Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN) **Original Article**

December-January 2025, Volume 13, Issue 5

Comparison of the Effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy and Mentalization-Based Therapy (MBT) on Self-Critical Rumination in Students with Depressive Symptoms

Fatemeh Nouzari[1], Shohreh Ghorban Shiroudi[2*], Javad Khalatbari[3]

1- Department of Family and Counseling, NT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2- Department of Family and Counseling, NT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.
3- Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

Corresponding author: Shohreh Ghorban Shiroudi: Department of Family and Counseling, NT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.
E-mail: sh.ghorbanshiroudi@toniau.ac.ir

Received: 2025/07/17 Accepted: 2025/11/11

Abstract

Introduction: Self-critical rumination is an important factor in increasing depressive symptoms in adolescents. This study aimed to compare the effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy and mentalization-based therapy (MBT) on self-critical rumination in students with depressive symptoms.

Methods: The present study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design with a two-month follow-up period and a control group. The statistical population of the study included all female high school students in Sowme'eh Sara in 2024; 45 students were purposively selected and randomly assigned to three groups of 15. The first experimental group received 8 90-minute sessions of EMDR therapy based on the Shapiro & Forrest (2016) protocol, and the second experimental group received 8 90-minute sessions of MBT based on the Bateman and Fonagy (2016) protocol as a group. Participants responded to the Beck Depression Inventory (BDI-II) and the Self-Critical Rumination Scale (SCRS). Data were analyzed using multivariate repeated measures analysis of variance with SPSS-27 software.

Results: The findings showed that the two intervention groups, EMDR therapy (P=0.04) and MBT (P=0.01), significantly reduced self-critical rumination in students with depressive symptoms compared to the control group (P<0.05); however, no significant difference was found between the two interventions in reducing self-critical rumination (P=0.23).

Conclusions: The findings indicate that EMDR therapy and MBT had a similar effect on reducing self-critical rumination in students with depressive symptoms.

Keywords: Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy, Mentalization-Based Therapy, Rumination, Depression.

نشریه روان پرستاری مقاله پژوهشی
آذر و دی ۱۴۰۴، دوره ۱۳، شماره ۵

مقایسه اثربخشی درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر نشخوار خودانتقادی در دانش آموزان با نشانگان افسردگی

فاطمه نوذری[۱]، شهره قربان شیرودی[۲*]، جواد خلعتبری[۳]

۱- گروه خانواده و مشاوره، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۲- گروه خانواده و مشاوره، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۳- گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

نویسنده مسئول: شهره قربان شیرودی: گروه خانواده و مشاوره، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
ایمیل: sh.ghorbanshiroudi@toniau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۴/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۸/۲۰

چکیده

مقدمه: نشخوار خودانتقادی یک عامل مهم در افزایش نشانگان افسردگی در نوجوانان است. این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر نشخوار خودانتقادی در دانش آموزان با نشانگان افسردگی انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با دوره پیگیری دو ماه و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش آموزان دختر متوسطه دوم در شهرستان صومعه سرا در سال ۱۴۰۳ بودند؛ ۴۵ دانش آموز به روش هدفمند انتخاب شدند و به روش تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری گمارده شدند. گروه آزمایش اول طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم بر اساس پروتکل شاپیرو و فارست (۲۰۱۶) و گروه آزمایش دوم نیز طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر اساس پروتکل بتمن و فوناگی (۲۰۱۶) را به صورت گروهی دریافت کردند. شرکت کنندگان به پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) و مقیاس نشخوار خودانتقادی (SCRS) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر چند متغیری با نرم افزار SPSS-27 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: یافته ها نشان داد که دو گروه مداخله درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم ($P=۰/۰۴$) و درمان مبتنی بر ذهنی سازی ($P=۰/۰۱$) در مقایسه با گروه کنترل به طور معنادار باعث کاهش نشخوار خودانتقادی در دانش آموزان با نشانگان افسردگی شده اند ($P<۰/۰۵$)؛ اما در مقابل بین دو مداخله در کاهش نشخوار خودانتقادی ($P=۰/۲۳$) تفاوت معناداری یافت نشد.

نتیجه گیری: یافته ها دلالت بر این دارند که درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم و درمان مبتنی بر ذهنی سازی تاثیر مشابه ای بر کاهش نشخوار خودانتقادی در دانش آموزان با نشانگان افسردگی داشته اند.

کلیدواژه ها: درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم، درمان مبتنی بر ذهنی سازی، نشخوار، افسردگی.

مقدمه

افسردگی در نوجوانان به دلیل تعامل پیچیده عوامل بیولوژیکی، روانی و اجتماعی رایج است. نوجوانان با فشارهای فزاینده‌ای از عملکرد تحصیلی، روابط همسالان و شرایط خانوادگی مواجه هستند که اغلب با تغییرات هورمونی در دوران بلوغ همراه است که می‌تواند تنظیم خلق و خو را بی‌ثبات کند (۱). قرار گرفتن در معرض قلدری، تروما و محیط‌های پراسترس خانه، همانند سابقه خانوادگی افسردگی یا بیماری روانی، خطر را به میزان قابل توجهی افزایش می‌دهد (۲). علاوه بر این، عوامل سبک زندگی مدرن مانند افزایش زمان استفاده از تلفن هوشمند، عدم فعالیت بدنی و رژیم غذایی نامناسب ممکن است آسیب‌پذیری را تشدید کند (۳). افسردگی در این گروه سنی به‌طور ویژه حیاتی است زیرا می‌تواند عملکرد اجتماعی، پیشرفت تحصیلی و رشد روانی را به شدت مختل کند و یک عامل خطر اصلی برای خودکشی است (۴). علیرغم شیوع آن، افسردگی اغلب در نوجوانان تشخیص داده نشده و درمان نمی‌شود و منجر به بدتر شدن علائم و عواقب طولانی مدت می‌شود. پرداختن به افسردگی نوجوانان از طریق شناسایی زودهنگام، درمان موثر و تحقیق برای کاهش رنج و جلوگیری از پیامدهای ناخوشایند ضروری است (۵).

