رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۷، شماره پیاپی ۱۱۲، مهر ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(7), 2025

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

Comparing the effectiveness of mindful self-compassion and mentalization-based therapy on impulsivity in adolescents with self-injurious behaviors

فاطمه زهرا زارع
دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه رواشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
دکتر محمدکاظم فخری (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه رواشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
دکتر اصغر نوروزی
استادیار، گروه رواشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

Fatemehzahra Zare
PhD student in psychology, Department of Psychology, Sar.c., Islamic Azad University, Sari, Iran.
Dr. Mohamad Kazem Fakhri *
Assistant professor, Department of Psychology, Sar.c., Islamic Azad University, Sari, Iran. Mk.fakhri@iau.ac.ir
Dr. Asghar Noruzi
Assistant professor, Department of Psychology, Sar.c., Islamic Azad University, Sari, Iran.

چکیده

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان خود شفقت‌ورزی آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر تکانشگری نوجوانان دارای رفتارهای خودجرحی انجام شد. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری یک ماه بود. جامعه آماری این پژوهش را نوجوانان دارای رفتارهای خودجرحی مراجعه کننده به هسته مشاوران اداره آموزش و پروش مناطق ۸ و ۱۳ شهر تهران در سال ۱۴۰۳ تشکیل داد. ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در سه گروه آزمایش ۱ (۱۵ نفر)، آزمایش ۲ (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به‌صورت تصادفی جایگذاری شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس تکانشگری بارات (BIS-11؛ پاتون و همکاران ، ۱۹۹۵) استفاده شد. خود شفقت‌ورزی آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی هر یک طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی اجرا شده است. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد. یافته‌ها نشان داد که در مقایسه با گروه کنترل دو مداخله درمان خود شفقت‌ورزی آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی تا مرحله پیگیری به‌طور معنادار بر کاهش تکانشگری موثر بوده است (P<۰/۰۵). همچنین یافته‌ها نشان داد که مداخله خود شفقت‌ورزی آگاهانه به‌طور معنادار نسبت به درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی تاثیر بیشتری بر کاهش تکانشگری داشته است (P<۰/۰۵). در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که درمان خود شفقت‌ورزی آگاهانه نسبت به درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی اثر بیشتر بر کاهش تکانشگر نوجوانان دارای رفتارهای خودجرحی داشته است.

واژه‌های کلیدی: *خود شفقت‌ورزی، تکانشگری، خودجرحی، ذهنی سازی.*

Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of mindful self-compassion (MSC) and mentalization-based therapy (MBT) on impulsivity in adolescents with self-injurious behaviors. The present study employed a quasi-experimental design with a pre-test and post-test, and included 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 Department in districts 8 and 13 of Tehran in 2024. 45 people were selected using convenience sampling and randomly assigned to three groups: experiment 1 (15 people), experiment 2 (15 people), and control (15 people). The Barratt Impulsivity Scale (BIS-11; Patton et al., 1995) was used to collect data. Mindfulness self-compassion (MSC) and mentalization-based therapy (MBT) were each administered in eight 90-minute sessions as a group. Data analysis was performed using repeated measures analysis of variance. The findings showed that, compared to the control group, the two interventions, mindful self-compassion (MSC) and mentalization-based therapy (MBT), were significantly effective in reducing impulsivity until the follow-up stage (P<0.05). The findings also showed that the mindful self-compassion intervention had a significantly greater effect on reducing impulsivity than the mentalization-based therapy (P<0.05). Overall, it can be concluded that mindful self-compassion (MSC) had a greater effect on reducing impulsivity in adolescents with self-injurious behaviors than did mentalization-based therapy (MBT).

Keywords: *Self-Compassion, Impulsivity, Self-Injury, Mentalization.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : مرداد ۱۴۰۴** **پذیرش: شهریور ۱۴۰۴** **ویرایش نهایی: مهر ۱۴۰۴**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

مقدمه

نوجوانی دوره‌ای است که به علت فشارهای اجتماعی و تحولات زیستی دوره‌ای حساس محسوب می‌شود و توجه نامناسب به این تحولات می‌تواند به مشکلات جدی سازگاری، روان‌شناختی و اجتماعی بیانجامد. بررسی‌ها نشان داده‌اند که رفتارهای پرخطر در دوره نوجوانی افزایش می‌یابند (کیم[1] و همکاران، ۲۰۲۴). در نوجوانی، فرد جایگاه خویش را در خانواده، دوستان و جامعه تعیین می‌کند و از این طریق تجربه کسب می‌کند و در نتیجه کسب تجربه، با خطرهای گوناگونی روبه‌رو می‌شود. تعداد زیادی از رفتارهای پرخطر مانند بزهکاری، خشونت، مصرف مواد، الکل و رابطه جنسی آسیب‌پذیر، در طول این دوره از رشد آغاز می‌شوند (کیرچ و لیپارد[2]، ۲۰۲۲). یکی از شایع‌ترین مشکلاتی که امروزه در میان نوجوانان رواج یافته است، رفتار خودجرحی[3] است که به میزان زیادی در همه فرهنگ ها یافت می‌شود و تحت عنوان تخریب عمدی یا تغییر بافت‌های بدن بدون قصد آشکار و خودکشی تعریف شده است (مانسینلی[4] و همکاران، ۲۰۲۱). رفتارهای خودجرحی به شکل های متفاوتی ظاهر می‌شوند. خود آسیبی یا خودویرانگری اصلاحی است که تمام رفتارهایی را که منجر به آزار و اذیت عمدی با هر سطحی از مرگ و میر را در بر می‌گیرد (الشیخ و دورتی[5]، ۲۰۲۳)؛ افراط و تفریط در هیجان‌ها و یا ناتوانی در مهارگری آنها علاوه بر اینکه منجر به پرخاشگری و خشم و اضطراب می‌شود، باعث ایجاد اختلال در فرایند سازگاری، بهداشت روانی و عاطفی افراد نیز می‌شود و آنها را به شکل جدی تهدید می‌کند (پونتن[6] و همکاران، ۲۰۲۵).

