رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۵، شماره پیاپی ۱۱۰، مرداد ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(5), 2025

مقایسه اثربخشی درمان عقلانی-هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال بدتنظیمی خلق مخرب

Comparing the effectiveness of rational-emotive therapy and acceptance and commitment therapy on cognitive flexibility in adolescents with disruptive mood dysregulation disorder

محدثه سمامی
دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.
حسین شیبانی (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
محبوبه طاهر
دانشیار، گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.

Mohaddeseh Samami
Ph.D. student in Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.
Hosein Sheybani *
Assistant Professor, Department of psychology, Payame Noor university, Tehran, Iran.
Hosein.sheybani@pnu.ac.ir
Mahboobeh Taher
Associate Professor, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان عقلانی-هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی نوجوانان مبتلا به اختلال بدتنظیمی خلق مخرب بود. روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری (۲ ماهه) بود جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی دانش آموزان دختر دارای خلق مخرب مقطع متوسطه اول شهر قدس در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ تشکیل داد که تعداد ۴۸ نفر به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. ابزار این پژوهش پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و واندروال (CFI ،۲۰۱۰) بود. مداخله درمان عقلانی-هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار به‌صورت گروهی برای گروه آزمایش اول و دوم اجرا شد. داده‌ها با بهره‌گیری از تحلیل واریانس آمیخته تجزیه‌وتحلیل شدند. نتایج تحلیل واریانس نشان داد بین گروه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری انعطاف‌پذیری شناختی تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵)، و نتایج نشان داد درمان پذیرش و تعهد نسبت به درمان عقلانی هیجانی به‌طور معناداری بر انعطاف‌پذیری شناختی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال بدتنظیمی خلق مخرب اثربخش‌تر بود و بین دو درمان تفاوت معنادار مشاهده شد (P>۰/۰۵). می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که بین دو درمان عقلانی-هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معنادار وجود دارد.

واژه‌های کلیدی: *انعطاف‌پذیری شناختی، اختلال بدتنظیمی خلق مخرب، درمان عقلانی-هیجانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.*

Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of rational-emotive therapy and acceptance and commitment therapy on cognitive flexibility in adolescents with disruptive mood dysregulation disorder. The present study method was a semi-experimental design with a pre-test-post-test design and a control group with a follow-up period (2 months). The statistical population of the present study consisted of all female students with disruptive mood in the first high school of Quds in the academic year 2022-2023. Of which 48 people were selected purposefully and randomly assigned to two experimental groups and a control group. The instrument of this study was the cognitive flexibility questionnaire of Dennis & Vander Wal (CFI, 2010). The intervention of rational-emotional therapy and acceptance and commitment therapy was implemented in 8 90-minute sessions once a week in a group for the first and second experimental groups. The data were analyzed using mixed variance analysis. The results of the Warbans analysis showed that there was a significant difference between the groups in post-test and follow-up cognitive flexibility (P<0.05), and the results showed that acceptance and commitment therapy was significantly more effective than rational emotive therapy on the cognitive flexibility of adolescent girls with disruptive mood dysregulation disorder, and a significant difference was observed between the two treatments (P<0.05). It can be concluded that there is a significant difference between the two rational-emotive therapies and acceptance and commitment therapy.

Keywords: *Cognitive Flexibility, Disruptive Mood Dysregulation Disorder, Rational-Emotive Therapy, Acceptance and Commitment Therapy.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : اسفند ۱۴۰۳** | **پذیرش: فروردین ۱۴۰۴** | **ویرایش نهایی: مرداد ۱۴۰۴**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.14]

مقدمه

نوجوانی یک مرحله بحرانی از زندگی انسان است که در آن فرد از دوران کودکی به سمت بزرگسالی حرکت می‌کند. این دوره با تغییرات فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی عمده‌ای همراه است (لئال[1] و همکاران، ۲۰۲۴). تغییرات هورمونی و رشد مغز، نوجوانان را با احساسات و هیجانات پیچیده‌ای مواجه می‌کند که ممکن است منجر به تغییرات خلقی و رفتاری شود (بست و بن[2]، ۲۰۲۱). در این دوران، نوجوانان به دنبال هویت خود هستند و ممکن است با چالش‌های هویتی، فشارهای اجتماعی، و تنش‌های خانوادگی روبه‌رو شوند. این شرایط می‌تواند باعث ایجاد نوسانات خلقی و مشکلات در تنظیم هیجانات شود که در برخی موارد به اختلالات روان‌شناختی منجر می‌شود (ایزبل[3] و همکاران، ۲۰۲۲). اختلال بدتنظیمی خلق مخرب[4] برای اولین بار در DSM-5 به‌عنوان یک اختلال خلقی[5] ظاهر شد. این اختلال در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری با واکنش‌پذیری عاطفی[6]، اختلالات روانی مداوم، شدید و مزمن در کودکان و نوجوانان مشخص می‌شود. ویژگی اصلی اختلالات خلقی مخرب تحریک‌پذیری[7] شدید و مداوم است. و تحریک‌پذیری دلیل اصلی مراجعه والدین کودکان به مشاوره پزشکی است. در این اختلال فرد به‌راحتی اعصاب خود را از دست می‌دهد به‌طوری‌که این واکنش با محرک دریافتی تناسبی ندارد. طبق DSM-5، این وضعیت به‌طورکلی سه بار در هفته اتفاق می‌افتد و حداقل یک سال طول می‌کشد. علاوه بر این، علائم باید قبل از سن ۱۰ سالگی ظاهر شوند و تشخیص باید بین ۶ تا ۱۸ سالگی انجام شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[8]، ۲۰۱۳؛ هانگ[9]، ۲۰۲۱).

افراد مبتلا به اختلال بدتنظیمی خلق مخرب در زمینه انعطاف‌پذیری شناختی[10] دچار مشکل می‌شوند (پولاکاناهو[11] و همکاران، ۲۰۲۰). انعطاف‌پذیری شناختی (که توانایی جابجایی ذهنی نیز خوانده می‌شود) شیوه‌ای از پردازش ذهنی است که فرد به تنظیم مجدد منابع ذهنی در نتایجی متناوب می‌پردازد (اکبری و همکاران، ۲۰۲۱) و نتیجه‌ی درگیری چند سیستم شناختی است که از نظر واژگان معنایی و اجرایی برای تفکر بسیار مهم هستند (مارکو و ریسانسکی[12]، ۲۰۱۸). طبق نتایج برخی مطالعات پیشین افراد مبتلا به اختلالات خلقی در توانایی کنترل اجرایی (چن[13] و همکاران، ۲۰۲۳)، کاهش اتصالات مغزی کارکردی (پاتیل[14] و همکاران، ۲۰۲۱)، تفاوت‌هایی در فعال‌سازی برخی مناطق مغزی مانند اینسولای دوجانبه[15] (سیدو[16] و همکاران، ۲۰۱۹) و کاهش انعطاف‌پذیری شناختی (تنهان[17] و همکاران، ۲۰۲۳، دوین[18] و همکاران، ۲۰۲۲) را نشان می‌دهند.

