



## Research Article

# The effectiveness of acceptance and commitment therapy on distress tolerance, rumination, and experiential avoidance in adolescents with depression

M. Mousa pour<sup>1\*</sup>

<sup>1\*</sup>. Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.  
Corresponding author: Mpousapour1374@gmail.com

### Abstract

This research aimed to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on distress tolerance, rumination, and experiential avoidance in depressed adolescents. The research was semi-experimental with pre-test, post-test and control group. All the female students of the first secondary school in the 18th district of Tehran constituted the statistical population of this study. 30 people were selected through available sampling and were placed in the experimental (15 people) and control (15 people) groups, and the research tools included depression questionnaire (Beck, 1997) - short form, distress tolerance questionnaire (Simons and Gaher, 1991), rumination questionnaire (Nolen-Hoeksma and Maro, 2005) and acceptance and action questionnaire (Bond et al., 2007) were completed. The data were analyzed by descriptive statistics and multivariate covariance analysis. The results showed that between the experimental and control groups there was a significant change in distress tolerance ( $F=44.56$ ,  $P=0.004$  and  $\eta=0.60$ ) and rumination ( $F=9.32$ ,  $P=0.013$ ). and  $\eta=0.57$ ) from pre-test to post-test, and as a result of the intervention by the method of acceptance and commitment, distress tolerance and rumination improved in the experimental group ( $P<0.05$ ). Also, there is a significant change in the experiential avoidance score between the subjects of the two groups from the pre-test to the post-test and it has decreased due to the experiential avoidance intervention of the experimental group girls ( $F=15.26$ ,  $P=0.009$  and  $\eta=0.61$ ). According to the results of the research, the treatment based on acceptance and commitment can be used as a key intervention in the field of prevention of emotional and cognitive damage in teenagers

**Keywords:** depression, experiential avoidance, rumination, distress tolerance, acceptance and commitment therapy

**Citation:** Mousa pour, M. (2023). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on distress tolerance, rumination, and experiential avoidance in adolescents with depression. *Journal of Social Psychology*, 11(67), 77-92.

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی، نشخوار فکری و اجتناب تجربی در نوجوانان مبتلا به افسردگی

مریم موسی پور کلاسی\*

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.  
نویسنده مسئول: Mpousapour1374@gmail.com

### چکیده

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی، نشخوار فکری و اجتناب تجربی در نوجوانان افسرده انجام شد. پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل بود. تمامی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول منطقه ۱۸ شهر تهران جمعیت آماری این پژوهش را تشکیل دادند. با نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب و در گروه‌های آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند و ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی (بک، ۱۹۹۷) - فرم کوتاه، پرسشنامه تحمل پریشانی (سایمونس و گاهر، ۱۹۹۱)، پرسشنامه نشخوار فکری (نولن-هوکسما و مارو، ۲۰۰۵) و پرسشنامه پذیرش و عمل (بوند و همکاران، ۲۰۰۷) را تکمیل کردند. داده‌ها با روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس چندمتغیری تحلیل شد. نتایج نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل تغییر معناداری در تحمل پریشانی ( $F=44/56$ ،  $P=0/004$  و  $\eta^2=0/60$ ) و نشخوار فکری ( $F=9/32$ ،  $P=0/013$  و  $\eta^2=0/57$ ) از پیش‌آزمون به پس‌آزمون وجود دارد و در اثر مداخله به روش پذیرش و تعهد، تحمل پریشانی و نشخوار فکری در گروه آزمایش بهبود یافته است ( $P<0/05$ ). همچنین، بین آزمودنی‌های دو گروه تغییر معناداری در نمره اجتناب تجربی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون وجود دارد و در اثر مداخله اجتناب تجربی دختران گروه آزمایش کاهش یافته است ( $F=15/26$ ،  $P=0/009$  و  $\eta^2=0/61$ ). با توجه به نتایج پژوهش می‌توان از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک مداخله کلیدی در حوزه پیش‌گیری از آسیب‌های عاطفی و شناختی در نوجوانان استفاده کرد.

**کلمات کلیدی:** افسردگی، اجتناب تجربی، نشخوار فکری، تحمل پریشانی، درمان پذیرش و تعهد

## مقدمه

در میان دوران مختلف زندگی، دوره نوجوانی به دلیل تغییرات فیزیولوژیک، هورمونی، شناختی و عاطفی و همچنین، تفاوت‌هایی که در نقش افراد به عنوان فردی که از مرحله کودکی وارد مرحله بزرگسالی می‌شود و از آن به عنوان تفاوت در نقش اجتماعی یاد می‌شود، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (تسای، هسیو، هیوانگ، بای، سویو، چن<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). مسأله‌ای که حائز اهمیت می‌باشد این است که میزان افسردگی<sup>۲</sup> دختران در این سنین برخلاف دوران کودکی تقریباً دو برابر پسران است (وب، کیادوندو، فور، برگویست و کوکس<sup>۳</sup>، ۲۰۲۳). مرور گزارشات علمی نشان می‌دهد افراد مبتلا به افسردگی در مقایسه با افراد سالم عملکرد نامناسبی از نظر فیزیکی، روانی و اجتماعی و تحصیلی دارند و میزان تأثیر افسردگی بر کیفیت زندگی این افراد بستگی به شدت افسردگی آن‌ها دارد (بلیدال، راسموسن، اندرسن، جنسن، پوتگارد، مانک-اولسن<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۳).

افراد دارای بیماری افسردگی همگی یک نوع علائم را تجربه نمی‌کنند. شدت یا زیاد بودن و مدت این علائم با توجه به نوع بیماری یا خود شخص تغییر می‌کند و این علائم شامل ناراحتی مزمن، اضطراب یا احساس پوچی کردن، احساس ناامیدی و یا احساس بدبینی، احساس گناه کردن، بی‌ارزشی و درماندگی، احساس بی‌قراری و تحریک‌پذیری (زودرنج بودن)، فقدان علاقه به فعالیت‌ها، کاهش انرژی، به سختی تمرکز کردن، یادآوری جزئیات و تصمیم‌گیری، بی‌خوابی یا خواب زیاد در صبح، پرخوری یا کم‌اشتهایی و افکار خودکشی و ... است (گنجی و گنجی، ۱۴۰۱). به‌طور کلی نتایج مطالعات فراتحلیل نشان می‌دهد که افسردگی شایع‌ترین اختلال خلقی است که غمگینی، خلق افسرده، بی‌علاقگی و عدم توانایی در لذت بردن از علائم کلیدی آن هستند و در صورت عدم درمان مناسب می‌تواند سبب ناتوانی جسمانی و هیجانی و کاهش کارایی فرد مبتلا در ابعاد مختلف زندگی فردی و اجتماعی گردد (شای، هان، لیاو، ژاو، فان، ژانگ<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۳).

