

## Evaluation of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Rumination, Cognitive Flexibility and Emotion Regulation in Patients with Major Depression

Fateme Khedmati <sup>1</sup>, Saeed Najarpour Ostadi <sup>\*2</sup>

1- Msc. Clinical Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

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

### Abstract

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of cognitive behavioral therapy on rumination, cognitive flexibility and emotion regulation in patients with major depression. It was a semi-experimental research with pretest- posttest and a control group. The statistical population of the study was patients with major depression referred to hamraz counseling in Meshkinshahr in the year 1400. The study sample consisted of 30 patients with major depression were selected by available sampling method and then were assigned to experimental and control groups by random sampling. Data collection tools were rumination questionnaire (Hoeksma & Maro, 1991), cognitive flexibility questionnaire (Dennis & Vanderwaal, 2010) and emotion regulation questionnaire (Gross & John, 2003). For the experimental group, cognitive behavioral therapy based on Beck treatment protocol was performed in 8 sessions of 40 minutes, twice a week. Patients in the control group did not receive any psychological intervention until the end of the post- test phase. The results showed that there is a significant difference between rumination, cognitive flexibility and emotion regulation between the two groups after cognitive behavioral therapy intervention. As a result, cognitive behavioral therapy can be used as effective intervention to reduce rumination and increase cognitive flexibility and emotion regulation in patients with major depression.

**Key words:** Cognitive Behavioral Therapy, Cognitive Flexibility, Emotion Regulation, Rumination.

### OPEN ACCESS Research Article

\*Correspondence, Saeed Najarpour Ostadi \*  
[saeedno@live.com](mailto:saeedno@live.com)

Received: Feb 24 , 2024  
Accepted: March 16 , 2024  
Published: Winter 2024

**Citation:** Najarpour Ostadi, S. (2024). Evaluation of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Rumination, Cognitive Flexibility and Emotion Regulation in Patients with Major Depression. *Journal of Psycho Research and Educational Studies*, 1(4): 73-92

## بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نشخوار فکری، انعطاف پذیری شناختی و تنظیم هیجان

### در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی

فاطمه خدمتی<sup>۱</sup>، سعید نجارپور استادی\*<sup>۲</sup>

۱- دانش آموخته رشته روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

۲- استادیار گروه روانشناسی، واحد شبستر، دانشگاه آزاد اسلامی، شبستر، ایران.

#### چکیده

افسردگی اساسی اختلال روانی ناتوان کننده ای است که به عنوان یکی از اختلالات شایع روانپزشکی مطرح شده است. روش های درمانی متعددی برای کمک به افراد دارای این اختلال طراحی شده است که یکی از آنها درمان شناختی رفتاری می باشد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نشخوارفکری، انعطاف پذیری شناختی و تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی و طرح پژوهش پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر بیماران مبتلا به افسردگی اساسی مراجعه کننده به مرکز مشاوره همراز در شهرستان مشکین شهر در سال ۱۴۰۱ بود. نمونه مورد مطالعه ۳۰ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی است که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و سپس به روش تصادفی در گروه های آزمایشی و گواه گمارده شدند. ابزارهای گردآوری داده ها پرسشنامه نشخوارفکری (هوکسما و مارو، ۱۹۹۱)، پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی (دنيس و واندروال، ۲۰۱۰) و پرسشنامه تنظیم هیجان (گراس و جان، ۲۰۰۳) بود. برای گروه آزمایش، درمان شناختی رفتاری بر اساس پروتکل درمانی بک (۱۳۹۹) در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه ای، هفته ای دو بار برگزار شد. بیماران گروه کنترل تا پایان مرحله پس آزمون هیچ مداخله روانشناختی دریافت نکردند. نتایج پژوهش نشان داد که تفاوت معنی داری بین میزان نشخوارفکری، انعطاف پذیری شناختی و تنظیم هیجان دو گروه پس از اعمال مداخله درمان شناختی رفتاری به وجود آمد ( $P < 0/01$ ). در نتیجه، درمان شناختی رفتاری می تواند به عنوان یک مداخله مؤثر در کاهش نشخوارفکری، افزایش انعطاف پذیری شناختی و تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی مورد استفاده قرار گیرد.

**واژگان کلیدی:** درمان شناختی رفتاری، نشخوارفکری، انعطاف پذیری شناختی،

تنظیم هیجان.

دسترسى آزاد

مقاله علمی پژوهشی

نویسنده مسئول\*: سعید نجارپور استادی

[saeedno@live.com](mailto:saeedno@live.com)

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۲/۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۲۶

تاریخ انتشار: زمستان ۱۴۰۲

استناد: نجارپور استادی، سعید. (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نشخوار فکری، انعطاف پذیری شناختی و تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی. فصلنامه روان پژوهی و مطالعات علوم رفتاری، ۱(۴): ۷۳-۹۲.

## بیان مسئله

بر طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویرایش پنجم)، اختلال افسردگی اساسی<sup>۱</sup> با تغییرات آشکاری در عاطفه، شناخت و کارکردهای عصبی زیستی که در طی یک دوره دو هفته‌ای بروز می‌کند مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۷). اختلال افسردگی اساسی بدون سابقه‌ای از دوره‌های مانیا، مختلط یا هیپومانیا رخ می‌دهد. دوره افسردگی اساسی باید حداقل دو هفته طول بکشد. بیماری که دچار دوره‌ی افسردگی اساسی تشخیص داده می‌شود، باید حداقل چهار علامت از فهرستی شامل تغییرات اشتها و وزن، تغییرات خواب و فعالیت، فقدان انرژی، احساس گناه، مشکل در تفکر و تصمیم‌گیری و افکار عود کننده مرگ یا خودکشی را هم داشته باشد (کاپلان و سادوک، ۱۴۰۲). نشانه‌های هیجانی دوره افسردگی اساسی، خلق ملول را در بر دارند که شدت آن از ناامیدی‌های معمولی و هیجان‌های غم‌انگیز گاه و بیگاه زندگی روزمره، بیشتر است این ملالت می‌تواند به صورت دلتنگی شدید یا بی‌علاقگی زیاد به جنبه‌های قبلا لذت بخش زندگی، پدیدار شود (هالچین و ویتبورن، ۱۳۹۹). افسردگی اساسی در صورت عدم درمان به افسردگی مزمن تبدیل خواهد شد که در این صورت هزینه و زمان زیادی برای درمان آن باید صرف گردد (هولزل، هارتر، ریس و کریستون، ۲۰۱۱). بنابراین پرداختن به درمان افسردگی امری ضروری به نظر می‌رسد.

نشخوار فکری یکی از مولفه‌های مهم شناختی در افراد مبتلا به افسردگی است و به عنوان فرایندی از تفکر مداوم درباره احساسات و مشکلات فرد نسبت به معنای محتوای خاصی از افکار تعریف می‌شود و عاملی بالقوه آسیب‌پذیر برای شروع یا نگهداری افسردگی و پیش‌بینی کننده‌ی اختلال و نشانه‌های افسردگی و مختل کردن خواب، کیفیت روابط اجتماعی و افزایش نگرانی است (توسیگنانت، تیلور، سوواک و فایرمن، ۲۰۱۸). نشخوار فکری به عنوان اشتغال دائمی به یک اندیشه یا موضوع و طبقه‌ای از افکار آگاهانه و منفعلانه و تکراری است که بر علل و نتایج علایم تعریف می‌شود و مانع از حل مساله سازگاران و افزایش افکار منفی می‌انجامد (آمبرلی، دافنه، آماندا، نیکول و نورمن، ۲۰۱۵). نشخوار فکری به طور گسترده‌ای در مطالعات مربوط به افسردگی مورد بررسی قرار گرفته و ارتباط آن با علایم افسردگی به عنوان یکی از عوامل عمده آسیب‌پذیری بیان گردیده است (دابسون و دوزویس، ۲۰۰۸). در بین درمان‌های روان‌شناختی، درمان شناختی رفتاری توانسته است بهبودی قابل توجهی را در کاهش نشخوار فکری بیماران مبتلا به افسردگی اساسی به همراه داشته باشد (واتکینز، مولان، وینگرو، ریمز و اشتاینر، ۲۰۱۱). میرزائیان و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهش خود اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نشخوار فکری نوجوانان خود آسیب رسان بدون قصد خودکشی را نشان دادند. سادات موسوی و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهش خود اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نشخوار فکری آزمودنی‌های خود را نشان دادند. قهاری و همکاران (۱۴۰۱) نیز اثربخشی آموزش شناختی رفتاری بر نشخوار فکری در معلمان زن را نشان دادند. نتایج پژوهش فیلی و همکاران (۱۳۹۱) نیز بیانگر این بود که درمان شناختی رفتاری بر نشخوار فکری زنان ناباور افسرده اثربخش است. لنگنکر و همکاران (۲۰۲۳) و هونگارد<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۵) اثربخشی درمان شناختی رفتاری را بر کاهش نشخوار فکری در بیماران افسرده نشان دادند.

