رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۸، شماره پیاپی ۱۱۳، آبان ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(8), 2025

مقایسه اثربخشی درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر تحول مثبت نوجوانی در دانش آموزان با نشانگان افسردگی

Comparison of the Effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy and Mentalization-Based Therapy (MBT) on Positive Youth Development in Students with Depressive Symptoms

فاطمه نوذری
گروه خانواده و مشاوره، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
شهره قربان شیرودی (نویسنده مسئول)
گروه خانواده و مشاوره، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
جواد خلعتبری
گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

Fatemeh Nouzari
Department of Family and Counseling, NT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.
Shohreh Ghorban Shiroudi *
Department of Family and Counseling, NT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.
shohrehghsh@iau.ac.ir
Javad Khalatbari
Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

چکیده

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر تحول مثبت نوجوانی در دانش آموزان با نشانگان افسردگی انجام شد. پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماه بود. جامعه آماری پژوهش شامل دانش آموزان دختر متوسطه دوم شهرستان صومعه سرا در سال ۱۴۰۳ بود؛ ۴۵ دانش‌آموز به روش هدفمند انتخاب و به روش تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری گمارده شدند. هر یک از گروه‌های آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله را به‌صورت گروهی دریافت کردند. شرکت‌کنندگان به پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II؛ بک و همکاران، ۱۹۹۶) و مقیاس تحول مثبت نوجوانی (PYD؛ گلدوف و همکاران، ۲۰۱۴) پاسخ دادند. داده‌ها به روش تحلیل واریانس با اندازه-گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که در دو گروه مداخله درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم و درمان مبتنی بر ذهنی سازی در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معنادار نمرات پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پیگیری تحول مثبت نوجوانی افزایش یافته است (P<۰/۰۵)؛ همچنین یافته‌ها نشان داد که بین دو گروه مداخله در مرحله پیگیری تفاوت معنادار وجود داشت (P<۰/۰۵). در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نسبت به درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم تاثیر بیشتر بر افزایش تحول مثبت نوجوانانی در دانش آموزان با نشانگان افسردگی داشته است.

واژه‌های کلیدی: *ذهنی سازی، تحول مثبت نوجوانی، افسردگی، حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم.*

Abstract

This study aimed to compare the effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy and mentalization-based therapy (MBT) on positive youth development in students with depressive symptoms. The present study was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and a control group with a two-month follow-up period. The statistical population of the study included all female second-year high school students in Soumeh Sara city in 2024; 45 students were purposively selected and randomly assigned to three groups of 15. Each of the experimental groups received the intervention as a group during eight 90-minute sessions. Participants responded to the Beck Depression Inventory (BDI-II; Beck et al., 1996) and the Positive Youth Development Scale (PYD; Geldhof et al., 2014). Data were analyzed using analysis of variance with repeated measures. The findings showed that in the two intervention groups, eye movement desensitization and reprocessing therapy and mentalization-based therapy, the scores from pre-test to post-test and follow-up of positive youth development significantly increased compared to the control group (P<0.05); The findings also showed that there was a significant difference between the two intervention groups at the follow-up stage (P<0.05). Overall, it can be concluded that mentalization-based therapy had a greater effect on increasing positive youth development in students with depressive symptoms than eye movement desensitization and reprocessing therapy.

Keywords: *Mentalization, Positive Youth Development, Depression, Eye Movement Desensitization and Reprocessing.*

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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-26]

مقدمه

در دوران نوجوانی، افراد تغییرات سریع جسمی، هیجانی و اجتماعی را تجربه می‌کنند که آنها را در برابر افسردگی آسیب‌پذیر می‌کند (ویلسون و دومورنی[1]، ۲۰۲۲). مطالعه این وضعیت به متخصصان این امکان را می‌دهد تا عوامل خطر مانند مشکلات خانوادگی، فشار همسالان، استرس تحصیلی و تأثیرات رسانه‌های اجتماعی را شناسایی کنند. همچنین چگونگی تأثیر افسردگی بر رشد شناختی، تنظیم هیجان و عزت نفس را روشن می‌کند (زاجکواسکا[2] و همکاران، ۲۰۲۱). علاوه بر این، افسردگی نوجوانان تأثیر قابل توجهی بر عملکرد مدرسه، روابط و فرصت‌های شغلی آینده دارد و در صورت عدم درمان به‌موقع، می‌تواند منجر به سوء مصرف مواد، خودآزاری یا حتی اقدام به خودکشی شود (اسکلیدر[3] و همکاران، ۲۰۲۲). بر این اساس پژوهش در زمینه افسردگی نوجوانان و شناسایی عوامل موثر بر آن بسیار مهم است، زیرا به متخصصان کمک می‌کند تا یکی از رایج‌ترین مسائل سلامت روان در بین جوانان را درک کنند.

افسردگی می‌تواند با ایجاد اختلال در ابعاد مختلف تحولی نوجوانان، مانع قابل توجهی در تحول مثبت آنها در دوران جوانی شود (ژو[4] و همکاران، ۲۰۲۰؛ میلوت تراورز و مهالیک[5]، ۲۰۲۱). این اختلال اغلب انگیزه را کاهش می‌دهد و دستیابی به موفقیت تحصیلی، فعالیت‌های فوق برنامه یا اهداف شخصی را برای نوجوانان دشوارتر می‌کند. افسردگی همچنین ممکن است روابط همسالان و خانواده را تحت فشار قرار دهد و فرصت‌های ارتباطات حمایتی و شایستگی اجتماعی را محدود کند. این اختلال می‌تواند در مهارت‌های تصمیم‌گیری و حل مسئله اختلال ایجاد کند و تاب‌آوری را در مواجهه با چالش‌ها کاهش دهد (اولسون و گودارد[6]، ۲۰۱۵). کمبود انرژی و علاقه اغلب منجر به کناره‌گیری از فعالیت‌هایی می‌شود که معمولاً خلاقیت و اعتماد به نفس را تقویت می‌کنند. عملکرد تحصیلی ممکن است کاهش یابد که می‌تواند بر آرزوهای بلندمدت تحصیلی و شغلی تأثیر بگذارد. علاوه بر این، افسردگی خطر ابتلا به رفتارهای مضر مانند سوء مصرف مواد یا خودآزاری را افزایش می‌دهد. این چالش‌ها می‌توانند چرخه‌ای ایجاد کنند که در آن فرصت‌های رشدی از دست می‌روند و علائم افسردگی را عمیق‌تر می‌کنند (چی[7] و همکاران، ۲۰۲۰). بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که افسردگی به‌طور مستقیم و به سبب تاثیر منفی که بر عملکرد نوجوان دارد می‌تواند بر مانع تحول مثبت نوجوان شود (میلوت تراورز و مهالیک، ۲۰۲۱). تحول مثبت نوجوانی رویکردی برای درک و حمایت از جوانان است که بر نقاط قوت، پتانسیل و ظرفیت آنها برای شکوفایی تأکید می‌کند، نه اینکه صرفاً بر آسیب‌ها، مشکلات یا کاستی‌ها تمرکز کند (گومز-بای[8] و همکاران، ۲۰۲۲).

