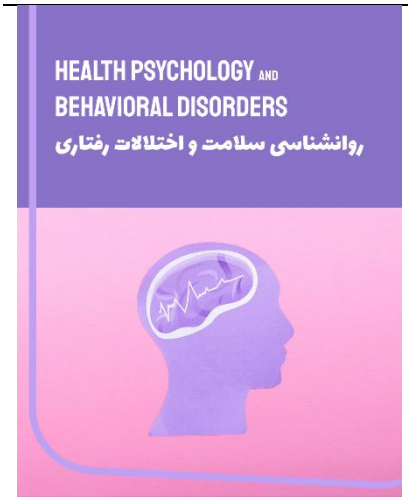
مقایسه اثربخشی پروتکل یکپارچه فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

تاریخ ارسال: ۱۴۰۵/۰۴/۱۳ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۷/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۷/۱۳ تاریخ چاپ اولیه: ۱۴۰۵/۰۷/۲۲ تاریخ چاپ نهایی: ۱۴۰۶/۰۵/۰۱

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی پروتکل یکپارچه فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌شناختی شهر تهران در سال ۲۰۲۶ بود. تعداد ۴۵ بیمار واجد شرایط به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره پروتکل یکپارچه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل جایگزین شدند. گروه‌های مداخله هر یک ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای درمان گروهی دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل در فهرست انتظار قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان و مقیاس تحمل ابهام مک‌لین گردآوری شدند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج نشان داد اثر تعاملی زمان و گروه برای راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان معنادار بود، $F(4,84)=32.91$، $p<0.001$، $\eta p^2=0.610$. این اثر برای راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان نیز معنادار بود، $F(3.48,73.06)=36.52$، $p<0.001$، $\eta p^2=0.635$، و برای تحمل ابهام نیز اثر تعاملی معناداری مشاهده شد، $F(3.62,76.02)=29.87$، $p<0.001$، $\eta p^2=0.587$. مقایسه‌های بونفرونی نشان داد هر دو مداخله در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل موجب افزایش معنادار راهبردهای سازگارانه و تحمل ابهام و کاهش معنادار راهبردهای ناسازگارانه شدند. همچنین، پروتکل یکپارچه در هر سه پیامد به‌طور معناداری اثربخشی بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد داشت و این تفاوت‌ها در مرحله پیگیری نیز حفظ شدند. هر دو پروتکل یکپارچه فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توانند در بهبود تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر باشند؛ بااین‌حال، پروتکل یکپارچه در پیامدهای مورد بررسی اثربخشی بیشتری نشان داد. بنابراین، استفاده از این رویکرد به‌ویژه در بیمارانی که دارای بدتنظیمی هیجان و تحمل پایین ابهام هستند، می‌تواند در برنامه‌های درمانی مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژگان: *اختلال اضطراب فراگیر، پروتکل یکپارچه فراتشخیصی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تنظیم شناختی هیجان، تحمل ابهام*



زینب حاجوی[1*]، مهسا بیگدلو[2]، مهرداد صالحی[3]، حدیث خداشناس[4]، محمدرضا علی‌پور[5]، شروین محمدی[6]

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

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

۳. گروه مشاوره خانواده، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۴. گروه روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان، ایران.

۵. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، واحد علوم پزشکی قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

۶. گروه روان‌شناسی سلامت، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

* ایمیل نویسنده مسئول:
Zeynab.hajavi3023@gmail.com

شیوه استناددهی: حاجوی، زینب، بیگدلو، مهسا، صالحی، مهرداد، خداشناس، حدیث، علی‌پور، محمدرضا، و محمدی، شروین. (۱۴۰۶). مقایسه اثربخشی پروتکل یکپارچه فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۵(۳)، ۲۴-۱.

© ۱۴۰۶ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

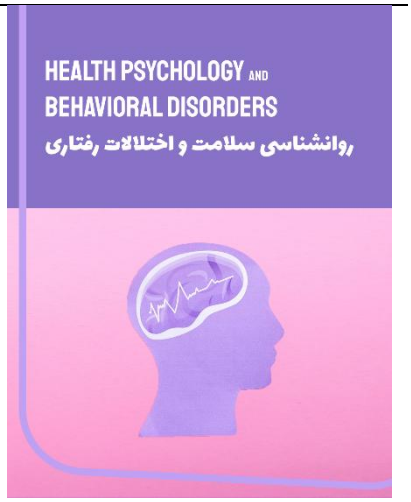
Comparison of the Effectiveness of the Unified Protocol and Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Ambiguity Tolerance in Patients with Generalized Anxiety Disorder

Submit Date:	Revise Date:	Accept Date:	Initial Publish Date:	Final Publish Date:
2026-07-04	2026-10-01	2026-10-05	2026-10-14	2027-07-23

Abstract

This study aimed to compare the effectiveness of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment and Acceptance and Commitment Therapy on cognitive emotion regulation and ambiguity tolerance in patients with generalized anxiety disorder. This quasi-experimental study used a pretest-posttest design with a two-month follow-up and a control group. The statistical population consisted of patients with generalized anxiety disorder attending psychological counseling centers and clinics in Tehran in 2026. Forty-five eligible patients were selected through convenience sampling and randomly assigned to three groups of 15 participants: Unified Protocol, Acceptance and Commitment Therapy, and control. Each intervention group received eight weekly 90-minute group sessions, while the control group remained on a waiting list. Data were collected using the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire and the Multiple Stimulus Types Ambiguity Tolerance Scale-II. Mixed analysis of variance with repeated measures and Bonferroni-adjusted pairwise comparisons were used for data analysis. The time-by-group interaction was significant for adaptive cognitive emotion regulation strategies, $F(4,84)=32.91$, $p<0.001$, partial $\eta^2=0.610$. A significant interaction was also found for maladaptive cognitive emotion regulation strategies, $F(3.48,73.06)=36.52$, $p<0.001$, partial $\eta^2=0.635$, and for ambiguity tolerance, $F(3.62,76.02)=29.87$, $p<0.001$, partial $\eta^2=0.587$. Bonferroni comparisons showed that both interventions significantly increased adaptive cognitive emotion regulation and ambiguity tolerance and significantly reduced maladaptive cognitive emotion regulation compared with the control group at posttest and follow-up. The Unified Protocol produced significantly greater improvements than Acceptance and Commitment Therapy across all three outcomes, and these differences remained significant at follow-up. Both the Unified Protocol and Acceptance and Commitment Therapy were effective in improving cognitive emotion regulation and ambiguity tolerance in patients with generalized anxiety disorder. However, the Unified Protocol demonstrated greater effectiveness across the assessed outcomes. These findings suggest that the Unified Protocol may be particularly useful for patients whose generalized anxiety is characterized by pronounced emotion dysregulation and low tolerance of ambiguity.

Keywords: *Generalized anxiety disorder, Unified Protocol, Acceptance and Commitment Therapy, cognitive emotion regulation, ambiguity tolerance*



Zeynab Hajavi[1]*, Mahsa Bigdelou[2], Mehrdad Salehi[3], Hadis Khodashenas[4], Mohammad Reza Alipour[5], Shervin Mohammadi[6]

1. Department of Psychology, Sa.C., Islamic Azad University, Saveh, Markazi, Iran.
2. Department of Psychology, Ka.C, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
3. Department of Family Counseling, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran.
4. Department of Child and Adolescent Clinical Psychology, Ash.C., Islamic Azad University, Ashtian, Markazi, Iran.
5. Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, QoM S.C., Islamic Azad University, Qom, Iran.
6. Department of Health Psychology, Ta.C., Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

*Corresponding Author's Email: Zeynab.hajavi3023@gmail.com

How to cite: Hajavi, Z., Bigdelou, M., Salehi, M., Khodashenas, H., Alipour, M.R., & Mohammadi, Sh. (2027). Comparison of the Effectiveness of the Unified Protocol and Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Ambiguity Tolerance in Patients with Generalized Anxiety Disorder. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 5(3), 1-24.

© 2027 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC4.0) License.

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر یکی از اختلالات شایع و ناتوان‌کننده در حیطه اختلالات اضطرابی است که با نگرانی مفرط، پایدار و دشوار برای کنترل درباره طیف وسیعی از رویدادها و فعالیت‌های روزمره مشخص می‌شود. افراد مبتلا معمولاً نگرانی را نه به‌صورت واکنشی محدود به یک موقعیت خاص، بلکه به‌عنوان یک الگوی فراگیر شناختی و هیجانی تجربه می‌کنند که با تنش عضلانی، بی‌قراری، تحریک‌پذیری، دشواری تمرکز، اختلال خواب و احساس مداوم تهدید همراه است. تداوم این نشانه‌ها می‌تواند عملکرد شغلی، خانوادگی، بین‌فردی و اجتماعی فرد را به‌طور قابل‌توجهی مختل کند و زمینه را برای شکل‌گیری چرخه‌ای از نگرانی، اجتناب، کاهش احساس کنترل و افزایش آسیب‌پذیری هیجانی فراهم سازد. یکی از ویژگی‌های مهم اختلال اضطراب فراگیر آن است که فرد معمولاً تلاش می‌کند از طریق کنترل افراطی افکار، پیش‌بینی پیامدهای احتمالی و جست‌وجوی مداوم برای اطمینان، از وقوع رویدادهای ناخوشایند جلوگیری کند؛ بااین‌حال، همین تلاش‌های کنترل‌محور در بسیاری از موارد باعث تقویت نگرانی و حساسیت بیشتر نسبت به محرک‌های هیجانی می‌شود. مطالعات درمانی نشان داده‌اند که مداخلاتی که مستقیماً فرایندهای هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی و شیوه مواجهه با عدم قطعیت را هدف قرار می‌دهند، می‌توانند در کاهش نشانه‌های این اختلال نقش مؤثری داشته باشند (Rezaei & Pourmohammad Ghouchani, 2025; Sharafati et al., 2023).

یکی از سازه‌های مهم در تبیین اختلال اضطراب فراگیر، تنظیم شناختی هیجان است. تنظیم شناختی هیجان به فرایندهای شناختی اشاره دارد که فرد از طریق آنها نحوه تجربه، تفسیر و پاسخ به هیجان‌ها را مدیریت می‌کند. این فرایندها شامل راهبردهایی نظیر ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، پذیرش، دیدگاه‌پذیری، نشخوار فکری، فاجعه‌سازی، سرزنش خود و سرزنش دیگران هستند. استفاده انعطاف‌پذیر از راهبردهای سازگارانه می‌تواند شدت پاسخ‌های هیجانی منفی را کاهش دهد و فرد را در سازگاری با شرایط تنش‌زا یاری کند، در حالی که تکیه مداوم بر راهبردهای ناسازگارانه می‌تواند به تداوم و تشدید اضطراب، نگرانی و اجتناب بینجامد. در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، به دلیل اشتغال شناختی مداوم با رویدادهای منفی آینده، احتمال استفاده بیشتر از راهبردهایی مانند نشخوار فکری، فاجعه‌سازی و تمرکز افراطی بر تهدید افزایش می‌یابد. این بیماران ممکن است در بازتفسیر انعطاف‌پذیر موقعیت‌ها و استفاده از ارزیابی مجدد مثبت نیز با دشواری مواجه باشند. ازاین‌رو، اختلال در تنظیم شناختی هیجان را می‌توان یکی از سازوکارهای فراتشخیصی مهم در تداوم نشانه‌های اضطراب دانست. یافته‌های پژوهشی نیز نشان داده‌اند که مداخلات فراتشخیصی می‌توانند با هدف قرار دادن پاسخ‌های هیجانی ناکارآمد و تقویت راهبردهای تنظیم هیجان، به بهبود معنادار این حوزه منجر شوند (Montazeri Hadashi et al., 2025; Pouladi et al., 2022; Ranjbar, 2024).

اهمیت تنظیم هیجان در اختلال اضطراب فراگیر از آن جهت بیشتر می‌شود که نگرانی مزمن را می‌توان تا حدی راهبردی برای مدیریت یا اجتناب از تجربه مستقیم هیجان‌های ناخوشایند در نظر گرفت. فرد نگران با درگیر شدن در زنجیره‌ای از افکار کلامی درباره آینده، ممکن است موقتاً از تجربه کامل احساساتی مانند ترس، غم یا عدم اطمینان فاصله بگیرد؛ اما این فرایند در بلندمدت ظرفیت تنظیم هیجانی را کاهش داده و حساسیت نسبت به نشانه‌های درونی را افزایش می‌دهد. پژوهش‌هایی که پروتکل یکپارچه فراتشخیصی را در گروه‌های مختلف بالینی بررسی کرده‌اند، نشان داده‌اند که این درمان می‌تواند تنظیم هیجان را از طریق افزایش آگاهی هیجانی، کاهش اجتناب هیجانی، اصلاح ارزیابی‌های شناختی و مواجهه هدفمند با تجربه‌های ناخوشایند بهبود بخشد. برای مثال، اثربخشی درمان فراتشخیصی در بهبود تنظیم هیجان در نوجوانان دارای اضطراب، والدین کودکان دارای مشکلات یادگیری و کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی گزارش شده است (Pouladi et al., 2022; Ranjbar, 2024; Sharafi et al., 2023). همچنین، در یک مطالعه موردی مرتبط با بیماری مولتیپل اسکلروزیس، استفاده از پروتکل یکپارچه با بهبود تنظیم هیجانی و کاهش مشکلات همبود همراه بود که نشان می‌دهد این رویکرد فراتر از مرزهای تشخیصی خاص، ظرفیت هدف قرار دادن فرایندهای هیجانی مشترک را دارد (Martín et al., 2025).

