Psychology of Motivation, Behavior, and Health, Volume 4, Issue 4, PP 1-15

Comparing the Effectiveness and Durability of Mentalization-Based Therapy and Dialectical Behavior Therapy on Impulsivity in Adolescents with Self-Injurious Behaviors

1. Mahdieh Mahdavi: Department of Psychology, Bu.C., Islamic Azad University, Bushehr, Iran
2. Naser Amini*: Department of Psychology, Bu.C., Islamic Azad University, Bushehr, Iran
3. Moloud Keykhosravani: Department of Psychology, Bu.C., Islamic Azad University, Bushehr, Iran
*Corresponding Author's Email: amini.n@iau.ac.ir

Received: 2026-01-27 Revised: 2026-05-10 Accepted: 2026-05-18 Published: 2026-10-23



How to Cite: Mahdavi, M., Amini, N., & Keykhosravani, M. (2026). Comparing the Effectiveness and Durability of Mentalization-Based Therapy and Dialectical Behavior Therapy on Impulsivity in Adolescents with Self-Injurious Behaviors. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 4(4), 1-15.

Abstract

Introduction and Aim: Self-injurious behaviors and impulsivity are among the most significant psychological problems during adolescence and may lead to severe emotional, social, and behavioral consequences. The present study aimed to compare the effectiveness and durability of Mentalization-Based Therapy and Dialectical Behavior Therapy on impulsivity among adolescents with self-injurious behaviors.

Methodology: This study employed a quasi-experimental design with pretest, posttest, and three-month follow-up alongside a control group. The statistical population included adolescents aged 13 to 18 years with self-injurious behaviors who referred to counseling centers in District 20 of Tehran during 2024. A total of 45 participants were selected through purposive sampling and randomly assigned into three groups of 15 participants, including Mentalization-Based Therapy, Dialectical Behavior Therapy, and a control group. The research instruments included the Self-Harm Behavior Questionnaire and the Barratt Impulsiveness Scale. The intervention groups participated in 12 weekly sessions, and data were analyzed using repeated measures ANOVA and Bonferroni post hoc tests in SPSS-26.

Findings: The results of repeated measures ANOVA indicated that the effects of time and the interaction between time and group on impulsivity were statistically significant ($p<0.001$). The findings demonstrated that both Mentalization-Based Therapy and Dialectical Behavior Therapy significantly reduced impulsivity compared to the control group. Bonferroni post hoc analysis further showed that there was no significant difference between the two treatment groups in terms of effectiveness, although both interventions were significantly more effective than the control group. In addition, follow-up findings indicated that the therapeutic effects of both interventions remained stable over time.

Conclusion: The findings suggest that both Mentalization-Based Therapy and Dialectical Behavior Therapy are effective and durable interventions for reducing impulsivity among adolescents with self-injurious behaviors. Therefore, these therapeutic approaches can be used as effective interventions in adolescent counseling and psychological services.

Keywords: Mentalization-Based Therapy, Dialectical Behavior Therapy, Impulsivity, Self-Injurious Behaviors, Adolescents

Copyright: © 2026 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Extended Abstract

Introduction and Aim

Adolescence is a critical developmental stage characterized by rapid biological, emotional, cognitive, and social changes. During this period, adolescents become increasingly vulnerable to emotional instability, impulsive reactions, interpersonal conflicts, and maladaptive coping behaviors. One of the most concerning psychological problems among adolescents is self-injurious behavior, which has emerged as a major public mental health issue in recent years (Aggarwal et al., 2021; Guertin et al., 2021). Self-injurious behaviors refer to deliberate actions aimed at causing harm to one's body without suicidal intent and may include cutting, burning, scratching, hitting, or other forms of self-inflicted injury (Gutierrez et al., 2021). These behaviors are frequently associated with emotional dysregulation, interpersonal dysfunction, depression, anxiety, impulsivity, and suicidal ideation (Brokke et al., 2022; Bruno et al., 2023).

Among the psychological variables strongly associated with self-harming behaviors, impulsivity has received considerable attention. Impulsivity refers to the tendency to engage in rapid, unplanned, and poorly controlled behaviors without considering potential negative consequences (Lynam et al., 2021). Adolescents with high impulsivity often experience difficulties in emotional regulation, cognitive control, and behavioral inhibition, which increase the likelihood of engaging in self-harm behaviors during periods of emotional distress (Moore et al., 2022). Previous studies have demonstrated significant relationships between impulsivity, aggression, suicidal ideation, and self-injurious behaviors (Brokke et al., 2022; Bruno et al., 2023). Therefore, reducing impulsivity and improving emotional regulation have become major therapeutic goals in interventions targeting adolescents with self-harming behaviors.

Recent theoretical and clinical approaches emphasize the role of emotional dysregulation, attachment insecurity, interpersonal dysfunction, and impaired self-awareness in the development and maintenance of self-injurious behaviors (Dibaj et al., 2024; Ip et al., 2024). Adolescents who are unable to understand and regulate their emotional experiences often use self-harm as a maladaptive coping mechanism to reduce emotional pain and psychological tension. In this regard, therapeutic approaches focusing on emotional processing, self-awareness, and interpersonal functioning may contribute significantly to reducing impulsive and self-harming behaviors.

Dialectical Behavior Therapy (DBT) is one of the most widely used interventions for individuals exhibiting emotional instability and self-harming behaviors. DBT emphasizes mindfulness, distress tolerance, emotional regulation, and interpersonal effectiveness skills to help individuals cope with emotional crises more adaptively (Abdullahi & Nouri, 2024; Shogren et al., 2024). According to the biosocial model underlying DBT, self-harming behaviors emerge from the interaction between emotional vulnerability and invalidating environments. By teaching adaptive coping strategies, DBT aims to reduce impulsive reactions and destructive behaviors. Empirical evidence has consistently supported the effectiveness of DBT in reducing self-harm, emotional dysregulation, and impulsivity among adolescents (Ip et al., 2024; Shogren et al., 2024). Abdullahi and Nouri reported that DBT significantly reduced self-harming behaviors and improved cognitive emotion regulation among delinquent adolescents (Abdullahi & Nouri, 2024). Similarly, Dibaj et al. found that reductions in emotional dysregulation were associated with decreases in deliberate self-harm among adolescents with borderline features (Dibaj et al., 2024).

Another promising intervention for adolescents with emotional and interpersonal difficulties is Mentalization-Based Therapy (MBT). MBT is grounded in attachment theory and focuses on enhancing the individual's ability to understand and interpret mental states in oneself and others (Malberg, 2021). Mentalization refers to the capacity to recognize emotions, thoughts, intentions, and motivations underlying behavior. Deficits in mentalization are associated with emotional dysregulation, impulsive reactions, unstable relationships, and self-destructive behaviors. MBT seeks to strengthen reflective functioning and improve emotional understanding, thereby reducing impulsive and maladaptive behaviors (Mohajerin et al., 2024; Rizzi et al., 2024).

Several studies have demonstrated the effectiveness of MBT in improving emotional regulation and reducing impulsivity. Gilbey et al. reported positive outcomes of MBT programs among adolescents with borderline personality traits (Gilbey et al., 2023). Nematpour Darzi et al. found that MBT improved self-control and reduced emotional regulation difficulties in aggressive adolescents (Nematpour Darzi et al., 2024). Mahboobi et al. also demonstrated that MBT significantly reduced

impulsivity and alexithymia among individuals with eating disorders (Mahboobi et al., 2025). Furthermore, Zarei et al. showed that MBT effectively reduced impulsivity among adolescents with self-injurious behaviors (Zarei et al., 2025). These findings suggest that enhancing mentalization abilities may contribute to better emotional control and lower impulsive tendencies.

Despite growing evidence supporting both DBT and MBT, limited studies have directly compared their effectiveness and durability in reducing impulsivity among adolescents with self-harming behaviors. Moreover, examining the long-term stability of treatment outcomes is particularly important because many adolescents remain vulnerable to emotional crises and relapse after treatment termination. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness and durability of Mentalization-Based Therapy and Dialectical Behavior Therapy on impulsivity among adolescents with self-injurious behaviors.

