

شناخت، رفتار، یادگیری

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان و انعطاف پذیری روانشناختی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی

مهتاب رهنورد^۱، شهین شیرین صحرایی^۲، فاطمه اکبری پور^۳، مریم ریاحی فر^۴، فرشاد صمدی^{۵*}، سپیده حسن زاده حاجی آبادی^۶

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

۲. کارشناسی ارشد مشاوره، واحد علوم و تحقیقات اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۳. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد زرنده، دانشگاه آزاد اسلامی، زرنده، ایران

۴. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۵. دکتری تخصصی روانشناسی سلامت، بیمارستان امام علی (ع)، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

۶. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

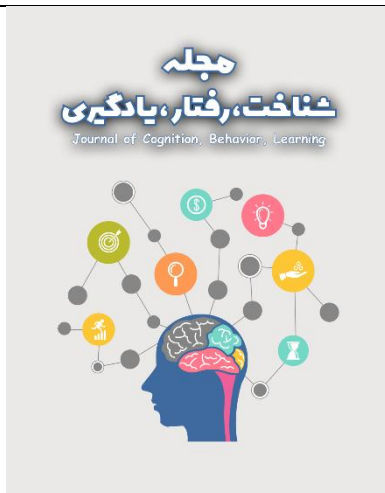
* ایمیل نویسنده مسئول: farshadsamdi.com@gmail.com

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۰۱/۰۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۰۴

تاریخ چاپ: ۱۴۰۴/۰۲/۱۰



چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان و انعطاف پذیری روان شناختی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مراجعه کننده به مرکز روان درمانی بیمارستان امام رضا (ع) در سال ۱۴۰۴ بود. پس از غربالگری اولیه با مصاحبه بالینی ساخت یافته بر اساس DSM-5 (SCID-5)، تعداد ۴۵ نفر که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری جایگزین شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه تنظیم هیجان گروس و جان (ERQ)، پرسشنامه انعطاف پذیری روانشناختی هایس و همکاران (AAQ-II)، پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) و مصاحبه بالینی ساخت یافته SCID-5 بودند. داده ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره تحلیل شدند. نتایج نشان داد که هر دو مداخله CBT و MBCT در مقایسه با گروه کنترل، به طور معناداری منجر به بهبود تنظیم هیجان و افزایش انعطاف پذیری روان شناختی شدند ($p < 0.01$). همچنین، گروه MBCT در کاهش نشخوار ذهنی و افزایش پذیرش نسبت به گروه CBT عملکرد بهتری نشان داد، در حالی که CBT اثربخشی بیشتری در کاهش باورهای منفی و افزایش بازنگری شناختی داشت. هر دو رویکرد CBT و MBCT در بهبود تنظیم هیجان و انعطاف پذیری روان شناختی در بیماران افسرده مؤثر بودند، اما هر یک مزایای خاص خود را داشتند. این یافته ها می تواند به انتخاب درمان مناسب تر بر اساس نیازهای فردی بیماران کمک کند.

کلیدواژه‌گان: افسردگی اساسی، درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، تنظیم هیجان، انعطاف پذیری روان شناختی.

شیوه استاندارد: رهنورد، مهتاب، شیرین صحرایی، شهین، اکبری پور، فاطمه، ریاحی فر، مریم، صمدی، فرشاد، و حسن زاده حاجی آبادی، سپیده. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان و انعطاف پذیری روانشناختی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. شناخت، رفتار، یادگیری، ۲(۱)، ۱۱-۱.

Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Mindfulness-Based Therapy on Emotion Regulation and Psychological Flexibility in Patients with Major Depressive Disorder

Mahtab Rahnavard¹, Shahin Shirin Sahraei², Fatameh Akbaripour³, Maryam Riahi Far⁴, Farshad Samadi^{5*}, Sepideh Hassanzadeh Haji Abadi⁶

