

Comparing the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Short-Term Solution-Focused Therapy on Cognitive Emotion Regulation and High-Risk Behaviors in Male Students with Self-Injurious Behaviors

Mortaza Neamati¹, Behzad Asbaghi¹, Hadi Smkhani Akbarinejad^{2*}

¹Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Ahar, Iran

²Department of Psychology, Nabi Akram Institute of Higher Education, Tabriz, Iran

Article Info:

Received: 26 June 2024

Revised: 2 Nov 2024

Accepted: 11 Nov 2024

ABSTRACT

Introduction: Self-injury is a significant issue during adolescence, leading to numerous psychological and social consequences, and is observed across most cultures. The prevalence of self-injurious behaviors among teenagers is alarmingly high, making it a serious concern. This study aimed to compare the effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) and short-term solution-focused therapy (STSFT) in improving cognitive emotion regulation and reducing high-risk behaviors among male students exhibiting self-injurious behaviors.

Materials and Methods: The study employed a semi-experimental design, incorporating pre-test, post-test, and follow-up phases with a control group. The study population comprised male middle school students in Tabriz, exhibiting self-injurious behaviors, during the 1402–1403 academic year. A total of 45 students were selected using a targeted non-random sampling method and were then randomly assigned to three groups, with 15 participants in each group. The members of the CFT group and the STSFT received their specific intervention in 8 and 6 sessions of 1.5 hours, respectively. The control group did not receive any treatment.

Results: No significant differences were observed in the pre-test scores of cognitive emotion regulation and high-risk behaviors between the experimental and control groups. The results indicated that, in the post-test, both CFT and STSFT improved cognitive emotion regulation and reduced high-risk behaviors in male students with self-injurious behaviors, compared to the control group. The effect of CFT and STSFT on cognitive emotion regulation and high-risk behaviors was lasting in the follow-up phase. In addition, the effect of CFT and STSFT on cognitive emotion regulation and high-risk behaviors in post-test and follow-up was not significant.

Conclusion: The findings of this study suggest that both CFT and STSFT effectively enhanced cognitive emotion regulation and reduced high-risk behaviors in male students with self-injurious behaviors.

Keywords:

1. Crisis Intervention
2. Metacognition
3. Masochism

*Corresponding Author: Hadi Smkhani Akbarinejad

Email: Hadiakbarinejad@yahoo.com

مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت با درمان کوتاه مدت راه حل محور بر تنظیم شناختی هیجان و رفتارهای پر خطر در دانش آموزان پسر دارای رفتارهای خودجراحی

مرتضی نعمتی^۱، بهزاد اسبقی^۱، هادی اسمخانی اکبری نژاد^{۲*}

^۱گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، اهر، ایران
^۲گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

اطلاعات مقاله:

پذیرش: ۲۱ آبان ۱۴۰۳

اصلاحیه: ۱۲ آبان ۱۴۰۳

دریافت: ۶ تیر ۱۴۰۳

چکیده

مقدمه: خودجراحی یک مسأله مهم در دوران نوجوانی است که منجر به پیامدهای روانی و اجتماعی متعددی می شود و در اکثر فرهنگ ها دیده می شود. شیوع رفتارهای خودجراحی در بین نوجوانان به طور نگران کننده ای بالا است و آن را به یک نگرانی جدی تبدیل می کند. این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت با درمان کوتاه مدت راه حل محور بر تنظیم شناختی هیجان و رفتارهای پرخطر در دانش آموزان پسر دارای رفتارهای خودجراحی انجام شد. **مواد و روش ها:** در این مطالعه از یک طرح نیمه آزمایشی، شامل مراحل پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل استفاده شد. جامعه مورد مطالعه را دانش آموزان پسر مقطع دوم متوسطه شهر تبریز با رفتارهای خودجراحی بود در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ تشکیل می دادند. در مجموع ۴۵ دانش آموزان با استفاده از روش نمونه گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب و سپس به صورت تصادفی در سه گروه با ۱۵ شرکت کننده در هر گروه قرار گرفتند. اعضای گروه درمان متمرکز بر شفقت و درمان کوتاه مدت راه حل محور مداخله اختصاصی خود را به ترتیب در ۸ و ۶ جلسه ۱/۵ ساعته دریافت کردند. گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. **یافته ها:** در نمرات پیش آزمون تنظیم شناختی هیجان و رفتارهای پرخطر گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری مشاهده نشد. نتایج نشان داد که در پس آزمون، هر دو درمان متمرکز بر شفقت و درمان کوتاه مدت راه حل محور، تنظیم شناختی هیجان را بهبود بخشیده و رفتارهای پرخطر را در دانش آموزان پسر دارای رفتارهای خودجراحی نسبت به گروه کنترل کاهش داده اند. تأثیر درمان متمرکز بر شفقت و درمان کوتاه مدت راه حل محور بر تنظیم شناختی هیجان و رفتارهای پرخطر در مرحله پیگیری ماندگار بود. همچنین تأثیر درمان متمرکز بر شفقت و درمان کوتاه مدت راه حل محور بر تنظیم شناختی هیجان و رفتارهای پرخطر در پس آزمون و پیگیری معنی دار نبود. **نتیجه گیری:** یافته های این مطالعه نشان می دهد که هر دو درمان متمرکز بر شفقت و کوتاه مدت راه حل محور به طور موثر تنظیم شناختی هیجان را افزایش داده و رفتارهای پرخطر را در دانش آموزان پسر دارای رفتارهای خودجراحی کاهش داده است.

واژه های کلیدی:

- ۱- مداخله در بحران
- ۲- فراشناخت
- ۳- آزارطلبی

*نویسنده مسئول: هادی اسمخانی اکبری نژاد

پست الکترونیک: Hadiakbarinejad@yahoo.com

مقدمه

نوجوانی یک دوره انتقالی همراه با تغییر و تحولات عمده جسمانی، شناختی و اجتماعی است (۱). روان‌شناسان و صاحب‌نظران علوم تربیتی و رفتاری این دوره را دوران احساس‌گرایی، بحران‌های سازنده و فشار و طوفان نامیده‌اند (۲). نتیجه برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که در گروه‌های خاصی از نوجوانان به‌ویژه نوجوانان بزه‌کار و نوجوانان قربانی آزار و بدرفتاری دوران کودکی، شیوع رفتارهای خودجرحی^۱ از جمعیت عادی بیش‌تر است (۳). خودجرحی رفتاری است کرد که در آن، فرد بدون قصد خودکشی عمدی، برای مقابله با احساسات منفی شدید و طاقت‌فرسا مثل خشم، اضطراب، و تنفر از خود، به بدن خود آسیب می‌زند. حدوداً ۲۸ درصد از رفتارهای خودجرحی شامل رفتارهای متوسط تا شدید مانند بریدن، سوزاندن، خراشیدن یا کندن پوست می‌باشد. اغلب این رفتارها بین ۱۳ تا ۱۵ سال شروع می‌شود و بیش از یک چهارم نوجوانانی که به خود آسیب می‌رسانند، به‌صورت هفتگی این کار را انجام می‌دهند (۴). مهم‌ترین علل خودجرحی در دوره نوجوانی، افزایش واکنش هیجانی، آسیب‌های روانشناختی همچون افسردگی، فقدان مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد، تکانشگری، مشکل در مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان^۲ و گرایش به رفتارهای پرخطر^۳ می‌باشند (۵-۶).

