



## The effectiveness of emotion-focused therapy on cognitive flexibility and distress tolerance married women with social anxiety disorder

Arghavan Kebritchi<sup>1</sup>, Shahnam Abolghasemi<sup>2</sup>, Mansoureh Shahriari-Ahmadi<sup>3</sup>

1. Ph.D Candidate in Psychology, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran. E-mail: [Arghavan\\_kb@yahoo.com](mailto:Arghavan_kb@yahoo.com)
2. Associated Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran. E-mail: [sh.abolghasemi@iau.ac](mailto:sh.abolghasemi@iau.ac)
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: [mansure\\_shahriari@yahoo.com](mailto:mansure_shahriari@yahoo.com)

### ARTICLE INFO

**Article type:**  
Research Article

**Article history:**  
Received 04 July 2024  
Received in revised form  
02 August 2024  
Accepted 06 September  
2024  
Published Online 21  
December 2024

**Keywords:**  
emotion-focused therapy,  
cognitive flexibility,  
distress tolerance,  
married women,  
social anxiety disorder

### ABSTRACT

**Background:** It seems that considering the role of emotions in distress tolerance and cognitive flexibility as two important dimensions of social anxiety disorder, which is one of the most debilitating anxiety disorders, using treatments that target emotions can be helpful.

**Aims:** The aim of the present study was to investigate the effectiveness of emotion-focused therapy on cognitive flexibility and distress tolerance married women with social anxiety disorder.

**Methods:** The research method was a semi-experimental pretest-posttest design with a 45-day follow-up strage by control group. The study population included all married women with social anxiety disorder referred to psychological counseling centers in the 18th district of Tehran in 2023 which among those 34 cases were selected through available sampling and according to the inclusion criteria and they were randomly divided into experimental and control groups. The Experimental group received emotion-focused therapy (Johnsano, 2008) sessions for nine 90-minutes sessions. All participants were assessed by the questionnaires of cognitive flexibility Inventory (Dennis & Vander Wal, 2010) and distress tolerance (Simons & Gaher, 2005). Data were analyzed by SPSS-24 software and MANOVA with repeated measure test.

**Results:** The results indicated the effectiveness of emotion-focused therapy on improving cognitive flexibility and distress tolerance ( $p < 0.01$ ) and maintaining its effectiveness in the follow-up stage ( $p < 0.01$ ).

**Conclusion:** Considering to the effectiveness of emotion-focused therapy it is suggested to focus on this therapy as one of the auxiliary, supportive and rehabilitation therapy along with drug treatment in reducing the consequences of difficulties in distress tolerance and cognitive flexibility.

**Citation:** Kebritchi, A., Abolghasemi, Sh., & Shahriari-Ahmadi, M. (2024). The effectiveness of emotion-focused therapy on cognitive flexibility and distress tolerance married women with social anxiety disorder. *Journal of Psychological Science*, 23(143), 97-113. [10.52547/JPS.23.143.97](https://doi.org/10.52547/JPS.23.143.97)

*Journal of Psychological Science*, Vol. 23, No. 143, 2024

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.23.143.97](https://doi.org/10.52547/JPS.23.143.97)



✉ **Corresponding Author:** Shahnam Abolghasemi, Associated Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

E-mail: [sh.abolghasemi@iau.ac](mailto:sh.abolghasemi@iau.ac), Tel: (+98) 9113913907

## Extended Abstract

### Introduction

Social Anxiety Disorder (SAD) is considered one of the most common anxiety disorders, accompanied by extensive and chronic consequences that result in significant impairments in affected individuals (Swee, Hudson, and Heimberg, 2021). It involves an intense and persistent fear of negative evaluation in social and performance situations, leading to excessive avoidance of such situations or enduring them with great anxiety. This causes disruptions in occupational, academic, and interpersonal functioning (Rosen and Aderka, 2023). The significant prevalence of Social Anxiety Disorder (SAD) and its extensive and chronic consequences have prompted researchers and theorists to focus on factors related to the development, persistence, and exacerbation of this disorder. Cognitive flexibility is one of the critical factors associated with anxiety and is considered a potential mechanism linked to anxiety disorders (Wariner-Gallier, 2019). Research by Yu, Yu, and Lin (2020) has shown that higher cognitive flexibility is associated with lower anxiety experiences, and possessing this capability reduces negative emotions. However, individuals with SAD often suffer from poor cognitive flexibility or even cognitive rigidity, making them unaware of options when faced with unpredictable situations and leading to a lack of willingness and inability to adapt and adjust to such challenges (Demirataz, 2020).

Considering that one of the main symptoms of individuals with SAD is the fear of negative evaluation in social and performance situations, various studies (Katz, Rector, and Laposa, 2017; Glassman et al., 2016) have shown that social anxiety is essentially a form of situational distress. One of the factors that can affect or be affected by processes related to self-regulation, such as attention, cognitive evaluations of emotional or physical distressing situations, is distress tolerance. Gallego, McHugh, Wilt, and Lapalainen (2020) stated that an individual's capacity to tolerate such psychological distress can enhance or diminish their coping abilities. Reduced distress tolerance in such individuals is associated with maladaptive responses

to anxiety, tension, and physiological arousal stemming from seeking ways to avoid or escape negative emotions. This leads to the perception that they lack adequate behavioral and emotional resources to cope with the negative consequences of being in such situations. As a result, by deeming emotional distress in social situations as unacceptable, they are driven towards unhealthy and maladaptive strategies (Velitzky-Taylor et al., 2015).

Due to the chronic nature and recurrence of SAD symptoms, individuals with SAD often report numerous experiences of continuous humiliation and rejection by others in their history. These factors highlight the necessity for comprehensive and deep therapeutic interventions for these individuals. Various interventions have been employed for treating SAD, including cognitive-behavioral interventions (Nauphal et al, 2021; Niles et al, 2021), psychodynamics (Bögels et al, 2014), commitment and acceptance therapy (Tavoli, 2013), compassion therapy (Azadeh et al, 2016) etc. Research indicates that emotional factors play a significant role in the development and persistence of Social Anxiety Disorder (SAD) (Fellows, Roth, Nikolic, and Kurt, 2024). Consequently, one of the intervention approaches proposed for SAD is Emotion-Focused Therapy (EFT). EFT is an integrative therapeutic model that combines client-centered therapy, Gestalt therapy, and cognitive principles. It considers emotion as the foundation of experience related to adaptive and maladaptive functions (Barbosa et al., 2018). Therefore, EFT can be effective in treating emotion-related issues such as SAD, distress tolerance, and more.

Given that Social Anxiety Disorder (SAD) is one of the common disorders in society associated with a wide range of problems and disorders, research has shown that this disorder is accompanied by poor performance, academic decline, dissatisfaction with social relationships, and low occupational and economic levels. Additionally, it has been shown that only one-third of SAD sufferers receive treatment during their illness, while the disorder follows a chronic and continuous course without intervention. Considering the role of emotional aspects in the creation, exacerbation, and recurrence of SAD

symptoms and consequently various problems such as cognitive inflexibility and low distress tolerance, and the scope of their impact on all aspects of individuals' lives, and the effectiveness of Emotion-Focused Therapy (EFT) in treating various disorders, this research aims to answer whether EFT is effective on cognitive flexibility and distress tolerance in married women with SAD.

### Method

This research was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and a 45-day follow-up with a control group. The statistical population included all married women with social anxiety disorder (SAD) who referred to psychological counseling centers in District 18 of Tehran in 2023. Thirty-four women were selected based on inclusion criteria and randomly assigned to experimental and control groups. Inclusion criteria were having a psychological or psychiatric file with a diagnosis of SAD, scoring above 40 on the social anxiety inventory, informed consent to participate, being married, not taking medication, no history of physical illness, and not receiving concurrent treatments. Exclusion criteria included withdrawal from the study and missing more than two sessions. The research tools were cognitive flexibility questionnaires (Dennis & Vander Wal, 2010) and distress tolerance questionnaires (Simons & Gaher, 2005). The experimental group received nine sessions of emotion-focused therapy, while the control group did not receive any intervention. Participants were evaluated at three stages: pretest, posttest, and a 45-

day follow-up. Data were analyzed using SPSS-24 software and repeated measures multivariate analysis of variance (ANOVA).

### Results

The demographic characteristics of the participants in terms of Employment status, education level, and age were as follows: In the control group, 8 individuals (47.05%) were housewives, and 9 individuals (52.95%) were employed women. In the experimental group, 10 individuals (58.82%) were housewives, and 7 individuals (41.18%) were employed women. Regarding education level, in the control group, 1 individual (5.88%) with a high school diploma, 13 individuals (76.48%) with a bachelor's degree, and 3 individuals (17.64%) with a master's degree. In contrast, in the experimental group, 1 individuals (5.88%) had a high school diploma, and 12 individuals (70.59%) with a bachelor's degree, and 4 individuals (23.53%) with a master's degree. In terms of age, the average age of the control group was 39.6 years and the average age of the experimental group was 38.7 years.

The pretest scores for cognitive flexibility and distress tolerance were similar between the control and experimental groups. The experimental group showed a greater increase in mean scores in the posttest and follow-up stages compared to the control group, indicating improvement. Assumptions for repeated measures ANOVA, including normality, linearity, outlier analysis, homogeneity of variances, and equality of covariance matrices, were confirmed.

