

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان

نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان

A comparative study on the effectiveness of Acceptance and Commitment therapy and mindfulness therapy on cognitive emotion regulation of female adolescents with self-harming behaviors

Maryam Komarati

Ph.D Student, Department Of Psychology, Faculty Of Education And Psychology, Islamic Azad University Of Arak, Arak, Iran.

Dr. Firoozeh Zangeneh Motlagh*

Assistant Professor, Department Of Psychology, Faculty Of Education And Psychology, Islamic Azad University Of Arak, Arak, Iran.

f-zanganeh@iaw/arak.ac.ir

Dr. Zabih Pirani

Assistant Professor, Department Of Psychology, Faculty Of Education And Psychology, Islamic Azad University Of Arak, Arak, Iran.

مریم کمراتی

دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران.

دکتر فیروزه زنگنه مطلق (نویسنده مسئول)

استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران.

دکتر ذبیح پیرانی

استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران.

Abstract

The aim of the present study was to compare the effects of acceptance and commitment therapy and mindfulness therapy on the cognitive emotion regulation of female adolescents with self-harming behaviors. The present study is a quasi-experimental study with a pretest-posttest design with a control group. The study population consisted of all female students studying in the first secondary schools of District 1 of public schools in Tehran in the academic year of 2020-2021. Among them, 60 people were selected using the cluster stage sampling method and were randomly assigned to three equal groups (20 people in each group). The research instrument included the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) (Garnowski et al., 2006) which was performed in three stages before, after, and 2 months after the completion of sessions. Therapeutic interventions for experimental groups were held in 8 sessions, but the control group did not receive any intervention. The results obtained from multivariate analysis of covariance showed that both intervention methods are effective in improving cognitive emotion regulation and its components and their effect lasted over time ($P < 0.01$). Also, the results of the t-test showed that there is no significant difference between the effects of the two methods on cognitive emotion regulation of students with self-harming behaviors, but the effectiveness of mindfulness on cognitive positive and negative emotion regulation strategies was higher. **Keywords:** cognitive emotion regulation, self-harming behaviors, Acceptance and Commitment therapy, mindfulness, adolescents.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان بود. پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه پژوهش را تمامی دانش‌آموزان دختر که در سال تحصیلی ۹۹-۹۸ در مدارس دولتی منطقه ۱ شهر تهران مشغول به تحصیل بودند تشکیل دادند، که از میان آنها ۶۰ نفر با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای مرحله‌ای به عنوان نمونه انتخاب و بطور تصادفی در سه گروه مساوی (هر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ) (گارفنسکی و همکاران، ۲۰۰۶) بود که در سه مرحله قبل، بعد و ۲ ماه پس از جلسات اجرا شد. مداخلات درمانی برای گروه‌های آزمایش به مدت ۸ جلسه برگزار شد، گروه گواه هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. یافته‌های به دست آمده از تحلیل کواریانس چندمتغیره نشان داد که هر دو روش مداخله بر بهبود تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه‌های آن مؤثر بوده و میزان اثربخشی در طی زمان دارای ماندگاری اثر است ($P < 0.01$). همچنین نتایج آزمون t نشان داد بین میزان اثربخشی دو روش بر تنظیم شناختی هیجان دانش‌آموزان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان تفاوت معناداری وجود ندارد، اما اثربخشی ذهن آگاهی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی بیشتر است ($P = 0.001$).

واژه‌های کلیدی: تنظیم شناختی هیجان، رفتارهای خودآسیب‌رسان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی، نوجوانان.

مقدمه

نوجوانی دوره‌ای از تحول است که با بالا بودن میزان تکانشگری مشخص می‌شود (حبیبی، غرابی و عاشوری، ۱۳۹۲). میلر (۲۰۱۶) معتقد است مشکلات رفتاری در پیوستار سن تقویمی نوجوانی به نقطه اوج خود می‌رسد. بخشی از فرایند رشدی دوره نوجوانی ممکن است با رفتارهای خود-آسیبی مرتبط باشد که به شکل رفتارهای جنسی ناسالم، مصرف الکل، سیگار و سایر مواد تظاهر می‌نماید (موگال، ترویا، تاوسند و چاو-گراهام، ۲۰۱۹). آمارها نشان می‌دهد ۲۵ تا ۳۵ درصد از جمعیت نوجوانان غیربالیینی، سابقه رفتار خودآسیب‌رسان عمدی را گزارش می‌دهند (پلنر، کانس، اشمل، پولاک، فیگرت و دیگران، ۲۰۱۸) که خسارتهای روانی و اجتماعی فراوانی به جا می‌گذارد و می‌تواند با نتایج منفی متعددی در زندگی همراه باشد (کوپراسمیت، نادا-راجا و بیوترایس، ۲۰۱۷). رفتارهای خودآسیب به عنوان تخریب یا تغییر عمدی بافت‌های بدن که منجر به آسیب به بافت‌ها می‌شود، تعریف شده است که شامل رفتارهای خودزنی و بسیاری از اشکال غیرمستقیم آسیب به بدن است (په، شاهوان، فوزیانا، ماهش، سامباسیوام و دیگران، ۲۰۱۷). افراد به منظور مقابله با هیجان‌های منفی خود ممکن است به راهکارهای ناسازگار مانند رفتارهای خودآسیب‌رسان روی بیاورند. در همین راستا فرض بر این است که خودآسیبی بیشتر تکانشی است و ممکن است ناشی از مشکلات روان پزشکی گوناگون مانند افسردگی، اختلال شخصیت مرزی و اختلالات خوردن باشد (بلازیسک-شیپ، کازن، جاروسکا-اندریاسکا و کاهل، ۲۰۱۸). بلازیسک-شیپ و همکاران (۲۰۱۸) ادعای می‌دارند که اگرچه این رفتارها ابتدا موجب کاهش تنش و احساس آرامش می‌شود، اما فرد پس از آن با احساس گناه، شرمندگی و بازگشت احساسات منفی مواجه می‌شود. براساس نتایج پژوهش راهپیما (۱۳۹۷) خودآسیبی به شکل آسیب جسمی به بدن مانند بریدن پوست با تیغ، کوبیدن، فرو کردن سوزاندن و اقدام به خودکشی نمود پیدا می‌کند. این مسئله متأثر از برخی شرایط علی فردی نظیر: آشفتنگی هیجانی و ناتوانی در مدیریت هیجان، خودتنبیهی، هیجان‌خواهی، لذت‌جویی و شرایط علی بین فردی نظیر: انتقام‌گیری از دیگران، الگوگیری از همسالان و فضای مجازی، جلب توجه و نشان دادن قدرت و اثبات خود است. وضعیت اجتماعی-اقتصادی، خانواده نابسامان، تجارب ناخوشایند دوران کودکی و یادگیری از جمله عوامل زمینه‌ای مؤثر بر خودآسیب‌رسانی محسوب می‌شوند. موقعیت‌های تنش برانگیز نیز از شرایط مداخله‌گر در خود آسیب‌رسانی هستند. مطالعات روان‌شناختی نشان می‌دهد که هیجان عامل مهمی در تعیین سلامتی و برخورداری از عملکرد مناسب و موفق در روابط اجتماعی (تامپسون، ۱۹۹۱، به نقل از قایم‌پور، اسماعیلیان، سرافراز، ۱۳۹۸) است؛ و نقص در آن با اختلالات درون ریز چون افسردگی و انزوا و اختلالات برون‌ریز چون رفتارهای پر خاشگرانه ارتباط دارد (ایزنبرگ، کامبرلند، اسپینراد، فبس، شپارد و همکاران، ۲۰۰۱). بنابراین می‌توان تنظیم هیجان را از عوامل مهم در رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان دانست.

