

Comparing the Early Maladaptive Schemas in Women with and Without Generalized Anxiety Disorder

Mohammadpour M¹, *Mahmoudiyan Dastnaee T²

Author Address

1. Department of Psychology, Beh.C., Islamic Azad University, Behshahr, Iran;

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Beh.C., Islamic Azad University, Behshahr, Iran.

*Corresponding Author E-mail: Ta.Md1360@iau.ac.ir

Received: 2026 Feb 8; Accepted: 2026 Mar 13

Abstract

Background & Objectives: Generalized anxiety disorder (GAD) is one of the most prevalent anxiety disorders in modern society. It is characterized by chronic, excessive, and uncontrollable worry about aspects of everyday life, including work, health, social relationships, and the future. When these symptoms persist for more than 6 months, they can significantly impair an individual's normal functioning. The lifetime prevalence of GAD in the general population is approximately 3%, while its 12-month prevalence is about 2%. Given the high prevalence of GAD and its extensive impact on mental health, social functioning, and quality of life in women, identifying the underlying cognitive-emotional mechanisms of this disorder is of particular importance. One emerging theoretical framework in this field is the theory of early maladaptive schemas. In the Iranian cultural context, empirical evidence specifically examining schema differences between women with and without generalized anxiety disorder remains limited and fragmented, posing challenges to generalizing existing findings and designing evidence-based interventions. The present study aimed to compare early maladaptive schemas in women with and without generalized anxiety disorder.

Methods: This descriptive study was of a causal-comparative type. The study included women with GAD who attended mental health centers in District 3 of Behshahr City, Iran, in 2025. Using G*Power, 52 women (26 with GAD and 26 without) were purposively selected. Women without GAD were matched to the clinical group on age, gender, and educational level. The inclusion criteria were as follows: providing written informed consent to participate in the study; a diagnosis of GAD based on the Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) (Spitzer et al., 2006), established through a clinical interview conducted according to the diagnostic criteria of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (DSM-5), by a clinical psychologist trained in psychopathology; at least a high school diploma; and an age between 20 and 50 years. Exclusion criteria included incomplete or invalid questionnaires, the presence of other anxiety or mood disorders as determined by the clinical interview, and unwillingness to continue participation in the study. Data on early maladaptive schemas were collected using the Young Schema Questionnaire-Short Form (YSQ-SF) (Young & Brown, 2005). In the present study, ethical principles were observed, including obtaining informed consent from all participants before enrollment, ensuring the confidentiality of participants' identities, providing all participants with adequate information about the study procedures, and emphasizing their right to withdraw from the study at any time without any consequences. Data were analyzed using multivariate analysis of variance (MANOVA) at the 0.05 significance level in SPSS version 22.

Results: The results showed significant differences between women with GAD and women without GAD across all domains of early maladaptive schemas, including disconnection and rejection, impaired autonomy and performance, impaired limits, other-directedness, and overvigilance and inhibition ($p < 0.001$). Effect size analysis indicated that the largest between-group differences were observed in the domains of impaired autonomy and performance ($\eta^2 = 0.33$), disconnection and rejection ($\eta^2 = 0.25$), overvigilance and inhibition ($\eta^2 = 0.19$), other-directedness ($\eta^2 = 0.11$), and impaired limits ($\eta^2 = 0.07$).

Conclusion: Based on the study findings, women with GAD exhibited significantly higher levels of early maladaptive schemas than women without generalized anxiety disorder. These findings highlight the potential role of deep cognitive-emotional structures in the development and maintenance of generalized anxiety disorder.

Keywords: Early maladaptive schemas, Generalized anxiety disorder, Psychological distress.

مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و بدون اختلال اضطراب فراگیر

منصوره محمدپورا^۱، *طاهره محمودیان دستنایی^۲

توضیحات نویسندگان

۱. گروه روان‌شناسی، واحد بهشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بهشهر، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد بهشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بهشهر، ایران.

*وابانامه نویسنده مسئول: Ta.Md1360@iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۰ بهمن ۱۴۰۴؛ تاریخ پذیرش: ۲۳ اسفند ۱۴۰۴

چکیده

زمینه و هدف: اختلال اضطراب فراگیر از اختلالات اضطرابی بسیار شایع‌تر در عصر حاضر است. این پژوهش باهدف مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و بدون اختلال اضطراب فراگیر انجام شد.

روش‌بررسی: روش مطالعه حاضر توصیفی از نوع علی‌مقایسه‌ای بود. جامعه آماری را تمامی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز سلامت روان منطقه سه شهرستان بهشهر در سال ۱۴۰۴ تشکیل دادند. تعداد ۵۲ زن (۲۶ زن مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و ۲۶ زن بدون اختلال اضطراب فراگیر) به‌روش نمونه‌گیری هدفمند به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش مقیاس اختلال اضطراب فراگیر (اسپیتزر و همکاران، ۲۰۰۶) و فرم کوتاه پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار یانگ (یانگ و براون، ۲۰۰۵) بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره در سطح معناداری ۰/۰۵ در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، بین دو گروه زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و زنان بدون اختلال اضطراب فراگیر در حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگرجهت‌مندی، گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری) تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/001$). نتایج مربوط به اندازه اثر مشخص کرد، بیشترین میزان تفاوت به‌ترتیب مربوط به حوزه‌های خودگردانی و عملکرد مختل ($\eta^2 = 0/33$)، بریدگی و طرد ($\eta^2 = 0/25$)، گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری ($\eta^2 = 0/19$)، دیگرجهت‌مندی ($\eta^2 = 0/11$) و محدودیت‌های مختل ($\eta^2 = 0/07$) بود.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به‌طور معناداری بیشتر از زنان بدون اختلال اضطراب فراگیر است که نقش ساختارهای شناختی-هیجانی عمیق در شکل‌گیری و تداوم اختلال اضطراب فراگیر را برجسته می‌سازد.

