MEJDS. 2025; 15:19.

Published online 2025 May. **Original Article**

Determining the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Emotional and Cognitive Flexibility in People with Psychological Distress

Rasoolian B[1], *Janbozorgi M[2], Nouhi Sh[3], Rezvani A[4]

Author Address
1. PhD Student in Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran;
2. Professor, Department of Psychology, Research Institute and University, Qom, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran;
4. Assistant Professor, Department of Islamic Studies, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.
***Corresponding Author Email:** janbo@rihu.ac.ir

Received: 2023 January 9; **Accepted:** 2023 February 5

Abstract

Background & Objectives: Psychological distress potentially affects a person's emotions and includes emotional and physical states. Cognitive flexibility is one of the important variables that play a special role in mental health and plays an important role in preventing depression and stress and reducing psychological problems. Another basic construct involved in a wide range of emotional disorders, especially depressive and anxiety disorders, is emotional flexibility. Given the high prevalence, effects, and consequences associated with psychological distress and knowing that people with psychological distress face multiple problems, including impaired emotional and cognitive flexibility, they need treatments to reduce their psychological problems and, ultimately, the health of society. In addition, given the weakness of the research background regarding the effect of cognitive behavioral therapy on comorbid disorders in people with psychological distress, this study aimed to determine the effectiveness of cognitive behavioral therapy on emotional and cognitive flexibility in people with psychological distress.
Methods: The present research was quasi–experimental and was conducted with a pretest–posttest design with the control and experimental groups. The statistical population of this research included people with psychological distress who were referred to counseling and psychology clinics in Tehran City, Iran, in 2021. Since the number of subjects in groups in quasi–experimental studies is considered to be at least fifteen people. Among the statistical population, 30 qualified volunteers were randomly entered into the study and randomly assigned to the experimental and control groups (each group includes 15 people). The implementation method was such that after selecting the people of the sample group and before starting the treatment program, the Cognitive Flexibility Inventory (Dennis & Vander Wal, 2010) and the Emotional Flexibility Questionnaire (Burton CL, Bonanno, 2016) were distributed between both groups. After that, cognitive behavioral therapy was performed on the experimental group (in the form of 8 sessions of 90 minutes, each session once a week), and the control group was not subjected to any treatment program. In the end, the posttest was done again from both groups. Also, after the end of the research, to maintain the ethical standards in the study, the treatment programs implemented in this research were implemented in the control group. The inclusion criteria for the research included an interview based on the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (*DSM–5*) and a higher–than–average score on the Psychological Distress Scale, which was conducted by an expert in the field of clinical psychology at least a diploma level of education, non–participation in other psychological interventions at the same time, absence of debilitating mental illnesses that were diagnosed by the researcher using a clinical interview. The exclusion criteria of the research included an absence of more than three sessions, non–observance of group therapy rules, and suffering from a mental illness that did not exist before the treatment and was identified during the implementation. Data analysis was performed in two parts: descriptive statistics and inferential statistics. At the descriptive level, frequency, percentage, mean, and standard deviation were used, and at the inferential level, univariate analysis of covariance was used. Data analysis was performed in SPSS version 24 software, and the significance level of the tests was considered to be 0.05.
Results: The results showed a significant difference between the experimental and control groups in the posttest after removing the pretest effect in the cognitive flexibility variable for the subscales of perception of evidence and substitution for human behavior and in the emotional flexibility variable for the subscales of negative emotion expression and positive emotion expression ($p<0.001$).
Conclusion: According to the findings, cognitive behavioral therapy effectively increases cognitive and emotional flexibility in people with psychological problems.
Keywords: Cognitive behavioral therapy, Emotional flexibility, Cognitive flexibility, Psychological distress.

Copyright © 2025, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۴؛ (۱۵):۱۹.

انتشار برخط اردیبهشت ۱۴۰۴ مقاله پژوهشی اصیل

تعیین اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر انعطاف‌پذیری عاطفی و شناختی در افراد دارای پریشانی‌های روان‌شناختی

بهاره رسولیان[۱]، *مسعود جان بزرگی[۲]، شهناز نوحی[۳]، علی رضوانی[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران؛

۲. استاد گروه روان‌شناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران؛

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران؛

۴. استادیار گروه معارف اسلامی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران؛

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** janbo@rihu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۹دی۱۴۰۱؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۶بهمن۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: پریشانی روان‌شناختی ناراحتی خاص و حالت هیجانی است که توسط افراد به‌طور موقت یا دائم در پاسخ به استرس‌های خاص و درخواست‌های آسیب‌زا تجربه می‌شود؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر انعطاف‌پذیری عاطفی و شناختی در افراد دارای پریشانی‌های روان‌شناختی بود.

روش‌بررسی: روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه‌های آزمایش و گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را افراد دارای پریشانی روان‌شناختی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره و روان‌شناسی شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. از بین آن‌ها سی نفر داوطلب واجد شرایط به‌صورت تصادفی وارد مطالعه شدند و به‌تصادف در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. سپس هر دو گروه پرسش‌نامهٔ انعطاف‌پذیری شناختی (دنیس و وندر وال، ۲۰۱۰) و پرسش‌نامهٔ انعطاف‌پذیری هیجانی (بارتون و بونانو، ۲۰۱۶) را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. پس از آن گروه آزمایش درمان شناختی‌رفتاری را در دوازده جلسهٔ نوددقیقه‌ای دریافت کرد؛ اما برای گروه گواه هیچ برنامهٔ درمانی ارائه نشد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره در سطح معناداری ۰/۰۵ در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، در متغیر انعطاف‌پذیری شناختی برای خرده‌مقیاس‌های ادراک گواه‌پذیری و جایگزینی برای رفتار انسانی و در متغیر انعطاف‌پذیری عاطفی برای خرده‌مقیاس‌های ابراز هیجان منفی و ابراز هیجان مثبت، بین دو گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون، بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت (p<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، درمان شناختی‌رفتاری بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و عاطفی در افراد دارای پریشانی‌های روان‌شناختی اثربخش است.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی‌رفتاری، انعطاف‌پذیری عاطفی، انعطاف‌پذیری شناختی، پریشانی‌های روان‌شناختی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۴، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