**Table 1. The results of within-group and between-group effects comparisons related to the variables of cognitive flexibility and distress tolerance**

| variables             | Source        |            | SS      | df | MS      | F      | Sig   | Eta   |
|-----------------------|---------------|------------|---------|----|---------|--------|-------|-------|
| cognitive flexibility | Within Group  | Time       | 128.88  | 1  | 128.88  | 72.2   | 0.001 | 0.693 |
|                       |               | Time*Group | 487.11  | 1  | 487.11  | 160.69 | 0.001 | 0.834 |
|                       | Between Group | Error      | 97      | 32 | 3.03    | -      | -     | -     |
|                       |               | Group      | 918     | 1  | 918     | 12     | 0.002 | 0.273 |
| distress tolerance    | Within Group  | Error      | 2447.37 | 32 | 76.48   | -      | -     | -     |
|                       |               | Time       | 705.3   | 1  | 705.3   | 317.88 | 0.001 | 0.909 |
|                       | Between Group | Time*Group | 667.19  | 1  | 667.19  | 300.7  | 0.001 | 0.904 |
|                       |               | Error      | 71      | 32 | 2.21    | -      | -     | -     |
|                       | Between Group | Group      | 1898.03 | 1  | 1898.03 | 111.24 | 0.001 | 0.777 |
|                       |               | Error      | 545.96  | 32 | 17.06   | -      | -     | -     |

The results in Table 1 indicate that there is a significant difference in cognitive flexibility and

distress tolerance between pre-test, post-test, and follow-up periods in emotion-focused therapy



( $p < 0.01$ ). The results show that 69% and 90% of the within-group changes in cognitive flexibility and distress tolerance are explained by time. The interaction effect between time and group is significant for all variables ( $p < 0.01$ ), indicating interaction between different time levels and different groups. The effect sizes show that 83% and 90% of the within-group changes are explained by the interaction of time in the group. The between-group effects in Table 1 indicate a significant difference in

the dependent variables' scores between the experimental and control groups ( $p < 0.01$ ). For each of the variables of cognitive flexibility and distress tolerance, there is a significant difference between the control group and the emotion-focused therapy group. The eta squared values for cognitive flexibility and distress tolerance are 27% and 77%, respectively. Bonferroni post hoc test was used to examine the differences between research groups, and the results are presented in Table 2.

**Table 2. Results of Bonferroni's post hoc test between the emotion-focused therapy group and the control group in cognitive flexibility and distress tolerance**

| Variable              | Stages    | Mean difference | Standard deviation | Sig   |
|-----------------------|-----------|-----------------|--------------------|-------|
| cognitive flexibility | Post-test | 10.8            | 0.67               | 0.001 |
|                       | follow-up | 10.63           | 0.85               | 0.001 |
| distress tolerance    | Post-test | -14.39          | 0.64               | 0.001 |
|                       | follow-up | -12.19          | 0.59               | 0.001 |

The results of Table 2 showed that there was a significant difference ( $p < 0.01$ ) in the variables of cognitive flexibility and distress tolerance in the post-test and follow-up stages between the emotion-focused therapy group and the control group. This indicates the effectiveness of emotion-focused therapy in improving cognitive flexibility and distress tolerance. Furthermore, the presence of a significant difference in the follow-up period suggests that emotion-focused therapy led to improved cognitive flexibility and distress tolerance in the treatment group, and these effects were maintained over time.

### Conclusion

The aim of the current study was to investigate the effectiveness of emotion-focused therapy on cognitive flexibility and distress tolerance married women with social anxiety disorder. The results indicated that emotion-focused therapy was effective in improving cognitive flexibility and distress tolerance ( $p < 0.01$ ).

This therapy enables individuals to become aware of the presence of negative emotions and their adverse effects on themselves. By re-evaluating their emotions in various situations, they strive to maintain their emotional well-being, thereby reducing psychological issues and, specifically, their own maladjustments (Hibbs et al., 2021). Cognitive strategies primarily emphasize thought processes

related to behavior that are linked to emotional and behavioral problems. By helping individuals to change their thoughts about personal experiences and encouraging changes in their behavior, this approach leads to a change in the feelings they have about themselves. Furthermore, the impact of group sessions provides the opportunity to receive feedback from other group members, fostering empathy and observing how others cope with stressors. The fundamental assumption of emotion-focused therapy is that emotions inherently lead to adaptation and adjustment, providing essential information. They are also organized through learning within emotional schemas, cognitive networks, bodily sensations, and actions driven by internal and external impulses.

The primary objective of emotion-focused therapy is to enhance awareness of emotions and facilitate genuine emotional experiences, thereby modifying maladaptive emotional schemas and enabling individuals to experience adaptive emotions through emotion regulation. Techniques employed in this therapeutic approach, such as education about positive and negative emotions, cognitive reappraisal, and fostering unconditional acceptance of emotions, aim to assist clients in reprocessing their emotions through regulation rather than suppression. In this context, deep experiencing and acceptance lead to a form of self-awareness. Overall, it can be stated that all these factors, operating in a proper cycle, create

the foundation for improving cognitive flexibility. This intervention, based on the emotion-focused approach, primarily concentrates on establishing communications and emotions within interpersonal relationships, which in this study pertained to the relationship between women and their spouses. According to this approach, if individuals are unable to share their attachment needs in terms of satisfaction and security with each other, relational problems emerge and intensify. The approach emphasizes adaptive communication methods through mutual care, support, and attention to both one's own needs and those of the partner (Wittenborn et al., 2019). By utilizing techniques such as examining interpersonal relationships, focusing on emotions, and tracking identified emotions, this approach can positively impact relational issues, consequently increasing distress tolerance and reducing emotional regulation difficulties. Furthermore, as emotions play a crucial role in an individual's life, teaching these methods for emotion regulation as a therapeutic approach in modulating emotions is associated with acceptance and positive social interactions. This facilitates effective coping with stressful situations and increases responsiveness to social contexts. Therefore, training in the emotion-focused approach can play a significant role in increasing adaptive emotion regulation and preventing or reducing maladaptive emotional reactions by making individuals aware of positive and negative emotions, accepting them, and expressing them appropriately, thus paving the way for improved distress tolerance.

### Ethical Considerations

**Compliance with ethical guidelines:** This article is taken from the doctoral thesis of the first author in the field of psychology, Islamic Azad University, Tonekabon Branch. Ethic cod for this study was IR.IAU.TON.REC.1403.008. The participants voluntarily participated in the research and the researcher does not consider any risk for the participants.

**Funding:** This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

**Authors' contribution:** The first author was the senior author, the second were the supervisors and the third was the advisors.

**Conflict of interest:** the authors declare no conflict of interest for this study.

**Acknowledgments:** Thanks are hereby given to the supervisor and advisor of this research.

پژوهشگاه علوم انسانی  
پرتال جامع علوم انسانی



## بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی در زنان متأهل دارای اختلال اضطراب اجتماعی

ارغوان کبریت‌چی<sup>۱</sup>، شهنام ابوالقاسمی<sup>۲</sup>، منصوره شهریاری احمدی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

### چکیده

### مشخصات مقاله

**زمینه:** به نظر می‌رسد با توجه به نقش هیجانات در تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری شناختی به عنوان دو بعد مهم اختلال اضطراب اجتماعی که یکی از ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات اضطرابی است، بکارگیری درمان‌هایی که هیجانات را هدف قرار می‌دهند، می‌تواند کمک‌کننده باشد.

**هدف:** هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی در زنان متأهل دارای اختلال اضطراب اجتماعی بود.

**روش:** روش پژوهش، طرح نیمه آزمایشی به شیوه پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری ۴۵ روزه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان متأهل دارای اختلال اضطراب اجتماعی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره روانشناختی منطقه ۱۸ شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند که از بین آن‌ها ۳۴ نفر از طریق نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت درمان هیجان‌مدار (جانسون و همکاران، ۲۰۰۸) به مدت ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفت. همه‌ی شرکت‌کنندگان توسط پرسشنامه‌های انعطاف‌پذیری شناختی (دنیس و وندر وال، ۲۰۱۰) و تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS-24 و آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری‌های مکرر تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج حاکی از اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر بهبود انعطاف‌پذیری شناختی ( $p < 0/01$ ) و تحمل پریشانی ( $p < 0/01$ ) و ماندگاری تأثیر آن در دوره پیگیری بود ( $p < 0/01$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به اثربخشی درمان هیجان‌مدار، لزوم تمرکز بر این درمان به عنوان یکی از درمان‌های کمکی، حمایتی و توانبخشی در کنار درمان دارویی در کاهش پیامدهای ناشی از نقص در تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری شناختی پیشنهاد می‌شود.

### نوع مقاله:

پژوهشی

### تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۱۴

بازنگری: ۱۴۰۳/۰۵/۱۲

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۱۶

انتشار برخط: ۱۴۰۳/۱۰/۰۱

### کلیدواژه‌ها:

درمان هیجان‌مدار،

انعطاف‌پذیری شناختی،

تحمل پریشانی،

زنان متأهل،

اختلال اضطراب اجتماعی

**استناد:** کبریت‌چی، ارغوان؛ ابوالقاسمی، شهنام؛ و شهریاری احمدی، منصوره (۱۴۰۳). بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی در زنان متأهل

دارای اختلال اضطراب اجتماعی. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۳، شماره ۱۴۳، ۹۷-۱۱۳.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۳، شماره ۱۴۳، ۱۴۰۳. DOI: [10.52547/JPS.23.143.97](https://doi.org/10.52547/JPS.23.143.97)



© نویسنده‌گان.