در بحث امروز روان‌شناسی درمان‌های متنوع و متعددی در حوزه روان‌شناختی، برای افراد دارای بدتنظیمی خلق مخرب بحث شده است که چندی از این درمان‌ها تأثیر خود را ثابت کنند. یکی از این درمان‌ها درمان عقلانی- هیجانی-رفتاری[19] است که آلبرت الیس[20] بنیان‌گذار آن است. این درمان، اولین شکل از درمان‌های شناختی-رفتاری است (دیوید[21] و همکاران، ۲۰۲۱). درمان عقلانی- هیجانی به‌عنوان رویکردی شناختی که به فرایند درون ارگانیسم نظر دارد و آن‌ها را تعیین‌کننده رفتار می‌داند، طی سالیان اخیر توانسته است توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده و در کاهش علائم و مشکلات هیجانی، رفتاری و شناختی مؤثر واقع گردد (ادیب‌کیا و همکاران، ۲۰۲۲). در این رویکرد، مهارت‌هایی به مراجع آموزش داده می‌شود که از طریق آن باورهای غیرمنطقی شناسایی و با آن‌ها مقابله می‌شود. این مهارت‌ها از طریق خود واقعیتی تطبیق داده می‌شوند و ادامه می‌یابند (لیو[22] و همکاران، ۲۰۲۲). مراجعان یاد می‌گیرند که روش‌های تفکر

1. Leal
2. Best & Ban
3. Isbell
4 Disruptive mood dysregulation disorder
5. Mood disorder
6. Affective reactivity
7. Irritability
8. American Psychiatric Association
9. Huang
10. Cognitive flexibility
11. Puolakanaho
12. Marko & Riečanský
13. Chen
14. Patil
15. Bilateral insula
16. Zsidó
17. Tanhan
18. Devine
19. Rational-Emotive-Behavioral therapy
20. Albert Ellis
21. David
22. Liu

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.14]

ناکارآمد را با دانش مؤثر، کارآمد و منطقی حرکت دهند و درنتیجه واکنش‌های عاطفی خود را نسبت به موقعیت‌ها تغییر دهند (بالکیس و دورو[1]، ۲۰۱۹). در آموزش عقلانی-هیجانی-رفتاری درمانی اعتقاد بر این است که انسان همان‌گونه که ذاتاً به تفکر منطقی و سالم گرایش دارد به افکار نادرست و غیرمنطقی نیز گرایش دارد و این افکار ریشه آشفتگی‌های عاطفی است (زادحسین و همکاران، ۲۰۲۲). مطالعات نشان داده است که این درمان برای انواع مشکلات مانند سازگاری اجتماعی (برنالمنریکو[2]و همکاران ۲۰۲۰)، اضطراب اجتماعی و پرخاشگری (معصومیان و همکاران، ۲۰۲۱)، رفتار ضداجتماعی (لیهیم[3] و همکاران، ۲۰۲۰) مؤثر است. دای[4] و همکاران (۲۰۲۵) در پژوهش خود نشان دادند که درمان عقلانی هیجانی بر انعطاف‌پذیری شناختی کودکان چاق دارای افسردگی مؤثر است. همچنین یانگ[5] و همکاران (۲۰۲۳) به این نتیجه رسیدند که درمان عقلانی-عاطفی توانست به‌طور مؤثر در افزایش تمرکز و کاهش حواس‌پرتی در افراد دارای مشکلات هیجانی نقش داشته باشد.

از طرفی نیز درمان پذیرش و تعهد یکی دیگر از درمان‌های مؤثر بر افراد دارای بدتنظیمی خلق مخرب می‌باشد (فانگ و داینگ[6]، ۲۰۲۰). هسته اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌عنوان یک مکانیسم فراتشخیصی است که می‌تواند به‌عنوان پذیرش احساسات، افکار و هیجانات منفی توسط فرد و توانایی انتخاب یک پاسخ سازگار تعریف شود (ما[7] و همکاران، ۲۰۲۳). به‌طور خاص انعطاف‌پذیری روان‌شناختی شامل شش فرایند اصلی پذیرش (یادگیری پذیرش احساسات، افکار و موقعیت‌های ناخوشایند به‌جای اجتناب یا مبارزه)، تخلیه (یعنی تغییر کارکردهای ناخواسته افکار به‌جای تغییر شکل، حساسیت آن‌ها)، تماس در لحظه (یادگیری تمرکز بر اینجا و اکنون به‌جای نشخوار فکری در مورد گذشته یا نگرانی در مورد آینده) خود به‌عنوان زمینه (یعنی ایجاد دیدگاهی انعطاف‌پذیر از خود، جایی که می‌توان محتوای مربوط به خود را مشاهده کرد و پذیرفت)، ارزش‌ها (یعنی تعیین آنچه برای خود مهم است) و اقدام متعهدانه (یعنی تغییر رفتار در جهت ارزش‌های خود) است (مورفی و ساموئل[8]، ۲۰۲۵). ژو[9] و همکاران (۲۰۲۵) در پژوهش خود نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی دانشجویان مؤثر است. همچنین آقاجان پوریان وحید و همکاران (۱۴۰۱) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود انعطاف‌پذیری شناختی و سرزندگی تحصیلی در دانش‌آموزان دارای مشکلات کم‌توجهی شده است. شاره و رباطی (۱۳۹۹) نیز نشان دادند که گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معناداری منجر به افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و مؤلفه‌های آن در سربازان دارای سابقه خودکشی شده است.

مقایسه بین درمان عقلانی هیجانی و درمان پذیرش و تعهد در نوجوانان مبتلا به اختلال بدتنظیمی خلق مخرب از اهمیت زیادی برخوردار است، چرا که این دو روش درمانی از رویکردهای متفاوتی برای مدیریت هیجانات و تغییر رفتار استفاده می‌کنند. درمان عقلانی هیجانی مبتنی بر شناخت و تغییر باورهای غیرمنطقی و ناسالم است. در این درمان، هدف این است که نوجوانان باورهای نادرست خود درباره مسائل مختلف را شناسایی کرده و آن‌ها را با باورهای منطقی‌تر جایگزین کنند. این رویکرد به‌طور خاص در کاهش واکنش‌های هیجانی شدید که ناشی از باورهای غیرمنطقی است، مؤثر است. اما درمان پذیرش و تعهد بر پذیرش هیجانات ناخوشایند و دردناک تأکید دارد، بدون تلاش برای تغییر آن‌ها. در این درمان، نوجوانان یاد می‌گیرند که به احساسات خود توجه کنند و با آن‌ها کنار بیایند، درحالی‌که تمرکز بر ارزش‌ها و اهداف زندگی خود دارند. درمان پذیرش و تعهد به نوجوانان کمک می‌کند تا به‌جای تلاش برای کنترل یا سرکوب هیجانات، با آن‌ها مواجه شده و به‌طور آگاهانه زندگی خود را بر اساس ارزش‌های شخصی هدایت کنند. در درمان عقلانی-هیجانی، هیجانات به‌عنوان نتیجه‌ای از باورهای غیرمنطقی و ناسالم در نظر گرفته می‌شوند. این درمان بیشتر به نوجوانان کمک می‌کند تا باورهای خود را شناسایی و اصلاح کنند تا درنهایت هیجانات و رفتارهای آنان تغییر یابد. در درمان پذیرش و تعهد، هیجانات به‌عنوان یک پدیده طبیعی و اجتناب‌ناپذیر پذیرفته می‌شوند. در این رویکرد، نوجوانان بیشتر بر پذیرش و تغییر رفتار خود تمرکز دارند تا اینکه تلاش کنند هیجانات خود را تغییر دهند. درمان پذیرش و تعهد از نوجوانان می‌خواهد که به‌جای اجتناب از هیجانات منفی، آن‌ها را بپذیرند و در کنار آن‌ها به زندگی معنادار و هدفمند ادامه دهند.