افسردگی و نشخوار به شدت با هم مرتبط هستند و نشخوار نقش کلیدی در ایجاد و حفظ علائم افسردگی دارد (۶). نشخوار شامل تمرکز مکرر و منفعلانه بر افکار و احساسات منفی، به ویژه آنهایی که مربوط به غم، تنهایی یا استرس هستند، می‌شود (۷). تحقیقات نشان می‌دهد افرادی که نشخوار فکری دارند، بیشتر در معرض ابتلا به افسردگی هستند زیرا این تفکر منفی مداوم، پریشانی عاطفی را تشدید می‌کند و مانع حل مسئله یا بهبود عاطفی می‌شود (۸). به طور خاص، نشخوار، تأثیر عاطفه منفی را بر افسردگی تشدید می‌کند و با گسترش و تداوم هیجان‌های منفی، خطر را افزایش می‌دهد (۹). نشخوار خودانتقادی یکی از انواع نشخوار است و یک فرآیند شناختی ناسازگارانه است که در آن فرد بدون تلاش برای حل مشکلات یا تغییر شرایط، به طور مداوم بر افکار خودانتقادی تمرکز می‌کند. این شامل خودارزیابی‌های منفی مکرر است که در صورت برآورده نشدن استانداردها یا انتظارات شخصی ایجاد می‌شود و اغلب با احساس شرم، خشم یا ترس از قضاوت دیگران همراه است (۱۰). در نوجوانان، این سبک نشخوار فکری بسیار مضر است زیرا می‌تواند پریشانی روانی را تقویت کند و منجر به کاهش عزت نفس و افزایش آسیب‌پذیری در برابر افسردگی، اضطراب و استرس مرتبط با کمال‌گرایی شود (۱۱). نوجوانان به‌طور ویژه در معرض خطر هستند زیرا در حال گذر از شکل‌گیری هویت و فشارهای اجتماعی هستند و آنها را مستعد گیر افتادن در این چرخه‌های فکری منفی می‌کند. نشخوار خودانتقادی مانع مقابله فعال و حل مسئله می‌شود، مشکلات هیجانی را طولانی‌تر می‌کند و روابط اجتماعی را مختل می‌کند که بیشتر بر ارزش خود و پذیرش همسالان تأثیر می‌گذارد (۱۲). بر این اساس اجرای مداخلات روانشناختی در نوجوانان به منظور کاهش نشخوار خودانتقادی نقش مهمی در بهبود عملکرد و کاهش نشانگان افسردگی دارد.

در بین مداخلات متنوعی که برای بهبود نشخوار خودانتقادی و افسردگی پیشنهاد شده است؛ درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم با کاهش تمرکز تکراری و منفی بر افکار ناراحت‌کننده، که در افسردگی رایج است، بر نشخوار تأثیر می‌گذارد (۱۳). درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم از حرکات دو طرفه چشم برای درگیر کردن حافظه کاری استفاده می‌کند که ظرفیت تمرکز همزمان بر خاطرات آسیب‌زا یا استرس‌زا را محدود می‌کند و در نتیجه تأثیر عاطفی و وضوح آنها را تضعیف می‌کند. این فرآیند نشخوار را کاهش می‌دهد زیرا تکرار مداوم خاطرات و افکار منفی را مختل می‌کند (۱۴). مطالعات نشان می‌دهد که درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم انعطاف‌پذیری شناختی و مهار پاسخ را بهبود می‌بخشد و به بیماران کمک می‌کند تا توجه را بهتر تنظیم کنند و از تفکر نشخواری دور شوند (۱۵). در نوجوانان مبتلا به افسردگی و وقایع استرس‌زای زندگی، درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم همراه با دارو، نمرات نشخوار فکری و علائم افسردگی را به طور قابل توجهی کاهش داد (۱۶).

همچنین در بررسی پیشینه نشان داده شده است که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با افزایش ظرفیت تاملی افراد برای درک و تفسیر حالات ذهنی خود و دیگران، مانند افکار، احساسات و نیات، به کاهش نشخوار کمک می‌کند (۱۷). این توانایی بهبود یافته ذهنی‌سازی به نوجوانان اجازه می‌دهد تا از الگوهای فکری منفی خودکار و تفکر تکراری خودمحور خود فاصله بگیرند و چرخه نشخوار فکری را

بشکنند (۱۸). درمان مبتنی بر ذهن‌سازی کنجکاوی و تأمل در مورد فرآیندهای ذهنی زیربنای احساسات را تشویق می‌کند، که به افراد کمک می‌کند تا کمتر در نشخوار فکری بی‌فایده در مورد خود یا تعاملات اجتماعی گرفتار شوند (۱۹). درمان مبتنی بر ذهن‌سازی با تقویت یک روش تفکر متعادل‌تر و انعطاف‌پذیرتر، شدت و فراوانی نشخوار فکری را که اغلب باعث افسردگی و اضطراب می‌شود، کاهش می‌دهد. اگرچه مطالعات کمتری به طور خاص کاهش نشخوار فکری از طریق درمان مبتنی بر ذهن‌سازی را در مقایسه با سایر روش‌های درمانی هدف قرار می‌دهند، شواهد نشان می‌دهد که این روش به طور مؤثر نگرانی و نشخوار فکری را در اختلالات اضطرابی کاهش می‌دهد، که نشان‌دهنده کاربرد آن در نشخوار فکری افسردگی نیز هست (۲۰). تمرکز در پژوهشی نشان داد شد که در نوجوانانی که مهارت‌های تنظیم شناختی و عاطفی آنها هنوز در حال توسعه است، درمان مبتنی بر ذهن‌سازی با بهبود عملکرد تأملی، تاب‌آوری را ارتقا می‌دهد و در نتیجه به مدیریت و کاهش تفکر منفی کمک می‌کند (۲۱).

