

مقاله اصلی

اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر نشخوار فکری و احساس حقارت دختران نوجوان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۲۷ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۲۹

خلاصه

مقدمه: رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان اغلب به منظور کاهش هیجان‌های منفی حاد یا تنبیه خود بروز می‌یابند. این رفتارها در دختران نوجوان شیوع بیشتری داشته و به‌طور معناداری با نشخوار فکری و احساس حقارت همبسته هستند. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر نشخوار فکری و احساس حقارت دختران نوجوان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی، از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ تشکیل دادند. در این پژوهش تعداد ۳۶ نوجوان دختر خودآسیب‌رسان با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۱۹ نوجوان در گروه آزمایش و ۱۷ نوجوان در گروه گواه). نوجوانان حاضر در گروه آزمایش درمان هیجان‌مدار را طی ده هفته در ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. در این پژوهش از پرسشنامه رفتارهای خودآسیب‌رسان (SHBQ)، نشخوار فکری (RQ) و احساس حقارت (IFQ) استفاده شد. داده‌های با تحلیل واریانس آمیخته با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS23 تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر نشخوار فکری ($P < 0.001$) و احساس حقارت ($P < 0.001$) نوجوانان دختر با رفتارهای خودآسیب‌رسان تأثیر معنادار دارد.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش درمان هیجان‌مدار با استفاده از مفهوم‌سازی آگاهی هیجانی و معرفی روش‌های دستیابی به آن، ایجاد تغییر هیجانی و ایجاد هیجان خودتسکینی مقابله‌ای قادر است به عنوان یک روش کارآمد جهت کاهش نشخوار فکری و احساس حقارت دختران نوجوان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی: احساس حقارت، دختران نوجوان، رفتارهای خودآسیب‌رسان، درمان هیجان‌مدار، نشخوار فکری

فاطمه ناظم الرعایا^۱

طیبه شریفی^{۲*}

محمد قاسمی پیر بلوطی^۳

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

^۲ استاد، گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

Email: Ta.sharifi@iau.ac.ir

مقدمه

رفتارهای خود آسیب‌رسان به عنوان یکی از رفتارهای مخرب دوره نوجوانی از جمله رفتارهایی است که فرد به صورت مستقیم به بخش‌های مختلف بدن خود آسیب زده، اما انگیزه خودکشی در این آسیب وجود ندارد (ادواردز، تیلور و گرای^۱، ۲۰۲۴). محرک‌های منفی، عدم موفقیت در اهداف و از دست دادن محرک‌های مثبت به عنوان عوامل اساسی در ایجاد رفتارهای انحرافی محسوب می‌شود که می‌توان به متغیرهای مرتبط با سرزنش، حقارت، مشکلات هیجانی را برای ارتکاب رفتارهای خود آسیب‌رسان توجه کرد (چنگ^۲ و همکاران، ۲۰۲۵). به گونه‌ای که نوجوانان با رفتارهای خود آسیب‌رسان اغلب نشخوار فکری^۳ بالایی را گزارش می‌دهند (کودگاسنر^۴ و همکاران، ۲۰۲۱). چنانکه چایچی و محب (۱۴۰۳) گزارش کرده‌اند که نوجوانان دارای رفتارهای خود آسیب‌رسان به دلیل مشغولیت ذهنی دائمی با مشکلات شناختی و محیطی خود، به شکل افراطی در آمیختگی افکار و نشخوار فکری را تجربه می‌کنند. در تعریف نشخوار فکری می‌توان آن را به صورت افکاری تکراری، مقاوم، عودکننده و کنترل‌ناپذیر دانست که حول یک موضوع معمول است و این افکار به صورت غیرارادی به آگاهی وارد شده و موضوعات و اهداف فعلی افراد را منحرف می‌کند (کارپنتر و اولوی^۵، ۲۰۲۳). نشخوار فکری به صورت هدف‌دار نیست (چن^۶ و همکاران، ۲۰۲۳). از این‌رو می‌توان انتظار داشت که با تمرکز کردن بر افکار منفی و تکرار این هیجانات منفی در نتیجه فرد برای گریز از این هیجانات و تسکین آنها اقدام به رفتارهای خود آسیب‌رسان می‌کند (عباسی آبرزگه و همکاران، ۱۴۰۲).