1. Master of Science in General Psychology, Ur.C., Islamic Azad University, Urmia, Iran

2. Master of Counseling, Ahvaz Science and Research Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

3. Master of Science in General Psychology, Zar.C., Islamic Azad University, Zarand, Iran

4. Master of Science in Clinical Psychology, SR.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

5. PhD in Health Psychology, Imam Ali Hospital, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnourd, Iran

6. Master of Science in Clinical Psychology, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran

*Corresponding Author's Email: farshadsamdi.com@gmail.com

Submit Date: 2025-03-21

Revise Date: 2025-04-01

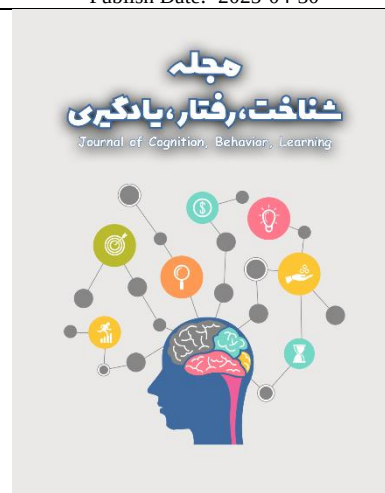
Accept Date: 2025-04-24

Publish Date: 2025-04-30

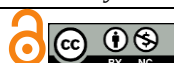
Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on emotion regulation and psychological flexibility in patients diagnosed with Major Depressive Disorder (MDD). This research employed a quasi-experimental design with a pre-test and post-test, including a control group. The statistical population consisted of individuals diagnosed with MDD who referred to the psychotherapy center at Imam Reza Hospital in 2025. Following an initial screening using the Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5), 45 participants who met the inclusion criteria were selected and randomly assigned to three groups of 15. The instruments used in the study included the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) by Gross and John, the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) by Hayes et al., the Beck Depression Inventory-II (BDI-II), and the SCID-5. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA). The results indicated that both CBT and MBCT interventions led to statistically significant improvements in emotion regulation and increases in psychological flexibility compared to the control group ($p < 0.01$). Furthermore, the MBCT group showed greater effectiveness in reducing rumination and enhancing acceptance, whereas CBT was more effective in reducing negative beliefs and increasing cognitive reappraisal. Both CBT and MBCT proved effective in enhancing emotion regulation and psychological flexibility in individuals with depression; however, each intervention offered specific advantages. These findings suggest that selecting the most appropriate therapeutic approach can be optimized by considering the individual needs of patients.

Keywords: Major Depressive Disorder, Cognitive-Behavioral Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Emotion Regulation, Psychological Flexibility.



How to cite: Rahnavard, M., Shirin Sahraei, S., Akbaripour, F., Riahi Far, M., Samadi, F., & Hassanzadeh Haji Abadi, S. (2025). Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Mindfulness-Based Therapy on Emotion Regulation and Psychological Flexibility in Patients with Major Depressive Disorder. *Cognition, Behavior, Learning*, 2(1), 1-11.



مقدمه

اختلال افسردگی اساسی^۱ (MDD) یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است که با علائمی مانند خلق افسرده، کاهش علاقه یا لذت، تغییرات در وزن یا اشتها، اختلالات خواب، خستگی، احساس بی‌ارزشی، اختلال تمرکز و افکار مرگ یا خودکشی مشخص می‌شود (American Psychiatric Association, 2013). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۲۳، افسردگی حدود ۴.۴ درصد از جمعیت جهانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و دومین علت ناتوانی در سراسر جهان به شمار می‌آید (World Health Organization, 2023). در ایران نیز، بر پایه‌ی نتایج پیمایش ملی سلامت روان، شیوع افسردگی اساسی در میان جمعیت بزرگسال کشور حدود ۱۲.۷ درصد گزارش شده است (Noorbala et al., 2004).

نقص در تنظیم هیجان و کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از عوامل مهم در تداوم افسردگی هستند. تنظیم هیجان شامل توانایی مدیریت، تعدیل و پاسخ به تجربه‌های هیجانی به شیوه‌ای سازگارانه است. بر اساس نظریه گروس، راهبردهای تنظیم هیجان مانند بازنگری شناختی و سرکوب هیجانی نقش مهمی در سلامت روان ایفا می‌کنند (Gross, 2021). از سوی دیگر، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی که در چارچوب نظریه‌های مطرح شده است، به توانایی پذیرش تجارب درونی ناخوشایند و حرکت در راستای ارزش‌های فردی حتی در حضور پریشانی روانی اشاره دارد (Hayes et al., 2022). مطالعات نشان داده‌اند که نقصان در این دو سازه روان‌شناختی، با شدت بیشتر علائم افسردگی ارتباط معنادار دارد (Aldao et al., 2021; Carpenter et al., 2021).

در پاسخ به این چالش‌ها، درمان‌های روان‌شناختی مؤثری توسعه یافته‌اند. درمان شناختی-رفتاری^۲ (CBT) با هدف اصلاح افکار منفی و تغییر رفتارهای ناسازگارانه، در کاهش نشانه‌های افسردگی مؤثر بوده است (Cuijpers et al., 2020). در مقابل، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۳ (MBT)، به ویژه اشکالی چون درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT)، بر پذیرش هیجان‌ها و حضور در لحظه حال تمرکز دارد. این درمان‌ها، از طریق تکنیک‌هایی مانند مدیتیشن ذهن‌آگاهی، به کاهش نشخوار فکری و افزایش تنظیم هیجان کمک می‌کنند (Goldberg et al., 2022).

پژوهش‌های متعددی اثربخشی هر یک از این درمان‌ها را در کاهش افسردگی بررسی کرده‌اند. نتایج نشان می‌دهد که هر دو درمان می‌توانند در بهبود افسردگی مؤثر باشند، اما در مورد اینکه کدام درمان اثربخش‌تر است، یافته‌ها متناقض‌اند (Hofmann et al., 2020; Piet et al., 2021). برخی مطالعات به برتری MBT در کاهش نشخوار فکری اشاره کرده‌اند (Gu et al., 2022)، در حالی که برخی دیگر CBT را در کاهش شناخت‌های منفی مؤثرتر دانسته‌اند (Nolen-Hoeksema & Watkins, 2023). با این حال، مطالعات مقایسه‌ای مستقیم میان این دو روش در بافت فرهنگی ایران بسیار محدود است (Azizi et al., 2021).

