

رابطه بین خودشناسی انسجامی و ناگویی هیجانی با آسیب‌های روانی: نقش واسطه‌ای بهوشیاری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

The Relationship Between Integrative Self-knowledge and Alexithymia with Psychopathologies: The Mediating Role of Mindfulness and Psychological Flexibilitythe Dimensions of Emerging Adulthood

Maysam Shirzadifard, PhD

Educational Psychology
University of Tehran

Seyyede Sara Riazi

M.A in Clinical Psychology

سیده سارا ریاضی*

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

میثم شیرزادی‌فرد

دکتری روان‌شناسی تربیتی دانشگاه تهران

Sepideh Taherian

MA in Clinical Psychology

Ali Vafaeinezhad

MA Student of General Psychology

علی وفائی‌نژاد

دانشجوی کارشناسی ارشد

سپیده طاهریان

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

روان‌شناسی عمومی

Amin Faghihi Rezaei

MA in Educational Psychology

محمد امین فقیهی رضائی

کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی

چکیده

هدف این پژوهش مدلیابی معادلات ساختاری رابطه بین خودشناسی انسجامی و ناگویی هیجانی با آسیب‌های روانی به همراه نقش واسطه‌ای بهوشیاری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بود. بر مبنای طرح همبستگی، ۳۴۲ نفر براساس فرمول حجم نمونه کلاین برای مدل‌های تحلیل مسیر، با روش نمونه‌برداری دردسترس انتخاب شدند و به مقیاس خودشناسی انسجامی (قربانی، واتسون و هارگیس، ۲۰۰۸)، پرسشنامه پذیرش و عمل نسخه دوم بوند و دیگران (۲۰۱۱)، پرسشنامه بهوشیاری براون و رایان (۲۰۰۳)، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (۱۹۹۴) و چک لیست نشانگان دراگوتیس و دیگران (۱۹۷۲) پاسخ دادند. روش تحلیل این پژوهش، تحلیل مسیر با استفاده از مدلیابی معادلات رگرسیونی ساختاری بود. یافته‌ها نشان‌داد آسیب‌های روانی با بهوشیاری، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خودشناسی انسجامی رابطه منفی و با ناگویی هیجانی رابطه مثبت دارد. همچنین براساس نتایج تحلیل مسیر، نقش واسطه‌ای بهوشیاری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در رابطه ناگویی هیجانی و خودشناسی انسجامی با آسیب‌های روانی معنادار بود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت بهوشیاری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌عنوان دو میانجی مهم، نقش اساسی در پیش‌بینی آسیب‌های روانی دارند و اثر خودشناسی انسجامی از طریق این دو متغیر واسطه‌ای بر کاهش آسیب روانی افزایش می‌یابد.

واژه‌های کلیدی: بهوشیاری، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، خودشناسی انسجامی، ناگویی هیجانی، آسیب روانی

Abstract

The current research was aimed at Structural Equation Modeling of the Relationship Between Integrative self-knowledge and Alexithymia with Psychopathologies with the Mediating Role of Mindfulness and Psychological Flexibility. The research design was a correlational design and the research's statistical population included Tehran universities' virtual learning students and the final sample size was determined to be 342 individuals using convenience sampling and considering sample size formula suggested by Kline (2005). The instruments used for data collection included Ghorbani et al.'s Integrative Self-Knowledge Scale (2008), Bond, et al.'s Acceptance and Action Questionnaire (2011), Brown & Ryan's Mindful Attention Awareness Scale (2003), the Toronto Alexithymia Scale (1994), and the Symptom Checklist (1972) of Derogatis, L. et al. Path analysis was used to analyze the data. The findings of correlation analysis showed psychopathologies to be negatively correlated with mindfulness, psychological flexibility, and integrative self-knowledge and positively correlated with alexithymia. According to the results, all correlations were found to be significant at the level of (0.01). Furthermore, according to path analysis results, the intermediary role of mindfulness and psychological flexibility was found to be significant in the relationship between alexithymia and integrative self-knowledge with psychopathologies. It can conclude that the mindfulness and psychological flexibility as two critical mediators have a pivotal role in psychopathologies prediction and also, they increase the effect of integrative self-knowledge in psychopathologies reduction.

Keywords: mindfulness, psychological flexibility, integrative self-knowledge, alexithymia, psychopathologies

received: 19 March 2024

accepted: 17 September 2024

دریافت: ۱۴۰۲/۱۲/۲۹

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۲۷

*Contact information: s.riazi.9877@gmail.com

مقدمه

زندگی در جامعه مدرن و پر از اضطراب امروزی، مشکلات روانی عدیده‌ای را برای مردم در سراسر جهان به ارمغان آورده است و کمترین نتیجه‌اش پرورش انسان پر درد و آسیب است (قربانی، ۲۰۲۳). آسیب‌های روانی در سراسر جهان شیوع بالایی دارند و تخمین زده می‌شود که از هر سه نفر، یک نفر در طول زندگی خود دچار اختلال روانی خواهد شد (استیل و دیگران، ۲۰۱۴؛ چزنی، گودوین و فاضل، ۲۰۱۴؛ ویگو، تورنیکرافت و اتون، ۲۰۱۶). در حالی که بسیاری از اختلالات روانی به خوبی به درمان پاسخ می‌دهند، داشتن یک اختلال روانی می‌تواند به دلیل مشکلات سلامتی و همچنین مشکلات ارتباطی و اجتماعی بار قابل توجهی را برای فرد به همراه داشته باشد (شوفیلد^۱ و دیگران، ۲۰۱۱ نقل از کریستنسن و دیگران، ۲۰۲۰). در سال ۲۰۱۷، اختلالات روانی و اختلالات مصرف مواد مخدر، ۱۴/۴ درصد از آسیب‌های جهانی را تشکیل داده و دومین گروه بزرگ از هر گروه دیگری بودند (موسسه سنجش و ارزیابی سلامت^۲، ۲۰۲۰).

آسیب روانی^۳ دارای تعاریف گوناگونی از منظر روی آورده‌های مختلف است اما آن چیزی که آسیب یا همان اختلال روانی را برای ما به‌عنوان یک خط معیار روشن می‌سازد، پدیدآیی آن در انسان است. نشانگان اختلالات روانی به معنای مشکلات جسمانی^۴، وسواس بی‌اختیاری^۵، حساسیت در روابط بین فردی^۶، افسردگی^۷، اضطراب^۸، پرخاشگری^۹، ترس مرضی^{۱۰}، افکار پارانوئیدی^{۱۱} و روان‌گسستگی^{۱۲} در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^{۱۳} روی محور یک اختلالات بالینی قرار می‌گیرند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^{۱۴}، ۲۰۱۳).

عوامل روان‌شناختی می‌توانند در توضیح آسیب روانی نقش داشته باشند. یکی از این عوامل، خودشناسی انسجامی^{۱۵} است که به تلاش‌های فرد برای یکپارچه‌سازی خود در گذشته، حال و آینده اشاره دارد (قربانی، ۲۰۲۲). خودشناسی انسجامی شامل توجه به تجربیات در زمان حال و یادگیری از تجربیات گذشته است و با پیامدهای مثبت مانند مقابله مؤثر و بهزیستی روان‌شناختی مرتبط است (قربانی، کانینگهام و واتسون، ۲۰۱۰). پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد خودشناسی انسجامی با جامعه‌سبزی^{۱۶} و افسردگی ارتباط منفی و خودشناسی انسجامی با رضایت از زندگی و ارزش خود همبستگی مثبت معنادار دارد (آق‌آتابای، ۲۰۱۵ نقل از احمدوندشاهوری و رضائی‌مقدم آرائی، ۲۰۲۲). همچنین بین خودشناسی انسجامی با تنیدگی ادراک‌شده، مشکلات بین فردی و علائم اختلالات هیجانی رابطه منفی وجود دارد (سرافراز، بهرامی احسان و زرندی، ۲۰۱۱؛ عابدین، قدسی، تقی‌لو و دوابی، ۲۰۲۲). علاوه بر این، خودشناسی انسجامی در کاهش تمایلات مربوط به اقدام به خودکشی مؤثر است (پریش و دیگران، ۲۰۲۳).

عامل دیگری که می‌تواند از جنبه‌های دیگر و در تضاد با خودشناسی انسجامی در توضیح آسیب روانی نقش داشته باشد، ناگویی هیجانی^{۱۷} است. ناگویی هیجانی مؤلفه عکس خودشناسی محسوب می‌شود که دراصل فقدان آن را می‌رساند. ناگویی هیجانی یک سازه چندوجهی شامل دشواری در شناسایی و تشخیص احساسات، دشواری در تمایزگذاری بین احساسات و تهییج‌های بدنی مرتبط با برانگیختگی هیجانی (برای مثال توصیف نشانه‌های جسمانی به جای هیجان‌ها و احساسات)، ناتوانی در توصیف احساسات خود به دیگران، داشتن تجسم محدود^{۱۸} که به‌صورت محرومیت از

1 - Schofield, D.J.