1. Balkis & Duru
2. Bernal-Manrique
3. Livheim
4. Dai
5. Young
6. Fang & Ding
7. Ma
8. Murphy & Samuel
9. Zhou

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.14]

کودکان و نوجوانان مبتلا به این اختلال ممکن است از سنین پایین مستعد رفتارهای دشوار، بدخلقی و اضطراب باشند. همچنین ممکن است از سنین پایین برای مقابله با ناامیدی‌ها و سازگاری با تغییرات، بدون بروز خشم، دچار مشکل بوده باشند (ایزبل[1] و همکاران، ۲۰۲۲). در بیشتر موارد علی‌رغم درمان دارویی نشانه‌های اختلال باقی‌مانده و در نوجوانی و بزرگ‌سالی نیز فرد مبتلا را آزار می‌دهد. این نشانه‌ها در بسیاری از حوزه‌های زندگی فرد مانند عملکرد تحصیلی، روابط اجتماعی ناهمسالان و همچنین بزرگسالان ایجاد اختلال می‌کنند. علاوه بر این، چنین کودکانی در نوجوانی و بزرگسالی در معرض خطر بیشتر ابتلای به رفتارهای ضداجتماعی و مصرف مواد هستند (لی[2] و همکاران، ۲۰۲۳) و می‌تواند هزینه‌های سرسام‌آوری را به جامعه تحمیل کند و این امر ضرورت توجه به برنامه‌های آموزشی-درمانی را دوچندان می‌نماید. انجام برنامه‌های مداخلاتی به‌صورت گروهی و مقایسه آن‌ها نیز این امکان را فراهم می‌کند تا اعضا به این باور دست یابند که مشکلات آنان منحصربه‌فرد نیست و همین شیوه پردازش شناختی سبب می‌گردد تا آن‌ها توان کنار آمدن و مقابله با مشکلات را به دست آورند و درنتیجه مؤثرترین مداخلات مشخص گردد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان عقلانی-هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال بدتنظیمی خلق مخرب انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی دانش‌آموزان دختر دارای خلق مخرب مقطع متوسطه اول شهر قدس در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ تشکیل دادند. حجم نمونه در این پژوهش با توجه به تعداد گروه‌ها و تعداد متغیرهای مورد بررسی تعیین شد. بر این اساس، از جامعه مذکور ۴۸ نفر پس از مصاحبه مقدماتی و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل (گروه آزمایش درمان عقلانی - هیجانی، ۱۶ نفر)، (گروه آزمایش درمان پذیرش و تعهد، ۱۶ نفر) و (گروه کنترل، ۱۶ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش شامل: تشخیص اختلال بدتنظیمی خلق مخرب بر اساس ملاک‌های DSM-5 و مصاحبه بالینی، رضایت آگاهانه، جنسیت دختر، نمره بالاتر از نمره ۲۲ در پرسشنامه واکنش‌پذیری عاطفی، عدم شرکت هم‌زمان در دوره‌های روان‌درمانی دیگر، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی از حداقل یک ماه قبل از ارزیابی، گروه سنی ۱۳ الی ۱۶سال، آمادگی جسمانی و روانی برای پاسخگویی به سؤالات و معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه عدم تمایل شرکت‌کننده به ادامه‌ی شرکت در پژوهش، شرکت هم‌زمان در برنامه‌های مشاوره یا روان‌درمانی دیگر و همکاری نکردن در تکمیل پرسشنامه‌ها در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. روش اجرای پژوهش به این صورت بود که در ابتدا پس از نامه‌نگاری‌های مربوطه با اداره آموزش‌وپرورش شهر قدس، هماهنگی‌های لازم با مدیران مدارس منتخب به عمل آمد و از فواید این پژوهش با مدیران و معلمان آن مدارس درباره شناسایی و استفاده از راهبردهای مناسب و برنامه‌های آموزشی-درمانی در نوجوانان دارای اختلال بدتنظیمی خلق مخرب در جهت مدیریت و کاهش این نوع از اختلالات صحبت‌هایی انجام شد. برای انتخاب دانش آموزان دارای اختلال بد تنظیمی خلق مخرب، با مراجعه به ۴ مدرسه دخترانه مقطع متوسطه اول شهر قدس و توزیع پرسشنامه واکنش‌پذیری عاطفی استرینگرز و همکاران[3] (۲۰۱۸) در میان این دانش آموزان از آن‌ها خواسته شد که افرادی که نمره برش آن‌ها بیشتر از ۴ است به پژوهشگر مراجعه کند و سپس فرم والدین در میان آن‌ها توزیع شد و آن‌هایی که نقطه برش ۳ را در گزارش والدین کسب کردند، انتخاب شدند. سپس طی یک مصاحبه بالینی مبتنی بر DSM-5 در مورد اختلال بد تنظیمی خلق مخرب توسط روانشناس مورد ارزیابی قرار گرفتند. درنهایت ۴۸ نفر از دانش‌آموزانی که معیارهای تشخیصی این اختلال را داشتند انتخاب شدند. که در سه گروه ۱۷ نفره به شکل تصادفی جایگزین شدند. اما پس از ریزش و انجام پس‌آزمون در هر گروه ۱۶ نفر باقی ماند. پس از پایان جلسات درمانی، مجدداً هر سه گروه در مرحله پس‌آزمون و ۶۰ روز بعد در مرحله پیگیری به پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند در این پژوهش ملاحظات اخلاقی به شرح ذیل رعایت شد: ۱- پیش از شروع مطالعه، شرکت‌کنندگان از موضوع و روش اجرای پژوهش مطلع شدند، ۲- پژوهشگر متعهد شد تا از اطلاعات خصوصی آزمودنی‌ها محافظت کند و از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش استفاده کند، ۳- پژوهشگر متعهد شد نتایج پژوهش را در صورت تمایل آزمودنی‌ها برای آنها تفسیر کند، ۴- در صورت مشاهده‌ی هرگونه ابهام، راهنمایی‌های لازم به آزمودنی‌ها ارائه شد، ۵- مشارکت در تحقیق هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت‌کنندگان به دنبال

1. Isbell
2. Li
3. Stringaris

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.14]

نداشت، ۶- این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی شرکت‌کننده و جامعه هیچ‌گونه مغایرتی نداشت. درنهایت برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس آمیخته و نرم‌افزار spss نسخه ۲۶ استفاده شد.

