رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۶، شماره پیاپی ۱۱۱، شهریور ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(6), 2025

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

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

محسن بیات
دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
سجاد بشرپور (نویسنده مسئول)
استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
سیف الله آقاجانی
دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
نیلوفر میکائیلی
استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

چکیده
هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و درمان پذیرش و تعهد بر شدت علائم افسردگی و تحمل پریشانی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش-آزمون_پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری تمامی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی شهر زنجان در سال ۱۴۰۲ بود. تعداد ۴۵ داوطلب به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه و به‌صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل فرم ۲ افسردگی بک (BDI-II) (۱۹۶۱) و مقیاس تحمل پریشانی (DTS) سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) بودند. گروه آزمایش اول ۹ جلسه طرحواره درمانی هیجانی و گروه آزمایش دوم ۸ جلسه درمان پذیرش و تعهد به‌صورت یک‌بار در هفته دریافت کردند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چند متغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد. نتایج نشان داد که با کنترل اثر پیش آزمون بین میانگین پس آزمون علائم افسردگی و تحمل پریشانی در سه گروه تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۵ وجود دارد (p<۰/۰۵). همچنین نتایج نشان می‌دهد بین مداخله‌ها در میزان تأثیر بر علائم افسردگی و تحمل پریشانی تفاوت معناداری وجود نداشت (p>۰/۰۵). از یافته‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت که هر دو مداخله می‌توانند در بهبود علائم افسردگی و تحمل پریشانی مؤثر باشند.

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

Mohsen Bayat
PhD Student in Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
Sajjad Beshrpour *
Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
basharpoor_sajjad@yahoo.com
Seifollah Aghajani
Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
Nilofar Mikaili
Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Abstract
The purpose of this study was to compare the effectiveness of emotional schema therapy and acceptance and commitment therapy on the severity of depression symptoms and distress tolerance in people with major depressive disorder. The research method was quasi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population was all patients with major depressive disorder in Zanjan city in 2023. A total of 45 volunteers entered the study by available sampling method and were randomly assigned to 2 experimental groups (15 people each) and a control group (15 people). Research instruments included Beck Depression Scale 2 (BDI-II) (1961) and Distress Tolerance Scale (DTS), Simmons and Gaher (2005). The first experimental group received 9 sessions of emotional schema therapy, and the second experimental group received 8 sessions of acceptance and commitment therapy once a week. For data analysis, multivariate covariance analysis and Bonferroni's post hoc test were used at a significance level of 0.05. The results showed that by controlling the pre-test effect, there is a significant difference between the post-test mean of depression symptoms and distress tolerance in the three groups at the level of 0.05 (p<0/05); Also, the results show that there was no significant difference between the interventions in the degree of influence on depression symptoms and distress tolerance (p<0/05). From the above findings, it can be concluded that both interventions can be effective in improving depression symptoms and distress tolerance.

Keywords: *Distress Tolerance, Major Depressive Disorder, Acceptance and Commitment Therapy, Emotional Schema Therapy.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : شهریور ۱۴۰۳** **پذیرش: مهر ۱۴۰۳** **ویرایش نهایی: شهریور ۱۴۰۴**

مقدمه

اختلال افسردگی اساسی[1] یک اختلال روان‌پزشکی شایع و ناتوان کننده است (گارویت[2] و همکاران، ۲۰۲۴) که اساسی ۱۲ درصد از بزرگ‌سالان را در سراسر دنیا تحت تأثیر قرار می‌دهد (باروتی و همکاران، ۱۴۰۲.، هاسین و همکاران، ۲۰۱۸). این اختلال با نشانه‌هایی نظیر خلق و خوی افسرده، کاهش یا افزایش اشتها و وزن، اختلال در خواب (بی‌خوابی یا پرخوابی)، افزایش یا کاهش فعالیت‌های حرکتی، کمبود انرژی، احساس بی‌ارزشی یا گناه بی‌دلیل، ضعف در تمرکز و مشکلات در تصمیم‌گیری و افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی همراه است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[3]، ۲۰۱۳) شناخته می‌شود که این نشان از وجود مشکل در تحمل پریشانی[4] این افراد است. افراد مبتلا به افسردگی معمولاً آستانه تحمل پایینی دارند و این امر مانع از مواجهه مؤثر آن‌ها با مشکلات هیجانی می‌شود.، به‌عبارت دیگر، آن‌ها در مدیریت پریشانی دچار مشکل هستند که این موضوع یکی از عوامل مهم در بیماری آن‌ها محسوب می‌شود (رضائیان و همکاران، ۱۴۰۰).

تحمل پریشانی به‌عنوان یک سازه فراتشخیصی تعریف می‌شود که به توانایی افراد در تحلیل و مقابله با حالات هیجانی منفی اشاره دارد (لی[5] و همکاران، ۲۰۲۳.، موسی‌پور، ۱۴۰۰.، نظری همکاران، ۱۴۰۱). تحمل پریشانی دارای چهار بعد است: توانایی تحمل، بازنگری و قابلیت پذیرش حالات هیجانی مختلف، روش‌های تنظیم هیجانات و میزان توجه فرد به هیجان‌های منفی و تأثیر آن‌ها بر عملکرد (تفنگچی و همکاران، ۱۴۰۰). کاهش تحمل پریشانی با طیف وسیعی از مشکلات عاطفی، هیجانی، رفتاری و اجتماعی مرتبط است (موسی‌پور، ۱۴۰۰.، نظری و همکاران، ۱۴۰۱) دشواری در تحمل پریشانی از هیجانات ممکن است به‌عنوان تشدید یا سرکوب بیش از حد احساسات شناخته شود (هسو و همکاران[6]، ۲۰۲۳) که به مشکلات عمیق افراد افسرده مربوط می‌شود.

