

Original Article

Comparing the effectiveness of Adolescent-Centered Mindfulness Therapy and Emotion Regulation Training Strategies on Risky Behaviors, Mind Wandering, and Depression in Adolescents

Nooshin Salahi Esfahani^{1*}, MSc; Razieh Izadi², PhD

¹Masters student in Family Counseling, Safahan Institute of Higher Education, Esfahan, Iran

²Assistant Professor, Department of Psychology, Safahan Institute of Higher Education, Esfahan, Iran

Article Information

Article History:

Received: July 10, 2022

Accepted: May. 04, 2023

*Corresponding Author:

Nooshin Salahi Esfahani,
Masters student in Family Counseling,
Safahan Institute of Higher Education,
Esfahan, Iran

Email: nse1375@yahoo.com

Abstract

Introduction: Depression is a common disorder in adolescents that has wide cognitive and social consequences. One of the cognitive consequences is mind wandering, which increases the likelihood of risky behaviors by intensifying dysfunctional thoughts. Therefore, it is necessary to provide psychological interventions in this field. The present study aimed to compare the effectiveness of adolescent-centered mindfulness therapy and emotion regulation training strategies on risky behaviors, mind wandering, and depression in adolescents.

Methods: This study had a quasi-experimental research design and was performed on depressed female adolescents referred to psychological centers in Isfahan in 2021. Forty-five depressed adolescents were randomly selected and assigned to two experimental groups and one control group. The first experimental group received mindfulness therapy and the second experimental group received emotion regulation training for eight 60-minute sessions, while the control group did not receive any intervention. Participants completed the Risk Behaviors Questionnaire (2011), Mind Wandering Scale (MWS) and Beck Depression Inventory (BDI-II) in the pre-test, post-test and follow-up stages. Data were analyzed by repeated measures analysis of variance using SPSS software.

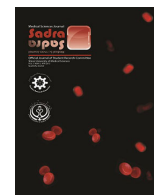
Results: A significant difference was observed between the two experimental and the control groups in the post-test and follow-up stages compared to the pre-test. Considering the effect sizes, 14.3% of the difference in risky behaviors, 18.3% of the difference in mind wandering, and 28.3% of the difference in depression are due to adolescent-centered mindfulness therapy and emotion regulation training ($P < 0.01$). No significant difference was observed between the two experimental groups.

Conclusion: Adolescent-centered mindfulness treatment and emotion regulation training strategies can play an important role in improving high-risk behaviors, mind wandering, and depressed adolescent symptoms.

Keywords: Depression, Emotional Regulation, Mindfulness, Dangerous Behavior, Confusion, Adolescent

Please cite this article as:

Salahi Esfahani N, Izadi R. Comparing the effectiveness of Adolescent-Centered Mindfulness Therapy and Emotion Regulation Training Strategies on Risky Behaviors, Mind Wandering, and Depression in Adolescents. *Sadra Med. Sci. J.* 2024; 12(1): 25-40.



مقاله پژوهشی

مقایسه‌ی اثربخشی درمان ذهن آگاهی نوجوان محور و آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بر رفتارهای پرخطر، سرگردانی ذهنی و افسردگی نوجوانان

نوشین صلاحی اصفهانی^{۱*}، راضیه ایزدی^۲

^۱ کارشناس ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، مؤسسه آموزش عالی غیرانتفاعی صفهان، اصفهان، ایران
^۲ استادیار، گروه مشاوره، مؤسسه آموزش عالی غیرانتفاعی صفهان، اصفهان، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۱۴

نویسنده مسئول:

نوشین صلاحی اصفهانی،

کارشناس ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، مؤسسه

آموزش عالی غیرانتفاعی صفهان، اصفهان، ایران.

پست الکترونیکی: nse1375@yahoo.com

مقدمه: افسردگی اختلالی شایع در نوجوانی است که پیامدهای وسیعی به دنبال دارد. یکی از پیامدها، سرگردانی ذهنی است که با تشدید افکار ناکارآمد، احتمال بروز رفتارهای پرخطر را به طور نگران کننده‌ای افزایش می‌دهد. به این ترتیب لازم است مداخلات روان شناختی در این زمینه ارائه گردد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی اثربخشی درمان ذهن آگاهی نوجوان محور و آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بر رفتارهای پرخطر، سرگردانی ذهنی و افسردگی نوجوانان انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی بود که روی نوجوانان دختر افسرده‌ی شهر اصفهان، در سال ۱۴۰۰ انجام گرفت. بدین منظور، ۴۵ نوجوان افسرده، به روش در دسترس انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه، گمارش شدند. گروه آزمایش اول، درمان ذهن آگاهی و گروه آزمایش دوم، آموزش تنظیم هیجان را به مدت هشت جلسه‌ی شست‌دقیقه‌ای دریافت نمودند و گروه گواه، مداخله‌ای دریافت نکردند. شرکت کنندگان، پرسش‌نامه‌ی رفتارهای پرخطر (۱۳۹۰)، مقیاس سرگردانی ذهنی^۱ و پرسش‌نامه‌ی افسردگی^۲ را در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل کردند. داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و با استفاده از نرم‌افزار SPSS بررسی شدند.

یافته‌ها: بین دو گروه آزمایش با گروه گواه در متغیرهای پژوهش، در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله‌ی پیش‌آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد که باتوجه به ضرایب تأثیر، می‌توان گفت ۱۴/۳ درصد از تفاوت در رفتارهای پرخطر، ۱۸/۳ درصد از تفاوت در سرگردانی ذهنی و ۲۸/۳ درصد از تفاوت در افسردگی، ناشی از درمان ذهن آگاهی نوجوان محور و آموزش تنظیم هیجان بوده است ($P < 0/01$). بین دو گروه آزمایش تفاوت معناداری مشاهده نشده است.

نتیجه‌گیری: درمان ذهن آگاهی نوجوان محور و آموزش راهبردهای تنظیم هیجان می‌تواند نقش مهمی در بهبود رفتارهای پرخطر، سرگردانی ذهنی و علائم نوجوانان افسرده، ایفا کنند.

کلمات کلیدی: افسردگی، تنظیم هیجان، ذهن آگاهی، رفتارهای پرخطر، سرگردانی، نوجوان

1. Mind Wandering Scale (MWS)

2. Beck Depression inventory (BDI-II)

لطفاً این مقاله را به این صورت استناد کنید:

صلاحی اصفهانی ن، ایزدی ر. مقایسه‌ی اثربخشی درمان ذهن آگاهی نوجوان محور و آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بر رفتارهای پرخطر، سرگردانی ذهنی و افسردگی نوجوانان. مجله علوم پزشکی صدرا. دوره ۱۲، شماره ۱، زمستان ۱۴۰۲، صفحات ۱۴-۴۰.

مقدمه

غم و اندوه در نوجوان افسرده (۸) درکنار تغییرات سریع و چالش‌های متعدد این دوران، مانند استقلال طلبی و تفکرات سوء آسیب‌ناپذیری (۱۶)، گرایش به رفتارهای پرخطر^۳ را در پی دارد. استقلال طلبی به واسطه‌ی فراهم‌آوردن فرصتی برای جست‌وجوی تجربیات بالقوه لذت‌بخش (۱۷) و سوء‌گیری خوش‌بینانه‌ی آسیب‌ناپذیری از طریق ایجاد احساس اغراق‌آمیزی از منحصربه‌فرد بودن و افسانه‌ی شخصی (۱۸)، این تفکر را در نوجوان ایجاد می‌کند که هیچ خطر و آسیبی متوجه وی نیست و در نتیجه با ایجاد احساس قدرت شکست‌ناپذیری، بی‌پروا دست به کارهای خطرناک می‌زند (۱۹ و ۲۱) و این احتمال در نوجوانان افسرده بیشتر است (۸). رفتارهای پرخطر، رفتارهایی هستند که می‌توانند با ایجاد وقفه در رشد یا ایجاد مانع برای تجربیات شاخص گروه همسالان، اثرات نامطلوبی بر افراد به‌جای گذارد (۲۲) و با توجه به هنجارهای اجتماعی جوامع مختلف، متفاوت تعریف می‌شوند (۲۳) و معمولاً با عنوان بزهکاری نوجوانان دسته‌بندی می‌شوند (۲۴). مطالعات نشان داده است که بیشتر رفتارهای پرخطر، در سنین قبل از هجده‌سالگی شروع می‌شوند (۲۵) و یکدیگر را تشدید می‌کنند (۲۶). با وجود تلاش‌های گسترده‌ای که از ناحیه‌ی پژوهشگران، خانواده‌ها و دولت برای شناخت، پیشگیری و مدیریت رفتارهای پرخطر انجام می‌شود، تحقیقات انجام‌شده در اروپا و آمریکای شمالی نشان می‌دهند که هر روز بر میزان شیوع رفتارهای پرخطر افزوده می‌شود (۲۷ و ۲۸). مطالعات در ایران نیز نشان داده‌اند، شیوع رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان بسیار نگران‌کننده است (۲۹). بنابراین ارائه‌ی مداخلاتی برای بهبود افسردگی و همچنین سرگردانی ذهنی و رفتارهای پرخطر، به‌عنوان پیامدهای ثانویه‌ی افسردگی، از ملزومات کار روان‌شناسان و مشاوران حوزه‌ی نوجوانی است.

