

Research Paper



Effectiveness of Mentalization Based Therapy on The Difficulty of Emotional Regulation and Aggression of Depressed Female Adolescents



Manizheh ghaffari cherati ¹, Mohammad Mohammadi Pour*², Alireza Azizi ³

1. PhD student in psychology, Bojnord Branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran.
2. Associate Professor, Department of Psychology, Qochan Branch, Islamic Azad University, Qochan, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.54765.5349

DOR: [20.1001.1.27173852.1402.18.71.15.2](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.54765.5349)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16935.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:
Mentalization based therapy, difficulty of emotional regulation, aggression, depression.

Received: 2023/01/30
Accepted: 2023/02/21
Available: 2023/12/21

The present study was conducted to investigate the effectiveness of Mentalization based therapy on the difficulty of emotional regulation and aggression of depressed female adolescents. The research method of the present study was quasi-experimental with pretest, posttest and control group design and a two-month follow-up phase and follow-up period in two months. The statistical population of the present study included female adolescents with depressive disorder who referred to education counseling centers in Babol city in the academic year of 2021-2022. 30 female adolescents with depressive disorder were selected through purposive sampling method and randomly accommodated into experimental and control groups (15 adolescent in the experimental group and 15 adolescents in the control group). The experimental group received Mentalization based therapy (Malberg, 2021) during 10 weeks (90 minutes). The applied questionnaires in this study included Adolescent Depression Questionnaire (Kutcher, 2002), Difficulty in Emotion Regulation Questionnaire (Gratz & Roemer, 2004) and Aggression Questionnaire (Buss & Perry, 1992). The data were analyzed through mixed ANOVA and Bonferroni follow-up test via SPSS23 software. The results showed that Mentalization based therapy is effective on the difficulty of emotional regulation ($F=33.28$; $Eta=0.54$; $p<0001$) and aggression ($F=48.60$; $Eta=0.63$; $p<0001$) of depressed female adolescents. According to the findings of the present study, Mentalization based therapy can be used as an efficient method to decrease difficulty of emotional regulation and aggression of depressed female adolescents through employing techniques such as thoughts, emotions, and behaviors associated with mindfulness.



* Corresponding Author: Mohammad Mohammadi Pour
E-mail: mohammadipour@bojnourdiau.ac.ir



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقاله پژوهشی



اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری نوجوانان دختر افسرده



منیژه غفاری چراتی^۱، محمد محمدی‌پور^{۲*}، علیرضا عزیزی^۳

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.
۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران.
۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.54765.5349

DOR: [20.1001.1.27173852.1402.18.71.15.2](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.54765.5349)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16935.html



چکیده	مشخصات مقاله
<p>پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری نوجوانان دختر افسرده انجام شد. روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل نوجوانان دختر با اختلال افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر بابل در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود. در این پژوهش تعداد ۳۰ نوجوان دختر با اختلال افسردگی با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۱۵ نوجوان در گروه آزمایش و ۱۵ نوجوان در گروه گواه). نوجوانان حاضر در گروه آزمایش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (مالبرگ، ۲۰۲۱) را طی ۱۰ هفته (۹۰ دقیقه‌ای) دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی نوجوانان (کوچر، ۲۰۰۲)، پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان (گرتز و رؤمر، ۲۰۰۴) و پرسشنامه پرخاشگری (باس و پری، ۱۹۹۲) بود. داده‌ها به شیوه تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفرنی توسط نرم افزار آماری SPSS23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر دشواری تنظیم هیجانی ($F=33/28$; $\text{Eta}=0/54$; $P<0/001$) و پرخاشگری ($F=48/60$; $\text{Eta}=0/63$; $P<0/001$) نوجوانان دختر افسرده تاثیر دارد. بر اساس یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با بهره‌گیری از افکار، هیجان‌ها و رفتارهای همراه با ذهن‌آگاهی، می‌تواند به عنوانی رویکردی موثر در جهت کاهش دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری نوجوانان دختر افسرده مورد استفاده قرار داد.</p>	<p>کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، دشواری تنظیم هیجانی، پرخاشگری، افسردگی.</p> <p>دریافت شده: ۱۴۰۱/۱۰/۱۲ پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۱۲/۰۲ منتشر شده: ۱۴۰۲/۰۹/۳۰</p>

* نویسنده مسئول: محمد محمدی‌پور

رایانامه: mohammadipour@bojnourdiau.ac.ir

مقدمه

نوجوانی^۱ی تردید یکی از پرمجاثرترین دوره‌های زندگی آدمی است. دگرگونی‌های بی‌سابقه و سریعی که در این دوره رخ می‌دهد، اعم از تحول در جنبه‌های جسمانی، شناختی، هیجانی و اجتماعی، نوجوانی را به موقعیتی دوگانه برای رشد یا آسیب بدل ساخته است (سان، چان و چان، ۲۰۱۶). نوجوانی یک دوره انتقالی است که در طی آن تغییرات کیفی زیادی در ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی رخ می‌دهد (لیو، فانگ، پان و ژانگ، ۲۰۱۹). تمامی متخصصین روان‌شناسی بر این باورند که دوره نوجوانی حساس‌ترین و مهم‌ترین دوره رشد هر انسان است. در این دوره فرد به بلوغ می‌رسد، در پی کشف هویت خود تلاش می‌کند، به دنبال استقلال و جدایی از وابستگی‌های دوره کودکی است (ابوباکر، جانگام، ساگر، آمرشا و جوس، ۲۰۱۹)، به همین دلایل در این دوره نوجوانان دارای وضعیت روانی باثباتی نیستند و معمولاً بیشترین مشکلات رفتاری برای نوجوانان به وجود می‌آید (هوانگ، چن، گرین، چوانگ و وی، ۲۰۱۹). هرچند اندیشه غالب بر آن است که بیشتر افراد مرحله نوجوانی و وضعیت روان‌شناختی و هیجانی ناپایدار مربوط به آن را به سلامت می‌گذرانند، اما مطالعاتی که در دهه اخیر انجام شده نشان می‌دهد روز به روز بر تعداد نوجوانانی که نشانه‌های آسیب‌شناسی رفتاری یا هیجانی را در خویش حمل می‌کنند، افزوده می‌شود (ترنت^۲ و همکاران، ۲۰۱۹؛ رایس^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). یکی از مشکلات جدی سلامت روان نوجوانان که به دلیل تغییرات خلقی و فیزیولوژیکی متعدد شکل می‌گیرد، افسردگی^۴ است (کاسما^۵ و همکاران، ۲۰۲۲). شیوع افسردگی در نوجوانان سال‌هاست که افزایش یافته است و یکی از رایج‌ترین تشخیص‌ها در روان‌پزشکی نوجوانان است. شیوع افسردگی در طول زندگی در بین نوجوانان ۱۲ تا ۱۵ ساله ۲۳ درصد است (بوئن و همزا^۶، ۲۰۲۲). افسردگی باعث ایجاد احساس غم و اندوه مداوم و از دست دادن علاقه به فعالیت می‌شود. بر نحوه تفکر، احساس و رفتار نوجوان تأثیر می‌گذارد و می‌تواند مشکلات احساسی، عملکردی و جسمی ایجاد کند (رایس^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۱). علائم و نشانه‌های افسردگی شامل تغییر در نگرش و رفتار نوجوان است که می‌تواند باعث ناراحتی و مشکلات قابل توجهی در مدرسه یا خانه، در فعالیت‌های اجتماعی یا سایر زمینه‌های زندگی شود و می‌تواند منجر به دیگر آسیب‌های روان‌شناختی، شناختی و هیجانی شود (لی، کاراچر و برد^{۱۲}، ۲۰۲۰). (الساید، فالیدس، الورا و ویلیامسون^{۱۳}، ۲۰۱۹).

