Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2025, Volume 22, Issue 4

The Structural Model of Cognitive Control and Psychological Inflexibility with Adolescent Depression: The Mediating Role of Metalized Affectivity

Soudabeh Ershadi Manesh[1], **Mahmoud Mokalaee**[2]

1. (Corresponding author) *Assistant Professor, Department of Psychology, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. M.A. in Psychology, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Abstract

Aim and Background: Adolescent depressive disorder is one of the most common types of mood disorders that is associated with high comorbidity of mental illnesses, quality of life, high risk of suicide, and high social costs. Adolescent depressive disorder is one of the most common types of mood disorders that is associated with high comorbidity of mental illnesses, quality of life, high risk of suicide, and high social costs.

Methods and Materials: This study aimed to investigate the structural model of cognitive control and psychological inflexibility with adolescent depression with the mediating role of mentalized affectivity. This research was fundamental in purpose and a descriptive-correlational study of the structural equation modeling method. The statistical population of this study consisted of all high school students in Tehran who are st

Findings: The results of the Pearson correlation coefficient showed that there is a positive and significant relationship between psychological inflexibility and depression ($P<0.05$). Also, there is a negative and significant relationship between cognitive control and mentalized affectivity with depression ($P<0.05$). The findings indicate that the proposed model fits the data appropriately. The results of structural equation modeling showed that in the model, 45% of the variance of metalized affectivity is explained by psychological inflexibility and cognitive control. Also, 59% of the variance of depression is explained by psychological inflexibility, cognitive control, and mentalized affectivity.

Conclusions: According to these findings, it is suggested that therapists consider cognitive control training and metallization affectivity to reduce the symptoms of depression in adolescents.

Keywords: Cognitive Control, Psychological Inflexibility Depression, Mentalized Affectivity, Adolescent.

Citation: Citation: Ershadi Manesh S, Mokalaee, M. **The Structural Model of Cognitive Control and Psychological Inflexibility with Adolescent Depression: The Mediating Role of Metalized Affectivity.** Res Behav Sci 2025; 22 (4): 639-653.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/22.4.639]

* **Soudabeh Ershadi Manesh,**
Email: su_ershadi@yahoo.com

الگوی ساختاری کنترل شناختی و انعطاف‌ناپذیری روان شناختی با افسردگی نوجوانان نقش میانجی‌گر ذهنیت سازی عاطفی

سودابه ارشادی منش[1]، محمود مکلایی[2]

۱- (نویسنده مسئول)* استادیار، گروه روانشناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲- کارشناس ارشد روانشناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: اختلال افسردگی در نوجوانان یکی از شایع‌ترین انواع اختلالات خلقی است که با همبودی بالا بیماری‌های روانی، کیفیت زندگی، ریسک بالای خطر خودکشی و هزینه‌های بالای اجتماعی همراه است. از سوی دیگر ظرفیت ذهنی سازی و کنترل شناختی تعیین کننده‌های مهمی در سازماندهی ظرفیت شناختی و هیجانی هستند که در حوزه پژوهش‌های مرتبط با افسردگی در دوران نوجوانی مورد غفلت واقع شده‌اند. این پژوهش با هدف الگوی ساختاری کنترل شناختی و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی با افسردگی نوجوانان با نقش میانجی گر ذهنیت سازی عاطفی انجام شد.

مواد روش‌ها: این پژوهش ازنظر هدف بنیادی و ازنظر روش یک پژوهش توصیفی- همبستگی از نوع مدل یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر تهران که در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ مشغول به تحصیل می‌باشند تشکیل دادند. نمونه پژوهش ۳۴۷ نفر از دانش‌آموزان شهر تهران بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌های از پرسشنامه‌های نشخوار فکری نولن و همکاران (۱۹۹۱)، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی (رولفس و همکاران، ۲۰۱۶)، مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی زیگموند و اسنیت (۱۹۸۳)، ذهنیت سازی عاطفی (رینالدی و همکاران، ۲۰۲۱) و پرسشنامه کنترل شناختی گیبرس و همکاران (۲۰۱۸) استفاده شد. جهت ارزیابی الگوی پیشنهادی از الگویابی معادلات ساختاری و AMOS.24 و SPSS. 27 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی با افسردگی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد (P< ۰/۰۵). همچنین بین کنترل شناختی و ذهنیت سازی عاطفی با افسردگی رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد (P۰/۰۵). یافته‌ها حاکی از برازش مناسب الگوی پیشنهادی با داده‌ها ست. نتایج مدل‌یابی معادله ساختاری نشان داد که در الگوی ۴۵ در صد از واریانس ذهنیت سازی عاطفی توسط انعطاف‌ناپذیری روان شناختی، کنترل شناختی تبیین می شود. همچنین ۵۹ در صد از واریانس افسردگی توسط انعطاف‌ناپذیری روان شناختی، کنترل شناختی و ذهنیت سازی عاطفی تبیین می‌شود.

نتیجه‌گیری: با توجه به این یافته‌ها به درمانگران پیشنهاد می شود آموزش کنترل شناختی و ذهنیت سازی عاطفی را در جهت کاهش علائم افسردگی نوجوانان مورد توجه قرار دهند.

واژه‌های کلیدی: کنترل شناختی، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی، افسردگی، ذهنیت سازی عاطفی، نوجوانان.

ارجاع: ارشادی منش سودابه، مکلایی محمود. **الگوی ساختاری کنترل شناختی و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی با افسردگی نوجوانان نقش میانجی‌گر ذهنیت سازی عاطفی.** مجله تحقیقات علوم رفتاری. ۱۴۰۳؛ ۲۲ (۴): ۶۳۹-۶۵۳.

* **سودابه ارشادی منش،**

رایانامه: su_ershadi@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/22.4.639]

مقدمه

افسردگی که به‌عنوان اختلال افسردگی اساسی نیز شناخته می‌شود، یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است که با احساس مداوم غم، از دست دادن علاقه، و در موارد شدید، افکار خودکشی مشخص می شود (۱). بر اساس تبادل داده‌های بهداشت جهانی، تقریباً ۳/۸ درصد از جمعیت، شامل ۲۸۰ میلیون نفر در سراسر جهان، از افسردگی رنج می‌برند که سهم عمده‌ای در بار بیماری‌های جهانی داشت (۲). اختلال افسردگی یک اختلال جدی یا وخیم روان‌پزشکی است (۳). افسردگی به مجموعه‌ای از نشانه‌ها اطلاق می‌شود که موجب تغییر در خلق، تفکر و فعالیت فرد می‌شود. احساس غمگینی و از دست دادن علاقه که باعث کاهش عملکرد فردی و اجتماعی توأم با تغییر در الگوی خواب، تغذیه، سطوح انرژی و انگیزش نیز روی می‌دهد (۴). افسردگی در حال حاضر جدی‌ترین بیماری قرن تلقی شده و به گزارش دانشگاه هاروارد تا سال ۲۰۲۰ در رتبه اول یا دوم بیماری‌های شایع قرار می‌گیرد (۵). سازمان بهداشت جهانی، افسردگی را در ردیف چهارم فهرست حادترین مشکلات بهداشت عمومی در سراسر جهان قرار داده است (۳). افسردگی سالانه تقریباً ۴ تا ۵ درصد از نوجوانان را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار می‌دهد و بار درمانی سنگین است (۲). افسردگی به‌عنوان بار بزرگ بیماری در سراسر جهان در نظر گرفته می‌شود و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ رتبه اول را به خود اختصاص دهد (۶). فرد مبتلا به افسردگی اغلب تبعیض و انگ را تجربه می‌کند که بر تمام جنبه‌های زندگی او تأثیر می‌گذارد، مانند عملکرد مدرسه یا کار، روابط با خانواده و دوستان، و توانایی آن‌ها برای مشارکت در جامعه (۷). تا به امروز، علل افسردگی هنوز نامشخص است، که عمدتاً به دلیل عوامل بیولوژیکی، ژنتیکی، محیطی و روانی است (۸). به طور سنتی، تحقیقات در مورد افسردگی بر علائم اصلی عاطفی و شناختی مانند خلق و خوی پایین، از دست دادن علاقه، از دست دادن انرژی، کاهش تمرکز، الگوهای فکری منفی یا نشخوار فکری متمرکز شده است. با این حال، روابط بین فردی و ذهنی سازی نیز مورد توجه قرار گرفته است (۹). در یک فراتحلیل که به تازگی توسط نستور و همکاران منتشر شده است، به طور قابل توجهی نقص ذهنیت‌سازی را در افسردگی نشان داده است، این نقص هم برای ذهنی‌سازی عاطفی، شامل تکالیف مربوط به رمزگشایی از هیجانی (مانند شناسایی و تشخیص هیجانی) و هم برای ذهنی‌سازی شناختی تکالف استدلالی (مثلاً شناسایی باورها یا مقاصد نادرست) است (۱۰).

ذهنیت‌سازی[1] برای فرآیندهای اساسی مانند تشخیص احساسات و همچنین برای تعاملات اجتماعی موفق بسیار مهم است و به تدریج در دوران کودکی ایجاد می شود(۱۱). ذهنیت سازی یک دستاورد رشدی است که در زمینه رابطه اولیه نوزاد و مراقب ظاهر می‌شود. در سال اول زندگی، انعکاس مشخص هیجانات نوزاد توسط مراقب اولیه اولین گام ضروری برای رشد ذهنیت‌سازی درونی است. این مدل بازخورد (فیدبک) اجتماعی[2] آینه‌کاری عاطفی[3] (۱۲) توسط فوناگی و تارگت (۱۳) «نظریه بازی با واقعیت[4]» که بین سال دوم و پنجم زندگی مرتبط است تکمیل شده است. مشابه آینه‌سازی عاطفی در مدل اول، «نظریه بازی با واقعیت» تأکید می‌کند که تعامل بازیگوشی احتمالی مراقب با کودک از طریق فرآیندهای پیچیده‌تر زبانی و تعاملی، عمدی ایجاد می‌کند. در این دوره کودک معنای بین فردی را در چارچوب سیستم های بازنمایی متمایز درک می‌کند که اصطلاحاً حوزه تجربه پیش ذهنی[5] نامیده می شود. در حالت هم ارزی روانی[6]، خیال (دنیای درونی) و ادراک واقع گرایانه (واقعیت بیرونی) برابر می شوند؛ دنیا آنگونه است که کودک آن را درک می‌کند. در حالت ظاهری[7]، کودک خیالات را از ادراکات واقع گرایانه جدا می‌کند، واقعیت درونی و بیرونی به شدت از هم جدا می شود. حالت غایت‌شناختی[8] به تجربه‌ای از جهان اشاره دارد که در آن حالات ذهنی بازنمایی نمی‌شوند و در نتیجه باید در عمل بیان شوند. در رشد طبیعی، این حالت‌های عملکرد در حدود ۵ سالگی در یک سیستم واحد ادغام می‌شوند که کودک را قادر می‌سازد تفاوت بین ظاهر و واقعیت را درک کند و بنابراین درک ما از واقعیت بازنمایی و عمدی است (۱۴). با توجه به این موضوعات، بنابراین، لویتن و همکاران یک رویکرد مبتنی بر ذهنیت افسردگی را در چارچوب دلبستگی ایجاد کردند (۱۵). به گفته جان باولبی، اولین نظریه‌پرداز دلبستگی، افسردگی را می‌توان به عنوان واکنشی به تجربیات نامطلوب دوران کودکی درک کرد. او سه وضعیت عمده را که به احتمال زیاد با پیشرفت بعدی افسردگی مرتبط است، توضیح داد: اول، زمانی که یک کودک با وجود تلاش‌های قوی هرگز به رابطه ای پایدار و مطمئن با والدین خود نمی رسد و متعاقباً الگوی خود را به عنوان یک شکست ایجاد می کند و ضررها یا ناامیدی ها را متعلق به خود می‌داند. دوم، زمانی که والدین به کودک این پیام

