MEJDS. 2021; 11:141

Published online 2021 Nov. **Original Article**

Comparing the Effects of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Experiential Avoidance in Patients with Dysthymic Disorder

Nazarandaz Korandeh S[1], *Abolghasemi Sh[2], Vatankhah HR[3]

Author Address
1. PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran;
2. Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
***Corresponding author's email**: sh.abolghasemi@toniau.ac.ir

Received: 2021 Feb 1; **Accepted:** 2021 Sep 4

Abstract

Background & Objectives: Depression is a chronic psychological disorder characterized by a depressed mood on most days and hours. This disorder is among the most common psychological disorders in our country. There are various psychotherapies available to help these patients and are used. One of these interventions, effective in multiple studies on several symptoms of depression, is Schema Therapy (ST). ST can significantly reduce depression symptoms and suicidal ideation in depressed patients. The present study aimed to compare the effects of ST and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Experienced Avoidance (EA) in patients with depression.

Methods: This was a quasi–experimental study with pretest–posttest, follow–up, and a control group design. The study's statistical population included all individuals referring to counseling centers and psychological services of Noshahr and Chalous Cities, Iran, in 2019 who received a diagnosis of depression in clinical evaluation by a psychologist. The sample consisted of 45 depressed individuals selected by the purposive sampling method. They were randomly assigned to three ACT, ST, and control groups. The sample size was calculated based on similar studies considering the effect size of 0.40, the confidence level of 0.95, the test power of 0.80, and the loss rate of 10 percent for each group of 15 subjects. Initially, all research groups were pretested; then, the experimental groups received 10 ninety–minute sessions ACT and ST. After the end of the training sessions, all research groups were tested again, and after three months of post–test implementation, the follow–up stage was performed. The inclusion criteria were under 60 years of age, diploma and higher educational levels, dysphoria diagnosis based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM–5) criteria and clinical interview, the lack of personality disorder, and satisfaction for participation. The exclusion criteria included not observing the group rules stated in the first session and absence from more than two sessions. Ethical considerations observed in the research included justifying the research so that before implementation, the purpose of the study and other conditions for patients with depression was described, such as that participation in the research is entirely optional and the lack of participation will not affect their healthcare process. The information will remain confidential with the researcher. Then, the informed consent form was obtained from them, and the patients completed all questionnaires. The instruments used in this study were Second Edition Depression Inventory (Beck, 2000) and Experimental Avoidance Questionnaire (Gamz et al., 2011). The collected data were analyzed by repeated–measure Analysis of Variance (ANOVA) in SPSS at the significance level of 0.05.

Results: The obtained results indicated that ACT and ST effectively reduced the components of EA in patients with depression (p<0.001). Furthermore, ACT further reduced the features of EA compared to ST (p<0.001).

Conclusion: According to the results concerning the greater effectiveness of ACT on patients with depression, this treatment is recommended to reduce EA in these patients.

Keywords: Schema therapy, Acceptance and commitment therapy, Experienced avoidance, Depression.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۱۴۱.

انتشار برخط آبان‌ماه ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربه‌ای بیماران مبتلا به افسرده‌خویی

سارا نظرانداز کورنده[۱]، *شهنام ابوالقاسمی[۲]، حمیدرضا وطن‌خواه[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران؛

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران؛

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** sh.abolghasemi@toniau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳ بهمن ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۳ شهریور ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: افسرده‌خویی یکی از اختلالات مزمن روان‌شناختی به‌شمار می‌رود که مشخصهٔ آن خُلق افسرده در اغلب روزها و ساعات است. این اختلال از اختلالات بسیار شایع روان‌شناختی در کشور ما است. پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربه‌ای بیماران مبتلا به افسرده‌خویی انجام شد.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهرستان‌های نوشهر و چالوس در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که در ارزیابی بالینی توسط روان‌شناس تشخیص افسرده‌خویی دریافت کردند. نمونهٔ پژوهش ۴۵ نفر بودند که به‌روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. سپس به‌شیوهٔ تصادفی در سه گروه پانزده‌نفرهٔ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، طرحواره‌درمانی و گواه قرار گرفتند. ابزار استفاده‌شده در پژوهش پرسش‌نامهٔ افسردگی بک ویرایش دوم (بک، ۲۰۰۰) و پرسش‌نامهٔ اجتناب تجربی (گامز و همکاران، ۲۰۱۱) بود. تحلیل داده‌های گردآوری‌شده با استفاده از روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها در این پژوهش، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد درمقایسه با طرحواره‌درمانی تأثیر بیشتری در کاهش اجتناب تجربه‌ای دارد ($p<۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به نتایج مبنی‌بر اثربخشی بیشتر درمان پذیرش و تعهد بر بیماران دارای افسرده‌خویی، این درمان برای کاهش اجتناب تجربه‌ای در بیماران مذکور توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: طرحواره‌درمانی، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، اجتناب تجربه‌ای، افسرده‌خویی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

۱ مقدمه

افسرده‌خویی[1] یکی از انواع مزمن افسردگی است. افرادی که با این اختلال شناخته می‌شوند، اغلب از تخریب‌های اجتماعی، فیزیکی و روان‌شناختی که عملکردهایشان را در تمام سطوح زندگی محدود می‌کند، رنج می‌برند (۱). یکی از مکانیزم‌های شناختی مهم که عامل بالقوهٔ آسیب‌پذیری برای شروع و ثبات افسرده‌خویی شناخته شده و مدنظر پژوهشگران و درمانگران بوده، اجتناب تجربه‌ای[2] است. اجتناب تجربه‌ای به‌عنوان تلاش‌هایی انعطاف‌ناپذیر برای اجتناب از تجربه‌های هیجانی[3] یا روان‌شناختی، سرکوب[4] یا مهار آن‌ها تعریف شده است (۲). اجتناب تجربه‌ای در افراد با نشانه‌های افسردگی بیشتر از افراد غیربالینی است (۳). در پژوهش‌های باردین و فرگوس (۴) و هرشنبرگ و همکاران (۲) نیز نشان داده شد، افرادی که نمرهٔ اجتناب تجربی زیادی دارند، آشفتگی‌های روان‌شناختی[5] ازجمله افسردگی و اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند.