شیوع و گستردگی اختلالات افسردگی، باعث شده است تا راهکارهای درمانی متعددی برای آن ارائه و بررسی شود ولی هنوز برای اختلالات افسردگی هیچ درمان مشخصی که بتوان آن را راه‌حلی قطعی برای این اختلالات دانست، معرفی نشده است (۳۰)؛ زیرا هرکدام عوارض‌هایی به‌همراه دارند که از آن جمله می‌توان به خشکی گلو و خارش کف دست در پی درمان‌های دارویی و احتمال بسیار برگشت مجدد نشانه‌های افسردگی، پس از دریافت مداخله‌های روان‌شناختی، اشاره کرد (۳۱). در واقع با اینکه در درمان افسردگی، هدف بهبودی

نوجوانی، دربرگیرنده‌ی سنین بلوغ تا بزرگسالی است (۱) که مهم‌ترین و حساس‌ترین تجارب زندگی فرد را رقم می‌زند (۲). یکی از تجربه‌های شایع منفی در دوران نوجوانی، افسردگی^۱ است که از علل اصلی مرگ‌ومیر به‌شمار می‌آید (۳). افسردگی نوعی اختلال خلقی است که دارای ویژگی‌های تشخیصی خلق غمگین، احساس بیهودگی یا تحریک‌پذیری همراه با تغییرات جسمانی و شناختی است که بر توانایی کارکردی فرد تأثیر چشم‌گیری می‌گذارد (۴). تخمین زده می‌شود که افسردگی در بیشتر از پانزده درصد از نوجوانان شایع و بروز آن معمولاً بین سنین دوازده تا هجده‌سالگی است (۵). براساس بررسی‌های صورت‌گرفته؛ حدود ۲۳ درصد از نوجوانان ایرانی افسرده هستند و طبق تحقیقی که در اصفهان انجام شده است در گروه سنی سیزده تا هجده‌سالگی، ۷۸ درصد دختران و ۵۷ درصد از پسران، به افسردگی خفیف تا بسیار شدید مبتلا هستند (۶). ابتلا به افسردگی در دوران نوجوانی، فرد را نسبت به بروز سایر مشکلات آسیب‌پذیر می‌کند (۷)؛ به‌طوری‌که اختلال در رشد شناختی و اجتماعی را در پی دارد (۳ و ۴) و با رفتارهای پرخطر همراه است (۸).

یکی از مشکلات شناختی ناشی از افسردگی که پیامدهای نامطلوبی برای فرد به‌همراه دارد، سرگردانی ذهنی^۲ است. ارتباط دوسویه‌ی سرگردانی ذهنی و افسردگی به‌خوبی مستند شده است (۹ و ۱۰). سرگردانی ذهنی شناخته‌شده‌ترین جنبه‌ی فعالیت‌های ذهنی است (۱۱) و به تغییر توجه از بازنمایی‌های ذهنی مرتبط با تکلیف پیش‌رو، به افکار غیرمرتبط با تکلیف اشاره دارد (۱۲). افراد با سرگردانی ذهنی تمایلی ذاتی و ناخودآگاه برای انحراف از محرک‌های محیطی به‌سوی افکار شخصی و درونی دارند (۱۳) و خلق منفی را تجربه می‌کنند (۱۴). پریو و همکاران (۱۵) بیان می‌کنند که غم از ویژگی‌های بارز افسردگی است و می‌تواند سرگردانی ذهنی را تشدید کند و بر این اساس ناراحتی پیامد (نه دلیل) سرگردانی ذهنی است؛ ازسوی دیگر سرگردانی ذهنی نیز با القای افکار بی‌ربط و طولانی‌کردن درگیری ذهنی با افکار منفی می‌تواند به افسردگی بیانجامد. این محققان گزارش کردند که سرگردانی ذهنی ذاتاً به افسردگی منجر نمی‌شود؛ بلکه این علائم افسردگی است که با تشدید سرگردانی ذهنی، به فرد آسیب می‌زند.

1. Depression
2. Mind wandering

3. High-risk behaviors

مبنی بر اثرات این درمان بر سرگردانی ذهنی و رفتارهای پرخطر نوجوانان افسرده در دسترس نیست. از سوی دیگر نظریه پردازان معتقدند از آنجاکه سبک‌های ناسازگارانه‌ی تنظیم هیجان و رفتارهایی که منبع هیجانی دارند، می‌توانند پیش‌بینی‌کننده‌ی مهمی در بروز افسردگی و رفتارهای پرخطر باشند؛ به این صورت که افرادی که مهارت‌های لازم برای کنار آمدن با تجارب هیجانی خود را ندارند، هنگام مدیریت و کنترل عواطف منفی خود، بیش‌تر از سایرین درگیر افسردگی یا رفتارهای پرخطر می‌شوند (۴۹-۵۱). از سوی دیگر نوعی ایران و همکاران (۵۲) نشان دادند که پردازش هیجان ضعیف، سرگردانی ذهنی را در پی دارد. به این ترتیب می‌توان انتظار داشت، آموزش راهبردهای تنظیم هیجان^۵، بر کاهش افسردگی، سرگردانی ذهنی و رفتارهای پرخطر نوجوانان تأثیر داشته باشد. گراس (۵۳) آموزش راهبردهای تنظیم هیجان را ارائه نموده است که شامل پنج راهبرد انتخاب موقعیت، تعدیل موقعیت، انتخاب موقعیت، هدایت توجه، تغییر شناختی و تعدیل پاسخ نسبت به سایر فرایندهای هیجان‌زاست (۵۴). هر مرحله از مدل فرآیند تنظیم هیجان گراس؛ شامل مجموعه‌ای از راهبردهای سازگار و مجموعه‌ای از راهبردهای ناسازگار است که در این میان افرادی که مشکلات هیجانی دارند، از راهبردهای ناسازگار مانند نشخوار فکری و اجتناب بیشتر استفاده می‌کنند. بنابراین لازمی این مداخله، اصلاح راهبردهای ناسازگار و آموزش راهبردهای سازگارانه‌ی هیجان است (۵۵). مروری بر مطالعات انجام‌شده، کارآمدی آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بر بهبود مشکلات هیجانی (۵۶ و ۵۷)، افزایش مقابله‌ی مؤثر (۵۸) و کاهش رفتارهای پرخطری مانند گرایش به اعتیاد (۵۹)، رفتارهای تکانشی در سیگاری‌ها (۶۰)، پرخاشگری و تکانشگری افراد وابسته به مواد (۴۹ و ۶۱)، بهبود اختلالات برون‌ریز نوجوانان (۶۲)، علائم اضطراب و افسردگی نوجوانان (۶۳) را گزارش نموده‌اند. این بررسی نشان می‌دهد که با آنکه تأثیر آموزش راهبردهای تنظیم‌هیجان بر برخی از ابعاد رفتارهای پرخطری مانند استعمال سیگار، مصرف مواد مخدر و خشونت و همچنین افسردگی در بین نوجوانان تأیید شده است، اما پژوهشی که به بررسی اثر این درمان بر سایر مؤلفه‌های رفتارهای پرخطر پرداخته باشد؛ در دسترس نیست. همچنین اثربخشی این درمان بر سرگردانی ذهنی نوجوانان افسرده، بررسی نشده است. بنابراین باتوجه به شیوع بالای افسردگی و رفتارهای

کامل است؛ بسیاری از بیماران در دست‌یابی یا حفظ وضعیت بدون نشانه، شکست می‌خورند؛ بنابراین یافتن راهکار درمانی بدون عوارض جسمانی و با حداقل احتمال بازگشت دوباره‌ی نشانه‌ها، می‌تواند درمانی ایده‌آل برای افسردگی باشد. مطالعات انجام‌شده نشان داده‌اند، تکنیک‌های ذهن‌آگاهی^۴ که در بهبود علائم افسردگی مؤثر هستند (۳۲ و ۳۳)، به تقلیل سرگردانی ذهنی منجر می‌شوند (۱۱) و رفتارهای پرخطر نوجوانان را کاهش می‌دهند (۳۴ و ۳۵). ذهن‌آگاهی به معنای توجه کردن به طریق خاص، معطوف به هدف، در زمان حال و بدون داوری است و مهارت‌های ذهن‌آگاهی بر پایه‌ی توانمندی درونی فرد در توجه، آگاهی، بینش و شفقت بنا شده‌اند که به مدیریت هرچه بهتر شناخت و هیجانات می‌انجامد (۳۶). بنابراین ذهن‌آگاهی خصوصاً برای نوجوانان مفید است. همچنین نوجوانان هیجان‌های شدیدی را تجربه می‌کنند که آغاز بسیاری از آسیب‌های روان‌شناختی دوره‌ی نوجوانی است (۳۷). فرمت جلسات ذهن‌آگاهی برای نوجوانان هماهنگ با مراحل رشدی، شناختی و نیاز آنان است و به شکل بازی و شامل آموزش ذهن‌آگاهانه‌ی لمس کردن، بوییدن، گوش دادن و دیدن است. تمرینات ذهن‌آگاهی به نوجوانان کمک می‌کند؛ تمرکز کنند، فشارهای روانی‌شان را بهتر مدیریت کنند، هیجان‌اتشان را تنظیم کنند، احساس آرامش درونی و روابط عمیق‌تر و معنی‌داری را تجربه کنند (۳۸). مطالعات انجام‌شده در این زمینه، نشان داده‌اند که درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور بر افسردگی، اضطراب (۳۹)، تاب‌آوری و تنظیم هیجان، دختران با شکست عاطفی (۴۰)، افسردگی نوجوانان مبتلا به سرطان در مرحله‌ی شیمی‌درمانی (۳۳)، کارکردهای اجرایی نوجوانان (۴۱)، علائم داغدیدگی، پرخاشگری (۴۲)، عزت‌نفس و مشکلات خواب در نوجوانان داغ‌دیده (۳۰)، تحریف شناختی و خودکنترلی نوجوانان معتاد در حال ترک (۴۳)، رفتارهای پرخطر (۴۴ و ۴۵) و افسردگی نوجوانان (۴۶-۴۸) مؤثر است. از سوی دیگر نتایج پژوهش مرازک و همکاران (۴۷) نشان داد؛ درمان ذهن‌آگاهی موجب کاهش سرگردانی ذهنی و افزایش توجه پایدار می‌شود. سانگر و دورجی (۴۸) نیز گزارش کردند درمان ذهن‌آگاهی می‌تواند توجه را اصلاح کند و از این رو به نظر می‌رسد بتواند سرگردانی ذهنی در نوجوانان را نیز کاهش دهد. مروری بر مطالعات پیشین نشان می‌دهد که هرچند اثر مثبت درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور بر کاهش افسردگی و رفتارهای پرخطر نوجوانان، تأیید شده است؛ اما شواهدی

