

مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانه‌های افسردگی، افکار غیرمنطقی، بازداری هیجانی و ارزش‌مندی در زندگی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی

Comparison of The Effectiveness of Cognitive-behavioral, Acceptance and Commitment Focused Therapies on Depressive Symptoms, Irrational Thoughts, Emotional Inhibition and the Value of life in Patients with Major Depressive Disorder

Somaye Tarikan PhD
Mohamadali Godarzi PhD✉
Seyed Mohammad Reza Taghavi. PhD
Mahdi Imani. PhD

سمیه تریکان^۱
محمد علی گودرزی^۲
سید محمدرضا تقوی^۱
مهدی ایمانی^۱

Abstract

Recent research shows that the effectiveness of therapeutic approaches cannot be measured only in terms of the symptoms of mental disorders, and considering the developments that have occurred in meta-diagnostic approaches, it is better to evaluate the effectiveness of therapeutic approaches on various psychological dimensions as well. be noticed. The purpose of this study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral and acceptance and commitment-based therapies on depression symptoms, irrational thoughts, emotional inhibition and value of life in patients with major depressive disorder. The research method was semi-experimental. The statistical population included all the people who referred to the psychological clinics of the 5th district of Tehran. Sampling was done in a purposeful way and after the researcher interviewed the participants and verified the diagnostic criteria of major depression based on DSM-5. In total, 60 patients with major depression were selected and randomly placed in three groups of 20 people. The research tools included Jones Irrational Beliefs Questionnaire (IBQ-40), Beck Depression Questionnaire (2nd edition), Value of Life Questionnaire and Emotional Inhibition Questionnaire (ECQ). The findings showed that cognitive-behavioral therapy was more effective in improving symptoms of depression and irrational thoughts; But in improving emotional inhibition and value of life, acceptance/commitment therapy was more effective. It can be concluded that the two approaches of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment target different dimensions of mental health, and acceptance and commitment therapy, at least in the short term, it has less effects on the symptoms of depression and irrational thoughts of patients with major depressive disorder.

Keywords: Cognitive-behavioral Therapy, Treatment Based on Commitment and Acceptance, Value, Self-restraint, Irrational Thoughts

چکیده

پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که اثر بخشی رویکردهای درمانی را نمی‌توان تنها برحسب نشانه‌های اختلال‌های روانی مورد سنجش قرار داد و با توجه به تحولاتی که در رویکردهای فراتشخیصی رخ داده است، بهتر است کارآمدی رویکردهای درمانی بر ابعاد مختلف روان‌شناختی نیز مورد توجه قرار گیرد. هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانه‌های افسردگی، افکار غیرمنطقی، بازداری هیجانی و ارزش‌مندی زندگی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی بود. جامعه آماری شامل کلیه افرادی بود که به کلینیک‌های روان‌شناسی منطقه ۵ تهران مراجعه کردند. نمونه‌گیری به روش هدف‌مند و پس از مصاحبه پژوهشگر با شرکت‌کنندگان و احراز ملاک‌های تشخیصی افسردگی اساسی براساس DSM-5 به عمل آمد. در مجموع، ۶۰ نفر بیمار مبتلا به افسردگی اساسی انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه ۲۰ نفره جای‌گذاری شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز (IBQ-40)، سیاهه افسردگی بک (ویرایش دوم)، پرسشنامه ارزش‌مندی زندگی و پرسشنامه بازداری هیجانی (ECQ) بود. یافته‌ها نشان داد که در بهبود نشانه‌های افسردگی و افکار غیرمنطقی، درمان شناختی-رفتاری مؤثرتر بود؛ ولی در بهبود بازداری هیجانی و ارزش‌مندی زندگی، درمان پذیرش/تعهد اثربخش‌تر بود. می‌توان نتیجه گرفت که دو رویکرد درمانی شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد ابعاد متفاوتی از سلامت روانی را مورد هدف قرار می‌دهند و درمان پذیرش و تعهد حداقل در کوتاه مدت اثرات کمتری بر نشانه‌شناسی افسردگی و افکار غیرمنطقی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی دارد.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، ارزش‌مندی، بازداری هیجانی، افکار غیرمنطقی

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۳/۸ تصویب نهایی: ۱۴۰۳/۸/۲۷

۱. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. (نویسنده مسئول)

● مقدمه

بنا به تعریف نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، اختلال افسردگی اساسی (major depressive disorder)، از اختلال‌های شایع در قرن حاضر است. افسردگی انواع و علل متعددی دارد، اما ویژگی‌های مشترک آنها عبارت است از احساس غم، پوچی یا خلق تحریک‌پذیر همراه با تغییرات جسمانی و شناختی که به‌طور قابل ملاحظه‌ای بر توانایی عمل کردن فرد تأثیر گذارند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). افسردگی یک وضعیت روانی است که در روابط میان فردی انسان‌ها، تأثیرات منفی زیادی برجای می‌گذارد (مردانی و همکاران، ۱۴۰۱) و با پوچی، تحریک‌پذیری و فقدان اشتیاق به فعالیت‌هایی که قبلاً لذت‌بخش بوده‌اند، مشخص می‌شود. احساس بی‌ارزشی، نبود خوش‌بینی به آینده، خواب آشفته، افکار خودکشی و ازدست‌دادن تمرکز از دیگر نشانه‌های افسردگی است (کایویی و همکاران، ۲۰۲۴). از دیگر علائم افسردگی می‌توان به مهار تفکر و انگیزه، کاهش عزت‌نفس، اختلال‌های خواب و خودآزاری اشاره کرد (روف، ۲۰۲۳). همچنین افسردگی با مشکلات در مدیریت، ارزیابی و مقابله با حساسات چالش‌برانگیزی مشخص می‌شود. نرخ افسردگی به‌طور چشمگیری بین ۱۵ تا ۱۸ سالگی افزایش می‌یابد (بیرامی، ۱۴۰۲). بررسی پیشینه مطالعاتی نشان می‌دهد که در بررسی اثربخشی رویکردهای مختلف روان‌درمانی، توجه صرف به علائم و نشانه‌های اختلال‌های روانی نمی‌تواند به‌صورت همه‌جانبه‌ای، کارآمدی این رویکردها را آشکار سازد. مفاهیم نوینی که در رویکردهای جدید فراتشخیصی مطرح شده است ابزارهای مناسبی را در اختیار پژوهشگران قرار می‌دهد تا آنها را به‌عنوان متغیرهای میانجی یا وابسته برای مطالعات اثربخشی مورد استفاده قرار دهند.

یکی از متغیرهای مورد مطالعه در پژوهش حاضر، نشانه‌های افسردگی است. علائم افسردگی خود را در زمینه‌های مختلف زندگی نشان می‌دهد. نشانه‌های افسردگی شامل موارد زیر است: نشانه‌های شناختی (احساس بی‌ارزشی و ناتوانی در تصمیم‌گیری)؛ نشانه‌های بدنی (سردرد، سوءهاضمه، دریافت‌های حسی نامطبوع در قفسه‌سینه، دردهای تعمیم‌یافته، خستگی مزمن، تغییراتی در خواب، اشتها و وزن، کاهش قابل ملاحظه انرژی)؛ نشانه‌های هیجانی (از دست‌دادن احساس و عاطفه نسبت به دوستان یا خویشاوندان، احساس بدبختی، خلاء و شرمساری، ناتوانی در اخذ لذت از هر رویداد یا ارتباط)؛ نشانه‌های انگیزشی (از دست‌دادن تمایل به مشارکت در فعالیت‌های روزمره، فقدان ابتکار و ارتجالی، نبود تمایل به کار و صحبت با دوستان، خوردن غذا و یا حالت برقرار کردن روابط جنسی) (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۲۲).