مقایسه‌ی درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر نشخوار خودانتقادی در دانش‌آموزان دارای علائم افسردگی ضروری است، زیرا هر دو درمان، مکانیسم‌های اساسی متفاوتی از نشخوار و افسردگی را هدف قرار می‌دهند. درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم در درجه اول پردازش تطبیقی خاطرات آسیب‌زا و ناراحت‌کننده را از طریق تحریک دوطرفه تسهیل می‌کند، که می‌تواند شدت عاطفی افکار منفی متمرکز بر خود را کاهش دهد (۱۴). در مقابل، درمان مبتنی بر ذهنی سازی، توانایی درک حالات ذهنی خود و دیگران را افزایش می‌دهد و به نوجوانان کمک می‌کند تا انعطاف‌پذیری شناختی بیشتری را توسعه دهند و با گسترش ظرفیت تأملی و تنظیم هیجان، نشخوار خودانتقادی را کاهش دهند (۱۹). از آنجایی که نشخوار خودانتقادی یک الگوی ناسازگار است که به طور قابل توجهی در افسردگی نوجوانان نقش دارد، درک اینکه کدام درمان به طور مؤثرتری این چرخه شناختی را مختل می‌کند، می‌تواند نتایج درمان را بهینه کند. علاوه بر این، دانش‌آموزان دارای علائم افسردگی اغلب با خودانتقادی بالایی که عملکرد تحصیلی و اجتماعی را مختل می‌کند، دست و پنجه نرم می‌کنند و اجرای مداخله هدفمند را ضروری می‌سازد. انجام چنین مطالعات مقایسه‌ای دارای اهمیت بالایی هستند، اما برای تطبیق مداخلات سلامت روان با نیازهای رشدی منحصر به فرد نوجوانان و سبک‌های شناختی آنها بسیار مهم هستند. ارزیابی اثربخشی آنها به طور خاص بر نشخوار خودانتقادی می‌تواند متخصصان را به سمت مداخلات تخصصی‌تر و مبتنی بر شواهد برای افسردگی نوجوانان هدایت کند. در نهایت، این مقایسه به یک شکاف حیاتی می‌پردازد و ابزارهای بالینی را برای حمایت بهتر از سلامت روان نوجوانان افزایش می‌دهد. در این راستا این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر نشخوار خودانتقادی در دانش آموزان با نشانگان افسردگی انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش آموزان دختر متوسطه دوم در شهرستان صومعه سرا در سال ۱۴۰۳ بودند. حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۸۵ برابر ۱۵ نفر برای هر گروه برآورد شد که از بین افراد دارای ملاک های ورود به پژوهش، ۴۵ نفر با روش نمونه گیری هدفمند از دو مدرسه انتخاب و در سه گروه آزمایش ۱ (۱۵ نفر)، آزمایش ۲ (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. ملاک ورود به پژوهش شامل تمایل و رضایت آگاهانه مراجعین برای شرکت در مطالعه و کسب نمره حداقل ۱۵ در BDI-II بود. معیارهای خروج هم عبارتند از دریافت هرگونه مداخله روانشناختی طی شش ماه گذشته، سابقه اختلالات روانشناختی شدید (اختلالات سایکوتیک، اختلال افسردگی اساسی و اختلالات دو قطبی)، تجربه سوگ در شش ماه گذشته، سابقه مصرف مواد مخدر یا الکل، غیبت بیش از دو جلسه در حین مداخلات و نقل مکان از موقعیت جغرافیایی بود.

پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II): این پرسشنامه توسط بک و همکاران در سال ۱۹۹۶ (۲۲) ارائه شده است، یک آزمون ۲۱ سوالی است که شدت علائم افسردگی را بر روی یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از نمره ۰ تا ۳ اندازه‌گیری می‌کند و دامنه نمرات بین صفر الی ۶۳ است و نمره بیشتر از ۱۵ در این پرسشنامه معیار نشخیص نشانگان افسردگی در افراد می باشد؛ پایایی این پرسشنامه به روش

آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش شده است و روایی ملاکی آن با سازه افکار خودکشی ۰/۶۵ محاسبه شده است (۲۲). در نمونه ایرانی پایایی به روش همسانی درونی ۰/۷۸ آلفای کرونباخ گزارش شد و روایی ملاکی با مقیاس افسردگی اضطراب و استرس ۲۱ سوالی ۰/۷۶ گزارش شد (۲۳).

مقیاس نشخوار خودانتقادی (SCRS): این مقیاس توسط اسمارت و همکاران در سال ۲۰۱۶ طراحی شده است. این مقیاس فرآیندهای نشخوارکننده مرتبط با افکار خودانتقادی را اندازه‌گیری می‌کند و شامل ۱۰ گویه است که هر کدام بر اساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از ۱ (اصلاً) تا ۴ (خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۱۰ تا ۴۰ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده افزایش سطح نشخوار خودانتقادی است (۲۴). اسمارت و همکاران (۲۰۱۶) روایی این مقیاس را از طریق تحلیل عاملی اکتشافی بررسی کردند و نشان دادند که ۱۰ سوال باقیمانده در یک عامل قرار می‌گیرند که در مجموع ۵۸/۴۱ درصد واریانس را تبیین می‌کند. نسخه نهایی مقیاس از ۱۰ آیتم مطابق با یک ساختار تک عاملی تشکیل شده و انسجام داخلی بسیار بالایی (آلفای کرونباخ= ۰/۹۲) و قابلیت اطمینان بازآزمایی (r=۰/۸۶) را نشان داده است (۲۴). در نمونه ایرانی با توجه به نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، یک عامل شناسایی شد که در مجموع ۵۵ درصد کل واریانس را تبیین کرد. نتایج روایی ملاکی نشان داد که مقیاس نشخوار خودانتقادی با افسردگی، اضطراب و استرس رابطه مثبت و با شفقت به خود رابطه منفی داشت؛ که به ترتیب نشان دهنده روایی همگرا و واگرای این ابزار بود. همچنین یافته ها بیانگر این بود که مقیاس نشخوار خودانتقادی از پایایی بازآزمایی ۰/۷۳ و از همسانی درونی مطلوب به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ برخوردار بود (۲۵).

این پژوهش با پخش فراخوان شرکت در طرح پژوهشی در مدارس آغاز شد. پس از مطالعه پرونده مشاوره دانش‌آموزان، پرسشنامه افسردگی بک در آن ها اجرا شد؛ افرادی که معیارهای ورد را احراز کردند ۴۵ نفر از آن ها انتخاب شدند و به روش تصادفی ساده با استفاده از قرعه‌کشی در سه گروه آزمایش ۱ (۱۵ نفر)، آزمایش ۲ (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند و هر سه گروه مقیاس نشخوار خودانتقادی را پاسخ دادند.

درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم هشت هفته (۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای) بر اساس پروتکل شاپیرو و فارست (۲۰۱۶) طراحی شده است (۲۶) و در ایران در توسط طاهری و حمیدیان فرد اجرا و اعتباریابی شده است (۲۷). خلاصه پروتکل در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم

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

درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر اساس بتمن و فوناگی (۲۰۱۶) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت گروهی اجرا شد (۲۸)؛ همچنین قبلا این پروتکل در ایران توسط قادری نژاد و همکاران (۲۹) اجرا شده است. در ادامه خلاصه هر یک از جلسات در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر ذهنی سازی

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

ملاحظات اخلاقی هم در تمام مراحل پژوهش در نظر گرفته شد. به تمامی افراد نمونه اطمینان داده شد که نام و اطلاعات هویتی آن ها در هیچ قسمتی از پژوهش ذکر نخواهد شد و شرکت در پژوهش اختیاری بود. به منظور انجام پژوهش، یک جلسه توجیهی برگزار و فرم رضایت نامه و پرسشنامه حاوی اطلاعات جمعیت شناختی بین شرکت کنندگان توزیع شد؛ تا اجازه کتبی جهت حضور در جلسات درمانی را از یکی از والدین دریافت کنند. با هدف ناشناس بودن و برای اینکه حریم خصوصی شرکت کنندگان تضمین شود، برای هر شرکت کننده کد متناسب اختصاص داده شد؛ همچنین پروپوزال این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال با شناسه IR.IAU.TNB.REC.1404.045 تایید شده است. پس از اجرای حضوری پیش آزمون، اعضای گروه های مداخله تحت آموزش قرار گرفتند و سپس از هر دو گروه پس آزمون و پس از گذشت دو ماه مجددا آزمون پیگیری اجرا شد. همچنین به‌منظور رعایت اصول اخلاقی در پژوهش پس از اجرای پیگیری برای گروه کنترل ۸ جلسه درمان گروهی مبتنی بر ذهنی‌سازی اجرا شد تا از امکانات درمانی همچون گروه‌های مداخله بهرمند شوند. تحلیل داده ها در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۷ با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر انجام شد.

یافته ها

در این مطالعه در هر یک از گروه ها ۱۵ نفر مشارکت داشتند، اما به سبب ریزش تا مرحله پیگیری هر یک از گروه ها به ۱۳ نفر تقلیل یافتند. عدم پاسخگویی افراد جهت تکمیل پرسشنامه‌ها در مرحله پیگیری دلیل ریزش بود که قبل از تحلیل آماری با محاسبه ضریب اثر مشخص شد که گروه‌های ۱۳ نفری از کفایت لازم جهت مقایسه برخوردار هستند. این افراد جلسات درمانی را تا انتها تکمیل نکردند و مایل به تکمیل پرسشنامه‌ها نبودند. در جدول ۳ اطلاعات جمعیت شناختی سه گروه ارائه شده است.

جدول ۳: پراکندگی اطلاعات جمعیت شناختی به تفکیک گروه ها

متغیرها	دسته‌بندی	گروه مداخله EMDR تعداد	گروه مداخله MBT تعداد	گروه کنترل تعداد	Chi- square test	P-value
پایه تحصیلی	دهم	۸	۷	۶	۰/۸۴	۰/۹۳
	یازدهم	۱	۲	۲		
	دوازدهم	۴	۴	۵		
تحصیلات پدران	سیکل و دیپلم	۹	۵	۳	۲/۵۴	۰/۲۱
	کاردانی و کارشناسی	۴	۸	۱۰		
تحصیلات مادران	سیکل و دیپلم	۳	۸	۷	۲/۷۳	۰/۴۳
	کاردانی و کارشناسی	۱۰	۵	۶		
سن		M ± SD	M ± SD	M ± SD	F	P-value
		۱۵/۸۴±۱/۱۴	۱۶/۰۷±۱/۲۸	۱۶/۲۳±۱/۳۰	۰/۳۲	۰/۷۳

نتایج جدول ۳ نشان می دهد که بین گروه ها در پایه تحصیلی (P=۰/۹۳)، میزان تحصیلات پدران (P=۰/۲۱)، میزان تحصیلات مادران (P=۰/۴۳) و سن (P=۰/۷۳) تفاوت معناداری وجود ندارد؛ در واقع گروه ها از نظر این اطلاعات همگون هستند. در جدول ۴ شاخص های گرایش مرکزی متغیر نشخوار خودانتقادی و نرمال بودن توزیع داده ها ارائه شده است.

جدول ٤: شاخص‌های توصیفی متغیر نشخوار خودانتقادی به تفکیک گروه‌ها

متغیر	مراحل سنجش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو ویلک	
					آماره	معناداری
نشخوار خودانتقادی	پیش آزمون	گروه مداخله EMDR	۳۱/۷۷	۷/۲۱	۰/۹۰	۰/۱۳
		گروه مداخله MBT	۳۱/۲۶	۷/۲۳	۰/۹۳	۰/۳۴
		گروه کنترل	۳۲/۵۶	۵/۸۶	۰/۹۳	۰/۳۸
	پس آزمون	گروه مداخله EMDR	۲۳/۸۴	۸/۲۲	۰/۹۸	۰/۹۹
		گروه مداخله MBT	۲۰/۱۳	۶/۹۰	۰/۹۲	۰/۲۶
		گروه کنترل	۳۱/۷۱	۷/۴۲	۰/۸۵	*۰/۰۳
	پیگیری	گروه مداخله EMDR	۲۳/۹۷	۶/۳۱	۰/۹۱	۰/۲۱
		گروه مداخله MBT	۱۹/۵۵	۵/۰۱	۰/۹۶	۰/۸۶
		گروه کنترل	۲۹/۵۹	۹/۳۳	۰/۷۶	*۰/۰۱

