Iranian Journal of Nursing Research (IJNR) Orginal Article

December-January 2025, Volume 20, Issue 5

Comparing the Effectiveness of Mindful Self-compassion and Mentalization-based Therapy on Emotion Regulation in Adolescents with Self-injurious Behaviors

Fatemehzahra Zare [1], Mohamad Kazem Fakhri[2*], Asghar Noruzi[3]

1- PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Sar.c., Islamic Azad University, Sari, Iran.
2- Assistant Professor, Department of Psychology, Sar.c., Islamic Azad University, Sari, Iran.
3- Assistant Professor, Department of Psychology, Sar.c., Islamic Azad University, Sari, Iran.

Corresponding author: Mohamad Kazem Fakhri: Assistant Professor, Department of Psychology, Sar.c., Islamic Azad University, Sari, Iran.
Email: Mk.fakhri@iau.ac.ir

Received: 2025/10/8 Accepted: 2025/12/3

Abstract

Introduction: Reducing self-injurious behaviors in adolescents plays an important role in promoting their health. This study aimed to compare the effectiveness of mindful self-compassion (MSC) and mentalization-based therapy (MBT) on the emotion regulation of adolescents with self-injurious behaviors.

Methods: The present study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and a control group with a one-month follow-up period. The statistical population of this study consisted of adolescents with self-injurious behaviors who referred to the counseling center of the Education and Training Department in regions 8 and 13 of Tehran in 2024. 45 people were selected using the convenience sampling method and randomly assigned to three groups: experiment 1 (15 people), experiment 2 (15 people), and control (15 people). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) was used to collect data. mindful self-compassion and mentalization-based therapy were each implemented in eight 90-minute sessions as a group. Data analysis was performed using repeated measures analysis of variance.

Results: The findings showed that there was a significant difference between the groups in the variables of adaptive emotion regulation ($F=14.58$, $P=0.01$, $\eta=0.41$) and maladaptive emotion regulation ($F=30.66$, $P=0.01$, $\eta=0.59$) ($P<0.05$).

Conclusion: Overall, it can be concluded that both mindful self-compassion and mentalization-based therapy have led to a decrease in maladaptive emotion regulation and an increase in adaptive emotion regulation over time; however, mentalization-based therapy has had a greater effect on reducing maladaptive emotion regulation than mindful self-compassion.

Keywords: Self-compassion, Mentalization, Emotion regulation, Self-injury.

How to cite this article: Fatemehzahra Zare , Mohamad Kazem Fakhri, Asghar Noruzi, Comparing the Effectiveness of Mindful Self-compassion and Mentalization-based Therapy on Emotion Regulation in Adolescents with Self-injurious Behaviors, Iranian Journal of Nursing Research (IJNR). 2025. P: 57- 68 (in Persian).
Published by Iranian Nursing Association.
This is an open access article under the CC BY license (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

نشریه پژوهش پرستاری | مقاله پژوهشی

آذر و دی ۱۴۰۴، دوره ۲۰، شماره ۵

مقایسه اثربخشی درمان خود شفقت‌ورزی آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر تنظیم هیجان نوجوانان دارای رفتارهای خودجرحی

فاطمه زهرا زارع [۱]، محمدکاظم فخری [۲*]، اصغر نوروزی [۳]

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

نویسنده مسئول: محمدکاظم فخری: استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران..
ایمیل: Mk.fakhri@iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۷/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۹/۱۲

چکیده

مقدمه: کاهش رفتارهای خودجرحی در نوجوانان نقش مهمی در ارتقاء سلامت آن‌ها دارد. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان خود شفقت‌ورزی آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر تنظیم هیجان نوجوانان دارای رفتارهای خودجرحی انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری یک ماه بود. جامعه آماری این پژوهش را نوجوانان دارای رفتارهای خودجرحی مراجعه کننده به هسته مشاوران اداره آموزش و پروش مناطق ۸ و ۱۳ شهر تهران در سال ۱۴۰۳ تشکیل داد. ۴۵ نفر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و در سه گروه آزمون ۱ (۱۵ نفر)، آزمون ۲ (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به صورت تصادفی جایگذاری شدند. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire; CERQ) استفاده شد. خود شفقت‌ورزی آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی سازی هر یک طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی اجرا شده است. تحلیل داده ها به روش تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین گروه ها در متغیرهای تنظیم هیجان سازگارانه (P=۰/۰۱، F=۱۴/۵۸، η=۰/۴۱) و تنظیم هیجان ناسازگارانه (P=۰/۰۱، F=۳۰/۶۶، η=۰/۵۹) تفاوت معنادار وجود داشت (p<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که خود شفقت‌ورزی آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی سازی هر دو در طول زمان منجر به کاهش تنظیم هیجان ناسازگار و افزایش تنظیم هیجان سازگار شده‌اند؛ اما درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نسبت به خود شفقت‌ورزی آگاهانه تاثیر بیشتری بر کاهش تنظیم هیجان ناسازگار داشته است.

کلیدواژه‌ها: خود شفقت‌ورزی، ذهنی‌سازی، تنظیم هیجان، خودجرحی.

مقدمه

نوجوانی دوره حساسی از تحول است که در صورت عدم وجود حمایت عاطفی کافی از نوجوانان می‌توانند با چالش‌های دردناکی همچون خودکشی و خودجرحی همراه باشد (۱). رفتارهای خودجرحی در نوجوانان، مانند بریدن، سوزاندن یا ضربه زدن به خود، اغلب عمیقاً با آسیب‌های حل نشده مرتبط هستند. این رفتارها می‌توانند به عنوان مکانیسم‌های مقابله‌ای ناسازگار ظاهر شوند، زمانی که نوجوانان برای پردازش هیجان‌های طاقت‌فرسای ناشی از تجربیاتی مانند سوءاستفاده، بی‌توجهی، قلدری یا سوگ و ناکامی تلاش می‌کنند (۲). آنها به جای ابراز درد به بیرون، آن را به درون خود معطوف می‌کنند و از آسیب فیزیکی برای بازیابی حس کنترل یا تسکین موقت استفاده می‌کنند. تروما، پاسخ استرس مغز را مختل می‌کند و تنظیم هیجانات یا تفکر واضح در هنگام پریشانی را برای نوجوانان دشوارتر می‌کند. این می‌تواند به چرخه‌ای منجر شود که در آن خودآزاری آرامش لحظه‌ای را فراهم می‌کند اما در نهایت شرم و انزوا را افزایش می‌دهد (۳). بسیاری از نوجوانانی که خودجرحی می‌کنند لزوماً به دنبال پایان دادن به زندگی خود نیستند، بلکه می‌خواهند دردی را که نمی‌توانند به زبان بیاورند، ابراز کنند. این رفتار اغلب نشان‌دهنده نیاز فوری به حمایت عاطفی و مراقبت آگاهانه از آسیب است. بدون مداخله، ممکن است تشدید شود و با افسردگی، اضطراب یا افکار خودکشی همراه باشد (۴).

تنظیم هیجان نقش مهمی در تأثیرگذاری بر رفتارهای خودجرحی در میان نوجوانان دارد. نوجوانانی که برای مدیریت هیجان‌های شدید مانند خشم، غم، شرم یا ترس تلاش می‌کنند، اغلب به خودجرحی به عنوان راهی برای مقابله با احساسات طاقت‌فرسا متوسل می‌شوند (۵). هنگامی که استراتژی‌های سالم برای مقابله با استرس وجود ندارد، خودجرحی می‌تواند احساس تسکین یا کنترل موقت ایجاد کند. مهارت‌های ضعیف تنظیم هیجان، شناسایی، بیان و پردازش مؤثر احساسات را برای نوجوانان دشوار می‌کند؛ در مقابل، توانایی‌های قوی تنظیم هیجان به نوجوانان کمک می‌کند تا مکث کنند، تأمل کنند و راه‌های ایمن‌تری را برای مقابله با درد عاطفی انتخاب کنند (۶). مداخلات درمانی که مهارت‌هایی مانند ذهن آگاهی، تحمل پریشانی و بازسازی شناختی را آموزش می‌دهند، می‌توانند میل به خودجرحی را کاهش دهند. با بهبود تنظیم هیجان، نوجوانان می‌توانند رفتارهای خودجرحی را با استراتژی‌های مقابله‌ای سازگار جایگزین کنند. در نهایت، تقویت این مهارت‌ها کلید شکستن چرخه خودجرحی و تقویت تاب‌آوری عاطفی طولانی مدت است (۷).