از دیگر متغیرهای پژوهش حاضر، افکار غیرمنطقی (irrational thoughts) است. افکار غیرمنطقی، ساختارهای پیچیده‌ای هستند که مفاهیم ساختاریافته فرد را براساس واقعیت و پاسخ‌های رفتاری به آن واقعیت نشان می‌دهند. افکار غیرمنطقی به‌عنوان باورهای خشک، افراطی و نامعقول تعریف شده‌اند (ووسو و همکاران، ۲۰۲۱).

افکار غیرمنطقی، به‌صورت ترجیحات ضروری و الزامی درمی‌آیند و تبدیل به اهداف اجباری و الزامی و قطعی می‌گردد به طوری که اگر برآورده نشوند به افسردگی و اضطراب منجر می‌گردد. مشکلات خلقی از جمله افسردگی از تحریف واقعیت براساس فرض‌ها و منطق معیوب ناشی می‌شوند. این نوع ارزیابی‌های تحریف‌شده به هیجان‌های خاصی منجر می‌شوند. بنابراین پاسخ‌های هیجانی فرد با ارزیابی تحریف شده خود هماهنگ است نه با واقعیت (مانسل و همکاران، ۲۰۲۲). افکار غیرمنطقی وجود خارجی ندارند و براساس واقعیت نیستند و موجب برهم‌خوردن تعادل فرد شده و موفقیت شخص در برخورد یا رویداد تحریک‌زا را تحت تأثیر قرار می‌دهند (الیس، ۲۰۱۰). افکار غیرمنطقی باعث ایجاد احساسات منفی، کاهش خودکارآمدی و عزت‌نفس می‌شود و تلاش فرد برای تغییر و سازگاری با موقعیت‌های شناختی را با مشکل مواجه می‌کند (توماسی، ۲۰۲۲).

یکی از مفاهیم فراتشخیصی، مفهوم بازداری هیجان (emotional inhibition) است، که می‌تواند موجب تشدید افسردگی شود و یک شیوه غیرمنطقی در جهت مقابله با مسائل است (باتلر، ۲۰۰۶). راجرز و نجاریان (۱۹۸۹)، بازداری هیجانی را به‌منزله تمایل به بازداری و سرکوب هیجان تجربه شده تعریف می‌کنند؛ نقش بازداری هیجانی به تأخیر انداختن فعال‌سازی فیزیولوژیکی است که موجب بهبودی تنش عضلانی تأخیری به‌دنبال استرس می‌شود که به‌وسیله مطالعات مستقل نشان داده شده است. بازداری هیجانی با ارزیابی‌های منفی از خود و اسنادهای درونی پیوند تنگاتنگی دارد و باعث افزایش فعالیت اعصاب سمپاتیک و در صورت فقدان انعطاف‌پذیری هیجانی موجب کاهش در فعالیت‌های شناختی نیز می‌شود (گراس، ۱۹۹۷).

یکی دیگر از مفاهیم فراتشخیصی، نداشتن یک سیستم ارزشی منسجم در زندگی است. نداشتن ارزش در زندگی (the value of life) می‌تواند سلامت روان را به مخاطره انداخته و باعث اختلال افسردگی شود. بنابراین، باید نقش کلیدی آن در بروز و ایجاد اختلال‌های روان‌شناختی همواره مد نظر باشد (نلسون، ۲۰۰۳). کسی که هدفی روشن در پیش رو ندارد، احساس بی‌معنایی و پوچی می‌کند و در فراز و نشیب حیات، سرگشته گام برمی‌دارد. تداوم این احساس بیهودگی به‌صورت افسردگی، اقدام به خودکشی و روی آوردن به الکل و مواد مخدر و پرخاشگری‌های ویران‌ساز جلوه‌گر می‌شود. ارزش‌ها، مسیر رسیدن به نقطه‌نهایی خواسته‌ها (اهداف) هستند و این مسیر مهم‌تر از هدف است (هایز، ۲۰۱۴).

بر طبق ادبیات پژوهشی، درمان‌های روان‌شناختی بسیاری وجود دارند که به بهبود اختلالات خلقی کمک می‌کنند، که در این پژوهش به مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پرداخته شده است.

یکی از درمان‌هایی که در بهبود نشانه‌های اختلال افسردگی مؤثر است، درمان شناختی-رفتاری (cognitive behavioral therapy) است. درمان شناختی رفتاری یک درمان روان‌شناختی است که در آن به بیماران مهارت‌هایی آموزش داده می‌شود تا احساسات خود را تنظیم کنند و علائم خود را به‌طور مؤثرتری مدیریت کنند. درمان شناختی - رفتاری نسبت به سایر اشکال روان‌درمانی، ساختاریافته و متمرکز بر زمان حال است که در کاهش علائم طیف وسیعی از اختلال‌های روانپزشکی به خصوص اختلال‌های خلقی (mood disorders) اثربخشی نشان داده است (ساوئارد و همکاران، ۲۰۲۴).

از دیگر درمان‌های مؤثر در بهبود اختلال افسردگی اساسی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (acceptance and commitment therapy) است که در شمار درمان‌های موج سوم محسوب می‌شود که روی افکار و احساسات تمرکز کرده و به‌واسطه راهکارهایی که می‌دهد سبب می‌شود که مراجع این افکار و احساسات مزاحم را بپذیرد و بر اقدام‌های متعهدانه (committed actions) مبتنی بر ارزش‌های هدفمند تأکید دارد و باعث انعطاف‌پذیری روانی در فرد می‌شود (سنابریا، ۲۰۲۴).

آنچه به عنوان نتیجه درمان مطرح است، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است، یعنی فرد رفتاری که باعث اجتناب تجربه‌ای می‌شود و رفتاری که افکار و احساسات را کنترل می‌کند؛ انجام ندهد، بلکه رفتارهایی را انتخاب کند که بهترین گزینه هستند و در جهت ارزش‌ها هستند. بدین ترتیب، می‌توان نشانه‌های اختلال‌های هیجانی من جمله افسردگی را کاهش داد (بای و همکاران، ۲۰۲۰).

بین اثربخشی رویکردهای شناختی رفتاری و مبتنی بر پذیرش بر بهبود نشانه‌های افسردگی، باورهای غیرمنطقی، بازدارنده هیجانی و ارزش‌مندی زندگی از لحاظ آماری تفاوت معنادار وجود دارد.

پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که اثر بخشی رویکردهای درمانی را نمی‌توان تنها برحسب نشانه‌های اختلالات روانی مورد سنجش قرار داد و با توجه به تحولاتی که در رویکردهای فراتشخیصی رخ داده است، بهتر است کارآمدی رویکردهای درمانی بر ابعاد مختلف روان شناختی نیز مورد توجه قرار گیرد. هرچند در تحقیقات گذشته اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر علائم و نشانه‌های اختلال افسردگی اساسی و افکار غیر منطقی مورد توجه قرار گرفته است؛ در این مطالعات، دو بعد بازدارنده هیجانی و احساس ارزش‌مندی در زندگی نادیده انگاشته شده است. علاوه‌براین، در تحقیقات گذشته مقایسه‌ای بین اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد در زمینه علائم و نشانه‌های اختلال افسردگی، افکار غیر منطقی، بازدارنده هیجانی و احساس ارزش‌مندی صورت نگرفته است. بنابراین، هدف تحقیق حاضر این است که اثر بخشی این دو رویکرد را بر علائم و نشانه‌های افسردگی و سه سازه افکار غیر منطقی، بازدارنده هیجانی و احساس ارزش‌مندی مورد بررسی قرار دهد و این دو رویکرد را در ابعاد فوق‌الذکر با یکدیگر مقایسه نماید.

• ابزارها

الف) پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز (Jones irrational beliefs questionnaire- JIBQ): پرسشنامه باورهای غیرمنطقی توسط جونز در سال (۱۹۶۹) به‌منظور سنجش باورهای غیرمنطقی طراحی و تدوین شده است. این آزمون دارای ۴۰ ماده است. پاسخ به پرسش‌ها به روش ۵ گزینه‌ای لیکرت است و امتیازها در دامنه صفر تا ۵ متغیر است. امتیاز بالاتر نشان‌دهنده باور غیرمنطقی است. این پرسشنامه شامل چهار زیرمقیاس است که شامل درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مسئله و بی‌مسئولیتی

هیجانی است. همسانی درونی این پرسشنامه بین ۰/۴۵ تا ۰/۷۲، ضریب آزمون-بازآزمون برابر با ۰/۹۲ و روایی آن ۰/۶۱ گزارش شده است.

ب) سیاهه افسردگی بک-۲ (Beck depression inventory-II (BDI-II)): این سیاهه شکل اصلاح شده سیاهه افسردگی بک است و شدت اختلال افسردگی را اندازه گیری می کند (بک و همکاران، ۱۹۹۶). این سیاهه شامل ۲۰ ماده است. اعتبار سیاهه به روش بازآزمایی در دامنه ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ قرار دارد. همبستگی بین این سیاهه و آزمون افسردگی همیلتون، ۰/۶ گزارش شد (بک و همکاران، ۱۹۹۶). همچنین در مطالعات داخل کشور نیز ضریب اعتبار کل آزمون مساوی ۰/۹۱ است. ضریب بازآزمایی این سیاهه برابر ۰/۹۴ گزارش شده است (دابسون و محمدخانی، ۱۳۸۶).

ج) پرسشنامه بازداری هیجانی (emotional control questionnaire- ECQ): این پرسشنامه در ابتدا توسط راجر و نشور (۱۹۸۷)، تدوین شد و سپس راجر و نجاریان (۱۹۸۹) آن را مجدد مورد بررسی قرار دادند. این آزمون ۴ خرده مقیاس و ۵۶ ماده دارد. خرده مقیاس ها شامل بازداری هیجانی، مهار پرخاشگری، نشخوار فکری یا مرور ذهنی و مهار خوش خیم می شوند. هر کدام از خرده مقیاس ها شامل ۱۴ ماده است. پاسخ ها به صورت کلمات درست و غلط در پاسخنامه درج می شود. اگر پاسخی درست باشد امتیاز ۱ و اگر پاسخی غلط باشد امتیاز صفر می گیرد. اعتبار مقیاس با استفاده از روش همسانی درونی تعیین و مقدار آن برای کل مقیاس و زیرمقیاس های بازداری هیجانی، مهار پرخاشگری، نشخوار فکری و مهار خوش خیم به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۰، ۰/۷۶، ۰/۷۷ و ۰/۵۸ مشخص شد. در این پژوهش، فقط از خرده مقیاس بازداری هیجانی استفاده شد.

د) پرسشنامه ارزش مندی زندگی (Value of life questionnaire- VLQ): این پرسشنامه شامل ۱۰ ماده است و خرده مقیاس های آن شامل، ارتباطات خانوادگی، ازدواج و ارتباطات صمیمانه، ایفای نقش های والدینی، دوستی و ارتباطات اجتماعی، اشتغال، تعلیم و آموزش، تولید مثل، معنویت، شهروندی و زندگی جمعی و بهزیستی جسمی است. مقیاس پاسخگویی به ماده ها در طیف لیکرت ۱۰ درجه ای (اصلاً ارزش ندارد: یک تا کامل ارزش دارد: ۱۰) نمره گذاری می شود. آلفای کرونباخ این آزمون برابر با ۰/۷۹ و ۰/۸۳ است و اعتبار بازآزمایی آن ۰/۶۱ (برای بهزیستی جسمی) تا ۰/۸۲ (تولید مثل) گزارش شده است (ویلسون و همکاران، ۲۰۱۰).

• روش

روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود که در آن اثربخشی متغیرهای مستقل یعنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر متغیرهای وابسته یعنی نشانه های افسردگی، باورهای غیرمنطقی، بازداری هیجانی و ارزش مندی زندگی مورد بررسی قرار گرفت. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افرادی بود که در بازه زمانی ۱۴۰۲ به کلینیک هایی در منطقه ۵ تهران جهت انجام درمان های روان شناختی مراجعه کرده بودند. در این مطالعه از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد و نمونه گیری به این ترتیب بود که ابتدا از روان درمانگرهای کلینیک ها خواسته شد مراجعینی را که تشخیص افسردگی داشتند به محقق معرفی نمایند. پس از معرفی مراجعینی که بر حسب گزارش روان درمانگرهای کلینیک، تشخیص افسردگی اساسی داشتند، محقق با آنها یک مصاحبه تشخیصی براساس ملاک های تشخیصی افسردگی اساسی در DSM-5 ترتیب می داد و در صورتی که محقق تشخیص افسردگی اساسی را تأیید می کرد؛ از مراجعین خواسته می شد که فرم رضایت آگاهانه شرکت در تحقیق را تکمیل و امضاء کنند. ملاک های ورود برای گروه های نمونه عبارت بودند از: ۱- تشخیص افسردگی اساسی توسط محقق ۲- قراردادن مراجع در بازه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، ۳- برخورداری از سواد خواندن و نوشتن، ۴- موافقت آگاهانه با مشارکت در تحقیق. ملاک های خروج نیز: ۱- داشتن تشخیص هم زمان اختلال های روانی به جز افسردگی اساسی، ۲- نداشتن موافقت برای شرکت در تحقیق، ۳- درخواست کناره گیری از پژوهش در حین جلسات درمانی بود.

در مجموع، ۶۰ نفر جهت شرکت در مطالعه انتخاب شدند و به طور تصادفی در سه گروه ۲۰ نفره گمارده شدند. علی رغم اینکه برای پژوهش های شبه آزمایشی مانند پژوهش حاضر نمونه ۸ تا ۱۰ نفری برای هر گروه پیشنهاد شده است (یالوم، ۱۳۹۰)، با این حال به دلیل

احتمال کناره‌گیری برخی از اعضای نمونه و کاهش تعداد نهایی، برای هر گروه ۲۰ نفر در نظر گرفته شد. همچنین آزمون‌های پیگیری دومه‌ماه پس از پس‌آزمون اجرا شد.