به‌طور کلی می‌توان گفت درمان‌های متعددی می‌توانند تعیین‌کننده واکنش فرد نسبت به علائم افسردگی باشند که یکی از مهم‌ترین آن‌ها طرحواره درمانی هیجانی[7] است.، در واقع باورهای ناکارآمد و طرحواره‌های اولیه ناسازگار که در زمره عمیق‌ترین ساختارهای شناختی قرار می‌گیرند، می‌توانند بر کارآمدی رفتاری و هیجانی فرد تأثیرگذار باشند. طرحواره‌ها می‌توانند در هنگام رویارویی با محرک‌های جدید از ساختار قبلی خود استفاده کرده و اطلاعات کسب شده ر اسرند، رمزگردانی و ارزیابی کنند. از این جهت طرحواره‌ها می‌توانند بر نگرش افراد نسبت به خود و دنیای اطرافشان تأثیرگذار باشند (مختاری نژاد و همکاران، ۱۳۹۹). مدل طرحواره هیجانی بیان می‌کند که افراد در تفسیرها، ارزیابی‌ها و استراتژی‌های خود در مورد تجربه عاطفی متفاوت هستند (عرفان و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین می‌توان طرحواره‌های هیجانی را، تفسیر هیجانات و استفاده از راهبردهای مقابله موجود با آن، تعریف کرد (رضایی و همکاران، ۱۳۹۵). موارد مهم که مربوط به استراتژی‌های مشکل‌ساز تنظیم و تجربه هیجان (فاصله گرفتن از هیجان‌ها) هستند، شناسایی می‌شوند. مداخلات خاص برای چندین مورد از این استراتژی‌ها شناسایی می‌شوند و نمونه‌هایی از اجرا شرح داده می‌شوند (کلانتریان و همکاران، ۲۰۲۳). از مزایای این روش درمانی می‌توان به رویکرد یکپارچه و ارزش اختصاصی آن که مورد هدف قرار دادن راهبردهای ناسازگار و مفهوم سازی افراد در برابر هیجانات آن‌ها به شکل مستقیم، اشاره کرد (رضایی و همکاران، ۱۳۹۵). طرحواره درمانی هیجانی در پی آن است تا با شناخت انواع هیجان‌ها، به افتراق آن‌ها بپردازد، تجارب هیجانی را هنجار سازی کند، میان هیجانات و نیازهای شخصی و ارتباطات بین فردی ارتباط به وجود آورد، باورهای دردسرساز را بشناسد، طرحواره‌هایی ایجاد کند که بیمار جهت قضاوت، تفسیر، تغییر و کنترل هیجانات از آن‌ها استفاده کند.، همچنین این روش درمانی از طریق گردآوری اطلاعات به دنبال ارائه راهبردهای جدید نسبت به تجارب هیجانی است (رضایی و همکاران، ۱۳۹۵).

علاوه‌بر طرحواره درمانی هیجانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[8] نیز بر نشانه‌های افراد افسرده (سنابریا-ما زو[9] و همکاران، ۲۰۲۳) و تحمل پریشانی افراد افسرده مؤثر است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شیوه نوینی از رفتاردرمانی است که بر پایه نظریه چهارچوب رابطه‌ای، شکل گرفته است (مختاری نژاد و همکاران، ۱۳۹۹). این رویکرد به دنبال تجربه رویدادهای درونی و پذیرش آن‌ها است.، در واقع این درمان افکار و هیجانات درونی را آزاردهنده جلوه داده و سعی می‌کند تجارب درونی را تغییر دهد یا رها کند. همچنین می‌توان گفت

1 Major depressive disorder
2 Garrivet
3 American Psychiatric Association
4 Emotion Regulation
5 Li
6 Hsu
7 Emotional schema therapy(EST)
8 Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
9 Sanabria-Mazo

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پی انعطاف‌پذیری روانشناختی است و به این منظور از پذیرش، مهارت‌های خود مدیریتی و فرایندهای تغییر رفتار و تعهد استفاده می‌کند (قربانی و همکاران، ۱۴۰۰). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش می‌یابد (رضائیان و همکاران، ۱۴۰۰). این درمان شش فرایند اساسی دارد که انعطاف‌پذیری شناختی[1] و در نهایت زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش‌تر را موجب می‌شود. این شش فرایند شامل این موارد است: پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهد (درتاج و همکاران، ۱۴۰۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رویکرد تجربی را اتخاذ می‌کند که در آن از مراجعان دعوت می‌شود پذیرش را امتحان کنند تا متوجه تغییرات در تجربه و دید خود شوند (رایت[2] و همکاران، ۲۰۲۳). یعنی با مواجهه و پذیرش هیجانات آستانه تحمل خود را بالا ببرند (پروس[3] و همکاران، ۲۰۲۴). این روش درمانی می‌تواند دامنه وسیعی از مشکلات روانشناختی را بهبود بخشد، از جمله کاربردهای این روش درمانی می‌توان به رفع مشکلات اضطراب، دردهای مزمن، افسردگی والدین دارای فرزند ناتوان و افسردگی اشاره کرد (قمیان و شعیری، ۱۳۹۶).

با توجه به اینکه تحقیقات بسیار محدودی در زمینه مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت علائم افسردگی و تحمل پریشانی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی انجام شده و در دسترس است، انجام پژوهش در این زمینه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. همچنین ضرورت دیگر این تحقیق این است که در صورت تأیید آثار روش‌های درمانی مذکور پس از انجام بررسی‌های لازم، راهکارهای مناسبی برای متخصصان فراهم خواهد شد تا بتوانند بیماران را به نحو بهتری درمان کنند. بنابراین هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی و درمان پذیرش و تعهد بر شدت علائم افسردگی و تحمل پریشانی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را تمام بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی که به مراکز روان‌شناختی و روانشناسی (شامل مطب‌های روان‌پزشکان، کلینیک‌های روان‌شناسان، بیمارستان‌های اعصاب و روان و مراجع بهزیستی) شهر زنجان در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ مراجعه کرده بودند، تشکیل داد. برای انتخاب نمونه، جهت اخذ مجوزهای لازم برای اجرای مداخله ابتدا با مسئولان مراکز درمانی خصوصی و دولتی (بیمارستان‌های اعصاب و روان و بهزیستی) روانشناسی، هماهنگی‌های لازم انجام شد. سپس بیمارانی که بر اساس نظر روان‌پزشک و روان‌شناس مرکز، تشخیص اختلال افسردگی اساسی را دریافت کرده بودند، به محقق و درمانگر این پژوهش معرفی شدند تا در صورت تمایل در تحقیق شرکت کنند. از میان این افراد تعداد ۴۵ نفر واجد شرایط به روش در دسترس انتخاب شده و به‌صورت تصادفی ساده در سه گروه ۱۵ نفری شامل ۲ گروه آزمایش و ۱ گروه گواه قرار گرفتند. در نهایت، بر روی یکی از گروه‌های آزمایش مداخلات طرح‌واره درمانی هیجانی نه جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار به مدت دو ماه بر اساس بسته درمانی لیهی (۲۰۱۶) که محتوای آن در جدول ۱ آمده و بر روی یک گروه درمان پذیرش و تعهد در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار به مدت دو ماه بر اساس بسته درمانی هایز[4] و همکاران (۲۰۰۴) که محتوای آن در جدول ۲ آمده، به شکل جداگانه انجام شد، درحالی‌که گروه گواه مداخلات درمانی را دریافت نکرد.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان، عدم دریافت سایر مداخلات روانشناختی، عدم ابتلا به هرگونه اختلال روان‌پریشی، عدم ابتلا به سوء مصرف مواد، عدم شرکت در مداخله درمانی در ۲ سال گذشته، دریافت تشخیص افسردگی اساسی از طرف روانپزشک، روانشناسان و اخذ نمره ۲۹ و بالاتر در سیاهه ۲ افسردگی بک، حداقل سواد کلاس نهم و تمایل به حضور فیزیکی در مکان مورد نظر که مداخله انجام می‌گرفت. ملاک‌های خروج نیز شامل آشفتگی‌های شدید که ارتباط با بیمار را مقدور نسازد، غیبت بیش از دو جلسه، دریافت درمان دارویی که در نتایج مداخله مؤثر واقعشود یا هر نوع روان‌درمانی به‌طور همزمان، عدم تمایل به ادامه درمان و در صورت نیاز ارجاع به بستری بود. جهت رعایت مسائل اخلاقی به کلیه شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده به‌صورت محرمانه و بی‌نام مورد استفاده قرار می‌گیرد همچنین علاوه بر رضایت آگاهانه یکی دیگر از ملاحظات اخلاقی در این