ناتوانی در پردازش‌شناختی و تنظیم هیجان موجب افزایش تکانشگری در نوجوانان می‌شود (ازبک و کری[7]، ۲۰۲۴). همچنین مطالعات دلالت بر این دارند که ضعف در تنظیم هیجان یک عامل موثر بر افزایش تکانشگری و اقدام به خودجرحی است (تورنر و چاپمن[8]، ۲۰۲۵). تکانشگری، خودآزاری را در نوجوانان افزایش می‌دهد، زیرا توانایی آنها را برای مکث و در نظر گرفتن عواقب طولانی مدت اعمالشان کاهش می‌دهد. در لحظات پریشانی شدید هیجانی، نوجوانان تکانشی بیشتر احتمال دارد که برای تسکین درد سریع عمل کنند، بدون اینکه به راهکارهای مقابله‌ای ایمن‌تر فکر کنند. این عدم دوراندیشی به این معنی است که احساسات موقتی، مانند خشم، غم یا شرم، می‌توانند منجر به آسیب دائمی شوند (ران[9] و همکاران، ۲۰۲۲). نوجوانان هنوز در حال توسعه عملکردهای قشر جلوی مغز هستند که مسئول خودکنترلی و تصمیم‌گیری هستند و آنها را در برابر انتخاب‌های عجولانه آسیب‌پذیرتر می‌کند. همچنین تکانشگری همچنین تأثیر نفوذ همسالان را افزایش می‌دهد، جایی که دیدن یا شنیدن در مورد خودآزاری از دیگران می‌تواند تقلید را تحریک کند (ران و همکاران، ۲۰۲۱)؛ با توجه به مباحث مطرح شده اجرای مداخلات روانشناختی با هدف بهبود تکانشگری و در نهایت بهبود رفتارهای خودجرحی در این نوجوانان از اهمیت بالایی برخوردار است.

در این میان برخی از ویژگی‌های روانشناختی از جمله شفقت ورزی به خود[10] می‌تواند تاثیر به‌سزایی در تنظیم و کنترل هیجان داشته باشد. در طول سالیان گذشته، توجه فزاینده‌ای به شفقت به عنوان یک منبع کلیدی برای سلامت روان شده است. به طور خلاصه، شفقت را می‌توان به عنوان توانایی حساسیت نسبت به رنج خود و دیگران همراه با تعهد به تلاش برای التیام یا پیشگیری از آن تعریف نمود (موریس و اوتگیر[11]، ۲۰۲۳). علاقه روز افزون به مفهوم شفقت باعث تدوین و ارزیابی انواع مداخلات مبتنی برشفقت شد که از بین آنها درمان متمرکز بر شفقت و خود شفقت‌ورزی آگاهانه امروزه بهترین مداخلات ارزیابی شده است (پر[12] و همکاران، ۲۰۲۲). خود شفقت‌ورزی آگاهانه، یک رویکرد درمانی است که ذهن آگاهی را با نگرش مهربانی نسبت به خود ترکیب می‌کند. این رویکرد افراد را تشویق می‌کند تا درد خود را بدون اینکه بیش از حد با آن همذات پنداری کنند، تشخیص دهند و به تعادل عاطفی برسند. با تمرین مهربانی با خود به جای انتقاد از خود، افراد می‌توانند به مشکلات با درک و نه قضاوت تند پاسخ دهند. همچنین بر حس انسانیت مشترک تأکید می‌کند و به افراد یادآوری می‌کند که مبارزه یک تجربه جهانی انسانی است (براون[13] و همکاران، ۲۰۲۴). بررسی مطالعات پیشین دلالت بر این دارند که

1 Kim
2 Kirsch & Lippard
3 self-harm
4 Mancinelli
5 Alshaikh & Doherty
6 Pontén
7 Özbek & Çıray
8 Turner & Chapman
9 Ran
10 Self-Compassion
11 Muris & Otgaar
12 Per
13 Braun

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

مداخلات مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر تکانشگری نوجوانان دارای تجربیات ناگوار کودکی (شهاب و همکاران، ۱۴۰۳)، افراد با سابقه خودکشی (نیکبخت و همکاران، ۱۴۰۲) و در بزگسالان با میل به خرید آنی (وانگ[1] و همکاران، ۲۰۲۳) موثر بوده است.

یکی دیگر از رویکردهای درمانی که موجب کاهش رفتارهای تکانشی می‌شود، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی است (نعمت پور درزی و همکاران، ۱۴۰۳؛ صیادی و همکاران، ۱۴۰۳؛ بشرپور و عینی، ۱۳۹۹). ذهنی‌سازی فرایندی است که از طریق آن ذهن ما تجربه‌مان از جهان را تعدیل می‌کند و از اصطلاح کنش‌وری تأملی[2] نیز برای اشاره به عملیاتی کردن ظرفیت‌هایی روانی که ذهنی‌سازی را ایجاد می‌کنند استفاده می‌شود (مهاجرین و همکاران، ۲۰۲۵). به طور خاص ذهنیت یک فرد او را قادر می‌سازد تا حالت‌های ذهنی شامل احساسات افکار نیاز و باور های زیربنایی رفتارهای خود و دیگران را تشخیص دهد و درک کند که به نوبه خود باعث بهتر شدن وضعیت می‌شود (جورگنسن[3] و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین در بررسی پیشینه یک پژوهش مقایسه‌ای یافت شد؛ این پژوهش بر احساس شرم مادران کودکان با نارسایی هوشی انجام شده است؛ یافته‌های این مطالعه نشان داده است که هر دو مداخله خود شفقت‌ورزی آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر کاهش احساس شرم موثر بوده است؛ اما درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی تاثیر بیشتری داشته است (کافی‌نیا و همکاران، ۱۴۰۴).