از سویی دیگر نوجوانان با رفتارهای خود آسیب‌رسان معمولاً با چالش‌های اجتماعی و روان‌شناختی متعددی مواجه هستند. یکی

از این چالش‌ها، احساس حقارت^۷ است، چرا که این افراد اغلب به دلیل رفتارهای خود آسیب‌رسان، مورد قضاوت و طرد از سوی همسالان و اجتماع قرار می‌گیرند (موسلیفا^۸ و همکاران، ۲۰۲۴). این طرد اجتماعی می‌تواند به احساس حقارت، شرم و کم‌ارزشی در نوجوانان منجر شود (کاگوا^۹ و همکاران، ۲۰۲۴). طرد اجتماعی یا واپس‌زنی اجتماعی هنگامی اتفاق می‌افتد که یک فرد به صورت آگاهانه از یک رابطه اجتماعی یا تعامل اجتماعی طرد می‌شود (فاکویا^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰). در موضوع طرد، یک فرد توسط افراد یا گروهی از مردم رانده می‌شود. تجربه طرد شدن موجب شکل‌گیری پیامدهای روانی نامطلوب مانند تنهایی، عزت‌نفس پایین، پرخاشگری و افسردگی می‌شود. از سویی دیگر طرد اجتماعی زمینه احساس ناامنی و افزایش حساسیت نسبت به طرد شدن در آینده را ایجاد می‌کند (آکدوگان و سیمسیر^{۱۱}، ۲۰۲۲). از سویی دیگر احساس حقارت پاسخ به شکست‌ها، کام‌نایافتگی‌ها و کم‌ارزش شدن است (تاملا و سیمسک^{۱۲}، ۲۰۲۱). با توجه به آنچه مطرح شده است، نداشتن حمایت و پذیرش اجتماعی می‌تواند بر سلامت روان این نوجوانان تأثیر منفی بگذارد و زمینه‌ساز تداوم رفتارهای خود آسیب‌رسان شود (چن^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۴).

با توجه به اینکه نوجوانان دختر با رفتارهای خود آسیب‌رسان اغلب مشکلات هیجانی و تنش‌های روان‌شناختی مختلفی را تجربه می‌کنند، بنابراین توجه به رویکردهای مؤثر درمانی می‌تواند آسیب‌های پیش‌رو را در نوجوانان کاهش دهد. در میان درمان‌های مطرح شده، یکی از درمان‌های مؤثر (بر پایه نقص نوجوانان دارای رفتارهای خود آسیب‌رسان در خودتنظیمی هیجان) می‌تواند درمان هیجان‌مدار^{۱۴} باشد. این در حالی است که نتایج پژوهش هنربخش و همکاران (۱۴۰۰)، مبشر و همکاران (۱۴۰۰)، مستاجران، جزایری و فاتحی زاده (۱۴۰۰)،

⁷. inferiority feeling

⁸. Musslifah

⁹. Kaggwa

¹⁰. Fakoya

¹¹. Akdoğan, Çimşir

¹². Tümlü, Şimşek

¹³. Chen

¹⁴. Emotion-focused therapy

¹. Edwards, Taylor, Gray

². Cheng

³. rumination

⁴. Kothgassner

⁵. Carpenter, Alloway

⁶. Chen

بهوندی، خیاطان و گل‌پرور (۱۴۰۱)، مینایی (۱۴۰۱)، دانش‌پرور (۱۴۰۱)، غلامی و همکاران (۱۴۰۱)، احمدی و همکاران (۱۴۰۲)، لسچ، براین و اندرسون^۱ (۲۰۱۸)، ولج، لاجمار و ویتنمور^۲ (۲۰۱۹)، واتسون و شربانی^۳ (۲۰۲۱)؛ کوکارو^۴ و همکاران (۲۰۲۲)، واروار و گرینبرگ^۵ (۲۰۲۳)؛ گرینمان، کاپل و آلن^۶ (۲۰۲۴) و المیدا، سیلوا و کانهها^۷ (۲۰۲۵) نشانگر کارآیی درمان هیجان‌مدار است. درمان هیجان‌مدار یک رویکرد درمانی است که بر تنظیم و مدیریت هیجانات تمرکز دارد. این درمان بر این اساس استوار است که بسیاری از مشکلات روان‌شناختی ریشه در پردازش ناکارآمد هیجانات دارند (کوکارو و همکاران (۲۰۲۲). در این رویکرد، درمانگر به افراد کمک می‌کند تا هیجانات خود را شناسایی، پذیرش و تنظیم کنند. همچنین، تکنیک‌هایی مانند آموزش مهارت‌های حل مسأله و بهبود روابط بین فردی به کار گرفته می‌شود تا بتوان هیجانات را به شکل سازگارانه‌تری مدیریت کرد (مبشر و همکاران، ۱۴۰۰). در درمان هیجان‌مدار بررسی عوامل اساسی پردازش طرحواره‌های هیجانی از قبیل عوامل شناختی رفتاری و هیجانی به عنوان هدف درمانی قرار می‌گیرد. این درمان، بیماران را تشویق به مشاهده و توصیف هیجاناتشان در یک محیط غیرقضاوتی می‌کند و بیشتر بر شناخت و تجربیات بین فردی تاکید دارد (گرینمان، کاپل و آلن، ۲۰۲۴). درمان هیجان‌مدار به عنوان پاسخی به فقدان مداخلات روشن و معتبر و به ویژه مداخلات انسانی‌تر و کمتر رفتاری، فرمول‌بندی شده است. این رویکرد از این رو درمان هیجان‌مدار نامیده شده است که توجه ما را به اهمیت بارز هیجان و ارتباطات هیجانی در سازمان‌دهی الگوهای تعاملی و تجارب مشخص کلیدی در روابط نزدیک جلب می‌کند. این رویکرد به جای ساده‌انگاری هیجان، بر آن به عنوان عامل نیرومند تغییر تاکید می‌ورزد (دانش‌پرور، ۱۴۰۱).