<sup>1</sup> major depression disorder (MDD)

<sup>2</sup> Kaplan & Sadock

<sup>3</sup> Halgin & Whitbourne

<sup>4</sup> Holzel, Harter, Reese & Kriston

<sup>5</sup> rumination

<sup>6</sup> Tousignant, Taylor, Suvak & Firman

<sup>7</sup> Amberly, Daphne, Amanda, Nicole, Norman

<sup>8</sup> Dabson & Dozois

<sup>9</sup> Watkins, Mullan, Wingrove, Rimes, Steiner & et al

<sup>1</sup> Langenecker

<sup>1</sup> Hvengaard

افسردگی اختلالی است که ویژگی آن فقدان انعطاف پذیری در زمینه‌های مختلف است (کاشدان و روتنبرگ، ۲۰۱۰). برخی از پژوهش‌ها بیانگر رابطه انعطاف پذیری شناختی و نشانگان افسردگی هستند. نتایج پژوهش بروکس، ایورسون، شرمن و روبرگ (۲۰۱۰) و میران، دیاموند، تودر و نمس (۲۰۱۱) همبستگی بین انعطاف پذیری شناختی با افسردگی را نشان داده است. انعطاف پذیری شناختی به عنوان یکی از جنبه های مهم عملکرد اجرایی، توانایی انطباق کارآمد با تغییرات است (روسا آلكازار و همكاران، ۲۰۲۱). افرادی که از انعطاف پذیری شناختی بالایی برخوردارند می توانند با شرایط دشوار کنار بیایند و نظرات و ایده های بدیل مطرح نمایند (توران و همکاران، ۲۰۲۲). در مقابل افرادی که از انعطاف پذیری کمتری برخوردارند، به سختی می توانند یادگیری های اولیه خود را فراموش کنند، آنها بر یادگیری های قبلی خود که پیامدهای منفی برایشان دارد پافشاری می کنند و این پافشاری به سازگاری آنها با شرایط جدید آسیب می رساند (شمس، ۲۰۲۲). افرادی که از نظر شناختی منعطف هستند، خود را با دقت و آگاه ارزیابی می کنند و توانایی خود مشاهده گری بهتری نسبت به افراد با انعطاف پذیری شناختی پایین دارند (کیم و همکاران، ۲۰۱۹). این رفتار پیچیده به تعامل موثر فرآیندهای مختلف مغز وابسته است که شناسایی تغییرات موقعیت، هدایت توجه به عناصر تغییر یافته، تعیین عدم تناسب راهبردهای قبلی، کنترل پاسخ های قبلی و ایجاد راهبردهای جدید را شامل می شود (کائودک و همکاران، ۲۰۲۰). افراد با انعطاف پذیری روانشناختی بالا می توانند در ارزیابی از موقعیت های جدید و مشکلات موجود از گزینه ها و ایده های جایگزین استفاده کنند و می توانند سازگاری بیشتری پیدا کنند (دن آدن و همکاران، ۲۰۲۰). انعطاف پذیری شناختی<sup>۴</sup> یکی از اساسی ترین ابعاد عملکردهای شناختی و از مهم ترین عناصر کارکردهای اجرایی است که به توانایی فرد در تغییر افکار، اعمال و راهکارها در واکنش به تغییر شرایط اطلاق می شود (وایتینگ، دین، مک لود، کیاروچی و سیمپسون؛ ۲۰۱۴). شناخت انعطاف پذیر مستلزم فعال سازی و اصلاح فرایندهای شناختی در پاسخ به درخواست تغییر در انجام فعالیت یا حتی تغییر در دستورالعمل انجام یک فعالیت است (لوگو و گولد؛ ۲۰۱۴). توانایی تغییر آمیه های شناختی به منظور سازگاری با محرک های محیطی، عنصر اصلی در تعاریف عملیاتی انعطاف پذیری شناختی است (دنیس و واندروال؛ ۲۰۱۰). این توانایی ها شامل تغییر دیدگاه یا سازگاری انطباقی فرد با قوانین، تقاضاها یا شرایط محیط می باشد (داری، کاسترو، واسرمن و اسلوتسکی؛ ۲۰۱۸). به طور کلی می توان گفت، انعطاف پذیری شناختی یک عملکرد منحصر به فرد، صفت بارز یا توانایی شناخت کلی است که به فرد اجازه می دهد به طور انعطاف پذیر شناختش را تغییر دهد و هنگام تغییرات محیطی الگوها پاسخ عادی بدهد (جانکو، وتریچ و رابی؛ ۲۰۱۴). کسانی که از انعطاف پذیری شناختی برخوردار نیستند تمایل دارند که وقتی احساس غم می کنند نشخوار کنند. بنابراین آنها به سختی می توانند از احساسات خود رها شوند و به جای آن از استراتژی های مقابله ای استفاده کنند (المرزوقی، چیلکوت و مک کراکن؛ ۲۰۱۷). انعطاف پذیری روانشناختی منجر به انطباق فرد با تغییرات موقعیتی، شکل دهی مجدد منابع ذهنی، تغییر چشم انداز و برقراری تعادل در رقابت بین خواسته ها، نیازها و شرایط زندگی می شود (آبراموویتز و ریومن، ۲۰۲۰). پژوهش باروتی و همکاران (۱۴۰۲)، باقری شیخانگفشه و همکاران (۱۴۰۲)، فاضلی و همکاران (۱۳۹۳) و لاکنر و همکاران (۲۰۲۲) اثربخشی درمان شناختی

<sup>1</sup> Kashdan & Roitenberg

<sup>2</sup> Brooks, Iverson, Sherman & Roberg

<sup>3</sup> Meiran, Diamond, Toder & Nemets

<sup>4</sup> Cognitive flexibility

<sup>5</sup> Whithing, Deane, Ciarrochi, McLeod & Simpson

<sup>6</sup> Logeu & Gould

<sup>7</sup> Dennis & Vander Wal

<sup>8</sup> Darby, Castro, Wasserman & Sloutsky

<sup>9</sup> Johnco, Wuthrich & Rappee

<sup>1</sup> Almarzooqi, Chilcot & McCracken

<sup>1</sup> Lackner & et al

رفتاری را بر افزایش انعطاف پذیری شناختی نشان داد. ناگاتا و همکاران (۲۰۱۸) نیز در پژوهش خود اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افزایش انعطاف پذیری شناختی در بیماران مبتلا به اختلال پنیک را نشان دادند.

یکی از مشکلات افراد افسرده، مشکل در تنظیم هیجان<sup>۲</sup> است؛ به گونه‌ای که این افراد به هنگام مواجهه با مشکلات و تجربه‌ی هیجان‌های منفی به مقصر دانستن خود، نشخوار فکری و مصیبت بار تلقی کردن مشکلات می‌پردازند و در دراز مدت دچار افسردگی می‌شوند (زنجان، مقبلی هنزائی و محسن آبادی، ۱۳۹۷). تنظیم هیجان به ظرفیت نظارت، ارزیابی، فهم و اصلاح واکنش‌های هیجانی به شیوه‌ای که برای عملکرد بهنجار سودمند است، اشاره دارد و ماهیتا فرایندی را در بر می‌گیرد که از طریق آن افراد هیجان‌هایشان را خواه به صورت هشیار یا ناهشیار به وسیله اصلاح تجارب یا تغییر موقعیت فراخواننده‌ی هیجان تنظیم می‌کنند (پولک، مک کیب، سوتهارد و زیگلر-هیل، ۲۰۱۶). هیجان‌ات نقش مهمی در بسیاری از جنبه‌های زندگی روزمره ایفا کرده و در انطباق با وقایع استرس‌زا و تحولات زندگی بسیار تاثیرگذار می‌باشند. در واقع هیجان‌ات واکنش‌های بیولوژیکی هستند، که در چالش‌ها و موقعیت‌های مهم زندگی جهت هماهنگی برای رویارویی و پاسخ‌دهی ظاهر می‌شوند. اگر چه هیجان‌ات پایه و اساس بیولوژیکی دارند اما افراد قادر به تاثیر گذاردن بر هیجان‌ات و راه‌های ابراز آن می‌باشند که این عمل تنظیم هیجان نامیده می‌شود (تامیر، ۲۰۱۶). تنظیم هیجان توسط گراس<sup>۳</sup> (۱۹۹۸) بدین گونه تعریف شده است: « فرایندی که بدان وسیله افراد می‌فهمند که چه هیجانی دارند و کی چنین هیجانی را دارند و چگونه این هیجان‌ات را تجربه و ابراز می‌کنند». دشواری در تنظیم هیجان شامل طیف وسیعی از نقایص از جمله، عدم درک و آگاهی از احساسات، مشکلات در پذیرش تجربیات هیجانی منفی، ناتوانی در کنترل تکانه‌ها، مشکلات در دستیابی به اهداف مورد نظر و عدم توانایی استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان مناسب در هنگام مواجهه با هیجان‌ات منفی می‌شود (یاب، موگان، موریارتی، داوولینگ، بلر-وست و همکاران، ۲۰۱۸). تنظیم هیجان‌ات یکی از عوامل اساسی بهزیستی و کنش‌وری موفق بوده که نقش مهمی در سازگاری با وقایع استرس‌زای زندگی دارد و مهارتی مهم در مواجهه با مشکلات فردی و اجتماعی به شمار می‌آید (کافتسیوس، آتاناسیادو و دایمو، ۲۰۱۳). توانایی تنظیم هیجان پیش‌بینی کننده موفقیت افراد در زندگی و نحوه برقراری ارتباط مناسب با دیگران است (گاتمن، ۲۰۱۱). نتایج پژوهش اصغری شریبانی و همکاران (۱۴۰۲) نشان داد درمان شناختی رفتاری به طور معناداری باعث بهبود تنظیم هیجان دانش آموزان دارای اختلال بی نظمی خلق اخلاک‌گر می‌شود. در یک پژوهش توسط روحی و همکاران (۱۴۰۱) نتایج اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان بیماران همودیالیزی را نشان داد. نتایج پژوهش طوافی و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان افراد دارای اضافه وزن موثر است. همچنین پژوهش پروسنر و همکاران<sup>۴</sup> (۲۰۲۴) و کاتورانی و همکاران (۲۰۱۸) اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان بیماران مبتلا به افسردگی اساسی را نشان داد.