بررسی پژوهش‌ها دلالت بر این دارند که درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم اثرات امیدوارکننده‌ای در کاهش افسردگی در بین نوجوانان، به ویژه هنگامی که علائم با تروما یا تجربیات ناراحت‌کننده مرتبط هستند، نشان داده است (کارلتو[9] و همکاران، ۲۰۲۱). درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم با کمک به عملکرد مغز برای پردازش مجدد خاطرات دردناک از طریق تحریک دو طرفه، شدت عاطفی مرتبط با آن خاطرات را کاهش می‌دهد، که اغلب علائم افسردگی را تسکین می‌دهد (سیک و کیم[10]، ۲۰۲۴). نوجوانانی که دچار ترومای حل نشده هستند ممکن است افسردگی را به عنوان یک پاسخ ثانویه تجربه کنند و درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم مستقیماً به علت اصلی می‌پردازد نه فقط علائم سطحی (یان[11] و همکاران، ۲۰۲۵). مطالعه‌ای که روی نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی انجام شد، نشان داد که درمان درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم، حتی با جلسات کوتاه (۳ تا ۷ جلسه)، به طور مؤثر علائم افسردگی مرتبط با وقایع استرس‌زای زندگی، نه لزوماً تروما، را کاهش می‌دهد؛ همچنین نتایج نشان داد که این درمان باعث بهبود بهزیستی روانشناختی نوجوانان شد (بائه[12] و همکاران، ۲۰۰۸). در پژوهشی سه نوجوان تحت درمان درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم با تمرکز بر پردازش خاطرات وقایع استرس‌زا قرار گرفتند که منجر به بهبود قابل توجه افسردگی شد. این نشان می‌دهد که درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم می‌تواند به نوجوانان کمک کند تا بر چالش‌های عاطفی که بر سلامت روان و

1 Wilson & Dumornay
2 Zajkowska
3 Schleider
4 Zhou
5 Milot Travers & Mahalik
6 Olson & Goddard
7 Chi
8 Gomez-Baya
9 Carletto
10 Seok & Kim
11 Yan
12 Bae

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-26]

عملکرد اجتماعی آنها تأثیر می‌گذارد، یعنی جنبه‌های کلیدی رشد مثبت جوانان، غلبه کنند. این درمان، پردازش اطلاعات تطبیقی را تسهیل می‌کند و به جوانان اجازه می‌دهد تا احساسات منفی را با پیوندهای مثبت‌تر جایگزین کنند و تنظیم هیجانی و روابط بین فردی را بهبود بخشند (قنوات‌پور و همکاران، ۲۰۲۳).

همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با بهبود توانایی نوجوانان در درک و تنظیم هیجان‌ها، تأثیر مثبتی بر کاهش افسردگی در آنها دارد (لایتن[1] و همکاران، ۲۰۲۴؛ مالدا-کاستیلو[2] و همکاران، ۲۰۱۹). افسردگی در جوانان اغلب با دشواری در تفسیر هیجانات خود و نیات دیگران مرتبط است که می‌تواند چرخه‌هایی از کناره‌گیری، ناامیدی و عزت نفس پایین ایجاد کند (فیشر-کرن و تیمج[3]، ۲۰۱۹). درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به نوجوانان کمک می‌کند تا ظرفیت خود را برای «ذهنی‌سازی» افزایش دهند، به این معنی که یاد می‌گیرند در مورد افکار، احساسات و تجربیات بین فردی خود با وضوح بیشتری تأمل کنند. این فرآیند سردرگمی و غرق شدن عاطفی را که در افسردگی رایج است، کاهش می‌دهد (لایتن و همکاران، ۲۰۲۴). درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با تقویت مهارت‌های اتخاذ دیدگاه، روابط با همسالان و خانواده را نیز بهبود می‌بخشد و حمایت اجتماعی را که از آنها در برابر علائم افسردگی محافظت می‌کند، تقویت می‌کند. نوجوانان ابزارهایی برای مدیریت مؤثرتر تعارضات بین فردی به دست می‌آورند و احساس انزوا و طرد شدن را کاهش می‌دهند (ژاکوبسن[4] و همکاران، ۲۰۱۲). تحقیقات نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی می‌تواند با پرداختن به تنظیم هیجان و عملکرد اجتماعی، منجر به کاهش قابل توجه علائم افسردگی شود. همچنین خودآگاهی بیشتری را القا می‌کند که نوجوانان را قادر می‌سازد تا با روش‌های سالم‌تری با پریشانی کنار بیایند و درنتیجه موجب بهبود تحول مثبت در نوجوانان می‌شود (سلمانیان و همکاران، ۱۴۰۰؛ علیزاده و همکاران، ۱۴۰۳).