بررسی پژوهش‌های تجربی نشان می‌دهد که خود شفقت‌ورزی آگاهانه با کمک به افراد برای ارتباط با احساساتشان با مهربانی و آگاهی، تأثیر قدرتمندی بر بهبود تنظیم احساسات دارد (۱۰-۸). از طریق ذهن آگاهی، نوجوانان یاد می‌گیرند که بدون قضاوت یا اجتناب، متوجه احساسات دشوار شوند، که این امر از تشدید احساسات جلوگیری می‌کند. خوددلسوزی، لایه‌ای از گرمی و درک را اضافه می‌کند و آنها را تشویق می‌کند که با خود مانند یک دوست صمیمی که درد می‌کشد، رفتار کنند. این موضع دلسوزانه، انتقاد شدید از خود را که یک محرک رایج برای اختلال در تنظیم احساسات و رفتارهای خودآزارانه است، کاهش می‌دهد (۸). با تقویت پذیرش، خوددلسوزی آگاهانه به نوجوانان کمک می‌کند تا به جای واکنش تکانشی، پریشانی را تحمل کنند. همچنین توانایی آنها را در شناسایی و برچسب‌گذاری واضح احساسات تقویت می‌کند، که برای تنظیم سالم ضروری است. با گذشت زمان، این شیوه‌ها باعث ایجاد تاب‌آوری می‌شوند و به نوجوانان اجازه می‌دهند تا به جای استراتژی‌های مقابله‌ای مخرب، با تعادل به چالش‌ها پاسخ دهند (۱۱). تحقیقات نشان می‌دهد که خود شفقت‌ورزی آگاهانه، استرس، اضطراب و افسردگی را کاهش می‌دهد، که همه اینها می‌توانند تنظیم هیجانات را مختل کنند (۱۲).

همچنین بررسی مطالعات نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با بهبود توانایی فرد در درک و تفسیر حالات ذهنی خود و دیگران، تنظیم هیجان را به طور قابل توجهی افزایش می‌دهد (۱۵-۱۳). نوجوانانی که خودجرحی می‌کنند اغلب در شناسایی و درک احساسات خود مشکل دارند و این منجر به واکنش‌های تکانشی و مضر می‌شود. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به آنها می‌آموزد که قبل از اقدام، تامل کرده و نیات خود را ارزیابی کنند. این ظرفیت تأملی، واکنش‌پذیری عاطفی را کاهش می‌دهد و به جای رفتارهای مخرب، پاسخ‌های متفکرانه را گسترش می‌دهد (۱۶). درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با تقویت آگاهی عمیق‌تر از چگونگی ارتباط افکار، احساسات و رفتارها، به نوجوانان کمک می‌کند تا بر احساسات شدید کنترل پیدا کنند. همچنین درک بین فردی را تقویت می‌کند و تعارضات و احساس انزوا را که

می‌توانـد باعـث اختـلال در تنظیـم هیجـان شـود، کاهـش می‌دهـد. بـا گذشـت زمـان، ایـن فرآینـد خودآگاهـی و وضـوح هیجانـی را کـه اجـزای کلیـدی تنظیـم هیجـان سـالم هسـتند، افزایـش می‌دهـد (۱۳).

مقایسـه خـود شـفقت‌ورزی آگاهانـه و درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی در تنظیـم هیجـان نوجوانـان مبتـلا بـه رفتـار خودجرحـی مهـم اسـت زیـرا ایـن دو مداخلـه بـه جنبه‌هـای اصلـی مختلـف عملکـرد عاطفـی می‌پردازنـد. نوجوانانـی کـه درگیـر خودجرحـی می‌شـوند، اغلـب بـا احساسـات شـدید، عـزت نفـس پاییـن و دشـواری در درک احساسـات خـود و دیگران دسـت و پنجـه نـرم می‌کننـد (۳). خـود شـفقت‌ورزی آگاهانـه بـر پرورش مهربانـی بـا خـود، پذیـرش و آگاهـی بـدون قضـاوت تمرکـز دارد کـه بـه کاهـش شـرم و خودانتقـادی، دو عامـل اصلـی خودجرحی، کمـک می‌کنـد (۹). در مقابـل، درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی توانایـی ذهنی‌سـازی، بـه معنـای تأمـل و تفسـیر حـالات ذهنـی، را افزایـش می‌دهـد کـه وضـوح عاطفـی و کنتـرل تکانـه را تقویـت می‌کنـد (۱۳). بـا مقایسـه ایـن رویکردهـا، محققـان می‌تواننـد تشـخیص دهنـد کـه کـدام روش بـرای چالش‌هـای خـاص تنظیـم هیجـان مؤثرتـر اسـت یـا اینکـه آیـا یـک رویکـرد ترکیبـی مزایـای بیشـتری ارائـه می‌دهـد یـا خیـر. ایـن دانـش بـه متخصصـان بالینـی کمـک می‌کنـد تـا مناسـب‌ترین درمـان را بـرای هـر نوجـوان انتخـاب کننـد و منجـر بـه مراقبـت مؤثرتـر شـود. عـلاوه بـر ایـن، راهنمایـی مبتنی بـر شـواهد بـرای خدمات سـلامت روان ارائـه می‌دهـد تـا ارائـه خدمـات روان‌درمانـی بـا کیفیـت و پایـداری بیشـتر انجـام شـود. بـر ایـن اسـاس پژوهـش حاضـر بـا هـدف مقایسـه اثربخشـی درمـان خـود شـفقت‌ورزی آگاهانـه و درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی بـر تنظیـم هیجـان نوجوانـان دارای رفتارهـای خودجرحـی انجـام شـد.

روش کار

پژوهـش حاضـر نیمـه تجربـی بـا طـرح پیـش آزمون-پـس آزمـون و گـروه کنتـرل بـا دوره پیگیـری یـک مـاه بـود. جامعـه آمـاری ایـن پژوهـش را نوجوانـان دارای رفتارهـای خودجرحـی مراجعـه کننـده بـه هسـته مشـاوران اداره آمـوزش و پـروش مناطـق ۸ و ۱۳ شـهر تهـران در سـال ۱۴۰۳ تشـکیل داد. روش نمونـه گیـری به‌صـورت هدفمنـد از ایـن دو مرکـز انجـام شـد. حجـم نمونـه بـا اسـتفاده از نرم‌افـزار G*Power بـا انـدازه اثـر ۰/۳۵ و تـوان آزمـون ۰/۸۰ برابـر ۱۵ نفـر بـرای هـر گـروه بـرآورد شـد کـه از بیـن افـراد دارای مـلاک هـای ورود بـه پژوهـش، ۴۵ نفـر بـا روش نمونـه گیـری هدفمنـد از مراکـز درمانـی انتخـاب و در سـه گـروه ۱۵ نفـری بـه روش تصادفـی سـاده گمـارش شـدند. معیارهـای ورود بـه مطالعـه شـامل تمایـل بـه شـرکت در تحقیـق، تشـخیص رفتارهـای خـودآزاری بـا آسـیب‌های بدنـی قابـل مشـاهده (وجـود جراحـات عمـدی قابل مشـاهده در دسـتان و صـورت یـا اظهـارات فـرد)، محـدوده سـنی ۱۳ تـا ۱۸ سـال، عـدم دریافـت مداخـلات روانشـناختی در شـش مـاه گذشـته، عـدم سـابقه اختـلالات روانشـناختی جـدی (ماننـد اختـلالات روان‌پریشـی، اختـلالات شـخصیت، اختـلال افسـردگی اساسـی و اختـلال دوقطبـی)، عـدم تجربـه سـوگ در شـش مـاه گذشـته و عـدم سـابقه مصـرف مـواد مخـدر یـا الـکل، طبـق گـزارش خـود شـرکت‌کنندگان بـود. معیارهـای خـروج شـامل شـرکت همزمـان در سـایر درمان‌هـای گروهـی، غیبـت بیـش از دو جلسـه در طـول مداخلـه، عـدم تمایـل بـه ادامـه حضـور در جلسـات درمانـی، تجربـه سـوگ در طـول درمـان، نیـاز بـه روان‌درمانـی فـردی و نقـل مـکان از منطقـه مـورد مطالعـه بـود.