✉ نویسنده مسئول: شهنام ابوالقاسمی، دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران. رایانامه: [sh.abolghasemi@iau.ac](mailto:sh.abolghasemi@iau.ac)

تلفن: ۰۹۱۱۳۹۱۳۹۰۷

## مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی<sup>۱</sup> (SAD) جزء شایع‌ترین اختلالات اضطرابی در نظر گرفته می‌شود که با پیامدهای گسترده و مزمن توأم با ایجاد ناتوانی‌های قابل توجه در افراد مبتلا همراه می‌باشد (سویی، هودسون و هیمبرگ، ۲۰۲۱) و شامل ترس شدید و پایدار از ارزیابی منفی در موقعیت‌های اجتماعی و عملکردی و اجتناب افراطی از چنین موقعیت‌هایی یا تحمل آن‌ها با اضطراب زیاد محسوب می‌شود که باعث اختلال در عملکرد شغلی، تحصیلی و بین‌فردی می‌گردد (روزن و آدرکا، ۲۰۲۳).

شیوع ۱۲ ماهه SAD در بخش اعظم دنیا حدود ۰/۵ تا ۲ درصد برآورده شده است (فینلای جونز، ۲۰۱۷) و با توجه به این که یک وضعیت مزمن و پایدار است که به شدت عملکرد طولانی مدت و ثابت را مختل می‌کند و باعث افزایش قابل‌ملاحظه خطر افسردگی، اقدام به خودکشی، مصرف مواد، موانع اجتماعی شدید، افت عملکرد تحصیلی و مورد تعدی واقع شدن، می‌شود (گارسیا-لوپز و همکاران، ۲۰۱۶). در مطالعه محمدی و همکاران (۲۰۲۰) میزان همبودی SAD با اختلال اضطراب فراگیر ۲۶ درصد، اختلال اضطراب جدایی ۲۴/۵ درصد و اختلال فویبای خاص ۱۸ درصد گزارش شده است.

با توجه به این که یکی از نشانه‌های اصلی افراد دارای SAD با ترس از ارزیابی منفی در موقعیت‌های اجتماعی و عملکردی است، در پژوهش‌های مختلفی (کاتز، رکتور و لاپوسا، ۲۰۱۷؛ گلسمن و همکاران، ۲۰۱۶) نشان داده شده است که اضطراب اجتماعی در واقع نوعی پریشانی موقعیتی است و یکی از عواملی که عنوان شده است که می‌تواند بر بخشی از فرآیندهای مرتبط با خودتنظیمی مانند توجه، ارزیابی‌های شناختی وضعیت‌های هیجانی یا جسمانی پریشانی‌آور تأثیر بگذارد یا تحت تأثیر آن‌ها قرار گیرد، تحمل پریشانی<sup>۲</sup> می‌باشد که توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی است و یک متغیر تفاوت‌های فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره می‌کند (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). گالگو، مک‌هیوک، ویلت و لاپالین (۲۰۲۰) بیان کردند ظرفیت فرد در تحمل چنین پریشانی و آشفتگی روانشناختی، می‌تواند توان مقابله‌ای وی را افزایش یا کاهش دهد به گونه‌ای که کاهش سطح تحمل پریشانی در چنین افرادی با

پاسخ‌های ناسازگارانه نسبت به اضطراب، تنش و برانگیختگی فیزیولوژیکی برآمده از یافتن راهی برای اجتناب یا رهایی از هیجان منفی همراه می‌گردد و چنین بینشی در ایشان ایجاد می‌گردد که فاقد امکانات و خزانه رفتاری و هیجانی کافی برای مقابله با پیامدهای منفی ناشی از قرار گرفتن در چنین موقعیت‌هایی هستند و در نتیجه ضمن غیرقابل پذیرش دانستن پریشانی هیجانی در موقعیت‌های اجتماعی، آن‌ها را به سوی راهکارهای ناسالم و ناسازگارانه سوق می‌دهد (ولیتزکی-تیلور و همکاران، ۲۰۱۵) که در نهایت کارکردهای جسمانی، روانی و اجتماعی ایشان را مختل خواهد ساخت و در یک دور باطل موجب احساس کم‌ارزشی و سرافکندگی در آنان می‌گردد (افشاری و تقی‌نژاد، ۲۰۲۳).

شواهد پژوهشی نشان داده‌اند که افراد مبتلا به SAD در بکارگیری مهارت‌های شناختی دچار ضعف هستند، شناخت‌های منفی بیشتری را تجربه می‌کنند و در تخمین احتمال موفقیت برای مقابله با چنین موقعیت‌هایی، صلاحیت خود را پایین ارزیابی می‌کنند (درایمن و هیمبرگ، ۲۰۱۸) و در این راستا، یکی از مکانیسم‌های بالقوه مرتبط با اختلالات اضطرابی و به ویژه SAD، انعطاف‌پذیری شناختی<sup>۳</sup> مطرح شده است (وارینر-گالیر، ۲۰۱۹) که توانایی سازگار کردن فکر و رفتار فرد در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی است و به آگاهی شخص در مورد وجود گزینه‌های دیگر در هر موقعیت مشخص، تمایل به منعطف بودن و انطباق با موقعیت و نیز خودکارآمدی در منعطف بودن اطلاق می‌شود (دیکشتین و همکاران، ۲۰۰۷). نتایج پژوهش یو، یو و لین (۲۰۲۰) نشان داده است که انعطاف‌پذیری بالاتر با تجربه اضطراب کمتر همراه می‌باشد و برخورداری از این توانمندی، هیجانات منفی را کاهش می‌دهد و این در حالی است که افراد دارای SAD به دلیل ضعف در انعطاف‌پذیری شناختی، از گزینه‌ها در هنگام به وجود آمدن موقعیت‌های غیرقابل پیش‌بینی آگاه نیستند و دچار ضعف در تمایل و ناتوانایی در سازگاری و انطباق با چنین چالش‌هایی هستند (دمیراتاز، ۲۰۲۰).

به دلیل سیر مزمن و عود علائم SAD، افراد مبتلا به SAD در تاریخچه‌ی خود موارد بسیاری از تجربیات مداوم تحقیر و طرد شدن توسط دیگران را گزارش می‌دهند که این عوامل ضرورت درمانی جامع و عمیق را برای

1. Social Anxiety Disorder (SAD)

2. distress tolerance

3. cognitive flexibility

(هاویگارست، رادوینی، هائو و کهو، ۲۰۲۰). در پژوهش‌های مختلفی (مانند تیمیولاک و همکاران، ۲۰۲۲؛ هیبس و همکاران، ۲۰۲۱، ویتنبورن و همکاران، ۲۰۱۹). اثربخشی EFT در درمان اختلالات اضطرابی، مشکلات هیجانی و... مورد تأیید قرار گرفته است.

با توجه به این که SAD یکی از اختلالات شایع در جامعه است که با دامنه وسیعی از مشکلات و اختلالات همراه می‌باشد و پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این اختلال توأم با کارکرد ضعیف و افت تحصیلی، نارضایتی از روابط اجتماعی، سطح پایین شغلی و اقتصادی است، همچنین نشان داده شده است که تنها یک سوم مبتلایان به SAD در دوره بیماری‌شان درمان دریافت می‌کنند و این در حالی است که این اختلال بدون مداخله، یک سیر مزمن و مداوم را دنبال می‌کند، از سوی دیگر، نقش جنبه‌های هیجانی در ایجاد، تشدید و عود علائم SAD و به تبع آن مشکلات گوناگون مانند عدم انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل‌پریشانی پایین و دامنه تأثیر آن‌ها در تمام جنبه‌های زندگی افراد و اثربخشی درمان هیجان‌مدار در درمان اختلالات مختلف، پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا درمان هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل‌پریشانی در زنان متأهل دارای اختلال اضطراب اجتماعی اثربخش است؟

## روش

**الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان:** پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های شبه آزمایشی<sup>۱</sup> با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری ۴۵ روزه با گروه گواه بود.

جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان متأهل دارای اختلال اضطراب اجتماعی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره روانشناختی منطقه ۱۸ شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند که از بین آن‌ها ۳۴ نفر با توجه به معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شدند و بر اساس روش نمونه‌گیری تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش شامل پرونده روانشناختی یا روان‌پزشکی بر اساس تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی، کسب نمره بالای ۴۰ در سیاهه اضطراب اجتماعی، رضایت آگاهانه برای حضور در جلسات مداخله، تأهل، عدم مصرف دارو و عدم سابقه بیماری جسمی (بر اساس پرونده روان‌پزشکی)، عدم دریافت درمان یا مداخلات