کلیدواژه‌ها: طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، اختلال اضطراب فراگیر، پریشانی روان‌شناختی.

اختلال اضطراب فراگیر^۱ از اختلالات اضطرابی بسیار شایع در عصر حاضر است که به شکل نگرانی مزمن و بیش از حد و کنترل نشدنی درباره جنبه های مختلف زندگی روزمره مانند کار، سلامت، روابط اجتماعی و آینده، تعریف می شود (۱) و در صورت ادامه یافتن به بیش از شش ماه می تواند عملکرد طبیعی فرد را به طور درخور توجهی مختل کند (۲). مطالعات اپیدمیولوژیک جهانی نشان داد، شیوع همیشگی اختلال اضطراب فراگیر در جمعیت عمومی حدود ۳ درصد و شیوع دوازده ماهه حدود ۲ درصد است (۳). در ایران پژوهش های جمعیتی مشخص کرد، تقریباً ۲۶ درصد از بزرگسالان در نمونه های شهری تأیید معیارهای اختلال اضطراب فراگیر را داشته اند که این ارقام در مطالعات خاص براساس ابزارهای غربالگری مختلف، گزارش شده است (۴). شیوع اختلال اضطراب فراگیر در زنان به طور چشمگیری بیشتر از مردان است و زنان در بسیاری از کشورها تقریباً دو برابر مردان درگیر اختلال مذکور هستند (۵). اختلال اضطراب فراگیر در زنان باعث کاهش کارکرد اجتماعی و شغلی (۱)، افزایش خطر هم زمانی افسردگی^۲ و دیگر اختلالات روانی، اختلالات خواب، خستگی مزمن و اثرات منفی بر روابط خانوادگی و کیفیت زندگی^۳ می شود (۶). اختلال اضطراب فراگیر زمانی که درمان نشده باقی بماند، می تواند منجر به کاهش بهره وری و افزایش بار مراقبت های بهداشتی و پیامدهای طولانی مدت برای سلامت جسمانی و روانی زنان شود (۷). اختلال اضطراب فراگیر تحت تأثیر مجموعه ای از عوامل زیستی و شناختی و محیطی شکل می گیرد و وجود طرحواره های ناسازگار اولیه^۴ از طریق فعال سازی باورهای هسته ای منفی و افزایش نگرانی مزمن و سوگیری های شناختی تهدیدمحور، نقش معناداری در تداوم و تشدید نشانه های اختلال ایفا می کند (۳).

طرحواره های ناسازگار اولیه از طریق ایجاد الگوهای پایدار ادراک تهدید، پیش بینی فاجعه بار، ناتوانی ادراک شده در کنترل رویدادها و فعال سازی مزمن سیستم هشدار شناختی هیجانی، می توانند در افزایش اختلال اضطراب فراگیر نقش داشته باشند (۸). طرحواره های ناسازگار اولیه الگوهای عمیق و فراگیر و پایدار شناختی هیجانی هستند که در نتیجه ارضانشدن نیازهای هیجانی اساسی در دوران کودکی و نوجوانی شکل می گیرند و شامل باورها، هیجانات، خاطرات و احساسات بدنی می شوند و در طول زندگی به صورت خودکار بر تفسیر فرد از خود و دیگران و جهان اثر می گذارند (۹). شواهد پژوهشی نشان داد، طرحواره آسیب پذیری با پیش بینی فاجعه بار و انتظار دائمی وقوع رویدادهای تهدیدکننده، طرحواره رهاشدگی با ایجاد احساس ناایمنی مزمن (۱۰)، طرحواره بی اعتمادی با گوش به زنگی افراطی درباره خطرات بین فردی، طرحواره نقص با افزایش خودانتقادی و ترس از ارزیابی منفی، طرحواره وابستگی با ادراک ناتوانی در مدیریت مستقل زندگی (۱۱) و طرحواره معیارهای سخت گیرانه با فشار مداوم برای کنترل و اجتناب از خطا، همگی زمینه ساز نگرانی فراگیر و تنش پایدار و اختلال در کارکرد هیجانی هستند و در نهایت به تداوم و تثبیت

اختلال اضطراب فراگیر منجر می شوند (۱۲). مشخص شد، طرحواره های ناسازگار اولیه و اضطراب فراگیر رابطه مثبت دارند و در این بین تحریف های شناختی دارای نقش میانجی است (۱۳)؛ همچنین طرحواره های حوزه بریدگی و طرد و حوزه خودگردانی و عملکرد مختل، پیش بینی کننده اختلال اضطراب فراگیر هستند (۱۴). مطالعات نشان داد، طرحواره های حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری، پیش بینی کننده اختلال اضطراب فراگیر هستند (۱۵). در پژوهشی دیگر مشخص شد، طرحواره های حوزه محدودیت های مختل باعث بروز علائم اضطراب فراگیر می شوند و ذهن آگاهی بین متغیرهای مذکور نقش واسطه ای دارد (۱۶).

