

اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر تحمل روانی و سندرم شناختی - توجهی نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۲۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۳۰

خلاصه

مقدمه: رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان به‌طور جدی سلامت روانی آنان را تهدید می‌کند، زیرا این رفتارها علاوه بر تشدید هیجانات منفی، می‌تواند به شکل‌گیری چرخه‌ای معیوب از تنظیم هیجان ناسازگارانه منجر شده و این روند عزت نفس، حل مسئله و تمرکز را مختل کرده و آنان را در معرض افکار خودکشی قرار دهد. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر تحمل روانی و سندرم شناختی - توجهی نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر کاربردی، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری شامل نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ به مرکز مشاوره اداره کل آموزش و پرورش استان اصفهان مراجعه کرده بودند. در این پژوهش تعداد ۳۲ نوجوان دختر دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۱۶ نوجوان در گروه آزمایش و ۱۶ نوجوان در گروه گواه). نوجوانان حاضر در گروه آزمایش درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر را طی پنج هفته در ده جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند. در این پژوهش از پرسشنامه رفتارهای خودآسیب‌رسان (SHBQ)، پرسشنامه تحمل روانی (PTQ) و پرسشنامه سندرم شناختی - توجهی (CASQ) استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده با تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بون‌فرونی با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS²³ تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: نتایج نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر تحمل روانی ($P < 0.0001$) و سندرم شناختی - توجهی ($P < 0.0001$) نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان تأثیر معنادار دارد. این نتایج در دوره دو ماهه پیگیری نیز پایداری خود را حفظ کرده بود.

نتیجه گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش، درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با هدف قرار دادن مکانیزم‌های مشترک اختلالات هیجانی، به نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان کمک کرده است تا تحمل روانی خود را در برابر هیجانات منفی افزایش دهند و در نتیجه به‌جای اقدام به خودآسیبی، از راهبردهای سازگارانه‌تری برای تنظیم هیجان استفاده کنند. همچنین کاهش سندرم شناختی - توجهی نشان می‌دهد که این درمان توانسته است توجه متمرکز بر خود و نشخوار فکری منفی را در این نوجوانان کاهش دهد و پایداری این نتایج در دوره پیگیری دو ماهه حاکی از آن است که اثرات درمانی فراتشخیصی یکپارچه‌نگر فراتر از بهبود موقت بوده و به تغییرات پایدار در ساختارهای شناختی-هیجانی منجر شده است.

کلمات کلیدی: تحمل روانی، درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر، رفتارهای خودآسیب‌رسان، سندرم شناختی - توجهی

مسلم اصلی آزاد^{۱*}

حمیدرضا نوربخش^۲

زهرایاری^۳

^۱ دکترای تخصصی روان‌شناسی، واحد اصفهان، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)

^۲ دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

^۳ کارشناسی ارشد مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

Email: azzad2020@gmail.com

مقدمه

افراد در دوره تحولی نوجوانی^۱ با عوامل استرس‌زای متعددی مواجه می‌شوند که آنان در معرض رفتارهای نابهنجار قرار می‌دهد (لو^۲ و همکاران، ۲۰۲۴). یکی از رفتارهای مخربی که نوجوانان در اثر عوامل فشارزای درونی و بیرونی مرتکب می‌شوند، رفتارهای خودآسیب‌رسان^۳ است (ادواردز^۴ و همکاران، ۲۰۲۴). رفتارهای خودآسیب‌رسان به‌عنوان تخریب عمدی و خودخواسته بافت بدن و برای اهدافی که از نظر اجتماعی مجاز نیست، تعریف می‌شود و شامل رفتارهایی مانند برش، سوزش، گاز گرفتن و خاراندن پوست می‌باشد (دوان^۵ و همکاران، ۲۰۲۵). در حوزه روان‌شناسی مرضی رفتارهای خودآسیب‌رسان از گذشته به‌عنوان نشانه برخی از اختلالات روانی همچون اختلال شخصیت مرزی^۶ (رافون^۷ و همکاران، ۲۰۲۶) و اختلال‌های کنترل تکانه و سلوک^۸ (آیاند^۹ و همکاران، ۲۰۲۶) در نظر گرفته شده‌اند. مین^{۱۰} و همکاران (۲۰۲۶) پیشنهاد کرده‌اند رفتارهای خودآسیب‌رسان به‌صورت پیوستاری مطرح شود که یک سر آن رفتارهای خودآسیب‌رسان غیرمستقیم همچون سیگار کشیدن و اختلالات خوردن قرار دارند و سر دیگر آن رفتارهای خودآسیب‌رسان مستقیم مانند خودجرحی^{۱۱}. رفتارهای خودآسیب‌رسان در این بافت، نه تنها یک علامت، بلکه یک راهبرد ناکارآمد و مخرب اما ضروری برای مقابله با این آشفتگی غیرقابل تحمل تلقی می‌گردد. این رفتارها به‌طور پارادوکسیکال هم تلاشی برای تنظیم هیجان و خروج از حالت کرختی هیجانی هستند و هم راهی برای ابراز و

عینیت بخشیدن به درد روانی ای که بیان آن در قالب کلمات ناممکن به نظر می‌رسد (دیفنباچ^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۶). رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان دختر اغلب به‌عنوان راهبردی ناسازگارانه برای فرار از هیجانات شدید و غیرقابل تحمل شکل می‌گیرند، به این معنا که وقتی فرد توانایی تحمل روانی^{۱۳} کافی برای مواجهه با درد هیجانی را ندارد (وینستون^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۴)، آسیب به خود به‌طور موقت تنش را کاهش می‌دهد و همین تسکین کوتاه‌مدت، چرخه خودآسیبی را تقویت می‌کند (بیللو^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۴). تحمل روانی به‌عنوان توانایی فرد در تحمل، پذیرش و مدیریت هیجانات منفی و پریشانی‌های روانی بدون توسل به رفتارهای اجتنابی یا مخرب تعریف می‌شود و شامل مؤلفه‌هایی مانند تحمل پریشانی، پذیرش هیجانی و خودتنظیمی هیجانی است (شی^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۵). بنابراین، هرچه تحمل روانی نوجوان پایین‌تر باشد، احتمال گرایش به رفتارهای خودآسیب‌رسان به‌عنوان یک مکانیزم تنظیم هیجان ناکارآمد افزایش می‌یابد و در مقابل، تقویت تحمل روانی می‌تواند به کاهش این رفتارها و جایگزینی راهبردهای سازگارانه‌تر منجر شود (بجاره‌د^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۴).

