

The Effectiveness of Schema Therapy on Experiential Avoidance, Intolerance of Uncertainty, and Cognitive Flexibility in Patients with Major Depressive Disorder

1. Omolbani Mokhtari nahal^{id}: Master's degree in Personality Psychology, Department of Psychology, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Afsaneh Sametifar^{id*}: Master's degree in General Psychology, Department of Psychology, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
3. Maryam Kaviani^{id}: Master's degree in Clinical Psychology, Department of Psychology, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
4. Soomayeh Cheraghi^{id}: Master's degree in Personality Psychology, Department of Psychology, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

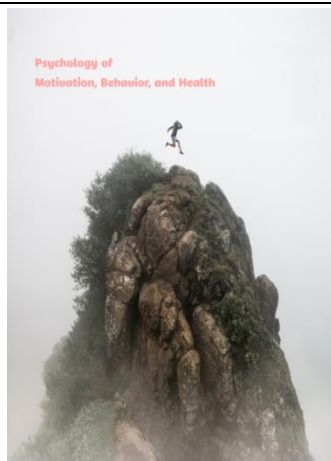
*Corresponding Author's Email: afsaneh.sameti@gmail.com

Received: 2024-06-29

Revised: 2024-08-24

Accepted: 2024-09-02

Published: 2024-09-10



Abstract

Introduction and Aim: Major Depressive Disorder is associated with experiential avoidance, intolerance of uncertainty, and cognitive inflexibility, all of which play significant roles in the persistence and severity of depressive symptoms. The present study aimed to investigate the effectiveness of Schema Therapy on experiential avoidance, intolerance of uncertainty, and cognitive flexibility in patients with Major Depressive Disorder.

Methodology: This study employed a quasi-experimental design with pretest, posttest, and two-month follow-up assessments alongside a control group. The statistical population included patients diagnosed with Major Depressive Disorder who attended counseling centers and psychological clinics in Tehran in 2024. A total of 40 participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to experimental and control groups. The research instruments included the Acceptance and Action Questionnaire-II, the Intolerance of Uncertainty Scale, and the Cognitive Flexibility Inventory. The experimental group received twelve 90-minute sessions of Schema Therapy, while the control group remained on a waiting list. Data were analyzed using mixed repeated-measures ANOVA and Bonferroni post hoc tests in SPSS-27.

Findings: The results of repeated-measures ANOVA demonstrated significant effects of time, group, and time-by-group interaction for experiential avoidance, intolerance of uncertainty, and cognitive flexibility ($P < 0.001$). The findings indicated that Schema Therapy significantly reduced experiential avoidance and intolerance of uncertainty while significantly increasing cognitive flexibility in the experimental group compared to the control group. Bonferroni post hoc analyses also revealed significant differences between pretest and posttest as well as between pretest and follow-up stages, whereas differences between posttest and follow-up were not significant, indicating the stability of treatment effects over time.

Conclusion: The findings suggest that Schema Therapy can be considered an effective intervention for reducing experiential avoidance and intolerance of uncertainty while enhancing cognitive flexibility in patients with Major Depressive Disorder. By modifying early maladaptive schemas and promoting emotional acceptance, this therapeutic approach may facilitate sustainable improvements in emotional and cognitive functioning.

Keywords: Schema Therapy, Experiential Avoidance, Intolerance of Uncertainty, Cognitive Flexibility, Major Depressive Disorder

How to Cite: Mokhtari nahal, O., Sametifar, A., Kaviani, M., & Cheraghi, S. (2024). The Effectiveness of Schema Therapy on Experiential Avoidance, Intolerance of Uncertainty, and Cognitive Flexibility in Patients with Major Depressive Disorder. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 2(2), 1-15.



Copyright: © 2024 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Extended Abstract

Introduction and Aim

Major Depressive Disorder (MDD) is one of the most prevalent and disabling psychological disorders worldwide and is associated with persistent sadness, hopelessness, cognitive dysfunction, emotional dysregulation, and impairment in interpersonal and occupational functioning. Contemporary perspectives on depression emphasize that the disorder is not merely characterized by negative mood symptoms, but also by maladaptive cognitive, emotional, and behavioral processes that contribute to its onset and maintenance (Barlow et al., 2021; Salicru, 2021). Recent transdiagnostic approaches have highlighted the role of underlying psychological mechanisms shared across emotional disorders, particularly experiential avoidance, intolerance of uncertainty, and cognitive inflexibility (Southward et al., 2024; Haymoba, 2022).

Experiential avoidance refers to the tendency to avoid, suppress, or control unpleasant internal experiences such as distressing thoughts, emotions, and memories. Individuals with depression often engage in avoidance-based coping strategies that intensify emotional suffering and reinforce maladaptive schemas. Studies have demonstrated significant associations between experiential avoidance and depression severity, emotional dysregulation, and psychological inflexibility (Fan et al., 2023; Presley et al., 2023). Similarly, intolerance of uncertainty has been identified as a critical vulnerability factor in emotional disorders. People with low tolerance for ambiguity perceive uncertain situations as threatening and uncontrollable, which increases anxiety, rumination, and depressive symptoms (Chigwedere & Moran, 2022; Veilleux, 2022). Depressed individuals frequently struggle with ambiguity related to the future, relationships, and life decisions, which perpetuates cognitive distress and hopelessness.

Another important construct associated with depression is cognitive flexibility, which refers to the capacity to adapt cognitive processing, reconsider interpretations, and generate alternative solutions in challenging situations. Individuals with depression often exhibit rigid thinking patterns, negative interpretations, and repetitive rumination that reduce their ability to adapt to changing conditions (Grimmer, 2022; McCracken & Scott, 2023). Reduced cognitive flexibility has been linked to emotional dysregulation, psychological vulnerability, and maladaptive coping responses (Sauer-Zavala et al., 2020; Southward et al., 2024).

Schema Therapy is an integrative therapeutic approach developed to address chronic psychological difficulties rooted in early maladaptive schemas. This approach combines cognitive-behavioral, attachment-based, experiential, and emotion-focused techniques to modify dysfunctional beliefs and maladaptive coping styles. According to schema theory, depressive symptoms emerge from deeply rooted schemas such as abandonment, defectiveness, emotional deprivation, and failure that are activated by stressful life experiences (Boecking et al., 2024; Roscoe & Taylor, 2023). Schema Therapy attempts to transform these maladaptive structures through cognitive restructuring, experiential techniques, emotional processing, and behavioral change.

Previous studies have demonstrated the effectiveness of schema-based interventions in improving emotional regulation, distress tolerance, and maladaptive coping mechanisms (Babaeifard et al., 2024; Zemestani et al., 2022). Furthermore, evidence suggests that schema-oriented approaches can reduce cognitive avoidance and improve psychological flexibility (Eftekari & Bakhtiari, 2022; Moharrami et al., 2024). Despite the growing literature on schema-based interventions, limited studies have simultaneously examined the effects of Schema Therapy on experiential avoidance, intolerance of uncertainty, and cognitive flexibility among individuals with Major Depressive Disorder. Therefore, the present study aimed to investigate the effectiveness of Schema Therapy on experiential avoidance, intolerance of uncertainty, and cognitive flexibility in patients with Major Depressive Disorder.

Methodology

The present study employed a quasi-experimental design with pretest, posttest, and two-month follow-up assessments alongside a control group. The statistical population consisted of patients diagnosed with Major Depressive Disorder who were referred to psychological counseling centers and mental health clinics in Tehran in 2024. Following clinical interviews based on DSM diagnostic criteria and psychological evaluation by licensed clinical psychologists, 40 eligible participants were selected using purposive sampling. Participants were randomly assigned to either the experimental group (n=20) or the control group (n=20).

