

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر ذهنی سازی بر مهارت های تنظیم هیجان و رفتارهای پرخاشگرانه کودکان پسر قربانی خشونت خانگی

The effectiveness of mentalization-based group treatment on emotion regulation skills and aggressive behaviors in male children victims of domestic violence

Hamideh Oghabi

M.A. in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Neyshabur Science and Research Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

Fatemeh Mokhtarneshad Asl

M.A. in Educational Psychology, Department of Clinical and Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Dr. Roohallah Fathabadi

Ph.D. in Psychology and Education of Exceptional Children, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Shaylin Rasoulzadeh Fard

M.A. in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Dr. Azadeh Esmailzadeh Roozbahani *

Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling Education, Farhangian University, P.O. Box: 14665-889, Tehran, Iran. azsmgo@gmail.com

حمیده عقابی

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد علوم و تحقیقات نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

فاطمه مختار نژاد اصل

کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی بالینی و تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

دکتر روح الله فتح آبادی

دکتری روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی، گروه روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

شایلین رسول زاده فرد

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

دکتر آزاده اسمعیل زاده روزبهانی (نویسنده مسئول)

استادیار گروه آموزش روانشناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، صندوق پستی ۸۸۹-۱۴۶۶۵، تهران، ایران.

Abstract

This study was conducted to determine the effectiveness of Mentalization-Based Group Treatment on emotion regulation skills and aggressive behaviors in male children victims of domestic violence. The research employed a quasi-experimental design using a pretest-posttest structure with a control group. The statistical population comprised male children victims of domestic violence with files at the Health Centers of District 7, Tehran, in the year 2026. Among the target population, using a purposive sampling method based on inclusion criteria, 30 male children were selected and randomly assigned to the experimental and control groups ($n=15$ in each). The measurement tools in this study was the Emotion Regulation Checklist (ERC; Shields & Cicchetti, 1997) and the Aggression Questionnaire (BPAQ; Buss & Perry, 1992). The MBGT was delivered to the experimental group over 8 sessions of 90 minutes in a group setting. The research data were analyzed using multivariate analysis of covariance. The results showed that, after controlling for the pretest effect, there was a significant difference between the posttest scores of the experimental and control groups in emotion regulation skills and aggressive behaviors $P < .01$. Therefore, it can be concluded that MBGT, it is effective in improving emotion regulation skills and reducing aggressive behaviors of male children of victims of domestic violence.

Keywords: Mentalization, Emotional Self Regulation, Aggression, Domestic Violence, Children.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر ذهنی سازی بر مهارت های تنظیم هیجان و رفتارهای پرخاشگرانه کودکان پسر قربانی خشونت خانگی انجام شد. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کودکان پسر قربانی خشونت خانگی دارای پرونده در خانه های سلامت منطقه ۷ شهر تهران در سال ۱۴۰۴ بود. از بین جامعه هدف، با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند و بر اساس ملاک های ورود، تعداد ۳۰ کودک پسر قربانی خشونت خانگی انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارش شدند. ابزارهای اندازه گیری در این مطالعه چک لیست تنظیم هیجان (ERC؛ شیلدز و سیچتی، ۱۹۹۷) و پرسشنامه پرخاشگری (BPAQ؛ بوس و پری، ۱۹۹۲) بود. درمان مبتنی بر ذهنی سازی در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت گروهی بر روی گروه آزمایش اجرا شد. داده های پژوهش با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیری مورد تحلیل قرار گرفت. یافته ها نشان داد که با کنترل اثر پیش آزمون بین میانگین پس آزمون مهارت های تنظیم هیجان و رفتارهای پرخاشگرانه در گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری در سطح $P < .01$ وجود داشت. بنابراین، می توان نتیجه گرفت که درمان گروهی مبتنی بر ذهنی سازی بر بهبود مهارت های تنظیم هیجان و کاهش رفتارهای پرخاشگرانه کودکان پسر قربانی خشونت خانگی اثربخش بوده است.

واژه های کلیدی: ذهنی سازی، خود تنظیمی هیجانی، پرخاشگری، خشونت خانگی، کودکان.

مقدمه

خشونت به معنای به کارگیری زور فیزیکی برای قرار دادن فردی در شرایطی برخلاف خواست او تعریف می‌شود و شایع‌ترین آن خشونت خانگی^۱ است که شامل رفتارهای سلطه جویانه یک عضو خانواده علیه سایر اعضای خانواده است (مایمون بلو^۲، ۲۰۲۴). خشونت خانگی حقوق بنیادی فرد قربانی و جامعه را نقض می‌کند (کانها^۳ و همکاران، ۲۰۲۵). و یک مسئله پیچیده روان‌شناختی در جهان است که به شکل عمیقی بر رشد روانی کودکان تأثیر می‌گذارد (فرانسیس جفرسون^۴، ۲۰۲۴). مطالعات خشونت خانگی که با همکاری سازمان جهانی بهداشت^۵ انجام شده، نشان داد که میزان شیوع خشونت خانگی از ۱۵ درصد تا ۷۱ درصد متغیر است (پتری و بونت^۶، ۲۰۲۶). در ایران مطالعات گوناگون نشان داده که میزان شیوع خشونت خانگی روند افزایشی داشته است (حاج منوچهری و تابش آذر، ۱۴۰۲).

قربانی شدن کودکان توسط خشونت خانگی به طور مستقیم بر توانایی آن‌ها در مهارت‌های تنظیم هیجان^۷ تأثیر می‌گذارد؛ به این معنا که محیط‌های پر تنش با فعال‌سازی بیش از حد سیستم دفاعی و ایجاد استرس مزمن در کودکان، رشد عادی قشر پیش‌پیشانی و مدارهای مرتبط با مهار هیجانی را مختل می‌کنند (لاکاسا^۸ و همکاران، ۲۰۱۸). در واقع تجربه خشونت خانگی به طور چشمگیری بر تحول نظام عصبی و هیجانی کودکان تأثیر می‌گذارد و توانایی آن‌ها در تنظیم مؤثر هیجان‌ها را مختل می‌کند (سوربنسکی^۹ و همکاران، ۲۰۲۴). در نتیجه، این کودکان اغلب در استفاده از راهبردهای انطباقی برای مدیریت هیجان‌های منفی دچار مشکل می‌شوند و به جای آن، به شیوه‌های ناکارآمد مانند نشخوار فکری و ابراز تکانه‌ای هیجانات پناه می‌برند (اوروزکو-وارگاس^{۱۰}، ۲۰۲۱). ضعف در مهارت‌های تنظیم هیجان باعث می‌شود فرد در تمایز بین هیجان‌ها و احساس بدنی مرتبط با آن مشکل داشته باشند (ژانگ^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۵). از دیگر چالش‌های مهم در کودکان قربانی خشونت خانگی، افزایش رفتارهای پرخطرانه است. پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهند که تعارضات میان فردی و خانوادگی، تجربه خشونت خانگی و برداشت منفی کودکان از محیط خانواده به طور مستقیم با ظهور رفتارهای مشکل‌ساز به ویژه رفتارهای پرخطرانه در آن‌ها ارتباط دارد (جونکو-گرو^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۵). رفتارهای پرخطرانه رفتاریهایی هستند که با هدف صدمه زدن به دیگران از افراد به صورت مستقیم و یا غیرمستقیم سر می‌زند (کیلگور^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۱). پرخشگری مستقیم برای دیگران آشکار است و شامل توهین‌های گفتاری، تهدیدها و یا به کارگیری زور می‌شود و پرخشگری غیرمستقیم اغلب پنهان است و اعمالی مانند پخش شایعه‌های آزارنده، و طرد کردن دیگران را در بر می‌گیرد (بوسون^{۱۴}، ۲۰۲۵). پرخشگری می‌تواند مانع از توانایی افراد برای رشد شود، چرا که سلامت فعلی و آینده آن‌ها را با خطر مواجه می‌کند (لی^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۵).