با توجه به شیوع بالای افسردگی اساسی در ایران و تأثیر آن بر کیفیت زندگی، نیاز به بررسی اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی با در نظر گرفتن متغیرهای کلیدی مانند تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی احساس می‌شود. کمبود مطالعات مقایسه‌ای در ایران، به‌ویژه با تمرکز بر این متغیرها، شکاف تحقیقاتی مهمی را نشان می‌دهد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی است.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نوع مطالعات شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی در سه گروه (درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه کنترل) تقسیم شدند. جامعه آماری این پژوهش شامل افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به مرکز روان‌درمانی بیمارستان امام رضا (ع) در سال ۱۴۰۴ بود. پس از غربالگری اولیه با مصاحبه بالینی

¹ Major Depressive Disorder

² Cognitive Behavioral Therapy

³ Mindfulness-Based Therapy

ساخت‌یافته بر اساس DSM-5 (SCID-5)، تعداد ۴۵ نفر که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری جایگزین شدند.

پژوهش حاضر از نوع مطالعات شبه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در سه گروه (درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه کنترل) تقسیم شدند. جامعه آماری این پژوهش شامل افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به مرکز روان‌درمانی بیمارستان امام رضا (ع) در سال ۱۴۰۴ بود. پس از غربالگری اولیه با مصاحبه بالینی ساخت‌یافته بر اساس DSM-5 (SCID-5)، تعداد ۴۵ نفر که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری جایگزین شدند.

معیارهای ورود:

- تشخیص اختلال افسردگی اساسی بر اساس DSM-5-TR توسط روانپزشک با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-5)
- سن ۱۸ تا ۵۵ سال
- نمره بالا در مقیاس افسردگی بک (حداقل ۲۰)
- عدم مصرف داروهای روان‌گردان یا ثبات دوز داروهای ضدافسردگی حداقل ۱ ماه قبل از مطالعه

معیارهای خروج:

- داشتن اختلال دوقطبی، روان‌پریشی یا وابستگی به مواد
- دریافت هم‌زمان سایر درمان‌های روان‌شناختی یا دارویی ثابت در طول پژوهش
- عدم حضور در بیش از دو جلسه درمان

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (ERQ): پرسشنامه تنظیم هیجان^۱ توسط جیمز گروس و اولیور جان (۲۰۰۳) طراحی شده است تا دو راهبرد اصلی تنظیم هیجان، یعنی بازنگری شناختی^۲ و سرکوب هیجانی^۳ را ارزیابی کند (Gross & John, 2003). این ابزار شامل ۱۰ گویه است که با مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. نسخه فارسی این پرسشنامه توسط حسین چاری و فراهانی (۱۳۹۸) در ایران اعتباریابی شده است (Hussein Chari & Farahani, 2019). در مطالعه آن‌ها، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰.۸۴، برای خرده‌مقیاس بازنگری شناختی ۰.۸۱ و برای سرکوب هیجانی ۰.۷۳ گزارش شده است. تحلیل عاملی تأییدی نیز ساختار دو عاملی پرسشنامه را تأیید کرده است. استفاده از این ابزار در مطالعات مختلف نشان داده است که بازنگری شناختی با سلامت روانی مثبت و سرکوب هیجانی با پیامدهای منفی مانند افسردگی و اضطراب مرتبط است.

پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی AAQ-II: پرسشنامه پذیرش و عمل نسخه دوم (AAQ-II) توسط هایس و همکاران (۲۰۱۱) برای سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و اجتناب تجربی تدوین شده است (Hayes et al., 2011). این ابزار شامل ۷ گویه است که به صورت یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (از کاملاً نادرست تا کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود. نسخه فارسی آن توسط صادقی و همکاران (۱۳۹۹) هنجاریابی شده و ضریب آلفای کرونباخ آن برابر با ۰.۸۷ و پایایی بازآزمایی در فاصله زمانی دو هفته برابر با ۰.۸۱ گزارش شده است (Sadeghi et al., 2020). این ابزار با متغیرهایی مانند افسردگی، اضطراب و استرس همبستگی معنادار داشته و از روایی همگرا و افتراقی مناسبی برخوردار است. در برخی مطالعات، نمرات به صورت معکوس شده استفاده می‌شود تا تفسیر مستقیم‌تری از انعطاف‌پذیری بالا ارائه شود.

مقیاس افسردگی بک - نسخه دوم (BDI-II): مقیاس افسردگی بک (نسخه دوم) یکی از معتبرترین ابزارهای خودسنجی برای سنجش شدت افسردگی است که توسط بک و همکاران (۱۹۹۶) بر اساس معیارهای DSM طراحی شده است (Beck et al., 1996). این مقیاس

¹ Emotion Regulation Questionnaire

² Cognitive Reappraisal

³ Expressive Suppression

شامل ۲۱ ماده است که هرکدام از آن‌ها چهار گزینه (از ۰ تا ۳) دارد و به صورت طیف شدت پاسخ داده می‌شود. نسخه فارسی این ابزار توسط قاسم‌زاده و سهرابی (۱۳۹۸) اعتباریابی شده و در نمونه ایرانی ضریب آلفای کرونباخ آن ۰.۸۹ و پایایی بازآزمایی آن ۰.۸۴ گزارش شده است (Ghasemzadeh & Sohrabi, 2019). این پرسشنامه دارای روایی محتوایی، همگرایی بالا با سایر ابزارهای افسردگی و توان تمییز بالا بین سطوح مختلف شدت افسردگی است. نمره کل در دامنه ۰ تا ۶۳ محاسبه می‌شود و بر اساس راهنمای تفسیر، نمرات بین ۰ تا ۱۳ حداقل، ۱۴ تا ۱۹ خفیف، ۲۰ تا ۲۸ متوسط و ۲۹ تا ۶۳ شدید تلقی می‌شود.