1. Mentalization
2. social biofeedback model
3. affect mirroring
4. playing with reality theory”
5. prementalistic modes of experience
6. psychic equivalence mode
7. In pretend mode
8. Teleological mode

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOI: 10.48305/22.4.639]

را می‌دهند که او بی کفایت یا دوست داشتنی نیست و کودک الگوی مربوط به خود را به عنوان ناتوان و دوست نداشتنی ایجاد می‌کند. ثالثاً هنگامی که پدر و مادر کودک فوت کند و او با عدم امکان عزاداری و جبران مواجه شود (۱۶). در زندگی بزرگسالی، افرادی که در معرض چنین تجربیاتی از دوران کودکی قرار گرفته‌اند، در مواجهه با تهدیدات روابط دلبستگی فعلی خود، در برابر افسردگی آسیب‌پذیر هستند (۱۴). گسست‌های قریب‌الوقوع در روابط دلبستگی را می‌توان به‌دلیل جدایی، طرد شدن، یا از دست دادن، یا تجربه شکست (یا تجربه ذهنی‌سازی در شکست) یا ترکیبی از این عوامل استرس‌زا بین فردی و درون فردی در نظر گرفت. ریف کین- زوباتس و همکاران در پژوهشی با هدف اختلال ذهنیت سازی در افسردگی و تأثیرات اختلال شخصیت مرزی بر این رابطه نتایج نشان داد که پس از تعدیل عوامل مزاحم اجتماعی-جمعیت شناختی و اختلال شخصیت مرزی اختلال ذهنیت سازی با علائم افسردگی همراه بود. علائم اختلال شخصیت مرزی به طور قابل توجهی ارتباط بین اختلالات ذهنیت سازی و علائم افسردگی را تعدیل کرد. علائم شدیدتر اختلال شخصیت مرزی همراه با ذهنیت سازی ضعیف منجر به افزایش علائم افسردگی می‌شود (۱۷).

با توجه به تأثیر افسردگی بر ابعاد عاطفی، جسمی، عاطفی و شناختی می‌تواند در افراد مبتلا مشکلاتی را در توجه، حافظه و کنترل شناختی[1] ایجاد کند (۱۸). بنابراین یکی از سازه‌های مرتبط با افسردگی کنترل شناختی و انعطاف‌پذیری[2] است که به توانایی انطباق و سازگاری با موقعیت‌های و محیط‌های در حال تغییر اشاره دارد و می‌تواند در افراد به توانایی حل مسئله، خلاقیت، تصمیم‌گیری و نحوه برون‌رفت از بن‌بست کمک کند (۱۹). تعریف مفهوم کنترل شناختی با توجه به ابعاد محدود آن بسیار دشوار است (۲۰). درواقع کنترل شناختی به توانایی فرد برای توجه، دریافت و کنترل اطلاعاتی است که در وضعیت فعلی با یک هدف خاص در ارتباط هستند (۲۱). و از ورود اطلاعات غیرضروری و حاشیه‌ای با ساختار ذهنی پیشگیری می‌کند (۲۲). داشتن نواقص و عدم فعالیت کارکردهای شناختی یا به عبارتی کنترل شناختی از جمله تمرکز، حافظه، توجه، تصمیم‌گیری و شناخت اجتماعی از شاه علامت‌های اساسی نقایص شناختی در بیماران افسرده است که با سوگیری انتخابی، انتساب و تعمیم افراطی در بیماران افسرده همراه است (۲۳). داشتن کنترل شناختی در موقعیت و انجام یک رفتار با انگیزه و داشت هدف برای افراد بسیار مهم است. بنابراین کنترل شناختی دارای یک مجموعه-ای از فرآیندها است که امکان انطباق، سازگاری و انعطاف‌پذیری شناخت و رفتار را مطابق با اهداف فعلی مشخص می‌کند (۲۴). به‌عنوان مثال، اگر بخواهیم یک کار یا فعالیت جدید را شروع کنیم باید توانایی مدیریت و کنترل افکار منفی را داشته باشیم که این بعد یک بخش جدایی‌ناپذیر از کنترل شناختی است. نتایج مطالعات نشان می‌دهد اختلالات در فرآیندهای کنترل شناختی با طیف وسیعی از اختلالات روان‌پزشکی و از جمله افسردگی مرتبط است (۲۵). بااین‌وجود، با توجه به حوزه وسیع کارکردهای شناختی درک ما از کنترل شناختی و نحوه تأثیر آن بر ساختارهای ذهنی بیماران مبتلا به افسردگی دارای محدودیت‌های عمده‌ای است. برای مثال با توجه به سازه ساخته شده برای کنترل شناختی درک فعلی ما از این سازه (کنترل شناختی) و به‌خصوص در افسردگی بیشتر توصیفی- تبیینی است و مطالعات بر روی جنبه‌های منفی مرتبط با تشخیص گذاری ابعاد منفی این سازه تمرکز کرده‌اند (۲۶). بنابراین، در حال حاضر با توجه به اینکه اکثر مطالعات بر روی ابعاد عاطفی، جسمی و هیجانی افسردگی متمرکز شده‌اند نیاز شدیدی به پژوهش-های بیشتری در خصوص سازه کنترل شناختی در اختلال افسردگی لازم است که توجه به این بعد و نبود مطالعات ساختاریافته یکی از دلایل انجام مطالعه حاضر بود. کراهگ و همکاران در مطالعه‌ای با هدف انگیزه و کنترل شناختی در افسردگی نتایج نشان داد که اختلالات مرتبط با افسردگی در مؤلفه‌های کلیدی انگیزش را به همراه مدل‌های جدید علوم اعصاب شناختی که بر نقش انگیزه در تصمیم‌گیری در مورد تخصیص کنترل شناختی تمرکز دارند، نتایج نشان داد که نقص‌های انگیزشی و کنترل شناختی با افسردگی به هم مرتبط هستند (۲۷).

نتایج مطالعات حاکی از این است که انعطاف ناپذیری روان‌شناختی[3] با افسردگی رابطه مثبتی دارد (۲۸). انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی به‌عنوان «غلبه شدید واکنش‌های روان‌شناختی بر ارزش‌ها و تأثیر احتمالی آن در عمل متعهدانه» تعریف می‌شود (۲۹)؛ و اغلب زمانی اتفاق می‌افتد که افراد سعی می‌کنند از تجربه رویدادهای درونی و ناخواسته اجتناب کنند. از سوی دیگر، انعطاف-پذیری روان‌شناختی به توانایی فرد برای تمرکز کامل بر لحظه حال و با توجه به شرایط موجود، تغییر یا تداوم رفتار در پیگری اهداف و ارزش‌ها اشاره دارد (۳۰). بنابراین، منفعت نهایی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی سازگاری با زمینه‌های بیرونی و درونی برای

[1]. cognitive control
[2]. Cognitive Control and Flexibility
[3]. Psychological inflexibility

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOI: 10.48305/22.4.639]

پیشبرد به سمت اهدافی است، که ممکن است از بهبود راحتی فرد در یک موقعیت، تا ارتقای موفقیت شغلی یا اجتماعی بلندمدت، حتی تا بقای اولیه را شامل شود. در مقابل، افرادی که انعطاف‌ناپذیرتر هستند ممکن است از تغییرات در خواسته‌های زمینه‌ای بی‌اطلاع باشند، ممکن است گزینه‌های پاسخ کمی را درک کنند، ممکن است مجموعه کوچکی از مهارت‌های قابل اجرا داشته باشند که از بین آن‌ها انتخاب کنند، ممکن است به طور ناکارآمدی راهبردهای را با خواسته‌های موقعیتی مطابقت دهند، ممکن است قادر به شناسایی راهبردهای نباشد که دیگر موثر نیستند و ممکن است نتوانند یا نخواهند رفتار را به راهبردهای تغییر دهند که به احتمال زیاد در پیشبرد اهدافشان مؤثر است (۳۱). از این رو، در حالی که افراد انعطاف‌پذیرتر تاب‌آور هستند و می‌توانند خود را با شرایط وفق دهند تا به نتایج مطلوب برسند، افرادی که انعطاف‌ناپذیرتر هستند ممکن است کمتر بر موانع غلبه کنند تا به اهداف خود برسند. مطالعات ماسودا و همکارن (۳۲)؛ وودروف و همکاران (۳۳)؛ کاتو (۳۴) نشان می‌دهد که رابطه مثبت و معنی‌داری بین تحقیقات قبلی شواهد انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی با علائم افسردگی در بین دانشجویان وجود دارد. در مطالعه‌ای فرناندز- رودریگرز و همکاران با هدف انعطاف ناپذیری روان‌شناختی، اضطراب و افسردگی: نقش تعدیل کننده آمیختگی شناختی، اجتناب تجربی و فعال سازی تجزیه و تحلیل رگرسیون نتایج همخوانی را نشان داد. تعامل اجتناب تجربی ×هم آمیزی شناختی علائم اضطراب را تعدیل کرد، در حالی که فعال‌سازی پیش‌بینی‌کننده معنی‌داری نبود. با این وجود، کاهش در فعال سازی شرایط تعدیل کننده اصلی در علائم افسردگی بود. و اگرچه در هم آمیزی شناختی و اجتناب تجربی به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های مستقل عمل کردند، اما تعامل اجتناب تجربی و هم آمیزی شناختی معنی‌دار نبود (۳۵).

