



Journal Website

Article history:

Received 25 June 2025

Revised 23 October 2025

Accepted 29 October 2025

Initial Published 01 November 2025

Final Publication 22 June 2026

Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 5, Issue 2, pp 1-18



E-ISSN: 2981-1759

A Comparative Study of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Referential Thoughts, Cognitive Flexibility, and Distress Tolerance in Patients with Major Depressive Disorder

Mahsa. Allahmoradi^{1*}, Mina. Yaghoobi², Fatemeh. Ebrahimi³, Kamran. Pourmohammad Ghouchani⁴, Zahra. Norouziani⁵

¹ Department of Clinical Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran

² Department of Clinical Psychology, Ha.C., Islamic Azad University, Hamedan, Iran

³ Department of Clinical Psychology, Ker.C., Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

⁴ Department of Clinical Psychology, Ki.C., Islamic Azad University, Kish, Iran

⁵ Department of General Psychology, Mala.C., Islamic Azad University, Malard, Iran

* Corresponding author email address: moradimahsa527@gmail.com

Article Info

ABSTRACT

Article type:

Original Research

How to cite this article:

Allahmoradi, M., Yaghoobi, M., Ebrahimi, F., Pourmohammad Ghouchani, K., & Norouziani, Z. (2026). A Comparative Study of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Referential Thoughts, Cognitive Flexibility, and Distress Tolerance in Patients with Major Depressive Disorder. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 5(2), 1-18.



© 2026 the authors. Published by Maher Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Objective: This study aimed to compare the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on referential thoughts, cognitive flexibility, and distress tolerance in patients with Major Depressive Disorder (MDD).

Methodology: The research employed a quasi-experimental pretest-posttest design with a control group. The statistical population consisted of patients with MDD referred to psychological clinics in Tehran in 2025. A total of 45 participants were selected using a convenience sampling method and randomly assigned to three groups of 15: CBT, ACT, and control. Data were collected using the Perseverative Thinking Questionnaire (Ehring et al.), the Cognitive Flexibility Inventory (Dennis & Vander Wal, 2010), and the Distress Tolerance Scale (Simons & Gaher, 2005). The CBT protocol was based on Wilhelm and Steketee (2006), and the ACT intervention followed Dahl et al. (2014), each conducted in eight sessions. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) via SPSS version 24.

Findings: The results revealed significant differences among the three groups in referential thoughts, cognitive flexibility, and distress tolerance ($p < 0.05$). Both CBT and ACT interventions significantly reduced referential thoughts and enhanced cognitive flexibility and distress tolerance compared to the control group. However, CBT demonstrated greater overall effectiveness in improving these variables than ACT.

Conclusion: Both CBT and ACT effectively improved cognitive and emotional indicators among patients with MDD. These therapeutic approaches, by restructuring maladaptive thoughts and enhancing psychological acceptance, can promote cognitive flexibility and distress tolerance. Hence, cognitive-behavioral therapy, in particular, is recommended as an effective psychological intervention for individuals suffering from major depressive disorder.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Referential Thoughts, Cognitive Flexibility, Distress Tolerance, Major Depressive Disorder

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Major Depressive Disorder (MDD) is one of the most prevalent and debilitating psychological conditions that significantly impairs emotional, cognitive, and social functioning worldwide (Fries et al., 2023). Neurobiological evidence suggests that depression is rooted in complex dysfunctions in synaptic pathways and neural circuits associated with mood regulation and cognitive processing (Fries et al., 2023). These disruptions contribute to persistent negative thoughts, cognitive inflexibility, and heightened distress sensitivity, which together maintain depressive symptomatology (Ji et al., 2022; Pacheco & Herrera, 2021).

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) has long been recognized as one of the most empirically supported interventions for depression, focusing on identifying, challenging, and restructuring maladaptive thoughts and beliefs that sustain emotional distress (Rezaei et al., 2022; Zarei et al., 2024). According to Beck's cognitive model, dysfunctional cognitive schemas and automatic negative thoughts play a key role in the onset and persistence of depressive episodes (Karimi et al., 2021). Clinical evidence and neuroimaging research further demonstrate that CBT not only modifies maladaptive cognition but also alters neural activation patterns within prefrontal and limbic regions associated with emotion regulation and executive function (Katayama et al., 2022; Teng et al., 2022).

Cognitive flexibility, a core cognitive process underpinning adaptability and emotional regulation, is frequently impaired in individuals with depression. It refers to the ability to shift thinking patterns, modify perspectives, and adjust to changing situational demands (Pacheco & Herrera, 2021). Individuals with low cognitive flexibility tend to exhibit rigid thinking, difficulties in reappraisal, and persistent self-referential rumination. Therapeutic interventions that enhance cognitive flexibility—such as CBT and Acceptance and Commitment Therapy (ACT)—are thus central to reducing depressive symptom severity (Peeters et al., 2022; Pilkington et al., 2022).

Referential or perseverative thoughts, characterized by repetitive self-focused negative cognition, are another hallmark of depression (Chen et al., 2023; Kim et al., 2023). These thoughts reinforce maladaptive schemas and contribute to emotional dysregulation, hopelessness, and functional impairment (Ayhan & Kavak Budak, 2021). CBT directly addresses these maladaptive thought patterns through cognitive restructuring and behavioral activation, helping patients gain awareness of automatic thoughts and engage in realistic cognitive reappraisal (Lee et al., 2021). Empirical findings indicate that CBT significantly reduces ruminative thinking and enhances adaptive cognitive strategies among individuals with MDD (Rezaei et al., 2022; Zarei et al., 2024).

However, the emergence of third-wave behavioral therapies such as ACT has broadened the therapeutic landscape by emphasizing acceptance, mindfulness, and value-driven action rather than direct modification of thought content (Aghili & Khoshbakht, 2025; Sohrabnejad et al., 2025). ACT is grounded in the principle of psychological flexibility—the ability to remain present, accept unwanted thoughts and feelings without avoidance, and commit to behaviors aligned with personal values (Baniasadi et al., 2025). By reducing experiential avoidance and cognitive fusion, ACT enables patients to disengage from self-critical thought loops and respond more adaptively to distressing experiences (Lipsett & Berkman, 2025).

Several studies have demonstrated ACT's effectiveness in treating depression and related disorders by improving distress tolerance, self-regulation, and emotion acceptance (Aghili & Khoshbakht, 2025;

Sohrabnejad et al., 2025). Research suggests that ACT and CBT, despite their distinct mechanisms, converge in promoting cognitive and emotional adaptation through enhanced meta-cognitive awareness and reduced reactivity to internal experiences (Barooti et al., 2023; Peeters et al., 2022).

Comparative studies have shown both CBT and ACT to be effective in reducing depressive symptoms, yet their relative strengths may differ depending on the target outcomes. For instance, CBT appears to exert stronger effects on cognitive variables such as automatic thoughts and rumination, whereas ACT may be more effective in improving distress tolerance and acceptance-based coping (Aghili & Khoshbakht, 2025; Baniasadi et al., 2025). Evidence from meta-analyses indicates that CBT modifies maladaptive cognitive schemas by restoring connectivity within executive and affective neural networks (Teng et al., 2022), while ACT promotes self-compassion and emotional balance by altering one's relationship with inner experiences (Lipsett & Berkman, 2025).

In the Iranian context, depression remains a significant public health issue, with increasing demand for cost-effective, evidence-based psychological interventions (Barooti et al., 2023). Previous local studies have highlighted CBT's efficacy in improving emotion regulation and cognitive flexibility (Zarei et al., 2024) and ACT's contribution to enhancing tolerance and reducing self-critical thought (Aghili & Khoshbakht, 2025). However, few comparative studies have simultaneously evaluated their differential impacts on referential thoughts, cognitive flexibility, and distress tolerance in MDD.

Given this background, the current study aims to compare the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in improving referential thoughts, cognitive flexibility, and distress tolerance among patients with Major Depressive Disorder.

Methods and Materials

This research adopted a quasi-experimental design with a pretest-posttest structure and a control group. The statistical population included patients diagnosed with Major Depressive Disorder who attended psychological counseling centers in Tehran during 2025. Forty-five participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to three groups (CBT, ACT, and control), each consisting of 15 individuals.

The CBT intervention followed the structured model developed by Wilhelm and Steketee (2006), encompassing cognitive restructuring, thought monitoring, behavioral activation, and emotion regulation techniques across eight 90-minute sessions. The ACT intervention was implemented using Dahl et al.'s (2014) eight-session protocol, focusing on acceptance, cognitive defusion, mindfulness, values clarification, and committed action.

