journal homepage: www.sjfm.ir

Iranian Journal of Forensic Medicine

Iran J Forensic Med. 2026 Jun;32(1):38-53 Volume 32, Issue 1, Spring 2026 Research Article

A Comparative Study of the Effectiveness of Mentalization-Based Therapy (MBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Enhancing Resilience and Cognitive Flexibility in Adolescents With a History of Suicide Attempt in Shiraz, Iran

Mohammad Ranjbar[1] MA, **Ali Mohammad Rezaei**[1*] PhD, **Akbar Rezaeifard**[2] PhD

[1] Department of Psychology, Ars.C., Islamic Azad University, Arsanjan, Iran

[2] Department of Psychology Education and Counseling, Farhangian University, Tehran, Iran

***Correspondence to:** Ali Mohammad Rezaei, Email: dr.rezaie@iau.ac.ir

ARTICLE INFO

Article history:

Received: May 2, 2026
Accepted: June 8, 2026
Online Published: June 15, 2026

Keywords:
Mentalization-Based Therapy (MBT)
Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
Psychological Resilience
Cognitive Flexibility
Suicidal Behavior

HIGHLIGHTS

1. Mentalization-based therapy and Acceptance and Commitment Therapy are both effective in increasing the resilience and cognitive flexibility of adolescents with a history of suicide attempts.
2. Mentalization-based therapy and Acceptance and Commitment Therapy can be employed as effective approaches to improve mental health and reduce the vulnerability of adolescents with a history of suicide attempts.

ABSTRACT

Introduction: Resilience and cognitive flexibility in adolescents with a history of suicide attempts are considered important challenges in mental health. The present study aimed to compare the effectiveness of Mentalization-Based Therapy (MBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in enhancing resilience and cognitive flexibility among adolescents with a history of suicide attempts in Shiraz, Iran.

Methods: The present study employed a randomized controlled trial with a pretest–posttest, control-group, and two-month follow-up design. The sample consisted of 60 adolescents aged 13–18 years with a history of suicide attempts, who were randomly assigned to three groups of 20 participants each: two experimental groups and one control group. Participants completed the Connor and Davidson (2003) Resilience Scale and the Dennis and Vander Wal (2010) Cognitive Flexibility Inventory at three assessment points. The experimental groups received either Mentalization-Based Therapy (MBT) or Acceptance and Commitment Therapy (ACT) over eight 2-hour sessions, whereas the control group was placed on a waiting list. Data were analyzed using repeated-measures analysis of variance (ANOVA) with SPSS software.

Results: The findings indicated that both Mentalization-Based Therapy and Acceptance and Commitment Therapy were effective in increasing the dimensions of resilience and cognitive flexibility among adolescents with a history of suicide attempts ($P< 0.05$), and there was no statistically significant difference between the effectiveness of the two treatments ($P> 0.05$).

Conclusion: Both Mentalization-Based Therapy and Acceptance and Commitment Therapy are effective and applicable approaches for improving psychological adjustment in high-risk adolescents and may be used as equivalent therapeutic interventions.

How to cite: Ranjbar M, Rezaei AM, Rezaeifard A. A comparative study of the effectiveness of Mentalization-Based Therapy (MBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on enhancing resilience and cognitive flexibility in adolescents with a history of suicide attempt in Shiraz, Iran. Iran J Forensic Med. 2026;32(1):38-53

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-10-18]

Copyright © 2026 The Author(s); Published by Legal Medicine Research Center. 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.

www.sjfm.ir

مجله
پزشکی قانونی ایران

مرکز تحقیقات پزشکی قانونی

دوره ۳۲، شماره ۱، بهار ۱۴۰۵، صفحات ۳۸ تا ۵۳

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی در نوجوانان با سابقه اقدام به خودکشی شهر شیراز

محمد رنجبر[۱] MA، علی‌محمد رضایی[۱*] PhD، اکبر رضایی‌فرد[۲] PhD

[۱] گروه روانشناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران
[۲] گروه آموزش روانشناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران

*نویسنده مسئول: علی‌محمد رضایی، پست الکترونیک: dr.rezaie@iau.ac.ir

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۱۲
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۳/۱۸
انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۳/۲۵

واژگان کلیدی:
درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
تاب‌آوری روان‌شناختی
انعطاف‌پذیری شناختی
رفتار خودکشی

نکات ویژه

۱- درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هر دو در افزایش تاب آوری و انعطاف پذیری شناختی نوجوانان دارای سابقه اقدام به خودکشی مؤثر است.
۲- درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توانند به‌عنوان رویکردهایی مؤثر برای ارتقای سلامت روان و کاهش آسیب پذیری نوجوانان با سابقه اقدام به خودکشی مورد استفاده قرار گیرند.

چکیده

مقدمه: تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی در نوجوانان، با سابقه اقدام به خودکشی، از چالش‌های سلامت روان محسوب می‌شوند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی در نوجوانان با سابقه اقدام به خودکشی شهر شیراز انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک کارآزمایی کنترل‌شده تصادفی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، گروه کنترل و پیگیری دوماهه بود. حجم نمونه ۶۰ نفر از نوجوانان دارای سابقه اقدام به خودکشی (۱۳ تا ۱۸ ساله) بودند که به صورت تصادفی در سه گروه ۲۰ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) گمارده شدند. نمونه‌های پژوهش در سه مرحله به پرسش‌نامه‌های تاب‌آوری کونور و دیودسون (۲۰۰۳)، انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و وندر وال (۲۰۱۰) پاسخ دادند. گروه‌های آزمایش درمان‌های مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را طی ۸ جلسه ۲ ساعته دریافت کردند، در حالی‌که گروه کنترل در فهرست انتظار قرار داشت. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد هر دو درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش ابعاد تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی در نوجوانان با سابقه اقدام به خودکشی اثربخش هستند ($P<۰/۰۵$) و بین اثربخشی دو درمان تفاوت معناداری وجود ندارد ($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: هر دو درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و پذیرش و تعهد از رویکردهای مؤثر و قابل استفاده برای بهبود سازگاری روان‌شناختی در نوجوانان پرخطر هستند و می‌توانند به‌عنوان گزینه‌های درمانی هم‌ارز به کار گرفته شوند.

مقدمه

نوجوانی دوره‌ای بحرانی از رشد انسان است که با تغییرات زیستی، شناختی و اجتماعی همراه بوده و با چالش‌هایی مانند هویت‌یابی، استقلال‌طلبی و فشارهای تحصیلی و اجتماعی مشخص می‌شود. این تغییرات همراه با نوسانات هیجانی نوجوانی می‌تواند زمینه‌ساز مشکلاتی مانند اضطراب، روان‌پریشی و در موارد شدیدتر افکار یا تمایلات خودکشی شود [۱]. مطالعات نشان می‌دهد نوجوانان از جمله گروه های جمعیتی هستند که نرخ‌های مشاهده‌شده خودکشی در میان آنها طی همه‌گیری از میزان مورد انتظار فراتر رفته [۲] و این روند همچنان رو به افزایش است. با این حال، سازوکارهای پیشگیری مناسب به‌منظور جلوگیری از خطر خودکشی و عوامل محافظتی در برابر آن، همچنان به‌خوبی شناخته نشده‌اند [۳،۴].

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی [۵]، خودکشی

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-10-18]

در میان افراد ۱۵ تا ۲۴ ساله، دومین علت مرگ‌ومیر به‌شمار می‌رود، به گونه‌ای که هر ۴۰ ثانیه یک مرگ ناشی از خودکشی رخ می‌دهد. اگرچه در برخی کشورها مانند چین کاهش یافته است، اما وضعیت درگروه‌های سنی نوجوان همچنان نگران‌کننده است و بین سال‌های ۲۰۱۷ تا ۲۰۲۱ نیز روند افزایشی مشاهده شده است [۶]. همچنین بر اساس گزارش میری و همکاران [۷]، در ایران شیوع اقدام به خودکشی در نوجوانان بین ۶/۳ تا ۸ درصد گزارش شده است. از این رو، خودکشی صرفا یک آسیب فردی نیست، بلکه یک بحران جدی سلامت عمومی و یک مسئله آسیب اجتماعی گسترده محسوب می‌شود [۸].