Inclusion criteria included age between 20 and 45 years, diagnosis of Major Depressive Disorder, minimum educational level of high school diploma, absence of severe psychiatric disorders such as psychosis or bipolar disorder, and willingness to

participate in the study. Exclusion criteria included absence from more than two treatment sessions, concurrent psychological interventions, substance abuse, and unwillingness to continue participation.

The Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) was used to assess experiential avoidance. Intolerance of uncertainty was measured using the Intolerance of Uncertainty Scale (IUS), and cognitive flexibility was assessed through the Cognitive Flexibility Inventory (CFI). All instruments demonstrated satisfactory psychometric properties in previous studies and were appropriate for clinical populations.

The experimental group received Schema Therapy in twelve weekly 90-minute group sessions, whereas the control group remained on a waiting list and received no psychological intervention during the study period. The intervention included psychoeducation regarding maladaptive schemas, identification of dysfunctional coping styles, cognitive restructuring, emotional processing, imagery techniques, schema mode work, and behavioral pattern modification. The therapy was conducted by a trained therapist experienced in Schema Therapy.

Data were collected at pretest, posttest, and two-month follow-up stages. Statistical analyses were conducted using SPSS-27. Descriptive statistics including means and standard deviations were calculated. Assumptions of normality, homogeneity of variance, and sphericity were evaluated using Shapiro–Wilk, Levene’s, and Mauchly’s tests, respectively. Mixed repeated-measures analysis of variance (ANOVA) and Bonferroni post hoc comparisons were performed to analyze the data.

Findings

The demographic findings indicated that the experimental and control groups did not significantly differ in terms of age, marital status, or educational level at baseline. Therefore, initial group homogeneity was established.

Descriptive findings revealed that experiential avoidance and intolerance of uncertainty scores significantly decreased in the experimental group from pretest to posttest and follow-up, whereas cognitive flexibility scores significantly increased. In contrast, the control group demonstrated minimal changes across assessment stages.

The results of mixed repeated-measures ANOVA showed significant effects of time, group, and time-by-group interaction for all three variables. For

experiential avoidance, the interaction effect was statistically significant ($P < 0.001$), indicating that the reduction observed in the experimental group was attributable to Schema Therapy. Similar findings were obtained for intolerance of uncertainty, where significant decreases were observed in the treatment group across posttest and follow-up stages. Furthermore, cognitive flexibility significantly improved in the experimental group compared to the control group.

The effect sizes obtained through eta-squared coefficients indicated strong intervention effects. The highest effect size was related to cognitive flexibility, suggesting that Schema Therapy substantially improved adaptive cognitive functioning among depressed patients.

Bonferroni post hoc analyses demonstrated significant differences between pretest and posttest as well as between pretest and follow-up assessments for all variables in the experimental group. However, differences between posttest and follow-up were not statistically significant, indicating the stability and maintenance of therapeutic gains over time.

Overall, the findings suggest that Schema Therapy effectively reduced experiential avoidance and intolerance of uncertainty while increasing cognitive flexibility in patients with Major Depressive Disorder.

Discussion and Conclusion

The findings of the present study demonstrated that Schema Therapy significantly improved experiential avoidance, intolerance of uncertainty, and cognitive flexibility among patients with Major Depressive Disorder. These findings support contemporary transdiagnostic models emphasizing the central role of maladaptive emotional and cognitive processes in depression.

The reduction in experiential avoidance may be explained by the experiential and emotion-focused techniques employed in Schema Therapy. Depressed individuals frequently attempt to suppress or avoid painful emotions, memories, and internal experiences. Schema Therapy encourages emotional processing and acceptance through imagery rescripting, chair work, and corrective emotional experiences. Consequently, patients gradually learn to tolerate distressing emotions rather than escaping from them. This process likely contributed to the observed reduction in experiential avoidance.

The findings regarding intolerance of uncertainty also suggest that Schema Therapy helps patients reinterpret uncertainty in less threatening ways. Maladaptive schemas often cause individuals to perceive the world as unsafe and unpredictable. By modifying these deep-rooted cognitive structures, Schema Therapy may increase emotional tolerance and reduce anxiety related to ambiguity and uncertainty.

The improvement in cognitive flexibility can also be understood within the framework of schema modification and cognitive restructuring. Depressed individuals commonly display rigid thinking patterns and difficulty generating adaptive interpretations of stressful events. Through cognitive and experiential interventions, Schema Therapy enables patients to challenge dysfunctional beliefs and develop more flexible and adaptive cognitive responses.

The maintenance of treatment effects during follow-up indicates that Schema Therapy may produce relatively enduring psychological changes rather than temporary symptom reduction. This durability may stem from the intervention's focus on core schemas and long-standing emotional patterns rather than merely targeting surface-level symptoms.

The present findings highlight the clinical significance of Schema Therapy for individuals suffering from depression. Since experiential avoidance, intolerance of uncertainty, and cognitive inflexibility are common across many emotional disorders, Schema Therapy may serve as an effective transdiagnostic intervention capable of addressing multiple psychological vulnerabilities simultaneously.

Despite its contributions, the present study had several limitations. The sample size was relatively small and limited to patients from Tehran, which may reduce generalizability. Additionally, self-report measures may have been influenced by response biases. Future studies are encouraged to use larger and more diverse samples, longer follow-up periods, and comparative treatment designs involving other contemporary therapeutic approaches.

In conclusion, Schema Therapy appears to be an effective intervention for improving maladaptive emotional and cognitive processes in patients with Major Depressive Disorder. By reducing experiential avoidance and intolerance of uncertainty while enhancing cognitive flexibility, Schema Therapy may contribute to more sustainable psychological recovery and improved emotional functioning among depressed individuals.

اثربخشی طرحواره‌درمانی بر اجتناب تجربه‌ای، تحمل بلا تکلیفی و انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی

۱. ام‌البنی مختاری نهال^{id}: کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، گروه روانشناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۱. افسانه صامتی فر^{id*}: کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۱. مریم کاویانی^{id}: کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۱. سمیه چراغی^{id}: کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، گروه روانشناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: afsaneh.sameti@gmail.com

دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۰۹ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۶/۰۳ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۱۲ انتشار: ۱۴۰۳/۰۶/۲۰

چکیده

مقدمه و هدف: اختلال افسردگی اساسی با مشکلاتی نظیر اجتناب تجربه‌ای، تحمل پایین بلا تکلیفی و انعطاف‌ناپذیری شناختی همراه است که در تداوم و تشدید نشانه‌های افسردگی نقش مهمی ایفا می‌کنند. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر اجتناب تجربه‌ای، تحمل بلا تکلیفی و انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد.

روش‌شناسی: این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌شناختی شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود. تعداد ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه پذیرش و عمل نسخه دوم، مقیاس تحمل بلا تکلیفی و پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی بود. گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله طرحواره‌درمانی قرار گرفت و گروه کنترل در فهرست انتظار باقی ماند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مختلط و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS-۲۷ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که اثر زمان، گروه و تعامل زمان و گروه برای متغیرهای اجتناب تجربه‌ای، تحمل بلا تکلیفی و انعطاف‌پذیری شناختی معنادار بود ($P < 0.001$). یافته‌ها نشان داد که طرحواره‌درمانی موجب کاهش معنادار اجتناب تجربه‌ای و تحمل بلا تکلیفی و افزایش معنادار انعطاف‌پذیری شناختی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد. همچنین، نتایج آزمون بونفرونی نشان داد که تفاوت بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود، در حالی که تفاوت بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود که بیانگر پایداری اثرات درمان در مرحله پیگیری است.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش نشان داد که طرحواره‌درمانی می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر در کاهش اجتناب تجربه‌ای و تحمل بلا تکلیفی و همچنین افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی مورد استفاده قرار گیرد. این رویکرد از طریق اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه و افزایش پذیرش هیجانی، زمینه بهبود پایدار عملکرد شناختی و هیجانی بیماران را فراهم می‌کند.