تنظیم شناختی هیجان به‌راهم‌دهایی اطلاق می‌شود که به‌منظور کاهش، افزایش یا نگهداری تجارب هیجانی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۷). دشواری در تنظیم شناختی هیجان و استفاده از راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجانی، عواملی مهم و تاثیرگذار در کاهش سلامت روانی افراد هستند (۸). نتیجه پژوهش سفیدرود و حبی نشان می‌دهد که تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان دارای رفتارهای خودجرحی به‌طور معنی‌داری کم‌تر از نوجوانان عادی است و این متغیر با متغیرهایی زیادی همچون رفتارهای پرخطر رابطه معنی‌داری دارد (۹-۱۰).

رفتارهای پرخطر یکی از مهم‌ترین مشکلات تهدیدکننده سلامت جسمانی، روانشناختی و اجتماعی فرد و جامعه محسوب می‌شود و به رفتارهایی همچون سیگار کشیدن، مصرف موادمخدر، الکل، رانندگی خطرناک، خشونت و فعالیت جنسی زودهنگام اطلاق می‌شود (۱۱-۱۲). درباره دلایل رفتارهای پرخطر یک رویکرد واحد ارائه نشده است؛ از این رو پژوهش‌های مختلف علل متفاوتی را برای وقوع رفتارهای پرخطر ارائه می‌کنند (۱۳). نتیجه بررسی دوغرو^۴ نشان می‌دهد که گرایش به رفتارهای پرخطر در نوجوانان دارای رفتارهای خودجرحی به‌طور معنی‌داری بیش‌تر از نوجوانان غیربرخوردار است (۱۴).

با توجه به روزافزونی معضل رفتارهای خودجرحی برای نوجوانان، خانواده و نظام آموزش و پرورش و نقش متغیرهای روانشناختی نظیر عدم تنظیم شناختی هیجان و گرایش به رفتارهای پرخطر در افزایش این رفتار، انجام مداخلات روان‌شناختی به‌منظور کاهش نقش متغیرهای مطرح‌شده از اهمیت بالایی برخوردار است (۵-۶). در این راستا، درمان متمرکز بر شفقت^۵ و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور^۶ از جمله مداخلاتی هستند که می‌توانند نقش مهمی بر وضعیت روانشناختی نوجوانان دارای رفتارهای خودجرحی داشته باشند (۱۶-۱۵). درمان متمرکز بر شفقت جزو درمان‌های موج سوم درمان‌های رفتاری است و بیش‌تر بر مولفه ذهن‌آگاهی و پذیرش تأکید دارد، در حالی که درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور برآمده از درمان‌های پُست‌مدرن است و بیش‌تر بر ساختار شکنی و راه‌حل‌سازی و معنادهی رابطه‌ای متمرکز است، از این‌رو در پژوهش حاضر اثربخشی این دو درمان که کاملاً فلسفه و روش متفاوتی برای درمان دارند مورد توجه قرار داده شده است تا بررسی شود که اثربخشی کدام بیش‌تر است (۱۶-۱۵).

درمان متمرکز بر شفقت در پاسخ به این مشاهده تدوین شد که بسیاری از افراد، به‌ویژه آن‌هایی که شرم و خودانتقادی بالایی دارند، هنگام دریافت درمان‌های سنتی در ایجاد صدای درونی مهربان و خود-حمایت‌گر مشکلاتی داشتند (۱۷). تمرکز این درمان بر چهار حوزه تجارب پیشین و تاریخی، ترس‌های اساسی، راهکارهای احساس امنیت و پیامدها و نتایج پیش‌بینی نشده است (۱۵). محور اصلی این درمان، پرورش ذهن شفقت‌ورز است؛ از این‌رو درمانگر از طریق ایجاد و افزایش یک رابطه شفقت‌ورز درونی مراجعان با خودشان، به‌جای سرزنش کردن، محکوم کردن، و یا خودانتقادی، به آن‌ها کمک می‌کنند. اصول اساسی در درمان متمرکز بر شفقت، به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این عوامل درونی نیز آرام شود (۱۸). دو هدف اساسی این رویکرد، کاهش خصومت خود-جهت‌داده و افزایش توانایی‌های فرد جهت ایجاد احساس خود-اطمینانی، مهربانی و خود-تسکینی است که می‌توانند به‌عنوان پادزهری در برابر احساس تهدیدشدگی عمل کنند. فعالیت‌های اصلی این درمان، ایجاد قابلیت شفقت‌ورزی است (۱۵). مطالعات نشان می‌دهند که این درمان بر تحمل پریشانی، رفتارهای پرخطر، و احساس تنهایی در دانش‌آموزان دختر دارای رفتارهای خودجرحی و همدلی و احساس شادکامی در دختران نوجوان با

¹ Self-injurious behaviors² Cognitive emotion regulation³ High-risk behaviors⁴ Doğru⁵ Compassion-focused therapy⁶ Short-term solution- focused therapy

سابقه خودجراحی، و تنظیم هیجان، خودانتقادی و خشم دانش‌آموزان پسر اثربخش است (۲۱-۱۹).

درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور که ماهیتی پُست‌مدرنی دارد، انسان‌ها را افراد شایسته و متبحری می‌داند که قادرند مشکلات خود را با حداقل کمک از طرف دیگران حل کنند. فرض اساسی این درمان این است که مشکل یا مسأله موجود که افراد را به‌سوی درمان می‌کشاند، برای تعیین جهت ادامه بحث نیاز نیست؛ زیرا عامل هر مشکلی لزوماً با راه‌حل آن مرتبط نبوده و درمان‌جویان خودشان منابعی را دارند که برای ایجاد تغییر آن‌ها را به کار خواهند گرفت (۱۶). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این درمان بر عزت‌نفس، تنظیم شناختی هیجان و رفتار خودجراحی غیرخودکشی در دختران و پرخاشگری نوجوانان تأثیر دارد (۲۳-۲۲).

