



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 Noruzi³

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/>).





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

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 پذیرش: ۱۴۰۴/۹/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۷/۱۶

چکیده

مقدمه: کاهش رفتارهای خودجراحی 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 خودجراحی انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری یک‌ماه بود. جامعه آماری این پژوهش را نوجوانان دارای رفتارهای خودجراحی مراجعه‌کننده به هسته مشاوران اداره آموزش و پرورش مناطق ۸ و ۱۳ شهر تهران در سال ۱۴۰۳ تشکیل داد. ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری 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 جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire; CERQ) استفاده شد. خود شفقت‌ورزی آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی هر یک طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی اجرا شده است. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین گروه‌ها در متغیرهای تنظیم هیجان سازگارانه ($\eta^2=0/41$, $F=14/58$, $P=0/01$) و تنظیم هیجان ناسازگارانه ($\eta^2=0/59$, $F=30/66$, $P=0/01$) تفاوت معنادار وجود داشت ($p<0/05$).

نتیجه‌گیری: در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که خود شفقت‌ورزی آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی 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، خودجراحی.

نوجوانی دوره حساسی از تحول است که در صورت عدم وجود حمایت عاطفی کافی از نوجوانان می‌تواند 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 هیجان‌ها را 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 (۸-۱۰). 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 هیجان‌ها 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 (۱۳-۱۵). 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، تأمل کرده و نیت 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

می‌تواند باعث اختلال در تنظیم هیجان شود، کاهش می‌دهد. با گذشت زمان، این فرآیند خودآگاهی و وضوح هیجانی را که اجزای کلیدی تنظیم هیجان سالم هستند، افزایش می‌دهد (۱۳).

مقایسه خود شفقت‌ورزی آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در تنظیم هیجان نوجوانان مبتلا به رفتار خودجرحی مهم است زیرا این دو مداخله به جنبه‌های اصلی مختلف عملکرد عاطفی می‌پردازند. نوجوانانی که درگیر خودجرحی می‌شوند، اغلب با احساسات شدید، عزت نفس پایین و دشواری در درک احساسات خود و دیگران دست و پنجه نرم می‌کنند (۳). خود شفقت‌ورزی آگاهانه بر پرورش مهربانی با خود، پذیرش و آگاهی بدون قضاوت تمرکز دارد که به کاهش شرم و خودانتقادی، دو عامل اصلی خودجرحی، کمک می‌کند (۹). در مقابل، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی توانایی ذهنی‌سازی، به معنای تأمل و تفسیر حالات ذهنی، را افزایش می‌دهد که وضوح عاطفی و کنترل تکانه را تقویت می‌کند (۱۳). با مقایسه این رویکردها، محققان می‌توانند تشخیص دهند که کدام روش برای چالش‌های خاص تنظیم هیجان مؤثرتر است یا اینکه آیا یک رویکرد ترکیبی مزایای بیشتری ارائه می‌دهد یا خیر. این دانش به متخصصان بالینی کمک می‌کند تا مناسب‌ترین درمان را برای هر نوجوان انتخاب کنند و منجر به مراقبت مؤثرتر شود. علاوه بر این، راهنمایی مبتنی بر شواهد برای خدمات سلامت روان ارائه می‌دهد تا ارائه خدمات روان‌درمانی با کیفیت و پایداری بیشتر انجام شود. بر این اساس پژوهش حاضر 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 پیش‌آزمون-پس‌آزمون 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 پرورش مناطق ۸ و ۱۳ شهر تهران در سال ۱۴۰۳ تشکیل داد. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند از این دو مرکز انجام شد. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G*Power با اندازه اثر ۰/۳۵ و توان آزمون ۰/۸۰ برابر ۱۵ نفر برای هر گروه برآورد شد که از بین افراد دارای ملاک‌های ورود به پژوهش، ۴۵

نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند از مراکز درمانی انتخاب و در سه گروه ۱۵ نفری به روش تصادفی ساده گمارش شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل تمایل به شرکت در تحقیق، تشخیص رفتارهای خودآزاری با آسیب‌های بدنی قابل مشاهده (وجود جراحات عمدی قابل مشاهده در دستان و صورت یا اظهارات فرد)، محدوده سنی ۱۳ تا ۱۸ سال، عدم دریافت مداخلات روانشناختی در شش ماه گذشته، عدم سابقه اختلالات روانشناختی جدی (مانند اختلالات روان‌پریشی، اختلالات شخصیت، اختلال افسردگی اساسی و اختلال دوقطبی)، عدم تجربه سوگ در شش ماه گذشته و عدم سابقه مصرف مواد مخدر یا الکل، طبق گزارش خود شرکت‌کنندگان بود. معیارهای خروج شامل شرکت همزمان در سایر درمان‌های گروهی، غیبت بیش از دو جلسه در طول مداخله، عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات درمانی، تجربه سوگ در طول درمان، نیاز به روان‌درمانی فردی و نقل مکان از منطقه مورد مطالعه بود.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire; CERQ) استفاده شد، این پرسشنامه توسط Kraaij و Garnefski در سال ۲۰۰۷ با ۳۶ سوال طراحی شد؛ این پرسشنامه دو بعد تنظیم هیجان سازگارانه و ناسازگارانه را با ۷ زیرمقیاس اندازه‌گیری می‌کند؛ نمرات بیشتر در هر زیرمقیاس نشان دهنده سبک تنظیم هیجان سازگارانه یا ناسازگارانه است. این پرسشنامه در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (هرگز=۱ تا همیشه=۵) پاسخ داده می‌شود (۱۷). روایی این پرسشنامه به روش تحلیل عاملی اکتشافی ۷۲/۳۴ درصد محاسبه شده است و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای سوالات تنظیم هیجان سازگارانه ۰/۷۷ و برای ناسازگارانه ۰/۷۹ محاسبه شده است (۱۸). در نمونه ایرانی روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی مورد بررسی قرار گرفته است و ضرایب پایایی برای همه زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷۱ الی ۰/۸۱ محاسبه شده است (۱۸).

مداخله‌ها

مداخله درمان خود شفقت‌ورزی آگاهانه: خود شفقت‌ورزی آگاهانه طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با اقتباس از پروتکل Neff and Germer در سال ۲۰۱۳ اجرا شد (۱۹)؛ در ایران این پروتکل توسط فروغی و همکاران در سال ۱۴۰۱ به صورت گروهی اجرا شده است (۲۰). در ادامه خلاصه هر یک از جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

فاطمه زهرا زارع و همکاران

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 ذهن آگاهی 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 دقیقه‌ای 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 کنند. 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 نیت 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.

انجام شد.

یافته‌ها

در این مطالعه در هر یک از گروه‌ها ۱۵ نفر مشارکت داشتند. از نظر سنی گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در میانگین و انحراف معیار $۱۶/۲۲ \pm ۱/۷۴$ سال، گروه گروه درمان خود شفقت‌ورزی آگاهانه در میانگین و انحراف معیار $۱۶/۸۹ \pm ۱/۳۸$ سال و گروه کنترل در میانگین و انحراف معیار $۱۶/۹۷ \pm ۱/۴۶$ 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 شاخص‌های گرایش مرکزی متغیر تنظیم هیجان سازگاران و ناسازگاران و همچنین نرمال بودن توزیع داده‌ها ارائه شده است.

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 پیش‌آزمون، اعضای گروه‌های مداخله تحت آموزش قرار گرفتند و سپس از هر دو گروه پس‌آزمون و پس از گذشت یک ماه مجدداً آزمون پیگیری اجرا شد. تحلیل داده‌ها در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیر تکانشگری به تفکیک گروه‌ها

تنظیم هیجان	مراحل سنجش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو ویلک	معناداری
سازگاران	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
	پس آزمون	کنترل	۳۲/۵۳	۶/۰۲	۰/۹۱	۰/۱۵
		خود شفقت‌ورزی آگاهانه	۴۵/۷۳	۷/۰۷	۰/۹۲	۰/۲۶
پیگیری	پس آزمون	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

فاطمه زهرا زارع و همکاران

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

داد که ماتریس کوواریانس‌ها در حالت چندمتغیره برقرار است ($m=12/21$ باکس، $F=3/11$ ، $P=0/09$). نتایج آزمون کروییت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیر تنظیم هیجان سازگارانه ($W=0/99$ ، $P=0/90$) و تنظیم هیجان ناسازگارانه ($W=0/94$ ، $P=0/44$) معنادار نمی باشد، بر این اساس گزارش شاخص F در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح ندارد. با توجه به برقراری پیش فرض‌های آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، جهت آزمون مقایسه اثربخشی مداخله‌ها در مراحل سنجش و مقایسه آن‌ها از این آزمون استفاده شده است. در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای متغیر تنظیم هیجان

اثر	آزمون‌ها	ارزش	مقدار F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب اتا	توان آماری
	اثر بیلابی	۰/۷۸	۲۶/۶۲	۴	۱۶۸	۰/۰۱	۰/۳۹	۱
گروه	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 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 نیست که در کدام یک از گروه‌ها این چنین بوده است، برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج تک متغیره در متن میکس آنوا ارائه خواهد شد.

