



Clinical Psychology: Research and Practice Innovations

Online ISSN: [3115-9508](https://doi.org/10.22075/jcp.2025.34917.2949)

Homepage: <https://cprpi.semnan.ac.ir>



Comparing the Effectiveness of Emotion-Focused and Acceptance and Commitment Therapies on Depressive Symptoms, Irrational Thoughts, Emotional Inhibition, and Value in Life in Depressed Individuals

Somaye Tarikan¹, MohamadAli Goodarzi^{*2}, Seyed Mohammad Reza Taghavi³

1. Ph.D. in Clinical Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

E-mail: s.tarikan@chmail.ir

2. Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

E-mail: mgodarzi@rose.shirazu.ac.ir

3. Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

E-mail: mtaghavi@rose.shirazu.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:

Received 31 July 2024

Received in revised form

17 December 2025

Accepted 27 June 2025

Published Online 31 May 2026

Keywords:

Emotion-Focused Therapy, Commitment and Acceptance Therapy, Symptoms of Depression, Irrational Thoughts, Emotional Inhibition, Value in Life

ABSTRACT

Background: The purpose of this research was to compare the effectiveness of emotion-oriented and acceptance-based treatments on depression symptoms, irrational thoughts, emotional inhibition and value in the lives of patients with major depressive disorder.

Method: The research method was a semi-experimental pre-test-post-test type with a control group and the statistical population included all individuals who referred to psychological clinics in Tehran's 5th district during the period 1402. Sampling was done through convenience sampling method after the researcher interviewed the participants and met the diagnostic criteria for major depression based on DSM-5. A total of 60 patients with major depression were selected and randomly assigned to three groups of 20. Research tools included Jones Irrational Beliefs Questionnaire (IBQ-40), Beck Depression Inventory (2nd edition), Emotional Inhibition Questionnaire (ECQ), and Value of Life.

Results: The findings showed that both treatments were effective in improving symptoms of depression, irrational thoughts, emotional inhibition, and the value of life at a significant level (0.001) compared to the control group. However, emotion-focused therapy was more effective in improving depressive symptoms with a mean difference of (1.733), irrational thoughts with a mean difference of (10.167), and emotional inhibition with a mean difference of (9.683) than commitment and acceptance-based therapy, and acceptance and commitment-based therapy was more effective than emotion-focused therapy with a mean difference of (13.983).

Conclusion: The results showed that the two treatment approaches, emotion-focused and acceptance and commitment therapy, target different dimensions of mental health, and acceptance and commitment therapy, at least in the short term, has fewer effects on depressive symptomatology, irrational thoughts, and emotional inhibition, and also has greater effects on the value of life in patients with major depressive disorder.

Citation: Tarikan, S., Godarzi, M.A., & Taghavi, S.M.R. (2025). Comparing the Effectiveness of Emotion-Focused and Acceptance and Commitment Therapies on Depressive Symptoms, Irrational Thoughts, Emotional Inhibition, and Value in Life in Depressed Individuals. *Journal of Clinical Psychology*. , 18(1), 37-51.

DOI: [10.22075/jcp.2025.34917.2949](https://doi.org/10.22075/jcp.2025.34917.2949)



© The Author(s). ©2024 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ **Corresponding Author:** Mohamad Ali Godarzi, Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.
E-mail: mgodarzi@rose.shirazu.ac.ir, Tel: (+98) 9173051610

Extended Abstract

Introduction

Depressive disorder is considered one of the most common emotional disorders in the world. One of the variables studied in the present study is symptoms of depression. Symptoms of depression manifest themselves in different areas of life. Another variable studied in the present study is irrational thoughts, which require serious efforts to treat and eliminate. Irrational thoughts do not exist externally and are not based on reality. They disrupt the person's balance and affect the person's success in dealing with the triggering event. Another variable in this study that is effective in causing depression and is not logically acceptable for dealing with problems and can jeopardize a person's mental health is emotional inhibition. Valiability in life is another variable in this research. Someone who does not have a specific value ahead feels meaningless and empty, and walks confusedly through the ups and downs of life. The continuation of this feeling of futility manifests itself in the form of depression, suicide attempts, alcohol and drug abuse, and destructive aggression. Several treatments have now been successful in improving the symptoms of patients with depression. Such as acceptance and commitment therapy and emotion-focused therapy. Past research has shown that acceptance and commitment-based and emotion-focused therapies are effective in improving dimensions of depression, irrational thoughts, emotional inhibition, and life worth. However, no research has determined the relative effect of each of these treatments on the variables of depressive symptoms, irrational thoughts, emotional inhibition, and value of life. And specifically, what is their status relative to each other in each of the aforementioned dimensions?

Therefore, the aim of the present study is to determine the effectiveness of the above-mentioned treatments relative to each other

and to determine the specific effects of each of these treatments on different dimensions of depression, irrational thoughts, emotional inhibition, and life worth.

Method

The present study was a semi-experimental design with a pre-test-post-test design and follow-up with a control group, in which the effectiveness of independent variables, namely acceptance and commitment therapy and emotion-focused therapy, on dependent variables, namely depressive symptoms, irrational thoughts, emotional inhibition, and value judgment, was examined. The statistical population of the study included all individuals who had referred to clinics in Tehran's 5th district for psychological treatment during the period 1402. And 60 people were selected using convenience sampling and randomly assigned to three groups of 20 people. The sampling was as follows: first, psychotherapists at the clinics were asked to introduce clients who had been diagnosed with depression to the researcher. The researcher conducted a diagnostic interview with them based on the diagnostic criteria for major depression in DSM-5 and the researcher confirmed the diagnosis of major depression, the clients were asked to complete and sign an informed consent form to participate in the research. The inclusion criteria for the sample groups were: 1- Diagnosis of major depression by the researcher. 2- The subjects must be between the ages of 20 and 50. 3- They must be literate. 4- Both genders. 5- They must have informed consent to participate in the research. Research tools included Jones Irrational Beliefs Questionnaire (IBQ-40), Beck Depression Inventory (2nd edition), Emotional Inhibition Questionnaire (ECQ), and Value of Life.

Results

The findings showed that the mean difference between emotion-focused therapy and the control group (-1.733) was greater than the mean difference between

acceptance/commitment therapy and the control group (0.883), which means that emotion-focused therapy is more effective than acceptance/commitment therapy in improving depressive symptoms. In the case of irrational thoughts, the average difference between emotion-focused therapy and the control group (-10.233) is greater than the average difference between acceptance/commitment therapy and the control group (-10.167), which means that emotion-focused therapy is more effective than acceptance/commitment therapy in improving irrational thoughts. In the case of emotional inhibition, the average difference between emotion-focused therapy and the control group (-9.683) is greater than the average difference between acceptance/commitment therapy and the control group (-7.933), which means that emotion-focused therapy is more effective than acceptance/commitment therapy in improving emotional inhibition. Regarding the value of life, the average difference between emotion-focused therapy and the control group (11.033) is less than the average difference between acceptance/commitment therapy and the control group (13.983), which means that acceptance/commitment therapy is more effective than emotion-focused therapy in improving the value of life. Therefore, it can be said that the research hypothesis that there is a statistically significant difference between the effectiveness of emotion-focused therapy and acceptance and commitment therapy on improving symptoms of depression, irrational beliefs, and emotion inhibition was confirmed.

Conclusion

The present study was conducted to compare the effectiveness of emotion-focused and acceptance and commitment therapies on symptoms of depression, irrational thoughts, emotional inhibition, and value in life in patients with major depressive disorder with a control group. The results showed that

emotion-focused therapy is more effective than acceptance and commitment therapy in improving symptoms of depression, irrational thoughts, and emotional inhibition, but acceptance and commitment therapy is more effective than emotion-focused therapy in improving the value of life. In general, it can be concluded that the two therapeutic approaches, emotion-focused and acceptance and commitment, target different dimensions of mental health, and acceptance and commitment therapies, at least in the short term, have fewer effects on depressive symptomatology, irrational thoughts, and emotional inhibition in patients with major depressive disorder. The results of this study showed how effective acceptance and commitment therapy and emotion-focused therapy are in improving symptoms of depression and irrational thoughts, emotion inhibition, and value in life, and specifically, how they compare to each other in each of the aforementioned dimensions.

