

Comparison of the effectiveness of compassion-focused therapy and dialectical behavior therapy on the Adversity quotients and emotional processing of adolescents with a history of self-injury

Marziyeh Firouzeh¹  | Azarmidokht Rezaei²  | Majid Barzegar³  | Morteza Moradi Doliskani⁴ 

1. Ph. D Student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Marvdasht Branch, Marvdasht, Iran. **E-mail:** marziyehfirouzeh@gmail.com
2. **Corresponding Author**, Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Marvdasht Branch, Marvdasht, Iran. **E-mail:** Rezaie@miau.ac.ir
3. Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Marvdasht Branch, Marvdasht, Iran. **E-mail:** Mbarzegar55@gmail.com
4. Department of Educational Sciences, Farhangian University, P.O. Box 14665-889 Tehran, Iran. **E-mail:** m.moradi68@cfu.ac.ir

Article Info	Abstract
<p>Article Type: Research Article</p> <p>Received Date: 14 August 2022</p> <p>Received in Revised from: 17 March 2023</p> <p>Accepted Date: 28 August 2023</p> <p>Published Online: 19 March 2024</p> <p>Keywords: compassion-focused therapy, dialectical behavior therapy, adversity quotients, emotional processing, self-injury</p>	<p>The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of compassion-focused therapy and dialectical behavior therapy on the adversity quotients and emotional processing of adolescents with a history of self-injury. This research was a semi-experimental study with a pre-test, post-test design with experimental and control groups. The statistical population of the research included all female students of the second secondary level in the academic year of 2020-2021 in Bushehr (number of 63290 people), who had a history of self-injury. 60 people were selected from the statistical population of the research and randomly assigned to two experimental groups and one control group (20 people each). The first experimental group underwent compassion-based therapy (Gilbert, 2009) and the second experimental group underwent dialectical behavioral therapy intervention (Linehan, 1993), and the control group did not receive any intervention. The research tool were the self-harm inventory (Sansone et al., 1998), Adversity Response Profile (Stoltz, 1997) and The Emotional Processing Scale (Baker et al., 2010). The results showed that both interventions increased the adversity quotients and reduced maladaptive emotional processing in adolescents ($p < 0.05$). Also, the findings of the research indicated that there is a significant difference between compassion-focused therapy and dialectical behavior therapy, and compassion-focused therapy is more effective in increasing the adversity quotients and dialectical behavior therapy in emotional processing ($p < 0.001$). According to the results of the research, it can be said that both compassion-focused therapy and dialectical behavior therapy are effective methods in improving the adversity quotients and emotional processing of adolescents with self-injury.</p>

Cite this article: Firouzeh, F., Rezaei, A., Barzegar, M., & Moradi Doliskani, M. (2023). Comparison of the effectiveness of compassion-focused therapy and dialectical behavior therapy on the Adversity quotients and emotional processing of adolescents with a history of self-injury. *Journal of Educational Psychology Studies*, 20(52), 17-33.

DOI: [10.22111/JEPS.2023.43176.5150](https://doi.org/10.22111/JEPS.2023.43176.5150)



© The Author(s).

Publisher: University of Sistan and Baluchestan

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر ضریب سختی و پردازش هیجانی نوجوانان دارای زمینه خودجراحی

مرضیه فیروزه ¹ | آذرمیدخت رضایی ² | مجید بزرگر ³ | مرتضی مرادی دولیسکانی ⁴

1. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مرودشت، مرودشت، ایران. **رایانامه:**

marziyehfirouzeh@gmail.com

2. نویسنده مسئول، استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مرودشت، مرودشت، ایران. **رایانامه:**

Rezaie@miau.ac.ir

3. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مرودشت، مرودشت، ایران. **رایانامه:**

Mbarzegar55@gmail.com

4. گروه آموزش علوم تربیتی دانشگاه فرهنگیان، صندوق پستی 889-14665 تهران، ایران. **رایانامه:** m.moradi68@cfu.ac.ir

اطلاعات مقاله	چکیده
<p>نوع مقاله: مقاله پژوهشی</p> <p>تاریخ دریافت: 1401/05/23</p> <p>تاریخ ویرایش: 1401/12/26</p> <p>تاریخ پذیرش: 1402/06/06</p> <p>تاریخ انتشار: 1402/12/29</p> <p>واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر شفقت، رفتاردرمانی دیالکتیکی، ضریب سختی، پردازش هیجانی، خودجراحی</p>	<p>پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر ضریب سختی و پردازش هیجانی نوجوانان دارای زمینه خودجراحی انجام شد. این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم سال تحصیلی 1399-1400 بوشهر (تعداد 63290 نفر) بود که دارای سابقه خودجراحی بودند. از میان جامعه آماری پژوهش تعداد 60 نفر انتخاب‌گردیده و به‌تصادف در دوگروه آزمایشی و یک گروه گواه (هرکدام 20 نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش اول تحت درمان مبتنی‌بر شفقت (گیلبرت، 2009) و گروه آزمایش دوم تحت مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی (لینهان، 1993) قرارگرفتند و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش پرسشنامه رفتار خودجراحی (سانسون و همکاران، 1998) نیمرخ واکنش‌به سختی (استولتز، 1997) و پرسشنامه پردازش هیجانی (باکر و همکاران، 2010) بود. نتایج نشان‌داد که هردو مداخله موجب افزایش ضریب سختی و کاهش پردازش ناسازگارانه هیجانی در نوجوانان شده است ($p < 0/05$). همچنین یافته‌های پژوهش حاکی از آن بود که بین درمان مبتنی‌بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی تفاوت معنی‌دار وجود داشته و درمان مبتنی‌بر شفقت در افزایش ضریب سختی و رفتاردرمانی دیالکتیکی در پردازش هیجانی روش مؤثرتری می‌باشند ($p < 0/001$). باتوجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت که هردو مداخله درمان مبتنی بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی روش‌هایی کارآمد در بهبود ضریب سختی و پردازش هیجانی نوجوانان دختر دارای زمینه خودجراحی می‌باشند.</p>

استناد به این مقاله: فیروزه، مرضیه؛ رضایی، آذرمیدخت، برزگر، مجید؛ و مرادی دولیسکانی، مرتضی. (1402). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر ضریب سختی و پردازش هیجانی نوجوانان دارای زمینه خودجرحی. *مجله مطالعات روانشناسی تربیتی*، 20 (52)، 17-33.

DOI: [10.22111/JEPS.2023.43176.5150](https://doi.org/10.22111/JEPS.2023.43176.5150)



نویسندگان.

© ناشر: دانشگاه سیستان و بلوچستان

مقدمه

رفتار خودجرحی¹ تخریب یا تغییر عمدی بافت‌های بدن به همراه آسیب به بافتی می‌باشد؛ در واقع این اصطلاح شامل رفتارهای خودزنی و بسیاری از اشکال غیرمستقیم آسیب به بدن است (وینچل و استانلی²، 2019). مطالعات انجام‌شده نرخ شیوع رفتارهای خود آسیب‌رسان را بین ۱۰ تا ۲۰ درصد گزارش داده‌اند (هیس³ و همکاران، ۲۰۱۸). در اکثر نوجوانان، رفتار خود-آسیب‌رسان بین سنین ۱۳ تا ۱۵ سالگی آغاز می‌شود و نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند افرادی که در سنین پایین خودجرحی را شروع کرده‌اند و در دوره‌های بیشتر و طولانی‌تر و با روش‌های متنوع‌تری اقدام به خودزنی می‌کنند، از پیش‌آگهی بدتری نیز برخوردارند (مولنکامپ و گوتیرز⁴، ۲۰۱۷).

