

Research Paper

**Effectiveness of Emotional Self Disclosure Based on Acceptance and Commitment Model in Reducing Depression Symptoms of Dysthymic Disorder Housewife Women**Mohammad Hossein Soltani¹, Mehdi Imani^{2*}, Mohammad Ali Goudarzi³

1. MSc in Clinical Psychology, Department of Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

2. Associate Professor, Department of Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

3. Professor, Department of Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

**Article Info:****Received:** 2021/09/21**Accepted:** 2025/02/23**PP:** 14Use your device to scan and
read the article online:**DOI:** 10.22054/JCPS.2025.63705.2645**Keywords:**Dysthymia, Persist
Depression, Emotional
Self-Disclosure,
Acceptance and
Commitment Therapy**Abstract****Objective:** Dysthymic Disorder as a type of chronic depression and more prevalent among women, is associated with negative health consequences and therefore it is necessary to identify optimal interventions in this field. In this way the aim of this study was to investigate the effectiveness of Emotional Self-Disclosure (ESD) based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in reducing depressive symptoms in housewives with dysthymia.**Research Methodology:** The research employed a quasi-experimental design with pretest-posttest and a waiting list control group, including a one-month follow-up. A total of 40 housewives meeting the diagnostic criteria for dysthymia were selected via convenience sampling and randomly assigned to an experimental group (n = 20) or a waiting list control group (n = 20). The Beck Depression Inventory-II (BDI-II) was used as the primary outcome measure. The intervention consisted of eight weekly sessions (90–120 minutes each) of ESD based on ACT delivered to the experimental group. Data were analyzed using ANCOVA with repeated measures.**Findings:** Findings demonstrated that ESD based on ACT significantly reduced depressive symptoms in the experimental group compared to the control group. This effect remained stable during the follow-up period.**Conclusion:** The results suggest that emotional self-disclosure based on ACT is an effective and sustainable intervention for reducing depressive symptoms in housewives with dysthymia. Therefore, its implementation is recommended in both private and public mental health settings by psychologists, psychiatrists, and counselors.**Citation:** Soltani, M.H, Imani, M., & Goudarzi, M, A. (2024). Effectiveness of Emotional Self Disclosure Based on Acceptance and Commitment Model in Reducing Depression Symptoms of Dysthymic Disorder Housewife Women. *Clinical Psychology Studies*, 15(56), 81-94. <https://doi.org/10.22054/jcps.2025.63705.2645>***Corresponding author:** Mehdi Imani**Address:** Department of Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.**Tell:** 09143036843**Email:** mimani@shirazu.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Persistent Depressive Disorder (PDD), also known as dysthymia, is a chronic form of depression that accounts for approximately 20–30% of depressive disorders (Angst et al., 2009; Schramm et al., 2020) and is associated with more severe health outcomes compared to non-chronic depression (Sathyanarayana et al., 2009). Despite its lower prevalence compared to Major Depressive Disorder (MDD), PDD leads to considerable functional impairment (Weinberger et al., 2013) and is twice as prevalent in women as in men globally (Patel & Rose, 2019). One of the defining features of individuals with dysthymia is emotional avoidance and inhibition of emotional disclosure (Norouzi et al., 2010).

Emotional self-disclosure—defined as the open sharing of inner thoughts and feelings (Jourard, 1971)—has been recognized as a key psychological process in promoting mental health. Its effectiveness in improving symptoms of depression, anxiety, and interpersonal closeness has been supported by empirical evidence (Kriener & Levy-Blat, 2019; Sprecher et al., 2013). Acceptance and Commitment Therapy (ACT), a third-wave cognitive-behavioral therapy, emphasizes acceptance of internal experiences and fosters psychological flexibility, making it a promising intervention for depressive disorders (Hayes, 2006; Bai et al., 2020).

However, limited research has explored the integrated use of emotional self-disclosure within the ACT framework, particularly in group settings and among homemakers with dysthymia. Therefore, the present study aims to investigate the effectiveness of a group-based ACT intervention incorporating emotional self-disclosure in reducing depressive symptoms among homemakers diagnosed with Persistent Depressive Disorder.

Methodology

This study was applied in purpose and quantitative in nature, conducted using a quasi-experimental pretest-posttest design with a waiting list control group and a one-month follow-up. The statistical population consisted of housewives diagnosed with dysthymic disorder who referred to counseling centers in Yazd during 2019–2020. A total of 40 participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to two groups: experimental ($n = 20$) and waiting list ($n = 20$).

The research instrument was the Beck Depression Inventory-II (BDI-II), which has demonstrated high reliability and validity in both international and Iranian studies. The intervention included eight 90–120-minute sessions of emotional self-disclosure based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT), following the group therapy manual by Doosti, Ghodrati, and Ebrahimi (2018).

Posttest and one-month follow-up assessments were conducted after the intervention. To uphold ethical standards, the waiting list group was offered treatment after data collection. Data analysis was performed using descriptive statistics and repeated measures ANOVA with SPSS version 22.

Results

The results indicated that the intervention group showed significant reductions in depressive symptoms—emotional, cognitive, and somatic—compared to the control group. Repeated measures ANOVA confirmed the effectiveness of emotional self-disclosure based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT), with statistically significant improvements maintained at one-month follow-up. Effect sizes ranged from moderate to large, particularly for somatic symptoms. Assumption tests confirmed normality, homogeneity of variances, and sphericity.

Discussion and Conclusion

The findings confirmed the sustained effectiveness of emotional self-disclosure based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in reducing depressive symptoms among housewives with dysthymia. This aligns with prior studies suggesting that ACT promotes psychological flexibility and reduces experiential avoidance, enabling individuals to engage more adaptively with negative thoughts and emotions. Emotional self-disclosure, by encouraging confrontation with suppressed affect, facilitates cognitive-emotional reprocessing and contributes to long-term mood improvement. The integration of ACT with emotional disclosure may therefore serve as an effective therapeutic strategy for chronic affective conditions. However, limitations such as the exclusive inclusion of housewives and non-random sampling restrict generalizability. Future studies should examine diverse populations, explore effects on comorbid conditions, and compare ACT-disclosure models with alternative interventions.

Conflict of interest

There is no conflict of interest in this article.

Acknowledgments

We sincerely thank all the participants for their collaboration and support in conducting this study.

Reference

- Abediny, K., & Barzegar Bafrooei, K. (2018). Prediction of pregnancy distress based on emotional self-disclosure and self-regulation. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 20(4), 252-262.
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., & González-Fernández, S. (2020). Activación Conductual en formato grupal para ansiedad y depresión. Una revisión sistemática. *Terapia psicológica*, 38(1), 63-84.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., Lillis, J., 2006. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav. Res. Ther.* 44, 1–25.
- Schramm, E., Klein, D. N., Elsaesser, M., Furukawa, T. A., & Domschke, K. (2020). Review of dysthymia and persistent depressive disorder: history, correlates, and clinical implications. *The Lancet Psychiatry*, 7(9), 801-812.
- Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatric Clinics*, 40(4), 751-770.
- Weinberger, A. H., Pilver, C. E., Desai, R. A., Mazure, C. M., & McKee, S. A. (2013). The relationship of dysthymia, minor depression, and gender to changes in smoking for current and former smokers: longitudinal evaluation in the US population. *Drug and alcohol dependence*, 127(1-3), 170-176.