در این راستا، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی^{۱۶} به عنوان رویکردی مؤثر برای بازسازی ظرفیت‌های روان‌شناختی کودکان قربانی خشونت خانگی مطرح است. ذهنی‌سازی فرایندی است که طی آن ذهن تجربه‌های دنیای پیرامون را تعدیل می‌کند (مهاجرین و همکاران، ۲۰۲۴). به طور ویژه، ذهنیت فرد این امکان را می‌دهد که حالت‌های ذهنی خود و دیگران شامل احساسات، افکار و باورهای بنیادی را درک کند، امری که به نوبه خود منجر به بهبود وضعیت اجتماعی می‌شود (جورگنسن^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۱؛ پولنای^{۱۸} و همکاران، ۲۰۲۱). درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نوعی درمان روان‌پویشی است که توسط بتمن و فوناگی^{۱۹} (۲۰۱۶) تدوین شده و بر دو مفهوم بنیادین نظریه دلبستگی و فرآیند ذهنی‌سازی تکیه دارد. این درمان سه مرحله ساختاریافته را دنبال می‌کند: نخست، ارزیابی ظرفیت ذهنی‌سازی مراجع؛ دوم، بررسی کارکرد شخصیت؛ و سوم، ایجاد قرارداد درمانی و درگیر کردن فعال مراجع در فرایند درمان همراه با شناسایی عواملی که ممکن

1 . Domestic Violence

2 . Maimon-Blau

3 . Cunha

4 . Francis-Jefferson

5 . World Health Organization

6 . Pietri & Bonnet

7 . Emotion Regulation Skills

8 . Lacasa

9 . Swerbenksi

10 . Pietri & Bonnet

11 . Zhang

12 . Junco-Guerrero

13 . Killgore

14 . Bosson

15 . Li

16 . Mentalization-Based Treatment (MBT)

17 . Jørgensen

18 . Polnay

19 . Bateman & Fonagy

است در مسیر درمان اختلال ایجاد کنند. هدف اصلی در درمان مبتنی بر ذهنی سازی آن است که به فرد کمک شود تا بتواند تجربه های ذهنی و هیجانی خود را به سطح آگاهی بیاورد و در نتیجه، احساس منسجم تری از عاملیت روانی اش به دست آورد. این فرایند درمانی موجب افزایش ثبات هیجانی، بهبود عملکرد شناختی-اجتماعی و کاهش رفتارهای ضداجتماعی و اثرات منفی ناشی از آن ها می شود (بتمن، ۲۰۲۲). به علاوه انسان ها به طور غریزی درباره حالت های ذهنی دیگران فرضیه سازی می کنند و این فرضیه ها به شکلی چشمگیر بر آن ها اثر می گذارند (چلوش-دویک^۱ و همکاران، ۲۰۲۵). در راستای پژوهش حاضر ملکی و همکاران (۲۰۲۵) در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر ذهنی سازی اثر معناداری در کاهش پرخاشگری و بهبود مهارت های تنظیم هیجان در نوجوانان پسر مبتلا به افسردگی دارد. هالفون^۲ و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر ذهنی سازی موجب کاهش معنادار مشکلات رفتاری و بهبود مهارت های تنظیم هیجان در کودکان شد است. محمدی کمرخ و همکاران (۱۴۰۳) در پژوهشی دریافتند که درمان مبتنی بر ذهنی سازی تأثیر معناداری بر کاهش پریشانی روان شناختی و ناگویی هیجانی در دختران با اختلال وسواس فکری-عملی دارد. فراهانی و همکاران (۱۴۰۴) در پژوهشی نشان دادند که آموزش در چارچوب درمان مبتنی بر ذهنی سازی، با افزایش انعطاف پذیری، بهبود ظرفیت ارتباطی و پذیرش دیدگاه دیگران، به کاهش ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر کمک می کند و همچنین ملکی و همکاران (۱۴۰۴) گزارش کردند که گروه درمانی مبتنی بر ذهنی سازی می تواند روابط موضوعی و تنظیم هیجان در افراد با نشانگان شخصیت وابسته را بهبود بخشد. با توجه به شواهد موجود، درمان مبتنی بر ذهنی سازی اثربخشی خود را نشان داده است، اما پژوهشی که به تعیین اثربخشی این درمان بر روی کودکان پسر قربانی خشونت خانگی و به ویژه بر دو متغیر حیاتی، یعنی مهارت های تنظیم هیجان و رفتارهای پرخاشگرانه پرداخته باشد یافت نشد. این خلا در شواهد تجربی، ضرورت انجام پژوهش حاضر را برجسته می سازد. با توجه به مطالب گفته شده هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر ذهنی سازی بر مهارت های تنظیم هیجان و رفتارهای پرخاشگرانه کودکان پسر قربانی خشونت خانگی بود.

روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری کودکان پسر قربانی خشونت خانگی دارای پرونده در خانه های سلامت منطقه ۷ شهر تهران در سال ۱۴۰۴ بود. از بین آن ها، با روش نمونه گیری هدفمند و بر اساس ملاک های ورود، ۳۰ کودک پسر قربانی خشونت خانگی انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارش شدند. ملاک های ورود شرکت کنندگان به پژوهش شامل: ۱. داشتن تجربه خشونت خانگی شدید (سابقه دریافت خدمات روان شناختی توسط روانشناس خانه سلامت به دلیل پیامدهای منفی تجربه خشونت خانگی توسط مادر) با توجه به مستندات و گزارش های مندرج در پرونده؛ ۲. جنسیت پسر؛ ۳. رضایت جهت شرکت در پژوهش؛ و ۴. عدم دریافت داروهای روان پزشکی در زمان شروع پژوهش بود و ملاک های خروج از پژوهش شامل: ۱. دریافت مداخلات روان شناختی فردی به صورت همزمان؛ ۲. نیاز به مصرف داروهای روان پزشکی در طول پژوهش؛ ۳. نقل مکان از منطقه جغرافیایی؛ ۴. انصراف از ادامه همکاری؛ ۵. انجام ناقص تکالیف؛ و ۶. غیبت در بیش از دو جلسه مداخله بود. شرکت کنندگان پیش از آغاز مداخله در مرحله پیش آزمون پرسشنامه های پژوهش را تکمیل کردند و سپس به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان گروهی مبتنی بر ذهنی سازی شرکت کرد و گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. پس از پایان مداخله، هر دو گروه در مرحله پس آزمون مجدداً پرسشنامه ها را تکمیل کردند. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی به طور کامل رعایت شد؛ بدین صورت که پیش از شروع مطالعه، رضایت آگاهانه از کودکان و مادران اخذ شد، اهداف و نحوه اجرای پژوهش برای آنان توضیح داده شد، محرمانگی اطلاعات شرکت کنندگان تضمین گردید و به آنان اطمینان داده شد که مشارکت در پژوهش داوطلبانه است و در هر مرحله می توانند بدون هیچ پیامدی از مطالعه خارج شوند. همچنین تأکید شد که داده ها صرفاً برای اهداف پژوهشی استفاده خواهند شد و در صورت تمایل، نتایج پژوهش در اختیار شرکت کنندگان قرار خواهد گرفت. داده های پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری و از طریق نسخه ۲۶ نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

چک لیست تنظیم هیجان^۱ (ERC): چک لیست تنظیم هیجان شامل ۲۴ گویه است و برای سنجش فرایندهای هیجانی و تنظیم هیجان از جمله بی‌ثباتی عاطفی، شدت، ظرفیت، انعطاف‌پذیری و تناسب موقعیتی طراحی شده است. این ابزار توسط شیلدز و سیچتی^۲ (۱۹۹۷) تدوین شده و برای کودکان ۶ تا ۱۶ سال قابل استفاده است. پاسخ‌گویی به گویه‌ها کمتر از ۱۰ دقیقه زمان می‌برد. گویه‌ها بر اساس طیف لیکرت چهاردرجه‌ای (از ۱=هرگز تا ۴=همیشه) تنظیم شده‌اند و دارای دو خرده‌مقیاس تنظیم هیجان و بی‌ثباتی/منفی‌گرایی است. خرده‌مقیاس تنظیم هیجان از ۸ گویه (سؤالات ۱، ۳، ۵، ۷، ۹، ۱۵، ۱۶ و ۲۱) تشکیل شده و تجلیات عاطفی متناسب با موقعیت، همدلی و خودآگاهی هیجانی را می‌سنجد. نمره‌های بالاتر در این خرده‌مقیاس نشان‌دهنده ظرفیت بیشتر در مدیریت و تعدیل برانگیختگی هیجانی است. خرده‌مقیاس بی‌ثباتی/منفی‌گرایی شامل ۱۶ گویه است که به سنجش انعطاف‌ناپذیری، بدتنظیمی، عاطفه منفی، پیش‌بینی‌ناپذیری و تغییر خلق ناگهانی می‌پردازد. نمره‌های بالاتر در این بخش، بیانگر واکنش‌های هیجانی افراطی و تغییرات خلقی نامتناسب با وقایع یا محرک‌های بیرونی است (شیلدز و سیچتی، ۱۹۹۷). در زمینه روایی، این چک‌لیست با دو خرده‌مقیاس پرخاشگری و نقص توجه از فهرست واری رفتار کودک-معلم آخنباخ^۳ به‌ترتیب همبستگی‌های معنادار ۰/۵۰ و ۰/۴۸ - نشان داده است که بیانگر روایی و اگر^۴ مناسب ابزار است. همچنین، همبستگی مثبت و معناداری برابر با ۰/۱۶ میان نمرات این ابزار و آزمون توانمندی کلامی واژه‌های مصور پی‌بادی^۵ گزارش شده است که حاکی از روایی همگرا^۶ قابل قبول آن است (شیلدز و سیچتی، ۱۹۹۷). در پژوهش ملینا^۷ و همکاران (۲۰۱۴) که ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار را بررسی کرده‌اند، ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ برای خرده‌مقیاس تنظیم هیجان و ۰/۹۰ برای بی‌ثباتی/منفی‌گرایی به‌دست آمده است. در ایران نیز، در پژوهش محمودی و همکاران (۱۳۹۵) روایی محتوایی این ابزار تأیید شد و ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ و تنصیف گاتمن ۰/۷۲ در کودکان عادی به‌دست آمد که نشان‌دهنده همسانی درونی و پایایی مطلوب آن است. در پژوهش حاضر، ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس تنظیم هیجان ۰/۷۶ و برای خرده‌مقیاس بی‌ثباتی/منفی‌گرایی ۰/۸۲ محاسبه شد.

پرسشنامه پرخاشگری باس و پری^۸ (BPAQ): این ابزار توسط باس و پری (۱۹۹۲) طراحی شده و نسخه بازنگری شده‌ای از مقیاس پرخاشگری باس و دورکی محسوب می‌شود. هدف از تدوین آن، فراهم کردن ابزاری چند بعدی برای سنجش مؤلفه‌های رفتاری، شناختی و هیجانی پرخاشگری بود. پرسشنامه از ۲۹ گویه تشکیل شده و پاسخ دهندگان میزان انطباق هر عبارت را بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای پاسخ می‌دهند که شامل: کاملاً شبیه من است (۵)، تا حدودی شبیه من است (۴)، نه شبیه من است و نه شبیه من نیست (۳)، تا حدودی شبیه من نیست (۲) و به شدت شبیه من نیست (۱)، است. این ابزار چهار بُعد اساسی پرخاشگری یعنی پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت را ارزیابی می‌کند. نمره کلی پرخاشگری از مجموع نمرات این چهار خرده‌مقیاس حاصل می‌شود و مقادیر بالاتر، نشانه سطح بیشتر گرایش‌های پرخاشگرانه است. پژوهش‌های متعدد، روایی و پایایی مناسب این ابزار را تأیید کرده‌اند. باس و پری (۱۹۹۲) ضرایب آلفای کرونباخ را برای خرده‌مقیاس‌های مختلف بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ گزارش کردند و نتایج تحلیل عاملی نیز چهار عامل اصلی پرخاشگری را تأیید کرده است. یافته‌های بعدی در فرهنگ‌ها و گروه‌های مختلف، ساختار چندبعدی پرسشنامه را باز تأیید کرده‌اند. لئون^۹ و همکاران (۲۰۲۳) روایی ملاکی این ابزار را با پرسشنامه خشونت ارزیابی کردند و آن را با ضریب همبستگی ۰/۸۴ که مطلوب است، گزارش کرده‌اند. در ایران، ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه توسط سامانی (۱۳۸۶) بررسی شده است؛ روایی سازه با بهره‌گیری از تحلیل عاملی، چهار عامل پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت را از آن استخراج کرد و همه سوالات بار عاملی مطلوب بیشتر از ۰/۴۰ داشتند. همچنین پایایی با ضریب بازآزمایی در فاصله سه هفته برای زیر مقیاس‌ها ۰/۸۰ تا ۰/۷۲ گزارش شده است (سامانی، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ برای چهار خرده‌مقیاس پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت به‌ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۶، ۰/۸۲ و ۰/۷۶ به دست آمد.