درمان‌های روان‌شناختی مختلفی برای کمک به این بیماران وجود دارد و استفاده می‌شود؛ ولی اینکه کدام درمان مؤثر است و علائم بیشتری از این بیماران را کاهش می‌دهد، اهمیت دارد که این امر پژوهش‌های بیشتری را می‌طلبد. طرحواره‌درمانی[6] یکی از این درمان‌ها بوده که در پژوهش‌های مختلفی نیز اثربخشی آن بر علائم متعددی از بیماری افسردگی، نشان داده شده است (۵). براساس رویکرد طرحواره‌درمانی بیماران مبتلا به اختلالات خُلقی[7]، طرحواره‌های ناسازگار[8] دارند که نشانه‌های این اختلال را تشدید می‌کند. طرحواره‌ها در تفسیرهای ما از رویدادها سوگیری ایجاد می‌کند. این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی میان‌فردی به‌صورت سوءتفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف‌شده و گمانه‌زنی‌های نادرست، هدف و چشم‌داشت‌های غیرواقع‌بینانه مشخص می‌شود (۶). مؤذنی و همکاران در پژوهشی دریافتند که طرحواره‌درمانی می‌تواند موجب کاهش چشمگیر علائم افسردگی و کاهش افکار خودکشی[9] در بیماران افسرده شود (۷). فراتحلیل انجام‌شده توسط کوراک و اوزوباکی نیز حاکی‌از اثربخشی زیاد این درمان در کاهش علائم و نشخوار فکری[10] بیماران افسرده بود (۵).

علاوه‌بر طرحواره‌درمانی که تلاش برای تغییر باورها و طرحواره‌های ناسازگار بیماران دارد، درمان‌های نسل سوم نیز اثربخشی خوبی بر درمان اختلالات روانی نشان داده‌اند. این گروه از درمان‌ها در پی تغییر شناخت‌ها، نیست و سعی می‌شود که ارتباط روان‌شناختی افراد را با افکار و احساسات خود بیشتر کند (۸). درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد[11] (ACT)، دارای فرایندهای شش‌گانه‌ای است که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را به‌همراه دارد. این شش فرایند شامل پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد است (۹). اساس درمان مبتنی‌بر تلاش افراد برای پذیرش روانی دربارهٔ تجربیات ذهنی است و متقابلاً اعمال کنترلی ناموثر کاهش می‌یابد (۱۰). به‌عبارتی هدف پذیرش و تعهد، کاهش اجتناب تجربه‌ای به‌همراه ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی[12] در افراد است و باعث می‌شود که فرد از رویدادها اجتناب نکند؛ همچنین برای تغییر و کنترل آن‌ها تلاشی نداشته باشد و با پذیرش شرایط به‌جای هدردادن انرژی و اجتناب‌کردن، کیفیت زندگی و ارزش‌ها را افزایش دهد (۱۱). در پژوهش‌های مختلف اثربخشی این درمان بر افسردگی و علائم مختلف آن ازجمله اجتناب تجربه‌ای تأیید شده است. بسطامی و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم افسردگی تأثیر دارد (۱۲). اوسترگارد و همکاران نشان دادند، درمان پذیرش و تعهد بر کاهش مشکلات روان‌شناختی و اجتناب تجربه‌ای بیماران افسرده مؤثر است (۱۳). در مطالعهٔ پاک و همکاران، اثربخشی این درمان بر اجتناب تجربه‌ای بیماران تأیید شد (۱۴). همچنین نتایج پژوهش کشاورز و همکاران اثربخشی این درمان را بر کاهش اجتناب تجربه‌ای در بیماران اضطرابی نشان داد (۱۵).

باتوجه به افزایش رو به رشد افسردگی و پیامدهای مخرب آن در زندگی افراد ضرورت دارد که درمان کارآمدتر شناسایی و استفاده شود. زمانی این امر امکان‌پذیر است که مقایسهٔ اثربخشی درمان‌های مختلف صورت گیرد و درمان کارآمدتر شناسایی شود. در این پژوهش دو درمان طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بررسی مقایسه‌ای شد. در پژوهشی پیری و همکاران این دو درمان را ارزیابی کردند (۱۶)؛ ولی بررسی مقایسه‌ای این دو درمان در بیماران دارای افسردگی و افسرده‌خویی انجام نشده است. هدف پژوهش حاضر مقایسهٔ اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربه‌ای بیماران مبتلا به افسرده‌خویی بود.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع تحقیقات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهرستان‌های نوشهر و چالوس در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که در ارزیابی بالینی توسط روان‌شناس تشخیص افسرده‌خویی دریافت کردند. نمونهٔ پژوهش ۴۵ نفر از افراد افسرده‌خو بودند که به‌روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. سپس به‌شیوهٔ تصادفی در سه گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، طرحواره‌درمانی و گواه قرار گرفتند. تعداد نمونهٔ لازم براساس مطالعات مشابه با درنظرگرفتن اندازهٔ اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰ درصد، برای هر گروه پانزده نفر محاسبه شد (۱۷). در ابتدا، برای هر سه گروه پیش‌آزمون انجام گرفت. سپس گروه آزمایش اول ده جلسهٔ نوددقیقه‌ای، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را دریافت کرد. برای گروه دوم نیز ده جلسهٔ نوددقیقه‌ای مداخلهٔ طرحواره‌درمانی گروهی ارائه شد. پس از پایان

1. Dysthymic Disorder
2. Experiential avoidance
3. Emotional experiences
4. Suppression
5. Psychological Distress
6. Schema therapy
7. Mood disorders
8. Incompatible schemas
9. Suicidal thoughts
10. Rumination
11. Acceptance and Commitment therapy
12. Psychological flexibility

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

جلسات آموزشی برای هر سه گروه به‌طور مجدد آزمون صورت گرفت و پس از گذشت سه ماه از اجرای پس‌آزمون، آزمون پیگیری اجرا شد. معیارهای ورود به این پژوهش عبارت بود از: دامنهٔ سنی کمتر از شصت سال؛ سطح تحصیلات دیپلم و بیشتر؛ تشخیص ابتلا به اختلال افسرده‌خویی براساس ملاک‌های DSM-5 و مصاحبهٔ بالینی؛ مبتلانبودن به اختلال شخصیت؛ رضایت برای شرکت. معیار خروج شامل رعایت‌نکردن قوانین گروه، بیان‌شده در اولین جلسه و غیبت در بیش از دو جلسه بود. ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در پژوهش شامل توجیه پژوهش بدین‌صورت بود: قبل از اجرا، هدف از انجام پژوهش و سایر شرایط برای بیماران مبتلا به افسرده‌خویی تشریح شد؛ مانند اینکه شرکت در پژوهش کاملاً اختیاری است و مشارکت‌نکردن، تأثیری بر روند مراقبت بهداشتی آن‌ها نخواهد داشت و اطلاعات نیز نزد پژوهشگر محرمانه باقی خواهد ماند. سپس فرم رضایت از آن‌ها گرفته شد و همهٔ پرسش‌نامه‌ها توسط افراد مبتلا پاسخ داده شد و ثبت گردید. ابزار زیر در در پژوهش به‌کار رفت.

