

Summer 2026, Volume 15, Issue 2

## Comparing the effectiveness of "Cognitive Behavioral Therapy" and "Process-Oriented Therapy" on Psychological Flexibility and Depression in Adolescents with Major Depressive Disorder

Leila Soheilipour<sup>1</sup>, Sayed Abbas Haghayegh<sup>2\*</sup>, Mostafa Khanzadeh<sup>3</sup>, Mahboobeh Hojati<sup>4</sup>

1- PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

2. Associate Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faiz al-Islam Institute of Higher Education, Khomeini Shahr, Isfahan, Iran.

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

**Corresponding author:** Sayed Abbas Haghayegh, Associate Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

**Email:** Abbas\_haghayegh@yahoo.com

Received: 2025/01/21

Accepted: 2025/12/16

### Abstract

**Introduction:** Depression is a disorder in adolescence and has many social, academic, and functional consequences. Therefore, its effective treatment is of great importance. Accordingly, the present study aimed to compare the effectiveness of "Cognitive Behavioral Therapy" and "Process-Oriented Therapy" on psychological flexibility and depression in adolescents with major depressive disorder.

**Methods:** The present study was a Single-subject design study method. The sample consisted of 10 adolescents with major depressive disorder who referred to counseling centers in Isfahan in 2023 and were selected using purposive sampling. The research instruments included a demographic questionnaire, the "Psychological Flexibility Questionnaire" and the "Beck's Depression Inventory". Content validity was assessed qualitatively and reliability was assessed using the internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. 5 subjects underwent 10 weekly one-hour sessions of "Cognitive Behavioral Therapy" and another 5 subjects underwent 8 one-hour sessions of "Process-Oriented Therapy" and variables were examined at baseline, treatment and 2-month follow-up. Visual plotting, stable change index, clinical significance indices were used to analyze the results.

**Results:** According to the results and based on the values of the Resilient Change Index ( $RCI \geq 1.96$ ), both interventions were statistically significant in reducing depressive symptoms ( $P > 0.05$ ). Also, based on the values of the Resilient Change Index ( $RCI \geq 1.96$ ), "Process-Oriented Therapy" was statistically significant for the components of avoidance, acceptance, and exploitation in the treatment and follow-up stages. This significance of "Cognitive Behavioral Therapy" was statistically significant for the components of avoidance and acceptance for all subjects except the second subject in the treatment and follow-up stages, based on the values of the Resilient Change Index ( $RCI \geq 1.96$ ).

**Conclusion:** "Process-Oriented Therapy" is more effective in reducing depression and modulating related psychological components, especially in the follow-up phase, due to its personalized and trans diagnostic nature. It is suggested that the use of "Process-Oriented Therapy" be included in the agenda of specialists, psychologists, and psychiatrists when working with patients with depressive disorders.

**Keywords:** Psychological Flexibility, Major Depression, Cognitive Behavioral Therapy, Process-Oriented Therapy.

## مقایسه اثربخشی «درمان شناختی رفتاری» و «درمان فرآیندمدار» بر انعطاف پذیری روانشناختی و افسردگی در نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی

لیلا سهیلی پور<sup>۱</sup>، سیدعباس حقایق<sup>۲\*</sup>، مصطفی خانزاده<sup>۳</sup>، محبوبه حجتی<sup>۴</sup>

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی فیض الاسلام، خمینی شهر، اصفهان، ایران.

۴- استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

نویسنده مسئول: سیدعباس حقایق، دانشیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

ایمیل: Abbas\_haghighy@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۹/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۲

### چکیده

**مقدمه:** افسردگی یک اختلال در نوجوانی است و پیامدهای اجتماعی، تحصیلی و عملکردی زیادی دارد. از این رو درمان اثربخش آن اهمیت زیادی دارد. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی "درمان شناختی رفتاری" و "درمان فرآیندمدار" بر انعطاف پذیری روانشناختی و افسردگی در نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی انجام شد.

**روش کار:** مطالعه حاضر به روش نیمه تجربی با پیش آزمون-پس آزمون-پیگیری ۲ ماهه بود. افراد نمونه ۱۰ تن از نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی که در سال ۱۴۰۲ به مراکز مشاوره شهر اصفهان مراجعه کرده با روش نمونه گیری هدفمند با گمارش تصادفی به روش قرعه کشی انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه جمعیت شناختی، پرسشنامه انعطاف پذیری روانشناختی (Psychological Flexibility Questionnaire) و "سیاهه افسردگی بک" (Beck Depression Inventory) بود. روایی محتوا به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ انجام شد. ۵ تن از نوجوانان تحت مداخله ۸ جلسه یک ساعته هفتگی "درمان شناختی رفتاری" و ۵ تن دیگر تحت مداخله یک ساعته "درمان فرآیندمدار" در ۸ جلسه با گروه کنترل و دوره پیگیری ۲ ماهه مورد بررسی قرار گرفتند. جهت تحلیل نتایج از ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا، معناداری بالینی استفاده شد.

**یافته ها:** با توجه به نتایج و بر اساس مقادیر شاخص تغییر پایا ( $RCI \geq 1/96$ )، هر ۲ مداخله "درمان شناختی رفتاری" و "درمان فرآیندمدار" بر کاهش علایم اختلال افسردگی اساسی به لحاظ آماری معنادار بوده است ( $P > 0/05$ ). همچنین بر اساس مقادیر شاخص تغییر پایا ( $RCI \geq 1/96$ )، "درمان فرآیندمدار" برای مؤلفه‌های اجتناب، پذیرش و بهره برداری نیز در مراحل درمان و پیگیری به لحاظ آماری معنادار بوده است. معناداری "درمان شناختی رفتاری" بر اساس مقادیر شاخص تغییر پایا ( $RCI \geq 1/96$ )، برای مؤلفه‌های اجتناب و پذیرش در مراحل درمان و پیگیری به لحاظ آماری معنادار بوده است.

**نتیجه گیری:** "درمان فرآیندمدار" با توجه به ماهیت شخصی سازی و فراتشخیصی آن در کاهش اختلال افسردگی اساسی و تعدیل مؤلفه‌های روانشناختی مرتبط به ویژه در مرحله پیگیری از اثربخشی بیشتری برخوردار است. پیشنهاد می شود که در کار با بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، استفاده از "درمان فرآیندمدار" در دستور کار متخصصان و روانشناسان و روانپزشکان قرار گیرد.

**کلیدواژه ها:** انعطاف پذیری روانشناختی، اختلال افسردگی اساسی، درمان شناختی رفتاری، درمان فرآیندمدار.

## مقدمه

نوجوانی دوره‌ای پویا است که در آن افراد تغییرات عمده‌ای را در عملکرد زیستی-روانی-اجتماعی تجربه می‌کنند (۱). این مرحله رشدی-تحویلی، فرصتی مناسب برای ارتقای سلامت روان و پایه‌ای برای بهزیستی، تاب‌آوری و عملکرد روانشناختی مثبت دوره بزرگسالی است (۲). بسیاری از مشکلات و آسیب‌های روانی نیز در اوایل نوجوانی شروع می‌شود و آن را به مهم‌ترین دوره خطرپذیری برای ایجاد مشکلات سلامت روان تبدیل می‌کند (۳). افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های دوره نوجوانی و از نگرانی‌های عمده سلامت عمومی در این افراد است (۴). افسردگی معمولاً در دوران نوجوانی با میزان بالای ۷۵ درصد در نمونه‌های بالینی اتفاق می‌افتد و علائم همپوشانی با سایر اختلال‌ها و پریشانی عاطفی را نشان می‌دهند (۵). افسردگی در نوجوانی با پیامدهای منفی همراه است که می‌تواند تا بزرگسالی گسترش یابد، مانند رفتار خودکشی، خطر اختلالات سلامت روان، سوء مصرف مواد، عملکرد ضعیف در مدرسه، عملکرد ضعیف اجتماعی و پیشرفت تحصیلی ضعیف‌تر (۶). با توجه به اختلال عملکردی، خطر خودکشی و پایداری افسردگی نوجوانان در بزرگسالی، شناسایی درمان‌های موثر و عوامل پیشگیرانه مبتنی بر ارتقای سلامت روان برای حفظ سلامت روان نوجوانان اهمیت زیادی دارد (۷). با توجه به تاثیر افسردگی در عملکرد افراد و لزوم درمان‌های موثر، گزینه‌های درمانی مانند روان‌درمانی و دارودرمانی مورد مطالعه زیادی قرار گرفته‌اند (۸).

در این بین درمان‌های روانشناختی متعددی برای کاهش علایم افسردگی در نوجوان مورد بررسی قرار گرفته است. یکی از شناخته‌شده‌ترین و رایج‌ترین این درمان‌ها که پژوهش‌های متعددی نیز به صورت تجربی اثربخشی آن را گزارش کرده‌اند، «درمان شناختی رفتاری» است (۹). اما با وجود اینکه در بین همه روان‌درمانی‌های موجود برای افسردگی، «درمان شناختی رفتاری» بیشترین زمینه پژوهشی و شواهد علمی را دارد و یک درمان مؤثر در مرحله حاد افسردگی است، می‌تواند از عود مجدد در آینده جلوگیری کند و یک انتخاب توصیه شده برای درمان در دستورالعمل‌های بالینی است (۱۰)، پژوهش‌ها نشان داده‌اند حدود نیمی از بیماران به درمان پاسخ نمی‌دهند و کسانی که به درمان پاسخ می‌دهند در معرض خطر قابل توجهی برای عود اختلال در آینده باقی می‌مانند و حتی پس از ۱

سال درمان‌های مختلف، حدود یک سوم از بیماران بهبود نمی‌یابند (۱۱). همچنین هم‌ابتلائی افسردگی با سایر اختلال‌ها نیز میزان اثربخشی «درمان شناختی رفتاری» را حدود ۴۰ درصد کاهش داده و لزوم توجه به متغیرهای اختصاصی برای هر بیمار را ضروری ساخته است (۱۲). بنابراین، علیرغم سهم قابل توجه درمان شناختی-رفتاری در گزینه‌های درمانی مؤثر برای سندرم‌های خاص به ویژه اختلال افسردگی اساسی، پیشرفت درمان را کند کرده است و میزان پاسخ‌دهی در سال‌های بعد نیز کاهش یافته است. این رکود باعث شده است تا پژوهشگران بالینی به دنبال رویکردی باشند که در عوض بر فرآیندهای تغییر ویژه هر فرد در زمینه خاص خود تمرکز کند (۱۳).