مقایسه‌ی درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر تحول مثبت نوجوانی در نوجوانان دارای علائم افسردگی مهم است، زیرا هر دو مداخله جنبه‌های متفاوت اما مکمل سلامت روان را هدف قرار می‌دهند. درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم بر پردازش مجدد تجربیات آسیب‌زا یا ناراحت‌کننده‌ای که اغلب زمینه‌ساز افسردگی نوجوانان هستند تمرکز دارد (کارلتو و همکاران، ۲۰۲۱)، در حالی که درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر بهبود تنظیم هیجان، خودشناسی و روابط بین فردی تأکید دارد (فیشر-کرن و تیمج، ۲۰۱۹). از آنجایی که تحول مثبت نوجوانی بر تقویت تاب‌آوری، شایستگی، ارتباط و هویت مثبت بنا شده است، بررسی چگونگی تأثیر هر درمان بر این حوزه‌ها، بینش‌های ارزشمندی را ارائه می‌دهد. برخی از نوجوانان ممکن است از رویکرد متمرکز بر ترومای درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم بیشتر بهره‌مند شوند، در حالی که برخی دیگر ممکن است تحت چارچوب رابطه‌ای و بازتابی درمان مبتنی بر ذهنی سازی تغییر کنند. مقایسه مستقیم به تعیین اینکه کدام مداخله به طور مؤثرتری اجزای اصلی تحول مثبت نوجوانی مانند اعتماد به نفس، مراقبت و ارتباط را افزایش می‌دهد، کمک می‌کند. همچنین به متخصصان بالینی و سیاست‌گذاران در مورد متناسب‌سازی مداخلات با نیازهای خاص رشدی و عاطفی جوانان افسرده اطلاع می‌دهد. علاوه بر این، مطالعات تطبیقی با برجسته کردن مزایای منحصر به فرد و همپوشانی هر دو درمان، به عملکرد مبتنی بر شواهد کمک می‌کنند. درک این تفاوت‌ها می‌تواند برنامه‌های درمانی شخصی‌سازی‌شده‌تری را هدایت کند و نتایج رشدی بلندمدت را بهبود بخشد. با توجه به اهیمت و ضرورت مطرح شده این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر تحول مثبت نوجوانی در دانش آموزان با نشانگان افسردگی انجام شد.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماه بود. جامعه آماری پژوهش شامل دانش آموزان دختر متوسطه دوم شهرستان صومعه سرا در سال ۱۴۰۳ بود. حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۸۵ برابر ۱۵ نفر برای هر گروه برآورد شد که از بین افراد دارای ملاک‌های ورود به پژوهش، ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند از دو مدرسه انتخاب و در سه گروه آزمایش ۱ (۱۵ نفر)، آزمایش ۲ (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. ملاک

1 Luyten
2 Malda-Castillo
3 Fischer-Kern, & Tmej
4 Jakobsen

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-26]

ورود به پژوهش شامل اعلام آمادگی برای شرکت در پژوهش، عدم دریافت هرگونه مداخله روانشناختی طی شش ماه گذشته، کسب نمره بیشتر از ۱۵ در پرسشنامه افسردگی بک، عدم سابقه اختلالات روانشناختی شدید (اختلالات سایکوتیک، اختلال افسردگی اساسی و اختلالات دو قطبی) که با بهره‌گیری از مصاحبه بالینی ثبت شد؛ همچنین معیارهای عدم تجربه سوگ در شش ماه گذشته و عدم سابقه مصرف مواد مخدر یا الکل در نظر گرفته شد که بر اساس اظهارات شخصی مشارکت‌کنندگان ثبت شد. معیارهای خروج هم عبارتند از شرکت در درمان‌های گروهی دیگر به صورت همزمان و غیبت بیش از دو جلسه در حین مداخلات، عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات درمانی، تجربه سوگ در طول درمان، نیاز به خدمات روان‌درمانی فردی و نقل مکان از موقعیت جغرافیایی بود. ملاحضات اخلاقی هم در تمام مراحل پژوهش در نظر گرفته شد. به تمامی افراد نمونه اطمینان داده شد که نام و اطلاعات هویتی آن‌ها در هیچ قسمتی از پژوهش ذکر نخواهد شد و شرکت در پژوهش اختیاری بود. به منظور انجام پژوهش، یک جلسه توجیهی برگزار و فرم رضایت نامه و پرسشنامه حاوی اطلاعات جمعیت‌شناختی بین شرکت کنندگان توزیع شد؛ تا اجازه کتبی جهت حضور در جلسات درمانی را از یکی از والدین دریافت کنند. با هدف ناشناس بودن و برای اینکه حریم خصوصی شرکت کنندگان تضمین شود، برای هر شرکت کننده کد متناسب اختصاص داده شد؛ همچنین پروپوزال این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال با شناسه IR.IAU.TNB.REC.1404.045 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 دو ماه مجددا آزمون پیگیری اجرا شد. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۷ با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

ابزار سنجش

سیاهه افسردگی بک[1] (BDI-II): این ابزار ۲۲ آیتمی توسط بک و همکاران (۱۹۹۶) ساخته شده است و شدت علائم افسردگی را بر روی یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از نمره ۰ تا ۳ اندازه‌گیری می‌کند و دامنه نمرات بین صفر الی ۶۳ است و نمره بیشتر از ۱۵ در این سیاهه معیار تشخیص نشانگان افسردگی در افراد می‌باشد؛ پایایی این سیاهه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش شده است و روایی ملاکی آن با سازه افکار خودکشی ۰/۶۵ محاسبه شده است (بک و همکاران، ۱۹۹۶). در نمونه ایرانی پایایی به روش همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش شده و روایی ملاکی با مقیاس افسردگی اضطراب و استرس ۲۱ سوالی ۰/۷۶ گزارش شد (رحیمی، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ محاسبه شد.

