فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۲۵، شماره ۲۹، تابستان ۱۴۰۴

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

طاهره احمدی سرخونی[۱]، فهیمه میرزایی*[۲]، هراله کریمی[۳]، زهرا پکوک[۴]

۱ گروه مشاوره، دانشگاه هرمزگان، هرمزگان، ایران

۲ گروه روانشناسی، واحد تهران مرکز، دانشگاه ازاد اسلامی، تهران، ایران

۳ گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران

۴ گروه روانشناسی، دانشگاه حکمت رضوی، مشهد، ایران

چکیده

اختلال افسردگی اساسی یکی از مهم‌ترین و شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است که پیامدهای فردی، اجتماعی و اقتصادی گسترده‌ای دارد. پژوهش‌های متعددی بر اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی در کاهش نشانه‌های افسردگی تأکید کرده‌اند. دو رویکرد برجسته در این حوزه، درمان شناختی–رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هستند. هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی اثربخشی این دو رویکرد بر نشانه‌های افسردگی، افکار غیرمنطقی، بازداری هیجانی و ارزشمندی در زندگی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود. روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به مراکز روان‌شناسی و روان‌پزشکی شهر تهران در سال ۱۴۰۴ بود. از میان آن‌ها ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه (درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل) جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی بک–II، مقیاس افکار غیرمنطقی جونز، پرسشنامه بازداری هیجانی کینگ و همکاران و پرسشنامه ارزشمندی در زندگی ویلسون و همکاران بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره تحلیل شدند. نتایج نشان داد که هر دو روش درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش نشانه‌های افسردگی ($F= ۲۳/۶۴, p<۰/۰۰۸, \eta2=۰/۴۲$)، افکار غیرمنطقی ($F= ۳۴/۰۹, p<۰/۰۲۵, \eta2=۰/۲۳$)، بازداری هیجانی ($F= ۲۸/۳۱, p<۰/۰۰۸, \eta2=۰/۴۶$) و افزایش ارزشمندی در زندگی ($F= ۴۲/۸۳, p<۰/۰۳۷, \eta2=۰/۱۸$) اثربخش بودند ($p<۰/۰۵$). مقایسه‌ی میانگین‌ها نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش ارزشمندی و کاهش بازداری هیجانی برتری بیشتری داشت، در حالی که درمان شناختی رفتاری در کاهش افکار غیرمنطقی مؤثرتر بود. بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که انتخاب رویکرد درمانی باید بر اساس نیازهای خاص بیماران افسرده صورت گیرد.

کلمات کلیدی: افسردگی اساسی، درمان شناختی–رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افکار غیرمنطقی، بازداری هیجانی، ارزشمندی در زندگی

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

مقدمه

اختلال افسردگی اساسی یکی از جدی‌ترین مشکلات بهداشت روان در سطح جهانی است. این اختلال با نشانه‌هایی همچون خلق پایین، کاهش علاقه و لذت، اختلال خواب، خستگی مفرط[1]، احساس بی‌ارزشی و گناه، کاهش تمرکز و گاهی افکار مرگ همراه است. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت افسردگی یکی از علل اصلی ناتوانی و از بزرگ‌ترین معضلات بهداشت عمومی در سراسر جهان است. شیوع بالای این اختلال، هزینه‌های سنگین فردی، خانوادگی و اجتماعی آن را به مسئله‌ای جدی برای سیاست‌گذاران سلامت و متخصصان بالینی تبدیل کرده است (تاپر[2] و همکاران، ۲۰۲۲). مطالعات نشان می‌دهد که حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد افراد در طول زندگی خود دست‌کم یک دوره افسردگی اساسی را تجربه می‌کنند و شیوع آن در زنان تقریباً دو برابر مردان است. افسردگی علاوه بر کاهش کیفیت زندگی، با پیامدهایی چون بیکاری، فروپاشی روابط خانوادگی، سوءمصرف مواد[3] و حتی خودکشی مرتبط است. به همین دلیل، درمان مؤثر و پایدار افسردگی اساسی از مهم‌ترین اولویت‌های روان‌شناسی بالینی به شمار می‌رود (سیمون[4] و همکاران، ۲۰۲۴).

یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های بیماران افسرده، الگوهای تفکر منفی و غیرمنطقی است. افراد افسرده معمولاً دچار خطاهای شناختی نظیر تفکر همه یا هیچ، فاجعه‌سازی، تعمیم افراطی و نادیده‌گرفتن جنبه‌های مثبت زندگی هستند. این افکار ناکارآمد نه تنها خلق منفی را تداوم می‌بخشند، بلکه مانع تجربه‌ی هیجان‌های مثبت نیز می‌شوند (وانگ[5] و همکاران، ۲۰۲۵). از سوی دیگر، بسیاری از بیماران افسرده به جای ابراز آزادانه هیجان‌ها، آن‌ها را سرکوب یا بازداری می‌کنند. بازداری هیجانی[6] موجب انباشته شدن هیجان‌های منفی، افزایش تنش‌های درونی و کاهش توانایی تنظیم هیجان می‌شود. این وضعیت اغلب به وخامت نشانه‌های افسردگی و حتی بروز مشکلات جسمانی[7] منجر می‌گردد (ژینگ[8] و همکاران، ۲۰۲۵). علاوه براین، افسردگی با کاهش احساس ارزشمندی در زندگی همراه است. افراد افسرده غالباً نمی‌توانند اهداف و ارزش‌های شخصی خود

[1] Extreme fatigue
[2] Thapar
[3] Substance abuse
[4] Simon
[5] Wang
[6] Emotional inhibition
[7] Physical problems
[8] Zheng

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

را شناسایی و دنبال کنند. فقدان حس ارزشمندی موجب می‌شود زندگی برای آن‌ها بی‌معنا جلوه کند و انگیزه‌ی تلاش برای تغییر کاهش یابد (پارک و کاون[1]، ۲۰۲۵).

