

Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Cognitive Behavioral Therapy in Patients with Treatment-Resistant Depression

Mahnaz. Sanjari¹, Zakieh. Sadeghi^{1*}, Mahboobeh. Saberi², Esmatsadat. Ataei Kachoei³, Reyhaneh. Tajad⁴

1. Department of Clinical Child and Adolescent Psychology, Ga.C., Islamic Azad University, Semnan, Iran

2. Department of Family Counseling, Kho.C, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

3. Department of General Psychology, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran

4. Department of Clinical Psychology, Na.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran

* Corresponding author email address: nawhid.psychologist@gmail.com

Article Info

Article type:

Original Research

How to cite this article:

Sanjari, M., Sadeghi, Z., Saberi, M., Ataei Kachoei, E., & Tajad, R. (2026). Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Cognitive Behavioral Therapy in Patients with Treatment-Resistant Depression. *Longevity*, 4(2), 1-15.

<https://doi.org/10.61838/kman.longevity.79>



© 2026 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

ABSTRACT

The objective of the present study was to compare the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Cognitive Behavioral Therapy (CBT) in patients with treatment-resistant depression. The statistical population of this study included all adult patients referring to psychiatric clinics in Tehran who had received at least two standard courses of pharmacological treatment for depression and still experienced depressive symptoms. A total of 60 participants were selected as the sample through purposive sampling and were randomly assigned equally into three groups: Acceptance and Commitment Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, and control groups. The research instrument was the Beck Depression Inventory–Second Edition (BDI-II). Participants in each experimental group received Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy interventions. The analysis of the findings indicated that both Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy were effective in reducing treatment-resistant depression. No significant difference was observed between Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy approaches. Furthermore, Acceptance and Commitment Therapy was more effective in reducing treatment-resistant depression among women compared to men.

Keywords: *Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Treatment-Resistant Depression.*

Extended Abstract

Introduction

Treatment-resistant depression (TRD) is recognized as one of the most complicated and challenging conditions in the field of mental health. It refers to a clinical state in which depressive symptoms fail to demonstrate significant improvement despite receiving at least two adequate courses of pharmacological or psychological treatment. TRD creates substantial psychological, social, and economic burdens for patients and their families and presents major therapeutic challenges for mental health professionals (Kroch et al., 2022). Patients with treatment-resistant depression commonly experience a long history of depressive episodes, comorbid conditions such as anxiety and sleep disturbances, high functional impairment, and biological resistance to neurochemical changes (Moazzeni et al., 2018). Therefore, identifying effective and flexible therapeutic approaches for these patients is considered a major clinical priority.

Depression, as one of the most prevalent mood disorders, is characterized by persistent sadness, hopelessness, reduced energy, feelings of emptiness, and loss of interest in daily activities. It affects cognitive, emotional, behavioral, and physical functioning and can severely disrupt quality of life (Gao et al., 2022). Although many individuals respond positively to conventional treatments, a considerable number continue to experience symptoms despite receiving standard interventions. This persistence of symptoms has led researchers to focus on more specialized psychological interventions for TRD (Sadrmohammadi et al., 2019).

Among psychological interventions, cognitive behavioral therapy (CBT) is one of the most established and evidence-based approaches for depression treatment. CBT focuses on identifying and modifying dysfunctional thoughts, beliefs, and behaviors through cognitive restructuring, coping skills training, and behavioral activation (Stenzel et al., 2025). Techniques such as challenging negative automatic thoughts, problem-solving training, and modifying maladaptive interpretations help patients develop more realistic and adaptive cognitive patterns (Kiers & de Haan, 2024). Due to its structured nature and emphasis on practical skills, CBT has become one of the most frequently applied approaches for mood disorders (Wang et al., 2026).

In contrast, acceptance and commitment therapy (ACT), as a third-wave cognitive behavioral intervention, emphasizes acceptance of internal experiences and the development of psychological flexibility rather than direct modification of thought content. Based on relational frame theory and functional contextualism, ACT attempts to transform the individual's relationship with negative thoughts and emotions instead of eliminating them (Alam & Mohanty, 2023). Through techniques such as mindfulness, cognitive defusion, clarification of personal values, and committed action, ACT encourages patients to pursue meaningful behaviors despite difficult emotional experiences (Thompson et al., 2021). Excessive attempts to control unwanted emotions and thoughts are considered part of the psychological problem, and the central goal of ACT is enhancing psychological flexibility (Morris et al., 2024).

Previous studies have shown that both ACT and CBT can reduce depressive symptoms, although their mechanisms of action differ. CBT primarily targets dysfunctional cognitive structures, whereas ACT focuses on acceptance and psychological flexibility (Arch et al., 2023). Recent studies have supported the effectiveness of both methods. Eisvand et al. demonstrated that CBT and ACT reduced depressive symptoms, although differences were observed in variables such as rumination (Eisvand et al., 2024).

Alizadeh and Bakhshipour Roodsari reported that ACT significantly decreased depression among mothers of children with cerebral palsy (Alizadeh & Bakhshipour Roodsari, 2023). Rad Sadeghi et al. found that ACT was effective in reducing paranoid thoughts among women with postpartum depression (Sadeghi Rad et al., 2022). Sadrmoammadi et al. also showed the effectiveness of CBT and behavioral activation in reducing treatment-resistant depression (Sadrmoammadi et al., 2019). International evidence has further supported these approaches. Li and Tang reported that rumination-focused CBT can reduce depressive symptoms and prevent relapse (Li & Tang, 2024), while Yasinski et al. emphasized the role of psychological flexibility, reduced avoidance, and decreased rumination in improving outcomes among patients with TRD (Yasinski et al., 2020). Considering the need for direct comparisons between these approaches, the present study aimed to compare the effectiveness of ACT and CBT in patients with treatment-resistant depression.