مقایسه درمان خودشفقت‌ورزی آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به این دلیل حائز اهمیت است که هر دو رویکرد، با تکیه بر فرآیندهای درونی ذهن و هیجان، به کاهش آسیب‌های روانی و رفتاری در نوجوانان کمک می‌کنند، اما از مسیرهای متفاوتی عمل می‌نمایند. درمان خودشفقت‌ورزی آگاهانه بر پایه تمرین‌های ذهن‌آگاهی و پرورش نگرش مهربانانه نسبت به خود استوار است؛ این روش با افزایش پذیرش، کاهش خودانتقادی و ارتقای توانایی در مواجهه با رنج روانی، به نوجوانان دارای رفتارهای خودجرحی کمک می‌کند تا هیجانات منفی را بهتر تحمل کرده و از راه‌های سالم‌تری برای تخلیه هیجانی استفاده نمایند. در مقابل، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با تقویت توانایی فرد در درک و تفسیر حالات ذهنی خود و دیگران، بر تنظیم هیجان و کنترل تکانه‌ها تأثیر می‌گذارد. این رویکرد، به ویژه برای نوجوانانی که در روابط بین‌فردی دچار چالش هستند و رفتارهای تکانشی و خودآسیب‌زننده دارند، اثربخش است زیرا باعث افزایش آگاهی از علل هیجانات و رفتارها می‌شود. مقایسه این دو روش، امکان شناسایی شیوه‌ای مؤثرتر یا مکمل در بهبود مؤلفه‌های کلیدی مانند تنظیم هیجان و کاهش تکانشگری را فراهم می‌سازد و می‌تواند مبنای طراحی مداخلات درمانی هدفمندتر برای این گروه آسیب‌پذیر باشد. لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان خود شفقت‌ورزی آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر تکانشگری نوجوانان دارای رفتارهای خودجرحی انجام شد.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری یک ماه بود. جامعه آماری این پژوهش را نوجوانان دارای رفتارهای خودجرحی مراجعه کننده به هسته مشاوران اداره آموزش و پروش مناطق ۸ و ۱۳ شهر تهران در سال ۱۴۰۳ تشکیل داد. روش نمونه گیری به‌صورت 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. 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

1 Wang
2 . reflective functioning
3 Jørgensen

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

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 پرورپوزال 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 پس آزمون و پس از گذشت یک ماه مجددا آزمون پیگیری اجرا شد. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

ابزار سنجش

مقیاس تکانشگری بارات (BIS-11)[1]: این مقیاس توسط پاتون[2] و همکاران (۱۹۹۵) با ۳۰ سوال طراحی و اعتباریابی شد؛ این مقیاس بر اساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای پاسخ داده می‌شود؛ دامنه نمرات در این مقیاس بین ۳۰ الی ۱۲۰ است و نمرات بالاتر نشان دهنده تکانشگری بیشتر است. این مقیاس شامل سه مولفه تکانشگری توجهی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری عدم برنامه‌ریزی است. روایی سازه این مقیاس به روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی شد؛ نتایج نشان که این سه عامل ۰/۷۸ درصد واریانس را تبیین کردند؛ همچنین همسانی درونی ۰/۸۸ آلفای کرونباخ محاسبه شد (پاتون و همکاران، ۱۹۹۵). در نمونه ایرانی خلوتی و همکاران (۲۰۲۴) روایی به روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی شد و سه عامل از چرخش واریماکس عوامل استخراج شد که ۰/۶۷ درصد واریانس راتبیین کرد؛ همچنین همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ محاسبه شد. در پژوهش حاضر همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ محاسبه شد.

مداخله درمان خود شفقت‌ورزی آگاهانه: خود شفقت‌ورزی آگاهانه طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با اقتباس از پروتکل نف و گرومر[3] (۲۰۱۳) اجرا شد؛ در ایران این پروتکل توسط فروغی و همکاران (۱۴۰۱) به‌صورت گروهی اجرا شده است. در ادامه خلاصه هر یک از جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان خود شفقت‌ورزی آگاهانه