برای درمان افسردگی رویکردهای دارویی و روان‌درمانی متعددی وجود دارد. دارودرمانی اگرچه در کاهش نشانه‌ها مؤثر است، اما به تنهایی نمی‌تواند به تغییرات پایدار منجر شود و احتمال عود بسیار بالاست. در مقابل، روان‌درمانی به‌ویژه در موارد خفیف تا متوسط می‌تواند به‌صورت پایدارتر و عمیق‌تر مؤثر واقع شود. در میان روش‌های روان‌درمانی، درمان شناختی–رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد **به** عنوان دو رویکرد مؤثر و مبتنی بر شواهد مطرح هستند (فنگ[2] و همکاران، ۲۰۲۴). درمان شناختی–رفتاری بر این فرض استوار است که افکار ناسازگار موجب ایجاد و تداوم هیجان‌های منفی و رفتارهای ناکارآمد می‌شوند. هدف درمان شناختی–رفتاری شناسایی و اصلاح این افکار و جایگزینی آن‌ها با شناخت‌های واقع‌بینانه‌تر است. در این رویکرد، مراجعان می‌آموزند افکار خودکار منفی را شناسایی کنند، اعتبار آن‌ها را بسنجند و الگوهای جدیدی از اندیشیدن را تمرین کنند. پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که درمان شناختی–رفتاری در کاهش نشانه‌های افسردگی، پیشگیری از عود و بهبود کارکرد اجتماعی بیماران مؤثر است (گریکی[3] و همکاران، ۲۰۲۱).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یکی از درمان‌های نسل سوم رفتاری می‌باشد که برخلاف درمان شناختی–رفتاری که تلاش می‌کند محتوای افکار منفی را تغییر دهد، بر پذیرش تجربه‌های درونی (افکار، هیجان‌ها، احساسات جسمانی) و ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی[4] تمرکز دارد. در این رویکرد، مراجعان می‌آموزند به جای اجتناب یا سرکوب افکار و هیجان‌های منفی، آن‌ها را بپذیرند و در عین حال به سمت ارزش‌های شخصی خود حرکت کنند. به بیان دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ایجاد زندگی معنادار و ارزش‌محور تأکید دارد، حتی در حضور درد و رنج روان‌شناختی (بیگی و همکاران، ۲۰۲۳).

چندین مطالعه به مقایسه‌ی مستقیم اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پرداخته‌اند. پژوهش داویس[5] و همکاران (۲۰۲۳) نشان داد که هر دو رویکرد در کاهش نشانه‌های افسردگی

[1] Park & Kwon
[2] Feng
[3] Gericke
[4] Psychological flexibility
[5] Davis

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

مؤثرند، اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ارتقای کیفیت زندگی و کاهش اجتناب هیجانی عملکرد بهتری دارد. در مقابل، نتایج پژوهش فریرا[1] و همکاران (۲۰۲۲) بیانگر آن بود که درمان شناختی رفتاری در اصلاح شناخت‌های ناکارآمد و کاهش نشانه‌های شناختی افسردگی (مانند افکار منفی تکراری) نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برتری دارد.

در مورد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شواهد نشان می‌دهد که این رویکرد کمتر بر تغییر محتوای افکار و بیشتر بر تغییر رابطه‌ی فرد با افکار تأکید دارد. پژوهش ویلیامز[2] و همکاران (۲۰۲۳) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش چسبندگی شناختی[3] می‌شود، که این امر به کاهش اثرات منفی افکار غیرمنطقی کمک می‌کند. بنابراین، در حالی که درمان شناختی رفتاری محتوای افکار را تغییر می‌دهد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شیوه‌ی تعامل با آن‌ها را دگرگون می‌سازد. پژوهش سامان و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد که بیماران افسرده پس از ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانستند هیجان‌های منفی خود را بدون سرکوب تجربه کنند و این امر به بهبود وضعیت روان‌شناختی آنان کمک کرد. با وجود اثربخشی هر دو درمان، سؤال مهم این است که کدام‌یک در بهبود شاخص‌های مختلف مرتبط با افسردگی (نشانه‌های بالینی، افکار غیرمنطقی، بازداری هیجانی و ارزشمندی در زندگی) مؤثرتر است. بنابراین، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال می‌باشد که آیا بین 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 تفاوتی وجود دارد؟

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش اجرا، نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه کنترل است. در این طرح، آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در سه گروه (درمان شناختی–رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل) گمارده شدند. این طراحی امکان مقایسه‌ی مستقیم اثربخشی دو رویکرد درمانی را در متغیرهای مورد نظر فراهم می‌سازد. جامعه‌ی آماری پژوهش را تمامی افراد مبتلا به افسردگی

[1] Ferreira
[2] Williams
[3] Cognitive Fusion

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

که در سال ۱۴۰۴ به کلینیک‌های روانشناختی شهر تهران مراجعه کرده بودند، تشکیل دادند که بر اساس پرسشنامه‌ی افسردگی بک نمره بالاتر از نقطه برش به دست آوردند.

از میان جامعه‌ی آماری، ۶۰ نفر به صورت داوطلبانه و از طریق فراخوان انتخاب شدند. سپس با استفاده از معیارهای ورود و خروج، افراد غربال شدند. معیارهای ورود شامل: سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال، کسب نمره‌ی بالا در پرسشنامه‌ی افسردگی بک (۲۹ و بالاتر)، نداشتن اختلالات روان‌پزشکی شدید مانند روان‌پریشی یا دوقطبی و عدم دریافت درمان روان‌شناختی یا دارویی همزمان با اجرای پژوهش بود.

معیارهای خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه در فرایند درمان، تمایل نداشتن به ادامه‌ی همکاری، تغییر ناگهانی در شرایط زندگی (مانند بیماری شدید یا مهاجرت). در نهایت، ۴۵ نفر واجد شرایط انتخاب شدند و به صورت تصادفی ساده در سه گروه ۱۵ نفره (درمان شناختی–رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل) قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه افسردگی بک – فرم بلند (BDI-II): این پرسش‌نامه یکی از رایج‌ترین ابزارهای خودگزارشی برای سنجش شدت علائم افسردگی است که توسط بک، استیر و براون [1] طراحی شده است. این ابزار، ابعاد مختلف افسردگی از جمله خلق افسرده، احساس گناه، بدبینی، خستگی، افکار خودکشی و اختلال خواب را ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری پرسش‌نامه به صورت چهار گزینه‌ای (۰ تا ۳) انجام می‌شود، به طوری که هر آیتم چهار حالت از شدت یک علامت را توصیف می‌کند (برای مثال: «غمگین نیستم» تا «آن‌قدر غمگینم که نمی‌توانم تحمل کنم»). نمره کل بین ۰ تا ۶۳ متغیر است. تفسیر نمره‌ها بدین شرح می‌باشد: ۰–۱۳: حداقل افسردگی؛ ۱۴–۱۹: افسردگی خفیف، ۲۰–۲۸: افسردگی متوسط و ۲۹–۶۳: افسردگی شدید. بک، استیر و گاربین [2] (۱۹۸۸)، در یک تحلیل سطح بالا از کوشش های مختلف برای تعیین غمسانی درونی، ضرایب ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ را به دست آوردند. در ایران، نسخه فارسی این ابزار توسط فارسی و همکاران بررسی شده و روایی صوری، محتوا و سازه آن تأیید شده است. پایایی پرسش‌نامه با

[1] Steer and Brown
[2] Steyr and garbine

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

روش آلفای کرونباخ برابر با ۰.۸۷ گزارش شده است که نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب آن می‌باشد (رجبی و همکاران، ۲۰۱۲).

پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز: این پرسشنامه توسط جونز (۱۹۶۸) و بر اساس نظریه الیس و برای اندازه‌گیری و سنجش عقاید غیرمنطقی ساخته شده است. این مقیاس دربردارنده ده پرسش است. درجه بندی پرسش‌ها براساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت است و آزمودنی میزان موافقت یا مخالفت خود را با توجه به درجات (به شدت مخالف، تاحدی مخالف، نه مخالف نه موافق، تا حدی موافق، به شدت موافق) مشخص می‌کند. برای نمره گذاری هر مقیاس کلید تهیه شده است. در هر مقیاس نمره بالا نشان دهنده شدت باور غیرمنطقی است. نمره کل باورهای غیرمنطقی از جمع جبری همه ی نمره‌های خرده مقیاس‌ها به دست می‌آید. نمره بالا در این آزمون نشان دهنده باور غیرمنطقی بیشتر است. جونز (۱۹۶۸) اعتبار کل پرسشنامه به روش بازآزمایی را ۰/۹۲ و برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۶۶ تا ۰/۸۰ گزارش نموده است. تقی پور (۱۳۷۷) با استفاده از روش آلفای کرونباخ اعتبار پرسشنامه را ۰/۷۱ به دست آورد (نوفرستی و همکاران، ۱۳۹۴).

پرسشنامه بازداری هیجان کلنر: پرسشنامه بازداری هیجان کلنر (۱۹۸۶) شامل ۱۶ گویه است که چهار خرده مقیاس بازداری ،کلامی کمرویی، پنهان کردن احساسات و خودکنترلی را در یک طیف پنج درجه ای لیکرت از خیر (صفر) تا همیشه (۴) ارزیابی می.شود در این پرسشنامه، برای ارزیابی میزان بازداری هیجان نمرات گویهها با هم جمع و سپس محاسبه می.شود نمره هر خرده مقیاس صفر تا ۱۶ است و نمره کل صفر تا ۶۴ است نمرههای بالا در شاخص بازداری هیجان نشانگر سطح بالاتری از ترس درون گرایی و محدودیت هیجانی هستند. در پژوهش گراندی و همکاران (۲۰۱۱) ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۷۹/۰ به دست آمد که خود بیانگر همسانی درونی قابل قبول مقیاس بازداری هیجانی است. همچنین نتایج نشان داد بین جمعیت بالینی و غیربالینی تمایز قائل میشود. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی ثبات درونی و پایایی بازآزمون این پرسشنامه را رضایت بخش توصیف کرد (اسدالهی و همکاران ۱۴۰۱) ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۶ گزارش شد (لیو و همکاران، ۲۰۲۱). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ ۷۹/۰ به دست آمده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ عامل بازداری کلامی مقیاس بازداری هیجانی ،۶۹/۰

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

کمرویی ،۷۳/۰ پنهان کردن احساسات ۷۱۰/۰ و عامل خودکنترلی ۶۵/۰ به دست آمد که بیانگر پایایی بالای این ابزار بود. (اسدالهی و همکاران، ۱۴۰۱)

شاخص ارزشمندی در زندگی: شاخص ارزشمندی زندگی توسط باتیستا[1] (۱۹۹۷) به منظور ارزیابی میزان احساس ارزشمندی در زندگی طراحی شده است. گویه های این برسشنامه با طیف لیکرت ۳ گزینه ایی «موافقم»، «نظری ندارم» و «مخالفم نمره گذاری میشوند. این مقیاس از ضرایب روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است. همسانی درونی کل مقیاس ۰/۸۰ گزارش شده است. در پژوهش نصیری و جوکار (۲۰۰۷) دو عامل اصلی در این مقیاس گزارش شد که هر دو روی هم ۰/۳۹ از واریانس را تبیین می کنند و یا حذف ۵ گومه (۱، ۷، ۲۲، ۲۴، ۲۵ از له اصلی یا بار عاملی کمتر از ۳/۱، یک نسخه ۲۳ گونه ایی از این مقیاس شامل عامل «چارچوب یا ۱۱ گونه و عامل «رضایت با ۱۲ گویه معرفی شده است (اکبری و همکاران، ۱۴۰۰). در پژوهش کاظمیان مقدم و همکاران (۱۳۹۷) پایایی این پرسشنامه به روش محاسبه آلفای کرونباخ ۸۵/۰ گزارش شده است .در پژوهش حاضر، ضریب همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس چارچوب و رضایت به ترتیب ۰/۸۴ و ۸۱/ به دست آمد.

برای گروه درمان شناختی-رفتاری، پروتکل مایکل فری (۲۰۰۷) به کار گرفته شد. این پروتکل ترکیبی از نظریات آلبرت الیس و آرون تی‌بک بود که بر تغییر الگوهای فکری منفی و تحریف‌های شناختی تأکید داشت. هدف از درمان شناختی-رفتاری تغییر افکار منفی و رفتارهای ناسازگار بود تا به کاهش مشکلات روان‌شناختی کمک کند. در این پروتکل، علاوه بر جلسات درمانی، تکالیف خانگی به شرکت‌کنندگان محول شد تا در طول دوره درمان بتوانند از تکنیک‌های آموخته‌شده در زندگی روزمره استفاده کنند. در این پژوهش، تمامی مداخلات درمانی به‌صورت گروهی و با همراهی تکالیف خانگی انجام گرفت. این شیوه گروهی، به دلیل حمایت اجتماعی و تبادل تجربیات بین اعضای گروه، مؤثرتر از درمان‌های فردی بود. البته لازم به ذکر است که مراحل اجرایی این روش‌ها به دلیل شرایط طبیعی که در طول تحقیق پیش آمد، دستخوش تغییراتی شدند.