یکی از ویژگی‌های دوره نوجوانی که تحت تأثیر مغز در حال رشد و تغییرات جسمی و روانی-اجتماعی وی قرار دارد تنظیم موفق هیجانات است (پاورز و کیسی، ۲۰۱۵). هیجان‌ها می‌توانند نقش سازنده‌ای در حل مسئله و پردازش اطلاعات داشته باشند و بیشتر اوقات باید آنها را تنظیم و مدیریت کرد. تنظیم هیجان از متداول‌ترین راهبردها برای تنظیم تجارب هیجانی و اطلاعات برانگیزاننده هیجان است که بر جنبه شناختی مقابله تأکید دارد (دستانتیک، بل-بهار، نولت، کراولی، فونجی و همکاران، ۲۰۱۷). از نظر گراس (۲۰۱۵) راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به دو دسته مثبت و منفی تقسیم می‌شوند. راهبردهای شناختی منفی شامل سرزنش خود،^۱ سرزنش دیگران،^۲

- | | |
|---|---|
| 1. adolescence | |
| 2. Miller | |
| 3. Self-Harm Behaviors | |
| 4. Mughal, Troya, Townsend & Chew-Graham | |
| 5. Plener, Kaess, Schmahl, Pollak, Fegert | |
| 6. Coppersmith, Nada-Raja, & Beautrais | |
| 7. Peh, Shahwan, Fauziana, Mahesh, Sambasivam | |
| 8. Blasczyk-Schiep, Kazen, Jaworska-Andryszewska & Kuhl | |
| 9. Eisenberg, Cumberland, Spinrad, Fabes, Shepard | |
| 1 . Powers, & Gæy | 0 |
| 1 . Desatnik, Bel-Bahar, Nolte, Crowley, Fonagy | 1 |
| 1 . Gross | 2 |
| 1 . self-blame | 3 |
| 1 . other-blame | 4 |

فاجعه‌پنداری^۱ و نشخوار فکری^۲ است و راهبردهای مثبت شامل پذیرش^۳، تمرکز مجدد مثبت^۴، برنامه‌ریزی^۵، باز ارزیابی مثبت^۶ و اتخاذ دیدگاه^۷ است. براساس تحقیقات انجام شده، نوجوانان دارای اختلالات برون‌ریز و رفتار ایذایی مانند پرخاشگری از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان استفاده می‌کنند و در به‌کارگیری راهبردهای سازگارانه دچار نقص و نارسایی هستند (برنینگ، سوئنز، فن پتگموو فن استینکیست،^۸ ۲۰۱۵).

امروزه پژوهشگران معتقدند که دیگر نمی‌توان آشوب و استرس را به‌عنوان پیامدهای اجتناب‌ناپذیر دوره نوجوانی قلمداد کرد، بلکه آشفتگی روان‌شناختی در این دوره ممکن است ناهنجار بوده و نیاز به مداخله و درمان داشته باشد (کوتر،^۹ ۲۰۱۸). از جمله درمان‌هایی که تاکنون روی نوجوانان مورد استفاده قرار گرفته و نشان می‌دهد می‌تواند به میزان بسیار بالایی علل زمینه‌ای رفتارهای پرخطر و خودآسیب مانند افسردگی، اضطراب، و پرخاشگری را در نوجوانان کاهش دهد و موجب تنظیم هیجانی نوجوانان شود درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و ذهن‌آگاهی^{۱۰} است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) مداخله‌ای مبتنی بر نظریه چهارچوب رابطه است که رنج انسان را ناشی از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌داند که با آمیختگی و اجتناب تجربه‌ای تقویت می‌شود و هدف آن ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق فرایندهای پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و ایجاد الگوی گسترده عمل متعهدانه مربوط به این ارزش‌ها است (هیز و استروسال،^{۱۱} ۲۰۱۲). هدف اصلی در این رویکرد ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفتنه‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (عطائی مغانلو، عطائی مغانلو و معززی، ۲۰۱۵). فرایندهای مرکزی ACT به افراد می‌آموزد چگونه دست از بازداری فکر بردارند، چگونه با افکار مزاحم آمیخته نشوند و چگونه هیجان‌ناخوشایند را بیشتر تحمل کنند (توهیگ، هیز و ماسودا،^{۱۲} ۲۰۰۹). ACT جایگزین مهمی برای اجتناب براساس تجربه است که شامل پذیرش فعال و آگاهانه رویدادهای شخصی است که با تاریخچه فرد مرتبط می‌شوند و با عدم تلاش لازم برای کاهش فراوانی یا تغییر شکل آن رویدادها، بویژه زمانی که موجب آسیب‌های روان‌شناختی می‌شوند مرتبطند. پذیرش به خودی خود یک هدف نیست، بلکه به‌عنوان یک روش افزایش فعالیت وابسته به ارزش‌ها به خدمت گرفته می‌شود (پورعبدل و صبحی، ۱۳۹۷) به عبارت دیگر پذیرش و تعهد از طریق ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات و پذیرش آنها می‌تواند تغییرات مثبتی را در سازگاری و بهزیستی ایجاد نماید (براون و رایان،^{۱۳} ۲۰۰۳). پژوهش‌های متعدد (روحی، سلطانی، زین‌الدینی میمند، رضوی، ۱۳۹۸؛ ایزکیان، میرزائیان، حسینی، ۱۳۹۸؛ لی، هومان، موریسون، اونگ، لوین،^{۱۴} و دیگران، ۲۰۱۹؛ تیگ، نیکلاس، شانده، و کریستینسن،^{۱۵} ۲۰۱۸؛ بورکهارد، مانیکاواسگار، باترهام، هادزی-پاولوویچ، و شانده،^{۱۶} ۲۰۱۷) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یک مداخله بر روی نوجوانان بررسی و تأیید نموده‌اند.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
 رتال جامع علوم انسانی

1. catastrophizing
2. rumination
3. acceptance
4. positive refocusing
5. planning
6. positive reappraisal
7. putting into perspective
8. Brenning, Soenens, Van Petegem, & Vansteenkiste
9. Kuther
- 1 . Acceptance and Commitment Therapy 0
- 1 . Mindfulness 1
- 1 . Hayes, & Strosahl 2
- 1 . Twohig, Hayes, & Masuda 3
- 1 . Brown, & Ryan 4
- 1 . Lee, Homan, Morrison, Ong, Levin 5
- 1 . Tighe, Nicholas, Shand, & Christensen 6
- 1 . Burckhardt, Manicavasagar, Batterham, Hadzi-Pavlovic, & Shand 7

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان
A comparative study on the effectiveness of Acceptance and Commitment therapy and mindfulness therapy on cognitive ...

ذهن آگاهی به عنوان یکی از روش‌های امیدوار کننده برای تقویت سلامت روان نوجوانان، در مدارس از سوی سازمان بهداشت جهانی^۱ معرفی شده است (سلامت روان کودک و نوجوان، ۲۰۱۸؛ بیٹی، کنتینن، ولانن، نایتل، و هانکنن، ۲۰۲۰). میشل، دیوید و چانتل^۲ (۲۰۱۷) ذهن آگاهی را برنامه گروهی تعریف می‌کنند که با استفاده از ترکیب مراقبه ذهن آگاه، آگاهی بدن و تمرینات یوگا با هدف افزایش آگاهی انجام می‌شود. از نظر سگال، تیزدل، ویلیامز و گمر^۳ (۲۰۱۳) ذهن آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آن چه اکنون هست، بدون قضاوت و بدون اظهار نظر درباره آنچه اتفاق می‌افتد؛ یعنی تجربه واقعیت محض بدون توضیح. به عبارتی دیگر ذهن آگاهی تعمق غیر عمد روی وقایع حاضر و جاری می‌باشد. ذهن آگاهی مهارتی است که به ما اجازه می‌دهد که در زمان حال حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت کننده‌اند دریافت کنیم. ذهن آگاهی موجب تغییر دیدگاه فرد در مورد خودش می‌شود و افراد را به رها کردن عادات و واکنش‌های غیرمفید برای تجربه فعلی توانمند می‌سازد و در عوض موجب انتخاب راه‌های مفیدتر برای پاسخ می‌شود (سگال، ویلیامز و تیزدل؛ به نقل از کاونانگ، استراوس، فورد، و جونز، ۲۰۱۴). این مداخله بطور مستقیم به درمان مشکلات نمی‌پردازد، بلکه با هشجاری به بررسی محرک‌های زیربنایی شناخت‌ها و هیجان‌ها توجه می‌کند و مفاهیم نهفته زندگی را در معرض آگاهی قرار می‌دهد، بدین ترتیب بدون قضاوت یا سرزنش نشان می‌دهد که هیجان‌ها، مرکب از افکار، حس‌های بدنی، احساسات خام و تکانه هستند؛ همچنین آنها اغلب نشانه‌های عمیق و وسیعی از ناکارآمدی نحوه برقراری ارتباط با خود، دیگران و دنیا هستند (ویلیامز و پنمن، ۲۰۱۱). پژوهش‌های بسیاری (باباخانی، ۱۳۹۸؛ دنگ، گائو، ژانگ و لی^۴، ۲۰۲۰؛ کمپیل، لاندیر، ویس و شاین^۵، ۲۰۱۹؛ دانیگ، گریفیتس، کویکن، کران، فالکس و دیگران^۶، ۲۰۱۹؛ اسداللهی، سیدزاده دلویی، فرخی، پورمحمد شاندیز، ۱۳۹۸) اثربخشی آموزش ذهن آگاهی را بر روی نوجوانان و در جامعه بالینی و غیربالینی مورد بررسی و تأیید قرار داده‌اند.