۱ مقدمه

پریشانی روان‌شناختی[1] به‌صورت بالقوه احساسات فرد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و هر دو حالات هیجانی و جسمانی را در بر می‌گیرد. پریشانی روان‌شناختی می‌تواند عملکرد روزانهٔ فرد را دچار اختلال کند (۱). پریشانی روان‌شناختی سبب می‌شود که به‌مرور زمان تحمل پریشانی افراد نیز کاهش یابد و رفتارهای ناسازگارانهٔ بیشتری را از خود نشان دهند. افراد با پریشانی روان‌شناختی تجربهٔ آشفتگی هیجانی[2] را تحمل‌ناپذیر توصیف می‌کنند، آشفتگی هیجانی را نپذیرفتنی ارزیابی می‌کنند، برای تسکین حالت هیجانی منفی در تلاش هستند و قادر به تمرکز توجه خود به موضوعی غیر از احساس پریشانی‌شان نیستند (۲). انعطاف‌پذیری شناختی[3] ازجمله متغیرهای مهمی به‌شمارمی‌رود که نقش ویژه‌ای در سلامت روان دارد و دارای نقش مهمی در مبتلانشدن به افسردگی و استرس و کاهش مشکلات روان‌شناختی است (۳). انعطاف‌پذیری در کاهش علائم اضطراب و افسردگی مؤثر است (۴) انعطاف‌پذیری شناختی به‌عنوان مهارت و توانایی ذهن برای سوئیچ-کردن بین دو موضوع مختلف و توانایی فکرکردن دربارهٔ مفاهیم چندگانه به‌طور هم‌زمان و تطابق با محیط توصیف شده است (۵). افرادی که انعطاف‌پذیری خوبی ندارند، هنگام احساس تنهایی به نشخوار فکری گرایش پیدا می‌کنند. افراد دارای انعطاف‌پذیری زیاد، چنین نیستند. انعطاف‌پذیری شناختی باعث بهبود سلامت روانی افراد می‌شود. افراد دارای انعطاف‌پذیری در برقراری روابط شخصی و اجتماعی با دیگران، مشکلات بین‌فردی کمتری را گزارش خواهند کرد (۶).

افزون‌بر مطالب مذکور، یکی دیگر از سازه‌های اساسی دخیل در طیف وسیعی از اختلال‌های هیجانی به‌ویژه اختلال‌های افسردگی و اضطرابی، انعطاف‌پذیری هیجانی [4] (عاطفی) است (۷). انعطاف‌پذیری هیجانی ظرفیت تولید پاسخ‌های هیجانی وابسته به موقعیت، درقبال وقایع مثبت و منفی زندگی است (۸). به‌علاوه، افراد دارای مهارت‌های تنظیم هیجانی[5] بهتر، ناراحتی کمتر و نشانه‌های افسردگی کمتری را بعد از فاجعه تجربه می‌کنند (۹). به‌طور ویژه، افراد دارای انعطاف‌پذیری هیجانی، زمانی که آمادگی مواجهه با هیجان‌های منفی را دارند، می‌توانند آن‌ها را انتخاب و تجربه کنند و زمانی که این کار اجرایی نباشد، از بیان و ابراز هیجان‌های خود جلوگیری می‌کنند. همچنین افراد با انعطاف‌پذیری زیاد، زمانی که در یک خُلق منفی گرفتار می‌شوند، می‌توانند از دیگران کمک بگیرند و به‌همین ترتیب زمانی که در خُلق مثبت هستند، افراد اطرافشان این را درک می‌کنند و تحت‌تأثیر هیجانات مثبت آن‌ها قرار می‌گیرند. یک فرد دارای انعطاف‌پذیری هیجانی می‌داند که چه‌موقع هیجان مثبت ایجاد کند و چه‌موقع از آن اجتناب ورزد و نیز چه زمانی آن را ابراز یا سرکوب کند (۹).

روش‌های مختلفی برای درمان پریشانی‌های روان‌شناختی و سایر اختلالات همراه اعم‌از استرس و اضطراب در مطالعات مختلف به‌اثبات رسیده که شناخته‌شده‌ترین آن‌ها درمان دارویی است؛ ولی ازآن‌رو که علت پریشانی‌های روان‌شناختی تنها تعادل‌نداشتن واسطه‌های شیمیایی در مغز نیست و عوامل بسیاری اعم‌از عوامل اجتماعی، اقتصادی، سلامتی و روابط با اطرافیان در بروز این اختلالات دخیل هستند، استفاده از رویکردهای مختلف روان‌درمانی که اثربخشی آن‌ها در درمان افسردگی و استرس و اضطراب اثبات شده است نیز رایج است (۱۰). در روان‌درمانی با استفاده از رویکرد شناختی‌رفتاری[6] به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف‌شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد. تکنیک‌های شناختی، باورهای مرتبط با افکار را مدنظر قرار می‌دهند و تکنیک‌های رفتاری بر اعمال و رفتاری تمرکز دارند که با فرایندهای شناختی در تعامل هستند (۱۱). در این روش به افراد آموزش داده می‌شود تا به‌گونه‌ای دیگر بیندیشند و درنتیجهٔ این تفکر جدید، رفتارهای درست‌تر و سالم‌تری را دربرابر شرایط جدید انجام دهند. افراد به‌صورت گام‌به‌گام و با استفاده از تکنیک‌هایی مانند شناسایی افکار خودکار[7] و چگونگی ایجاد احساسات از افکار و تأثیر افکار بر هیجانات خود آشنا می‌شوند (۱۲). افکار درواقع افکار خودکار، افکاری هستند که موازی با افکار آگاهانه و آشکار در ذهن جریان دارند. این افکار سریع هستند، ناگهان به ذهن می‌آیند، کوتاه هستند و فرد کمتر از آن‌ها آگاه است؛ اما او از هیجانی که تولید می‌کنند به‌خوبی آگاهی دارد؛ زیرا بعد از اینکه این افکار به ذهن شخص می‌رسد، بسته به منفی یا مثبت‌بودن آن‌ها در فرد هیجان خوب یا بد ایجاد می‌کنند (۱۳).