با توجه به شیوع زیاد اختلال اضطراب فراگیر و پیامدهای گسترده آن بر سلامت روان و عملکرد اجتماعی و کیفیت زندگی زنان، شناسایی سازوکارهای زیربنایی شناختی هیجانی اختلال بیان شده از اهمیت ویژه ای برخوردار است. یکی از چارچوب های نظری نوین و تبیینگر در این حوزه، نظریه طرحواره های ناسازگار اولیه است. در بافت فرهنگی ایران شواهد تجربی مستقلى که به طور اختصاصی تفاوت های طرحواره ای بین زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و زنان بدون اختلال اضطراب فراگیر را بررسی کرده باشد، محدود و پراکنده است و چنین خلأ پژوهشی، تعمیم یافته های موجود و طراحی مداخلات مبتنی بر شواهد را با چالش مواجه می سازد. نوآوری پژوهش حاضر، در مقایسه مستقیم الگوی طرحواره های ناسازگار اولیه در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و زنان بدون اختلال اضطراب فراگیر در نمونه ای بالینی غیربالینی همسان سازی شده بود که امکان شناسایی طرحواره های متمایزکننده و تعیین نقش افتراقی آن ها در آسیب شناسی اضطراب فراگیر را مهیا می کند؛ از این رو، در غنای تبیین های شناختی تحولی این اختلال کمک کننده است. از آنجا که زنان به دلیل عوامل زیستی و روان شناختی و اجتماعی، آسیب پذیری بیشتری در برابر اختلال اضطراب فراگیر نشان می دهند، بررسی الگوی طرحواره های ناسازگار اولیه در گروه زنان، به شناسایی نشانگان شناختی اختصاصی و تمایز ویژگی های بالینی از جمعیت عادی و تبیین عمیق تر ریشه های آسیب شناختی اختلال ذکر شده کمک می کند. از منظر کاربردی، نتایج پژوهش حاضر می تواند مبنایی علمی برای تدوین و بهینه سازی مداخلات درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی، طراحی برنامه های پیشگیرانه هدفمند برای زنان در معرض خطر، ارتقای دقت تشخیص و درمان اختلال اضطراب فراگیر فراهم آورد و در نهایت به بهبود سلامت روان زنان و کاهش بار فردی و اجتماعی آن اختلال منجر شود؛ بنابراین، مطالعه حاضر باهدف مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و بدون اختلال اضطراب فراگیر انجام شد.

۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی مقایسه ای بود. جامعه آماری را زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به مراکز سلامت روان منطقه سه شهرستان بهشهر در سال ۱۴۰۴ تشکیل دادند. به کمک

³. Quality of life

⁴. Early maladaptive schemas

¹. Generalized Anxiety Disorder (GAD)

². Depression

دیگرجهت‌مندی (اطاعت: گویه‌های ۴۶ تا ۵۰، ابشارگری: گویه‌های ۵۱ تا ۵۵)؛ حوزه‌گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری (بازداری هیجانی: گویه‌های ۵۶ تا ۶۰، معیارهای سرسختانه: گویه‌های ۶۱ تا ۶۵)؛ حوزه محدودیت‌های مختل (استحقاق/بزرگ‌منشی: گویه‌های ۶۶ تا ۷۰، خویش‌داری/خودانضباطی ناکافی: گویه‌های ۷۱ تا ۷۵) (۱۹). برای پایایی خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه آلفای کرونباخ از ۰/۶۲ تا ۰/۸۱ و برای نمره‌کل ۰/۹۶ به‌دست آمد. همچنین پرسش‌نامه روایی هم‌گرایی معناداری با مقیاس اندازه‌گیری آسیب‌شناسی روانی تأیید کرد و روایی واگرایی معناداری با خودکارآمدی و خوش‌بینی داشت (۱۹). در ایران در پژوهش مهدوی و آزادی، مقدار آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار بین ۰/۶۷ تا ۰/۹۲ بود (۲۰).

روند اجرای پژوهش بدین ترتیب بود که بعد از اخذ کد اخلاق و دریافت معرفی‌نامه از دانشگاه آزاد اسلامی بهشهر، پژوهشگر برای اجرای پژوهش به مراکز سلامت روان منطقه سه شهرستان بهشهر مراجعه کرد. سپس با همکاری مشاور و مددکار مراکز، جلسه‌ای توجیهی برای مراجعه‌کنندگان برگزار شد. در ادامه پس از بیان اهداف پژوهش، مقیاس اختلال اضطراب فراگیر (۱۷) اجرا شد و افراد مبتلا شناسایی شدند. با انجام مصاحبه بالینی و تشخیص نهایی و جلب رضایت آگاهانه، اجرای پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (۱۹) در بین زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و بدون اختلال اضطراب فراگیر صورت گرفت. سپس پرسش‌نامه‌های جمع‌آوری‌شده تجزیه و تحلیل آماری شد. در پژوهش حاضر اصول اخلاقی ازجمله کسب رضایت آگاهانه به‌منظور شرکت در پژوهش، احترام به اصل رازداری در پژوهش به‌صورت محرمانه‌بودن اسامی، ارائه اطلاعات کافی درباره چگونگی پژوهش به تمامی شرکت‌کنندگان و مختاربودن آن‌ها برای خروج از روند پژوهش رعایت شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ انجام گرفت. برای توصیف متغیرهای جمعیت‌شناختی از فراوانی و درصد و برای توصیف متغیرهای اصلی پژوهش از میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. در بخش آمار استنباطی پس از اطمینان از برقراری مفروضه‌ها، تحلیل واریانس چندمتغیره به‌منظور مقایسه بین دو گروه در حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به‌کار رفت. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ بود.