2 - Institute for Health Metrics and Evaluation

3 - psychopathology

4 - hypochondriac

5 - obsessive-compulsiveness

6 - interpersonal sensitivity

7 - depression

8 - anxiety

9 - hostility

10 - phobic anxiety

11 - paranoid ideation

12 - psychoticism

13 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

14 - American Psychiatric Association

15 - integrative self-knowledge

16 - psychopathy

17 - alexithymia

18 - constricted imaging

خیال پردازی خود را نشان می دهد و تمایل به تمرکز بر رویدادهای بیرونی به جای تجارب درونی است (بگبی^۱، پارکر^۲ و تیلور^۳، ۱۹۹۴ نقل از تیشیرا و پریرا، ۲۰۱۳). پژوهش ها نشان داده اند افرادی که ناگویی هیجانی بالایی دارند نه تنها توانایی استفاده از هیجانات برای مدیریت رفتارشان را ندارند، بلکه نسبت به تنیدگی نیز ظرفیت تحمل پائینی دارند و راه های مقابله ای محدودتری در موقعیت های تنیدگی زا نشان می دهند (پارکر، تیلور و بگبی، ۲۰۰۱ نقل از تیشیرا و پریرا، ۲۰۱۳). این ویژگی که در انواع بیماران در حجم وسیعی از آسیب شناسی بالینی و حتی در جامعه غیر بالینی مشاهده شده است، ارتباط بالایی با رگه روان آزردگی دارد و موجب اثرات منفی بر بهزیستی روان شناختی و هیجانی و عدم سلامت ذهنی می شود (مهرابی زاده، افشاری و داوودی، ۲۰۱۰). پژوهش ها از رابطه ناگویی هیجانی با آسیب روانی حمایت کرده اند (باربریس، کناوو، کالارسی و وراسترو، ۲۰۲۲؛ پاندی سکسنا و دوی، ۲۰۱۱؛ کلور، ۲۰۲۰). همچنین، یافته ها نشان داده ناگویی هیجانی با اشکال مختلف آسیب شناسی روانی مانند افسردگی (لی^۴، ژنگ^۵، گو^۶ و ژنگ^۷، ۲۰۱۵)، اختلال تنیدگی پس از سانحه (بردی^۸، بوجارسکی^۹، فلدنر^{۱۰} و پابن^{۱۱}، ۲۰۱۶) و اختلالات شخصیت (د پانفیلیس^{۱۲}، اوسالا^{۱۳}، تونا^{۱۴}، کاتانیا^{۱۵} و مارچسی^{۱۶}، ۲۰۱۵) همراه است (کروواک و جانسون، ۲۰۲۱).

در عین حال عوامل زیربنایی و زمینه ای دیگری می توانند در رابطه بین خودشناسی انسجامی و ناگویی هیجانی با آسیب های روانی نقش داشته باشند و مسیر این روابط را تحت تأثیر خود قرار دهند. مفهوم بهوشیاری^{۱۷} می تواند یکی از این عوامل واسطه ای بالقوه

باشد. همانطور که اشاره شد، خودشناسی انسجامی منجر به تجربه لحظه ای هیجانات در زمان حال و رویارویی با حالات درونی فرد می شود که این تماس نزدیک در حال را در بدنه روان شناسی، بهوشیاری می نامند. بهوشیاری، حس کنجکاوی آزاد و متمرکز شدن بر تجارب درونی و مأنوس شدن با افکار و احساسات جاری در زمان حال را ترغیب می کند (گیلبرت، مکوان، گیباز، چوتای و ماتوس، ۲۰۱۲). بهوشیاری به عنوان گرایش به آگاهی بیشتر درباره تجربه های خود، تمایل به پذیرش و عدم نگاه قضاوت گرانه به آن هاست (شاپیرو^{۱۸}، کارلسون^{۱۹}، آستین^{۲۰} و فریدمن^{۲۱}، ۲۰۰۶ نقل از تیشیرا و پریرا، ۲۰۱۳). افزون بر آن، بهوشیاری شرط لازم و مؤلفه اصلی خودشناسی تجربه ای است و ارتباط مستقیمی با خودشناسی انسجامی دارد (قربانی، ۲۰۲۲). بهوشیاری زمانی که با خودشناسی انسجامی همراه می شود، عملکرد بهتری در پیش بینی نشانه های جسمانی هنگام مقاومت در برابر تنیدگی و کاهش آن نشان می دهد (قربانی و دیگران، ۲۰۱۰). بهوشیاری همچنین به عنوان متغیر واسطه ای، رابطه بین خودشناسی انسجامی و بهزیستی روان شناختی را پیش بینی می کند (عابدین و دیگران، ۲۰۲۲) که این امر نشان دهنده نقش مؤثر بهوشیاری به عنوان متغیر واسطه ای در بافت خودشناسی انسجامی در افزایش سلامت روانی است. یافته های پژوهشی همچنین تأثیر بهوشیاری در کاهش نشانه های اختلال روانی را تأیید کرده اند (عباسی، قربانی، ایمانی و طاهباز حسین زاده، ۲۰۲۱). جرفی (۲۰۱۸) در پژوهش خود دریافت بهوشیاری بر کاهش شکایات جسمانی، وسواس، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوییدی و روان گسستگی مؤثر است.

- 1 - Bagby, R. M.
- 2 - Parker, J. D.
- 3 - Taylor, G. J.
- 4 - Li, S.
- 5 - Zhang, B.
- 6 - Guo, Y.
- 7 - Zhang, J.
- 8 - Brady, R. E.
- 9 - Bujarski, S. J.
- 10 - Feldner, M. T.
- 11 - Pyne, J. M.

- 12 - De Panfilis, C.
- 13 - Ossola, P.
- 14 - Tonna, M.
- 15 - Catania, L.
- 16 - Marchesi, C.
- 17 - mindfulness
- 18 - Shapiro, S. L.
- 19 - Carlson, L. E.
- 20 - Astin, J. A.
- 21 - Freedman, B.

از طرف دیگر، تحقیقات نشان داده که بین بهوشیاری و ناگویی هیجانی همبستگی منفی وجود دارد و تمرین‌های بهوشیاری ممکن است به افراد دارای ویژگی‌های ناگویی هیجانی کمک کند تا از احساسات خود آگاه‌تر شوند و توانایی‌های پردازش هیجانی خود را بهبود بخشند (تیشیرا و پریرا، ۲۰۱۳؛ لیو و دیگران، ۲۰۲۲؛ لیورز، رنداوا و ثوربرگ، ۲۰۲۰). تمرین‌های بهوشیاری، که شامل آگاهی غیرقضاوتی از افکار و احساسات خود است، ممکن است شفقت به خود و خودآگاهی را افزایش داده و به‌طور بالقوه تأثیر گرایش‌های ناگویی هیجانی بر سلامت روانی را کاهش دهد (لیورز و دیگران، ۲۰۲۰). در عین حال، بهوشیاری رابطه مثبت معناداری با آگاهی از حالت‌های درونی، انعطاف‌پذیری شناختی^۱، گشودگی نسبت به تجربه^۲، استقلال عمل^۳، حرمت خود، خودشفقت‌ورزی^۴، تحقق‌خویشتن^۵، هوش هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی دارد (بیومونت^۶، ۲۰۱۱ نقل از آزادی و زیج‌اله زاده، ۲۰۱۷). بدین ترتیب بهوشیاری می‌تواند با کاهش اثرات مخرب ناگویی هیجانی منجر به کاهش نشانگان اختلال روانی و افزایش سلامت روانی شود.

یکی دیگر از متغیرهای بالقوه واسطه‌ای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۷ است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، شامل فرایندهایی است که از طریق آن افراد می‌توانند به طرز موفقیت‌آمیزی با تنیدگی و حوادث زیانبار، سازگاری مثبت نشان دهند (کمبل سیلز^۸، کوهان سانگ^۹ و استین^{۱۰}، ۲۰۰۶ نقل از نصرتی بیگزاده و حسینیان، ۲۰۱۹). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌عنوان میزان ارزیابی فرد در مورد قابل کنترل بودن شرایط تعریف شده است و شامل شش مؤلفه است: پذیرش به معنای تمرکز بر تجارب درونی و بدون قضاوت درباره آن‌ها، گسلش به معنای جدایی

متعهدانه (کراکن و مورلی، ۲۰۱۴). همچنین از نظر هیز و دیگران (۲۰۰۴)، سلامت روانی دراصل نوعی انعطاف‌پذیری روانی است. بنابراین می‌توان گفت به میزانی که فرد دارای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی باشد خود را به آسیب نزدیک‌تر ساخته است. درواقع تلاش برای تغییر دادن وقایع خصوصی ناخواسته (افکار، احساسات، تکانه‌ها) منجر به آسیب روانی می‌شود که اصطلاحاً به آن «اجتناب تجربی»^{۱۱} می‌گویند (هیز^{۱۲}، ویلسون^{۱۳}، گیفورد^{۱۴}، فولته^{۱۵} و استروسل^{۱۶}، ۱۹۹۶ نقل از پروچاسکا و نورکراس، ۲۰۱۴). انسان‌ها به‌طور ناخواسته تمایل به اجتناب و فرار از افکار و احساسات منفی خود دارند، بنابراین همواره می‌کوشند این احساسات و عدم پردازش آن‌ها را سرکوب کنند. این اعمال، خود موجب آمیختگی شناختی^{۱۷} می‌شود که به از دست دادن تماس با زمان حال و گرایش به جدی گرفتن موضعی درباره خود که در واقع تصویر واقعی از خود نیست می‌انجامد (پروچاسکا و نورکراس، ۲۰۱۴). این فرایند همان چیزی است که در مفاهیم روان‌تحلیلی و روان‌پویشی به نام دفاع‌های ناسالم شناخته می‌شود و این دفاع‌ها دراصل چهره حقیقی خود را می‌پوشانند و ظرفیت انسان را برای رویایی با خود و هیجان‌اتش محدود می‌کنند، درنتیجه موجب شکل‌گیری انواع آسیب‌های روانی در انسان می‌شوند (قربانی، ۲۰۲۳).