مقاله پژوهشی

اثربخشی خودافشایی هیجانی بر اساس مدل پذیرش و تعهد در کاهش علائم افسردگی زنان خانه‌دار مبتلا به اختلال افسرده خویی

محمدحسین سلطانی^۱ ID، مهدی ایمانی^۲ ID، محمدعلی گودرزی^۳ ID

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

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۳. استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: اختلال افسرده‌خویی به‌عنوان نوعی افسردگی مزمن و با شیوع بیشتر در بین زنان، با پیامدهای منفی بهداشتی همراه است و در نتیجه شناسایی مداخلات بهینه در این زمینه ضروری است. در این راستا هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی خودافشایی هیجانی براساس مدل پذیرش و تعهد درمانی در کاهش علائم افسردگی زنان خانه‌دار مبتلا به اختلال افسرده‌خویی بود.

روش‌شناسی پژوهش: این پژوهش، به شیوه نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با لیست انتظار و پی‌گیری یک ماهه صورت گرفت. ۴۰ نفر از زنان خانه‌دار مبتلا به اختلال افسرده‌خویی با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش به‌صورت در دسترس انتخاب گردیدند و سپس به‌طور تصادفی به دو گروه ۲۰ نفره آزمایش و لیست انتظار گمارده شدند. جهت ارزیابی متغیرها از پرسشنامه افسردگی بک استفاده شد. زنان خانه‌دار گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۱۲۰-۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان خودافشایی هیجانی براساس مدل پذیرش و تعهد درمانی قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که درمان خودافشایی هیجانی بر اساس مدل پذیرش و تعهد بر کاهش علائم افسردگی زنان خانه‌دار مبتلا به افسرده‌خویی تأثیر معنی‌داری داشت. همچنین، این اثربخشی در دوره پیگیری ماندگار بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر، به‌کارگیری درمان خودافشایی هیجانی بر اساس مدل پذیرش و تعهد جهت کاهش علائم افسردگی زنان خانه‌دار مبتلا به افسرده‌خویی به روان‌شناسان، روان‌پزشکان و مشاوران مراکز درمانی خصوصی و دولتی توصیه می‌شود.



اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۳۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۰۴

شماره صفحات: ۱۴

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید:



DOI: 10.22054/JCPS.2025.63705.2645

واژه‌های کلیدی:

افسرده‌خویی، افسردگی مداوم، خودافشایی هیجانی، درمان پذیرش و تعهد

استناد به این مقاله: سلطانی، م، ایمانی، م، و گودرزی، م. (۱۴۰۳). اثربخشی خودافشایی هیجانی بر اساس مدل پذیرش و تعهد در کاهش علائم افسردگی زنان

خانه‌دار مبتلا به اختلال افسرده خویی. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۵ (۵۶)، ۸۱-۹۴. <https://doi.org/10.22054/jcps.2025.63705.2645>



Clinical Psychology Studies is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

*نویسنده مسئول: مهدی ایمانی

نشانی: گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

تلفن: ۰۹۱۴۳۰۳۶۸۴۳

پست الکترونیکی: mimani@shirazu.ac.ir

مقدمه

حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد اختلالات افسردگی مزمن هستند (انگست^۱ و همکاران، ۲۰۰۹؛ مورفی و بیرن^۲، ۲۰۱۲؛ شرام^۳ و همکاران، ۲۰۲۰) و در مقایسه با افسردگی غیرمزمن، با پیامدهای بهداشتی شدیدتر همراهاند (ساتیارانایا^۴ و همکاران، ۲۰۰۹). اگر علائم افسردگی به مدت ۲ سال یا بیشتر ادامه داشته باشند، افسردگی مزمن، یا طبق پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۵ (DSM-5)، اختلال افسردگی مداوم^۶ (PDD) تلقی می‌شوند و با نشانگانی همچون خلق افسرده در اکثر روزها و وجود حداقل دو علامت از علائم زیر تشخیص داده می‌شود: اشتها کم یا پرخوری، بی‌خوابی یا پرخوابی، کمبود انرژی یا خستگی، عزت نفس پایین، تمرکز ضعیف یا مشکل در تصمیم‌گیری و احساس ناامیدی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). بنابراین، نیم‌رخ اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خویی^۷)، با اختلال افسردگی اساسی همپوشانی دارد ولی تفاوت آن با افسردگی اساسی این است که بیشتر از آن که نشانه^۸ داشته باشد، علامت^۹ دارد (سادوک، سادوک و روئیز، ۲۰۱۵، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۵).

به‌صورت کلی افسرده‌خویی در مقایسه با اختلال افسردگی اساسی شیوع کمتری دارد (۶/۸٪ در مقابل ۱۶/۶٪) اما باعث ایجاد اختلال قابل توجه در عملکرد می‌شود (واینبرگر و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۳). تخمین زده می‌شود که این اختلال تقریباً ۱/۵ درصد از افراد بالغ را درگیر می‌کند که ۴۹/۷ درصد از این موارد شدید گزارش شده‌اند و تنها ۶۷/۵٪ از افراد مبتلا به این اختلال درمان دریافت می‌کنند (مرلوس^{۱۱}، ۲۰۱۷). از منظر جنسیت، به‌طور کلی شیوع اختلال افسردگی مداوم یا افسرده‌خویی در زنان دو برابر مردان است و این نسبت در سراسر جهان وجود دارد (پاتل و رز^{۱۲}، ۲۰۱۹). در ایران نیز طبق مطالعات انجام شده شیوع بیماری‌های روانی از جمله افسردگی در زنان ۲/۵ برابر مردان است (ممیزی، فرزانه و لطفی، ۱۳۹۷).

زنان نیمی از جامعه را تشکیل داده و سلامت آنان، بنیان سلامت خانواده و جامعه است عوامل زیست‌شناختی، هورمونی، چرخه زندگی و عوامل اجتماعی از عوامل تشدید کننده اختلالات روانی در زنان هستند. به‌علاوه برخی زنان علاوه بر انجام وظایف خانه با فعالیت‌های بیرون خانه و شاغل بودن روبه‌رو هستند، که مسائل مربوط به خود را به وجود می‌آورد. هرچند برخی از محققین اذعان دارند که زنان شاغل از وضعیت بهتری از نظر اختلالات افسردگی برخوردار هستند (سومرو، ریاض، نود و سومرو^{۱۳}، ۲۰۱۲). بنابراین، لزوم درمان به موقع و مناسب برای این قشر از افراد جامعه ضروری است. به نظر می‌رسد یکی از اهداف مهم درمان افسردگی، اجرای فنونی باشد که بتواند شرایطی مطلوب ایجاد کنند تا افراد از حالت هیجانی ناکارآمد به حالت هیجانی کارآمد، ظرف زمانی به نسبت کوتاه تغییرجهت دهند، این کار اغلب دشوار است چون یکی از ویژگی‌های افراد افسرده، اجتناب و بازداري (سرکوب‌گری) است (نوربالا، علی‌پور، شقاقی، نجمی و آگاه، ۱۳۹۰). لذا شاید بتوان گفت یکی از مشکلات افراد مبتلا به اختلالات طیف افسردگی بازداري هیجانی و عدم خودافشایی هیجانی^{۱۴} است.