پژوهش‌ها همچنین، نشان داده‌اند که استفاده از برخی راهبردهای تنظیم هیجان روی تجربه هر فرد از حوادث منفی زندگی تأثیر می‌گذارد. در ادبیات پژوهشی به تمایل به عمل جهت‌رهایی از تجربه هیجانی، تحمل پریشانی<sup>۶</sup> گفته می‌شود (مک دونالد، یانگ و لانکاستر<sup>۷</sup>، ۲۰۲۲). افراد دارای تحمل پریشانی پایین، اولاً هیجان را غیرقابل تحمل می‌دانند و نمی‌توانند به آسفتگی و پریشانی‌شان رسیدگی نمایند، ثانیاً، این افراد وجود هیجان را نمی‌پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آسفتگی می‌کنند، زیرا توانایی مقابله خود با هیجانات را دست‌کم می‌گیرند. سومین مشخصه عمده تنظیم هیجانی افراد با تحمل پریشانی پایین،

1. Tsai, Hsu, Huang, Bai, Su & Chen

2. depression

3. Webb, Kyaddondo, Ford, Bergqvist & Cox

4. Bliddal, Rasmussen, Andersen, Jensen, Pottegård & Munk-Olsen

5. Shi, Han, Liao, Zhao, Fan & Zhang

6. distress tolerance

7. McDonald, Yang & Lancaster

تلاش فراوان این افراد برای جلوگیری از هیجانات منفی و تسکین فوری هیجانات منفی است (لیپکوف، ۲۰۲۲). وقتی این افراد قادر به تسکین هیجانات نباشند، عملکردشان به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد (تاپار، اوزسوی، بالتا، داسیران، تاپار و کارامان، ۲۰۲۲).

در سال‌های اخیر بررسی الگوهای تفکر در اختلالات هیجانی و بررسی افکار ناخواسته و نقش آن در دوام اختلالات هیجانی، مورد توجه پژوهشگران زیادی قرار گرفته است (اورتیگا، الوارز-مون، گارسیا-مونتررو، فرایلی-مارتینز، گیواجارو، لاهیر<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). یکی از انواع افکار ناخواسته در اختلالات هیجانی، نشخوار فکری<sup>۴</sup> است. دیدگاه فراشناختی اختلالات هیجانی، نشخوار فکری را یکی از مؤلفه‌های اصلی در شروع و تداوم افسردگی می‌داند. این افکار منفعلانه بوده، جنبه تکراری دارند و بر علائم و نتایج متمرکز هستند و مانع حل مسأله سازگارانه شده، به افزایش افکار منفی منتهی می‌شوند (گائو، بیاسوال، یانگ، لی، وانگ، چن<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). گرچه سرکوبی فکر یک شیوه معمول در اختلال افسردگی است، برخی از افراد افسرده هستند که از روی تعهد افکار منفی را نشخوار می‌کنند. این افراد معمولاً معتقدند که نشخوار فکری درباره افکار منفی و احساسات منفی می‌تواند به آن‌ها بصیرت بدهد و حل مسأله را تسهیل کند، در صورتی که نشخوار فکری خلق را بدتر کرده، باعث نوسان فرد بین سرکوبی فکر و نشخوار آن می‌شود (کولمن، دیونلوپ، هارتلی و تایلور<sup>۶</sup>، ۲۰۲۲).

به باور هایسل<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۲۳) افسردگی وجود خلق پایین و تمرکز بر روی افکار منفی را بیشتر می‌کند و به نشخوار فکری در فرد افسرده منجر می‌شود و این امر خود وجود افسردگی را تداوم می‌بخشد. توماس<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۲۳) نیز مدعی‌اند که افسردگی با یک سوگیری توجهی به سمت اطلاعات منفی در راستای ارزیابی خود همراه است. این سوگیری منفی در آن دسته از بیمارانی که نشخوار فکری دارند، قوی‌تر است. گزارش پنگ<sup>۹</sup> و همکاران (۲۰۲۲) نیز نشان دهنده این است که نشخوار فکری با برانگیختن تصاویر ناخوانده، خلق منفی را در افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب تشدید می‌کند و باعث مزمن‌تر شدن علائم این اختلالات می‌شود.

از دیگر سو، کانو-لوپز<sup>۱۰</sup> و همکاران (۲۰۲۲) بر این باورند که در کنار نشخوار فکری، مکانیزم شناختی دیگری که عاملی بالقوه در آسیب‌پذیری برای شروع و ثبات علائم افسردگی شناخته شده است، اجتناب

- 
1. Lepekhov
  2. Tapar, Özsoy, Balta, Daşiran, Tapar & Karaman
  3. Ortega, Alvarez-Mon, García-Montero, Fraile-Martinez, Guijarro & Lahera
  4. rumination
  5. Gao, Biswal, Yang, Li, Wang & Chen
  6. Coleman, Dunlop, Hartley & Taylor
  7. Heissel
  8. Thomas
  9. Peng
  10. Cano-López

تجربه‌ای<sup>۱</sup> می‌باشد. طبق تعریف، اجتناب تجربه‌ای فرایندی است شامل ارزیابی‌های منفی افراطی از حس‌ها، احساسات و افکار خصوصی ناخواسته و فقدان تمایل به تجربه کردن این رویدادهای خصوصی و تلاش‌هایی عمدی برای کنترل یا فرار از آن‌ها. اجتناب تجربه‌ای شامل دو جزء مربوط به هم است، اول، بی‌میلی نسبت به برقراری تماس با خاطره‌ها و زمینه‌های رفتاری، و دوم، تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک یا وقایعی که باعث فراخواندن این تجارب می‌شوند (برونینگ، وان کرایک و کرومپینگر<sup>۲</sup>، ۲۰۲۲). شواهد اولیه نشان می‌دهد بزرگسالانی که دارای تجربه بدرفتاری در دوران کودکی خود هستند، سطوح بالایی از اجتناب تجربه‌ای در میان آن‌ها وجود دارد (کیونگ، هی و وای<sup>۳</sup>، ۲۰۲۳). اعتقاد بر این است که اجتناب تجربه‌ای، گرایش به اجتناب از تجربیات درونی ناخوشایند ناشی از عدم تمایل به تجربه آن‌ها می‌باشد و به افزایش و پایداری اشکال مختلف آسیب روان‌شناختی به ویژه مشکلات خلقی و افسردگی می‌شود (اسکیر و اولاس<sup>۴</sup>، ۲۰۲۱). همچنان که باکیر<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۲۱) نشان داده‌اند که این مکانیسم دفاعی ارتباط مثبتی با شاخص‌های روان‌شناختی از جمله اضطراب، افسردگی و رفتار خودکشی دارد. علی‌رغم پیشرفت در زیست‌شیمیایی افسردگی و ساخت داروهای جدید، همچنان علائم خلقی و اضطرابی به عنوان مشکل قابل توجهی در نظر گرفته می‌شوند (اشیلر، پرایم، بایوئر، لوکس، لانگارد، کانگ<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). در همین راستا، مشاهده می‌شود که استفاده از داروها برای مبتلایان به افسردگی تنها ۴۰ درصد از مشکلات آن‌ها را تخفیف می‌دهد. بسیاری از این بیماران علی‌رغم مداخلات دارویی، همچنان علائم افسردگی را تجربه می‌کنند و اگر با علائم شان سازگار نشوند، کیفیت زندگی فردی و اجتماعی‌شان به‌طور چشم‌گیری تحت تأثیر قرار گرفته و علاوه بر استفاده بیشتر از خدمات بهداشتی-درمانی با بار اقتصادی، شغلی و تحصیلی بالاتری برای مبتلایان به درد، خانواده‌ها و دولت‌ها همراه است (کایشای، اکوتا، ساکوما، اوکیوا، هاتانو، ماتسودا<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). از این‌رو، پیشرفت‌های نظری و رشد پژوهش‌ها، مبنای لازم را برای مفهوم‌سازی افسردگی به عنوان یک اختلال روانی-زیستی-اجتماعی فراهم آورده و سرانجام باعث استفاده از درمان‌های روان‌شناختی برای این بیماران شده است (ایوانو، مارتا، الساندرو، دانیلی و کامیلا<sup>۸</sup>، ۲۰۲۳).