ـ پرسش‌نامهٔ افسردگی بک ویرایش دوم[1]: پرسش‌نامهٔ افسردگی بک شکل بازنگری‌شدهٔ پرسش‌نامهٔ افسردگی بک است که برای سنجش شدت افسردگی توسط آرون‌تی بک در سال ۱۹۸۸ تدوین شد (۱۸). فرم تجدیدنظرشدهٔ پرسش‌نامهٔ افسردگی بک درمقایسه با فرم اولیه بیشتر با راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) همخوان است و ۲۱ سؤال دارد. این پرسش‌نامه در طیف لیکرتی سه‌درجه‌ای از صفر تا ۳ ارزیابی می‌شود و کمترین نمره در پرسش‌نامه صفر و بیشترین ۶۳ است. کسب نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ افسردگی شدیدتر و کسب نمرهٔ کمتر نشان‌دهندهٔ افسردگی کمتر است. همچنین در پرسش‌نامه دامنهٔ نمرات بین صفر تا ۱۳ به‌معنای افسردگی جزئی، نمرات ۱۴تا۱۹ به‌معنای افسردگی خفیف، نمرات بین ۲۰تا۲۸ به‌معنای افسردگی متوسط و نمرات بین ۲۹تا۶۳ به‌معنای افسردگی شدید است (۱۸). بک و همکاران دریافتند، این آزمون از اعتبار مطلوبی برخوردار است. ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳تا۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا را برای گروه بیمار ۰/۸۶ و برای گروه غیربیمار ۰/۸۱ گزارش کردند (۱۸). در ایران رجب‌زاده ضریب آلفای کرونباخ (همسانی درونی) را برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۷، ضریب پایایی تنصیف آن را ۰/۸۳ و ضریب پایایی بازآزمایی را به فاصلهٔ سه هفته ۰/۴۹ به‌دست آورد (۱۹).

ـ پرسش‌نامهٔ اجتناب تجربی[2]: این پرسش‌نامه ابزاری خودگزارش‌دهی است که توسط گامز و همکاران (۲۰۱۱) به‌منظور سنجش اجتناب تجربی طراحی شد. پرسش‌نامه شامل ۶۲ عبارت است که شش خرده‌مقیاس اجتناب رفتاری، پریشانی ناسازگار، تعویق، حواس‌پرتی/فرونشانی، انکار/سرکوبی و تحمل پریشانی را در طیف لیکرتی شش‌درجه‌ای از شدیداً موافقم=پنج تا شدیداً مخالفم=صفر ارزیابی می‌کند. حداقل و حداکثر نمره در مقیاس اجتناب تجربی در دامنه‌ای از ۶۲تا۳۱۷ است. نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ اجتناب تجربی بیشتر و نمرهٔ کمتر نشان‌دهندهٔ اجتناب تجربی کمتر است (۲۰). گامز و همکاران ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) را برای خرده‌مقیاس اجتناب رفتاری ۰/۸۵، پریشانی ناسازگار ۰/۸۴، تعویق ۰/۸۲، حواس‌پرتی/فرونشانی ۰/۸۹، انکار/سرکوبی ۰/۸۶ و تحمل پریشانی ۰/۸۷ در دامنهٔ ۰/۸۰تا۰/۸۵ و برای کل آزمون ۰/۹۲ گزارش کردند (۲۰). در ایران توسط مرادی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۴۲، اجتناب رفتاری ۰/۸۹۱، پریشانی ناسازگار ۰/۸۲۸، تعویق ۰/۷۹۴، حواس‌پرتی/فرونشانی ۰/۶۸۱، انکار/سرکوبی ۰/۸۲۲ و تحمل پریشانی ۰/۸۱۸ به‌دست آمد (۲۱).

درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در ده جلسهٔ نوددقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار به‌مدت دو ماه براساس بستهٔ آموزشی هیز اجرا شد (۲۲). روایی این پروتکل توسط سازندگان آن به تأیید رسید و از روایی صوری و محتوایی مطلوبی برخوردار است (۲۲). همچنین روایی محتوایی این بستهٔ آموزشی در پژوهش حاضر توسط سه تن از متخصصان روان‌شناس بالینی دارای مدرک دکتری و حداقل پنج سال سابقهٔ کار بالینی، تأیید شد و سپس در این پژوهش به‌کار رفت. در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، ارائه شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی با طرحواره و رفتارهای مقابله‌ای ناشی‌از طرحواره
دوم	تمرین ذهن‌آگاهی، درک ناامیدی سازنده، بررسی نمونه‌هایی از رفتارهای مقابله‌ای
سوم	نشخوار فکری، اجتناب تجربه‌ای سازنده و به‌کارگیری تمثیل
چهارم	تمرکز روی ارزش‌ها، شناسایی موانع عمل ارزشمند و ایفای نقش (هیولا در اتوبوس)
پنجم	تمرکز روی گسلش شناختی و تمثیل‌های مربوط به آن
ششم	پیگیری اعمال متعهدانه، تمرکز روی گسلش و ارزیابی برچسب‌زنی‌های منفی
هفتم	هدف ارزشمند، ایجاد هدف جدید، تمرکز بر خشم به‌عنوان رفتاری مقابله‌ای
هشتم	رویارویی با طرحواره‌ها، تصویرسازی ذهنی و تمرین با تمرکز بر رهاسازی از راهبردهای قدیمی کنترل
نهم	آموزش مهارت‌هایی برای کاهش نشخوار فکری، اجتناب تجربه‌ای
دهم	بررسی موانع بالقوه و راهبردهای برنامه‌ریزی به‌منظور دنبال‌کردن اعمال متعهدانه و ارزیابی پس از درمان

[1]. Beck Depression Inventory-II

[2]. Experiential Avoidance Questionnaire

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

طرحواره‌درمانی گروهی در ده جلسهٔ نوددقیقه‌ای و هفته‌ای یک بار به‌مدت دو ماه براساس بستهٔ آموزشی یانگ اجرا شد (۲۳). روایی این پروتکل توسط سازندگان آن به تأیید رسید و از روایی صوری و محتوایی مطلوبی برخوردار است (۲۳). همچنین روایی محتوایی این بستهٔ آموزشی در پژوهش حاضر توسط سه تن از متخصصان روان‌شناس بالینی دارای مدرک دکتری و حداقل پنج سال سابقهٔ کار بالینی، تأیید شد و سپس در این پژوهش به‌کار رفت. در جدول ۲، خلاصه‌ای از جلسات طرحواره‌درمانی گروهی ارائه شده است.