در خصوص ضرورت پژوهش حاضر می‌توان گفت رفتارهای خودآسیب‌رسان بدون خودکشی به صورت معمول در دوره نوجوانی آغاز می‌شود و با مشکلاتی در روابط با اعضای خانواده و همسالان همراه می‌باشد (ادواردز، تیلور و گرای، ۲۰۲۴). همچنین نتایج در باب اهمیت رفتارهای خودآسیب‌رسان بدون خودکشی بیان کرده‌اند که شیوع رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان ۱۷ درصد، و دختران بیشتر از پسران سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان بدون قصد خودکشی داشتند (دوان^۸ و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین نتایج نشان داده است که در ایران از ۱۲/۳ درصد تا ۲۰/۵ درصد اقدام به انواع رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان گزارش می‌شود (چاپچی و محب، ۱۴۰۳). همچنین نوجوانانی که دارای سابقه بیشتری از رفتارهای خودآسیب‌رسان هستند، بیشتر از افرادی که چنین سابقه‌ای ندارند در معرض خطر اختلالات رفتاری دیگر مانند خودکشی منجر به فوت و مشکلات روان‌شناختی هستند (نگاین^۹ و همکاران، ۲۰۲۳) که این فرایند ضرورت توجه بالینی به این گروه از افراد جامعه را برجسته می‌سازد. در حوزه خلا پژوهشی نیز باید گفت با وجود شیوع نسبتاً بالای رفتارهای خودآسیب‌رسان در دختران نوجوان و همبستگی معنادار آن با نشخوار فکری و احساس حقارت، بیشتر مداخلات موجود بر کاهش صرف رفتار خودآسیب‌رسان متمرکز بوده و کمتر به فرایندهای هیجانی و شناختی زیربنایی آن پرداخته‌اند. همچنین، اثربخشی درمان هیجان‌مدار که به‌طور خاص بر بازسازی الگوهای هیجانی ناسازگار تأکید دارد، بر نشخوار فکری و احساس حقارت در این گروه جمعیتی به‌طور تجربی مورد بررسی قرار نگرفته است. از این رو، پژوهش حاضر به منظور پر کردن این خلأ، به بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کاهش نشخوار فکری و احساس حقارت در دختران نوجوان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان می‌پردازد. علاوه بر این یافته‌های جمعیت شناختی درباره انواع رفتارهای خودآسیب‌رسان بیانگر افزایش بروز این نوع رفتارها در سال‌های اخیر است (گلدمان-

¹. Lesch, Bruin, Anderson

². Welch, Lachmar, Wittenborn

³. Watson, Sharbanee

⁴. Coccaro

⁵. Warwar, Greenberg

⁶. Greenman, Campbell, Allan

⁷. Almeida, Silva, Cunha

⁸. Doan

⁹. Nguyen

ملور^۱ و همکاران، ۲۰۲۳)، همین امر سبب نگرانی سلامت عمومی نوجوانان شده و باعث شده است برنامه ریزان حوزه رشد و تحول نوجوانی نسبت به توجه به فرایندهای روانی و هیجانی این گروه از نوجوانان حساس شده و در پی چاره باشند. بنابراین با توجه به موضوعات و تحقیقات بیان شده در مورد اثربخشی درمان هیجانمدار در جهت کاستن مشکلات رفتاری، شناختی، هیجانی و روانی افراد و از سوی دیگر با توجه به خلاء پژوهشی موجود به علت عدم وجود تحقیقات مشابه، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان هیجانمدار بر نشخوار فکری و احساس حقارت دختران نوجوان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان است.