در میان عوامل روان‌شناختی، یکی از عوامل محافظتی مهم در برابر افکار و رفتارهای خودکشی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مطرح شده است [۱۰، ۹]. انعطاف‌پذیری شناختی به توانایی فرد در تغییر سریع و کارآمد الگوهای فکری و راهبردهای شناختی اشاره دارد که امکان بازتنظیم نگرش‌ها و پردازش اطلاعات جدید در مواجهه با شرایط و چالش‌های جدید را فراهم می‌کند. این مهارت به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی عملکردهای اجرایی شناختی، نقش مهمی در فرآیندهای حل مسئله، تصمیم‌گیری، انطباق با محیط و مدیریت هیجان دارد [۱۱]. همچنین، به‌عنوان زیربنای تنظیم شناختی، رفتاری و هیجانی در شرایط تنش‌زا شناخته می‌شود که با ارتقای بهزیستی، پاسخ‌دهی انعطاف‌پذیر به محرک‌های درونی و بیرونی ممکن می‌سازد [۱۲]. انعطاف‌پذیری شناختی با افزایش توانایی سازگاری با محرک‌های درونی و شرایط محیطی و به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای مؤثر، به تنظیم هیجان و رفتار کمک کرده و احتمال بروز مشکلات هیجانی را کاهش می‌دهد. این ویژگی همچنین با کاهش درماندگی و تحریف‌های شناختی، موجب افزایش تاب‌آوری و بهبود سلامت هیجانی شده که در دوره نوجوانی به‌عنوان عاملی مهم در ارتقای سازگاری اجتماعی قابل تقویت است [۱۳].

یکی دیگر از سازه‌های مهم در حوزه پیشگیری از خودکشی در نوجوانان، تاب‌آوری است. تاب‌آوری نقشی محوری در توانمندسازی افراد برای مدیریت مؤثر استرس و اضطراب دارد [۱۵، ۱۴]. تاب‌آوری به ظرفیت فرد برای سازگاری مثبت با ناملایمات، فشارهای روانی و شرایط چالش‌برانگیز زندگی و نیز حفظ یا ارتقای عملکرد روان‌شناختی در مواجهه با این شرایط اشاره دارد. تاب‌آوری صرفاً یک ویژگی ذاتی و ثابت نیست، بلکه ظرفیتی پویا و قابل تعدیل است که می‌تواند از طریق مداخلات هدفمند و مبتنی بر شواهد علمی تقویت و پرورش یابد. در این راستا، به‌کارگیری راهبردهایی نظیر بازسازی شناختی، آموزش ذهن‌آگاهی، واکسیناسیون در برابر استرس و آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، از جمله روش‌های مؤثر در ارتقای تاب‌آوری و افزایش توانایی سازگاری افراد با شرایط دشوار محسوب می‌شوند [۱۶]. همچنین تاب‌آوری با کاهش معنادار افکار و رفتارهای خودکشی مرتبط است و ارتقای آن در نوجوانان آسیب‌پذیر می‌تواند راهبردی مؤثر در پیشگیری از خودکشی باشد [۱۴-۴].

در چارچوب روان‌شناسی مثبت‌گرا، تاب‌آوری به توانایی سازگاری شناختی، هیجانی و رفتاری در مواجهه با بحران‌ها و بازگشت موفقیت‌آمیز به سطح مطلوب عملکرد روان‌شناختی اشاره دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد دارای سطوح بالاتر تاب‌آوری، در مدیریت استرس‌ها و فشارهای روانی مرتبط با خودکشی عملکرد مؤثرتری داشته و در نتیجه، احتمال گذار از افکار خودکشی به اقدام به خودکشی در آنان کمتر است [۱۷]. از این رو، تاب‌آوری به‌عنوان یک عامل محافظتی مهم در برابر افکار و رفتارهای خودکشی شناخته می‌شود، هرچند پژوهش‌ها در جمعیت‌های درمان‌جو محدود بوده و خلأ پژوهشی در این حوزه وجود دارد [۱۸]. بر این اساس، تمرکز بر درمان‌های مبتنی بر انعطاف‌پذیری تاب‌آورانه به‌عنوان رویکردی مهم و ضروری در پیشگیری و مداخله توصیه می‌شود [۱۶].

خوشبختانه در دو دهه گذشته، روان‌درمانی‌هایی که

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-10-18]

به‌طور خاص برای کاهش افکار و رفتارهای خودکشی‌گرایانه در نوجوانان طراحی شده‌اند، به‌طور چشمگیری گسترش یافته‌اند، اما متاسفانه اجماع روشن و شواهد تجربی کافی برای اثربخشی قطعی آنها وجود ندارد [۱۹]. یکی از رویکردهای درمانی نوین در حوزه سلامت روان نوجوانان، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی است. این رویکرد بر تقویت توانایی فرد در درک و تفسیر حالات ذهنی خود و دیگران تأکید دارد و می‌تواند به ارتقای ظرفیت‌های روان‌شناختی، از جمله تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی، منجر شود [۲۰]. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در سال‌های اخیر به‌عنوان یکی از مداخلات امیدبخش برای کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان و افکار خودکشی مورد توجه قرار گرفته و پژوهش‌ها نیز اثربخشی آن را در کاهش این رفتارها در نوجوانان تأیید کرده‌اند. با این حال، اگرچه برخی مطالعات از اثربخشی آن حمایت کرده‌اند، نتایج فراتحلیل‌های اخیر همچنان ناهمسو و نیازمند بررسی‌های بیشتر است [۲۱].

یکی دیگر از تکنیک‌های روان‌درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که با بهره‌گیری از فنونی مانند ذهن‌آگاهی، مشاهده خود به‌عنوان زمینه، گسلش‌شناختی، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه، می‌تواند به‌عنوان یک رویکرد درمانی کارآمد مورد استفاده قرار گیرد [۲۲]. راهبردهای پذیرش و تعهد در ابعاد مختلف زندگی اهمیت داشته و در سازگاری با رویدادها و شرایط تنیدگی‌زا و تغییرات زندگی مؤثر هستند [۲۳]. مداخله مبتنی بر پذیرش از طریق تعدیل مؤلفه‌های منفی روان‌شناختی و ارتقای تاب‌آوری، نقشی کلیدی در بهبود وضعیت نوجوانان دارای افکار خودکشی ایفا کرده است. پایداری این تغییرات در بازه‌های زمانی طولانی‌تر، بر اثربخشی ساختاری این رویکرد صحه می‌گذارد [۲۴].

بنابراین، «نوجوانی» دوره‌ای حساس و بحرانی با تغییرات زیستی، شناختی و هیجانی است که با افزایش آسیب‌پذیری روان‌شناختی مانند تکانش‌گری و افکار خودکشی همراه بوده و در سال‌های اخیر روندی نگران‌کننده داشته است. با وجود تأکید پژوهش‌ها بر نقش عوامل محافظتی مانند تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی، همچنان خلأهایی از جمله محدودیت مطالعات مداخله‌ای در نوجوانان دارای سابقه اقدام به خودکشی، کمبود شواهد مقایسه‌ای بین درمان‌های ذهنی‌سازی و پذیرش و تعهد و نبود داده‌های پیگیری‌محور وجود دارد. امید است با انجام این پژوهش قدمی در مسیر بهبود مداخلات درمانی، به‌ویژه در حوزه پزشکی قانونی و پیشگیری از رفتارهای پرخطر برداشته شود. به همین دلیل پژوهشگر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تکانش‌گری، افکار خودکشی و افزایش تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی در نوجوانان با سابقه اقدام به خودکشی تفاوت معنادار وجود دارد؟

روش بررسی

پژوهش حاضر یک کارآزمایی کنترل‌شده تصادفی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، گروه کنترل و پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی نوجوانان دارای سابقه اقدام به خودکشی است که در بازه سنی ۱۳ تا ۱۸ سال قرار دارند و به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی، بیمارستان‌ها و مراکز درمانی مرتبط با سلامت روان شهرستان شیراز در سال ۱۴۰۴-۱۴۰۵ مراجعه کردند. حجم نمونه، با استفاده از نرم افزار G-Power ۶۰ نفر تخمین زده شد. با توجه به ملاک‌های ورود و خروج، ۶۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس به‌عنوان نمونه انتخاب شدند که در سه گروه ۲۰ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) گمارده شد. قابل ذکر است توالی تخصیص بر اساس جدول اعداد تصادفی تهیه و پس از تکمیل ارزیابی اولیه هر شرکت‌کننده اعمال شد. در جدول ۱ مدل اجرایی پژوهش نشان داده شده است.

