

مقاله اصلی

مقایسه اثربخشی درمان ذهنی‌سازی و طرحواره درمانی بر پردازش هیجان و باورهای ناکارآمد نوجوانان دارای رفتار پرخطر

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۱/۱۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۲۰

خلاصه

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان ذهنی‌سازی و طرحواره درمانی بر سبک‌های پردازش هیجان و باورهای ناکارآمد نوجوانان دارای رفتار پرخطر انجام شده است. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و طرح پژوهشی پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش، نوجوانان دختر مقطع دوم متوسطه ناحیه چهاردهم استان تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ که دارای رفتار پرخطر بودند را شامل شد. برای محاسبه حجم نمونه در این مطالعه از نرم‌افزار GPower نسخه ۳/۱ استفاده گردید. نمونه با توجه به طرح پژوهش، برای هر گروه آزمایش و کنترل ۱۵ نفر و در مجموع ۴۵ نفر در نظر گرفته شد که به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه پردازش هیجانی بیکر (۲۰۰۷)، پرسشنامه باورهای ناکارآمد نوجوانان (برنارد ۱۹۸۸) و پرسشنامه خطرپذیری نوجوانان ایرانی‌زاده محمدی و احمدآبادی (۱۳۸۷) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۸ استفاده شد. نتایج نشان داد که درمان ذهنی‌سازی و طرحواره درمانی بر سبک‌های پردازش هیجان و باورهای ناکارآمد نوجوانان دارای رفتار پرخطر اثربخش بودند ($p < 0.001$). آزمون MANOVA نشان داد که بین گروه‌ها در مؤلفه‌های پردازش هیجانی تفاوت معناداری وجود دارد. گروه ذهنی‌سازی در مؤلفه‌هایی مانند پذیرش هیجانی و کنترل هیجان عملکرد بهتری داشت ($p = 0.001$). در نهایت نتایج آزمون MANOVA برای مؤلفه‌های باورهای ناکارآمد نیز تفاوت معنادار بین گروه‌ها را نشان داد ($p = 0.002$). براساس نتایج پژوهش حاضر، اثربخشی این دو درمان در بهبود سبک‌های پردازش هیجان و باورهای ناکارآمد نوجوانان دارای رفتار پرخطر، پزشکان را در مورد انتخاب روش‌های درمانی متناسب با نیازهای روانشناختی خاص جمعیت‌های پرخطر آگاه می‌کند.

کلمات کلیدی

رفتار پرخطر، سبک‌های پردازش هیجان، باورهای ناکارآمد، درمان ذهنی‌سازی، طرحواره درمانی.
پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

سودابه عاشق‌الحسینی^۱

فاطمه سادات طباطبایی‌نژاد^{۲*}

شهناز خالقی پور^۳

سید مصطفی بنی‌طبا^۴

^۱گروه روانشناسی، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، نائین، ایران

^۲گروه روانشناسی، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، نائین، ایران

^۳گروه روانشناسی، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، نائین، ایران

^۴گروه علوم پایه، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، نائین، ایران

Email: FS.Tabatabaei1349@iau.ac.ir

مقدمه

رفتارهای پرخطر در دوران نوجوانی شایع است و معمولاً بین ۱۰ تا ۱۸ سالگی رخ می‌دهد (پردا^۱ و همکاران، ۲۰۲۵). رفتارهای مخاطره آمیز سلامتی تقریباً دو سوم مرگ‌های زودرس در بزرگسالان را تشکیل می‌دهند که با رفتارهای پرخطر دوران نوجوانی مرتبط هستند (ایمرک^۲ و همکاران، ۲۰۲۳). داده‌های خلاصه شده از نظر سنجی ملی رفتار پرخطر نوجوانان در ایالات متحده آمریکا افزایش قابل توجهی از گرایش به رفتارهای پرخطر از ۳۰۱ درصد به ۱۸ درصد را نشان می‌دهد (دیز مورنو^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). در یک پژوهش بیش از ۸۳ درصد نوجوانان رفتارهای پرخطر از جمله مصرف مواد مخدر یا الکل و رفتارهای خود آسیب‌رسان را گزارش کردند (پولات و کانسیز^۴، ۲۰۲۴). شیوع رفتارهای پرخطر در کشور در بین نوجوانان ۷۹.۱۵٪ بود. شایع‌ترین رفتارهای پرخطر، رانندگی خطرناک (۱۴.۹۲٪) و مصرف مواد مخدر (۱۳.۱۳٪) بود (داوودی و همکاران، ۱۴۰۳). با توجه به شیوع زیاد رفتارهای پرخطر در نوجوانان و تأثیر نامطلوب آن بر مهارت‌های تحصیلی و اجتماعی، مداخله و طراحی روش‌های مناسب آموزشی و درمانی به منظور پیشگیری این رفتارها اهمیت ویژه‌ای دارد (ایناسو^۵ و همکاران، ۲۰۲۳). رفتارهای ناسازگارانه در نوجوانان می‌تواند ناشی از عوامل مختلفی باشد که یکی از مهم‌ترین آنها مشکلات مربوط به سبک‌های پرده‌های هیجان و باورهای ناکارآمد است (بلینگر^۶ و همکاران، ۲۰۲۵؛ شانکار^۷، ۲۰۲۴؛ کورنلا فونت^۸ و همکاران، ۲۰۲۰؛ چانگ^۹ و همکاران، ۲۰۲۴). این مولفه‌ها می‌توانند زمینه‌ساز مشکلات رفتاری و عاطفی در نوجوانان شوند و لازم است در فرآیند درمان مورد توجه قرار گیرند.

طبق یافته‌های پژوهشی، نوجوانانی که باورهای ناکارآمد دارند، بیشتر احتمال دارد که به رفتارهای پرخطر گرایش پیدا کنند (شانکار، ۲۰۲۴). این باورها اغلب از طریق تجربه‌های منفی و شکست‌های گذشته شکل می‌گیرند و می‌توانند به صورت افکار منفی و خود-شکستی در ذهن نوجوانان جایگزین شوند (سپریا^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۵). نوجوانانی که دارای باورهای ناکارآمد هستند، ممکن است تصور کنند که قادر نیستند به موفقیت‌های تحصیلی یا اجتماعی دست یابند و یا اینکه دیگران نسبت به آنها بی‌تفاوت هستند (پیترز^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۴). این نگرش‌ها می‌توانند منجر به رفتارهای پرخطری مانند سوء مصرف مواد، رفتارهای جنسی پرخطر، و یا شرکت در فعالیت‌های خشونت‌آمیز شود (بلینگر و همکاران، ۲۰۲۵). باورهای ناکارآمد می‌توانند مانع از توسعه مهارت‌های مقابله‌ای موثر و توانایی‌های حل مسئله در نوجوانان شوند و می‌توانند منجر به افزایش استرس، اضطراب و افسردگی شوند (پولات و کانسیز، ۲۰۲۴).

این نوجوانان با نگرش ناکارآمد در تنظیم هیجان‌ات خود نیز مشکل دارند و ممکن است به سمت رفتارهای پرخطر به عنوان راهی برای مقابله با استرس، اضطراب، یا سایر هیجان‌ات منفی روی آورند (داوودی و همکاران، ۱۴۰۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که نوجوانانی که رفتار پرخطر دارند، در پردازش هیجان‌ات خود با مشکلاتی مواجه هستند. این مشکلات می‌تواند شامل کاهش توانایی در تشخیص و درک هیجان‌ات، و تنظیم هیجان‌ات منفی باشد (دیز مورنو و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین، نوجوانانی که رفتار پرخطر دارند، بیشتر احتمال دارد که از راهبردهای ناسازگار برای تنظیم هیجان‌ات خود استفاده کنند، مانند اجتناب یا سرکوب هیجان‌ات، که می‌تواند منجر به افزایش استرس و اضطراب و

⁷ Shankar

⁸ Cornellà-Font

⁹ Chung

¹⁰ Saperia

¹¹ Peters

¹ Pereda

² İmrek

³ Diaz-Moreno

⁴ Polat O, Cansiz

⁵ Ionaşcu

⁶ Bullinger

سایر مشکلات روانشناختی شود (ایناسو و همکاران، ۲۰۲۳). در نتیجه، پردازش ناکارآمد هیجان‌ها می‌تواند به عنوان یک عامل خطر برای رفتار پرخطر در نوجوانان در نظر گرفته شود (دردویچ^۱، ۲۰۲۴).

با توجه به نقش مولفه‌های سبک‌های پردازش هیجان و باورهای ناکارآمد در گرایش نوجوانان دارای رفتار پرخطر، شناسایی و بهبود این مولفه‌ها می‌تواند به عنوان یک راهبرد پیشگیرانه برای کاهش گرایش نوجوانان به رفتارهای پرخطر مؤثر باشد. کاهش نشانه‌ها و علائم آشفتگی روان‌شناختی و اقدام به رفتارهای پرخطر با توجه به ماهیت تکرارپذیر آن مستلزم کاربرد درمان‌های بلندمدت و روش‌های درمانگری خاص و عمیق‌تر برای رفع کمبود مهارت‌های اختصاصی نوجوانان دارای رفتار پرخطر است (شانکار، ۲۰۲۴). تا به امروز درمان‌های بسیاری بر این نوجوانان طراحی شده است. رفتار درمانی دیالکتیکی (لاچین و همکاران، ۱۴۰۳)؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (آبکنار و همکاران، ۱۴۰۰) و آموزش مهارت‌های حل مسئله شناختی-اجتماعی (خاکپور و همکاران، ۱۴۰۱) از جمله این درمان‌ها بودند. اگرچه این درمان‌ها تأثیر اثبات شده قابل توجهی در جلوگیری از رفتارهای پرخطر نشان داده است، با این وجود واقعیت این است که این روش‌های درمانی و بسیاری از روش‌های مؤثر بر گرایش به رفتارهای پرخطر، زمان‌بر و با یادگیری دشوار هستند که مانع از اجرای گسترده آنها شده است. همچنین دوره‌پذیری در این درمان‌ها بصورت دائمی و بلندمدت نبود. در این زمینه، طرحواره‌درمانی به عنوان یک رویکرد نوین و کارآمد، مورد توجه قرار گرفته است (واینر^۲ و همکاران، ۲۰۲۲). طرحواره‌درمانی بر اساس نظریه‌های روان‌شناسی شناختی و هیجانی، به بررسی و تغییر الگوهای فکری و هیجانی نوجوانان می‌پردازد (خمرنیایی و همکاران، ۱۴۰۳). این روش درمانی با شناسایی و تغییر طرحواره‌های ناسازگار، به نوجوانان کمک می‌کند تا به سبک‌های تفکر و رفتار سالم‌تری دست یابند (فار^۳ و همکاران، ۱۴۰۳).