Methodology

This study employed a quasi-experimental design with pretest, posttest, and three-month follow-up assessments alongside a control group. The statistical population consisted of adolescents aged 13 to 18 years who had been referred to counseling and psychological service centers in District 20 of Tehran during the second half of 2024 due to self-injurious behaviors. Participants were selected through purposive sampling based on inclusion criteria, including a confirmed history of self-harming behaviors, absence of severe psychiatric disorders, no concurrent psychiatric medication use, and willingness to participate in treatment sessions.

A total of 45 adolescents were selected and randomly assigned into three groups of 15 participants each: Mentalization-Based Therapy, Dialectical Behavior Therapy, and a control group. Prior to intervention, all participants completed the research questionnaires during the pretest stage. The intervention groups received 12 weekly sessions of treatment lasting 60 minutes each, while the control group remained on a waiting list and received no intervention during the study period.

The Self-Harm Behavior Questionnaire and the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) were used to assess self-harming behaviors and impulsivity. Data were analyzed using SPSS-26. Descriptive statistics including means and standard deviations were calculated, and inferential analyses were conducted using repeated measures mixed ANOVA and Bonferroni post hoc tests.

Findings

The demographic findings indicated that the groups were homogeneous regarding gender, educational level, and age. In the Mentalization-Based Therapy and control groups, 73.3% of participants were male and 26.7% were female, while in the Dialectical Behavior Therapy group, 60% were male and 40% were female. No statistically significant differences were found among groups regarding demographic variables.

Descriptive statistics revealed a decrease in impulsivity scores in both intervention groups from pretest to posttest and follow-up stages. In the Mentalization-Based Therapy group, the mean impulsivity score decreased from 85.00 in the pretest to 78.67 in the posttest and 77.27 in the follow-up phase. Similarly, in the Dialectical Behavior Therapy group, the mean impulsivity score decreased from 83.40 in the pretest to 75.07 in the posttest and 75.73 during follow-up. In contrast, the control group showed no meaningful reduction in impulsivity scores.

The results of repeated measures ANOVA indicated that the main effect of time and the interaction effect between time and group were statistically significant. These findings demonstrated that changes in impulsivity scores differed significantly across groups over time, confirming the effectiveness of at least one intervention. Bonferroni post hoc comparisons further showed that both treatment groups had significantly lower impulsivity scores than the control group during the posttest stage. However, no significant difference was observed between the effectiveness of MBT and DBT, suggesting that both interventions were similarly effective in reducing impulsivity.

Furthermore, pairwise comparisons across time demonstrated that impulsivity scores in both intervention groups significantly decreased from pretest to posttest and remained significantly lower during the follow-up phase. These results confirmed the durability of treatment effects over the three-month follow-up period.

Discussion and Conclusion

The findings of the present study demonstrated that both Mentalization-Based Therapy and Dialectical Behavior Therapy were effective in reducing

impulsivity among adolescents with self-injurious behaviors, and these therapeutic effects remained stable during the follow-up period. These findings indicate that interventions targeting emotional regulation, self-awareness, and interpersonal functioning can significantly reduce maladaptive impulsive behaviors in adolescents.

The effectiveness of DBT may be explained by its emphasis on mindfulness, emotional regulation, and distress tolerance skills. Adolescents with self-harming behaviors often struggle with intense emotional experiences and react impulsively during stressful situations. DBT helps individuals recognize emotional triggers, tolerate distress more effectively, and replace maladaptive coping strategies with adaptive responses. Through repeated practice of mindfulness and self-regulation skills, adolescents gradually develop greater control over impulsive reactions and self-destructive tendencies.

Similarly, the effectiveness of MBT can be attributed to its focus on enhancing reflective functioning and emotional understanding. Adolescents with deficits in mentalization frequently misinterpret interpersonal situations and experience difficulty identifying and regulating emotional states. By improving the ability to understand thoughts, feelings, and intentions in oneself and others, MBT promotes emotional stability and reduces impulsive responses. The therapeutic relationship established in MBT also provides a secure context in which adolescents can safely explore emotional experiences and interpersonal difficulties.

Another important finding of this study was the lack of significant differences between the effectiveness of DBT and MBT. Although the two approaches differ theoretically and technically, both therapies appear to influence similar psychological mechanisms, including emotional regulation, self-control, interpersonal functioning, and self-awareness. Therefore, both approaches may be considered effective therapeutic options for adolescents with self-harming behaviors and impulsivity.

The stability of treatment outcomes during follow-up further highlights the long-term benefits of both interventions. The maintenance of therapeutic gains suggests that adolescents internalized the emotional and cognitive skills acquired during treatment and were able to apply them beyond the therapeutic setting. These findings underscore the importance of incorporating evidence-based interventions such as DBT and MBT into adolescent mental health services, particularly for individuals exhibiting self-harming and impulsive behaviors.

Overall, the present study suggests that both Mentalization-Based Therapy and Dialectical Behavior Therapy are effective and durable interventions for reducing impulsivity among adolescents with self-injurious behaviors. These approaches may contribute significantly to improving emotional functioning, enhancing self-regulation, and preventing the recurrence of self-harming behaviors in adolescents.

مقایسه اثربخشی و پایداری اثر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تکانشگری در نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان

۱. مهدیه مهدوی: گروه روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران
۲. ناصر امینی*: گروه روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران
۳. مولود کیخسروانی: گروه روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران
*ایمیل نویسنده مسئول: amini.n@iau.ac.ir

دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۰۷ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۲/۲۰ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۲۸ انتشار: ۱۴۰۵/۰۸/۰۱



نحوه استناددهی: مهدوی، مهدیه.، امینی، ناصر.، و کیخسروانی، مولود. (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی و پایداری اثر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تکانشگری در نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان. *روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۴(۴)، ۱۵-۱.

چکیده

مقدمه و هدف: رفتارهای خودآسیب‌رسان و تکانشگری از مهم‌ترین مشکلات روان‌شناختی در دوره نوجوانی محسوب می‌شوند که می‌توانند پیامدهای جدی هیجانی، اجتماعی و رفتاری به همراه داشته باشند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی و پایداری اثر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تکانشگری در نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان انجام شد.

روش‌شناسی: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ ساله دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره منطقه ۲۰ شهر تهران در سال ۲۰۲۴ بود. تعداد ۴۵ نفر به شیوه هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره شامل درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه کنترل جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه خودجرحی و مقیاس تکانشگری بارت بود. گروه‌های آزمایش طی ۱۲ جلسه هفتگی تحت مداخله قرار گرفتند و داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS-۲۶ تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که اثر زمان و اثر تعاملی زمان و گروه بر تکانشگری معنادار بود ($p<۰.۰۰۱$). یافته‌ها بیانگر آن بود که هر دو مداخله درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتاردرمانی دیالکتیکی در مقایسه با گروه کنترل موجب کاهش معنادار تکانشگری شدند. همچنین نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که بین دو گروه درمانی تفاوت معناداری از نظر میزان اثربخشی وجود نداشت، اما هر دو درمان نسبت به گروه کنترل اثربخشی معناداری داشتند. افزون بر این، نتایج مرحله پیگیری نشان داد که اثرات درمانی هر دو مداخله در طول زمان پایدار باقی مانده است.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتاردرمانی دیالکتیکی هر دو در کاهش تکانشگری نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان مؤثر و دارای پایداری اثر بودند. بنابراین، می‌توان از این دو رویکرد درمانی به‌عنوان مداخلات مؤثر در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی نوجوانان استفاده کرد.