از مزایای این درمان تمرکز بر شناسایی افکار خودکار است که می‌تواند علاوه‌بر کاهش افسردگی و اضطراب در افراد دارای پریشانی‌های روان‌شناختی، باعث بهبودی دیگر اختلال‌های همراه نیز شود و تصمیم‌گیری را به‌منظور انتخاب هدف درمانی برای درمانگر تسهیل کند؛ بنابراین باتوجه به شیوع فراوان و آثار و تبعات توأم با پریشانی‌های روان‌شناختی و باتوجه به اینکه افراد مبتلا به پریشانی روان‌شناختی با مشکلات متعددی ازجمله اختلال در انعطاف‌پذیری عاطفی و شناختی مواجه می‌شوند، به درمان‌هایی برای کاهش مشکلات روان‌شناختی خود و درنهایت سلامت جامعه نیاز دارند. به‌علاوه باتوجه به ضعف پیشینهٔ پژوهشی در رابطه با تأثیر درمان شناختی‌رفتاری بر اختلالات همراه با مبتلایان به پریشانی‌های روان‌شناختی و نیز نظر به مطالب گفته‌شده، این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر انعطاف‌پذیری عاطفی و شناختی در افراد دارای پریشانی‌های روان‌شناختی انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی بود و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه‌های گواه و آزمایش انجام گرفت. جامعهٔ آماری پژوهش را افراد دارای پریشانی روان‌شناختی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره و روان‌شناسی شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. تعداد آزمودنی‌ها در گروه‌ها در مطالعات نیمه‌آزمایشی حداقل

[1]. Psychological distress
[2]. Emotional turmoil
[3]. Psychological flexibility
[4]. Emotional flexibility
[5]. Emotional regulation skills
[6]. Cognitive behavioral approach
[7]. Automatic thoughts

پانزده نفر در نظر گرفته شده است (۱۴)؛ ازاین‌رو از بین جامعهٔ آماری سی نفر داوطلب واجد شرایط به‌طورتصادفی وارد مطالعه شدند و به‌تصادف در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. روش اجرا به این صورت بود که پس از انتخاب افراد گروه نمونه و قبل از شروع برنامهٔ درمانی، پرسش‌نامهٔ انعطاف‌پذیری شناختی[1] (۱۵) و پرسش‌نامهٔ انعطاف‌پذیری هیجانی[2] (۱۶) بین هر دو گروه توزیع شد. بعد از آن گروه آزمایش درمان شناختی‌رفتاری را به‌صورت هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه دریافت کرد و برای گروه گواه هیچ برنامهٔ درمانی ارائه نشد. در انتها مجدد با استفاده از پرسش‌نامه‌های مذکور در هر دو گروه پس‌آزمون انجام پذیرفت. همچنین پس از پایان پژوهش به‌منظور حفظ موازین اخلاقی، برنامه‌های درمانی اجراشده در پژوهش به گروه گواه نیز ارائه شد.

معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: مصاحبه براساس ملاک‌های پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[3] و نیز نمرهٔ بیشتر از ۲۰ در مقیاس پریشانی روان‌شناختی[4] ازطریق سنجش توسط یک فرد متخصص در حوزهٔ روان‌شناسی بالینی؛ حداقل سطح تحصیلات دیپلم؛ شرکت‌نکردن هم‌زمان در مداخلات روان‌شناختی دیگر؛ فقدان بیماری‌های روانی ناتوان‌کننده تشخیص داده‌شده توسط پژوهشگر و با استفاده از مصاحبهٔ بالینی.

معیارهای خروج آزمودنی‌ها از پژوهش عبارت بود از: غیبت بیش از سه جلسه؛ رعایت‌نکردن قوانین گروه‌درمانی؛ ابتلا به یک بیماری روانی که قبل از درمان وجود نداشت و در ضمن اجرا مشخص شد.

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه و تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. همچنین شرکت‌کنندگان دربارهٔ خروج از پژوهش در هر زمان و ارائهٔ اطلاعات فردی مختار بودند و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد. در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها، ابزارها و جلسات درمانی زیر به‌کار رفت.

ـ پرسش‌نامهٔ انعطاف‌پذیری شناختی: این پرسش‌نامه برای سنجش انعطاف‌پذیری شناختی استفاده شد. دنیس و وندر وال پرسش‌نامهٔ انعطاف‌پذیری شناختی را در سال ۲۰۱۰ ساختند و یک گزارش کوتاه بیست‌سؤالی است (۱۵). شیوهٔ نمره‌گذاری آن براساس مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرتی به‌صورت کاملاً مخالفم=صفر، مخالفم=۱، تاحدی مخالفم=۲، نه موافقم و نه مخالفم=۳، تاحدی موافقم=۴، موافقم=۵ و کاملاً موافقم=۶ است. این پرسش‌نامه یک نمرهٔ کل و سه خرده‌مقیاس دارد. خرده‌مقیاس‌های آن شامل ادراک گواه‌پذیری و جایگزینی و جایگزینی برای رفتار انسانی است (۱۵). دنیس و وندر وال روایی هم‌زمان این پرسش‌نامه را با پرسش‌نامهٔ افسردگی بک[5] ۰/۳۹ ـ و روایی همگرای آن را با پرسش‌نامهٔ انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و روبین[6] ۰/۷۵ به‌دست آوردند. این پژوهشگران پایایی را به‌روش آلفای کرونباخ برای ادراک گواه‌پذیری و جایگزینی و جایگزینی برای رفتار انسانی به‌ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۴ و ۰/۹۱ و با روش بازآزمایی به‌ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۷ و ۰/۷۵ گزارش کردند (۱۵). در ایران، سلطانی و همکاران روایی هم‌زمان این پرسش‌نامه را با پرسش‌نامه افسردگی بک برابر با ۰/۵۱ ـ به‌دست آوردند. همچنین پایایی خرده‌مقیاس‌های جایگزینی و گواه‌پذیری و جایگزینی برای رفتار انسانی به‌ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۷ و ۰/۵۵ گزارش شد (۱۷).