به‌منظور رعایت ضوابط اخلاقی پژوهشی از شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش رضایت آگاهانه اخذ شد و به‌منظور رعایت اصل محرمانه‌بودن از مراجعان هیچ‌گونه اطلاعاتی که هویت شخصی آنها را فاش کند؛ اخذ نشد. قبل از شروع مطالعه برای انجام پژوهش کد اخلاقی (IR.US.REC.1403.002) از دانشگاه علوم پزشکی شیراز اخذ شد:

به‌منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات پژوهش از نرم‌افزار SPSS25 و از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر) به‌منظور مقایسه میانگین نمرات گروه‌ها در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد. خلاصه محتوای جلسات درمانی دو گروه در جدول ۱ و ۲ آمده است.

جدول ۱. خلاصه محتوای درمان شناختی رفتاری

جلسات	خلاصه محتوای درمان شناختی رفتاری
جلسه اول	آموزش درباره افسردگی- توضیح راجع به افسردگی و آموزش مؤلفه‌های شناختی، شناسایی افکار غیرمنطقی
جلسه دوم	آشنایی با مدل
جلسه سوم	خودپایی فعالیت تسلط‌لذت و فعال‌سازی بیمار: آشنایی ارتباط خلق افسرده و نبود فعالیت، آموزش فعال‌سازی رفتاری.
جلسه چهارم و پنجم	هدف‌گزینی و آشنایی با انواع خلق.
جلسه ششم	شناخت افکار منفی در بروز و تشدید افسردگی، آشنایی با افکار خودآیند.
جلسه هفتم و هشتم	آشنایی با تحریف‌های شناختی و شناسایی آنها در تفکر خود و چالش با آنها.
جلسه نهم و دهم	بازسازی شناختی: شناسایی باورهای منفی، تکنیک پیکان رو به پایین عمودی، آموزش چالش با باورهای منفی.
جلسه یازدهم و دوازدهم	پیشگیری از عود

جدول ۲. خلاصه محتوای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	خلاصه محتوای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
جلسه اول	معارفه، شرح ساختار و اهداف جلسات، اجرای پیش‌آزمون، ایجاد انگیزه مشارکت میان اعضا، آشنایی و معرفی کلی از رویکرد برای تغییر و آشنایی با مبانی رویکرد پذیرش و تعهد (انجام پیش‌آزمون و معارفه و ایجاد رابطه حسنه)
جلسه دوم	بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آنها، ایجاد درماندگی خلاق و آشنایی اعضا با مفاهیم رویکرد پذیرش و تعهد
جلسه سوم	گسلش شناختی، آموزش و تمرین تکنیک ذهن‌آگاهی
جلسه چهارم	آموزش نگاه کردن به افکار و اندیشیدن به جای نگاه کردن از طریق افکار
جلسه پنجم	ادامه آموزش نگاه کردن به افکار و آموزش پذیرش و تمایل، تماس با زمان حال
جلسه ششم	آموزش معرفی خود به‌عنوان زمینه جلسه
جلسه هفتم	معرفی ارزش‌ها، معرفی تفاوت ارزش و هدف، تمرین سنجش ارزش‌ها و تعیین ارزش‌ها
جلسه هشتم	درک ماهیت تعهد و تمایل، تعیین الگوهای مناسب با ارزش‌ها، جمع‌بندی درمان و اجرای پس‌آزمون

• یافته‌ها

در ابتدا یافته‌های توصیفی و در ادامه به بررسی فرضیه پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر پرداخته می‌شود. جدول ۳ میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در گروه درمان شناختی- رفتاری، گروه درمان مبتنی بر پذیرش/ تعهد و گروه کنترل به تفکیک مراحل سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) را نشان می‌دهد. به‌طور کلی، داده‌ها نشان می‌دهد که درمان‌های روان‌شناختی در هر دو گروه اثرات مثبتی بر بهبود متغیرهای وابسته در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون رخ داده است.

برای بررسی فرضیه «بین اثربخشی رویکردهای شناختی رفتاری و مبتنی بر پذیرش/ تعهد بر بهبود نشانه‌های افسردگی، باورهای غیرمنطقی، خودبازداری و ارزش‌مندی زندگی از لحاظ آماری تفاوت معنادار وجود دارد؟» پس از انجام آزمون‌های پیش فرض (جدول ۴) از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد (جدول ۵).

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در گروه درمان مبتنی بر پذیرش / تعهد، گروه درمان شناختی- رفتاری و گروه کنترل