افسردگی در دوره نوجوانی تنها با تغییرات شناختی و یا روانی همراه نیست، بلکه تغییرات رفتاری در نوجوان افسرده دیده می‌شود. این تغییرات

شامل خستگی، از دست دادن انرژی، بی‌خوابی یا خواب زیاد، تغییر در اشتها و کاهش وزن و افزایش وزن، استفاده از الکل یا مواد مخدر، بی‌قراری، انزوای اجتماعی، عملکرد ضعیف مدرسه یا غیبت مکرر از مدرسه و توجه کمتر به بهداشت شخصی می‌شود که این روند زمینه را برای بروز پرخاشگری^{۱۴} در آنان مهیا می‌سازد (رادل، ابوحمزه، داغستانی، پروین و مصطفی^{۱۵}، ۲۰۲۱). البته پرخاشگری در نوجوانان عوامل متعددی دارد. نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک قوانین و محدودیت‌ها را نادیده گرفته و در مدرسه یا محیط‌های اجتماعی اختلال ایجاد می‌کنند. این نوجوانان از رفتار خود پشیمان نمی‌شوند و مسئولیت اعمال خود را نیز برعهده نمی‌گیرند (ژانگ، ژانگ و ژو^{۱۶}، ۲۰۲۲). اگر نوجوان بدون این ویژگی‌ها مدام پرخاشگری کند، به احتمال زیاد نشانه افسردگی است (آرنت^{۱۷}، ۲۰۱۴). این در حالی است که نتایج مطالعه کانگ^{۱۸} و همکاران (۲۰۲۲) و لی، ها و جو^{۱۹} (۲۰۲۰) بیانگر آن است که نوجوانان با علائم افسردگی از پرخاشگری درونی و بیرونی در رنج هستند. شتامان و تاتیان^{۲۰} (۲۰۱۶) در تعریف خود از پرخاشگری بیان نموده‌اند که پرخاشگری به کلیه اعمال منفی اطلاق می‌گردد که به صورت خشن در برابر دیگران صورت پذیرفته و باعث می‌شود تا فرد مورد هدف، به شکل منفی برانگیخته شود. پرخاشگری معمولاً رفتاری است که به قصد صدمه رساندن به خود یا فرد دیگر و یا تخریب اشیاء صورت می‌گیرد. بر این اساس پرخاشگری عبارت است از حالت منفی ذهنی همراه با نقص‌ها و انحرافات شناختی و رفتارهای ناسازگارانه، این مفهوم همچنین به رفتار آشکارا اعم از فیزیکی و کلامی اطلاق می‌شود که منجر به آسیب به شخص، شیء و یا سیستم دیگری می‌شود (پاسکال - ساگاتیزبال^{۲۱} و همکاران، ۲۰۱۹). پرخاشگری می‌تواند به دو صورت کلامی و غیر کلامی دیده شود. همچنین خصومت، نگرش دشمنانه نسبت به یک فرد یا گروه خاص است که می‌تواند رفتارهای پرخاشگرانه را برانگیزد. خشم، پاسخ هیجانی به تفکرات خشمگین‌کننده درونی است که به واسطه احساس و رفتار غیرمنصفانه ایجاد می‌شود (لازوفسکا و گادایت^{۲۲}، ۲۰۱۳).

علاوه بر بروز پرخاشگری در نوجوانان افسرده، می‌توان بدکارکردی و دشواری در تنظیم هیجان^{۲۳} را نیز در آنان به وفور مشاهده کرد (ترانتاکوستا و شاو^{۲۴}، ۲۰۰۹). زیرا افسردگی ماهیتاً نوعی اختلال در تنظیم هیجان است. عاطفه منفی پایدار و کاهش مداوم عاطفه مثبت از ویژگی‌های بارز تشخیص

13. Elsayed, Fields, Olvera, Williamson

14. aggression

15. Radell, Abo Hamza, Daghestani, Perveen, Moustafa

16. Zhang, Zhang, Xu

17. Arnett

18. Kang

19. Lee, Ha, Jue

20. Shechtman, Tutian

21. Pascual-Sagastizabal

22. Lozovska, Gudaitė

23. Difficulty of Emotional Regulation

24. Trentacosta, Shaw

1. Adolescence

2. Sun, Chan, Chan

3. Liu, Fang, Pan, Zhang

4. Aboobaker, Jangam, Sagar, Amaresha, Jose

5. Huang, Chen, Greene, Cheung, Wei

6. Trent

7. Rice

8. Depression

9. Kehusmaa

10. Boyne, Hamza

11. Rubin

12. Li, Carracher, Bird

۲۰۱۷) نشان دهنده آن است که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی کارآیی لازم در جهت کاستن از آسیب‌های روانی، هیجانی و رفتاری افراد را دارد.

فوناگی ذهنی‌سازی را در هشت بعد چهار مرحله‌ای توصیف می‌کند: ذهنی‌سازی خودکار در برابر ذهنی‌سازی کنترل شده، ذهنی‌سازی نسبت به خود در برابر ذهنی‌سازی نسبت به دیگران، ذهنی‌سازی شناختی در برابر ذهنی‌سازی عاطفی، ذهنی‌سازی درونی در برابر ذهنی‌سازی بیرونی (آلن^{۱۱}، ۲۰۲۰). عدم تعادل در هر کدام از ابعاد یا شکست در ذهنی‌سازی می‌تواند سبب آسیب روانی و اختلالات شخصیتی شود و کیفیت زندگی افراد را تحت تاثیر قرار دهد (لارسن^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۶). بر این اساس، ذهنی‌سازی شکلی از فعالیت ذهنی درباره خود و دیگران یعنی فهم و تفسیر رفتار انسان در وضعیت‌های ذهنی آگاهانه (مثل نیازها، آرزوها، احساس‌ها، باورها، اهداف، مقاصد و دلایل) است (مالبرگ، ۲۰۲۱). این درمان دو مفهوم اصلی و بنیادی را در خود جای داده است. نخست نظریه دلبستگی بالبی و دوم ذهنی‌سازی. ظرفیت ذهنی‌سازی که به عنوان یک کارکرد بازتابی از آن نام برده می‌شود، را می‌توان در قالب مهارت ادراک حالات ذهنی خود و دیگران مفهوم‌پردازی نمود. این فرایند از طریق شکل‌گیری روابط بین‌فردی در زمان کودکی به خصوص در چرخه تحول دلبستگی به دست می‌آید و به عنوان زیربنای رفتارهای آشکار از آن نام برده می‌شود (سیمونسن و همکاران، ۲۰۲۱). ذهنی‌سازی بیشتر به صورت محاوره-ای و تعاملی انجام می‌شود. یعنی در زمان تعامل، هر فرد حالات ذهنی خود و دیگران را مورد توجه قرار داده و ذهنیت دیگران را در ذهن نگه می‌دارد و فرد را قادر می‌سازد با یکپارچه‌سازی شناخت خود و شناخت روابط با دیگران، فقدان، تروما و احساس‌های ناراحت‌کننده از قبیل ناامیدی، خشم، غم، اضطراب، شرم و گناه را مدیریت کند (پولنای و همکاران، ۲۰۲۱).