1 Cognitive flexibility
2 Wright
3 Prowse
4 Hayes

پژوهش، ارائه امکان دریافت هر یک از مداخلات به گروه گواه به صورت رایگان بود.. بر اساس معیارهای تدوین شده اطلاعاتی درباره هدف، مراحل اجرا، طرح آزمایشی، نوع مداخله و سودمندی بالقوه پژوهش برای شرکت‌کنندگان مطرح شد. در نهایت داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره در سطح معناداری ۰/۰۵ و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار سنجش

سیاهه ۲ افسردگی بک[1] (BDI-II): این سیاهه، در سال ۱۹۹۶ توسط بک و همکاران ساخته شد و شامل ۲۱ سؤال ۴ گزینه‌ای است که از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود (۰=هرگز، ۱=گاهی، ۲= اغلب اوقات و ۳=همیشه). نمره‌گذاری و تعیین شدت افسردگی در این پرسشنامه در ۶ بخش انجام می‌شود: ۱. نمره صفر تا ۴: انکار افسردگی یا ارائه تصویر خوب از خود ۲. نمره ۵ تا ۹: فقدان افسردگی تا افسردگی کم ۳. نمره ۱۰ تا ۱۸: افسردگی خفیف تا متوسط ۴. نمره ۱۹ تا ۲۹: متوسط به بالا تا افسردگی شدید ۵. نمره ۳۰ تا ۳۹: افسردگی خیلی شدید ۶. نمره ۴۰ و بالاتر: اغراق در افسردگی یا افسردگی بسیار خطرناک. بک و همکاران ضریب همسانی درونی را در بازه ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ و پایایی باز آزمایی را در فاصله یک‌هفته‌ای ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. همچنین روایی همگرای این مقیاس با مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون[2]، همبستگی ۰/۷۱ را به دست آورد (بک و استیر[3]، ۱۹۹۶). پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ در نمونه ایرانی برابر با ۰/۹۱ به دست آمده است. علاوه بر این، روایی همگرای این پرسشنامه با محاسبه ضریب همبستگی بین فرم‌های بلند و کوتاه پرسشنامه افسردگی بک، ۰/۶۷ گزارش شده است (طاهری داغیان و همکاران، ۱۳۹۹). در پژوهش حاضر، پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابربا ۰/۸۲ بود.

مقیاس تحمل پریشانی[4] (DTS): این مقیاس، یک ابزار خودسنجی ۱۵ سوالی برای ارزیابی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونزو گاهر[5] در سال ۲۰۰۵ طراحی شده و به چهار خرده مقیاس تحمل (گزینه‌های ۱، ۳ و ۵)، جذب (گزینه‌های ۲، ۴ و ۱۵)، تنظیم (گزینه‌های ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲) و ارزیابی (گزینه‌های ۸، ۱۳ و ۱۴) تقسیم می‌شود. نمره‌گذاری گزینه‌های‌این مقیاس بر اساس مقیاس لیکرت انجاممی‌شود.، به‌طوری که نمره یک نشان‌دهنده توافق کامل با گزینه مورد نظر و نمره پنج نشان‌دهنده عدم توافق کامل است. ضرایب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای این خرده مقیاس‌ها برای تحمل ۰/۷۲، جذب ۰/۸۲، تنظیم ۰/۷۸ و ارزیابی ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارششده است. همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت شش ماه ۰/۶۱ بوده است. همچنین روایی همگرای این ابزار با مقیاس پریشانی عاطفی[6] ۰/۵۹ گزارش شده است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). در ایران تفنگچیو همکاران (۱۴۰۰) تحقیقی با عنوان ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس چندبعدی تحمل پریشانی در میان زنان مبتلا به سردردهای تنشی انجام دادند و نتایج نشان داد که آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی کلی مقیاس به ترتیب ۰/۹۶ و ۰/۹۰ بود. همچنین روایی همگرای برای مولفه‌های درونی برابر با ۰/۵۹ بود که نشان‌دهنده روایی همگرای مناسب این مقیاس بود. در پژوهش حاضر، پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ بود.

طرحواره درمانی هیجانی: مداخله بر اساس بسته درمانی لیهی (۲۰۱۶) طراحی شده بود و شامل نه جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود. این جلسات به‌صورت هفتگی و در مدت دو ماه در کلینیک روانشناسی نویسنده اول پژوهش که دارای مجوز از سازمان نظام روانشناسی ایران است، برگزار شد. در هر جلسه، ابتدا اهداف جلسه مطرح می‌شد و سپس درمانگر به صورت گروهی محتوای جلسه را توضیح می‌داد. تکنیک‌ها نیز به شرکت‌کنندگان آموزش داده می‌شد و در طول جلسه، این تکنیک‌ها به کار گرفته می‌شد. در پایان جلسه، جمع‌بندی صورت می‌گرفت و تکالیف خانگی برای جلسه بعدی توضیح داده می‌شد. جزئیات محتوای این جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

1 Beck Depression Inventory 2 (BDI-II)
2 Hamilton
3 Beck & Steer
4 Distress Tolerance Scale (DTS)
5 Simmons and Gaher distress tolerance scale
6 Emotional distress scale