کلیدواژگان: درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، رفتاردرمانی دیالکتیکی، تکانشگری، رفتارهای خودآسیب‌رسان، نوجوانان

مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۵ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

مقدمه

دوران نوجوانی یکی از حساس‌ترین مراحل تحول روان‌شناختی انسان محسوب می‌شود که با تغییرات گسترده زیستی، شناختی، هیجانی و اجتماعی همراه است. در این دوره، نوجوانان با چالش‌های متعددی در زمینه شکل‌گیری هویت، تنظیم هیجان، روابط بین‌فردی و کنترل رفتار مواجه می‌شوند و همین مسئله آنان را در برابر انواع مشکلات روان‌شناختی آسیب‌پذیر می‌سازد. یکی از مهم‌ترین مشکلات رفتاری در این دوره، رفتارهای خودآسیب‌رسان است که در سال‌های اخیر به‌عنوان یک بحران سلامت روان در میان نوجوانان مورد توجه جدی پژوهشگران و متخصصان قرار گرفته است (Aggarwal et al., 2021; Guertin et al., 2021). رفتارهای خودآسیب‌رسان به مجموعه‌ای از اعمال عمدی گفته می‌شود که فرد بدون قصد خودکشی، برای آسیب رساندن به بدن خود انجام می‌دهد و شامل رفتارهایی نظیر بریدن پوست، سوزاندن، خراش شدید، کوبیدن بدن یا آسیب‌زنی عمدی به اندام‌ها است (Gutierrez et al., 2021). این رفتارها اغلب با مشکلات عمیق هیجانی، احساس پوچی، اضطراب، افسردگی، روابط ناپایدار بین‌فردی و ناتوانی در تنظیم هیجان همراه هستند و می‌توانند زمینه‌ساز بروز رفتارهای خطرناک‌تر از جمله اقدام به خودکشی شوند (Brokke et al., 2022; Bruno et al., 2023).

یکی از متغیرهای اساسی مرتبط با رفتارهای خودآسیب‌رسان، تکانشگری است. تکانشگری به گرایش فرد برای انجام رفتارهای سریع، ناگهانی و بدون تفکر درباره پیامدهای احتمالی اشاره دارد و در بسیاری از اختلالات روان‌شناختی، به‌ویژه اختلالات شخصیت مرزی، اختلالات هیجانی و رفتارهای پرخطر مشاهده می‌شود (Lynam et al., 2021; Moore et al., 2022). نوجوانانی که سطح بالایی از تکانشگری دارند، معمولاً در کنترل هیجان‌ها، مدیریت استرس و تصمیم‌گیری منطقی دچار مشکل هستند و در شرایط فشار روانی، بیشتر به رفتارهای خودآسیب‌رسان روی می‌آورند (Bruno et al., 2023). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تکانشگری با پرخاشگری، رفتارهای ضد اجتماعی، افکار خودکشی و اقدام به خودکشی ارتباط معناداری دارد و می‌تواند یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های اصلی شدت و تداوم رفتارهای آسیب‌رسان در نوجوانان باشد (Brokke et al., 2022; Moore et al., 2022). از این‌رو، کاهش تکانشگری و ارتقای توانایی تنظیم هیجان از اهداف اصلی مداخلات درمانی در نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان محسوب می‌شود.

در تبیین رفتارهای خودآسیب‌رسان، دیدگاه‌های مختلفی مطرح شده است. برخی نظریه‌ها این رفتارها را راهبردی ناکارآمد برای کاهش تنش و رهایی موقت از هیجان‌های منفی می‌دانند و برخی دیگر بر نقش نقص در روابط دلبستگی، تجربه محیط‌های بی‌اعتبارساز و اختلال در تنظیم هیجان تأکید می‌کنند (Dibaj et al., 2024; Ip et al., 2024). نوجوانانی که در شناسایی و درک هیجان‌های خود و دیگران ناتوان هستند، معمولاً در مواجهه با تعارض‌های هیجانی، واکنش‌های تکانشی و آسیب‌رسان بیشتری نشان می‌دهند. همچنین نقص در توانایی ذهنی‌سازی، یعنی توانایی فهم حالات ذهنی خود و دیگران، می‌تواند موجب سوءبرداشت‌های بین‌فردی، تشدید هیجان‌های منفی و افزایش احتمال رفتارهای خودجرحی شود (Malberg, 2021; Rizzi et al., 2024).

در سال‌های اخیر، توجه پژوهشگران به درمان‌هایی معطوف شده است که بتوانند علاوه بر کاهش نشانه‌های رفتاری، بر فرایندهای زیربنایی مانند تنظیم هیجان، خودکنترلی، ذهنی‌سازی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نیز اثر بگذارند. یکی از این درمان‌ها، رفتاردرمانی دیالکتیکی است که توسط لینهان برای افراد دارای مشکلات شدید هیجانی و رفتارهای خودآسیب‌رسان طراحی شد. این درمان بر آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی، تحمل آشفتگی، تنظیم هیجان و اثربخشی بین‌فردی تأکید دارد و هدف آن کمک به افراد برای مدیریت هیجان‌های شدید و کاهش رفتارهای تکانشی است (Abdullahi & Nouri, 2024; Shogren et al., 2024). رفتاردرمانی دیالکتیکی بر این فرض استوار است که رفتارهای خودآسیب‌رسان در نتیجه تعامل میان آسیب‌پذیری هیجانی و محیط‌های بی‌اعتبارساز شکل می‌گیرند و از طریق آموزش مهارت‌های سازگارانه می‌توان شدت این رفتارها را کاهش داد (Ip et al., 2024).

مطالعات متعددی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی را در کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان و تکانشگری نوجوانان تأیید کرده‌اند. برای مثال، عبدالهی و نوری نشان دادند که رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب کاهش معنادار رفتارهای خودآسیب‌رسان، قلدری و مشکلات تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان بزهکار می‌شود (Abdullahi &

Nouri, 2024). همچنین شوگرن و همکاران گزارش کردند که این درمان در نوجوانان دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی باعث کاهش آشفتگی هیجانی و بهبود پیامدهای درمانی شده است (Shogren et al., 2024). افزون بر این، پژوهش دیباج و همکاران نشان داد که کاهش دشواری‌های تنظیم هیجان در نوجوانان دارای ویژگی‌های مرزی می‌تواند با کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان همراه باشد (Dibaj et al., 2024). یافته‌های این مطالعات نشان می‌دهد که رفتاردرمانی دیالکتیکی یکی از مداخلات مؤثر برای کاهش رفتارهای تکانشی و خودجرحی در نوجوانان است.

در کنار رفتاردرمانی دیالکتیکی، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نیز در سال‌های اخیر توجه فراوانی را به خود جلب کرده است. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر پایه نظریه دلبستگی و مفهوم ذهنی‌سازی شکل گرفته و هدف اصلی آن افزایش توانایی فرد در درک و تفسیر حالات ذهنی خود و دیگران است (Malberg, 2021). در این رویکرد، فرض بر این است که بسیاری از رفتارهای تکانشی و خودآسیب‌رسان ناشی از نقص در فرایند ذهنی‌سازی و ناتوانی در فهم هیجان‌ها، افکار و انگیزه‌های درونی است. بنابراین، تقویت ذهنی‌سازی می‌تواند موجب بهبود تنظیم هیجان، کاهش واکنش‌های تکانشی و افزایش ثبات روابط بین‌فردی شود (Mohajerin et al., 2024; Rizzi et al., 2024).

پژوهش‌های متعددی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی را در گروه‌های مختلف بالینی گزارش کرده‌اند. گیلبی و همکاران نشان دادند که برنامه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در نوجوانان دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی موجب کاهش مشکلات هیجانی و بهبود عملکرد روان‌شناختی می‌شود (Gilbey et al., 2023). همچنین نعمت‌پور دارزی و همکاران گزارش کردند که این درمان در نوجوانان دارای پرخاشگری بالا موجب بهبود خودکنترلی و کاهش دشواری‌های تنظیم هیجان می‌شود (Nematpour Darzi et al., 2024). در پژوهشی دیگر، محبوبی و همکاران نشان دادند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی می‌تواند تکانشگری و نارسایی هیجانی را در افراد دارای اختلالات خوردن کاهش دهد (Mahboobi et al., 2025). همچنین مالکی و همکاران به اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر ذهنی‌سازی در بهبود روابط ابژه و تنظیم هیجان اشاره کردند (Maleki et al., 2025). این یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی می‌تواند از طریق بهبود توانایی درک هیجان‌ها و روابط بین‌فردی، نقش مؤثری در کاهش رفتارهای آسیب‌رسان ایفا کند.