بخشی از علاقه‌ی ما به ارزیابی مفهوم ذهنیت سازی در افسردگی نوجوانان می‌توان به فرایند دلبستگی، تنظیم هیجانی و ذهنیت سازی به عنوان یک فرایند در نظر گرفت که آسیب در دلبستگی با دشواری تنظیم هیجانی و نقص در ذهنیت سازی افراد همراه است (۱۴). پژوهش ما در دوران نوجوانانی می‌تواند با تعدیل این سازه نقش مهمی در تعدیل اختلالات عاطفی داشته باشد. چرا که اکثر مطالعات خارج از کشور به شناسایی عوامل مؤثر بر افسردگی، با توجه به رویکرد زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی، فرهنگی و معنوی پرداخته‌اند تا یک آسیب شناسی چندبعدی منجر به استخراج یک برنامه درمانی چندسطحی شود که بتواند سازه‌های تأثیرگذار در شروع و تداوم افسردگی را هدف قرار دهد. لذا توجه به این امر و قابلیت تعدیل شدن متغیرهای روان‌شناختی (ذهنیت سازی عاطفی) در اختلال افسردگی در جهت متناسب‌سازی مداخلات در نوجوانان ضروری بود و ترسیم یک الگویی مبتنی بر مدلهای روانشناختی نوظهور از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[1] (ACT)، درمان ذهنیت سازی و کارکردهای شناختی می‌تواند به تدوین یک برنامه مبتنی بر پژوهش بیانجامد که اثربخشی و کارآمدی آن در دوران نوجوانی می‌تواند از بروز بسیاری از پیامدهای مرتبط با افسردگی و بار بیماری و اقتصادی ناشی از آن بکاهد که این امر می‌تواند بر بدیع بودن مطالعه حاضر بیفزاید. لذا این مطالعه با هدف الگوی ساختاری کنترل شناختی و انعطاف ناپذیری روان‌شناختی با افسردگی نوجوانان نقش میانجی‌گر ذهنیت سازی عاطفی انجام شد.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر از نوع همبستگی و روش مدل یابی معادلات ساختاری است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه شهر تهران که در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ مشغول به تحصیل بودند تشکیل دادند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای استفاده شد. ابتدا از بین مناطق ۲۲ گانه شهر تهران ۳ منطقه (۴، ۵ و ۶) انتخاب شد. در ادامه از هر منطقه دو مدرسه مقطع متوسطه دوم انتخاب شد. در نهایت بر اساس لیست دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه ۳۴۷ دانش‌آموز از میان دانش‌آموزان این مدرسه که شرایط شرکت در پژوهش را داشتند و ملاک‌های ورود (شامل دامنه سن ۱۵ تا ۱۸ سال، امضاء رضایت‌نامه آگاهانه) به مطالعه را داشته باشند به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. بدین صورت که پس از شناسایی مدارس مقطع متوسطه دوم مناطق ۴، ۵ و ۶ از بین مدارس موجود در هر منطقه دو مدرسه و از هر مدرسه نیز ۵۸ نفر به‌صورت تصادفی به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. با توجه به امکان اجرای پرسشنامه‌ها به‌صورت حضوری و آنلاین در مدارس اجرا شد. به این صورت که بعد از بیان اهداف پژوهش برای مدیران مدارس و دبیران از آن‌ها درخواست می‌شود ضمن توضیح اهداف پژوهش، آزادی انتخاب دانش‌آموزان برای شرکت در پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات پرسشنامه مداد- کاغذی و لینک آنلاین پرسشنامه‌ها را در کلاس خود برای دانش‌آموزان به اشتراک بگذارند. ازآنجاکه در مدل‌سازی معادلات ساختاری، حداقل حجم نمونه بر اساس متغیرهای پنهان تعیین می‌شود نه متغیرهای مشاهده‌پذیر. با

[1]. Acceptance and commitment therapy

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/22.4.639]

توجه به ۶ متغیر پنهان حداقل حجم نمونه ۸۰ نفر در نظر گرفته می‌شود (۳۶). همچنین با توجه به فرمول سوپر (۳۷) اندازه اثر مورد نظر ۰/۱۹، توان آماری آزمون در این پژوهش ۰/۹۰، تعداد متغیرهای مکنون در این پژوهش ۶ متغیر است و تعداد متغیرهای آشکار[1] (خرده مقیاس‌های پرسشنامه) ۱۷ و در نهایت میزان خطای نوع اول را جهت دستیابی به سطوح اطمینان ۹۵ یا ۹۹ درصد با مقادیر ۰/۰۵ حداقل حجم نمونه ۱۰۰ نفر و حداکثر ۱۰۰۰ در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود شامل امکان استفاده از رایانه یا تلفن همراه با اینترنت فعال و داشتن یکی از شبکه‌های مجازی برای ارسال لینک پرسش‌نامه، سن بین ۱۵–۱۸ سال و انگیزه برای شرکت در این پژوهش و معیارهای خروج شامل تمایل نداشتن به شرکت در مطالعه بود.

مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی[2] (HADS): این مقیاس توسط زیگموند و اسنیت (۳۸) برای سنجش افسردگی و اضطراب تدوین شده است. این مقیاس شامل ۱۴ سؤال است که ۷ سؤال مربوط به خرده مقیاس اضطراب است و ۷ سؤال مربوط به خرده مقیاس افسردگی است آزمودنی‌ها میزان موافقت و مخالفت خود را در یک طیف ۰–۳ هر سؤال دارای ۴ گزینه است که آزمودنی بر اساس نوع احساس خود یکی از آن‌ها را بر می‌گزینند. به هر کدام از این گزینه‌ها، وزنی بین ۳–۰ تخصیص می‌یابد (۳۹). وایت و همکاران (۴۰) ویژگی‌های روان‌سنجی HADS را بر روی یک گروه از نوجوانان ۱۲ تا ۱۷ ساله بررسی کردند نتایج نشان داد که HADS دارای پایایی آزمون باز آزمون و ساختار عاملی مناسب در بین نوجوانان است؛ و بین نوجوانان با و بدون تشخیص اضطراب و افسردگی تمایز قائل می‌شود. همچنین در مطالعه میهالکا و پیلکا (۴۱) در یک نمونه از نوجوانان لهستانی ساختار دوعاملی را در نوجوان بیمار و ساختار سه عاملی را در نوجوانان سالم تأیید شد. مقیاس اضطراب روایی همزمان با مقیاس اضطراب اسپنس خرده مقیاس اضطراب فراگیر[3] (SCAS-GA) (r=۰/۷۷، P<۰/۰۱) و مقیاس افسردگی مزمن مرکز مطالعات اپیدمیولوژیک[4] (CES-DC) (r=۰/۵۸، P<۰/۰۱) بود. روایی همزمان مقیاس افسردگی با SCAS-GA (r=۰/۲۱، P<۰/۰۵) و با CES-DC (r=۰/۵۲، P<۰/۰۱) بود. در نمونه سالم، سؤال‌های افسردگی به دو عامل تقسیم می‌شوند: خلق افسرده همراه با آژیتاسیون/ کندی روانی–حرکتی و بی‌لذتی. در پژوهش کاویانی و همکاران (۴۲). HADS و زیر مقیاس‌های اضطراب و افسردگی دارای روایی، پایایی و هماهنگی درونی مناسبی هستند. در پژوهش اعتمادی و همکاران در یک نمونه از نوجوانان ضریب پایایی پرسشنامه به روش امگا مک دونالد (ω=۰/۶۷۷، α=۰/۶۱۴) به دست آمد (۴۲).

پرسشنامه کنترل و انعطاف پذیری روانشناختی[5] (CCFQ): در پژوهش حاضر برای سنجش کنترل و انعطاف پذیری روانشناختی از پرسشنامه کنترل و انعطاف پذیری روانشناختی گبریس و همکاران (۲۲) استفاده شد. این مقیاس دارای ۱۸ سؤال خود گزارشی که در آن توانایی درک شده اعمال کنترل بر افکار مزاحم، ناخواسته (منفی) و احساسات و توانایی فرد برای مقابله با انعطاف‌پذیری با یک وضعیت استرس‌زا را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این مقیاس دارای دو خرده مقیاس ارزیابی و انعطاف‌پذیری در مقابله[6] سؤالات ۱ تا ۱۰ و کنترل شناختی بر هیجانات[7] سؤالات ۱۱ تا ۱۸ است. نمره‌گذاری این مقیاس به روش لیکرت از هرگز (۰) تا اغلب (۴) است. گبریس و همکاران (۲۲) روایی سازه این مقیاس را در دو مطالعه جداگانه هم به روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی مورد بررسی قرار دادند در مجموع دو عامل ارزیابی و انعطاف‌پذیری در مقابله و کنترل شناختی بر هیجانات ۵۶ درصد از واریانس مقیاس کنترل و انعطاف پذیری روانشناختی را تبیین کردند. همچنین روایی همزمان این مقیاس با پرسشنامه ارزیابی عوامل استرس‌زا، سبک‌های مقابله‌ای و علائم افسردگی مطلوب به دست آمد. ضریب پایایی مقیاس برای عامل کنترل شناختی بر هیجانات ۰/۹۱ و برای ارزیابی و انعطاف‌پذیری در مقابله ۰/۹۲ به دست آمد. در این مطالعه ابتدا محقق پرسش‌نامه را به فارسی ترجمه کرد و پس از آن جهت بررسی و نظارت بر ترجمه یکی از اساتید روان‌شناسی و یکی از مترجمان زبان انگلیسی به‌طور جداگانه آن را بازبینی کرد. سپس ترجمه فارسی به ۱ نفر که مسلط به زبان انگلیسی و فارسی بود، داده شد تا ترجمه معکوس صورت بگیرد و در مرحله نهایی هر ۲ نسخه ترجمه و متن اصلی توسط نویسنده اول و مسئول بررسی شد و از تأیید و صحت برگردان اطمینان حاصل شد. فرآیند جمع‌آوری نمونه شروع شد. در ابتدا اهداف و روش مطالعه برای شرکت‌کنندگان شرح داده شد و بر محرمانه بودن اطلاعات شخصی تأکید شد. سپس پرسش‌نامه‌ها به ترتیب به‌منظور بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی، بین دانش‌آموزان

[1]. Desired statistical power level
[2]. The Hospital Anxiety and Depression Scale
[3]. Spence Children's Anxiety Scale – Generalised Anxiety subscale (SCAS-GA)
[4]. Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC)
[5]. Cognitive Control and Flexibility
[6]. Appraisal and coping flexibility
[7]. Cognitive control over emotion

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOI: 10.48305/22.4.639]

حداقل ۱۵ سال و حداکثر ۱۸ سال سن داشتند و در طول یک سال اخیر در مدارس مهمان یا انتقال نگرفته باشند، توزیع شد. نتایج حاصل از روایی سازه ۱۸ سؤال پرسشنامه را در دو عامل ارزیابی انعطاف‌پذیری و مقابله و کنترل شناختی هیجانات تأیید کرد و این نتایج حاکی از همسانی درونی مقیاس کنترل شناختی و انعطاف-پذیری به روش آلفای کرونباخ و مک دونالد (α=۰/۸۷، ω=۰/۸۸) بود. روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی حاکی از برازش مطلوب بود و بارهای عاملی در تحلیل عاملی تأییدی برای هر کدام از سؤالات کمتر از ۴۰ نبود. ریشه میانگین مربع باقیمانده (RMR) تناسب قابل‌قبولی با مقادیر ۰/۰۶ نشان داد و شاخص برازش مدل نیز مطلوب بود (RMSEA=۰/۰۲، CFI=۰/۹۴، TLI=۰/۹۲ و GFI=۰/۹۴).

