

اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری بر انعطاف پذیری شناختی افراد افسرده

مژگان فاضلی^۱، پروین احتشام زاده^۲

و سید اسماعیل هاشمی شیخ شبانی^۳

در نظریه ی انعطاف پذیری شناختی، سلامت روان به عنوان پذیرش محیطهای درونی و بیرونی خود فرد و تعهد به فعالیتهایی در نظر گرفته می شود که از لحاظ ارزشمندی باثبات است. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر انعطاف پذیری شناختی افراد افسرده بود. بدین منظور، طی یک پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل ۳۷ نفر از بین دانشجویان دانشگاه اهواز که علایم خفیف افسردگی داشتند، با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل کاربندی شدند (۲۱ نفر گروه آزمایش و ۱۶ نفر در گروه کنترل). گروهها در ابتدا و انتهای پژوهش از نظر افسردگی و انعطاف پذیری شناختی مورد آزمون قرار گرفتند سپس گروه آزمایش به مدت دو ماه (۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای) تحت درمان شناختی- رفتاری گروهی قرار گرفتند، تحلیل مانکوا نشان داد درمان شناختی- رفتاری بر افزایش انعطاف پذیری شناختی اثربخش بوده است و این تاثیر تا مرحله پیگیری تداوم داشته است. به نظر می رسد با استفاده از تکنیک های شناختی- رفتاری و تمرین های آن می توان انعطاف پذیری را افزایش داد و در نهایت خلق را بهبود بخشید.

واژه های کلیدی: درمان شناختی- رفتاری، انعطاف پذیری شناختی، افسردگی

مقدمه

افسردگی یکی از مهمترین بیماریهای ناتوان کننده است که امروزه تعداد زیادی از مردم دچار آن شده اند. این بیماری توانایی فرد را در عملکرد، تفکر و احساس، تحت تاثیر قرار می دهد و یک مشکل خلقی خاص است که با اندوه، یاس و ناامیدی فراگیر، مشخص می شود. فرد افسرده اغلب لذت بردن از زندگی را مشکل می یابد، احساس تنهایی شدیدی می کند و برای درگیر شدن در فعالیتهای روزمره

۱. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران (نویسنده ی مسول) mozhgan_fazeli@yahoo.com

۲. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران

۳. دپارتمان روان شناسی صنعتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

زندگی از نیرویی کم برخوردار است. بسیاری از مردم در دوره‌هایی از زندگی خود نسبت به رویدادهای زندگی احساس دل‌سردی می‌کنند ولی افسردگی واقعی، عمیق‌تر و طولانی‌تر است و کل وجود شخص را تحت تاثیر قرار می‌دهد. پژوهش‌های زیادی (فارین، هال، یونین و همکاران، ۲۰۰۳؛ واتاری، لتامندی، الدرکین و همکاران، ۲۰۰۶؛ کان، زانگ، وانگ، وانگ و شان، ۲۰۰۶؛ هینکلمن، مویتس، بوتسنگارد و همکاران، ۲۰۰۹؛ پریس، کوکراوا، لوفسکی و همکاران، ۲۰۰۹؛ بروک، لورسون، شرم و همکاران، ۲۰۱۰؛ مرین، دیاموند، تودر و همکاران، ۲۰۱۱) همبستگی بین انعطاف پذیری شناختی افسردگی را مورد تایید قرار داده اند. درمورد مفهوم انعطاف پذیری شناختی نیز پژوهش‌های زیادی صورت پذیرفته است اما، در حال حاضر اتفاق نظری در مورد چگونگی تعاریف این مفهوم یا سنجش آن وجود ندارد. انعطاف پذیری شناختی که حدود چهار دهه است مورد توجه و علاقه محققان قرار گرفته (چنگ، ۲۰۰۳) در اواسط دهه ی ۸۰ میلادی همزمان با شکل گیری نظریه ی طرحواره ها که ریشه در دانش حافظه داشت، رشد کرد (کواکچیک و داوسن، ۲۰۰۳).