«درمان فرآیند مدار» شامل شناسایی و رسیدگی به فرآیندهای اصلی تغییر با تمرکز بر نگرانی‌های مراجع است (۱۳). تاکید بر تمایز بین تفاوت‌های فردی بیمار، رویه‌های درمانی و فرآیندهای درمانی به‌عنوان یک نمونه ای برای تسهیل و درک مفهوم روان‌درمانی شخصی‌شده نقطه تمرکز اصلی درمان فرایندمدار به‌عنوان جدیدترین الگو ارائه خدمات روان‌درمانی معاصر است (۱۴). متخصصان توانایی این درمان را بسیار زیاد دانسته و پیش بینی می‌کنند که این روش درمانی می‌تواند اساساً نحوه مفهوم‌سازی بهزیستی ذهنی و طراحی درمان‌های روانشناختی را تغییر دهد و منجر به توسعه مداخلاتی شود که می‌تواند به طور مؤثرتر و کارآمدتر نیازهای ناشی از پیچیدگی بی‌نهایت انسان را برآورده کند (۱۵). این رویکرد چارچوبی امیدوارکننده برای ارتقای عملکرد روانشناختی در اوایل نوجوانی نیز فراهم می‌کند (۲). «درمان فرآیند مدار» این توانایی را دارد که با ارائه کارآمدترین مراقبت بیمار محور که هم برای بیماران و هم برای متخصصان مراقبت‌های بهداشتی قابل قبول است، به آینده مراقبت‌های بهداشتی کمک زیادی کند. این رویکرد در سال‌های اخیر توجه قابل توجهی را به خود جلب کرده است و به‌عنوان یکی از چالش‌های اصلی مراقبت‌های بهداشتی در نظر گرفته می‌شود، با این وجود مطالعات کمی وجود دارد که کاربرد آن در این حوزه را بررسی کرده باشد (۱۴).

با وجود لزوم توجه به درمان‌های مختلف، متغیرهای روانشناختی برای درمان و ارتقای سلامت روان نیز دارای اهمیت هستند. این در حالی است که عوامل مؤثر بر ارتقای سلامت روان مثبت در نوجوانان، مطالعات تجربی

در مطالعه ای به بررسی «درمان شناختی رفتاری» بر کاهش افسردگی پرداخته و به نتایج مطلوبی در کاهش افسردگی دست یافتند همچنین Wilhelm و همکاران (۲۶) در مطالعه ای به بررسی «درمان شناختی رفتاری» بر افسردگی پرداخته که نتایج نشان داد که این درمان یک گزینه عملی و قابل قبول برای افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی است. «درمان فرآیندمدار» به استفاده خاص زمینه‌ای هر مراجع برای درمان و کمک به ارتقای رفاه افراد و حل مشکلات آن‌ها تاکید دارد (۲۷). بنابراین، هدف خاص این درمان با ارتقای سلامت روان مثبت همسو می‌شود. «درمان فرآیندمدار» یک چارچوب سازماندهی واحد است که با ادغام طیف کاملی از فرآیندهای زیست روانی اجتماعی که توسط روش‌های مبتنی بر شواهد برای تولید نتایج معنادار برانگیخته می‌شود، شکاف‌ها را در بین الگوهای متمایز برطرف می‌کند (۲۸). چنین فرآیندهایی شامل ارزیابی مجدد شناختی، ذهن آگاهی، مهارت‌های بین فردی، مواجهه و کاهش برانگیختگی هستند (۱۵). Ang و همکاران (۲۹) در مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی «درمان فرآیندمدار» به شیوه آنلاین بر کمال گرایی پرداختند. نتایج نشان داد که «درمان فرآیندمدار» در کاهش کمال گرایی و بهبود سایر شاخص‌های سلامت روان از اثربخشی لازم برخوردار می‌باشد.

بر همین اساس علی‌رغم درخواست‌ها برای ایجاد پایه شواهد برای مداخلات همگانی در اوایل نوجوانی و وعده درمان مبتنی بر فرآیند برای ارتقای رفاه و سلامت روان مثبت، کمتر مطالعه‌ای تا به امروز اثربخشی یک مداخله مبتنی بر فرآیند را در این زمینه ارزیابی کرده است (۳۰). همچنین با توجه به جدید و نوین بودن این روش درمانی تاکنون پژوهش‌های محدودی به بررسی اثربخشی «درمان فرآیندمدار» پرداخته‌اند.

با توجه به افزایش شیوع اختلال افسردگی اساسی بخصوص در میان نوجوان، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی «درمان شناختی رفتاری» و «درمان فرآیندمدار» بر انعطاف پذیری روانشناختی و افسردگی در نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی انجام شد.

## روش کار

مطالعه حاضر به روش نیمه تجربی با پیش آزمون-پس آزمون- پیگیری ۲ ماه انجام شد. جامعه آماری پژوهش

اندکی دریافت کرده است (۱۶). اگرچه سلامت روانی مثبت با اختلال روانی ارتباط معکوس دارد، اما نشان دهنده یک زنجیره متمایز است. بر این اساس، سلامت روان مثبت را می‌توان در تمام مراحل بالینی ارتقا داد (۱۷). یکی از این عوامل، انعطاف‌پذیری روانشناختی است. انعطاف‌پذیری روانشناختی در ک تنوع گسترده‌ای از مشکلات و علائم روانشناختی نقش بسزایی دارد (۱۸). انعطاف‌پذیری روانشناختی به توانایی افراد برای تمرکز بر موقعیت کنونی و استفاده از فرصت‌های آن موقعیت برای گام برداشتن در راستای اهداف و ارزش‌های درونی با وجود حضور رویدادهای روانشناختی چالش‌انگیز یا ناخواسته (۱۹) و توانایی فرد برای ارتباط کامل با زمان حال به عنوان یک انسان هوشیار و توانایی او برای تغییر یا ادامه رفتار در جهت ارزش‌هایش تعریف شده است (۲۰). رابطه مثبت بین اجتناب تجربی/ انعطاف‌ناپذیری روانشناختی با دامنه‌ای گسترده از مشکلات روانشناختی به ویژه افسردگی نشان داده شده است (۲۱). انعطاف‌ناپذیری روانشناختی، با فرآیندهایی مرتبط است که در افسردگی نقش اساسی دارند (۲۲). حتی افسردگی به عنوان پیامد انعطاف‌ناپذیری روانشناختی دیده می‌شود، جایی که مبارزه با محتوای درونی (مانند افکار، احساسات و تجربیات بدنی) منجر به رفتار اجتنابی و انعطاف‌ناپذیر می‌شود که افراد را از برداشتن گام‌هایی که کیفیت زندگی آن‌ها را بهبود می‌بخشد محدود می‌کند (۲۱). تأثیر انعطاف‌ناپذیری روانشناختی بر سطوح بالای علائم افسردگی در نوجوانان به طور تجربی در چندین مطالعه تأیید شده است (۲۳). نتایج مطالعات همچنین بر اهمیت ارتقای انعطاف‌پذیری روانشناختی برای کاهش خطر افسردگی در میان نوجوانان تاکید می‌کند (۲۳).

بر این اساس پژوهشگران به دنبال رویکردهای خاص و ارتقای «درمان شناختی رفتاری» برای کاهش علائم افسردگی بوده‌اند. این تلاش‌ها منجر به معرفی «درمان فرآیندمدار» (Process-Oriented Therapy) با هدف شخصی سازی هرچه بیشتر فرآینددرمانی و درمان مراجع به جای درمان اختلال بوده‌اند. این درمان به عنوان استفاده خاص از فرآیندهای مبتنی بر شواهد، با روش‌های مبتنی بر شواهد، برای کمک به حل مشکلات و ارتقای بهزیستی افراد خاص تعریف می‌شود (۲۴). در این درمان همه جنبه‌های رفتاری، شناختی، پذیرش و ذهن آگاهی هر مراجع به طور خاص مورد توجه قرار می‌گیرد. مرتضوی و همکاران (۲۵)

شامل نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ بودند. روش نمونه گیری، هدفمند با گمارش تصادفی به روش قرعه کشی بود. تعداد ۱۰ تن (۳۰) (حداقل نمونه استفاده شده در طرح پیش آزمون- پس آزمون بین ۲ تا ۵ تن می باشد). با توجه به معیار های ورود انتخاب شده و وارد فرایند پژوهش شدند و پس از همگن کردن نمونه ها به لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی، در ۲ گروه «درمان شناختی رفتاری» و «درمان فرآیند مدار» (در هر گروه ۵ تن) گمارش شدند.

معیارهای ورود به پژوهش شامل تشخیص اصلی و اولیه اختلال افسردگی بر اساس مصاحبه تشخیصی و «سیاهه افسردگی بک» (کسب نمره ۳۶ به بالا از ۶۳)، عدم ابتلا به بیماری یا تشخیص روانپزشکی دیگر و عدم دریافت مداخله دارویی و غیردارویی تا زمان شروع مداخله (از طریق مصاحبه بالینی که بر اساس «راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - ویرایش متنی پنجم» (Diagnostic and 5th Edition, Statistical Manual of Mental Disorders Text Revision) انجام و اختلال افسردگی اساسی بعنوان اختلال اصلی بوده و سایر موارد در حد اختلال نبوده است.) و دامنه سنی ۱۳ تا ۲۰ سال بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمان و عدم تمایل برای ادامه حضور در جلسات درمانی بود.

