



Research Article

## Structural Relationship of Negative Affect, Dysfunctional Attitudes, Negative Automatic Thoughts, and Depressive Symptoms: Mediating Role of Emotion Dysregulation

**Ali Mehrabi** \*: Assistant Professor, department of psychology, faculty of education and psychology, university of Isfahan, Isfahan, Iran.  
[a.mehrabi@edu.ui.ac.ir](mailto:a.mehrabi@edu.ui.ac.ir)

**Parvaneh Mohammadkhani**: Professor, Department of Clinical Psychology, School of behavioral sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.  
[parmohamir@yahoo.com](mailto:parmohamir@yahoo.com)

**Behrooz Dolatshahi**: Associate Professor, Department of Clinical Psychology, School of behavioral sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.  
[dolatshahee@yahoo.com](mailto:dolatshahee@yahoo.com)

**Abbas Pourshahbaz**: Associate Professor, Department of Clinical Psychology, School of behavioral sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.  
[apourshahbaz@yahoo.com](mailto:apourshahbaz@yahoo.com)

**Gholamreza Kheirabadi**: Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.  
[kheirabadi@bsrc.mui.ac.ir](mailto:kheirabadi@bsrc.mui.ac.ir)

### Abstract

Some temperamental vulnerability factors along with cognitive vulnerability variables are essential to understand depression. Recent conceptualizations for depression, have also focused on emotions and their dysregulation, regarding their potential role in the development, exacerbation, or maintenance of emotional disorders. However, theoretical associations between emotion regulation and the cognitive model's constructs have remained unclear. The present study examined the mediating role of emotion dysregulation in the relationship between negative affect, dysfunctional attitudes, and negative automatic thoughts with depressive symptoms. The design was descriptive – correlational and data were analyzed using structural equation modeling (SEM). Population of the current study were some volunteer people who lived in Tehran and Isfahan, in that, 250 of them were selected via convenience sampling following a public announcement. After that, participants responded to Beck depression inventory-II, automatic thoughts questionnaire, cognitive emotion regulation questionnaire, positive and negative affect scale, and dysfunctional attitudes scale. The results of SEM showed that the conceptual model of the research had a good fitness to research data. In addition, all direct and indirect path coefficients were statistically significant. Therefore, the supposed mediating role of emotion dysregulation was approved. According to the results, it can be inferred that emotion dysregulation might be one of the mechanisms through which temperamental and cognitive vulnerability factors lead to depressive symptoms.

**Keywords:** depressive symptoms; dysfunctional attitudes; emotion dysregulation; negative affect; negative automatic thoughts

\* Corresponding author



**Introduction:**

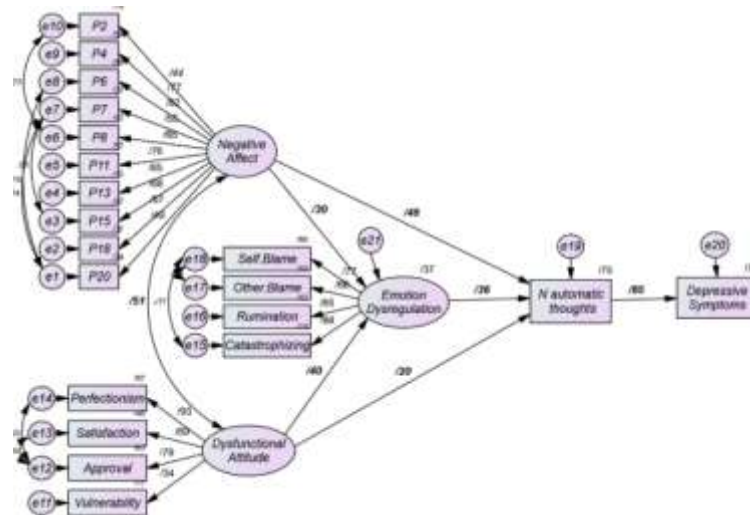
Previous studies indicate that dysfunctional attitudes can lead to depression symptoms both directly (Villalobos, Pacios, & Vázquez, 2021) and indirectly, by activating another level of thinking, called negative automatic thoughts (Beck, 2020; Clark and Beck, 2010). Temperamental factors such as behavioral inhibition and negative affect are among the factors that provide the basis for the creation and continuation of emotional problems (anxiety and depression) (Suveg et al., 2010). Nevertheless, a significant percentage of people with high negative affect do not experience high levels of anxiety symptoms, and ultimately clinical anxiety and depression (Tortella-Feliu, Balle & Sesé, 2010). Therefore, it is thought that some other factors, including different methods of emotion regulation, may have a mediating role in the relationship between negative affect and the occurrence of mood and anxiety symptoms. Investigating the role of emotion regulation in the relationship between cognitive model constructs and depression severity is important for expanding and increasing the effectiveness of the cognitive theory of depression. It can help to identify the mechanisms involved in the occurrence and maintenance of depression. The present study was conducted to investigate the mediating role of emotion dysregulation in the relationship between negative affect, dysfunctional attitudes, and negative automatic thoughts with depressive symptoms.

**Method**

The research design was a descriptive correlation, which was done in the form of structural equation modeling. Among the Normal people of Isfahan and Tehran who volunteered to participate in the research (N = 314); 250 people were selected based on inclusion and exclusion criteria and were assessed by using positive and negative affect Scale (PANAS), dysfunctional attitudes scale (DAS), negative automatic thoughts questionnaire (ATQ-N), cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ) and Beck depression Inventory (BDI-II). Data analysis was done with the structural equation modeling method using Amos23.

**Results**

The results showed that the conceptual model of the study has a good fit and the general structure of the tested relationships is confirmed through the obtained data. Moreover, all direct and indirect coefficients of the research model were confirmed. Since no direct effects of negative affect or dysfunctional attitudes towards depression was investigated, the explained variance of depression was entirely the result of the sum of indirect effects exerted through emotion dysregulation. These results, in addition to confirming the fitness of the mediating model, indicate the mediating role of emotion dysregulation in the path between negative affect and dysfunctional attitudes towards automatic thoughts and depressive symptoms. The results obtained from the structural equation modeling and testing the research conceptual model can be seen in Figure (1).



**Figure 1** Structural equation modeling of depression symptoms based on negative affect and dysfunctional attitudes with the mediating role of emotion dysregulation and negative automatic thoughts in the standard estimation mode

## Discussion

Based on the results of this research, it can be said that emotion dysregulation is a mechanism that can mediate the effect of temperamental and cognitive factors on depressive symptoms. In other words, the effect of negative affect and dysfunctional attitudes in creating and aggravating depression symptoms is applied through emotional dysregulation and negative automatic thoughts. In general, the results of this study have important implications for psychological assessment. One implication is the potential support of trans-diagnostic models. Although a detailed investigation of this issue requires larger studies that cover depression and anxiety disorders simultaneously, it can be said that the results of the present study, along with recent studies conducted by some researchers such as Chaharmahali et al. (2020), can support the trans-diagnostic models of psychopathology in Iranian society. In these models, it is generally assumed that some mediating cognitive and behavioral mechanisms play a role in creating or at least maintaining mental disorders such as depression. Emotion regulation is one of the most important of these processes (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010).

Due to the nature of cross-sectional studies, it is not possible to prove a definite causal relationship between variables in this study, and the present results only raise possibilities about the pattern of such relationships. In addition, the composition of the participants was not the same in terms of gender, in that women constituted a higher percentage of the sample size. This combination can be consistent with other countries of the world, reflecting the difference in the prevalence of depression in men and women. Thus, maintaining this combination in the research increases its external validity. At the same time, this advantage can also be presented as a limitation, which is the reduction of the internal validity of the study; if this gender difference between the two groups is related to other factors not measured in this work, it might have left an unwanted systematic effect on the results. Another limitation of the current study is that the variable of emotion regulation was measured only through a self-report questionnaire, which may not contain accurate results as participants may use less or more emotion regulation strategies than what actually was reported.