مطابق با نظریه ی انعطاف پذیری شناختی، سلامت روان یعنی پذیرش محیط‌های درونی و بیرونی خود فرد و تعهد به فعالیت‌هایی که از لحاظ ارزشمندی باثبات است. شکل‌های مختلف آسیب شناسی روانی نیز براساس انعطاف پذیری شناختی به وسیله ی افراط در قوانین رفتاری و عاطفی ناسازگارانه یا به وسیله ی رفتارهایی ارزش محور و حساسیت به احتمالات که مربوط به آینده است، شرح داده می‌شوند (ماسودا و تالی، ۲۰۱۲). انعطاف پذیری شناختی می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی سازگار کند (دیکستین، نلسون، مک کلور، و همکاران، ۲۰۰۶). بر این اساس شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد انعطاف پذیری شناختی با بهزیستی روانی و آسیب پذیری در طیف گسترده ایی از ناراحتی که شامل افسردگی، اضطراب و ناراحتی های روانی عمومی می‌شود، رابطه دارد (ماسودا و تالی، ۲۰۱۲). با توجه به اینکه افراد افسرده با استفاده از نشخوارهای فکری به دنیای درونی خود فرو می‌روند و افسردگی خود را تقویت می‌کنند، کسانی که انعطاف پذیری شناختی ندارند به هنگام احساس غم به سمت نشخوار فکری گرایش می‌یابند زیرا به دشواری می‌توانند برای رهایی از چنین احساساتی روش‌های مقابله ایی جایگزینی بیابند (داویس و نولن هوکسما، ۲۰۰۰). در این خصوص زونگ، گوآ، گوآ و شی، وانگ و همکاران (۲۰۱۰) دریافتند دانشجویانی که نشانگان افسردگی داشتند، شمار زیادی از وقایع منفی را نسبت به دانشجویان دیگر تجربه کردند، این دانشجویان وقایع استرس زا را غیر قابل کنترل ادراک می‌کنند. برخی از پژوهش‌ها از جمله ساراپاس

(۲۰۰۷) و دیکستین و نلسون، مک چر، گریملی و همکاران (۲۰۰۶) رابطه ی انعطاف پذیری شناختی و نشانگان افسردگی را مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که بین شدت افسردگی و انعطاف پذیری شناختی، نقایصی شناختی در توجه، سرعت پردازش و حافظه ی کلامی طولانی مدت دارند، رابطه وجود دارد. در درمان شناختی- رفتاری فرد تشویق می شود تا رابطه ی میان افکار خودآیند منفی و احساس افسردگی خود را به عنوان فرضیه هایی که باید به بوته آزمایش گذاشته شود در نظر گیرد و از رفتارهایی که برآیند افکار خودآیند منفی است به عنوان محلی برای ارزیابی اعتبار یا درستی آن افکار بهره جوید. این درمان اطلاعات گسترده و تجارب جدیدی از وقایع گذشته و حال در اختیار فرد قرار می دهد، بنابراین فرد گزینه های بیشتری برای تغییر خلق دارد. بر همین اساس، مداخلات درمانی CBT، مهارتهای ارزیابی و طیفی از مهارتهای مقابله ایی رفتاری- شناختی استاندارد را آموزش می دهد که راهنمایی برای انعطاف پذیری نسبت به انتخاب راهبردهای مناسب با موقعیت است (گان و همکاران، ۲۰۰۶). فرض بنیادی درمانهای شناختی- رفتاری سنتی آن است که اختلال یا سوگیری در تفکر موجب اختلالات روان شناختی می شود و بر نقش محوری باورهای ناکارآمد و تحریفهای شناختی تاکید می کند. با توجه به آنچه گفته شد در این پژوهش به دنبال آن بودیم تا روشن کنیم آیا با تغییر باورها، شناخت و مقابله با تحریف های شناختی، انعطاف پذیری و کارکردهای اجرایی بیماران افسرده نیز دستخوش تغییر می شوند؟

