رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۹، شماره پیاپی ۱۱۴، آذر ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(9), 2025

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و درمان پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌ای در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی

Comparing the effectiveness of emotional schema therapy and acceptance and commitment therapy on distress tolerance and experiential avoidance in people with major depressive disorder

آزاده ناصری
کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمانشاه، ایران.
رقیه بشیرزاده
کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، ایران.
مختار عارفی (نویسنده مسئول)
استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه، ایران.

Azadeh Naser
M.A General Psychology, Islamic Azad University, Kermanshah Branch, Iran.
Roghaye Bashirzade
M.A Clinical Psychology, Islamic Azad University, Ardabil Branch, Iran.
Mokhtar Arefi *
Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Kermanshah Branch, Iran.
M.arefi@iauksh.ac.ir

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌ای در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود. روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طراحی پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۲ بودند. در این تحقیق، ۴۵ نفر به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش (هر کدام ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگذاری شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل فرم ۲ افسردگی بک (BDI-II) (۱۹۶۱)، مقیاس تحمل پریشانی (DTS) سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) و مقیاس اجتناب تجربه‌ای (EAQ) گامز و همکاران (۲۰۱۱) بودند. گروه آزمایش اول ۹ جلسه طرحواره درمانی هیجانی و گروه آزمایش دوم ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به‌صورت هفتگی دریافت کردند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت معناداری در میانگین‌های پس‌آزمون مربوط به تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌ای در سه گروه در سطح ۰/۰۵ مشاهده شد (p<۰/۰۵). همچنین، یافته‌ها نشان داد که بین بین اثربخشی مداخلات بر تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌ای تفاوت معناداری وجود نداشت (p>۰/۰۵)؛ بنابراین، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که هر دو نوع مداخله قادر به بهبود تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌ای بودند.

واژه‌های کلیدی: *اجتناب تجربی، تحمل پریشانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرحواره درمانی هیجانی، اختلال افسردگی اساسی.*

Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of emotional schema therapy and acceptance and commitment therapy on distress tolerance and experiential avoidance in people with major depressive disorder. The research method was a quasi-experimental design with a pre-test-post-test format and a control group. The statistical population included all individuals with major depressive disorder in Kermanshah in 2024. In this study, 45 participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to two experimental groups (15 participants each) and a control group (15 participants). The instruments used in this study included the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) (1961), the Distress Tolerance Scale (DTS) by Simmons and Gaher (2005), and the Experiential Avoidance Scale (EAQ) by Gomez et al. (2011). The first experimental group received nine sessions of emotional schema therapy, while the second experimental group received eight sessions of acceptance and commitment therapy weekly. Multivariate analysis of covariance was used to analyze the data. The results showed that by controlling for the pretest effect, a significant difference was observed in the posttest means of distress tolerance and experiential avoidance among the three groups at the 0.05 level ($p < 0.05$). Additionally, the findings indicated no significant difference between the effectiveness of the interventions on distress tolerance and experiential avoidance ($p < 0.05$); therefore, it can be concluded that both types of interventions were able to improve distress tolerance and experiential avoidance.

Keywords: *Experiential Avoidance, Distress Tolerance, Acceptance and Commitment Therapy, Emotional Schema Therapy, Major depressive Disorder.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : فروردین ۱۴۰۴** | **پذیرش: تیر ۱۴۰۴** | **ویرایش نهایی: آذر ۱۴۰۴**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-18]

مقدمه

اختلال افسردگی اساسی[1] به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی شناخته می‌شود (کوی[2] و همکاران، ۲۰۲۴) و برآوردها نشان می‌دهد که شیوع این اختلال حدود ۱۲ درصد است و با مجموعه‌ای از علائم مشخص می‌شود که شامل خلق و خوی افسرده، تغییرات در اشتها و وزن، اختلالات خواب، خستگی شدید، احساس بی‌ارزشی یا گناه بی‌دلیل، مشکلات در تمرکز تصمیم‌گیری و افکار خودکشی یا اقدام به آن است (باروتی و همکاران، ۱۴۰۲). افراد مبتلا به افسردگی معمولاً دارای آستانه تحمل پریشانی[3] پایینی هستند که این امر مانع از مدیریت مؤثر مشکلات خلقی و هیجانی می‌شود و به عنوان یکی از عوامل مهم در بروز و تداوم این اختلال به شمار می‌آید (آگویر[4] و همکاران، ۲۰۲۴).

تحمل پریشانی به توانایی افراد در شناسایی و مدیریت هیجانات منفی اشاره دارد و شامل چهار جنبه اصلی است: قابلیت تحمل، بازنگری، پذیرش هیجانات و احساسات، تنظیم هیجان و توجه به احساسات منفی. کاهش این توانایی با مشکلات عاطفی، هیجانی، رفتاری و اجتماعی مرتبط است و دشواری در مدیریت هیجانات می‌تواند منجر به تشدید یا سرکوب هیجان‌ها شود که به‌ویژه در افراد مبتلا به افسردگی، مشکلات عمیق‌تری را ایجاد می‌کند (موسی‌پور، ۱۴۰۲). در همین راستا پژوهش آگویر و همکاران (۲۰۲۴) در کشور آرژانتین بر روی دانشجویان نشان داد که افرادی که تحمل پریشانی کمتری داشتند به طور معناداری بیشتر در معرض ابتلا به افسردگی و ناپایداری هیجانی قرار داشتند. علاوه بر این، تحقیقی در کشور چین توسط زانگ[5] و همکارانش (۲۰۲۳) بر روی جوانان مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد و نشان داد که کاهش تحمل پریشانی در این افراد با افزایش علائم افسردگی و خطر خودکشی ارتباط داشت. همین‌طور، این تحقیق نشان داد که استرس به طور مستقیم منجر به خودکشی و تشدید افسردگی نمی‌شود، بلکه تأثیر آن از طریق کاهش میانجیگری تحمل پریشانی بروز می‌یابد و بهبود در تحمل پریشانی نیز به کاهش افسردگی و خودکشی منجر می‌شد.

همچنین افراد مبتلا به افسردگی معمولاً از مواجهه با مسائل و هیجانات خود اجتناب می‌کنند و به‌جای رویارویی با اضطراب، به فعالیت‌های غیرسازنده و ناسالم، نظیر مصرف خودسرانه داروها روی می‌آورند که این رفتار به عنوان اجتناب تجربه‌ای[6] شناخته می‌شود (کاتو[7]، ۲۰۲۴). اجتناب تجربه‌ای به معنای ناتوانی در مواجهه با احساسات و تجارب شخصی و تلاش برای دوری از تجارب دردناک است. این مفهوم شامل دو مؤلفه اصلی است: عدم تمایل به ارتباط با تجارب شخصی و تلاش برای اجتناب از وقایعی که این تجارب را به یاد می‌آورند (کایو[8] و همکاران، ۲۰۲۴). اجتناب تجربه‌ای نقش مهمی در ایجاد و حفظ اختلالات افسردگی ایفا می‌کند. به عنوان نمونه تحقیق انجام شده توسط باقری و همکاران در تهران بر روی زنان باردار مبتلا به افسردگی نشان داد که بین اجتناب تجربه‌ای و افسردگی رابطه‌ای معنادار وجود دارد و متغیرهای نشخوار فکری و اجتناب تجربه‌ای توانستند ۱/۲۸ درصد از تغییرات افسردگی در دوران بارداری را تبیین نمایند. همچنین تحقیقی توسط کاتو[9] (۲۰۲۴) در کشور ژاپن بر روی دانشجویان به رابطه اجتناب تجربی و نشخوار فکری[10] با افسردگی پرداخت و نشان داد که نشخوار فکری و اجتناب تجربه‌ای هر دو با افسردگی مرتبط بودند و نشخوار فکری از طریق افزایش اجتناب تجربه‌ای که نقش میانجیگری داشت منجر به افزایش افسردگی می‌شد. برای کاهش افسردگی می‌توان اجتناب تجربه‌ای را هدف مداخلات درمانی قرار داد (کاتو، ۲۰۲۴؛ قاسم خانلو و همکاران، ۱۴۰۱) و از مداخلات نوین و مهم در این زمینه برای اجتناب تجربه‌ای(وفادار و همکاران، ۱۴۰۰) و افسردگی اساسی(رضایی و همکاران، ۱۳۹۴) می‌توان به طرح واره درمانی هیجانی[11] اشاره کرد.