Methods and Materials

The present study was conducted using a quasi-experimental design with a pretest–posttest structure and a control group. After selection and evaluation based on eligibility criteria, participants were randomly assigned to three groups: cognitive behavioral therapy, acceptance and commitment therapy, and control group. Before the intervention, all participants completed the pretest assessment. The two experimental groups then received their assigned psychological interventions, while the control group received no psychological intervention during this period. After completion of the therapeutic sessions, the posttest was administered, and changes between pretest and posttest scores were analyzed.

The statistical population consisted of adult patients attending psychiatric clinics in Tehran who had received at least two standard courses of pharmacological treatment for depression but continued to experience depressive symptoms. A total of 60 patients were selected using purposive sampling and randomly assigned into three equal groups of 20 participants. Each group consisted of 10 women and 10 men. Inclusion criteria included age above 20 years, diagnosis of major depressive disorder based on DSM-5 criteria, resistance to pharmacological treatment, ability to participate in psychotherapy sessions, and provision of written informed consent. Exclusion criteria included severe psychiatric disorders such as schizophrenia or bipolar I disorder, severe neurological or cognitive impairments, substance abuse, and simultaneous participation in other therapeutic studies.

The research instrument was the Beck Depression Inventory-II (BDI-II). This questionnaire contains 21 items assessing physical, cognitive, emotional, and behavioral symptoms of depression. Each item is scored from 0 to 3, and the total score ranges from 0 to 63. Higher scores indicate greater depression severity. In this study, a score above 30 after two pharmacological treatment courses was considered one of the criteria for identifying treatment-resistant depression.

Both ACT and CBT interventions were delivered individually in eight 40-minute sessions. ACT sessions focused on mindfulness, acceptance of negative emotions, cognitive defusion, clarification of personal values, value-based actions, and relapse prevention. CBT sessions focused on identifying automatic thoughts, challenging dysfunctional beliefs, cognitive restructuring, behavioral activation, problem-solving skills, and relapse prevention. Data analysis was performed using descriptive and inferential statistical methods. Mean and standard deviation were calculated for descriptive analysis. One-way analysis of variance was used to compare changes among the three groups, Scheffe's post hoc test

was applied for pairwise comparisons, and independent t-tests were conducted to examine gender-based differences in treatment outcomes.

Findings

The findings showed that 60 patients with treatment-resistant depression participated in the study, with equal distribution across the ACT, CBT, and control groups. Each group included an equal number of male and female participants, allowing comparisons based on both intervention type and gender.

The descriptive results indicated that the three groups had similar depression scores at baseline, suggesting that participants were comparable before treatment. After the interventions, depression scores in the control group remained almost unchanged, whereas both experimental groups showed considerable reductions in depression severity. The mean reduction in depression scores was 3.26 in the control group, 59.40 in the CBT group, and 64.90 in the ACT group. Although ACT demonstrated a slightly greater reduction, further statistical analysis was required to determine whether this difference was significant.

The results of one-way ANOVA demonstrated a significant difference among the three groups regarding changes in depression scores ($F = 117.58$, $P = 0.0001$), indicating that treatment group membership significantly influenced improvement in treatment-resistant depression. Scheffe's post hoc comparisons showed that both CBT and ACT produced significantly greater reductions in depressive symptoms compared with the control group ($P = 0.0001$). However, the difference between CBT and ACT was not statistically significant ($P = 0.371$). Therefore, both treatments were effective, but neither approach demonstrated statistical superiority over the other.

Gender-based analyses showed different response patterns. In the CBT group, the reduction in depression scores was greater among men than women, and this difference was statistically significant ($t = 2.26$, $P = 0.041$). In contrast, ACT produced greater reductions in depression among women compared with men, and this difference was also significant ($t = -4.33$, $P = 0.001$). Overall, the findings confirmed the effectiveness of both psychological interventions for treatment-resistant depression while suggesting that individual characteristics, particularly gender, may influence treatment response.

Discussion and Conclusion

The present study compared the effectiveness of acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy in patients with treatment-resistant depression. The findings demonstrated that both ACT and CBT significantly reduced depressive symptoms compared with the control condition. These results suggest that both therapeutic approaches can be considered effective psychological interventions for patients who do not adequately respond to conventional pharmacological treatments.

The effectiveness of CBT can be explained through its focus on changing dysfunctional cognitive patterns, restructuring negative beliefs, increasing adaptive thinking, and encouraging behavioral activation. Patients with depression frequently experience persistent negative interpretations of themselves, their environment, and the future. CBT helps modify these cognitive distortions and promotes healthier behavioral responses, which can contribute to reduced depressive symptoms.

The positive effects of ACT can be explained by its emphasis on psychological flexibility, acceptance, mindfulness, and value-based behavior. Instead of attempting to eliminate negative thoughts and emotions, ACT helps patients change their relationship with these experiences. This approach may be especially useful for individuals with chronic or resistant depression because repeated attempts to suppress unwanted thoughts and emotions often increase psychological distress.

The absence of a significant difference between ACT and CBT indicates that both approaches can achieve similar therapeutic outcomes despite their different theoretical foundations. CBT focuses primarily on modifying the content of thoughts, whereas ACT focuses on changing the function and impact of thoughts. Nevertheless, both methods can reduce rumination, improve emotional regulation, enhance self-awareness, and increase adaptive functioning.

The gender-based findings suggested that CBT was more effective among men, while ACT showed stronger effects among women. This pattern may reflect differences in cognitive and emotional processing styles. The structured, problem-oriented, and skill-based nature of CBT may align more closely with the coping preferences of some male patients. Conversely, ACT's focus on emotional acceptance, mindfulness, values, and internal experiences may correspond more strongly with emotional processing patterns observed among female patients.

Overall, the findings indicate that both acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy are effective interventions for reducing treatment-resistant depression. Although neither method demonstrated overall superiority, treatment selection may benefit from considering individual characteristics, emotional and cognitive styles, patient preferences, and gender-related differences. These findings highlight the importance of personalized psychological interventions in improving outcomes for individuals with treatment-resistant depression.

Conflict of Interest

There is no conflict of interest in conducting the present study.