یکی از مهم‌ترین مسائل در نوجوانان پرخطر، مشکلات هیجانی و رفتاری آن‌ها می‌باشد. نوجوانان پرخطر، به دلیل شرایط سنی و روانی خاص خود، بیشتر در معرض آسیب‌های هیجانی و رفتاری هستند (پردا و همکاران، ۲۰۲۵). در این میان، روش‌های درمانی مختلفی برای کمک به این نوجوانان ارائه شده است، اما بسیاری از این روش‌ها به دلیل عدم توجه به ساختارهای عمیق‌تر روان‌شناختی، ناکارآمد بوده‌اند. به عنوان مثال، برخی از روش‌های درمانی صرفاً بر روی کنترل رفتار متمرکز هستند و از عوامل زیربنایی مؤثر بر رفتار نوجوان غفلت می‌کنند (لاچین و همکاران، ۱۴۰۳). همچنین هر کدام از درمان‌ها، از نظر طول درمان و هزینه‌هایی که بر شخص آسیب دیده تحمیل می‌کنند با کاستی‌هایی روبرو هستند (آبکنار و همکاران، ۱۴۰۰). درمان ذهنی‌سازی یکی از رویکردهای نوین در درمان مولفه‌های روانشناختی است. این روش بر اساس توانایی نوجوان در درک و فهم ذهن خود و دیگران استوار است (کریمی و همکاران، ۱۴۰۰). در درمان ذهنی‌سازی، نوجوانان یاد می‌گیرند که چگونه افکار، احساسات و نیت خود و دیگران را درک کنند و چگونه به طور مؤثر با دیگران ارتباط برقرار کنند (میرزایوسف‌خانی و همکاران، ۱۴۰۳). درمان ذهنی‌سازی می‌تواند به عنوان یک روش درمانی مؤثر برای نوجوانان دارای رفتار پرخطر مورد استفاده قرار گیرد و نتایج مثبتی را به دنبال داشته باشد (نعمت‌پور و همکاران، ۱۴۰۳).

مطالعات چندی به بررسی اثربخشی این دو رویکرد درمانی در بهبود مولفه‌های روانشناختی در نوجوانان پرداخته‌اند. بر همین اساس ریحانی و آهوان (۱۴۰۳) در نشان دادند بین دو گروه آزمایش و کنترل در همه مؤلفه‌های رفتارهای پرخطر به غیر از گرایش به خشونت، تفاوت معنادار وجود داشت. همچنین، بین دو گروه آزمایش و کنترل در راهبردهای تنظیم هیجان نیز تفاوت معنادار وجود داشت. قاسمی و ویسانی (۱۴۰۳) نیز نشان دادند که آموزش طرحواره‌درمانی بر اجتناب شناختی و تحمل ابهام در نوجوانان با علائم اختلال وسواسی-جبری

³ Far

¹ Đorđević

² Wainer

دارای رفتارهای پرخطر ترکیب کنند (کیوتی و همکاران، ۲۰۲۴). این شکاف‌ها، نیاز به تحقیقات بیشتر برای روشن شدن اثربخشی مقایسه‌ای درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و طرحواره‌درمانی در این جمعیت را برجسته می‌کند.

از سویی دیگر هر یک از این روش‌ها بر مبنای نظریه‌های روان‌شناختی متفاوتی توسعه یافته‌اند و بررسی اثربخشی آن‌ها می‌تواند راهگشای انتخاب مناسب‌ترین مداخله برای نوجوانان دارای رفتار پرخطر باشد. شباهت اصلی میان این دو رویکرد که مبنای مقایسه اثربخشی آن‌ها در پژوهش حاضر شده است، این است که هر دو رویکرد درمانی در این که به نوجوانان کمک کنند تا توانایی‌های خود را در مدیریت هیجانات و رفتارهای پرخطر بهبود بخشند، هدف مشترک هستند (واینر و همکاران، ۲۰۲۲؛ میرزایوسف‌خانی و همکاران، ۱۴۰۳). با این حال، تفاوت‌هایی اساسی در رویکرد نظری و مکانیسم اثر آن‌ها وجود دارد که در بررسی‌های گذشته کمتر بدان توجه شده است. درمان ذهنی‌سازی بیشتر بر توانایی‌های شناختی و هیجانی نوجوانان تاکید دارد (رحیمی، ۱۴۰۳)، در حالی که طرحواره‌درمانی بر الگوهای رفتاری و فکری عمیق‌تر که در طول زمان شکل می‌گیرند، تمرکز دارد (واینر و همکاران، ۲۰۲۲). آگاهی از مفاهیم و تکنیک‌های هر دو رویکرد می‌تواند به درمانگران و متخصصان سلامت روان کمک کند تا بهترین رویکرد درمانی را برای نوجوانان انتخاب کنند و به بهبود وضعیت روانی و کاهش رفتارهای پرخطر آن‌ها کمک کنند. این پژوهش با توجه به نقش بازتوانی در نوجوانان دارای رفتار پرخطر جهت جلوگیری از اقدام مجدد و با توجه به اینکه در بررسی‌های صورت گرفته در خصوص مؤثر بودن این مداخله شناخته شده در ایران شکاف تحقیقاتی وجود دارد، در پاسخ به این سئوالات شکل گرفت که درمان ذهنی‌سازی و طرحواره‌درمانی بر سبک‌های پردازش هیجان و باورهای ناکارآمد نوجوانان دارای رفتار پرخطر اثربخش هستند؟ و اینکه آیا بین اثربخشی درمان ذهنی‌سازی و طرحواره‌درمانی بر

مؤثر بود. ابویی مهریزی و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی دیگر نشان دادند که طرحواره‌درمانی به شیوه گروهی بر تمایز یافتگی از خود دختران نوجوان اثربخش بود. در خصوص اثربخشی درمان ذهنی‌سازی نیز کیوتی^۱ و همکاران (۲۰۲۴) نشان داد که ذهنی‌سازی با آسیب‌شناسی روانی، عملکرد، شخصیت، عاطفه و امنیت دل‌بستگی همبستگی متوسطی داشت. ذهنی‌سازی با عملکرد بهتر درون فردی و بین فردی همراه بود. لایتن و فوناگی^۲ (۲۰۲۴) نیز نشان داد که درمان ذهنی‌سازی در بهبود اختلالات خلقی در افراد دارای اختلال شخصیت مؤثر بود.

ادبیات موجود در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و طرحواره‌درمانی در پرداختن به پردازش هیجانی و باورهای ناکارآمد در نوجوانان دارای رفتارهای پرخطر، محدودیت‌ها و شکاف‌های متعددی را آشکار می‌کند. بر همین اساس مطالعات کمی مستقیماً درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و طرحواره‌درمانی را مقایسه کردند که منجر به عدم اجماع در مورد اثربخشی نسبی آن‌ها برای پیامدهای خاص در نوجوانان می‌شود. اکثر تحقیقات بر روی یک درمان بدون مقایسه آن با دیگری تمرکز می‌کنند، که درک سهم منحصر به فرد آن‌ها را محدود می‌کند (لین و ژائو^۳، ۲۰۲۵). تحقیقات اغلب تفاوت‌های فرهنگی و عوامل جمعیتی را که ممکن است بر پیامدهای درمان تأثیر بگذارند، مانند جنسیت و سن، که می‌تواند بر سبک‌های دل‌بستگی و پردازش هیجانی تأثیر بگذارند، نادیده می‌گیرند (فار و همکاران، ۲۰۲۴). در بیشتر پژوهش‌های پیشین، دوره‌های درمانی کوتاه‌مدت و محدودی برای نوجوانان دارای رفتار پرخطر در نظر گرفته شده است (جعفرزاده و همکاران، ۱۴۰۱). این در حالی است که مشکلات این نوجوانان ممکن است نیازمند مداخلات طولانی‌مدت و جامع‌تری باشد. همچنین درخواست‌هایی برای مدل‌های درمانی یکپارچه‌تر وجود دارد که عناصر هر دو روش درمانی را برای رسیدگی به نیازهای پیچیده نوجوانان

³ Lin & Zhao

¹ Kivity

² Luyten & Fonagy

بهبود سبک‌های پردازش هیجان و باورهای ناکارآمد نوجوانان دارای رفتار پرخطر تفاوت معنی‌داری وجود دارد؟

روش کار

روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و طرح پژوهشی پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش، نوجوانان دختر مقطع دوم متوسطه ناحیه چهاردهم استان تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ که دارای رفتار پرخطر بودند را شامل شد. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد. برای محاسبه حجم نمونه در این مطالعه از نرم افزار تخصصی GPower نسخه ۳/۱ استفاده گردید. تعداد متغیر جهت آنالیز و تعداد گروه با توجه به ماهیت طرح تحقیق به ترتیب ۵ و ۳ تعیین شد که در نهایت حجم نمونه لازم در حالت کل ۴۵ بدست آمد. نمونه با توجه به طرح پژوهش، برای هر گروه آزمایش و کنترل ۱۵ نفر و در مجموع ۴۵ نفر در نظر گرفته شد که به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. ملاک ورود به پژوهش شامل دختر بودن، تحصیل در مقطع متوسطه، محدوده سنی ۱۲-۱۸ سال و بر اساس پرسشنامه مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی زاده محمدی و همکاران (۱۳۸۷) دارای رفتار پرخطر باشند. نمره برش این پرسشنامه ۹۵ است. بنابراین افراد باید از این نمره امتیاز بالاتری به دست آورند. عدم علاقه به شرکت در پژوهش و غیبت بیش از دو جلسه از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. در این پژوهش از پرسشنامه دل‌بستگی اضطرابی و اجتنابی استفاده شد. برای رفتارهای پرخطر نیز از پرسشنامه مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی زاده محمدی و همکاران (۱۳۸۷) استفاده شد. با توجه به احتمال افت آزمودنی‌ها، تعدادی نمونه بیشتر در صورت نیاز جهت اضافه شدن به پژوهش در نظر گرفته شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه پردازش هیجانی باکر^۱ (۲۰۰۷): پرسشنامه پردازش هیجانی باکر (۲۰۰۷) یکی از ابزارهای پرکاربرد در زمینه ارزیابی پردازش هیجانی افراد است. این پرسشنامه به منظور سنجش ابعاد مختلف پردازش هیجانی طراحی شده است و در تحقیقات مختلف مورد استفاده قرار گرفته است (باکر و همکاران، ۲۰۰۷). ابعاد و مولفه‌های پرسشنامه پردازش هیجانی باکر شامل چندین بعد مهم است که عبارتند از: ارزیابی مجدد، سرکوب، نشخوار فکری و پذیرش هیجانی. هر یک از این ابعاد دارای مولفه‌های خاصی هستند که به صورت جداگانه مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. این پرسشنامه دارای ۲۵ سوال و ۵ مولفه می‌باشد. مقیاس پردازش اطلاعات هیجانی توسط باکر و همکاران (۲۰۰۷) توسعه داده شده است. نسخه اولیه این مقیاس دارای ۴۸ سوال بود که بعداً توسط باکر و همکاران (۲۰۱۰) کوتاه تر شد و نسخه ۲۵ سوالی آن تهیه شد. شیوه نمره گذاری در پرسشنامه پردازش هیجانی باکر معمولاً به صورت لیکرت و بر اساس میزان موافقت یا مخالفت فرد با هر یک از گویه‌ها انجام می‌شود. این شیوه نمره گذاری امکان ارزیابی دقیق تر ابعاد مختلف پردازش هیجانی را فراهم می‌کند. دامنه نمرات پرسشنامه پردازش هیجانی باکر بسته به ابعاد و مولفه‌های آن متفاوت است. معمولاً نمرات هر بعد به صورت جداگانه محاسبه می‌شود و دامنه نمرات برای هر بعد مشخص است. خط برش پرسشنامه پردازش هیجانی باکر به منظور تعیین سطح خطر یا آسیب‌پذیری فرد در برابر مشکلات هیجانی استفاده می‌شود. این خط برش معمولاً بر اساس نمرات کسب شده در هر بعد تعیین می‌شود. باکر و همکاران ساختار عاملی این پرسشنامه را با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی مورد بررسی قرار داده و ۵ عامل استخراج کردند. ضرایب آلفای کرونباخ و باز آزمایی این مقیاس به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۹۲ توسط طراحان آزمون گزارش شد. روایی و پایایی ایرانی پرسشنامه پردازش هیجانی باکر نیز در تحقیقات مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج این تحقیقات نشان می‌دهد که این پرسشنامه در نمونه‌های ایرانی نیز دارای روایی و پایایی