Ethical Considerations

Ethics Code: This research has received ethical approval from the Shiraz University, under the ethical code with identifier IR.US.REC.1403.002.

Financial support: This research has not received financial support from any institution.

Authors' Contributions: S. T: Writing the article, methodology, conducting statistical analyses, editing and revising the article, performing visual aspects of the article, approving the final version of the article. M. G: Methodology, providing consultation in research execution, supervising and managing the research, editing and revising the article, approving the final version of the article. M. T: Methodology, providing consultation in research execution, supervising and managing the research, editing and revising the article, approving the final version of the article.

Conflict of Interest: According to the authors, this article has no conflict of interest.

Acknowledgments: We would like to thank and appreciate all the individuals and organizations that helped us to carry out this research as well as possible.



روانشناسی بالینی: نوآوری‌ها در پژوهش و عمل

شاپا الکترونیکی: 3115-9508

Homepage: <https://cprpi.semnan.ac.ir>

مقایسه‌ی اثربخشی درمان‌های هیجان‌مدار و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانه‌های افسردگی، افکار غیرمنطقی، بازداري هیجانی و ارزشمندی در زندگی در افراد افسرده

سمیه تریکان^۱، محمدعلی گودرزی^۲، سید محمدرضا تقوی^۳۱. دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. ایمیل: s.tarikan@chmail.ir۲. استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. ایمیل: mgodarzi@rose.shirazu.ac.ir۳. استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. ایمیل: mtaghavi@rose.shirazu.ac.ir

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۱۰

بازنگری: ۱۴۰۴/۰۹/۲۶

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۱۷

انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۳/۱۰

کلیدواژه‌ها:

درمان هیجان‌مدار،

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد،

نشانه‌های افسردگی،

افکار غیرمنطقی،

بازداري هیجانی،

ارزشمندی در زندگی

زمینه: هدف از پژوهش حاضر مقایسه‌ی اثربخشی درمان‌های هیجان‌مدار و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانه‌های افسردگی، افکار غیرمنطقی، بازداري هیجانی و ارزشمندی در زندگی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود.

روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و جامعه‌ی آماری شامل تمامی افرادی بود که به کلینیک‌های روانشناسی منطقه ۵ تهران در بازه زمانی ۱۴۰۲ مراجعه کردند. نمونه‌گیری به روش در دسترس و پس از مصاحبه پژوهشگر با شرکت کنندگان و احراز ملاک‌های تشخیصی افسردگی اساسی بر اساس DSM-5 به عمل آمد. در مجموع، ۶۰ نفر بیمار مبتلا به افسردگی اساسی انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۲۰ نفره گمارده شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های باورهای غیرمنطقی جونز (IBQ-40)، افسردگی بک (ویرایش دوم)، بازداري هیجانی (ECQ) و ارزشمندی زندگی بود.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد هر دو درمان در مقایسه با گروه کنترل در بهبود نشانه‌های افسردگی، افکار غیرمنطقی و بازداري هیجانی و ارزشمندی زندگی در سطح معناداری (۰/۰۰۱) مؤثر بوده‌اند. با وجود این، درمان هیجان‌مدار در بهبود نشانه‌های افسردگی با تفاوت میانگین (۱/۷۳۳) و افکار غیرمنطقی با تفاوت میانگین (۱۰/۱۶۷) و بازداري هیجانی با تفاوت میانگین (۹/۶۸۳) نسبت به درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش مؤثرتر بود و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تفاوت میانگین (۱۳/۹۸۳) نسبت به درمان هیجان‌مدار اثربخش‌تر بوده است.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که دو رویکرد درمانی هیجان‌مدار و پذیرش و تعهد ابعاد متفاوتی از سلامت روانی را مورد هدف قرار می‌دهند و درمان پذیرش و تعهد، حداقل در کوتاه‌مدت اثرات کمتری بر نشانه‌شناسی افسردگی و افکار غیرمنطقی و بازداري هیجانی داشته و همچنین اثرات بیشتری بر ارزشمندی زندگی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی دارد.

استناد: تریکان، سمیه؛ گودرزی، محمدعلی؛ و تقوی، سید محمدرضا (۱۴۰۴). مقایسه‌ی اثربخشی درمان‌های هیجان‌مدار و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانه‌های افسردگی، افکار غیرمنطقی، بازداري هیجانی و ارزشمندی در زندگی در افراد افسرده. *مجله روانشناسی بالینی*، ۱۸ (۱)، ۳۷-۵۱.

DOI: 10.22075/jcp.2025.34917.2949



© 2025 The Author(s). This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ نویسنده مسئول: محمدعلی گودرزی، استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

رایانامه: mgodarzi@rose.shirazu.ac.ir تلفن: ۰۹۱۷۳۰۵۱۶۱۰

مقدمه

اختلال افسردگی^۱ به عنوان یکی از اختلالات هیجانی در جهان مطرح است. هر فردی از هر قومی و نژادی می‌تواند به اختلال افسردگی دچار شود، که از مهم‌ترین علائم این اختلال می‌توان به بی‌لذتی نسبت به فعالیت‌هایی که قبلاً مورد علاقه فرد بوده است و به خلق افسرده اشاره کرد(۱). این اختلال می‌تواند با سایر اختلالات روانشناختی همپوشانی داشته باشد. اختلال افسردگی اساسی، بیماری روانی است که با شیوع ۱۸ درصد به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات روان پزشکی مطرح شده است(۲). 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، سوء هاضمه، دریافت‌های حسی نامطبوع در قفسه‌سینه، دردهای تعمیم‌یافته، خستگی مزمن، تغییراتی در خواب، اشتها و وزن، کاهش قابل‌ملاحظه انرژی)؛ نشانه‌های هیجانی (از دست دادن 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 دست دادن تمایل به مشارکت در فعالیت‌های روزمره، فقدان ابتکار)(۳). از دیگر متغیرهای مورد مطالعه در پژوهش حاضر، افکار غیرمنطقی^۲ است که باید برای درمان و از بین بردن آن‌ها تلاش جدی انجام داد. افکار غیرمنطقی وجود خارجی ندارند و بر اساس واقعیت نیستند و موجب برهم خوردن تعادل فرد شده و موفقیت شخص را در برخورد با رویداد تحریک‌زا تحت تأثیر قرار می‌دهند. این گونه افکار در برخورد با حوادث و محرک‌های خارجی، پیامدهای عاطفی همچون ترس، اضطراب، خشم، گناه، غم و اندوه، خصومت و افسردگی ایجاد می‌کند. در حقیقت، این افکار انسان است که نوع، وضعیت و شدت عاطفه و رفتار او را تعیین می‌کند؛ زیرا رفتار و عواطف انسان ناشی از باورها و اعتقادات غیرمنطقی اوست و همین افکار، طرز تفکر انسان را نسبت به خود، جهان هستی و دیگران موجب می‌شود(۴). یکی دیگر از متغیرهای این پژوهش که در ایجاد افسردگی مؤثر است و از لحاظ منطقی

برای مقابله با مشکلات قابل قبول نیست و می‌تواند سلامت روان فرد را به مخاطره بیندازد، بازداری هیجانی^۳ است(۵). مدیریت مناسب هیجان‌ها، یکی از بنیادهای بهزیستی و سلامت روانشناختی به شمار می‌رود، نقش برجسته‌ای در تحول و حفظ اختلالات هیجانی دارد و حیطه گسترده‌ای از عوامل هشیار، ناهشیار، فیزیولوژی، شناخت و رفتار در آن دخیل است(۶). ارزشمندی در زندگی^۴ از دیگر متغیرهای این پژوهش است. کسی که ارزش مشخصی در پیش‌رو ندارد، احساس بی‌معنایی و پوچی می‌کند و در فراز و نشیب حیات، سرگشته گام برمی‌دارد. تداوم این احساس بیهودگی به صورت افسردگی، اقدام به خودکشی و روی آوردن به الکل و مواد مخدر و پرخاشگری‌های ویران‌ساز جلوه‌گر می‌شود. ارزش‌ها، مسیر رسیدن به نقطه نهایی خواسته‌ها (اهداف) هستند و این مسیر مهم‌تر از هدف است(۷) و از لحاظ کارکردی، تقویت کننده تلقی می‌شود، به طوری که طیف زیادی از رفتارهای افراد را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد(۸).