تحقیقات متعددی در سراسر جهان در زمینه دیدگاه‌های مربوط به مداخلات روانشناختی و کاهش مشکلات روان‌شناختی - اجتماعی افراد دارای رفتارهای خودجراحی در حال انجام است. اما پژوهش‌های بسیار اندکی در راستای اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر مشکلات افراد دارای رفتارهای خودجراحی در دسترس است. عدم پرداخت به تنظیم شناختی هیجان و رفتارهای پرخطر نوجوانان دارای رفتارهای پرخطر به‌خصوص از طریق درمان‌های روانشناختی به‌روزتر، سبب تشدید مشکلات آن‌ها می‌شود که این امر نهایتاً باعث بروز رفتارهای شدیدتر مثل خودکشی و شاید مرگ شود؛ که این مسأله به خود آن‌ها، خانواده، نظام آموزش و پرورش و نهایتاً جامعه تأثیر مخربی خواهد گذاشت. از این‌رو پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر درمان متمرکز بر شفقت و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر تنظیم شناختی هیجان و رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان پسر دارای رفتارهای خودجراحی انجام شد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانش‌آموزان پسر دارای رفتارهای خودجراحی مقطع دوم متوسطه شهر تبریز که در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ مشغول به تحصیل بودند تشکیل داد. جهت نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی هدفمند استفاده شد. پس از کسب رضایت از مسئولین آموزش و پرورش و مراجعه به ۱۰ مدرسه از نواحی پنج‌گانه شهر تبریز و بررسی پرونده تربیتی دانش‌آموزانی که سابقه رفتارهای خودجراحی داشتند، رضایت آن‌ها و والدینشان نیز برای شرکت در پژوهش حاضر به‌صورت کتبی کسب شد و سپس پرسشنامه‌های تنظیم شناختی

هیجان گارنفسکی^۷ و همکاران و رفتارهای پرخطر زاده‌محمدی و همکاران در بین ۱۰۲ نفر از آن‌ها که مایل به شرکت در پژوهش شدند اجرا شد، و از بین کسانی که در پرسشنامه‌های مذکور به‌ترتیب یک انحراف معیار پایین‌تر و بالاتر از میانگین نمره کسب کردند (۸۶ نفر)، ۴۵ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب، و به‌صورت گمارش تصادفی (به‌شیوه بلوک‌سازی) به دو گروه آزمایش (هر کدام ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) تقسیم گردیدند. توضیح این‌که، پرسشنامه‌ها توسط آزمودنی‌ها و در حضور آزمونگر تکمیل شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل (۱) سابقه رفتارهای خودجراحی (بر اساس گزارش مشاور مدرسه و پرونده تربیتی)، (۲) سن حداقل ۱۵ و حداکثر ۱۸ سال، (۳) در صورت مصرف دارو، امکان ثابت نگه‌داشتن نوع و میزان دارو مصرفی در طی مدت پژوهش؛ و معیارهای خروج از مطالعه شامل (۱) داشتن سایر بیماری‌های روانی یا جسمانی نظیر اختلال شخصیت مرزی و اختلال سلوک، اختلال انفجاری متناوب، بیماری هپاتیت و بیماری قلبی، (۲) سوءمصرف سیگار یا سایر مواد مخدر، (۳) وجود مخاطراتی برای فرد مثل افکار جدی خودکشی که امکان عدم دریافت دارو یا ثابت نگه‌داشتن آن را ناممکن می‌سازد، (۴) عدم حضور بیش از دو جلسه شرکت‌کنندگان در مراحل درمان، بودند. در پژوهش حاضر، تخمین حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار جی پاور^۸ انجام شد. بر این اساس، حداقل حجم نمونه برای تشخیص تفاوت بین گروه‌های همسان با اندازه اثر $F=0/35$ ، توان آماری $0/95$ و میزان خطای $\alpha=0/05$ شامل ۴۵ نفر برآورد شد. توضیح این‌که حجم نمونه بزرگ‌تر از ۱۵ نفر در روان درمانی‌های گروهی به احتمال زیاد ممکن است کیفیت درمان و پویایی گروه‌های درمانی را پایین بیاورد (۲۴). همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شدند و در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفتند. برای برگزاری جلسات درمانی، از افراد هیچ هزینه‌ای دریافت نشد. اطلاعات جمعیت‌شناختی جمع‌آوری‌شده از نمونه‌ها شامل سن، تعداد تقریبی ارتکاب به خودجراحی و مقطع تحصیلی بود.

مقیاس تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران: این مقیاس توسط گارنفسکی و همکاران در سال ۲۰۰۱ در کشور هلند تهیه شده و دارای دو نسخه انگلیسی و هلندی است. بر خلاف سایر پرسشنامه‌های مقابله‌ای که به‌صورت آشکار بین افکار فرد و اعمال واقعی وی تمایز قایل نمی‌شوند، این پرسشنامه افکار فرد را پس از مواجهه با یک تجربه منفی یا وقایع آسیب‌زا

⁷ Garnefski

⁸ G-power

(سوالات ۱۵ تا ۱۹)، مشروبات الکلی (سوالات ۹ تا ۱۴) مواد مخدر (سوالات ۱ تا ۸)، خشونت ۲۰ تا ۲۴)، رابطه و رفتار جنسی (سوالات ۲۵ تا ۲۸)، رابطه با جنس مخالف (سوالات ۲۹ تا ۳۲) و رانندگی خطرناک (سوالات ۳۳ تا ۳۸) و یک حیطه کلی رفتار پرخطر را ارزیابی می‌کند. دامنه نمرات بین ۳۸ تا ۱۹۰ است و نمرات بالا نشان‌دهنده خطرپذیری بیش‌تر است. میزان آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۴ گزارش شده است (۳۰). در پژوهش حاضر، پایایی کل این مقیاس توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به‌دست آمد پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش اول طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو ماه؛ هفته‌ای یک جلسه) درمان متمرکز بر شفقت را به‌صورت گروهی طبق برنامه درمانی گیلبرت و سیموس^۹ دریافت کردند (جدول ۱) (۱۵). اعضای گروه آزمایش دوم نیز طی شش جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (یک و نیم ماه؛ هفته‌ای یک جلسه) از درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور به‌صورت گروهی طبق برنامه درمانی دِشاژر^{۱۰} (۳۱) برخوردار شدند (جدول ۲)؛ اما اعضای گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند (۳۱). برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌های آزمایش، از آن‌ها خواسته شد تا چهار ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. جلسات درمانی، دوشنبه‌ها (برای گروه آزمایش ۱) و سه‌شنبه‌ها (برای گروه آزمایش ۲) بعد از ظهر، از ساعت ۱۸:۳۰ تا ۲۰، توسط یک مشاور با درجه دکتری تخصصی مشاوره و دو روانشناس بالینی با درجه کارشناسی ارشد در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شدند. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون) و ۴ ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر ۳ گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با تک‌تک آن‌ها از اعضا خواسته شد تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات نیز رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه گردید