در کنار تنظیم شناختی هیجان، تحمل ابهام نیز یکی دیگر از سازه‌های مهم مرتبط با اضطراب فراگیر است. تحمل ابهام به میزان توانایی فرد برای مواجهه با موقعیت‌هایی اشاره دارد که اطلاعات درباره آنها ناقص، چندمعنا، پیچیده یا غیرقابل پیش‌بینی است. افراد دارای تحمل ابهام پایین معمولاً موقعیت‌های نامشخص را تهدیدکننده، ناخوشایند و دشوار برای مدیریت ادراک می‌کنند و تمایل دارند هرچه سریع‌تر به قطعیت دست یابند. این ویژگی در اختلال اضطراب فراگیر اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا نگرانی غالباً حول رویدادهایی شکل می‌گیرد که پیامد آنها مشخص نیست. فرد برای کاهش ناراحتی ناشی از عدم قطعیت ممکن است به رفتارهایی مانند اطمینان‌طلبی، بررسی مکرر، اجتناب، تعویق تصمیم‌گیری و پیش‌بینی سناریوهای منفی روی آورد. چنین رفتارهایی اگرچه ممکن است در کوتاه‌مدت احساس کنترل ایجاد کنند، اما در بلندمدت فرد را نسبت به موقعیت‌های مبهم حساس‌تر می‌سازند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان‌های روان‌شناختی مبتنی بر پذیرش و نیز رویکردهای فراتشخیصی می‌توانند تحمل شرایط مبهم و عدم قطعیت را افزایش دهند (Ezzati, 2022; Moharrami et al., 2024; Sadeghi et al., 2024).

پروتکل یکپارچه فراتشخیصی یکی از رویکردهای درمانی نوین در حوزه اختلالات هیجانی است که بر این فرض استوار است که بسیاری از اختلالات اضطرابی و خلقی، علی‌رغم تفاوت در علائم ظاهری، دارای سازوکارهای زیربنایی مشترکی هستند. این درمان بر فرایندهایی مانند حساسیت نسبت به هیجان، ارزیابی‌های شناختی ناسازگارانه، اجتناب هیجانی و رفتارهای برانگیخته از هیجان تمرکز می‌کند و می‌کوشد به جای هدف قرار دادن یک مجموعه محدود از علائم تشخیصی، عوامل مشترک تداوم‌دهنده اختلالات هیجانی را اصلاح کند. در این رویکرد، بیمار می‌آموزد نسبت به تجربه‌های هیجانی خود آگاهی بیشتری پیدا کند، از قضاوت افراطی درباره هیجان‌ها فاصله بگیرد، انعطاف‌پذیری شناختی را افزایش دهد و با هیجان‌ها و موقعیت‌های اجتناب‌شده به شیوه‌ای سازگارانه مواجه شود. به دلیل همین تأکید بر سازوکارهای مشترک، پروتکل یکپارچه ظرفیت بالایی برای مداخله در مشکلاتی مانند تنظیم هیجان، نگرانی، اجتناب تجربی و عدم تحمل شرایط نامطمئن دارد. شواهد موجود از اثربخشی این رویکرد در کاهش اضطراب، نشخوار فکری و مشکلات سلامت عمومی در جمعیت‌های دارای آسیب‌پذیری هیجانی حمایت کرده‌اند (Ghovati et al., 2022). همچنین، کاهش عدم تحمل عدم قطعیت و بهبود خودکنترلی در نوجوانان آسیب‌پذیر نسبت به اعتیاد پس از دریافت درمان فراتشخیصی گزارش شده است (Soleimani & Chitsaz, 2025).

یافته‌های پژوهش‌های دیگر نیز نشان‌دهنده دامنه اثرگذاری پروتکل یکپارچه بر متغیرهای مرتبط با تنظیم هیجان و تحمل ابهام است. در مطالعه‌ای بر نوجوانان مبتلا به اختلالات اضطرابی، اجرای پروتکل یکپارچه موجب کاهش نشانه‌های اضطراب، بهبود تنظیم هیجان و کاهش عدم تحمل ابهام شد (Ezzati, 2022). در پژوهشی دیگر، این درمان در مقایسه با درمان شناختی رفتاری توانست تنظیم هیجانی نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را بهبود دهد (Sharafi et al., 2023). همچنین، مقایسه درمان فراتشخیصی با مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در زنان نابارور تحت درمان باروری نشان داد که پروتکل یکپارچه می‌تواند تنظیم هیجان و تحمل عدم قطعیت را بهبود بخشد (Masjedi Arani et al., 2023). از سوی دیگر، مقایسه پروتکل یکپارچه با درمان متمرکز بر تروما در نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، ظرفیت این درمان را در پاسخ‌گویی به مجموعه‌ای از مشکلات هیجانی و نشانه‌های همبود نشان داده است (Mohajerin et al., 2023). چنین یافته‌هایی از این دیدگاه حمایت می‌کنند که پروتکل یکپارچه می‌تواند در شرایطی که اختلال هیجانی با مشکلات متعدد در کنترل هیجان و تحمل تجربه‌های ناخوشایند همراه است، مداخله‌ای مناسب باشد.

در مقابل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی دیگر از رویکردهای مؤثر موج سوم رفتاردرمانی است که به جای تلاش مستقیم برای کنترل یا حذف افکار و هیجان‌های منفی، بر تغییر رابطه فرد با این تجربه‌ها تأکید می‌کند. هدف اصلی ACT افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است؛ یعنی توانایی فرد برای تماس آگاهانه با تجربه‌های جاری و انتخاب رفتارهایی که با ارزش‌های شخصی او هماهنگ‌اند، حتی زمانی که افکار یا هیجان‌های ناخوشایند حضور دارند. این رویکرد از فرایندهایی شامل پذیرش، گسلش شناختی، تماس با لحظه حال، خود به‌عنوان زمینه، روشن‌سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه استفاده می‌کند. در اختلال اضطراب فراگیر که تلاش برای کنترل نگرانی و حذف عدم قطعیت بخش

مهمی از مشکل است، ACT می‌تواند با کاهش تقلا برای کنترل تجربه‌های درونی و افزایش آمادگی برای تجربه اضطراب و ابهام، چرخه اجتناب و نگرانی را تضعیف کند. مطالعات انجام‌شده در جمعیت‌های مختلف نشان داده‌اند که این درمان می‌تواند در کاهش مشکلات اضطرابی و افزایش سازگاری روان‌شناختی مؤثر باشد (Howard et al., 2026; Kazemipour et al., 2021).

یکی از سازوکارهایی که ACT می‌تواند از طریق آن تنظیم شناختی هیجان را بهبود دهد، کاهش همانندسازی با افکار و افزایش توانایی مشاهده افکار به‌عنوان رویدادهای ذهنی گذرا است. هنگامی که بیمار یاد می‌گیرد نگرانی‌ها، پیش‌بینی‌های منفی و افکار فاجعه‌آمیز را بدون پذیرش کامل محتوای آنها مشاهده کند، احتمال درگیری در فرایندهای ناسازگارانه‌ای مانند نشخوار فکری و فاجعه‌سازی کاهش می‌یابد. همچنین، پذیرش تجربه‌های هیجانی می‌تواند نیاز به سرکوب یا کنترل شدید هیجان‌ها را کاهش دهد و فرد را قادر سازد از راهبردهای انعطاف‌پذیرتری استفاده کند. یافته‌های پژوهشی نیز از تأثیر ACT بر تنظیم شناختی هیجان حمایت کرده‌اند؛ برای نمونه، اجرای این درمان در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی با بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی همراه بوده است (Shi et al., 2026). همچنین، ACT در دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک موجب بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و افزایش درگیری تحصیلی شده است (Ghanbari & Mokhtarpour Ghahrudi, 2026). در زنان نابارور نیز مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته‌اند تنظیم هیجان را بهبود بخشند که نشان‌دهنده قابلیت کاربرد این رویکرد در مواجهه با تنش‌های پایدار و موقعیت‌های دارای عدم قطعیت است (Yadolahi et al., 2025).

ACT از منظر تحمل ابهام نیز دارای مبانی نظری قابل توجهی است. در این رویکرد، هدف درمان دستیابی به قطعیت کامل یا حذف تجربه‌های ناخوشایند نیست، بلکه فرد می‌آموزد در حضور نامعلومی و نگرانی نیز رفتار متناسب با ارزش‌های خود را ادامه دهد. این جهت‌گیری می‌تواند به‌ویژه در بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر اهمیت داشته باشد، زیرا بسیاری از رفتارهای اضطرابی آنان مبتنی بر تلاش برای حذف عدم قطعیت است. پذیرش، ذهن‌آگاهی و اقدام متعهدانه می‌توانند به بیمار کمک کنند تا بدون نیاز به حل همه ابهامات، تصمیم بگیرد و عمل کند. مطالعاتی که ACT را در زمینه تحمل ابهام و متغیرهای مشابه بررسی کرده‌اند، اثربخشی این رویکرد را تأیید کرده‌اند. برای مثال، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش تحمل ابهام و انعطاف‌پذیری شناختی در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی شده است (Sadeghi et al., 2024). در دانش‌آموزان پسر نیز مقایسه طرحواره‌درمانی و ACT نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بر تحمل ابهام تأثیر مثبت داشته باشد (Moharrami et al., 2024). همچنین، یافته‌های مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر نشان داده‌اند که ACT می‌تواند انعطاف‌پذیری شناختی را در این بیماران افزایش دهد؛ متغیری که از نظر نظری با سازگاری بهتر در مواجهه با موقعیت‌های پیچیده و نامطمئن ارتباط دارد (Rezaei & Pourmohammad Ghouchani, 2025).

پژوهش‌های مقایسه‌ای میان پروتکل یکپارچه و ACT نیز اهمیت ویژه‌ای برای انتخاب درمان مناسب دارند. هر دو رویکرد فراتشخیصی محسوب می‌شوند، اما مبانی تغییر در آنها یکسان نیست. پروتکل یکپارچه به‌طور مستقیم‌تر بر شناسایی و تعدیل پاسخ‌های هیجانی، بازسازی ارزیابی‌های شناختی، کاهش رفتارهای هیجان‌محور و مواجهه با تجربه‌های اجتناب‌شده تأکید می‌کند، در حالی که ACT بیشتر بر پذیرش تجربه، گسلش از افکار، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه متمرکز است. بنابراین ممکن است هر دو درمان بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام تأثیرگذار باشند، اما مسیر و شدت تأثیر آنها متفاوت باشد. در پژوهشی که بر افراد مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک انجام شد، هر دو درمان پذیرش و تعهد و پروتکل یکپارچه در کاهش اضطراب و نشانه‌های جسمانی مؤثر بودند که از قابلیت هر دو رویکرد برای کاهش مشکلات هیجانی حمایت می‌کند (Azadmanesh et al., 2021). همچنین، در مقایسه مستقیم این دو درمان در همسران قربانیان کووید-۱۹، هر دو رویکرد در کاهش نشخوار فکری و عدم تحمل عدم قطعیت مؤثر گزارش شدند، هرچند الگوی اثرگذاری آنها در برخی پیامدها متفاوت بود (Eslami et al., 2023). این نتایج ضرورت بررسی مستقیم دو درمان در جمعیت‌های بالینی مشخص‌تر، از جمله بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر، را برجسته می‌کند.

از سوی دیگر، مطالعات اخیر نشان داده‌اند که درمان‌های مبتنی بر پروتکل یکپارچه می‌توانند به‌طور خاص راهبردهای شناختی تنظیم هیجان را هدف قرار دهند. مقایسه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان فراتشخیصی در نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی نشان داد که پروتکل یکپارچه در اصلاح راهبردهای تنظیم شناختی هیجان نقش مؤثری دارد (Montazeri Hadashi et al., 2025). همچنین، کاربرد این رویکرد در افراد با بیماری‌های جسمانی و مشکلات همبود روان‌شناختی نیز با بهبود تنظیم هیجان همراه بوده است (Martín et al., 2025). در سطح فراتشخیصی، تمرکز این درمان بر کاهش اجتناب هیجانی و افزایش مواجهه با احساسات می‌تواند باعث شود فرد به جای تلاش برای حذف هیجان‌ها، یاد بگیرد آنها را تحمل، تفسیر و تنظیم کند. این ویژگی برای بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر که معمولاً هیجان‌های منفی و نشانه‌های عدم اطمینان را تهدیدآمیز تفسیر می‌کنند، اهمیت خاصی دارد.

در کنار این موضوع، برخی شواهد از نقش ACT در کاهش نگرانی و بهبود سازگاری با تجربه‌های دشوار حمایت می‌کنند. در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی، درمان پذیرش و تعهد توانسته است نگرانی را کاهش دهد و این یافته نشان می‌دهد تغییر رابطه با افکار نگران‌کننده ممکن است از تداوم چرخه اضطرابی جلوگیری کند (Salehi et al., 2025). همچنین، استفاده از ACT در موارد همزمان اختلال اضطراب فراگیر و اختلال ملال پیش از قاعدگی نشان داده است که چارچوب فراتشخیصی این درمان می‌تواند به مدیریت همزمان چند الگوی مشکل‌ساز هیجانی کمک کند (Howard et al., 2026). از سوی دیگر، تأثیر ACT بر پذیرش و رشد پس از سانحه در بیماران جسمانی نیز نشان داده است که این رویکرد می‌تواند ظرفیت سازگاری فرد با تجربه‌های دشوار و غیرقابل کنترل را افزایش دهد (Kazemipour et al., 2021). بنابراین، از نظر نظری انتظار می‌رود که افزایش پذیرش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در ACT بتواند هم تنظیم هیجانی را تسهیل کند و هم تحمل موقعیت‌های مبهم و غیرقابل پیش‌بینی را افزایش دهد.