هم اکنون درمان‌های متعددی در بهبود علائم بیمارانی که دچار افسردگی هستند، موفقیت‌آمیز بوده‌اند، من جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۵ و درمان هیجان‌مدار. در درمان هیجان‌مدار هدف این است که مراجع تجربیات ذهنی خود را پردازش نموده و ابراز کرده و نسبت به آن‌ها به آگاهی برسد و بتواند به درک عمیقی از آن‌ها رسیده و نهایتاً معنی جدیدی بسازد(۹). طراحی مداخلات روانشناختی با تأکید ویژه بر مکانیسم‌های هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان، می‌تواند به کاهش معنادار علائم بیماری کمک کند. در این زمینه، درمان متمرکز بر هیجان به عنوان یک رویکرد کوتاه‌مدت و مبتنی بر شواهد، با اتکا به نظریه‌های هیجان و دلبستگی، اثربخشی خود را در کاهش نشانه‌های اختلالات و تقویت تنظیم هیجانی نشان داده است(۱۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سال ۱۹۸۶ توسط هایس ایجاد شد. این رویکرد آشکارا تغییر کارکرد افکار و احساسات به جای تغییر شکل، محتوا یا فراوانی آن‌ها را می‌پذیرد(۱۱). هدف اصلی، ایجاد انعطاف‌پذیری شناختی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه این که عملی تنها جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا

4. Value Of Life(VL)

5. Acceptance and Commitment Therapy(ACT)

1. Major Depressive Disorder(MDD)

2. Irrational Thoughts

3. Emotional Inhibition

تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود و در نهایت، اقدام متعهدانه و طرح‌ریزی اهداف بر اساس ارزش‌ها و تلاش متعهدانه برای رسیدن به اهداف (۱۲). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت)، روانشناس با استفاده از تکنیک‌های متعدد، علائم مربوط به اختلال افسردگی را کاهش می‌دهد. هدف غایی درمان، زندگی کردن در جهت ارزش‌هاست. فرد در جهت رسیدن به ارزش‌هایش در زندگی باید رفتارهای متعهدانه‌ای را انجام دهد که در راستای ارزش‌هایش است (۱۳).

تحقیقات گذشته نشان داده‌اند که درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و هیجان‌مدار در بهبود ابعاد افسردگی، افکار غیرمنطقی، بازداری هیجانی و ارزشمندی زندگی تأثیر دارند. با وجود این، در هیچ پژوهشی مشخص نشده است که هر یک از این درمان‌ها در مقایسه با یکدیگر بر متغیرهای علائم افسردگی، افکار غیرمنطقی، بازداری هیجانی و ارزشمندی زندگی تا چه اندازه اثر دارند و به‌طور ویژه، نسبت به یکدیگر در هر یک از ابعاد مورد اشاره چه وضعیتی دارند. بنابراین، هدف انجام پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان‌های فوق‌الذکر نسبت به یکدیگر و تعیین اثرات اختصاصی هر یک از این درمان‌ها بر ابعاد مختلف افسردگی، افکار غیرمنطقی، بازداری هیجانی و ارزشمندی زندگی است.

روش

طرح پژوهش: روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه با گروه کنترل بود که در آن اثربخشی متغیرهای مستقل یعنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان‌مدار بر متغیرهای وابسته یعنی نشانه‌های افسردگی، افکار غیرمنطقی و بازداری هیجانی و ارزشمندی مورد بررسی قرار گرفت. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل تمامی افرادی بود که در بازه زمانی ۱۴۰۲ به کلینیک‌های در منطقه ۵ تهران جهت انجام درمان‌های روانشناختی مراجعه کرده بودند، که تعداد ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۲۰ نفره گمارده شدند.

آزمودنی‌ها: نمونه‌گیری به این ترتیب بود که ابتدا از روان‌درمانگران کلینیک‌ها خواسته می‌شد مراجعینی را که تشخیص افسردگی داشتند به محقق معرفی نمایند. پس از

معرفی مراجعینی که بر حسب گزارش روان‌درمانگران کلینیک تشخیص افسردگی اساسی داشتند، محقق با آن‌ها یک مصاحبه تشخیصی بر اساس ملاک‌های تشخیصی افسردگی اساسی در DSM-5¹ ترتیب می‌داد و در صورتی که محقق تشخیص افسردگی اساسی را تأیید می‌کرد از مراجعین خواسته می‌شد که فرم رضایت آگاهانه شرکت در تحقیق را تکمیل و امضاء کنند. ملاک‌های ورود برای گروه‌های نمونه عبارت بودند از: ۱. تشخیص افسردگی اساسی توسط محقق ۲. قرار داشتن مراجع در بازه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال ۳. برخورداری از سواد خواندن و نوشتن ۴. هر دو جنس ۵. موافقت آگاهانه با مشارکت در تحقیق. ملاک‌های خروج در تحقیق نیز به شرح زیر بود: ۱. داشتن تشخیص همزمان اختلالات روانی به جز افسردگی اساسی بر اساس گزارش بیمار، ۲. عدم موافقت برای شرکت در تحقیق، ۳. درخواست کناره‌گیری از پژوهش در حین جلسات درمانی. علی‌رغم این‌که برای پژوهش‌های شبه‌آزمایشی مانند پژوهش حاضر نمونه ۸ تا ۱۰ نفری برای هر گروه پیشنهاد شده است (۱۴)، به دلیل احتمال کناره‌گیری برخی از اعضای نمونه و افت تعداد نهایی، برای هر گروه ۲۰ نفر در نظر گرفته شد. به منظور رعایت ضوابط اخلاقی پژوهشی از شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش رضایت آگاهانه اخذ شد و به منظور رعایت اصل محرمانه بودن از مراجعان هیچ گونه اطلاعاتی که هویت شخصی آن‌ها را فاش کند اخذ نشد. قبل از شروع مطالعه برای انجام پژوهش کد اخلاقی زیر از دانشگاه علوم پزشکی شیراز اخذ شد:

IR.US.REC.1403.002

به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات پژوهش از نرم‌افزار SPSS-25 و از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر) به منظور مقایسه میانگین نمرات گروه‌ها در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد.

ابزار

۱. پرسشنامه‌ی افسردگی بک-۲ (BDI-II)^۲: این پرسشنامه شکل اصلاح شده پرسشنامه افسردگی بک است و شدت اختلال افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند (۱۵). این آزمون شامل ۲۱ گویه است و دامنه نمرات در هر گویه بین ۰-۳ است.

2. Beck Depression Inventory-II (BDI)

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 5th Edition (DSM-5)

با ۰/۷۹ به دست آمد که خود بیانگر همسانی درونی قابل قبول پرسشنامه بازدارنده هیجانی است.

۴. پرسشنامه زندگی ارزشمند^۴: این آزمون شامل ۱۰ گویه است و خرده‌مقیاس‌های آن شامل، ارتباطات خانوادگی، ازدواج و ارتباطات صمیمانه، ایفای نقش‌های والدینی، دوستی و ارتباطات اجتماعی، اشتغال، تعلیم و آموزش، تولید مثل، معنویت، شهروندی و زندگی جمعی و بهزیستی جسمی است. مقیاس پاسخ‌گویی به گویه‌ها در طیف لیکرت ده درجه‌ای (اصلاً ارزش ندارد: ۱ تا کاملاً ارزش دارد: ۱۰) نمره‌گذاری می‌شود. آلفای کرونباخ این آزمون برابر با ۰/۷۹ و ۰/۸۳ است. نتایج پژوهش اکبری (۲۱) نشان داد که پایایی بازآزمایی چهار هفته‌ای پرسشنامه زندگی ارزشمند برابر با ۰/۷۶ و روایی آن ۰/۸۰ به دست آمد.