در ضرورت انجام پژوهش حاضر می‌توان بیان نمود افسردگی و عواقب رفتاری در نوجوانان مانند ناتوانی در تنظیم هیجانی، پرخاشگری و خودجرحی در نوجوانان افسرده مساله‌ساز است که ضروری است با بکارگیری مداخله بهنگام از پیشروی علائم آسیب شناختی، هیجانی، روانی و رفتاری جلوگیری شود. علاوه بر این می‌توان بیان نمود آنچه مسلم است این است که نوجوانان به دلیل تغییرات تحولی و رشدی سریع بیش از سایر گروه‌های سنی مستعد تغییرات خلقی هستند که در صورت بی‌توجهی می‌تواند عواقب زیان‌باری را در پی داشته باشد. بنابراین با توجه به تاثیر افسردگی بر مولفه‌های روان‌شناختی، ارتباطی، اجتماعی، عاطفی و تحصیلی نوجوانان، این پژوهش به دنبال آن است تا افق تازه‌ای را در درمان مولفه‌های روان‌شناختی نوجوانان دختر افسرده بگشاید، بدین صورت که با بکارگیری درمان مبتنی

یک دوره افسردگی اساسی است (زواوک و تورسکی^۱، ۲۰۲۱). علاوه بر این ژانگ^۲ و همکاران (۲۰۲۲) و ولف^۳ و همکاران (۲۰۲۰) نیز نشان داده اند که بروز افسردگی در نوجوانان سبب می‌شود که فرایند پردازش هیجانی آنان مختل شده و دچار دشواری در تنظیم هیجان شوند. در واقع، نظریه پردازان پیشنهاد کرده‌اند که افراد آسیب‌پذیر و غیرآسیب‌پذیر افسردگی، اساساً در واکنش اولیه خود به یک رویداد منفی متفاوت نیستند. بلکه در توانایی آنها برای بازیابی از عوارض منفی ناشی از آن متفاوت است، بنابراین، تفاوت‌های فردی در استفاده عادی از استراتژی‌های تنظیم هیجان خاص ممکن است نقش مهمی در شروع و حفظ افسردگی داشته باشد (پنر-جوئک و بیندر^۴، ۲۰۱۹). هیجان‌ها نقش مهمی در پاسخ‌دهی رفتاری، تصمیم‌گیری، تقویت حافظه برای رویدادهای مهم و تسهیل تعاملات بین فردی دارند. با اینکه هیجان‌ها مفید هستند، اما می‌توانند مخرب نیز باشند. پاسخ‌های هیجانی نامناسب می‌تواند به اشکال مختلف آسیب، مشکلات اجتماعی و حتی بیماری جسمی منجر شود (برانهارت، برادن و پرایس^۵، ۲۰۲۱). بر این اساس، دشواری در نظم‌جویی هیجانی به عنوان روش‌های ناسازگار پاسخ دادن به احساسات تعریف می‌شود که شامل پاسخ‌های غیرقابل قبول، مشکل در کنترل رفتارها در زمینه پریشانی هیجانی، و نقص در استفاده عملکردی از هیجان‌ات به عنوان اطلاعات است (رافینو، وارد-سیسیلسکی، وب و نادورف^۶، ۲۰۲۰).

با توجه به این‌که افسردگی مشکلات جدی در دوران نوجوانی به وجود می‌آورد، مداخله زودهنگام می‌تواند از علائم بیماری و بلندمدت و عملکرد ضعیف نوجوانان پیشگیری کند. یکی از روش‌های درمانی کارآمد درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی^۷ است. چرا که نشان داده شده است افراد مبتلا به افسردگی در مقایسه با افراد سالم دارای اختلال در ذهنی‌سازی^۸ هستند. به طوری که اختلال در ذهنی‌سازی می‌تواند با افزایش حساسیت به طرد بین فردی و عدم تنظیم هیجانی، خودافشایی منفی^۹، درک خود از طریق دیدگاه دیگران در مورد خود، باعث ایجاد خلق و خوی پایین شود (تابنر^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۱). پیشینه پژوهشی مربوط به نتایج پژوهش حاج محمدحسینی، میرزاحسینی و زرغام حاجبی (۱۴۰۰)؛ موسوی، بهرامی، رستمی و سرافراز (۱۳۹۹)، بشرپور و عینی (۱۳۹۹)، کریمی، فرحبخش، سلیمی بجستانی و معتمدی (۱۳۹۹)، استنمایر^{۱۱} و همکاران (۲۰۲۱)؛ مالبرگ^{۱۲} (۲۰۲۱)؛ پولنای^{۱۳} و همکاران (۲۰۲۱)؛ سیمونسن^{۱۴} و همکاران (۲۰۲۱)، تابنر و همکاران (۲۰۲۱)، جورجسن^{۱۵} و همکاران (۲۰۲۱)، فوناگی^{۱۶} و همکاران (۲۰۲۰)، مالداکاستیلو، براون و پیرز-آلگورتا^{۱۷} (۲۰۱۹)، بو^{۱۸} و همکاران

11. Steinmair
12. Malberg
13. Polnay
14. Simonsen
15. Jørgensen
16. Fonagy
17. Malda-Castillo, Browne, Perez-Algorta
18. Bo
19. Allen
20. Laurensen

1. Żurawek, Turecki
2. Zhang
3. Wolff
4. Penner-Goeke, Binder
5. Barnhart, Braden, Price
6. Rufino, Ward-Ciesielski, Webb, Nadorff
7. Mentalization based therapy
8. Mentalization Based Treatment
9. Negative self-disclosure
10. Taubner

نکردند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن تشخیص اختلال افسردگی، داشتن سن ۱۸-۱۳ سال، نداشتن اختلالات بالینی دیگر از جمله اختلالات طیف سایکوز و سوءمصرف مواد (با توجه به مصاحبه تشخیصی DSM5 توسط روان‌شناس بالینی)، شرکت نداشتن همزمان در برنامه‌های درمانی دارویی و غیردارویی دیگر، در طی انجام پروتکل‌های پژوهش و داشتن رضایت آگاهانه بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس، عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش و عدم پاسخگویی به پرسشنامه‌های پژوهش در یکی از مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و یا پیگیری بود. یافته‌های کسب شده از داده‌های دموگرافیک بیان نمود که دانش‌آموزان حاضر در پژوهش دامنه سنی ۱۳ تا ۱۸ سال داشتند که میانگین و انحراف استاندارد سن دانش‌آموزان در گروه آزمایش $15/34 \pm 2/34$ و در گروه گواه $14/94 \pm 2/63$ سال بود.

ابزار سنجش

پرسشنامه افسردگی نوجوانان (ADQ): پرسشنامه افسردگی نوجوانان توسط کوتچر و همکاران (۲۰۰۲) بر روی ۱۷۷۱۲ دانش‌آموز نوجوان ۱۲ تا ۱۷ سال ساخته شد. این پرسشنامه از نوع خودگزارش‌دهی و چهارگزینه‌ای است و شامل ۱۱ عبارت می‌باشد. نمره هر آزمودنی عبارت است از مجموع نمرات وی در تمام عبارات است. بر اساس گزینه اول (۰) امتیاز، گزینه دوم (۱) امتیاز، گزینه سوم (۲) امتیاز و گزینه چهارم (۳) نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌گذاری آزمون در تمامی عبارات به صورت مستقیم است. حداقل نمره آزمودنی صفر و حداکثر آن ۳۳ است. نمرات بالاتر از ۱۷ نشان دهنده وجود علائم افسردگی در نوجوان است. لبلانس^۳ و همکاران (۲۰۰۲) روایی همزمان پرسشنامه حاضر را با آزمون افسردگی بک مورد محاسبه قرار داد. تحلیل‌های آماری مشخص کرد پرسشنامه افسردگی نوجوانان بالاترین قدرت تشخیصی را داراست (لبلانس و همکاران، ۲۰۰۲). همچنین پایایی این پرسشنامه در پژوهش بلانک و همکاران (۲۰۰۲) بر روی نوجوانان دارای افسردگی حاد نشان داد که این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ $0/85$ دارای پایایی مناسبی است. در ایران، در مطالعه‌ای بر روی ۴۰۰ دانش‌آموزان متوسط اول و دوم تهرانی، نشان داده شد که ساختار عاملی این پرسشنامه قابل تایید است (خلقی، حبیبی، حامدی‌نیا و عسگری، ۱۳۹۴). همچنین این پژوهشگران میزان پایایی پرسشنامه را به استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/83$ گزارش کردند. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/86$ محاسبه شد.

پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان (DERQ): پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان را گرتز و رومر^۵ (۲۰۰۴) طراحی کردند. این پرسشنامه یک مقیاس خودگزارشی است که برای ارزیابی دشواری‌های موجود در تنظیم هیجانی به شکل جامع‌تری نسبت به ابزارهای موجود در این زمینه ساخته شده است و دارای ۳۶ عبارت است. نمره گذاری این پرسشنامه بر اساس

ذهنی‌سازی، مولفه‌های دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری را در گروه نوجوانان دختر افسرده تحت تاثیر قرار دهد که تاکنون در پژوهش‌های دیگر به آن پرداخته نشده است. علاوه بر این در زمینه پژوهشی حاضر خلا پژوهشی زیادی نیز احساس می‌شود. چرا که با جستجو در پایگاه‌های علمی داخلی و خارجی پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی ذهنی‌سازی بر دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری نوجوانان دختر افسرده یافت نشد. اکنون با توجه به موضوعات و تحقیقات بیان شده در مورد اثربخشی درمان مبتنی ذهنی‌سازی و از سوی دیگر با توجه به خلأ پژوهشی موجود به دلیل عدم وجود تحقیقات مشابه، مساله اصلی این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی ذهنی‌سازی بر دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری نوجوانان دختر افسرده می‌باشد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل نوجوانان دختر با اختلال افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر بابل در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود. در این پژوهش تعداد ۳۰ نوجوان دختر با اختلال افسردگی با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۱۵ نوجوان در گروه آزمایش و ۱۵ نوجوان در گروه گواه). نوجوانان حاضر در گروه آزمایش درمان مبتنی ذهنی‌سازی (۱۰ جلسه) را طی ۱۰ هفته (۹۰ دقیقه‌ای) دریافت نمودند. برای انتخاب حجم نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین صورت که نوجوانان دختر با اختلال افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر بابل مورد شناسایی قرار گرفتند. این افراد توسط روانپزشک مراکز دارای اختلال افسردگی تشخیصی داده شده بودند. لازم به ذکر است که مراکز مشاوره آموزش و پرورش دارای روانپزشک هستند. جهت اطمینان از وجود افسردگی در این نوجوانان، پرسشنامه افسردگی نوجوانان (کوتچر و همکاران، ۲۰۰۲) نیز به آنان ارائه داده شد تا با پاسخگویی به آن‌ها بودن علائم افسردگی در آنان تایید شود. نمرات بالاتر از ۱۷ نشان دهنده وجود علائم افسردگی در نوجوان است. علاوه بر این، مصاحبه بالینی نیز در این مرحله بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ انجام شد. در این مرحله ۵۶ نوجوان دختر دارای اختلال افسردگی تشخیص داده شدند. سپس از بین این نوجوانانی که با استفاده از نظر روانپزشک، اجرای پرسشنامه و مصاحبه بالینی دارای اختلال افسردگی تشخیص داده شدند (نمره بالاتر از ۱۷ در پرسشنامه افسردگی نوجوانان: با توجه به نمره برش پرسشنامه)، ۳۰ نفر از آنها با توجه به نمره کسب شده در پرسشنامه افسردگی نوجوانان انتخاب و به شیوه تصادفی در گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند (۱۵ نوجوان دختر در گروه آزمایش و ۱۵ نوجوان دختر در گروه گواه). سپس گروه آزمایش درمان مبتنی ذهنی‌سازی را دریافت کردند. این در حالی بود که گروه گواه در طول پژوهش این مداخله را دریافت

3. LeBlanc

4. Difficulty of Emotional Regulation Questionnaire

5. Gratz, Roemer

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth revised edition (DSM- V)

2. Adolescent Depression Questionnaire

جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی است که نوجوانان دختر افسرده حاضر در گروه گواه مداخله حاضر را در طول پژوهش دریافت نکردند. لازم به ذکر است که جلسه‌های درمان توسط پژوهشگر اجرا شد. مداخله درمان مبتنی ذهنی‌سازی برگرفته از پروتکل مالبرگ (۲۰۲۱) است که در پژوهش کریمی و همکاران (۱۳۹۹) برای نوجوانان بکار گرفته شده و اعتبار آن مورد تایید قرار گرفته است. خلاصه این مداخله در جدول ۱ ارائه شده است. جهت رعایت اخلاق پژوهشی رضایت نوجوانان دختر افسرده، برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم چنین به نوجوانان دختر افسرده حاضر در گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی، در صورت تمایل این مداخله درمانی را دریافت خواهند کرد که تعداد ۵ نفر از افراد این گروه در مداخلات حضور یافتند.

جدول ۱: خلاصه جلسات مداخله درمان مبتنی ذهنی‌سازی

عنوان جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول (ذهنی‌سازی چیست؟)	بیان اهداف جلسه، مروری بر ساختار و اهداف جلسات و قوانین اصلی. بیان ابعاد و مزایای ذهنی‌سازی
جلسه دوم (مشکل داشتن با ذهنی‌سازی)	شاخص‌های ذهنی‌سازی ضعیف و خوب مشکلات در ذهن‌خوانی خود دیگران و تکانش‌گری و حساسیت بین فردی. شفاف‌سازی تفسیرهای شرکت‌کنندگان از سوی رهبر گروه. ارائه تکلیف خانگی
جلسه سوم (هیجان‌های اصلی و ثانویه کدامند؟)	شناسایی هیجان‌های اصلی و فرعی، هیجان‌های اولیه و ثانویه کدامند؟ توصیف انواع هیجان‌ها و تفاوت‌های فردی در ابراز هیجان‌ها، ارائه تکلیف خانگی
جلسه چهارم (خودتنظیمی هیجان‌ها چگونه است؟)	مروری بر بحث جلسه قبل و بررسی تکالیف. بیان اهداف جلسه (چگونگی برخورد با هیجان‌ها و احساسات تفسیر علامت‌های هیجانی درونی در خودمان و حالات هیجانی در دیگران. خودتنظیمی احساسات و این‌که چگونه دیگران می‌توانند به تنظیم احساسات ما کمک کنند. نحوه مدیریت کردن احساسات غیرذهنی ناراحت‌کننده. ارائه تکلیف آرمیدگی. مرور مطالب جلسه قبل و بررسی تکالیف. بیان مشخصات و اهداف اختصاصی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی. آموزش و تمرین ذهنی‌سازی در گروه. ارائه تکلیف خانگی.
جلسه پنجم (اهداف ذهنی‌سازی کدام است؟)	مروری بر بحث جلسه قبل و بررسی تکالیف. اهمیت ایجاد ارتباط با دیگران و انجام فعالیت گروهی. ارائه آموزش در مورد دوره و درمان افسردگی بر اساس ذهنی‌سازی، ارائه تکلیف خانگی.
جلسه ششم (اهداف ذهنی‌سازی مشکلات)	بررسی تکالیف. پرسش از اعضای گروه در مورد مشکلاتی که می‌خواهند در گروه مطرح شود. تأیید مطرح‌شده اعضای گروه شفاف‌سازی مباحث مطرح‌شده اعضای گروه توسط درمانگر.
جلسه هفتم (اهداف ذهنی‌سازی مشکلات)	کاوش مشکلات و درصورت لزوم به چالش کشیدن آنها. شناسایی عاطفی و تمرکز عاطفی بر روی مباحث مطرح‌شده از سوی گروه، ارائه تکلیف خانگی.
جلسه هشتم (آموزش ذهنی‌سازی)	آموزش ذهنی‌سازی برای تسهیل اعتماد معرفتی. ذهنی‌سازی ارتباط با توجه به ردیاب‌های انتقال.
جلسه نهم (جلسه پایانی)	آماده‌سازی برای پایان دادن به درمان. تمرکز بر احساسات فقدان در زمینه پایان دادن درمان. پایان دادن درمان.