ابزار سنجش

سیاهه انعطاف‌پذیری شناختی (CFI)[1]: این مقیاس توسط دنیس و واندروال[2] در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است. مقیاس با ۲۰ عبارت برای سنجش نوعی از انعطاف‌پذیری شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، مقیاس انعطاف‌پذیری به کار می‌رود. شیوه نمره‌گذاری آن بر اساس یک مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت می‌باشد. بالاترین نمره‌ای که فرد در مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند کسب نماید ۱۴۰ و پایین‌ترین نمره ۲۰ می‌باشد. نمره بالاتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر و نمره پایین و نزدیک به ۲۰ نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری شناختی پایین می‌باشد. این ابزار ۲ زیرمقیاس پردازش حل مسئله و ادراک کنترل‌پذیری را اندازه‌گیری می‌کند (تقی زاده و همکاران، ۱۳۹۲). در پژوهش دنیس و واندروال (۲۰۱۰) روایی هم‌زمان مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی با سیاهه افسردگی بک در ۵۳۰ دانشجوی آمریکایی برابر ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن را با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی ۰/۷۵ بود. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در نمونه فوق، ۰/۹۰ گزارش شده است (دنیس و واندروال، ۲۰۱۰). در پژوهش کهندانی و ابوالمعالی الحسینی (۱۳۹۶) روایی و پایایی این مقیاس در بین کارکنان وظیفه در پدافند هوایی ارتش جمهوری اسلامی ایران مورد بررسی قرار گرفت. همسانی درونی نمره کل این پرسشنامه و دو عامل آن یعنی پردازش حل مسئله، و ادراک کنترل‌پذیری به ترتیب معادل ۰/۸۹ و ۰/۷۷ و ۰/۸۱ به دست آمد. نمره کل آزمون پرسشنامه و دو عامل آن، رابطه معناداری با نمره کلی آزمون افسردگی بک داشت که به ترتیب معادل ۶۶/-۰، ۰/۵۷- و ۰/۵۹- بود. روایی عامل نیز ۰/۶۹ به دست آمد. در پژوهش حاضر پایایی به رو همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بود.

پروتکل درمان عقلانی-هیجانی: در این پژوهش منظور از پروتکل درمان عقلانی-هیجانی تعداد ۸ جلسات درمان بر اساس رویکرد عقلانی-هیجانی الیس و همچنین راهنمای گام‌به‌گام درمان عقلانی-هیجانی نوشته درایدن[3] (۲۰۰۹) است که به‌صورت برنامه هفتگی و گروهی و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه (۱/۵ ساعت) بر روی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اعمال شد.

جدول ۱. خلاصه‌ای از محتوای جلسات درمان عقلانی-هیجانی درایدن (۲۰۰۹)

جلسات	محتوا
جلسه اول	پذیرش شرکت‌کنندگان و ایجاد رابطه و آشنایی اعضا با یکدیگر. بیان اهداف و قوانین گروه (حضور منظم، اصل رازداری)،
جلسه دوم	بررسی مشکل ازنظر هر یک از اعضا، توضیح دادن به اعضا، آموزش اصول A-B-C، برنامه جلسه دوم، خاتمه و تکلیف
جلسه سوم	مرور جلسه دوم، آموزش اصول A-IB-IC، بایدهای نامعقول و تبدیل آن‌ها به خواسته‌ها و ترجیحات، فرق گذاشتن بین نگرانی، احتیاط و گوش‌به‌زنگی مناسب و اضطراب، عصبی بودن وحشت نامناسب، خاتمه و تکلیف
جلسه چهارم	کمک به اعضا برای کشف و شناسایی باورهای غیرمنطقی خود و دیگران، روش‌های مقابله با باورهای غیرمنطقی و اصلاح آن، به‌کارگیری فنون عقلانی عاطفی و رفتاری، خاتمه و تکلیف
جلسه پنجم	ارزیابی میزان کسب مهارت و پیشرفت اعضاء در زمینه کشف باورهای غیرمنطقی و انتخاب باورهای منطقی جایگزین، آموزش روش مجادله برای اصلاح و تغییر باورهای غیرمنطقی آموزش به اعضا برای کمک به یکدیگر برای کشف و مجادله با باورهای غیرمنطقی از طریق ایفای نقش، اجرای تکنیک‌های شوخی، مدیریت خود، معانی بیان و معرفی کتاب، تکلیف و خاتمه
جلسه ششم	آشناسازی اعضا با تأثیر خودگویی‌های منطقی و غیرمنطقی، تجربه چگونگی تغییر این کلمات و اثرات آن در تغییر احساست، روش‌های بازسازی افکار و عقاید، اجرای تکنیک آرمیدگی[4]
جلسه هفتم	آموزش برقراری ارتباط، اجرای فن تصویرسازی عقلانی عاطفی و رفتاری، آموزش راه‌های پیشگیری از مشکلات روان‌شناختی، نظرخواهی از اعضا در مورد تغییرات به وجود آمده، ارزیابی و خاتمه
جلسه هشتم	پایان درمان، صحبت با اعضای گروه

1. Cognitive flexibility questionnaire
2. Dennis
3. Dryden
4. Relaxation

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.14]

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: در این پژوهش منظور از پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تعداد ۸ جلسات درمان بر اساس پروتکل تدوین‌شده هیز[1] و همکاران (۲۰۱۱) است که به‌صورت برنامه هفتگی و گروهی و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه (۱/۵ ساعت) بر روی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اعمال شد.

جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۰۱۱)

جلسات	محتوا
جلسه اول	معرفی درمانگر و کمک درمانگر، معرفی اعضای گروه به یکدیگر، توصیه‌ها و دستورالعمل‌ها (توضیح درباره راحتی اعضای در گروه، رعایت اصل رازداری در گروه)، توضیح مختصر درباره طرح درمان: (توضیح درباره مدت و تعداد جلسات، فرایند درمان و مشارکت در درمان و ارائه تکالیف خانگی و عدم غیبت در جلسات)، بررسی منطق درمان، تکلیف خانگی
جلسه دوم	مرور تکالیف خانگی، معرفی ناامیدی سازنده، استعاره بازی طناب‌کشی و افتادن در چاله، تکلیف خانگی
جلسه سوم	مرور تکالیف خانگی، مرور جلسه دوم، معرفی کنترل به‌عنوان یک مشکل، استعاره مسافران اتوبوس، کیک شکلاتی، تکالیف خانگی
جلسه چهارم	مرور تکالیف خانگی، مرور جلسه سوم، معرفی گسلش، استعاره مغازه خواروبارفروشی، استعاره شیر، مرور تکالیف خانگی
جلسه پنجم	مرور تکالیف خانگی، مرور جلسه چهارم، معرفی ذهن آگاهی، تمرین قدم زدن با ذهن وراج، خوردن تنقلات، مرور تکالیف خانگی
جلسه ششم	مرور تکالیف خانگی، مرور جلسه پنجم، معرفی ارزش‌ها، تمرین خال هدف، استعاره مهمان مزاحم، تکالیف خانگی
جلسه هفتم	مرور تکالیف خانگی، مرور جلسه ششم، معرفی خود به‌عنوان بافتار و ذهن‌آگاهی، استعاره صفحه شطرنج، دستگاه تلویزیون، شمردن نفس‌ها، تکالیف خانگی
جلسه هشتم	پایان درمان، مرور جلسات درمانی، بحث در پیشرفت‌های خود و مرور موضوعات پوشش داده‌شده