## روابط ساختاری عاطفه منفی، نگرش‌های ناکارآمد و افکار اتوماتیک منفی با نشانه‌های افسردگی:

### نقش میانجی بدتنظیمی هیجان

علی محرابی<sup>ID\*</sup>: استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

a.mehrab@edu.ui.ac.ir

پروانه محمدخانی: استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

parmohamir@yahoo.com

بهروز دولتشاهی: دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

dolatshahee@yahoo.com

عباس پورشهباز: دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

apourshahbaz@yahoo.com

غلامرضا خیرآبادی: دانشیار، گروه روانپزشکی و مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

kheirabadi@bsrc.mui.ac.ir

### چکیده

برخی متغیرهای مرتبط با آسیب‌پذیری مزاجی (از قبیل عاطفه‌مندی منفی) و شناختی (مثل نگرش‌های ناکارآمد)، عوامل مهم در ابتلای افراد به اختلال‌های افسردگی شناخته شده‌اند. اخیراً بر نقش بدتنظیمی هیجان نیز در ایجاد، تداوم یا تشدید اختلال‌های هیجانی، از جمله افسردگی تأکید شده است؛ اما جایگاه این سازه در کنار سایر متغیرها و نوع ارتباط آنها با هم، هنوز به‌طور دقیق مشخص نشده است. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی بدتنظیمی هیجان در رابطه بین عاطفه منفی، نگرش‌های ناکارآمد و افکار اتوماتیک منفی با نشانه‌های افسردگی انجام شد. روش پژوهش، توصیفی-همبستگی بود و داده‌ها با روش مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM) تحلیل شد. جامعه آماری پژوهش، افراد عادی داوطلب از شهرهای مرکزی اصفهان و تهران بودند که از میان آنها تعداد ۲۵۰ نفر به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش، پرسشنامه‌های عاطفه مثبت و منفی (PANAS)، نگرش‌های ناکارآمد (DAS)، افکار اتوماتیک منفی (ATQ-N)، تنظیم شناختی هیجان (CERQ) و افسردگی بک (BDI-II) بود. نتایج حاصل از مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان داد که مدل مفهومی پژوهش از برازش مناسبی برخوردار است و همه ضرایب مسیر آن نیز معنادار بود. همچنین، نقش میانجی‌گری بدتنظیمی هیجان در رابطه بین عاطفه منفی و نگرش‌های ناکارآمد با افکار اتوماتیک منفی و در نهایت نشانه‌های افسردگی تأیید شد. با توجه به نتایج پژوهش، می‌توان گفت که بدتنظیمی هیجان یکی از مکانیسم‌های اثر عاطفه منفی و نگرش‌های ناکارآمد بر شدت افکار اتوماتیک منفی و نشانه‌های افسردگی است.

**واژگان کلیدی:** افسردگی، افکار اتوماتیک منفی، تنظیم هیجان، عاطفه منفی، نگرش‌های ناکارآمد

<sup>۱</sup> مقاله حاضر برگرفته از پژوهش پایان نامه دکتری تخصصی نویسنده اول می‌باشد.

\* نویسنده مسئول:



## مقدمه

افسردگی یک مشکل خلقی چندوجهی است که با علائم جسمانی، شناختی، رفتاری و عاطفی مشخص می‌شود. درک بهتر علل افسردگی و مکانیسم‌های دخیل در بروز و حفظ آن، برای پیشرفت دانش سبب‌شناسی و درمان این اختلال ضروری است. پژوهش‌های انجام‌شده در دهه‌های اخیر بر تحلیل عملکرد شناختی در افراد مبتلا به افسردگی متمرکز بوده است و اکنون به‌طور گسترده پذیرفته شده است که افسردگی با مشکلاتی در شناخت و تفکر مشخص می‌شود (Villalobos, Pacios, & Vázquez, 2021). آرون بک، بنیان‌گذار شناخت درمانی، اظهار داشت که چند لایه شناختی در شروع و حفظ افسردگی دخیل هستند (Beck, 1979). این دیدگاه به «فرضیه سه‌گانه شناختی»<sup>۱</sup> معروف شده است که شواهد پژوهشی بسیاری نیز دارد. طبق این دیدگاه، دردسترس‌پذیرترین یا نزدیک‌ترین سطح سیستم پردازش اطلاعات در افسردگی، افکار اتوماتیک منفی<sup>۲</sup> است که درباره خود (مثلاً «من کارهایم را خراب می‌کنم»)، درباره دیگران (مثلاً «اطرافیان من بی‌انصاف هستند») یا درباره دنیا (مثلاً «امیدی به آینده نیست») به ذهن فرد خطور می‌کنند (Clark, Beck, & Alford, 1999). در مدل بک، لایه‌های شناختی عمیق‌تری نیز مطرح شده است که اعتقاد بر این است که هم در آسیب‌پذیری اولیه برای افسردگی و هم در تداوم آن نقش دارند. سطح دوم این سیستم، نگرش‌های ناکارآمد<sup>۳</sup> است که شامل قواعد شرطی یا قوانینی برای زندگی هستند که اغلب سفت‌وسخت و سوگیرانه هستند (مثلاً «من همیشه باید برنده باشم» یا «اگر همه چیز را به‌خوبی انجام ندهم، به‌این‌معنا است که اصلاً خوب نیستم»). طبق مدل شناختی بک، افرادی که در برابر افسردگی آسیب‌پذیر

هستند، نسبت به نقض این قوانین یا نگرش‌ها حساس هستند (مثلاً انتقاد دیگران را زودتر تشخیص می‌دهند)، که باعث فعال‌شدن افکار اتوماتیک منفی نزدیک‌تر و درنهایت تجربه افسردگی می‌شود. شواهد بسیاری نشان می‌دهد که نگرش‌های ناکارآمد به علائم افسردگی منجر می‌شود (Villalobos, Pacios, & Vázquez, 2021). لایه سوم و عمیق‌تر در این سیستم با نام‌های مترادف «باورهای هسته‌ای»<sup>۴</sup>، «باورهای زیربنایی»<sup>۵</sup> و «طرح‌واره‌ها»<sup>۶</sup> شناخته شده‌اند که در برخورد با استرس‌های موقعیتی یا شرایط بحرانی در زندگی، برانگیخته می‌شوند و خود را در قالب نگرش‌های ناکارآمد در نظام تفکر فرد نشان می‌دهند. نگرش‌های ناکارآمد نیز به‌نوبه خود، سطح آشکارتر تفکر، یعنی افکار اتوماتیک منفی را به راه می‌اندازد که در ادامه این زنجیره، بروز نشانه‌های افسردگی را، به‌ویژه در افرادی که دارای آمادگی‌های زیستی‌ژنتیکی یا مزاجی<sup>۷</sup> هستند، به همراه دارد (Beck, 2020; Clark & Beck, 2010).

عوامل مزاجی، مثل بازداری رفتاری<sup>۸</sup> و عاطفه منفی<sup>۹</sup> از جمله دیگر عواملی است که به نظر می‌رسد پایه‌ای برای ایجاد و تداوم مشکلات هیجانی (اضطراب و افسردگی) فراهم می‌کنند (Suveg et al., 2010). عاطفه منفی، یک بعد عام ناراحتی درونی را نشان می‌دهد و حالات خلقی ناخوشایندی مانند غم، خشم، نفرت، بیزاری، گناه، ترس و عصبیت را شامل می‌شود. عاطفه منفی خصیصه‌ای<sup>۱۰</sup>، تقریباً با عامل شخصیتی پایه، یعنی روان‌رنجورخویی<sup>۱۱</sup>، منطبق و یک عامل زمینه‌ساز مشترک قوی برای افسردگی و اضطراب است

<sup>4</sup> core beliefs

<sup>5</sup> underlying beliefs

<sup>6</sup> schema

<sup>7</sup> temperamental

<sup>8</sup> behavioral inhibition

<sup>9</sup> negative affect

<sup>10</sup> trait

<sup>11</sup> neuroticism

<sup>1</sup> cognitive triad hypothesis

<sup>2</sup> negative automatic thoughts

<sup>3</sup> dysfunctional attitudes

تنظیم هیجان انجام شده است ( Joormann & Stanton, 2016; Visted et al., 2018). در واقع، بسیاری از پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند که افرادی که قادر به تنظیم کاهشی حالت‌های عاطفی منفی و حفظ یا تنظیم افزایشی حالات عاطفی مثبت نیستند، آسیب‌پذیرترین افراد برای شروع یا حفظ دوره‌های افسردگی هستند (Liu & Thompson, 2017) و به نظر می‌رسد که تفاوت‌های فردی در استفاده عادی از راهبردهای تنظیم هیجانی خاص، نقش مهمی در وقوع و تداوم افسردگی داشته باشد (Joormann, & Gotlib, 2010; Tortella-Feliu, Balle, & Sesé, 2010).