طیف لیکرت از نمره ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) متغیر است. بر اساس دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۳۶ تا ۱۵۰ است. کسب نمرات بالاتر نشان دهنده دشواری در تنظیم هیجان بالاتر است. نتایج مربوط به بررسی پایایی نشان می‌دهد که این پرسشنامه دارای همسانی درونی بالا ($\alpha=0/93$) می‌باشد و پایایی آزمون بازآزمون برای این مقیاس (۰/۸۸) مناسب گزارش شده است (گراتز و رومر، ۲۰۰۴). همچنین، پایایی همسانی درونی فرم ترجمه شده به فارسی این مقیاس، طی یک مطالعه مقدماتی مورد محاسبه قرار گرفت. نتایج مطالعه همسانی درونی بالایی را برای مقیاس ($\alpha=0/86$) نشان داد (عزیزی، میرزایی و شمس، ۱۳۸۹). برای تعیین اعتبار، همبستگی نمره پرسشنامه تنظیم هیجانی با نمره پرسشنامه هیجان‌خواهی ذاکرمن ($r=0/26$) معنادار و مثبت به‌دست آمد که بیانگر برخورداری پرسشنامه از اعتبار لازم بود (عزیزی، میرزایی و شمس، ۱۳۸۹). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد.

پرسشنامه پرخاشگری (AQ): پرسشنامه پرخاشگری توسط باس و پری (۱۹۹۲) ساخته و مورد بازنگری قرار گرفته است. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است که شامل ۲۹ عبارت آزمودنی‌ها به هریک از عبارات در یک طیف ۵ درجه‌ای از کاملاً شبیه به من است (۵) تا حدودی شبیه به من است (۴) نه شبیه به من است نه شبیه به من نیست (۳) تا حدودی شبیه به من نیست (۲) به شدت شبیه به من نیست (۱) پاسخ دادند. نمره کل پرخاشگری از جمع کل نمره‌ها حاصل می‌شود. بدین صورت که دامنه نمرات پرسشنامه بین ۲۹ تا ۱۴۵ است. کسب نمره بالاتر نشان دهنده پرخاشگری بیشتر است (باس و پری، ۱۹۹۲). در نتایج پژوهش باس و پری (۱۹۹۲) گزارش شده است که این پرسشنامه دارای اعتبار سازه (۰/۹۲) و روایی محتوایی (۰/۸۹) قابل قبولی است. همچنین این پژوهشگران میزان پایایی پرسشنامه را ۰/۹۱ گزارش کردند. در ایران و در پژوهش سامانی (۱۳۸۶) نتایج ضریب بازآزمایی برای چهار زیر مقیاس ۰/۸۰ تا ۰/۷۲ و همبستگی بین چهار زیرمقیاس ۰/۳۸ تا ۰/۴۹ به‌دست آمده است. جهت سنجش اعتبار درونی مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج نشانگر همسانی درونی زیرمقیاس پرخاشگری بدنی ۰/۸۲، پرخاشگری کلامی ۰/۸۱، خشم ۰/۸۳ و خصومت ۰/۸۰ بوده است (سامانی، ۱۳۸۶). در پژوهش بیاتی، احمدی، چرامی و غضنفری (۱۴۰۰) میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شد.

روند اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوزهای لازم از طرف آموزش و پرورش شهر بابل و مراجعه به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر بابل و انجام فرایند نمونه‌گیری، نوجوانان دختر افسرده انتخاب شده (۳۰ نوجوانان دختر افسرده) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۱۵ نوجوانان دختر افسرده در گروه آزمایش و ۱۵ نوجوانان دختر افسرده در گروه گواه). این افراد هنوز وارد جلسات درمانی مراکز مشاوره نشده بودند. گروه آزمایش مداخله درمان مبتنی ذهنی‌سازی را در ۱۰ جلسه طی ۱۰ هفته به صورت هفته‌ای یک

1. Aggression Questionnaire

2. Buss, Perry

جدول ۳: تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی برای متغیرهای دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری

متغیرها	مجموع مجنورات	درجه آزادی	میانگین مجنورات	مقدار F	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
مراحل	۱۵۳۸۸۰	۲	۷۶۹۴۰	۵۶۹۷	<۰۰۰۱	۰/۶۷	۱
گروه‌بندی	۱۹۴۱/۳۷	۱	۱۹۴۱/۳۷	۲۰/۴۲	<۰۰۰۱	۰/۴۹	۱
تعامل							
مراحل و گروه‌بندی	۸۹۳۱۵	۲	۴۴۶۵۷	۳۳۲۸	<۰۰۰۱	۰/۵۴	۱
خطا	۷۵۱/۳۷	۵۶	۱۳۴۱				
مراحل	۳۱۷۳۵	۲	۱۵۸۶۷	۶۳۹۷	<۰۰۰۱	۰/۶۸	۱
گروه‌بندی	۸۲۲۰/۴	۱	۸۲۲۰/۴	۳۲/۳۴	<۰۰۰۱	۰/۵۰	۱
تعامل							
مراحل و گروه‌بندی	۲۴۱۰/۹	۲	۱۲۰۵/۴	۴۸/۶۰	<۰۰۰۱	۰/۶۲	۱
خطا	۱۳۸۸۹	۵۶	۲۴۸				

با توجه به جدول ۳ عامل عضویت گروهی یعنی درمان مبتنی ذهنی‌سازی بر نمرات دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری نوجوانان دختر افسرده دارای اثرگذاری معنادار است ($P < 0/001$). اندازه اثر نشان می‌دهد درمان مبتنی ذهنی‌سازی به ترتیب ۴۹ و ۵۰ درصد از تفاوت در نمرات دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری را تبیین می‌کند. همچنین نتایج بیان گر آن است که اثر متقابل نوع مداخله یعنی درمان مبتنی ذهنی‌سازی و عامل زمان هم بر نمرات دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری نوجوانان دختر افسرده دارای اثرگذاری معنادار است ($P < 0/001$). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود درمان مبتنی ذهنی‌سازی در مراحل مختلف ارزیابی هم بر دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری نوجوانان دختر افسرده به میزان ۵۴ و ۶۲ درصد تاثیر معنادار داشته است. توان آماری کسب شده نیز حکایت از دقت آماری بالا و کفایت حجم نمونه در این پژوهش می‌باشد. حال در ادامه در جدول ۴ مقایسه زوجی میانگین نمرات دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری آزمودنی‌ها بر حسب مرحله ارزیابی با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی ارائه می‌شود.