جهـت جمع‌آوری داده‌هـا از پرسشـنامه تنظیـم شـناختی هیجـان (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire; CERQ) اسـتفاده شـد، ایـن پرسشـنامه توسـط Garnefski و Kraaij در سـال ۲۰۰۷ بـا ۳۶ سـوال طراحـی شـد؛ ایـن پرسشـنامه دو بعـد تنظیـم هیجـان سـازگارانه و ناسـازگارانه را بـا ۷ زیرمقیـاس اندازه‌گیـری می‌کنـد؛ نمـرات بیشـتر در هـر زیرمقیـاس نشـان دهنـده سـبک تنظـم هیجـان سـازگارانه یـا ناسـازگارانه اسـت. ایـن پرسشـنامه در مقیـاس لیکـرت پنـج درجـه‌ای (هرگـز=۱ تـا همیشـه=۵) پاسـخ داده می‌شـود (۱۷). روایـی ایـن پرسشـنامه بـه روش تحلیـل عاملـی اکتشـافی ۷۲/۳۴ درصـد محاسـبه شـده اسـت و پایایـی بـه روش همسـانی درونـی بـا محاسـبه ضریـب آلفـای کرونبـاخ برای سـوالات تنظیـم هیجـان سـازگارانه ۰/۷۷ و بـرای ناسـازگارانه ۰/۷۹ محاسـبه شـده اسـت (). در نمونـه ایرانـی روایـی سـازه بـه روش تحلیـل عاملـی تاییـدی مـورد بررسـی قـرار گرفتـه اشـت و ضرایـب پایایـی بـرای همـه زیرمقیاس‌هـا بیـن ۰/۷۱ الـی ۰/۸۱ محاسـبه شـده اسـت (۱۸).

مداخله‌ها

مداخلـه درمـان خـود شـفقت‌ورزی آگاهانـه: خـود شـفقت‌ورزی آگاهانـه طـی هشـت جلسـه ۹۰ دقیقـه‌ای بـا اقتبـاس از پروتـکل Neff and Germer در سـال ۲۰۱۳ اجـرا شـد (۱۹)؛ در ایـران ایـن پروتـکل توسـط فروغـی و همـکاران در سـال ۱۴۰۱ به‌صـورت گروهـی اجـرا شـده اسـت (۲۰). در ادامـه خلاصـه هـر یـک از جلسـات در جـدول ۱ ارائـه شـده اسـت.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان خود شفقت‌ورزی آگاهانه

جلسات	محتوا
اول	کشف شفقت به خود: شرکت‌کنندگان با مفهوم شفقت به خود آشنا شدند و بررسی کردند که چرا به این برنامه آمده‌اند. آن‌ها در مورد نحوه رفتارشان با خودشان در مقابل نحوه رفتارشان با دیگران در هنگام مشکلات تأمل کردند. تمرین‌های اولیه شامل لمس آرامش‌بخش و وقفه‌های شفقت به خود بود. این جلسه پایه و اساس مهربانی با خود را بنا نهاد.
دوم	تمرین ذهن آگاهی: گروه تکنیک‌های ذهن آگاهی مانند اسکن دلسوزانه بدن و تنفس محبت‌آمیز را تمرین کردند. آنها یاد گرفتند که با مهربانی، آگاهی ذهن آگاهانه را به لحظه حال بیاورند. این جلسه بر پرورش توجه بدون قضاوت به افکار، احساسات و حواس تأکید داشت. شرکت‌کنندگان شروع به ادغام ذهن آگاهی در زندگی روزمره کردند.
سوم	تمرین مراقبه مهربانی: شرکت‌کنندگان در مراقبه‌های مهربانی نسبت به نیکوکاران و خودشان شرکت کردند. آنها خودانتقادی را بررسی کردند و تمرین کردند تا صداهای خشن درونی خود را ملایم کنند. تمرینات، شناسایی نیازهای شخصی و تقویت شفقت در هنگام پریشانی را تشویق می‌کرد. این جلسه گفتگوی درونی دلسوزانه آنها را عمیق‌تر کرد.
چهارم	یافتن صدای دلسوزانه‌تان: تمرکز بر کشف و توسعه یک صدای درونی دلسوزانه برای ایجاد انگیزه مهربانی با خود به جای انتقاد از خود بود. شرکت‌کنندگان ارزش‌های اصلی را بررسی کردند و به خستگی ناشی از دلسوزی پرداختند. تمرین‌ها شامل نوشتن نامه‌های دلسوزانه و عبارات متانت بود. این جلسه از طریق دلسوزی با خود، تاب‌آوری عاطفی را افزایش داد.
پنجم	زندگی عمیق: مدیتیشن و تمرینات به شرکت‌کنندگان کمک کرد تا با ارزش‌های اصلی خود ارتباط برقرار کنند و متعهد به زندگی عمیق و همراه با شفقت شوند. آن‌ها مدیتیشن متمرکز و حرکات ذهن‌آگاهی را تمرین کردند. این جلسه، ادغام شفقت به خود را در اعمال روزمره تقویت کرد. شرکت‌کنندگان در مورد عهد و پیمان‌های شخصی و نکات مثبت خود تأمل کردند.
ششم	مدیریت احساسات دشوار: شرکت‌کنندگان استراتژی‌های خوددلسوزی را برای احساسات دشوار، از جمله شرم و خشم، به کار بردند. تکنیک‌هایی مدیتیشن مانند ملایم-آرامش-اجازه، از تنظیم احساسات پشتیبانی می‌کرد. آنها یاد گرفتند که احساسات را با مهربانی تشخیص داده و نگه دارند، نه با اجتناب. این جلسه، پاسخ‌های سازگارانه به چالش‌های عاطفی را ارتقا داد.
هفتم	دگرگون کردن روابط: گروه روابط چالش‌برانگیز را بررسی کرد و در زمینه‌های رابطه‌ای، خوددلسوزی را تمرین کرد. آنها از طریق مراقبه و تمرین، به خشم، خستگی مراقب و بخشش پرداختند. تأکید بر برآورده کردن نیازهای عاطفی با مهربانی بود. این جلسه، روابط سالم‌تر با خود و دیگران را تقویت کرد.
هشتم	زندگی خود را در آغوش بگیرید: جلسه آخر، از طریق تمرین‌های روانشناسی مثبت مانند لذت بردن، قدردانی و قدرشناسی از خود، به خود-شفقتی پرداخت. شرکت‌کنندگان پیشرفت خود را بررسی کردند و برای حفظ یک تمرین خودشفقتی برنامه‌ریزی کردند. آنها با مراقبه‌هایی که شفقت برای همه موجودات را پرورش می‌داد، جلسه را به پایان رساندند. این جلسه بر رشد مداوم و مهربانی با خود تأکید کرد.

