رویش روان شناسی، سال ۱۳، شماره ۶، شماره پیاپی۹۹، شهریور ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(6), 2024

اثربخشی درمان ذهنی‌سازی بر دشواری در تنظیم هیجان و خودمهارگری در نوجوانان با پرخاشگری بالا

The effectiveness of mentalization therapy on the difficulty in emotion regulation and self-control in adolescents with high aggression

احمدعلی نعمت پور درزی
کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
زینب آور
کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
فاطمه رحمتی توسه کله(نویسنده مسئول)
کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.
سینا جانعلی زاده چناری
دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره، گروه مشاوره، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران.

Ahmadali Nematpour Darzi
M.A. of General Psychology, Department of Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran.
Zeynab Avar
M.A. in General Psychology, Department of Psychology, Tankabon Branch, Islamic Azad University, Tankabon, Iran.
Fatemeh Rahmati Tosehkaleh*
M.A. of General Psychology, Department of Psychology, Science and Research Unit, Islamic Azad University, Rasht, Iran.
rahmati0092@gmail.com
Sina Janali Zadeh Chenari
PhD student in Counseling, Department of Counseling, Hormozgan University, Bandar Abbas, Iran.

چکیده

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان ذهنی‌سازی بر دشواری در تنظیم هیجان و خودمهارگری در نوجوانان با پرخاشگری بالا بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل نوجوانان دختر و پسر سنین ۱۲ تا ۱۸ سال مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره تکامل شهر رشت در نیمه اول سال ۱۴۰۲ بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نفر براساس معیارهای ورود انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵) و کنترل (۱۵) گمارده شدند. گروه آزمایش درمان ذهنی‌سازی را طی ۲۰ جلسه آموزشی ۷۵ دقیقه‌ای به‌صورت هفته‌ای یک جلسه دریافت کردند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (AQ،۱۹۹۲)، مقیاس دشواری در تنظیم هیجان گرتز و رومر (DERS، ۲۰۰۴) و مقیاس خودمهارگری تانجنی و همکاران (SCQ، ۲۰۰۴) بود. تحلیل نتایج با استفاده از روش واریانس اندازه‌گیری مکرر صورت گرفت. نتایج نشان داد اثربخشی درمان ذهنی‌سازی بر متغیرهای دشواری در تنظیم هیجان و خودمهارگری معنادار است (p<۰/۰۵). و این تأثیر در مرحله پیگیری ماندگار بود (p<۰/۰۵). بنابراین نتیجه‌گیری می‌شود مداخله درمان ذهنی‌سازی می‌تواند بر کاهش دشواری در تنظیم هیجان و افزایش خودمهارگری نوجوانان دارای پرخاشگری بالا مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی: *دشواری در تنظیم هیجان، خودمهارگری، درمان ذهنی-سازی، پرخاشگری.*

Abstract

This study aimed to determine the effectiveness of mentalization therapy on the difficulty in emotion regulation and self-control in adolescents with high aggression. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group with a three-month follow-up period. The statistical population of the research included boys and girls between the ages of 12 and 18 who were referred to the Development Counseling Center in Rasht in the first half of 2023, and 30 people were selected based on the inclusion criteria using a purposive sampling method and were randomly divided into two experimental (15) and control groups. (15). The experimental group received mentalization therapy during 20 75-minute training sessions, once a week. The data collection tool was Bass and Perry's Aggression Questionnaire (AQ, 1992), Gertz and Romer's Difficulty in Emotion Regulation Scale (DERS, 2004), and Tanjani et al.'s Self-Control Scale (SCQ, 2004). The results were analyzed using the repeated measurement variance method. The results showed that the effectiveness of mentalization therapy on the variables of difficulty in emotion regulation and self-control is significant (p<0.05). And this effect was permanent in the follow-up phase (p<0.05). Therefore, it is concluded that mentalization therapy can be effective in reducing the difficulty in regulating emotions and increasing self-control in adolescents with high aggression.

Keywords: *Difficulty in Emotional Regulation, Self-Control, Mentalization Therapy, Aggression.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : بهمن ۱۴۰۲** **پذیرش: اسفند ۱۴۰۲** **ویرایش نهایی: شهریور ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

مقدمه

نوجوانی[1] دوره مهمی از رشد انسان است که با تغییرات زیستی -عصبی، هورمونی، فیزیولوژیکی و تغییرات اجتماعی همراه است (روبینسون[2] و همکاران، ۲۰۲۴). هر چند ممکن است بیشتر افراد مرحله نوجوانی و وضعیت روانشناختی و هیجانی ناپایدار مربوط به آن را به سلامت بگذرانند، اما بااین‌حال شواهد پژوهشی نشان‌دهنده این است که روزبه‌روز بر تعداد نوجوانانی که نشانه‌های آسیب‌شناسی رفتاری یا هیجانی را در خویش حمل می‌کنند، افزوده می‌شود (شیخ و همکاران، ۲۰۲۴). یکی از این مشکلات رفتاری، عامل پرخاشگری[3] در کودکان و نوجوانان است (فوزی[4] و همکاران، ۲۰۲۳). پرخاشگری، رفتاری تلقی می‌شود که هدف آن آسیب رساندن عمدی به شخص دیگری است (روبلز-حیدر[5] و همکاران، ۲۰۲۱). رایج‌ترین نوع پرخاشگری بررسی‌شده در بین نوجوانان، پرخاشگری آشکار و پنهان است. پرخاشگری آشکار هم به‌صورت فیزیکی و هم به‌صورت کلامی با اعمال ظاهری مانند دعوا و دادوفریاد نمود پیدا می‌کند. درحالی‌که پرخاشگری پنهان بیشتر مخفیانه و در روابط اجتماعی از طریق گوشه‌گیری و شایعه‌پراکنی ابراز می‌شود (فینیجین- کار و گراهام[6]، ۲۰۲۴). مطالعات نشان داده‌اند پرخاشگری نوجوانان یک مشکل عمده جهانی با پیامدهای عاطفی، اجتماعی و اقتصادی طولانی‌مدت و پرهزینه است که سلامت نوجوانان را به خطر می‌اندازد (وگا[7] و همکاران، ۲۰۲۲). ازاین‌رو شناسایی عوامل آسیب‌زا در بین نوجوانان که می‌تواند منجر به افزایش تجربه‌های عاطفی منفی و بی‌ثباتی هیجانی شود از اهمیت بالایی برخوردار است (دموکویچ[8] و همکاران، ۲۰۲۳)

دشواری در تنظیم هیجان[9] که به‌عنوان روش‌های ناسازگار پاسخ دادن به احساسات شناسایی شده است موجب می‌شود که فرد پاسخ‌های غیرقابل‌قبول، مشکل در کنترل تکانه‌ها، عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی یا پریشانی و نقص در استفاده عملکردی از هیجانات از خود بروز دهد (ویسی و همکاران، ۱۴۰۱؛ دموکویچ و همکاران، ۲۰۲۳). مطالعات نشان داده‌اند افرادی که سطح متوسط و بالایی از مشکلات تنظیم هیجان داشتند پرخاشگری روانی بیشتری نسبت به افراد دارای سطح پایین مشکلات تنظیم هیجانی داشتند (یانگ[10]، ۲۰۲۳؛ گوتیرز-کوبو[11] و همکاران، ۲۰۲۳). به‌طور خاص، افرادی که دارای سطح بالاتری از تمرکز حواس هستند می‌توانند به‌طور مؤثری عاطفه خود را با شناسایی بی‌طرفانه خلق‌وخوی، تنظیم کرده تا نسبت به احساسات نامطلوب یا ناخوشایند واکنش بیش‌ازحد نشان ندهند (کیم[12] و همکاران، ۲۰۲۲).