طرحواره درمانی هیجانی بر شناسایی و اصلاح باورهای ناکارآمد و طرحواره‌های ناسازگار[12] به عنوان ساختارهای شناختی عمیق تمرکز دارد (سیستانی پور و همکاران، ۱۴۰۳). این طرحواره‌ها در پردازش اطلاعات جدید نقش داشته و بر ادراک فرد از خود و محیط تأثیر می‌گذارند (قنواتی و همکاران، ۱۴۰۳). این مدل تفاوت‌های فردی در تفسیر تجربیات عاطفی و راهبردهای مقابله‌ای مانند اجتناب شناختی

1 Major depressive disorder
2 Cui
3 Distress tolerance
4 Aguirre
5 Zhong
6 Experiential avoidance
7 Kato
8 Cao
9 Kato
10 Rumination
11 Emotional schema therapy
12 maladaptive schemas

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-18]

(وفادار و همکاران، ۱۴۰۰) و تنظیم هیجان[1] را بررسی می‌کند (امانی و همکاران، ۱۴۰۳). این مداخله با هنجارسازی تجارب هیجانی و ایجاد ارتباط بین هیجانات، نیازها و روابط بین‌فردی (ریحانی و همکاران، ۱۴۰۳)، به شناسایی باورهای مشکل‌ساز پرداخته و راهکارهای جدیدی برای مدیریت هیجانات ارائه می‌دهد (سیستانی پور و همکاران، ۱۴۰۳) و بر اصلاح راهبردهای ناسازگار و نظم‌جویی شناختی تأکید دارد (قنواتی و همکاران، ۱۴۰۳). در این راستا، قاسم خانلو و همکاران (۱۴۰۱) تحقیقی را بر روی افراد مبتلا به افسردگی اساسی در شهر خوی انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که طرح‌واره درمانی هیجانی تأثیر معناداری بر علائم افسردگی اساسی و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان[2] دارد. همچنین تحقیق انجام شده توسط رضایی و همکاران (۱۳۹۴) بر روی مراجعین مراکز مشاوره اسلام‌شهر که به اختلال افسردگی اساسی مبتلا بودند، نشان داد که طرح‌واره درمانی هیجانی به طور معناداری منجر به کاهش شدت افسردگی و اندیشناکی(نشخوار فکری) می‌شود و همچنین، این کاهش در دوره پیگیری نیز به طور پایدار حفظ گردیده است.

علاوه بر طرح واره درمانی هیجانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[3] به عنوان یک روش مؤثر در بهبود علائم افسردگی، افزایش تحمل پریشانی و کاهش اجتناب تجربه‌ای شناخته شده است (رضاییان و همکاران، ۱۴۰۳؛ قاسمی طابق و همکاران، ۱۴۰۱). این رویکرد که بر پایه نظریه چهارچوب ارتباطی[4] توسعه یافته، بر پذیرش فعالانه تجارب درونی به‌جای تغییر یا اجتناب از آنها تأکید دارد (ماکری[5] و همکاران، ۲۰۲۴) با استفاده از شش فرآیند مهم شامل پذیرش[6]، گسلش شناختی[7]، ذهن‌آگاهی[8]، خود به عنوان زمینه[9]، ارزش‌ها[10] و عمل متعهدانه[11]، به افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی[12] کمک می‌کند. این درمان با تشویق افراد به مواجهه سازنده با هیجانات منفی، ظرفیت تحمل پریشانی را افزایش داده و در درمان اختلالاتی مانند افسردگی مؤثر است (فاوسون[13]و همکاران، ۲۰۲۴). به عنوان نمونه، آپولیناریو-هاگن[14] و همکاران (۲۰۲۴) در یک فراتحلیل به بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر اختلال افسردگی اساسی در سطح جهانی پرداختند و نتایج نشان داد که این نوع درمان بر افسردگی اساسی تأثیر مثبت داشته و تفاوت معناداری بین جلسات حضوری و آنلاین مشاهده نشد. در ایران، تحقیق موسی‌پور (۱۴۰۲) که بر روی نوجوانان دوره متوسطه شهر تهران مبتلا به افسردگی انجام شد، نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش پریشانی، نشخوار فکری، اجتناب تجربی و علائم افسردگی مؤثر بوده است.

همچنین باید اشاره کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی هیجانی، هر دو در زمره درمان‌های شناختی-رفتاری موج سوم[15] قرار می‌گیرند؛ اما این دو درمان از سازوکارهای متفاوتی برای هدف‌گذاری عوامل شناختی، افسردگی، اضطراب، تحمل پریشانی، اجتناب تجربی بهره می‌گیرند(وفادار و همکاران، ۱۴۰۰). طرح‌واره درمانی هیجانی با تمرکز بر اصلاح ساختارهای شناختی عمیق و ناسازگار که نقطه قوت این مداخله است به ریشه‌های تاریخی اختلال و بهبود پایدار در روابط بین‌فردی دست می‌یابد دارد (قنواتی و همکاران، ۱۴۰۳). بااین‌وجود، به دلیل ماهیت زمان‌بر و پیچیده‌اش، ممکن است برای جمعیت‌های بالینی که با محدودیت‌های زمانی مواجه هستند، کمتر عملی باشد. در مقابل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر پذیرش هیجانات منفی و افزایش انعطاف‌پذیری روانی، مزایایی همچون کاربردپذیری وسیع در قالب‌های فردی، گروهی و دیجیتال و همچنین اثربخشی سریع‌تر در کاهش اجتناب تجربی را ارائه می‌دهد. با این حال، این روش ممکن است در اصلاح باورهای عمیق شناختی ناسازگار به اندازه کافی عمیق عمل نکند(فاوسون و همکاران، ۲۰۲۴). بنابراین، ضروری است که این دو روش درمانی مورد مقایسه قرار گیرند و همچنین تأثیر آن‌ها بر افسردگی اساسی، تحمل پریشانی و تحمل ابهام به طور همزمان ارزیابی شود که هدف این پژوهش نیز است. این مقایسه از آن جهت حائز اهمیت است که شناسایی سهم متفاوت هر مداخله در بهبود فرآیندهای هیجانی-شناختی، به طراحی پروتکل‌های مناسب و ترکیبی کمک کرده و پاسخگویی به نیازهای بالینی متنوع را تسهیل می‌نماید. یافته‌های این پژوهش با شناسایی مزایای هر یک از رویکردها در زمینه‌های خاص، نظیر کاهش اجتناب تجربه‌ای و

1 Emotion regulation
2 Cognitive Emotional Regulation Strategies
3 Treatment based on acceptance and commitment
4 Relation Frame Theory
5 Macri
6 Acceptance
7 cognitive defusion
8 Mindfulness
9 Self as context
10 Values
11 Committed action
12 Psychological flexibility
13 Fawson
14 Apolinário-Hagen
15 Third Wave Cognitive Behavioral Therapies

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-18]

افزایش تحمل پریشانی، ابزارهای عملیاتی را برای انتخاب درمان بهینه بر اساس ویژگی‌های فردی مراجعان ارائه می‌دهد. این امر به عنوان گامی مؤثر در ارتقای اثربخشی مداخلات در اختلال افسردگی اساسی تلقی می‌شود. با توجه به آنچه ذکر شد، هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و درمان پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌ای در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود.

روش

روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طراحی پیش‌آزمون_پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این مطالعه شامل تمامی افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود که در سال‌های ۱۴۰۲ به مراکز روان‌شناسی و روان‌پزشکی (از جمله مطب‌های روان‌پزشکان، کلینیک‌های روان‌شناسان، بیمارستان‌های اعصاب و روان و مراکز بهزیستی) در شهر کرمانشاه مراجعه کرده بودند. برای انتخاب نمونه، ابتدا هماهنگی‌های لازم با مسئولان مراکز درمانی خصوصی و دولتی (بیمارستان‌های اعصاب و روان و بهزیستی) به منظور دریافت مجوزهای لازم برای اجرای مداخله انجام شد. پس از آن، افرادی که به تشخیص روان‌پزشک و روان‌شناس مرکز دچار اختلال افسردگی اساسی شناخته شده بودند، به محقق و درمانگر این مطالعه معرفی شدند تا در صورت تمایل، در تحقیق شرکت کنند. از میان این افراد، ۴۵ نفر که شرایط لازم را داشتند، به روش در دسترس انتخاب شده و به طور تصادفی به سه گروه ۱۵ نفری جایگذاری شدند که شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. در نهایت، یکی از گروه‌های آزمایش تحت مداخلات طرحواره درمانی هیجانی قرار گرفتند که شامل نه جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی به مدت دو ماه بود و بر اساس بسته درمانی لیهی[1] (۲۰۱۶) طراحی شده بود. همچنین، گروه دیگر تحت درمان پذیرش و تعهد قرار گرفت که شامل هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی به مدت دو ماه و بر اساس بسته درمانی هایز[2] و همکاران (۲۰۰۴) بود. در این میان، گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله درمانی دریافت نکرد. معیارهای ورود به پژوهش شامل موارد زیر بود: کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان، عدم دریافت هرگونه مداخله روانشناختی دیگر، عدم شرکت در هر نوع روان درمانی در دو سال اخیر، تشخیص افسردگی اساسی توسط روانپزشک یا روانشناس و کسب نمره ۲۹ یا بالاتر در مقیاس افسردگی بک، حداقل داشتن تحصیلات تا کلاس نهم و تمایل به حضور فیزیکی در محل مداخله. همچنین، معیارهای خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه، دریافت درمان دارویی که بر نتایج مداخله تأثیر بگذارد یا هر نوع روان‌درمانی به طور همزمان، عدم تمایل به ادامه درمان و در صورت نیاز، ارجاع به بستری بود. به منظور رعایت اصول اخلاقی، به تمامی شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات جمع‌آوری‌شده به‌صورت محرمانه و بدون ذکر نام استفاده خواهد شد. همچنین و ارائه مداخلات به گروه کنترل به‌صورت رایگان بود. بر اساس معیارهای مشخص‌شده، اطلاعاتی درباره هدف، مراحل اجرا، طراحی آزمایشی، نوع مداخله و مزایای احتمالی تحقیق برای شرکت‌کنندگان ارائه گردید. در نهایت، داده‌های تحقیق با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره در سطح معناداری ۰/۰۵ و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد بررسی قرار گرفتند.