ـ پرسش‌نامهٔ انعطاف‌پذیری هیجانی: این پرسش‌نامه توسط بارتون و بونانو در سال ۲۰۱۶ برای ارزیابی توانایی تنظیم هیجان‌های مثبت و منفی براساس موقعیت طراحی شد (۱۶)؛ بنابراین می‌توان از این پرسش‌نامه برای سنجش انعطاف‌پذیری عاطفی استفاده کرد. این پرسش‌نامه شامل ده آیتم است. مقیاس پاسخ‌گویی به سؤالات، لیکرت هفت‌درجه‌ای است. به هر سؤال نمرهٔ ۱ به گزینهٔ (هرگز درست نیست) و نمرهٔ ۷ به گزینهٔ (همیشه درست است) تعلق می‌گیرد. دامنهٔ نمرات برای کل مقیاس از ۱ تا ۷۰ است. این پرسش‌نامه سه عامل دارد: تنظیم هیجان منفی که با تجربه یا ابراز هیجانات منفی براساس تقاضاهای درون‌فردی و بین‌فردی مرتبط است؛ تنظیم هیجان مثبت که به تجربه یا ابراز هیجانات مثبت براساس تقاضاهای درون‌فردی یا بین‌فردی آن اشاره دارد؛ ارتباطات هیجانی که با سرایت هیجانی بین دو شخص ارتباط دارد (۱۶). بارتون و بونانو روایی همگرای این پرسش‌نامه را ازطریق همبستگی با پرسش‌نامهٔ تنظیم شناختی هیجان[7] با خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد ۰/۱۷ و با خرده‌مقیاس سرکوب ۰/۰۵۷ ـ و نیز با پرسش‌نامهٔ انعطاف‌پذیری خود[8] برابر با ۰/۳۱ گزارش کردند. همچنین پایایی بازآزمون (۰/۵۱) پرسش‌نامه به‌فاصلهٔ سه سال نشان داد، می‌توان از آن به‌عنوان ابزاری معتبر و پایا استفاده کرد (۱۶). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌نامه ۰/۷۸ به‌دست آمد.

ـ برنامهٔ درمان شناختی‌رفتاری: این فرایند درمانی با اقتباس از کتاب *درمان شناختی‌رفتاری* مایکل فری در دوازده جلسهٔ نوددقیقه‌ای تهیه شد (۱۸). همچنین روایی محتوایی این بستهٔ آموزشی در پژوهش حاضر توسط پنج تن از متخصصان روان‌شناسی با مدرک دکتری روان‌شناسی و دارای حداقل ده سال سابقهٔ کار بالینی به‌تأیید رسید و سپس در این پژوهش به‌کار رفت. در جدول ۱ جلسات درمان شناختی‌رفتاری مشاهده می‌شود.

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی صورت گرفت. در سطح آمار توصیفی از فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی به‌منظور بررسی نرمال‌بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف و برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون و نیز پیش‌فرض همگنی شیب خطوط رگرسیونی با بررسی اثر متقابل گروه ـ پیش‌آزمون در مدل رگرسیون استفاده شد. درنهایت، آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره به‌کار رفت. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ انجام گرفت و سطح

---

1. Cognitive Flexibility Inventory
2. Emotional Flexibility Questionnaire
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)
4. Psychological Distress Scale
5. Beck Depression Inventory
6. Martin & Rubin's Cognitive Flexibility Questionnaire
7. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire
8. Self-Flexibility Questionnaire

معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱. جلسات درمان شناختی‌رفتاری