۳ یافته‌ها

در جدول ۱، توزیع نمونه آماری تحقیق برحسب سن و تحصیلات بررسی شده است. براساس نتایج این جدول، اکثریت زنان شرکت‌کننده در گروه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال (زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ۳۸/۵ درصد، زنان بدون اختلال اضطراب فراگیر ۴۲/۴ درصد) قرار داشتند. از نظر تحصیلات، ۳۴/۶ درصد از گروه زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و ۳۸/۵ درصد از گروه زنان بدون اختلال اضطراب فراگیر دارای تحصیلات لیسانس بودند. براساس نتایج آزمون مجذور خی، بین دو گروه به‌لحاظ سن ($p=0/739$) و تحصیلات

نرم‌افزار جی‌پاور، ۵۲ زن (۲۶ زن مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و ۲۶ زن بدون اختلال اضطراب فراگیر) به‌روش نمونه‌گیری هدفمند به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. زنان بدون اختلال اضطراب فراگیر واجد ویژگی‌های هم‌تا (ازلحاظ سن و جنس و تحصیلات) با گروه مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بودند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش؛ تشخیص اختلال اضطراب فراگیر با استناد به مقیاس اختلال اضطراب فراگیر^۱ (۱۷) از طریق مصاحبه بالینی مبتنی بر ملاک‌های تشخیصی پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۲ توسط روان‌شناس بالینی آموزش‌دیده در حوزه آسیب‌شناسی روانی؛ حداقل تحصیلات دیپلم؛ بازه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از پژوهش، وجود پرسش‌نامه مخدوش، ابتلا به سایر اختلالات اضطرابی و خلقی براساس مصاحبه بالینی و تمایل نداشتن به ادامه همکاری در پژوهش بود.

به‌منظور گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به‌کار رفت.

– مقیاس اختلال اضطراب فراگیر: این مقیاس توسط اسپیتزر و همکاران در سال ۲۰۰۶ تهیه شد (۱۷). مقیاس دارای هفت سؤال اصلی و یک سؤال اضافی است و به‌صورت طیف لیکرت از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. از جمع نمرات هفت سؤال اصلی، نمره‌کل اختلال اضطراب فراگیر به‌دست می‌آید. دامنه نمرات مقیاس بین صفر تا ۲۱ و نمره برش مقیاس ۱۰ است؛ لذا نمره ۱۰ و بیشتر به‌معنای ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر است (۱۷). ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۹۲ گزارش شد که حاکی از همسانی درونی آن در نمونه خارجی بود. همچنین ضریب بازآزمایی به‌فاصله دو هفته ۰/۸۴ به‌دست آمد که اعتبار مقیاس را نشان داد (۱۷). در ایران در پژوهش نائینیان و همکاران، پایایی مقیاس به‌روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و ضریب همبستگی بین دو نیمه ۰/۶۵ محاسبه شد که نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب مقیاس بود (۱۸).

– فرم کوتاه پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار یانگ^۳: این ابزار توسط یانگ و براون در سال ۲۰۰۵، براساس فرم اصلی ۲۰۵ سؤالی این پرسش‌نامه طراحی شد (۱۹). این فرم کوتاه دارای ۷۵ سؤال شش‌گزینه‌ای است. نمره‌گذاری براساس طیف لیکرت شش‌گزینه‌ای انجام می‌شود و گزینه‌های آن از کاملاً غلط=۱ تا کاملاً درست=۶ است. نمره ۷۵ نشان‌دهنده کمترین میزان طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نمره ۴۵۰ بازگوکننده بیشترین میزان طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه است. فرم کوتاه پرسش‌نامه پانزده طرح‌واره را با پنج حوزه می‌سنجد که عبارت است از: حوزه بریدگی و طرد (محروریت هیجانی: گویه‌های ۱ تا ۵، رهاشدگی بی‌ثباتی: گویه‌های ۶ تا ۱۰، بی‌اعتمادی بدرفتاری: گویه‌های ۱۱ تا ۱۵، انزوای اجتماعی بیگانگی: گویه‌های ۱۶ تا ۲۰، نقص/شرم: گویه‌های ۲۱ تا ۲۵)؛ حوزه خودگردانی و عملکرد مختل (شکست: گویه‌های ۲۶ تا ۳۰، وابستگی/بی‌کفایتی: گویه‌های ۳۱ تا ۳۵، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری: گویه‌های ۳۶ تا ۴۰، گرفتاری/خویش‌نشتن تحول‌نیافته: گویه‌های ۴۱ تا ۴۵)؛ حوزه

(DSM-5)

^۳. Young Schema Questionnaire-Short Form

^۱. Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)

^۲. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition

($p=0/812$) تفاوت معناداری مشاهده نشد.

جدول ۱. شاخص‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه

متغیر	زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر				زنان بدون اختلال اضطراب فراگیر		مقدار احتمال
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سن	۳۰ تا ۴۰	۷	۲۶/۹	۸	۳۰/۷	۰/۷۳۹	
	۴۰ تا ۵۰	۱۰	۳۸/۵	۱۱	۴۲/۴		
	۵۰ تا ۶۰	۹	۳۴/۶	۷	۲۶/۹		
تحصیلات	دیپلم	۷	۲۶/۹	۸	۳۰/۷	۰/۸۱۲	
	فوق‌دیپلم	۶	۲۳/۲	۵	۱۹/۳		
	لیسانس	۹	۳۴/۶	۱۰	۳۸/۵		
	فوق‌لیسانس	۴	۱۵/۳	۳	۱۱/۵		

جدول ۲، میانگین و انحراف استاندارد حوزه‌های طرح‌واره‌های اضطراب فراگیر و زنان بدون اختلال اضطراب فراگیر) نشان می‌دهد. ناسازگار اولیه پاسخ‌گویان را به تفکیک گروه (زنان مبتلا به اختلال