Measurement tools included the Perseverative Thinking Questionnaire (Ehring et al.), the Cognitive Flexibility Inventory (Dennis & Vander Wal, 2010), and the Distress Tolerance Scale (Simons & Gaher, 2005). Data were analyzed using Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) via SPSS version 24.

Findings

Descriptive statistics showed that both experimental groups exhibited improved mean scores on all dependent variables in the posttest compared to the pretest. The MANCOVA results indicated significant differences among the three groups in referential thoughts, cognitive flexibility, and distress tolerance ($p < 0.05$). Both CBT and ACT interventions significantly decreased referential thoughts and increased cognitive flexibility and distress tolerance compared to the control group.

Specifically, participants who received CBT demonstrated a more pronounced reduction in referential thoughts (mean decrease from 61.6 to 47.1) and greater improvement in cognitive flexibility (mean increase from 55.5 to 41.9) relative to those in the ACT group. The ACT group also showed meaningful enhancement in distress tolerance and cognitive flexibility, but to a lesser extent than CBT. Post-hoc Tukey tests confirmed that both experimental groups significantly outperformed the control group, with CBT exhibiting higher overall efficacy across the measured dimensions.

In summary, the results supported all research hypotheses, confirming that both interventions effectively improved the studied psychological variables, with CBT showing comparatively greater efficiency.

Discussion and Conclusion

The findings of this study reveal that both Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) significantly contribute to reducing depressive cognitive patterns and improving adaptive psychological functioning. The superior effectiveness of CBT in alleviating referential thoughts and enhancing cognitive flexibility aligns with its theoretical foundation, which emphasizes identifying and restructuring cognitive distortions. Through systematic cognitive restructuring and behavioral activation, patients learn to challenge irrational beliefs and reinterpret negative experiences more realistically, thereby disrupting ruminative cycles and enhancing problem-solving capabilities.

The observed improvement in cognitive flexibility following CBT reflects the therapy's focus on training patients to shift perspectives, tolerate uncertainty, and adopt adaptive coping mechanisms. These changes not only alleviate depressive symptoms but also strengthen neural and cognitive pathways associated with executive control and emotion regulation. On the other hand, ACT facilitated psychological flexibility by encouraging participants to accept their emotional experiences rather than resist them, reducing internal conflict and avoidance behaviors.

Both approaches thus improved distress tolerance but through distinct mechanisms: CBT through cognitive control and reappraisal, and ACT through mindful acceptance and defusion. The finding that CBT yielded greater overall improvement may stem from its structured techniques targeting specific cognitive distortions, while ACT emphasizes broader experiential processes that may require longer-term practice to consolidate. Nonetheless, the results affirm that both treatments can serve as complementary methods, addressing different yet interconnected components of depressive cognition and emotion.

These findings contribute to growing empirical evidence suggesting that depression treatment should not focus solely on symptom reduction but rather on promoting adaptive cognitive-emotional systems. Enhancing cognitive flexibility enables patients to adjust to situational demands, while increasing distress tolerance empowers them to face internal discomfort without avoidance. Consequently, integrating the cognitive restructuring methods of CBT with the acceptance-based strategies of ACT may produce more comprehensive and sustainable outcomes for individuals with MDD.

The present study underscores the importance of combining traditional and contemporary therapeutic approaches to maximize treatment efficacy. Therapists are encouraged to tailor interventions according to the patient's dominant cognitive-emotional profile: individuals exhibiting strong cognitive distortions may benefit more from CBT, while those with high experiential avoidance might respond better to ACT.

Clinicians should consider implementing both CBT and ACT as complementary interventions in treating depression, focusing simultaneously on cognitive restructuring and experiential acceptance.

Training programs for therapists could enhance their proficiency in integrating these models to adapt to patients' individualized needs. In practice, combining structured cognitive interventions with mindfulness and values-based exercises can foster sustainable improvement in emotional regulation, resilience, and overall mental health among individuals with Major Depressive Disorder.



مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار ارجاعی، انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی

مهسا الله مرادی^{۱*}، مینا یعقوبی^۲، فاطمه ابراهیمی^۳، کامران پورمحمدقوچانی^۴، زهرا نوروزیانی^۵

۱. گروه روانشناسی بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
۲. گروه روانشناسی بالینی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران
۳. گروه روانشناسی بالینی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران
۴. گروه روانشناسی بالینی، واحد بین المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، کیش، ایران
۵. گروه روانشناسی عمومی، واحد ملارد، دانشگاه آزاد اسلامی، ملارد، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: moradimahsa527@gmail.com

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله

پژوهشی/اصیل

نحوه استناد به این مقاله:

الله مرادی، مهسا، یعقوبی، مینا، ابراهیمی، فاطمه، پورمحمدقوچانی، کامران، و نوروزیانی، زهرا. (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار ارجاعی، انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی. *پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی*، ۵(۲)، ۱۸-۱.



© ۱۴۰۵ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری (CBT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر افکار ارجاعی، انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود. **روش‌شناسی:** این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به مراکز روان‌شناسی شهر تهران در سال ۱۴۰۴ بود. از میان آنان ۴۵ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری CBT، ACT و کنترل قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه افکار ارجاعی اهرینگ، سیاهه انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و وندروال (۲۰۱۰) و پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) بود. مداخله CBT بر اساس الگوی ویلهلم و استکیتی (۲۰۰۶) و مداخله ACT طبق پروتکل داهل و همکاران (۲۰۱۴) طی ۸ جلسه اجرا شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) در نرم‌افزار SPSS-۲۴ تحلیل گردید. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد بین گروه‌ها در متغیرهای افکار ارجاعی، انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.05$). هر دو مداخله CBT و ACT نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری موجب کاهش افکار ارجاعی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی شدند. بالین حال، میانگین‌ها نشان دادند که اثربخشی CBT در بهبود متغیرهای مورد مطالعه بیش از ACT بود. **نتیجه‌گیری:** یافته‌ها نشان دادند که هر دو رویکرد CBT و ACT می‌توانند در بهبود شاخص‌های شناختی و هیجانی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی مؤثر باشند. این دو درمان از طریق اصلاح الگوهای فکری ناکارآمد و ارتقای پذیرش روان‌شناختی می‌توانند موجب بهبود انعطاف‌پذیری شناختی و افزایش تحمل پریشانی شوند. بنابراین، استفاده از این دو رویکرد به‌ویژه CBT در درمان بیماران مبتلا به افسردگی اساسی توصیه می‌شود.

کلیدواژگان: درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افکار ارجاعی، انعطاف‌پذیری شناختی، تحمل پریشانی، افسردگی اساسی



مقدمه

افسردگی اساسی یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روان‌شناختی است که در سراسر جهان میلیون‌ها نفر را تحت تأثیر قرار داده و پیامدهای جدی بر عملکرد فردی، خانوادگی و اجتماعی بر جای می‌گذارد (Fries et al., 2023). بر اساس پژوهش‌های عصب‌زیستی، اختلال افسردگی ناشی از تغییرات پیچیده در مسیرهای سیناپسی و نوروترانسمیتری است که به اختلال در پردازش شناختی، هیجانی و بین‌فردی منجر می‌شود (Fries et al., 2023). در سال‌های اخیر، مطالعات متعددی بر نقش درمان‌های روان‌شناختی به‌ویژه درمان شناختی رفتاری (CBT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در اصلاح الگوهای فکری منفی و بهبود انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به افسردگی تأکید کرده‌اند (Aghili & Khoshbakht, 2025; Baniasadi et al., 2025).

درمان شناختی رفتاری یکی از مؤثرترین رویکردهای درمانی برای افسردگی محسوب می‌شود که بر تغییر افکار ناکارآمد، اصلاح خطاهای شناختی و بازسازی نظام‌های فکری ناسازگار تمرکز دارد (Rezaei et al., 2022; Zarei et al., 2024). این رویکرد بر اساس مدل شناختی بک بنا شده است که باور دارد اختلالات هیجانی و رفتاری از افکار خودکار و طرحواره‌های منفی ناشی می‌شوند (Katayama et al., 2022). مطالعات تصویربرداری مغزی نشان داده‌اند که CBT قادر است عملکرد قشر پیش‌پیشانی و سایر نواحی مرتبط با تنظیم شناختی را در بیماران افسرده بهبود بخشد (Katayama et al., 2022; Teng et al., 2022). این تغییرات عصبی با بهبود در شاخص‌هایی نظیر انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش افکار منفی همراه بوده است (Peeters et al., 2022).