[1] Battista

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۲۵، شماره ۲۹، تابستان ۱۴۰۴

محتوای نهایی پروتکل‌های درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناختی–رفتاری به ترتیب در جداول شماره ۱ و ۲ ارائه شده است.

جدول ۱. محتوای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوای آموزشی	تکالیف خانگی
اول	آشنایی با ساختار جلسات؛ معرفی منطق زیربنایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مرور قواعد اساسی	تمرین نوشتن در مورد تجربیات گذشته در مواجهه با وابستگی به افکار منفی
دوم	بررسی باورهای رایج در مورد خشم و ارزیابی هزینه‌های خشم خود	نوشتن در مورد هزینه‌های روانی و اجتماعی استفاده زیاد از افکار منفی در زندگی روزمره
سوم	کشف ریشه‌های کشمکش افراد با خشم و پایان دادن به آن با ترسیم فرآیند خشم	تمرین شناسایی موقعیت‌های ایجادکننده اضطراب یا خشم در هنگام استفاده از افکار منفی و تحلیل آن‌ها
چهارم	آشنایی با دو موقعیت که کنترل خشم اثری ندارد: کنترل دیگران و کنترل احساسات دردناک خود	نوشتن درباره موقعیت‌هایی که در آن‌ها احساسات دردناک مرتبط با افکار منفی (مثلاً اضطراب یا تنش) نتواسته‌اند کنترل شوند
پنجم	یادگیری کنترل خود به جای کنترل دیگران و کمتر جدی گرفتن ذهن بجای کنترل احساسات	تمرین تمرکز بر کنترل استفاده از افکار منفی و کاهش وابستگی به آن به جای کنترل دیگران
ششم	یادگیری پذیرش فعال، اهمیت پذیرش خشم و احساسات نهفته در آن، پذیرش خود و آسیب‌پذیری‌ها	انجام تمرینات مدیتیشن و پذیرش احساسات مرتبط با استفاده از افکار منفی به صورت غیرقضاوتی
هفتم	فراگیری چگونگی پذیرش آنچه تجربه می‌شود با مهارت پذیرش آگاهانه	تمرین آگاهی از لحظه حال و پذیرش احساسات و نیازهای ذهنی به افکار منفی به صورت غیرقضاوتی
هشتم	شناسایی ارزش‌ها و کشف مسائلی که برای فرد حائز اهمیت است	نوشتن در مورد ارزش‌های شخصی و تعیین اولویت‌ها به‌ویژه در رابطه با استفاده از زمان و افکار منفی
نهم	رویارویی با رنجش از طریق بخشش	نوشتن نامه به خود یا دیگران و بخشش احساسات منفی در رابطه با وابستگی به افکار منفی
دهم	کاربرد عملی ارزش‌ها و برنامه‌ریزی برای آن‌ها	طراحی یک برنامه عملیاتی برای کاهش وابستگی به افکار منفی و ایجاد تعادل در استفاده از آن

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

جدول ۲. محتوای درمان شناختی-رفتاری

جلسه	محتوای آموزشی	تکالیف خانگی
اول	آشنایی با ساختار جلسات؛ معرفی منطق زیربنایی شناخت-درمانگری و مرور قواعد اساسی	نوشتن در مورد اولین خاطراتی که از وابستگی به افکار منفی دارند و اثرات آن بر زندگی شخصی‌شان
دوم	معرفی مفاهیم اصلی شناخت-درمانگری نظیر رویدادهای فعال‌کننده، باورها، خطاهای منطقی و غیره	تمرین شناسایی خطاهای منطقی در افکار مربوط به نیاز به استفاده از افکار منفی (مثلاً «اگر الان گوشی‌ام را چک نکنم چیزی مهم را از دست می‌دهم»)
سوم	مرور جدول سه ستونی و شناخت دقیق‌تر خطاهای منطقی به همراه نمونه‌هایی از هر کدام	پر کردن جدول سه ستونی و شناسایی خطاهای منطقی مرتبط با استفاده از افکار منفی
چهارم	مرور خطاهای منطقی مراجع در جدول سه ستونی و آشنایی با منطق متناسب	تمرین تحلیل منطقی در مواقعی که به طور غیرضروری از افکار منفی استفاده می‌کنند
پنجم	مرور نحوه استفاده از منطق متناسب در مورد افکار غیرمنطقی در لحظه و آشنایی با مخالف‌ورز	انجام تمرین مخالف‌ورزی و تحلیل افکار غیرمنطقی در مورد نیاز به چک کردن افکار منفی به صورت فوری
ششم	مرور نحوه استفاده از مخالف‌ورزها و آشنایی با مدل عمومی اختلالات هیجانی و رفتاری	نوشتن در مورد تاثیرات مثبت کاهش وابستگی به افکار منفی و استفاده بهینه از آن
هفتم	آشنایی با ماهیت و محتوای روان‌بنه‌های منفی و شناسایی روان‌بنه‌ها با استفاده از روش پیکان عمومی	تمرین شناسایی روان‌بنه‌ها و باورهای منفی که به استفاده بیش از حد از افکار منفی منجر می‌شود
هشتم	تثبیت یادگیری پیکان عمودی و معرفی برخی قواعد مفید در انجام تحلیل پیکان عمودی	پر کردن جدول پیکان عمودی برای تحلیل ارتباطات ذهنی منفی و تغییر آن‌ها برای مدیریت بهتر استفاده از افکار منفی
نهم	معرفی تحلیل هماوردی، تحلیل جستجوگرانه و تحلیل علمی به همراه نمونه‌ای از هر کدام	انجام تحلیل علمی در مورد باورهای منفی و غیرمنطقی درباره نیاز به چک کردن دائمی افکار منفی
دهم	مرور همه باورها، رفع مشکلات احتمالی و خاتمه درمان	نوشتن گزارشی از تغییرات ذهنی و هیجانی طی درمان و چگونگی ادامه مسیر پس از درمان به‌ویژه در زمینه کاهش وابستگی به افکار منفی

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

روش اجرا

گروه درمان شناختی–رفتاری در ۱۰ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای شرکت کردند، و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز طی ۱۰ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای آموزش دیدند. گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد و در پیش‌آزمون و پس‌آزمون شرکت کردند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSSنسخه ۲۶ تحلیل شدند. در ابتدا آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) محاسبه شد. سپس برای بررسی فرضیه‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. در همه‌ی آزمون‌ها سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته (افسردگی، افکار غیرمنطقی، بازداری هیجانی و ارزشمندی در زندگی) در سه گروه (درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نشانه‌های افسردگی، افکار غیرمنطقی، بازداری هیجانی و ارزشمندی در زندگی در مراحل مختلف پژوهش