خلاصه محتوای جلسات درمانی دو گروه به شرح زیر بود.

روند اجرای پژوهش:

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود.

گروه اول: گروه درمان هیجان‌مدار

گروه دوم: گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

ابتدا قبل از جلسات درمان از آزمودنی‌ها، پیش‌آزمون گرفته شد و سپس یک و ماه نیم بعد از شروع جلسات درمان، آزمودنی‌ها، مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. پس از پایان مداخلات پس‌آزمون گرفته شد و دو ماه پس از پایان مداخلات، مجدداً ارزیابی‌های پایه به‌عنوان مرحله پی‌گیری تکرار شد. در این پژوهش، گروه‌های درمانی به‌عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شد. متغیرهای وابسته نیز شامل نشانه‌های افسردگی، باورهای غیرمنطقی، بازدارنده هیجانی و ارزشمندی زندگی است.

یافته‌ها

در ابتدا یافته‌های توصیفی و در ادامه به بررسی فرضیه پژوهش پرداخته شده است.

پایایی آزمون به روش بازآزمایی در دامنه ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ قرار دارد. روایی همزمان بین ۰/۷۰ الی ۰/۹۰ است و همچنین همبستگی بین این پرسشنامه و آزمون افسردگی همیلتون^۱، ۰/۶ گزارش شد. همچنین، در مطالعات داخل کشور نیز ضریب پایایی کل آزمون مساوی ۰/۹۱ و ضریب بازآزمایی آن برابر ۰/۹۴ گزارش شده است (۱۶).

۲. پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز^۲: پرسشنامه باورهای غیرمنطقی توسط جونز در سال (۱۷) به منظور سنجش باورهای غیرمنطقی طراحی و تدوین شده است. این آزمون دارای ۴۰ گویه است. پاسخ به پرسش‌ها به روش ۵ گزینه‌ای لیکرت است و امتیازها در دامنه صفر تا ۵ متغیر است. امتیاز بالاتر نشان دهنده باور غیرمنطقی است. این پرسشنامه شامل چهار زیر مقیاس است که شامل درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مسئله و بی‌مسئولیتی هیجانی است. عبادی و معتمدی (۱۸) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ این ابزار را به ترتیب برای کل آزمون ۰/۷۵ و ۰/۷۶ و برای عامل‌های درماندگی در برابر تغییر ۰/۸۰، ۰/۸۲، توقع تأیید دیگران ۰/۸۱ و ۰/۸۴، اجتناب از مشکل ۰/۷۳ و ۰/۷۴، بی‌مسئولیتی هیجانی ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش داد. همچنین برای بررسی روایی همگرا، همبستگی آزمون باورهای غیرمنطقی جونز با آزمون افسردگی بک محاسبه شد که ضریب به دست آمده (۰/۸۲) و از نظر آماری در سطح ($\alpha=0/01$) معنی‌دار تشخیص داده شد.

۳. پرسشنامه‌ی بازدارنده هیجانی^۳: این پرسشنامه توسط راجر و نجاریان (۱۹) تدوین شد. این آزمون ۴ خرده مقیاس و ۵۶ گویه دارد. خرده‌مقیاس‌ها، شامل بازدارنده هیجانی، مهار پرخاشگری، نشخوار فکری یا مرور ذهنی و مهار خوش‌خیم می‌شوند. هر کدام از خرده مقیاس‌ها شامل ۱۴ گویه است. پاسخ‌ها به صورت کلمات درست و غلط در پاسخنامه درج می‌شود. اگر پاسخی درست باشد امتیاز ۱ و اگر پاسخی غلط باشد امتیاز ۰ می‌گیرد. پایایی مقیاس با استفاده از روش همسانی درونی تعیین و مقدار آن برای کل مقیاس و زیر مقیاس‌های بازدارنده هیجانی، مهار پرخاشگری، نشخوار فکری و مهار خوش‌خیم به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۰، ۰/۷۶، ۰/۷۷ و ۰/۵۸ مشخص شد. در پژوهش یعقوبی (۲۰) جهت سنجش اعتبار ابزار اندازه‌گیری از شواهد اعتبار مرتبط با محتوا یا اعتبار صوری استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر

3. Emotional Control Questionnaire(ECQ)

4. Value Of Life Questionnaire(VLQ)

1. Hamilton

2. Jones Irrational Beliefs Questionnaire(JIBQ)

جدول ۱) خلاصه جلسات درمان هیجان‌مدار (بر اساس پروتکل درمانی گرینبرگ)

جلسه	محتوا
اول	برقراری رابطه حسنه بین اعضای گروه، بیان اهداف و قوانین گروه از طریق همدلی و فنون حضور، خود بودن و درک همچنین با استفاده از تکنیک‌های انعکاس، اعتباربخشی، انعکاس فراخوان و ردگیری و انعکاس تعاملات
دوم	بررسی روایات اعضای گروه و تشخیص موضوع تعارض ارتباطی، مشاهده پردازش هیجانی فرد و شناسایی تجربه‌های هیجانی دردناک آن‌ها / جمع‌بندی جلسه و تشویق افراد برای شرکت در جلسه بعد
سوم	ارائه مطالب جلسه گذشته و بررسی دستاوردهای اعضا مطابق گفته‌های جلسه قبل / آگاهی نسبت به هیجانات و دسترسی به احساسات ابراز نشده از طریق فن تمرکز تجربی
چهارم	ایجاد حمایت برای تجربه هیجانی، برانگیختگی و فراخوانی هیجانات آسیب‌زا، قاب‌دهی مجدد، معتبرسازی هیجانات، شدت‌بخشی و گمانه‌زنی همدلانه
پنجم	کشف و شناسایی هیجانات اولیه، ثانویه و ابزاری از طریق کار بر روی مارکرها (نشانه‌ها) و فنون کار با صندلی، افزایش شناخت درباره احساسات، نیازهای مربوط به هیجانات، جنبه‌هایی از خود که هنوز به مالکیت فرد درنیامده است.
ششم	ادامه شناسایی هیجانات اولیه، رسیدن به طرح‌های هیجانی سازگار و افزایش پذیرش نسبت به تجربه پدیدار شونده از طریق بازبینی احساسات، نشانگان بدنی هم در جلسات درمان زمان روایت و هم در زندگی واقعی زمان وقوع اتفاق اضطراب‌زا و همچنین با استفاده از تمرینات تنظیم تنفس، مشاهده هیجان‌ها و اجازه اینکه بیایند و بروند.
هفتم	شناسایی و کار بر روی وقفه‌ها و انسدادهای دسترسی به هیجانات اولیه و تجربه مجدد تجرب هیجانی، تسهیل ابراز نیازها، خواسته‌ها به منظور بازساختاردهی به تعاملات
هشتم	ارائه مطالب جلسه گذشته و بررسی دستاوردهای اعضا مطابق گفته‌های جلسه قبل / هیجانات جدید را در مقابل هیجانات ناسازگار قبلی قرار داده و تسهیل پدیدایی راهکارهای تازه برای حل مسائل کهنه
نهم	ادامه شناسایی و کار بر روی نشانه‌ها و کار با تصاویر باقی مانده از طریق کار با بدن، کار با زبان، موسیقی، حرکات و... تثبیت و تقویت هیجانات، مواضع تازه و نوین
دهم	هدایت مراجع در حین بازنمایی‌های ابژه و رسیدن به بینش از طریق ایفای نقش و دادن تکلیف تأمل در مورد هیجانات و مفهومات جدید ساخته شده
یازدهم	بررسی تکالیف انجام شده و دستاوردهای آن‌ها، ارزیابی این که چگونه معانی جدید باعث خلق خود جدید می‌شود، اعتباردهی به هیجانات و مفاهیم جدید فرد و حمایت از خود نوین
دوازدهم	تثبیت و تقویت خود جدید و مواضع تازه، یکپارچه‌سازی تغییرات درمانی در زندگی واقعی از طریق سؤالات فراخواننده، اعتباربخشی به پاسخ‌ها و الگوهای نوین و انعکاس تغییرات کنونی / اجرای پس‌آزمون از اعضای گروه