مقیاس تحول مثبت نوجوانی[2] (PYDS): این مقیاس توسط گلدوف[3] و همکاران (۲۰۱۴) طراحی شده است و تغییرات مثبت در سطوح تحول نوجوانان را با پنج زیرمقیاس شایستگی، اطمینان، ارتباط، منش و مراقبت اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس دارای ۱۷ سوال به‌صورت طیف لیکرت پنج گزینه‌ای (کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۵) پاسخ داده می‌شود و دامنه نمرات بین ۱۷ الی ۸۵ است و نمرات بالا نشان دهنده تحول مثبت بیشتر در نوجوانان است. پایایی این ابزار توسط گلدوف و همکاران (۲۰۱۴) با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۷۴ گزارش شده است؛ همچنین برای بررسی روایی این پرسشنامه از روش تحلیل عاملی اکتشافی به روش مؤلفه‌های اصلی استفاده شده است؛ یافته‌ها نشان داد که بار عاملی گویه‌ها از ۰/۴۲ تا ۰/۸۸ متغیر بود و به طور کلی، عوامل به دست آمده ۶۰/۲ درصد از واریانس کل را تبیین کردند (گلدوف و همکاران، ۲۰۱۴). در ایران بابایی و همکاران (۱۳۹۶) این مقیاس را در ایران ترجمه و اعتباریابی کردند؛ نتایج تحلیل عاملی نشان داد که این مقیاس از پنج عامل اشباع شده است. علاوه بر آن نتایج همبستگی پیرسون نشان داد، تحول مثبت نوجوانی با انضباط (r=۰/۳۲) و پیشرفت تحصیلی (r=۰/۳۱) رابطه مثبت و با قلدری (r=-۰/۴۶) رابطه منفی و معنی‌دار داشت که نشان دهنده روایی ملاکی است. همچنین پایایی پرسشنامه تحول مثبت نوجوانی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۱ محاسبه شد. در پژوهش حاضر پایایی به روش همسانی درونی ۰/۷۹ آلفای کرونباخ محاسبه شد.

مداخله درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم: این درمان در هشت هفته به صورت گروهی (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) بر اساس پروتکل شاپیرو و فارست[4] (۲۰۱۶) طراحی شده است و در ایران در توسط میرزائی فیض آبادی (۱۳۹۹) اجرا و اعتباریابی شده است. خلاصه پروتکل در جدول ۱ ارائه شده است.

1 Beck Depression Inventory (BDI-II)
2 Positive Youth Development Scale
3 Geldhof
4 Shapiro & Forrest

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-26]

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم

جلسه	محتوا
اول	معارفه و آشنایی، تعیین اهداف پژوهش و قواعد آن، شامل گوش کردن دقیق، احترام به درمانجوها، همدلی مثبت، انعکاس احساسات و معنا، بررسی توانایی درمانجوها برای کنار آمدن با میزان اضطراب یا سایر مسائل روانشناختی که ممکن است در جریان پردازش اطلاعات ناکارآمد ایجاد شود.
دوم	توضیح درمان و آثار آن، توضیح و تشریح انتظارات درمانی، ایجاد اتحاد درمانی، آماده‌سازی مراجع و تست کردن حرکات سریع چشم.
سوم	ارزیابی احساسات، هیجانات، شناخت‌ها و تنش‌های فیزیولوژیکی درمانجویان هنگام مواجهه با محرک‌های استرس‌زا و اتفاقات ناخوشایند، آموزش درجه‌بندی احساسات، تنش‌ها و افکار، بیان احساسات و شناخت واره‌های مثبت.
چهارم	تمرکز بر باورهای منفی درمانجو و خاطرات ناخوشایند آنان در زمان زندگی مشترک، حرکت سریع و همزمان انگشتان درمانگر به چپ و راست در مقابل او، درخواست از درمانجوها برای تعقیب حرکت انگشتان، تکرار این کار تا کاهش سطح برآشفتگی انجام شود.
پنجم	بازسازی شناختی، تقویت باور و نگرش مثبت درمانجوها جهت جایگزینی نگرش‌های منفی.
ششم	درخواست از درمانجو جهت ترکیب و نگهداری همزمان واقعه هدف و شناخت‌واره مثبت و بررسی تنش عضلانی.
هفتم	درخواست از درمانجو برای بیان تصاویر برآشفته‌کننده، افکار یا عواطف تجربه‌شده در طول درمان، یادداشت اتفاقات تجربه‌شده در فرایند درمان در قالب افکار، شرایط، رویاها، خاطرات و مسائل دیگر در دفترچه یادداشت.
هشتم	ارزیابی مجدد، بررسی تحقق اهداف درمان و اجرای پس‌آزمون

درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر اساس بتمن و فوناگی[1] (۲۰۱۶) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی اجرا شد (۲۸)؛ همچنین قبلا این پروتکل در ایران توسط قادری نژاد و همکاران (۱۴۰۱) اجرا شده است. در ادامه خلاصه هر یک از جلسات در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی

جلسه	*محتوا*
اول	مروری بر ساختار و اهداف جلسات و قوانین اصلی. بیان ابعاد و مزایای ذهنی‌سازی. بیان اهداف جلسه. شاخص‌های ذهنی‌سازی ضعیف و خوب. مشکلات در ذهن‌خوانی خود و دیگران. مشکلات تنظیم هیجان و تکانش‌گری و حساسیت بین فردی. شفاف‌سازی تفسیرهای شرکت‌کنندگان از سوی رهبر گروه. ارائه تکلیف خانگی.
دوم	مروری بر بحث جلسه قبل و بررسی تکالیف. بیان اهداف جلسه. چگونگی برخورد با هیجانات و احساسات. تفسیر علامت‌های هیجانی درونی در خودمان و حالات هیجانی در دیگران. خودتنظیمی احساسات و اینکه چگونه دیگران می‌توانند به تنظیم احساسات ما کمک کنند. نحوه مدیریت کردن احساسات غیرذهنی ناراحت‌کننده. ارائه تکنیک آرامیدگی.
سوم	مرور مطالب جلسه قبل و بررسی تکالیف. بیان مشخصات و اهداف اختصاصی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی. آموزش و تمرین ذهنی‌سازی در گروه. ارائه تکلیف خانگی.
چهارم	مروری بر بحث جلسه قبل و بررسی تکالیف. اهمیت ایجاد ارتباط با دیگران و انجام فعالیت گروهی. ارائه آموزش در مورد دوره و درمان افسردگی و اختلال مرزی.
پنجم	بررسی تکالیف. پرسش از اعضای گروه در مورد مشکلاتی که می‌خواهند در گروه مطرح شود. تایید مشکلات مطرح‌شده اعضای گروه. شفاف‌سازی مباحث مطرح‌شده توسط درمانگر.
ششم	کاوش مشکلات و در صورت لزوم به چالش کشیدن آنها. شناسایی عاطفی و تمرکز عاطفی بر روی مباحث مطرح‌شده از سوی گروه.
هفتم	آموزش ذهنی‌سازی برای تسهیل اعتماد معرفتی. ذهنی‌سازی ارتباط با توجه به ردیاب‌های انتقال.
هشتم	آماده‌سازی برای پایان دادن به درمان. تمرکز بر احساسات فقدان در زمینه پایان دادن درمان. پایان دادن درمان.