معیار ورود این پژوهش شامل: نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ ساله ساکن شیراز با سابقه حداقل یک بار اقدام به خودکشی،

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-10-18]

برخوردار از توانایی شناختی و کلامی کافی، صلاحیت بالینی برای شرکت در درمان، ثبات نسبی دارویی، دریافت نکردن همزمان روان‌درمانی ساختاریافته دیگر و رضایت آگاهانه خود و والدین بود. همچنین معیار خروج افراد از مطالعه شامل: بروز خطر فوری خودکشی، اختلالات شدید روان‌پزشکی یا مصرف مواد، ناتوانی شناختی، بیماری جسمی مانع حضور، تغییر اساسی در درمان دارویی، غیبت بیش از دو جلسه، تکمیل نکردن ابزارهای پژوهش، انصراف شرکت‌کننده یا والدین و یا هر وضعیت جدیدی که ادامه حضور را از نظر درمانی یا اخلاقی نامناسب سازد، می‌شد. به‌منظور اطمینان از اجرای یکسان مداخلات در گروه‌های آزمایش، جلسات درمانی بر اساس پروتکل‌های استاندارد و برنامه از پیش تدوین‌شده اجرا شد. برای ارزیابی وفاداری به پروتکل درمانی، چک‌لیستی مشتمل بر مؤلفه‌های اصلی هر جلسه تهیه شد و به‌صورت تصادفی، توسط ارزیاب مستقل بررسی شد. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پیش از آغاز پژوهش، اهداف، مراحل اجرا، نحوه گردآوری اطلاعات، محرمانه‌بودن داده‌ها و حق انصراف از مطالعه برای نوجوانان و والدین یا سرپرستان قانونی آنان تشریح شد و رضایت‌نامه آگاهانه کتبی اخذ شد. مشارکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه بود و شرکت‌کنندگان می‌توانستند در هر مرحله، بدون مواجهه با پیامد منفی، از ادامه همکاری انصراف دهند. اطلاعات شرکت‌کنندگان با استفاده از کدهای اختصاصی ثبت و بدون درج مشخصات هویتی تحلیل شد. همچنین، داده‌ها صرفاً برای اهداف پژوهشی به کار رفتند و اصول رازداری و محرمانگی رعایت شد. محل و زمان برگزاری جلسات نیز با هماهنگی شرکت‌کنندگان و خانواده‌های آنان تعیین شد تا امکان حضور منظم آنان فراهم شود. پس از اجرای مداخلات برای گروه‌های آزمایش، ابزارهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون و دو ماه پس از پایان مداخله، در مرحله پیگیری، برای هر سه گروه اجرا شد. داده‌های گردآوری‌شده پس از کدگذاری و ورود به نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶، با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند.

ابزار اندازه‌گیری داده‌ها

پرسش‌نامه استاندارد مقیاس تاب‌آوری کونور و دیودسون (۲۰۰۳): این پرسش‌نامه را کونور و دیویدسون [۲۵] با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱- ۱۹۷۹ حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. پرسش‌نامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. مولفه‌های این آزمون دارای ۵ عامل: تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر وروابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است. عبارات مربوط به هر زیرمقیاس: زیرمقیاس تصور از شایستگی فردی: ۲۵- ۲۴- ۲۳- ۱۷- ۱۶- ۱۲- ۱۱- ۱۰؛ زیرمقیاس اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی: ۲۰- ۱۹- ۱۸- ۱۵- ۱۴- ۷- ۶؛ زیرمقیاس پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن: ۸- ۵- ۴- ۲- ۱؛ زیرمقیاس کنترل: ۲۲- ۲۱- ۱۳؛ زیرمقیاس تأثیرات معنوی: ۹- ۳ است. یو و ژانگ (۲۰۰۷) در مطالعه‌ای با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، روایی همگرای آن را با مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده بررسی کردند که ضریب همبستگی r=۰/۴۴ به دست آمد. همچنین، پایایی ابزار از طریق همسانی درونی و با استفاده از ضریب آلفای

▼ جدول ۱- مدل اجرایی پژوهش

ردیف	گروه‌ها	گمارش تصادفی	پیش‌آزمون	متغیر مستقل	پس‌آزمون	پیگیری	تعداد نمونه (N)
۱	آزمایش ۱	R	T1	X1	T2	T3	۲۰
۲	آزمایش ۲	R	T1	X2	T2	T3	۲۰
۳	کنترل	R	T1	-	T2	T3	۲۰

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-10-18]

کرونباخ α=۰/۸۹ گزارش شد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب این مقیاس است. همچنین در پژوهش زمانپور و همکاران [۲۶]. پایایی این پرسش‌نامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به‌دست آمد. پایایی این ابزار نیز با آلفای کرونباخ سنجیده شد که مقدار ۰/۷۷ به دست آمد و بیانگر پایایی مطلوب ابزار بود.

پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و وندر وال (۲۰۱۰): پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی توسط دنیس و واندروال [۲۷] ساخته شده است. این پرسش‌نامه مشتمل بر ۲۰ سوال است که برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی ـ رفتاری به کار میرود. در ایران و در پژوهش سلطانی و همکاران [۲۸] سه زیر مقیاس برای این پرسش‌نامه به‌دست آمده که عبارتند از جایگزینها، کنترل، و جایگزینهایی برای رفتارهای انسانی. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه دارای مقیاس ۷ درجهای لیکرتی (کاملاً مخالف: ۱؛ کاملاً مخالف: ۲؛ کاملاً مخالف: ۱؛ کاملاً مخالف: ۱؛ مخالفم: ۲؛ تاحدی مخالفم: ۳؛ نه موافق و نه مخالفم:۴؛ تاحدی موافقم: ۵؛ موافقم: ۶ و کاملاً موافقم: ۷) است. سوالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۷، به طور معکوس نمرهگذاری میشود. مولفه‌ها این پرسش‌نامه دارای سه خرده مقیاس (۱. جایگزینها: ۱۹، ۱۲، ۵، ۱۴، ۲۰، ۱۳، ۳، ۶، ۱۸، ۱۶؛ ۲. کنترل: ۱۱، ۷، ۱۷، ۲، ۴، ۹، ۱۵، ۱ و جایگزینهایی برای رفتارهای انسانی: ۱۰، ۸) است. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه از طریق جمع نمرات تمام سوالات، نمره کل آزمون انعطاف‌پذیری شناختی را به دست میدهد. همچنین، جمع نمره سوالات مختص هر سه زیرمقیاس نیز نمره آن زیرمقیاس را نشان میدهد. بالاترین نمرهای که فرد در این پرسش‌نامه میتواند اخذ کند ۱۴۰ و پایینترین نمره ۲۰ است. نمره بالاتر نشاندهنده انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر و نمره پایین و نزدیک به ۲۰ نشاندهنده انعطاف‌پذیری شناختی پایین است. روایی و پایایی در پژوهش دنیس و واندروال [۲۷]. اعتبار همزمان این پرسش‌نامه را با پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI-II) برابر ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن را با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ به‌دست آوردند. در ایران سلطانی و همکاران [۲۸] ضریب بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ گزارش کردند. همچنین در پژوهش ارجمندکیا و مجیدی [۲۹]. ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷۸ به دست آمد. پایایی این ابزار نیز با آلفای کرونباخ سنجیده شد که مقدار ۰/۸۹ به دست آمد و بیانگر پایایی مطلوب ابزار بود.

▼ جدول ۲- درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی

جلسات	شرح
اول	بیان اهداف جلسه، مروری بر ساختار و اهداف جلسات و قوانین اصلی. بیان ابعاد و مزایای ذهنی‌سازی با تأکید بر نقش آن در افزایش تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی
دوم	شاخص‌های ذهنی‌سازی ضعیف و خوب، مشکلات در ذهن‌خوانی خود و دیگران، حساسیت بین‌فردی با تأکید بر نقش آنها در کاهش تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی. شفاف‌سازی تفسیرهای شرکت‌کنندگان از سوی رهبر گروه. ارائه تکلیف خانگی
سوم	شناسایی هیجانات اصلی و فرعی، هیجانات اولیه و ثانویه، توصیف انواع هیجانات و تفاوت‌های فردی در ابراز هیجانات با تأکید بر نقش آگاهی هیجانی در افزایش تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی. ارائه تکلیف خانگی
چهارم	مروری بر بحث جلسه قبل و بررسی تکالیف. بیان اهداف جلسه (چگونگی برخورد با هیجانات و احساسات، تفسیر علامت‌های هیجانی درونی در خود و حالات هیجانی در دیگران، خودتنظیمی احساسات و نقش دیگران در تنظیم هیجان، مدیریت احساسات ناخوشایند). ارائه تکنیک آرام‌سازی با تأکید بر تقویت تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی
پنجم	مرور مطالب جلسه قبل و بررسی تکالیف. بیان مشخصات و اهداف اختصاصی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی. آموزش و تمرین ذهنی‌سازی در گروه با هدف ارتقای تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی. ارائه تکلیف خانگی
ششم	مروری بر بحث جلسه قبل و بررسی تکالیف. اهمیت ایجاد ارتباط با دیگران و فعالیت گروهی با تأکید بر نقش حمایت اجتماعی در افزایش تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی. ارائه آموزش درمورد دوره و درمان افسردگی بر اساس ذهنی‌سازی. ارائه تکلیف خانگی
هفتم	بررسی تکالیف. پرسش از اعضای گروه درباره مشکلات قابل طرح در گروه. تأیید و شفاف‌سازی مباحث مطرح‌شده توسط درمانگر با تمرکز بر تقویت تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی
هشتم	کاوش مشکلات و درصورت لزوم به چالش کشیدن آنها. شناسایی عاطفی و تمرکز عاطفی بر مباحث مطرح‌شده در گروه با هدف افزایش تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی. ارائه تکلیف خانگی
نهم	آموزش ذهنی‌سازی برای تسهیل اعتماد معرفتی. ذهنی‌سازی ارتباط با توجه به ردیاب‌های انتقال با تأکید بر نقش آن در انعطاف‌پذیری شناختی و تاب‌آوری
دهم	آماده‌سازی برای پایان دادن به درمان. تمرکز بر احساسات فقدان در فرآیند خاتمه درمان. جمع‌بندی و پایان درمان با تأکید بر تثبیت تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-10-18]