1. Emotion Regulation Checklist (ERC)

2. Shields & Cicchetti

3. Child Behavior Checklist-Teacher's Report Form

4. divergent validity

5. Peabody Picture Vocabulary Test-Revised

6. Convergent Validity

7. Molina

8. Buss & Perry Aggression Questionnaire (BPAQ)

9. Leon

درمان گروهی مبتنی بر ذهنی سازی: این مداخله بر اساس مدل بتمن و فوناگی (۲۰۱۶) تدوین شده است و در ایران نیز توسط قادر نژاد و همکاران (۱۴۰۱) مورد استفاده قرار گرفته است. برای ارزیابی روایی محتوایی مداخله از نسبت روایی محتوایی لاوشه استفاده شد که مقدار ۰/۸۵ و مطلوب به دست آمد. این مداخله در ۸ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) در خانه سلامت خواجه نظام منطقه ۷ تهران، در بازه زمانی ۱۵ مهر تا ۱۸ آبان ۱۴۰۴ توسط پژوهشگران اجرا شد. خلاصه جلسات در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان گروهی مبتنی بر ذهنی سازی

نام جلسه	اهداف جلسه	محتوای جلسه	فعالیت و روش تدریس
اول	این جلسه به مرور ساختار، اهداف کلی درمان و قوانین گروه اختصاص داشت.	در این جلسه مزایا و شاخص‌های ذهنی سازی و مشکلات مربوط به ذهن خوانی، تنظیم هیجان و حساسیت بین فردی بررسی شد.	سخنرانی توسط پژوهشگر و پرسش و پاسخ با شرکت کنندگان
دوم	در این جلسه مروری بر مباحث جلسه قبل و تکالیف انجام شد.	در این جلسه اهداف درمان بیان شد و نحوه مواجهه با هیجانات، تفسیر نشانه‌های هیجانی دیگران و راهکارهایی برای مدیریت احساسات ناخوشایند بررسی شد.	سخنرانی توسط پژوهشگر و پرسش و پاسخ با شرکت کنندگان
سوم	این جلسه با مرور مطالب و تکالیف جلسه قبل آغاز شد.	در این جلسه اهداف اختصاصی درمان بیان شد، اعضا تمرین ذهنی سازی انجام دادند و تکلیف خانگی ارائه شد.	سخنرانی توسط پژوهشگر و پرسش و پاسخ با شرکت کنندگان
چهارم	مرور تکالیف	در این جلسه، بر اهمیت ایجاد ارتباط مؤثر با دیگران و انجام فعالیت‌های گروهی تأکید شد.	سخنرانی توسط پژوهشگر و پرسش و پاسخ با شرکت کنندگان
پنجم	این جلسه به بررسی تکالیف خانگی و طرح مشکلات از سوی اعضای گروه اختصاص یافت.	مشکلات مطرح شده توسط درمانگر تأیید و مباحث شفاف سازی شد.	سخنرانی توسط پژوهشگر و پرسش و پاسخ با شرکت کنندگان
ششم	این جلسه مشکلات اعضا کاوش و در صورت لزوم به چالش کشیده شد.	تمرکز اصلی جلسه بر پردازش هیجانات و تمرکز هیجانی بر موضوعات از سوی گروه بود.	سخنرانی توسط پژوهشگر و پرسش و پاسخ با شرکت کنندگان
هفتم	آموزش ذهنی سازی برای تسهیل اعتماد شناختی	ذهنی سازی روابط با توجه به نشانه‌های انتقال تمرین شد.	سخنرانی توسط پژوهشگر و پرسش و پاسخ با شرکت کنندگان
هشتم	این جلسه شرکت کنندگان برای پایان درمان آماده شدند.	این جلسه بر تجربه حس فقدان ناشی از پایان درمان متمرکز بود.	سخنرانی توسط پژوهشگر و پرسش و پاسخ با شرکت کنندگان

یافته ها

در پژوهش حاضر، شرکت کنندگان ۳۰ نفر بودند که ۱۵ نفر در گروه گواه و ۱۵ نفر در گروه آزمایش قرار گرفته‌اند. میانگین سن شرکت کنندگان در گروه گواه ۱۳/۵ سال با انحراف معیار ۱/۰۵ و میانگین سن گروه آزمایش ۱۳/۷ سال با انحراف معیار ۰/۹۵ بود. که نشان دهنده این مطلب است که این گروه‌ها با هم از نظر سنی همگن هستند. به لحاظ پایه تحصیلی، در گروه آزمایش ۷ نفر در پایه هشتم (۴۶/۶۷ درصد)، ۷ نفر در پایه هفتم (۴۶/۶۷ درصد) و ۱ نفر در پایه ششم (۶/۶۷ درصد) قرار داشتند. در گروه گواه، ۸ نفر در پایه هشتم (۵۳/۳۳ درصد)، ۶ نفر در پایه هفتم (۴۰ درصد) و ۱ نفر در پایه ششم (۶/۶۷ درصد) بودند. هم در گروه آزمایش و هم در گروه خوشونت

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر ذهنی‌سازی بر مهارت‌های تنظیم هیجان و رفتارهای پرخاشگرانه کودکان پسر قربانی خشونت خانگی
The effectiveness of mentalization-based group treatment on emotion regulation skills and aggressive behaviors in male...