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه پاسخ‌گویان به تفکیک گروه

زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر		زنان بدون اختلال اضطراب فراگیر		حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه
میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
۵۸/۲۱	۲/۱۵	۴۴/۷۰	۲/۲۷	بریدگی و طرد
۵۳/۷۱	۳/۱۶	۳۰/۶۱	۳/۸۶	خودگردانی و عملکرد مختل
۵۹/۶۸	۳/۲۷	۳۴/۲۸	۳/۲۴	محدودیت‌های مختل
۵۸/۲۳	۳/۲۲	۳۷/۲۲	۳/۳۱	دیگرجهت‌مندی
۶۰/۷۷	۳/۷۸	۴۲/۲۹	۳/۲۰	گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداري

باتوجه به جدول ۲، زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در مقایسه با زنان بدون اختلال اضطراب فراگیر، میانگین نمرات بیشتری در حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه کسب کردند. برای مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و زنان بدون اختلال اضطراب فراگیر، آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره به‌کار رفت. استفاده از تحلیل واریانس نیازمند

جدول ۳. نتایج آزمون‌های کلموگروف اسمیرنوف و لوین و ام‌باکس برای متغیرهای پژوهش

آزمون کلموگروف اسمیرنوف		آزمون لوین		آزمون ام‌باکس		حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه
آماره	مقدار احتمال	مقدار F	مقدار احتمال	مقدار F	مقدار احتمال	
۰/۱۲۱	۰/۶۲۵	۰/۳۳۹	۰/۹۷۵			بریدگی و طرد
۰/۲۵۱	۰/۷۲۶	۰/۳۸۴	۰/۷۹۹			خودگردانی و عملکرد مختل
۰/۱۸۷	۰/۶۰۹	۰/۳۴۸	۰/۸۲۵	۴/۲۶	۰/۸۲۲	محدودیت‌های مختل
۰/۱۲۸	۰/۵۸۸	۰/۳۳۶	۰/۷۹۶			دیگرجهت‌مندی
۰/۱۳۷	۰/۵۹۱	۰/۳۵۵	۰/۸۶۶			گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداري

براساس جدول ۳، آماره F لوین برای حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه معنادار نبود؛ لذا داده‌ها مفروضه همگنی واریانس‌ها را تأیید کرد ($p>0/05$). آزمون ام‌باکس نیز معنادار نشد؛ بنابراین پیش‌فرض همگنی ماتریس کوواریانس متغیر وابسته در گروه‌ها به‌تأیید رسید ($p>0/05$). بررسی فرض نرمال‌بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کلموگروف اسمیرنوف حاکی از آن بود که توزیع متغیرها نرمال بود ($p>0/05$). برای بررسی تفاوت بین گروه زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با زنان بدون اختلال اضطراب فراگیر از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج تحلیل در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره برای بررسی تفاوت بین گروه‌ها در حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

متغیرهای وابسته	مقدار F	مقدار p	مجدوراتا
بریدگی و طرد	۱۰/۶۳	<۰/۰۰۱	۰/۲۵
خودگردانی و عملکرد مختل	۸/۳۲	<۰/۰۰۱	۰/۳۳
محدودیت‌های مختل	۹/۵۶	<۰/۰۰۱	۰/۰۷
دیگرجهت‌مندی	۱۱/۴۳	<۰/۰۰۱	۰/۱۱
گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری	۸/۵۲	<۰/۰۰۱	۰/۱۹

باتوجه به نتایج جدول ۴ مشخص شد، بین دو گروه در حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تفاوت معنادار وجود داشت ($p < 0.001$). اندازه اثر آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره بیانگر آن بود که بیشترین میزان تفاوت به به‌ترتیب مربوط به حوزه‌های خودگردانی و عملکرد مختل ($\eta^2 = 0.33$)، بریدگی و طرد ($\eta^2 = 0.25$)، گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری ($\eta^2 = 0.19$)، دیگرجهت‌مندی ($\eta^2 = 0.11$) و محدودیت‌های مختل ($\eta^2 = 0.07$) بود.

۴ بحث

پژوهش حاضر باهدف مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با زنان بدون اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. نتایج نشان داد، میانگین نمرات طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در حوزه‌های خودگردانی و عملکرد مختل، بریدگی و طرد، گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری، دیگرجهت‌مندی و محدودیت‌های مختل، در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به‌طور معناداری بیشتر از زنان بدون اختلال اضطراب فراگیر بود. یافته حاصل با پژوهش‌های زیر همسوست: ابراهیمی و همکاران نقش طرح‌واره‌های حوزه بریدگی و طرد و حوزه گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری را در پیش‌بینی اختلال اضطراب فراگیر گزارش کردند (۸)؛ رایلی و همکاران نشان دادند، طرح‌واره‌ها در حوزه‌های خودگردانی و عملکرد مختل و گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری، با اختلال اضطراب فراگیر رابطه معنادار دارند (۱۰)؛ فرخزادیان و همکاران دریافتند، طرح‌واره‌های حوزه‌های دیگرجهت‌مندی و خودگردانی و عملکرد مختل، پیش‌بینی‌کننده اختلال اضطراب فراگیر هستند (۱۱)؛ تیم نتیجه‌گیری کرد، طرح‌واره‌های حوزه‌های دیگرجهت‌مندی و محدودیت‌های مختل نقش معناداری در پیش‌بینی اختلال اضطراب فراگیر دارند (۱۲)؛ نادرزاده و همکاران نشان دادند، بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب فراگیر رابطه مثبت و معنادار مشاهده می‌شود (۱۳)؛ اشرفی و رحیمی گزارش دادند، طرح‌واره‌های حوزه بریدگی و طرد و حوزه خودگردانی و عملکرد مختل، پیش‌بینی‌کننده اختلال اضطراب فراگیر هستند (۱۴)؛ مطالعات شوری و همکاران مشخص کرد، طرح‌واره‌های حوزه گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری پیش‌بینی‌کننده اختلال اضطراب فراگیر هستند (۱۵)؛ آیدوغدو و ییلماز-سامانجی دریافتند، طرح‌واره‌های حوزه محدودیت‌های مختل باعث بروز علائم اختلال اضطراب فراگیر می‌شوند (۱۶).