خلاصه جلسات مداخله درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برگرفته از پروتکل مالبرگ (۲۰۲۱)

این مداخله طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دوبار در هفته) اجرا شد. صلاحیت علمی پژوهشگر برای اجرای مداخله، از طریق شرکت در دوره‌های آموزشی تخصصی و تایید اساتید ناظر احراز شده است (جدول ۲). همچنین، پژوهشگر دارای پروانه صلاحیت حرفه‌ای به شماره ۲۰۱۷۵ از سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره بوده که پشتوانه قانونی اجرای جلسات درمانی است.

پروتکل مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد

این مداخله طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و در قالب جلسات دو بار در هفته اجرا شد. با توجه به حساسیت‌های بالینی، پژوهشگر پیش از اجرا، تأییدیه علمی اساتید راهنما و مشاور را دریافت کرده و با اتکا به پروانه صلاحیت حرفه‌ای از سازمان نظام روان‌شناسی، مسئولیت قانونی اجرای درمان را برعهده داشت. به‌منظور رعایت اصول اخلاق در پژوهش، از طرح «گروه گواه در لیست انتظار» استفاده شد تا پس از اتمام دوره پژوهش، خدمات درمانی معادل به اعضای گروه کنترل نیز ارائه شود (جدول ۳).

مداخله مبتنی بر ذهنی‌سازی در ۱۰ جلسه ساختارمند، با هدف افزایش آگاهی ذهنی، تقویت تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی اجرا شد. جلسات بر شناسایی ذهنی‌سازی ناکارآمد، تنظیم هیجان، درک حالات ذهنی و نیت‌ها، اصلاح برداشت‌های بین‌فردی، تقویت ارتباطات و تثبیت مهارت‌های آموخته‌شده تمرکز داشتند.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، بر روی آزمودنی‌ها مداخله انجام شد که در مجموع ۶۰ نفر در مطالعه شرکت داشتند. به‌طور تصادفی، ۲۰ نفر در گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، ۲۰ نفر در درمان مبتنی بر پذیرش و ۲۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند.

بر اساس جدول ۴ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها، در هر سه گروه آزمایش و کنترل، توزیع سنی نشان می‌دهد که بیشترین فراوانی مربوط به بازه سنی ۱۷–۱۸ سال است (در آزمایش۱: ۴۵ درصد، آزمایش۲: ۴۵ درصد و گروه کنترل: ۵۰ درصد) و پس از آن گروه ۱۵–۱۶ سال قرار دارد. در بازه سنی ۱۳–۱۴ سال نیز کمترین درصد مشاهده می‌شود. از نظر جنسیت، توزیع در هر سه گروه کاملاً برابر بوده و نیمی از شرکت‌کنندگان دختر و نیمی پسر هستند (۵۰

جدول ۳- موضوعات جلسات آموزش پذیرش و تعهد (۲۰۰۴)

جلسات	شرح
اول	برقراری رابطه درمانی، بستن قرارداد و آموزش مفاهیم اولیه روانی
دوم	ارزیابی تجربیات، سنجش کارآمدی رفتاری و ایجاد ناامیدی خلاقانه برای کاهش کنترل بر هیجانات
سوم	بررسی مشکل کنترل‌گری، معرفی مفهوم «تمایل» و آموزش درگیر شدن با اعمال هدفمند
چهارم	آموزش تکنیک‌های گسلش‌شناختی جهت کاهش ائتلاف با افکار و عواطف منفی.
پنجم	تقویت انعطاف‌پذیری شناختی از طریق آموزش «خود به مثابه زمینه» و ایجاد جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار
ششم	کاربرد تکنیک‌های ذهنی و الگو سازی خروج از ذهن جهت مدیریت فرآیندهای درونی
هفتم	شناسایی ارزش‌های حیاتی زندگی و تمرکز بر ارزش‌ها به جای تمرکز بر نتایج (بهبود تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی)
هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد، و تعیین الگوهای عملی متناسب با ارزش‌ها برای تثبیت تغییرات

جدول ۴- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش‌ها و کنترل

متغیرها		آزمایش۱	آزمایش۲	گروه کنترل
		فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
سن	۱۳-۱۴	۳(۱۵)	۵(۲۵)	۴(۲۰)
	۱۵-۱۶	۸(۴۰)	۶(۳۰)	۶(۳۰)
	۱۷-۱۸	۹(۴۵)	۹(۴۵)	۱۰(۵۰)
جنس	دختر	۱۰(۵۰)	۱۰(۵۰)	۱۰(۵۰)
	پسر	۱۰(۵۰)	۱۰(۵۰)	۱۰(۵۰)
پایه تحصیلی	متوسطه اول	۶(۳۰)	۷(۳۵)	۶(۳۰)
	متوسطه دوم	۱۴(۷۰)	۱۱(۵۵)	۱۰(۵۰)
سابقه خود زنی	ترک تحصیل	۰(۰)	۲(۱۰)	۴(۲۰)
	متوسطه اول	۶(۳۰)	۹(۴۵)	۸(۴۰)
	متوسطه دوم	۱۴(۷۰)	۱۱(۵۵)	۱۲(۶۰)

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-10-18]

درصد در برابر ۵۰ درصد). در زمینه پایه تحصیلی، در هر دو گروه آزمایش و کنترل، اکثریت آزمودنی‌ها در مقطع متوسطه دوم قرار دارند، اگرچه این درصد در آزمایش۱ (۷۰ درصد) بیشتر از سایر گروه‌هاست، در حالی که در گروه کنترل میزان ترک تحصیل نیز نسبت به گروه‌های آزمایش بالاتر گزارش شده است. همچنین در متغیر سابقه خودزنی، در هر سه گروه، سهم دانش‌آموزان متوسطه دوم بیشتر از متوسطه اول است و در گروه کنترل این تفاوت اندکی بیشتر به چشم می‌خورد. در مجموع، الگوی توزیع متغیرهای جمعیت‌شناختی در گروه‌ها نسبتاً مشابه بوده و تفاوت چشمگیری میان گروه‌ها مشاهده نمی‌شود. در جدول ۵ میانگین و انحراف معیار متغیرهای تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌های آزمایش و کنترل آورده شده است.

بر اساس جدول ارائه‌شده، میانگین و انحراف معیار متغیرهای تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی در سه گروه آزمایش۱، آزمایش۲ و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است. در هر دو متغیر، الگوی تغییرات در گروه‌های آزمایش نشان‌دهنده افزایش قابل توجه نمرات از پیش‌آزمون به پس‌آزمون است، به‌گونه‌ای که این روند افزایشی در مرحله پیگیری نیز تا حد زیادی تداوم یافته و نسبت به پیش‌آزمون در سطح بالاتری باقی مانده است. در مقابل، در گروه کنترل تغییرات اندک

▼ جدول ۵- میانگین و انحراف معیار متغیرهای تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
تاب‌آوری	آزمایش۱	۵۵/۰۸ (۱۲/۰۲)	۶۲/۰۹ (۱۳/۵۸)	۶۱/۰۳ (۱۲/۹۹)
	آزمایش۲	۵۶/۰۶ (۱۰/۳۲)	۶۳/۰۱ (۱۱/۰۱)	۶۳/۰۳ (۱۰/۹۹)
	کنترل	۵۶/۳۴ (۱۰/۶۹)	۵۷/۶۵ (۱۱/۳۱)	۵۶/۶۵ (۱۰/۶۶)
انعطاف‌پذیری شناختی	آزمایش۱	۶۳/۰۲ (۱۲/۰۳)	۷۰/۶۱ (۱۳/۶۴)	۷۱/۸۲ (۱۲/۹۹)
	آزمایش۲	۶۰/۹۱ (۱۱/۹۹)	۶۷/۳۱ (۱۱/۰۱)	۶۷/۳۰ (۱۰/۸۹)
	کنترل	۶۵/۲۱ (۱۰/۸۸)	۶۶/۳۱ (۱۱/۶۹)	۶۴/۶۰ (۱۱/۶۵)

و غیرچشمگیر بوده و میانگین نمرات در هر دو متغیر در سه مرحله اندازه‌گیری تقریباً در یک سطح نسبتاً ثابت قرار دارد. در مجموع، یافته‌های توصیفی حاکی از آن است که مداخلات انجام‌شده در گروه‌های آزمایش با افزایش تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی همراه بوده، در حالی که در گروه کنترل تغییر معناداری مشاهده نمی‌شود.