در جدول ۳ نتایج نشان می‌دهد که گروه‌های مداخله نسبت به کنترل در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در متغیر تنظیم هیجان داشته است؛ در واقع روند تغییرات در گروه‌های در تنظیم هیجان سازگارانه افزایشی و در تنظیم هیجان ناسازگارانه کاهش یافته است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد، داده‌ها در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه‌ها دارای توزیع نرمال بود ($P>0/05$)؛ بر این اساس می‌توان از آزمون‌های پارامتری استفاده کرد. جهت بررسی همگونی خطای واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد، نتایج نشان داد که خطای واریانس‌ها در متغیر تنظیم هیجان سازگارانه و ناسازگارانه به تفکیک مراحل سنجش همگون بود؛ همچنین نتایج آزمون ام باکس نشان

در جدول فوق نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی درون گروهی نشان می‌دهد نشان داد که بین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در ترکیب گروه‌ها و متغیرهای وابسته به طور همزمان ($F=26/62$ ، $P=0/01$)، $F=0/78$ (اثر بیلابی) تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارتی یافته‌های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری

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				
تنظیم هیجان ناسازگارانه	بین گروهی	۴۲۹۹/۳۹	۲	۲۱۴۹/۹۶	۱۴/۵۶	۰/۰۱	۰/۴۱	۱
	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
تنظیم هیجان ناسازگارانه	خطا	۳۶۴۹/۵۸	۸۴	۴۳/۴۵				
	بین گروهی	۱۱۴۹۹/۱۹۰	۲	۵۷۴۹/۵۹	۳۰/۶۶	۰/۰۱	۰/۵۹	۱

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.

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر در جدول ۵ نشان داد که بین گروه ها در متغیرهای تنظیم هیجان سازگارانه ($\eta=0/41, F=14/58, P=0/01$) و تنظیم هیجان ناسازگارانه ($\eta=0/59, F=30/66, P=0/01$) تفاوت معنادار

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه تغییرات درون گروهی و بین گروهی متغیر تنظیم هیجان

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

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 گروه های خودشفقت ورزی آگاهانه و کنترل ($P=0/01$) تفاوت معناداری وجود دارد همچنین بین گروه های درمان مبتنی بر ذهنی سازی و کنترل ($P=0/01$) 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

نتایج جدول فوق گویای این است که برای متغیرهای تنظیم هیجان سازگارانه و ناسازگارانه در گروه کنترل بین مراحل سنجش تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>0/05$)، اما در مقابل نشان داد که در گروه های درمانی نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار دارد ($P<0/05$)؛ 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

بدون قضاوت را پرورش می‌دهد و به افراد کمک می‌کند تا احساسات خود را بدون اجتناب یا همانندسازی بیش از حد مشاهده کنند. خوددلسوزی با تقویت مهربانی و درک نسبت به خود در هنگام پریشانی، بُعد مهمی را اضافه می‌کند که با خودانتقادی شدید رایج در این نوجوانان مقابله می‌کند. نظریه تنظیم هیجانی فرض می‌کند که راهبردهای سازگارانه مانند ارزیابی مجدد و پذیرش از طریق شیوه‌های ذهن آگاهی دلسوزانه آموخته می‌شوند که تاب‌آوری هیجانی را ارتقا می‌دهند. این چارچوب با افزایش تحمل احساسات دردناک و قطع واکنش‌های منفی خودکار، اختلال تنظیم هیجانی را کاهش می‌دهد (۱۱). علاوه بر این، خوددلسوزی به عنوان یک مکانیسم ضربه‌گیر در برابر شرم و خودسرزنی عمل می‌کند و انعطاف‌پذیری هیجانی را بهبود می‌بخشد. رویکرد ترکیبی، ارزیابی‌های شناختی سالم‌تر، خودمهربانی بیشتر و کاهش اتکا به مقابله‌های ناسازگار مانند نشخوار فکری یا اجتناب را تشویق می‌کند. در نتیجه، این عناصر درمانی به صورت هم‌افزایی برای بهبود تنظیم هیجانی، کاهش میل به خودآزاری و تقویت سلامت روان در نوجوانان عمل می‌کنند (۹).