خودافشایی هیجانی در واقع در اختیار گذاشتن افکار و احساسات با دیگران است (جورارد^{۱۵}، ۱۹۷۱)، که در ادبیات روان‌شناختی به طرق گوناگونی مفهوم‌سازی شده و با استفاده از ابزارهای گوناگون سنجیده می‌شود. بسیاری از مطالعات خودافشایی هیجانی را در درمان آسیب‌های شخصیتی پایدار و تروماها بررسی کرده و به اثربخشی آن اذعان داشته‌اند (کراینر و لوی-بلتز^{۱۶}، ۲۰۱۹). خودافشایی در بسیاری از جنبه‌های زندگی مانند گسترش روابط صمیمانه و مقابله با استرس و وقایع آسیب‌زا دخالت دارد (فراتارولی، ۲۰۰۶) و همچنین مطالعات نشان می‌دهند که خودافشایی شرط لازم برای جنبه‌های مختلف سازگاری روان‌شناختی همچون سلامت روان، شایستگی، خودکارآمدی و سازگاری اجتماعی است (لوی-بلتز و کراینر، ۲۰۱۶؛ لوی-بلتز و لو-آری، ۲۰۱۹). خودافشایی از سه طریق می‌تواند بر بهبود سلامت روان اثرگذار باشد. اول اینکه افشای هیجانی می‌تواند بر هیجان سریعی که تجربه شده است با کاهش استرس ناشی از عواطف منفی، کاهش اضطراب و افزایش تأثیر

¹ Angst

² Murphy & Byrne

³ Schramm

⁴ Satyanarayana

⁵ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th edition

⁶ Persistent depressive disorder

⁷ Dysthymia

⁸ Symptoms

⁹ Sign

¹⁰ Weinberger

¹¹ Melrose

¹² Patel & Rose

¹³ Soomro, Riaz, Naved & Soomro

¹⁴ Self-disclosure

¹⁵ Jourard

¹⁶ Kreiner & Levi-Belz

منفی در کوتاه مدت که در نهایت منجر به عود طولانی مدت مشکلات روان‌شناختی می‌شود، تأثیر بگذارد (مارتینز^۱ و همکاران، ۲۰۱۶). دوم اینکه افشای هیجانات، با دریافت حمایت، موجب تقویت روابط و صمیمیت بیشتر می‌شود (اشپرش، ترگر و واندرا^۲، ۲۰۱۳) و سوم اینکه افشاگری هیجانی می‌تواند پیامدهای روان‌شناختی که عمیقاً ریشه در تصویر فرد از خود دارند، مانند احیای خود ارزشمندی پس از افشا، را بهبود بخشد (هو، هانکوک و ماینر^۳، ۲۰۱۸) و در مورد اینکه چگونه این شیوه مؤثر واقع می‌شود، دو نظریه اصلی مطرح شده است؛ بر اساس نظریه مهار شناختی^۴، صحبت نکردن درباره حقایق، ذهنیات و تجربیات مهم، ذهن را فعال می‌کند تا از بروز احساسات و افکار جلوگیری و اجتناب کند. این روند منجر به استرس‌های مزمن شده و باعث بروز اختلالاتی همچون اختلالات اضطرابی، می‌شود. در حالی که پذیرش واقعا باعث کاهش اضطراب و سایر مشکلات روانی می‌شود (پنیکر، زنج و رایم^۵، ۲۰۰۱). مطابق با نظریه تغییر شناختی، فرد رویدادهای زندگی را بازسازی می‌کند تا آنها را بهتر بفهمد و با پذیرش واقعا کارآمد احساسات در مواجهه با حوادث آسیب‌زا، معنای جدیدی از زندگی پیدا کند. این روند باعث می‌شود، تجربیات عاطفی در ساختار شناختی با ساختار جدیدی جذب شوند و فرد آنها را به‌عنوان یکی از تجربیات عادی زندگی اتخاذ کند (عابدینی، برزگر و برفروبی، ۲۰۱۸). بنابراین، به نظر می‌رسد که خودافشایی می‌تواند در بهبود علائم افسردگی نقش داشته باشد.

از میان درمان‌های مورد استفاده در اختلالات طیف افسردگی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۶ (اكت) به‌عنوان یکی از درمان‌های موج سوم درمان شناختی- رفتاری نتایج رضایت‌بخش و دلایلی منطقی برای استفاده از این درمان در کار بالینی و غیر بالینی فراهم کرده است (براوخ، کانکر و باش^۷، ۲۰۱۲). در درمان‌های موج سوم شناختی- رفتاری، شناخت و هیجانات باید در بافت مفهومی پدیده‌ها در نظر گرفته شود. به همین دلیل به جای رویکردهای شناختی رفتاری که شناخت‌ها و باورهای ناکارآمد اصلاح می‌شود تاهیجانات و رفتارها اصلاح شوند، در اینجا به اشخاص آموزش داده می‌شود که در گام اول هیجانات خود را بپذیرند و در «اینجا و اکنون»، از انعطاف‌پذیری بیشتری برخوردار شوند (جهانگیری، شیردل و قره‌چورلو، ۱۳۹۷). لذا می‌توان از درمان اکت در راستای تنظیم هیجانات و خودافشایی هیجانی بهره برد. فرض اصلی در درمان اکت این است که فرایندهای روانی در انسان‌ها نمی‌توانند به‌طور بالقوه مخرب باشند. برخلاف رویکردهای شناختی- رفتاری که رابطه پویا میان شناخت، رفتار و عاطفه را تقویت می‌کنند و به جایگزین کردن افکار صحیح بجای افکار مخرب تمرکز و تاکید می‌کنند، اکت تنها به افراد آموزش می‌دهد که بر روی تجارب خصوصی خویش توجه کنند و آنها را بپذیرند و در آغوش بگیرند و بر روی پاسخ‌های رفتاری متمرکز شوند که نتایج مطلوب‌تری ایجاد می‌کنند. از طریق این فرایند شخص به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ترغیب شده و ارزش‌های شخصی که منجر به عملی معنادار گردند را ترسیم می‌کند (لارمر، ویاتروسکی و لويس-درايور^۸، ۲۰۱۴). در این درمان مهارت‌های ذهن آگاهی نیز تمرین می‌شوند. به‌عنوان مثال پذیرش افکار و احساسات؛ گسترش آگاهی دقیق از افکار و احساسات است؛ آگاهی از لحظه اکنون و پذیرا بودن و خود مشاهده‌گری (هریس^۹، ۲۰۰۶). این رویکرد از شش فرایند تشکیل شده که این فرایند عبارتند از: پذیرش، گسلش و عمل متعهدانه، ارزش‌ها، برقراری تماس با لحظه جاری، خود به‌عنوان بافتار (جهانگیری، شیردل و قره‌چورلو، ۱۳۹۷).