به منظور بررسی و پاسخگویی به سؤال پژوهش از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. پیش از انجام تحلیل، به منظور رعایت پیش‌فرض نرمال بودن از آزمون شاپیروویلک استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که نمرات تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی و ابعاد آن در همه گروه‌ها و در هر سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در سطح معناداری ۰/۰۵ از توزیع نرمال پیروی می‌کنند ($P<۰/۰۵$). بنابراین فرض نرمال بودن داده‌ها برای هر دو متغیر تأیید شد. از آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها استفاده شد. با توجه به سطح معنا-داری آماره آزمون لوین برای تاب‌آوری و ابعاد آن (تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی) مفروضه همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($P<۰۵/۰$). همچنین با توجه به سطح معناداری آماره آزمون لوین برای انعطاف‌پذیری شناختی و ابعاد آن (جایگزین‌ها، کنترل و جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی) مفروضه همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($P<۰/۰۵$). بر اساس آزمون امباکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس مشاهده شد سطح معناداری در تمامی آزمون‌های ام باکس برای تمامی متغیرهای تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی بزرگتر از آستانه تعیین شده بزرگتر از ۰/۰۰۱ است، پیش‌فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس با موفقیت تأیید می‌شود. بنابراین، می‌توان با اطمینان اعلام کرد که از این پیش‌فرض آماری تخطی نشده است. براساس نتایج فرض کرویت موچلی با توجه به این‌که میزان معناداری این آزمون برای تاب‌آوری و ابعاد تصور

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-10-18]

شایستگی فردی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن و کنترل و همچنین برای انعطاف‌پذیری شناختی در بعد جایگزین‌ها کوچک‌تر از ۰/۰۵ است، از این مفروضه تخطی شده است، بنابراین برای این بعد از آزمون محافظه‌کارانه‌ای همچون گرین هاوس – گیزر برای تحلیل واریانس آمیخته استفاده می‌شود. در جدول ۶ نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی و بین آزمودنی در آزمون تحلیل واریانس آمیخته در متغیرهای تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی ارائه شده است.

با توجه به رعایت نشدن پیش‌فرض کرویت ماچلی در متغیرهای تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی آزمون محافظه کارانه‌ای گرین هاوس – گیزر برای تحلیل واریانس آمیخته در این متغیرها استفاده شد. نتایج جدول ۶ در بخش اثر درون‌گروهی در این متغیرها در تعامل زمان و تعامل زمان و گروه نشان می‌دهد که بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

جدول ۶- نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی و بین آزمودنی در آزمون تحلیل واریانس آمیخته در متغیرهای تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
تاب‌آوری	اثر زمان	۳۵۴۲/۱۴۷	۱/۶۵۱	۲۱۴۵/۳۲۱	۳۵/۹۸۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲۱	۰/۹۹۹
	تعامل زمان× گروه	۱۹۵۰/۰۱۰	۳/۳۰۲	۵۹۰/۶۵۴	۹/۹۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۴۱	۰/۹۹۸
	خطا (زمان)	۴۱۳۴/۹۸۱	۶۹/۳۳۳	۵۹/۳۲۱				
	اثر گروه	۱۸۲۱/۳۰۱	۲	۹۲۲/۸۷۱	۷/۸۳۲	۰/۰۰۱	۰/۲۰۲	۰/۹۳۸
	خطا	۴۹۳۵/۳۲۱	۴۲	۱۱۷/۳۱۰				
انعطاف‌پذیری شناختی	اثر زمان	۴۷۴۱/۵۱۴	۱/۴۷۴	۳۲۳۸/۶۴۱	۸۱/۳۲۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶۵	۰/۹۹۹
	تعامل زمان× گروه	۳۴۶۳/۳۰۱	۲/۹۴۷	۱۱۷۵/۰۲۱	۲۹/۵۰۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲۱	۰/۹۹۹
	خطا (زمان)	۲۴۵۸/۶۵۱	۶۱/۸۹۲	۳۹/۷۱۹				
	اثر گروه	۶۲۹۱/۱۱۱	۲	۳۱۴۵/۸۳۰	۶/۸۱۷	۰/۰۰۳	۰/۲۴۵	۰/۹۰۱
	خطا	۱۹۳۸۰/۱۰	۴۲	۴۶۱/۴۴۱				

جدول ۷- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به‌منظور مقایسه زوجی گروه‌های پژوهش در تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی

متغیر	مرحله	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
تاب‌آوری	پس‌آزمون	گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۰/۹۲	۴/۳۲۱	۰/۹۹۹
			گروه کنترل	*۴/۴۴	۴/۳۲۱	۰/۰۰۴
		گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه کنترل	*۵/۳۶	۴/۳۲۱	۰/۰۲۳
	پیگیری	گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۲/۰۰	۴/۴۰۹	۰/۹۹۹
			گروه کنترل	*۴/۳۸	۴/۴۰۹	۰/۰۰۳
		گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه کنترل	*۶/۳۸	۴/۴۰۹	۰/۰۲۳
انعطاف‌پذیری شناختی	پس‌آزمون	گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳/۳۰	۴/۵۶۰	۰/۹۹۹
			گروه کنترل	*۴/۳۰	۴/۵۶۰	۰/۰۰۰۱
		گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه کنترل	*۱/۰۰	۴/۵۶۰	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴/۵۲	۴/۸۲۶	۰/۹۹۹
			گروه کنترل	*۷/۲۲	۴/۸۲۶	۰/۰۰۰۱
		گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه کنترل	*۲/۷۰	۴/۸۲۶	۰/۰۰۰۱

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-10-18]

و تعامل زمان و گروه (دوگروه پژوهش) تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۰۱). یعنی تحلیل واریانس انجام شده تفاوت اندازه این متغیرها را در سه زمان نشان داده است. نمرات توان آزمون در اثر درون‌گروهی در همه متغیرها بالاتر از ۰/۹ است که این موضوع نشان‌دهنده توان آزمون مناسب در این متغیرها در اثر درون‌گروهی است. همچنین نتایج جدول ۶- در بخش اثر بین گروهی نشان می‌دهد که در همه متغیرها بین سه گروه (دو گروه درمانی و گروه کنترل) تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۵). در جدول ۷ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی مقایسه زوجی گروه‌های پژوهش در تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی آورده شده است.

نتایج آزمون بونفرونی جدول ۷ نشان می‌دهد که در تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت میانگین معناداری بین گروه‌های درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل وجود دارد (P<۰/۰۵)، ولیکن در این متغیرها تفاوت میانگین معناداری بین دو گروه آموزشی وجود ندارد. در جدول ۸ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین متغیرهای تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی در مراحل پژوهش ذکر شده است.

نتایج آزمون بونفرونی جدول ۸ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی در مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش-آزمون با پیگیری معنادار

▼ جدول ۸- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به‌منظور مقایسه میانگین متغیرهای تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی در مراحل پژوهش

متغیر	مراحل		تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۷/۰۱	۱/۶۷۸	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	-۵/۹۵	۱/۵۹۸	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۰۶	۱/۰۹۲	۰/۹۹۹
انعطاف‌پذیری شناختی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۷/۵۹	۱/۱۵۷	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	-۸/۸	۱/۳۹۸	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۱/۲۱	۰/۷۸۰	۰/۹۹۹

p<۰/۰۵*

است (P<۰/۰۵)، اما تفاوت میانگین این نمرات در مرحله پس‌آزمون با پیگیری معنادار نیست (P<۰/۰۵). با توجه به نتایج جدول‌های ۶-۸ می‌توان بیان کرد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی اثربخش است و اثرات این درمان‌ها در مرحله پیگیری نیز باقی مانده است. همچنین نتایج این جداول نشان می‌دهد که میان اثربخشی این دو درمان‌ها تفاوت معناداری در این متغیرها وجود ندارد.