ارزیابی می‌کند. اجرای این پرسشنامه خیلی آسان است و برای افراد ۱۲ سال به‌بالا (هم افراد بهنجار و هم جمعیت‌های بالینی) قابل استفاده است. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان، از ۹ خرده مقیاس (سرزنش خود، پذیرش، نشخوار ذهنی، توجه مجدد مثبت، توجه مجدد به‌برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، اتخاذ دیدگاه، فاجعه‌آمیزپنداری، سرزنش دیگران) و ۳۶ ماده تشکیل شده است. هر سوال، از یک (هرگز) تا پنج (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره فرد در این مقیاس ۳۶ و حداکثر آن ۱۸۰ است. نمرات بالا در هر خرده مقیاس، بیانگر میزان استفاده بیش‌تر از راهبرد مذکور در مقابله یا مواجهه با وقایع استرس‌زا و منفی است. در پژوهش گارنفسکی و همکاران روایی سازه این مقیاس با روش تحلیل عاملی تأیید و پایایی آن با روش ضریب آلفای کرونباخ برای نه خرده‌مقیاس و نمره کل مقیاس بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۰ گزارش شده است (۲۵). نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در ایران توسط حسنی اعتباریابی شده است که خصوصیات روان‌سنجی این مقیاس مورد مطالعه قرار گرفته و پایایی (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۸ تا ۰/۸۲) و روایی آن مطلوب گزارش شده است (۲۶). در مطالعه اندامی کوشک آلفای کرونباخ ۹ زیرمقیاس نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ قرار داشت (۲۷). رهبر کرباسدهی و همکاران پایایی کل این مقیاس را توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه کردند (۲۸). فائزه اسحق مقدم کته شمشیر و همکاران پایایی کل این مقیاس را توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ محاسبه کردند (۲۹). در پژوهش حاضر، پایایی کل این مقیاس توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد مقیاس رفتارهای پرخطر زاده‌محمدی و همکاران: این مقیاس ۳۸ سوالی را زاده‌محمدی و همکاران در سال ۱۳۹۰ به‌منظور سنجش میزان گرایش به رفتارهای پرخطر ساختند. سوالات این مقیاس با طیف لیکرت از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) نمره‌گذاری می‌شوند و گرایش به رفتار پرخطر در ۷ حوزه، سیگار

جدول ۱- محتوای جلسات و پروتکل درمان متمرکز بر شفقت

جلسه	شرح جلسات
اول	برقراری رابطه درمانی، آشناکردن افراد با یکدیگر، تعریف مفاهیم مربوط به موضوع پژوهش و آسیب‌پذیری روانی ناشی از ویتیلیگو و اثرات آن بر افراد و مفهوم‌سازی درمان متمرکز بر شفقت
دوم	آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند و تمرین عملی همدلی
سوم	شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود
چهارم	پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به تغییرات
پنجم	پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش انگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف
ششم	ایجاد احساسات ارزشمند و متعالی و ارتقای آن در افراد تا بتوانند برخورد مناسب، موثر و کارآمدی با محیط داشته باشند
هفتم	آموزش مسئولیت‌پذیری به‌عنوان یکی از مولفه‌های درمان متمرکز بر شفقت برای ایجاد احساسات و دیدگاه‌های جدید و کارآمدتر
هشتم	مرور و تمرین مهارت‌های جلسات قبل برای کمک به آزمودنی‌ها جهت مقابله به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت و متغیر زندگی

^۹ Gilbert & Simos^{۱۰} De Shazer

جلسه	شرح جلسات
اول	اجرای پیش آزمون- هدف: آشنایی گروه با هم و با درمانگر گروه، بیان قواعد گروه و تعیین چهارچوبها و بیان اصول کلی درمان راه حل محور کوتاه مدت. تکلیف: شرکت کنندگان موظف شدند برای جلسه بعد هدفهای مورد نظر خود را از شرکت در جلسات نوشته و به گروه بیاورند. این اهداف باید متمرکز به تغییراتی باشد که در گروه ایجاد خواهند شد.
دوم	هدف: کمک به شرکت کنندگان تا بتوانند هدفهای خود را به صورتی مثبت، معین، ملموس و قابل اندازه گیری تدوین کنند. تکلیف: از شرکت کنندگان درخواست شد برای جلسه بعد انتظارات و هدفهای دیگری را که از خود و زندگیشان دارند بصورتی مثبت، دقیق، ملموس و قابل اندازه گیری نوشته و به جلسه آینده بیاورند.
سوم	هدف: کمک به شرکت کنندگان تا دریابند که از یک واقعه تعبیر متفاوتی وجود دارد، و بتوانند تلقی خود از مشکلات پیش آمده را به شکل مفیدتر تغییر دهند. کمک به آنها تا به قابلیتها و منابع خود پی برده و بتوانند یکدیگر را تحسین کنند. تکلیف: از اعضای گروه درخواست شد که در طول هفته جاری به هیچ وجه از خود ایراد نگیرند، و در عوض هر و کار فعالیت مثبتی که از خودشان می بینند را مورد تحسین و قدردانی قرار دهند و گزارش آن را به جلسه بیاورند.
چهارم	هدف: کمک به شرکت کنندگان تا استثنائات مثبت در زندگی خود را تشخیص داده، و بر این اساس در خودشان امید ایجاد شده و بتوانند حوزه مشکلات خود را کاهش دهند. تکلیف: از شرکت کنندگان درخواست شد که به سوالات مطرح شده بیش تر فکر کنند و لحظات استثنائی مثبت در زندگی شان را تشخیص داده و به جلسه بعد بیاورند.
پنجم	هدف: برهم زدن الگوهای رفتاری مختلی که شرکت کنندگان طراحی کرده اند با استفاده از پرسش معجزه آسا. تکلیف: از شرکت کنندگان درخواست شد درباره سوال مطرح شده در جلسه در منزل فکر کنند و پاسخها را برای جلسه بعد بیاورند.
ششم	هدف: کمک به اعضا برای این که راههای دیگری برای تفکر، احساس و رفتار به جای آنچه الان انجام می دهند را پیدا کرده، و احساسات جدیدی را تجربه کنند با استفاده از واژه مهم به جای جمع بندی و نتیجه گیری، و تعیین این که آیا اعضا به اهداف خود دست یافته اند؟ اجرای پس آزمون.

