

Research Paper

Comparison of the effectiveness of time perspective therapy and mindfulness on alexithymia in adolescent girls with a history of suicide attempts

Maryam Neisari¹ , Leila Moghtader^{*1} , Samereh Asadi Majareh¹ 

1. Department of Psychology, Ra.C., Islamic Azad University, Rasht, Iran

Citation: Neisari M, Moghtader L, Asadi Majareh S. Comparison of the effectiveness of time perspective therapy and mindfulness on alexithymia in adolescent girls with a history of suicide attempts. J Child Ment Health. 2026; 13 (2):22-40.



URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-1573-en.html>

 [10.61882/jcmh.13.2.2](https://doi.org/10.61882/jcmh.13.2.2)

ARTICLE INFO

Keywords:

Alexithymia,
mindfulness therapy,
suicide attempt,
time perspective therapy

ABSTRACT

Background and Purpose: Adolescent girls are more susceptible to suicidal ideation and behaviors than boys. The present study aimed to compare the efficacy of Time Perspective Therapy (TPT) and Mindfulness in reducing alexithymia among adolescent girls with a history of suicide attempts.

Methods: The research method was quasi-experimental with a pre-test, post-test, and follow-up design. The target population included all adolescent girls with a history of suicide attempts who had active records in counseling centers in Rasht between 2024 and 2025 (N=67). All adolescents were selected by census method and randomly assigned to three groups: TPT (n=22), Mindfulness (n=22), and a control group (n=23). By the end of the intervention sessions, 17 adolescents remained in each group. The research instrument consisted of the latest validated Iranian version of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20; Bagby et al., 1994). For the first experimental group, the TPT was implemented, the second experimental group received mindfulness intervention, while the control group received no training. Both interventions were delivered in eight 90-minute sessions. Data analysis was performed using Mixed ANOVA in SPSS-27.

Results: The findings showed a significant decrease in the mean scores of alexithymia in the TPT and mindfulness groups during the post-test and follow-up phases compared to the control group ($F = 16.72$, $P = 0.001$). This reduction remained stable throughout the follow-up period ($F = 16.13$, $P < 0.001$). Based on the results of the Bonferroni post hoc test, no statistically significant difference was found between the effectiveness of the two treatments on the dependent variables ($p > .05$).

Conclusion: The lack of a significant difference between the two treatments indicates that, although TPT and mindfulness intervention operate through different theoretical pathways, both similarly reduce alexithymia in adolescent girls with a history of suicide attempts by decreasing rumination, improving emotion regulation, and enhancing cognitive flexibility. Therefore, clinicians can use either of these two protocols as effective tools for reducing alexithymia based on the client's needs and the therapeutic context.

Received: 8 Mar 2026

Accepted: 6 Jun 2026

Available: 10 Jul 2026

* **Corresponding author:** Leila Moghtader, Department of Psychology, Ra.C., Islamic Azad University, Rasht, Iran

E-mail: Leila.moghtader@iau.ac.ir

Tel: (+98) 1333424080

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

The alarming rise in global suicide rates has made suicide a major public health concern. In the United States, suicide is the third leading cause of death among adolescents aged 10–19 years, while in Iran, studies show that approximately two-thirds of individuals who attempt suicide are adolescent girls (1–5). One of the key psychological factors associated with suicidal behavior is alexithymia, a multidimensional personality construct characterized by difficulties in finding, understanding, and expressing emotions. Alexithymia has been consistently linked to suicidal ideation and suicidal behaviors (8–12). Given the urgent need for effective interventions, the present study focuses on two contemporary therapeutic approaches. The first is Time Perspective Therapy (TPT), which aims to reconstruct individuals' temporal perspectives by transforming maladaptive views of the past, present, and future into more balanced and adaptive orientations (13). The second is Adolescent-Based Mindfulness Therapy, which emphasizes purposeful, nonjudgmental awareness of present-moment experiences to enhance emotion regulation and promote acceptance of distressing thoughts and feelings (21–22).

These interventions were selected because they target complementary psychological processes. Mindfulness primarily addresses emotional distress by fostering awareness and regulation in the present moment, while TPT looks to change maladaptive cognitive biases related to the past, present, and future. Consequently, both approaches may reduce alexithymia through distinct but potentially complementary mechanisms. Although earlier studies have shown the effectiveness of these interventions among adolescents, no study has directly compared their efficacy in reducing alexithymia among adolescent girls with a history of suicide attempts. Therefore, the present study aims to address this gap in literature and provide evidence to support clinicians in selecting the most effective intervention. Specifically, the study looks to find whether Time Perspective Therapy and Adolescent-Based Mindfulness Therapy differ significantly in their effectiveness in reducing alexithymia among adolescent girls with a history of suicide attempts.

Method

The research method was quasi-experimental with a pre-test, post-test, and follow-up design. The statistical population included all adolescent girls with a history of suicide attempts who had active records in counseling centers in Rasht between 2024 and 2025 (N=67). All adolescents were selected by census method and randomly assigned to three groups: TPT (n=22), Mindfulness (n=22), and a control group (n=23). By the end of the intervention sessions, 17 adolescents remained in each group. Inclusion criteria included a history of suicide attempts, age range 12 to 18 years, and informed consent from adolescents and their guardians. Alexithymia was assessed using latest validated Iranian version of the Toronto Alexithymia Scale - 20-item form (TAS-20) (9, 30), which measures three dimensions: difficulty identifying feelings, difficulty describing feelings, and externally oriented thinking. Participants in both intervention groups attended eight 90-minute sessions conducted twice weekly by a Ph.D. student in psychology. The TPT intervention (13, 31) focused on modifying maladaptive temporal perspectives related to the past, present, and future, while the Mindfulness Therapy for Adolescents (32, 34) emphasized present-moment awareness, acceptance, and emotion regulation skills. The control group received no intervention during the study period, and after the completion of the study, according to their own opinion, after explanations of the two treatment methods, TPT was administered to them. Data was analyzed using SPSS - 27, employing mixed-design analysis of variance (Mixed ANOVA) and Bonferroni post hoc tests, with statistical significance set at $p < 0.05$.

Results

The mean and standard deviation of the pre-test-post-test and follow-up scores of the alexithymia variable and its components in the experimental and control groups are presented in Table 3. The results of the Shapiro-Wilk test are also reported to examine the normality of the distribution of the variables.

Table 1. Descriptive statistics of alexithymia based on pre-test, post-test, and follow-up

Variable	Phase	TPT				Mindfulness				CG			
		M	SD	S-W	p	M	SD	S-W	p	M	SD	S-W	p
Difficulty in Identifying Feelings	Pre-test	18.95	3.81	0.967	0.757	18.11	3.42	0.984	0.983	18.25	3.83	0.901	0.071
	Post-test	15.32	3.38	0.947	0.417	16.53	2.84	0.976	0.914	18.83	2.07	0.986	0.991
	Follow-up	15.39	2.74	0.93	0.216	15.72	2.34	0.977	0.93	18.02	2.48	0.975	0.9
Difficulty in Describing Feelings	Pre-test	12.17	2.05	0.923	0.165	12.02	2.34	0.955	0.548	12.61	2.86	0.96	0.64
	Post-test	11.25	1.87	0.968	0.791	10.84	2.01	0.938	0.293	12.57	1.68	0.925	0.182
	Follow-up	11.7	2.41	0.967	0.768	12.7	2.51	0.95	0.45	13.16	2.35	0.915	0.123
Externally Oriented Thinking	Pre-test	22.62	3.74	0.926	0.185	22.15	3.47	0.957	0.581	22.46	2.59	0.975	0.897
	Post-test	18.89	4.43	0.935	0.264	19.22	3.86	0.97	0.813	22.63	2.58	0.961	0.657
	Follow-up	17.91	3.13	0.979	0.944	19.64	3.03	0.979	0.944	22.52	2.18	0.958	0.59
Alexithymia (Total)	Pre-test	53.75	6.73	0.982	0.974	52.28	4.92	0.944	0.373	53.32	5.48	0.975	0.897
	Post-test	45.47	6.56	0.961	0.651	46.59	5.38	0.936	0.251	54.03	3.29	0.92	0.15
	Follow-up	45.01	5.01	0.975	0.892	48.06	4.14	0.958	0.602	53.71	3.35	0.934	0.257

Note. M = Mean, SD = Standard Deviation; S-W= Shapiro–Wilk, TPT= Time Perspective Therapy, CG= control group

According to Table 1, the descriptive findings showed that the mean total alexithymia score and its subscale scores decreased in both intervention groups from pretest to posttest and were maintained at the three-month follow-up. In contrast, the control group showed only minimal changes in alexithymia scores across the three assessment points. Before conducting the main analysis, all assumptions for the mixed-design analysis of variance (Mixed ANOVA) were verified. The Mixed ANOVA revealed significant main effects of time ($F = 16.13$, $p < .001$), group ($F = 6.37$, $p = .004$), and the group $\times$ time interaction ($F = 16.72$, $p < .001$), with corresponding effect sizes of 0.25, 0.41, and 0.21, respectively. In addition, the interaction effect on the total alexithymia score was statistically significant ($F = 10.64$, $p < .001$), indicating that participants in both intervention groups demonstrated significantly greater reductions in alexithymia from pretest to posttest, with these improvements maintained at the three-month follow-up, compared with the control group. Bonferroni post hoc comparisons further showed that although both Time Perspective Therapy and Adolescent-Based Mindfulness Therapy produced significant and sustained reductions in alexithymia among adolescent girls with a history of suicide attempts, no statistically significant difference was found between the two interventions in terms of their effectiveness.

Conclusion

This study compared the effectiveness of TPT and Mindfulness Therapy in reducing alexithymia among adolescent girls with a history of suicide attempts. The findings showed that both interventions significantly reduced overall alexithymia and its dimensions, particularly difficulty identifying feelings and externally oriented thinking, with no significant difference seen between the two treatment approaches. The findings regarding TPT are consistent with those of earlier research (20), which showed its effectiveness in reducing alexithymia among adolescents. Likewise, the results for Mindfulness Therapy agree with earlier studies (23–27) reporting that mindfulness-based interventions improve emotion regulation and reduce alexithymia. Notably, although the effectiveness of both interventions has been proved in general adolescent populations, no earlier study has evaluated or directly compared their effects among adolescent girls with a history of suicide attempts. Therefore, the present findings not only corroborate existing evidence but also extend the literature by showing, for the first time, that both TPT and Mindfulness Therapy are effective interventions for reducing alexithymia in this high-risk clinical population.

In explaining the effectiveness of TPT and Mindfulness Therapy in reducing alexithymia among adolescent girls with a

history of suicide attempts, it can be argued that, despite their distinct theoretical foundations, both interventions enhance emotional awareness and emotion regulation. According to the time perspective theory proposed by Philip Zimbardo and John Boyd, TPT modifies maladaptive temporal orientations—particularly an excessive focus on a negative past or a fatalistic present—thereby fostering a more balanced and adaptive perspective toward the past, present, and future (31). This cognitive restructuring may improve adolescents' ability to recognize, interpret, and organize emotional experiences. Because alexithymia is characterized by difficulties in identifying and expressing emotions, developing a balanced time perspective can reduce difficulties in finding feelings and externally oriented thinking (9, 13, 25). In contrast, Mindfulness Therapy emphasizes purposeful, nonjudgmental awareness of present-moment experiences, enabling adolescents to see, differentiate, and label their emotions and bodily sensations more accurately. This process reduces cognitive fusion, rumination, and experiential avoidance while promoting greater emotional acceptance and regulation (33, 34). Earlier studies have shown that these mechanisms help emotional differentiation and improve affective processing (23–27). Therefore, although TPT and mindfulness-based therapy work through different mechanisms—temporal cognitive restructuring in the former and enhanced present-moment awareness in the latter—both reduce alexithymia by strengthening emotional awareness and adaptive emotion regulation. Their shared influence on reducing rumination and improving emotional processing may also explain why no significant difference was seen between the effectiveness of the two interventions (25, 27).

However, the present study has several limitations that should be acknowledged. First, all adolescents with a history of suicide attempts were included in the study. Future research is therefore recommended to recruit larger samples using probability-based random sampling methods to enhance the generalizability of the findings. Second, the absence of a long-term follow-up period limited the ability to evaluate the durability of the treatment effects. So, future studies should incorporate follow-up assessments at 3, 6, and 12 months. Third, participant attrition occurred during the study, resulting in the exclusion of 16 participants across the three groups from the final analysis. To minimize attrition in future research, researchers are encouraged to implement proper engagement and incentive strategies to improve adolescents' adherence to and participation in treatment sessions. Despite these limitations, the findings suggest that both TPT and Mindfulness Therapy are promising interventions for reducing alexithymia among adolescent girls with a history of suicide attempts.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is derived from the doctoral dissertation of the first author in the field of General Psychology at the Islamic Azad University, the Rasht Branch. The scientific approval for this study was issued by the Rasht Branch of Islamic Azad University under letter No. 281717/4 dated (2024 Jun 22). This research has the ethics code IR.IAU.BABOL.REC.1404.164, issued by the Ethics Committee of the Rasht Branch of Islamic Azad University. In addition, the ethical considerations outlined in the publication manual of the American Psychological Association and the ethical codes of the Psychological Organization of Iran—including confidentiality, protection of participants' identifying information and data analysis, and obtaining informed parental consent for participation in the study—were observed in this research.

Funding: This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Authors' contribution: In this study, the first author served as the designer and primary ideator of the research. The second author functioned as the supervisor, and the third author served as the project advisor.

Conflict of interest: The authors declare that they have no conflicts of interest related to this study.

Data availability statement: All data from this study are available from the first and corresponding author and were sent 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: All authors have full consent to publish this article.

Acknowledgement: The authors would like to express their sincere gratitude to all the adolescent girls who participated in this study and shared their experiences.

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی درمان چشم‌انداز زمان و ذهن آگاهی بر ناگویی هیجانی دختران نوجوان دارای سابقه اقدام به خودکشی

مریم نیساری^۱، لیلا مقتدر^{۱*}، سامره اسدی مجره^۱ ^{id}

۱. گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

اقدام به خودکشی،
درمان چشم‌انداز زمان،
درمان ذهن آگاهی،
ناگویی هیجانی

زمینه و هدف: دختران نوجوان نسبت به پسران بیشتر در معرض افکار و رفتارهای مرتبط با خودکشی قرار دارند. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان چشم‌انداز زمان و ذهن آگاهی بر ناگویی هیجانی دختران نوجوان دارای سابقه اقدام به خودکشی بود. **روش:** روش پژوهش شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش را کل نوجوانان دختر دارای سابقه اقدام به خودکشی در شهرستان رشت بین سال‌های ۱۴۰۳ تا ۱۴۰۴ تشکیل دادند که در مراکز مشاوره دارای پرونده بودند (تعداد: ۶۷). کل نوجوانان به صورت کل‌شماری انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه درمان چشم‌انداز زمان (۲۲ نفر)، ذهن آگاهی (۲۲ نفر)، و گواه (۲۳ نفر) جایدهی شدند. پس از پایان جلسات و ریزش نمونه در هر گروه ۱۷ نوجوان باقی ماندند. ابزار پژوهش شامل آخرین ویرایش اعتباریابی شده در ایران مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (باگبی و همکاران، ۱۹۹۴) بود. برای گروه آزمایش یکم، مداخله مبتنی بر چشم‌انداز زمان و برای گروه دوم مداخله ذهن آگاهی هر کدام در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد و گروه گواه در زمان مداخله آموزشی را دریافت نکردند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس آمیخته و SPSS-27 استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون، میانگین ناگویی هیجانی در گروه درمان چشم‌انداز زمان و درمان ذهن آگاهی نسبت به گواه کاهش پیدا کرده است ($F=16/72, P=0/001$). و این کاهش در دوره پیگیری ماندگار بوده است ($P<0/001$ ؛ $F=16/13$). براساس نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی بین اثربخشی دو درمان بر متغیرهای وابسته تفاوت معنادار مشاهده نشد ($P<0/05$).

نتیجه‌گیری: نبود تفاوت معنادار میان دو درمان نشان می‌دهد که هرچند درمان چشم‌انداز زمان و ذهن آگاهی از مسیرهای نظری متفاوتی عمل می‌کنند، اما هر دو با کاهش نشخوار فکری، بهبود تنظیم هیجان و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، به‌طور مشابه موجب کاهش ناگویی هیجانی در دختران نوجوان دارای سابقه اقدام به خودکشی می‌شوند؛ براین اساس متخصصان می‌توانند بر اساس نیاز مراجع و بافتار درمانی، از هر یک از این دو پروتکل به عنوان ابزاری کارآمد برای کاهش ناگویی هیجانی استفاده کنند.

دریافت شده: ۱۴۰۴/۱۲/۱۷

پذیرفته شده: ۱۴۰۵/۰۳/۱۶

منتشر شده: ۱۴۰۵/۰۴/۱۹

* نویسنده مسئول: لیلا مقتدر، گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

رایانامه: Leila.moghtader@iau.ac.ir

تلفن: ۰۱۳-۳۳۴۲۴۰۸۰

مقدمه

نرخ خودکشی^۱ در جهان افزایش پیدا کرده و این پدیده به یکی از دغدغه‌های اساسی سلامت عمومی^۲ تبدیل شده است (۱). در آمریکا در فاصله بین سال‌های ۲۰۱۸ تا ۲۰۲۲ یعنی تقریباً پنج سال، بالغ بر ۲۰۰ هزار مرگ به دلیل خودکشی گزارش شده و در سال ۲۰۲۱، خودکشی سومین علت مرگ و میر در میان نوجوانان ۱۰ تا ۱۹ سال محسوب شده است (۲). بر اساس پژوهش‌های قبلی، دختران نوجوان نسبت به پسران بیشتر در معرض افکار و رفتارهای مرتبط با خودکشی قرار دارند (۳، ۴). در ایران نیز پژوهشی نشان داد که حدود دوسوم نوجوانان اقدام کننده به خودکشی، دختر بوده‌اند (۵). بر اساس نتایج یک پژوهش، ۲۰/۸۵ درصد (۳۵۹۳ نفر) نوجوانان و جوانان افکار خودکشی را گزارش کردند و از میان آنان ۱۰/۱۷ درصد (۱۷۵۳ نفر) اقدام به خودکشی کرده بودند (۶). آمارها حکایت از افزایش چشمگیر تمایلات خودویرانگری در نوجوانان طی سال‌های اخیر دارد؛ به گونه‌ای که بین سال‌های ۲۰۱۶ تا ۲۰۲۳، نرخ اقدام به خودکشی از ۲/۱ به ۶/۶ درصد و میزان افکار خودکشی از ۴/۷ به ۶/۱۱ درصد افزایش یافته است (۷).

یکی از مشکلاتی که با اقدام به خودکشی مرتبط است، ناگویی هیجانی^۳ است. ناگویی هیجانی نوعی ویژگی شخصیتی چندبعدی است که شامل مشکل در شناسایی هیجان‌ها^۴، دشواری در توصیف هیجان‌ها^۵، و تفکر برون‌مدار^۶ است (۸). به عبارت دیگر، ناگویی هیجانی با اختلال در توانایی فرد در شناسایی، درک و توصیف هیجان‌های خود و مشکل در به اشتراک گذاشتن احساسات خود از طریق واژه‌ها مشخص می‌شود (۹). بین ناگویی هیجانی و رفتار خودکشی و افکار خودکشی رابطه وجود دارد (۱۰، ۱۱). در پژوهشی در میان نوجوانان مبتلا به افسردگی نشان داده شد که ناگویی هیجانی (به‌ویژه بعد مشکلات در شناسایی هیجان‌ها) با افکار خودکشی مرتبط است (۱۲).

با توجه به رابطه ناگویی هیجانی با اقدام به خودکشی به‌ویژه در نوجوانان (۱۰) انجام مداخلات روان‌شناختی برای کاهش این مشکلات در میان نوجوانان دختر که اقدام به خودکشی در آنان بیشتر از نوجوانان

پسر است (۳) می‌تواند در کاهش مشکلات روان‌شناختی از جمله ناگویی هیجانی مؤثر باشد. از جمله روش‌های درمانی مورد توجه در سال‌های اخیر، درمان چشم‌انداز زمان^۷ است؛ درمان چشم‌انداز زمان نوعی درمان جدید مبتنی بر زمان است که هدف آن تغییر ادراک درمان‌جویان از گذشته، حال، و آینده منفی به چشم‌انداز زمان مثبت است؛ در این مداخله درمانی، نگرش‌های منفی نسبت به گذشته، حال، و آینده مورد واکاوی قرار می‌گیرد و در صورت منفی بودن چشم‌انداز زمان، چشم‌انداز زمان مثبت جایگزین آن می‌شود. به عبارت دیگر در این روش درمانی واری ابعاد چشم‌انداز زمان گذشته، حال، و آینده به درمان‌جو یاد داده می‌شود و بر اساس آن درمان‌جویان چشم‌انداز زمان گذشته، حال، و آینده مثبت را جایگزین چشم‌اندازهای گذشته، حال، و آینده منفی خود می‌کنند (۱۳). علت انتخاب این روش مداخله این بود که در آسیب‌شناسی روانی، چشم‌انداز زمان یکی از عوامل مرتبط با افکار و اقدام به خودکشی (۱۴، ۱۵) به‌ویژه در نوجوانان (۱۶) گزارش شده است. به‌علاوه این درمان برای کاهش مشکلات روان‌شناختی نوجوانان در ایران مورد استفاده قرار است و نتایج اثربخشی داشته است (۱۷-۱۹). اثربخشی این درمان بر کاهش افکار خودکشی (۱۹) و ناگویی هیجانی (۲۰) نوجوانان اثربخش بوده است. هرچند پژوهش‌هایی که در بالا بیان شدند اثربخشی این روش را در بهبود مشکلات روان‌شناختی نوجوانان تأیید کرده‌اند، اما با بررسی پیشینه‌های پژوهش توسط پژوهشگران، اثربخشی این درمان در میان دختران نوجوان اقدام کننده به خودکشی مورد بررسی قرار نگرفته است.

مداخله درمانی دیگر، درمان ذهن آگاهی برای نوجوانان^۸ است. ذهن آگاهی به عنوان «توجه به شیوه‌ای ویژه یعنی عمدی، در لحظه حال و بدون قضاوت» توصیف شده است (۲۱). ذهن آگاهی در اصل، آگاهی کامل و بدون قضاوت از اتفاقاتی است که در حال حاضر رخ می‌دهند. آموزش ذهن آگاهی به منظور تقویت توانایی ذاتی فرد برای آگاهی از آنچه در درون و بیرون اتفاق می‌افتد با کنج‌کاوی آشکار و بدون قضاوت به کار برده می‌شود. آموزش رسمی ذهن آگاهی مستلزم طیف

5. Difficulty describing feelings

6. Externally oriented thinking

7. Time perspective therapy

8. Mindfulness-based therapy for adolescents

1. Suicide rate

2. General health

3. Alexithymia

4. Difficulty identifying feelings

وسعی از فنون است که به ایجاد تمرکز عمدی توجه بر تجربه لحظه حال کمک می‌کند و در عین حال فرد را از قضاوت‌های منفی و انتقادی خود رها می‌کند. هدف این نوع آموزش کمک به افراد برای پذیرش تجربیات ناخوشایند و دردناک بدون تلاش واکنشی برای تغییر تجربه است (۲۲). جلسات ذهن آگاهی برای نوجوانان هماهنگ با مراحل تحولی^۱، شناختی، و نیاز آنان بنا شده است و در قالب بازی اجرا می‌شود و فونونی از قبیل ذهن آگاهی لمس کردن آگاهانه، بویدن آگاهانه، گوش دادن آگاهانه و دیدن بدون قضاوت و داوری را شامل می‌شود. فنون ویژه ذهن آگاهی به نوجوانان در تمرکز، تحمل فشار روانی، تنظیم هیجان‌ها، القای احساس آرامش درونی و ایجاد و تداوم روابط پایدار و معنادار کمک می‌کند (۲۲). پژوهش نشان داده است که درمان ذهن آگاهی نوجوان محور بر کاهش ناگویی هیجانی (۲۳) اثربخش بوده است. علاوه بر این اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان، ناگویی هیجان، و مشکلات روان‌شناختی تأیید شده است (۲۷-۲۴). با بررسی پیشینه‌های پژوهش توسط پژوهشگران، پژوهش‌ها اثربخشی این روش را در نوجوانان بررسی کرده‌اند؛ اما این اثربخشی در میان دختران نوجوان دارای سابقه اقدام به خودکشی بررسی نشده است.

انتخاب این دو روش مبتنی بر شواهدی است که نشان می‌دهد ذهن آگاهی با هدف قرار دادن آشفتگی‌های هیجانی در «حال» (۲۲)، و درمان چشم‌انداز زمان با تعدیل سوگیری‌های شناختی^۲ نسبت به «گذشته»، «حال» و «آینده» (۱۳)، می‌تواند به صورت مکمل، راهبردهای انطباقی را در نوجوانان دارای افکار خودکشی تقویت کنند. همچنین علت دیگر انتخاب این دو روش درمانی، اثربخشی آنان در میان نوجوانان بوده است. برای مثال نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که هر دو روش بر کاهش افکار خودکشی در جامعه نوجوانان، اثربخش هستند (۲۹، ۲۸، ۱۹).

با وجود این، اثربخشی درمان چشم‌انداز زمان و ذهن آگاهی بر ناگویی هیجانی در دختران نوجوان دارای سابقه اقدام به خودکشی چندان مورد بررسی قرار نگرفته است و اثربخشی این دو درمان نیز مقایسه نشده است. نتایج این پژوهش می‌تواند در انتخاب گزینه درمانی مناسب برای نوجوانان دختر دارای سابقه اقدام به خودکشی مفید و مؤثر

واقع شود و می‌تواند به درمانگران و مشاوران کودک و نوجوان در انتخاب شیوه درمانی مناسب کمک کند. پژوهش‌های گذشته تأثیرات این دو درمان را به تنهایی در نمونه‌های دیگر غیر از نوجوانان دارای سابقه اقدام به خودکشی بررسی کرده‌اند (۲۳، ۲۰، ۱۹)، اما در دختران نوجوان دارای سابقه اقدام به خودکشی، پژوهشی مشاهده نشده است. بنابراین انجام این پژوهش علاوه بر کمک به نوجوانان دارای سابقه اقدام به خودکشی می‌تواند به تقویت پیشینه پژوهشی در این زمینه کمک کند و پژوهشگران را ترغیب کند تا با انجام طرح‌های پژوهشی به تعیین اثربخشی درمان‌های مختلف برای نوجوانان دارای سابقه اقدام به خودکشی بپردازند و از بعد افزایشی به تقویت پژوهش‌های مرتبط کمک کنند. بدین ترتیب مسئله اصلی در این پژوهش این بود که «آیا بین اثربخشی درمان چشم‌انداز زمان و ذهن آگاهی بر ناگویی هیجانی دختران نوجوان دارای سابقه اقدام به خودکشی تفاوت وجود دارد یا خیر؟»

روش

(الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: روش پژوهش در این مطالعه شبه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون به همراه گروه گواه بود (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه). جامعه آماری این پژوهش را کل نوجوانان دختر دارای سابقه اقدام به خودکشی در شهرستان رشت بین سال‌های ۱۴۰۳ تا ۱۴۰۴ تشکیل دادند که در مراکز مشاوره دارای پرونده بودند (تعداد: ۶۷). نمونه آماری شامل کل دختران نوجوان دارای سابقه اقدام به خودکشی بودند که به صورت کل شماری و داوطلبانه و برحسب شرایط ورود و خروج انتخاب شدند. با توجه به احتمال افت شرکت کنندگان در پژوهش در این پژوهش کل نوجوانان به صورت تصادفی در سه گروه درمان چشم‌انداز زمان (۲۲ نوجوان)، درمان ذهن آگاهی نوجوان محور (۲۲ نوجوان) و گواه (۲۳ نوجوان) جایدهی شدند و به دلیل رعایت ملاحظات اخلاقی هیچ فردی حذف نشد. پس از اجرای درمان‌ها از گروه چشم‌انداز زمان ۴ نفر و از گروه درمان ذهن آگاهی نوجوان محور ۵ نفر در پژوهش به صورت مداوم (دو جلسه پشت سرهم) شرکت نکردند و از نمونه نهایی حذف شدند. بر این اساس برای برابر نمودن گروه‌ها یک نفر از گروه درمان ذهن آگاهی و ۶ نفر از

اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از «کاملاً مخالف=۱» نمره ۱ تا «کاملاً موافق=۵» است. گویه‌های ۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ برعکس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات این مقیاس بین ۲۰ تا ۱۰۰ است و نمره بالا ناگویی هیجانی را نشان می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ این ابزار، ۰/۸۱ و ضریب پایایی بازآزمایی در دو نوبت با فاصله چهار هفته ۰/۷۷ به دست آمد؛ همچنین روایی آن از طریق ارتباط معنادار ($r=0/90$) این نسخه از تست با نسخه بلند آن تأیید شد (۹). در ایران، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس در گروه بالینی و افراد بهنجار به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۷۹ گزارش شده است؛ علاوه بر این روایی پیش‌بین این مقیاس از طریق تفاوت معنادار نمرات بین گروه بالینی و غیربالینی ($p<0/001$) تأیید شد. همچنین پایایی بازآزمایی این مقیاس در گروه بالینی و غیربالینی به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۷۷ بوده است (۳۰). در پژوهش حاضر و در مرحله پیش‌آزمون، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برابر با ۰/۷۳ به دست آمد و همچنین روایی صوری و محتوایی این ابزار نیز با روش کیفی و با نظرخواهی از متخصصان روان‌شناسی به شیوه‌های شاخص و نسبت روایی محتوا^۲ مطلوب به دست آمد.

(ج) معرفی برنامه‌های مداخله‌ای

۱. *مداخله مبتنی بر چشم‌انداز زمان*: برای گروه آزمایش یکم مداخله مبتنی بر چشم‌انداز زمان (۱۳) در ۸ جلسه اجرا شد. مداخلات مبتنی بر چشم‌انداز زمان بر اساس نظریه زیمنباردو (۳۱) طراحی شده‌اند. مبنای نظری این روی آورد بر این فرض استوار است که سلامت روان در گرو دستیابی به تعادل بین ابعاد مختلف زمان (گذشته مثبت و منفی، حال لذت‌بخش و تقدیرگرایانه، و آینده) است. این مداخله با هدف تغییر جهت‌گیری‌های زمانی ناکارآمد (مانند تمرکز افراطی بر گذشته منفی) به سمت چشم‌اندازهای متوازن، باعث بهبود کیفیت زندگی و کاهش نشانگان روان‌شناختی می‌شود (۳۱). این مداخله طی یک ماه، در قالب هشت جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای (دو جلسه در هفته)، در مرکز مشاوره گیلان و در شهریورماه ۱۴۰۴ اجرا شد. اجرای جلسات بر عهده یک روان‌شناس دارای مدرک دکترای تخصصی بود که پیش‌تر این درمان را در قالب رساله دکترای خود به کار گرفته بود و گواهی شرکت در

گروه گواه به صورت تصادفی در تحلیل نهایی حذف شدند. در نهایت هر گروه شامل ۱۷ نمونه مورد تحلیل قرار گرفت.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل سابقه حداقل یک‌بار اقدام به خودکشی (براساس پرونده در مرکز مشاوره)، محدوده سنی نوجوانی (معمولاً ۱۲ تا ۱۸ سال)، توانایی حضور و مشارکت فعال در جلسات گروهی، انجام تکالیف خانگی مرتبط با درمان و رضایت آگاهانه نوجوان و موافقت والدین یا سرپرست قانونی برای شرکت در پژوهش، عدم شرکت در جلسات درمانی هم‌زمان (براساس گزارش خود فرد). ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها، عدم همکاری با پژوهشگر در طول درمان، و شرکت نکردن متوالی (حداقل دو جلسه پشت سرهم) در جلسات. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه در هر سه گروه بیانگر این بود که از نظر تعداد دفعات اقدام به خودکشی در گروه درمان چشم‌انداز زمان و درمان ذهن آگاهی نوجوان محور به صورت مساوی ۸۲/۳۶ نوجوانان (۱۴ نفر) دارای سابقه یک‌بار، ۱۱/۷۶ درصد (دو نفر) دو بار و ۵/۸۸ درصد (یک نفر) سه بار اقدام به خودکشی داشتند. اما در گروه گواه ۷۶/۴۷ درصد (۱۳ نفر) دارای سابقه یک‌بار، ۱۷/۶۵ درصد (۳ نفر) دو بار و ۵/۸۸ درصد (۱ نفر) سه بار اقدام به خودکشی بودند. از نظر سن در گروه درمان چشم‌انداز زمان و گروه گواه به صورت مساوی ۴۱/۱۸ نوجوانان (۷ نفر) ۱۶ سال، ۴۱/۱۸ درصد (۷ نفر) ۱۷ سال و ۱۷/۶۴ درصد ۱۸ سال بودند. اما در گروه درمان ذهن آگاهی نوجوان محور ۳۵/۲۹ نوجوانان (۶ نفر) ۱۶ سال، ۴۷/۰۷ درصد (۸ نفر) ۱۷ سال و ۱۷/۶۴ درصد (۳ نفر) ۱۸ سال بودند.

(ب) ابزار

۱. *مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو*^۱: این مقیاس که توسط باگبی و همکاران (۹) ساخته شده است، ۲۰ گویه دارد و ناگویی هیجانی را در سه زیرمقیاس دشواری در تشخیص هیجان‌ها (توانایی شخص در شناسایی و تمایز میان هیجان‌ها با حس‌های بدنی؛ ۷ گویه)، دشواری در توصیف هیجان‌ها (توانایی شخص در بیان هیجان‌ها و اینکه آیا قادر است هیجان‌ها خود را در قالب لغات بیان کند یا خیر؛ ۵ گویه) و تفکر برون‌مدار (میزان درون‌نگری و عمیق شدن فرد در هیجان‌ها درونی خود و دیگران؛ ۸ گویه) می‌سنجد (۹). هر فرد به گویه‌های این مقیاس بر

کارگاه‌های آموزشی مرتبط با این درمان را نیز دریافت کرده بود. شرح جلسات در جدول ۲ گزارش شده است.

۲. درمان ذهن آگاهی نوجوان محور: برای گروه آزمایش دوم درمان ذهن آگاهی نوجوان محور (۳۲) در ۸ جلسه اجرا شد. مداخلات ذهن آگاهی نوجوانان-محور بر پایه چارچوب نظری کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی (۳۳) و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (۳۵)، استوار است؛ رکن اصلی نظری این درمان، پرورش آگاهی غیرقضاوت‌گرانه است که نوجوانان را قادر می‌سازد وضعیت‌های هیجانی خود را بدون واکنش‌های تکانشی و فوری مشاهده کنند؛ علاوه بر این، این مداخله از مفهوم تمرکززدایی استفاده می‌کند؛ مفهومی که شرکت‌کنندگان را توانمند می‌سازد تا افکار خود را نه به عنوان حقایق عینی، که به عنوان رویدادهای ذهنی گذرا درک کنند و بدین ترتیب،

هم‌جوشی شناختی^۱ و پریشانی هیجانی^۲ را کاهش دهند (۳۴، ۳۳). این برنامه با تلفیق این تمرینات ذهن آگاهی، در پی تقویت کنش‌های اجرایی^۳ قشر پیش‌پیشانی و تعدیل پاسخ‌های آمیگدال است که در نهایت به بهبود تنظیم هیجانی در مرحله حساس تحول نوجوانی منجر می‌شود. این مداخله طی یک ماه، در قالب هشت جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای (دو جلسه در هفته)، در مرکز مشاوره گیلان و در شهریورماه ۱۴۰۴ اجرا شد. اجرای جلسات بر عهده دانشجوی دکتری روان‌شناسی بود که دارای سابقه اجرای این مداخله و گواهی معتبر مبنی بر گذراندن دوره‌ها و کارگاه‌های آموزشی مرتبط با این درمان بود. شرح جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات هشت‌گانه درمان چشم‌انداز زمان (۱۳)

جلسه	اهداف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف خانگی
یکم	اجرای پیش‌آزمون، برقراری ارتباط و مفهوم‌سازی	ترویج هنجارهای گروهی، انسجام گروهی، آشنایی اعضا باهم و تعهد مبنی بر شرکت کردن در جلسات، تعیین و نقش اعضا در جلسات درمانی و اجرای پیش‌آزمون.	-	-
دوم	آگاهی ابعاد چشم‌انداز زمان گذشته	مرور جلسه قبل، بیان خلاصه‌ای از رویدادهای گذشته توسط نوجوان، آشنایی نوجوان با چشم‌انداز زمان زی‌باردو، آگاهی درباره دیدگاه پارادوکس زمانی (برای مثال اهمیت زمان و نحوه حرکت از زمان دارای سوگیری [چشم‌انداز زمان گذشته منفی] به زمان متعادل [چشم‌انداز زمان گذشته مثبت])	شناخت رویدادهای منفی و مثبت گذشته	مشخص کردن دو رویداد منفی و دو رویداد مثبت قبلی (زمان گذشته)
سوم	آگاهی ابعاد چشم‌انداز زمان حال	مرور جلسه قبل، بررسی تکالیف خانگی اعضا، بیان خلاصه‌ای از رویدادهای گذشته توسط نوجوان، آگاهی در زمینه دیدگاه پارادوکس زمانی (به عنوان نمونه، اهمیت زمان و نحوه حرکت از زمان دارای سوگیری [حال جبرگرا به عنوان چشم‌انداز زمان دارای سوگیری] به زمان متعادل [حال لذت‌گرا])	شناخت رویدادهای منفی و مثبت حال حاضر	مشخص کردن رویدادهای منفی در زمان حال
چهارم	آگاهی از چشم‌انداز زمان آینده	مرور جلسه قبل، بررسی تکالیف خانگی اعضا، بیان خلاصه‌ای از رویدادهای پیش‌بینی شده برای آینده توسط نوجوان، آگاهی درباره دیدگاه پارادوکس زمانی (به عنوان نمونه، اهمیت زمان و نحوه حرکت از زمان دارای سوگیری [آینده منفی به عنوان چشم‌انداز زمان دارای سوگیری] به زمان متعادل [آینده مثبت])	شناخت چشم‌اندازهای منفی و مثبت آینده	مشخص کردن نگرش‌های منفی نوجوان در مورد آینده
پنجم	تغییر گذشته منفی به گذشته مثبت	مرور جلسه قبل، بررسی تکالیف خانگی اعضا، ارزیابی از تکالیف خانگی مربوط به گذشته منفی و مثبت، بیان خاطرات خوب و خوشایند گذشته و	تغییر گذشته منفی به گذشته مثبت	جایگزین موارد منفی گذشته با موارد مثبت و ثبت در فرم مربوطه

1. Cognitive defusion
2. Emotional distress

3. Executive functions

تشریح آنها توسط درمان‌جو و تمرین جابجایی موارد منفی گذشته با موارد مثبت.			
ششم	آموزش تغییر حال جبرگرا به حال لذت‌گرا	مرور جلسه قبل، بررسی تکالیف خانگی اعضا، مشخص شدن موقعیت‌های لذت‌گرای زمان حال با توجه به تکلیف خانگی مربوطه، نحوه لذت بردن از زمان حال و لذت بردن از فعالیت‌های حال حاضر و پرهیز از دیدگاه منفی نسبت به زمان حال.	جایگزین موارد منفی زمان حال با موارد مثبت و ثبت در فرم مربوطه
هفتم	تغییر آینده منفی به آینده ایدئال و مثبت	مرور جلسه قبل، بررسی تکالیف خانگی اعضا، شرح با مصداق اینکه خاطرات خوب و پیامدهای خوب و مثبت آن‌ها، دیدن آینده به صورت مثبت و دیدن موقعیت‌هایی که می‌توان در آنها فعالیت‌های مثبت انجام داد، برنامه‌ریزی برای آینده، تشریح نشئت گرفتن آینده مثبت از گذشته مثبت و حال لذت‌گرا	جایگزین پیش‌بینی‌های منفی در مورد آینده با پیش‌بینی‌های مثبت و ثبت در فرم مربوطه
هشتم	جمع‌بندی جلسات آموزشی و اجرای پس‌آزمون	مرور جلسه قبل، بررسی تکالیف خانگی اعضا، جمع‌بندی از جلسات با تکیه بر استفاده از چشم‌انداز زمان مثبت در برخورد مثبت با رویدادهای گذشته، حال و آینده، اجرای پس‌آزمون	-

جدول ۲: خلاصه جلسات هشت‌گانه درمان ذهن آگاهی نوجوان محور (۳۲)

جلسه	اهداف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف خانگی
یکم	اجرای پیش‌آزمون، برقراری ارتباط و مفهوم‌سازی	معرفی آموزش ذهن آگاهی و تعریف آن، توضیح پیرامون علت اجرای دوره آموزشی برای شرکت‌کنندگان، توضیح پیرامون چگونگی برنامه‌ریزی برای تمرینات ذهن آگاهی و گنجاندن این تمرینات در زندگی روزانه، یادداشت‌های روزانه درباره تمرین ذهن آگاهی، آموزش و انجام تمرینات مربوط به وضعیت‌های تمرینات مراقبه ذهن آگاهی (وضعیت نشستن روی صندلی، خوابیده، نشستن به حالت چهارزانو، حالت لوتوس کامل، وضعیت دست‌ها)	-	-
دوم	تمرین تنفس آگاهانه	صحبت در مورد تجربه شرکت‌کنندگان از ذهن آگاهی، تمرین تنفس آگاهانه و آموزش تنفس شکمی، تمرین ذهن آشفته در برابر ذهن آرام با مک مک بطری اکلیلی.	آگاهی از تنفس و آرامش همراه آن	انجام تکنیک تنفس آگاهانه قبل از خواب
سوم	ذهن آگاهی تنفس و تمرین بازیابی بدن	صحبت در مورد تجربه شرکت‌کنندگان از ذهن آگاهی و تکرار تنفس ذهن آگاهانه و آموزش بادی اسکن یا بازیابی بدن	آگاهی از قسمت‌های مختلف بدن	ذهن آگاهی تنفس و نگاه کردن به بدن خود هنگام دوش گرفتن
چهارم	ذهن آگاهی تنفسی و آموزش آگاهانه نسبت به زمان حال	تکرار تمرینات پایه تنفسی و آموزش آگاهانه نسبت به زمان حال با کمک تمرین لیوان آب-انجام حرکات ذهن آگاهانه	بودن و تجربه بودن در زمان حال	حرکات ذهن آگاهانه مبتنی بر بودن در زمان حال قبل از خواب
پنجم	ذهن آگاهی نسبت به پنج حس	صحبت در مورد تجربه شرکت‌کنندگان از تمرینات ذهن آگاهی و آموزش ذهن آگاهی نسبت به پنج حس (خوردن ذهن آگاهانه، گوش دادن ذهن آگاهانه، لمس کردن ذهن آگاهانه، بو بوییدن ذهن آگاهانه، دیدن ذهن آگاهانه)	آگاهی از حس‌هایی مانند مزه، صدا، حس لامسه و بو	تمرین خوردن ذهن آگاهانه و گوش دادن آگاهانه به موسیقی
ششم	تمرین ذهن آگاهی نسبت به هیجان‌ها	تکرار تمرینات پایه تنفسی، انجام تمرین ذهن آگاهی نسبت به هیجان‌ها، انجام تمرین از مهارگری خارج نشو، مراقبه محبت شفقت‌آمیز.	آگاهی از هیجان‌ها و محبت دلسوزانه نسبت به خود	تمرین از مهارگری خارج نشو
هفتم	ذهن آگاهی افکار	مرور تمرینات جلسات قبل و انجام تمرین ذهن آگاهی نسبت به افکار «سفید نانوشت» و مراقبه رهایی از فکر خودکشی	رهایی از افکار منفی	تمرین ذهن آگاهی افکار و رهایی از هر فکر

هشتم	آرام‌سازی جسمانی، مراقبه خواب و اجرای پس‌آزمون	تکرار تمرینات تنفسی پایه، «تنفس آرمیدگی» و تمرین تن آرامی عضلانی تدریجی برای نوجوانان، یادداشت نویسی درباره تجربه ذهن آگاهی (ذهن آگاهی نسبت به لحظه حال)، انجام مراقبه خواب، اجرای پس‌آزمون	آرام‌سازی جسمانی و روان‌شناختی	تمرین مراقبه خواب
------	--	---	--------------------------------	-------------------

(د) روش اجرا: جهت اجرای این پژوهش، ابتدا کد اخلاق (IR.IAU.BABOL.REC.1404.164) از کمیته اخلاق دانشگاه اخذ شد. سپس هماهنگی‌های لازم با مراکز مشاوره شهر رشت انجام شد و پس از اخذ مجوزهای قانونی، پژوهشگر به مراکز مشاوره و بهداشتی شهر رشت مراجعه کرد. برای انتخاب نمونه پژوهش، ابتدا نوجوانان دختری که دارای سابقه اقدام به خودکشی بوده و پرونده فعال در مراکز مذکور داشتند، به صورت کل شماری شناسایی شدند. سپس در یک جلسه توجیهی، اهداف پژوهش برای آنان تشریح شد و پس از پذیرش داوطلبانه، شرکت کنندگان در سه گروه درمان چشم‌انداز زمان (۲۲ نفر)، درمان ذهن آگاهی (۲۲ نفر)، و گروه گواه (۲۳ نفر) جایدهی شدند. قبل از انجام هرگونه مداخله‌ای، پرسشنامه‌ها در مرحله پیش‌آزمون تحت نظارت پژوهشگر و در محیطی آرام تکمیل شد و پس از اتمام دوره‌های درمانی، پس‌آزمون برای هر سه گروه اجرا شد؛ همچنین برای بررسی پایداری اثرات مداخله، مرحله پیگیری نیز برای هر سه گروه به عمل آمد. گروه آزمایش یکم به مدت یک ماه، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو جلسه در هفته)، مداخله چشم‌انداز زمان و گروه آزمایش دوم نیز در بازه زمانی یک ماه، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو جلسه در هفته)، درمان ذهن آگاهی برای نوجوانان را دریافت کردند؛ در حالی که گروه گواه مداخله‌ای را دریافت نکرد اما در تمام فرایند با تیم پژوهشی همکاری داشته و پس از اتمام کار، بنا به نظر خود آنان بعد از توضیحات دو روش

درمانی، درمان چشم‌انداز زمان برای آنان برگزار شد. در راستای رعایت اصول اخلاق در این پژوهش، رضایت کامل شرکت کنندگان و والدین (پدر یا مادر) کسب و آنها از اهداف و تمامی مراحل مداخله به‌طور کامل آگاه شدند. همچنین مداخلات این پژوهش توسط دانشجوی مقطع دکترای روان‌شناسی و به صورت گروهی در یکی از مراکز مشاوره شهر رشت اجرا شد و به تمامی افراد هر سه گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند. لازم به یادآوری است برای جلوگیری از ریزش آزمودنی‌ها و تضمین حضور مستمر در جلسات، از راهبردهایی مانند یادآوری تلفنی و پیامکی و هماهنگی نزدیک با والدین استفاده شد. در نهایت با کسر افت آزمودنی‌ها (۴ نفر در گروه چشم‌انداز زمان و ۵ نفر در گروه ذهن آگاهی)، تعداد نمونه‌ها در هر سه گروه به ۱۷ نفر رسید و تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بنفرونی با نرم‌افزار SPSS-27 و در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری متغیر ناگویی هیجانی و مؤلفه‌های آن در دو گروه آزمایش و گروه گواه در جدول ۳ ارائه شده است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو-ویلک^۱ جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها گزارش شده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	چشم‌انداز زمان		شاپیرو-ویلک		ذهن آگاهی نوجوان محور		شاپیرو-ویلک		گروه گواه		شاپیرو-ویلک		
	زمان	میانگین	انحراف استاندارد	شاخص	سطح معناداری	میانگین	انحراف استاندارد	شاخص	سطح معناداری	میانگین	انحراف استاندارد	شاخص	سطح معناداری
دشواری در تشخیص هیجان‌ها	پیش‌آزمون	۱۸/۹۵	۳/۸۱	۰/۹۶۷	۰/۷۵۷	۱۸/۱۱	۳/۴۲	۰/۹۸۴	۰/۹۸۳	۱۸/۲۵	۳/۸۳	۰/۹۰۱	۰/۰۷۱
	پس‌آزمون	۱۵/۳۲	۳/۳۸	۰/۹۴۷	۰/۴۱۷	۱۶/۵۳	۲/۸۴	۰/۹۷۶	۰/۹۱۴	۱۸/۸۳	۲/۰۷	۰/۹۸۶	۰/۹۹۱
	پیگیری	۱۵/۳۹	۲/۷۴	۰/۹۳۰	۰/۲۱۶	۱۵/۷۲	۲/۳۴	۰/۹۷۷	۰/۹۳۰	۱۸/۰۲	۲/۴۸	۰/۹۷۵	۰/۹۰۰
دشواری در توصیف هیجان‌ها	پیش‌آزمون	۱۲/۱۷	۲/۰۵	۰/۹۲۳	۰/۱۶۵	۱۲/۰۲	۲/۳۴	۰/۹۵۵	۰/۵۴۸	۱۲/۶۱	۲/۸۶	۰/۹۶۰	۰/۶۴۰
	پس‌آزمون	۱۱/۲۵	۱/۸۷	۰/۹۶۸	۰/۷۹۱	۱۰/۸۴	۲/۰۱	۰/۹۳۸	۰/۲۹۳	۱۲/۵۷	۱/۶۸	۰/۹۲۵	۰/۱۸۲

1. Shapiro-wilk test

پیگیری	۱۱/۷۰	۲/۴۱	۰/۹۶۷	۰/۷۶۸	۱۲/۷۰	۲/۵۱	۰/۹۵۰	۰/۴۵۰	۱۳/۱۶	۲/۳۵	۰/۹۱۵	۰/۱۲۳
پیش‌آزمون	۲۲/۶۲	۳/۷۴	۰/۹۲۶	۰/۱۸۵	۲۲/۱۵	۳/۴۷	۰/۹۵۷	۰/۵۸۱	۲۲/۴۶	۲/۵۹	۰/۹۷۵	۰/۸۹۷
پس‌آزمون	۱۸/۸۹	۴/۴۳	۰/۹۳۵	۰/۲۶۴	۱۹/۲۲	۳/۸۶	۰/۹۷۰	۰/۸۱۳	۲۲/۶۳	۲/۵۸	۰/۹۶۱	۰/۶۵۷
پیگیری	۱۷/۹۱	۳/۱۳	۰/۹۷۹	۰/۹۴۴	۱۹/۶۴	۳/۰۳	۰/۹۷۹	۰/۹۴۴	۲۲/۵۲	۲/۱۸	۰/۹۵۸	۰/۵۹۰
پیش‌آزمون (کل)	۵۳/۷۵	۶/۷۳	۰/۹۸۲	۰/۹۷۴	۵۲/۲۸	۴/۹۲	۰/۹۴۴	۰/۳۷۳	۵۳/۳۲	۵/۴۸	۰/۹۷۵	۰/۸۹۷
پس‌آزمون	۴۵/۴۷	۶/۵۶	۰/۹۶۱	۰/۶۵۱	۴۶/۵۹	۵/۳۸	۰/۹۳۴	۰/۲۵۱	۵۴/۰۳	۳/۲۹	۰/۹۲۰	۰/۱۵۰
پیگیری	۴۵/۰۱	۵/۰۱	۰/۹۷۵	۰/۸۹۲	۴۸/۰۶	۴/۱۴	۰/۹۵۸	۰/۶۰۲	۵۳/۷۱	۳/۳۵	۰/۹۳۴	۰/۲۵۷

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته را در سه گروه بر اساس دوره یعنی پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری نشان می‌دهد. نتایج میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین پس‌آزمون و پیگیری متغیر ناگویی هیجانی و ابعاد آن در دو گروه درمان چشم‌انداز زمان و ذهن آگاهی نسبت به گروه گواه کاهش داشته است؛ اما بین میانگین پس‌آزمون و پیگیری دو درمان تفاوت نسبی مشاهده نمی‌شود. همچنین در این جدول جهت بررسی وضعیت نرمال بودن داده‌ها از آزمون

شاپیرو-ویلک استفاده شد. نتایج حاکی از نرمال بودن توزیع نرمال متغیرها است ($P > 0.05$)؛ بنابراین می‌توان گفت توزیع تمام متغیرها نرمال است. پیش از اجرای تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی شرط همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس، فرض برابری واریانس‌های درون‌گروهی و فرض برابری واریانس‌های بین‌گروهی از آزمون‌های باکس، کرویت موچلی، و لوین استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون باکس، کرویت موچلی، و لوین جهت رعایت پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای وابسته

متغیر	باکس (F)	کرویت موچلی خی ۲	لوین پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
دشواری در تشخیص هیجان‌ها	۰/۵۹۴ ($p=0.85$)	۰/۶۱۲ ($p=0.74$)	۱/۵۱ ($p=0.23$)	۰/۹۵ ($p=0.39$)	۰/۲۸ ($p=0.76$)
دشواری در توصیف هیجان‌ها	۰/۸۰۸ ($p=0.64$)	۳/۳۲ ($p=0.19$)	۱/۵۰ ($p=0.23$)	۰/۲۸۱ ($p=0.76$)	۰/۱۱۱ ($p=0.89$)
تفکر برون‌مدار	۱/۲۷ ($p=0.23$)	۱/۷۲ ($p=0.42$)	۱/۴۴ ($p=0.25$)	۱/۶۳ ($p=0.21$)	۰/۸۵۱ ($p=0.43$)
ناگویی هیجانی	۱/۳۹ ($p=0.16$)	۰/۶۴۵ ($p=0.72$)	۱/۰۹ ($p=0.34$)	۲/۶۵ ($p=0.08$)	۱/۱۴ ($p=0.13$)

نتایج جدول ۴ مربوط به رعایت پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر یعنی آزمون‌های باکس، کرویت موچلی و لوین است؛ بر اساس نتایج آزمون باکس که برای ناگویی هیجانی ($F=1.39$)؛ $p < 0.16$) معنادار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس به درستی رعایت شده است. بر اساس آزمون کرویت موچلی که برای ناگویی هیجانی ($F=0.645$ ؛ $p < 0.72$) معنادار نبوده است، فرض برابری واریانس‌های درون‌گروهی و بر اساس آزمون لوین و عدم معناداری آن برای ناگویی هیجانی در پیش‌آزمون ($F=1.09$ ؛ $p < 0.34$)، پس‌آزمون ($F=2.65$ ؛ $p < 0.08$) و پیگیری ($F=1.14$ ؛ $p < 0.34$)

($p < 0.13$) شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی نیز رعایت شده است. به علاوه نتایج لامبدای ویلکز نشان داد که سطوح متغیر وابسته یعنی ناگویی هیجانی ($F=10.64$ ؛ $p < 0.001$) در گروه‌های مختلف تفاوت دارد و تغییرات آن در پس‌آزمون و پیگیری ناشی از متغیرهای مستقل یعنی درمان چشم‌انداز زمان و درمان ذهن آگاهی بوده است. جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس آمیخته را برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری افکار خودکشی، افسردگی، و ناگویی هیجانی در گروه‌های آزمایش و گواه نشان داده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیر وابسته در گروه آزمایش و گواه

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
دشواری در تشخیص هیجان‌ها	دوره	۱۰۸/۰۸۳	۱	۱۰۸/۰۸۳	۳۲/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۲۱	۰/۹۴
	گروه*دوره	۴۸/۴۱۲	۲	۲۴/۲۰۶	۲/۸۶	۰/۰۷	۰/۱۱	۰/۵۳
	خطا	۴۰۶/۸۴۴	۴۸	۸/۴۷۶				
	گروه	۹۸/۹۴۴	۲	۴۹/۴۷۲	۴/۹۲۰	۰/۰۱	۰/۱۷	۰/۷۸
	خطا	۱۳۵۶/۴۷۳	۴۸	۳۴/۵۱۰				
	دوره	۱/۶۶۲	۱	۱/۶۶۲	۰/۲۷	۰/۶۱	۰/۰۰۵	۰/۰۸
دشواری در توصیف هیجان‌ها	گروه*دوره	۶/۶۹۰	۲	۳/۳۴۵	۰/۵۳	۰/۵۹	۰/۰۲۱	۰/۱۳
	خطا	۳۰۴/۸۱۳	۴۸	۶/۳۵۰				
	گروه	۳۴/۳۸۱	۲	۱۷/۱۹۱	۳/۵۸۴	۰/۰۳	۰/۱۳	۰/۶۴
	خطا	۲۳۰/۲۴۵	۴۸	۴/۷۹۷				
	دوره	۱۴۵/۲۲۱	۱	۱۴۵/۲۲۱	۱۴/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۲۳	۰/۹۶
	گروه*دوره	۹۷/۱۹۶	۲	۴۵/۵۹۸	۴/۸۸	۰/۰۱۲	۰/۱۷	۰/۷۸
تفکر برون‌مدار	خطا	۴۷۸/۰۸۵	۴۸	۹/۹۶۰				
	گروه	۲۱۳/۹۹۷	۲	۱۰۶/۹۹۹	۸/۷۵۸	۰/۰۰۱	۰/۲۷	۰/۹۶
	خطا	۲۳۰/۲۴۵	۴۸	۴/۷۹۷				
	دوره	۴۴۷/۶۶۱	۱	۴۴۷/۶۶۱	۱۶/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۰/۹۸
	گروه*دوره	۳۵۳/۶۰۴	۲	۱۷۶/۸۰۲	۶/۳۷	۰/۰۰۴	۰/۲۱	۰/۸۸
	خطا	۱۳۳۲/۱۶۸	۴۸	۲۷/۷۵۴				
ناگویی هیجانی	گروه	۹۲۵/۶۳۴	۲	۴۶۲/۸۱۷	۱۶/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۹۹
	خطا	۲۳۰/۲۴۵	۴۸	۴/۷۹۷				

جدول ۵ نشان می‌دهد که بین میانگین دوره یعنی پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری ناگویی هیجانی در دو گروه درمان چشم‌انداز زمان و درمان ذهن آگاهی نوجوان‌محور و گروه گواه تفاوت معنادار وجود دارد. اثر دوره، گروه*دوره و اثر گروه بر نیز معنادار بوده است؛ اندازه اثر دوره، گروه*دوره و گروه بر ناگویی هیجانی به ترتیب ۰/۲۵، ۰/۴۱ و ۰/۲۱ بوده است. به علاوه در این جدول نشان داده شده است که در دشواری در تشخیص هیجان‌ها اثر دوره و اثر گروه معنادار بوده است؛ اما اثر تعاملی گروه و دوره معنادار نبوده است. علاوه بر این، اندازه اثر گروه و دوره به ترتیب ۰/۲۱ و ۰/۱۷ بوده است. در دشواری در

توصیف هیجان‌ها فقط اثر گروه معنادار بوده است و اندازه اثر آن ۰/۱۳ بوده است. در تفکر برون‌مدار نیز اثر دوره، گروه، و تعامل گروه و دوره معنادار بوده است و اندازه اثر آنها به ترتیب ۰/۲۳، ۰/۲۷ و ۰/۱۷ بوده است. بر این اساس می‌توان گفت که بر اساس مقایسه میانگین‌های دو گروه آزمایش و گواه، می‌توان گفت درمان چشم‌انداز زمان و درمان درمان ذهن آگاهی نوجوان‌محور بر کاهش نمرات ناگویی هیجانی نوجوانان دختر دارای سابقه اقدام به خودکشی اثربخش است. جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی را برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری متغیرهای وابسته را در گروه‌های آزمایش و گواه نشان می‌دهد.

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری متغیر وابسته در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	زمان	گروه	اختلاف میانگین گروه‌ها
دشواری در تشخیص هیجان‌ها	پیش‌آزمون	چشم‌انداز زمان	درمان ذهن آگاهی نوجوان‌محور
	پس‌آزمون	درمان ذهن آگاهی نوجوان‌محور	چشم‌انداز زمان
		چشم‌انداز زمان	درمان ذهن آگاهی نوجوان‌محور
		درمان ذهن آگاهی نوجوان‌محور	
			گواه
			۰/۷۰۸
			۰/۱۴۱
			-۳/۵۱۳°
			-۲/۳۰۶°

۰/۶۲۱°	۰/۳۲۹	چشم‌انداز زمان	پیگیری	دشواری در توصیف هیجان‌ها
۰/۲۹۱°	-	درمان ذهن آگاهی نوجوان‌محور	پیش‌آزمون	
۰/۴۶۵	۰/۹۱۹	چشم‌انداز زمان	پیش‌آزمون	
۰/۴۵۴	-	درمان ذهن آگاهی نوجوان‌محور	پس‌آزمون	
۰/۶۸۰	۱/۱۷۸	چشم‌انداز زمان	پیگیری	تفکر برون‌مدار
۰/۸۹۵°	-	درمان ذهن آگاهی نوجوان‌محور	پیش‌آزمون	
۰/۵۵۱	۰/۰۴۳	چشم‌انداز زمان	پیش‌آزمون	
۰/۵۹۴	-	درمان ذهن آگاهی نوجوان‌محور	پس‌آزمون	
۰/۱۵۷	۰/۴۵۷	چشم‌انداز زمان	پیگیری	ناگویی هیجانی
۰/۳۱۷	-	درمان ذهن آگاهی نوجوان‌محور	پیش‌آزمون	
۰/۳۷۳°	۰/۳۲۶	چشم‌انداز زمان	پیش‌آزمون	
۰/۴۰۴°	-	درمان ذهن آگاهی نوجوان‌محور	پس‌آزمون	
۰/۶۱۹°	۱/۷۲۹	چشم‌انداز زمان	پیگیری	
۰/۸۹۰°	-	درمان ذهن آگاهی نوجوان‌محور	پیش‌آزمون	
۰/۱۷۳	۰/۵۲۴	چشم‌انداز زمان	پیش‌آزمون	
۰/۱۲۰۷	-	درمان ذهن آگاهی نوجوان‌محور	پس‌آزمون	
۰/۳۶۲°	۲/۵۳۶	چشم‌انداز زمان	پیگیری	
۰/۸۲۶°	-	درمان ذهن آگاهی نوجوان‌محور	پیش‌آزمون	
۰/۲۳۳°	۳/۴۲۶	چشم‌انداز زمان	پیش‌آزمون	
۰/۸۰۷°	-	درمان ذهن آگاهی نوجوان‌محور	پس‌آزمون	

* $p < 0.05$ و ** $p < 0.01$

بعد آن یعنی دشواری در تشخیص احساسات و تفکر برون‌مدار) دختران نوجوان دارای سابقه خودکشی اثربخش بوده است، اما بین دو درمان تفاوت معنادار مشاهده نشد. این نتایج با پیشینه پژوهشی موجود هم‌سو است. در مورد درمان چشم‌انداز زمان، نتایج حاضر با یافته‌های پژوهش (۲۰) که اثربخشی این درمان را در کاهش ناگویی هیجانی نوجوانان گزارش کرده بود، نیز هم‌خوانی دارد. به همین ترتیب نتایج مربوط به درمان ذهن آگاهی برای نوجوانان در پژوهش حاضر با یافته‌های پیشین (۲۴-۲۷، ۲۳) که بر اثربخشی ذهن آگاهی در بهبود تنظیم هیجان و کاهش ناگویی هیجانی تأکید داشتند، هم‌سو است. نکته حائز اهمیت در این است که اگرچه اثربخشی هر دو روش در متون پیشین برای نوجوانان به‌طور کلی گزارش شده بود، اما پیش از این پژوهش، اثر این مداخلات بر گروه خاص دختران نوجوان اقدام‌کننده به خودکشی بررسی نشده بود. بنابراین یافته‌های پژوهش حاضر ضمن تأیید نتایج مطالعات پیشین، برای نخستین بار نشان داد که هر دو روی آورد ذهن آگاهی و چشم‌انداز زمان در این گروه بالینی نیز کارآمد هستند.

در تبیین اثربخشی درمان چشم‌انداز زمان بر کاهش ناگویی هیجانی دختران نوجوان، می‌توان گفت که این مداخله از طریق بازسازی ساختار زمانی ذهن، به فرد کمک می‌کند تا از بن‌بست‌های هیجانی ناشی از

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود بین میانگین پس‌آزمون و پیگیری با پیش‌آزمون ناگویی هیجانی و دو بعد آن یعنی دشواری در تشخیص احساسات و تفکر برون‌مدار در گروه درمان چشم‌انداز زمان و درمان ذهن آگاهی نوجوان‌محور و گروه گواه تفاوت معنادار وجود دارد. به این معنی که در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون، میانگین ناگویی هیجانی در گروه درمان چشم‌انداز زمان و درمان ذهن آگاهی نوجوان‌محور نسبت به گواه کاهش پیدا کرده است. با توجه به عدم تفاوت معنادار در پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه درمان با همدیگر می‌توان گفت که این یافته نشان از ماندگاری اثر هر دو درمان دارد؛ به این ترتیب می‌توان گفت که درمان چشم‌انداز زمان و درمان ذهن آگاهی نوجوان‌محور بر کاهش ناگویی هیجانی نوجوانان دختر دارای سابقه اقدام به خودکشی اثربخش بوده‌اند؛ اما بین اثربخشی دو درمان تفاوت معنادار مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان چشم‌انداز زمان و ذهن آگاهی بر ناگویی هیجانی دختران نوجوان دارای سابقه اقدام به خودکشی بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان چشم‌انداز زمان و درمان ذهن آگاهی نوجوان‌محور بر کاهش ناگویی هیجانی (و دو

تجربیات گذشته رها شود. نوجوانان دارای سابقه خودکشی اغلب در یک «گذشته منفی» آسیب‌زا گرفتار شده‌اند که این مسئله به نوعی کرحتی هیجانی و ناتوانی در پردازش و نام‌گذاری احساسات (ناگویی هیجانی) منجر می‌شود. درمان چشم‌انداز زمان با تعدیل دیدگاه‌های زمانی نامتوازن و جایگزینی نگاه‌های سوگیرانه به گذشته با چشم‌اندازهای مثبت و آینده‌محور، ظرفیت‌های شناختی فرد را برای بازنمایی هیجان‌ها ارتقا می‌دهد. در واقع هنگامی که نوجوان می‌آموزد اهداف معناداری برای آینده ترسیم کند و امیدواری را جایگزین ناامیدی زمان‌محور کند، بار هیجانی خاطرات تلخ گذشته کاهش یافته و فرد توانایی بیشتری برای تفسیر و ابراز هیجان‌های فعلی خود کسب می‌کند (۱۳). پژوهش پیشین نیز مؤید این مطلب است که برقراری تعادل در چشم‌انداز زمانی، نه تنها تنظیم هیجان را تسهیل می‌کند، که با تقویت هوش هیجانی، به فرد ابزارهای شناختی لازم را برای شناسایی دقیق‌تر وضعیت‌های درونی و خروج از تفکر برون‌مدار (یکی از ابعاد اصلی ناگویی هیجانی) ارائه می‌دهد (۲۵).

علاوه بر این اثربخشی درمان چشم‌انداز زمان بر کاهش ناگویی هیجانی دختران نوجوان با سابقه خودکشی را می‌توان بر اساس «نظریه چشم‌انداز زمان» زیملاردو و بوید (۳۱) تبیین کرد. طبق این نظریه، جهت‌گیری زمانی سازش‌نا یافته (به‌ویژه تمرکز مفرط بر «گذشته منفی» یا «حال تقدیرگرایانه») که در نوجوانان دارای آسیب‌های هیجانی شایع است، باعث ایجاد گسست در روایت خود و ناتوانی در یکپارچه‌سازی تجربه‌های عاطفی می‌شود. از دیدگاه باگبی و همکاران (۹) که ناگویی هیجانی را با کمبود توانایی بازنمایی شناختی هیجان‌ها مرتبط می‌دانند، این نوجوانان به دلیل اسارت در زمان آشفته، فاقد ساختار شناختی لازم برای رمزگردانی احساسات هستند. درمان چشم‌انداز زمان با هدف دستیابی به یک چشم‌انداز زمانی متعادل، به نوجوان کمک می‌کند تا از تله‌های زمانی خارج شده و پیوند میان تجربیات گذشته، وضعیت حال، و اهداف آینده را بازسازی کند. این بازسازی شناختی، به مثابه یک چهارچوب معنایی عمل کرده و ظرفیت فرد را برای بازشناسی و برجسب‌زنی دقیق احساسات (کاهش دشواری در تشخیص احساسات) و بازگشت از تفکر صرفاً بیرونی به سوی پردازش درونی (کاهش تفکر برون‌مدار) افزایش می‌دهد. در واقع درمان با زمانی کردن تجربه هیجانی،

فرد را از حالت واکنش‌های تکانشگرانه (ویژه نوجوانان خودکشی‌گرا) به سمت خودتنظیمی مبتنی بر آگاهی سوق می‌دهد.

در مورد اثربخشی درمان ذهن آگاهی نوجوان‌محور بر ناگویی هیجانی دختران نوجوان دارای سابقه اقدام به خودکشی، می‌توان گفت درمان ذهن آگاهی با تکیه بر سازوکارهایی متفاوت اما هم‌سو، از طریق آموزش تمرکز بر لحظه حال و پذیرش غیرقضاوت‌گرانه تجربیات درونی، مستقیماً بر مؤلفه‌های ناگویی هیجانی اثر می‌گذارد. نوجوانان در این روی‌آورد می‌آموزند که به جای اجتناب از احساسات ناخوشایند یا واکنش تکانشی به آنها، به مشاهده دقیق حس‌های بدنی و افکار خود بپردازند. این تمرینات مداوم برای «حضور در لحظه»، آستانه آگاهی هیجانی را پایین آورده و به فرد اجازه می‌دهد تا پیش از آنکه در گرداب هیجان‌های شدید گرفتار شود، آنها را تشخیص داده و نام‌گذاری کند (۳۳). این نتیجه هم‌سو با یافته‌های پژوهش‌های پیشین (۲۶-۲۳) است که گزارش کرده‌اند ذهن آگاهی با کاهش نشخوار فکری و هم‌جوشی شناختی، به بهبود معنادار ناگویی هیجانی و افزایش هوش هیجانی در نوجوانان و بزرگسالان منجر می‌شود. در نهایت می‌توان استدلال کرد که اگرچه این دو روی‌آورد از مسیرهای متفاوتی (یکی از طریق بازسازی زمانی و دیگری از طریق مشاهده‌گری حال حور) عمل می‌کنند، اما هر دو در یک نقطه کلیدی یعنی افزایش فراآگاهی هیجانی تلاقی دارند (۱۳، ۳۳). به همین دلیل است که هر دو مداخله در پژوهش حاضر توانسته‌اند با کاهش دشواری در تشخیص احساسات و بهبود پردازش هیجانی، ناگویی هیجانی را در دختران نوجوان دارای سابقه خودکشی به شکل معناداری کاهش دهند.

اثربخشی درمان ذهن آگاهی نوجوان‌محور در کاهش ناگویی هیجانی را می‌توان از طریق مؤلفه‌های فرآیند تغییر در مدل‌های سگال و همکاران (۳۴) و دیدگاه‌های بنیادین کابات‌زین (۳۳) در مورد آگاهی فراشناختی تبیین کرد. ناگویی هیجانی طبق توصیف باگبی و همکاران (۹)، با ناتوانی در تمایزگذاری بین حالات هیجانی و حس‌بدنی همراه است؛ وضعیتی که نوجوانان دارای سابقه خودکشی معمولاً از طریق اجتناب تجربی یا گسست عاطفی آن را تشدید می‌کنند. درمان ذهن آگاهی با ترویج روی‌آورد پذیرش بدون قضاوت و تمرکز بر لحظه حال، نوجوان را قادر می‌سازد تا از حالت هم‌جوشی شناختی

(یکی انگاری با افکار) خارج شده و به تمرکززدایی دست یابد؛ جایی که احساسات نه به عنوان تهدید، که به عنوان رویدادهای گذرا در ذهن مشاهده می‌شوند. این فرایند مشاهده‌گری مستقیماً با دو بعد ناگویی هیجانی تقابل دارد: اولاً با تقویت مهارت‌های آگاهی بدنی و تمایزگذاری عاطفی، دشواری در تشخیص احساسات را تقلیل می‌دهد و ثانیاً با آموزش توجه به دنیای درونی به جای تمرکز وسواسی بر محرک‌های بیرونی، سبک تفکر برون‌مدار را تعدیل می‌کند. در نتیجه ذهن آگاهی نوجوان را از چرخه معیوب سرکوب هیجانی خارج کرده و ظرفیت پردازش هیجانی انعطاف‌پذیر و سالم را جایگزین آن می‌نماید.

در مورد عدم تفاوت معنادار دو درمان بر ناگویی هیجانی دختران نوجوان دارای سابقه اقدام به خودکشی می‌توان گفت هرچند درمان چشم‌انداز زمان و درمان ذهن آگاهی از نظر تکنیکی متفاوت هستند، اما هر دو روش منجر به تقویت توانایی تنظیم هیجان و کاهش نشخوار فکری می‌شوند که از عوامل اصلی ناگویی هیجانی و افسردگی‌اند. برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ذهن آگاهی با افزایش آگاهی لحظه‌ای و پذیرش بدون قضاوت باعث کاهش نشخوار فکری و بهبود فرآیندهای تنظیم هیجان می‌شود، به این صورت که فرد کمتر درگیر افکار منفی خودکار می‌شود و بهتر می‌تواند تجربه هیجانی را مدیریت کند، این موضوع به طور مستقیم با بهبود سلامت روان و کاهش افسردگی مرتبط است (۲۷). از سوی دیگر مطالعات دیگر نشان داده‌اند که چشم‌انداز زمانی نیز با تنظیم بهتر هیجان مرتبط بوده و افرادی با چشم‌انداز زمانی متعادل‌تر کمتر درگیر نشخوار فکری و نگرانی‌های هیجانی می‌شوند، زیرا این سبک زمانی باعث می‌شود فرد کمتر در «گذشته منفی» یا «آینده‌ی تهدیدآمیز» محبوس شود و این بهبود در پردازش هیجان موجب کاهش مشکلات هیجانی و افسردگی می‌شود (۲۵). بنابراین هر دو درمان، از مسیرهای نظری متفاوت (آینده‌نگری در چشم‌انداز زمانی و حضور لحظه‌ای در ذهن آگاهی)، روی منابع روان‌شناختی مشترکی مانند کاهش نشخوار فکری، بهبود تنظیم هیجان، و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی عمل می‌کنند که این سازوکار مشترک باعث می‌شود در اثر کاهش ناگویی هیجانی و افکار افسرده ساز، نتیجه بالینی هر دو روش در میزان کاهش این مشکلات بسیار مشابه شود.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه است که تعمیم‌پذیری نتایج را تحت تأثیر قرار می‌دهد. نخست نمونه‌گیری به صورت کل‌شماری انجام شد؛ زیرا به دلیل محدودیت جامعه، همه نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی در پژوهش شرکت داده شدند؛ در این زمینه پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده در جامعه بزرگ‌تر و با روش نمونه‌گیری تصادفی انجام شود. دوم، فقدان دوره پیگیری بلندمدت، پایداری اثرات درمان را نامشخص گذاشته است؛ بنابراین گنجاندن پیگیری‌های ۳، ۶ و ۱۲ ماهه در پژوهش‌های آتی ضروری است. سوم، در این پژوهش نمونه‌ها دارای ریزش بودند و تعدادی از افراد نمونه در سه گروه در تحلیل نهایی حذف شدند؛ برای اساس پیشنهاد می‌شود جهت کنترل این ریزش از شیوه‌های تشویقی برای بالابردن میزان همکاری نوجوانان در جلسات درمانی استفاده شود. چهارم، عدم مهارت‌گری متغیرهایی مانند مصرف دارو و وضعیت اقتصادی-اجتماعی، دقت یافته‌ها را کاهش می‌دهد که در این زمینه پیشنهاد می‌شود این متغیرها در تحلیل‌های آماری کنترل شوند. پنجم، اجرای درمان در محیط آزمایشگاهی ممکن است با شرایط واقعی متفاوت باشد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود اثربخشی این مداخلات در محیط‌های طبیعی مانند مدارس و مراکز مشاوره نیز بررسی شود.

با توجه به اثربخشی معنادار هر دو درمان چشم‌انداز زمان و ذهن آگاهی بر ناگویی هیجانی در دختران نوجوان دارای سابقه اقدام به خودکشی، به روان‌شناسان و مشاوران محترم پیشنهاد می‌شود که این دو مداخله را به عنوان روی آوردهای درمانی مکمل و مبتنی بر شواهد در کار بالینی خود با این جمعیت آسیب‌پذیر مورد استفاده قرار دهند. با توجه به اینکه ناگویی هیجانی (نا توانی در شناسایی و بیان هیجانات) از مهم‌ترین پیش‌بین‌های افکار خودکشی در نوجوانان هستند، به کارگیری درمان ذهن آگاهی با تأکید بر افزایش آگاهی هیجانی و پذیرش تجارب درونی بدون قضاوت، می‌تواند به این دختران کمک کند تا به تدریج واژگان هیجانی غنی‌تری پیدا کرده و به جای سرکوب یا اجتناب از احساسات دردناک، راهی سالم برای مواجهه با آنها بیابند. در مقابل، درمان چشم‌انداز زمان با بازسازی نگاه منفی به گذشته و آینده به نوجوان می‌آموزد که از دام نشخوار فکری درباره شکست‌های گذشته و ناامیدی از آینده رها شده و تصویری متعادل‌تر و امیدوارانه‌تر از مسیر زندگی خود ترسیم کند. پیشنهاد می‌شود متخصصان حوزه نوجوانان، این دو

روی آورد را نه به صورت مجزا، که به صورت تلفیقی و متناسب با نیاز منحصر به فرد هر مراجع به کار گیرند. برای نمونه نوجوانی که در تفسیر احساسات خود درمانده است (ناگویی هیجانی بالا) می‌تواند از تکنیک‌های ذهن آگاهی بهره‌مند شود و سپس با اصلاح چشم‌انداز زمانی خود، معنای تازه‌ای برای آینده‌اش خلق کند. همچنین برگزاری این درمان‌ها در قالب کارگاه‌های گروهی در مدارس، مراکز مشاوره و کلینیک‌های تخصصی کودک و نوجوان، از طریق ایجاد فضای همدلانه و تجربه زیسته مشترک میان شرکت‌کنندگان، می‌تواند اثربخشی مداخلات را افزایش داده و به کاهش انگ مراجعه برای درمان در این گروه سنی کمک کند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکترای نویسنده یکم در رشته روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت است. مجوز علمی این مطالعه توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت به شماره نامه ۴/۲۸۱۷۱۷ در تاریخ ۱۴۰۳/۰۴/۰۲ صادر شد. این پژوهش دارای کد اخلاق IR.IAU.BABOL.REC.1404.164 صادره از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد

اسلامی واحد رشت 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: در این پژوهش، نقش نویسنده یکم به عنوان طراح و ایده‌پرداز اصلی پژوهش؛ نویسنده دوم در نقش استاد راهنمای پروژه، و نویسنده سوم در نقش مشاور پروژه فعالیت 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: داده‌های این پژوهش در اختیار نویسنده یکم و نویسنده مسئول است و در صورت درخواست منطقی پژوهشگری خاص در اختیار او قرار خواهد گرفت.

رضایت برای انتشار: نویسندگان از چاپ این مقاله رضایت کامل داشتند.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از همه دختران نوجوان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر قدردانی می‌شود.

References

1. Belli G, Trentarossi B, Brambilla G, Romão ME, Tosi D, Barelllo S, Visonà S.D. Exploring the evidence on work-related suicide: a scoping review of a decade of research (2014–2024). *Scandinavian Journal of Public Health*, 2026; In Press. [Link]
2. Centers for Disease Control and Prevention. WISQARS—Web-Based Injury Statistics Query and Reporting System. 2024. [Link]
3. Ostanin J, Miranda H, Shugar S, Mejia MC, Abdo D, Hennekens CH, Kitsantas P. Suicidal Behaviors Among United States Adolescents: Increasing Clinical and Public Health Challenges. *Children*. 2025;12(1): 57. [Link]
4. Fond, G., Pauly, V., Brousse, Y., Llorca PM, Cortese S, Rahmati M, et al. Mental Health Care Utilization and Prescription Rates Among Children, Adolescents, and Young Adults in France. *JAMA Network Open*. 2025;8(1): e2452789-e2452789. [Link]
5. Faramarzan Z, Delam H, Habibikhah Z, Bazrafshan MR. Demographic characteristics of adolescents with a history of suicide attempt in Larestan city between 2012 and 2018. *Payesh*. 2019;18(5):475-83. [Persian] [Link]
6. Shahsavari Y, & Choudhury A. Behavioral and social predictors of suicidal ideation and attempts among adolescents and young adults. *PLOS Mental Health*. 2025; 2(1):e0000221. [Link]
7. Praharaj SK, Zhang X, Arahamthabailu P, Kamath AG, Vishwanath R, Abio A, Soans S, Sesha S, Lahiri V, Buskuttu A, Shiva Prasad CK. Changes in suicide attempt, suicidal ideation, and self-harm among Indian adolescents: comparison of cross-sectional surveys before (2016) and after (2023) COVID-19 pandemic. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2026; In Press. [link]
8. Luminet O, Nielson KA. Alexithymia: Towards an experimental, processual affective science with effective interventions. *Annual Review of Psychology*. 2024; 76. [Link]
9. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*. 1994;38(1):23-32. [Link]
10. Abou Nader L, Chammas G, Chammas M, Fekih-Romdhane F, Hallit S, Obeid S. The mediating effect of alexithymia between Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) and suicidal ideation among a sample of Lebanese adults. *PLoS One*. 2026 ;21(1): e0340095. [Link]
11. Janani R, Prashanth NR. Frequency of Alexithymia and its Correlates among Patients with Attempted Suicide: A Cross-sectional Study. *Journal of Psychiatry Spectrum*. 2026;5(2):124-7. [Link]
12. Shi Y, Zhang Q, Wang S, Zhang L, Liu Z, Wang J, Luo X, Wen X, Liu H. A network analysis of alexithymia, empathy, and suicidal ideation in Chinese adolescents with major depressive disorders. *Frontiers in Psychiatry*. 2025;16: 1543651. [Link]
13. Sword RM, Sword RK, Brunskill SR, Zimbardo PG. Time perspective therapy: A new time-based metaphor therapy for PTSD. *Journal of Loss and Trauma*, 2014;19(3):197-201. [Link]
14. Wang L, Xian X, Hu J, Liu M, Cao Y, Dai, et al. The relationship between future time perspective and suicide ideation in college students: Multiple mediating effects of anxiety and depression. *Heliyon*. 2024;10(17): e36564. [Link]
15. Li J, Wang YJ, Liu XL, Zhang Y, Zhu XN, Zhao D, Yuan TF, Zhou DS. Characteristics of time perception in adolescents with non-suicidal self-injury and psychiatric disorders comorbidity. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2025;79(7):398-405. [Link]
16. Ishii R. Predicting adolescents' suicidal desire using Balanced Random Forest. *Japanese Journal of Psychology*. 2023;94(2):149-59. [Link]
17. Esmaeili V, Ariapooran S, Amiri H. Effectiveness of emotion regulation and time perspective treatments on anxiety and emotion dysregulation of adolescents during the COVID-19 period. *Psychological Studies*. 2022a;18(3):63-77. [Persian] [Link]
18. Esmaeili V, Ariapooran S, Amiri H. Effectiveness of emotion regulation training and time perspective on depression and co-rumination of adolescent students during the COVID-19 period. *Research Teaching*. 2023b;10(4):61-81. [Persian] [Link]
19. Ariapooran S, Salehi Balouchi S. Effectiveness of Time Perspective Therapy on Adolescent Suicidal Ideation in the Outbreak of Covid-19. *Preventive Counseling*. 2022; 3(4):83-93. [Link]
20. Nazarifardoei Z, Forouzandeh E, Bani-Taba M. Effectiveness of time-perspective therapy on cognitive abilities, emotion regulation, and alexithymia in depressed female adolescents. *J Torbat Heydariyeh Univ Med Sci*. 2021;9(3):68-79. [Persian] [Link]
21. Shonkoff JP, Garner, A. S., Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, and Section on Developmental and Behavioral Pediatrics, Siegel BS, Dobbins MI, Earls, et al. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012;129(1): e232-e46. [Link]
22. Perry-Parrish C, Copeland-Linder N, Webb L, Sibinga EM. Mindfulness-based approaches for children and youth. *Current problems in pediatric and adolescent health care*. 2016; 46(6):172-8. [Link]
23. Yahyavi-Allah-Kayi M, Khoshkonesh A, Asghari-Nezhad-Farid AA. Effectiveness of mindfulness techniques training on alexithymia and social anxiety based on brain-behavioral systems. *Journal of Psychological Sciences*. 2022;21(120):2487-99. [Persian] [Link]
24. Easdale-Cheele T, Nash G, Filobokova V, Westbury C, Bellato A. The effects of mindfulness-based interventions on emotion regulation/dysregulation in people with mental

- health conditions: A systematic review and meta-analysis. *JCPP Advances*, 2026; e70103. [\[Link\]](#)
25. Kou H, Luo W, Wang Y, Wu J, Li X, Wu Y, et al. The sustained effect of 5-week EmotionCore mindfulness training on emotion regulation and emotional intelligence: Heterogeneous benefits for depression and anxiety across subgroups. *Frontiers in Psychiatry*. 2025;16: 1622626. [\[Link\]](#)
 26. Quinto RM, Russo F, Scafuto F, Innamorati M, Montecucco FN, Ghiroldi S. Effects of a Body-Based Mindfulness Program on Alexithymia, Dispositional Mindfulness, and Distress Symptoms: A Pilot Clinical Trial. *Behavioral Sciences*. 2025;15(1): 55. [\[Link\]](#)
 27. Alzahrani MA, Almohammadi IA. The effectiveness of mindfulness-based interventions in reducing anxiety and depression among students: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychologist*. 2026, 1-20. [\[Link\]](#)
 28. Fan XF, Peng JY, Zhang L, Hu YL, Li Y, Shi Y, et al. The impact of mindfulness therapy combined with mentalization-based family therapy on suicidal ideation in adolescents with depressive disorder: randomized intervention study. *Annals of General Psychiatry*. 2024; 23(1):16. [\[Link\]](#)
 29. Wu R, Zhong SY, Wang GH, Wu MY, Xu F, Zhu H, et al (2023). The effect of brief mindfulness meditation on suicidal ideation, stress and sleep quality. *Archives of suicide research*. 2023;27(2):215-30. [\[Link\]](#)
 30. Besharat, M. Psychometric Characteristics of Persian Version of the Toronto Alexithymia Scale-20 in Clinical and Non-Clinical Samples. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 2008; 33(1): 1-6. [Persian] [\[Link\]](#)
 31. Zimbardo PH, Boyd JN. Putting Time in Perspective: A Valid, Reliable Individual-Differences Metric. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1999;77(6):1271-88. [\[Link\]](#)
 32. Burdick D. Mindfulness for teens with ADHD: A skill-building workbook to help you focus and succeed. New Harbinger Publications; 2017. [\[Link\]](#)
 33. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Psychology: Science and Practice*, 2003;10(2), 144–156. [\[Link\]](#)
 34. Segal Z, Williams M, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. Guilford press; 2012 Oct 18. [\[Link\]](#)
 35. Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. In *Buddhist Thought and Applied Psychological Research* 2006 Aug 21 (pp. 450-466). Routledge. [\[Link\]](#)