

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب بیماران مبتلا به اختلال جسمانی شکل

تاریخ چاپ: ۱۴۰۳/۱۲/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۲۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۱۲/۱۵

تاریخ ارسال: ۱۴۰۳/۱۰/۱۴

چکیده

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال جسمانی شکل بود. پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه بود که بر روی ۴۵ بیمار مبتلا به اختلال جسمانی شکل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر بجنورد انجام شد؛ شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در سه گروه درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل گمارده شدند و داده‌ها با استفاده از پرسشنامه اضطراب بک و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. نتایج نشان داد اثر زمان بر کاهش اضطراب معنادار است ($p < 0.001$)، به‌گونه‌ای که هر دو درمان شناختی-رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل کاهش معنادار اضطراب را نشان دادند؛ با این حال، اثر تعامل زمان×گروه و تفاوت بین دو درمان از نظر آماری معنادار نبود ($p > 0.05$). هر دو رویکرد درمانی در کاهش اضطراب بیماران مبتلا به اختلال جسمانی شکل اثربخش‌اند، اما برتری معناداری میان آن‌ها مشاهده نشد و می‌توان از هر دو به‌عنوان مداخلات مؤثر بالینی استفاده کرد.

کلیدواژه‌گان: درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اضطراب، اختلال جسمانی شکل.

اعظم رضوانی^۱، مهدی قاسمی مطلق^{۲*}، ابوالفضل بخشی پور^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران
 ۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران
 ۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران
- * ایمیل نویسنده مسئول:

avestaps@yahoo.com

شیوه استناددهی: رضوانی، اعظم، قاسمی مطلق، مهدی، بخشی پور، ابوالفضل. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب بیماران مبتلا به اختلال جسمانی شکل. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۲(۴)، ۱۳-۱.

A Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Reducing Anxiety in Patients with Somatic Symptom Disorder

Submit Date: 2025-01-03

Revise Date: 2025-03-05

Accept Date: 2025-03-11

Publish Date: 2025-03-15

Abstract

This study aimed to compare the effectiveness of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy in reducing anxiety among patients with somatic symptom disorder. This quasi-experimental study employed a pretest–posttest design with a one-month follow-up and included 45 patients with somatic symptom disorder recruited from counseling centers in Bojnord; participants were randomly assigned to cognitive behavioral therapy, acceptance and commitment therapy, or control groups, and data were analyzed using the Beck Anxiety Inventory and repeated-measures analysis of variance. The results indicated a significant main effect of time on anxiety reduction ($p < 0.001$), with both treatment groups showing significantly lower anxiety scores than the control group; however, neither the time $\times$ group interaction nor the difference between the two therapeutic approaches was statistically significant ($p > 0.05$). Both cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy are effective interventions for reducing anxiety in patients with somatic symptom disorder, with no significant difference in their comparative efficacy.

Keywords: *Cognitive Behavioral Therapy; Acceptance and Commitment Therapy; Anxiety; Somatic Symptom Disorder.*

HEALTH PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری



Azam Rezvani¹, Mehdi Ghasemi Motlagh^{2*}, Abolfazal Bakhshipour³

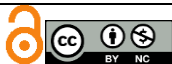
1. PhD Student, Department of Psychology, Bojnord Branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Bojnord Branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Bojnord Branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran.

*Corresponding Author's Email: avestaps@yahoo.com

How to cite: Rezvani, A., Ghasemi Motlagh, M., & Bakhshipour, A. (2025). A Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Reducing Anxiety in Patients with Somatic Symptom Disorder. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 2(4), 1-13.



مقدمه

اختلال جسمانی شکل از جمله اختلال‌های پیچیده و چندبعدی در حیطه آسیب‌شناسی روانی است که در آن فرد با شکایات جسمانی پایدار و آزارنده مواجه است، بدون آنکه یافته‌های پزشکی متناسبی بتواند شدت یا تداوم این نشانه‌ها را به‌طور کامل تبیین کند. این اختلال نه‌تنها مرزهای سنتی میان سلامت جسم و روان را به چالش می‌کشد، بلکه نمونه‌ای بارز از تعامل پویا میان عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی به شمار می‌آید. پژوهش‌های اپیدمیولوژیک نشان می‌دهند که نشانه‌ها و اختلالات جسمانی شکل در گروه‌های سنی مختلف، به‌ویژه در کودکی و نوجوانی، شیوع قابل توجهی دارند و اغلب تا بزرگسالی تداوم می‌یابند (Vesterling et al., 2023). این یافته‌ها بر ضرورت مداخلات درمانی مؤثر و مبتنی بر شواهد برای کاهش پیامدهای روانی و کارکردی این اختلال تأکید دارند.

از منظر تشخیصی، اختلال‌های جسمانی شکل با چالش‌های فراوانی همراه هستند. ابهام در تمایز میان نشانه‌های عملکردی و بیماری‌های جسمانی مشخص، منجر به تأخیر در تشخیص، درمان‌های ناکارآمد و افزایش مراجعه‌های مکرر پزشکی می‌شود (Ta Li et al., 2009). مرورهای نظام‌مند نشان داده‌اند که موانع ساختاری، محدودیت‌های زمانی پزشکان و الگوهای ارتباطی ناکارآمد در نظام مراقبت سلامت، فرآیند تشخیص این اختلال‌ها را در سطح مراقبت‌های اولیه با مشکل مواجه می‌سازد (Johansen & Risor, 2017; Murray et al., 2016). این وضعیت اغلب موجب نارضایتی بیماران، افزایش هزینه‌های درمانی و تشدید پریشانی روان‌شناختی می‌گردد.