یافته ها

یافته‌های پژوهش در مورد اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد که ۴۸ نفر (۱۶ نفر گروه درمان عقلانی - هیجانی، ۱۶ نفر درمان پذیرش و تعهد و ۱۶ نفر گروه کنترل) حضور داشتند که میانگین و انحراف استاندارد معیار سن برای گروه درمان عقلانی هیجانی به ترتیب ۱۵/۴۳ و ۱/۴۵ سال، برای گروه درمان پذیرش و تعهد ۱۵/۶۳ و ۱/۰۲ سال و برای گروه کنترل ۱۵/۴۷ و ۰/۹۴ بود. همچنین جنسیت همه افراد شرکت‌کننده‌ها دختر بود. در ادامه یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه می‌شود. برای توصیف داده‌ها از میانگین به‌عنوان شاخص گرایش مرکزی و انحراف معیار به‌عنوان شاخص پراکندگی استفاده شد.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیر انعطاف‌پذیری شناختی و مؤلفه‌های آن در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
انعطاف‌پذیری شناختی	کنترل	۵۹/۱۳	۱۴/۹۳	۵۸/۴۷	۱۴/۷۲	۵۸/۸۷	۱۴/۲۸
	درمان عقلانی-هیجانی	۶۰/۴۰	۱۶/۲۱	۶۴/۳۳	۱۵/۸۰	۷۴/۱۳	۱۵/۷۰
	درمان پذیرش و تعهد	۵۹/۲۷	۱۳/۴۵	۷۶/۹۳	۱۹/۳۴	۷۷/۸۷	۱۹/۷۸

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، انعطاف‌پذیری شناختی برای سه گروه کنترل، درمان عقلانی - هیجانی، درمان پذیرش و تعهد در سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد، در گروه کنترل میانگین نمره کل انعطاف‌پذیری شناختی در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد. ولی در گروه‌های درمان عقلانی - هیجانی، درمان پذیرش و تعهد افزایش قابل‌توجه انعطاف‌پذیری شناختی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون مشاهده می‌شود. بررسی معنادار بودن این تغییرات با استفاده از آزمون تحلیل واریانس آمیخته صورت گرفت. قبل از اجرای آزمون، آزمون تحلیل واریانس آمیخته، از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات انعطاف‌پذیری

1. Hayes

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.14]

شناختی در مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری (p>۰/۰۵) از آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌های انعطاف‌پذیری شناختی در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون (F=۰/۱۸۶)، (P=۰/۲۰)، پس‌آزمون (F= ۱/۱۰۵، P=۰/۱۲۳) و پیگیری (F=۱/۳۳، P=۰/۲۶۳) و برای بررسی همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس با استفاده از آزمون ام‌باکس در متغیر انعطاف‌پذیری شناختی (MBOX =۲۹/۷۳، F =۱/۰۴، P=۰/۳۲) استفاده شد؛ که نتایج این آزمون‌ها معنی‌دار نبود، همچنین به‌منظور بررسی پیش‌فرض کرویت از آزمون موچلی استفاده شد و نتایج نشان داد پیش‌فرض کرویت برای متغیر انعطاف‌پذیری شناختی رعایت نشده است. بنابراین برای تفسیر نتایج از روش گرینهاوس-گیسر استفاده شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس آمیخته مربوط به اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی

متغیر	عوامل	منابع تغییر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	میزان اثر
انعطاف‌پذیری شناختی	درون‌گروهی	زمان	۲۹۲/۹۸	۱/۳۳	۲۲۰/۵۳	۰/۴۶	۰/۵۶	۰/۰۱
		زمان × گروه	۵۸۱۲/۲	۲/۶۶	۲۱۸۷/۵	۴/۵۵	۰/۰۱	۰/۱۹
		خطا	۲۴۲۸۳/۱۹	۵۰/۴۸	۴۸۱/۰۲	-	-	-
	بین گروهی	گروه	۲۲۵۵/۲۲	۲	۱۱۲۷/۶۱	۴/۹۵	۰/۰۱	۰/۲۱
		خطا	۸۶۵۶/۴۱	۳۸/۰۰۲	۲۲۷/۸	-	-	-

بر این اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته در جدول ۴ ارائه شده است. با توجه به نتایج جدول نشان می‌دهد بین گروه و زمان در متغیر انعطاف‌پذیری شناختی تفاوت معناداری وجود دارد و مشخص می‌گردد بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه درمانی و گروه کنترل در متغیر وابسته تفاوت وجود دارد همچنین در اثر گروه با توجه به مقادیر و سطح معناداری F در متغیر انعطاف‌پذیری شناختی بین دو گروه درمان عقلانی-هیجانی و درمان پذیرش و تعهد و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. مقایسه دوبه‌دوی این گروه‌ها به تفکیک هر مرحله با استفاده از آزمون بنفرونی صورت گرفته که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین متغیر انعطاف‌پذیری شناختی

				اختلاف میانگین	آماره آزمون	سطح معنی‌داری
انعطاف‌پذیری شناختی	پیش‌آزمون	درمان عقلانی-هیجانی	کنترل	-۱/۲۷	۱/۲۳۵	۰/۲۳۱
			درمان پذیرش و تعهد	۱/۱۳	۱/۳۶	۰/۳۷
	پس‌آزمون	درمان عقلانی-هیجانی	کنترل	-۵/۸۶	۹/۰۶	۰/۰۱
			درمان پذیرش و تعهد	-۱۲/۶	۱۰/۱۳	۰/۰۱
	پیگیری	درمان عقلانی-هیجانی	کنترل	-۱۵/۲۶	۱۳/۹۲	۰/۰۱
			درمان پذیرش و تعهد	-۳/۷۴	۵/۷۹	۰/۰۲

با توجه به جدول ۵ ملاحظه می‌شود تفاوت معناداری بین گروه‌های درمان عقلانی-هیجانی و کنترل در متغیر انعطاف‌پذیری شناختی (P<۰/۰۵) و درمان پذیرش و تعهد و کنترل در متغیر انعطاف‌پذیری شناختی (P<۰/۰۵) وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد بین روش درمان عقلانی-هیجانی و درمان پذیرش و تعهد در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ اختلاف معنادار وجود دارد. مطابق با جدول ۵ اختلاف میانگین روش درمان عقلانی-هیجانی و درمان پذیرش و تعهد برای متغیر انعطاف‌پذیری شناختی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به‌صورت مثبت معنادار شده است. درنتیجه درمان پذیرش و تعهد در افزایش انعطاف‌پذیری شناختی اثربخشی بیشتری نسبت به درمان عقلانی-هیجانی داشته است (P<۰/۰۵).