درمان شناختی رفتاری<sup>۱</sup> یک درمان روانشناختی است که به کنش متقابل میان اینکه ما چگونه فکر، احساس و رفتار می‌کنیم، می‌پردازد و بر مشکلات حال حاضر تمرکز دارد و از یک سبک سازمان یافته در مداخلات درمانی پیروی می‌کند (هاوتون و همکاران، ۲۰۱۴). درمان شناختی رفتاری با بازسازی شناختی ذهنیت فرد را نسبت به دنیا تغییر می‌دهد و همین تغییر نگرش منجر به کاهش هیجان‌ات منفی می‌شود، در اصل از عامل تشدید کننده (خطاهای شناختی) هیجان‌ات منفی می‌کاهد (دابسون و دابسون، ۲۰۱۸).

<sup>1</sup> Nagata

<sup>2</sup> Emotion regulation

<sup>3</sup> Pollock, McCabe, Southard & Zeigle-Hill

<sup>4</sup> Tamir

<sup>5</sup> Gross

<sup>6</sup> Yap, Mogan, Moriarty, Dowling, Blair-West & et al

<sup>7</sup> Kafetsios, Athanasido & Dimou

<sup>8</sup> Gottman

<sup>9</sup> Pruessner & et al

<sup>1</sup> cognitive behavioral therapy (cbt)

<sup>1</sup> Howton

<sup>1</sup> Dobson & Dobson

رویکرد شناختی رفتاری شامل راهبردهایی خاص برای جبران مشکلات مهم رفتاری است. حل مسئله، آموزش خود بازآموزی اسنادی، آموزش تنش زدایی نمونه‌هایی از درمان مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری هستند که به طور موثر جهت بهبود رفتار استفاده می‌شوند (خدای، ملک‌پور، قمرانی و آتش‌پور، ۱۳۹۹). درمان شناختی رفتاری بر این فرض استوار است که اغلب تغییرات درمانی، بین جلسات مشاوره و درمان و در اثر تمرین فرد و بهره‌گیری از فنون شناختی رفتاری صورت می‌گیرد. بنابراین درمانگر باید مطمئن شود که فرد کاملاً روش و ارزش کاربرد هر یک از فنون و اهمیت تمرین منظم را درک کرده است. فنون درمانی نیز همانند مهارت‌های دیگر باید تا زمانی که فرد در آن‌ها مهارت نیافته، به طور مکرر تمرین شود (فارسی‌نژاد، کرمی و اسدزاده، ۱۳۹۷). درمان شناختی رفتاری برای سازگاری با بیمارانی با سطوح مختلف تحصیلات و درآمد و همچنین دامنه گسترده‌ای از فرهنگ‌ها و سنین مختلف از کودکان کم سن و سال گرفت تا بزرگسالان مسن تنظیم شده است (بک، ۱۳۹۹). نتایج پژوهش تاجری (۱۳۹۵) نشان داد که درمان شناختی رفتاری در کاهش افسردگی افراد مصرف کننده شیشه کارایی دارد. همچنین نتایج پژوهش اسمعیلی و همکاران (۱۳۹۲) نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی بیماران دیابتی نوع ۲ تاثیر دارد. نتایج مطالعه فورکمن و همکاران (۲۰۱۴) اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بیماران مبتلا به افسردگی را نشان داد. نتایج پژوهش دیوید، سنتاگوتو و کاسمن<sup>۲</sup> (۲۰۰۸) در مورد افسردگی نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری بر درمان افسردگی اساسی موثر است.

به طور کلی می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری دارای چارچوبی مشخص است؛ اما در زمینه اثربخشی این درمان در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و در مورد متغیرهای این تحقیق که شامل نشخوارفکری، انعطاف پذیری شناختی و تنظیم هیجان هست، در ایران پژوهشی صورت نگرفته است. بنابراین با توجه به شرایط خاص افسردگی (شیوع بالا و تداخل در عملکرد) لزوم پژوهش در این زمینه احساس می‌شود. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نشخوار فکری، انعطاف پذیری شناختی و تنظیم هیجان بیماران مبتلا به افسردگی اساسی است.

## روش اجرای پژوهش

روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری در این پژوهش، بیماران مبتلا به افسردگی اساسی مراجعه کننده به مرکز مشاوره (همراز) در شهرستان مشکین شهر در سال ۱۴۰۱ بود. نمونه مورد نظر در این پژوهش شامل ۳۰ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی بود که تشخیص اختلال افسردگی اساسی را دریافت کرده بودند و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس این بیماران به صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش: الف) تشخیص اختلال افسردگی اساسی، ب) سن بین ۲۳ تا ۵۰ سال، ج) متاهل و ملاکهای خروج شامل این موارد بود: الف) شرکت در سایر جلسات درمانی، ب) غیبت بیش از دو جلسه. در این پژوهش با مراجعه به مرکز مشاوره و با دسترسی به پرونده های درمانی آنها به طور انفرادی و جداگانه از یکایک آنان درخواست شد که در صورت تمایل برای همکاری در اجرای یک کار تحقیقی مشارکت نمایند. به آنان گفته شد که همکاری شان می تواند در کمک به افراد دارای اختلال افسردگی اساسی کمک شایانی کند. لذا با در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی، اقدام به تکمیل پرسشنامه ها گردید. در این پژوهش برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

<sup>1</sup> Beck

<sup>2</sup> David, Szentagotivorel & Csman

## ابزار پژوهش

### پرسشنامه نشخوار فکری<sup>۱</sup>(RQ):

این مقیاس توسط نولن هوکسما و مارو آدرسال (۱۹۹۱) جهت ارزیابی نشخوار فکری ساخته شد. این پرسشنامه ۲۲ گویه دارد که ماده‌های آن بر اساس طیف لیکرت چهار گزینه‌ای می‌باشد و از تقریباً هرگز (نمره ۱) تا تقریباً همیشه (نمره ۴) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره‌ی به دست آمده در این مقیاس، ۲۲ و حداکثر نمره، ۸۸ است. نمره‌ی بالاتر نشان دهنده‌ی نشخوار فکری بیشتر است و دارای دو خرده مقیاس پاسخ‌های نشخواری (۱۱ ماده) و پاسخ‌های منحرف کننده حواس (۱۱ ماده) می‌باشد. بر پایه شواهد تجربی، مقیاس پاسخ‌های نشخواری، پایایی درونی بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ی ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد و همبستگی بازآزمایی ۰/۶۷ گزارش شده است (ترینور، گونزالز و نولن هوکسما، ۲۰۰۳). روایی این مقیاس توسط باقری‌نژاد، صالحی فدردی و طباطبایی (۲۰۱۰) تایید شده است و ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند. جواهر رنایی و همکاران (۱۳۹۸) روایی آن را مطلوب گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

### پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی<sup>۴</sup> (CFI):

این پرسشنامه توسط دنیس و واندروال (۲۰۱۰) معرفی شده و یک ابزار خودگزارشی ۲۰ سوالی می‌باشد که برای سنجش نوعی از انعطاف‌پذیری شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می‌رود. خرده مقیاس‌های ادراک کنترل‌پذیری (سوالات ۱، ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۵، ۱۷)، ادراک گزینه‌های مختلف سوالات (۳، ۵، ۶، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰) و ادراک توجیه رفتار سوالات (۸، ۱۰) را روی مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت کاملاً مخالفم (نمره ۱) و کاملاً موافقم (نمره ۷) می‌سنجد. سوالات (۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۷) به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود، یعنی کاملاً مخالفم (نمره ۷) و کاملاً موافقم (نمره ۱) می‌گیرد. جمع نمرات تمام سوالات، نمره کل آزمون انعطاف‌پذیری شناختی را به دست می‌دهد. همچنین، جمع نمره سوالات مختص هر سه زیر مقیاس نیز نمره آن زیر مقیاس را نشان می‌دهد. بالاترین نمره‌ای که آزمودنی در این پرسشنامه می‌تواند به دست آورد ۱۴۰ و پایین‌ترین نمره ۲۰ می‌باشد. نمره بالا نشانه انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر و نمره پایین نزدیک به ۲۰ نشانه انعطاف‌پذیری شناختی پایین می‌باشد. این پرسشنامه برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیر بالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی رفتاری افسردگی و سایر بیماری‌های روانی به کار می‌رود. اعتبار همزمان این پرسشنامه با افسردگی بک (ویرایش دوم) برابر با ۰/۳۹ و روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ بود (دنیس و واندروال، ۲۰۱۰). در ایران شاره، فرمانی و سلطانی (۲۰۱۴) ضریب بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و ضریب آلفا کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ گزارش نموده‌اند و برای خرده مقیاس‌های ادراک کنترل‌پذیری ۰/۵۵، توجیه رفتار ۰/۷۲ و ادراک گزینه‌های مختلف ۰/۵۷ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۷۸ به دست آمد.