مشتمل

در مطالعه ۱۶/۸۴±۰/۷۶ سال و میانگین و تعداد تقریبی ارتکاب به خودجراحی ۵/۹۳±۱/۵۲ دفعه بود. همچنین از بین ۱۵ عضو گروه آزمایش ۱، ۵ نفر در مقطع دهم، ۶ نفر در مقطع یازدهم و ۴ نفر در مقطع دهم، از بین ۱۵ عضو گروه آزمایش ۲، ۵ نفر در مقطع دهم، ۷ نفر در مقطع یازدهم و ۳ نفر در مقطع دهم، و از بین ۱۵ عضو گروه کنترل، ۷ نفر در مقطع دهم، ۵ نفر در مقطع یازدهم و ۳ نفر در مقطع دهم مشغول به تحصیلی بودند. میانگین و انحراف معیار سن، تعداد تقریبی ارتکاب به خودجراحی و مقطع تحصیلی آزمودنیها مقایسه شده است. نتایج نشان داد که بین سه گروه از نظر سن، تعداد تقریبی ارتکاب به خودجراحی و مقطع تحصیلی تفاوت معنی داری وجود ندارد.

برای تجزیه و تحلیل آماری از نرم افزار اسپس نسخه ۲۴ استفاده شد. در این پژوهش از آزمون تحلیل واریانس یک راهه، آزمون خی دو، تحلیل واریانس با اندازه گیریهای مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده گردید. در پژوهش حاضر، سطح معناداری معادل ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

اطلاعات مربوط به ویژگیهای جمعیت شناختی دانش آموزان پسر دارای رفتارهای خودجراحی در جدول ۳ ارائه شده است. در این پژوهش هر ۱۵ نفر اعضای گروههای آزمایشی به طور کامل مداخله را دریافت کردند. میانگین و انحراف معیار سنی شرکت کنندگان

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار، و فراوانی یافته های توصیفی دانش آموزان پسر دارای رفتارهای خودجراحی شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر) آزمون: تحلیل واریانس یک راهه، خی دو، $P < ۰/۰۵$ اختلاف معنی دار

متغیر	گروه درمان متمرکز بر شفقت	گروه درمان راه حل محور کوتاه مدت	گروه کنترل	P
سن (سال) (میانگین ± انحراف معیار)	۱۶/۰±۹۳/۷۹	۱۶/۰±۸۷/۷۴	۱۶/۰±۷۳/۷۳	۰۰/۷۷۶
تعداد تقریبی ارتکاب به خودجراحی (دفعه) (میانگین ± انحراف معیار)	۵/۱±۷۳/۶۶	۶/۱±۴۰/۵۴	۵/۱±۶۷/۳۴	۰۰/۳۵۶
مقطع تحصیلی	دوم یازدهم دوازدهم	۵ (۳۳/۳ درصد) ۶ (۴۰ درصد) ۴ (۲۶/۷ درصد)	۷ (۴۶/۷ درصد) ۵ (۳۳/۳ درصد) ۳ (۲۰ درصد)	۰۰/۲۸۲

مشتمل

متغیرها در سطح خطای کوچک‌تر از (۰/۰۵) می‌توان گفت که واریانس خطای متغیر پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا نیز برقرار است.

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است، میانگین نمرات تنظیم شناختی هیجان و رفتارهای پرخطر در گروه‌های آزمایش و کنترل قبل از مداخله یکسان بوده و بعد از مداخله در گروه‌های آزمایش به‌ترتیب افزایش و کاهش داشته‌اند و این افزایش و کاهش تا چهار ماه پس از درمان و در مرحله پیگیری دارای ثبات است.

در جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای تنظیم شناختی هیجان و رفتارهای پرخطر ارائه شده است. همان‌گونه که نتایج نشان می‌دهد درمان متمرکز بر شفقت و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور منجر به بهبود معنادار تنظیم شناختی هیجان و رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان پسر دارای رفتارهای خودجرحی شده‌اند. همان‌گونه که از نتایج جدول ۵ در بعد اثر بین‌گروهی

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، آزمون کالموگروف-اسمیرنف نشان دادند که پیش‌فرض طبیعی بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد بررسی محقق شده است؛ زیرا مقادیر Z محاسبه‌شده در سطح ($P > 0.05$) معنی‌دار نبودند. در آزمون ام باکس، از آنجایی که F متغیرهای تنظیم شناختی هیجان ($F = 2/322$) و رفتارهای پرخطر ($F = 2/668$) به‌ترتیب در سطح (۰/۳۷۶) و (۰/۴۳۵) معنی‌دار نبودند، می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. از سوی دیگر، آزمون کرویت موخلی نشان دادند با توجه به این‌که مقدار کرویت موخلی (۰/۵۵۰) متغیر تنظیم شناختی هیجان در سطح خطای داده‌شده (۰/۴۳۱) و مقدار کرویت موخلی (۰/۶۰۰) متغیر رفتارهای پرخطر در سطح خطای داده‌شده (۰/۶۵۰) معنی‌دار نیست، می‌توان کرویت ماتریس واریانس-کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت؛ بنابراین، این پیش‌فرض نیز برقرار است. در آخر، نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس خطا در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که با توجه به عدم معنی‌داری مقدار F

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون انحراف معیار $\pm$ میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار $\pm$ میانگین	پیگیری انحراف معیار $\pm$ میانگین
تنظیم شناختی هیجان	آزمایش ۱	۷۴/۲۰۰/۶۴	۸۰/۳۰۴۷/۰۹	۸۰/۲۰۳۳/۹۴
	آزمایش ۲	۷۴/۳۰۸/۲۸	۸۰/۲۰۶۷/۸۹	۸۰/۲۰۴۷/۴۹
	کنترل	۷۳/۳۰۷/۹۲	۷۳/۳۰۴۷/۱۳	۷۴/۳۰۰/۳۱
	P-value	۰/۵۲۴	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
رفتارهای پرخطر	آزمایش ۱	۹۷/۳۰۲۷/۸۱	۹۱/۳۰۲۰/۴۵	۹۱/۳۰۲۷/۳۲
	آزمایش ۲	۹۷/۳۰۴۷/۳۰	۹۰/۳۰۰۷/۳۳	۹۰/۷۰۱۳/۵۴
	کنترل	۹۷/۳۰۹۳/۷۱	۹۷/۳۰۳۳/۸۳	۹۷/۳۰۱۳/۶۷
	P-value	۰/۹۵۷	۰/۰۱۰	۰/۰۱۳

نقشه

جدول ۵- تحلیل اندازه‌گیری مکرر نمره نمرات تنظیم شناختی هیجان و رفتارهای پرخطر در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌ها

نوع آزمون: تحلیل اندازه‌گیری مکرر $P < 0.05$ * اختلاف معنی‌دار

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	MS	F	P-value	مقدار اِتا
تنظیم شناختی هیجان	اثر درون گروهی	۵۲۰/۹۳۳	۲	۲۶۰/۴۶۷	۸۲/۴۵۲	۰/۰۰۱	۰/۶۶
	اثر گروه	۲۲۴/۸۸۹	۴	۵۶/۲۲۲	۱۸/۰۱۳	۰/۰۰۱	۰/۴۶
	اثر بین گروهی	۷۰۴/۰۴۴	۲	۳۵۲/۰۲۲	۱۴/۸۱۹	۰/۰۰۱	۰/۴۱
رفتارهای پرخطر	اثر درون گروهی	۶۶۲/۷۱۱	۲	۳۳۱/۳۵۶	۶۴/۹۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰
	اثر گروه	۲۴۹/۲۴۴	۴	۶۲/۳۱۱	۱۲/۲۰۹	۰/۰۰۱	۰/۳۶
	اثر بین گروهی	۶۳۶/۳۱۱	۲	۳۱۸/۱۵۶	۲/۷۰۱	۰/۰۴۵	۰/۱۱

نقشه

معنی‌دار بوده است ($P < 0/001$)؛ اما اختلاف میانگین نمرات تنظیم شناختی هیجان و رفتارهای پرخطر در گروه‌های آزمایش نسبت به یکدیگر معنی‌دار نمی‌باشد ($P > 0/05$). نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نیز حاکی از آن هستند که معنی‌داری تغییرات بین گروهی، ناشی از تفاوت تغییرات گروه درمان متمرکز بر شفقت و گروه درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور با کنترل می‌باشد؛ به‌طوری‌که هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری، نمرات تنظیم شناختی هیجان و رفتارهای پرخطر گروه‌های آزمایش به‌ترتیب افزایش و کاهش از نمره گروه کنترل داشتند؛ اما نمرات تنظیم شناختی هیجان و رفتارهای پرخطر گروه‌های آزمایش، تفاوت معنی‌داری با یکدیگر ندارند؛ بنابراین برتری درمان در پس‌آزمون و پیگیری در افزایش تنظیم شناختی هیجان و کاهش رفتارهای پرخطر به‌نفع هیچ یک از درمان‌ها نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش که به مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر تنظیم شناختی هیجان و رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان پسر دارای رفتارهای خودجرحی پرداخته شد، نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر تنظیم شناختی هیجان و رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان پسر دارای رفتارهای خودجرحی تأثیر دارد و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز ماندگار است. هم‌راستا با نتیجه مطالعه حاضر، فلاح و همکاران نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت بر تحمل پریشانی، رفتارهای پرخطر، و احساس تنهایی در دانش‌آموزان دختر دارای رفتارهای خودجرحی اثربخش است (۱۹). همچنین، همسو با نتیجه پژوهش حاضر، تابش مفرد و منصوریه به این نتیجه رسیدند که درمان متمرکز بر شفقت بر تنظیم هیجان، خودانتقادی و خشم دانش‌آموزان پسر تأثیر دارد. لازم به‌ذکر است که در هیچ پژوهشی نتایج مغایر با نتایج پژوهش حاضر به‌دست نیامده تا دلیل ناهم‌سویی را مورد بحث قرار دهیم (۲۱).

و همچنین مقایسه میانگین‌ها در جدول ۴ مشهود است، بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود داشته است؛ به این معنی که در مقایسه با گروه کنترل، مداخله در گروه‌های آزمایش منجر به بهبود معناداری هم در تنظیم شناختی هیجان و هم رفتارهای پرخطر شده است. همچنین بررسی مقایسه پیامدها در طول زمان در گروه کنترل نشان داد که بین نمرات آزمودنی‌ها در تنظیم شناختی هیجان و رفتارهای پرخطر در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود نداشت؛ به این معنی که در طول زمان بهبودی که از لحاظ آماری معنی‌دار باشد، برای این گروه حاصل نشده است. در واقع در این گروه از نظر نمرات تنظیم شناختی هیجان و رفتارهای پرخطر بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0/05$)؛ در صورتی‌که در گروه‌های آزمایش مقایسه پیامدها در طول زمان نشان داد که در هر دو متغیر تنظیم شناختی هیجان و رفتارهای پرخطر بین پیش‌آزمون نسبت به پس‌آزمون و پیش‌آزمون نسبت به پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/05$). اما بین پس‌آزمون نسبت به دوره پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0/05$). این بدین معناست که تا زمانی که مداخله بر روی دانش‌آموزان پسر دارای رفتارهای خودجرحی صورت گرفته نمرات آن‌ها در تنظیم شناختی هیجان و رفتارهای پرخطر در هر دو گروه آزمایش بهبود یافته است و پس از پایان مداخله این بهبودی ثابت مانده و تغییری نکرده است.

برای بررسی این مهم که نمرات کدام‌یک از گروه‌ها در متغیرهای تنظیم شناختی هیجان و رفتارهای پرخطر در مرحله پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت دارند، مقایسه زوجی انجام شد (جدول ۶). نتایج نشان دادند که اختلاف میانگین نمرات تنظیم شناختی هیجان و رفتارهای پرخطر گروه‌های آزمایش با گروه کنترل،

جدول ۶- مقایسه‌های زوجی برای متغیرهای پژوهش بر اساس آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر	گروه درمان متمرکز بر شفقت در مقایسه با گروه کنترل	گروه درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت در مقایسه با گروه کنترل	گروه درمان متمرکز بر شفقت در مقایسه با گروه درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت
تنظیم شناختی هیجان	تفاوت میانگین‌ها -۴/۱۳۳ ۰/۰۰۱	تفاوت میانگین‌ها -۴/۲۰۰ ۰/۰۰۱	تفاوت میانگین‌ها -۰/۰۶ ۰/۷۴۹
رفتارهای پرخطر	۴/۶۸ ۰/۰۰۱	۴/۷۱ ۰/۰۰۱	۰/۰۲ ۰/۷۶۷

نمونه

خودجرحی تأثیر دارد و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز ماندگار است. هم‌راستا با نتایج مطالعه حاضر، یاس‌فرد و همکاران نشان دادند که درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر عزت‌نفس، تنظیم شناختی هیجان و رفتار خودجرحی غیرخودکشی در دختران تأثیر دارد (۲۲). همچنین، همسو با نتیجه پژوهش حاضر، بخشی‌پور و رمضان‌زاده به این نتیجه رسیدند که درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور پرخاشگری نوجوانان اثربخش است (۲۳).