با وجود شواهد موجود، هنوز در تعیین اینکه کدام‌یک از پروتکل یکپارچه یا ACT تأثیر بیشتری بر سازوکارهای شناختی و هیجانی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارد، ابهام وجود دارد. بسیاری از مطالعات گذشته یا فقط یکی از این دو درمان را بررسی کرده‌اند، یا بر جمعیت‌هایی غیر از بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر تمرکز داشته‌اند. برای مثال، پژوهش‌های مربوط به پروتکل یکپارچه در نوجوانان، کودکان، زنان نابارور، افراد آسیب‌پذیر نسبت به اعتیاد و بیماران دارای بیماری‌های جسمانی انجام شده است (Martín et al., 2025; Masjedi et al., 2023; Pouladi et al., 2022; Soleimani & Chitsaz, 2025). در مقابل، تحقیقات ACT نیز در گروه‌هایی مانند بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، وسواس فکری-عملی، دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک، زنان نابارور و افراد دارای مشکلات مرتبط با استرس اجرا شده است (Ghanbari & Mokhtarpour Ghahrudi, 2026; Kazemipour et al., 2021; Sadeghi et al., 2024; Shi et al., 2026; Yadolahi et al., 2025). اگرچه این یافته‌ها ارزشمندند، تعمیم مستقیم آنها به بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر محدودیت دارد، زیرا در این اختلال تعامل میان نگرانی مزمن، تنظیم شناختی هیجان و دشواری در مواجهه با ابهام بسیار برجسته است.

بررسی مستقیم دو رویکرد همچنین از نظر بالینی اهمیت دارد، زیرا انتخاب درمان برای اختلال اضطراب فراگیر صرفاً بر اساس کاهش شدت نشانه‌های اضطرابی کافی نیست و باید مشخص شود که درمان تا چه اندازه فرایندهای زیربنایی مرتبط با تداوم اضطراب را تغییر می‌دهد. پروتکل یکپارچه ممکن است به دلیل تأکید مستقیم بر تجربه هیجان و اصلاح پاسخ‌های هیجانی، تأثیر بیشتری بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان داشته باشد، در حالی که ACT ممکن است از طریق افزایش پذیرش و کاهش تلاش برای کنترل تجربه‌های نامطلوب، تحمل ابهام را بهبود بخشد. بااین‌حال، وجود همپوشانی میان این فرایندها مانع از پیش‌بینی قطعی برتری یکی از درمان‌ها می‌شود. یافته‌های مقایسه‌ای پیشین نیز نشان می‌دهند که هر دو رویکرد قابلیت ایجاد تغییر در سازه‌های مرتبط با اضطراب را دارند (Azadmanesh et al., 2021; Eslami et al., 2023). علاوه بر این، پژوهش‌هایی درباره پروتکل یکپارچه در اختلال اضطراب فراگیر نشان داده‌اند که این رویکرد می‌تواند علائم بالینی و اجتناب تجربی را کاهش دهد (Sharafati et al., 2023)، در حالی که شواهد مربوط به ACT نیز حاکی از اثربخشی آن در افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در همین گروه تشخیصی است (Rezaei & Pourmohammad Ghouchani, 2025).

بر این اساس، مطالعه تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام به‌صورت همزمان می‌تواند تصویری دقیق‌تر از سازوکارهای تغییر در این دو رویکرد فراهم کند. تنظیم شناختی هیجان نشان می‌دهد بیماران چگونه تجربه‌های عاطفی خود را از طریق فرایندهای شناختی مدیریت می‌کنند، در حالی که تحمل ابهام نمایانگر چگونگی واکنش آنان به شرایط فاقد پاسخ روشن و قابل پیش‌بینی است. این دو سازه از یک سو با ویژگی‌های اصلی اضطراب فراگیر ارتباط دارند و از سوی دیگر، هر دو می‌توانند تحت تأثیر فرایندهای درمانی UP و ACT قرار گیرند. شواهد نشان می‌دهد که درمان فراتشخیصی در کاهش عدم تحمل ابهام و بهبود تنظیم هیجانی مؤثر است (Ezzati, 2022; Masjedi Arani et al., 2023) و ACT نیز می‌تواند از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، اصلاح تنظیم شناختی هیجان و افزایش ظرفیت مواجهه با تجربه‌های نامطمئن مؤثر واقع شود (Moharrami et al., 2024; Shi et al., 2026). در نتیجه، مقایسه مستقیم این دو مداخله می‌تواند افزون بر روشن کردن اثربخشی هر یک، شواهد کاربردی برای انتخاب درمان متناسب با سازوکارهای اصلی اختلال اضطراب فراگیر فراهم آورد.

با توجه به شیوع و پیامدهای قابل‌توجه اختلال اضطراب فراگیر، نقش محوری تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام در تداوم این اختلال، شواهد حمایت‌کننده از اثربخشی پروتکل یکپارچه و درمان پذیرش و تعهد، و محدودیت مطالعات مقایسه‌ای مستقیم در بیماران مبتلا به این اختلال، انجام پژوهشی که هر دو رویکرد را در یک طرح واحد مقایسه کند ضروری به نظر می‌رسد؛ بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی پروتکل یکپارچه فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود و با هدف مقایسه اثربخشی پروتکل یکپارچه فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌شناختی شهر تهران در سال ۲۰۲۶ بود. از میان افراد واجد شرایط، ۴۵ بیمار به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پس از انجام ارزیابی اولیه و احراز معیارهای ورود، به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره شامل گروه پروتکل یکپارچه، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل جایگزین شدند. تشخیص اختلال اضطراب فراگیر بر اساس معیارهای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و مصاحبه بالینی انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن تشخیص اصلی اختلال اضطراب فراگیر، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، داشتن حداقل تحصیلات دوره متوسطه برای توانایی درک محتوای جلسات و پرسشنامه‌ها، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، نداشتن سابقه دریافت هم‌زمان روان‌درمانی ساختاریافته دیگر طی دوره مداخله و در صورت مصرف دارو، ثبات نوع و دوز داروی روان‌پزشکی طی دوره پژوهش بود. ابتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی نظیر اختلالات طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان‌پریشی، اختلال دوقطبی در مرحله حاد، اختلال شدید مصرف مواد، وجود خطر جدی خودکشی، ابتلا به بیماری جسمانی یا عصبی شدید که مانع مشارکت در جلسات شود، غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمانی و عدم تکمیل ارزیابی‌های پژوهش به‌عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شدند. پس از تکمیل پیش‌آزمون، شرکت‌کنندگان دو گروه آزمایش مداخلات مربوط به خود را دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل طی این مدت در فهرست انتظار قرار داشت و مداخله روان‌شناختی ساختاریافته‌ای دریافت نکرد. پس‌آزمون بلافاصله پس از پایان مداخلات و مرحله پیگیری دو ماه پس از پایان جلسات انجام شد. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، هدف و مراحل پژوهش برای شرکت‌کنندگان تشریح شد، مشارکت کاملاً داوطلبانه بود، امکان انصراف در هر مرحله بدون هیچ‌گونه پیامد برای افراد وجود داشت، اطلاعات شخصی آنان محرمانه نگه داشته شد و از تمامی شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه کتبی دریافت شد.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان. برای ارزیابی راهبردهای شناختی تنظیم هیجان از پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire; CERQ) تدوین‌شده توسط گارنفسکی، کرایج و اسپینهاون در سال ۲۰۰۱ استفاده شد. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی ۳۶ ماده‌ای است که شیوه‌های شناختی مورد استفاده افراد برای تنظیم هیجان‌های خود پس از تجربه رویدادهای منفی یا تنش‌زا را ارزیابی می‌کند. پرسشنامه شامل ۹ خرده‌مقیاس است که هر یک از طریق چهار ماده سنجیده می‌شوند و عبارت‌اند از سرزنش خود، پذیرش، نشخوار فکری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری یا کم‌اهمیت شمردن نسبی رویداد، فاجعه‌سازی و سرزنش دیگران. پاسخ‌دهی به ماده‌ها بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از «تقریباً هرگز» با نمره ۱ تا «تقریباً همیشه» با نمره ۵ انجام می‌شود و بنابراین نمره هر خرده‌مقیاس در دامنه ۴ تا ۲۰ قرار می‌گیرد. راهبردهای تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری و پذیرش عموماً به‌عنوان راهبردهای سازگارانه‌تر و راهبردهای سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه‌سازی و سرزنش دیگران به‌عنوان راهبردهای کمتر سازگارانه تنظیم شناختی هیجان در نظر گرفته می‌شوند. نمره بالاتر در هر خرده‌مقیاس نشان‌دهنده استفاده بیشتر فرد از راهبرد مربوطه است. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در مطالعات مختلف داخلی و خارجی بررسی شده و شواهد مناسبی در زمینه روایی سازه، روایی همگرا و پایایی درونی خرده‌مقیاس‌های آن گزارش شده است؛ ازاین‌رو، این ابزار به‌طور گسترده برای بررسی تنظیم شناختی هیجان در جمعیت‌های بالینی و غیربالینی مورد استفاده قرار گرفته است.

مقیاس تحمل ابهام مک‌لین. برای سنجش میزان تحمل ابهام از نسخه دوم مقیاس تحمل ابهام مک‌لین (Multiple Stimulus Types Ambiguity Tolerance Scale-II; MSTAT-II) استفاده شد. این مقیاس توسط مک‌لین در سال ۲۰۰۹ به‌منظور اندازه‌گیری تفاوت‌های فردی در نحوه ادراک و واکنش به موقعیت‌های مبهم، پیچیده، ناآشنا، غیرقابل پیش‌بینی یا دارای اطلاعات ناکافی تدوین شد و مشتمل بر ۱۳ ماده است. ماده‌های این ابزار میزان تمایل فرد به پذیرش یا اجتناب از موقعیت‌هایی را که در آنها نتیجه، معنا یا مسیر عمل به‌طور کامل مشخص نیست ارزیابی می‌کنند. پاسخ‌دهی به ماده‌ها بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت انجام می‌شود و برخی ماده‌ها به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. پس از اعمال نمره‌گذاری معکوس در ماده‌های مربوط، نمره کل با جمع نمرات ماده‌ها محاسبه می‌شود و نمره بالاتر بیانگر تحمل بیشتر در برابر ابهام و توانایی بهتر فرد در مواجهه با موقعیت‌های نامطمئن و فاقد قطعیت است، در حالی که نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده تمایل بیشتر به تجربه ناراحتی، تهدید یا اجتناب در مواجهه با شرایط مبهم است. مطالعات روان‌سنجی انجام‌شده درباره این مقیاس، ساختار عاملی قابل قبول، همسانی درونی مناسب و شواهد مطلوبی از روایی همگرا و افتراقی آن را نشان داده‌اند و این ابزار در پژوهش‌های روان‌شناختی مرتبط با اضطراب، تصمیم‌گیری و واکنش به عدم قطعیت مورد استفاده قرار گرفته است.

مداخله گروه پروتکل یکپارچه بر اساس پروتکل یکپارچه فراتشخیصی برای درمان اختلالات هیجانی تدوین‌شده توسط بارلو و همکاران اجرا شد. این مداخله برای گروه مربوط در قالب ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای و به‌صورت گروهی اجرا شد. در جلسه نخست، برقراری رابطه درمانی، ارائه منطق درمان فراتشخیصی، آشنایی بیماران با ماهیت اختلالات هیجانی، بررسی نقش اجتناب هیجانی و افزایش انگیزه برای تغییر مورد توجه قرار گرفت. در جلسه دوم، آموزش آگاهی هیجانی و مشاهده تجارب هیجانی در زمان حال بدون قضاوت انجام شد و شرکت‌کنندگان یاد گرفتند هیجان‌ها، افکار و احساسات جسمانی خود را به‌عنوان اجزای یک تجربه هیجانی شناسایی کنند. جلسه سوم بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، شناسایی ارزیابی‌های خودکار و بررسی تفسیرهای تهدیدآمیز یا انعطاف‌ناپذیر متمرکز بود. در جلسه چهارم، الگوهای اجتناب هیجانی و رفتارهای هیجان‌محور شناسایی شد و شرکت‌کنندگان آموزش دیدند رفتارهای ناسازگارانه‌ای را که در کوتاه‌مدت موجب کاهش اضطراب ولی در بلندمدت سبب تداوم اختلال می‌شوند، تغییر دهند. جلسه پنجم به افزایش آگاهی و تحمل احساسات جسمانی مرتبط با اضطراب و انجام تمرین‌های مواجهه درون‌بدنی اختصاص یافت. در جلسات ششم و هفتم، مواجهه هیجانی و موقعیتی به‌صورت تدریجی اجرا شد و شرکت‌کنندگان با موقعیت‌ها، افکار و احساساتی که پیش‌تر به دلیل اضطراب از آنها اجتناب می‌کردند، در چارچوب سلسله‌مراتب مواجهه روبه‌رو شدند. در جلسه هشتم، مهارت‌های آموخته‌شده مرور و تلفیق شد، پیشرفت درمانی هر فرد بررسی گردید و برنامه‌ای برای پیشگیری از عود، حفظ دستاوردهای

