



Comparison of the efficacy of emotional schema therapy and acceptance and commitment therapy on distress tolerance and emotion regulation difficulty in people with major depressive disorder

Mohsen Bayat¹, Sajjad Beshrpour², Saifullah Aghajani³, Nilufar Mikaili⁴

1. Ph.D Candidate in Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabil, Ardabil, Iran. E-mail: ibrosle1372610@gmail.com
2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. E-mail: basharpour_sajjad@yahoo.com
3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabil, Ardabil, Iran. E-mail: sf_aghajani@yahoo.com
4. Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabil, Ardabil, Iran. E-mail: nmikaeili@uma.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 17 September 2024

Received in revised form 16 October 2024

Accepted 20 November 2024

Published Online 23 August 2025

Keywords:

emotional schema therapy, acceptance and commitment therapy, distress tolerance, emotion regulation, major depressive disorder

ABSTRACT

Background: Distress tolerance and emotional regulation are among the common challenges in depression and can lead to exacerbation of mood disorders. This issue increases the importance of developing new treatments, especially in the third wave of more effective cognitive-behavioral treatments, where less research has been done in this field.

Aims: The purpose of this study was to compare the effectiveness of emotional schema therapy and acceptance and commitment-based therapy on distress tolerance and emotion regulation difficulty in people with major depressive disorder.

Methods: This research was a semi-experimental type with a pre-test and post-test design. The statistical population of the present study included all patients with major depressive disorder in Zanjan city in 2023, out of which 45 eligible volunteers with major depressive disorder were included in the study by available sampling method and randomly divided into 2 experimental groups. (15 people in each group) and a control group (15 people) were assigned. Data collection tools in the present study included two depression scales (Beck, 1961), a distress tolerance scale (Simmons and Gaher, 2005), and an emotion regulation difficulty scale (Gratz and Ronmer, 2004). The first experimental group underwent 9 sessions of emotional therapy and the second experimental group underwent 8 sessions of treatment based on acceptance and commitment, one session per week and each session lasted 90 minutes. To analyze the data, univariate covariance analysis, multivariate covariance analysis, and Bonferroni post hoc test were used at a significance level of 0.05 with SPSS26 software.

Results: The results showed that both treatments were effective in distress tolerance and emotion regulation ($p < 0.05$). Meanwhile, the results of Bonferroni's post hoc test showed that none of the treatments were superior to each other in the degree of impact on distress tolerance and emotion regulation, and both were equally effective.

Conclusion: Based on the findings of the present study, it can be stated that the emotional therapy plan and the therapy based on acceptance and commitment can be useful and promising interventions to tolerate distress and regulate emotions in depressed people.

Citation: Bayat, M., Beshrpour, S., Aghajani, S., & Mikaili, N. (2025). Comparison of the efficacy of emotional schema therapy and acceptance and commitment therapy on distress tolerance and emotion regulation difficulty in people with major depressive disorder. *Journal of Psychological Science*, 24(150), 59-81. [10.52547/JPS.24.150.59](https://doi.org/10.52547/JPS.24.150.59)

Journal of Psychological Science, Vol. 24, No. 150, 2025

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.24.150.59](https://doi.org/10.52547/JPS.24.150.59)



✉ **Corresponding Author:** Sajjad Beshrpour, Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

E-mail: basharpour_sajjad@yahoo.com, Tel: (+98) 9965488772

Extended Abstract

Introduction

Major depressive disorder (MDD) is a serious psychiatric condition marked by symptoms such as depressed mood, appetite changes, sleep disturbances, low energy, feelings of worthlessness, poor concentration, and suicidal thoughts. It is more prevalent in adults, affecting about 5% of this population (American Psychiatric Association, 2013). Psychological vulnerability to depression is affected by factors such as emotional issues and low distress tolerance, which is the ability to manage negative emotions. This concept encompasses enduring and accepting emotions and regulating them. Individuals with low distress tolerance often struggle to cope with their feelings, leading to avoidance and a desire for quick relief from sadness. This can worsen their distress tolerance and contribute to ongoing depression, ultimately impairing their overall functioning (Lee et al., 2023). Difficulty in emotion regulation is one of the key factors in the persistence of symptoms of depression. Emotion regulation refers to the ability to manage and change an individual's emotional responses and includes various strategies (Nedai et al. 2023). Suitable treatments for depression include emotional schema therapy and therapy based on acceptance and commitment (Feyzollahi et al., 2023). Emotional schema therapy is one of the effective methods for treating depression and issues related to emotional experience. This model addresses the different interpretations and evaluations individuals have of emotional experiences and identifies problematic strategies in emotion regulation. Specific interventions for these strategies are proposed, and problematic schemas are explained by patients and therapists (Kalantarian et al. 2024). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is recognized as an effective approach for reducing symptoms of depression, distress tolerance, and emotion regulation. This type of therapy focuses on increasing an individual's connection with their thoughts and feelings rather than changing cognitions, and it includes six fundamental processes: acceptance, cognitive defusion, being present, self as context,

values, and committed action (Sanabria-Mazo et al., 2023; Najjar Kakhki et al. 2023). This research has been conducted to compare the effectiveness of emotional schema therapy and acceptance and commitment therapy on depression, emotion regulation, and distress tolerance in individuals with major depressive disorder. So far, no study has simultaneously examined the impact of these two types of therapy to determine which one is more effective.

Method

This study employed a quasi-experimental research design using a pre-test and post-test framework with two experimental groups and one control group. The research focused on patients diagnosed with major depressive disorder seeking treatment in Zanjan City in 2023. Permissions were obtained from officials at both private and public treatment facilities, including mental health hospitals and welfare services, to implement the intervention. Patients diagnosed by psychiatrists and psychologists were referred to the researcher and therapist for participation, contingent upon their consent.. A total of 45 eligible individuals who expressed a willingness to participate were included in the study and randomly assigned to three groups of 15 participants each, consisting of two experimental groups and one control group. Ultimately, one of the experimental groups received emotional schema therapy interventions, which were conducted over nine 90-minute sessions once a week for a duration of two months, following the treatment package developed by Leahy (2016). The other experimental group underwent acceptance and commitment therapy, delivered in eight 90-minute sessions once a week for two months, based on the treatment package by Hayes et al. (2004), with sessions conducted separately. The control group did not receive any therapeutic interventions.

The study's entry criteria required participant consent, no prior psychological interventions, no diagnoses of psychotic disorders or substance abuse, no therapeutic interventions in the last two years, and at least a ninth-grade education. Exit criteria included severe disturbances, missing more than two sessions, concurrent medication or psychotherapy, unwillingness to continue, and hospitalization needs.

Participants were assured of confidentiality and informed about the research's purpose and stages. The study utilized the Beck Depression Inventory_II, the Distress Tolerance Scale, and the Difficulties in Emotion Regulation Scale, with data analyzed using SPSS 26. Results were presented in descriptive and inferential sections, employing ANCOVA and MANCOVA for hypothesis testing at a significance level of 0.05, with relevant assumptions checked beforehand.

Results

The analysis of distress tolerance and emotional regulation difficulties revealed significant improvements in both the acceptance and commitment therapy group and the schema therapy

group after treatment. In the acceptance and commitment group, distress tolerance increased from a mean of 26.13 to 57.46, while emotional regulation difficulties decreased from 131.866 to 69.266. The schema therapy group also showed notable changes, with distress tolerance rising from 25.60 to 57.20 and emotional regulation difficulties dropping from 131.66 to 69.33. In contrast, the control group exhibited no significant changes in either measure. All components of distress tolerance and emotional regulation difficulties in the therapy groups showed significant post-test improvements, while the control group did not. ANCOVA was used to assess the significance of these differences, confirming the reliability of the results after checking the necessary assumptions.

Table 1. Analysis of covariance test to measure the effectiveness of emotional schema therapy and acceptance and commitment therapy on the components of distress tolerance and emotion regulation difficulty

Variable	Sub variable	Effect Source	Effect Size	P Value	F Value
Distress Tolerance	Tolerating distress and excitement	Group effect	0.822	<0.001	94.578
		Pretest effect	0.02	0.366	0.836
	Absorption of negative emotions	Group effect	0.849	<0.001	114.847
		Pretest effect	0.061	0.11	2.665
	Evaluation	Group effect	0.861	<0.001	126.859
		Pretest effect	0.041	0.193	1.755
	setting	Group effect	0.860	<0.001	125.566
		Pretest effect	0.015	0.431	0.633
	Endure total distress	Group effect	0.949	<0.001	380.836
		Pretest effect	0.006	0.614	0.258
	Not accepting emotional responses	Group effect	0.841	<0.001	108.456
		Pretest effect	0.007	0.595	0.286
Emotion Regulation Difficulty	Difficulty in purposeful behavior	Group effect	0.845	<0.001	111.647
		Pretest effect	0.054	0.132	2.361
	Difficulty controlling impulses	Group effect	0.751	<0.001	61.967
		Pretest effect	0.017	0.407	0.703
	Lack of emotional awareness	Group effect	0.919	<0.001	232.447
		Pretest effect	0.09	0.05	4.075
	denial/suppression (lack of clarity of emotion)	Group effect	0.906	<0.001	196.469
		Pretest effect	0.004	0.686	0.166
	Limited access to emotional regulation strategies	Group effect	0.861	<0.001	126.791
		Pretest effect	0.004	0.694	0.157
	difficulty regulating emotion (total)	Group effect	0.953	<0.001	416.055
		Pretest effect	0.067	0.094	2.936

The study found a significant difference in emotion regulation difficulties and distress tolerance among individuals with major depressive disorder after adjusting for pre-test effects ($p < 0.001$). To compare the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy on these variables, the Bonferroni post hoc test was conducted, with results detailed in Table 2.

The findings indicate that both schema therapy and acceptance and commitment therapy significantly affect emotional regulation difficulties and distress tolerance ($p < 0.001$). There is no significant difference in the effectiveness of the two therapies, suggesting they have an equal impact on both emotional regulation and distress tolerance.

Table 2. The result of the follow-up test to compare the post-test score of distress tolerance and emotion regulation difficulty between groups

Variable	Comparison type	P Value	Error Standard	Difference Mean
Distress Tolerance	Schema therapy - evidence	<0.001	1.340	32.345
	Acceptance and Commitment Therapy - Evidence	<0.001	1.333	31.834
	Acceptance and commitment therapy - schema therapy	1/00	1.320	0.511
	Schema therapy - control	<0.001	2.450	61.257 -
Emotion Regulation Difficulty	Acceptance and Commitment Therapy - Control	<0.001	2.448	-61,359
	Acceptance and commitment therapy - schema therapy	1/000	2.435	0.102

Conclusion

The present research compares the effectiveness of emotional schema therapy and acceptance and commitment therapy on distress tolerance and difficulties in emotion regulation in individuals with major depressive disorder.

The first finding of the research indicated that the Treatment based on acceptance and commitment is effective in tolerating the distress of depressed people, which is in agreement with the research findings of dortaj et al. (2021), Mosapor (2023), and Nazari et al.). Acceptance and commitment therapy enhances mindfulness, helping individuals reduce symptoms of depression and anxiety by encouraging present-moment awareness and non-judgmental observation. It promotes acceptance of life's imperfections and limitations, fostering flexibility and tolerance. This approach teaches that experiencing both excitement and distress is normal, ultimately facilitating personal growth.

The second finding of this research was that therapy based on acceptance and commitment was effective in the difficulty of regulating emotions in depressed people, which is in agreement with the findings of Tarkhan (2017), and Dehghan et al (2023). is aligned. Discusses Acceptance and Commitment Therapy encourages individuals to view negative thoughts not as reflections of negative feelings, but to focus on acceptance and pursuing their life values rather than avoiding discomfort. It aims to enhance psychological flexibility through mindfulness and self-observation, helping individuals improve their relationship with their thoughts and detach from negative emotions. This approach reduces suffering linked to avoidance and emotional intolerance.

The third finding of the present study was that Hihani schema therapy was effective in distress tolerance, which was in line with the results of Nedaei et al. (2023), and Nazari et al (2022). Emotional schema

therapy focuses on improving the interpretations and coping strategies related to emotions rather than viewing emotions as problematic. It aims to identify and enhance negative emotional beliefs to aid in emotional regulation and distress tolerance. By promoting acceptance of emotional issues, the therapy provides new strategies for managing emotions. It combines cognitive and emotional techniques to transform maladaptive schemas, improve emotion regulation, reduce negative emotions, and foster self-acceptance and motivation to overcome personal challenges.