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

جلسه	اهداف جلسه
اول	آشنایی و معارفه. اصل رازداری.، بیان موضوع پژوهش و اهداف آن، شناسایی طرح‌واره‌های هیجانی دردسرساز، ارائه نظریه‌ای درباره هیجان، الگویی از هیجان به فرد، توجه آگاهی انفصالی، اجرای پیش‌آزمون
دوم	بررسی مقاومت در برابر اعتبار یابی و مفهوم آن. شناسایی خاستگاه‌های مختلف طرح‌واره‌های هیجانی اعتبارزدایی، شناسایی پاسخ‌های مشکل‌زا به اعتبارزدایی، ابداع راهبردهای انطباقی برای سازش با اعتبارزدایی، ابداع راهبردهای انطباقی برای سازش با اعتبارزدایی.
سوم	برچسب‌زنی و افتراق هیجان‌ها از یکدیگر، هنجارسازی تجربه هیجانی، افزایش تحمل احساسات مختلف، استعاره انسان کامل.
چهارم	افزایش قدرت پذیرش احساسات، استعاره مهمان، آموزش گذرا بودن هیجان، تمایز میان هیجان و اقدام، تجربه‌کردن هیجان به‌صورت موج، آزمایش رفتاری پیش‌بینی عاطفی.
پنجم	افزایش قدرت پذیرش احساسات، اقدام متضاد و همجوشی زدایی، اتخاذ موضعی به دور از قضاوت برای هیجان، انجام آزمایش رفتاری به منظور آزمودن باورهای هیجانی غلط، تمرین نامه‌نگاری دلسوزانه.
ششم	تقویت آگاهی هیجانی، القای هیجان، فضاسازی هیجانی، بررسی هیجان به‌عنوان هدف، تکلیف.
هفتم	بالا رفتن از نردبان مفاهیم برتر، نقص کامیابی، شناسایی افکار خودآیند، تمایز افکار از احساسات، فن پیکان روبه پایین، فاجعه زدایی.
هشتم	فن وکیل مدافع، بررسی شواهد افکار منفی، بررسی معایب و مزایای افکار منفی، فن درجه‌بندی میزان هیجان و میزان باور به یک فکر.
نهم	روند خلاصه مطالب و آموزشتعمیم آن به هنگام مشکل، نحوه انجام تکالیف خانگی پس‌آزمون

درمان پذیرشو تعهد: مداخله بر اساس بسته درمانی‌هایز و همکاران (۲۰۰۴) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به‌صورت هفتگی به مدت دو ماه در کلینیک روانشناسی نویسنده اول پژوهش که دارای مجوز از سازمان نظام روانشناسی ایران می‌باشد اجرا گردید. در هر جلسه، ابتدا اهداف جلسه مطرح می‌شد و سپس درمانگر به صورت گروهی محتوای جلسه را توضیح می‌داد. تکنیک‌ها نیز به شرکت‌کنندگان آموزش داده می‌شد و در طول جلسه، این تکنیک‌ها به کار گرفته می‌شد. در پایان جلسه، جمع‌بندی صورتمی‌گرفت و تکالیف خانگی برای جلسه بعدی توضیح داده می‌شد. محتوای این جلسات در جدول ۲ ارائه شده است.

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

جلسه	اهداف جلسه
اول	آشنایی و معارفه. اصل رازداری.، بیان موضوع پژوهش و اهداف آن، ارائه مطالب آموزش، اجرای پیش‌آزمون
دوم	ایجاد امید و انتظار درمان.، بیان اصل پذیرش.
سوم	پذیرش بدون قضاوت افکار و احساسات.، شناخت هیجانات و تفاوت آن‌ها با افکار و احساسات.
چهارم	تکنیک ذهن آگاهی 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 ذهن آگاهی.
ششم	اصل تعهد، آموزش تعهد به عمل، توجه انتخابی، تمرین مجدد ذهن آگاهی به همراه بررسی بدن.
هفتم	شناسایی طرح‌های رفتاری در خصوص امور پذیرفته شده و ایجاد تعهد برای عمل به آنها.
هشتم	جمع‌بندی مطالب.، اخذ تعهد از اعضا برای انجام تکالیف پس از پایان دوره و ارائه بازخورد به اعضای گروه. اجرای پس‌آزمون

یافته ها

در پژوهش حاضر تعداد ۴۵ شرکت‌کننده در سه گروه ۱۵ نفره مشارکت داشتند. در گروه درمان پذیرش و تعهد تعداد ۹ مرد (۶۰ درصد) و ۶ زن (۴۰ درصد)، در گروه طرح‌واره درمانی نیز تعداد ۹ مرد (۶۰ درصد) و ۶ زن (۴۰ درصد) از نمونه پژوهش و در گروه گواه

نیز تعداد ۷ مرد (۴۶/۷ درصد) و ۸ زن (۵۳/۳ درصد) از نمونه پژوهش مشارکت داشتند. میانگین و انحراف استاندارد سنی افراد به ترتیب در گروه طرحواره درمانی هیجانی ۲۹/۱۳ و ۴/۱۱، در گروه درمان مبتنی بر 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 طرحواره درمانی هیجانی با میانگین ۱۱/۱۲ و انحراف استاندارد ۳/۵۱ برای گروه مبتنی بر پذیرش وتعهد با میانگین ۱۵/۱۱ و انحراف استاندارد ۱۴/۱۶ و برای گروه کنترل با میانگین ۱۷/۱۹ و انحراف استاندارد ۵/۳۴ بود. در حوزه تحصیلات، بررسی‌ها نشان داد که در گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، بیشترین و کمترین فراوانی 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 گروه طرحواره درمانی 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 و ۱ نفر (۷.۶ درصد) در مقطع دکتری بودند.

در جدول ۳ میانگین و انحرف معیار تحمل پریشانی و افسردگی برای گروه پذیرش و تعهد، گروه طرحواره درمانی و گروه کنترل در مرحله زمانی پیش آزمون و پس آزمون ارائه شده است.

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

متغیر	زیر مقایس	زمان	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	۲۴.۶۷	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
افسردگی	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
	علائم افسردگی	پیش‌آزمون	۶۹.۷۳	۴.۶۲	۷۰.۵۳	۴.۹۲	۶۹.۵۳	۵.۹۶
		پس‌آزمون	۳۶.۴۷	۲.۷۲	۳۶.۰۷	۲.۷۸	۸۴.۴۰	۵.۲۰

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، در گروه آزمایش پس از انجام مداخله طرحواره درمانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، میانگین نمره کل تحمل پریشانی و مولفه‌های آن نسبت به مرحله پیش آزمون افزایش یافته است. در مرحله پس آزمون، میانگین نمرات شدت افسردگی در گروه آزمایش کاهش یافته است.، به این معنا که پس از مداخله، نمرات شدت افسردگی به‌طور واضحی کاهش یافته است. این تغییرات در گروه کنترل مشهود نیست. پیش از انجام تحلیل کوواریانس چند متغیری، نرمال بودن داده‌های مربوط به تحمل پریشانی و شدت افسردگی با استفاده از آزمون لوین تأیید شد. نتایج آزمون باکس برای مؤلفه تحمل پریشانی (F برابر با ۱/۷۷۸ و P برابر با ۰/۰۱۸) و برای مؤلفه افسردگی (F برابر با ۱/۵۴۴ و P برابر با ۰/۰۱۴) به دست آمد حاکی از برقراری فرضیه همگنی واریانس‌ها بود. فرضیه دیگر تحلیل کوواریانس، همگنی شیب رگرسیون نمرات پیش آزمون و پس آزمون است که برای مؤلفه تحمل پریشانی (F برابر با ۰/۳۰ و P برابر با ۰/۷۴۳) و برای مؤلفه افسردگی (F برابر با ۰/۲۶۰ و P برابر با ۰/۷۷۳) به دست آمد. با توجه به این که سطح معناداری بالاتر از ۰/۰۵ است، فرضیه همگنی شیب رگرسیون تأیید می‌شود در نتیجه هیچ مشکلی برای انجام آزمون تحلیل کوواریانس وجود نداشت و نتایج به‌دست‌آمده قابل‌اعتماد بودند (p> ۰/۰۵). قبل از اجرای تحلیل کوواریانس شاخص‌های چند متغیری توصیف شدند که در جدول ۴ قابل مشاهده است.