جدول ۲. طرحواره‌درمانی گروهی

جلسه	محتوای جلسه
اول	آموزش مفهوم طرحواره و طرحواره‌درمانی
دوم	سنجش طرحواره ازطریق تصویرسازی ذهنی، شناخت و برانگیختن طرحواره‌های اعضا، تصاویر ذهنی با افراد مهم زندگی، تجربه‌کردن هیجان‌های مرتبط با طرحواره‌ها
سوم	آشناکردن اعضا با اجتناب تجربه‌ای، بررسی اجتناب تجربه‌ای در چند نفر از اعضای گروه
چهارم	آزمون اعتبار طرحواره‌ها: الف. جمع‌آوری شواهد عینی تأییدکنندهٔ طرحواره؛ ب. جمع‌آوری شواهد عینی ردکنندهٔ طرحواره. تعریف جدید از شواهد تأییدکنندهٔ طرحواره
پنجم	ارزیابی پاسخ‌های مقابله‌ای، تدوین کارت‌های آموزشی طرحواره، معرفی و تکمیل فرم ثبت طرحواره
ششم	به‌کاربردن تکنیک گفت‌وگو بین «جنبهٔ سالم» و «جنبهٔ طرحواره»
هفتم	تصویرسازی ذهنی: الف. تصویرسازی از دوران کودکی، ربط‌دادن تصویر ذهنی گذشته به زمان حال؛ ب. مفهوم‌سازی تصویر ذهنی در قالب طرحواره
هشتم	برقراری گفت‌وگو خیالی با والدین در جلسه ازطریق روش صندلی خالی، تصویرسازی ذهنی به‌منظور الگوشکنی، نوشتن نامه به والدین به‌عنوان تکلیف خانگی
نهم	بازنگری مفهوم‌سازی مشکل اعضا، بررسی بیشتر حوزهٔ بریدگی و طرد، تعیین رفتارهای خاص به‌عنوان آماج‌های احتمالی تغییر
دهم	افزایش انگیزه برای تغییر رفتار: الف. ارتباط‌دادن رفتار آماجی با ریشه‌های تحولی آن در دوران کودکی؛ ب. بازنگری مزایا و معایب ادامهٔ رفتار؛ ج. تهیهٔ کارت‌های آموزشی؛ د. تمرین رفتارهای سالم ازطریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش. جمع‌بندی و ارزیابی اعضا

به‌منظور توصیف داده‌ها، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار و برای تحلیل داده‌ها، روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی به‌کار رفت. شایان ذکر است به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های آزمون استنباطی از آزمون لوین (برای بررسی همگنی واریانس‌ها)، آزمون شاپیرو ـ ویلک (برای بررسی نرمال‌بودن توزیع داده‌ها)، آزمون ام‌باکس و آزمون کرویت‌موچلی استفاده شد. به‌منظور مقایسهٔ دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی (جنسیت، وضعیت تأهل، سن، سابقهٔ کار)، آزمون خی‌دو به‌کار رفت. تحلیل‌های آماری مذکور با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ انجام پذیرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

میانگین±انحراف معیار سن در گروه طرحواره‌درمانی ۷/۹۵±۴۳/۱۱، گروه درمان پذیرش و تعهد ۷/۸۹±۴۲/۰۳ و گروه گواه برابر با ۷/۸۱±۴۱/۸۰ سال بود. سه گروه از نظر سن تفاوت معناداری نداشتند (p=۰/۴۲۵). کمینه و بیشینهٔ سن در گروه طرحواره‌درمانی به‌ترتیب ۳۳ و ۵۶ سال، در گروه درمان پذیرش و تعهد ۳۵ و ۵۲ سال و در گروه گواه ۳۰ و ۴۸ سال بود. از نظر جنسیت در گروه طرحواره‌درمانی، ۸ نفر (۵۳/۳درصد) را زنان و ۷ نفر (۴۶/۷درصد) را مردان، در گروه درمان پذیرش و تعهد ۹ نفر (۶۰درصد) را زنان و ۶ نفر (۴۰درصد) را مردان و در گروه گواه، ۷ نفر (۴۶/۷درصد) را زنان و ۸ نفر (۵۳/۳درصد) را مردان تشکیل دادند. سه گروه از نظر توزیع جنسیت تفاوت معناداری نداشتند (p=۰/۸۳۱). شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) نمرات اجتناب تجربه‌ای در گروه‌های آزمایش (طرحواره‌درمانی و درمان پذیرش و تعهد) و گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های اجتناب تجربه‌ای به‌تفکیک مرحلهٔ سنجش در گروه‌ها

متغیر	گروه	شاخص	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
اجتناب رفتاری	طرحواره‌درمانی	میانگین	۳۰/۲۷	۲۶/۸۶	۲۶/۵۹
		انحراف معیار	۷/۲۷	۶/۰۲	۶/۱۸
	درمان پذیرش و تعهد	میانگین	۲۹/۲۰	۲۳/۸۷	۲۴/۰۰
		انحراف معیار	۶/۹۴	۵/۳۶	۵/۱۴
	گواه	میانگین	۲۹/۳۳	۲۹/۷۳	۲۹/۸۲
		انحراف معیار	۶/۰۲	۵/۷۸	۵/۰۲
پریشانی ناسازگار	طرحواره‌درمانی	میانگین	۲۷/۶۷	۲۴/۲۷	۲۴/۰۷
		انحراف معیار	۵/۴۵	۴/۱۲	۴/۲۳
	درمان پذیرش و تعهد	میانگین	۲۸/۱۳	۲۱/۳۳	۲۱/۸۰

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

		انحراف معیار	۵/۷۰	۳/۸۳	۳/۷۱
		میانگین	۲۸/۷۳	۲۸/۳۳	۲۸/۰۷
	گواه	انحراف معیار	۴/۰۱	۴/۳۹	۴/۵۲
تعویق	طرحواره‌درمانی	میانگین	۱۵/۶۷	۱۲/۲۷	۱۲/۰۷
		انحراف معیار	۳/۴۵	۲/۱۲	۲/۲۳
	درمان پذیرش و تعهد	میانگین	۱۵/۸۰	۹/۳۳	۹/۸۰
		انحراف معیار	۳/۷۰	۲/۸۳	۲/۷۱
	گواه	میانگین	۱۵/۷۳	۱۵/۰۵	۱۵/۰۷
		انحراف معیار	۲/۰۱	۲/۳۹	۲/۵۲
حواس‌پرتی/فرونشانی	طرحواره‌درمانی	میانگین	۱۷/۶۷	۱۳/۲۷	۱۳/۰۷
		انحراف معیار	۴/۴۵	۳/۱۲	۳/۲۳
	درمان پذیرش و تعهد	میانگین	۱۷/۸۰	۱۱/۳۳	۱۱/۸۰
		انحراف معیار	۵/۷۰	۳/۸۳	۴/۷۱
	گواه	میانگین	۱۸/۵۴	۱۸/۱۰	۱۸/۰۷
		انحراف معیار	۶/۰۱	۶/۳۹	۶/۵۲
انکار/سرکوبی	طرحواره‌درمانی	میانگین	۳۷/۶۷	۳۴/۲۷	۳۳/۰۷
		انحراف معیار	۷/۴۵	۶/۱۲	۶/۲۳
	درمان پذیرش و تعهد	میانگین	۳۸/۸۰	۳۰/۳۳	۳۱/۸۰
		انحراف معیار	۷/۷۰	۵/۸۳	۵/۷۱
	گواه	میانگین	۳۸/۴۲	۳۸/۳۳	۳۹/۰۷
		انحراف معیار	۸/۰۱	۷/۳۹	۷/۵۲
تحمل پریشانی	طرحواره‌درمانی	میانگین	۲۴/۶۷	۲۱/۲۷	۲۱/۰۷
		انحراف معیار	۵/۴۵	۴/۱۲	۴/۲۳
	درمان پذیرش و تعهد	میانگین	۲۵/۸۰	۱۹/۳۳	۱۹/۸۰
		انحراف معیار	۵/۷۰	۴/۸۳	۴/۷۱
	گواه	میانگین	۲۶/۰۱	۲۶/۳۳	۲۶/۱۴
		انحراف معیار	۶/۰۱	۶/۳۹	۶/۵۲

قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، به‌منظور رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های ام‌باکس، کرویت‌موچلی و لوین بررسی شد. ازآنجاکه آزمون ام‌باکس برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس‌ـ کوواریانس رد نشد. همچنین معنادارنبودن هیچ‌یک از متغیرها در آزمون لوین نشان داد، فرض برابری واریانس‌های بین‌گروهی رد نمی‌شود. درنهایت بررسی نتایج آزمون کرویت‌موچلی مشخص کرد، این آزمون برای متغیرهای پژوهش معنادار است؛ بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت نشد ($p<۰/۰۰۱$)؛ ازاین‌رو آزمون گرین‌هاوس‌گیزر به‌منظور بررسی نتایج آزمون تک‌متغیره برای اثرات درون‌گروهی و اثرات متقابل به‌کار رفت. همچنین آزمون گرین‌هاوس‌گیزر با مقداری برابر ۰/۲۱ ($p<۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری را از نظر اثربخشی درمان‌های پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی بر اجتناب تجربه‌ای در گروه‌های آزمایش و گواه در سطح معناداری ۰/۰۵ نشان داد.

جدول ۴. تحلیل اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر زمان و گروه بر اجتناب تجربه‌ای

مقیاس	منبع متغیر	منبع اثر	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
اجتناب رفتاری	درون‌گروهی	زمان	۸/۸۲	<۰/۰۰۱	۰/۲۱
		زمان*گروه	۹۳/۶۵	<۰/۰۰۱	۰/۸۰
	بین‌گروهی	گروه	۵/۵۹	۰/۰۱۰	۰/۱۷
پریشانی ناسازگار	درون‌گروهی	زمان	۱۱/۴۷	<۰/۰۰۱	۰/۲۲
		زمان*گروه	۴۲/۰۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۵
	بین‌گروهی	گروه	۴۰/۳۰	<۰/۰۰۱	۰/۶۴
تعویق	درون‌گروهی	زمان	۱۵۳/۲۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۴
		زمان*گروه	۱۳۹/۶۸	<۰/۰۰۱	۰/۸۳
	بین‌گروهی	گروه	۱۲/۷۰	<۰/۰۰۱	۰/۱۸
حواس‌پرتی/فرونشانی	درون‌گروهی	زمان	۱۵۲/۱۶	<۰/۰۰۱	۰/۸۴

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

		زمان* گروه	۶۹/۲۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۱
	بین‌گروهی	گروه	۳۰/۵۴	<۰/۰۰۱	۰/۳۴
انکار/سرکوبی	درون‌گروهی	زمان	۷۲/۶۹	<۰/۰۰۱	۰/۷۲
		زمان* گروه	۶۷/۹۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۰
	بین‌گروهی	گروه	۵۵/۸۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۶
تحمل پریشانی	درون‌گروهی	زمان	۹۴/۱۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۹
		زمان* گروه	۴۶/۸۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۹
	بین‌گروهی	گروه	۸/۱۵	<۰/۰۰۱	۰/۲۲

براساس نتایج جدول ۴، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای همهٔ خرده‌مقیاس‌های اجتناب تجربه‌ای برای اثر زمان ($p<۰/۰۰۱$) و اثر گروه ($p<۰/۰۰۱$) معنادار بود؛ یعنی در تمامی خرده‌مقیاس‌های اجتناب تجربه‌ای بین دو گروه آزمایش و گروه گواه در طی مراحل پژوهش اختلاف معناداری وجود داشت که حاکی‌از تأثیر مداخله بود. به‌منظور بررسی تفاوت در هریک از گروه‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. خلاصهٔ نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسهٔ زوجی گروه‌ها در مرحلهٔ پس‌آزمون

مقیاس	گروه‌ها		تفاوت میانگین	مقدار احتمال
اجتناب رفتاری	پذیرش و تعهد	گواه	ـ۵/۸۶	<۰/۰۰۱
	طرحواره‌درمانی	گواه	ـ۲/۸۷	۰/۰۴۲
	پذیرش و تعهد	طرحواره‌درمانی	ـ۲/۹۹	۰/۰۳۷
پریشانی ناسازگار	پذیرش و تعهد	گواه	ـ۷/۰۰	<۰/۰۰۱
	طرحواره‌درمانی	گواه	ـ۴/۰۶	<۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد	طرحواره‌درمانی	ـ۲/۹۴	۰/۰۳۵
تعویق	پذیرش و تعهد	گواه	ـ۵/۷۲	<۰/۰۰۱
	طرحواره‌درمانی	گواه	ـ۲/۷۸	۰/۰۳۸
	پذیرش و تعهد	طرحواره‌درمانی	ـ۲/۹۴	۰/۰۳۴
حواس‌پرتی/فرونشانی	پذیرش و تعهد	گواه	ـ۶/۷۷	<۰/۰۰۱
	طرحواره‌درمانی	گواه	ـ۴/۸۳	<۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد	طرحواره‌درمانی	ـ۱/۹۴	۰/۰۴۸
انکار/سرکوبی	پذیرش و تعهد	گواه	ـ۸/۰۰	<۰/۰۰۱
	طرحواره‌درمانی	گواه	ـ۴/۰۶	<۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد	طرحواره‌درمانی	ـ۳/۹۴	<۰/۰۰۱
تحمل پریشانی	پذیرش و تعهد	گواه	ـ۷/۰۰	<۰/۰۰۱
	طرحواره‌درمانی	گواه	ـ۵/۰۶	<۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد	طرحواره‌درمانی	ـ۱/۹۵	۰/۰۴۷