مداخله درمان مبتنی بر ذهنی سازی: این مداخله بر اساس پروتکل Bateman & Fonagy در سال ۲۰۱۶ در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت گروهی اجرا شد (۲۱)؛ این پروتکل در ایران توسط قادری نژاد و همکاران در سال ۱۴۰۱ اجرا شده است (۲۲). در ادامه خلاصه جلسات در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر ذهنی سازی

جلسه	محتوا
اول	مقدمه و تعامل: درمانگر یک اتحاد درمانی ایمن ایجاد کرد و مفهوم ذهنی‌سازی را توضیح داد. آنها به طور مشترک اهداف درمانی را تعیین کردند و مشکلات فعلی بیمار را بررسی کردند. اهمیت درک افکار و احساسات در خود و دیگران معرفی شد. این پایه به ایجاد اعتماد و انگیزه کمک کرد.
دوم	شناسایی حالات ذهنی: به افراد کمک شد تا احساسات و افکار خود را تشخیص داده و نامگذاری کند. آنها شروع به بررسی چگونگی تأثیر این تجربیات درونی بر رفتارها و روابط خود کردند. مهارت‌های اساسی ذهنی‌سازی توسعه یافت. این جلسه باعث افزایش خودآگاهی شد.
سوم	تقویت خود-ذهنی‌سازی: تمرکز به پیوند دادن احساسات با افکار و نیات زیربنایی درون خود تغییر یافت. به افراد آموزش داده شد که به جای واکنش‌های تکانشی، در مورد حالات ذهنی خود تأمل کنند. این امر باعث پاسخ‌های متفکرانه‌تر شد. افزایش خود-اندیشی تشویق شد.
چهارم	بررسی حالات روانی دیگران: درمانگر افراد را راهنمایی کرد تا دیدگاه‌ها و احساسات دیگران را در نظر بگیرد. افراد تمرین کردند تا دیدگاه‌های خود را تغییر دهند تا پویایی‌های بین فردی را بهتر درک کنند. این امر باعث کاهش سوءتفاهم‌ها و تعارضات شد. همدلی و درک دیدگاه دیگران تقویت شد.
پنجم	ذهنی‌سازی در روابط دلبستگی: افراد الگوهای دلبستگی و چگونگی تأثیر تجربیات اولیه بر توانایی‌های ذهنی‌سازی فعلی را بررسی کردند. آنها الگوهای رابطه‌ای ناسازگار را تشخیص دادند. تأمل به اصلاح این الگوها کمک کرد. آگاهی از دلبستگی عمیق‌تر شد.

ششم	مدیریت برانگیختگی عاطفی: افراد در حفظ تمرکز ذهنی در هنگام پریشانی یا حالات عاطفی شدید حمایت شدند. استراتژی‌هایی برای آرام شدن و مکث قبل از واکنش ایجاد شد. مهارت‌های تنظیم عاطفی بهبود یافت. هر فرد کنترل تکانشگری خود را به دست آورد.
هفتم	بهبود روایت‌ها و انسجام: به افراد کمک شد تا حالات ذهنی خود را در روایت‌های شخصی منسجم ادغام کنند. آنها توانایی درک وقایع و روابط زندگی را افزایش دادند. این جلسه از طریق ذهنی‌سازی، معناسازی را تقویت کرد. انسجام روایت تقویت شد.
هشتم	تثبیت و برنامه‌ریزی برای آینده: درمانگر پیشرفت افراد را بررسی و مهارت‌های ذهنی‌سازی را تقویت کرد. برنامه‌هایی برای مدیریت چالش‌های آینده تدوین شد. بر تمرین مداوم و خوداندیشی تأکید شد. افراد تشویق شدند که دستاوردهای درمانی را به طور مستقل حفظ کنند.

معیارهای اخلاقی در طول فرآیند تحقیق رعایت شد. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که هویت و اطلاعات شخصی آنها محرمانه باقی خواهد ماند و مشارکت آنها کاملاً داوطلبانه است. برای تسهیل تحقیق، یک جلسه توجیهی برگزار شد که در طی آن شرکت‌کنندگان فرم‌های رضایت‌نامه و پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی را دریافت کردند. اجازه کتبی از یکی از والدین برای شرکت در جلسات درمانی اخذ شد. برای حفظ محرمانگی و حریم خصوصی، به هر شرکت‌کننده یک کد منحصر به فرد اختصاص داده شد؛ همچنین پروپوزال این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری با شناسه IR.IAU.SARI.REC.1403.080 تایید شده است. پس از اجرای حضوری پیش آزمون، اعضای گروه های مداخله تحت آموزش قرار گرفتند و سپس از هر دو گروه پس آزمون و پس از گذشت یک ماه مجددا آزمون پیگیری اجرا شد. تحلیل داده ها در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر انجام شد.

یافته‌ها

در این مطالعه در هر یک از گروه ها ۱۵ نفر مشارکت داشتند. از نظر سنی گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در میانگین و انحراف معیار ۱/۷۴±۱۶/۲۲ سال، گروه درمان خود شفقت‌ورزی آگاهانه در میانگین و انحراف معیار ۱/۳۸±۱۶/۸۹ سال و گروه کنترل در میانگین و انحراف معیار ۱/۴۶±۱۶/۹۷ سال قرار داشتند. در گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) دختر و ۱۰ نفر (۶۶/۶۷ درصد) پسر بودند. در گروه درمان خود شفقت‌ورزی آگاهانه ۷ نفر (۴۶/۶۷ درصد) دختر و ۸ نفر (۵۳/۳۳ درصد) پسر بودند. همچنین در گروه کنترل آگاهانه ۷ نفر (۴۶/۶۷ درصد) دختر و ۸ نفر (۵۳/۳۳ درصد) پسر بودند. در جدول ۳ شاخص های گرایش مرکزی متغیر تنظیم هیجان سازگارانه و ناسازگارانه و همچنین نرمال بودن توزیع داده ها ارائه شده است.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیر تکانشگری به تفکیک گروه‌ها

تنظیم هیجان	مراحل سنجش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو ویلک	
					آماره	معناداری
سازگارانه	پیش آزمون	خود شفقت‌ورزی آگاهانه	۳۲/۴۰	۵/۷۵	۰/۹۲	۰/۱۸
		درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	۳۲/۸۰	۵/۴۹	۰/۹۵	۰/۴۵
		کنترل	۳۲/۵۳	۶/۰۲	۰/۹۱	۰/۱۵
	پس آزمون	خود شفقت‌ورزی آگاهانه	۴۵/۷۳	۷/۰۷	۰/۹۲	۰/۲۶
		درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	۵۳/۲۷	۷/۲۵	۰/۹۱	۰/۲۰
		کنترل	۳۲/۸۷	۸/۱۱	۰/۹۲	۰/۲۲
	پیگیری	خود شفقت‌ورزی آگاهانه	۴۵/۳۳	۸/۹۹	۰/۹۳	۰/۲۳
		درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	۵۳/۴۰	۸/۵۶	۰/۹۳	۰/۲۷
		کنترل	۳۲/۹۳	۷/۳۴	۰/۹۳	۰/۲۸

		خود شفقت‌ورزی آگاهانه	۶۹/۳۳	۶/۹۹	۰/۹۷	۰/۹۲
	پیش آزمون	درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	۶۹/۷۳	۹/۷۶	۰/۹۸	۰/۹۳
		کنترل	۶۹/۸۷	۱۰/۱۲	۰/۹۰	۰/۱۲
		خود شفقت‌ورزی آگاهانه	۴۷/۸۵	۹/۸۸	۰/۹۱	۰/۱۵
نا سازگارانه	پس آزمون	درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	۳۵/۸۹	۶/۱۷	۰/۹۸	۰/۸۵
		کنترل	۶۹/۳۳	۹/۵۵	۰/۸۸	۰/۰۸
		خود شفقت‌ورزی آگاهانه	۴۷/۴۵	۱۰/۳۶	۰/۸۹	۰/۰۷
	پیگیری	درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	۳۵/۶۹	۸/۰۴	۰/۹۴	۰/۳۷
		کنترل	۶۸/۹۳	۹/۵۵	۰/۹۰	۰/۱۱