¹ Baker

مناسبی است (کریمی و همکاران، ۱۴۰۰). پایایی این ابزار در پژوهش حاضر ۰/۷۳ محاسبه گردید و مورد تایید قرار گرفت. پرسشنامه باورهای ناکارآمد نوجوانان برنارد (۱۹۸۸): پرسشنامه باورهای ناکارآمد نوجوانان برنارد (۱۹۸۸) یکی از ابزارهای پرکاربرد در زمینه ارزیابی باورهای ناکارآمد نوجوانان است. این پرسشنامه توسط برنارد در سال ۱۹۸۸ طراحی شد و از آن زمان به بعد به طور گسترده‌ای در تحقیقات مختلف مورد استفاده قرار گرفته است (برنارد، ۱۹۸۸). این پرسشنامه به منظور ارزیابی باورهای ناکارآمد نوجوانان طراحی شده است، که شامل ۲۵ آیتم می باشد. هر آیتم از پرسشنامه به صورت یک جمله ارائه شده است و نوجوانان باید میزان موافقت خود را با هر جمله در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (از ۱ = کاملاً مخالف تا ۵ = کاملاً موافق) مشخص کنند (برنارد، ۱۹۸۸؛ به نقل از رضایی و همکاران، ۲۰۲۲). ابعاد و مولفه‌های پرسشنامه باورهای ناکارآمد نوجوانان برنارد (۱۹۸۸) شامل تحقیر خود، بی‌تحمیلی قوانین ناامیدکننده، بی‌تحمیلی ناکامی در تکالیف و توقع انصاف، بی‌تحمیلی نقض قواعد توسط دیگران است. شیوه نمره‌گذاری پرسشنامه باورهای ناکارآمد نوجوانان برنارد (۱۹۸۸) به این صورت می‌باشد که نمره هر آیتم از ۱ تا ۵ محاسبه می‌شود و سپس نمرات آیتم‌های هر بعد جمع می‌شود تا نمره کل آن بعد به دست آید. نمره کل پرسشنامه نیز از جمع نمرات تمام آیتم‌ها به دست می‌آید. دامنه نمرات پرسشنامه باورهای ناکارآمد نوجوانان برنارد (۱۹۸۸) از ۳۰ تا ۱۵۰ می‌باشد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده باورهای ناکارآمد بیشتر است. خط برش پرسشنامه معمولاً بر اساس نمره کل پرسشنامه تعیین می‌شود. برخی از تحقیقات نشان داده‌اند که نمرات بالاتر از ۹۰ می‌تواند نشان‌دهنده خطر بالای باورهای ناکارآمد باشد. روایی و پایایی خارجی پرسشنامه توسط برنارد (۱۹۸۸) و سایر محققان مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج نشان داد که پرسشنامه از روایی و پایایی خوبی برخوردار است. پایایی پرسشنامه در مطالعه برنارد (۱۹۸۸) ۰/۸۵ گزارش شده است (برنارد، ۱۹۸۸). در ایران نیز تحقیقات مختلفی در مورد روایی و پایایی پرسشنامه

باورهای ناکارآمد نوجوانان برنارد (۱۹۸۸) انجام شده است. به عنوان مثال، رضایی و همکاران (۲۰۲۲) روایی و پایایی این پرسشنامه را در یک نمونه ایرانی مورد بررسی قرار دادند و نتایج نشان داد که پایایی پرسشنامه ۰/۸۳ و روایی آن ۰/۷۱ می‌باشد (رضایی و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین، محمدی و همکاران (۲۰۲۳) در یک مطالعه دیگر، روایی و پایایی پرسشنامه را در یک نمونه از نوجوانان ایرانی مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج نشان داد که پایایی پرسشنامه ۰/۸۷ و روایی آن ۰/۷۸ می‌باشد (محمدی و همکاران، ۲۰۲۳). پایایی این ابزار در پژوهش حاضر ۰/۸۰ محاسبه گردید و مورد تایید قرار گرفت. پرسشنامه خطرپذیری نوجوانان ایرانی زاده محمدی و همکاران (۱۳۸۷): پرسشنامه مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی دارای ۳۸ سوال بوده و هدف آن سنجش میزان خطرپذیری در نوجوانان از ابعاد مختلف (گرایش به مواد مخدر، گرایش به الکل، گرایش به سیگار، گرایش به خشونت، گرایش به رابطه و رفتار جنسی، گرایش به رابطه با جنس مخالف، گرایش به رانندگی خطرناک) می‌باشد. شیوه شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به این صورت است که به گزینه‌های کاملاً موافق، موافق، نه موافق نه مخالف، مخالف و کاملاً مخالف به ترتیب نمره‌های ۵، ۴، ۳، ۲ و ۱ اختصاص داده می‌شود. دامنه نمرات این پرسشنامه از ۳۶ تا ۱۸۰ می‌باشد. خط برش این پرسشنامه ۹۰ می‌باشد، به این معنی که نمرات بالاتر از ۹۰ نشان‌دهنده خطرپذیری بالا می‌باشد. در پژوهش زاده محمدی و همکاران (۱۳۸۷) روایی سازه این مقیاس مورد ارزیابی قرار گرفت. تحلیل عاملی اکتشافی با مولفه‌های اصلی نشان داد که این پرسشنامه مقیاسی هفت بعدی است، که ۶۴/۸۴ درصد واریانس خطرپذیری را تبیین می‌کند. میزان آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۴ و برای خرده مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۹۳ تا ۰/۷۴ قرار داشت که بیانگر پایایی خوب این مقیاس است. پایایی این ابزار در پژوهش حاضر ۰/۷۴ محاسبه گردید و مورد تایید قرار گرفت.

جدول ۱. پروتکل درمان ذهنی‌سازی (سیفنوس^۱، ۲۰۱۳)

جلسه	مجموعه کارها
۱	معرفی پژوهش، شرح کلی از روس رویکرد درمانی، مصاحبه تشخیصی روانشناسی با نوجوانان در مورد مشکلات رفتاری
۲	ارزیابی توانایی نوجوانان، تشریح نیازهای روانی بنیادین نوجوانان، ارزیابی بازنمایی‌های ذهنی نوجوانان، حذف امر و نهی‌های اضافی و کنترل گری، تشویق به ایجاد موضع مثبت نسبت به هیجانان.
۳	ترغیب نوجوان به دیدن نقش خود در بروز رفتارهای مختلف در دیگران و تشخیص چرایی رفتارهای مختلف دیگران با او، تشویق نوجوان به ایجاد موضع مثبت نسبت به دیگران
۴	پذیرش احساسات نوجوانان، قضاوت نکردن در مورد احساسات آن‌ها، بیان احساسات به زبان خودش (ایفای نقش آینه)، عدم انکار احساسات منفی و متناقض نوجوانان و پذیرش آن‌ها، تشویق به استفاده از تجارب عاطفی شخصی، آگاهی دادن به نوجوانان در مورد راه‌های غلط مواجهه با احساسات منفی: انکار، سلب کردن، سرکوب کردن، ظاهر بهتر دادن.
۵	تشریح راه‌های درست تشویق و تنبیه: تطابق تمجید با تلاش‌ها و کارهای موفقیت‌آمیز نوجوانان، تطابق انتقاد با کارهای اشتباه نوجوانان نه شخصیت و صفات کلی او، حذف کلام نیشدار ضمن انتقاد، پرهیز از الگوهای متناقض: تهدید، رشوه، وعده، موعظه و سخنرانی، تهدید، عامل به خطر افتادن خودمختاری نوجوانان، تشویق نوجوانان به ایجاد موضع تاملی.
۶	تعریف مسولیت‌پذیری، راه‌های ایجاد مسولیت در نوجوانان: انطباق، همچشمی و رقابت، الگوپذیری، مسولیت‌حق بیان، مسولیت‌حق انتخاب، تشویق نوجوانان به ایجاد موضع تاملی، بازی حدس زدن.
۷	شیوه‌های بیان احساسات در مقابل دیگران، بیان احساسات و نامگذاری آن، بیان تمایلات رفتاری خود در هنگام خشم، تشویق نوجوانان به ایجاد موضع تاملی، بازی حدس زدن.
۸	مصاحبه با نوجوانان در مورد میزان اثربخشی برنامه و دریافت نقاط قوت و ضعف برنامه.

جدول ۲. پروتکل طرحواره‌درمانی (یانگ^۲ و همکاران، ۲۰۰۶)

جلسه	مجموعه کارها
۱	پس از معارفه و آشنایی اعضا و درمانگر و یخ‌شکنی، هدف طرحواره‌درمانی و نیز قوانین مربوط به گروه درمانی توسط درمانگر بیان می‌شود و مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره‌درمانی دسته‌بندی می‌شود.
۲	درمانگر مفهوم طرح‌واره درمانی را برای اعضا شرح می‌دهد و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و ویژگی‌های آن را برای اعضای گروه بیان می‌کند.
۳	درمانگر حوزه‌های طرح‌واره و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را معرفی می‌کند و تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای را آموزش می‌دهد.
۴	درمانگر به معرفی سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار که موجب تداوم طرحواره‌ها می‌شوند می‌پردازد، همچنین مفهوم ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای را شرح می‌دهد.
۵	برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی به اعضای گروه آموزش داده می‌شود و همچنین سنجش طرحواره‌ها از طریق پرسشنامه انجام می‌شود.
۶	در این جلسه اعضای گروه تکنیک‌های تجربی مثل تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین آنها را می‌آموزند.
۷	رابطه درمانی، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره توسط بیماران و نیز رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن آموزش داده می‌شود. همچنین در این جلسه اعضای گروه رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش را تمرین می‌کنند مانند نامه نوشتن یا گفتگوی خیالی
۸	در هشتمین جلسه پایانی مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم بررسی می‌شود و راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش داده می‌شود. همچنین در جلسه پایانی مطالب جلسات قبل مرور و راهکارهای یادگرفته شده تمرین می‌شود تا انگیزه افراد برای تغییر کردن بیشتر شود. همچنین از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش رفتارهای سالم به اعضای گروه آموزش داده می‌شود