### پرسشنامه تنظیم هیجان<sup>۵</sup>(ERQ):

مقیاس تنظیم هیجان توسط گراس و جان<sup>۶</sup>(۲۰۰۳) تهیه و از ۱۰ گویه و دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد (۶ گویه؛ ۱، ۳، ۵، ۷، ۸، ۱۰) و فرونشانی (۴ گویه؛ ۲، ۴، ۶، ۹) تشکیل شده است. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای، از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۷) می‌باشد. نمره مقیاس‌ها با مجموع نمره گویه‌های آن مقیاس به دست می‌آید. لذا دامنه نمرات مقیاس ارزیابی مجدد شناختی ۶

<sup>1</sup> Ruminant Questionnaire (RQ)

<sup>2</sup> Morro

<sup>3</sup> Treynor, Gonzalez

<sup>4</sup>Cognitive flexibility Inventory (CFI)

<sup>5</sup>Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)

<sup>6</sup>John

تا ۴۲ و مقیاس فرونشانی ۴ تا ۲۸ است. جمع نمرات تمام سوالات، نمره کل آزمون تنظیم هیجان را به دست می‌دهد. همچنین، جمع نمره سوالات مختص هر دو زیر مقیاس نیز نمره آن زیر مقیاس را نشان می‌دهد. و هر چقدر نمره کسب شده بیشتر باشد تنظیم هیجان بالاتری را نشان می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای فرونشانی ۰/۷۳ و اعتبار بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است. ضریب همسانی درونی این مقیاس در دانشگاه میلان برای ارزیابی مجدد از ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ و برای فرونشانی ۰/۴۲ تا ۰/۶۳ به دست آمده است. ضرایب همبستگی ارزیابی مجدد و فرونشانی با مقیاس عواطف مثبت به ترتیب ۰/۲۴ و ۰/۱۵- و با عواطف منفی ۰/۱۴- و ۰/۰۴ گزارش شده است (بالزاروتی، جان و گراس، ۲۰۱۰). در پژوهش علیلو، قاسم پور، عظیمی، اکبری و فهیمی (۲۰۱۲) پایایی این مقیاس (آلفای کرونباخ) برای کل مقیاس ۰/۷۱ و برای ارزیابی مجدد و فرونشانی به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۵۲ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ارزیابی مجدد و فرونشانی به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۱ و ۰/۶۷ به دست آمد.

با توجه به این که پژوهش حاضر به روش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. پس از تعیین نمونه آماری پژوهش، بیماران مبتلا به افسردگی اساسی به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابتدا کلیه بیماران انتخاب شده، به تکمیل ابزارهای پژوهش که شامل ۳ پرسشنامهٔ نشخوارفکری، انعطاف‌پذیری شناختی و تنظیم هیجان هست، اقدام کردند. برای گروه آزمایش یک دورهٔ درمان شناختی-رفتاری، در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای، هفته‌ای دو بار برگزار شد. در حالی که بیماران گروه کنترل تا پایان مرحله پس‌آزمون هیچ مداخله روانشناختی دریافت نکردند و در فهرست انتظار قرار گرفتند. سپس در پایان مداخله، از همه بیماران گروه آزمایش و گروه کنترل پس‌آزمون گرفته شد. بعد از اجرای پس‌آزمون، جلسات درمانی برای گروه کنترل نیز برگزار شد. اصول اخلاقی نظیر داوطلبانه بودن حضور آزمودنی‌ها و رضایت آگاهانه و رازداری (اطمینان دادن به آزمودنی‌ها نسبت به محرمانه ماندن اطلاعات) در پژوهش رعایت شده بود.

### جدول ۱. پروتکل درمان شناختی رفتاری برای افسردگی

تکالیف	محتوا	جلسات
تعیین کتاب خود یاری و تشویق بیمار برای مطالعه آن.	ایجاد رابطه درمانی- اجرای ارزیابی (بررسی علائم)- تنظیم دستور جلسه- آگاه کردن بیمار از تشخیص- ارائه توضیح کلی درباره درمان شناختی رفتاری- آموزش مدل شناختی- تعیین تکالیف خانگی و در آخر مرور نکات اصلی مطرح شده، گرفتن بازخورد از بیمار و پایان بخشیدن به جلسه.	جلسه اول
زمان بندی فعالیت، افزایش خود پاداش دهی.	بررسی خلق- تنظیم دستور جلسه- به روز رسانی اطلاعات مربوط به بیمار- بررسی تکالیف خانگی که جلسه قبل داده شده بود- آموزش زمان بندی فعالیت به بیمار- مقایسه فعالیت روزانه مراجع با فعالیت روزانه نرمال- جداسازی رفتار از هیجان- تعیین تکالیف خانگی جدید- جمع‌بندی و بازخورد گرفتن و پایان بخشیدن به جلسه.	جلسه دوم
ثبت افکار و خلق، دسته بندی افکار خودآیند.	بررسی خلق- تنظیم دستور جلسه- به روز رسانی اطلاعات مربوط به بیمار- بررسی تکالیف خانگی که جلسه قبل داده شده بود- شناسایی افکار خودآیند و به چالش کشیدن این افکار در طی جلسه و اصلاح این افکار خودآیند- تعیین تکالیف خانگی جدید- جمع بندی و باز خورد گرفتن- پایان بخشیدن به جلسه.	جلسه سوم



جلسه چهارم

بررسی خلق- تنظیم دستور جلسه- به روز رسانی اطلاعات مربوط به بیمار- بررسی تکلیف خانگی که جلسه قبل داده شده بود- شناسایی و چالش با مفروضه‌ها (تکنیک‌های شناسایی: پیکان رو به پایین، تکمیل اگر... پس...)، تکنیک‌های چالش‌ورزی (تکنیک چالش با باید اندیشی، تکنیک کیفیت شواهد، تکنیک زمینه‌یابی)- تعیین تکلیف خانگی جدید- جمع‌بندی و بازخورد گرفتن- پایان بخشیدن به جلسه.

جلسه پنجم

بررسی خلق- تنظیم دستور جلسه- به‌روزرسانی اطلاعات مربوط به بیمار- بررسی تکالیف خانگی که جلسه قبل داده شده بود- شناسایی و اصلاح باورهای بنیادی منفی (تکنیک‌های اصلاح باورهای بنیادی: پرسش‌گری سقراطی، بررسی مزایا و معایب، آزمایش‌های رفتاری، پیوستار شناختی و...)- تعیین تکلیف خانگی جدید- جمع‌بندی و بازخورد گرفتن- پایان بخشیدن به جلسه.

جلسه ششم

بررسی خلق- تنظیم دستور جلسه- به روز رسانی اطلاعات مربوط به بیمار- بررسی تکلیف خانگی که جلسه قبل داده شده بود- شناسایی و چالش با نشخوار فکری (تکنیک‌های چالش‌ورزی با نشخوار فکری: ثبت زمان صرف شده روزانه برای نشخوار فکری، تکنیک سود و زیان، تعیین زمانی برای نشخوار فکری، شوخی با نشخوار فکری و...)- تعیین تکلیف خانگی جدید- جمع‌بندی و بازخورد گرفتن- پایان بخشیدن به جلسه.

جلسه هفتم

بررسی خلق- تنظیم دستور جلسه- به‌روزرسانی اطلاعات مربوط به بیمار- بررسی تکلیف خانگی که جلسه قبل داده شده بود- شناسایی هیجانات منفی و مثبت و درجه‌بندی شدت هیجان سپس تنظیم آن‌ها (تکنیک‌های تنظیم هیجان: توجه‌آگاهی، پذیرش، ارزیابی مجدد و...)- تعیین تکلیف خانگی جدید- جمع‌بندی و بازخورد گرفتن- پایان بخشیدن به جلسه.

جلسه هشتم

بررسی خلق- تنظیم دستور جلسه- به‌روزرسانی اطلاعات مربوط به بیمار- بررسی تکلیف خانگی که جلسه قبل داده شده بود- بررسی انعطاف‌پذیری شناختی (تکنیک‌ها: کشف باورهای مختلف با چالش و مواجهه، دریافت اطلاعات جدید و کشف ناهمخوانی‌های باورها، بررسی سودمندی باورها و...)- اقدام در مورد پیش‌گیری از عود، آماده شدن برای به پایان رساندن درمان- جمع‌بندی و بازخورد گرفتن- و دادن پرسشنامه‌های پژوهش به بیمار برای پاسخ دادن به پرسشنامه‌های پژوهش و پایان بخشیدن به جلسه.

## یافته‌ها

در تحقیق حاضر، در گروه کنترل ۳۳/۳ درصد مرد (۵ نفر) و ۶۶/۷ درصد زن (۱۰ نفر) هستند. در گروه آزمایش ۴۰ درصد مرد (۶ نفر) و ۶۰ درصد زن (۹ نفر) هستند. در گروه کنترل میانگین سن آزمودنی‌ها برابر ۳۵/۶۷ سال، کمترین مقدار برابر ۲۴ و بیشترین مقدار برابر ۴۹ سال است. در گروه آزمایش میانگین سن آزمودنی‌ها برابر ۳۶/۶۰ سال، کمترین مقدار برابر ۲۸ و بیشترین مقدار برابر ۵۰ سال است. همچنین، در گروه کنترل تحصیلات ۲۶/۷ درصد زیردیپلم، ۲۶/۷ درصد دیپلم، ۲۶/۷ درصد لیسانس و ۲۰/۰ درصد فوق لیسانس و بالاتر است. در گروه آزمایش تحصیلات ۲۰/۰ درصد زیردیپلم، ۳۳/۳ درصد دیپلم، ۳۳/۳ درصد لیسانس و ۱۳/۳ درصد فوق لیسانس و بالاتر است. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از تحلیل داده‌ها پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس انجام شد. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف از نرمال بودن داده‌ها حاکی بود و نیز نتایج آزمون لون نشان داد که همگنی واریانس‌ها برقرار است، همچنین پیش فرض همگنی شیب رگرسیون نیز رعایت شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نشخوارفکری، انعطاف‌پذیری شناختی و تنظیم هیجان

متغیرها	مراحل	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشدگی	مینیم	ماکزیمم
نشخوارفکری	پیش آزمون	کنترل	۱۵	۳۴/۲۷	۱۲/۸۲	۰/۵۱	-۰/۸۰	۱۵	۵۷
	آزمایش		۱۵	۳۵/۴۰	۱۲/۶۷	-۰/۲۶	-۰/۱۵	۱۱	۵۶
	پس آزمون	کنترل	۱۵	۳۳/۸۰	۱۲/۴۹	۰/۴۲	-۰/۹۵	۱۶	۵۵
انعطاف‌پذیری شناختی	پیش آزمون	کنترل	۱۵	۷۸/۷۳	۳۰/۶۸	۰/۱۰	-۱/۲۸	۳۳	۱۲۸
	آزمایش		۱۵	۷۹/۶۰	۲۸/۵۸	۰/۳۰	-۰/۸۷	۳۵	۱۲۹
	پس آزمون	کنترل	۱۵	۷۹/۶۷	۳۰/۳۶	۰/۱۰	-۱/۲۶	۳۵	۱۲۹
تنظیم هیجان	پیش آزمون	کنترل	۱۵	۳۷/۸۰	۱۳/۹۴	۰/۰۰	-۱/۲۱	۱۶	۵۸
	آزمایش		۱۵	۳۸/۴۰	۱۲/۸۸	۰/۰۱	-۰/۸۸	۱۷	۵۹
	پس آزمون	کنترل	۱۵	۳۸/۹۳	۱۴/۱۰	۰/۱۵	-۱/۱۹	۱۷	۶۰
	آزمایش		۱۵	۴۳/۴۷	۱۳/۰۶	۰/۰۸	-۱/۰۸	۲۲	۶۳

برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد که از سطح معنی‌داری به دست آمده نتیجه گرفته شد که متغیرهای نشخوارفکری، انعطاف‌پذیری شناختی و تنظیم‌هیجان هم در پیش‌آزمون و هم در پس‌آزمون دارای توزیع نرمال می‌باشند.