1 Bateman and Fonagy

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-26]

یافته ها

در این مطالعه در هر یک از گروه‌ها ۱۵ نفر مشارکت داشتند، اما به سبب ریزش تا مرحله پیگیری هر یک از گروه‌ها به ۱۳ نفر تقلیل یافتند، این افراد جلسات درمانی را تا انتها تکمیل نکردند و مایل به تکمیل پرسشنامه‌ها نبودند. گروه مداخله EMDR در میانگین سنی ۱۵/۸۴±۱/۱۴، گروه مداخله MBT در میانگین سنی ۱۶/۰۷±۱/۲۸ و گروه کنترل در میانگین سنی ۱۶/۲۳±۱/۳۰ قرار داشتند؛ همچنین نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان داد که گروه‌ها از نظر سنی همگون بودند (F=۰/۲۲، P=۰/۷۳). میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی در گروه مداخله EMDR ۱۸/۳۳±۳/۲۷، گروه مداخله MBT ۱۹/۱۰±۳/۹۹ و گروه کنترل ۱۷/۷۷±۳/۱۸ همگون بودند (F=۱/۰۳، P=۰/۳۹). از نظر پایه تحصیلی در گروه مداخله EMDR، ۸ نفر پایه دهم، ۱ نفر پایه یازدهم و ۴ نفر پایه دوازدهم بودند؛ در گروه مداخله MBT، ۷ نفر پایه دهم، ۲ نفر پایه یازدهم و ۴ نفر پایه دوازدهم بودند؛ در گروه کنترل نیز ۶ پایه دهم، ۲ نفر پایه یازدهم و ۵ نفر پایه دوازدهم بودند؛ نتایج آزمون خی دو نشان داد که بین گروه‌ها تفاوت وجود نداشت (P=۰/۹۳)؛ در واقع گروه‌ها از نظر این اطلاعات همگون بودند. در جدول ۳ شاخص‌های گرایش مرکزی متغیر تحول مثبت نوجوانی و نرمال بودن توزیع داده‌ها ارائه شده است.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیر تحول مثبت نوجوانی به تفکیک گروه‌ها

مراحل سنجش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو ویلک	
				آماره	معناداری
پیش آزمون	گروه مداخله EMDR	۴۲/۵۹	۶/۳۱	۰/۹۳	۰/۳۷
	گروه مداخله MBT	۴۴/۵۳	۸/۶۸	۰/۸۸	۰/۰۷
	گروه کنترل	۴۲/۸۶	۷/۶۸	۰/۹۳	۰/۳۳
پس آزمون	گروه مداخله EMDR	۶۶/۰۹	۵/۹۳	۰/۹۸	۰/۹۹
	گروه مداخله MBT	۷۴/۶۳	۷/۸۸	۰/۹۲	۰/۲۳
	گروه کنترل	۴۶/۶۰	۹/۶۷	۰/۹۳	۰/۳۵
پیگیری	گروه مداخله EMDR	۶۲/۵۳	۵/۴۲	۰/۹۳	۰/۳۱
	گروه مداخله MBT	۷۵/۵۰	۶/۵۷	۰/۹۲	۰/۲۴
	گروه کنترل	۴۵/۰۸	۸/۱۸	۰/۹۱	۰/۱۷

در جدول ۳ نتایج نشان می‌دهد که گروه‌های مداخله نسبت به کنترل در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در متغیر تحول مثبت نوجوانی داشته است؛ در واقع روند تغییرات در گروه‌های مداخله افزایشی بوده است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد، داده‌ها در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه‌ها دارای توزیع نرمال است (P>۰/۰۵)؛ بر این اساس با توجه به نرمال بودن همه موارد می‌توان از آزمون‌های پارامتری استفاده کرد. جهت بررسی همگونی خطای واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد، نتایج نشان داد که خطای واریانس‌ها در متغیر تحول مثبت نوجوانی به تفکیک مراحل سنجش (P=۰/۷۸، F=۰/۲۵) 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 تحول مثبت نوجوانی (P=۰/۲۲، W=۰/۹۱) 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 تحول مثبت نوجوانی

اثر	آزمون‌ها	ارزش	مقدار F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب اتا	توان آماری
	اثر پیلایی	۰/۸۰	۷۱/۷۴	۲	۳۵	۰/۰۱	۰/۸۰	۱
گروه	لامبدای ویلکز	۰/۲۰	۷۱/۷۴	۲	۳۵	۰/۰۱	۰/۸۰	۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-26]

اثر هتلینگ	۴/۱۰	۷۱/۷۴	۲	۳۵	۰/۰۱	۰/۸۰	۱
بزرگترین ریشه‌روی	۴/۱۰	۷۱/۷۴	۲	۳۵	۰/۰۱	۰/۸۰	۱

در جدول ۴ 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=۱۲/۵۱، ۰/۴۲=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 تحول مثبت نوجوانی در سه مرحله اندازه‌گیری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
زمان	۸۸۵۴/۴۲	۲	۴۴۲۷/۲۱	۷۶/۴۳	۰/۰۱	۰/۶۸	۱
زمان*گروه	۳۴۹۸/۰۳	۴	۸۷۴/۵۱	۱۵/۱۰	۰/۰۱	۰/۴۵	۱
خطا	۴۱۷۰/۷۴	۷۲	۵۷/۹۳				
بین گروهی	۷۹۵۷/۴۷	۲	۳۹۷۸/۷۴	۷۵/۸۳	۰/۰۱	۰/۸۱	۱

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در جدول ۵ نشان داد که بین گروه‌ها در متغیر تحول مثبت نوجوانی (P=۰/۰۱، F=۷۵/۸۳، η=۰/۸۱) تفاوت معنادار وجود دارد. جهت بررسی روند تغییرات در گروه‌ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه تغیرات درون گروهی و بین‌گروهی متغیر تحول مثبت نوجوانی