یکی دیگر از دلایل مهم شکل‌گیری پرخاشگری می‌توان به نقص خودمهارگری[13] در نوجوانان اشاره کرد (اسمعیل‌نژاد و همکاران، ۱۴۰۱). در مطالعات متعددی نقش بالقوه خودمهارگری در رفتار پرخاشگرانه نشان داده شده است (مهربان[14] و همکاران، ۲۰۲۳). خودمهارگری به‌عنوان تنظیم عواطف، باورها و رفتارها به‌منظور ایجاد روابط سالم با دیگران شناخته می‌شود که می‌تواند سازگاری فرد را در محیط زندگی بهبود بخشیده (بیلکه[15] و همکاران، ۲۰۲۲) و سبب به تأخیر انداختن لذت‌های لحظه‌ای فرد، کنترل هیجانات منفی، کار مداوم برای انجام وظیفه محول شده و مهار رفتارهای تکانشی شود (پکر و یلدز[16]، ۲۰۲۱). مطالعات نشان داده‌اند که اکثریت رفتارهای مشکل‌ساز و پرخاشگرانه می‌تواند ناشی از خودمهارگری پایین افراد باشد (آگباریا[17]، ۲۰۲۱؛ پنگ[18] و همکاران، ۲۰۲۳). افرادی که خودمهارگری پایینی دارند هنجارشکن بوده و بیشتر مستعد رفتارهای مشکل‌ساز و پرخاشگرانه هستند و این افراد بدون در نظر گرفتن اثرات فعالیت‌های خود دست به اقدام عجولانه زده و در مهار پاسخ خود مشکل دارند و پاداش آنی را به پیامد تأخیری ترجیح می‌دهند

1 Adolescence
2 Robinson
3 Aggression
4 Fauzi
5 Robles-Haydar
6 FINIGAN-CARR & GRAHAM
7 Vega
8 Demkowicz
9 Difficulty regulating emotions
10 Yang
11 Gutiérrez-Cobo
12 Kim
13 Self-control
14 Mehraban
15 Bieleke
16 Peker & Yildiz
17 Agbaria
18 Peng

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

(پلسن[1] و همکاران، ۲۰۲۳). درحالی‌که افراد برخوردار از خودمهارگری بالا در تنظیم هیجانات و بازداری تکانه‌ها عملکرد بهتری داشته و بیشتر از هنجارهای اجتماعی پیروی می‌کنند و به‌راحتی می‌توانند بین خود و محیط سازگاری ایجاد کنند (لی[2] و همکاران، ۲۰۲۳).

نظر بر این است که رفتارهای هیجانی و کنترل عواطف افراد بیشتر متأثر از الگوهای محیطی بوده و این رفتارها ممکن است جنبه‌ی یادگیری داشته باشد (گولن[3]، ۲۰۲۲)، بنابراین می‌توان برنامه‌هایی برای آموزش ایجاد تعادل و هماهنگی در بروز این‌گونه رفتارها در نظر گرفت. ازجمله درمان‌هایی که می‌توان برای خودمهارگری و تنظیم هیجان در نوجوانان به کار برد، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی[4] است (بشرپور و عینی، ۱۳۹۹). درمان ذهنی‌سازی نوع خاصی از درمان روان‌پویشی است که توسط بتمن[5] و فوناگی[6] (۲۰۱۶) تدوین شده است و مبتنی بر دو مفهوم اصلی ۱- نظریه دلبستگی و ۲- ذهنی‌سازی است. اهداف کلی رویکرد درمانی ذهنی‌سازی مبتنی بر سه مرحله ساختاریافته متمایز است: ۱- ارزیابی ظرفیت ذهنی‌سازی بیمار، ۲- کارکرد شخصیت و ۳- قرارداد بستن و درگیر کردن بیمار در درمان و شناسایی مشکلاتی که ممکن است با درمان تداخل داشته باشد. کانون اصلی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی این است که به درمانجو کمک کند تا تجربه‌های ذهنی خود را به سطح هشیاری آورده تا احساس منسجم و کاملی از عاملیت روانی خود به دست آورد. به‌طورکلی فرآیند این درمان مسیری را جهت ثبات هیجانی و بهبود عملکرد شناختی اجتماعی فراهم می‌کند و درنتیجه موجب کاهش اثرات مضر شخصی و رفتارهای ضداجتماعی می‌گردد (بتمن[7]، ۲۰۲۲). از درمان ذهنی‌سازی برای بیماران دارای مشکلات روانی شدید (شوارتزر[8] و همکاران، ۲۰۲۱؛ بتمن، ۲۰۲۲)، اختلال شخصیت مرزی نوجوانان (جانستون و همکاران، ۲۰۲۲)، اختلال رفتار نوجوانان (هاوشیلد[9] و همکاران، ۲۰۲۲)، رفتارهای پرخطر و پرخاشگری (هررو-فرناندز[10] و همکاران، ۲۰۲۲)، سلامت روان نوجوانان و مراقبت فرزندان (اکرمن[11] و همکاران، ۲۰۲۲) و آموزش شناخت اجتماعی (استاینمیر[12] و همکاران، ۲۰۲۱) استفاده شده است که منجر به افزایش ظرفیت ذهنی می‌شود. بنابراین ظرفیت ذهنی‌سازی نقش کلیدی در مقابله با استرس، تنظیم هیجانات و شکل‌گیری روابط پایدار (گامبین و همکاران، ۲۰۲۱؛ میدلی[13] و همکاران، ۲۰۲۳؛ غفاری چراتی و همکاران، ۱۴۰۲) و درک حالات ذهنی خود و دیگران داشته است (اسدی و همکاران، ۲۰۲۲) که توانسته عملکرد بازتابی، تنظیم عاطفی و کیفیت دلبستگی کودکان آسیب‌پذیر را بهبود بخشد (اوهلمن فوربس[14] و همکاران، ۲۰۲۱).