انعطاف‌پذیری شناختی یکی از مؤلفه‌های کلیدی در مقابله با استرس و تنظیم هیجان است و کاهش آن در افراد افسرده سبب تداوم چرخه افکار منفی و ناتوانی در سازگاری با موقعیت‌های دشوار می‌شود (Ji et al., 2022; Pacheco & Herrera, 2021). بهبود انعطاف‌پذیری شناختی از طریق CBT و ACT یکی از اهداف مهم درمانی محسوب می‌شود؛ زیرا این متغیر واسطه‌ای بین شناخت، هیجان و رفتار است (Garcia et al., 2022). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تقویت انعطاف‌پذیری شناختی نه تنها موجب افزایش تاب‌آوری روانی، بلکه سبب کاهش پریشانی و افکار ارجاعی نیز می‌شود (Barooti et al., 2023; Pilkington et al., 2022).

افکار ارجاعی یا افکار منفی تکرارشونده از دیگر مؤلفه‌های اساسی افسردگی هستند که به صورت نگرانی‌های خودکار، نشخوار ذهنی و تفسیرهای منفی از رویدادها بروز می‌کنند (Chen et al., 2023; Kim et al., 2023). این افکار نه تنها موجب تشدید نشانه‌های افسردگی می‌شوند، بلکه مانع از درگیری مؤثر فرد با محیط و حل مسئله می‌گردند (Ayhan & Kavak Budak, 2021). درمان شناختی رفتاری با تمرکز بر بازسازی شناختی و مواجهه‌ی تدریجی، به بیماران می‌آموزد تا این افکار را شناسایی کرده و با ارزیابی منطقی، آن‌ها را به چالش بکشند (Lee et al., 2021). در پژوهش‌های بالینی، اثربخشی CBT در کاهش افکار منفی و نشخوار ذهنی بیماران مبتلا به افسردگی به‌صورت مکرر گزارش شده است (Karimi et al., 2021; Rezaei et al., 2022).

در کنار CBT، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به عنوان رویکردی از نسل سوم رفتاردرمانی‌ها، بر پذیرش هیجانات و افکار منفی بدون قضاوت و تمرکز بر ارزش‌های شخصی تأکید دارد (Lipsett & Berkman, 2025; Sohrabnejad et al., 2025). این درمان برخلاف CBT که هدفش اصلاح محتوای افکار است، بر تغییر رابطه‌ی فرد با افکار و احساسات درونی متمرکز است (Aghili & Khoshbakht, 2025). هدف اصلی ACT افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است تا فرد بتواند در حضور هیجانات ناخوشایند همچنان در راستای اهداف ارزشمند خود عمل کند (Baniasadi et al., 2025). پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که ACT می‌تواند در کاهش افسردگی، افزایش تحمل پریشانی و بهبود عملکرد هیجانی بیماران مؤثر باشد (Lipsett & Berkman, 2025; Sohrabnejad et al., 2025).



تحقیقات مقایسه‌ای نشان می‌دهد که هرچند هر دو درمان CBT و ACT در کاهش علائم افسردگی مؤثرند، اما از مسیرهای متفاوتی به این هدف دست می‌یابند. CBT از طریق بازسازی شناختی و مواجهه‌ی نظام‌مند، و ACT از طریق پذیرش و ذهن‌آگاهی، انعطاف‌پذیری شناختی و هیجانی را افزایش می‌دهند (Aghili & Khoshbakht, 2025; Baniasadi et al., 2025). مطالعات جدیدتر نیز بر نقش ترکیب عناصر دو رویکرد در ارتقای اثربخشی درمان افسردگی تأکید کرده‌اند (Barooti et al., 2023; Rezaei et al., 2022).

یافته‌های متاآنالیزها نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری از طریق تعدیل فعالیت شبکه‌های عصبی سه‌گانه مغز، ارتباط میان بخش‌های اجرایی، هیجانی و توجهی را بازسازی می‌کند که این امر موجب بهبود کنترل شناختی بر افکار منفی می‌شود (Teng et al., 2022). در مقابل، درمان پذیرش و تعهد با آموزش پذیرش غیرشرطی، گسلش شناختی و ذهن‌آگاهی، منجر به کاهش اجتناب تجربی و افزایش خودآگاهی هیجانی می‌گردد (Aghili & Khoshbakht, 2025). هر دو درمان در نهایت به کاهش اضطراب، پریشانی و افزایش توانایی تنظیم شناختی و هیجانی منتهی می‌شوند (Garcia et al., 2022; Peeters et al., 2022).

در مطالعات داخلی نیز شواهد قابل‌توجهی مبنی بر اثربخشی این دو درمان بر بیماران مبتلا به افسردگی گزارش شده است. برای مثال، زارع و همکاران دریافتند که CBT به طور معنی‌داری موجب کاهش افکار منفی و بهبود انعطاف‌پذیری شناختی بیماران افسرده شد (Zarei et al., 2024). همچنین نتایج پژوهش باروتی و همکاران نشان داد که طرحواره‌درمانی و CBT هر دو در کاهش افکار خودکار منفی مؤثرند اما CBT تأثیر سریع‌تر و پایدارتری دارد (Barooti et al., 2023). در پژوهش جعفرزاده و همکاران نیز اثربخشی طرحواره‌درمانی و CBT بر افزایش تنظیم شناختی هیجان و کاهش نگرانی‌های ناسازگارانه در بیماران افسرده تأیید شد (Jafarzadeh et al., 2022).

از منظر شناختی، افکار ارجاعی اغلب به عنوان یکی از نشانه‌های کلیدی تداوم افسردگی مطرح می‌شود که از طریق چرخه خودتشدیدکننده‌ی توجه منفی بر خود و محیط، احساس بی‌کفایتی را تقویت می‌کند (Ji et al., 2022). این چرخه از طریق کاهش انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل‌پریشانی تشدید می‌شود و به همین دلیل، اصلاح آن از طریق مداخلات شناختی-رفتاری و پذیرشی از اهمیت زیادی برخوردار است (Garcia et al., 2022; Pilkington et al., 2022).

به علاوه، در مطالعات شناختی عمیق‌تر مشخص شده است که بیماران افسرده به علت ضعف در پردازش شناختی پیچیده، قادر به بازسازی تفکر خود به صورت منطقی و انتقادی نیستند (Pacheco & Herrera, 2021). از این رو، درمان‌هایی که مهارت‌های تفکر تحلیلی، خودآگاهی شناختی و اصلاح ساختارهای ذهنی را تقویت می‌کنند، می‌توانند اثرات پایداری بر کاهش نشانه‌های افسردگی داشته باشند (Chang et al., 2021; Tavakoli et al., 2024).

همچنین پژوهش‌های جدید بر اهمیت مداخلات اینترنتی و آموزش‌های دیجیتال CBT برای افزایش اثربخشی و دسترسی بیماران تأکید کرده‌اند. برای مثال، کاربوتاکی و همکاران نشان دادند که CBT مبتنی بر اینترنت می‌تواند با همان میزان اثربخشی درمان حضوری در کاهش افسردگی عمل کند (Karyotaki et al., 2021). این یافته‌ها نشان می‌دهد که روش‌های دیجیتال می‌توانند مسیر درمان را برای بیماران افسرده تسهیل کنند (Chang et al., 2021).

درمان‌های نسل سوم مانند ACT علاوه بر تأکید بر پذیرش، به اصلاح رابطه ذهن با افکار و احساسات نیز می‌پردازند و این امر به‌ویژه در بیماران دارای الگوهای تفکر خودانتقادی و کمال‌گرایی اهمیت دارد (Lipsett & Berkman, 2025; Sohrabnejad et al., 2025). در این درمان‌ها، بیماران یاد می‌گیرند که به جای تلاش برای حذف افکار منفی، با آن‌ها همزیستی آگاهانه داشته باشند و انرژی خود را صرف فعالیت‌های معنادار کنند (Aghili & Khoshbakht, 2025). این فرآیند موجب افزایش تاب‌آوری، تحمل‌پریشانی و کاهش رنج روانی می‌شود (Baniasadi et al., 2025).



با توجه به اهمیت فزاینده نقش فرآیندهای شناختی و پذیرشی در درمان افسردگی، ترکیب دو رویکرد CBT و ACT می‌تواند زمینه‌ای برای ارتقای مداخلات روان‌درمانی فراهم آورد. یافته‌های پژوهش‌ها حاکی از آن است که تمرکز CBT بر بازسازی شناختی و تمرکز ACT بر پذیرش و ذهن‌آگاهی می‌تواند به شکل مکمل، سازوکارهای تنظیم هیجان و تفکر سالم را در بیماران افسرده تقویت کند (Barooti et al., 2023; Rezaei et al., 2022).