ابزار سنجش

پرسشنامه افسردگی بک[3] ۲ (BDI-II): این پرسشنامه در سال ۱۹۹۶ توسط بک و همکارانش طراحی شد و شامل ۲۱ سوال با ۴ گزینه است که نمره‌گذاری آن از ۰ تا ۳ انجام می‌شود (۰=هرگز، ۱=گاهی، ۲=اغلب و ۳=همیشه). ارزیابی و تعیین شدت افسردگی در این پرسشنامه به شش دسته تقسیم می‌شود: ۱. نمره ۰ تا ۴: انکار افسردگی یا تصویر مثبت از خود ۲. نمره ۵ تا ۹: عدم وجود افسردگی تا افسردگی خفیف ۳. نمره ۱۰ تا ۱۸: افسردگی خفیف تا متوسط ۴. نمره ۱۹ تا ۲۹: افسردگی متوسط تا شدید ۵. نمره ۳۰ تا ۳۹: افسردگی بسیار شدید ۶. نمره ۴۰ و بالاتر: اغراق در احساس افسردگی یا افسردگی خطرناک. بک و همکارانش ضریب همسانی درونی را بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی را در یک هفته ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. همچنین، همبستگی روایی همگرای این مقیاس با مقیاس افسردگی هامیلتون، عدد ۰/۷۱ را نشان داد (بک و همکاران، ۱۹۹۶). پایایی این پرسشنامه در نمونه ایرانی با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۱ محاسبه شده است. به علاوه، روایی همگرای این پرسشنامه با محاسبه همبستگی بین نسخه‌های بلند و کوتاه پرسشنامه افسردگی بک، عدد ۰/۶۷ گزارش شده است (طاهری داغیان و همکاران، ۱۳۹۹). در پژوهش حاضر، پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ به دست آمد.

1 Leahy
2 Hayes
3 Beck Depression Inventory–II

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-18]

مقیاس تحمل پریشانی[1] (DTS): یک ابزار خودسنجی شامل ۱۵ سوال است که به منظور سنجش توانایی فرد در مواجهه با هیجانات منفی طراحی شده است. این مقیاس توسط سیمونز و گاهر[2] در سال ۲۰۰۵ ایجاد شده و به چهار بخش تقسیم می‌شود: تحمل (سوال‌های ۱، ۳ و ۵)، جذب (سوال‌های ۲، ۴ و ۱۵)، تنظیم (سوال‌های ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲) و ارزیابی (سوال‌های ۸، ۱۳ و ۱۴). نمره‌گذاری این مقیاس بر اساس مقیاس لیکرت صورت می‌گیرد، به طوری که نمره یک نشان‌دهنده توافق کامل و نمره پنج نشان‌دهنده عدم توافق کامل است. ضرایب آلفای کرونباخ برای این بخش‌ها به ترتیب ۰/۷۲ برای تحمل، ۰/۸۲ برای جذب، ۰/۷۸ برای تنظیم و ۰/۷۰ برای ارزیابی گزارش شده است. همچنین، همبستگی درون طبقه‌ای پس از شش ماه برابر با ۰/۶۱ بوده است. همچنین، روایی همگرای این ابزار با مقیاس پریشانی عاطفی برابر با ۰/۵۹ گزارش شده است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). در ایران، تفنگچی و همکاران (۱۴۰۰) تحقیقی تحت عنوان ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس چندبعدی تحمل پریشانی در زنان مبتلا به سردردهای تنشی انجام دادند که نتایج آن نشان داد آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی کلی مقیاس به ترتیب ۰/۹۶ و ۰/۹۰ بود. همچنین، روایی همگرای مؤلفه‌های درونی نیز برابر با ۰/۵۹ بود که نشان‌دهنده روایی همگرای مناسب این مقیاس است. در این پژوهش، پایایی مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰.۸۷ به دست آمد.

مقیاس اجتناب تجربه‌ای[3] (EAQ): این ابزار خودگزارشی که توسط گامز[4] و همکارانش در سال ۲۰۱۱ طراحی شده، به منظور ارزیابی اجتناب تجربی ایجاد شده است. این پرسش‌نامه شامل ۶۲ جمله است که به شش زیرمقیاس اجتناب رفتاری، پریشانی ناسازگار، تعویق، حواس‌پرتی/فرونشانی، انکار/سرکوب و تحمل پریشانی می‌پردازد. پاسخ‌ها در یک مقیاس لیکرت شش‌درجه‌ای از شدیداً موافقم (نمره ۵) تا شدیداً مخالفم (نمره ۱) ارزیابی می‌شوند. نمرات در این مقیاس از ۲ تا ۳۱۷ متغیر است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی میزان بیشتری از اجتناب تجربی و نمرات پایین‌تر به معنای اجتناب تجربی کمتر است. گامز و همکاران در تحقیق خود، ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) را برای خرده مقیاس‌های مختلف به شرح زیر گزارش کردند: اجتناب رفتاری ۰/۸۵، پریشانی ناسازگار ۰/۸۴، تعویق ۰/۸۲، حواس‌پرتی/فرونشانی ۰/۸۹، انکار/سرکوبی ۰/۸۶ و تحمل پریشانی ۰/۸۷ که همگی در بازه‌ی ۰/۸۰ تا ۰/۸۵ قرار دارند. همچنین، برای کل آزمون، ضریب ۰/۹۲ ثبت شده است (گامز و همکاران، ۲۰۱۱). در پژوهشی که توسط مرادی و همکاران (۱۳۹۶) در ایران انجام شد، بررسی شاخص‌های روان‌سنجی مقیاس نشان داد که پایایی کلی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ به دست آمد. همچنین پایایی خرده مقیاس‌ها به شرح زیر گزارش گردید: ناآگاهی هیجانی ۰/۸۵، بیزاری از آشفتگی روانی ۰/۸۱، اجتناب شناختی ۰/۸۷ و تحمل فشار روانی ۰/۸۴. از نظر روایی، روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی تأیید شد و شاخص‌های برازش نشان‌دهنده کیفیت مطلوب بودند، به‌طوری‌که CFI برابر با ۰/۹۲ و RMSEA برابر با ۰/۰۶ به دست آمد. علاوه بر این، روایی همگرا از طریق همبستگی مثبت و معنادار ۰/۷۱ با پرسشنامه اجتناب تجربی (EAQ) و روایی واگرا با همبستگی منفی ۰/۳۲ با مقیاس بهزیستی روان‌شناختی مورد ارزیابی قرار گرفت که مطلوب بودند. در این پژوهش، پایایی مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ به دست آمد.