در تبیین یافته پژوهش حاضر باید گفت، طرح‌واره‌های حوزه خودگردانی و عملکرد مختل شامل باورهای بنیادین ناتوانی در مدیریت

مستقل زندگی، احساس ضعف در کفایت شخصی، وابستگی عاطفی بیش‌ازحد به دیگران، ترس از شکست و انتظار وقوع فجایع غیرمنتظره هستند که همگی موجب می‌شوند زنان تحت فشار روانی و هیجانی دائمی قرار گیرند؛ این فشار شناختی مزمن برای کنترل رویدادهای زندگی و مهار هیجان‌ها زمینه را برای نگرانی بی‌وقفه و اضطراب فراگیر فراهم می‌آورد (۱۱). باورهای ناتوانی و وابستگی به دیگران در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل، هیجان‌های تهدیدآمیز را افزایش می‌دهد و سبب تقویت پاسخ‌های اجتنابی یا جبرانی می‌شود که درنهایت ساختار نگرانی مزمن و بی‌ثباتی در کارکردهای روزمره را تقویت می‌کند. چنین الگوهای ذهنی، با تقویت باور ناتوانی در مواجهه با چالش‌ها و ضعف در خودکنترلی، به‌طور مستقیم و غیرمستقیم با افزایش شدت و فراوانی نگرانی‌های بی‌پایان و تداوم اختلال اضطراب فراگیر در زنان همراه است (۱۰). طرح‌واره‌های حوزه بریدگی و طرد موجب می‌شوند فرد به‌طور مداوم انتظار طردشدن، ترک‌شدن یا از دست دادن حمایت نزدیکان را داشته باشد. چنین باورهای مزمن و آزاردهنده‌ای باعث فعال‌سازی بی‌وقفه هیجانانگیز تهدیدآمیز و حساسیت بیش‌ازحد در قبال نشانه‌های جدایی یا بی‌توجهی می‌شود و فرد را در چرخه‌ای از نگرانی مداوم و هیجان‌های اضطرابی قرار می‌دهد؛ این فرایند درنهایت با افزایش نگرانی‌های کنترل‌نشده درباره ثبات روابط و امنیت روانی، تأملات انتسابی منفی و فعال‌سازی سیستم هیجانی مخاطره‌محور، زمینه‌ساز شکل‌گیری و تداوم اختلال اضطراب فراگیر در زنان می‌شود؛ زیرا انتظار دائمی طرد و جدایی، تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی و تفسیرهای تهدیدآمیز از رفتار دیگران، پاسخ‌های هیجانی و شناختی اضطرابی را تقویت می‌کند و به‌طور مستقیم بر ایجاد و تثبیت نگرانی مزمن و اختلال در تنظیم هیجان اثر می‌گذارد (۸). طرح‌واره‌های حوزه گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری سبب می‌شوند فرد در برابر خطرهای محیطی حساسیت افزایش یافته باشد و با تمرکز افراطی بر تهدیدها، فرایندهای شناختی او به‌شکل سوگیری منفی عمل کند. سازوکار مذکور، افزایش واکنش‌های هیجانی مزمن و کاهش توانایی تنظیم هیجان و تضعیف ارزیابی واقع‌بینانه موقعیت‌ها را در پی دارد؛ به‌گونه‌ای که جنبه‌های سازنده و کنترل‌پذیر شرایط نادیده گرفته می‌شود و تقویت نشانه‌های اضطراب مزمن در فرد صورت می‌گیرد (۱۳). چنین پردازش شناختی تحریف‌شده همراه با بازداری هیجانی که فرد را از بیان طبیعی احساسات باز می‌دارد، موجب تقویت پاسخ‌های اضطرابی و نگرانی‌های مداوم درباره امکان وقوع رویدادهای منفی می‌شود و توانایی فرد در مدیریت هیجان و اعتماد به توانمندی‌های خود را کم می‌کند؛ لذا در زنان این وضعیت

افزون برآن برنامه‌های پیشگیرانه برای افزایش آگاهی زنان بدون اختلال اضطراب فراگیر درباره‌ی الگوهای شناختی و هیجانی ناسازگار و تقویت خودکارآمدی روان‌شناختی ارائه شود.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به‌طور معناداری بیشتر از زنان بدون اختلال اضطراب فراگیر است که نقش ساختارهای شناختی-هیجانی عمیق در شکل‌گیری و تداوم اختلال اضطراب فراگیر را برجسته می‌سازد؛ لذا به‌کارگیری طرح‌واره‌درمانی در کنار سایر مداخلات پزشکی در ارتقای سطح بهزیستی افراد دارای اضطراب فراگیر می‌تواند مؤثر باشد. فعال‌بودن حوزه‌هایی مانند خودگردانی و عملکرد مختل، بریدگی و طرد، گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری و دیگرجهت‌مندی با افزایش حساسیت به تهدید و دشواری در تنظیم هیجان و وابستگی به ارزیابی‌های بیرونی همراه است و از آن طریق نگرانی مزمن را تقویت می‌کند. یافته‌های به‌دست‌آمده نشان داد، اختلال اضطراب فراگیر صرفاً حاصل عوامل موقعیتی نیست؛ بلکه ریشه در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه دارد و توجه به این ساختارها می‌تواند در تشخیص دقیق‌تر و طراحی مداخلات درمانی مؤثر، به‌ویژه مبتنی بر طرح‌واره‌درمانی، نقش اساسی ایفا کند.