در جدول ۴ نتایج نشان می دهد که گروه های مداخله نسبت به کنترل در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در متغیر نشخوار خودانتقادی داشته است؛ در واقع روند تغییرات در گروه های مداخله کاهشی بوده است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد، داده ها در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه ها (به جزء پس آزمون و پیگیری گروه کنترل) دارای توزیع نرمال است (P>۰/۰۵)؛ بر این اساس با توجه به نرمال بودن اکثریت موارد می توان از آزمون های پارامتری استفاده کرد. جهت بررسی همگونی خطای واریانس ها از آزمون لون استفاده شد، نتایج نشان داد که خطای واریانس ها در متغیر نشخوار خودانتقادی به تفکیک مراحل سنجش (F=۰/۶۵ ،P=۰/۷۳) همگون می باشد؛ همچنین نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس ها در حالت چندمتغیره برقرار است (P>۰/۰۵). نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیر نشخوار خودانتقادی (W=۰/۹۶ ،P=۰/۵۲) معنادار نمی باشد، بر این اساس گزارش شاخص F در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح ندارد. با توجه به برقراری پیش فرض های آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر، جهت آزمون مقایسه اثربخشی مداخله ها در مراحل سنجش و مقایسه آن ها از این آزمون استفاده شده است. در جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای متغیر نشخوار خودانتقادی

اثر	آزمون ها	ارزش	مقدار F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب اتا	توان آماری
گروه	اثر پیلایی	۰/۴۲	۱۲/۵۱	۲	۳۵	۰/۰۱	۰/۴۲	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۵۸	۱۲/۵۱	۲	۳۵	۰/۰۱	۰/۴۲	۱
	اثر هتلینگ	۰/۷۱	۱۲/۵۱	۲	۳۵	۰/۰۱	۰/۴۲	۱
	بزرگترین ریشه روی	۰/۷۱	۱۲/۵۱	۲	۳۵	۰/۰۱	۰/۴۲	۱

در جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی درون گروهی نشان می دهد نشان داد که بین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در ترکیب گروه ها و متغیر وابسته به طور همزمان (P=۰/۰۱، F=۱۲/۵۱، ۰/۴۲=اثرپیلایی) تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارتی یافته های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین متغیر مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات

مربوط به متغیر طی مراحل ارزیابی در سه گروه مورد مطالعه متفاوت بوده است، اما دقیق مشخص نسیت که در کدام یک از گروه ها این چنین بوده است، برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج تک متغیره در متن میکس آنوا ارائه خواهد شد.

جدول ٦: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر در متن میکس آنوا برای نشخوار خودانتقادی در سه مرحله اندازه گیری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
نشخوار خودانتقادی	زمان	۱۳۱۱/۸۱	۲	۶۵۵/۹۱	۱۵/۲۶	۰/۰۱	۰/۳۰	۱
	زمان*گروه	۴۱۷/۹۱	۴	۱۰۴/۴۷	۲/۴۳	۰/۰۴	۰/۱۲	۰/۶۹
	خطا	۳۰۹۳/۹۴	۷۲	۴۲/۹۷				
	بین گروهی	۱۱۶۱/۲۷	۲	۵۸۰/۹۴	۸/۵۷	۰/۰۱	۰/۳۲	۰/۹۵

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر در جدول ۶ نشان داد که بین گروه ها در متغیر نشخوار خودانتقادی (P=۰/۰۱، F=۸/۵۷، η=۰/۳۲) تفاوت معنادار وجود دارد. جهت بررسی روند تغییرات در گروه ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی به تفکیک گروه ها در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه تغییرات درون گروهی و بین گروهی متغیر نشخوار خودانتقادی

مراحل سنجش		گروه مداخله EMDR		گروه مداخله MBT		گروه کنترل	
		تفاضل میانگین‌ها	معناداری	تفاضل میانگین‌ها	معناداری	تفاضل میانگین‌ها	معناداری
پیش آزمون	پس آزمون	۷/۹۳	۰/۰۱	۱۱/۱۳	۰/۰۱	۰/۸۵	۱/۰۰
پیش آزمون	پیگیری	۷/۷۹	۰/۰۳	۱۱/۷۱	۰/۰۱	۲/۹۶	۱/۰۰
پس آزمون	پیگیری	۰/۱۴	۱/۰۰	۰/۵۸	۱/۰۰	۲/۱۱	۱/۰۰
مقایسه بین گروهی		EMDR * کنترل		MBT * کنترل		MBT * EMDR	
		تفاضل میانگین‌ها	معناداری	تفاضل میانگین‌ها	معناداری	تفاضل میانگین‌ها	معناداری
		۴/۷۶	۰/۰۴	۷/۶۴	۰/۰۱	۲/۸۸	۰/۳۴

نتایج جدول ۷ گویای این است که در گروه کنترل بین مراحل سنجش تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵)، اما در مقابل نشان داد که در گروه های درمانی نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار دارد (P<۰/۰۵)؛ اما بین نمرات پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد که نشان دهنده ثبات تغییرات در گروه های درمانی از پس آزمون تا پیگیری است؛ در واقع می توان گفت که هر دو درمان به طور معنادار در طول زمان باعث کاهش نشخوار خودانتقادی شده اند. نتایج آزمون بن فرونی جهت مقایسه بین گروهی نشان داد که بین گروه های درمانی EMDR و کنترل (P=۰/۰۴) و MBT و کنترل (P=۰/۰۱) تفاوت معنادار وجود داشت. اما در مقابل یافته‌ها نشان داد که بین گروه‌های مداخله EMDR و MBT تفاوت معناداری یافت نشد (P=۰/۳۴)؛ در واقع هر دو درمان بر کاهش نشخوار خودانتقادی موثر بوده‌اند؛ اما با مراجعه به تفاضل میانگین‌ها یافته‌ها نشان می‌دهد که اندازه اثر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (MD=۱۱/۱۳) نسبت به EMDR (MD=۷/۹۳) بیشتر بوده است و این تفاوت در پیگیری هم ثابت بوده است؛ اما این اختلاف تفاضل معنادار نبوده است.