در این پژوهش جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه جمعیت شناختی شامل جنس، تحصیلات و سابقه درمان و ابزارهای زیر استفاده شد.

«پرسشنامه انعطاف پذیری روانشناختی» (Psychological Flexibility Questionnaire) توسط Kashdan و همکاران در سال ۲۰۲۰ طراحی شد (۳۱). این پرسشنامه دارای ۱۵ عبارت و ۳ مولفه اجتناب (avoidance) شامل عبارت های ۱ تا ۵، پذیرش (reception) شامل عبارت های ۶ تا ۱۰ و بهره برداری (operation) شامل عبارت های ۱۱ و ۱۵ می باشد. پاسخ دهی بر اساس طیف ۷ درجه ای لیکرت (۱=شدیدا مخالفم، ۲=مخالفم، ۳=تا حدودی مخالفم، ۴=نه موافق و نه مخالفم، ۵=تا حدودی موافقم، ۶=موافقم، ۷=شدیدا موافقم) است. برای محاسبه نمره کلی پرسشنامه، نمره همه عبارت ها با هم جمع می شود. دامنه نمره بین ۱۵ تا ۱۰۵ است. تفسیر نمره بدست آمده هم بدین ترتیب است که: نمره بین ۱۵ تا ۳۰: انعطاف پذیری روانشناختی پایین، نمره ۳۱ تا

۴۵: انعطاف پذیری روانشناختی متوسط و نمره ۴۶ و بالاتر: انعطاف پذیری روانشناختی بالا معنا می شود.

Kashdan و همکاران (۳۱) روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «پرسشنامه انعطاف پذیری روانشناختی» را روی ۲۷۶ تن از متخصصان بزرگسال (مشخصات نمونه ها گزارش نشده) بررسی و نتایج وجود ۱۵ عبارت و ۳ مولفه (اجتناب، پذیرش و بهره برداری) را نشان داد. همچنین، روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی روی ۳۰۳ تن از بزرگسالان جامعه از منطقه میانی اقیانوس اطلس ایالات متحده بررسی و نتایج تحلیل عاملی اکتشافی وجود ۳ مولفه (اجتناب، پذیرش، بهره برداری) را تایید نمود. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و به ترتیب برای مولفه اجتناب، پذیرش و بهره برداری برابر با ۰/۸۹، ۰/۸۵ و ۰/۸۷ گزارش شد. ثبات به روش بازآزمون در فاصله ۴ و ۶ ماه (مشخصات و تعداد نمونه ها گزارش نشده) بررسی و برای کل «پرسشنامه انعطاف پذیری روانشناختی» به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۴ به دست آمد. Xia و همکاران (۳۲) روایی محتوای «پرسشنامه انعطاف پذیری روانشناختی» را بررسی و مورد تایید گزارش نمودند (تعداد و مشخصات نمونه ها گزارش نشده). همچنین، روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی روی ۴۵۵ بیمار مبتلا به سرطان در هونان چین بررسی و نتایج وجود ۳ مولفه و ۱۴ عبارت (عبارت ۱۱ حذف شد) را نشان داد. علاوه، روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی روی ۳۴۴ تن از جامعه مذکور انجام و ۳ مولفه و ۱۴ عبارت تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ (مشخصات و تعداد نمونه ها گزارش نشده) بررسی و برای کل پرسشنامه ۰/۸۴ و برای مولفه ها به ترتیب اجتناب ۰/۸۵، پذیرش ۰/۷۸ و بهره برداری ۰/۸۹ گزارش شد. ثبات به روش بازآزمون در فاصله ۲ هفته روی ۱۰ درصد از کل نمونه های پژوهش بررسی و برای کل ابزار ۰/۵۹ محاسبه گردید.

اکبری و همکاران (۳۳) روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی «پرسشنامه انعطاف پذیری روانشناختی» را روی ۳۰۷ تن (زن و مرد) از جمعیت فارسی زبان (مشخصات دقیق نمونه ها گزارش نشده) بررسی و نتایج وجود ۳ مولفه را تایید نمود. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و برای کل ابزار ۰/۸۱ و برای مولفه ها به ترتیب اجتناب ۰/۸۴، پذیرش ۰/۷۰ و بهره برداری ۰/۷۴ گزارش شد. همچنین،

بررسی و ۰/۹۰ گزارش شد. در پژوهشی دیگر، Visser و همکاران (۳۷) روایی ملاکی به روش روایی همزمان «سیاهه افسردگی بک-۲» با «تشخیص افسردگی حاصل از مصاحبه بالینی ساختاریافته» (diagnosis of depression from a structured clinical interview) روی ۵۳ بیمار مبتلا به بیماری پارکینسون با اختلالات حرکتی در بیمارستان دانشگاه ماستریخت بررسی و ۰/۸۷ به دست آمد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و با ۰/۸۵ گزارش شد.

طاهری تنجانی و همکاران (۳۸) روایی ملاکی به روش روایی همزمان «سیاهه افسردگی بک-۲» با «پرسشنامه سلامت عمومی» (Health General Questionnaire) را روی ۲۳۳ تن از سالمندان شهر قم بررسی و ۰/۸۰ گزارش شد. بعلاوه، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ و ۲ نیمه سازی روی نمونه های فوق بررسی و به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۶۴ گزارش شد. ایوان بقا و همکاران (۳۹) روایی محتوا را به روش کیفی «سیاهه افسردگی بک-۲» با استفاده از نظر ۴ تن از متخصصان حوزه روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی خلخال بررسی و مطلوب گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۲۰۷ تن از دانشجویان دانشکده علوم پزشکی خلخال بررسی و ۰/۸۳ گزارش دادند. در پژوهش حاضر، روایی «پرسشنامه انعطاف پذیری روانشناختی» و «سیاهه افسردگی بک» سنجیده نشد و به پژوهش های پیشین اکتفا شد. اما، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های پژوهش حاضر بررسی و برای «پرسشنامه انعطاف پذیری روانشناختی» ۰/۷۹ و «سیاهه افسردگی بک-۲» ۰/۹۱ محاسبه گردید.

ساختار و محتوای جلسات درمان «شناختی رفتاری» بر اساس راهنمای بالینی برای تمرین درمان شناختی رفتاری» از Josefowitz & Myran (۴۰)، ترجمه گودرزی و سیاح قربانی (۴۱) می باشد. روایی محتوا جلسات توسط ۳ تن از اعضای هیات علمی گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد بررسی و تأیید شد.

#### محتوای جلسات «درمانی شناختی رفتاری»

جلسه اول: ابتدا پس از مصاحبه بالینی و تشخیصی، ایجاد

داوودی و همکاران (۳۴) روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی «پرسشنامه انعطاف پذیری روانشناختی» روی ۳۰۷ بیمار مبتلا به صرع در جامعه ایرانی، بررسی و نتایج تحلیل عاملی اکتشافی ۱۲ عبارت و ۱ مولفه (برخلاف نسخه اصلی که دارای ۱۵ عبارت و ۳ مولفه بود) را نشان داد. روایی همگرا و واگرا هم بررسی و مورد تایید گزارش شده ولی از جزئیات و نتایج آن اطلاعاتی در دسترس نیست. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ (تعداد و مشخصات نمونه ها گزارش نشده) برای کل ابزار ۰/۹۰ گزارش شد. در نهایت ثبات به روش بازآزمون (فاصله زمانی گزارش نشده) ۰/۸۵ محاسبه شده است.

«سیاهه افسردگی بک-۲» (Beck Inventory Depression-II) توسط Beck و همکاران در کشور آمریکا در سال ۱۹۹۶ طراحی شده است (۳۵). ابزار دارای ۲۱ عبارت و تک عاملی می باشد و شدت نشانه های افسردگی را در طیف ۴ درجه ای لیکرت (هیچوقت: صفر، گاهی اوقات: ۱، اغلب اوقات: ۲، همیشه: ۳) در ۲ هفته گذشته در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا می سنجد. دامنه نمره بین صفر تا ۶۳ قرار دارد. نمره صفر تا ۱۸ بیانگر عدم افسردگی، ۱۹ تا ۳۵ بیانگر افسردگی خفیف، ۳۶ تا ۴۵ بیانگر افسردگی متوسط و ۴۶ تا ۶۳ بیانگر افسردگی شدید می باشد.

در مطالعه Beck و همکاران (۳۵) روایی سازه به روش روایی همگرا «سیاهه افسردگی بک-۲» با «مقیاس رتبه بندی افسردگی هامیلتون» (Hamilton Depression Rating Scale) روی ۱۸۵ بیمار مبتلا به پارکینسون و ۱۱۲ فرد سالم بررسی و ۰/۸۰ گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و ۰/۹۲ و ۰/۸۶ گزارش شد.

در مطالعه Wang & Gorenstein (۳۶) روایی محتوا به روش کیفی «سیاهه افسردگی بک-۲» با دریافت نظر ۴ متخصص حوزه سلامت روان دانشگاه کمبریج بررسی و مطلوب گزارش شد. همچنین روایی ملاکی به روش همزمان با «مقیاس افسردگی بیمارستانی» (Hospital Depression Scale) و «مقیاس افسردگی مونتگومری-آسبرگ» (Montgomery-Asberg Depression Scale) روی ۴۶۲ بیمار مبتلا به انفارکتوس اولیه نیمکره مغزی در شهر کمبریج بررسی و به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۷۶ گزارش شده است. بعلاوه، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق

Hofmann و همکاران (۱۵) و ترجمه خالقی (۴۲) می باشد. در مطالعه حاضر روایی محتوا به روش کیفی جلسات توسط ۳ تن از اعضای هیات علمی گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسامی واحد نجف آباد بررسی و تأیید شد.