با توجه به مطالب فوق، افسردگی به عنوان یک اختلال چندبعدی نیازمند مداخلات جامع شناختی و رفتاری است که بتواند همزمان با اصلاح افکار منفی، ظرفیت پذیرش و انعطاف روانی بیماران را نیز ارتقا دهد. از این رو، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار ارجاعی، انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی انجام شده است.

مواد و روش پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. در این پژوهش درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد به عنوان متغیرهای مستقل و افکار ارجاعی و انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شدند. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی خدمات روانشناسی در سال ۱۴۰۴ شهر تهران بود، به همین منظور ۴۵ نفر گروه اول آزمایش (۱۵) و گروه دوم آزمایش (۱۵) و گروه گواه (۱۵) برآورد شد. برای انتخاب حجم نمونه ابتدا از بین بیماران مراجعه‌کننده به صورت در دسترس بر اساس ملاک‌های ورود ۴۵ نفر انتخاب شد. پس از انتخاب گروه نمونه اولیه؛ بصورت تصادفی به سه گروه ۱۵ نفری تقسیم و سپس با گمارش تصادفی دوتا از گروه‌ها به عنوان گروه مداخله و دیگر گروه به عنوان گروه گواه در نظر گرفته شد. بر این اساس ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱. دامنه‌ی سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال ۲. سطح سواد دیپلم به بالا ۳. تشخیص ابتلا به اختلال افسردگی اساسی با توجه به نظر روانپزشک و روانشناس و مصاحب اولیه براساس ملاک‌های MDD ۴. تکمیل فرم رضایت درمان ۵. نداشتن سابقه بستری و معیارهای سایکوتیک. ملاک‌های خروج نمونه از تحقیق شامل: ۱. دریافت هر گونه درمان روان شناختی و دارویی در شش ماه گذشته و وجود اختلالات روان پزشکی شدید مثل اسکیزوفرنیا، ختلال دوقطبی، آسیب‌های مغزی، سوءمصرف مواد یا عقب ماندگی ذهنی می‌شد. ۲. غیبت بیش از دو جلسه و عدم همکاری در جلسات درمانی ۳. عدم انجام تکالیف ارائه شده ۴. دریافت کردن هرگونه مداخله یا آموزش به صورت همزمان.

۱. پرسشنامه تفکر ارجاعی اهرینگ و همکاران (PTQ): این پرسشنامه در سال ۲۰۱۰ توسط اهرینگ، زستیچ، ویداگر، واهل و اهلرس آساخته شده است. این مقیاس یک ابزار خودگزارش دهی شامل ۱۵ عبارت است که برای سنین ۱۲ تا ۶۰ سالگی قابل اجرا است. این آزمون از یک مقیاس کلی تفکر ارجاعی و سه زیر مقیاس: زیر مقیاس ویژگی‌های اصلی تفکر ارجاعی با سوال‌های ۱. ۲. ۳. ۴. ۵. ۶. ۷. ۸. ۹. ۱۰. ۱۱. ۱۲. ۱۳. ناکارآمدی ادراک شده که با سوال‌های ۱. ۲. ۳. ۴. ۵. ۶. ۷. ۸. ۹. ۱۰. ۱۱. ۱۲. ۱۳. سنجیده می‌شود. آزمودنی‌ها باید در یک طیف لیکرتی ۵ درجه‌ای (از هرگز = ۰ تا همیشه = ۴) میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر یک از عبارات مشخص کنند. برای بدست آوردن نمره کلی باید امتیاز ۱۵ عبارت جمع شود. در این پرسشنامه حداقل و حداکثر نمره به ترتیب بین ۰ تا ۶۰ قرار دارد. نمرات بالاتر حاکی از از حجم بالای افکار منفی تکراری در آزمودنی‌ها است. نتایج پژوهش اهرینگ و همکاران (۲۰۱۰) حاکی از همسانی درونی مطلوب این مقیاس

1. The Perseverative Thinking Questionnaire Ehrling & et al

2.. Zestche, Weidacker, Wahl & Ehlers



است. به طوری که ضریب پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۵ است. همبستگی معنادار این مقیاس با دیگر مقیاس‌های سنجش تفکر ارجاعی از جمله پرسشنامه سبک پاسخ دهی، پرسشنامه حالت نگرانی و پرسشنامه صفت و حالت اضطراب حاکی از اعتبار همگرایی این مقیاس است. همچنین برای بررسی روایی صوری آزمون از نظر سه کارشناس استفاده شد و که مورد تأیید قرار گرفت (کاکاوند، صادقی و جعفری جوزانی، ۱۳۹۵). پایایی این پرسشنامه را قائدی، شبانکار و مقدم بزرگر (۱۳۹۴) با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کرده اند.

۲. سیاهه انعطاف پذیری شناختی دن یس و وندروال^۱ (۲۰۱۰): سیاهه انعطاف پذیری شناختی توسط دنیس و وندروال (۲۰۱۰)

برای سنجش نوعی انعطاف پذیری شناختی که برای موفقیت در به چالش کشیدن و جایگزین کردن افکار ناسازگار با افکار متعادل تر و انطباقی الزامی است، ساخته شده است و ۲۰ ماده را شامل می‌شود که به صورت لیکرت ۷ درجه‌ای پاسخ دهی و نمره گذاری می‌شود. سیاهه انعطاف پذیری شناختی سه جنبه از انعطاف پذیری شناختی یعنی تمایل به ادراک موقعیت‌های دشوار به صورت قابل کنترل، توانایی ادراک توجیحات چندگانه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتارهای انسان و همچنین توانایی تولید راه حل‌های چندگانه جایگزین برای موقعیت‌های دشوار را ارزیابی می‌کند (دنیس و وندروال، ۲۰۱۰). البته دو عامل ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار یک معنا دارند و عامل ادراک کنترل پذیری به عنوان خرده مقیاس دوم تلقی می‌شود. دنیس و وندروال (۲۰۱۰) اعتبار سیاهه را با روش آلفا کرونباخ برای کل مقیاس، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک کنترل پذیری به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۸۴ و با استفاده از روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۷ و ۰/۷۵ بیان می‌کنند. در داخل کشور ایران نیز باقری شیخانگشه و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهشی که در مورد ۱۷۰ نفر انجام دادند ضریب آلفای کرونباخ این سیاهه را مناسب (۰/۸۸) گزارش دادند. روایی همزمان و ضریب آلفای کرونباخ سیاهه در پژوهش حاضر برای این سیاهه به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۸ به دست آمد.

۳. پرسشنامه تحمل پریشانی^۲: یک مقیاس خود سنجی است که توسط سیمونز و گاهر^۳ (سال ۲۰۰۵) تهیه شده است و ۱۵

گویه و ۱۴ خرده مقیاس دارد. خرده مقیاس‌های آن شامل: تحمل (تحمل پریشانی هیجانی)، جذب (جذب شدن به وسیله هیجانات منفی)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی) و تنظیم (تنظیم کوشش‌ها برای تسکین پریشانی) است. شیوه نمره گذاری این پرسشنامه بر روی یک مقیاس ۵ درجه (۱: کاملاً موافقم، ۲: اندکی موافقم، ۳: نه موافقم و نه مخالف، ۴: اندکی مخالف، ۵: کاملاً مخالف) نمره گذاری می‌شود. عبارت ۶ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود. برای بدست آوردن تحمل پریشانی کلی نمره تمام سؤالات با هم جمع می‌شود و برای به دست آوردن نمره هر یک از ابعاد، نمره سؤال‌های هر بعد با هم جمع می‌شوند. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی با است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). سیمونز و گاهر، ضرایب آلفا را برای این مقیاس به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ برآورد کرده اند. آن‌ها همچنین بیان کرده اند که پرسشنامه روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی دارد. در ایران، علوی و همکاران (۱۳۹۱) اعتبار روایی درونی ۰/۷۱ را برای این مقیاس به دست آورده اند. اسماعیلی نسب و همکاران (۲۰۱۴) آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۶۷ و ضریب اعتبار بازآزمایی برای کل مقیاس را ۰/۸۱ و برای زیر مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۹، ۰/۷۷، ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند.

1. Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S.