شواهد پژوهشی از رابطه بین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با دیگر متغیرهای این پژوهش نیز حمایت کرده‌اند؛ در پژوهش‌های مختلف وجود رابطه مثبت بین خودشناسی انسجامی با بهوشیاری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تأیید شده است (اسوندسن، شنش، اوزنس، وولستاد، دونداس و سورنسن، ۲۰۲۰؛ حمیدی، لطفی‌کاشانی، آهی و جتی، ۲۰۲۲، قربانی و دیگران، ۲۰۱۰؛ کاشانکی، قربانی و حاتمی، ۲۰۱۶؛ ویسکوویچ

1 - cognitive flexibility

2 - openness to experience

3 - autonomy

4 - self-compassion

5 - self-actualization

6 - Beaumont, S. L.

7 - Psychological flexibility

8 - Campbell-Sills, L.

9 - Cohan, S.L.

10 - Stein, M.B

11 - experiential avoidance

12 - Hayes, S. C.

13 - Wilson, K. G.

14 - Gifford, E. V.

15 - Follette, V. M.

16 - Strosahl, K

17 - cognitive fusion

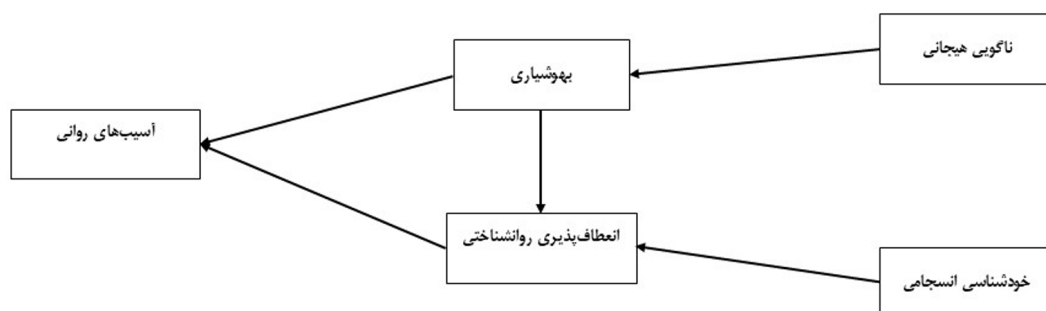
انعطاف‌پذیری و کاهش انفعال بدهد که این نیز خود منجر به جلوگیری از آسیب می‌شود (شاپیرو و دیگران، ۲۰۰۶ نقل از تیشیرا و پریرا، ۲۰۱۳).

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با ناگویی هیجانی و آسیب روانی نیز ارتباط دارد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نقش مهمی در تنظیم و نحوه ابراز هیجان یا عدم ابراز آن دارد (آقاپور و مجتبایی، ۲۰۱۸). برخی از شواهد نشان‌دهنده این است که افراد دارای ناگویی هیجانی از عدم انعطاف‌پذیری روانی رنج می‌برند که این مسئله موجب نقص در تنظیم هیجانی آنان می‌شود (ترخان، وکیلان و خلعتبری، ۲۰۲۰؛ ونا، هارت و شارپ، ۲۰۱۳). شواهد همچنین نشان داده است که ناگویی هیجانی با احساسات منفی، افسردگی، اضطراب، تنیدگی و عاطفه منفی ارتباط دارند (ادواردز و لو، ۲۰۲۱). در عین حال مؤلفه ضدانعطاف‌پذیری روان‌شناختی یعنی اجتناب تجربه‌ای، با دامنه وسیعی از مشکلات روانی اعم از افسردگی، اضطراب، اضطراب اجتماعی، گذرهراسی، اختلال موکنی و سوءمصرف مواد مرتبط است (چاولا و استافن، ۲۰۰۷) و بالعکس با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، افراد درمقابل مشکلات پذیراتر می‌شوند و به جای انفعال به هنگام مواجهه با مشکلات، خود برای حل مسئله اقدام می‌کنند (اورکی، جهانی و رحمانیان، ۲۰۱۸).

پژوهش‌های متعددی در رابطه با اثربخشی سازه‌های خودشناسی انسجامی، بهوشیاری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در کاهش نشانه‌های آسیب روانی انجام شده است (احمدوند و دیگران، ۲۰۲۲؛ اورکی

و دیگران، ۲۰۱۸؛ پریش و دیگران، ۲۰۲۳؛ عابدین و دیگران، ۲۰۲۲؛ قربانی و دیگران، ۲۰۱۰؛ لیورز و دیگران، ۲۰۲۰؛ مایر و دیگران، ۲۰۱۹). اما در رابطه با نقش کلی این مؤلفه‌ها با یکدیگر در پیش‌بینی آسیب روانی خلأ پژوهشی وجود دارد. همچنین ناگویی هیجانی به‌عنوان مؤلفه‌ای که رابطه مستقیم با آسیب روانی دارد، می‌تواند در کنار سازه‌های مورد بحث مسیر یا شدت این اثرگذاری در پیش‌بینی آسیب روانی را تغییر دهد. با درنظر گرفتن نقش ناگویی هیجانی و خودشناسی انسجامی که یکدیگر را به‌صورت منفی پیش‌بینی و نقش پررنگی در درمان‌های روان‌پویشی ایفا می‌کنند و واسطه‌گری بهوشیاری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌عنوان مؤلفه‌هایی که در درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد کاربرد زیادی دارند، می‌توان انتظار داشت نگرش وسیع‌تری در پیش‌بینی آسیب روانی بدست آید و با ادغام این مفاهیم، بتوان کاربرد این رویکردهای درمانی را در محیط‌های بالینی و حتی جمعیت‌های غیربالینی گسترش داد.

از این رو پژوهش حاضر با هدف پاسخ‌گویی به این پرسش انجام شده است که آیا پیش‌برآورد آسیب‌های روانی در افراد می‌تواند معلول مشکل آن‌ها در ظرفیت بهنجار بهوشیاری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی آنان در بافت خودشناسی انسجامی و ناگویی هیجانی باشد؟ مسئله اصلی این پژوهش، تدوین مدلی برای تعیین نقش واسطه‌ای بهوشیاری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در رابطه بین خودشناسی انسجامی و ناگویی هیجانی و آسیب‌های روانی بود.



شکل ۱. مدل پیشنهادی پژوهش

روش

این پژوهش به روش توصیفی و در قالب طرح همبستگی و جامعه آماری دانشجویان و فارغ التحصیلان دانشگاه مجازی مهرالبرز شهر تهران بود. این دانشگاه دارای ۱۵۰۰۰ دانشجو یا فارغ التحصیل در ۲۹ رشته مدیریت، علوم مهندسی، فناوری اطلاعات و علوم انسانی از تمامی استان‌ها است. حجم نهایی نمونه با در نظر گرفتن نیازهای آماری تحلیل‌های معادلات ساختاری لحاظ شد. کلاین (۲۰۰۵) راه حل ویژه‌ای را جهت تعیین حجم نمونه پیشنهاد کرده است. به عقیده او حداقل نسبت حجم نمونه برای هر پارامتر برآورد شده، ۵ نفر است، نسبت ۱۰ به ۱ مناسب‌تر و ۲۰ به ۱ مطلوب قلمداد می‌شود (استیونس^۱، ۱۹۹۴ نقل از هومن، ۲۰۱۴). با توجه به تعداد پارامترهای مدل مفروض، ۳۰۰ نفر تعداد مناسبی تخمین زده شد. با این حال ملاحظات احتمال آماری بر اساس فرمول تعداد نمونه معرف، با خطای ۵ صدم، تعداد نمونه بیش از ۳۳۰ نفر را می‌طلبد که در تحلیل نهایی با توجه به مخدوش بودن چند پرسشنامه، ۳۴۲ مورد باقی ماند. ملاک‌های ورود قرار داشتن در بازه سنی ۱۸ تا ۶۵ سال و عدم ابتلا به اختلالات سایکوتیک بود. پرسشنامه‌ها از طریق روابط عمومی در یک بازه یک ماهه با سه مرحله یادآوری، برای تمامی دانشجویان و فارغ التحصیلان ارسال شد و تعهد پژوهشگر به ارائه کارنامه فردی، مشوق مشارکت‌کنندگان در پژوهش بود. ۳۴۲ نفر در این پژوهش شرکت کردند که ۱۹۷ نفر زن (۵۶/۷ درصد) و ۱۴۵ نفر مرد (۴۳/۳ درصد) بودند. ۱۰۹ نفر (۱۳/۸ درصد) کمتر از ۲۵ سال سن داشتند، ۱۶۱ نفر (۴۷/۱ درصد) در بازه سنی ۲۵ تا ۳۵ سالگی، ۶۳ نفر (۱۸/۵ درصد) در بازه سنی ۳۶ تا ۴۵ سالگی قرار داشتند و ۹ نفر (۲/۶ درصد) بیشتر از ۴۵ سال داشتند. ۱۷۷ نفر (۵۱/۹ درصد) از شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات کارشناسی، ۱۵۱ نفر (۴۴/۳ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و ۱۴ نفر (۴/۸ درصد) دارای

تحصیلات دکتری و فوق دکتری بودند. از تمام افراد خواسته شد تا به ابزارهای زیر پاسخ دهند.