5. Emotion regulation strategies training

4. Mindfulness

ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: ۱. نداشتن تمایل به ادامه‌ی پژوهش؛ ۲. انجام‌ندادن تکالیف ارائه‌شده در جلسات، ۳. غیبت بیش از دو جلسه در طول درمان.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش دارای شناسه‌ی اخلاق IR.UI. REC.1401.098 و کد کارآزمایی بالینی IRCT20230116057137N2 است که اصول اخلاقی رازداری، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش، آزادی و اختیار کامل شرکت‌کنندگان برای انصراف از ادامه‌ی مشارکت در پژوهش و اطلاع‌رسانی دقیق در صورت درخواست شرکت‌کنندگان، از نتایج همراه با آموزش گروه گواه پس از اتمام درمان گروه‌های آزمایش در آن رعایت شده است.

روش تجزیه و تحلیل آماری

ابزار پژوهش که در سه مرحله‌ی پژوهش موردسنجش قرار گرفتند، شامل موارد زیر بود:

پرسش‌نامه‌ی رفتارهای پرخطر (۱۳۹۰): این پرسش‌نامه را رجایی و شفیعی در سال ۱۳۹۰ تهیه و تدوین کردند. این پرسش‌نامه ۶۱ سؤال دارد و در مجموع شش رفتار پرخطر نوجوانان؛ شامل اعتیاد و سوءمصرف مواد (سؤالات ۲۵-۲۷-۳۵-۳۷-۳۹-۵۷-۶۰)، رفتارهای پرخطر جنسی (سؤالات ۲-۲۴-۲۶-۳۲-۴۰-۴۱)، استعمال دخانیات (سؤالات ۵-۷-۱۰-۱۲-۱۵-۱۷-۲۰-۲۲-۵۱-۵۵)، خشونت (سؤالات ۱-۳-۴-۶-۸-۱۱-۱۳-۱۴-۱۶-۱۹-۲۱-۲۸-۲۹-۳۱-۳۳-۳۶-۴۲-۴۵-۴۷-۴۹-۵۴-۵۶-۵۸)، مصرف مشروبات الکلی (سؤالات ۹-۱۸-۲۳-۳۴-۴۶) و الگوی ناسالم تغذیه (سؤالات ۳۰-۳۸-۴۳-۴۴-۴۸-۵۰-۵۲-۵۳-۵۹-۶۱) را براساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (از ۰=هرگز تا ۴=همیشه) ارزیابی می‌کند (۶۵). حد پایین این پرسش‌نامه ۰ و حد بالا ۲۴۴ است؛ و نمرات بالاتر به معنای رفتارهای پرخطر بیشتر است. در پژوهش قاسمی (۶۵) روایی محتوای آزمون، با استفاده از نظرات متخصصان و استادان تأیید شد و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش شد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار، ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک: به منظور شناسایی نوجوانان افسرده، از پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک استفاده شد. این پرسش‌نامه به طور کامل با علائم DSM^V انطباق دارد و برای سنجش شدت افسردگی

پرخطر در نوجوانان و پیامدهای این مشکلات در زندگی فعلی و آتی آنان و با در نظر گرفتن نقشی که افسردگی در تشدید سرگردانی ذهنی و رفتارهای پرخطر دارد و با عنایت به تشابه دو مداخله، از نظر هدف‌قراردادن راهبردهای تنظیم هیجان، به منظور رفع آسیب‌های روان‌شناختی و همچنین تفاوت‌های تکنیکی ارائه‌شده توسط دو مداخله و خلأ پژوهشی موجود در زمینه‌ی مقایسه‌ی دو درمان در زمینه‌ی مشکلات بیان‌شده، پژوهش حاضر به منظور مشخص کردن مداخله‌ی کارآمدتر برای صرفه‌جویی در زمان و هزینه‌ی مشاوران و مراجعان؛ سعی در مقایسه‌ی اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی و آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بر رفتارهای پرخطر، التزام راهبردی و علائم نوجوانان افسرده را داشت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر با توجه به هدف، کاربردی و از لحاظ شیوه‌ی اجرا، نیمه‌آزمایشی از نوع تطبیقی مقایسه‌ی سه مرحله‌ای (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۴۵ روزه) در راستای مقایسه‌ی اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی، آموزش راهبردهای تنظیم هیجان و گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری این تحقیق را نوجوانان دختر افسرده‌ی مراجعه‌کننده به مراکز روان‌شناختی شهر اصفهان، در نیمه‌ی دوم سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند که افزون بر داشتن پرونده در مراکز مشاوره با تشخیص افسردگی، در پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک (۱۹۹۶)، نمرات بیش‌تر از بیست، کسب نمودند. از جامعه‌ی گفته‌شده، ۴۵ نفر از بیماران بر مبنای ملاک‌های ورود و خروج به شیوه‌ی هدفمند؛ انتخاب و به شیوه‌ی تصادفی و با استفاده از قرعه‌کشی، در سه گروه پانزده نفره، تقسیم شدند. در نظر گرفتن پانزده نفر برای هر یک از گروه‌های پژوهش، بر مبنای توصیه‌ی حداقل پانزده نفر، برای هر یک از گروه‌ها در مطالعات نیمه‌آزمایشی بوده است (۶۴). ملاک‌های ورود شامل موارد زیر بود: ۱. دامنه‌ی سنی سیزده تا هفده سال، ۲. داشتن سواد خواندن و نوشتن، ۳. مبتلا نبودن به اختلالات روانی حاد یا مزمن طی هفته‌ی گذشته (که توسط روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی تأیید شده باشد)، ۴. عدم استفاده از درمان‌های روان‌شناختی هم‌زمان، ۵. مصرف نکردن داروهای روان‌پزشکی از سه ماه قبل (از طریق پرسش از مراجعین)، ۶. مبتلانی نبودن به بیماری‌های جسمانی (که توسط پزشک تشخیص داده‌شده و مراجع به آن اذعان دارد) که مانع از شرکت در طرح پژوهشی باشد.

6. Beck Depression Inventory

7. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

شرکت‌کنندگان، توضیح پیرامون چگونگی برنامه‌ریزی برای تمرینات ذهن‌آگاهی و گنجاندن این تمرینات در زندگی روزانه، مشارکت والدین و یادداشت‌های روزانه درباره‌ی تمرین ذهن‌آگاهی، آموزش و انجام تمرینات مربوطه وضعیت‌های تمرینات مراقبه‌ی ذهن‌آگاهی (وضعیت نشستن روی صندلی وضعیت خوابیده، نشستن به‌حالت چهارزانو، حالت لوتوس کامل وضعیت دست‌ها).

جلسه‌ی دوم: صحبت درباره‌ی تجربه‌ی شرکت‌کنندگان از ذهن‌آگاهی، تمرین تنفس آگاهانه و آموزش تنفس شکمی، تمرین ذهن آشفته در برابر ذهن آرام با کمک بطری اکلیلی.

جلسه‌ی سوم: صحبت درباره‌ی تجربه‌ی شرکت‌کنندگان از ذهن‌آگاهی و تکرار تنفس ذهن‌آگاهانه و آموزش اسکن بدن. آموزش آگاهی نسبت به زمان حال با کمک تمرین لیوان آب.

جلسه‌ی چهارم: تکرار تمرینات پایه‌ی تنفسی (تمرین تنفس آرمیدگی مقدماتی) و انجام حرکات ذهن‌آگاهانه.

جلسه‌ی پنجم: انجام تمرینات پایه‌ی تنفسی، صحبت درباره‌ی تجربه‌ی شرکت‌کنندگان از تمرینات ذهن‌آگاهی و آموزش ذهن‌آگاهی نسبت به پنج حس (خوردن آگاهانه، گوش دادن آگاهانه، لمس کردن ذهن آگاهانه، بوییدن آگاهانه، دیدن آگاهانه).

جلسه‌ی ششم: تکرار تمرینات پایه‌ی تنفسی، انجام تمرین ذهن‌آگاهی نسبت به هیجانات و افکار، انجام مراقبه‌ی التیام درد.

جلسه‌ی هفتم: مرور تمرینات جلسات قبل (آگاهی نسبت به تنفس و تمرینات ذهن‌آگاهی نسبت به پنج حس)، انجام مراقبه‌ی یادبود خوبی، مراقبه‌ی رهایی از افسردگی.

جلسه‌ی هشتم: تکرار تمرینات پایه‌ی تنفسی و اسکن بدن، انجام تمرین ذهن‌آگاهی «عوض کردن کانال». یادداشت‌نویسی درباره‌ی تجربه‌ی ذهن‌آگاهی، انجام مراقبه‌ی التیام درد.