اثربخشی درمان مبتنی بر اکت در درمان علائم افسردگی در بسیاری از پژوهش‌ها تأیید شده است و بیشترین مطالعات را طی سه دهه اخیر به خود اختصاص داده است (تهویگ و لوین^{۱۰}، ۲۰۱۷). به‌عنوان مثال، بای و همکاران^{۱۱} (۲۰۲۰) در یک مطالعه مروری نظام‌مند و در بررسی پژوهش‌های انجام شده در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی نشان دادند که درمان اکت به‌طور معناداری افسردگی را در مقایسه با گروه کنترل کاهش داده بود. مشابه این مطالعه، کوتو-لسمز، فرناندز-رودریگز و گونزالس-فرناندز^{۱۲} (۲۰۲۰) در بررسی مروری اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در قالب گروهی برای اضطراب و افسردگی نشان دادند که داد که بیمارانی که مداخلات گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرده بودند نسبت به بیماران گروه‌های شاهد و بدون درمان، وضعیت هیجانی بهتر و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری نشان دادند. همچنین تفاوت معناداری بین اکت و درمان‌های رفتاری و شناختی رفتاری وجود نداشت. هالیس^{۱۳} و همکاران (۲۰۱۶) اما با ترکیب رویکرد درمانی اکت با درمان شناختی نشان دادند که ترکیب این دو درمان در کاهش علائم

¹ Matrins

² Sprecher, Treger & Wondra

³ Ho, Hancock & Miner

⁴ cognitive inhibition theory

⁵ Pennebaker, Zench & Rime

⁶ Acceptance and commitment therapy (ACT)

⁷ Baruch, kanker & Basch

⁸ Larmar, Wiatrowski, Lewis-Driver

⁹ Harris

¹⁰ Twohig & Levin

¹¹ Bai

¹² Coto-Lesmes, Fernández-Rodríguez & González-Fernández

¹³ Hallis

افسردگی مؤثر است. فورمن^۱ و همکاران (۲۰۱۲) در تحقیقی متفاوت و در مقایسه اثربخشی طولانی مدت درمان شناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اگرچه تفاوتی بین این دو روش درمانی بر اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی وجود نداشت و هر دو مؤثر بودند، اما در طولانی مدت و پیگیری، اثرات پایدار درمان شناختی بر افسردگی بهتر حفظ شده بود. در ایران نیز صبور و کاکابرایی (۱۳۹۵) نیز در پژوهش خود نشان دادند که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش علائم افسردگی زنان مبتلا به درد مزمن اثربخش است. احمدیان و همکاران (۱۳۹۸) نیز در مطالعه‌ای دریافتند که درمان اکت منجر به کاهش علائم افسردگی در زنان خانه‌دار می‌شود. اگرچه تحقیقاتی که اکت را با سایر مداخلات در درمان افسردگی ترکیب کنند، اندک هستند، اما برخی مطالعات به ترکیب این درمان با سایر درمان‌ها پرداخته‌اند. به‌عنوان مثال گائودیانو^۲ و همکاران (۲۰۱۳) عناصری از اکت و فعال‌سازی رفتاری با دارو درمانی برای درمان افسردگی ترکیب کردند و نتایج حاکی از پیشرفت‌های بالینی قابل توجه در علائم افسردگی و روان‌پریشی و همچنین عملکرد روانی اجتماعی بود که در پیگیری ۳ ماهه نیز حفظ شده بود. برای بیماران سرپایی که همزمان اختلال افسردگی و اختلالات اضطراب اجتماعی را تجربه می‌کردند، ترکیب مولفه‌های روان درمانی یکپارچه‌سازی رفتاری برای افسردگی (مارتل، ماتس و جیکوبسون^۳، ۲۰۰۱) و مواجهه درمانی برای اضطراب اجتماعی (هایمبرگ و بکر^۴، ۲۰۰۲) با اکت نشانگر بهبود قابل توجه در افسردگی و اضطراب اجتماعی بوده است.

با این وجود همچنان پژوهشی به طراحی و اجرای پروتکل درمانی گروهی اکت مبتنی بر خودافشایی هیجانی اقدام نکرده است و با توجه به اهمیت خودافشایی هیجانی در افزایش سلامت روان، جای این متغیر در پروتکل‌های درمانی شناخته شده‌ای نظیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد خالی است. از طرفی دیگر، اختلال افسرده‌خویی در مقایسه با سایر اختلالات خلقی کمتر مورد توجه مطالعات پژوهشی قرار گرفته و با توجه به شیوع نسبتاً بالای آن به خصوص در میان زنان، بررسی درمان‌های مؤثر بر کاهش علائم آن، حائز اهمیت است. لذا هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی خودافشایی هیجانی بر اساس مدل اکت در کاهش علائم افسردگی زنان خانه‌دار مبتلا به اختلال افسرده‌خویی می‌باشد.

روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر نوع داده‌ها کمی است و شیوه اجرای آن با توجه به این که محقق در پی دستیابی به این هدف بوده که اثربخشی درمان خودافشایی هیجانی مبتنی بر مدل پذیرش و تعهد را بر کاهش علائم افسردگی در جامعه زنان خانه‌دار مبتلا به اختلال افسرده‌خویی بررسی کند، شبه آزمایشی و طرح آن پیش‌آزمون-پس‌آزمون با لیست انتظار، به همراه پی‌گیری یک ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی زنان (خانه‌دار) که به مراکز مشاوره شهر یزد در سال ۹۸-۹۹ مراجعه کرده و مبتلا به اختلال افسرده‌خویی بوده‌اند، می‌باشد. حجم نمونه در تحقیق آزمایشی حداقل ۱۵ نفر است (دلور، ۱۳۹۸). در پژوهش حاضر به شیوه در دسترس، نمونه‌ای به حجم ۴۰ نفر انتخاب شد و به‌صورت تصادفی در دو گروه (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر لیست انتظار) جایگذاری شدند. معیارهای ورود در مطالعه حاضر از جمله تمایل به شرکت در مطالعه، زن بودن، خانه‌دار بودن، داشتن حداقل سواد دیپلم، داشتن اختلال افسرده‌خویی، نداشتن اختلال بالینی دیگر، دریافت نمره لازم در پرسشنامه افسردگی بک، نشانه‌های افسردگی بیش از دو سال و مزمن بود. و معیارهای خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه در جلسات گروه درمانی، استفاده از هرگونه داروی روان‌پزشکی در حین درمان و یا در سه ماهه گذشته، سوء مصرف مواد، اختلال سایکوتیک، اختلال افسردگی اساسی و اختلال دو قطبی بود.

پرسشنامه افسردگی بک: پرسش‌نامه افسردگی بک (ویرایش دوم) توسط بک و همکاران در سال ۱۹۹۶ طراحی شد. این پرسش‌نامه یک ابزار خودگزارشی ۲۱ گوی‌های است که برای سنجش شدت افسردگی و نشانه‌های آن طراحی شده است و علائم جسمانی، شناختی و عاطفی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. ماده‌های این پرسش‌نامه با استفاده از یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای از صفر تا سه نمره گذاری می‌شوند؛ حداکثر نمره در این تست شصت و سه و حداقل آن صفر می‌باشد. نتایج فراتحلیل انجام شده در مورد پرسش‌نامه افسردگی بک همسانی درونی آن بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ است. ضرایب پایایی حاصل از باز آزمایی بر حسب فاصله بین دفعات اجرا و نوع جمعیت در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ قرار دارد (بک و همکاران، ۱۹۸۸ به نقل از گراس مارنات، ۲۰۰۳). فرم کوتاه این پرسش‌نامه توسط دادستان و منصور (۱۳۹۶) در ایران هنجاریابی شده است. پرسش‌نامه کوتاه افسردگی بک توسط پژوهشگران مختلف از جمله نور بالا و شاد دل (۱۳۷۳) مورد استفاده قرار گرفته است. رجبی و همکاران (۱۳۸۰) ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه را ۰/۸۷، ضریب پایایی تصنیف ۰/۸۳ و ضریب باز آزمایی به فاصله سه هفته را ۰/۴۹ گزارش کرده‌اند.