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان مراجعه کننده به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ تشکیل دادند. از جامعه آماری به شیوه نمونه گیری هدفمند و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج تعداد ۴۰ نفر از نوجوانان دختر بین سنین ۱۵ تا ۱۸ سال دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان انتخاب و به شیوه تصادفی به سه گروه آزمایش و گواه گمارده شدند (۲۰ دختر نوجوان در گروه آزمایش و ۲۰ دختر نوجوان در گروه گواه). بدین صورت که با مراجعه به مراکز مشاوره نواحی شش گانه آموزش و پرورش شهر اصفهان، نوجوانان دختر دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان مراجعه کننده به این مراکز مشاوره مورد شناسایی قرار گرفتند. سپس این افراد به وسیله پرسشنامه رفتارهای خودآسیب‌رسان نیز مورد غربالگری قرار گرفتند. بدین صورت که افرادی می‌توانستند وارد پژوهش شوند که نمره بالاتر از ۲۲ (نمره برش پرسشنامه) در پرسشنامه رفتارهای خودآسیب‌رسان کسب کنند. سپس تعداد ۴۰ نوجوان دختری که شرایط ذکر شده را دارا بوده، انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۲۰ دختر

نوجوان در گروه آزمایش و ۲۰ دختر نوجوان در گروه گواه). سپس دختران نوجوان حاضر در گروه آزمایش درمان هیجانمدار را در طی ده هفته دریافت نمودند. این در حالی بود که دختران نوجوان حاضر در گروه گواه هیچگونه مداخله‌ای 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 ۱ دختر نوجوان در گروه آزمایش و ۳ دختر نوجوان در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. بر این اساس تعداد ۳۶ دختر نوجوان در پژوهش باقی ماندند (۱۹ دختر نوجوان در گروه آزمایش و ۱۷ دختر نوجوان در گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل کسب نمره بالاتر از ۲۲ در پرسشنامه رفتارهای خودآسیب‌رسان، جنسیت دختر، داشتن سن ۱۵-۱۸ سال، رضایت نوجوان جهت شرکت در پژوهش، نداشتن بیماری جسمی و روان‌شناختی حاد و مزمن دیگر (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌ای آنان) و عدم دریافت مداخله روان‌شناختی همزمان بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در جلسات درمانی، عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش و وقوع حادثه پیش‌بینی نشده موثر بود.

ابزارهای سنجش

پرسشنامه رفتارهای خودآسیب‌رسان (SHBQ):^۲ پرسشنامه رفتارهای خودآسیب‌رسان توسط کلونسکی و گلن^۳ در سال ۲۰۰۹ ساخته شده است. فهرست رفتارهای خودآسیب‌رسان که شامل ۲۲ گویه در دو پاسخ بلی و خیر است و فهرست ۳۹ گویه‌ای که انگیزه‌های رفتارهای خودآسیب‌رسان را ارزیابی می‌کند و دو انگیزه درون فردی^۴ و بین فردی^۵ را می‌سنجد. پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت ۳ درجه‌ای مرتبط نیست (۰)، تا حدودی مرتبط است (۱) و کاملاً مرتبط است (۲) نمره گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره‌ای که هر آزمودنی در