روش

این پژوهش یک پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه ی آماری این پژوهش شامل دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ بود. از این جامعه با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند ۳۷ نفر که بر اساس آزمون افسردگی بک افسردگی خفیف داشتند به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل کاربندی شدند (۱۶ نفر گروه کنترل و ۲۱ نفر گروه آزمایش) سپس درمان شناختی- رفتاری در طی دو ماه (۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای) برای گروه آزمایش برگزار شد. گروه کنترل در این مدت هیچگونه آموزشی دریافت نکرد. در مرحله ی پیش آزمون، نسخه ی کامپیوتری آزمون ویسکانسین^۱ و پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی^۲ توسط هردو گروه تکمیل شد. در مرحله پیگیری که یک ماه پس از

اتمام مداخله صورت گرفت، دو گروه مجددا پرسشنامه های انعطاف پذیری شناختی و آزمون ویسکانسین را تکمیل کردند.

آزمون دسته بندی کارت های ویسکانسین یک آزمون عصب روان شناختی است که استدلال انتزاعی، انعطاف پذیری شناختی، درجاماندگی، حل مساله، تشکیل مفاهیم، تغییر مجموعه، توانایی آزمون فرضیه و استفاده از بازخورد خطاها، راهبرد شروع و توقف عمل و نگهداری توجه را می سنجد (هیتون، کلن، تالی، کای و کرتیس، ۱۹۹۳). آزمون ویسکانسین بیشتر به سنجش کارکردهای عالی اجرایی منتسب به مناطق پیشانی و پیش پیشانی مغز می پردازد (هیتون و همکاران، ۱۹۹۳). در پژوهش حاضر از نسخه ۱۲۸ کارتی این آزمون مدل کامپیوتری بارگذاری شده از سایت^۳ PEBL استفاده شد (مولر، ۲۰۱۰). در این آزمون از مراجع خواسته می شد که هر یک از ۱۲۸ کارت را با یکی از ۴ کارت کلیدی جور کند. وظیفه ی آزمودنی این است که براساس بازخوردی که توسط کامپیوتر دریافت می نماید بفهمد که ملاک جور شدن قبلی بیش از این درست نیست و باید ملاک جور شدن دیگری را بیابد. ملاک های جور شدن به ترتیب رنگ، شکل و تعداد است. تروستر، الکسروود و کولر (۱۹۹۵) نمرات تحلیل عاملی برای متغیرهای ویسکانسین را در یک نمونه عادی به شرح زیر گزارش دادند تعداد طبقات، کوششهای تکمیل طبقه اول، مجموع خطاها، پاسخهای درجامانده، خطاهای درجامانده خطاهای غیردرجاماندگی و پاسخهای صحیح به ترتیب از ۰/۸۷-، ۰/۲۱، ۰/۹۷، ۰/۹۲، ۰/۹۳، ۰/۸۰، ۰/۹۴- بود.

پرسشنامه ی انعطاف پذیری شناختی (CFI) توسط دنیس و وندروال (۲۰۱۰) معرفی شده و یک ابزار خودگزارشی کوتاه ۲۰ سوالی است که برای سنجش نوعی از انعطاف پذیری شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می رود که براساس مقیاس ۷ درجه ای لیبرت نمره گذاری می شود. این پرسشنامه برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیر بالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف پذیر در درمان شناختی- رفتاری افسردگی و سایر بیماریهای روانی به کار می رود. اعتبار همزمان این پرسشنامه با افسردگی بک (BDI-II) برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف پذیری شناختی مارتین و رایین ۰/۷۵ بود (دنیس و واندروال، ۲۰۱۰). در ایران شاره و همکاران (به نقل از سلطانی، شاره، بحرینیان و فرمائی، ۲۰۱۳) ضریب باز آزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ گزارش نموده اند. آلفای کرونباخ داده های این پرسشنامه در این پژوهش ۰/۷۵ بدست آمد.