متغیرهای وابسته	مراحل	گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش		گروه درمان شناختی و رفتاری		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۴/۹۵	۰/۷۶	۱۴/۳۵	۱/۷۹	۱۵/۰۰	۰/۷۹
	پس‌آزمون	۱۳/۶۰	۱/۳۵	۱۱/۴۵	۱/۳۵	۱۴/۸۵	۰/۹۳
	پیگیری	۱۳/۶۵	۱/۲۷	۱۱/۵۰	۱/۳۶	۱۴/۹۰	۰/۹۱
درماندگی در برابر تغییر	پیش‌آزمون	۳۹/۴۰	۳/۹۰	۳۹/۸۰	۴/۶۱	۴۱/۳۰	۳/۴۰
	پس‌آزمون	۳۶/۰۰	۴/۲۴	۳۳/۳۵	۲/۱۸	۴۱/۱۰	۳/۳۹
	پیگیری	۳۶/۱۰	۴/۱۱	۳۳/۵۰	۲/۰۳	۴۱/۱۵	۳/۳۳
توقع تأیید دیگران	پیش‌آزمون	۲۲/۷۰	۱/۳۰	۲۲/۷۵	۱/۱۶	۲۲/۴۰	۱/۰۴
	پس‌آزمون	۱۸/۹۵	۱/۵۴	۱۸/۵۰	۱/۶۴	۲۲/۱۵	۱/۱۴
	پیگیری	۱۹/۰۰	۱/۵۲	۱۸/۶۰	۱/۶۳	۲۲/۲۰	۱/۱۰
اجتناب از مشکل	پیش‌آزمون	۱۲/۵۵	۰/۷۶	۱۲/۶۰	۰/۹۴	۱۲/۷۰	۰/۷۳
	پس‌آزمون	۱۰/۰۵	۰/۸۲	۹/۴۵	۱/۰۵	۱۲/۶۰	۰/۸۲
	پیگیری	۱۰/۱۰	۰/۷۹	۹/۵۰	۱/۱۵	۱۲/۶۵	۰/۸۷
بی‌مسئولیتی هیجانی	پیش‌آزمون	۲۳/۴۵	۲/۸۴	۲۳/۸۰	۳/۱۹	۲۳/۳۵	۳/۱۰
	پس‌آزمون	۱۹/۶۵	۳/۳۱	۱۷/۲۵	۲/۹۷	۲۳/۲۵	۳/۱۹
	پیگیری	۱۹/۷۰	۳/۴۰	۱۷/۳۰	۲/۹۹	۲۳/۳۰	۳/۱۶
نمره کل افکار غیرمنطقی	پیش‌آزمون	۹۸/۱۰	۵/۳۸	۹۸/۹۵	۵/۴۴	۹۹/۷۵	۵/۰۰
	پس‌آزمون	۸۴/۶۵	۶/۱۷	۷۸/۵۵	۴/۲۹	۹۹/۱۰	۵/۴۸
	پیگیری	۸۴/۹۰	۶/۲۶	۷۸/۹۰	۴/۲۲	۹۹/۳۰	۵/۳۴
بازداری هیجانی	پیش‌آزمون	۸/۲۵	۰/۹۱	۷/۷۰	۰/۹۸	۷/۶۰	۱/۱۹
	پس‌آزمون	۵/۱۰	۱/۹۷	۵/۵۰	۱/۶۷	۷/۵۰	۱/۱۴۷
	پیگیری	۵/۳۰	۱/۷۵	۵/۶۰	۱/۵۰	۷/۵۵	۱/۱۴۶
کنترل پرخاشگری	پیش‌آزمون	۹/۰۰	۰/۸۶	۹/۰۵	۰/۸۸	۹/۱۵	۰/۸۷۵
	پس‌آزمون	۵/۶۰	۱/۰۹	۶/۵۵	۱/۲۷	۹/۰۰	۱/۰۲۶
	پیگیری	۵/۶۵	۱/۱۴	۶/۶۰	۱/۲۳	۹/۰۵	۱/۰۵۰
نشخوار فکری	پیش‌آزمون	۷/۷۰	۱/۱۳	۷/۸۰	۱/۲۴	۷/۶۰	۱/۱۸۸
	پس‌آزمون	۵/۱۰	۰/۸۵	۵/۷۰	۱/۷۲	۷/۵۰	۱/۳۱۸
	پیگیری	۵/۱۵	۰/۹۳	۵/۷۵	۱/۷۷	۷/۴۵	۱/۲۳۴
کنترل خوش‌خیم	پیش‌آزمون	۹/۴۰	۰/۶۸	۹/۱۰	۰/۹۱	۹/۱۵	۰/۹۳۳
	پس‌آزمون	۴/۸۰	۰/۲۸	۵/۵۵	۱/۳۹	۹/۰۵	۰/۸۸۷
	پیگیری	۴/۸۵	۱/۲۷	۶/۶۰	۱/۴۶	۹/۱۰	۰/۹۶۸
نمره کل خودبازداری هیجانی	پیش‌آزمون	۳۴/۳۵	۲/۲۸	۳۳/۶۵	۱/۸۱	۳۳/۵۰	۲/۸۰۰
	پس‌آزمون	۲۲/۶۰	۱/۹۹	۲۳/۳۰	۳/۰۲	۳۳/۰۵	۳/۰۳۴
	پیگیری	۲۰/۹۵	۱/۷۶	۲۳/۵۵	۲/۹۸	۳۳/۱۵	۲/۹۹۶
ارزش‌مندی زندگی	پیش‌آزمون	۴۱/۶۵	۹/۰۴	۳۷/۹۰	۹/۳۹	۴۴/۹۰	۸/۳۴۷
	پس‌آزمون	۶۸/۷۵	۱۲/۹۳	۶۵/۷۵	۶/۱۷	۴۵/۳۵	۸/۹۵۸
	پیگیری	۶۷/۸۵	۱۲/۴۱	۶۵/۸۵	۱۶/۱۹	۴۶/۰۵	۸/۸۳۵

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که آماره W موجلی برای متغیرهای وابسته در سطح $0/001$ معنادار است (مقدار آماره P value از $0/050$ کوچک‌تر است). این یافته حاکی از آن است که واریانس تفاوت‌ها در میان سطوح متغیرهای وابسته به صورت معناداری متفاوت است. پیش‌فرض تحلیل واریانس کروییت رعایت نمی‌شود. تخطی از پیش‌فرض کروییت سبب می‌شود که آماره F تحلیل واریانس دقیق نباشد. برای رفع این مشکل و افزایش دقت آماره F ، درجه آزادی را با استفاده از دو روش گرین‌هاوس-گیسر (Greenhouse- Geisser correction) و هیون-فلدت (Huynh- Feldt correction) تصحیح می‌کنند. اگر مقدار اپسیلون بزرگ‌تر از $0/75$ باشد از تصحیح هیون-فلدت و اگر اپسیلون کوچک‌تر از $0/75$ باشد یا هیچ‌گونه اطلاعاتی در مورد کروییت وجود نداشته باشد از تصحیح گرین‌هاوس-گیسر استفاده می‌شود. در پژوهش حاضر مقدار اپسیلون برای شاخص گرین‌هاوس-گیسر برای تمامی متغیرهای وابسته از $0/75$ کوچک‌تر است، لذا از اپسیلون گرین‌هاوس-گیسر استفاده شده است. بنابراین، با در نظر گرفتن تصحیح گرین‌هاوس-گیسر در جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون موچلی برای آزمون برابری واریانس‌ها و کوواریانس‌ها

متغیرهای وابسته	کرویت موچلی (W)	آماره کای دو	sig	تصحیح گرین‌هاوس-گیسر	تصحیح هیون-فلدت	اپسیلون
افسردگی	۰/۰۶۶	۲۰۳/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۵۰	
درماندگی در برابر تغییر	۰/۰۶۳	۲۰۷/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۰/۵۳	
توقع تأیید دیگران	۰/۰۵۱	۲۲۳/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۰/۵۳	
اجتناب از مشکل	۰/۱۱	۱۶۰/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۵۵	
بی‌مسئولیتی هیجانی	۰/۰۱	۳۴۰/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۰/۵۲	
نمره کل افکار غیرمنطقی	۰/۰۴	۲۳۹/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۰/۵۳	
بازداری هیجانی	۰/۱۶	۱۳۶/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۵۶	
کنترل پرخاشگری	۰/۱۱	۱۶۰/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۵۵	
نشخوار فکری	۰/۰۸	۱۸۹/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۰/۵۴	
کنترل خوش‌خیم	۰/۰۹	۱۱۷/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۰/۵۴	
نمره کل خودبازداری	۰/۱۳	۱۵۲/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۵۵	
ارزش‌مندی زندگی	۰/۰۸	۱۸۶/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۰/۵۴	

جدول ۵. نتایج اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی (تصحیح گرین‌هاوس-گیسر) متغیرهای وابسته