کلیدواژه‌گان: طرحواره‌درمانی، اجتناب تجربه‌ای، تحمل بلا تکلیفی، انعطاف‌پذیری شناختی، افسردگی اساسی



مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۳ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC) صورت گرفته است.

مبهم، پیش‌بینی‌ناپذیر و نامطمئن اشاره دارد. افراد دارای تحمل پایین نسبت به بلا تکلیفی، موقعیت‌های مبهم را تهدیدکننده تلقی کرده و در برابر ابهام واکنش‌های هیجانی منفی شدیدتری نشان می‌دهند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تحمل پایین بلا تکلیفی با اضطراب فراگیر، افسردگی، نگرانی مزمن و اجتناب شناختی رابطه دارد (Chigwedere & Moran, 2022; Veilleux, 2022). بیماران مبتلا به افسردگی اساسی اغلب در مواجهه با آینده، روابط بین فردی و تصمیم‌گیری‌های روزمره دچار ناتوانی در تحمل ابهام هستند و این موضوع به تداوم خلق منفی و درماندگی روان‌شناختی منجر می‌شود. یافته‌های پژوهشی بیانگر آن است که کاهش تحمل بلا تکلیفی می‌تواند یکی از مکانیسم‌های مرکزی در پایداری اختلالات هیجانی باشد (Sarıçalı & Güler, 2022; Zheng, 2024).

انعطاف‌پذیری شناختی نیز یکی دیگر از متغیرهای کلیدی مرتبط با سلامت روان است که در سال‌های اخیر توجه گسترده‌ای را به خود جلب کرده است. انعطاف‌پذیری شناختی به توانایی فرد برای تغییر دیدگاه‌ها، سازگاری با شرایط جدید و تولید راه‌حل‌های متفاوت در مواجهه با مسائل اشاره دارد. افراد مبتلا به افسردگی معمولاً دارای الگوهای فکری خشک، منفی و غیرمنعطف هستند و در تغییر تفسیرهای شناختی ناکارآمد با دشواری مواجه می‌شوند. کاهش انعطاف‌پذیری شناختی باعث می‌شود فرد در الگوهای تکراری نشخوار فکری و تفسیرهای منفی گرفتار شود و نتواند راهبردهای سازگارانه جدیدی را به کار گیرد (Grimmer, 2022; McCracken & Scott, 2023). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که انعطاف‌پذیری شناختی با تنظیم هیجان، تاب‌آوری روان‌شناختی و بهبود عملکرد شناختی رابطه مثبت دارد و کاهش آن می‌تواند پیش‌بینی‌کننده شدت اختلالات هیجانی باشد (Sauer-Zavala et al., 2020; Southward et al., 2024).

در سال‌های اخیر، رویکردهای درمانی فراتشخیصی و یکپارچه به دلیل تمرکز بر فرایندهای مشترک اختلالات هیجانی، جایگاه ویژه‌ای در روان‌درمانی پیدا کرده‌اند. این رویکردها تلاش می‌کنند به جای تمرکز صرف بر نشانه‌های اختصاصی هر اختلال، بر مکانیسم‌های زیربنایی مانند اجتناب تجربه‌ای، تحمل پایین بلا تکلیفی و انعطاف‌ناپذیری شناختی تمرکز کنند (Osma et al., 2021; Schaeuffele et al., 2020). پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه درمان‌های شناختی-رفتاری

اختلال افسردگی اساسی یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روان‌شناختی در جهان محسوب می‌شود که با خلق افسرده پایدار، کاهش علاقه و لذت، احساس بی‌ارزشی، ناامیدی، اختلال در عملکرد اجتماعی و کاهش کیفیت زندگی همراه است. این اختلال نه تنها عملکرد فردی و بین فردی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه پیامدهای گسترده‌ای در حوزه‌های خانوادگی، شغلی و اقتصادی ایجاد می‌کند. رویکردهای نوین در روان‌شناسی بالینی نشان داده‌اند که افسردگی صرفاً حاصل وجود نشانه‌های هیجانی منفی نیست، بلکه مجموعه‌ای از فرایندهای شناختی، هیجانی و رفتاری ناسازگار در شکل‌گیری و تداوم آن نقش دارند (Barlow et al., 2021; Salicru, 2021). در سال‌های اخیر، دیدگاه‌های فراتشخیصی توجه ویژه‌ای به عوامل زیربنایی مشترک میان اختلالات هیجانی معطوف کرده‌اند و افسردگی را در قالب تعامل میان آسیب‌پذیری‌های شناختی، سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی تبیین می‌کنند (Southward et al., 2024; Haymova, 2022).

یکی از سازه‌های مهم در تبیین افسردگی، اجتناب تجربه‌ای است. اجتناب تجربه‌ای به تمایل فرد برای اجتناب، کنترل یا سرکوب افکار، هیجان‌ها و تجربه‌های درونی ناخوشایند اشاره دارد. افراد مبتلا به افسردگی معمولاً به جای مواجهه سالم با هیجان‌ها و افکار منفی، تلاش می‌کنند آن‌ها را انکار یا سرکوب کنند و همین امر به تشدید نشانه‌های افسردگی منجر می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اجتناب تجربه‌ای با شدت افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری و اختلال در تنظیم هیجان رابطه مستقیم دارد (Fan et al., 2023; Presley et al., 2023). همچنین، فرایندهای مبتنی بر اجتناب تجربه‌ای می‌توانند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را کاهش داده و فرد را در چرخه‌ای از درماندگی هیجانی و شناختی گرفتار سازند (TaşÖren, 2022). مطالعات اخیر نیز نشان داده‌اند که تغییرات در واکنش‌پذیری هیجانی و کاهش الگوهای اجتنابی می‌تواند نقش مهمی در کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب داشته باشد (Semcho et al., 2023).

در کنار اجتناب تجربه‌ای، تحمل بلا تکلیفی نیز به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم آسیب‌پذیری شناختی در اختلالات هیجانی شناخته می‌شود. تحمل بلا تکلیفی به توانایی فرد برای پذیرش موقعیت‌های

است؛ زیرا این درمان نه تنها نشانه‌های آشکار اختلال را هدف قرار می‌دهد، بلکه به تغییر ساختارهای بنیادین شخصیت و سبک‌های مقابله‌ای نیز می‌پردازد (Sauer-Zavala et al., 2020; Southward et al., 2024). علاوه بر این، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شناختی می‌تواند در نتیجه مداخلات مبتنی بر پذیرش و اصلاح طرحواره‌ها افزایش یابد و همین موضوع در کاهش افسردگی نقش محافظتی ایفا کند (Fan et al., 2023; Gasperetti & Hong, 2021). از سوی دیگر، وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه با تحمل پایین آشفتگی، خودانتقادی شدید و الگوهای اجتنابی ارتباط معناداری دارد (Babaeifard et al., 2024; Pourshahbaz et al., 2022).