The fourth finding of this research was that emotional schema therapy was effective in the difficulty of regulating emotions in people with major depression, which is in line with the findings of Kalantarian et al. (2024), and Feyzolahi et al (2023) These approaches help people accept emotions as a natural part of their lives and avoid suppressing them. Emotional therapy emphasizes the intrinsic connection of emotions with cognitive processes, attention, behavior, and memory, and suggests that both unpleasant and pleasant emotions can help reduce depressive symptoms. By building a deep therapeutic relationship and promoting more effective emotion regulation strategies, this approach helps reduce depressive symptoms and dependence on ineffective strategies. Finally, confronting problematic strategies and replacing them with more effective alternatives is a critical component in managing emotional problems.

In the fifth finding of this research, it was found that emotional schema therapy and therapy based on acceptance and commitment had an effect on distress tolerance and none of them was superior to the other. This result was in line with the research of Nazari et al (2022). It was not in line with the opinion of Nazarandaz Korandeh et al, (2021) and Piri et al(2020). Emotional schema therapy and therapy

based on acceptance and commitment emphasize the acceptance of negative emotions such as sadness and depression and help clients to accept these emotions as a part of their lives. These approaches aim to teach emotion regulation and increase psychological flexibility, without a primary focus on symptom reduction. Also, these treatments help people to come closer to their life values and avoid catastrophic interpretations of negative emotions. Finally, these techniques can help improve positive self-evaluation and reduce feelings of helplessness.

Finally, in the sixth finding of this research, it was found that both types of intervention, namely, emotional schema therapy and therapy based on acceptance and commitment, had an effect on the difficulty of emotion regulation, and none of them was superior to the other, which is in line with the findings of Feyzolahi et al (2023) (1402) and Faizullah and colleagues (1402). It was aligned, but it was not aligned with Najjar Kakhki research (2023). Emotional schema therapy and therapy based on acceptance and commitment emphasize methods of dealing with negative emotions such as sadness and depression, and their goal is to teach clients to accept unpleasant emotions. Emotional schema therapy helps people accept negative emotions as part of their lives and learn how to regulate them. Acceptance and commitment therapy also teach people not to view negative thoughts as enemies and to move toward their values in life instead of reacting violently. These approaches emphasize increasing mental flexibility and help clients cope with their emotions and move towards meaningful life goals.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is derived from the doctoral dissertation of the first author in the field of psychology at the Faculty of Psychology and Educational Sciences of Mohaghegh Ardabili University. To comply with ethical principles in research, all participants received written information about the study so that they could choose to participate if they wished. Additionally, written consent was obtained from individuals who voluntarily intended to participate in the research, and the researcher committed to maintaining confidentiality and not disclosing participants' personal information.

Funding: This research is part of a doctoral dissertation and was conducted without financial support.

Authors' contribution:. The first author was the senior author, the second were the supervisors and the third was the advisors

Conflict of interest: This article is extracted from the doctoral dissertation of the first author, under the supervision of the second and third authors, and with the consultation of the fourth author.

Acknowledgments: We hereby express our gratitude and appreciation to all participants in this research.



مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و دشواری تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی

محسن بیات^۱، سجاد بشرپور^۲، سیف‌الله آقاجانی^۳، نیلوفر میکائیلی^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۴. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۲۷

بازنگری: ۱۴۰۳/۰۷/۲۵

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۳۰

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۶/۰۱

کلیدواژه‌ها:

طرحواره درمانی هیجانی،

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد،

تحمل پریشانی،

تنظیم هیجان،

اختلال افسردگی اساسی

زمینه: تحمل پریشانی و تنظیم هیجان از جمله چالش‌های رایج در افسردگی است و می‌تواند به تشدید اختلالات خلقی منجر شود. این مسئله اهمیت توسعه درمان‌های نوین، به ویژه در زمینه موج سوم درمان‌های شناختی-رفتاری و موثرتر را که پژوهش‌ها کمتری در این زمینه صورت گرفته، افزایش می‌دهد.

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و دشواری تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود.

روش: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی شهر زنجان در سال ۱۴۰۲ بودند که از آن میان تعداد ۴۵ داوطلب واجد شرایط مبتلا به اختلال افسردگی اساسی به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شده و به صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه گواه (۱۵ نفر) گمارش شدند. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات در پژوهش حاضر شامل مقیاس دو افسردگی (بک، ۱۹۶۱)، مقیاس تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) و مقیاس دشواری تنظیم هیجان (گراتر و رونمر، ۲۰۰۴) بود. گروه آزمایش اول تحت ۹ جلسه طرحواره درمانی هیجانی و گروه آزمایش دوم تحت ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت هر هفته یک جلسه و هر جلسه نود دقیقه قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس تک متغیره، تحلیل کوواریانس چند متغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ با نرم‌افزار SPSS.26 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد هر دو درمان بر تحمل پریشانی و تنظیم هیجان اثربخش بودند ($p < ۰/۰۵$). این در حالی است که نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد هیچ یک از درمان‌ها در میزان تأثیر بر تحمل پریشانی و تنظیم هیجان بر یکدیگر ارجحیت نداشته و هر دو به یک اندازه مؤثر بودند.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان اظهار داشت که طرحواره درمانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توانند مداخله‌هایی مفید و نویدبخش برای افزایش تحمل پریشانی و کاهش دشواری تنظیم هیجان در افراد افسرده باشند.

استناد: بیات، محسن؛ بشرپور، سجاد؛ آقاجانی، سیف‌الله؛ و میکائیلی، نیلوفر (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و دشواری تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۵۰، ۵۹-۸۱.

DOI: [10.52547/JPS.24.150.59](https://doi.org/10.52547/JPS.24.150.59) ۱۴۰۴، شماره ۱۵۰، دوره ۲۴، شماره ۱۵۰، ۵۹-۸۱



© نویسنده‌گان.

✉ نویسنده مسئول: سجاد بشرپور، استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

رایانامه: basharpoor_sajjad@yahoo.com تلفن: ۰۹۹۶۵۴۸۸۷۷۲

مقدمه

اختلال افسردگی اساسی^۱ یک اختلال روان پزشکی شایع و ناتوان کننده است (گارویت و همکاران، ۲۰۲۴) که 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، ۲۰۱۳). اختلال افسردگی اساسی ۱۲ درصد از بزرگسالان را در سراسر دنیا تحت تأثیر قرار می‌دهد (باروتی و همکاران، ۱۴۰۲؛ هاسین و همکاران، ۲۰۱۸). بر اساس آخرین آمار سازمان بهداشت جهانی بیش از ۲۸۰ میلیون نفر در سطح جهانی به افسردگی مبتلا هستند. افسردگی یکی از بیماری‌های رایج در جهان است که حدود ۳۸ درصد از جمعیت را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به طوری که این رقم در میان بزرگسالان به ۵ درصد و در افراد بالای ۶۰ سال به ۵۷ درصد می‌رسد (دوبرک و گلوکا، ۲۰۲۳). همچنین شیوع افسردگی در ایران ۵۵۸ درصد در میان بزرگسالان گزارش شده است (حسینی مقدم و همکاران، ۱۴۰۰) و طبق مطالعه‌ی ملی بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران، این اختلال سومین مشکل در سلامت کشور ایران است (رفیعی محمدی و جهانگیری، ۲۰۱۹).

عوامل متعددی که موجب آسیب‌پذیری روانی در برابر افسردگی می‌شوند، شناسایی شده‌اند (محمد نژادی و همکاران، ۱۴۰۲؛ عبدلی و همکاران، ۲۰۲۲) که از میان آن‌ها می‌توان به مشکلات هیجانی از جمله تحمل پریشانی^۲ اشاره کرد (لی و همکاران، ۲۰۲۳). کاهش تحمل پریشانی با طیف وسیعی از مشکلات عاطفی، هیجانی، رفتاری و اجتماعی مرتبط است (نظری و همکاران، ۱۴۰۱). تحمل پریشانی به‌عنوان یک سازه فرا هیجانی تعریف می‌شود که به توانایی افراد در تحلیل و مقابله با حالات هیجانی منفی اشاره دارد (لی و همکاران، ۲۰۲۳). این سازه شامل نوعی رنج عاطفی و هیجانی است که با نشانه‌های اضطراب و افسردگی همراه بوده و می‌تواند علائم جسمی مانند سردرد، مشکلات خواب، ضعف جسمی و بی‌حالی را نیز به همراه داشته باشد (موسی پور، ۱۴۰۰). تحمل پریشانی مفهومی چند بعدی و شامل توانایی تحمل، بازنگری و قابلیت پذیرش حالات هیجانی

مختلف، روش‌های تنظیم هیجانات و میزان توجه فرد به هیجان‌های منفی و تأثیر آن‌ها بر عملکرد است (تفنگچی و همکاران، ۱۴۰۰). افرادی که تحمل پریشانی کم‌تری دارند، معمولاً هیجانات اولیه را بسیار سخت و غیرقابل تحمل می‌دانند و نمی‌توانند به‌خوبی با آشفتگی و افسردگی خود کنار بیایند. این افراد همچنین از پذیرش احساسات خود پرهیز می‌کنند و به دلیل ناتوانی در مدیریت هیجانات، دچار احساس شرم و سردرگمی می‌شوند. یکی از ویژگی‌های بارز افراد افسرده تلاش برای رهایی سریع از غم است، تلاش مداوم برای جلوگیری از بروز هیجانات منفی و دستیابی به تسکین فوری که باعث کاهش تحمل پریشانی می‌شود که می‌تواند از علل تداوم افسردگی باشد (پاتل و همکاران، ۲۰۲۳). اگر این افراد نتوانند هیجانات خود را آرام کنند، عملکردشان به‌طور قابل توجهی تحت تأثیر قرار می‌گیرد (هسو و همکاران، ۲۰۲۳).

یکی دیگر از عواملی که به‌عنوان یک عامل مشترک در ادامه نشانگان اختلال افسردگی نقش مهمی ایفا می‌کند، دشواری در تنظیم هیجان^۳ است که با تحمل پریشانی نیز مرتبط است (ندائی و همکاران، ۱۴۰۲). تنظیم هیجان به معنای توانایی ارزیابی، درک، مدیریت و تغییر واکنش‌های هیجانی است. در این فرآیند، افراد به‌طور آگاهانه ناآگاهانه هیجانات خود را از طریق تغییر تجربیات یا موقعیت‌های تحریک‌کننده تنظیم می‌کنند (قلی‌زاده، ۱۴۰۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که راهبردهای غیر انطباقی تنظیم هیجان، مانند مشکل در تنظیم هیجان و سرزنش، با مشکلات روان‌شناختی ارتباط دارند می‌تواند منجر به انزوای اجتماعی و بروز هیجانات منفی مانند افسردگی و اضطراب شود (نجار کاخکی و همکاران، ۱۴۰۲). همچنین فرونشانی هیجان به‌عنوان یک راهبرد غیر انطباقی در افراد مبتلا به اختلالات هیجانی مشاهده می‌شود. در این روش، فرد سعی می‌کند هیجانات خود را پنهان و سرکوب کند. فرونشانی، اجتناب و مشکلات هیجانی با سطوح پایین عواطف و احساسات مثبت مرتبط هستند (فیض الله و همکاران، ۱۴۰۲). در مقابل، راهبردهای پذیرش، حل مسئله و ارزیابی مجدد شناختی با افسردگی رابطه منفی دارند، درحالی‌که مشکل تنظیم هیجان، فرونشانی و اجتناب به‌عنوان راهبردهای غیر انطباقی تنظیم هیجان با افسردگی رابطه مثبت دارند. پژوهش‌ها مختلف نشان داده‌اند که مهارت‌های تنظیم هیجان

3. Difficulties in Emotion Regulation

1. Major depressive disorder

2. Distress tolerance

می‌توانند در افراد مبتلا به افسردگی، ارزیابی مجدد مثبت را افزایش دهند و به‌طور معناداری نشانه‌های افسردگی را کاهش دهند (قلی‌زاده، ۱۴۰۲) و همچنین به کاهش افکار منفی و تعدیل تحمل پریشانی و دشواری تنظیم هیجان کمک کنند (لی، هی، ۲۰۱۹).