Acknowledgments

We sincerely thank all participants who, despite the numerous challenges we faced, supported us in completing this research.

Authors' Contributions

All authors contributed equally to the conception and design of the study, data collection, analysis and interpretation of the findings, drafting the manuscript, critical revision for important intellectual content, and approval of the final version. All authors take responsibility for the integrity of the work.

Ethical Considerations

This study was conducted in compliance with all ethical principles in human research.

Data Transparency

The data and sources used in this study will be made available upon request from the corresponding author, in compliance with copyright regulations.

Funding

The authors declare that no financial support was received for the research and/or publication of this article.

مقایسه اثربخشی روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان شناختی- رفتاری در بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان

مهناز سنجرى^۱، زکيه صادقى^{۱*}، محبوبه صابرى^۲، عصمت سادات عطايى کچوئى^۳، ريحانه تجدد^۴

۱. گروه روان شناسی بالینی کودک و نوجوان، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی سمنان، ایران
۲. گروه مشاوره خانواده، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
۳. گروه روانشناسی عمومی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
۴. گروه روانشناسی بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: nawhid.psychologist@gmail.com

اطلاعات مقاله

چکیده

نوع مقاله

پژوهشی اصیل

نحوه استناد به این مقاله:

سنجرى، مهناز، صادقى، زکيه، صابرى، محبوبه، عطايى کچوئى، عصمت سادات، و تجدد، ريحانه. (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان شناختی- رفتاری در بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان. طول عمر، ۴(۲)، ۱-۱۵.

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان شناختی- رفتاری در بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر همه بیماران بزرگسال مراجعه کننده به کلینیک‌های روان پزشکی شهر تهران هستند که حداقل دو دوره درمان دارویی استاندارد برای افسردگی دریافت کرده اند و همچنان علائم افسردگی دارند. تعداد ۶۰ نفر بعنوان نمونه بصورت هدفمند انتخاب و در ۳ گروه روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی- رفتاری و کنترل به تعداد مساوی و بصورت تصادفی قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II) می باشد. هر یک از افراد گروه آزمایش مورد روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل یافته ها نشان می دهد که روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی مقاوم به درمان موثر است. بین روش‌های درمانی شناختی- رفتاری و روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در زنان بیش از مردان بر کاهش افسردگی مقاوم به درمان موثر است.

کلیدواژگان: روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، درمان شناختی- رفتاری (CBT)، افسردگی مقاوم به درمان.



© 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.

مقدمه

افسردگی مقاوم به درمان (TRD) یکی از پیچیده‌ترین و چالش‌برانگیزترین اختلالات در حوزه سلامت روان محسوب می‌شود و به وضعیتی اطلاق می‌گردد که علائم افسردگی پس از حداقل دو دوره مناسب درمان دارویی یا روان‌درمانی، بهبود قابل توجهی نشان نمی‌دهند. این اختلال نه تنها بار روانی، اجتماعی و اقتصادی قابل توجهی برای بیماران و خانواده‌های آنان ایجاد می‌کند، بلکه فرایند درمان را برای متخصصان سلامت روان نیز دشوار می‌سازد (Kroch et al., 2022). افراد مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان معمولاً دارای سابقه طولانی افسردگی، اختلالات همزمان مانند اضطراب و اختلالات خواب، ناتوانی عملکردی بالا و مقاومت زیستی نسبت به تغییرات نوروشیمیایی هستند (Moazzeni et al., 2018). به همین دلیل، شناسایی و استفاده از رویکردهای درمانی مؤثر و انعطاف‌پذیر برای این بیماران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. افسردگی به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات خلقی، با احساس پایدار غمگینی، ناامیدی، کاهش انرژی، احساس پوچی و از دست دادن علاقه نسبت به فعالیت‌های روزمره شناخته می‌شود و می‌تواند عملکرد شناختی، هیجانی، رفتاری و جسمانی فرد را تحت تأثیر قرار دهد (Gao et al., 2022). در برخی بیماران، علائم افسردگی علی‌رغم درمان‌های دارویی و روان‌شناختی ادامه می‌یابد و به شکل افسردگی مقاوم به درمان بروز می‌کند. با وجود نبود تعریف کاملاً یکسان از این اختلال، بیشتر پژوهشگران آن را به عنوان عدم پاسخ مناسب به حداقل دو دوره درمان استاندارد تعریف می‌کنند (Sadrmohammadi et al., 2019).