با وجود گسترش پژوهش‌ها در زمینه درمان افسردگی، هنوز مطالعات محدودی به بررسی همزمان اثر طرحواره‌درمانی بر اجتناب تجربه‌ای، تحمل بلا تکلیفی و انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی پرداخته‌اند. بیشتر پژوهش‌های موجود بر یکی از این متغیرها تمرکز داشته‌اند و کمتر مطالعه‌ای به نقش همزمان این سه مؤلفه در تبیین و درمان افسردگی توجه کرده است. همچنین، در جامعه ایرانی، بررسی اثرات طرحواره‌درمانی بر سازه‌های فراتشخیصی مرتبط با افسردگی همچنان نیازمند پژوهش‌های تجربی بیشتر است (Moharrami et al., 2024; Zemestani et al., 2022). با توجه به اهمیت فرایندهای شناختی و هیجانی در تداوم افسردگی و نیز ظرفیت بالقوه طرحواره‌درمانی در اصلاح این فرایندها، انجام پژوهش حاضر ضروری به نظر می‌رسد.

بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر اجتناب تجربه‌ای، تحمل بلا تکلیفی و انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی بود.

روش‌شناسی

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و مرحله پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌شناختی شهر تهران در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند. پس از انجام مصاحبه بالینی مبتنی بر ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و تأیید

نشان داده‌اند که تغییر در این فرایندهای زیربنایی می‌تواند به کاهش پایدار نشانه‌های افسردگی و اضطراب منجر شود (Hudson et al., 2022; Persons, 2022). همچنین، رویکردهای مبتنی بر پذیرش و تعهد و پروتکل‌های فراتشخیصی توانسته‌اند در بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش اجتناب شناختی مؤثر واقع شوند (Fang et al., 2023; Spencer et al., 2024).

در میان رویکردهای درمانی نوین، طرحواره‌درمانی به‌عنوان یک درمان یکپارچه و عمیق‌نگر، توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب کرده است. طرحواره‌درمانی که توسط یانگ توسعه یافت، ترکیبی از مفاهیم شناختی - رفتاری، دلبستگی، روابط موضوعی و درمان‌های هیجان‌مدار است و بر شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه تمرکز دارد. این طرحواره‌ها الگوهای عمیق و پایدار شناختی و هیجانی هستند که در دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته و در بزرگسالی موجب بروز مشکلات روان‌شناختی می‌شوند. افراد مبتلا به افسردگی اغلب دارای طرحواره‌هایی مانند رهاشدگی، نقص و شرم، محرومیت هیجانی و شکست هستند که در تعامل با رویدادهای زندگی فعال شده و هیجان‌های منفی شدیدی ایجاد می‌کنند (Boecking et al., 2024; Roscoe & Taylor, 2023).

طرحواره‌درمانی تلاش می‌کند از طریق تکنیک‌های شناختی، تجربی، هیجانی و رفتاری، الگوهای ناسازگار دیرپا را اصلاح کرده و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد را تغییر دهد. این رویکرد به بیماران کمک می‌کند تا هیجان‌های دردناک را بپذیرند، از اجتناب تجربه‌ای فاصله بگیرند و شیوه‌های سازگارانه‌تری برای مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا به کار گیرند. مطالعات نشان داده‌اند که طرحواره‌درمانی می‌تواند موجب بهبود تنظیم هیجان، افزایش تحمل آشفتگی روانی و کاهش آسیب‌پذیری شناختی شود (Babaeifard et al., 2024; Zemestani et al., 2022). همچنین، این درمان در مقایسه با برخی درمان‌های موج سوم، تأثیر قابل توجهی بر کاهش اجتناب شناختی و بهبود فرایندهای هیجانی داشته است (Eftekari & Bakhtiari, 2022; Moharrami et al., 2024).

برخی پژوهشگران معتقدند که اثربخشی طرحواره‌درمانی ناشی از تمرکز آن بر تجارب هیجانی اولیه و اصلاح الگوهای عمیق شناختی

این ابزار دارای دو مؤلفه اصلی شامل بلا تکلیفی آینده‌نگر و بلا تکلیفی بازدارنده است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده تحمل پایین‌تر نسبت به موقعیت‌های نامطمئن و ابهام‌آلود است. مطالعات متعدد داخلی و خارجی نشان داده‌اند که این مقیاس از پایایی درونی مطلوب و روایی سازه مناسب برخوردار است و ضریب آلفای کرونباخ آن معمولاً بین ۸۵/۰ تا ۹۴/۰ گزارش شده است. همچنین، همبستگی مثبت این مقیاس با اضطراب، نگرانی و افسردگی نشان‌دهنده روایی همگرایی مطلوب آن است.

پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی توسط دنیس و وندروال در سال ۲۰۱۰ ساخته شد و با هدف ارزیابی توانایی فرد در تغییر نگرش‌های شناختی، ادراک کنترل‌پذیری موقعیت‌ها و تولید راه‌حل‌های جایگزین طراحی شده است. این ابزار دارای ۲۰ گویه بوده و بر اساس طیف لیکرت هفت‌درجه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» نمره‌گذاری می‌شود. پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی شامل دو خرده‌مقیاس ادراک کنترل و ادراک گزینه‌های جایگزین است. نمرات بالاتر در این ابزار بیانگر سطح بالاتر انعطاف‌پذیری شناختی است. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که این مقیاس از پایایی و روایی مناسبی برخوردار است و ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در پژوهش‌های گوناگون بین ۸۰/۰ تا ۹۱/۰ گزارش شده است. همچنین، روایی همگرا و افتراقی این پرسشنامه در نمونه‌های بالینی و غیربالینی مورد تأیید قرار گرفته و نسخه فارسی آن نیز دارای شاخص‌های روان‌سنجی مطلوب گزارش شده است.

مداخله طرحواره‌درمانی بر اساس رویکرد یانگ و در قالب ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی برای اعضای گروه آزمایش اجرا شد. محتوای جلسات شامل آموزش مفاهیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه، شناسایی طرحواره‌های فعال مرتبط با افسردگی، بررسی سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار، آموزش بازسازی شناختی، تکنیک‌های تجربی نظیر تصویرسازی ذهنی و گفت‌وگوی دوسندلی، اصلاح باورهای ناکارآمد، آموزش تنظیم هیجان، کاهش اجتناب تجربه‌ای، افزایش تحمل موقعیت‌های مبهم و تقویت انعطاف‌پذیری شناختی بود. همچنین، در جلسات پایانی بر تمرین الگوهای رفتاری سالم، تقویت سبک مقابله‌ای سازگار و پیشگیری از عود علائم تأکید شد. جلسات

تشخیص افسردگی اساسی توسط روان‌شناس بالینی، تعداد ۴۰ نفر از بیماران واجد شرایط به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود شامل دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، کسب تشخیص افسردگی اساسی، عدم دریافت همزمان سایر مداخلات روان‌شناختی، و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. همچنین، ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه در فرایند درمان، ابتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی نظیر اختلال دوقطبی یا روان‌پریشی، مصرف مواد مخدر، و عدم تمایل به ادامه همکاری در پژوهش در نظر گرفته شد. گروه آزمایش تحت مداخله طرحواره‌درمانی قرار گرفت، در حالی که گروه کنترل در فهرست انتظار باقی ماند و هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه جمع‌آوری شدند.