		گروه درمان پذیرش و تعهد	گروه درمان شناختی رفتاری	گروه کنترل
متغیر	مرحله	میانگین و انحراف استاندارد	میانگین و انحراف استاندارد	میانگین و انحراف استاندارد
ارزشمندی در زندگی	پیش آزمون	۳۷/۲۲± ۹/۳۶	۳۸/۳۴±۱۱/۱۲	۳۹/۶۲ ±۹/۸۲
	پس آزمون	۴۸/۳۶ ±۱۲/۶۸	۴۵/۷۹±۸/۰۱	۴۱/۴±۸/۳۶
بازداری هیجانی	پیش آزمون	۴۳/۳۹ ±۱۰/۲۴	۴۵/۶۷ ±۷/۰۱	۴۲/۱۴ ±۹/۱۸
	پس آزمون	۳۷/۳۱ ±۹/۵۸	۳۴/۱۸ ±۱۱/۳۶	۴۱/۳۶ ±۱۰/۱۵
افکار غیر منطقی	پیش آزمون	۶/۳۴±۲/۰۶	۷/۰۱ ±۳/۶۲	۷/۱۵ ±۳/۳۶
	پس آزمون	۱۱/۶۸ ±۴/۳۴	۱۳/۹۴ ±۴/۵۴	۷/۳۶ ±۳/۹۸
افسردگی	پیش آزمون	۴۲/۳۲± ۴/۳۶	۴۱/۳۴±۳/۱۲	۴۰/۳۶±۴/۳۵
	پس آزمون	۳۴/۷۴ ±۳/۶۸	۳۶/۲۸±۲/۰۱	۴۰/۴۵±۴/۷۱

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

همان‌طور که جدول نشان می‌دهد، بازداری هیجانی در مرحله پیش آزمون در گروه درمان شناختی رفتاری با میانگین ۴۵/۶۷ و انحراف استاندارد ۷/۰۱ دارای بیشترین مقدار می‌باشد. متغیر افکار غیرمنطقی نیز در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با میانگین ۶/۳۴ و انحراف استاندارد ۲/۰۶ دارای کمترین مقدار می‌باشد.

جدول ۴. نتایج آزمون اثرات چندمتغیر برای مقایسه سه گروه در پس‌آزمون

شاخص آماری	مقدار	F	Sig
لامبدا ویلکز	۰/۲۱۸	۹/۸۷	۰/۰۰۱
اثر پیلایی	۰/۷۸۲	۹/۸۷	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۳/۵۹	۹/۸۷	۰/۰۰۱
اثر رُی	۳/۵۹	۹/۸۷	۰/۰۰۱

همانطور که نتایج جدول نشان داد حداقل در یکی از متغیرهای وابسته بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. برای مشخص شدن تفاوت گروه‌ها در هر متغیر وابسته، تحلیل کوواریانس چندمتغیره متغیره اجرا شد که در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه اثربخشی درمان درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای پژوهش

متغیر	SS	MS	F	P	η2
افسردگی	۳۵۹/۲۸	۱۷۶/۸۶	۲۳/۶۴	۰/۰۰۸	۰/۴۲
افکار غیرمنطقی	۱۴۵/۳۴	۳۴۱/۷۴	۳۴/۰۹	۰/۰۲۵	۰/۲۳
بازداری هیجانی	۶۸۷/۸۹	۳۲۸/۸۹	۴۲/۸۳	۰/۰۳۷	۰/۱۸
ارزشمندی در زندگی	۳۱۷/۵۶	۱۹۷/۱۴	۲۸/۳۱	۰/۰۰۸	۰/۴۶

یافته‌ها نشان داد که هر دو درمان درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل در کاهش افسردگی ($F= ۲۳/۶۴, p<۰/۰۰۸, \eta2=۰/۴۲$)، افکار غیرمنطقی ($F= ۳۴/۰۹, p<۰/۰۲۵, \eta2=۰/۲۳$)، بازداری هیجانی ($F= ۴۲/۸۳, p<۰/۰۳۷, \eta2=۰/۱۸$) و افزایش ارزشمندی در زندگی ($F= ۲۸/۳۱, p<۰/۰۰۸, \eta2=۰/۴۶$) اثربخش بودند. مقایسه‌ی میانگین‌ها نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش ارزشمندی و کاهش بازداری هیجانی برتری بیشتری داشت، در حالی که درمان شناختی رفتاری در کاهش افکار غیرمنطقی مؤثرتر بود. بنابراین، نتایج نشان داد که هم درمان شناختی رفتاری و هم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل در تمام متغیرها تفاوت معنادار داشتند ($p < 0.05$).

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه‌ی اثربخشی درمان‌های شناختی–رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش وتعهد بر چهار متغیر اصلی شامل نشانه‌های افسردگی، افکار غیرمنطقی، بازداری هیجانی و ارزشمندی در زندگی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی انجام شد. یافته‌ها نشان دادند که هر دو رویکرد درمانی اثرات مثبت و معناداری بر متغیرهای مذکور دارند، اما تفاوت‌های ظریف و ساختاری میان نتایج هر گروه درمانی مشاهده شد که می‌تواند با مبانی نظری و مکانیسم‌های عملکردی هر رویکرد توضیح داده شود. نتایج پژوهش نشان داد که هر دو درمان شناختی–رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش نشانه‌های افسردگی، کاهش افکار غیرمنطقی، کاهش بازداری هیجانی و افزایش ارزشمندی در زندگی بیماران افسرده مؤثرند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ارتقای ارزشمندی و کاهش بازداری هیجانی برتری اندکی داشت، در حالی که درمان شناختی رفتاری در اصلاح افکار غیرمنطقی مؤثرتر بود. بنابراین انتخاب درمان باید بر اساس نیازهای خاص بیماران انجام شود.