شیوه ی اجرا

درمان شناختی - رفتاری طی دو ماه (۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای) برای گروه آزمایش برگزار شد و پروتکل درمانی (به نقل از مسعود، ۲۰۱۰) در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. پروتکل درمانی

جلسه ی اول: معارفه مختصر و توضیح و آشنایی با رویکرد شناختی - رفتاری برای شرکت کنندگان و ارائه تکلیف هایی برای شناسایی افکار و احساسات و وقایع.
جلسه ی دوم: مرور تکالیف گذشته، توضیح درمورد اختلال هیجانی (در اینجا افسردگی) و انعطاف پذیری شناختی، ارائه تکالیف برای مثال شناسایی افکار خودآیند و دسته بندی عقاید.
جلسه ی سوم، مرور تکالیف گذشته، تمرین تزریق فکر که در مورد پیامدهای رفتاری باورهاست، توضیح روش پیکان عمودی باورها و در آخر تمرین پیکان عمودی.
جلسه ی چهارم، پس از مرور تکالیف جلسه ی گذشته، توضیح نقشه ی شناختی و استفاده از رتبه بندی هر یک از باورها بصورت واحد های ذهنی پریشانی (SUD) و تمرین آنها در این جلسه. ارائه ی تکالیف در این خصوص.
جلسه ی پنجم، مرور تکالیف، بررسی و اثبات تغییر باورها، ارائه ی تکالیف.
جلسه ی ششم، مرور تکالیف گذشته، بررسی سودمندی باورها، تحلیل منطقی، تعیین قوانین خود، ارائه ی تکالیف.
جلسه ی هفتم، مرور تکالیف گذشته، یافتن باور مخالف با استفاده از چالش و دریافت اطلاعات جدید، کشف ناهمخوانی های باورها و... و در آخر آموزش تغییر ادراکی و بازداری قشری، ارائه ی تکالیف.
جلسه ی هشتم، مرور تکالیف گذشته، تمرین تنبیه خود و خودپاداش دهی، برنامه ی پیگیری، تکمیل پرسشنامه های انعطاف پذیری شناختی و افسردگی بک.

در این پژوهش از روشهای آماری آنکوا و مانکوا به منظور بررسی مقایسه ی گروه ها و اثربخشی درمان استفاده شد. داده ها با شاتزدهمین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

در جدول ۲، مولفه های توصیفی نمرات انعطاف پذیری شناختی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ارائه شده است.

جدول ۲. مولفه های توصیفی نمرات انعطاف پذیری شناختی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و

پیگیری		پس آزمون		پیش آزمون		
گواه	آزمایشی	گواه	آزمایشی	گواه	آزمایشی	
۹۶/۷۰	۹۶/۳۳	۸۸/۷۶	۱۱۷	۹۰/۰۵	۱۱۴	M
۱۳/۵۹	۱۲/۹۷	۱۱/۵۷	۱۶/۸۲	۱۶/۷۴	۱۹/۲۶	sd

انعطاف پذیری شناختی

با کنترل پیش آزمون، معلوم شد که میزان آزمون ویلکز لامبدا (۱۳/۶۶) در سطح ۰/۰۰۱ معنا دار است. این موضوع نشان می دهد که اختلاف بین میانگین بر اساس آزمون کوواریانس چند متغیری گروه ها معنادار است. برای پی بردن به این نکته که کدام متغیر بین دو گروه متفاوت است، تحلیل واریانس یک راه در متن مانکوا انجام گرفت (جدول ۲). همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود با کنترل پیش آزمون، در انعطاف پذیری شناختی به طور کلی تفاوت معناداری وجود دارد. جدول تحلیل واریانس یک راه نشان می دهد که در مجموع انعطاف پذیری شناختی ($P < 0/001$) و ($F=42/89$) در بین دو گروه متفاوت بوده است و حاکی از اثرگذاری روش درمان برای گروه آزمایش است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری انعطاف پذیری شناختی بین گروهی گروه آزمایش و گروه گواه

متغیرها	SS	df	MS	F	Sig.	Eta ²
پاسخهای درست	۱۱۱۴۹	۱	۱۱۱۴۹	۷۱/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۷۱۲
مجموع خطاها	۱۰۴۳۷	۱	۱۰۴۳۷	۷۱/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۷۱۰
پاسخهای درجامانده	۱۸۲۰	۱	۱۸۲۰	۱۷/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۳۷۷
خطاهای درجامانده	۱۲۷۸	۱	۱۲۷۸	۱۲/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۳۰۶
خطاهای غیر از درجاماندگی	۴۵۷۰	۱	۴۵۷۰	۳۶/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۵۵۴
مجموع تلاشهای تکمیل طبقه اول	۱۶۰۰	۱	۱۶۰۰	۲/۷۸	۰/۱۰۶	۰/۰۸۷
تعداد طبقات تکمیل شده	۱۹۱	۱	۱۹۱	۶۸/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۷۰۱
انعطاف پذیری شناختی	۴۳۰۰	۱	۴۳۰۰	۴۲/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۵۵۱