این افراد مطرح می‌کند. مداخلات گوناگونی برای مداخله در SAD به کار گرفته شده‌اند که از جمله‌ی آن‌ها می‌توان به مداخلات شناختی-رفتاری (نائوفال، سوئیتلیز، اسمیت و روزلینی، ۲۰۲۱؛ نیلز و همکاران، ۲۰۲۱)، روان‌پویایی (بوگلز، ویجتس، اوورت و سالائرتس، ۲۰۱۴)، درمان بین‌فردی (تاوولی، ۲۰۱۳)، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (آزاده، کاظمی-زهرانی و بشارت، ۲۰۱۶)، شفقت درمانی (بوئرسما، هاکانسون، سالومونسن و جوهانسون، ۲۰۱۵) و... اشاره کرد و با توجه به اینکه در ایجاد، تشدید و عود علائم SAD، ابعاد شناختی و هیجانی به طور همزمان درگیر هستند، و از سوی دیگر، در متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل‌پریشانی نقش هیجان بسیار پررنگ می‌باشد که در درمان‌های فوق این موضوع کمتر مورد اشاره قرار گرفته و یا مغفول واقع شده است و در همین راستا، نیز به عنوان متغیرهایی می‌باشند که در آن‌ها جنبه‌های شناختی و هیجانی وجود دارد، و توجه همزمان بین این دو عامل نکته‌ی مغفول مانده در پژوهش‌های فوق می‌باشد و در همین راستا، یکی از رویکردهای مداخله‌ای مطرح شده در SAD، درمان هیجان‌مدار (EFT) می‌باشد که یکی از مدل‌های درمانی یکپارچه‌نگر می‌باشد که تلفیقی از رویکردهای درمانی مراجع محور، گشتالت درمانی و اصول شناختی را شامل می‌شود و هیجان را به عنوان اساس و پایه تجربه در ارتباط با کارکردهای انطباقی و غیر انطباقی می‌داند (باربوسا و همکاران، ۲۰۱۸)، بنابراین می‌تواند در درمان مشکلات درگیر با هیجانات، مانند اختلال اضطراب اجتماعی، تحمل‌پریشانی و... کارآمد باشد. EFT با تأکید بر مهارت‌های شناسایی و تشخیص هیجانات خود و دیگران (آگاهی هیجانی)، نحوه صحیح ابراز هیجان با توجه به موقعیت اجتماعی (فهم هیجان)، کاهش شدت هیجانات منفی پیش از بروز پاسخ (تنظیم هیجانی)، به تأثیرگذاری بر اضطراب و سایر هیجانات منفی شدید نیز می‌پردازد (تیمیولاک و همکاران، ۲۰۱۷). به طور کلی، در EFT نظر بر این است که شیوه سازمان‌دهی و پردازش تجارب هیجانی و همچنین الگوهای تعاملی که افراد ایجاد کرده و تقویت می‌کنند، منجر به درمان‌دهی آن‌ها شده است (بوئرسما و همکاران، ۲۰۱۹) و هدف آن کمک به مراجع در دستیابی به هیجان‌های نهفته، تسهیل تعاملات مثبت، شناسایی و پذیرش هیجانات، پذیرش هیجانات منفی ناسازگار و افزایش آگاهی و بیان این هیجانات و یادگیری تحمل و تنظیم تجارب دردناک زمینه‌ای در فرد است

<sup>1</sup>. semi experimental



همزمان (بر اساس پرونده روانشناختی) و معیارهای خروج از پژوهش شامل اعلام انصراف از شرکت در پژوهش و غیبت بیش از دو جلسه بود.

### (ب) ابزار

پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط دنیس و وندر وال (۲۰۱۰) ساخته شده است و یک ابزار خودگزارشی کوتاه است که شامل ۲۰ سؤال می‌باشد و برای سنجش نوعی از انعطاف‌پذیری شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می‌رود. شیوه‌ی نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس یک مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرتی است (کاملاً مخالف = ۱، مخالف = ۲، تاحدی مخالف = ۳، نه موافق و نه مخالف = ۴، تاحدی موافق = ۵، موافق = ۶ و کاملاً موافق = ۷). سؤالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۷، به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره به ترتیب ۷ و ۱۴۰ می‌باشد. این پرسشنامه سعی دارد تا سه جنبه از انعطاف‌پذیری شناختی را مورد سنجش قرار دهد: الف) ادراک کنترل‌پذیری (میل به درک موقعیت‌های سخت به عنوان موقعیت‌های قابل کنترل)، ب) ادراک توجیه رفتار (توانایی درک چندین توجیه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار افراد)، ج) ادراک گزینه‌های مختلف (توانایی ایجاد چندین راه‌حل جایگزین برای موقعیت‌های دشوار). این پرسشنامه در کار بالینی و غیر بالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی-رفتاری افسردگی و دیگر بیماری‌های روانی به کار گرفته می‌شود. دنیس و وندر وال (۲۰۱۰) در پژوهشی نشان دادند که این پرسشنامه از ساختار عاملی، روایی همگرا و روایی همزمان مناسبی برخوردار می‌باشد. روایی همزمان این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)، برابر یا ۰/۳۹- و روایی همگرای آن با مقیاس انعطاف‌پذیری روانشناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ بود. این پژوهشگران پایایی پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ادراک کنترل‌پذیری و ادراک گزینه‌های مختلف به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴ و ۰/۹۱ و با روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۷ و ۰/۷۵ به دست آوردند. کهندانی و ابوالمعالی (۱۳۹۶) در پژوهش خود که به بررسی ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه‌ی

انعطاف‌پذیری شناختی دنیس، وندروال و جیلون در میان کارکنان وظیفه در پدافند هوایی ارتش جمهوری اسلامی ایران پرداخته بودند، دریافتند گویه‌های پرسشنامه‌ی انعطاف‌پذیری شناختی (۱۹ گویه) تحت دو عامل پردازش حل مسئله (گویه‌های ۱، ۳، ۵، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۸ و ۱۹) و ادراک کنترل‌پذیری (گویه‌های ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱ و ۱۷) نام‌گذاری شدند. همسانی درونی نمره کل این پرسشنامه و دو عامل پردازش حل مسئله و ادراک کنترل‌پذیری به ترتیب معادل ۰/۸۹، ۰/۷۷ و ۰/۸۱ به دست آمد. نمره کل آزمون پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی و دو عامل پردازش حل مسئله و ادراک کنترل‌پذیری، رابطه‌ی معناداری با نمره کلی آزمون افسردگی بک داشت که به ترتیب معادل ۰/۶۶۵-، ۰/۵۷۷- و ۰/۵۹۷- بود. همچنین، شاخص‌های AGFI، CFI، RMSEA و مجذور کای نرم شده برازش داده‌های گردآوری شده را با مدل نشان دادند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای انعطاف‌پذیری شناختی و مؤلفه‌های ادراک کنترل‌پذیری، ادراک توجیه رفتار و ادراک گزینه‌های مختلف به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۱، ۰/۷۹ و ۰/۷۶ بدست آمد.

پرسشنامه تحمل‌پریشانی<sup>۲</sup>: این پرسشنامه یک شاخص خودسنجی تحمل‌پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته شد. گویه‌های این مقیاس، توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم‌کننده برای تسکین‌پریشانی را مورد سنجش قرار می‌دهند. این مقیاس دارای ۱۵ ماده و چهار خرده‌مقیاس به نام‌های تحمل<sup>۳</sup> (تحمل‌پریشانی هیجانی با گویه‌های ۱، ۳ و ۵)، جذب<sup>۴</sup> (جذب شدن به وسیله هیجانات منفی با گویه‌های ۲، ۴ و ۱۵)، برآورد<sup>۵</sup> (برآورد ذهنی‌پریشانی با گویه‌های ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲) و تنظیم<sup>۶</sup> (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین‌پریشانی با گویه‌های ۸، ۱۳ و ۱۴) است. گویه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (۱- کاملاً موافق، ۲- اندکی موافق، ۳- نه موافق و نه مخالف، ۴- اندکی مخالف و ۵- کاملاً مخالف) نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره در این پرسشنامه به ترتیب ۵ و ۷۵ می‌باشد. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل‌پریشانی بالا است. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) در پژوهش خود ضرایب آلفای کرونباخ برای ۴ خرده‌مقیاس تحمل

1. cognitive flexibility inventory

2. distress tolerance scale

3. tolerance

4. absorption

5. evaluation

6. regulation

(۱۳۹۳)، آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۶ به دست آمد. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۱ به دست آمد. پروتکل درمان هیجان‌مدار: در پژوهش حاضر از پروتکل درمان هیجان‌مدار (جانسون، ۲۰۰۸) استفاده به عمل آمد. خلاصه جلسات این پروتکل در جدول ۱ ارائه شده است.

پیشانی را به ترتیب ۰/۷، ۰/۷۲، ۰/۷۸ و ۰/۸۲ گزارش کردند، همچنین همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت شش ماه برای کل مقیاس ۰/۸۲ بود. به علاوه مشخص شد که این مقیاس دارای روایی ملاک و همگرایی اولیه خوبی است. این مقیاس با پذیرش خلق رابطه مثبت و با مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای استفاده از الکل و ماریجوانا و همچنین استفاده از آن‌ها برای بهبود، رابطه منفی دارد. در پژوهش اسماعیلی نسب و همکاران