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات^۱ DSM-5 (SCID-5-CV) : یکی از معتبرترین ابزارهای تشخیصی برای اختلالات روان‌پزشکی بر اساس معیارهای DSM-5 است. این مصاحبه نیمه‌ساختاریافته توسط اسپیتزر، ویلیامز، گیبون و فرست طراحی شده و نسخه جدید آن با بازبینی‌هایی توسط فیرست و همکاران (۲۰۱۶) برای DSM-5 منتشر شده است (First et al., 2016). نسخه فارسی این ابزار توسط محمدخانی، نصری، و همکاران (۱۳۹۷) ترجمه، بومی‌سازی و روان‌سنجی شده است (Mohammadi Khani et al., 2018). SCID-5 شامل مجموعه‌ای از سوالات سازمان‌یافته برای ارزیابی وجود یا عدم وجود اختلالات محور I (مانند اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب، اختلال دوقطبی و...) است. پایایی بین ارزیاب‌ها در مطالعات ایرانی با ضریب کاپای بالای ۰.۸۰ گزارش شده است و روایی محتوایی ابزار نیز از طریق بررسی توسط روان‌پزشکان تأیید شده است. این ابزار توسط درمانگر آموزش‌دیده اجرا می‌شود و ابزار استاندارد طلایی برای ورود نمونه‌ها به پژوهش‌های روان‌شناختی و روان‌پزشکی محسوب می‌شود.

پروتکل درمان شناختی-رفتاری (CBT) در این مطالعه شامل هشت جلسه بود که به صورت ساختاریافته برگزار شد. در جلسه اول، شرکت‌کنندگان با مدل A-B-C آشنا شدند تا ارتباط میان افکار، احساسات و رفتارهایشان را درک کنند. تکلیف خانگی شامل ثبت افکار روزمره بود. در جلسه دوم، با تکنیک پرسش سقراطی به شناسایی افکار منفی پرداخته شد و شرکت‌کنندگان فرم افکار خودکار را پر کردند. جلسه سوم به تمرین بازسازی شناختی اختصاص داشت و با استفاده از بررسی شواهد موافق و مخالف، افکار ناکارآمد اصلاح می‌شدند. در جلسه چهارم، شرکت‌کنندگان جدول فعالیت-خلق را تکمیل کرده و به برنامه‌ریزی فعالیت‌های لذت‌بخش روزانه پرداختند تا فعال‌سازی رفتاری را تجربه کنند. جلسه پنجم به شناسایی باورهای بنیادی اختصاص یافت و با کمک زنجیره افکار و نوشتن افکار جایگزین، کارت‌های مقابله تهیه شد. در جلسه ششم، مقابله با نشخوار فکری از طریق تکنیک‌هایی مانند توقف فکر و حواس‌پرتی شناختی آموزش داده شد. جلسه هفتم بر تدوین برنامه مقابله تمرکز داشت که شامل شناسایی موقعیت‌های پرریسک و آموزش مهارت‌های حل مسئله بود تا از عود مجدد جلوگیری شود. در نهایت، جلسه هشتم به مرور مهارت‌ها و تقویت خودکارآمدی اختصاص داشت و تمرین‌های بلندمدت به عنوان تکلیف خانگی برای تثبیت یادگیری‌ها ارائه شد (Beck et al., 1979).

پروتکل درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) نیز شامل هشت جلسه بود که هر یک با تمرین‌های عملی و مراقبه همراه بود. جلسه اول با تمرین تنفس آگاهانه و تجربه خوردن کشمش آگاهانه آغاز شد و هدف آن آشنایی با مفهوم بودن در لحظه بود. در جلسه دوم، شرکت‌کنندگان روزانه تمرین اسکن بدن را انجام دادند تا ارتباط ذهن و بدن را بیشتر درک کنند. جلسه سوم به ثبت تجربه احساسات ناخوشایند اختصاص داشت و با مدیتیشن نشسته و تمرین تنفس سه‌دقیقه‌ای همراه بود تا پذیرش هیجانات ناخوشایند تقویت شود. در جلسه چهارم، بررسی چرخه استرس و آشنایی با تفاوت پاسخ‌مندی و واکنش‌گرایی، به مدیریت استرس شرکت‌کنندگان کمک کرد. جلسه پنجم شامل مدیتیشن پذیرش و تمرین رهاسازی مقاومت بود و هدف آن پذیرش هیجان‌های دشوار در لحظه بود. جلسه ششم با تمرین برچسب‌گذاری افکار و فاصله‌گیری شناختی همراه بود تا شرکت‌کنندگان یاد بگیرند افکار را تنها به عنوان افکار مشاهده کنند. در جلسه هفتم، با استفاده از مدیتیشن مهربانی به خود، شرکت‌کنندگان فعالیت‌های لذت‌بخش را با آگاهی انجام داده و مراقبت از خود آگاهانه را تمرین کردند. در نهایت، جلسه هشتم به طراحی برنامه تمرینی فردی اختصاص یافت و با گفت‌وگوی گروهی، مرور تمرین‌ها و برنامه‌ریزی آینده پایان یافت (Segal et al., 2013).