^۲ Self-Harm Behaviors Questionnaire

^۳ Klonsky, Glenn

^۴ Intrapersonal motivation

^۵ Interpersonal motivation

^۱ Goldman-Mellor

هر پرسشنامه به دست می‌آورد، صفر و ۴۴ است. کسب نمرات بالاتر از ۲۲ نشان دهنده وجود رفتارهای خودآسیب‌رسان در فرد است (کلونسکی و گلن، ۲۰۰۹). کلونسکی و همکاران (۲۰۱۵) آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۳ و ضریب اعتبار بازآزمایی پرسشنامه را در طول یک سال ۰/۷۶ گزارش کردند. در ایران خانی‌پور، برجعلی و فلسفی‌نژاد (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 نشخوار فکری (RQ):^۱ پرسشنامه نشخوار فکری توسط نولن‌هوکسما و مارو^۲ (۱۹۹۱) برای سنجش نشخوار فکری طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۲۲ سوال و نمره‌گذاری آن به این صورت است که گزینه هرگز = ۱ نمره؛ گاهی اوقات = ۲ نمره؛ اغلب اوقات = ۳ نمره و همیشه = ۴ نمره می‌گیرد. حداقل امتیاز ممکن ۲۲ و حداکثر ۸۸ است. کسب نمره بالاتر نشان دهنده نشخوار فکری بالاتر است. نولن‌هوکسما، ویسکو^۳ و لیومرسکی^۴ (۲۰۰۸) میزان پایایی این پرسشنامه را ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. همچنین میزان روایی محتوایی این پرسشنامه را نیز مطلوب و به میزان ۰/۸۸ گزارش شده است (نولن‌هوکسما، ویسکو و لیومرسکی، ۲۰۰۸). این پرسشنامه برای اولین بار توسط یوسفی (۱۳۸۳) به نقل از آقاییوسفی، خاربو و حاتمی، (۱۳۹۴) به فارسی ترجمه و روایی محتوایی آن مورد تایید قرار گرفته است. همچنین در پژوهش آقاییوسفی، خاربو و حاتمی (۱۳۹۴) نشان داده شده است که ضریب پایایی این پرسشنامه ۰/۹۰ است. پایایی پرسشنامه حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۸۷ محاسبه شد.

پرسشنامه احساس حقارت (IFQ):^۵ پرسشنامه احساس حقارت توسط یائو^۶ و همکاران (۱۹۹۷)، طراحی و دارای ۳۴ گویه است. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۵) است. حداقل نمره این پرسشنامه ۳۴ و حداکثر نمره ۱۷۰ است. کسب نمره بالاتر بیانگر احساس حقارت بیشتر در فرد است. این پرسشنامه برای دامنه سنی نوجوان مناسب است. یائو و همکاران (۱۹۹۷) روایی سازه پرسشنامه را مطلوب و به میزان ۰/۸۹ گزارش نمودند. همچنین میزان پایایی پرسشنامه نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ محاسبه شده است (یائو و همکاران، ۱۹۹۷). در ایران نیز صیادی و همکاران (۱۳۹۶) روایی محتوایی پرسشنامه احساس حقارت را ۰/۸۶ و میزان پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شد.

روند اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوزهای لازم و انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، نوجوانان دختر انتخاب شده (۴۰ نوجوان دختر دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۲۰ نوجوان دختر در گروه آزمایش و ۲۰ نوجوان دختر در گروه گواه). سپس نوجوانان حاضر در گروه آزمایش مداخله درمانی مربوط به درمان هیجان‌مدار (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) را به صورت هفته‌ای یک جلسه در طول ده هفته دریافت نمودند. این در حالی بود که نوجوانان حاضر در گروه گواه هیچگونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکردند. پس از دوره‌ای دو ماهه، مرحله پیگیری نیز اجرا شد. جهت ایجاد انگیزه برای نوجوان دختر برای شرکت در پژوهش حاضر، قبل از شروع مداخله، جوانب درمانی و آموزشی مداخله برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. این در حالی بود که تمام فرایند اجرایی مداخله نیز به شکل رایگان برای آنها ارائه داده شد. پروتکل مداخله‌ای درمان هیجان‌مدار برگرفته از پروتکل واتسون و شربانی (۲۰۲۱) است.

^۱. Rumination Questionnaire

^۲. Nolen-Hoeksema, Morrow

^۳. Wisco

^۴. Lyubomirsky

^۵. Inferiority Feeling Questionnaire

^۶. Yao

پنجم	ایجاد تغییر هیجانی بخش اول شامل: آگاهی از درد هیجانی زیر بنایی پاسخ دادن به آن و نامگذاری کردن، تکلیف: یک درد هیجانی را در خود شناسایی کرده به آن پاسخ دهد آن را نامگذاری کند.
ششم	ایجاد تبدیل هیجانی بخش دوم شامل: آموزش شفقت با خود، با آگاه شدن از صدای خود نگران شونده درون و روبه رو شدن با آن، شنیدن نیازهای او از طریق فن کار با صندلی. در یک تجربه هیجانی سعی کند صدای خود نگران شونده درون را بشنود و با آن صحبت کند.
هفتم	تبدیل هیجانی خود تسکینی مقابله‌ای، تسکین فیزیولوژیکی تمرین ریلکسیشن، تصور کردن یک مکان امن، شناسایی تجربیات آرامش بخش.
هشتم	جمع بندی و رفع ابهامات گروه، تکمیل کردن پرسشنامه‌ها.