مدل زیستی-روانی-اجتماعی، چارچوب نظری غالب در تبیین اختلال جسمانی شکل است و بر نقش هم‌زمان عوامل زیستی (مانند حساسیت سیستم عصبی)، عوامل شناختی-هیجانی (مانند فاجعه‌سازی بدنی و توجه انتخابی به نشانه‌ها) و عوامل اجتماعی-فرهنگی (مانند الگوهای یادگیری و تقویت اجتماعی) تأکید می‌کند (Henningsen et al., 2018). شواهد تجربی نشان می‌دهد که این بیماران در مقایسه با افراد سالم، محدودیت‌های کارکردی بیشتری را در حوزه‌های شغلی، اجتماعی و کیفیت زندگی تجربه می‌کنند (Joustra et al., 2015). همچنین راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتنابی در آنان شیوع بیشتری دارد که خود به تداوم نشانه‌ها و افزایش اضطراب منجر می‌شود (Bagheri et al., 2012).

یکی از شایع‌ترین همایندی‌های روان‌پزشکی در اختلال جسمانی شکل، اختلالات اضطرابی است. اضطراب مزمن نه‌تنها شدت توجه به نشانه‌های بدنی را افزایش می‌دهد، بلکه از طریق مکانیسم‌هایی چون عدم تحمل بلا تکلیفی، هم‌آمیزی شناختی و تنظیم هیجان ناکارآمد، به چرخه معیوب جسمانی‌سازی دامن می‌زند. پژوهش‌های بالینی نشان داده‌اند که کاهش اضطراب، نقش کلیدی در بهبود کارکرد روانی و کیفیت زندگی بیماران جسمانی شکل ایفا می‌کند (Ahmadi & Mohammadi, 2023). از این‌رو، انتخاب رویکردهای درمانی که به‌طور مؤثر بر نشانه‌های اضطرابی تأثیر بگذارند، اهمیت ویژه‌ای دارد.

در میان مداخلات روان‌شناختی، درمان شناختی-رفتاری (CBT) به‌عنوان یکی از رویکردهای خط اول در درمان اختلالات روان‌تنی و اضطرابی شناخته می‌شود. این درمان با تمرکز بر شناسایی و اصلاح افکار ناکارآمد، باورهای هسته‌ای منفی و الگوهای رفتاری اجتنابی، به کاهش نشانه‌های اضطراب و جسمانی‌سازی کمک می‌کند (Barsky & Ahern, 2004). فراتحلیل‌ها و کارآزمایی‌های بالینی تصادفی نشان داده‌اند که CBT در کاهش نشانه‌های اضطرابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی اثربخشی معناداری دارد (Ahmadi & Mohammadi, 2023; Williams et al., 2006). افزون بر این، ساختارمندی، هدف‌مندی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای از ویژگی‌هایی است که CBT را به رویکردی قابل اتکا در محیط‌های بالینی تبدیل کرده است.

با این حال، محدودیت‌هایی نیز برای CBT گزارش شده است؛ از جمله تمرکز زیاد بر تغییر محتوای شناختی که در برخی بیماران با مقاومت یا بازگشت نشانه‌ها همراه است. این چالش‌ها زمینه‌ساز توسعه درمان‌های نسل سوم شناختی-رفتاری، از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، شده‌اند. ACT با تغییر تمرکز از «کنترل و حذف نشانه‌ها» به «پذیرش تجربه درونی و عمل متعهدانه مبتنی بر ارزش‌ها»، مفهوم

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را در مرکز مداخله قرار می‌دهد (Hayes et al., 2005). شش فرایند اصلی ACT شامل پذیرش، گسلش شناختی، حضور در لحظه، خود به‌عنوان زمینه، شفاف‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه، سازوکارهای کلیدی این درمان را تشکیل می‌دهند. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که ACT می‌تواند در کاهش اضطراب، نشانه‌های جسمانی و پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی و روان‌تنی مؤثر باشد (Ferreira et al., 2018; Peterson et al., 2009). در پژوهش‌های داخلی نیز اثربخشی ACT بر کیفیت زندگی و نشانه‌های جسمانی بیماران با درد مزمن و اختلالات مشابه گزارش شده است (Armin & Arab Shibani, 2024; Armin & Mahmoudi Molaei, 2023). این یافته‌ها حاکی از آن است که تمرکز ACT بر پذیرش هیجان‌ها و کاهش اجتناب تجربی می‌تواند برای بیمارانی که سال‌ها با نشانه‌های جسمانی پایدار زندگی کرده‌اند، سودمند باشد.

در سال‌های اخیر، مطالعات مقایسه‌ای میان CBT و ACT افزایش یافته‌اند. برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند که هر دو رویکرد در کاهش نشانه‌های جسمانی و اضطرابی اثربخش‌اند، اما تفاوت معناداری میان آن‌ها مشاهده نمی‌شود (Armin & Mahmoudi Molaei, 2023). در مقابل، پژوهش‌هایی دیگر بر مزیت‌های نسبی ACT در ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تاب‌آوری تأکید کرده‌اند (Vahabi et al., 2025). همچنین پژوهش‌های جدید در حوزه‌های فراتشخیصی و درمان‌های اینترنت‌محور، بر کارآمدی CBT و ACT در جمعیت‌های مختلف بالینی صحه گذاشته‌اند (Roberge et al., 2025; Yaghoubi et al., 2026).