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.14]

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان عقلانی-هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال بدتنظیمی خلق مخرب شد. در مرحله اول یافته‌های پژوهش نشان داد درمان عقلانی-هیجانی بر انعطاف‌پذیری شناختی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال بدتنظیمی خلق مخرب مؤثر است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش دای و همکاران (۲۰۲۵) و یانگ و همکاران (۲۰۲۳) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت درمان عقلانی-هیجانی توانست به‌طور مؤثری انعطاف‌پذیری شناختی را افزایش دهد، زیرا این روش به افراد کمک می‌کند تا باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد خود را شناسایی و تغییر دهند. انعطاف‌پذیری شناختی به معنای توانایی فرد در تنظیم و تغییر افکار و نگرش‌های خود بر اساس شرایط جدید و اطلاعات جدید است. این ویژگی برای مقابله با چالش‌ها، استرس‌ها و احساسات منفی ضروری است (دکانی و همکاران، ۱۴۰۰). یکی از اصول اساسی درمان عقلانی-هیجانی این است که افراد به دلیل باورهای غیرمنطقی یا غیرواقعی خود به هیجانات منفی و رفتارهای ناکارآمد دچار می‌شوند. این باورها معمولاً ثابت و انعطاف‌ناپذیر هستند و باعث می‌شوند فرد در مواجهه با مشکلات و چالش‌ها نتواند دیدگاه‌های جدیدی اتخاذ کند. با شناسایی و چالش‌برانگیز کردن این باورها، درمانگر به فرد کمک می‌کند تا از نگرش‌های انعطاف‌ناپذیر به نگرش‌های منطقی‌تر و سازگارتر تغییر مسیر دهد. این فرایند موجب می‌شود که فرد توانایی بیشتری در تغییر و تعدیل افکار و احساسات خود پیدا کند (نریمانی و شریف نیا، ۱۳۹۹). همچنین درمان عقلانی - هیجانی به افراد می‌آموزد که به‌جای واکنش‌های هیجانی شدید، به تفکر منطقی و واقع‌بینانه روی بیاورند. این کمک می‌کند تا فرد بتواند به شرایط و مشکلات از زوایای مختلف نگاه کند و دیدگاه‌های متنوع‌تری را در نظر بگیرد. به این ترتیب، انعطاف‌پذیری شناختی فرد بهبود می‌یابد و قادر خواهد بود که بدون گیر افتادن در افکار و باورهای منفی، از گزینه‌های مختلف برای حل مشکلات استفاده کند (حسین زاده و همکاران، ۱۳۹۹). درمان عقلانی-هیجانی به افراد مهارت‌های مقابله‌ای و حل مسئله می‌آموزد که از طریق آن‌ها می‌توانند به چالش‌ها و موقعیت‌های استرس‌زا با تفکر منطقی و سازگارانه واکنش نشان دهند. این مهارت‌ها شامل توانایی ارزیابی موقعیت‌ها از جنبه‌های مختلف، بررسی راه‌حل‌های مختلف و انتخاب بهترین گزینه‌ها برای مقابله با مشکلات است. این امر به فرد کمک می‌کند که به‌جای واکنش‌های خودکار و غیرمنطقی، با رویکردی بازتر و انعطاف‌پذیرتر با موقعیت‌ها روبه‌رو شود (یانگ و همکاران، ۲۰۲۳). درنتیجه، درمان عقلانی-هیجانی از طریق اصلاح باورها، تقویت تفکر منطقی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، انعطاف‌پذیری شناختی فرد را افزایش می‌دهد و به او کمک می‌کند که در مواجهه با چالش‌ها و هیجانات شدید به شیوه‌ای سازگارانه‌تر و مؤثرتر واکنش نشان دهد.

همچنین یافته دیگر پژوهش نشان داد درمان پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی مؤثر است. نتایج این پژوهش با پژوهش ژو و همکاران (۲۰۲۵)، آقاجان پوریان وحید و همکاران (۱۴۰۱)، و شاره و رباطی (۱۳۹۹) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت در فرایند درمان تعهد و پذیرش، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به‌عنوان اساس سلامت روان‌شناختی شناخته می‌شود. هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً برای اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام شود یا در حقیقت به فرد تحمیل شود. در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد درباره تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی به‌منظور اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی برای حذف آنها به‌طور کامل پذیرفت. در قدم دوم، بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد (آقاجان پوریان وحید و همکاران، ۱۴۰۱). در مرحله سوم، به فرد آموخته می‌شود خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناخت)؛ به‌نحوی‌که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. مرحله چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی است؛ یعنی داستان شخصی، مانند قربانی بودن که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. گام پنجم، کمک به فرد است تا ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها). درنهایت، ایجاد انگیزه برای عمل متعهدانه، یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص‌شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی است (فصیحی و همکاران، ۱۳۹۸). این تجارب ذهنی، می‌تواند افکار افسرده کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث (تروما)، هراس‌ها و غیره باشد. فرایند درمان تعهد و پذیرش به فرد کمک می‌کند مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرد و هر زمان که لازم بود، تغییر یا پافشاری کند و درواقع این درمان به دنبال متعادل کردن شیوه‌های متناسب با موقعیت

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.14]

است. در حوزه‌هایی مثل رفتار آشکار که قابل‌تغییر است، متمرکز بر تغییر است و در حوزه‌هایی که تغییر امکان‌پذیر نیست، بر پذیرش و تمرین‌های ذهن‌آگاهی تمرکز دارد (تامپسون[1] و همکاران، ۲۰۲۱).