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی میانگین نمره دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری در مراحل سه‌گانه در گروه آزمایش

متغیر	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
دشواری تنظیم هیجانی	پیش آزمون	پس آزمون	۱۵/۱۳	۱/۹۵	۰/۰۰۱
	پیگیری		۱۵/۶۰	۱/۸۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیش آزمون	-۱۵/۱۳	۱/۹۵	۰/۰۰۱
	پیگیری		۰/۴۶	۰/۲۵	۰/۲۶
پرخاشگری	پیش آزمون	پس آزمون	۷/۸۰	۰/۷۱	۰/۰۰۱
	پیگیری		۶/۹۶	۰/۸۴	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیش آزمون	-۷/۸۰	۰/۷۱	۰/۰۰۱
	پیگیری		-۰/۸۶	۰/۳۹	۰/۱۳

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موچلی جهت بررسی پیش‌فرض کرویت داده‌ها و همچنین از تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفرونی برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش در مرحله‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، برای دو گروه آزمایش و گواه نشان داده شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری نوجوانان دختر افسرده

موقعیتها	گروهها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
دشواری تنظیم هیجانی	گروه آزمایش	۱۰۰/۲۶	۱۰/۱۷۴	۹۴/۱۳	۱۱/۷۹	۹۲/۶۶
	گروه گواه	۱۰۰/۶۶	۸/۶۵	۱۰۰/۴۰	۹/۱۹	۱۰۰/۸۶
پرخاشگری	گروه آزمایش	۸۴/۰۶	۶/۹۳	۷۶/۳۶	۶/۵۱	۷۷/۱۳
	گروه گواه	۸۵/۶۰	۹/۳۱	۸۵/۴۶	۹/۴۷	۸۶/۵۳

پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک پیش از ارائه نتایج تحلیل واریانس آمیخته، ارزیابی گردید که نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای دشواری تنظیم هیجانی ($F=0/14; P=20$) و پرخاشگری ($F=0/12; P=20$) برقرار است. همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌دهد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در دو متغیر دشواری تنظیم هیجانی ($P=0/71$)؛ و پرخاشگری ($F=0/13; P=0/39$)؛ رعایت شده است. از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیرهای وابسته (دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری) معنادار نبوده است ($p > 0/05$). این در حالی بود که نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای دشواری تنظیم هیجانی ($Mauchlys W=0/92; P=49$) و پرخاشگری ($P=35; P=0/91$) $Mauchlys W$ رعایت شده است.

تا نوجوانان دختر افسرده در دام عواطف و هیجانات منفی نیفتاده و به هنگام بروز چنین هیجاناتی بتوانند عملکرد هیجانی و عاطفی سنجیده‌ای را از خود نشان داده و در نتیجه تنظیم هیجانی بالاتری را تجربه نمایند. در تبیینی دیگر باید به شرح جلسه چهارم درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی اشاره کرد. در این جلسه به نوجوانان دختر افسرده آموزش داده شد تا به شکل سازگارانه‌ای هیجان‌های کنترل‌ناپذیر خود را مدیریت نمایند. این روند باعث می‌شود تا این افراد قادر شوند هیجان‌ها و عواطف منفی خود را مدیریت نموده و از تداخل این عواطف در عملکرد خود پیشگیری نمایند. علاوه بر این بر اساس مبانی نظری مطرح شده در پژوهش پولنای و همکاران (۲۰۲۱) درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با بهبود عملکرد شناختی، عاطفی و هیجانی ذهن آگاهانه سبب می‌شود افراد به پردازش‌های رخ داده در فرایندهای شناختی و هیجانی آگاهی یافته و بر این اساس آنان بتوانند تنظیم هیجانی بالاتری را تجربه نمایند.

یافته دوم پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی ذهنی‌سازی بر پرخاشگری نوجوانان دختر افسرده با نتایج پژوهش پیشین همسویی داشت. چنانکه پولنای و همکاران (۲۰۲۱) نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در بهبود سلامت روان افراد موثر است. همچنین تابنر و همکاران (۲۰۲۱) گزارش کرده‌اند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی منجر به کاهش پرخاشگری و رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک می‌شود. علاوه بر این فونای و همکاران (۲۰۲۰) دریافتند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی منجر به کاهش رفتارهای تکانشی افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی می‌شود. مالداکاستیلو، براون و پیرز-آلگورتا (۲۰۱۹) نیز در یک مطالعه مرور نظام‌مند گزارش کردند که درمان ذهنی‌سازی بر روی نشانه‌های اختلالات مرزی، میزان خودکشی و خودآسیب‌زنی موثر است. در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی ذهنی‌سازی بر پرخاشگری نوجوانان دختر افسرده می‌توان گفت در نوجوانان دختر افسرده به دلیل مشکلات مزمن روانی و هیجانی، نوعی آزرندگی روانی و بدکارکردی هیجانی و عاطفی ایجاد شده است که مانع از پردازش عاطفی و هیجانی سازنده می‌شود (بوئن و همزا، ۲۰۲۲). بنابراین درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با به کار بردن نشانه‌های ذهن‌خواهی و همچنین فعالیت ذهن آگاهانه باعث افزایش پردازش شناختی و هیجانی کارآمد در این افراد می‌شود. شکل‌گیری چنین روندی از طریق درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در طی درمان به نوجوانان دختر افسرده اجازه می‌دهد تا مسائل و مشکلات ارتباطی خود را بهتر درک کرده و در نتیجه در تعاملات اجتماعی خود، پرخاشگری کمتری را از خود نشان دهند. در تبیینی دیگر می‌توان بیان نمود که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی قادر است ادراک بیگانگی در مراجع را کاهش دهد. تمرکز بیشتر به عاطفه و تعامل بین فردی در طول یک جلسه و در طول زمان، زمینه‌ای فراهم می‌کند که در آن نوجوانان دختر افسرده بتوانند تعامل بین‌فردی سازگارانه‌تر و بیشتری را با اعضای خانواده و همچنین دانش‌آموزان دیگر در محیط مدرسه برقرار نموده و بر این اساس تعاملات محیطی سازنده‌تری را از خود نمایان ساخته و با درک اهمیت چنین روابطی، پرخاشگری کمتری را نیز از خود نشان دهد. علاوه بر این باید اشاره نمود که درمان مبتنی بر