جلسه	محتوا
اول	خوشامدگویی، توضیح قوانین گروه، توضیح تعامل فرایندهای فیزیولوژیک و شناختی و رفتاری، آشنایی شرکت‌کنندگان با مؤلفه‌های شناختی واکنش‌های هیجانی، شناسایی افکار سطحی اولیه قرارگرفته بین واقعه و واکنش هیجانی و نوشتن آن‌ها در جدول سه‌ستونی رویداد فعال‌ساز (A) و باورها یا افکار (B) و پیامد و واکنش هیجانی (C) تکالیف: نوشتن ده نمونه از حوادث بدتر زندگی خود با استفاده از توالی C-B-A
دوم	آشنایی با افکار خودآیند، آشنایی با تحریف‌های شناختی و شناسایی آن‌ها در تفکر خود، شناخت مقاومت‌های احتمالی دربرابر درمان و طراحی راهبردهایی برای مقابله با این مقاومت‌ها تکالیف: شناسایی افکار خودآیند و ثبت آن‌ها در برگهٔ C-B-A، دسته‌بندی عقاید و نوشتن بدترین C-B-A روزانه
سوم	آشنایی با بنیادهای پیامدهای رفتاری، آموزش ماهیت طرح‌واره‌ها (باورهای اصلی، طرح‌واره‌ها، نگرش‌های ناکارآمد) و ارتباط بین طرح‌واره‌ها و افکار خودآیند و نیز شناسایی طرح‌واره‌ها با استفاده از روش پیکان عمودی تکالیف: مرور تکالیف جلسهٔ دوم، تمرین تزریق فکر، ادامهٔ نوشتن C-B-Aهای روزانه، نوشتن پیامدهای رفتاری C-B-Aهای تکمیل‌شده و رسم پیکان عمودی
چهارم	کار روی پیکان عمودی و حل مشکلات اعضای گروه هنگام به‌کاربستن روش پیکان عمودی به‌منظور شناسایی طرح‌واره‌های منفی خود تواناکردن شرکت‌کنندگان در شناسایی ده نوع طرح‌وارهٔ منفی متداول و قراردادن باورهای خود در این ده طبقه تکالیف: مرور تکالیف جلسهٔ قبل، آموزش دسته‌بندی باورها
پنجم	دستیابی شرکت‌کنندگان به تصویر واضح‌تری از چگونگی ارتباط و تناسب باورهای منفی با یکدیگر، تنظیم فهرست باورهای منفی، رسم نقشه‌های شناختی از چگونگی ارتباط باورهای منفی با یکدیگر و رتبه‌بندی آن‌ها تکالیف: مرور تکالیف جلسهٔ قبل، تهیهٔ فهرست اصلی باورها و علت دوام باورهای منفی، استفاده از رتبه‌بندی واحدهای ناراحتی ذهنی، ادامهٔ ترسیم پیکان عمودی و دسته‌بندی باورها و درجه‌بندی هر باور روی مقیاس واحد ناراحتی ذهنی
ششم	پذیرش تغییرپذیری باورها و امکان تجدیدنظر افراد در باورهایشان تکالیف: تکمیل فهرست اصلی باورها و تحلیل عینی باورهای تاکنون شناسایی‌شده
هفتم	درک تفاوت باورها از نظر سودمندی و امکان ارزشیابی آن‌ها براساس معیارهایی تکالیف: شناخت باورهای مشکل‌زای خود و ارزشیابی آن‌ها، تصمیم‌گیری دربارهٔ نگهداری یا کنارگذاشتن آن‌ها
هشتم	یادگیری کاربرد تحلیل منطقی دربارهٔ باورهای خود تکالیف: تکمیل تحلیل منطقی تمامی طرح‌واره‌های شرطی و قطعی
نهم	دستیابی شرکت‌کنندگان به مفهوم باور مخالف تکالیف: تهیهٔ سلسله‌مراتب موقعیت‌های مرتبط با باورهای اصلی، تهیهٔ عبارت‌های مخالف با باورهای منفی خود، یافتن باورهای مخالف خود، تهیهٔ کارتی که یک طرف آن باورهای اصلی و طرف دیگر آن باورهای منفی نوشته شده باشد
دهم	توجه به دو حوزهٔ محتوایی تغییر ادراکی و بازداری قشری‌اختیاری تکالیف: بررسی تکالیف جلسهٔ قبل، آموزش تغییر ادراکی به‌وسیلهٔ ارائهٔ تصاویر مبهم و تمرین آن، تمرین بازداری قشری انجام روزانه و بازداری قشری‌اختیاری یا تغییر ادراکی
یازدهم	یادگیری روش تنبیه خود و خودپاداش‌دهی تکالیف: مرور تکالیف جلسهٔ قبل، تمرین روش تنبیه خود و خودپاداش‌دهی برای تغییر تفکر، مرور باورهای مخالف، تمرین خیال‌پردازی
دوازدهم	بررسی طرح‌های شرکت‌کنندگان برای نگهداری اهداف درمان و اخذ بازخورد از آن‌ها دربارهٔ برنامهٔ درمانی

۳ یافته‌ها

در این پژوهش درمجموع سی آزمودنی (پانزده نفر گروه آزمایش و پانزده نفر گروه گواه) شرکت کردند که میانگین و انحراف معیار سنی افراد گروه آزمایش ۳/۵± ۳۷/۰ سال و افراد گروه گواه ۳/۶±۳۵/۲ سال بود.

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات گروه‌های آزمایش و گواه قبل و بعد از اجرای درمان شناختی‌رفتاری آورده شده است. باتوجه به جدول ۲، میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در هر دو متغیر انعطاف‌پذیری شناختی و انعطاف‌پذیری عاطفی افزایش یافت؛ اما در گروه گواه تغییر درخورتوجهی مشاهده نشد.

قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره، به‌منظور بررسی رعایت پیش‌فرض‌های لازم از آزمون‌های کولموگروف‌اسمیرنف و لون استفاده شد. آزمون کولموگروف‌اسمیرنف برای توزیع متغیرهای پژوهش در مرحلهٔ پس‌آزمون نشان داد، فرض نرمالیتی رد نشد (p>۰/۰۵). در بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون مشخص کرد، فرض همگنی واریانس‌ها رد نشد (p>۰/۰۵). بررسی همگنی شیب خطوط رگرسیونی نیز نشان داد، پیش‌فرض همگنی شیب خطوط رگرسیونی مبنی‌بر معنادارنبودن اثر متقابل گروه ـ پیش‌آزمون رد نشد (p>۰/۰۵)؛ بنابراین پیش‌فرض‌های لازم به‌منظور اجرای تحلیل کوواریانس

تک‌متغیره وجود داشت.

جدول ۲. ویژگی‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر		گروه آزمایش				گروه گواه			
		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
متغیر	خرده‌مقیاس	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
انعطاف‌پذیری شناختی	ادراک گواه‌پذیری	۱۱/۰۸	۱/۲	۱۵/۸	۱/۳	۱۰/۱	۱/۴	۱۰/۵	۱/۴
	جایگزینی	۱۸/۴	۱/۳	۱۸/۵	۱/۲	۲۰/۷	۱/۲	۲۱/۳	۱/۱
	جایگزینی برای رفتار انسانی	۱۳/۷	۱/۱	۱۹/۸	۱/۲	۱۲/۴	۱/۵	۱۲/۵	۱/۶
انعطاف‌پذیری عاطفی	ابراز هیجان منفی	۸/۴	۲/۴	۵/۳	۱/۷	۸/۶	۲/۶	۸/۵	۲/۴
	ابراز هیجان مثبت	۵/۸	۱/۹	۸/۹	۲/۳	۷/۶	۲/۲	۷/۹	۲/۰۱
	ارتباطات هیجانی	۷/۱	۲/۱	۱۰/۸	۲/۹	۹/۸	۱/۴	۹/۹	۱/۶

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره در متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و عاطفی

متغیر	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
ادراک گواه‌پذیری	۳۰/۳	<۰/۰۰۱	۰/۵۴۰
جایگزینی	۰/۰۳	۰/۸۴۱	۰/۰۰۲
جایگزینی برای رفتار انسانی	۳۳/۶	<۰/۰۰۱	۰/۵۷۱
ابراز هیجان منفی	۳۲/۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۸۴
ابراز هیجان مثبت	۴۰/۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۳۷
ارتباطات هیجانی	۰/۵۸	۰/۴۵۲	۰/۰۲۵

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره در جدول ۳ نشان می‌دهد، در متغیر انعطاف‌پذیری شناختی برای خرده‌مقیاس‌های ادراک گواه‌پذیری و جایگزینی برای رفتار انسانی و در متغیر انعطاف‌پذیری عاطفی برای خرده‌مقیاس‌های ابراز هیجان منفی و ابراز هیجان مثبت، بین دو گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون، بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$).