در این تحقیق برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی، میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو ویلک^۱ برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها (حد بهینه بیشتر از ۰/۰۵)، آزمون لوین^۲ برای بررسی برابری واریانس‌ها (بهینه) برای بررسی فرضیه کرویت داده‌های تحقیق از آنالیز موچلی^۳ (حد بهینه بیشتر از ۰/۰۵) و برای آزمون فرضیه‌ها از تحلیل واریانس آمیخته^۴ و آزمون تعقیبی بونفرونی^۵ استفاده شد. نتایج آماری با بهره گیری از نرم افزار آماری SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک نشان داد که میانگین سن دختران نوجوان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان در گروه آزمایش ۱۵/۶۶ و در گروه گواه ۱۵/۱۰ سال بوده است. نتایج تحلیل واریانس بیانگر آن بود که بین میانگین سنی گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود نداشته و نیاز به تفکیک اثر آن در پژوهش حاضر احساس نمی‌شود. میانگین و انحراف

که در پژوهش جباری و عقیلی (۱۴۰۲) برای نوجوانان دختر مورد استفاده و کارآیی آن تایید شده است. پس از شروع مداخله تعداد ۱ دختر نوجوان در گروه آزمایش و ۳ دختر نوجوان در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. بر این اساس تعداد ۳۶ دختر نوجوان در پژوهش باقی ماندند (۱۹ دختر نوجوان در گروه آزمایش و ۱۷ دختر نوجوان در گروه گواه). به منظور رعایت اخلاق تحقیق، رضایت دختران نوجوان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان برای شرکت در مداخله درمان هیجان‌مدار دریافت شد. همچنین آنان از تمامی مراحل انجام پژوهش اطلاع یافتند. علاوه بر این، به نوجوانان حاضر در گروه گواه اطمینان داده شد که پس از تکمیل فرآیند تحقیق، مداخله درمان هیجان‌مدار را دریافت خواهند کرد. همچنین به نوجوانان حاضر در هر دو گروه آزمایش و گواه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها به شکل محرمانه در نزد پژوهشگر باقی خواهد ماند و نیاز نیست در پرسشنامه‌ها مشخصات فردی خود را درج نمایند. پژوهش حاضر با کد اخلاق IR.IAU.SHK.REC.1404.004 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد ثبت گردیده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان هیجان‌مدار (واتسون و

شربانی، ۲۰۲۱؛ به نقل از جباری و عقیلی، ۱۴۰۲)

جلسات	شرح جلسه
اول	برقراری رابطه، آشنایی و معرفی اعضا گروه، معرفی کار درمان هیجان‌مدار برای گروه.
دوم	معرفی هیجان و انواع آن: اولیه سازگار و اولیه ناسازگار، ثانویه، ابزاری انجام تمرین گروهی برای بیان آخرین هیجان تجربه شده آزمودنی‌ها و تشخیص نوع هیجان.
سوم	مفهوم‌سازی آگاهی هیجانی و معرفی روش‌های دستیابی به آن از طریق توجه به تجربه بدنی بلاواسطه و دریافت معنای احساس شده، نمادسازی تجربی بیان خواسته‌ها. تکلیف: هر شب پر کردن جدول آگاهی هیجانی و بررسی دو هیجان تجربه شده.
چهارم	معرفی اضطراب و تاثیر آن بر جنبه‌ها و تجربه‌های هیجانی افراد و آگاهی پیدا کردن از نشانه‌های اضطراب (فاجعه‌سازی، و ترس از آینده تصویرسازی شده). تمرین کار با دوبارگی اضطراب با کار با صندلی با آزمودنی‌های داوطلب. تکلیف گوش کردن به ویس پر شده توسط درمانگر و انجام تمرینات خواسته شده.

¹ Shapiro-Wilk test

² Levine test

³ Mauchly's Test

⁴ Mixed variance analysis

⁵ Bonferroni follow-up test

استاندارد نشخوار فکری و احساس حقارت در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نشخوار فکری و احساس حقارت در دو گروه آزمایش و گواه

گروه‌ها	مرحله پیش‌آزمون		مرحله پس‌آزمون		مرحله پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نشخوار فکری	گروه آزمایش	۶۳/۴۲	۷/۳۲	۵۳	۸/۶۶	۵۳/۸۹
	گروه گواه	۶۳/۱۱	۶/۹۹	۶۴/۰۵	۶/۹۸	۶۴/۱۱
احساس حقارت	گروه آزمایش	۱۰۰/۶۸	۱۲/۰۷	۸۹/۱۰	۱۶/۶۷	۹۰/۲۶
	گروه گواه	۱۰۴/۵۸	۱۲/۳۹	۱۰۵/۷۶	۱۲/۹۷	۱۰۵/۱۷