مقیاس خودشناسی انسجامی^۲ (قربانی،

واتسون و هارگیس، ۲۰۰۸). این مقیاس با ۱۲ ماده، سه بعد خودآگاهی تأملی^۳، خودآگاهی تجربی^۴ و یکپارچه کردن تجارب گذشته و حال برای ایجاد آینده مطلوب^۵ را مورد سنجش قرار می‌دهد. عبارات ۳، ۶ و ۹ مربوط به خودآگاهی تأملی، عبارات ۱، ۵، ۷ و ۸ خودآگاهی تجربی و عبارات ۴، ۲، ۱۰، ۱۱، ۱۲ نیز یکپارچه کردن تجارب گذشته و حال برای ایجاد آینده‌ای مطلوب است. هر ماده بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت از ۱ (عمدتاً نادرست) تا ۵ (عمدتاً درست) نمره‌گذاری می‌شود. در این مقیاس حد پایین نمره‌ها ۱۲ و حد بالایی آن ۶۰ است. در صورتی که نمره‌های مقیاس بین ۱ تا ۱۲ باشد، میزان متغیر در این جامعه ضعیف، در صورتی که نمره‌های مقیاس بین ۱۲ تا ۳۶ باشد، میزان متغیر در سطح متوسط و در صورتی که نمره‌های مقیاس بالای ۳۶ باشد، میزان متغیر بسیار خوب است. روایی همزمان، روایی افزایشی و اعتبار (همسانی درونی، بازآزمایی) این ابزار در نمونه‌های ایرانی و آمریکایی به تأیید رسید. ضرایب آلفای کرونباخ این مقیاس در یک گروه ۲۳۰ نفری از دانشجویان دانشگاه تهران برای خودشناسی تجربه‌ای^۶ ۰/۹۰ و برای خودشناسی تأملی^۷ ۰/۸۴ و همبستگی دو بُعد ۰/۷۴ بود. اعتبار بازآزمایی این مقیاس پس از ۷ تا ۸ هفته فاصله زمانی با یک نمونه ۴۴ نفری برای خودشناسی تجربه‌ای ۰/۷۶ و برای خودشناسی تأملی ۰/۶۸ بود. قربانی و دیگران (۲۰۰۸) در مطالعه خود بر روی سه نمونه ایرانی و سه نمونه آمریکایی، آلفای کرونباخ مقیاس را در نمونه اول ایرانی ۰/۸۲، نمونه دوم ایرانی ۰/۸۱ و نمونه سوم ایرانی ۰/۸۱ و در نمونه اول آمریکایی ۰/۷۸، نمونه دوم آمریکایی ۰/۷۸ و نمونه سوم آمریکایی ۰/۷۴ گزارش دادند. روایی همگرا، ملاکی، افتراقی و افزایشی مقیاس نیز در این پژوهش تأیید شد. همچنین در مطالعه قربانی و دیگران (۲۰۱۰)

1 - Stevens, J.P.

2 - Integrative Self-Knowledge Scale (ISK)

3 - reflective self-awareness

4 - experiential self-awareness

5 - integrating past and present experiences to create a desired future

6 - experiential self-knowledge

7 - reflective self-knowledge

آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۷۹ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، اعتبار این مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه پذیرش و عمل نسخه دوم^۱

(بوند و دیگران، ۲۰۱۱). این ابزار، پرسشنامه اصلی نظریه پذیرش و تعهد^۲ است که تاکنون نسخه‌های متعددی از آن عرضه شده است (هیز و دیگران، ۲۰۰۴). در این پژوهش از جدیدترین نسخه آن، پرسشنامه پذیرش و عمل -۲ استفاده شد که ۱۰ ماده دارد. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از ۱ (به هیچ وجه در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۷ (همیشه در مورد من صدق می‌کند) است. بوند و دیگران (۲۰۱۱) در پژوهشی بر روی شش نمونه شامل ۲۸۱۶ نفر، اعتبار، روایی سازه و تشخیصی این پرسشنامه را رضایت‌بخش گزارش کرده‌اند. میانگین ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ (۰/۷۸ تا ۰/۸۸) و اعتبار بازآزمایی در فاصله ۳ تا ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد. نتایج پژوهش بوند و دیگران (۲۰۱۱) نیز نشان داد پرسشنامه به صورت همزمان طولی و افزایشی، دامنه‌ای از نتایج از سلامت ذهنی تا میزان غیبت از کار را پیش بینی می‌کند که همسو با نظریه زیربنایی‌اش است. در ایران، عباسی، فتحی، مولودی و ضرابی (۲۰۱۲) در پژوهش خود همسانی درونی و ضریب دونیمه‌سازی این پرسشنامه را رضایت بخش (۰/۸۹-۰/۷۱) و عماد، آتش‌پور و ذاکر فرد (۲۰۱۶) نیز ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۱ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، اعتبار این پرسشنامه با محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد.

مقیاس ذهن‌آگاهی توجه و هشیاری^۳ (براون

و رایان، ۲۰۰۳). این مقیاس شامل ۱۵ ماده است که در طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از تقریباً همیشه (نمره ۱)

تا تقریباً هیچ وقت (نمره ۶) پاسخ‌ها را می‌سنجد. در پژوهش براون و رایان (۲۰۰۳) مقیاس ذهن‌آگاهی روی ۷ گروه نمونه اجرا و آلفای کرونباخ آن بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. روایی سازه تک‌عاملی در مقیاس ذهن‌آگاهی استخراج و روایی همزمان، همگرا و واگرایی این مقیاس با استفاده از پرسشنامه‌های مختلف شخصیتی بررسی و تأیید شده است (براون و رایان، ۲۰۰۳). از نظر روایی همگرا، همبستگی مثبت این مقیاس با پرسشنامه پنج عاملی ذهن‌آگاهی^۴ (بائر^۵، اسمیت^۶، هاپکینز^۷، کریتمایر^۸ و تونی^۹، ۲۰۰۶ نقل از سولر و دیگران، ۲۰۱۲) و روایی واگرا، همبستگی منفی این مقیاس با مقیاس افسردگی مرکز مطالعات اپیدمیولوژی^{۱۰} (ایتون^{۱۱} و دیگران، ۲۰۰۴ نقل از سولر و دیگران، ۲۰۱۲) تأیید شده است. مقیاس ذهن‌آگاهی در جامعه ایران اجرا شده و در پژوهش عماد، آتش‌پور و ذاکر فرد (۲۰۱۶) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۷۸ گزارش شد. در پژوهش حاضر، اعتبار این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو^{۱۲} (بگبی

و دیگران، ۱۹۹۴). این مقیاس دارای ۲۰ ماده است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات^{۱۳} (شامل ۷ ماده) دشواری در توصیف احساسات^{۱۴} (شامل ۵ ماده) و تفکر عینی^{۱۵} (شامل ۸ ماده) را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. یک نمره کل نیز از جمع نمره‌های سه زیرمقیاس برای ناگویی هیجانی کلی محاسبه می‌شود. نمرات ۶۰ به بالا به عنوان ناگویی هیجانی بالا و نمرات ۵۲ به پایین به عنوان ناگویی هیجانی پایین در نظر گرفته می‌شوند (مولرز و آلپر و ریم، ۲۰۱۰). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو - ۲۰ در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده

- 1 - Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II)
- 2 - Acceptance and Commitment Theory (ACT)
- 3 - Mindful Attention Awareness Scale (MASS)
- 4 - Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ)
- 5 - Baer, R. A.
- 6 - Smith, G. T.
- 7 - Hopkins, J.
- 8 - Krietemeyer, J.

- 9 - Toney, L.
- 10 - Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) Maruish, M. E.
- 11 - Eaton, W. W.
- 12 - Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20)
- 13 - Difficulty identifying emotions
- 14 - Difficulty describing emotions
- 15 - Externally oriented thinking

است (پارکر و دیگران، ۲۰۰۳؛ پالمر، گیگانس، مانوکا و استاف، ۲۰۰۴). در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو - ۲۰ (بشارت، ۲۰۰۷)، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. اعتبار بازآزمایی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو - ۲۰ در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ برای ناگویی هیجانی کل و زیرمقیاس‌های آن تأیید شد. روایی همزمان مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو - ۲۰ برحسب همبستگی بین زیر مقیاس‌های این ابزار و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی و تأیید شد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو - ۲۰ تأیید کردند (بشارت، ۲۰۰۷). اعتبار این مقیاس با روش آلفای کرونباخ در نمونه ایرانی برای کل مقیاس ۰/۷۹ و برای سه بُعد دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تمرکز بر تجارب بیرونی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۱ و ۰/۶۶ گزارش شد. اعتبار کل مقیاس و ابعاد مذکور در نمونه بالینی ایرانی با استفاده از روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۳، ۰/۶۹ و ۰/۶۵ به دست آمد (بشارت، ۲۰۱۳). در پژوهش حاضر، اعتبار این مقیاس با روش آلفای کرونباخ محاسبه شد و ۰/۸۱ به دست آمد.