با توجه با اهمیت تحمل پریشانی و دشواری تنظیم هیجان در افسردگی مداخله در این زمینه ضروری است و از درمان‌های مفید برای این موارد طرحواره درمانی هیجانی^۱ است (نظری و همکاران، ۱۴۰۱؛ نظر اندرز کورنده و همکاران، ۱۴۰۰؛ قدم پور و همکاران، ۱۳۹۷). طرحواره درمانی هیجانی یکی از موثرترین روش‌ها برای بهبود مشکل در تجربه هیجان است. مدل طرحواره هیجانی پیشنهاد می‌کند که افراد در تفسیرها، ارزیابی‌ها و استراتژی‌های خود در مورد تجربه عاطفی متفاوت هستند (عرفان و همکاران، ۲۰۲۴). موارد مهم که مربوط به استراتژی‌های مشکل ساز تنظیم و تجربه هیجان (فاصله گرفتن از هیجان‌ها) هستند شناسایی می‌شوند. مداخلات خاص برای چندین مورد از این استراتژی‌ها شناسایی می‌شوند (لیهی، ۲۰۱۹) و نمونه‌هایی از اجرا شرح داده می‌شوند (کلانتریان و همکاران، ۲۰۲۴). در نهایت، طرحواره‌های مشکل ساز در مورد احساسات از سوی بیماران و درمانگران شرح داده می‌شوند (بهداری و همکاران، ۱۴۰۱) و مداخلات برای پرداختن به این موارد در درمان ارائه می‌شوند (لیهی، ۲۰۱۸). این مدل به شناسایی ارزش توجه و ابراز هیجانی در تجربیات فردی می‌پردازد و نشان می‌دهد که افراد تفسیرهای متفاوتی از هیجانات خود دارند. تفاوت‌های فردی در این تفسیرها و استراتژی‌های رفتاری به عنوان الگوهای هیجانی شناخته می‌شود و تغییر در این تفسیرها می‌تواند بر شدت و تنظیم هیجانی تأثیر بگذارد. (پیری و همکاران، ۱۳۹۹). افراد برای مدیریت هیجانات خود ممکن است از اجتناب تجربی، استراتژی‌های تنظیم شناختی نامناسب و جستجوی حمایت اجتماعی استفاده کنند. این رویکرد می‌تواند با کاهش شدت خاطرات هیجانی و تغییر الگوهای شناختی، به فرد کمک کند تا سبک‌های مقابله‌ای نامناسب را با الگوهای رفتاری سازگار جایگزین کند. (عرفان و همکاران، ۲۰۲۴). پژوهش‌های موجود در این زمینه نشان می‌دهد که طرحواره درمانی هیجانی بر شدت افسردگی، نشخوار فکری (رضایی و همکاران، ۱۳۹۵) و اندیشناکی (رضایی و همکاران، ۱۳۹۴) افراد مبتلا به افسردگی اساسی مؤثر

بوده است. همچنین نتایج یک پژوهش فراتحلیل نشان داد که طرحواره درمانی بر اختلالات افسردگی اثر مطلوب و ماندگار داشت (کوروک و اوزاباچی، ۲۰۱۸). همچنین سوابق پژوهشی نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر طرحواره هیجانی تأثیر چشمگیری بر توانایی افراد مبتلا به افسردگی در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی دارد. نتایج مطالعات کلانتریان و همکاران (۲۰۲۴)، فیض‌اللهی و همکاران (۱۴۰۲)، قاسم خانلو و همکاران (۱۴۰۱)، قلی‌زاده (۱۴۰۱) و ندائی و همکاران (۱۴۰۲) این نتایج را تأیید می‌کند.

علاوه بر طرحواره درمانی هیجانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ نیز بر نشانه‌های افراد افسرده (سنابریا-مازو و همکاران، ۲۰۲۳)، تحمل پریشانی (رضائیان و همکاران، ۱۴۰۰) و تنظیم هیجان (نجار کاخکی، ۱۴۰۲) مؤثر است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. این درمان شش فرایند اساسی دارد که انعطاف‌پذیری شناختی و در نهایت زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر را موجب می‌شود (رضائیان و همکاران، ۱۴۰۰). این شش فرایند مشتمل است از: پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهد (رایت و همکاران، ۲۰۲۳). در این درمان پذیرش روانی فرد درباره تجارب ذهنی (افکار و هیجانات) افزایش می‌یابد و هر گونه عملی که موجب دوری یا مهار این تجارب ذهنی ناخواسته می‌شود بی‌اثر یا اثر آن، به‌طور کامل حذف می‌شود (جولانی و همکاران، ۱۴۰۳). بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رویکرد تجربی را اتخاذ می‌کند که در آن از شرکت‌کنندگان دعوت می‌شود تمرین‌ها را امتحان کنند یا دیدگاه‌ها را تغییر دهند و متوجه تغییرات در تجربه شوند (رایت و همکاران، ۲۰۲۳). به‌عبارتی هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش گریز از هیجانات به همراه ارتقای انعطاف‌پذیری شناختی در افراد است (درتاج و همکاران، ۱۴۰۰) که منجر می‌شود فرد از رویدادها اجتناب نکند بلکه با آنها مواجهه شده و میزان تحمل خود را بالا ببرند (پروس و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین برای تغییر و کنترل آن‌ها تلاشی نداشته باشد و با پذیرش شرایط به‌جای هدر دادن انرژی و اجتناب کردن، کیفیت زندگی و ارزش‌های را افزایش دهد (رایت و همکاران، ۲۰۲۳). بررسی سیستماتیک و فرا تحلیل ژنگانک و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی مطلوبی بر افسردگی داشته و

^۱. Emotional schema therapy

^۲. Treatment based on acceptance and commitment

علائم آن را کاهش داده است. همچنین فراتحلیل شیائوجینگ و همکاران (۲۰۲۳) به این نتیجه دست یافت که اثر بخشی مطلوبی بر اختلالات افسردگی دارد. همچنین سوابق پژوهشی برای اثر بخشی این درمان بر تحمل پریشانی و تنظیم هیجان در نتایج پژوهش‌های در تاج و همکاران (۱۴۰۰)، ترخان (۱۳۹۶)، دهقان و همکاران (۱۴۰۲)، فیض‌اللهی و همکاران (۱۴۰۲)، وفادار و همکاران (۱۴۰۰)، موسی‌پور (۱۴۰۲) و نظری و همکاران (۱۴۰۱) نشان داده شده است.

اختلال افسردگی از رایج‌ترین اختلالات سلامت روان است و مداخله‌های گوناگونی برای آن طرح شده است و شناسایی اینکه کدام مداخله موثرتر می‌باشد به نظر می‌رسد مفید باشد. همچنین طرحواره درمانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هر دو از جنس درمان‌های موج سوم شناختی هستند و تا کنون پژوهشی این دو درمان را بر روی افسردگی به صورت همزمان بررسی نکرده است که کدام یک از این دو درمان مؤثرتر هستند و همچنین آیا بین این دو مداخله بر میزان اثر بخشی بر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی تفاوت وجود دارد یا خیر؟ لذا با توجه با آنچه ذکر شد هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و دشواری تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و دارای طرح پیش آزمون پس آزمون با ۲ گروه آزمایش و ۱ گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش را تمام بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی که به مراکز ارائه دهنده خدمات روانشناسی و روانپزشکی (شامل مطب‌های روان‌پزشکان، کلینیک‌های روان‌شناسان، بیمارستان‌های اعصاب و روان) شهر زنجان در سال ۱۴۰۲ مراجعه کرده بودند تشکیل دادند.

روش انجام پژوهش به این شکل بود که 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 بیماران که بر اساس نظر روان‌پزشک و روان‌شناس مرکز که تشخیص اختلال افسردگی اساسی را دریافت کرده بودند به پژوهشگر

و درمانگر این پژوهش معرفی شدند تا در صورت تمایل در پژوهش شرکت کنند. از میان آن‌ها تعداد ۴۵ نفر واجد شرایط که تمایل داشتند در پژوهش شرکت کنند وارد مطالعه شدند و به روش تصادفی ساده در سه گروه ۱۵ نفری قرار گرفتند شامل ۲ گروه آزمایش و ۱ گروه گواه. در نهایت، بر روی یکی گروه‌های آزمایش مداخلات طرحواره‌درمانی هیجانی نه جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار به مدت دو ماه بر اساس بسته درمانی لیهی (۲۰۰۲) که محتوای آن در جلد ۱ آمده و بر روی یک گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه نود دقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار به مدت دو ماه بر اساس بسته درمانی هایز (۲۰۱۰) که محتوای آن در جدول ۲ آمده به شکل جداگانه انجام شد. درحالی که گروه گواه مداخلات درمانی را دریافت نکرد. برای بررسی روایی محتوایی بسته مداخله طرحواره درمانی از نظرات ۵ نفر از متخصصان حوزه طرحواره درمانی استفاده شد و و محتوای جلسات درمان مورد تأیید قرار گرفتند ($CVR = 0.99$ و $CVI = 0.99$). روایی محتوایی جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز توسط ۵ نفر از متخصصان روان‌شناسی بالینی تأیید شد ($CVR = 0.99$ و $CVI = 0.99$).

ملاک‌های ورود به پژوهش، رضایت آزمودنی، عدم دریافت سایر مداخلات روانشناختی، عدم ابتلا به هرگونه اختلال روان‌پریشی که توسط روانپزشک تأیید شده باشد، عدم مصرف مواد مخدر طبق بیانات خود مراجع، عدم شرکت در مداخله درمانی در ۲ سال گذشته طبق اظهارات مراجع، رضایت شرکت‌کنندگان در جلسات طرحواره درمانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و حداقل سواد (کلاس نهم) بود. ملاک‌های خروج شامل: آشفتگی‌های شدید که ارتباط با بیمار را مقدور ناسازد (مثل توهم و هذیان داشتن یا مصرف داروهای شدید خواب‌آور)، غیبت بیش از دو جلسه، دریافت درمان دارویی یا هر نوع روان‌درمانی به‌طور همزمان، عدم تمایل به ادامه درمان، در صورت نیاز به بستری ارجاع برای دارودرمانی و کنار گذاشته شده از پژوهش بود. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS.26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج تجزیه و تحلیل آماری در دو سطح یافته‌های توصیفی و یافته‌های استنباطی ارائه شده است. در بخش یافته‌های توصیفی، به تحلیل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار پرداخته شد. در سطح یافته‌های استنباطی و آزمون فرضیه‌ها، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره یا آنکووا (ANCONA) و تحلیل کوواریانس چند

متغیره یا مانکووا (MANCOVA) و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد و پیش از اجرای این آزمون، مفروضه‌های آن در سطح معناداری ۰/۰۵ نیز بررسی شدند.

(ب) ابزار

فرم ۲ افسردگی بک^۱ (BDI-II): این پرسشنامه در سال ۱۹۹۶ توسط بک و همکاران ساخته شد که شامل ۲۱ سؤال ۴ گزینه‌ای است که از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود (۰=هرگز، ۱=گاهی، ۲=اغلب اوقات و ۳=همیشه). حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۶۳ است. نمره گذاری 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 یا 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 بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ و قابلیت اعتماد باز آزمایی در فاصله یک هفته‌ای را ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند (بک و استیر، ۱۹۹۶). در ایران، قاسم‌زاده و همکاران (۲۰) ضریب آلفا کرون باخ ۰/۸۷ را برای همسانی درونی و $r=0/74$ را به عنوان پایایی باز آزمون این مقیاس اعلام کرده‌اند. در این پژوهش، پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۳ بود.

مقیاس تحمل پریشانی^۲ (DTS): این پرسشنامه، یک ابزار خودسنجی برای ارزیابی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ طراحی شده است. این مقیاس شامل ۱۵ گزینه است که به چهار خرده مقیاس تقسیم می‌شود: 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). حداقل نمره ۱۵ و حداکثر نمره ۶۰ است. نمره گذاری گزینه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس لیکرت انجام می‌شود، به طوری که نمره یک نشان‌دهنده توافق کامل با گزینه مورد نظر و نمره پنج نشان‌دهنده عدم توافق کامل است. ضرایب آلفا 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 گزارش شده است. همچنین همبستگی درون طبقه‌ای

پس از گذشت شش ماه ۶۱٪ بود (سیمونز و همکاران، ۲۰۰۵). در ایران تفنگچی و همکاران (۱۴۰۰) پژوهشی 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 همگرایی برابر با ۰/۵۹۰ بود که نشان‌دهنده روایی همگرایی مناسب این مقیاس بود. در این پژوهش، پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۰ بود.