از این‌رو، توجه به مداخلات روان‌شناختی طی سال‌های اخیر در حل مشکلات این گروه از بیماران در جامعه مورد توجه قرار گرفته است که از جمله این درمان‌ها که شواهد مطالعاتی به شکلی قدرتمند از نتایج مثبت آن در جمعیت‌های مختلف بالینی و غیربالینی حمایت کرده‌اند، درمان مبتنی بر پذیرش و

1. experiential avoidance
2. Browning, Van Kirk & Krompinger
3. Xiong, He & Wei
4. Seçer & Ulaş
5. Bakker
6. Schiller, Prim, Bauer, Lux, Lundegard & Kang
7. Kishi, Ikuta, Sakuma, Okuya, Hatano & Matsuda
8. Ivano, Marta, Alessandro, Daniele & Camilla

تعهد<sup>۱</sup> می‌باشد (گرایو، اسرپادا، گانوسزی، وینشتاین و پفایفر<sup>۲</sup>، ۲۰۲۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمک می‌کند تا افراد بتوانند با پذیرش افکار و احساسات به جای اجتناب از آن‌ها و با آگاهی و شناخت از ارزش‌های اصلی شخصی در زندگی در بین گزینه‌های مختلف عملی را انتخاب کنند که مناسب‌تر باشد و به ارزش‌هایشان نزدیک‌تر باشد، نه این که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات یا تمایلات آشفته به فرد تحمیل شود (فرناندز-رودریگوز، کوتو-لیسمس، مارتینز-لوردو، گونزالز-فرناندز و کیوستا<sup>۳</sup>، ۲۰۲۳).

فرایندهای اصلی این درمان به دنبال آن هستند که به بیماران بیاموزند «چگونه از افکار مزاحم بگسلند و چگونه هیجانات و احساسات نامطبوع را بیشتر تحمل کنند». بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هم فضای شناختی که نشخوار فکری و مانند این‌ها در آن رخ می‌دهد و هم پاسخ به این تجارب شناختی را هدف قرار می‌دهد (گرایو و همکاران، ۲۰۲۳). با توجه به آمارها که حاکی از شیوع بالای اختلالات خلقی در بین نوجوانان ایرانی می‌باشند (وصال و رحیمی، ۱۴۰۰)، و همچنین، به دلیل این که سلامت روانی و جسمانی این قشر از جامعه می‌تواند پیامدهای متعددی بر سلامت خانواده و رشد اقتصادی و اجتماعی جامعه ایفا کند، لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی، نشخوار فکری و اجتناب تجربی در نوجوانان مبتلا به افسردگی انجام شد.

### روش پژوهش

این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی نوجوانان دختر مشغول به تحصیل در دوره متوسطه اول شهر تهران - منطقه ۱۸ در سال تحصیلی ۱۴۰۱ بود، که با روش نمونه‌گیری هدفمند از بین آن‌ها تعداد ۳۰ نفر انتخاب شد. در پژوهش از نوع مداخله‌ای حجم نمونه در هر زیرگروه ۱۵ نفر کفایت می‌کند (دلاور، ۱۳۹۹). بنابراین ابتدا در بین دانش‌آموزان یک مدرسه با کمک پرسشنامه افسردگی بک-فرم کوتاه غربال‌گری انجام شد. در گام بعدی در بین ۴۶ دانش‌آموز دختری که نمره بالا در این ابزار کسب کرده بودند، با توجه به معیارهای ورود به مطالعه تعداد ۳۰ نفر انتخاب و در دو گروه مساوی ۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل گمارش شدند.

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل مؤنث بودن (جنسیت دختر)، تحصیل در دوره متوسطه اول، پاسخ‌دهی به تمامی ابزارهای خودگزارشی، توانایی برای شرکت در جلسات درمانی تعیین شده و زندگی با هر دو والد بود. ملاک‌های خروج از مطالعه نیز شامل ناتوانی از شرکت منظم در جلسات درمانی تعیین شده، شرکت به‌طور همزمان یا طی ۶ ماه گذشته در یکی از برنامه‌های روان‌درمانی، ابتلای به هر یک از بیماری‌های حاد روان‌پزشکی، ابتلای فرد به‌طور همزمان به هر یک از بیماری‌های صعب‌العلاج (بیماری‌های نورولوژیک، هماتولوژی، انکولوژی و ...) و غیبت بیش از دو جلسه از شرکت در جلسات درمانی بود.

1. acceptance and commitment therapy

2. Grau, Sripada, Ganoczy, Weinstein & Pfeiffer

3. Fernández-Rodríguez, Coto-Lesmes, Martínez-Loredo, González-Fernández & Cuesta

## ابزار پژوهش

**الف) پرسشنامه افسردگی بک-فرم کوتاه<sup>۱</sup>:** در این مطالعه برای سنجش افسردگی از فرم کوتاه افسردگی بک استفاده شد. این ابزار دارای ۱۳ سؤال است که نشانه های خاص افسردگی را بیان می کند. هر گزاره این ابزار شامل یک مقیاس ۴ درجه ای است که دامنه آن بین صفر تا ۳ مرتب شده است. بیشینه و کمینه نمره آن ۳۹ و صفر است. روایی و پایایی آن در مطالعات متعددی توسط سازنده آن تأیید شده است. در ایران نیز ضریب آلفای کرونباخ و دونیمه کردن برای این ابزار به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۲ گزارش شده است (رجبی، ۱۳۸۴).

