MEJDS. Vol 16 (2026-2027), Article 28

Published online 2026 May **Original Article**

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

Mohammadpour M[1], *Mahmoudiyan Dastnaee T[2]

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 (η^2=0.33), disconnection and rejection (η^2=0.25), overvigilance and inhibition (η^2=0.19), other–directedness (η^2=0.11), and impaired limits (η^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.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-24]

Copyright © 2026, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

انتشار برخط خرداد ۱۴۰۵ مقاله پژوهشی اصیل

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

منصوره محمدپور[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.

***رایانامهٔ نویسندهٔ 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 مقایسهٔ طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و بدون اختلال اضطراب فراگیر انجام شد.

روش‌بررسی: روش مطالعهٔ حاضر توصیفی از نوع علّی‌مقایسه‌ای بود. جامعهٔ آماری را تمامی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز سلامت روان منطقهٔ 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 پرسش‌نامهٔ 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 نسخهٔ 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 ($p<۰/۰۰۱$). نتایج مربوط به اندازهٔ اثر مشخص کرد، بیشترین میزان تفاوت به‌ترتیب مربوط به حوزه‌های خودگردانی و عملکرد مختل ($\eta^2=۰/۳۳$)، بریدگی و طرد ($\eta^2=۰/۲۵$)، گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری ($\eta^2=۰/۱۹$)، دیگرجهت‌مندی ($\eta^2=۰/۱۱$) و محدودیت‌های مختل ($\eta^2=۰/۰۷$) 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 شناختی‌هیجانی عمیق در شکل‌گیری و تداوم اختلال اضطراب فراگیر را برجسته می‌سازد.

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

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-24]

۱ مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر[1] از اختلالات اضطرابی بسیار شایع در عصر حاضر است که به‌شکل نگرانی مزمن و بیش‌ازحد و کنترل‌نشدنی دربارهٔ جنبه‌های مختلف زندگی روزمره مانند کار، سلامت، روابط اجتماعی و آینده، تعریف می‌شود (۱) و درصورت ادامه‌یافتن به بیش از شش ماه می‌تواند عملکرد طبیعی فرد را به‌طور درخورتوجهی مختل کند (۲). مطالعات اپیدمیولوژیک جهانی نشان داد، شیوع همیشگی اختلال اضطراب فراگیر در جمعیت عمومی حدود ۳درصد و شیوع دوازده‌ماهه حدود ۲ درصد است (۳). در ایران پژوهش‌های جمعیتی مشخص کرد، تقریباً ۲۶ درصد از بزرگسالان در نمونه‌های شهری تأیید معیارهای اختلال اضطراب فراگیر را داشته‌اند که این ارقام در مطالعات خاص براساس ابزارهای غربالگری مختلف، گزارش شده است (۴). شیوع اختلال اضطراب فراگیر در زنان به‌طور چشمگیری بیشتر از مردان است و زنان در بسیاری از کشورها تقریباً دوبرابر مردان درگیر اختلال مذکور هستند (۵). اختلال اضطراب فراگیر در زنان باعث کاهش کارکرد اجتماعی و شغلی (۱)، افزایش خطر هم‌زمانی افسردگی[2] و دیگر اختلالات روانی، اختلالات خواب، خستگی مزمن و اثرات منفی بر روابط خانوادگی و کیفیت زندگی[3] می‌شود (۶). اختلال اضطراب فراگیر زمانی که درمان‌نشده باقی بماند، می‌تواند منجربه کاهش بهره‌وری و افزایش بار مراقبت‌های بهداشتی و پیامدهای طولانی‌مدت برای سلامت جسمانی و روانی زنان شود (۷). اختلال اضطراب فراگیر تحت‌تأثیر مجموعه‌ای از عوامل زیستی و شناختی و محیطی شکل می‌گیرد و وجود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه[4] ازطریق فعال‌سازی باورهای هسته‌ای منفی و افزایش نگرانی مزمن و سوگیری‌های شناختی تهدیدمحور، نقش معناداری در تداوم و تشدید نشانه‌های اختلال ایفا می‌کند (۳).

طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ازطریق ایجاد الگوهای پایدار ادراک تهدید، پیش‌بینی فاجعه‌بار، ناتوانی ادراک‌شده در کنترل رویدادها و فعال‌سازی مزمن سیستم هشدار شناختی‌هیجانی، می‌توانند در افزایش اختلال اضطراب فراگیر نقش داشته باشند (۸). طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه الگوهای عمیق و فراگیر و پایدار شناختی‌هیجانی هستند که درنتیجهٔ ارضانشدن نیازهای هیجانی اساسی در دوران کودکی و نوجوانی شکل می‌گیرند و شامل باورها، هیجانات، خاطرات و احساسات بدنی می‌شوند و در طول زندگی به‌صورت خودکار بر تفسیر فرد از خود و دیگران و جهان اثر می‌گذارند (۹). شواهد پژوهشی نشان داد، طرح‌وارهٔ آسیب‌پذیری با پیش‌بینی فاجعه‌بار و انتظار دائمی وقوع رویدادهای تهدیدکننده، طرح‌وارهٔ رهاشدگی با ایجاد احساس ناایمنی مزمن (۱۰)، طرح‌وارهٔ بی‌اعتمادی با گوش‌به‌زنگی افراطی دربارهٔ خطرات بین‌فردی، طرح‌وارهٔ نقص با افزایش خودانتقادی و ترس از ارزیابی منفی، طرح‌وارهٔ وابستگی با ادراک ناتوانی در مدیریت مستقل زندگی (۱۱) و طرح‌وارهٔ معیارهای سخت‌گیرانه با فشار مداوم برای کنترل و اجتناب از خطا، همگی زمینه‌ساز نگرانی فراگیر و تنش پایدار و اختلال در کارکرد هیجانی هستند و درنهایت به تداوم و تثبیت اختلال اضطراب فراگیر منجر می‌شوند (۱۲). مشخص شد، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب فراگیر رابطهٔ مثبت دارند و دراین‌بین تحریف‌های شناختی دارای نقش میانجی است (۱۳)؛ همچنین طرح‌واره‌های حوزهٔ بریدگی و طرد و حوزهٔ خودگردانی و عملکرد مختل، پیش‌بینی‌کنندهٔ اختلال اضطراب فراگیر هستند (۱۴). مطالعات نشان داد، طرحواره‌های حوزهٔ گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری، پیش‌بینی‌کنندهٔ اختلال اضطراب فراگیر هستند (۱۵). در پژوهشی دیگر مشخص شد، طرح‌واره‌های حوزهٔ محدودیت‌های مختل باعث بروز علائم اضطراب فراگیر می‌شوند و ذهن‌آگاهی بین متغیرهای مذکور نقش واسطه‌ای دارد (۱۶).

باتوجه‌به شیوع زیاد اختلال اضطراب فراگیر و پیامدهای گستردهٔ آن بر سلامت روان و عملکرد اجتماعی و کیفیت زندگی زنان، شناسایی سازوکارهای زیربنایی شناختی‌هیجانی اختلال بیان‌شده از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. یکی از چارچوب‌های نظری نوین و تبیینگر در این حوزه، نظریهٔ طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه است. در بافت فرهنگی ایران شواهد تجربی مستقلی که به‌طور اختصاصی تفاوت‌های طرحواره‌ای 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 یافته‌های موجود و طراحی مداخلات مبتنی‌بر شواهد را با چالش مواجه می‌سازد. نوآوری پژوهش حاضر، در مقایسهٔ مستقیم الگوی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و زنان بدون اختلال اضطراب فراگیر در نمونه‌ای بالینی‌غیربالینی همسان‌سازی‌شده بود که امکان شناسایی طرح‌واره‌های متمایزکننده و تعیین نقش افتراقی آن‌ها در آسیب‌شناسی اضطراب فراگیر را مهیا می‌کند؛ ازاین‌رو، در غنای تبیین‌های شناختی‌تحولی این اختلال کمک‌کننده است. ازآنجاکه زنان به‌دلیل عوامل زیستی و روان‌شناختی و اجتماعی، آسیب‌پذیری بیشتری دربرابر اختلال اضطراب فراگیر نشان می‌دهند، بررسی الگوی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در گروه زنان، به شناسایی نشانگان شناختی اختصاصی و تمایز ویژگی‌های بالینی از جمعیت عادی و تبیین عمیق‌تر ریشه‌های آسیب‌شناختی اختلال ذکرشده کمک می‌کند. از منظر کاربردی، نتایج پژوهش حاضر می‌تواند مبنایی علمی برای تدوین و بهینه‌سازی مداخلات درمانی مبتنی‌بر طرح‌واره‌درمانی، طراحی برنامه‌های پیشگیرانهٔ هدفمند برای زنان درمعرض خطر، ارتقای دقت تشخیص و درمان اختلال اضطراب فراگیر فراهم آورد و درنهایت به بهبود سلامت روان زنان و کاهش بار فردی و اجتماعی آن اختلال منجر شود؛ بنابراین، مطالعهٔ حاضر باهدف مقایسهٔ طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و بدون اختلال اضطراب فراگیر انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع علّی‌مقایسه‌ای بود. جامعهٔ آماری را زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز سلامت روان منطقهٔ سه شهرستان بهشهر در سال ۱۴۰۴ تشکیل دادند. به‌کمک