علیه کودکان پسر توسط مادران اعمال شده بود. سن مادران در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) با میانگین و انحراف معیار سنی به ترتیب $۲/۴۵ \pm ۴۳/۵۶$ و $۲/۴۸ \pm ۴۴/۵۶$ سال بود.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون مهارت‌های تنظیم هیجان و رفتارهای پرخاشگرانه در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		کالموگروف - اسمیرنوف	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	آماره	سطح معنی‌داری
تنظیم هیجان	آزمایش	۱۶/۲۷	۳/۵۵۵	۲۰/۴۰	۴/۰۳۲	۰/۲۶۳	۰/۲۰۹
	گواه	۱۶/۴۷	۴/۲۵۷	۱۶/۷۳	۴/۸۷۷	۰/۱۸۶	۰/۶۲۹
بی‌ثباتی/منفی‌گرایی	آزمایش	۴۲/۶۷	۵/۰۲۴	۳۸/۸۰	۵/۱۳۰	۰/۲۷۴	۰/۱۷۵
	گواه	۴۲/۴۷	۴/۹۴۱	۴۲/۱۳	۵/۳۳۰	۰/۲۵۷	۰/۲۳۲
پرخاشگری فیزیکی	آزمایش	۲۲/۶۰	۳/۸۲۸	۱۹/۲۰	۳/۵۲۹	۰/۱۱۳	۰/۹۸۰
	گواه	۲۲/۲۷	۳/۳۶۴	۲۲/۷۷	۳/۱۹۴	۰/۱۲۸	۰/۹۴۱
پرخاشگری کلامی	آزمایش	۱۷/۶۷	۴/۷۰۱	۱۴/۷۳	۴/۵۵۹	۰/۱۲۲	۰/۹۶۰
	گواه	۱۷/۸۰	۴/۳۱۳	۱۷/۱۳	۳/۴۴۱	۰/۱۲۸	۰/۹۳۹
خشم	آزمایش	۱۵/۴۷	۳/۹۰۳	۱۲/۹۰	۳/۹۱۵	۰/۲۴۶	۰/۲۷۷
	گواه	۱۶/۵۷	۳/۳۱۶	۱۶/۱۰	۳/۲۳۶	۰/۱۸۹	۰/۵۹۱
خصومت	آزمایش	۱۵/۶۰	۵/۹۹۸	۱۲/۸۷	۳/۵۸۳	۰/۱۴۱	۰/۸۸۷
	گواه	۱۵/۲۷	۵/۴۹۶	۱۵/۶۰	۴/۸۶۷	۰/۱۱۹	۰/۹۶۶
نمره کلی پرخاشگری	آزمایش	۷۱/۳۳	۱۱/۳۵۴	۵۹/۷۰	۸/۴۰۲	۰/۲۹۴	۰/۱۲۱
	گواه	۷۱/۹۰	۸/۳۹۵	۷۱/۶۱	۷/۰۶۵	۰/۱۱۷	۰/۹۷۰

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، مولفه‌های متغیرهای مهارت‌های تنظیم هیجان و رفتارهای پرخاشگرانه برای دو گروه گواه و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در دو مرحله سنجش (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) نشان داده شده است. در گروه گواه میانگین مولفه‌های متغیر تنظیم هیجان و رفتارهای پرخاشگرانه در پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد. ولی در گروه آزمایش کاهش قابل توجه مولفه بی‌ثباتی/منفی‌گرایی و مولفه‌های رفتارهای پرخاشگرانه و افزایش مولفه تنظیم هیجان در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون مشاهده می‌شود. با توجه به جدول ۲ مشاهده می‌شود که آماره کالموگروف-اسمیرنوف برای متغیرهای وابسته پژوهش دارای سطوح معناداری بالاتر از مقدار $۰/۰۵$ است، از این رو مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها در گروه‌های آزمایش و گواه برقرار است و توزیع نمره‌ها از الگوی طبیعی تبعیت می‌کند. برای بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، ابتدا مفروضه همگنی شیب رگرسیون بررسی شد. نتایج نشان داد که اثر تعاملی گروه و پیش‌آزمون بر هیچ یک از متغیرهای وابسته معنادار نیست. مقدار F برابر با $۲/۲۰$ و سطح معناداری بزرگ‌تر از $۰/۰۵$ بود، بنابراین شیب رگرسیون در دو گروه همگن بوده و این پیش‌فرض رعایت شده است. در ادامه، با استفاده از آزمون لون همگنی واریانس متغیرهای وابسته بررسی گردید. نتایج حاکی از آن بود که واریانس مؤلفه تنظیم هیجان ($F=۰/۰۴$) و مولفه بی‌ثباتی/منفی‌گرایی ($F=۰/۰۲$) و نیز مؤلفه‌های پرخاشگری شامل پرخاشگری فیزیکی ($F=۰/۱۰$)، پرخاشگری کلامی ($F=۱/۸۹$)، خشم ($F=۰/۳۷$) و خصومت ($F=۰/۰۱$) در دو گروه تفاوت معناداری نشان نداد ($P>۰/۰۵$)؛ در نتیجه، پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقرار است. برای بررسی برابری ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته بین گروه‌ها، از آزمون $Mbox$ استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که این ماتریس‌ها تفاوت معناداری ندارند ($Mbox: ۱/۰۲, F=۰۳۱, P>۰/۰۵$)، بنابراین مفروضه برابری ماتریس‌های کوواریانس نیز رعایت شده است و اجرای تحلیل چندمتغیری توجیه‌پذیر است. پس از تأیید تمام پیش‌فرض‌ها، تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی اثر مداخله بر مجموعه متغیرهای وابسته اجرا شد. نتایج آزمون‌های چندمتغیری نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد. بر اساس شاخص لامبدای ویلکز، مقدار این شاخص برابر با $۰/۳۶$ و مقدار F معادل $۹/۳۵$ است که در سطح $P>۰/۰۰۱$ معنادار می‌باشد. نتایج کامل این تحلیل در جدول ۳ گزارش شده است. برای تعیین این‌که تفاوت چندمتغیری مشاهده شده در کدام یک از

مؤلفه‌های وابسته وجود دارد، تحلیل‌های کوواریانس تک‌متغیری برای هر مؤلفه‌ها انجام شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده و بیانگر جهت و میزان اثر مداخله بر ابعاد متغیرهای وابسته است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای اثر گروه بر متغیرهای وابسته پژوهش

اثر	ارزش	F	سطح معناداری	مربع اتای جزئی	توان آزمون
اثر پیلایی	۰/۶۴	۹/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱
لامبدای ویلکز	۰/۳۶	۹/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱
اثر هتلینگ	۱/۷۸	۹/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱
بزرگترین ریشه روی	۱/۷۸	۹/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۶	۱

نتایج جدول ۳ مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیرهای مهارت‌های تنظیم هیجان و رفتارهای پرخاشگرانه نشان داد که اثر گروه بر ترکیب متغیرهای مورد مطالعه معنادار است ($P > 0/001$). بر این اساس، مجذور اتا نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت، برای ترکیب متغیرهای مهارت‌های تنظیم هیجان و رفتارهای پرخاشگرانه ۰/۶۴ است؛ یعنی ۶۴ درصد از تغییرات متغیرهای مهارت‌های تنظیم هیجان و رفتارهای پرخاشگرانه در گروه آزمایش به خاطر اثر آزمایشی است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری تفاوت گروه‌های آزمایش و گواه در مؤلفه‌های مهارت‌های تنظیم هیجان و رفتارهای پرخاشگرانه