مدل طرح‌واره درمانی هیجانی: این مداخله بر پایه بسته درمانی لیهی (۲۰۱۶) طراحی شده و شامل نه جلسه ۹۰ دقیقه‌ای است. این جلسات به‌صورت هفتگی و در مدت دو ماه در کلینیک روانشناسی برگزار گردید. در هر جلسه، ابتدا اهداف مشخص می‌شد و سپس درمانگر به‌صورت گروهی محتوای جلسه را توضیح می‌داد. تکنیک‌ها به شرکت‌کنندگان آموزش داده می‌شد و در طول جلسه، این تکنیک‌ها به کار گرفته می‌شد. در پایان هر جلسه، خلاصه‌ای از مباحث مطرح می‌شد و تکالیف خانگی برای جلسه بعدی توضیح داده می‌شد. جزئیات محتوای این جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات طرح‌واره درمانی هیجانی (لیهی، ۲۰۰۲)

جلسه	اهداف جلسه
اول	آشنایی و معرفی. رعایت اصل محرمانگی. بیان موضوع تحقیق و اهداف آن، شناسایی الگوهای هیجانی مشکل‌ساز، ارائه یک نظریه در مورد هیجان، ارائه مدلی از هیجان به فرد، توجه به آگاهی تفکیکی، انجام پیش‌آزمون.
دوم	تحلیل مقاومت در برابر اعتبارسنجی و مفهوم آن. شناسایی منابع مختلف الگوهای هیجانی مرتبط با اعتبارزدایی، شناسایی واکنش‌های چالش‌برانگیز به اعتبارزدایی، و توسعه راهکارهای انطباقی برای سازگاری با اعتبارزدایی.

1 Distress Tolerance Scale (DTS)
2 Simons & Gaher
3 Experiential Avoidance Questionnaire
4 Gámez & Chmielewski

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-18]

سوم	تفکیک و شناسایی هیجان‌ها، استانداردسازی تجارب عاطفی، تقویت ظرفیت پذیرش احساسات گوناگون، و تجسم انسان ایده آل.
چهارم	تقویت توانایی در پذیرش احساسات، تشبیه به مهمان، یادگیری موقتی بودن هیجانات، تفکیک بین احساس و عمل، تجربه هیجانات به شکل موجی، و آزمایش‌های رفتاری برای پیش‌بینی عواطف.
پنجم	تقویت توانایی در پذیرش احساسات، انجام اقداماتی متضاد و جداسازی هیجانات، اتخاذ نگرشی غیرقضاوتی نسبت به احساسات، انجام آزمایش‌های رفتاری برای بررسی باورهای نادرست هیجانی و تمرین نوشتن با رویکردی دلسوزانه.
ششم	افزایش شناخت هیجانی، انتقال احساسات، ایجاد فضای هیجانی، تحلیل هیجان به‌عنوان هدف و وظیفه.
هفتم	صعود به مراحل بالاتر مفاهیم، نقص در موفقیت، آگاهی از افکار خودکار، تفکیک احساسات از اندیشه‌ها، تکنیک پیکان به سمت پایین، کاهش اثرات فاجعه.
هشتم	مهارت وکیل مدافع شامل تحلیل شواهد مربوط به افکار منفی، ارزیابی نقاط قوت و ضعف این افکار، و همچنین تکنیک‌هایی برای سنجش شدت هیجان و میزان اعتقاد به یک فکر است.
نهم	فرآیند جمع‌بندی اطلاعات و آموزش، گسترش آن در زمان بروز چالش، و روش انجام وظایف خانگی پس از ارزیابی.

درمان پذیرش و تعهد: مداخله بر اساس پروتکل درمانی‌هایز و همکاران (۲۰۰۴) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی و در طی دو ماه در کلینیک روانشناسی نویسنده اصلی تحقیق که مجوز فعالیت از سازمان نظام روانشناسی ایران را دارد، انجام شد. در هر جلسه، ابتدا اهداف مشخص می‌شد و سپس درمانگر به‌صورت گروهی محتوای جلسه را ارائه می‌کرد. تکنیک‌ها به شرکت‌کنندگان آموزش داده می‌شد و در طول جلسه، این تکنیک‌ها به کار گرفته می‌شد. در پایان هر جلسه، خلاصه‌ای از مباحث مطرح می‌شد و تکالیف خانگی برای جلسه بعدی توضیح داده می‌شد. محتوای این جلسات در جدول ۲ نمایش داده شده است.

جدول ۲. محتوای جلسات درمان پذیرش و تعهد (هایز، ۲۰۱۰)

جلسه	اهداف جلسه
اول	معرفی و آشنایی. رعایت اصل محرمانگی. تشریح موضوع تحقیق و اهداف آن، ارائه محتوای آموزشی، و برگزاری پیش‌آزمون.
دوم	ایجاد امید و انتظار برای بهبودی، و تأکید بر اصل پذیرش.
سوم	پذیرش بدون قضاوت از افکار و احساسات، آگاهی از هیجانات و تمایز آن‌ها با افکار و احساسات.
چهارم	تکنیک ذهن‌آگاهی و تمرکز بر تنفس، در لحظه بودن و توقف فکر، اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار.
پنجم	تفاوت بین پذیرش و تسلیم، آنچه نمی‌توانیم تغییر دهیم را بپذیریم، موضوع قضاوت، آموزش ذهن‌آگاهی.
ششم	اصل تعهد شامل آموزش نحوه عمل به این تعهد، تمرکز انتخابی، تمرین مجدد آگاهی ذهنی و همچنین ارزیابی وضعیت بدن است.
هفتم	شناسایی الگوهای رفتاری مرتبط با مسائل مورد تأیید و ایجاد انگیزه برای پایبندی به آن‌ها.
هشتم	خلاصه‌سازی اطلاعات: دریافت تعهد از اعضا برای انجام وظایف پس از اتمام دوره و ارائه نظرات به اعضای گروه. برگزاری آزمون پایانی.

یافته ها

در پژوهش حاضر، ۴۵ نفر در سه گروه ۱۵ نفری شرکت کردند. در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۹ مرد (۶۰ درصد) و ۶ زن (۴۰ درصد) حضور داشتند. در گروه درمان طرحواره‌ای نیز ۹ مرد (۶۰ درصد) و ۶ زن (۴۰ درصد) از شرکت‌کنندگان بودند. در گروه کنترل، ۷ مرد (۴۶/۷ درصد) و ۸ زن (۵۳/۳ درصد) شرکت کردند. میانگین سنی و انحراف استاندارد افراد به ترتیب در گروه درمان طرحواره‌ای ۲۹/۱۳ و ۴/۱۱، در گروه درمان پذیرش و تعهد ۳۱/۱۴ و ۳/۶۴ و در گروه کنترل ۳۲/۵۱ و ۳/۶۲ بود. همچنین، مدت زمان ابتلا به اختلال افسردگی اساسی به ماه برای گروه درمان طرحواره‌ای با میانگین ۱۱/۱۲ و انحراف استاندارد ۳/۵۱، برای گروه پذیرش و تعهد با میانگین ۱۵/۱۱ و انحراف استاندارد ۱۴/۱۶ و برای گروه کنترل با میانگین ۱۷/۱۹ و انحراف استاندارد ۵/۳۴ گزارش شد. در زمینه تحصیلات، تحقیقات نشان داد که در گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، بیشترین و کمترین تعداد افراد در مقاطع تحصیلی به ترتیب شامل ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) در مقطع راهنمایی و ۱ نفر (۷/۶ درصد) در مقطع دکتری بود. همچنین در گروه‌درمانی طرحواره هیجانی، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) در مقطع راهنمایی و ۱ نفر (۷/۶ درصد) در مقطع ابتدایی قرار داشتند. در گروه کنترل نیز ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) در مقطع راهنمایی

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-18]

و ۱ نفر (۷/۶ درصد) در مقطع دکتری حضور داشتند. در جدول ۳، میانگین و انحراف معیار مربوط به تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌ای برای گروه‌های پذیرش و تعهد، طرح‌واره درمانی و گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمایش داده شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای افسردگی و تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن به تفکیک گروه