گروه آزمایش دوم هشت جلسه‌ی هفتگی شست‌دقیقه‌ای آموزش راهبردهای تنظیم هیجان با استفاده از کتاب راهبردهای تنظیم هیجان از گراس (۷۲) داشتند. این بسته‌ی آموزشی در پژوهش برجعلی و همکاران (۴۹) و اعظمی و همکاران (۶۱) استفاده شده و روایی و اعتبار آن تأیید شده است. جلسات آموزش راهبردهای تنظیم هیجان به شرح زیر بود:

جلسه‌ی اول: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و شروع

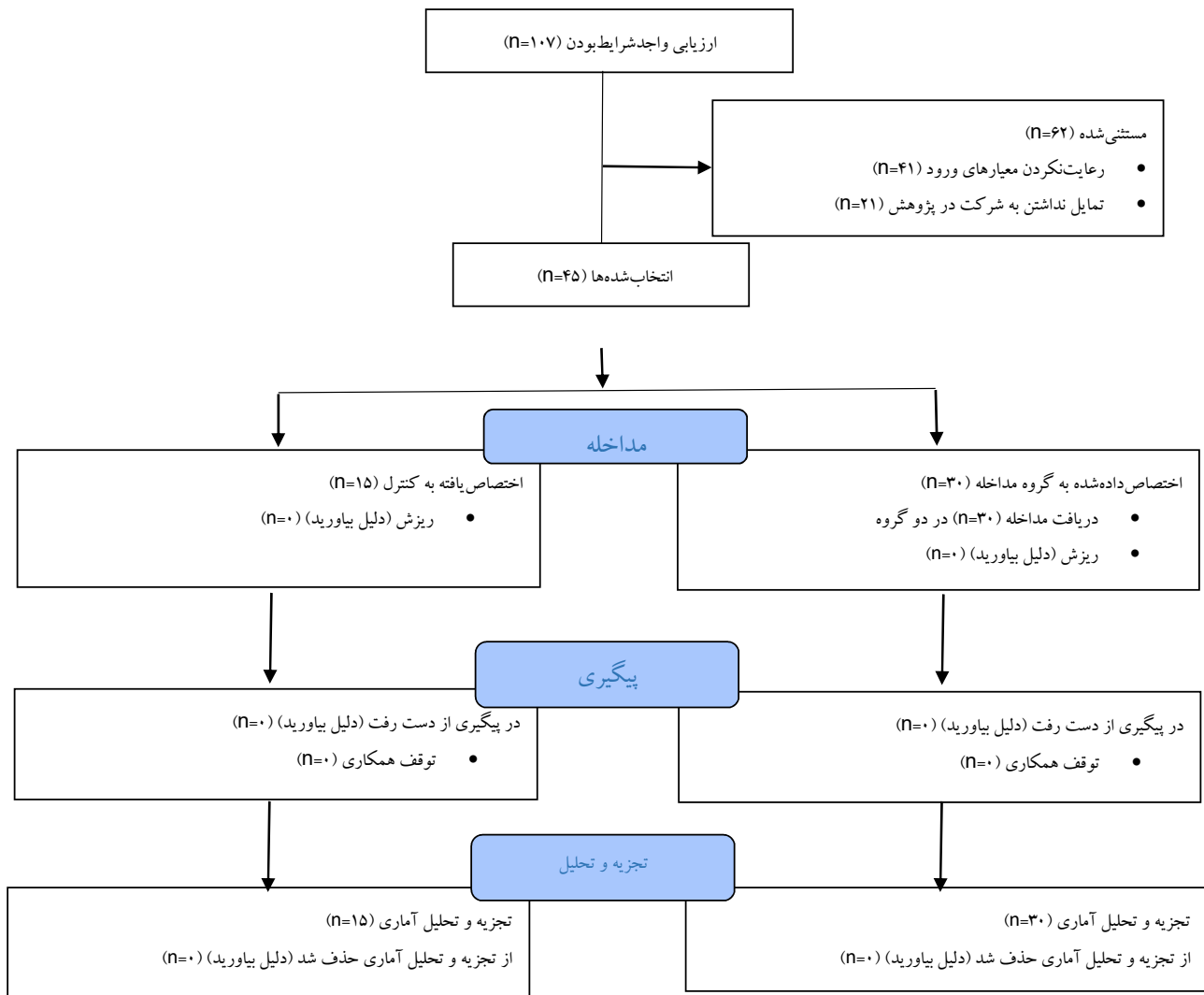
در افراد بالای سیزده سال توسط بک، استیر و براون (۶۶) طراحی شده است و علائم را در دو هفته‌ی اخیر می‌سنجد. این پرسش‌نامه، ۲۱ ماده دارد که از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود. تقسیم‌بندی ارائه‌شده‌ی بک و استیر؛ برای شدت افسردگی در این مقیاس به این قرار است: بدون علامت (۰-۹)؛ افسردگی خفیف (۱۰-۱۸)؛ افسردگی متوسط (۱۹-۲۹) و افسردگی شدید (۳۰-۶۳). روایی همگرایی پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک ۲ با مقیاس درجه‌بندی افسردگی همیلتون ۲، ۰/۷۱ به دست آمده است. همچنین پایایی آزمون-بازآزمون این پرسش‌نامه، پس از یک هفته ۰/۹۳ گزارش شده است (۶۶). ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه، در نمونه‌ی ایرانی نیز، روی ۹۴ نفر مطالعه و بررسی شده است. پایایی این پرسش‌نامه براساس آلفای کرونباخ ۰/۹۱، براساس آزمون-بازآزمون ۰/۹۴ و به روش دونیمه‌سازی ۰/۸۹، به دست آمده است (۶۷). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۸۱ به دست آمد.

مقیاس سرگردانی ذهنی^۸: این مقیاس را کاریر و همکاران (۶۸) تدوین و اعتباریابی کرده‌اند و شامل هشت گویه است که دو مؤلفه‌ی سرگردانی ذهنی عامدانه (گویه‌های ۱ تا ۴) و سرگردانی ذهنی خودبه‌خودی (گویه‌های ۵ تا ۸) را اندازه‌گیری می‌کند. سوالات در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از کاملاً موافقم = ۵ تا کاملاً مخالفم = ۱ پاسخ داده می‌شود. نمره‌ی بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده‌ی سرگردانی ذهنی بیشتر فرد است. پایایی این مقیاس در پژوهش کاریر و همکاران (۴۰)، به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ بود. این مقیاس از سوی حبیبی و همکاران (۶۹) اعتباریابی شد. نتایج حاکی از همبستگی مثبت (روایی همگرایی) سرگردانی ذهنی با افسردگی و همبستگی منفی (روایی واگرایی) با ذهن‌آگاهی بود، بنابراین؛ روایی تأیید شد. همچنین پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳، محاسبه گردید. در پژوهش حاضر کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد (شکل ۱).

در این پژوهش گروه آزمایش اول، هشت جلسه‌ی هفتگی شست‌دقیقه‌ای ذهن‌آگاهی نوجوان محور، با استفاده از کتاب راهنمای آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی به کودکان و نوجوانان از بوردیک (۳۸) داشتند. این بسته‌ی درمانی در پژوهش حسینی و منشئی (۷۰) و پژوهش اصلی آزاد و همکاران (۷۱) استفاده شده است. خلاصه‌ی جلسات این درمان به شرح زیر بود:

جلسه‌ی اول: معرفی درمان ذهن‌آگاهی و تعریف ذهن‌آگاهی و توضیح پیرامون علت اجرای این دوره، برای

8. Scale Wandering Mind



شکل ۱. نمودار کانسورت

هیجانی خود، مشکلات و موانع به‌کاربردن مهارت‌ها و کاربرد مهارت‌های جدید، آموزش مهارت متوقف‌کردن نشخوار فکری و نگرانی، آموزش توجه.

جلسه‌ی ششم: گفت‌وگو راجع به نقش ذهن (پردازش ذهنی و مجموعه‌ای از افکار، عقاید و خاطرات) در تولید، نگهداری، افزایش و کاهش پاسخ هیجانی، شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی حالت‌های هیجانی، آموزش راهبرد بازارزیابی.

جلسه‌ی هفتم: گفت‌وگو درباره‌ی به‌کاربردن مهارت‌های کنترل ذهن و بازارزیابی، ایجاد حالت‌های هیجانی، شناسایی میزان و نحوه‌ی استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن، ارائه‌ی آموزش و تمرین به‌منظور ابراز هیجان، اصلاح رفتار از طریق تقویت‌کننده‌های محیطی، تخلیه‌ی هیجانی، تغییردادن پیامدهای هیجانی از طریق عمل معکوس در هنگام افسردگی، ایجاد آرمیدگی جسمانی از طریق آموزش تن‌آرامی به‌روش جاکوبسن.

جلسه‌ی هشتم: تهیه‌ی مجدد فهرست اهداف فردی

رابطه‌ی متقابل رهبر گروه (روانشناس) و اعضا، بیان اهداف اصلی و فرعی گروه و گفت‌وگوی اعضا راجع به اهداف فرعی و جمعی، بیان منطق و مراحل مداخله، بیان چارچوب و قواعد شرکت در گروه.

جلسه‌ی دوم: آشنایی با انواع هیجان‌ات، درمیان گذاشتن تجربه‌های هیجانی، آشنایی با تغییرات بدنی ناشی از هر هیجان، آشنایی با تغییرات چهره‌ای، آشنایی با رفتارهای ناشی از حالات هیجانی.

جلسه‌ی سوم: شناسایی تجربه‌های هیجانی خود، شناسایی میزان آسیب‌پذیری هیجانی خود، شناسایی راهبردهای تنظیم هیجان.

جلسه‌ی چهارم: فهرست کردن اهداف فردی، اجتماعی و رابطه‌ای، بررسی روابط خود با اطرفیان، شناسایی موقعیت‌های فردی و بین فردی که باید بهبود یابند و تهیه‌ی فهرستی از فعالیت‌های مثبت. آموزش مهارت‌های حل مسأله، گفت‌وگو، اظهار وجود و حل تعارض.