بحث

این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر نشخوار خودانتقادی در دانش آموزان با نشانگان افسردگی انجام شد. یافته اول نشان داد که درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم تا پیگیری موجب کاهش نشخوار خودانتقادی در نوجوانان با نشانگان افسردگی شده است؛ این یافته با پژوهش های ناوارو و همکاران (۱۳)، ژانگ و همکاران (۱۴) و بنیادی و همکاران (۱۵) همسو است. در تبیین می توان بیان نمود که درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم با بهره‌گیری از اصول مدل پردازش اطلاعات تطبیقی (AIP) که فرض می‌کند پریشانی روانشناختی از تجربیات آسیب‌زای یا منفی پردازش

نشده سرچشمه می‌گیرد، نشخوار خودانتقادی را در نوجوانان مبتلا به علائم افسردگی کاهش می‌دهد (۳۰). طبق این مدل، چنین خاطراتی به صورت ناکارآمد در مغز ذخیره می‌شوند و اغلب منجر به باورهای ناسازگار و خوداندیشی منفی مداوم می‌شوند، که از نشانه‌های نشخوار خودانتقادی هستند (۳۱). درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم، پردازش مجدد این خاطرات را از طریق تحریک دو طرفه، معمولاً از طریق حرکات چشم هدایت‌شده، تسهیل می‌کند که تصور می‌شود فرآیندهای ادغام حافظه را که در طول مرحله خواب حرکات سریع چشم (REM) رخ می‌دهد، تقلید می‌کند. این تحریک دو طرفه به اتصال خاطرات پریشان‌کننده با اطلاعات تطبیقی‌تر کمک می‌کند و به افراد اجازه می‌دهد تا رویدادهای گذشته را با سرزنش کمتر خود و بی‌طرفی عاطفی بیشتر، دوباره تفسیر کند (۳۲). از نظر نوروبیولوژیکی، درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم مناطقی مانند قشر قدامی مغز و قشر کمربندی قدامی (مناطقی که مسئول تنظیم هیجان¬ها و کنترل شناختی هستند) را فعال می‌کند که اغلب در افسردگی و نشخوار مختل می‌شوند. این فعال‌سازی از تشکیل مسیرهای عصبی جدید پشتیبانی می‌کند، تنظیم هیجان را تقویت می‌کند و پاسخ‌های سازگارانه‌تری را به باورهای منفی نسبت به خود ممکن می‌سازد (۱۶). با پردازش مجدد محتوای ناراحت‌کننده، بار هیجانی آن کاهش می‌یابد و در نتیجه الگوهای فکری تکراری و خودانتقادی که نشخوار فکری را تقویت می‌کنند، تضعیف می‌شوند. علاوه بر این، درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم، نگرشی غیرقضاوتی و ذهن‌آگاهی نسبت به تجربیات فرد را گسترش می دهد که انعطاف‌پذیری در برابر چرخه‌های نشخوار فکری را بیشتر می‌کند. از طریق این فرآیندها، درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم نه تنها فراوانی و شدت نشخوار خودانتقادی را کاهش می‌دهد، بلکه ظرفیت افراد را برای خوداندیشی مثبت را تقویت می‌کند (۳۳).

یافته دوم نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی سازی تا پیگیری موجب کاهش نشخوار خودانتقادی در نوجوانان با نشانگان افسردگی شده است؛ این یافته با پژوهش های فراهانی و همکاران (۱۷)، اسچرنیر و همکاران (۱۸) و مورکن (۱۹) همسو است. در تبیین می توان بیان نمود که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با افزایش ظرفیت تأملی برای درک حالات ذهنی خود و دیگران، نشخوار خودانتقادی را در نوجوانان دارای علائم افسردگی کاهش می‌دهد. طبق مدل‌های نظری، نقص در ذهنی‌سازی با دلبستگی ناایمن، خودانتقادی و افزایش آسیب‌پذیری در برابر الگوهای تفکر افسردگی مرتبط است (۲۱). درمان مبتنی بر ذهنی سازی به افراد می‌آموزد که در مورد هیجان ها و افکار خود با دقت و انعطاف‌پذیری بیشتری تأمل کنند و اغلب به جای پذیرش آن ها به عنوان حقایق مطلق، ریشه‌های هیجانی افکار خودانتقادی خود را روشن کنند. این موضع تأملی به آن ها اجازه می‌دهد تا خودقضاوت‌های تند را زیر سوال ببرند و تجربیات درونی خود را با همدلی بیشتر و سرزنش کمتر تفسیر کنند (۳۴). درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با ارتقاء ذهن‌آگاهی از حالات درونی و ارائه ابزارهایی برای تنظیم پاسخ‌های هیجانی، خودتنظیمی را تقویت می‌کند و احتمال تفکر منفی تکراری را کاهش می‌دهد. این درمان اغلب شامل مؤلفه‌های خانوادگی است که هدف آن ترمیم الگوهای ارتباطی ناسازگارانه‌ای است که باعث خودانتقادی می‌شوند. با افزایش خودشناسی، نوجوانان در برابر استرس مقاوم‌تر می‌شوند و کمتر مستعد ابتلا به نشخوار مداوم و انتقاد از خود هستند که این امر باعث رشد عاطفی سالم‌تر و کاهش علائم افسردگی می‌شود (۲۰).

یافته سوم نشان داد که هر دو مداخله درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم و درمان مبتنی بر ذهنی¬سازی اثر مشابه‌ای بر کاهش نشخوار خودانتقادی در نوجوانان با نشانگان افسردگی شده است. بررسی اندازه اثر نشان می‌دهد که تاثیر درمان مبتنی بر ذهنی سازی نسبت به درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم بیشتر بوده است؛ اما این اختلاف معنادار نشده است که می‌تواند ناشی از حجم نمونه پایین و پراکندگی بالا در نمرات گروه‌های مداخله باشد. در تبیین این یافته می¬توان بیان نمود که هم درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم و هم درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با هدف قرار دادن فرآیندهای هیجانی و شناختی زیربنایی که افسردگی را حفظ می‌کنند، نشخوار خودانتقادی را در افراد مبتلا به علائم افسردگی کاهش می‌دهند (۱۵). درمان حساسیت زدایی پردازش حرکات چشم با بازپردازش خاطرات ناراحت‌کننده یا آسیب‌زا مرتبط با شروع و تداوم علائم افسردگی عمل می‌کند و در نتیجه بار عاطفی آنها را کاهش داده و الگوهای فکری منفی خودمحور را مختل می‌کند. این بازپردازش،