متغیر	زیر مقایس	زمان	گروه					
			گروه پذیرش و تعهد		گروه طرح‌واره درمانی		کنترل	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تحمل پریشانی	تحمل پریشانی هیجان	پیش‌آزمون	۵/۴۷	۱/۱۸	۵/۲۷	۱/۴۳	۱۱/۴۷	۱/۵۵
		پس‌آزمون	۱۱/۶۷	۱/۲۳	۱۱/۱۳	۱/۸۸	۱۱/۸۰	۱/۴۲
	جذب هیجانات منفی	پیش‌آزمون	۵/۲۰	۱/۴۷	۴/۵۳	۰/۹۱	۱۲/۰۷	۱/۶۶
		پس‌آزمون	۱۱/۳۳	۲/۰۵	۱۱/۰۷	۱/۷۹	۱۲/۶۰	۱/۷۲
	ارزیابی	پیش‌آزمون	۱۰/۳۳	۲/۰۹	۱۰/۷۳	۲/۲۱	۲۲/۱۳	۲/۲۹
		پس‌آزمون	۲۲/۵۳	۲/۳۲	۲۴/۷	۱/۸۷	۲۱/۴۰	۲/۵۰
	تنظیم	پیش‌آزمون	۵/۱۳	۱/۱۸	۵/۰۷	۱/۱۰	۱۲/۴۰	۱/۵۴
		پس‌آزمون	۱۱/۹۳	۱/۳۳	۱۰/۳۳	۲/۰۹	۱۲/۸۷	۱/۶۸
	تحمل پریشانی (کل)	پیش‌آزمون	۲۶/۱۳	۳/۷۰	۲۵/۶۰	۳/۲۹	۵۸/۰۸	۳/۷۳
		پس‌آزمون	۵۷/۴۶	۳/۵۰	۵۷/۲۰	۳/۲۵	۵۸/۶۶	۳/۴۷
اجتناب تجربه‌ای	رفتاری	پیش‌آزمون	۴۴/۹۳	۲/۴۰	۴۵/۰۰	۲/۹۵	۴۱/۶۷	۳/۶۵
		پس‌آزمون	۱۸/۶۷	۲/۶۶	۱۹/۰۷	۲/۴۹	۴۳/۰۰	۳/۴۶
	ناسازگار	پیش‌آزمون	۵۳/۵۳	۳/۱۱	۵۲/۱۳	۳/۶۴	۵۱/۹۳	۳/۲۴
		پس‌آزمون	۲۲/۹۳	۲/۳۷	۲۲/۹۳	۲/۷۸	۵۱/۳۳	۳/۹۰
	تعویق	پیش‌آزمون	۲۳/۳۳	۲/۰۹	۲۴/۱۳	۲/۴۷	۲۳/۶۷	۱/۹۸
		پس‌آزمون	۹/۵۳	۱/۷۲	۱۰/۰۷	۱/۸۷	۲۴/۰۷	۲/۷۳
	حواس‌پرتی	پیش‌آزمون	۲۴/۲۰	۲/۷۵	۲۷/۵۳	۲/۳۵	۲۹/۴۰	۲/۳۸
		پس‌آزمون	۱۲/۴۷	۲/۲۰	۱۲/۱۳	۲/۱۳	۲۸/۰۰	۳/۲۲
	انکار / سرکوبی	پیش‌آزمون	۵۱/۲۷	۳/۹۳	۵۴/۱۳	۴/۱۷	۵۰/۸۰	۴/۰۰
		پس‌آزمون	۲۲/۶۷	۲/۳۵	۲۱/۵۳	۲/۱۰	۵۱/۶۰	۳/۷۳
	تحمل پریشانی اجتناب	پیش‌آزمون	۴۳/۶۰	۲/۶۱	۴۴/۰۷	۳/۵۳	۴۲/۵۳	۲/۸۲
		پس‌آزمون	۱۹/۷۳	۲/۸۱	۱۹/۰۷	۱/۹۰	۴۴/۵۳	۳/۷۷
	نمره کل	پیش‌آزمون	۲۴۰/۸۶	۹/۸۱	۲۴۷/۰۰	۱۱/۴۶	۲۴۰/۰۰	۱۰/۹۳
		پس‌آزمون	۱۰۶/۰۰	۹/۰۰	۱۰۴.۸۰	۸/۱۶	۲۴۲/۵۳	۱۰/۶۸

طبق اطلاعات ارائه شده در جدول ۳، پس از اجرای مداخله‌های درمانی هیجانی و مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه آزمایش، میانگین نمره کلی تحمل پریشانی و اجزای آن نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش یافته است. همچنین، در مرحله پس‌آزمون، میانگین نمرات مربوط اجتناب تجربه‌ای در این گروه کاهش قابل‌توجهی را نشان می‌دهد که به وضوح بیانگر اثر مثبت مداخله است. در مقابل، تغییرات مشابهی در گروه کنترل مشاهده نمی‌شود. قبل از انجام تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نرمال بودن داده‌های مربوط به تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌ای با استفاده از آزمون لوین تأیید گردید. نتایج آزمون باکس برای مؤلفه تحمل پریشانی (F برابر با ۱/۷۷۸ و P برابر با ۰/۰۱۸) و برای مؤلفه اجتناب تجربه‌ای (F برابر با ۱/۶۵۸ و P برابر با ۰/۰۱۷) به دست آمد که نشان‌دهنده تأیید فرضیه همگنی واریانس‌ها بود. یکی دیگر از فرضیات تحلیل کوواریانس، یکسانی شیب‌های رگرسیون نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. این فرضیه برای مؤلفه تحمل پریشانی (با F برابر ۰/۳۰ و P برابر ۰/۷۴۳) و همچنین برای مؤلفه اجتناب تجربه‌ای (با F برابر ۰/۲۱ و P برابر ۰/۵۸۲) محاسبه شد. از آنجا که سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ بود، فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون تأیید گردید؛ بنابراین، هیچ مشکلی برای اجرای

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-18]

تحلیل کوواریانس وجود نداشت و نتایج به‌دست‌آمده معتبر بودند (p <۰/۰۵). پیش از انجام تحلیل کوواریانس، شاخص‌های چندمتغیری توصیف شدند که جزئیات آن در جدول ۴ موجود است.

جدول ۴. شاخص‌های چندمتغیری پژوهش

منبع تغییر	نوع آزمون	مقدار	آماره F	df	خطای df	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
گروه	اثر پیلایی	۰/۹۰۶	۲۷/۴۶۱	۵	۴۰	<۰/۰۰۱	۰/۹۰۶	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۰۹۴	۲۷/۴۶۱	۵	۴۰	<۰/۰۰۱	۰/۹۰۶	۱
	اثر هتلینگ	۹/۶۹۲	۲۷/۴۶۱	۵	۴۰	<۰/۰۰۱	۰/۹۰۶	۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۹/۶۹۲	۲۷/۴۶۱	۵	۴۰	<۰/۰۰۱	۰/۹۰۶	۱

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود میان گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ پس‌آزمون مؤلفه‌های تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌ای با کنترل پیش‌آزمون، حداقل بین یکی از متغیرهای وابسته در سطح (P<۰/۰۰۱) تفاوت معناداری وجود دارد. ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد (۰/۹۰۶) درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله درمانی است در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و درمان پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌ای

	مؤلفه	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
تحمل پریشانی	تحمل پریشانی هیجان	پیش‌آزمون	۳/۷۳	۲	۱/۸۶	۰/۷۸	۰/۴۶۱	۰/۰۳
		گروه	۳۷۲/۴۰	۲	۱۸۶/۲۰	۹۴/۹۰	<۰/۰۰۱	۰/۸۱
		خطا	۹۹/۴۶	۴۲	۲/۳۶			
	جذب هیجانات منفی	پیش‌آزمون	۲۰/۱۳	۲	۱۰/۰۶	۲/۸۹	۰/۰۶۶	۰/۱۲
		گروه	۵۲۱/۷۳	۲	۲۶۰/۸۶	۱۳۵/۱۵	<۰/۰۰۱	۰/۸۶
		خطا	۱۴۵/۸۶	۴۲	۳/۴۷			
	ارزیابی	پیش‌آزمون	۸۲/۵۳	۲	۴۱/۲۶	۸/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۲۸
		گروه	۱۳۴۶/۸۰	۲	۶۷۳/۴۰	۱۳۸/۶۴	<۰/۰۰۱	۰/۸۶
		خطا	۲۱۲/۶۶	۴۲	۵/۰۶			
	تنظیم	پیش‌آزمون	۴۹/۲۴	۲	۲۴/۶۲	۸/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۲۸
		گروه	۵۳۲/۹۳	۲	۲۶۶/۴۶	۱۵۹/۲۷	<۰/۰۰۱	۰/۸۸
		خطا	۱۲۶/۰۰	۴۲	۳/۰۰		۰/۴۶۲	
	تحمل پریشانی (کل)	پیش‌آزمون	۱۸/۳۱	۲	۹/۱۵	۸//۷۸		۰/۰۳
		گروه	۱۰۳۷۰/۵۳	۲	۵۱۸۵/۲۶	۴۰۴/۵۹	<۰/۰۰۱	۰/ ۹۵
		خطا	۷۸۹/۴۶	۴۲	۱۱/۶۵			
	رفتاری	پیش‌آزمون	۴/۲۷	۲	۱/۸۵	۰/۶۵۶	<۰/۰۰۱	۰/۹۳۱
		گروه	۳۵۱/۵۴	۲	۲۵۴/۳۲	۲۷۶/۶۴۹	۰/۴۲۳	۰/۰۱۶
		خطا	۱۷۵/۳۶	۴۲	۲/۵۶			
اجتناب تجربه‌ای	ناسازگار	پیش‌آزمون	۲۳/۸۵	۲	۱۱/۱۷	۰/۷۷۴	<۰/۰۰۱	۰/۹۵۳
		گروه	۶۵۲/۵۳	۲	۲۶۸/۲۵	۴۱۶/۱۹۴	۰/۳۸۴	۰/۰۱۹
		خطا	۲۰۳/۶۵	۴۲	۲/۶۲			
	تعویق	پیش‌آزمون	۴۵/۵۸	۲	۳۹/۵۱	۰/۴۹۸	<۰/۰۰۱	۰/۹۲۲
		گروه	۱۰۳۶/۹۵	۲	۵۷۴/۳۲	۲۴۳/۶۵۹	۰/۴۸۴	۰/۰۱۲
		خطا	۴۲۳/۵۱	۴۲	۴/۱۲			
	حواس‌پرتی	پیش‌آزمون	۶۱/۰۸	۲	۲۳/۵۲	۰/۲۶۰	<۰/۰۰۱	۰/۸۷۲