منبع	مجموع مربعا	درجه آزادی	میانگین مجدورها	آماره F	Sig	ضریب اتا	توان آزمون
پیش آزمون تنظیم هیجان	۲۸۷/۷۳	۱	۲۸۷/۷۳	۳۰/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱
گروه	۱۰۷/۹۷	۱	۱۰۷/۹۷	۱۱/۵۷	۰/۰۰۲	۰/۳۱	۰/۹۱
خطا	۲۴۲/۶۱	۲۶	۹/۳۳				
پیش آزمون بی‌ثباتی/منفی‌گرایی	۵۳۳/۵۲	۱	۵۳۳/۵۲	۵۹/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱
گروه	۹۳/۱۹	۱	۹۳/۱۹	۱۰/۴۳	۰/۰۰۳	۰/۲۹	۰/۸۷
خطا	۲۳۲/۳۸	۲۶	۸/۹۴				
پیش آزمون پرخاشگری فیزیکی	۵۴/۲۴	۱	۵۴/۲۴	۴/۹۹	۰/۰۳۵	۰/۱۷	۰/۵۷
گروه	۹۶/۴۹	۱	۹۶/۴۹	۸/۸۸	۰/۰۰۷	۰/۲۷	۰/۸۲
خطا	۲۶۰/۸۷	۲۴	۱۰/۸۷				
پیش آزمون پرخاشگری کلامی	۲۹۳/۵۳	۱	۲۹۳/۵۳	۴۴/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱
گروه	۳۷/۲۹	۱	۳۷/۲۹	۵/۷۱	۰/۰۲۵	۰/۱۹	۰/۶۳
خطا	۱۵۶/۶۲	۲۴	۶/۵۳				
پیش آزمون خشم	۱۶۶/۴۲	۱	۱۶۶/۴۲	۲۳/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۰/۹۹
گروه	۴۳/۵۲	۱	۴۳/۵۲	۶/۱۹	۰/۰۰۲	۰/۲۱	۰/۶۷
خطا	۱۶۸/۸۳	۲۴	۷/۰۳				
پیش آزمون خصومت	۲۶۸/۶۹	۱	۲۶۸/۶۹	۳۵/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱
گروه	۵۵/۳۹	۱	۵۵/۳۹	۷/۲۳	۰/۰۱۲	۰/۲۳	۰/۷۳
خطا	۱۸۳/۹۳	۲۴	۷/۶۶				

با توجه به مقادیر جدول ۴ می‌توان استنباط کرد که بین دو گروه مورد مطالعه از نظر مؤلفه‌های مهارت‌های تنظیم هیجان و مؤلفه‌های رفتارهای پرخاشگرانه تفاوت معناداری وجود دارد. به طوری که مقدار F مربوط به مهارت‌های تنظیم هیجان در سطح $p < 0/001$ و مقادیر F مربوط به رفتارهای پرخاشگرانه در سطح $p < 0/005$ معنادار بوده‌اند. همچنین با توجه به میانگین‌های برآوردشده، این تفاوت‌ها به نفع

گروه آزمایش است؛ بنابراین درمان گروهی مبتنی بر ذهنی‌سازی بر مهارت‌های تنظیم هیجان و رفتارهای پرخاشگرانه در کودکان پسر قربانی خشونت خانگی شده اثربخش بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر ذهنی‌سازی بر مهارت‌های تنظیم هیجان و رفتارهای پرخاشگرانه کودکان پسر قربانی خشونت خانگی انجام شد.

نتایج پژوهش نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر ذهنی‌سازی، به بهبود معنادار مهارت‌های تنظیم هیجان در کودکان پسر قربانی خشونت خانگی شده است؛ به‌گونه‌ای که پس از اجرای مداخله، سطح تنظیم هیجان افزایش یافته و میزان بی‌ثباتی/منفی‌گرایی هیجانی کاهش پیدا کرده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های ملکی و همکاران (۲۰۲۵)، هالفون و همکاران (۲۰۲۴)، فراهانی و همکاران (۱۴۰۴)، ملکی و همکاران (۱۴۰۴) و محمدی کمرسخ و همکاران (۱۴۰۳) همسو بود. در تبیین این یافته که درمان گروهی مبتنی بر ذهنی‌سازی، موجب بهبود مولفه تنظیم هیجان در کودکان پسر قربانی خشونت خانگی شده است می‌توان به نقش اساسی ظرفیت ذهنی‌سازی در فرایند تنظیم هیجان اشاره کرد. ذهنی‌سازی به توانایی درک و تفسیر رفتار خود و دیگران بر پایه حالت‌های ذهنی زیربنایی، از جمله هیجان‌ها، افکار، نیت و نیازها اشاره دارد. زمانی که این ظرفیت در کودک تقویت می‌شود، او قادر می‌شود تجربه‌های هیجانی خود را با دقت بیشتری شناسایی و معنا کند و میان تجربه هیجانی و واکنش رفتاری فاصله‌ای شناختی ایجاد نماید. این فاصله شناختی به کودک امکان می‌دهد پیش از بروز واکنش‌های تکانه‌ای، هیجان‌های خود را مورد بازبینی قرار داده و شیوه‌های سازگارانه‌تری برای مدیریت آن‌ها به کار گیرد. در نتیجه، کودک به تدریج توانایی بیشتری در کنترل تکانه‌ها، هدایت پاسخ‌های هیجانی و تنظیم مؤثر هیجان‌های خود در موقعیت‌های مختلف پیدا می‌کند (بیتمن، ۲۰۲۲؛ ملکی و همکاران، ۲۰۲۵؛ هالفون و همکاران، ۲۰۲۴). در تبیین یافته دیگر که درمان گروهی مبتنی بر ذهنی‌سازی، موجب کاهش مولفه بی‌ثباتی/منفی‌گرایی هیجانی در کودکان پسر قربانی خشونت خانگی شده است می‌توان گفت: کودکانی که در معرض قربانی خشونت خانگی قرار دارند، به دلیل تجربه مکرر ناامنی، ترس و الگوهای ارتباطی متناقض در محیط خانواده، اغلب با اختلال در ظرفیت ذهنی‌سازی مواجه می‌شوند؛ وضعیتی که می‌تواند به آشفتگی هیجانی، دشواری در شناسایی و نام‌گذاری احساسات و در نهایت بی‌ثباتی/منفی‌گرایی هیجانی منجر شود. درمان گروهی مبتنی بر ذهنی‌سازی با بازسازی تدریجی این ظرفیت و آموزش مکث و تأمل پیش از واکنش هیجانی، به کودک کمک می‌کند تجربه‌های هیجانی خود را دقیق‌تر شناسایی و معنا کند. همچنین تأکید این رویکرد بر توجه آگاهانه به حالت‌های ذهنی خود و دیگران، دقت کودک در تشخیص و برچسب‌گذاری هیجان‌ها را افزایش می‌دهد. در نتیجه، با افزایش پردازش شناختی هیجان‌ها، سطح ثبات هیجانی در کودک تقویت شده و از شدت بی‌ثباتی/منفی‌گرایی هیجانی کاسته می‌شود (محمدی کمرسخ و همکاران، ۱۴۰۳).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر ذهنی‌سازی موجب کاهش معنادار تمامی مؤلفه‌های رفتارهای پرخاشگرانه یعنی پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت در کودکان پسر قربانی خشونت خانگی شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های ملکی و همکاران (۲۰۲۵) هالفون و همکاران (۲۰۲۴) و محمدی کمرسخ و همکاران (۱۴۰۳) همسو بود. در تبیین این یافته که درمان گروهی مبتنی بر ذهنی‌سازی، موجب کاهش پرخاشگری فیزیکی در کودکان پسر قربانی خشونت خانگی شده است می‌توان گفت: یکی از اصول کلیدی در درمان گروهی مبتنی بر ذهنی‌سازی، تمرکز بر روابط و تعاملات بین‌فردی در بستر گروه است. حضور در گروه، کودک را در موقعیتی قرار می‌دهد که ناگزیر است حالت‌های ذهنی دیگران را «در ذهن خود نگه دارد»؛ این مهارت منجر به یکپارچه سازی بهتر ادراک خود و دیگران، کاهش سوءبرداشت‌های تهدیدآمیز و مهار تکانه‌های ریشه‌دار در خشم می‌شود. این فرایند، ظرفیت تنظیم پاسخ‌های فیزیکی و کنترل پرخاشگری فیزیکی را به‌طور قابل‌توجهی ارتقا می‌دهد (پولنای و همکاران، ۲۰۲۱). این تبیین در رابطه با یافته دیگر پژوهش یعنی کاهش پرخاشگری کلامی از طریق کاربست درمان گروهی مبتنی بر ذهنی‌سازی در کودکان پسر قربانی خشونت خانگی نیز صدق می‌کند. یعنی همان سازوکارهای دخیل در مهار پرخاشگری فیزیکی، در کاهش پرخاشگری کلامی نیز عمل می‌کنند. علاوه بر آن، تقویت ذهنی‌سازی باعث افزایش تحمل هیجانی و تفسیر دقیق‌تر نیت دیگران می‌شود؛ بنابراین کودک کمتر احساس تهدید یا بی‌عدالتی می‌کند و کمتر به واکنش کلامی تند متوسل می‌شود. همچنین، افزایش مهار تکانه‌های هیجانی نقش مستقیمی در کاهش انفجارهای و پرخاشگری کلامی دارد (ملکی و همکاران، ۲۰۲۵). در تبیین یافته دیگر که درمان گروهی مبتنی بر ذهنی‌سازی، موجب