2. Distress tolerance scale; DTS

3. Simons & Gaher



مداخله CBT در ۱۰-۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی اجرا شد و با جلسه «معرفی و ارزیابی» آغاز گردید که در آن مفاهیم پایه CBT، اهداف درمانی، تکمیل ابزارهای سنجش و آموزش ثبت روزانه خلق و افکار ارائه شد؛ سپس در جلسه «شناسایی افکار خودکار» تفکیک فکر/هیجان/رفتار، پایش افکار و تمرین‌های تشخیص افکار منفی آموزش داده شد؛ در «چالش با افکار منفی» با مدل ABC، پرسشگری سقراطی، نقش‌آفرینی و تمرین‌های جایگزینی شناختی، الگوهای ناکارآمد بازسازی شد؛ در «برنامه‌ریزی فعالیت‌ها» بر فعال‌سازی رفتاری، طراحی برنامه هفتگی و کاهش اجتناب تأکید شد؛ در «توجه‌برگردانی» تکنیک‌های انتقال تمرکز، تمرین‌های هنری/بدنی و تنفس عمیق برای قطع نشخوار به کار رفت؛ دو بلوک «مهارت‌های حل مسئله» مهارت تعریف مشکل، تولید راه‌حل‌ها، ارزیابی مزایا/معایب و اجرای طرح اقدام را تمرین کرد؛ در «تقویت اعتمادبه‌نفس» شناسایی نقاط قوت، هدف‌گذاری خرد، خودگویی سازنده و تصویرسازی مثبت انجام شد؛ در «مدیریت خشم و تنظیم هیجان» آگاهی هیجانی، بازتنظیم شناختی، مواجهه تدریجی با برانگیزان‌ها و آرام‌سازی عضلانی آموزش داده شد؛ در «تقویت ارتباطات» گوش‌دادن فعال، جرأت‌مندی، ابراز نیازها و نقش‌آفرینی مکالمات دشوار تمرین شد؛ در «مدیریت استرس و آرام‌سازی» تنفس دیافراگمی، ریلکسیشن، مدیتیشن و تصویرسازی ذهنی تمرین گردید؛ و نهایتاً جلسه «بازبینی و برنامه‌ریزی آینده» به مرور پیشرفت، رفع موانع، تدوین طرح نگهداشت (Relapse Prevention) و تحویل بسته خودیاری اختصاص یافت. تکالیف خانگی مستمر (ثبت افکار/هیجان، اجرای چالش شناختی، فعال‌سازی رفتاری و تمرین‌های آرام‌سازی) بین جلسات دنبال شد تا انتقال مهارت‌ها به موقعیت‌های واقعی تسهیل گردد.

مداخله ACT در ۸ جلسه ۶۰-۷۵ دقیقه‌ای هفتگی اجرا شد و با جلسه «آشنایی و چارچوب ACT» آغاز شد که در آن قوانین گروه، انتظارات، مفهوم پذیرش/تعهد و منطق کلی مداخله تبیین گردید؛ در جلسه دوم با تمرین‌های «بسط و گسترش معنایی» (تصویرسازی، کلیدواژه، مکان‌ها، خلاصه‌نویسی و کاربرد دانش آموخته) انعطاف در معناپردازی تقویت شد؛ جلسه سوم بر «پذیرش هیجان و گسلش شناختی» متمرکز بود تا اعضا یاد بگیرند افکار/احساسات را بدون قضاوت مشاهده کنند؛ جلسه چهارم با «سازمان‌دهی، انگیزش و هدف‌گذاری مبتنی بر ارزش‌ها» و ابزارهایی مانند نقشه‌کشی مفهومی، طبقه‌بندی و طرح درختی به تبیین مسیر عمل متعهدانه پرداخت؛ جلسه پنجم «ذهن‌آگاهی غیرقضاوتی در لحظه اکنون» را با تمرین‌های توجه‌آگاهانه برای کاهش درگیری با محتوای ذهنی پیش برد؛ جلسه ششم «تعهد به عمل» را با بازخورد، فن توجه انتخابی، اسکن بدن و تمرین‌های توجه‌محور برای مواجهه با هجوم افکار خودآیند تقویت کرد؛ جلسه هفتم به «مرور، حل ابهام‌ها، استخراج الگوهای رفتاری و انتخاب پاسخ‌های کارآمدتر (نه صرفاً آسان‌تر)» اختصاص یافت؛ و در جلسه هشتم «جمع‌بندی، ارزیابی نهایی، تثبیت ارزش‌ها، اخذ تعهد برای تداوم تمرین‌ها و اجرای پس‌آزمون» انجام شد. در سراسر پروتکل، شش فرایند هسته‌ای ACT—پذیرش، گسلش شناختی، تماس با لحظه حال، خود زمینه‌ای، ارزش‌ها و عمل متعهدانه—با تکالیف خانگی (تمرین‌های ذهن‌آگاهی، ثبت تجارب پذیرش، اقدام‌های کوچک ارزش‌محور و پایش موانع) ادغام شد تا انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تحمل‌پیشانی در زندگی روزمره تثبیت گردد. پس از اخذ مجوزهای لازم و انجام فرایند نمونه‌گیری، بیماران مبتلا اختلال افسردگی اساسی انتخاب شده (۴۵ نفر) به شیوه تصادفی در سه گروه دو گروه آزمایش و یک گروه گواه گمارده شدند. برای هر سه گروه ابزار پرسشنامه نیز به کار گرفته شد. همچنین درباره سودمندی‌ها، اثرات و همین‌طور محدودیت‌های مداخلات درمانی توضیحات لازم به شرکت‌کنندگان ارائه شد. در تحقیق حاضر اطلاعات مورد نیاز در دو مرحله جمع‌آوری شده است: در مرحله اول به بررسی کتابخانه‌ای شامل جمع‌آوری اطلاعات از طریق کتاب، مجلات، نشریات الکترونیکی و پایان‌نامه‌ها می‌پردازد. در مرحله دوم که مداخله‌ای است، بر اساس طرح مداخله عمل شد. استفاده از روش‌های آماری به دو شکل توصیفی و استنباطی انجام گرفت. در بخش توصیفی ارائه جدول‌های توزیع فراوانی و درصدگروه نمونه، شاخص‌های گرایش مرکزی و



پراکندگی داده‌ها صورت گرفته است. برای آزمون پژوهش از روش‌های آماری تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. لازم به ذکر است که تحلیل داده‌ها با کمک نرم افزار. spss.۲۲ نسخه ۲۴ صورت گرفت.

یافته‌ها

در این بخش ابتدا به گزارش نتایج توصیفی و سپس استنباطی پرداخته می‌شود.

جدول ۱

میانگین و انحراف معیار افکار ارجاعی، انعطاف پذیری شناختی و تحمل پریشانی به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

گروه	متغیر	شاخص	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
درمان شناختی رفتاری	افکار ارجاعی	میانگین	۶۱.۶۰۲	۴۷.۰۶	۴۶.۵۵
		انحراف معیار	۱۵.۱۷	۱۴.۳۸	۱۱.۳۴
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	افکار ارجاعی	میانگین	۳۳.۴۱	۲۱.۱۳	۱۹.۲۲
		انحراف معیار	۱۳.۳۶	۷.۴۸	۸.۹۷
گواه	افکار ارجاعی	میانگین	۵۸.۳۳	۵۹.۱۳	۵۹.۱۰
		انحراف معیار	۱۳.۴۷	۱۵.۲۸	۹.۴۲
درمان شناختی رفتاری	انعطاف پذیری شناختی	میانگین	۵۵.۵۳	۴۱.۹۸	۰۳۹.۲
		انحراف معیار	۱۵.۰۷	۱۳.۰۳	۱۰.۲۳
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	انعطاف پذیری شناختی	میانگین	۳۱.۰۹	۲۵.۷۶	۲۲.۴۵
		انحراف معیار	۵.۷۲	۴.۶۷	۵.۶۸
گواه	انعطاف پذیری شناختی	میانگین	۳۴.۴۶	۳۵.۶۵	۳۶.۷۴
		انحراف معیار	۴.۹۲	۶.۵۰	۶.۵۲
درمان شناختی رفتاری	تحمل پریشانی	میانگین	۵۵.۵۳	۴۱.۹۸	۰۳۹.۲
		انحراف معیار	۱۵.۰۷	۱۳.۰۳	۱۰.۲۳
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	تحمل پریشانی	میانگین	۳۱.۰۹	۲۵.۷۶	۲۲.۴۵
		انحراف معیار	۵.۷۲	۴.۶۷	۵.۶۸
گواه	تحمل پریشانی	میانگین	۳۴.۴۶	۳۵.۶۵	۳۶.۷۴
		انحراف معیار	۴.۹۲	۶.۵۰	۶.۵۲

میانگین در سه گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون در مقیاس تحمل پریشانی افزایش نشان می‌دهد. همچنان میانگین انعطاف پذیری شناختی و افکار ارجاعی در سه گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون افزایش نشان می‌دهد. در جدول ۱ آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برابر آزمون فرضیه اصلی پژوهش آمده است.