در جدول ۳ نتایج نشان می دهد که گروه های مداخله نسبت به کنترل در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در متغیر تنظیم هیجان داشته است؛ در واقع روند تغییرات در گروه های در تنظیم هیجان سازگارانه افزایشی و در تنظیم هیجان ناسازگارانه کاهشی بوده است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد، داده ها در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه ها دارای توزیع نرمال بود (P>۰/۰۵)؛ بر این اساس می توان از آزمون های پارامتری استفاده کرد. جهت بررسی همگونی خطای واریانس ها از آزمون لون استفاده شد، نتایج نشان داد که خطای واریانس ها در متغیر تنظیم هیجان سازگارانه و ناسازگارانه به تفکیک مراحل سنجش همگون بود؛ همچنین نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس ها در حالت چندمتغیره برقرار است (۱۲/۲۱=ام باکس، F=۳/۱۱، P=۰/۰۹). نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیر تنظیم هیجان سازگارانه (P=۰/۹۰، W=۰/۹۹) و تنظیم هیجان ناسازگارانه (P=۰/۴۴، W=۰/۹۴) معنادار نمی باشد، بر این اساس گزارش شاخص F در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح ندارد. با توجه به برقراری پیش فرض های آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر، جهت آزمون مقایسه اثربخشی مداخله ها در مراحل سنجش و مقایسه آن ها از این آزمون استفاده شده است. در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است.

جدول ٤: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر برای متغیر تنظیم هیجان

اثر	آزمون ها	ارزش	مقدار F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب اتا	توان آماری
گروه	اثر پیلایی	۰/۷۸	۲۶/۶۲	۴	۱۶۸	۰/۰۱	۰/۳۹	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۲۲	۴۶/۱۵	۴	۱۶۸	۰/۰۱	۰/۵۲	۱
	اثر هتلینگ	۳/۴۶	۷۰/۹۳	۴	۱۶۸	۰/۰۱	۰/۶۳	۱
	بزرگترین ریشه‌روی	۳/۴۶	۱۴۵/۳۲	۴	۱۶۸	۰/۰۱	۰/۷۸	۱

در جدول فوق نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی درون گروهی نشان می دهد نشان داد که بین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در ترکیب گروه ها و متغیرهای وابسته به طور همزمان (P=۰/۰۱، F=۲۶/۶۲، ۰/۷۸=اثرپیلایی) تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارتی یافته های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین متغیرهای مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیر طی مراحل ارزیابی در سه گروه مورد مطالعه متفاوت بوده است، اما دقیق مشخص نسیت که در کدام یک از گروه ها این چنین بوده است، برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج تک متغیره در متن میکس آنوا ارائه خواهد شد.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر در متن میکس آنوا برای تنظیم هیجان در سه مرحله اندازه گیری

تنظیم هیجان	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
تنظیم هیجان سازگارانه	زمان	۳۸۶۰/۹۹	۲	۱۹۳۰/۵۰	۲۱/۵۷	۰/۰۱	۰/۳۴	۱
	زمان*گروه	۲۰۸۲/۷۴	۴	۵۲۰/۶۹	۵/۸۲	۰/۰۱	۰/۲۳	۱
	خطا	۷۵۱۷/۶۰	۸۴	۸۹/۴۹				
	بین گروهی	۴۲۹۹/۳۹	۲	۲۱۴۹/۹۶	۱۴/۵۶	۰/۰۱	۰/۴۱	۱
تنظیم هیجان ناسازگارانه	زمان	۱۰۵۸۸/۱۶	۲	۵۲۹۴/۰۸	۱۲۱/۸۵	۰/۰۱	۰/۷۴	۱
	زمان*گروه	۵۶۳۹/۳۸	۴	۱۴۰۹/۸۴	۳۲/۴۵	۰/۰۱	۰/۶۱	۱
	خطا	۳۶۴۹/۵۸	۸۴	۴۳/۴۵				
	بین گروهی	۱۱۴۹۹/۱۹۰	۲	۵۷۴۹/۵۹	۳۰/۶۶	۰/۰۱	۰/۵۹	۱

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر در جدول ۵ نشان داد که بین گروه ها در متغیرهای تنظیم هیجان سازگارانه (P=۰/۰۱، F=۱۴/۵۸، η=۰/۴۱) و تنظیم هیجان ناسازگارانه (P=۰/۰۱، F=۳۰/۶۶، η=۰/۵۹) تفاوت معنادار وجود دارد. جهت بررسی روند تغییرات در گروه ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی به تفکیک گروه ها در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ٦: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه تغیرات درون گروهی و بین گروهی متغیر تنظیم هیجان

تنظیم هیجان	مراحل سنجش		خود شفقت‌ورزی آگاهانه		درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی		کنترل	
			اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
سازگارانه	پیش آزمون	پس آزمون	۱۳/۳۳	۰/۰۱	۲۰/۴۶	۰/۰۱	۰/۳۳	۱/۰۰
	پیش آزمون	پیش آزمون	۱۲/۹۳	۰/۰۴	۲۰/۶۰	۰/۰۱	۰/۴۰	۱/۰۰
	پس آزمون	پیش آزمون	۰/۴۰	۱/۰۰	۲/۲۱	۱/۰۰	۰/۰۷	۱/۰۰
			شفقت * کنترل		ذهنی سازی * کنترل		شفقت * ذهنی‌سازی	
	مقایسه بین گروهی		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
			۸/۳۸	۰/۰۱	۱۳/۷۱	۰/۰۱	۵/۳۳	۰/۱۳
نا سازگارانه	مراحل سنجش		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
	پیش آزمون	**پس آزمون**	**۲۱/۴۸**	**۰/۰۱**	**۳۳/۸۴**	**۰/۰۱**	**۰/۵۳**	**۱/۰۰**
	پیش آزمون	پیش آزمون	۲۱/۸۸	۰/۰۱	۳۴/۰۴	۰/۰۱	۰/۹۳	۱/۰۰
	پس آزمون	پیش آزمون	۰/۴۰	۱/۰۰	۰/۲۰	۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰
			شفقت * کنترل		ذهنی سازی * کنترل		شفقت * ذهنی‌سازی	
	مقایسه بین گروهی		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
			۱۴/۵۰	۰/۰۱	۲۲/۲۷	۰/۰۱	۷/۷۷	۰/۰۳

نتایج جدول فوق گویای این است که برای متغیرهای تنظیم هیجان سازگارانه و ناسازگارانه در گروه کنترل بین مراحل سنجش تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵)، اما در مقابل نشان داد که در گروه های درمانی نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار دارد (P<۰/۰۵)؛ اما بین نمرات پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد که نشان دهنده ثبات تغییرات در گروه های درمانی از پس آزمون تا پیگیری است؛ در واقع می توان گفت که هر دو درمان به طور معنادار در طول زمان باعث افزایش تنظیم هیجان سازگارانه و کاهش تنظیم هیجان ناسازگارانه شده اند. برای متغیر تنظیم هیجان سازگارانه نتایج آزمون بن فرونی جهت مقایسه بین گروهی نشان داد که بین گروه‌های خودشفقت‌ورزی آگاهانه و کنترل (P=۰/۰۱) تفاوت معناداری وجود دارد همچنین بین گروه های درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و کنترل (P=۰/۰۱) تفاوت معنادار وجود داشت؛ در واقع هر دو درمان در مقایسه با گروه کنترل تاثیر معناداری بر افزایش تنظیم هیجان سازگارانه تا مرحله پیگیری تاثیر داشته است؛ اما بین دو گروه درمانی