¹ Sifneos²Young

روش اجرا

نمونه آماری پژوهش شامل ۴۵ نوجوانان دختر مقطع دوم متوسطه ناحیه چهاردهم استان تهران که دارای رفتار پرخطر بود که به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. در این روش اعضای جامعه در سه مرحله با استفاده از واحدهای نمونه گیری مختلف (واحدهای آموزشی و کلاس های درس) به صورت تصادفی انتخاب شدند (۱۲۱ نفر) و آزمودنی ها در ابتدا با توجه به علاقه نوجوانان به شرکت در طرح و نداشتن سابقه ذهنی، جسمی و روانی انتخاب شدند. امکان شرکت در دوره های آموزشی بررسی شد. پس از اعمال معیارهای رفتار پرخطر، ۴۵ نفر از دانش آموزانی که امتیاز لازم را داشتند، شناسایی و به عنوان آزمودنی های طرح پژوهشی انتخاب شدند. سپس تمام ۴۵ نفر به طور تصادفی به سه گروه تقسیم شدند. از بین ۴۵ نوجوانان انتخاب شده، ۱۵ نفر در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر به عنوان گروه آزمایشی دوم و ۱۵ نفر به صورت تصادفی

به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. جهت تحلیل داده ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. برای محاسبه ضرایب پایایی پرسشنامه ها از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. داده های این پروژه با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-28 تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

تحلیل یافته های توصیفی نشان داد که تمام آزمودنی ها از نظر معیارهای ورود به پژوهش (جنسیت، سن، محل تحصیل، و نمره خطرپذیری بالا) همگن بوده و تفاوتی از نظر متغیرهای جمعیت شناختی پایه بین گروه ها مشاهده نشد. این همگنی اولیه، اعتبار تحلیل های آماری بعدی را تقویت می کند.

جدول ۳. اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش در سه نوبت اندازه گیری به تفکیک سه گروه

متغیرها	گروهها	میانگین			انحراف استاندارد		
		نوبت اندازه گیری	نوبت اندازه گیری	نوبت اندازه گیری	نوبت اندازه گیری	نوبت اندازه گیری	نوبت اندازه گیری
		پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
کنترل		۶۵/۲۰	۶۴/۸۰	۶۵/۵۳	۲/۹۳	۳/۰۷	۳/۳۱
اضطراب دلبستگی	آزمایشی درمان ذهنی سازی	۶۴/۸۰	۵۵/۲۶	۶۱/۱۳	۳/۲۱	۳/۲۱	۳/۳۷
	آزمایشی طرحواره درمانی	۶۵/۵۳	۵۴/۷۳	۶۰/۲۶	۳/۲۴	۳/۳۶	۳/۲۱
کنترل		۷۰/۲۶	۶۹/۸۰	۷۰/۷۳	۳/۰۸	۳/۴۲	۳/۴۹
اجتناب دلبستگی	آزمایشی درمان ذهنی سازی	۷۰/۷۳	۶۱/۴۰	۶۶/۶۰	۳/۴۹	۳/۸۳	۱/۸۸
	آزمایشی طرحواره درمانی	۶۹/۸۰	۶۱/۷۳	۶۶/۹۳	۲/۷۳	۳/۵۵	۳/۶۵

جدول ۴. اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش در سه نوبت اندازه گیری به تفکیک سه گروه

متغیرها	گروهها	میانگین			انحراف استاندارد		
		نوبت اندازه گیری	نوبت اندازه گیری	نوبت اندازه گیری	نوبت اندازه گیری	نوبت اندازه گیری	نوبت اندازه گیری
		پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
کنترل		۱۴/۹۳	۱۴/۹۳	۱۴/۷۳	۲/۰۱	۲/۰۱	۱/۵۷
ارزیابی مجدد	آزمایشی درمان ذهنی سازی	۱۴/۶۰	۲۰	۱۷/۴۰	۱/۸۸	۲	۱/۹۹
	آزمایشی طرحواره درمانی	۱۵/۲۰	۱۸/۶۰	۱۶/۶۰	۱/۶۹	۱/۸۸	۱/۷۶
سرکوب	کنترل	۱۷/۴۶	۱۷/۲۰	۱۷/۷۳	۲/۵۳	۲/۲۷	۲/۷۳

۲/۹۳	۲/۸۱	۲/۹۹	۱۵/۲۰	۱۳/۰۶	۱۷/۶۰	آزمایشی درمان ذهنی‌سازی	نشخوار فکری
۲/۱۹	۲/۰۵	۲/۰۸	۱۵/۵۳	۱۴/۲۶	۱۷/۰۶	آزمایشی طرحواره‌درمانی	
۱/۴۷	۱/۷۶	۱/۹۷	۲۰/۲۰	۱۹/۶۰	۱۹/۸۰	کنترل	
۱/۵۷	۱/۵۴	۱/۷۴	۱۸/۰۶	۱۴/۳۳	۲۰/۲۰	آزمایشی درمان ذهنی‌سازی	پذیرش هیجانی
۱/۶۲	۱/۶۲	۱/۶۸	۱۷/۷۳	۱۶/۲۶	۱۹/۵۳	آزمایشی طرحواره‌درمانی	
۱/۶۸	۱/۸۶	۲/۰۱	۱۳/۴۶	۱۲/۷۳	۱۳/۰۶	کنترل	
۱/۶۸	۲/۱۳	۱/۹۱	۱۵/۱۳	۱۹/۴۶	۱۲/۶۶	آزمایشی درمان ذهنی‌سازی	باورهای ناکارآمد
۱/۵۹	۱/۵۹	۱/۸۴	۱۴/۴۰	۱۷/۱۳	۱۲/۶۰	آزمایشی طرحواره‌درمانی	
۴/۷۴	۴/۸۳	۴/۶۲	۹۲/۴۰	۹۱/۷۳	۹۲	کنترل	
۳/۳۹	۴/۵۶	۴/۴۳	۸۸/۱۳	۷۹/۴۶	۹۲/۴۶	آزمایشی درمان ذهنی‌سازی	تحقیر خود
۴/۱۹	۴/۹۲	۴/۴۱	۸۷/۸۰	۸۰/۰۶	۹۲/۸۰	آزمایشی طرحواره‌درمانی	
۱/۸۳	۲/۲۷	۱/۶۸	۲۲/۷۳	۲۲/۸۰	۲۲/۶۰	کنترل	
۱/۰۸	۱/۴۸	۱/۲۷	۲۲/۲۰	۱۹/۹۳	۲۳/۰۶	آزمایشی درمان ذهنی‌سازی	بی‌تحملی قوانین ناامیدکننده
۱/۰۹	۱/۳۸	۱/۱۴	۲۱/۹۳	۲۰/۰۶	۲۳/۲۰	آزمایشی طرحواره‌درمانی	
۱/۴۸	۱/۵۷	۱/۵۳	۲۲/۰۶	۲۱/۷۳	۲۲/۰۶	کنترل	
۱/۰۳	۱/۰۱	۱/۴۵	۲۱/۷۳	۱۹/۸۰	۲۲/۸۶	آزمایشی درمان ذهنی‌سازی	بی‌تحملی ناگهانی در تکالیف و توقع انصاف
۱/۲۲	۱/۲۷	۱/۲۰	۲۱/۹۳	۲۰/۰۶	۲۳/۲۰	آزمایشی طرحواره‌درمانی	
۲/۶۵	۲/۳۷	۲/۰۷	۲۴/۲۰	۲۴/۰۶	۲۳/۸۰	کنترل	
۱/۰۳	۱/۴۲	۱/۳۵	۲۲/۲۶	۱۹/۸۰	۲۳/۴۰	آزمایشی درمان ذهنی‌سازی	بی‌تحملی نقص قوانین توسط دیگران
۱/۲۲	۱/۲۶	۱/۰۸	۲۱/۹۳	۱۹/۸۰	۲۳/۲۰	آزمایشی طرحواره‌درمانی	
۲/۶۱	۲/۵۳	۲/۴۱	۲۳/۴۰	۲۳/۱۳	۲۳/۵۳	کنترل	
۰/۷۹	۱/۰۳	۱/۱۲	۲۱/۹۳	۱۹/۹۳	۲۳/۱۳	آزمایشی درمان ذهنی‌سازی	
۱/۱۹	۱/۳۵	۱/۲۶	۲۲	۲۱/۱۳	۲۳/۲۰	آزمایشی طرحواره‌درمانی	

کوواریانس‌نمات در مراحل مختلف آماری اطمینان حاصل کرد.

قبل از انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر باید از رعایت مهم‌ترین پیش‌فرض‌های آن که عبارتند از: نرمال بودن توزیع متغیرها، همسانی واریانس خطا، و تساوی

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات اصلی و تعاملی سبک‌های پردازش هیجان

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
ارزیابی مجدد	اثر گروه	۱۵۱/۶۰۰	۲	۷۵/۸۰۰	۷/۵۸۵	۰/۰۰۲	۰/۲۶۵
	اثر زمان	۱۹۴/۱۳۳	۱/۹۳۳	۱۰۰/۴۱۴	۳۴۱/۶۳۱	۰/۰۰۱	۰/۸۹۱
	تعامل زمان*گروه	۱۱۲/۶۶۷	۳/۸۶۷	۲۹/۱۳۸	۹۹/۱۳۴	۰/۰۰۱	۰/۸۲۵
سرکوب	اثر گروه	۱۲۳/۸۳۷	۲	۶۱/۹۱۹	۶/۴۱۳	۰/۰۰۱	۰/۲۲۷
	اثر زمان	۱۴۴/۴۵۹	۲	۷۲/۲۳۰	۳۲۶/۵۸۹	۰/۰۰۱	۰/۸۸۶
	تعامل زمان*گروه	۷۰/۹۶۳	۴	۱۷/۷۴۱	۸۰/۲۱۵	۰/۰۰۱	۰/۷۹۳
نشخوار فکری	اثر گروه	۱۴۴/۴۵۹	۲	۷۲/۲۳۰	۹/۳۹۳	۰/۰۰۱	۰/۳۰۹

۰/۸۸۲	۰/۰۰۱	۳۱۴/۱۴۱	۱۱۱/۰۳۰	۲	۲۲۲/۰۵۹	اثر زمان
۰/۸۰۹	۰/۰۰۱	۸۸/۸۳۱	۳۱/۳۹۶	۴	۱۲۵/۵۸۵	تعامل زمان* گروه
۰/۳۰۵	۰/۰۰۱	۹/۲۱۰	۸۱/۲۵۲	۲	۱۶۲/۵۰۴	اثر گروه
۰/۸۶۲	۰/۰۰۱	۲۶۲/۳۴۱	۱۵۲/۴۰۷	۲	۳۰۴/۸۱۵	اثر زمان پذیرش هیجانی
۰/۸۱۲	۰/۰۰۱	۹۰/۸۲۱	۵۲/۷۶۳	۴	۲۱۱/۰۵۲	تعامل زمان* گروه

گروه نیز معنادار است ($p < 0/05$). همچنین تعامل زمان و گروه هم معنادار است ($p < 0/001$).
 برای بررسی دو به دوی تفاوت میانگین سبک‌های پردازش هیجان در گروه‌های پژوهش از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که در ذیل به ترتیب نتایج آن‌ها نشان داده شده است.

جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را برای سبک‌های پردازش هیجان را نشان می‌دهد. از محتوای جدول مشخص است که برای سبک‌های پردازش هیجان (ارزیابی مجدد، سرکوب، نشخوار فکری و پذیرش هیجانی) اثر اصلی زمان معنادار است ($p < 0/001$). از طرفی اثر اصلی

جدول ۶. میانگین‌های تعدیل شده سبک‌های پردازش هیجان در گروه‌های پژوهش

متغیر	گروه	میانگین
ارزیابی مجدد	کنترل	۱۴/۸۶۷
	آموزش ذهنی سازی	۱۸/۳۳۳
سرکوب	آموزش طرحواره درمانی	۱۶/۸۰۰
	کنترل	۱۷/۴۶۷
نشخوار فکری	آموزش ذهنی سازی	۱۴/۲۸۹
	آموزش طرحواره درمانی	۱۵/۶۲۲
پذیرش هیجانی	کنترل	۱۹/۸۶۷
	آموزش ذهنی سازی	۱۵/۲۱۰
پذیرش هیجانی	آموزش طرحواره درمانی	۱۶/۸۴۴
	کنترل	۱۳/۰۸۹
پذیرش هیجانی	آموزش ذهنی سازی	۱۵/۷۵۶
	آموزش طرحواره درمانی	۱۴/۷۱۱

در ادامه برای بررسی دو به دوی تفاوت سبک‌های ارزیابی مجدد، سرکوب، نشخوار فکری و پردازش هیجانی در گروه‌های پژوهش از آزمون تعقیبی بونفرونی بر روی میانگین‌های تعدیل شده استفاده شد که نتایج آن در ذیل ارائه شده است.

جدول ۷. نتایج آزمون بونفرونی بر روی میانگین‌های تعدیل شده متغیرهای ارزیابی مجدد، سرکوب، نشخوار فکری و پذیرش

هیجانی در گروه‌های پژوهش

متغیر	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	سطح معناداری
ارزیابی مجدد	کنترل	آموزش ذهنی سازی	-۳/۴۶۷	۰/۰۰۱
	کنترل	آموزش طرحواره درمانی	-۱/۹۳۳	۰/۰۰۶

۰/۰۰۱	۳/۴۶۷	کنترل	آموزش ذهنی‌سازی	
۰/۰۲۳	۱/۵۳۳	آموزش طرحواره درمانی		
۰/۰۰۶	۱/۹۳۳	کنترل	آموزش طرحواره درمانی	
۰/۰۲۳	-۱/۵۳۳	آموزش ذهنی‌سازی		
۰/۰۰۱	۳/۱۷۸	آموزش ذهنی‌سازی	کنترل	
۰/۰۲۵	۱/۸۴۴	آموزش طرحواره درمانی		
۰/۰۰۱	-۳/۱۷۸	کنترل	آموزش ذهنی‌سازی	سرکوب
۰/۰۳۳	-۱/۳۳۳	آموزش طرحواره درمانی		
۰/۰۲۵	-۱/۸۴۴	کنترل	آموزش طرحواره درمانی	
۰/۰۳۳	۱/۳۳۳	آموزش ذهنی‌سازی		
۰/۰۰۱	۴/۶۷۵	آموزش ذهنی‌سازی	کنترل	
۰/۰۰۱	۳/۰۲۳	آموزش طرحواره درمانی		
۰/۰۰۱	-۴/۶۷۵	کنترل	آموزش ذهنی‌سازی	نشخوار فکری
۰/۰۱۸	-۱/۶۳۴	آموزش طرحواره درمانی		
۰/۰۰۱	-۳/۰۲۳	کنترل	آموزش طرحواره درمانی	
۰/۰۱۸	۱/۶۳۴	آموزش ذهنی‌سازی		
۰/۰۰۱	-۲/۶۶۷	آموزش ذهنی‌سازی	کنترل	
۰/۰۲۷	-۱/۶۲۲	آموزش طرحواره درمانی		
۰/۰۰۱	۲/۶۶۷	کنترل	آموزش ذهنی‌سازی	پذیرش هیجانی
۰/۰۳۶	۱/۰۴۴	آموزش طرحواره درمانی		
۰/۰۲۷	۱/۶۲۲	کنترل	آموزش طرحواره درمانی	
۰/۰۳۶	-۱/۰۴۴	آموزش ذهنی‌سازی		

درمانی در سرکوب ۱/۳۳۳- نمره و در نشخوار فکری ۱/۶۳۴- بیش‌تر کاهش ایجاد کرده است. در ادامه به منظور بررسی تفاوت متغیرهای ارزیابی مجدد، سرکوب، نشخوار فکری و پذیرش هیجانی در سه مرحله ارزیابی پژوهش میانگین‌های تعدیل شده و آزمون تعقیبی بونفرونی بر روی میانگین‌های تعدیل شده در ذیل ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول بالا مشاهده می‌شود بین دو گروه آزمایشی در اثرگذاری بر سبک‌های پردازش هیجان (ارزیابی مجدد، سرکوب، نشخوار فکری، پذیرش هیجانی) تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$). و مداخله آزمایشی ذهنی‌سازی نسبت به طرحواره درمانی در ارزیابی مجدد ۱/۵۳۳ نمره و پذیرش هیجانی ۱/۶۲۲ نمره افزایش ایجاد کرده است. همچنین مداخله ذهنی‌سازی نسبت به طرحواره

جدول ۸- میانگین‌های تعدیل شده ارزیابی مجدد، سرکوب، نشخوار فکری و پذیرش هیجانی در مراحل پژوهش

متغیر	مرحله ارزیابی	میانگین
	پیش آزمون	۱۴/۹۱۱
ارزیابی مجدد	پس آزمون	۱۷/۸۴۴
	پیگیری	۱۶/۲۴۴
سرکوب	پیش آزمون	۱۷/۳۷۸

۱۴/۸۴۴	پس آزمون	
۱۶/۱۵۶	پیگیری	
۱۹/۸۴۴	پیش آزمون	
۱۶/۷۳۳	پس آزمون	نشخوار فکری
۱۸/۶۶۷	پیگیری	
۱۲/۷۷۸	پیش آزمون	
۱۶/۴۴۴	پس آزمون	پذیرش هیجانی
۱۴/۳۳۳	پیگیری	

در ادامه برای بررسی دو به دوی تفاوت ارزیابی مجدد، سرکوب، نشخوار فکری و پذیرش هیجانی در مراحل پژوهش از آزمون تعقیبی بونفرونی بر روی میانگین‌های تعدیل شده استفاده شد که نتایج آن در ذیل ارائه شده است.

جدول ۹. نتایج آزمون بونفرونی بر روی میانگین‌های تعدیل شده ارزیابی مجدد، سرکوب، نشخوار فکری و پذیرش هیجانی در

مراحل ارزیابی

متغیر	مرحله مبنا	مرحله مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
ارزیابی مجدد	پیش آزمون	پس آزمون	-۲/۹۳۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۱/۳۳۱	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیش آزمون	۲/۹۳۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	پیگیری	۱/۶۰۰	۰/۰۰۱
سرکوب	پیش آزمون	پس آزمون	۱/۳۳۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پس آزمون	-۱/۶۰۰	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پس آزمون	۲/۵۳۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	پیگیری	۱/۲۲۲	۰/۰۰۱
نشخوار فکری	پس آزمون	پیش آزمون	-۲/۵۳۳	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	-۱/۳۱۱	۰/۰۰۱
	پیگیری	پیش آزمون	-۱/۲۲۲	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پس آزمون	۱/۳۱۱	۰/۰۰۱
پذیرش هیجانی	پیش آزمون	پس آزمون	۳/۱۱۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۱/۱۷۸	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیش آزمون	-۱/۳۱۱	۰/۰۰۱
	پیگیری	پیگیری	-۱/۹۳۳	۰/۰۰۱
پذیرش هیجانی	پیش آزمون	پیش آزمون	-۱/۱۷۸	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پس آزمون	۱/۹۳۳	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پس آزمون	-۳/۶۶۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	پیگیری	-۱/۵۵۶	۰/۰۰۱
پذیرش هیجانی	پس آزمون	پیش آزمون	۳/۶۶۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	پیگیری	۲/۱۱۱	۰/۰۰۱
	پیگیری	پیش آزمون	۱/۵۵۶	۰/۰۰۱

۰/۰۰۱	-۲/۱۱۱	پس‌آزمون
-------	--------	----------

متغیرهای ارزیابی مجدد و پذیرش هیجانی نمرات از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون افزایش یافته است و در پیگیری نمرات کمی کاهش یافته است. اما در متغیرهای سرکوب و نشخوار فکری نمرات از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون کاهش یافته است و در پیگیری اندکی افزایش یافته است

همانطور که در جدول ۹ نشان داده شده است، در متغیرهای ارزیابی مجدد، سرکوب، نشخوار فکری و پذیرش هیجانی تفاوت بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار است ($p < 0/001$)، همچنین، تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($p < 0/001$). با توجه به اختلاف میانگین‌ها، در

جدول ۱۰. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات اصلی و تعاملی باورهای ناکارآمد

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر گروه		۰/۸۲۹	۲	۴۱۴/۷۶۳	۷/۲۷۹	۰/۰۰۲	۰/۲۵۷
باورهای ناکارآمد	اثر زمان	۱۷۴۵/۱۲۶	۱/۴۸۶	۱۱۷۴/۵۸۱	۵۳۸/۴۰۸	۰/۰۰۱	۰/۹۲۸
	تعامل زمان*گروه	۸۰۷/۴۰۷	۲/۹۷۱	۲۷۱/۷۱۸	۱۲۴/۵۵۱	۰/۰۰۱	۰/۸۵۶

جدول ۱۱. میانگین‌های تعدیل شده باورهای ناکارآمد در

گروه‌های پژوهش

متغیر	گروه	میانگین
باورهای	کنترل	۹۲/۰۴۴
ناکارآمد	آموزش ذهنی‌سازی	۸۶/۶۸۹
	آموزش طرحواره‌درمانی	۸۶/۸۸۹

در ادامه برای بررسی دو به دوی تفاوت باورهای ناکارآمد در گروه‌های پژوهش از آزمون تعقیبی بونفرونی بر روی میانگین‌های تعدیل شده استفاده شد که نتایج آن در ذیل ارائه شده است.

جدول ۱۰ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را برای باورهای ناکارآمد را نشان می‌دهد. از محتوای جدول مشخص است که برای باورهای ناکارآمد اثر اصلی زمان معنادار است ($p < 0/001$). از طرفی اثر اصلی گروه نیز معنادار است ($p < 0/05$). همچنین تعامل زمان و گروه هم معنادار است ($p < 0/001$).

برای بررسی دو به دوی تفاوت میانگین باورهای ناکارآمد در گروه‌های پژوهش از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که در ذیل به ترتیب نتایج آن‌ها نشان داده شده است.