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	معناداری	ضریب تأثیر	توان آماری
افسردگی	گروه	۲۴/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۰/۹۹
	زمان	۱۱۶/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۰/۹۹
	زمان×گروه	۱۶/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۰/۹۹
درماندگی در برابر تغییر	گروه	۹/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۲۷	۰/۹۹
	زمان	۱۵۷/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۰/۹۹
	زمان×گروه	۲۱/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۰/۹۹
توقع تأیید دیگران	گروه	۲۱/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۰/۹۹
	زمان	۲۰۵/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۰/۹۹
	زمان×گروه	۱۹/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۰/۹۹
اجتناب از مشکل	گروه	۳۶/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۰/۹۹
	زمان	۲۹۶/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۰/۹۹
	زمان×گروه	۳۱/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۰/۹۹
بی‌مسئولیتی هیجانی	گروه	۷/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۲۳	۰/۹۸
	زمان	۷۶/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۰/۹۹
	زمان×گروه	۱۰/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۲۸	۰/۹۹
نمره کل افکار غیرمنطقی	گروه	۳۳/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۰/۹۹
	زمان	۴۰۶/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۰/۹۹
	زمان×گروه	۴۶/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۰/۹۹
بازداری هیجانی	گروه	۵/۳۰	۰/۰۰۲	۰/۱۷	۰/۹۹
	زمان	۱۵۹/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۰/۹۹
	زمان×گروه	۱۸/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۹۹
کنترل پرخاشگری	گروه	۵۱/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۰/۹۹
	زمان	۴۹۳/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۰/۹۹
	زمان×گروه	۶۸/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۰/۹۹
نشخوار فکری	گروه	۱۱/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۹
	زمان	۱۶۷/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۰/۹۹
	زمان×گروه	۱۸/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۹۹
کنترل خوش‌خیم	گروه	۳۹/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۰/۹۹
	زمان	۵۰۲/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۰/۹۹
	زمان×گروه	۵۵/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۰/۹۹
نمره کل خودبازداری هیجانی	گروه	۶۸/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۰/۹۹
	زمان	۱۰۲/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۰/۹۹
	زمان×گروه	۱۲۵/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۰/۹۹
ارزش‌مندی زندگی	گروه	۸/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۰/۹۹۲
	زمان	۱۴۱/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۰/۹۹
	زمان×گروه	۱۶/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۰/۹۹

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که رویکردهای شناختی رفتاری و مبتنی بر پذیرش/تعهد بر بهبود نشانه‌های افسردگی، باورهای غیرمنطقی، خودبازداری و ارزش‌مندی زندگی اثربخشی معناداری دارد. از آنجایی که نتایج به‌دست آمده مشخص نکرده است که تأثیر ایجادشده در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مربوط به کدام روش درمانی بوده است یا اینکه کدام روش درمانی اثربخش‌تر بوده است. لذا از آزمون تعقیبی بن‌فرونی (برای مقایسه اثربخشی گروه‌های مداخله) استفاده شد (جدول ۶).

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی متغیرهای وابسته برای بررسی درمان اثربخش‌تر

متغیرهای وابسته	تفاوت میانگین ۲ گروه	تفاوت میانگین	معناداری
افسردگی	تفاضل شناختی- رفتاری- درمان پذیرش/تعهد	-۱/۶۳	۰/۰۰۱
	تفاضل شناختی- رفتاری- کنترل	-۲/۴۸	۰/۰۰۱
	تفاضل درمان پذیرش/تعهد- کنترل	۰/۸۸	۰/۰۳۴
درماندگی در برابر تغییر	تفاضل شناختی- رفتاری- درمان پذیرش/تعهد	-۱/۶۱	۰/۸۴۸
	تفاضل شناختی- رفتاری- کنترل	-۵/۶۳	۰/۰۰۱
	تفاضل درمان پذیرش/تعهد- کنترل	-۴/۰۱	۰/۰۰۲
توقع تأیید دیگران	تفاضل شناختی- رفتاری- درمان پذیرش/تعهد	-۰/۲۶	۰/۹۹۹
	تفاضل شناختی- رفتاری- کنترل	-۲/۳۰	۰/۰۰۱
	تفاضل درمان پذیرش/تعهد- کنترل	-۲/۰۳	۰/۰۰۱
اجتناب از مشکل	تفاضل شناختی- رفتاری- درمان پذیرش/تعهد	-۰/۳۸	۰/۶۰۷
	تفاضل شناختی- رفتاری- کنترل	-۲/۱۳	۰/۰۰۱
	تفاضل درمان پذیرش/تعهد- کنترل	-۱/۷۵	۰/۰۰۱
بی‌مسئولیتی هیجانی	تفاضل شناختی- رفتاری- درمان پذیرش/تعهد	-۱/۴۸	۰/۴۶۹
	تفاضل شناختی- رفتاری- کنترل	-۳/۸۵	۰/۰۰۱
	تفاضل درمان پذیرش/تعهد- کنترل	-۲/۳۶	۰/۰۳۴
نمره کل افکار غیرمنطقی	تفاضل شناختی- رفتاری- درمان پذیرش/تعهد	-۳/۷۵	۰/۰۷۵
	تفاضل شناختی- رفتاری- کنترل	-۱۳/۹۱	۰/۰۰۱
	تفاضل درمان پذیرش/تعهد- کنترل	-۱۰/۱۶	۰/۰۰۱
بازداری هیجانی	تفاضل شناختی- رفتاری- درمان پذیرش/تعهد	۰/۰۵	۰/۹۹۹
	تفاضل شناختی- رفتاری- کنترل	-۱/۲۸	۰/۰۱۶
	تفاضل درمان پذیرش/تعهد- کنترل	-۱/۳۳	۰/۰۱۱
کنترل پرخاشگری	تفاضل شناختی- رفتاری- درمان پذیرش/تعهد	۰/۶۵	۰/۱۲۳
	تفاضل شناختی- رفتاری- کنترل	-۱/۶۶	۰/۰۰۱
	تفاضل درمان پذیرش/تعهد- کنترل	-۲/۳۱	۰/۰۰۱
نشخوار فکری	تفاضل شناختی- رفتاری- درمان پذیرش/تعهد	۰/۴۳	۰/۹۹۹
	تفاضل شناختی- رفتاری- کنترل	-۱/۱۰	۰/۰۲۳
	تفاضل درمان پذیرش/تعهد- کنترل	-۱/۵۳	۰/۰۰۱
کنترل خوش‌خیم	تفاضل شناختی- رفتاری- درمان پذیرش/تعهد	۰/۴۰	۰/۹۹۹
	تفاضل شناختی- رفتاری- کنترل	-۲/۳۵	۰/۰۰۱
	تفاضل درمان پذیرش/تعهد- کنترل	-۲/۷۵	۰/۰۰۱
نمره کل بازداری هیجانی	تفاضل شناختی- رفتاری- درمان پذیرش/تعهد	۱/۵۳	۰/۲۱۸
	تفاضل شناختی- رفتاری- کنترل	-۶/۴۰	۰/۰۰۱
	تفاضل درمان پذیرش/تعهد- کنترل	-۷/۹۳	۰/۰۰۱
ارزش‌مندی زندگی	تفاضل شناختی- رفتاری- درمان پذیرش/تعهد	-۲/۹۱	۰/۹۹۹
	تفاضل شناختی- رفتاری- کنترل	۱۱/۰۶	۰/۰۰۱
	تفاضل درمان پذیرش/تعهد- کنترل	۱۳/۹۸	۰/۰۰۱

براساس جدول ۶ می‌توان گفت که در خصوص نشانه‌های افسردگی تفاوت میانگین درمان شناختی- رفتاری با گروه کنترل (۲/۴۸- بیشتر از تفاوت میانگین درمان پذیرش/تعهد با گروه کنترل (۰/۸۸) است که می‌توان گفت درمان شناختی- رفتاری اثربخش‌تر از درمان پذیرش/تعهد بر بهبود نشانه‌های افسردگی بوده است. درمورد افکار غیرمنطقی تفاوت میانگین درمان شناختی- رفتاری با گروه