[1]. Generalized Anxiety Disorder (GAD)
[2]. Depression
[3]. Quality of life
[4]. Early maladaptive schemas

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-24]

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[1] (۱۷) ازطریق مصاحبهٔ بالینی مبتنی‌بر ملاک‌های تشخیصی پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی[2] توسط روان‌شناس بالینی آموزش‌دیده در حوزهٔ آسیب‌شناسی روانی؛ حداقل تحصیلات دیپلم؛ بازهٔ سنی ۲۰تا۵۰ سال. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از پژوهش، وجود پرسش‌نامهٔ مخدوش، ابتلا به سایر اختلالات اضطرابی و خُلقی براساس مصاحبهٔ بالینی و تمایل‌نداشتن به ادامهٔ همکاری در پژوهش بود.

به‌منظور گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به‌کار رفت.

ـ 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، نمرهٔ کل اختلال اضطراب فراگیر به‌دست می‌آید. دامنهٔ نمرات مقیاس بین صفر تا ۲۱ و نمرهٔ برش مقیاس ۱۰ است؛ لذا نمرهٔ ۱۰ و بیشتر به‌معنای ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر است (۱۷). ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۹۲ گزارش شد که حاکی‌از همسانی درونی آن در نمونهٔ خارجی بود. همچنین ضریب بازآزمایی به‌فاصلهٔ 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 دونیمه ۰/۶۵ محاسبه شد که نشان‌دهندهٔ همسانی درونی مطلوب مقیاس بود (۱۸).

ـ فرم کوتاه پرسش‌نامهٔ طرح‌واره‌های ناسازگار یانگ[3]: این ابزار توسط یانگ و براون در سال ۲۰۰۵، براساس فرم اصلی ۲۰۵سؤالی 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. نمرهٔ ۷۵ نشان‌دهندهٔ کمترین میزان طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نمرهٔ ۴۵۰ بازگوکنندهٔ بیشترین میزان طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه است. فرم کوتاه پرسش‌نامه پانزده طرح‌واره را با پنج حوزه می‌سنجد که عبارت است از: حوزهٔ بریدگی و طرد (محرومیت هیجانی: گویه‌های ۱تا۵، رهاشدگی بی‌ثباتی: گویه‌های ۶تا۱۰، بی‌اعتمادی بدرفتاری: گویه‌های ۱۱تا۱۵، انزوای اجتماعی بیگانگی: گویه‌های ۱۶تا۲۰، نقص/شرم: گویه‌های ۲۱تا۲۵)؛ حوزهٔ خودگردانی و عملکرد مختل (شکست: گویه‌های ۲۶تا۳۰، وابستگی/بی‌کفایتی: گویه‌های ۳۱تا۳۵، آسیب‌پذیری دربرابر ضرر و بیماری: گویه‌های ۳۶تا۴۰، گرفتاری/خویشتن تحول‌نیافته: گویه‌های ۴۱تا۴۵)؛ حوزهٔ دیگرجهت‌مندی (اطاعت: گویه‌های ۴۶تا۵۰، ایثارگری: گویه‌های ۵۱تا۵۵)؛ حوزهٔ گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری (بازداری هیجانی: گویه‌های ۵۶تا۶۰، معیارهای سرسختانه: گویه‌های ۶۱تا۶۵)؛ حوزهٔ محدودیت‌های مختل (استحقاق/بزرگ‌منشی: گویه‌های ۶۶تا۷۰، خویشتن‌داری/خودانضباطی ناکافی: گویه‌های ۷۱تا۷۵) (۱۹). برای پایایی خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه آلفای کرونباخ از ۰/۶۲تا۰/۸۱ و برای نمرهٔ کل 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 پرسش‌نامهٔ طرح‌واره‌های ناسازگار بین ۰/۶۷تا۰/۹۲ بود (۲۰).