بحث

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هر دو بر افزایش تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی در نوجوانان با سابقه اقدام به خودکشی تأثیر معنادار دارند. با این حال، بین اثربخشی این دو رویکرد درمانی در افزایش تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی تفاوت معناداری مشاهده نشد و میزان اثربخشی آنها در این دو متغیر تقریباً هم‌سطح بود. همچنین نتایج نشان داد که اثرات هر دو درمان در مرحله پیگیری نیز پایدار باقی مانده است. این یافته‌ها حاکی از آن است که با وجود تفاوت در مبانی نظری و فنون مداخله‌ای، هر دو رویکرد می‌توانند به شکلی مشابه در ارتقای تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی نوجوانان دارای سابقه اقدام به خودکشی مؤثر واقع شوند. نتیجه این پژوهش با یافته‌های مطالعات گذشته که نشان داده‌اند درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی در نوجوانان با سابقه اقدام به خودکشی تأثیر معنادار دارند، همسو است [۱۲، ۱۴، ۳۰-۳۹].

در تبیین این یافته‌ها، در درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی تأکید بر تقویت ظرفیت بازتابی و توانایی درک حالات ذهنی خود و دیگران براساس نظریه فونگی و بتمن است که موجب کاهش آشفتگی هیجانی، بهبود سازمان‌دهی شناختی تجربه‌های بین‌فردی و ارتقای تنظیم هیجان می‌شود.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-10-18]

این فرآیند از طریق افزایش آگاهی ذهنی و بهبود درک بین‌فردی، به افزایش تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی منجر می‌شود و از منظر نوروسایکولوژیک نیز بهبود عملکرد قشر پیش‌پیشانی و شبکه‌های تنظیم شناختی-هیجانی، زمینه بازنگری شناختی و سازگاری رفتاری را تقویت می‌کند [۳۶، ۳۷].

در مقابل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با محوریت افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، کاهش اجتناب تجربه‌ای و اصلاح رابطه فرد با افکار و هیجان‌ها از طریق پذیرش، گسلش شناختی، حضور در لحظه حال و عمل متعهدانه بر اساس ارزش‌ها، موجب شکستن چرخه اجتناب، کاهش نشخوار ذهنی و افزایش سازگاری شناختی می‌شود [۱۲]. از منظر رفتارگرایی نیز این تغییر از طریق توقف تقویت منفی اجتناب و جایگزینی آن با پاسخ‌های سازگارانه‌تر تبیین می‌شود. همچنین از دیدگاه انسان‌گرایانه-وجودی، این درمان با تقویت معنا، ارزش‌ها و جهت‌مندی زندگی از فروپاشی شناختی در بحران‌ها جلوگیری کرده و تاب‌آوری را افزایش می‌دهد [۳۵].

فقدان تفاوت معنادار بین دو درمان نیز به همپوشانی فرآیندهای بنیادین آنها نسبت داده می‌شود. از جمله افزایش آگاهی از تجربه‌های درونی، تنظیم هیجان، کاهش همجوشی شناختی، تقویت ذهن‌آگاهی نسبت به تجربه، افزایش تحمل هیجان‌های منفی، بهبود روابط بین‌فردی و فعال‌سازی معنا و هدفمندی (چه از مسیر ارزش‌ها در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و چه از مسیر انسجام ذهنی در درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی). همچنین بر اساس نظریه عوامل مشترک در روان‌درمانی، عواملی مانند اتحاد درمانی، احساس درک شدن و تجربه حمایت نیز در هر دو رویکرد نقش مهمی در اثربخشی دارند. از این منظر، مسیرهای متفاوت نظری در نهایت به مجموعه‌ای از فرآیندهای مشترک منتهی می‌شوند که پیامد آن افزایش هم‌ارز تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی است. در نهایت، پایداری اثرات در مرحله پیگیری نیز ناشی از درونی‌سازی مهارت‌های آموخته‌شده در هر دو درمان است. در ذهنی‌سازی، مهارت بازتاب‌گری و درک حالات ذهنی به سبک پایدار پردازش شناختی-هیجانی تبدیل می‌شود و در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز مهارت‌هایی مانند پذیرش، گسلش شناختی، حضور در لحظه و اقدام متعهدانه در ساختارشناختی و رفتاری فرد تثبیت می‌شوند. این درونی‌سازی موجب می‌شود نوجوانان در مواجهه با فشارهای روانی به جای واکنش‌های تکانشی یا اجتنابی، از راهبردهای سازگارانه استفاده کرده و از بازگشت رفتارهای پرخطر پیشگیری شود.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که بین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش مؤلفه‌های تاب‌آوری (تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر وروابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی) در نوجوانان با سابقه اقدام به خودکشی تفاوت معناداری‌داری وجود دارد. نتیجه این پژوهش با یافته‌های مطالعات گذشته که نشان داده‌اند درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تاب‌آوری تأثیر معنادار دارند، همسو است [۳۰، ۱۴].

در تبیین مولفه «تصور شایستگی فردی» در هر دو درمان از طریق تقویت خودکارآمدی و بازسازی خودپنداره مثبت رخ می‌دهد. در ذهنی‌سازی از مسیر ارتقای ظرفیت بازتابی و فهم هیجانات، و در پذیرش و تعهد از طریق پذیرش تجربه‌های درونی و حرکت ارزش‌محور، این فرآیندها موجب تقویت احساس توانمندی و سازگاری با چالش‌ها می‌شوند [۱۴]. در «اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی»، ذهنی‌سازی با تبدیل هیجان‌های شدید به حالات ذهنی قابل فهم و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با پذیرش و گسلش شناختی، اجتناب هیجانی را کاهش داده و ظرفیت تحمل هیجانات منفی و اتکا به قضاوت درونی را افزایش می‌دهند. این امر با دیدگاه‌های روان‌پویشی و درمان شناختی-رفتاری

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-10-18]

درباره تنظیم هیجان و کاهش اجتناب همسو است [۳۰]. در «روابط ایمن و پذیرش مثبت تغییر»، ذهنی‌سازی با بهبود درک ذهن دیگران و تقویت دلبستگی ایمن، کیفیت روابط بین‌فردی را ارتقا می‌دهد، در حالی‌که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با بازتعریف تغییر در چارچوب ارزش‌ها، پذیرش فعال تغییر را ممکن می‌سازد. این دو مسیر در نهایت به افزایش حمایت اجتماعی و سازگاری با تغییر منجر می‌شوند [۳۰]. در مؤلفه «کنترل»، هر دو درمان از طریق افزایش خودآگاهی و خودتنظیمی عمل می‌کنند. در ذهنی‌سازی با افزایش توان مشاهده و تنظیم حالات ذهنی، و در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تقویت «خود مشاهده‌گر» و کاهش سلطه افکار، احساس کنترل درونی و مدیریت تکانه‌ها افزایش می‌یابد. در «بعد معنوی»، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق شفاف‌سازی ارزش‌ها و ذهنی‌سازی از طریق انسجام روایی و درک تجربه زندگی، معنا و جهت‌مندی را تقویت می‌کنند؛ امری که بر اساس دیدگاه فرانکل از عوامل کلیدی محافظت در برابر رفتار خودکشی است. [۳۲،۱۴].

نبود تفاوت معنادار میان دو درمان به همپوشانی سازوکارهای بنیادی آنها نسبت داده می‌شود. از جمله افزایش آگاهی هیجانی، کاهش اجتناب تجربه‌ای، تقویت تنظیم هیجان، ایجاد پیوندهای ایمن، افزایش معنا و تقویت ایگو. بنابراین با وجود تفاوت نظری (رابطه‌محور بودن ذهنی‌سازی و ارزش‌محور بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)، هر دو در سطح فرآیندی به نتایج مشابهی در افزایش تاب‌آوری منجر شده‌اند. پایداری اثرات نیز ناشی از درونی‌سازی مهارت‌هاست، به‌طوری‌که مهارت‌های بازتابی در ذهنی‌سازی و مهارت‌های پذیرش، گسلش شناختی و عمل متعهدانه در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به ساختارهای پایدار شناختی–رفتاری تبدیل شده و در موقعیت‌های واقعی به‌صورت خودکار به کار می‌روند. این امر موجب حفظ تاب‌آوری و جلوگیری از بازگشت الگوهای خودآسیب‌گر در دوره پیگیری می‌شود [۳۰،۳۳ ،۳۶].

یافته نهایی پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هر دو به‌طور معناداری موجب افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در مؤلفه‌های «جایگزین‌ها» و «جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی» در نوجوانان دارای سابقه اقدام به خودکشی شده و اثرات آنها در مرحله پیگیری نیز پایدار باقی مانده است. با این حال، بین اثربخشی این دو درمان در این مؤلفه‌ها تفاوت معناداری مشاهده نشد و هر دو رویکرد اثرگذاری نسبتاً مشابهی در بهبود انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش تکانشگری نشان دادند. در مقابل، در مؤلفه «کنترل» با وجود تغییرات میانگین، این تغییرات معنادار نبود و هیچ‌یک از دو درمان اثر قابل توجهی بر آن نداشتند. نتیجه این پژوهش با یافته‌های مطالعات گذشته که نشان داده‌اند درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی تأثیر معنادار دارند، همسو است [۱۲، ۲۱، ۳۵-۳۷، ۳۹].