رفتارهای خودآسیب‌رسان به دلایل متعددی از جمله ناتوانی در تنظیم هیجانات شدید، تجربه‌های آسیب‌زای دوران کودکی، الگوهای ناسازگارانه خانواده، عدم مهارت‌های حل مسئله و تنظیم هیجان، و نیز گرایش به اجتناب از تجربه‌های درونی دردناک، می‌تواند زمینه‌ساز شکل‌گیری و تشدید سندرم شناختی- توجهی^{۱۸} در نوجوانان شود. سندرم شناختی- توجهی به مجموعه‌ای از فرایندهای شناختی ناسازگارانه و به‌هم‌پیوسته اشاره دارد که شامل نشخوار فکری (بازگشت مکرر و اجباری ذهن به افکار و هیجانات منفی)، نگرانی مرضی (اشتغال ذهنی

1. Adolescent

2. Lu

3. Self-harm behaviors

4. Edwards

5. Doan

6. Borderline personality disorder

7. Raffone

8. Impulse control and behavior disorders

9. Iyanda

10. Min

11. self injury

12. Diefenbach

13. psychological tolerance

14. Winstone

15. Bilello

16. Shi

17. Bjärehed

18. cognitive-attentional syndrome

مداوم با احتمالات منفی و فاجعه‌آمیز آینده)، توجه متمرکز بر خود (معطوف شدن افراطی توجه به حالات درونی، احساسات و واکنش‌های جسمانی خود) و سوگیری توجه به تهدید (تمایل به تشخیص و پردازش سریع‌تر محرک‌های تهدیدآمیز در محیط) می‌شود (سلیم^۱ و همکاران، ۲۰۲۵). این فرایندها با همکاری یکدیگر، فرد را در چرخه‌ای بسته و خودتقویت‌کننده از پردازش منفی و تکراری گرفتار می‌کنند؛ به گونه‌ای که هر فکر منفی، فکر منفی دیگری را فعال کرده و فرد قادر به رهایی از این چرخه نیست (کارامان^۲ و همکاران، ۲۰۲۵). در نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان، این سندرم نقش محوری و تعیین‌کننده دارد، زیرا توجه افراطی به خود و نشخوار فکری مداوم درباره هیجانات منفی، آستانه تحمل فرد را به شدت کاهش داده و پریشانی روانی را تشدید می‌کند (دوان و همکاران، ۲۰۲۵). در چنین وضعیتی، نوجوان احساس می‌کند که هیچ راهی برای فرار از این افکار آزارنده ندارد و خودآسیبی به عنوان راهی برای قطع این چرخه شناختی-هیجانی، تخلیه تنش انباشته و فرار موقت از افکار آزارنده به کار می‌رود؛ زیرا آسیب جسمانی، توجه را از درد روانی به درد جسمانی منحرف می‌کند و تسکین کوتاه‌مدتی ایجاد می‌کند (ادواردز و همکاران، ۲۰۲۴).

تاکنون روش‌های مداخله‌ای مختلفی برای نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان به کار گرفته شده است. یکی از مداخلات روانشناختی، جدید درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر^۳ است. نتایج پژوهش پان^۴ و همکاران (۲۰۲۴)، مهردادفر و همکاران (۲۰۲۳)، کندی^۵ و همکاران (۲۰۲۳)، شاو، هالیدی و انریچ-مای^۶ (۲۰۲۰)؛ ساندین^۷ و همکاران (۲۰۲۰)؛ شرمان و انریچ-مای^۸ (۲۰۲۰)؛ اخهارت^۹ و همکاران (۲۰۱۹)؛ کندی،

بیلک و انریچ-مای^{۱۰} (۲۰۱۹)؛ شرفی، جعفری و بهرامی (۱۴۰۲)؛ گوهری، حسینی‌المدنی و افکاری (۱۴۰۲)؛ قاسم‌زاده و همکاران (۱۴۰۰)؛ محمدی، نهنگ و حسینی (۱۳۹۸) و عثمانی و شکری (۱۳۹۸) نشان داده است که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر در بهبود مولفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و ارتباطی افراد مختلف به خصوص کودکان و نوجوانان دارای کارآبی است. درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر یک رویکرد شناختی-رفتاری مبتنی بر هیجان است که برخلاف درمان‌های اختلال‌محور سنتی، بر مکانیزم‌های زیربنایی مشترک در اختلالات هیجانی متمرکز است (لائو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۳). منطق اصلی این درمان آن است که بسیاری از مشکلات روان‌شناختی از راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه مانند اجتناب تجربه‌ای، نشخوار فکری و سرکوب هیجانی ناشی می‌شوند که فرد را در چرخه‌ای معیوب گرفتار می‌کند (پریس-باکرو^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۳). این درمان شامل مؤلفه‌های اصلی مانند افزایش انگیزه، آموزش روان‌شناختی درباره ماهیت هیجان‌ها، آموزش آگاهی هیجانی، ارزیابی مجدد شناختی، شناسایی و پیشگیری از اجتناب هیجانی و رفتاری، مواجهه با احساس‌های بدنی و پیشگیری از عود است (کندی و همکاران، ۲۰۲۳). هدف نهایی این درمان، پرورش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است تا فرد بتواند به جای اجتناب از تجارب هیجانی ناخوشایند، آن‌ها را بپذیرد و به شیوه‌ای سازگارانه‌تر مدیریت کند (شرمان و انریچ-مای، ۲۰۲۰).

در حوزه ضرورت مطالعه حاضر باید گفت رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان دختر یکی از مهم‌ترین چالش‌های سلامت روان است که به دلیل ناتوانی در تنظیم هیجانات شدید، اجتناب تجربه‌ای و کاهش تحمل روانی شکل می‌گیرد. در ایران، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نوجوانان دختر دارای این رفتارها سطوح پایینی از تحمل روانی و سطوح بالایی از سندرم شناختی-توجهی شامل نشخوار فکری و توجه متمرکز بر خود دارند که زمینه‌ساز چرخه‌ای معیوب از پریشانی و رفتارهای

1. Salim

2. Karaman

3. unified protocol for transdiagnostic treatment

4. Pan

5. Kennedy

6. Shaw, Halliday, Ehrenreich-May

7. Sandin

8. Sherman, Ehrenreich-May

9. Eckhardt

10. Kennedy, Bilek, Ehrenreich-May

11. Lau

12. Peris-Baquero

مخرب می‌شود. درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با هدف قرار دادن مکانیزم‌های مشترک هیجانی مانند تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، رویکردی نویدبخش برای این جمعیت محسوب می‌شود. با این حال، بررسی پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که اگرچه اثربخشی این درمان بر تنظیم هیجان و خوددنی تأیید شده است، اما تأثیر آن بر متغیرهای شناختی-هیجانی خاص مانند تحمل روانی و سندرم شناختی- توجهی در نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان به‌طور مستقل و نظام‌مند بررسی نشده است. اکثر مطالعات موجود بر اختلالات اضطرابی و افسردگی متمرکز بوده‌اند و مطالعات محدودی که در زمینه خودآسیبی انجام شده‌اند، بیشتر بر تنظیم هیجان و فراوانی رفتار خودآسیبی تأکید داشته‌اند. این در حالی است که تحمل روانی و سندرم شناختی- توجهی به‌عنوان سازه‌های کلیدی در تداوم رفتارهای خودآسیب‌رسان، نیازمند بررسی هدفمند هستند تا مشخص شود آیا درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر می‌تواند از طریق کاهش نشخوار فکری و توجه متمرکز بر خود، تحمل روانی نوجوانان دختر را افزایش دهد و به کاهش خودآسیبی منجر شود. بنابراین، انجام پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر تحمل روانی و سندرم شناختی- توجهی نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان، ضروری به نظر می‌رسد تا خلأ پژوهشی موجود در این زمینه پر شود و شواهد تجربی برای طراحی مداخلات مؤثرتر فراهم گردد.