با توجه به پیشینه پژوهشی اگرچه رویکرد ذهنی‌سازی از همان آغاز کودکی بایسی مورد توجه قرار گیرد ولی در نوجوانی اهمیت اصلی آن آشکار می‌شود زیرا که بیشتر مشکلات هیجانی در نوجوانی بروز می‌کند (لوریولا[15] و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین با توجه به اهمیت سلامت روان نوجوانان و همچنین کاربرد مؤثر این درمان در کاهش اختلالات روانی و تنظیم هیجان و نیز آنجایی که در بررسی پیشینه‌ی پژوهش‌ها مشخص شد که درباره درمان ذهنی‌سازی در نوجوانان پرخاشگر که خودمهارگری پایین و دشواری در تنظیم هیجان دارند تحقیقات چندانی صورت نگرفته است؛ لذا هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان ذهنی‌سازی بر دشواری در تنظیم هیجان و خودمهارگری در نوجوانان با پرخاشگری بالا بود.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماه بود. جامعه آماری پژوهش شامل نوجوانان دختر و پسر سنین ۱۲ تا ۱۸ سال مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره تکامل شهر رشت در نیمه اول سال ۱۴۰۲ بودند. حداقل حجم نمونه برای مطالعات آزمایشی برای هر گروه ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (دلاور، ۱۴۰۱) که جهت پیشگیری از ریزش احتمالی برای هر گروه ۱۸ نفر لحاظ شد. در مرحله اول قبل از اجرا تعداد ۱۲۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند از طریق پرسشنامه پرخاشگری غربالگری

1 Plessen
2 Li
3 Golan
4 Mentalization
5 Bateman
6 Fonagy
7 Bateman
8 Schwarzer
9 Hauschild
10 Herrero-Fernández
11 Åkerman
12 Steinmair
13 Midgley
14 Oehlman Forbes
15 Lauriola

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

شدند که از این تعداد ۳۶ نفر به‌صورت داوطلبانه دارای ملاک‌های لازم در پرسشنامه پرخاشگری انتخاب شدند و سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۸ نفر) و گروه کنترل (۱۸ نفر) قرار گرفتند که در مرحله پیگیری به سبب ریزش نمونه‌گروه‌ها هریک به ۱۵ نفر کاهش یافت. ملاک‌های ورود شامل تکمیل فرم رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش؛ عدم ابتلا به مشکلات روانشناختی دیگر؛ خصوصیات فرهنگی و اقتصادی مشابه؛ دریافت رضایت کتبی از والدین؛ کسب نمره بیشتر از میانگین در پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (نمره ۹۰ به بالا). ملاک‌های خروج در این پژوهش شامل عدم تمایل به شرکت در طول درمان، پاسخ ندادن به سؤالات پرسشنامه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون (برای گروه‌های آزمایش و کنترل)، دریافت هرگونه خدمات مشاوره‌ای در خصوص پرخاشگری در طی پژوهش و حضور نداشتن بیش از دو جلسه درمانی بود. ملاحظات اخلاقی رعایت شده در این پژوهش شامل محرمانه بودن اطلاعات افراد گروه‌ها و بدون هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت‌کنندگان بود. همچنین پس از اتمام پژوهش ارائه درمان برای گروه کنترل نیز به‌صورت فشرده انجام شد. قبل از شروع جلسات درمانی همزمان هر دو گروه از طریق پرسشنامه‌های دشواری در تنظیم هیجان و خودمهارگری ارزیابی شدند (پیش‌آزمون). سپس گروه آزمایش تحت ۲۰ جلسه آموزشی ۷۵ دقیقه‌ای به‌صورت هفته‌ای یک جلسه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی قرار گرفته شدند و گروه کنترل طی این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. بعد از اتمام مداخلات به هر دو گروه مجدد پرسشنامه‌ها ارائه شد (پس‌آزمون). بنا به به اهداف تحقیق سه ماه بعد از مداخله پیگیری هم انجام شد. بازه زمانی اجرای این تحقیق از اواخر اردیبهشت تا اوایل بهمن ۱۴۰۲ به طول انجامید. بعد از جمع‌آوری داده‌ها امتیازبندی آن‌ها صورت گرفت. جهت تحلیل داده‌ها از روش واریانس اندازه‌گیری مکرر با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه پرخاشگری باس و پری[1] (AQ): پرسشنامه پرخاشگری در سال ۱۹۹۲ توسط باس و پری تدوین شد. این پرسشنامه دارای ۲۹ سؤال است که چهار عامل پرخاشگری فیزیکی (۹ سؤال)، پرخاشگری کلامی (۵ سؤال)، خشم (۷ سؤال) و خصومت (۸ سؤال) را می‌سنجد. روش نمره‌گذاری به‌صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای کاملاً مخالفم (۵) تا کاملاً موافقم (۱) می‌باشد. هر چه نمره فرد در این مقیاس بیشتر باشد میزان پرخاشگری فرد بالاست. باس و پری (۱۹۹۲) در پژوهش خود با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ میزان پایایی، اعتبار سازه و روایی محتوایی را به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۲ و ۰/۸۹ گزارش کردند (باس و پری، ۱۹۹۲). در ایران نیز سامانی (۱۳۸۶) نتایج ضریب بازآزمایی را با فاصله ۹ هفته برای چهار زیرمقیاس ۰/۸۰ تا ۰/۷۲ و همبستگی بین چهار زیرمقیاس را ۰/۳۸ تا ۰/۴۹ به دست آورد. جهت سنجش همسانی درونی مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج نشانگر همسانی درونی زیرمقیاس پرخاشگری فیزیکی ۰/۸۲، پرخاشگری کلامی ۰/۸۱، خشم ۰/۸۳ و خصومت ۰/۸۰ بود (غفاری چراتی و همکاران، ۱۴۰۲). در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۷۳ به دست آورده شد.