برخی پژوهش‌ها نیز به مقایسه یا ترکیب درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با سایر درمان‌ها پرداخته‌اند. برای مثال، فن و همکاران نشان دادند که ترکیب ذهن‌آگاهی و درمان خانوادگی مبتنی بر ذهنی‌سازی موجب کاهش افکار خودکشی در نوجوانان مبتلا به افسردگی می‌شود (Fan et al., 2024). همچنین مهاجرین و همکاران در مقایسه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با پروتکل یکپارچه دریافتند که این درمان در کاهش نشانه‌های شخصیت ضداجتماعی و مرزی اثربخش است (Mohajerin et al., 2024). افزون بر این، زارعی و همکاران در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در کاهش تکانشگری نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان اثربخشی قابل توجهی دارد (Zarei et al., 2025). با وجود این، هنوز پژوهش‌های محدودی به مقایسه مستقیم اثربخشی و پایداری اثر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تکانشگری نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان پرداخته‌اند.

از سوی دیگر، اهمیت بررسی پایداری اثر درمان‌ها نیز نباید نادیده گرفته شود. بسیاری از نوجوانان پس از پایان جلسات درمانی ممکن است دوباره در معرض فشارهای هیجانی و بین‌فردی قرار گیرند و در صورت فقدان مهارت‌های پایدار، احتمال بازگشت رفتارهای تکانشی و خودآسیب‌رسان وجود دارد. بنابراین، بررسی ماندگاری اثر مداخلات درمانی در دوره پیگیری می‌تواند اطلاعات ارزشمندی درباره کارآمدی واقعی درمان‌ها فراهم سازد (Rizzi et al., 2024; Shogren et al., 2024). همچنین با توجه به افزایش شیوع رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان و پیامدهای فردی، خانوادگی و اجتماعی آن، شناسایی مداخلات مؤثر و پایدار از اهمیت بالایی برخوردار است (Aggarwal et al., 2021; Guertin et al., 2021).

بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی و پایداری اثر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تکانشگری در نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان انجام شد.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر شیوه اجرا، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و دوره پیگیری سه‌ماهه بود. در این پژوهش، دو مداخله درمانی شامل درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌عنوان متغیرهای مستقل در دو گروه آزمایش مجزا اجرا شدند و میزان اثربخشی و پایداری اثر آن‌ها بر تکانشگری نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان در مقایسه با گروه کنترل مورد بررسی قرار گرفت. ارزیابی متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه انجام شد تا علاوه بر سنجش اثربخشی مداخلات، پایداری نتایج درمانی نیز بررسی گردد.

جامعه آماری پژوهش را تمامی نوجوانان دختر و پسر ۱۳ تا ۱۸ ساله تشکیل می‌دادند که در نیمه دوم سال ۲۰۲۴ به دلیل رفتارهای خودآسیب‌رسان به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی منطقه ۲۰ شهر تهران مراجعه کرده بودند. نمونه‌گیری به شیوه هدفمند و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انجام شد. ملاک‌های ورود شامل داشتن سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان غیرخودکشی، قرار داشتن در دامنه سنی مورد نظر، نداشتن اختلالات شدید روان‌پزشکی نظیر روان‌پریشی یا اختلال دوقطبی بر اساس خودگزارش‌دهی و پرونده بالینی، عدم مصرف همزمان داروهای روان‌پزشکی و تمایل به شرکت در جلسات درمانی بود. همچنین غیبت بیش از سه جلسه، عدم همکاری در تکمیل پرسشنامه‌ها و انصراف از ادامه درمان به‌عنوان ملاک خروج در نظر گرفته شد. بر اساس جدول کوهن و با توجه به توان آماری مورد نیاز در طرح‌های مداخله‌ای، در ابتدا حجم نمونه ۱۰ نفر برای هر گروه برآورد شد، اما به‌منظور افزایش اعتبار درونی پژوهش و کنترل ریزش احتمالی آزمودنی‌ها در طول جلسات درمان و مرحله پیگیری، تعداد ۴۵ نفر انتخاب شدند. پس از انجام فرایند همتاسازی بر اساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نظیر سن و جنسیت، شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره شامل گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه کنترل جایگزین شدند.

پس از تصویب اولیه طرح پژوهش و دریافت مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه، هماهنگی‌های لازم با مراکز مشاوره و روان‌شناسی منطقه ۲۰ تهران انجام شد و مجوز اخلاق پژوهش دریافت گردید. سپس نوجوانان واجد شرایط پس از غربالگری اولیه توسط روان‌شناسان مراکز انتخاب شدند. پیش از آغاز پژوهش، توضیحات لازم درباره اهداف مطالعه، ماهیت جلسات درمانی، تعداد جلسات، محرمانگی اطلاعات و حق خروج آزادانه از پژوهش در هر زمان به آزمودنی‌ها و والدین آن‌ها ارائه شد و رضایت‌نامه آگاهانه کتبی اخذ گردید. پس از اجرای پیش‌آزمون و تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش، مداخلات درمانی برای دو گروه آزمایش به‌صورت گروهی و در ۱۲ جلسه هفتگی ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد، در حالی که گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماند و هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات درمانی، مرحله پس‌آزمون اجرا شد و سه ماه بعد نیز آزمون پیگیری برای بررسی ماندگاری اثرات درمان انجام گرفت.

پرسشنامه خودجرحی توسط کلونسکی و گلن در سال ۲۰۰۹ طراحی شد و به‌عنوان یکی از ابزارهای معتبر ارزیابی رفتارهای خودآسیب‌رسان غیرخودکشی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است که فراوانی و کارکرد ۱۲ نوع رفتار خودآسیب‌رسان را بررسی می‌کند. رفتارهای مورد سنجش شامل بریدن پوست، سوزاندن، گاز گرفتن، خراش شدید پوست، فرو کردن سوزن در بدن، کوبیدن و زدن خود، خوردن مواد شیمیایی خطرناک و سایر اشکال آسیب عمدی به بدن است که بدون قصد خودکشی انجام می‌شوند. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت سه‌درجه‌ای از «کاملاً غیرمرتبط» تا «کاملاً مرتبط» تنظیم شده‌اند و نمره کل از میانگین زیرمقیاس‌ها به دست می‌آید. کلونسکی و گلن ضریب پایایی بازآزمایی این ابزار را در فاصله ۱ تا ۴ هفته برابر با ۰.۸۵ و ضریب آلفای کرونباخ را ۰.۸۴ گزارش کردند. در ایران نیز صفاری‌نیا و همکاران در سال ۲۰۲۱ ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه را بررسی کرده و پایایی آن را با آلفای کرونباخ ۰.۷۶ گزارش کردند. همچنین روایی صوری و محتوایی ابزار مورد تأیید متخصصان حوزه روان‌شناسی قرار گرفته است. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰.۸۱ به دست آمد.

مقیاس تکانشگری بارت (BIS-11) توسط بارت در سال ۱۹۹۵ تدوین شد و یکی از پرکاربردترین ابزارهای سنجش تکانشگری

محسوب می‌شود. این مقیاس دارای ۳۰ گویه است و سه بعد اصلی تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی‌برنامگی را ارزیابی می‌کند. تکانشگری شناختی به تصمیم‌گیری سریع و بدون تأمل اشاره دارد، تکانشگری حرکتی بیانگر اقدام بدون فکر قبلی است و بی‌برنامگی به ناتوانی در پیش‌بینی و برنامه‌ریزی آینده مربوط می‌شود. پاسخ‌دهی به سؤالات بر اساس طیف چهاردرجه‌ای لیکرت از «به ندرت یا هرگز» تا «تقریباً همیشه» انجام می‌شود و برخی گویه‌ها به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. بارت برای کل مقیاس ضریب آلفای کرونباخ ۰.۸۳ و برای زیرمقیاس‌های مختلف ضرایبی بین ۰.۷۳ تا ۰.۷۴ گزارش کرد. در ایران، اختیاری و همکاران ضرایب پایایی مناسبی برای این ابزار گزارش کردند و روایی همگرای آن نیز از طریق همبستگی با سایر مقیاس‌های تکانشگری و هیجان‌طلبی تأیید شد. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس تکانشگری ۰.۸۶ محاسبه شد که بیانگر همسانی درونی مطلوب ابزار بود.