در تبیین مؤلفه «جایگزین‌ها»، هر دو درمان از مسیرهای متفاوت اما هم‌راستا موجب افزایش توان تولید راه‌حل‌های شناختی شده‌اند. در ذهنی‌سازی، افزایش ظرفیت بازتابی و درک حالات ذهنی خود و دیگران، گذار از تفکر تک‌بعدی به چندبرداشتی را ممکن می‌سازد. در درمان پذیرش و تعهد نیز از طریق گسلش شناختی، پذیرش هیجان و اقدام ارزش‌محور، فضای ذهنی برای شکل‌گیری گزینه‌های رفتاری جدید ایجاد می‌شود. از منظر نوروسایکولوژیک، این تغییرات با بهبود کارکرد شبکه‌های پیش‌پیشانی–سینگولیت و تقویت کارکردهای اجرایی مرتبط است. همچنین بر اساس دیدگاه‌های رفتاری، جایگزینی الگوهای اجتنابی با پاسخ‌های جدید از طریق تغییر نظام تقویتی صورت می‌گیرد و در نهایت شبکه شناختی فرد غنی‌تر می‌شود [۳۶].

در مؤلفه «جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی»، هر دو درمان با افزایش مهارت‌های بین‌فردی و خودتنظیمی، موجب ایجاد الگوهای رفتاری سالم‌تر شده‌اند. در درمان مبتنی بر

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-10-18]

پذیرش و تعهد، این تغییر از طریق پذیرش تجربه‌های درونی، کاهش اجتناب و حرکت ارزش‌محور حاصل می‌شود، در حالی که در ذهنی‌سازی، افزایش درک نیت‌ها و حالات ذهنی دیگران، کاهش سوءتعبیرهای بین‌فردی و بهبود تنظیم هیجان به خلق رفتارهای جایگزین منجر می‌شود. از منظر رفتار درمان شناختی و نظریه یادگیری، این تغییر نتیجه جایگزینی رفتارهای ناسازگار با رفتارهای سازگارانه در اثر تغییر الگوهای تقویتی است. همچنین دیدگاه‌های وجودی و انسان‌گرایانه، نقش معنا، خودپذیری و خودمختاری را در تثبیت رفتارهای جدید برجسته می‌کنند [۳۹]. نبود تفاوت معنادار بین دو درمان در این مؤلفه‌ها به همپوشانی سازوکارهای بنیادین آنها نسبت داده می‌شود، از جمله افزایش آگاهی از تجربه‌های درونی، کاهش همجوشی شناختی، ارتقای تنظیم هیجان، کاهش تکانشگری و تقویت معنا و هدفمندی رفتاری. به بیان دیگر، با وجود تفاوت نظری (رابطه‌محوری در ذهنی‌سازی و ارزش‌محوری در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) هر دو رویکرد به نتایج عملکردی مشابه در سطح انعطاف‌پذیری شناختی رسیده‌اند [۳۱، ۱۲].

در مقابل، مؤلفه «کنترل» در هیچ‌یک از دو درمان به‌طور معنادار تغییر نکرد. این امر از منظر نوروسایکولوژیک به محدودیت عملکرد قشر پیش‌پیشانی و ضعف کارکردهای اجرایی در نوجوانان دارای سابقه اقدام به خودکشی مرتبط است که تحت تأثیر شدت مشکلات هیجانی و فعال‌سازی مزمن سیستم استرس قرار دارد. همچنین از آنجا که هر دو درمان به‌صورت مستقیم بر مهار شناختی تمرکز ندارند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش و ذهنی‌سازی بر درک ذهنی)، انتظار تغییر معنادار در کنترل شناختی محدود است. این تبیین با یافته‌های [۳۷، ۳۶] همسو است.

در مجموع، نتایج نشان می‌دهد که هر دو درمان از مسیرهای متفاوت اما همسو، توانسته‌اند انعطاف‌پذیری شناختی را در ابعاد مرتبط با تولید راه‌حل و رفتارهای جایگزین بهبود بخشند، اما در مؤلفه کنترل به دلیل ماهیت عمیق‌تر کارکردهای اجرایی و محدودیت‌های نوروسایکولوژیک، تغییر معناداری ایجاد نشده است. پایداری اثرات در پیگیری نیز بیانگر درونی‌سازی مهارت‌های آموخته‌شده و تبدیل آنها به الگوهای نسبتاً پایدار شناختی–رفتاری است که نقش مهمی در کاهش تکانشگری و ارتقای سازگاری روانی دارد.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هر دو در افزایش تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی نوجوانان دارای سابقه اقدام به خودکشی مؤثر بوده و آثار آنها در مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است. اگرچه در مؤلفه‌های کلی این دو متغیر تفاوت معناداری میان دو رویکرد مشاهده نشد، هر دو درمان از مسیرهای نظری متفاوت اما با سازوکارهای مشترک، به بهبود تنظیم هیجان، افزایش آگاهی از تجربه‌های درونی و ارتقای سازگاری روان‌شناختی منجر شدند. همچنین هر دو رویکرد در بهبود بیشتر مؤلفه‌های تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی عملکرد مطلوبی داشتند، هرچند در مؤلفه «کنترل» انعطاف‌پذیری شناختی تغییر معناداری مشاهده نشد. در مجموع، یافته‌ها بیانگر آن است که هر دو مداخله می‌توانند به‌عنوان رویکردهایی مؤثر برای ارتقای سلامت روان و کاهش آسیب‌پذیری نوجوانان با سابقه اقدام به خودکشی مورد استفاده قرار گیرند. محدودیت‌های پژوهش حاضر شامل محدود بودن نمونه به حوزه جغرافیایی شیراز و احتمال سوگیری در پاسخ‌دهی به ابزارهای خودگزارشی (به دلیل تابو بودن موضوع خودکشی) است. همچنین، نبود کنترل دقیق متغیرهای محیطی (مانند تعارضات خانوادگی)، نوسانات هیجانی نوجوانان هنگام تکمیل پرسشنامه‌ها، تفکیک نشدن شدت اختلالات همبود و محدودیت زمانی در بررسی ماندگاری افزایش تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی، از دیگر محدودیت‌های این مطالعه محسوب می‌شوند. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با استفاده از روش‌های

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-10-18]

کیفی و ابزارهای چندمنبعی به بررسی پایداری اثرات درمان بر تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی در دوره‌های طولانی‌تر بپردازند و متغیرهای محیطی را کنترل کنند. همچنین، در حوزه کاربردی، ضرورت دارد با تدوین پروتکل‌های آموزشی مبتنی بر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، برگزاری کارگاه‌های مهارت‌آموزی برای والدین و اجرای برنامه‌های غربالگری و تقویت انعطاف‌پذیری شناختی در مدارس، زیرساخت‌های حمایتی و پیشگیرانه برای نوجوانان آسیب‌پذیر تقویت شود.

تشکر و قدردانی: نویسندگان این پژوهش از تمامی مسئولان محترم مراکز مشاوره استان فارس بابت همکاری‌های ارزشمندشان صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنند.

تأییدیه اخلاقی: این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی عمومی نویسنده اول است که با راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم انجام شده است. این پژوهش پیش از اجرا موفق به اخذ تأییدیه اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارسنجان، با کد اخلاق IR.IAU.A.REC.1405.004 شده است. اجرای پروتکل‌های روان‌درمانی توسط نویسنده اول با پشتوانه قانونی از سازمان نظام روانشناسی با پروانه تخصصی صلاحیت حرفه ای به کد ۲۰۱۷۵ بود.

تعارض منافع: نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافعی در رابطه با انجام و انتشار این پژوهش ندارند.

منابع مالی: این پژوهش به‌صورت مستقل انجام شده و هیچ‌گونه حمایت یا تأمین مالی از سوی سازمان، نهاد یا مؤسسه‌ای دریافت نکرده است.