#### محتوای جلسات «درمان فرآیندمدار»

جلسه اول: آشنا سازی با درمان و معرفی برنامه درمان. تهیه الگوی اولیه فراتکاملی گسترش یافته درمانجو، همچنین تحلیل کارکردی اولیه درمانجو انجام شد. جلسه دوم: الگوهای رفتاری و کارکردی مرتبط زیستی، همچنین میزان انعطاف ناپذیری سالم در سطح کارکرد زیستی، شناسایی الگوهای زیستی فیزیولوژیکی سازگارانه تر بررسی شد.

جلسه سوم: شناسایی مؤلفه‌های سازگارانه و ناسازگارانه خویشتن، بررسی تناسب این مؤلفه‌ها با الگوی درمانجو، همچنین الگوهای خویشتن سازگارانه تر، تقویت و تداوم این الگوها شناسایی شد.

جلسه چهارم: شناسایی مؤلفه‌های انگیزشی، بررسی تناسب مؤلفه‌ها با الگوی درمانجو، شناسایی انگیزش ناسالم و کارکرد آن در مواجهه با مشکل، الگوهای انگیزشی سازگارانه تر (از قبیل ارزش‌ها، اهداف، برنامه ریزی) شناسایی شد. جلسه پنجم: شناسایی مؤلفه‌های رفتاری درمانجو، بررسی تناسب این مؤلفه‌ها با الگوی درمانجو، شناسایی الگوهای ناسازگارانه رفتاری (از قبیل اجتناب، اهمالکاری، تکانشگری). ارتباط بین تغییرات رفتاری با انگیزش‌های عمیق تر و اصلی برای سازگاری آشکار شد.

جلسه ششم: شناسایی مؤلفه‌های شناختی درمانجو و بررسی تناسب مؤلفه‌ها با الگوی کلی درمانجو، شناسایی الگوهای ناسازگارانه شناختی، بررسی میزان انعطاف پذیری شناختی، ارتباط تغییرات شناختی با انگیزش‌های عمیق تر و اصلی درمانجو جهت ادامه شناخت سازگارانه مورد بررسی قرار گرفت.

جلسه هفتم: شناسایی مؤلفه‌های هیجانی و بررسی تناسب این مؤلفه‌ها. الگوهای ناسازگارانه هیجانی، شناسایی الگوهای هیجانی سازگارانه تر (پذیرش، شفقت) و تداوم کارکرد آن‌ها شناسایی شد.

جلسه هشتم: شناسایی مؤلفه‌های توجهی، بررسی تناسب این مؤلفه‌ها با الگوی کلی درمانجو، همچنین الگوهای توجهی سازگارانه تر بررسی و شناسایی شد.

انگیزه در شرکت کنندگان ایجاد شد، سپس مروری بر ساختار جلسات درمان، تعداد جلسات، مدت زمان جلسه، بیان انتظارات مراجع و تنظیم اهداف، تکمیل فرمول بندی مراجع و آشنایی با ماهیت افسردگی انجام شد.

جلسه دوم: ارائه آموزش دیدگاه شناختی رفتاری و تعامل بین افکار، احساس و رفتار از طریق توالی (رویداد تحریک کننده، افکار و باورها، رفتار یا احساسات)، آموزش فعالسازی رفتاری، و برای تکلیف خانگی شناسایی فعالیت های لذت بخش و انجام آن ها در طول هفته، تکمیل کاربرگ فعالسازی رفتاری ارائه شد.

جلسه سوم: بررسی تکلیف خانگی، آموزش بررسی افکار خودآیند مراجع در موقعیت های روزمره، شناسایی و توضیح تحریف های شناختی به همراه ارائه لیستی از تحریف های شناختی، و درباره افکار منفی و تاثیر آن روی اعمال و احساسات مراجع تکلیف خانگی ارائه شد.

جلسه چهارم: بررسی سبک های مقابله مراجع با افکار منفی، شناسایی ماشه چکان ها و رخدادهای فعال کننده، باورها و واکنش های عاطفی، شناسایی باورهای بنیادین ناکارآمد و دسته بندی گردن آن ها با استفاده از مهارت تحلیل رفتار (رویداد تحریک کننده، افکار و باورها، رفتار یا احساسات)، برای جلسه بعد در زمینه شناسایی باورهای بنیادین ناکارآمد تکلیف ارائه شد.

جلسه پنجم: بازسازی شناختی و چالش با باورهای بنیادین ناکارآمد و تکمیل توالی (رویداد تحریک کننده، افکار و باورها، رفتار یا احساسات)، به منظور به چالش کشیدن و زیر سؤال بردن باورهای ناکارآمد از طریق راهکار های شناختی ارائه شد.

جلسه ششم: با نشخوار فکری و تحلیل منطقی و تحلیل سودمندی در رابطه با رفتارهای ناسازگارانه و آموزش حل مساله کار شد.

جلسه هفتم: بحث در زمینه مهارت های اجتماعی از جمله ابراز وجود، مهارت های بین فردی و خودکنترلی، و در زمینه نقش اسناد در رفتار، بخصوص نقش آن در رفتارهای ناسازگار بحث شد.

جلسه هشتم: تدوین برنامه پیشگیری از عود، مطالب ارائه شده در جلسات جمع بندی شد.

محتوای «درمان فرآیندمدار بر اساس درمان مبتنی بر فرآیند یادگیری: کتابچه راهنمای آموزشی مهارتی برای هدف قرار دادن فرآیندهای اصلی تغییر روانی در عمل بالینی» از

این، به شرکت کنندگان در پژوهش اطلاع داده شد که پس از اتمام پژوهش در صورت تمایل می‌توانند در یک جلسه مشاوره رایگان جهت تشریح نتایج مداخله درمانی و نتایج فردی قبل و بعد از درمان و بیان پیشنهادات تکمیلی در زمینه بهبود روند درمان شرکت نمایند.

برای تحلیل داده‌ها و ارزیابی کارایی درمان‌ها، از روش‌های ترسیم دیداری (visual inspection) یا تحلیل نمودار گرافیکی، شاخص تغییر پایا (reliable change index)، معناداری بالینی (clinically significant)، درصد بهبودی و اندازه اثر استفاده شد. به منظور بررسی معناداری آماری از شاخص تغییر پایا (RCI) استفاده شد. در این شاخص، نمره پس آزمون از نمره پیش آزمون تفریق شده و حاصل بر خطای استاندارد تفاوت بین ۲ نمره تقسیم می‌گردد. برای آنکه شاخص تغییر پایدار از نظر آماری معنادار باشد، بایستی قدر مطلق نتیجه آن مساوی یا بیشتر از ۱/۹۶ شود که نشان دهنده این است که نتایج بدست آمده بیشتر ناشی از عوامل فعال و دستکاری آزمایشگر است تا خطای اندازه گیری. نحوه محاسبه شاخص تغییر پایا در ادامه آمده است.

$$\text{پایایی باز آزمون} = \sqrt{1 - \text{خطای استاندارد میانگین}}$$

$$2(\text{خطای استاندارد میانگین})^2 = \text{خطای استاندارد تفاوت}$$

$$\text{نمره پیش آزمون} - \text{نمره پس آزمون} = \frac{\text{شاخص تغییر پایا}}{\text{خطای استاندارد تفاوت}}$$

#### شاخص تغییر پایا

برای عینی سازی میزان بهبودی در آماج‌های درمانی و همچنین معناداری بالینی درصد بهبودی برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های تجربی تک موردی ارائه شده است، محاسبه شد. فرمول درصد بهبودی یکی از روش‌های سنجش پیشرفت مراجعان در کاهش مشکلات آماجی برای تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های تجربی تک موردی است. در این فرمول نمره پیش آزمون از نمره پس آزمون کم شده و حاصل بر نمره پیش آزمون تقسیم شده و نتیجه بر ۱۰۰ ضرب می‌شود. ارزیابی داده‌های غیرهمپوش (PND) هنگام مقایسه داده‌های دو موقعیت

روش جمع آوری داده‌ها بدین ترتیب بود که از میان نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (با توجه به مصاحبه تشخیصی انجام شده توسط پژوهشگر اول مقاله حاضر) مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر اصفهان در بازه زمانی خرداد و تیر ۱۴۰۲ (مرکز خدمات روانشناختی مهر زندگی، برنا، آوای درون)، تعداد ۱۰ تن با توجه به معیارهای ورود به پژوهش و به روش نمونه‌گیری هدفمند با گمارش تصادفی به روش قرعه کشی انتخاب شده و وارد فرایند پژوهش شدند و پس از هم‌تا کردن نمونه‌ها به لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی، در ۲ گروه «درمان شناختی رفتاری» و «درمان فرایندمدار» (هر گروه ۵ تن) گمارش شدند.

نمونه‌گیری بصورت مستقل انجام شده و شرکت کنندگان از اعضای گروه دیگر یا مداخله دیگر اطلاعی نداشتند.

پس از نمونه‌گیری و مشخص شدن نمونه‌ها، فرایند اجرای مداخلات بدین صورت انجام شد که جهت تعیین خط پایه، ابتدا ابزار پژوهش روی نمونه‌های فوق اجرا شد. در مرحله‌ی بعد اجرای مداخله‌ها به صورت فردی در بازه زمانی مذکور و در جلسات هفتگی یک ساعته انجام شد. برای گروه «درمان شناختی رفتاری» (۵ تن) و «درمان فرایندمدار» (۵ تن) در بازه زمانی ۳ ماه از تیر ماه تا شهریور ماه ۱۴۰۲ در مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی مهر زندگی، برنا و آوای درون به صورت جلسات فردی و هفتگی ۱ ساعت توسط پژوهشگر اول مقاله حاضر که دوره‌های «درمان فرایندمدار» و «درمان شناختی رفتاری» را آموزش دیده و دارای مجوز فعالیت از سازمان نظام روانشناسی و مشاوره بود اجرا شد. هر ۲ درمان شامل ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی نمونه‌های هر ۲ گروه درمانی جهت پیگیری نتایج درمان در خط پایه و پیگیری ۲ ماه بعد با ابزارهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند.