مقیاس دشواری تنظیم هیجان^۳ (DERS): این مقیاس یک ابزار ۳۶ ماده‌ای است که توسط گرتز و رومر در سال ۲۰۰۴ طراحی شده است. این مقیاس ناتوانی در تنظیم هیجان را در شش حوزه مختلف از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) اندازه‌گیری می‌کند. حداقل نمره ۳۶ و حداکثر نمره ۱۸۰ است. این حوزه‌ها شامل عدم پذیرش هیجانات منفی، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند، چالش در کنترل رفتارهای تکانشی، دسترسی محدود به راهبردهای مؤثر تنظیم هیجان، کمبود آگاهی هیجانی و عدم شفافیت هیجانی هستند. نمره کل فرد در این مقیاس از جمع نمرات این شش حوزه به دست می‌آید و نمرات بالاتر نشان‌دهنده دشواری بیشتر در تنظیم هیجان است. گرتز و رومر (۲۰۰۴) ضریب پایایی ۰/۸۸ را برای این مقیاس گزارش کرده‌اند و همچنین ضرایب پایایی زیر مقیاس‌ها با استفاده از آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ و برای کل مقیاس ۰/۹۳ به دست آمده است. آن‌ها برای بررسی روایی ساختاری از روش تحلیل عامل اکتشافی استفاده کرده و نتایج نشان داده که ساختار شش عاملی این مقیاس حدود ۶۸/۵۵ درصد از واریانس را توضیح می‌دهد. بشارت (۱۳۹۷) روایی و اعتبار نسخه فارسی این مقیاس را مورد بررسی قرار داده و پایایی باز آزمایی بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۱ را برای زیر مقیاس‌ها را گزارش کرده‌اند. آن‌ها همچنین ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۰ را برای زیر مقیاس‌ها به دست آورده است. در پژوهش حاضر نیز، پایایی مقیاس با آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۴ گزارش شده است.

پروتکل طرحواره درمانی هیجانی: مداخله بر اساس بسته درمانی لیهی (۲۰۱۶) بود که شامل نه جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود. جلسات به صورت هفتگی و در طول دو ماه برگزار شد. شرح محتوای آن در جدول ۱ ارائه شده است.

3. Difficulties in Emotion Regulation Scale

1. Beck Depression Inventory II

2. Distress Tolerance Scale

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

جلسه	عنوان	اهداف	محتوا	تکالیف
اول	آشنایی و معارفه	اصل رازداری؛ بیان موضوع پژوهش و اهداف آن، اجرای پیش‌آزمون	شناسایی طرحواره‌های هیجانی در دسرساز، ارائه نظریه‌ای درباره هیجان، ارائه الگویی از هیجان به فرد	تمرین توجه آگاهی انفصالی
دوم	اعتبار و مقاومت	شناسایی مقاوت و انواع پاسخ‌های اعتبارزدا	بررسی مقاومت در برابر اعتباریابی مفهوم آن. شناسایی خاستگاه‌های مختلف طرحواره‌های هیجانی اعتبار زدایی، شناسایی پاسخ‌های مشکل‌زا به اعتبار زدایی، ابداع راهبردهای انطباقی برای سازش با اعتبار زدایی.	ثبت واکنش‌های جسمی در لحظات هیجانی
سوم	شناخت هیجان‌ات	برچسب‌زنی و افتراق هیجان‌ها از یکدیگر	هنجارسازی تجربه هیجانی، افزایش تحمل احساسات مختلف، استعاره انسان کامل.	اسم گذاشتن بر حالت‌های احساساتی
چهارم	پذیرش احساسات	عدم قضاوت احساسات و افزایش قدرت تحمل	افزایش قدرت پذیرش احساسات، استعاره‌ی مهمان، آموزش گذرا بودن هیجان، تمایز میان هیجان و اقدام، تجربه کردن هیجان به‌صورت موج	آزمایش رفتاری پیش‌بینی عاطفی
پنجم	نظاره‌گر احساسات	افزایش قدرت پذیرش احساسات	اقدام متضاد و همجوشی زدایی، اتخاذ موضعی به دور از قضاوت برای هیجان، انجام آزمایش رفتاری به‌منظور آزمودن باورهای هیجانی غلط،	تمرین نامه‌نگاری دلسوزانه
ششم	آگاه بودن به هیجان‌ات	تقویت آگاهی هیجانی	القای هیجان، فضا سازی هیجانی، بررسی هیجان به‌عنوان هدف	تلاش برای افزایش یک حس در یک موقعیت خاص
هفتم	نردبان مفاهیم	شناسایی افکار غلط	بالا رفتن از نردبان مفاهیم برتر، نقص کامیابی، شناسایی افکار خود آیند، تمایز افکار از احساسات،	فن پیکان رو به پایین، فاجعه زدایی.
هشتم	دو طرف رودخانه	شناخت نتایج مثبت و منفی	آموزش به افراد برای شناسایی درجه تمایز دهی افکار و احساسات، بررسی شواهد افکار منفی، بررسی معایب و مزایای افکار منفی،	فن و کیل مدافع، فن درجه‌بندی میزان هیجان و میزان باور به یک فکر.
نهم	مرور و خاتمه	پس آزمون و خلاصه	روند خلاصه مطالب و آموزش تعمیم آن به هنگام مشکل، نحوه‌ی انجام تکالیف خانگی، پس آزمون	انجام تکالیف جلسات قبل

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: مداخله بر اساس بسته درمانی هاین و همکاران (۲۰۰۴) در ۸ جلسه نود دقیقه‌ای و به صورت هفتگی به مدت دو ماه اجرا گردید. محتوای این جلسات در جدول ۲ ارائه شده است.

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

جلسه	عنوان	اهداف	محتوا	تکالیف
اول	آشنایی و معارفه.	بیان موضوع و پیش‌آزمون	اصل رازداری؛ بیان موضوع پژوهش و اهداف آن، ارائه مطالب آموزش	ثبت افکار
دوم	امیدآوری	آموزش امیدواری	ایجاد امید و انتظار درمان؛ بیان اصل پذیرش	نام گذاری هیجان‌ات
سوم	قضاوت نکن	آموزش پذیرش بدون قضاوت	پذیرش بدون قضاوت افکار و احساسات؛ شناخت هیجان‌ات و تفاوت آن‌ها با افکار و احساسات.	بزرگه فکر، حادثه، تفکر، احساس
چهارم	آرامش	آموزش ذهن آگاهی	در لحظه بودن و توقف فکر؛ اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار.	تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس. کشمش
پنجم	پذیرش تسلیم نیست	آموزش افادت بین فسادهی با تسلیم	تفاوت بین پذیرش و تسلیم، آنچه نمی‌توانیم تغییر دهیم را بپذیریم؛ موضوع قضاوت، آموزش ذهن آگاهی.	جهان عاری از بعد منفی نیستو داستان هیولا
ششم	پای بند باش	عمل به تعهد	اصل تعهد، آموزش تعهد به عمل، توجه انتخابی، تمرین مجدد ذهن آگاهی به همراه اسکن بدن.	کار کوچک را به عمل در ییاور
هفتم	رفتار	برنامه‌ریزی برای به عمل درآوردن رفتارها	شناسایی طرح‌های رفتاری در خصوص امور پذیرفته شده و ایجاد تعهد برای عملبه آنها.	نوشتن نقشه مسیر
هشتم	پایان و تعهد	خلاصه و پس آزمون	جمع‌بندی مطالب؛ اخذ تعهد از اعضا برای انجام تکالیف پس از پایان دوره؛ ارائه بازخورد به اعضای گروه. اجرای پس آزمون	تکرار تکالیف

یافته‌ها

در پژوهش حاضر تعداد ۴۵ آزمودنی 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. در زمینه

تحصیلات نیز، بیشترین فراوانی در هر سه گروه مربوط به تحصیلات راهنمایی بود که در هر یک از گروه‌ها ۳۳/۳ درصد از نمونه مورد مطالعه را تشکیل می‌دادند. در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار تحمل پریشانی و دشواری تنظیم هیجان برای گروه پذیرش و تعهد، گروه طرحواره درمانی و گروه گواه در مرحله زمانی پیش آزمون و پس آزمون ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای تحمل پریشانی، دشواری تنظیم هیجان و مؤلفه‌های آن به تفکیک گروه در پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	زیر متغیر	زمان	گروه											
			گروه پذیرش و تعهد			گروه طرحواره درمانی			گروه گواه					
			میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	میانگین	انحراف معیار	کجی	
تحمل پریشانی	تحمل پریشانی	پیش آزمون	۵/۴۷	۱/۱۸	-۰/۳۱۲	-۱/۵۴۰	۵/۲۷	۱/۴۳	-۱/۲۵۵	۳/۱۵۴	۱۱/۴۷	۱/۵۵	-۰/۱۱۰	-۰/۳۷۵
	هیجان	پس آزمون	۱۱/۶۷	۱/۲۳	۰/۱۸۶۴	۵/۴۰۴	۱۱/۱۳	۱/۸۸	-۰/۲۰۶	-۰/۱/۲۶۱	۱۱/۸۰	۱/۴۲	۰/۰۰۵	-۰/۵۱۸
	جذب هیجانات	پیش آزمون	۵/۲۰	۱/۴۷	-۰/۵۷۵	-۰/۷۲۰	۴/۵۳	۰/۹۱	۰/۶۵۹	-۰/۷۴۵	۱۲/۰۷	۱/۶۶	-۰/۴۳۶	-۰/۳۸۰
	منفی	پس آزمون	۱۱/۳۳	۲/۰۵	۰/۲۲۳	-۰/۵۸۲	۱۱/۰۷	۱/۷۹	۰/۵۳۲	-۰/۶۰۹	۱۲/۶۰	۱/۷۲	-۰/۲۲۷	-۰/۶۲۴
	ارزیابی	پیش آزمون	۱۰/۳۳	۲/۰۹	-۰/۶۷۸	-۰/۶۹۷	۱۰/۷۳	۲/۲۱	-۰/۲۶۳	-۱/۴۱۷	۲۲/۱۳	۲/۲۹	۰/۴۵۲	۰/۴۷۵
	تنظیم	پس آزمون	۲۲/۵۳	۲/۳۲	۱/۲۶۸	۰/۵۷۰	۲۴/۶۷	۱/۸۷	۰/۱۶۲	-۱/۵۷۸	۲۱/۴۰	۲/۵۰	۰/۳۰۳	-۱/۷۰۰
		پیش آزمون	۵/۱۳	۱/۱۸	-۰/۶۹۴	۰/۲۱۵	۵/۰۷	۱/۱۰	۰/۱۳۶	-۱/۱۴۸	۲۱/۴۰	۱/۵۴	-۱/۰۰۱	۰/۸۸۰
		پس آزمون	۱۱/۹۳	۱/۳۳	۰/۵۹۵	۱/۵۱۰	۱۰/۳۳	۲/۰۹	۰/۲۲۴	۰/۱۰۶	۱۲/۸۷	۱/۶۸	-۰/۱۱۷	-۱/۰۲۶
	تحمل پریشانی (کل)	پیش آزمون	۲۶/۱۳	۳/۷۰	-۰/۷۲	-۰/۸۸	۲۵/۶۰	۳/۲۹	-۰/۱۳	۱/۵۳	۵۸/۰۸	۳/۷۳	-۰/۱۱	-۰/۷۰
		پس آزمون	۵۷/۴۶	۳/۵۰	۰/۳۲	-۰/۷۹	۵۷/۲۰	۳/۲۵	۰/۱۳	-۱/۲۹	۵۸/۶۶	۳/۴۷	-۰/۲۲	-۱/۳۸
عدم پذیرش	عدم پذیرش	پیش آزمون	۲۱/۸۰	۲/۸۵	-۰/۴۸۸	-۰/۰۹۴	۲۳/۶۰	۲/۶۱	-۰/۶۸۵	-۰/۲۷۱	۲۲/۰۰	۲/۰۰	-۰/۷۴۲	۱/۸۹۰
	پاسخ‌های هیجانی	پس آزمون	۱۱/۶۷	۱/۳۹	-۰/۵۷۷	۰/۲۹۹	۱۲/۵۳	۱/۷۶	۰/۶۵۳	۰/۵۴۲	۲۱/۸۰	۲/۷۸	۴۹۰/	-۰/۸۵۶
	دشواری در انجام	پیش آزمون	۱۸/۸۷	۲/۱۳	۰/۲۰۰	-۱/۴۹۰	۱۸/۱۳	۲/۹۹	-۰/۵۵۲	-۰/۵۰۹	۱۹/۳۳	۲/۴۶	-۰/۱۱۴	۰/۳۷۷
	رفتار هدفمند	پس آزمون	۱۰/۱۳	۱/۰۶	۰/۱۱۶	۰/۵۳۱	۹/۶۷	۱/۲۳	۰/۲۱۴	-۰/۷۸۲	۱۶/۰۰	۱/۶۰	-۰/۱۲۰	-۰/۱۷۹
	دشواری در کنترل	پیش آزمون	۲۱/۹۳	۲/۲۱	-۰/۱۳۰	-۱/۱۴۷	۲۰/۷۳	۳/۱۹	-۱/۳۱۲	۳/۲۱۱	۲۶/۳۳	۳/۸۱	-۰/۰۴۶	-۰/۹۲۴
	تکانه	پس آزمون	۱۰/۸۰	۱/۸۲	۰/۶۶۹	-۰/۸۵۸	۱۱/۸۷	۱/۵۵	۰/۵۱۸	۰/۲۲۳	۲۰/۰۷	۲/۳۱	۰/۳۴۶	-۰/۹۱۹
	فقدان آگاهی	پیش آزمون	۲۴/۷۳	۱/۹۸	-۰/۵۲۸	-۰/۷۴۷	۲۱/۴۷	۲/۳۸	-۰/۴۶۲	۰/۶۶۳	۲۱/۷۳	۲/۸۷	۰/۲۷۱	-۱/۴۶۸
	هیجانی	پس آزمون	۱۱/۵۳	۱/۳۵	-۰/۷۷۶	۲/۸۳۰	۱۱/۰۷	۱/۳۸	-۰/۶۹۲	۰/۳۹۵	۲۴/۴۷	۲/۸۵	-۰/۸۴۶	۰/۵۱۳
	انکار / سرکوبی	پیش آزمون	۱۶/۲۰	۱/۵۶	-۰/۵۰۸	-۰/۵۳۴	۱۸/۴۷	۲/۵۰	-۰/۳۳۳	-۱/۱۹۰	۱۸/۶۷	۲/۲۸	۰/۳۵۰	-۰/۴۶۲
	(عدم وضوح هیجانی)	پس آزمون	۹/۲۰	۱/۱۴	-۰/۴۴۶	-۰/۰۹۰۱	۸/۹۳	۱/۴۳	۰/۶۳۲	-۰/۱۰۸	۲۱/۱۳	۲/۵۸	-۰/۱۱۲	-۰/۵۳۲
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	دسترسی محدود	پیش آزمون	۲۸/۳۳	۳/۸۸	-۰/۳۰۶	-۱/۲۴۹	۲۹/۲۷	۴/۰۰	۰/۶۱۹	-۰/۲۲۵	۲۶/۲۷	۵/۸۷	۰/۰۲۳	-۱/۵۲۵
	به راهبردهای تنظیم هیجانی	پس آزمون	۱۵/۹۳	۱/۶۶	۰/۶۲۰	-۰/۳۸۴	۱۵/۲۷	۱/۴۸	-۰/۲۲۷	-۱/۵۱۰	۲۷/۶۰	۳/۲۹	-۰/۰۰۷	۰/۰۱۲
	دشواری تنظیم	پس آزمون	۱۳۱/۸۶	۶/۴۶	۰/۵۳	-۰/۱۴	۱۳۱/۶۶	۸/۵۴	۰/۶۵	-۰/۲۳	۱۳۴/۳۳	۱۳/۳۱	۰/۴۱	-۰/۳۱
	هیجان (کل)	پیش آزمون	۶۹/۲۶	۳/۹۹	۰/۸۱	-۰/۴۹	۶۹/۳۳	۴/۹۳	-۰/۹۱	۱/۸۷	۱۳۱/۰۶	۹/۹۶	۰/۶۶	۰/۳۰

جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین کلی تحمل پریشانی در گروه پذیرش و تعهد در پیش‌آزمون ۲۶/۱۳ و در پس‌آزمون ۵۷/۴۶ بود که افزایش قابل توجهی را نشان می‌دهد. در گروه طرحواره درمانی، میانگین از ۲۵/۶۰ به ۵۷/۲۰ افزایش یافت و این نیز نشان‌دهنده تغییر زیادی است. اما در گروه گواه، تغییرات قابل ملاحظه‌ای مشاهده نشد. همچنین میانگین کلی دشواری تنظیم هیجان در گروه پذیرش و تعهد در پیش‌آزمون ۱۳۱/۶۶ و در پس‌آزمون ۶۹/۲۶۶ بود که کاهش قابل توجهی داشت. در گروه طرحواره درمانی میانگین از ۱۳۱/۶۶ به ۶۹/۳۳ کاهش یافت. در گروه گواه نیز میانگین پیش‌آزمون ۱۳۴/۳۳ و پس‌آزمون ۱۳۱/۰۶۶ بود که تغییر اندکی داشت. بررسمیانگین مؤلفه‌های تحمل پریشانیو دشواری تنظیم هیجان نشان می‌دهد که در گروه‌های پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی، در تمامی مولفه‌ها میانگین پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تغییرات چشمگیری داشته است، درحالی که در گروه گواه تغییرات قابل توجهی مشاهده نشد.

به‌منظور بررسی معنی‌داری این تفاوت‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج در جدول ۴ قابل مشاهده است. نتایج به‌دست آمده از شاخص‌های کجی و کشیدگی نشان داد که متغیرهای پژوهش از توزیع نرمال برخوردار هستند. مقدار چولگی (کجی) تمامی متغیرها در دامنه ± 2 به دست آمد و همچنین مقادیر کشیدگی تمامی متغیرها هم در دامنه $+2$ تا -2 قرار داشت. علاوه بر آن نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که فرض توزیع نرمال متغیرها را نمی‌توان رد کرد ($p > 0/001$). سطح معنی‌داری به‌دست آمده برای تمامی متغیرها بیشتر از مقدار $0/001$ است که نشان می‌دهد انحراف شدید از توزیع نرمال مشاهده نشد. برای آزمون مفروضه یکسانی واریانس از آزمون لوین استفاده شد و نتایج نشان داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برای اجتناب رفتاری ($F = 1/669$ ، $P = 0/201$)، ناسازگار ($F = 0/153$ ، $P = 0/859$)، تعویق ($F = 1/440$ ، $P = 0/248$)، حواس‌پرتی ($F = 0/806$ ، $P = 0/454$)، انکار/سرکوبی ($F = 3/780$ ، $P = 0/310$)، تحمل پریشانی اجتناب ($F = 0/127$ ، $P = 0/881$)، اجتناب (کل) ($F = 1/990$ ، $P = 0/149$)، عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی ($F = 1/422$ ، $P = 0/253$)، دشواری در انجام رفتار هدفمند ($F = 1/217$ ، $P = 0/306$)، دشواری در کنترل تکانه ($F = 0/259$ ، $P = 0/773$)، فقدان آگاهی هیجانی ($F = 1/058$ ، $P = 0/356$)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی ($F = 2/153$ ، $P = 0/129$)، انکار/سرکوبی (عدم وضوح هیجانی) ($F = 2/667$ ، $P = 0/081$) و دشواری

تنظیم هیجان (کل) ($F = 2/019$ ، $P = 0/146$) برقرار بود و سطح معنی‌داری برای تمامی متغیرها بیشتر از مقدار $0/05$ ($p > 0/05$) بود که بیانگر این است که پراکندگی متغیرهای وابسته در سطوح گروه‌ها (متغیر مداخله‌گر) همگن و تقریباً یکسان بودند.

به‌منظور بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون از روش بررسی وجود تعامل آماری معنادار بین مداخله و هم‌پراش (پیش‌آزمون) استفاده شد و اثر تعاملی متغیرهای مداخله و هم‌پراش جهت تعیین همگنی شیب‌های رگرسیون نشان داد که خط‌های رگرسیون برای اجتناب رفتاری ($F = 0/409$ ، $P = 0/667$)، ناسازگار ($F = 0/169$ ، $P = 0/845$)، تعویق ($F = 0/013$ ، $P = 0/988$)، حواس‌پرتی ($F = 0/666$ ، $P = 0/520$)، انکار/سرکوبی ($F = 0/820$ ، $P = 0/448$)، تحمل پریشانی اجتناب ($F = 0/326$ ، $P = 0/723$)، اجتناب (کل) ($F = 0/050$ ، $P = 0/951$)، عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی ($F = 2/671$ ، $P = 0/082$)، دشواری در انجام رفتار هدفمند ($F = 0/457$ ، $P = 0/636$)، دشواری در کنترل تکانه ($F = 0/416$ ، $P = 0/663$)، فقدان آگاهی هیجانی ($F = 1/152$ ، $P = 0/326$)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی ($F = 0/199$ ، $P = 0/820$)، انکار/سرکوبی (عدم وضوح هیجانی) ($F = 0/768$ ، $P = 0/471$)، و دشواری تنظیم هیجان (کل) ($F = 1/915$ ، $P = 0/161$) در تمامی موارد همگن بودند ($p > 0/05$).

نتایج آزمون همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس (آزمون‌ام‌باکس) نشان داد سطح معنی‌داری در آزمون‌ام‌باکس و مقدار F معنی‌دار نشده است ($p > 0/001$) و سطح معنی‌داری به‌دست آمده برای مولفه‌های تحمل پریشانی برابر با $0/018$ و برای مولفه‌های دشواری تنظیم هیجان برابر با $0/007$ به دست آمد که تمامی سطح معنی‌داری بیشتر از مقدار $0/001$ است و نشان از این می‌دهد که پیش‌فرض مربوط تأیید می‌شود و می‌توان گفت که ماتریس‌های واریانس کوواریانس به‌دست آمده همگن بوده و در نتیجه مشکلی برای انجام آزمون مانکوا وجود نداشته و نتایج این آزمون معتبر و قابل‌اعتماد است. در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نمایش داده شده است.

جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس به منظور سنجش اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مولفه‌های تحمل پریشانی و دشواری تنظیم هیجان

متغیر	زیر متغیر	منبع اثر	مقدار F	مقدار p	اندازه اثر
تحمل پریشانی هیجان		اثر گروه	۹۴/۵۷۸		۰/۸۲۲
		اثر پیش‌آزمون	۰/۸۳۶	<۰/۰۰۱	۰/۰۲
جذب هیجان‌های منفی		اثر گروه	۱۱۴/۸۴۷		۰/۸۴۹
		اثر پیش‌آزمون	۲/۶۶۵	<۰/۰۰۱	۰/۰۶۱
تحمل پریشانی	ارزیابی	اثر گروه	۱۲۶/۸۵۹		۰/۸۶۱
		اثر پیش‌آزمون	۱/۷۵۵	<۰/۰۰۱	۰/۰۴۱
تنظیم		اثر گروه	۱۲۵/۵۶۶		۰/۸۶۰
		اثر پیش‌آزمون	۰/۶۳۳	<۰/۰۰۱	۰/۰۱۵
تحمل پریشانی کل		اثر گروه	۳۸۰/۸۳۶		۰/۹۴۹
		اثر پیش‌آزمون	۰/۲۵۸	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۶
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی		اثر گروه	۱۰۸/۴۵۶		۰/۸۴۱
		اثر پیش‌آزمون	۰/۲۸۶	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۷
دشواری در انجام رفتار هدفمند		اثر گروه	۱۱۱/۶۴۷		۰/۸۴۵
		اثر پیش‌آزمون	۲/۳۶۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۵۴
دشواری در کنترل تکانه		اثر گروه	۶۱/۹۶۷		۰/۷۵۱
		اثر پیش‌آزمون	۰/۷۰۳	<۰/۰۰۱	۰/۰۱۷
دشواری تنظیم هیجان	فقدان آگاهی هیجانی	اثر گروه	۲۳۲/۴۴۷		۰/۹۱۹
		اثر پیش‌آزمون	۴/۰۷۵	<۰/۰۰۱	۰/۰۹
انکار / سرکوبی (عدم وضوح هیجان)		اثر گروه	۱۹۶/۴۶۹		۰/۹۰۶
		اثر پیش‌آزمون	۰/۱۶۶	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۴
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی		اثر گروه	۱۲۶/۷۹۱		۰/۸۶۱
		اثر پیش‌آزمون	۰/۱۵۷	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۴
دشواری تنظیم هیجان (کل)		اثر گروه	۴۱۶/۰۵۵		۰/۹۵۳
		اثر پیش‌آزمون	۲/۹۳۶	<۰/۰۰۱	۰/۰۶۷

هیجان عبارت بودن از: عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی ۰/۸۴۱، دشواری در انجام رفتار هدفمند ۰/۸۴۵، دشواری در کنترل تکانه ۰/۷۵۱، فقدان آگاهی هیجانی ۰/۹۱۹، انکار / سرکوبی (عدم وضوح هیجان) ۰/۹۰۶، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی ۰/۸۶۱ و دشواری تنظیم هیجان کل ۰/۹۵۳. مقادیر به دست آمده نشان دهنده آن است که عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی ۱/۸۴، دشواری در انجام رفتار هدفمند ۵/۸۴، دشواری در کنترل تکانه ۱/۷۵، فقدان آگاهی هیجانی ۹/۹۱، انکار / سرکوبی (عدم وضوح هیجان) ۶/۹۰، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی ۱/۸۶ و دشواری تنظیم هیجان کل ۳/۹۵، به تفاوت‌های ناشی از تأثیر مداخله مربوط بود.