جدول ۳. نتایج فرض همگنی شیب رگرسیون‌ها برای نشخوارفکری، انعطاف‌پذیری شناختی

و تنظیم هیجان در دو گروه کنترل و آزمایش

منبع تغییر	متغیر	مجموع مجذور اتا	df	میانگین مجذور اتا	F	سطح معنی‌داری
اثر گروه×پیش آزمون	نشخوارفکری	۷/۰۲۴	۱	۷/۰۲۴	۲/۳۷۱	۰/۱۳۶
	انعطاف‌پذیری شناختی	۰/۴۳۲	۱	۰/۴۳۲	۰/۱۱۷	۰/۷۳۵
	تنظیم هیجان	۰/۰۳	۱	۰/۰۳	۰/۰۰۹	۰/۹۲۷
خطا	نشخوارفکری	۷۷/۰۲۱	۲۶	۲/۹۶۲		
	انعطاف‌پذیری شناختی	۹۵/۷۲۵	۲۶	۳/۶۸۲		
	تنظیم هیجان	۹۰/۵۶۵	۲۶	۳/۴۸۳		

در جدول ۳ فرض همگنی شیب رگرسیون‌ها با استفاده از اثر متقابل گروه و پیش‌آزمون بررسی و ارائه شده است. سطح معنی‌داری اثر گروه \* پیش‌آزمون برای متغیرهای نشخوار فکری برابر ۰/۱۳۶، انعطاف‌پذیری شناختی برابر ۰/۷۳۲ و تنظیم هیجان برابر با ۰/۹۲۷ که در هر سه متغیر بزرگتر از ۰/۰۵ است، در نتیجه فرض همگنی شیب رگرسیون‌ها تأیید می‌شود.

برای برابری خطای واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها از آزمون لون استفاده شد، سطح معنی‌داری آزمون لون برای نشخوار فکری برابر ۰/۸۶۹، انعطاف‌پذیری شناختی برابر ۰/۱۶۳ و تنظیم هیجان برابر ۰/۳۸۲ است. با توجه به بزرگتر بودن سطح معنی‌داری از ۰/۰۵ نتیجه گرفته می‌شود که خطای واریانس متغیرهای وابسته نشخوار فکری، انعطاف‌پذیری شناختی و تنظیم هیجان در گروه‌ها همگن می‌باشد. لذا پیش شرط تحلیل کواریانس برقرار است و می‌توانیم از آن استفاده کنیم.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت نشخوارفکری، انعطاف پذیری شناختی و تنظیم هیجان در پس آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش

منبع تغییر	متغیر	مجموع مجذور اتا	d f	میانگین مجذور اتا	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
اثر پیش آزمون	نشخوارفکری	۳۹۰۸/۷۵۵	۱	۳۹۰۸/۷۵۵	۱۲۵/۷۰۸ ۵	۰/۰۰۱	۰/۹۷۹
	انعطاف پذیری شناختی	۲۳۸۷۰/۵۱	۱	۲۳۸۷۰/۵۱	۶۷۰/۵۷۴ ۲	۰/۰۰۱	۰/۹۹۶
	تنظیم هیجان	۵۰۸۲/۰۷۲	۱	۵۰۸۲/۰۷۲	۱۵۱/۶۰۷ ۴	۰/۰۰۱	۰/۹۸۲
اثر گروه	نشخوارفکری	۱۶۱/۸۸۴	۱	۱۶۱/۸۸۴	۵۲/۰۰۶	۰/۰۰۱	۰/۶۵۸
	انعطاف پذیری شناختی	۱۲۸/۹۲۳	۱	۱۲۸/۹۲۳	۳۶/۲	۰/۰۰۱	۰/۵۷۳
	تنظیم هیجان	۱۱۵/۸۳۸	۱	۱۱۵/۸۳۸	۳۴/۵۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۶۱
خطا	نشخوارفکری	۸۴/۰۴۵	۲ ۷	۳/۱۱۳			
	انعطاف پذیری شناختی	۹۶/۱۵۸	۲ ۷	۳/۵۶۱			
	تنظیم هیجان	۹۰/۵۹۵	۲ ۷	۳/۳۵۵			
کل	نشخوارفکری	۳۴۸۱۰	۳ ۰				
	انعطاف پذیری شناختی	۲۲۶۶۹۵	۳ ۰				
	تنظیم هیجان	۵۶۵۰	۳ ۰				

جدول ۵. میانگین تعدیل شده متغیرها

متغیر	گروه	تعداد	میانگین تعدیل شده	خطای معیار
نشخوار فکری	کنترل	۱۵	۳۴/۳۲۵	۰/۴۵۶
	آزمایش	۱۵	۲۹/۶۷۵	۰/۴۵۶
انعطاف پذیری شناختی	کنترل	۱۵	۸۰/۰۹۳	۰/۴۸۷
	آزمایش	۱۵	۸۴/۲۴	۰/۴۸۷
تنظیم هیجان	کنترل	۱۵	۳۹/۲۳۴	۰/۴۷۳
	آزمایش	۱۵	۴۳/۱۶۶	۰/۴۷۳

با توجه به جدول ۴ ملاحظه می‌شود اثر گروه برای متغیر نشخوار فکری در سطح احتمال ۹۹ درصد معنی دار می‌باشد ( $p = ۰/۰۰۱$ )،  $F = ۵۲/۰۱$ ). یعنی پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، میزان نشخوار فکری در پس‌آزمون در گروه کنترل و گروه آزمایش دارای تفاوت معنی داری می‌باشد (جدول ۵). از طرفی میانگین‌های تعدیل شده حاکی است که میزان نشخوار فکری در گروه آزمایش ( $m = ۲۹/۶۸$ ) به طور معنی داری کمتر از گروه کنترل ( $m = ۳۴/۳۳$ ) است. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که درمان شناختی رفتاری بر کاهش نشخوار فکری بیماران مبتلا به افسردگی اساسی تأثیر مثبت معنی داری دارد. با توجه به جدول ۴ که اثر گروه برای متغیر انعطاف‌پذیری شناختی در سطح احتمال ۹۹ درصد معنی دار می‌باشد ( $p = ۰/۰۰۱$ )،  $F = ۵۷/۰$ )، یعنی پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، میزان انعطاف‌پذیری شناختی در پس‌آزمون در گروه کنترل و گروه آزمایش دارای تفاوت معنی داری می‌باشد. از طرفی میانگین‌های تعدیل شده حاکی است که میزان انعطاف‌پذیری شناختی در گروه آزمایش ( $m = ۸۴/۲۴$ ) به طور معنی داری بیشتر از گروه کنترل ( $m = ۸۰/۰۹$ ) است (جدول ۵). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که درمان شناختی رفتاری بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی تأثیر مثبت معنی داری دارد. با توجه به جدول ۴ که اثر گروه در سطح احتمال ۹۹ درصد معنی دار می‌باشد ( $p = ۰/۰۰۱$ )،  $F = ۳۴/۵۲$ )، یعنی پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، میزان تنظیم هیجان در پس‌آزمون در گروه کنترل و گروه آزمایش دارای تفاوت معنی داری می‌باشد. از طرفی میانگین‌های تعدیل شده حاکی است که میزان تنظیم هیجان در گروه آزمایش ( $m = ۴۳/۱۷$ ) به طور معنی داری بیشتر از گروه کنترل ( $m = ۳۹/۲۳$ ) است (جدول ۵). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که درمان شناختی رفتاری بر افزایش تنظیم هیجان بیماران مبتلا به افسردگی اساسی تأثیر مثبت معنی داری دارد.