جلسه‌ی پنجم: گفت‌وگوی افراد راجع به تجربه‌ی

یافته‌ها

توزیع سن نوجوانان در جدول یک ارائه شده است. گفتنی است که میانگین سنی گروه آزمایش اول $14/06 \pm 1/22$ ، میانگین سنی گروه آزمایش دوم $13/93 \pm 1/27$ و میانگین سنی گروه گواه $14/40 \pm 1/40$ بود.

در جدول دو، شاخص‌های توصیفی متغیرهای رفتارهای پرخطر، سرگردانی ذهنی و افسردگی به تفکیک گروه‌های پژوهش و در سه مرحله‌ی پژوهش ارائه شده است. براساس نتایج این جدول، در رفتارهای پرخطر، سرگردانی ذهنی و افسردگی، گروه ذهن‌آگاهی نوجوان محور و گروه آموزش تنظیم هیجان در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل کاهش داشته‌اند.

و گروهی، درجه‌بندی میزان حصول هریک از اهداف در مقیاسی از صفر تا ده، تأکید بر موفقیت‌های هریک از اعضا در نیل به اهداف گروهی و فردی. تشکر و قدردانی از شرکت‌کنندگان.

بعد از جمع‌آوری داده‌ها، در سطح توصیفی، از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز پس از بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون شاپیرو، برابری واریانس‌های خطا، از طریق آزمون لوین و بررسی آزمون کرویت از طریق آزمون ماچلی، از تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده و سپس آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش استفاده شد. داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۴ تحلیل شد. سطح معناداری کمتر از ۰,۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱. توزیع سنی شرکت‌کننده در پژوهش

سن	ذهن‌آگاهی نوجوان محور		آموزش تنظیم هیجان		گواه
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۱۳	۴۰	۶	۵۳/۳	۸	۳۳/۳
۱۴	۳۳/۳	۵	۲۰	۳	۲۶/۷
۱۵	۱۳/۳	۲	۱۳/۳	۲	۲۰
۱۶	۶/۷	۱	۶/۷	۱	۶/۷
۱۷	۶/۷	۱	۶/۷	۱	۱۳/۳
کل	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار رفتارهای پرخطر، سرگردانی ذهنی و افسردگی در سه گروه پژوهش در سه مرحله‌ی زمانی

متغیر	مرحله	ذهن‌آگاهی نوجوان محور		آموزش تنظیم هیجان		گواه
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
رفتارهای پرخطر	پیش‌آزمون	۸۰/۴۰	۴/۹۵	۷۸/۶۶	۶/۲۰	۷۸/۸۰
	بلافاصله	۷۶/۱۳	۴/۴۵	۷۱/۳۳	۴/۷۰	۷۸/۷۳
	۴۵ روز بعد	۷۶/۴۶	۵/۱۱	۷۲/۳۳	۴/۲۳	۷۹/۲۶
سردردانی ذهنی	پیش‌آزمون	۱۸/۷۳	۲/۰۱	۱۷/۸۰	۱/۶۹	۱۹/۰۶
	بلافاصله	۱۶/۲۰	۲/۱۴	۱۶/۴۰	۲/۵۰	۱۸/۹۶
	۴۵ روز بعد	۱۶/۰۰	۱/۷۳	۱۶/۱۳	۱/۷۶	۱۹/۸۶
افسردگی	پیش‌آزمون	۲۹/۴۰	۴/۴۶	۲۹/۸۰	۳/۲۷	۲۹/۵۳
	بلافاصله	۲۷/۰۰	۴/۱۵	۲۷/۹۳	۳/۷۶	۲۹/۶۶
	۴۵ روز بعد	۲۶/۹۳	۳/۵۱	۲۷/۶۶	۳/۳۹	۲۹/۹۳

قبل از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، درجهت بررسی پیش‌فرض‌های این تحلیل، آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری؛ توزیع داده‌ها نرمال بوده است ($P > 0/05$)، آزمون لوین نیز نشان داد برابری واریانس خطا بین سه گروه پژوهش رعایت شده است ($P > 0/05$)، آزمون ام‌باکس نیز برابری ماتریس واریانس-کوواریانس را تأیید نموده است ($P > 0/05$). پیش‌فرض کرویت از طریق آزمون ماکلی نشان داد که این پیش‌فرض نیز رعایت شده است ($P > 0/05$). در جدول ۳، خلاصه‌ی نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده (مکرر) برای عامل درون‌گروهی و تعامل عامل درون‌گروهی و عامل بین‌گروهی برای متغیرهای پژوهش

ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد که در رفتارهای پرخطر، سرگردانی ذهنی و افسردگی بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری ($P < 0/01$) وجود دارد. تفاوت این متغیرها در تعامل زمان×گروه نیز معنادار است. به این معنی که بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، در دو گروه آزمایش و گروه گواه، تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج بین‌گروهی نیز نشان می‌دهد بین دو گروه آزمایش و گروه گواه در متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد که با توجه به ضرایب تأثیر می‌توان گفت ۱۴/۳ درصد از تفاوت در نمرات رفتارهای پرخطر، ۱۸/۳ درصد از تفاوت در نمرات سرگردانی ذهنی و ۲۸/۳ درصد از تفاوت در نمرات افسردگی، ناشی از اعمال متغیرهای مستقل (درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده (مکرر) برای متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	منابع تغییر	F	P	ضریب تأثیر	توان آماری
رفتارهای پرخطر	درون‌گروهی	۱۸/۴۸۶	<0/001	0/311	1/00
	زمان*گروه	۵/۲۸۸	0/001	0/201	0/964
	بین‌گروهی	0/937	0/004	0/143	0/901
سردردانی ذهنی	درون‌گروهی	۱۹/045	0/001	0/312	1/00
	زمان*گروه	7/097	<0/001	0/253	0/993
	بین‌گروهی	4/702	0/014	0/183	0/858
افسردگی	درون‌گروهی	۱7/390	<0/001	0/293	1/00
	زمان*گروه	4/544	0/002	0/178	0/932
	بین‌گروهی	8/269	0/001	0/283	0/949

جدول ۴. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه‌ی دوبه‌دو گروه‌های پژوهش در متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	معناداری
رفتارهای پرخطر	ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور	آموزش تنظیم هیجان	0/711	0/928
	ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور	گواه	0/444	0/001
	آموزش تنظیم هیجان	گواه	0/156	0/005
سردردانی ذهنی	ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور	آموزش تنظیم هیجان	0/688	0/960
	ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور	گواه	3/93	0/019
	آموزش تنظیم هیجان	گواه	3/25	0/048
افسردگی	ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور	آموزش تنظیم هیجان	0/200	0/972
	ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور	گواه	2/02	0/005
	آموزش تنظیم هیجان	گواه	2/22	0/002

و آموزش تنظیم هیجان) بوده است که با توان بالای ۹۰ درصد تأیید شده است ($P < 0/01$).

در جدول ۴، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه‌ی جفتی دو گروه آزمایش و گروه گواه در متغیرهای پژوهش، ارائه شده است. چنان که در این جدول مشاهده می‌شود، در متغیرهای رفتارهای پرخطر، سرگردانی ذهنی و افسردگی، بین گروه درمان ذهن‌آگاهی نوجوان محور و گروه آموزش تنظیم هیجان با گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$) ولی بین گروه درمان ذهن‌آگاهی نوجوان محور با گروه آموزش تنظیم هیجان تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$).

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی نوجوان محور و آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بر رفتارهای پرخطر، التزام راهبردی و علائم نوجوانان افسرده بود. نتایج به دست آمده از پژوهش نشان داد که درمان ذهن‌آگاهی نوجوان محور و آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بر رفتارهای پرخطر نوجوانان افسرده، اثرات مشابه دارند. به این صورت که هردو مداخله، به کاهش ماندگار رفتارهای پرخطر در نوجوانان می‌انجامد. این بخش از پژوهش به صورت غیرمستقیم با مطالعات گذشته، مبنی بر اثر مثبت درمان ذهن‌آگاهی نوجوان محور بر رفتارهای پرخطر (۳۴ و ۳۵) و همچنین تحقیقات پیشین مبنی بر کارآمدی آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بر بهبود مشکلات هیجانی (۵۶ و ۵۷)، افزایش مقابله‌ی مؤثر (۵۸) و کاهش رفتارهای پرخطری نظیر گرایش به اعتیاد (۵۹)، رفتارهای تکانشی در سیگاری‌ها (۶۰)، پرخاشگری و تکانشگری افراد وابسته به مواد (۴۹ و ۶۱)، بهبود اختلالات برون‌ریز نوجوانان (۶۲) هم‌سو است.