روش کار

این پژوهش با روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. دوره پیگیری نیز دوماهه اجرا شد. جامعه آماری شامل نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ به مرکز مشاوره اداره کل آموزش و پرورش استان اصفهان مراجعه کرده بودند. در پژوهش حاضر با توجه به ملاک‌های ورود و خروج از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین صورت که با مراجعه به مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی اداره کل آموزش و پرورش استان اصفهان، نوجوانان دختر ۱۳ تا ۱۸ ساله

دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان مراجعه‌کننده به این مرکز مورد شناسایی قرار گرفتند. سپس این افراد به وسیله پرسشنامه رفتارهای خودآسیب‌رسان نیز مورد غربالگری قرار گرفتند. بدین صورت که افرادی می‌توانند وارد پژوهش شوند که نمره بالاتر از ۳۹ (نمره برش پرسشنامه) در پرسشنامه رفتارهای خودآسیب‌رسان کسب کنند. با این افراد مصاحبه بالینی کوتاه نیز صورت پذیرفت. سپس تعداد ۳۶ نوجوان دختری که شرایط ذکر شده را دارا بوده، انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند (۱۸ دختر نوجوان در گروه آزمایش و ۱۸ دختر نوجوان در گروه آزمایش). سپس دختران نوجوان حاضر در گروه آزمایش درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر را در طی پنج هفته دریافت نمودند. این در حالی بود که نوجوانان حاضر در گروه گواه مداخلات حاضر را در طول پژوهش دریافت نکرده و در انتظار دریافت مداخلات حاضر بودند. پس از اتمام جلسات پس‌آزمون اجرا و برای اطمینان از ثبات نتایج مرحله پیگیری نیز پس از دو ماه اجرا شد. پس از شروع مداخله تعداد ۲ نوجوان در گروه آزمایش و ۲ نوجوان در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. بر این اساس تعداد ۳۲ نوجوان دختر دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان در پژوهش باقی ماندند (۱۶ نوجوان در گروه آزمایش و ۱۶ نوجوان در گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل کسب نمره بالاتر از ۳۹ در پرسشنامه رفتارهای خودآسیب‌رسان، جنسیت دختر، داشتن سن ۱۸-۱۳ سال، رضایت نوجوان جهت شرکت در پژوهش و عدم دریافت مداخله روان‌شناختی همزمان بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس، عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش و وقوع حادثه پیش‌بینی نشده موثر بود.

ابزارهای سنجش

پرسشنامه رفتارهای خودآسیب‌رسان (SHBQ):^۱
پرسشنامه رفتارهای خودآسیب‌رسان توسط کلونسکی و گلن^۲

^۱. Self-Harm Behaviors Questionnaire

مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای استفاده از الکل و ماری‌جوانا و همچنین استفاده از آنها برای بهبود، رابطه منفی دارد (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). در پژوهش اسماعیلی‌نسب و همکاران (۱۳۹۳) آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۶ به دست آمد. همچنین میزان روایی سازه پرسشنامه نیز در ایران ۰/۸۴ محاسبه شد (اسماعیلی‌نسب و همکاران، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسشنامه سندرم شناختی - توجهی^۷ (CSAQ): پرسشنامه سندرم شناختی - توجهی در ۱۶ سوال به منظور ارزیابی فعال شدن سندرم شناختی توجهی توسط فرگاس^۸ و همکاران (۲۰۱۲) تدوین شده است. دو سؤال اول این پرسشنامه به ترتیب میزان فراوانی نگرانی بیمار و توجه وی را بر موارد تهدید کننده می‌سنجد و شش ماده بعدی با فراوانی راهبردهای که افراد برای مقابله با احساسات و افکار منفی به کار می‌برند ارتباط دارد. پاسخ به این ۸ ماده بر اساس مقیاس ۸ درجه‌ای لیکرتی از صفر تا ۸ صورت می‌گیرد. هشت ماده بعدی میزان اعتقاد فرد به هر یک از باورهای فراشناختی درباره سندرم شناختی / توجهی را بر اساس مقیاس صفر تا ۱۰۰ درجه‌بندی می‌کند. نمرات کلی پرسشنامه سندرم شناختی / توجهی از مجموع تمام ۱۶ ماده به دست می‌آید. به نحوی که کمترین نمره صفر و بیشترین ۱۲۸ است. کسب نمره بالاتر در این پرسشنامه نشانه فعال‌سازی بیشتر سندرم شناختی توجهی است. فرگاس و همکاران (۲۰۱۲) روایی سازه این پرسشنامه را ۰/۹۱ و پایایی آن را نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش کرده است. فرخی و سهرابی (۱۳۹۶) در ایران هنجاریابی این پرسشنامه را انجام دادند. این پژوهشگران با اجرای این پرسشنامه در جامعه ۴۷۲ نفری از دانشجویان گزارش کردند که پایایی پرسشنامه سندرم شناختی - توجهی با استفاده از روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی با فاصله زمانی ۵۰ روزه مورد تحلیل قرار گرفت و ضرایب همبستگی آن به ترتیب ۰/۸۹ و

(۲۰۰۹) ساخته شده و دارای ۳۹ گویه‌ای است که انگیزه‌های رفتارهای خودآسیب‌رسان را ارزیابی می‌کند و دو انگیزه درون فردی^۱ و بین فردی^۲ را می‌سنجد. پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت ۳ درجه‌ای مرتبط نیست (۰)، تا حدودی مرتبط است (۱) و کاملاً مرتبط است (۲) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه امتیاز این پرسشنامه بین صفر تا ۷۸ است. هر چه امتیاز حاصل شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان دهنده میزان بیشتر خودآسیب‌رسانی کارکردی بدون خودکشی خواهد بود و بالعکس. کسب نمرات بالاتر از ۳۹ نشان دهنده وجود رفتارهای خودآسیب‌رسان در فرد است (کلونسکی و گلن، ۲۰۰۹). توسط کلونسکی و گلن (۲۰۰۹) آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۳، ضریب اعتبار بازآزمایی^۳ پرسشنامه را در طول یک سال ۰/۷۶ و روایی سازه^۴ را ۰/۸۹ گزارش کردند. در ایران خانی‌پور و همکاران (۱۳۹۵) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه رفتارهای خودآسیب‌رسان را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و میزان روایی سازه آن را ۰/۸۸ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شد.