خـود شـفقت‌ورزی آگاهانـه و درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی تفـاوت معنـاداری وجـود نداشـت (P=۰/۱۳) در واقـع درمـان خـود شـفقت‌ورزی آگاهانـه و درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی تاثیـر یکسـانی بـر افزایـش تنظیـم هیجـان سـازگارانه داشـته اسـت. بـرای متغیـر تنظیـم هیجـان ناسـازگارانه نتایـج آزمـون بـن فرونـی جهـت مقایسـه بیـن گروهـی نشـان داد کـه بیـن گـروه هـای خودشـفقت‌ورزی آگاهانـه و کنتـرل (P=۰/۰۱) تفاوت معنـاداری وجـود دارد همچنیـن بیـن گـروه هـای درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی و کنتـرل (P=۰/۰۱) تفـاوت معنـادار وجـود داشـت؛ در واقـع هـر دو درمـان در مقایسـه بـا گـروه کنتـرل تاثیـر معنـاداری بـر کاهـش تنظیـم هیجـان ناسـازگارانه تـا مرحلـه پیگیـری تاثیـر داشـته اسـت؛ همچنیـن بیـن دو گـروه درمانـی خـود شـفقت‌ورزی آگاهانـه و درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی تفـاوت معنـاداری وجـود داشـت (P=۰/۰۳) در واقـع درمـان مبتنی بـر ذهنی‌سـازی نسـبت بـه درمـان خـود شـفقت‌ورزی آگاهانـه تاثیـر بیشـتری بـر کاهـش تنظیـم هیجـان ناسـازگارانه داشـته اسـت.

بحث

مطالعـه حاضـر بـا هـدف مقایسـه اثربخشـی درمـان خـود شـفقت‌ورزی آگاهانـه و درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی بـر تنظیـم هیجـان نوجوانـان دارای رفتارهـای خودجرحـی انجـام شـد. یافتـه اول نشـان داد کـه خـود شـفقت‌ورزی آگاهانـه بـر افزایـش راهبردهـای تنظیـم شـناختی هیجـان سـازگارانه و کاهـش راهبردهـای ناسـازگارانه موثـر بـوده اسـت؛ ایـن یافتـه بـا پژوهش‌هـای جعفـری و کریمـی (۸)، فـلاح منـش و همـکاران (۹) و Per و همـکاران (۱۰) همسـو اسـت. در مقابـل Sommers–Spijkerman (۲۲) در سـال ۲۰۲۳ در پژوهشـی نشـان دادنـد کـه تمرینـات شـفقت‌ورزی در افـراد مبتـلا بـه اختـلال شـخصیت مـرزی تاثیـر معنـاداری در کاهـش عواطـف منفـی و بهبـود تنظیـم هیجـان نداشـته اسـت. همچنیـن Paucsik و همـکاران (۲۳) در سـال ۲۰۲۴ در یـک کارآزمایـی بالینـی تصادفـی کنتـرل شـده در نمونـه غیربالینـی نشـان دادنـد کـه درمـان متمرکـز بـر شـفقت، علیرغـم برخـی بهبودهـا در ذهن‌آگاهـی و عواطـف مثبـت، تاثیـر معنـاداری بـر تنظیـم هیجـان نداشـته اسـت. یافته‌هـای ایـن دو مطالعـه نشـان داد کـه مداخلـه شـفقت بـه تنهایـی نمی‌توانـد همـواره تاثیـرات معنـاداری بـر بهبـود تنظیـم هیجـان داشـته باشـد؛ بـر ایـن اسـاس مداخلـه ترکیبـی درمـان خـود شـفقت‌ورزی آگاهانـه می‌توانـد نقـش موثرتـری بـر بهـبود تنظیـم هیجـان داشـته باشـد. در تبییـن یافتـه حاضـر می‌تـوان بیـان نمـود کـه ذهـن آگاهـی، آگاهـی از لحظـه حـال و پذیـرش بـدون قضـاوت را پـرورش می‌دهـد و بـه افـراد کمـک می‌کنـد تـا احساسـات خـود را بـدون اجتنـاب یـا همانندسـازی بیـش از حـد مشـاهده کننـد. خوددلسـوزی بـا تقویـت مهربانـی و درک نسـبت بـه خـود در هنـگام پریشـانی، بُعـد مهمـی را اضافـه می‌کنـد کـه بـا خودانتقـادی شـدید رایـج در ایـن نوجوانـان مقابلـه می‌کنـد. نظریـه تنظیـم هیجانـی فـرض می‌کنـد کـه راهبردهـای سـازگارانه ماننـد ارزیابـی مجـدد و پذیـرش از طریـق شـیوه‌های ذهـن آگاهـی دلسـوزانه آموختـه می‌شـوند کـه تـاب‌آوری هیجانـی را ارتقـا می‌دهنـد. ایـن چارچـوب بـا افزایـش تحمـل احساسـات دردنـاک و قطـع واکنش‌هـای منفـی خـودکار، اختـلال تنظیـم هیجانـی را کاهـش می‌دهـد (۱۱). عـلاوه بـر ایـن، خوددلسـوزی بـه عنـوان یـک مکانیسـم ضربه‌گیـر در برابـر شـرم و خودسرزنشـی عمـل می‌کنـد و انعطاف‌پذیـری هیجانـی را بهبـود می‌بخشـد. رویکـرد ترکیبـی، ارزیابی‌هـای شـناختی سـالم‌تر، خودمهربانـی بیشـتر و کاهـش اتـکا بـه مقابله‌هـای ناسـازگار ماننـد نشـخوار فکـری یـا اجتنـاب را تشـویق می‌کنـد. در نتیجـه، ایـن عناصـر درمانـی بـه صـورت هم‌افزایـی بـرای بهبـود تنظیـم هیجانـی، کاهـش میـل بـه خـودآزاری و تقویـت سـلامت روان در نوجوانـان عمـل می‌کننـد (۹).

یافتـه دوم نشـان داد کـه درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی بـر افزایـش راهبردهـای تنظیـم شـناختی هیجـان سـازگارانه و کاهـش راهبردهـای ناسـازگارانه موثـر بـوده اسـت؛ ایـن یافتـه بـا پژوهش‌هـای ملکـی و همـکاران (۱۴)،Midgley و همـکاران (۱۵) و سـلیمانیان و همـکاران (۱۶) همسـو اسـت. یافته‌هـای حاصـل از یـک پژوهـش مـروری توسـط Lancastle و همـکاران (۲۴) در سـال ۲۰۲۴ نشـان داد کـه درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی تاثیـرات متناقضـی بـر بهبـود تنظیـم هیجـان داشـته اسـت؛ یافته‌هـای ایـن پژوهـش نشـان داد کـه درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی بـرای افـرادی کـه افـرادی بـا افـکار خودکشـی و نشـانگان شـدید اختـلال شـخصیت مـرزی نمی‌توانـد موثـر باشـد یـا انـدازه اثـر پایینـی دارد. در تبییـن می‌تـوان بیـان نمـود کـه طبـق نظریـه، ذهنی‌سـازی، آگاهـی و تأمـل در مـورد تجربیـات عاطفـی را تقویـت می‌کنـد کـه شناسـایی، پـردازش و مدیریـت بهتـر احساسـات را تسـهیل می‌کنـد. بـا تقویـت ایـن ظرفیـت، درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی بـه نوجوانـان کمـک می‌کنـد تـا احساسـات شـدید را بـدون غـرق شـدن یـا توسـل بـه پاسـخ‌های ناسـازگارانه ماننـد اجتنـاب یـا نشـخوار فکـری، تشـخیص داده و تنظیـم کننـد (۱۳). ایـن درمـان همچنیـن نقـص در تمایـز خـود–دیگـری را هـدف قـرار می‌دهـد و الگوهـای دلبسـتگی ایمـن را ترویـج می‌دهـد کـه هـر دو بـرای تنظیـم سـالم هیجان‌هـا حیاتـی هسـتند. از طریـق ذهنی‌سـازی پیشـرفته، نوجوانـان