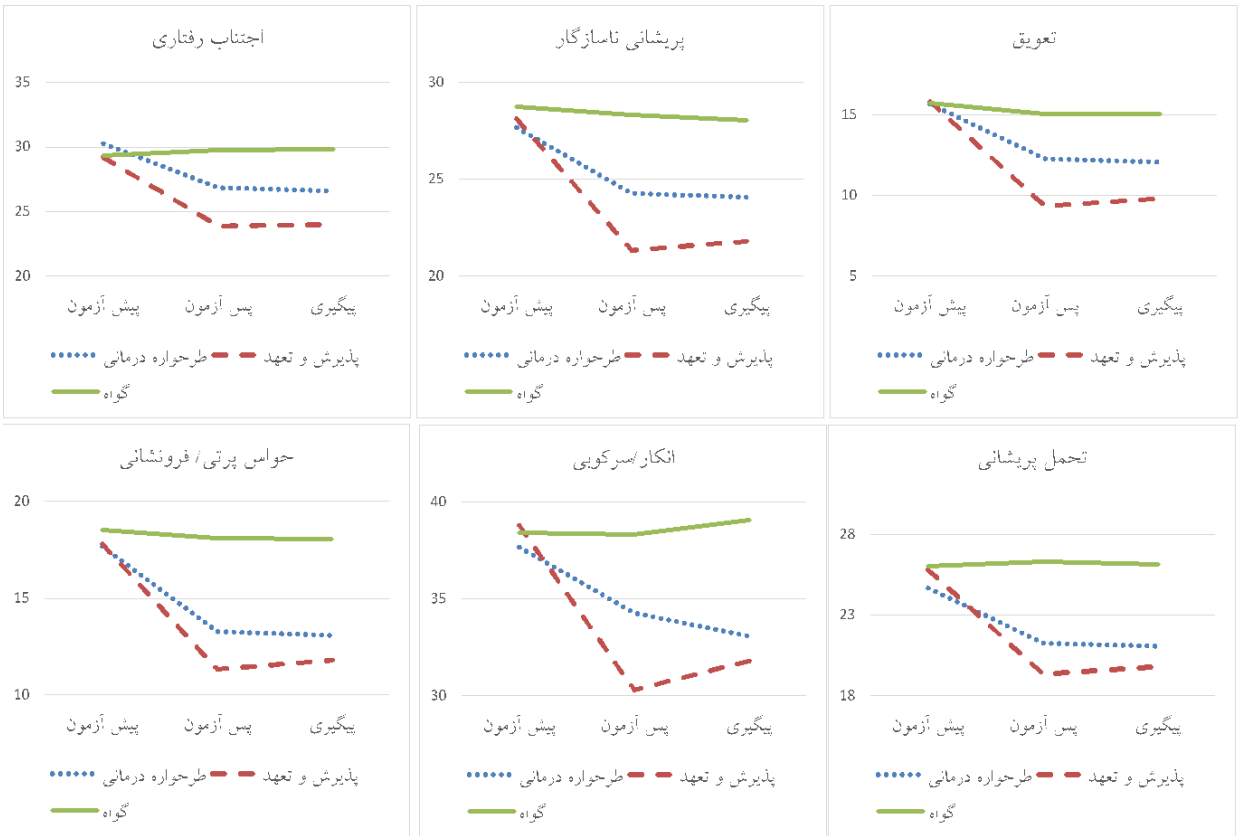
نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسهٔ گروه‌های پژوهش در مرحلهٔ پس‌آزمون در جدول ۵ نشان داد، نمرات مؤلفه‌های اجتناب رفتاری، پریشانی ناسازگار، تعویق، حواس‌پرتی/فرونشانی، انکار/سرکوبی و تحمل پریشانی در دو گروه درمان پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی در مرحلهٔ پس‌آزمون کمتر از گروه گواه است ($p<۰/۰۵$). همچنین مقایسهٔ گروه‌ها مشخص کرد، نمرات مؤلفه‌های اجتناب رفتاری، پریشانی ناسازگار، تعویق، حواس‌پرتی/فرونشانی، انکار/سرکوبی و تحمل پریشانی در گروه درمان پذیرش و تعهد کمتر از گروه طرحواره‌درمانی است ($p<۰/۰۵$). این یافته بدان معنا بود که درمان پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری در کاهش مؤلفه‌های اجتناب تجربه‌ای درمقایسه با طرحواره‌درمانی دارد.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ زوجی میانگین زمان‌های اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش در گروه درمان پذیرش و تعهد

متغیر	مراحل		تفاوت میانگین	خطای معیار برآورد	مقدار احتمال
اجتناب رفتاری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵/۳۷	۱/۴۸	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۶/۲۲	۱/۶۷	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۸۴	۰/۵۳	۰/۵۴۱

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

پریشانی ناسازگار	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴/۸۲	۱/۰۶	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۶/۴۰	۱/۲۱	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۵۷	۰/۲۰	۰/۳۲۱
تعویق	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۷۷	۱/۱۱	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۵/۸۶	۱/۰۳	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۵۷	۰/۳۶	۰/۱۷۰
حواس‌پرتی/فرونشانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۷/۸۲	۱/۱۸	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۶/۲۹	۱/۵۵	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۶۷	۰/۳۵	۰/۱۹۷
انکار/سرکوبی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۸/۵۴	۱/۰۷	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۷/۴۶	۱/۳۶	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۸۹	۰/۱۹	۰/۴۴۲
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۶/۲۷	۱/۰۶	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۸/۳۲	۱/۲۱	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۵	۰/۴۶	۰/۵۷۸



نمودار ۱. مقایسهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری میانگین مؤلفه‌های اجتناب تجربه‌ای در گروه‌های آزمایش و گواه

براساس نتایج نمودار ۱، نمرات مؤلفه‌های اجتناب تجربه‌ای در گروه‌های درمان پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی و در مرحلهٔ پس‌آزمون کمتر از پیش‌آزمون بود ($p<۰/۰۰۱$). نتایج مشخص کرد، مؤلفه‌های اجتناب تجربه‌ای در مرحلهٔ پیگیری، تفاوت معناداری با مرحلهٔ پیش‌آزمون دارد ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی در مرحلهٔ پیگیری برای تمامی مؤلفه‌های اجتناب تجربه‌ای ماندگار است.