جدول ۲

آزمون تحلیل واریانس چند متغیری نمرات افکار ارجاعی، انعطاف پذیری شناختی و تحمل پریشانی در سه گروه

شاخص آماری اثر	آزمون	اثر	f	Df فرضیه	Df خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
تفاوت سه گروه با	اثر پیلای	۲۵۵	۶.۳۴۶	۴.۰۰۰	۱۷۴.۰۰۰	.۰۰۰	.۱۲۷
کنترل اثر پیش	لامبدای ویکلیس	۷۵۵	۶.۵۰۳ ^b	۴.۰۰۰	۱۷۲.۰۰۰	.۰۰۰	.۱۳۱
آزمون	اثر هتلینگ	۳۱۳	۶.۶۵۴	۴.۰۰۰	۱۷۰.۰۰۰	.۰۰۰	.۱۳۵
	بزرگ ریشه روی	۲۶۸	۱۱.۶۴۷ ^c	۲.۰۰۰	۸۷.۰۰۰	.۰۰۰	.۲۱۱

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد پس از حذف اثر پیش آزمون با روش تحلیل واریانس چند متغیری یک اثر معنی دار برای عامل بین گروهی «متغیر مستقل» وجود دارد. این اثر نشان می‌دهد که حداقل یکی از متغیرها افکار ارجاعی، انعطاف پذیری شناختی و تحمل پریشانی شرکت کنندگان سه گروه تفاوت معناداری وجود دارد (لامبدای ویکلز، ۰/۷۵، $p > ۰/۰۵$)

جدول ۳

نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر

شاخص آماری	منبع تغییر	SS	df	MS	F	سطح معناداری	ضریب اتا
افکار ارجاعی	گروه	۳۹۶۰۱۰.۰۰۰	۱	۳۹۶۰۱۰.۰۰۰	۲۵۱۱.۹۹۵	.۰۰۰	.۹۶۸
	زمان * گروه	۲۵۶۲۵.۶۰۰	۵	۵۱۲۵.۱۲۰	۳۲.۵۱۰	.۰۰۰	.۶۵۹
انعطاف پذیری	گروه	۶۵۸۲۶.۱۷۸	۱	۶۵۸۲۶.۱۷۸	۱۴۷۶.۷۶۴	.۰۰۰	.۹۴۶
شناختی	زمان * گروه	۵۲۹۳.۵۵۶	۵	۱۰۵۸.۷۱۱	۲۳.۷۵۱	.۰۰۰	.۵۸۶
تحمل پریشانی	گروه	۶۵۸۲۶.۱۷۸	۱	۶۵۸۲۶.۱۷۸	۱۴۷۶.۷۶۴	.۰۰۰	.۹۴۶
	زمان * گروه	۵۲۹۳.۵۵۶	۵	۱۰۵۸.۷۱۱	۲۳.۷۵۱	.۰۰۰	.۵۸۶

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد با حذف تأثیر متغیر پیش آزمون فرضیه اصلی مبنی بر وجود تفاوت معنادار در متغیرهای افکار ارجاعی، انعطاف پذیری شناختی و تحمل پریشانی در سه گروه تأیید می‌گردد همانگونه که از نتایج جدول ۳ ملاحظه می‌گردد سطح معناداری حاصل شده برای مؤلفه‌های افکار ارجاعی، انعطاف پذیری شناختی و تحمل پریشانی در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۰۱ به دست آمده از اصلاح بونفرونی تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵ بر ۳ متغیر وابسته) کوچکتر می‌باشد در نتیجه با توجه به میانگین‌های حاصل شده می‌توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان مؤلفه افکار ارجاعی، انعطاف پذیری شناختی و تحمل پریشانی در دو گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه تغییر داشته است. برای اینکه به طور مشخص تفاوت بین گروه‌ها و مقایسه دو به دوی میانگین‌ها مورد بررسی قرار گیرد از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.



جدول ۴

آزمون تعقیبی توکی جهت مقایسه سه گروه در افکار ارجاعی، انعطاف پذیری شناختی و تحمل پریشانی

گروه اول	گروه دوم	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی داری
درمان شناختی رفتاری	درمان مبتنی پذیرش و تعهد	-۳.۸۶۶۷	۲.۳۴۵۸۷	.۲۳۱
	گواه	-۱۰.۹۶۶۷*	۲.۳۴۵۸۷	.۰۰۰
درمان مبتنی پذیرش و تعهد	درمان شناختی رفتاری	۳.۸۶۶۷	۲.۳۴۵۸۷	.۲۳۱
	گواه	-۷.۱۰۰۰*	۲.۳۴۵۸۷	.۰۰۹
گواه	درمان شناختی رفتاری	۱۰.۹۶۶۷*	۲.۳۴۵۸۷	.۰۰۰
	درمان مبتنی پذیرش و تعهد	۷.۱۰۰۰*	۲.۳۴۵۸۷	.۰۰۹
درمان شناختی رفتاری	درمان مبتنی پذیرش و تعهد	-۱۳.۸۳۳۳*	۵.۰۷۰۸۰	.۰۲۱
	گواه	-۱۷.۹۶۶۷*	۵.۰۷۰۸۰	.۰۰۲
درمان مبتنی پذیرش و تعهد	درمان شناختی رفتاری	-۴.۱۳۳۳	۵.۰۷۰۸۰	.۶۹۵
	گواه	۱۳.۸۳۳۳*	۵.۰۷۰۸۰	.۰۲۱
گواه	درمان شناختی رفتاری	۴.۱۳۳۳	۵.۰۷۰۸۰	.۶۹۵
	درمان مبتنی پذیرش و تعهد	۱۷.۹۶۶۷*	۵.۰۷۰۸۰	.۰۰۲

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود بین سه گروه در متغیرهای افکار ارجاعی، انعطاف پذیری شناختی و تحمل پریشانی تفاوت معنادار در سطح ($P < ۰.۰۵$) وجود دارد نتایج بیانگر آن است که بین شاخص گروه‌های آزمایش درمان شناختی رفتاری و پذیرش و تعهد با گروه گواه اختلاف معناداری به دست آمده است ($P < ۰.۰۵$). لذا باتوجه به یافته‌های یاد شده می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری و پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه گواه موجب بهبود افکار ارجاعی، تحمل پریشانی و انعطاف پذیری شناختی شده است. همچنین یافته‌های آزمون تعقیبی نشان می‌دهد درمان شناختی رفتاری و پذیرش و تعهد اثر بخشی متفاوتی داشته است ($P < ۰.۰۵$) همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود بین سه گروه در متغیرها تفاوت معنادار در سطح ($P < ۰.۰۵$) وجود دارد نتایج بیانگر آن است که بین شاخص گروه‌های آزمایش درمان شناختی رفتاری و پذیرش و تعهد با گروه گواه اختلاف معناداری به دست آمده است ($P < ۰.۰۵$). لذا باتوجه به یافته‌های یاد شده می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری و پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه گواه موجب کاهش افکار ارجاعی و تحمل پریشانی و انعطاف پذیری شناختی شده است. ($P < ۰.۰۵$) میانگین‌ها نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری بهتر و کارآتر و موثر در افزایش متغیرهای وابسته عمل کرده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هر دو رویکرد درمان شناختی رفتاری (CBT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش افکار ارجاعی، افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و افزایش تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی تأثیر معناداری دارند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که مداخلات شناختی و پذیرشی می‌توانند بر جنبه‌های مختلف شناختی و هیجانی بیماران افسرده اثرگذار باشند و موجب بهبود عملکرد روانی آنان گردند. با این حال، نتایج مقایسه میان دو گروه درمانی نشان داد که اثربخشی CBT در بهبود این متغیرها نسبت به ACT بیشتر است. این امر ممکن است به دلیل تمرکز مستقیم‌تر CBT بر شناسایی و بازسازی افکار منفی خودکار و خطاهای شناختی باشد که نقش مهمی در تداوم افسردگی دارند (Barooti et al., 2023; Rezaei et al., 2022; Zarei et al., 2024).

در تبیین یافته‌های به‌دست‌آمده می‌توان گفت CBT با به‌کارگیری تکنیک‌هایی مانند بازسازی شناختی، چالش با باورهای ناکارآمد و آموزش مهارت‌های حل مسئله، موجب تغییر در الگوهای فکری منفی بیماران می‌شود. این فرآیند سبب کاهش افکار ارجاعی و تقویت دیدگاه واقع‌گرایانه در بیماران افسرده می‌گردد (Karimi et al., 2021; Ayhan & Kavak Budak, 2021). در پژوهش‌های مختلف تأیید شده است که CBT توانایی بالایی در کاهش افکار منفی و افزایش کارکرد شناختی بیماران دارد. برای مثال، کاتایاما و همکاران دریافتند که درمان شناختی رفتاری از طریق تأثیر بر عملکرد قشر پیش‌پیشانی مغز، به بازسازی الگوهای تفکر در بیماران افسرده منجر می‌شود (Katayama et al., 2022). به همین ترتیب، مطالعه تانگ و همکاران نشان داد که CBT باعث بازسازی الگوهای ارتباطی در شبکه‌های مغزی مرتبط با هیجان و شناخت می‌شود که در نهایت، منجر به افزایش انعطاف‌پذیری شناختی بیماران می‌گردد (Teng et al., 2022).