جدول ۱. ساختار و محتوای جلسات درمان هیجان‌مدار (جانسون، ۲۰۰۸)

| مراحل            | جلسات | موضوع/اهداف                             | خلاصه محتوای درمانی جلسات   |
|------------------|-------|---|---|
|                  | اول   | معارفه و ارزیابی اولیه                  | برگزاری پیش‌آزمون، معارفه اعضا و درمانگر، بررسی انگیزه و انتظار اعضا از شرکت در پژوهش، ارائه تعریف مفاهیم درمان هیجان‌مدار و بررسی نظرات اعضا در مورد مفاهیم ارائه شده، کشف تعاملات مشکل‌دار            |
| گام اول: شناسایی | دوم   | ادامه ارزیابی و شناسایی چرخه تعامل منفی | کشف ناایمنی دل‌بستگی و ترس‌های هر کدام از اعضا، کمک به بازتر بودن و خود افشایی اعضا، ادامه پیوستگی درمان  |
|                  | سوم   | تحلیل و تغییر هیجان‌ات                  | بازسازی پیوند اعضا شامل روشن کردن پاسخ‌های هیجانی کلیدی، گسترش تجربه هیجانی، هماهنگ کردن تشخیص درمانگر با اعضا، پذیرش چرخه منفی توسط اعضا   |
|                  | چهارم | تحلیل و تغییر هیجان‌ات                  | عمق بخشیدن به درگیری عاطفی اعضا بر مبنای دل‌بستگی شامل افزایش شناسایی نیازهای دل‌بستگی، عمق بخشیدن ارتباط شخصی با تجربه هیجانی، بهبود وضعیت درون روانی و بهبود وضعیت تعاملی اعضا                        |
| گام دوم: تغییر   | پنجم  | درگیری هیجانی عمیق                      | عمق بخشیدن به درگیری هیجانی اعضا، پذیرش بیشتر اعضا از تجربه خود، تمرکز بر خود نه بر دیگری، ارتقاء روش‌های جدید تعامل با دیگران  |
|                  | ششم   | تحکیم و یکپارچه‌سازی                    | فعال‌سازی شامل بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها، درگیری بیشتر اعضا با یکدیگر، روشن‌سازی خواسته‌ها و آرزوهای اعضا  |
|                  | هفتم  | تحکیم و یکپارچه‌سازی                    | یافتن راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی شامل بازسازی تعاملات، تغییر رفتار افراد آسیب‌رسان، ایجاد هماهنگی در حس درونی نسبت به خود و نیز رابطه، تغییر تعاملات، غلبه بر موانع و ایجاد واکنش مثبت           |
| گام سوم: تثبیت   | هشتم  | تحکیم و یکپارچه‌سازی                    | استفاده از دستاوردهای جلسات درمانی در زندگی روزانه  |
|                  | نهم   | مرور و جمع‌بندی جلسات                   | اختتام شامل تسهیل اختتام جلسات، حفظ تغییر تعاملات در آینده، تعیین تفاوت بین الگوی تعاملی منفی گذشته در جلسات اولیه و اکنون، حفظ درگیری هیجانی به منظور ادامه قوی کردن پیوند بین آن‌ها، برگزاری پس‌آزمون |

### ج) روش اجرا

نوعی ممکن است با مسائل شخصی و خانوادگی شرکت‌کنندگان دو گروه آزمایش و گواه تضاد منافع ایجاد کند، محرمانه باقی‌مانده و در گزارش‌ها به آن‌ها اشاره نگردد. نام تمامی شرکت‌کنندگان دو گروه نیز به کدهای تصادفی تبدیل شد تا در آینده مشکل اخلاقی خاصی به وجود نیاید. افزون بر این، برای تمامی شرکت‌کنندگان دو گروه به‌طور کامل فرآیند طرح (تا اندازه‌ای که به سوگیری شرکت‌کنندگان نینجامد) توضیح داده شد و پس از جلب رضایت آن‌ها، فرم توافقی از تمامی شرکت‌کنندگان دو گروه دریافت گردید. جهت تحلیل داده‌ها و بررسی فرضیه‌های پژوهش از نرم افزار SPSS-24 و آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده به عمل آمد.

۳۴ نفر از زنان متأهل دارای اختلال اضطراب اجتماعی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۴۰۲ با توجه به معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شدند و بر اساس روش نمونه‌گیری تصادفی در دو گروه ۱۷ نفره‌ی آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش ۹ جلسه درمان هیجان‌مدار دریافت کردند و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. شرکت‌کنندگان دو گروه، در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (۴۵ روزه) به وسیله‌ی پرسشنامه‌های انعطاف‌پذیری شناختی (دنيس و وندر وال، ۲۰۱۰) و تحمل‌پیشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) مورد ارزیابی قرار گرفتند. اصل مهم رعایت مطالب محرمانه و رازداری شامل این نکته بود که تمامی سنجش‌ها و نتایج گردآوری‌شده فردی از پژوهش که به

**یافته‌ها**

بودند؛ وضعیت تحصیلی در گروه آزمایش به این ترتیب بود که ۱ نفر (۵/۸۸ درصد) دارای مدرک دیپلم، ۱۲ نفر (۷۰/۵۹ درصد) دارای مدرک کارشناسی و ۴ نفر (۲۳/۵۳ درصد) دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. از نظر وضعیت سنی نیز میانگین گروه گواه ۳۹/۶ سال و گروه آزمایش ۳۸/۷ سال بود. شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی‌های پژوهش در متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های پژوهش در متغیرهای وضعیت شغلی، تحصیلات و سن به این ترتیب بود که در گروه گواه ۸ نفر (۴۷/۰۵ درصد) خانه‌دار و ۹ نفر (۵۲/۹۵ درصد) شاغل بودند و در گروه آزمایش ۱۰ نفر (۵۸/۸۲ درصد) خانه‌دار و ۷ نفر (۴۱/۱۸ درصد) شاغل بودند. به لحاظ تحصیلات نیز در گروه گواه ۱ نفر دیپلم (۵/۸۸ درصد)، ۱۳ نفر (۷۶/۴۸ درصد) کارشناسی و ۳ نفر (۱۷/۶۴ درصد) کارشناسی ارشد

**جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و گواه**

| متغیر        | گروه             | پیش‌آزمون |              |             | پس‌آزمون |              |             | پیگیری  |              |             |
|--------------|------------------|-----------|--------------|-------------|----------|--------------|-------------|---------|--------------|-------------|
|              |                  | میانگین   | انحراف معیار | کشیدگی-کجی  | میانگین  | انحراف معیار | کشیدگی-کجی  | میانگین | انحراف معیار | کشیدگی-کجی  |
| انعطاف‌پذیری | گواه             | ۶۵/۴۷     | ۴/۷          | ۱/۳۵۵-۰/۸۴۴ | ۶۴/۰۶    | ۴/۳۳         | ۰/۶۵۲-۰/۷۵۵ | ۶۳/۷۱   | ۴/۴۵         | ۱/۶۲۷-۰/۷۵۲ |
| شناختی       | درمان هیجان‌مدار | ۶۵/۰۶     | ۵/۴۷         | ۰/۸۴۴-۰/۵۱۱ | ۷۷/۷۶    | ۶/۵۷         | ۰/۸۱۳-۰/۸۲۵ | ۷۶/۶۵   | ۵/۶          | ۰/۹۶۳-۰/۵۹۴ |
|              | گواه             | ۵۱/۸۸     | ۳/۴۶         | ۰/۵۲۴-۰/۱۰۷ | ۵۱/۳۵    | ۳/۱          | ۱/۸۱۲-۰/۶۵۵ | ۵۱/۷۱   | ۲/۹۳         | ۰/۷۶۹-۰/۳۳۱ |
| تحمل پریشانی | درمان هیجان‌مدار | ۵۱/۴۱     | ۲/۳۹         | ۰/۴۹۸-۰/۱۰۵ | ۳۷/۹۴    | ۲/۲۷         | ۱/۶۲۲-۰/۷۵۱ | ۳۹/۱۸   | ۲/۴۸         | ۰/۳۰۲-۰/۵۱۲ |

از آزمون ام‌باکس استفاده شد. مطابق نتایج برای متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی ( $F=1/91, p=0/12, \text{Boxs } M=20/38$ ) و تحمل پریشانی ( $F=5/83, p=0/21, \text{Boxs } M=38/37$ ) برابری ماتریس‌های کوواریانس برقرار بود. به علاوه، نتایج همگنی رگرسیون متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی ( $F=0/35, p=0/849$ ) و تحمل پریشانی ( $F=0/428, p=0/42$ ) محاسبه شد. لذا مفروضه همگنی رگرسیون در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تأیید شد. نتایج آزمون ماچلی برای بررسی پیش‌فرض کرویت متغیر انعطاف‌پذیری شناختی (با آماره موجلی ۰/۸۱۹ با مجذور خی دو ۲/۶۵) و تحمل پریشانی (آماره موجلی ۰/۸۳۶ با مجذور خی دو ۵/۵۳) معنی‌دار نمی‌باشد که نشان می‌دهد تفاوت معناداری بین واریانس اختلافات وجود ندارد و پیش‌فرض کرویت رعایت شده است. جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در آزمون اثر اجرای درمان هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی را نشان می‌دهد.

یافته‌های مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد که نمرات مربوط به متغیر انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی در زنان متأهل دارای اختلال اضطراب اجتماعی در گروه‌های کنترل و آزمایش در مرحله پیش‌آزمون تقریباً نزدیک به هم می‌باشند، ولی میانگین نمرات گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه افزایش بیشتری پیدا کرده است و با بهبود همراه بوده است اما معناداری این تغییر در ادامه به واسطه تحلیل کوواریانس چندمتغیری بررسی شده است. قبل از ارائه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری، مفروضه‌های زیربنایی مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن داده‌های پژوهش از شاخص کجی و کشیدگی استفاده شد. بر اساس نتایج شاخص کجی و کشیدگی در جدول ۲ متغیرهای وابسته در دامنه ۲ و ۲- بودند و این به منزله معنی‌دار بودن داده‌ها می‌باشد. بر همین اساس همبستگی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی ( $r=0/75$ ) و تحمل پریشانی ( $r=0/69$ ) به دست آمد. با توجه به همبستگی‌های ذکر شده مفروضه خطی بودن روابط بین متغیرهای کمکی (کواریت‌ها) وابسته محقق شده بود. به علاوه از آزمون لوین نیز برای بررسی همگنی واریانس‌ها استفاده شد که براساس نتایج به دست آمده متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی ( $F=0/105, p=0/865$ ) و تحمل پریشانی ( $F=0/876, p=0/991$ ) به دست آمد. لذا فرض همگنی واریانس‌ها تأیید شد. همچنین برای ارزیابی برابری ماتریس‌های کوواریانس

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری در جدول ۳ نشان داد در مرحله پس‌آزمون بین گروه آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی تفاوت معناداری وجود دارد ( $F=76/081$ ) و  $p < 0/001$ . به منظور بررسی نقطه این تفاوت، تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا روی نمره‌های انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی انجام شد که تحلیل آن در جدول ۴ ارائه شده است.

**جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین پس‌آزمون در گروه آزمایش و گروه گواه**

| آزمون             | ارزش  | F      | درجه آزادی فرضیه | درجه آزادی خطا | سطح معناداری |
|-------------------|-------|--------|------------------|----------------|--------------|
| اثر پیلایی        | ۰/۹۰۱ | ۷۶/۰۸۱ | ۶                | ۲۳             | ۰/۰۰۱        |
| لامبدای ویلکز     | ۰/۰۸۹ | ۷۶/۰۸۱ | ۶                | ۲۳             | ۰/۰۰۱        |
| اثر هتلینگ        | ۹/۶۹۴ | ۷۶/۰۸۱ | ۶                | ۲۳             | ۰/۰۰۱        |
| بزرگترین ریشه روی | ۹/۶۹۴ | ۷۶/۰۸۱ | ۶                | ۲۳             | ۰/۰۰۱        |

**جدول ۴. نتایج اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی مربوط به مقایسه متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی**

| متغیر               | منبع اثر   | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F      | سطح معنی‌داری | مجذورات انا |
|---------------------|------------|---------------|------------|-----------------|--------|---------------|-------------|
| انعطاف‌پذیری شناختی | زمان       | ۱۲۸/۸۸        | ۱          | ۲۱۸/۸۸          | ۷۲/۲   | ۰/۰۰۱         | ۰/۶۹۳       |
|                     | درون‌گروهی | ۴۸۷/۱۱        | ۱          | ۴۸۷/۱۱          | ۱۶۰/۶۹ | ۰/۰۰۱         | ۰/۸۳۴       |
|                     | خطا        | ۹۷            | ۳۲         | ۳/۰۳            | -      | -             | -           |
| بین‌گروهی           | گروه       | ۹۱۸           | ۱          | ۹۱۸             | ۱۲     | ۰/۰۰۲         | ۰/۲۷۳       |
|                     | خطا        | ۲۴۴۷/۳۷       | ۳۲         | ۷۶/۴۸           | -      | -             | -           |
|                     | زمان       | ۷۰۵/۳         | ۱          | ۷۰۵/۳           | ۳۱۷/۸۸ | ۰/۰۰۱         | ۰/۹۰۹       |
| تحمل پریشانی        | درون‌گروهی | ۶۶۷/۱۹        | ۱          | ۶۶۷/۱۹          | ۳۰۰/۷  | ۰/۰۰۱         | ۰/۹۰۴       |
|                     | خطا        | ۷۱            | ۳۲         | ۲/۲۱            | -      | -             | -           |
|                     | گروه       | ۱۸۹۸/۰۳       | ۱          | ۱۸۹۸/۰۳         | ۱۱۱/۲۴ | ۰/۰۰۱         | ۰/۷۷۷       |
|                     | خطا        | ۵۴۵/۹۶        | ۳۲         | ۱۷/۰۶           | -      | -             | -           |

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که در درمان هیجان‌مدار بین انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی در زمان‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p < ۰/۰۱$ ). به عبارتی برای هر یک از متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی تفاوت معنی‌داری بین شرکت‌کننده‌های گروه گواه و گروه درمان هیجان‌مدار وجود دارد. اندازه مجذورات انا برای متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی به ترتیب ۲۷ و ۷۷ درصد می‌باشد. برای بررسی دقیق‌تر تفاوت موجود بین گروه‌های پژوهش از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که در درمان هیجان‌مدار بین انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی در زمان‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p < ۰/۰۱$ ). نتایج نشان می‌دهد که ۶۹ و ۹۰ درصد از تغییرات درون‌گروهی متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی به وسیله زمان تبیین می‌شود. نتایج مربوط به اثر تعاملی بین زمان و گروه نشان می‌دهد که این اثر در تمامی متغیرها معنی‌دار است ( $p < ۰/۰۱$ ). بنابراین بین سطوح مختلف زمان و سطوح مختلف گروه‌ها تعامل وجود دارد. اندازه اثرها نشان می‌دهند که ۸۳ و ۹۰ درصد از تغییرات درون‌گروهی به وسیله اثر متقابل زمان در گروه تبیین می‌شود. نتایج مربوط به

**جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی درون‌گروهی در متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی**

| متغیر               | مرحله                | تفاوت میانگین | خطای استاندارد | مقدار احتمال معنی‌داری |
|---------------------|----------------------|---------------|----------------|------------------------|
| انعطاف‌پذیری شناختی | پیش‌آزمون - پس‌آزمون | -۹/۴۴         | ۳/۱۷           | ۰/۰۰۱                  |
|                     | پس‌آزمون - پیگیری    | ۰/۴۹          | ۳/۲۹           | ۰/۳۴                   |
|                     | پیش‌آزمون - پیگیری   | -۸/۹۵         | ۲/۸۶           | ۰/۰۰۱                  |
| تحمل پریشانی        | پیش‌آزمون - پس‌آزمون | ۱۵/۱۱         | ۱/۷            | ۰/۰۰۱                  |
|                     | پس‌آزمون - پیگیری    | -۲/۴۱         | ۱/۰۵           | ۰/۱۲                   |
|                     | پیش‌آزمون - پیگیری   | ۱۲/۷          | ۱/۳۶           | ۰/۰۰۱                  |



اما این درمان باعث می‌شود که از وجود هیجان‌های منفی و تأثیر منفی آن‌ها بر خویش آگاهی پیدا کنند و با بازآرزیابی هیجان‌های خود در موقعیت‌های مختلف نسبت به سالم نگه داشتن زندگی هیجانی خویش تلاش کنند و از این طریق میزان مشکلات روانی و به طور خاص ناسازگاری خویش را کاهش دهند (هیس و همکاران، ۲۰۲۱). در راهبردهای شناختی در درجه اول بر فرآیندهای فکری مرتبط با رفتار که با مشکلات هیجانی و رفتاری ارتباط دارند، تأکید می‌شود و با کمک به فرد برای تغییر افکار خود در مورد تجارب فردی و تغییر در رفتار خویش تشویق می‌شود به طوری که این امر منجر به تغییر در احساسی که فرد نسبت به خود دارد می‌گردد. به علاوه، به نظر می‌رسد جلسات گروهی، امکان دریافت بازخورد از سایر اعضای گروه، ایجاد حس همدلی و مشاهده نوع مقابله دیگران در رویارویی با عوامل استرس‌زا را برای فرد امکان‌پذیر می‌سازد که خود می‌تواند زمینه را برای آگاهی نسبت به گزینه‌های مختلف و ایجاد انعطاف و انطباق با موقعیت‌های جدید و خودآگاهی و باور نسبت به خودکارآمدی خود، و متعاقباً انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر سوق دهد. همچنین با توجه به اینکه هدف درمان هیجان‌مدار، افزایش آگاهی نسبت به هیجانات و تجربه‌ی واقعی آن‌هاست و از طریق تنظیم هیجانی سعی دارد میل به تجربه‌ی هیجانات سازگارانه را در فرد ارتقاء دهد چرا که در این درمان، هیجانات به طور ذاتی موجب انطباق و سازگاری می‌شوند. در کنار تمرکز بر هیجانات و تنظیم آن‌ها، چنین به نظر می‌رسد که تکنیک‌های به کار گرفته شده در این درمان همچون آموزش در مورد هیجانات مثبت و منفی و ارزیابی مجدد و کمک به پذیرش بدون چون و چرای آن‌ها در این راستا بود تا مراجعان بتوانند با تنظیم هیجان به جای سرکوب هیجانات، آن‌ها را بازپردازش کنند و در این زمینه، تجربه کردن عمیق و پذیرش به نوعی خودآگاهی منجر گردد که از طریق تقویت و ارتقای تنظیم هیجانی، زمینه را برای بهبود مهارت‌های شناختی همانند ارزیابی مجدد شناختی فراهم سازد. به طور کلی می‌توان بیان نمود که همه‌ی عوامل فوق در یک چرخه، زمینه را برای بهبود انعطاف‌پذیری شناختی فراهم نموده‌اند.

در تبیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر بهبود تحمل پریشانی چنین به نظر می‌رسد که یکی از پیش‌فرض‌های رویکرد هیجان‌مدار آن است که جلوگیری از ابراز هیجان‌های اولیه موجب آسیب زدن به مرزگذاری سالم،

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد برای متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه درمان هیجان‌مدار و کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد ( $p < 0/01$ ) که نشان‌دهنده اثربخشی درمان هیجان‌مدار در بهبود انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی می‌باشد و از سوی دیگر، وجود تفاوت معنادار در دوره پیگیری نیز نشان می‌دهد درمان هیجان‌مدار باعث بهبود انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی در گروه دریافت‌کننده درمان هیجان‌مدار شده و تأثیر آن در طول زمان نیز حفظ شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی در زنان متأهل دارای اختلال اضطراب اجتماعی بود. نتایج حاکی از اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر بهبود و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی بود ( $p < 0/01$ ). نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های تیمولاک و همکاران (۲۰۲۲)، گلیستی، استرودل و کینگ (۲۰۱۸)، سوییگ و همکاران (۲۰۱۸) و پوز و گرینبرگ (۲۰۱۲) همسو است که دریافتند درمان هیجان‌مدار می‌تواند روش مناسب و مؤثری برای بهبود انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی باشد.

در تبیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر بهبود انعطاف‌پذیری شناختی چنین به نظر می‌رسد که این درمان ممکن است با به چالش کشیدن افکار فرد و کاهش خطاهای شناختی سعی در تغییر باورها و نگرش‌های فرد را دارد، همچنین ممکن است با افزایش فعالیت‌های لذت‌بخش و تأثیر بر گستره و کیفیت روابط و از آن طریق تأثیر بر کیفیت زندگی می‌تواند موجب بهبود انعطاف‌پذیری شناختی شود. همچنین ممکن است که افراد با استفاده درست از هیجان‌ها، آگاهی از هیجان‌ها و پذیرش آن‌ها و ابراز هیجان‌ها به ویژه هیجان‌های مثبت در موقعیت‌های زندگی، احساسات منفی خویش را کاهش دهند که به تبع آن میزان سازگاری آن‌ها در ابعاد سازگاری اجتماعی و هیجانی بهبود پیدا خواهد کرد (سوییگ و همکاران، ۲۰۱۸). از طرفی ممکن است که مشکلات روانی آن‌ها باعث شود که در موقعیت‌های اجتماعی، خود را به صورت منفی ارزیابی کنند و کمتر خود را در موقعیت‌های اجتماعی زندگی درگیر کنند که آثار منفی آن می‌تواند به صورتی در ابعاد سازگاری اجتماعی و کیفیت زندگی آنان ظاهر شود؛

خشم ناشی از احترام قائل شدن به خود و سوگواری در مواقع لازم می‌شود. سازوکار اصلی تغییر در درمان هیجان‌مدار عبارت است از پردازش هیجانی و فرآیندهای مبرم معناسازی. از دیدگاه هیجان‌مدار تغییر هنگامی روی می‌دهد که عواطف فرد از طریق آگاهی، بیان، تنظیم، بازتاب و دگرگونی هیجان معنا می‌یابد (ویتنورن و همکاران، ۲۰۱۹؛ تیمولاک و همکاران، ۲۰۱۷). همه این عوامل در بستر رابطه‌ای همراه با همدلی، اتحاد درمانی و اعتباربخشی به تجربه توانستند کمک شایانی به افزایش تحمل پریشانی زنان حاضر در پژوهش داشته باشند. علاوه بر این مداخله مبتنی بر رویکرد هیجان‌مدار بیشتر روی برقراری ارتباطات و هیجان‌ات در روابط طرفین تمرکز دارد که در این پژوهش، ارتباط میان زنان با همسرشان مطرح بود. مطابق با این رویکرد، اگر افراد قادر نباشند، نیازهای دل‌بستگی خود را در حیطه‌های رضامندی و امنیت با یکدیگر در میان بگذارند، مشکلات ارتباطی شروع شده و شدت می‌گیرد. تأکید این رویکرد بر روش ارتباط سازگاران، از طریق مراقبت، حمایت و توجه متقابل برای نیازهای خود فرد و طرف مقابل است. به نظر می‌رسد این رویکرد با بهره‌مندی از تکنیک‌هایی مثل بررسی روابط بین‌فردی، تمرکز بر هیجان‌ات و ردگیری هیجان‌ات شناخته شده می‌تواند بر مشکلات ارتباطی تأثیر مثبت گذاشته و در نتیجه تحمل پریشانی را افزایش و مشکلات تنظیم هیجانی را کاهش دهد. به علاوه، از آن جایی که هیجان‌ات نقش مهمی ایفا می‌کنند و آموزش این روش‌ها به افراد به منظور تنظیم هیجان به عنوان یک روش درمانی در تعدیل هیجان‌ات، با پذیرش و تعاملات اجتماعی مثبت در ارتباط هستند، که باعث مراقبه مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زا شده و افزایش فعالیت در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی را به همراه دارد. بنابراین، آموزش رویکرد هیجان‌مدار می‌تواند با آگاه نمودن فرد از هیجان‌ات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به موقع آن‌ها، نقش مهمی در افزایش تنظیم هیجان‌ات سازش‌یافته و جلوگیری یا کاهش واکنش‌های هیجانی سازش‌نا یافته را داشته باشد و به این ترتیب زمینه را برای بهبود تحمل پریشانی فراهم سازد.

### ملاحظات اخلاقی

**پیروی از اصول اخلاق پژوهش:** این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی در دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن است. پژوهش حاضر با کسب کد اخلاق IR.IAU.TON.REC.1403.008 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن انجام شده است. برای رعایت ملاحظات اخلاقی در ابتدای جلسات به شرکت‌کنندگان توضیح مختصر در مورد هدف مطالعه، نحوه همکاری، فواید و مزایای شرکت در مطالعه، هدف از جلسات درمانی ارائه گردید و شرکت‌کنندگان در پژوهش بر اساس میل و رضایت شخصی، در جلسات مداخله‌ای شرکت کردند. همچنین در مورد حفظ حریم خصوصی به شرکت‌کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد. لازم به ذکر است، به اعضای گروه گواه که در این پژوهش شرکت داشتند اجازه داده شد پس از اتمام پژوهش، به صورت آزادانه و به شکل فشرده به انتخاب خود تحت درمان هیجان‌مدار قرار بگیرند.

**حامی مالی:** این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

**نقش هر یک از نویسندگان:** این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم استخراج شده است.

**تضاد منافع:** نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

**تشکر و قدردانی:** بدین وسیله از اساتید راهنما و مشاوران این پژوهش و افرادی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

خشم ناشی از احترام قائل شدن به خود و سوگواری در مواقع لازم می‌شود. سازوکار اصلی تغییر در درمان هیجان‌مدار عبارت است از پردازش هیجانی و فرآیندهای مبرم معناسازی. از دیدگاه هیجان‌مدار تغییر هنگامی روی می‌دهد که عواطف فرد از طریق آگاهی، بیان، تنظیم، بازتاب و دگرگونی هیجان معنا می‌یابد (ویتنورن و همکاران، ۲۰۱۹؛ تیمولاک و همکاران، ۲۰۱۷). همه این عوامل در بستر رابطه‌ای همراه با همدلی، اتحاد درمانی و اعتباربخشی به تجربه توانستند کمک شایانی به افزایش تحمل پریشانی زنان حاضر در پژوهش داشته باشند. علاوه بر این مداخله مبتنی بر رویکرد هیجان‌مدار بیشتر روی برقراری ارتباطات و هیجان‌ات در روابط طرفین تمرکز دارد که در این پژوهش، ارتباط میان زنان با همسرشان مطرح بود. مطابق با این رویکرد، اگر افراد قادر نباشند، نیازهای دل‌بستگی خود را در حیطه‌های رضامندی و امنیت با یکدیگر در میان بگذارند، مشکلات ارتباطی شروع شده و شدت می‌گیرد. تأکید این رویکرد بر روش ارتباط سازگاران، از طریق مراقبت، حمایت و توجه متقابل برای نیازهای خود فرد و طرف مقابل است. به نظر می‌رسد این رویکرد با بهره‌مندی از تکنیک‌هایی مثل بررسی روابط بین‌فردی، تمرکز بر هیجان‌ات و ردگیری هیجان‌ات شناخته شده می‌تواند بر مشکلات ارتباطی تأثیر مثبت گذاشته و در نتیجه تحمل پریشانی را افزایش و مشکلات تنظیم هیجانی را کاهش دهد. به علاوه، از آن جایی که هیجان‌ات نقش مهمی ایفا می‌کنند و آموزش این روش‌ها به افراد به منظور تنظیم هیجان به عنوان یک روش درمانی در تعدیل هیجان‌ات، با پذیرش و تعاملات اجتماعی مثبت در ارتباط هستند، که باعث مراقبه مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زا شده و افزایش فعالیت در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی را به همراه دارد. بنابراین، آموزش رویکرد هیجان‌مدار می‌تواند با آگاه نمودن فرد از هیجان‌ات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به موقع آن‌ها، نقش مهمی در افزایش تنظیم هیجان‌ات سازش‌یافته و جلوگیری یا کاهش واکنش‌های هیجانی سازش‌نا یافته را داشته باشد و به این ترتیب زمینه را برای بهبود تحمل پریشانی فراهم سازد.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود که می‌توان به این موارد اشاره نمود: اگرچه برای گروه بندی و تشکیل دو گروه آزمایش و گواه از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده به عمل آمد، اما نمونه‌گیری برای افراد نمونه مورد مطالعه به شکل نمونه‌گیری در دسترس بود، همچنین محدودیت زمانی و مکانی اجرای تحقیق و انتخاب (محدود بودن پژوهش از نظر

## منابع

کهندانی، مهدیه و ابوالمعالی الحسینی، خدیجه. (۱۳۹۶). ساختار عاملی و ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه‌ی انعطاف‌پذیری شناختی دنیس، وندروال و جیلون. *فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۸، ۲۹۳-۵۴.

[https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article\\_2556.html](https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_2556.html)

اسماعیلی نسب، مریم؛ اندامی خشک، علیرضا؛ آزرمی، هاله؛ و ثمر رخی، امیر. (۱۳۹۳). نقش پیش‌بینی‌کنندگی دشواری در تنظیم و تحمل پریشانی در اعتیاد‌پذیری دانشجویان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۸(۲۹)، ۵۰-۶۳.