در آخر نیز یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان پذیرش و تعهد اثر بیشتری بر انعطاف‌پذیری شناختی نسبت به درمان عقلانی- هیجانی در نوجوانان دختر مبتلا به اختلال بدتنظیمی خلق مخرب دارد و این تغییر در مرحله‌ی پیگیری نیز حفظ شد. پژوهشی جهت بررسی همسویی یا ناهمسویی با نتایج پژوهش حاضر یافت نشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان نمود رویکرد درمان پذیرش و تعهد اساساً بر پذیرش هیجانات و آگاهی از لحظه حال تأکید دارد و می‌خواهد فرد به‌جای تلاش برای تغییر یا سرکوب احساسات، با آن‌ها سازگاری پیدا کند. این امر باعث می‌شود که فرد قادر باشد به شیوه‌ای منعطف‌تر و انعطاف‌پذیرتر به موقعیت‌ها و شرایط مختلف واکنش نشان دهد. در درمان پذیرش و تعهد، هدف این است که فرد یاد بگیرد با هیجانات و تجربه‌های ناخوشایند خود برخورد کند و آن‌ها را بپذیرد به‌جای اینکه آن‌ها را تغییر دهد یا از آن‌ها اجتناب کند (شاره و رباطی، ۱۳۹۹). این پذیرش هیجانات به فرد اجازه می‌دهد تا نسبت به احساسات خود انعطاف‌پذیرتر و سازگارتر شود. درنتیجه، فرد به‌جای برخوردی خشک و غیرمنعطف با هیجانات خود، توانایی استفاده از آن‌ها به‌عنوان یک محرک برای تغییر یا رشد را پیدا می‌کند. این امر درنهایت به انعطاف‌پذیری شناختی کمک می‌کند، زیرا فرد دیگر تحت‌فشار یا استرس ناشی از هیجانات خود قرار نمی‌گیرد و می‌تواند در موقعیت‌های مختلف واکنش‌های بازتری از خود نشان دهد (ژو و همکاران ،۲۰۲۵). اما در درمان عقلانی-هیجانی تلاش بر تغییر باورهای غیرمنطقی و اصلاح تفکرات نادرست است که می‌تواند موجب کاهش تنش‌های هیجانی شود. اما این رویکرد ممکن است در برخی موارد به فرد فشار بیاورد تا هیجانات منفی خود را به‌طور کامل تغییر دهد. در مقابل، در پذیرش و تعهد، فرد یاد می‌گیرد که با افکار و احساسات منفی خود مواجه شود و آن‌ها را بدون قضاوت یا تغییر بپذیرد. این رویکرد به فرد کمک می‌کند تا از اجتناب از احساسات منفی یا مبارزه با آن‌ها دست بردارد، که می‌تواند موجب افزایش انعطاف‌پذیری شناختی شود (نریمانی و شریف نیا، ۱۳۹۹).

در آخر نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو درمان پذیرش و تعهد و درمان عقلانی-هیجانی بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در نوجوانان دختر مبتلا به اختلال بدتنظیمی خلق مخرب تأثیرگذار بوده‌اند. اما تأثیر درمان پذیرش و تعهد بیشتر از درمان عقلانی-هیجانی بوده است. این یافته‌ها می‌توانند نشان‌دهنده اهمیت استفاده از درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود توانایی‌های شناختی و هیجانی نوجوانان در مقابله با مشکلات خلقی و رفتاری باشند. از آنجا که انعطاف‌پذیری شناختی به‌عنوان یک عامل کلیدی در سازگاری روان‌شناختی در نظر گرفته می‌شود، این نتایج می‌توانند راهگشای درمان‌های مؤثرتری برای این گروه سنی و اختلال خاص باشند. درنهایت، پژوهش‌های بیشتر برای بررسی جزئیات و مکانیسم‌های تأثیر این درمان‌ها بر اختلالات مشابه ضروری به نظر می‌رسد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به انتخاب نمونه‌گیری هدفمند از میان دختران نوجوان دارای اختلال بدتنظیمی خلق مخرب در یک شهر خاص به نام شهر قدس اشاره کرد که از اعتبار بیرونی پژوهش کاست و همین‌طور عدم توجه به برخی از متغیرهای روان‌شناختی (مثل ذهنیت روان‌شناختی و بینش مراجعین انگیزه‌ی مراجع حوادث متقارن با پژوهش و استرس‌های هم‌زمان با اجرای پژوهش). از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر قلمداد می‌شود که اعتبار درونی را به مخاطره می‌اندازد. همچنین روش نمونه گیری غیرتصادفی و حجم کم نمونه نیز از محدودیت های دیگر پژوهش به شمار می رود. همین‌طور پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده برای کاهش سوگیری احتمالی و کنترل متغیرهای مداخله‌گر نمونه از شهرها و گروه‌های مختلف و با حجم بیشتر انجام شود تا با اطمینان بیشتری بتوان نتایج را تعمیم داد.

منابع

آقاجان پوریان وحید، م.، اقدسی، ع.، مصرآبادی، ج.، و هاشمی نصرت‌آباد، ت. (۱۴۰۱). اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی و سرزندگی تحصیلی در نوجوانان دارای مشکلات کم‌توجهی. *دوفصلنامه مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان*، ۳(۲)، ۸۶-۹۸. https://journals.kmanpub.com/index.php/jayps/article/view/656

انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، نسخه تجدیدنظرشده*. ترجمه فرزین رضایی و همکاران (۱۳۹۸). تهران: انتشارات ارجمند.

1. Thompson

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.14]

حسین زاده، ز.، قربان شیرودی، ش.، خلعتبری، ج.، و رحمانی، م. (۱۳۹۹). اثر بخشی زوج درمانی هیجان مدار بر انعطاف پذیری کنشی و تحمل پریشانی زوج ها. *خانواده درمانی کاربردی*، ۱(۳)، ۳۸-۲۳. https://journals.kmanpub.com/index.php/aftj/article/view/251

دکانی، م.، فخری، م.، و حسن زاده، ر. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تحمل پریشانی و انعطاف پذیری شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *مجله دیابت و متابولیسم ایران (مجله دیابت و لیپید ایران)*، ۲۱(۳)، ۱۹۷-۱۸۶. https://ijdld.tums.ac.ir/article-1-6064-fa.html

شاره، ح.، و رباطی، ز. (۱۴۰۰). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی، افکار خودکشی، افسردگی و ناامیدی در سربازان. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۷(۴)، ۴۲۷-۴۱۲. http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-3095-fa.html

فصیحی، ر.، اسدی، ج.، حسن زاده، ر.، و درخشان پور، ف. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری شناختی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گرگان. مطالعات ناتوانی، ۹(۱)، ۶-۱. https://jdisabilstud.org/article-1-990-fa.html

کهندانی، م.، و ابوالمعالی الحسینی، خ. (۱۳۹۶). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه‌ی انعطاف‌پذیری شناختی دنیس، وندروال و جیلون. *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۸(۲۹)، ۷۰-۵۳. https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_2556.html

نریمانی، م. و شریف نیا، گ. (۱۳۹۹). نگاه تحلیلی به نظریه‌ی رفتار درمانی عقلانی- هیجانی (TBER) آلبرت الیس و حوزه‌های اثرگذار آن. *سومین همایش ملی آسیب‌های اجتماعی*، اردبیل. https://civilica.com/doc/1369280/

Adibkia, A., Emamipour, S., Keshavarzi Arshadi, F., & Mohammadkhani, P. (2022). The Relationship Between Irrational Beliefs and the Marital Satisfaction Based on the Mediating Role of the Conflict Resolution Behavior and the Marital Stress. *PCP, 10*(3), 225-232. http://jpcp.uswr.ac.ir/article-1-774-en.html