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر، به شرکت کنندگان پژوهش توضیح داده شد که آن‌ها در پژوهشی که قصد دارد اثربخشی درمان جامعی را که برگرفته از درمان‌های مبتنی بر شواهد است، بر علائم افسردگی آن‌ها بررسی نماید، شرکت می‌کنند. همچنین به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات مرتبط با آن‌ها به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند. به آن‌ها اطلاع داده شد که نتایج پژوهش به صورت آماری و نتیجه‌گیری کلی و نه به صورت فردی منتشر خواهد شد. علاوه بر

مجاور، باید درصد مقادیر نقاط داده غیرهمپوش (PND) را تعیین کرد. به طور کلی، هرچه (PND) بالاتر باشد اثربخشی مداخله بر رفتار هدف بیشتر بوده است.

$$100 \times \frac{\text{نمره پس آزمون} - \text{نمره پیش آزمون}}{\text{نمره پیش آزمون}} = \text{درصد بهبودی}$$

لازم به ذکر است بر طبق این فرمول ۵۰ درصد کاهش در علایم به عنوان موفقیت در درمان، نمره بین ۲۵ تا ۴۹ درصد به عنوان بهبودی اندک و نهایتاً کاهش نمره علایم تا حد زیر ۲۵ درصد به عنوان شکست درمانی تلقی

**یافته ها**  
تعداد شرکت کنندگان ۱۰ تن بود که در هر گروه ۵ تن (۳ تن دختر و ۲ تن پسر) با تحصیلات در مقطع متوسطه دوم در سن ۱۳ تا ۱۷ سال و بدون هیچ سابقه درمان در هر گروه بودند. شاخص‌های توصیفی متغیرهای وابسته در مراحل خط پایه، پس آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد (جدول ۱).

**جدول ۱:** شاخص‌های توصیفی تعدیل شده افسردگی و مولفه‌های انعطاف‌پذیری روانشناختی آزمودنی‌های ۲ گروه در مراحل پس آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله ارزیابی	خط پایه	پس آزمون	پیگیری
افسردگی	«درمان فرآیند مدار»	میانگین	۳۷/۲۰	۲۲/۸۰
		انحراف استاندارد	۴/۸۱	۲/۸۶
	«درمان شناختی رفتاری»	میانگین	۳۶/۴۰	۲۴/۲۰
		انحراف استاندارد	۴/۲۱	۲/۵۹
متغیر	مداخله	شاخص توصیفی	خط پایه	پس آزمون
		میانگین	۲۶/۲۰	۱۸/۸۰
	«درمان فرآیند مدار»	انحراف استاندارد	۲/۳۸	۱/۳۰
		«درمان شناختی رفتاری»	میانگین	۲۵/۸۰
اجتناب	انحراف استاندارد		۱/۳۰	۳/۴۶
	پذیرش	«درمان فرآیند مدار»	میانگین	۱۸/۴۰
انحراف استاندارد			۲/۰۷	۳/۶۷
«درمان شناختی رفتاری»		میانگین	۱۹/۰۰	۱۴/۶۰
		انحراف استاندارد	۲/۰۰	۲/۷۰
بهره برداری	«درمان فرآیند مدار»	میانگین	۱۷/۶۰	۲۴/۸۰
		انحراف استاندارد	۱/۸۱	۳/۹۶
	«درمان شناختی رفتاری»	میانگین	۱۷/۳۰	۱۸/۸۰
		انحراف استاندارد	۱/۷۶۶	۷/۳۳

نمره خام اندازه‌گیری‌های مکرر و روند تغییرات علایم افسردگی آزمودنی‌های پژوهش طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری و شاخص‌های آماری مرتبط با ارزیابی‌ها در جدول ۲ نشان داده شده است.

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های مداخله در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت قابل ملاحظه‌ای نداشته است که در قسمت مربوط به یافته‌های استنباطی معنادار بودن این تفاوت‌ها مورد بررسی و آزمون قرار گرفته است.

جدول ۲: روند تغییر نمره افسردگی در «درمان فرآیند مدار» و «درمان شناختی رفتاری»

درصد بهبودی کلی پیگیری	شاخص تغییر پایا	درصد بهبودی پیگیری	پیگیری یک ماهه	درصد بهبودی کلی پس از درمان	شاخص تغییر پایا	شاخص بهبودی داده های غیر همپوش	درصد بهبودی MPI	جلسه آخر	جلسه ششم	جلسه سوم	خط پایه	آزمودنی	مداخله	
۳۸/۸	۳/۲۶	۳۵	۲۹	۳۸	۳/۸۷	۱۰۰٪	۴۲	۲۶	۳۷	۴۰	۴۵	اول	«درمان فرآیند مدار»	
	۲/۸۵	۳۷	۲۳		۳/۲۶	۱۰۰٪	۴۳	۲۱	۳۱	۲۷	۳۷	دوم		
	۲/۶۵	۴۰	۱۹		۲/۶۵	۱۰۰٪	۴۰	۱۹	۲۷	۳۰	۳۲	سوم		
	۳/۰۶	۴۲	۲۰		۲/۴۴	۱۰۰٪	۳۴	۲۳	۳۰	۳۰	۳۵	چهارم		
	۳/۰۶	۴۰	۲۲		۲/۴۴	۹۸٪	۳۲	۲۵	۳۴	۳۲	۳۷	پنجم		
۲۸	۲/۶۸	۲۶	۳۰	۳۳	۳/۶۵	۱۰۰٪	۳۶	۲۶	۳۴	۴۰	۴۱	اول		«درمان شناختی رفتاری»
	۳/۲۷	۳۴	۲۵		۲/۶۸	۱۰۰٪	۲۸	۲۷	۳۲	۳۷	۳۸	دوم		
	۳/۲۷	۳۵	۲۴		۳/۱۷	۱۰۰٪	۳۵	۲۴	۲۷	۳۸	۳۷	سوم		
	۱/۴۶	۲۰	۲۴		۲/۱۹	۹۸٪	۳۰	۲۱	۲۴	۳۰	۳۰	چهارم		
	۲/۴۳	۲۷	۲۶		۳/۲۷	۹۸٪	۳۶	۲۳	۲۶	۳۱	۳۶	پنجم		

به «درمان شناختی رفتاری» بوده است. شاخص درصد داده های غیر همپوش در «درمان شناختی رفتاری» در جلسه چهارم و پنجم ۹۸ درصد بود در حالی که در «درمان فرآیند مدار» تنها در جلسه پنجم این شاخص ۹۸ درصد بود و در بقیه جلسات درصد ۱۰۰ بود.

در رابطه با زیرمقیاس بهره برداری «درمان شناختی رفتاری» در مرحله درمانی برای آزمودنی های سوم، چهارم و پنجم به لحاظ آماری معنادار بوده اما برای آزمودنی های اول و دوم معنادار نبوده است. در مرحله پیگیری نیز نتایج فقط برای آزمودنی دوم معنادار شده است. با توجه به نتایج به دست آمده، هر ۲ مداخله «درمان شناختی رفتاری» و «درمان فرآیند مدار» بر شاخص های انعطاف پذیری روانشناختی شخصی سازی شده به لحاظ آماری اثربخش و معنادار بوده است. اما هیچ یک به لحاظ بالینی اثربخشی معناداری نشان نداده اند. این تفاوت در اثربخشی بر حسب درصد های بهبودی به دست آمده در مولفه های پذیرش و بهره برداری تا حدودی به نفع «درمان فرآیند مدار» است.

روند تغییر نمره انعطاف پذیری روانشناختی شخصی سازی شده را در آزمودنی های پژوهش نشان می دهد (جدول ۳).

با توجه به نتایج بدست آمده در جدول ۲ و بر اساس مقادیر شاخص تغییر پایا ( $RCI \geq 1/96$ )، «درمان فرآیند مدار» برای مؤلفه افسردگی برای هر پنج آزمودنی به لحاظ آماری معنادار بوده است. همچنین با توجه به درصد های بهبودی به دست آمده این مداخله در مراحل درمانی و پیگیری باعث کاهش ۳۸ درصد علایم افسردگی شده است. «درمان شناختی رفتاری» نیز با توجه به نتایج آمده و بر اساس مقادیر شاخص تغییر پایا ( $RCI \geq 1/96$ )، برای افسردگی هر ۵ آزمودنی به لحاظ آماری معنادار بوده است. همچنین با توجه به درصد های بهبودی به دست آمده «درمان شناختی رفتاری» در مراحل درمانی و پیگیری باعث کاهش ۳۳ و ۲۸ درصدی علایم افسردگی شده است. با توجه به نتایج به دست آمده، هر ۲ مداخله «درمان شناختی رفتاری» و «درمان فرآیند مدار» بر افسردگی آزمودنی های پژوهش به لحاظ آماری معنادار بوده اند اما نتایج مربوط به درصد های بهبودی کلی به دست آمده برای نمونه ها نشان می دهد که «درمان فرآیند مدار» در مرحله درمان ۵ درصد اثربخشی بیشتر و در مرحله پیگیری ۱۰ درصد اثربخشی بیشتری داشته است. همچنین از دیگر تفاوت های ۲ درمان، ثبات میزان اثربخشی در مرحله پیگیری در «درمان فرآیند مدار» نسبت

جدول ۳: روند تغییر نمره مولفه های انعطاف پذیری روانشناختی شخصی سازی شده در هر ۲ گروه مداخله