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، براساس نتایج به دست آمده و پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون در پس‌آزمون، میانگین کل زیر متغیرهای دشواری تنظیم هیجان و تحمل پریشانی بین گروه‌های مطالعه شده افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلاف معناداری وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$). همچنین ضریب تأثیر زیر متغیرهای تحمل پریشانی عبارت بودن از: تحمل پریشانی هیجان ۰/۸۲۲، جذب هیجان‌های منفی ۰/۸۴۹، ارزیابی ۰/۸۶۱، تنظیم ۰/۸۶۰ و تحمل پریشانی کل ۰/۹۴۹. این مقادیر نشان‌دهنده این است که ۲/۸۲ درصد از تحمل پریشانی هیجان، ۹/۸۴ درصد از جذب هیجان‌های منفی، ۱/۸۶ درصد از ارزیابی، ۰/۸۶ درصد از تنظیم و ۹/۹۴ درصد از تحمل پریشانی کل، به تفاوت‌های ناشی از تأثیر مداخله مربوط بود. علاوه بر آن ضریب تأثیر زیر متغیرهای دشواری تنظیم

برای بررسی این فرض که کدام یک از مداخله‌ها (طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) تأثیر بیشتری، کم‌تری یا برابری بر شدت

تحمل پریشانی و دشواری تنظیم هیجان دارند، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج این آزمون در جدول ۵ نمایش داده شده است.

جدول ۵. نتیجه آزمون تعقیبی برای مقایسه نمره پس‌آزمون شدت تحمل پریشانی و دشواری تنظیم هیجان بین گروه‌ها

متغیرها	نوع مقایسه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	مقدار p
طرحواره درمانی - گواه		۳۲/۳۴۵	۱/۳۴۰	<۰/۰۰۱
تحمل پریشانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد - گواه	۳۱/۸۳۴	۱/۳۳۳	<۰/۰۰۱
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد - طرحواره درمانی	۰/۵۱۱	۱/۳۲۰	۱/۰۰
طرحواره درمانی - گواه		-۶۱/۲۵۷	۲/۴۵۰	<۰/۰۰۱
دشواری تنظیم هیجان	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد - گواه	-۶۱/۳۵۹	۲/۴۴۸	<۰/۰۰۱
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد - طرحواره درمانی	۰/۱۰۲	۲/۴۳۵	۱/۰۰۰

مهارت حضور در لحظه و مشاهده فرآیندهای درونی بدون قضاوت، علاوه بر کاهش علائم روانی مانند افسردگی، تحمل پریشانی و مشکلات در پذیرش هیجان، می‌تواند به افزایش سازگاری فرد با چالش‌ها و نارسایی‌هایی که ناگزیر با آن‌ها مواجه است، یاری رساند (رضاییان و همکاران، ۱۴۰۰). از نظر پژوهشگران این پژوهش در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تأکید بر این است که نواقص و محدودیت‌ها بخشی جدایی‌ناپذیر از زندگی هر فرد هستند و لازم است هر شخص آن‌ها را به‌عنوان تجربیات عمومی بپذیرد و قبول کند که هیجان و پریشانی جزئی از زندگی اوست. این پذیرش با افزایش انعطاف‌پذیری، کاهش غم و افزایش توانایی تحمل همراه است. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد کمک می‌کند تا تجارب درونی خود، از جمله هیجان و پریشانی را به‌عنوان یک فرآیند درونی تجربه کنند و به یاد داشته باشند درد بخشی از آن‌ها است و آن را تحمل کنند و این تحمل به مرور باعث رشد آن‌ها می‌شود.

دومین یافته این پژوهش این بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری تنظیم هیجان افراد افسرده مؤثر بود که با یافته‌های پژوهش ترخان (۱۳۹۶)، دهقان و همکاران (۱۴۰۲)، وفادار و همکاران (۱۴۰۰) و نظری و همکاران (۱۴۰۱) همسو است.

در تبیین این یافته‌ها باید بیان کرد این نوع درمان به افراد می‌آموزد که افکار خود را به عنوان نشانه‌های حس منفی تلقی نکنند بلکه آن‌ها را بپذیرند و به‌گونه‌ای عمل کنند که به ارزش‌های زندگی‌شان نزدیک‌تر شوند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افرادی که دچار افسردگی هستند، یاد می‌دهد که به محتوای منفی ذهن خود واکنش‌های شدید نشان ندهند و به دنبال

یافته‌های جدول ۵ نشان داد تأثیر هر دو مداخله طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمره کل دشواری تنظیم هیجان تأیید شد ($p < ۰/۰۰۱$). مقایسه مداخله‌ها نشان داد که طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند به عبارت دیگر این دو مداخله به‌طور یکسان بر شدت دشواری تنظیم هیجان تأثیر می‌گذارند. همچنین جدول ۶ نشان داد تأثیر هر دو مداخله طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمره کل تحمل پریشانی تأیید شد ($p < ۰/۰۰۱$). مقایسه مداخله‌ها نشان داد که طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند به عبارت دیگر این دو مداخله به‌طور یکسان بر تحمل پریشانی تأثیر می‌گذارند.

بحث و نتیجه‌گیری

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

اولین یافته پژوهش حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی افراد افسرده مؤثر است که با یافته‌های پژوهش درتاج و همکاران (۱۴۰۰)، موسی‌پور (۱۴۰۲)، نظری و همکاران (۱۴۰۱) و رضاییان و همکاران (۱۴۰۰) همسو است.

در توضیح این یافته، باید به این نکته توجه کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا با تقویت حضور در لحظه و مشاهده‌گری بدون قضاوت، تمرکز خود را بر موقعیت‌های کنونی معطوف کنند، بدون این که در این زمینه قضاوتی داشته باشند.

افزایش انعطاف‌پذیری روانی باشند از منظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بسیاری از رنج‌های انسانی ناشی از اجتناب و عدم تحمل عاطفی است. این نوع اجتناب یک رفتار غریزی است که به ما کمک می‌کند از درد دوری کنیم یا فرار کنیم و درمان سعی می‌کند این دوری را کم کند (خاوری، ۱۴۰۲). از دید پژوهشگران این پژوهش در درمان پذیرش و تعهد، افراد ترغیب می‌شوند تا رفتارهای خود را بر اساس ارزیابی مؤثر بودن راهبردهایی که به کار می‌برند، مورد بررسی قرار دهند. افرادی که به افسردگی دچار هستند، معمولاً به دنبال دلایلی برای توجیه وضعیت خود می‌گردند که این موضوع منجر به افزایش هیجان‌های منفی می‌شود و آن‌ها تجربیات خود را به شکل منفی ارزیابی می‌کنند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از طریق تمرین‌های ذهن آگاهی، خود مشاهده‌گری و آگاهی از وضعیت بدن، ارتباط فرد با افکارش تقویت می‌شود. این فرآیند به پذیرش افکار، باورها، احساسات و دریافت‌های حسی و بدنی فرد کمک می‌کند. در نتیجه، افراد قادر خواهند بود افکار افسردگی‌آور خود را مشاهده کرده و خود را از احساسات و هیجان‌های منفی ناشی از افسردگی جدا کنند.

سومین یافته پژوهش حاضر این بود که طرحواره درمانی هیجانی بر تحمل پریشانی مؤثر بود که این با نتایج پژوهش ندائی و همکاران (۱۴۰۲)، نظری و همکاران (۱۴۰۱) وفادار و همکاران (۱۴۰۰) همسو بود.

در تبیین این یافته‌ها باید گفت که طرحواره درمانی هیجانی بر این اصل استوار است که خود هیجانات مشکل‌ساز نیستند بلکه تفسیرها و راهبردهای مقابله‌ای اهمیت دارند. این نوع درمان با شناسایی باورهای هیجانی منفی و به‌کارگیری تکنیک‌های درمانی، به بهبود این باورها و کاهش طرحواره‌های مرتبط با افسردگی کمک می‌کند. این رویکرد به افرادی که در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی مشکل دارند، کمک می‌کند تا طرحواره‌های خود را شناسایی کرده و به‌جای اجتناب، آن‌ها را بپذیرند و با آن‌ها سازگار شوند. طرحواره درمانی هیجانی بر اساس اصول پذیرش و شناختی طراحی شده و تلاش می‌کند تا افراد به‌جای فرار از مشکلات هیجانی، آن‌ها را بپذیرند. (قاسم خانلو و همکاران، ۱۴۰۱). از دید پژوهشگران این پژوهش طرحواره درمانی هیجانی افراد را به پذیرش احساسات به عنوان بخشی از زندگی‌شان ترغیب می‌کند و به جای سرکوب آن‌ها، استراتژی‌های جدیدی برای مدیریت احساسات ارائه می‌دهد. آموزش این نوع درمان، همراه با تکنیک‌های شناختی و هیجانی، می‌تواند

به تغییر طرحواره‌های ناسازگار و بهبود تنظیم هیجان در افراد مبتلا به افسردگی کمک کند. این فرآیند به کاهش احساسات منفی و روشن شدن احساسات کمک می‌کند و به درمانگران امکان می‌دهد مسائل عمیق را به روشی قابل فهم شناسایی کنند. در نهایت، این مدل به افراد کمک می‌کند تا نگاهی جامع‌تر به الگوهای نامنظم خود داشته و انگیزه بیشتری برای پذیرش خود و غلبه بر چالش‌ها پیدا کنند.

چهارمین یافته این پژوهش این بود که طرحواره درمانی هیجانی بر دشواری تنظیم هیجان افراد مبتلا به افسردگی اساسی مؤثر بود که این با یافته‌های پژوهش کلانتریان و همکاران (۲۰۲۴) فیض‌اللهی و همکاران (۱۴۰۲)، قاسم خانلو و همکاران (۱۴۰۱) و قلی‌زاده (۱۴۰۱) همسو بود.

در تبیین این یافته باید بیان کرد این رویکردها به افراد کمک می‌کنند تا هیجانات را به عنوان بخشی غیرقابل انکار و مرتبط با زندگی خود بپذیرند و نگرش جدیدی نسبت به آن‌ها پیدا کنند، به طوری که از درگیر شدن و سرگرم شدن در سرکوب هیجانات خود اجتناب کنند. از طرف دیگر، طرحواره درمانی هیجانی به جای تمرکز بر ایجاد هیجانات از طریق شناخت‌ها و محتوای افکار، بر این اعتقاد است که هیجانات به تنهایی می‌توانند با محتوای شناختی، توجهی، رفتاری و حافظه در ارتباط باشند. همچنین هیجانات ناخوشایند و حتی خوش آیند با طرحواره‌های خاصی مانند تداوم ارتباط مرتبط هستند و چالش با ابعاد طرحواره می‌تواند به کاهش نشانه‌های افسردگی منجر شود (قاسم خانلو و همکاران، ۱۴۰۱). به نظر پژوهشگران این پژوهش در توضیح این یافته می‌توان بیان کرد که درمان هیجانی با ایجاد یک رابطه عمیق درمانی، تمرکز بر طرحواره‌ها و جایگزینی راهبردهای موثرتر برای تنظیم هیجانات، به کاهش نشانه‌های افسردگی و به ویژه کاهش استفاده از راهبردهای ناسازگار کمک کرده است. این راهبردهای ناسازگار در تنظیم هیجانی با شدت و علائم افسردگی ارتباط دارند و یکی از جنبه‌های کلیدی درمان طرحواره‌های هیجانی، پرداختن به این راهبردهای مشکل‌ساز و جایگزینی آن‌ها با راهبردهای موثرتر است.