جدول ۱

میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	M	SD	۱	۲	۳	۴
۱. آسیب‌های روانی	۸۵/۶۰	۶۸/۲۷	-			
۲. بهوشیاری	۶۷/۷۹	۱۲/۳۵	**۰/۶۱	-		
۳. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	۴۸/۸۹	۱۱/۳۰	**۰/۷۲	**۰/۵۱	-	
۴. ناگویی هیجانی	۴۹/۰۳	۱۱/۷۲	**۰/۵۹	**۰/۵۵	**۰/۵۹	-
۵. خودشناسی انسجامی	۴۳/۵۴	۸/۱۱	**۰/۶۰	**۰/۶۹	**۰/۶۲	**۰/۶۵

چک لیست اختلال روانی^۱ (دراگوتیس، لیمن، کووی و ریکلز، ۱۹۷۲). این چک لیست ۹۰ ماده‌ای، در بسیاری از پژوهش‌ها به کار رفته است و ابزاری استاندارد برای سنجش نشانگان اختلال به حساب می‌آید. ماده‌های این ابزار بر روی طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از هیچ، تا به شدت (از صفر تا ۴) نمره‌گذاری می‌شود. چک لیست نشانگان، ۹ حیطه روان‌پزشکی شامل شکایتهای جسمی، وسواس فکری و عملی، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوییدی و روان‌گسستگی را می‌سنجد. برای تعیین شیوع اختلال با استفاده از این مقیاس، نقطه برش ۲/۵ پیشنهاد می‌شود. میانگین نمره ۲/۵ و بالاتر در هر حیطه‌ای حالت مرضی را نشان می‌دهد. در پژوهش حاضر نمرات به صورت پیوسته و بدون نقطه برش استفاده شدند. مصلی نژاد، علی‌پور، زندی، زارع و شبیری (۲۰۱۰)، ضرایب همسانی درونی ۰/۸۸ را برای این ابزار گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر، اعتبار این چک‌لیست با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد. در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از مدل‌یابی معادلات رگرسیونی ساختاری استفاده شد. از طریق این روش می‌توان قابل قبول بودن مدل‌های نظری را بر پایه یافته‌های تجربی آزمود (هومن، ۲۰۱۴).

یافته‌ها

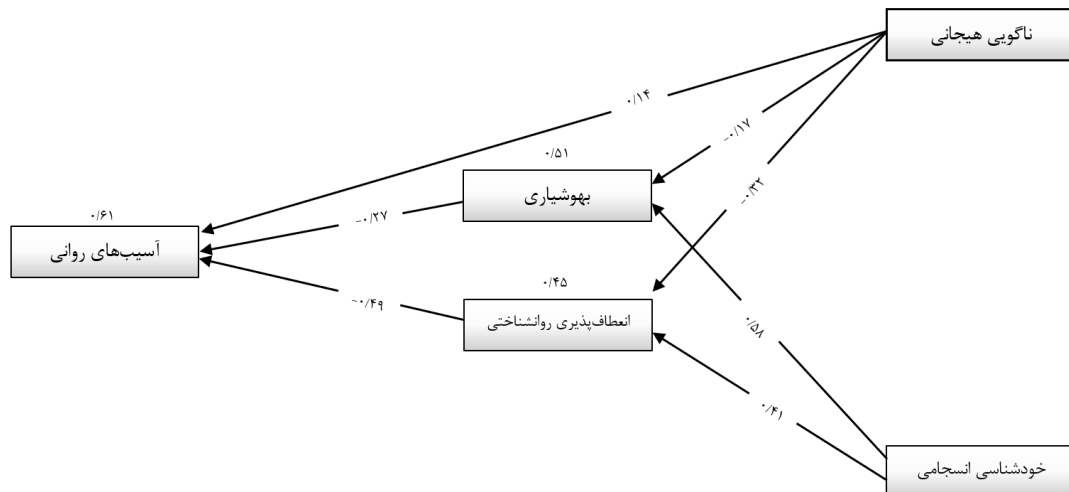
جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

عامل تورم واریانس $2/184$)، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (شاخص تحمل $0/511$ و عامل تورم واریانس $1/956$)، ناگویی هیجانی (شاخص تحمل $0/455$ و عامل تورم واریانس $2/197$) و خودشناسی انسجامی (شاخص تحمل $0/370$ و عامل تورم واریانس $2/705$) انجام شد، مقادیر شاخص تحمل بیش از $0/10$ و مقادیر عامل تورم واریانس کمتر از 5 بود که نشان دهنده عدم وجود هم‌خطی است.

با برقرار بودن مفروضه‌ها همانطور که مشاهده شد، در ادامه به مدل مفهومی و نهایی پژوهش پرداخته شده و ضرایب استاندارد شده مسیرها آورده شده است.

به منظور بررسی نقش واسطه‌ای بهوشیاری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در رابطه ناگویی هیجانی و خودشناسی انسجامی با آسیب‌های روانی از روش تحلیل مسیر استفاده شد و برای استفاده از آن ابتدا مفروضه‌های آن بررسی شد.

نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال‌بودن توزیع داده‌ها نشان داد تمامی متغیرهای پژوهش معنادار نبودند ($P < 0/05$) و این امر بدان معناست که متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال است. همچنین طبق نتایج آزمون هم‌خطی چندگانه که برای متغیرهای بهوشیاری (شاخص تحمل $0/458$ و



شکل ۲. ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم برای مدل فرضی

دارند. شکل ۲ ضرایب استاندارد شده مسیرها برای مدل فرضی نقش واسطه‌ای بهوشیاری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در رابطه بین ناگویی هیجانی و خودشناسی انسجامی با آسیب‌های روانی را نشان می‌دهد.

شکل ۲ مدل مفهومی و نهایی پژوهش را نشان می‌دهد. در این مدل مفهومی فرض می‌شود که ناگویی هیجانی و خودشناسی انسجامی از طریق بهوشیاری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با آسیب‌های روانی رابطه

جدول ۲

ضرایب استاندارد و غیر استاندارد مسیرهای مستقیم مدل فرضی

مسیرها	B	β	P
اثر ناگویی هیجانی بر بهوشیاری	** $-0/18$	* $-0/17$	$0/004$
اثر ناگویی هیجانی بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	** $-0/31$	** $-0/32$	$0/008$
اثر خودشناسی انسجامی بر بهوشیاری	** $0/88$	** $0/58$	$0/019$
اثر خودشناسی انسجامی بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	** $0/57$	** $0/41$	$0/018$
اثر بهوشیاری بر آسیب‌های روانی	** $-1/53$	** $-0/27$	$0/028$
اثر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بر آسیب‌های روانی	** $-2/99$	** $-0/49$	$0/007$
اثر ناگویی هیجانی بر آسیب‌های روانی	** $0/82$	** $0/14$	$0/005$

بر اساس نتایج تحلیل مسیر در جدول ۲ ضرایب همه مسیرها معنادار شد. به این ترتیب اثر مستقیم ناگویی هیجانی و خودشناسی انسجامی بر بهوشیاری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی معنادار است. همچنین ضریب مسیرهای بهوشیاری و

جدول ۳

ضرایب استاندارد و غیر استاندارد مسیرهای غیرمستقیم مدل فرضی

مسیرها	B	β	P
اثر غیرمستقیم ناگویی هیجانی بر آسیب‌های روانی	**۱/۲۱	**۰/۲۱	۰/۰۰۵
اثر غیرمستقیم خودشناسی انسجامی بر آسیب‌های روانی	**۳/۰۷	**۰/۳۶	۰/۰۴۱

از آنجا که یکی از اهداف مدل‌یابی ساختاری، ارائه میزان اثر غیرمستقیم متغیرهای مستقل (متغیرهای برون‌زا) بر متغیرهای وابسته (درون‌زا) است، اثر غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر وابسته در جدول

جدول ۴

شاخص‌های برازش مدل فرضی

CFI	AGFI	GFI	RMSEA	X ² /df	P	df	X ²
۰/۹۹۹	۰/۹۷۵	۰/۹۹۷	۰/۰۳۴	۱/۴۰۳	۰/۲۴۶	۲	۲/۸۰

جدول ۴ شاخص‌های برازش مدل فرضی را نشان می‌دهد. چنان‌چه مشاهده می‌شود، شاخص‌های مدل برازش بسیار خوبی با مدل دارند (هومن و عسگری، ۲۰۱۹). همچنین شاخص اقتصاد مدل df/X^2 و شاخص ریشه دوم واریانس خطای تقریب^۱ حاکی از اقتصادی بودن آن است. در مدل‌هایی که برازش خوبی دارند نسبت df/X^2 باید کوچکتر از ۲ باشد. همچنین شاخص ریشه دوم واریانس خطای تقریب در مدل‌های خوب باید کمتر از ۰/۰۵ باشد که در مدل حاضر ۰/۰۳۴ است.

بحث

هدف این پژوهش مدل‌یابی معادلات ساختاری رابطه بین خودشناسی انسجامی و ناگویی هیجانی با آسیب‌های روانی به همراه نقش واسطه‌ای بهوشیاری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بود. در این پژوهش انتظار می‌رفت که بهوشیاری، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خودشناسی انسجامی با یکدیگر رابطه مثبت و با ناگویی هیجانی و آسیب‌های روانی رابطه منفی

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به آسیب‌های روانی معنادار بود. اثر مستقیم ناگویی هیجانی بر آسیب‌های روانی نیز معنادار بود اما اثر مستقیم خودشناسی انسجامی بر آسیب‌های روانی معنادار نبود.

۳ آمده است. همانطور که می‌توان مشاهده کرد اثر غیرمستقیم ناگویی هیجانی (۰/۲۱) و خودشناسی انسجامی (۰/۳۶) بر آسیب‌های روانی به لحاظ آماری در سطح ۰/۰۱ معنادار بود.

داشته باشد. نتایج پژوهش نشان داد ناگویی هیجانی با آسیب روانی رابطه مثبت دارد و ناگویی هیجانی و خودشناسی انسجامی از طریق واسطه‌گری بهوشیاری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی آسیب‌های روانی را به صورت منفی پیش‌بینی می‌کنند، به‌طوری که اثر غیر مستقیم از طریق واسطه‌گری بهوشیاری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از اثر مستقیم بیشتر بود. همچنین رابطه مستقیم بین خودشناسی انسجامی و آسیب‌های روانی مشاهده نشد.