جلسات	محتوا
اول	کشف شفقت به خود: شرکت‌کنندگان با مفهوم شفقت به خود آشنا شدند و بررسی کردند که چرا به این برنامه آمده‌اند. آن‌ها در مورد نحوه رفتارشان با خودشان در مقابل نحوه رفتارشان با دیگران در هنگام مشکلات تأمل کردند. تمرین‌های اولیه شامل لمس آرامش‌بخش و وقفه‌های شفقت به خود بود. این جلسه پایه و اساس مهربانی با خود را بنا نهاد.
دوم	تمرین ذهن آگاهی: گروه تکنیک‌های ذهن آگاهی مانند اسکن دلسوزانه بدن و تنفس محبت‌آمیز را تمرین کردند. آنها یاد گرفتند که با مهربانی، آگاهی ذهن آگاهانه را به لحظه حال بیاورند. این جلسه بر پرورش توجه بدون قضاوت به افکار، احساسات و حواس تأکید داشت. شرکت‌کنندگان شروع به ادغام ذهن آگاهی در زندگی روزمره کردند.
سوم	تمرین مراقبه مهربانی: شرکت‌کنندگان در مراقبه‌های مهربانی نسبت به نیکوکاران و خودشان شرکت کردند. آنها خودانتقادی را بررسی کردند و تمرین کردند تا صداهای خشن درونی خود را ملایم کنند. تمرینات، شناسایی نیازهای شخصی و تقویت شفقت در هنگام پریشانی را تشویق می‌کرد. این جلسه گفتگوی درونی دلسوزانه آنها را عمیق‌تر کرد.
چهارم	یافتن صدای دلسوزانه‌تان: تمرکز بر کشف و توسعه یک صدای درونی دلسوزانه برای ایجاد انگیزه مهربانی با خود به جای انتقاد از خود بود. شرکت‌کنندگان ارزش‌های اصلی را بررسی کردند و به خستگی ناشی از دلسوزی پرداختند. تمرین‌ها شامل نوشتن نامه‌های دلسوزانه و عبارات متانت بود. این جلسه از طریق دلسوزی با خود، تاب‌آوری عاطفی را افزایش داد.
پنجم	زندگی عمیق: مدیتیشن و تمرینات به شرکت‌کنندگان کمک کرد تا با ارزش‌های اصلی خود ارتباط برقرار کنند و متعهد به زندگی عمیق و همراه با شفقت شوند. آن‌ها مدیتیشن متمرکز و حرکات ذهن‌آگاهی را تمرین کردند. این جلسه، ادغام شفقت به خود را در اعمال روزمره تقویت کرد. شرکت‌کنندگان در مورد عهد و پیمان‌های شخصی و نکات مثبت خود تأمل کردند.

1 Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11)
2 Patton
3 Neff and Germer

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

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 ذهنی‌سازی: این مداخله بر اساس پروتکل بتمن و فوناگی[1] (۲۰۱۶) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی اجرا شد؛ این پروتکل در ایران توسط قادری نژاد و همکاران (۱۴۰۱) اجرا شده است. در ادامه خلاصه جلسات در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی

جلسه	*محتوا*
اول	مقدمه و تعامل: درمانگر یک اتحاد درمانی ایمن ایجاد کرد و مفهوم ذهنی‌سازی را توضیح داد. آنها به طور مشترک اهداف درمانی را تعیین کردند و مشکلات فعلی بیمار را بررسی کردند. اهمیت درک افکار و احساسات در خود و دیگران معرفی شد. این پایه به ایجاد اعتماد و انگیزه کمک کرد.
دوم	شناسایی حالات ذهنی: به افراد کمک شد تا احساسات و افکار خود را تشخیص داده و نامگذاری کند. آنها شروع به بررسی چگونگی تأثیر این تجربیات درونی بر رفتارها و روابط خود کردند. مهارت‌های اساسی ذهنی‌سازی توسعه یافت. این جلسه باعث افزایش خودآگاهی شد.
سوم	تقویت خود-ذهنی‌سازی: تمرکز به پیوند دادن احساسات با افکار و نیات زیربنایی درون خود تغییر یافت. به افراد آموزش داده شد که به جای واکنش‌های تکانشی، در مورد حالات ذهنی خود تأمل کنند. این امر باعث پاسخ‌های متفکرانه‌تر شد. افزایش خود-اندیشی تشویق شد.
چهارم	بررسی حالات روانی دیگران: درمانگر افراد را راهنمایی کرد تا دیدگاه‌ها و احساسات دیگران را در نظر بگیرد. افراد تمرین کردند تا دیدگاه‌های خود را تغییر دهند تا پویایی‌های بین فردی را بهتر درک کنند. این امر باعث کاهش سوءتفاهم‌ها و تعارضات شد. همدلی و درک دیدگاه دیگران تقویت شد.
پنجم	ذهنی‌سازی در روابط دلبستگی: افراد الگوهای دلبستگی و چگونگی تأثیر تجربیات اولیه بر توانایی‌های ذهنی‌سازی فعلی را بررسی کردند. آنها الگوهای رابطه‌ای ناسازگار را تشخیص دادند. تأمل به اصلاح این الگوها کمک کرد. آگاهی از دلبستگی عمیق‌تر شد.
ششم	مدیریت برانگیختگی عاطفی: افراد در حفظ تمرکز ذهنی در هنگام پریشانی یا حالات عاطفی شدید حمایت شدند. استراتژی‌هایی برای آرام شدن و مکث قبل از واکنش ایجاد شد. مهارت‌های تنظیم عاطفی بهبود یافت. هر فرد کنترل تکانشگری خود را به دست آورد.
هفتم	بهبود روایت‌ها و انسجام: به افراد کمک شد تا حالات ذهنی خود را در روایت‌های شخصی منسجم ادغام کنند. آنها توانایی درک وقایع و روابط زندگی را افزایش دادند. این جلسه از طریق ذهنی‌سازی، معناسازی را تقویت کرد. انسجام روایت تقویت شد.
هشتم	تثبیت و برنامه‌ریزی برای آینده: درمانگر پیشرفت افراد را بررسی و مهارت‌های ذهنی‌سازی را تقویت کرد. برنامه‌هایی برای مدیریت چالش‌های آینده تدوین شد. بر تمرین مداوم و خوداندیشی تأکید شد. افراد تشویق شدند که دستاوردهای درمانی را به طور مستقل حفظ کنند.