پروتکل مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی

مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی بر اساس پروتکل استاندارد ملهوم و همکاران اجرا شد و شامل ۱۲ جلسه هفتگی ۶۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی بود. در جلسات ابتدایی، اعضا با ساختار درمان، قوانین گروه و مفاهیم اساسی DBT آشنا شدند و نقش محیط‌های بی‌اعتبارساز در شکل‌گیری تکانشگری و رفتارهای خودآسیب‌رسان مورد بحث قرار گرفت. در ادامه، مهارت‌های ذهن‌آگاهی، تمرکز بر لحظه اکنون و مشاهده بدون قضاوت آموزش داده شد تا نوجوانان بتوانند پیش از انجام رفتارهای تکانشی، هیجان‌ها و افکار خود را شناسایی کنند. جلسات میانی بر آموزش تحمل آشفتگی، تنظیم هیجان و استفاده از راهبردهای جایگزین برای کنترل تکانه‌ها تمرکز داشت. در این مرحله، مهارت‌هایی مانند تنفس آگاهانه، خودآرام‌سازی با استفاده از حواس پنج‌گانه، تمرین‌های توجه‌برگردانی و شناسایی محرک‌های هیجانی رفتارهای خودآسیب‌رسان آموزش داده شد. در جلسات پایانی، مهارت‌های ارتباط مؤثر بین‌فردی، جرأت‌ورزی، نه گفتن و مدیریت تعارض‌ها مورد تمرین قرار گرفت و در نهایت، برنامه نگه‌دارنده‌ای برای پیشگیری از بازگشت تکانشگری و رفتارهای آسیب‌رسان تدوین شد. تمامی جلسات توسط درمانگر متخصص و آموزش‌دیده در حوزه DBT اجرا شد و تکالیف خانگی به‌صورت منظم مورد بررسی قرار گرفت.

درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر اساس پروتکل مالبِرگ در قالب ۱۲ جلسه گروهی هفتگی ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد. در جلسات آغازین، مفهوم ذهنی‌سازی و نقش آن در شناخت حالات ذهنی خود و دیگران برای شرکت‌کنندگان تبیین شد و ارتباط ضعف ذهنی‌سازی با تکانشگری و رفتارهای خودآسیب‌رسان مورد بررسی قرار گرفت. سپس نوجوانان با نشانه‌های ذهنی‌سازی مطلوب و ضعیف آشنا شدند و تمرین‌هایی برای شفاف‌سازی افکار، احساسات و برداشت‌های بین‌فردی انجام دادند. در جلسات میانی، هیجان‌های اصلی و اجتماعی، نقش دلبستگی در تنظیم هیجان و تأثیر روابط ناایمن بر رفتارهای تکانشی آموزش داده شد. همچنین شرکت‌کنندگان یاد گرفتند تجربه‌های هیجانی خود را در تعاملات اجتماعی بهتر شناسایی و تفسیر کنند و از سوءبرداشت‌های شناختی اجتناب نمایند. در ادامه، نقش اضطراب، افسردگی و تعارض‌های بین‌فردی در اختلال ذهنی‌سازی و بروز رفتارهای تکانشی بررسی شد و راهکارهایی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تنظیم هیجان ارائه گردید. در جلسات پایانی، مرور جامعی بر مهارت‌های آموخته‌شده انجام شد و برنامه‌ای برای حفظ توانایی ذهنی‌سازی و پیشگیری از بازگشت رفتارهای خودآسیب‌رسان تدوین گردید. این جلسات نیز توسط درمانگر متخصص در حوزه MBT اجرا شد و شرکت‌کنندگان موظف بودند تمرین‌های خانگی مرتبط با ثبت هیجان‌ها و تعاملات بین‌فردی را انجام دهند.

پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات به‌صورت کدگذاری‌شده وارد نرم‌افزار SPSS-26 شد و پیش از تحلیل، مفروضه‌های آماری شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها، همگنی واریانس‌ها، همگنی ماتریس کوواریانس و کرویت مورد بررسی قرار گرفت. در سطح توصیفی از شاخص‌هایی نظیر میانگین، انحراف معیار و جداول فراوانی برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و متغیرهای پژوهش استفاده شد. در سطح استنباطی، برای مقایسه گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از تحلیل واریانس چندمتغیری و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر آمیخته سه‌درسه استفاده شد. همچنین به‌منظور بررسی دقیق‌تر تفاوت بین گروه‌ها و مراحل زمانی، آزمون

تعقیبی بنفرونی به کار گرفته شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان نشان داد که در گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و گروه کنترل، ۷۳.۳ درصد از آزمودنی‌ها را پسران و ۲۶.۷ درصد را دختران تشکیل می‌دادند؛ در حالی که در گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی، ۶۰ درصد شرکت‌کنندگان پسر و ۴۰ درصد دختر بودند. نتایج آزمون کای‌دو نشان داد که تفاوت معناداری بین سه گروه از نظر جنسیت وجود نداشت (p=۰.۶۶۱). همچنین، از نظر مقطع تحصیلی، بیشترین فراوانی در هر سه گروه مربوط به مقطع متوسطه اول بود؛ به‌گونه‌ای که این میزان در گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی ۷۳.۳ درصد، در گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی ۶۰ درصد و در گروه کنترل ۵۳.۳ درصد گزارش شد و تفاوت مشاهده‌شده از لحاظ آماری معنادار نبود (p=۰.۵۸۹). افزون بر این، میانگین سن آزمودنی‌ها در گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی ۱۶.۵۳ سال با انحراف استاندارد ۲.۱۱، در گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی ۱۶.۳۷ سال با انحراف استاندارد ۲.۳۶ و در گروه کنترل ۱۵.۴۷ سال با انحراف استاندارد ۲.۴۵ بود که نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد تفاوت معناداری میان گروه‌ها از نظر سن وجود ندارد (p=۰.۲۵۰). بنابراین، سه گروه در متغیرهای جمعیت‌شناختی از همگنی مناسبی برخوردار بودند.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی تکانشگری به تفکیک گروه و زمان

متغیر	زمان	درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی میانگین	انحراف استاندارد	رفتاردرمانی دیالکتیکی میانگین	انحراف استاندارد	کنترل میانگین	انحراف استاندارد
تکانشگری	پیش‌آزمون	۸۵.۰۰	۲۱.۱۶	۸۳.۴۰	۲۳.۵۵	۸۸.۴۷	۲۶.۳۰
	پس‌آزمون	۷۸.۶۷	۱۶.۸۱	۷۵.۰۷	۲۰.۱۷	۸۹.۸۰	۲۵.۷۰
	پیگیری	۷۷.۲۷	۱۶.۴۹	۷۵.۷۳	۱۹.۸۴	۹۰.۴۷	۲۵.۳۷

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمرات تکانشگری در هر دو گروه مداخله در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است. در گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، میانگین تکانشگری از ۸۵.۰۰ در پیش‌آزمون به ۷۸.۶۷ در پس‌آزمون و ۷۷.۲۷ در مرحله پیگیری کاهش یافت. همچنین در گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی، میانگین تکانشگری از ۸۳.۴۰ در پیش‌آزمون به ۷۵.۰۷ در پس‌آزمون و ۷۵.۷۳ در پیگیری رسید. در مقابل، در گروه کنترل تغییر محسوسی مشاهده نشد و میانگین تکانشگری از ۸۸.۴۷ در پیش‌آزمون به ۸۹.۸۰ در پس‌آزمون و ۹۰.۴۷ در مرحله پیگیری افزایش جزئی داشت. این یافته‌ها به‌صورت اولیه نشان‌دهنده اثربخشی هر دو مداخله در کاهش تکانشگری نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان است.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثربخشی مداخلات بر تکانشگری