کنترل (۱۳/۹۱-) بیشتر از تفاوت میانگین درمان پذیرش/ تعهد با کنترل (۱۰/۱۶-) است که می‌توان گفت درمان شناختی- رفتاری اثربخش‌تر از درمان پذیرش/ تعهد بر بهبود افکار غیرمنطقی بوده است. درمورد خودبازداری هیجانی تفاوت میانگین درمان شناختی- رفتاری با گروه کنترل (۶/۴۰-) کمتر از تفاوت میانگین درمان پذیرش/ تعهد با کنترل (۷/۹۳-) است که می‌توان گفت درمان پذیرش/ تعهد اثربخش‌تر از درمان شناختی- رفتاری بر بهبود خودبازداری هیجانی بوده است. درمورد ارزش‌مندی زندگی تفاوت میانگین درمان شناختی- رفتاری با گروه کنترل (۱۱/۰۶) کمتر از تفاوت میانگین درمان پذیرش/ تعهد با کنترل (۱۳/۹۸) است که می‌توان گفت درمان پذیرش/ تعهد اثربخش‌تر از درمان شناختی- رفتاری بر بهبود ارزش‌مندی زندگی بوده است.

لذا می‌توان گفت که فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود نشانه‌های افسردگی، باورهای غیرمنطقی، خودبازداری و ارزش‌مندی زندگی از لحاظ آماری تفاوت معنادار وجود دارد، تأیید شد.

• بحث

پژوهش حاضر به‌منظور مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود نشانه‌های افسردگی، باورهای غیرمنطقی، بازداری هیجانی و ارزش‌مندی زندگی صورت گرفت.

در ارتباط با بهبود علائم و نشانه‌های افسردگی در پژوهش حاضر نتایج نشان داد که درمان شناختی- رفتاری اثربخش‌تر از درمان پذیرش/ تعهد بر بهبود نشانه‌های افسردگی است. این یافته با نتایج عزیزی و همکاران (۱۳۹۶) که نشان دادند درمان شناختی- رفتاری در کاهش نشانه‌های افسردگی و ارتقا کیفیت زندگی نسبت به درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، تأثیر بیشتری داشته است، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که رفتاردرمانی شناختی با استفاده از راهبردهای شناختی و همچنین برنامه‌ریزی فعالیت رفتار سبب تغییر نگرش مثبت و تغییر خلق و در نهایت کاهش علائم افسردگی می‌شود (کنوس، ۲۰۰۷).

درمورد افکار غیرمنطقی نتایج نشان داد که درمان شناختی- رفتاری اثربخش‌تر از درمان پذیرش/ تعهد بر بهبود افکار غیرمنطقی است. این یافته با نتایج کراسون (۲۰۱۳) که در تحقیق خود به موضوع اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کاهش باور غیرمنطقی پرداخت و به این نتیجه رسید که درمان شناختی- رفتاری در کاهش باورهای غیرمنطقی مؤثر است، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در درمان شناختی رفتاری به مراجعان کمک می‌شود تا با شناخت افکار غیرمنطقی و ناکارآمد و چالش با خطاهای شناختی و اصلاح باورهای منفی درباره خود و دیگران و آینده، افکار منفی درباره علل و معانی احساس‌های خویش را تغییر دهند و احساس بهتری پیدا کنند (کنوس، ۲۰۰۷).

درمورد متغیر بازداری هیجانی نتایج نشان داد که درمان پذیرش/ تعهد اثربخش‌تر از درمان شناختی- رفتاری است. این یافته‌ها با نتایج مطالعات اسماعیل‌نژاد و همکاران (۱۴۰۱) و فعله‌کار و همکاران (۱۳۹۹) و تامپسون و همکاران (۲۰۲۱) مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بازداری هیجانی همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت فرض اصلی ACT این است که مراجعان به‌جای اینکه با دنیای ناراحت‌کننده خود مبارزه کنند، باید یاد بگیرند که در برخی شرایط، احساسات ناخوشایند خاصی را تجربه خواهند کرد. با پذیرش چنین شرایطی به‌جای اجتناب از آنها، افراد می‌توانند بینش پیدا کنند و احساس کنند که کنترل بیشتری بر خود دارند (ریلی، ۲۰۱۹).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش نسبت به درمان شناختی رفتاری در متغیر ارزش‌مندی در زندگی مؤثرتر بوده است، که این یافته با مطالعه (فیوریلو و همکاران، ۲۰۱۷) همسو است که بر اثربخشی این درمان بر ارزش‌مندی زندگی صحت گذاشته است. همچنین عندلیب و همکاران (۱۳۹۳)، در مطالعه خود اثربخشی درمان تعهد و پذیرش درمانی بر ارزش‌مندی زندگی را تأیید نمودند. ریوز و همکاران (۲۰۱۰) نیز اثربخشی درمان تعهد و پذیرش بر ارزش‌مندی زندگی را تأیید کردند. در درمان پذیرش و تعهد، فرض بر این است که انسان بسیاری از احساسات، عواطف یا افکار درونی خود را آزاددهنده می‌داند و به‌طور دائم سعی در تغییر یا خالص‌شدن از شر این تجارب درونی دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رویکردی است که براساس نظریه چهارچوب بافتاری در مورد زبان و شناخت است. درمجموع، نظریه چهارچوب ارتباطی، آسیب‌شناسی روانی را به‌صورت مشکلی در زمینه کلامی که فرد رویدادهای درونی را تجربه می‌کند و نه مشکل محتوا، می‌داند. هدف نهایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک زندگی همراه با

ارزش‌مندی است و فرد به‌جای آنکه از احساسات و هیجانات ناخوشایند اجتناب کند باید آنها را بپذیرد و در نهایت به‌دنبال ایجاد توانایی در خود برای انتخاب عملی معنادار و مبتنی بر ارزش‌ها است (بایی و همکاران، ۲۰۲۰).

• نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری در مقایسه با یکدیگر تا چه اندازه در بهبود نشانه‌های افسردگی، افکار غیرمنطقی، بازداری هیجان و ارزش‌مندی زندگی تأثیر دارند و به‌طور ویژه، نسبت به یکدیگر در هر یک از ابعاد مورد اشاره چه وضعیتی دارند. نتایج نشان‌دهنده آن است که رویکردهای شناختی رفتاری و مبتنی بر پذیرش/ تعهد بر نشانه‌های افسردگی، افکار غیرمنطقی، بازداری هیجانی و ارزش‌مندی زندگی در مرحله پس‌آزمون تأثیر داشته است و تداوم این تأثیر در مرحله پیگیری نیز مشهود است. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در متغیرهای ارزش‌مندی زندگی و بازداری هیجانی نسبت به درمان شناختی- رفتاری مؤثرتر بوده است و درمان شناختی- رفتاری در متغیرهای افکار غیرمنطقی و نشانه‌های افسردگی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤثرتر بوده است. به‌طور کلی، می‌توان نتیجه گرفت که دو رویکرد درمانی شناختی- رفتاری و پذیرش و تعهد ابعاد متفاوتی از سلامت روانی را مورد هدف قرار می‌دهند و درمان‌های پذیرش و تعهد حداقل در کوتاه‌مدت اثرات کمتری بر نشانه‌شناسی افسردگی و افکار غیرمنطقی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی دارد.