نتیجه به‌دست آمده را می‌توان این‌طور تبیین کرد که در درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور هنگامی که مراجعان به راه‌حل‌های گوناگونی برای حل مشکلات‌شان دست پیدا کردند و تغییرات کوچک را در پی به‌کارگیری این راه‌حل‌ها در زندگی و روابط‌شان ملاحظه نمودند، امیدواری برای ایجاد تغییرات بزرگ‌تری در آن‌ها ایجاد گردید. همچنین با کشف و استخراج استثنائات زندگی، افراد دریافته‌اند که زمان‌هایی در زندگی آن‌ها وجود داشته که مشکلات به این گونه که هم اکنون با آن مواجه هستند وجود نداشته یا با شدت کم‌تری وجود داشته است و پی بردند که در آن موقعیت‌ها رفتارهایی داشته‌اند و کارهایی انجام می‌داده‌اند که مشکلات کنونی وجود نداشته‌اند، حال در فرآیند جلسات درمان آموختند که هم اکنون نیز می‌توانند لحظه‌های استثنایی بدون مشکل در زندگی‌شان را دوباره ایجاد نمایند (۳۵). در جلسات درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور به دانش‌آموزان پسر دارای رفتارهای خودجرحی کمک شد تا خود برای مشکلات شخصی و روابط بین‌فردی خود راه‌حل‌های جدیدی پیدا کنند و با این احساس که خود قادر به کاهش مشکلات‌شان هستند، تنظیم شناختی هیجان آن‌ها افزایش و رفتارهای پرخطرشان کاهش پیدا کرد.

این پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور موجب افزایش تنظیم شناختی هیجان و کاهش رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان پسر دارای رفتارهای خودجرحی شده‌اند و اثربخشی آن‌ها متفاوت از هم نیست. این دو رویکرد درمانی با کاربرد اصول، مبانی و فنون خاص و ویژه خود توانسته‌اند به دانش‌آموزان پسر دارای رفتارهای خودجرحی کمک کنند تا مشکلات برآمده از خودجرحی را بهتر پذیرش کنند و برای آن راه‌حل‌هایی بسازند که این امر سبب شده تا بهتر با آن مقابله کنند، که متعاقباً تنظیم شناختی آنان افزایش پیدا کرده و رفتارهای پرخطرشان کم‌تر شده است.

نمونه‌های پژوهش حاضر برحسب هر دو جنسیت، وضعیت اقتصادی و نوع شخصیت آزمودنی‌ها مورد بررسی قرار نگرفته، که این موارد جزو محدودیت‌های پژوهش حاضر است. همچنین در این مطالعه جمع‌آوری

خودجرحی یک نگرانی سلامت روان با عواقب بالقوه شدید است (۴). برای موثر بودن مداخلات روان‌شناختی باید به کارکردهای اساسی خودجرحی، که عموماً شامل تنظیم شناخت و تنظیم شناختی هیجان است، رسیدگی شود. در واقع، برای پیشگیری از چنین رفتارهایی، آموزش مهارت در جهت مدیریت عوامل بیرونی که منجر به یک زمینه اجتماعی یا پیامد معین می‌شود، سودمند است. این نشان‌دهنده استفاده از یک مداخله رفتاری مانند بازداري متقابل است انجام یک رفتار منحصر به فرد متقابل که با غلبه بر شرم درونی در خود تداخل دارد (۱۸). این فعالیت اساس هسته اصلی درمان متمرکز بر شفقت است (۳۲). شفقت به خود نوعی هماهنگی کارکردی نسبت به نقش‌های برجسته‌ای است که عوامل زمینه‌ای در زندگی دیگران و خودمان ایفا می‌کنند و با وسواس درونی که نتیجه انگ یا شرم است ناسازگار است. درمان متمرکز بر شفقت مجموعه‌ای از تکنیک‌ها است که ممکن است در انواع تکنیک‌های درمانی سازگار گنجانده شود. بنابراین، درمان متمرکز بر شفقت به‌طور قابل‌توجهی شفقت به خود را افزایش می‌دهد. آموزش افرادی که به شرم، خودجرحی یا گناه زندگی می‌کنند برای بهبود عملکرد انطباقی آن‌ها بسیار ضروری است (۳۳). یکی از حوزه‌های مورد تأکید در درمان مبتنی بر شفقت همدلی و گسترش علاقه به‌دیگران است که در جلسات درمانی مورد تأکید قرار گرفتند. گسترش بخشش و همدلی با دیگران نهایتاً منجر به افزایش شبکه حمایت اجتماعی در افراد می‌شود. این موضوع در سایر مطالعات نیز مورد تأکید قرار گرفته است (۱۵). اثرگذاری این درمان بر تنظیم شناختی هیجان و رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان پسر دارای رفتارهای خودجرحی شرکت‌کننده در این پژوهش می‌تواند از مسیر اثرگذاری بر گسترش و غنی‌سازی روابط اجتماعی بیمار باشد. از سوی دیگر، تفسیر مجدد رویدادها با توجه به شرایط اصلاح‌شده سبب افزایش سرزندگی که به‌نوبه خود باعث افزایش تنظیم شناختی هیجان و کاهش رفتارهای پرخطر در طی گذراندن آموزش می‌شود. همچنین به‌کارگیری مداخلات ذهن‌آگاهانه و تمرینات آرام‌بخشی یکی دیگر از حوزه‌های مورد تأکید در این درمان بود. اثرگذاری این تکنیک‌ها بر متغیرهای پژوهش در تحقیقات گذشته نشان داده شده است. به‌نظر می‌رسد تکنیک‌ها و اصول درمان مبتنی بر شفقت با افزایش همدلی و احساس خود-بخشودگی بر روند پذیرش بیماری اثرگذار است (۳۴).

علاوه بر این، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر تنظیم شناختی هیجان و رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان پسر دارای رفتارهای

تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت مالی هیچ نهاد یا سازمانی انجام نشده و با هزینه شخصی صورت گرفته است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر تقدیر و تشکر نمایند. کد اخلاق پژوهش حاضر (IR.TABRIZU.REC.1402.621) بود.

داده‌ها توسط پرسشنامه انجام شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، سوگیری در پاسخدهی محتمل است. به پژوهشگران محترم پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر را در جوامع آماری مختلف و در سایر شهرها اجرا کنند، از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز بهره ببرند، و آزمودنی‌ها را برحسب وضعیت اقتصادی و نوع شخصیت نیز هم‌تاسازی کنند.