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	مجذور جزئی اتا
تکانشگری	گروه	۳۳۵۱.۲۲	۲	۱۶۷۵.۶۱	۱.۱۷	۰.۳۲۰	۰.۰۵۳
	زمان	۵۹۵.۵۷	۱.۱۴	۵۲۰.۲۵	۳۲.۵۳	۰.۰۰۱>	۰.۴۳۷
	زمان × گروه	۵۸۸.۲۵	۲.۲۹	۲۵۶.۹۳	۱۶.۰۷	۰.۰۰۱>	۰.۴۳۳

نتایج جدول ۲ نشان داد که اثر اصلی گروه بر متغیر تکانشگری معنادار نبود (p = ۰.۳۲۰)، اما اثر زمان (F = ۳۲.۵۳ ،p<۰.۰۰۱) و اثر تعاملی زمان و گروه (F = ۱۶.۰۷ ،p<۰.۰۰۱) معنادار بود. این یافته‌ها بیانگر آن است که تغییرات نمرات تکانشگری در طول زمان در گروه‌های مختلف متفاوت بوده و حداقل یکی از مداخلات درمانی توانسته است به‌طور معناداری موجب کاهش تکانشگری شود. همچنین مقدار مجذور جزئی اتا برای اثر زمان و اثر تعاملی زمان و گروه به‌ترتیب ۰.۴۳۷ و ۰.۴۳۳ بود که نشان‌دهنده اندازه اثر نسبتاً قوی

مداخلات بر کاهش تکانشگری است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتاردرمانی دیالکتیکی هر دو در کاهش تکانشگری نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان مؤثر بوده‌اند و این اثربخشی در طول زمان استمرار داشته است.

جدول ۳. آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی گروه‌ها و زمان‌ها در متغیر تکانشگری

متغیر	گروه / مقایسه	تفاوت میانگین	p
تکانشگری	ذهنی‌سازی – کنترل (پس‌آزمون)	-۸.۱۰	<۰.۰۰۱
	دیالکتیکی – کنترل (پس‌آزمون)	-۱۰.۲۹	<۰.۰۰۱
	ذهنی‌سازی – دیالکتیکی (پس‌آزمون)	۲.۲۰	۰.۴۵۲
	ذهنی‌سازی: پیش‌آزمون – پس‌آزمون	۶.۳۳	<۰.۰۰۱
	ذهنی‌سازی: پیش‌آزمون – پیگیری	۷.۷۳	<۰.۰۰۱
	ذهنی‌سازی: پس‌آزمون – پیگیری	۱.۴۰	۰.۰۳۱
	دیالکتیکی: پیش‌آزمون – پس‌آزمون	۸.۳۳	<۰.۰۰۱
	دیالکتیکی: پیش‌آزمون – پیگیری	۷.۶۷	<۰.۰۰۱
	دیالکتیکی: پس‌آزمون – پیگیری	-۰.۶۷	۰.۰۰۷
	کنترل: پیش‌آزمون – پس‌آزمون	-۱.۳۳	۰.۰۰۲
	کنترل: پیش‌آزمون – پیگیری	-۲.۰۰	<۰.۰۰۱
	کنترل: پس‌آزمون – پیگیری	-۰.۶۷	۰.۰۷۶

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۳ نشان داد که در مرحله پس‌آزمون، میانگین تکانشگری در هر دو گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل بود (p<۰.۰۰۱). میزان کاهش تکانشگری در گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی برابر با ۱۰.۲۹ نمره و در گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برابر با ۸.۱۰ نمره نسبت به گروه کنترل بود. با این حال، تفاوت بین دو گروه درمانی از نظر میزان اثربخشی معنادار نبود (p=۰.۴۵۲) و نشان داد که هر دو درمان تقریباً اثربخشی مشابهی داشته‌اند. همچنین مقایسه زوجی مراحل زمانی نشان داد که در هر دو گروه مداخله، میانگین تکانشگری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون به‌طور معناداری کاهش یافته است (p<۰.۰۰۱). این یافته بیانگر آن است که اثرات درمانی هر دو مداخله نه‌تنها پس از پایان درمان مشاهده شده، بلکه در دوره پیگیری سه‌ماهه نیز تداوم یافته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی و پایداری اثر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تکانشگری در نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که هر دو مداخله درمانی توانستند به‌طور معناداری موجب کاهش تکانشگری در نوجوانان شوند و این اثربخشی در مرحله پیگیری سه‌ماهه نیز پایدار باقی ماند. همچنین نتایج آزمون تعقیبی نشان داد که هر دو درمان در مقایسه با گروه کنترل اثربخشی قابل توجهی داشتند، اما تفاوت معناداری بین میزان اثربخشی دو مداخله مشاهده نشد. این یافته بیانگر آن است که هر دو رویکرد درمانی می‌توانند به‌عنوان مداخلات مؤثر در کاهش رفتارهای تکانشی و آسیب‌رسان نوجوانان مورد استفاده قرار گیرند.

یافته‌های مربوط به اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش تکانشگری با نتایج پژوهش‌های پیشین همسو است. رفتاردرمانی دیالکتیکی بر آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی، تحمل آشفتگی، تنظیم هیجان و اثربخشی بین‌فردی تأکید دارد و از این طریق به

نوجوانان کمک می‌کند تا پیش از انجام رفتارهای ناگهانی و تکانشی، هیجان‌ها و افکار خود را شناسایی و مدیریت کنند. در این رویکرد، رفتارهای خودآسیب‌رسان به‌عنوان راهبردهایی ناکارآمد برای کاهش فشار هیجانی در نظر گرفته می‌شوند و درمان تلاش می‌کند راهبردهای جایگزین و سازگارانه‌تری را در اختیار فرد قرار دهد (Ip et al., 2024; Shogren et al., 2024). زمانی که نوجوان می‌آموزد هیجان‌های شدید را بدون قضاوت مشاهده کند و از مهارت‌های تحمل آشفتگی استفاده نماید، احتمال واکنش‌های تکانشی و خودآسیب‌رسان کاهش می‌یابد. در واقع، مهارت‌های DBT به فرد کمک می‌کنند فاصله‌ای میان تجربه هیجان و پاسخ رفتاری ایجاد کند و همین فرایند نقش مهمی در کاهش تکانشگری دارد.

این یافته با نتایج پژوهش عبدالهی و نوری همسو است که نشان دادند رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان و بهبود تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان بزهکار می‌شود (Abdullahi & Nouri, 2024). همچنین شوگرن و همکاران گزارش کردند که این درمان در نوجوانان دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی موجب کاهش آشفتگی هیجانی و بهبود پیامدهای درمانی شده است (Shogren et al., 2024). از سوی دیگر، پژوهش دیباج و همکاران نیز نشان داد که کاهش دشواری‌های تنظیم هیجان می‌تواند با کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان و تکانشگری همراه باشد (Dibaj et al., 2024). این نتایج نشان می‌دهد که یکی از مهم‌ترین سازوکارهای اثرگذاری رفتاردرمانی دیالکتیکی، بهبود تنظیم هیجان و کاهش واکنش‌پذیری هیجانی است؛ زیرا نوجوانانی که توانایی مدیریت هیجان‌های شدید را ندارند، بیشتر در معرض رفتارهای ناگهانی و آسیب‌رسان قرار می‌گیرند.