در میان مداخلات روان‌شناختی، درمان شناختی-رفتاری (CBT) یکی از شناخته‌شده‌ترین و پژوهش‌محورترین روش‌های درمان افسردگی است. این رویکرد بر شناسایی و اصلاح افکار، باورها و رفتارهای ناکارآمد تمرکز دارد و تلاش می‌کند از طریق بازسازی شناختی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و فعال‌سازی رفتاری، الگوهای فکری منفی را تغییر دهد (Stenzel et al., 2025). درمان شناختی-رفتاری با استفاده از فنونی مانند بازسازی شناختی، آموزش حل مسئله و مواجهه با افکار ناکارآمد، به بیماران کمک می‌کند تا تفاسیر واقع‌بینانه‌تر و سازگارانه‌تری از رویدادهای زندگی داشته باشند (Kiers & de Haan, 2024). این رویکرد به دلیل ساختار منظم و تأکید بر مهارت‌آموزی، یکی از رایج‌ترین روش‌های درمانی در اختلالات خلقی به شمار می‌رود (Wang et al., 2026). در مقابل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) رویکردی نوین‌تر در موج سوم درمان‌های شناختی-رفتاری است که به جای تلاش مستقیم برای تغییر محتوای افکار، بر پذیرش تجربه‌های درونی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تأکید دارد. این درمان که ریشه در نظریه چارچوب رابطه‌ای و زمینه‌گرایی عملکردی دارد، تلاش می‌کند رابطه فرد با افکار و هیجانات منفی را تغییر دهد، نه خود محتوای آن‌ها را (Alam & Mohanty, 2023) با استفاده از تکنیک‌هایی مانند ذهن‌آگاهی، گسلش شناختی، شناسایی ارزش‌های شخصی و تعهد به رفتارهای مبتنی بر ارزش، به بیماران کمک می‌کند تا بدون اجتناب از تجربه‌های ناخوشایند، زندگی معنادارتری را دنبال کنند (Thompson et al., 2021). در این رویکرد، تلاش افراطی برای کنترل هیجانات و افکار منفی خود بخشی از مشکل تلقی می‌شود و هدف اصلی درمان، ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است (Morris et al., 2024). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که هر دو رویکرد CBT و ACT می‌توانند در کاهش علائم افسردگی مؤثر باشند، اما مکانیسم‌های درمانی متفاوتی دارند. CBT بیشتر بر اصلاح ساختارهای شناختی و کاهش افکار ناکارآمد تمرکز دارد، در حالی که ACT بر پذیرش تجربه‌های درونی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تأکید می‌کند (Arch et al., 2023). این تفاوت در مبانی نظری و فرایندهای درمانی باعث شده است که پژوهشگران به مقایسه اثربخشی این دو رویکرد در اختلالات مزمن و مقاوم به درمان توجه ویژه‌ای نشان دهند. پژوهش‌های اخیر نیز از اثربخشی هر دو درمان حمایت کرده‌اند. ایسوند و همکاران (۱۴۰۳) نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هر دو می‌توانند علائم افسردگی را کاهش دهند، هرچند در برخی متغیرها مانند نشخوار فکری تفاوت‌هایی میان آن‌ها مشاهده شد (Eisvand

(et al., 2024). علیزاده و بخشی پور رودسری (۱۴۰۲) نیز گزارش کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر کاهش افسردگی مادران دارای کودک مبتلا به فلج مغزی دارد (Alizadeh & Bakhshipour Roudsari, 2023). همچنین صادقی راد و همکاران (۱۴۰۱) نشان دادند ACT در کاهش افکار پارانوئیدی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان اثربخشی بیشتری نسبت به گروه کنترل دارد (Sadeghi Rad et al., 2022). در مطالعه‌ای دیگر، صدرمحمدی و همکاران (۱۳۹۸) گزارش کردند که درمان شناختی- رفتاری و فعال سازی رفتاری هر دو در کاهش افسردگی مقاوم به درمان مؤثر هستند (Sadrmohammadi et al., 2019). در سطح بین‌المللی نیز پژوهش‌های متعددی به بررسی اثربخشی این رویکردها پرداخته‌اند. لی و تانگ (۲۰۲۴) در یک مرور نظام‌مند نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری می‌تواند علائم افسردگی را کاهش داده و از عود آن جلوگیری کند (Li & Tang, 2024). همچنین یاسینسکی و همکاران (۲۰۲۰) بیان کردند که انعطاف‌پذیری روان شناختی نقش مهمی در بهبود بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان دارد و کاهش اجتناب و نشخوار فکری می‌تواند پیامدهای درمانی مطلوب‌تری ایجاد کند (Yasinski et al., 2020).

با وجود شواهد موجود درباره اثربخشی هر دو رویکرد، هنوز مشخص نیست کدام روش برای بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان مناسب‌تر است و آیا تفاوتی در اثربخشی این درمان‌ها بر اساس ویژگی‌های فردی یا جنسیتی وجود دارد یا خیر. از این رو، انجام پژوهش‌هایی که به مقایسه مستقیم اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بپردازند، می‌تواند به انتخاب مداخلات درمانی مؤثرتر و طراحی برنامه‌های درمانی متناسب با ویژگی‌های بیماران کمک کند. پژوهش حاضر نیز با هدف مقایسه اثربخشی این دو رویکرد درمانی در بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان انجام شده است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل انجام شد. در این طرح، آزمودنی‌ها پس از انتخاب و احراز شرایط ورود، به صورت تصادفی در سه گروه شامل درمان شناختی - رفتاری، روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل قرار گرفتند. ابتدا پیش‌آزمون برای هر سه گروه اجرا شد، سپس دو گروه آزمایش به ترتیب مداخلات درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند و گروه کنترل در این مدت مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات درمانی، پس‌آزمون برای هر سه گروه اجرا شد و نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون درون و بین گروه‌ها مورد مقایسه قرار گرفت.

شرکت‌کنندگان

جامعه آماری پژوهش شامل همه بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌پزشکی شهر تهران بود که حداقل دو دوره درمان دارویی استاندارد برای افسردگی دریافت کرده بودند اما همچنان علائم افسردگی داشتند. از میان این بیماران، ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و پس از اعلام رضایت برای شرکت در پژوهش، به صورت تصادفی در سه گروه ۲۰ نفری قرار گرفتند. هر گروه شامل ۱۰ زن و ۱۰ مرد بود. معیارهای ورود به پژوهش شامل سن بالاتر از ۲۰ سال، تشخیص افسردگی اساسی بر اساس DSM-5، مقاومت به درمان دارویی، توانایی حضور در جلسات روان‌درمانی و ارائه رضایت کتبی برای شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج نیز شامل وجود اختلالات روانی شدید همراه مانند اسکیزوفرنی یا اختلال دوقطبی نوع I، اختلالات شناختی یا نورولوژیک شدید، سوءمصرف مواد و شرکت همزمان در سایر پژوهش‌های درمانی بود.