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان گرتز و رومر[2] (DERS): پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان را گرتز و رومر در سال ۲۰۰۴ طراحی کردند. این پرسشنامه یک مقیاس خودگزارش‌دهی است که شش مؤلفه عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در به‌کارگیری رفتارهای هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی را ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری ۳۶ عبارت بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً شبیه من است (۵) تا اصلاً شبیه من نیست (۱) متغیر است. دامنه نمرات بین ۳۶ تا ۱۵۰ می‌باشد. نمرات بالا در این مقیاس به‌منظور دشواری در تنظیم هیجانی بیشتر است. گرتز و رومر (۲۰۰۴) پایایی این مقیاس به شیوه آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۸۰ تا ۰/۸۹ گزارش کردند. همچنین پایایی کل مقیاس به شیوه بازآزمایی در یک دوره ۴ تا ۶ هفته‌ای ۰/۸۸ و آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۵۷ تا ۰/۸۹ محاسبه شد. برای بررسی روایی سازه از روش تحلیل اکتشافی استفاده شد که نتایج وجود ساختار ۶ عاملی با ارزش ویژه بیش از ۵۵/۶۸ درصد از واریانس این متغیر را نشان داد (گرتز و رومر، ۲۰۰۴). همچنین، پایایی همسانی درونی فرم ترجمه شده به فارسی این مقیاس، طی یک مطالعه مقدماتی مورد محاسبه قرار گرفت. در پژوهش عزیزی و همکاران (۱۳۸۹) همسانی درونی بالایی را برای این مقیاس (a=۰/۸۶) محاسبه شد. برای تعیین روایی، همبستگی نمره پرسشنامه تنظیم هیجانی با نمره پرسشنامه هیجان‌خواهی ذاکرمن (r=۰/۲۶) معنادار و مثبت به دست آمد که بیانگر برخورداری پرسشنامه از اعتبار لازم بود (غفاری چراتی و همکاران، ۱۴۰۲). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ کل این مقیاس ۰/۸۳ به دست آمد.

1 Buss and Perry Aggression Questionnaire
2 Gratz & Roemer Difficulties in Emotion Regulation Scale

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

مقیاس خودمهارگری تانجنی و همکاران[1] (SCS): این مقیاس توسط تانجنی و همکاران (۲۰۰۴) با الهام از ابزارهای قبلی و برای برطرف کردن نواقص پرسشنامه‌هایی که برای سنجش خودمهارگری ساخته شده‌اند در ۳۶ گویه تدوین شده است (تانجنی و همکاران، ۲۰۰۴). پاسخ‌های ۳۶ عبارت در یک طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از اصلاً شباهت ندارد (۱) تا خیلی زیاد شباهت دارد (۵) تنظیم شده است. دامنه نمرات بین ۳۶ تا ۱۸۰ است. در پژوهش تانجی و همکاران (۲۰۰۴) آلفای کرونباخ برای فرم بلند ۳۶ آیتمی ۰/۸۹ و برای فرم کوتاه ۱۳ آیتمی ۰/۸۳ گزارش شد. همچنین ریدر و همکاران (۲۰۱۱) روایی همگرایی این مقیاس را با پرسشنامه خودکنترلی ویلکاسون ۰/۴۹ و روایی واگرایی آن را با پرسشنامه هیجان‌خواهی زاکرمن ۰/۴۲ گزارش نموده‌اند. در ایران این مقیاس توسط آزادمنش و همکاران (۱۳۹۹) موردهنجاریابی قرار گرفته است. دو عامل بر اساس یافته‌های تحلیل، منسجم گزارش شدند. همچنین ضرایب همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه رفتار اخلاقی (r=۴۶) نشانگر روایی بود. همسانی درونی این مقیاس در دامنه بین ۰/۷۵- ۰/۸۱ به روش ضریب آلفای کرونباخ به دست آمد (اسمعیل‌نژاد و همکاران، ۱۴۰۱). در این پژوهش نیز پایایی این مقیاس بر مبنای آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی: برنامه درمانی ذهنی‌سازی با اقتباس از پروتکل درمانی بتمن و فوناگی (۲۰۱۶) تدوین شده است. این درمان طی ۲۰ جلسه آموزشی ۷۵ دقیقه‌ای به‌صورت هفته‌ای یک جلسه اجرا شد. این بسته درمانی در پژوهش‌های متعددی اثربخشی آن در درمان اختلالات شخصیت، اختلالات اضطرابی و تنظیم هیجان و تکانشگری تأیید شده است (بتمن و فوناگی، ۲۰۱۶؛ بشرپور و عینی، ۱۳۹۸). خلاصه جلسات درمان ذهنی‌سازی در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان ذهنی‌سازی (بتمن و فوناگی، ۲۰۱۶)

جلسات	محتوای جلسات (۲۰ جلسه آموزشی ۷۵ دقیقه‌ای)
جلسه اول: ذهنی‌سازی و موضع ذهنی‌سازی چیست؟	بیان اهداف جلسات گروهی/ تأکید بر حضور فعالانه اعضا و اینکه چرا به درمان ارجاع شده‌اند؟ توضیح جنبه‌های خاص، ابعاد و مزایای ذهنی‌سازی و تمایز آن با سوءتعبیرها از سوی درمانگر/ ارائه تکلیف خانگی
جلسه دوم: مشکل داشتن با ذهنی‌سازی یعنی چه؟	بیان اهداف جلسه (شاخص‌های ذهنی‌سازی ضعیف و خوب/ مشکلات در ذهنی‌خوانی خود و دیگران/ مشکلات تنظیم هیجان و خودمهارگری/ حساسیت بین فردی) شفاف‌سازی تفسیرهای شرکت‌کنندگان/ ارائه تکالیف خانگی
جلسه سوم: چرا ما هیجاناتی داریم و هیجانات اصلی کدامند؟	بیان اهداف جلسه (هیجانات اصلی و اجتماعی/ هیجانات اولیه و ثانویه) توصیف انواع هیجانات و تفاوت‌های فردی در کنترل هیجانات/ ارائه تکالیف خانگی
جلسه چهارم: ذهنی‌سازی هیجانات	بیان اهداف جلسه (چگونگی برخورد با هیجانات و احساسات) تفسیر علامت‌های هیجانی درونی در خود و دیگران/ خودتنظیمی احساسات و اینکه چگونه دیگران می‌توانند به تنظیم احساسات ما کمک کنند/ احساسات غیرذهنی‌سازی که بسیار ناراحت‌کننده هستند و چگونه آن‌ها را مدیریت کنیم/ ارائه روش‌های آرمیدگی/ ارائه تکالیف خانگی
جلسه پنجم: اهمیت روابط دلبستگی	بیان اهداف جلسه (اهمیت روابط دلبستگی) بحث در مورد دلبستگی و راهبردهای دلبستگی در بزرگسالی/ ارائه تکالیف خانگی
جلسه ششم: دلبستگی و ذهنی‌سازی	بیان اهداف جلسه (دلبستگی و ذهنی‌سازی) تعارض‌های دلبستگی/ ارائه تکالیف خانگی
جلسه هفتم: پرخاشگری چیست؟	بیان اهداف جلسه (پرخاشگری چیست؟) ارائه رویکرد آموزشی/ ارائه جزوه در مورد خودمهارگری/ ارائه تکالیف خانگی
جلسه هشتم: درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	بیان اهداف جلسه (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی) بیان مشخصات و اهداف تخصصی MBT/ آموزش و تمرین ذهنی سازی در گروه/ ارائه تکالیف خانگی
جلسه نهم: درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	بیان اهداف جلسه (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی) اهمیت ایجاد ارتباط با دیگران/ ایجاد روابط دلبستگی با درمانگر و اعضای دیگر گروه/ ارائه تکالیف خانگی
جلسه دهم: اضطراب، دلبستگی و ذهنی سازی	بیان اهداف جلسه/ ارائه آموزش در مورد اضطراب و ترس/ بیان انواع اختلالات اضطرابی و راهکارهای درمانی آن‌ها و اینکه یاری شخص دیگر مؤلفه کلیدی درمان است/ ارائه تکالیف خانگی
جلسه یازدهم: افسردگی، دلبستگی و ذهنی‌سازی	بیان اهداف جلسه/ ارائه رویکرد آموزشی در مورد افسردگی/ ارائه آموزش در مورد دوره و درمان افسردگی/ بحث در مورد تفکر افسرده ساز/ ارائه تکالیف خانگی
جلسه دوازدهم:	خلاصه و نتیجه‌گیری