با توجه به مطالب و پژوهش‌های فوق و از آنجا که نوجوانان به عنوان افرادی کارآمد سرمایه‌های بسیار ارزشمندی محسوب می‌شوند، لذا برنامه‌ریزی جهت پیشگیری و مداخله در عوامل مؤثر بر رفتارهای خودآسیبی آنان امری مهم و ضروری بوده که نیازمند پژوهش‌های بسیاری است. از آنجایی که یکی از عوامل آسیب‌رسان جدی در این رابطه تنظیم شناختی هیجان است، که می‌تواند منجر به آسیب‌های جبران‌ناپذیر فردی، خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی شود؛ لذا به نظر می‌رسد که مداخلات روانشناختی در این خصوص می‌توانند مؤثر واقع شوند. از سویی اگرچه برخی از پژوهش‌ها نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان نوجوانان اثربخش است، اما پژوهش‌هایی که به مقایسه اثربخشی این دو روش درمان در تنظیم شناختی هیجان نوجوانان-بویژه نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب- پرداخته باشد، یافت نشده است. به همین جهت پژوهشگر قصد بررسی اثربخشی این درمان‌ها را در ایران دارد. با توجه به این خلا پژوهشی، و با الهام از پژوهش‌های قبلی، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب انجام شد.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. به منظور دستیابی به هدف، از بین تمامی دانش‌آموزان دختر مشغول به تحصیل در مدارس دولتی دوره متوسطه اول منطقه ۱ شهر تهران در سال تحصیلی ۹۹-۹۸، ۶۰ نفر با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای مرحله‌ای و براساس ملاکهای ورود به پژوهش به عنوان نمونه انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه هر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند. انتخاب حجم نمونه با استناد به حجم نمونه پیشنهادی در پژوهش‌های آزمایشی (برای هر گروه حداقل ۱۵ نفر) (دلور، ۱۳۹۸) و با احتساب احتمال ریزش آزمودنی صورت گرفت. پس از کسب مجوز و دریافت معرفی‌نامه و لیست

1. World Health Organization(WHO)
2. Child and adolescent mental health
3. Beattie, Kontinen, Volanen, Knittle, & Hankonen
4. Michaela, David, & Chantal
5. Segal, Teasdale, Williams, & Gemar
6. Cavanagh, Strauss, Forder, & Jones
7. Williams, & Penman
8. Deng, Gao, Zhang, & Li
9. Campbell, Lanthier, Weiss, & Shaïne
10. Dunning, Griffiths, Kuyken, Crane, Foulkes

مدارس، ۶ مدرسه بصورت تصادفی انتخاب و با مراجعه به هر مدرسه و مصاحبه با مسئولین مدارس مورد نظر دانش‌آموزان دارای رفتارهای خودآسیب‌مورد شناسایی قرار گرفتند، و دانش‌آموزان دارای ملاکهای اولیه ورود به پژوهش شناسایی و پرسشنامه‌های مورد نظر در مورد هر یک از آن‌ها با هدف غربالگری و پیش‌آزمون اجرا شد (۱۵۷ نفر). پس از اجرای پرسشنامه‌ها ۶۰ دانش‌آموز که نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه رفتارهای خودآسیب‌رسان (نقطه برش در این پرسشنامه ۳۹ می‌باشد) کسب کردند به عنوان نمونه انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند. به دلیل شرایط پیش‌آمده از ویروس کرونا، برگزاری کلاس‌ها با تعداد محدود (هر گروه در ۴ زیرگروه ۵ نفری قرار گرفتند) اجرا شد.

ملاکهای ورود به پژوهش شامل: دامنه سنی ۱۶-۱۴ سال، عدم استفاده از داروهای روانپزشکی و ماده مخدر (که از طریق مصاحبه با دانش‌آموز و معاونین مدرسه بررسی شد)، سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان براساس گزارش معلمان و پرونده تربیتی، کسب نمره میانگین (حداقل نمره ۴۰) در پرسشنامه رفتارهای خودآسیب‌رسان، جنسیت دختر، نداشتن سابقه بستری یا بیماری روانی که با بررسی پرونده دانش‌آموزان و انجام مصاحبه بالینی مشخص شد. رضایت آگاهانه دانش‌آموز و یکی از والدین جهت شرکت در جلسات، بود. غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزشی موجب خروج و حذف آزمودنی گروه آزمایش دیگر ملاک خروج از پژوهش بود.

ابزار سنجش

سیاهه خودگزارشی رفتارهای خودآسیب‌رسان (ISAS): این سیاهه یک ابزار خودگزارشی است که توسط کلونسکی و گلن^۲ (۲۰۰۹) تهیه شده است و شامل ۳۹ سؤال و ۱۳ کارکرد است که زیر دو عامل کلی (۱) کارکردهای درون فردی و (۲) کارکردهای بین فردی طبقه‌بندی شده‌اند. کارکردهای درون فردی (تنظیم عاطفی، ضدگسستگی، ضد خودکشی، نشان‌پیشانی و خودتنبیهی) و کارکردهای بین فردی (استقلال، حریم‌های بین فردی، تأثیر بین فردی، وابستگی به همسالان، انتقام، مراقبت از خود، هیجان‌خواهی و سرسختی). نمرات به صورت لیکرت سه‌گزینه‌ای (صفر=کاملاً غیرمرتبط، ۱=تاحدی مرتبط، و ۲=کاملاً مرتبط) درجه‌بندی شده است. میانگین کلی رفتارهای خودآسیب‌رسان از جمع نمرات خرده مقیاس‌ها (کارکردهای درون فردی و بین فردی) به دست می‌آید. دامنه نمره در این سیاهه صفر تا ۷۸، و میانگین نمره ۳۹ می‌باشد. نمره بالاتر نشانه خودآسیبی بیشتر است. سیاهه از اعتبار سازه بالایی برخوردار است و در مطالعات پیگیری همسانی درونی بالایی را نشان می‌دهد (برای بخش درون فردی آلفای کرونباخ ۰/۶۹ و برای بخش بین فردی آلفای ۰/۷۵ به دست آمده، و پایایی ابزار به روش بازآزمایی در دوره زمانی ۱ تا ۴ هفته‌ای $I=0/85$ گزارش شده است. آن‌ها روایی همگرا این سیاهه را با مقیاس‌های افسردگی اضطراب‌آهنری و کرافورد^۴، ۰/۸۲، و با ابزار غربالگری اختلال شخصیت مرزی مک‌لین^۵، ۰/۷۳، گزارش کردند (کلونسکی و گلن، ۲۰۰۹). در ایران اولین بار صفاری‌نیا، نیکوگفتار و نهاوندیان (۱۳۹۳) این سیاهه را ترجمه و استفاده نمودند. آنها پایایی سیاهه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش کردند و روایی صوری و محتوایی آن مورد تأیید قرار دادند. در ایران اولین بار توسط دماوندیان (۱۳۹۲) ترجمه و استفاده شد، و پایایی سیاهه را برای اولین بار محاسبه و ۰/۷۶ گزارش کرد. شاخص عددی روایی این سیاهه تاکنون در مطالعات داخلی گزارش نشده است. در پژوهش پیمان‌نیا، حمید، و محمودعلیلو (۱۳۹۷) نیز پایایی سیاهه با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ گزارش شده، و روایی سیاهه گزارش نشده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (CERQ): یک ابزار خودگزارشی است که توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون^۷ (۲۰۰۶) تدوین شد. دارای ۳۶ ماده و ۲ مؤلفه اصلی و ۹ زیرمؤلفه می‌باشد. راهبردهای منفی عبارتند از: سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی، فاجعه‌آمیز پنداری؛ راهبردهای مثبت عبارتند از: پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، توجه مجدد مثبت و باارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه. نمره‌گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت و به صورت هرگز (۱)، به ندرت (۲)، برخی اوقات (۳)، اغلب اوقات (۴)، همیشه (۵) تنظیم شده است. بنابراین حداکثر نمره در این پرسشنامه ۱۸۰ و حداقل نمره ۳۶ است، و نمره پایین‌تر نشان‌دهنده اشکال در تنظیم هیجان می‌باشد (کرایچ و گارنفسکی، ۲۰۱۹). در بررسی مشخصات روان‌سنجی آزمون، گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۶) پایایی آزمون را