ابزار پژوهش

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم (BDI-II) بود. این پرسشنامه یکی از ابزارهای رایج برای سنجش شدت افسردگی است و شامل ۲۱ ماده می‌شود که علائم جسمانی، شناختی، هیجانی و رفتاری افسردگی را ارزیابی می‌کند. هر ماده از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمره کل پرسشنامه از صفر تا ۶۳ است. نمرات ۰ تا ۱۳ نشان‌دهنده افسردگی حداقل، ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۹ افسردگی متوسط و ۳۰ تا ۶۳ افسردگی شدید است. در پژوهش حاضر، نمره بالاتر از ۳۰ پس از دو دوره درمان دارویی به عنوان یکی از شاخص‌های ورود برای افسردگی مقاوم به درمان در نظر گرفته شد. مطالعات روان‌سنجی پیشین، روایی و پایایی مطلوب این ابزار را گزارش کرده‌اند و در مطالعات ایرانی نیز ضرایب پایایی قابل قبول برای آن به دست آمده است.

روش اجرا

پس از انتخاب آزمودنی‌های واجد شرایط و اخذ رضایت آگاهانه، شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در سه گروه درمان شناختی - رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل قرار گرفتند. پیش از شروع مداخله، پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم به عنوان پیش‌آزمون در اختیار هر سه گروه قرار گرفت. سپس افراد دو گروه آزمایش طی هشت جلسه ۴۰ دقیقه‌ای، مداخلات درمانی مربوط به گروه خود را دریافت کردند. گروه کنترل در این مدت هیچ مداخله درمانی دریافت نکرد و فقط در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفت. ده روز پس از پایان جلسات درمانی، پس‌آزمون برای هر سه گروه اجرا شد و داده‌های به دست آمده برای تحلیل آماری آماده گردید.

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در قالب هشت جلسه انفرادی ۴۰ دقیقه‌ای اجرا شد. جلسه اول به آشنایی، تنظیم اهداف، معرفی مدل ACT و تمرین تنفس آگاهانه اختصاص داشت. در جلسه دوم، پذیرش احساسات منفی و مشاهده افکار و هیجانات بدون قضاوت آموزش داده شد. جلسه سوم بر شناسایی ارزش‌های شخصی تمرکز داشت و در جلسه چهارم، ارزش‌ها به اهداف رفتاری قابل اجرا تبدیل شدند. در جلسه پنجم، تکنیک‌های گسلش شناختی و فاصله‌گیری از افکار منفی آموزش داده شد. جلسه ششم به تمرین‌های حضور ذهن و آگاهی بدن‌محور اختصاص داشت. در جلسه هفتم، پذیرش، گسلش و ارزش‌ها با یکدیگر ترکیب شدند و موانع پیشرفت بررسی گردید. در جلسه هشتم، کل فرایند درمان مرور شد و برنامه‌ای برای خودمراقبتی و پیشگیری از عود تدوین گردید.

پروتکل درمان شناختی - رفتاری

درمان شناختی - رفتاری نیز در قالب هشت جلسه انفرادی ۴۰ دقیقه‌ای اجرا شد. جلسه اول به معرفی مدل CBT و توضیح رابطه میان افکار، احساسات و رفتار اختصاص داشت. در جلسه دوم، افکار خودکار منفی و خودانتقادی شناسایی شدند. جلسه سوم بر بررسی شواهد مربوط به افکار منفی و چالش با آن‌ها تمرکز داشت. در جلسه چهارم، باورهای بنیادی افسرده‌ساز بررسی و بازسازی شدند. جلسه پنجم به فعال‌سازی رفتاری و برنامه‌ریزی فعالیت‌های مثبت اختصاص داشت. در جلسه ششم، مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری آموزش داده شد. جلسه هفتم بر پیشگیری از عود و شناسایی عوامل خطر تمرکز داشت و در جلسه هشتم، تغییرات درمانی مرور و برنامه خودمراقبتی پس از پایان درمان تنظیم شد.

روش تحلیل داده‌ها

برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در بخش آمار توصیفی، شاخص‌هایی مانند میانگین و انحراف استاندارد برای توصیف نمرات افسردگی در گروه‌ها به کار رفت. در بخش آمار استنباطی، برای مقایسه اختلاف نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سه گروه از تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد. همچنین برای مقایسه دو به دوی گروه‌ها و تعیین میزان اثربخشی هر یک از روش‌های

درمانی نسبت به گروه کنترل و نسبت به یکدیگر، آزمون تعقیبی شفه به کار رفت. برای مقایسه کاهش افسردگی مقاوم به درمان میان زنان و مردان در هر یک از گروه‌های درمانی نیز از آزمون t مستقل استفاده شد. سطح معناداری در تحلیل‌ها ۰.۰۵ و ۰.۰۱ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

برای جلوگیری از تکرار و افزایش خوانایی، نتایج توصیفی و استنباطی در چند جدول فشرده گزارش شد. مطابق جدول ۴، ۶۰ بیمار مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان در سه گروه کنترل، درمان شناختی-رفتاری و روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند و در هر گروه تعداد زنان و مردان برابر بود. این توزیع متوازن، امکان مقایسه اثر مداخلات را در سطح کلی و نیز به تفکیک جنسیت فراهم کرد.

جدول ۱

توزیع فراوانی آزمودنی‌ها به تفکیک گروه و جنسیت

گروه	مرد	زن	مجموع
کنترل	۱۰	۱۰	۲۰
درمان شناختی-رفتاری	۱۰	۱۰	۲۰
روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۰	۱۰	۲۰
مجموع	۳۰	۳۰	۶۰

همان گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات پیش آزمون در سه گروه نزدیک به هم بود؛ بنابراین گروه‌ها در آغاز مطالعه از نظر شدت افسردگی تفاوت آشکاری نداشتند. پس از اجرای مداخله، میانگین نمره افسردگی در گروه کنترل تقریباً در همان سطح باقی ماند، اما در دو گروه مداخله کاهش قابل توجهی مشاهده شد. بیشترین کاهش میانگین مربوط به گروه ACT بود و پس از آن گروه CBT قرار گرفت؛ با این حال، معناداری تفاوت دو درمان در ادامه با آزمون شفه بررسی شد.