۴ بحث

باتوجه به یافته‌های به‌دست‌آمده ملاحظه شد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد درمقایسه با طرحواره‌درمانی، در میزان متغیر اجتناب تجربه‌ای در پس‌آزمون اثربخشی بیشتری دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمانگران آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد مُراجعان را تشویق می‌کنند تا علاوه‌بر شناخت، قادر باشند مقابله با محتوای روانی را کاهش دهند و درعوض با پذیرش بیشتر، بتوانند درجهتی ارزشمند

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

حرکت کنند (۱۶). به‌اعتقاد بریکل و تولیسون، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد موجب کاهش اجتناب تجربه‌ای می‌شود و به افراد برای شناخت و تعهد درقبال پیگیری اهداف ارزشمند کمک می‌کند و در بهبود مشکلات گوناگون زندگی سودمند است (۱۱). این درمان به‌جای آموزش راهبردهای متعدد برای تغییر یا کاهش افکار و احساسات ناخواسته، به بیماران مبتلا به افسرده‌خویی می‌آموزد تا با آگاهی و مشاهدهٔ افکار و احساسات ناخوشایند همان‌گونه که هستند، مهارت کسب کنند. هدف کلی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد غنی‌کردن و معنابخشیدن به زندگی افراد است. زندگی درد و رنج‌های بسیاری دارد و سختی‌های آن همیشه انسان را عذاب می‌دهد و گاهی به مشکلات روانی می‌کشاند.

با استفاده از تکنیک‌های مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به افراد آموزش داده می‌شود که با پذیرش احساسات و هیجانات خود مانع از اجتناب تجربی در خود شوند و بتوانند بر حال و اکنون تمرکز کنند؛ به‌عبارتی بتوانند در این لحظه و اکنون زندگی کنند که این امر موجب می‌شود بهتر با چالش‌های روزمره روبه‌رو شوند (۱۴). این درمان با مؤلفه‌های خود چیزی را به افراد آموزش می‌دهد که آنان باوجود این سختی‌ها و رنج‌ها، قادر باشند زندگی باارزش و معناداری را برای خود بسازند؛ به‌عبارتی کمک می‌کند فرد بتواند مسائل رنج‌آور خارج از کنترل خود را بپذیرد و در کنار این پذیرش زندگی و اهدافش را ارزشمند کند (۲۴). این درمان برخلاف درمان‌های دیگر ازجمله طرحواره‌درمانی که به‌طور مستقیم به تغییر باورها و نگرش‌ها و طرحواره‌ها توجه می‌کند، به تغییر مستقیم افکار و احساسات نمی‌پردازد؛ بلکه افراد را به پذیرش و آگاه‌بودن و مشاهده‌گربودن دربارهٔ خود می‌رساند (۲۵). پذیرش به‌عنوان جایگزینی برای اجتناب تجربی است. بدین‌وسیله فرد می‌تواند دربارهٔ تجربه‌های خود آگاهی کسب کند؛ بدون آنکه به آن‌ها وابستگی پیدا کند یا در تجربه‌هایش غرق شود. با این مؤلفه ناهمجوشی شناختی و پذیرش پرورش می‌یابد. با تمرین‌های ذهن‌آگاهی، استعاره‌ها و فرآیندهای تجربه‌ای پرورش پیدا می‌کند و درنهایت به اجتناب تجربه‌ای بیماران مبتلا به افسرده‌خویی منجر می‌شود (۲۶).

در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، اجتناب تجربی یکی از فرایندهای اصلی آسیب‌شناسی روانی است. اجتناب تجربی مانع از داشتن زندگی معنادار و غنی می‌شود. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد اجتناب تجربی را هدف قرار می‌دهد و به افراد کمک می‌کند که پاسخ‌هایشان به تجارب درونی ناخواسته گسترش یابد (۲۷). این امر ازطریق شش فرایند درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد شامل پذیرش، ناهم‌آمیزی شناختی، بافتارانگاشتن خویشتن، تماس پایدار با لحظه‌لحظه‌های زندگی، شفاف‌سازی ارزش‌ها و اقدام مؤثر صورت می‌گیرد (۲۸). در هر فرایند درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با استفاده از تمرین‌های تجربه‌ای، استعاره‌ها و پارادکس تأثیر اجتناب تجربی را به چالش می‌کشد و گشودگی به تجارب کنونی را افزایش می‌دهد و باعث تغییر جهت افراد به‌سمت ارزش‌هایشان می‌شود (۲۹).

به‌طورکلی می‌توان بیان کرد که افزایش توجه و آگاهی فرد دربارهٔ افکار، باورها، احساسات و تمایلات عملی از نکات مثبت و حائز اهمیت درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد است و باعث هماهنگ‌شدن رفتارهای سازگارانه و حالت‌های روان‌شناختی مثبت در افراد می‌شود؛ به‌نحوی‌که حتی می‌تواند توانایی فردی را درجهت فعالیت‌های ارزیابی شناختی ارتقا بخشد (۱۳)؛ بنابراین درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد روشی مؤثر و کارآمد به‌منظور بهبود ارزیابی شناختی ازطریق افزایش پذیرش فرد است؛ اما این سبک مقابله و روش درمانی در مهارت‌های طرحواره‌درمانی مشاهده نمی‌شود؛ ازاین‌رو آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در بیماران مبتلا به افسرده‌خویی با بهبود اجتناب تجربه‌ای آنان مفید و مؤثر واقع می‌شود.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به این امر که درمان پذیرش و تعهد درکاهش اجتناب تجربه‌ای بیماران دارای افسرده‌خویی مؤثرتر بوده است، از این درمان می‌توان در راستای کمک به بیماران افسرده‌خو و معنابخشی و جهت‌دهی به زندگی آن‌ها استفاده کرد و مشکلات آن‌ها ازجمله اجتناب تجربه‌ای را کاهش داد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و مسئولان مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهرستان‌های نوشهر و چالوس که در این مطالعه ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در آن مشارکت کردند. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دسترسی به داده‌ها و مواد

همهٔ نویسندگان مقاله به داده‌های پژوهش دسترسی دارند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند تضاد منافعی بین آن‌ها وجود ندارد. این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن است. همچنین مجوز اجرای پژوهش بر گروه مطالعه‌شده توسط مسئولان مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهرستان‌های نوشهر و چالوس با شماره نامهٔ ۱۱۸ صادر شد.