از سوی دیگر، مطالعاتی که به سازه‌های میانجی مانند تنظیم هیجان، هم‌آمیزی شناختی و عدم تحمل بلا تکلیفی پرداخته‌اند، نشان می‌دهند که CBT و ACT از مسیرهای متفاوت اما هم‌پوشان بر کاهش اضطراب اثر می‌گذارند (Nedaei et al., 2025). عمدتاً از طریق اصلاح شناخت‌ها و مواجهه تدریجی، و ACT از طریق تغییر رابطه فرد با افکار و هیجان‌ها عمل می‌کند. این تفاوت‌های فرایندی، اهمیت بررسی مقایسه‌ای این دو رویکرد را در بافت‌های بالینی خاص، از جمله اختلال جسمانی‌شکل، دوچندان می‌سازد.

با وجود شواهد رو به رشد، هنوز خلأهایی در ادبیات پژوهشی وجود دارد. بسیاری از مطالعات پیشین یا بر یک رویکرد درمانی متمرکز بوده‌اند یا متغیرهای پیامدی محدودی را بررسی کرده‌اند. افزون بر این، تفاوت‌های فرهنگی می‌تواند بر تجربه نشانه‌های جسمانی و پاسخ به درمان تأثیر بگذارد؛ بنابراین انجام پژوهش‌های مقایسه‌ای در بافت‌های فرهنگی مختلف، از جمله جامعه ایران، ضروری است. پژوهش‌های داخلی انجام‌شده تاکنون، هرچند نتایج امیدوارکننده‌ای ارائه داده‌اند، اما همچنان نیاز به مطالعات کنترل‌شده و مقایسه‌ای احساس می‌شود (Bagheri et al., 2012; Karimi Lou et al., 2010).

در مجموع، شواهد موجود نشان می‌دهد که اختلال جسمانی‌شکل با اضطراب بالا، کاهش کیفیت زندگی و محدودیت‌های کارکردی قابل توجه همراه است و هر دو درمان شناختی-رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان مداخلات مؤثر مطرح هستند، اما برتری نسبی آن‌ها هنوز به‌طور قطعی مشخص نشده است؛ از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب بیماران مبتلا به اختلال جسمانی‌شکل انجام شد.

روش‌شناسی

روش این تحقیق به شکل نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و نیز پیگیری آن به صورت یک ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به اختلال جسمانی‌شکل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و درمانگاه‌های روانشناختی شهرستان بجنورد در بازه زمانی ۱۴۰۲ تشکیل می‌دهند. از روش نمونه‌گیری در دسترس برای انتخاب نمونه‌ها استفاده شد. بر این اساس، ۴۵ بیمار واجد شرایط که ملاک‌های ورود به مطالعه را دارا بودند، انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه مساوی جایگزین شدند: گروه اول ۱۵ نفر (دریافت‌کننده پروتکل درمان شناختی-رفتاری) گروه دوم ۱۵ نفر (دریافت‌کننده پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) گروه گواه ۱۵ نفر (فقط تحت ارزیابی‌های معمول مرکز قرار گرفتند). ملاک‌های ورود عبارت بودند از: تشخیص اختلال جسمانی‌شکل بر اساس ملاک‌های DSM-5؛ دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال،

داشتن حداقل مدرک دیپلم، رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش و ملاک‌های خروج شامل عدم همکاری در تکالیف و بیش از دو جلسه در مداخلات درمانی بود.

ابتدا پیش‌آزمون برای هر سه گروه اجرا شد. پس از اجرای پیش‌آزمون در گروه آزمایش ۱ درمان شناختی - رفتاری ده جلسه اجرا شد. به طور موازی جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۸ جلسه برای گروه آزمایش ۲ اجرا شد. در ادامه پژوهشگر به اجرای پرسشنامه‌ها به منظور اجرای پس‌آزمون از گروه‌های آزمایش و کنترل مبادرت ورزید. در بازه زمانی یک ماهه آزمون پیگیری اجرا شد.

در پژوهش حاضر از پرسش‌نامه آرون بک و همکارانش (۱۹۹۰) BAI استفاده شد. که به طور اختصاصی شدت علائم اضطرابی بالینی را در افراد می‌سنجید. این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ ماده‌ای است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه‌ای را که نشان دهنده شدت اضطراب او است را انتخاب می‌کند. چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهار بخشی از صفر تا سه نمره گذاری می‌شود. هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می‌کند. بنابراین نمره کل این پرسشنامه در دامنه از صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد. مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۹۲ اعتبار آن با روش باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است (بک و همکاران، ۱۹۸۸). برخی تحقیقات در ایران در مورد خصوصیات روانسنجی این آزمون انجام گرفته است به عنوان مثال غرایبی (۱۳۷۲) ضریب اعتبار آن را با روش باز آزمایی و به فاصله دو هفته ۰/۸۰ گزارش کرده است. همچنین کاویانی و موسوی (۱۳۸۷) در بررسی ویژگی‌های روانسنجی این آزمون در جمعیت ایرانی ضریب روایی در حدود ۰/۷۲ و ضریب اعتبار آزمون - آزمون مجدد به فاصله یک ماه را ۰/۸۳ و آلفای کرونباخ ۰/۹۲ را گزارش کرده اند.