جدول ۱۲. نتایج آزمون بونفرونی بر روی میانگین‌های تعدیل شده متغیر باورهای ناکارآمد در گروه‌های پژوهش

متغیر	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	سطح معناداری
کنترل	آموزش ذهنی‌سازی	آموزش طرحواره‌درمانی	۵/۳۵۶	۰/۰۰۲
	کنترل	آموزش طرحواره‌درمانی	-۵/۳۵۶	۰/۰۰۲
باورهای ناکارآمد	آموزش ذهنی‌سازی	آموزش طرحواره‌درمانی	-۰/۲۰۰	۰/۹۰۱
	آموزش طرحواره‌درمانی	کنترل	-۵/۱۵۶	۰/۰۰۲
	آموزش طرحواره‌درمانی	آموزش ذهنی‌سازی	۰/۲۰۰	۰/۹۰۱

همان‌طور که در جدول بالا مشاهده می‌شود بین دو گروه آزمایشی در اثرگذاری بر باورهای ناکارآمد تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0.05$). در ادامه به منظور بررسی تفاوت متغیر باورهای ناکارآمد در سه مرحله ارزیابی پژوهش میانگین‌های تعدیل شده و آزمون تعقیبی بونفرونی بر روی میانگین‌های تعدیل شده در ذیل ارائه شده است.

جدول ۱۳. میانگین‌های تعدیل شده باورهای ناکارآمد در مراحل پژوهش

متغیر	مرحله ارزیابی	میانگین
باورهای ناکارآمد	پیش آزمون	۹۲/۴۲۲
	پس آزمون	۸۳/۷۵۶
	پیگیری	۸۹/۴۴۴

در ادامه برای بررسی دو به دوی تفاوت باورهای ناکارآمد در مراحل پژوهش از آزمون تعقیبی بونفرونی بر روی میانگین‌های تعدیل شده استفاده شد که نتایج آن در ذیل ارائه شده است.

جدول ۱۴- نتایج آزمون بونفرونی بر روی میانگین‌های تعدیل شده باورهای ناکارآمد در مراحل ارزیابی

متغیر	مرحله مبنا	مرحله مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
باورهای ناکارآمد	پیش آزمون	پس آزمون	۸/۶۶۷	۰/۰۰۱
		پیگیری	۲/۹۷۸	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیش آزمون	-۸/۶۶۷	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۵/۶۸۹	۰/۰۰۱
	پیگیری	پیش آزمون	-۲/۹۷۸	۰/۰۰۱
		پس آزمون	۵/۶۸۹	۰/۰۰۱

نتایج حاصل از بررسی پژوهش نشان داد که بین گروه‌ها در مؤلفه‌های پردازش هیجانی تفاوت معناداری وجود دارد. درمان ذهنی‌سازی در مؤلفه‌هایی مانند پذیرش هیجانی و کنترل هیجان عملکرد بهتری داشت. مطالعات همسو و یا ناهم‌سویی که بتواند نتایج این فرضیه از پژوهش را تایید یا رد کند، یافت نشد. اما برخی پژوهش‌ها از این مفهوم پشتیبانی می‌کنند که درمان ذهنی‌سازی به طور خاص با هدف افزایش آگاهی هیجانی و درک حالات ذهنی، و در نتیجه بهبود تنظیم هیجانی، که جنبه‌ای حیاتی از پردازش مؤثر هیجان است، انجام می‌شود (پلنر^۱ و همکاران، ۲۰۱۶).

همان‌طور که در جدول ۱۴ نشان داده شده است، در متغیر باورهای ناکارآمد تفاوت بین پیش آزمون و پس آزمون معنادار است ($p < 0.001$)، همچنین، تفاوت بین پس آزمون و پیگیری معنادار است ($p < 0.001$). با توجه به اختلاف میانگین‌ها، نمرات از پیش آزمون تا پس آزمون افزایش یافته است و در پیگیری نمرات کمی کاهش یافته است.

بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان ذهنی‌سازی و طرحواره درمانی بر سبک‌های پردازش هیجان و باورهای ناکارآمد نوجوانان دارای رفتار پرخطر انجام شده است.

¹ Plener

مطالعات نشان می‌دهد که درمان ذهنی‌سازی می‌تواند به طور قابل توجهی شایستگی‌های هیجانی را در نوجوانان، به ویژه آن‌هایی که با رفتارهای خودآسیب‌رسان و سایر فعالیت‌های پرخطر دست و پنجه نرم می‌کنند، بهبود بخشد. به عنوان مثال، یک بررسی سیستماتیک و متاآنالیز نشان می‌دهد که نوجوانانی که از درمان ذهنی‌سازی بهره‌مند می‌شوند، پاسخ‌های هیجانی سازگارانه‌تری را نشان می‌دهند که می‌تواند منجر به کاهش تکانشگری و اختلال در تنظیم هیجانی شود (گروس^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). این همبستگی نشان‌دهنده یک مزیت درمانی قوی درمان ذهنی‌سازی برای نوجوانان در معرض خطر است که اغلب با پاسخ‌های هیجانی ناسازگارانه که رفتارهای پرخطر را هدایت می‌کنند، مشخص می‌شوند (پلنر و همکاران، ۲۰۱۶؛ گروس و همکاران، ۲۰۲۴). درمان ذهنی‌سازی در پرداختن به سبک‌های مختلف پردازش هیجان، به‌ویژه در میان نوجوانان دارای رفتارهای پرخطر، اثربخشی بیشتری نسبت به طرحواره‌درمانی نشان داده است. دلیل اصلی این اثربخشی، تمرکز صریح درمان ذهنی‌سازی بر درک و تنظیم تجربیات عاطفی است. ذهنی‌سازی، نوجوانان را قادر می‌سازد تا احساسات خود و همچنین احساسات دیگران را تشخیص داده و تفسیر کنند و آگاهی و پردازش عاطفی بهتری را تسهیل کند. این امر منجر به پاسخ‌های عاطفی سازگارتر می‌شود و به نوجوانان در توانایی تجربه و ابراز احساسات ناخوشایند به جای سرکوب یا اجتناب از آنها کمک می‌کند. چنین توانمندسازی، یک مکانیسم مقابله سازگارانه را پرورش می‌دهد که به‌ویژه در محیط‌های پراسترس که در آن‌ها رفتارهای پرخطر ممکن است به دلیل اختلال در تنظیم هیجانی پدیدار شوند، بسیار مهم است. در مقابل، در حالی که طرحواره‌درمانی چارچوبی برای درک الگوهای هیجانی ریشه در تجربیات گذشته فراهم می‌کند، تمرکز اصلی آن بر بازسازی طرحواره‌های ناسازگار گاهی اوقات می‌تواند تجربیات هیجانی فوری را نادیده بگیرد. این ممکن است

مانع پردازش و تنظیم مستقیم علائم هیجانی فعلی شود. در نتیجه، نوجوانان ممکن است به سرکوب هیجانی ادامه دهند یا رفتارهای اجتنابی نشان دهند که می‌تواند پریشانی و پاسخ‌های ناسازگار را تشدید کند. تأکید درمان ذهنی‌سازی بر پردازش هیجانی در زمان واقعی و تعامل تطبیقی، مکانیسمی قوی برای تکامل مهارت‌های هیجانی فراهم می‌کند که برای پیمایش پیچیدگی‌های روابط بین فردی و سناریوهای پرخطر حیاتی هستند و در نهایت منجر به سلامت هیجانی و پیامدهای رفتاری بهتر در میان نوجوانانی می‌شوند که رفتارهای پرخطر از خود نشان می‌دهند. در واقع درمان ذهنی‌سازی بر توانایی درک احساسات خود و دیگران در زمینه‌های مختلف تأکید دارد و در نتیجه، آگاهی و تنظیم هیجانی بهبود یافته را تسهیل می‌کند. این امر ریشه در نظریه‌های روانشناختی تنظیم هیجان دارد که ادعا می‌کنند ظرفیت شناسایی و تأمل در مورد حالات هیجانی، به طور مستقیم بر میزان اثربخشی افراد در مدیریت پاسخ‌های هیجانی‌شان تأثیر می‌گذارد. با تقویت ذهنی‌سازی، نوجوانان می‌توانند احساسات خود را با انعطاف‌پذیری بیشتری هدایت کنند و به آنها اجازه می‌دهد تا به عوامل استرس‌زا به روش‌های سازگارانه پاسخ دهند، که این امر به‌ویژه در مرحله رشد پرآشوب نوجوانی بسیار مهم است. در مقابل، طرحواره‌درمانی، اگرچه در بازسازی سیستم‌های اعتقادی ریشه‌دار مرتبط با احساسات و خودآگاهی مؤثر است، اما اغلب عمیق‌تر با طرحواره‌های شناختی که می‌توانند مانع سیالیت هیجانی شوند، درگیر می‌شود. این درمان با تمرکز بر طرحواره‌های ناسازگار، تمایل دارد به جای ترویج پردازش هیجانی فوری، بر درک و اصلاح تجربیات گذشته تأکید کند. این نشان‌دهنده یک زیربنای نظری است که ممکن است ناخواسته سبک‌های اجتناب یا هیجان‌انعطاف‌ناپذیر را تقویت کند، به‌ویژه برای نوجوانانی که ممکن است در تعامل با دیگران مشکل داشته باشند. چارچوب طرحواره‌درمانی برای به چالش کشیدن

¹ Gross

تحریف‌های شناختی طراحی شده است، اما به اندازه ذهنی‌سازی، تعامل پویای شناخت و پاسخ به احساسات را در اولویت قرار نمی‌دهد. در نتیجه، در حالی که هر دو روش درمانی در نهایت ممکن است به نتایج عاطفی بهتری منجر شوند، تمرکز مستقیم درمان ذهنی‌سازی بر افزایش پردازش احساسات در زمان واقعی، آن را به عنوان گزینه‌ای مؤثرتر برای پرورش سبک‌های هیجانی سازگار در نوجوانانی که با رفتارهای پرخطر مواجه هستند، قرار می‌دهد.