درباره‌ی چگونگی اثر درمان ذهن‌آگاهی نوجوان محور در کاهش رفتارهای پرخطر نوجوانان افسرده براساس مبانی نظری می‌توان گفت یکی از مکانیسم‌های اثر درمان ذهن‌آگاهی نوجوان محور برای افزایش پذیرش، ارائه‌ی شیوه‌ی متفاوتی از مواجهه با هیجانات و پرباشانی است. به گونه‌ای که فرد را ترغیب می‌کند تا به تجارب خود به شیوه‌ای خالی از قضاوت و در زمان حال توجه کند و از این طریق میزان ناراحتی روان‌شناختی خود را کاهش دهد. به نظر می‌رسد شیوه‌ی متفاوت ارتباط با هیجانات که در درمان ذهن‌آگاهی نوجوان محور آموزش

داده می‌شود بر هیجانات ناخوشایند آن‌ها مؤثر بوده است. به علاوه درمان ذهن‌آگاهی نوجوان محور؛ عنصر اصلی بالابردن خودآگاهی لازم برای توانمندسازی و پاسخ‌های مطلوب در شرایط بحرانی است و همواره به عنوان یک محرک قوی دائمی پیش‌گیرنده، عمل می‌کند. درمان ذهن‌آگاهی نوجوان محور، شیوه‌ی متفاوتی از مواجهه با افکار ناکارآمد و هیجانات وابسته به آن را ارائه می‌دهد. این رویکرد می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار اتوماتیک، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی در کاهش رفتارهای پرخطر ایفا می‌کند. در ذهن‌آگاهی، فرد در هر لحظه، از شیوه‌ی ذهنی آگاه شده و مهارت‌های شناسایی شیوه‌های مفیدتر را فرامی‌گیرد. در این درمان، نوجوان یاد گرفت که در لحظه‌ی حال، ذهن را از یک شیوه، به سوی شیوه‌ی دیگر حرکت دهد و در همین راستا آموخت که چگونه به شکلی متفاوت با افکار ناکارآمد و غیرمنطقی، هیجانات و احساسات منفی خود ارتباط برقرار کند (۳۸) و به جای روی آوردن به رفتارهای پرخطر، از مقابله‌های کارآمد استفاده کند.

درباره‌ی مکانیسم اثر مثبت و ماندگار آموزش راهبردهای تنظیم هیجان در کاهش رفتارهای پرخطر نوجوانان افسرده، می‌توان گفت که آموزش راهبردهای تنظیم هیجان با اصلاح و تعدیل مشکلات هیجانی به کاهش رفتارهای پرخطر منجر شده باشد. از آنجاکه سبک‌های ناسازگارانه‌ی تنظیم هیجانات به واسطه‌ی ناتوانی در کنار آمدن با تجارب هیجانی خود، به میزان بیشتری در هنگام مدیریت و کنترل عواطف منفی خود، درگیر رفتارهای پرخطر می‌شوند (۴۹-۵۱)، می‌توان انتظار داشت آموزش راهبردهای تنظیم هیجان به وسیله‌ی مدیریت هیجانی مؤثر، بتواند تأثیرات مفیدی در اصلاح رفتارهای پرخطر داشته باشد؛ مدیریت مؤثر هیجانات عبارت‌اند از: تسکین و آرام‌ساختن خود به هنگام ناراحتی، اعمال خودکنترلی، مدیریت خشم، کنترل تکانه‌ها، ابراز هیجانات در زمان و مکان مناسب، اجتناب از هیجانات مداوم، اداره کردن ناکامی‌ها و مشکلات اجتناب‌ناپذیر زندگی، جلوگیری از سایه‌افکندن هیجانات منفی بر قضاوت و توانایی حل مسأله، افزایش تحمل ناکامی و پذیرش و ارزش گذاشتن به خود است. این دوره‌ی آموزشی باعث شد تا نوجوان افسرده در موقعیت‌هایی که خطر وقوع رفتارهای مخرب سلامتی بالاست از راهبردهای تنظیم هیجان مناسب استفاده نموده و با کاهش سوءگیری توجه، کمتر به سمت این‌گونه رفتارها، تمایل داشته باشد (۵۳). قابلیت تنظیم هیجانات، به نوجوانان این امکان را داد که در

موقعیت‌های وسوسه‌برانگیز انجام رفتارهای پرخطر نیز هیجان‌های خود را مهار نموده و حتی در برابر فشار هم‌سالان، مقاومت بیشتری داشته باشد (۵۵). آموزش تنظیم هیجان به نوجوانان افسرده کمک کرد تا در رویارویی با مشکلات خود، به‌شیوه‌ی مسأله‌مدار عمل کنند و کمتر به‌صورت عجولانه به‌دنبال آرامش و رفع پریشانی باشند و این موضوع باعث شد تا این نوجوانان بیشتر به‌شیوه‌ی مسأله‌مدار مشکلات خود را حل نمایند و کمتر به‌سمت رفتارهای پرخطر گرایش نشان دهند.

در بخش دوم، یافته‌ها نشان داد درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور و آموزش راهبردهای تنظیم هیجان به‌صورت مشابه، به کاهش ماندگار سرگردانی ذهنی در نوجوانان افسرده می‌انجامد. براساس جست‌وجوهای محقق، پژوهشی که اثربخشی آموزش راهبردهای تنظیم هیجان را بر سرگردانی ذهنی بررسی کرده باشد؛ یافت نشد تا استنادی به هم‌سوئی یا ناهم‌سوئی این بخش از نتایج با مطالعات پیشین انجام گیرد ولی این بخش از نتایج را می‌توان هم‌سو با یافته‌های پژوهش‌های پیشین مبنی بر اثر مثبت درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور بر سرگردانی ذهنی و افزایش توجه پایدار دانست (۴۷ و ۴۸).

درباره‌ی مکانیسم اثر درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور در کاهش سرگردانی ذهنی می‌توان گفت که سرگردانی ذهنی به‌معنای تغییر توجه از تکلیف پیش‌رو به افکار غیرمرتبط با آن است (۱۲). افراد با سرگردانی ذهنی تمایلی ذاتی و ناخودآگاه برای انحراف از محرک‌های محیطی به‌سوی افکار شخصی و درونی دارند (۱۳) که همین موضوع باعث تشدید افسردگی می‌شود (۱۵). ذهن‌آگاهی با نوعی از هشیاری که به اشکال مختلف محدودکننده‌اند و می‌توانند نوجوان را از قرارگرفتن در زمان حال دور سازند (مانند سرگردانی ذهنی)، در تضاد است (۱۲)؛ بنابراین می‌توان انتظار داشت که درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور به‌واسطه‌ی افزایش توانایی توجه به هیجان‌ها بدون واکنش نشان‌دادن به آن‌ها (تمرکززدایی)، فرصت بهبود در تنظیم هیجانی را فراهم کرده و به‌واسطه‌ی این فرصت، توجه نوجوانان افسرده را از فرایندهای درونی، به موقعیت فعلی تغییر داده و از میزان سرگردانی ذهنی کاسته است. به‌بیانی دیگر، خصوصیت برجسته‌ی درمان ذهن‌آگاهی، هشیاری به لحظه‌ی حاضر است. توجه آگاهانه به لحظه‌ی حاضر و درنهایت، توجه انتخابی نوجوانان در طول این درمان ارتقا یافته است و در اثر افزایش توجه انتخابی به‌عنوان مکانیسم تمرین، سرگردانی ذهنی کاهش پیدا کرده است. ازسوی دیگر

تمرین‌های مستمر آرام‌سازی ذهنی و توجه به چیزی از روی قصد، باعث ایجاد و تقویت مسیرهای عصبی می‌شوند. ارتقای ذهن‌آگاهی موجب می‌شود که کنترل امور کمتر به‌دست هیجانات ناخودآگاه باشد و ذهن نوجوانان مرتب به این طریق رشد کند که مسیرهای عصبی غیرضروری را کاهش داده و در عوض مسیرهایی را تقویت می‌کند که به‌طور منظم استفاده می‌شوند و توانایی تمرکز و توجه نوجوانان را بر روی چیزی که خود برگزیده‌اند، تقویت می‌کند (۳۸) و سرگردانی ذهنی را کاهش دهد.

در تبیین اثربخشی آموزش راهبردهای تنظیم هیجان در کاهش سرگردانی ذهنی می‌توان گفت که آموزش راهبردهای تنظیم هیجان، با ارائه‌ی تمرین مهارت توقف نشخوار فکری، آموزش و تمرین توقف فکر و جایگزین‌سازی افکار مثبت به توقف نشخوار فکری منجر شده و با استفاده از مهارت‌های گسترش توجه و توجه انتخابی از طریق دیدن، شنیدن، بویایی و تحریک حس لامسه، به آموزش تمرکز توجه بر جنبه‌های مثبت منجر می‌گردد (۵۵). همچنین نوجوانان، شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی حالت‌های هیجانی را یاد گرفتند و به آنان آموزش داده شد که از طریق بازارزایی و تغییر ارزیابی‌های منفی، هیجان منفی خود را تسکین داده و تنظیم کنند (۵۳). این امر به تعدیل واکنش‌های هیجانی انجامید. این تعدیل هیجانی باعث شد که نوجوانان هرگاه با حالت هیجانی خاصی مانند غم و اندوه ناشی از افسردگی خود مواجه شدند به نقش و تأثیر محتوای افکار و پردازش ذهنی خود، روی افزایش و کاهش پاسخ هیجانی توجه کرده و از میزان تأثیر فزاینده‌ی آن بر افکار که به سرگردانی ذهنی منجر می‌شود، بپرهیزند که این امر در کاهش سرگردانی ذهنی تأثیرگذار بوده است.

نتایج بخش نهایی نشان داد درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور و آموزش راهبردهای تنظیم هیجان به‌صورت مشابه، به بهبود ماندگار علائم نوجوانان افسرده می‌انجامد. این بخش از نتایج با یافته‌های مطالعات پیشین، مبنی بر اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور بر افسردگی نوجوانان (۳۲، ۳۳، ۴۵ و ۴۷) و همچنین تحقیقات پیشین مبنی بر تأثیر مثبت آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بر افسردگی نوجوانان (۶۳) هم‌سو است.

در تبیین این بخش از یافته‌ها براساس مبانی نظری می‌توان گفت درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور، باعث تقویت توجه بدون قضاوت به چیزی خاص در

منفی می‌انجامد را کنار گذاشته و بتوانند به‌طور مؤثر با افراد، رویدادها و نگرش‌های ناکارآمد نسبت به خود و دیگران که باعث افزایش افسردگی می‌گردد، مواجه شوند. کنار گذاشتن قضاوت‌های منفی درباره‌ی خود و مواجهه‌ی مؤثر با هیجانات منفی و افزایش خودکنترلی در طول درمان، توانسته است به کاهش افسردگی بیانجامد.