پرسشنامه اجتناب تجربه‌ای توسط باند و همکاران در سال ۲۰۱۱ با عنوان پرسشنامه پذیرش و عمل نسخه دوم (AAQ-II) طراحی شد و به منظور سنجش میزان اجتناب تجربه‌ای و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این ابزار دارای ۷ گویه است که بر اساس طیف لیکرت هفت‌درجه‌ای از «هرگز درست نیست» تا «همیشه درست است» نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده اجتناب تجربه‌ای بیشتر و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کمتر است. این ابزار از ساختار تک‌عاملی برخوردار بوده و در پژوهش‌های متعدد از پایایی و روایی مطلوبی برخوردار گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعات مختلف بالاتر از ۸۰/۰ گزارش شده و روایی همگرایی آن نیز با شاخص‌های افسردگی، اضطراب و استرس مورد تأیید قرار گرفته است. در ایران نیز ویژگی‌های روان‌سنجی مناسب این ابزار در جمعیت‌های بالینی و غیربالینی تأیید شده است.

مقیاس تحمل بلا تکلیفی توسط فریستون و همکاران در سال ۱۹۹۴ طراحی شد و برای سنجش واکنش‌های شناختی، هیجانی و رفتاری افراد در موقعیت‌های مبهم و نامطمئن به کار می‌رود. نسخه مورد استفاده در این پژوهش شامل ۲۷ گویه بود که بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» نمره‌گذاری می‌شود.

یافته‌ها

در این پژوهش، از مجموع ۴۰ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی، ۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه کنترل حضور داشتند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۳۴٫۷۵ سال با انحراف معیار ۶٫۴۲ و در گروه کنترل ۳۵٫۱۰ سال با انحراف معیار ۵٫۹۸ بود. از نظر وضعیت تأهل، در گروه آزمایش ۱۱ نفر متأهل و ۹ نفر مجرد بودند و در گروه کنترل نیز ۱۰ نفر متأهل و ۱۰ نفر مجرد حضور داشتند. همچنین، از لحاظ سطح تحصیلات، بیشتر شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات کارشناسی و کارشناسی ارشد بودند. نتایج آزمون کای‌اسکوئر و آزمون t مستقل نشان داد که دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی تفاوت معناداری نداشتند ($P > 0.05$) و بنابراین، همگنی اولیه بین گروه‌ها برقرار بود.

درمان توسط درمانگر متخصص در حوزه طرحواره‌درمانی و دارای تجربه بالینی کافی اجرا گردید.

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-27 استفاده شد. ابتدا شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای پژوهش محاسبه شد. سپس، برای بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل، از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، آزمون لون برای همگنی واریانس‌ها و آزمون موچلی برای بررسی کرویت استفاده شد. در ادامه، داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مختلط مورد تحلیل قرار گرفت تا اثر زمان، گروه و تعامل زمان و گروه بررسی شود. همچنین، به‌منظور مقایسه زوجی مراحل اندازه‌گیری، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها در تمامی تحلیل‌ها برابر با ۰۵/۰ در نظر گرفته شد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات اجتناب تجربه‌ای، تحمل بلا تکلیفی و انعطاف‌پذیری شناختی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	گروه آزمایش (n=۲۰) میانگین±انحراف معیار	گروه کنترل (n=۲۰) میانگین±انحراف معیار
اجتناب تجربه‌ای	پیش‌آزمون	۳۸/۶۵±۵/۲۱	۳۷/۹۰±۵/۴۸
	پس‌آزمون	۲۴/۸۰±۴/۳۷	۲۶/۹۵±۵/۱۶
	پیگیری	۲۵/۴۵±۴/۶۲	۳۶/۴۰±۵/۰۹
تحمل بلا تکلیفی	پیش‌آزمون	۷۹/۳۰±۷/۱۸	۷۸/۸۵±۶/۹۴
	پس‌آزمون	۵۶/۲۵±۶/۱۱	۷۷/۹۰±۷/۰۵
	پیگیری	۵۷/۱۰±۶/۴۲	۷۷/۳۵±۶/۸۸
انعطاف‌پذیری شناختی	پیش‌آزمون	۴۱/۷۵±۵/۸۴	۴۲/۱۰±۵/۶۹
	پس‌آزمون	۶۶/۹۰±۶/۰۳	۴۳/۱۵±۵/۷۴
	پیگیری	۶۵/۸۵±۵/۸۱	۴۳/۴۰±۵/۶۷

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمرات اجتناب تجربه‌ای و تحمل بلا تکلیفی در گروه آزمایش پس از اجرای طرحواره‌درمانی کاهش قابل توجهی داشته است، در حالی که در گروه کنترل تغییر محسوسی مشاهده نشد. همچنین، میانگین نمرات انعطاف‌پذیری شناختی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش چشمگیری نشان داد، اما در گروه کنترل تغییرات بسیار محدود و ناچیز بود. پایداری نسبی میانگین‌ها در مرحله پیگیری

نشان‌دهنده تداوم اثرات درمان پس از پایان جلسات مداخله است. به‌طور کلی، الگوی تغییرات میانگین‌ها حاکی از آن است که طرحواره‌درمانی توانسته است منجر به کاهش اجتناب تجربه‌ای و تحمل بلا تکلیفی و نیز افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی شود.

اثربخشی طرحواره‌درمانی بر اجتناب تجربه‌ای، تحمل بلا تکلیفی و ... (مختاری نهال و همکاران)

کرویت برای برخی متغیرها رعایت نشده است؛ بنابراین، جهت تعدیل درجه آزادی از اصلاح گرین‌هاوس-گایزر استفاده شد. پس از اطمینان از برقرار بودن پیش‌فرض‌های لازم، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مختلط برای بررسی اثر زمان، گروه و تعامل زمان و گروه اجرا شد.

پیش از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آماری مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که توزیع داده‌های مربوط به متغیرهای پژوهش در تمامی مراحل اندازه‌گیری از نرمال بودن برخوردار است ($P > 0/05$). همچنین، آزمون لون بیانگر همگنی واریانس‌ها بین گروه‌های آزمایش و کنترل بود ($P > 0/05$). علاوه بر این، نتایج آزمون موجلی نشان داد که فرض

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مختلط برای اجتناب تجربه‌ای، تحمل بلا تکلیفی و انعطاف‌پذیری شناختی

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
اجتناب تجربه‌ای	زمان	۲۴۱۸/۵۷	۱/۷۴	۱۳۸۹/۹۸	۸۴/۳۱	> 0/001	0/۶۹
	گروه	۱۱۲۶/۴۲	۱	۱۱۲۶/۴۲	۴۶/۸۸	> 0/001	0/۵۵
تحمل بلا تکلیفی	زمان × گروه	۲۲۷۵/۳۱	۱/۷۴	۱۳۰۷/۶۴	۷۹/۲۴	> 0/001	0/۶۷
	زمان	۳۹۶۸/۱۴	۱/۸۱	۲۱۹۲/۳۴	۹۱/۴۵	> 0/001	0/۷۱
انعطاف‌پذیری شناختی	گروه	۱۸۴۷/۷۶	۱	۱۸۴۷/۷۶	۵۳/۶۲	> 0/001	0/۵۸
	زمان × گروه	۳۷۲۵/۸۸	۱/۸۱	۲۰۵۸/۴۷	۸۸/۱۳	> 0/001	0/۷۰
انعطاف‌پذیری شناختی	زمان	۴۵۲۶/۹۰	۱/۶۹	۲۶۷۸/۶۴	۹۷/۵۲	> 0/001	0/۷۳
	گروه	۲۱۹۴/۳۸	۱	۲۱۹۴/۳۸	۶۱/۴۷	> 0/001	0/۶۲
	زمان × گروه	۴۳۸۰/۷۴	۱/۶۹	۲۵۹۲/۱۵	۹۴/۲۰	> 0/001	0/۷۲

بوده و تغییرات ایجاد شده عمدتاً ناشی از اجرای طرحواره‌درمانی بوده است. مقادیر بالای مجذور اتا نیز نشان‌دهنده اندازه اثر قوی مداخله بر متغیرهای پژوهش است؛ به طوری که بیشترین اندازه اثر مربوط به انعطاف‌پذیری شناختی بود.