جدول ۲) خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (بر اساس پروتکل درمانی هیز و باند (۲۰۰۴))

جلسات	محتوا
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)
دوم	بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها، ایجاد درماندگی خلاق و آشنایی اعضا با مفاهیم رویکرد پذیرش و تعهد
سوم	گسلش شناختی، آموزش و تمرین تکنیک ذهن‌آگاهی
چهارم	آموزش نگاه کردن به افکار و اندیشیدن به جای نگاه کردن از طریق افکار
پنجم	ادامه آموزش نگاه کردن به افکار و آموزش پذیرش و تمایل، تماس با زمان حال
ششم	آموزش معرفی خود به عنوان زمینه جلسه
هفتم	معرفی ارزش‌ها، معرفی تفاوت ارزش و هدف، تمرین سنجش ارزش‌ها و تعیین ارزش‌ها
هشتم	درک ماهیت تعهد و تمایل، تعیین الگوهای مناسب با ارزش‌ها، جمع‌بندی درمان و اجرای پس‌آزمون

جدول ۳) میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در گروه درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد، گروه درمان هیجان‌مدار و گروه کنترل

متغیرهای وابسته	مراحل	گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش		گروه هیجان‌مدار		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۴/۹۵	۰/۷۵۹	۱۵/۱۰	۰/۷۸۸	۱۵/۰۰	۰/۷۹۵
	پس‌آزمون	۱۳/۶۰	۱/۳۵۳	۱۲/۲۰	۱/۳۲۲	۱۴/۸۵	۰/۹۳۳
	پیگیری	۱۳/۶۵	۱/۲۶۸	۱۲/۲۵	۱/۳۷۲	۱۴/۹۰	۰/۹۱۲
نمره افکار غیرمنطقی	پیش‌آزمون	۹۸/۱۰	۵/۳۷۹	۱۰۰/۸۰	۶/۲۴۳	۹۹/۷۵	۵/۰۰۴
	پس‌آزمون	۸۴/۶۵	۶/۱۷۵	۸۳/۲۰	۵/۰۴۳	۹۹/۱۰	۵/۴۷۶
	پیگیری	۸۴/۹۰	۶/۲۶۵	۸۳/۴۰	۵/۰۳۰	۹۹/۳۰	۵/۳۴۲
نمره بازداری هیجانی	پیش‌آزمون	۳۴/۳۵	۲/۲۷۷	۳۳/۸۰	۱/۶۴۲	۳۳/۵۰	۲/۸۰۰
	پس‌آزمون	۲۲/۶۰	۱/۹۸۴	۱۸/۳۵	۳/۰۱۴	۳۳/۰۵	۳/۰۳۴
	پیگیری	۲۰/۹۵	۱/۷۶۱	۱۸/۵۰	۳/۱۲۰	۳۳/۱۵	۲/۹۹۶
ارزشمندی زندگی	پیش‌آزمون	۴۱/۶۵	۹/۰۴۰	۴۳/۸۵	۷/۶۸۶	۴۴/۹۰	۸/۳۴۷
	پس‌آزمون	۶۸/۷۵	۱۲/۹۲۸	۶۲/۷۰	۱۲/۳۵۵	۴۵/۳۵	۸/۹۵۸
	پیگیری	۶۷/۸۵	۱۲/۴۱۱	۶۲/۸۵	۱۱/۸۸۲	۴۶/۰۵	۸/۸۳۵

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در گروه درمان هیجان‌مدار، گروه درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد و گروه کنترل به تفکیک مراحل سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) را نشان می‌دهد.

جدول ۴) نتیجه آزمون طبیعی بودن با آزمون شاپیرو-ویلکز برای بررسی توزیع نمرات

متغیرها وابسته	سنجش	شاخص‌های نرمال بودن			
		آماره نرمال بودن	معناداری	کجی	کشیدگی
افسردگی	پیش‌آزمون	۰/۸۵۰	۰/۶۰۰	۰/۲۲۷	-۰/۴۰۸
	پس‌آزمون	۰/۶۲۱	۰/۱۸۲	-۰/۴۲۱	-۱/۰۲۹
	پیگیری	۰/۷۲۱	۰/۲۰۲	۰/۸۱۰	۱/۵۳۶
نمره افکار غیرمنطقی	پیش‌آزمون	۰/۲۶۱	۰/۱۰۳	-۰/۲۰۱	-۱/۰۲۶
	پس‌آزمون	۰/۳۵۱	۰/۰۹۲	۰/۳۲۱	-۰/۸۶۰
	پیگیری	۰/۱۵۴	۰/۰۸۸	-۰/۱۶۶	-۰/۴۱۲
نمره بازداری هیجانی	پیش‌آزمون	۰/۲۳۹	۰/۱۲۵	-۰/۶۲۹	-۰/۲۳۶
	پس‌آزمون	۰/۲۵۴	۰/۱۳۰	-۰/۲۳۷	-۰/۷۵۸
	پیگیری	۰/۲۴۸	۰/۱۳۴	-۰/۱۳۸	-۱/۷۴۷
ارزشمندی زندگی	پیش‌آزمون	۰/۹۴۸	۰/۴۲۹	۰/۵۵۱	-۱/۲۱۷
	پس‌آزمون	۰/۹۵۷	۰/۵۷۵	-۰/۱۷۴	-۱/۵۶۸
	پیگیری	۰/۸۷۹	۰/۰۳۱	-۰/۱۹۱	-۱/۲۷۷

شده در پژوهش حاضر از دو شاخص رایج برای بررسی طبیعی بودن، شامل کجی^۱ و کشیدگی^۲ استفاده شد که مقدار چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در بازه (۲- تا ۲) قرار دارد که این نشان می‌دهد توزیع متغیرها از چولگی و کشیدگی طبیعی برخوردارند.

در جدول ۴ از آنجایی که در هر گروه تعداد نفرات کمتر از ۵۰ نفر بود، برای بررسی طبیعی بودن توزیع نمرات از آزمون شاپیرو استفاده شد. از آنجایی که سطح معناداری مقادیر به دست آمده بزرگ‌تر از ۰/۵ است، توزیع نمرات طبیعی است. همچنین، برای بررسی طبیعی بودن توزیع متغیرهای مشاهده

2. kurtosis

1. skewness

بررسی فرضیه پژوهش: بین اثربخشی درمان‌های هیجان‌مدار و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود نشانه‌های افسردگی، باورهای غیرمنطقی، بازداری هیجانی و ارزشمندی زندگی از لحاظ آماری تفاوت معنادار وجود دارد.

برای بررسی برابری واریانس‌ها و کوواریانس‌های متغیرهای وابسته از آزمون موچلی استفاده شد. نتایج این آزمون‌ها در جدول ۵ درج شده است.