1 Bateman & Fonagy

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

یافته ها

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

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیر تکانشگری به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	مراحل سنجش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو ویلک	
					آماره	معناداری
تکانشگری	پیش آزمون	خود شفقت‌ورزی آگاهانه	۶۵/۱۴	۸/۷۷	۰/۹۷	۰/۸۹
		درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	۶۴/۴۲	۹/۷۶	۰/۹۳	۰/۲۶
		کنترل	۶۵/۲۹	۸/۳۰	۰/۸۸	۰/۰۵
	پس آزمون	خود شفقت‌ورزی آگاهانه	۴۴/۵۴	۶/۴۸	۰/۸۹	۰/۰۶
		درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	۵۲/۵۰	۴/۷۰	۰/۹۴	۰/۴۵
		کنترل	۶۴/۸۹	۷/۲۱	۰/۹۲	۰/۱۸
	پیگیری	خود شفقت‌ورزی آگاهانه	۴۳/۹۷	۴/۵۸	۰/۹۲	۰/۱۷
		درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	۵۲/۲۲	۶/۴۹	۰/۹۰	۰/۰۹
		کنترل	۶۴/۳۴	۸/۹۳	۰/۹۲	۰/۲۱

در جدول ۳ نتایج نشان می‌دهد که گروه‌های مداخله نسبت به کنترل در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در متغیر تکانشگری داشته است؛ در واقع روند تغییرات در گروه‌های مداخله کاهشی بوده است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد، داده‌ها در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه‌ها دارای توزیع نرمال بود (P>۰/۰۵)؛ 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 تکانشگری به تفکیک مراحل سنجش همگون بود؛ همچنین نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها در حالت چندمتغیره برقرار است (۱۷/۴۹=ام باکس، F=۵/۳۰، P=۰/۲۱). نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیر تکانشگری (P=۰/۴۷، W=۰/۹۵) معنادار نمی‌باشد، بر این اساس گزارش شاخص F در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح ندارد. با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های 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 تکانشگری

اثر	آزمون‌ها	ارزش	مقدار F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب اتا	توان آماری
گروه	اثر پیلایی	۰/۶۶	۴۰/۰۴	۲	۴۱	۰/۰۱	۰/۶۶	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۴۰	۴۰/۰۴	۲	۴۱	۰/۰۱	۰/۶۶	۱
	اثر هتلینگ	۱/۹۵	۴۰/۰۴	۲	۴۱	۰/۰۱	۰/۶۶	۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

بزرگترین ریشه‌روی	۱/۹۵	۴۰/۰۴	۲	۴۱	۰/۰۱	۰/۶۶	۱

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 پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ترکیب گروه‌ها و متغیر وابسته به‌طور همزمان (P=۰/۰۱، F=۴۰/۰۴، ۰/۶۶=اثرپیلایی) تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارتی یافته‌های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین متغیر مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیر طی مراحل ارزیابی در سه گروه مورد مطالعه متفاوت بوده است، اما دقیق مشخص نسیت که در کدام یک از گروه‌ها این چنین بوده است، برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج تک متغیره در متن میکس آنوا ارائه خواهد شد.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در متن میکس آنوا برای تکانشگری در سه مرحله اندازه‌گیری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
زمان	۳۷۷۵/۰۸	۲	۱۸۸۷/۵۳	۴۲/۱۱	۰/۰۱	۰/۵۰	۱
زمان*گروه	۲۰۵۳/۳۹	۴	۵۱۳/۳۴	۱۱/۴۵	۰/۰۱	۰/۳۵	۱
خطا	۳۷۶۴/۸۹	۸۴	۴۴/۸۲				
بین گروهی	۴۲۵۸/۴۶	۲	۲۱۲۹/۲۳	۲۷/۵۸	۰/۰۱	۰/۵۷	۱

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در جدول ۵ نشان داد که بین گروه‌ها در متغیر تکانشگری (P=۰/۰۱، F=۲۷/۵۸، η=۰/۵۷) تفاوت معنادار وجود دارد. جهت بررسی روند تغییرات در گروه‌ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه تغییرات درون گروهی و بین‌گروهی متغیر تکانشگری

مراحل سنجش		خود شفقت‌ورزی آگاهانه		درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی		کنترل	
		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲۰/۶۱	۰/۰۱	۱۱/۹۲	۰/۰۱	۰/۴۱	۱/۰۰
پیش‌آزمون	پیگیری	۲۱/۱۷	۰/۰۱	۱۲/۲۱	۰/۰۱	۰/۹۵	۱/۰۰
پس‌آزمون	پیگیری	۰/۵۶	۱/۰۰	۰/۲۸	۱/۰۰	۰/۵۴	۱/۰۰
		شفقت * کنترل		ذهنی سازی * کنترل		شفقت * ذهنی سازی	
مقایسه بین گروهی		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
		۱۳/۶۲	۰/۰۱	۸/۴۶	۰/۰۱	۵/۱۶	۰/۰۲