1. Inventory of Statements About Self-injury (ISAS)
2. Klonsky, & Glenn
3. Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21)
4. Henry, & Crawford
5. McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD)
6. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire
7. Garnefski, Kraaij, & Spinhoven
8. Kraaij, & Garnefski

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان
A comparative study on the effectiveness of Acceptance and Commitment therapy and mindfulness therapy on cognitive ...

برای راهبردهای مثبت، منفی و کل پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ به دست آوردند. در ایران اعتبار پرسشنامه براساس روش های همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶۷ تا ۰/۹۲) و بازآزمایی (با دامنه همبستگی ۰/۷۷-۰/۵۱) و روایی پرسشنامه از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش متعامد همبستگی بین خرده مقیاس‌ها (با دامنه همبستگی ۰/۶۷-۰/۳۲) و روایی ملاکی مؤلفه‌های پرسشنامه (ملاط خوبیش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری، فاجعه سازی، و ملاط دیگران) با سیاهه افسردگی بک، به ترتیب ۰/۳۸، ۰/۲۵، ۰/۳۶، ۰/۲۷، ۰/۲۹، ۰/۳۲، ۰/۲۵، ۰/۴۸، ۰/۴۲، گزارش شده است که نشان دهنده مطلوب بودن روایی ملاکی است (حسینی، ۱۳۸۹). در پژوهش محمودی‌نیا، سپاه منصور، امامی‌پور و حسینی (۱۳۹۸) نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش شده است. در این پژوهش پایایی آزمون با روش آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۸۳ به دست آمد.

در این مطالعه پس از انتخاب گروه نمونه، دانش‌آموزان گروه آزمایش اول و دوم تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، و ذهن آگاهی (هر گروه آزمایش ۸ جلسه بصورت هفتگی هر هفته ۷۵-۶۰ دقیقه) قرار گرفتند. پس از پایان جلسات آموزشی و همچنین ۲ ماه بعد مجدد پرسشنامه‌های مورد نظر با هدف پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه اجرا شد. در پایان اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره و آزمون t وابسته بوسیله نرم‌افزار SPSS۲۳ تجزیه و تحلیل شد. به منظور رعایت اخلاق پژوهش تمامی مراحل درمان توسط پژوهشگر انجام شد، و در ابتدا هدف از اجرای آزمون‌ها و برگزاری جلسات به صورت صادقانه و به دور از ابهام برای شرکت کنندگان توضیح داده شد، سپس به آزمودنی‌ها گفته شد در صورت عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات در هر مقطعی از پژوهش آزادند، چنانچه تمایل به آگاهی از نتایج پژوهش به صورت فردی هستند می‌توانند از طریق ایمیل با پژوهشگر در ارتباط باشند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در مطالعه حاضر براساس بسته آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۵) طی ۸ جلسه به صورت هفتگی توسط خود پژوهشگر اجرا شد. در جدول ذیل محتوای جلسات به صورت خلاصه ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه محتوای آموزشی جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوای جلسه
اول	ایجاد رابطه درمانی با استفاده از استعاره دو کوه و پیله پروانه. بستن قرارداد. آشنایی با چارچوب های ذهنی نظیر «اگر، پس» با استفاده از استعاره مسابقه طناب‌کشی با هیولا. ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد تغییر، با استفاده از استعاره ببر گرسنه. تقویت آگاهی از راهبردهای کنترل هیجانی، به عنوان مسئول بخش بزرگی از مشکلات با استفاده از استعاره‌های باتلاق شنی، سوئیچ مبارزه، و توپ در استخر.
دوم	آموزش پذیرش و تمایل، جایگزینی برای کنترل به کمک استعاره مسابقه طناب‌کشی با هیولا و تمثیل آشفتگی پاک و ناپاک و استعاره مهمان ناخوانده.
سوم	آموزش گسلش شناختی با استفاده از استعاره «مسافران در اتوبوس» و استعاره «سربازان در حال رژه»
چهارم	آموزش خود مفهوم‌سازی شده، خود به عنوان یک فرایند خودآگاهی پویا، و خود مشاهده‌گر با استفاده از استعاره خانه با میلمان و استعاره صفحه شطرنج.
پنجم	آشنایی با ارزش‌ها و تمایز بین ارزش و هدف با استفاده از استعاره «مراسم تدفین»
ششم	استفاده از مواجهه با هدف دستیابی به اهداف در مسیر ارزش‌ها
هفتم	آموزش خلق الگوهای بزرگتر و پایدارتر عمل متعهدانه با استفاده از مثال‌هایی در زمینه موانع تجربه‌ای مثل هیجان‌های دشوار، خاطرات و تفکرات، و موانع محیطی مثل عدم مهارت‌های اجتماعی، فقدان پشتوانه و منابع حمایتی و..
هشتم	آموزش الگوریتم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با هدف جایگزینی آمیختگی با افکار، ارزشیابی تجربه‌ها، اجتناب از تجربه‌ها و دلیل آوری برای رفتارها با پذیرش، انتخاب ارزش‌ها و عمل متعهدانه.

جلسات ذهن آگاهی در مطالعه حاضر براساس برگرفته از پروتکل کابات زین (۱۹۹۲؛ و ون سان، نیکلیک، پاپ و پاور، ۲۰۱۱) طی

۸ جلسه به صورت هفتگی توسط خود پژوهشگر اجرا شد. در جدول ذیل محتوای جلسات به صورت خلاصه ارائه شده است.

1. Kabat-Zinn

2. Van Son, Nykliček, Pop & Pouwer

جدول ۲. خلاصه محتوای آموزشی جلسات ذهن آگاهی

جلسه	محتوای جلسه
اول و دوم	آشنایی و برقراری ارتباط، شرح اهداف و قوانین جلسات، تأکید بر رازداری، احترام متقابل و ...، تمرین مراقبه نشسته ۳ دقیقه‌ای در شروع و پایان جلسه. تمرین خوردن یک کشمش با تمام وجود و بحث درباره این احساس، ۳۰ دقیقه مدیتیشن اسکن بدن هم زمان با نفس کشیدن و هر بار با توجه به بخشی از بدن. شناسایی و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت بخش روزانه اعضای گروه، آموزش و تمرین توجه آگاهانه و تمرکز بر تنفس (ذهن آگاهی تنفس)، شرح تغییرات ایجاد شده در الگوی تنفس متناسب با حالت خلقی.
سوم و چهارم	مدیتیشن اسکن بدن؛ بحث در زمینه تجربه جلسه گذشته و تمرینات بین جلسات، موانع انجام تمرین (بی‌قراری، پرسه زدن ذهن، حواس پرتی)؛ و راه حل‌های برنامه ذهن آگاهی برای این مسئله (غیرقضوتی بودن و رها کردن افکار مزاحم)؛ بحث در مورد تفاوت افکار و احساسات، مدیتیشن در حالت نشسته و اسکن بدن.
پنجم و ششم	تمرین دیدن و شنیدن. تمرین سه دقیقه‌ای تنفسی در سه مرحله، توجه به تمرین در زمان انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن. آگاهی از یک فعالیت روزمره جدید و ذهن آگاهی یک رویداد ناخوشایند. انجام مدیتیشن نشسته. اجرای حرکات ذهن آگاه بدن.
هفتم و هشتم	رها کردن افکار، باورها و خواسته‌های یک جانبه، تک بعدی و غیرمنطقی از طریق پذیرش و آگاهی یافتن نسبت به آن‌ها، در نظر گرفتن و بررسی مسائل به صورت چندبعدی با ذهنی شفاف و گشوده، دریافت بازخورد از اعضای گروه درباره اصول آموزش داده شده، مرور و جمع‌بندی مطالب، توصیه به استفاده از فنون ذهن آگاهانه (پیاده‌روی ذهن آگاهانه، غذا خوردن ذهن آگاهانه و ...) در زندگی و تعمیم آن به کل جریان زندگی.

یافته‌ها

یافته‌های به دست آمده از اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها نشان داد میانگین سنی آزمودنی‌های گروه آزمایش اول ۱۵/۳۶، در گروه آزمایش دوم ۱۵/۷۸، و در گروه گواه ۱۴/۹۲ بود. میانگین و انحراف معیار شرکت کنندگان در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش اول، گروه آزمایش دوم، و گروه کنترل در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه‌های تنظیم هیجان مثبت و منفی در گروه آزمایش ۱ و ۲ و گروه گواه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
تنظیم شناختی هیجان	آزمایش ۱ (ACT)	۷۵/۲۵	۱۱/۹۹	۸۴/۶	۱۳/۹۹	۱۳/۷۲
	آزمایش ۲ (ذهن آگاهی)	۸۲/۲۵	۱۲/۱۹	۹۱/۱	۱۳/۴۴	۱۱/۸۳
	گواه	۷۵/۷۵	۱۱/۵۲	۷۵/۵	۱۱/۵۷	۱۱/۵۲
تنظیم هیجان مثبت	آزمایش ۱ (ACT)	۲۲/۱	۳/۷۹	۳۵/۳۵	۱۱/۲۱	۱۱/۰۹
	آزمایش ۲ (ذهن آگاهی)	۲۲/۳۵	۳/۹۱	۳۶/۶۵	۱۱/۰۱	۸/۹۹
	گواه	۲۱/۹	۳/۳۲	۲۷/۱۵	۶/۷۱	۳/۳۲
تنظیم هیجان منفی	آزمایش ۱ (ACT)	۵۳/۱۵	۹/۸۲	۴۱/۵۵	۷/۰۶	۵/۵۳
	آزمایش ۲ (ذهن آگاهی)	۵۹/۹	۱۲/۱۳	۴۰/۵	۴/۲۴	۴/۲۶
	گواه	۵۳/۸۵	۹/۴۱	۴۸/۳۵	۸/۲۹	۹/۴۱

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان
A comparative study on the effectiveness of Acceptance and Commitment therapy and mindfulness therapy on cognitive ...

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد در دو گروه آزمایشی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و ذهن آگاهی نمرات راهبردهای منفی هیجان از پیش‌آزمون تا پیگیری کاهش و راهبردهای مثبت هیجان افزایش داشته است. معناداری این تغییرات در طول زمان و در بین گروه‌ها باید مورد آزمون قرار گیرد.

به منظور بررسی نرمال بودن نمرات تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه‌های آن (تنظیم هیجان مثبت و تنظیم هیجان منفی) از آزمون کالموگروف - اسمیرنوف استفاده شد. مشخصه Z آزمون کالموگروف - اسمیرنوف مربوط به نرمال بودن در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب در گروه آزمایش اول تنظیم شناختی هیجان (۰/۰۹۶، ۰/۱۱۹، ۰/۱۳۵)، تنظیم هیجان مثبت (۰/۱۱۴، ۰/۱۵۵، ۰/۱۶۶) و تنظیم هیجان منفی (۰/۱۰۳، ۰/۱۶۳، ۰/۱۱۷)، در گروه آزمایش دوم تنظیم شناختی هیجان (۰/۱۹۲، ۰/۱۱۲، ۰/۲۷)، تنظیم هیجان مثبت (۰/۱۸۷، ۰/۱۰۴، ۰/۰۹۷) و تنظیم هیجان منفی (۰/۱۶۳، ۰/۱۴۷، ۰/۱۳۴)، و گروه گواه به ترتیب در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان (۰/۱۳۵ و ۰/۱۱۷)، تنظیم هیجان مثبت (۰/۱۵۹ و ۰/۱۵۷) و تنظیم هیجان منفی (۰/۱۲۲ و ۰/۱۴۵)، نشان داد که توزیع نمره‌ها نرمال است $P > 0.05$ و مفروضه نرمال بودن داده‌ها رعایت شده است. همچنین نتایج آزمون لوین که با هدف بررسی همگنی واریانس‌های دوگروه بررسی شد؛ و F به دست آمده برای تنظیم شناختی هیجان ۰/۷۲۹، تنظیم شناختی مثبت ۰/۶۸۸ و تنظیم شناختی منفی ۰/۴۸۰ به دست آمد که نشان از یکسانی واریانس‌ها برای نمرات تنظیم شناختی هیجان و زیرمؤلفه‌های آن (تنظیم هیجان مثبت و منفی) است ($P > 0.05$) است بدین معنا که مفروضه واریانس‌های مشابه در گروه آزمایش اول و دوم و گروه گواه رعایت شده است.

جدول ۴. مقایسه پس‌آزمون متغیر تنظیم شناختی هیجان در دو گروه با گواه اثر پیش‌آزمون

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
تنظیم شناختی هیجان	گروه	۱۴۳۱/۱۶۶	۲	۷۱۵/۵۸۳	۷/۲۵۸	۰/۰۰۲	۰/۲۱۲
	خطا	۵۳۲۳/۹۰۱	۵۴	۹۸/۵۹۱			

با توجه به یافته‌های جدول ۴ بین نمرات تنظیم شناختی هیجان در گروه آزمایش اول و دوم با گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.01$). مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نشان می‌دهد که نمرات تنظیم شناختی هیجان در گروه آزمایشی اول (ACT) ($M = 86/7$)، ($Eta = 0.153$) و گروه آزمایشی دوم (ذهن آگاهی) ($M = 86/7$)، ($Eta = 0.178$)، و گروه گواه ($M = 76/7$) است.

جدول ۵. نتایج تحلیل چندمتغیره جهت مقایسه ترکیب متغیر وابسته در دو گروه آزمایش و گواه

آزمون	مقدار	F	درجه آزادی	sig	اندازه اثر
اثر لامبدای ویلکز	۰/۴۷۹	۱۲/۰۰۵	۴	۰/۰۰۰۱	۰/۳۰۸

یافته‌های جدول ۵ نشان می‌دهد که متغیر ترکیبی وارد شده به مدل تحلیل کواریانس چندمتغیره، بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($Eta = 0.308$)، ($P < 0.01$)، ($F = 12/005$)، با توجه به ضریب اتای به دست آمده مشخص شد که حدود ۳۱ درصد از تغییرات ایجاد شده بین دو گروه آزمایش و گواه، ناشی از مداخله بوده است. توان آزمون به واسطه معنی دار بودن آزمون لامبدای ویلکز می‌باشد.