روند اجرای پژوهش بدین‌ترتیب بود که بعد از اخذ کد اخلاق و دریافت معرفی‌نامه از دانشگاه آزاد اسلامی بهشهر، پژوهشگر برای اجرای پژوهش به مراکز سلامت روان منطقهٔ 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 مصاحبهٔ بالینی و تشخیص نهایی و جلب رضایت آگاهانه، اجرای پرسش‌نامهٔ طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (۱۹) در بین زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و بدون اختلال اضطراب فراگیر صورت گرفت. سپس پرسش‌نامه‌های جمع‌آوری‌شده تجزیه‌وتحلیل آماری شد. در پژوهش حاضر اصول اخلاقی ازجمله کسب رضایت آگاهانه به‌منظور شرکت در پژوهش، احترام به اصل رازداری در پژوهش به‌صورت محرمانه‌بودن اسامی، ارائهٔ اطلاعات کافی دربارهٔ چگونگی پژوهش به تمامی شرکت‌کنندگان و مختاربودن آن‌ها برای خروج از روند پژوهش رعایت شد.

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ 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 مقایسهٔ بین دو گروه در حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به‌کار رفت. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ بود.

۳ یافته‌ها

در جدول ۱، توزیع نمونهٔ آماری تحقیق برحسب سن و تحصیلات بررسی شده است. براساس نتایج این جدول، اکثریت زنان شرکت‌کننده در گروه سنی ۳۱تا۴۰ سال (زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ۳۸/۵درصد، زنان بدون اختلال اضطراب فراگیر ۴۲/۴درصد) قرار داشتند. ازنظر تحصیلات، ۳۴/۶درصد از گروه زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و ۳۸/۵درصد از گروه زنان بدون اختلال اضطراب فراگیر دارای تحصیلات لیسانس بودند. براساس نتایج آزمون مجذور خی، بین دو گروه به‌لحاظ سن (p=۰/۷۳۹) و تحصیلات

[1]. Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)
[2]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (DSM-5)
[3]. Young Schema Questionnaire-Short Form

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-24]

(p=۰/۸۱۲) 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	
سن	۲۰تا۳۰	۷	۲۶/۹	۸	۳۰/۷	۰/۷۳۹
	۳۱تا۴۰	۱۰	۳۸/۵	۱۱	۴۲/۴	
	۴۱تا۵۰	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 ناسازگار اولیهٔ پاسخ‌گویان را به‌تفکیک گروه (زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و زنان بدون اختلال اضطراب فراگیر) نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیهٔ پاسخ‌گویان به‌تفکیک گروه

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

باتوجه‌به جدول ۲، زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر درمقایسه با زنان بدون اختلال اضطراب فراگیر، میانگین نمرات بیشتری در حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه کسب کردند.

برای مقایسهٔ 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 پیش‌فرض‌هایی است که مهم‌تر آن‌ها بررسی آزمون نرمالیتی به‌کمک آزمون کلموگروف‌اسمیرنف، ارزیابی همگنی واریانس‌ها ازطریق آزمون لوین، بررسی همگنی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها به‌کمک آزمون ام‌باکس است. نتایج پیش‌فرض‌ها در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون‌های کلموگروف‌اسمیرنف و لوین و ام‌باکس برای متغیرهای پژوهش

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

براساس جدول ۳، آمارهٔ F لوین برای حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه معنادار نبود؛ لذا داده‌ها مفروضهٔ همگنی واریانس‌ها را تأیید کرد (p>۰/۰۵). آزمون ام‌باکس نیز معنادار نشد؛ بنابراین پیش‌فرض همگنی ماتریس کوواریانس متغیر وابسته در گروه‌ها به‌تأیید رسید (p>۰/۰۵). بررسی فرض نرمال‌بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کلموگروف‌اسمیرنف حاکی‌از آن بود که توزیع متغیرها نرمال بود (p>۰/۰۵).

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.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-24]

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

متغیرهای وابسته	مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
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

باتوجه‌به نتایج جدول ۴ مشخص شد، بین دو گروه در حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تفاوت معنادار وجود داشت (p<۰/۰۰۱). اندازهٔ اثر آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره بیانگر آن بود که بیشترین میزان تفاوت به به‌ترتیب مربوط به حوزه‌های خودگردانی و عملکرد مختل (η^2=۰/۳۳)، بریدگی و طرد (η^2=۰/۲۵)، گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری (η^2=۰/۱۹)، دیگرجهت‌مندی (η^2=۰/۱۱) و محدودیت‌های مختل (η^2=۰/۰۷) بود.