باتوجه به نقش فرایندهای هیجانی در سبب‌شناسی و درمان اختلالات هیجانی از قبیل افسردگی و علاقه‌فزاینده پژوهشگران و متخصصان به حوزه تنظیم هیجانی و همچنین، کمبود پژوهش‌های مرتبط در این حوزه، ضرورت مطالعه حاضر و بررسی نقش تنظیم هیجان در رابطه بین عاطفه منفی، نگرش‌های ناکارآمد، افکار اتوماتیک منفی و افسردگی در جامعه ایرانی بیش از پیش احساس می‌شود. همچنین، در بیشتر درمان‌های نوین شناختی-رفتاری، مثل رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT)، نوعی از آموزش تنظیم هیجان به‌عنوان یک مؤلفه اصلی در کنار سایر اصول و فنون آن درمان به چشم می‌خورد؛ با این حال، رابطه نظری تنظیم هیجان و سازه‌های مدل شناختی هنوز به‌طور منسجم بررسی نشده است. تعیین نقش تنظیم هیجان در رابطه بین سازه‌های مدل شناختی و شدت افسردگی، برای گسترش و افزایش کارآمدی نظریه شناختی افسردگی نیز اهمیت دارد. در پژوهش حاضر، با در نظر گرفتن مدل‌های شناختی کلاسیک (Beck, 1979) و بسط یافته (Clark & Beck, 2010) و به‌منظور دستیابی به یک مدل مفهومی آزمون‌پذیر،

(Watson & Clark, 1984). همچنین، رابطه برخی سازه‌های مرتبط با عاطفه منفی، مثل روان‌رنجورخویی<sup>۱</sup> و هیجان‌پذیری منفی<sup>۲</sup> نیز با افسردگی تأیید شده است (Watson & Clark, 1984; Paulus et al., 2016). با وجود این، درصد چشمگیری از افراد با عاطفه منفی بالا، سطوح بالای علائم خلقی و اضطرابی و در نهایت اضطراب و افسردگی بالینی را تجربه نمی‌کنند (Tortella-Feliu, Balle, & Sesé, 2010)؛ بنابراین، تصور می‌شود برخی عوامل دیگر، از جمله روش‌های متفاوت تنظیم هیجان، ممکن است نقشی میانجی (واسطه‌ای)<sup>۳</sup> یا تعدیل‌گر<sup>۴</sup> در رابطه بین عاطفه منفی به‌عنوان یک صفت مزاجی و بروز علائم خلقی و اضطرابی بازی کنند. در واقع، از چندین سال قبل نیز نظریه‌پردازانی مثل تیزدل پیشنهاد می‌کردند که افراد مستعد و غیرمستعد به افسردگی، نه از نظر پاسخ اولیه‌شان به یک رویداد منفی، بلکه از لحاظ توانایی‌شان برای اصلاح (بهبود) عاطفه منفی متعاقب آن، با یکدیگر تفاوت دارند (Teasdale, 1988). برای مثال، تور تلافلیو و همکاران با آزمودن یک مدل پیشنهادی، نشان دادند که مسیر عاطفه‌مندی منفی به سمت نشانه‌های افسردگی از «بدتنظیمی هیجان»<sup>۵</sup> عبور می‌کند (Tortella-Feliu, Balle, & Sesé, 2010).

در پژوهش‌های جدید آسیب‌شناسی روانی، تصور می‌شود که مشکلات در هیجان و تنظیم هیجان، نقشی اساسی در ایجاد، تشدید و تداوم اختلال‌های روانی، به‌ویژه اختلال‌های هیجانی (اضطراب و افسردگی) دارد (Sloan & Kring, 2010). براساس محوریت مؤلفه‌های عاطفی در افسردگی، پژوهش‌های فراوانی درباره تحلیل علت شناختی افسردگی از منظر اختلال در

<sup>1</sup> neuroticism

<sup>2</sup> negative emotionality

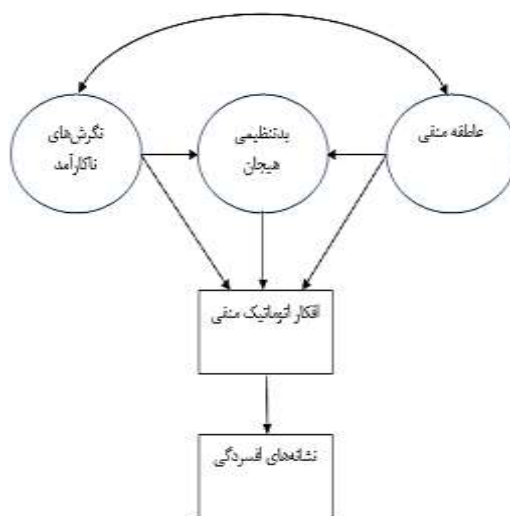
<sup>3</sup> mediator

<sup>4</sup> moderator

<sup>5</sup> emotion dysregulation

شد. برپایه چنین مفروضاتی، فرض شد که احتمالاً ساختار روابط بین متغیرهای پژوهش، از مدلی پیروی کند که تنظیم هیجان در آن، نقشی میانجی داشته باشد. به عبارت دیگر، فرض شد که اثر عاطفه منفی و نگرش‌های ناکارآمد هم به‌طور مستقیم و هم به‌طور غیرمستقیم از طریق بدتنظیمی هیجان- بر روی افکار اتوماتیک و درنهایت نشانه‌های افسردگی اعمال می‌شود (شکل ۱).

عاطفه منفی به‌عنوان شاخصی از اثرات خصیصه‌ای و شخصیتی (Watson & Clark, 1984) در نظر گرفته شد، فعال‌شدن طرح‌واره‌های منفی که با بررسی نگرش‌های ناکارآمد سنجیده می‌شود (Weissman & Beck, 1978)، به‌عنوان یک متغیر تعدیل‌گر یا متغیر مستقل دوم محسوب شد (Kwon & Oei, 1992)، و نقص در مقابله و کنترل شناختی در قالب بدتنظیمی هیجان (Garnefski & Kraaij, 2006) فرمول‌بندی



شکل ۱: مدل میانجی جزئی تنظیم هیجان

Figure 1

The minor mediating model for Emotion regulation

اطلاعه‌های کتبی صورت گرفت که حاوی موضوع و هدف پژوهش بود. از میان افراد داوطلبی که برای شرکت در مرحله اول طرح اعلام همکاری کرده بودند ( $N=314$ )، تعداد ۲۵۰ نفر که واجد معیارهای ورود و فاقد معیارهای خروج بودند، انتخاب شدند. معیارهای اصلی ورود برای شرکت در پژوهش، دامنه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال، مبتلانی بودن به اختلال روان‌پزشکی و تمایل به همکاری در انجام پژوهش بود. معیارهای خروج نیز، نقص پرسشنامه‌های تکمیل‌شده، علائم یک اختلال سایکوتیک، دوقطبی و سوء مصرف مواد و الکل بود که پس از اجرای یک مصاحبه بالینی اولیه رد می‌شد.

## روش پژوهش

طرح پژوهش در مطالعه حاضر از نوع توصیفی-همبستگی بود که در قالب مدل‌یابی معادلات ساختاری<sup>۱</sup> با داده‌های حاصل از اجرای ابزارهای پژوهش بر روی نمونه انجام شد.

## جامعه، روش نمونه‌گیری و حجم نمونه

جامعه آماری پژوهش، افراد عادی شهرهای اصفهان و تهران بودند که از طریق فراخوان عمومی برای شرکت در یک طرح پژوهشی درباره افسردگی دعوت شدند. روش نمونه‌گیری، دردسترس بود و فراخوان از طریق

<sup>1</sup> Structural equation modeling (SEM)



## ابزارهای پژوهش

پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)<sup>۱</sup>: یک

پرسشنامه خودگزارشی دارای ۲۱ گویه است که بک<sup>۲</sup> و همکاران برای سنجش وجود و شدت علائم افسردگی طراحی کرده‌اند (Beck, Steer, & Brown, 1996). این مقیاس مؤلفه‌های مختلف اختلال افسردگی را اندازه می‌گیرد که شامل جنبه‌های عاطفی، شناختی، جسمی و انگیزشی است. هر گویه از BDI شامل چهار جمله است که مراجع براساس یک مقیاس لیکرت چهارنمره‌ای (از صفر تا سه) به آن پاسخ می‌دهد؛ بنابراین، دامنه نمره کلی این پرسشنامه بین ۰ تا ۶۳ است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده افسردگی شدیدتر است. باربرا و گریسون جونز، ثبات درونی نسخه اصلی BDI را عالی و با ضرایب آلفای بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ گزارش کردند (Barrera & Garrison-Jones, 1988). کات<sup>۳</sup> و زتل<sup>۴</sup> پی بردند که این مقیاس، به خوبی می‌تواند افراد افسرده را از غیرافسرده‌ها تمییز دهد (Kauth & Zettle, 1990). همچنین، BDI با سایر سنجش‌های شناخته شده افسردگی مثل مقیاس درجه بندی افسردگی همیلتون ارتباطی معنی دار دارد ( $r=0.72$ ) (Beck et al., 1988). قاسمزاده و همکاران پس از تهیه نسخه فارسی BDI-II، آن را بر روی یک نمونه ۱۲۵ نفری از دانشجویان دو دانشگاه اجرا کردند و ثبات درونی آن را بالا ( $\alpha=0.87$ ) و پایایی آزمون-پس آزمون آن را قابل قبول ( $r=0.74$ ) گزارش کردند (Ghasemzadeh et al., 2005). همچنین، این آزمون، همبستگی قوی با پرسشنامه افکار اتوماتیک داشت (Ghasemzadeh et al., 2005) که نشان از روایی هم‌زمان بالای آن است. کاویانی و همکاران (۱۳۸۰) نیز روایی و پایایی این

آزمون را در جمعیت سالم و بالینی مطلوب گزارش کردند. BDI-II در پژوهش حاضر نیز از ثبات درونی مطلوبی ( $\alpha=0.67$ ) برخوردار بود. روایی هم‌زمان آن با پرسشنامه افکار اتوماتیک منفی نیز بسیار خوب بود. ( $r=0.85$ )

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ)<sup>۵</sup>:

این پرسشنامه را گارنفسکی<sup>۶</sup> و همکاران به منظور ارزیابی نحوه تفکر افراد بعد از تجربه رخداد‌های تهدیدکننده یا استرس‌زای زندگی تهیه کرده‌اند (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001). این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت است که نحوه پاسخ به آن براساس مقیاس درجه بندی لیکرت، در دامنه‌ای از یک (هرگز) تا پنج (همیشه) قرار دارد. عبارات این پرسشنامه از نظر مفهومی، ۹ خرده‌مقیاس متمایز از هم را تشکیل می‌دهند که هر یک به منزله راهبردی خاص از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و دارای ۴ عبارت است. نمره هر راهبرد از طریق جمع نمرات داده شده به هر یک از عبارات تشکیل دهنده آن راهبرد به دست می‌آید و می‌تواند در دامنه‌ای بین ۴ تا ۲۰ قرار گیرد. راهبردهای سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری و فاجعه‌سازی، در جمع با یکدیگر، راهبردهای منفی تنظیم هیجان را تشکیل می‌دهند و راهبردهای پذیرش، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، توجه مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت و در دورنما قرار دادن، بر روی هم، راهبردهای مثبت تنظیم هیجان را تشکیل می‌دهند. پایایی کل راهبردهای «مثبت»، «منفی»، و «کل شناختی» با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۹۱، ۰/۸۷، و ۰/۹۳ به دست آمده است (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001). در ایران، عبدی و همکاران (۲۰۱۲) نیز به همان‌نه عامل پیشنهادی

<sup>1</sup> Beck Depression Inventory

<sup>2</sup> Beck

<sup>3</sup> Kauth

<sup>4</sup> Zettle

<sup>5</sup> Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

<sup>6</sup> Garnefski

از ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب برخوردار است. در ایران، برای اولین بار، بخشی‌پور و دژکام (۱۳۸۴)، این پرسشنامه را بر روی ۲۵۵ نفر از دانشجویان دارای اختلال‌های اضطرابی و افسردگی در تهران اجرا کردند و نشان دادند که همان الگوی دو عاملی، برازنده‌ترین الگو است و با کمک این ابزار به خوبی می‌توان بیماران مضطرب و افسرده را از هم جدا کرد که نشان‌دهنده روایی مطلوب آن است. پایایی از طریق سازگاری درونی (ضریب آلفا) نیز برای هر دو خرده‌مقیاس یکسان و برابر ۰/۸۷ به دست آمد (بخشی‌پور و دژکام، ۱۳۸۴). گل‌پرور و جوادی (۱۳۸۵) نیز در پژوهشی با یک نمونه ۴۰۰ نفری در اصفهان، آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برای عاطفه منفی ۰/۹۰ و برای عاطفه مثبت ۰/۸۹ به دست آوردند. در پژوهش حاضر، باتوجه به اهداف آن، تنها نمرات زیرمقیاس عاطفه منفی، با ۱۰ سؤال، وارد تحلیل شد که ثبات درونی عالی ( $\alpha=0/90$ ) و روایی هم‌زمان متوسط ( $r=0/49$ ) با شدت افسردگی نشان داد.

### پرسشنامه افکار اتوماتیک منفی (ATQ-N):<sup>۳</sup>

این آزمون را هالن<sup>۴</sup> و کندال<sup>۵</sup> ساختند که ۳۰ گویه دارد و برای سنجش میزان افکار اتوماتیک منفی در افسردگی به کار می‌رود (Hollon & Kendall, 1980). جملات گویه‌ها دارای بار منفی است و بر روی یک مقیاس لیکرتی پنج‌نمره‌ای پاسخ داده می‌شوند (از یک، یا «هرگز»، تا پنج، یا «همیشه»). دامنه نمرات نیز بین ۳۰ تا ۱۵۰ قرار دارد و نمرات بالاتر نشان‌دهنده تعداد بیشتر افکار منفی است. ATQ-N پایایی درونی بالایی داشته است ( $\alpha=0/96$ )؛ (Hollon & Kendall, 1980). هارل<sup>۶</sup> و ریون<sup>۷</sup> نیز روایی همگرایی قوی برای

گارفنسکی و همکاران دست یافتند که ضرایب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌ها در دامنه‌ای بین قابل قبول (۰/۶۴) تا بسیار خوب (۰/۸۲) قرار داشت (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001, Abdi, Tabanb, & Ghaemian, 2012). باتوجه به اهداف پژوهش حاضر که بررسی بدتنظیمی هیجان در اختلال افسردگی بود، تنها نمرات ۴ زیرمقیاس سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری و فاجعه‌سازی محاسبه و تحلیل شد.

### مقیاس عاطفه مثبت و منفی (PANAS):<sup>۱</sup> یک

ابزار خودسنجی ۲۰ آیتمی است که واتسون<sup>۲</sup> و همکاران، برای اندازه‌گیری دو بعد خلقی، یعنی «عاطفه منفی» و «عاطفه مثبت» طراحی کرده‌اند (Watson, Clark, & Tellegen, 1988). هر خرده‌مقیاس ۱۰ آیتم دارد. خرده‌مقیاس عاطفه منفی که در این پژوهش فقط نمرات آن وارد شد، عواطفی همچون پریشانی، ناراحتی، خصومت، شرم و احساس گناه، و خرده‌مقیاس عاطفه مثبت، عواطفی همچون علاقه، افتخار، نیرومندی، هوشیاری و فعال بودن را می‌سنجند. آزمودنی، آیتم‌ها را روی یک مقیاس پنج‌نقطه‌ای (۱=بسیار کم، تا ۵=بسیار زیاد) درجه‌بندی می‌کند. مقیاس عاطفه مثبت و منفی، یک ابزار انعطاف‌پذیر است و با تغییر دستورالعمل، می‌توان هم شق «حالتی» و هم شق «خصیصه‌ای» آن را سنجید؛ اگر چهارچوب زمانی به هفته جاری اشاره کند، شق حالتی عاطفه سنجیده می‌شود و اگر زمان طولانی‌تر در نظر گرفته شود، شق خصیصه‌ای سنجیده خواهد شد. در مطالعه حاضر، آزمودنی‌ها بر مبنای وضع و حال کلی خویش (شق خصیصه‌ای) به آیتم‌ها پاسخ دادند. دامنه نمرات برای هر خرده‌مقیاس ۱۰ تا ۵۰ است. این مقیاس

<sup>3</sup> Automatic Thoughts Questionnaire – Negative

<sup>4</sup> Hollon

<sup>5</sup> Kendall

<sup>6</sup> Harrell

<sup>7</sup> Ryon

<sup>1</sup> Positive and Negative Affect Scale

<sup>2</sup> Watson

و ۱۶۰ نفر از بیماران روان‌پزشکی مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان اجرا کردند. در تحلیل عاملی این مقیاس، یک ساختار چهارعاملی برای آن به دست آمد. در ضمن، پایایی آن با روش دونیمه‌سازی، عالی ( $\alpha = 0/92$ ) و روایی هم‌زمان آن با مصاحبه روان‌پزشکی ( $r = 0/55$ ) و پرسشنامه سلامت عمومی ( $r = 0/56$ ) در حد تقریباً مطلوب بود (Ebrahimi et al., 2013). برای سنجش نگرش‌های ناکارآمد در این پژوهش، از این فرم کوتاه انطباق‌یافته در ایران (DAS-26) استفاده شد و نمره چهار عامل یا زیرمقیاس آن شامل موفقیت-کمال‌گرایی، تأییدخواهی، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب‌پذیری-ارزشیابی عملکرد محاسبه شد.

### روش اجرا و تحلیل داده

آزمودنی‌ها پس از انتخاب و کسب اطلاع از اهداف و شرایط تحقیق و ملاحظات اخلاقی و همچنین اعلام رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، با استفاده از پرسشنامه‌های اشاره‌شده، ارزیابی شدند. سپس داده‌های جمع‌آوری‌شده، با استفاده از نرم‌افزار SPSS-23 تحت غربال‌گری و آماده‌سازی برای تحلیل قرار گرفت. در نهایت، با کمک نرم‌افزار AMOS-23 و روش مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM)، مدل مفهومی پژوهش مورد بررسی و آزمون قرار گرفت.

### یافته‌ها

نتایج به‌دست‌آمده از مدل‌یابی معادلات ساختاری و آزمون مدل مفهومی پژوهش در شکل ۲ قابل مشاهده است.