وضـوح و انعطاف‌پذیـری عاطفـی را توسـعه می‌دهنـد و آنهـا را قـادر می‌سـازد تـا از پاسـخ‌های واکنشـی بـه پاسـخ‌های تنظیم‌شـده تغییـر کننـد و در نتیجـه رفتارهـای خودآسیب‌رسـان را کاهـش دهنـد. ایـن فرآینـد بـا مفهـوم عاطفه‌منـدی ذهنی‌سـازی شـده همسـو اسـت کـه درک و تنظیـم عاطفـه را بـه عنـوان مکانیسـم اصلـی بهبـود سـلامت روان ادغـام می‌کنـد (۲۵). در نتیجـه، درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی بـا تقویـت یـک تجربـه منسـجم و تأملـی از خـود و کاهـش اختـلال تنظیـم هیجـان رایج در نوجوانـان مبتـلا بـه خودآسـیبی، از تنظیم احساسـات پشـتیبانی می‌کنـد (۱۸).

یافتـه سـوم نشـان داد کـه درمـان خـود شـفقت‌ورزی آگاهانـه و درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی تاثیـر مشـابه‌ای بـر افزایـش راهبردهـای تنظیـم شـناختی هیجـان سـازگارانه داشـته‌اند؛ امـا در زمینـه کاهـش راهبرهای تنظیـم هیجان ناسـاگارانه درمـان مبتنی بـر ذهنی‌سـازی تاثیـر بیشـتری نسـبت بـه خـود شـفقت‌ورزی آگاهانـه داشـته اسـت. در بررسـی پیشـینه پژوهشـی یافـت نشـد کـه بـه بررسـی ایـن موضـوع بپـردازد، بـر ایـن اسـاس مقایسـه همسـویی بـا عـدم همسـویی بـا پیشـینه پژوهـش مقدور نیسـت؛ در تبییـن می‌تـوان بیـان نمـود کـه تأثیـر مشـابه دو مداخلـه بـر افزایـش راهبردهـای تنظیـم شـناختی هیجـان سـازگارانه ممکـن اسـت بـه دلیـل تأکیـد مشـترک آنهـا بـر افزایـش آگاهـی و درک تجربیـات عاطفـی باشـد. هـر دو درمـان، عملکـرد بازتابـی را ارتقـا می‌دهنـد، درمـان خـود شـفقت‌ورزی آگاهانـه از طریـق ذهن‌آگاهـی دلسـوزانه کـه مهربانـی نسـبت بـه خـود را در هنـگام پریشـانی تشـویق می‌کنـد، و درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی از طریـق ایجـاد ظرفیـت ذهنی‌سـازی کـه درک احساسـات خـود و دیگـران را تقویـت می‌کنـد (۲۶). بـا ایـن حـال، تأثیـر بیشـتر درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی در کاهـش راهبردهـای تنظیـم هیجـان ناسـازگارانه را می‌تـوان بـا تمرکـز قوی‌تـر آن بـر بهبـود درک بیـن فـردی و پـردازش شـناختی هیجان‌هـا توضیـح داد، کـه بـه نوجوانـان کمـک می‌کنـد تـا واکنش‌هـای خـودکار مضـر ماننـد اجتنـاب یـا نشـخوار فکـری را بـه طـور مؤثرتـری قطـع کننـد (۲۱). درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی بـه صراحـت نقـص در تمایـز خود–دیگـری و انسـجام عاطفـی را هـدف قـرار می‌دهـد، کـه ممکـن اسـت زمینه‌سـاز تنظیـم هیجانـی ناسـازگارانه باشـد (۲۷). در مقابـل، درمـان خـود شـفقت‌ورزی آگاهانـه عمدتـاً مهربانـی بـا خـود و پذیـرش را تسـهیل می‌کنـد، کـه اگرچـه قدرتمنـد اسـت، امـا ممکـن اسـت کمتـر بـه طـور مسـتقیم بـه تحریفـات شـناختی یـا اختـلال در تنظیـم هیجانـی بیـن فـردی کـه راهبردهـای ناسـازگارانه را حفـظ می‌کننـد، بپـردازد (۲۸).

ایـن پژوهـش در نمونـه محـدودی از نوجوانـان بـا رفتارهـای خودجرحـی در شـهر تهـران انجـام شـد؛ تعمیـم ایـن یافته‌هـا بـه سـایر گروهـا محـدود اسـت. همچنیـن نمونـه ایـن پژوهـش بـه روش در دسـترس انتخـاب شـد کـه مانـع یـک تعمیـم جامـع اسـت؛ پیشـنهاد می‌شـود کـه در مطالعـات آینـده از طرح‌هـای کارآزمایـی بالینـی تصادفـی کنتـرل شـده اسـتفاده شـود. همچنین در ایـن پژوهـش متغیرهـای جمعیـت شـناختی همچـون سـابقه قبلـی بـه خودجرحـی، طـول مـدت خودجرحـی، سـابقه خودجرحـی در اعضـای خانـواده و وضعیـت اقتصـادی خانواده‌هـا کنتـرل نشـد؛ پیشـنهاد می‌شـود کـه در مطالعـات آینـده ایـن مـوارد کنتـرل شـود. در حـوزه کاربـردی ارجـای مداخـلات خـود شـفقت‌ورزی آگاهانـه و سـپس درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی بـر تنظیـم هیجـان نوجوانـان دارای رفتارهـای خودجرحـی در مراکـز درمانـی پیشـنهاد می‌شـود.

نتیجه‌گیری

در مجمـوع می‌تـوان نتیجـه گرفـت کـه درمان‌هـای خـود شـفقت‌ورزی آگاهانـه و درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی بـر تنظیـم هیجـان نوجوانـان دارای رفتارهـای خودجرحـی موثـر بودنـد؛ یافتـه بسـیار مهـم ایـن پژوهـش ایـن بـود کـه درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی نسـبت بـه خـود شـفقت‌ورزی آگاهانـه تاثیـر بیشـتری بـر کاهـش تنظیـم هیجـان ناسـازگار داشـت. ایـن نشـان می‌دهـد در حالـی کـه خـود شـفقت‌ورزی آگاهانـه آگاهـی هیجانـی و مهربانـی بـا خـود را افزایـش می‌دهـد، درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی مسـتقیماً فرآیندهـای شـناختی و رابطـه‌ای زیربنایـی را کـه در اختـلال تنظیـم هیجـان نقـش دارنـد، هـدف قـرار می‌دهـد. بنابرایـن، درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی ممکـن اسـت رویکـرد قوی‌تـری بـرای پرداختـن بـه مشـکلات پیچیـده هیجانـی در ایـن جمعیـت در نظـر گرفتـه شـود و اهمیـت انتخـاب مداخـلات بـر اسـاس مکانیسـم‌های خـاص محـرک رفتارهـای خـودآزاری را برجسـته می‌کنـد.

سپاسگزاری

ایـن مقالـه برگرفتـه از رسـاله دکتـری نویسـنده اول اسـت؛ بـر خـود لازم می‌دانیـم از همـه کسـانی کـه مـا را در اجـرای ایـن پژوهـش یـاری رسـاندند، کمال تشـکر و سـپاس را داشـته باشـیم.

تضاد منافع

تعارضی در منافع گزارش نشده است.