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری انعطاف پذیری شناختی بین گروهی، گروه آزمایشی و گروه گواه در مرحله ی پیگیری

متغیرها	SS	df	MS	F	Sig.	Eta ²
پاسخهای درست	۱۰۵۶۴	۱	۱۰۵۶۴	۵۲/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۶۵
مجموع خطاها	۱۰۱۷۳	۱	۱۰۱۷۳	۵۴/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۶۶۲
پاسخهای درجامانده	۴۵۸۷/۳۳	۱	۴۵۸۷/۳۳	۸۱/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۷۴۵
خطاهای درجامانده	۱۲۲۷	۱	۱۲۲۷	۱۲/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۳۱۱
خطاهای غیر از درجاماندگی	۴۰۸۱	۱	۴۰۸۱	۷۹/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۷۴۱
مجموع تلاشهای تکمیل طبقه اول	۳۲۸۴	۱	۳۲۸۴	۷/۴۸	۰/۰۱۱	۰/۲۱۱
تعداد طبقات تکمیل شده	۲۰۲/۷۷	۱	۲۰۲/۷۷	۱۰۷/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۷۹۳

به منظور بررسی پایایی اثر درمان شناختی- رفتاری، از آزمودنی های دو گروه پس از ۳ هفته درخواست شد که مرحله پیگیری مورد ارزیابی مجدد قرار گیرند. نتایج تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که با کنترل پیش آزمون، میزان ویلکز لامبدا (۹/۲۱۴) معنادار (۰/۰۰۱) است. این امر نشان دهنده ی معنی دار بودن اختلاف بین میانگین بر اساس آزمون کوواریانس چند متغیری گروههاست. خلاصه ی تحلیل واریانس یک راهه در متن مانکوا در جدول ۳ ارائه شده است.

بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش حاضر، تاثیر درمان شناختی - رفتاری بر انعطاف پذیری شناختی را تایید کرد. نظریه ی انعطاف پذیری شناختی بر ماهیت یادگیری در حیطه های پیچیده و بدساختار تمرکز می کند. طبق این نظریه، یادگیرنده موفق (یعنی انعطاف پذیر شناختی) کسی است که می تواند در پاسخ به خواست های موقعیتی متنوع به راحتی دانش را مجددا سازماندهی کرده و به کار ببرد. یادگیرندگان برای به دست آوردن این انعطاف پذیری شناختی باید پیچیدگی کامل مسایل را درک کنند و به دفعات فضای مساله را بررسی کنند تا ببینند چگونه تغییر در متغیرها و اهداف می تواند فضا را تغییر دهد. این که فرد چگونه می تواند این کار را انجام دهد، تابعی از شیوه ی بازنمایی دانش (برای مثال، ابعاد مفهومی متعدد به جای یک بعد واحد) و فرایندهایی است که بر پایه ی بازنمایی های ذهنی عمل می کنند (برای مثال، فرایندهای ساخت طرحواره به جای بازیابی کامل طرحواره). این نظریه تا حد زیادی با انتقال دانش و مهارت ها فراتر از موقعیت های یادگیری اولیه ارتباط دارد. به همین دلیل بر ارائه اطلاعات از دیدگاه های متعدد و استفاده از مطالعات موردی زیادی تاکید می کند. از دیدگاه این نظریه، یادگیری کارآمد به گونه ای به بافت وابسته است که آموزش بسیار خاصی را می طلبد؛ علاوه بر این، نظریه ی انعطاف پذیری شناختی بر اهمیت دانش ساخت یافته تاکید می کند؛ برای این که یادگیرندگان به شیوه ی مناسبی یاد بگیرند، باید این فرصت را در اختیار داشته باشند که بازنمایی های خود را از اطلاعات توسعه دهند. پژوهشی که مستقیما اثربخشی درمان شناختی- رفتاری را بر انعطاف پذیری شناختی مورد بررسی قرار دهد، یافت نشد اما این یافته با پژوهش هایی که رابطه ی درمان شناختی- رفتاری و انعطاف پذیری شناختی و افسردگی را نشان دادند (گاندوز، ۲۰۱۳؛ لی، لو، هوآ و همکاران، ۲۰۱۲؛ زونگ و همکاران، ۲۰۱۰؛ سلطانی و همکاران، ۲۰۱۳) همسویی دارد.