جدول ۴. شاخص‌های چند متغیره پژوهش

نام آزمون	مقدار	F	df	خطای df	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
اثر پیلایی	۰/۸۷۴	۵۵/۳۸۵	۵	۴۰	<۰.۰۰۱	۰/۸۷۴	۱
اثر لامبدای ویلکز	۰/۱۲۶	۵۵/۳۸۵	۵	۴۰	<۰.۰۰۱	۰/۸۷۴	۱
اثر هتلینگ	۶/۹۲۳	۵۵/۳۸۵	۵	۴۰	<۰.۰۰۱	۰/۸۷۴	۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۶/۹۲۳	۵۵/۳۸۵	۵	۴۰	<۰.۰۰۱	۰/۸۷۴	۱

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود میان گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون مولفه‌های تحمل پریشانی و افسردگی با کنترل پیش آزمون، حداقل بین یکی از متغیرهای وابسته در سطح (۰.۰۰۱>) تفاوت معناداری وجود دارد. ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد (۰/۸۷۴) 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 (MANCOVA) برای بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و درمان پذیرش و تعهد بر مولفه‌های افسردگی و تحمل پریشانی

مؤلفه	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
افسردگی	پیش آزمون	۸/۴۰	۲	۴/۲۰	۰/۱۶	۰/۸۵۱	۰/۰۰
	گروه	۲۳۱۶۹/۳۷	۲	۱۱۵۸۴/۶۸	۸۲۱/۵۱	<۰.۰۰۱	۰/۹۷
	خطا	۱۰۹۲/۴۰	۴۲	۲۶/۰۱			
تحمل پریشانی هیجان	پیش آزمون	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	پیش آزمون	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	پیش آزمون	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	پیش آزمون	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)	پیش آزمون	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			

همانگونه که در جدول ۵ مشاهده می‌گردد آماره F برای مؤلفه‌های افسردگی (۸۲۱/۵۱)، تحمل پریشانی هیجان (۹۴/۹۰)، جذبه‌یجانات منفی (۱۳۵/۱۵)، ارزیابی(۱۳۸/۶۴)، تنظیم (۱۵۹/۲۷) و تحمل پریشانی کل (۴۰۴/۵۹) در سطح ۰/۰۵ > P=۰/۰۰۱ معنادار است که نشان می‌دهد میان این مولفه‌ها در گروه کنترل و گروه‌های آزمایش در مرحله پس آزمون پس از حذف تأثیر پیش آزمون، تفاوت معنادار به چشم می‌خورد و مداخله طرحواره درمانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پس آزمون تأثیر معناداری بر افسردگی، تحمل پریشانی هیجان، جذب هیجانات منفی، ارزیابی، تنظیم و تحمل پریشانی کل داشته است. همچنین میزان این تأثیر بنا به ستون مجذور ضریب اتا برای افسردگی، تحمل پریشانی هیجان، جذب هیجانات منفی، ارزیابی، تنظیم و تحمل پریشانی کل به ترتیب برابر با ۹۷ درصد، ۸۱ درصد، ۸۶ درصد، ۸۶ درصد، ۸۸ درصد و ۹۵ درصد بود و توان آزمون برای تمام مولفه‌ها برابر با ۰/۹۹ بود.

برای بررسی این فرض که کدام یک از مداخله‌ها (طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد) تأثیر بیشتری، کم‌تری یا برابری بر شدت علائم افسردگی و تحمیل پریشانی دارند، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج این آزمون در جدول ۶ نمایش داده شده است.

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

متغیرها	نوع مقایسه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	مقدار p
شدت	طرحواره درمانی - گواه	۴۸/۳۱	۱/۳۹	<۰.۰۰۱
علائم	درمان پذیرش و تعهد - گواه	۴۷/۹۲	۱/۳۸	<۰.۰۰۱
افسردگی	درمان پذیرش و تعهد – طرحواره درمانی	۰/۳۸	۱/۳۹	۱/۰۰
	طرحواره درمانی - گواه	۳۲.۳۴۵	۱.۳۴۰	<۰.۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد - گواه	۳۱.۸۳۴	۱.۳۳۳	<۰.۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد – طرحواره درمانی	۰.۵۱۱	۱.۳۲۰	۱/۰۰

یافته‌های جدول ۶ نشان داد تأثیر هر دو مداخله طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر نمره کل شدت علائم افسردگی تأیید شد (p <۰/۰۰۱). مقایسه مداخله‌ها نشان داد که طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند.، به عبارت دیگر این دو مداخله به‌طور یکسان بر شدت علائم افسردگی تأثیر می‌گذارند. همچنین جدول ۶ نشان داد تأثیر هر دو مداخله طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر نمره کل تحمل پریشانی تأیید شد (p <۰/۰۰۱). مقایسه مداخله‌ها نشان داد که طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند.، به‌عبارت‌دیگر این دو مداخله به‌طور یکسان بر تحمل پریشانی تأثیر می‌گذارند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و درمان پذیرش و تعهد بر شدت علائم افسردگی و تحمل پریشانی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی انجام شد.

یافته نخست پژوهش نشان داد مداخله طرحواره درمانی هیجانی بر شدت علائم افسردگی و تحمل پریشانی تأثیر معناداری داشته است.، این یافته با نتایج پژوهش ندایی و همکاران (۱۴۰۲)، نظری و همکاران (۱۴۰۱)، وفادار و همکاران (۱۴۰۰)، قاسم خانلو و همکاران (۱۴۰۰)، رضایی و همکاران (۱۳۹۵) و رضایی و همکاران (۱۳۹۴) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که اصل اساسی طرحواره درمانی هیجانی بر آن است که هیجانات به خودی خود باعث ایجاد مشکل نیستند بلکه راهبردهای مقابله‌ای و تفسیرها بر آن‌ها تاثیرگذارند. این روش درمانی با شناخت باورهای هیجانی منفی و استفاده از تکنیک‌های درمانی شرایطی را فراهم می‌کند تا این باورها بهبود پیدا کنند و طرحواره‌های مرتبط با افسردگی به حداقل برسند. این رویکرد می‌تواند به افراد کمک کند تا طرحواره‌های خود را بشناسند و به جای اجتناب، آن‌ها را بپذیرند (قاسم خانلو و همکاران، ۱۴۰۰).