References

1. Morneau-Vaillancourt G, Palaiologou E, Polderman TJ, Eley TC. Research Review: A review of the past decade of family and genomic studies on adolescent mental health. J Child Psychol Psychiatry. 2025;66(6):910-27. doi: 10.1111/jcpp.14099.
2. Bridge JA, Ruch DA, Sheftall AH, Hahm HC, O'Keefe VM, Fontanella CA, et al. Youth suicide during the first year of the COVID-19 pandemic. Pediatrics. 2023;151(3):e2022058375. doi: 10.1542/peds.2022-058375.
3. Thompson A, Ruch D, Bridge JA, Fontanella C, Beauchaine TP. Self-injury and suicidal behaviors in high-risk adolescents: Distal predictors, proximal correlates, and interactive effects of impulsivity and emotion dysregulation. Dev Psychopathol. 2025;37(4):1742-55. doi: 10.1017/S0954579424001342
4. Zarrabian N, Dehghanpour N. A Systematic Review of Psychological and Psychosocial Factors Protective Against Suicidal Ideation and Suicide in the Elderly. Journal of Gerontology. 2025;10(3):23-34 [Persian] doi: 10.22034/JOGE.10.3.23.
5. World Health Organization. Suicide worldwide in 2021: global health estimates. World Health Organization; 2025 May 22.
6. Zhao M, Li L, Rao Z, Schwebel DC, Ning P, Hu G. Suicide mortality by place, gender, and age group—China, 2010–2021. China CDC Weekly. 2023;5(25):559. doi: 10.46234/ccdcw2023.109
7. Miri M, Rezaeian M, Ghasemi S A. A Systematic Review on the prevalence and Causes of Suicide (Thoughts and Actions) In Iranian School and University Students. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences 2022; 21 (5) :551-574 [Persian]
8. Li R, Yue Y, Gu X, Xiong L, Luo M, Li L. Risk prediction models for adolescent suicide: A systematic review and meta-analysis. Psychiatry Res. 2025;347:116405. doi: 10.1016/j.psychres.2025.116405
9. Teismann T, Friedrich S, Margraf J. Positive mental health predicts amelioration of suicidal ideation in patients undergoing cognitive behavioral therapy. Front Psychiatry. 2025;16:1571300. doi: 10.3389/fpsyt.2025.1571300
10. Chung JJ, Heakes M, Kaufman EA. The role of cognitive flexibility in self-injurious thoughts and behaviors: A systematic review. Clin Psychol. 2024;31(1):42. doi: 10.1037/cps0000163
11. Zheng W, Akaliyski P, Ma C, Xu Y. Cognitive flexibility and academic performance: Individual and cross-national patterns among adolescents in 57 countries. Pers Individ Dif. 2024;217:112455. doi: 10.1016/j.paid.2023.112455
12. Mirbagheri AM, Zanjani Z, Omidi A. Investigating the effect of acceptance and commitment therapy on irritability and emotional numbness in children of veterans suffering from war-induced posttraumatic stress disorder. J Mil Med. 2022;24(4):1241-9. [Persian]
13. Santander RJ. Cognitive flexibility and socioemotional competences as a modulating factor of psychopathological symptoms in adolescence. J Affect Disord Rep. 2024;16:100752. doi: 10.1016/j.jadr.2024.100752
14. Tian X, Jiang L, Liu S, He Y, Zheng G, Liu X, et al. The role of resilience in the transition of suicidal indicators among Chinese children and adolescents: a nested case-control study. BMC Psychiatry. 2025;25(1):571. doi: 10.1186/s12888-025-07013-w
15. Li ZS, Hasson F. Resilience, stress, and psychological well-being in nursing students: A systematic review. Nurse Educ Today. 2020;90:104440. doi: 10.1016/j.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-10-18]

nedt.2020.104440
16 Bock L, Westemeyer L, Moschner N, Rana M, Rana M. Resilience Among Healthcare Staff: A Randomized Controlled Trial of a Digital Training Program. J Clin Psychol Med Settings. 2025;32(4):672-81. doi: 10.1007/s10880-025-10085-1
17. Chen YL, Kuo PH. Effects of perceived stress and resilience on suicidal behaviors in early adolescents. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2020;29(6):861-70. doi: 10.1007/s00787-019-01401-w
18. Teismann T, Friedrich S, Margraf J. Positive mental health predicts amelioration of suicidal ideation in patients undergoing cognitive behavioral therapy. Front Psychiatry. 2025;16:1571300. doi: 10.3389/fpsyt.2025.1571300
19. Kothgassner OD, Robinson K, Goreis A, Ougrin D, Plener PL. Does treatment method matter? A meta-analysis of the past 20 years of research on therapeutic interventions for self-harm and suicidal ideation in adolescents. Borderline Pers. Disord Emot Dysregulation. 2020;7(1):9. doi: 10.1186/s40479-020-00123-9
20. Arjami M, Farjami Z, Shakibaeinezhad A, Paeezy L. Formulation the model of self-injurious behaviors based on childhood trauma and alexithymia with the mediating role of mentalization in adolescents. Iran J Psychiatry Nurs. 2024;12(1):50-63. [Persian] doi: 10.22034/IJPN.12.1.50
21. Hajek Gross C, Oehlke SM, Prillinger K, Goreis A, Plener PL, Kothgassner OD. Efficacy of mentalization-based therapy in treating self-harm: A systematic review and meta-analysis. Suicide Life Threat Behav. 2024;54(2):317-37.
22. Abedi M, Naseri A. Effectiveness of acceptance and commitment-based training on cognitive emotion regulation and self-criticism in adolescents of Abadeh city. School and Educational Psychology. 2025;14(1):71-81. [Persian]
23. Safarpour F, Ashouri M. Effect of the Incredible Years program training on behavioral emotion regulation in mothers of children with autism. Quarterly Journal of New Psychological Research. 2024;19(74):178-84. [Persian] doi: 10.22034/JMPR.2024.60170.6038
24. Dehdari A. Effectiveness of compassion-focused acceptance and commitment group therapy on self-critical rumination, interpersonal hopelessness, and distress tolerance in adolescents with suicidal ideation. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal. 2025;14(5):199-208. [Persian]
25. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). Depress Anxiety. 2003;18(2):76-82. doi: 10.1002/da.10113
26. Zamanpour S, Bakhshipour A, Khoshnevisan Z. The effectiveness of group emotion regulation training on self-efficacy and resilience in students. Rooyesh-e Ravanshenasi. 2025;14(5):151-60. [Persian]
27. Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. Cogn Behav Ther. 2010;34(3):241-53. doi: 10.1007/s10608-009-9276-4
28. Soltani E, Shareh H, Bahrainian SA, Farmani A. The mediating role of cognitive flexibility in the correlation of coping styles and resilience with depression. Pajoohande. 2013;18(2):88-96. [Persian]
29. Arjomandkia Z, Majidi A. Predicting desire for divorce based on cognitive flexibility with the mediating role of distress tolerance in women applicants for divorce. Rooyesh-e Ravanshenasi. 2026;15(1):291-300. [Persian]
30. Selak Š, Crnkovič N, Šorgo A, Gabrovec B, Cesar K, Žmavc M. Resilience and social support as protective factors against suicidal ideation among tertiary students during COVID-19: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2024;24(1):1942. doi: 10.1186/s12889-024-19470-1
31. Ainbeigi A, Soleimanian AA, Jajarmi M. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and existential therapy on increasing cognitive flexibility in the elderly. North Khorasan University of Medical Sciences Journal. 2021;13(1):85-92. [Persian]
32. Esmati F, Khanmohammadi A, Dehghan Haddad M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on resilience and flexibility in adolescents with conduct disorder. Journal of Psychological Science. 2025;24(146):123-37. [Persian] doi: 10.52547/JPS.24.146.123
33. abbasi M, bahrami E, emami al agha S, jalalvand L. The Effect of Mentalization-Based Therapy On Psychological Flexibility and Responsibility of Single-Parent Male Students. RBS. 2025;23(3):627-37. [Persian]
34. Mardani Garmdareh M, Ghazanfari A, Ahmadi R, Sharifi T. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological flexibility and perfectionism in female high school students with test anxiety. Mashhad University of Medical Sciences Journal. 2020;63(Special Issue Psychology):62-73. [Persian]
35. Shareh H, Rabati Z. Effectiveness of acceptance and commitment-based group therapy on cognitive flexibility, suicidal thoughts, depression, and hopelessness in soldiers. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2021;27(4):412-27. [Persian]

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-10-18]

36. Zhu Y, Li SM, Liu Y, Niu YY, Chen MS. The associations between cognitive flexibility and suicidal thoughts and behaviors: a systematic review and meta-analysis. Cognitive Ther Res. 2025:49(6):1103-22. doi: 10.1007/s10608-025-10591-4
37. Misitano A, Michelini G, Oppo A. Understanding suicidal ideation through psychological flexibility and inflexibility: A network analysis perspective. J Contextual Behav Sci. 2024;34:100853. doi: 10.1016/j.jcbs.2024.100853
38. El-Sayed MM, Elhay ES, Taha SM, Khedr MA, Mansour FS, El-Ashry AM. Efficacy of acceptance and commitment therapy on impulsivity and suicidality among clients with bipolar disorders: a randomized control trial. BMC Nurs. 2023;22(1):271. doi: 10.1186/s12912-023-01443-1
39. Morrison KL, Smith BM, Ong CW, Lee EB, Friedel JE, Odum A, et al. Effects of acceptance and commitment therapy on impulsive decision-making. Behav Modif. 2020;44(4):600-23. doi: 10.1177/0145445519833041

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-10-18]