**ب) پرسشنامه تحمل پریشانی<sup>۲</sup>:** این ابزار در سال ۲۰۰۵ توسط سایمونس و گاهر<sup>۳</sup> به منظور سنجش تحمل پریشانی ساخته شده است. این ابزار دارای ۱۵ سؤال است و به شکل لیکرت ۵ درجه ای نمره گذاری می شود و حداقل نمره در این ابزار صفر و حداکثر ۶۰ است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ توسط مؤلفان پرسشنامه گزارش شده است. ویژگی های روانسنجی این ابزار در ایران مورد بررسی و تأیید قرار گرفته، روایی ملاکی آن تأیید و ضریب پایایی آن به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شده است (اثنی عشران، یزدخواستی و عریضی، ۱۴۰۰). همچنین، در پژوهش اثنی عشران و همکاران (۱۴۰۰) ضریب آلفای کرونباخ این ابزار برابر با ۰/۸۲ محاسبه شده است.

**پ) پرسشنامه نشخوار فکری<sup>۴</sup>:** این ابزار خودگزارشی به منظور سنجش نشخوار فکری در سال ۱۹۹۱ توسط نولن-هوکسما و مارو<sup>۵</sup> تدوین یافته است. این ابزار ۲۲ گویه دارد که از پاسخ دهندگان خواسته می شود که به هر گویه براساس مقیاس لیکرت ۴ درجه ای پاسخ دهند. این ابزار نشان می دهد که وقتی فرد افسرده می شود، چقدر در هر فکر یا رفتار نشخواری درگیر می شود. بر پایه شواهد تجربی، مقیاس پاسخ های نشخواری پایایی درونی بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ این ابزار در مطالعه نولن و مارو (۱۹۹۱) برابر با ۰/۹۲ بوده است. این ابزار را در ایران باقری نژاد و همکاران (۲۰۱۰) به فارسی ترجمه و اعتبار آن را به واسطه ضریب آلفای کرونباخ به عنوان شاخصی از همسانی درونی ۰/۸۸ گزارش کرده اند (حسینی، احمدی و مامی، ۱۴۰۱). در مطالعه حسینی و همکاران (۱۴۰۱) نیز ضریب آلفای کرونباخ این ابزار برابر با ۰/۸۳ به دست آمده است.

**ت) پرسشنامه پذیرش و عمل<sup>۶</sup>:** برای سنجش اجتناب تجربی از پرسشنامه پذیرش و عمل (بوند و همکاران، ۲۰۰۷) که دارای ۱۰ ماده است، استفاده شد. نمرات بالا در این ابزار نشان دهنده انعطاف پذیری روانی بیشتر است. ضریب همسانی درونی این ابزار ۰/۸۴ و اعتبار بازآزمایی آن به فصله ۱۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمده است. همچنین، روایی سازه با روش تحلیل عاملی تأییدی و روایی

1. Beck Depression Inventory Short Form Items
2. Distress Tolerance Scale
3. Simmons & Gaher
4. Cognitive Avoidance Questionnaire
5. Nolen-Hoeksema & Morrow
6. Acceptance and Action Questionnaire – II

افتراقی آن مناسب گزارش شد. در ایران نیز ضریب همسانی درونی این ابزار ۰/۸۹ گزارش شده است (عاشوری، کچویی و وحیدی، ۱۴۰۱).

گروه آزمایش تحت ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی (به صورت هفته‌ای دو جلسه و هر جلسه به مدت ۱ ساعت) توسط متخصص روان‌شناسی قرار گرفت. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به پروتکل داهل<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۵) اجرا شد. گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکردند. در خصوص رعایت نکات اخلاقی از قبیل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات هویتی و تحلیل داده‌ها به آزمودنی‌ها اطمینان لازم داده شد. پس از اخذ موافقت و امضای رضایت نامه، پیش‌آزمون انجام شد و پس از آن نیز در پایان مداخله انجام شد. در جدول شماره ۱ محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ارائه شده است.

### جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان پذیرش و تعهد

جلسه	محتوای جلسه
۱	برقراری رابطه درمانی، آشنا کردن افراد با موضوع مطالعه، پاسخ به ابزارهای پژوهش و بستن قرارداد درمانی
۲	کشف و بررسی روش‌های درمانی بیماری، ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها، بحث درباره موقتی و کم اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخوردها و ارائه تکلیف
۳	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بهبودی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی و دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
۴	توضیح درباره اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن‌ها، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
۵	معرفی مدل سه بعدی به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث درباره تلاش برای تغییر رفتار براساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
۶	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان زمینه، برقراری ارتباط خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
۷	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند کردن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکز آگاهی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
۸	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون

به‌منظور تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف‌معیار) و تحلیل کوواریانس چندمتغیری با کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. در این پژوهش پیش‌فرض‌های آماری شامل آزمون کولموگراف-اسمیرنف، آزمون لوین، آزمون ام باکس و مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون قبل از تحلیل کوواریانس ارزیابی و تأیید شد.



## یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش،  $3/21 \pm 15/21$  و در گروه کنترل،  $3/07 \pm 15/16$  سال بود. نتایج حاصل از آزمون مجذور کای نشان داد که تفاوت معناداری بین آزمودنی‌ها از نظر ویژگی‌های دموگرافیک شامل رشته تحصیلی، ترتیب تولد، تحصیلات والدین و شغل والدین وجود ندارد ( $P > 0/05$ ). در جدول شماره ۲ آماره‌های توصیفی پژوهش به تفکیک آزمودنی‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای وابسته پژوهش به تفکیک گروه و مراحل مختلف سنجش

متغیر وابسته	گروه	پیش‌آزمون (۱۵ نفر)	پس‌آزمون (۱۵ نفر)
		انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین
تحمل پریشانی	گروه آزمایش	$43/66 \pm 7/91$	$58/60 \pm 10/71$
	گروه کنترل	$39/53 \pm 6/89$	$39/60 \pm 7/83$
نشخوار فکری	گروه آزمایش	$50/46 \pm 2/84$	$38/40 \pm 1/29$
	گروه کنترل	$50/06 \pm 1/66$	$49/46 \pm 1/35$
اجتناب تجربی	گروه آزمایش	$115/14 \pm 14/28$	$74/59 \pm 8/33$
	گروه کنترل	$112/60 \pm 13/99$	$111/80 \pm 13/52$

با توجه به طرح پژوهش که از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون بود، برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کلموگروف-اسمیرنف استفاده شد، که نتایج نشان داد متغیرهای تحمل پریشانی ( $p = 0/412$ )، نشخوار فکری ( $p = 0/189$ ) و اجتناب تجربی ( $p = 0/314$ ) دارای سطح معناداری بزرگ‌تر از  $0/05$  بودند، از این‌رو شرط استفاده از آزمون‌های پارامتریک برقرار است. برای بررسی مفروضه برابری واریانس از آزمون لوین استفاده شد. با توجه به این‌که آماره  $F$  برای متغیرهای تحمل پریشانی، نشخوار فکری و اجتناب تجربی به ترتیب برابر با  $0/344$ ،  $0/518$  و  $0/321$  و سطح معناداری برای آزمون لوین در تمامی متغیرهای وابسته، بیش از  $0/05$  بود، بنابراین با اطمینان  $0/95$  فرض برابری واریانس‌های دو گروه پذیرفته شد ( $P > 0/05$ ).

در بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کواریانس، با عنایت به این‌که آماره  $F$  برابر با  $0/471$  کم‌تر از مقدار متناظر در جدول فیشر بود و همچنین، با توجه به این‌که سطح معنی‌داری متناظر با آن  $0/299$  و بیش از  $0/05$  بود، فرض صفر آزمون ام-باکس مبنی بر همگنی ماتریس واریانس-کواریانس با اطمینان  $0/95$  پذیرفته شد. مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون به دلیل این‌که تعامل بین گروه، پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیرهای تحمل پریشانی  $0/21$ ، نشخوار فکری  $0/34$  و اجتناب تجربی  $0/45$  بالاتر از سطح  $0/05$  به‌دست آمده است، بنابراین از مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون تخطی نشده است ( $P > 0/05$ ).

جدول ۳. نتایج آزمون کلموگراف-اسمیرنف و لوین

آزمون K-S		آزمون لوین				متغیر
مقدار P	df	آماره F	مقدار P	درجه آزادی		
				۱	۲	
۰/۴۱۲	۱۵	۰/۴۷۳	۰/۳۴۴	۲۸	۱	تحمل پریشانی
۰/۱۸۹	۱۵	۰/۲۱۶	۰/۵۱۸	۲۸	۱	نشخوار فکری
۰/۳۱۴	۱۵	۰/۴۱۹	۰/۳۲۱	۲۸	۱	اجتناب تجربی

همچنین، نتایج آزمون‌های چهارگانه تحلیل کوواریانس چندمتغیری شامل (اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هلتنینگ و بزرگ‌ترین ریشه ری) مربوط به تفاضل متغیرهای پژوهش از لحاظ آماری معناداری بودند ( $F=12/485$ ،  $\text{Eta}=1/000$  و  $P=0/005$ ). بنابراین دو گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای مورد پژوهش در مرحله پس‌آزمون با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. مجذور اتا (یا ضریب تأثیر) حدود ۷۳ درصد بود. این بدان معناست که ۷۳ درصد تغییرات مربوط به نمرات پس‌آزمون متغیرهای وابسته در این پژوهش مربوط به تأثیر درمان به شیوه پذیرش و تعهد بوده است. توان آماری ۱/۰۰۰ نیز بیانگر کفایت حجم نمونه و توان بالای آزمون است.

یافته‌های تحلیل کوواریانس حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمره تحمل پریشانی ( $F=44/56$ ،  $P=0/004$  و  $\text{Eta}=60$ ) و نشخوار فکری ( $F=9/32$ ،  $P=0/013$  و  $\text{Eta}=57$ ) برحسب عضویت گروهی (دو گروه دریافت‌کننده برنامه درمان پذیرش و تعهد و کنترل) در مرحله پس‌آزمون معنادار می‌باشد ( $P<0/05$ ). همچنین، این تفاوت برای نمره متغیر اجتناب تجربی در بین نوجوانان دختر افسرده معنادار بود ( $F=15/26$ ،  $P=0/009$  و  $\text{Eta}=61$ ). بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر افزایش تحمل پریشانی، کاهش نشخوار فکری و کاهش اجتناب تجربی داشته است و اندازه اثر آن بر تحمل پریشانی ۶۰ درصد، نشخوار فکری ۵۷ درصد و اجتناب تجربی ۶۱ درصد بوده است، که مقدار آن قابل توجه می‌باشد (جدول شماره ۴).

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر متغیرهای وابسته پژوهش

متغیر وابسته	منبع تغییرات	Df	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر	توان آماری
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	۱	۱۲۱/۲۵۶	۷۱/۲۱۶	۰/۰۳۵	۰/۲۶۶	۰/۳۳۹
	عضویت گروهی	۱	۹۸/۳۷۴	۴۴/۵۶۰	۰/۰۰۴	۰/۶۰۳	۰/۹۹۵
نشخوار فکری	پیش‌آزمون	۱	۷۱/۲۰۱	۱۶/۵۵۴	۰/۰۲۶	۰/۱۸۰	۰/۴۰۱
	عضویت گروهی	۱	۴۰/۱۰۰	۹/۳۲۳	۰/۰۱۳	۰/۵۷۲	۱/۰۰۰
اجتناب تجربی	پیش‌آزمون	۱	۲۴۳/۳۱۶	۳۲/۷۱۱	۰/۰۴۵	۰/۱۴۴	۰/۲۷۲
	عضویت گروهی	۱	۱۹۹/۴۱۸	۱۵/۲۶۳	۰/۰۰۹	۰/۶۱۴	۰/۸۵۶

## بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی، نشخوار فکری و اجتناب تجربی در نوجوانان مبتلا به افسردگی انجام شد. نخستین یافته مطالعه حاضر نشان داد که درمان به شیوه پذیرش و تعهد در افراد گروه آزمایش در مرحله پس آزمون منجر به افزایش تحمل پریشانی شده است. این نتیجه همسو با نتایج مطالعات محققان پیشین مانند مانگال، لال، تیواری، التاف، سوود، کامار<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۳)، وحید و همکاران (۲۰۲۲)، رضاییان، اکبری، امیرزاده و ملک محمدی (۱۴۰۰)، بصیری فرد و موسوی نژاد (۱۴۰۱) و یاراحمدی، اورکی، سعادت، اسحاقیان و مومنی (۱۳۹۹) بود.