جدول ۲

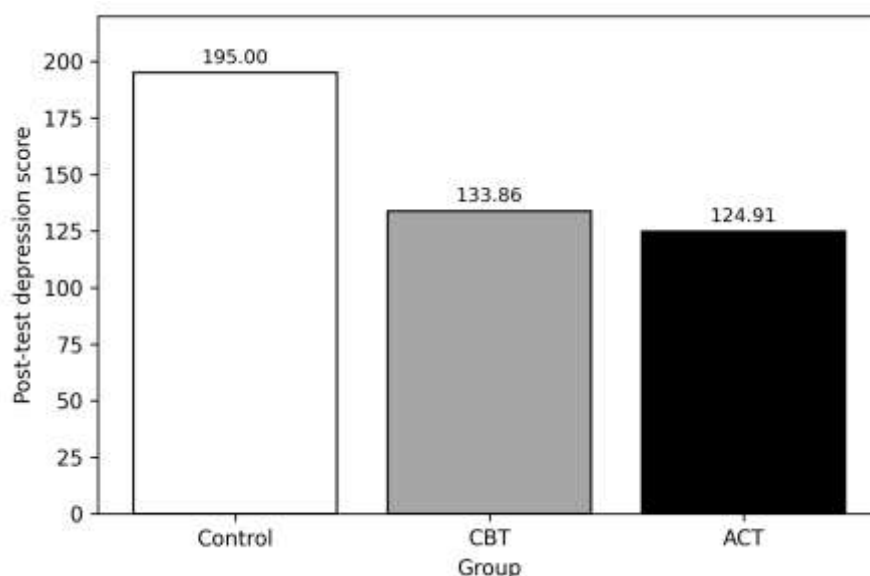
شاخص‌های توصیفی نمرات افسردگی مقاوم به درمان در سه گروه

گروه	تعداد	میانگین آزمون	پیش انحراف آزمون	معیار انحراف آزمون	پیش میانگین آزمون	پس انحراف آزمون	معیار انحراف آزمون	پس میانگین آزمون	کاهش میزان میانگین
کنترل	۲۰	۱۹۸/۲۶	۱۲/۹۹	۱۹۵	۹/۸۷۲	۳/۲۶			
درمان شناختی-رفتاری	۲۰	۱۹۳/۲۶	۱۲/۳۷	۱۳۳/۸۶	۹/۸۳۹	۵۹/۴۰			
روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲۰	۱۸۹/۸۱	۹/۱۱	۱۲۴/۹۱	۸/۱۳۲	۶۴/۹۰			
مجموع	۶۰	۱۹۴	۱۱/۹۵	۱۵۰/۱۸	۳۳/۶۸۲	۴۳/۸۲			

برای نمایش روشن تر تفاوت میانگین نمرات پس آزمون، شکل ۱ بر اساس داده‌های جدول ۵ ترسیم شد. همان طور که در شکل ۱ دیده می‌شود، هر دو گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل نمره پس آزمون پایین تری داشتند و میانگین گروه ACT از گروه CBT کمتر بود.

شکل ۱

مقایسه میانگین نمرات پس آزمون افسردگی مقاوم به درمان در سه گروه



برای آزمون فرضیه نخست، اختلاف نمرات پیش آزمون و پس آزمون محاسبه و سپس تحلیل واریانس یک راهه اجرا شد. طبق جدول ۶، تفاوت بین سه گروه از نظر میزان تغییر نمرات افسردگی معنادار بود ($F=117/58$, $P=0/0001$). بنابراین، می توان نتیجه گرفت که عضویت در گروه درمانی با میزان کاهش افسردگی مقاوم به درمان ارتباط معنادار داشته است.

جدول ۳

نتایج تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه میزان تغییر نمرات افسردگی در سه گروه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F و سطح معناداری
بین گروهی	۴۷۶۲۶/۹۴	۲	۲۳۸۱۳/۹۳	$P=۰/۰۰۰۱$; $F=۱۱۷/۵۸$
درون گروهی	۱۱۶۵۴/۲۶	۵۷	۲۰۵/۵۵۲	-
مجموع	۵۹۲۷۹/۹۹	۵۹	-	-

برای مشخص شدن محل تفاوت ها، مقایسه های زوجی با آزمون شفه انجام شد. مطابق جدول ۷، هر دو مداخله CBT و ACT در مقایسه با گروه کنترل موجب کاهش معنادار نمرات افسردگی شدند ($P=0/0001$). با وجود آنکه کاهش میانگین در گروه ACT بیشتر از گروه CBT بود، تفاوت بین دو درمان از نظر آماری معنادار نبود ($P=0/371$). بنابراین، هر دو روش درمانی مؤثر بودند، اما برتری آماری یکی نسبت به دیگری تأیید نشد.

جدول ۴

نتایج آزمون شفه برای مقایسه زوجی گروه‌ها

گروه‌های مورد مقایسه	اختلاف میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
کنترل - درمان شناختی- رفتاری	۵۷/۳۶	۵/۶۳	۰/۰۰۰۱
کنترل - روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد	۶۳/۸۶۱	۵/۶۳	۰/۰۰۰۱
درمان شناختی- رفتاری - روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد	۶/۵	۵/۶۳	۰/۳۷۱

در ادامه، اثربخشی هر درمان به تفکیک جنسیت نیز بررسی شد. همان طور که در جدول ۸ نشان داده شده است، در گروه درمان شناختی- رفتاری، کاهش نمرات افسردگی در مردان بیشتر از زنان بود و این تفاوت از نظر آماری معنادار گزارش شد ($t=2/26, P=0/041$). در مقابل، در گروه ACT، کاهش نمرات افسردگی در زنان بیشتر از مردان بود و این تفاوت نیز در سطح 0.10 معنادار بود ($t=-4/33, P=0/001$). بنابراین، فرضیه مربوط به برتری CBT در زنان تأیید نشد، اما فرضیه مربوط به اثربخشی بیشتر ACT در زنان تأیید شد.