از جمله ویژگی‌های روان‌شناختی که رفتارهای خودجرحی را متاثر می‌سازد، ضریب سختی⁵ است (پانگما⁶ و همکاران، 2019). استولتز⁷ (۱۹۹۷) ضریب سختی را بر اساس مبانی روان‌شناسی مثبت‌نگر برای الگوهای پاسخ‌دهی افراد در موقعیت‌های دشوار مطرح نمود. بر این اساس افراد با ضریب سختی بالا جهت حل مشکلات و مقابله با سختی‌ها از خود ابتکار و مهارت بیشتری نشان می‌دهند و کمتر تسلیم می‌شوند (ماتور و خایرانی⁸، 2016). ضریب سختی در هنگام مواجهه با عوامل تنش‌زا موجب غلبه بر تنش‌ها و حفظ سلامت، انرژی و امیدواری و پس از تجربه ضربه‌های روانی باعث بازگشت سریع‌تر به حالت اولیه می‌شود؛ همچنین مطالعات انجام شده نشان داده‌اند که افراد با ضریب سختی بالا کمتر دچار یأس، سرخوردگی، اضطراب، افسردگی و درماندگی می‌شوند (یاکو⁹ و همکاران، 2015). از سوی دیگر، باتوجه به اینکه نوجوانی دوره‌ای همراه با هیجان‌های متفاوت برای نوجوانان است توجه به

1. self-harm behavior

2. Winchel & Stanley

3. Heath

4. Muehlenkamp & Gutierrez

5. Adversity Quotient

6. Pangma

7. Stoltz

8. Matore & Khairani

9. Yakoh

سازه پردازش هیجانی¹ برای کنترل و مدیریت هیجانات دوره نوجوانی نیازمند بررسی و مطالعه است. پردازش هیجانی فرایندی است که به وسیله آن آشفتگی‌های هیجانی روبه‌زوال می‌روند تا رفتار و تجربه‌های دیگر بدون مانع پیش رود و افزایش یابد؛ استفاده از راهبردهای پردازش هیجان می‌تواند در افزایش مهارت‌های عاطفی برای کاهش آشفتگی و مشکلات هیجانی و روانی مؤثر باشند (راچمن²، 1980). از نظر راچمن (1980) چهار دسته عواملی که ممکن است به مشکلاتی در پردازش هیجانی منجر شوند، عبارت‌اند از: اجتناب شناختی، عدم تجربه خوگیری کوتاه‌مدت، افسردگی و عقاید بیش بهاداده شده. افرادی که در پردازش هیجانی از سبک‌های شناختی ضعیفتری، مانند نشخوارگری، فاجعه‌انگاری و ملامت خویش استفاده می‌کنند، نسبت به سایر افراد، در برابر مشکلات هیجانی آسیب‌پذیرتر و افرادی که از سبک‌های مطلوب دیگر مانند ارزیابی مجدد مثبت استفاده می‌کنند، از آسیب‌پذیری کمتری برخوردارند (بگیان کوله مرز و همکاران، 1397).

بر اساس مطالب مطرح‌شده در راستای نقش مهم دو متغیر ضریب سختی و پردازش هیجانی در افزایش رفتارهای سازگارانه نوجوانان، شناخت مداخلات درمانی مؤثر در بهبود این ویژگی‌ها در نوجوانانی که رفتارهای ناسازگارانه‌ای همچون اعمال خودجرحی داشته‌اند، مسئله‌ای اساسی و قابل‌بررسی است. شفقت درمانی یکی از روش‌های درمانی است که با توجه به مفاهیم بنیادی به‌کار رفته در آن، می‌تواند برای افزایش ضریب سختی و پردازش هیجانی مؤثر باشد؛ در این زمینه می‌توان از سازه‌ای جدید با عنوان شفقت به خود³ در روانشناسی نام برد. نیف⁴ (2009)، شفقت به خود را سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل مهربانی نسبت به خود در مقابل قضاوت نمودن خویش، اشتراکات انسانی در برابر انزوا و ذهن‌آگاهی⁵ در مقابل همانندسازی افراطی تعریف کرده‌است. ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، مشخصه فردی است که به خود شفقت می‌ورزد؛

1. Emotional Processing

2. Rachman

3. Self-compassion

4. Neff

5. Mindfulness

از این رو گیلبرت با استفاده از این سازه درمان مبتنی بر شفقت¹ را مطرح نمود (گیلبرت²، 2009).

اصول پایه در CFT به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی بایستی درونی شود تا ذهن انسان همان‌گونه که به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات خود نیز آرام گردد (نف، 2009). افزون بر آن، در این مداخله افراد می‌آموزند که از هیجانات دردناک خود اجتناب ننموده و آن‌ها را سرکوب نکنند و در این صورت است که فرد می‌تواند تجربه خویش را بشناسد و در قبال آن احساس شفقت داشته باشد (گیلبرت، 2009). در جلسه‌های درمان علاوه بر درمان شفقت و اصول آن، از تمرینات شفقت به خود همچون شناسایی افکار و رفتار خودانتقادگر، تمرین تنفس آرام‌بخش منظم، تمرین ذهن‌آگاهی در ردیابی افکار و هیجانات، انجام مراقبه و تصویرپردازی ذهنی خود دلسوز و ثبت روزانه ذهن شفقت ورز بهره گرفته می‌شود (گیلبرت، 2014). نتایج پژوهش‌ها در این زمینه همچون مطالعات مورلی³ و همکاران (2018)، دماوندیان، گلشنی و صفری‌نیا (1400) و رئیسی و فرامرزی (1398) به نقش درمان شفقت به خود بر کاهش آشفتگی هیجانی در برابر رویدادهای منفی زندگی در نوجوانان دارای رفتار خودجرحی تاکید نموده است. حسینی مهر و همکاران (1400) نیز در مطالعه خود در زمینه رابطه شفقت بر تحمل پریشانی و خودانتقادی در دختران نوجوان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی به این نتیجه دست یافتند که درمان مبتنی بر شفقت تاثیر معناداری بر افزایش تحمل پریشانی و کاهش خودانتقادگری داشته است.

