edu/index.php/Scholar/article/view/2783>
- Leonard, K., & Abramovitch, A. (2019). Cognitive functions in young adults with generalized anxiety disorder. *European Psychiatry*, 56(1), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.10.008>
- Penney, E. S., & Norton, A. R. (2022). A novel application of the schema therapy mode model for social anxiety disorder: A naturalistic case study. *Clinical Case Studies*, 21(1), 34-47. <https://doi.org/10.1177/15346501211036706>
- Porter, R. J., Bourke, C., Carter, J. D., Douglas, K. M., McIntosh, V. V. W., Jordan, J., ... & Frampton, C. M. A. (2016). No change in neuropsychological dysfunction or emotional processing during treatment of major depression with cognitive-behaviour therapy or schema therapy. *Psychological medicine*, 46(2), 393-404. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001907>
- Panahipour, Sana, ARABZADEH, MEHDI, & CHERAGHI, FERESHTEH. (2020). Psychometric properties of active procrastination scale among students at Kharazmi University in Karaj. *KNOWLEDGE & RESEARCH IN APPLIED PSYCHOLOGY*, 20(4 (78)), 89-100. <https://doi.org/10.30486/jsrp.2019.560134.1153>
- Rafaeli, E. (2020). Schema therapy. In V. Zeigler-Hill & T. K. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of personality and individual differences* (pp. 4559-4564). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_2041
- Roediger, E., Stevens, B. A., & Brockman, R. (2018). *Contextual schema therapy: An integrative approach to personality disorders, emotional dysregulation, and interpersonal functioning*. New Harbinger Publications.
- Schwarzer, R., Diehl, M., & Schmitz, G. S. (2010). [The Procrastination Scale for Students]. *Diagnostica*, 46(1), 20-28. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.46.1.20>

- Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18(6), 643-662. <https://doi.org/10.1037/h0054651>
- Tan, C. X., Ang, R. P., Klassen, R. M., Yeo, L. S., Wong, I. Y., Huan, V. S., & Chong, W. H. (2018). Correlates of academic procrastination and students' grade goals. *Current Psychology*, 27(2), 135-144. <https://doi.org/10.1007/s12144-008-9028-8>
- Tirch, D. (2022). Compassion focused therapy for the treatment of anxiety. In *Compassion Focused Therapy* (pp. 479-493). Routledge.
- Tuckman, B. W. (1991). The development and concurrent validity of the Procrastination Scale. *Educational and Psychological Measurement*, 51(2), 473-480. <https://doi.org/10.1177/0013164491512022>
- Torkmani, M., Tavakoli, M., & Esmaeili, M. (2023). *Designing a schema therapy package based on modes and comparing its effectiveness with transcranial direct current stimulation therapy focusing on inhibitory response, memory and attention bias on perfectionism, emotional eating behaviors and weight loss in individuals with binge eating disorder* [Specialized PhD dissertation]. University of Isfahan. [In Persian]
- Tahmoursi, N., & Tari Moradi, A. (2020). Predicting self-compassion based on early maladaptive schemas, cultural intelligence, and identity styles in students. *Scientific Journal of Research in Humanities and Social Studies*, 20(1), 88-99. [In Persian] <https://doi.org/10.1234/jrhss.2020.567>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2013). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.