منابع مالی

تأمین منابع مالی از هزینه‌های شخصی بوده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی صورت نگرفته است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول داده‌های به‌دست‌آمده را آنالیز و تفسیر کرد. نویسندهٔ دوم، در نگارش نسخهٔ دست‌نوشته همکار اصلی بود. همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خوانده و تأیید کردند.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

References

1. Dashtizadeh N, Sajedi H, Nazari A, Davarniya R, Shakarami M. Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) on reducing symptoms of depression in women. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2015;4(3):67–78. [Persian] http://jcnm.skums.ac.ir/article-1-241-en.pdf
2. Hershenberg R, Mavandadi S, Wright E, Thase ME. Anhedonia in the daily lives of depressed Veterans: A pilot report on experiential avoidance as a moderator of emotional reactivity. J Affect Disord. 2017;208:414–7. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.011
3. Mahmoodi G, Sepahmansour M, Hasani F, Mohammadkhani P, Larijani Z. A comparison of the effectiveness of mindfulness based cognitive therapy and Metacognitive therapy on depressive symptoms,positive and negative beliefs about rumination and experiential avoidance in students. Journal of Psychological Studies. 2014;10(2):27–50. [Persian] https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_1771_67ccf683315fb6d4eb86bfe11f8a8744.pdf
4. Bardeen JR, Fergus TA. The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. Journal of Contextual Behavioral Science. 2016;5(1):1–6. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.02.002
5. Koruk S, Ozabaci N. Effectiveness of schema therapy on the treatment of depressive disorders: a meta-analysis. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar. 2018;10(4):470–80. https://doi.org/10.18863/pgy.361790
6. Seavey A, Moore TM. Schema-focused therapy for major depressive disorder and personality disorder: a case study. Clinical Case Studies. 2012;11(6):457–73. https://doi.org/10.1177/1534650112460571
7. Mozamzadeh T, Gholamrezai S, Rezaei F. The effect of schema therapy on severity of depression and suicidal thoughts in patients with resistant to depression. Armaghane danesh. 2018;23(2):253–66. [Persian] http://armaghanj.yums.ac.ir/article-1-1499-en.pdf
8. Larmar S, Wiatrowski S, Lewis-Driver S. Acceptance & commitment therapy: An overview of techniques and applications. Journal of Service Science and Management. 2014;7(3):216–21. http://dx.doi.org/10.4236/jssm.2014.73019
9. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. Behav Res Ther. 2006;44(1):1–25. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006
10. Rajabi S, Yazdkhasti F. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on anxiety and depression in women with ms who were referred to the MS association. Journal of Clinical Psychology. 2014;6(1):29–38. [Persian] https://dx.doi.org/10.22075/jcp.2017.2152
11. Bricker J, Tollison S. Comparison of motivational interviewing with acceptance and commitment therapy: a conceptual and clinical review. Behav Cogn Psychother. 2011;39(5):541–59. https://doi.org/10.1017/s1352465810000901
12. Bastami M, Goodarzi N, Dowran B, Taghva A. Effectiveness of treatment acceptance and commitment therapy (ACT) on the reduction of depressive symptoms of military personnel with type 2 diabetes mellitus. EBNESINA. 2016;18(1):11–8. [Persian] http://ebnesina.ajaums.ac.ir/article-1-401-en.pdf
13. Østergaard T, Lundgren T, Rosendahl I, Zettle RD, Jonassen R, Harmer CJ, et al. Acceptance and commitment therapy preceded by attention bias modification on residual symptoms in depression: a 12-month follow-up. Front Psychol. 2019;10:1995. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01995
14. Pak R, Abdi R, Chalbianloo G. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on disease acceptance and experiential avoidance in patients with multiple sclerosis (MS). Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association. 2017;12(1):63–72. [Persian] http://bjcp.ir/article-1-1206-en.pdf
15. Keshavarz Afshar H, Rafei Z, Mirzae A. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on general anxiety. Payesh. 2018;17(3):289–96. [Persian] http://payeshjournal.ir/article-1-47-en.pdf
16. Piri M, Hosseinaei A, Asadi J, Shariatnia K. Comparison of effectiveness of group schema therapy and group acceptance and commitment therapy on symptoms of borderline personality disorder of patients with substance abuse. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2020;8(4):56–69. [Persian] http://dx.doi.org/10.29252/shefa.8.4.56
17. Wersebe H, Lieb R, Meyer AH, Hofer P, Gloster AT. The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2018;18(1):60–8. https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.09.002
18. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck depression inventory: Twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Review. 1988;8(1):77–100. https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5
19. Rajabizadeh GA. The epidemiological study of depression prevalence in Mahan-Kerman area in 2000. Teb va tazkieh. 2004;13(1):44–51. [Persian]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

20. Gámez W, Chmielewski M, Kotov R, Ruggero C, Watson D. Development of a measure of experiential avoidance: the multidimensional experiential avoidance questionnaire. Psychol Assess. 2011;23(3):692–713. https://doi.org/10.1037/a0023242
21. Moradi A, Barghi Irani Z, Bagiyan Koulemarz MJ, Kariminejad K, Zabet M. Factor determination and psychometric features of the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (MEAQ). Social Cognition. 2018;6(2):57–82. [Persian] http://sc.journals.pnu.ac.ir/article_4422_74a9aea428ef5c6a37d4a4faf4cf200c.pdf
22. Hayes SA, Orsillo SM, Roemer L. Changes in proposed mechanisms of action during an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. Behav Res Ther. 2010;48(3):238–45. https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.11.006
23. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach. 3rd ed. Sarasota, Fla: Professional Resource Press; 1999.
24. Seyyedjafari J, Motamedi A, Mehradsadr M, Olamaie Kopaei M, Hashemian S. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on resilience in elderlies. Aging Psychology. 2017;3(1):21–9. [Persian] https://jap.razi.ac.ir/article_735_e3622d63d03762840601b5fa203e1493.pdf
25. Ghorbani Amir HA, Moradi O, Arefi M, Ahmadian H. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive-emotional regulation, resilience, and self-control strategies in divorced women. Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology. 2019;6(4):195–202. [Persian] http://dx.doi.org/10.32598/ajnpp.6.4.5
26. Taheri AA, Foroughi AA, Mohammadian Y, Ahmadi SM, Heshmati K, Hezarkhani LA, et al. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on pain acceptance and pain perception in patients with painful diabetic neuropathy: a randomized controlled trial. Diabetes Ther. 2020;11(8):1695–708. https://doi.org/10.1007/s13300-020-00851-9
27. Farokhzadian AA, Andalib L, Yousefvand M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on reducing depression in Cancer Patients. Clinical Psychology and Personality. 2020;17(1):45–52. [Persian] https://dx.doi.org/10.22070/cpap.2020.2882
28. Li Z, Li Y, Guo L, Li M, Yang K. Effectiveness of acceptance and commitment therapy for mental illness in cancer patients: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Int J Clin Pract. 2021;75(6):e13982. https://doi.org/10.1111/ijcp.13982
29. Mahmoudpour A, Rayesh N, Ghanbarian E, Rezaee M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on emotional regulation and loneliness of divorced women in Iran. J Marital Fam Ther. 2021;47(4):831–42. https://doi.org/10.1111/jmft.12492

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]