مراحل سنجش		گروه مداخله EMDR		گروه مداخله MBT		گروه کنترل	
		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲۳/۵۰	۰/۰۱	۳۰/۱۰	۰/۰۱	۳/۷۴	۰/۹۰
پیش‌آزمون	پیگیری	۱۹/۹۴	۰/۰۱	۳/۱۲	۰/۰۱	۳/۲۱	۱/۰۰
پس‌آزمون	پیگیری	۳/۵۵	۰/۴۴	۲/۳۲	۱/۰۰	۱/۵۲	۱/۰۰
		EMDR * کنترل		MBT * کنترل		MBT * EMDR	
مقایسه بین گروهی		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
		۱۲/۲۲	۰/۰۱	۲۰/۰۴	۰/۰۱	۷/۸۲	۰/۰۱

نتایج جدول ۶ 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 افزایش تحول مثبت نوجوانی شده‌اند. نتایج آزمون بن‌فرونی جهت مقایسه بین گروهی نشان داد که بین گروه‌های طرحواره درمانی EMDR و کنترل (P=۰/۰۱) و MBT و کنترل (P=۰/۰۱) تفاوت معنادار وجود داشت. همچنین بین دو گروه مداخله EMDR و MBT تفاوت معنادار مشاهده شد (P=۰/۰۱)؛ در واقع درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نسبت به درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم تاثیر بیشتر بر بهبود تحول مثبت نوجوانانی داشته است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-26]

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر تحول مثبت نوجوانی در دانش آموزان با نشانگان افسردگی انجام شد. یافته اول نشان داد که درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم موجب افزایش تحول مثبت نوجوانی در دانش آموزان با نشانگان افسردگی شده است. این یافته با پژوهش‌های یان و همکاران (۲۰۲۵)، قنوات‌پور و همکاران (۲۰۲۳) و بائه و همکاران (۲۰۰۸) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم در بهبود تحول مثبت نوجوانی در دانش‌آموزانی که علائم افسردگی دارند، مؤثر است زیرا پریشانی هیجانی مرتبط با تجربیات نامطلوب یا استرس‌زای زندگی را هدف قرار داده و کاهش می‌دهد. این درمان با تسهیل پردازش خاطرات منفی و کاهش تأثیر روانی آنها، به جوانان کمک می‌کند تا علائم افسردگی مانند غم، اضطراب و ناامیدی را کاهش دهند (مورنو-آسازار[1] و همکاران، ۲۰۱۷). این تسکین علائم، تنظیم هیجانی بهتری را فراهم می‌کند که عاملی حیاتی برای تعاملات اجتماعی سالم و مشارکت تحصیلی است. درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم همچنین با کمک به دانش‌آموزان برای جایگزینی باورهای ناسازگار با باورهای مثبت‌تر و سازگارتر، تاب‌آوری را ارتقا می‌دهد و اعتماد به نفس و حس کنترل را افزایش می‌دهد. از آنجایی که علائم افسردگی در انگیزه و ارتباطات اجتماعی اختلال ایجاد می‌کنند، اثربخشی درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم در کاهش این علائم به دانش‌آموزان این امکان را می‌دهد که روابط حمایتی را بازسازی کرده و مهارت‌های اجتماعی ضروری برای تحول مثبت نوجوانی را توسعه دهند (سیویلوتی[2] و همکاران، ۲۰۲۱). علاوه بر این، مدت زمان درمان نسبتاً کوتاه و متمرکز درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم، آن را برای محیط‌های مدرسه در دسترس و عملی می‌کند و مداخله به موقع را تضمین می‌کند. درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم با بهبود سلامت روان، از سرمایه‌های رشدی گسترده‌تر جوانان مانند شایستگی، اعتماد به نفس، ارتباط و تعاملات اجتماعی پشتیبانی می‌کند (مانزونی[3] و همکاران، ۲۰۲۱). از این رو، درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم یک رویکرد درمانی هدفمند ارائه می‌دهد که موانع روانشناختی اصلی برای تحول مثبت نوجوانی در دانش‌آموزان مبتلا به افسردگی را مورد توجه قرار می‌دهد.

یافته دوم نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی سازی موجب افزایش تحول مثبت نوجوانی در دانش آموزان با نشانگان افسردگی شده است. این یافته با پژوهش‌های ژاکوبسن و همکاران (۲۰۱۲)، سلمانیان و همکاران (۱۴۰۰) و علیزاده و همکاران (۱۴۰۳) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در بهبود تحول مثبت نوجوانی در دانش‌آموزانی که علائم افسردگی دارند، مؤثر است زیرا ظرفیت آنها را برای ذهنی‌سازی افزایش می‌دهد. این توانایی ذهنی‌سازی بهبود یافته به جوانان کمک می‌کند تا احساسات را بهتر تنظیم کنند، که این امر علائم افسردگی مانند غم، اضطراب و اختلال در تنظیم عاطفی را کاهش می‌دهد و در نتیجه از سلامت عاطفی - که جنبه اصلی تحول مثبت نوجوانی است - حمایت می‌کند (لایتن و همکاران، ۲۰۲۴). درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی همچنین با گسترش توانایی همدلی و درک اجتماعی، روابط بین فردی قوی‌تری را تقویت می‌کند و جوانان را قادر می‌سازد تا ارتباطات معناداری با همسالان و بزرگسالان برقرار کنند، که برای رشد سالم اساسی هستند (هاجک گراس[4] و همکاران، ۲۰۲۴). علاوه بر این، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به مسائل پیچیده رابطه‌ای و دلبستگی که اغلب زمینه‌ساز افسردگی هستند، می‌پردازد و به افراد کمک می‌کند تا خودپنداره و تاب‌آوری منسجم‌تری را توسعه دهند (سلمانیان و همکاران، ۱۴۰۰). درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به ویژه برای افرادی که علائم افسردگی شدید یا پیچیده مرتبط با آسیب دلبستگی اولیه دارند، مفید است. با بهبود تنظیم هیجانی، مهارت‌های اجتماعی و خودآگاهی، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی زمینه‌ی مساعدی را برای پیشرفت تحصیلی، اجتماعی و عاطفی دانش‌آموزان ایجاد می‌کند که از نشانه‌های تحول مثبت جوانی هستند.