در تبیین تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی می توان گفت یکی از فرایندهایی که در درمان پذیرش و تعهد به آن توجه می شود، فرایند متعهدانه است. ترغیب افراد به روشن کردن ارزش ها، تعیین اهداف، پیش بینی موانع و در نهایت، تعهد به انجام اعمالی در راستای دستیابی به اهداف و حرمت در جهت ارزش ها باعث می شود که تا ضمن تحقق اهداف و شادزیستی ناشی از آن بر رضایت از زندگی فرد افزوده شود و از گیرافتادن در حلقه ای از افکار و احساسات (اضطراب، یأس و افسردگی) که باعث کاهش تحمل پریشانی می شوند، رهایی یابد. نتیجه این که این شیوه موجبات افزایش تحمل پریشانی و سلامت را در فرد فراهم می کند. همچنین، می توان اذعان داشت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجارب درونی این بود که به آن ها کمک شود تا افکار آزاردهنده خودشان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی شان آگاه شده و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم بوده و در راستای ارزش های آن ها است، به تدریج بپردازند. نتیجه این که این شیوه درمان با تمرکز بر استعاره های مختلف و تمرکز بر درد و رنج و رهاسازی ذهن و پرهیز از اجتناب تجربه های درونی با استفاده از استعاره و آموزش های ارائه شده در جلسه درمان، میزان تحمل پریشانی روان شناختی افراد نمونه را افزایش داده است.

دیگر یافته پژوهش همسو با نتایج مطالعات پیشین مانند پولات و آسی-کاراکاس<sup>۲</sup> (۲۰۲۱)، چنگ و همکاران (۲۰۲۲)، پارازده و همکاران (۲۰۲۲)، پنگ و همکاران (۲۰۲۲) و کانو-لوپز و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که شرکت در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پس آزمون و در افراد گروه آزمایش نسبت به افراد گروه کنترل منجر به کاهش نشخوار فکری شده است. معمولاً افرادی که نشخوار فکری دارند، زمان زیادی را صرف مفهوم سازی تجربه خود می کنند، سعی می کنند تا مشکلات هیجانی خود را تجزیه و تحلیل کنند و برای آن راه حل هایی بیابند. در حالی که محتوای فرایندهای نشخوار فکری اغلب مربوط به خود و انتقاد از خود است. با توجه به شرایط سختی که نشخوار فکری ایجاد می کند، در این مطالعه براساس نوع درمان، جلسات با توجه آگاهی آغاز شد تا فرد را با در لحظه بودن آشنا سازد. همچنین، برای شرکت کنندگان شرح داده شد که رویدادهای درونی، افکار، احساسات و هیجانات به صورت خود به خود مشکل ساز نیستند بلکه، نحوه ارتباط ما با این رویدادها است که باید تغییر کند. بدین منظور

1. Mangal, Lal, Tiwari, Altaf, Sood & Kumar

2. Polat & Asi Karakaş

مؤلفه پذیرش در این درمان معرفی شد و با مشارکت در گفت‌وگوی گروهی، استعارات به کار گرفته شد. از جمله استعارات به کار گرفته شده در این مورد گیرافتادن در باتلاق بود. به شرکت کنندگان توضیح داده شد که در این جریان هر قدر بیشتر تقلا کنند، بیشتر در دام باتلاق گیر می‌کنند و این می‌تواند نمادی از شرایط شما به هنگام تکرار و نشخوار فکری باشد.

همچنین، می‌توان بیان داشت که فرایندهای مؤثر در این درمان معرفی جایگزین برای کنترل یعنی تمایل و پذیرش می‌باشد. مؤلفه تمایل و پذیرش این امکان را برای مراجع فراهم می‌کند تا تجربیات درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای کنترل آن‌ها بپذیرد و انجام این کار باعث می‌شود که آن تجربیات و نشخوارهای فکری کمتر تهدیدکننده به نظر برسند و تأثیر کمتری بر زندگی فرد داشته باشند. به عبارتی باعث به وجود آمدن جهت‌گیری توجه شده تا دیدگاهی را نسبت به رویدادهای ذهنی ایجاد نماید که فرد رویدادهای ذهنی را مشاهده کند، به جای اینکه این رویدادها را قسمتی از خود بداند، که با استفاده از ناامیدی سازنده به شرکت کنندگان نشان می‌دهیم که تا به حال راه‌حلهایی که برای حل مشکلات دنیای درون به کار برده‌اند، باعث مشکل شده و بعد از دست کشیدن آن‌ها از این راه‌حل‌ها با استفاده از استعاره مانیتور هشدار دهنده و فیل سیاه به این درک می‌رسانیم که هر چه بخواهند در دنیای درون، دست به کنترل بزنند فکر، خاطره، احساس، میل و احساس جسمی بیشتر در ذهن آن‌ها ماندگار می‌شود و با کارهای اجتنابی که در رابطه با دنیای درون انجام می‌دهند باعث پایدارتر شدن رویدادهای درونی می‌شوند و به این ترتیب افراد با به دست آوردن آگاهی‌های تازه پیشرفت نشان داده و کمتر تحت تأثیر نشخوار فکری عمل می‌کنند.

برآیند دیگر مطالعه حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افراد گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون منجر به کاهش اجتناب تجربی شده است. این یافته از مطالعه حاضر در راستای نتایج برخی از مطالعات محققان پیشین مانند قاسمی مطلق، بخشی پور رودسری و فرنام (۱۴۰۱)، سیاه‌پوش منفرد، پرندین و عزیز (۱۴۰۱)، لوبین و همکاران (۲۰۲۲) و فاوت و همکاران (۲۰۲۲) می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اعتقاد بر این است که افکار فرآورده یک ذهن طبیعی هستند. آنچه که افکار را به باور تبدیل می‌کند، آمیخته شدن فرد به محتوای افکار می‌باشد. وقتی که فردی طبق محتوای یک فکر برای مثال، وقتی سرم درد میکند، نمی‌توانم جلوی رفتار تندم را بگیرم، عمل می‌کند یعنی عمل کردن با محتوای آن فکر آمیخته شده است و حاصل این آمیختگی، رفتار افسردوار می‌باشد که خود الگویی از اجتناب تجربی محسوب می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از طریق مداخلات مربوط به گسلش شناختی در پی آن است که به مراجعان کمک کند تا به‌طور انعطاف‌ناپذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنی خود نشوند و در عوض، شیوه‌هایی برای تعامل مؤثرتر با دنیایی که به‌طور مستقیم تجربه می‌شود، بیابند.