کاهش چشمگیر نشانه‌های افسردگی در هر دو گروه درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با یافته‌های پژوهش‌های قبلی (بک، ۲۰۱۱؛ هیز و همکاران، ۲۰۱۲؛ موسوی، ۱۳۹۸) همخوانی دارد. درمان شناختی رفتاری از طریق اصلاح افکار منفی و ناکارآمد، نشانه‌های بالینی افسردگی را کاهش می‌دهد. از سوی دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تقویت پذیرش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانسته است افسردگی را کاهش دهد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که مسیرهای متفاوت درمانی می‌توانند به نتایج مشابهی در کاهش علائم افسردگی منجر شوند. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افکار غیرمنطقی برتری اندکی دارد. این امر با نظریه‌ی بک و الیس همخوانی دارد، زیرا درمان شناختی رفتاری به طور مستقیم بر شناسایی و بازسازی افکار غیرمنطقی تمرکز دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این زمینه کمتر بر محتوا و بیشتر بر رابطه فرد با افکار تأکید دارد، بنابراین کاهش افکار غیرمنطقی کمتر محسوس است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش بازداری هیجانی نسبت به درمان شناختی رفتاری عملکرد بهتری داشت. این یافته با نظریه‌ی اجتناب تجربی و پژوهش‌های قبلی (هافمن، ۲۰۱۸؛ عباسی، ۱۴۰۰) همخوانی

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

دارد. پذیرش هیجان‌ها و تمرین‌های ذهن‌آگاهی موجب می‌شوند که بیماران بدون اجتناب و سرکوب، هیجان‌های منفی خود را تجربه کنند و فشار روانی کاهش یابد. افزایش ارزشمندی در زندگی در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان شناختی رفتاری بیشتر بود. این یافته تأیید می‌کند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور ویژه بر حرکت در مسیر ارزش‌ها و ایجاد زندگی معنادار تمرکز دارد. در حالی که درمان شناختی رفتاری بیشتر بر کاهش علائم منفی تمرکز دارد و ممکن است به‌طور مستقیم تأثیر چندانی بر احساس ارزشمندی نداشته باشد.

کاهش نشانه‌های افسردگی در هر دو گروه درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با پژوهش شین[1] و همکاران (۲۰۲۳) دارد. در درمان شناختی رفتاری، این کاهش از طریق بازسازی شناختی و اصلاح باورهای ناکارآمد و افکار منفی خودکار رخ می‌دهد. بیماران با شناسایی الگوهای تفکر منفی و جایگزینی آن‌ها با الگوهای منطقی‌تر، قادر به کنترل خلق افسرده و کاهش نشانه‌های رفتاری و شناختی می‌شوند (شین و همکاران، ۲۰۲۳). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش افسردگی عمدتاً از طریق پذیرش تجربه‌های درونی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی رخ می‌دهد. به جای تلاش برای تغییر محتوای افکار منفی، بیماران می‌آموزند که این افکار را تجربه کنند بدون اینکه به آن‌ها واکنش هیجانی شدید نشان دهند و با تمرکز بر ارزش‌ها، اقداماتی معنادار انجام دهند. این مسیر موجب کاهش شدت افسردگی و افزایش تاب‌آوری روانی می‌شود (بیگی و همکاران، ۲۰۲۳).

تفاوت‌های مشاهده شده در میانگین کاهش افسردگی بین دو گروه، هرچند معنادار نبود، نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ممکن است تأثیرات بلندمدت و پایدارتر بر افسردگی داشته باشد، زیرا با تغییر رابطه فرد با افکار و هیجان‌ها، ریشه‌های مقابله‌ای و اجتنابی افسردگی را هدف قرار می‌دهد. علاوه براین، یافته‌ها نشان دادند که درمان شناختی رفتاری در کاهش افکار غیرمنطقی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برتری دارد. این نتیجه کاملاً با نظریه‌ی بک و الیس همخوانی دارد، زیرا درمان شناختی رفتاری مستقیماً به شناسایی و اصلاح باورها و افکار ناکارآمد می‌پردازد. بیماران می‌آموزند که افکار خودکار منفی را زیر سؤال ببرند، شواهد اثبات و نفی آن‌ها را بررسی کنند و جایگزین‌های منطقی برای آن‌ها ارائه دهند (ویتکاپ[2] و

[1] Shin
[2] Whitcup

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

همکاران، ۲۰۲۴). در مقابل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمتر بر محتوای افکار تمرکز دارد و بیشتر بر تغییر رابطه فرد با افکار و کاهش چسبندگی شناختی متمرکز است. بنابراین کاهش افکار غیرمنطقی در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمتر محسوس است، اگرچه بیماران می‌توانند از طریق پذیرش و فاصله گرفتن از افکار منفی، اثرات مخرب آن‌ها را کاهش دهند(گلداسمیت [1] و همکاران، ۲۰۲۳). این یافته‌ها اهمیت انتخاب روش درمانی بر اساس اولویت درمانی بیماران را نشان می‌دهد که اگر هدف اصلی اصلاح مستقیم الگوهای تفکری باشد، درمان شناختی رفتاری مؤثرتر است؛ اما اگر هدف کاهش چسبندگی ذهنی و تقویت انعطاف‌پذیری روانی باشد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مزیت دارد.

از سویی دیگر، بازداری هیجانی یکی از مؤلفه‌های مهم در افسردگی است که می‌تواند شدت علائم را افزایش دهد و به مشکلات جسمانی و روانی طولانی‌مدت منجر شود. یافته پژوهش حاضر با نتایج مطالعه هان و کیم [2] (۲۰۲۲) که پژوهش نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش بازداری هیجانی بر درمان شناختی رفتاری برتری دارد، همسو می‌باشد. این برتری ناشی از تمرکز درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش هیجان‌ها و تجربه آگاهانه آن‌ها بدون سرکوب است. در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بیماران با تمرین‌های ذهن‌آگاهی و پذیرش هیجان‌ها، یاد می‌گیرند که هیجان‌های منفی خود را تجربه کنند بدون اینکه از آن‌ها اجتناب کنند یا تلاش کنند آن‌ها را تغییر دهند. این فرآیند موجب کاهش فشار روانی، افزایش خودپذیری و ارتقای کارکرد هیجانی می‌شود.