## بحث و نتیجه‌گیری

نتیجه به دست آمده از فرضیه اول نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر کاهش نشخوار فکری بیماران مبتلا به افسردگی اساسی تأثیر مثبت معنی داری دارد. نتیجه به دست آمده با پژوهش‌های میرزائیان و همکاران (۱۴۰۲)، سادات موسوی و همکاران (۱۴۰۱)، قهاری و همکاران (۱۴۰۱)، فیلی و همکاران (۱۳۹۱)، لنگنکر و همکاران (۲۰۲۳) و هون گارد (۲۰۱۵) همسو می‌باشد. افراد با داشتن نشخوار فکری، افکار و احساساتی را تجربه می‌کنند که باعث تشدید یا تقویت باورهای معیوب و نادرست در آنان می‌گردد. چنین باورهایی می‌توانند به رفتارهای مشکل‌زا منجر گردند و جنبه‌های مختلف زندگی فرد شامل خانواده، روابط عاطفی، کار و تحصیل را تحت تأثیر قرار دهند. در نتیجه این الگوهای فکری منفی، ممکن است فرد شروع به کنارگیری از اجتماعات کند و یا از فرصت‌های پی‌آمد برای ارتقاء در کار یا تحصیل صرف نظر نماید. اما هنگامی که با کمک درمان شناختی رفتاری، خطاهای شناختی معمول خود را تشخیص دهد می‌تواند شیوه‌های فکری خود را به صورتی کارآمد اصلاح کند. بر اساس نظریه کنش‌اجرایی خود نظم بخش نیز، اختلالات روانشناختی بیماران وقتی تداوم می‌یابند که نشخوار فکری از فرد ناشی شود و در موقعیت‌های مشکل‌زا فعال شده و پردازش شود. در این پژوهش مشخص شد، درمان شناختی رفتاری بر کاهش نشخوار فکری اثربخش است. مداخله درمانی شناختی رفتاری به دلیل اینکه بیماران در این نوع درمان تفکر و احساس، باورهای مطلق در مورد خود و دیگران، و استانداردهای وضع شده برای خود و دیگران را سازماندهی کردند،

بر کاهش نشخوار افکار، تجسمات و نگرش ناکارآمد که با افکار غیرمنطقی مرتبطاند، اثر گذاشته و بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، نشخوارذهنی (بایدها و اجبارها) دربارهٔ موقعیت‌ها و شرایط را تغییر دادند (شاه‌نظری و حائری، ۱۳۹۵).

می‌توان گفت درمان شناختی رفتاری، از طریق تشخیص خطاهای شناختی، چالش با آن‌ها و آزمایش رفتاری، محتوای نشخوارفکری بیماران را تغییر داد و با این نوع درمان نشخوارگری این افراد را تعدیل کرد. و با اصلاح طرح‌های شناختی این افراد از طریق سازماندهی فرآیند افکار، سرزنش کردن خود به دلیل بیماری، واکنش‌های منفی به دلیل ناکامی و نوع بیماری، مشکلات هیجانی و نگرانی‌های همراه با اضطراب (اجتناب نمودن، وابستگی، درماندگی نسبت به تغییر و پاسخ‌های نشخواری) که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود را کاهش داد. در این درمان به بیمار آموزش داده می‌شود که تفکرها و تصورات خود را در مورد رخدادها ناخوشایند به طور عینی ارزیابی کند و با آموزش مهارت حل مسئله موجب کاهش نشخوارفکری بیماران می‌شود. این مدل درمانی تأکید بر این دارد که فرایندهای فکری تأثیر عمده‌ای بر کیفیت زندگی افراد دارد.

نتیجه به دست آمده از فرضیه دوم نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی تأثیر مثبت معنی‌داری دارد. نتیجه به دست آمده با پژوهش‌های باروتی و همکاران (۱۴۰۲)، باقری شیخانگفشه و همکاران (۱۴۰۲)، فاضلی و همکاران (۱۳۹۳)، لاکتر و همکاران (۲۰۲۲) و ناگاتا و همکاران (۲۰۱۸) همسو می‌باشد. نظریه انعطاف‌پذیری شناختی بر ماهیت یادگیری در حیطه‌های پیچیده و بد ساختار تمرکز می‌کند. طبق این نظریه، یادگیرنده موفق کسی است که می‌تواند در پاسخ به خواست‌های موقعیتی متنوع به راحتی دانش را مجدداً سازماندهی کرده و به کار ببرد. یادگیرندگان برای به دست آوردن این انعطاف‌پذیری شناختی باید پیچیدگی کامل مسائل را درک کنند و به دفعات فضای مسأله را بررسی کنند تا ببینند چگونه تغییر در متغیرها و اهداف می‌تواند فضا را تغییر دهد. این نظریه تا حد زیادی با انتقال دانش و مهارت‌ها فراتر از موقعیت‌های یادگیری اولیه ارتباط دارد. به همین دلیل بر ارایه اطلاعات از دیدگاه‌های متعدد و استفاده از مطالعات موردی زیادی تأکید می‌کند. نتیجه به دست آمده از این فرضیه نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی تأثیر دارد. در تبیین می‌توان گفت که مداخله درمان شناختی رفتاری، یک درمان مؤثر برای تقویت انعطاف‌پذیری شناختی است، زیرا به افراد این امکان را می‌دهد تا مکانیسم‌های اساسی یادگیری رفتار و مهارت‌های لازم برای مدیریت رفتارهای خود را درک کنند. با کمک آموزش تکنیک‌های شناختی درمانی، شناسایی و چالش با تفکرات منفی، جستجوی کمک برای یافتن روش‌های جایگزین تفکر است که با این روش با ایجاد تغییر و دگرگونی در نظام شناختی فرد منجر به تغییر واکنش‌های او به وسیله کیفیات شناختی شده و فرد می‌تواند به طور صحیح واقعیت‌ها را درک و تفسیر کند. بکارگیری تکنیک‌های شناختی، توانست افراد شرکت‌کننده را از اتخاذ یک روش و سبک فکری ناکارآمد رها کرده و مهارت انتخاب سبک‌های مختلف فکری را به فرد ارائه دهد. همچنین توانست به افراد کمک کند تا با استفاده از تکنیک‌های مربوط، در خود چرخش ذهنی ایجاد کرده و خود را از فشاری که بر آن‌ها تحمیل شده است، رها کند. متخصصان درمان شناختی رفتاری معتقدند مهم نیست چه اتفاقی افتاده است، اما مهم است که چگونه این رویدادها تفسیر می‌شود. در این مداخله تحریف‌های شناختی شناسایی می‌شوند و پیوند آن‌ها با طرحواره‌های زیربنایی ترسیم می‌شود. افراد یاد می‌گیرند که چگونه افکار و احساسات خود را ثبت کنند. باید باورهای اساسی به آن‌ها نشان داده شود و رابطه آن‌ها با مشکلات فعلی روشن شود. سپس به آن‌ها می‌توان با حذف تدریجی و جایگزینی باورهای ناکارآمد با باورهای کارآمد کمک کرد.

نتیجه به دست آمده از فرضیه سوم نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر افزایش تنظیم هیجان بیماران مبتلا به افسردگی اساسی تأثیر مثبت معنی‌داری دارد. نتیجه به دست آمده با پژوهش‌های اصغری شریبانی و همکاران (۱۴۰۲)، روحی و همکاران (۱۴۰۱)، طوافی و همکاران (۱۳۹۹)، پروسنر و همکاران (۲۰۲۴)، کاتورانی و همکاران (۲۰۱۸) و فورکمن و همکاران (۲۰۱۴) در یک راستا می‌باشد. از آنجا که تنظیم هیجان بخش مهمی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می‌دهد، اختلال در آن موجب مشکلاتی همچون افسردگی می‌شود. درمان شناختی رفتاری باعث می‌شود که افراد به جای چالش و پرهیز از افکار و احساسات ناراحت‌کننده، با برقراری یک سبک ارتباطی متفاوت بدون واکنش و نوعی شیوه جدید پردازش اطلاعات، افکار و احساسات ناراحت‌کننده خود را بدون داوری و ارزیابی

اصلاح کنند و از این راه با حساسیت زدائی با آن‌ها کنار بیایند. برخی از پژوهشگران بر این باورند که به کارگیری روش‌های درمان شناختی رفتاری به علت سازوکارهای نهفته در آن می‌تواند ضمن کاهش علائم اجتناب، کمک نماید فرد را در برخورد مسئله‌مدار و مستقیم با مشکلات و گزینه‌ها رهنمون سازد. (فورکمن و همکاران، ۲۰۱۴). در این پژوهش مشخص شد درمان شناختی رفتاری بر افزایش تنظیم هیجان اثربخش است. کاتورانی و همکاران (۲۰۱۸) نیز در پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مؤثر است. در تبیین تأثیر درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان می‌توان اظهار داشت که با کمک درمان شناختی رفتاری، بیماران مبتلا به افسردگی اساسی فرا گرفتند که شناخت‌ها، احساسات و واکنش‌های خود را نسبت به حالت هیجانی و ارتباط با جامعه را ارتقا دهند و با نگرستن به طرف روشن قضایا و ارزیابی واقع‌بینانه و مثبت به دلیل شرایطی که دارند، تحمل و انعطاف آنان در برابر چالش‌های فردی و اجتماعی بیشتر شود. درمان شناختی رفتاری شیوه‌ای درمانی است که در آن به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتار ناکارآمد خود را تشخیص دهد. برای این که بتواند این رفتار ناکارآمد را تغییر دهد، از بحث‌ها و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان‌یافته استفاده می‌شود. یکی از تکنیک‌های مورد استفاده در درمان شناختی رفتاری آموزش تکنیک فعال سازی رفتاری است که برای کاهش افسردگی و بی‌انگیزگی استفاده می‌شود. این تکنیک به فرد می‌آموزد که با شناسایی رفتارهای لذت بخش، آنها را افزایش دهد و همین امر منجر به حضور بیشتر در شرایط اجتماعی می‌شود. درمان شناختی رفتاری با بازسازی شناختی و اصلاح باورهای بنیادین به زندگی فرد رنگ و بوی تازه می‌دهد و انگیزه زندگی ایجاد می‌کند (دبویرس و همکاران، ۲۰۲۲). افرادی که دارای تنظیم هیجانی بالایی هستند، هنر مرآوده با مردم و مهارت کنترل و اداره احساسات دیگران را دارند. این مهارت‌ها محبوبیت، قوه رهبری و نفوذ شخصی را تقویت می‌کند و فرد را در هر گونه فعالیت اجتماعی و ارتباط صمیمانه با دیگران موفق می‌سازد. چنین افرادی با شناخت و بصیرت درونی که نسبت به تمایلات که نسبت به تمایلات عاطفی خود و دیگران دارند، بهترین عملکرد را در موقعیت‌های گوناگون زندگی بروز می‌دهند. تنظیم هیجان، آگاهی از احساس و استفاده از آن برای اتخاذ تصمیم‌های مناسب در زندگی و توانایی تحمل ضربه‌های روحی و مهار آشفته‌گی‌های روانی است و اعتماد به نفس و کنترل درونی افراد را افزایش می‌دهد. بنابراین، آن‌ها در مقابل مشکلات خانوادگی، اجتماعی، جرم و جنایت، اختلال‌های روانی و رخداد‌های ناگهانی ایمن می‌سازد. در نتیجه، خانواده‌ای سالم و مستحکم و در پی آن، جامعه‌ای سرشار از آرامش و امنیت به ارمغان می‌آورد (هادی، ۱۳۹۱).