کاهش خشم در کودکان پسر قربانی خشونت خانگی شده است می توان گفت: درمان گروهی مبتنی بر ذهنی سازی به کودک ابزار شناسایی و معنا بخشیدن به هیجان های منفی را می دهد. هنگامی که خشم «نام گذاری» و «فهمیده» می شود، از شدت و ناگهانی آن کاسته می شود. به مرور، این فرایند بازتاب گری ذهنی، امکان تجربه خشم به صورت تعدیل شده تر را فراهم می کند (محمدی کمرسرخ و همکاران، ۱۴۰۳). در نهایت در تبیین این یافته که درمان گروهی مبتنی بر ذهنی سازی، موجب کاهش خصومت در کودکان پسر قربانی خشونت خانگی شده است می توان گفت: خصومت معمولاً نتیجه انباشته شدن خشم پردازش نشده است. درمان گروهی مبتنی بر ذهنی سازی، با فراهم کردن امکان پردازش تدریجی خشم، مانع از تبدیل آن به خصومت مزمن و پایدار می شود و از طریق افزایش آگاهی کودک نسبت به حالت های ذهنی خود و دیگران، زمینه تفسیر واقع بینانه تر تعاملات بین فردی را فراهم می کند؛ تغییری که در نهایت با کاهش سوءگیری های خصمانه در روابط کودک با همسالان، خصومت را به طور معناداری تقلیل می دهد. این همان سازوکار محافظتی است (فراهانی، ۱۴۰۴).

در مجموع، یافته های پژوهش نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر ذهنی سازی در بهبود مهارت های تنظیم هیجان و کاهش رفتارهای پرخطرانه کودکان پسر قربانی خشونت خانگی مؤثر است. این مداخله با تقویت ظرفیت ذهنی سازی، به کودکان کمک می کند تا هیجان های خود و دیگران را بهتر درک و تفسیر کنند و در نتیجه، توانایی بیشتری در مدیریت هیجان ها و مهار رفتارهای پرخطرانه به دست آورند. بنابراین می توان نتیجه گرفت که درمان گروهی مبتنی بر ذهنی سازی رویکردی کارآمد برای ارتقای سازگاری این کودکان به شمار می آید. از جمله محدودیت های پژوهش حاضر می توان به استفاده از روش نمونه گیری غیرتصادفی، تمرکز صرف بر پسران، محدود بودن حجم نمونه، فشردگی زمانی در اجرای درمان گروهی مبتنی بر ذهنی سازی و عدم استفاده از دوره پیگیری برای ارزیابی پایداری اثرات این درمان اشاره کرد. بنابراین پیشنهاد می شود در پژوهش های آینده از روش نمونه گیری تصادفی استفاده شود، دختران مورد بررسی قرار گیرند، حجم نمونه افزایش یابد و درمان گروهی مبتنی بر ذهنی سازی با فشردگی زمانی کمتر اجرا شود تا شرکت کنندگان فرصت کافی برای انجام تکالیف داشته باشند و پژوهشگر بتواند بر انجام آن ها نظارت کند. همچنین استفاده از دوره پیگیری برای بررسی پایداری اثرات درمان توصیه می شود. افزون بر این، پیشنهاد می شود متخصصان در محیط های روان شناختی از این درمان برای تقویت مهارت های تنظیم هیجان و کاهش رفتارهای پرخطرانه در کودکان قربانی خشونت خانگی بهره گیرند.