همچنین بر اساس پیشینه پژوهشی، یکی دیگر از روش‌های درمانی که می‌تواند برای افزایش ضریب سختی و پردازش هیجانی مؤثر واقع شود، رفتاردرمانی دیالکتیکی⁴ است. رفتاردرمانی دیالکتیکی رویکردی شناختی-رفتاری⁵ است که در ابتدا به منظور درمان اختلال شخصیت مرزی⁶ ابداع شد

1. Compassion-Focused Therapy (CFT)

2. Gilbert

3. Morley

4. Dialectic Behavior Therapy (DBT)

5. Cognitive-behavioral

6. Borderline Personality Disorder (BPD)

(لینهان¹، 1993). در این رویکرد، مداخلات مربوط به درمان‌های شناختی رفتاری که مبتنی بر اصل تغییر است با آموزه‌ها و فنون فلسفه شرقی ذن² که مبتنی بر اصل پذیرش می‌باشد، درآمیخته و بر این اساس چهار مؤلفه مداخله‌ای در این مداخله گروهی مطرح می‌شود: هوشیاری فراگیر بنیادین³ و تحمل پریشانی⁴ به‌عنوان مؤلفه‌های پذیرش و تنظیم هیجانی⁵ و کارآمدی بین‌فردی⁶ به‌عنوان مؤلفه‌های تغییر (میلر⁷ و همکاران، ۲۰۱۷). بنابراین نظر لینهان (1993)، یکی از ایرادهای اصلی رویکردهای شناختی آن است که بین تزه‌ای درمانگر و بیمار یکپارچگی برقرار نمی‌کند؛ به عقیده او در این رویکردها اغلب تأکید اصلی بر ایجاد تغییر در هیجان‌ها، شناختها و رفتارهای مراجع است؛ در این شرایط مراجع احساس می‌کند فرایند درمان نه‌تنها رفتارهای او را نامعتبر می‌سازد بلکه موجب می‌شود خود را فردی نامعتبر بداند. نامعتبرسازی ادراک‌شده مشکلاتی را در جلسه درمان ایجاد می‌کند. لینهان مشکل درمانی فوق را با به‌کارگیری اصول آیین ذن به‌ویژه استفاده از تمرین‌های ذهن‌آگاهی حل می‌کند. آیین ذن مبتنی بر پذیرش محض واقعیت است. از سوی دیگر، پذیرش بدون قید و شرط و معتبرسازی بیش‌ازاندازه رفتارهای مراجع نیز مشکلاتی به همراه دارد، ازجمله آن‌که مراجع تلقی می‌کند مشکلات او جدی گرفته نشده است. بدون توجه به تغییر و حل مسئله، رفتارهای مداخله‌گر در درمان دوباره رخ خواهد داد. بنابراین، تلفیق دو شیوه با یکدیگر، برقراری تعادل میان ایجاد تغییر و پذیرش واقعیت، راهکاری مناسب به نظر می‌رسد.

برخی مطالعات اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی را بر افزایش تنظیم هیجانی و تحمل سختی نشان داده‌اند؛ برای مثال نتایج پژوهش فرورشی و همکاران (1400) نشان داد که درمان دیالکتیکی موجب کاهش معنادار رفتارهای تکانشی و افزایش تنظیم هیجانی در بیماران دوقطبی می‌گردد؛ همچنین

1. Linehan

2. Zen

3. Core Mindfulness

4. Distress Tolerance

5. Emotion Regulation

6. Interpersonal Effectiveness

7. Miller

اشنل و هرپرتز¹ (۲۰۱۶) در مطالعه خودزنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار دادند. نتایج نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی میان افزایش فعالیت آمیگدال و برانگیختگی ذهنی گسستگی ایجاد می‌کند. محققان نتیجه می‌گیرند که این رویکرد بیشتر به تنظیم هیجانی کمک می‌کند تا تغییر در شناخت. همچنین پژوهش زلوسکی² و همکاران (2018) و سلطانی و همکاران (1397) حاکی از اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش نشانه‌های افسردگی و افزایش معنی‌دار در شاخص‌های تنظیم هیجانی بود. بااینکه هیچ پژوهشی درباره تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر ضریب سختی یافت نشد اما پژوهش‌هایی به بررسی تأثیر DBT بر سرسختی³ و تاب‌آوری⁴ پرداختند که این متغیرها با ضریب سختی همپوشی زیادی دارند. برای مثال بهرامی و زاهدی (1397) و فروتن و همکاران (1399) ضمن پژوهش‌های خود درباره تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تاب‌آوری به این نتیجه رسید که DBT موجب افزایش معنادار تاب‌آوری و تحمل‌پریشانی شده است.

بایستی گفت که نوجوانان و به‌ویژه دختران به‌عنوان گروهی حساس و آسیب‌پذیر در جامعه بوده و وقوع رفتارهای خود آسیب‌رسان می‌تواند تأثیر بسیار منفی بر سلامت جسمی و روانی آن‌ها برجای گذارد (حسینی مهر و همکاران، 1400). از سوی دیگر پژوهش‌های صورت گرفته حاکی از آن است که نرخ خودجرحی با افزایش سن و از دوره کودکی به نوجوانی افزایش می‌یابد (لاکنا⁵ و همکاران، 2022)، از همین رو درمان‌های شناختی مناسبی که بتواند در ارتقای سلامت روانی به این دسته از نوجوانان کمک نماید، موضعی حائز اهمیت و نیازمند بررسی دارند؛ چراکه سلامت حق طبیعی هر انسان از جمله این گروه سنی حساس می‌باشد. همچنین برآوردها در اقتصاد بهداشت نشان می‌دهد که دوران نوجوانی نه‌تنها از لحاظ کمی با ارزش‌ترین گروه سنی اجتماع می‌باشد، بلکه بهترین سنین برای فراگیری مهارت‌های سالم زیستن نیز محسوب می‌شود (دماوندیان و

1. Schnell & Herpertz

2. Zalewski

3. Hardiness

4. Resiliency

1. Lucena

همکاران، 1400). از آنجاکه این پدیده برای نظام بهداشتی کشور پرهزینه بوده و از طرفی با معیارهای ارزشی و فرهنگی کشور سازگار نیست، بررسی دقیقتر موضوع ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین با توجه به اینکه اکثر پژوهش‌های انجام‌گرفته در کشور بیشتر به پدیده خودکشی نسبت به رفتار خودجرحی و مداخلات موثر در کاهش آن پرداخته (مظفری و همکاران، 1400) و از طرفی نیز پژوهش‌های پیشین در زمینه خودجرحی نیز غالباً به شیوع این رفتارها و عوامل مؤثر و مرتبط با آن پرداخته‌شده و تعداد اندکی از پژوهش‌ها اثربخشی مداخلات کاربردی را در این زمینه مورد مطالعه قرار داده‌اند، خلا پژوهشی در این زمینه مشهود می‌باشد. بر همین اساس پژوهشگر به دنبال پاسخگویی به این پرسش است که آیا رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش ضریب سختی و پردازش هیجانی نوجوان دارای سابقه خودجرحی موثرند؟ و از طرفی آیا این دو مداخله در این زمینه با یکدیگر تفاوت معناداری دارند؟

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل نابرابر بود. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از تمامی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم سال تحصیلی 1399-1400 شهر بوشهر بود که دارای سابقه خودجرحی بودند. نمونه‌گیری مطالعه حاضر در دو مرحله انجام شد: 1. مرحله شناسایی نمونه پژوهش: نمونه‌گیری پژوهش حاضر بر اساس شیوه تصادفی چندمرحله‌ای انجام گرفت. بدین‌صورت که بر اساس استعلام از آموزش و پرورش شهر بوشهر تعداد دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم سال تحصیلی 1399-1400 برابر با 63290 نفر اعلام گردید. جهت به دست آوردن تعداد نمونه کافی از این تعداد از فرمول کوکران استفاده شد، که حجم نمونه 412 نفر برآورد گردید. سپس چهار مدرسه دخترانه به صورت تصادفی انتخاب گردیدند و در گام بعد از هر مدرسه شش کلاس (دو کلاس مقطع دهم، دو کلاس مقطع یازدهم و دو کلاس مقطع دوازدهم) و از هر کلاس تعداد 25 دانش‌آموز به صورت تصادفی پرسشنامه رفتار خودجرحی را تکمیل نمودند. 2. مرحله انتخاب نمونه آزمودنی‌ها: در مرحله دوم بر اساس حداقل افراد موردنیاز برای طرح‌های آزمایشی (دلاور، 1399) تعداد 60 نفر از نوجوانانی که بر اساس پرسشنامه مذکور بیشترین نمره را

دریافت کردند و دارای سابقه رفتارهای خود جرحی (بر اساس پرونده تربیتی و گزارش معلمان) بودند، به عنوان نمونه اصلی پژوهش انتخاب شدند و به صورت جایگزینی تصادفی در سه گروه آزمایشی اول (درمان مبتنی بر شفقت: 20 نفر)، گروه آزمایشی دوم (رفتاردرمانی دیالکتیکی: 20 نفر) و گروه گواه (20 نفر) گمارده شدند. معیارهای ورود آزمودنی‌ها شامل سابقه خودجرحی (بر اساس مصاحبه و اجرای پرسشنامه و پرونده تحصیلی دانش‌آموزان)، جنسیت دختر و عدم وجود سایر اختلالات روان‌شناختی یا مصرف داروهای روان‌درمانی بود. معیارهای خروج نیز شامل وجود نقص در کامل نمودن پرسشنامه‌ها و عدم شرکت منظم در جلسات درمانی بود. پس از انتخاب افراد نمونه جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در مورد موضوع، دوره درمان و اهداف برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد و پس از کسب رضایت آگاهانه در زمینه محرمانه ماندن اطلاعات و ترک جلسات در صورت عدم تمایل به ادامه پژوهش توضیحاتی ارائه شد. جهت انجام پژوهش شرکت‌کنندگان قبل و بعد از انجام مداخله درمانی با استفاده از ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش به شرح زیر بودند:

پرسشنامه رفتار خودجرحی¹: یک پرسشنامه 22 گویه‌ای است که توسط سانسون² و همکاران (1998) طراحی شده است. این پرسشنامه با پاسخ بله یا خیر سابقه آسیب رساندن به خود را در پاسخ‌دهندگان مورد بررسی قرار می‌دهد. پاسخ خیر نمره صفر و پاسخ بله نمره 1 دریافت می‌کند. برای به دست آوردن نمره کلی این پرسشنامه بایستی تعداد پاسخ‌های «بله» را با هم جمع نمود. اعتبار پرسشنامه در مطالعه سانسون و همکاران (1998) این پرسشنامه با نقطه برش 5 یا بیشتر به طبقه‌بندی دقیق 84 درصد از پاسخ‌دهندگانی که بر اساس مصاحبه تشخیصی، واجد اختلال شخصیت مرزی به شمار می‌رفتند پرداخته است. در مطالعه طاهبازحسین زاده و همکاران (1390) آلفای کرونباخ این پرسشنامه 0/74 به دست آمده است. در مطالعه حاضر نیز میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ 0/78 محاسبه شد.

1. The self-harm inventory (SHI)

2. Sansone

نیمرخ واکنش به سختی¹: در پژوهش حاضر میزان ضریب سختی با نیمرخ واکنش به سختی که توسط استولتز² (1997) ارائه شده است اندازه‌گیری شد. نیمرخ ضریب سختی ضمن طرح 14 موقعیت مختلف، واکنش‌های افراد را در مواجهه با هر موقعیت بر اساس 4 سؤال که هرکدام نماینده‌ی یکی از خرده مقیاس‌های کنترل، مبدأ و مالکیت، دستیابی و دیرپایی می‌باشند و برای هر موقعیت عیناً تکرار می‌شود به صورت مقیاس 5 گزینه‌ای لیکرت موردسنجش قرار داده و در مجموع 56 سؤال را تشکیل می‌دهد. نمره‌ی ضریب سختی از مجموع نمرات خرده مقیاس‌هایی به دست می‌آید که قابلیت فرد را در چهار مؤلفه فوق نشان می‌دهد. نمرات برای هر خرده مقیاس ضریب سختی از 10 تا 50 باشد و دامنه‌ی نمرات ضریب سختی می‌تواند از 40 تا 200 باشد. در مطالعه استولتز (1997) ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های کنترل، مبدأ و مالکیت، دستیابی و دیرپایی و نمره کل به ترتیب 0/77، 0/78، 0/83، 0/86 و 0/86 گزارش شده است. داوودی و احمدی (1393) ضرایب آلفای کرونباخ برای چهار خرده مقیاس کنترل، مبدأ و مالکیت، دستیابی و دیرپایی و نمره کل را به ترتیب 0/77، 0/83، 0/75، 0/60 و 0/78 محاسبه نموده‌اند. در این مطالعه میزان آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های کنترل، مبدأ و مالکیت، دستیابی و دیرپایی و نمره کل به ترتیب 0/81، 0/76، 0/89، 0/82 و 0/88 محاسبه شد.

پرسشنامه پردازش هیجانی³: پرسشنامه پردازش اطلاعات هیجانی توسط باکر⁴ و همکاران (2010) طراحی شده است. نسخه اولیه این مقیاس دارای 48 گویه بود سپس توسط سازندگان اصلی به نسخه 25 گویه‌ای تبدیل شد. این پرسشنامه دارای پنج خرده مقیاس سرکوبی، تجربه هیجانات ناخوشایند، کنترل هیجان، اجتناب و نشانه‌های هیجانات پردازش نشده است. باکر و همکاران (2007) ساختار عاملی این پرسشنامه را با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی موردبررسی قرار داده و 5 عامل استخراج نموده‌اند؛ همچنین روایی سازه و محتوا توسط

1. Adversity Response Profile (ARP)
2. Stoltz
3. The Emotional Processing Scale (EPS-25)
4. Baker

سازندگان تائید شده و پایایی به روش آلفای کرونباخ برای فرونشانی 810 ، عدم تنظیم هیجان 870 ، عدم تجربه هیجانی 0/84 ، نشانه‌های عدم‌پردازش هیجانی 0/80 ، اجتناب 0/78 و کل آن 0/89 گزارش شده است و در پژوهش مکوندی و همکاران (1398) روایی سازه و محتوا مورد تائید قرار گرفته و پایایی به روش آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های فرونشانی، عدم تنظیم هیجان، عدم تجربه‌ی هیجانی، نشانه‌های عدم‌پردازش هیجانی، اجتناب و کل پرسشنامه به ترتیب 0/75، 0/74، 0/79، 0/81، 0/80 و 0/86 گزارش شده است. در مطالعه حاضر نیز میزان پایایی مقیاس به‌وسیله محاسبه آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های فرونشانی، عدم تنظیم هیجان، عدم تجربه‌ی هیجانی، نشانه‌های عدم‌پردازش هیجانی، اجتناب و کل پرسشنامه به ترتیب 0/79، 0/81، 0/73، 0/85، 0/89 و 0/83 بدست آمد.

شیوه اجرای پژوهش و خلاصه جلسات آموزشی: در این پژوهش پس از انتخاب نمونه و جایگذاری شرکت‌کنندگان در گروه‌های پژوهش، آزمودنی‌های هر سه گروه با استفاده از ابزارهای مطالعه به‌عنوان پیش‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند. پس‌از آن گروه آزمایشی 1 تحت مداخله 11 جلسه‌ای درمان مبتنی بر شفقت و گروه آزمایشی 2 تحت مداخله 12 جلسه‌ای رفتاردرمانی دیالکتیکی (جلسات هفتگی 90 دقیقه‌ای) قرار گرفته و گروه گواه نیز مداخله‌ای دریافت ننمود. پس از اتمام مداخلات آزمودنی‌های سه گروه مجدداً با ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. خلاصه محتوای جلسات آموزشی در جدول 1 و 2 آمده است.

جدول 1. شرح جلسات آموزشی درمان مبتنی بر شفقت با اقتباس از گیلبرت (2009)

جلسات محتوای جلسات

اول	ایجاد ارتباط اولیه، جلب اعتماد و همکاری اعضای گروه، ارائه منطق درمان و آشنایی با شیوه کار گروهی و مقررات آن، پاسخ به پرسشنامه و بستن قرارداد درمانی
دوم	منطق درمان مبتنی بر شفقت و تفهیم شفقت و شفقت به خود؛ تمایز شفقت از تأسف برای خود، ارزیابی میزان آزار عاطفی، پنج مسیر مراقبت از خویش، مراقبه عشق و محبت به خود.
چهارم	درمان ذهن آگاهی همراه با تمرین واری بدن و تنفس، آشنایی با سیستم های مغزی مبتنی بر شفقت، درمان همدلی، درمان تصویرسازی از مکان امن، کشف ارزشها
پنجم	آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت، شفقت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی در قبال خود، درمان همدردی
هشتم	تمرین ذهن آگاهی از صدا، تمرین ذهن آگاهی از تنفس، استفاده از مهارت های تصویربرداری شفقت گونه، استفاده از فن تنفس تسکین بخش
نهم	ترغیب آزمودنی ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد (دارای شفقت) با (غیرشفقت) با توجه به مباحث درمانی، شناسایی و کاربردترین ها (پرورش ذهن مشفقانه) (ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی با خود و دیگران، درمان استعاره فیزیوتراپی)، درمان بخشایش
دهم	آشنایی و کاربرد (تمرین های پرورش ذهن شفقتانه) (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، درمان استعاره آنفولانزا، درمان بردباری) درمان فن نوشتن نامه شفقت روزانه و ارتقای شفقت خود به وسیله تخلیه هیجانی؛ درمان روش (ثبت و یادداشت روزانه موقعیت های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت)
یازدهم	تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقتانه، درمان سبکها و روش های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی، شفقت پیوسته)، درمان رشد احساسات ارزشمند و متعالی
	درمان قضاوت نکردن و تجارب روزمره؛ بررسی آسیب شناسی عوامل ایجادکننده ی ترس و دافعه آزمودنی ها در برابر شفقت خود
	درمان روش های مقابله با عوامل مخل شفقت خود و استفاده از فن آرام سازی، درمان و تمرین مهارت ها، مرور و تمرین مهارت های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی ها جهت توانایی مقابله به روش های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود، نهایتاً جمع بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، اجرای پس آزمون ها.

جدول 2. شرح جلسات آموزشی رفتاردرمانی دیالکتیکی با اقتباس از لینهان

(1993)

جلسات محتوای جلسات

اول	ایجاد ارتباط اولیه، جلب اعتماد و همکاری اعضای گروه، ارائه منطق درمان و آشنایی با شیوه کار گروهی و مقررات آن، پاسخ به پرسشنامه و بستن قرارداد درمانی
دوم	آشنایی آزمودنی‌ها با مهارت‌های هوشیاری فراگیر و سه حالت ذهنی منطقی و هیجانی و خردگرا
سوم	هیجانی و خردگرا
چهارم	بحث درباره توجه آگاهانه و اثرات آن در مدیریت آشفتگی‌ها، درمان روش‌های توجه آگاهی نظیر ذهن خردمند و شهود، درمان تعادل بین افکار و احساسات
پنجم	درمان مهارت به هوشیاری، درمان تمرکز بر لحظه با استفاده از شیوه‌های گوناگون، درمان مفهوم ذهن هیجانی، عمل کردن برخلاف میل شدید هیجانی
ششم	درمان تشخیص هیجانات، درمان پذیرش و استفاده از آن، تدوین و ایجاد راهبردهای مقابله‌ای و سازگاری با موقعیت‌های آشفته ساز
هفتم	بررسی روش‌های کنترل آشفتگی؛ درمان روش‌های توجه گردانی برای مدیریت آشفتگی
هشتم	ادامه بررسی فن‌های آشفته ساز؛ گفت‌وگو درباره روش‌پذیرش بنیادین؛ درمان استفاده از خودگویی در پذیرش بنیادین
نهم	بررسی مؤلفه تحمل پریشانی یعنی راهبردهای بقا در بحران شامل 1: راهبردهای پرت کردن حواس پنج‌گانه؛ 2: خودآرامسازی با حواس پنج‌گانه؛ 3: مهارت‌های بهسازی لحظات؛ 4: تکنیک سود و زیان
دهم	بررسی روش‌های پیشرفته‌تر تحمل آشفتگی هیجانی نظیر تعیین وقت استراحت، زندگی در زمان حال، خودگوییهای تأییدگرایانه، راهبردهای مقابله‌ای جدید
یازدهم	اجرای مراقبه ذهن خردمند، درمان چگونگی تصمیم‌گیری براساس توجه آگاهانه شامل قضاوت نکردن و پذیرش بنیادین و ارتباط آگاهانه
دوازدهم	بحث درباره‌ی ارتباط مؤثر و غیرمؤثر؛ گفت‌وگو درباره اثرات و تبعات ارتباطات غیرمؤثر؛ درمان مهارت‌های بین فردی، درمان شناسایی سبک‌های ارتباطی
	ادامه درمان مهارت‌های ارتباطی نظیر شناسایی خواسته‌ها، تعدیل شدن خواسته‌ها، نه گفتن، طرح درخواستی ساده؛ درمان جرئت ورزی و مهارت نه گفتن؛ اجرای پس‌آزمون‌ها و همچنین درمان چگونگی تعمیم مهارت‌ها به خارج از جلسه درمان

روش تحلیل داده‌ها

در این پژوهش جهت تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره و آزمون مقایسه میانگین‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه 22 استفاده شد.

یافته‌ها

داده‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان نشان داد، میانگین سنی در گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت 16/70، در گروه آزمایش درمان رفتاردرمانی دیالکتیک 16/93 و در گروه گواه 17/01 سال بود. جدول 3 یافته‌های توصیفی متغیرهای ضریب سختی و پردازش هیجانی را با توجه به عضویت گروهی و مراحل ارزیابی نشان می‌دهد.

جدول 3. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش برحسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی

گروه		رفتاردرمانی دیالکتیکی		مبتنی بر شفقت		درمان مبتنی بر شفقت
گواه	میانگین انحراف استاندارد	میانگین انحراف استاندارد	میانگین انحراف استاندارد	میانگین انحراف استاندارد	میانگین انحراف استاندارد	میانگین انحراف استاندارد
پیش‌آزمون	102/95	2/088	127/6	2/049	110/75	پیش‌آزمون
پرداش هیجان	98	1/522	83	1/322	93/2	پرداش هیجان
پس‌آزمون	184/1	3/422	163/15	3/785	179/3	پس‌آزمون
پرداش هیجان	190/3	4/383	218/45	3/775	202/4	پرداش هیجان
پس‌آزمون						پس‌آزمون
ضریب سختی						ضریب سختی
پس‌آزمون						پس‌آزمون
ضریب سختی						ضریب سختی

جهت تجزیه و تحلیل یافته‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت مجموعه‌ای از پیش‌فرض‌ها است. به همین منظور و جهت حصول اطمینان از توزیع بهنجار داده‌ها از آزمون شاپیرو ویلکز، جهت بررسی تساوی واریانس از آزمون لوین و به منظور بررسی همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس نمرات از آزمون ام باکس (Box's $M=18/404$ ، $Sig.=0/15$ ، $F=1/416$) استفاده شد. نتایج آزمون شاپیرو ویلکز و لوین نشان داد هر دو متغیر پردازش هیجانی و ضریب سختی در سطح $0/05$ معنی‌دار نبوده و فرض بهنجار بودن توزیع داده‌ها و تساوی واریانس برقرار است؛ بنابراین پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری تأیید گردید.

همچنین نتایج آزمون لامبدای ویکلز مشخص نمود که بین دو گروه آزمایشی درمان مبتنی بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه گواه در متغیرهای وابسته پردازش هیجان و ضریب سختی با حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد (لامبدای ویلکز= $F=76/120$ ، $p<0/05$). مقدار مجذور اتای حاصل نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و رفتاردرمانی دیالکتیکی 81 درصد از واریانس متغیرهای وابسته را تبیین می‌کند. بر همین اساس می‌توان گفت که دستکم در یکی از متغیرهای وابسته پژوهش بین دو گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. جهت بررسی دقیق‌تر تفاوت‌ها، تحلیل کوواریانس چندمتغیری بین گروهی مربوط به دو متغیر وابسته پردازش هیجان و ضریب سختی انجام شد که نتایج در جدول 4 گزارش شده است.

جدول 4. تحلیل کوواریانس چندمتغیری بین گروهی

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات آزادی	درجه میانگین مجذورات	F	معنی‌داری مجذورات
پس‌آزمون پردازش هیجان	82/705	2	16/296	0/001
متغیر پس‌آزمون مستقل سختی	419/421	2	15/879	0/001

جدول 4 نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی اثر متغیر مستقل بر روی هر یک از متغیرهای وابسته به‌تنهایی را نشان می‌دهد. مقدار F به‌دست‌آمده برای همه متغیرهای وابسته در سطح $p < 0/05$ معنادار است؛ بنابراین می‌توان گفت درمان مبتنی بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر روی متغیرهای پردازش هیجانی و ضریب سختی تأثیر دارد. در نهایت جهت بررسی و تعیین محل تفاوت میانگین‌ها در دو گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد (جدول 5).

جدول 5. آزمون تعقیبی بونفرونی برای بررسی تفاوت بین گروه‌ها

گروه مبنا	گروه مقایسه	مورد تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
درمان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک	رفتاردرمانی دیالکتیک	14/535	2/558	0/001
پردازش هیجانی	کنترل	-6/640	1/298	0/001
رفتاردرمانی دیالکتیک	کنترل	-21/176	3/724	0/001
درمان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک	رفتاردرمانی دیالکتیک	-26/464	5/836	0/001
ضریب سختی	کنترل	-16/636	2/961	0/001
رفتاردرمانی دیالکتیک	کنترل	43/100	8/495	0/001

نتایج آزمون بونفرونی ارائه‌شده در جدول 5 باهدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی در پردازش هیجانی نشان می‌دهد که تفاوت میانگین‌ها در کاهش پردازش ناسازگارانه هیجانی معنی‌دار است؛ لذا با توجه به بالاتر بودن تفاوت میانگین مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی در تغییر نمرات می‌توان گفت که این مداخله مؤثرتر از درمان مبتنی بر شفقت برای این متغیر بوده است. همچنین در مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی

برافزایش ضریب سختی، نتایج نشان می‌دهد که تفاوت میانگین‌ها در هر دو گروه آزمایش در افزایش ضریب سختی معنی‌دار است؛ لذا با توجه به بالاتر بودن تفاوت میانگین درمان مبتنی بر شفقت در تغییر نمرات ضریب سختی می‌توان گفت که این مداخله مؤثرتر از رفتاردرمانی دیالکتیکی برای این متغیر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف کلی این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر ضریب سختی و پردازش هیجانی نوجوانان دارای زمینه خود جرحی بود. یافته‌ها نشان دادند که هر دو مداخله بر متغیرهای وابسته پژوهش اثرگذارند. این یافته با نتایج پژوهش‌های بهرامی و زاهدی (1397)، سلطانی و همکاران (1394)، زلوسکی و همکاران (2018)، فرورشی و همکاران (1400)، مورلی و همکاران (2018) و حسینی مهر و همکاران (1400) همسو است که همگی به‌نحوه نشان از اثرگذاری درمان مبتنی بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش ضریب سختی و پردازش هیجانی و سازه‌های دیگر مرتبط با این مفاهیم دارند. همچنین یافته دیگر مطالعه حاکی از آن بود که بین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد. از طرفی درمان مبتنی بر شفقت در افزایش ضریب سختی نوجوانان دارای زمینه خودجرحی مؤثرتر از رفتاردرمانی دیالکتیکی بوده است. این نتیجه با یافته پژوهش فروتن و همکاران (1399) همخوانی دارد که در آن شفقت‌درمانی در مقایسه با رفتاردرمانی دیالکتیکی اثربخشی بیشتری در تحمل پریشانی و سختی بیماران داشته است.

شاید بتوان دلیل برتری درمان مبتنی بر شفقت بر بالابردن ضریب سختی را به یکی از مواضع اصلی تمرکز برنامه آموزش‌های مبتنی بر شفقت، که یاری به افراد جهت‌گذر از شرایط درماندگی پذیرفته شده و تغییر آن به رابطه محبت‌آمیز با خود است (حسینی‌مهر و همکاران، 1400) و در مطالعه حاضر نیز مورد تاکید واقع شد نسبت داد. در واقع مهارت‌های به‌کاررفته در آموزش خودشفقتی، کیفیت مواجهه با رنج را تغییر می‌دهند که موجب کاهش رفتارهای خودآسیبی شده و از این طریق احساس یاری رساندن به خود در جهت رفع مشکلات و مواجهه با سختی‌های زندگی را فزونی می‌بخشند (دماوندیان و همکاران، 1400). شفقت به

خود به مراقبت و دلسوزی نسبت به خویشتن در مواجهه با چالش‌ها و سختی‌های زندگی فردی و اجتماعی اطلاق می‌شود (گیلبرت، 2014). همچنین نتایج مطالعات گوناگون (برای مثال رئیسی و فرامرزی، 1398؛ مستاجران و همکاران، 1397) نشان داده‌اند افرادی که خودشفقت ورزی بالاتری دارند، هیجانات منفی کمتری همچون اضطراب و افسردگی را تجربه می‌نمایند و قادرند در مواجهه با رویدادهای اجتماعی و شخصی چالش‌برانگیز، کمتر به نشخوارگری پردازند و بدین وسیله تحمل پریشانی خود را فزونی بخشند.

می‌توان گفت که آموزش شفقت‌ورزی به خود، تصویرسازی از دنیا به عنوان مکانی امن و استفاده از جملات مشفقانه، همچون یک ضربه‌گیر در مقابل اثرات رویدادهای منفی عمل می‌کند. افرادی که از خودشفقتی بالایی برخوردارند از آنجاکه قضاوت سهل‌گیرانه‌تری نسبت به خودشان دارند، حوادث منفی زندگی را راحت‌تر پذیرفته و خودارزیابی‌ها و واکنش‌هایشان بیشتر بر پایه عملکرد واقعی‌شان است (گیلبرت، 2014)؛ بایستی گفت که قضاوت در نوجوانان دچار خودجرحی به سمت یک خود انتقادی اغراق‌آمیز میل می‌کند و این موضوع فرد را در مواجهه شدن سازگاران با سختی‌ها و دشواری‌های زندگی و تحمل آن‌ها ناتوان می‌سازد (هیس و همکاران، 2018). اما در آموزش مهارت‌های خودشفقتی فرد بدون خودقضاوت‌گری‌های سخت‌گیرانه اشتباه و دفاعی شدن، به درکی درست از ویژگی‌های خوب و بد خویش دست یافته که او را قادر می‌سازد نقاط ضعف خود را تشخیص دهد و برای اصلاح آن‌ها در راستای رفتار مؤثرگام بردارد. لذا آموزش این فنون به افراد اقدام‌کننده به خودجرحی موجب می‌شود که چنین فردی به یک خرد درونی در مورد توانایی‌های خود برسد و بر اساس این توانایی‌ها انتظار از خویشتن را شکل‌داده و توانایی مواجهه با سختی‌ها را افزایش دهد. درنهایت با آموزش مهارت‌های درمان مبتنی بر شفقت، سطح دلسوزی و شفقت نسبت به خود بالا می‌رود و به این وسیله افراد از منابع مقابله‌ای سازگاران‌ه‌ای همچون مهربان بودن با خود در موقعیت‌های سخت، پذیرش تجارب دردناک به عنوان تجربه مشترک میان تمام انسان‌ها و آگاهی نسبت به تجارب رنج‌آور بدون سرکوب نمودن آن برخوردار می‌گردند (بگیان کوله‌مرز و همکاران، 1397). این موارد به فرد کمک می‌کند با وقایع منفی در زندگی خود مواجهه شده و

درعین حال کمتر به خود سرزنشی، خود قضاوتی، مقایسه و خودانتقادی درونی بپردازد و در نهایت همگی این مهارت‌ها منجر به افزایش ضریب سختی در افراد دارای زمینه خودجراحی می‌شود.

همچنین یافته دیگر مطالعه نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش پردازش ناسازگارانه هیجانی موثرتر از درمان مبتنی بر شفقت می‌باشد و این نتیجه نیز با یافته‌های مطالعاتی در این راستا همچون مطالعه دماوندیان و همکاران (1399) همسو می‌باشد. به نظر می‌رسد این برتری می‌تواند حاکی از مدون بودن رفتاردرمانی دیالکتیکی نسبت درمان مبتنی بر شفقت در تنظیم هیجان باشد، چرا که رفتاردرمانی دیالکتیکی با هدف تنظیم هیجانی و شناسایی و تمیز هیجان‌ها ایجاد گردیده (فرورشی، 1400) و مطالعات فراوانی نیز در راستای اصلاح و بررسی آن صورت گرفته است (برای مثال، مار¹، 2020). در واقع آموزش‌های مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی با توجه به اهداف مدنظر خود، به خوبی قادر است تا تغییرات مثبتی را در شناخت و واکنش به هیجانات ایجاد نماید و سبب بهبود خودآگاهی، شناسایی درست هیجان‌ها و احساسات و تمایز بین آن‌ها شود (زلوسکی و همکاران، 2018).

یکی از ویژگی منفی افراد دارای سابقه خودجراحی این است که در فاصله گرفتن و بیرون آمدن از هیجانات و عواطف خود خوب عمل نمی‌کنند و گاهی تا مدت زمان طولانی برانگیختگی هیجانی را تجربه می‌نمایند؛ لذا در فرایند رفتاردرمانی دیالکتیکی از طریق ترکیب تمرینات ذهن‌آگاهی با مهارت‌های رفتاری نوجوان می‌آموزد تا در حالتی غیرقضاوتی به مشاهده عواطف برانگیخته شده و پیامدهای ذهنی، هیجانی، فیزیولوژیکی و رفتاری آن در خود بپردازد و علاوه بر تلاش در پذیرش این حالت و تحمل آن، راهبرد گذر از این وضعیت را تجربه نموده و با تمرین و تکرار، آن را به سبک خودکار ذهن خویش مبدل نماید؛ انجام چنین راهبردی در نهایت منجر به فاصله گرفتن از هیجاناتی چون اضطراب و خلق افسرده می‌شود (سلطانی و همکاران، 1397). همچنین نوجوان دارای زمینه خودجراحی با فاصله گرفتن از افکار منفی یاد می‌گیرد که ارزیابی‌های منفی درباره خود و دیگران یا وقایع زندگی را فقط به عنوان افکاری که لزوماً واقعی نیستند مورد

¹. Marr

مشاهده قراردادده و از این طریق آن‌ها را کاهش دهد (بگیان کوله‌مرز و همکاران، 1397)؛ بنابراین، می‌توان چنین نتیجه گرفت این رویکرد بیشتر به تنظیم و پردازش هیجانی کمک می‌کند تا تغییر در شناخت و لذا مهارت اساسی که در جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی آموزش داده می‌شود مهارت افزایش تنظیم و کاهش پردازش ناسازگارانه هیجانی است. از آنجاکه پژوهش حاضر تنها بر روی دختران انجام شد در تعمیم نتایج بایستی احتیاط نمود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی در این زمینه مرحله پیگیری را در نظر داشته باشند تا اثربخشی دو مداخله در طول زمان نیز بررسی گردد. همچنین اجرای درمان‌های روان‌شناختی به‌ویژه درمان مبتنی بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی برای افراد زمینه خودجرحی میسر شود. در مجموع یافته‌های به‌دست‌آمده در این مطالعه نشان از تأثیر دو مداخله به‌کاررفته در دختران نوجوان دارای زمینه خودجرحی داشته است. رفتاردرمانی دیالکتیکی با آموزش مهارت‌هایی چون افزایش انعطاف‌پذیری، تنظیم هیجان، تحمل‌پریشانی، ارائه راه‌کارهای جدید و تعدیل آثار موقعیت‌های پریشان‌کننده به‌فرد، در کنار آمدن سازگارانه‌تر با وقایع دردناک، افزایش ضریب سختی و پردازش هیجانی موثر کمک می‌کند. همچنین درمان مبتنی بر شفقت نیز با تقویت پذیرش نقاط ضعف، کاهش خودانتقادی و ارزیابی‌های منفی درباره خود زمینه را برای افزایش تحمل سختی‌ها و پردازش هرچه بهتر هیجانی فراهم می‌سازد.

منابع

بگیان کوله‌مرز، محمدجواد؛ کرمی، جهانگیر؛ مؤمنی، خدامراد؛ و الهی، عادل. (1397). عوامل محافظت‌کننده و خطر در اقدام به خودکشی و اثربخشی برنامه مداخله بر همبسته‌های روان‌شناختی مبتنی بر سیستم روان‌درمانی تحلیل‌شناختی رفتاری و ادغام رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز. رساله دکتری رشته روانشناسی‌گرایش عمومی. دانشگاه رازی.

بهرامی، فاطمه؛ و زاهدی، یونس. (1397). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر افزایش امید به زندگی و تاب‌آوری مادران کودکان استثنایی. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی. 9(35)، 171-189.

داودی، زهرا؛ و احمدی، سعادت. (1394). مقایسه اختلالات روانی و ضریب سختی در افراد زندانی و غیر زندانی شهرکرد. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد. 17(2)، 83-76.

دلاور، علی. (1399). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. چاپ اول. تهران: رشد.

دماوندیان، ارمغان؛ گلشنی، فاطمه؛ صفاری نیا، مجید؛ و باغداساریانس، آنیتا. (1400). مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیک بر پرخاشگری، رفتار های خود آسیب رسان و خود تنظیمی هیجانی نوجوانان بزهکار کانون اصلاح و تربیت شهر تهران. پژوهش های روانشناسی اجتماعی. 11 (41)، 58-31.

ریسی، حمیرا؛ و فرامرزی، سالار. (1398). اثربخشی آموزش خودشفقتی بر عزت نفس، تنظیم هیجان و افکار اضطرابی کودکان ۱۰ تا ۱۲ ساله دارای اختلال افسردگی شهرکرد. مجله پرستاری کودکان. ۵ (۳)، ۲۵-۱۷.

سلطانی، زیبا؛ علیپور، گیتا؛ قاسمی جوبنه، رضا؛ و سلیمی، هادی. (1397). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شهرکرد در سال ۱۳۹۴. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام. ۲۶ (۳)، ۵۵-۴۷.

طاهباز حسین زاده، سحر؛ قربانی، نیما؛ و نبوی، سید مسعود (1390). مقایسه گرایش شخصیتی خودتخریبی و خودشناسی انسجامی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروز و افراد سالم. روانشناسی معاصر، 6 (2)، 44-35.

فروتن، مهدی؛ نجات، حمید؛ و توزنده جانی، حسن. (1399). مقایسه اثربخشی شفقتدرمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تحمل آشفتگی و کنترل درد در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس (ام اس). مجله مطالعات ناتوانی. 10 (3)، 45-30.

فرورشی، محمود؛ علیوندی و فاء، مرضیه؛ فخاری، علی؛ و آزموده، معصومه. (1400). بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی مبتنی بر آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی بر تکانشگری و تنظیم شناختی هیجان بیماران دو قطبی نوع یک. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان. ۲۶ (۲)، ۹۲-۷۹.

مستاجران، سعیده؛ سعیدمنش، محسن؛ و عزیزی، مهدیه (1397). تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر تنظیم هیجانی و شرم درونی شده در دختران نوجوان بی سرپرست و بدسرپرست. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم انسانی. دانشگاه علم و هنر.

مظفری، نظیر؛ باقریان، فاطمه؛ زاده محمدی، علی؛ و حیدری، محمود. (1400). شیوع‌شناسی و کارکردهای رفتارهای خودآسیبرسان

در نوجوانان شهر سنندج. مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۸ (۴)، ۱۱۰-۱۲۳.

مکوندی، بهنام؛ سنگانی، علیرضا؛ عسگری، پرویز؛ و بختیارپور، سعید. (1398). نقش واسطه‌های پردازش هیجانی در رابطه حالات فراشناختی بر گرایش به شبکه‌های مجازی در دانش‌آموزان تیزهوش. مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. ۳۷ (۴)، ۲۲۰-۲۲۶.

References

- Baker, R., Thomas, S., Thomas, P. W., Gower, P., Santonastaso, M., & Whittlesea, A. (2010). The Emotional Processing Scale: scale refinement and abridgement (EPS-25). *Journal of psychosomatic research*, 68(1), 83-88.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
- Heath, N. L., Toste, J. R., Nedecheva, T., & Charlebois, A. (2018). An examination of nonsuicidal self-injury among college students. *Journal of Mental Health Counseling*, 30, 137-156.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavior treatment of borderline personality disorder*. New York, USA: the Guilford press
- Lucena, N. L., Rossi, T. A., Azevedo, L. M. G., & Pereira, M. (2022). Self-injury prevalence in adolescents: A global systematic review and meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 106634.
- Marr, C. (2020). Paper 1: What is the Effectiveness of Dialectical Behaviour Therapy in the Treatment of High-Risk Behaviours in Adolescents? A Systematic Review. Paper 2: The Relationship between Early Life Stress, Amygdala Reactivity and Coping Behaviour across the Life Span: An fMRI Study.
- Matore, E. M., & Khairani, A. Z. (2016). Correlation between adversity quotient (AQ) with IQ, EQ and SQ among polytechnic students using rasch model. *Indian Journal of Science and Technology*, 9(47), 1-8.
- Miller, A.M., Rathus, J.H., Linehan, M.M. (2017). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford; 38-95.
- Morley, R. H., Terranova, V. A., Cunningham, S. N., & Vaughn, T. (2018). The role that self-compassion and self-control play in hostility provoked from a negative life event.
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2017). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 11, 69-82.
- Neff, K. D. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human development*, 52(4), 211.
- Pangma, R., Tayraukham, S., & Nuangchalerm, P. (2019). Causal Factors Influencing Adversity Quotient of Twelfth Grade and Third-Year Vocational Students. *Online Submission*, 5(4), 466-470.

- Sansone, R. A., Wiederman, M. W., & Sansone, L. A. (1998). The self-harm inventory (SHI): Development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology, 54*(7), 973-983.
- Schnell, K., & Herpertz, S. C. (2016). Effects of dialectic-behavioral-therapy on the neural correlates of affective hyperarousal in borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research, 41*(10), 837-847.
- Stoltz, P. G. (1997). *Adversity quotient: Turning obstacles into opportunities*. John Wiley & Sons.
- Winchel, R. M., & Stanley, M. (1991). Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation. *The American journal of psychiatry, 35*(3), 112-136.
- Yakoh, M., Chongrukasa, D., & Prinyapol, P. (2015). Parenting styles and adversity quotient of youth at Pattani foster home. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 205*, 282-286.
- Zalewski, M., Lewis, J. K., & Martin, C. G. (2018). Identifying novel applications of dialectical behavior therapy: considering emotion regulation and parenting. *Current opinion in psychology, 21*, 122-126.