مداخله	آزمونی	خط پایه	جلسه سوم	جلسه ششم	جلسه آخر	درصد بهبودی MPI	شاخص درصد داده های غیر همبوس	شاخص تغییر پایا	درصد بهبودی کلی پس از درمان	پیگیری یک ماهه	درصد بهبودی پیگیری	شاخص تغییر پایا	درصد بهبودی کلی پیگیری
اجتناب	اول	۲۵	۲۰	۲۰	۱۸	۲۸	۵۰٪	۳/۳۸	۲۷	۱۷	۳۲	۳/۸۶	۲۸
	دوم	۲۴	۲۲	۲۵	۱۹	۲۰	۱۰۰٪	۲/۴۱		۱۸	۲۵	۲/۸۹	
	سوم	۲۵	۲۵	۱۹	۱۷	۳۲	۱۰۰٪	۳/۸۶		۱۷	۳۲	۳/۸۶	
	چهارم	۳۰	۲۵	۲۵	۲۰	۳۳	۱۰۰٪	۴/۸۳		۲۰	۳۳	۴/۸۳	
	پنجم	۲۷	۲۱	۲۴	۲۰	۲۵	۱۰۰٪	۳/۳۸		۲۱	۲۲	۲/۸۹	
پذیرش	اول	۱۸	۱۸	۲۱	۲۷	۵۰	۵۰٪	۵	۳۱	۲۵	۵۰	۳/۸۸	۳۶
	دوم	۲۰	۲۱	۲۱	۲۸	۴۰	۱۰۰٪	۴/۴۴		۳۰	۵۰	۵/۵۵	
	سوم	۱۵	۱۸	۲۲	۲۲	۴۶	۵۰٪	۳/۸۸		۲۲	۴۶	۳/۸۸	
	چهارم	۲۰	۱۷	۱۹	۲۴	۲۰	۱۰۰٪	۲/۲۲		۲۵	۲۵	۲/۷۷	
	پنجم	۱۹	۱۹	۱۹	۱۹	۰	۱۰٪	۰		۲۱	۱۰	۱/۱۱	
بهره برداری	اول	۱۵	۱۶	۱۷	۲۰	۳۳	۱۰۰٪	۳/۱۸	۴۲	۱۹	۳۳	۲/۵۴	۴۱
	دوم	۱۷	۱۵	۱۷	۲۵	۴۷	۱۰۰٪	۵/۰۹		۲۵	۴۷	۵/۰۹	
	سوم	۱۸	۱۸	۲۰	۲۳	۲۷	۱۰۰٪	۳/۱۸		۲۵	۲۸	۵/۰۹	
	چهارم	۲۰	۲۰	۲۲	۳۰	۵۰	۱۰۰٪	۶/۳۶		۳۰	۵۰	۶/۳۶	
	پنجم	۱۸	۲۱	۲۱	۲۸	۵۵	۱۰۰٪	۶/۳۶		۲۵	۳۸	۵/۰۹	
اجتناب	اول	۲۴	۲۴	۲۰	۱۸	۲۵	۵۰٪	۵/۳۰	۲۲	۲۰	۱۶	۳/۵۳	۲۷
	دوم	۲۷	۲۵	۲۷	۲۶	۳	۵۰٪	۰/۸۸		۲۰	۲۵	۶/۱۹	
	سوم	۲۵	۲۵	۲۱	۲۰	۲۰	۵۰٪	۴۲/۴		۱۷	۳۲	۷/۰۷	
	چهارم	۲۶	۲۶	۲۵	۱۸	۳۰	۵۰٪	۷/۰۷		۲۱	۱۹	۴/۴۲	
	پنجم	۲۷	۲۸	۲۵	۱۸	۳۳	۱۰۰٪	۷/۹۶		۱۵	۴۴	۱۰/۶۱	
پذیرش	اول	۲۱	۲۰	۲۰	۱۵	۲۸	۵۰٪	۳/۴۴	۲۳	۱۵	۲۸	۳/۴۴	۲۷
	دوم	۲۰	۲۲	۲۰	۱۹	۵	۱۰۰٪	۰/۷۵		۱۹	۵	۰۵۷/۱	
	سوم	۱۶	۱۵	۱۷	۱۲	۲۵	۱۰۰٪	۲/۲۹		۱۰	۳۷	۳/۴۴	
	چهارم	۱۸	۱۸	۱۵	۱۳	۲۷	۵۰٪	۲/۸۷		۱۲	۳۰	۳/۴۴	
	پنجم	۲۰	۲۱	۲۱	۱۴	۳۰	۵۰٪	۳/۴۴		۱۳	۳۵	۴/۰۲	
بهره برداری	اول	۱۶	۱۵	۱۵	۱۴	۱۲	۵۰٪	۱/۲۲	۲۶	۱۴	۱۲	۱/۲۲	۱۵
	دوم	۱۵	۱۵	۱۲	۱۲	۲۰	۱۰٪	۱/۸۴		۱۳	۱۳	۱/۲۲	
	سوم	۱۷	۱۸	۱۵	۱۰	۴۱	۱۰۰٪	۴/۲۹		۱۲	۲۹	۲/۴۵	
	چهارم	۱۷	۱۴	۱۴	۱۲	۲۹	۱۰۰٪	۲/۴۵		۱۴	۱۷	۱/۸۴	
	پنجم	۲۰	۱۷	۱۷	۱۴	۳۰	۵۰٪	۳/۶۸		۱۷	۱۵	۱/۸۴	

«درمان فرآیند مدار»

«درمان شناختی رفتاری»

رفتاری» و «درمان فرآیندمدار» بر انعطاف پذیری روانشناختی و افسردگی در نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی انجام شد.

نتایج نشان داد که، ۲ مداخله «درمان فرآیندمدار» و «درمان شناختی رفتاری» بر علایم افسردگی آزمودنی‌های پژوهش به لحاظ آماری معنا دار بوده‌اند. بر اساس نتایج «درمان فرآیندمدار» در مرحله درمان، ۵ درصد اثربخشی بیشتر و در مرحله پیگیری ۱۰ درصد اثربخشی بیشتری داشته است. همچنین از دیگر تفاوت‌های ۲ درمان، ثبات میزان اثربخشی در مرحله پیگیری در «درمان فرآیندمدار» نسبت به «درمان شناختی رفتاری» بوده است. در رابطه با همخوانی و ناهمخوانی نتایج نیز از آنجا که تاکنون پژوهشی به بررسی و مقایسه اثربخشی «درمان شناختی رفتاری» با «درمان فرآیندمدار» نپرداخته است، نمی‌توان به مطالعه خاصی اشاره کرد و این پژوهش یکی از نخستین پژوهش‌هایی است که روان‌درمانی به روش «درمان فرآیندمدار» را با «درمان شناختی رفتاری» مقایسه کرده است. اما می‌توان نتایج را با یافته مطالعه Nye و همکاران (۴۳) مقایسه کرد. Nye و همکاران (۴۳) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که «درمان فرآیندمدار» می‌تواند تأثیر مهمی بر جمعیت بالینی داشته باشد. در تبیین اثربخشی بیشتر «درمان فرآیندمدار» نسبت به «درمان شناختی رفتاری»، می‌توان به موارد مختلفی اشاره کرد. از آنجا که افراد مبتلا به اختلال افسردگی از طیف گسترده‌ای از پریشانی‌های جسمی، عاطفی، شناختی، رفتارهای ناسازگار و بدکارکردی‌های بین فردی رنج می‌برند و افسردگی اختلالی است که از تعامل مؤلفه‌های فیزیولوژی، شناختی و رفتاری به وجود می‌آید، بنابراین، درمان نیز باید چندوجهی، جامع و یکپارچه باشد (۱۸). امری که در «درمان فرآیندمدار» نسبت به درمان شناختی رفتاری استاندارد بیشتر محقق می‌شود. شواهد کنونی نیز نشان می‌دهد که شخصی‌سازی یک راهبرد مؤثر برای بهبود نتایج حاصل از «درمان شناختی رفتاری» است و مزیت اندازه اثر به ظاهر کوچک شخصی‌سازی می‌تواند تأثیر مهمی در سطح جمعیت بالینی داشته باشد (۴۴). همچنین «درمان فرآیندمدار» کمک می‌کند که فرایندهای تداوم بخش مشترک بین اختلالات هیجانی برای درمانجویان به روشنی مفهوم سازی شود، راهبردهای درمانی مبتنی بر شواهد در قالب یک پروتکل واحد و مبتنی بر نیازهای درمانجویان ارائه شود، جوابگوی سؤالات و نیازهای درمانجویان در حوزه‌های مختلف شود و مهارت‌های موردنیاز را برای بیشتر

با توجه به نتایج بدست آمده در جدول ۳ و بر اساس مقادیر شاخص تغییر پایا ( $RCI \geq 1/96$ )، مداخله «درمان فرآیندمدار» برای مؤلفه‌های اجتناب، پذیرش و بهره‌برداری برای هر ۵ آزمودنی در مراحل درمان و پیگیری به لحاظ آماری معنا دار بوده است. همچنین با توجه به درصدهای بهبودی به دست آمده «درمان فرآیندمدار» در مراحل درمانی و پیگیری باعث کاهش ۲۷ درصدی اجتناب، افزایش ۳۱ درصدی پذیرش و افزایش ۴۲ درصدی بهره‌برداری شده است. درصد بهبودی برای این مؤلفه‌ها در مرحله پیگیری به ترتیب به ۲۸، ۳۶ و ۴۱ درصد می‌رسد. در رابطه با «درمان شناختی رفتاری» با توجه به نتایج آمده و بر اساس مقادیر شاخص تغییر پایا ( $RCI \geq 1/96$ )، «درمان شناختی رفتاری» برای مؤلفه‌های اجتناب و پذیرش برای همه آزمودنی‌ها به جز آزمودنی دوم در مراحل درمان و پیگیری به لحاظ آماری معنا دار بوده است. همچنین با توجه به درصدهای بهبودی به دست آمده «درمان شناختی رفتاری» در مراحل درمانی و پیگیری باعث کاهش ۲۲ و ۲۷ درصدی اجتناب شده است. در رابطه با مؤلفه پذیرش در مرحله درمان باعث افزایش ۲۳ درصدی و در مرحله پیگیری باعث افزایش ۲۷ درصدی میزان پذیرش شده است.