نتیجه گیری

طبق نتایج به‌دست‌آمده به متخصصان این حوزه پیشنهاد می‌شود؛ به‌منظور کاهش رفتارهای پرخطر، سرگردانی ذهنی و افسردگی دختران نوجوان می‌توان از دو مداخله‌ی درمان ذهن‌آگاهی نوجوان محور و آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بهره برده شود. از آنجایی که این پژوهش بر روی نوجوانان دختر و افسرده‌ی مراجعه‌کننده به مراکز روان‌شناختی شهر اصفهان صورت گرفته است، تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها با محدودیت مواجه است. نبود امکان نمونه‌گیری تصادفی از کل نوجوانان و نداشتن همسان‌سازی در انتخاب آزمودنی‌ها موجب شده است که نتایج این پژوهش قابل تعمیم با سایر مناطق نباشد. همچنین هم‌زمانی انجام پژوهش با شرایط همه‌گیری ویروس کرونا، محدودیت‌هایی از جمله: تعطیلی کلاس، مشکل در دسترسی به شرکت‌کنندگان و دشواری‌های رعایت پروتکل‌های بهداشتی مطرح را به‌همراه داشت. در راستای محدودیت‌های ذکرشده به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود تا پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها با فرهنگ‌های مختلف و بر روی نوجوانان پسر افسرده، نیز اجرا شود تا مبنایی برای مقایسه فراهم شود.

تقدیر و تشکر

از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

زمان حال می‌شود. از آنجایی که افسردگی در نوجوانان به‌صورت زودرنجی و گاهی اوقات رفتارهای لجبازی مقابله‌ای بروز می‌یابد؛ این درمان به آنان کمک کرد تا بتوانند از طریق فن یافتن فکری که در آن احساس بهتری دارند، افکار منفی خود را تشخیص داده و آن‌ها را از بین ببرند. به‌عبارتی این دوره‌ی درمانی، نوجوانان را یاری کرد تا آگاهی خود را نسبت به افکار منفی افزایش داده و تمرکز خود را بر چیزی که در حال حاضر احساس بهتری ایجاد می‌کند، تغییر دهند. نوجوانان آموختند که می‌توان هرزمانی که متوجه احساس ناامیدی، غمگینی و یا افسردگی شدند؛ از طریق توجه به محتوای افکار، ارزیابی کنند که آیا این افکار به‌طور مزمّن منفی هستند و توضیح دهند این افکار چگونه به احساس منفی منجر می‌گردند؛ خلق خود را تغییر دهند و بیشتر احساس خنثی یا مثبت داشته باشند. زمانی که این کار مکرراً انجام شود به تدریج این فرایند، مغز را دوباره سیم‌پیچی کرده و به‌صورت خودکار به افکار مثبت بیشتری فکر می‌کند (۳۸). همچنین طی این درمان، به نوجوانان کمک شد تا خودگویی‌های منفی که از سنین بسیار پایین آغاز می‌شود و ممکن است بیشتر از جانب والدین، معلمان و افراد هم‌سن‌وسال تقویت شود و موجب تجربه‌ی آسیب‌های روانی و جراحات اساسی شوند را بشناسند و با استفاده از تکنیک محبت شفقت‌آمیز آن‌ها را بپذیرند و نسبت به خود و دیگران محبت و پذیرش داشته باشند و این موضوع نیز در کاهش احساس افسردگی نوجوانان تأثیر داشته است.

درباره‌ی مکانیسم اثر آموزش راهبردهای تنظیم هیجان در کاهش علائم نوجوانان افسرده، می‌توان گفت این آموزش با افزایش شناخت نوجوانان نسبت به هیجانات مثبت و منفی و آموزش ارزیابی واکنش‌های خود و دیگران به هیجانات و بررسی روش‌هایی که در کاهش شدت و طول پاسخ هیجانی منفی مؤثر است، باعث شد تا نوجوان از غوطه‌ور شدن در افکار منفی گذشته دست بردارد و خود را به‌خاطر نگرش‌ها و قضاوت‌های منفی به خود، کمتر سرزنش کند (۷۲). این دوره‌ی آموزشی ارزیابی نوجوانان را از وقایع مختلف تغییر می‌دهد و باعث می‌شود که آنان قضاوت‌های منفی درباره‌ی خود و دیگران که به ایجاد هیجانات

منابع

1. Leyhr D, Kelava A, Raabe J, Honer O. Longitudinal motor performance development in early adolescence and its

relationship to adult success: An 8-year prospective study of highly talented soccer players. PLoS One. 2018;13(5):e0196324.

2. Ciranka S, van den Bos W. Social Influence in Adolescent Decision-Making: A Formal Framework. *Front Psychol.* 2019;10:1915.
3. Copeland WE, Angold A, Shanahan L, Costello EJ. Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: the Great Smoky Mountains Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2014;53(1):21-33.
4. Association AP, Physicians AAoF. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th. ed. Washington: APA; 2013.
5. Mojs E, Bartkowska W, Kaczmarek L, Ziarko M, Bujacz A, Warchol-Biedermann K. [Psychometric properties of the Polish version of the brief version of Kutcher Adolescent Depression Scale - assessment of depression among students]. *Psychiatr Pol.* 2015;49(1):135-44.
6. Madmoli Y, Madmoli M, Qashqaei Nezhad N, Bosak S. Prevalence of depression and associated factors in adolescents of masjed-soleyman. *Iranian Journal of Pediatric Nursing.* 2016;2(4):22-7.
7. Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet.* 2011;377(9783):2093-102.
8. Shensa A, Escobar-Viera CG, Sidani JE, Bowman ND, Marshal MP, Primack BA. Problematic social media use and depressive symptoms among U.S. young adults: A nationally-representative study. *Soc Sci Med.* 2017;182:150-7.
9. Yamaoka A, Yukawa S. Mind wandering in creative problem-solving: Relationships with divergent thinking and mental health. *PLoS One.* 2020;15(4):e0231946.
10. Seli P, Beaty RE, Marty-Dugas J, Smilek D. Depression, anxiety, and stress and the distinction between intentional and unintentional mind wandering. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice.* 2019;6(2):163.
11. Ghannad Z, Student SP, Allipour S, Hajiyakhchali A. The Causal relationship of mindfulness and mind wandering with mediating strategical engagement regulation, anxiety, depression and working memory. *Journal of Cognitive Psychology.* 2017;5(3).
12. Kane MJ, Brown LH, McVay JC, Silvia PJ, Myin-Germeyns I, Kwapil TR. For whom the mind wanders, and when: an experience-sampling study of working memory and executive control in daily life. *Psychol Sci.* 2007;18(7):614-21.
13. Grandchamp R, Braboszcz C, Hupé J, Delorme A. Pupil dilation and blink rate increase during mind-wandering. *Perception.* 2011;40:144.
14. Killingsworth MA, Gilbert DT. A wandering mind is an unhappy mind. *Science.* 2010;330(6006):932.
15. Poerio GL, Totterdell P, Miles E. Mind-wandering and negative mood: does one thing really lead to another? *Conscious Cogn.* 2013;22(4):1412-21.
16. Blakemore SJ, Mills KL. Is adolescence a sensitive period for sociocultural processing? *Annu Rev Psychol.* 2014;65:187-207.
17. Somerville LH, Hare T, Casey BJ. Frontostriatal maturation predicts cognitive control failure to appetitive cues in adolescents. *J Cogn Neurosci.* 2011;23(9):2123-34.
18. Shaffer DR, Kipp K. *Developmental psychology: Childhood and adolescence: Cengage Learning; 2013:582-600*
19. Stone AL, Becker LG, Huber AM, Catalano RF. Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addict Behav.* 2012;37(7):747-75.
20. Coppersmith DDL, Nada-Raja S, Beautrais AL. Non-suicidal self-injury and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *J Affect Disord.* 2017;221:89-96.
21. Kouhbanani Nejad SM, Sanatkchah A. Investigating the rate of high-risk behaviors and measuring the family and educational factors affecting it in female students of Kerman. *Women's Studies Sociological and Psychological.* 2019;17(4):37-70.
22. Kecojevic A, Basch CH, Kernan WD, Montalvo Y, Lankenau SE. Perceived social support, problematic drug use behaviors, and depression among prescription drugs-misusing young men who have sex with men. *J Drug Issues.* 2019;49(2):324-37.
23. Piche J, Kaylegian J, Smith D, Hunter SJ. The Relationship between Self-Reported Executive Functioning and Risk-Taking Behavior in Urban Homeless Youth. *Behav Sci (Basel).* 2018;8(1).
24. Bouvette-Turcot AA, Fleming AS, Unternaehrer E, Gonzalez A, Atkinson L, Gaudreau H, et al. Maternal symptoms