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-18]

	گروه	۷۱۳/۶۲	۲	۲۳۱/۵۲	۱۴۰/۰۴۵	۰/۶۱۳	۰/۰۰۶
	خطا	۳۲۴/۶۲	۴۲	۴/۰۰			
انکار / سرکوبی	پیش‌آزمون	۲۵/۳۹	۲	۸/۵۲	۰/۰۴۱	<۰/۰۰۱	۰/۹۶۱
	گروه	۱۳۴۲۶/۲۱	۲	۴۹۵۲/۳۸	۵۰۸/۷۸	۰/۸۴۱	۰/۰۰۱
	خطا	۶۲۵/۳۲	۴۲	۱۹/۳۲			
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	۴/۲۴	۲	۲/۳۹	۱/۰۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۹۴۶
اجتناب	گروه	۲۵۶/۳۹	۲	۲۲۵/۳۸	۳۵۷/۱۳	۰/۳۱۷	۰/۰۲۴
	خطا	۷۶/۶۴	۴۲	۶/۹۵			
نمره کل	پیش‌آزمون	۲۶/۵۲	۲	۲۴/۶۵	۴/۱۳۶	<۰/۰۰۱	۰/۹۸۲
اجتناب	گروه	۴۶۲/۵۲	۲	۲۴۵/۶۱	۱۱۳۹/۵۵۶	۰/۰۴۸	۰/۰۹۲
تجربه‌ای	خطا	۲۴۶/۶۲	۴۲	۴/۳۶			

همان‌طور که در جدول ۵ نشان داده شده است، آماره F برای مؤلفه‌های تحمل پریشانی شامل تحمل پریشانی هیجانی (۹۴/۹۰)، جذب هیجانات منفی (۱۳۵/۱۵)، ارزیابی (۱۳۸/۶۴)، تنظیم (۱۵۹/۲۷) و تحمل پریشانی کل (۴۰۴/۵۹) و همچنین برای مؤلفه‌های اجتناب تجربی شامل اجتناب رفتاری (۲۷۶/۶۴۹)، اجتناب ناسازگار (۴۱۶/۱۹۴)، تعویق (۲۴۳/۶۵۹)، حواس‌پرتی (۱۴۰/۰۴۵)، انکار/سرکوبی (۵۰۸/۷۸)، تحمل پریشانی اجتناب (۳۵۷/۱۳) و نمره کل اجتناب تجربی (۱۱۳۹/۵۵۶) در سطح معناداری P<۰/۰۰۱ و ۰/۰۵> معنادار است. این نتایج نشان می‌دهد که بین این مؤلفه‌ها در گروه کنترل و گروه‌های آزمایش در مرحله پس‌آزمون، پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین، مداخله طرحواره درمانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون تأثیر قابل‌توجهی بر افسردگی، تحمل پریشانی هیجانی، جذب هیجانات منفی، ارزیابی، تنظیم و تحمل پریشانی کل داشته است. همچنین، میزان تأثیر این عوامل بر اساس ستون مجذور ضریب اتا برای افسردگی، تحمل پریشانی هیجانی، جذب هیجانات منفی، ارزیابی، تنظیم و تحمل پریشانی کلی به ترتیب ۹۷ درصد، ۸۱ درصد، ۸۶ درصد، ۸۶ درصد، ۸۸ درصد و ۹۵ درصد گزارش شد. توان آزمون برای تمامی مؤلفه‌ها برابر با ۰/۹۹ بود .برای بررسی این فرض که کدام یک از مداخلات (طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد) تأثیر بیشتری، کمتری یا برابری بر شدت تحمل پریشانی و اجتناب تجربی دارند، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. نتیجه آزمون تعقیبی برای مقایسه نمره پس‌آزمون شدت تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌ای بین گروه‌ها

متغیرها	نوع مقایسه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	مقدار p
	طرحواره درمانی - گواه	۳۲/۳۴۵	۱/۳۴۰	<۰/۰۰۱
تحمل پریشانی	درمان پذیرش و تعهد - گواه	۳۱/۸۳۴	۱/۳۳۳	<۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد - طرحواره درمانی	۰/۵۱۱	۱/۳۲۰	<۰/۰۰۱
اجتناب تجربه‌ای	طرحواره درمانی - گواه	۱۳۹/۵۷	۳/۴۱	<۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد - گواه	۱۳۶/۷۶	۳/۲۹	<۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد - طرحواره درمانی	۲/۸۱	۳/۳۸	<۰/۰۰۱

یافته‌های جدول ۶ نشان می‌دهد که تأثیر هر دو مداخله، یعنی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد، بر نمره کل شدت تحمل پریشانی تأیید شده است (P<۰/۰۰۱). مقایسه این دو مداخله نشان داد که هیچ تفاوت معناداری بین آن‌ها وجود ندارد؛ به عبارت دیگر، هر دو مداخله به طور مشابه بر شدت تحمل پریشانی تأثیر می‌گذارند. همچنین، جدول ۶ نشان می‌دهد که تأثیر هر دو مداخله بر نمره کل اجتناب تجربی نیز تأیید شده است (P<۰/۰۰۱). مقایسه این مداخله‌ها نشان داد که طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند و به همین دلیل، هر دو مداخله به طور یکسان بر اجتناب تجربی تأثیر می‌گذارند.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-18]

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و درمان پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌ای در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی انجام شد. اولین یافته این تحقیق نشان داد که مداخله با استفاده از طرحواره درمانی هیجانی تأثیر مطلوبی بر تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌ای دارد. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های انجام شده توسط وفادار و همکاران (۱۴۰۰)، نظری و همکاران (۱۴۰۱)، قنواتی و همکاران (۱۴۰۳) و رضایی و همکاران (۱۳۹۴) همخوانی داشت. در تبیین این یافته، می‌توان بیان کرد که این درمان با هدف قرار دادن طرحواره‌های هیجانی ناسازگار، نظیر باورهایی مبنی بر اینکه احساسات من غیرقابل تحمل هستند یا باید از هرگونه ناراحتی فرار کرد، به بازسازی شناختی می‌انجامد (نظری و همکاران، ۱۴۰۳). این فرآیند به افراد کمک می‌کند تا هیجانات منفی را نه به عنوان تهدید، بلکه به عنوان پدیده‌های طبیعی و گذرا درک کنند و این تحول شناختی به طور مستقیم منجر به افزایش ظرفیت تحمل پریشانی می‌شود(وفادار و همکاران، ۱۴۰۰). علاوه بر این، این درمان با تضعیف باورهای اجتناب محور، مانند ترس از مواجهه با هیجانات به افراد می‌آموزد که به‌جای سرکوب یا فرار از هیجانات ناخوشایند، به طور سازنده با آن‌ها مواجه شوند(قنواتی و همکاران، ۱۴۰۳). این فرآیند به طور مؤثری چرخه معیوب اجتناب از تجربه را مختل می‌سازد(وفادار و همکاران، ۱۴۰۰). همچنین، به‌کارگیری تکنیک‌هایی نظیر تصویرسازی ذهنی و بازپروری هیجانی در این درمان، اعتماد به نفس افراد را در مدیریت هیجانات تقویت می‌کند. این امر نه تنها به افزایش تحمل پریشانی کمک می‌کند، بلکه تمایل به اجتناب از موقعیت‌های هیجان‌برانگیز را نیز کاهش می‌دهد(وفادار و همکاران، ۱۴۰۰). به این ترتیب، این درمان با اصلاح طرحواره‌های هیجانی ناسازگار و ایجاد تغییرات اساسی در پردازش شناختی هیجانات، به طور همزمان و یکپارچه، هم موجب افزایش تحمل پریشانی (از طریق کاهش ادراک تهدیدآمیز هیجانات) و هم منجر به کاهش اجتناب از تجربه (از طریق ترویج پذیرش فعالانه) می‌شود. این رویکرد جامع، دو مؤلفه مهم روان‌رنجوری، یعنی ناتوانی در تحمل پریشانی و تمایل به اجتناب را به طور همزمان هدف قرار داده و به بهبود وضعیت روانی افراد مبتلا به افسردگی اساسی کمک می‌کند.

