



Evaluation and comparison of the effect of mod deactivation therapy (MDT) and emotional regulation (ERT) on the reduction of internalization syndrome and externalization in adolescent girls

Rashin Rajaei¹ , Mahdi Zare Bahramabadi² , MohamadReza Abedi³ 

1. Ph.D Candidate in Counseling, Faculty of Literature Human and Social Science, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: r.rajaei1@yahoo.com

2. Associate Professor, Department of Counseling, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. E-mail: Mz.bahramabadi@gmail.com

3. Professor, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational, University of Isfahan, Isfahan, Iran. E-mail: M.r.abedi@edu.ui.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 23 June 2022

Received in revised form

06 August 2022

Accepted 21 September 2022

Published Online 20 February 2023

Keywords:

emotion regulation therapy (ERT), externalization Syndrome, internalization syndrome, Mode Deactivation therapy (MDT)

ABSTRACT

Background: During adolescence, due to the lack of stability in the mental state of adolescents, they mainly face many problems that can lead to the emergence of emotional/behavioral problems in them.

Aims: In the present study, the comparison of the effects of Mode Deactivation therapy (MDT) and emotion regulation therapy (ERT) on the reduction of internalizing and externalizing symptoms in adolescent girls.

Methods: The current research is a semi-experimental type with a pre-test-post-test with a control group. Among the teenagers visiting the clinics of Isfahan city, 30 people were diagnosed with behavioral/emotional problems through interviews, and they had the conditions to enter the research, they were selected and placed in three groups (10 people) MDT, ERT, and control, the subjects in the intervention groups received 8 sessions of 90 minutes for 8 weeks, and the individuals in the control group were placed on a waiting list and did not receive any intervention during this period. Before and after the intervention, all participants answered the adolescent Behavior Inventory Questionnaire (Achenbach & Rescular, 2002). Data were analyzed using a multivariate analysis of covariance.

Results: The findings showed that ERT intervention had significant differences in the variables of internalization syndrome, anxiety/depression components, withdrawal, and externalization syndrome compared to MDT and control groups ($P < 0.05$). The MDT intervention group also had a significant difference in the subscales of physical complaints compared to the control group and ERT ($P < 0.05$), but both intervention groups in the subscales of aggression and lawlessness were significantly different from the control group ($P < 0.05$) but are not significantly different from each other ($P > 0.05$).

Conclusion: The results showed that ERT intervention is more effective than MDT in reducing the emotional and behavioral problems of adolescents due to the provision of objective and tangible training.

Citation: Rajaei, R., Zare Bahramabadi, M., & Abedi, M.R. (2023). Evaluation and comparison of the effect of mod deactivation therapy (MDT) and emotional regulation (ERT) on the reduction of internalization syndrome and externalization in adolescent girls. *Journal of Psychological Science*, 21(120), 2383-2399. <https://psychologicalscience.ir/article-1-1735-fa.html>

Journal of Psychological Science, Vol. 21, No. 120, March, 2023

© 2021 The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.21.120.2383](https://doi.org/10.52547/JPS.21.120.2383)



✉ **Corresponding Author:** Mahdi Zare Bahramabadi, Associate Professor, Department of Counseling, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

E-mail: Mz.bahramabadi@gmail.com, Tel: (+98) 9135707655

Extended Abstract

Introduction

During adolescence, the mental state of the adolescent is not stable and usually the most behavioral and emotional problems arise for them during this period (Rapee et al., 2019). One of the serious and important problems in adolescence is externalized and internalized disorders (Vaughn et al., 2020; Holzer, 2019). Internalizing disorders are over-inhibited behaviors that are directed inward (Achenbach & Rescorella, 2001). Among internalized symptoms, we can refer to excessive silence, anxiety, depression, inhibition, despair, withdrawal, social isolation, and physical complaints. Internalized problems reflect confusion and Personal suffering in adolescence. These people try to exert a high level of extreme and uncompromising restraint on their thought, behavioral and emotional processes. Internalizing syndromes do not have an external appearance, which is why they are often identified later and receive clinical attention when the individual performance of adolescents in interactive and personal areas (educational and communication) has faced serious problems. This is, while the externalized symptoms are determined through the conflict of teenagers with their surrounding environment. These people do not have the necessary strategies to self-regulate and control their behaviors, emotions, and cognitions (Hoseini Yazdi et al., 2014). For this reason, they engage in externalized behaviors such as aggression, theft, substance abuse, etc., the impact of their behavior on others and the environment is clear, and due to their norm-breaking properties, it is easy to notice and follow up.

Child and adolescent psychopathology shows that these symptoms (internalizing and externalizing), especially emotional disorders related to anxiety and depression (internalizing) are the result of the interaction of emotional changes and the inability of adolescents to adapt to these changes. In this sense, it is extremely important to pay attention to the instability of conditions and emotional/cognitive/behavioral conditions of adolescents in this period (Alilo et al., 2015). Research findings in this regard show that negative

consequences such as decreased interpersonal functioning, drug abuse, and academic failure in adolescence have a significant relationship with the occurrence of internalizing/externalizing symptoms (Armistrango Costello, 2002).

In this regard, one of the third-wave treatment methods that especially emphasizes emotion is Emotion Regulation Therapy (ERT), which was designed by Mennin et al (2002-2005). It focuses on emotion regulation, which emphasizes the comprehensive understanding of the nature of emotional experience and emotion regulation in the therapeutic environment (Newman et al., 2011). ERT is based on the emotion dysregulation model and is focused on the conceptual framework and emphasizes functional, motivational, and emotional emotions. This treatment begins with psychoeducation about the emotion regulation model and then balances emotions using defocusing and emotion management exercises. Among the other treatments that were used exclusively for teenagers, we can mention the treatment based on Mode Deactivation Therapy (MDT). The basic element of state-based therapy or MDT is derived from cognitive behavioral therapy, but it combines elements of other approaches such as dialectical behavior therapy, functional analytic psychotherapy (FAP), and acceptance-based commitment therapy (ACT) (Apsche et al., 2006). This therapy has been effective in working with maladaptive emotional behaviors such as anxiety and post-traumatic stress (Apsche & Bass, 2006), and physical aggression (Apsche et al., 2005). The focus of MDT is on providing and creating a new understanding of beliefs that lead to the continuation of unhealthy and wrong behaviors. Accordingly, MDT can reduce the intensity and frequency of internalized disorders and reduce the resulting destructive externalized behaviors.

Considering that emotion regulation therapy (ERT) and mode deactivation therapy (MDT) integrate other therapies such as cognitive behavioral therapy, dialectical behavior therapy, acceptance and commitment therapy, functional analysis, and experiential therapy. Now they consider the use of a special basis (emotional disorder model in ERT and attention to personal efficiency in MDT) in this

regard, considering that these treatments have two different educational approaches in terms of dealing with existing problems (ERT) and experiential/processual (MDT) so comparing their effects on adolescent problems, for this propose this research compares the effect of Mode deactivation therapy (MDT) and emotion regulation therapy (ERT) on internalizing and externalizing symptoms of the adolescent as the aim of the research.

Method

This is semi-experimental research with a pre-test, and post-test design with a control group, for its implementation, it was conducted among female adolescents aged 14–19 years who were referred to selected counseling centers in Isfahan in the year 2021 using From the available sampling, 30 of them, after meeting the conditions for entering the research, using a clinical interview by a specialized consultant for children and adolescents were randomly selected into three groups of 10 people (ERT, MDT, and control) were placed. Before starting the intervention process, all the participants answered the self-reporting questionnaire of Achenbach, & Rescorla (2002). After that, the people of the two intervention groups based on the treatment of mood relaxation and emotion regulation were treated individually in 8 sessions (every week), one session of 90 minutes, but the people of the control group were placed on the waiting list during this time and did not receive any treatment, after the completion of the research, they participated in a combined group intervention, after the completion of the intervention of the two groups,

all the participants once Others answered the research questionnaire. In the end, the obtained data were collected and analyzed using SPSS-24 software, through a multivariate covariance analysis test.

Results

The demographic findings of the participants in the research indicate that the average age of the participants in the control group (10 people) is 17.80 (1.81), and in the emotion regulation group (10 people) it is 16.20. (1.54) and the treatment group based on state relaxation (10 people) is equal to 18.20 (1.03). The average education (standard deviation) of the participants in the control group, emotion regulation, and treatment based on state relaxation, respectively, is equal to; 12/20 (2/20); 10/40 (1/42); and 12 (0.66). To test the hypothesis of the research, first, the assumptions of homogeneity of variances (Levin's test) and normal distribution of data (Shapiro-Wilk test) and finally the assumption of homogeneity of covariance matrix were examined.

As the findings of the above table show, after controlling the effect of the pre-test interventions based on ERT and MDT on the participants compared to the control group, both internalizing and externalizing symptoms variables and related components have The difference is significant (P<0.05). Therefore, it can be acknowledged that treatments based on ERT and MDT have been effective in externalizing and internalizing symptoms of adolescent girls, and therefore the research hypothesis was confirmed.

Table 1. The results of the multivariate covariance test for the variables of internalization and externalization among the three groups with the control of the pre-test effect

	variable	sum of squares	df	mean of squares	F	P value	statistical power	eta coefficient
pre-test	Anxiety/depression	97/20	1	97/20	324/75	0/01	0/99	0/96
	seclusion	41/72	1	41/72	38/60	0/01	0/99	0/74
	Physical complaints	4/38	1	4/38	1/95	0/18	0/05	0/13
	Internalization syndrome	8/01	1	8/01	0/29	0/59	0/08	0/07
	Law-abiding behaviors	1/81	1	1/81	1/23	0/28	0/17	0/08
	Aggressive behavior	8/64	1	8/64	308/37	0/01	0/99	0/96
group	Extraversion syndrome	5/4	1	5/4	3/1	0/03	0/7	0/42
	Anxiety/depression	5/76	2	2/88	9/62	0/01	0/94	0/59
	seclusion	11/37	2	5/68	5/26	0/02	0/73	0/44
	Physical complaints	22/09	2	11/04	4/92	0/02	0/70	0/43
	Internalization syndrome	90/19	2	45/09	7/87	0/01	0/89	0/54
	Law-abiding behaviors	69/73	2	34/86	23/73	0/01	0/99	0/89
	Aggressive behavior	3/08	2	1/54	54/97	0/01	0/99	0/78
	Extraversion syndrome	67/27	2	33/63	20/36	0/01	0/99	0/75

Conclusion

As the findings of the research showed, the intervention-based ERT was able to be effective in the amount of internalizing and externalizing symptoms, and the subcomponents of anxiety/depression, withdrawal, lawlessness, and aggression of teenage girls with emotion dysregulation, which were found in The recent related to internalizing symptoms is consonant with research results such as Salori et al. (2019) who showed that students' internalizing problems (12–17 years old) are related to their emotional intelligence and social skills.

In the explanation of the recent research findings, it can be mentioned that the research background considers one of the important causes in the creation and occurrence of aggressive behaviors to be the disturbance of the individual's performance in emotional regulation so that the disturbance in emotional regulation can be a predictor of the occurrence of sensitivity. Interpersonal problems, social isolation, delinquency, violence, and aggressive behaviors. This is even though to live in today's world, it is necessary to have communication skills and learn appropriate ways of dealing with others, to communicate with the outside world and people, and this is a problem in people with aggressive characteristics or antisocial behaviors such as lawlessness.

Treatment based on emotion regulation (ERT) by using emotion regulation steps such as creating emotional awareness using conscious breathing, defocusing, and acceptance creates a psychological atmosphere and facilitates the monitoring of thoughts and feelings as if they are just thoughts and feelings. So that the person stops mixing with them and takes into account that the next step is to commit to the important goals and values of the individual's life. Whereas MDT relies more on the individual's experiential background and seeks to reduce and deactivate triggers or triggers for damaging behaviors

that have occurred in past difficult situations. Relying on the behavioral context and stimulating situations, this treatment tries to make the teenager aware of the mechanism of action of previous behaviors and deals with this issue by examining fears, beliefs, and the action/reactivity scale.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral dissertation of the first author in the field of Counseling at the University of Islamic Azad science & research branch in Tehran. In order to maintain the observance of ethical principles in this study, an attempt was made to collect information after obtaining the consent of the participants. Participants were also reassured about the confidentiality of the protection of personal information and the presentation of results without mentioning the names and details of the identity of individuals.

Funding: This study was conducted as a Ph.D. thesis with no financial support.

Authors' contribution: the first author is the main researcher of this research, and the second and third authors are supervisors, and research advisors.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: We hereby thank and appreciate all the people who help in conducting this research, including the participants, and respected professors.



مقایسه تأثیر درمان‌های مبتنی بر آرام‌سازی حالت (MDT) و نظم‌جویی هیجان (ERT) بر کاهش نشانگان درونی‌سازی و برونی‌سازی در نوجوانان دختر

راشین رجایی^۱، مهدی زارع بهرام‌آبادی^۲، محمدرضا عابدی^۳

۱. دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره، دانشکده ادبیات علوم انسانی و اجتماعی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۳. استاد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه: در دوره نوجوانی به دلیل عدم ثبات وضعیت روانی نوجوانان عمدتاً با مشکلات عدیده‌ای مواجه می‌گردند که می‌تواند منجر به بروز مشکلات هیجانی/رفتاری در آنان گردد.

هدف: در پژوهش حاضر مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر آرام‌سازی حالت (MDT) و نظم‌جویی هیجان (ERT) بر کاهش نشانگان درونی‌سازی، برونی‌سازی در نوجوانان دختر هدف پژوهش قرار گرفت.

روش: در این پژوهش که از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است از بین نوجوانان مراجع‌کننده به کلینیک‌های شهر اصفهان، ۳۰ نفر از افراد که از طریق مصاحبه دچار مشکلات رفتاری/هیجانی تشخیص داده شدند و شرایط ورود به پژوهش را داشتند انتخاب و در سه گروه (۱۰ نفری) MDT، ERT و کنترل به صورت تصادفی قرار داده شدند افراد گروه‌های مداخله ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در بازه زمانی ۸ هفته دریافت نمودند و افراد گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند و در این مدت مداخله‌ای دریافت نمودند. قبل و بعد از مداخله نیز تمامی افراد شرکت‌کننده به پرسشنامه سیاهه رفتاری نوجوان (اخنباخ و رسکولار، ۲۰۰۲) پاسخ دادند. داده‌های حاصل با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که مداخله ERT توانست میزان نشانگان درونی‌سازی، اضطراب/افسردگی، گوشه‌گیری و نشانگان برون‌سازی را کاهش دهد ($P < ۰/۰۵$) در حالی که مداخله MDT بر این نشانگان مؤثر نبود ($P > ۰/۰۵$). گروه مداخله MDT نیز توانست میزان شکایات جسمانی را کاهش دهد ($P < ۰/۰۵$) در حالی که مداخله ERT بر آن مؤثر واقع نشد ($P > ۰/۰۵$), هر دو گروه مداخله نیز توانستند میزان پرخاشگری و قانون‌گریزی را در این افراد کاهش دهند ($P < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان داد که مداخله ERT نسبت به MDT احتمالاً به دلیل ارائه آموزش‌های عینی و ملموس در کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری نوجوانان مؤثرتر است.

استناد: رجایی، راشین؛ زارع بهرام‌آبادی، مهدی؛ و عابدی، محمدرضا (۱۴۰۱). مقایسه تأثیر درمان‌های مبتنی بر آرام‌سازی حالت (MDT) و نظم‌جویی هیجان (ERT) بر کاهش نشانگان

درونی‌سازی و برونی‌سازی در نوجوانان دختر، مجله علوم روانشناختی، دوره بیست‌ویکم، شماره ۱۲۰، ۲۳۸۳-۲۳۹۹.

مجله علوم روانشناختی، دوره بیست‌ویکم، شماره ۱۲۰، زمستان (اسفند) ۱۴۰۱.



© نویسندگان.

✉ نویسنده مسئول: مهدی زارع بهرام‌آبادی، دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. ایران. رایانامه: Mz.bahramabadi@gmail.com

تلفن: ۰۹۱۳۵۷۰۷۶۵۵

مقدمه

در دوره نوجوانی وضعیت روانی فرد نوجوان دارای ثبات نیست و معمولاً بیشترین مشکلات رفتاری و هیجانی در این دوره برای ایشان به وجود می‌آید (رایبه و همکاران، ۲۰۱۹). یکی از مشکلات جدی و مهم در دوره نوجوانی اختلالات برون‌سازی شده و درون‌سازی شده می‌باشد (وافن و همکاران، ۲۰۲۰؛ هولزر، ۲۰۱۹). اختلال‌های درون‌سازی شده، رفتارهای بیش از حد مهار شده‌ای است که معطوف به درون هستند (آخبناخ و رسکورلا، ۲۰۰۱). از نشانه‌های درون‌سازی شده می‌توان به سکوت زیاد، اضطراب، افسردگی، بازداری، ناامیدی، کناره‌گیری، انزوای اجتماعی و شکایات جسمانی اشاره داشت (مارچانت و همکاران، ۲۰۰۷) مشکلات درون‌سازی شده در واقع بیشتر منعکس‌کننده آشفتگی و رنج شخصی نوجوان هستند این افراد سعی می‌کنند سطح بالایی از مهارگری افراطی و سازش‌نا یافته را درباره فرآیندهای فکری، رفتاری و هیجانی خود اعمال کنند. نشانگان درون‌سازی در واقع نمود بیرونی ندارند از همین جهت اغلب دیرتر شناسایی می‌شوند و زمانی توجه بالینی را دریافت می‌کنند که عملکرد فردی نوجوانان در حیطه‌های تعاملی و شخصی (تحصیلی و ارتباطی) با مشکل جدی مواجه شده باشد این در حالی است که نشانگان برون‌سازی شده از طریق تعارض نوجوانان با محیط پیرامونش مشخص می‌گردد. در واقع این افراد راهبردهای لازم در جهت خودنظم‌دهی و مهار رفتارها، عواطف و شناخت‌هایشان را ندارند (حسینی‌یزدی و همکاران، ۱۳۹۴). به همین سبب دست به انجام رفتارهای برون‌سازی شده همچون پرخاشگری، سرقت، سوء مصرف مواد و غیره می‌زنند که تأثیر رفتارشان بر دیگران و محیط مشخص است و به دلیل خاصیت هنجارشکنانه‌شان به آسانی قابل توجه و پیگیری است.

آسیب‌شناسی روانی کودک و نوجوان نشان می‌دهد که این نشانگان (درون‌سازی و برون‌سازی) به ویژه اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب و افسردگی (درون‌سازی) نتیجه برهمکنش تغییرات هیجانی و ناتوانی نوجوانان در انطباق‌یابی با این تغییرات می‌باشد. از این لحاظ توجه به عدم ثبات شرایط و وضعیت عاطفی/شناختی/رفتاری نوجوانان در این دوره از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است (علیلو و همکاران، ۱۳۹۵). یافته‌های

پژوهشی در این باره نشان می‌دهد پیامدهای منفی همچون کاهش عملکرد درون فردی، سوء مصرف مواد، افت تحصیلی در دوره نوجوانی با بروز نشانگان درون/برون‌سازی ارتباط معنی‌داری دارد (آرمیسترانگو کستلو، ۲۰۰۲).

البته بایستی این نکته را نیز مورد توجه قرار داد که بروز رفتارهای برون‌سازی شده همچون پرخاشگری کلامی، سوء مصرف مواد و دیگر رفتارهای واکنشی می‌تواند پیامد بیرونی نشانگان درون‌سازی باشد (لی و استون، ۲۰۱۲) که به دلیل اجتناب و عدم تمایل نوجوان به داشتن و تجربه احساسات ناخوشایند (عدم توانایی تنظیم احساسات) به شکل واکنشی و رفتارهای هنجارشکنانه بروز می‌یابد (رستمی و همکاران، ۱۴۰۰؛ خانجانی و همکاران، ۱۳۹۳). بنابراین می‌توان گفت گرچه که مشکلات دوره نوجوانی به دو دسته کلی تقسیم شده است ولی به طور کلی این مشکلات جدای از یک دیگر نبوده و بهم مرتبط می‌باشد. یافته‌های پژوهشی در این راستا به نقش پررنگ خانواده در بروز این مشکلات نیز اشاره دارد (فارسی جانی و همکاران، ۱۴۰۱). یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که عاطفه منفی مادران (براست و همکاران، ۲۰۰۳)، و فرزندپروری ناکارآمد می‌تواند بروز اختلالات برون‌سازی شده در نوجوانان را پیش‌بینی کند (یامان و همکاران، ۲۰۱۲). یافته‌های پژوهشی دیگری نیز گویای آن است که عوامل خانوادگی بر مشکلات رفتاری نوجوانان اثر می‌گذارد (کوچی و همکاران، ۲۰۲۱؛ اشلایدر و همکاران، ۲۰۱۴).

البته باید در نظر داشت که تأثیر مشکلات هیجانی و رفتاری حل نشده نوجوانان تنها محدود به این دوره نمی‌شود و حتی می‌تواند زندگی آینده آنان را نیز تحت تأثیر قرار دهد (بیابانگرد، ۱۳۹۰). در همین راستا یکی از شیوه‌های مؤثر برای کنارآمدن نوجوان با تغییرات این دوره و کاهش مشکلات رفتاری (درون‌سازی و برون‌سازی) به‌رمندی از مهارت‌های مقابله‌ای و نظم‌جویی هیجان است. یکی از شیوه‌های درمانی اخیر که هیجان را به طور اخص مورد تأکید قرار می‌دهد درمان نظم‌جویی هیجان (ERT)^۱ است که توسط منین و همکاران (۲۰۰۲-۲۰۰۵) بر مبنای مدل شناختی بورکووک و همکاران (۲۰۰۴) طراحی شده است و جزو درمان‌های نسل سوم شناخته می‌شود. این درمان بر درک جامع ماهیت تجربه هیجانی و نظم‌جویی هیجان در درمان‌جو تأکید دارد (نیومن و لیرا، ۲۰۱۱). درمان ERT،

¹. Emotion regulation therapy

از دیگر درمان‌ها که به طور انحصاری برای نوجوانان به کار برده شد می‌توان به درمان مبتنی بر آرام‌سازی حالت (MDT)^۱ اشاره داشت. این درمان نیز جزو درمان‌های نسل سوم محسوب می‌شود و شروع آن به سال ۱۹۹۰ باز می‌گردد. آپشه پدیدآور این درمان متوجه احساس ناامیدی درمانگران شناختی - رفتاری و مهارت‌های اجتماعی در فرآیند درمان نوجوانان مذکر با مشکلات و جرائم جنسی گردید (آپشه و همکاران، ۲۰۰۶). گرچه عنصر اساسی درمان مبتنی بر حالت یا MDT از درمان شناختی رفتاری^۲ به دست آمده است اما عناصر درمانی رویکردهای دیگر همچون رفتار درمانی دیالکتیک^۳، تحلیل مبتنی بر عملکرد^۴ و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش^۵ را با یک دیگر تلفیق نموده است پیشینه پژوهشی حاکی از آن است که این درمان برای کار با رفتارهای هیجانی ناسازگار همچون اضطراب و استرس پس از سانحه (آپشه و باس، ۲۰۰۶)، و پرخاشگری فیزیکی (آپشه و همکاران، ۲۰۰۵) مؤثر بوده است.

تمرکز MDT بر ارائه و ایجاد یک درک جدید از باورهایی است که منجر به ادامه دادن رفتارهای ناسالم و اشتباه می‌شود. این درمان با مفهوم‌سازی برای نوجوان آغاز می‌شود و پس از آن مراحل بعدی همچون ذهن‌آگاهی، پذیرش، گسلس هیجانی، گسلس شناختی، اعتباربخشی - تصریح - جهت دهی مجدد باورهای جایگزین کاربردی، و تنفس ذهن‌آگاهانه انجام می‌شود. در واقع فرآیند درمان MDT برای نوجوانان بیش از هر چیزی دستیابی به تعادل و ایجاد هماهنگی در زندگی را مورد تأکید قرار می‌دهد (آپشه، ۱۳۹۷).

با توجه به اینکه این درمان به طور کلی بیشتر برای مشکلات درونی‌سازی شده همچون افسردگی، اضطراب، تروما در نوجوانان خشمگین، پرخاشگر و مخالفت‌جو به کار برده می‌شود. باور بر این است این افراد زمانی که در مدیریت هیجان‌ها و احساسات خود موفق نمی‌گردند برای اجتناب از تجارب آسیب‌زای ناشی از احساسات و باورهایشان، از مسیر اصلی (رشدی) خود منحرف می‌شوند، و با راه‌اندازی مکانیسم اجتناب دست به انجام رفتارهایی همچون پرخاشگری، ژست خودکشی، رفتارهای خود آسیب‌زن و سوء مصرف مواد می‌زنند تا احساسات ناخوشایند درونی (ناشی

در واقع درمان‌های شناختی - رفتاری، درمان تجربه‌ای، درمان رفتاری مبتنی بر پذیرش، دیالکتیک و ذهن‌آگاهی را یکپارچه نموده است (منین، ۲۰۰۶). این درمان (ERT) ابتدا برای درمان اضطراب فراگیر به کار برده شد و سپس برای اختلالاتی همچون اضطراب فراگیر، افسردگی، اختلال اضطراب اجتماعی، و اختلال استرس پس از ضربه (تروما) نیز مؤثر گزارش شد (الدو و نولن-هوکسما، ۲۰۱۰؛ منین و فرسکو، ۲۰۱۴؛ منین و همکاران، ۲۰۱۰). در این مدل درمانی، نظم‌جویی هیجان در مبتلایان در چهار دسته اصلی از فرآیندهای نظم‌پریشی شامل (۱) شدت هیجانی بالا، (۲) درک هیجانی ضعیف، (۳) واکنش منفی به هیجان‌ات و باورهای منفی و (۴) مدیریت ناسازگار هیجان‌ات قرار می‌گیرد. به همین خاطر ابداع‌کنندگان این درمان همچون منین و فرسکو (۲۰۱۳) نیز چهار راهبرد نظم‌جویی هیجان مطرح نموده‌اند که نارساکنش‌وری آن‌ها منجر به شکل‌گیری اختلال می‌شود و راهبردهای نظم‌جویی هیجان مؤثر همچون توجه نشان دادن، اجازه دادن، فاصله گرفتن و ارزیابی مجدد می‌تواند بهبود آن را به همراه داشته باشد.

این درمان با آموزش روانی درباره مدل نظم‌جویی هیجان آغاز می‌شود و سپس با استفاده از تمرینات تمرکززدایی و مدیریت هیجان به متعادل کردن هیجان‌ها می‌پردازد. این درمان با ایجاد تعهد پیش‌گستر برای اجرای اعمال مرتبط با انگیزش‌های پیش‌برد و پیشگیری که از دیگر فرآیندهای مهم در این درمان است ادامه می‌یابد و در مرحله پایانی درمان با تحکیم مهارت‌ها، گام برداشتن بیشتر به سمت عمل ارزشمند، کنترل لغزش‌ها و عودها به درمان خاتمه می‌دهد در مجموع می‌توان اذعان داشت که جلسات در ERT ساختار مرحله‌ای دارد و شامل دو بخش کلی است که بخش اول بر ایجاد مهارت‌های لازم و بخش دوم بر کاربرد این مهارت‌ها تمرکز دارد. انتظار می‌رود پس از درمان موفقیت‌آمیز از طریق ERT کاهش معناداری در واکنش‌های انجام شده برای کنترل هیجان‌ات (مثل نگرانی یا سرکوبی) رخ دهد و توانایی فرد برای پذیرش تجربه هیجانی و تعادل در هیجان‌ات برحسب انتظارات و محدودیت‌های بافتی، افزایش یابد (منین و فرسکو، ۲۰۱۰).

4. Functionah analytic psychotherapy

5. Acceptance and commitment therapy

1. Mode Deactivation Therapy

2. Cignitive behavioral therapy

3. Dialectical behavior therapy

مشاور تخصصی کودک و نوجوان انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۰ نفره (ERT، MDT و کنترل) قرار داده شدند. قبل از شروع فرآیند مداخله همه افراد شرکت‌کننده به پرسشنامه خودگزارش‌دهی نوجوان آخنباخ و رسکولار (۲۰۰۲) پاسخ دادند پس از آن، افراد دو گروه مداخله ERT و MDT به صورت فردی در ۸ جلسه (هر هفته یک جلسه) ۹۰ دقیقه ای قرار گرفتند افراد گروه کنترل در این مدت در لیست انتظار قرار گرفتند و هیچ درمانی دریافت نمودند اما پس از اتمام پژوهش از آن‌ها برای شرکت در یک مداخله گروهی دعوت شد، پس از اتمام مداخله نیز همه افراد شرکت‌کننده یک بار دیگر به پرسشنامه فوق پاسخ دادند. در انتها داده‌های بدست آمده جمع‌آوری و با استفاده از نرم‌افزار Sps-24، از طریق آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از شرایط ورود به پژوهش می‌توان به دختر بودن، داشتن سن ۱۴ تا ۱۹ سال، عدم دریافت درمان همزمان با شرکت در این پژوهش، ارائه رضایت کتبی از سمت والدین و ایشان جهت شرکت در پژوهش، و پذیرش مفاد قرارداد پژوهشی و رعایت آن (همچون توافق بر سر پاسخگویی به پرسشنامه‌ها در پیش از درمان، پس از درمان، تعهد به حضور در جلسات درمانی در زمان مقرر حتی‌المکان، آزادانه بودن در خروج از جلسات هر زمان برحسب نظر شخصی و توافق بر حضور در ۸ جلسه درمانی هفته‌ای یکبار، اشاره داشت همچنین از ملاک‌های خروج از پژوهش می‌توان به عدم شرکت در بیش یک چهارم جلسات، کمتر یا بالاتر بودن سن ایشان، عدم تعهد به شرکت در پژوهش به طور مقرر و عدم اعلام رضایت کتبی از سمت والدین و خود فرد و عدم پاسخگویی به پرسشنامه‌های مورد نظر در هر یک از مراحل ذکر شده اشاره نمود. در ادامه به طور مختصر پروتکل درمان ERT و MDT در جداول (۱) و (۲) ارائه شده است.

از اختلالات درون‌ریز) را از میان بردارند (آپشه، ۱۳۹۷). در این بین فرآیند درمانی MDT می‌تواند شدت و تناوب اختلالات درون‌سازی شده را کاهش دهد و از رفتارهای مخرب برون‌سازی شده ناشی از آن بکاهد. بنابراین با توجه به مسائلی که نوجوانان به دلیل ضعف در مدیریت هیجان‌ها درگیر آن‌ها می‌شود و اهمیت نقش هیجان‌ها در بروز رفتارهای پرخطر و اختلال برانگیز در این دوره سنی، شناسایی نوجوانان در معرض آسیب یا دچار بدنظم‌جویی هیجانی ضروری است. با لحاظ این موضوع که اغلب نوجوانان به طور معمول تمایل به شرکت در جلسات روان‌درمانی یا دریافت آموزش در این‌باره را ندارند بنابراین استفاده از رویکردهای درمانی متناسب با این افراد و یا به کار بردن دوره‌های درمانی کوتاه برای این گروه هدف مناسب می‌نماید. از این رو درمان مبتنی بر نظم‌جویی هیجان (ERT) و درمان آرام‌سازی حالت (MDT) با توجه به یکپارچه‌سازی درمان‌های دیگر و استفاده از یک مبنا خاص (مدل نظم‌پریشی هیجانی در ERT و توجه به کارایی شخصی در MDT) مدنظر قرار گرفت. با توجه به این موضوع که این دو رویکرد درمانی از نظر حیث پرداختن به مشکلات نوجوانان دارای دو نگاه (محتوایی/فرآیندی) متفاوت از یکدیگر بودند بنابراین مقایسه تأثیر آنان بر مشکلات برون‌سازی و درون‌سازی نوجوانان دختر مورد هدف قرار گرفت با توجه به این موضوع که کدام یک از شیوه‌های درمانی (محتوایی/فرآیندی) می‌تواند تأثیر بیشتری برای این گروه هدف (نوجوانان) به ارمغان آورد از این رو با توجه به محدود بودن تعداد پژوهش‌های انجام شده در این گروه هدف و عدم مشاهده پژوهشی که اختصاصاً کارایی درمان‌ها را برای این گروه مورد بررسی قرار داده باشد در این پژوهش به مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر آرام‌سازی حالت (MDT) و نظم‌جویی هیجان (ERT) بر نشانگان درون‌سازی شده و برون‌سازی شده نوجوانان دختر به عنوان هدف پژوهش پرداخت شد.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد و جامعه آماری آن نوجوانان دختر ۱۴-۱۹ سال مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره منتخب شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ بودند که از بین آنان ۳۰ نفر به صورت دردسترس پس از احراز شرایط ورود به پژوهش، با استفاده از مصاحبه بالینی توسط

جدول ۱. محتوای جلسات درمان مبتنی بر آرام‌سازی حالت (MDT)

جلسات	محتوای جلسه
اول	آشنایی با نوجوان و مشکلات او، اجرای پیش‌آزمون، توضیح در مورد چگونگی اجرای جلسات مشاوره، دریافت تعهد از نوجوان و والدین او به منظور شرکت مستمر و منظم در جلسات و اجرای قسمت اول سنجش تیپ شناسی (با هدف درمانی و فراهم کردن اطلاعات پیش زمینه مورد نیاز برای سنجش ترس و فرآیند مفهوم‌سازی در مراحل بعد
دوم	انجام قسمت دوم سنجش تیپ شناسی با نوجوان، و پس از آن انجام مقیاس واکنشگری_کنشگری به منظور انتخاب یکی از فرم‌های چهارگانه ارزیابی ترس ویژه نوجوان
سوم	تکمیل شناخت از نوجوان و مشکلات او همراه با فرآیندهای درمانی، بررسی زمینه‌های ترس و شناخت تروماهای اساسی در زندگی نوجوان، شناسایی باورهای تأثیرگذار بر درمان و بر زندگی نوجوان با استفاده از اجرای پرسشنامه باورهای هسته‌ای ترکیبی (CCBQ-S)
چهارم	جمع‌آوری و یکپارچه کردن همه داده‌های بدست آمده از سنجش تیپ شناسی، مقیاس واکنشگری_کنشگری، ارزیابی ترس و پرسشنامه باورهای بنیادی در قالب جدول مفهوم‌سازی، بررسی میزان و چگونگی اتحاد درمانی شکل گرفته بین مراجع و درمانگر
پنجم	توسعه مفهوم‌سازی، شناخت مُد و چگونگی فعال شدن آن، افزایش آگاهی در نوجوان و تمرکز بر آنچه تاکنون بیان شده است با طرح سولاتی مانند: مشکل تو چیست؟، چرا دچار این مشکل شده‌ای؟، و تجربه پذیرش
ششم	ایجاد یک نقشه درمانی برای مراجع با تکمیل فرم ایجاد و توسعه درمان کارآمد (تکمیل شش ستون جدول FTDF)، مفهوم‌سازی خاص به زبان نوجوان به عنوان پاسخی به سؤالات زیر: مشکل من چیست؟ علت ایجاد این مشکل چیست؟ چه می‌توان کرد؟ (ارائه مفهوم‌سازی به زبان ساده به نوجوان در این قالب که: "اتفاقاتی مانند... در زندگی تو افتاده که این اتفاقات به تو خیلی فشار وارد کرده و یا به تو آسیب‌زده و این‌ها باعث شده وقتی در موقعیتی مثل... قرار می‌گیری، اگر کمی شباهت و رنگ و بویی از آن موقعیت‌های قبلی داشته باشه، این حالت (این فاز) در تو فعال می‌شه)، آشنایی با درمان مبتنی بر آرام‌سازی مدها (MDT)، و تجربه گسلش هیجانی
هفتم	تمرین تصویرسازی یک مکان امن با تمرکز بر باور جایگزین کارآمد
هشتم	تمرین ذهن آگاهی و گسلش مشاور نسبت به هیجانات و افکار خویش همراه با نوجوان، انجام پس‌آزمون

جدول ۲. محتوای جلسات درمان مبتنی بر بدن‌نظم‌جویی هیجان (ERT)

جلسات	محتوای جلسه
اول	آشنایی با نوجوان، پرسش درباره اهداف و انتظارات نوجوان و والدین او از جلسات، پرسش درباره اهداف و انتظارات نوجوان و والدین وی از جلسات، توضیح در مورد چگونگی برگزاری جلسات مشاوره به صورت فردی، دریافت تعهد از والدین و نوجوان به جهت شرکت منظم در جلسات، آشنایی کلی با دنیای هیجان‌ها و اجرای پیش‌آزمون.
دوم	معرفی دنیای هیجان‌ها و اهمیت و نقش آن‌ها در زندگی، توضیح و تبیین شیوه‌های مختلف نظم‌جویی هیجان، شناسایی شیوه‌های ناسالم و غیر مؤثر برای نظم‌جویی هیجان یا بدن‌نظم‌جویی هیجان و بررسی تأثیرات شیوه‌های ناکارآمد نظم‌جویی هیجان بر جنبه‌های مختلف زندگی.
سوم	جلسه سوم به ارائه و معرفی ذهن آگاهی (حسی/بدنی/هیجانی)، معرفی فرآیندهای دخیل در بدن‌نظم‌جویی هیجان، افزایش آگاهی نسبت به منبع هیجان و مؤلفه‌های آن و افزایش آگاهی و توجه به انجام تکلیف اینجا و اکنون بودن و توجه به هیجان، بدن و حواس پنجگانه.
چهارم	شناخت نظم‌جویی هیجان (گسلش) با معرفی و شناسایی راهبردهای سالم و کارآمد نظم‌جویی هیجان و آموزش مهارت‌های پاسخ مدار (فاصله گرفتن و رها شدن) به منظور متعادل‌سازی پاسخ‌ها با انجام تمرین ذهن آگاهی (مشاهده کردن، تمرکز بر حواس پنجگانه).
پنجم	معرفی و شناسایی راهبردهای سالم و کارآمد نظم‌جویی هیجان (پذیرش)، با تمرین و تجربه پذیرش هیجان در قالب رفتار انتخاب شده در جلسه درمان (تجربه خوش آمدگویی به هیجان به مثابه مهمان ناخوانده) و در نهایت معرفی سه روش مطرح شده مدیریت رفتار (کنترل، تحمل و پذیرش) و دسته‌بندی آنان در شیوه‌های کارآمد و ناکارآمد و بررسی تفاوت آنان.
ششم	معرفی حوزه‌های مهم زندگی و ارزش‌ها (مهارت‌های پیش‌آیندمدار) با تأکید بر توانایی انتخاب عمل (پذیرش و گسلش)، و شناسایی اهداف به عنوان نقطه‌های مشخص در مسیر ارزش‌ها با تهیه لیست بدن‌نظم‌جویی‌های هیجانی خویش و ارزش‌های شخصی در حوزه‌های مهم زندگی (بیان استعاره جشن تولد و مهمان ناخوانده)، و تمرین ذهن آگاهی تجربه موقعیت‌های برانگیزاننده هیجانات ناخوشایند، و تصریح ارزش‌های فردی (من واقعا دوست دارم چگونه فردی باشم و چه کارهایی انجام دهم) به عنوان تکلیف جلسه.
هفتم	معرفی موانع موجود در مسیر ارزش‌ها و زمینه‌های ایجاد تعارض (موانع درونی و بیرونی)، افزایش آگاهی مراجع نسبت به قابل کنترل و انتخابی بودن اعمال خویش و بررسی آن، ارائه تمرین حرکت به سوی یکی از ارزش‌های اصلی در میان اولویت‌های تعیین شده در رتبه‌بندی حوزه‌های مهم زندگی فرد و تجربه همزمان گسلش و پذیرش. استفاده از تکنیک گفتگوی بین دو صندلی در صورت درگیری هیجانی با امر ناتمام درباره اشخاص مهم زندگی.
هشتم	تحکیم و تعمیم مهارت‌های فراگرفته شده در جلسات، پرداختن به توسعه مهارت‌های یادگرفته شده به حوزه‌های مرتبط با زندگی واقعی، انجام تمرین تنفس ذهن آگاهانه و اسکن بدنی، تشریح و تأکید لزوم توجه به گسترش اعمال ارزشی چه به صورت برنامه‌ریزی شده و چه ناگهانی مبتنی بر لحظه، انجام پس‌آزمون.

ب) ابزار

پرسشنامه خودگزارش‌دهی نوجوان (YSR): این مقیاس، یک پرسشنامه ۱۱۳ ماده‌ای است که توسط آخنباخ و رسکولار (۲۰۰۲) جهت ارزیابی نشانه‌های مرضی در نوجوانان، طراحی شده است. نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ شامل مجموعه‌ای از فرم‌ها برای سنجش صلاحیت، کنش‌وری‌سازی، و مشکلات عاطفی - رفتاری است. در مقیاس شایستگی و کارکرد انطباقی، بخش اختصاصی به مشکلات درونی‌سازی (اضطراب - افسردگی، گوشه‌گیری / افسردگی و شکایات جسمانی و برون‌سازی) رفتار پرخاشگرانه و رفتار قانون‌شکنانه دارد که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است. پایایی آزمون - بازآزمون با فاصله ۷ روز برابر با ۰/۸۲ بوده است. ثبات درونی آزمون ۰/۵۵ تا ۰/۷۵ گزارش شده است. آزمون مورد نظر توسط مینایی (۱۳۸۴) در ایران هنجاریابی شده و نشان داد که ضرایب مقیاس‌های درونی / برون‌سازی برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶ بوده

است و در سطح نسبتاً مطلوبی قرار دارد (قربانخانی و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین همبستگی آزمون - بازآزمون با فاصله ۲ هفته برابر با ۰/۷۹ بود.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی افراد شرکت‌کننده در پژوهش حاکی از آن است که میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در گروه کنترل (۱۰ نفر) برابر با ۱۱/۸۰ (۱/۸۱)، در گروه ERT (۱۰ نفر) برابر با ۱۶/۲۰ (۱/۵۴) و گروه MDT (۱۰ نفر) برابر با ۱۸/۲۰ (۱/۰۳) می‌باشد. میانگین تحصیلی (انحراف معیار) افراد شرکت‌کننده در گروه کنترل، ERT و MDT به ترتیب برابر با؛ ۱۲/۲۰ (۲/۲۰)؛ ۱۰/۴۰ (۱/۴۲)؛ و ۱۲ (۰/۶۶) می‌باشد.

در ادامه میانگین و انحراف استاندارد افراد شرکت‌کننده در متغیرهای نشانگان درون‌سازی و برون‌سازی و مؤلفه‌های آن برحسب گروه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول (۳) آورده شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش برحسب سه گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مرحله	درمان مبتنی بر تنظیم هیجان (ERT)		درمان مبتنی بر آرام‌سازی حالت (MDT)		کنترل
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
افسردگی/اضطراب	پیش‌آزمون	۱۱/۸۰	۳/۴۸	۱۵/۵۰	۴/۸۳	۴/۸۳
	پس‌آزمون	۹/۸۰	۴/۲۳	۱۲/۸۰	۵/۳۴	۴/۷۶
گوشه‌گیری	پیش‌آزمون	۷/۸۰	۲/۴۴	۹/۴	۳/۶۲	۴/۰۲
	پس‌آزمون	۵	۱/۶۳	۷/۸۰	۳/۳۵	۳/۳۳
شکایات جسمانی	پیش‌آزمون	۴/۶۰	۲/۸۷	۹/۴۰	۳/۸۰	۲/۲۰
	پس‌آزمون	۴/۲۰	۲/۰۴	۸	۴/۰۵	۲/۲۰
مشکلات درون‌سازی شده	پیش‌آزمون	۲۴/۲	۶/۹۰	۳۷	۹/۴۹	۸/۱۵
	پس‌آزمون	۱۹	۶/۲۵	۲۸/۶۰	۱۰/۲۵	۸/۳۶
قانون‌گریزی	پیش‌آزمون	۲/۸۰	۱/۶۸	۵	۳/۸۰	۲/۷۸
	پس‌آزمون	۲/۲۰	۰/۷۸	۴	۱/۳۳	۳/۱۶
پرخاشگری	پیش‌آزمون	۸/۲۰	۳/۸۵	۱۰	۲/۹۰	۲/۲۹
	پس‌آزمون	۵/۲۰	۲/۷۸	۷/۲۰	۴/۵۴	۲/۹۲
مشکلات برون‌سازی شده	پیش‌آزمون	۱۱	۲/۵۸	۱۵	۴/۰۵	۳/۸۷
	پس‌آزمون	۷/۴۰	۳/۰۹	۱۱/۲۰	۵/۱۳	۴/۵۹

همانطور که یافته‌های جدول (۳) نشان می‌دهد میانگین و انحراف استاندارد متغیر نشانگان درون‌سازی در افراد گروه ERT در پیش‌آزمون برابر با ۲۴/۲۰ (۶/۹۰) و در پس‌آزمون برابر با ۱۹ (۶/۲۵)، در گروه MDT پیش‌آزمون برابر با ۳۷ (۹/۴۹) و در پس‌آزمون ۲۸/۶۰ (۱۰/۲۵) و در گروه کنترل در پیش‌آزمون برابر با ۲۰/۱۰ (۷/۷۶) و پس‌آزمون برابر با ۲۲ (۷/۶۳) بود.

درحالی‌که میانگین و انحراف استاندارد نشانگان برون‌سازی در پیش‌آزمون به ترتیب ۱۱ (۲/۵۸)، در پس‌آزمون ۷/۴۰ (۳/۰۹) در گروه ERT بوده است درحالی‌که در گروه MDT برابر با ۱۵ (۴/۰۵) در پیش‌آزمون و در پس‌آزمون برابر با ۱۱/۲۰ (۵/۱۳) بود و در گروه کنترل در پیش‌آزمون برابر با ۹ (۳/۸۷) و ۱۰/۵ (۴/۵۹) در پس‌آزمون می‌باشد.

پیش‌فرض همسانی ماتریس کواریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفت که نتایج مرتبط با همسانی واریانس‌ها و توزیع نرمال در جدول (۴) آورده شده است.

جهت انجام آزمون فرضیه پژوهش ابتدا پیش‌فرض‌های همسانی واریانس‌ها (آزمون لوین) و توزیع نرمال داده‌ها (آزمون شاپیرو-ویلک) و در انتها

جدول ۴. پیش‌آزمون همسانی واریانس‌ها و توزیع نرمال متغیرهای پژوهش

متغیر	آزمون پیش‌فرض	مقدار آماره	درجه‌آزادی (۱)	درجه‌آزادی (۲)	سطح معنی‌داری
افسردگی/اضطراب	لوین	۵/۳۱	۲	۲۷	۰/۰۱
	شاپیرو ویلک	۰/۹۳	۳۰	-	۰/۰۶
گوشه‌گیری	لوین	۱/۵۹	۲	۲۷	۰/۲۲
	شاپیرو ویلک	۰/۹۵	۳۰	-	۰/۲
شکایات جسمانی	لوین	۱/۷۹	۲	۲۷	۰/۱۸
	شاپیرو ویلک	۰/۹۵	۳۰	-	۰/۲
مشکلات درون‌سازی شده	لوین	۱/۵۶	۲	۲۷	۰/۲۲
	شاپیرو ویلک	۰/۹۵	۳۰	-	۰/۲۲
قانون‌گریزی	لوین	۰/۶۲	۲	۲۷	۰/۵۴
	شاپیرو ویلک	۰/۸۶	۳۰	-	۰/۰۱
پرخاشگری	لوین	۴/۷۸	۲	۲۷	۰/۰۱
	شاپیرو ویلک	۰/۹۶	۳۰	-	۰/۳۲
مشکلات برون‌سازی شده	لوین	۴/۷۰	۲	۲۷	۰/۰۱
	شاپیرو ویلک	۰/۹۵	۳۰	-	۰/۲۵

شد. در ادامه به دلیل اینکه مشخص گردد کدام مداخله منجر به تفاوت بین گروه‌ها گردیده میانگین گروه‌ها دو به دو بایک دیگر مورد مقایسه قرار گرفت و نتایج آن در جدول (۶) آورده شده است.

همانطور که یافته‌های مربوط به همسانی واریانس‌ها و توزیع نرمال داده‌ها نشانگان درونی‌سازی و مؤلفه‌های مرتبط با آن نشان می‌دهد به غیر از مؤلفه اضطراب/افسردگی (در همسانی واریانس‌ها)، این پیش‌آزمون‌ها برقرار می‌باشد ($P > 0/05$). در متغیر برون‌سازی و مؤلفه‌های آن یافته‌های حاضر نشان می‌دهد که توزیع نرمال در متغیر کلی نشانگان برون‌سازی و پرخاشگری برقرار می‌باشد اما در مؤلفه قانون‌گریزی برقرار نیست همچنین پیش‌فرض همسانی واریانس‌ها در مؤلفه قانون‌گریزی برقرار می‌باشد اما در مؤلفه پرخاشگری و نشانگان برون‌سازی برقرار نیست ($P < 0/05$). اما با توجه به برابر بودن گروه‌ها همچنان می‌توان از آزمون پارامتریک برای بررسی متغیرهای پژوهش بهره برد (مولوی، ۱۳۸۶). همچنین بررسی ماتریس کواریانس‌ها از برقراری آن است ($f = 1/12, P > 0/05$).

همانطور که یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد پس از کنترل اثر پیش‌آزمون مداخلات ERT و MDT بر افراد شرکت‌کننده نسبت به گروه کنترل هم در متغیر نشانگان درونی‌سازی و هم برون‌سازی و هم مؤلفه‌های مرتبط با آن دارای تفاوت معنی‌دار می‌باشد ($P < 0/05$). بنابراین می‌توان ادعا نمود که درمان‌های مبتنی بر ERT و MDT بر نشانگان برون‌سازی و درون‌سازی دختران نوجوان مؤثر بوده است و بنابراین فرضیه پژوهش تأیید

جدول ۵. نتایج آزمون کواریانس چند متغیره برای متغیرهای درون‌سازی، برون‌سازی در بین سه گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون

متغیر	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	مقدار آماره	سطح معنی‌داری	توان آماری	ضریب اتا
اضطراب/افسردگی	۹۷/۲۰	۱	۹۷/۲۰	۳۲۴/۷۵	۰/۰۱	۰/۹۹	۰/۹۶
گوشه‌گیری	۴۱/۷۲	۱	۴۱/۷۲	۳۸/۶۰	۰/۰۱	۰/۹۹	۰/۷۴
شکایت جسمانی	۴/۳۸	۱	۴/۳۸	۱/۹۵	۰/۱۸	۰/۰۵	۰/۱۳
درون‌ریزی	۸/۰۱	۱	۸/۰۱	۰/۲۹	۰/۵۹	۰/۰۸	۰/۰۷
رفتار پرخاشگری	۱/۸۱	۱	۱/۸۱	۱/۲۳	۰/۲۸	۰/۱۷	۰/۰۸
رفتار قانون‌گریزی	۸/۶۴	۱	۸/۶۴	۳۰۸/۳۷	۰/۰۱	۰/۹۹	۰/۹۶
برون‌ریزی	۵/۴	۱	۵/۴	۳/۱	۰/۰۳	۰/۷	۰/۴۲
اضطراب/افسردگی	۵/۷۶	۲	۲/۸۸	۹/۶۲	*۰/۰۱	۰/۹۴	۰/۵۹
گوشه‌گیری	۱۱/۳۷	۲	۵/۶۸	۵/۲۶	*۰/۰۲	۰/۷۳	۰/۴۴
شکایت جسمانی	۲۲/۰۹	۲	۱۱/۰۴	۴/۹۲	*۰/۰۲	۰/۷۰	۰/۴۳
درون‌ریزی	۹۰/۱۹	۲	۴۵/۰۹	۷/۸۷	*۰/۰۱	۰/۸۹	۰/۵۴
رفتار پرخاشگری	۶۹/۷۳	۲	۳۴/۸۶	۲۳/۷۳	*۰/۰۱	۰/۹۹	۰/۸۹
رفتار قانون‌گریزی	۳/۰۸	۲	۱/۵۴	۵۴/۹۷	*۰/۰۱	۰/۹۹	۰/۷۸
برون‌ریزی	۶۷/۲۷	۲	۳۳/۶۳	۲۰/۲۶	*۰/۰۱	۰/۹۹	۰/۷۵

جدول ۶. مقایسه دو به دو میانگین‌ها با استفاده از روش تعقیبی LSD

متغیر	گروه یک	گروه دو	اختلاف میانگین	خطای انحراف استاندارد	سطح معنی‌داری
درون‌ریزی	MDT	ERT	۱۲/۲۴	۴/۲۶	۰/۰۱
	ERT	کنترل	-۶/۷۸	۳/۰۴	۰/۰۳
	کنترل	MDT	۵/۴۶	۵/۰۹	۰/۲۹
اضطراب/افسردگی	MDT	ERT	۲/۸۵	۰/۹۵	۰/۰۱
	ERT	کنترل	-۱/۲۳	۰/۴۱	۰/۰۱
	کنترل	MDT	-۱/۶۱	۱/۰۶	۰/۱۵
گوشه‌گیری	MDT	ERT	۳/۶۱	۱/۸۰	۰/۰۶
	ERT	کنترل	-۱/۸۹	۰/۷۸	۰/۰۳
	کنترل	MDT	-۱/۷۱	۲/۰۱	۰/۴۱
شکایات جسمانی	MDT	ERT	۸/۱۶	۲/۶۰	۰/۰۱
	ERT	کنترل	۰/۲۵	۱/۱۳	۰/۸۲
	کنترل	MDT	-۸/۴۱	۲/۹۰	۰/۰۱
رفتار قانون‌گریزی	MDT	ERT	-۲/۳۲	۰/۲۹	۰/۰۱
	ERT	کنترل	-۰/۹۲	۰/۱۲	۰/۰۱
	کنترل	MDT	۳/۲۴	۰/۳۲	۰/۰۱
رفتار پرخاشگرانه	MDT	ERT	۱۱/۳۲	۲/۱۰	۰/۰۱
	ERT	کنترل	-۳/۶۰	۰/۹۱	۰/۰۱
	کنترل	MDT	-۷/۷۱	۲/۳۵	۰/۰۱
برون‌ریزی	MDT	ERT	۸/۹۹	۲/۲۳	۰/۰۱
	ERT	کنترل	-۴/۵۲	۰/۹۷	۰/۰۱
	کنترل	MDT	-۴/۴۶	۲/۵۰	۰/۰۹

(۲۰۱۹)؛ مهدی‌زاده و همکاران (۱۳۹۷)؛ علیلو و همکاران (۱۳۹۵)؛ قراملکی و همکاران (۱۳۹۴) و گل‌پور و همکاران (۱۳۹۳) همسو می‌باشد. همچنین با نتایج پژوهشی ورزلی و همکاران (۲۰۱۶)، اوتلو و همکاران (۲۰۱۷)، استوارت و آپشه (۲۰۱۴) و منین و همکاران (۲۰۱۱)، همسو می‌باشد.

همچنین یافته اخیر در ارتباط با عدم تأثیر درمان مبتنی بر نظم‌جویی هیجان بر کاهش نشانگان جسمانی‌سازی با نتایج پژوهشی اکبرپور و همکاران (۱۴۰۰)، ناهمسو است. علاوه بر این یافته‌های پژوهشی اخیر در ارتباط با عدم تأثیر درمان مبتنی بر آرام‌سازی حالت (MDT) بر کاهش نشانگان درونی‌سازی و برون‌سازی با یافته‌های آپشه و همکاران (۲۰۰۵) ناهمسو می‌باشد.

در تبیین یافته اخیر مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر نظم‌جویی هیجان (ERT) بر کاهش نشانگان درونی‌سازی و برون‌سازی، اضطراب/افسردگی، گوشه‌گیری؛ پرخاشگری و قانون‌گریزی و عدم تأثیر این درمان در کاهش نشانگان جسمانی و همچنین تأثیر درمان مبتنی بر آرام‌سازی حالت (MDT) بر کاهش شکایات جسمانی، قانون‌گریزی و پرخاشگری نوجوانان دختر و عدم تأثیر این درمان بر کاهش نشانگان درونی‌سازی شده و برون‌سازی شده، اضطراب/افسردگی و گوشه‌گیری به طور کلی می‌توان چند نکته را مدنظر قرار داد.

در باب تأثیر درمان مبتنی بر نظم‌جویی هیجان و آرام‌سازی حالت بر کاهش پرخاشگری، و رفتارهای قانون‌گریزی می‌توان گفت یافته‌های پژوهشی یکی از علل مهم در ایجاد و بروز رفتارهای پرخاشگرانه، را مختل بودن عملکرد فرد در نظم‌دهی هیجانی بر می‌شمارند به طوری که اختلال در نظم هیجانی می‌تواند پیش‌بینی کننده بروز حساسیت‌های بین‌فردی، انزوای اجتماعی، بزهکاری، خشونت و رفتارهای پرخاشگرانه باشد. این درحالی است که برای زندگی در دنیای امروز داشتن مهارت‌های ارتباطی و یادگیری شیوه‌های مناسب رفتار با دیگران، برای برقراری ارتباط با دنیای بیرون و افراد امری ضروری است و این مورد در افراد باخصایص پرخاشگرانه یا رفتارهای غیر اجتماعی همچون قانون‌گریزی مختل است. بر همین اساس رویکرد مبتنی بر نظم‌جویی هیجان با ارائه آموزش‌ها در باب چگونگی مدیریت هیجان‌ها به نوجوان کمک می‌کند تا مشکلاتی را که در اثر بدنظم‌جویی هیجان و متعاقب آن پرخاشگری و رفتارهای قانون

همانطور که یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد مداخله ERT در متغیر کلی نشانگان درون‌سازی شده و مؤلفه اضطراب/افسردگی بین دو گروه مداخله دارای تفاوت معنی‌دار است ($P < 0/05$)، اما بین گروه مداخله MDT و کنترل تفاوت معنی‌داری در این متغیرها مشاهده نمی‌گردد ($P > 0/05$) درحالی‌که بین گروه مداخله ERT و گروه کنترل نیز این دو متغیر دارای تفاوت معنی‌دار می‌باشند ($P < 0/05$). این درحالی است که در مؤلفه گوشه‌گیری فقط بین گروه مداخله ERT و گروه کنترل تفاوت معنی‌دار مشاهده می‌گردد ($P < 0/05$) و بین دو گروه مداخله ERT و MDT و همچنین گروه MDT و گروه کنترل در این متغیر تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردید ($P > 0/05$). در مؤلفه شکایات جسمانی نیز بین دو گروه مداخله تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/05$) همچنین بین گروه مداخله MDT و گروه کنترل نیز تفاوت معنی‌دار مشاهده می‌گردد ($P < 0/05$)، درحالی‌که برای این متغیر بین گروه ERT و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردید ($P > 0/05$).

در متغیر نشانگان برون‌ریزی نیز بین دو گروه ERT و MDT تفاوت معنی‌دار مشاهده می‌گردد ($P < 0/05$)، همچنین بین گروه ERT و کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/05$)، درحالی‌که بین گروه MDT و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P > 0/05$). در مؤلفه‌های این نشانگان (قانون‌گریزی و رفتار پرخاشگرانه) دو به دو بین گروه‌ها تفاوت معنی‌دار مشاهده می‌گردد ($P < 0/05$). بنابراین با توجه به یافته‌های فوق می‌توان گفت که مداخله ERT نسبت به MDT بر کاهش نشانگان درون‌سازی شده و برون‌سازی شده مؤثرتر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

همانطور که یافته‌های پژوهش نشان داد مداخله مبتنی بر نظم‌جویی هیجان توانست بر میزان نشانگان درونی‌سازی و برون‌سازی، اضطراب/افسردگی، گوشه‌گیری، قانون‌گریزی و پرخاشگری نوجوانان دختر مؤثر واقع شود و میزان آن را در این افراد کاهش دهد. همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که مداخله مبتنی بر آرام‌سازی حالت توانسته بر میزان شکایات جسمانی، قانون‌گریزی و پرخاشگری نوجوانان دختر مؤثر واقع شود و آن را کاهش دهد که این یافته‌های اخیر با نتایج پژوهشی همچون سید شریفی و همکاران (۱۴۰۰)؛ هاشمی و همکاران (۱۳۹۹)؛ سالوری و همکاران

گریزی به عنوان راهبردهایی برای کنترل هیجان‌ها به وقوع می‌پیوندد را مدیریت نماید.

افراد درگیر در بروز خشم و پرخاشگری در برقراری ارتباط به دلیل نقض جدی در برخی از مهارت‌های تنظیم هیجان همچون فاجعه‌بار خواندن وقایع، سرزنش دیگران و نشخوار فکری، دچار مشکل هستند. بنابراین آموزش راهبردهای مناسب نظم‌جویی هیجان چه در فرآیندهای بیرونی و چه درونی (نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی به ویژه حالات شدید و زودگذر برای نیل به اهداف فرد) از طریق درمان‌هایی همچون نظم‌جویی هیجان مطلوب می‌نماید. در واقع نظم‌جویی هیجان می‌تواند به صورت هوشیار یا ناهوشیار انجام بگیرد در افراد عادی که امکان برون‌ریزی مناسب هیجان‌ها وجود دارد بنابراین نظم‌جویی به شکل ناهوشیار خودبه‌خود اتفاق می‌افتد در حالی که در افراد دچار پرخاشگری و قانون‌گریزی این امکان وجود ندارد. از این رو به کار بردن راهبردها و فرآیندهای نظم‌جویی بی‌شماری که مداخلات درمانی (ERT و MDT) نیز آنان را ابعاد مختلف شناختی، جسمی، اجتماعی و رفتاری هدف قرار می‌دهد می‌تواند از نتایج منفی بروز نامناسب هیجان‌ها همچون پرخاشگری جلوگیری نماید (گراوند و منشی، ۱۳۹۴) از این رو نتایج حاصل از پژوهش اخیر مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر نظم‌جویی هیجان (ERT) بر کاهش نشانگان برون‌سازی، قانون‌گریزی و پرخاشگری و همچنین تأثیر درمان مبتنی بر آرام‌سازی حالت (MDT) بر کاهش پرخاشگری و قانون‌گریزی را قابل تبیین می‌نماید.

علاوه بر این برحسب نتایج پژوهش مروری که توسط بایلس و همکاران (۲۰۱۴) انجام شد نتایج حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر آرام‌سازی حالت بیش از دیگر درمان‌ها منجر به کاهش عود و دیگر جرائم مجرمانه می‌گردد و بیشتر به عنوان یک درمان مؤثر برای حضور چندین اختلال در جمعیت نوجوانان پسر تأیید شده است همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که تأثیر این رویکرد درمانی (MDT) بیشتر بر روی مشکلات رفتاری با زمینه برون‌ریزی رفتاری می‌باشد (پرخاشگری، جرائم جنسی و غیره)، از این رو می‌توان تأثیر این درمان در کاهش قانون‌گریزی و پرخاشگری دختران نوجوان با بدنظم‌جویی هیجان را در این پژوهش قابل تبیین دانست. مطالعات پیشین نیز نشان می‌دهد مشکلات رفتاری با نظم‌جویی هیجان ارتباط دارد و آموزش این فرآیند می‌تواند منجر به بهبود عملکرد ارتباطی،

اجتماعی و رفتاری کودکان و نوجوانان در مقاطع مختلف تحولی و اجتماعی گردد یافته‌ها در این باره نشان می‌دهد که چگونگی ارزیابی دستگاه شناختی فرد هنگام روبرویی با حوادث منفی از اهمیت بالایی برخوردار است و سلامت روانی افراد ناشی از تعامل دو طرفه میان استفاده از انواع خاصی از راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان‌ها و ارزیابی درست از موقعیت‌های تنش‌زا است (گلدین و گراس، ۲۰۱۰). نظم‌جویی هیجان به صورت ارزیابی پیش از رخداد حادثه هیجانی، در حقیقت از کاهش منابع شناختی فرد پیشگیری می‌کند (گارنسکی و کراج، ۲۰۰۶)، و به فرد توانایی مقابله و مدیریت موقعیت پیش‌رو را می‌دهد. کسب توانایی مقابله با هیجان‌ها و نظم‌جویی آن فرد را قادر می‌سازد تا هیجان را در خود و دیگری تشخیص داده و نحوه تأثیر آن را بر رفتار بداند و بتواند واکنش مناسب به هیجان‌ها نشان دهد. بنابراین این مهارت‌ها عملکرد کلی فرد را در زندگی شخصی و تعاملات محیطی و اجتماعی تحت تأثیر قرار می‌دهد بنابراین یافته پژوهش اخیر در این راستا قابل درک و تبیین است.

در یک جمع‌بندی کلی می‌توان اشاره داشت که درمان مبتنی بر نظم‌جویی هیجان (ERT) با راهبرد آموزشی خود (محتوا محور) با استفاده از مراحل نظم‌جویی هیجان همچون ایجاد آگاهی هیجانی با استفاده از تنفس آگاهی، تمرکززدایی، و پذیرش موجب ایجاد فضای روانشناختی و تسهیل نظارت بر افکار و احساسات به مثابه اینکه فقط افکار و احساسات هستند منجر می‌شود تا فرد از آمیختگی با آنان دست بردارد و نسبت به اهداف و ارزش‌های مهم زندگی فردی روی آورد بنابراین فرد نوجوان ابتدا در درمان به صورت تصویری و پس از آن در زندگی واقعی در جهت قدم برداشتن به سوی اهداف ارزشمند ترغیب می‌گردد تمامی این مسائل موجب می‌گردد که فرد موانع رفتاری را کنار بزند و جهت مقابله با موقعیت‌های چالش برانگیز زندگی دست به اقدام بزند که متعاقب آن خزانه رفتاری و مهارتی فرد نوجوان در موقعیت‌های مختلف زندگی بهبود و ارتقا می‌یابد.

برخلاف آن، درمان مبتنی بر آرام‌سازی حالت (MDT) نه تنها رویکردی آموزشی ندارد بلکه بر تجربه فرد متکی است و در پی تصحیح فرآیند رفتاری فرد دارای مشکلات هیجانی/رفتاری است از این نظر با مجموعه‌ای از سیستم‌های رفتاری مواجه است و با کلیت و سازمان شخصیتی فرد سروکار دارد از این جهت روند تغییرات در آن آهسته و ملزم زمان می‌باشد بنابراین همانطور که نتایج پژوهش اخیر نیز گویای آن است تأثیر

هیجانی یا کرختی نوجوان با دردهای روانشناختی در بدن وی قطع گردد (آپشه، ۲۰۱۰)، در واقع MDT به نوجوان کمک می‌کند تا بفهمد چگونه در حالات، هیجانات و خشم‌هایی که زندگی او را به زندان تبدیل کرده و درمان وی را با مشکل مواجه ساخته است وقفه ایجاد کند (آپشه، ۲۰۱۲)، از همین جهت یافته اخیر قابل تبیین است.

در همین راستا همانطور که ذکر شد یکی از عناصر تأثیرگذار در MDT زمان است با توجه به این موضوع که رویکرد MDT برخلاف ERT درمانی فرآیندی است و بر تجارب فرد متمرکز می‌شود از این نظر سیر درمانی از فردی به فرد دیگر برحسب زمان مشابه می‌تواند متغیر باشد از این نظر می‌تواند نتایج درمانی را از لحاظ آماری با پراکندگی مواجه گرداند. بنابراین عدم تأثیر این درمان بر نشانگان درونی‌سازی علی‌رغم تأثیر بر کاهش شکایات جسمانی با توجه به این موضوع قابل درک است. بر همین اساس به نظر می‌آید یکی از محدودیت‌های این پژوهش بازه ۸ هفته جهت بررسی نتایج این درمان می‌باشد چرا که درمان‌های مبتنی بر پیشینه فردی همچون MDT نسبت به افراد تحت درمان پیشرفت درمانی یکسانی ندارد از این لحاظ که چهارچوب درمانی مبتنی بر مسائل فردی است و الگو اجرایی یکسانی در هر جلسه همچون درمان تنظیم هیجان ندارد. بنابراین یافته‌های اخیر با توجه به نکات فوق قابل درک و تبیین است.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته مشاوره در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت‌کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی افرادی که در انجام این پژوهش یاری رسانند از جمله شرکت‌کنندگان، و اساتید محترم تشکر و قدردانی می‌گردد.

درمانی مبتنی بر مداخله نظم‌جویی هیجان بر کاهش نشانگان درونی‌سازی، اضطراب/افسردگی و گوشه‌گیری قابل مشاهده است اما تأثیر درمان مبتنی بر آرام‌سازی حالت نه.

همچنین درباب تبیین تأثیر درمان مبتنی بر آرام‌سازی حالت بر کاهش شکایات جسمانی می‌توان اشاره داشت با توجه به اینکه این درمان (MDT) بیشتر بر پیشینه تجربی فرد متکی است و در صدد کاهش دادن و غیرفعال کردن ماشه چکان‌ها یا فراخوانی‌کننده رفتارهای آسیب‌رسانی است که در موقعیت‌های دشوار گذشته رخ داده‌اند. از این جهت این درمان با تکیه بر بافت رفتاری و موقعیت‌های برانگیزاننده سعی بر این دارد که نوجوان را از مکانیسم عمل رفتارهای قبلی آگاه سازد و با بررسی ترس‌ها، باورها و مقیاس کنش/واکنش‌گری به این موضوع می‌پردازد. در همین راستا باید توجه داشت که تجربه هیجانی درد در نوجوانانی که سالیان متمادی در معرض آسیب، بی‌توجهی، و غفلت بوده‌اند به شکل کرختی، درد جسمانی، پرخاشگری (واکنش‌گری) و امثالهم بیشتر تجربه می‌شود که تمامی این موارد نوعی از دسترس خارج کردن هیجانات (جدا کردن هیجانات از خودشان) و تجربه آن به شیوه‌ای است که فرد درگیر تجربه احساس ناخوشایند درد هیجانی مرتبط با مسائل آسیب‌زا گذشته نگردد (نظم‌جویی هیجان ناکارآمد) از همین رو این درمان با استفاده از گسلس هیجانی، درد و کرختی نهفته در نوجوانان را هدف قرار می‌دهد و از طریق آن نوجوان راهنمایی می‌شود تا معین کند در کدام بخش از بدن خود درد هیجانی را تجربه می‌کند این کار با راهنمایی کلامی به نوجوان برای ترغیب او به جستجوی این احساسات در بدن خودش انجام می‌شود این تکنیک به نوجوان اجازه می‌دهد تا هیجانات دردناک خودش را در لحظه حال تجربه کند به او یاد داده می‌شود تا با رفتارهای ناکارآمد و واکنش‌های فیزیولوژیکی از آن‌ها اجتناب نکند. دردهای هیجانی در نوجوانان اغلب به صورت دردهای شدید یا کرختی در نواحی خاصی از بدن آن‌ها دیده می‌شود که باورهای فعال شده در نوجوان همراه با باورهای هسته‌ای وابسته به آن، می‌تواند موجب بروز اجتناب‌های تجربی و تجربه آن در قالب درد بدنی یا کرختی گردد بدین طریق که این درد یا کرختی به یک پاسخ شرطی برای اجتناب از احساس درد تبدیل می‌شود (آپشه، ۲۰۱۰). از این جهت در درمان مبتنی بر آرام‌سازی حالت تلاش می‌شود تا ارتباط بین درد

References

- Achenbach, T. M. (2001). Manual for ASEBA school-age forms & profiles. *University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families*. [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1855203](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1855203)
- Akbarpour, F., Zare BahramAbadi, M., Davaei, M., & Hasani, F. (2021). Effectiveness of Emotion Regulation Skills Education on Internalization Symptoms and Self-Control in Adolescents with Tendency to Risky Behaviors. *Journal of Excellence in counseling and psychotherapy*, 10(38), 11-20. https://journal-counselling.iiu.ac.ir/article_684258.html?lang=en
- Apsche, J. A., Bass, C. K., & Backlund, B. (2012). Mediation analysis of Mode Deactivation Therapy, (MDT). *The Behavior Analyst Today*, 13(2), 2. <https://doi.org/10.1037/h0100723>
- Apsche, J. A., Bass, C. K., & DiMeo, L. (2010). Mode deactivation therapy (MDT) comprehensive meta-analysis. *The Journal of Behavior Analysis of Offender and Victim Treatment and Prevention*, 2(3), 171. <https://doi.org/10.1037/h0101573>
- Apsche, J. A., Bass, C. K., Jennings, J. L., Murphy, C. J., Hunter, L. A., & Siv, A. M. (2005). Empirical comparison of three treatments for adolescent males with physical and sexual aggression: Mode deactivation therapy, cognitive behavior therapy and social skills training. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 1(2), 101. <https://doi.org/10.1037/h0100738>
- Borkovec, T. (1985). Worry: A potentially valuable concept. *Behaviour research and therapy*, 23(4), 481-482. https://www.academia.edu/download/48310258/0005-7967_2885_2990178-020160825-18891-7wkyqb
- Burt, S. A., Krueger, R. F., McGue, M., & Iacono, W. (2003). Parent-child conflict and the comorbidity among childhood externalizing disorders. *Archives of general psychiatry*, 60(5), 505-513. <http://doi:10.1001/archpsyc.60.5.505>
- Bayles, C., Blossom, P., & Apsche, J. (2014). A brief review and update of mode deactivation therapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 9(1), 46. <https://doi.org/10.1037/h0101016>
- Farsijani, N., Besharat, M. A., & Moghadamzadeh, A. (2022). Predicting social adjustment based on attachment styles and cognitive emotion regulation strategies in adolescents. *Journal of psychological science*, 71-88. (Persian). <http://psychologicalscience.ir/article-1-1325-en>
- Fresco, D. M., Mennin, D. S., Heimberg, R. G., & Ritter, M. (2013). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(3), 282-300. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.02.001>
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1659-1669. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009>
- Ghorbani, F., Khosravani, V., Bastan, F. S., & Ardakani, R. J. (2017). The alexithymia, emotion regulation, emotion regulation difficulties, positive and negative affects, and suicidal risk in alcohol-dependent outpatients. *Psychiatry research*, 252, 223-230. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.03.005>
- Ghorbankhani, M., Salehi, K., & Moghaddamzadeh, A. (2020). Construction of a Standardized Questionnaire to Detect the Pseudo Evaluation in Elementary Schools. *Journal of Educational Sciences*, 27(2), 91-116. (Persian) <https://doi.org/10.22055/edus.2020.35053.3114>
- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, 10(1), 83. <https://doi.org/10.1037/a0018441>
- Griffin, E., & McMahan, E. (2020). Adolescent mental health: Global data informing opportunities for prevention. *EclinicalMedicine*, 24. doi: [10.1016/j.eclinm.2020.100413](https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100413)
- Holzer, K. J., Carbone, J. T., DeLisi, M., & Vaughn, M. G. (2019). Traumatic brain injury and coextensive psychopathology: new evidence from the 2016 Nationwide Emergency Department Sample (NEDS). *Journal of psychiatric research*, 114, 149-152. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.05.002>
- Hoseini Yazdi, S. A., Mashhadi, A., Kimiaee, S. A., & Asemi, Z. (2021). Effectiveness of Children of Divorce Intervention Program (CODIP) on externalized and internalized problems in children of divorce. *Journal of Family Psychology*, 2(1), 3-14.

- https://www.ijfpjournal.ir/article_245500.html?lang=en
- Kouchi, S., Mami, S., & Ahmadi, V. (2021). The mediating role of cognitive emotion regulation strategies and social self-efficacy in the relationship between early maladaptive schemas and social anxiety in adolescent girls. *Journal of psychologicalscience*, 20(102), 953-966. (Persian). http://psychologicalscience.ir/browse.php?a_id=1156&sid=1&slc_lang=fa&ftxt=1
- Mahdizadeh Azdin, S., Musavi, S. A. M., Jalali, M., & Kakavand, A. (2018). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on social self-efficacy and depression. (Persian). https://jip.stb.iau.ir/article_541256.html?lang=en
- Mahmoud Alilou, M., Khanjani, Z., & Bayat, A. (2016). Comparing the coping strategies and emotion regulation of students with symptoms of anxiety-related emotional disorders and normal group. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, 3(1), 41-51. <http://childmentalhealth.ir/article-1-117-en.html>
- Mennin, D. S., Ellard, K. K., Fresco, D. M., & Gross, J. J. (2013). United we stand: Emphasizing commonalities across cognitive-behavioral therapies. *Behavior therapy*, 44(2), 234-248. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.02.004>
- Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2009). Emotion regulation as an integrative framework for understanding and treating psychopathology. *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*, 356-379. <https://psycnet.apa.org/record/2009-21674-015>
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.85>
- Minai, A. (2005). Standardization of Assessment System Based on Akhenbach Experience, Tehran: Publications of the Exceptional Children Education Organization. (Persian). <http://www.nosabooks.com/WebUI/book.aspx?simorgh=1&marckey=1209364&marckind=3>
- Newman, M. G., Szkodny, L. E., Llera, S. J., & Przeworski, A. (2011). A review of technology-assisted self-help and minimal contact therapies for anxiety and depression: is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Clinical psychology review*, 31(1), 89-103. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.008>
- Rapee, R. M., Oar, E. L., Johnco, C. J., Forbes, M. K., Fardouly, J., Magson, N. R., & Richardson, C. E. (2019). Adolescent development and risk for the onset of social-emotional disorders: A review and conceptual model. *Behaviour research and therapy*, 123, 103501. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103501>
- Rostami, R., & Dehghani Arani, F. (2021). Comparison of internalizing and externalizing problems in inattentive and combined subtypes of attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of psychologicalscience*, 19(96), 1547-1556. (Persian). <https://dori.net/dor/20.1001.1.17357462.1399.19.9.6.5.3>
- Salavera, C., Usán, P., & Teruel, P. (2019). The relationship of internalizing problems with emotional intelligence and social skills in secondary education students: gender differences. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 32. <https://doi.org/10.1186/s41155-018-0115-y>
- Swart, J., & Apsche, J. (2014). Family mode deactivation therapy (FMDT) mediation analysis. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 9(1), 1. <https://doi.org/10.1037/h0101009>
- Vaughn, M. G., Carbone, J., DeLisi, M., & Holzer, K. J. (2020). Homicidal ideation among children and adolescents: Evidence from the 2012-2016 Nationwide Emergency Department Sample. *The Journal of Pediatrics*, 219, 216-222. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.12.045>