درمان و ادامه استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان تدوین شد. در طول جلسات، تکالیف خانگی متناسب با محتوای هر جلسه ارائه و در ابتدای جلسه بعد بررسی شد و تأکید کلی درمان بر افزایش تحمل هیجان‌های ناخوشایند، کاهش اجتناب هیجانی و اصلاح شیوه واکنش شناختی و رفتاری به تجارب هیجانی بود.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس اصول و فرایندهای درمان پذیرش و تعهد توسعه‌یافته توسط هیز و همکاران و با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی اجرا شد. این مداخله نیز در قالب ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای و به‌صورت گروهی ارائه شد تا مدت و میزان تماس درمانی آن با گروه پروتکل یکپارچه تا حد امکان یکسان باشد. در جلسه نخست، ساختار درمان، قوانین گروه و ماهیت اضطراب فراگیر توضیح داده شد و الگوهای کنترل و اجتناب از افکار و هیجان‌های ناخوشایند مورد بررسی قرار گرفت. در جلسه دوم، مفهوم ناکارآمدی تلاش افراطی برای کنترل تجارب درونی و مفهوم پذیرش معرفی شد و شرکت‌کنندگان تمرین‌هایی برای ایجاد تمایل به تجربه افکار، احساسات و نشانه‌های جسمانی اضطراب بدون تلاش برای حذف فوری آنها انجام دادند. جلسه سوم بر گسلش شناختی متمرکز بود و به بیماران آموزش داده شد افکار اضطرابی و نگرانی‌ها را به‌عنوان رویدادهای ذهنی و نه حقایقی که الزاماً باید بر اساس آنها عمل شود مشاهده کنند. در جلسه چهارم، توجه انعطاف‌پذیر به لحظه حال و تمرین‌های ذهن‌آگاهی برای مشاهده بدون قضاوت تجربه‌های درونی آموزش داده شد. جلسه پنجم به مفهوم «خود به‌عنوان زمینه» اختصاص یافت و از تمرین‌هایی برای کاهش همانندسازی افراطی با محتوای افکار و هیجان‌ها استفاده شد. در جلسه ششم، ارزش‌های شخصی در حوزه‌های مهم زندگی شناسایی شد و تفاوت میان ارزش‌ها به‌عنوان جهت‌های پایدار زندگی و اهداف کوتاه‌مدت مورد بررسی قرار گرفت. در جلسه هفتم، شرکت‌کنندگان بر اساس ارزش‌های شناسایی‌شده اهداف رفتاری مشخص تعیین کردند و مفهوم اقدام متعهدانه در حضور اضطراب و عدم قطعیت تمرین شد. در جلسه هشتم، شش فرایند اصلی درمان شامل پذیرش، گسلش شناختی، تماس با لحظه حال، خود به‌عنوان زمینه، روشن‌سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه یکپارچه و مرور شد و برای حفظ دستاوردهای درمانی و مواجهه انعطاف‌پذیر با نگرانی‌ها و موقعیت‌های مبهم آینده برنامه‌ریزی صورت گرفت. در تمامی جلسات از تمرین‌های تجربی، استعاره‌های درمانی، تمرین‌های ذهن‌آگاهی و تکالیف خانگی استفاده شد و هدف اصلی مداخله کاهش مبارزه با تجارب درونی و افزایش رفتار انعطاف‌پذیر و مبتنی بر ارزش‌ها بود، نه تلاش مستقیم برای حذف علائم اضطراب.

داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند. در سطح توصیفی، برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان و متغیرهای اصلی پژوهش از شاخص‌هایی مانند فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. پیش از انجام تحلیل استنباطی، مفروضه‌های لازم شامل بررسی داده‌های پرت، طبیعی بودن توزیع نمرات با استفاده از آزمون شاپیرو–ویلک، همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین و در صورت استفاده از تحلیل اندازه‌گیری‌های مکرر، فرض کرویت با آزمون ماچلی بررسی شد. با توجه به وجود سه گروه و سه مرحله اندازه‌گیری شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، برای بررسی تغییرات تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام در طول زمان و مقایسه الگوی تغییرات میان گروه پروتکل یکپارچه، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در موارد نقض فرض کرویت، اصلاح گرین‌هاوس–گایزر برای درجات آزادی به کار رفت. پس از مشاهده اثر معنی‌دار گروه، زمان یا تعامل گروه و زمان، مقایسه‌های زوجی تعدیل‌شده با روش بونفرونی برای تعیین محل دقیق تفاوت‌ها انجام شد. اندازه اثر نیز برای ارزیابی میزان اهمیت عملی تفاوت‌ها با استفاده از مجذور اتای جزئی گزارش شد. تمامی آزمون‌های آماری به‌صورت دوطرفه انجام شدند و سطح معنی‌داری ۰٫۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۴۵ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در سه گروه پروتکل یکپارچه فراتشخیصی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل مورد بررسی قرار گرفتند که در هر گروه ۱۵ نفر حضور داشتند. از کل شرکت‌کنندگان، ۲۸ نفر معادل ۶۲٫۲ درصد زن و ۱۷ نفر معادل

۳۷,۸ درصد مرد بودند. میانگین سن کل شرکت‌کنندگان ۳۵,۸۴ سال با انحراف معیار ۷,۲۶ سال بود و دامنه سنی آنان از ۲۲ تا ۴۹ سال متغیر بود. میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه پروتکل یکپارچه ۳۵,۴۷ با انحراف معیار ۷,۱۸ سال، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳۶,۱۳ با انحراف معیار ۷,۵۴ سال و در گروه کنترل ۳۵,۹۳ با انحراف معیار ۷,۳۱ سال بود. از نظر وضعیت تأهل، ۲۶ نفر معادل ۵۷,۸ درصد متأهل و ۱۹ نفر معادل ۴۲,۲ درصد مجرد بودند. همچنین، ۱۱ نفر معادل ۲۴,۴ درصد دارای تحصیلات دیپلم، ۲۳ نفر معادل ۵۱,۱ درصد دارای مدرک کارشناسی و ۱۱ نفر معادل ۲۴,۴ درصد دارای تحصیلات کارشناسی ارشد یا بالاتر بودند. بررسی تفاوت سه گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی نشان داد که بین گروه‌ها از نظر سن، جنسیت، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات تفاوت آماری معناداری وجود نداشت و بنابراین، سه گروه در آغاز پژوهش از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی اصلی نسبتاً همگن بودند. همچنین، تمامی ۴۵ شرکت‌کننده ارزیابی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه را تکمیل کردند و داده‌های آنان در تحلیل نهایی وارد شد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام در سه گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	پروتکل یکپارچه، میانگین ± انحراف معیار	پذیرش و تعهد، میانگین ± انحراف معیار	کنترل، میانگین ± انحراف معیار
راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان	پیش‌آزمون	۵۲.۷۳ ± ۶.۸۴	۵۳.۲۰ ± ۶.۵۷	۵۲.۴۷ ± ۶.۹۱
	پس‌آزمون	۶۸.۴۷ ± ۶.۱۸	۶۴.۷۳ ± ۶.۳۶	۵۳.۱۳ ± ۶.۷۰
	پیگیری	۶۷.۳۳ ± ۶.۲۵	۶۳.۸۰ ± ۶.۴۱	۵۳.۴۰ ± ۶.۶۲
راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان	پیش‌آزمون	۵۶.۶۰ ± ۶.۴۱	۵۶.۱۳ ± ۶.۶۵	۵۵.۸۷ ± ۶.۵۲
	پس‌آزمون	۴۰.۲۷ ± ۵.۷۶	۴۳.۶۷ ± ۵.۹۲	۵۵.۲۰ ± ۶.۳۴
	پیگیری	۴۱.۱۳ ± ۵.۸۸	۴۴.۵۳ ± ۶.۰۲	۵۵.۰۷ ± ۶.۲۹
تحمل ابهام	پیش‌آزمون	۳۵.۸۷ ± ۵.۷۲	۳۶.۲۰ ± ۵.۶۱	۳۵.۶۰ ± ۵.۸۴
	پس‌آزمون	۴۹.۶۷ ± ۵.۳۳	۴۶.۴۷ ± ۵.۴۸	۳۶.۱۳ ± ۵.۶۹
	پیگیری	۴۸.۷۳ ± ۵.۴۱	۴۵.۸۰ ± ۵.۵۲	۳۶.۲۷ ± ۵.۶۳

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات متغیرهای مورد بررسی در مرحله پیش‌آزمون در سه گروه بسیار نزدیک به یکدیگر بود و الگوی اولیه داده‌ها نشان‌دهنده همگنی نسبی گروه‌ها پیش از اجرای مداخلات است. میانگین راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان در گروه پروتکل یکپارچه از ۵۲,۷۳ در پیش‌آزمون به ۶۸,۴۷ در پس‌آزمون افزایش یافت و در مرحله پیگیری با میانگین ۶۷,۳۳ در سطح بالاتری نسبت به پیش‌آزمون باقی ماند. در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز این میانگین از ۵۳,۲۰ در پیش‌آزمون به ۶۴,۷۳ در پس‌آزمون و ۶۳,۸۰ در پیگیری افزایش یافت، در حالی که در گروه کنترل تغییر محسوسی مشاهده نشد و میانگین از ۵۲,۴۷ در پیش‌آزمون به ۵۳,۱۳ در پس‌آزمون و ۵۳,۴۰ در پیگیری رسید. در مورد راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان نیز جهت تغییرات معکوس بود؛ به‌طوری‌که میانگین این متغیر در گروه پروتکل یکپارچه از ۵۶,۶۰ در پیش‌آزمون به ۴۰,۲۷ در پس‌آزمون کاهش یافت و در پیگیری در سطح ۴۱,۱۳ باقی ماند. در گروه پذیرش و تعهد نیز میانگین از ۵۶,۱۳ به ۴۳,۶۷ و سپس ۴۴,۵۳ کاهش پیدا کرد، اما گروه کنترل تغییر اندکی از ۵۵,۸۷ به ۵۵,۲۰ و ۵۵,۰۷ نشان داد. الگوی مشابهی در تحمل ابهام مشاهده شد؛ میانگین تحمل ابهام در گروه پروتکل یکپارچه از ۳۵,۸۷ به ۴۹,۶۷ افزایش یافت و در پیگیری ۴۸,۷۳ بود، در حالی که در گروه پذیرش و تعهد از ۳۶,۲۰ به ۴۶,۴۷ و سپس ۴۵,۸۰ افزایش یافت. در گروه کنترل این متغیر تقریباً ثابت باقی ماند. این یافته‌های توصیفی نشان می‌دهد که هر دو مداخله با افزایش راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام و کاهش راهبردهای ناسازگارانه همراه بوده‌اند، اما تغییرات مشاهده‌شده در گروه پروتکل یکپارچه از نظر مقدار خام بیشتر از گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است.

پیش از اجرای تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، مفروضه‌های آماری مربوط بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو–ویلک برای نمرات راهبردهای سازگارانه، راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام در هر یک از گروه‌ها و مراحل اندازه‌گیری معنادار نبود و بنابراین فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار بود. همچنین، آزمون لوین در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای هیچ‌یک از متغیرهای وابسته معنادار نشد که نشان‌دهنده برقراری فرض همگنی واریانس‌ها بود. نتایج آزمون ماچلی نشان داد که فرض کرویت برای راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان برقرار بود، اما در مورد راهبردهای ناسازگارانه و تحمل ابهام این فرض به‌طور کامل تأیید نشد؛ ازاین‌رو، در این موارد درجات آزادی با استفاده از اصلاح گرین‌هاوس–گایزر تعدیل شد. با توجه به برقراری سایر مفروضه‌های اصلی، استفاده از تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی اثر زمان، گروه و تعامل زمان و گروه مناسب تشخیص داده شد.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثر زمان، گروه و تعامل زمان و گروه

متغیر	منبع تغییرات	df	F	p	مجذور اتای جزئی
راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان	زمان	۲, ۸۴	۱۳۲.۴۸	<۰.۰۰۱	۰.۷۵۹
	گروه	۲, ۴۲	۱۸.۷۶	<۰.۰۰۱	۰.۴۷۲
	زمان × گروه	۴, ۸۴	۳۲.۹۱	<۰.۰۰۱	۰.۶۱۰
راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان	زمان	۱.۷۴, ۷۳.۰۶	۱۴۸.۳۷	<۰.۰۰۱	۰.۷۷۹
	گروه	۲, ۴۲	۲۱.۸۴	<۰.۰۰۱	۰.۵۱۰
	زمان × گروه	۳.۴۸, ۷۳.۰۶	۳۶.۵۲	<۰.۰۰۱	۰.۶۳۵
تحمل ابهام	زمان	۱.۸۱, ۷۶.۰۲	۱۱۶.۶۴	<۰.۰۰۱	۰.۷۳۵
	گروه	۲, ۴۲	۱۹.۵۳	<۰.۰۰۱	۰.۴۸۲
	زمان × گروه	۳.۶۲, ۷۶.۰۲	۲۹.۸۷	<۰.۰۰۱	۰.۵۸۷