پکیج درمانی خودافشایی هیجانی مبتنی بر پذیرش و تعهد: پکیج درمانی مورد نظر کتاب راهنمای درمان گروهی (بر اساس پذیرش و

¹ Forman

² Gaudiano

³ Martell, Addis & Jacobson

⁴ Heimberg & Becker

تعهد درمانی) از دوستی، قدرتی و ابراهیمی در سال ۱۳۹۷ بود. البته ذکر این نکته حائز اهمیت است که در اجرای پذیرش و تعهد درمانی لزومی ندارد که دقیقاً قدم به قدم مانند این الگو رفتار نمایید و لازم به ذکر است که سبک و شیوه خودتان را داشته باشید (هریس، ۲۰۱۳).

جدول ۱. خلاصه جلسات مداخله خودافشایی هیجانی بر اساس مدل پذیرش و تعهد

جلسه	اهداف	شرح
اول	برقراری رابطه خوب با شرکت کنندگان و بیان دستور العمل‌ها	خوش آمد گویی/ بیان سوابق حرفه‌ای/ رهبر و قوانین گروه/ معرفی اعضا و آشنایی با یکدیگر/ توضیح در خصوص طبعی بودن احساسات و افکار ناخوشایند احتمالی حین جلسه/ سؤال درباره احساس و افکاری که اعضا در همان لحظه در حال تجربه می‌باشند (توجه آگاهی).
	آشنایی با مفهوم خودافشایی هیجانی	از اعضای گروه خواسته می‌شود تا به‌صورت بارش فکری، در خصوص مفهوم خودافشایی هیجانی صحبت کنند و به نظرات هم گوش دهند/ مطالب گفته شده جمع بندی می‌گردد/ رهبر و دستیار گروه، مفهوم خودافشایی هیجانی را بیشتر شرح می‌دهند و این که چگونه می‌توانیم خودافشایی کارآمد و متناسب با شرایط داشته باشیم (از طریق توجه آگاهی).
	شناسایی اقدام‌های ناکارآمد	از اعضا خواسته می‌شود/ تا در خصوص فواید خودافشایی هیجانی و آسیب‌های سرکوب و کنترل هیجان‌اتشان و همچنین کنترل افکارشان صحبت کنند/ اعضا تشویق می‌شوند/ برای جلسه آینده، مواردی که عدم خودافشایی هیجانی، سرکوب کردن هیجان‌ات و کنترل افکار به آنها ضرر وارد کرده است را شناسایی کنند.
دوم	مرور جلسه گذشته	از اعضا خواسته می‌شود تا در خصوص اینکه جلسه گذشته هنگام ترک گروه چه افکار یا احساس‌هایی را تجربه کرده‌اند صحبت کنند (اشاره‌ای کوتاه به توجه آگاهی)
	بررسی ضررهای عدم خودافشایی هیجانی و فواید پذیرش و افشای هیجانی	از اعضا خواسته می‌شود تا مواردی را که طی هفته در خصوص ضررهای احتمالی عدم پذیرش وعدم خودافشایی هیجانی به یاد آورده‌اند را بیان کنند.
	آموزش پذیرش و توجه آگاهی	تمرین اسکن بدنی/ تکلیف منزل
سوم	مرور اجمالی جلسه گذشته	رهبر و دستیار گروه به کمک اعضا، ابتدا به مرور جلسه گذشته می‌پردازند، سپس از اعضا خواسته می‌شود تا تجارب خود را هنگام انجام تمرین اسکن بدنی، بیان کنند.
	نامیدی خلاق	اعضا تشویق می‌شوند در خصوص انواع هیجان‌ها و افکار خوشایند و ناخوشایند به بحث بپردازند/ رهبر و دستیار گروه به این موضوع اشاره می‌کنند که بعضی از هیجان‌ها و افکار ناخوشایند هستند، آیا می‌توانید آنها را حذف کنید؟ تلاش‌ها برای حذفشان چه پیامدی داشته؟/ اعضا تشویق می‌شوند تلاش‌هایشان در خصوص حذف افکار و احساس‌های ناخوشایند و نتیجه آن را در طولانی مدت بیان کنند.
	پذیرش و گسلش	استعاره اسب سرکش
	مرور جلسه گذشته	اعضا تشویق می‌شوند در خصوص جلسه گذشته و هفته‌ای که گذشت، به بحث بپردازند و بیان کنند تا چه‌اندازه توانستند فضایی برای دوییدن در اختیار اسب سرکش خود قرار دهند (افکار و احساسات ناخوشایند)
چهارم	ارزش‌ها و اقدام‌های متعهدانه	با استفاده از تمرین جشن تولد ۴۰ سالگی، ارزش‌های اعضا مشخص می‌گردد./ اعضا تشویق می‌شوند تا ارزش‌های خود را به قدم‌های کوچک رفتاری تبدیل نمایند (فعال سازی رفتاری).

اعضاء تشویق می‌شوند درباره افکاری که به آنها اجازه نمی‌دهند ارزش‌های خود را دنبال کنند، به بحث بپردازند (هم جوشی شناختی). / تمرین صفحه شطرنج (خودمشاهده گر) تکلیف منزل	گسلش و توجه آگاهی	
اعضاء تشویق می‌شوند تا در خصوص اینکه چقدر در هفته گذشته توانسته‌اند قدم‌هایی در خصوص ارزش‌های خود بردارند، به بحث بپردازند / اعضاء در خصوص شیوه اجرا و تجربیاتشان درباره تمرین صفحه شطرنج، صحبت می‌کنند (آگاهی از خود مشاهده‌گر).	مرور جلسه گذشته	پنجم
اعضاء تشویق می‌شوند در خصوص اینکه چقدر در طی جلسات گذشته، توانسته‌اند هیجان‌های خود را بپذیرند، با دیگران به اشتراک بگذارند و ناهم جوشی شناختی داشته باشند صحبت کنند و پیامدهای به دست آورده را توضیح دهند.	بررسی میزان تأثیر جلسات گذشته	
با استفاده از شش عنصر شفقت، خود شفقتی و پذیرش تمرین می‌شود / تکلیف منزل	خودشفقتی و پذیرش	
اعضاء در خصوص اینکه چقدر توانسته‌اند طی هفته گذشته، شفقت‌آمیز تر با خود رفتار کنند صحبت می‌کنند (شفقت‌ورزی به خود)	بررسی جلسه گذشته	ششم
تمرین تنفس آگاهانه	پذیرش و توجه آگاهی	
اعضاء دعوت می‌شوند تا در خصوص تجربیات خود از انجام تمام تمرین‌های گذشته صحبت کنند (ناهم جوشی، پذیرش تجربه‌ای، افشای هیجانی، خودمشاهده گر).	بیان تجربیات ناشی از انجام تمرین‌ها	
اعضاء به بیان تجارب خود از انجام دادن تمرین تنفس آگاهانه و اینکه چقدر در انجام این تمرین موفق بوده‌اند، صحبت می‌کنند.	بررسی جلسه گذشته	هفتم
تمرین دارت ارزش‌ها بر اساس ارزش‌هایی که در تمرین جشن تولد ۴۰ سالگی مشخص شده بود.	ارزش‌ها و اقدام‌های متعهدانه	
سنجش میزان تغییری که اعضاء طی جلسات داشته‌اند.	(ادامه) ارزش‌ها و اقدام‌های متعهدانه	
تمرین ماشین‌ها در خیابان	گسلش، پذیرش و توجه آگاهی	
بیان تجارب اعضاء از انجام تمرین‌ها و تأثیر آنها در کل جلسات / جمع بندی	پایداری جلسات	هشتم
تشویق اعضاء به انجام تکالیف پس از پایان جلسات.	آمادگی اعضاء برای پایان جلسات	