یافته دوم نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر افزایش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگارانه و کاهش راهبردهای ناسازگارانه موثر بوده است؛ این یافته با پژوهش‌های ملکی و همکاران (۱۴)، Midgley و همکاران (۱۵) و سلیمانیان و همکاران (۱۶) همسو است. یافته‌های حاصل از یک پژوهش مروری توسط Lancaster و همکاران (۲۴) در سال ۲۰۲۴ نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی تأثیرات متناقضی بر بهبود تنظیم هیجان داشته است؛ یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای افرادی که افرادی با افکار خودکشی و نشانگان شدید اختلال شخصیت مرزی نمی‌تواند موثر باشد یا اندازه اثر پایینی دارد. در تبیین می‌توان بیان نمود که طبق نظریه، ذهنی‌سازی، آگاهی و تأمل در مورد تجربیات عاطفی را تقویت می‌کند که شناسایی، پردازش و مدیریت بهتر احساسات را تسهیل می‌کند. با تقویت این ظرفیت، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به نوجوانان کمک می‌کند تا احساسات شدید را بدون غرق شدن یا توسل به پاسخ‌های ناسازگارانه مانند اجتناب یا نشخوار فکری، تشخیص داده و تنظیم کنند (۱۳). این درمان همچنین نقص در تمایز خود-دیگری را هدف قرار می‌دهد و الگوهای دلبستگی ایمن را ترویج می‌دهد که هر دو برای تنظیم سالم هیجان‌ها حیاتی هستند. از طریق ذهنی‌سازی پیشرفته، نوجوانان

خود شفقت‌ورزی آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی تفاوت معناداری وجود نداشت ($P=0/13$) در واقع درمان خود شفقت‌ورزی آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی تأثیر یکسانی بر افزایش تنظیم هیجان سازگارانه داشته است. برای متغیر تنظیم هیجان ناسازگارانه نتایج آزمون بن فرونی جهت مقایسه بین گروهی نشان داد که بین گروه‌های خودشفقت‌ورزی آگاهانه و کنترل ($P=0/01$) تفاوت معناداری وجود دارد همچنین بین گروه‌های درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و کنترل ($P=0/01$) تفاوت معنادار وجود داشت؛ در واقع هر دو درمان در مقایسه با گروه کنترل تأثیر معناداری بر کاهش تنظیم هیجان ناسازگارانه تا مرحله پیگیری تأثیر داشته است؛ همچنین بین دو گروه درمانی خود شفقت‌ورزی آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی تفاوت معناداری وجود داشت ($P=0/03$) در واقع درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نسبت به درمان خود شفقت‌ورزی آگاهانه تأثیر بیشتری بر کاهش تنظیم هیجان ناسازگارانه داشته است.

بحث

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان خود شفقت‌ورزی آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر تنظیم هیجان نوجوانان دارای رفتارهای خودجراحی انجام شد. یافته اول نشان داد که خود شفقت‌ورزی آگاهانه بر افزایش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگارانه و کاهش راهبردهای ناسازگارانه موثر بوده است؛ این یافته با پژوهش‌های جعفری و کریمی (۸)، فلاح منش و همکاران (۹) و Per و همکاران (۱۰) همسو است. در مقابل Sommers-Spijkerman (۲۲) در سال ۲۰۲۳ در پژوهشی نشان دادند که تمرینات شفقت‌ورزی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تأثیر معناداری در کاهش عواطف منفی و بهبود تنظیم هیجان نداشته است. همچنین Paucsik و همکاران (۲۳) در سال ۲۰۲۴ در یک کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده در نمونه غیربالینی نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت، علیرغم برخی بهبودها در ذهن آگاهی و عواطف مثبت، تأثیر معناداری بر تنظیم هیجان نداشته است. یافته‌های این دو مطالعه نشان داد که مداخله شفقت به تنهایی نمی‌تواند همواره تأثیرات معناداری بر بهبود تنظیم هیجان داشته باشد؛ بر این اساس مداخله ترکیبی درمان خود شفقت‌ورزی آگاهانه می‌تواند نقش موثرتری بر بهبود تنظیم هیجان داشته باشد. در تبیین یافته حاضر می‌توان بیان نمود که ذهن آگاهی، آگاهی از لحظه حال و پذیرش

وضوح و انعطاف‌پذیری عاطفی را توسعه می‌دهند و آنها را قادر می‌سازد تا از پاسخ‌های واکنشی به پاسخ‌های تنظیم‌شده تغییر کنند و در نتیجه رفتارهای خودآسیب‌رسان را کاهش دهند. این فرآیند با مفهوم عاطفه‌مندی ذهنی‌سازی شده همسو است که درک و تنظیم عاطفه را به عنوان مکانیسم اصلی بهبود سلامت روان ادغام می‌کند (۲۵). در نتیجه، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با تقویت یک تجربه منسجم و تأملی از خود و کاهش اختلال تنظیم هیجان رایج در نوجوانان مبتلا به خودآسیبی، از تنظیم احساسات پشتیبانی می‌کند (۱۸).