۶ تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی افرادی که با مشارکت خود به اجرای پژوهش کمک کردند، نهایت تقدیر و تشکر را دارند.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در رشته روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهشهر است. مجوز اجرای این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1404.033 صادر شده است و در وبگاه سامانه ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی مشاهده می‌شود. پیش از شروع پژوهش از شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه دریافت شد و آن‌ها از موضوع و روش اجرای پژوهش اطلاع یافتند؛ به‌علاوه از اطلاعات خصوصی و شخصی داوطلبان محافظت شد و تفسیر نتایج در صورت تمایل برای آن‌ها انجام پذیرفت؛ همچنین مشارکت در تحقیق هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت‌کنندگان نداشت و پژوهش حاضر با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی‌ها و جامعه مغایر نبود.

رضایت برای انتشار

این امر اجرایی نیست.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پژوهش حاضر از طریق ارتباط با نویسنده مسئول دردسترس است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند، هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

شناختی-هیجانی مزمن، حساسیت به تهدید و اجتناب از مواجهه با ابهام را افزایش می‌دهد و زمینه‌ای قوی برای شکل‌گیری و تداوم اختلال اضطراب فراگیر فراهم می‌آورد؛ زیرا باورهای منفی و تلاش برای پیش‌بینی بدترین نتایج ممکن، منجر به تثبیت نگرانی بی‌وقفه و کاهش کارکرد روانی عملکردی فرد در مواجهه با استرس‌های روزمره می‌شود (۱۵). طرح‌واره‌های حوزه دیگرجهت‌مندی با تحکیم باورهای نادرست درباره‌ی کم‌ارزشی خود و وابستگی به داوری‌های دیگران، سبب خواهند شد شخص در موقعیت‌های بین‌فردی همواره در جست‌وجوی تأیید و پذیرش باشد و از بیان نیازها یا اتخاذ تصمیمات مستقل خودداری کند؛ در نتیجه به‌صورت مداوم خود را در معرض ارزیابی و قضاوت و انتقاد دیگران قرار می‌دهد. فعال‌سازی این طرح‌واره‌ها می‌تواند به افزایش واکنش‌های هیجانی منفی و تفسیر تهدیدآمیز از تعاملات اجتماعی و افزایش حساسیت درباره‌ی پیامدهای میان‌فردی منجر شود؛ چنین حساسیت و وابستگی به داوری دیگران، احتمالاً به تداوم اختلال اضطراب فراگیر کمک می‌کند (۱۲). طرح‌واره‌های حوزه محدودیت‌های مختل موجب می‌شوند فرد در مدیریت واکنش‌های هیجانی و تنظیم پاسخ‌های رفتاری به موقعیت‌های استرس‌زا دچار دشواری شود. در پی آن، با افزایش فشارهای هیجانی و کاهش توانمندی در کنترل افکار و هیجان‌های منفی، حساسیت به نشانه‌های تهدیدآمیز و نگرانی مزمن افزایش می‌یابد؛ به‌طوری‌که باور به بی‌کفایتی در تنظیم رفتار و هیجان، فرد را در چرخه‌ای از پاسخ‌های اضطرابی قرار می‌دهد که با افزایش نگرانی‌های بی‌وقفه و تقویت پردازش‌های شناختی تهدیدمحور همراه است؛ در چنین وضعیتی، زنان دارای طرح‌واره‌های حوزه محدودیت‌های مختل در برابر موقعیت‌های نامطمئن و فشارهای محیطی واکنش‌های هیجانی شدیدتری نشان می‌دهند و این فشار مداوم شناختی-هیجانی، تحمل و تنظیم هیجان را مختل می‌سازد و درنهایت موجب تشدید علائم اضطراب مزمن و شکل‌گیری اختلال اضطراب فراگیر می‌شود (۱۶).

پژوهش حاضر باوجود ارائه یافته‌هایی در زمینه مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بین زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و زنان بدون اختلال اضطراب فراگیر، با محدودیت‌هایی همراه بود؛ ازجمله می‌توان به محدودیت حجم نمونه و انجام پژوهش در شهرستان بهشهر اشاره کرد که امکان تعمیم نتایج به سایر جمعیت‌های زنان در سطوح ملی یا فرهنگی متفاوت را محدود می‌سازد؛ به‌علاوه استفاده از ابزارهای خودگزارشگری که ممکن است تحت‌تأثیر پاسخ‌های اجتماع‌پسندانه قرار گیرد، می‌تواند بر دقت داده‌ها اثرگذار باشد؛ بااین‌حال برای پژوهش‌های آینده، پیشنهاد می‌شود مطالعه‌های طولی با نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع جغرافیایی و فرهنگی به‌منظور بررسی مسیرهای علی میان طرح‌واره‌ها و اختلال اضطراب فراگیر انجام شود؛ همچنین تحقیقاتی با استفاده از روش‌های چندابزاری شامل ارزیابی‌های رفتاری و بیولوژیک و گزارش خودی برای افزایش اعتبار یافته‌ها و بررسی سازوکارهای روان‌شناختی دقیق‌تر صورت گیرد.

براساس یافته‌های پژوهش حاضر توصیه می‌شود، مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر طرح‌واره‌درمانی و آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر طراحی و اجرا شود؛

پژوهش حاضر بدون دریافت حمایت مالی از نهاد یا سازمانی انجام شده است. همه نویسندگان سهم یکسانی در تهیه پیش‌نویس مقاله و بازبینی و اصلاح مقاله حاضر داشتند.