نتایج این پژوهش با یافته‌های زارع، باروتی و جعفرزاده نیز همسو است. زارع و همکاران گزارش کردند که CBT به‌طور مؤثری موجب کاهش افکار منفی و نگرانی در بیماران افسرده می‌شود (Zarei et al., 2024)، در حالی که باروتی و همکاران اثربخشی این روش را در افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش افکار خودکار منفی تأیید کردند (Barooti et al., 2023). همچنین جعفرزاده و همکاران نشان دادند که طرحواره‌درمانی و CBT هر دو در بهبود تنظیم شناختی هیجان و کاهش نشخوار ذهنی مؤثرند (Jafarzadeh et al., 2022). یافته‌های این پژوهش نیز در همین راستا قرار دارد و بیانگر آن است که CBT از طریق اصلاح شناخت‌ها و باورهای ناکارآمد، به کاهش علائم افسردگی و بهبود شاخص‌های شناختی کمک می‌کند.

از سوی دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز در این پژوهش موجب بهبود قابل توجهی در کاهش افکار ارجاعی و افزایش تحمل پریشانی شد. این یافته همسو با پژوهش‌های مختلفی است که نشان داده‌اند ACT از طریق افزایش پذیرش روان‌شناختی و گسلش شناختی، به بیماران کمک می‌کند تا رابطه‌ای متفاوت با افکار و احساسات ناخوشایند خود برقرار کنند (Aghili & Khoshbakht, 2025; Lipsett & Berkman, 2025; Sohrabnejad et al., 2025). این رویکرد بر اساس اصل بنیادین پذیرش و عمل متعهدانه طراحی شده است و هدف آن افزایش انعطاف‌پذیری روانی در مواجهه با تجارب ناخوشایند است. هنگامی که بیماران یاد می‌گیرند افکار منفی خود را بدون مقاومت یا قضاوت مشاهده کنند، چرخه اجتناب تجربه‌ای کاهش یافته و احساس کنترل بیشتری بر وضعیت روانی خود پیدا می‌کنند (Baniasadi et al., 2025). یافته‌های پژوهش حاضر همچنین با نتایج مطالعه آقیلی و خوشبخت هم‌خوان است که نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به کاهش افسردگی، کمال‌گرایی و نشانه‌های جسمانی بیماران دیابتی منجر شود (Aghili & Khoshbakht, 2025). پژوهش سهراب‌نژاد و همکاران نیز نشان داد که ACT باعث افزایش تحمل پریشانی و کاهش افکار خودتخریبی در بیماران مصرف‌کننده مواد شد (Sohrabnejad et al., 2025). بنابراین می‌توان گفت این درمان نه تنها بر فرآیندهای شناختی بلکه بر ظرفیت‌های هیجانی بیماران نیز تأثیرگذار است.

با وجود شباهت‌های ساختاری میان دو رویکرد، تفاوت در تمرکز محتوایی آن‌ها منجر به تفاوت در میزان اثربخشی می‌شود. CBT مستقیماً به اصلاح افکار ناکارآمد می‌پردازد، در حالی که ACT به جای تغییر محتوا، رابطه فرد با افکارش را تغییر می‌دهد (Lipsett & Berkman, 2025). با این حال، هر دو درمان از طریق سازوکارهای متفاوت اما مکمل، موجب ارتقای انعطاف‌پذیری شناختی و هیجانی می‌شوند. از این منظر، یافته‌های پژوهش حاضر با نظر پیترز و همکاران همسو است که نشان دادند طرحواره‌درمانی و CBT هر دو از طریق اصلاح ساختارهای فکری ناکارآمد، بر بهبود عملکرد شناختی بیماران افسرده مؤثرند (Peeters et al., 2022).

همچنین از منظر عصب‌روان‌شناختی، نتایج حاضر می‌تواند با مطالعاتی که به بررسی مسیرهای مغزی افسردگی پرداخته‌اند، تبیین شود. تحقیقات فریز و همکاران نشان داده‌اند که افسردگی با اختلال در مسیرهای سیناپسی مرتبط با حافظه، توجه و پردازش هیجان در ارتباط است و درمان‌های شناختی از طریق اصلاح این مسیرها، عملکرد مغز را بازسازی می‌کنند (Fries et al., 2023). در پژوهش‌های جدید نیز



مشاهده شده است که CBT موجب فعال‌سازی مجدد نواحی پیش‌پیشانی و کاهش فعالیت آمیگدال در مواجهه با محرک‌های هیجانی می‌شود (Katayama et al., 2022; Teng et al., 2022). این تغییرات فیزیولوژیک با بهبود در شاخص‌های روان‌شناختی چون انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل‌پریشانی همسو است.

از سوی دیگر، پژوهش‌های انجام‌شده بر روی ACT نیز نشان می‌دهد که تمرین‌های پذیرش و ذهن‌آگاهی در این رویکرد منجر به کاهش واکنش‌پذیری آمیگدال و افزایش ارتباط شبکه پیش‌پیشانی با سیستم لیمبیک می‌گردد که نتیجه آن افزایش کنترل شناختی بر هیجانات منفی است (Aghili & Khoshbakht, 2025). این یافته‌ها به خوبی توضیح می‌دهد که چرا در پژوهش حاضر، هر دو درمان بر کاهش‌پریشانی بیماران افسرده مؤثر بودند.

افکار ارجاعی نیز به عنوان یکی از نشانه‌های شناختی مهم افسردگی در این پژوهش کاهش یافت. این یافته با نتایج پژوهش‌های متعددی مطابقت دارد که نشان داده‌اند CBT و ACT هر دو قادرند چرخه افکار تکرارشونده و نشخوار ذهنی را در بیماران افسرده مختل کنند (Garcia et al., 2022; Kim et al., 2023). در پژوهش گارسیا و همکاران، هر دو درمان موجب کاهش افکار ارجاعی و نگرانی در بیماران افسرده شدند، اما CBT اثر سریع‌تر و ماندگارتری داشت (Garcia et al., 2022). همچنین نتایج پژوهش لی و همکاران نشان داد که بیماران دریافت‌کننده CBT در مقایسه با گروه طرحواره‌درمانی کاهش قابل‌توجه‌تری در افکار خودکار منفی داشتند (Lee et al., 2021). این هم‌خوانی نشان می‌دهد که اصلاح شناختی مستقیم‌تر در CBT می‌تواند در تغییر افکار ناکارآمد مؤثرتر باشد.

افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران گروه‌های درمانی نیز از یافته‌های مهم این پژوهش بود. این متغیر از جمله شاخص‌هایی است که نقش واسطه‌ای میان شناخت، هیجان و رفتار ایفا می‌کند و ارتقای آن موجب بهبود عملکرد روانی و اجتماعی بیماران می‌شود (Pacheco & Herrera, 2021; Pilkington et al., 2022). یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج پژوهش تاواکلی و همکاران همسو است که نشان دادند درمان‌های شناختی-رفتاری موجب افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در دانش‌آموزان پرخاشگر شدند (Tavakoli et al., 2024). همچنین پژوهش برنشتاین و همکاران بر روی بیماران دارای اختلالات شخصیتی نشان داد که اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه از طریق درمان شناختی و رفتاری به بهبود توانایی سازگاری شناختی بیماران منجر می‌شود (Bernstein et al., 2021).

به طور کلی، یافته‌های این پژوهش تأیید می‌کند که درمان شناختی رفتاری از طریق تمرکز بر بازسازی شناختی، و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق افزایش آگاهی و پذیرش ذهنی، هر دو می‌توانند موجب کاهش نشانه‌های افسردگی شوند. در عین حال، CBT به دلیل ماهیت ساختاریافته‌تر و استفاده از تکنیک‌های مستقیم شناختی، تأثیر قوی‌تری در بهبود متغیرهای شناختی نشان داد (Rezaei et al., 2022; Zarei et al., 2024).