یافته دوم نتایج این تحقیق نشان داد که مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر قابل‌توجهی بر تحمل پریشانی و اجتناب از تجربیات در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی دارد. این یافته با نتایج تحقیقات درتاج و همکاران (۱۴۰۰)، موسی‌پور (۱۴۰۱)، قاسمی طابق و همکاران (۱۴۰۱)، نظری و همکاران (۱۴۰۱) و رضاییان و همکاران (۱۴۰۰) همخوانی داشت. در تبیین این یافته، می‌توان بیان کرد که این درمان با تقویت آگاهی ذهنی و آموزش مشاهده بدون قضاوت، به افراد یاری می‌رساند تا هیجانات منفی و پریشانی را نه به عنوان تهدیدی که باید از آن دوری جست، بلکه به عنوان تجربی گذرا و قابل مدیریت بازتعریف نمایند(موسی‌پور، ۱۴۰۲). این بازتعریف شناختی-هیجانی، از یک سو تحمل پریشانی را با کاهش ادراک تهدیدآمیز بودن هیجانات افزایش می‌دهد و از سوی دیگر، اجتناب تجربی را با تضعیف چرخه معیوب سرکوب یا فرار از احساسات ناخوشایند کاهش می‌دهد (رضاییان و همکاران، ۱۴۰۰). دوم آنکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ترویج پذیرش فعالانه محدودیت‌های ذاتی زندگی و گسلش از الگوهای فکری ناکارآمد (قاسمی‌طابق و همکاران، ۱۴۰۱)، به افراد می‌آموزد که به‌جای مقاومت در برابر ناراحتی‌ها یا اجتناب از موقعیت‌های چالش‌برانگیز، با آنها به شیوه‌ای انعطاف‌پذیر مواجه شوند(موسی‌پور، ۱۴۰۲). این فرآیند نه تنها تحمل پریشانی را از طریق افزایش تاب‌آوری هیجانی تقویت می‌کند (درتایج و همکاران، ۱۴۰۰)، بلکه با شکستن چرخه اجتناب، درگیری سازنده با تجربیات را جایگزین رفتارهای اجتنابی می‌نماید(قاسمی طابق و همکاران، ۱۴۰۱). سوم آنکه تمرکز این درمان بر ارزش‌محوری و اقدام متعهدانه، به افراد کمک می‌کند تا حتی در حضور پریشانی، بر اساس ارزش‌های شخصی خود عمل کنند. این جهت‌دهی مجدد به رفتار، همزمان تحمل پریشانی را با کاهش تمرکز بر رنج و اجتناب تجربی را با جایگزینی اجتناب با اقدامات معنادار کاهش می‌دهد(موسی‌پور، ۱۴۰۲؛ رضاییان و همکاران، ۱۴۰۰). بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ایجاد تغییرات بنیادین در رابطه فرد با هیجاناتش، به‌صورت یکپارچه و هم‌زمان هر دو مؤلفه کلیدی اختلال افسردگی اساسی (یعنی تحمل پایین پریشانی و اجتناب تجربی) را هدف قرار می‌دهد و به بهبود روحیه افراد مبتلا به افسردگی اساسی کمک می‌کند.

یافته سوم نشان‌دهنده این بود که طرحواره درمانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه تحمل پریشانی به طور مؤثری عمل کرده‌اند. مقایسه این دو نوع درمان، مشخص شد که هیچ‌یک از آن‌ها نسبت به دیگری برتری ندارد. این نتایج با تحقیقات نظری و همکاران (۱۴۰۱) که به بررسی مقایسه اثربخشی این دو روش درمانی در تحمل پریشانی هیجانی، اختلال عملکرد جنسی و سرمایه روانشناختی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس پرداخته‌اند، همخوانی دارد و نشان می‌دهد که تفاوت قابل‌توجهی در اثربخشی آن‌ها بر تحمل پریشانی وجود ندارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت درمان‌های هیجانی مبتنی بر طرحواره و درمان پذیرش و تعهد، از جمله درمان‌های نسل سوم شناختی - رفتاری هستند که بر اهمیت تجربه واقعی هیجانات و پرهیز از اجتناب از آن‌ها تأکید دارند. اجتناب از احساسات که به عنوان یک واکنش طبیعی برای دوری از درد شناخته می‌شود. ممکن است در کوتاه‌مدت تسکین‌دهنده باشد، اما در بلندمدت به ایجاد درد و رنج منجر می‌شود و زندگی را

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-18]

از جذابیت می‌اندازد (وفادار و همکاران، ۱۴۰۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم تمرکز ندارد، بلکه بر تقویت انعطاف‌پذیری روانی تأکید می‌کند. هدف این درمان کمک به فرد برای تمرکز بر اهداف و ارزش‌های زندگی‌اش است (نظری و همکاران، ۱۴۰۱). درمانگر از فن‌هایی مانند استعاره، بازی و نقش‌آفرینی برای تسهیل یادگیری تجربی در مورد اجتناب از مشکلات و تغییر زندگی از طریق پذیرش و رویکردهای جدید استفاده می‌کند.

یافته‌های چهارم این تحقیق نشان داد که هر دو نوع درمان در کاهش اجتناب تجربی مؤثر بوده و هیچ‌یک از آن‌ها نسبت به دیگری برتری نداشتند. این نتایج با مطالعه وفادار و همکاران (۱۴۰۰) که به بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان طرحواره‌ای هیجانی بر سوگیری توجه، عدم تحمل بلاتکلیفی و اجتناب شناختی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر پرداخته‌اند، همخوانی دارد. آن‌ها نیز به این نتیجه رسیدند که در اثربخشی این دو روش درمانی بر سوگیری توجه، عدم تحمل بلاتکلیفی و اجتناب شناختی تفاوت معناداری وجود ندارد (وفادار و همکاران، ۱۴۰۰).

برای تبیین این نتایج، می‌توان بیان کرد که درمان‌های نسل سوم شناختی - رفتاری، از جمله طرحواره درمانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر روی روش‌های مدیریت غم و احساسات منفی مانند افسردگی تأکید ویژه‌ای دارند و در بسیاری از فن‌ها و اصول با یکدیگر همپوشانی دارند (وفادار و همکاران، ۱۴۰۰؛ نظری و همکاران، ۱۴۰۱).در طرحواره درمانی هیجانی، مشابه سایر درمان‌های نسل سوم، هدف این است که به مراجعان نحوه پذیرش احساسات ناخوشایند و منفی آموزش داده شود. این نوع درمان به افراد کمک می‌کند تا بتوانند به بازنگری هیجانات منفی خود بپردازند (سیستانی پور و همکاران، ۱۴۰۳؛ امانی و همکاران، ۱۴۰۳)

به طور کلی، نتایج تحقیق نشان داد که مداخله‌های طرحواره درمانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر قابل‌توجهی بر کاهش علائم افسردگی و افزایش تحمل پریشانی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی دارند. این روش‌ها به افراد کمک می‌کنند تا شدت علائم را کاهش دهند و احساسات منفی را به‌عنوان بخشی از تجربیات روزمره بپذیرند. همچنین، مقایسه اثربخشی این دو رویکرد نشان داد که تفاوت معناداری در تأثیرگذاری آن‌ها وجود ندارد.

محدودیت‌های مطالعه شامل عدم وجود مرحله پیگیری، عدم توازن در جنسیت، روش نمونه گیری دردسترس، عدم همسان‌سازی در تحصیلات و شغل، محدودیت سنی، عدم بررسی مدت زمان ابتلا به اختلال و غیبت برخی شرکت‌کنندگان در جلسات است. این مطالعه با چالش‌هایی مواجه است، از جمله اینکه هر دو مداخله توسط یک فرد انجام شده که ممکن است بر نتایج تأثیر بگذارد. پژوهش در کرمانشاه انجام شده و تعمیم آن به سایر محیط‌ها دشوار است. همچنین، شرکت‌کنندگان به زبان ترکی صحبت می‌کردند که می‌تواند محدودیتی برای تعمیم نتایج به دیگر قومیت‌ها ایجاد کند. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده، مداخله با استفاده از زبان‌ها و رویکردهای متنوع و توسط دو محقق با تخصص‌های مختلف انجام شود تا از بروز سوگیری‌ها جلوگیری گردد. در تحقیقات آینده باید به محدودیت‌ها توجه شده و دو نوع درمان بر روی گروه‌های سنی مختلف ارزیابی شوند. همچنین، با توجه به تأثیر مثبت درمان هیجانی و روش مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش علائم افسردگی و افزایش تاب‌آوری، این شیوه‌ها می‌توانند در جلسات مشاوره برای افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مورد استفاده قرار گیرند.