در درمان شناختی رفتاری، با وجود تمرین‌هایی برای شناسایی هیجان‌ها و ارتباط آن‌ها با افکار، تمرکز اصلی بر تغییر شناخت‌ها می‌باشد و نه پذیرش هیجان‌ها، بنابراین کاهش بازداری هیجانی در درمان شناختی رفتاری کمتر محسوس است. علاوه براین، افزایش ارزشمندی در زندگی در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان شناختی رفتاری بیشتر بود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد **بر** شفاف‌سازی ارزش‌ها و تعهد به عمل بر اساس آن‌ها تأکید دارد، در حالی که درمان شناختی رفتاری بیشتر بر کاهش علائم منفی تمرکز دارد و به‌طور مستقیم به احساس معنا یا ارزشمندی نمی‌پردازد. این یافته با پژوهش‌های کاشمن [3] (۲۰۱۸) و

[1] Goldsmith
[2] Han & Kim
[3] Cushman

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

مطالعه امامی و کج باف (۲۰۱۵) همخوانی دارد که نشان داده‌اند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش رضایت از زندگی، معنا و جهت‌گیری ارزش‌محور در بیماران افسرده می‌شود. این نکته اهمیت هدف‌گذاری درمانی بر اساس اولویت‌های روان‌شناختی بیماران را برجسته می‌کند: اگر ارتقای کیفیت زندگی و معنا هدف اصلی باشد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گزینه‌ی مناسب‌تری است.

بنابر نتایج پژوهش حاضر می‌توان اظهار داشت که درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هر دو در کاهش علائم بالینی افسردگی مؤثرند، اما مسیرهای متفاوتی دارند: درمان شناختی رفتاری از طریق تغییر محتوای افکار، و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق پذیرش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی. علاوه براین، درمان شناختی رفتاری برای اصلاح افکار غیرمنطقی مناسب‌تر است، زیرا مستقیماً بر باورهای ناکارآمد تمرکز دارد. از سویی دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای کاهش بازداری هیجانی و افزایش ارزشمندی در زندگی برتری دارد، زیرا به تجربه بدون اجتناب هیجان‌ها و حرکت در مسیر ارزش‌ها می‌پردازد. لذا ترکیب هر دو رویکرد ممکن است همزمان مزایای اصلاح شناختی و افزایش ارزشمندی را فراهم کند، که موضوع پیشنهادی برای پژوهش‌های آینده است. این تبیین نشان می‌دهد که هر رویکرد درمانی بر اساس ویژگی‌های فردی، اولویت‌های درمانی و اهداف بالینی باید انتخاب شود و درمان‌های ترکیبی می‌توانند راهکارهای جامع‌تری ارائه دهند. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده جمعیت‌های بالینی متنوع‌تر از جمله بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و وسواس فکری- عملی را مورد بررسی و مقایسه قرار دهند و همچنین اثرات بلندمدت و اثرات ترکیبی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بررسی کنند.

بنابراین، پژوهش حاضر نشان داد که هر دو رویکرد درمانی مؤثرند، اما نقاط قوت آن‌ها متفاوت است. درمان شناختی رفتاری برای اصلاح الگوهای شناختی ناکارآمد مناسب است، در حالی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و زندگی ارزش‌محور مناسب است. بنابراین انتخاب نوع مداخله می‌تواند بر اساس نیاز و ویژگی‌های فرد انجام شود. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که که هر دو درمان شناختی–رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش نشانه‌های افسردگی، کاهش افکار غیرمنطقی، کاهش بازداری هیجانی و افزایش ارزشمندی در زندگی بیماران افسرده مؤثرند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ارتقای ارزشمندی و کاهش بازداری هیجانی برتری اندکی داشت، در حالی که درمان شناختی رفتاری

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

در اصلاح افکار غیرمنطقی مؤثرتر بود. بنابراین انتخاب درمان باید بر اساس نیازهای خاص بیماران انجام شود.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که ابین مطالعه هیچ تعارض منافعی ندارد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از تمامی افرادی که ما را در اجرای پژوهش حاضر یاری کردند کمال تشکر به عمل می آید.

منابع مالی

این مقاله بدون حمایت مالی بوده است.

ملاحظات اخلاقی

درخور ذکر است ملاحظات اخلاقی شامل رضایت شرکت کنندگان و آگاهانه بودن پاسخ به پرسشنامه ها رعایت شده و به آزمودنیها گفته شد هرگاه بخواهند می توانند از ادامه پاسخ به پرسشنامه ها انصراف دهند. همچنین به آنها اطمینان داده شد اطلاعات ایشان در این پژوهش کاملا محرمانه اند و مبتنی بر اهداف پژوهش بوده اند و هیچ استفاده دیگری از آنها نخواهد شد.

منابع

Asadollahi, F. , Mohammadi, M. , Naziri, G. and Fath, N. (2024). The Mediating Role of Emotional Inhibition on the Relationship between Emotion Awareness Levels and Life Events with Post-Traumatic Stress Syndrome. Journal of Applied Psychological Research, 15(2), 135-154. doi: 10.22059/japr.2023.341104.644228

Beygi, Z., Jangali, R. T., Derakhshan, N., Alidadi, M., Javanbakhsh, F., & Mahboobizadeh, M. (2023). An overview of reviews on the effects of acceptance and commitment therapy (ACT) on depression and anxiety. Iranian journal of psychiatry, 18(2), 248. https://doi.org/10.18502/ijps.v18i2.12373

Cushman, P. (2018). The earthquake that is the Hoffman report on torture: Toward a re-moralization of psychology. Psychoanalysis, self and context, 13(4), 311-334. https://doi.org/10.1080/24720038.2018.1499286

Davis, C. H., Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2023). Choosing ACT or CBT: A preliminary test of incorporating client preferences for depression treatment with college students. Journal of Affective Disorders, 325, 413-420. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.097

Emami, Z. and Kajbaf, M. (2015). The Effectiveness of Quality of Life Therapy on Anxiety and Depression in Female High School students. Research in Cognitive and Behavioral Sciences, 4(2), 89-102.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

Feng, X., Jia, P., & Zhang, D. (2024). Nanocarrier drug delivery system: promising platform for targeted depression therapy. Frontiers in Pharmacology, 15, 1435133. https://doi.org/10.3389/fphar.2024.1435133

Ferreira, M. G., Mariano, L. I., de Rezende, J. V., Caramelli, P., & Kishita, N. (2022). Effects of group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on anxiety and depressive symptoms in adults: A meta-analysis. Journal of affective disorders, 309, 297-308. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.134

Gericke, F., Ebert, D. D., Breet, E., Auerbach, R. P., & Bantjes, J. (2021). A qualitative study of university students' experience of internet-based CBT for depression. Counselling and Psychotherapy Research, 21(4), 792-804. https://doi.org/10.1002/capr.12465