در پژوهش‌های پیشین ناگویی هیجانی با آسیب روانی ارتباط نزدیکی دارد و به عنوان مانعی در جهت دستیابی به سلامت روانی عمل می‌کند (ادواردز و لو، ۲۰۲۱؛ باربریس و دیگران، ۲۰۲۲؛ کرواواک و جانسون، ۲۰۲۱؛ کلوور، ۲۰۲۰). همچنین ناگویی هیجانی با مشکلات تنظیم هیجانات رابطه مستقیم دارد که این مشکلات به‌طور گسترده در سلامتی و مشکلات مرتبط با آن تأثیرمی‌گذارد (پاندی و دیگران، ۲۰۱۱).

افراد مبتلا به ناگویی هیجانی ممکن است به دلیل توانایی محدود در بیان، شناسایی و درک هیجانات خود مشکلات بیشتری در تنظیم هیجانات خود داشته باشند (پاندی و دیگران، ۲۰۱۱). ناتوانی در تنظیم هیجانات منجر به ظرفیت تحمل پایین در مواجهه با تنیدگی و راههای مقابله‌ای محدود می‌شود (پارکر و دیگران، ۲۰۱۱ نقل از تیشیرا و پریرا، ۲۰۱۳). این ویژگی‌ها که ارتباط بالایی با روان‌آزدگی دارد افراد مبتلا به ناگویی هیجانی را در معرض کاهش بهزیستی روان‌شناختی و هیجانی و عدم سلامت ذهنی قرار می‌دهد (مهرابی‌زاده و دیگران، ۲۰۱۰).

در پژوهش‌های مختلف وجود رابطه مثبت بین خودشناسی انسجامی با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تأیید شده است (اسوندسن و دیگران، ۲۰۲۰؛ کاشانکی و دیگران، ۲۰۱۶؛ قربانی و دیگران، ۲۰۱۰؛ ویسکوویچ و جورج واکر، ۲۰۱۹). همسو با پژوهش‌های ذکر شده، در پژوهش حاضر نیز این رابطه مورد تأیید قرار گرفت. خودشناسی انسجامی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از جمله فرایندهای مرتبط با خودشناسی به حساب می‌آیند (ایمانی و دیگران، ۲۰۱۷). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دربرگیرنده فرایندهایی است که از طریق آن افراد می‌توانند به طرز موفقیت آمیزی با تنیدگی و حوادث زیان‌بار، سازگاری مثبتی نشان دهند (کمبل سیلز، کوهان سانگ و استین، ۲۰۰۶ نقل از نصرتی بیگزاده و حسینیان، ۲۰۱۹). از سوی دیگر خودشناسی انسجامی از طریق تماس نزدیک با تجارب و گسترش دامنه رفتارها و واکنش‌های فرد، از تکرار الگوهای پایدار دفاعی جلوگیری کرده و مهارت‌های مقابله‌ای و سازگار شدن در برابر مشکلات را افزایش می‌دهد. بنابراین می‌توان گفت خودشناسی انسجامی به تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کمک بسزایی می‌کند.

همسو با پژوهش‌های دیگر (برای مثال اسوندسن و دیگران، ۲۰۲۰؛ عابدین و دیگران، ۲۰۲۲؛ کاشانکی و دیگران، ۲۰۱۶؛ ویسکوویچ و جورج واکر، ۲۰۱۹) در این پژوهش نیز اثر مستقیم خودشناسی انسجامی بر بهوشیاری تأیید شد.

خودشناسی انسجامی به‌عنوان نوعی از خودآگاهی موجب تسریع فرایند خودنظم‌جویی در شرایط دشوار می‌شود، بدین صورت که فرد توانایی‌های خود را ادراک کرده و می‌تواند به صورت سازنده به سازماندهی افکار و احساسات خود بپردازد و در نهایت به نتیجه مطلوب برسد. خودشناسی انسجامی موجب افزایش ظرفیت فرد در مواجهه با عوامل تنیدگی‌زا شده و از طریق خودنظم‌جویی و ایجاد تعادل، به مقابله کارآمد با عوامل تنیدگی‌آور و کاهش تنش ادراک‌شده کمک می‌کند. از طرف دیگر، بهوشیاری شرط لازم و مولفه اصلی خودشناسی تجربه‌ای است و با خودشناسی انسجامی ارتباط مستقیم دارد (قربانی، ۲۰۲۲) و از طریق توجه لحظه‌به‌لحظه به خود و پذیرش موقعیت، به فرد کمک می‌کند تا بتواند در مواجهه با مشکلات و موقعیت‌های تنیدگی‌آور واکنش مناسب‌تری نشان دهد. در مجموع می‌توان گفت که خودشناسی انسجامی و بهوشیاری ابعادی از خودآگاهی هستند که با استفاده از مکانیزم‌ها و فرایندهایی منجر به تنظیم شناختی بهتر و ارتقاء بهزیستی روانی می‌شوند (عابدین و دیگران، ۲۰۲۲). نتایج این پژوهش در حمایت از پژوهش‌های دیگر (برای مثال اورکی و دیگران، ۲۰۱۸؛ ادواردز و لو، ۲۰۲۱؛ ونتا و دیگران، ۲۰۱۳) نشان داد بین ناگویی هیجانی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی رابطه منفی وجود دارد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نقش مهمی در تنظیم و ابراز هیجان دارد (آقاپور و مجتبیایی، ۲۰۱۸). در واقع می‌توان گفت فردی که مبتلا به ناگویی هیجانی است به‌نوعی از انعطاف‌پذیری شناختی لازم برخوردار نیست و از این رو توانایی انطباقی لازم در تعاملات محیطی و اجتماعی را ندارد و از آنجا که از چارچوب فکری لازم و منعطفی برخوردار نیست، نمی‌تواند هیجانات خود را به صورت منطقی و سالم نشان دهد (ترخان و دیگران، ۲۰۲۰).

در مقابل، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با اجتناب تجربی، باور به‌معنای تحت‌اللفظی افکار، تجسم احساس خود که با محتوای تجربه تعریف می‌شود و عدم تعهد به زندگی با ارزش مشخص می‌شود

(هیز و دیگران، ۲۰۰۴). با توجه به این که ناگویی هیجانی با احساسات منفی مرتبط است، بنابراین می‌توان گفت که افسردگی، اضطراب، تنیدگی و عاطفه منفی به‌طور مثبت با شدت ناگویی هیجانی مرتبط است، در حالی که با عاطفه مثبت ارتباط منفی دارد. همچنین بر این اساس که عواطف منفی معمولاً با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مرتبط است، می‌توان گفت که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با شدت ناگویی هیجانی رابطه مثبت دارد (ادواردز و لو، ۲۰۲۱).

پژوهش‌ها نشان داده که بین ناگویی هیجانی و بهوشیاری همبستگی منفی وجود دارد و تمرین‌های بهوشیاری می‌تواند به افراد دارای ویژگی‌های ناگویی هیجانی کمک کند تا از احساسات خود، آگاه‌تر شده و توانایی‌های پردازش هیجانی خود را بهبود بخشند (تیشیرا و پریرا، ۲۰۱۳؛ لیو و دیگران، ۲۰۲۲؛ لیورز و دیگران، ۲۰۲۰). پژوهش حاضر نیز همبستگی منفی بین بهوشیاری و ناگویی هیجانی را نشان داد.

تمرین‌های بهوشیاری، که شامل آگاهی غیرقضاوتی از افکار و احساسات خود است موجب افزایش شفقت به خود و خودآگاهی می‌شود و به‌طور بالقوه می‌تواند تأثیر ناگویی هیجانی را کاهش دهد (لیورز و دیگران، ۲۰۲۰).

در راستای نقش متغیرهای واسطه‌ای پژوهش در کاهش آسیب روانی، نتایج پژوهش حاضر همسو با پژوهش‌های آزادی و ذبیح‌اله‌زاده (۲۰۱۷)، جرفی (۲۰۱۸)، عباسی و دیگران (۲۰۲۱)، کاشانکی و دیگران (۲۰۱۶) و مایر و دیگران (۲۰۱۹) نیز نشان داد بهوشیاری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پیش‌بینی‌کننده تغییر و بهبود علائم روانی و جسمانی است.

بهوشیاری زمانی که با خودشناسی انسجامی همراه می‌شود، عملکرد بهتری در پیش‌بینی نشانه‌های جسمانی هنگام مقاومت در برابر تنیدگی و کاهش آن نشان می‌دهد (قربانی و دیگران، ۲۰۱۰). همچنین خودشناسی انسجامی از طریق نقش واسطه‌ای بهوشیاری می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی کند (عابدین و دیگران، ۲۰۲۲) که این امر نشان‌دهنده

نقش مؤثر بهوشیاری به‌عنوان متغیر واسطه‌ای در ارتباط بین خودشناسی انسجامی و افزایش سلامت روانی است.