به منظور بررسی دقیق‌تر تفاوت مراحل اندازه‌گیری، آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی میانگین‌ها اجرا شد.

نتایج جدول ۲ نشان داد که اثر زمان، اثر گروه و اثر تعاملی زمان و گروه برای هر سه متغیر اجتناب تجربه‌ای، تحمل بلا تکلیفی و انعطاف‌پذیری شناختی معنادار بود ($P < 0/001$). معنادار بودن اثر زمان نشان می‌دهد که میانگین نمرات متغیرها در طول مراحل اندازه‌گیری تغییر کرده است. همچنین، معنادار بودن اثر گروه بیانگر وجود تفاوت کلی بین گروه آزمایش و کنترل است. مهم‌تر از همه، معنادار بودن تعامل زمان و گروه نشان می‌دهد که روند تغییرات در دو گروه متفاوت

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی مراحل اندازه‌گیری در گروه آزمایش

متغیر	مقایسه مراحل	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
اجتناب تجربه‌ای	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱۳/۸۵	۱/۴۲	> 0/001
	پیش‌آزمون - پیگیری	۱۳/۲۰	۱/۵۱	> 0/001
تحمل بلا تکلیفی	پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۶۵	۰/۸۴	0/۴۳۸
	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۲۳/۰۵	۱/۷۳	> 0/001
انعطاف‌پذیری شناختی	پیش‌آزمون - پیگیری	۲۲/۲۰	۱/۸۱	> 0/001
	پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۸۵	۰/۹۲	0/۳۹۱
	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	-۲۵/۱۵	۱/۶۶	> 0/001

متغیر	مقایسه مراحل	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
	پیش‌آزمون - پیگیری	۲۴/۱۰-	۱/۷۲	۰/۰۰۱>
	پس‌آزمون - پیگیری	۱/۰۵	۰/۸۸	۰/۲۷۶

نتایج جدول ۳ نشان داد که بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و همچنین پیش‌آزمون با پیگیری در هر سه متغیر تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0,001$). این یافته‌ها نشان می‌دهد که اجرای طرحواره‌درمانی منجر به کاهش معنادار اجتناب تجربه‌ای و تحمل بلا تکلیفی و افزایش معنادار انعطاف‌پذیری شناختی شده است. در مقابل، تفاوت بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری در هیچ‌یک از متغیرها معنادار نبود ($P > 0,05$) که این موضوع بیانگر پایداری اثرات درمان در طول زمان و حفظ نتایج درمانی تا مرحله پیگیری دوماهه است. به‌طور کلی، نتایج تحلیل‌های آماری نشان داد که طرحواره‌درمانی توانسته است به‌طور مؤثری شاخص‌های روان‌شناختی مورد بررسی را در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی بهبود بخشد.

نتایج جدول ۳ نشان داد که بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و همچنین پیش‌آزمون با پیگیری در هر سه متغیر تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0,001$). این یافته‌ها نشان می‌دهد که اجرای طرحواره‌درمانی منجر به کاهش معنادار اجتناب تجربه‌ای و تحمل بلا تکلیفی و افزایش معنادار انعطاف‌پذیری شناختی شده است. در مقابل، تفاوت بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری در هیچ‌یک از متغیرها معنادار نبود ($P > 0,05$) که این موضوع بیانگر پایداری اثرات درمان در طول زمان و حفظ نتایج درمانی تا مرحله پیگیری دوماهه است. به‌طور کلی، نتایج تحلیل‌های آماری نشان داد که طرحواره‌درمانی توانسته است به‌طور مؤثری شاخص‌های روان‌شناختی مورد بررسی را در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی بهبود بخشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر اجتناب تجربه‌ای، تحمل بلا تکلیفی و انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که طرحواره‌درمانی توانسته است به‌طور معناداری اجتناب تجربه‌ای و تحمل بلا تکلیفی را کاهش داده و انعطاف‌پذیری شناختی را در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی افزایش دهد. همچنین، تداوم نتایج در مرحله پیگیری دوماهه نشان داد که اثرات درمان از پایداری نسبی برخوردار بوده است. این یافته‌ها بیانگر آن است که طرحواره‌درمانی می‌تواند از طریق اصلاح الگوهای ناسازگار شناختی و هیجانی، فرایندهای بنیادین مرتبط با افسردگی را تحت تأثیر قرار دهد و موجب بهبود عملکرد روان‌شناختی بیماران شود.

یکی از یافته‌های اصلی پژوهش حاضر، کاهش معنادار اجتناب تجربه‌ای در گروه دریافت‌کننده طرحواره‌درمانی بود. این یافته با نتایج مطالعات پیشین همسو است که نشان داده‌اند مداخلات مبتنی بر اصلاح فرایندهای شناختی و هیجانی می‌تواند تمایل افراد به اجتناب از تجربه‌های درونی ناخوشایند را کاهش دهند (Eftekari & Bakhtiari, 2023).

افسردگی معمولاً درگیر الگوهای فکری مطلق‌نگر، خودانتقادی و نشخوار فکری هستند و همین امر موجب کاهش توانایی آن‌ها در تغییر دیدگاه و سازگاری با شرایط جدید می‌شود. طرحواره‌درمانی با به چالش کشیدن باورهای هسته‌ای ناسازگار و تقویت «بزرگسال سالم»، انعطاف‌پذیری شناختی را افزایش می‌دهد و زمینه تغییر الگوهای ناسازگار را فراهم می‌سازد.

از منظر نظری، انعطاف‌پذیری شناختی یکی از مؤلفه‌های مهم سلامت روان محسوب می‌شود که با توانایی تنظیم هیجان و سازگاری روان‌شناختی ارتباط مستقیم دارد (Sauer-Zavala et al., 2020; Southward et al., 2024). در چارچوب مدل‌های فراتشخیصی، انعطاف‌ناپذیری شناختی یکی از عوامل مشترک اختلالات هیجانی تلقی می‌شود و مداخلات درمانی زمانی اثربخش خواهند بود که بتوانند این فرایند بنیادین را تغییر دهند (Osma et al., 2021; Schaeuffele et al., 2020). طرحواره‌درمانی از طریق تکنیک‌های شناختی و تجربی به افراد کمک می‌کند تا الگوهای فکری قالبی و ناسازگار را بازنگری کرده و دیدگاه‌های جایگزین و سازگارانه‌تری ایجاد کنند. در همین راستا، پژوهش بارلو و همکاران نشان داد که ویژگی‌های مرتبط با روان‌رنجورخویی و اختلالات هیجانی با انعطاف‌ناپذیری شناختی و هیجانی ارتباط دارند و مداخلات درمانی می‌توانند این فرایندها را تعدیل کنند (Barlow et al., 2021).