¹ Structured Clinical Interview for DSM-5 – Clinical Version

تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام خواهد شد. در ابتدا، داده‌ها از نظر نرمال بودن توزیع (با آزمون شاپیرو-ویلک)، وجود داده‌های پرت، مقادیر گمشده و مفروضات آماری بررسی می‌شوند. برای توصیف متغیرها، از شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد استفاده می‌شود. برای بررسی هم‌ارزی گروه‌ها در مرحله پیش‌آزمون، از تحلیل واریانس یک‌راهه برای متغیرهای کمی و آزمون کای‌اسکوئر برای متغیرهای کیفی بهره گرفته شد. جهت آزمون فرضیه‌های اصلی پژوهش، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای مقایسه گروه‌های درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و کنترل، با کنترل اثر پیش‌آزمون استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج آمار توصیفی نشان می‌دهد که هر دو گروه درمانی در مقایسه با گروه کنترل در متغیرهای «تنظیم هیجان» و «انعطاف‌پذیری روان‌شناختی» در پس‌آزمون، افزایش چشمگیری داشته‌اند.

جدول ۱. شاخص‌های آمار توصیفی برای متغیرهای پژوهش در سه گروه

متغیر	گروه	میانگین $\pm$ انحراف معیار (پیش‌آزمون)	میانگین $\pm$ انحراف معیار (پس‌آزمون)
تنظیم هیجان	CBT	۸۵.۲ $\pm$ ۹.۴	۹۶.۵ $\pm$ ۸.۱
	MBCT	۸۴.۸ $\pm$ ۱۰.۱	۹۹.۳ $\pm$ ۷.۶
	کنترل	۸۳.۷ $\pm$ ۸.۹	۸۴.۱ $\pm$ ۹.۰
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	CBT	۴۶.۱ $\pm$ ۶.۲	۶۰.۸ $\pm$ ۵.۵
	MBCT	۴۵.۷ $\pm$ ۷.۰	۶۵.۲ $\pm$ ۵.۲
	کنترل	۴۶.۹ $\pm$ ۶.۴	۴۷.۵ $\pm$ ۶.۶

تحلیل کوواریانس نشان داد که تفاوت معناداری بین سه گروه از نظر نمرات پس‌آزمون در هر دو متغیر وجود دارد. اندازه اثر بزرگ (بیش از ۰.۱۴) نشان‌دهنده اثر قوی نوع درمان بر هر دو متغیر وابسته است.

جدول ۲. آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره

منبع اثر	متغیر وابسته	F	df	p-value	(η^2 اندازه اثر)
گروه	تنظیم هیجان	۲۴.۷۱	۲, ۶۶	< ۰.۰۰۱	۰.۴۳
	انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	۳۱.۸۵	۲, ۶۶	< ۰.۰۰۱	۰.۴۹

نتایج آزمون بونفرونی نشان داد که گروه MBCT به‌طور معناداری عملکرد بهتری نسبت به CBT در هر دو متغیر دارد، و هر دو گروه درمانی نیز نسبت به کنترل به‌طور معناداری مؤثرتر بوده‌اند.

جدول ۳. آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه بین گروه‌ها

متغیر	مقایسه گروه‌ها	تفاوت میانگین	p-value
تنظیم هیجان	MBCT vs. CBT	۲.۸	۰.۰۴۱
	MBCT vs. کنترل	۱۵.۲	< ۰.۰۰۱
	CBT vs. کنترل	۱۲.۴	< ۰.۰۰۱
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	MBCT vs. CBT	۴.۴	۰.۰۲۷
	MBCT vs. کنترل	۱۷.۷	< ۰.۰۰۱
	CBT vs. کنترل	۱۳.۳	< ۰.۰۰۱

تحلیل t زوجی نشان می‌دهد که بهبود معناداری در هر دو گروه درمانی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون رخ داده است، در حالی که گروه کنترل تغییر معناداری نداشته است.