نتایج جدول فوق گویای این است که در گروه کنترل بین مراحل سنجش تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵)، اما در مقابل نشان داد که در گروه‌های درمانی نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار دارد (P<۰/۰۵)؛ اما بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد که نشان دهنده ثبات تغییرات در گروه‌های درمانی از پس‌آزمون تا پیگیری است؛ در واقع می‌توان گفت که هر دو درمان به‌طور معنادار در طول زمان باعث کاهش تکانشگری شده‌اند. نتایج آزمون بن‌فرونی جهت مقایسه بین گروهی نشان داد که بین گروه‌های خودشفقت‌ورزی آگاهانه و کنترل (P=۰/۰۱) تفاوت معناداری وجود دارد همچنین بین گروه‌های درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و کنترل (P=۰/۰۱) تفاوت معنادار وجود داشت؛ در واقع هر دو درمان در مقایسه با گروه کنترل تاثیر معناداری بر کاهش تکانشگری تا مرحله پیگیری تاثیر داشته است؛ همچنین بین دو گروه درمانی خود شفقت‌ورزی آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی تفاوت معناداری وجود دارد (P=۰/۰۱) در واقع درمان خود شفقت‌ورزی آگاهانه نسبت به درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی تاثیر بیشتر بر کاهش تکانشگری داشته است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان خود شفقت‌ورزی آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر تکانشگری نوجوانان دارای رفتارهای خودجرحی انجام شد. یافته اول نشان داد که درمان خود شفقت‌ورزی آگاهانه به طور موثر موجب کاهش تکانشگری در نوجوانان دارای رفتارهای خودجرحی شده است. این یافته با پژوهش‌های هاب و همکاران (۱۴۰۳)، نیکبخت و همکاران (۱۴۰۲) و وانگ و همکاران (۲۰۲۳) همسو بود. در تبیین می‌توان گفت که خود شفقت‌ورزی آگاهانه در کاهش تکانشگری مؤثر است، زیرا یک حالت ذهنی آرام‌تر و تأملی‌تر را ایجاد می‌کند که الگوهای خودکار و واکنشی را مختل می‌کند. وقتی افراد ذهن‌آگاهی را تمرین می‌کنند، بدون قضاوت، از افکار، احساسات و احساسات بدنی خود در لحظه حال آگاه‌تر می‌شوند. این آگاهی مکثی بین یک محرک و یک پاسخ ایجاد می‌کند و به جای عمل انعکاسی، فضایی را برای تصمیم‌گیری آگاهانه فراهم می‌کند (نیکبخت و همکاران، ۱۴۰۲). خود شفقت‌ورزی آگاهانه با تشویق مهربانی نسبت به خود، این فرآیند را بیشتر تقویت می‌کند، که باعث کاهش شرم و خودانتقادی می‌شود که می‌تواند رفتارهای تکانشی را تحریک کند. با پرورش یک محیط درونی غیرتهدیدآمیز، خودشفقتی واکنش‌پذیری عاطفی را کاهش می‌دهد و تحمل ناراحتی را بدون بروز واکنش‌های منفی آسان‌تر می‌کند (مورلی[1]، ۲۰۱۸). علاوه بر این، خود شفقت‌ورزی آگاهانه با درگیر کردن سیستم عصبی پاراسمپاتیک به افراد کمک می‌کند تا استرس، یک محرک اصلی برای اعمال تکانشی، را تنظیم کنند. همچنین انعطاف‌پذیری هیجانی را ارتقا می‌دهد که افراد را قادر می‌سازد بدون توسل به انتخاب‌های عجولانه، با ناامیدی و شکست‌ها کنار بیایند. با گذشت زمان، تمرین مکرر، مغز را به سمت خودکنترلی و صبر بیشتر هدایت می‌کند. این ترکیب آگاهی از لحظه حال و مهربانی با خود، افراد را به کنش‌های شناختی برای واکنش متفکرانه مجهز می‌کند. در نتیجه، تمایلات آنی کنترل خود را از دست می‌دهند و جای خود را به رفتارهای آگاهانه و ارزش‌محور می‌دهند (هو[2] و همکاران، ۲۰۲۴).

یافته دوم نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به طور موثر موجب کاهش تکانشگری در نوجوانان دارای رفتارهای خودجرحی شده است. این یافته با پژوهش‌های نعمت پور درزی و همکاران (۱۴۰۳)، صیادی و همکاران (۱۴۰۳) و بشرپور و عینی (۱۳۹۹) همسو بود. در تبیین می‌توان بیان نمود که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در کاهش تکانشگری مؤثر بوده است، زیرا توانایی افراد را در درک و تفسیر افکار، احساسات و نیات خود و همچنین دیگران تقویت می‌کند. با بهبود این ظرفیت برای ذهنی‌سازی، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به افراد کمک می‌کند تا قبل از واکنش مکث و تأمل کنند و احتمال اقدامات تکانشی را کاهش دهند (مالکی، ۲۰۲۵). این درمان بر شناسایی احساسات زیربنایی که باعث رفتار می‌شوند تأکید دارد، که این امر تنظیم عاطفی و خودآگاهی بیشتری را تقویت می‌کند. همانطور که مراجعین یاد می‌گیرند که دیدگاه‌های چندگانه داشته باشند و ابهام را تحمل کنند، احتمال کمتری دارد که بر اساس تمایلات شدید و لحظه‌ای عمل کنند (مهاجریان و همکاران، ۲۰۲۴). درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی همچنین به تحریفات در تفکر که می‌تواند باعث تصمیم‌گیری‌های عجولانه شود، می‌پردازد و آنها را با تفسیرهای متعادل‌تر و واقع‌بینانه‌تر از موقعیت‌ها جایگزین می‌کند. رابطه درمانی، محیطی امن برای بررسی محرک‌ها و تمرین عملکرد تأملی در زمان واقعی فراهم می‌کند (صیادی و همکاران، ۱۴۰۳). درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با کند کردن فرآیند ذهنی و تمرکز بر درک به جای واکنش فوری، چرخه‌های خودکاری را که منجر به تکانشگری می‌شوند، قطع می‌کند. با گذشت زمان، این تمرین مکرر، مسیرهای عصبی مرتبط با خودکنترلی و تصمیم‌گیری متفکرانه را تقویت می‌کند (والکرت[3] و همکاران، ۲۰۱۹).