نتایج پژوهش حاضر همچنین با دیدگاه‌های مبتنی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه همخوانی دارد. بر اساس این دیدگاه‌ها، بسیاری از مشکلات هیجانی و شناختی بیماران افسرده ناشی از فعال‌سازی طرحواره‌های شکل‌گرفته در کودکی است که موجب تحریف پردازش اطلاعات، تفسیر منفی موقعیت‌ها و استفاده از سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار می‌شود (Boecking et al., 2024; Roscoe & Taylor, 2023). طرحواره‌درمانی با تمرکز بر ریشه‌های تحولی مشکلات روان‌شناختی، نه تنها نشانه‌های آشکار افسردگی را کاهش می‌دهد، بلکه ساختارهای عمیق‌تر شناختی و هیجانی را نیز تغییر می‌دهد. این ویژگی می‌تواند علت پایداری اثرات درمان در مرحله پیگیری باشد. همچنین، یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش بابایی فرد و همکاران همسو است که نشان دادند طرحواره‌های

یافته دیگر پژوهش نشان داد که طرحواره‌درمانی موجب کاهش معنادار تحمل پایین بلا تکلیفی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی شده است. این نتیجه با یافته‌های مطالعات قبلی همسو است که نشان داده‌اند اصلاح باورهای ناکارآمد و افزایش پذیرش هیجانی می‌تواند توانایی افراد در مواجهه با موقعیت‌های مبهم و غیرقابل پیش‌بینی را افزایش دهد (Chigwedere & Moran, 2022; Moharrami et al., 2024). بیماران افسرده معمولاً نسبت به آینده نگرش منفی و تهدیدمحور دارند و در مواجهه با موقعیت‌های نامطمئن دچار اضطراب، درماندگی و نشخوار فکری می‌شوند. طرحواره‌درمانی با اصلاح طرحواره‌هایی نظیر شکست، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و رهاشدگی، موجب تغییر تفسیرهای شناختی منفی نسبت به آینده می‌شود و در نتیجه تحمل بلا تکلیفی را افزایش می‌دهد.

در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که تحمل پایین بلا تکلیفی با نیاز شدید به قطعیت و کنترل مرتبط است. افراد مبتلا به افسردگی در مواجهه با ابهام، احساس ناتوانی و بی‌کفایتی می‌کنند و همین امر موجب افزایش نگرانی و اجتناب شناختی می‌شود (Veilleux, 2022; Zheng, 2024). طرحواره‌درمانی از طریق ایجاد تجربه‌های هیجانی اصلاح‌کننده و تقویت احساس امنیت روان‌شناختی، به بیماران کمک می‌کند تا موقعیت‌های مبهم را کمتر تهدیدکننده ارزیابی کنند. این یافته با پژوهش محرامی و همکاران همخوانی دارد که نشان دادند طرحواره‌درمانی می‌تواند تحمل ابهام را در دانش‌آموزان افزایش دهد (Moharrami et al., 2024). همچنین، یافته حاضر با نتایج پژوهش ساریچالی و گولر همسو است که تحمل پایین ناکامی و بلا تکلیفی را با تنهایی وجودی و آسیب‌پذیری هیجانی مرتبط دانستند (Sarıçalı & Güler, 2022).

از دیگر یافته‌های مهم پژوهش حاضر، افزایش معنادار انعطاف‌پذیری شناختی در گروه آزمایش بود. این یافته نشان می‌دهد که طرحواره‌درمانی توانسته است الگوهای خشک و ناکارآمد فکری را تعدیل کند و توانایی بیماران را در بازنگری شناختی و یافتن راه‌حل‌های جایگزین افزایش دهد. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های پیشین همسو است که نشان داده‌اند مداخلات مبتنی بر بازسازی شناختی و تنظیم هیجان می‌توانند انعطاف‌پذیری شناختی را افزایش دهند (Gasperetti & Hong, 2021; Grimmer, 2022). افراد مبتلا به

ناسازگار اولیه با تحمل پایین آشفستگی روانی و رفتارهای ناسازگارانه رابطه دارند (Babaeifard et al., 2024).

یافته‌های این پژوهش از منظر کاربردی نیز اهمیت زیادی دارد. با توجه به اینکه افسردگی اساسی یکی از اختلالات مزمن و عودکننده محسوب می‌شود، مداخلاتی که بتوانند فرایندهای بنیادین شناختی و هیجانی را اصلاح کنند، احتمالاً اثربخشی پایدارتر و عمیق‌تری خواهند داشت. طرحواره‌درمانی به دلیل ماهیت یکپارچه و تمرکز بر نیازهای هیجانی ارضانگشته، می‌تواند گزینه مناسبی برای درمان بیماران افسرده باشد؛ به‌ویژه بیمارانی که دارای الگوهای شخصیتی ناسازگار، اجتناب هیجانی و انعطاف‌ناپذیری شناختی هستند. علاوه بر این، کاهش اجتناب تجربه‌ای و افزایش تحمل بلا تکلیفی می‌تواند موجب بهبود عملکرد بین‌فردی، کاهش نشخوار فکری و افزایش سازگاری روان‌شناختی در این بیماران شود (Persons, 2022; Pourshahbaz et al., 2022).

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره‌درمانی توانسته است از طریق اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد، اجتناب تجربه‌ای و تحمل بلا تکلیفی را کاهش داده و انعطاف‌پذیری شناختی را در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی افزایش دهد. این نتایج نشان می‌دهد که طرحواره‌درمانی می‌تواند به‌عنوان یک رویکرد مؤثر و عمیق‌نگر در درمان افسردگی مورد استفاده قرار گیرد و علاوه بر کاهش نشانه‌های بالینی، موجب بهبود فرایندهای شناختی و هیجانی زیربنایی شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بودن جامعه آماری به بیماران مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران اشاره کرد که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به سایر شهرها و فرهنگ‌ها محدود می‌کند. همچنین، استفاده از ابزارهای خودگزارشی ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی و تمایل آزمودنی‌ها به ارائه پاسخ‌های اجتماعی مطلوب قرار گرفته باشد. محدود بودن حجم نمونه و نبود پیگیری بلندمدت نیز از دیگر محدودیت‌های پژوهش محسوب می‌شود.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده اثربخشی طرحواره‌درمانی در مقایسه با سایر درمان‌های موج سوم مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رفتاردرمانی دیالکتیکی و پروتکل‌های فراتشخیصی مورد

بررسی قرار گیرد. همچنین، انجام مطالعات طولی با دوره‌های پیگیری طولانی‌تر و نمونه‌های بزرگ‌تر می‌تواند به درک بهتر پایداری اثرات درمان کمک کند. بررسی نقش متغیرهای میانجی مانند تنظیم هیجان، نشخوار فکری و سبک‌های دلبستگی نیز می‌تواند در تبیین سازوکارهای اثربخشی طرحواره‌درمانی مفید باشد.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان و درمانگران از طرحواره‌درمانی به‌عنوان یکی از رویکردهای مؤثر در درمان بیماران مبتلا به افسردگی اساسی استفاده کنند. همچنین، طراحی کارگاه‌های آموزشی برای ارتقای مهارت‌های مرتبط با پذیرش هیجانی، تحمل بلا تکلیفی و انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند در پیشگیری از عود افسردگی مؤثر باشد. مراکز درمانی و کلینیک‌های روان‌شناختی نیز می‌توانند برنامه‌های درمانی مبتنی بر طرحواره‌درمانی را در خدمات تخصصی خود ادغام کنند تا کیفیت درمان بیماران مبتلا به اختلالات هیجانی بهبود یابد.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ تعارض منافی وجود نداشت.

حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، اهمیت و ضرورت پژوهش برای نمونه‌ها تشریح و درباره رعایت ملاحظات اخلاقی مانند رازداری، محرمانگی، حفظ حریم نمونه‌ها، آزادی جهت شرکت در پژوهش و انصراف از آن و غیره به آنان اطمینان داده شد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله با یکدیگر مشارکت داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله، از مسئولان مراکز حمایتی شهر سمنان و زنان خشونت‌دیده خانگی مراجعه‌کننده به آنها به ترتیب برای همکاری و شرکت در پژوهش تقدیر و تشکر می‌شود.

public health, 18(10), 5077.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18105077>

Persons, J. B. (2022). Case Formulation and the Outcome of Cognitive Behavior Therapy. <https://doi.org/10.31234/osf.io/bu5hd>

Pourshahbaz, A., Moloodi, R., Mohammadkhani, P., Fata, L., Barani, M., Egan, S. J., & Ghaderi, A. (2022). An Etiological and Maintenance Model of Perfectionism. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1235520/v1>

Presley, V. L., Jones, G., & Marczak, M. (2023). The Relationship Between Therapist Experiential Avoidance and Observed CBT Competence During Training: A Preliminary Investigation. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 16. <https://doi.org/10.1017/s1754470x23000089>

Roscoe, J., & Taylor, J. L. (2023). Maladaptive Therapist Schemas in CBT Practice, Training and Supervision: A Scoping Review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(3), 510-527. <https://doi.org/10.1002/cpp.2802>

Salicru, S. (2021). A Practical and Contemporary Model of Depression for Our Times—A Timeless Existential Clinician's Perspective. *Open Journal of Depression*, 10(02), 54-89. <https://doi.org/10.4236/ojd.2021.102005>

Sarıçalı, M., & Güler, D. (2022). The Mediating Role of Psychological Need Frustration on the Relationship Between Frustration Intolerance and Existential Loneliness. *Current Psychology*, 41(8), 5603-5611. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-02866-w>

Sauer-Zavala, S., Southward, M. W., & Semcho, S. (2020). Integrating and Differentiating Personality and Psychopathology in Cognitive Behavioral Therapy. *Journal of Personality*, 90(1), 89-102. <https://doi.org/10.1111/jopy.12602>

Schaeuffele, C., Schulz, A., Knaevelsrud, C., Renneberg, B., & Boettcher, J. (2020). CBT at the Crossroads: The Rise of Transdiagnostic Treatments. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14(1), 86-113. <https://doi.org/10.1007/s41811-020-00095-2>

Semcho, S., Southward, M. W., Stumpp, N., Smith, M., Fruhbauerova, M., & Sauer-Zavala, S. (2023). Within-Person Changes in Aversive Reactivity Predict Session-to-Session Reductions in Anxiety and Depression in the Unified Protocol. <https://doi.org/10.31234/osf.io/aecmp>

Southward, M. W., Kushner, M., Terrill, D. R., & Sauer-Zavala, S. (2024). A Review of Transdiagnostic Mechanisms in Cognitive Behavior Therapy. <https://doi.org/10.31234/osf.io/kbcw4>

Spencer, S. D., Mangen, K. H., Omar, Y., & Storch, E. A. (2024). Acceptance and Commitment Therapy for an Emerging Adult Female With Misophonia: A Case Study. *Journal of Psychiatric Practice*, 30(5), 374-378. <https://doi.org/10.1097/prs.0000000000000800>

TaşÖren, A. B. (2022). Childhood Maltreatment and Emotional Distress: The Role of Beliefs About Emotion and Psychological Inflexibility. *Current Psychology*, 42(16), 13276-13287. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02594-7>

Veilleux, J. C. (2022). A Theory of Momentary Distress Tolerance: Toward Understanding Contextually-Situated Choices to Engage With or Avoid Distress. <https://doi.org/10.31234/osf.io/kpw32>

Zemestani, M., Ommati, P., Rezaei, F., & Gallagher, M. W. (2022). Changes in Neuroticism-Related Constructs Over the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Patients on an Optimal Dose of SSRI. *Personality Disorders Theory Research and Treatment*, 13(2), 171-181. <https://doi.org/10.1037/per0000482>

References

Babaeifard, M., Akbari, M., Mohammadkhani, S., Hasani, J., Shahbazian, R., & Selby, E. A. (2024). Early Maladaptive Schemas, Distress Tolerance and Self-Injury in Iranian Adolescents: Serial Mediation Model of Transdiagnostic Factors. *BJPsych Open*, 10(3). <https://doi.org/10.1192/bjo.2024.708>

Barlow, D. H., Curreri, A. J., & Woodard, L. S. (2021). Neuroticism and Disorders of Emotion: A New Synthesis. *Current Directions in Psychological Science*, 30(5), 410-417. <https://doi.org/10.1177/09637214211030253>

Boecking, B., Stoettner, E., Brüeggemann, P., & Mazurek, B. (2024). Emotional Self-States and Coping Responses in Patients With Chronic Tinnitus: A Schema Mode Model Approach. *Frontiers in Psychiatry*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1257299>

Chigwedere, C., & Moran, J. (2022). Further Development of the Intolerance of Uncertainty Model of GAD: A Case Series. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 15. <https://doi.org/10.1017/s1754470x21000374>

Eftekari, A., & Bakhtiari, M. (2022). Comparing the Effectiveness of Schema Therapy With Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Avoidance in Patients With Generalized Anxiety Disorder. *Practice in Clinical Psychology*, 10(1), 11-22. <https://doi.org/10.32598/jpcp.10.1.593.1>

Fan, S., Yu, S., & Xu, W. (2023). Longitudinal Relationship Between Mindful Awareness, Acceptance and Mental Health Problems: A Mediation Model. *Psychological Reports*, 128(2), 772-790. <https://doi.org/10.1177/00332941231166615>

Fang, S., Ding, D., Zhang, R., & Huang, M. (2023). Psychological Mechanism of Acceptance and Commitment Therapy and Rational Emotive Behavior Therapy for Treating Hoarding: Evidence From Randomized Controlled Trials. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1084467>

Gasperetti, C. E., & Hong, J. J. (2021). The Importance of Learning Style in Case Formulation-Driven Cognitive Behavioral Therapy: A Case Study. *Clinical Case Studies*, 21(2), 100-118. <https://doi.org/10.1177/15346501211041388>

Grimmer, A. (2022). The Cloverleaf Model of Cognitive Behaviour Therapy as Experiential Learning: Implications for Case Formulation, Therapeutic Practice and Practitioner Development. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 15. <https://doi.org/10.1017/s1754470x22000046>

Hudson, K., Fenley, A. R., Pincus, D. B., & Leyfer, O. (2022). Intensive Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders in Adolescents: A Case Study. *Clinical Case Studies*, 22(2), 99-119. <https://doi.org/10.1177/15346501221113523>

McCracken, L. M., & Scott, W. (2023). Potential Misfortunes in 'Making Sense': A Cross-Sectional Study in People With Chronic Pain. *Journal of Pain*, 24(1), 157-166. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2022.09.008>

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

Osma, J., Martínez-García, L., Quilez-Orden, A., & PÉris-Baquero, Ó. (2021). Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Medical Conditions: A Systematic Review. *International journal of environmental research and*

Zheng, S. (2024). The Relation of Possible Selves and Self-Concept Clarity to Generalized Anxiety Disorder. <https://doi.org/10.32920/25219199.v1>

Наумова, К. (2022). A Transdiagnostic Perspective on Mental Disorders. *Годишен Зборник На Филозофскиот Факултет/the Annual of the Faculty of Philosophy in Skopje*, 75, 173-184. <https://doi.org/10.37510/godzbo2275173n>