جدول ۴. مقایسه تغییرات نمرات (پیش‌آزمون تا پس‌آزمون)

متغیر	گروه	میانگین تغییر (Δ)	آزمون t زوجی	p-value
تنظیم هیجان	CBT	+۱۱.۳	۶.۲۲	<۰.۰۰۱
	MBCT	+۱۴.۵	۷.۸۹	<۰.۰۰۱
	کنترل	+۰.۴	۰.۵۴	۰.۵۹
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	CBT	+۱۴.۷	۸.۰۱	<۰.۰۰۱
	MBCT	+۱۹.۵	۹.۱۱	<۰.۰۰۱
	کنترل	+۰.۶	۰.۶۹	۰.۴۹

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی انجام گرفت. نتایج نشان داد که هر دو درمان منجر به بهبود معنادار در هر دو متغیر شدند، اما گروه MBCT به‌طور معناداری پیشرفت بیشتری نسبت به CBT و گروه کنترل داشت. این یافته‌ها به‌طور کلی با نظریه‌های اصلی این دو درمان هم‌راستا هستند. در CBT، با تمرکز بر شناسایی و بازسازی شناخت‌های منفی، بیماران یاد می‌گیرند افکار ناکارآمد خود را اصلاح کنند و از این طریق به بهبود هیجانی دست یابند. در MBCT، تأکید بر پذیرش بدون قضاوت، مشاهده هیجان‌ها، و زیستن در لحظه حال، بیماران را قادر می‌سازد تا هیجان‌های منفی را بدون واکنش‌پذیری یا اجتناب تجربه کنند. این فرآیند منجر به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش نشخوار فکری می‌شود؛ دو عاملی که در تداوم افسردگی نقش مهمی دارند.

یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعه‌ی وان دن برینک و همکاران (۲۰۲۰) همسو است، که نشان دادند MBCT در کاهش نشخوار فکری و بهبود تنظیم هیجان در بیماران افسرده مؤثر است (Van den Brink et al., 2020). همچنین، با پژوهش گاردنر و همکاران (۲۰۲۱) نیز همخوانی دارد که بیان داشتند MBCT نسبت به CBT اثربخشی بیشتری در افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دارد (Gardner et al., 2021). این همسویی می‌تواند به دلیل تمرکز مستقیم MBCT بر پذیرش و توجه آگاهانه به تجربه‌های هیجانی باشد؛ مولفه‌ای که CBT به‌صورت غیرمستقیم‌تری به آن می‌پردازد. پژوهش داخلی صالحی و همکاران (۱۴۰۰) نیز نتایج مشابهی در مورد اثربخشی MBCT بر تنظیم هیجان در افراد مبتلا به افسردگی گزارش کرده است (Salehi et al., 2021). این یافته‌ها نشان می‌دهند که کاربرد مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی در زمینه فرهنگی ایران نیز قابل اجرا و اثربخش است. با این حال، نتایج پژوهش بکر و همکاران (۲۰۲۲) با یافته‌های ما تا حدی ناهمسو است. در آن مطالعه، CBT در اصلاح شناخت‌های منفی مؤثرتر از MBCT گزارش شد، ولی تفاوتی در بهبود تنظیم هیجان بین دو گروه مشاهده نشد (Becker et al., 2022). این ناهمخوانی ممکن است به دلیل تفاوت در مدت زمان مداخله، ابزار اندازه‌گیری، یا ویژگی‌های جمعیت نمونه باشد. همچنین، ویژگی‌های فرهنگی می‌تواند در نوع پاسخ افراد به سبک‌های درمانی مبتنی بر پذیرش یا بازسازی شناختی تأثیرگذار باشد. مطالعه پارکر و همکاران (۲۰۲۳) نیز یافته‌هایی هم‌راستا با پژوهش حاضر گزارش کرده است. آن‌ها دریافتند MBCT در کاهش اجتناب هیجانی و افزایش آگاهی بدنی در بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان مؤثرتر عمل کرده است (Parker et al., 2023). از آنجا که افزایش آگاهی بدنی از جمله تمرین‌های اصلی MBCT است، طبیعی است که این روش بتواند بر سازوکارهای درونی و تنظیم هیجان تأثیر مثبت بگذارد.

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که هر دو درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش علائم افسردگی و بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی مرتبط مؤثر هستند، اما MBCT می‌تواند اثربخشی بیشتری در زمینه‌های تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری

روان‌شناختی داشته باشد. این یافته‌ها دارای پیامدهای مهم بالینی هستند و می‌توانند راهنمایی برای درمانگران در انتخاب روش مناسب متناسب با نیازهای هیجانی و شناختی بیماران افسرده فراهم کنند.

محدودیت پژوهش: این پژوهش نیز مانند سایر مطالعات با محدودیت‌هایی مواجه بود. از جمله مهم‌ترین محدودیت‌ها می‌توان به حجم نمونه نسبتاً محدود، انجام پژوهش تنها در یک شهر و در مراکز درمانی خاص، و همچنین عدم پیگیری بلندمدت برای بررسی پایداری اثرات اشاره کرد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

Extended Abstract

Introduction

Major Depressive Disorder (MDD) remains one of the most pervasive and disabling psychiatric conditions globally, characterized by persistent low mood, loss of interest or pleasure, cognitive impairments, and vegetative symptoms ([American Psychiatric Association, 2013](#)). According to the World Health Organization's 2023 report, approximately 4.4% of the global population is affected by depression, ranking it as the second leading cause of disability worldwide ([World Health Organization, 2023](#)). In Iran, a national mental health survey reported a 12.7% prevalence rate of major depression among adults ([Noorbala et al., 2004](#)).