پرسشنامه انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی[1] (MPFI): یک پرسشنامه ۳۰ سوال خودگزارشی است که به‌طور کلی انعطاف-ناپذیری روان‌شناختی را در ۶ خرده مقیاس مورد سنجش قرار می-دهد که توسط رولفس و همکاران (۴۳) طراحی و اعتباریابی شد. مقیاس‌های ترکیبی انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی نیز شامل ۶ خرده مقیاس است. اجتناب تجربه‌ای (برای مثال، وقتی چیزی ناراحت‌کننده پیش می‌آمد، خیلی تلاش کردم که از فکر کردن به آن دست‌بردارم)، فقدان ارتباط با لحظه لحظه زندگی (برای مثال، من اکثر کارها را بدون خودآگاهی و صرف توجه اندکی انجام می-دادم)، خود به عنوان محتوا (برای مثال، به خودم می‌گفتم که نباید به آن شیوه که فکر می‌کنم، فکر کنم)، همجوشی (افکار و احساسات منفی تمایل داشتند که برای مدت طولانی به من بچسبند)، فقدان ارتباط با ارزش‌ها (برای مثال، اولویت‌ها و ارزش-های من اغلب در زندگی روزمره کنار گذاشته می‌شدند)، اقدام نکردن (برای مثال، ناراحت شدن، مرا گیر می‌انداخت و باعث می‌شد هیچ کاری نکنم). شرکت کنندگان به هر سؤال بر اساس یک طیف ۶ درجه‌ای از هرگز (۱) تا همیشه (۶) پاسخ می‌دهند. هر خرده مقیاس شامل پنج سؤال برای عامل‌های انعطاف‌ناپذیری است. پاسخ‌های هر خرده مقیاس با هم جمع می‌شود و نمره هر خرده مقیاس مشخص می‌شود نمرات بالاتر نمایانگر سطوح بالاتر فرآیند مربوطه است. حداقل نمرات برای هر خرده مقیاس ۱ و حداکثر آن می‌باشد. حداقل نمره برای عامل انعطاف‌ناپذیری ۳۰ و حداکثر آن ۱۸۰ می‌باشد که نمره بالا در این عامل نشان دهنده انعطاف‌ناپذیری بیشتر است. نتایج مطالعه رولفس و همکاران همسانی درون هر یک از خرده مقیاس‌های انعطاف‌ناپذیری را به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های اجتناب تجربه‌ای ۰/۹۰، فقدان ارتباط با لحظه لحظه زندگی ۰/۹۵، خود به عنوان محتوا ۰/۹۴، همجوشی ۰/۹۵، فقدان ارتباط با ارزش‌ها ۰/۸۷، فقدان عمل ۰/۹۳ و نمره کل انعطاف‌ناپذیری ۰/۹۰ گزارش کردند. همچنین شاخص‌های برازش مدل به روش تحلیل عوامل تأییدی شاخص برازندگی تطبیقی[2] (CFI) ۰/۹۴۶، ریشه میانگین استاندارد باقیمانده[3] (SRMR) ۰/۰۶۰ و ریشه میانگین مجذورات خطای تقریب[4] (RMSEA) ۰/۰۴۰ به دست آمد که نشان دهنده روایی سازه پرسشنامه چندبعدی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بود (۴۳).در ایران موسیوند، بگیان کوله مرزی و صیاد شیرازی (۴۴) ویژگی‌های روانسنجی مقیاس انعطاف‌پذیری و انعطاف‌ناپذیری را به دست آوردند. نتایج حاصل از تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که شاخص‌های برازندگی مدل در انعطاف‌پذیری، انعطاف‌ناپذیری و در مدل مرتبه دوم و نهایی شده تأیید شد. آلفای کرونباخ برای پذیرش ۰/۸۱۸، ارتباط با لحظه لحظه‌های زندگی ۰/۸۶۹، خود به عنوان بافت ۰/۸۶۲، ناهم‌آمیزی شناختی ۰/۹۰۴، ارزش‌ها ۰/۹۳۵، عمل متعهدانه ۰/۹۳۵ و کل انعطاف‌پذیری ۰/۹۴۲، اجتناب تجربه‌ای ۰/۸۹۵، فقدان ارتباط با لحظه لحظه زندگی ۰/۸۳۹، خود به عنوان محتوا ۰/۸۸۳، همجوشی ۰/۹۰۴، فقدان ارتباط با ارزش‌ها ۰/۹۱۲، فقدان عمل ۰/۹۴۱ و کل انعطاف‌ناپذیری ۰/۹۴۱ بدست آمد.

مقیاس ذهنیت سازی عاطفی[5] (MAS): در این مطالعه از پرسشنامه خودگزارشی ذهنیت سازی عاطفی که توسط رینالدی و همکاران (۴۵) تدوین شده است، استفاد شد. این مقیاس در ابتدا توسط گرنبرگ و همکاران به منظور ارزیابی سه مؤلفه ذهنیت سازی عاطفی، شناسایی هیجانات و پردازش و بیان هیجانات این مقیاس را تدوین کردند. این مقیاس ۳۵ سؤال دارد و آزمودنی‌ها میزان موافقت خود را به سؤالات پرسشنامه در یک طیف هفت درجه‌ای لیکرت (هرگز = ۱، بندرت= ۲، گهگاه= ۳، اغلب = ۴ و همیشه = ۵) ارزیابی می‌کنند. این پرسشنامه دارای ۵ خرده مقیاس شناسایی هیجانات[6] سؤالات (۱ تا ۱۰)، ابرازگری هیجانی[7] سؤالات (۱۱ تا ۱۸)، کنجکاوی دربارهٔ هیجانات[8] سؤالات (۱۹ تا ۲۵)، پردازش هیجانی[9] سؤالات (۲۶ تا ۳۲) و حافظه اتوبیوگرافی[10] (حافظه سرگذشتی) روش اجرا و نمره گذاری سؤالات (۳۳ تا ۳۵). حداقل و

[1] . Psychological Inflexibility Inventory (MPFI)
[2] . comparative of fit index
[3] . standardized root mean square residual
[4] . root mean square error of approximation
[5] . Mentalized Affectivity Scale (MAS)
[6] . Identifying Emotions
[7] . Expressing Emotions
[8] . Curiosity about Emotions
[9] . Processing Emotions
[10] . Autobiographical Memory

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOI: 10.48305/22.4.639]

حداکثر نمره آزمودنی در مقیاس ذهنیت سازی عاطفی ۳۵ و ۲۴۵ بود. نمره بالاتر نشان دهنده ذهنیت سازی عاطفی بیشتر است. در مطالعه رینالدی و همکاران (۴۵) ضریب همسانی درونی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای شناسایی هیجانات ۰/۸۶، ابراگزی هیجانی ۰/۸۴، کنجکاوی دربارهٔ هیجانات ۰/۸۲، پردازش هیجانی ۰/۷۹ و حافظه سرگذشتی ۰/۷۵ به دست آمد. در مطالعه رینالدی و همکاران (۴۵) شاخص‌های تحلیل عوامل تأییدی (۱۰۷۶/۰۰= χ^2(۵۸۴)، SRMR =۰/۰۷۴ و RMSEA=۰/۰۵۸) نشان دهنده این است که مدل از برازش قابل قبولی برخوردار است. روایی همگرایی خرده مقیاس‌های ذهنیت سازی عاطفی با پرسشنامه دشواری‌های تنظیم هیجانی به ترتیب برای شناسایی هیجانات ۰/۲۵۲-، ابراگزی هیجانی ۰/۷۲۷-، کنجکاوی دربارهٔ هیجانات ۰/۲۳۶، پردازش هیجانی ۰/۱۲۶ و حافظه سرگذشتی ۰/۰۹۳- به دست آمد.

در این مطالعه ابتدا محقق پرسش‌نامه را به فارسی ترجمه کرد و پس از آن جهت بررسی و نظارت بر ترجمه یکی از اساتید روان‌شناسی و یکی از مترجمان زبان انگلیسی به‌طور جداگانه آن را بازبینی کرد. سپس ترجمه فارسی به ۱ نفر که مسلط به زبان انگلیسی و فارسی بود، داده شد تا ترجمه معکوس صورت بگیرد و در مرحله نهایی هر ۲ نسخه ترجمه و متن اصلی توسط نویسنده اول و مسئول بررسی شد و از تأیید و صحت برگردان اطمینان حاصل شد. فرآیند جمع‌آوری نمونه شروع شد. در ابتدا اهداف و روش مطالعه برای شرکت‌کنندگان شرح داده شد و بر محرمانه بودن اطلاعات شخصی تأکید شد. سپس پرسش‌نامه‌ها به ترتیب به‌منظور بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی، بین دانش‌آموزان حداقل ۱۵ سال و حداکثر ۱۸ سال سن داشتند و در طول یک سال اخیر در مدارس مهمان یا انتقال نگرفته باشند، توزیع شد. نتایج حاصل از روایی سازه ۳۵ سؤال پرسشنامه را در ۵ عامل شناسایی هیجانات (α=۰/۸۴، ω=۰/۸۶) ، ابرازگری هیجانی (α=۰/۸۸، ω=۰/۸۹)،کنجکاوی دربارهٔ هیجانات[1] (α=۰/۸۶، ω=۰/۸۷)، پردازش هیجانی (α=۰/۸۲، ω=۰/۸۳) و حافظه اتوبیوگرافی یا حافظه خودزندگی‌نامه‌ای (α=۰/۷۸، ω=۰/۷۹) تأیید کرد. روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی حاکی از برازش مطلوب بود و بارهای عاملی در تحلیل عاملی تأییدی برای هر کدام از سؤالات کمتر از ۴۰ نبود. ریشه میانگین مربع باقیمانده (RMR) تناسب قابل‌قبولی با مقادیر ۰/۰۵ نشان داد و شاخص برازش مدل نیز مطلوب بود (RMSEA=۰/۰۳، CFI=۰/۹۲، TLI=۰/۹۲ و GFI=۰/۹۱).