درمان شناختی رفتاری با مکانیزم‌هایی که به همراه دارد در بهبودی تنظیم هیجان فرد مؤثر می‌باشد. تنظیم هیجان را می‌توان ناشی از افکار، باور و رفتارهای نامناسب دانست. تنظیم هیجان را می‌توان از طریق اصلاح افکار و هیجانات و رفتار مورد بازبینی قرار داد. درمان شناختی رفتاری به صورت گسترده از ابعاد مختلفی مانند آموزش مهارت‌های مختلف ارتباطی، کلامی، غیرکلامی و مدیریت خشم در تنظیم هیجان افراد مؤثر می‌باشد. درمان شناختی رفتاری از طریق تشخیص خطاهای شناختی، چالش با آن‌ها و آزمایش رفتاری، محتوای افکار منفی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی درباره خود و اجتماع را تغییر داده و هیجانات منفی درباره خود و اجتماع را تعدیل کرد. بنابراین این درمان با کشف و اصلاح افکار منفی و تفکرات غیر منطقی این افراد از طریق سازمان‌دهی فرآیند افکار و باورهای ناکارآمد به کاهش نیازمندی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی به تأیید دیگران، انتظارات بالا از خود، سرزنش کردن خود به دلیل طلاق، مشکلات هیجانی و عدم خودکنترلی و نگرانی‌های همراه با اضطراب و درماندگی نسبت به تغییر منجر می‌گردد و در نهایت به افزایش تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی منجر می‌شود.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی شامل محدودیت زمانی، استفاده از پرسشنامه که ممکن است تمامیت مفهوم را به درستی اندازه‌گیری نکند و پاسخگویان جواب‌های محتاطانه ارائه دهند، می‌باشد. در انتها به درمانگران توصیه می‌شود با برگزاری دوره‌های درمان شناختی رفتاری برای بیماران مبتلا به افسردگی اساسی زمینه لازم را برای آموزش تکنیک‌های تنظیم هیجان و کاستن از واکنش‌پذیری هیجانی آن‌ها، انتخاب سبک‌های مختلف فکری و راه‌حل‌های مختلف برای مسائل که در افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و کنترل هیجانات می‌تواند موثر واقع شود. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی، به بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی با نشخوار فکری، انعطاف‌پذیری شناختی و تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی پرداخته شود.

## سپاسگزاری

از تمام افرادی که در انجام این مطالعه همکاری نمودند تشکر و قدردانی به عمل می آید.

## موازین اخلاقی

تمام موازین اخلاقی اعم از محرمانه بودن اطلاعات، حضور آگاهانه شرکت کنندگان و حق انصراف در هر مرحله از پژوهش، به طور کامل رعایت شده است.

## مشارکت نویسندگان

این مقاله بر اساس یافته های مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد خانم فاطمه خدمتی تحت راهنمایی دکتر سعید نچارپور استادی انجام شده است.

## تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

## منابع

- اسمعیلی، احمد، اسدنیاء، سعید، عیسی زاده، افشین، امیرسرداری، لیلی، عیسی زادگان، علی، و انصاری، بهجت. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش سطح افسردگی و بهبود سبک زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۴(۱۰)، ۸۲۲-۸۱۲.
- اصغری شریبانی، عباس، عطادخت، اکبر، حاجلو، نادر، و میکاییلی، نیلوفر. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین بر تنظیم هیجان و تحریک پذیری دانش آموزان دارای اختلال بی نظمی خلق اخلاکگر. *نشریه پرستاری کودکان*، دوره ۹، شماره ۴، ۵۵-۶۴.
- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۱۳۹۷). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی DSM-5* ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: نشر روان. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۱۳).
- باروتی، مهشید، چین آوه، محبوبه، و ساعدی، سارا. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر انعطاف پذیری شناختی و افکار خودآیند منفی در بیماران دارای اختلال افسردگی اساسی: یک کارآزمایی تصادفی شده در شهر تهران. *مجله مطالعات ناتوانی*. (۱۳): ۴۵، ۴۷-۳۲.
- باقری شیخانگفته، فرزین، صوابی نیری، وحید، نخستین آصف، زهرا، و بوربور، زینب. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر دشواری تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی اجباری. *فصلنامه روانشناسی*، ۲۷، ۲۸-۳۷.
- بک، جودیت. اس. (۱۳۹۹). *درمان شناختی رفتاری: اصول پایه و فراتر از آن*. ترجمه سوده آقامحمدی، محمدرضا محمدی و مریم سلمانیان. تهران: نشر: ارجمند (انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۱۱).
- تاجری، بیوک. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افسردگی و اضطراب معتادین به شیشه. *اندیشه و رفتار*، ۱۰ (۳۹).
- جواهری رانی، راضیه، عاقبتی، اسما، جوکار، ساناز و عطایی، شیما. (۱۳۹۸). پرسشنامه نشخوار فکری مشترک: تعیین ویژگی های روانسنجی در نوجوانان ایرانی. *نهمین همایش سراسری روانپزشکی کودک و نوجوان*.



خدای، نغمه، ملکپور، مختار، قمرانی، امیر، و آتشپور، حمید. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی ویژه کودکان با نافرمانی مقابله‌ای و درمان شناختی رفتاری بر تعاملات کودک با معلم. *فصلنامه علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان*. ۲۲(۱). مسلسل ۸۳.

روحی، مژگان، منظری توکلی، علیرضا، و تجربه کار، مهشید. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی: یک مطالعه نیمه تجربی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، دوره ۲۱، ۱۰۷۰-۱۰۵۵. زنجان، زهرا، مقبلی هنزائی، معصومه، و محسن آبادی، حمید. (۱۳۹۷). رابطه بین افسردگی، تحمل پریشانی و مشکل در تنظیم هیجان با اعتیاد به استفاده از تلفن همراه در دانشجویان دانشگاه کاشان. *دو ماهنامه علمی پژوهشی فیض*، ۲۲(۴). ۴۱۱-۴۲۰.

سادات موسوی، مریم، سادات طباطبایی نژاد، فاطمه، و بنی طب، سیدمصطفی. (۱۴۰۱). تاثیر درمان ذهن آگاهی مثبت محور و درمان شناختی رفتاری بر نشخوار فکری و بهزیستی روانشناختی دانشجویان افسرده دانشکده توانبخشی. *مجله توسعه آموزش جندی شاپور*، ۱۳(۲)، ۲۲-۳۵.

سادوک، بنجامین جیمز، و سادوک، ویرجینیا آلکوت. (۱۴۰۲). *خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری/ روان پزشکی بالینی (چاپ هفتم، جلد دوم)*. ترجمه فرزین رضاعی. تهران: نشر ارجمند.

شاهنظری، مهدی، و حائری، هایده. (۱۳۹۵). تاثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر نشخوارذهنی و اضطراب بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، دوره ۷، شماره ۱. ص ۱۵۵-۱۶۷.

طوافی، مارال، حاتمی، محمد، احدی، حسن، و صرافی زاده، سارا. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان گروهی نظم‌جویی هیجانی و درمان شناختی رفتاری در تنظیم هیجان افراد دارای اضافه وزن. *اندیشه و رفتار*، ۱۴(۵۵)، ۲۷-۳۶.

فارسی نژاد، معصومه، کرمی، ابوالفضل، و اسدزاده، حسن. (۱۳۹۷). اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر ملال تحصیلی و اضطراب امتحان دانش آموزان دختر دبیرستانی. *نشریه علمی پژوهشی آموزش و ارزشیابی*. ۱۱(۴۴)، ۱۱۹-۱۴۳.

فاضلی، مژگان، احتشام‌زاده، پروین، و هاشمی شیخ‌شبان، اسماعیل. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر انعطاف‌پذیری شناختی افراد افسرده. *اندیشه و رفتار*، ۹(۳۴): ۳۶-۲۶.

فیلی، علیرضا، برجعلی، احمد، سهرابی اسمرود، فرامرز، و فرخی، نورعلی. (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی روش درمان شناختی رفتاری با روش درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن تیزدل بر نشخوار فکری زنان نابارور افسرده. *ارمغان دانش. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج*. ۱۷(۱).

قهراری، ساناز، بزازیان، سعیده، و قدرتی، سیما. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش شناختی رفتاری بر نشخوار فکری و دلزدگی زناشویی در معلمان زن در ایام قرنطینه کرونا. *رویش روانشناسی*، ۱۱(۸).

میرزائیان، نیما، وفایی نژاد، زهرا، زمان پور، زهرا، شعبان نژاد، آریانا، و عباسین، آیلین. (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نشخوار فکری نوجوانان خود آسیب‌رسان بدون قصد خودکشی. *مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان*، ۴(۳). ۱۵۹-۱۶۷.