پژوهش حاضر با این محدودیت همراه بود که نتایج مرحله پیگیری پس از دو ماه جمع‌آوری شد و احتمال دارد پس از گذشت زمان بیشتری اثرات درمانی پایدار نباشند. بنابراین، به سایر محققین پیشنهاد می‌شود که پیگیری‌ها را با زمان‌های طولانی‌تری انجام دهند و یا از روش مطالعه طولی برای گزارش تغییرات پایدار شرکت‌کنندگان استفاده کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود که پژوهش مشابهی در سایر مناطق جغرافیایی کشور صورت گیرد تا بتوان با اطمینان کامل نتایج را تعمیم داد.

• تعارض منافع

حمایت مالی و تعارض منافع در پژوهش حاضر وجود نداشته است.

• تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی بالینی دانشگاه شیراز است. نویسندگان مقاله از تمامی افرادی که در این پژوهش همکاری داشتند، کمال تشکر را دارند.

• منابع

- اسمعیل‌نژاد، یلدا؛ اسماعیلی ینگجه، سهیلا (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودمهارگری و بازداری هیجانی دانش‌آموزان پسر دارای رفتارهای پرخطر روان‌شناسی. نشریه رویش روان‌شناسی، ۷۶، 155-166.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۲۰۲۲). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی. نشر دانژه.
- بیرامی، منصور؛ قدیمی باویل علیانی، نگار. (۱۴۰۲). روابط ساختاری سبک‌های دلبستگی و نشانه‌های افسردگی اساسی نوجوانان با واسطه‌گری تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری شناختی. مجله روان‌شناسی، ۲۷، ۱۳۴-۱۴۳.
- دابسون، کیت؛ محمدخانی، پروانه؛ مساح چولایی، امید. (۱۳۸۶). مختصات روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی بک-۲ در یک نمونه بزرگ مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی. مجله توانبخشی، ۸ (۲۹)، ۸۰-۸۶.
- عزیزی، آرمان؛ قاسمی، سیمین. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی سه رویکرد راه‌حل‌مدار، شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مطلقه. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۸ (۲۹)، ۲۰۷-۲۳۶.
- عندلیب، سیما. (۱۳۹۳). تأثیر درمان تعهد و پذیرش بر ارزش‌مندی زندگی و پردازش شناختی بیماران قلبی- عروقی زن. زن و مطالعات خانواده، ۲۶، ۵۷-۷۵.
- فعله‌کار، اشکان؛ فعال، معصومه؛ زاهدزاده، فروغ؛ امانی، امید؛ عسگری، مهین. (۱۳۹۸). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی و راهبردهای کنارآمدن مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر. فصلنامه سلامت روان کودک، ۴ (6)، 253-265.

- مردانی، مریم؛ بساک نژاد، سودابه. (۱۴۰۱). نقش واسطه‌ای تمایز خود در رابطه علی بین افسردگی و رضایت زناشویی زنان متأهل. *مجله روان‌شناسی*. ۳۵۸-۳۶۵-۱۰۴.
- یالوم، اروین. (۱۳۹۰). نظریه و عمل در روان‌درمانی گروهی. ترجمه بهرام‌علی قنبری هاشم‌آبادی. مشهد: به نشر.
- Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2020). Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 260, 728-737.
- Beck, A. T. Steer, R. A. Ball, R. & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 588-597.
- Butler E. (2006). Emotional conversations: Can hiding your feeling make you and your partner sick? Retrieved April 22, from: <http://www.search.ebscohost.com>.
- Cao Yi, A., Lu Naixin. (2024). Cognitive behavior, art, and music therapies intervention for treating the depression of children: A randomized control trial. *Journal of Psychiatry Research*, 115-127.
- Craciun, B. (2013). The Efficiency of Applying a Cognitive Behavioral Therapy Program in Diminishing Perfectionism, Irrational Beliefs and Teenagers' Stress. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 84: 274 – 278
- Ellis, A. (2010). Overcoming destructive beliefs, feelings, and behaviors: new directions for rational emotive behavior therapy. Prometheus Books.
- Fiorillo D, McLean C, Pistorello J, Hayes SC, Follette VM. (2017). Evaluation of a web-based acceptance and commitment therapy program for women with trauma-related problems: A pilot study. *Journal of Contextual Behavioral Science*;6 :104-13.
- Gross SB, Levenson RW. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106: 95-103.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2014). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180-198.
- Jones, R. G. (1968). A factored measure of Ellis' irrational belief system with personality and maladjustment correlates (Doctoral dissertation, Texas Tech University)
- Knaus WJ. (2007). The cognitive behavioral workbook for depression: A step-by-step program. New Harbinger Publications.
- Mansell, P. C., & Turner, M. J. (2022). Testing the REBT-I model in athletes: Investigating the role of self-confidence between irrational beliefs and psychological distress. *Psychology of Sport and Exercise*, 63, 102-۱۲۸.
- Nelson-Jones, R. (2003). Theory and practice of counselling therapy. 3th edition. New York Holt, Rinehart & Winsto.
- Reilly, E. D. (2019). A systematic review of values measures in acceptance and commitment therapy research. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 290-304.
- Roger D, Najarian B. (1989). The construction and validation of a new scale for measuring emotion control. *Journal of Personal & Individ Differ*, (10): 845- 853.
- Rueff, M., Reese, G. (2023). Depression and anxiety: A systematic review on comparing ecotherapy with cognitive behavioral therapy. *Journal of Environmental Psychology*, 90, 102-97.
- Ruiz, F.J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162.
- Sanabria, M., Francesco, D. (2024). Economic Evaluation of Videoconference Group Acceptance and Commitment Therapy and Behavioral Activation Therapy for Depression Versus Usual Care Among Adults with Chronic Low Back Pain Plus Comorbid Depressive Symptoms. *The Journal of Pain*. 10-16.
- Southward, M., Madeline, L., Kushner, B. (2024). A Review of Transdiagnostic Mechanisms in Cognitive Behavior Therapy. *Journal of Psychiatric Clinics of North America*. 343-354.
- Thompson, E.M., Destree, L., Albertella, L., Fontenelle, L.F., & Behav, T. (2021). Internet-Based Acceptance and Commitment Therapy: A Transdiagnostic Systematic Review and Meta-Analysis for Mental Health Outcomes. *Behavior Therapy*, 52: 492-507.
- Tommasi, M., Loforese, F., Sergi, M., Arno, S (2022). Scholastic psychological well-being and irrational thoughts in students of primary and secondary school: An Italian study. *Acta Psychologica*, 223, 1-8.
- Vassou, C., Yannakoulia, M., Georgousopoulou, E., Chrysohoou, C., Pitsavos, C., Cropley, M., & Panagiotakos, D. B. (2021). Irrational beliefs as a major risk factor for type 2 diabetes, among people away from the Mediterranean diet; the Attica epidemiological study. *Atherosclerosis*, 331, e45.
- Wilson KG, Sandoz EK, Kitchens J, Roberts M. (2010). The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record*;60(2):249-72.