یکی از محدودیت‌های این پژوهش حجم نمونه نسبتاً کوچک آن بود که تعمیم‌پذیری نتایج را کاهش می‌دهد. همچنین استفاده از ابزارهای خودگزارشی ممکن است با سوگیری‌های پاسخ‌دهی همراه بوده و دقت اندازه‌گیری متغیرها را تحت تأثیر قرار داده باشد. علاوه بر این، محدود بودن دوره پیگیری پس از مداخله، امکان بررسی پایداری اثرات درمانی را کاهش داده است. عدم کنترل دقیق بر متغیرهای مداخله‌گر مانند مصرف دارو یا حمایت اجتماعی نیز می‌تواند بر نتایج اثرگذار بوده باشد.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از طرح‌های طولی با حجم نمونه بزرگ‌تر و گروه‌های متنوع‌تر استفاده شود تا پایداری اثرات CBT و ACT در بلندمدت بررسی گردد. همچنین به‌کارگیری روش‌های ترکیبی (کمی و کیفی) می‌تواند به درک عمیق‌تری از تجربه بیماران در فرآیند درمان کمک کند. بررسی تأثیر این دو رویکرد در ترکیب با درمان‌های دیگر نظیر ذهن‌آگاهی یا درمان‌های بین‌فردی نیز می‌تواند به توسعه مداخلات مؤثرتر منجر شود.



بر اساس یافته‌های این پژوهش، توصیه می‌شود روان‌شناسان بالینی در درمان بیماران افسرده از ترکیب دو رویکرد ACT و CBT بهره گیرند تا هم اصلاح شناختی و هم پذیرش هیجانی در بیماران تقویت شود. برنامه‌های آموزشی و کارگاه‌های تخصصی برای درمانگران جهت ارتقای مهارت در اجرای این دو رویکرد می‌تواند اثربخشی درمان‌ها را افزایش دهد. همچنین گنجاندن این درمان‌ها در مراکز مشاوره، بیمارستان‌ها و حتی پلتفرم‌های دیجیتال درمانی می‌تواند دسترسی بیماران به خدمات روان‌شناختی مؤثر را تسهیل نماید.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافع وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

References

- Aghili, S. M., & Khoshbakht, F. (2025). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression, perfectionism, and blood glucose levels in type 2 diabetic patients with psychological and physical anhedonia. *Clinical Psychology Achievements*, 11(1), 53-69. https://jacp.scu.ac.ir/article_19842.html?lang=en
- Ayhan, M. O., & Kavak Budak, F. (2021). The correlation between mindfulness and negative automatic thoughts in depression patients. *Perspectives in psychiatric care*, 57(4), 1944-1949. <https://doi.org/10.1111/ppc.12637>
- Baniasadi, K., Gerdooie, R., Gorji, M., Shahbazi, G., Babaahmadi, F., Ghafourian, G., & Pourmohammad Ghouchani, K. (2025). Comparison of Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Enhancing Resilience, Cognitive Flexibility, and Distress Tolerance in Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*, 6(6), 1-10. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.6.6.6>
- Barooti, M., Chin Aveh, M., & Saadi, S. (2023). Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Cognitive Flexibility and Negative Automatic Thoughts in Patients with Major Depression. *Journal of Disability Studies*, 13, 45. <https://sid.ir/paper/1447316/fa>



- Bernstein, D. P., Keulen-de Vos, M., Clercx, M., De Vogel, V., Kersten, G. C., Lancel, M., & Arntz, A. (2021). Schema therapy for violent PD offenders: a randomized clinical trial. *Psychological medicine*, 1-15. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001161>
- Chang, C. Y., Panjaburee, P., Lin, H. C., Lai, C. L., & Hwang, G. H. (2021). Effects of online strategies on students' learning performance, self-efficacy, self-regulation and critical thinking in university online courses. *Educational Technology Research and Development*, 70(1), 185-204. <https://doi.org/10.1007/s11423-021-10071-y>
- Chen, Y., Zhang, X., & Wang, L. (2023). *Reducing worry in depression: A comparison of schema therapy and cognitive-behavioral therapy*
- Fries, G. R., Saldana, V. A., Finnstein, J., & Rein, T. (2023). Molecular pathways of major depressive disorder converge on the synapse. *Molecular Psychiatry*, 28(1), 284-297. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01806-1>
- Garcia, M., Rodriguez, L., & Fernandez, A. (2022). *Cognitive-behavioral therapy and schema therapy: Effects on referential thoughts*
- Jafarzadeh, Z., Seyed Abdolmajid, B., & Shahbazi Zadeh, F. (2022). The Effectiveness of Schema Therapy on Cognitive Emotion Regulation, Cognitive Flexibility, and Maladaptive Worry Strategies in Patients with Depression Disorder. *Pars Medical Sciences Journal*, 20(3), 9-16. https://jmj.jums.ac.ir/article_701639_en.html
- Ji, J. L., Murphy, F. C., Grafton, B., MacLeod, C., & Holmes, E. A. (2022). Emotional mental imagery generation during spontaneous future thinking: relationship with optimism and negative mood. *Psychological Research*, 86(2), 617-626. <https://doi.org/10.1007/s00426-021-01501-w>
- Karimi, M., Bahrami, F., Amini, K., & Sadeghi, S. (2021). The Effectiveness of Schema Therapy in Reducing Negative Thoughts: A Comparison with Cognitive Behavioral Therapy. *Scientific Quarterly Journal of Tehran University*, 8(3), 58-72.
- Karyotaki, E., Efthimiou, O., Miguel, C., genannt Bermpohl, F. M., Furukawa, T. A., Cuijpers, P., & Forsell, Y. (2021). Internet-based cognitive behavioral therapy for depression: a systematic review and individual patient data network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 78(4), 361-371. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.4364>
- Katayama, N., Nakagawa, A., Umeda, S., Terasawa, Y., Abe, T., Kurata, C., & Mimura, M. (2022). Cognitive behavioral therapy effects on frontopolar cortex function during future thinking in major depressive disorder: A randomized clinical trial. *Journal of affective disorders*, 298, 644-655. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.11.034>
- Kim, H., Choi, Y., & Jung, S. (2023). *A comparative analysis of cognitive-behavioral therapy and schema therapy on negative thoughts in major depressive disorder*
- Lee, S., Kim, J., & Park, H. (2021). Impact of cognitive-behavioral therapy and schema therapy on negative thoughts in depression. *University of Tokyo*.
- Lipsett, M., & Berkman, E. (2025). A randomized controlled trial of an acceptance and commitment therapy-informed diabetes prevention program reduces body shame and distress. *Health Psychology*, 44(5), 549. <https://doi.org/10.1037/hea0001434>
- Pacheco, C. S., & Herrera, C. I. (2021). A conceptual proposal and operational definitions of the cognitive processes of complex thinking. *Thinking Skills and Creativity*, 39, 100794. <https://doi.org/10.1016/j.tsc.2021.100794>
- Peeters, N., van Passel, B., & Krans, J. (2022). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(3), 579-597. <https://doi.org/10.1111/bjc.12324>
- Pilkington, P. D., Spicer, L., & Wilson, M. (2022). Schema therapists' perceptions of the influence of their early maladaptive schemas on therapy. *Psychotherapy Research*, 1-14. <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2038804>
- Rezaei, A., Jafari, P., Mousavi, S., & Tehrani, M. (2022). Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive Behavioral Therapy in Reducing Worry and Negative Thoughts. *Scientific Quarterly Journal of Isfahan University*, 9(4), 110-125.
- Sohrabnejad, S., Mehrabaninasab, M., Nazari, H., Sohrabnejad, A., & Nazari, G. (2025). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Suicidal Thoughts, Sensation Seeking and, Distress Tolerance among Substance Users. *Journal of Basic Research in Medical Sciences*, 12(2), 1-10. <https://doi.org/10.61186/jbrms.12.2.1>
- Tavakoli, S., Abbasi, F., Heydari, B., & Akhondzadeh, M. (2024). Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Play Therapy and Gestalt Play Therapy on Vandalistic Behaviors, Impulsivity, and Cognitive Flexibility in Aggressive Male Elementary Students. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling (JARAC)*, 6(3), 28-36. <https://doi.org/10.61838/kman.jarac.6.3.4>
- Teng, C., Liu, T., Zhang, N., Zhong, Y., & Wang, C. (2022). Cognitive behavioral therapy may rehabilitate abnormally functional communication pattern among the triple-network in major depressive disorder: a follow-up study. *Journal of affective disorders*, 304, 28-39. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.02.050>
- Zarei, R., Firouzbakht, M., Shirazi, T., & Khoshnavis, J. (2024). The Impact of Cognitive Behavioral Therapy and Schema Therapy in Reducing Negative Thoughts and Worry: A Comparative Study. *Scientific Quarterly Journal of Tabriz University*, 10(2), 95-107.