در رابطه با مؤلفه بهره‌برداری «درمان شناختی رفتاری» در مرحله درمانی به لحاظ آماری معنا دار بوده است اما برای آزمودنی‌های اول و دوم معنادار نبوده است. در مرحله پیگیری نیز نتایج فقط برای آزمودنی دوم معنادار شده است. با توجه به نتایج به دست آمده، هر ۲ مداخله «درمان شناختی رفتاری» و «درمان فرآیندمدار» بر شاخص‌های انعطاف پذیری روانشناختی شخصی سازی شده آزمودنی‌های پژوهش به لحاظ آماری اثربخشی معنا دار داشته‌اند. اما هیچ یک به لحاظ بالینی اثربخشی معناداری نشان نداده‌اند. این تفاوت در اثربخشی بر حسب درصدهای بهبودی به دست آمده در مؤلفه‌های پذیرش و بهره‌برداری تا حدودی به نفع «درمان فرآیندمدار» است. میزان درصد داده‌های غیر همپوش (۱۰۰ درصد) در اغلب مؤلفه‌ها مخصوصاً بهره‌برداری و اجتناب در «درمان فرآیندمدار» نسبت به «درمان شناختی رفتاری» بیشتر بود. جهت اعتباریابی رقابتی و مقایسه اثربخشی از لحاظ آمار استنباطی نیز از آزمون تحلیل کوواریانس نیز استفاده شد.

## بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی «درمان شناختی

رفتاری و انگیزشی مراجعان باشد که به عنوان عوامل زیربنایی و فراتشخیصی اختلال‌های هیجانی در نظر گرفته شده‌اند (۴۳).

نوآوری پژوهش حاضر در استفاده از «درمان فرآیندمدار» است که جایگزینی برای درمان‌های روانشناختی دیگر نیست بلکه تغییری در «تمرکز درمانی» است و به درمانگران کمک می‌کند تا از نگاه مبتنی بر پروتکل‌ها به فرایندهای درون پروتکل‌ها تغییر مسیر دهند.

### نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که «درمان فرآیندمدار» در کاهش علائم افسردگی و تعدیل مؤلفه‌های روانشناختی مرتبط از اثربخشی لازم برخوردار است. همچنین این درمان در مقایسه با «درمان شناختی رفتاری» اثربخشی بیشتری دارد. پیشنهاد می‌شود که در کار با بیماران مبتلا به اختلال افسردگی، استفاده از «درمان فرآیندمدار» در دستور کار متخصصان و روانشناسان و روانپزشکان قرار گیرد. از محدودیت پژوهش حاضر این بود که داده‌ها با استفاده از ابزارهای خودسنجی و در خارج از فضای درمان به دست آمده است. بنابراین، ممکن است متغیرهایی از قبیل سبک پاسخگویی مراجعان، سوگیری در ارائه خود مثبت، انگیزه‌های بیرونی، خلق و حالت‌های روانشناختی لحظه‌ای و بخصوص خلق بیماران در لحظه تکمیل ابزارها اثرات بالقوه‌ای را بر نحوه پاسخدهی آن‌ها گذاشته باشد. لذا در تعمیم یافته‌ها دقت شود.

### سپاسگزاری

مقاله حاضر بخشی از نتایج رساله دکتری لیلا سهیلی پور، رشته روانشناسی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد، با راهنمایی آقای دکتر سید عباس حقایق است که در سامانه ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی، با کد IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1403.180 و در تاریخ ۱۴۰۳/۱۰/۵ ثبت شده است. بدین وسیله از نوجوانانی که در این پژوهش شرکت کردند، همچنین مسئولین دانشگاه آزاد اسلامی و مراکز مشاوره استان اصفهان که با همکاری خود امکان این پژوهش را فراهم آوردند، تشکر می‌شود.

### تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تضاد منافی را گزارش نکردند.

حوزه‌های زندگی در اختیار آن‌ها قرار دهد. پژوهشگران نیز خاطر نشان کرده‌اند که ترکیب روش‌های درمانی در یک پروتکل درمانی یکپارچه می‌تواند برای اختلالات هیجانی مؤثر باشد (۴۵).

دومین یافته مطالعه حاضر گویای این بود که اثربخشی «درمان فرآیندمدار» بر ابعاد انعطاف‌پذیری روانشناختی بود. این ادعا با یافته‌های قبلی مبنی بر رابطه بین انعطاف‌پذیری روانشناختی و علائم افسردگی همخوانی دارد (۴۶). نتایج مطالعات نشان داده است که افزایش در انعطاف‌پذیری روانشناختی باعث افزایش در سلامت روان مثبت می‌شود. علاوه بر این، نتایج مطالعات نشان می‌دهد انعطاف‌پذیری روانشناختی، درمان افسردگی را آسان‌تر می‌کند (۲۴).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد، هر ۲ مداخله «درمان فرآیندمدار» و «درمان شناختی رفتاری» بر شاخص‌های انعطاف‌پذیری روانشناختی شخصی سازی شده به لحاظ آماری اثربخشی و معنا دار بوده است. این تفاوت در اثربخشی بر حسب درصدهای بهبودی به دست آمده در مؤلفه‌های پذیرش و بهره‌برداری تا حدودی به نفع «درمان فرآیندمدار» بود. انعطاف‌ناپذیری روانشناختی، با فرآیندهایی مرتبط است که در افسردگی نقش اساسی دارند (۲۵). در تبیین اثربخشی بیشتر «درمان فرآیندمدار» بر افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌توان گفت که انعطاف‌پذیری روانشناختی به عنوان هسته و هدف اصلی «درمان فرآیندمدار» و همچنین یکی از عوامل فراتشخیصی مشترک در اختلال‌های هیجانی از آماج‌های مستقیم «درمان فرآیندمدار» می‌باشد. در پژوهش حاضر نیز «درمان فرآیندمدار» توانسته است همسو با ادعای پدیدآورندگان آن مبنی بر آماج قرار دادن عوامل فراتشخیصی و مشترک تغییر معناداری را در این عامل ایجاد کند. همچنین می‌توان گفت که آموزش‌های داده شده در رابطه با الگوی شبکه‌ای خودتداوم بخش اختلال و تحلیل‌های صورت گرفته از سبب شناسی و روند شکل‌گیری شبکه ناسازگار بیماران را تا حد زیادی با ماهیت مشکلات آشنا کرده و در ادامه با بهره‌گیری از سایر روش‌های درمانی، مهارت‌های لازم جهت مدیریت زندگی را فراگرفته‌اند. ارائه راهکارها و مداخلاتی همچون مصاحبه انگیزشی و پذیرش و تعهد توانسته است انگیزه بیماران را برای تغییر مداوم بالا ببرد (۴۵). بهبودی و تغییرات بالینی همزمان در علائم افسردگی و انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌تواند به واسطه هدف قرار دادن عوامل مشترکی همچون تنظیم هیجانی، ابعاد شناختی، عاطفی،

## References

1. Foulkes L, Blakemore S J. Studying individual differences in human adolescent brain development. *Nature Neuroscience*. 2018; 21 (3): 315-323. <https://doi.org/10.1038>
2. O'Connor M, O'Reilly G, Murphy E, Connaughton L, Hctor E, and McHugh L. Universal process-based CBT for positive mental health in early adolescence: A cluster randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy*. 2022; 154 (?): 104-120. DOI: 10.1016/j.brat.2022.104120
3. de Lijster JM, Dieleman GC, Utens EM, Dierckx B, Wierenga M, Verhulst FC, Legerstee JS. Social and academic functioning in adolescents with anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2018; 1 (230):108-117. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.01.008>
4. Wickersham A, Sugg HV, Epstein S, Stewart R, Ford T, Downs J. Systematic review and meta-analysis: The association between child and adolescent depression and later educational attainment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2021; 60 (1):105-118. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.10.008>
5. Larsson A, Hartley S, McHugh L. A randomized controlled trial of brief web-based acceptance and commitment Therapy on the general mental health, depression, anxiety and stress of college Students. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2022; 24 (?): 10-17. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.02.005>
6. Nedaei A, Sheykhosslami A, Sadri E. [The effectiveness of «Cognitive-Behavioral Therapy» on the difficulties of emotional regulation, intolerance of uncertainty and thought fusion in people suffering from comorbid depression and anxiety]. *Journal of Health Promotion Management*. 2025; 13(5): 12- 29. URL: <http://jhpm.ir/article-1-1588-fa.html>
7. Gomez-Baya D, Babić Čikeš A, Hirnstein M, Kurtović A, Vrdoljak G, Wium N. Positive youth development and depression: An examination of gender differences in Croatia and Spain. *Frontiers in Psychology*. 2022; 12 (?): 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.689354>
8. Korczak DJ, Westwell-Roper C, Sassi R. Diagnosis and management of depression in adolescents. *Canadian Medical Association Journal*. 2023; 195 (21): 739- 746. doi: [org/10.1503/cmaj.220966](https://doi.org/10.1503/cmaj.220966)
9. Kambeitz-Ilankovic L, Rzayeva U, Völkel L, Wenzel J, Weiske J, Jessen F, Reininghaus U, Uhlhaas PJ, Alvarez-Jimenez M, Kambeitz J. A systematic review of digital and face-to-face Cognitive Behavioral Therapy for depression. *NPJ Digital Medicine*. 2022; 15; 5(1):144. doi: [org/10.1038/s41746-022-00677](https://doi.org/10.1038/s41746-022-00677)
10. Hofmann SG, Hayes SC. The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*. 2019; 7(1):37-50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
11. Van Oosterhout W P J, van den Berg L H, van den Heuvel S C, et al. An interdisciplinary multimodal integrative healthcare program for depressive and anxiety disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 2023; 14 (?): 1- 14.<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1113356>
12. Yu L, Norton S, McCracken LM. Change in “self-as-context” (“perspective-taking”) occurs in Acceptance and Commitment Therapy for people with chronic pain and is associated with improved functioning. *The Journal of Pain*. 2017; 1; 18(6): 664-72.doi: 10.1016/j.jpain.2017.01.005.
13. Hayes SC, Hofmann SG. “Third-wave” cognitive and behavioral therapies and the emergence of a process-based approach to intervention in psychiatry. *World Psychiatry*. 2021; 20(3):363-75. <https://doi.org/10.1002/wps.20884>
14. Oud M, De Winter L, Vermeulen-Smit E, Bodden D, Nauta M, Stone L, Van Den Heuvel M, Al Taher R, De Graaf I, Kendall T, Engels R. Effectiveness of CBT for children and adolescents with depression: A systematic review and meta-regression analysis. *European Psychiatry*. 2019; 57 (?): 33-45. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.12.008>
15. Hofmann SG, Hayes SC, Lorscheid DN. *Learning Process-Based Therapy: A Skills Training Manual for Targeting the Core Processes of Psychological Change in Clinical Practice*. New Harbinger Publications; 2021.doi.org/10.1016/j.brat.2022.104120
16. Hayes SC, Hofmann SG, Wilson DS. Clinical psychology is an applied evolutionary science. *Clinical Psychology Review*. 2020; 81 (1):1-32. doi: 10.1016/j.cpr.2020.101892
17. Wong PW, Kwok KW, Chow SL. Validation of positive youth development scale and