در تبیین دیگر می‌توان گفت طرحواره درمانی هیجانی می‌تواند بر کاهش شدت افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی نقش مهمی ایفا کند. بر اساس اصل پذیرش طرحواره درمانی هیجانی به دنبال آن است که بیماران به جای اجتناب از هیجانات، آن‌ها را بپذیرند و به‌عنوان بخش جدایی‌ناپذیر زندگی خود، دیدگاه متفاوت و جدیدی نسبت به آن‌ها پیدا کنند (قاسم خانلو و همکاران، ۱۴۰۰). از دیدگاه پژوهشگران این پژوهش، طرحواره درمانی هیجانی می‌تواند افراد را ترغیب کند تا احساساتشان را به‌عنوان بخش مهمی از زندگی خود بپذیرند و استراتژی‌های جدیدی برای مدیریت آن‌ها به کار گیرند که نیازی به سرکوب یا اجتناب نباشد.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت علائم افسردگی و تحمل پریشانی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، تأثیر معناداری داشته است.، این یافته با نتایج پژوهش درتاج و همکاران (۱۴۰۰)، موسی پور (۱۴۰۱)، نظری و همکاران (۱۴۰۱)، رضائیان و همکاران (۱۴۰۰)، خاوری (۱۴۰۲) و مفید و همکاران (۱۳۹۶) همسو بود. در تبیین یافته می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق افزایش میزان ذهن آگاهی در افراد، به تقویت مشاهده‌گری بدون قضاوت و حضور در لحظه آن‌ها کمک می‌کند. مهارت تمرکز بر موقعیت‌های کنونی، در کنار کاهش علائم روانی مانند تحمل پریشانی، افسردگی و مشکلات مرتبط با پذیرش هیجانات، زمینه‌ساز افزایش سازگاری فرد با چالش‌ها شده به آن‌ها یاری می‌رساند تا نارسایی‌هایی را که نا گریز با آن روبه‌رو می‌شوند، برطرف کنند (رضاییان و همکاران، ۱۴۰۰). از دیدگاه پژوهشگران این پژوهش رمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این نکته تأکید دارد که محدودیت‌ها و نواقص جز جدانشدنی زندگی انسان‌ها هستند و نیاز است که افراد آن‌ها را به‌عنوان بخشی از تجربه عمومی زندگی قبول کنند. پذیرش این مسأله از طریق افزایش انعطاف‌پذیری، کاهش میزان غم و افزایش قدرت تحمل امکان‌پذیر می‌شود. بر همین اساس

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد کمک می‌کند تا بتوانند هیجانات و پریشانی را به‌عنوان تجارب درونی خود پذیرفته و تحمل پریشانی خود را افزایش دهند. از این طریق شدت افسردگی افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی کاهش پیدا می‌کند.

یافته سوم پژوهش نشان دادند که هر دو درمان بر علائم افسردگی اثربخش بودند و هیچ‌کدام از درمان‌ها بر دیگری برتری نداشتند. این یافته‌ها با پژوهش وفادار و همکاران (۱۴۰۰) که به 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 پرداختند و نشان دادند بین اثر بخشی این دو درمان بر هیجانی بر سوگیری توجه، عدم تحمل بلاتکلیفی (تحمل پریشانی) و اجتناب شناختی تفاوت معنادرای وجود ندارد همسو است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که درمان‌های موج سوم شناختی رفتاری مثل طرح‌واره درمانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روش‌های مقابله با غم و هیجانات منفی مثل غم و افسردگی تأکید خاصی دارند و در اکثر تکنیک‌ها و اصول با هم اشتراک دارند (ثابتی مقدم و همکاران، ۱۴۰۲.، قاسم خانلو و همکاران، ۱۴۰۱.، خاوری، ۱۴۰۲.، وفادار و همکاران، ۱۴۰۰). در طرح‌واره درمانی هیجانی مثل سایر درمان‌های نسل سوم تلاش می‌شود به مراجعان روش‌های پذیرش هیجانات ناخوشایند و منفی آموزش داده شود. طرح‌واره درمانی به افراد کمک می‌کند تا به افراد آموزش بدهد که هیجانات منفی را بازنگری کرد (قاسم خانلو و همکاران، ۱۴۰۱.، خاوری، ۱۴۰۲).

علاوه‌براین طرح‌واره درمانی هیجانی و درمان پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی اثربخش بودند و در مرحله تعقیبی و قیاس دو درمان مشخص شد هیچ‌کدام از درمان‌ها بر دیگری برتری نداشتند. این یافته‌ها با تحقیقات نظری، ساعدی و عبدی (۱۴۰۱) که به بررسی مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی هیجانی، کژ کاری عملکرد جنسی و سرمایه روانشناختی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس[1] پرداختند و نشان دادند که این دو درمان در میزان اثر بخشی بر تحمل پریشانی تفاوت فاحشی ندارند همسو است. نتایج مطالعه‌های خاوری (۱۴۰۲) که نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش نشانه‌های افسردگی اساسی نقش دارد و مطالعه مفید و همکاران (۱۳۹۶) که دریافتند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم افسردگی در زنان اثربخش است.

در تبیین دیگر این یافته می‌توان گفت که طرح‌واره درمانی هیجانی و درمان پذیرش و تعهد هر دو از نوع درمان‌های موج سوم شناختی-رفتاری هستند (پاتل[2] و همکاران ۲۰۲۳). در هر دو رویکرد، بر اهمیت تجربه دقیق هیجانات و عدم اجتناب از آن‌ها تأکید می‌شود (بیات و همکاران، ۱۳۹۸.، ثابتی مقدم و همکاران، ۱۴۰۲.، قاسم خانلو و همکاران، ۱۴۰۱). از منظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بسیاری از رنج‌های انسانی ناشی از اجتناب عاطفی و عدم تحمل است. این نوع اجتناب، رفتاری غریزی است که به ما کمک می‌کند از درد دوری کنیم یا از آن فرار کنیم (خاوری، ۱۴۰۲). هر بار که این پاسخ‌های اجتنابی انجام می‌شوند، تقویت می‌شوند.، زیرا منجر به تسکین می‌شوند و حالت درونی فرد را از بد به حالت کمتر ناخوشایند تغییر می‌دهند. مشکل استراتژی اجتناب عاطفی این است که در کوتاه‌مدت سود می‌آورد اما در بلندمدت درد و رنج ایجاد می‌کند. در نهایت، زندگی ما به چیزی جالب تبدیل نمی‌شود زیرا به طور آگاهانه یا ناخودآگاه از محرک‌های ناخوشایند دوری می‌کنیم (دهقان و همکاران، ۱۴۰۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به خودی خود بر کاهش علائم تمرکز ندارد.، هرچند که علائم معمولاً در طول مداخله تغییر می‌کنند. این درمان بیشتر بر افزایش انعطاف‌پذیری روانی تأکید دارد. یعنی توانایی تمرکز و حرکت به سمت چیزهایی که به زندگی و ارزش‌های ما، معنا و هدف می‌دهند. درمانگر از استعاره‌ها و بازی‌ها و نقش‌آفرینی برای تسهیل یادگیری تجربی در مورد چگونگی حفظ مشکلات از طریق اجتناب و چگونگی تغییر زندگی فرد از طریق پذیرش و رویکرد استفاده می‌کند (بیات و همکاران ۱۳۹۸).