جدول ۵

مقایسه کاهش نمرات افسردگی به تفکیک جنسیت در دو گروه درمانی

درمان	جنسیت	تعداد	میانگین کاهش	انحراف معیار	t مستقل	سطح معناداری
CBT	زن	۱۰	۵۶/۷۱	۱۷/۲۱۹	۲/۲۶	۰/۰۴۱
CBT	مرد	۱۰	۶۴/۳۱	۱۳/۹۵۳	۲/۲۶	۰/۰۴۱
ACT	زن	۱۰	۷۴/۲	۸/۴۱۱	-۴/۳۳	۰/۰۰۱
ACT	مرد	۱۰	۵۹/۸	۸/۹۵	-۴/۳۳	۰/۰۰۱

در مجموع، نتایج نشان داد که هر دو درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی مقاوم به درمان مؤثر بوده اند. با این حال، تفاوت مستقیم بین دو درمان معنادار نبود. از سوی دیگر، الگوی جنسیتی نتایج نشان داد که CBT در مردان و ACT در زنان کاهش بیشتری ایجاد کرده است. این یافته ها نشان می دهد که انتخاب روش درمانی در بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان می تواند علاوه بر شدت علائم، با ویژگی‌های فردی و ترجیحات درمانی بیماران نیز ارتباط داشته باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان شناختی - رفتاری (CBT) در بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان انجام شد. نتایج نشان داد که میانگین نمرات افسردگی مقاوم به درمان در گروه‌های دریافت‌کننده ACT و CBT در مقایسه با گروه کنترل کاهش معناداری داشته است. بنابراین، می‌توان گفت هر دو مداخله درمانی توانسته‌اند در کاهش نشانه‌های افسردگی مقاوم به درمان مؤثر باشند. این یافته از نظر نظری قابل تبیین است؛ زیرا ACT از طریق افزایش پذیرش تجربه‌های دردناک، کاهش اجتناب تجربی، تقویت انعطاف‌پذیری روانی و تعهد به ارزش‌های فردی عمل می‌کند، در حالی که CBT با اصلاح افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی و تغییر الگوهای رفتاری مخرب، مسیر متفاوتی را برای کاهش علائم افسردگی فراهم می‌سازد. نتایج همچنین نشان داد که بین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی مقاوم به درمان تفاوت معناداری

وجود ندارد. بنابراین، فرض برتری CBT نسبت به ACT تأیید نشد. این یافته نشان می‌دهد که هر دو رویکرد، اگرچه از مسیرهای نظری و فنی متفاوتی استفاده می‌کنند، می‌توانند پیامد درمانی نسبتاً مشابهی ایجاد کنند ACT. بیشتر بر تغییر رابطه فرد با افکار و هیجانات منفی تأکید دارد، در حالی که CBT بر اصلاح محتوای افکار و باورهای ناکارآمد متمرکز است. با این حال، هر دو درمان از طریق کاهش نشخوار فکری، افزایش خودآگاهی، بهبود تنظیم هیجان و تقویت رفتارهای سازگارانه می‌توانند در کاهش افسردگی مقاوم به درمان نقش داشته باشند. در بررسی تفاوت‌های جنسیتی، یافته‌ها نشان داد که در گروه درمان شناختی - رفتاری، کاهش نمرات افسردگی در مردان بیشتر از زنان بوده است. بنابراین، فرضیه اثربخشی بیشتر CBT در زنان تأیید نشد و نتایج نشان داد این رویکرد در مردان اثربخشی بیشتری داشته است. این یافته می‌تواند با ماهیت ساختارمند، هدف‌محور و مسئله‌مدار CBT مرتبط باشد. تکنیک‌هایی مانند حل مسئله، بازسازی شناختی، شناسایی افکار خودکار و برنامه‌ریزی رفتاری ممکن است با سبک شناختی و شیوه مواجهه برخی مردان با مشکلات روان‌شناختی هماهنگی بیشتری داشته باشد. در مقابل، نتایج مربوط به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان داد که کاهش نمرات افسردگی در زنان بیشتر از مردان بوده است. بنابراین، فرضیه اثربخشی بیشتر ACT در زنان تأیید شد. این یافته را می‌توان با تأکید ACT بر پذیرش عاطفی، ارتباط با تجربه‌های درونی، ذهن‌آگاهی، انعطاف‌پذیری روانی و حرکت در جهت ارزش‌های شخصی توضیح داد. این مؤلفه‌ها ممکن است با تمایل بیشتر زنان به بیان هیجان‌ها، پردازش عاطفی و توجه به روابط و ارزش‌های فردی همخوانی بیشتری داشته باشد و از این طریق اثر درمانی قوی‌تری ایجاد کند. در مجموع، تحلیل یافته‌ها نشان می‌دهد که هر دو رویکرد ACT و CBT برای کاهش افسردگی مقاوم به درمان قابل استفاده هستند، اما انتخاب میان آن‌ها می‌تواند بر اساس ویژگی‌های فردی، ترجیحات درمانی، سبک شناختی - هیجانی و جنسیت بیمار انجام شود. عدم تفاوت معنادار میان دو درمان در اثر کلی، نشان‌دهنده قابلیت بالینی هر دو رویکرد است؛ اما تفاوت‌های جنسیتی مشاهده‌شده نشان می‌دهد که درمانگران می‌توانند در انتخاب مداخله، به تناسب میان ویژگی‌های بیمار و سازوکارهای درمانی توجه بیشتری داشته باشند. یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعات علیزاده و بخشی‌پور رودسری (۱۴۰۲)، صدرمحمدی و همکاران (۱۳۹۸) و یاسینسکی و همکاران (۲۰۲۰) همسو است (Alizadeh & Bakhshipour Roudsari, 2023; Sadrmmohammadi et al., 2019; Yasinski et al., 2020)؛ زیرا این مطالعات نیز نشان داده‌اند که ACT و CBT می‌توانند در کاهش نشانه‌های افسردگی و افسردگی مقاوم به درمان مؤثر باشند. با این حال، پژوهش حاضر نشان می‌دهد که تفاوت معناداری میان اثربخشی کلی دو رویکرد وجود ندارد، هرچند الگوی پاسخ‌دهی زنان و مردان به این درمان‌ها می‌تواند متفاوت باشد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به حجم نمونه محدود، استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و نبود پیگیری بلندمدت اشاره کرد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از حجم نمونه بزرگ‌تر، نمونه‌گیری تصادفی، دوره‌های پیگیری طولانی‌تر و شاخص‌های مکمل مانند کیفیت زندگی، نشخوار فکری، انعطاف‌پذیری روانی و عملکرد اجتماعی استفاده شود تا امکان تعمیم و تفسیر دقیق‌تر نتایج فراهم گردد.