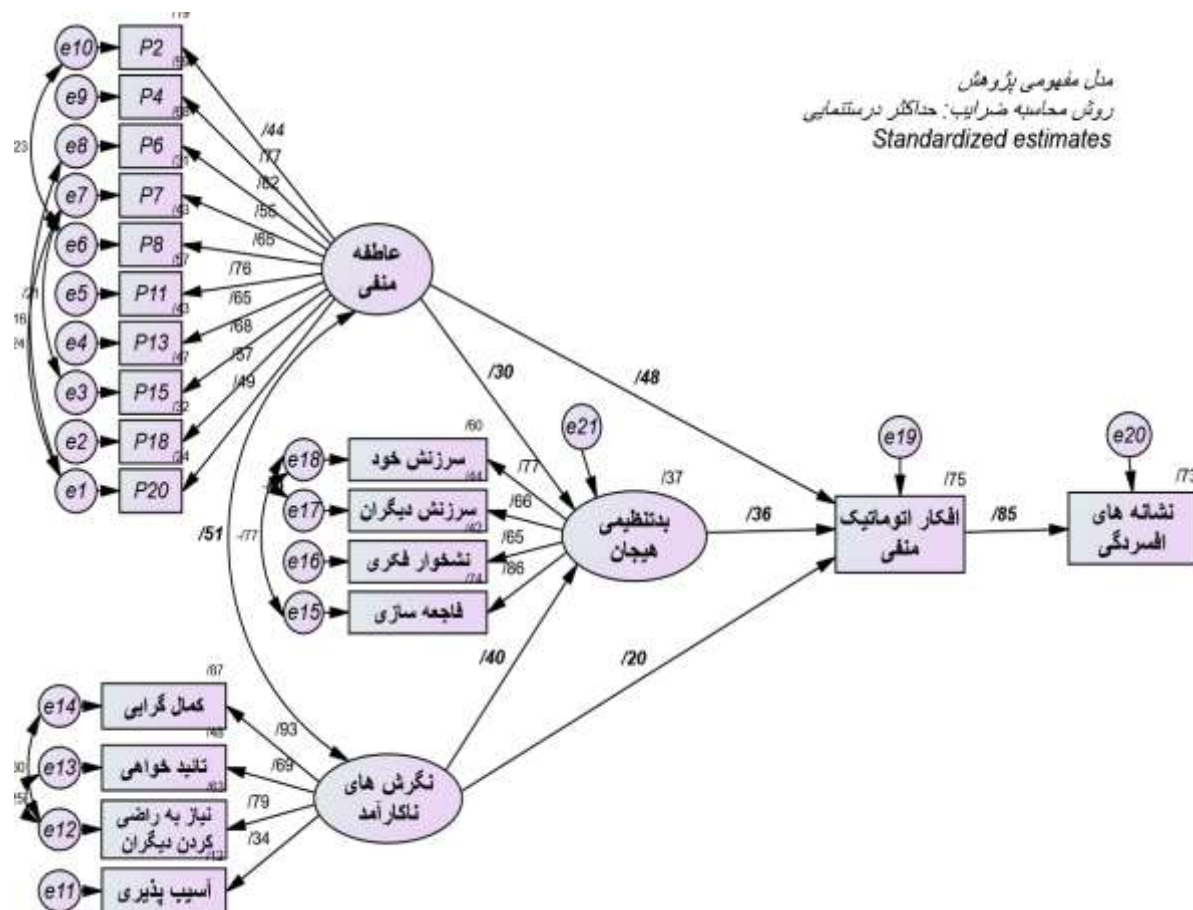
آن گزارش کردند؛ به گونه‌ای که همبستگی معنی‌داری با درجه‌بندی بالینی افسردگی، زیرمقیاس افسردگی پرسشنامه شخصیت چندبعدی مینه‌سوتا (MMPI-D) و BDI داشته است (Harrell & Ryon, 1983). هالن و همکاران نشان دادند که این مقیاس می‌تواند بین افراد افسرده و افرادی که از سایر آسیب‌های روان‌شناختی رنج می‌برند، تمایز ایجاد کند (Hollon, Kendall, & Lumry, 1986). پایایی ATQ-N در پژوهش حاضر بسیار خوب ( $\alpha = 0/83$ ) بود. روایی هم‌زمان آن با شدت افسردگی نیز عالی بود ( $r = 0/85$ ).

### مقیاس نگرش‌های ناکارآمد، فرم الف

(DAS)<sup>۱</sup>: این مقیاس که ویزمن<sup>۲</sup> و بک آن را ساختند، ۴۰ گویه دارد و برای ارزیابی محتوای طرح‌واره‌های افسرده‌ساز طراحی شده است (Weissman & Beck, 1978). آزمودنی‌ها میزان موافقت خود با جمله‌هایی مثل «اگر کسی که دوستش دارم مرا دوست نداشته باشد، من هیچ خواهم بود» را بر روی مقیاسی از یک تا هفت (۱ به معنی کاملاً موافق و ۷ به معنی کاملاً مخالف) اعلام می‌کنند. این مقیاس ۲۰ جمله با بار منفی (مثل «اگر دیگران از شما خوششان نیاید، نمی‌توانید شاد باشید»)، و ۱۰ جمله با جهت‌گیری مثبت (مثل «می‌شود که کسی را سرزنش کنند، اما ناراحت نشود») دارد. گویه‌های مثبت این مقیاس به‌شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شود و نمره کل بین ۴۰ تا ۲۸۰ خواهد بود که نمرات بالاتر حاکی از نگرش‌های منفی بیشتر است. بک و همکاران، پایایی خوبی، با ضرایب آلفای  $0/92-0/84$ ، برای DAS برآورد کردند (Beck, Epstein, & Harrison, 1983). در ایران نیز، ابراهیمی و همکاران، یک فرم کوتاه ۲۶ سؤالی از این مقیاس (DAS-26) تهیه و آن را بر روی ۱۶۰ نفر از افراد سالم

<sup>۱</sup> Dysfunctional Attitude Scale

<sup>۲</sup> Weissman



شکل ۲: مدل‌یابی معادلات ساختاری برای پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی بر اساس عاطفه منفی و نگرش‌های ناکارآمد با نقش واسطه‌ای بدتنظیمی هیجان و افکار اتوماتیک منفی در حالت تخمین استاندارد

Figure 2

Structural equation modeling of predicting depression symptoms based on negative affect and dysfunctional attitudes with the mediating role of emotion dysregulation and negative automatic thoughts in the standard estimation mode

پژوهش حاضر جهت بررسی برازندگی الگوی معادلات ساختاری از شاخص‌های مجذور خی (Chi-Square)، شاخص جذر برآورد خطای تقریبی (RMSEA)، شاخص معناداری جذر برآورد خطای تقریبی، شاخص برازندگی فزاینده (IFI)، شاخص برازش تقریبی (CFI)، شاخص برازش هنجار شده (NFI)، شاخص برازش نسبی (RFI) و شاخص تاکرلویر (TLI) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۱ گزارش شده است.

همان‌طور که در شکل ۲ ملاحظه می‌شود، به‌منظور بررسی فرضیه‌ها و آزمون مدل مفهومی پژوهش، داده‌های جمع‌آوری شده از طریق معادلات ساختاری تحلیل شد. با اجرای آزمون مدل‌یابی معادلات ساختاری در نرم‌افزار AMOS، شاخص‌های برازشی ارائه می‌شود که نشان‌دهنده این است که تا چه حد مدل مفهومی ادعا شده به وسیله داده‌های تجربی دارای برازش است. برخلاف آزمون‌های مرسوم آماری که با یک آماره، تأیید یا رد می‌شوند، در مدل‌یابی معادلات ساختاری دسته‌ای از شاخص‌ها معرفی می‌شوند. در

جدول ۱: شاخص‌های برازش کلی مدل

Table 1  
General goodness of fit indices

شاخص برازش	دامنه مورد قبول	مقدار	نتیجه
مجذور خی (X2)	-	۵۲۱/۸۴۸	-
درجه آزادی (Df)	-	۱۵۷	-
خی دو بهنجار برابر (X2/df)	بین ۱ تا ۵	۳/۳۲۴	برازش مناسب
جذر برآورد خطای تقریبی (RMSEA)	کمتر از ۰/۰۸	۰/۰۶۹	برازش مناسب
شاخص برازش هنجار شده (NFI)	بیشتر از ۰/۹۰	۰/۹۰۰	برازش مناسب
شاخص برازش نسبی (RFI)	بیشتر از ۰/۵	۰/۸۷۹	برازش مناسب
شاخص برازش تطبیقی (CFI)	بیشتر از ۰/۹۰	۰/۹۲۷	برازش مناسب
شاخص تاکرلویر (TLI)	بیشتر از ۰/۹۰	۰/۹۱۲	برازش مناسب
شاخص برازندگی فزاینده (IFI)	بیشتر از ۰/۹۰	۰/۹۲۸	برازش مناسب

چنان‌که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، مجذور خی (X2) برابر ۵۲۱/۸۴۸؛ خی دو بهنجار (X2/DF) برابر ۳/۳۲۴؛ جذر برآورد خطای تقریبی (RMSEA) برابر ۰/۰۶۹؛ شاخص برازندگی فزاینده (IFI) برابر ۰/۹۲۸؛ شاخص برازش تقریبی (CFI) برابر ۰/۹۲۷؛ شاخص برازش هنجار شده (NFI) برابر ۰/۹۰؛ شاخص برازش نسبی (RFI) برابر ۰/۸۷۹ و شاخص تاکرلویر (TLI) برابر ۰/۹۱۲ به دست آمده است. شاخص‌های IFI، NFI، CFI، RFI دارای دامنه صفر تا یک هستند؛ هرچه اندازه آنها به یک نزدیک‌تر شود، بر برازندگی مطلوب‌تر الگو دلالت دارند. همچنین، زمانی که خطای تقریبی (RMSEA) کوچک‌تر از ۰/۰۸ و خی دو (جدول ۲ و ۳) شده است (جدول ۲ و ۳).