روش آماری

در این پژوهش تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو بخش انجام گرفت، بخش اول اختصاص به یافته‌های توصیفی داشت که در این بخش شاخص‌هایی نظیر میانگین، انحراف استاندارد استفاده شد. بخش دوم مربوط به یافته‌های استنباطی بود که در این قسمت آزمون ضریب همبستگی پیرسون، مفروضه‌های مدلسازی معادلات ساختاری شامل نرمال بودن، خطی بودن، عدم هم خطی چندگانه، استقلال خطای باقیمانده و بررسی داده‌های پرت با استفاده از نرم-افزار SPSSS.27 انجام شد. در ادامه الگوی پیشنهادی چندمتغیره با استفاده از مدلسازی معادلات ساختاری با نرم‌افزار AMOS.24 مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین (و انحراف استاندارد) دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش ۱۶/۵۵ (و ۳/۷۴) با حداقل سن ۱۵ و حداکثر سن ۱۸ سال بود. میانگین سنی دانش آموزان دختر شرکت‌کننده در پژوهش ۱۶/۸۸ (و ۴/۵۸) و دانش آموزان پسر شرکت‌کننده در پژوهش ۱۶/۴۵ (و ۳/۲۵) بود. از بین دانش آموزان شرکت‌کننده در پژوهش ۱۵۰ نفر (۳۷/۵ درصد) در پایه دهم، ۱۵۰ نفر (۳۷/۵ درصد) در پایه یازدهم و ۱۰۰ نفر (۲۵ درصد) در پایه دوازدهم مشغول به تحصیل بودند. از بین دانش‌آموزان ۱۸۰ نفر (۴۵ درصد) دختر و ۲۲۰ نفر (۵۵ درصد) پسر بودند.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	چولگی	کشیدگی
اجتناب تجربی	۱۸/۳۵	۵/۶۳	۵	۳۰	۰/۰۳۷	-۰/۶۲۷
فقدان ارتباط با لحظه لحظه زندگی	۱۳/۶۷	۴/۸۸	۵	۳۰	۰/۵۴۵	۰/۱۲۱
خود به عنوان محتوا	۱۴/۴۹	۵/۴۲	۵	۳۰	۰/۴۳۳	-۰/۱۷۲
همجوشی	۱۵/۹۴	۶/۳۹	۵	۳۰	۰/۲۲۶	-۰/۷۲۶
فقدان ارتباط با ارزش‌ها	۱۵/۵۸	۶/۸۰	۶	۳۶	۰/۵۸۹	-۰/۲۶۶

[1] . Curiosity about Emotions

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/22.4.639]

جدول ۱. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	چولگی	کشیدگی
فقدان عمل	۱۳/۶۰	۶/۵۵	۵	۳۰	۰/۴۹۳	-۰/۶۵۷
انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی	۹۱/۲۸	۲۴/۵۸	۳۷	۱۸۲	۰/۳۳۱	-۰/۰۴۲
ارزیابی انعطاف‌پذیری و مقابله	۵۱/۷۸	۱۱/۳۱	۱۰	۷۰	-۰/۶۰۲	۰/۲۵۸
کنترل شناختی زیاد هیجان	۳۱/۳۶	۷/۴۴	۸	۵۶	۰/۰۸۲	۰/۱۹۵
کنترل شناختی	۸۳/۱۴	۱۴/۳۵	۴۱	۱۱۵	-۰/۰۹۱	-۰/۰۷۵
شناسایی هیجانات	۳۰/۵۹	۵/۱۶	۱۱	۵۰	-۰/۷۱۹	۲/۰۵۷
ابرازگری هیجانی	۲۵/۳۹	۴/۴۸	۸	۴۰	-۰/۴۵۸	۱/۲۶۷
کنجکاوی دربارهٔ هیجانات	۲۴/۷۲	۵/۶۸	۷	۳۵	-۰/۳۵۵	۰/۱۱۶
پردازش هیجانی	۲۳/۱۱	۶/۱۹	۷	۳۵	-۰/۰۸۶	-۰/۳۵۸
حافظه اتوبیوگرافی	۹/۳۱	۲/۶۴	۳	۱۵	-۰/۱۱۱	-۰/۱۶۲
ذهنیت سازی عاطفی	۱۱۳/۲۹	۱۷/۴۳	۳۶	۱۷۵	-۰/۷۲۳	۲/۵۱۰
افسردگی	۱۱/۸۸	۲/۹۵	۰	۲۱	-۰/۳۵۸	۰/۹۷۷

همانطور که در جدول ۱ م شاهده می شود میانگین (و انحراف ا ستاندارد)، کمینه و بی شینه متغیرهای پژوهش آورده شده ا ست. با توجه به جدول میانگین نمره کل انعطاف ناپذیری روان‌شناختی ۹۱/۲۸ و (۲۴/۵۸)، کنترل شناختی ۸۳/۱۴ (و ۱۴/۳۵)، ذهنیت‌سازی عاطفی ۱۱۳/۲۹ (و ۱۷/۴۳) و افسردگی ۱۱/۸۸ (و ۲/۹۵) می‌باشد. در ادامه مفروضه نرمال بودن داده ها با ا ستفاده از آزمون چولگی و کشیدگی بررسی شده است.

جدول ۲. شاخص‌های نیکویی برازش مدل پیشنهادی

شاخص‌ها	نام شاخص	مدل پیشنهادی	برازش قابل‌قبول
شاخص‌های برازش مطلق	χ^2	۱۲۴/۳۶۲	بزرگ‌تر از ۵ درصد
	GFI	۰/۹۲	≥۰/۹
	AGFI	۰/۹۴	≥۰/۹
شاخص‌های برازش تطبیقی	NNFI	۰/۹۱	≥۰/۹
	NFI	۰/۹۴	≥۰/۹
	CFI	۰/۹۴	≥۰/۹
	RFI	۰/۹۰	≥۰/۹
	IFI	۰/۹۴	۱-۰
شاخص‌های برازش مقتصد	PNFI	۰/۶۸۷	≥۰/۵
	RMSEA	۰/۰۷۱	≤۰/۰۱
	CMIN/DF	۲/۴۳	مقدار بین ۱ تا ۳
	DF	۵۱	

فرض نرمال بودن داده‌ها بر اساس دیدگاه کلاین (۲۰۱۶) با استفاده از آماره چولگی[1] و کشیدگی[2] بررسی شد با توجه به نتایج تخطی از مفروضه نرمال بودن در داده‌های پژوهش حاضر قابل مشاهده نیست (جدول ۱). نتایج حاصل از نمودار جعبه‌ای[3] برای بررسی مفروضه داده‌های پرت نشان داد که از بین ۳۵۵ داده جمع‌آوری شده، ۳۵۰ داده وارد تحلیل شد از ۳۵۰ پرسشنامه‌ای که ملاک ورود را داشتند ۳ داده در کرانه بالا قرار داشتند که در نهایت این داده‌ها حذف شدند و تحلیل نهایی بر روی ۳۴۷ پرسشنامه انجام شد. برای بررسی روابط خطی بین متغیرها از روش ترسیم نمودار پراکندگی[4] استفاده شود. نتایج حاصل از نمودار پراکندگی نشان داد که، رابطه بین متغیرها خطی است. برای بررسی عدم وجود هم خطی چندگانه از آماره تحمل[5] و عامل افزایش واریانس[6] (VIF) استفاده می‌شود. مقدار تحمل یک پیش‌بین بیانگر نسبتی از واریانس استاندارد کل است که از فرمول $R^2 - 1$ به دست می‌آید. عامل افزایش واریانس نیز بیانگر نسبت واریانس استاندارد کل به واریانس اختصاصی (یا مقدار تحمل) است (R^2-۱/۱). مقدار تحمل کمتر از ۰/۱ بیانگر هم خطی چندگانه بین متغیرها است. همچنین در صورتی که عامل افزایش واریانس بزرگ‌تر از ۱۰ باشد هم خطی چندگانه بین متغیرها را تأیید می‌کند (۴۶). در پژوهش حاضر آماره‌های تحمل و عامل افزایش واریانس برای هیچ‌کدام از متغیرها به ترتیب

[1]. Skewness
[2]. kurtosis
[3]. Boxplot
[4]. scatter plot
[5]. Tolerance
[6]. variance inflation factor (VIF)

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOI: 10.48305/22.4.639]

از ۰/۱ کوچک‌تر و از ۱۰ بزرگ‌تر نبود. بنابراین، هم خطی چندگانه در بین متغیرهای پیش‌بین این پژوهش یافت نگردید. نتایج حاصل از آزمون دوربین واتسون[1] (DW) روشی برای تشخیص همبستگی در باقی‌مانده‌های تحلیل مدل رگرسیونی نشان داد که دامنه نمرات این آزمون بین ۱ تا ۱/۹۶ بود بنابراین مفروضه استقلال داده‌ها به‌درستی رعایت شده است.

در این پژوهش با توجه به مطلوب بودن شاخص‌های برازش مطلق، شاخص‌های برازش تطبیقی و شاخص‌های برازش مقتصد دست به اصلاح مدل نزدیم در نهایت مدل پیشنهادی از برازش مطلوب با داده‌ها برخوردار بود. همان‌طور که مشاهده می‌شود در مدل تأییدی نهایی مقدار خی دو[2] (χ^2) معنی‌دار شده است، اما ازآنجاکه در نمونه‌های بزرگ این شاخص به‌طور معمول معنی‌دار است و نمی‌توان آن را به‌عنوان ملاکی مطمئن در جهت بررسی برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها در نظر گرفت. همچنین، سایر شاخص‌های برازندگی، مانند نسبت مجذور خی به درجه آزادی (χ^2/df) با مقدار ۲/۴۳، شاخص برازندگی افزایشی[3] (IFI) با مقدار ۰/۹۴، شاخص برازندگی تطبیقی[4] (CFI) با مقدار ۰/۹۴، شاخص نیکوی برازش[5] (GFI) با مقدار ۰/۹۲، شاخص برازش هنجار شده یا شاخص توکر- لویس[6] (NNFI=۰/۹۱)، شاخص نیکوی برازش تعدیل یافته[7] (AGFI=۰/۹۴)، شاخص برازندگی هنجار شده[8] (NFI=۰/۹۴) و ریشه میانگین مجذورات خطای تقریب[9] (RMSEA) با مقدار ۰/۰۷۱ حاکی از برازش مطلوب الگوی تأییدی نهایی با داده‌ها است.