روند اجرای پژوهش به این طریق بود که در فاصله زمانی ۴ ماهه از بین زنان خانه‌دار مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر یزد و با در نظر گرفتن شرایط موجود از طریق نمونه‌گیری در دسترس، نمونه‌ای به حجم ۴۰ نفر که براساس تشخیص روان‌شناس بالینی که معیارهای لازم مبنی بر وجود اختلال افسرده‌خویی در مورد آنان صدق می‌کرد، شناسایی شده، تماس حاصل گردیده و پس از موافقت، ابراز تمایل و همینطور توضیح اهداف پژوهشی و رضایت وی به‌عنوان آزمودنی و بعد از آن با توجه به ملاک‌های ورود و خروج دعوت به پژوهش شدند و به‌طور تصادفی ساده به گروه‌های لیست انتظار و آزمایش (هر گروه ۲۰ نفر) تقسیم شدند. در آغاز بعد از مراحل نمونه‌گیری از گروه نمونه دعوت به عمل آمد تا در ساعات مشخص شده جهت برآورد متغیرهای پژوهش در مرحله پیش آزمون گرد هم آیند، و در شرایط یکسان و طبیعی شرکت کننده‌ها آزمون افسردگی بک را پر کردند؛ سپس از گروه آزمایش خواسته شد تا در جلسه‌های درمانی مدل خودافشایی هیجانی براساس مدل

پذیرش و تعهد به مدت هشت جلسه (هفته‌ای ۱ جلسه) شرکت کنند و نهایتاً پس از اتمام جلسه‌ها تمام آزمودنی‌های هر دو گروه در ساعات مشخص شده به همان مکان جلسات خودآمدند و متغیرهای پژوهش در پس آزمون اندازه‌گیری شدند. در مرحله پیگیری هم به فاصله یکماه پرسشنامه افسردگی بک توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد. هم چنین گروه لیست انتظار به دلیل رعایت مسائل اخلاقی درنوبت درمان قرار گرفتند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های آماری به‌دست آمده، از روش‌ها و شاخص‌های آمار توصیفی و استنباطی بهره‌برده شد که در ابتدا از شاخص‌های آمارتوصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و سپس از آمار استنباطی (آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر) و برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان می‌دهد که میانگین سنی مشارکت کنندگان در پژوهش حاضر ۲۴ است. حدود ۵۶ درصد از حجم نمونه پژوهش را دختران تشکیل داده‌اند. همچنین حدود ۷۸ درصد از کل حجم نمونه را افراد مجرد تشکیل داده‌اند. در مورد میزان تحصیلات نیز دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد تقریباً ۹۳ درصد از نمونه را شامل می‌شوند که البته تعداد آزمودنی‌های این دو مقطع تقریباً با هم مساوی است و در نهایت دانشجویان مقطع دکتری تنها حدود ۷ درصد از آزمودنی‌ها را تشکیل می‌دهند. میانگین، انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در گروه آزمایش و کنترل به تفکیک سه مرحله

متغیرهای وابسته	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش
بعد عاطفی	۱۴	۱۳/۳۰	۱۴/۳۰	۱۰/۳۵	۱۴/۲۰	۱۰/۸۵
انحراف معیار	۲/۰۵	۲/۳۸	۱/۶۲	۱/۷۲	۱/۵۴	۱/۴۹
بعد شناختی	۹/۷۵	۹/۷۵	۸/۸۵	۷/۷۰	۸/۸۰	۸/۰۵
انحراف معیار	۲/۰۲	۱/۶۱	۲/۴۵	۱/۷۱	۲/۱۹	۱/۷۳
بعد جسمانی	۶/۷۰	۶/۹۰	۶/۷۰	۳/۵۰	۶/۹۵	۳/۸۰
انحراف معیار	۱/۷۵	۱/۸۰	۱/۸۰	۱/۶۳	۱/۸۴	۱/۴۷

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف معیار افسردگی و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد. میانگین متغیرهای مورد مطالعه در گروه آزمایش روند کاهشی داشتند.

جدول ۳. نتایج آزمون توزیع طبیعی داده‌ها، همگنی واریانس‌ها و کرویت موچلی برای متغیرهای پژوهش

متغیر	وضعیت	شاپیرو ویلک		لوین		کرویت	
		Z	سطح معناداری	F	سطح معناداری	W	سطح معناداری
بعد عاطفی	پیش آزمون	۰/۹۱۳	۰/۰۵۵	۰/۵۰۳	۰/۴۸۳	۰/۲۸۸	۰/۰۷۶
	پس آزمون	۰/۹۵۵	۰/۰۱۱				
بعد شناختی	پیش آزمون	۰/۹۵۰	۰/۰۷۴	۳/۹۰۶	۰/۰۵۵	۰/۳۱۵	۰/۱۰۱
	پس آزمون	۰/۹۶۳	۰/۲۱۰				
بعد جسمانی	پیش آزمون	۰/۹۰۳	۰/۰۵۲	۰/۳۸۳	۰/۵۴۰	۰/۲۶۵	۰/۱۱۳
	پس آزمون	۰/۹۱۵	۰/۰۵۵				

نتایج جدول ۳، نشان می‌دهد آزمون شاپیرو ویلک حاکی از برقراری توزیع طبیعی مقادیر در همه متغیرها است. نتیجه آزمون لوین نیز نشان دهنده برقراری شرط همسانی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش است. همچنین نتایج آزمون کرویت موچلی برای متغیرهای مورد مطالعه برقرار بود.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های تکراری در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معناداری	میزان تأثیر
۳۵/۱۱۲	۲	۳۵/۱۱۲	۱۱/۸۰۰	۰/۰۰۱	۰/۲۳۷
۱۲/۰۳۳	۲	۱۲/۰۳۳	۱۱/۷۱۹	۰/۰۰۰	۰/۱۴۳
۱۲۶/۰۷۵	۲	۱۲۶/۰۷۵	۲۲/۷۳۶	۰/۰۰۰	۰/۳۷۲