پرسشنامه تحمل روانی (PTQ): پرسشنامه تحمل روانی به وسیله سیمونز و گاهر^۶ (۲۰۰۵) تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۱۵ پرسش است که بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند (نمره یک تا ۵). کمترین نمره در این پرسشنامه ۱۵ و بالاترین نمره ۷۵ است. نمره‌های بالا در این پرسشنامه نشان دهنده قدرت تحمل روانی بالا است. در پژوهش سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضرایب آلفای کرونباخ در راستای بررسی پایایی پرسشنامه ۰/۸۲ گزارش شد. همبستگی گویه‌های این پرسشنامه با نمره کل پرسشنامه، ۰/۶۱ بود. همچنین، مشخص شده که این پرسشنامه دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است. این مقیاس با پذیرش خلق رابطه مثبت و با

2. Klonsky, Glenn

1. Intrapersonal motivation

2. Interpersonal motivation

3. Test-retest reliability coefficient

4. Construct validity

5. Psychological tolerance Questionnaire

6. Simons & Gaher

7. Cognitive-Attentional Syndrome Questionnaire

8. Ferguson

۰/۸۴ به دست آمد. روایی پرسشنامه سندرم شناختی- توجهی با استفاده از روش تحلیل عاملی و روایی سازه با اجرای پرسشنامه باورهای فراشناختی^۱ (MCQ) (ولز و کرترايت- هاتون^۲، ۲۰۰۴) و پرسشنامه نشخوار فکری^۳ (RS) (نولن- هوکسما و مورو^۴، ۱۹۹۱) برآورد شد. بین پرسشنامه سندرم شناختی- توجهی با پرسشنامه باورهای فراشناختی و پرسشنامه نشخوار فکری ضریب همبستگی مثبت و معنادار (۸۶۶/۰) و (۸۹۸/۰) در سطح معناداری ۰/۰۰۱ به دست آمد. همچنین نتایج تحلیل عامل اکتشافی نشان داد که سوالات پرسشنامه سندرم شناختی- توجهی در کل ۷۷ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کند. در پژوهش حاضر نیز پایایی با استفاده از ضریب آلفای فکرونیباخ ۰/۷۵ محاسبه شد. اول افزایش انگیزه و

روند اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوزهای لازم و انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، نوجوانان دختر انتخاب شده (۳۶ نوجوان دختر ۱۳ تا ۱۸ سال دارای رفتارهای خود آسیب‌رسان^۵ نشویند) تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شناختی (۱۸ نوجوان دختر در گروه آزمایش و ۱۸ نوجوان دختر در گروه گواه). سپس نوجوانان دختر حاضر در گروه مداخله و نوجوانان دختر حاضر در گروه کنترل را در طول سوم جلسه اول آزمایش به صورت هفته‌ای دو جلسه و به مدت پنج هفته دریافت نمودند، این در حالی بود که نوجوانان حاضر در گروه گواه مداخلات حاضر را در طول پژوهش دریافت نکردند و در اوقات فراغت مداخلات حاضر بودند. پس از اتمام جلسات پرسش‌های مین افیوژن^۶ و برای اطمینان از ثبات نتایج مرحله پیگیری نیز پلنک^۷ و فیلو^۸ اجرا شد. پس از شروع مداخله تعداد ۲ نوجوان در گروه آف‌فکیش و ۲ نوجوان در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. بر این اساس تعداد ۳۲ نوجوان دختر از نوجوانان حاضر در پژوهش باقی ماندند (۱۶ نوجوان در گروه آزمایش و ۱۶ نوجوان در گروه گواه). جلسات مداخله‌ای درمان ششم بررسی رفتارهای

فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر گرفته از پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بارلو (۲۰۱۸) است. این در حالی بود که این پروتکل در ایران نیز توسط قاسم زاده و سالک ابراهیمی (۱۴۰۰) مورد ترجمه و کیفیت آن در پژوهش قاسم زاده و همکاران (۱۴۰۰) تایید شده است. لازم به ذکر است که فرم شرکت رضایت آگاهانه جهت حضور در پژوهش به تمام شرکت‌کنندگان در پژوهش (هم نوجوانان حاضر در گروه آزمایش و هم نوجوانان حاضر در گروه گواه) ارائه داده شد تا آنان با رضایت کامل و آگاهانه در پژوهش حضور یابند.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه

محتوا

مصاحبه انگیزشی برای بررسی مزایا و معایب تغییر و تقویت خودکارآمدی نوجوان انجام می‌شود، منطق درمان فراتشخیصی و ماهیت هیجانی رفتارهای خود آسیب‌رسان توضیح داده شده و اهداف درمانی به صورت مشارکتی تعیین می‌گردد.

نوجوان با ماهیت هیجان‌ها، مؤلفه‌های سه گانه تجربه هیجانی (افکار، احساسات جسمانی، رفتارها) و نقش اجتناب در تداوم پریشانی آشنا می‌شود و مدل ARC برای درک چرخه هیجانی- رفتاری آموزش داده می‌شود.

مهارت مشاهده غیرقضاوتی تجارب هیجانی با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی آموزش داده می‌شود تا نوجوان بتواند افکار، احساسات جسمانی و تمایلات رفتاری مرتبط با خودآسیبی را در لحظه وقوع شناسایی کند.

ارتباط متقابل افکار و هیجان‌ها آموزش داده می‌شود، ارزیابی‌های ناسازگارانه خودکار و دام‌های تفکر شناسایی شده و تکنیک‌های ارزیابی مجدد شناختی برای ایجاد تفسیرهای جایگزین تمرین می‌گردد.

نوجوان با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان (مانند سرکوب، انکار، خودآسیبی) و اثرات متناقض آنها آشنا می‌شود و درک می‌کند که خودآسیبی نوعی اجتناب تجربه‌ای است که پریشانی را در بلندمدت تشدید می‌کند.

رفتارهای ناسازگارانه ناشی از هیجان (مانند خودآسیبی) شناسایی شده و گرایش‌های عمل جایگزین سازگارانه از طریق مواجهه با موقعیت‌های هیجانی آموزش داده می‌شود.

۱. Meta-Cognitions Questionnaire

۲. Wells, Cartwright-Hatton

۳. Rumination Questionnaire

۴. Nolen-Hoeksema, Morrow

۵. Self-Harm Questionnaire

۶. Minors

۷. Planck

۸. Filo

تفاوت‌های معنی‌داری بین نوجوانان $2/66 \pm 15/68$ و در گروه گواه
 تمایزات معنی‌داری بین نوجوانان حاضر در پژوهش
 واکفا (معدل $2/25$) و نوجوانان (معدل $31/25$)
 موقعیت‌های مختلف بودند. میانگین و انحراف
 تهاجمی و انحراف معیار در مراحل پیش
 و عقب‌نشینی و انحراف معیار به تفکیک دو گروه آزمایش و
 تمرین می‌گردد.

۲: میانگین و انحراف استاندارد تحمل روانی و

انجام تمرین‌های مواجهه با موقعیت‌های دشوارتر ادامه می‌یابد و نوجوان تجارب

خود را پردازش شناختی مجدد کرده و مهارت‌های کسب‌شده گراوردها

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

نقش احساسات جسمانی در تجارب هیجانی آموزش داده می‌شود و
 تمرین‌های مواجهه احساسی برای افزایش تحمل احساسات بدنی ناخوشایند
 انجام می‌گیرد.