جدول ۳. ماتریس ضریب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱. اجتناب تجربی	–											
۲. فقدان ارتباط با لحظه لحظه زندگی	۰/۴۴**	–										
۳. خود به عنوان محتوا	۰/۴۸**	۰/۴۶**	–									
۴. همجوشی	۰/۴۵**	۰/۴۲**	۰/۵۵**	–								
۵. فقدان ارتباط با ارزش‌ها	۰/۴۳**	۰/۴۹**	۰/۴۹**	۰/۵۹**	–							
۶. فقدان عمل	۰/۳۹**	۰/۳۹**	۰/۴۷**	۰/۶۳**	۰/۷۱**	–						
۷. انعطاف ناپذیری روان‌شناختی	۰/۵۵**	۰/۷۰**	۰/۷۶**	۰/۷۹**	۰/۷۹**	۰/۷۵**	–					
۸. ارزیابی انعطاف‌پذیری و مقابله	-۰/۱۸**	-۰/۲۸**	-۰/۳۶**	-۰/۶۲**	-۰/۴۷**	-۰/۶۰**	-۰/۵۴**	–				
۹. کنترل شناختی هیجانات	-۰/۲۱**	-۰/۱۷**	-۰/۱۵**	-۰/۲۶**	-۰/۳۰**	-۰/۳۵**	-۰/۲۵**	۰/۴۴**	–			
۱۰. کنترل شناختی	-۰/۲۳**	-۰/۲۷**	-۰/۳۰**	-۰/۵۳**	-۰/۴۶**	-۰/۵۶**	-۰/۴۶**	۰/۸۶**	۰/۸۳**	–		
۱۱. ذهنیت سازی عاطفی	-۰/۲۴*	-۰/۱۷**	-۰/۱۹**	-۰/۱۶**	-۰/۲۸**	-۰/۱۷**	-۰/۲۰**	۰/۵۳**	۰/۲۰**	۰/۳۹**	–	
۱۲. افسردگی	۰/۲۵**	۰/۲۸**	۰/۳۵**	۰/۴۲**	۰/۲۹**	۰/۲۷**	۰/۳۹**	-۰/۱۶**	-۰/۱۴**	-۰/۲۵**	-۰/۲۶**	–

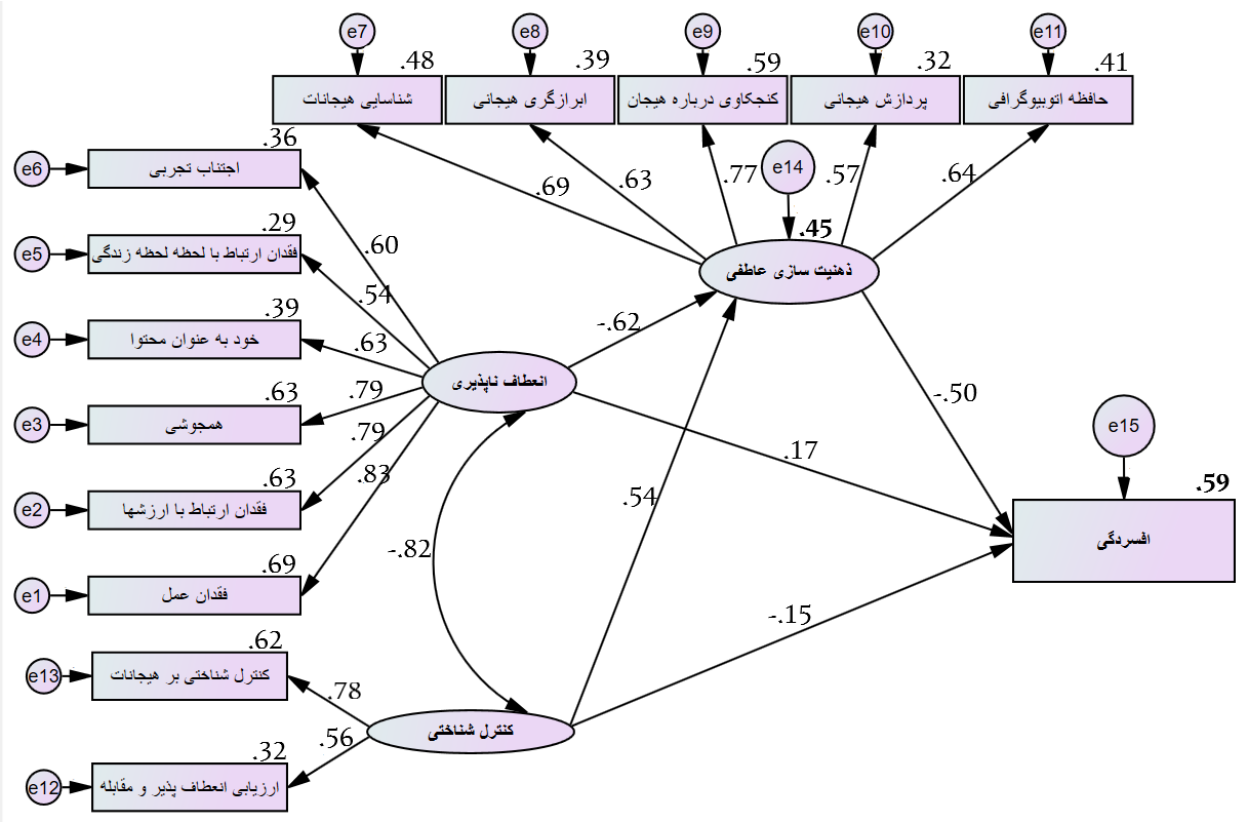
همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود بین ابعاد انعطاف-ناپذیری روان‌شناختی با ذهنیت‌سازی هیجانی (r=-۰/۲۰، P<۰/۰۵) رابطه منفی و با افسردگی (r=۰/۳۹، P<۰/۰۵) رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. ین ابعاد کنترل شناختی با ذهنیت-سازی هیجانی (r=۰/۳۹، P<۰/۰۵) رابطه مثبت و معنی‌داری و با افسردگی (r=-۰/۲۶، P<۰/۰۵) رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد.

همان‌طور که در شکل ۱ مشاهده می‌شود ضریب مسیر مستقیم و استاندارد کنترل شناختی به افسردگی (β=-۰/۱۵، P≤۰/۰۵) منفی و معنی‌دار است. ضریب مسیر مستقیم و استاندارد انعطاف ناپذیری روانشناختی به افسردگی (β=۰/۱۷، P≤۰/۰۵) مثبت و معنی‌دار است. همچنین ضریب مسیر مستقیم و استاندارد ذهنیت سازی عاطفی به افسردگی (β=-۰/۵۰، P≤۰/۰۵) منفی و معنی‌دار است. با توجه به این نتایج کنترل شناختی و انعطاف‌ناپذیری ۴۵

[1] . Durbin-Watson
[2]. Chi- Square
[3]. incremental of fit index
[4]. comparative of fit index
[5] . goodness of fit index
[6]. tucker - lewis index
[7]. adjusted goodness of fit index
[8]. normal of fit index
[9]. root mean square error of approximation

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOI: 10.48305/22.4.639]

درصد از واریانس ذهنیت‌سازی عاطفی و کنترل شناختی، انعطافنا-پذیری و ذهنیت‌سازی عاطفی ۵۹ درصد از واریانس افسردگی نوجوانان را تبیین می‌کنند.



شکل ۱. مدل نهایی و برازش شده متغیرهای برون‌زاد و درون‌زاد با نقش میانجی‌گری ذهنیت‌سازی عاطفی

جدول ٤. نتایج بوت استراپینگ اثر غیرمستقیم متغیرهای پژوهش بر افسردگی نوجوانان

متغیر	اثر غیرمستقیم	حد پایین	حد بالا	S.E	*P*
کنترل شناختی ---> ذهنیت‌سازی عاطفی ---> افسردگی	-۰/۲۷۰	-۰/۲۵۴	-۰/۳۸۹	۰/۲۱۸	P≤۰/۰۰۱
انعطاف‌ناپذیری ---> ذهنیت‌سازی عاطفی ---> افسردگی	۰/۳۱۰	۰/۲۴۸	۰/۴۵۱	۰/۳۱۲	P≤۰/۰۰۱

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد متغیرهای کنترل شناختی با حد پایین فاصله اطمینان ۰/۲۵۴- و حد بالای آن ۰/۳۸۹- (حد بالا و حد پایین صفر را در بر نمی‌گیرند). سطح اطمینان ۰/۹۵ و تعداد نمونه‌گیری مجدد بوت استراپ ۲۰۰۰ از طریق ذهنیت‌سازی عاطفی بر افسردگی نوجوانان اثر منفی غیرمستقیم و معنی‌داری دارند. همچنین انعطاف‌ناپذیری با حد پایین فاصله اطمینان ۰/۲۴۸ و حد بالای آن ۰/۴۵۱ (حد بالا و حد پایین صفر را در بر نمی‌گیرند). سطح اطمینان ۰/۹۵ و تعداد نمونه‌گیری مجدد بوت استراپ ۲۰۰۰ از طریق ذهنیت‌سازی عاطفی بر افسردگی نوجوانان اثر مثبت غیرمستقیم و معنی‌داری دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف الگوی ساختاری کنترل شناختی و انعطاف ناپذیری روان‌شناختی با افسردگی نوجوانان نقش میانجی‌گر ذهنیت

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/22.4.639]

سازی عاطفی انجام شد. نتایج حاصل از مدل‌سازی معادلات ساختاری نشان داد که ضریب مسیر استاندارد کنترل شناختی به افسردگی منفی و معنی‌دار است. همچنین مسیر غیرمستقیم کنترل شناختی از طریق ذهنیت‌سازی عاطفی به افسردگی منفی و معنی‌دار بود. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال گراهک و همکاران (۲۶)؛ گراهک و همکاران (۲۷)؛ ریف کین- زوباتس و همکاران (۱۷)؛ نستور و همکاران (۱۰) همخوانی دارد.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت، هر چه انعطاف‌پذیری فرد بیشتر باشد و بتواند موقعیت‌های تنش‌زا را به‌عنوان موقعیت قابل کنترل در نظر بگیرد و در مواجهه با رویدادهای زندگی و رفتار افراد، توانایی چندین توجیه جایگزین را داشته باشد و در موقعیت‌های سخت بتواند به راه‌حل‌های جایگزین فکر کند، ظرفیت او در مقابله، سازگاری و بهبودی از اضطراب، افسردگی و دشواری‌های زندگی بالاتر است. افرادی که توانایی کنترل شناختی و تفکر انعطاف‌پذیر دارند، از توجیهات جایگزین استفاده می‌کنند، چارچوب فکری خود را به‌صورت مثبتی بازسازی می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌انگیز یا رویدادهای تنش‌زا را می‌پذیرند و نسبت به افرادی که انعطاف‌پذیر نیستند، از نظر روان‌شناختی تنش و افسردگی کمتری دارند (۲۲). از سویی دیگر افراد افسرده نمی‌توانند موقعیت‌های سخت را به‌عنوان موقعیت قابل کنترل در نظر گرفته و در مواجهه با رویدادهای زندگی و رفتار افراد، توانایی توجیه چندیدن جایگزین را ندارند و در موقعیت‌های سخت نمی‌توانند به راه‌حل‌های جایگزین فکر کنند. درواقع، بیماران افسرده اغلب اوقات محیط خود را به‌صورت محیطی تغییرناپذیر در نظر می‌گیرند، جهان از نظر این افراد ثابت، ملال‌آور، پوچ و بی‌فایده است. سبک شناختی غیر انعطاف‌پذیر ویژه افسردگی، باعث تقویت حالت افسردگی از طریق ایجاد سوگیری در پذیرش خودکار افکار ناکارآمد می‌شود. بنابراین بالا بودن کنترل شناختی و انعطاف‌پذیری باعث کاهش افسردگی می‌شود (۲۲).