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر انعطاف‌پذیری عاطفی و شناختی در افراد دارای پریشانی‌های روان‌شناختی بود. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد، درمان شناختی‌رفتاری موجب افزایش نمرات انعطاف‌پذیری شناختی و عاطفی در آزمودنی‌های گروه آزمایش شد. نتایج این پژوهش با مطالعات زیر همسوست: صالحی و همکاران دریافتند، زوج‌درمانی شناختی‌رفتاری درمقایسه با زوج‌درمانی پذیرش و تعهد بر کارکرد خانواده و انعطاف‌پذیری شناختی زوجین تأثیر بیشتری دارد (۱۹)؛ فاضلی و همکاران مشخص کردند، درمان شناختی‌رفتاری بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی اثربخش بوده و این تأثیر تا مرحلهٔ پیگیری تداوم داشته است (۲۰)؛ غفاری چراتی و همکاران نشان دادند، درمان شناختی‌رفتاری بر بهبود خودکنترلی، دشواری تنظیم هیجان، تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مُراجعان مبتلا به وسواس فکری‌عملی تأثیر دارد (۲۱).

در تبیین اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی می‌توان گفت، سامانهٔ دانشی که شناخت‌درمانی بر آن مبتنی است، سامانه‌ای باز است؛ یعنی در هر لحظه از زمان این امکان وجود دارد که حقایق تازه، تجربه‌های تازه، حتی نیازها و ترجیح‌های تازه‌ای، متناسب با نیاز فرد برانگیخته شود (۱۱). تکنیک‌های شناختی، شناسایی و چالش با تفکرات منفی و همچنین جست‌وجوی کمک برای یافتن روش‌های جایگزین تفکر است که این روش با ایجاد تغییر و دگرگونی در نظام شناختی فرد منجربه تغییر واکنش‌های او به‌وسیلهٔ کیفیت شناختی می‌شود و فرد می‌تواند به‌طور صحیح واقعیت‌ها را درک و تفسیر کند (۱۳). ازجمله موضوعات مهمی که در مقابله با مشکلات و مسائل اهمیت زیادی دارد، مقابلهٔ مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زا در زندگی است. از انواع بسیار مهم این مقابله‌ها، معنادهی و تعبیر مناسب اتفاقات است. دستیابی به این توانمندی هدف اصلی رویکرد شناختی‌رفتاری به‌شمار می‌رود؛ چراکه فرض اصلی این رویکرد آن است که با تغییر شناخت‌ها، کل نظام رفتاری و هیجانی فرد تغییر خواهد کرد. در این روش درمانی، فرد کنترل نظام روان‌شناختی خود را از سیطرهٔ عوامل نیمه‌هشیار همچون افکار خودکار منفی خارج می‌کند و به‌صورت هشیارانه و فعال به تعیین نظام خُلقی و رفتاری ازطریق کنترل مستقیم نظام شناختی می‌پردازد (۲۲). این فرض رویکردهای شناختی‌رفتاری، امروزه درپی تحقیقات متعدد، به‌طور کامل به‌تأیید و توافق نظریه‌پردازان سلامت روان و حوزهٔ خانواده رسیده است؛ بنابراین با قبول این فرض، بدیهی و قابل‌انتظار خواهد بود که شناسایی و تضعیف شناخت‌های ناکارآمد و نیز جایگزین‌کردن شناخت‌های کارآمدتر بتواند به ارتقای سطح کلی سلامت روانی و بهبود انعطاف‌پذیری شناختی بینجامد (۱۹).

در تبیین اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر افزایش انعطاف‌پذیری

عاطفی می‌توان گفت افرادی که قادر به مدیریت خشم هستند، در کنترل هیجان‌های منفی خود عملکرد موفق‌تری دارند و این مسئله به برقراری روابط بین‌فردی آنان کمک می‌کند؛ بنابراین خودبازداری به‌عنوان توانایی پیروی از درخواست‌های معقول، تعدیل رفتارها مطابق با موقعیت و به‌تأخیر انداختن ارضای یک خواسته در چارچوب پذیرفته‌شدهٔ اجتماعی به افراد کمک می‌کند. ازطرف‌دیگر در بسیاری از مواقع تلاش برای مهار رفتارهای تکانه‌ای و توفیق‌نیافتن در کنترل آن‌ها به احساس شرم و سرزنش خود و اضطراب منجر می‌شود. در این مورد نیز روش شناختی‌رفتاری با ارائهٔ راهکارهای مناسب، خُلق و روحیهٔ افراد را بهبود می‌بخشد و خودبازداری را افزایش می‌دهد (۲۰). درضمن دیدگاه شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر کاهش خطاهای شناختی است و برای هر مشکلی، خطای شناختی مرتبط با آن مشکل، شناسایی و کنترل می‌شود. در مقولهٔ مشکلات انعطاف‌پذیری هیجانی (عاطفی)، خطاهای شناختی زیادی توسط متخصصان شناسایی و از قبل به‌عنوان الگوی کاربردی تعریف شده است. این خطاهای شناخته‌شده که منجربه مشکلات هیجانی در افراد می‌شود، شامل ذهن‌خوانی، پیشگویی‌کردن، فاجعه‌سازی، انتزاع انتخابی، تعمیم بیش‌ازحد و استدلال هیجانی است؛ بنابراین، می‌توان انتظار داشت که کنترل و تعدیل این تحریف‌های شناختی، تأثیر درخورتوجهی بر کاهش و درمان مشکلات مربوط به هیجان داشته باشد (۲۱).