از منظر نظری نیز می‌توان این یافته را بر اساس مدل زیستی–اجتماعی لینهان تبیین کرد. این مدل بیان می‌کند که رفتارهای تکانشی و خودآسیب‌رسان در نتیجه تعامل میان آسیب‌پذیری هیجانی فرد و محیط‌های بی‌اعتبارساز شکل می‌گیرند. نوجوانانی که در محیط‌هایی رشد یافته‌اند که هیجان‌ها و نیازهای آنان نادیده گرفته شده یا به‌درستی پاسخ داده نشده است، معمولاً در شناخت و تنظیم هیجان‌های خود دچار مشکل می‌شوند و برای کاهش تنش روانی به رفتارهای تکانشی روی می‌آورند. رفتاردرمانی دیالکتیکی از طریق آموزش پذیرش هیجان‌ها و در عین حال ایجاد تغییر در الگوهای رفتاری ناسازگار، به نوجوان کمک می‌کند تا شیوه‌های سالم‌تری برای مقابله با تنش‌های روانی انتخاب کند (Ip et al., 2024; Shogren et al., 2024). بنابراین، کاهش تکانشگری در گروه DBT را می‌توان نتیجه مستقیم ارتقای مهارت‌های خودکنترلی و تنظیم هیجان دانست.

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نیز به‌طور معناداری موجب کاهش تکانشگری نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان شد. این یافته با مبانی نظری درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی قابل تبیین است. ذهنی‌سازی به توانایی فرد در فهم و تفسیر حالات ذهنی خود و دیگران اشاره دارد و نقش اساسی در تنظیم هیجان، کنترل تکانه‌ها و ایجاد روابط بین‌فردی پایدار دارد (Malberg, 2021). نوجوانانی که در ذهنی‌سازی ضعف دارند، معمولاً هیجان‌های خود را به‌درستی درک نمی‌کنند و در شرایط تنش روانی، رفتارهای ناگهانی و آسیب‌رسان بیشتری از خود نشان می‌دهند. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی تلاش می‌کند از طریق افزایش آگاهی فرد نسبت به افکار، احساسات و انگیزه‌های درونی، توانایی خودتنظیمی را تقویت کند و به نوجوان کمک نماید پیش از عمل کردن، درباره حالات ذهنی خود تأمل کند.

همسویی این یافته با پژوهش‌های پیشین نیز قابل مشاهده است. نعمت‌پور دارزی و همکاران نشان دادند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی موجب کاهش دشواری‌های تنظیم هیجان و افزایش خودکنترلی در نوجوانان پرخاشگر می‌شود (Nematpour Darzi et al., 2024). همچنین محبوبی و همکاران گزارش کردند که این درمان در کاهش تکانشگری و نارسایی هیجانی افراد دارای اختلالات خوردن مؤثر است (Mahboobi et al., 2025). افزون بر این، زارعی و همکاران در مطالعه‌ای بر نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان دریافتند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی می‌تواند تکانشگری را به‌طور معناداری کاهش دهد (Zarei et al., 2025). این نتایج نشان می‌دهد که تقویت توانایی ذهنی‌سازی، به‌ویژه در نوجوانانی که در درک هیجان‌ها و روابط بین‌فردی دچار مشکل هستند، می‌تواند نقش مهمی در کاهش رفتارهای تکانشی ایفا کند.

از منظر تبیینی، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با ایجاد فضایی ایمن و مبتنی بر رابطه درمانی، به نوجوان کمک می‌کند تا تجارب هیجانی خود را بهتر پردازش کند. زمانی که فرد می‌آموزد احساسات، افکار و رفتارهای خود را در قالب حالات ذهنی معنادار درک کند، احتمال واکنش‌های ناگهانی و کنترل‌نشده کاهش می‌یابد. بسیاری از نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان، در روابط بین‌فردی دچار سوءبرداشت و حساسیت شدید هستند و کوچک‌ترین تعارض یا طردشدگی می‌تواند موجب واکنش‌های تکانشی در آنان شود. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی از طریق تقویت توانایی درک نیت‌ها و هیجان‌های دیگران، شدت این واکنش‌ها را کاهش می‌دهد (Mohajerin et al., 2024; Rizzi et al., 2024). در واقع، این درمان موجب می‌شود نوجوان به جای واکنش فوری و هیجان‌محور، فرایند تأمل و تفکر درباره موقعیت را فعال کند و همین مسئله احتمال رفتارهای خودآسیب‌رسان را کاهش می‌دهد.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که تفاوت معناداری بین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتاردرمانی دیالکتیکی وجود ندارد و هر دو درمان تقریباً به یک اندازه در کاهش تکانشگری مؤثر بودند. این یافته نشان می‌دهد که هر دو درمان، اگرچه از نظر نظری و تکنیک‌های درمانی تفاوت‌هایی دارند، اما در نهایت بر سازوکارهای مشابهی مانند تنظیم هیجان، خودآگاهی، کنترل تکانه و بهبود روابط بین‌فردی اثر می‌گذارند. رفتاردرمانی دیالکتیکی بیشتر بر آموزش مستقیم مهارت‌های رفتاری و تنظیم هیجان تمرکز دارد، در حالی که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بیشتر بر درک حالات ذهنی و افزایش ظرفیت تأمل درباره هیجان‌ها و روابط تأکید می‌کند؛ با این حال، هر دو رویکرد در کاهش واکنش‌های هیجانی شدید و رفتارهای ناگهانی مؤثر هستند (Fan et al., 2024; Maleki et al., 2025).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که اثرات درمانی هر دو مداخله در مرحله پیگیری سه‌ماهه پایدار باقی مانده است. این یافته اهمیت زیادی دارد؛ زیرا بسیاری از نوجوانان پس از پایان جلسات درمانی دوباره در معرض عوامل تنش‌زا قرار می‌گیرند و احتمال بازگشت رفتارهای تکانشی در آنان وجود دارد. پایداری اثر درمان‌ها نشان می‌دهد که مهارت‌های آموخته‌شده در طول درمان به‌صورت پایدار در ساختار شناختی و هیجانی نوجوانان تثبیت شده است. در رفتاردرمانی دیالکتیکی، تمرین مستمر مهارت‌های ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان می‌تواند موجب درونی‌سازی راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه شود. در درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نیز افزایش ظرفیت تأمل درباره حالات ذهنی خود و دیگران می‌تواند در بلندمدت از بروز واکنش‌های هیجانی شدید جلوگیری کند (Gilbey et al., 2023; Rizzi et al., 2024). بنابراین، پایداری اثر هر دو درمان را می‌توان ناشی از تغییرات عمیق‌تر در فرایندهای شناختی و هیجانی نوجوانان دانست.

به‌طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی هر دو می‌توانند به‌عنوان مداخلات مؤثر در کاهش تکانشگری نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان مورد استفاده قرار گیرند. این درمان‌ها از طریق بهبود تنظیم هیجان، افزایش خودآگاهی، تقویت خودکنترلی و ارتقای کیفیت روابط بین‌فردی، احتمال بروز رفتارهای ناگهانی و آسیب‌رسان را کاهش می‌دهند و می‌توانند نقش مهمی در ارتقای سلامت روان نوجوانان ایفا کنند.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، محدود بودن جامعه آماری به نوجوانان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره منطقه ۲۰ شهر تهران بود که ممکن است تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر گروه‌های فرهنگی و جغرافیایی را محدود کند. همچنین استفاده از ابزارهای خودگزارشی احتمال سوگیری ناشی از پاسخ‌دهی اجتماعی مطلوب یا عدم صداقت برخی آزمودنی‌ها را افزایش می‌دهد. از سوی دیگر، مدت زمان پیگیری در این پژوهش سه ماه بود و بررسی اثرات درمان در دوره‌های طولانی‌تر می‌توانست اطلاعات دقیق‌تری درباره پایداری نتایج فراهم کند. علاوه بر این، کنترل کامل متغیرهای مداخله‌گر مانند شرایط خانوادگی، میزان حمایت اجتماعی و ویژگی‌های شخصیتی آزمودنی‌ها امکان‌پذیر نبود.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده اثربخشی این دو درمان را در گروه‌های سنی متفاوت، از جمله نوجوانان اوایل و اواخر نوجوانی، بررسی کنند و نقش متغیرهایی مانند جنسیت، سبک دلبستگی، شدت رفتارهای خودآسیب‌رسان و اختلالات همبود را در میزان پاسخ به درمان مورد مطالعه قرار دهند. همچنین انجام پژوهش‌های طولی با دوره‌های پیگیری شش‌ماهه و یک‌ساله می‌تواند اطلاعات دقیق‌تری