بر اساس نتایج جدول ۲، اثر اصلی زمان برای راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان معنادار بود، به‌طوری‌که F برابر با ۱۳۲,۴۸ و سطح معناداری کمتر از ۰,۰۰۱ به دست آمد. مقدار مجذور اتای جزئی ۰,۷۵۹ نیز نشان داد که بخش قابل توجهی از تغییرات این متغیر با عامل زمان مرتبط بوده است. اثر اصلی گروه نیز معنادار بود و تفاوت کلی میان سه گروه را در مجموع مراحل اندازه‌گیری نشان داد. مهم‌تر از همه، تعامل زمان و گروه برای راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان معنادار بود، $F(۴,۸۴)=۳۲.۹۱$، $p<۰.۰۰۱$، $\eta p^2=۰.۶۱۰$، که نشان می‌دهد الگوی تغییرات نمرات در طول زمان در سه گروه یکسان نبوده و نوع مداخله در چگونگی تغییر این متغیر نقش داشته است. در مورد راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان نیز اثر زمان معنادار بود، $F(۱.۷۴,۷۳.۰۶)=۱۴۸.۳۷$، $p<۰.۰۰۱$، $\eta p^2=۰.۷۷۹$، و اثر گروه نیز به سطح معناداری رسید، $F(۲,۴۲)=۲۱.۸۴$، $p<۰.۰۰۱$، همچنین $\eta p^2=۰.۵۱۰$، تعامل زمان و گروه برای این متغیر معنادار بود، $F(۳.۴۸,۷۳.۰۶)=۳۶.۵۲$، $p<۰.۰۰۱$، $\eta p^2=۰.۶۳۵$، که نشان می‌دهد کاهش راهبردهای ناسازگارانه در گروه‌های درمانی به‌طور معناداری بیش از گروه کنترل بوده است. برای تحمل ابهام نیز اثر اصلی زمان، $F(۱.۸۱,۷۶.۰۲)=۱۱۶.۶۴$، $p<۰.۰۰۱$، $\eta p^2=۰.۷۳۵$، اثر اصلی گروه، $F(۲,۴۲)=۱۹.۵۳$، $p<۰.۰۰۱$، $\eta p^2=۰.۴۸۲$، و اثر تعاملی زمان و گروه، $F(۳.۶۲,۷۶.۰۲)=۲۹.۸۷$، $p<۰.۰۰۱$، $\eta p^2=۰.۵۸۷$، همگی معنادار بودند. بنابراین، نتایج تحلیل واریانس آمیخته به‌طور کلی نشان داد که تغییرات ایجادشده در تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام صرفاً ناشی از گذشت زمان نبوده، بلکه با دریافت مداخلات درمانی و نوع مداخله ارتباط داشته است. مقادیر نسبتاً بالای اندازه اثر برای تعامل زمان و گروه نیز نشان‌دهنده اهمیت عملی قابل توجه مداخلات در تغییر متغیرهای وابسته بود.

جدول ۳. مقایسه‌های زوجی تعدیل‌شده با روش بونفرونی بین سه گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	مقایسه گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	p
راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان	پس‌آزمون	پروتکل یکپارچه – پذیرش و تعهد	۳.۷۴	۱.۶۱	۰.۰۲۶
		پروتکل یکپارچه – کنترل	۱۵.۳۴	۱.۶۱	<۰.۰۰۱
		پذیرش و تعهد – کنترل	۱۱.۶۰	۱.۶۱	<۰.۰۰۱

		پیگیری	پروتکل یکپارچه – پذیرش و تعهد	۳.۵۳	۱.۶۴	۰.۰۳۸
			پروتکل یکپارچه – کنترل	۱۳.۹۳	۱.۶۴	<۰.۰۰۱
			پذیرش و تعهد – کنترل	۱۰.۴۰	۱.۶۴	<۰.۰۰۱
راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان		پس‌آزمون	پروتکل یکپارچه – پذیرش و تعهد	-۳.۴۰	۱.۵۲	۰.۰۳۱
			پروتکل یکپارچه – کنترل	-۱۴.۹۳	۱.۵۲	<۰.۰۰۱
			پذیرش و تعهد – کنترل	-۱۱.۵۳	۱.۵۲	<۰.۰۰۱
		پیگیری	پروتکل یکپارچه – پذیرش و تعهد	-۳.۴۰	۱.۵۵	۰.۰۳۴
			پروتکل یکپارچه – کنترل	-۱۳.۹۴	۱.۵۵	<۰.۰۰۱
			پذیرش و تعهد – کنترل	-۱۰.۵۴	۱.۵۵	<۰.۰۰۱
تحمل ابهام		پس‌آزمون	پروتکل یکپارچه – پذیرش و تعهد	۳.۲۰	۱.۳۹	۰.۰۲۷
			پروتکل یکپارچه – کنترل	۱۳.۵۴	۱.۳۹	<۰.۰۰۱
			پذیرش و تعهد – کنترل	۱۰.۳۴	۱.۳۹	<۰.۰۰۱
		پیگیری	پروتکل یکپارچه – پذیرش و تعهد	۲.۹۳	۱.۴۱	۰.۰۴۴
			پروتکل یکپارچه – کنترل	۱۲.۴۶	۱.۴۱	<۰.۰۰۱
			پذیرش و تعهد – کنترل	۹.۵۳	۱.۴۱	<۰.۰۰۱

نتایج مقایسه‌های زوجی ارائه‌شده در جدول ۳ نشان داد که در مرحله پس‌آزمون، میانگین راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان در گروه پروتکل یکپارچه به‌طور معناداری بیشتر از گروه پذیرش و تعهد بود و تفاوت میانگین دو گروه برابر با ۳,۷۴ به دست آمد که در سطح ۰,۰۵ معنادار بود. همچنین، هر دو گروه پروتکل یکپارچه و پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل نمرات به‌طور معناداری بالاتری در راهبردهای سازگارانه داشتند و تفاوت میانگین به‌ترتیب ۱۵,۳۴ و ۱۱,۶۰ بود. در مرحله پیگیری نیز الگوی تفاوت‌ها حفظ شد؛ به‌طوری‌که گروه پروتکل یکپارچه نسبت به گروه پذیرش و تعهد میانگین بالاتری داشت و هر دو گروه درمانی نسبت به گروه کنترل به‌طور معناداری وضعیت مطلوب‌تری نشان دادند. در مورد راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان، علامت منفی تفاوت میانگین بیانگر پایین‌تر بودن نمرات گروه پروتکل یکپارچه در مقایسه با گروه پذیرش و تعهد و کنترل بود. در پس‌آزمون، میانگین این متغیر در گروه پروتکل یکپارچه ۳,۴۰ واحد کمتر از گروه پذیرش و تعهد بود و این تفاوت معنادار بود. همچنین، تفاوت گروه پروتکل یکپارچه با کنترل برابر با ۱۴,۹۳ واحد و تفاوت گروه پذیرش و تعهد با کنترل برابر با ۱۱,۵۳ واحد بود که هر دو در سطح کمتر از ۰,۰۰۱ معنادار شدند. در مرحله پیگیری نیز تفاوت معنادار میان دو درمان حفظ شد و هر دو درمان نسبت به گروه کنترل با کاهش بیشتری در راهبردهای ناسازگارانه همراه بودند. در زمینه تحمل ابهام نیز نتایج نشان داد که گروه پروتکل یکپارچه در پس‌آزمون به‌طور معناداری نمره بالاتری نسبت به گروه پذیرش و تعهد داشت و تفاوت میانگین برابر با ۳,۲۰ بود. افزون بر این، تفاوت گروه پروتکل یکپارچه با کنترل ۱۳,۵۴ و تفاوت گروه پذیرش و تعهد با کنترل ۱۰,۳۴ بود که هر دو از نظر آماری معنادار بودند. این الگو در مرحله پیگیری نیز تداوم داشت؛ به‌طوری‌که گروه پروتکل یکپارچه نسبت به گروه پذیرش و تعهد ۲,۹۳ واحد و نسبت به گروه کنترل ۱۲,۴۶ واحد نمره بالاتری در تحمل ابهام داشت. بنابراین، مقایسه‌های تعقیبی نشان داد که هر دو مداخله در بهبود تنظیم شناختی هیجان و افزایش تحمل ابهام بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اثربخش بوده‌اند، با این حال، پروتکل یکپارچه در هر سه پیامد مورد بررسی اثربخشی بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان داده است.

بررسی تغییرات درون‌گروهی نیز نشان داد که در گروه پروتکل یکپارچه، افزایش راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون معنادار بود و میانگین این متغیر ۱۵,۷۴ واحد افزایش یافت. تفاوت پیش‌آزمون و پیگیری نیز معنادار بود و افزایش ۱۴,۶۰ واحدی را نشان داد، در حالی که تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود؛ این یافته حاکی از حفظ دستاوردهای درمانی طی دوره پیگیری بود. در گروه پذیرش و تعهد نیز افزایش راهبردهای سازگارانه از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و از پیش‌آزمون تا پیگیری معنادار بود، اما تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری به سطح معناداری نرسید. در مورد راهبردهای ناسازگارانه نیز در گروه پروتکل یکپارچه از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون کاهش

۱۶,۳۳ واحدی و از پیش‌آزمون تا پیگیری کاهش ۱۵,۴۷ واحدی مشاهده شد و هر دو تفاوت معنادار بودند. در گروه پذیرش و تعهد، کاهش این متغیر از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون برابر با ۱۲,۴۶ و تا پیگیری برابر با ۱۱,۶۰ واحد بود که هر دو معنادار بودند. در هیچ‌یک از دو گروه درمانی تفاوت معناداری بین پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد. در تحمل ابهام نیز گروه پروتکل یکپارچه از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون ۱۳,۸۰ واحد و تا پیگیری ۱۲,۸۶ واحد افزایش نشان داد و گروه پذیرش و تعهد نیز به‌ترتیب افزایش ۱۰,۲۷ و ۹,۶۰ واحدی داشت. این تغییرات در هر دو گروه معنادار بود، در حالی که در گروه کنترل هیچ‌یک از تغییرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای مورد بررسی از نظر آماری معنادار نبود. در مجموع، یافته‌ها نشان داد که هر دو درمان اثرات مثبت و نسبتاً پایداری بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر داشتند و این آثار تا دو ماه پس از پایان درمان حفظ شدند، اما اندازه تغییرات و نتایج مقایسه‌های مستقیم بین دو مداخله نشان داد که پروتکل یکپارچه در افزایش راهبردهای سازگارانه، کاهش راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان و افزایش تحمل ابهام از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی پروتکل یکپارچه فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. یافته‌ها نشان داد که هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل موجب افزایش معنادار راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان، کاهش راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان و افزایش تحمل ابهام شدند. همچنین، اثرات ایجادشده در هر دو گروه درمانی تا مرحله پیگیری دوماهه حفظ شد و بین پس‌آزمون و پیگیری کاهش معناداری در دستاوردهای درمانی مشاهده نشد. بااین‌حال، مقایسه مستقیم دو رویکرد نشان داد که پروتکل یکپارچه در هر سه پیامد مورد بررسی اثربخشی بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد داشت. این الگو نشان می‌دهد که هرچند UP و ACT از مسیرهای نظری متفاوتی به مشکلات هیجانی می‌پردازند، هر دو توانایی تغییر فرایندهای شناختی و هیجانی مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر را دارند، اما تأکید مستقیم‌تر پروتکل یکپارچه بر تنظیم هیجان، کاهش رفتارهای هیجان‌محور و مواجهه با تجربه‌های ناخوشایند ممکن است موجب اثرگذاری بیشتر آن بر متغیرهای بررسی‌شده در این پژوهش شده باشد.

نخستین یافته پژوهش نشان داد که پروتکل یکپارچه موجب افزایش معنادار راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شد و این تغییر تا مرحله پیگیری نیز حفظ گردید. این یافته با نتایج پژوهش‌هایی همسو است که اثربخشی درمان فراتشخیصی را در بهبود تنظیم هیجان گزارش کرده‌اند. در مطالعه مونتظری حدشی و همکاران، درمان یکپارچه فراتشخیصی موجب بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی شد (Montazeri Hadashi et al., 2025). همچنین، شریفی و همکاران نشان دادند که درمان فراتشخیصی در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌تواند تنظیم هیجانی را به‌طور معناداری بهبود دهد (Sharafi et al., 2023). رنجبر نیز اثربخشی پروتکل یکپارچه را بر تنظیم هیجان در والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری تأیید کرده است (Ranjbar, 2024). علاوه بر این، در مطالعه پولادی و همکاران، درمان یکپارچه به بهبود تنظیم هیجان و کاهش مشکلات درونی‌سازی‌شده کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی منجر شد (Pouladi et al., 2022). این همسویی نشان می‌دهد که بهبود تنظیم هیجان یکی از پیامدهای نسبتاً پایدار و فراتشخیصی UP در جمعیت‌های گوناگون است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که پروتکل یکپارچه از طریق آموزش آگاهی هیجانی، افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، کاهش قضاوت درباره هیجان‌ها و مواجهه تدریجی با تجارب هیجانی ناخوشایند، شیوه پاسخ‌دهی بیماران به هیجان‌های منفی را تغییر می‌دهد. در اختلال اضطراب فراگیر، فرد معمولاً با مشاهده نشانه‌های هیجانی ناخوشایند، آنها را تهدیدکننده ارزیابی می‌کند و برای کنترل یا اجتناب از آنها به نگرانی، سرکوب یا رفتارهای اطمینان‌جویانه روی می‌آورد. UP این الگوی پاسخ‌دهی را هدف قرار داده و فرد را تشویق می‌کند به‌جای اجتناب، هیجان‌ها

را به‌صورت آگاهانه تجربه کند و برداشت‌های شناختی خشک و فاجعه‌آمیز را مورد بازنگری قرار دهد. چنین فرایندی می‌تواند موجب افزایش استفاده از راهبردهایی مانند ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و دیدگاه‌پذیری شود. یافته‌های مارتین و همکاران نیز نشان داده است که کاربرد پروتکل یکپارچه در افراد دارای مشکلات بالینی پیچیده می‌تواند به بهبود تنظیم هیجانی منجر شود (Martín et al., 2025). همچنین نتایج مطالعه مسجدی آرانی و همکاران نشان داد که این رویکرد در زنان نابارور دریافت‌کننده IVF توانسته است تنظیم هیجان را بهبود دهد (Masjedi Arani et al., 2023).