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مداخلات مربوط به گسلش شناختی شامل تمریناتی می‌شود که معنای لفظی رویدادهای درونی را می‌شکند. هدف این تمرینات آن است که به مراجع پیام‌زود تا افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات و خاطرات را فقط خاطرات و احساسات بدنی را تنها احساسات

بدنی ببینند. هیچ یک از این رویدادهای درونی هنگامی که تجربه می‌شوند، به‌طور ذاتی برای سلامتی انسان مضر نیستند. آسیب‌زا بودن آن‌ها از این ناشی می‌شود که به صورت تجارب آسیب‌زا، ناسالم و بدی دیده می‌شوند که آنچه ادعا می‌کنند، هستند و بنابراین، باید کنترل و حذف شوند. همچنین، از جمله تکنیک‌های مورد استفاده در این درمان، کاهش آمیختگی شناختی می‌باشد. وقتی که آمیختگی شناختی کاهش یابد، یعنی گسلش شناختی رخ داده و فرد از محتوای افکار گسلیده شده است و بیان می‌کند که فرد توانسته است یک فکر را فقط یک فکر ببیند (پذیرش) و نه یک حقیقت و در نتیجه، طبق آن فکر عمل نمی‌کند (گسلش). در نتیجه اجتناب تجربی در فرد مبتلا به افسردگی کاهش می‌یابد که پیامد آن، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است.

نبود وجود مرحله پیگیری برای اطمینان از نتایج بلندمدت این شیوه درمانی، منحصر بودن نمونه پژوهش به دختران نوجوان دارای افسردگی، ناکافی بودن پژوهش‌های داخلی و نمونه‌گیری از یک مدرسه می‌تواند از جمله از محدودیت‌های پژوهش حاضر به شمار روند. از این رو پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های بعدی مرحله پیگیری لحاظ گردد و چنین پژوهشی در هر دو جنس تکرار شود. همچنین، از ابزارهای خودگزارشی (پرسشنامه) برای گردآوری داده‌ها استفاده شد، که این امر می‌تواند موجب سوگیری در پاسخ‌دهی آزمودنی‌ها شود. در این راستا به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آتی خود از ترکیب درمان پذیرش و تعهد با یک رویکرد اسلامی یا مقایسه این رویکرد با رویکردهای روانکاوی استفاده کنند، تا این نتیجه حاصل شود که آیا ترکیب این دو رویکرد می‌تواند اثربخش‌تر از به کارگیری آن‌ها به‌صورت جداگانه باشد یا خیر.

## منابع

- اثنی‌عشران، سهیلا؛ یزدخواستی، فریبا و عریضی، حمیدرضا. (۱۴۰۰). تأثیر رفتار درمانی دیالکتیک بر تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی زنان معتاد در حال ترک با نقش میانجی ذهن آگاهی، ارتباط مؤثر و راهبردهای تنظیم هیجانی. **مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی**، ۲۲(۲)، ۱۲-۱.
- بصیری فرد، مهلا و موسوی نژاد، سید محمود. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و انسجام روانی زنان ناباور. **مجله تحقیقات سلامت در جامعه**، ۸(۱)، ۹۲-۸۰.
- حسینی، زینب؛ احمدی، وحید و مامی، شهرام. (۱۴۰۱). اثربخشی مداخله مبتنی بر شفقت بر نگرانی و نشخوار فکری مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین شهر کرمانشاه. **مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی**، ۲۳(۳)، ۱۴۵-۱۳۳.
- دلاور، علی. (۱۳۹۹). **روش تحقیق در علوم تربیتی و روانشناسی**. تهران: نشر رشد.
- رجبی، غلامرضا. (۱۳۸۴). ویژگی‌های روانسنجی ماده‌های فرم کوتاه افسردگی بک. **مجله روانشناسان ایرانی**، ۱(۴)، ۱۸-۱.
- رضاییان، عاطفه؛ اکبری، لیا؛ امیرزاده، فاطمه و ملک محمدی، نغمه. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و افسردگی دانش‌آموزان. **مجله سلامت روان کودک**، ۸(۴)، ۹۱-۱۰۷.

سیاه پوش منفرد، مسلم؛ پرندین، شیما و عزیزی، سجاد. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب هیجانی و ابعاد خستگی روانی زنان مبتلا به ام اس. **مجله مطالعات اسلامی ایرانی خانواده**، ۲(۱)، ۷۸-۹۵.

قاسمی مطلق، فاطمه؛ بخشی پور رودسری، عباس و فرنام، علیرضا. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربی و افسردگی دانشجویان با تجربه شکست عاطفی. **مجله روانشناسی بالینی**، ۱۴(۲)، ۴۸-۶۱.

عاشوری، میترا؛ کچویی، محسن و وحیدی، الهه. (۱۴۰۱). نقش واسطه ای اجتناب تجربی در رابطه بین خودشفقتی و بهزیستی روانشناختی در افراد مبتلا به ام اس. **مجله ابن سینا**، ۲۴(۴)، ۶۶-۷۸.

گنجی، حمزه و گنجی، مهدی. (۱۴۰۱). **آسیب شناسی روانی براساس MSD-۵**. تهران: نشر ساوالان. وصال، مینا و رحیمی، چنگیز. (۱۴۰۰). تأثیر استفاده از رسانه های اجتماعی بر افسردگی در نوجوانان: مرور نظام مند و فراتحلیل. **مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک**، ۲۴(۱)، ۱-۲۳.

یاراحمدی، محبوبه؛ اورکی، محمد؛ سعادت، سیدحسن؛ اسحاقیان، محمد و مومنی، آزیا. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و شدت وسواس در بیماران وسواسی. **مجله روانشناسی و روانپزشکی ایران**، ۷(۶)، ۶۴-۷۹.

Bliddal, M., Rasmussen, L., Andersen, J. H., Jensen, P. B., Pottegård, A., Munk-Olsen, T., ... & Wesselhoeft, R. (2023). psychotropic medication use and psychiatric disorders during the covid-19 pandemic among danish children, adolescents, and young adults. *JAMA psychiatry*, 80(2), 176-180.

Bakker, A. M., Cox, D. W., Hubley, A. M., & Owens, R. L. (2019). Emotion regulation as a mediator of self-compassion and depressive symptoms in recurrent depression. *Mindfulness*, 10, 1169-1180.

Browning, M. E., Van Kirk, N. P., & Kropfing, J. W. (2022). Examining depression symptoms within OCD: the role of experiential avoidance. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 50(4), 367-380.

Cano-López, J. B., García-Sancho, E., Fernández-Castilla, B., & Salguero, J. M. (2022). Empirical evidence of the metacognitive model of rumination and depression in clinical and nonclinical samples: A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 1-26.

Coleman, S. E., Dunlop, B. J., Hartley, S., & Taylor, P. J. (2022). The relationship between rumination and NSSI: A systematic review and meta-analysis. *British journal of clinical psychology*, 61(2), 405-443.

Cheng, Q., Shi, C., Yan, C., Ren, Z., Chan, S. H. W., Xiong, S., ... & Zheng, H. (2022). Sequential multiple mediation of cognitive fusion and experiential avoidance in the relationship between rumination and social anxiety among Chinese adolescents. *Anxiety, Stress, & Coping*, 35(3), 354-364.