جدول ۵) نتایج آزمون موچلی برای آزمون برابری واریانس‌ها و کوواریانس‌ها

متغیرهای وابسته	کرویت موچلی (W)	آماره‌ی کای دو	sig	اپسیلون	
				تصحیح گرین‌هاوس-گیسر	تصحیح هیون-فلدت
افسردگی	۰/۰۶۶	۲۰۳/۹۸۸	۰/۰۰۱	۰/۵۳۸	۰/۵۰۰
نمره کل افکار غیرمنطقی	۰/۰۴۱	۲۳۹/۶۵۴	۰/۰۰۱	۰/۵۱۰	۰/۵۳۱
نمره کل بازداری هیجانی	۰/۱۳۲	۱۵۲/۱۵۵	۰/۰۰۱	۰/۵۳۵	۰/۵۵۸
ارزشمندی زندگی	۰/۰۸۳	۱۸۶/۳۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۲۲	۰/۵۴۴

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که آماره W موچلی برای متغیرهای وابسته در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است (مقدار آماره P value از ۰/۰۵۰ کوچکتر است). این یافته حاکی از آن است که واریانس تفاوت‌ها در میان سطوح متغیرهای وابسته به صورت معناداری متفاوت است. پیش‌فرض تحلیل واریانس کرویت رعایت نمی‌شود. تخطی از پیش‌فرض کرویت سبب می‌شود که آماره F تحلیل واریانس دقیق نباشد. برای رفع این مشکل و افزایش دقت آماره F، درجه‌آزادی را با استفاده از دو روش گرین‌هاوس-گیسر^۱ و هیون-فلدت^۲ تصحیح می‌کنند. اگر مقدار اپسیلون بزرگتر از ۰/۷۵ باشد از تصحیح هیون-

فلت و اگر اپسیلون کوچکتر از ۰/۷۵ باشد یا هیچ‌گونه اطلاعاتی در مورد کرویت وجود نداشته باشد از تصحیح گرین‌هاوس-گیسر استفاده می‌شود. در پژوهش حاضر مقدار اپسیلون برای شاخص گرین‌هاوس-گیسر برای تمامی متغیرهای وابسته از ۰/۷۵ کوچکتر است، لذا از اپسیلون گرین‌هاوس-گیسر استفاده شده است. بنابراین، با در نظر گرفتن تصحیح گرین‌هاوس-گیسر در جدول ۶ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

جدول ۶) نتایج اثرات بین‌آزمودنی و درون‌آزمودنی (تصحیح گرین‌هاوس-گیسر) متغیرهای وابسته

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	معنی‌داری	ضریب تأثیر	توان آماری
افسردگی	گروه	۲۴/۰۸۶	۰/۰۰۱	۰/۴۸۷	۰/۹۹۹
	زمان	۱۱۶/۷۶۹	۰/۰۰۱	۰/۶۰۶	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۱۶/۰۳۶	۰/۰۰۱	۰/۳۸۸	۰/۹۹۹
نمره افکار غیرمنطقی	گروه	۳۳/۳۰۷	۰/۰۰۱	۰/۵۶۸	۰/۹۹۹
	زمان	۴۰۶/۴۵۳	۰/۰۰۱	۰/۸۴۲	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۴۶/۳۰۳	۰/۰۰۱	۰/۶۴۶	۰/۹۹۹
نمره کل بازداری هیجانی	گروه	۶۸/۸۰۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳۱	۰/۹۹۹
	زمان	۱۰۲/۳۰۴	۰/۰۰۱	۰/۷۳۶	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۱۲۵/۵۷۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳۲	۰/۹۹۹
ارزشمندی زندگی	گروه	۸/۵۰۱	۰/۰۰۱	۰/۲۵۱	۰/۹۹۲
	زمان	۱۴۱/۲۳۲	۰/۰۰۱	۰/۶۵۰	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۱۶/۰۱۷	۰/۰۰۱	۰/۳۸۷	۰/۹۹۹

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای متغیرهای وابسته افسردگی، افکار غیرمنطقی، بازداری هیجانی و ارزشمندی زندگی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۷ درج شده است.

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که رویکردهای هیجان‌مدار و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود نشانه‌های افسردگی، باورهای غیرمنطقی، بازداری هیجانی و ارزشمندی زندگی اثربخشی معناداری دارد.

جدول ۷) نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی متغیرهای وابسته برای بررسی پایداری نتایج در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیرهای وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۴/۸۵۰	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱/۸۲۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۳/۰۲۵	پیش‌آزمون-پیگیری	۱/۷۷۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۳/۰۷۵	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۵۰	۰/۱۴۷
نمره افکار غیرمنطقی	پیش‌آزمون	۹۹/۴۱۳	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱۳/۰۳۸	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۸۶/۳۷۵	پیش‌آزمون-پیگیری	۱۲/۷۸۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	۸۶/۶۲۵	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۲۵۰	۰/۰۵۴
نمره بازداری هیجانی	پیش‌آزمون	۳۳/۸۲۵	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱۰/۰۰۰	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۲۳/۸۲۵	پیش‌آزمون-پیگیری	۹/۷۸۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۴/۰۳۸	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۲۱۳	۰/۰۶۴
ارزشمندی زندگی	پیش‌آزمون	۴۲/۰۷۵	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۱۸/۵۶۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۶۰/۶۳۸	پیش‌آزمون-پیگیری	-۱۸/۵۷۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	۶۰/۶۵۰	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۱۳	۰/۹۹۹

غیرمنطقی، بازداری هیجانی و ارزشمندی زندگی در مرحله پس‌آزمون تأثیر داشته است و تداوم این تأثیر در مرحله پیگیری را نیز در برداشته است. از آنجایی که نتایج به دست آمده در جدول ۷ مشخص نکرده است که تأثیر ایجاد شده 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 شده است که نتایج در جدول ۸ آمده است.

به منظور مشخص نمودن این که نمرات نشانه‌های افسردگی، باورهای غیرمنطقی، بازداری هیجانی و ارزشمندی زندگی در کدام مرحله با هم تفاوت معنی‌داری دارند از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد. همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون (اثر مداخله) و تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پیگیری (اثر زمان) بیشتر و معنادارتر از تفاوت میانگین پس‌آزمون و پیگیری (اثر ثبات مداخله) است که این نشان‌دهنده آن است که رویکردهای مبتنی بر پذیرش و تعهد و هیجان‌مدار بر نشانه‌های افسردگی، باورهای

جدول ۸) نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی متغیرهای وابسته برای بررسی درمان اثربخش‌تر

متغیرهای وابسته	تفاوت میانگین ۲ گروه	تفاوت میانگین	معناداری
افسردگی	تفاضل درمان پذیرش/تعهد-کنترل	۰/۸۸۳	۰/۰۳۴
	تفاضل درمان هیجان‌مدار-کنترل	-۱/۷۳۳	۰/۰۰۱
نمره افکار غیرمنطقی	تفاضل درمان پذیرش/تعهد-کنترل	-۱۰/۱۶۷	۰/۰۰۱
	تفاضل درمان هیجان‌مدار-کنترل	-۱۰/۲۳۳	۰/۰۰۱
نمره بازداری هیجانی	تفاضل درمان پذیرش/تعهد-کنترل	-۷/۹۳۳	۰/۰۰۱
	تفاضل درمان هیجان‌مدار-کنترل	-۹/۶۸۳	۰/۰۰۱
ارزشمندی زندگی	تفاضل درمان پذیرش/تعهد-کنترل	۱۳/۹۸۳	۰/۰۰۱
	تفاضل درمان هیجان‌مدار-کنترل	۱۱/۰۳۳	۰/۰۰۱

بهبود نشانه‌های افسردگی است. نتایج این بخش از تحقیق با نتایج تحقیقات اسمری برده و همکاران (۲۲)، گیلی و همکاران (۲۳) و ثناگوی محور و همکاران (۲۴) همسو بود.

در تبیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر نشانه‌های افسردگی می‌توان بیان کرد که در درمان هیجان‌مدار بیماران با تجربه‌ای که در مرحله آگاهی هیجانی کسب می‌کنند، آموزش می‌بینند که به جای سرکوب نمودن هیجانات یا مغلوب کردن آن‌ها، بر وجود هیجان‌های خود آگاه باشند و تلاش کنند تجربه خود را هرچه عمیق‌تر دریافت کنند. و همچنین یاد می‌گیرند که هیجانات ترسناک و پایدار نیستند. لذا می‌توان به جای فرار از آن‌ها یا درگیر شدن با آن‌ها، پیام پنهانی‌شان را شنید. همچنین درمان هیجان‌مدار با تقویت پردازش و خودآگاهی هیجانی باعث تغییر در طرحواره‌های هیجانی شده و با جانشین کردن پاسخ‌های سازگار منجر به کاهش نشانه‌های افسردگی می‌گردد، به همین دلیل، درمان‌های هیجان‌مدار نسبت به درمان پذیرش و تعهد اثرات بیشتری بر نشانه‌های افسردگی دارد (۲۲).

در مورد افکار غیرمنطقی نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار اثربخش‌تر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود افکار غیرمنطقی است. این یافته با نتایج پژوهش محمودوندی باهرو همکاران (۲۵) که به اثربخشی درمان گروهی هیجان‌مدار بر امید و افکار خودآیند منفی زنان مطلقه پرداختند و به این نتیجه رسیدند که درمان هیجان‌مدار منجر به کاهش افکار خودآیند منفی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه شاهد شد، همسو می‌باشد. در تبیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر افکار غیرمنطقی می‌توان گفت که درمان هیجان‌مدار کمک می‌کند که مراجع با افزایش آگاهی هیجانی بتواند هیجانات منفی از قبیل اضطراب، افسردگی و... را کنترل نموده و میزان سازگاری روانشناختی خود را بالا ببرد. و تلاش می‌شود که مراجع تشویق گردد تا افکار ناراحت‌کننده خود را مورد سؤال قرار داده و خودگویی‌های جایگزین برای مقابله با این هیجانات و نشخوارهای فکری که سبب آشفتگی می‌شود را برطرف نماید و نهایتاً تمرکز در جلسات درمانی روی این مسائل باعث اصلاح افکار غیر منطقی خواهد شد.

در مورد بازداری هیجانی نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار اثربخش‌تر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بازداری

بر اساس جدول ۸ می‌توان گفت که تفاوت میانگین درمان هیجان‌مدار با گروه کنترل ($-1/733$) بیشتر از تفاوت میانگین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کنترل ($0/883$) است که می‌توان گفت درمان هیجان‌مدار اثربخش‌تر از درمان پذیرش و تعهد بر بهبود نشانه‌های افسردگی است.

در مورد افکار غیرمنطقی تفاوت میانگین درمان هیجان‌مدار با گروه کنترل ($-10/233$) بیشتر از تفاوت میانگین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کنترل ($-10/167$) است که می‌توان گفت درمان هیجان‌مدار اثربخش‌تر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود افکار غیرمنطقی است.

در مورد بازداری هیجانی تفاوت میانگین درمان هیجان‌مدار با گروه کنترل ($-9/683$) بیشتر از تفاوت میانگین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کنترل ($-7/933$) است که می‌توان گفت درمان هیجان‌مدار اثربخش‌تر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بازداری هیجانی است.

در مورد ارزشمندی زندگی تفاوت میانگین درمان هیجان‌مدار با گروه کنترل ($11/033$) کمتر از تفاوت میانگین درمان پذیرش و تعهد با کنترل ($13/983$) است که می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخش‌تر از درمان هیجان‌مدار بر بهبود ارزشمندی زندگی است.

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

بحث

پژوهش حاضر به منظور مقایسه اثربخشی درمان‌های هیجان‌مدار و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانه‌های افسردگی، افکار غیرمنطقی، بازداری هیجانی و ارزشمندی در زندگی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با گروه کنترل صورت گرفت.

نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود نشانه‌های افسردگی، افکار غیرمنطقی و بازداری هیجانی اثربخش‌تر است، ولی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از درمان هیجان‌مدار در بهبود ارزشمندی زندگی اثربخش‌تر است.

در مورد نشانه‌های افسردگی نتایج این پژوهش نشان داد که درمان هیجان‌مدار اثربخش‌تر از درمان پذیرش و تعهد بر

هیجانی است. این بخش از تحقیق با نتایج جاکابوسکی (۲۶) و جلیلی و همکاران (۲۷) همسو است.

در تبیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر بازداری هیجانی می‌توان گفت که رویکرد هیجان‌مدار با تمرکز روی هیجانات ناسازگار و کمک به مراجع در پردازش و تجربه مجدد آن‌ها، رویکرد مفیدی جهت بهبود هیجانات ناسازگار می‌باشد. در این رویکرد مراجع بعد از تجربه هیجانات دردناک می‌تواند آن‌ها را بازگو کرده، که این مسئله باعث بهبودی بازداری هیجانی شده و در نهایت تعارضات و آشفتگی‌ها کاهش می‌یابد.

در مورد ارزشمندی در زندگی نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخش‌تر از درمان هیجان‌مدار بر بهبود ارزشمندی در زندگی است. این یافته با نتایج پژوهش ریز و همکاران (۲۸) که اثر بخشی درمان تعهد و پذیرش بر ارزشمندی زندگی را تأیید نمودند، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، ارزش‌ها به عنوان مؤلفه‌هایی محسوب می‌شوند که همیشه وجود دارند. در این درمان اهدافی که مشخص می‌شوند در راستای رسیدن به ارزش‌ها هستند. همچنین در این درمان فرد می‌آموزد که به مؤلفه‌های مهمی که می‌توانند جزء ارزش‌های هر فردی باشند، مانند خانواده، درآمد، تفریح، مباحث اعتقادی و... دقت و تمرکز کنند. در این رویکرد، فرد هیجانات دردناک خود را به جای آنکه انکار یا تحریف نماید، آن‌ها را تجربه می‌کند.

نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان‌مدار در مقایسه با یکدیگر تا چه اندازه در بهبود نشانه‌های افسردگی و افکار غیرمنطقی، بازداری هیجان و ارزشمندی در زندگی تأثیر دارند و به طور ویژه، نسبت به یکدیگر در هر یک از ابعاد مورد اشاره چه وضعیتی دارند. نتایج نشان‌دهنده آن است که رویکردهای هیجان‌مدار و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانه‌های افسردگی و بازداری هیجانی در مرحله پس‌آزمون تأثیر داشته است و تداوم این تأثیر در مرحله پیگیری نیز مشهود است. نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار در متغیرهای نشانه‌های افسردگی، افکار غیرمنطقی و بازداری هیجانی نسبت به درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش مؤثرتر بوده است و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در مؤلفه ارزشمندی زندگی نسبت به درمان هیجان‌مدار مؤثرتر بوده است. به طور کلی، می‌توان نتیجه گرفت که دو رویکرد

درمانی هیجان‌مدار 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، افکار غیرمنطقی و بازداری هیجانی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی دارد.

محدودیت پژوهش حاضر این بود که نتایج مرحله پیگیری پس از ۲ ماه جمع‌آوری شد و احتمال دارد پس از گذشت زمان بیشتری اثرات درمانی پایدار نباشند. لذا بر اساس این محدودیت، احتمال دارد پس از گذشت زمان بیشتری اثرات درمانی پایدار نباشند، بنابراین به 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 نتایج به دست آمده بر اهمیت به کارگیری هر دو روش درمانی به منظور بهبود نشانه‌های افسردگی، افکار غیر منطقی، بازداری هیجانی و ارزشمندی در زندگی از سوی روان‌درمانگران تأکید دارد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی بالینی در دانشگاه شیراز است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان انجام شود. همچنین برای انجام این مطالعه، تأییدیه کمیته اخلاق از کارگروه/کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه شیراز، صادر گردید و با کد اخلاقی IR.US.REC.1403.002 مورد تأیید قرار گرفت.

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

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده اول محقق رساله، نویسنده دوم استاد راهنما و نویسنده مسئول مقاله و نویسنده سوم استاد مشاور رساله بوده است.