منابع

- حاج منوچهری، ر. و تابش آ. (۱۴۰۲). عوامل اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر خشونت خانگی نسبت به زنان در جامعه ایران: یک مطالعه ثانویه. *مجله پزشکی قانونی ایران*، ۲۹ (۱)، ۳۴-۴۵. <http://sjfm.ir/article-۱۴۱۲-۱-fa.html>.
- سامانی، س. (۱۳۸۶). بررسی پایایی و روایی پرسشنامه پرخشگری باس و پری. *مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۳ (۴)، ۳۶۵-۳۵۹. <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-356-fa.html>.
- فراهانی، ا.، بحرینیان، ع.، نصری، م.، و شهابی زاده، ف. (۱۴۰۴). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر مشکلات بین فردی و ناگویی هیجانی افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۸ (۲)، ۴۰۱-۴۱۵. [doi: 10.22038/mjms.2024.80349.4633](https://doi.org/10.22038/mjms.2024.80349.4633).
- قادرنژاد، م.، اعتماد نیا، م.، و فرشباغ مانی صفت، ف. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان مبتنی بر ذهنی سازی در بهبود نشانه های افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *مجله رویش روان شناسی*، ۱۱ (۱۲)، ۱۶۲-۱۵۳. <http://frooyesh.ir/article-1-3944-fa.html>.
- محمدی کمرسرخ، ع.، ستوده اصل، ن.، و مهرافزون، د. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر پریشانی روان شناختی و ناگویی هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی. *مطالعات روان شناختی*، ۲۰ (۴)، ۵۶-۴۱. [doi: 10.22051/psy.2024.47475.2974](https://doi.org/10.22051/psy.2024.47475.2974).
- محمودی، م.، برجعلی، ا.، عزیززاده، ح.، غباری بناب، ب.، اختیاری، ح.، و اکبری زردخانه، س. (۱۳۹۵). تنظیم هیجان در کودکان با اختلال یادگیری و کودکان عادی. *فصلنامه علمی پژوهش در یادگیری آموزشگاهی و مجازی*، ۴ (۱۳)، ۸۴-۶۹. https://etl.journals.pnu.ac.ir/article_2999_83724d5fb54acfd883748a54aa8d4934.pdf.
- ملکی، س.، لیل آبادی، ل.، و کوشکی، ش. (۱۴۰۴). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر ذهنی سازی بر روابط موضوعی و دشواری در تنظیم هیجان در افراد دارای نشانگان شخصیت وابسته. *فصلنامه پژوهش های کاربردی روان شناختی*، ۱۶ (۲)، ۲۳۳-۲۵۰. [doi: 10.22059/japr.2023.352891.644491](https://doi.org/10.22059/japr.2023.352891.644491).
- 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>.
- Bosson, J. K. (2025). Gender identity and aggression. *Annual Review of Psychology*, 76. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-020124-115456>.
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of personality and social psychology*, 63(3), 452. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.63.3.452>.

- Chelouche-Dwek, G., & Fonagy, P. (2025). Mentalization-based interventions in schools for enhancing socio-emotional competencies and positive behaviour: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, 34(4), 1295-1315. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02578-5>.
- Cunha, A., Gonçalves, M., & Matos, M. (2025). Understanding the dynamics of domestic violence during the first year of the pandemic: An integrative review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 26(1), 118-137. <https://doi.org/10.1177/15248380241277788>.
- Francis-Jefferson, D. (2024). *Effects of Domestic Violence on Women and Children: A Systematic Review of the Literature* (Doctoral dissertation, California Southern University). <https://search.proquest.com/openview/30aaa92a68b5fe0c408536de54bb9bad/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>.
- Halfon, S., Beşiroğlu, B., Bulut, P., Epözdemir, Ş., Aydın, G. İ., Koç, H. B., ... & Midgley, N. (2024). The efficacy of mentalization-based treatment for children with internalizing and externalizing problems: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2024.12.006>.
- Jørgensen, M. S., Storebø, O. J., Bo, S., Poulsen, S., Gondan, M., Beck, E., ... & Simonsen, E. (2021). Mentalization-based treatment in groups for adolescents with Borderline Personality Disorder: 3-and 12-month follow-up of a randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(5), 699-710. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01551-2>.
- Junco-Guerrero, M., Fernández-Baena, F. J., & Cantón-Cortés, D. (2025). Risk factors for child-to-parent violence: A scoping review. *Journal of Family Violence*, 40(1), 139-164. <https://doi.org/10.1007/s10896-023-00621-8>.
- Killgore, W. D., Cloonan, S. A., Taylor, E. C., Anlap, I., & Dailey, N. S. (2021). Increasing aggression during the COVID19 lockdowns. *Journal of Affective Disorders Reports*, 5, 100163. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100163>.
- Lacasa, F., Álvarez, M., Navarro, M. Á., Richart, M. T., San, L., & Ortiz, E. M. (2018). Emotion regulation and interpersonal group therapy for children and adolescents witnessing domestic violence: A preliminary uncontrolled trial. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 11(3), 269-275. <https://doi.org/10.1007/s40653-016-0126-8>.
- León, F. R. (2023). Electromagnetic and climatic foundations of human aggression. *Journal of Environmental Psychology*, 86, 101953. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2023.101953>.
- Li, X., Zhu, X., Ang, R. P., Zhang, X., Bai, Y., & Chen, D. (2025). Bidirectional Relationships between Adolescent Aggression and Mental Health Conditions: Longitudinal Evidence from Secondary School Students in China. *Journal of Youth and Adolescence*, 11(12), 1-17. <https://doi.org/10.1007/s10964-025-02167-y>.
- Maimon-Blau, I. (2024). Medicolegal aspects of domestic violence against children. *Dental traumatology*, 40, 18-22. <https://doi.org/10.1111/edt.12899>.
- Maleki, B. (2025). Effectiveness of mentalization-based therapy on the aggression and emotional regulation difficulties of depressed male adolescents. *Current Psychology*, 44(16), 13924-13932. <https://doi.org/10.1007/s12144-025-08131-0>.
- Mohajerin, B., Shamsi, A., & Howard, R. (2024). A Randomized Controlled Trial Comparing Mentalization-Based Therapy With the Unified Protocol in the Treatment of Psychopathy and Comorbid Borderline+ Antisocial Personality Disorders Clinical Psychology & Psychotherapy, 31(4), e3047. <https://doi.org/10.1002/cpp.3047>.
- Molina, P., Sala, M. N., Zappulla, C., Bonfigliuoli, C., Cavioni, V., Zanetti, M. A. & Cicchetti, D. (2014). The Emotion Regulation Checklist–Italian translation. Validation of parent and teacher versions. *European Journal of Developmental Psychology*, 11(5), 624-634. <https://doi.org/10.1080/17405629.2014.898581>.
- Orozco-Vargas, A. E., Venebra-Muñoz, A., Aguilera-Reyes, U., & García-López, G. I. (2021). The mediating role of emotion regulation strategies in the relationship between family of origin violence and intimate partner violence. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 34(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s41155-021-00187-8>.
- Pietri, M., & Bonnet, A. (2026). Analysis of early representations and personality among victims of domestic. *European Review of Applied Psychology*, 67(4), 199-206. <https://doi.org/10.1080/17405629.2014.898581>.
- Polnay, A., McIntosh, L.G., Burnett, A., Williams, A., Cahill, C., Wilkinson, P., Mohammad, F., Patrick, J. (2021). Examining the factor structure, reliability, and validity of the main outcome measure used in mentalization-based therapy skills training. *Health Science Reports*, 4(1), 245-254. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001>.
- Shields, A., & Cicchetti, D. (1997). Emotion regulation among school-age children: the development and validation of a new criterion Q-sort scale. *Developmental psychology*, 33(6), 906. <https://psycnet.apa.org/fulltext/1997-43226-002.html>.
- Zhang, T., Sun, F., Ma, X., Liu, Y., Li, F., & Zhang, L. (2025). Development and validation of a dynamic nomogram to predict alexithymia in young and middleaged stroke patients. *Scientific reports*, 15(1), 2637. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-86835-w>.