یافته سوم نشان داد بین دو گروه درمانی خود شفقت‌ورزی آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی تفاوت معناداری وجود داشت؛ در واقع درمان خود شفقت‌ورزی آگاهانه نسبت به درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی تاثیر بیشتر بر کاهش تکانشگری داشته است. در بررسی پژوهش‌های قبلی، پژوهشی یافت نشد که به مقایسه این دو مداخله بر تکانشگری در نوجوانان دارای رفتارهای خودجرحی بپردازید. به نظر می‌رسد خود شفقت‌ورزی آگاهانه در کاهش تکانشگری مؤثرتر از درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی است، زیرا ابزارهای فوری برای آرام کردن واکنش‌پذیری عاطفی، که محرک اصلی رفتار عجولانه است، ارائه می‌دهد. در حالی که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی تفکر تأملی را افزایش می‌دهد (نیکبخت و همکاران، ۱۴۰۲)، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مستقیماً افراد را آموزش می‌دهد تا تکانه‌ها را بدون قضاوت مشاهده کنند و با مهربانی به خود پاسخ دهند، که به سرعت واکنش‌های خودکار را قطع می‌کند. این موضع دلسوزانه، شرم و انتقاد از خود،

1 Morley
2 Hu
3 Volkert

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

حالت‌های عاطفی که اغلب تمایلات تکانشی را تشدید می‌کنند، را کاهش می‌دهد (هاب و همکاران، ۱۴۰۳). تمرین‌های ذهن‌آگاهی در خودشفقت‌ورزی آگاهانه، آگاهی از لحظه حال را تقویت می‌کند و به افراد اجازه می‌دهد قبل از اقدام، علائم فیزیولوژیکی برانگیختگی را متوجه شوند. خودشفقت‌ورزی آگاهانه با فعال کردن سیستم عصبی پاراسمپاتیک، حس ایمنی و آرامشی را پرورش می‌دهد که از خودکنترلی پشتیبانی می‌کند (هو و همکاران، ۲۰۲۴). در مقابل، تکیه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر تفسیر شناختی می‌تواند قبل از بروز تغییرات در تکانشگری، نیاز به توسعه مهارت‌های بلندمدت داشته باشد. تمرین‌های تجربی خودشفقت‌ورزی آگاهانه همچنین به افراد کمک می‌کند تا تحمل عاطفی را افزایش دهند، بنابراین می‌توانند ناراحتی را بدون توسل به رفتارهای فرار تکانشی تحمل کنند (مالکی، ۲۰۲۵). تمرکز آن بر پذیرش به جای تجزیه و تحلیل، تثبیت عاطفی سریع‌تر را تشویق می‌کند. با گذشت زمان، این ترکیب آگاهی، پذیرش و شفقت، ظرفیت پایدارتری را برای انتخاب اعمال آگاهانه و همسو با ارزش‌ها ایجاد می‌کند (بشرپور و عینی، ۱۳۹۹). بنابراین، مزایای تنظیم هیجانی مستقیم خودشفقت‌ورزی آگاهانه اغلب منجر به کاهش سریع‌تر و قوی‌تر تکانشگری نسبت به رویکرد شناختی‌تر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی می‌شود.

در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که درمان خود شفقت‌ورزی آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر تکانشگری نوجوانان دارای رفتارهای خودجرحی شده است و درمان خود شفقت‌ورزی آگاهانه نسبت به درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی تاثیر بیشتری بر کاهش تکانشگری داشته است. به طور خلاصه، هم درمان خودشفقت‌ورزی آگاهانه و هم درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی اثربخشی قابل توجهی در کاهش تکانشگری در میان نوجوانان مبتلا به رفتارهای خودجرحی نشان داده‌اند، زیرا هر دو خودآگاهی، تنظیم هیجانی و ظرفیت تأملی را افزایش می‌دهند. این پژوهش در نمونه محدودی از نوجوانان با رفتارهای خودجرحی در شهر تهران انجام شد؛ تعمیم این یافته‌ها به سایر گروها 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 تکانشگری نوجوانان دارای رفتارهای خودجرحی در مراکز درمانی پیشنهاد می‌شود.

منابع

بشرپور، س.، و 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)، ۱۹-۱۰. http://shefayekhatam.ir/article-1-2117-fa.html

شهاب، م.، تکلوی، س.، و پور محسنی کلوری، ف. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خود سرزنشی، احساس گناه و رفتارهای تکانش‌گرایانه نوجوانان دارای تجربیات ناگوار کودکی. *رویش روان شناسی، ۱۳* (۷)، ۱۷۱-۱۸۰.http://frooyesh.ir/article-1-5252-fa.html

صیادی، ع.، زارعی، ث.، ملکی، س.، و ارسلان ده، ف. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر اعتماد معرفتی، بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری در بزرگسالان مبتلا به ترومای کودکی. *روان پرستاری، ۱۲* (۶)، ۱۶-۳۰. http://ijpn.ir/article-1-2419-fa.html

فروغی، ع. الف.، رئیسی، س.، منتظری، ن.، و ناصری و م. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شفقت به خود ذهن آگاهانه بر کیفیت خواب، نشخوار فکری و شفقت به خود افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی- عروقی. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۹* (۴)، ۱۵۲-۱۳۷. http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1438-fa.html

قادرنژاد، م.، اعتماد نیا، م.، فرشباف، م.، و صفت، ف. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان مبتنی بر ذهنی سازی در بهبود نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *رویش روان شناسی، ۱۱* (۱۲)، ۱۶۲-۱۵۳.http://frooyesh.ir/article-1-3944-fa.html

کافی‌نیا، ف.، شریفی، ط.، و غضنفری، الف. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت و ذهنی‌سازی بر احساس شرم مادران کودکان با نارسایی هوشی آموزش‌پذیر شهر فارسان. *رویش روان شناسی، ۱۴* (۱)، ۱۲۵-۱۳۴.https://frooyesh.ir/article-1-5625-fa.html

نعمت پور درزی، الف. الف.، آور، ز.، رحمتی توسه کله، ف.، و جانعلی زاده چناری، س. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان ذهنی‌سازی بر دشواری در تنظیم هیجان و خودمهارگری در نوجوانان با پرخاشگری بالا. *رویش روان شناسی، ۱۳* (۶)، ۲۴۱-۲۵۰. http://frooyesh.ir/article-1-5107-fa.html