ازسوی‌دیگر می‌توان گفت، ازآنجاکه رویدادها یا حوادث نیستند که اضطراب یا فشار روانی را موجب می‌شوند و بیشتر تعبیر این رویدادها است که امکان دارد به این مشکلات بینجامد، اشتغال ذهنی فرد مضطرب به خطر به‌صورت خطورکردن غیرارادی و مداوم افکار خودکار به‌شکل تجسم یا خودگویی‌های کلامی ظاهر می‌شود. به‌علاوه افراد مبتلا به پریشانی روان‌شناختی، عصبانیت و پرخاشگری دارند و به‌طور مکرر دارای خشم‌های کنترل‌نشدنی هستند و این موضوعات با اضطراب ارتباط دارد (۲۳)؛ بنابراین درمان شناختی‌رفتاری سعی می‌کند با تکنیک‌های خود و تغییر باورهای فرد، نقش مهمی در کاهش اضطراب این افراد داشته باشد. ازطرف‌دیگر یکی از تأثیرات درمان‌های شناختی‌رفتاری بر افراد دارای پریشانی‌های روان‌شناختی، این است که حوادث منفی در شکل طرح‌واره‌هایی در حافظه رمزگذاری می‌شود و در زمان وقوع حوادث مشابه، فعال شده و تغییر و تفسیر اطلاعات جدید را تحت‌تأثیر خود قرار می‌دهد. فعال‌شدن این طرح‌واره‌ها دارای دو اثر عمده در افراد دارای پریشانی روان‌شناختی است؛ نخست بخشی از این اطلاعات در شکل افکار منفی خودکار به‌صورت غیرارادی وارد هشیاری می‌شود؛ ازقبیل «هیچ‌کس مرا دوست ندارد یا امیدی به آینده نیست» (۲۴)؛ تأثیر دوم تفکر طرح‌واره‌ای آن‌طورکه بک می‌گوید، به خطاهای منطقی که افراد افسرده در ارزیابی موقعیت مرتکب می‌شوند، مربوط است. افراد دارای اختلال بدتنظیمی خُلق مخرب براساس شواهد محدود یا حتی متناقض ممکن است استنباط‌های اختیاری داشته باشند، حوادث را به‌شیوه‌ای نامناسب شخصی کرده و آن‌ها را در مقوله‌های افراطی و متضاد قطبی کنند. افکار خودکار و خطاهای منظم منطقی منجربه ارزیابی‌های منفی خود و دنیا و آینده می‌شود و محتوای هشیاری آگاه فرد، تیره و خودملامتگر خواهد شد؛ درنتیجه خُلق شخص افسرده‌تر می‌گردد. زمانی که شخص دچار افسردگی خفیف است، افکار منفی با درجاتی از عینیت ارزیابی می‌شود؛ اما در افسردگی‌های شدید بیماران احساس می‌کنند کنترل خود را بر فرایندهای فکری‌شان از دست داده‌اند، ذهن آن‌ها جولانگاه افکار خودکار منفی می‌شود و شروع به پردازش طرح‌واره‌های اطلاعاتی جدید می‌کند؛ بنابراین درمان شناختی‌رفتاری با هدف‌گرفتن چنین فرایندهای سعی دارد تا طرح‌واره‌های غیرمنطقی افراد دارای اختلال بدتنظیمی خُلق مخرب تبدیل به طرح‌واره‌های منطقی شود و به فراخور آن مشکلات این افراد کاهش یابد.

برای دستیابی به تصویر روشن‌تری از یافته‌های پژوهش حاضر به برخی از محدودیت‌های مطالعه اشاره می‌شود. نمونهٔ پژوهش حاضر فقط به افراد دارای پریشانی‌های روان‌شناختی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره و روان‌شناسی شهر تهران محدود شد؛ بنابراین، تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر مانند سایر افراد دارای پریشانی روان‌شناختی که به کلینیک‌های روان‌شناسی مراجعه نمی‌کنند، به‌راحتی امکان‌پذیر نیست و باید بااحتیاط صورت گیرد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش، نمونه‌گیری دردسترس و جمع‌آوری اطلاعات براساس مقیاس‌های خودگزارش‌دهی بود که این گزارش‌ها به‌دلیل دفاع‌های ناخودآگاه، تعصب در پاسخ‌دهی و شیوه‌های معرفی شخصی، مستعد تحریف هستند.

همچنین در پژوهش حاضر پیگیری نتایج پژوهش بعد از اجرای پس‌آزمون مقدور نبود و می‌توان به‌عنوان یک محدودیت زمانی از آن نام برد. پیشنهاد می‌شود در آینده پژوهشی با نمونه‌های بیشتر انجام شود تا کاستی کم‌بودن حجم نمونهٔ این پژوهش را جبران کند. همچنین پژوهش حاضر تنها بر پریشانی‌های روان‌شناختی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره و روان‌شناسی شهر تهران انجام شد و انتخاب آزمودنی‌هایی از سایر شهرها می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را افزایش دهد. همچنین پیشنهاد می‌شود چنین پژوهشی در سایر فرهنگ‌ها به‌ویژه قومیت‌های کرد و لر و بلوچ صورت گیرد.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد، درمان شناختی‌رفتاری بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و عاطفی در افراد دارای پریشانی روان‌شناختی تأثیر مثبت دارد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که در مطالعهٔ حاضر ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر در راستای رعایت اخلاق پژوهش، فرم رضایت‌نامهٔ کتبی امضاشده از بیماران دریافت کرد؛ همچنین اطلاعات لازم در زمینهٔ پژوهش به‌صورت مکتوب در اختیار افراد قرار گرفت. افراد داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند و به آن‌ها در زمینهٔ رازداری و محفوظ‌ماندن اطلاعات اطمینان داده شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پژوهش در پیوست رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، دردسترس است.

تعارض منافع

منابع مالی پژوهش توسط نویسندگان مقاله تأمین شده است.