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که مداخله درمانی خودافشایی هیجانی بر اساس مدل پذیرش و تعهد بر علائم عاطفی افسردگی با اندازه اثر ۰/۲۳، علائم شناختی افسردگی با اندازه اثر ۰/۱۴ و علائم جسمانی افسردگی با اندازه اثر ۰/۳۷ مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد که درمان خودافشایی هیجانی بر اساس مدل پذیرش و تعهد بر کاهش علائم افسردگی زنان خانه‌دار مبتلا به افسرده‌خویی تأثیر معنی‌داری داشت. همچنین نتایج تحلیل کواریانس با اندازه‌گیری مکرر حاکی از آن بود که این اثربخشی در دوره پیگیری و به مرور زمان نیز باقی مانده بود. این یافته با مطالعات پیشین همچون **بای و همکاران (۲۰۲۰)**، **کوتو-لسمز، فرناندز-رودریگز و همکاران (۲۰۲۰)**، **احمدیان و همکاران (۱۳۹۸)** و **صبور و کاکابرایی (۱۳۹۵)** مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم افسردگی همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد افسرده احساسات ناخوشایند بسیاری را تجربه می‌کنند و زندگی تحت فشار افسردگی دائم، افرادی را که دچار این اختلال هستند، درگیر کرده و باعث می‌شود همواره احساسی از ناامیدی داشته باشند (**مرلوس، ۲۰۱۷**). در عین حال، به نظر می‌رسد که افراد با پریشانی‌های روان‌شناختی تمایل دارند که از پذیرش و افشای تجربه‌های احساسی و هیجانی‌شان جلوگیری کنند (**دیویدسون و فسگرو، ۲۰۱۴**). این اجتناب و بازداری هیجانی می‌تواند با شاخص‌های سلامت رابطه داشته باشد و باعث ناتوانی در واکنشی درست به حالاتی همچون افسردگی، اضطراب، خشم و استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای ناکارآمد شود (**مرامند و خانبانی، ۱۳۹۵**). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از مداخلات مؤثر در درمان اختلالات هیجانی است (**هایس، ۲۰۰۶**) و بر خلاف دیدگاه سنتی نسبت به مشکلات روان‌شناختی که آن‌ها را نتیجه نقص یا بدکارکردی مکانیسم‌های روانی می‌داند، اکت به‌عنوان یک درمان بافتاری، ایجاد و ادامه اختلالات را در بسترهای بین‌فردی و در روابط فرد با خود و دیگران در نظر می‌گیرد و در نتیجه به دنبال توضیح کارکرد مشکلات در بستر زندگی روزمره افراد است (**کوتو-لسموز و همکاران، ۲۰۲۰**). در حقیقت، اکت با کمک به افراد برای به‌سازگاری رسیدن و کاهش مبارزات درونی، زمان و فضای کافی ایجاد می‌کند تا درباره زندگی ارزشمند و مهم خود فکر و بحث کنند. به عبارت دیگر، تمرکز افراد از راه‌حل‌ها و نگرانی‌های ناموفق گذشته به حوزه حل مسئله تغییر می‌یابد. این روند نگرانی‌ها را کاهش داده و منجر به ایجاد نگرش‌ها و عادات جدید می‌شود (**سیار و همکاران، ۲۰۱۹**). هدف اکت افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که می‌تواند به‌عنوان ظرفیت تماس با تجربیات شخصی فعلی (مثل احساسات بدنی، افکار، هیجانات، تمایلات رفتاری)، بدون اجتناب و یا فرار از آن‌ها، با تنظیم رفتارها، تعریف شود (**هایس و همکاران، ۲۰۰۶**). پاسخ‌های سفت و سخت به تجربیات درونی و تلاش برای اجتناب و یا کنترل آن‌ها، اگرچه ممکن است در کوتاه‌مدت تسکین‌دهنده باشند، اما در طولانی‌مدت، فراوانی و شدت تجربیات نامطلوب را افزایش داده و در نتیجه زندگی فرد را محدود می‌کنند. در واقع همزمان با اجتناب از تجربیات، افراد از شرایط زندگی مناسب و در نتیجه از احتمال تغییر کردن، فاصله می‌گیرند (**کوتولسموز و همکاران، ۲۰۲۰**). اکت با استفاده از روش‌ها مختلف انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و متعاقباً توانایی روبرو شدن با هیجانات و احساسات را افزایش می‌دهد. این توانایی‌ها با استفاده از تمرینات تجربی و توجه (ذهن‌آگاهی)، استعاره‌ها، شفاف‌سازی ارزش‌ها و انجام اقدامات متعهدانه به آن ارزش‌ها مشخص می‌شود (**هایس و همکاران، ۲۰۱۲**) و این روش‌ها در صورتی مؤثر خواهد بود که بتوانند الگوهای رفتاری جدیدی فعال کنند که شخص را به ارزش‌های خود متعهد کند (**کوتولسموز و همکاران، ۲۰۲۰**). همراستا با مکانیزم اثربخشی اکت، خودافشایی هیجانی برون‌ریزی هیجانات و مواجهه با آن‌ها را ترغیب می‌کند. بر اساس نظریه بازداری و تغییرات شناختی، دلیل مؤثر بودن خودافشایی هیجانی به این واقعیت مربوط می‌شود که افشای هیجانی عمیق، اولاً شخص را با تجربیات عاطفی خود و لمس واقعی احساسات مواجه می‌کند و دوم آنکه رویدادها و تجربیات احساسی را احیا کرده و نحوه سازماندهی و تعامل مجدد آن‌ها را تغییر می‌دهد. افشای هیجانی فرایند بازداری را در هم می‌شکند و فرد را با هیجانات و احساسات عمیقی که برای او دردناک و ناراحت‌کننده بوده است، رو به رو می‌کند. افشای این هیجانات، به دلیل احیای خاطرات منفی، اگرچه در کوتاه‌مدت بر روحیه فرد تأثیر منفی می‌گذارد، اما در دراز مدت، سیستم شناختی این تجربیات را به‌عنوان یک تجربه عادی در نظر گرفته و در نهایت احساسات مثبت جایگزین می‌شوند (**لو و استانتون، ۲۰۱۰**؛ **امیری و همکاران، ۲۰۱۹**). با توجه به آنکه اکت و خودافشایی هیجانی هر دو به لزوم مواجهه با هیجانات و تجربیات تأکید دارند، زنان مبتلا به افسرده‌خویی، با انجام تمرین به مرور می‌آموزند به‌جای فرار و اجتناب، هیجانات، افکار و خاطرات منفی‌شان را بپذیرند و با شناخت ارزش‌های حقیقی خود، نگرش‌ها و رفتارهای سازنده‌تری را جایگزین سازند. بنابراین به نظر می‌رسد که تلفیق اکت و خودافشایی به بهبود علائم زنان خانه‌دار مبتلا به افسرده‌خویی کمک خواهد کرد و با توجه به نتایج به دست آمده، به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود تا تأثیر این درمان را بر سایر جوامع و همچنین سایر علائم روان‌شناختی مانند علائم اضطرابی بررسی کنند. به علاوه پژوهش‌های آتی به مقایسه این درمان با سایر درمان‌ها، برای یافتن مداخله‌ای بهینه بپردازند. نهایتاً باید محدودیت‌های

¹ Davidsen & Fosgeru

² Hayes

³ Lu & Stanton

موجود در این مطالعه را برای احتیاط در تعمیم‌پذیری نتایج در نظر داشت. نمونه این پژوهش منحصرأ شامل زنان خانه‌دار بود و نتایج در سایر جوامع مانند زنان شاغل و یا مردان ممکن است متفاوت باشد. به‌علاوه در نمونه‌گیری غیر تصادفی و در دسترس امکان کنترل برخی متغیرها نیست و ممکن است نتایج متأثر از برخی متغیرهای خارج از کنترل پژوهشگر باشد، بنابراین به پژوهشگران پیشنهاد می‌گردد، در صورت تکرار این مطالعه، از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی با به همراه کنترل دقیق‌تر متغیرها، بهره جویند.

ملاحظات اخلاقی

در اجرای این پژوهش، تمامی اصول اخلاقی رعایت شده است. شرکت‌کنندگان با آگاهی کامل از اهداف پژوهش و مراحل انجام آن، در مطالعه مشارکت داشتند و نسبت به محرمانه بودن اطلاعاتشان اطمینان داده شد. شایان ذکر است این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی در دانشگاه شیراز می‌باشد.