1 Self-control Scale

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

جلسه سیزدهم: حمایت و تأیید همدلانه	مروری بر بحث گروه قبلی (MBT-I) بیان اهداف جلسات گروهی/ پرسش از اعضای گروه در مورد مشکلاتی که می‌خواهند در گروه مطرح شود/ تأیید همدلانه
جلسه چهاردهم و پانزدهم: شفاف‌سازی	شفاف‌سازی مباحث مطرح‌شده اعضای گروه از سوی درمانگر/ ترکیب مشکلات/ کاوش مشکلات و در صورت لزوم به چالش کشیدن
جلسه شانزدهم: شناسایی عاطفی و تمرکز عاطفی	شناسایی عاطفی و تمرکز عاطفی بر روی مباحث مطرح‌شده از سوی اعضای گروه
جلسه هفدهم	آموزش در جهت ذهنی‌سازی مطالب برای تسهیل اعتماد معرفتی
جلسه هجدهم و نوزدهم: ذهنی‌سازی ارتباط	ذهنی‌سازی ارتباط با توجه به ردیاب‌های انتقال
جلسه بیستم	آماده‌سازی برای پایان دادن به درمان / تمرکز بر احساسات فقدان در زمینه‌ی دادن به درمان

یافته ها

در این مطالعه بر اساس اطلاعات جمعیت‌شناختی نوجوانان شرکت‌کننده گروه آزمایش و کنترل دختران و پسران سنین ۱۲ تا ۱۸ سال بودند که میانگین و انحراف معیار سنی گروه‌های آزمایش و کنترل به ترتیب ۱۴/۴۴±۲/۲۴ و ۱۴/۳۸±۲/۳۸ سال بود که از هر دو جنس به تعداد مساوی در مداخله شرکت داده شدند. که ۱۸ نفر در گروه آزمایش و ۱۸ نفر در گروه کنترل گمارده شدند؛ اما به سبب ریزش نمونه در مرحله پیگیری، گروه‌ها هر یک به ۱۵ نفر کاهش یافتند که در هر دو گروه ۶ نفر پسر و ۹ نفر دختر در مرحله پیگیری شرکت داشتند و تحلیل آماری بر روی آن‌ها انجام شد. در جدول ۲ شاخص‌های گرایش مرکزی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای دشواری در تنظیم هیجان و خودمهارگری به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	مراحل سنجش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو ویلک	
					آماره	معناداری
دشواری در تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	مداخله	۱۰۶/۸۰	۱۲/۴۶	۰/۸۹	۰/۰۷۵
		کنترل	۱۰۵/۷۳	۱۱/۷۳	۰/۹۴	۰/۳۴۱
	پس‌آزمون	مداخله	۸۸/۱۳	۱۳/۳۷	۰/۹۴	۰/۳۳۸
		کنترل	۱۰۶/۰۰	۱۲/۵۴	۰/۹۴	۰/۳۶۸
	پیگیری	مداخله	۸۷/۲۰	۱۳/۹۸	۰/۹۲	۰/۱۷۱
		کنترل	۱۰۶/۸۶	۱۲/۵۶	۰/۸۸	۰/۰۴۱ *
خودمهارگری	پیش‌آزمون	مداخله	۱۱۰/۲۰	۱۴/۷۴	۰/۸۶	۰/۰۲۷ *
		کنترل	۱۰۹/۸۰	۱۳/۴۰	۰/۹۲	۰/۱۶۵
	پس‌آزمون	مداخله	۱۲۷/۲۶	۱۵/۳۰	۰/۹۳	۰/۲۴۳
		کنترل	۱۰۹/۰۶	۱۳/۷۱	۰/۹۶	۰/۶۵۸
	پیگیری	مداخله	۱۲۶/۸۶	۱۵/۰۴	۰/۹۱	۰/۱۳۲
		کنترل	۱۱۰/۶۰	۱۵/۲۸	۰/۹۶	۰/۶۷۰

(*P<۰/۰۵)

در جدول ۲ نتایج نشان می‌دهد که گروه مداخله نسبت به کنترل در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در متغیرهای دشواری در تنظیم هیجان و خودمهارگری داشته است؛ درواقع روند تغییرات متغیر دشواری در تنظیم هیجان در گروه مداخله کاهشی و روند خودمهارگری افزایشی بوده است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد، داده‌ها در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه‌ها دارای توزیع نرمال می‌باشند (P>۰/۰۵) به‌جز دو مورد که در جدول مشخص شده است؛ با توجه به نرمال بودن توزیع داده‌ها در اکثر متغیرها می‌توان از آزمون‌های پارامتری استفاده کرد. جهت بررسی همگونی خطای واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد، نتایج نشان داد که خطای واریانس‌ها در هر یک از متغیرها به تفکیک مراحل سنجش همگون می‌باشد؛ همچنین نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها در حالت چندمتغیره برقرار است (P>۰/۰۵). نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیر دشواری در تنظیم هیجان (P=۰/۲۴۶، W=۰/۹۰) خودمهارگری (P=۰/۳۸۰، W=۰/۹۳) معنادار نمی‌باشد، بر این اساس گزارش شاخص F

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح ندارد. با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، جهت آزمون مقایسه اثربخشی مداخله در مراحل سنجش و مقایسه آن‌ها از این آزمون استفاده شده است. در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چندمتغیری برای متغیرهای دشواری در تنظیم هیجان و خودمهارگری

اثر	آزمون‌ها	ارزش	مقدار F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب ایتا	توان آماری
گروه	اثر پیلایی	۰/۷۱	۱۵/۴۶	۴	۱۱۲	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۲۹	۲۳/۶۳	۴	۱۱۰	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱
	اثر هتلینگ	۲/۴۵	۳۳/۱۳	۴	۱۰۸	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱
	بزرگترین ریشه‌روی	۲/۴۵	۶۸/۶۸	۲	۵۶	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱

در جدول فوق نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چندمتغیری ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی درون‌گروهی نشان می‌دهد نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ترکیب متغیرهای وابسته به‌طور همزمان (P=۰/۰۱، F=۱۵/۴۶، ۰/۷۱=اثرپیلایی) تفاوت معنی‌داری وجود داشت. به عبارتی یافته‌های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین متغیرهای موردبررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیر طی مراحل ارزیابی در دو گروه موردمطالعه متفاوت بوده است، اما دقیق مشخص نیست که در کدام‌یک از متغیرها این‌چنین بوده است، برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج تک متغیری در متن چند متغیری ارائه خواهد شد.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در متن چند متغیری برای دشواری در تنظیم هیجان و خودمهارگری در سه مرحله اندازه‌گیری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
دشواری در تنظیم هیجان	زمان	۱۶۹۸/۹۵	۲	۸۴۹/۴۸	۳۶/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱
	زمان*گروه	۱۹۷۸/۹۶	۲	۹۸۹/۴۸	۴۲/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱
	خطا	۱۳۰۶/۰۹	۵۶	۲۳/۳۲				
خودمهارگری	بین گروهی	۳۳۲۴/۵۴	۱	۳۳۲۴/۵۴	۷/۴۷	۰/۰۱۱	۰/۲۱	۰/۷۵
	زمان	۱۴۳۲/۸۷	۲	۷۱۶/۴۳	۱۵/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۱
	زمان*گروه	۱۴۳۰/۸۲	۲	۷۱۵/۴۱	۱۵/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۱
	خطا	۲۶۰۴/۳۱	۵۶	۴۶/۵۱				
	بین گروهی	۳۰۳۹/۲۱	۱	۳۰۳۹/۲۱	۵/۵۶	۰/۰۲۶	۰/۱۷	۰/۶۲

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین گروه‌ها در متغیرهای دشواری در تنظیم هیجان (P=۰/۰۰۱، F=۷/۴۷، η=۰/۲۱) و خودمهارگری (P=۰/۰۰۱، F=۵/۵۶، η=۰/۱۷) تفاوت معنادار وجود دارد. درواقع این نتایج دلالت بر این دارد که در طول زمان مداخله باعث کاهش دشواری در تنظیم هیجان و افزایش خودمهارگری در گروه‌درمانی شده است. جهت بررسی روند تغییرات در گروه‌ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه تغییرات درون‌گروهی متغیرهای دشواری در تنظیم هیجان و خودمهارگری در مراحل سنجش

متغیرها	مراحل سنجش		گروه مداخله		گروه کنترل	
			اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۸/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۲۷	۱/۰۰۰

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

دشواری در تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	پیگیری	۱۹/۶۰	۰/۰۰۱	۱/۱۳	۱/۰۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۹۳	۰/۴۰۹	۰/۸۷	۱/۰۰۰
خودمهارگری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۷/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱/۰۰۰
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱۶/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۱/۰۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۰	۱/۰۰۰	۱/۵۳	۱/۰۰۰

نتایج آزمون بن‌فرونی نشان می‌دهد که در گروه‌درمانی تغییرات بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون (P=۰/۰۰۱، ۱۸/۶۷= اختلاف میانگین) و پیش‌آزمون و پیگیری (P=۰/۰۰۱، ۱۹/۶۰= اختلاف میانگین) دشواری در تنظیم هیجان تفاوت وجود دارد؛ همچنین نتایج نشان داد بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون (P=۰/۰۰۱، ۱۷/۰۷= اختلاف میانگین) و پیش‌آزمون و پیگیری (P=۰/۰۰۱، ۱۶/۶۷= اختلاف میانگین) خودمهارگری تفاوت وجود دارد. درمجموع می‌توان گفت که مداخله درمانی تا مرحله پیگیری تأثیرات ماندگاری داشته و بر کاهش دشواری در تنظیم هیجان و افزایش خودمهارگری مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان ذهنی‌سازی بر دشواری در تنظیم هیجان و خودمهارگری در نوجوانان با پرخاشگری بالا با پیگیری سه‌ماهه انجام شد. نتایج نشان داد که درمان ذهنی‌سازی بر کاهش دشواری در تنظیم هیجان نوجوانان دارای پرخاشگری بالا مؤثر بود و این نتایج در مرحله پیگیری نیز ماندگار ماند. نتایج این پژوهش با یافته‌های اسدی و همکاران (۱۴۰۱)، بشرپور و عینی (۱۳۹۹)، میدلی و همکاران (۲۰۲۳) و گامبین و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت دوره نوجوانی همراه با تغییرات در سیستم زیستی و شناختی و اجتماعی می‌تواند موقعیت‌های عاطفی را فراهم سازد که منجر به افزایش تجربه‌های عاطفی منفی و بی‌ثباتی هیجانی شود (لوریولا و همکاران، ۲۰۲۳؛ دموکویچ و همکاران، ۲۰۲۳) همچنین دشواری در تنظیم هیجان در پاسخ دادن به احساسات، به‌عنوان روشی ناسازگار، موجب می‌شود که فرد پاسخ‌های غیرقابل‌قبول، مشکل در کنترل تکانه‌ها، عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی یا پریشانی و نقص در استفاده عملکردی از هیجانات از خود بروز دهد (ویسی و همکاران، ۱۴۰۱). بنابراین می‌توان استدلال کرد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به درمانجو کمک می‌کند تا تجربه‌های ذهنی خود را به سطح هشیاری آورده تا احساس منسجم و کاملی از عاملیت روانی خود به دست آورد (بتمن، ۲۰۲۲). فردی که دارای توانایی در زمینه ذهنی‌سازی است می‌توان گفت به نوعی دارای بازنمایی‌های ذهنی سطوح بالاتر و فهم دنیای درون روانی خود و دیگران است که به‌تبع این موضوع قادر به فهم هیجانات خود و دیگری خواهد بود و در مواجهه با هیجانات منفی و تحمل‌ناپذیر، استراتژی سازگارانه و به دور از تکانشگری و رفتارهای پرخاشگرانه خواهد داشت (اسدی و همکاران، ۱۴۰۱). به‌طور خاص، افرادی که دارای سطح بالاتری از خودآگاهی باشند می‌توانند به‌طور مؤثری عاطفه خود را با شناسایی بی‌طرفانه خلق‌وخوی تنظیم کرده تا نسبت به احساسات نامطلوب یا ناخوشایند واکنش بیش از حد نشان ندهند (کیم و همکاران، ۲۰۲۲). به‌طورکلی فرآیند این درمان مسیری را جهت ثبات هیجانی و بهبود عملکرد شناختی اجتماعی فراهم می‌کند و در نتیجه موجب کاهش اثرات مضر شخصی و رفتارهای پرخاشگرانه می‌گردد (بتمن، ۲۰۲۲).