<http://etiadpajohi.ir/article-1-607-fa.html>

شمس، جمال؛ عزیزی، علیرضا؛ و میرزایی، آزاده. (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم*، ۱۳(۱)، ۱۱-۱۸.

<http://hakim.tums.ac.ir/article-1-608-fa.html>

## References

Afshari, A., & Taghinejad, N. (2023). The Study of the Causal Model of Social Anxiety Based on Distress Tolerance Mediated by Social Intelligence Among Jiroft City Therapeutic Staff during the Prevalence of Covid-19 Pandemic. *Journal of Jiroft University of Medical Sciences*, 9(4), 1121-1128. <http://journal.jmu.ac.ir/article-1-664-en.html>

Azadeh, S. M., Kazemi-Zahrani, H., & Besharat, M. A. (2016). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on interpersonal problems and psychological flexibility in female high school students with social anxiety disorder. *Global journal of health science*, 8(3), 131. <https://doi.org/10.5539%2Fgjhs.v8n3p131>

Barbosa, E., Couto, A. B., Basto, I., Stiles, W. B., Pinto-Gouveia, J., & Salgado, J. (2018). Immersion and distancing during assimilation of problematic experiences in a good-outcome case of emotion-focused therapy. *Psychotherapy Research*, 28(2), 313-327. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1211347>

Boersma, K., Håkanson, A., Salomonsson, E., & Johansson, I. (2015). Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation. A replicated single case experimental study for individuals with social anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45, 89-98. <https://doi.org/10.1007/s10879-014-9286-8>

Bögels, S. M., Wijts, P., Oort, F. J., & Sallaerts, S. J. (2014). Psychodynamic psychotherapy versus cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: an efficacy and partial effectiveness trial. *Depression and Anxiety*, 31(5), 363-373. <https://doi.org/10.1002/da.22246>

Carthy, T., Horesh, N., Apter, A., Edge, M. D., & Gross, J. J. (2010). Emotional reactivity and cognitive regulation in anxious children. *Behaviour research and therapy*, 48(5), 384-393. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.12.013>

Chen, J., Short, M., & Kempes, E. (2020). Interpretation bias in social anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 276, 1119-1130. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.121>

Demirtaş, A. S. (2020). Cognitive flexibility and mental well-being in Turkish adolescents: The mediating role of academic, social and emotional self-efficacy. *Anales de psicología/annals of Psychology*, 36(1), 111-121. <https://doi.org/10.6018/analesps.336681>

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>

Dickstein, D. P., Nelson, E. E., McCLURE, E. B., Grimley, M. E., Knopf, L., Brotman, M. A., ... & Leibenluft, E. (2007). Cognitive flexibility in phenotypes of pediatric bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(3), 341-355. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31802d0b3d>

Dryman, M. T., & Heimberg, R. G. (2018). Emotion regulation in social anxiety and depression: A systematic review of expressive suppression and cognitive reappraisal. *Clinical psychology review*, 65, 17-42. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.07.004>

Esmailinasab, M., Andami Khoshk, A., Azarmi, H., & Samar Rakhi, A. (2014). The Predicting Role of Difficulties in Emotion Regulation and Distress Tolerance in Students' Addiction Potential. *Etiadpajohi*, 8(29), 49-63. (Persian). <http://etiadpajohi.ir/article-1-607-fa.html>

Finlay-Jones, A. L. (2017). The relevance of self-compassion as an intervention target in mood and anxiety disorders: A narrative review based on an emotion regulation framework. *Clinical Psychologist*, 21(2), 90-103. <https://doi.org/10.1111/cp.12131>

- Gallego, A., McHugh, L., Villatte, M., & Lappalainen, R. (2020). Examining the relationship between public speaking anxiety, distress tolerance and psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 128-133. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.04.003>
- Garcia-Lopez, L. J., Bonilla, N., & Muela-Martinez, J. A. (2016). Considering comorbidity in adolescents with social anxiety disorder. *Psychiatry investigation*, 13(5), 574. <https://doi.org/10.4306%2Fpi.2016.13.5.574>
- Glassman, L. H., Martin, L. M., Bradley, L. E., Ibrahim, A., Goldstein, S. P., Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2016). A brief report on the assessment of distress tolerance: Are we measuring the same construct?. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 34, 87-99. <https://doi.org/10.1007/s10942-015-0224-9>
- Havighurst, S. S., Radovini, A., Hao, B., & Kehoe, C. E. (2020). Emotion-focused parenting interventions for prevention and treatment of child and adolescent mental health problems: a review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(6), 586-601. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000647>
- Hibbs, R., Pugh, M., & Fox, J. R. (2021). Applying emotion-focused therapy to work with the "anorexic voice" within anorexia nervosa: A brief intervention. *Journal of psychotherapy integration*, 31(4), 327. <https://psycnet.apa.org/buy/2021-00513-001>
- Johnson, S. M. (2008). Emotionally focused couple therapy. *Clinical handbook of couple therapy*, 4, 107-137. <https://psycnet.apa.org/record/2008-09621-004>
- Katz, D., Rector, N. A., & Lapsa, J. M. (2017). The interaction of distress tolerance and intolerance of uncertainty in the prediction of symptom reduction across CBT for social anxiety disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(6), 459-477. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1334087>
- Kohandani, M., & Abolmaali Alhosseini, K. (2017). Factor structure and psychometric properties of Persian version of cognitive flexibility of Dennis, Vander Wal and Jillon. *Psychological Models and Methods*, 8(29), 53-70. (Persian). [https://jpmmm.marvdasht.iau.ir/article\\_2556.html](https://jpmmm.marvdasht.iau.ir/article_2556.html)
- Mohammadi, M. R., Salehi, M., Khaleghi, A., Hooshyari, Z., Mostafavi, S. A., Ahmadi, N., ... & Amanat, M. (2020). Social anxiety disorder among children and adolescents: A nationwide survey of prevalence, socio-demographic characteristics, risk factors and co-morbidities. *Journal of affective disorders*, 263, 450-457. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.12.015>
- Nauphal, M., Swetlitz, C., Smith, L., & Rosellini, A. J. (2021). A preliminary examination of the acceptability, feasibility, and effectiveness of a telehealth cognitive-behavioral therapy group for social anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 28(4), 730-742. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.04.011>
- Niles, A. N., Axelsson, E., Andersson, E., Hedman-Lagerlöf, E., Carlbring, P., Andersson, G., ... & Ljotsson, B. (2021). Internet-based cognitive behavior therapy for depression, social anxiety disorder, and panic disorder: Effectiveness and predictors of response in a teaching clinic. *Behaviour Research and Therapy*, 136, 103767. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103767>
- Rozen, N., & Aderka, I. M. (2023). Emotions in social anxiety disorder: a review. *Journal of anxiety disorders*, 95, 102696. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102696>
- Shams, J., Azizi, A., & Mirzaei, A. (2010). Correlation between Distress Tolerance and Emotional Regulation with Students Smoking Dependence. *Hakim*, 13(1), 11-18. (Persian). <http://hakim.tums.ac.ir/article-1-608-fa.html>
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*, 29(2), 83-102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
- Swee, M. B., Hudson, C. C., & Heimberg, R. G. (2021). Examining the relationship between shame and social anxiety disorder: A systematic review. *Clinical psychology review*, 90, 102088. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102088>
- Tavoli, A. (2013). A Comparison of the effectiveness of interpersonal and cognitive behavioral therapies for social anxiety disorder. *International Journal of Behavioral Sciences*, 7(3), 199-206. [https://www.behavsci.ir/article\\_67829.html](https://www.behavsci.ir/article_67829.html)
- Timulak, L., Keogh, D., Chigwedere, C., Wilson, C., Ward, F., Hevey, D., ... & Mahon, S. (2022). A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: Results of a feasibility randomized controlled trial. *Psychotherapy*, 59(1), 84. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2892-0>
- Timulak, L., McElvaney, J., Keogh, D., Martin, E., Clare, P., Chepukova, E., & Greenberg, L. S. (2017). Emotion-focused therapy for generalized anxiety



- disorder: An exploratory study. *Psychotherapy*, 54(4), 361. <https://psycnet.apa.org/buy/2017-55835-004>
- Warriner-Gallyer, G. (2019). *Examining the relationship between cognitive flexibility and constructs of anxiety* (Doctoral dissertation, University of Southampton). <https://eprints.soton.ac.uk/437437/>
- Wittenborn, A.K., Liu, T., Ridenour, T.A., Lachmar, E.M., Mitchell, E.A., & Seedall, R.B. (2019). Randomized controlled trial of emotionally focused couple therapy compared to treatment as usual for depression: Outcomes and mechanisms of change. *Journal of marital and family therapy*, 45(3), 395 - 409. <https://doi.org/10.1111/jmft.12350>
- Wolitzky-Taylor, K., Guillot, C. R., Pang, R. D., Kirkpatrick, M. G., Zvolensky, M. J., Buckner, J. D., & Leventhal, A. M. (2015). Examination of anxiety sensitivity and distress tolerance as transdiagnostic mechanisms linking multiple anxiety pathologies to alcohol use problems in adolescents. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(3), 532-539. <https://doi.org/10.1111/acer.12638>
- Yu, Y., Yu, Y., & Lin, Y. (2020). Anxiety and depression aggravate impulsiveness: the mediating and moderating role of cognitive flexibility. *Psychology, health & medicine*, 25(1), 25-36. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1601748>

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
 رتال جامع علوم انسانی