- implications for adolescents in Hong Kong community. *Child Youth Care Forum*. 2022; 51(5):901-919. doi.org/10.1007/s10566-021-09658-
18. Huibers MJ, Lorenzo-Luaces L, Cuijpers P, Kazantzis N. On the road to personalized psychotherapy: A research agenda based on cognitive behavior therapy for depression. *Frontiers in Psychiatry*. 2021 11 (?): 1-14. doi:10.3389/fpsy.2020.607508
  19. de Pablo GS, De Micheli A, Nieman DH, Correll CU, Kessing LV, Pfennig A, Bechdolf A, Borgwardt S, Arango C, Van Amelsvoort T, Vieta E. Universal and selective interventions to promote good mental health in young people: systematic review and meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology*. 2020; 6 (41): 28-39. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33162291/>
  20. Fusar-Poli P, Correll C U, Arango C, Berk M, Patel V, Ioannidis J P. Preventive psychiatry: A blueprint for improving the mental health of young people. *World Psychiatry*. 2021. 20(2): 200-221. <https://doi.org/10.1002/wps.20869>
  21. Østergaard T, Lundgren T, Zettle RD, Landrø NI, Haaland VØ. Psychological flexibility in depression relapse prevention: processes of change and positive mental health in group-based ACT for residual symptoms. *Frontiers in psychology*. 2020; 27 (11): 5-28. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7119364/>
  22. Liu Y, Wang P, Duan L, Shen Q, Xu L, Zhang T. The mediating effect of social network sites addiction on the relationship between childhood psychological abuse and depression in college students and the moderating effect of psychological flexibility. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2025; 98(2): 534-548. <https://doi.org/10.1111/papt.12580>
  23. Manna C, Semonella M, Pietrabissa G, Castelnovo G. The role of psychological flexibility and psychological factors in chronic pelvic pain among women: A correlational study. *Healthc (Basel)*. 2025; 13(14):1-12 <https://www.mdpi.com/2227-9032/13/14/1697>
  24. Fonseca S, Trindade IA, Mendes AL, Ferreira C. The buffer role of psychological flexibility against the impact of major life events on depression symptoms. *Clinical Psychologist*. 2020.24(1): 82-90. <https://doi.org/10.1111/cp.12194>
  25. Mortazavi SM, Roštami F. [The effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on depression and perceived stress of patients after corona treatment]. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*. 2024; 10 (4):80- 88. <https://ijrn.ir/article-1-858-en.pdf>
  26. Wilhelm S, Bernstein EE, Bentley KH, et al. Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of a smartphone App–Led Cognitive Behavioral Therapy for depression under therapist supervision: Open Trial. *Journal of Medical Internet Research*. 2024; 11(1): e53998. 10.2196/53998
  27. Iida H, Fujimoto S, Wakita T, Yanagi M, Suzuki T, Koitabashi K, Kurita, N. Psychological flexibility and depression in advanced CKD and dialysis. *Kidney Medicine*. 2020. 2(6): 684-691. <https://doi.org/10.1016/j.xkme.2020.07.004>
  28. Ishizu K, Ohtsuki T, Shimoda Y. Contingent self-worth and depression in early adolescents: The role of psychological inflexibility as a mediator. *Acta Psychologica*. 2022 230 (?): 1-7. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001691822002591>
  29. Ang TL, Li JW, Vu CK, Ho GH, Chang JP, Chong CH, Chua TS, Ong DE, Yip BC, Gwee KA. Chapter of Gastroenterologists professional guidance on risk mitigation for gastrointestinal endoscopy during COVID-19 pandemic in Singapore. *Singapore Medical Journal*. 2020; 61(7): 345-349. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32241065/>
  30. Delavar, A. [Statistical Methods and Research Methodology. 14th edition]. Tehran: Roshd Publication. 2024. ISBN: 978-964-464-078-2
  31. Kashdan TB, Disabato DJ, Goodman FR, Doorley JD, McKnight PE. Understanding psychological flexibility: A multimethod exploration of pursuing valued goals despite the presence of distress. *Psychological Assessment*. 2020; 32(9):829 - 850. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pas0000834>
  32. Xia W, Yan M, Jiang W, Ou M, Xie C, Liu, X, Xu X. Psychometric validation of the modified Chinese version of the personalized psychological flexibility index in patients with cancer. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 2023.10 (6): 100- 240. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37273822/>
  33. Akbari M, Disabato D, Seydavi M, Zamani

- E. [The Persian Personalized Psychological Flexibility Index (P-PPFI): Psychometric properties in a general population sample of Iranians]. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2021. 22 (?): 32-43. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.09.004>
34. Davoudi M, Lundgren T, Jansson-Fröjmark M, Saedipour Z, Badinlou F. [The Psychological Flexibility in Epilepsy Questionnaire (PFEQ): Psychometric properties of the Persian version]. *Epilepsy & Behavior*. 2022; 130 (?):1-8. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2022.108672>
  35. Beck A T, Steer R A, Brown G K. *Beck Depression Inventory*. 2nd edition. San Antonio, TX: The Psychological Corporation. 1996. doi: [10.1007/978-1-4419-9893-4](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-9893-4).
  36. Wang YP, Gorenstein C. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: A comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2013. 35(4):416-431. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1048>
  37. Visser M, Leentjens A F, Marinus J, Stiggelbout A M, van Hilten J. Reliability and validity of the Beck Depression Inventory in patients with Parkinson's disease. *Movement Disorders: Official Journal of the Movement Disorder Society*. 2006; 21(5): 668-672. <https://doi.org/10.1002/mds.20792>.
  38. Taheri Tanjani P, Garmaroudi GH, R, Azadbakht M, Fekrizadeh Z, Hamidi R, Fathizadeh SH, Ghisvandi E. [Validity and reliability Beck Depression Inventory-II among the Iranian Elderly Population]. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2015; 22 (1): 189- 198. <https://elmnet.ir/doc/204058-52741>
  39. EyvanBaga R, Nasiri KH, Kamran A, Shamkhali R. The relationship between depression, anxiety and spiritual health among students of Khalkhal Faculty of Medicine Sciences. *Community Health Journal*. 2015; 9 (3): 47- 55. [https://chj.rums.ac.ir/article\\_45762.html](https://chj.rums.ac.ir/article_45762.html)
  40. Josefowitz N, Myran D. *CBT made simple: A Clinician's Guide to Practicing Cognitive Behavioral Therapy*. New Harbinger Publications; 2021 Jan 2. <https://www.newharbinger.com/cbt-made-simple>
  41. Sayah Ghorbani G, Godarzi H. [A Step-By-Step Guide to Implementing Cognitive-Behavioral Therapy, translated into Plain Language CBT]. 2023. Arjmand Publications. ISBN: 9786222571108.
  42. Khaleghi M. [Process-Oriented Therapy: A Step-by-Step Guide to Training Professionals to Address the Fundamental Processes of Psychological Change in Therapy]. 2022. Arjmand Publications. ISBN: 9786222575076
  43. Nye A, Delgadillo J, Barkham M. Efficacy of personalized psychological interventions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2023; 91(7): 389- 397. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/ccp0000820>
  44. Li X, He S, Chen, BB. The five cs model of positive youth development and the PATHS project in mainland China. In R. Dimitrova & N. Wium (Eds.), *Handbook of Positive Youth Development* (pp. 63–80). 2021. Springer. doi: [10.1007/978-3-030-70262-5\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-030-70262-5_5)
  45. Newby JM, Mewton L, Andrews G. Transdiagnostic versus disorder-specific internet-delivered Cognitive Behavior Therapy for anxiety and depression in primary care. *Journal of Anxiety Disorders*. 2017; 46 (?): 25-34. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.10.005>
  46. Pots WT, Trompeter HR, Schreurs KM, Bohlmeijer ET. How and for whom does web-based acceptance and commitment therapy work? Mediation and moderation analyses of web-based ACT for depressive symptoms. *BMC Psychiatry*. 2016; 23;16(1): 158- 171. doi: [10.1186/s12888-016-0841-6](https://doi.org/10.1186/s12888-016-0841-6)