در این راستا نتایج پژوهش حاضر نیز به‌طور مشخص نشان داد مداخله طرح‌واره درمانی هیجانی و درمان مبتنی به پذیرش و تعهد بر شدت علائم افسردگی و تحمل پریشانی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی تأثیرگذار است.، به عبارت دیگر استفاده از این روش‌های مداخله باعث کاهش شدت علائم افسردگی و افزایش توان تحمل پریشانی در فراد مبتلا به افسردگی اساسی می‌شود تا بتوانند پریشانی را به‌عنوان جزئی از تجربیات عادی زندگی خود بپذیرند. علاوه‌براین بررسی مقایسه‌ای اثربخشی دو رویکرد طرح‌واره درمانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان داد که از نظر میزان اثربخشی تفاوت معناداری وجود ندارد و نسبت به یکدیگر برتری ندارند. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم وجود مرحله پیگیری برای مداخلات، عدم توازن جنسیتی در نمونه، عدم همسان‌سازی در

1 Multiple Sclerosis
2 Patel

زمینه تحصیلات و شغل نمونه و محدود بودن سن نمونه به جوانان، عدم سنجش مدت زمان ابتلا بودن به اختلال افسردگی و عدم حضور برخی داوطلبان در جلسات اشاره کرد. همچنین یکی دیگر از محدودیت‌ها این است که هر دو مداخله توسط یک نفر اجرا شده است که ممکن است بر نتایج تأثیرگذار باشد. این تحقیق در شهر زنجان انجام شده و ممکن است تعمیم آن به محیط‌ها و شرایط دیگر دشوار باشد. علاوه بر این، تمامی شرکت‌کنندگان ترک‌زبان بوده و اکثر جلسات به زبان ترکی برگزار می‌شد که این موضوع می‌تواند تعمیم نتایج به سایر قومیت‌ها و فرهنگ‌ها را محدود کند. با توجه به نکات مطرح شده، پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آینده، این مداخله با استفاده از رویکردها و زبان‌های مختلف اجرا شود و توسط دو محقق انجام گیرد.، یکی با تسلط کامل بر طرحواره درمانی هیجانی و دیگری با آشنایی عمیق با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تا از بروز سوگیری‌ها تا حد ممکن جلوگیری شود. همچنین توصیه می‌شود که در پژوهش‌های آتی، به این محدودیت‌ها توجه شود و این دو نوع درمان بر روی افراد در سنین و گروه‌های مختلف مورد بررسی قرار گیرد. علاوه بر این، با توجه به تأثیر مثبت طرحواره درمانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش شدت افسردگی و افزایش تحمل پریشانی، این روش‌ها می‌توانند در جلسات روان‌درمانی برای افرادی که به اختلال افسردگی اساسی مبتلا هستند، به کار گرفته شوند.

منابع

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

بیات، م.، نریمانی، م.، بشر پور، س.، فکری شیران، م.، ثریا طائفه دلائی، ک.، و دیدار طالش میکائیل اردبیل، ف. (۱۳۹۸). مقایسه اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و کاهش علائم اختلال نقص توجه / بیش فعالی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۲(۲)، ۱۶۷۱-۱۶۸۳. https://doi.org/10.22038/mjms.2019.14747

تفنگچی، م.، رئیسی، ز.، قمرانی، ا.، و رضایی ح. (۱۴۰۰). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس چندبعدی تحمل پریشانی (DTS) در بین زنان مبتلا به سردردهای تنشی. *بیهوشی و درد*، ۱۲ (۴)، ۴۳-۳۴. http://jap.iums.ac.ir/article-1-5602-fa. html

ثابتی مقدم، ز.، صفاری نیا، م.، و احدی، ح. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی موسیقی درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی اجتماعی عاطفی سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو. *رویش روان‌شناسی*، ۱۲ (۱۰)، ۱۲۸-۱۱۹. http: //frooyesh.ir/article-1-4849-fa. html

خاوری، ع. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش افسردگی و افزایش عملکرد اجتماعی در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی(MDD). *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۶ (۳) ۶۲۲-۶۲۹. https: //mjms. mums.ac.ir/article_24543.html? lang=en

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)، ۷۲-۴۹. https: //doi.org/10.52547/apsy.2021.216250.0

دهقان، ح.، نجارپور استادی، س.، و مجتبایی، م. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بی‌ثباتی هیجانی و رفتارهای خود آسیب رسان افراد دارای نشانگان اختلال شخصیت مرزی مبتلا به سوءمصرف مواد مخدر. *رویش روان‌شناسی*، ۱۲ (۱۰)، ۹۸-۸۹. http: //frooyesh.ir/article-1-4800-fa.html

رضایی، م.، غضنفری، ف.، و رضایی، ف. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر شدت افسردگی و نشخوار فکری افراد مبتلا به افسردگی اساسی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲۴ (۱)، ۵۴-۴۱. http://jssu. ssu.ac.ir/article-۱-۳۵۳۲-fa.html

رضایی، م.، قدم پور، ع.، 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

رضائیان، ع.، آقا علی‌اکبری، ل.، امیرزاده، ف.، و ملک محمدی، آ. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و افسردگی دانش‌آموزان. فصلنامه سلامت روان کودک ۸ (۴)، ۹۴-۱۰۷. http: //childmentalhealth. ir/article-1-1068-fa. html

رفیعی محمدی، ن.، و جهانگیری، م. (۱۳۹۸). اثربخشی معنا درمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا بر شدت علائم افسردگی زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. *پژوهش در دین و سلامت* ۵(۴)، ۸۸-۹۸. https://www. doi.org/10.22037/jrrh.v5i4.21692

طاهری داغیان، ع.، قاسمی مطلق، مهدی.، 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.، عطا دخت، ا.، و صبری، و. (۱۴۰۱). تأثیر طرح‌واره درمانی هیجانی بر شدت افسردگی و راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان بیماران مبتلابه اختلال افسردگی اساسی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۱۴ (۱)، ۳۸-۴۴. http://dx.doi.org/10.52547/nkums.14.1.38