- of depression and sensitivity mediate the relation between maternal history of early adversity and her child temperament: The inheritance of circumstance. *Dev Psychopathol.* 2020;32(2):605-13.
25. Tariq N, Gupta V. High Risk Behaviors. *StatPearls.* 2021.
 26. Shamsipur M, Korani Bahador R, Mohammadpour Asl A, Mansoori A. Smoking status and factors affecting the tendency to quit in dormitory students of Tabriz University of Medical Sciences. *Journal of Qom University of Medical Sciences* 2012;5:81.
 27. Platt R, Williams SR, Ginsburg GS. Stressful Life Events and Child Anxiety: Examining Parent and Child Mediators. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2016;47(1):23-34.
 28. Lima-Serrano M, Lemos I, Nunes C. Adolescent quality of life and health behaviors: A comparative study between adolescents from the south of Portugal and Spain. *Texto & Contexto-Enfermagem.* 2013;22:893-900.
 29. Esmailzadeh H, Asadi M, Miri N, Keramatkar M. Prevalence of High Risk Behaviors Among High School Students of Qazvin in 2012. *Iranian Journal of Epidemiology.* 2014;10(3):75-82.
 30. Sarason A, Sarason B. Pathological psychology: the problem of maladaptive behavior. Tehran: Roshd; 2014. [In Persian].
 31. Habibi M, Zamani N, Noroozi Dashtaki M. Effectiveness of Group Cognitive Therapy Based on Michael Free in Reducing Depression in Mothers of Children with Mental Disorders. *Studies in Medical Sciences.* 2017;28(2):91-100. [In Persian].
 32. Vajdian M, Arefi M, Manshei, G. The effect of adolescent mindfulness training on depression and anxiety in girls with emotional failure. Sixth International Conference on Psychology, Educational Sciences and Lifestyle; 2021. [In Persian].
 33. Sharifpour S, Manshaee Q, Sajjadian I. The Effect of adolescent-centered mindfulness training on Depression, Anxiety and Stress among adolescents with cancer at the chemotherapy stage. *Jundishapur Scientific Medical Journal.* 2019;17(5):545-57.
 34. Shabani M. The effectiveness of Treatment mindfulness-based stress reduction to reduce high-risk behaviors and impulsivity in adolescents. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ).* 2018;7(8):17-30.
 35. Iraqi Khiavi P. The effectiveness of mindfulness-based group therapy on emotional dysregulation and tendency to high-risk behaviors in adolescents. Sixth International Conference on School Psychology, Tehran 2020. [In Persian].
 36. Leahy R.L, Tirsch D, Napolitano LA. Emotion regulation in psychotherapy. Mansouri Rad A. Tehran: Arjmand; 2022. [In Persian].
 37. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):593-602.
 38. Bordik D. Therapy of Mindfulness for Children and Adolescents. Translated by Manshei G, Asli Azad M, Hosseini L, Taybi P. Isfahan: Islamic Azad University of Isfahan (Khorasgan); 2018. [In Persian].
 39. Vajdian M, Aref M, Manshaei G. The Effect of Adolescent-Based Mindfulness Training on the Resilience and Emotional Regulation of the Girls with Affective Failure. *Journal of Analytical-Cognitive Psychology.* 2022;11(43):55-68.
 40. Dorgaraei P, Khusrupur F, Tehrani MH. The effectiveness of adolescent-centered mindfulness training on improving the executive functions of school students in the second district of Tehran. *Journal of Psychology New Ideas.* 2020;6(10):1-13. [In Persian].
 41. Taheri A, Manshaee G, Abedi A. Comparison of the Effect of Adolescent-centered Mindfulness training with Positive Psychology Interventions on Bereavement Symptoms and Aggression in bereaved adolescent. *Knowledge & Research in Applied Psychology.* 2022;22(4):76-89. [In Persian].
 42. Taheri A, Manshaei GR, Abedi A. Comparison of the Effectiveness of Adolescent-Centered Mindfulness (MBCT) and Emotionally Focused Therapy (EFT) on Self-Esteem and Sleep Disorder of Bereaved Adolescents. *QJCR.* 2020;75(19):33-63. [In Persian].
 43. Saeid Manesh M, Parsaee M. Mindfulness -Based Therapy on Cognitive Distortions and Self -Control in Teens Receiving

- Substance Dependence Treatment. MEJDS. 2020;10(65):1-6. [In Persian].
44. Saarinen A, Hintsanen M, Vahlberg T, Hankonen N, Volanen SM. School-based mindfulness intervention for depressive symptoms in adolescence: For whom is it most effective? *J Adolesc.* 2022;94(2):118-32.
 45. Saelid GA, Czajkowski NO, Aaro LE, Andersen JR, Idsoe T, Helleseter MD, et al. Effects of a school-based intervention on levels of anxiety and depression: a cluster-randomized controlled trial of the MindPower program in ten high schools in Norway. *BMC Psychol.* 2022;10(1):14.
 46. Reangsing C, Punsuwun S, Schneider JK. Effects of mindfulness interventions on depressive symptoms in adolescents: A meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2021;115:103848.
 47. Mrazek MD, Smallwood J, Schooler JW. Mindfulness and mind-wandering: finding convergence through opposing constructs. *Emotion.* 2012;12(3):442-8.
 48. Sanger KL, Dorjee D. Mindfulness training with adolescents enhances metacognition and the inhibition of irrelevant stimuli: Evidence from event-related brain potentials. *Trends in Neuroscience and Education.* 2016;5(1):1-11.
 49. Borjali A, Aazami Y, Chopan H, Arab Quhistani D. Effectiveness of emotion regulation strategies for aggression control based on gross model in substance abusers. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing.* 2015;2(1):53-65. [In Persian].
 50. Molakarimi A. Investigating emotion regulation strategies on high-risk behaviors in adolescence. *International Conference on Educational Sciences, Psychology, Counseling, Education and Research, Tehran.* 2019. [In Persian].
 51. Sadri Damirchi E, Honarmand Ghojebegloo P, Amir SMB, Gholizade B. Predicting risk-taking behaviors based on the role of perceived social support components, emotional expression and brain-behavioral systems in addicts. *Internal Medicine Today.* 2019;25(4):282-97.
 52. Noei Iran L, Rezaei A, Aghdasi A. The Effect of Dialectical Behavioral Therapy on Emotional Processing and Mind Wandering in Female High School Students with Test Anxiety. *Community Health Journal.* 2019;13(2):1-10.
 53. Gross JJ. Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology.* 2002;39(3):281-91.
 54. Berking M, Orth U, Wupperman P, Meier LL, Caspar F. Prospective effects of emotion-regulation skills on emotional adjustment. *J Couns Psychol.* 2008;55(4):485-94.
 55. Gross JJ. *Handbook of emotion regulation.* New York: Guilford Press; 2014.
 56. Ramezanzadeh F, Moradi A, Mohammadkhani S. Effectiveness training emotion regulation skills in executive function and emotion regulation strategies of adolescents at risk. *Jornal of Cognitive Psychology.* 2014;2(2):37-45. [In Persian].
 57. Holmqvist Larsson K, Andersson G, Stern H, Zetterqvist M. Emotion regulation group skills training for adolescents and parents: A pilot study of an add-on treatment in a clinical setting. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2020;25(1):141-55.
 58. Volkaert B, Wante L, Van Beveren M-L, Vervoort L, Braet C. Training adaptive emotion regulation skills in early adolescents: The effects of distraction, acceptance, cognitive reappraisal, and problem solving. *Cognitive Therapy and Research.* 2020;44:678-96.
 59. Alihossien Maslak L, Kiani G. The Effect of Teaching Cognitive Emotion Regulation Strategy on the Tendency to Addiction and Impulsivity in the Children of Addicts in Zanjan: A Randomized Educational Trial Study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences.* 2021;20(7):783-800. [In Persian].
 60. Asgari M, Matini A. The effectiveness of emotion regulation training based on gross model in reducing impulsivity in smokers. *Counseling Culture and Psychotherapy.* 2020;11(42):205-30. [In Persian].
 61. Azami Y, Sohrabi F, Borjali A, Chupan H. The effectiveness of emotion regulation training based on Gross model on reducing impulsivity in drug addicts. *Addiction Research.* 2014;8(30):127-41. [In Persian].
 62. Te Brinke LW, Schuiringa HD, Menting ATA, Dekovic M, de Castro BO. A cognitive versus behavioral approach to emotion regulation training for externalizing behavior problems in adolescence: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychol.* 2018;6(1):49.
 63. Rahmani F, Hashemniyan K. The

- effectiveness of cognitive emotion regulation on reduction of depression and anxiety symptoms of adolescences. *Journal of Psychological Studies*. 2016;12(3):47-62. [In Persian].
64. Delavar A. *Research Methods in Psychology and Educational Sciences*. Tehran: Editing; 2021. [In Persian].
 65. Qasemi H. Investigating the role of early maladaptive schemas in predicting students' high-risk behaviors. Master Thesis. Islamic Azad University, Torbat Jam Branch; 2013. [In Persian].
 66. Beck A.T, Steer R.A, Brown G.K. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: Psychological; 1996.
 67. Fata L, Birshak B, Atef Vahid M, Dobson K. *Semantic Structures / Schemas, Emotional Modes, and Cognitive Processing of Emotional Information: A Comparison of Two Conceptual Frameworks*. *Thought and Behavior*. 2004;3(1):312-26. [In Persian].
 68. Carriere JSA, Seli P, Smilek D. Wandering in both mind and body: individual differences in mind wandering and inattention predict fidgeting. *Can J Exp Psychol*. 2013;67(1):19-31.
 69. Habibi R, Hossein Sabet F, Rafidi Z. Predictors of depression in students: mental confusion (intentional and spontaneous) and mindfulness. *Achievements of Clinical Psychology*. 2017;3(3):247-64. [In Persian].
 70. Manshaee GR, Hoseini L. The Effectiveness of Child-Centered Mindfulness Training on Social Adjustment and Depression Symptoms in Depressed Children. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2018;8(29):179-200.
 71. Asli Azad M, Ghomrani A, Manshaei GH. The effect of mindfulness therapy on tolerance of ambiguity and integration of thought and action in patients with obsessive-compulsive disorder. *Child Health Quarterly*. 2019;6(1):87-77. [In Persian].
 72. Grass J. *Emotion regulation strategies*. Translated by Mohammad Mehdi Majedi. Tehran: Bartar Andisheh Memory; 2022. [In Persian].