استن و ایگوچی (۲۰۱۳) معتقدند که انعطاف پذیری شناختی در کوتاه مدت و طولانی مدت تحت تاثیر استرس قرار می گیرد، بنابراین استرس می تواند به واسطه ی مکانیزمهای نورونی پیرامونی و مرکزی سطوح برانگیختگی^۱ و تحریک را برای پاسخ های سازگار تنظیم کند. بنابراین استرس با فعال کردن هورمون های برانگیختگی و مکانیزمهای دیگر هم منجر به تسهیل و هم تضعیف کارکردهای شناختی که شامل سرعت پردازش و بازداری اطلاعات مهم و برجسته است، می شود؛ بدین معنی که مطابق با نمودار U معکوس، استرس در سطح بهینه می تواند فرد را فعال نگه داشته اما چنانچه استرس مداوم و شدت آن رو به افزایش باشد، نه تنها کارآمدی فرد را کاهش می دهد بلکه منجر به احساس فرسودگی فرد نیز می شود.

سلطانی و همکاران (۲۰۱۳) دریافتند که درمان شناختی- رفتاری با افزایش انعطاف پذیری شناختی در افراد افسرده می تواند موجب کاهش خلق منفی و افسرده ی این بیماران شود و نیز تاب آوری آنها را افزایش دهد و سبکهای مقابله ای سازگارانه تری را برانگیزد. سامانه ی دانشی که شناخت درمانی بر آن مبتنی است یک سامانه ی باز است؛ بدین معنی که در هر لحظه از زمان این امکان وجود دارد که حقایق تازه، تجربه های تازه، حتی نیازها و ترجیح های تازه ای، متناسب با نیاز فرد برانگیخته شود (فتی شکیبا، طماسی، ناصری و همکاران، ۲۰۱۱). تکنیکهای شناختی، 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 ی کیفیات شناختی شده و فرد می تواند به طور صحیح واقعیتها را درک و تفسیر کند (کهریزی، آقاییوسفی، میرهاشمی، ۲۰۱۱). پژوهش حاضر بر اساس یافته ها و دانش علمی موجود و با تاکید بر کارکردهای شناختی و به کارگیری تکنیک های شناختی، توانست افراد شرکت کننده را از اتخاذ یک روش و سبک فکری ناکارآمد رها کرده و مهارت انتخاب سبکهای مختلف فکری را به فرد ارایه دهد. همچنین توانست به افراد کمک کند تا با استفاده از تکنیک های مربوط، در خود چرخش ذهنی ایجاد کرده و خود را از فشاری که بر آنها تحمیل شده است، رها کند. با توجه به پژوهش حاضر، شرکت کنندگان توانستند از چارچوب رفتارها و افکار فعلی خارج شده و با استفاده از تکنیک سود و زیان، بازداری قشری اختیاری و استفاده از باورهای مخالف شرایط جدید، گزینه های بیشتری را تجربه کنند، این روند همچنین توانسته است تجربه های جدیدی را در اختیار آنها قرار داده و دور باطل همیشگی که از نتایج

رفتارها و فکرهاى خود مى گرفتند را بشکند تا به احتمال هاى ديگر غير از پيشداورى هاى منفي نيز بيانديشند و تعميم ناکامى ها به کل موقعيتها را کاهش دهند. شرکت کنندگان با استفاده از تکنیک تنبيه و پاداش حتى بعد اتمام گروه، موفق شدند که دستاوردهاى خود در گروه را حفظ کنند؛ علاوه بر اين مهارتها، خودآگاهى آنها در مورد انگيزه هاى رفتارى و عدم دستيابى به نتيجه ي دلخواه عليرغم تلاش مداوم به خصوص در روابط بين فردى نيز به آنها در تغيير شرايط موجود و بهره وري از انعطاف پذيرى شناختى خود، کمک کرد.