جدول ۱ می‌توان نتیجه گرفت که مدل از برازش مطلوب برخوردار است و ساختار کلی روابط موردآزمون از طریق داده‌های به‌دست‌آمده تأیید می‌شود. البته شاخص‌های تأیید الگوی معادلات ساختاری فقط محدود به شاخص‌های برازش کلی الگو نیست؛ بلکه پارامترهای استاندارد بتا و گاما (ضرایب مسیر) و نسبت بحرانی (مقدار t) متناظر با آن برای هر یک از مسیرهای علی نیز باید بررسی شود؛ از همین‌رو، در ادامه، معناداری ضرایب مسیر مستقیم و غیرمستقیم مفروض در مدل مفهومی پژوهش بررسی شده است (جدول ۲ و ۳).

جدول ۲: برآورد ضرایب اثر مستقیم

مسیر	ضریب مسیر	نسبت بحرانی (آماره t)	سطح معناداری	نتیجه
عاطفه منفی بر بدتنظیمی هیجان	۰/۳۰	۵/۳۸۵	۰/۰۰۰	تأیید
عاطفه منفی بر افکار اتوماتیک منفی	۰/۴۸	۹/۲۱۰	۰/۰۰۰	تأیید
نگرش‌های ناکارآمد بر بدتنظیمی هیجان	۰/۴۰	۵/۷۹۱	۰/۰۰۰	تأیید
نگرش‌های ناکارآمد بر افکار اتوماتیک منفی	۰/۲۰	۴/۸۵۷	۰/۰۰۰	تأیید
بدتنظیمی هیجان بر افکار اتوماتیک منفی	۰/۳۶	۹/۳۴۴	۰/۰۰۰	تأیید
افکار اتوماتیک منفی بر نشانه‌های افسردگی	۰/۸۵	۳۶/۳۴۸	۰/۰۰۰	تأیید

(۰/۳۶) و تأثیر مستقیم افکار اتوماتیک منفی بر نشانه‌های افسردگی (۰/۸۵) نیز مثبت به دست آمده است. با توجه به اینکه در تمام سطوح تحلیل، آماره‌های  $t$  از مقدار ۱/۹۶ بزرگ‌تر و سطوح معناداری به دست آمده از مقدار ۰/۰۵ کوچک‌تر است، ضرایب مسیر مذکور تأیید می‌شود ( $P \leq 0,05$ ;  $t \geq 1,96$ ).

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، تأثیر مستقیم عاطفه منفی بر بدتنظیمی هیجان (۰/۳۰) و افکار اتوماتیک منفی (۰/۴۸)، مثبت و مستقیم به دست آمده است. همچنین یافته‌ها حاکی از تأثیر مثبت و مستقیم نگرش‌های ناکارآمد بر بدتنظیمی هیجان (۰/۴۰) و افکار اتوماتیک منفی (۰/۲۰) است. علاوه بر این، تأثیر مستقیم بدتنظیمی هیجان بر افکار اتوماتیک منفی

جدول ۳: برآورد ضرایب اثر غیر مستقیم  
Table3. Sum of the effect of indirect coefficients

نتیجه	سطح معناداری	دامنه اطمینان ۹۵ درصد		ضریب مسیر	مسیر
		کران	کران پایین		
تأیید	۰/۰۰۱	۷/۸۰۵	۳/۰۷۱	۰/۱۰۶	عاطفه منفی بر افکار اتوماتیک منفی با نقش میانجی بدتنظیمی هیجان
تأیید	۰/۰۰۱	۳/۶۸۹	۱/۷۷۴	۰/۱۴۳	نگرش‌های ناکارآمد بر افکار اتوماتیک با نقش میانجی بدتنظیمی هیجان
تأیید	۰/۰۰۱	۱/۳۳۶	۰/۸۹۸	۰/۳۰۵	بدتنظیمی هیجان بر نشانه‌های افسردگی با نقش میانجی افکار اتوماتیک
تأیید	۰/۰۰۱	۱۳/۸۳۵	۸/۷۱۴	۰/۵۰۰	عاطفه منفی بر نشانه‌های افسردگی با نقش میانجی بدتنظیمی هیجان و افکار اتوماتیک منفی
تأیید	۰/۰۰۱	۳/۳۲۳	۱/۸۵۴	۰/۲۹۷	نگرش‌های ناکارآمد بر نشانه‌های افسردگی با نقش میانجی بدتنظیمی هیجان و افکار اتوماتیک منفی

و سطوح معناداری به دست آمده از مقدار ۰/۰۵ کوچک‌تر است، ضرایب مسیر مذکور نیز تأیید می‌شود ( $P \leq 0,05$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی بدتنظیمی هیجان در رابطه بین عاطفه منفی، نگرش ناکارآمد و افکار اتوماتیک منفی با نشانه‌های افسردگی انجام شد. نتایج نشان داد که مدل مفهومی پژوهش از برآزش مطلوبی برخوردار است و همه ضرایب مستقیم و غیرمستقیم مدل پژوهش نیز تأیید شد. همچنین، همه اثرات غیرمستقیم مدل پژوهش معنادار بود. از آنجا که

با توجه به یافته‌های جدول ۳، ضرایب اثر غیرمستقیم عاطفه منفی و نگرش‌های ناکارآمد بر افکار اتوماتیک منفی با نقش میانجی بدتنظیمی هیجان به ترتیب ۰/۱۱ و ۰/۱۴ به دست آمده است. همچنین، تأثیر غیرمستقیم بدتنظیمی هیجان بر نشانه‌های افسردگی با نقش میانجی افکار اتوماتیک منفی ۰/۳۰ به دست آمده است. به علاوه، یافته‌ها حاکی از آن است که ضرایب تأثیر غیرمستقیم عاطفه منفی و نگرش‌های ناکارآمد بر نشانه‌های افسردگی با نقش میانجی بدتنظیمی هیجان و افکار اتوماتیک منفی به ترتیب ۰/۵۰ و ۰/۳۰ است. با توجه به اینکه در تمام سطوح تحلیل، کران‌های پایین و بالای فاصله اطمینان، مقادیری بزرگ‌تر از صفر (مثبت)

Hoeksema, & Schweizer, 2010; McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011).

راهبردهای تنظیم هیجان می‌توانند سازگاران یا ناسازگاران باشند و نتایج مذکور، از جمله در پژوهش حاضر، صرفاً دربارهٔ راهبردهای منفی (ناسازگاران) مصداق دارد و فرض قیاسی بر وجود نقش میانجی مشابه برای راهبردهای مثبت (سازگاران)، غلط و گمراه‌کننده است. برای مثال، در پژوهش آندرس و همکاران مشخص شد که راهبردهای شناختی ناسازگارانه تنظیم هیجان، میانجی جزئی رابطه بین روان‌رنجورخویی و افسردگی است؛ اما راهبردهای مثبت (سازگاران)، اگرچه با افسردگی رابطه معکوس دارد، نمی‌تواند رابطه روان‌رنجورخویی و افسردگی را میانجی‌گری کند (Andres et al., 2016). در عوض، چنان‌که وندرهاسل<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند، راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان ممکن است نقشی تعدیل‌گر و نه میانجی، در رابطه بین نگرش‌های ناکارآمد و علائم افسردگی در دوره‌های استرس‌زای زندگی ایفا کند؛ درحالی‌که راهبردهای منفی (ناسازگاران)، نتوانستند این رابطه را تعدیل کنند (Vanderhasselt et al., 2014). انجام پژوهش‌های بیشتری دربارهٔ اهمیت راهبردهای مثبت تنظیم هیجان در سلامت روانی و نقش محافظت‌کنندهٔ آن در برابر آسیب‌های روانی نیاز است که البته این روند به سرعت روبه‌رشد است (Vanderhasselt et al., 2014).

به‌طور کلی، نتایج این پژوهش، تلویحات مهمی برای سنجش و درمان‌های روان‌شناختی در بر دارد. یکی از آنها، حمایت بالقوه از مدل‌های فراتشخیصی است که بر نقش تنظیم هیجان در آسیب‌شناسی روانی اختلالات هیجانی از قبیل افسردگی تأکید دارند. بررسی دقیق این موضوع، نیازمند انجام پژوهش‌های بزرگ‌تری

هیچ اثر مستقیمی از سمت عاطفه منفی یا نگرش‌های ناکارآمد به‌سوی افسردگی بررسی و محاسبه نشده بود، واریانس تبیین‌شدهٔ افسردگی، تماماً حاصل از مجموع اثرهای غیرمستقیمی بود که از طریق بدتنظیمی هیجان و در مرحلهٔ بعد، افکار اتوماتیک منفی، اعمال شده بود. این نتایج نیز، در کنار تأیید برازش مدل میانجی، از نقش میانجی بدتنظیمی هیجان در مسیر بین عاطفه منفی و نگرش‌های ناکارآمد به‌سمت افکار اتوماتیک و در نهایت نشانه‌های افسردگی حمایت می‌کند که با بدنهٔ کلی پژوهش‌های پیشین هم‌نوایی دارد؛ پژوهش‌هایی که اشاره شد که نقش میانجی نقص در توانایی مقابله مؤثر با هیجانات منفی در رابطه بین عوامل مزاجی/استرس‌های محیطی و بروز علائم روان‌آسیب‌شناختی را بررسی کرده بودند (Suveg et al., 2010; Ciarrochi, Dean, & Anderson, 2002).