تضاد منابع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از اساتید محترم راهنما، مشاور و شرکت‌کنندگان در پژوهش که در تمام مراحل پژوهش ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

منابع

13. Golestanifar S. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on depression, psychological health and life expectancy of the elderly with non-clinical depression. *Psychology of Aging*. 2019;6(3):203-191. [Persian]
[Doi:10.52547/jrums.20.3.297](#)
14. Yalom E. Theory and practice in group psychotherapy. Translated by Bahram Ali Ghanbari Hashem Abadi. Mashhad: To be published. 1390.
[Doi:9781541617575](#).
15. Beck A, Steer R A, Ball R. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 1996; 67(3): 588-597. [Doi:10.1207/s15327752jpa6703_13](#)
16. Dobson K, Mohammadkhani P. Psychometric coordinates of Beck-2 depression questionnaire in a large sample of patients with major depressive disorder. *Journal of Rehabilitation*. 1386; 8(29): 80-86. [Doi: 1-135-fa.html](#)
17. Jones R G. A factored measure of Ellis' irrational belief system with personality and maladjustment correlates (Doctoral dissertation, Texas Tech University). 1968. [Doi: 3-۲۶۰-۰۰۵۰۹۱۲۹۵](#)
18. Ebadi G, Motamedin M. Examining the factorial structure of the Jones Irrational Beliefs Test in Ahvaz city, Knowledge and Research in Psychology. 2006; 23: 92-73. [Persian]. [Doi: 469696/fa](#).
19. Roger D, Najarian B. The construction and validation of a new scale for measuring emotion control. *Journal of Personal & Individ Differ*. 1989; (10): 845-853. [Doi:10.1016/0191-8869\(87\)90215-7](#)
20. Yaghoobi P. Investigating the Relationship between emotion expression styles and control attribution style in homemade violence against women with the role of gender stereotypes [dissertation]. Kharazmi University Publications. 2014. [Persian]. [Doi: export/10869746-52176](#)
21. Akbari M. Examining the validity and reliability of the Persian version of the Valuable Life Questionnaire: based on the commitment and acceptance approach. *Clinical psychology and personality-former behavioral scientist*. 2017; 16 (1):239-249. [Persian] [Dio:10.22070/cpap.2020.2851](#)
22. Asmari Y, Dana M D, Thabit H. The effectiveness of emotion-focused therapy on depression and anxiety in women with binge eating disorder should refer to Sinai Hospital. *Navid No Quarterly*. 2017; 21(65): 11-22. [Persian] [Doi:CIPSA06_313](#)
23. Gili SH, Sadeghi Firouzabadi V, Haqhayegh A, Qavidel A. Comparing the effectiveness of excitatory therapy and transcranial direct electrical stimulation therapy on anxiety and depression in coronary heart disease. *Scientific Journal of Health Psychology*. 2019; 4(36): 45-62. [Persian].
[Doi:10.30473/hpj.2021.53189.4834](#)
24. Thanagovi Mehvar G R, Shirazi M, Mohammadi R, Maghsoodlou F. The effectiveness of emotion-
1. Sadock B, Sadock V. Summary of psychiatry (behavioral sciences/clinical psychiatry). Translated by Farzin Rezaei. Honorable Publications. 2015. [Persian]. [Doi:978-622-257-169-6](#)
2. Ganji M. Psychopathology according to DSM5. Puran Research Publications. 2016 .[Persian].
[Doi:978-622-5863-01-9](#)
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Danje Publishing. 2022.
[doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787](#)
4. Ellis A. Changing rational –emotive therapy to rational emotive behavior therapy. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy*. 1995; 13(2): 85-89. [doi.org/10.1007/BF02354453](#)
5. Butler E. Emotional conversations: Canhiding your feeling make you and your partner sick?. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*; 2006. [doi.org/10.1037/a00385](#)
6. Salehi A, Mazaheri Z, Aghajani Z, Jahanbazi B. The role of cognitive emotion regulation strategies in predicting depression. *Journal of knowledge and research in applied psychology*. 2014; 1:108-117. [Persian]. [Doi:JR-KRAP-16-1-011](#)
7. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World psychiatry*. 2019; 18(2): 226-34.
[Doi:10.1002/wps.20626](#)
8. Sobczak L R, West L M. Clinical considerations in using mindfulness-and acceptance-based approaches with diverse populations: Addressing challenges in service delivery in diverse community settings. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2013; 20(1): 13-22. [Doi:10.1016/j.cbpra.2011.08.005](#)
9. Greenberg L S, Watson J C. Emotion-focused therapy for depression. *American Psychological Association*. 2006. [Doi.org/10.1080/14779757](#).
10. Vatankeh S, Bakhshipour Roodsari A, Hashemi Nosratabad T, Shalchi B. The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy (EFT) on Body Image Dissatisfaction, Cognitive Emotion Regulation and Impulsivity in Women with Bulimia Nervosa: A Single Case Study. *Journal of Clinical Psychology*. 2025; 17(1): 1-19. [Persian].
[Dio:10.22075/jcp.2025.36949.3133](#)
11. Dafeian F, Choobforoushzadeh A. Comparing the Effectiveness of Affect Phobia Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on the Emotional Self-awareness and Perception of Suffering in Patients with Chronic Pain Disorders . *Journal of Clinical Psychology*. 2024; 15(4): 1-14. [Persian]. [Doi:10.22075/JCP. 2024. 32896.2816](#)
12. Caletti E, Massimo C, Magliocca S. The role of the acceptance and commitment therapy in the treatment of social anxiety: An Affective Disorder, In Press, *Journal Pre-proof*. 2022; 310: 174-182.
[Doi:10.1016/j.jad.2022.05.008](#)

oriented therapy on reducing symptoms of anxiety and depression in patients with multiple sclerosis. *Mashhad University Medical Journal*. 2018; 61,190-200. [Persian]. [Doi:10.22038/mjms.2019.14605](https://doi.org/10.22038/mjms.2019.14605)

25. Mahmudondi Baher E, Phalsafinejad M, Khodabakhshi Kolayi A. Effectiveness of emotional group therapy on hope and negative spontaneous thoughts of divorced women. *Journal of Social Health*. 2016; 5(1): 67-76. [Persian].

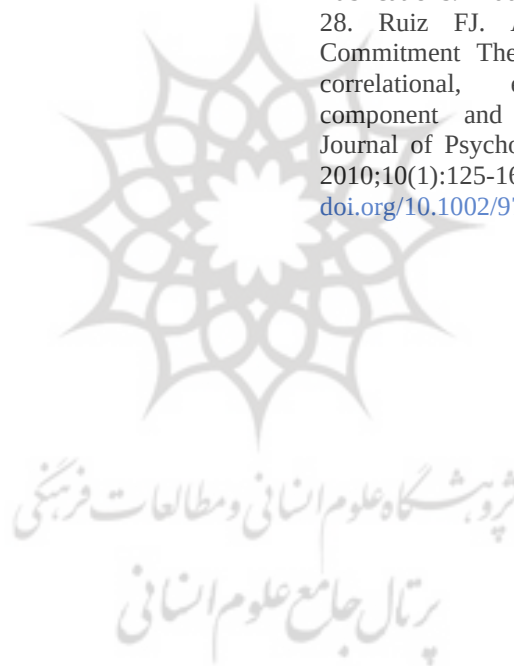
<https://doi.org/10.22037/ch.v5i1.19218>

26. Jacobs H, Grillet B, Bacquer D. The Hypersensitivity, alexithymia and disease characteristics of patients presenting with symptoms of fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2018; 77, 461. [Doi:10.1136/annrheumdis-2018-eular.5754](https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2018-eular.5754)

27. Jalili A, Arab Shibani K. The effectiveness of emotion-oriented therapy on emotional ataxia, depression, mental health and sexual performance of couples on the verge of divorce who refer to health centers in Tehran. Master's thesis in the field of psychology. Payam Noor University, Firdous Center Publications. 1400. [Persian]

28. Ruiz FJ. A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2010;10(1):125-162.

doi.org/10.1002/9781118877142





پروہشگاہ علوم انسانی ومطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی