

Research Paper

Comparing the effectiveness of mentalization, positive thinking, and interpersonal problem-solving therapies on cognitive emotion regulation in adolescents at risk of anxiety

Mohammadreza Rasoulitabar¹ , Keivan Kakabraee^{*2} , Karim Afsharinia³ 

1. Ph.D. Student of General Psychology, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran
2. Professor, Department of Clinical Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran
3. Associate Professor, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

Citation: Rasoulitabar M, Kakabraee K, Afsharinia K. Comparing the effectiveness of mentalization, positive thinking, and interpersonal problem-solving therapies on cognitive emotion regulation in adolescents at risk of anxiety. *J Child Ment Health*. 2026; 13 (1):113-133.

URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-1557-en.html>



CrossMark



 [10.61882/jcmh.13.1.7](https://doi.org/10.61882/jcmh.13.1.7)

ARTICLE INFO

Keywords:

Anxiety,
cognitive emotion
regulation, interpersonal
problem-solving therapy,
mentalization therapy,
positive-focused therapy

ABSTRACT

Background and Purpose: Discovering and identifying effective components to prevent the progression of risky behaviors and their continuation is of interest to many researchers, psychologists, and activists in the social and educational fields, because failure to prevent and identify its components can trap many people in risky behaviors in the future. The aim of the present study was to compare the effectiveness of mentalizing, positive thinking, and interpersonal problem-solving therapies on cognitive emotion regulation in adolescents at risk of anxiety.

Method: The research method was a quasi-experimental pre-test-post-test-two-month follow-up design with a control group. The statistical population of the study included all adolescents at risk of anxiety who referred to counseling and psychotherapy centers in Kermanshah in 2024, and the research samples included 80 eligible volunteers (according to the inclusion and exclusion criteria) from the stated statistical population (60 people in three groups to participate in therapy sessions, 20 people in the control group). The data collection tool included the validated version of Beck Anxiety Inventory (BAI) (Beck, 1988) and Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) (Garnofsky et al., 2006) in Iran, which was administered in three stages of pre-test, post-test, and follow-up on three experimental groups and one control group. For data analysis, repeated measures analysis of variance was used using SPSS-26.

Results: The findings of the study showed that there was a significant difference between mentalizing therapy, positive-focus therapy, and interpersonal problem-solving therapy in the cognitive emotion regulation variable of at-risk adolescents ($P=0.001$, $F=11.860$). The results of the Bonferroni test for pairwise comparison of means between groups indicated that there was no significant difference in the mean scores of the adapted strategies subscale between all three mentalizing therapy, positive-focus therapy, and interpersonal problem-solving therapy groups ($P>0.05$).

Conclusion: Based on the findings of the study, it can be said that the results show that all three interventions used in this study can improve the cognitive emotion regulation of adolescents at risk of anxiety and irritability. It is recommended that more attention be paid to conducting these training courses based on these interventions in adolescents.

Received: 2 Dec 2025

Accepted: 19 May 2026

Available: 30 May 2026



* **Corresponding author:** Keivan Kakabraee, Professor, Department of Clinical Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

E-mail: Keivan@iauksh.ac.ir

Tel: (+98) 8337243181

2476-5740/ © 2026 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Extended Abstract

Introduction

Adolescence is an especially important and sensitive period, a period of rapid development and change, in which adolescents experience many recent changes and challenges. Over the past two decades, many efforts have been made to explain adolescents who are at risk of anxiety and to provide methods for prevention and treatment (3). Risky behaviors are those that can have adverse effects on the development and well-being of adolescents and young people and prevent their success in the future. Also, risky behaviors cannot be considered only as a series of individual problems but also lead to profound consequences for society (4).

An important part of each person's life is cognitive emotion regulation, and disturbance in emotion and its regulation can lead to sadness and even psychological harm (7). Emotion regulation is a process that helps individuals increase, decrease, or keep emotional, behavioral, and cognitive components. As a result of having emotion regulation skills, individuals can express their emotions in a proper manner and, if they take part in unpleasant emotions such as sadness and frustration, they can reduce their intensity (9). This study compared the new treatments, mentalization therapy, positive reinforcement therapy, and interpersonal problem-solving therapy. Mentalization therapy is a new, clinically effective psychological treatment modality that is a set of techniques that encourage healthy mentalization and is an effective way to help people with anxiety who have difficulty with emotional regulation, social problem-solving, and subjective well-being (18). One of the key factors influencing interpersonal functioning is the ability to mentalize, as it is essential for effective human relationships (21).

Positive psychotherapy emphasizes the enhancement of positive psychological constructs, and these constructs (such as optimism and positive affect) are associated with a variety of health outcomes (23). Positive interventions emphasize the enhancement of human capabilities and virtues in addition to enhancing positive thoughts, emotions, and behaviors (25) and are recommended as a flexible model that can be applied alongside other therapeutic approaches (27). Problems experienced in interpersonal relationships during adolescence are defined as interpersonal problems, and the process of trying to resolve the tension arising from these problems is called interpersonal problem solving (30). Interpersonal problem-solving training is a therapeutic method in which an individual learns to use their effective cognitive skills to cope with problematic interpersonal situations (31). In this approach, individuals are taught to use a systematic method to overcome their problems (33). Anxiety and behavioral consequences in adolescents at risk of anxiety, such as the inability to regulate emotions, are problematic and it is necessary to use prompt intervention to prevent the progression of pathological, emotional, psychological, and behavioral symptoms. Given this research gap and the higher pressure that the process of anxiety

and factors at risk of anxiety impose on Iranian adolescents, as well as their impact on the psychological, communicative, social, and academic components of adolescents, this study seeks to compare the effectiveness of mentalization, positive thinking, and interpersonal problem-solving therapies on cognitive emotion regulation in adolescents at risk of anxiety.

Method

The method of the present study was a quasi-experimental pre-test-post-test-follow-up design with a control group (three experimental groups and one control group). The statistical population of this study included all adolescents at risk of anxiety who referred to counseling and psychotherapy centers in Kermanshah in 2024. Based on the call for participation in the study, 142 people were registered, of which 80 participants with higher anxiety symptoms and scores (with a cut-off score of 60 and higher on the Beck Anxiety Inventory (35)) were selected through convenience sampling and randomly assigned to four experimental and control groups (three experimental groups and one control group - 20 adolescents in each group). The inclusion criteria for the study were: scoring 60 or more on the Beck Anxiety Inventory, not having a mental disorder or chronic physical illness, and no organ impairment (as assessed through a clinical interview), and not participating in similar educational interventions at the same time; the exclusion criteria were also missing more than two sessions in the training course and not cooperating during the training course. The frequency distribution of participants' ages based on experimental groups and by age categories was as follows: in the mentalization therapy group (4 people aged 12-13 years, 7 people aged 15-14 years, 9 people aged 18-16 years), in the positive therapy group (5 people aged 12-13 years, 5 people aged 15-14 years, 10 people aged 18-16 years), in the interpersonal problem-solving therapy group (4 people aged 12-13 years, 7 people aged 15-14 years, 9 people aged 18-16 years), and in the control group (5 people aged 12-13 years, 5 people aged 15-14 years, 10 people aged 18-16 years). The data collection tool included the validated version of Beck Anxiety Inventory (BAI) (35, 53-55) and Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) (48, 49) in Iran, which was administered in three stages of pre-test, post-test, and follow-up on three experimental groups and one control group. In this study, the first experimental group received a mentalization therapy intervention (56) consisting of twelve 90-minute sessions, delivered once a week. The second experimental group received positive-focus therapy (57) consisting of twelve 90-minute sessions, delivered once a week, and the third experimental group received interpersonal problem-solving therapy (47, 58) consisting of twelve 60-minute sessions, delivered once a week. The control group did not receive any intervention. It should be noted that the anxiety questionnaire was used only for diagnosis and sample selection and was not administered at the post-test or follow-up stages. For data analysis, repeated measures analysis of variance was used using SPSS-26.

Results

According to the results, the distribution of individuals based on gender in the experimental and control groups has been done so that 50 percent of participants in experimental groups

(mental treatment, positive, and solving interpersonal conflicts) were female and 50 percent were boys.

Table 1. Descriptive statistics for cognitive emotion regulation dimensions in pre - test, post - test and follow - up

Variable	Group	mentalization therapy		positive thinking		interpersonal problem-solving		Control	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Adapted Strategies	pre- test	18.702	3.18	19.55	4.13	16.20	3.17	79.25	7.50
	Post-test	32.451	8.21	34.30	7.39	34.15	7.16	19.35	5.86
	Follow-up	38.353	4.41	38.45	5.04	38.55	5.55	19.45	5.34
Non-adaptive Strategies	pre- test	30.75	4.03	30.95	4.31	29.00	5.71	29.35	7.00
	Post-test	20.25	5.14	21.25	7.27	18.20	5.26	28.25	7.65
	Follow-up	22.15	2.43	23.40	7.23	17.20	6.50	28.85	6.62
Cognitive Emotion Regulation	pre- test	49.45	4.40	50.50	6.21	45.20	7.95	48.60	6.46
	Post-test	52.70	8.52	55.55	10.81	52.35	8.83	47.60	8.06
	Follow-up	60.50	4.33	61.85	8.89	55.75	8.63	48.30	7.25

Note. *M* = Mean, *SD* = Standard Deviation

The findings showed that the mean scores of cognitive emotion regulation in the post-test of the intervention groups increased compared to the pre-test. Also, the scores of this variable did not change much in the follow-up of the intervention group compared to the post-test. The results indicated that there was a difference between the intervention groups. In the control group, the mean scores of cognitive emotion regulation along with its components in the post-test did not change significantly compared to the pre-test. The results of the statistical test comparing the mean of the test phase show that there is a significant difference between the pre-test, post-test, and follow-up of the educational groups. At the inferential level, repeated measures analysis of variance test was used to examine the significance of descriptive findings. The results showed that the F value between the groups was obtained in the variables of total cognitive emotion regulation ($P=0.0001$, $F=11.860$), adaptive strategies ($P=0.000$, $F=51.471$), and maladaptive strategies ($P=0.006$, $F=15.442$), indicating that there was a significant difference between the treatment groups. Based on these results, the comparison of the effectiveness of mentalizing, positive-focused, and interpersonal problem-solving therapies on cognitive emotion regulation and its components (adaptive strategies and maladaptive strategies) is significant, and the effect sizes were 0.135, 0.404, and 0.169, respectively. In the within-group results, the effect of the experiment was obtained in the variables of total cognitive emotion regulation ($P=0.0001$, $F=22.277$), adapted strategies ($P=0.000$, $F=150.581$), and non-adapted strategies ($P=0.006$, $F=43.411$), which showed that there was a significant difference between the pre-test, post-test, and follow-up stages, and the effect size was obtained as 0.163, 0.569, and 0.276, respectively. The findings also show that the F value in the interaction between the experimental and group effects was obtained in the total cognitive emotion regulation variable ($P=0.0001$, $F=2.988$), adaptive strategies ($P=0.000$, $F=16.924$), and maladaptive strategies ($P=0.006$,

$F=4.340$), which means that the scores of the cognitive emotion regulation variable and its subscales were different in the experimental and control groups ($P<0.05$), and its effect size was obtained as 0.073, 0.103, and 0.308, respectively. The results of the Bonferroni test for pairwise comparison of means between groups indicated that there was no significant difference in the mean scores of the adaptive strategies subscale between all three treatment groups: mentalization, positive-focused therapy, and interpersonal problem-solving therapy ($P>0.05$). There is a significant difference in the mean scores of maladaptive strategies between the mentalization-based therapy group, the interpersonal problem-solving group, and the positive-focused therapy group with the control group in the post-test phase. Finally, in the cognitive emotion regulation variable of adolescents at risk of anxiety, there is a significant difference in the mean scores between the mentalization-based treatment group and the positive-oriented and interpersonal problem-solving groups, and the positive-oriented and interpersonal problem-solving groups in the post-test phase ($P<0.05$). And the effectiveness of mentalization therapy with the positive-focus group and the interpersonal problem-solving group on cognitive emotion regulation was similar.

Conclusion

This study aimed to compare the effectiveness of mentalizing, positive thinking, and interpersonal problem-solving therapies on cognitive emotion regulation in adolescents at risk for anxiety. The results showed that all three mentalizing, positive thinking, and interpersonal problem-solving therapies were equally effective in improving cognitive emotion regulation in participants. The findings of earlier studies (36-38, 40, 43-46) are consistent with the findings of this study.

In a possible explanation of the present finding of the effect of mentalization-based therapy on cognitive emotion regulation in adolescents at risk for anxiety, it can be said that mentalization-based therapy, by using mindfulness cues as well

as mindfulness activity, increases efficient emotional and affective processing in these individuals. Mentalization provides a way to systematically study cognitions that are aimed at controlling the aggravating and destructive effect of negative emotions such as anxiety. Adequate mentalization enables him not only to feel anxious, but also to express in thought and language what it feels like to feel “anxious,” the reasons for feeling anxious, and how such feelings can be regulated or changed (38). According to the theory of interpersonal problem solving, a person who can formulate or develop a variety of alternative solutions for dealing with others will also have flexibility in choosing each of these alternative solutions to problems. Also, by providing explicit training and instructions, a great improvement in the quantity and quality of solutions will be made in individuals (34). Interpersonal problem-solving skills, as the ability to create different solutions to problems and consider different consequences, have been described as key to facilitating social and psychological health, and people who lack interpersonal problem-solving skills are more likely to be aggressive or socially isolated (47).

Regarding the effectiveness of positive psychology therapy, it can be explained as follows: The goal of positive psychology is to increase optimal human functioning and by examining emotions, it leads to increased human performance. According to this approach, increasing capabilities, positive emotions, commitment, and meaning both makes life happier and richer and reduces emotional problems (25). Given that positive psychology focuses on aspects of positive thinking and positive emotions, it seeks to reduce negative and ineffective attitudes and beliefs, as reducing these negative attitudes can reduce anxiety symptoms (39). Overall, positive psychology affects negative cognitions and negative emotions that arise from the fact that they cause very high levels of anxiety among adolescents at risk of anxiety, and thus can reduce anxiety (28). According to the results of this study, although mentalizing, positive thinking, and interpersonal problem-solving therapies had a significant effect on increasing cognitive emotion regulation in adolescents at risk of anxiety, there are also limitations that should be considered. The main limitation of this study is the failure to examine and control for personal, social, and family variables that affect adolescents' cognitive emotional regulation. Also, relying on self-report data can

increase the possibility of response bias and the influence of uncontrollable factors. Therefore, future research should consider the social and cultural role in the emergence of anxiety and exposure to risk in adolescents, with larger samples, and by using multimodal assessment methods to examine the implementation and sustainability of results over longer periods of time. Looking at the results of the present study on the effectiveness of positive therapy on cognitive emotion regulation in adolescents at risk of anxiety, it is suggested to develop training packages based on a combination of positive therapy and mentalization for school counselors or training based on a combination of mentalization and cognitive behavioral therapy.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: The article is taken from the first author's doctoral dissertation in general psychology at the Islamic Azad University, Kermanshah Branch. This dissertation was registered with the code 162829237 in the research department of the Islamic Azad University, Kermanshah Branch in 2023 and its proposal was approved on February 1th, 2024. This research has been assigned the ethical code IR.IAU.KSH.REC.1403.060 by the Ethics Committee of the Islamic Azad University, Kermanshah Branch. Furthermore, the moral considerations outlined in the publication guidelines of the American Psychological Association (APA) and the ethical codes of the Iranian Psychological Association, including confidentiality, anonymity of identity information, data analysis, and informed consent from parents for participation in the study, were strictly adhered to in this research.

Funding: This study was conducted without financial support from any institution and was funded entirely by the authors.

Authors' contribution: The first author was the main designer and ideator of the research and was responsible for data collection. The second author served as the supervisor, and the third author acted as the advisor professor in this article.

Conflict of interest: This research did not involve any conflicts of interest for the authors, and its results have been reported with complete transparency and without bias.

Data availability statement: All data from this study are available to the corresponding author and were submitted to the journal at the time of manuscript review. They will also be made available to a specific researcher upon reasonable request.

Consent for publication: The authors have full consent to publish this article .

Acknowledgement: We express our deepest gratitude to the esteemed participants and all those who helped us conduct the research.

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی درمان‌های ذهنی‌سازی، مثبت‌نگر، و حل مسئله بین فردی بر تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان در معرض خطر اضطراب

محمد رضا رسولی تبار^۱، کیوان کاکابرای^{۲*}، کریم افشارنیا^۳

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

۲. استاد، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

اضطراب،
تنظیم شناختی هیجان،
درمان حل مسئله بین فردی،
درمان ذهنی‌سازی،
درمان مثبت‌نگر

زمینه و هدف: کشف و شناخت مؤلفه‌های مؤثر جهت پیشگیری سیر رفتارهای پرخطر و تداوم آن مورد توجه بسیاری از پژوهشگران و روانشناسان و فعالان عرصه‌های اجتماعی و تربیتی است، زیرا که عدم پیشگیری و شناخت مؤلفه‌های آن می‌تواند در آینده افراد بسیاری را به دام رفتارهای پرخطر بیاندازد. هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان‌های ذهنی‌سازی، مثبت‌نگر، و حل مسئله بین فردی بر تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان در معرض خطر اضطراب بود.

روش: روش انجام پژوهش، شبه‌تجربی از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری دوماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمام نوجوانان در معرض خطر اضطراب مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی در شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۳ بودند و نمونه‌های پژوهش شامل ۸۰ نفر از داوطلبین واجد شرایط (با توجه به ملاک‌های ورود و خروج) از جامعه آماری بیان شده (۶۰ نفر در سه گروه برای شرکت در جلسات درمانی، ۲۰ نفر گروه گواه) بودند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل نسخه اعتباریابی شده پرسشنامه‌های اضطراب بک (۱۹۸۸) و تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۶) در ایران بود که در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری روی سه گروه آزمایش و یک گروه گواه اجرا شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از SPSS-26 استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش حاکی از این بود که بین درمان ذهنی‌سازی، درمان مثبت‌نگر، و درمان حل مسئله بین فردی در متغیر تنظیم شناختی هیجان نوجوانان در معرض خطر تفاوت معناداری مشاهده شد ($F=11/860$ ، $P=0/001$). نتایج آزمون بن‌فرنی برای مقایسه جفتی میانگین بین گروه‌ها حاکی از این بود که میانگین نمرات خرده‌مقیاس راهبردهای سازش یافته بین هر سه گروه درمانی ذهنی‌سازی، درمان مثبت‌نگر، و درمان حل مسئله بین فردی تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>0/05$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که نتایج حاکی است که هر سه مداخله به کار گرفته شده در این پژوهش می‌تواند تنظیم شناختی هیجان نوجوانان در معرض خطر اضطراب و تحریک‌پذیری آنان را بهبود بخشد. توجه بیشتر به انجام این آموزش‌ها بر اساس این مداخلات بر روی نوجوانان، پیشنهاد می‌شود.

دریافت شده: ۱۴۰۴/۰۹/۱۱

پذیرفته شده: ۱۴۰۵/۰۲/۲۹

منتشر شده: ۱۴۰۵/۰۳/۰۹

* نویسنده مسئول: کیوان کاکابرای، استاد، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

رایانامه: Keivan@iauksh.ac.ir

تلفن: ۰۸۳-۳۷۲۴۳۱۸۱

مقدمه

نوجوانی^۱ دوره بسیار مهم و حساس، دوره تحول^۲ و تغییرات سریع است که پیامدهای مهمی مانند حضور رفتارهای پرخطر را در بر می‌گیرد و این مرحله که مرحله هویت‌یابی و از ویژگی‌های دوران نوجوانی است می‌تواند خطرات عمده‌ای را در برداشته باشد (۱). در گذشته، دوران انتقال از کودکی به بزرگسالی برای بسیاری از نوجوانان به خوبی سپری می‌شود، اما با توجه به تغییرات فناوری، فرهنگی، و اجتماعی سریع و پرشتاب جوامع امروز، این دوران برای تعدادی از نوجوانان همراه با بروز مشکلات جسمی، روانی، و اجتماعی بوده است و پایه بسیاری از رفتارهای پرخطر و آسیب‌های اجتماعی در آنان گذاشته می‌شود (۲). اضطراب^۳ از مسائل مهم بهداشتی است و دارای پیامدهایی فراگیر و مادام‌العمر است که می‌تواند دستیابی به نقاط عطف مهم آموزشی، بین‌فردی، و کسب مهارت‌های مورد نیاز، برای انتقال بهینه به بزرگسالی را محدود کند (۱). نوجوانان، تغییرات و آزمون‌های جدید زیادی را تجربه می‌کنند که طی دو دهه اخیر تلاش‌های بسیاری شده است تا نوجوانانی که در معرض خطر اضطراب هستند شناسایی شوند و چگونگی شروع و پیشروی مشکلات اضطرابی آنها بررسی شده، و روش‌هایی برای پیشگیری و درمان ارائه شود (۳). رفتارهای پرخطر^۴ مواردی هستند که می‌توانند تأثیرات نامطلوبی بر تکامل و بهزیستی نوجوانان و جوانان گذاشته و مانع از موفقیت آنان در آینده شوند. همچنین رفتارهای پرخطر را تنها نمی‌توان به عنوان مجموعه‌ای از مشکلات فردی تلقی کرد که به پیامدهای سنگین برای جامعه منجر می‌شوند (۴). در معرض خطر اضطراب قرار گرفتن شامل عوامل خطرزایی همچون گرفتاری‌های روانی اجتماعی مانند فقر، فقدان اعضای خانواده، بدرفتاری با سایر حوادث آسیب‌زا، و عوامل غیرروانی اجتماعی را شامل می‌شود که می‌تواند تحول سالم را در معرض خطر اضطراب قرار دهد. علاوه بر شواهدی که در مورد اثرات مخرب اضطراب در نوجوانان وجود دارد، این موضوع مهم در برنامه‌ریزی‌های کشوری نادیده گرفته شده است (۵،۶).

در سویی دیگر تنظیم شناختی هیجان^۵ بخش مهمی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می‌دهد، تعجب‌آور نیست که آشفتگی در هیجان و تنظیم آن می‌تواند به اندوهگینی و حتی آسیب روانی منجر شود. بازنگری در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانپزشکی نشان داد که بیش از ۵۰ درصد از اختلالات محور یک و ۱۰۰ درصد اختلالات محور دو دلالت بر نقص‌هایی در تنظیم هیجان دارد (۷). تنظیم هیجان شناختی همراه همیشگی آدمی است که به مدیریت یا تنظیم عواطف و هیجان‌ها کمک می‌کند؛ به انسان توان سازش‌یافتگی بیشتر به خصوص بعد از تجارب هیجانی منفی را می‌دهد (۸). تنظیم هیجان، فرایندی است که به افراد در افزایش، کاهش یا حفظ مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری، و شناختی^۶ یاری می‌رساند و در اثر برخورداری از مهارت تنظیم هیجان، افراد توانایی این را دارند که هیجان خود را به شیوه‌ای مناسب ابراز کنند و در صورتی که درگیر هیجانات ناخوشایند مانند احساس اندوهگینی و سرخوردگی شوند، بتوانند شدت آن را کاهش دهند (۹). در مدل فرایند تنظیم هیجانی گراس (۱۰)، طبقه‌بندی راهبردهای تنظیم هیجانی بر اساس اثرگذاری بر فرایند ارزیابی موقعیت‌های بالقوه یا بر تعدیل تمایل پاسخ‌دهی، انجام می‌شود. ارزیابی مجدد شناختی و فرونشانی^۷ بیانگر دو راهبرد تنظیم هیجانی هستند که می‌توانند از نظر جسمانی، رفتاری و تجربی تغییراتی به وجود آورند و با توجه به اینکه چه زمانی، قبل یا بعد از بروز هیجانات اتفاق می‌افتند، از یکدیگر تمایز داده می‌شوند (۱۱). مشکل در تنظیم هیجانی باعث می‌شود فرد نتواند از راهبردهای مؤثر برای مدیریت هیجانات استفاده کند. پژوهش‌های متعددی مشکلات تنظیم هیجانی را یکی از پذیرفته‌شده‌ترین علل رفتارهای آسیب‌به خود در نوجوانان بر می‌شمارند (۱۲،۱۳). به دلیل فراگیر بودن مشکلات تنظیم هیجان در طیف گسترده‌ای از آسیب‌های روان‌شناختی، پژوهش‌ها، تنظیم شناختی هیجان را به عنوان یک مکانیسم اصلی فراتشخیصی^۸ شناسایی کرده است (۱۴). تنظیم شناختی هیجان به فرآیندها و راهبردهای ضمنی و صریح مربوط به تنظیم حالات عاطفی اشاره دارد و به نوجوانان کمک می‌کند تا نسبت به تغییر شرایط و

5. Cognitive regulation of emotion

6. Emotional, Behavioral, and Cognitive Components

7. Cognitive Reappraisal and Suppression

8. Transdiagnostic

1. Adolescence

2. Transformation period

3. Anxiety

4. Risky behaviors

نیازهای حاضر که منجر به ایجاد هیجانات جدید و اضطراب می‌شود، با انعطاف‌پذیری پاسخ دهند (۱۵).
 تاکنون درمان‌های شناختی متنوعی برای درمان اضطراب مورد استفاده قرار گرفته است، اما در این پژوهش به بررسی و مقایسه درمان‌های جدید، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی^۱، درمان مثبت‌گرا^۲، و درمان حل مسئله بین‌فردی^۳ پرداخته شده است. یکی از روش‌های درمانی روان‌شناختی جدید که کارآیی بالینی مناسبی دارد، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی است. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به عنوان شاخه‌ای از روان‌درمانی روان‌پویشی به شمار می‌رود که نخستین بار توسط بتمن و فوناگی^۴ (۱۶) تدوین و معرفی شد. این درمان دو مفهوم اصلی و بنیادی را در خود جای داده است. نخست نظریهٔ دلبستگی بالبی^۵ و دوم ذهنی‌سازی. ظرفیت ذهنی‌سازی که به عنوان یک کارکرد بازتابی از آن نام برده می‌شود، را می‌توان در قالب مهارت ادراک حالات ذهنی خود و دیگران مفهوم‌پردازی کرد. این فرایند از طریق شکل‌گیری روابط بین‌فردی در زمان کودکی به‌خصوص در چرخه تحول دلبستگی به دست می‌آید و به عنوان زیربنای رفتارهای آشکار از آن نام برده می‌شود (۱۷). این درمان مجموعه‌ای از تکنیک‌هایی است که ذهنیت‌سازی سالم را تشویق می‌کند و نیز یک راه مؤثر برای کمک به افراد مبتلا به اضطراب است که در تنظیم عاطفی، حل مسئله اجتماعی، و بهزیستی ذهنی مشکل دارند (۱۸). در واقع هدف این درمان شکل‌دهی ظرفیت ذهنی‌سازی از مسیر رابطه‌های درمانی و گسترش ظرفیت درمانجو برای بازشناسی افکار، احساس‌ها و هیجان‌هایی است که تجربه می‌کند (۱۹). نقص در ظرفیت ذهنی‌سازی، پیش‌بینی‌کننده تنظیم شناختی هیجان‌سازش‌نیافته در جمعیت بالینی و غیربالینی است (۲۰). بنابراین یکی از عوامل کلیدی مؤثر بر عملکرد بین‌فردی، توانایی ذهنی‌سازی است، زیرا به نظر می‌رسد برای روابط انسانی کارآمد، ضروری است (۲۱). افراد توجه خود را بیشتر بر اضطراب‌های خود متمرکز می‌کنند و هنگام مواجهه با اضطراب، برانگیختگی آنها افزایش می‌یابد. بنابراین نارسایی ذهنی در این موقعیت می‌تواند به این مشکل منجر شود که فرد نتواند دیدگاه دیگری را در نظر بگیرد (۲۲).

یکی دیگر از روش‌های درمانی که در این پژوهش به کار برده شده است، روان‌درمانی مثبت‌گرا است. روان‌درمانی مثبت‌گرا که توسط سلیگمن (۱۹۹۸)، طراحی شده است که بر افزایش ساختارهای روان‌شناختی مثبت تأکید می‌کند و این ساختارها (مانند خوش‌بینی و تأثیر احساسات مثبت) با نتایج متعدد سلامتی همراه است (۲۳). روان‌شناسی مثبت‌گرا^۶ حوزه‌ای علمی است که بر آشکارسازی، درک و تقویت عواملی تمرکز دارد که باعث شکوفایی افراد و سیستم‌ها می‌شوند. روان‌شناسی مثبت‌گرا به طور گسترده در زمینه مداخله زود هنگام، پیشگیری مثبت، و ارتقای سلامت روان در کودکان و نوجوانان مورد مطالعه قرار گرفته و تأیید شده است که ارزشی افزون شده در مشاوره با نوجوانان در حال تحول، نسبت به تنظیم شناختی هیجان جوانانی دارد که با مشکلات روان‌شناختی یا در معرض خطر اضطراب مواجه هستند (۲۴). روان‌شناسی مثبت‌گرا روی آورد نسبتاً جدید در زمینه روان‌شناسی است. این موضوع به دلیل دیدگاه‌های خاص و روی‌آوردهای آموزشی-درمانی که تا به حال مطرح شده‌اند، جایگاه ویژه‌ای در روان‌شناسی پیدا کرده است. به ویژه در زمینه‌هایی مانند تبدیل شدن به روی‌آوردهای عملی مبتنی بر شواهد تجربی برای بهبود کیفیت زندگی، شادزیستی، و دستیابی به رفاه، این روی‌آورد دارای نرخ بهتری بوده و به سرعت به این جایگاه رسیده است (۲۵). مداخله‌های مثبت علاوه بر افزایش افکار، هیجان‌ها، و رفتار مثبت بر افزایش توانمندی‌ها و فضیلت‌های انسانی تأکید دارند که امکان دستیابی به موفقیت را برای فرد و جامعه فراهم می‌آورد (۲۶). روان‌درمانی مثبت‌گرا روی آورد درمانی است که به طور گسترده براساس اصول روان‌شناسی مثبت‌گرا است. روان‌درمانی مثبت‌گرا که در مورد نقاط قوت شخصیت ریشه دارد، علائم را با نقاط قوت، منابع با خطرات، نقاط ضعف را با ارزش‌ها و امیدها را با پشیمانی ادغام می‌کند (۲۷). روان‌درمانی مثبت‌نگر از جنبش روان‌شناسی مثبت سرچشمه می‌گیرد که با توسعهٔ تعامل، لذت، و معنا، تغییرات درمانی را ترویج می‌کند. روان‌درمانی مثبت‌نگر به عنوان یک مدل انعطاف‌پذیر پیشنهاد می‌شود که می‌تواند در کنار سایر روی‌آوردهای درمانی برای

4. Batman, Fonagy
 5. Bowlby's Attachment Theory
 6. Positive psychotherapy

1. Mentalization-based treatment or Mentalization-based therapy (MBT)
 2. Positive therapy
 3. Interpersonal problem-solving therapy

سایر گروه‌های بیمار اعمال شود (۲۸). آموزش مهارت‌های مثبت‌نگری به افراد برای مهار و تغییر افکار منفی یا نادرست و در نتیجه کاهش اضطراب می‌تواند تأثیر گزار باشد (۲۹) و با مداخلات استاندارد برای اضطراب، با افزایش احساسات مثبت، تعامل، و معنا به جای هدف قرار دادن مستقیم علائم اضطراب، در تضاد است (۳۰).

مشکلات تجربه شده در روابط بین‌فردی در دوران نوجوانی به عنوان مشکلات بین‌فردی تعریف می‌شوند و فرآیند شناختی- رفتاری شامل تلاش برای از بین بردن تنش ناشی از این مشکل، حل مسئله بین‌فردی نامیده می‌شود (۳۱). آموزش حل مسئله بین‌فردی روش درمانی است که بدان طریق فرد می‌آموزد تا از مجموعه مهارت‌های شناختی مؤثر خود برای کنار آمدن با موقعیت‌های بین‌فردی مشکل‌آفرین استفاده کند (۳۲). حل مسئله فرایندی شناختی است که به وسیله آن فرد می‌کوشد راه‌حل مناسبی برای یک مشکل پیدا کند (۳۳). همچنین یکی از اهداف مهم نظام‌های تعلیم و تربیت مدرن، پرورش افرادی است که قادر باشند بر مسائل و مشکلات‌شان در زندگی روزمره و در محیط اجتماعی به آسانی غلبه کنند. در این روی آورد به افراد آموزش داده می‌شود تا از روشی منظم برای غلبه بر مسائل خود استفاده کنند (۳۴).

نوجوانان ۱۰ تا ۱۹ ساله، به دلیل دوره انتقالی که بین دوران کودکی و بزرگسالی سپری می‌کنند، در برابر اختلالات اضطرابی آسیب‌پذیر هستند که شامل تغییرات فیزیکی، عاطفی، و روانی- اجتماعی است. نوجوانانی که از آزمون اضطراب بک (۳۵) نمره بالاتر از حد متوسط دریافت کنند به عنوان نوجوان در معرض خطر اضطراب در نظر گرفته شده‌اند. پژوهش‌های متعددی درباره درمان‌های ذهنی‌سازی، مثبت‌نگر، و حل مسئله بین‌فردی به صورت جداگانه انجام شده است که در هریک از این مطالعات بر اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر بهبود راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان (۳۶)، روان‌درمانی مثبت‌نگر بر دو مؤلفه انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی (۳۷)، اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر کاهش تنیدگی، اضطراب، افسردگی (۲۵)، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی منجر به کاهش علائم اضطرابی (۳۸)، روان‌درمانی مثبت‌نگر بر اضطراب (۳۹)، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر

نشخوارهای فکری و نگرانی بر بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر (۴۰)، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجانی (۴۱)، آموزش مهارت‌های حل مسئله بین‌فردی تأثیر معناداری در کاهش جهت‌گیری منفی، سبک حل مسئله اجتنابی و سبک حل مسئله تکانشگری/ بی‌دقتی و افزایش جهت‌گیری مثبت و سبک حل مسئله منطقی (۱۶)، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر تنظیم شناختی هیجان (۵)، درمان حل مسئله بین‌فردی بر حل مسئله اجتماعی و زیرمقیاس‌های آن (۴۲)، تأثیر آموزش مهارت‌های حل مسئله بر افزایش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (۴۳)، اثربخشی آموزش شادی و آموزش مهارت حل مسئله بر راهبرد تنظیم شناختی هیجان و شفقت به خود (۴۴)، اثربخشی آموزش مهارت حل مسئله بر اضطراب (۴۵)، و مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی مثبت‌نگر گروهی با درمان شناختی- رفتاری گروهی بر تنظیم شناختی هیجان (۴۶) تاکید شده است. در ضرورت انجام پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد از آنجایی که این سه روش درمانی (درمان حل مسئله بین‌فردی، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، و روان‌درمانی مثبت‌گرا) تاکنون درباره متغیر تنظیم شناختی هیجان و در رابطه با اضطراب با یکدیگر به طور همزمان مقایسه نشده‌اند، اینکه آیا به یک میزان اثرگذارند و یا روش درمانی خاصی بر دیگری ارجحیت دارد، مورد بررسی قرار گرفته است. اضطراب و عواقب رفتاری در نوجوانان در معرض خطر اضطراب مانند ناتوانی در تنظیم شناختی هیجان مساله‌ساز است که ضروری است با به کارگیری مداخله بهنگام از پیشروی علائم آسیب‌شناختی، هیجانی، روانی، و رفتاری جلوگیری شود. علاوه بر این آنچه مسلم است این است که نوجوانان به دلیل تغییرات تحولی سریع بیش از سایر گروه‌های سنی، مستعد تغییرات خلقی هستند که در صورت بی‌توجهی می‌تواند عواقب زیانباری را در پی داشته باشد. با توجه به این شکاف پژوهشی و فشار بالاتری که فرایند اضطراب و عوامل در معرض خطر اضطراب قرار گرفتن بر نوجوانان ایرانی وارد می‌کند، همچنین با توجه به تأثیر اضطراب و در معرض خطر اضطراب قرار گرفتن بر

1. Interpersonal problem-solving

مؤلفه‌های روان‌شناختی، ارتباطی، اجتماعی، و تحصیلی نوجوانان، این پژوهش به دنبال آن است تا با توجه به خلأ پژوهشی موجود، به مقایسه اثربخشی درمان‌های ذهنی‌سازی، مثبت‌نگر، و حل مسئله بین فردی بر تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان در معرض خطر اضطراب بپردازد.

روش

(الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر با توجه به هدف، کاربردی و از نظر شیوه اجرا، شبه‌تجربی از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه گواه^۱ (سه گروه آزمایش و یک گروه گواه) است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی نوجوانان در معرض خطر اضطراب مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۳ بود. براساس فراخوان شرکت در پژوهش تعداد ۱۴۲ نفر ثبت نام کردند که از این افراد تعداد ۸۰ نفر از شرکت‌کنندگان دارای نشانگان و نمره اضطراب بیشتر (با نمره برش ۶۰ و بالاتر در آزمون اضطراب بک (۳۵))، به صورت نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب شدند و به صورت تصادفی در چهار گروه ۲۰ نفری آزمایش و گواه (چهار گروه ۲۰ نفری که گروه یکم به صورت گروه گواه و در هیچ کلاسی شرکت نکرده‌اند ولی سه گروه بعدی، یک گروه در کلاس درمان ذهنی‌سازی، یک گروه در کلاس درمانی مثبت‌نگر، و یک گروه در کلاس درمانی حل مسئله بین فردی) جایدهی شدند. منطبق تعیین حجم نمونه بر اساس این دیدگاه قرار گرفت (۴۷) که تأکید می‌کند که حداقل نسبت حجم نمونه برای هر پارامتر برآورد شده ۵ نفر است؛ نسبت ۱۰ به ۱ مناسب‌تر و نسبت ۲۰ به ۱ مطلوب قلمداد می‌شود. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارتند از: کسب نمره ۶۰ و بیشتر در آزمون اضطراب بک، نداشتن اختلال روانی یا بیماری جسمانی مزمن، و نقص عضو (که از طریق مصاحبه بالینی بررسی شده است)، و عدم شرکت همزمان در مداخلات آموزشی مشابه؛ همچنین ملاک‌های خروج عبارت از غیبت بیش از دو جلسه در دوره آموزشی و عدم همکاری (عدم انجام تکالیف و توجه به مطالب آموزش

داده شده) در حین اجرای دوره آموزشی بود. توزیع فراوانی سن مشارکت‌کنندگان براساس گروه‌های آزمایشی و به تفکیک طبقات سنی، در گروه درمان ذهنی‌سازی (۴ نفر سن ۱۳-۱۲ سال، ۷ نفر سن ۱۵-۱۴ سال، ۹ نفر سن ۱۸-۱۶ سال)، در گروه درمان مثبت‌گرا (۵ نفر سن ۱۳-۱۲ سال، ۵ نفر سن ۱۵-۱۴ سال، ۱۰ نفر سن ۱۸-۱۶ سال)، در گروه درمان حل مسئله بین فردی (۴ نفر سن ۱۳-۱۲ سال، ۷ نفر سن ۱۵-۱۴ سال، ۹ نفر سن ۱۸-۱۶ سال) و در گروه گواه (۵ نفر سن ۱۳-۱۲ سال، ۵ نفر سن ۱۵-۱۴ سال، ۱۰ نفر سن ۱۸-۱۶ سال) بوده است.

(ب) ابزار

۱. مقیاس تنظیم شناختی هیجان^۲ در این پژوهش برای ارزیابی تنظیم شناختی هیجان از پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان ساخته گارنفسکی و همکاران^۳ (۴۸) در سال ۲۰۰۶ استفاده شد. این پرسشنامه یک ابزار ۱۸ گویه‌ای و از نوع لیکرت (هرگز=۱ تا همیشه=۵) است که حداقل نمره ۱۸ و حداکثر نمره ۹۰ است. کمینه و بیشینه نمره در هر خرده‌مقیاس به ترتیب ۲ و ۱۰ است که نمره بالاتر نشان‌دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود. گویه‌ها به دو دسته راهبردهای انطباقی (سازش‌یافته) و راهبردهای غیرانطباقی (سازش‌نیافته) تقسیم می‌شوند. گویه‌های مربوط به خرده‌مقیاس‌های راهبردهای سازش‌یافته: کم‌اهمیت‌شماری (۱۳-۱۴)، تمرکز مجدد مثبت^۴ (۸-۷)، ارزیابی مجدد مثبت^۵ (۱۲-۱۱)، پذیرش^۶ (۴-۳) و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی^۷ (۱۰-۹) و گویه‌های مربوط به خرده‌مقیاس‌های راهبردهای سازش‌نیافته عبارتند از: خودسرزنشگری^۸ (۲-۱)، دیگرسرزنشگری^۹ (۱۸-۱۷)، تمرکز بر فکر/نشخوارگری^{۱۰} (۶-۵) و فاجعه‌نمایی^{۱۱} (۱۶-۱۵). درستی و قابلیت اعتماد این آزمون توسط گارنفسکی و همکاران (۴۸) بررسی شد که بدین ترتیب ضرایب همبستگی بین نمره‌های ۱۰۸ نفر از شرکت‌کنندگان در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای سنجش اعتبار بازآزمایی محاسبه شده و در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود. در پژوهشی دیگر (۴۹) روایی محتوایی مقیاس‌ها براساس داوری ده نفر از متخصصان روان‌شناسی،

7. Refocus on planning
8. Self-blame
9. Other blame
10. Focus on thought/rumination
11. Catastrophizing

1. Pretest-posttest-follow up with control group design
2. Cognitive Emotion Regulation Scale
3. Garnefski & Kraaij
4. Positive refocusing
5. Positive reappraisal
6. Acceptance

بررسی و ضرایب توافق کندال برای هر یک از مقیاس‌های خودسرزنشگری، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، کم‌اهمیت‌شماری، فاجعه‌نمایی، و دیگر سرزنشگری به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۸۰، ۰/۷۷، ۰/۷۵، ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۵، ۰/۸۷ محاسبه شده است. همچنین در پژوهشی دیگر (۵۰) روایی و اعتبار این مقیاس بررسی شد که برای روایی از همبستگی میان خرده‌مقیاس‌ها استفاده شد که این همبستگی‌ها از ۰/۷۳ تا ۰/۸۸ بود. برای اعتبار از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که این ضرایب برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ گزارش شد. در پژوهشی دیگر (۵۱) مقدار آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۵ به دست آمده است. در پژوهش حاضر نیز ضرایب آلفای کرونباخ برای عامل‌های کم‌اهمیت‌شماری ۰/۸۱، تمرکز مجدد مثبت ۰/۷۹، ارزیابی مجدد مثبت ۰/۸۳، پذیرش ۰/۷۹ و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی ۰/۷۶، خودسرزنشگری ۰/۸۴، دیگر سرزنشگری ۰/۷۴، تمرکز بر فکر/نشخوارگری ۰/۸۱ و فاجعه‌نمایی ۰/۸۲ به دست آمده است.

۲. مقیاس اضطراب بک^۱: در این پژوهش برای ارزیابی اضطراب از پرسشنامه اضطراب بک^۲ (۳۵) استفاده شده است. این پرسشنامه ابزاری خودگزارشی دارای ۲۱ گویه و از نوع لیکرت (به هیچ وجه = ۱ تا خیلی زیاد = ۴) است که برای اندازه‌گیری شدت بی‌قراری و اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است. در مجموع، حداقل نمره آزمودنی - ۰ ها و حداکثر نمره ۶۳ است که اگر عدد به دست آمده بین ۰-۷ باشد نشانه عدم اضطراب؛ بین ۸-۱۵ نشانه اضطراب خفیف؛ نمره بین ۱۶-۲۵ نشانه اضطراب متوسط و نمره ۲۶-۶۳ نشانه اضطراب شدید است. این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. یافته‌های بک و همکاران (۵۲) حاکی از این بود که ضریب همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ) ۰/۹۲، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی

گویه‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر بود. درستی و قابلیت اعتماد این آزمون در پژوهشی دیگر در ایران (۵۳) توسط آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۴ گزارش شده است. پایایی این مقیاس در پژوهشی دیگر (۵۴) از طریق بازآزمایی برابر با ۰/۷ گزارش شده است. همچنین در پژوهشی دیگر (۵۵) برای این ابزار سنجش اضطراب، ضریب پایایی ۰/۹۰ گزارش شده است. در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد و روایی صوری و محتوایی این آزمون توسط متخصصان مجدداً مورد تأیید قرار گرفته است.

(ج) معرفی برنامه‌های مداخله‌ای

۱. پروتکل درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی: درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی روی آوردی روان‌شناختی است که بر مفهوم گرایی و ذهن‌آگاهی دلالت دارد. این روی آورد به افراد کمک می‌کند تا از طریق تجربه و تفکرات خود، رفتارهای ناپسند خود را شناسایی کنند و به بهبود آنها پردازند. اصل درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، توجه به لحظه و تجربه‌های فوری است. این روی آورد به افراد می‌آموزد که بیشتر به ذهن و جسم خود توجه کنند و با کمک تکنیک‌های ذهنی‌سازی، قادر خواهند بود به شیوه‌ای مناسب با تیدگی و اضطراب خود روبرو شوند. همچنین تکنیک‌های مبتنی بر ذهنی‌سازی، به آنها کمک می‌کند تا اعتماد به خود بیشتری به دست آورند و با مسائل روزمره‌شان بهتر مقابله کنند و در زندگی شخصی و تحصیلی بهترین عملکرد را از خود به نمایش بگذارند. در مطالعه حاضر، برنامه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی طبق پروتکل بتمن و فوناگی^۳ (۵۶)، طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی و هفته‌ای یک‌بار اجرا شد (مطابق با جدول ۱). مداخله ارائه شده شامل آموزش ذهنی‌سازی و تعریف آن، توصیف انواع هیجان‌ات و تفاوت‌های فردی در مهار هیجان‌ات، بررسی خودتنظیمی احساسات و ارائه تکنیک‌های آرمیدگی، اهمیت بررسی اضطراب و تأثیر اضطراب در ارتباط با دیگران، خودآرام‌سازی، ارائه آموزش در مورد اضطراب بود.

جدول ۱: محتوای جلسات درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی (۵۶)

جلسات	عناوین جلسات	اهداف و محتوا
یکم	اجرای پیش‌آزمون و آشنایی با نحوه اجرای آموزش ذهنی‌سازی	خوشامدگویی/ معرفی درمان‌گر/ ابتدا اجرای پیش‌آزمون و سپس معرفی آموزش ذهنی‌سازی و تعریف آن و توضیح پیرامون علت اجرای این دوره آموزشی/ توضیح پیرامون چگونگی برنامه‌ریزی برای تمرینات ذهنی‌سازی و گنجاندن این تمرینات در زندگی روزانه/ بیان اهداف جلسه اول (برنامه درمان چیست؟ ذهنی‌سازی چیست؟) تأکید بر حضور به موقع در جلسه/ معرفی مراجع‌کننده و اینکه چرا به درمان ارجاع شده است؟/ ارائه کاربرگ/ توصیف ساختار جلسه/ توضیح جنبه‌های خاص، ابعاد و مزایای ذهنی‌سازی و تمایز آن با سوء تعبیرها از سوی درمانگر/ بررسی موارد مطرح‌شده از سوی مراجع‌کننده/ ارائه تکلیف خانگی.
دوم	تشریح ماهیت جلسه، آشنایی اعضا با یکدیگر	شرح مختصری از ۱۱ جلسه بعدی/ مروری بر بحث جلسه قبل/ بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه هیجان‌ات اصلی و اجتماعی، هیجان‌ات اولیه و ثانویه/ توصیف انواع هیجان‌ات و تفاوت‌های فردی در گواه هیجان‌ات/ ارائه تکلیف خانگی.
سوم	ذهنی‌سازی هیجان‌ات	مروری بر بحث جلسه قبل/ بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه هیجان‌ات اصلی و اجتماعی، هیجان‌ات اولیه و ثانویه/ توصیف انواع هیجان‌ات و تفاوت‌های فردی در گواه هیجان‌ات/ ارائه تکلیف خانگی.
چهارم	اجرای آموزش ذهنی‌سازی	مروری بر بحث جلسه قبل/ بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه (ذهنی‌سازی هیجان‌ات)/ ارائه فعالیت در مورد نحوه ثبت هیجان‌ات در رابطه با خود و دیگران/ بحث در مورد موارد مطرح‌شده از سوی مراجع‌کننده/ تفسیر علامت‌های هیجانی درونی در خودمان و حالات هیجانی در دیگران/ بررسی خودتنظیمی احساسات و این‌که چگونه دیگران می‌توانند به تنظیم احساسات ما کمک کنند/ احساسات غیرذهنی‌سازی که بسیار ناراحت‌کننده هستند و بررسی چگونگی مدیریت حالات هیجانی/ ارائه تکنیک‌های آرمیدگی/ ارائه تکلیف خانگی.
پنجم	بررسی مفهوم اضطراب	مروری بر بحث جلسه قبل/ بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه (اهمیت بررسی اضطراب)/ شناخت و مقابله با نشانه‌های اضطراب/ تمرین درک افکار و احساسات خود و دیگران/ ارائه تکلیف خانگی.
ششم	تمرین و مرور تکالیف	خودآرام‌سازی/ مروری بر بحث جلسه قبل/ بررسی تکالیف/ ارائه تکلیف خانگی.
هفتم	مرور تمرینات جلسات قبلی	مروری بر بحث جلسه قبل/ بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه (اختلال اضطراب چیست؟)/ ارائه تکلیف خانگی.
هشتم	تمرینات به صورت گروهی	مروری بر بحث جلسه قبل/ بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی)/ بیان مشخصات و اهداف آموزش و تمرین اختصاصی و گروهی/ ارائه تکلیف خانگی.
نهم	نحوه ایجاد اضطراب	مروری بر بحث جلسه قبل/ بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه (جنبه استرس و اضطراب در درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی)/ تأثیر اضطراب در ارتباط با دیگران/ ارائه تکلیف خانگی.
دهم	ارائه راهکارهای مقابله با اضطراب	مروری بر بحث جلسه قبل/ بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه (اضطراب و ذهنی‌سازی)/ ارائه آموزش در مورد اضطراب و ترس/ بیان انواع اختلالات اضطرابی و راهکارهای درمانی آن‌ها و اینکه یاری شخص دیگر مؤلفه کلیدی در درمان است/ ارائه تکلیف خانگی.
یازدهم	جمع‌بندی و مرور تکالیف	مروری بر بحث جلسه قبل/ بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه (اضطراب، و ذهنی‌سازی)/ ارائه روی آورد آموزشی در مورد اضطراب/ ارائه فعالیت گروهی/ بحث و ارائه آموزش در مورد دوره و درمان اضطراب/ بحث در مورد تفکر اضطراب‌ساز/ ارائه فعالیت گروهی و بحث‌های گروهی
دوازدهم	اجرای پس‌آزمون	تمرین مهارت‌هایی که در طی جلسات آموخته‌اند/ مروری بر بحث جلسه قبل/ بررسی تکالیف/ خلاصه و نتیجه‌گیری/ اجرای پس‌آزمون و دادن بازخورد به یادگیرندگان

به کارگیری نقاط قوت شاخص، داستان عینی از توانمندی‌های خود، پرورش توانمندی خاص و هیجان‌ات مثبت، بیان احساسات توأم با هیجان‌ات منفی و اثرات ماندن در حالت‌های هیجان منفی، اهمیت هیجان‌ات مثبت و هدایت به فکر کردن درباره زمانی که در یک کار مهم شکست می‌خورند و زمانی که یک برنامه بزرگ مهم حل می‌شود و زمانی که یک شخص آنها را نمی‌پذیرد، اجرای افزایش خودآگاهی، منافع و ماندگاری توانمندی‌های خودآگاهی، و شیوه زندگی بود.

۲. پروتکل درمان مثبت‌نگر: در این مطالعه، برنامه روان‌درمانی مثبت‌نگر، طبق سلیگمن، و همکاران^۱ (۵۷)، با هدف ارزیابی اثربخشی این مداخله در بهبود تنظیم شناختی هیجان نوجوانان در معرض خطر اضطراب اجرا شد، گروه آزمایش دانش‌آموزان دارای نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر، طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی و هفته‌ای یک‌بار دریافت کردند (مطابق با جدول ۲). مداخله ارائه شده شامل آموزش مثبت‌نگری و تعریف آن، معرفی مثبتی از خود، و ذکر توانمندی‌های خود، نقش غیبت یا نبود هیجان‌های مثبت و نحوه

جدول ۲: محتوای جلسات درمانی مثبت‌گرا (۵۷)

جلسات	اهداف و محتوا	تکلیف
یکم	معرفی اعضا، بیان قوانین جلسات، بیان اهداف جلسات، اجرای پیش‌آزمون. بیان فرایند برنامه آموزشی درمانی و اهداف برای شرکت کنندگان در گروه	نوشتن و معرفی مثبتی از خود، و ذکر توانمندی‌های خود در حدود یک صفحه که در آن به بیان داستان واقعی از زندگی خود می‌پردازد که وی در بهترین وجه از توانمندی‌های خود استفاده می‌کند.
دوم	آشنایی با چارچوب روان‌درمانی مثبت‌نگر، در مورد نقش درمانگر و مسئولیت‌های مراجع بحث می‌شود، نقش غیبت یا نبود هیجان‌های مثبت	نحوه به کارگیری نقاط قوت شاخص به بحث گذاشته می‌شود.
سوم	آشنایی با جهت‌گیری و ارائه تکالیف، در مورد توانمندی‌های منش و معنا و تهی بودن زندگی بحث می‌شود.	کاربرگ، مقدمه مثبت درباره داستان عینی از توانمندی‌های خود
چهارم	توانمندی‌های خاص را تعیین کنید، شرکت کنندگان توانمندی‌های خاص خودشان را از مقدمه مثبت، تعیین می‌کنند و درباره موقعیت‌های کمک‌کننده این توانمندی‌های خاص در گذشته بحث می‌کنند.	تعریف تعهد در زندگی، کاربرگ توانمندی‌ها در عمل
پنجم	پرورش توانمندی خاص و هیجان‌های مثبت، در مورد رشد توانمندی‌های خاص بحث می‌شود. بحث درباره تعهد، مراجعان برای شکل دادن به رفتارهای خاص عینی و قابل دست‌یابی به منظور پرورش توانمندی‌های خاص آماده می‌شوند. در مورد نقش هیجان‌های مثبت در بهزیستی بحث می‌شود.	کاربرگ دفترچه شکرگزاری
ششم	درباره لذت‌ها، خاطرات خوب در برابر خاطرات بد نقش، در مورد خاطرات خوب و بد بر حسب نقش آن‌ها در حفظ هیجان‌های منفی بحث می‌شود، مراجعان به بیان احساسات توأم با هیجان‌های منفی تشویق می‌شوند. اثرات ماندن در حالت‌های هیجان منفی بیان می‌شوند. بخشش، وسیله‌ای قدرتمندی معرفی می‌شود که هیجان‌های منفی را به احساسات خنثی و حتی برای برخی افراد به هیجان‌های مثبت تبدیل می‌کند.	کاربرگ خاطرات و نقش آن‌ها در حفظ هیجان‌های منفی - کاربرگ نامه بخشش
هفتم	به لذت/تعهد پرداخته می‌شود، تفاوت خوش‌بینی و بدبینی و مثال‌های عملی از تأثیر خوش‌بینی و بدبینی و درباره قدردانی به عنوان تشکر بحث می‌شود و خاطرات خوب و بد مجدداً با تأکید بر قدردانی برجسته می‌شوند.	کاربرگ قدردانی
هشتم	بررسی میان مفهوم چشم‌انداز به زندگی و تصاویر ترسیمی برای زندگی توأم با لذت، تعهد و معنا، تکالیف منزل بخشش و قدردانی، هر دو پیگیری می‌شوند. این کار به طور نوعی بیش از یک جلسه لازم دارد، اهمیت هیجان‌های مثبت بحث می‌شود، اهداف مرتبط به توانمندی‌های خاص مرور می‌شوند، فرایند و پیشرفت به طور جزئی بحث می‌شوند. بازخورد مراجعان درباره منافع درمانی فراخوانده می‌شود. آموزش ۵ ساعت جادویی برای بهبود روابط در منزل.	کاربرگ گشایش درهای جدید زندگی
نهم	خوش‌بینی و امید: هدایت به فکر کردن درباره زمانی که در یک کار مهم شکست می‌خورند و زمانی که یک برنامه بزرگ مهم حل می‌شود و زمانی که یک شخص آن‌ها را نمی‌پذیرد. سپس از شرکت کنندگان خواسته شد توجه کنند وقتی یک در بسته می‌شود، چه درهای دیگری باز می‌شود.	مراجعان به تمرین واکنش سازنده و فعال به‌عنوان راهبردی برای تقویت ارتباطات مثبت می‌پردازند.
دهم	چهار سبک پاسخدهی (آموزش) جمع‌بندی، پیشرفت مرور می‌شود و در مورد منافع و ماندگاری توانمندی‌های خودآگاهی و آسیب‌پرهیزی و شیوه زندگی بحث می‌شود	مراجعین باید برای انجام فعالیت‌های لذت‌بخش برنامه‌ریزی کنند، فعالیت‌های مربوطه را طبق برنامه‌ریزی خود انجام دهند.
یازدهم	اجرای افزایش خودآگاهی، منافع و ماندگاری توانمندی‌های خودآگاهی و آسیب‌پرهیزی و شیوه زندگی بحث می‌شود	مرور جلسات و تکالیف انجام شده
دوازدهم	جمع‌بندی، پیشرفت اجرای سبک‌های توانمندی‌های خودآگاهی مرور می‌شود	
	اجرای پس‌آزمون و دادن بازخورد.	

است. این روش درمانی روی آوردی مثبت‌گرا نسبت به مداخه بالینی است و هدف آن نه تنها کاستن از آسیب روانی، که افزودن بر کارکرد روانی و رفتاری در یک جهت مثبت برای جلوگیری از مشکلات است. در این

۳. برنامه مد/خله درمان حل مسئله بین فردی: برنامه آموزش حل مسئله بین فردی، روی آوردی شناختی - رفتاری است که بر آموزش در زمینه پذیرش و کاربست مؤثر نگرش و مهارت‌های حل مسئله انطباقی متمرکز

مطالعه، برنامه حل مسئله بین فردی، طبق پروتکل دزوریللا و همکاران^۱ (۵۸)، و کاکابرای و مرادی (۴۷)، با هدف ارزیابی اثربخشی این مداخله در بهبود تنظیم شناختی هیجان نوجوانان در معرض خطر اضطراب اجرا شد. گروه آزمایش، آموزش را طی ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی و هفته‌ای یک‌بار دریافت کردند (مطابق با جدول ۳). مداخله ارائه شده شامل تعریف کلی مهارت حل مسئله و اهمیت نقش آن در

زندگی روزمره، پرورش حساسیت نسبت به احساسات خود و دیگران، آموزش روش بارش مغزی (ایده‌پردازی)، آموزش ارائه راه‌حل‌های موجود ممکن و غیرممکن برای مسئله‌های مهم، آموزش نحوه ارزیابی راه‌حل‌ها به فراگیران و اجرای عملی آموزش‌ها، بررسی مقابله‌ها و ارائه حل مسئله بود.

جدول ۳: محتوای جلسات درمانی حل مسئله بین فردی

جلسات	عناوین جلسات	اهداف و محتوا
یکم	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضا با یکدیگر	معرفی درمان‌گر، معرفی شرکت‌کنندگان، اجرای پیش‌آزمون. تعریف فرایند برنامه آموزشی - درمانی و اهداف برای دانش‌آموزان مشارکت در گروه.
دوم	آشنایی با مهارت حل مسئله	تعریف کلی مهارت حل مسئله و اهمیت نقش آن در زندگی روزمره
سوم	آشنایی با مفاهیم کلی احساسات، ایجاد نگرش مثبت	پرورش حساسیت نسبت به احساسات خود و دیگران از طریق مرور واژگان خوشحال، غمگین، عصبانی، راضی، سرخورده، خجالت زده، حسود، ترسیده؛ ایجاد نگرش مثبت و حداکثر انگیزش در توانایی حل مسئله
چهارم	شناخت احساسات و درک افراد، طرح مسئله	بررسی اینکه چگونه و چرا دو نفر ممکن است تصویرهای ذهنی و احساسات متفاوتی داشته باشند. حساسیت نسبت به احساسات، نیازها و انتخاب‌های دیگران؛ تشخیص و توصیف دقیق مسئله در قالب واژه‌های دقیق و صریح
پنجم	اجرای روش بارش مغزی	آموزش روش بارش مغزی (ایده‌پردازی)، آموزش ارائه راه‌حل‌های موجود ممکن و غیرممکن برای مسئله‌های مهم (یافتن راه‌حل‌های متعدد برای حل مسئله)
ششم	به کارگیری فنون	استفاده از فن دوست و نیافن معایب و مزایا
هفتم	ارزیابی راه‌حل‌ها	آموزش نحوه ارزیابی راه‌حل‌ها به فراگیران
هشتم	اجرای عملی آموزش‌ها	مرحله برنامه‌ریزی برای عمل، آموزش داده شده؛ یعنی چگونه راه حلی را که بیشترین مزایا و کمترین معایب را دارد اجرا کنند، در صورت موفقیت به خودشان پاداش دهند و در صورت عدم موفقیت مراحل قبلی را بازبینی کنند تا مشخص شود اشکال در کدام مرحله بوده است.
نهم	توضیح درباره‌ی مشکلات	بیان تجارب/ شرکت‌کنندگان درباره سبک‌های مواجهه انتخابی خود در گذشته و مشکلاتی که این سبک‌ها برای ایشان ایجاد کرده است، گفتگو می‌کنند.
دهم	بررسی مقابله‌ها و ارائه حل مسئله	طبق الگوی حل مسئله درباره موقعیت‌هایی که شرکت‌کنندگان، در آن دچار مشکل می‌شوند راهکارهایی ارائه می‌شود. از شرکت‌کنندگان خواسته شده است که موقعیتی یا تجربه‌ای از خود را توضیح دهند
یازدهم	تکرار و تمرین	مرور مطالب/ تمرین مطالب مطروحه در جلسه
دوازدهم	اجرای پس‌آزمون	اجرای پس‌آزمون و دادن بازخورد.

(د) روش اجرا: برای انجام این مطالعه، تمامی مجوزهای لازم از سازمان‌های مربوطه اخذ شد و ملاحظات اخلاقی مطابق با اصول اخلاق پژوهش رعایت شد. این مطالعه در سال ۱۴۰۳ در شهر کرمانشاه انجام شد. در ابتدای فرآیند، جلسه‌ای توجیهی با حضور پژوهشگر، مدیر پژوهشگر، درمانگر، استاد راهنما، درمانجو، و اولیای نوجوانان

برگزار شد که طی آن اهداف پژوهش، نحوه اجرا، نحوه انتخاب شرکت‌کنندگان، محرمانه ماندن اطلاعات، و حقوق داوطلبانه افراد به روشنی توضیح داده شد. پس از این جلسه، رضایت‌نامه کتبی از والدین و دانش‌آموزان اخذ شد. جامعه هدف شامل تمامی نوجوانان در معرض خطر اضطراب مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر

1. Dzurilla & Nezu.

کرمانشاه بود که در مقیاس اضطراب نمره برش ۶۰ و بالاتر را کسب کردند. از میان این افراد، ۸۰ نوجوان با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با انتساب تصادفی در ۴ گروه جایدهی شدند. پیش از آغاز مداخله، به شرکت‌کنندگان توضیحات کلی درباره اهداف و روند پژوهش ارائه شد و رضایت‌نامه آگاهانه از آنها دریافت شد. قبل و بعد از انجام هرگونه مداخله‌ای از ۴ گروه شرکت‌کننده در پژوهش پیش‌آزمون و پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان به عمل آمد و بعد از ۲ ماه از اتمام مداخله پیگیری برای هر چهار گروه انجام شد. گروه آزمایش یک به مدت ۱۲ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی (یک‌بار در هفته) مداخله آموزش ذهنی‌سازی طبق پروتکل بتمن و فوناگی (۵۶) را دریافت کردند، در گروه آزمایش دوم به مدت ۱۲ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای (یک‌بار در هفته) مداخله مثبت‌نگر، طبق برنامه مداخله‌ای سلیگمن و همکاران (۵۷)، و در گروه سوم به مدت ۱۲ جلسه گروهی ۶۰ دقیقه‌ای (یک‌بار در هفته) آموزش حل مسئله بین فردی، طبق پروتکل دزوریلا و همکاران (۵۸)، و کاکابرایی و مرادی (۴۷) اجرا شد؛ در حالی که گروه گواه مداخله‌ای را دریافت نکرد اما در تمام فرایندها با تیم پژوهشی همکاری داشته و به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از اتمام کار، جلسات مشابه مانند آنچه به گروه آزمایش

ارائه شده بود، برای گروه گواه نیز انجام شد. همچنین مداخلات این پژوهش توسط نویسنده یکم به عنوان مداخله‌گر و یک دستیار با نظارت استاد راهنما (نویسنده مسئول)، به مدت دو ماه و به صورت گروهی، در مرکز مشاوره آوان شهرستان کرمانشاه اجرا شد. در راستای رعایت اصول اخلاق در این پژوهش، رضایت کامل شرکت‌کنندگان کسب و آنها از اهداف و تمامی مراحل مداخله به‌طور کامل آگاه شدند و به تمامی افراد هر چهار گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند. در پایان، تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با نرم‌افزار SPSS-26 انجام شد.

یافته‌ها

براساس نتایج گزارش شده، توزیع افراد براساس جنسیت در گروه‌های آزمایش و گواه به طور یکسان انجام شده است به طوری که ۵۰ درصد از شرکت‌کنندگان در گروه‌های آزمایشی (درمان ذهنی‌سازی، مثبت‌نگر، و حل مسئله بین فردی و گروه گواه) دختر و ۵۰ درصد نیز پسر بوده‌اند. در جدول ۴ میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری تنظیم شناختی هیجان گزارش شده است.

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری تنظیم شناختی هیجان

گروه	درمان ذهنی‌سازی		درمان مثبت‌نگر		درمان حل مسئله بین فردی		انحراف معیار	میانگین
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
پیش‌آزمون	۳/۱۸	۱۸/۷۰۲	۴/۱۳	۱۹/۵۵	۳/۱۷	۱۶/۲۰	۷/۵۰	۱۹/۲۵
پس‌آزمون	۸/۲۱	۳۲/۴۵۱	۷/۳۹	۳۴/۳۰	۷/۱۶	۳۴/۱۵	۵/۸۶	۱۹/۳۵
پیگیری	۴/۴۱	۳۸/۳۵۳	۵/۰۴	۳۸/۴۵	۵/۵۵	۳۸/۵۵	۵/۳۴	۱۹/۴۵
پیش‌آزمون	۴/۰۳	۳۰/۷۵	۴/۳۱	۳۰/۹۵	۵/۷۱	۲۹/۰۰	۷/۰۰	۲۹/۳۵
پس‌آزمون	۵/۱۴	۲۰/۲۵	۷/۲۷	۲۱/۲۵	۵/۲۶	۱۸/۲۰	۷/۶۵	۲۸/۲۵
پیگیری	۲/۴۳	۲۲/۱۵	۷/۲۳	۲۳/۴۰	۶/۵۰	۱۷/۲۰	۶/۶۲	۲۸/۸۵
پیش‌آزمون	۴/۴۰	۴۹/۴۵	۶/۲۱	۵۰/۵۰	۷/۹۵	۴۵/۲۰	۶/۴۶	۴۸/۶۰
پس‌آزمون	۸/۵۲	۵۲/۷۰	۱۰/۸۱	۵۵/۵۵	۸/۸۳	۵۲/۳۵	۸/۰۶	۴۷/۶۰
پیگیری	۴/۳۳	۶۰/۵۰	۸/۸۹	۶۱/۸۵	۸/۶۳	۵۵/۷۵	۷/۲۵	۴۸/۳۰

دارد. در گروه گواه، میانگین نمرات تنظیم شناختی هیجان همراه مؤلفه‌های آن در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تغییر مشهودی نداشته است (جدول ۴). در جدول ۵ نتایج آزمون شاپیروویلک برای بررسی نرمال بودن داده‌ها گزارش شده است.

میانگین نمرات تنظیم شناختی هیجان در پس‌آزمون گروه‌های مداخله نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است. همچنین، نمرات این متغیر در پیگیری گروه مداخله نسبت به پس‌آزمون تغییر چندانی نداشته است. نتایج حاکی از این است که بین گروه‌های مداخله تفاوت وجود

جدول ۵: نتایج آزمون شاپیروویلک برای بررسی نرمال بودن داده‌ها

آزمون شاپیرو- ویلک			گروه‌ها
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	
۰/۰۹۹	۰/۳۷۵	۰/۲۷۹	گواه
۰/۰۹۲	۰/۰۹۳	۰/۰۷۷	درمان ذهنی‌سازی
۰/۳۱۰	۰/۰۵۵	۰/۲۶۳	درمان مثبت‌نگر
۰/۰۹۱	۰/۱۲۵	۰/۲۴۷	درمان حل مسئله بین فردی
۰/۲۴۶	۰/۲۸۱	۰/۱۱۹	گواه
۰/۰۸۷	۰/۰۶۳	۰/۰۶۵	درمان ذهنی‌سازی
۰/۰۸۱	۰/۱۰۰	۰/۶۳۲	درمان مثبت‌نگر
۰/۰۹۱	۰/۰۶۲	۰/۰۹۰	درمان حل مسئله بین فردی
۰/۱۷۳	۰/۱۳۲	۰/۱۴۸	گواه
۰/۰۶۲	۰/۰۸۵	۰/۰۷۴	درمان ذهنی‌سازی
۰/۲۲۶	۰/۰۸۴	۰/۱۳۲	درمان مثبت‌نگر
۰/۳۱۰	۰/۰۹۶	۰/۷۰۰	درمان حل مسئله بین فردی

(اندازه‌گیری‌های مکرر) ابتدا یکسانی کوواریانس‌های متغیر وابسته از طریق آزمون کرویت موچلی مورد بررسی قرار گرفت. مقادیر به‌دست آمده ($W = 0/38$ ماچلی، $2 =$ درجه آزادی، $P = 0/08$) نشان داد که ماتریس هم‌پراشی داده‌ها با فرض کروییت مطابقت دارد. با وجود این جهت اطمینان بیشتر، شاخص اپسیلون گرین‌هاوس - گایسر نیز محاسبه شد ($0/86 =$ اپسیلون) که نشان‌دهنده نزدیکی بالای داده‌ها به شرایط ایده‌آل تحلیل واریانس تک‌متغیره بود. بر این اساس تحلیل اثرات درون‌گروهی و اثر متقابل با اطمینان بالا گزارش شد. بنابراین از آنجا که این مفروضات در داده‌ها برقرار بود استفاده از آزمون آماری بلا مانع است. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۶ ارائه شده است.

برای بررسی توزیع طبیعی داده‌ها از آزمون شاپیروویلک استفاده شد که نتایج این آزمون حاکی از نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها است ($P > 0/05$). جهت مقایسه اثربخشی درمان‌های ذهنی‌سازی، مثبت‌نگر، و حل مسئله بین فردی بر تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان در معرض خطر اضطراب از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر آمیخته استفاده شد. همچنین داده‌های پرت نیز مشاهده نشد و صحت این فرضیه بررسی شد. از آزمون لوین جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس‌های خطا استفاده شد و نتایج نشان داد آزمون لوین برای متغیر تنظیم شناختی هیجان کل ($P = 0/109$)، راهبردهای سازش‌یافته ($P = 0/095$)، و راهبردهای سازش‌نیافته ($P = 0/236$) معنادار نبود ($P > 0/05$). در نتیجه همگنی واریانس‌های خطا برقرار است. بررسی فرض یکنواخت بودن کوواریانس و تحلیل واریانس یک‌عاملی با تأکید بر مطالعه درون‌آزمودنی‌ها

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مختلط درون گروهی و بین گروهی

متغیر اندازه‌گیری شده	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
بین گروهی	گروه‌ها	۵۲۲/۷۴۶	۳	۱۷۴/۲۴۸	۵۱/۴۷۱	۰/۰۰۰	۰/۴۰۴
راهبردهای سازش‌یافته	اثر آزمایش (مراحل)	۱۰۱۸۶/۳۵۸	۲	۵۰۹۳/۱۷۹	۱۵۰/۵۸۱	۰/۰۰۰	۰/۵۶۹
درون گروهی	اثر آزمایش * گروه	۳۴۳۴/۵۴۲	۶	۵۷۲/۴۲۴	۱۶/۹۲۴	۰/۰۰۰	۰/۳۰۸
	خطا	۷۷۱۱/۷۵۰	۱۵۲	۳۳/۸۲۳			
بین گروهی	گروه‌ها	۱۶۴۸/۰۳۳	۳	۵۴۹/۳۴۴	۱۵/۴۴۲	۰/۰۰۰	۰/۱۶۹
راهبردهای سازش‌نیافته	اثر آزمایش (مراحل)	۳۰۸۸/۵۵۸	۲	۱۵۴۴/۲۷۹	۴۳/۴۱۱	۰/۰۰۰	۰/۲۷۶
درون گروهی	اثر آزمایش * گروه	۹۲۶/۳۴۲	۶	۱۵۴/۳۹۰	۴/۳۴۰	۰/۰۰۰	۰/۱۰۳
	خطا	۸۱۱۰/۸۰۰	۱۵۲	۳۵/۵۷۴			
بین گروهی	گروه‌ها	۲۱۳۷/۶۱۲	۳	۷۱۲/۵۳۷	۱۱/۸۶۰	۰/۰۰۰	۰/۱۳۵
تنظیم شناختی هیجان	اثر آزمایش (مراحل)	۲۶۷۶/۷۷۵	۲	۱۳۳۸/۳۸۸	۲۲/۲۷۷	۰/۰۰۰	۰/۱۶۳
درون گروهی	اثر آزمایش * گروه	۱۰۷۷/۱۲۵	۶	۱۷۹/۵۲۱	۲/۹۸۸	۰/۰۰۸	۰/۰۷۳
	خطا	۱۳۶۹۷/۹۵۰	۱۵۲	۶۰/۰۷۹			

مقایسه جفتی میانگین بین گروه‌ها حاکی از این بود که میانگین نمرات خرده‌مقیاس راهبردهای سازش‌یافته بین هر سه گروه درمانی ذهنی‌سازی، درمان مثبت‌نگر، و درمان حل مسئله بین فردی تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0.05$). میانگین نمرات راهبردهای سازش‌نیافته، بین گروه درمان ذهنی‌سازی، گروه حل مسئله بین فردی، و گروه مثبت‌نگر با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. در پایان در متغیر تنظیم شناختی هیجان نوجوان در معرض خطر میانگین نمرات بین گروه درمان ذهنی‌سازی با گروه مثبت‌نگر و گروه حل مسئله بین فردی، و مثبت‌نگر با گروه حل مسئله بین فردی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$) و میزان اثربخشی درمان ذهنی‌سازی با گروه مثبت‌نگر، و گروه حل مسئله بین فردی بر تنظیم شناختی هیجان، مشابه و یکسان بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان‌های ذهنی‌سازی، مثبت‌نگر، و حل مسئله بین فردی بر تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان در معرض خطر اضطراب انجام شد. نتایج نشان داد هر سه درمان ذهنی‌سازی، مثبت‌نگر، و حل مسئله بین فردی در بهبود تنظیم شناختی هیجان شرکت‌کنندگان به طور یکسان و مشابه مؤثر بوده‌اند. یافته‌های پژوهش‌های پیشین (۳۶-۳۸)، ۴۰، و (۴۳-۴۶) با یافته‌های به‌دست آمده در این پژوهش، همسو است. برای مثال یکی از نتایج پژوهشی با هدف

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد میزان F در بین گروه‌ها در متغیر تنظیم شناختی هیجان کل ($F=11/860, P=0/0001$)، راهبردهای سازش‌یافته ($F=51/471, P=0/000$)، راهبردهای سازش‌نیافته ($F=15/442$) به دست آمد که نشانگر آن است که بین گروه‌های درمانی تفاوت معناداری وجود دارد. بر اساس این نتایج مقایسه اثربخشی درمان‌های ذهنی‌سازی، مثبت‌نگر، و حل مسئله بین فردی بر تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه‌های آن (راهبردهای سازش‌یافته و راهبردهای سازش‌نیافته) معنادار است و اندازه اثر آن به ترتیب برابر با ۰/۱۳۵، ۰/۴۰۴، ۰/۱۶۹ به دست آمد. در نتایج درون گروهی اثر آزمایش در متغیر تنظیم شناختی هیجان کل ($F=22/277, P=0/0001$)، راهبردهای سازش‌یافته ($F=150/581, P=0/000$)، راهبردهای سازش‌نیافته ($F=43/411, P=0/006$) به دست آمد که نشان داد بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد و اندازه اثر آن به ترتیب برابر با ۰/۱۶۳، ۰/۵۶۹، ۰/۲۷۶ به دست آمد. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد میزان F در تعامل بین اثر آزمایش و گروه در متغیر تنظیم شناختی هیجان کل ($F=2/988, P=0/0001$)، راهبردهای سازش‌یافته ($F=16/924, P=0/000$)، راهبردهای سازش‌نیافته ($F=4/340, P=0/006$) به دست آمد و این نکته بدین معنا است که نمرات متغیر تنظیم شناختی هیجان و خرده‌مقیاس‌های آن در گروه‌های آزمایش و گواه متفاوت بوده است ($P < 0.05$) و اندازه اثر آن به ترتیب برابر با ۰/۰۷۳، ۰/۱۰۳، ۰/۳۰۸ به دست آمد. نتایج آزمون بن‌فرنی برای

روان‌درمانی مثبت‌گرا بر بهبود راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان دانش‌آموزان با علائم اضطرابی نشان داد که این مداخله بر بهبود راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان دانش‌آموزان با علائم اضطرابی تأثیر معنادار دارد (۳۶). در پژوهشی دیگر (۳۷) روان‌درمانی مثبت‌نگر بر دو مؤلفه انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی اثربخش بوده، و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی منجر به کاهش علائم اضطرابی و افزایش کارکردهای اجرایی در کودکان مضطرب شده است (۳۸). همچنین نتایج دیگر پژوهش‌ها حاکی از تأثیر معنادار درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر نشخوارهای فکری و نگرانی بر بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر (۴۰)، تأثیر معنادار آموزش مهارت‌های حل مسئله بر افزایش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دانش‌آموزان (۴۳)، اثربخشی آموزش مهارت حل مسئله بر راهبرد تنظیم شناختی هیجان و شفقت به خود در نوجوانان (۴۴)، و اثر مثبت آموزش مهارت حل مسئله بر اضطراب (۴۵) بود.

درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی یک درمان کاملاً تأیید شده است که هدف آن ارتقای ذهنی‌سازی است که به نوبه خود ظرفیت‌های مشکلات تنظیم هیجان را افزایش می‌دهد و به کاهش مشکلات عاطفی و رفتاری منجر می‌شود (۵). از سوی دیگر بررسی مطالعات پیشین نشان می‌دهد که با وجود پژوهش‌های متعدد مبنی بر درمان‌های ذهنی‌سازی، مثبت‌نگر، و حل مسئله بین فردی به صورت مجزا، در حوزه مداخلات و توانبخشی در تنظیم شناختی هیجان نوجوانان در معرض خطر اضطراب مطالعات زیادی انجام نشده است. به ویژه اینکه تاکنون تفاوت بین درمان‌های ذهنی‌سازی، مثبت‌نگر، و حل مسئله بین فردی جهت بررسی تغییرات تنظیم شناختی هیجان نوجوانان در معرض خطر اضطراب استفاده قرار نگرفته است. با توجه به نتایج پژوهش به نظر می‌رسد برگزاری جلسات درمانی ذهنی‌سازی، مثبت‌نگر، و حل مسئله بین فردی در نوجوانان در معرض خطر اضطراب تأثیر معنی‌داری در بهبود تنظیم شناختی هیجان این نوجوان دارند. در تبیین یافته می‌توان گفت که اضطراب در موقعیت‌های توأم با تنیدگی دچار تغییر می‌شود، به طوری که در رویدادهای پر تنش حساسیت اضطرابی از شدت بیشتری برخوردار شده و سطح آن بالا می‌رود و در مداخلات درمانی کاهش می‌یابد. حساسیت اضطرابی بالا از طریق چرخه پس‌خوراند مثبت افزایش علائم اضطرابی به افزایش

پریشانی در حین و بعد از تجربه رویداد آسیب‌زا منجر می‌شود (۴۵)؛ در نتیجه افراد هم از رویداد آسیب‌زا و هم از علائم اضطرابی برآمده از آن می‌ترسند؛ به همین دلیل نوجوانان در معرض خطر اضطراب اغلب نگران هستند که خاطرات و برانگیختگی‌های هیجانی و فیزیولوژیکی مربوط به آنها احاطه شوند.

در تبیین احتمالی یافته حاضر مبنی بر اثر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر تنظیم شناختی هیجان نوجوانان در معرض خطر اضطراب می‌توان گفت که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با به کار بردن نشانه‌های ذهن‌خواهی و همچنین فعالیت ذهن آگاهانه باعث افزایش پردازش عاطفی و هیجانی کارآمد در این افراد می‌شود. شکل‌گیری چنین روندی از طریق درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در طی درمان نوجوانان در معرض خطر اضطراب اجازه می‌دهد تا مسائل و مشکلات عاطفی، رفتاری، و اجتماعی خود را بهتر درک کرده و ذهن خود را برای فهمیدن احساس‌های آزار دهنده‌ای که به بروز اختلال اضطراب فراگیر منجر می‌شود، بگشایند (۳۸). این روند باعث می‌شود تا احساسات آزاردهنده حاصل از این اختلال، دیگر به شکل گذشته افراد را نیازارد و به این ترتیب یکی از پایه‌های ایجاد نگرانی در این افراد کاهش یابد.

در تبیین یافته دیگر پژوهش حاضر مبنی بر اثر درمان حل مسئله بین فردی بر تنظیم شناختی هیجان نوجوانان در معرض خطر اضطراب می‌توان گفت که توانایی حل مسئله در موقعیت‌های مشکل، نیازمند تولید راه‌حل‌های متنوع و جایگزین است که این موضوع می‌تواند ناشی از انعطاف‌پذیری ذهنی و سیالی ذهن در تولید راه‌حل‌ها و طبقات مختلف راه‌حل‌ها باشد. توجه به پیامدهای مثبت و منفی، راه‌حل‌های گوناگون مرتبط با یک موقعیت دشوار، می‌تواند فرایند انتخاب یک رفتار مناسب که منجر به حل یک مشکل بین فردی شود را تسهیل سازد. براساس حل نظریه حل مسئله بین فردی، فردی که می‌تواند راه‌حل‌های جایگزین متنوعی برای رفتار با دیگران فرمول‌بندی یا تدوین کند، در انتخاب هر یک از این راه‌حل‌های جایگزین برای مسائل نیز انعطاف خواهد داشت. همچنین زمانی که آموزش‌ها و دستورالعمل‌های صریح و آشکاری درباره فرایند تعریف و بیان مسئله ارائه می‌شود، پیشرفت فراوانی در کمیت و کیفیت راه‌حل‌ها در آنها ایجاد خواهد شد و این موضوع با جهت‌گیری مثبت و اتخاذ سبک منطقی باعث کاهش رفتارهای منفی می‌شود و

رفتارهایی مانند همکاری و همدردی با دیگران را افزایش می‌دهد (۳۴). مهارت‌های حل مسئله بین فردی، به عنوان توانایی خلق راه کارهای مختلف برای حل مسائل و توجه به پیامدهای مختلف، کلید تسهیل بهداشت اجتماعی و روان‌شناختی توصیف شده است و افرادی که فاقد مهارت‌های شناختی مسائل بین فردی هستند، بیشتر پرخاشگر بوده و با از نظر اجتماعی منزوی هستند (۴۷).

در رابطه با اثربخشی درمان مثبت‌گرا می‌توان چنین تبیین کرد که هدف روان‌شناسی مثبت‌گرا، افزایش کارکرد بهینه انسان است و با آزمودن هیجان‌ها به بالا بردن عملکرد انسان منجر می‌شود. براساس این روی آورد، افزایش توانمندی‌ها، هیجان‌های مثبت، تعهد، و معنا هم زندگی را شادتر و غنی‌تر می‌سازد و هم باعث کاسته شدن از مشکلات هیجانی می‌شود (۲۵). با توجه به اینکه روان‌شناسی مثبت‌نگر بر جنبه‌های تفکر مثبت و هیجان‌های مثبت در پی کاهش دادن نگرش‌ها و باورهای منفی و ناکارآمد هستند، بر شناخت‌واره‌های منفی و هیجان‌های منفی برخاسته از آن که موجب ایجاد سطح اضطراب بسیار بالا در بین نوجوانان در معرض خطر اضطراب شده تأثیر می‌گذارد و می‌تواند موجب کاهش اضطراب شود (۳۹). ارائه روان‌درمانی مثبت‌نگر به نوجوانان در معرض خطر اضطراب، سبب تقویت و بهبود ارتباط مثبت با خود، دیگران می‌شود و کمک می‌کند تا آنها خود را بهتر بشناسند و تجربه‌های مثبت خود را باز یابند. ارتقا یافتن ظرفیت‌های روانی در اثر روان‌درمانی مثبت‌نگر سبب می‌شود تا نوجوانان در معرض خطر اضطراب بتوانند پردازش‌های هیجانی، شناختی، و اجتماعی سازنده‌تری از خود نشان دهند و از درآمیختگی با افکار و پردازش‌های شناختی و هیجانی خود در امان بمانند و تنظیم هیجانی بالاتری را تجربه نمایند.

با توجه به نتایج این پژوهش اگرچه درمان‌های ذهنی‌سازی، مثبت‌نگر، و حل مسئله بین فردی تأثیر قابل توجهی بر افزایش تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان در معرض خطر اضطراب بود، اما محدودیت‌هایی نیز وجود دارد که باید در نظر گرفته شود. محدودیت اصلی این مطالعه عدم بررسی و کنترل متغیرهای شخصیتی، اجتماعی و خانوادگی تأثیرگذار بر تنظیم شناختی هیجانی نوجوانان است. همچنین به دلیل رعایت کردن ملاک‌های ورود به پژوهش، از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده نشد و نمونه‌گیری محدود به گروهی کوچک و از

یک منطقه اجتماعی خاص است که دامنه تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌کند. همچنین اتکا به داده‌های خودگزارشی می‌تواند احتمال سوگیری پاسخ‌دهی و تأثیر عوامل غیرقابل کنترل را افزایش دهد. از این رو، پژوهش‌های آینده باید با توجه به نقش اجتماعی و فرهنگی در بروز اضطراب و در معرض خطر اضطراب قرار گرفتن نوجوانان، با نمونه‌های بزرگتر، و با به کارگیری روش‌های ارزیابی چندوجهی اجرا و پایداری نتایج را در بازه‌های زمانی طولانی‌تر بررسی شود. با نگاه به نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان مثبت‌نگر بر تنظیم شناختی هیجان نوجوانان در معرض خطر اضطراب، در سطح کاربردی و عملیاتی تدوین بسته‌های آموزشی مبتنی بر تلفیق درمان‌های مثبت‌نگر و ذهنی‌سازی برای مشاوران مدارس یا آموزشی مبتنی بر تلفیق درمان‌های ذهنی‌سازی و شناختی رفتاری پیشنهاد می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکترای نویسنده یکم در رشته روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه است که این رساله با کد ۱۶۲۸۲۹۲۳۷ در سال ۱۴۰۲ در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه ثبت و در تاریخ ۱۴۰۲/۱۱/۱۲ از پروپوزال آن مصوب شد. این پژوهش دارای کد اخلاق IR.IAU.KSH.REC.1403.060 صادره از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه است. همچنین ملاحظات اخلاقی مندرج در راهنمای انتشار انجمن روان‌شناسی آمریکا و کدهای اخلاقی سازمان نظام روان‌شناسی ایران از جمله رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات هویتی و تحلیل داده‌ها، و رضایت آگاهانه والدین جهت شرکت در پژوهش در این پژوهش رعایت شده است.

حامی مالی: این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ مؤسسه‌ای و با هزینه نویسندگان مقاله انجام شده است.

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده یکم به عنوان طراح و ایده‌پرداز اصلی پژوهش و مسئول جمع‌آوری داده‌ها، نویسنده دوم به عنوان استاد راهنما، و نویسنده سوم به عنوان استاد مشاور در این مقاله نقش داشتند.

تضاد منافع: انجام این پژوهش برای نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی را به دنبال نداشته است و نتایج آن کاملاً شفاف و بدون سوگیری گزارش شده است.

در دسترس بودن داده‌ها: تمامی داده‌های این مطالعه در اختیار نویسنده مسئول است و در زمان داوری دست‌نوشته به نشریه تحویل داده شد. همچنین در صورت درخواست منطقی پژوهشگری خاص در اختیار او قرار خواهد گرفت.

رضایت برای انتشار: نویسندگان برای انتشار این مقاله رضایت کامل خود را اعلام کردند.

تشکر و قدردانی: از شرکت‌کنندگان محترم و همه کسانی که در اجرای پژوهش به ما یاری رساندند نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

References

- Allen KB, Benningfield M, Blackford JU. Childhood Anxiety—If We Know So Much, Why Are We Doing So Little? *JAMA Psychiatry*. Published online May 13, 2020. [Link]
- Poursaeid Esfahani M, Sharifi H, Akrami N. (2021). Predicting high-risk behavior based on self-differentiation and interpersonal problems in female students. *Rooyesh*. 10(3), 55-64. [Persian] [Link]
- Wang J, Wang XU, Li P, Zhang MY, Wu HY, Li DL, Fang M, Chi XL. Effects of social support and positive psychology intervention on depression and subjective well-being among the left-behind children: a two-year longitudinal study. *Curr Psychol*. 2023; 42: 30008–30019. [Link]
- Habibi Y, Kalantarhormozi A, Farahbakhs Q, Salimibajestani H, Asgari M. Identifying the Components of the Tendency to Smoke in Young People from the Experts' Perspective: A Qualitative Analysis. *QJCR* 2022; 21 (81): 2. [Persian] [Link]
- Winarsunu T, Iswari Azizaha BS, Suminarti Fasikha S, Anwar Z. Life skills training: Can it increase self-esteem and reduce student anxiety? Contents lists available at ScienceDirect *Heliyon journal*. 2023. [Link]
- Castro Fd. audia Cappa Cl. Madans J. Anxiety and Depression Signs Among Adolescents in 26 Low- and Middle-Income Countries: Prevalence and Association with Functional Difficulties. 2023; 72(1): S79-S87. [Link]
- Nematpour Darzi A, Avar Z, Rahmati Tosehkaleh F, Janali Zadeh Chenari S. (2024). The effectiveness of mentalization therapy on the difficulty in emotion regulation and self-control in adolescents with high aggression. *Rooyesh*. 2024; 13(6), 241-250. [Persian] [Link]
- Ordobadi SH, Mohammadi Soureh F. The effect of cognitive emotion regulation strategies on risky behaviors of adolescents and young people. *Quarterly Journal of Social Science Studies*. 2017; (2)3: 18-24. [Persian] [Link]
- Zafari S, Khademieshkezari M. [The structural model of the role of cognitive emotion regulation strategies, mindfulness and perfectionism in predicting emotional problems in students (Persian)]. *The Journal of Psychological Science*. 2020; 19(87):321-8. [Persian] [Link]
- Gross JJ. Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*. 2001; 10(6):214-9. [Link]
- Werner K, Gross JJ. Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In: Kring AM, Solan DM (Eds). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: The Guilford Press; 2010; 13-37. [Link]
- Saadat SH, Mousavi SE, Ahmadi G, Salekebrahimi L, Sayahi A, Zandifar H. The role of emotion regulation strategies in emotional disorders of soldiers with history of self-harm attempts (suicidal and non-suicidal). *Journal of Military Medicine*. 2020; 85(22/1):64-73. [Persian] [Link]
- Kim KL, Galione J, Schettini E, DeYoung LLA, Gilbert AC, Jenkins GA, et al. Do styles of emotion dysregulation differentiate adolescents engaging in non-suicidal self-injury from those attempting suicide? *Psychiatry Research*. 2020; 291: 113240. [Link]
- Cludius B, Mennin D, Ehring T. Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion Review*. 2020; 20(1): 37–42. [Link]
- Daniel SK, Abdel-Baki R, Hall GB. The Protective Effect of Emotion Regulation on Child and Adolescent Wellbeing. *J Child Fam Stud*. 2020; 29: 2010–2027. [Link]
- Batman P, Fonagy P. *Mentalization-based treatment for personality disorders*. 1st ed. United Kingdom: Oxford University Press. 2016. [Link]
- Simonsen S, Popolo R, Juul S, Frandsen F.W, Sørensen P, Dimaggio G. Treating Avoidant Personality Disorder With Combined Individual Metacognitive Interpersonal Therapy and Group Mentalization-Based Treatment: A Pilot Study. *J Nerv Ment Dis*. 2022; 210(3): 163- 171. [Link]
- Midgley N, Mortimer R, Carter M, Casey P, Coffman L, Edbrooke-Childs J. Emotion regulation in children (ERiC): A protocol for a randomised clinical trial to evaluate the clinical and cost effectiveness of Mentalization Based Treatment (MBT) vs Treatment as Usual for school-age children with mixed emotional and behavioural difficulties. *PLoS ONE*. 2023; 18(8): e0289503. [Link]
- Oliveira C.D, Rahioui H, Smadja M, Gorsane MA, Louppe F. Mentalization based treatment and borderline personality disorder. *L'Encéphale*. 2017; 43(4): 340-345. [Link]
- Halfon S, Bekar O, Gürleyen B. An empirical analysis of mental state talks and affect regulation in two single-cases of psychodynamic child therapy. *Psychotherapy*. 2017; 54: 207–219. [Link]
- Luyten, P. Campbell, C. Allison, E. Fonagy P. The mentalizing approach to psychopathology: State of the art and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2020; 16. [Link]
- Sloover M, A.C. van Est L, Janssen P, Hilbink M, van Ee E. A meta-analysis of mentalizing in anxiety disorders, obsessive-compulsive and related disorders, and trauma and stressor related disorders. *Journal of Anxiety Disorders*. 2022; 92: 102641. [Link]
- Messias E, Peseschkian H, Cagande C. *Positive Psychiatry, Psychotherapy and Psychology – Clinical Applications*. Springer International Publishing, Cham. (editors). 2020; 11-32. ISBN 978-3-030-33264-8. [Link]
- Owens RL, Waters L. What does positive psychology tell us about early intervention and prevention with children and adolescents? A review of positive psychological interventions with young people. *The Journal of Positive Psychology*. 2020; 15(5): 588–597. [Link]
- Khanjani M. The Impact of Positive Psychotherapy on Decreasing the College Students' Stress, Anxiety, Depression and Increasing their Well-being. *Quarterly of*

- Clinical Psychology Studies. 2017; 7(28):107-119. [Persian] [\[Link\]](#)
26. Seligman M, Berkowitz M, Catalano R, Damon W, Eccles J, Gillham J, et al. The positive perspective on youth development. 2005; 497-528 [\[Link\]](#).
27. Kasperek-Zimowska B, Bednarek A, Giguere M, Parnowska D, Żochowska A, Malewicz-Sawicka M. The impact of positive psychotherapy of psychoses on the subjective well-being of people suffering from chronic schizophrenia-Preliminary report. *Counselling and Psychotherapy Research*. 2022; 22(1), 250-256. [\[Link\]](#)
28. Güleç Keskin S, & Gülirmak K. The effect of positive psychotherapy education on subjective wellbeing among nursing students. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2022; 58(2), 861-870. [\[Link\]](#)
29. Appiah R, Wilson Fadiji A, Wissing MP, Schutte L. Participants' experiences and impressions of a group-based positive psychology intervention programme for rural adults in Ghana. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*. 2021; 16(1): 1891760. [\[Link\]](#)
30. Pezirkianidis C, Stalikas A, Parpottas P. Editorial: An integrated positive psychology approach into counseling in different settings. *Front Psychol*. 2023; 14:1205309. [\[Link\]](#)
31. Karaoglan Yilmaz F, Yilmaz R, Erdogdu F. The Relationship Between Nomophobia, Emotional Intelligence, Interpersonal Problem-Solving, Perceived Stress, and Self-esteem Among Undergraduate Students. *J technol behav sci*. 2023; 8: 27-35. [\[Link\]](#)
32. Gharibi H, Javanmardi S, Rostami Ch. Effectiveness of Problem Solving Training on Dysfunctional Attitudes and Irrational Beliefs of Third Grade-High School Students in Sanandaj. *Scientific Journal of Education and Evaluation*. 2017; (10)38: 115-134. [Persian] [\[Link\]](#)
33. Mercan N, Uysal B. The relationship of social media addiction with interpersonal problem-solving and personality traits in university students. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2023; 43: 50-56. [\[Link\]](#)
34. Kakabraee K, Sayidi M. The effectiveness of interpersonal problem-solving skills training on social problem-solving of preschool students. *Journal of Applied Psychological Research*. 2018; 9(4): 159-175. [Persian] [\[Link\]](#)
35. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988; 56: 893-897. [\[Link\]](#)
36. Anvari J, Sardari B. The effectiveness of positive psychotherapy on improving cognitive emotion regulation strategies in students with anxiety symptoms. *Journal of Positive Psychology*. 2019; 2(18): 31-46. [Persian] [\[Link\]](#)
37. Khorasani A.H. Investigating the effectiveness of positive psychotherapy on cognitive flexibility and distress tolerance in divorced women. *The Second National Conference of Iranian Psychotherapy*. JFRS. 2024; 4(13/13): 32-39. [Persian] [\[Link\]](#)
38. Khajevand S, Bahreinian A, Nasri M, Shahabizadeh F. Comparing the effectiveness of treatment based on mentalization and treatment based on parent-child relationship on executive functions and anxiety symptoms of anxious children. *CPJ* 2024; 12 (1): 91-105. [Persian] [\[Link\]](#)
39. Yousefpoor N. The Effectiveness of Positive Psychology Training on Anxiety, Social Skills and Meaning of Life of Older People. *Aging Psychology*. 2026; 11(4). [Persian] [\[Link\]](#)
40. Farahani E, Bahrainian S.A, 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), 157-169. [Persian] [\[Link\]](#)
41. Moheb N, Gavipankeh B, Esmailpour Kh, Abdi R. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on brain-behavioral systems and emotional regulation of drug addicts. *Quarterly Journal of Modern Psychological Research*. 2023; (18)69: 221-228. [Persian] [\[Link\]](#)
42. Haghighi Kermanshahi M, Kakabraee K. The effectiveness of interpersonal problem solving education on the social problem of young women prisoners. *Journal of Psychological Science*. 2021; 20(105), 1617-1630. [Persian] [\[Link\]](#)
43. Yekanizad A, Soleiman Nejad A. The effectiveness of problem solving skills training on cognitive emotion regulation strategies and self-regulation of students. *Quarterly Journal of Educational Psychology Skills*. 2023; (1)14: 84-70. [Persian] [\[Link\]](#)
44. Bagheripour Z, Erfani N. Comparing the effectiveness of happiness education and problem-solving skills education on cognitive-emotional regulation strategy and self-compassion in adolescents. 10th National Conference on Modern Studies and Research in the Field of Humanities, Management and Entrepreneurship of Iran, Tehran. 2023. [Persian] [\[Link\]](#)
45. Mirzaei L, Beikhhormizi M, Gholizade Z, Mirzaei M. (2025). The Effectiveness of Problem-Solving Skills Training on Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Educational Psychology*. 2025; 21(76): 255-152. [Persian] [\[Link\]](#)
46. Danaei-Kousha M, Tabatabaei SS, Shahabizadeh F, Ahi G. Comparison of the effectiveness of group positive behavior therapy with group cognitive behavioral therapy on the cognitive regulation of emotion in women with breast cancer. *Feyz Med Sci J*. 2023; 27 (1) :50-60. [Persian] [\[Link\]](#)
47. Kakabraee K, Moradi AR. Family-oriented problem-solving training to parents and the impact on the child's perception of parents. *Journal of Counseling and Psychotherapy*. 2017; (8)29: 165-185. [Persian] [\[Link\]](#)
48. Granefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific Sample. *PAID*. 2006; 40: 1659- 69. [\[Link\]](#)
49. Besharat MA. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Instruction and Scoring Method,

- Developmental Psychology: Iranian Psychologists. 2016; 13(50): 223-221. [Persian] [\[Link\]](#)
50. Hasani J. Investigating the validity and reliability of the short form of the Cognitive Regulation of Emotion Questionnaire. JRBS. 2012; 9: 229-240. [Persian] [\[Link\]](#)
51. Ghobadi S, Kakabraee K, Goudarzi M. The effectiveness of cognitive-behavioral coping training package with infertility stress on distress tolerance and cognitive regulation of emotion in infertile women. Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2024; 32(5):106-123. [Persian] [\[Link\]](#)
52. Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory Manual. The Psychological Corporation. Harcourt Brace & Company. San Antonio.1993. [\[Link\]](#)
53. Farhadi A, Movahedi M, Movahedi Y. The efficacy of cognitive therapy based on presence of mind in reduction of anxiety in patients with coronary heart disease: with a 2 month follow up. yafte. 2014; 15 (4):20-29. [Persian] [\[Link\]](#)
54. Bakhshani, Noor Mohammad (1993). Investigating the effectiveness of cognitive-behavioral methods in treating anxiety states, Master's thesis in clinical psychology, Tehran Institute of Psychiatry.[Persian]
55. Rafiei M, Seifi A. An investigation into the reliability and validity of beck anxiety inventory among the university students. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2013;8(27):37-46. [Persian] [\[Link\]](#)
56. Bateman AW. Mentalization-based treatment. In S. K. Huprich (Ed.), Personality disorders and pathology: Integrating clinical assessment and practice in the DSM-5 and ICD-11 era (pp. 237-258). American Psychological Association. 2022. [\[Link\]](#)
57. Seligman M EP, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. American Psychologist. 2006; 61(8), 774. [\[Link\]](#)
58. Dzurilla TJ, Nezu A. Problem-solving therapy. A social competence approach to clinical intervention (2nd.ed). New York: spring. 1999. [\[Link\]](#)