در این پژوهش، پروتکل درمان شناختی-رفتاری (CBT) در قالب ۱۰ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای و بر اساس الگوی کلاسیک آرون بک اجرا شد. جلسات با برقراری رابطه درمانی و تعیین اهداف آغاز شد و در ادامه بر شناسایی دشواری‌های تنظیم هیجان در موقعیت‌های اضطرابی تمرکز یافت. در جلسات بعدی، آموزش مفاهیم مرتبط با هیجان‌ها، عواطف و افکار درباره خود، شناسایی علائم اضطراب و افکار منفی همراه با آن در موقعیت‌های مختلف، و آشنایی با علائم جسمانی اضطراب انجام گرفت. سپس مراجعان با مفهوم افکار خودکار و خطاهای شناختی آشنا شدند و مهارت‌هایی مانند تنفس دیافراگمی، آرام‌سازی و مدیتیشن برای کاهش برانگیختگی فیزیولوژیک آموزش داده شد. در جلسات پیشرفته‌تر، تمرین چالش افکار خودکار و آموزش منطق مواجهه تدریجی با افکار و موقعیت‌های اضطراب‌زا اجرا شد تا از طریق کاهش اجتناب و اصلاح باورهای ناکارآمد، اضطراب کاهش یابد. جلسه پایانی به مرور کلی فرایند درمان، جمع‌بندی آموخته‌ها و ارزیابی پیشرفت درمانی اختصاص داشت.

همچنین پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در قالب ۸ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای و بر اساس برنامه درمانی هایز و همکاران اجرا شد. این مداخله با ایجاد رابطه درمانی، معرفی چارچوب کلی درمان و انعقاد قرارداد درمانی آغاز گردید. در جلسات بعد، مفاهیم ذهن‌آگاهی از طریق تمرین‌های عملی و استعاره‌هایی مانند «انسان در چاه»، «طناب‌کشی با هیولا» و «مهمان ناخواسته» آموزش داده شد تا بیهودگی تلاش برای کنترل تجربه‌های درونی روشن شود. سپس مراجعان به شناسایی راهبردهای ناکارآمد کنترل و تمرین پذیرش وقایع دردناک بدون کشمکش دعوت شدند. در ادامه، از استعاره‌هایی نظیر «لیمو ترش»، «ببر گرسنه»، «مسافران اتوبوس» و «صفحه شطرنج» برای تبیین مفاهیم تمایل، گسلش شناختی و خود به عنوان زمینه استفاده شد. جلسات پایانی بر شفاف‌سازی ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر، آموزش عمل متعهدانه و طراحی رفتارهای همسو با ارزش‌ها متمرکز بود و در نهایت با جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون و پایان مداخله خاتمه یافت. برای تحلیل داده‌ها، پس از بررسی پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع، همگنی واریانس‌ها و کرویت، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به منظور مقایسه تغییرات نمرات اضطراب در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌های درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل استفاده شد و در صورت معناداری اثرها، آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه‌های زوجی به کار رفت. تمامی تحلیل‌ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد.

یافته‌ها

همانگونه که نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد اضطراب در هر دو گروه درمانی نسبت به پیش‌آزمون به‌طور چشمگیری کاهش یافته است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب (BAI)

گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار
CBT	پیش‌آزمون	۳۶/۴	۵/۸
CBT	پس‌آزمون	۲۵/۳	۴/۹
CBT	پیگیری	۲۷/۲	۴/۶
ACT	پیش‌آزمون	۳۵/۹	۶/۰
ACT	پس‌آزمون	۲۷/۲	۵/۲
ACT	پیگیری	۲۸/۱	۴/۹
کنترل	پیش‌آزمون	۳۶/۱	۵/۹
کنترل	پس‌آزمون	۳۵/۳	۵/۷
کنترل	پیگیری	۳۴/۹	۵/۵

همان‌گونه که مشاهده می‌شود، میانگین نمرات اضطراب در گروه‌های درمانی CBT و ACT از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون کاهش معناداری داشته و در مرحله پیگیری اندکی افزایش یافته است؛ این افزایش خفیف (در حدود ۱ تا ۲ نمره) از نظر آماری معنی‌دار نیست و نشانگر پایداری نسبی اثر درمان است. در گروه کنترل تغییر محسوسی دیده نمی‌شود که نشانگر ثبات اضطراب در نبود مداخله درمانی است.

برای اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، مفروضه‌های نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها چون سطح معنی‌داری در همه موارد بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است، فرض همگنی واریانس‌ها برای تمامی متغیرهای پژوهش برقرار است. همچنین فرض کرویت موچلی در متغیرها تایید شد ($p > 0.01$).

جدول ۲. نتایج RM-ANOVA برای اضطراب

منبع تغییر	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	مجزور اتا
زمان	۱۴۱۲۲/۸	۲	۷۰۶۱/۴	۴۲/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۸۹
زمان × گروه	۵۶۸/۹	۴	۱۴۲/۲	۱/۴۸	۰/۲۴۷	۰/۰۵
خطا (درون)	۱۶۰۲/۳	۴۴	۳۶/۴	—	—	—
گروه	۱۲۵۰/۶	۲	۶۲۵/۳	۲/۱۷	۰/۱۲۴	۰/۰۸
خطا (بین)	۲۴۶۵۰/۰	۴۴	۵۶۰/۲	—	—	—

همانگونه که نتایج حاصل از تحلیل داده‌های پژوهش نشان می‌دهد، اثر زمان معنادار است؛ یعنی اضطراب به‌طور کلی در طول زمان کاهش یافته است. اما اثر تعامل زمان × گروه و اثر اصلی گروه معنادار نیستند؛ بنابراین با وجود اختلاف (اندک) میان میانگین‌های CBT و ACT، تفاوت آماری معنی‌داری بین دو درمان مشاهده نشد.