جدول ۶. مقایسه پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون

منابع تغییرات	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	راهبردهای مثبت	۱۳۷۰/۵۹۲	۲	۶۸۵/۲۹۶	۱۰/۶۸۱	۰/۰۰۰۱	۰/۲۸۰
	راهبردهای منفی	۸۷۴/۶۰۳	۲	۴۳۷/۳۰۱	۱۱/۱۵۱	۰/۰۰۰۱	۰/۲۸۸
خطا	راهبردهای مثبت	۳۵۲۸/۹۵۸	۵۵	۶۴/۱۶۳			
	راهبردهای منفی	۲۱۵۶/۹۷۱	۵۵	۳۹/۲۱۸			

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد بین نمرات راهبردهای مثبت تنظیم هیجان در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($F_{(۳,۴۹)}=۱۰/۶۸۱, P=۰/۰۰۰۱, \text{Eta}=۰/۲۸۰$). مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نشان می‌دهد اثر گروه‌های آزمایشی اول و دوم با گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد. مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نشان می‌دهد که نمرات راهبردهای مثبت تنظیم هیجان در گروه آزمایشی اول (ACT) ($\text{Eta}=۰/۱۵۰, M=۳۵/۳$)، گروه آزمایشی دوم ذهن آگاهی ($\text{Eta}=۰/۲۶۸, M=۳۹/۲$)، و گروه گواه ($M=۲۷/۲$) است. در متغیر راهبردهای منفی تنظیم هیجان ($\text{Eta}=۰/۲۸۸, M=۳۵/۳$)، گروه آزمایشی دوم ذهن آگاهی ($F_{(۳,۴۹)}=۱۵۱/۱۱, P=۰/۰۰۰۱, \text{Eta}=۰/۲۸۸$) مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نشان می‌دهد بین اثربخشی گروه‌های آزمایشی اول و دوم با گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($P=۰/۰۰۰۱$). مقایسه تعدیل شده نشان می‌دهد که نمرات راهبردهای منفی در گروه آزمایشی اول (ACT) ($\text{Eta}=۰/۱۷۴, M=۴۲$)، گروه آزمایشی دوم (ذهن آگاهی) ($\text{Eta}=۰/۲۶۹, M=۳۹/۶$)، و گروه گواه ($M=۴۸/۷$) است.

جدول ۷. نتایج آزمون تی وابسته برای مقایسه نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش اول و دوم

گروه	متغیر	زمان	آزمون میانگین دو گروه وابسته			sig	t(df=16)
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین تفاوت‌ها		
گروه آزمایش ۱ (Act)	تنظیم شناختی هیجان	پس‌آزمون	۸۴/۶	۱۳/۹۹	۳/۸۵	۰/۱۲۰	۱/۶۲۷
		پیگیری	۸۰/۷۵	۱۳/۷۲	۲/۳۶		
		پس‌آزمون	۳۵/۳۵	۱۱/۲۱	۱/۵	۰/۰۶۵	۱/۹۵۸
گروه آزمایش ۲ (ذهن آگاهی)	راهبردهای مثبت	پس‌آزمون	۳۳/۸۵	۱۱/۰۹	۱/۵	۰/۰۶۵	۱/۹۵۸
		پیگیری	۳۳/۸۵	۱۱/۰۹	۱/۵		
		پس‌آزمون	۴۱/۵۵	۷/۰۶	-۱/۷	۰/۱۰۶	-۱/۶۹۵
گروه آزمایش ۱ (Act)	راهبردهای منفی	پس‌آزمون	۴۳/۲۵	۵/۵۳	-۱/۷	۰/۱۰۶	-۱/۶۹۵
		پیگیری	۴۳/۲۵	۵/۵۳	-۱/۷		
		پس‌آزمون	۹۱/۱	۱۳/۴۴	۵/۱۵	۰/۰۶۰	۱/۹۹۸
گروه آزمایش ۲ (ذهن آگاهی)	تنظیم شناختی هیجان	پس‌آزمون	۸۵/۹۵	۱۱/۸۳	۵/۱۵	۰/۰۶۰	۱/۹۹۸
		پیگیری	۸۵/۹۵	۱۱/۸۳	۵/۱۵		
		پس‌آزمون	۳۹/۶۵	۱۱/۰۱	۱/۸۵	۰/۰۶۲	۱/۹۸۴
گروه آزمایش ۲ (ذهن آگاهی)	راهبردهای مثبت	پس‌آزمون	۳۷/۸	۸/۹۹	۱/۸۵	۰/۰۶۲	۱/۹۸۴
		پیگیری	۳۷/۸	۸/۹۹	۱/۸۵		
		پس‌آزمون	۴۰/۵	۴/۲۴	-۲/۲۵	۰/۰۵۸	-۲/۰۱۵
گروه آزمایش ۲ (ذهن آگاهی)	راهبردهای منفی	پس‌آزمون	۴۲/۷۵	۴/۲۶	-۲/۲۵	۰/۰۵۸	-۲/۰۱۵
		پیگیری	۴۲/۷۵	۴/۲۶	-۲/۲۵		
		پس‌آزمون	۴۲/۷۵	۴/۲۶	-۲/۲۵		

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد بین نمرات تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه‌های آن (راهبردهای مثبت و راهبردهای منفی)، در نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری در هر دو گروه آزمایش اول و دوم تفاوت معنادار نیست. بدین معنا که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه‌های آن در طول زمان دارای ماندگاری است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان انجام شد.

یافته به دست آمده از فرضیه اول نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش تعهد (ACT) بر تنظیم شناختی هیجان نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب مؤثر است و میزان اثربخشی در طی زمان دارای ماندگاری اثر است. این یافته با نتایج پژوهش روحی و همکاران (۱۳۹۸)، ایزکیان و همکاران (۱۳۹۸)، تیگ، و همکاران (۲۰۱۸) بورکهارد، و همکاران (۲۰۱۷) همسو است. در تبیین یافته به دست آمده می‌توان گفت: ACT با تکنیک ناامیدی خلاقانه تلاش‌های مراجع را در برابر حذف و کنترل تجارب درونی ناکام می‌گذارد و به جای آن بر پذیرش و آگاهی بدون قضاوت نسبت به این تجارب تأکید می‌کند. تجارب درونی نظیر هیجان‌ها اغلب در قالب جسمانی تظاهر پیدا می‌کنند. پژوهش‌ها نشان دادند که تلاش برای پنهان کردن تجارب هیجانی و بیانات چهره‌ای، با افزایش برانگیختگی فیزیولوژی همراه است. در فرآیند درمان ACT

به نوجوانان آموزش داده می‌شود که حس‌های جسمانی را به شیوه‌ای غیرمتمرکز، صرفاً مشاهده کرده و از آنها اجتناب نکنند که این راهکار، نوعی انعطاف‌پذیری و اعمال نفوذ در تنظیم نهایی هیجانات نوجوانان فراهم آورد (تیگ و همکاران، ۲۰۱۸). تکنیک‌های ACT نظیر گسلش شناختی و ذهن آگاهی کمک می‌کند تا افکار خود را صرفاً بدون قضاوت مشاهده کند و آنها را پدیده‌های ذهنی بداند تا بدین ترتیب، مراجع را از قید و بندهای رفتاری این افکار رها سازند (تیگ و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین به کمک تکنیک‌های ACT نوجوان درک درستی از حالت‌های خلقی‌شان (از جمله خشم و تنش) داشته باشند و آنها را با زبان آمیخته نکنند و این تجارب را به صورت کامل تجربه کنند (ژانگ، لیمینگ، اسمیت، چونگ، هاگر^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). حالت‌های خلقی منفی نسبت به هیجان‌ها بیشتر شناخت را درگیر می‌کنند از این جهت تکنیک‌ها و استعاره‌های گسلش شناختی، به افراد حاضر در گروه آزمون کمک کرد که به جای تغییر دادن شکل و محتوای افکار، کارکردهای نامطلوب افکار و دیگر تجارب درونی را تغییر دهند؛ به عنوان مثال، وقتی فرد در ذهن خود این فکر را دارد که «من خوب نیستم»، می‌آموزد که به این حالت خود به این شیوه بنگرد: «من شخصی هستم که فکر می‌کند خوب نیست». هدف فرایند گسلش در ACT آن است که به افراد کمک شود ویژگی‌های پنهان زبان را که آمیختگی ایجاد می‌کند، بشناسد تا بتواند اطمینان به واقعیت رویدادهای درونی را بشکند و نیز بتواند بین فکر و فکرکننده و احساس و احساس‌کننده فاصله ایجاد کند (بابالولا و اوگونی، ۲۰۱۹). در طی فرایند جلسات به نوجوانان کمک شد تا به کمک تکنیک‌های ACT مسیرهای زندگی خود را، به صورت آزادانه، انتخاب و اولویت‌بندی کنند و همچنین، اهدافی را در چارچوب این ارزش‌ها انتخاب کنند و نسبت به انجام دادن رفتارهای مطابق با ارزش‌های شخصی خود متعهد شوند. این امر جدای از اینکه احساس رضایتی را به جهت رسیدن به هدف در افراد ایجاد می‌کند باعث می‌شود از گیر افتادن در زنجیره افکار و احساسات منفی رها شوند.