همچنین می‌توان بیان کرد که ذهنیت سازی عاطفی به فرد کمک می‌کند تا بداند تا چه حدی او در ابراز و اظهار هیجان خود، بازداری می‌کند (مثلاً هنگامی که احساس استرس یا اضطراب دارم، تقریباً همیشه آن را پنهان می‌کنم و بنابراین دیگران متوجه نمی‌شوند). بدین ترتیب فردی که ذهنیت سازی عاطفی بالای دارد، ضمن آگاهی از هیجان خود تصمیم می‌گیرد آن را به دیگران ابراز کند این ابرازگری هیجانی به صورت مثبت یا منفی می‌تواند در وضعیت خلقی او تدثیرگذار باشد و زمینه را برای پیشگیری از نشخوار فکری در فرد ایجاد کند. لذا زمانی که فرد ذهنیت سازی عاطفی داشته باشد از توان بیان هیجانی، شنا سایی، شفافیت و ابرازگری هیجانی برخوردار است و این امر او را در استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان سازگارانه یاری می‌رسند و در نتیجه فرد کمتر در معرض آشفتگی، پریشانی و حتی افسردگی قرار می‌گیرد (رینالدی و همکاران، ۲۰۲۱). ذهنیت‌سازی عاطفی که با کنجکاوی و گشودگی نسبت به تجربه هیجانی همراه است، موجب می شود اثرات انگیزشی تجربه هیجانی در فرایند ارتباط درون فردی و بین فردی ظاهر شود. این اشتیاق و کنجکاوی به همراه حافظه بیوگرافی در یادسپاری و یادآوری تجربیات هیجانی مثبت می‌توان خلق فرد را بهبود بخشد و میزان غم، اندوه و ناراحتی او را تعدیل نماید.

همچنین نتایج حاصل از مدل سازی معادلات ساختاری نشان داد که ضریب مسیر استاندارد انعطاف‌ناپذیری به افسردگی مثبت و معنی‌دار است. همچنین مسیر غیرمستقیم انعطاف‌ناپذیراز طریق ذهنیت‌سازی عاطفی به افسردگی مثبت و معنی‌دار بود. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال گراهک و همکاران (۲۶)؛ گراهک و همکاران (۲۷)؛ ریف کین- زوباتس و همکاران (۱۷)؛ نستور و همکاران (۱۰)؛ فرناندز- رودریگز و همکاران (۳۵) همخوانی دارد.

افراد دارای انعطاف پذیری روانشناختی بالاتر، سعی می‌کنند از توجیه‌های ذهنی جایگزین استفاده کنند، رویدادهای استرس‌زا را بپذیرند و به لحاظ روان‌شناختی در مقایسه با افراد انعطاف‌ناپذیر، پرتحمل و بردبارترند. از آنجایی که انعطاف پذیری روانشناختی تحمل‌پذیری افراد را در شرایط سخت افزایش می‌دهد، افرادی که انعطاف پذیری روانشناختی بالاتری دارند، به لحاظ شناختی با تمرکز ذهنی بیشتر و تصویر سازی ذهنی مثبت، بحران را سپری می‌کنند و در شرایط به دور از استرس و به شیوه‌ای مطلوب‌تر و دیدگاهی کارآمدتر مشکلات پیش‌آمدهٔ ناشی از دوران نوجوانانی را طی می‌کنند (۴۴). همچنین، دیویس و همکاران (۴۷) اعتقاد دارند انعطاف پذیری روانشناختی در تأثیر دارودرمانی برای بیماری‌های حاد و کاهش اضطراب و افسردگی نقش دارد. به نظر می‌رسد داشتن انعطاف پذیری روانشناختی به فرد کمک می‌کند موقعیت‌های سخت و پراسترس زندگی را به‌عنوان موقعیت‌های کنترل‌پذیر در نظر بگیرد و در مواجهه با رویدادهای زندگی و رفتار افراد، توانایی پیداکردن چندین توجیه جایگزین را داشته باشد و در موقعیت‌های سخت بتواند به راه‌حل‌های جایگزین فکر کند؛ درنتیجه، ظرفیت او در مقابله، سازگاری و بهبودی از استرس و دشواری‌های زندگی بالاتر است. از آنجایی که انعطاف پذیری روانشناختی بالا توانایی سازگاری فرد با رویدادهای آشفته ساز و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOI: 10.48305/22.4.639]

محدودکننده، دامنه رفتاری فرد را افزایش می‌دهد و فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی سازگار می‌کند. نکته حائز اهمیت دیگر اینکه استفاده از راهبردهای انعطاف‌ناپذیری از جمله اجتناب تجربی، همجوشی، فقدان ارتباط با ارزش‌ها با عدم مدیریت صحیح هیجان‌ها در برابر رویدادهای روزمره زندگی همراه ا ست و باعث ایجاد ن شانه‌ها یا بروز اختلال‌های درون نمود ازقبیل افسردگی و اضطراب می‌شوند. به عبارت دیگر، سوگیری در تعبیر و تفسیر رویدادهای محیط اجتماعی منجر به ایجاد فرضیه‌های اشتباه درباره خود و محیط اجتماعی می‌شود که این امر ارزیابی منفی از موقعیت‌های اجتماعی را به دنبال دارد.

از سوی دیگر وقتی رفتار انعطاف‌ناپذیر است و بیشتر تحت تأثیر شبکه‌های کلامی است تا پیامدهای محیطی تجربه‌شده، می‌توان گفت که فرد در همجوشی درگیر شده است. هیز و همکاران (۴۸) هنگام صحبت از «همجوشی» عنوان می‌کنند که نمادهای کلامی و رویدادهای محیطی «باهم ترکیب‌شده‌اند، انگار دو چیز مختلف تبدیل به یک ترکیب‌شده‌اند. به‌طور ساده‌تر، هم‌آمیزی شناختی هنگامی رخ می‌دهد که افراد نمی‌توانند بین مسائل و توصیف آن‌ها تمایز قائل شوند. درنتیجه افراد به‌جای تجربه مستقیمی که با دنیا دارند؛ توسط محتوای کلامی افکار شان هدایت می‌شوند (۴۹). لذا با توجه به بیان هیز و همکاران (۴۸) درگیر شدن در محتوای کلامی همان نشخوار فکری و غرق شدن در آن است زیرا فرد به دلیل نداشتن ارزش‌های فردی، اجتماعی، خانوادگی، شغلی و تحصیلی، نداشتن مهارت‌های ذهن اگاهی و بودن در لحظه به همراه اجتناب از تجارب هیجانی، شناختی و رفتاری کناره‌گیری، انزوا و گوشه‌گیری را به عنوان یک راهبرد اجتنابی انتخاب می‌کند؛ این راهبرد در کوتاه مدت به بهبود وضعیت خلقی او می‌انجامد اما در بلند مدت غرق شدگی در ن شخوار فکری زمینه را برای ناتوانی درک هیجانی و بی حسی هیجانی فراهم می‌کند. از سوی دیگر طبق مطالعات انجام‌شده ذهنیت سازی هیجانی مهارتی بنیادی مح سوب می شود که عملکرد سازگارانه و رشد هنجاری در سراسر حوزه‌های گوناگون را برقرار می‌کند. سطح پایین ذهنیت سازی هیجانی که نا شی از ناتوانی در رویارویی مؤثر با هیجان‌ها و مدیریت آن‌ها‌ست، در شروع و تداوم افسردگی نقش دارد.

از جمله محدودیت‌های این تحقیق می‌توان به موارد زیر ا شاره کرد: ازآنجاکه این پژوهش در دانش‌آموزان انجام شده است، در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها باید احتیاط کرد. از آنجا که پژوهش حاضر می‌توان به نوع طرح پژوهش اشاره کرد که اصولاً از نظر تعیین روابط علت و معلولی محدودیت دارد. در این پژوهش برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده گردید، در نتیجه ممکن است برخی از آزمودنی‌ها از ارائه پاسخ واقعی خودداری کرده و پاسخ غیر واقعی داده باشند. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان پیشنهاد کرد که عدم کنترل شناختی و انعطاف‌پذیری به‌عنوان یک ویژگی شخصیتی و بازداری مغزی به‌عنوان یک عامل زیستی منشأ بسیاری از م شکلات اجتماعی و بین فردی ه ستند، و توجه به این جنبه‌ها در زمینه درک، سبب‌شناسی، فرمول‌بندی و درمان مشکلات و اختلالات خلقی به غا یت مهم و حیاتی است. روان‌درمانگران می‌توانند با سنجش و شنا سایی این ابعاد و مهم‌تر از آن، جنبه‌های مختلف هر یک از ابعاد مر ضی شخصیت به عمق و ماورای آسیب‌ها و اختلال‌های مربوطه دست یافته و از طریق بهره‌گیری از رویکردهای درمانی مؤثر در این زمینه مانند ذهنی‌سازی، شفقت به خود، نظم جویی هیجانی و سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری و با استفاده از تکنیک‌های شناختی، رفتاری، هیجانی و فعال‌سازی رفتاری و تغییر باورهای مرکزی ناکارآمد به نوجوانان دارای اختلالات خلقی کمک نمایند. پیشنهاد می‌شود هر ساله در مدارس با توجه به برنامه‌های مشاوره‌ای آزمون‌های غربالگری اجرا و با شناسایی گروه‌های در معرض خطر و ار جاع به مراکز مشاوره از رویکرد های مختلف درمانی و یا رویکردهای فراتشخی صی در جهت کاهش م شکلات روان‌شناختی نوجوانان گام‌های مهمی بردارند.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی بین نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش بدون حمایت مالی هیچ نهاد خاصی انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش کلیه ملاحظات اخلاقی طبق بیانیه هلسینکی شامل اصول کلی و هدف پژوهش به‌صورت روشن بیان، در خصوص محرمان بودن اطلاعات، آزادی انتخاب، امضاء رضایت‌نامه آگاهانه توسط دانش‌آموزان والدین/ قیم دانش‌آموزان و دسترسی به نتایج نیز اطلاعات لازم به شرکت‌کنندگان ارائه شد.

مشارکت نویسندگان

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/22.4.639]

مفهوم‌سازی، نگارش پیش‌نویس، تحقیق و بررسی، اعتبارسنجی و نهایی‌سازی: سودابه ارشادی منش؛ نظارت، نگارش، بازنگری و ویراستاری: محمود مکلایی؛ روش‌شناسی: سودابه ارشادی منش.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران بر خود لازم می‌بینند از کلیه دانش‌آموزان، مدیران و مسئولین آموزش‌وپرورش شهر تهران که نهایت همکاری را داشتند تقدیر و تشکر می‌کنند.

References

1. Merchán-Clavellino A, Alameda-Bailén JR, Zayas García A, Guil R. Mediating effect of trait emotional intelligence between the behavioral activation system (BAS)/behavioral inhibition system (BIS) and positive and negative affect. Frontiers in psychology. 2019;10:424.
2. Xu M, Li X, Teng T, Huang Y, Liu M, Long Y, et al. Reconfiguration of structural and functional connectivity coupling in patient subgroups with adolescent depression. JAMA network open. 2024;7(3):e241933-e.
3. Medina-Rodriguez EM, Cruz AA, De Abreu JC, Beurel E. Stress, inflammation, microbiome and depression. Pharmacology Biochemistry and Behavior. 2023;227:173561.
4. Liu Y, Feng Q, Guo K. Physical activity and depression of Chinese college students: chain mediating role of rumination and anxiety. Frontiers in Psychology. 2023;14:1190836.
5. Almeida S, Camacho M, Barahona-Corrêa JB, Oliveira J, Lemos R, da Silva DR, et al. Criterion and construct validity of the Beck Depression Inventory (BDI-II) to measure depression in patients with cancer: The contribution of somatic items. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2023;23(2):100350.
6. Sun X, Xia M, He Y. Towards dysfunctional connectome development in depressed adolescents. European Child & Adolescent Psychiatry. 20.۹-۱۱٤۷:(۷)۳۲;۲۳
7. Kaushik A, Tanwar N, Tewari S, Sharma RK, Jangid P. Assessment of Periodontal Status in Patients with Depression: A Cross-Sectional Study. Medical Principles and Practice. 2023;32(1):16-25.
8. Zhang J, Li X, Tang Z, Xiang S, Tang Y, Hu W, et al. Effects of stress on sleep quality: multiple mediating effects of rumination and social anxiety. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2024;37:10.
9. First MB, Yousif LH, Clarke DE, Wang PS, Gogtay N, Appelbaum PS. DSM-5-TR: Overview of what's new and what's changed. World Psychiatry. 2022;21(2):218.
10. Nestor BA, Sutherland S, Garber J. Theory of mind performance in depression: A meta-analysis. Journal of affective disorders. 2022;303:233-44.
11. Langenbach BP, Koelkebeck K, Knoch D. Mentalising and depression: a mini-review on behavior, neural substrates, and treatment options. Frontiers in psychiatry. 2023;14:1116306.
12. Bakeman R, Quera V, Beebe B, Beebe B, Lachmann F, Cassidy J, et al. The social biofeedback theory of parental affect-mirroring .International Journal of Psychoanalysis. 1996;77:1181-212.
13. Fonagy P, Target M. Playing with reality I. The International journal of psycho-analysis. 1996;77(2):217.
14. Fischer-Kern M, Tmej A. Mentalization and depression: Theoretical concepts, treatment approaches and empirical studies–An overview. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. 2019;65(2):162-77.
15. Fonagy P, Target M, Bateman A. The mentalization based approach to psychotherapy for borderline personality disorder .The psychoanalytic therapy of severe disturbance: Routledge; 2018. p. 35-80.
16. Bowlby J. Attachment and loss: retrospect and prospect. American journal of Orthopsychiatry. 1982;52(4):664.
17. Rifkin-Zybutz R, Moran P, Nolte T, Feigenbaum J, King-Casas B ,Personality L, et al. Impaired mentalizing in depression and the effects of borderline personality disorder on this relationship. Borderline personality disorder and emotion dysregulation. 2021;8(1):15.
18. Millan MJ, Agid Y, Brüne M, Bullmore ET, Carter CS, Clayton NS, et al. Cognitive dysfunction in psychiatric disorders: characteristics, causes and the quest for improved therapy. Nature reviews Drug discovery. 2012;11(2):141-68.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/22.4.639]

19. Dajani DR, Uddin LQ. Demystifying cognitive flexibility: Implications for clinical and developmental neuroscience. Trends in neurosciences. 2015;38(9):571-8.
20. Hutchison RM, Morton JB. It's a matter of time: reframing the development of cognitive control as a modification of the brain's temporal dynamics. Developmental cognitive neuroscience. 2016;18:70-7.
21. Morton J, Ezekiel F, Wilk H. Cognitive control: Easy to identify but hard to define. Topics in Cognitive Science, 3 (2), 212–216. 2011.
22. Gabrys RL, Tabri N, Anisman H, Matheson K. Cognitive control and flexibility in the context of stress and depressive symptoms: The cognitive control and flexibility questionnaire. Frontiers in psychology. 2018;9:2219.
23. Disner SG, Beevers CG, Haigh EA, Beck AT. Neural mechanisms of the cognitive model of depression. Nature Reviews Neuroscience. 2011;12(8):467-77.
24. Friedman NP, Miyake A. Unity and diversity of executive functions: Individual differences as a window on cognitive structure. Cortex. 2017;86:186-204.
25. Snyder HR. Major depressive disorder is associated with broad impairments on neuropsychological measures of executive function: a meta-analysis and review. Psychological bulletin. 2013;139(1):81.
26. Grahek I, Everaert J, Krebs RM, Koster EH. Cognitive control in depression: Toward clinical models informed by cognitive neuroscience. Clinical Psychological Science. 2018;6(4):464-80.
27. Grahek I, Shenhav A, Musslick S, Krebs RM, Koster EH. Motivation and cognitive control in depression. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2019;102:371-81.
28. Ruiz FJ. A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2010;10(1):125-62.
29. Bond FW, Hayes SC, Baer RA ,Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behavior therapy. 2011;42(4):676-88.
30. Kato T. Impact of psychological inflexibility on depressive symptoms and sleep difficulty in a Japanese sample. SpringerPlus. 2016;5:1-9.
31. Stange JP, Alloy LB, Fresco DM. Inflexibility as a vulnerability to depression: A systematic qualitative review. Clinical psychology: Science and practice. 2017;24(3):245.
32. Masuda A, Mandavia A, Tully EC. The role of psychological inflexibility and mindfulness in somatization, depression, and anxiety among Asian Americans in the United States. Asian American Journal of Psychology. 2014;5(3):230.
33. Woodruff SC, Glass CR, Arnkoff DB, Crowley KJ, Hindman RK, Hirschhorn EW. Comparing self-compassion, mindfulness, and psychological inflexibility as predictors of psychological health. Mindfulness. 2014;5:410-21.
34. Kato TA, Sartorius N, Shinfuku N. Forced social isolation due to COVID-19 and consequent mental health problems: Lessons from hikikomori. Psychiatry and clinical neurosciences. 2020;74(9):506.
35. Fernández Rodríguez C, Coto Lesmes R, Martínez Loredo V, Cuesta Izquierdo M. Psychological inflexibility, anxiety and depression: The moderating role of cognitive fusion, experiential avoidance and activation. Psicothema. 2022.
36. Soper DS. A-priori sample size calculator for structural equation models [Software]. 2020.
37. Soper D. A-priori sample size calculator for structural equation models [Software]. 2021. URL: https://www danielsoper com/statcalc [accessed 2023-05-25]. 2021.
38. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta psychiatrica scandinavica. 1983;67(6):361-70.
39. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. Journal of psychosomatic research. 2002;52(2):69-77.
40. White D, Leach C, Sims R, Atkinson M, Cottrell D. Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale for use with adolescents. The British Journal of Psychiatry. 1999;175(5):452-4.
41. Mihalca AM, Pilecka W. The factorial structure and validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in Polish adolescents. Psychiatr Pol. 2015;49(5):1071-88.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/22.4.639]

42. Etemadi Z, Abbaspour S, Tirgari A, Bagian Koulemarzi MJ. The Mediating Role of Depression and Hopelessness in the Relationship of Psychological Strain, Rejection Sensitivity, and Defeat With Suicide Ideation in Adolescents in Iran. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2023;29(2):170-87.
43. Rolffs JL, Rogge RD, Wilson KG. Disentangling components of flexibility via the hexaflex model: Development and validation of the Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (MPFI). Assessment. 2018;25(4):458-82.
44. Moosivand M, Kulemarzi MJB, Shirazi MS, Zaremohzzabieh Z. Flexibility and inflexibility in an Iranian sample: psychometric properties of MPFI based on the Hexaflex model. BMC Psychology. 2024;12(1):34.
45. Rinaldi T, Castelli I, Greco A, Greenberg DM, Jurist E, Valle A, et al. The Mentalized Affectivity Scale (MAS): Development and validation of the Italian version. PLoS One. 2021;16(4):e0249272.
46. Tarka P. An overview of structural equation modeling: its beginnings, historical development, usefulness and controversies in the social sciences. Qual Quant. 2018;52(1):313-54.
47. Davis AK, Barrett FS, Griffiths RR. Psychological flexibility mediates the relations between acute psychedelic effects and subjective decreases in depression and anxiety. J Contextual Behav Sci. 2020;15:39-45.
48. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. Behav Res Ther. 2006;44(1):1-25.
49. Macri JA, Rogge RD. Examining domains of psychological flexibility and inflexibility as treatment mechanisms in acceptance and commitment therapy: A comprehensive systematic and meta-analytic review. Clin Psychol Rev. 110; 102432.

© 2022 The Author(s). Published by Isfahan University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/22.4.639]