ادغـام تطبیقـی خاطـرات را تسـهیل کـرده و تنظیـم هیجـان را بهبـود می‌بخشـد و نشـخوار فکـری را کاهـش می‌دهـد (۱۶). از سـوی دیگـر، درمـان مبتنـی بـر ذهنـی سـازی ظرفیـت افـراد را بـرای ذهنی‌سـازی افزایـش می‌دهـد و بـه آنهـا کمـک می‌کنـد تـا دیدگاهـی متعادل‌تـر و کمتـر خودانتقـادی نسـبت بـه تجربیات خـود ایجـاد کننـد؛ درمـان مبتنـی بـر ذهنـی سـازی بـا بهبـود عملکـرد تأملـی، بـه افـراد اجـازه می‌دهـد تـا از قضاوت‌هـای تنـد خـود فاصلـه بگیرنـد و تفکـر منفـی تکـراری را کاهـش دهـد (۱۹). هـر دو درمـان، تنظیـم هیجـان و انعطاف‌پذیـری شـناختی را تقویـت می‌کننـد و بـه مکانیسـم‌های مختلـف امـا مکملـی کـه نشـخوار خودانتقـادی را گسـترش می‌دهنـد، می‌پردازنـد. در نتیجـه، درمـان حساسـیت زدایـی پـردازش حـرکات چشـم و درمـان مبتنـی بـر ذهنـی سـازی بـا کاهـش تمرکـز منفـی و انعطاف‌ناپذیـر بـر خـود و ارتقـاء پـردازش سـالم‌تر هیجـان و افـکار، بـه یـک اثـر درمانـی مشـابه دسـت می‌یابنـد کـه منجـر بـه کاهـش نشـخوار و علائـم افسـردگی می‌شـود.

نتیجه گیری

در مجمـوع مـی تـوان نتیجـه گرفـت کـه درمـان حساسـیت زدایـی پـردازش حـرکات چشـم و درمـان مبتنـی بـر ذهنـی سـازی اثـر یکسـانی بـر نشـخوار خودانتقـادی در دانـش آمـوزان با نشـانگان افسـردگی داشـته انـد. ایـن یافتـه هـا نشـان می‌دهـد کـه هـر دو رویکـرد درمانـی را می‌تـوان گزینـه‌ای مناسـب بـرای پرداختـن بـه الگوهـای تفکـر خودانتقـادی در ایـن جمعیـت در نظـر گرفـت. در نتیجـه، انتخـاب درمـان می‌توانـد بـدون توجـه بـه تفاوت‌هـای قابـل توجـه در نتایـج مربـوط بـر نشـخوار خودانتقـادی، متناسـب بـا ترجیحـات فـردی، تخصـص درمانگـر یـا امکانـات موجـود باشـد. نمونـه گیـری در دسـترس، محـدود بـودن جامعـه آمـاری بـه دختـران، عـدم اجـرای طـرح پژوهـش کارآزمایـی بالینـی تصادفـی کنتـرل شـده، همچنیـن عـدم کنتـرل متغیرهـای جمعیـت شـناختی از محدودیـت هـای ایـن پژوهـش اسـت کـه امـکان تعمیـم نتایـج را دشـوار مـی سـازد. پیشـنهاد مـی شـود کـه در پژوهـش هـای آتـی ایـن محدودیـت هـا کنتـرل شـوند. حجـم نمونـه پاییـن یکـی دیگـر از محدودیت‌های ایـن پژوهـش اسـت، پیشـنهاد می‌شـود کـه در مطالعـات آینـده جهـت مقایسـه دو درمـان حجـم نمونـه بیشـتری انتخـاب شـود. در زمینـه کاربـردی پیشـنهاد مـی شـود کـه درمانگـران متناسـب بـا تخصـص خـود و همچنیـن متناسـب بـا ترجیحـات مراجعین از هـر یـک از مداخـلات درمـان حساسـیت زدایـی پـردازش حرکات چشـم و درمـان مبتنـی بـر ذهنـی سـازی بـه منظـور کاهـش نشـخوار خودانتقـادی در نوجوانـان با نشـانگان افسـردگی اسـتفاده کننـد.

سپاسگزاری

از همـه افـرادی کـه در اجـرای ایـن مطالعـه مشـارکت و همکاری داشـتند، تقدیـر و تشـکر بـه عمـل مـی آیـد. پیشـنهاده ایـن پژوهـش در کمیتـه ملـی اخـلاق شـعبه دانشـگاه آزاد اسـلامی واحد تهران شـمال بـا شناسـه IR.IAU.TNB.REC.1404.045 بـه تصویـب رسـیده اسـت.

تضاد منافع

هیچ حامی مالی و تعارض منافعی وجود ندارد.

References

1. Shorey S, Ng ED, Wong CH. Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. British journal of clinical psychology. 2022;61(2):287-305.
2. Li J, Jin Y, Xu S, Wilson A, Chen C, Luo X, Liu Y, Ling X, Sun X, Wang Y. Effects of bullying on anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder among sexual minority youths: network analysis. JMIR public health and surveillance. 2023;9(1):e47233.
3. Okońska A, Hakało D, Ignatiuk-Chilkiewicz M, Kałuska J, Jelska W, Kozakiewicz J, Ziemba M, Kiślak M. Risk factors for depression in adolescents. Quality in Sport. 2025;39:58314-.
4. Gómez-Tabares AS. Depression as a mediator between bullying and suicidal behavior in children and adolescents. Behavioral Psychology. 2021;29(2):259-81.
5. Cuijpers P, Karyotaki E, Ciharova M, Miguel C, Noma H, Stikkelbroek Y, Weisz JR, Furukawa TA. The effects of psychological treatments of depression in children and adolescents on response, reliable change, and deterioration: a systematic review and meta-analysis. European child & adolescent psychiatry. 2023;32(1):177-92.
6. Chiang YH, Ma YC, Lin YC, Jiang JL, Wu MH, Chiang KC. The relationship between depressive

symptoms, rumination, and suicide ideation in patients with depression. International journal of environmental research and public health. 2022;19(21):14492.