قاسم خانلو، آ.، عطادخت، ا.، صبری، و. (۱۴۰۰). تأثیر طرح‌واره درمانی هیجانی بر شدت افسردگی، بد تنظیمی هیجانی و طرح‌واره‌های هیجانی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. *مجله روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۱۴۰۰، ۸ (۳)، ۸۸-۷۶. http://shenakht.muk.ac.ir/article-۱-۱۲۰۴-fa.html

قدم پور، ع.، حسینی رمقانی، آ.، مرادی، س.، مرادیانی گیزه رود. س.، و عالی پور، ک. (۱۳۹۷). اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی بر نشخوار فکری پس رویدادی و اجتناب شناختی در دانش‌آموزان با نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی. *طب داخلی روز*، ۲۴ (۲)، ۱۱۸-۱۱۱. http://imtj.gmu.ac.ir/article-1-2754-fa.html

قمیان، س.، و شعیری، م. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کودکان مبتلا به درد مزمن (CHACT) بر نشانه‌های درونی سازی شده‌ی کودکان ۷ تا ۱۲ ساله مبتلا به درد مزمن. مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۸(۲۹)، ۱-۱۹. https://doi.org/10.22054/jcps.2018.8312

مفید، و.، فاتحی زاده، م.، و درستی، ف. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان بزهکار زندانی در شهر اصفهان. *پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی*، ۶(۳)، ۱۷-۳۰. https://doi.org/10.22108/ssoss.2017.85488.0

موسی پور، 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

نظر انداز کورنده، س.، ابوالقاسمی، ش.، و وطن خواه، ح. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و حافظه سرگذشتی بیماران مبتلا به افسرده‌خویی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۴(۳)، ۳۲۲۴-۳۲۳۸. https://doi.org/10.22038/mjms.2021.19405

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/10.22034/aftj.2022.313070.1240

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)، ۱۹۴-۱۹۴. http://jdisabilstud.org/article-1-2176-fa.html

یارالهی، ن.، و شعیری، م. (۱۳۹۷). بررسی نقش اجتناب تجربه‌ای در پیش‌بینی سلامت عمومی در جمعیت غیر بالینی. *مجله روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۵ (۳)، ۱-۱۱. http://dx.doi.org/10.29252/shenakht.5.3.1

Abdoli, N., Salari, N., Darvishi, N., Jafarpour, S., Solaymani, M., Mohammadi, M,. & Shohaimi, S. (2022). The global prevalence of major depressive disorder (MDD) among the elderly A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 4(132) ,1067-73. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.10.041

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596

Beck, A.T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck depression inventory–II. *Psychological Assessment*. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/t00742-000

Erfan, A., Aghaei, A., & Golparvar, M. (2024). Effectiveness of group emotional schema therapy on psychological distress, severity and frequency of symptoms in women with irritable bowel syndrome. *Advanced Biomedical Research*, 13(11) ,22-85 .https://doi.org/10.4103/abr.abr_85_22

Garrivet, J., Gohier, B., Laviole, G., Meslier, N., Gagnadoux, F., & Trzepizur, W. (2024). Prevalence of major depressive disorder and post-traumatic stress disorder among first-time sleep center attendees. *Sleep Medicine*, 119(7) , 53-57. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2024.04.013

Graham, CD,. Gouick, J., Krahé, C., & Gillanders, D. (2016). A systematic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clinical psychology review*, 46(4) ,46-58. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.009

Hasin, DS., Sarvet, AL., Meyers, JL., Saha, TD., Ruan, WJ., Stohl, M., & Grant, BF. (2018). Epidemiology of Adult DSM-5 Major Depressive Disorder and Its Specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry*, 75(4) ,336-346. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4602

Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The psychological record*, 54(7), 553-578. http://dx.doi.org/10.1007/BF03395492

Hsu, T., Thomas, E. B., Welch, E. K., O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2023). Examining the structure of distress tolerance: Are behavioral and self-report indicators assessing the same construct?. *Journal of contextual behavioral science*, 27(19) , 143-151. . https://doi.org/10.1016%2Fj.jcbs.2023.02.001

Jakobsen, J. C., Gluud, C., & Kirsch, I . (2020). Should antidepressants be used for major depressive disorder?. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 25(4), 130-130. http://dx.doi.org/10.1136/bmjebm-2019-111238

Kalantarian, E., Homaei, R., & Bozorgi, Z. D. (2024). Effects of emotional schema therapy and dialectical behavior therapy on cognitive emotion regulation in patients with bipolar II disorder. *Modern Care Journal*, 21(1), 138135. https://doi.org/10.5812/mcj-138135

Leahy, R. L. (2016). Emotional schema therapy A meta-experiential model. *Australian Psychologist*, 51(2) , 82-88. - https://doi.org/10.1111/ap.12142

Leahy, R. L. (2018). Emotional schema therapy Distinctive features. Routledge. . https://doi.org/10.4324/9780203711095

Leahy, R. L. (2019). Introduction: Emotional schemas and emotional schema therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(1) , 1-4.. https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s41811-018-0038-5

Li, Y., Ju, R., Hofmann, S. G., Chiu, W., Guan, Y., Leng, Y., & Liu, X. (2023). Distress tolerance as a mechanism of mindfulness for depression and anxiety: Cross-sectional and diary evidence. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 23(4) , 1003-1092. https://doi.org/10.1016%2Fj.ijchp.2023.100392

Patel, A., Daros, A. R., Irwin, S. H., Lau, P., Hope, I. M., Perkovic, S. J., & Quilty, L. C. (2023). Associations between rumination, depression, and distress tolerance during CBT treatment for depression in a tertiary care setting. *Journal of Affective Disorders*, 339(15) , 74-81. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.06.063

Prowse, G., Conroy, E., & Mogensen, L. (2024). Brief transdiagnostic group Acceptance and Commitment Therapy for acute inpatients with complex mental health conditions: a randomised pilot study using an active social control. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 33(15) ,100821-100831. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100821

Sanabria-Mazo, J. P., Colomer-Carbonell, A., Borràs, X., Castaño-Asins, J. R., McCracken, L. M., Montero-Marin, J., & Luciano, J. V. (2023). Efficacy of videoconference group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Behavioral Activation Therapy for Depression (BATD) for chronic low back pain (CLBP) plus comorbid depressive symptoms: a randomized controlled trial (IMPACT study). *The Journal of Pain*, 24(8) , 1522-1540. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2023.04.008

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://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3

Wright, S. R., Graham, C. D., Houghton, R., Ghiglieri, C., & Berry, E. (2023). Acceptance and commitment therapy (ACT) for caregivers of children with chronic conditions: A mixed methods systematic review (MMSR) of efficacy, process, and acceptance. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 27(12), 72-97. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.12.003