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که درمان ذهنی‌سازی و طرحواره‌درمانی بر باورهای ناکارآمد در نوجوانان دارای رفتار پرخطر دارای اثربخشی یکسانی بودند. مطالعات همسو و یا ناهمسوئی که بتواند نتایج این فرضیه از پژوهش را تایید یا رد کند، یافت نشد. اما برخی پژوهش‌ها از این مفهوم پشتیبانی می‌کنند که درمان ذهنی‌سازی بر توسعه مهارت‌های ذهنی‌سازی تأکید دارد که به افراد کمک می‌کند تا احساسات خود و احساسات دیگران را بهتر درک کنند و به طور بالقوه باورهای مضر را که اغلب زیربنای رفتارهای واکنشی هستند، کاهش می‌دهد (جورگنسن^۱ و همکاران، ۲۰۲۵). اگرچه مطالعات خاص در مورد نوجوانان با رفتارهای پرخطر به طور مستقیم ذکر نشده است، اما نشان داده شده است که درمان ذهنی‌سازی منجر به بهبود در تنظیم هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی می‌شود که برای پرورش سیستم‌های اعتقادی سالم‌تر در جوانان بسیار مهم هستند (مهاجرین^۲ و همکاران، ۲۰۲۵). درمان ذهنی‌سازی و طرحواره‌درمانی به دلیل مکانیسم‌های مکمل خود که فرآیندهای فکری ناسازگار و الگوهای هیجانی را هدف قرار می‌دهند، در پرداختن به باورهای ناکارآمد در میان نوجوانانی که درگیر رفتارهای پرخطر هستند، اثربخشی یکسانی نشان می‌دهند. هر دو درمان چارچوب‌های منحصر به فردی برای تشخیص و درک باورهای تحریف‌شده در مورد خود و محیط خود ارائه می‌دهند. درمان ذهنی‌سازی، رشد خودآگاهی و بینش بین فردی را تقویت می‌کند و

نوجوانان را قادر می‌سازد تا در مورد باورهای خود و پیامدهای این باورها برای رفتارشان تأمل کنند. این فرآیند تأملی، نوجوانان را تشویق می‌کند تا باورهای ناکارآمد خود در مورد روابط، ارزش خود و عاملیت را دوباره ارزیابی کنند و منجر به افزایش تنظیم هیجانی و عملکرد اجتماعی شود. به طور مشابه، طرحواره‌درمانی به طور خاص طرحواره‌های ناسازگار اولیه را که در باورهای ناکارآمد نقش دارند، هدف قرار می‌دهد و به نوجوانان کمک می‌کند تا ریشه‌های این باورها و تأثیر آنها بر رفتارهای فعلی را درک کنند. طرحواره‌درمانی با شناسایی و اصلاح تحریف‌های شناختی ریشه‌دار، نوجوانان را قادر می‌سازد تا الگوهای فکری مضر را با باورهای سالم‌تر و سازگارتر جایگزین کنند. همانطور که نوجوانان در دوره‌ای که با آشفتگی هیجانی مشخص می‌شود، پیچیدگی‌های هویت و روابط خود را هدایت می‌کنند، هر دو رویکرد درمانی یک تجربه یادگیری دگرگون‌کننده را ترویج می‌دهند. در نتیجه، تأکید ترکیبی بر بازسازی شناختی در طرحواره‌درمانی و تمرکز درون‌نگر و رابطه‌ای در درمان ذهنی‌سازی، به هر دو اجازه می‌دهد تا باورهای ناکارآمد را در نوجوانان دارای رفتارهای پرخطر به طور مؤثر به چالش کشیده و اصلاح کنند. اثربخشی این رویکردها را می‌توان به نظریه‌های روانشناختی بنیادی آنها نسبت داد که امکان درک جامع از روابط بین فردی و خودپنداره را فراهم می‌کنند. درمان ذهنی‌سازی بر ظرفیت درک حالات ذهنی خود و دیگران تأکید می‌کند و درک غنی از احساسات و نیت را پرورش می‌دهد. این تمرکز بر آگاهی هیجانی نقش مهمی در کاهش باورهای ناکارآمد رایج در میان نوجوانان پرخطر ایفا می‌کند، زیرا آنها را تشویق می‌کند تا تعاملات خود را به شیوه‌های سازگارانه تفسیر کنند. همزمان، طرحواره‌درمانی با هدف شناسایی و بازسازی طرحواره‌ها یا سیستم‌های اعتقادی ناسازگار که در حالات هیجانی منفی و اختلال در تنظیم رفتار نقش دارند، انجام می‌شود. طرحواره‌درمانی از

² Mohajerin

¹ Jørgensen

طریق بررسی الگوهای فکری ریشه‌دار، نوجوانان را قادر می‌سازد تا خودانگاره‌های سالم‌تر و پویایی‌های رابطه‌ای را پرورش دهند و در نتیجه مزایای مکملی را برای آنچه از طریق درمان ذهنی‌سازی به دست می‌آید، فراهم می‌کند. همپوشانی در اثربخشی بین درمان ذهنی‌سازی و طرحواره‌درمانی را می‌توان از طریق هدف مشترک آنها در تقویت مکانیسم‌های مقابله‌سازگارانه نیز درک کرد. هر دو روش درمانی به دنبال کاهش باورهای ناسازگارانه و در عین حال افزایش اثربخشی بین فردی هستند، که به ویژه برای نوجوانانی که با چالش‌های اجتماعی و هیجانی روبرو هستند، اهمیت دارد. این روش‌های درمانی با پرداختن به باورهای اصلی که منجر به رفتارهای ناسازگارانه می‌شوند، نتایج مشابهی در کاهش رفتارهای پرخطر و افزایش تنظیم هیجانی ایجاد می‌کنند. ادغام مفاهیم ذهنی‌سازی در چارچوب‌های طرحواره، رویکردی جامع به درمان را امکان‌پذیر می‌کند، که در آن نوجوانان یاد می‌گیرند باورهای ناکارآمد خود را تشخیص داده و به چالش بکشند و همزمان مهارت‌های همدلی و ارتباطی را توسعه دهند. در نتیجه، تمرکز ترکیبی بر ایجاد بینش نسبت به باورهای خود و درک زمینه‌های بین فردی، هر دو روش درمانی را قادر می‌سازد تا در پرداختن به نیازهای روانشناختی نوجوانان پرخطر به یک اندازه مؤثر باشند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود. از جمله محدودیت‌های عمده این تحقیق می‌توان به نمونه‌گیری این تحقیق که به صورت در دسترس بوده، اشاره کرد که ممکن است تا اندازه‌ای قابلیت تعمیم‌دهی نتایج و روایی بیرونی تحقیق را دچار مشکل کند. در این تحقیق نمونه‌گیری فقط در بین نوجوانان دختر مقطع دوم متوسطه ناحیه چهاردهم استان تهران انجام شد که این امر تعمیم نتایج تحقیق را با محدودیت مواجه می‌سازد. از دیگر محدودیت‌های این تحقیق، عدم امکان همسان‌سازی گروه‌های مداخله و شاهد از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی و مرحله آموزش بود که به دلیل کوچک بودن حجم نمونه میسر نبود. برای رفع محدودیت نمونه‌گیری موجود که بر تعمیم‌پذیری تأثیر

می‌گذارد، تحقیقات آینده باید از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌بندی‌شده برای افزایش اعتبار خارجی استفاده کنند. با توجه به محدوده سنی محدود، مطالعات بعدی باید شامل محدوده سنی وسیع‌تری از دانش‌آموزان نوجوان باشند تا مشخص شود که آیا اثرات درمانی بر اساس مراحل رشد متفاوت است یا خیر. برای اطمینان از تطابق بهتر گروه‌های مداخله و کنترل، به ویژه در مورد متغیرهای جمعیت‌شناختی و مراحل تحصیلی، مطالعات آینده باید از نمونه‌های بزرگتری برای تسهیل تخصیص تصادفی و طبقه‌بندی استفاده کنند. با توجه به فقدان مشاوره بی‌طرفانه برای گروه‌های کنترل، مطالعات آینده باید شامل گروه‌های کنترل توجه برای کاهش اثرات انتظار باشند. پیشنهاد می‌شود کلینیک‌ها و مراکز مشاوره‌ای که با نوجوانان در معرض خطر کار می‌کنند، باید درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (درمان ذهنی‌سازی) را در اولویت قرار دهند تا به مراجعین کمک کنند احساسات خود و دیگران را با دقت بیشتری تشخیص دهند، برچسب‌گذاری کنند و تفسیر کنند. آموزش اصول درمان ذهنی‌سازی به درمانگران - مانند ارتقای کنجکاوی در مورد حالات ذهنی و گفتگوی تأملی - می‌تواند پردازش عاطفی سالم‌تر را تقویت کند، تکانشگری را کاهش دهد و روابط بین فردی را بهبود بخشد. همچنین سازمان‌ها و مشاوران می‌توانند کارگاه‌های گروهی یا جلسات روان‌آموزی را با تمرکز بر تقویت ظرفیت نوجوانان برای تأمل در مورد احساسات خود و دیگران طراحی کنند. این برنامه‌ها ممکن است تمرین‌های درمان ذهنی‌سازی (مانند دیدگاه‌گیری، انعکاس عاطفی) را با روش‌های خلاقانه‌ای مانند ایفای نقش یا نوشتن خاطرات ترکیب کنند تا از رشد عاطفی و تاب‌آوری بلندمدت پشتیبانی کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود سازمان‌ها و مراکز بالینی که از نوجوانان پرخطر حمایت می‌کنند، باید درمان ذهنی‌سازی را به عنوان یک مداخله اولیه برای رسیدگی و اصلاح باورهای ناکارآمد در نظر بگیرند. درمان ذهنی‌سازی با بهبود توانایی نوجوانان برای تأمل در مورد حالات ذهنی خود و دیگران، به آنها کمک می‌کند تا افکار و فرضیات منفی زیربنای باورهای ناسازگار را دوباره تفسیر کنند.

بنابراین، آموزش تکنیک‌های درمان ذهنی‌سازی به درمانگران می‌تواند منجر به تغییرات شناختی و رفتاری پایدارتری نسبت به روش‌های سنتی متمرکز بر طرحواره شود. همچنین مشاوران و خدمات مشاوره جوانان می‌توانند برنامه‌های مداخله‌ای یکپارچه‌ای را طراحی کنند که جلسات درمان ذهنی‌سازی را با مؤلفه‌های روان‌آموزشی - مانند

آموزش تفکر انتقادی، تمرین‌های شناخت اجتماعی و فعالیت‌های خوداندیشی - ترکیب کند. این رویکرد، ظرفیت نوجوانان را برای به چالش کشیدن باورهای غیرمنطقی نه تنها در جلسات درمانی، بلکه در زندگی روزمره نیز تقویت می‌کند و به مرور زمان، استدلال سالم‌تر و ثبات عاطفی را ارتقا می‌دهد.