نشخوار فکری ($F=۰/۹۴$ ؛ $P=۰/۵۵$) و احساس حقارت ($F=۰/۹۲$ ؛ $P=۰/۳۶$) برقرار است. همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که یافته مربوط به آن نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در نشخوار فکری ($F=۰/۹۳$ ؛ $P=۰/۳۲$) و احساس حقارت ($F=۰/۸۴$ ؛ $P=۰/۲۴$) رعایت شده است. این در حالی بود که نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در نشخوار فکری ($Mauchlys W=۰/۹۳$ ؛ $P=۰/۲۶$) و احساس حقارت ($Mauchlys W=۰/۹۵$ ؛ $P=۰/۳۴$) رعایت شده است.

نتایج جدول توصیفی در جدول شماره ۲ حاکی از آن است که میزان نشخوار فکری و احساس حقارت دختران نوجوان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان که در گروه آزمایش حضور داشته، در اثر دریافت درمان هیجان‌مدار نسبت به گروه گواه کاهش یافته است که در ادامه، معناداری آن با استفاده از آمار استنباطی مورد بررسی قرار می‌گیرد. قبل از ارائه نتایج تحلیل واریانس آمیخته، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو و ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در

جدول ۳. تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تأثیرات درون و بین گروهی متغیرهای نشخوار فکری و احساس حقارت

متغیر	مجموع درجه	میانگین مقدار f	مقدار p	اندازه توان	توان
زمان	۲	۲۴۴/۴۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹	۱
نشخوار فکری	۱	۱۳۱۵/۱۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۱
عضویت گروهی	۲	۳۵۹/۷۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹	۱
تعامل زمان و گروه	۶۸	۷/۴۴			
خطا	۵۰۶/۳۴				
احساس	۲	۳۰۶/۸۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳	۱
حقارت	۱	۳۷۶۴/۱۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱
عضویت گروهی	۲	۴۳۹/۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱	۱
تعامل زمان و گروه	۶۸	۸/۰۳			
خطا	۵۴۶/۱۶				

نوجوان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان داشته و به ترتیب ۴۸ و ۵۳ درصد از تفاوت در واریانس‌های نمرات نشخوار فکری و احساس حقارت را تبیین می‌کند. علاوه بر این، عامل عضویت

نتایج حاصل جدول شماره ۳ بیانگر آن بود که عامل زمان یا مراحل ارزیابی (پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری) توانسته اثر معناداری بر نمرات نشخوار فکری و احساس حقارت دختران

احساس حقارت) را در دو مرحله پس از مداخله (پس آزمون و پیگیری) نسبت به مرحله پیش آزمون کاهش 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 هیجان‌مدار بر نشخوار فکری و احساس حقارت دختران نوجوان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان انجام شد. نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر نشخوار فکری و احساس حقارت دختران نوجوان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان تأثیر معنادار داشته است. اولین یافته مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر نشخوار فکری دختران نوجوان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان با نتایج پژوهش بهونندی، خیاطان و گل‌پرور (۱۴۰۱) مبنی بر اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر افزایش کیفیت زندگی بیماران؛ با نتایج پژوهش مینایی (۱۴۰۱) مبنی بر تأثیر درمان هیجان‌مدار بر کاهش اضطراب و بهبود خودشفقت‌ورزی نوجوانان؛ با گزارش دانش‌پرور (۱۴۰۱) مبنی بر اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر تنظیم شناختی نوجوانان با تجربه اعتیاد؛ با نتایج پژوهش واتسون و شربانی (۲۰۲۲) و بوینس (۲۰۲۱) مبنی بر اثر درمان هیجان‌مدار بر بهبود عملکرد روانی و شناختی افراد؛ و با گزارش المیدا، سیلوا و کانه‌ها (۲۰۲۵) مبنی بر اثر درمان هیجان‌مدار بر نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی سالمندان همسویی داشت.