یافته به دست آمده از فرضیه دوم نشان داد درمان ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب مؤثر است و میزان اثربخشی در طی زمان دارای ماندگاری اثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های باباخانی، (۱۳۹۸)؛ دنگ و همکاران (۲۰۲۰)؛ کمپیل و همکاران (۲۰۱۹)، دانینگ و همکاران (۲۰۱۹)؛ اسداللهی و همکاران (۱۳۹۸) همسو است. یافته به دست آمده را می‌توان چنین تبیین نمود که: ذهن آگاهی، به نوجوانان آموزش می‌دهد که از نوسان‌های خلقی خود، آگاهی داشته باشند و از فنون ذهن آگاهی برای آگاهی از پردازش اطلاعاتی که افکار و هیجانات را تداوم می‌بخشند استفاده کنند (اقدسی، سلیمانیان و اسدی گندمانی، ۱۳۹۸). آموزش ذهن آگاهی به کمک تنفس و با استفاده از اعضای بدن، آگاهی از وقایع و آگاهی از بدن، تنفس صدا و افکار و پذیرش افکار منجر به تغییر معانی احساسی و عاطفی ویژه می‌شود و فرد پی به این نکته می‌برد که افکارش بیش از اینکه بازتابی از واقعیت باشد، افکار نادرستی هستند که منجر به اضطراب می‌شوند. براساس این رویکرد به نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان آموزش داده شد، هرگاه افکار یا احساس منفی در آنها ظاهر گردید، قبل از پاسخ به آنها اجازه دهند که افکار به همان صورتی که هستند در ذهن‌شان باقی بماند. آموزش ذهن آگاهی، به نوجوانان آموزش می‌دهد که از نوسانات خلقی خود، آگاهی داشته باشند و از فنون ذهن آگاهی برای آگاهی از پردازش اطلاعاتی که افکار و هیجانات را تداوم می‌بخشند، استفاده کنند. ذهن آگاهی، احساس بدون قضاوت از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همانطور که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند. بنابراین، آموزش آن به مادران کودکان مبتلا به اختلال یادگیری ویژه نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان که از مشکلات روانشناختی ناشی از ویژگی‌های دوره نوجوانی رنج می‌برند، باعث می‌شود که آنها احساسات و ضعف‌های خود را بپذیرند و پذیرش این احساسات باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به گزارش این نشانه‌ها در آنان می‌شود.

یافته دیگر پژوهش حاکی از آن شد که بین میزان اثربخشی دو روش بر تنظیم شناختی هیجان تفاوت وجود ندارد، اما درمان ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های تنظیم هیجان مثبت و تنظیم هیجان منفی اثربخش‌تر است. هرچند سوابق به طور مقایسه‌ای مداخلات یاد شده را ارزیابی نکرده‌اند، اما این یافته‌ها را می‌توان با پژوهش‌هایی که به اثربخشی مجزای این مداخله پرداخته‌اند (اسداللهی و همکاران، ۱۳۹۸)؛ دنگ و همکاران، ۲۰۲۰؛ کمپیل و همکاران، ۲۰۱۹؛ دانینگ و همکاران، ۲۰۱۹) همخوان دانست. در تبیین این یافته می‌توان گفت مفهوم ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا بپذیرند که اگر چه هیجان‌های منفی در زندگی همه‌ی انسان‌ها وجود دارد، اما بخش ثابتی از شخصیت و روند زندگی نیستند. پذیرش این مسأله فرد را قادر می‌سازد که به جای واکنش غیرعادی به هیجان‌ها و رویدادهای برانگیزاننده آنها، آگاهانه واکنش نشان دهد و به شیوه‌های کارآمدتر با زندگی رابطه برقرار کند. ذهن آگاهی به عنوان یک آگاهی هدفمند و به دور از پردازش

ادراکی خودکار و خودآیند باعث ایجاد یک چارچوب متعادل ذهنی می‌شود که از بزرگ‌نمایی‌های هیجانی و نامطلوب جلوگیری می‌کند و فرصتی فراهم می‌سازد که فرد از حالت‌های هیجانی ناخوشایند فاصله بگیرد (دنگ و همکاران، ۲۰۲۰). ماهیت ارتباط بین دوره نوجوانی و استرس و اضطراب و در مجموع راهبردهای هیجانی، برای نوجوانان بسیار قابل تأمل است.

در نتیجه‌گیری نهائی می‌توان بیان داشت با بکارگیری هر یک از رویکردهای درمانی ACT و درمان ذهن‌آگاهی برای تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان می‌توان گام مهمی در کاهش آسیب‌های ناشی از این رفتارها و پیامدها و عوارض همراه با آن برداشت.

این پژوهش با محدودیت‌هایی روبرو بوده است. از جمله عدم امکان کنترل متغیرهای مداخله‌کننده چون وضعیت اقتصادی، شرایط محیطی، وضعیت عاطفی و مسائل خاص دانش‌آموزان گروه نمونه که موجب محدودیت در تعمیم نتایج می‌شود. از دیگر محدودیت پژوهش حاضر می‌توان به شرایط پیش آمده از کرونا و ویروس اشاره کرد که موجب شد تمامی آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش به صورت همزمان تحت آموزش قرار نگیرند و هر گروه آزمایش به ۴ زیرگروه (گروه‌های ۵ نفری) تقسیم شدند که در یک روز اما در ساعات زمانی متفاوت تحت تأثیر متغیر مستقل قرار گرفتند. با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود مشاوران و درمانگران متخصص از این روش‌ها در جهت مسائل روانشناختی نوجوانان بهره ببرند.

منابع

- اسداللهی، ج.، سیدزاده دلویی، ا.، فرخی، ح.، پورمحمد شاندیز، ز. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش تنیدگی بر کاهش نشانه‌های اضطرابی و بهبود نظم جویی شناختی-هیجانی نوجوانان با مشکلات اضطرابی. *رویش روان‌شناسی*، ۸(۱۰)، ۹-۱۸.
- اقدسی، ن.، سلیمانیان، ع.، اسدی گندمانی، ر. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر طرحواره‌های هیجانی ناسازگار مادران کودکان با فلج مغزی. *مجله توانبخشی*، ۲۰(۱)، ۸۶-۹۷.
- ایزدی، ر. و عابدی، م. (۱۳۹۵). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. تهران: جنگل.
- ایزکیان، س.، میرزائیان، ب.، حسینی، س.ح. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بدتنظیمی هیجانی و شفقت بر خود دانش‌آموزان خودآسیب‌رسان. *اندیشه و رفتار*، ۱۴(۵۳)، ۱۷-۲۶.
- باباخانی، و. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی بر سازگاری و سلامت روان دانش‌آموزان. *رویش روان‌شناسی*، ۸(۵)، ۱۷۱-۱۷۸.
- پیمان‌نیا، ب.، حمید، ن.، و محمودعلیلو، م. (۱۳۹۷). اثربخشی ماتریکس درمان پذیرش و تعهد با شفقت بر رفتارهای خودآسیب‌رسان و کیفیت زندگی دانش‌آموزان دارای علائم اختلال شخصیت مرزی. *دست‌آوردهای روان‌شناختی*، ۲۵(۱)، ۲۳-۴۴.
- پورعبدل، س.، و صبحی، ن. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کفایت اجتماعی دانش‌آموزان. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۸(۳۲)، ۴۵-۶۰.
- حبیبی، م.، غزایی، ب.، و عاشوری، ا. (۱۳۹۲). کارآیی بالینی مقیاس‌های اعتباری و بالینی پرسش‌نامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-نوجوانان: (MMPI-A) مقایسه نیم رخ روانی در گروه بالینی با هنجار و تعیین نمره برش. *اصول بهداشت روانی*، ۱۵(۴)، ۳۱۱-۳۰۱.
- حسینی، ج. (۱۳۸۹). خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان. *روان‌شناسی بالینی*، ۳(۷)، ۷۳-۸۳.
- صفاری‌نیا، م.، نیکوگفتار، م.، نهان‌دیان، ا. (۱۳۹۳). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش رفتارهای خود-آسیب‌رسان نوجوانان بزهکار مقیم کانون اصلاح و تربیت تهران. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۵(۴)، ۱۴۱-۱۵۸.
- دلاور، ع. (۱۳۹۶). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*. تهران: رشد.
- دماوندیان، ا. (۱۳۹۲). بررسی تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش رفتارهای خود-آسیب‌رسان و افزایش سلامت روان نوجوانان بزهکار کانون اصلاح و تربیت تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور تهران.
- راهیما، ل. (۱۳۹۷). *بررسی چپستی، علل و پیامدهای تجربه خودآسیب‌رسانی: یک مطالعه کیفی مبتنی بر نظریه پردازری داده بنیاد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- روحی، ر.، سلطانی، ا.، زین‌الدینی، م.، ز. رضوی، و. (۱۳۹۸). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شفقت به خود، تحمل‌پذیری، و تنظیم هیجان در دانش‌آموزان با اختلال اضطراب اجتماعی. *سلامت روان کودک*، ۶(۳)، ۲۸۱-۲۹۹.
- قایم‌پور، ز.، اسماعیلیان، م.، سرافراز، م. (۱۳۹۸). تنظیم هیجان در نوجوانان: نقش پیش‌بینی‌کننده کارکرد خانواده و دلبستگی. *اندیشه و رفتار*، ۱۳(۵)، ۷-۱۶.