مناطق مواجهه هیجانی توضیح داده می‌شود، سلسله‌مراتب ترس و اجتناب
 تهیه شده و تمرین‌های مواجهه جسمی و عینی با موقعیت‌های هیجانی
 طراحی می‌گردد.

تمرین‌های مواجهه با موقعیت‌های دشوارتر ادامه می‌یابد و نوجوان تجارب

خود را پردازش شناختی مجدد کرده و مهارت‌های کسب‌شده گراوردها

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

موقعیت‌های واقعی به کار می‌گیرد.

1. Shapiro-Wilk test

2. Levine test

3. Mauchly's Test

4. Mixed variance analysis

5. Bonferroni follow-up test

جدول ۳. تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی برای متغیرهای تحمل روانی و سندرم شناختی- توجهی

متغیر	مجموع	درجه	میانگین	مقدار f	مقدار p	اندازه	توان
	مجذورات	آزادی	مجذورات			اثر	آزمون
تحمل	۷۵۳/۶۴	۲	۳۷۶/۸۲	۴۱/۷۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸	۱
روانی	۲۴۷۰/۵۱	۱	۲۴۷۰/۵۱	۲۶/۴۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷	۱
تعامل زمان و گروه	۹۴۱/۳۹	۲	۴۷۰/۶۹	۵۲/۲۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳	۱
خطا	۵۴۰/۹۵	۶۰	۹/۰۱				
سندرم	۴۹۹/۱۸	۲	۲۴۹/۵۹	۴۷/۰۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱	۱
شناختی-	۱۰۹۳/۵۰	۱	۱۰۹۳/۵۰	۲۸/۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹	۱
توجهی	۶۹۹/۴۳	۲	۳۴۹/۷۲	۶۵/۹۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸	۱
خطا	۳۱۸/۰۴	۶۰	۵/۳۰				

نشان داد که نوع درمان دریافتی (درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر) در مراحل مختلف ارزیابی هم بر تحمل روانی و سندرم شناختی- توجهی نوجوانان دختر با رفتارهای خودآسیب‌رسان تاثیر معنادار داشته و به ترتیب ۵۱ و ۵۶ درصد از تفاوت در نمرات تحمل روانی و سندرم شناختی- توجهی نوجوانان دختر با رفتارهای خودآسیب‌رسان را تبیین می‌کند. جهت بررسی کفایت حجم نمونه نیز توان آماری ۱۰۰ درصدی نشانگر آن بود که دقت آماری و کافی بودن حجم نمونه در این پژوهش و نتایج وجود دارد. در ادامه تحلیل استنباطی، جدول ۴ نشان دهنده تفاوت زوجی نمرات متغیرهای وابسته بر اساس مرحله ارزیابی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) با بهره‌گیری از آزمون تعقیبی بون‌فرونی است.

نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته که در جدول شماره ۳ ارائه شده است، بیانگر آن بود که بر اساس ضرایب F به دست آمده، عامل مداخله‌گر زمان یا مراحل ارزیابی (پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری) توانسته اثر معناداری بر نمرات تحمل روانی و سندرم شناختی- توجهی نوجوانان دختر با رفتارهای خودآسیب‌رسان داشته و به ترتیب ۵۸ و ۶۱ از تفاوت در واریانس‌های نمرات تحمل روانی و سندرم شناختی- توجهی نوجوانان دختر با رفتارهای خودآسیب‌رسان را تبیین می‌کند. علاوه بر این، عامل عضویت گروهی (درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر) یا نوع درمان دریافتی هم بر تحمل روانی و سندرم شناختی- توجهی نوجوانان دختر با رفتارهای خودآسیب‌رسان تاثیر معنادار داشته و به ترتیب ۴۷ و ۴۹ درصد از تفاوت در نمرات تحمل روانی و سندرم شناختی- توجهی نوجوانان دختر با رفتارهای خودآسیب‌رسان را تبیین می‌کند. از طرفی نتایج

جدول ۴. تفاوت زوجی نمرات متغیرهای وابسته بر اساس مرحله ارزیابی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) با بهره‌گیری از آزمون

تعقیبی بون‌فرونی

متغیر	مرحله مبنا	مرحله مورد مقایسه	تفاوت	خطای انحراف	معناداری
	(میانگین)	(میانگین)	میانگین ها	معیار	
تحمل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۶/۰۹	۰/۹۳	۰/۰۰۰۱
روانی	پیش‌آزمون	پیگیری	-۵/۷۸	۰/۸۶	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۶/۰۹	۰/۹۳	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	۰/۳۱	۰/۲۸	۰/۸۵

سندرم	پیش آزمون	پس آزمون	۵	۰/۷۳	۰/۰۰۰۱
شناختی -		پیگیری	۴/۶۵	۰/۶۵	۰/۰۰۰۱
توجهی	پس آزمون	پیش آزمون	-۵	۰/۷۳	۰/۰۰۰۱
	پیگیری		-۰/۳۴	۰/۶۵	۰/۱۹

نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بون فرونی در جدول ۴ حاکی از آن است که نمرات متغیرهای وابسته پژوهش (تحمل روانی و سندرم شناختی - توجهی) در مرحله پس آزمون و پیگیری در مقایسه با ابتدای پژوهش (مرحله پیش آزمون) تفاوت دارد. بدان معنا که مداخله به کار گرفته شده در این پژوهش (درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر) میانگین نمرات متغیرهای وابسته پژوهش (تحمل روانی و سندرم شناختی - توجهی) را در دو مرحله پس از مداخله (پس آزمون و پیگیری) نسبت به مرحله پیش آزمون تغییر معنادار داده است. اما این تغییرات در مقایسه مراحل پس آزمون با پیگیری وجود ندارد. چرا که اثر مداخله توانسته ماندگار باشد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر بر تحمل روانی و سندرم شناختی - توجهی نوجوانان دختر با رفتارهای خود آسیب رسان انجام شد. نتایج نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر بر تحمل روانی و سندرم شناختی - توجهی نوجوانان دختر با رفتارهای خود آسیب رسان تأثیر معنادار داشته و توانسته تحمل روانی نوجوانان دختر با رفتارهای خود آسیب رسان را بهبود و میزان سندرم شناختی - توجهی را کاهش دهد. اولین یافته مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر بر تحمل روانی نوجوانان دختر با رفتارهای خود آسیب رسان با نتایج پژوهش پیشین همسو بود. اولین یافته مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر بر تحمل روانی نوجوانان دختر با رفتارهای خود آسیب رسان با نتایج پژوهش پیشین همسو بود. پان و همکاران (۲۰۲۴) در نتایج پژوهش خود نشان دادند که درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر می تواند منجر به بهبود عملکرد فردی، هیجانی و اجتماعی نوجوانان شود. علاوه

بر این ساندین و همکاران (۲۰۲۰) گزارش کردند که درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر می تواند مشکلات هیجانی و اجتماعی کودکان و نوجوانان را کاهش دهد. همچنین کندی، بیلک و ارنریچ - مای (۲۰۱۹) دریافتند که درمان فراتشخیصی یکپارچه - نگر طی دوره ای دو ماهه قادر است مشکلات ارتباطی و هیجانی کودکان را کاهش دهد. در پژوهش های داخلی عثمانی و شکری (۱۳۹۸) گزارش کردند که درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر در دوره مرحله پس آزمون و پیگیری قادر است بر نظم جویی شناختی هیجان و همدلی شناختی و اجتماعی نوجوانان دارای اختلال رفتار برونی سازی موثر واقع گردد.

یافته اول پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر بر افزایش تحمل روانی نوجوانان دختر دارای رفتارهای خود آسیب رسان را می توان بر پایه مدل های فراتشخیصی و شواهد مربوط به مکانیزم های زیربنایی خود آسیبی تبیین کرد. خود آسیبی اغلب به عنوان راهبردی ناسازگارانه برای تنظیم هیجانات شدید و اجتناب از تجارب درونی آزارنده به کار می رود، به گونه ای که فرد با تحمل روانی پایین، توانایی مواجهه سازگارانه با پریشانی را ندارد و به رفتارهای خود آسیب رسان به عنوان راهی برای تسکین موقت روی می آورد (دوان و همکاران، ۲۰۲۵). تحمل روانی به عنوان توانایی تجربه و تحمل هیجانات منفی بدون توسل به رفتارهای ناسازگارانه تعریف می شود و پژوهش ها نشان داده اند که سطوح پایین آن با گرایش بیشتر به خود آسیبی مرتبط است (وینستون و همکاران، ۲۰۲۴). درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر با هدف قرار دادن مکانیزم های مشترک هیجانی مانند اجتناب تجربه ای، عدم تحمل پریشانی و راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه، به طور مستقیم بر این سازه ها اثر می گذارد. این درمان از طریق مؤلفه هایی مانند آگاهی هیجانی، ارزیابی مجدد شناختی، مواجهه با هیجانات و کاهش اجتناب، ظرفیت نوجوان را برای

فراگیر تایید کرده‌اند. در نهایت محمدی، نهنگ و حسینی (۱۳۹۸) گزارش کردند که درمان فراتشخیص یکپارچه‌نگر قادر است خودپنداشت درونی دانش‌آموزان دارای علائم افسردگی را افزایش و آشفتگی روان‌شناختی را آنان را به شکلی معنادار کاهش دهد.

یافته پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر کاهش سندرم شناختی- توجهی نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان را می‌توان بر پایه مدل‌های فراتشخیصی و شواهد مربوط به مکانیزم‌های شناختی مشترک تبیین کرد. سندرم شناختی- توجهی به مجموعه‌ای از فرایندهای ناسازگارانه شامل نشخوار فکری، نگرانی مرضی، توجه متمرکز بر خود و سوگیری توجه به تهدید اشاره دارد که فرد را در چرخه‌ای بسته از پردازش منفی و تکراری گرفتار می‌کند (سلیم و همکاران، ۲۰۲۵). درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با هدف قرار دادن مکانیزم‌های مشترک شناختی-هیجانی، مستقیماً بر این فرایندها اثر می‌گذارد. مؤلفه‌های اصلی این درمان از جمله آگاهی هیجانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و ارزیابی مجدد افکار، به‌طور مستقیم نشخوار فکری و نگرانی مرضی را کاهش می‌دهند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر به‌طور معنادار نگرانی و نشخوار فکری را کاهش می‌دهد (مهردادفر و همکاران، ۲۰۲۳) و این متغیرها به‌عنوان پیش‌بین‌های تغییر درمانی عمل می‌کنند. بنابراین، کاهش سندرم شناختی- توجهی را می‌توان نتیجه هدفمند بودن این درمان بر فرایندهای شناختی تکراری و منفی دانست. در تبیینی دیگر باید گفت از منظر شناختی، این درمان با آموزش مشاهده غیرقضاوتی افکار و کاهش همجوشی شناختی، توجه متمرکز بر خود و سوگیری توجه به تهدید را کاهش می‌دهد و فرد را قادر می‌سازد به‌جای درگیر شدن با افکار منفی، آنها را به‌عنوان رویدادهای ذهنی گذرا بپذیرد (اخهارت و همکاران، ۲۰۱۹). چنانکه درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با افزایش بینش فراشناختی و انعطاف‌پذیری رفتاری، افکار منفی تکراری را کاهش می‌دهد. همچنین، کاهش اجتناب تجربه‌ای به‌عنوان یکی از مکانیزم‌های کلیدی این درمان، موجب می‌شود

تحمل پریشانی و پذیرش تجارب درونی افزایش می‌دهد. در همین راستا، شواهد نشان می‌دهد که پروتکل یکپارچه با ایجاد بهبود در تنظیم هیجان و کاهش آشفتگی هیجانی، از میزان اجتناب شناختی و هیجانی می‌کاهد و با افزایش تحمل هیجان منفی، رفتارهای هیجان‌خاست مانند خودآسیبی را کاهش می‌دهد. همچنین باید گفت درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با آموزش مواجهه هیجانی و اصلاح ارزیابی‌های شناختی، چرخه تقویت منفی خودآسیبی را مختل می‌کند (کندی، بیلک و ارنریچ- مای، ۲۰۱۹) و از این طریق انعطاف‌پذیری هیجانی نوجوان را افزایش می‌دهد. بنابراین، بهبود تحمل روانی در نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان را می‌توان نتیجه افزایش ظرفیت آنان برای مواجهه سازگارانه با هیجانات منفی، کاهش اجتناب تجربه‌ای و شکستن چرخه معیوب تنظیم هیجان ناسازگارانه دانست که در نهایت به کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان منجر می‌شود.

یافته دوم مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر سندرم شناختی- توجهی نوجوانان دختر با رفتارهای خودآسیب‌رسان، با نتایج پژوهش پیشین همسو بود. بر همین اساس مهردادفر و همکاران (۲۰۲۳) نشان دادند که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر مهارت‌های عاطفی-اجتماعی و تعامل والد-کودک در کودکان مدرسه‌ای موثر است. در پژوهشی دیگر کندی و همکاران (۲۰۲۳) دریافتند که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر منجر به افزایش ادراک توانمندی درونی کودکان می‌شود. همچنین در دیگر پژوهش‌ها، هالیدی و ارنریچ- مای (۲۰۲۰) گزارش کردند که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر می‌تواند نشانه‌های اختلال وسواس فکری- عملی کودکان را کاهش داده و در مقابل سلامت روانی و هیجانی آنان را بهبود بخشد. علاوه بر این اخهارت و همکاران (۲۰۱۹) در نتایج پژوهش خود نشان دادند که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر، مشکلات هیجانی کودکان را به شکلی موثر کاهش می‌دهد. در پژوهش‌های داخلی نیز شرفی، جعفری و بهرامی (۱۴۰۲) اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه را بر علائم افسردگی و اضطراب نوجوانان دارای اختلال اضطراب

نوجوان به جای فرار از افکار آزارنده از طریق خودآسیبی، آنها را بپذیرد و مدیریت کند. در مجموع، کاهش سندرم شناختی-توجهی در نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان را می‌توان نتیجه افزایش ظرفیت فراشناختی، کاهش نشخوار فکری و اصلاح سوگیری‌های توجهی دانست که در نهایت چرخه شناختی-هیجانی تداوم‌بخش خودآسیبی را مختل می‌کند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود: از جمله محدود بودن جامعه آماری به نوجوانان دختر ۱۳ تا ۱۸ ساله مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره اداره کل آموزش و پرورش استان اصفهان که تعمیم نتایج به سایر مناطق، شهرها و گروه‌های سنی دیگر را با احتیاط همراه می‌سازد. همچنین، استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و عدم گمارش تصادفی کامل نمونه‌ها، احتمال سوگیری انتخاب را افزایش می‌دهد. محدودیت دیگر، عدم امکان کنترل کامل متغیرهای مداخله‌گر مانند وضعیت خانوادگی، مصرف دارو و رویدادهای استرس‌زای زندگی در طول دوره پژوهش بود. علاوه بر این، خودگزارشی بودن ابزارهای پژوهش و احتمال سوگیری پاسخ‌دهی نوجوانان نیز از محدودیت‌های قابل توجه است. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر از مناطق مختلف و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی انجام شوند تا

منابع

تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد. همچنین، پیشنهاد می‌گردد اثربخشی این درمان بر سایر متغیرهای شناختی-هیجانی مانند خودشفقت‌وری، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی نوجوانان بررسی شود و مقایسه آن با سایر رویکردهای درمانی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری انجام گیرد. در سطح کاربردی، پیشنهاد می‌شود درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر در مراکز مشاوره مدارس و مراکز درمانی برای نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان به کار گرفته شود و روان‌شناسان و مشاوران مدارس با این پروتکل آموزش ببینند. همچنین، طراحی برنامه‌های پیشگیری مدرسه‌محور مبتنی بر مؤلفه‌های این درمان، برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای والدین و معلمان درباره شناسایی نشانه‌های خودآسیبی و ارجاع به موقع، و تدوین پروتکل‌های بومی‌سازی شده متناسب با فرهنگ ایرانی از جمله اقدامات مؤثر در کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان محسوب می‌شود.

حمایت مالی و تعارض منافع

هیچ سازمان دولتی و خصوصی از این پژوهش حمایت مالی نکرده است. در این پژوهش هیچ تعارض منافع توسط نویسندگان گزارش نشده است.

- اسماعیلی‌نسب، م.، اندامی خشک، ع.، آزر می، ه.، و ثمرخی، ا. (۱۳۹۳). نقش بینی‌کنندگی دشواری در تنظیم هیجان و تحمل‌پریشانی در اعتیادپذیری دانشجویان. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۸(۲۹)، ۶۳-۴۹.
- خانی‌پور، ح.، برجعلی، ا.، فلسفی‌نژاد، م.ر. (۱۳۹۵). خودجراحی بدون خودکشی در نوجوانان بزه‌کار و نوجوانان با سابقه بدرفتاری دوران کودکی: انگیزه‌ها و احتمال خودکشی. فصلنامه افراد استثنایی، ۶(۲۱)، ۸۰-۵۹.
- شرفی، م.ر.، جعفری، د.، و بهرامی، م. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان شناختی رفتاری بر علائم افسردگی و اضطراب نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر. تحقیقات علوم رفتاری، ۲۱(۱)، ۱۳۸-۱۵۰.
- عثمانی، ه.، شکری، ل. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نظم‌جویی شناختی هیجان و همدلی شناختی دانش‌آموزان با اختلال رفتار برونی‌سازی شده. توانمندسازی کودکان استثنایی، ۱۰(۱)، ۱۲۵-۱۳۶.
- فرخی، ح.، و سهرابی، ف. (۱۳۹۶). بررسی ساختار عاملی، اعتبار و پایایی فرم فارسی مقیاس سندرم شناختی-توجهی. فصلنامه روان‌شناسی تحلیلی-شناختی، ۸(۳۰)، ۹-۱۵.
- قاسم‌زاده، س.، نقش، ز.، غلامی فشارکی، م.، شفیع، ا. (۱۴۰۰). اثربخشی برنامه درمان فراتشخیصی بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش افسردگی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک: یک مطالعه تجربی. مجله علوم اعصاب شفای خاتم، ۹(۴)، ۷۱-۸۰.

- گوهری، ش.، حسینی المدنی، س.ع.، افکاری، ف. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک‌محور بر ناگویی هیجانی کودکان طلاق با دشواری در خودنظم‌دهی هیجانی. پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی، ۱۴(۲)، ۱۹۴-۱۷۹.
- محمدی، ر.، نهنگ، ع.ا.، حسینی، م.ا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فراتشخیص یکپارچه بر خودپنداشت و آشفتگی روان‌شناختی دانش‌آموزان دارای علائم افسردگی. فصلنامه سلامت روان کودک، ۶(۴)، ۱۰۸-۱۱۸.
- Bilello, D., Townsend, O.E., Broome, M.R., Armstrong, G., Heyes, S.B. (2024). Friendships and peer relationships and self-harm ideation and behaviour among young people: a systematic review and narrative synthesis. *The Lancet Psychiatry*, 11(8), 633-657.
- Bjärehed, J., Grenner, H., Pavlovic, S., Nilsson, M. (2024). It is harder for me: A thematic analysis of lived experience of self-care, and its relationship with self-injurious behaviors in psychiatric patients. *Qualitative Research in Medicine & Healthcare*, 8, 1254-1258.
- Candido, R., Nicolucci, A., Larosa, M., Rossi, M.C., Napoli, R. (2024). Treatment intensification following glucagon-like peptide-1 receptor agonist in type 2 diabetes: Comparative effectiveness analyses between free vs. fixed combination of GLP-1 RA and basal insulin. RESTORE-G real-world study. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 34(8), 1846-1853.
- Diefenbach, G.J., Hord, C.M., Rudd, M.D., Tolin, D.F. (2026). Acute effects of inpatient brief cognitive-behavioral therapy for suicide prevention on non-suicidal self-injury: Exploring the association with improved distress tolerance. *Journal of Affective Disorders*, 400, 1211-1215.
- Doan, U., Hong, D., & Hitchcock, C. (2025). Please, just talk to me: Self-disclosure mediates the effect of autobiographical memory specificity on adolescent self-harm and depressive symptoms in a UK population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 376, 10-17.
- Eckhardt, S., Martell, C., Lowe, K.D., Grange, D., Ehrenreich-May, J. (2019). An ARFID case report combining family-based treatment with the unified protocol for Transdiagnostic treatment of emotional disorders in children. *Journal of Eating Disorder*, 34, 154-165.
- Edwards, B., Taylor, M., Gray, M. (2024). The influence of natural disasters and multiple natural disasters on self-harm and suicidal behavior: findings from a nationally representative cohort study of Australian adolescents. *Population Health*, 25, 115-120.
- Fergus, T.A., Bardeen, J.R., Orcutt, H.K. (2012). Attention control moderates the relationship between activation of the cognitive intentional syndrome and symptoms of psychopathology. *Press Individual Different*, 53(3), 213-217.
- Iyanda, A., Iyanda, O., Salami, T. (2026). Associations between family and peer self-harm exposure and self-harm behaviors among young adults: Findings from the SSNE study. *Journal of Affective Disorders*, 407, 1217-1222.
- Karaman, A.K., Sarigedik, E., Eryılmaz, O.K., Küçükdağ, M., Naldemir, I.F. (2025). Cerebral blood flow differences in cognitive disengagement syndrome and attention deficit hyperactivity disorder: Doppler ultrasonography findings. *Journal of Psychiatric Research*, 182, 161-166.
- Kennedy, S.M., Bilek, E.L., Ehrenreich-May, J. (2019). A Randomized Controlled Pilot Trial of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children. *Behavior Modification*, 43(3), 330-360.
- Kennedy, S.M., Wilkie, D.P., Henry, L., Moe-Hartman, J., President, K., Townson, K., Anthony, L.G., Hawks, J.L., (2023). The Unified Protocols for Children and Adolescents in Partial Hospitalization: Using Implementation Science Frameworks to Guide Adaptation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 30(3), 367-383.
- Klonsky, E.D. & Glenn, C.G. (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, 215-219.
- Lu, J., Ye, Y., Lou, J., Zhu, H., & Zhou, X. (2024). Associations between unintentional injuries and deliberate self-harm behaviors of children and adolescents: A school-based cross-sectional survey. *General Hospital Psychiatry*, 86, 67-74.
- Mehrdadfar, M., Ghasemzadeh, S., Ghobari-Bonab, B., Hasanzadeh, S., Vakili, S. (2023). Effectiveness of unified protocols for online transdiagnostic treatment on social-emotional skills and parent-child interaction in school-aged children with cochlear implants. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 167, 1114-1118.