حامی مالی

مقاله با حمایت دانشگاه شیراز انجام شده است.

تعارض منافع

اصول اخلاقی شامل آگاهی کامل شرکت‌کنندگان از روند اجرای پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات آن‌ها، رعایت شد و هیچ‌گونه تعارضی در منافع بین نویسندگان وجود ندارد.

سپاسگزاری

از تمامی شرکت‌کنندگان که در انجام این پژوهش همکاری و حمایت کردند، صمیمانه سپاسگزاریم.



References

- جهانگیری، ع.، شیردل، م.، قره چورلو، س. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی مقابله با مشکلات در افراد وابسته به مصرف مواد تحت درمان با متادون. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۱۰ (۳): ۴۹-۴۱.
- سادوک بنجامین جیمز، سادوک ویرجینیا الکوت. (۲۰۱۵). خلاصه روان‌پزشکی علوم رفتاری / روان‌پزشکی بالینی کاپلان و سادوک. ترجمه رضایی فرزین. تهران: ارجمند، ج ۲، صص ۹۴-۱۳۰، ۳۶۴.
- مرادمند، م.، خانبانی، م. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش برون ریزی نوشتاری هیجان‌ها بر خودکارآمدی و کنترل عواطف در دانش آموزان مضطرب. *روانشناسی کاربردی*، ۱۰ (۱): ۳۷-۲۱.
- ممیزی، م.، فرزانه، ف.، لطفی، م.ح. (۱۳۹۷). بررسی سلامت روان (افسردگی، اضطراب، استرس) در زنان شاغل و غیر شاغل شهر یزد در سال ۱۳۹۴. *مجله بهداشت و توسعه*، ۷ (۳): ۲۳۹-۲۴۹.
- نوربالا، ا. ع.، علی‌پور، ا.، شقاقی، ف.، نجیمی، ا.، آگاه‌هریس، م. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش افشای هیجانی نوشتاری بر شدت افسردگی و کاربرد مکانیسم‌های دفاعی بیماران افسرده. *دانشور پزشکی*، ۱۸ (۹۳): ۱۱-۱.
- Abediny, K., & Barzegar Bafrooei, K. (2018). Prediction of pregnancy distress based on emotional self-disclosure and self-regulation. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 20(4), 252-262.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
- Amiri, Z. B., Sanagoo, A., Jouybari, L., Bahnampour, N., & Kavosi, A. (2019). The effect of written emotional disclosure on depression, anxiety, and stress of patients after open heart surgery. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 10(2), 55-64.
- Angst, J., Gamma, A., Rössler, W., Ajdacic, V., & Klein, D. N. (2009). Long-term depression versus episodic major depression: results from the prospective Zurich study of a community sample. *Journal of affective disorders*, 115(1-2), 112-121.
- 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.
- Baruch, D., Kanker, J., & Busch, A. (2012). Acceptance and commitment therapy: enhancing the relationships. *Journal of clinical case studies*, 8(3), 241-257.
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., & González-Fernández, S. (2020). Activación Conductual en formato grupal para ansiedad y depresión. Una revisión sistemática. *Terapia psicológica*, 38(1), 63-84.
- Daidsen, A.S., & Fosgeru, C.F. (2014). General Practitioners' and psychiatrists' responses to emotional disclosures in patients with depression. *Patient Educ Couns*, 95(1): 61-68.
- Depress Anxiety Disord, 1(1), 31-40.
- Forman, E. M., Shaw, J. A., Goetter, E. M., Herbert, J. D., Park, J. A., & Yuen, E. K. (2012). Long-term follow-up of a randomized controlled trial comparing acceptance and commitment therapy and standard cognitive behavior therapy for anxiety and depression. *Behavior therapy*, 43(4), 801-811.
- Gaudiano, B. A., Nowlan, K., Brown, L. A., Epstein-Lubow, G., & Miller, I. W. (2013). An open trial of a new acceptance-based behavioral treatment for major depression with psychotic features. *Behavior modification*, 37(3), 324-355.
- Hallis, L., Cameli, L., Dionne, F., & Knäuper, B. (2016). Combining Cognitive Therapy with Acceptance and Commitment Therapy for depression: A manualized group therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26(2), 186.
- Harris, R. (2006) Embracing Your Demons: An Overview of Acceptance and Commitment Therapy. *Psychotherapy in Australia*, 12, 2-8.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., Lillis, J., 2006. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav. Res. Ther.* 44, 1-25.
- Hayes, S.C., Strosahl, K., Wilson, K.G., 2012. Acceptance and Commitment Therapy. The Process and Practice of Mindful Change. Guilford Press, New York
- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. Guilford Press.
- Ho, A., Hancock, J., & Miner, A. S. (2018). Psychological, relational, and emotional effects of self-disclosure after conversations with a chatbot. *Journal of Communication*, 68(4), 712-733.
- Jourard S. M. (1971). Self-disclosure: An experimental analysis of the transparent self. New York, NY: Wiley.
- Lamar, S., Wiatrowski, S., & Lewis-Driver, S. (2014). Acceptance & commitment therapy: An overview of techniques and applications. *Journal of Service Science and Management*, 2014.
- Lu, Q., & Stanton, A. L. (2010). How benefits of expressive writing vary as a function of writing instructions, ethnicity, and ambivalence over emotional expression. *Psychology and Health*. 25 (6): 669-84.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. WW Norton & Co.

- Melrose, S. (2017). Persistent Depressive Disorder or Dysthymia: An Overview of Assessment and Treatment Approaches.
- Murphy, J. A., & Byrne, G. J. (2012). Prevalence and correlates of the proposed DSM-5 diagnosis of chronic depressive disorder. *Journal of affective disorders*, 139(2), 172-180.
- Pennebaker, J. W., Zech, E., & Rimé, B. (2001). Disclosing and sharing emotion: Psychological, social, and health consequences.
- Sayyar Khesmakhi, S., Goli, F., Omid, A., Eduard Scheidt, C., & Givehki, R. (2019). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychosomatic Symptoms and Mindfulness in Patients With Psychosomatic Disorders. *Practice in Clinical Psychology*, 7(2), 79-86.
- Schramm, E., Klein, D. N., Elsaesser, M., Furukawa, T. A., & Domschke, K. (2020). Review of dysthymia and persistent depressive disorder: history, correlates, and clinical implications. *The Lancet Psychiatry*, 7(9), 801-812.
- Soomro, R. H., Riaz, F., Naved, S., & Soomro, F. H. (2012). Comparative analysis of depression among housewives and working women in Bilal colony of Kornagi area Karachi. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*, 3(11), 354-359.
- Sprecher, S., Treger, S., & Wondra, J. D. (2013). Effects of self-disclosure role on liking, closeness, and other impressions in get-acquainted interactions. *Journal of Social and Personal Relationships*, 30(4), 497-514.
- Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatric Clinics*, 40(4), 751-770.
- Weinberger, A. H., Pilver, C. E., Desai, R. A., Mazure, C. M., & McKee, S. A. (2013). The relationship of dysthymia, minor depression, and gender to changes in smoking for current and former smokers: longitudinal evaluation in the US population. *Drug and alcohol dependence*, 127(1-3), 170-176.