References

1. Lee S. Weight control methods and risk of generalized anxiety disorder (GAD-7) among Korean adults. *J Affect Disord.* 2026;399:121071. doi: [10.1016/j.jad.2025.121071](https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.121071)
2. Badura-Brzoza K, Głowczyński P, Dębski P, Błachut M, Skalski-Bednarz SB. Ego-resiliency and coping styles in patients with generalized anxiety disorder during the COVID-19 pandemic. *Medicina.* 2025;61(12):2234. doi: [10.3390/medicina61122234](https://doi.org/10.3390/medicina61122234)
3. Liu H, Kong Y, Cao X, Liu J, Zhou R, Lin Q, et al. Categories, symptom characteristics and factors influencing depression and anxiety in pregnant women: latent profile analysis and network analysis. *Psychiatry Res.* 2026;356:116912. doi: [10.1016/j.psychres.2025.116912](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2025.116912)
4. Rezaeidost A, Mansouri A. The mediating role of spiritual distress and spiritual coping in the relationship between stressful life events and generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology & Personality.* 2025;23(2):99–110. [Persian] https://cpap.shahed.ac.ir/article_4776.html?lang=en
5. Parsons EM, Ball T, Carl J, Henry AL, Emsley R, Miller CB, et al. Digital cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Netw Open.* 2025;8(12):e2548884. doi: [10.1001/jamanetworkopen.2025.48884](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.48884)
6. Mohammadi R, Rahimi Taghanaki C. Comparison of thought control strategies in students with and without generalized anxiety disorder symptoms. *Emotional & Behavioral Disorder.* 2025;2(2):87–100. [Persian] https://ebd.shirazu.ac.ir/article_8165.html?lang=en
7. Feldman B, Szuhany KL, Baker AW, Khalsa SBS, Hoge E, Bui E, et al. Therapeutic relationship in group cognitive behavior therapy, yoga, and stress education for generalized anxiety disorder. *Journal of Psychotherapy Integration.* 2025;1(1):103–18. <https://doi.org/10.1037/int0000381>
8. Ebrahimi Z, Makvand Hoseini S, Tabatabaee SM. Prediction of generalized anxiety disorder based on attachment styles by mediating early maladaptive schemas in adolescents. *Psychological Achievements.* 2023;30(2):121–38. [Persian] https://psychac.scu.ac.ir/article_18479.html?lang=en
9. Tsouvelas G, Laios R, Chondrokouki M, Antoniou X, Nikolaidis G. Aspects of attachment in relation to early maladaptive schemas in children residing in child care facilities. *Clinical Psychology & Psychotherapy.* 2025;32(3):e70095. doi: [10.1002/cpp.70095](https://doi.org/10.1002/cpp.70095)
10. Riley JA, Wilson EJ, Norton AR, Abbott MJ. Exploring the role of early maladaptive schemas and intolerance of uncertainty in generalized anxiety disorder. *Br J Clin Psychol.* 2026;65(1):199–217. doi: [10.1111/bjc.70012](https://doi.org/10.1111/bjc.70012)
11. Farokhzadian AA, Rezaei F, Sadeghi M. The effectiveness of combined metacognitive therapy with childhood traumas-based emotional schema therapy on generalized anxiety disorder. *Journal of Psychological Studies.* 2018;14(3):81–96. [Persian] https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_3670.html?lang=en
12. Thimm JC. The higher-order structure of early maladaptive schemas: a meta-analytical approach. *Front Psychiatry.* 2022;13:1053927. doi: [10.3389/fpsy.2022.1053927](https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1053927)
13. Naderzadeh H, Salehi M, Jafari Roshan M, Koochak Entezar R. A structural equation model of relationship between social anxiety symptoms, early maladaptive schemas and cognitive distortions in adolescents. *Journal of Research in Psychological Health.* 2019;13(1):40–57. [Persian]
14. Ashrafi M, Rahimi R. The role of maladaptive schemas in predicting worry and death anxiety in people with generalized anxiety disorder. *New Ideas in Education.* 2023;2(4):78–89. [Persian] <https://www.jnie.ir/showpaper/675868>
15. Shorey RC, Elmquist J, Anderson S, Stuart GL. The relationship between early maladaptive schemas, depression, and generalized anxiety among adults seeking residential treatment for substance use disorders. *J Psychoactive Drugs.* 2015;47(3):230–8. doi: [10.1080/02791072.2015.1050133](https://doi.org/10.1080/02791072.2015.1050133)
16. Aydoğdu BE, Yılmaz Samancı AE. Examining social anxiety symptoms with early maladaptive schemas: the mediating role of mindfulness and self-compassion. *Turkish Journal of Psychiatry.* 2023. doi: [10.5080/u26595](https://doi.org/10.5080/u26595)
17. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006;166(10):1092. doi: [10.1001/archinte.166.10.1092](https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092)
18. Naenian MR, Shairi MR, Sharifi M, Hadian M. Reliability and validity of the generalized anxiety disorder scale (GAD-7). *Clin Psychol Personal.* 2011;9(1):41–50. [Persian] doi: [20.1001.1.23452188.1390.9.1.5.7](https://doi.org/20.1001.1.23452188.1390.9.1.5.7)
19. Young JE, Brown G. Young Schema Questionnaire-short form; version 3. *APA PsycTests;* 2005. doi: [10.1037/t67023-000](https://doi.org/10.1037/t67023-000)
20. Mahdavi S, Azadi M. Standardization of Young's Maladaptive Schema Questionnaire in students of Tehran. *Educational Measurement.* 2021;12(45):135–63. [Persian] doi: [10.22054/jem.2022.58601.2142](https://doi.org/10.22054/jem.2022.58601.2142)