منابع

1. Dick AS, Lopez DA, Watts AL, Heeringa S, Reuter C, Bartsch H, et al. Meaningful associations in the adolescent brain cognitive development study. *Neuroimage* 2021; 15(2): 118-127.
2. Gu H, Ma P, Xia T. Childhood emotional abuse and adolescent nonsuicidal self-injury: the mediating role of identity confusion and moderating role of rumination. *Child Abuse & Neglect* 2020; 106(12): 104474.
3. Wu R, Huang J, Ying J, Gao Q, Guo J, You J. Behavioral inhibition/approach systems and adolescent nonsuicidal self-injury: The chain mediating effects of difficulty in emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences* 2021; 175(11): 110718.
4. Bettis AH, Liu RT, Walsh BW, Klonsky ED. Treatments for Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Youth: Progress and Challenges. *The Journal of Adolescent Health*. 2020; 5(3): 354-64.
5. Sfeir E, Geara C, Hallit S, Obeid S. Alexithymia, aggressive behavior and depression among Lebanese adolescents: A cross-sectional study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2020; 14(1): 1-7.
6. McEvoy D, Brannigan R, Cooke L, Butler E, Walsh C, Arensman E, et al. Risk and protective factors for self-harm in adolescents and young adults: An umbrella review of systematic reviews. *Journal of Psychiatric Research* 2023; 168: 353-80.
7. Gross JJ. *Handbook of Emotion Regulation*. 2nd edition. New York: Guilford Publications, 2015: 74.
8. Xue M, Cong B, Ye Y. Cognitive emotion regulation for improved mental health: A chain mediation study of Chinese high school students. *Frontiers in Psychology* 2022; 13: 1041969.
9. Mitchell E, Rosario-Williams B, Yeshchenko I, Miranda R. Cognitive emotion regulation strategies among emerging adults with different self-harm histories. *Journal of Affective Disorders Reports* 2023; 14: 10063.
10. Sefidrood M, Hobbi MB. The Role of Attachment Styles and Cognitive Emotion Regulation in Predicting the Tendency to High-Risk Behaviors in Adolescents. *International Journal of Applied Behavioral Sciences* 2023; 10(1): 1-8.
11. Eckstrand KL, Choukas-Bradley S, Mohanty A, Cross M, Allen NB, Silk JS, et al. Heightened activity in social reward networks is associated with adolescents' risky sexual behaviors. *Developmental Cognitive Neuroscience* 2017; 27: 1-9.
12. Champion KE, Mather M, Spring B, Kay-Lambkin F, Teesson M, Newton NC. Clustering of multiple risk behaviors among a sample of 18-year-old Australians and associations with mental health outcomes: a latent class analysis. *Frontiers in Public Health* 2018; 6: 135-42.
13. Fox J, White PJ, Macdonald N, Weber J, McClure M, Fidler S, et al. Reductions in HIV transmission risk behaviour following diagnosis of primary HIV infection: a cohort of high-risk men who have sex with men. *HIV Medicine* 2009; 10(7): 432-38.
14. Doğru H. Psychopathological Differences Between Self-Injurious Behaviors and Suicide Attempts in Adolescents. *Eurasian Journal of Medicine* 2023; 55(1): 37-42.
15. Gilbert P, Simos G. *Compassion focused therapy: Clinical practice and applications*. Routledge; 2020: 17.
16. Chen S. An online solution focused brief therapy for adolescent anxiety during the novel coronavirus disease (COVID-19) pandemic: a structured summary of a study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2020; 21(1): 403.
17. Roshany Golanbar M, Rashidi R, Smkhani Akbarinejhad H. The Efficacy of Compassion-Focused Therapy on Emotional Regulation and Psychological Health in Obese Women. *Shefaye Khatam* 2024; 12(2): 21-30.
18. Millard LA, Wan MW, Smith DM, Wittkowski A. The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis.

Journal of Affective Disorders 2023; 326: 168-92.

19. Fallah A, Heydari Sh, Emadian SO. Comparing the Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction and Compassion-Focused Therapy on Distress Tolerance, High-Risk Behaviors and Feelings of Loneliness in Students with Self-Injurious Behaviors. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences 2023; 11(2): 99-113.

20. Khashanian F, Khodabakhshi-Koolaei A, Taghvaei D, Ahghar G. Comparing the effectiveness of two group therapies compassion-focused therapy and positive-oriented Therapy on empathy and feelings of happiness in adolescent girls with a background of self-injury. Iranian Journal of Pediatric Nursing 2023; 9(3): 40-51.

21. Tabesh Mofrad N, Mansouriyeh N. The effectiveness of compassion-based therapy in regulating emotion, self-criticism and anger in male students second secondary level. Journal of Psychological Science 2023; 22(130): 2041-058.

22. Yasfard G, Abaspour Azar Z, Hosseini Almadani S A. Comparing the Effectiveness of group Dialectical Behavior Therapy and Solution-Focused Brief Therapy on Self-Esteem, Cognitive-Emotional Regulation and Non-Suicidal Self-Injury in daughters. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion 2020; 7(4): 343-58.

23. Bakhshipoor B, Ramezanzadeh S. The Effect of Solution-Focused Brief Therapy on Aggression in Children and Adolescents. Quarterly Journal of Psychological Studies 2016; 12(3): 141-56.

24. Cory G, Cory M S. Group Therapy. (Translated by Seifullah Bahari, Bayramali Ranjgar, Hamid reza Hosseinsahi Baravati, Malek Mirhashimi & Siamak Naghshbandi). Tehran: Ravan. 2017.

25. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. Personality and Individual Differences 2006; 40: 1659-69.

26. Hasani J. Reliability and validity of Persian of the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). Journal of clinical psychology 2010; 24: 139-52.

27. Andami Khoshk A, Golzari M. Role of Nine Strategies of Cognitive Emotion Regulation in the Prediction of Resilience. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology 2013; 7(27): 57-66.

28. Rahbar Karbasdehi F, Hosseinkhanzadeh A A, Shakerinia I. The Effectiveness of Schema Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Social Self- Efficacy in Adolescents with Epilepsy. Shefaye Khatam 2021; 9(3): 64-72.

29. Eshaghi Moghaddam Kate Shamshir F, Abdollahi M H, Shahgholian M. Comparison of Early Maladjusted Schemas, Hidden Anxiety, and Cognitive Regulation of Emotion in Normal and Delinquency Juveniles. Shefaye Khatam 2015; 3(4): 31-40.

30. Zadeh Mohammadi A, Ahmadabadi Z, Heidari M. Construction and Assessment of Psychometric Features of Iranian Adolescents Risk-Taking Scale. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psycholog 2011; 17(3): 218-25.

31. De Shazer S. Words were originally magic. 1nd ed. New York: Norton; 1994. p30.

32. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. British journal of clinical psychology 2014; 53(1): 6-41.

33. Amirkhani M, Ghorbanshiroudi S, Bahri MZ, Seyed Alinaghi S. Mindfulness-Based Compassion-Focused Therapy and a Comparison of Effectiveness of Stress Reduction Program on Self-Compassion of HIV Positive Patients. Journal of Iranian Medical Council 2021; 4(4): 311-21.

34. Albertson ER, Neff KD, Dill-Shackleford KE. SelfCompassion and Body Dissatisfaction in Women: A Randomized Controlled Trial of a Brief Meditation Intervention. Mindfulness 2015; 6(3): 444-54.

35. Kim H. Client growth and alliance development in solution-focused brief family therapy. Unpublished PhD. Thesis, The State University of New York at Buffalo 2006:44.