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که پروتکل یکپارچه موجب کاهش معنادار راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان شد. این یافته نیز با مطالعات پیشین همخوان است. درمان فراتشخیصی در پژوهش غوّاتی و همکاران موجب کاهش اضطراب و نشخوار فکری شد؛ دو مؤلفه‌ای که ارتباط نزدیکی با راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان دارند (Ghovati et al., 2022). همچنین، شرافتی و همکاران گزارش کردند که درمان یکپارچه در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر موجب کاهش شدت نشانه‌های بالینی و اجتناب تجربی می‌شود (Sharafati et al., 2023). کاهش اجتناب تجربی می‌تواند یکی از دلایل کاهش راهبردهایی مانند نشخوار فکری، فاجعه‌سازی و سرزنش خود باشد، زیرا فرد به‌تدریج می‌آموزد به جای تلاش برای حذف یا کنترل فوری تجربه‌های ناخوشایند، آنها را تحمل کند و واکنش‌های انعطاف‌پذیرتری نسبت به آنها نشان دهد. به همین ترتیب، یافته‌های عزتی نیز نشان داد که پروتکل یکپارچه در نوجوانان دارای اختلالات اضطرابی می‌تواند هم آشفتگی تنظیم هیجان و هم عدم تحمل ابهام را کاهش دهد (Ezzati, 2022).

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز موجب افزایش معنادار راهبردهای سازگارانه و کاهش راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان شد. این نتیجه با یافته‌های شی و همکاران که نشان دادند مداخله گروهی ACT می‌تواند تنظیم شناختی هیجان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بهبود دهد، همسو است (Shi et al., 2026). همچنین، قنبری و مختارپور قهرودی اثربخشی ACT را بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک گزارش کردند (Ghanbari & Mokhtarpour Ghahrudi, 2026). در زنان نابارور نیز یداللهی و همکاران نشان دادند که رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به بهبود تنظیم هیجان منجر شود (Yadolahi et al., 2025). مجموعه این یافته‌ها نشان می‌دهد که ACT اگرچه به‌صورت مستقیم با هدف اصلاح محتوای شناختی طراحی نشده است، می‌تواند از طریق تغییر رابطه فرد با افکار و هیجان‌ها، الگوی تنظیم هیجان را بهبود بخشد. این نتیجه را می‌توان بر اساس فرایند گسلش شناختی و پذیرش در ACT توضیح داد. بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر معمولاً افکار نگران‌کننده و پیش‌بینی‌های منفی را به‌عنوان بازتاب مستقیم واقعیت در نظر می‌گیرند و در نتیجه، به‌صورت مکرر درگیر تحلیل پیامدهای نامطلوب احتمالی می‌شوند. در ACT، فرد می‌آموزد افکار را صرفاً به‌عنوان رویدادهای ذهنی مشاهده کند و ضرورتاً بر اساس آنها عمل نکند. این فرایند می‌تواند از شدت همانندسازی با نگرانی‌ها، فاجعه‌سازی و نشخوار شناختی بکاهد. در کنار آن، پذیرش تجربه‌های هیجانی سبب می‌شود نیاز به سرکوب یا کنترل افراطی هیجان‌ها کاهش یابد. هنگامی که فرد ظرفیت بیشتری برای ماندن در تماس با هیجان ناخوشایند پیدا می‌کند، احتمال استفاده از راهبردهای انعطاف‌پذیرتر و سازگارانه‌تر افزایش می‌یابد. اثربخشی ACT در افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نیز توسط رضایی و پورمحمد قوچانی گزارش شده است (Rezaei & Pourmohammad Ghouchani, 2025) و این یافته می‌تواند سازوکار شناختی احتمالی تغییر مشاهده‌شده در پژوهش حاضر را تأیید کند.

یکی دیگر از یافته‌های مهم پژوهش حاضر افزایش تحمل ابهام در هر دو گروه درمانی در مقایسه با گروه کنترل بود. این نتیجه با یافته‌های پیشین درباره هر دو رویکرد درمانی همخوانی دارد. عزتی نشان داد که پروتکل یکپارچه فراتشخیصی می‌تواند عدم تحمل ابهام را در نوجوانان مبتلا به اختلالات اضطرابی کاهش دهد (Ezzati, 2022). مسجدی آرانی و همکاران نیز گزارش کردند که UP در زنان نابارور دریافت‌کننده IVF بر تحمل عدم قطعیت اثر مثبت دارد (Masjedi Arani et al., 2023). همچنین، سلیمانی و چیت‌ساز نشان دادند که درمان یکپارچه فراتشخیصی موجب کاهش عدم تحمل عدم قطعیت در نوجوانان پسر دارای آسیب‌پذیری نسبت به اعتیاد می‌شود (Soleimani & Chitsaz,

2025). افزون بر این، اسلامی و همکاران در مقایسه درمان یکپارچه و ACT در همسران قربانیان کووید-۱۹ گزارش کردند که هر دو درمان در کاهش عدم تحمل عدم قطعیت مؤثر بودند (Eslami et al., 2023). این نتایج از این دیدگاه حمایت می‌کند که افزایش ظرفیت تحمل شرایط نامطمئن یکی از پیامدهای مهم درمان‌هایی است که بر کاهش اجتناب، افزایش مواجهه و پذیرش تجربه‌های غیرقابل کنترل تمرکز دارند.

در تبیین تأثیر UP بر تحمل ابهام می‌توان به نقش مواجهه هیجانی و کاهش رفتارهای اجتنابی اشاره کرد. بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر معمولاً ابهام را معادل تهدید در نظر می‌گیرند و تلاش می‌کنند از طریق نگرانی مداوم، بررسی مکرر یا جست‌وجوی اطمینان، احتمال پیامدهای منفی را کاهش دهند. این رفتارها در کوتاه‌مدت اضطراب را کاهش می‌دهند، اما در بلندمدت باور فرد مبنی بر غیرقابل تحمل بودن عدم قطعیت را تقویت می‌کنند. در پروتکل یکپارچه، بیمار به‌تدریج با موقعیت‌های هیجانی نامطمئن روبه‌رو می‌شود و یاد می‌گیرد بدون استفاده از پاسخ‌های اجتنابی یا کنترل‌گرانه در این موقعیت‌ها باقی بماند. تکرار چنین تجربه‌هایی می‌تواند موجب اصلاح باورهای تهدیدمحور درباره ابهام شود. از این منظر، کاهش اجتناب هیجانی گزارش‌شده در مطالعات قبلی درباره بیماران اضطرابی (Sharafati et al., 2023) و کاهش نشخوار و اضطراب در پژوهش‌های دیگر (Ghovati et al., 2022) می‌تواند با افزایش تحمل موقعیت‌های مبهم مرتبط باشد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز در پژوهش حاضر موجب افزایش معنادار تحمل ابهام شد. این یافته با نتایج صادقی و همکاران که اثربخشی ACT را بر تحمل ابهام و انعطاف‌پذیری شناختی در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی گزارش کردند، همسو است (Sadeghi et al., 2024). همچنین، محرمی و همکاران نشان دادند که ACT می‌تواند تحمل ابهام را در دانش‌آموزان افزایش دهد (Moharrami et al., 2024). این یافته را می‌توان بر مبنای اصل پذیرش و آمادگی برای تجربه ناشناختگی توضیح داد. ACT به دنبال ایجاد یقین یا کنترل کامل نیست، بلکه بیمار را آموزش می‌دهد که حتی در حضور اضطراب، نگرانی و عدم اطمینان، مسیر رفتاری مبتنی بر ارزش‌های خود را ادامه دهد. بنابراین، هنگامی که فرد دیگر رفع کامل ابهام را شرط عمل کردن نمی‌داند، حساسیت نسبت به موقعیت‌های نامعلوم کاهش می‌یابد و تحمل ابهام افزایش پیدا می‌کند. نتایج مطالعه هوارد و همکاران درباره کاربرد ACT در اختلال اضطراب فراگیر همبود با اختلال ملال پیش از قاعدگی نیز از ظرفیت این درمان در مدیریت فرایندهای هیجانی فراتشخیصی حمایت می‌کند (Howard et al., 2026).

بااین‌حال، یافته مهم‌تر پژوهش حاضر این بود که پروتکل یکپارچه در مقایسه با ACT تأثیر بیشتری بر افزایش راهبردهای سازگارانه، کاهش راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان و افزایش تحمل ابهام داشت. این نتیجه تا حدی با یافته‌های مطالعات مقایسه‌ای همخوانی دارد که تفاوت‌هایی را در میزان اثرگذاری رویکردهای درمانی فراتشخیصی بر پیامدهای خاص گزارش کرده‌اند. آزادمَنش و همکاران در مقایسه ACT و درمان یکپارچه فراتشخیصی در بیماران مبتلا به لوپوس نشان دادند که هر دو رویکرد قادر به کاهش اضطراب و نشانه‌های جسمانی هستند، اما الگوی اثرگذاری آنها یکسان نیست (Azadmanesh et al., 2021). همچنین، اسلامی و همکاران در بررسی مقایسه‌ای این دو رویکرد بر نشخوار فکری و عدم تحمل عدم قطعیت، اثربخشی هر دو درمان را تأیید کردند و تفاوت‌هایی را در شدت تأثیر آنها نشان دادند (Eslami et al., 2023). بنابراین، یافته حاضر را می‌توان در چارچوب تفاوت در اهداف proximal و مکانیسم‌های اصلی دو درمان تفسیر کرد.

برتری نسبی پروتکل یکپارچه ممکن است ناشی از همپوشانی مستقیم‌تر مؤلفه‌های این درمان با متغیرهای وابسته پژوهش حاضر باشد. تنظیم هیجان یکی از اهداف محوری UP است و بسیاری از مؤلفه‌های آن، از جمله آگاهی هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی، شناسایی رفتارهای هیجان‌محور و مواجهه هیجانی، مستقیماً برای اصلاح پاسخ‌های ناسازگارانه به هیجان طراحی شده‌اند. به همین دلیل، انتظار می‌رود تغییر در راهبردهای شناختی تنظیم هیجان پس از دریافت UP برجسته‌تر باشد. در مقابل، ACT تنظیم هیجان را عمدتاً به‌طور غیرمستقیم و از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی هدف قرار می‌دهد. به بیان دیگر، در ACT هدف اصلی این نیست که فرد حتماً فراوانی افکار منفی را کاهش دهد یا آنها را با افکار مثبت جایگزین کند، بلکه هدف تغییر رابطه فرد با افکار است. بنابراین، هنگامی که پیامد درمان با ابزاری سنجیده

می‌شود که استفاده از راهبردهای مشخص شناختی را ارزیابی می‌کند، ممکن است UP مزیت بیشتری نشان دهد. نتایج پژوهش‌های مربوط به تأثیر مستقیم UP بر تنظیم شناختی هیجان نیز از این تبیین پشتیبانی می‌کنند (Montazeri Hadashi et al., 2025; Sharafi et al., 2023).

در مورد تحمل ابهام نیز برتری UP را می‌توان به تمرکز این درمان بر مواجهه نظام‌مند با هیجان‌ها و موقعیت‌های اجتناب‌شده نسبت داد. اگرچه ACT نیز بیمار را به پذیرش عدم قطعیت تشویق می‌کند، در UP بیمار به‌صورت برنامه‌ریزی‌شده با محرک‌های هیجانی و شرایطی که معمولاً از آنها اجتناب می‌کند مواجه می‌شود. این مواجهه تکرارشونده می‌تواند فرصت بیشتری برای تجربه عملی این موضوع فراهم کند که عدم قطعیت الزاماً به پیامد فاجعه‌آمیز منجر نمی‌شود و فرد قادر است بدون اتکا به رفتارهای ایمنی‌بخش نیز با موقعیت کنار بیاید. شواهدی که اثر UP را بر عدم تحمل عدم قطعیت در جمعیت‌های مختلف نشان داده‌اند (Ezzati, 2022; Masjedi Arani et al., 2023; Soleimani & Chitsaz, 2025) با این تبیین هماهنگ هستند. بااین‌حال، باید توجه داشت که اثربخشی قابل توجه ACT نیز نشان می‌دهد پذیرش، گسلش شناختی و اقدام مبتنی بر ارزش‌ها می‌توانند مسیر متفاوت اما مؤثری برای افزایش تحمل ابهام فراهم آورند.