۴ بحث

پژوهش حاضر باهدف مقایسهٔ 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. یافتهٔ حاصل با پژوهش‌های زیر همسوست: ابراهیمی و همکاران نقش طرح‌واره‌های حوزهٔ بریدگی و طرد و حوزهٔ 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 رابطهٔ معنادار دارند (۱۰)؛ فرخزادیان و همکاران دریافتند، طرح‌واره‌های حوزه‌های دیگرجهت‌مندی و خودگردانی و عملکرد مختل، پیش‌بینی‌کنندهٔ 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 رابطهٔ مثبت و معنادار مشاهده می‌شود (۱۳)؛ اشرفی و رحیمی گزارش دادند، طرح‌واره‌های حوزهٔ بریدگی و طرد و حوزهٔ خودگردانی و عملکرد مختل، پیش‌بینی‌کنندهٔ اختلال اضطراب فراگیر هستند (۱۴)؛ مطالعات شوری و همکاران مشخص کرد، طرح‌واره‌های حوزهٔ گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری پیش‌بینی‌کنندهٔ اختلال اضطراب فراگیر هستند (۱۵)؛ آیدوغدو و بیلماز–سامانجی دریافتند، طرح‌واره‌های حوزهٔ محدودیت‌های مختل باعث بروز علائم اختلال اضطراب فراگیر می‌شوند (۱۶).

در تبیین یافتهٔ پژوهش حاضر باید گفت، طرح‌واره‌های حوزهٔ 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 حوزهٔ 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 حوزهٔ بریدگی و طرد موجب می‌شوند فرد به‌طور مداوم انتظار طردشدن، ترک‌شدن یا ازدست‌دادن حمایت نزدیکان را داشته باشد. چنین باورهای مزمن و آزاردهنده‌ای باعث فعال‌سازی بی‌وقفهٔ هیجانات تهدیدآمیز و حساسیت بیش‌ازحد درقبال نشانه‌های جدایی یا بی‌توجهی می‌شود و فرد را در چرخه‌ای از نگرانی مداوم و هیجان‌های اضطرابی قرار می‌دهد؛ این فرایند درنهایت با افزایش نگرانی‌های کنترل‌نشدنی دربارهٔ 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 بلاتکلیفی 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 حوزهٔ گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری سبب می‌شوند فرد دربرابر خطرهای محیطی حساسیت افزایش‌یافته داشته 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 واقع‌بینانهٔ 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 دربارهٔ امکان وقوع رویدادهای منفی می‌شود و توانایی فرد در مدیریت هیجان و اعتماد به توانمندی‌های خود را کم می‌کند؛ لذا در زنان این وضعیت

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-24]

شناختی‌هیجانی 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، منجربه تثبیت نگرانی بی‌وقفه و کاهش کارکرد روانی‌عملکردی فرد در مواجهه با استرس‌های روزمره می‌شود (۱۵). طرح‌واره‌های حوزهٔ دیگرجهت‌مندی با تحکیم باورهای نادرست دربارهٔ 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؛ درنتیجه به‌صورت مداوم خود را درمعرض 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 دربارهٔ پیامدهای میان‌فردی منجر شود؛ چنین حساسیت و وابستگی به داوری دیگران، احتمالاً به تداوم اختلال اضطراب فراگیر کمک می‌کند (۱۲). طرح‌واره‌های حوزهٔ 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 حوزهٔ محدودیت‌های مختل دربرابر موقعیت‌های نامطمئن و فشارهای محیطی واکنش‌های هیجانی شدیدتری نشان می‌دهند و این فشار مداوم شناختی‌هیجانی، تحمل و تنظیم هیجان را مختل می‌سازد و درنهایت موجب تشدید علائم اضطراب مزمن و شکل‌گیری اختلال اضطراب فراگیر می‌شود (۱۶).

پژوهش حاضر باوجود ارائهٔ یافته‌هایی درزمینهٔ مقایسهٔ 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 علّی 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 مبتنی‌بر طرح‌واره‌درمانی و آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر طراحی و اجرا شود؛ افزون‌برآن برنامه‌های پیشگیرانه برای افزایش آگاهی زنان بدون اختلال اضطراب فراگیر دربارهٔ 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 شناختی‌هیجانی 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 مبتنی‌بر 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

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

مقالهٔ حاضر برگرفته از پایان‌نامهٔ کارشناسی‌ارشد نویسندهٔ اول در رشتهٔ 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 سامانهٔ 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 درصورت 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 ازطریق ارتباط با نویسندهٔ مسئول دردسترس است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند، هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-24]

منابع مالی
پژوهش حاضر بدون دریافت حمایت مالی از نهاد یا سازمانی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان
همهٔ نویسندگان سهم یکسانی در تهیهٔ پیش‌نویس مقاله و بازبینی و اصلاح مقالهٔ 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
2. Badura-Brzoza K, Główczyński 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
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
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
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, Laious 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
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
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/fpsyt.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
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
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
18. Naienian 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
19. Young JE, Brown G. Young Schema Questionnaire-short form; version 3. APA PsycTests; 2005. doi: 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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-24]