همانگونه نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری در گروه آزمایش تفاوت معنادار وجود دارد. این یعنی درمان مبتنی ذهنی‌سازی توانسته به شکل معناداری نمرات پس‌آزمون و پیگیری دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری نوجوانان دختر افسرده را نسبت به مرحله پیش‌آزمون در گروه آزمایش دچار تغییر نماید. یافته دیگر این جدول نشان داد که بین میانگین نمرات مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود ندارد. این یافته را می‌توان این‌گونه جمع‌بندی نمود که نمرات دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری نوجوانان دختر افسرده که در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش دچار تغییر معنادار شده بود، توانسته این تغییر را در طول دوره پیگیری نیز حفظ نماید.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی ذهنی‌سازی بر دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری نوجوانان دختر افسرده انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی ذهنی‌سازی بر دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری نوجوانان دختر افسرده تاثیر دارد. یافته اول پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی ذهنی‌سازی بر دشواری تنظیم هیجانی نوجوانان دختر افسرده با نتایج پژوهش پیشین همسویی داشت. چنانکه حاج محمدحسینی، میرزاحسینی و ضرغام حاجبی (۱۴۰۰) نشان داده‌اند که درمان ذهنی‌سازی بر کاهش آسیب‌های هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی موثر است. همچنین بشرپور و عینی (۱۳۹۹) نشان دادند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر کاهش بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه موثر است. علاوه بر این کریمی و همکاران (۱۳۹۹) نیز گزارش کرده‌اند که الگوی مبتنی بر ذهنی‌سازی بر کیفیت روابط خانواده و رفتار آسیب به خود در نوجوانان دختر اثربخش است. سیمونسن و همکاران (۲۰۲۱) و پولنای و همکاران (۲۰۲۱) نیز دریافتند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر سلامت هیجانی و روانی افراد اثربخش است. در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی ذهنی‌سازی بر دشواری تنظیم هیجانی دختر افسرده می‌توان اشاره کرد جلسات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی هم با تأیید همدلانه و ایجاد یک سکوی عاطفی مشترک بین بیمار و درمانگر تجربه بیمار را در این مورد که او تنها نیست، افزایش می‌دهد و هم نشان می‌دهد که ذهن دیگری می‌تواند برای مشخص کردن حالات ذهنی و افزایش پویایی هیجانات مفید باشد (سیمونسن و همکاران، ۲۰۲۱). به‌عبارت دیگر، تمرکز بیشتر به عاطفه و تعامل بین‌فردی در طول یک جلسه و در طول زمان زمینه‌ای فراهم می‌کند که در آن به کاوش حالت‌های پیچیده‌تر ذهنی در زمینه‌ای از دلبستگی که به‌طور معمول باعث از دست رفتن ذهنی‌سازی می‌شود، پرداخته شود که این خود می‌تواند باعث کاهش بدتنظیمی هیجانی دختران افسرده شود. از سوی دیگر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در خلال جلسات خود (به خصوص جلسه سوم)، انعطاف‌پذیری هیجانی، شناسایی هیجانات، مدیریت هیجانات و ابراز آن را در نوجوانان دختر افسرده افزایش می‌دهد. افزایش انعطاف‌پذیری هیجانی و میریت مبتنی بر آن سبب می‌شود

منابع

- بیاتی، سحر، احمدی، رضا، چرامی، مریم، غضنفری، احمد. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش خودمتمایزسازی بر پرخاشگری و اجتناب تجربه‌ای نوجوانان طلاق با اختلال رفتار برونی‌سازی شده. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۴(۱)، ۲۵۹۸-۲۵۷۸.
- خلقی، حبیبه، حبیبی، مجتبی، حامدی‌نیا، الهه، عسگری نژاد، فاطمه. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس افسردگی کوتاچر در دانش‌آموزان. *پژوهش کاربردی در روانشناسی تربیتی*، ۲(۲)، ۲۸-۱۵.
- سامانی، سیامک. (۱۳۸۶). بررسی پایایی و روایی پرسش‌نامه پرخاشگری باس و پری. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۳(۴)، ۳۵۹-۳۶۵.
- عزیزی، علیرضا، میرزایی، آزاده، و شمس، جمال. (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *تحقیقات نظام سلامت حکیم*، ۱۳(۱)، ۱۱-۱۸.
- بشروپر سجاد، و عینی، ساناز. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر میزان بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. *مجله علوم اعصاب شفای خاتم*، ۳(۸)، ۱۹-۱۰.
- کریمی، فریبا، فرحبخش، کیومرث، سلیمی بجستانی، حسین، و معتمدی، عبدالله. (۱۳۹۹). اثربخشی الگوی مبتنی بر ذهنی‌سازی بر کیفیت روابط خانواده و رفتار آسیب به خود در نوجوانان دختر. *مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۷(۲)، ۲۵۷-۲۶۵.
- موسوی، ولاء، بهرامی احسان، هادی، رستمی، رضا، سرافراز، مهدی رضا. (۱۳۹۹). مروری بر مداخلات مبتنی بر ذهن‌سازی و کارکرد تأملی والدینی (PRF)؛ مقدمه‌ای بر معرفی روش‌های نوین. *رویش روان‌شناسی*، ۹(۲)، ۲۶-۱۵.
- حاج محمدحسینی، طاهره، میرزاحسینی، حسن، و زرغام حاجبی، مجید. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان ذهنی‌سازی و عاطفه‌هراسی بر کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی، *نشریه روانشناسی اجتماعی*، ۹(۶۱)، ۵۸-۶۵.

ذهنی‌سازی سبب می‌شود تا افراد آموزش دیده به ذهنیت‌سازی موفق در جهت درگیر شدن ذهن در موقعیت‌های چالش‌انگیز دست یابند (استمایر و همکاران، ۲۰۲۱). بر اساس چنین توانایی نوجوانان دختر افسرده می‌آموزند که از موقعیت‌های چالش‌برانگیز فرار نکرده و با بهره‌گیری از تاب‌آوری و تحمل روانی با این شرایط مواجه شوند. افزایش توان درونی و قدرت مقابله‌ای در این نوجوانان نیز با ادراک پرخاشگری کمتر همراه است.

پژوهش حاضر همانند پژوهش‌های دیگر با محدودیت‌هایی مواجه بود، همانند محدود بودن جامعه پژوهش به نوجوانان دختر افسرده مراجعه کننده به مراکز آموزش و پرورش شهر بابل، عدم مهار متغیرهای شخصیتی، فیزیولوژیکی، اجتماعی و خانوادگی تأثیرگذار بر دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری نوجوانان دختر افسرده از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در جنسیت پسر، سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر نوجوانان (همانند نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب، اختلال رفتار برونی‌سازی شده، اختلال رفتار برونی‌سازی شده و ...) و مهار عوامل ذکر شده اجرا شود. با توجه به اثربخشی درمان مبتنی ذهنی‌سازی بر دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری نوجوانان دختر افسرده، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود، مسئولان و کارشناسان مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر بابل با فعال کردن مشاوران مدارس و متخصصان مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی آموزش پرورش نسبت به شناسایی کامل دانش‌آموزان با اختلال افسردگی اقدام نموده و با آموزش مشاوران و متخصصان روان‌شناسی مراکز مربوطه و با بکارگیری درمان مبتنی ذهنی‌سازی نسبت به کاهش دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری نوجوانان دختر افسرده اقدام نمایند تا بدین طریق بتوان سلامت روان این نوجوانان را افزایش داده و عملکرد تحصیلی بهتری را نیز از آنان مشاهده نمود.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی نویسنده اول پژوهش در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد بود. بدین وسیله از تمام نوجوانان دختر حاضر در پژوهش، خانواده‌های آنان و مسئولین مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر بابل که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