جدول ۳. آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه بین گروه‌ها (اضطراب)

مقایسه گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
ACT-CBT	۲/۱-	۰/۹	۰/۱۲
CBT-کنترل	۱۰/۶-	۱/۵	۰/۰۰۱
ACT-کنترل	۸/۵-	۱/۴	۰/۰۰۱

با توجه به نتایج جدول آماری فوق، تفاوت CBT و ACT از نظر آماری معنادار نیست. به گونه‌ای که میانگین نمرات هر دو درمان نسبت به گروه کنترل کاهش اضطراب معناداری نشان دادند. لذا فرضیه پژوهشی مبنی بر اینکه بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود نشانه‌های اضطراب تفاوت وجود دارد، تایید نمی‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری (CBT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش اضطراب بیماران مبتلا به اختلال جسمانی شکل بود. نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که هر دو مداخله درمانی به‌طور معناداری موجب کاهش اضطراب در مقایسه با گروه کنترل شدند، اما تفاوت معناداری میان میزان اثربخشی CBT و ACT مشاهده نشد. این الگوی یافته‌ها نشان می‌دهد که هر دو رویکرد، علی‌رغم تفاوت‌های نظری و فرایندی، در هدف‌گیری سازوکارهای اصلی اضطراب در بیماران جسمانی شکل کارآمد هستند.

یافته نخست پژوهش مبنی بر کاهش معنادار اضطراب در هر دو گروه درمانی، با ادبیات گسترده‌ای همسو است که بر نقش مداخلات روان‌شناختی در درمان اختلالات روان‌تنی و جسمانی شکل تأکید دارد. مطالعات نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به این اختلال، اغلب در چرخه‌ای از توجه افراطی به نشانه‌های بدنی، تفسیر فاجعه‌ساز و اضطراب مزمن گرفتار می‌شوند (Henningsen et al., 2018; Ta Li et al., 2009). مداخلات مبتنی بر CBT از طریق اصلاح این تفسیرهای ناکارآمد و کاهش رفتارهای اجتنابی، و ACT از طریق تغییر رابطه فرد با افکار و هیجان‌های اضطرابی، توانسته‌اند این چرخه معیوب را تضعیف کنند.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری، می‌توان به این نکته اشاره کرد که CBT با تمرکز بر شناسایی افکار خودآیند منفی، باورهای ناکارآمد درباره سلامت جسمانی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌محور، اضطراب مرتبط با نشانه‌های جسمانی را کاهش می‌دهد. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که CBT در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی و اضطرابی، منجر به بهبود معنادار نشانه‌های اضطراب و کیفیت زندگی می‌شود (Ahmadi & Mohammadi, 2023; Barsky & Ahern, 2004). از این منظر، کاهش اضطراب مشاهده‌شده در گروه CBT در پژوهش حاضر، قابل انتظار و منطبق با نتایج مطالعات پیشین است.

از سوی دیگر، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز با یافته‌های پژوهش‌های داخلی و خارجی همخوانی دارد. ACT با تأکید بر پذیرش تجربه‌های درونی ناخوشایند و کاهش اجتناب تجربی، به بیماران کمک می‌کند تا بدون تلاش افراطی برای حذف اضطراب، به زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش‌ها بازگردند (Hayes et al., 2005). پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که ACT در کاهش اضطراب و نشانه‌های جسمانی در بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی و روان‌تنی مؤثر است (Armin & Arab Shibani, 2024; Ferreira et al., 2018). بنابراین، یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر کاهش اضطراب در گروه ACT، مؤید نقش کلیدی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در این بیماران است.

نکته مهم در نتایج پژوهش، عدم تفاوت معنادار بین CBT و ACT از نظر میزان کاهش اضطراب بود. این یافته با برخی مطالعات مقایسه‌ای پیشین همسو است که نشان داده‌اند هر دو درمان در کاهش نشانه‌های جسمانی و اضطرابی اثربخش‌اند، اما برتری آشکاری برای یکی نسبت به دیگری مشاهده نمی‌شود (Armin & Mahmoudi Molaei, 2023). این هم‌ارزی نسبی می‌تواند ناشی از هم‌پوشانی سازوکارهای درمانی دو رویکرد باشد. هرچند CBT و ACT از نظر نظری متفاوت‌اند، اما هر دو به کاهش هم‌آمیزی شناختی، افزایش آگاهی هیجانی و تعدیل واکنش‌های اضطرابی کمک می‌کنند.

از منظر فرایندی، CBT از طریق مواجهه تدریجی با موقعیت‌های اضطراب‌زا و بازسازی شناختی، و ACT از طریق پذیرش و گسلش شناختی، به کاهش قدرت افکار اضطرابی می‌پردازند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کاهش اجتناب تجربی و افزایش تنظیم هیجان، از سازه‌های مشترکی

هستند که در هر دو درمان بهبود می‌یابند (Bagheri et al., 2012; Nedaei et al., 2025). بنابراین، می‌توان استدلال کرد که مسیرهای متفاوت اما همگرا، منجر به پیامد درمانی مشابه در کاهش اضطراب شده‌اند.

همچنین باید به ماهیت اختلال جسمانی شکل توجه داشت. این بیماران اغلب سال‌ها با نشانه‌های پایدار جسمانی زندگی کرده‌اند و راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار در آنان تثبیت شده است (Joustra et al., 2015). در چنین شرایطی، هم اصلاح شناخت‌های ناکارآمد (در CBT) و هم تغییر رابطه فرد با تجربه‌های درونی (در ACT) می‌توانند به‌طور مشابه مؤثر باشند. این امر ممکن است توضیح‌دهنده عدم تفاوت معنادار بین دو درمان در پژوهش حاضر باشد.