مطالعات تجربی قبلی نشان داده است که افراد افسرده در استفاده از راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجانی مشکل دارند و در آزمایش‌های القای خلق منفی، در مقایسه با گروه غیرافسرده، با راهبردهای تنظیم هیجانی نامؤثر پاسخ می‌دهند. مطالعات طولی نیز نشان داده است که نقص در تنظیم هیجان، شدت علائم بعدی افسردگی را پیش‌بینی می‌کند. برای مثال، مطالعاتی که از ارزیابی لحظه‌ای استفاده می‌کنند، نشان دادند که در افراد دارای تشخیص افسردگی اساسی، در مقایسه با نمونهٔ غیربالینی، خلق منفی ناشی از وقایع منفی زندگی، به‌مدت طولانی‌تری تداوم می‌یابد. به‌علاوه، انتظار توانایی فرد برای اینکه به‌شکل موفق با استرس و خلق منفی کنار بیاید، علامت‌شناسی بعدی افسردگی را پیش‌بینی می‌کند. همچنین، یافته‌های علم عصب‌شناسی خلقی نیز نشان می‌دهد که در افسردگی، الگوهای فعالیت نابهنجار در مناطقی از مغز که در تنظیم هیجان مؤثر است، به چشم می‌خورد (Aldao, Nolen-

<sup>1</sup>. Vanderhasselt

آن برنامه‌ها وجود دارد ( Berking et al., 2008; )  
(Berking, Poppe, & Luhmann, 2012).

پژوهش حاضر، محدودیت‌هایی نیز داشت که به‌طور بالقوه می‌تواند روایی درونی و بیرونی آن را تحت تأثیر قرار دهد. اول اینکه با توجه با ماهیت پژوهش‌های مقطعی، در این پژوهش نیز امکان اثبات رابطه علی قطعی بین متغیرها امکان‌پذیر نیست و نتایج حاضر، صرفاً احتمالاتی را درباره الگوی این روابط مطرح می‌کند. در ضمن، ترکیب شرکت کنندگان از نظر جنسیت یکسان نبود؛ به گونه‌ای که زنان درصد بیشتری از حجم نمونه را تشکیل می‌دادند. این ترکیب می‌تواند هم‌خوان با سایر کشورهای جهان، بازتاب تفاوت میزان شیوع افسردگی در دو جنس زن و مرد باشد که در این صورت، حفظ این ترکیب در پژوهش، روایی بیرونی آن را بالا می‌برد؛ اما همین مزیت درعین حال، می‌تواند به‌عنوان یک محدودیت نیز مطرح شود و آن هم کاهش روایی درونی پژوهش است؛ زیرا در صورتی که این تفاوت جنسیتی بین دو گروه با عوامل دیگری که در این پژوهش اندازه‌گیری نشده‌اند مرتبط باشد، ممکن است یک اثر سیستماتیک ناخواسته بر روی نتایج بر جا گذاشته باشد. محدودیت دیگر پژوهش این است که متغیر تنظیم هیجان، صرفاً از طریق پرسشنامه خودگزارشی سنجیده شد که می‌تواند نتایج دقیقی در بر نداشته باشد؛ زیرا ممکن است شرکت کنندگان، میزان استفاده خود از راهبردهای تنظیم هیجانی را کمتر یا بیشتر از آنچه در واقعیت رخ می‌دهد، ارزیابی کنند. همچنین، پرسشنامه افسردگی بک، همبستگی بالایی ( $r=0/85$ ) با پرسشنامه افکار اتوماتیک منفی داشت. اگرچه این حالت کاملاً موردانتظار بود، درعین حال، چنین ضرایب همبستگی بالایی ممکن است به‌طور بالقوه حاکی از این باشد که علائم افسردگی و شناخت‌های منفی سازه‌هایی کاملاً متعامد<sup>۲</sup>

است که اختلال‌های افسردگی و اضطرابی را به‌طور هم‌زمان پوشش دهد؛ اما می‌توان گفت نتایج پژوهش حاضر، در کنار پژوهش‌های اخیر که برخی پژوهشگران همچون چهارم‌محالی و همکاران انجام دادند، تا حدی می‌تواند از مدل‌های آسیب‌شناسی فراتشخیصی در جامعه ایران حمایت کند ( Chahar Mahali et al., 2020). در این مدل‌ها عموماً فرض می‌شود که برخی مکانیسم‌ها یا فرایندهای شناختی و رفتاری واسطه‌ای، در ایجاد یا حداقل حفظ و تداوم آسیب‌های روانی همچون افسردگی نقش دارند که تنظیم هیجان یکی از مهم‌ترین این فرایندها به شمار می‌رود ( Fernandez, Jazaieri, & Gross, 2016; Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010). با توجه به این نتایج می‌توان پیش از ارائه درمان‌های شناختی-رفتاری، نقایص و نیازهای تنظیم هیجانی هر بیمار را شناسایی کرد و موارد لازم را به فرمول‌بندی و برنامه درمانی تدوین شده برای آنان افزود. بررسی کیفیت و شدت رابطه بین روش‌های مختلف تنظیم هیجان با آسیب روانی، به درمان‌گران این اجازه را می‌دهد که تصمیم بگیرند بر کدام نقص مهارت‌ها و به چه ترتیب تمرکز کنند تا بتوانند اختلال‌های مختلف را به‌طور مؤثرتر درمان کنند (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010). از این رو است که پژوهشگرانی همچون برکینگ<sup>۱</sup> و همکاران و محرابی و همکاران (2014) پیشنهاد کرده‌اند که آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی به‌عنوان یک هدف مهم درمانی در پژوهش و کاربرد روان‌درمانی در نظر گرفته شود ( Berking et al., 2008; Mehrabi et al., 2014). شواهدی نیز از ارتقای اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری پس از تلفیق آموزش تنظیم هیجان در

<sup>2</sup> Orthogonal

<sup>1</sup>. Berking



اجتماعی تهران و گروه روان‌پزشکی و مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که زمینه اجرای این پژوهش را فراهم نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

### منابع

- ابراهیمی امرالله، و موسوی، سید غفور. (۱۳۹۲). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس نگرش‌های ناکارآمد در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۱(۵)، ۲۸-۲۰.
- بخشی‌پور، عباس، و دژکام، محمود. (۱۳۸۴). تحلیل عاملی تأییدی مقیاس عاطفه مثبت و منفی. *مجله روان‌شناسی*، ۹(۴)، ۳۶۵-۳۵۱.
- کاویانی، حسین، موسوی، اشرف، و محیط، احمد. (۱۳۸۰). *مصاحبه و آزمون روانی*. تهران: پژوهشکده علوم شناختی.
- گل‌پرور، محسن، و جوادی، سارا. (۱۳۸۵). الگوی ارتباطی بین باورهای دنیای عادلانه برای خود و دیگران با شاخص‌های بهداشت روانی: الگوی معادلات ساختاری. *اصول بهداشت روانی*، ۸(۳۲)، ۱۲۲-۱۰۹.
- محمدخانی، پروانه. (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی مداخله‌های مبتنی بر پیشگیری از عود افسردگی به منظور ارائه مدل مؤثر بر کاهش نرخ عود افسردگی. *طرح پژوهشی منتشر نشده* (کد ۲۱-۸۷). دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران: معاونت تحقیقات و فناوری.
- محمدخانی، پروانه، و محرابی، علی. (۱۳۹۴). *نظریه طرح‌واره افسردگی: روایی فرهنگی در ایران*. طرح پژوهشی منتشر نشده. دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی: معاونت تحقیقات و فناوری.