Core psychological deficits underlying MDD include poor emotion regulation and reduced psychological flexibility. Emotion regulation refers to the ability to manage and respond adaptively to emotional experiences. Gross's model of emotion regulation highlights strategies like cognitive reappraisal and suppression, both of which have implications for mental health outcomes ([Gross, 2021](#)). Meanwhile, psychological flexibility, as conceptualized by Hayes and colleagues, refers to one's ability to accept internal experiences and commit to behavior aligned with personal values despite psychological distress ([Hayes et al., 2022](#)). Empirical studies support the role of deficits in both constructs in maintaining depressive symptoms ([Aldao et al., 2021](#); [Carpenter et al., 2021](#)).

Two prominent psychological interventions—Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)—have demonstrated effectiveness in reducing depressive symptoms. CBT targets maladaptive thoughts and behaviors through structured interventions ([Cuijpers et al., 2020](#)), while MBCT emphasizes non-judgmental awareness and acceptance of present-moment experiences using mindfulness meditation and cognitive strategies ([Goldberg et al., 2022](#)). Despite numerous studies affirming the efficacy of both approaches, evidence remains mixed regarding their comparative effectiveness. Some studies favor MBCT in reducing rumination ([Gu et al., 2022](#)), while others highlight CBT's superiority in restructuring negative cognitions ([Nolen-Hoeksema & Watkins, 2023](#)). However, comparative studies within the Iranian context remain sparse ([Azizi et al., 2021](#)).

Given the high prevalence of MDD in Iran and the critical role of emotion regulation and flexibility in treatment outcomes, this study aimed to compare the effectiveness of CBT and MBCT in enhancing emotion regulation and psychological flexibility among individuals diagnosed with MDD.

Methods and Materials

This study employed a quasi-experimental design with pre-test, post-test, and a control group. Participants were 45 individuals diagnosed with Major Depressive Disorder based on DSM-5 criteria, who were referred

to the psychotherapy clinic at Imam Reza Hospital in 2025. After initial screening using the SCID-5 clinical interview, participants were randomly assigned to three groups: CBT, MBCT, and a control group, each comprising 15 individuals.

The inclusion criteria were being 18–55 years old, a Beck Depression Inventory-II score above 20, no psychotropic medication use or stable dosage for at least one month, and absence of comorbid psychiatric conditions such as bipolar disorder or substance use. Participants were excluded if they received concurrent psychological or pharmacological treatment during the study or missed more than two intervention sessions. Instruments included the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ), Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II), Beck Depression Inventory-II (BDI-II), and SCID-5. All tools had validated Persian versions with adequate psychometric properties.

CBT consisted of eight structured sessions, focusing on identifying automatic thoughts, cognitive restructuring, behavioral activation, addressing rumination, and relapse prevention. MBCT involved eight weekly sessions incorporating mindfulness practices, body scans, awareness of difficult emotions, cognitive distancing, and compassion training.

Data analysis was conducted using SPSS version 26. Normality tests, missing value handling, and assumption checks preceded analysis. Multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was used to test group differences on post-test scores, controlling for pre-test values. Bonferroni post-hoc tests and paired t-tests assessed within-group and between-group differences.

Findings

Descriptive statistics showed that both CBT and MBCT groups improved markedly from pre-test to post-test on both dependent variables, whereas the control group showed negligible change. Specifically, post-test means for emotion regulation were 96.5 (CBT), 99.3 (MBCT), and 84.1 (control), while psychological flexibility scores were 60.8 (CBT), 65.2 (MBCT), and 47.5 (control).

MANCOVA results indicated a statistically significant effect of group on both emotion regulation ($F(2, 66) = 24.71, p < 0.001, \eta^2 = 0.43$) and psychological flexibility ($F(2, 66) = 31.85, p < 0.001, \eta^2 = 0.49$). These large effect sizes point to substantial differences attributed to the intervention type.

Bonferroni post-hoc comparisons revealed that MBCT was significantly more effective than CBT in both emotion regulation (mean difference = 2.8, $p = 0.041$) and psychological flexibility (mean difference = 4.4, $p = 0.027$). Both CBT and MBCT significantly outperformed the control group in all measures ($p < 0.001$ for all comparisons).

Paired sample t-tests further confirmed these findings. The mean increase in emotion regulation scores was 11.3 (CBT) and 14.5 (MBCT), both statistically significant ($p < 0.001$), compared to a negligible increase of 0.4 in the control group. Psychological flexibility scores increased by 14.7 (CBT) and 19.5 (MBCT), again both statistically significant ($p < 0.001$), whereas the control group saw an insignificant rise of 0.6 points.

Discussion and Conclusion

The present study found that both CBT and MBCT significantly improved emotion regulation and psychological flexibility among individuals with Major Depressive Disorder. Notably, MBCT demonstrated greater effectiveness than CBT, particularly in enhancing acceptance and reducing rumination.

These results align with theoretical distinctions between the two interventions. CBT focuses on challenging and altering maladaptive thoughts, helping individuals reinterpret emotional experiences to reduce distress. In contrast, MBCT emphasizes a shift in awareness and acceptance, allowing individuals to experience difficult emotions without avoidance or over-identification, thereby promoting psychological flexibility.