یافته‌های این مطالعه با پژوهش‌هایی که بر رویکردهای فراتشخیصی تأکید دارند نیز همراستا است. مطالعات جدید نشان می‌دهند که تمرکز بر سازه‌های مشترک مانند اضطراب، عدم تحمل بلا تکلیفی و انعطاف‌پذیری شناختی، می‌تواند اثربخشی درمان‌ها را در طیفی از اختلالات افزایش دهد (Roberge et al., 2025; Yaghoubi et al., 2026). از این منظر، CBT و ACT هر دو به‌عنوان درمان‌هایی فراتشخیصی عمل کرده‌اند که به‌جای تمرکز صرف بر تشخیص، سازوکارهای زیربنایی اضطراب را هدف قرار داده‌اند.

در نهایت، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که انتخاب بین CBT و ACT می‌تواند بر اساس ترجیح بیمار، ویژگی‌های بالینی، امکانات درمانگر و زمینه فرهنگی انجام شود. همان‌گونه که برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند، ACT ممکن است در افزایش تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مزیت نسبی داشته باشد (Vahabi et al., 2025)، در حالی که CBT به دلیل ساختارمندی و آموزش مهارت‌های مشخص، برای برخی بیماران قابل‌پذیرش‌تر است (Williams et al., 2006). این یافته‌ها بر ضرورت رویکردی انعطاف‌پذیر و فردمحور در درمان اختلال جسمانی شکل تأکید می‌کنند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که باید در تفسیر نتایج مدنظر قرار گیرد. حجم نمونه نسبتاً محدود و انتخاب نمونه به شیوه در دسترس، تعمیم‌پذیری یافته‌ها را کاهش می‌دهد. همچنین دوره پیگیری کوتاه‌مدت امکان بررسی پایداری بلندمدت اثرات درمانی را محدود ساخت. انکای پژوهش به ابزار خودگزارشی نیز می‌تواند تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی قرار گرفته باشد.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با حجم نمونه بزرگ‌تر و در مراکز درمانی مختلف انجام شوند تا امکان تعمیم نتایج افزایش یابد. بررسی اثرات بلندمدت CBT و ACT با دوره‌های پیگیری طولانی‌تر، و مطالعه نقش متغیرهای میانجی مانند تنظیم هیجان، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و باورهای سلامت می‌تواند به درک عمیق‌تر سازوکارهای تغییر کمک کند. همچنین مقایسه این درمان‌ها در قالب مداخلات ترکیبی یا فراتشخیصی پیشنهاد می‌شود.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمانگران می‌توانند از هر دو رویکرد CBT و ACT به‌عنوان مداخلات مؤثر برای کاهش اضطراب بیماران مبتلا به اختلال جسمانی شکل استفاده کنند. انتخاب درمان می‌تواند بر اساس ویژگی‌های فردی بیمار، میزان پذیرش درمان و مهارت درمانگر انجام شود. آموزش این رویکردها در مراکز درمانی و استفاده از پروتکل‌های ساختارمند می‌تواند به بهبود خدمات سلامت روان و کاهش بار درمانی این بیماران کمک کند.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

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

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ گونه تضاد منافع وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

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

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Somatic Symptom Disorder (SSD) represents one of the most complex and challenging conditions in contemporary psychopathology, characterized by persistent and distressing physical symptoms accompanied by excessive thoughts, feelings, and behaviors related to those symptoms. Despite the absence of sufficient medical explanations, individuals with SSD experience significant psychological distress, functional impairment, and reduced quality of life. Epidemiological evidence indicates that somatoform symptoms are highly prevalent across developmental stages and often persist into adulthood, contributing to long-term disability and health-care utilization (Vesterling et al., 2023). These findings underscore the importance of effective psychological interventions that address not only physical complaints but also the underlying emotional and cognitive processes.

From a diagnostic perspective, SSD poses substantial challenges for clinicians due to symptom ambiguity, overlap with medical conditions, and frequent comorbidity with anxiety and depressive disorders. Systematic reviews have demonstrated that barriers such as time constraints in primary care, fragmented health systems, and inadequate psychosocial assessment contribute to delayed or inaccurate diagnosis (Johansen & Risor, 2017; Murray et al., 2016). Consequently, many patients undergo repeated medical investigations, which often reinforce health-related anxiety rather than alleviating distress.

The biopsychosocial model provides the dominant theoretical framework for understanding SSD, emphasizing the interaction of biological vulnerability, maladaptive cognitive-emotional processing, and social reinforcement mechanisms (Henningsen et al., 2018). Research consistently shows that individuals with SSD report greater functional limitations and poorer psychosocial adjustment compared to both healthy populations and patients with well-defined medical diseases (Joustra et al., 2015). Maladaptive coping strategies, particularly emotion-focused and avoidant coping, have been identified as key factors in symptom persistence (Bagheri et al., 2012).

Anxiety is among the most prevalent and clinically significant comorbidities in SSD. Heightened anxiety amplifies bodily vigilance, catastrophic interpretations of physical sensations, and intolerance of uncertainty, thereby maintaining the somatic distress cycle. Prior studies have shown that reductions in anxiety are closely associated with improvements in overall functioning and quality of life in patients with psychosomatic conditions (Ahmadi & Mohammadi, 2023). Accordingly, therapeutic approaches that effectively target anxiety are of particular relevance for SSD populations.

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is widely recognized as a first-line psychological treatment for somatic and psychosomatic disorders. CBT focuses on identifying and modifying dysfunctional beliefs about health, bodily sensations, and illness behaviors, while promoting adaptive coping and behavioral activation. Randomized controlled trials and meta-analyses have demonstrated the efficacy of CBT in reducing anxiety and somatic symptom severity (Barsky & Ahern, 2004; Williams et al., 2006). Iranian studies have similarly reported significant benefits of CBT for anxiety symptoms and quality of life in psychosomatic patients (Ahmadi & Mohammadi, 2023).