Refrences

- Baghiani Moghaddam, M., Ehrampoush, M., Rahimi, B., Aminian, A., & Aram, M. (2012) Prevalence of depression among successful and unsuccessful students of Public Health and Nursing-Midwifery schools of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences in 2008. *The Journal of Medical Education and Development*, 6 (1) :17-24 (Persian)
- Brooks, B. L., Iverson, G.L., Sherman, E. M. S., & Roberge, M. C. (2010). Identifying cognitive problems in children and adolescents with depression using computerized neuropsychological testing. *Appl Neuropsychol*, 17(1):37-43.
- Cheng, C.(2003). Cognitive and motivational processes underlying coping flexibility: A dual-process model. *Personality and social psycholog*, 84, 425-438.
- Dabson, K.S., Mohammadkhani, P. (2008). Psychometrics characteristic of Beck Depression Inventory-II in mojour depressed patients *Journal Of Rehabilitation*, 29, 80-86.
- Davis, R. N., & Nolen-Hoeksema, S. (2000). Cognitive inflexibility among ruminators and nonruminators. *Cognitive therapy and research*, 24(6), 699-711.
- Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S.(2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validit, *Cogn Ther Res*, 34, 241-253.
- Dickstein, D. P., Nelson, E., McClure, E. B., Grimley, M. E., Knopf, L., Brotman, M. A., Rich, B. A., Pine, D. S., & Leibenluft, E.(2007). Cognitive flexibility in phenotypes of pediatric bipolar disorder. *Child adolesc*, 46(3), 341-355
- Farrin, L., Hull, L., Unwin, C., Wykes, T., & David, A. (2003). Effects of depressed mood objective and subjective measures of attention. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 15(1):98-104.
- Fata, L., Shakiba, S.H., Tahmasbi, M. SH., Naseri, H., & Ziaei, K. (2011). *Cognitive therapy techniques*. Tehran: Danjeh (Persian)
- Forouzande, N., Delaram, M., Solati, S., Aein, F., & Deris, F.(2003) Effect of cognitive behavioral therapy on depression of non-medical students of Shahrekord University of Medical Sciences . *J Shahrekord Univ Med Sci*, 4 (4) :11-17 (Persian)
- Gan, Y., Zhang, Y., Wang, X., Wang, S., & Shen, X. (2006). The coping flexibility of neurasthenia and depressive patients. *Pers Indiv Diff*, 40(5):859-71.
- Gan, Y., Zhang, Y., Xilin, W., Wang, S., & Shen, X. (2006). *The coping flexibility of neurasthenia and depressive patients*. 40m 859-871.
- Gunduz, B.(2013). Emotional intelligence, cognitive flexibility and psychological symptoms in pre-service teachers. *Educational research and reviews*, 8(13), 1048-1056.
- Heaton, R. K., Chelune, G.J., Talley, J. L., Kay, G.G., Curtiss, G. (1993). [Wisconsin Card Sorting Test Manual: Revised and Expanded]. PAR Psychological Assessment Resources, Inc; 1-59.
- Hinkelmann, K., Moritz, S., Botzenhardt, J., Riedesel, K., Wiedemann, K., Kellner, M., & et al. (2009). Cognitive impairment in major depression: Association with salivary cortisol. *Biol Psychiatry*, 66(9):879-85.
- Kahrizi, E., Aghayousefi, A., & Mirhashemi, M. (2012). Effectiveness of the cognitive therapy in gruoup with Michael Free's method. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 6(22), 21-30. (Persian)
- Kovalchick, A., & Dawson, K. (2003). *Egucation and Technology*. United States of America: ABC-CLIO.
- Lee, G., Lu, P., Hua, X., Wu, S., Nguyen, K., Teng, E., Leow, A., Jackjer, C., Toga, A., Weiner, M., Bartzokis, G., & Thompson, P.(2012). Depressive symptoms in mild cognitive impairment predict greater atrophy in alzheimer's disease related regions. *Biol psychiatry*, 71, 814-821.
- Masud (2010). *Cognitive therapy in groups: guidelines and resources for practice*, Tehran: roushd. (Persian)