نیستند. در گذشته، برخی پژوهشگران (eg. Coyne and Gotlib, 1983) درباره ادعای همان‌گویی<sup>۱</sup> سنج‌های افسردگی و سازه‌های مدل شناختی بحث کرده بودند؛ اما خود این انتقاد بدون اشکال نیست؛ زیرا تاکنون پژوهش‌هایی در کشورهای غیرغربی انجام شده که در آنها بین شناخت‌های منفی نسبت به خود و افسردگی رابطه معنی‌داری به دست نیامده است (Cane et al., 1986). به همین ترتیب، مفاهیم شناختی که در غرب، همبستگی بالایی با افسردگی دارند، لزوماً مترادف با تجربه افسردگی در نقاط دیگر دنیا نیست. افزون بر این، در پژوهش قبلی نویسندگان (محمدخانی و محرابی، ۱۳۹۴)، همبستگی شدت افسردگی با دیگر سازه‌های شناختی مورد مطالعه، یعنی افکار اتوماتیک مثبت و نگرش‌های ناکارآمد در حد متوسط بود؛ بنابراین، داشتن افسردگی کاملاً و تنها وابسته به حضور شناخت‌ها و نگرش‌های منفی یا فقدان شناخت‌های مثبت نیست. به نظر می‌رسد سازه‌های شناختی، رفتاری و جمعیت‌شناختی دیگری که در این پژوهش بررسی نشدند نیز در چگونگی و شدت تجربه علائم افسردگی نقش داشته باشند. برخی از این متغیرها که در پژوهش‌های قبلی نویسندگان این مقاله مورد توجه قرار گرفته بودند، شامل عوامل فراشناختی<sup>۲</sup> مثل کنترل فکر (Mohammadi et al., 2013) و روش‌های مقابله‌ای مثل اجتناب یا ضعف در حل مسئله (محمدخانی، ۱۳۸۷) هستند. اضافه کردن این متغیرها در پژوهش‌های آتی می‌تواند درک و تفسیر نتایج مطالعه حاضر را تسهیل کند.

### تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری تخصصی نویسنده اول بود. بدین وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان در طرح، همکاران پژوهشی و همچنین گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت

### References

<sup>1</sup> tautology  
<sup>2</sup> metacognitive factors

- emotions? Results from two cross-sectional studies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(3), 931-937.
- Cane, D. B., Olinger, L. J., Gotlib, I. H., & Kuiper, N. A. (1986). Factor structure of the Dysfunctional Attitude Scale in a student population. *Journal of Clinical Psychology*, 307-309.
- Carl, J. R., Soskin, D. P., Kerns, C., & Barlow, D. H. (2013). Positive emotion regulation in emotional disorders: A theoretical review. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 343-360.
- Ciarrochi, J., Dean, F. P., & Anderson, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences*, 32, 197-200.
- Chahar Mahali, S., Beshai, S., Feeney, J. R., & Mishra, S. (2020). Associations of negative cognitions, emotional regulation, and depression symptoms across four continents: International support for the cognitive model of depression. *BMC Psychiatry*, 20(1), 1-12.
- Clark, D., Beck, A. T. & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons.
- Clark, D., & Beck, A. T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences*, 14(9), 418-424.
- Clark, D. A., & Taylor, S. (2009). The transdiagnostic perspective on cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression: New wine for old wineskins? *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23, 60-66.
- Coyne, J. C., & Gotlib, I. H. (1983). The role of cognition in depression: a critical appraisal. *Psychological Bulletin*, 94(3), 472.
- Ebrahimi A., & Mosavi, S. (2013). Psychometric Properties of the Dysfunctional Attitude Scale-26 (DAS-26) in Patients with Mood Disorders. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 21(5), 20-28. [In Persian]
- Ebrahimi, A., Samouei, R., Mousavii, S. G., & Bornamanesh, A. R. (2013). Development and validation of 26-item dysfunctional
- Abdi, S., Tabanb, S., & Ghaemian, A. (2012). Cognitive emotion regulation questionnaire: Validity and reliability of the Persian translation of the CERQ (36-item). *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 32, 2-7.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237.
- Andres, M. L., de Minzi, M. C. R., Castaneiras C., Canet-Juric L., & Rodrigues-Carvajal R. (2016). Neuroticism and Depression in Children: The Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies. *The Journal of Genetic Psychology*, 177(2), 55-71.
- Bakshipour, A., & Dejkam, M. (2005). Confirmatory factor analysis of positive and negative affect scale. *Journal of Psychology*, 9(4), 351-365 [In Persian]
- Barrera, M., & Garrison-Jones, V. (1988). Properties of the Beck Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 263-273.
- Beck, A. T., Epstein, N., & Harrison, R. (1983). Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 1-16.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T. (Ed.). (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
- Beck, J.S. (2020). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. (3th ed). New York: The Guilford Press.
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1230-1237.
- Berking, M., Poppe, C., & Luhmann, M. (2012). Is the association between various emotion regulation skills and mental health mediated by the ability to modify

- Kaviani, H., Mousavi, A., & Mohit, A. (2001). *Interview and Psychological Testing*. Tehran: Research Institute of Cognitive Sciences. [In Persian]
- Kauth, M. R., & Zettle, R. D. (1990). Validation of depression measures in adolescent populations. *Journal of Clinical Psychology, 46*, 291-295.
- Kwon, S. M., & Oei, T. P. (1992). Differential causal roles of dysfunctional attitudes and automatic thoughts in depression. *Cognitive Therapy and Research, 16*(3), 309-328.
- Liu, D. Y., & Thompson, R. J. (2017). Selection and implementation of emotion regulation strategies in major depressive disorder: an integrative review. *Clinical Psychology Review, 57*, 183-194.
- McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 49*(3), 186-193.
- Mehrabi A., Mohammadkhani P., Dolatshahi B., Pourshahbaz A., & Mohammadi A. (2014). Emotion Regulation in Depression: An Integrative Review. *Practice in Clinical Psychology, 2*(3), 207-219.
- Mohammadkhani, P. (2008). *Investigating the effectiveness of interventions based on the prevention of depression relapse in order to provide an effective model to reduce the depression relapse rate*. Unpublished research project (code 87-21). Tehran University of Welfare and Rehabilitation Sciences: Deputy of Research and Technology. [In Persian]
- Mohammadkhani, P., & Mehrabi, A. (2014). *Schema theory of depression: cultural validation in Iran*. Unpublished research project. Tehran University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences: Deputy of Research and Technology. [In Persian]
- Mohammadi, A., Farzinrad, B., Zargar, F., Mehrabi, A., & Birashk, B. (2013). Are Metacognitive Factors Common in Generalized Anxiety Disorder and Dysthymia? *Practice in Clinical Psychology, 1*(3), 135-140.
- Paulus, D. J., Vanwoerden, S., Norton, P. J., & Sharp, C. (2016). Emotion dysregulation, psychological inflexibility, and shame as explanatory factors between neuroticism and depression. *Journal of Affective Disorders, 190*, 376-385.
- attitude scale. *Asia-Pacific Psychiatry, 5*(2), 101-107.
- Fernandez, K. C., Jazaieri, H., & Gross, J. J. (2016). Emotion Regulation: A Transdiagnostic Perspective on a New RDoC Domain. *Cognitive Therapy and Research, 40*(3), 426-440.
- Garnefski N, Kraaij V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences 40*, 1659-1669.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, Ph. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences, 30*, 1311-1327.
- Ghasemzadeh, H., Mojtabei, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhani, N. (2005). Psychometric properties of a persian-language version of the Beck Depression Inventory- second edition: BDI-II-Persian. *Depression and Anxiety, 21*, 185-192.
- Golparvar, M., & Javadi, S. (2006). Relational model between just world beliefs for self and others with mental health Indicators: structural equations model. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health, 8*(32), 109-122. [In Persian]
- Harrell, T. H., & Ryon, N. B. (1983). Cognitive-behavioural assessment of depression: Clinical validation of the Automatic Thoughts Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 721-725.
- Hollon, S. D., & Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research, 4*, 383-395.
- Hollon, S. D., Kendall, P. C., & Lumry, A. (1986). Specificity of depressotypic cognitions in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 52-59.
- Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2010). Emotion regulation in depression: relation to cognitive inhibition. *Cognition and Emotion, 24*(2), 281-298.
- Joormann, J., & Stanton, C. H. (2016). Examining emotion regulation in depression: a review and future directions. *Behaviour Research and Therapy, 86*, 35-49.

- R. (2014). Adaptive cognitive emotion regulation moderates the relationship between dysfunctional attitudes and depressive symptoms during a stressful life period: A prospective study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(2), 291-296.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation. Paper presented at the meeting of the *Association for the Advancement of Behavior Therapy*, Chicago.
- Yamasaki, K., & Uchida, K. (2016). Effects of Positive and Negative Affect on Depression: Considering the Activation Dimension and Balance of Affect. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 6(3), 139-147.
- Sloan, D. M., & Kring, A. M. (2010). *Emotion Regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Suveg, C., Morelen, D., Brewer, G. A., & Thomassin, K. (2010). The Emotion Dysregulation Model of Anxiety: A preliminary path analytic examination. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 924-930.
- Teasdale J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, 2, 247-274.
- Tortella-Feliu, M.; Balle, M. & Sesé, A. (2010). Relationships between negative affectivity, emotion regulation, anxiety, and depressive symptoms in adolescents as examined through structural equation modeling. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 686-693.
- Villalobos, D., Pacios, J., & Vázquez, C. (2021). Cognitive control, cognitive biases and emotion regulation in depression: A new proposal for an integrative interplay model. *Frontiers in Psychology*, 12, 628416.
- Visted, E., Vøllestad, J., Nielsen, M. B., & Schanche, E. (2018). Emotion regulation in current and remitted depression: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 9, 756.
- Vanderhasselt, M. A., Koster, E. H., Onraedt, T., Bruyneel, L., Goubert, L., & De Raedt,