منابع مالی

این پژوهش با حمایت مالی سازمان یا نهادی انجام نشده و هزینه‌های آن توسط نویسندگان مقاله تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

مقالهٔ حاضر برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول است؛ ازاین‌رو نویسندهٔ اول (دانشجو) با همراهی و راهنمایی‌های اساتید راهنما و مشاور کل پژوهش را انجام داد.

References

1. Teasdale TW, Antal K. Psychological distress and intelligence in young men. Pers Individ Dif. 2016;99:336–9. https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.05.016
2. Chowdhury N, Kevorkian S, Hawn SE, Amstadter AB, Dick D, Kendler KS, et al. Associations between personality and distress tolerance among trauma-exposed young adults. Pers Individ Dif. 2018;120:166–70. https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.08.041
3. Marshall EJ, Brockman RN. The relationships between psychological flexibility, self-compassion, and emotional well-being. J Cogn Psychother. 2016;30(1):60–72. https://doi.org/10.1891/0889-8391.30.1.60
4. Miller L, Bansal R, Wickramaratne P, Hao X, Tenke CE, Weissman MM, et al. Neuroanatomical correlates of religiosity and spirituality: a study in adults at high and low familial risk for depression. JAMA Psychiatry. 2014;71(2):128–35. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.3067
5. Yousefi F, Bakhtiar Pour S, Makvandi B, Naderi F. Comparing mental strength, cognitive flexibility, and mental health in the mothers of exceptional children with high and low parental stress. MEJDS. 2021;11:209-209. [Persian] http://jdisabilstud.org/article-1-2348-fa.html
6. Fledderus M, Bohlmeijer ET, Fox JP, Schreurs KMG, Spinhoven P. The role of psychological flexibility in a self-help acceptance and commitment therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial. Behav Res Ther. 2013;51(3):142–51. https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.11.007
7. Aldao A, Sheppes G, Gross JJ. Emotion regulation flexibility. Cogn Ther Res. 2015;39(3):263–78. https://doi.org/10.1007/s10608-014-9662-4
8. Gupta S, Bonanno GA. Complicated grief and deficits in emotional expressive flexibility. J Abnorm Psychol. 2011;120(3):635–43. https://doi.org/10.1037/a0023541
9. Fu F, Chow A, Li J, Cong Z. Emotional flexibility: development and application of a scale in adolescent earthquake survivors. Psychol Trauma. 2018;10(2):246–52. https://doi.org/10.1037/tra0000278
10. Amoke CV, Ede MO, Nwokeoma BN, Onah SO, Ikechukwu-Ilomuanya AB, Albi-Oparaocha F, et al. Effects of group cognitive-behavioral therapy on psychological distress of awaiting-trial prison inmates. Medicine. 2020;99(17):e18034. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000018034
11. Janabi Ghods, Rahgoi A, Fallahi Khoshknab M, Noorozi M. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on depression, stress and anxiety of male-to-female transgender people. Journal of Rehabilitation Research in Nursing. 2020;7(1):1–10. [Persian] http://ijrn.ir/article-1-600-en.html
12. Mann E, Smith MJ, Hellier J, Balabanovic JA, Hamed H, Grunfeld EA, et al. Cognitive behavioural treatment for women who have menopausal symptoms after breast cancer treatment (MENOS 1): a randomised controlled trial. Lancet Oncol. 2012;13(3):309–18. https://doi.org/10.1016/s1470-2045(11)70364-3
13. Soori M, Kolivand M, Abolfathi Momtaz Y, Noori P. The effect of cognitive behavioral group therapy on menopausal symptoms. J Babol Univ Med Sci. 2019;21(1):215–22. [Persian] http://jbums.org/article-1-7921-en.html
14. Delavar A. Educational and psychological research. Tehran: Virayesh Pub; 2015.
15. Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: instrument development and estimates of reliability and validity. Cogn Ther Res. 2010;34(3):241–53. https://doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4
16. Burton CL, Bonanno GA. Measuring ability to enhance and suppress emotional expression: the Flexible Regulation of Emotional Expression (FREE) Scale. Psychol Assess. 2016;28(8):929–41. https://doi.org/10.1037/pas0000231
17. Soltani E, Shareh H, Bahrainian SA, Farmani A. The mediating role of cognitive flexibility in correlation of coping styles and resilience with depression. Pejouhandeh. 2013;18(2):88–96. [Persian] https://pajoohande.sbmu.ac.ir/article-1-1518-en.html
18. Free M. Rahnamaye amali shenakht darmani gorouhi [A practical guide to group cognitive therapy]. Mohammadi M, Farnam R. (Persian translator). Tehran: Roshd Publications; 2013.
19. Salehi H, Jahangiri A, Bakhshipour A. Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy and acceptance and commitment couple therapy on family function and cognitive flexibility of couples. Quarterly Journal of Excellence in Counseling and Psychotherapy. 2022;10(40):1–17. [Persian] https://journal-counselling.islamshahr.iau.ir/article_687664.html?lang=en

20. Fazeli M, Ehteshamzadeh P, Hashemi Sheikh Shabani SE. The effectiveness of cognitive-behavior therapy on cognitive flexibility of depressed people. Thought and Behavior in Clinical Psychology. 2014;9(34):27–36. [Persian] https://jtbcp.riau.ac.ir/article_105.html?lang=en
21. Ghaffari Cherati R, Ghanadzadegan H, Fakhri M. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on self-control, difficulty in regulating emotion, resilience and psychological flexibility in patients with obsessive-compulsive neurosis. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2022;65(1):71–85. [Persian] https://mjms.mums.ac.ir/article_20521.html?lang=en
22. Wilkinson ST, Rhee TG, Joormann J, Webler R, Ortiz Lopez M, Kitay B, et al. Cognitive behavioral therapy to sustain the antidepressant effects of ketamine in treatment-resistant depression: a randomized clinical trial. Psychother Psychosom. 2021;90(5):318–27. https://doi.org/10.1159/000517074
23. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. American Psychiatric Association; 2013.
24. Hindman R, Beck JS. A clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual, Fifth edition. J Psychiatr Pract. 2015;21(4):317–8. https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000087