تمرین‌های بهوشیاری به افراد دارای ویژگی‌های ناگویی هیجانی کمک می‌کند از احساسات خود آگاه‌تر شوند و توانایی‌های پردازش هیجانی خود را بهبود بخشند (تیشیرا و پریرا، ۲۰۱۳؛ لیو و دیگران، ۲۰۲۲؛ لیورز و دیگران، ۲۰۲۰). این تمرین‌ها، که شامل آگاهی غیرقضاوتی از افکار و احساسات خود است، ممکن است شفقت به خود و خودآگاهی را افزایش داده و به‌طور بالقوه تأثیر گرایش‌های ناگویی هیجانی بر سلامت روانی را کاهش دهد (لیورز و دیگران، ۲۰۲۰). در عین حال، بهوشیاری با افزایش آگاهی از حالت‌های درونی، انعطاف‌پذیری شناختی، گشودگی نسبت به تجربه، استقلال عمل، حرمت خود، خودشفقت‌ورزی، تحقق‌خویشتن، هوش هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی (بیومونت، ۲۰۱۱ نقل از آزادی و ذبیح‌اله‌زاده، ۲۰۱۷) می‌تواند با کاهش اثرات مخرب ناگویی هیجانی، منجر به کاهش نشانگان اختلال روانی و افزایش سلامت روانی شود.

تمایل به اجتناب و فرار از افکار و احساسات منفی، موجب آمیختگی شناختی می‌شود که از جمله مؤلفه‌های ضدانعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌شمار می‌آید و به شکل‌گیری انواع آسیب‌های روانی می‌انجامد. از دیگر مؤلفه‌های ضدانعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌توان به اجتناب تجربه‌ای اشاره کرد که با دامنه وسیعی از مشکلات روانی اعم از افسردگی، اضطراب، اضطراب اجتماعی، گذرهراسی، اختلال موکنی و سوءمصرف مواد مرتبط است (چاولا و استافن، ۲۰۰۷). در عین حال یکی از جنبه‌های مهم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، گسلش است که به‌عنوان توانایی جدا کردن خود از افکار، به جای در نظر گرفتن افکار به عنوان «واقعیت» یا «حقیقت» در نظر گرفته می‌شود (هیز و دیگران، ۲۰۰۴). آمیختگی با افکار اضطراب‌آور می‌تواند موجب افزایش آسیب ناشی از پریشانی روانی و علائم اختلال روانی شود (آزادی و ذبیح‌اله‌زاده، ۲۰۱۷). در مجموع می‌توان گفت با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، گشودگی

افراد در مقابل مشکلات بیشتر می شود و به جای انفعال به هنگام مواجهه با مشکلات، برای حل مسئله اقدام می کنند (اورکی و دیگران، ۲۰۱۸).

نتایج این پژوهش نشان داد انعطاف پذیری روان شناختی و بهوشیاری در رابطه بین خودشناسی انسجامی و ناگویی هیجانی با آسیب های روانی تأثیر واسطه ای دارند. بنابراین می توان نتیجه گرفت که بخشی از رابطه خودشناسی انسجامی و ناگویی هیجانی با آسیب های روانی از طریق انعطاف پذیری روان شناختی و بهوشیاری اعمال می شود.

بهوشیاری و انعطاف پذیری روان شناختی از طریق توجه لحظه به لحظه در زمان حال و خودآگاهی، تأثیر خودشناسی انسجامی را در کاهش آسیب های روانی افزایش داده و از طریق تنظیم هیجان و کاهش اجتناب تجربی به کاهش تأثیر ناگویی هیجانی در افزایش آسیب های روانی می پردازد.

در مجموع، فرضیه این پژوهش مبنی بر وجود رابطه بین ناگویی هیجانی و خودشناسی انسجامی از طریق واسطه گری بهوشیاری و انعطاف پذیری روان شناختی با آسیب های روانی تأیید شد. علاوه بر این در این پژوهش مشخص شد آسیب روانی ناشی از ناگویی هیجانی را می توان با افزایش بهوشیاری و انعطاف پذیری روان شناختی واسطه گری کرد.

از جمله محدودیت های این پژوهش پرسشنامه های خودگزارش دهی بود؛ از این رو احتمال سوگیری و ارائه پاسخ های جامعه پسند از سوی پاسخ دهندگان وجود دارد. با توجه به این که این پژوهش به صورت مقطعی صورت گرفته و از نوع همبستگی مبتنی بر روش مدلیابی معادلات ساختاری است، نتیجه گیری علت و معلولی باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین به رغم تلاش و تمایل به استفاده از پرسشنامه های کوتاه، پرسشنامه موجود در زمینه اختلال روانی دارای تعداد سؤالات زیادی بود که ممکن است باعث خستگی و کاهش دقت پاسخ دهندگان شده باشد.

به نظر می رسد نتیجه این پژوهش به صورت

کاربردی بیانگر این است که تأثیرات ناگویی هیجانی بر آسیب های روانی را می توان با اکتساب ویژگی های آموزش پذیری چون خودشناسی انسجامی، انعطاف پذیری روان شناختی و بهوشیاری کاهش داد. به طور خلاصه می توان گفت مهم ترین پیشنهاد این پژوهش این است که خودشناسی انسجامی و ناگویی هیجانی به عنوان دو متغیر قابل تبیین از دیدگاه روان پویشی از طریق تعامل با انعطاف پذیری روان شناختی و بهوشیاری به عنوان دو مفهوم بااهمیت در خودشناسی که قابل تبیین از دیدگاه رویکردهای موج سوم است؛ سهم مهمی در کاهش آسیب روانی دارد. نتایج پژوهش نشان داد که ناگویی هیجانی و خودشناسی انسجامی از طریق واسطه گری بهوشیاری و انعطاف پذیری روان شناختی می تواند آسیب های روانی را پیش بینی کند. بنابراین این طور به نظر می رسد که ممکن است تعامل دو روی آورد روان پویشی و درمان های موج سوم در کاهش آسیب روانی از هریک به تنهایی مؤثرتر باشد. با توجه به سهم بهوشیاری و انعطاف پذیری روان شناختی به عنوان دو مؤلفه آموزش پذیر در کاهش آسیب های روانی، برگزاری کارگاه ها یا تألیف کتاب های آموزشی در این زمینه مفید خواهد بود. همچنین نتایج این پژوهش ممکن است بتواند به روان درمانگران و سایر متخصصان حوزه سلامت روانی کمک کند تا در درمان آسیب های روانی به نتایج بهتری دست یابند. می توان با سازماندهی پژوهش های آتی با ابزارها و پرسشنامه های استاندارد دیگر و در جمعیت های مختلف، روابط بین متغیرها را مورد بررسی قرار داد.

منابع

- Abasi, I., Fathi, L., Molodi, R., & Zarabi, H. (2012). Psychometric properties of Persian Version of Acceptance and Action Questionnaire –II. *Psychological Models and Methods*, 3(10), 80-65.
- Abbasi, M., Ghorbani, N., Imani, A. H., & Tahbaz Hosenzadeh, S. (2021). Exploring the mediating role of integrative self-knowledge in the relationship between mindfulness and well-being in the context of a mindfulness-based stress reduction program. *International Journal of Psychology*, 56(2), 249-256.

- psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688.
- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 871-890.
- Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazal, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: A meta-review. *World Psychiatry*, 13, 153-160.
- Christensen, M. K., Lim, C. C. W., Saha, S., Plana-Ripoll, O., Cannon, D., Presley, F., & McGrath, J. J. (2020). The cost of mental disorders: A systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, 1-8.
- Clougher, D. (2020). *Adolescent psychopathology and alexithymia: A systematic review of the literature*. Master Dissertation, Oberta de Catalunya University.
- Cohen, K., Auld, F., & Brooker, H. (1994). Is alexithymia related to psychosomatic disorder and somatizing? *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 119-127.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Covi, L., & Rickels, K. (1972). Factorial invariance of symptom dimensions in anxious and depressive neuroses. *Archives of General Psychiatry*, 27(5), 659-665.
- Edition, F. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Am Psychiatric Assoc*, 21(21), 591-643.
- Edwards, D. J., & Lowe, R. (2021). Associations between mental health, interoception, psychological flexibility, and self-as-context as predictors for alexithymia: A deep artificial neural network approach. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-21.
- Emad, S., Atashpour, S. H., & Zakerford, M. S. (2016). The moderating role of mindfulness and acceptance in predicting psychological well-being based on perfectionism among students. *Positive Psychology Research Journal*, 2(3), 49-66. [In Persian].
- Ghorbani, N. (2022). *Self narrated by self*. Tehran: Binesh-no. [In Persian].
- Ghorbani, N. (2023). *From line of to triangle of conflict*. Tehran: Binesh-no. [In Persian].
- Ghorbani, N., Cunningham, C. J., & Watson, P. J. (2010). Comparative analysis of integrative self-knowledge, mindfulness, and private self-consciousness in predict-
- Abedin, T., Ghodsi, P., Taghiloo, S., & Davabi, M. (2022). Causal relationship between coherent self-awareness and basic psychological needs with psychological well-being: Considering the mediating role of mindfulness in students. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*, 3(2), 213-226.
- Aghapour, S., & Mojtabaei, M. (2018). Comparison of cognitive flexibility and emotional inhibition among eczema patients and normal individuals. *Salamat Ijtimai (Community Health)*, 6(1), 26-34. [In Persian].
- Ahmadvand Shahverdi, M., & Ramezani Moghadam Arani, F. (2022). Comparison of object relations and integrative self-knowledge components in cohabitation and official marriage. *Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologists*, 18(72), 365-376. [In Persian].
- Azadi, M., & Zabiholah Zadeh, F. (2017). Relation between symptoms of hyperactivity and aspects of identity: Mediating role of mindfulness. *Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologists*, 13(51), 309-319. [In Persian].
- Barberis, N., Cannavò, M., Calaresi, D., & Verrastro, V. (2022). Reflective functioning and alexithymia as mediators between attachment and psychopathology symptoms: Cross-sectional evidence in a community sample. *Psychology, Health & Medicine*, 28(5), 1251-1262.
- Basharat, M. A. (2013). Toronto Alexithymia Scale: Questionnaire, instruction and scoring (Persian Version). *Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologists*, 10(37), 90-92. [In Persian].
- Basharat, M. A., Khalili Khodabadi, M., Reza Zadeh, S. M., & Hosseini, S. A. (2017). The mediating role of difficulty in emotion regulation on the relationship between early maladaptive schemas and alexithymia. *Psychological Models and Methods*, 8(29), 183-206. [In Persian].
- Besharat, M. A. (2007). Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports*, 101(1), 209-220.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of

LISREL Application (352). Tehran: Samt. [In Persian].