یافته سوم نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نسبت به درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم تاثیر بیشتر بر افزایش تحول مثبت نوجوانانی در دانش آموزان با نشانگان افسردگی داشته است. در بررسی پیشینه پژوهشی یافت نشد که این دو مداخله را بر تحول مثبت نوجوانانی به‌طور همزمان مورد آزمون قرار دهد؛ بر این اساس مقایسه نتایج با محدودیت همراه است. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی احتمالاً تأثیر بیشتری بر رشد مثبت جوانان در دانش‌آموزانی با علائم افسردگی داشته است،

1 Moreno-Alcazar
2 Civilotti
3 Manzoni
4 Hajek Gross

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-26]

زیرا مستقیماً توانایی درک و تأمل در مورد حالات روانی خود و دیگران را هدف قرار می‌دهد و تنظیم هیجانی و آگاهی اجتماعی را تقویت می‌کند. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با افزایش ظرفیت نوجوانان برای خوداندیشی، به آنها کمک می‌کند تا مهارت‌های بین فردی و همدلی قوی‌تری را توسعه دهند که از اجزای اصلی رشد مثبت جوانان هستند (بتمن و فوناگی، ۲۰۱۶). برخلاف درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم که در درجه اول بر پردازش خاطرات آسیب‌زا و کاهش علائم ناراحت‌کننده تمرکز دارد (سیویلوتی و همکاران، ۲۰۲۱)، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به فرآیندهای اجتماعی-شناختی اساسی که از عملکرد انطباقی پشتیبانی می‌کنند، می‌پردازد. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی همچنین بینش نسبت به انگیزه‌ها و رفتارهای شخصی را تشویق می‌کند و تصمیم‌گیری و تاب‌آوری عمدی‌تری را ترویج می‌دهد. رویکرد ساختاریافته آن در بررسی روابط و الگوهای دلبستگی، شکل‌گیری هویت و عزت نفس نوجوانان را تقویت می‌کند. علاوه بر این، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر تجربیات رابطه‌ای مداوم تأکید می‌کند و فرصت‌های مکرری را برای تمرین ذهنی‌سازی در زمینه‌های زندگی واقعی فراهم می‌کند. این تعامل فعال به نوجوانان کمک می‌کند تا استراتژی‌های مقابله مثبت را به طور مداوم‌تری ادغام کنند. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با بهبود مهارت‌های درون فردی و بین فردی، به رشد جامع فراتر از کاهش علائم کمک می‌کند (ژاکوبسن و همکاران، ۲۰۱۲). اگرچه درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم در کاهش پریشانی مؤثر است، اما ممکن است به طور مداوم به دستاوردهای رشدی گسترده‌تری منجر نشود. بنابراین، تمرکز درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر افزایش ظرفیت تاملی و شایستگی ارتباطی احتمالاً تأثیر برتر آن بر پیامدهای مثبت جوانان را توضیح می‌دهد.

در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم و درمان مبتنی بر ذهنی سازی هر دو بر تحول مثبت نوجوانی در دانش آموزان با نشانگان افسردگی موثر بوده است؛ اما نتایج حاصل از مقایسه دو مداخله نشان داد که اثر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نسبت به درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم بر تحول مثبت نوجوانی بیشتر بوده است. در نتیجه، اگرچه هم درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و هم درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در افزایش تحول مثبت نوجوانانی در بین دانش‌آموزان دارای علائم افسردگی مؤثر بودند، یافته‌های مقایسه‌ای نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مزایای بیشتری به همراه داشته است و آن را به مداخله‌ای مؤثرتر در تقویت پیامدهای مثبت رشدی تبدیل می‌کند. نمونه‌گیری در دسترس، محدود بودن جامعه آماری به دختران، عدم اجرای طرح پژوهش کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده، همچنین عدم کنترل متغیرهای جمعیت‌شناختی از محدودیت‌های این پژوهش است که امکان تعمیم نتایج را دشوار می‌سازد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی این محدودیت‌ها کنترل شوند. در زمینه کاربردی پیشنهاد می‌شود که درمانگران متناسب با تخصص خود و همچنین متناسب با ترجیحات مراجعین از هر یک از مداخلات درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به منظور بهبود تحول مثبت نوجوانی در نوجوانان با نشانگان افسردگی استفاده کنند.

منابع

بابایی، ج.، نجفی، م.، و رضایی، ع. م. (۱۳۹۶). خصوصیات روانسنجی مقیاس تحول مثبت نوجوانی در دانش‌آموزان. *مجله علوم روانشناختی، ۱۶*، (۶۴)، ۵۵۳-۵۴۰. http://psychologicalscience.ir/article-1-101-fa.html

رحیمی، چ. (۱۳۹۳). کاربرد پرسشنامه افسردگی بک – ۲ در دانشجویان ایرانی. *روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۲* (۱)، ۱۷۳-۱۸۸. https://cpap.shahed.ac.ir/article_2711.html?lang=fa

سلمانیان، س.، جبل عاملی، ش.، مقیمیان، م.، و ارجمندی، ف. (۱۴۰۰). مقایسه تاثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر اساس مدل فرآیندی گراس بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران بخش مراقبت ویژه. *نشریه پرستاری قلب و عروق، ۱۰* (۱)، ۱۸۷-۱۷۸. https://journal.icns.org.ir/article-1-732-fa.html

علیزاده، ط.، کریم زاده، ش.، و حبیبی، س. (۱۴۰۳). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در زنان دارای همسران سوءمصرف کننده مواد. رویش روان شناسی، ۱۳ (۳)، ۲۴۴-۲۳۵. https://frooyesh.ir/article-1-4620-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)، ۱۵۳-۱۶۲. http://frooyesh.ir/article-1-3944-fa.html

میرزائی فیض آبادی، س.، طاهری، ن.، و هادیان فرد، ح. (۱۳۹۹). درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد (EMDR) برای اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) در ایران: یک مطالعه ی مروری سیستماتیک. *رویش روان شناسی، ۹* (۹)، ۱۲۰-۱۰۵. https://frooyesh.ir/article-1-2101-fa.html&sw=Emdr

Bae, H., Kim, D., & Park, Y. C. (2008). Eye movement desensitization and reprocessing for adolescent depression. *Psychiatry investigation*, *5*(1), 60. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2796093/

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-26]

Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory, Second Edition (BDIII).* San Antonio, TX: The Psychological Association. https://link.springer.com/book/10.1007/978-1-4419-9893-4#page=79