حفظ اثرات هر دو درمان در مرحله پیگیری نیز یافته قابل توجه دیگری بود. عدم تفاوت معنادار بین پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که دستاوردهای درمانی در فاصله دوماهه پس از پایان جلسات تا حد زیادی پایدار باقی مانده‌اند. در UP، تکالیف خانگی، مواجهه‌های مکرر و آموزش مهارت‌های قابل تعمیم به موقعیت‌های روزمره می‌توانند به تثبیت تغییرات کمک کنند. در ACT نیز تمرکز بر ارزش‌ها و اقدام متعهدانه موجب می‌شود بیمار پس از پایان جلسات نیز اصول درمان را در زندگی روزانه ادامه دهد. یافته‌های موجود درباره اثربخشی ACT در موقعیت‌های دشوار و مزمن نیز نشان می‌دهند که این رویکرد می‌تواند تغییرات نسبتاً پایداری در شیوه مواجهه افراد با تجارب ناخوشایند ایجاد کند (Kazemipour et al., 2021; Salehi et al., 2025). همچنین، نتایج مربوط به کاربرد UP در اختلالات گوناگون نشان می‌دهند که مهارت‌های فراگرفته‌شده در این درمان قابلیت تعمیم به موقعیت‌های متنوع هیجانی را دارند (Martín et al., 2025; Mohajerin et al., 2023).

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که هر دو پروتکل یکپارچه فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مداخلاتی مؤثر برای بهبود تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر هستند، اما UP در این متغیرها اثر قوی‌تری نشان داد. این یافته از دیدگاه‌های فراتشخیصی درباره اختلال اضطراب فراگیر حمایت می‌کند؛ دیدگاه‌هایی که بر نقش فرایندهای مشترکی مانند اجتناب هیجانی، انعطاف‌ناپذیری شناختی، نگرانی، عدم تحمل عدم قطعیت و دشواری در تنظیم هیجان تأکید دارند. نتایج همچنین نشان می‌دهد که درمان‌هایی که به‌طور مستقیم فرایندهای هیجانی و نحوه مواجهه فرد با عدم قطعیت را هدف قرار می‌دهند، می‌توانند فراتر از کاهش ساده نشانه‌های اضطراب، الگوهای زیربنایی تداوم‌دهنده اختلال را نیز تغییر دهند. از این منظر، UP به دلیل تمرکز نظام‌مند و مستقیم بر تجربه هیجان، شناخت و مواجهه می‌تواند گزینه‌ای مناسب برای بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر باشد، در حالی که ACT نیز به‌ویژه برای افرادی که درگیر اجتناب تجربی، کنترل افراطی افکار و کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی هستند، رویکردی مؤثر محسوب می‌شود.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که باید در تفسیر و تعمیم نتایج مورد توجه قرار گیرد. نخست، نمونه پژوهش از بیماران مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌شناختی شهر تهران انتخاب شد و از آنجا که نمونه‌گیری اولیه به‌صورت در دسترس انجام گرفت، تعمیم یافته‌ها به همه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در سایر مناطق جغرافیایی، گروه‌های فرهنگی و شرایط درمانی باید با احتیاط صورت گیرد. دوم، حجم نمونه نسبتاً محدود و شامل ۱۵ نفر در هر گروه بود که اگرچه برای یک مطالعه نیمه‌آزمایشی امکان بررسی تفاوت‌ها را فراهم کرد، ممکن است توان شناسایی برخی تفاوت‌های ظریف‌تر را محدود کرده باشد. سوم، متغیرهای اصلی پژوهش با استفاده از ابزارهای خودگزارشی اندازه‌گیری شدند و بنابراین احتمال تأثیر سوگیری پاسخ، مطلوبیت اجتماعی یا برداشت ذهنی شرکت‌کنندگان بر نتایج وجود دارد. چهارم، دوره پیگیری به دو ماه محدود بود و در نتیجه نمی‌توان درباره ماندگاری آثار درمان در دوره‌های طولانی‌تر با اطمینان اظهار نظر

کرد. همچنین، برخی عوامل بالقوه مؤثر مانند شدت اولیه اختلال، وجود اختلالات همبود خفیف، میزان انجام تکالیف خانگی، حمایت خانوادگی و تغییرات محیطی در طول درمان به‌طور مستقل کنترل یا تحلیل نشدند.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده اثربخشی پروتکل یکپارچه و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر از نظر جنسیت، سن، سطح تحصیلات، وضعیت اجتماعی ـ اقتصادی و مناطق جغرافیایی بررسی شود تا قابلیت تعمیم نتایج افزایش یابد. استفاده از طرح‌های کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده با تخصیص پنهان، ارزیابان نابینا و دوره‌های پیگیری شش‌ماهه و یک‌ساله می‌تواند شواهد قوی‌تری درباره پایداری و برتری نسبی درمان‌ها فراهم کند. همچنین، پیشنهاد می‌شود علاوه بر پرسشنامه‌های خودگزارشی از مصاحبه‌های بالینی، ارزیابی‌های رفتاری، شاخص‌های فیزیولوژیک یا گزارش درمانگر استفاده شود. بررسی متغیرهای میانجی و تعدیل‌گر مانند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، اجتناب تجربی، حساسیت اضطرابی، نگرانی، ذهن‌آگاهی، شدت اولیه اختلال و اتحاد درمانی نیز می‌تواند روشن سازد که هر درمان از چه مسیری اثر می‌گذارد و کدام بیماران بیشترین سود را از هر رویکرد می‌برند. همچنین مقایسه نسخه گروهی و فردی این مداخلات، بررسی اثربخشی نسخه‌های آنلاین و ترکیبی و تحلیل هزینه ـ اثربخشی آنها می‌تواند مسیرهای کاربردی ارزشمندی برای پژوهش‌های بعدی فراهم کند.

با توجه به اثربخشی هر دو درمان، پیشنهاد می‌شود مراکز روان‌شناختی و روان‌پزشکی از رویکردهای فراتشخیصی مبتنی بر شواهد در کنار درمان‌های متداول برای بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر استفاده کنند. پروتکل یکپارچه می‌تواند به‌ویژه برای بیمارانی در اولویت قرار گیرد که الگوهای شدیدتر بدتنظیمی هیجان، فاجعه‌سازی، نشخوار شناختی، اجتناب هیجانی و تحمل پایین ابهام دارند. در مقابل، ACT می‌تواند برای بیمارانی مناسب باشد که تلاش گسترده‌ای برای کنترل افکار و هیجان‌های خود دارند و از اجتناب تجربی و فاصله گرفتن از ارزش‌های شخصی رنج می‌برند. آموزش درمانگران در هر دو رویکرد، ارزیابی دقیق فرایندهای هیجانی پیش از انتخاب درمان، استفاده از تمرین‌های خانگی ساختاریافته و پیگیری درمانی پس از پایان جلسات می‌تواند به افزایش پایداری اثرات مداخله کمک کند. همچنین، اجرای این درمان‌ها در قالب گروهی می‌تواند گزینه‌ای عملی برای مراکز دارای حجم بالای مراجعان باشد و امکان ارائه خدمات روان‌شناختی ساختاریافته به تعداد بیشتری از بیماران را فراهم سازد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Generalized anxiety disorder (GAD) is a chronic and disabling emotional disorder characterized by excessive, persistent, and difficult-to-control worry across multiple domains of everyday life. Individuals with GAD frequently experience restlessness, irritability, muscle tension, concentration difficulties, sleep disturbance, and a persistent sense of threat. Beyond these overt symptoms, GAD is increasingly conceptualized as a disorder involving maladaptive transdiagnostic processes, particularly impaired emotion regulation, cognitive inflexibility, experiential avoidance, and difficulty tolerating uncertain or ambiguous situations. These mechanisms may contribute to the persistence of pathological worry because individuals attempt to control distressing internal experiences through repetitive thinking, avoidance, reassurance seeking, and threat monitoring. Accordingly, interventions that directly target emotional processing and responses to uncertainty may provide benefits beyond symptom reduction alone (Rezaei & Pourmohammad Ghouchani, 2025; Sharafati et al., 2023).

Cognitive emotion regulation refers to the cognitive strategies individuals use to interpret, manage, and respond to emotionally salient experiences. Adaptive strategies such as positive reappraisal, refocusing on planning, positive refocusing, acceptance, and putting events into perspective may facilitate psychological adjustment, whereas maladaptive strategies such as rumination, catastrophizing, self-blame, and blaming others can intensify distress. In GAD, persistent future-oriented thinking and heightened threat expectancy may increase reliance on maladaptive cognitive strategies and reduce flexible use of adaptive alternatives. Previous research has indicated that transdiagnostic interventions can improve cognitive emotion regulation by increasing emotional awareness, modifying dysfunctional appraisals, and reducing avoidant responses to affective experiences (Montazeri Hadashi et al., 2025; Pouladi et al., 2022; Ranjbar, 2024). The effectiveness of the Unified Protocol in improving emotional regulation has also been demonstrated in adolescents with anxiety disorders and in individuals with complex clinical and medical conditions (Martín et al., 2025; Sharafi et al., 2023).

Ambiguity tolerance is another relevant construct in GAD. It refers to the capacity to remain psychologically functional when situations are unclear, unpredictable, complex, or open to multiple interpretations. Individuals with low ambiguity tolerance are more likely to interpret uncertainty as aversive and threatening and may engage in excessive checking, reassurance seeking, cognitive overanalysis, and avoidance in order to achieve certainty. Such patterns are particularly salient in GAD, in which worry often functions as an attempt to anticipate and mentally control uncertain future outcomes. Research suggests that both transdiagnostic and acceptance-based treatments may improve responses to uncertainty and ambiguous situations (Ezzati, 2022; Moharrami et al., 2024; Sadeghi et al., 2024).

The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders is designed to target core mechanisms shared across anxiety and mood disorders, including emotional avoidance, maladaptive appraisals, emotion-driven behaviors, and reduced tolerance of distress. Its components typically include motivational enhancement, present-focused emotional awareness, cognitive flexibility, identification and modification of emotion-driven behaviors, interoceptive exposure, and emotion-focused situational exposure. Evidence has shown that the Unified Protocol can reduce anxiety, rumination, experiential avoidance, and intolerance of uncertainty while improving emotion regulation across different populations (Ghovati et al., 2022; Masjedi Arani et al., 2023; Soleimani & Chitsaz, 2025). It has also demonstrated utility beyond narrowly defined diagnostic categories, supporting its use as a mechanism-focused intervention (Mohajerin et al., 2023).

Acceptance and Commitment Therapy (ACT), another transdiagnostic approach, is based on enhancing psychological flexibility rather than directly eliminating unpleasant thoughts or emotions. ACT emphasizes acceptance, cognitive defusion, present-moment awareness, self-as-context, values clarification, and committed action. These processes may be especially relevant to GAD because patients often engage in extensive efforts to suppress worry, eliminate uncertainty, and control internal experiences. By changing the relationship with thoughts and emotions, ACT may reduce cognitive fusion and experiential avoidance while allowing individuals to function effectively in the presence of anxiety. Previous studies have demonstrated beneficial effects of ACT on anxiety-related difficulties, psychological flexibility, cognitive emotion regulation, and adaptation to chronic stress (Ghanbari & Mokhtarpour Ghahrudi, 2026; Howard et al., 2026; Kazemipour et al., 2021; Shi et al., 2026). ACT has also been associated with improved emotion regulation among infertile women and enhanced cognitive flexibility among patients with GAD (Rezaei & Pourmohammad Ghouchani, 2025; Yadolahi et al., 2025).

Comparative evidence suggests that both approaches may be effective, although their mechanisms are not identical. The Unified Protocol directly targets maladaptive emotional responses and avoidance through structured emotional exposure and cognitive flexibility training, whereas ACT primarily seeks to increase willingness, defusion, and value-consistent behavior despite internal discomfort. Comparative studies have reported positive effects for both interventions on anxiety, physical symptoms, rumination, and intolerance of uncertainty (Azadmanesh et al., 2021; Eslami et al., 2023). However, relatively few studies have directly compared these interventions in patients with GAD while simultaneously examining cognitive emotion regulation and ambiguity tolerance. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of the Unified Protocol and Acceptance and Commitment Therapy on cognitive emotion regulation and ambiguity tolerance in patients with generalized anxiety disorder.

Methods and Materials

The present study employed a quasi-experimental pretest-posttest-follow-up design with a control group. The statistical population consisted of patients diagnosed with generalized anxiety disorder who attended psychological counseling centers and clinics in Tehran in 2026. A total of 45 eligible patients were selected through convenience sampling and subsequently assigned to three groups of 15 participants: the Unified Protocol group, the Acceptance and Commitment Therapy group, and the control group. Diagnosis of generalized anxiety disorder was established on the basis of clinical assessment and diagnostic criteria. Eligibility criteria included a primary diagnosis of GAD, age between 20 and 50 years, at least secondary-level education, willingness to participate, absence of concurrent structured psychotherapy, and stable psychiatric medication when applicable. Individuals with severe psychotic disorders, acute bipolar disorder, severe substance use disorder, serious suicide risk, or medical or neurological conditions that interfered with participation were excluded.

Cognitive emotion regulation was assessed using the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, which evaluates nine cognitive strategies, including self-blame, acceptance, rumination, positive refocusing, refocus on planning, positive reappraisal, putting into perspective, catastrophizing, and blaming others. For the purposes of analysis, adaptive and maladaptive cognitive emotion regulation strategies were examined separately. Ambiguity tolerance was measured using the Multiple Stimulus Types Ambiguity Tolerance Scale-II, with higher scores indicating a greater capacity to tolerate uncertain, complex, unfamiliar, and ambiguous circumstances.

Participants in the Unified Protocol group received eight weekly 90-minute group sessions. The intervention included psychoeducation, motivation enhancement, present-focused emotional awareness, cognitive flexibility, identification and modification of emotion-driven behaviors, interoceptive exposure, situational and emotional exposure, and relapse prevention. Participants in the ACT group also received eight weekly 90-minute group sessions. The ACT intervention included acceptance, cognitive defusion, mindfulness and present-moment awareness, self-as-context, values clarification, committed action, experiential exercises, and homework assignments. The control group remained on a waiting list and did not receive a structured psychological intervention during the study period. Posttest assessment was conducted immediately after treatment, and follow-up assessment was completed two months later.