Consistent with prior findings by Van den Brink et al. (2020), the MBCT group showed marked improvements in managing rumination and emotional reactivity. Gardner et al. (2021) similarly reported MBCT's superiority

in boosting flexibility. The present study supports the applicability and effectiveness of MBCT within the Iranian cultural context, echoing findings by Salehi et al. (2021).

However, some discrepancies emerged when compared to the findings by Becker et al. (2022), who reported CBT to be more effective in cognitive restructuring, with no significant difference in emotion regulation outcomes. Such inconsistencies may be attributed to sample characteristics, intervention duration, or cultural variables influencing therapy responsiveness.

The results from Parker et al. (2023) further support the current findings, showing MBCT's efficacy in reducing emotional avoidance and enhancing interoceptive awareness, which are central to emotional processing and flexibility. Given that MBCT promotes embodied awareness through mindfulness practices, its effectiveness in improving both measured outcomes is plausible.

In conclusion, both CBT and MBCT are valuable interventions for treating core psychological deficits in MDD. Nevertheless, MBCT may offer additional benefits in contexts where emotional acceptance and mindfulness are therapeutically advantageous. These findings hold practical implications for clinical decision-making, suggesting that treatment choice should be tailored based on the patient's specific cognitive and emotional profiles.

References

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2021). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*, 85, 101982. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Ed.* APA. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Azizi, M., Dehghani, M., & Neshat Doost, H. T. (2021). Comparing the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavioral therapy in depressed patients: A randomized clinical trial. *J Psychol Achiev*, 28(1), 21-34. <https://e-tarjome.com/post/e17315>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press. https://www.guilford.com/excerpts/whisman.pdf?srsid=AfmBOorC-tikOV8ZNZM6XG0DhyUOIxR4d_JWKDxQzrUhNMIReWS2mlvr
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Becker, E. S., Ferentzi, H., & Heinz, A. (2022). Cognitive vs. mindfulness-based therapy in depression: A meta-analytic comparison. *Clin Psychol Rev*, 92, 102125. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102125>
- Carpenter, R. W., Wycoff, A. M., & Trull, T. J. (2021). Ambulatory assessment of affective instability, emotion regulation, and impulsivity. *Curr Opin Psychol*, 41, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.03.020>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., & van Straten, A. (2020). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *J Affect Disord*, 265, 118-126. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.026>
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2016). *Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders: Clinician Version (SCID-5-CV)*. American Psychiatric Publishing. <https://www.appi.org/products/structured-clinical-interview-for-dsm-5-scid-5>
- Gardner, F. L., Moore, Z. E., & Thoma, N. (2021). Comparing the effects of MBCT and CBT on psychological flexibility. *Behav Ther*, 52(2), 303-315. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.05.001>
- Ghasemzadeh, M., & Sohrabi, F. (2019). Psychometric Properties of the Persian Version of the Beck Depression Inventory-II in Iranian Samples. *Journal of Thoughts and Behavior*, 13(1), 45-59.
- Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2022). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 89, 102078. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.011>
- Gross, J. J. (2021). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychol Inq.*, 32(1), 1-26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol*, 85(2), 348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2022). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clin Psychol Rev*, 89, 102115. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.006>

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change*. Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2012-00755-000>
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M. E., & Hildebrandt, M. J. (2022). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annu Rev Clin Psychol*, 18, 233-256. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2020). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognit Ther Res*, 44(3), 434-445. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Hussein Chari, M., & Farahani, M. (2019). Psychometric Properties of the Persian Version of the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ). *Journal of Health Psychology*, 8(3), 45-60. https://jem.atu.ac.ir/article_15856.html
- Mohammadi Khani, S., Nasri, H., & Asadi, H. (2018). Translation and Validation of the Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5-CV) in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 24(2), 150-162.
- Nolen-Hoeksema, S., & Watkins, E. R. (2023). A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: Explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspect Psychol Sci*, 18(2), 451-470. <https://doi.org/10.1177/1745691611419672>
- Noorbala, A. A., Yazdi, S. A. B., Yasamy, M. T., & Mohammad, K. (2004). Mental health survey of the adult population in Iran. *Br J Psychiatry*, 184, 70-73. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.1.70>
- Parker, S. C., van Dijk, P., & Bakker, J. (2023). Mindfulness improves emotion regulation in treatment-resistant depression. *J Psychiatr Res*, 157, 121-128. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.01.018>
- Piet, J., Würtzen, H., & Zachariae, R. (2021). The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*, 89(3), 181-193. <https://doi.org/10.1037/a0028329>
- Sadeghi, M., Lotfi, L., & Heydari, S. (2020). Validation of the Persian version of the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II). *Journal of Psychological Studies*, 20(3), 33-48.
- Salehi, M., Akbari, Y., & Azimi, F. (2021). The effect of mindfulness-based therapy on emotion regulation in depressed students. *Andisheh va Raftar dar Ravanshenasi (Thought and Behavior in Psychology)*, 16(1), 41-52.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. Guilford Press. <https://doi.org/10.1521/9781609181009>
- Van den Brink, E., Hofmann, S. G., & Verheul, R. (2020). Mindfulness-based cognitive therapy for reducing rumination and improving emotion regulation. *J Affect Disord*, 276, 486-494. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.004>
- World Health Organization. (2023). *Depression*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>