منابع

- ابوئی مهریزی و، شفیع آبادی ع، خدابخشی کولایی آ، خلعتبری ج. ۱۴۰۰. مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر تمایز یافتگی از خود دختران نوجوان. *پرستاری کودکان*، ۷(۳): ۱۲-۲۰.
- جعفرزاده جهرمی ز، بحرینیان ع، شهابی‌زاده ف. ۱۴۰۱. اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم شناختی هیجان، انعطاف‌پذیری شناختی و راهبردهای ناسازگارانه نگرانی در بیماران دارای اختلال افسردگی. *مجله علوم پزشکی پارس*، ۲۰(۳): ۹-۱۶.
- خاکپورن، محمدزاده ادملایی ر، صادقی ج، نازک تبار ح. ۱۴۰۱. اثربخشی آموزش مهارت‌های حل مسئله شناختی-اجتماعی بر کنترل عواطف نوجوانان دختر دارای رفتارهای پرخطر. *مجله مطالعات ناتوانی*. ۱۲(۱): ۱۵۳.
- خمرنیایی غ، زارعی س، فرح آبادی م، امیرساسان ی، میرمعصومی م. ارکانی ا. ۱۴۰۳. اثربخشی طرحواره درمانی بر خود ارزشمندی و انعطاف‌پذیری شناختی در زنان مبتلا به پرخوری عصبی. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*. ۱۱(۲): ۸۸-۹۸.
- رحیمی م. (۱۴۰۳). بررسی مروری اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر علائم کودکان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی. *روان پرستاری*. ۳۶-۲۰.
- ریحانی س، آهوان م. ۱۴۰۳. اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر تنظیم هیجانات و کاهش رفتارهای پرخطر در نوجوانان. *تحقیقات علوم رفتاری*. ۲۲(۱): ۱۳۷-۱۴۹.
- زاده محمدی ع، احمدآبادی ز، حیدری م. ۱۳۸۷. تدوین و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۷(۳) (پیاپی ۶۶): ۲۱۸-۲۲۵.
- سیاوش آبکنار م، سراج محمدی پ، محمدحسینی س. ۱۴۰۰. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیم‌گری و کنترل عواطف در نوجوانان دارای رفتارهای پرخطر، *رویش روان‌شناسی*، ۱۰(۸): ۲۲-۱۳.
- قاسمی س، ویسانی م. ۱۴۰۳. اثربخشی آموزش مفاهیم طرحواره درمانی بر اجتناب شناختی و تحمل ابهام نوجوانان دارای علائم اختلال وسواسی-جبری، *رویش روان‌شناسی*. ۱۳(۸): ۵۰-۴۱.

- کریمی فارسانی آ، بهرامی پور اصفهانی م. ۱۴۰۰. اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی کودک بر روابط والد فرزندی، سبک دلبستگی و کارکردهای تاملی کودکان طلاق پنج تا دوازده سال، نهمین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روانشناسی، آسیب‌های اجتماعی و فرهنگی ایران، تهران.
- لاچین م، بنی حسن م، جعفری ا، خدابخش م. ۱۴۰۳. اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر ویژگی‌های خصمانه و رفتارهای پرخطر نوجوانان. *مجله اصول بهداشت روانی*. ۲۶ (۳): ۱۴۹-۱۵۵.
- میرزا یوسف‌خانی ن، رستمی احمد کندی س. ۱۴۰۳. اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر اختلالات درونی‌سازی و برونی‌سازی شده و نوع دوستی دانش‌آموزان با رفتارهای قلدری. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۹ (۷۶): ۱۷۶-۱۸۴.
- نعمت پور درزی ا، آور ز، رحمتی توسته کله ف، جانعلی زاده چناری س. ۱۴۰۳. اثربخشی درمان ذهنی‌سازی بر دشواری در تنظیم هیجان و خودمهارگری در نوجوانان با پرخاشگری بالا. *رویش روان‌شناسی*. ۱۳ (۶): ۲۵۰-۲۴۱.
- Baker, R., Thomas, S., Thomas, P. W., & Owens, M. (2007). Development of an emotional processing scale. *Journal of psychosomatic Research*, 62(2), 167-178.
- Baker, R., Thomas, S., Thomas, P. W., Gower, P., Santonastaso, M., & Whittlesea, A. (2010). The Emotional Processing Scale: scale refinement and abridgement (EPS-25). *Journal of psychosomatic research*, 68(1), 83-88.
- Bullinger L, Gazor A, Buerkert S, Krantz SM, Brown WD, Stewart SM. 2025. Dysfunctional beliefs about sleep in suicidal adolescents: associations and treatment implications. *Behavior Therapy*.
- Chung JJ, Heakes M, Kaufman EA. (2024). The role of cognitive flexibility in self-injurious thoughts and behaviors: A systematic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 31(1): 42.
- Cornellà-Font MG, Viñas-Poch F, Juárez-López JR, Malo-Cerrato S. 2020. Risk of addiction: Its prevalence in adolescence and its relationship with security of attachment and self-concept. *Clinical and Health*, 31(1): 21-25.
- Davoodi R, Alijani Renani H, Moradi Kalboland M, Saki Malehi A. 2024. The prevalence of high-risk behaviors in the second year of public high school students based on demographic variables: a cross-sectional study. *Journal of Nursing Advances in Clinical Sciences*, 2(1): 40-45.
- Diaz-Moreno A, Bonilla I, Chamarro A, Ballabrera Q, Gómez-Romero MJ, Griffiths MD, Limonero JT. 2024. Binge drinking among adolescents: the role of stress, problematic internet use, and emotional regulation. *Peer Journal*, 12: e18479.
- Dorđević S. 2024. Detection of risk factors and prevention of violent behavior in the education system. *Kultura Polisa*, 21(2): 215-251.
- Far YK, Seidi A, Molavi SS, Birkan RR, Choheili H. 2024. Effectiveness of schema therapy (st) and emotion-focused therapy (eft) on optimism and finding the meaning of life of people with major depressive disorder in khuzestan province. *International Journal of New Findings in Health and Educational Sciences (IJHES)*: 2(4), 36-52.
- Gross C, Oehlke S, Prillinger K, Goreis A, Plener P, Kothgassner O. 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.
- İmrek Y, Öztürk Y, Kesikbaş BB, Taşkan M, Özcan GG, Tufan AE. 2023. Emotion regulation, theory of mind, and attachment to parents and peers among turkish adolescent offenders and victims: a single-center, cross-sectional, case-control study. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 33(4): 316.
- Ionaşcu G, Glavan A, Robu V. 2023. Relationship between emotional instability and risk of alcohol abuse among adolescents: the moderating role of predisposition to engage in risky behaviors. *EcoSoEn*, 2(1): 43-59.
- Jørgensen MS, Høgenhaug SS, Sharp C, Bo S. 2025. Mentalization-Bbased therapy for borderline personality disorder: state-of-the-science and future directions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 32(4): e70120.
- Kivity Y, Levy KN, Johnson BN, Rosenstein LK, LeBreton JM. 2024. Mentalizing in and out of awareness: A meta-analytic review of implicit and explicit mentalizing. *Clinical Psychology Review*, 102395.
- Lin H, Zhao N. 2025. A review of research on the effects of mindful exercises on emotion regulation and mental health among adolescents. *Studies in Sports Science and Physical Education*, 3(1): 24-35.
- Luyten P, Fonagy P. 2024. Psychodynamic treatment for borderline personality disorder and mood disorders: a mentalizing perspective. *Borderline Personality and Mood Disorders: Comorbidity and Controversy*, 223-251.

- Mohajerin B, Gallagher M, Howard R. 2025. Unified protocol vs mentalization-based therapy for adolescents with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 32(1).
- Pereda B, Caluda-Perdue N, Levy S, Zhang L, Colder CR. 2025. Age of onset of adolescent alcohol use with parental permission and its impact on drinking and alcohol-harms in young adulthood: A longitudinal study. *Addictive Behaviors*, 108271.
- Peters MI, Usoro NA, James AC, Emeh PB, Oyebanji AO. 2024. Substance abuse and deviant behaviors among Ibibio youth: latent dysfunction in selected communities. *AKSU Annals of Sustainable Development*, 50-58.
- Plener P, Brunner R, Fegert J, Groschwitz R, In-Albon T, Kaess M, ... Becker K. 2016. Treating nonsuicidal self-injury (nssi) in adolescents: consensus based german guidelines. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 10(1).
- Polat O, Cansiz A. 2024. All Aspects Of Adolescent Suicides. *ISPEC International Journal of Social Sciences & Humanities*, 8(1): 92-117.
- Rezaei S, Vahid LK, Asaseh M, Afrooz G, Shekarchi B. 2022. Structural Model of the Relationship between Resilience and Mental Health in Parents of Children with Cancer with the Mediating role of Cognitive Emotion Regulation Strategies. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling (JARAC)*, 5(4): 125-135.
- Saperia S, Plahouras J, Best M, Kidd S, Zakzanis K, Foussias G. 2025. The cognitive model of negative symptoms: a systematic review and meta-analysis of the dysfunctional belief systems associated with negative symptoms in schizophrenia spectrum disorders. *Psychological Medicine*, 55: e11.
- Shankar K. 2024. An examination of risk factors for suicidality among adolescents in the United States. *A Repository of Archives, Research and Scholarship*.
- Sifneos PE. 2013. *Short-term dynamic psychotherapy: evaluation and technique*. Springer Science & Business Media.
- Wainer LM, Kolb AM, Tavares MEA. 2022. Schema therapy for adolescents with test anxiety. In *handbook of stress and academic anxiety: psychological processes and interventions with students and teachers* (pp. 333-349). Cham: Springer International Publishing.
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. 2006. *Schema therapy: a practitioner's guide*. Guilford Press.

*Original Article***Comparison of the Effectiveness of Mentalization-Based Therapy and Schema Therapy on Emotion Processing and Dysfunctional Beliefs in Adolescents with Risky Behaviors**

Received: 01/04/2025 - Accepted: 10/06/2024

Soodabeh Ashegholhoseini¹
Fatemeh Sadat Tabatabaiezhad^{*2}
Shahnaz Khaleghipour³
Seyed Mostafa Banitaba⁴

¹Department of Psychology, Nae.C.,
Islamic Azad University, Naein, Iran.

²Department of Psychology, Nae.C.,
Islamic Azad University, Naein, Iran.

³Department of Psychology, Nae.C.,
Islamic Azad University, Naein, Iran.

⁴Department of Science, Nae.C., Islamic
Azad University, Naein, Iran.

Email:
FS.Tabatabaei1349@iaiu.ac.ir

Abstract

Introduction: This study aimed to compare the effectiveness of Mentalization-Based Therapy and Schema Therapy on emotion processing styles and dysfunctional beliefs in adolescents with risky behaviors. The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest-follow-up design and a control group. The statistical population consisted of female high school students in the 14th district of Tehran Province during the academic year 2024-2025 who exhibited risky behaviors. G*Power software version 1.3 was used to calculate the sample size. According to the research design, 15 participants were assigned to each experimental and control group, totaling 45 participants selected through purposive sampling and then randomly assigned to two experimental groups and one control group. The data collection instruments included Baker's Emotion Processing Questionnaire (2007), the Dysfunctional Beliefs Questionnaire for Adolescents (Bernard, 1988), and the Risk-Taking Questionnaire for Iranian Adolescents (Mohammadi Iranzadeh & Ahmadabadi, 2008). Data were analyzed using repeated measures ANOVA and Bonferroni post hoc tests with SPSS version 28. The results indicated that both Mentalization-Based Therapy and Schema Therapy were effective on emotion processing styles and dysfunctional beliefs in adolescents with risky behaviors ($p \leq 0.001$). MANOVA revealed significant differences among groups in emotion processing components; the Mentalization group performed better in components such as emotional acceptance and emotion regulation ($p = 0.001$). Finally, MANOVA results also showed significant differences between groups in dysfunctional belief components ($p = 0.002$). Based on the findings of the present study, the effectiveness of these two therapies in improving emotion processing styles and dysfunctional beliefs in adolescents with risky behaviors informs clinicians in selecting therapeutic approaches tailored to the specific psychological needs of high-risk populations.

Keywords: risky behavior, emotion processing styles, dysfunctional beliefs, mentalization therapy, schema therapy.

Acknowledgement: There is no conflict of interest