یافته سوم نشان داد که درمان خود شفقت‌ورزی آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی تأثیر مشابه‌ای بر افزایش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگارانه داشته‌اند؛ اما در زمینه کاهش راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی تأثیر بیشتری نسبت به خود شفقت‌ورزی آگاهانه داشته است. در بررسی پیشینه پژوهشی یافت نشد که به بررسی این موضوع بپردازد، بر این اساس مقایسه همسویی با عدم همسویی با پیشینه پژوهش مقذور نیست؛ در تبیین می‌توان بیان نمود که تأثیر مشابه دو مداخله بر افزایش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگارانه ممکن است به دلیل تأکید مشترک آنها بر افزایش آگاهی و درک تجربیات عاطفی باشد. هر دو درمان، عملکرد بازتابی را ارتقا می‌دهند، درمان خود شفقت‌ورزی آگاهانه از طریق ذهن آگاهی دلسوزانه که مهربانی نسبت به خود را در هنگام پریشانی تشویق می‌کند، و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی از طریق ایجاد ظرفیت ذهنی‌سازی که درک احساسات خود و دیگران را تقویت می‌کند (۲۶). با این حال، تأثیر بیشتر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در کاهش راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه را می‌توان با تمرکز قوی‌تر آن بر بهبود درک بین فردی و پردازش شناختی هیجان‌ها توضیح داد، که به نوجوانان کمک می‌کند تا واکنش‌های خودکار مضر مانند اجتناب یا نشخوار فکری را به طور مؤثرتری قطع کنند (۲۱). درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به صراحت نقص در تمایز خود-دیگری و انسجام عاطفی را هدف قرار می‌دهد، که ممکن است زمینه‌ساز تنظیم هیجانی ناسازگارانه باشد (۲۷). در مقابل، درمان خود شفقت‌ورزی آگاهانه عمدتاً مهربانی با خود و پذیرش را تسهیل می‌کند، که اگرچه قدرتمند است، اما ممکن است کمتر به طور مستقیم به تحریفات شناختی یا اختلال در تنظیم هیجانی بین فردی که راهبردهای ناسازگارانه را حفظ می‌کنند، بپردازد (۲۸).

این پژوهش در نمونه محدودی از نوجوانان با رفتارهای خودجرحی در شهر تهران انجام شد؛ تعمیم این یافته‌ها به سایر گروه‌ها محدود است. همچنین نمونه این پژوهش به روش در دسترس انتخاب شد که مانع یک تعمیم جامع است؛ پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده از طرح‌های کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده استفاده شود. همچنین در این پژوهش متغیرهای جمعیت شناختی همچون سابقه قبلی به خودجرحی، طول مدت خودجرحی، سابقه خودجرحی در اعضای خانواده و وضعیت اقتصادی خانواده‌ها کنترل نشد؛ پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده این موارد کنترل شود. در حوزه کاربردی ارجای مداخلات خود شفقت‌ورزی آگاهانه و سپس درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر تنظیم هیجان نوجوانان دارای رفتارهای خودجرحی در مراکز درمانی پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که درمان‌های خود شفقت‌ورزی آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر تنظیم هیجان نوجوانان دارای رفتارهای خودجرحی موثر بودند؛ یافته بسیار مهم این پژوهش این بود که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نسبت به خود شفقت‌ورزی آگاهانه تأثیر بیشتری بر کاهش تنظیم هیجان ناسازگار داشت. این نشان می‌دهد در حالی که خود شفقت‌ورزی آگاهانه آگاهی هیجانی و مهربانی با خود را افزایش می‌دهد، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مستقیماً فرآیندهای شناختی و رابطه‌ای زیربنایی را که در اختلال تنظیم هیجان نقش دارند، هدف قرار می‌دهد. بنابراین، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی ممکن است رویکرد قوی‌تری برای پرداختن به مشکلات پیچیده هیجانی در این جمعیت در نظر گرفته شود و اهمیت انتخاب مداخلات بر اساس مکانیسم‌های خاص محرک رفتارهای خودآزاری را برجسته می‌کند.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است؛ بر خود لازم می‌دانیم از همه کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری رساندند، کمال تشکر و سپاس را داشته باشیم.

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/fpsy.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 University-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, Zemeštani 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/jnidd/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/fpsy.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.comppsy.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. Lancaster 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>