Data were analyzed using descriptive statistics and mixed analysis of variance with repeated measures. Assumptions of normality, homogeneity of variances, and sphericity were examined before inferential analyses. When sphericity was violated, Greenhouse-Geisser correction was applied. Bonferroni-adjusted pairwise comparisons were used to identify the location of significant differences. Partial eta squared was calculated as an effect-size index, and statistical significance was set at 0.05.

Findings

The final sample consisted of 45 participants, including 28 women (62.2%) and 17 men (37.8%), with a mean age of 35.84 years (SD = 7.26). The mean ages of participants in the Unified Protocol, ACT, and control groups were 35.47, 36.13, and 35.93 years, respectively. The three groups did not differ significantly at baseline in age, gender, marital status, or educational level.

Descriptive results showed marked improvement in both intervention groups. The mean score for adaptive cognitive emotion regulation in the Unified Protocol group increased from 52.73 at pretest to 68.47 at posttest and remained at 67.33 at follow-up. In the ACT group, the corresponding means increased from 53.20 to 64.73 and 63.80. The control group showed only minimal change, from 52.47 to 53.13 and 53.40. For maladaptive cognitive emotion regulation, the Unified Protocol group decreased from 56.60 at pretest to 40.27 at posttest and 41.13 at follow-up, while the ACT group decreased from 56.13 to 43.67 and 44.53. The control group remained relatively stable, with means of 55.87, 55.20, and 55.07. Ambiguity tolerance increased in the Unified Protocol group from 35.87 at pretest to 49.67 at posttest and 48.73 at follow-up. In the ACT group, it increased from 36.20 to 46.47 and 45.80, whereas the control group showed little change.

Mixed repeated-measures ANOVA demonstrated a significant effect of time for adaptive cognitive emotion regulation, $F(2,84) = 132.48$, $p < 0.001$, partial $\eta^2 = 0.759$, as well as a significant group effect, $F(2,42) = 18.76$, $p < 0.001$, partial $\eta^2 = 0.472$. More importantly, the time × group interaction was significant, $F(4,84) = 32.91$, $p < 0.001$, partial $\eta^2 = 0.610$. For maladaptive cognitive emotion regulation, significant effects were also found for time, $F(1.74,73.06) = 148.37$, $p < 0.001$, partial $\eta^2 = 0.779$, group, $F(2,42) = 21.84$, $p < 0.001$, partial $\eta^2 = 0.510$, and time × group interaction, $F(3.48,73.06) = 36.52$, $p < 0.001$, partial $\eta^2 = 0.635$. Ambiguity tolerance likewise showed significant effects of time, $F(1.81,76.02) = 116.64$, $p < 0.001$, partial $\eta^2 = 0.735$, group, $F(2,42) = 19.53$, $p < 0.001$, partial $\eta^2 = 0.482$, and time × group interaction, $F(3.62,76.02) = 29.87$, $p < 0.001$, partial $\eta^2 = 0.587$.

Bonferroni comparisons showed that both intervention groups differed significantly from the control group at posttest and follow-up on all outcomes. The Unified Protocol also produced significantly greater improvement than ACT. At posttest, the Unified Protocol exceeded ACT by 3.74 points for adaptive cognitive emotion regulation ($p = 0.026$) and by 3.20 points for ambiguity tolerance ($p = 0.027$), while maladaptive regulation was 3.40 points lower in the Unified Protocol group ($p = 0.031$). Similar differences remained significant at follow-up. Within-group comparisons showed significant improvements from pretest to posttest and from pretest to follow-up in both intervention groups, whereas posttest-to-follow-up differences were not significant, indicating maintenance of treatment gains.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrated that both the Unified Protocol and Acceptance and Commitment Therapy were effective in improving cognitive emotion regulation and ambiguity tolerance among patients with generalized anxiety disorder. Both interventions increased adaptive regulation strategies, reduced maladaptive regulation strategies, and enhanced patients' ability to tolerate unclear and uncertain situations. The maintenance of gains at the two-month follow-up suggests that both approaches produced changes that persisted beyond the immediate treatment period.

The effectiveness of the Unified Protocol can be explained by its direct focus on dysfunctional emotional processes. Patients with GAD often interpret negative emotions as threatening and respond with worry, avoidance, reassurance seeking, or cognitive overcontrol. Through emotional awareness, cognitive flexibility, exposure, and reduction of emotion-driven behaviors, the Unified Protocol provides repeated opportunities to experience distress without relying on avoidance. This process may strengthen adaptive reappraisal, planning, and perspective-taking while reducing catastrophizing, rumination, and self-blame. Its structured exposure components may also help patients learn that uncertainty and emotional discomfort are tolerable and do not necessarily lead to catastrophic outcomes.

ACT appears to operate through a somewhat different pathway. Rather than restructuring the content of worry directly, it encourages patients to alter their relationship with internal experiences. Cognitive defusion can reduce the extent to which anxious predictions are treated as literal truths, while acceptance reduces the struggle to suppress unwanted thoughts and feelings. Present-moment awareness and value-guided action may further weaken the dominance of worry over behavior. Consequently, patients may become more capable of functioning effectively even when uncertainty remains unresolved.

The greater effectiveness of the Unified Protocol may be attributable to the closer correspondence between its treatment targets and the outcomes assessed in this study. Cognitive emotion regulation and tolerance of ambiguity are explicitly related to emotional processing, cognitive appraisal, avoidance, and exposure, all of which are central components of the Unified Protocol. ACT also influences these processes, but often indirectly through broader psychological flexibility. Therefore, when outcomes are defined in terms of specific cognitive regulation strategies and tolerance of uncertainty, a treatment that directly trains these processes may show a stronger effect.

Overall, the study supports the use of both interventions for patients with GAD, while suggesting a relative advantage for the Unified Protocol when the clinical goals specifically include improving cognitive emotion regulation and increasing ambiguity tolerance. These findings reinforce the value of transdiagnostic treatments that target underlying emotional and cognitive mechanisms rather than focusing exclusively on surface symptoms. The Unified Protocol may be particularly suitable for patients whose anxiety is strongly maintained by maladaptive emotional regulation and avoidance of uncertainty, whereas ACT may be especially useful when psychological inflexibility, experiential avoidance, and excessive efforts to control internal experiences are prominent. Both approaches can therefore be considered evidence-informed options for the psychological treatment of generalized anxiety disorder.

فهرست منابع

References

Azadmanesh, N., Shahabizadeh, F., Shahraki, E., & Asadi Yoonesi, M. R. (2021). Comparison of the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Unified Transdiagnostic on anxiety and physical symptoms in patients with systemic lupus erythematosus. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, *64*(1), 2643-2657. https://mjms.mums.ac.ir/article_19623_en.html

Eslami, M., Khosh Akhlagh, H., Rezaei Dehnavi, S., & Zare Nistank, M. (2023). Comparing the Effectiveness of Barlow's Unified Transdiagnostic Treatment Approach and Acceptance and Commitment Therapy on Rumination and Intolerance of Uncertainty in Spouses of COVID-19 Victims. *Cognitive and Behavioral Sciences Research*, *13*(2), 137-162.

Ezzati, S. (2022). *The effectiveness of the unified transdiagnostic treatment protocol on anxiety symptoms, emotion dysregulation, and intolerance of ambiguity in adolescents with anxiety disorders* University of Kurdistan, Faculty of Humanities and Social Sciences].

Ghanbari, S., & Mokhtarpour Ghahrudi, M. (2026). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Emotion Regulation Strategies and Academic Engagement in Students with Conduct Disorder. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, *15*(1), 201-210. http://frooyesh.ir/article-1-6568-fa.html

Ghovati, A., Delroba, M., Ahovan, M., Aghamohammadian Sharbaf, H. R., & Farnoosh, M. (2022). The Effectiveness of Unified Transdiagnostic Treatment in Anxiety, Rumination and General Health among Children of Martyrs and Sacrifice. *Journal of Psychological Studies*, 105-118. https://psycnet.apa.org/record/2023-53314-008

Howard, L. R., Earleywine, M., DeCount, T. A., & Forsyth, J. P. (2026). Acceptance and commitment therapy (ACT) for comorbid generalized anxiety disorder and premenstrual dysphoric disorder: A transdiagnostic approach. *Clinical Case Studies*, *25*(3), 212-230. https://doi.org/10.1177/15346501261421541

Kazemipour, A., Mirderikvand, F., & Amraei, K. (2021). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the Acceptance and Post-Traumatic Growth in Colorectal Cancer Patients Comorbid with Stress. *Research-in-Medicine*, *45*(3), 38-43. http://pejouhesh.sbmu.ac.ir/article-1-2518-en.html

Martín, C. S., Beltrán, R., Pardo-Garrido, L., Soto, M., Matus-Rosas, P., Quezada-Scholz, V. E., Pino, P., Osma, J., & Guevara, C. (2025). Evaluating Emotional Regulation and Comorbidities in Multiple Sclerosis: Insights From a Unified Protocol Treatment Case Study. *Clinical Case Studies*, *24*(3), 175-199. https://doi.org/10.1177/15346501251324920

Masjedi Arani, A. M., Hosseini, S., Lotfinia, S., Ebrahimi, L. S., Mousavi, S. E., Mohammadzadeghan, R., & Hosseini, S. M. (2023). The comparative efficacy of unified transdiagnostic protocol (UP) and mindfulness-based stress reduction protocol (MBSR) on emotion regulation and uncertainty intolerance in infertile women receiving IVF. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *30*(3), 578–588. https://doi.org/10.1007/s10880-022-09917-1

Mohajerin, B., Lynn, S. J., & Cassiello-Robbins, C. (2023). Unified Protocol vs Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy Among Adolescents With PTSD. *Behavior therapy*, *54*(5), 823-838. https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.03.003

Moharrami, S., Nasab, D. H., & Vafa, M. A. (2024). Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Ambiguity Tolerance in Male High School Students. *Jayps*, *5*(5), 41-49. https://doi.org/10.61838/kman.jayps.5.5.6

Montazeri Hadashi, V., Taghvaei, D., & Sheikhan, R. (2025). Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Behavioral Therapy and Unified Transdiagnostic Therapy on Cognitive Emotion Regulation Strategies in Adolescents with Social Anxiety Disorder. *Psychological studies*, *21*(4), 75-91. https://doi.org/10.22051/psy.2025.50718.3139

Pouladi, S., Hasanshahi, M. M., Rabiei, M., & Baghery, N. (2022). The Effect of Unified Transdiagnostic Treatment on the Improvement of Internalizing Behavioral Problems, Emotional Regulation, and Empathy in Children with Anxiety Disorders. *Research in cognitive and behavioral sciences*, *12*(1), 141-164. https://doi.org/10.22108/cbs.2022.133945.1655

Ranjbar, S. (2024). The Effectiveness of Unified Protocol Transdiagnostic Treatment on Emotion Regulation and Parent-Child Relationship of Parents of Children With Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, *13*(4), 12-23. https://doi.org/10.22098/jld.2024.15431.2177

Rezaei, M., & Pourmohammad Ghouchani, K. (2025). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Flexibility in Patients with Generalized Anxiety Disorder. https://civilica.com/doc/2397002

Sadeghi, S., Nouhi, S., Aghayousefi, A., & Aghaei, H. (2024). Determining the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Ambiguity Tolerance and Cognitive Flexibility in People with Obsessive-Compulsive Disorder. *Medical Journal of The First Clinical Medical College (MEJDS)*, *14*, 15.

Salehi, S., Vaziri, S., & Nasri, M. (2025). Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Paradoxical Timetable Therapy on Worry in Individuals with Social Anxiety Disorder. *Sadra Medical Journal*, *13*(1), 138-154. https://doi.org/10.30476/smsj.2025.101698.1495

Sharafati, H., Taheri, E., & Amiri, M. (2023). Comparison of the effectiveness of metacognitive therapy and Barlow's unified transdiagnostic treatment on the severity of clinical symptoms and experiential avoidance in patients with generalized anxiety disorder. *Journal of Fundamentals of Mental Health (Majalleh-ye Osul-e Behdasht-e Ravani)*, *25*(6), 403-409.

Sharafi, M., Jafari, D., & Bahrami, M. (2023). The Effects of Cognitive Behavioral Therapy and Unified Transdiagnostic Therapy on the Emotional Regulation of Adolescents with Generalized Anxiety Disorder. *Rooyesh*, *11*(12), 183-194. https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.2383353.1401.11.12.17.6

Shi, J. Y., Na, L., Du, Y. H., Wang, J., Zhang, R. Z., Guo, C., & Wang, Z. H. (2026). Effect of a group-based acceptance and commitment therapy intervention on cognitive emotion regulation and psychological flexibility in patients with bipolar disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. https://doi.org/10.1111/papt.70061

Soleimani, E., & Chitsaz, M. (2025). The effectiveness of unified transdiagnostic treatment on intolerance of uncertainty and self-control in adolescent boys with addiction vulnerability. *Scientific Quarterly of Addiction Research*, *19*(77), 31-50.

Yadolahi, S., Mirzaei, S. H., & Soleimianian, A. A. (2025). Comparing the efficacy of counseling based on acceptance commitment approach and the compassion approach in a group way on emotion regulation and the quality of marital relationship in infertile women. *Journal of Psychological Science*, *24*(149), 287-305. https://psychologicalscience.ir/article-1-2488-en.html