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان
A comparative study on the effectiveness of Acceptance and Commitment therapy and mindfulness therapy on cognitive ...

محمودی‌نیا، س.، سپاه منصور، م.، امامی‌پور، س.، و حسینی، ف. (۱۳۹۸). تأثیر آموزش جایگزین پرخاشگری بر تکانشگری و راهبردهای شناختی مثبت و منفی تنظیم هیجان در پسران نوجوان بزهکار. *مطالعات روان شناختی*، ۱۵(۲)، ۹۳-۱۰۹.

Ataie Moghanloo, V., Ataie Moghanloo, R., & Moazezi, M. (2015). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Depression, Psychological Well-Being and Feeling of Guilt in 7-15 Years Old Diabetic Children. *Iranian Journal of Pediatrics*, 25(4), e2436.

Babalola, S. O., & Ogunyemi, A. O. (2019). Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Social Phobia among Adolescents in Secondary Schools in Oyo State, Nigeria. *Annual Journal of Technical University of Varna, Bulgaria*, 3(2), 54-61.

Beattie, M. M., Konttinen, H. M., Volanen, S. M., Knittle, K. P., & Hankonen, N. E. (2020). Social Cognitions and Mental Health as Predictors of Adolescents' Mindfulness Practice. *Mindfulness*, 1-14.

Blasczyk-Schiep, S., Kazen, M., Jaworska-Andryszewska, P., & Kuhl, J. (2018). Volitional determinants of self-harm behaviour and suicidal risk in persons with borderline personality disorder. *The European Journal of Psychiatry*, 32(2), 77-86.

Brenning, K., Soenens, B., Van Petegem, S. & Vansteenkiste, M. (2015). Perceived maternal autonomy support and early adolescent emotion regulation: A longitudinal study. *Social Development*, 24(3), 561-578.

Brown, K.W., & Ryan, R.M (2003). The benefits of being present: Acceptance and Commitment Training and Its role in psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(22), 822-848.

Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Batterham, P. J., Hadzi-Pavlovic, D., & Shand, F. (2017). Acceptance and commitment therapy universal prevention program for adolescents: a feasibility study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 11(1), 1-10.

Campbell, A. J., Lanthier, R. P., Weiss, B. A., & Shaine, M. D. (2019). The impact of a schoolwide mindfulness program on adolescent well-being, stress, and emotion regulation: A nonrandomized controlled study in a naturalistic setting. *Journal of Child and Adolescent Counseling*, 5(1), 18-34.

Cavanagh, K., Strauss, C., Forder, L., & Jones, F. (2014). Can mindfulness and acceptance be learnt by self-help?: A systematic review and meta-analysis of mindfulness and acceptance-based self-help interventions. *Clinical psychology review*, 34(2), 118-129.

Child and adolescent mental health. (2018). *World Health Organization*. http://www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/.

Coppersmith, D.D.L., Nada-Raja, S., & Beautrais, AL. (2017). Non-suicidal self-injury and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *J Affect Disord*, 15(221), 89-96.

Deng, X., Gao, Q., Zhang, L., & Li, Y. (2020). Neural Underpinnings of the Role of Trait Mindfulness in Emotion Regulation in Adolescents. *Mindfulness*, 1-11.

Desatnik, A., Bel-Bahar, T., Nolte, T., Crowley, M., Fonagy, P. & Fearon, P. (2017). Emotion regulation in adolescents: An ERP study. *Biol Psychol*, 129, 52-61.

Dunning, D. L., Griffiths, K., Kuyken, W., Crane, C., Foulkes, L., Parker, J., & Dalgleish, T. (2019). Research Review: The effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents—a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(3), 244-258.

Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T.L., Fabes, R.A., Shepard, S.A., Reiser, M., et al. (2001). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child development*, 72(4), 1112-34.

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327.

Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological inquiry*, 26(1), 1-26.

Hayes, S.C., & Strosahl, K.D (2010). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. Springer Science and Business Media Inc., New York.

Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 31(3), 215-219.

Kraaij, V., & Garnefski, N. (2019). The Behavioral Emotion Regulation Questionnaire: Development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 137(9), 56-61.

Kuther, T. L. (2018). *Lifespan Development: Lives in Context*. Second edition. New York: Sage publication.

Lee, E. B., Homan, K. J., Morrison, K. L., Ong, C. W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2020). Acceptance and commitment therapy for trichotillomania: A randomized controlled trial of adults and adolescents. *Behavior modification*, 44(1), 70-91.

Michaela, P., David, T., & Chantal, S. (2017). Yoga, mindfulness-based stress reduction and stress-related physiological measures: A meta-analysis. *Psycho neuroendocrinology*, 86, 152-168.

Miller, P.H. (2016). *Theories of developmental psychology*. Edition 6. New York: Worth Publishers.

Mughal, F., Troya, M. I., Townsend, E., & Chew-Graham, C. A. (2019). Supporting young people with self-harm behaviour in primary care. *The Lancet Psychiatry*, 6(9), 724.

- Peh, C. X., Shahwan, S., Fauziana, R., Mahesh, M. V., Sambasivam, R., Zhang, Y., Ong, S.H., Chong, S.A., & Subramaniam, M. (2017). Emotion dysregulation as a mechanism linking child maltreatment exposure and self-harm behaviors in adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 6(7), 383-390.
- Plener, P.L., Kaess, M., Schmahl, C., Pollak, S., Fegert, J.M., & Brown, R.C (2018). Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents. *Dtsch Arztebl Int*, 115, 23–30.
- Powers, A., & Casey, B. J. (2015). The adolescent brain and the emergence and peak of psychopathology. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 14(1), 3-15.
- Segal, Z.V., Teasdale J.D., Williams, J.M., & Gemar, M.C. (2013). The Mindfulness-Based Cognitive Therapy Adherence Scale: Interrater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 131–138.
- Tighe, J., Nicholas, J., Shand, F., & Christensen, H. (2018). Efficacy of acceptance and commitment therapy in reducing suicidal ideation and deliberate self-harm: Systematic review. *JMIR mental health*, 5(2), e10732.
- Twohig, M.P., Hayes, S.C., & Masuda A (2009). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptanc and commitment therapy as a treatment for obsessive compulsive disorder. *Behav Ther*, 37(1), 3-13.
- Van Son, J., Nyklíček, I., Pop, V. J., & Pouwer, F. (2011). Testing the effectiveness of a mindfulness-based intervention to reduce emotional distress in outpatients with diabetes (DiaMind): Design of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 11(1), 131.
- Williams, M., & Penman, D. (2011). *Mindfulness: A practical guide to finding peace in a frantic world*. Hachette UK.
- Zhang, C.Q., Leeming, E., Smith, P., Chung, P.K., Hagger, M.S., & Hayes, S.C. (2018). Acceptance and commitment therapy for health behavior change: a contextually-driven approach. *Frontiers in psychology*, 8, 2350.