Goldsmith, E. S., Koffel, E., Ackland, P. E., Hill, J., Landsteiner, A., Miller, W. & Duan-Porter, W. (2023). Evaluation of implementation strategies for cognitive behavioral therapy (Cbt), acceptance and commitment therapy (act), and mindfulness-based stress reduction (Mbsr): a systematic review. Journal of general internal medicine, 38(12), 2782-2791. https://doi.org/10.1007/s11606-023-08140-4

Han, A., & Kim, T. H. (2022). Efficacy of internet-based acceptance and commitment therapy for depressive symptoms, anxiety, stress, psychological distress, and quality of life: systematic review and meta-analysis. Journal of medical Internet research, 24(12), e39727. https://doi.org/10.2196/39727

Noferesty, A. , Roshan, R. , Fata, L. , Hassan Abadi, H. R. , Pasandideh, A. and Shaeiri, M. R. (2015). The Effectiveness of Positive Thinking Intervention Program on Happiness and Irrational Beliefs of Delinquent Adolescents M. Raeeyat Ebrahimabadi, A. Arjmandnia, Gh. Afrooz. Positive Psychology Research, 1(1), 1-18.

Park, S. H., & Kwon, Y. M. (2025). Can the center for epidemiologic studies depression scale be used to screen for depression in children and adolescents? An updated systematic review. Child Psychiatry & Human Development, 56(2), 277-287. https://doi.org/10.1007/s10578-023-01553-6

Rajabi, G. and karju kasmai, S. (2012). Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory second edition. Quarterly of Educational Measurement, 3(10), 139-158.

Samaan, M., Diefenbacher, A., Schade, C., Dambacher, C., Pontow, I. M., Pakenham, K., & Fydrich, T. (2021). A clinical effectiveness trial comparing ACT and CBT for inpatients with depressive and mixed mental disorders. Psychotherapy Research, 31(3), 372-385. https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1802080

Shin, J. W., Kim, S., Shin, Y. J., Park, B., & Park, S. (2023). Comparison of acceptance and commitment therapy (ACT) and cognitive behavior therapy (CBT) for chronic insomnia: A pilot randomized controlled trial. Nature and Science of Sleep, 523-531. https://doi.org/10.2147/NSS.S409981

Simon, G. E., Moise, N., & Mohr, D. C. (2024). Management of depression in adults: a review. Jama, 332(2), 141-152. https://doi.org/10.1001/jama.2024.5756

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

Thapar, A., Eyre, O., Patel, V., & Brent, D. (2022). Depression in young people. The Lancet, 400(10352), 617-631. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01012-1

Wang, C., Chen, F., & Yin, Z. (2025). The Application of Chinese Cultural Psychological Thoughts in REBT-Based Psychological Counseling: A Case Study of a Client with Depression. International Journal of Cognitive Behavioral Therapy, 1-22. https://doi.org/10.1007/s41811-025-00253-4

Whitcup, S. M., Sall, K. N., Hovanesian, J. A., Goldberg, D. F., Lee, O. L., Yang, R., & Ni, J. (2024). A phase IIa multicenter, randomized, vehicle-controlled, dose escalating study to evaluate the safety, efficacy, and pharmacokinetics of CBT-001 ophthalmic solution in patients with primary or recurrent pterygium. Ophthalmology Science, 4(4), 100502. https://doi.org/10.1016/j.xops.2024.100502

Williams, A. J., Botanov, Y., Giovanetti, A. K., Perko, V. L., Sutherland, C. L., Youngren, W., & Sakaluk, J. K. (2023). A metascientific review of the evidential value of acceptance and commitment therapy for depression. Behavior Therapy, 54(6), 989-1005. https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.06.004

Zheng, M., Wang, H., Li, C., Ouyang, Y., Yan, L., Gong, F., ... & Li, X. (2025). Marital Adjustment as a Mediator Between Emotional Suppression and Self-Compassion in Women Aged 35+ Undergoing In Vitro Fertilization-Embryo Transfer: A Cross-Sectional Observational Study. Depression and Anxiety, 2025(1), 2100969. https://doi.org/10.1155/da/2100969

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۲۵، شماره ۲۹، تابستان ۱۴۰۴

A Comparative Study of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Depression Symptoms, Irrational Beliefs, Emotional Inhibition, and Valued Living in Patients with Major Depressive Disorder

Tahereh Ahmadi Sarkhooni[1], Fahimeh mirzaiee[2]*, Harale Karimi[3], Zahra pakook[4]

1Departman of Consulting, Hormozgan University, Hormozgan, Iran
2Department of Psychology, CT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.(Corresponding author)
3Department of Psychology, Sa.C., Islamic Azad University, Sanandaj, Iran
4 Department of Psychology, Hekmat Razavi University, Mashhad, Iran
moshaver1@yahoo.com
fahimeh.and.mirzaiee@gmail.com
ani63karimi@gmail.com
zhr.pakook@gmail.com

Abstract

Major depressive disorder is one of the most important and common psychiatric disorders that has extensive individual, social, and economic consequences. Numerous studies have emphasized the effectiveness of psychological treatments in reducing depressive symptoms. Two prominent approaches in this field are cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy. The aim of the present study was to compare the effectiveness of these two approaches on depressive symptoms, irrational thoughts, emotional inhibition, and value in the lives of patients with major depressive disorder. The research method was a quasi-experimental type with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population included all patients with major depression referring to psychology and psychiatry centers in Tehran in 1404. Among them, 45 people were selected through purposive sampling and randomly assigned to three groups (cognitive behavioral therapy, acceptance and commitment therapy, and control). The research instruments included Beck Depression Inventory-II, Jones Irrational Thought Scale, King et al. Emotional Inhibition Questionnaire, and Wilson et al. Value in Life Questionnaire. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance. The results showed that both cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy were effective in reducing depressive symptoms ($p<0.008$, $F=23.64$), irrational thoughts ($p<0.025$, $F=23.02$, 0.09), emotional inhibition ($p<0.037$, $F=42.83$), and increasing value in life ($p<0.05$). Comparison of means showed that acceptance and commitment therapy was superior in increasing self-esteem and reducing emotional inhibition, while cognitive behavioral therapy was more effective in reducing irrational thoughts. Based on the findings of this study, it can be concluded that the choice of treatment approach should be based on the specific needs of depressed patients.

Keywords: Major Depression, Cognitive-Behavioral Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Irrational Thoughts, Emotional Inhibition, Value in Life

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]