Imani M, Karimi J, Behbahani M, Omid A. (2017). Role of mindfulness, psychological flexibility, and integrative self-knowledge on psychological well-being among the university students. *Feyz Medical Sciences Journal*, 21(2), 170-177. [In Persian].

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2020). Global burden of disease study 2017 (GBD 2017) causes of death and nonfatal causes mapped to ICD codes. Retrieved July 15, 2023 from <https://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/gbd-2017-cause-icd-code-mappings>

Jorfi, M. (2018). The Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy on Mental Disorders Syndrome in Single girl students of Ahvaz Farhangian University. *Puyesh in Educational Sciences and Counseling*, 1397(8), 1-18.

Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., Lenderking, W. R., & Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149(7), 936-943.

Kashanaki, H., Ghorbani, N., & Hatami, J. (2016). Studying the effect of feeling suppression and psychological and physical symptoms according to integrative self-knowledge, mindfulness, self-compassion, social desirability and self-control. *Applied Psychological Research Quarterly*, 7(3), 55-70.

Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York and London: Guilford Press.

Krvavac, S., & Jansson, B. (2021). The role of emotion dysregulation and alexithymia in the link between types of child abuse and neglect and psychopathology: A moderated mediation model. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(3), 100213.

Lemraski, S. S., Akbari, H., & Mirani, A. (2024). Effectiveness of cognitive-based mindfulness on self-compassion and integrative self-knowledge in individuals with borderline personality disorder. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling*, 6(1), 150-157.

Liu, C., Cui, C., Sznajder, K. K., Wang, J., Zuo, X., & Yang, X. (2022). Mindfulness for mediating the relationship between self-control and alexithymia among

ing responses to stress in Iran. *International Journal of Psychology*, 45(2), 147-154.

Ghorbani, N., Watson, P. J., & Hargis, M. B. (2008). Integrative Self-Knowledge Scale: Correlations and incremental validity of a cross-cultural measure developed in Iran and the United States. *The Journal of Psychology*, 142(4), 395-412.

Gilbert, P., McEwan, K., Gibbons, L., Chotai, S., Duarte, J., & Matos, M. (2012). Fears of compassion and happiness in relation to alexithymia, mindfulness, and self-criticism. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(4), 374-390.

Glick, D. M., Millstein, D. J., & Orsillo, S. M. (2014). A preliminary investigation of the role of psychological inflexibility in academic procrastination. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(2), 81-88.

Hamidi, M., Lotfi Kashani, F., Ahi, Q., & Hojjat, S. K. (2022). Comparison of the efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) and integrated approach on integrative self-knowledge among people with suicide attempts. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*, 14(2), 75-85. [In Persian].

Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2005). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer Science & Business Media.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.

Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toamino, D., & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54(4), 553-578.

Herbert, J. D., & Forman, E. M. (2011). *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies*. NJ, US: John Wiley & Sons, Inc.

Heshmati, R., Sheikholeslami, A., Jabbari, S., & Molaei, M. (2018). Determinants of dispositional mindfulness based on alexithymia and positive and negative dimensions of perfectionism in college students. *Community Health Journal*, 12(2), 69-78. [In Persian].

Hooman, H. (2014). *Structural Equation Modeling With*

- Oraki, M., Jahani, F., & Rahmanian, M. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on the psychological flexibility of the elderly women. *Journal of Clinical Psychology, 10*(1), 47-56.
- Palmer, B. R., Gignac, G., Manocha, R., & Stough, C. (2004). A psychometric evaluation of the Mayer Salovey Caruso Emotional Intelligence Test Version 2.0. *Intelligence, 33*, 285-305.
- Pandey, R., Saxena, P., & Dubey, A. (2011). Emotion regulation difficulties in alexithymia and mental health. *Europe's Journal of Psychology, 7*(4), 604-623.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2003). The 20-item Toronto Alexithymia Scale: III reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research, 55*, 269-275.
- Parker, J. D., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (1998). Alexithymia: Relationship with ego defense and coping styles. *Comprehensive Psychiatry, 39*(2), 91-98.
- Parrish, E. M., Quynh, A., Scott, V., Chalker, S. A., Chang, C., Kamarsu, S., & Depp, C. A. (2023). Suicide safety plan self-knowledge in serious mental illness: Psychiatric symptom correlates and effects of brief intervention. *Community Mental Health Journal, 59*(8), 1639-1646.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2014). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. USA: Oxford University Press.
- Ryan, R. M., & Brown, K. W. (2003). Why we don't need self-esteem: On fundamental needs, contingent love, and mindfulness. *Psychological Inquiry, 14*(1), 71-76.
- Sadri Damirchi, E., Mansoori, B., & Khodayi Khiyavi, S. (2017). Comparison of alexithymia and integrative self-knowledge among normal and divorced students. *Journal of Psychological Studies, 13*(4), 77-92. [In Persian].
- Sarafraz, M. R., Bahrami Ehsan, H., & Zarandi, A. R. (2011). Self-awareness process and bio-psycho-socio-spiritual health. *Journal of Research in Psychological Health, 4*(2), 33-42. [In Persian].
- Soler, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Cebolla, A., Soriano, J., Alvarez, E., & Perez, V. (2012). Psychometric properties of Spanish version of Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas españolas de psiquiatría, 40*(1), 19-26.
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. Chinese medical students: A structural equation modeling analysis. *Frontiers in Psychology, 13*, 1-11.
- Lyvers, M., Randhawa, A. K., & Thorberg, F. A. (2020). Self-compassion in relation to alexithymia, empathy, and negative mood in young adults. *Mindfulness, 11*, 1655-1665.
- McCracken, L. M., & Morley, S. (2014). The psychological flexibility model: A basis for integration and progress in psychological approaches to chronic pain management. *The Journal of Pain, 15*(3), 221-234.
- Mehrabizadeh Honarmand, M., Afshari, A., & Davoudi, I. (2010). The study of personality traits, attachment styles, life stressors and gender as predictors of alexithymia. *Journal of Psychology, 14*(3), 319-334. [In Persian].
- Metrics, I. f. H. and Evaluation. (2017). *Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results*. Institute for Health Metrics and Evaluation, Seattle.
- Meyer, E. C., Szabo, Y. Z., Frankfurt, S. B., Kimbrel, N. A., DeBeer, B. B., & Morissette, S. B. (2019). Predictors of recovery from post-deployment posttraumatic stress disorder symptoms in war veterans: The contributions of psychological flexibility, mindfulness, and self-compassion. *Behaviour Research and Therapy, 114*, 7-14.
- Mosalanejad, L., alipor, A., Zandi, B., Zare, H., & Shobeiri, S. M. (2010). A blended educational program and its psychological effects on the students. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences, 8*(1), 52-63. [In Persian].
- Nicol, A.M, & Pexman, P. M. (1999). Presenting your findings: A practical guide for creating tables. In Hooman, H. & Asgari, A. (2019). Trans. Tehran: Samt. [In Persian].
- Nosrati Beghzadeh, M., & Hosseinian, S. (2019). The effectiveness group counseling based on acceptance and commitment therapy in psychological flexibility and meaningful life of infertile women. *Journal of Modern Psychological Researches, 14*(54), 175-197. [In Persian].
- O'Driscoll, C., Laing, J., & Mason, O. (2014). Cognitive emotion regulation strategies, alexithymia, and dissociation in schizophrenia: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 34*, 482-495.

- Behavior in Clinical Psychology*, 15(57), 77-87. [In Persian].
- Teixeira, R. J., & Pereira, M. G. (2013). Examining mindfulness and its relation to self-differentiation and alexithymia. *Mindfulness*, 6(1), 79-87.
- Venta, A., Hart, J., & Sharp, C. (2013). The relation between experiential avoidance, alexithymia, and emotion regulation in inpatient adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18(4), 398-410.
- Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 3, 171-178.
- Viskovich, S., & De George-Walker, L. (2019). An investigation of self-care related constructs in undergraduate psychology students: Self-compassion, mindfulness, self-awareness, and integrated self-knowledge. *International Journal of Educational Research*, 95, 109-117.
- W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980-2013. *International Journal of Epidemiology*, 43, 476-493.
- Svendsen, J. L., Schanche, E., Osnes, B., Vøllestad, J., Visted, E., Dundas, I., & Sørensen, L. (2020). Is dispositional self-compassion associated with psychophysiological flexibility beyond mindfulness? An exploratory pilot study. *Frontiers in Psychology*, 11, 614.
- Swart, M., Kortekaas, R., & Aleman, A. (2009). Dealing with feelings: Characterization of trait alexithymia on emotion regulation strategies and cognitive-emotional processing. *PLoS One*, 4(6), 1-7.
- Tarkhan, M., Vakilian, L., & Khalatbari, J. (2020). Predicting alexithymia based on early maladaptive schemas and perfectionism mediating the role of cognitive flexibility in patients with chronic pain. *Thought and*