درباره ماندگاری اثر درمان‌ها ارائه دهد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از روش‌های ترکیبی و ابزارهای عینی‌تر مانند مصاحبه‌های بالینی ساختاریافته نیز استفاده شود تا دقت ارزیابی‌ها افزایش یابد.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره، مدارس و کلینیک‌های روان‌شناختی از برنامه‌های درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتاردرمانی دیالکتیکی برای نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان استفاده کنند. آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، ذهن‌آگاهی و ذهنی‌سازی می‌تواند به‌عنوان بخشی از برنامه‌های پیشگیری در مدارس اجرا شود تا از شکل‌گیری رفتارهای تکانشی و آسیب‌رسان در نوجوانان جلوگیری گردد. همچنین آموزش والدین و مشاوران درباره نقش روابط حمایتی، اعتباربخشی هیجانی و شیوه‌های صحیح مواجهه با هیجان‌های نوجوانان می‌تواند در افزایش اثربخشی این مداخلات نقش مهمی داشته باشد.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ تعارض منافعی وجود نداشت.

حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، اهمیت و ضرورت پژوهش برای نمونه‌ها تشریح و درباره رعایت ملاحظات اخلاقی مانند رازداری، محرمانگی، حفظ حریم نمونه‌ها، آزادی جهت شرکت در پژوهش و انصراف از آن و غیره به آنان اطمینان داده شد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله با یکدیگر مشارکت داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله، از مسئولان مراکز حمایتی شهر سمنان و زنان خشونت‌دیده خانگی مراجعه‌کننده به آنها به‌ترتیب برای همکاری و شرکت در پژوهش تقدیر و تشکر می‌شود.

References

Abdullahi, R., & Nouri, T. (2024). Dialectical Behavior Therapy: Impact on Self-Harming Behaviors, Bullying, and Cognitive Emotion Regulation in Delinquent Teenagers. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*, *5*(5), 14-21. https://doi.org/10.61838/kman.jayps.5.5.3

Aggarwal, S., Borschmann, R., & Patton, G. C. (2021). Tackling Stigma in Self-Harm and Suicide in the Young. *The Lancet Public Health*, *6*(1), e6-e7. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30259-0

Brokke, S. S., Landrø, N. I., & Haaland, V. (2022). Impulsivity and Aggression in Suicide Ideators and Suicide Attempters of High and Low Lethality. *BMC psychiatry*, *22*(1), 753. https://doi.org/10.1186/s12888-022-04398-w

Bruno, S., Anconetani, G., Rogier, G., Del Casale, A., Pompili, M., & Velotti, P. (2023). Impulsivity Traits and Suicide-Related Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis Using the UPPS Model. *Journal of affective disorders*, *339*, 571-583. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.086

Dibaj, I. S., Tørmoen, A. J., Klungsøyr, O., Haga, E., & Mehlum, L. (2024). Trajectories and Predictors of Change in Emotion Dysregulation and Deliberate Self-Harm amongst Adolescents with Borderline Features. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *29*(2), 407-423. https://doi.org/10.1177/13591045231177374

Fan, X. F., Peng, J. Y., Zhang, L., Hu, Y. L., Li, Y., Shi, Y., & Zhang, T. M. (2024). The Impact of Mindfulness Therapy Combined with Mentalization-Based Family Therapy on Suicidal Ideation in Adolescents with Depressive Disorder: Randomized Intervention Study. *Annals of General Psychiatry*, *23*(1), 16. https://doi.org/10.1186/s12991-024-00503-3

Gilbey, D., Brealey, G., Mateo-Arriero, I., Waters, Z., Ansell, M., Janse van Rensburg, E., De Gouveia Belinelo, P., Milroy, H., Pace, G., Runions, K., Salmin, I., & Woolard, A. (2023). The Effectiveness of a Day Hospital Mentalization-Based Therapy Programme for Adolescents with Borderline Personality Traits: Findings from Touchstone-Child and Adolescent Mental Health Service. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *30*(6), 1303-1312. https://doi.org/10.1002/cpp.2854

Guertin, T., Lloyd-Richardson, E., Spirito, A., Donaldson, D., & Boergers, J. (2021). Self-Mutilative Behavior in Adolescents Who Attempt Suicide by Overdose. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40*(9), 1062-1068. https://doi.org/10.1097/00004583-200109000-00015

Gutierrez, P. M., Osman, A., Barrios, F. X., & Kopper, B. A. (2021). Development and Initial Validation of the Self-Harm Behavior Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, *77*(3), 475-491. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7703_08

Ip, J. W. Y., McMain, S. F., Chapman, A. L., & Kuo, J. R. (2024). The Role of Emotion Dysregulation and Interpersonal Dysfunction in Nonsuicidal Self-Injury during Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *180*, 104594. https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.104594

Lynam, D. R., Miller, D. J., Bornovalova, M. A., & Lejuez, C. W. (2021). Testing the Relations between Impulsivity-Related Traits, Suicidality, and Nonsuicidal Self-Injury: A Test of the Incremental Validity of the UPPS Model. *Journal of personality disorders*, *2*(2), 151-160. https://doi.org/10.1037/a0019978

Mahboobi, E., Emaneali Khani, T., Shabrang Moridani, M., & Yousefi, N. (2025). The Effect of Mentalization-Based Treatment on Alexithymia and Impulsivity in Individuals with Eating Disorders. *Journal of psychiatric nursing*, *13*(4), 1-12.

Malberg, N. T. (2021). Working with Autistic Children and Their Families from a Mentalization-Based Therapy for Children (MBT-C) Approach. *Psychoanalytic Perspectives*, *18*(1), 22-42. https://doi.org/10.1080/1551806X.2021.1845033

Maleki, S., Lilabadi, L., & Koushki, S. (2025). The Effectiveness of Mentalization-Based Group Therapy on Object Relations and Emotion Regulation Difficulties in Individuals with Dependent Personality Disorder Symptoms. *Journal of Applied Psychological Research*, *16*(2), 233-250.

Mohajerin, B., Shamsi, A., & Howard, R. (2024). A Randomized Controlled Trial Comparing Mentalization-Based Therapy with the Unified Protocol in the Treatment of Psychopathy and Comorbid Borderline and Antisocial Personality Disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *31*(4), e3047. https://doi.org/10.1002/cpp.3047

Moore, F. R., Doughty, H., Neumann, T., McClelland, H., Allott, C., & O'Connor, R. C. (2022). Impulsivity, Aggression, and Suicidality Relationship in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *EClinicalMedicine*, *45*, 101307. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101307

Nematpour Darzi, A., Avar, Z., Rahmati Tuseh Kalleh, F., & Janalizadeh Chenari, S. (2024). Effectiveness of Mentalization-Based Therapy on Emotion Regulation Difficulties and Self-Control in Adolescents with High Aggression. *Royesh-e Ravanshenasi*, *13*(6), 241-250.

Rizzi, E., Weijers, J. G., Kate, C. T., & Selten, J. P. (2024). Mentalization-Based Treatment for a Broad Range of Personality Disorders: A Naturalistic Study. *BMC psychiatry*, *24*(1), 429. https://doi.org/10.1186/s12888-024-05865-2

Shogren, N. P., Tirpak, J. W., Porter, N. P., Kaplan, C., Ronzio, B., Au, J. S., & Fruzzetti, A. E. (2024). Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with Borderline Personality Disorder: Emotion Dysregulation, Abuse, and Treatment Outcomes. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*. https://doi.org/10.1080/23794925.2024.2306625

Zarei, F. Z., Fakhri, M. K., & Norouzi, A. (2025). Comparison of the Effectiveness of Mindful Self-Compassion Therapy and Mentalization-Based Treatment on Impulsivity among Adolescents with Self-Injurious Behaviors. *Royesh-e Ravanshenasi*, *14*(7), 165-174.