هادی، مهدی. (۱۳۹۱). *هوش هیجانی. فصلنامه پژوهش*. ۲۳: ۶۲-۶۴.

هالجن، ریچارد پی، و ویتورن، سوزان کراس. (۱۳۹۹). *آسیب شناسی روانی دیدگاه‌های بالینی درباره اختلالات روانی (جلد دوم)*. ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: نشر روان (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۰).

Abramowitz, J. S., & Reuman, L. (2020). *Obsessive-compulsive disorder*. Encyclopedia of personality and individual differences, 3304-3306.

Almarzooqi, S., Chilcot, J., & McCracken, L.M. (2017). The Role of psychological flexibility in migraine headache impact and depression. *Contextual Behav Sci*. 6(2): 43-239.

- Amberly, K.P., Daphne, A.D., Amanda, M.R., Nicole, A.S., & Norman, B.S. (2015). The role of cognitive processes of rumination. *Personality and Individual Differences Journal*, 8(6): 277-281.
- Bagherinejad, M., Salehi Fedredi, J., & Tabatabai, S. (2010). The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian students. *Educational and Psychological Studies*, 11(1), 38-21.
- Balzarotti, S., John, O.P., & Gross, J.J. (2010). An Italian adaption of the emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*. 26(1): 61-67.
- Brooks, B.L., Iverson, G.L., Shrman, E.M.S., Robergs, M.C. (2010). Identifying cognitive problems in children and adolescents with depression using computerized neuropsychology testing. *Apple Neuropsychology*, 17(1), 37-43.
- Caudek, C., Sica, C., Marchetti, I., Colpizzi, I., & Stendardi, D. (2020). Cognitive inflexibility specificity for individuals with high levels of obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 30(2), 103-113.
- Daivid, D., Szentagotivorel, A., Csman, D. (2008). Rational Emotional behavior therapy in the Treatment of major Depression. *Journal Clinical Psychology*, 64, 728-746.
- Darby, K.P., Castro, L., Wasserman, E.A., & Sloutsky, V.M. (2018). Cognitive flexibility and memory in pigeons, human children and adults. *Cognition*, 177, 30-40.
- De Beurs, E., Carlier, I., Van Hemert, A. (2022). Psychopathology and health-related quality of life as patient-reported treatment outcomes: evaluation of concordance between the Brief Symptom Inventory (BSI) and the Short Form-36 (SF-36) in psychiatric outpatients. *QLR*, 31(5): 1461-71.
- Den Ouden, L., Tiego, J., Lee, R. S., Albertella, L., Greenwood, L. M., Fontenelle, L., & Segrave, R. (2020). The role of Experiential Avoidance in transdiagnostic compulsive behavior: A structural model analysis. *Addictive Behaviors*, 108, 106464.
- Dobson, D., Dobson, K.S. (2018). *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. New York: Guilford publications 14-52.
- Forkmann, T., Scherer, A., Pawelzik, M., Mainz, V., Druke, B., & et al. (2014). Does cognitive behavioral therapy alter emotion regulation in patients with a depressive disorder? *Psychology Res Behave Manag*, 7, 147-153.
- Gottman, J. (2011). Emotion intelligence, introduction taken from the book raising emotionally intelligent child. *Journalism Quarterly*, 60, 615-621.
- Holzel, L., Harter, M., Reese, C., Kriston, L. (2011). Risk factors for chronic depression-A systematic review. *Journal Affective Disorder*; 129 (1): 1-13.
- Howton, A., Green, C., Dickens, A.P., Richards, S.H., Taylor, R.S., Edwards, R., et al. (2014). The impact of social isolation on the health status and health related quality of life of older people. *Quality of Life Research*. 20(1): 57- 67.
- Hvenegaard, Morten., Watkins, Ed R., Poulsen, Stig., Rosenberg, Nicole K., Gondan, Matthias., Grafton, Ben., Austin, Stephen F., Howard, Henriette., & Moeller, Stine B. (2015). Rumination-focused cognitive behaviour therapy vs. cognitive behaviour therapy for depression: study protocol for a randomised controlled superiority trial. *Trials*, 16(1), 344.
- Jahnco, C., Wuthrich, V.M., & Rapee, R.M. (2014). The influence of cognitive flexibility on treatment outcome and cognitive restructuring skill acquisition during cognitive behavioral treatment for anxiety and depression in older adults: results of a pilot study. *Behavioral Research and Therapy*, 10: 1-33.
- Kafetsios, K., Athanasiadou, M., & Dimou, N. (2013). Leaders and subordinates attachment orientation, emotion regulation capabilities and effect at work: A multilevel Analysis. *The Leadership Quarterly*, 20, 119-131.
- Kashdan, J., Roitenberg, J. (2010). Psychological flexibility as fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*. 30(7): 865-878.

- Katoorani, S.M., Ahmadian, H., & Shams Alizadeh, N. (2018). Evaluate the effectiveness of cognitive behavioral therapy on emotion regulation and cognitive processing in patients with MDD. *European Journal of Behavioral Sciences*, 1(2): 1-11.
- Kim, K. L., Christensen, R. E., Ruggieri, A., Schettini, E., Freeman, J. B., Garcia, A. M., & Dickstein, D. P. (2019). Cognitive performance of youth with primary generalized anxiety disorder versus primary obsessive compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 36(2), 130-140.
- Lackner, J. M., Gudleski, G. D., Radziwon, C., Krasner, S. S. Firth, R. S., & et al. (2022). Cognitive flexibility improves in cognitive behavioral therapy for irritable bowel syndrome but not nonspecific education/support. *Behaviour Research and Therapy*, 154, 104033. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104033>
- Langenecker, S., Schreiner, M. W., Bessette, K., Roberts, H., Thomas, L., & et al. (2023). Rumination-Focused Cognitive Behavioral Therapy Reduces Rumination and Targeted Cross-network Connectivity in Youth with a History of Depression: Replication in a Preregistered Randomized Clinical Trial. *Biol Psychiatry Glob Open Sci.* 3; 4(1):1-10. doi: 10.1016/j.bpsgos.2023.08.012.
- Logue, S.F., Gould, T.J. (2014). The neural and genetic basis of executive function: attention, cognitive flexibility, and response inhibition. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. 123: 45-54.
- Mahmoud alilou, M., Ghasempour, A., Azimi, Z., Akbari, E., Fahimi, S. (2012). Role of emotion regulation strategies in the prediction of borderline personality disorder symptoms. *Andishe va rafter*. 6(24): 9-18.
- Meiran, N., Diamond, G.M., Toder, D., Nemets, B. (2011). Cognitive rigidity in unipolar depression and obsessive Compulsive disorder: examination of task switching, Stroop, working memory updating and post mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control, *Personality and Individual difference*. 46, 94-99.
- Nagata, S., Seki, Y., Shibuya, T., Yokoo, M., Murata, T., & et al. (2018). Does cognitive behavioral therapy alter mental defeat and cognitive flexibility in patients with panic disorder. *BMC Res Notes*. 11:23.
- Pollock, N.C., McCabe, G.A., Southard, A.C., & Zeigler-Hill, V. (2016). Pathological personality traits and emotion regulation difficulties. *Personality and individual difference journal*, 95(17): 168-177.
- Pruessner, L., Timm, C., Kalmar, J., Bents, H., Barnow, S., & Mander, J. (2024). Emotion regulation as a mechanism of mindfulness in individual cognitive-behavioral therapy for depression and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 2024, Article 9081139. <https://doi.org/10.1155/2024/9081139>
- Rosa-Alcázar, A. I., Rosa-Alcázar, Á., Martínez-Esparza, I. C., Storch, E. A., & Olivares-Olivares, P. J. (2021). Response Inhibition, Cognitive Flexibility and Working Memory in Obsessive-Compulsive Disorder, Generalized Anxiety Disorder and Social Anxiety Disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3642.
- Shams S. (2022). Predicting Covid Disease -19 Anxiety Based on Perceived Stress and Anxiety Sensitivity in Nurses: The Mediating Role of Cognitive Flexibility. *JHPM*; 11 (3):1-14
- Shareh, H., Farmani, A., Soltani, E. (2014). Investigation the reliability and validity of the cognitive flexibility inventory (CFI) among Iranian university students. *Practice in Clinical Psychology*. 2(1): 43-50.
- Tamir, M. (2016). Why do people regulation their emotion? A Taxonomy of motive in emotion regulation. *Personality and social psychology review*. 20(3): 199-222.
- Tousignant, O.H., Taylor, N.D., Suvak, M. K. and Fireman, G.D. (2018). Effect of rumination and Worry on sleep, *Journal of behavior Therapy*, In press.
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema. (2003). Ruminative reconsidered: A Psychometric Analysis. *Cognitive Therapy and Research*. 27(3), 247-259.

- Turan, Z., Kucuk S., & Cilligol Karabey, S. (2022). The university students' self-regulated effort, flexibility and satisfaction in distance education. *Inter J Educ Tech High Educ*; 19(1):1-9.
- Watkins, E.R., Mullan, E., Wingrove, J., Rimes, K., Steiner, H. & et al. (2011). Rumination focused cognitive Behavioral therapy for residual depression: Phase II Randomised controlled trial. *Br J psychiatry*; 199(4): 22-317.
- Whiting, D.L., Deane, F., McLeod, H., Ciarrochi, J., & Simpson, G. (2014). Exploring the relationship between cognitive flexibility and psychological flexibility after acquired brain injury. *Brain Injury*. 28(5-6): 7-646.
- Yap, K., Mogan, C., Moriarty, A., Dowling, N., Blair-West, S., & et al. (2018). Emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 74(4): 695-709.