Carletto, S., Malandrone, F., Berchialla, P., Oliva, F., Colombi, N., Hase, M., ... & Ostacoli, L. (2021). Eye movement desensitization and reprocessing for depression: a systematic review and meta-analysis. *European journal of psychotraumatology*, *12*(1), 1894736. https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1894736

Chi, X., Liu, X., Huang, Q., Cui, X., & Lin, L. (2020). The relationship between positive youth development and depressive symptoms among Chinese early adolescents: a three-year cross-lagged analysis. *International journal of environmental research and public health*, *17*(17), 6404. https://doi.org/10.3390/ijerph17176404

Civilotti, C., Margola, D., Zaccagnino, M., Cussino, M., Callerame, C., Vicini, A., & Fernandez, I. (2021). Eye movement desensitization and reprocessing in child and adolescent psychology: a narrative review. *Current Treatment Options in Psychiatry*, *8*(3), 95-109. https://doi.org/10.1007/s40501-021-00244-0

Fischer-Kern, M., & Tmej, A. (2019). Mentalization and depression: Theoretical concepts, treatment approaches and empirical studies–An overview. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, *65*(2), 162-177. https://doi.org/10.13109/zptm.2019.65.2.162

Geldhof, G. J., Bowers, E. P., Boyd, M. J., Mueller, M. K., Napolitano, C. M., Schmid, K. L., ... & Lerner, R. M. (2014). Creation of short and very short measures of the five Cs of positive youth development. *Journal of Research on Adolescence*, *24*(1), 163-176. https://doi.org/10.1111/jora.12039

Ghanavatpour, A., Marofi, M., Kalhor, F., & Kalhor, R. (2023). The effect of eye movement desensitization and reprocessing on anxiety and pain after appendectomy in hospitalized children. *Evidence Based Care*, *12*(4), 44-53. https://ebcj.mums.ac.ir/http://ebcj.mums.ac.ir/article_21442.html

Gomez-Baya, D., Babić Čikeš, A., Hirnstein, M., Kurtović, A., Vrdoljak, G., & Wiium, N. (2022). Positive youth development and depression: An examination of gender differences in Croatia and Spain. *Frontiers in psychology*, *12*, 689354. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.689354

Hajek Gross, C., Oehlke, S. M., Prillinger, K., Goreis, A., Plener, P. L., & Kothgassner, O. D. (2024). Efficacy of mentalization-based therapy in treating self-harm: A systematic review and meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *54*(2), 317-337. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38279664/

Jakobsen, J. C., Gluud, C., Kongerslev, M., Larsen, K. A., Sørensen, P., Winkel, P., ... & Simonsen, E. (2012). 'Third wave'cognitive therapy versus mentalization-based therapy for major depressive disorder. A protocol for a randomised clinical trial. *BMC psychiatry*, *12*(1), 232. https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-232

Luyten, P., Malcorps, S., & Fonagy, P. (2024). Mentalization-Based Treatment for Adolescent Depression. *Psychodynamic Psychiatry*, *52*(4), 490-511. https://doi.org/10.1521/pdps.2024.52.4.490

Malda-Castillo, J., Browne, C., & Perez-Algorta, G. (2019). Mentalization-based treatment and its evidence-base status: A systematic literature review. *Psychology and Psychotherapy: theory, research and practice*, *92*(4), 465-498. https://doi.org/10.1111/papt.12195

Manzoni, M., Fernandez, I., Bertella, S., Tizzoni, F., Gazzola, E., Molteni, M., & Nobile, M. (2021). Eye movement desensitization and reprocessing: the state of the art of efficacy in children and adolescent with post traumatic stress disorder. *Journal of affective disorders*, *282*, 340-347. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.088

Milot Travers, A. S., & Mahalik, J. R. (2021). Positive youth development as a protective factor for adolescents at risk for depression and alcohol use. *Applied Developmental Science*, *25*(4), 322-331. https://doi.org/10.1080/10888691.2019.1634569

Moreno-Alcazar, A., Treen, D., Valiente-Gomez, A., Sio-Eroles, A., Perez, V., Amann, B. L., & Radua, J. (2017). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing in children and adolescent with post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in psychology*, *8*, 1750. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01750

Olson, J. R., & Goddard, H. W. (2015). Applying prevention and positive youth development theory to predict depressive symptoms among young people. *Youth & Society*, *47*(2), 222-244. https://doi.org/10.1177/0044118X12457689

Schleider, J. L., Mullarkey, M. C., Fox, K. R., Dobias, M. L., Shroff, A., Hart, E. A., & Roulston, C. A. (2022). A randomized trial of online single-session interventions for adolescent depression during COVID-19. *Nature human behaviour*, *6*(2), 258-268. https://doi.org/10.1038/s41562-021-01235-0

Seok, J. W., & Kim, J. I. (2024). The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing treatment for depression: A meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *Journal of Clinical Medicine*, *13*(18), 5633. https://doi.org/10.3390/jcm13185633

Shapiro, F., & Forrest, M. S. (2016). *EMDR: The breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress, and trauma*. Hachette UK.

Wilson, S., & Dumornay, N. M. (2022). Rising rates of adolescent depression in the United States: Challenges and opportunities in the 2020s. *Journal of Adolescent Health*, *70*(3), 354-355. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35183317/

Yan, S., Zhong, S., Lyu, S., Lai, S., Zhang, Y., Luo, Y., ... & Jia, Y. (2025). A randomized trial of virtual reality eye movement desensitization and reprocessing therapy for major depressive disorder with childhood trauma: A 3-month follow-up study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *17*(5), 1127–1139. https://doi.org/10.1037/tra0001830

Zajkowska, Z., Walsh, A., Zonca, V., Gullett, N., Pedersen, G. A., Kieling, C., ... & Mondelli, V. (2021). A systematic review of the association between biological markers and environmental stress risk factors for adolescent depression. *Journal of psychiatric research*, *138*, 163-175. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.04.003

Zhou, Z., Shek, D. T., Zhu, X., & Dou, D. (2020). Positive youth development and adolescent depression: A longitudinal study based on mainland Chinese high school students. *International journal of environmental research and public health*, *17*(12), 4457. https://doi.org/10.3390/ijerph17124457

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-26]