بیانیه استفاده از هوش مصنوعی

در آماده سازی نسخه نهایی مقاله، از ابزارهای هوش مصنوعی صرفاً برای کمک به ویرایش زبانی، بهبود انسجام متن، صفحه آرایی و کنترل ارجاعات استفاده شد. تحلیل داده‌ها، تفسیر علمی یافته‌ها و مسئولیت نهایی محتوای مقاله بر عهده نویسندگان است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

محققان بر خود لازم می‌دانند از تمامی افرادی که با پژوهشگران همکاری صمیمانه‌ای داشتند، تشکر نمایند.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

این پژوهش با رعایت تمامی اصول اخلاق در پژوهش‌های انسانی انجام شده 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

- Alam, A., & Mohanty, A. (2023). *Interdisciplinary perspectives on sustainable development*. CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781003457619-10>
- Alizadeh, N., & Bakhshipour Roudsari, A. (2023). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on reducing depression in mothers of children with cerebral palsy. *New Strategies in Psychology and Educational Sciences*, 20, 52-62. <https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/2199373/>
- Arch, J. J., Fishbein, J. N., Finkelstein, L. B., & Luoma, J. B. (2023). Acceptance and commitment therapy processes and mediation: Challenges and how to address them. *Behavior Therapy*, 54(6), 971-988. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.07.005>
- Eisvand, M., Baghouli, H., Javidi, H., & Barzegar, M. (2024). Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy with acceptance and commitment therapy on rumination, cognitive flexibility, resilience and perceived stress in women with major depressive disorder. *Psychological Achievements*, 31(2), 447-476. https://psychac.scu.ac.ir/article_19969.html
- Gao, W., Yan, X., & Yuan, J. (2022). Neural correlations between cognitive deficits and emotion regulation strategies: understanding emotion dysregulation in depression from the perspective of cognitive control and cognitive biases. *Psychoradiology*, 2(3), 86-99. <https://doi.org/10.1093/psyrad/kkac014>
- Kiers, I. L., & de Haan, H. A. (2024). Short-term, manualized schema-focused group therapy for patients with CBT-resistant disorders within primary care: a pilot study with a naturalistic pre-treatment and post-treatment design. *Frontiers in Psychology*, 15, 1349329. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1349329>
- Kroch, E., Breheny, M., van Kessel, K., & Taylor, J. (2022). Order and disorder: Navigating narrative tensions in the experience of treatment resistant depression. *Qualitative Psychology*, 9(3), 273-288. <https://doi.org/10.1037/qup0000192>
- Li, Y., & Tang, C. (2024). A systematic review of the effects of rumination-focused cognitive behavioral therapy in reducing depressive symptoms. *Frontiers in Psychology*, 15, 1447207. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1447207>
- Moazzeni, T., Gholamrezaei, S., & Rezaei, F. (2018). Effectiveness of schema therapy on depression severity and suicidal thoughts in patients with treatment-resistant depression. *Armaghane Danesh*, 23(2), 253-266. https://armaghanj.yums.ac.ir/browse.php?a_id=1499&sid=1&slc_lang=fa
- Morris, E. M., Johns, L. C., & Gaudiano, B. A. (2024). Acceptance and commitment therapy for psychosis: Current status, lingering questions and future directions. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 97(1), 41-58. <https://doi.org/10.1111/papt.12479>

- Sadeghi Rad, S., Peyvandi, P., Mohammadi Shirmahalleh, F., Hosseinzadeh Taghavai, M., & Borjali, A. (2022). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on paranoid thoughts in women with postpartum depression. *Applied Psychological Research*, 13(1), 271-276. https://japr.ut.ac.ir/article_87057.html
- Sadrmmohammadi, R., Gholamrezaei, S., & Ghadampour, E. (2019). Comparison of the effectiveness of memory specificity training, behavioral activation therapy and cognitive-behavioral therapy on treatment-resistant depression. *Khatam Shefa Neurosciences*, 8(1), 31-41. https://shefayekhatam.ir/browse.php?a_id=2037&sid=1&slc_lang=fa
- Stenzel, K. L., Keller, J., Kirchner, L., Rief, W., & Berg, M. (2025). Efficacy of cognitive behavioral therapy in treating repetitive negative thinking, rumination, and worry-a transdiagnostic meta-analysis. *Psychological Medicine*, 55, e31. <https://doi.org/10.1017/S0033291725000017>
- Thompson, E. M., Destree, L., Albertella, L., & Fontenelle, L. F. (2021). Internet-based acceptance and commitment therapy: a transdiagnostic systematic review and meta-analysis for mental health outcomes. *Behavior Therapy*, 52(2), 492-507. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.07.002>
- Wang, K., Cai, S., Duanmu, X. R., Ma, C. Y., Yan, R., Cui, Y. R., & Xu, L. L. (2026). Effect of adding cognitive behavioral therapy to quetiapine on suicide risk, depressive symptoms, and coping style in adult patients with mood disorders. *Journal of Psychiatric Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2026.01.005>
- Yasinski, C., Hayes, A. M., Ready, C. B., Abel, A., Görg, N., & Kuyken, W. (2020). Processes of change in cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: psychological flexibility, rumination, avoidance, and emotional processing. *Psychotherapy Research*, 30(8), 983-997. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1699972>