In contrast, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), as a third-wave behavioral therapy, emphasizes psychological flexibility rather than symptom elimination. ACT aims to alter the individual's relationship with internal experiences through acceptance, cognitive defusion, present-moment awareness, values clarification, and committed action (Hayes et al., 2005). Growing evidence supports the effectiveness of ACT in reducing anxiety, somatic distress, and experiential avoidance in various clinical populations, including those with functional and medically unexplained symptoms (Ferreira et al., 2018; Peterson et al., 2009). Iranian research has also highlighted the positive effects of ACT on quality of life and somatic complaints (Armin & Arab Shibani, 2024).

Recent comparative studies suggest that CBT and ACT may yield comparable outcomes despite their theoretical differences. Some investigations have found no significant superiority of one approach over the other in reducing somatic symptoms and psychological distress (Armin & Mahmoudi Molaei, 2023). Other studies emphasize that both therapies influence overlapping transdiagnostic processes such as cognitive fusion, emotional regulation, and distress tolerance (Nedaei et al., 2025). Given the emerging focus on transdiagnostic and flexible treatment models (Roberge et al., 2025; Yaghoubi et al., 2026), further comparative research in culturally diverse contexts remains necessary. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of CBT and ACT in reducing anxiety among patients with Somatic Symptom Disorder.

Methods and Materials

The present study employed a quasi-experimental design with pretest, posttest, and one-month follow-up assessments. The statistical population consisted of patients diagnosed with Somatic Symptom Disorder who were referred to psychological counseling centers in Bojnord. Using convenience sampling, 45 eligible participants were selected and randomly assigned to three equal groups: Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT), and a control group.

Inclusion criteria included a confirmed diagnosis of SSD, age range between 20 and 50 years, minimum educational level of high school diploma, and informed consent for participation. Exclusion criteria comprised severe psychiatric comorbidity, non-adherence to treatment protocols, and absence from more than two therapeutic sessions.

The CBT group received ten 90-minute group therapy sessions based on a standardized CBT protocol, while the ACT group participated in eight 90-minute group sessions following an ACT-based intervention framework. The control group received no psychological intervention during the study period. Anxiety levels were assessed at three time points using a standardized self-report measure. Data were analyzed using repeated-measures analysis of variance to examine within-group and between-group differences across time.

Findings

Descriptive statistics indicated a substantial reduction in mean anxiety scores from pretest to posttest in both the CBT and ACT groups, whereas the control group showed minimal change across assessment points. At follow-up, both treatment groups maintained lower anxiety levels compared to baseline, with only a slight, non-significant increase relative to posttest scores.

Inferential analysis revealed a significant main effect of time on anxiety, indicating an overall decrease in anxiety scores across measurement occasions. Post hoc comparisons demonstrated that both CBT and ACT groups experienced significantly greater reductions in anxiety compared to the control group. However, the interaction effect between time and group was not statistically significant, suggesting that the pattern of anxiety reduction over time did not differ meaningfully between CBT and ACT.

Furthermore, the main effect of group was not significant, indicating no statistically significant difference in overall anxiety reduction between the two active treatment conditions. Effect size estimates suggested large within-group effects for both CBT and ACT, while between-group differences were small and non-significant. These findings support the conclusion that both interventions were similarly effective in reducing anxiety among patients with Somatic Symptom Disorder.

Discussion and Conclusion

The findings of this study demonstrate that both Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy are effective psychological interventions for reducing anxiety in patients with Somatic Symptom Disorder. The significant reduction in anxiety observed in both treatment groups highlights the importance of addressing psychological processes alongside physical symptom management in this population. The absence of a significant difference between CBT and ACT suggests that these therapies, despite their distinct theoretical foundations, may operate through convergent mechanisms. Both approaches appear to reduce maladaptive cognitive engagement with bodily sensations, enhance emotional awareness, and promote more adaptive responses to distress. CBT achieves these outcomes through cognitive restructuring and behavioral exposure, whereas ACT facilitates acceptance, defusion, and value-driven action. The convergence of these mechanisms may explain the comparable therapeutic outcomes observed.

Clinically, these results support a flexible, patient-centered approach to treatment selection. Therapists may choose either CBT or ACT based on patient preferences, therapist expertise, and contextual factors without compromising treatment effectiveness. The maintenance of treatment gains at follow-up further suggests that both interventions contribute to relatively stable improvements in anxiety.

In conclusion, this study provides evidence that both CBT and ACT are viable and effective interventions for reducing anxiety in individuals with Somatic Symptom Disorder. The findings reinforce the value of psychological therapies that target transdiagnostic processes and support the integration of multiple evidence-based approaches in clinical practice.

فهرست منابع

References

- Ahmadi, M., & Mohammadi, R. (2023). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on anxiety symptoms and quality of life in patients with psychosomatic disorders. *Iranian Journal of Psychotherapy*, 15(1), 23-45. https://journal.irancounseling.ir/xmlgen.php?indx=isc&mag_id=46&en_fa_lang=&xml_lang=fa&sid=1&slc_lang=fa
- Armin, M., & Arab Shibani, F. (2024). The effectiveness of Acceptance and Commitment therapy on the quality of life of patients with chronic pain. *Iranian Journal of Clinical Psychology*, 10(2), 45-60. <https://rbs.mui.ac.ir/article-1-1678-fa.pdf>
- Armin, M., & Mahmoudi Molaei, S. (2023). A comparison of the effectiveness of Acceptance and Commitment therapy and cognitive-behavioral therapy on reducing somatic symptoms. *Quarterly Journal of Clinical Psychology and Counseling Research*, 13(4), 89-110.