- Masuda, A., & Tully, E.C. (2012). The Role of Mindfulness and Psychological Flexibility in Somatization, Depression, Anxiety, and General Psychological Distress in a Nonclinical College Sample. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 17 (1): 66-71.
- McClintock, S., Husain, M., & Grear, T. (2010). Association between depression severity and neurocognitive function in major depressive disorder. *Neuropsychology*, 24(1): 9-34.
- 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-conflict adaptation. *Psychiatry Res*, 185(1-2):149-56.
- Mohammadkhani, SH. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Tehran: Varayedanesh. (Persian)
- Mueller, S.T. (2010). *The PEBL Test Battery*, Version 0.5. Retrieved 2010 from URL: <http://pebl.sourceforge.net>
- Preiss, M., Kucerova, H., Lukavsky, J., Stepankova, H., Sos, P., & Kawaciukova, R. (2009). Cognitive deficits in the euthymic phase of unipolar depression. *Psychiatry Res*, 169(3):23-39.
- Ranjbar, F., Ashk Torab, T., & Dadgary, A. (2010). Study of Effectiveness of the cognitive - behavior therapy on depression. *Journal of Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences*, 18(4), 299-306. (Persian)
- Soltani, E., Shareh, H., Bahrainian, A., & Farmani, A. (2013) The mediating role of cognitive flexibility in correlation of coping styles and resilience with depression. *Pejouhandeh*, 18(2):88-96. (Persian)
- Stone, W. S., & Iguchi, L. (2013). Stress and mental flexibility in Autism spectrum disorders. *North American Journal of medicine and science*. 3(6), 145-153.
- Troster, A., Axelrod, B., & Koller, W. (1995). Construct validity of the WCST in normal elderly and persons with parkinson's disease. *National academy of neuropsychology*, 10(5),463-473.
- Watari, K., Letamendi, A., Elderkin-Thompson, V., Haroon, E., Miller, J., Darwin, C., & et al. (2006). Cognitive function in adults with type 2 diabetes and major depression. *Arch Clin Neuropsychol*, 21(8):787-96.
- Zong, J., Cao, X., Cao, Y., Shi, Y., Wang, Y., Yan, C., Abela, J., Gan, Q., Gong, Q., & Chan, R. (2010). Coping flexibility in college students with depressive symptoms. *Health nad Quality of life outcomes*, 8, 1-6.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 9 (No. 34), pp. 27-36, 2014

The effectiveness of cognitive behavior therapy on cognitive flexibility of depressed people

Fazeli, Mozhgan

Islamic Azad University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

Ehteshamzadeh, Parvin

Islamic Azad University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

Hashemi Sheikh Bahani, Seyyed Esmail

Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

Received: Nov 15, 2013

Accepted: March 08, 2013

In cognitive flexibility theory, mental health is considered to be an acceptance of self's internal and external environments, self-acceptance and commitment to activities which are consistent in terms of value. The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of cognitive behavior therapy on cognitive flexibility of depressed people. To this end, during the pre-test and post-test, in a semi-experimental study with a control group, 37 students of Ahvaz University who had mild symptoms of depression were selected using purposive sampling. They were randomly divided into two groups of control and experiment (21 patients in the experimental group and 16 patients in the control group). The groups were tested both at the beginning and at the end of the study, in terms of depression and cognitive flexibility. The experimental group underwent cognitive behavioral group therapy for two months (8 sessions of 90 minutes each). Mankva analysis indicated that cognitive behavioral therapy is effective on increasing cognitive flexibility and this effect continues until the follow up stage. It seems that using cognitive-behavioral techniques and exercises, we can increase flexibility and eventually improve mood.

Keywords: cognitive behavior therapy, cognitive flexibility, depression

Electronic mail may be sent to: mozhgan_fazeli@yahoo.com