References

1. Mosayebie S, Safarpour F, Saadat S. The relationship between Family Organized Cohesiveness and Cyberbullying: The Mediation Role of Emotional Maturity and Emotional Self-Awareness in Female adolescents. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ). 2024;13(7):241-50. http://frooyesh.ir/article-1-4971-en.html
2. Gao Y, Lu C, Zhang X, Han B, Hu H. Physical activity and non-suicidal self-injurious behavior in Chinese adolescents: the chain mediating role of psychological capital and relative deprivation. Frontiers in Psychiatry. 2024;15:1509967. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1509967
3. Lu J, Huang J, Gao W, Wang Z, Yang N, Luo Y, Guo J, Pang WI, Lok GK, Rao W. Interventions for suicidal and self-injurious related behaviors in adolescents with psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. Translational Psychiatry. 2025;15(1):73. https://doi.org/10.1038/s41398-025-03278-7
4. Luo B, Nong F, Qi B, Liu X, He Y, Zheng H. Beyond impulsivity, predicting non-suicidal self-injurious behavior in adolescents: A network approach. Journal of Affective Disorders. 2025; 19:119945. https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119945
5. Karimitaheri A, Taheri A. Investigating the relationship between self-injurious behavior and risk perception and emotion regulation in female students. Medical Science Journal of Islamic Azad Univesity-Tehran Medical Branch. 2025;35(2):213-22. http://tmuj.iautmu.ac.ir/article-1-2281-en.html https://doi.org/10.61186/iau.35.2.213
6. Norouzi E. Examine the relationship between self-injurious behaviors and emotion regulation in Iranian adolescent athletes. BMC psychiatry. 2025;25(1):475. https://doi.org/10.1186/s12888-025-06921-1
7. Taja M, Eyni S, Zemestani M. Associations between pathological personality traits and self-injurious behavior in prisoners: evaluating cognitive emotion regulation. The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology. 2025;14:1-20. https://doi.org/10.1080/14789949.2025.2491405
8. Jafari A, Kiani Z. The Effectiveness of Self-Compassion Training on Emotion Regulation and Cognitive Flexibility in Adolescent Girls with Self-Harming Behavior. Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies. 2024; 5(6): 1-11. https://doi.org/10.61838/kman.jayps.5.6.1
9. Fallahmanesh E, Ghamari M, Vakili S, Poshti MG. Effectiveness of a Mindfulness-Based Self-Compassion Protocol Informed by the Lived Experiences of Adolescents with Self-Injurious Behaviors on Emotion Regulation and Body Image. Iranian Journal of Neurodevelopmental Disorders. 2025;4(3):1-9. https://maherpub.com/jndd/article/view/554
10. Per M, Simundic A, Argento A, Khoury B, Heath N. Examining the relationship between mindfulness, self-compassion, and emotion regulation in self-injury. Archives of suicide research. 2022;26(3):1286-301. https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1885534
11. Liu J, Li JT, Zhou M, Liu HF, Fan YY, Mi S, Tang YL. Non-suicidal self-injury in adolescents with mood disorders and the roles of self-compassion and emotional regulation. Frontiers in psychiatry. 2023;14:1214192. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1214192
12. Gonçalves S, Vieira AI, Machado BC, Bessa C. Non-suicidal self-injury in Portuguese college students: relationship with emotion regulation, resilience and self-compassion. Current Psychology. 2024;43(9):7877-86. https://doi.org/10.1007/s12144-023-04985-4
13. Shafaghi M, Saadat S. The mediating role of mentalization in the relationship between traumatic childhood experiences and aggression in girl adolescents. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ). 2023;12(9):179-88. http://frooyesh.ir/article-1-4764-en.html
14. Maleki B. Effectiveness of mentalization-based therapy on the aggression and emotional regulation difficulties of depressed male adolescents. Current Psychology. 2025;44(16):13924-32. https://doi.org/10.1007/s12144-025-08131-0
15. Midgley N, Mortimer R, Carter M, Casey P, Coffman L, Edbrooke-Childs J, Edridge C, Fonagy P, Gomes M, Kapoor A, Marks S. Emotion regulation in children (ERiC): A protocol for a randomised clinical trial to evaluate the clinical and cost effectiveness of Mentalization Based Treatment (MBT) vs Treatment as Usual for school-age children with mixed emotional and behavioural difficulties.

Plos one. 2023;18(8):e0289503. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289503

16. Salmanian S, Jabalameli S, Moghimian M, Arjmandi F. Comparison of the effect of mentalization-based therapy and emotion-regulated therapy based on the Gross process model on psychological well-being and quality of work-life of nurses in intensive care units. Iranian Journal of Cardiovascular Nursing. 2021;10(1):178-87. http://journal.icns.org.ir/article-1-732-en.html
17. Garnefski N, Kraaij V. The cognitive emotion regulation questionnaire. European journal of psychological assessment. 2007;23(3):141-9. https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.3.141
18. Foroughi AA, Parvizifard A, Sadeghi K, Parsa Moghadam A. Psychometric properties of the Persian version of the Emotion Regulation Questionnaire. Trends in psychiatry and psychotherapy. 2021;43:101-7. https://doi.org/10.47626/2237-6089-2018-0106
19. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. Journal of clinical psychology. 2013;69(1):28-44.https://doi.org/10.1002/jclp.21923
20. Foroughi A A, Reisi S, Montazeri N, Naseri M. The effectiveness of mindful self-compassion treatment on sleep quality, rumination and self-compassion in people with cardiovascular disease. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2022; 9 (4) :137-152. http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1438-fa.html https://doi.org/10.32598/shenakht.9.4.137
21. Fonagy P, Bateman AW. Adversity, attachment, and mentalizing. Comprehensive psychiatry. 2016;64:59-66. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2015.11.006
22. Sommers-Spijkerman M, Radstaak M, Chakhssi F. Effects of a brief compassion exercise on affect and emotion regulation in patients with personality disorders. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2023;78:101803. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2022.101803
23. Paucsik M, Baeyens C, Tessier D, Shankland R. Reducing emotion dysregulation online in nonclinical population with compassion focused therapy and emotional competencies program: A randomized controlled trial. Journal of Clinical Psychology. 2024;80(12):2405-33. https://doi.org/10.1002/jclp.23748
24. Lancastle D, Davies NH, Gait S, Gray A, John B, Jones A, Kunorubwe T, Molina J, Roderique-Davies G, Tyson P. A systematic review of interventions aimed at improving emotional regulation in children, adolescents, and adults. Journal of Behavioral and Cognitive Therapy. 2024;34(3):100505. https://doi.org/10.1016/j.jbct.2024.100505
25. Qadernejad M, Etemadnia M, Farshbaf Mani Sefat F. The Comparison of the effectiveness of dialectical behavior therapy and mentalization-based therapy in improving the symptoms of people with borderline personality disorder. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ). 2023;11(12):153-62. https://frooyesh.ir/article-1-3944-fa.html
26. Yahyavi Gargari R, Farshbaf Maneisefat F, Etemadnia M. Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive-Behavioral Therapy and Reality Therapy on Emotional Regulation and Self-Efficacy in Women Seeking Divorce. The psychology of woman journal. 2024; 5(1):12-22. https://doi.org/10.61838/kman.pwj.5.1.2
27. Salgó E, Szeghalmi L, Bajzát B, Berán E, Unoka Z. Emotion regulation, mindfulness, and self-compassion among patients with borderline personality disorder, compared to healthy control subjects. Plos one. 2021;16(3):e0248409. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248409
28. Eghbali B, Saadat S, Hasanzadeh K, Pourramzani A, Khatami S, Saberi A, Jafroudi M. Relationship between self-compassion and psychological well-being with the mediating role of resilience in people with multiple sclerosis. Advances in Psychiatry and Neurology/Postępy Psychiatrii i Neurologii. 2022;31(2):43-51. https://doi.org/10.5114/ppn.2022.117999