- https://www.noormags.ir/view/fa/search/searchexport?index=&q=&pn=1&ps=10&s=date&sd=desc&and=&or=&exact=¬e=&fields=*&_msrf=6&f_keys=%D8%AD%D9%84+%D9%88+%D9%81%D8%B5%D9%84+%D8%A7%D8%AE%D8%AA%D9%84%D8%A7%D9%81%D8%A7%D8%AA+%D8%A8%DB%8C%D9%86%E2%80%8C%D8%A7%D9%84%D9%85%D9%84%D9%84%DB%8C
- Bagheri, F., Alvudari, M., Abotalebi, S., & Asgharnejad Farid, A. A. (2012). A comparison of stressful events and coping strategies in individuals with somatic symptom disorder and non-affected individuals. *Thought and Behavior in Clinical Psychology (Thought and Behavior)*, 6(24), 39-48. <https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/author.index?vol=0&vl=%D9%87%D9%85%D9%87%20%D8%AF%D9%88%D8%B1%D9%87%20%D9%87%D8%A7>
- Barsky, A. J., & Ahern, D. K. (2004). Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: A randomized controlled trial. *JAMA*, 291(12), 1464-1470. <https://doi.org/10.1001/jama.291.12.1464>
- Ferreira, N. B., Gillanders, D., Paul, G., & Morris, M. E. (2018). Pilot study of acceptance and commitment therapy for irritable bowel syndrome: a preliminary analysis of treatment outcomes and processes of change. *Clinical Psychologist*, 22(3), 241-250. <https://doi.org/10.1111/cp.12123>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2005). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Henningssen, P., Zipfel, S., Sattel, H., & Creed, F. (2018). Management of functional somatic syndromes and bodily distress. *Psychotherapy and psychosomatics*, 87(1), 12-31. <https://doi.org/10.1159/000484413>
- Johansen, M. L., & Risor, M. B. (2017). What is the problem with medically unexplained symptoms for GPs? A meta-synthesis of qualitative studies. *Patient Education and Counseling*, 100(4), 647-654. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.11.015>
- Joustra, M. L., Janssens, K. A., Bültmann, U., & Rosmalen, J. G. (2015). Functional limitations in functional somatic syndromes and well-defined medical diseases. Results from the general population cohort LifeLines. *Journal of psychosomatic research*, 79(2), 94-99. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.05.004>
- Karimi Lou, M., Salehi, M., Zaeri, F., Masah Chulabi, O., Hatami, A., & Mousavi Khatat, S. M. (2010). Development of the Persian version of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire-100. *Archives of Rehabilitation (Rehabilitation)*, 11(4 (Serial 44)), 73-82. <https://elmnnet.ir/article/10857782-21171/>
- Murray, A. M., Toussaint, A., Althaus, A., & Löwe, B. (2016). The challenge of diagnosing non-specific, functional, and somatoform disorders: a systematic review of barriers to diagnosis in primary care. *Journal of psychosomatic research*, 80, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.11.002>
- Nedaei, A., Ghamri, H., Sheykholeslami, A., & Sadri, E. (2025). 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*, 13(5), 12-29. <https://jhpm.ir/article-1-1588-fa.html>
- Peterson, B. D., Eifert, G. H., Feingold, T., & Davidson, S. (2009). Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Distressed Couples: A Case Study With Two Couples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(1), 430-442. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.12.009>
- Roberge, P., Vasiliadis, H. M., Chapdelaine, A., Battista, M. C., Beaulieu, M. C., Chomienne, M. H., Cumyn, A., Drapeau, M., Durand, C., Girard, A., Gosselin, D., Grenier, J., Hardy, I., Hudon, C., Koszycki, D., Labelle, R., Lesage, A., Lussier, M. T., Mahoney, A., . . . Shiner, C. T. (2025). Transdiagnostic internet cognitive behavioural therapy for anxiety and depressive symptoms in postnatal women: Protocol of a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 25(1), 237. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-05528-7>
- Ta Li, C., Chou, Y., Yang, K., Yang, C., Lee, Y., & Su, T. (2009). Medically Unexplained Symptoms and Somatoform Disorders: Diagnostic challenges to Psychiatrists. *Journal of the Chinese Medical Association*, 72(5), 251-256. [https://doi.org/10.1016/S1726-4901\(09\)70065-6](https://doi.org/10.1016/S1726-4901(09)70065-6)
- Vahabi, N., Khademi, A., & Farshbaf Manisefat, F. (2025). Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Self-Regulation Training on Ego Resiliency in Depressed Adolescents. *Iranian Journal of Educational Research*. <http://ijer.hormozgan.ac.ir/article-1-347-en.html>
- Vesterling, C., Schütz-Wilke, J., Bäker, N., Bolz, T., Eilts, J., Koglin, U., & et al. (2023). Epidemiology of Somatoform Symptoms and Disorders in Childhood and Adolescence: A Systematic Review and MetaAnalysis. *Health & Social Care in the Community*. <https://doi.org/10.1155/2023/6242678>
- Williams, J., Hadjistavropoulos, T., & Sharpe, D. (2006). A meta -analysis of psychological and pharmacological treatments for body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 99-111. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.12.006>
- Yaghoubi, M., Ebrahimi, F., Pour Mohammad Ghochani, K., & Noorouziani, Z. (2026). A Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Referential Thoughts, Cognitive Flexibility, and Distress Tolerance in Patients with Major Depression. *Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 1-18. <https://doi.org/10.1002/da.22878>