7. Yun RC, Fardghassemi S, Joffe H. Thinking too much: How young people experience rumination in the context of loneliness. Journal of Community & Applied Social Psychology. 2023;33(1):102-22.
8. Wang P, Cao W, Chen T, Gao J, Liu Y, Yang X, Meng F, Sun J, Li Z. Mediating role of rumination and negative affect in the effect of mind-wandering on symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. Frontiers in Psychiatry. 2021;12:755159.
9. Amaral F, Henning M, Moir F, Krägeloh C. A structural equation model analysis of the relationships between career indecision, sense of control, self-efficacy, rumination and depression in high school students. Discover Psychology. 2024;4(1):150.
10. Fearn M, Marino C, Spada MM, Kolubinski DC. Self-critical rumination and associated metacognitions as mediators of the relationship between perfectionism and self-esteem. Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy. 2022;40(1):155-74.
11. Kho CJ, Soria AI, Eser AH, Cruz JA, Garcia GB. Com-Past-Sion: Acceptability and Efficacy of a Compound Self-compassion-based Digital Workbook as Therapy for High Self-critical Rumination. Indian Journal of Positive Psychology. 2024;15(3):290-7.
12. Faraji R, Babapour Khairuddin J, Bakhshipour Roodsari A. Investigating the mediating role of hopelessness in the relationship between alexithymia, impulsivity, distress tolerance, self-criticism and non-suicidal self-injury in adolescents. Journal of Modern Psychological Researches. 2023;18(71):179-88.
13. Navarro PN, Landin-Romero R, Guardiola-Wanden-Berghe R, Moreno-Alcázar A, Valiente-Gómez A, Lupo W, Garcia F, Fernandez I, Perez V, Amann BL. 25 years of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): The EMDR therapy protocol, hypotheses of its mechanism of action and a systematic review of its efficacy in the treatment of post-traumatic stress disorder. Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition). 2018;11(2):101-14.
14. Zheng S, Shen Y, Geng F, Ye M, Song S, Wang R, Zhang S, Ou Y, Zhou X. Effects of eye movement desensitisation and reprocessing on depressive symptoms, stress and rumination in adolescents with depression: a randomised controlled trial. European Journal of Psychotraumatology. 2025;16(1):2488558.
15. Bonyadi T, Homaei R, Heidari A. Effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy in Response Inhibition and Cognitive Flexibility of Veterans with Posttraumatic Stress Disorder. Journal of Archives in Military Medicine. 2023;11(3): e138324.
16. Balbo M, Zaccagnino M, Cussino M, Civilotti C. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and eating disorders: A systematic review. Clinical Neuropsychiatry. 2017;14(5):321-9.
17. Farahani E, Bahrainian SA, Nasri M, Shahbizadeh F. The Effectiveness of Mentalization-Based Treatment on Rumination and Worry of Patients with Generalized Anxiety Disorder. Journal of Modern Psychological Researches. 2025;20(77):157-69. (In Persian).
18. Schreiner MW, Jacobsen AM, Farstead BW, Miller RH, Jacobs RH, Thomas LR, Bessette KL, Pazdera M, Crowell SE, Kaufman EA, Feldman DA. Rumination induction task in fMRI: Effects of rumination focused cognitive behavioral therapy and stability in youth. Journal of Affective Disorders. 2025;372:608-15.
19. Morken KT, Binder PE, Arefjord NM, Karterud SW. Mentalization-based treatment from the patients' perspective–what ingredients do they emphasize?. Frontiers in Psychology. 2019;10:1327.
20. Moran-Kneer J, Duarte J, Alkabes-Esquenazi L, Solervicens P, García F, Arancibia M, Díaz F, Avalos N. Protocol for the feasibility and acceptability of mentalization-based treatment for early adolescents with depression: A short-term psychotherapy approach for patients and families. medRxiv. 2024;16:2024-10.
21. Moradi K, Dehghani A, Ghamarani A, Gorgi Y. The Effectiveness of Mentalization-Based Therapy on Interpersonal Sensitivity of Adolescents with Behavioral-Emotional Problem. Quarterly Journal of Social Work. 2024;13(2):15-23. (In Persian).
22. Beck, AT.; Steer, RA.; Brown, GK. Manual for

the Beck Depression Inventory, Second Edition (BDIII). San Antonio, TX: The Psychological Association; 1996.
23. Rahimi C. Application of the beck depression inventory-II in Iranian University students. Clinical Psychology and Personality. 2014;12(1):173-88. (In Persian).
24. Smart LM, Peters JR, Baer RA. Development and validation of a measure of self-critical rumination. Assessment. 2016;23(3):321-32.
25. Shahian H, Molaee M, Saadat S. Persian version of Self-Critical Rumination Scale (SCRS) in students. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ). 2024;13(6):231-40. (In Persian).
26. Shapiro F, Forrest MS. EMDR: The breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress, and trauma (2nd ed.). Springer Publishing. 2016.
27. Taheri N, Hadianfard H. Treatment of eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic stress disorder in Iran: a systematic review study. Rooyesh-e-Ravanshenasi journal (RRJ). 2020;9(9):105-20. (In Persian)
28. Bateman A, Fonagy P. Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide. Oxford University Press. 2016.
29. Qadernejad M, Etemadnia M, Farshbaf Mani Sefat F. The Comparison of the effectiveness of dialectical behavior therapy and mentalization-based therapy in improving the symptoms of people with borderline personality disorder. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ). 2023;11(12):153-62. (In Persian).
30. Rydberg JA, Virgitti L, Tarquinio C. Bolstering the adaptive information processing model: a narrative review. Frontiers in Psychiatry. 2024;15:1374274.
31. Grzybowski J, Brinthaupt TM. Trait mindfulness, self-compassion, and self-talk: A correlational analysis of young adults. Behavioral Sciences. 2022;12(9):300.
32. Yang S, Liu GX, Zhou YS, Ma ZJ, Xia L, Zhang HL, Li XY, Kong XY, Ge YJ, Zang P, Chen GH. Relationships between rumination and different types of rapid eye movement sleep in patients with chronic insomnia disorder. Sleep Medicine. 2024;117:162-8.
33. Hase M, Balmaceda UM, Hase A, Lehnung M, Tumani V, Huchzermeier C, Hofmann A. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in the treatment of depression: a matched pairs study in an inpatient setting. Brain and Behavior. 2015;5(6):e00342.
34. Voicu A, Luchner A. The indirect effect of mentalized affectivity on the relationship between self-criticism and attentional control. Current Psychology. 2024;43(11):9933-43.