همچنین نتایج نشان داد درمان ذهنی‌سازی بر افزایش خودمهارگری نوجوانان با پرخاشگری بالا مؤثر بود و این نتایج در مرحله پیگیری نیز ماندگار ماند. نتایج این پژوهش با یافته‌های میدلی و همکاران (۲۰۲۳)، گولن (۲۰۲۲)، آکرمن و همکاران (۲۰۲۲) و فوناگی و همکاران (۲۰۱۹) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت توانایی ذهنی‌سازی یک عامل کلیدی در سازمان‌دهی رشد خود و تنظیم هیجان در نوجوانان پرخاشگری است که خودمهارگری پایینی دارند (فوناگی و همکاران، ۲۰۱۹). ذهنی‌سازی مستلزم توجه به حالات ذهنی همچون احساسات، نیازها، آرزوها، اهداف و نگرش‌ها در خود و دیگران است (گامبین و همکاران، ۲۰۲۱) که می‌تواند به تنظیم عواطف، باورها و رفتارها به‌منظور ایجاد روابط سالم با دیگران کمک کرده و موجب افزایش خودمهارگری در نوجوانان شود و درنتیجه سبب به تأخیر انداختن لذت‌های آنی فرد، کنترل هیجانات منفی، کار مداوم برای انجام وظیفه محول شده و مهار رفتارهای تکانشی و پرخاشگرانه گردد (پکر و یلدز، ۲۰۲۱). پژوهش‌های پیشین نیز گویای این بوده‌اند که درمان مبتنی بر ذهنیت یک درمان کاملاً اثبات‌شده است که با ارتقای ذهنیت‌سازی، ظرفیت‌های انعطاف‌پذیری روانی را افزایش داده و منجر به کاهش مشکلات عاطفی و رفتاری می‌شود (میدلی و همکاران،

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

۲۰۲۳). لذا تکنیک ذهن‌سازی با شفاف‌سازی مشکلات می‌تواند به فرد کمک کند تا در موقعیت‌های مختلف رفتارها را پیش‌بینی، مدیریت و درک کرده و تجربه‌های سردرگمی، فقدان کنترل و عدم اعتماد را در برخورد با هیجانات شدید کاهش دهد که همین امر باعث می‌شود خودمهارگری نوجوانان دارای پرخاشگری بالا افزایش یابد (شوارتزر و همکاران، ۲۰۲۱).

به‌طورکلی براساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به‌عنوان یک رویکرد درمانی جدید بر کاهش دشواری در تنظیم هیجان و افزایش خودمهارگری در نوجوانان با پرخاشگری بالا مؤثر واقع شد. حتی این اثربخشی در طول زمان نیز ماندگار بود.

پژوهش حاضر با محدودیت‌های از قبیل روش نمونه‌گیری هدفمند، محدود بودن نمونه به نوجوانان دارای پرخاشگری بالا، عدم مهار متغیرهای شخصیتی، فیزیکی و اجتماعی و خانوادگی همراه بود. در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود که مداخله این درمان در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، نوجوانان دارای دیگر اختلالات روانشناختی (به غیر از پرخاشگری)، مهار عوامل ذکرشده و استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا گردد. با توجه به اثربخشی درمان ذهنی‌سازی بر دشواری تنظیم هیجان و خودمهارگری نوجوانان دارای پرخاشگری بالا در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود این رویکرد در کلینک‌ها و مراکز مشاوره خانواده و مؤسسات بهزیستی همراه با آموزش به مشاوران و متخصصان روانشناسی مراکز مربوطه جهت کاهش پرخاشگری نوجوانان به کار رود تا بدین طریق بتوان سلامت روان نوجوانان را افزایش داد.

منابع

اسدی، س.، بخشی پور رودسری، ع.، ابطحی، س.، عقیق، ش.، پاکروان، ه. (۱۴۰۱). رابطه ظرفیت تأملی والدین و بد تنظیمی هیجانی نوجوانان: نقش میانجی توانایی ذهنی‌سازی. *نشریه علمی رویش روان‌شناسی*، *۱۱*(۳)، ۲۵-۳۴. http://frooyesh.ir/article-1-3429-fa.html

اسمعیل‌نژاد، ی.، اسماعیلی ینگجه، س.، بشرپور، س. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودمهارگری و بازداری هیجانی دانش‌آموزان پسر دارای رفتارهای پرخطر. *نشریه علمی رویش روان شناسی*، *۱۱*(۷)، ۱۵۵-۱۶۶. http://frooyesh.ir/article-1-3695-fa.html

بشرپور، س.، عینی، س. (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*، *۸*(۳)، ۱۰-۱۹. http://shefayekhatam.ir/article-1-2117-fa.html

دلاور، ع. (۱۴۰۱). کتاب مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: انتشارات رشد. https://www.adinehbook.com/gp/product/9646115179

غفاری چراتی، م.، محمدی پور، م.، عزیزی، ع. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی ذهنی‌سازی بر دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری نوجوانان دختر افسرده. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، *۱۸*(۷۱)، ۱۶۹-۱۷۸. https://civilica.com/doc/1784715

ویسی، س.، شیرپور، ا.، ایمانی، ص.، شیرپور، ی. (۱۴۰۱). نقش ممیزی پرخاشگری، دشواری در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی پسران بر رفتارهای وندالیستی. *پژوهش در روان‌درمانی کودک و نوجوان*، *۱*(۱)، ۶۵-۷۶. https://rcap.uma.ac.ir/article_2020.html

Agbaria, Q. (2021). Internet addiction and aggression: The mediating roles of self-control and positive affect. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *19*(4), 1227-1242. https://link.springer.com/article/10.1007/s11469-019-00220-z

Åkerman, A. K. E., Holmqvist, R., Frostell, A., & Falkenström, F. (2022). Effects of mentalization-based interventions on mental health of youths in foster care. *Child Care in Practice*, *28*(4), 536-549. https://doi.org/10.1080/13575279.2020.1812531

Bateman, A. W. (2022). Mentalization-based treatment. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0000310-011

Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press. https://psycnet.apa.org/doi/10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001

Bieleke, M., Wolff, W., & Keller, L. (2022). Getting trapped in a dead end? Trait self-control and boredom are linked to goal adjustment. *Motivation and emotion*, *46*(6), 837-851. https://doi.org/10.1007/s11031-022-09943-4

Demkowicz, O., Panayiotou, M., Qualter, P., & Humphrey, N. (2023). Longitudinal relationships across emotional distress, perceived emotion regulation, and social connections during early adolescence: A developmental cascades investigation. *Development and Psychopathology*, 1-16. https://doi.org/10.1017/S0954579422001407

Fauzi, F. A., Zulkefli, N. A. M., & Baharom, A. (2023). Aggressive behavior in adolescent: The importance of biopsychosocial predictors among secondary school students. *Frontiers in public health*, *11*, 992159. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.992159