- Min, M.O., Rose, D.M., Lehman, C., Freitag, M., Mitchell, J. (2026). Suicidal ideation and self-harming behaviors in treatment-seeking young children. *Children and Youth Services Review*, 180, 1087-1091.
- Pan, M., Liu, X., Gao, X., Fu, Z., Liu, L., Li, H., Wang, Y., Qian, Q. (2024). Feasibility, Acceptability, and Preliminary Efficacy of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents in China: A Pilot Study. *Behavior Therapy*, In Press, Corrected Proof.
- Raffone, F., Mazzoni, F., Ciechi, A.D., Girone, N., Macellaro, M., Martinotti, G., Dell'Osso, B., Olivola, M., Martiadis, V. (2026). Esketamine in treatment-resistant depression with and without comorbid borderline personality disorder: A real-world longitudinal study of suicidal ideation and self-harm. *Asian Journal of Psychiatry*, 120, 1049-1053.
- Salim, O., Bauducco, S., Norell, A., Callesen, P. (2025). Metacognitive therapy for insomnia: An open cohort study on clinical outcomes and the role of cognitive-attentional syndrome factors in insomnia. *Sleep Medicine*, 10, 1001-1006.
- Sandín, B., Julia, G., Valiente, M., Espinosa, V. (2020). Clinical Utility of an Internet-Delivered Version of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (iUP-A): A Pilot Open Trial. *International Journal Environment Research Public Health*, 10(6), 1-17.
- Shaw, A.M., Halliday, E.R., Ehrenreich-May, J. (2020). The effect of transdiagnostic emotion-focused treatment on obsessive-compulsive symptoms in children and adolescents. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 26, 1005-1009.
- Sherman, J.A., Ehrenreich-May, J. (2020). Changes in Risk Factors During the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents. *Behavior Therapy*, 51(6), 869-881.
- Shi, J., Liu, Y., Xu, W., Tang, Y. (2025). The influence of ambiguity tolerance on psychological well-being: The roles of interest-type epistemic curiosity and wisdom. *Acta Psychologica*, 261, 1059-1063.
- Simons, J.S., & Gaher, R.M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102.
- Winstone, L., Heron, J., John, A., Kirtley, O., Moran, P., Muehlenkamp, J., O'Connor, R.C., Mars, B. (2024). Ecological Momentary Assessment of Self-Harm Thoughts and Behaviors: Systematic Review of Constructs From the Integrated Motivational-Volitional Model. *JMIR Mental Health*, 11, 1024-1028.

Original Article

The Effectiveness of Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment on Psychological Tolerance and Cognitive-Attentional Syndrome in Adolescent Girls with Self- Harm Behaviors

Received: 12/03/2025 - Accepted: 20/05/2025

Moslem Asli Azad^{1*}

Hamid Reza Nourbakhsh²

Zahra Yari³

¹ PhD in Psychology, Isfahan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)

² PhD Student in Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran.

³ Ma in Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

Email: azzad2020@gmail.com

Abstract

Introduction and purpose: Self-harming behaviors in adolescents pose a serious threat to their mental health; beyond intensifying negative emotions, these behaviors can establish a vicious cycle of maladaptive emotion regulation. This process impairs self-esteem, problem-solving abilities, and concentration, while also increasing vulnerability to suicidal ideation. According to this the present study was conducted to investigate the effectiveness of unified protocol for transdiagnostic treatment on Psychological Tolerance and Cognitive-Attentional Syndrome in Adolescent Girls with Self- Harm Behaviors.

Methodology: The current study was a semi-experimental application with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The statistical population consisted of adolescent girls with self-harming behaviors who visited the counseling center of the General Directorate of Education in Isfahan Province during the 2024–2025 academic year. In this study, 32 adolescent girls with self-harming behaviors were selected using purposive sampling and randomly assigned to either an experimental group or a control group (16 participants in the experimental group and 16 in the control group). The adolescents in the experimental group received the unified protocol for transdiagnostic treatment during five weeks in ten 75-minute sessions. In this study, the Self-Harm Behavior Questionnaire (SHBQ), the Psychological Tolerance Questionnaire (PTQ), and the Cognitive-Attentional Syndrome Questionnaire (CASQ) were used. were used in the present study. The data were analyzed through mixed ANOVA and Bonferroni post hoc test via SPSS23 software.

Findings: The results showed that unified protocol for transdiagnostic treatment has significant effect on psychological tolerance ($P < 0.0001$) and the cognitive-attentional syndrome ($P < 0.0001$) in adolescent girls with self-harming behaviors. These results remained stable during the two-month follow-up period.

Conclusion: Based on the research findings, an unified protocol for transdiagnostic treatment by targeting the shared mechanisms underlying emotional disorders has helped adolescents with self-harming behaviors to increase their psychological tolerance for negative emotions. Consequently, instead of resorting to self-harm, they have adopted more adaptive emotion regulation strategies. Furthermore, the reduction in the Cognitive-Attentional Syndrome indicates that this intervention has successfully decreased self-focused attention and negative rumination in these adolescents. The persistence of these results at the two-month follow-up suggests that the effects of the unified protocol for transdiagnostic treatment extend beyond temporary improvement, leading to enduring changes in cognitive-emotional structures.

Key words: Unified Protocol for Transdiagnostic Treatmentm, Psychological Tolerance, Cognitive-Attentional Syndrome, Self- Harm Behavior