در پنجمین یافته‌های این پژوهش، مشخص شد که هر دو نوع مداخله یعنی طرحواره درمانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر تحمل پریشانی تأثیرگذار بوده و هیچ‌یک بر دیگری برتری نداشتند یعنی از نظر آماری هر دو درمان به یک میزان مؤثر بودند. این نتیجه با پژوهش نظری و

همکاران (۱۴۰۱) وفادار و همکاران (۱۴۰۰) همسو بود اما با نظر انداز کورنده و همکاران (۱۴۰۰) و پیری و همکاران (۱۳۹۹) همسو نبود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان عنوان کرد که در توضیح این یافته‌ها می‌توان گفت که درمان‌های موج سوم شناختی-رفتاری، از جمله طرحواره درمانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر روش‌های مقابله با احساسات منفی مانند غم و افسردگی تأکید خاصی دارند و بسیاری از تکنیک‌ها و اصول آن‌ها مشترک است (ثابتی مقدم و همکاران، ۱۴۰۲؛ قاسم خانلو و همکاران، ۱۴۰۱؛ خاوری، ۱۴۰۲؛ وفادار و همکاران، ۱۴۰۰). در طرحواره درمانی هیجانی، مشابه سایر درمان‌های نسل سوم، هدف آموزش مراجعان در زمینه پذیرش هیجانات ناخوشایند و منفی است. این نوع درمان به افراد کمک می‌کند تا هیجانات منفی را بازنگری کرده و آن‌ها را به عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از زندگی خود بپذیرند. این رویکرد تأکید دارد که هیجانات بیماران باید در اولویت قرار گیرد و به آن‌ها نحوه تنظیم هیجانات آموزش داده شود در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز رویکرد مشابهی وجود دارد؛ این درمان به افراد می‌آموزد که به افکار خود به عنوان دشمن نگاه نکنند بلکه آن‌ها را بپذیرند و به شیوه‌ای متعهدانه عمل کنند که آن‌ها را به سمت ارزش‌های زندگی هدایت کند (وفادار و همکاران، ۱۴۰۰). از دیدگاه پژوهشگران پژوهش حال، با توجه به شباهت‌های موجود در روش‌های درمانی نسل سوم شناختی، از جمله طرحواره درمانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، این تکنیک‌ها می‌توانند به افراد در کاهش احساسات منفی کمک کنند. این امر به نوبه خود به بهبود ارزیابی مثبت از خود، افزایش حس خوب، تمرکز بیشتر بر احساسات مثبت و کاهش احساس درماندگی در مواجهه با این احساسات منجر می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری روانی تأکید دارد و هدف آن کاهش علائم نیست، هرچند که ممکن است در طول درمان تغییراتی در علائم مشاهده شود. این نوع درمان به فرد کمک می‌کند تا به اهداف و ارزش‌های زندگی‌اش نزدیک‌تر شود. درمانگر از استعاره‌ها و بازی‌های نقش‌آفرینی برای آموزش تجربی بهره می‌برد. همچنین مدل طرحواره درمانی هیجانی به بررسی اجزای تجربه و پاسخ‌های هیجانی می‌پردازد و نشان می‌دهد که اجتناب از احساسات منفی می‌تواند منجر به مشکلاتی در پذیرش و تحمل این احساسات شود. افراد مبتلا معمولاً بر احساسات منفی تمرکز کرده و آن‌ها را به شکل فاجعه‌آمیز تفسیر می‌کنند.

در نهایت در ششمین یافته‌های این پژوهش، مشخص شد که هر دو نوع مداخله یعنی طرحواره درمانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر دشواری تنظیم هیجان تأثیر گذار بوده و هیچ‌یک بر دیگری برتری نداشتند یعنی از نظر آماری هر دو درمان به یک میزان مؤثر بودند که با یافته‌های پژوهش فیض‌اللهی و همکاران (۱۴۰۲) و فیض الله و همکاران (۱۴۰۲). همسو بود اما با پژوهش نجار کاخکی (۱۴۰۲) همسو نبود.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان کرد که درمان‌های موج سوم شناختی-رفتاری، از جمله طرحواره درمانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به طور خاص بر روش‌های مقابله با احساسات منفی مانند غم و افسردگی تأکید دارند و بسیاری از تکنیک‌ها و اصول آن‌ها مشترک است. در طرحواره درمانی هیجانی، مشابه سایر درمان‌های نسل سوم، هدف آموزش مراجعان در زمینه پذیرش هیجانات ناخوشایند و منفی است. این نوع درمان به افراد کمک می‌کند تا هیجانات منفی را بازنگری کرده و آن‌ها را به عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از زندگی خود بپذیرند (قاسم خانلو و همکاران، ۱۴۰۱؛ خاوری، ۱۴۰۲). این رویکرد بر این نکته تأکید دارد که هیجانات بیمار باید در اولویت قرار گیرد و به آن‌ها نحوه تنظیم هیجانات آموزش داده شود (وفادار و همکاران، ۱۴۰۰). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز رویکرد مشابهی وجود دارد؛ این درمان به افراد می‌آموزد که به افکار خود به عنوان دشمن نگاه نکنند بلکه آن‌ها را بپذیرند و به شیوه‌ای متعهدانه عمل کنند که آن‌ها را به سمت ارزش‌های زندگی هدایت کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد افسرده آموزش می‌دهد که به محتوای منفی ذهن خود واکنش شدید نشان ندهند و به دنبال افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی باشند. این درمان به طور خاص بر کاهش علائم تمرکز ندارد، هرچند که علائم معمولاً در طول مداخله تغییر می‌کنند. تمرکز اصلی این درمان بر افزایش انعطاف‌پذیری روانی است، به این معنا که توانایی تمرکز و حرکت به سمت چیزهایی که به زندگی و ارزش‌های ما معنا و هدف می‌دهند، افزایش یابد (فیض الله و همکاران، ۱۴۰۲). از دید پژوهشگران این پژوهش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با آموزش اصول پذیرش هیجانات و افکار به مراجعان یاد می‌دهند که انسان موجودی همیشه در حال تجربه انواع هیجانات است و همچنین آموزش می‌دهد به جای فرار از این نوع هیجانات و عدم تحمل آن‌ها را در آغوش کشیده و به سمت ارزش‌های مفید زندگی خود حرکت کند. درمانگر از استعاره‌ها و بازی‌های

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.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی در دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه محقق اردبیلی است. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی در پژوهش، تمامی شرکت‌کنندگان به‌صورت کتبی اطلاعاتی درباره پژوهش دریافت کردند تا در صورت تمایل بتوانند در آن مشارکت نمایند. همچنین از افرادی که به‌طور داوطلبانه قصد شرکت در پژوهش را داشتند، رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید و پژوهشگر متعهد شد که به اصل رازداری و عدم افشای اطلاعات شخصی شرکت‌کنندگان پایبند باشد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول، تحت راهنمایی نویسنده دوم و سوم و مشاوره نویسنده چهارم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسنده اظهار می‌دارد هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان این پژوهش قدردانی و سپاس‌گزاری می‌شود.

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. در همین راستا، مدل طرحواره درمانی هیجانی به هر یک از اجزای تجربه و پاسخ هیجانی می‌پردازد. طرحواره‌های هیجانی نمایانگر نظریه خاص هیجان فرد هستند که شامل ارزیابی احساسات، توضیحات، باورها در مورد حقانیت احساسات و نظریه‌هایی درباره نیاز به تنظیم هیجان و اجتناب از تجربه است (عبدی، ۱۴۰۱). پیامد اجتناب و عدم تحمل پریشانی ناشی از تجربیات و قوانین مشابه این است که فرد در پذیرش یا تحمل هر نوع احساس منفی با مشکل مواجه می‌شود. این افراد معمولاً بر احساسات منفی تمرکز کرده و آن‌ها را به‌صورت فاجعه‌آمیز در نظر می‌گیرند و سعی می‌کنند آن‌ها را سرکوب یا از بین ببرند.

در کل می‌توان نتیجه‌گیری کرد که درمان‌های موج سوم، مانند طرحواره درمانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به مراجعان آموزش می‌دهند که هیجانات را بپذیرند و به سمت ارزش‌های مثبت زندگی حرکت کنند. این درمان‌ها در مقابله با افسردگی و مدیریت آن مؤثر هستند و به بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی کمک می‌کنند تا در تنظیم هیجان و افزایش تحمل پریشانی بهتر عمل کنند. متخصصان بالینی می‌توانند از تکنیک‌های این درمان‌ها برای کاهش مشکلات هیجانی بیماران استفاده کنند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم وجود مرحله پیگیری برای مداخلات، عدم توازن جنسیتی در نمونه، عدم همسان‌سازی در زمینه تحصیلات و شغل نمونه و محدود بودن سن نمونه به جوانان 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.

منابع

باروتی، مهشید؛ چین آوه، محبوبه و ساعدی، سارا. (۱۴۰۲). مقایسه‌ی اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر انعطاف پذیری شناختی و افکار خود آیند منفی در بیماران دارای اختلال افسردگی اساسی: یک کار آزمایشی بالینی تصادفی شده در شهر تهران. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۳ (۷)، ۴۵-۵۴.

<http://jdisabilstud.org/article-1-3068-fa.html>

بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۷). مقیاس دشواری تنظیم هیجان. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی (اندیشه و رفتار)*، ۱۲ (۴۷)، ۸۹-۹۲.

<https://sanad.iau.ir/Journal/jtbcp/Article/1118414>

بهادری، زهرا؛ باباپور، جلیل؛ محمود علیلو، مجید و احمدی، پریچهر. (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر شدت علائم بالینی و طرحواره‌های هیجانی بیماران مبتلا به اختلال علامت عصبی کارکردی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱ (۱۱۰)، ۳۲۰-۳۰۵.

<http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.110.305>

بیات، محسن؛ نریمانی، محمد؛ بشر پور، سجاد؛ فکری شیران، محسن؛ ثریا طائفه دلانی، کیوان و دیدار طالش میکائیل اردبیل، فرداد. (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 (۶)، ۱۶۷۱-۱۶۸۳.

<https://doi.org/10.22038/mjms.2019.1474>

پیری محمود، حسینائی علی، اسدی جوانشیر، شریعت نیا کاظم. مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی گروهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی بر علائم اختلال شخصیت مرزی مبتلایان به سوء مصرف مواد مخدر. *مجله علوم اعصاب شفای خاتم*، ۱۳۹۹؛ ۸ (۴): ۵۶-۶۹.

<http://dx.doi.org/10.29252/shefa.8.4.56>

ترخان، مرتضی. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و معناداری زندگی زنان افسرده. *مطالعات روان شناختی*، ۱۳ (۳)، ۱۴۷-۱۶۴.

<https://doi.org/10.22051/psy.2017.13345.1312>

تفنگچی، مریم؛ رئیس، زهره؛ قمرانی، امیر و رضایی، حسن. (۱۴۰۰). ویژگی‌های روان سنجی مقیاس چندبعدی تحمل پریشانی (DTS) در بین زنان مبتلا به سردردهای تشنجی. *بیهوشی و درد*، ۱۲ (۴)، ۳۴-۴۳.

<http://jap.iuims.ac.ir/article-1-5602-fa.html>

جولانی الهام؛ لیل آبادی، لیدا و گلشنی، اکرم. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با استفاده از تمثیل‌ها و حکایت‌های مولانا و درمان

مبتنی بر پذیرش و تعهد ب، ر رشد پس از آسیب در مادران دارای کودک فلج مغزی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۳ (۱۳۸)، ۱۴۱۶-۱۳۹۷.

<http://dx.doi.org/10.52547/JPS.23.138.1397>

خاوری، علی محمد. (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)، ۳۳-۴۵.

https://mjms.mums.ac.ir/article_24543.html?lang=fa

دراج، افسانه؛ علی اکبری دهکردی، مهناز؛ ناصر مقدسی، عبدالرضا و علی پور، احمد. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی، ادراک درد و اینترنت لکین ۱۲ در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس. *فصلنامه روان شناسی کاربردی*، ۱۵ (۱)، ۷۲-۴۹.

<https://dori.net/dor/20.1001.1.20084331.1400.15.1.3.8>

دهقان، حسین؛ نجارپور استادی، سعید و مجتبیایی، مینا. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بی ثباتی هیجانی و رفتارهای خود آسیب رسان افراد دارای نشانگان اختلال شخصیت مرزی مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر. *رویش روانشناسی*، ۱۲ (۱۰)، ۸۹-۹۸.

<https://doi.org/10.52547/apsy.2021.216250.0>

رضایی مهدی، غضنفری فیروزه، رضایی فاطمه. اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر شدت افسردگی و نشخوار فکری افراد مبتلا به افسردگی اساسی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۳۹۵؛ ۲۴ (۱): ۴۱-۵۴.

<http://jssu.ssu.ac.ir/article-1-3532-fa.html>

رضایی، مهدی؛ قدم پور، عزت اله؛ رضایی، مظاهر و کاظمی، رضا. (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، عاطفه؛ آقا علی اکبری، لیا؛ امیرزاده، فاطمه و ملک محمدی، نغمه. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و افسردگی دانش آموزان. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۸ (۴)، ۹۴-۱۰۷.

<http://dx.doi.org/10.52547/jcmh.8.4.8>

رفیعی محمدی، نفیسه و جهانگیری، محمد مهدی. (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://doi.org/10.22037/jrrh.v5i4.21692>

فیض الهی، سارا؛ نریمانی، محمد و موسی زاده، توکل. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تنظیم شناختی هیجان و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زنان دارای افکار خودکشی (باتأکید بر فرهنگ). *روان‌شناسی فرهنگی زن*، ۵۷ (۱۵)، ۱-۱۷.