FINIGAN-CARR, N. M., & GRAHAM, L. M. (2024). Aggressive Behaviors in Urban African American Early Adolescent Girls: A Systematic Review of the Literature. *Children and Youth Services Review*, 107450. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2024.107450

Fonagy, P., Campbell, C., Rossouw, T., & Bateman, A. (2019). Mentalization-based therapy for adolescents. *Evidence-Based Treatment Approaches for Suicidal Adolescents: Translating Science into Practice*. https://www.appi.org/Evidence-Based_Treatment_Approaches_for_Suicidal_Adolescents

Gambin, M., Woźniak-Prus, M., Konecka, A., & Sharp, C. (2021). Relations between attachment to mother and father, mentalizing abilities and emotion regulation in adolescents. *European Journal of Developmental Psychology*, *18*(1), 18-37. https://doi.org/10.1080/17405629.2020.1736030

Golan, M. (2022). Eating and control styles axis in mentalisation-based psychotherapy in eating disorders: a randomised clinical trial. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, 774382. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.774382

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

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. http://dx.doi.org/10.1007/s10862-008-9102-4

Gutiérrez-Cobo, M. J., Megías-Robles, A., Gómez-Leal, R., Cabello, R., & Fernández-Berrocal, P. (2023). Emotion regulation strategies and aggression in youngsters: the mediating role of negative affect. *Heliyon*, *9*(3). https://www.cell.com/heliyon/pdf/S2405-8440(23)01255-0.pdf

Hauschild, S., Kasper, L., Volkert, J., Sobanski, E., & Taubner, S. (2022). Mentalization-based treatment for adolescents with conduct disorder (MBT-CD): a feasibility study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-12. https://doi.org/10.1007/s00787-022-02113-4

Herrero-Fernández, D., Parada-Fernández, P., Rodríguez-Arcos, I., Amaya-Carrillo, L., González-Sáez, M. E., & Rubio-González, M. (2022). The mediation effect of mentalization in the relationship between attachment and aggression on the road. *Transportation research part F: traffic psychology and behaviour*, *86*, 345-355. https://doi.org/10.1016/j.trf.2022.03.009

Johnstone, O. K., Marshall, J. J., & McIntosh, L. G. (2022). A review comparing dialectical behavior therapy and mentalization for adolescents with borderline personality traits, suicide and self-harming behavior. *Adolescent research review*, *7*(2), 187-209. https://link.springer.com/article/10.1007/s40894-020-00147-w

Kim, E. L., Gentile, D. A., Anderson, C. A., & Barlett, C. P. (2022). Are mindful people less aggressive? The role of emotion regulation in the relations between mindfulness and aggression. *Aggressive behavior*, *48*(6), 546-562. https://doi.org/10.1002/ab.22036

Lauriola, M., Iannattone, S., & Bottesi, G. (2023). Intolerance of uncertainty and emotional processing in adolescence: separating between-person stability and within-person change. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 1-14. https://doi.org/10.1007/s10802-022-01020-1

Li, Q., Gao, M., Deng, Y., Zhou, Z., & Wang, J. (2023). Parental attachment and proactive-reactive aggression in adolescence: the mediating role of self-control and perspective taking. *Psychology research and behavior management*, 3437-3446. https://doi.org/10.2147/PRBM.S423270

Mehraban, R., Hosseini Nasab, S. D., & Alivandi Vafa, M. (2023). Effect of Emotion Regulation Training on Aggression, Rumination, and Self-control in Female Junior High School Students with Low Academic Performance. *International Journal of School Health*, *10*(1), 12-18. https://doi.org/10.30476/intjsh.2022.96957.1261

Midgley, N., Mortimer, R., Carter, M., Casey, P., Coffman, L., Edbrooke-Childs, J., ... & McFarquhar, T. (2023). 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*, *18*(8), e0289503. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289503

Oehlman Forbes, D., Lee, M., & Lakeman, R. (2021). The role of mentalization in child psychotherapy, interpersonal trauma, and recovery: A scoping review. *Psychotherapy*, *58*(1), 50. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pst0000341

Peker, A., & Yildiz, M. N. (2021). Mediating Role of self-control in the relationship between aggressiveness and cyber bullying. *Psychiatry and Behavioral Sciences*, *11*(1), 40. http://dx.doi.org/10.5455/PBS.20210114051215

Peng, J., Zhang, J., Yuan, W., Zhou, X., & Fang, P. (2023). The correlation of childhood maltreatment and aggression among incarcerated adolescents: testing the mediating effects of self-esteem and self-control. *Current Psychology*, *42*(29), 25648-25657. https://link.springer.com/article/10.1007/s12144-022-03618-6

Plessen, K. J., Constanty, L., Ranjbar, S., Turri, F., Miano, G., Lepage, C., & Urben, S. (2023). The role of self-regulatory control processes in understanding aggressive ideations and behaviors: An experience sampling method study. *Frontiers in psychiatry*, *13*, 1058814. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1058814

Robinson, L. E., Valido, A., Rivas-Koehl, M., Espelage, D. L., Aguilar, T., & Wyman, P. (2024). Protective factors for multiple forms of interpersonal violence experienced by adolescent Latinas. *Journal of Latinx Psychology*. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/lat0000249

Robles-Haydar, C. A., Martínez-González, M. B., Flórez-Niño, Y. A., Ibáñez-Navarro, L. M., & Amar-Amar, J. J. (2021). Personal and environmental predictors of aggression in adolescence. *Brain sciences*, *11*(7), 933. https://doi.org/10.3390/brainsci11070933

Schwarzer, N. H., Nolte, T., Fonagy, P., & Gingelmaier, S. (2021). Mentalizing mediates the association between emotional abuse in childhood and potential for aggression in non-clinical adults. *Child abuse & neglect*, *115*, 105018. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105018

Shaikh, R., Hariharasudan, A., & Dhivya, D. S. (2024). Applying Psychoanalysis As A Key To Understanding And Addressing The Problem Of Aggression In Adolescents And Teenagers. *Onomázein*, (62 (2023): December), 2489-2507. http://www.onomazein.com/index.php/onom/article/view/502

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), 59-82. https://doi.org/10.1521/bumc.2021.85.1.59

Tangney, J.P., Baumeiste,r R.F., & Boone, A.L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. Journal of Personalized Medicine, 72(2), 271 -324. https://doi.org/10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x

Vega, A., Cabello, R., Megías-Robles, A., Gómez-Leal, R., & Fernandez-Berrocal, P. (2022). Emotional intelligence and aggressive behaviors in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, *23*(4), 1173-1183. https://doi.org/10.1177/1524838021991296

Yang, Y. (2023). A daily diary study on stressors, hurt feelings, aggression, and somatic symptoms: The role of rejection sensitivity and negative emotion differentiation. *Aggressive behavior*. https://doi.org/10.1002/ab.22076

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]