- Aboobaker, S., Jangam, K.V., Sagar, K.J.V., Amaresha, A.C., Jose, A. (2019). Predictors of emotional and behavioral problems among Indian adolescents, A clinic-based study. *Asian Journal of Psychiatry*, 39, 104-109.
- Allen, J.G. (2020). Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice, Second Edition, Journal of Psychiatric Practice, 26(2), 160-161.
- Arnett, J.J. (2014). Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties (2nd ed.). Oxford University Press.
- Barnhart, W.R., Braden, A.L., Price, E. (2021). Emotion regulation difficulties interact with negative, not positive, emotional eating to strengthen relationships with disordered eating: An exploratory study. *Appetite*, 158, 105-110.
- Bo, S., Sharp, C., Beck, E., Pedersen, J., Gondan, M., & Simonsen, E. (2017). First empirical evaluation of outcomes for mentalization-based group therapy for adolescents with BPD. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(4), 396-401.
- Boyne, H., & Hamza, C.A. (2022). Depressive Symptoms, Perceived Stress, Self-Compassion and Non-suicidal Self-Injury Among Emerging Adults: An Examination of the Between and Within-Person Associations Over Time. *Emerging Adulthood*, 10(5), 1269-1285.
- Buss, A.H., Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(4), 452-459.
- Fonagy, P., Yakeley, J., Gardner, T. et al. (2020). Mentalization for Offending Adult Males (MOAM): study protocol for a randomized controlled trial to evaluate mentalization-based treatment for antisocial personality disorder in male offenders on community probation. *Trials*, 21, 214-219.
- Gratz, K. L., Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Huang, C., Chen, Y., Greene, L., Cheung, S., Wei, Y. (2019). Resilience and emotional and behavioral problems of adolescents in China, Effects of a short-term and intensive mindfulness and life skills training. *Children and Youth Services Review*, 100, 291-297.
- Jørgensen, M.S., Storebø, O.J., Bo, S., Poulsen, S., Gondan, M., Beck, E., Chanen, A.M., Bateman, A., Pedersen, J., Simonsen, E. (2021). Mentalization-based treatment in groups for adolescents with borderline personality disorder: 3- and 12-month follow-up of a randomized controlled trial. *European Children and Adolescent Psychiatry*, 30(5), 699-710.
- Kang, Y., Ha, J., Ham, G., Lee, E., Jo, H. (2022). A structural equation model of the relationships between social-emotional competence, social support, depression, and aggression in early adolescents in South Korea. *Children and Youth Services Review*, 138(12), 1064-1068.
- Kehusmaa, J., Ruotsalainen, H., Männikkö, N., Alakokkare, A., Niemelä, M., Jääskeläinen, E., Miettunen, J. (2022). The association between the social environment of childhood and adolescence and depression in young adulthood - A prospective cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 305, 37-46.
- Laurenssen, E.M., Eeren, H.V., Kikkert, M.J., Peen, J., Westra, D., Dekker, J.J., & Busschbach, J.J. (2019). The burden of disease in patients eligible for mentalization-based treatment (MBT): quality of life and costs. *Health and quality of life outcomes*, 14(1), 1-9.
- LeBlanc, L.J.C., Almudevar, A., Brooks, S.J., Kutcher, S. (2002). Screening for Adolescent Depression: Comparison of the Kutcher Adolescent Depression Scale with the Beck Depression Inventory, *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 12(2), 113-120.
- Lee, Y., Ha, J.H., Jue, J. (2020). Structural equation modeling and the effect of perceived academic inferiority, socially prescribed perfectionism, and parents' forced social comparison on adolescents' depression and aggression. *Children and Youth Services Review*, 108, 1046-1048.
- Li, E.T., Carracher, E., Bird, T. (2020). Linking childhood emotional abuse and adult depressive symptoms: The role of mentalizing incapacity. *Child Abuse Neglect*, 99, 1042-1053.
- Liu, G., Fang, L., Pan, Y., Zhang, D. (2019). Media multitasking and adolescents' sleep quality, The role of emotional-behavioral problems and psychological stress. *Children and Youth Services Review*, 100, 415-421.
- Lozovska, J., Gudaitė, G. (2013). The Understanding of Aggression Motivation and the Psychotherapy Process. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 82, 360-365.
- Malberg, N.T. (2021). Working with Autistic Children and their Families from a Mentalization Based Therapy for Children (MBT-C) Approach. *Psychoanalytic Perspectives*, 18(1), 22-42.
- Malda-Castillo, J., Browne, C., Perez-Algorta, G. (2019). Mentalization-based treatment and its evidence-base status: A systematic literature review. *Psychology and Psychotherapy*, 92(4), 465-498.
- Pascual-Sagastizabal, E., Puerto, N., Cardas, J., Sánchez-Martín, J.R., Vergara, A.L., Azurmendi, A. (2019). Testosterone and cortisol modulate the effects of empathy on aggression in children. *Psychoneuroendocrinology*, 103, 118-124.
- Penner-Goeke, S., Binder, E.B. (2019). Epigenetics and depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 21(4), 397-405.
- Polnay, A., McIntosh, L.G., Burnett, A., Williams, A., Cahill, C., Wilkinson, P., Mohammad, F., Patrick, J. (2021). Examining the factor structure, reliability, and validity of the main outcome measure used in mentalization-based therapy skills training. *Health Science Reports*, 4(1), 245-254.
- Radell, M.L., Abo Hamza, E.G., Daghestani, W.H., Perveen, A., Moustafa, A.A. (2021). The Impact of Different Types of Abuse on Depression. *Depression Research Treatment*, 13, 665-69.
- Rice, F., Riglin, L., Lomax, T., Souter, E., Potter, R., Smith, D.J., Thapar, A.K., Thapar, A. (2019). Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles. *Journal of Affective Disorders*, 243, 175-181.
- Rubin, M., Bicki, A., Papini, S., Smits, J.A.J., Telch, M.J., Gray, J.S. (2021). Distinct trajectories of depression symptoms in early and middle adolescence: Preliminary evidence from longitudinal network analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 142, 198-203.
- Rufino, K.A., Ward-Ciesielski, E.F., Webb, C.A., Nadorff, M.R. (2020). Emotion regulation difficulties are associated with nightmares and suicide attempts in an adult psychiatric inpatient sample. *Psychiatry Research*, 293, 113-117.
- Shechtman, Z., Tutian, R. (2016). Teachers treat aggressive children: An outcome study. *Teaching and Teacher Education*, 58, 28-34.
- Simonsen, S., Popolo, R., Juul, S., Frandsen, F.W., Sørensen, P., Dimaggio, G. (2021). Treating Avoidant Personality Disorder With Combined Individual Metacognitive Interpersonal Therapy and Group Mentalization-Based Treatment: A Pilot Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 26, 213-219.
- Steinmair, D., Horn, R., Richter, F., Wong, G., Löffler-Stastka, H. (2021). Mind reading improvements in mentalization-based therapy training. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 85(1), 128-133.
- Sun, X., Chan, D.W., Chan, L. (2016). Self-compassion and psychological well-being among adolescents in Hong Kong, Exploring gender differences. *Personality and Individual Differences*, 101, 288-292.
- Taubner, S., Hauschild, S., Kasper, L. et al. (2021). Mentalization-based treatment for adolescents with conduct disorder (MBT-CD): protocol of a feasibility and pilot study. *Pilot Feasibility Study*, 7, 139-144.

- Taubner, S., Kessler, H., Buchheim, A., Kachele, H., & Staun, L. (2011). The role of mentalization in the psychoanalytic treatment of chronic depression. *Psychiatry*, 74(1), 49-57.
- Trent, E.S., Viana, A.G., Raines, E.M., Woodward, E.C., Storch, E.A., Zvolensky, M.J. (2019). Parental threats and adolescent depression, The role of emotion dysregulation. *Psychiatry Research*, 276, 18-24.
- Trentacosta, C.J., Shaw, D.S. (2009). Emotional self-regulation, peer rejection, and antisocial behavior: Developmental associations from early childhood to early adolescence. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30(3), 356-365.
- Wolff, J.C., Thomas, S.A., Hood, E., Bettis, A.H., Rizzo, C.J., Liu, R.T. (2020). Application of the actor-partner interdependence model in parent-adolescent emotion regulation and depression. *Journal of Affective Disorders*, 277, 733-741.
- Zhang, R., Zhang, C., Xu, W. (2022). Longitudinal association of peer victimization with aggression and self-injury in adolescence: The mediating role of belief in a just world. *Personality and Individual Differences*, 196, 1117-1121.
- Zhang, J., Zhou, N., Song, K., Zou, B., Xu, L., Fu, Y., Geng, X., Wang, Z., Li, X., Potenza, M.N., Nan, N., Zhang, J. (2022). Neural activations to loss anticipation mediates the association between difficulties in emotion regulation and screen media activities among early adolescent youth: A moderating role for depression. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 58, 1011-1015.
- Żurawek, D., Turecki, G. (2021). The miRNome of Depression. *International journal of molecular sciences*, 22(21), 113-117.