<https://doi.org/10.22034/jwcp.2023.707510>

قاسم خانلو، آرزو؛ عطادخت، اکبر و صبری، وحید. (۱۴۰۱). تأثیر طرحواره درمانی هیجانی بر شدت افسردگی و راهبردهای نظم جویی 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>

قدم پور، عزت اله؛ حسینی رمقانی، نسرین السادات؛ مرادی، سمیه؛ مرادیانی گیزه رود، سیده خدیجه و عالی پور، کبری. (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر نشخوار فکری پس رویدادی و اجتناب شناختی در دانش آموزان با نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی. *طب داخلی روز*، ۲۴ (۲)، ۱۱۱-۱۱۸.

<http://imtj.gmu.ac.ir/article-1-2754-fa.html>

قلی زاده، دنیا. (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره درمانی بر خود انتقادی و خودتنظیمی هیجانی زنان افسرده. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۷ (۶۷)، ۲۱۹-۲۲۷.

<https://doi.org/10.22034/jmpr.2022.15304>

محمد نژادی، بهجت؛ شمالی اسکویی، آرزو و سلیمانی، مهران. (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی فراشناخت درمانی بر کاهش علائم افسردگی و تحمل سطح پریشانی در بیماران افسرده. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۲ (۱۳۱)، ۲۳۲۰-۲۳۰۱.

<http://dx.doi.org/10.52547/JPS.22.131.2301>

موسی پور، مریم. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی، نشخوار فکری و اجتناب تجربی در نوجوانان مبتلا به افسردگی. *نشریه روانشناسی اجتماعی*، ۶۷ (۱۱)، ۷۷-۹۲.

<https://dorl.net/dor/20.1001.1.23455098.1402.11.67.5.3>

نجار کاخکی، ایمان؛ کلهرنیا گلکار، مریم؛ نژاد محمد نامقی، عاطفه؛ محمدی شیر محله، فاطمه و ولی زاده، مجید. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی گروهی بر دشواری در تنظیم هیجان و شاخص توده بدنی در افراد چاق مبتلا به خوردن هیجانی. *مجله روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۱۰ (۱)، ۷۵-۸۹.

<http://dx.doi.org/10.32598/shenakht.10.1.75>

ندائی، علی؛ قمری گیوی، حسین؛ شیخ الاسلامی، علی و صدری دمیرچی، اسماعیل. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر عدم تحمل

بلا تکلیفی و دشواری تنظیم هیجان در افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب همانند. *مجله روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۱۰ (۱)، ۱۰۳-۱۱۵.

<http://dx.doi.org/10.32598/shenakht.10.1.103>

نظر انداز کورنده، سارا؛ ابوالقاسمی، شهنام و وطن خواه حمیدرضا. (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، عباس؛ ساعدی، سارا و عبدی، منصور. (۱۴۰۱). 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 اسکروزیس. *خانواده درمانی کاربردی*، ۳ (۱)، ۴۶۱-۴۸۵.

<https://doi.org/10.22034/aftj.2022.313070.1240>

وفادار، ابوطالب؛ میرزمانی بافقی، سید محمود و جعفری روشن، مرجان. (۱۴۰۰). مقایسه‌ی اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی هیجانی بر سوگیری توجه، عدم تحمل بلا تکلیفی و اجتناب شناختی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۱ (۷): ۱۹۴-۱۹۴.

<http://jdisabilstud.org/article-1-2176-fa.html>

References

- 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>
- Babapour, J., & Ahmadi, P. (2022). The efficacy of emotional schema therapy on severity of clinical symptoms and emotional schemas in the patients with functional neurological symptom disorder. *Journal of psychological science*, 21(110), 305-320. <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.110.305>
- Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2020). Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 260, 728-737. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.040>

- Barouti M, Chinaveh M, Saedi S. (2023). Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Cognitive Flexibility and Negative Automatic Thoughts in Patients with Major Depressive Disorder: A Randomized Controlled Clinical Trial in Tehran City, Iran. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 13(4), 45-45. (Persian). <http://jdisabilstud.org/article-1-3068-en.html>
- Basharat, M. (2017). Difficulties Emotion Regulation Scale. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 12(47), 89-90. (Persian). <https://sanad.iau.ir/en/Journal/jtbcp/Article/1118414>
- Bayat, M., Narimani, M., Basharpour, S., Fekri Sheeran, M., Soraya Taifee Dalai, K., & Dedar Talesh Mickaeli Ardebil, F. (2020). Comparing the effectiveness of dialectical behavioral therapy with acceptance-based therapy and commitment to quality of life and reducing symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 62(5.1), 1671-1683. (Persian). <https://doi.org/10.22038/mjms.2019.14747>
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. (1996). Beck depression inventory-II. *Psychological Assessment*. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/t00742-000>
- Dehghan, H., Najarpour Ostadi, S., & Mojtabaei, M. (2023). The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Emotional Instability and Self-Injurious Behaviors of People with Borderline Personality Disorder and Drug Abusers. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 12(10), 89-98. (Persian). <http://frooyesh.ir/article-1-4800-en.html>
- Dobrek, L., & Głowacka, K. (2023). Depression and its phytopharmacotherapy—a narrative review. *International Journal of Molecular Sciences*, 24(5), 4772. <https://doi.org/10.3390/ijms24054772>
- dortaj, A., Aliakbar Dehkordi, M., Naser moghadasi, A., & Alipour, A. (2021). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Distress Tolerance, Pain Perception and Interleukin-12 in patients with Multiple Sclerosis. *Applied Psychology*, 15(1), 72-49. (Persian). <https://doi.org/10.52547/apsy.2021.216250.0>
- 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
- Feyzolah, S., Narimani, M., & Mousazadeh, T. (2023). The Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Emotion Cognitive Regulation and Early Maladaptive Schemas in Women with Suicidal Ideation (with Emphasis on Culture). *Journal of Woman Cultural Psychology*, 15(57), 1-17. (Persian). <https://doi.org/10.22034/jwcp.2023.707510>
- 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>
- Ghadampour, E., Hosseini Ramaghani, N., Moradi, S., Rod, M. G., & Alipour, K. (2018). Effectiveness of emotional schema therapy on decrease of post-event rumination and cognitive avoidance in people with clinical symptoms of social anxiety. *Internal Medicine Today*, 24(2), 111-118. (Persian). <http://imtj.gmu.ac.ir/article-1-2754-en.html>
- Ghasemkhanloo, A., Atadokht, A., & Sabri, V. (2022). The effectiveness of emotional schema therapy on severity of depression and cognitive emotional regulation strategies in major depression disorder. *J North Khorasan Univ Med Sci*, 14(1), 38-44. (Persian). <http://dx.doi.org/10.52547/nkums.14.1.38>
- golizadeh, D. (2022). The effectiveness of schema therapy on self-criticism and emotional self-regulation in depressed women. *Journal of Modern Psychological Researches*, 17(67), 219-227. doi:10.22034/jmpr.2022.15304. (Persian). <https://dori.net/dor/20.1001.1.27173852.1401.17.6.7.13.5>
- 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>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>

- Hasin, D.S., Sarvet, A.L., Meyers, J.L., Saha, T.D., Ruan, W.J., Stohl, M., & Grant, B.F. (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>
- 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>
- Jolani, E., Leilabadi, L., & Golshani, A. (2024). Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy with using rumi stories and acceptance and commitment therapy on posttraumatic growth of mothers of children with cerebral palsy. *Journal of Psychological Science*, 1397-1416. (Persian).
<http://dx.doi.org/10.52547/JPS.23.138.1397>
- 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), 138-135.
<https://doi.org/10.5812/mcj-138135>
- Khavari, A. (2023). The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in reducing depression and enhancing social functioning in patients with Major Depression Disorder (MDD). *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 66(3), 25-37 (Persian).
https://mjms.mums.ac.ir/article_24543.html
- Körük, S., & Özabacı, N. (2018). Effectiveness of Schema Therapy on the Treatment of Depressive Disorders: A Meta-Analysis. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 10(4), 30-39. <http://dx.doi.org/10.18863/pgy.361790>
- 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>
- Mohammadnezhady, B., Shamali Oskoei, A., & Soleimani, M. (2023). The efficacy of metacognitive therapy on reducing depression symptoms and distress tolerance in depressed patients. *Journal of Psychological Science*, 22(131), 2301-2320. (Persian).
<http://dx.doi.org/10.52547/JPS.22.131.2301>
- Mosapor, M. (2023). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on distress tolerance, rumination and experiential avoidance in adolescents with depression. *Scientific Journal of Social Psychology*, 11(67), 77-92. (Persian).
<https://dori.net/dor/20.1001.1.23455098.1402.11.67.5.3>
- Najjar Kakhki, I., Kalthornia Golkar, M., Nezhad Mohamad Nameghi, A., & Valizadeh, M. (2023). Comparison of effectiveness of acceptance and commitment-based group therapy and group schema therapy on emotion regulation difficulty and body mass index in obese people with emotional eating. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 10(1), 75-89. (Persian). <http://dx.doi.org/10.32598/shenakht.10.1.75>
- Nazarandaz Korandeh, S., Abolghasemi, S., & Vatan Khah, H. (2021). Comparison of the effectiveness of schema-therapy and treatment based on acceptance and commitment on rumination and autobiographical memory of patients with depression. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 64(3), 3224-3238. (Persian).
<https://doi.org/10.22038/mjms.2021.19405>
- Nazari, A., saedi, S., & Abdi, M. (2022). Comparing the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy on the tolerance of emotional distress, sexual dysfunction and psychological capital of patients with multiple sclerosis. *Journal of Applied Family Therapy*, 3(1), 461-485. (Persian).
<https://doi.org/10.22034/aftj.2022.313070.1240>
- Nedaei, A., Qamari Gavi, H., Sheykholeslami, A., & Sadri Damirchi, E. (2023). The effectiveness of emotional schema therapy on the intolerance of uncertainty and the difficulty of emotion regulation in people suffering from comorbid depression and anxiety. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 10(1), 103-115. (Persian).
<http://dx.doi.org/10.32598/shenakht.10.1.103>
- 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>
- Piri, M., Hosseinaei, A., Asadi, J., & Shariatnia, K. (2020). Comparison of effectiveness of group schema therapy and group acceptance and commitment therapy on symptoms of borderline personality disorder of patients with substance abuse. *Shefaye Khatam*, 8(4), 56-69. (Persian). <http://dx.doi.org/10.29252/shefa.8.4.56>
- 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>
- Rafiei-Mohammadi, N., & Jahangiri, M. M. (2020). The Effect of Logic Therapy Combined with Quran Recitation and Prayer on Depression Symptoms in Women with Major Depressive Disorder. *Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat*, 5(4), 88-98. (Persian). <https://doi.org/10.22037/jrrh.v5i4.21692>
- Rezaee, M., ghazanfari, F., reazee F. (2016). Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Severity of Depression and Rumination in People with Major Depressive Disorder. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*, 24 (1): 41-54. (Persian). <http://jssu.ssu.ac.ir/article-1-3532-en.html>
- Rezaei, M., Ghadampur, E., & Kazemi, R. (2015). Effectiveness of emotional schema therapy on rumination and severity of depression in patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 7(4), 45-58. (Persian). <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2217>
- Rezaeian, A., Agha Akbari, L., Amirzadeh, F., & Malek Mohammadi, N. (2021). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Distress Tolerance and Depression in Students. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, 8(4), 94-107. (Persian). <http://childmentalhealth.ir/article-1-1068-en.html>
- 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>
- Tarkhan, M. (2017). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Emotion Regulation and Life Meaning of Depressed Women. *Journal of Psychological Studies*, 13(3), 147-164. (Persian). <https://doi.org/10.22051/psy.2017.13345.1312>
- Tofangchi, M., Ghamarani, A., & Rezaei, H. (2022). The Psychometric properties of Distress Tolerance Scale (DTS) in women with tension-type headaches. *Journal of Anesthesiology and Pain*, 12(4), 34-43. (Persian). <http://jap.iums.ac.ir/article-1-5602-en.html>
- VAFADAR, A., MIRZAMANI BAFGHI, S.M., & Jafariroshan, M. (2021). Comparing the Effects of Acceptance and Commitment Therapy and Emotional Schema Therapy on Attentional Bias, Uncertainty Intolerance, and Cognitive Avoidance in Females with Generalized Anxiety Disorder. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 11(19), 29-42. (Persian). <http://jdisabilstud.org/article-1-2176-en.html>
- 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>
- Zhao, B., Wang, Q., Wang, L., Chen, J., Yin, T., Zhang, J., & Hou, R. (2023). Effect of acceptance and commitment therapy for depressive disorders: a meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*, 22(1), 34-42. <https://doi.org/10.1186/s12991-023-00462-1>