منابع

امانی، ا.، و قیطاسی، ج. (۱۴۰۳). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای تنظیم هیجان در نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۱۱(۵)، ۳۹–۶۷. https://doi.org/10.22067/tpccp.2024.77697.1316

باروتی، م.، چین آوه، م.، و ساعدی، س. (۱۴۰۲). مقایسه‌ی اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر انعطاف‌پذیری شناختی و افکار خود آیند منفی در بیماران دارای اختلال افسردگی اساسی: یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده در شهر تهران. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۳(۷)، ۴۵–۵۴. http://jdisabilstud.org/article-1-3068-fa.html

باقری، س.، کوچک انتظار، ر.، نیرومنش، ش.، و حسنی، ف. (۱۳۹۹). رابطه بین نشخوار فکری و اجتناب تجربه‌ای با افسردگی دوران بارداری. *روان پرستاری*، ۸(۶)، ۲۹–۳۶. http://ijpn.ir/article-1-1608-fa.html

درتاج، ا.، علی‌اکبری دهکردی، م.، ناصر مقدسی، ع.، و علی پور، ا. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی، ادراک درد و اینترلوکین ۱۲ در بیماران مبتلا به مولتی پل اسکلروزیس. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۵(۱)، ۴۹–۷۲. https://doi.org/10.52547/apsy.2021.216250.0

رضایی، م.، قدم پور، ع. ا.، رضایی، م.، و کاظمی، ر. (۱۳۹۴). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی (EST) بر اندیشناکی و شدت افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی. *روان‌شناسی بالینی*، ۷(۴)، ۴۵–۵۸. https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2217

رضاییان، ع.، آقا علی اکبری لیاه، ف.، امیرزاده، ف.، و ملک محمدی، ن. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و افسردگی دانش‌آموزان. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۸(۴)، ۹۴–۱۰۷. http://dx.doi.org/10.52547/jcmh.8.4.8

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-18]

ریحانی، س.، و آهوان، م. (۱۴۰۳). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر تنظیم هیجانات و کاهش رفتارهای پرخطر در نوجوانان. تحقیقات علوم رفتاری، ۲۲(۱)، ۱۳۷–۱۴۹. http://rbs.mui.ac.ir/article-1-1704-fa.html

سیستانی پور، ن.، اصغری ابراهیم آباد، م. ج.، و قنبری هاشم آبادی، ب. ع. (۱۴۰۳). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر متعادل‌سازی صفت تاریک شخصیت، افزایش شکفتگی و انعطاف‌پذیری شناختی زنان سرپرست خانواده. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۴(۵۳)، ۱–۱۸. https://doi.org/10.22054/jcps.2024.17013

طاهری داغیان، ع.، قاسمی مطلق، م.، و مهدیان، ح. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک و درمان فراشناختی بر کاهش میزان افسردگی و نشخوار فکری بیماران افسرده. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۳(۶)، ۲۱۸۶–۲۱۹۶. https://doi.org/10.22038/mjms.2021.18374

قاسم خانلو، آ.، عطادخت، ا.، و صبری، و. (۱۴۰۱). تأثیر طرحواره درمانی هیجانی بر شدت افسردگی و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۱۴(۱)، ۳۸–۴۴. http://dx.doi.org/10.52547/nkums.14.1.38

قاسمی طابق، ف.، بخشی پور رودسری، ا.، و فرنام، ع. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربه‌ای و افسردگی دانشجویان دختر دارای سندروم ترومای عشق. *روان‌شناسی بالینی*، ۱۴(۲)، ۵۱–۶۱. https://doi.org/10.22075/jcp.2022.24914.2294

قنواتی، م.، طالب‌زاده شوشتری، م.، صفرزاده، س.، باوی، س.، و بختیارپور، س. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان شناختی - تحلیلی و طرحواره درمانی هیجانی بر تنظیم شناختی هیجان و نگرانی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر. *پویایی روان‌شناختی در اختلال‌های خلقی*، ۳(۴)، ۱۱۴–۱۲۸. https://doi.org/10.61838/kman.pdmd.3.4.8

مرادی، ا.، برقی ایرانی، ز.، بگیان کوله مرز، م. ج.، کریمی نژاد، ک.، و ضابط، م. (۱۳۹۶). تعیین ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه چند بعدی اجتناب تجربی(MEAQ) . *شناخت اجتماعی*، ۶(۲)، ۵۷–۸۲. https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.23223782.1396.6.2.4.3

موسی‌پور، م. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی، نشخوار فکری و اجتناب تجربی در نوجوانان مبتلا به افسردگی. *نشریه علمی روان‌شناسی اجتماعی*، ۱۱(۶۷)، ۷۷–۹۲. https://dorl.net/dor/20.1001.1.23455098.1402.11.67.5.3

نظری، ع.، ساعدی، س.، و عبدی، م. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی هیجانی، کژکاری عملکرد جنسی و سرمایه روان‌شناختی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. *خانواده درمانی کاربردی*، ۳(۱)، ۴۶۱–۴۸۵. https://doi.org/10.22038/mjms.2022.64327.3781

وفادار، ا.، میرزمانی بافقی، س.، و جعفری روشن، م. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی هیجانی بر سوگیری توجه، عدم تحمل بلاتکلیفی و اجتناب شناختی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۱(۱)، ۱۶۴–۱۹۴. http://jdisabilstud.org/article-1-2176-fa.html

Aguirre, P., Michelini, Y., Bravo, A. J., Pautassi, R. M., & Pilatti, A. (2024). Association between personality traits and symptoms of depression and anxiety via emotional regulation and distress tolerance. *PLOS ONE*, 19(7), e0306146. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0306146

Alsubaie, M. S. (2024). Emotional schema therapy for adults diagnosed with mental health problems: A systematic review. *International Journal of Cognitive Therapy*, 17(4), 991–1007. https://doi.org/10.1007/s41811-024-00229-w

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory–II. Psychological Corporation.https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/t00742-000

Cao, Y., Liu, Q., Yu, Q., Fan, J., Wang, X., Yao, R., & Zhu, X. (2024). Depression mediates the relationship of experiential avoidance and internet addiction: A cross-lagged mediation analysis. *Current Psychology*, 43(4), 3727–3737. https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s12144-023-04511-6

Cui, L., Li, S., Wang, S., Wu, X., Liu, Y., Yu, W., ... & Li, B. (2024). Major depressive disorder: Hypothesis, mechanism, prevention, and treatment. *Signal Transduction and Targeted Therapy*, 9(1), 30. https://doi.org/10.1038/s41392-024-01738-y

Fawson, S., Moon, Z., Novogrudsky, K., Moxham, F., Forster, K., Tribe, I., ... & Hughes, L. D. (2024). Acceptance and commitment therapy processes and their association with distress in cancer: A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 18(3), 456–477. https://doi.org/10.1080/17437199.2023.2261518

Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., Suzuki, N., & Watson, D. (2014). The brief experiential avoidance questionnaire: Development and initial validation. *Psychological Assessment*, 26(1), 35–45. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0034473

Kato, T. (2024). The mediating role of experiential avoidance in the relationship between rumination and depression. *Current Psychology*, 43(11), 10339–10345. https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s12144-023-05199-4

Labella, M. H., Klein, N. D., Yeboah, G., Bailey, C., Doane, A. N., Kaminer, D., ... & Cross-Cultural Addictions Study Team. (2024). Childhood bullying victimization, emotion regulation, rumination, distress tolerance, and depressive symptoms: A cross-national examination among young adults in seven countries. *Aggressive Behavior*, 50(1), e22111. https://doi.org/10.1002/ab.22111

Macri, J. A., & Rogge, R. D. (2024). Examining domains of psychological flexibility and inflexibility as treatment mechanisms in acceptance and commitment therapy: A comprehensive systematic and meta-analytic review. Clinical *Psychology Review*, 102432. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102432

Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83–102. https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s11031-005-7955-3

Zhong, J., Huang, X. J., Wang, X. M., & Xu, M. Z. (2023). The mediating effect of distress tolerance on the relationship between stressful life events and suicide risk in patients with major depressive disorder. *BMC Psychiatry*, 23(1), 118. https://doi.org/10.1186/s12888-023-04600-7

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-18]