Dahl J, Wilson KL, Luciano C, Hayes S. Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain. Translated by Alireza Aghayousofi. Tehran: Danje Publications.

- Fauth, E. B., Novak, J. R., & Levin, M. E. (2022). Outcomes from a pilot online Acceptance and Commitment Therapy program for dementia family caregivers. *Aging & mental health*, 26(8), 1620-1629.
- Fernández-Rodríguez, C., Coto-Lesmes, R., Martínez-Loredo, V., González-Fernández, S., & Cuesta, M. (2023). Is activation the active ingredient of transdiagnostic therapies? A randomized clinical trial of behavioral activation, acceptance and commitment therapy, and transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for emotional disorders. *Behavior Modification*, 47(1), 3-45.
- Grau, P. P., Sripada, R. K., Ganoczy, D., Weinstein, J. H., & Pfeiffer, P. N. (2023). Outcomes of Acceptance and Commitment Therapy for depression and predictors of treatment response in Veterans Health Administration patients. *Journal of Affective Disorders*, 323, 826-833.
- Gao, W., Biswal, B., Yang, J., Li, S., Wang, Y., Chen, S., & Yuan, J. (2023). Temporal dynamic patterns of the ventromedial prefrontal cortex underlie the association between rumination and depression. *Cerebral Cortex*, 33(4), 969-982.
- Heissel, A., Pietrek, A., Kangas, M., der Kaap-Deeder, V., & Rapp, M. A. (2023). The Mediating Role of Rumination in the Relation between Basic Psychological Need Frustration and Depressive Symptoms. *Journal of Clinical Medicine*, 12(2), 395.
- Ivano, C., Marta, I., Alessandro, B., Daniele, Z., & Camilla, C. (2023). Efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) in depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*.
- Kishi, T., Ikuta, T., Sakuma, K., Okuya, M., Hatano, M., Matsuda, Y., & Iwata, N. (2023). Antidepressants for the treatment of adults with major depressive disorder in the maintenance phase: a systematic review and network meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, 28(1), 402-409.
- Levin, M. E., Krafft, J., Seifert, S., & Lillis, J. (2022). Tracking valued and avoidant functions with health behaviors: A randomized controlled trial of the acceptance and commitment therapy matrix mobile app. *Behavior modification*, 46(1), 63-89.
- Lepekhov, S. B. (2022). Canopy temperature depression for drought-and heat stress tolerance in wheat breeding. *Vavilov Journal of Genetics and Breeding*, 26(2), 196.
- Mangal, V., Lal, M. K., Tiwari, R. K., Altaf, M. A., Sood, S., Kumar, D., ... & Aftab, T. (2023). Molecular insights into the role of reactive oxygen, nitrogen and sulphur species in conferring salinity stress tolerance in plants. *Journal of Plant Growth Regulation*, 42(2), 554-574.
- McDonald, M. A., Yang, Y., & Lancaster, C. L. (2022). The association of distress tolerance and mindful awareness with mental health in first responders. *Psychological Services*, 19(S1), 34.
- Ortega, M. A., Alvarez-Mon, M. A., García-Montero, C., Fraile-Martinez, O., Guijarro, L. G., Lahera, G., ... & Álvarez-Mon, M. (2022). Gut microbiota metabolites in major depressive disorder—Deep insights into their pathophysiological role and potential translational applications. *Metabolites*, 12(1), 50.
- Polat, H., & Asi Karakaş, S. (2021). The effect of acceptance and commitment therapy orientated anger management training on anger ruminations and impulsivity levels

- in forensic psychiatric patients: A randomized controlled trial. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(4), 1616-1627.
- Parazdeh, Y., Viyani, F., Zamani, S., & Zamani, N. (2022). The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Education on Anxiety, Depression and Rumination in 13-and 16-Year-Old Adolescents with Multiple Sclerosis (Case Study). *Pajouhan Scientific Journal*, 20(2), 120-126.
- Peng, Y., Zhou, H., Zhang, B., Mao, H., Hu, R., & Jiang, H. (2022). Perceived stress and mobile phone addiction among college students during the 2019 coronavirus disease: The mediating roles of rumination and the moderating role of self-control. *Personality and Individual Differences*, 185, 111222.
- Seçer, İ., & Ulaş, S. (2021). An investigation of the effect of COVID-19 on OCD in youth in the context of emotional reactivity, experiential avoidance, depression and anxiety. *International journal of mental health and addiction*, 19, 2306-2319.
- Schiller, C. E., Prim, J., Bauer, A. E., Lux, L., Lundegard, L. C., Kang, M., ... & Gaynes, B. N. (2023). Efficacy of Virtual Care for Depressive Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *JMIR Mental Health*, 10, e38955.
- Shi, J., Han, X., Liao, Y., Zhao, H., Fan, B., Zhang, H., ... & McIntyre, R. S. (2023). Associations of stressful life events with subthreshold depressive symptoms and major depressive disorder: The moderating role of gender. *Journal of Affective Disorders*.
- Tapar, H., Özsoy, Z., Balta, M. G., Daşiran, F., Tapar, G. G., & Karaman, T. (2022). Associations between postoperative analgesic consumption and distress tolerance, anxiety, depression, and pain catastrophizing: a prospective observational study. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 72, 567-573.
- Thomas, L. R., Bessette, K. L., Westlund Schreiner, M., Dillahunt, A. K., Frandsen, S. B., Pocius, S. L., ... & Langenecker, S. A. (2023). Early Emergence of Rumination has no Association with Performance on a Non-affective Inhibitory Control Task. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-17.
- Tsai, S. J., Hsu, J. W., Huang, K. L., Bai, Y. M., Su, T. P., Chen, T. J., & Chen, M. H. (2023). Risk of parental psychiatric disorders among adolescents with major depressive disorder according to response to antidepressant treatment: does the type of antidepressant matter?. *CNS spectrums*, 1-6.
- Wahid, I., Rani, P., Kumari, S., Ahmad, R., Hussain, S. J., Alamri, S., ... & Khan, M. I. R. (2022). Biosynthesized gold nanoparticles maintained nitrogen metabolism, nitric oxide synthesis, ions balance, and stabilizes the defense systems to improve salt stress tolerance in wheat. *Chemosphere*, 287, 132142.
- Webb, L., Kyaddondo, D., Ford, T., Bergqvist, A., & Cox, N. (2023). Psychosocial health in adolescent unmarried motherhood in rural Uganda: Implications for community-based collaborative mental health education, and empowerment strategies in the prevention of depression and suicide. *Transcultural psychiatry*, 13634615221147361.
- Xiong, J., He, C., & Wei, H. (2023). Negative School Gossip and Youth Adolescents' Mobile Phone Addiction: Mediating Roles of Anxiety and Experiential Avoidance. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1444.