نیک بخت، ن.، دنیوی، ر.، و موسوی، س. م. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر دوسوگرایی در ابراز هیجان و تکانشگری در افراد با سابقه خودکشی. *ابن سینا، ۲۵* (۲)، ۷۷-۷۰.http://ebnesina.ajaums.ac.ir/article-1-1170-fa.html

Al Alshaikh, L., & Doherty, A. M. (2023). The relationship between diabetic ketoacidosis and suicidal or self-injurious behaviour: A systematic review. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology*, *34*, 100325. https://doi.org/10.1016/j.jcte.2023.100325

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

Braun, T. D., Bhuptani, P. H., O'Keefe, B., Abrantes, A. M., Marsh, E., & Holzhauer, C. G. (2024). Mindful self-compassion for veteran women with a history of military sexual trauma: feasibility, acceptability, potential benefits, and considerations. *European journal of psychotraumatology*, *15*(1), 2301205. https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2301205

Hu, C., Li, W., Gong, G., Qi, M., & Yu, D. (2024). The relationship between mindfulness and aggression for adolescence: Interplay of impulsivity and inhibition dysfunction. *Current Psychology*, *43*(47), 36030-36043. https://doi.org/10.1007/s12144-024-07002-4

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

Khalvati, M., Harouni, G. G., Ghazanfarpour, M., Asgari, M., Hadinezhad, P., Khosravifar, S., & Babakhanian, M. (2024). Cultural adaptation and validation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS) in a population of Iranian drug and alcohol addicts. *Environment and Social Psychology*, *9*(6), 20-24. https://doi.org/10.54517/esp.v9i6.2042

Kim, S., Hwang, J., Lee, J. H., Park, J., Kim, H. J., Son, Y., ... & Yon, D. K. (2024). Psychosocial alterations during the COVID-19 pandemic and the global burden of anxiety and major depressive disorders in adolescents, 1990–2021: challenges in mental health amid socioeconomic disparities. *World Journal of Pediatrics*, *20*(10), 1003-1016. https://doi.org/10.1007/s12519-024-00837-8

Kirsch, D. E., & Lippard, E. T. (2022). Early life stress and substance use disorders: the critical role of adolescent substance use. *Pharmacology biochemistry and behavior*, *215*, 173360. https://doi.org/10.1016/j.pbb.2022.173360

Mancinelli, E., Sharka, O., Lai, T., Sgaravatti, E., & Salcuni, S. (2021). Self-injury and Smartphone Addiction: Age and gender differences in a community sample of adolescents presenting self-injurious behavior. *Health psychology open*, *8*(2), 20551029211038811. https://doi.org/10.1177/20551029211038811

Mohajerin, B., Gallagher, M. W., & Howard, R. (2025). Unified Protocol vs Mentalization-Based Therapy for Adolescents with Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *32*(1), e70033. https://doi.org/10.1002/cpp.70033

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

Morley, R. H. (2018). The impact of mindfulness meditation and self-compassion on criminal impulsivity in a prisoner sample. *Journal of Police and Criminal Psychology*, *33*(2), 118-122. https://doi.org/10.1007/s11896-017-9239-8

Muris, P., & Otgaar, H. (2023). Self-esteem and self-compassion: A narrative review and meta-analysis on their links to psychological problems and well-being. *Psychology research and behavior management*, 2961-2975. https://doi.org/10.2147/PRBM.S402455

Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*, *69*(1), 28-44. https://doi.org/10.1002/jclp.21923

Özbek, M. M., & Çıray, R. O. (2024). Analysis of the Relationship Between Emotion Regulation Difficulties and Impulsivity and Cognitive/Metacognitive Skills in Adolescents Diagnosed with Major Depressive Disorder. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, *34*(2), 144. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11332503/

Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*, *51*(6), 768-774. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8778124/

Per, M., Schmelefske, E., Brophy, K., Austin, S. B., & Khoury, B. (2022). Mindfulness, self-compassion, self-injury, and suicidal thoughts and behaviors: A correlational meta-analysis. *Mindfulness*, *13*(4), 821-842. https://doi.org/10.1007/s12671-021-01815-1

Pontén, M., Lee, M., Khoo, S., Nilsson, G., Nevin, E., Walldén, Y., ... & Bjureberg, J. (2025). Pain threshold and pain tolerance in young people with Self-Injurious Behavior: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatry Research*, 116638. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2025.116638

Ran, H., Fang, D., Che, Y., Donald, A. R., Peng, J., Chen, L., ... & Xiao, Y. (2022). Resilience mediates the association between impulsivity and self-harm in Chinese adolescents. *Journal of affective disorders*, *300*, 34-40. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.077

Ran, H., Fang, D., Donald, A. R., Wang, R., Che, Y., He, X., ... & Xiao, Y. (2021). Impulsivity mediates the association between parenting styles and self-harm in Chinese adolescents. *BMC public health*, *21*(1), 332. https://doi.org/10.1186/s12889-021-10386-8

Turner, C. J., & Chapman, A. L. (2025). The role of impulsivity and emotion regulation difficulties in nonsuicidal self-injury and borderline personality disorder symptoms among young adults. *Personality and Mental Health*, *19*(2), e1640. https://doi.org/10.1002/pmh.1640

Volkert, J., Hauschild, S., & Taubner, S. (2019). Mentalization-based treatment for personality disorders: efficacy, effectiveness, and new developments. *Current Psychiatry Reports*, *21*(4), 25. https://doi.org/10.1007/s11920-019-1012-5

Wang, Y., Zhou, J., Gu, X., Zeng, X., & Wu, M. (2023). The Effect of Self-Compassion on Impulse Buying: A randomized controlled trial of an online self-help intervention. *Mindfulness*, *14*(6), 1542-1551. https://doi.org/10.1007/s12671-023-02139-y

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]