Akbari, M., Seydavi, M., & Zamani, E. (2021). The mediating role of personalized psychological flexibility in the association between distress intolerance and psychological distress: A national survey during the fourth waves of COVID-19 pandemic in Iran. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *28*(6), 1416-1426. https://doi.org/10.1002/cpp.2685

Balkis, M. & Duru, E. (2019). The protective role of rational beliefs on the relationship between irrational beliefs, emotional states of stress, depression and anxiety. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 37*(1), 96-112. https://doi.org/10.1007/s10942-018-0305-7

Bernal-Manrique K.N., García-Martín, M.B., & Ruiz, F.J. (2020). Effect of acceptance and commitment therapy in improving interpersonal skills in adolescents: A randomized waitlist control trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *17*, 86-94. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.06.008

Best, O., & Ban, S. (2021). Adolescence: physical changes and neurological development. *British Journal of Nursing*, *30*(5), 272-275. https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.5.272

Chen, H., Dong, G., & Li, K. (2023). Overview on brain function enhancement of Internet addicts through exercise intervention: Based on reward-execution-decision cycle. *Front Psychiatry*, *14*, 1094583. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1094583

Dai, L., Su, B., & Liu, Q. (2025). Effect of the Intervention Dominated by Rational-Emotive Therapy on Obese Children's Mental Health. *Iran J Public Health*, *54*(3), 589-597. https://ijph.tums.ac.ir/index.php/ijph/article/view/37882

David, O. A., Cîmpean, A., Costescu, C., DiGiuseppe, R., Doyle, K., Hickey, M., & David, D. (2021). Effectiveness of Outpatient Rational Emotive Behavior Therapy Over One Decade. *American journal of psychotherapy*, *74*(4), 157-164. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200009

Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive therapy and research*, *34*(3), 241-253. https://doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4

Devine, D., Ogletree, A. M., Shah, P., & Katz, B. (2022). Internet addiction, cognitive, and dispositional factors among US adults. *Computers in Human Behavior Reports*, *6*, 100180. https://doi.org/10.1016/j.chbr.2022.100180

Dryden, W. (2009). *How to think and intervene like an REBT therapist*. London: Routledge.

Fang, S., & Ding, D. (2020). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for children. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *15*(1), 225-234. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.01.007

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York, NY: Guilford Press.

Huang, C. (2021). Review of treatment of disruptive mood dysregulation disorder. In: 2021 4th International Conference on Humanities Education and Social Sciences (ICHESS 2021). *Atlantis Press*, 40–47. https://www.atlantis-press.com/proceedings/ichess-21/125967148

Isbell, L. M., Kang, S., Barysky, G., & Quinn, G. (2022). Stigmatizing attitudes toward Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD) in parents vs. non-parents: Effects of medication and genetic etiology. *PLoS ONE*, *17*(9), Article e0274185. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274185

Leal, M., Adan, M., Heilman, K.J., Kolacz, J., & Cockcroft, K. (2024). Disruptive mood dysregulation disorder: the relationship between cardiac vagal tone, emotion recognition, and expressive prosody. *South African Journal of Psychology*, *54*(2), 197-209. https://doi.org/10.1177/00812463241250134

Liu, Y., Ni, X., Wang, R., Liu, H., & Guo, Z. (2022). Application of rational emotive behavior therapy in patients with colorectal cancer undergoing adjuvant chemotherapy. *International journal of nursing sciences*, *9*(2), 147-154. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.02.002

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.14]

Ma, J., Ji, L., & Lu, G. (2023). Adolescents' experiences of acceptance and commitment therapy for depression: An interpretative phenomenological analysis of good-outcome cases. *Frontiers in psychology*, *14*, 1050227. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1050227

Marko, M., & Riečanský, R. (2018). Sympathetic arousal, but not disturbed executive functioning, mediates the impairment of cognitive flexibility under stress. *Cognition*, *174*, 94-102. https://doi.org/10.1016/j.cognition.2018.02.004

Masoumian, S., Ashouri, A., Ghomian, S., Keshtkar, M., Siahkamary, E., & Vahed, N. (2021). Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy compared to cognitive behavioral therapy on anger and interpersonal relationships of male students. *Iran J Psychiatry*, *16*(1), 21-29. https://doi.org/10.18502/ijps.v16i1.5374

Murphy, S., & Samuel, V. (2025). Implementing a brief universal Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention (InTER-ACT) for secondary school students: a qualitative evaluation of the experiences of teachers and school counsellors. *Pastoral Care in Education*, 1-29. https://doi.org/10.1080/02643944.2025.2464531

Patil, A. U., Madathil, D., & Huang, C. M. (2021). Age-related and individual variations in altered prefrontal and cerebellar connectivity associated with the tendency of developing internet addiction. *Human brain mapping*, *42*(14), 4525-4537. https://doi.org/10.1002/hbm.25562

Puolakanaho, A., Tolvanen, A., Kinnunen, S.M., & Lappalainen, R. (2020). A psychological flexibility-based intervention for burnout: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *15*, 52-67. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.11.007

Stringaris, A., Vidal-Ribas, P., Brotman, M. A., & Leibenluft, E. (2018). Practitioner Review: Definition, recognition, and treatment challenges of irritability in young people. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, *59*(7), 721–739. https://doi.org/10.1111/jcpp.12823

Tanhan, F., Özok, H. İ., Kaya, A., & Yıldırım, M. (2023). Mediating and moderating effects of cognitive flexibility in the relationship between social media addiction and phubbing. *Current psychology (New Brunswick, N.J.)*, 1-12. Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s12144-023-04242-8

Young, P., Chow, V., Haslam, C., Wood, A., & Barker, J. (2023). Can Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT) and Mindfulness be Integrated Effectively within High Performance Settings?. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy: RET*, *41*(2), 411-431. https://doi.org/10.1007/s10942-022-00475-x

Zadhasan, Z., Sadati, Z., Heidari Kadijani, H., & Khosravi, M. (2022). The effectiveness of rational-emotional-behavioral group therapy on experiential avoidance and emotional expression in patients with irritable bowel syndrome. *Razavi International Journal of Medicine*, *10*(2), 12-16. https://journal.razavihospital.ir/article_118457.html

Zhou, Y., Wen, X., Han, S., Li, Y., Lv, Y., & Li, Q. (2025). Effect of Confucian-based acceptance and commitment therapy(C-ACT) on mental health and psychological flexibility improvement of college students: A randomized controlled trial. *Acta psychologica*, *254*, 104808. Advance online publication. https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2025.104808

Zsidó, A. N., Darnai, G., Inhóf, O., Perlaki, G., Orsi, G., Nagy, S. A., Lábadi, B., Lénárd, K., Kovács, N., Dóczi, T., & Janszky, J. (2019). Differentiation between young adult Internet addicts, smokers, and healthy controls by the interaction between impulsivity and temporal lobe thickness. *Journal of behavioral addictions*, *8*(1), 35-47. https://doi.org/10.1556/2006.8.2019.03

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.14]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.14]