در تبیین یافته اول مبنی بر اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر نشخوار فکری دختران نوجوان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان، باید گفت درمان هیجان‌مدار متمرکز بر پردازش هیجانی است (مینایی، ۱۴۰۱). این در حالی است که نشخوار فکری اغلب ناشی از پردازش ناسازگار هیجان‌های منفی (مانند غم، خشم، یا احساس طردشدگی) است. بنابراین درمان هیجان‌مدار با کمک به فرد برای شناخت، پذیرش و تنظیم هیجان‌ها، چرخه نشخوار ذهنی را می‌شکند. علاوه بر این باید گفت بعد از بروز رفتارهای خودآسیب‌رسان، برخی افراد سعی می‌کنند با سرکوب یا انکار

گروهی (درمان هیجان‌مدار) یا نوع درمان دریافتی هم بر نشخوار فکری و احساس حقارت دختران نوجوان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان تأثیر معنادار داشته و به ترتیب ۴۴ و ۴۸ درصد از تفاوت در نمرات این متغیرها را تبیین می‌کند. از طرفی نتایج نشان داد که نوع درمان دریافتی (درمان هیجان‌مدار) در مراحل مختلف ارزیابی هم بر نشخوار فکری و احساس حقارت دختران نوجوان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان تأثیر معنادار داشته و به ترتیب ۵۹ و ۶۱ درصد از تفاوت در نمرات این متغیرها 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. جدول ۴ نشان دهنده تفاوت زوجی نمرات متغیرهای وابسته بر اساس مراحل ارزیابی (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) با بهره‌گیری از آزمون تعقیبی بونفرونی است.

جدول ۴. تفاوت زوجی نمرات متغیرهای وابسته بر اساس

مراحل ارزیابی

متغیر	مرحله مینا	مرحله مورد	تفاوت خطای معناداری (میانگین)	مقایسه میانگین انحراف (میانگین)	ها	معیار
نشخوار پیش- پس آزمون	۴/۷۴	۰/۸۱	۰/۰۰۱			
فکری آزمون پیگیری	۴/۲۶	۰/۷۴	۰/۰۰۱			
پس آزمون پیش آزمون	-۴/۷۴	۰/۸۱	۰/۰۰۱			
پیگیری	-۰/۴۷	۰/۱۷	۰/۱۰			
احساس پیش- پس آزمون	۵/۲۰	۰/۸۱	۰/۰۰۱			
حقارت آزمون پیگیری	۴/۹۱	۰/۸۱	۰/۰۰۱			
پس آزمون پیش آزمون	۵/۲۰	-۰/۸۱	۰/۰۰۱			
پیگیری	-۰/۲۸	۰/۱۴	۰/۱۹			

نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۴ حاکی از آن است که نمرات متغیرهای وابسته پژوهش (نشخوار فکری و احساس حقارت) 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 هیجان‌مدار) میانگین نمرات متغیرهای وابسته پژوهش (نشخوار فکری و

هیجان‌ها از درد فرار کنند، اما این کار نشخوار فکری را تشدید می‌کند. در این حوزه نیز درمان هیجان‌مدار به جای اجتناب، بر بیان سالم هیجان‌ها تأکید دارد. همچنین رفتارهای خودآسیب‌رسان ممکن است ترس از رهاشدگی یا حساسیت به طردشدگی (مربوط به دلبستگی ناایمن) را فعال کنند. درمان هیجان‌مدار با بازسازی دلبستگی درونی، به فرد کمک می‌کند واکنش‌های هیجانی سازگارانه‌تری داشته باشد. در تبیینی دیگر درمان هیجان‌مدار یک رویکرد تجربی است که هیجان را به عنوان اساس و پایه تجربه در ارتباط با کارکردهای انطباقی و غیرانطباقی می‌داند (واتسون و شربانی، ۲۰۲۲). بر اساس این درمان، تغییر از طریق کمک به مراجع به وسیله بازنمایی هیجان (بروز، تنظیم، بازخورد و انتقال تجربه هیجانی) اتفاق می‌افتد و در بافت ارتباط درمانی این فرآیند تغییر، تسهیل می‌گردد. همچنین مسئله اصلی درمان هیجان‌مدار این است که هیجان، بخش اساسی ساختار فرد و عامل کلیدی برای سازماندهی خود است. اساسی‌ترین کارکرد هیجان به صورت یک شکل انطباقی و سازگارانه از پردازش اطلاعات و آمادگی فرد است که به رفتار او جهت داده و موجب کاهش نشخوار فکری دختران نوجوان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان می‌شود. همچنین در این رویکرد سعی می‌شود هیجان‌ات، مورد شناسایی قرار گرفته و به پیام‌های قابل درک و رفتارهای سازنده تبدیل شوند. فقدان توانایی برای تفسیر موقعیت‌های هیجانی ممکن است مشکلاتی را در پردازش شناختی، روان‌شناختی و هیجانی ایجاد کند. توانش‌های هیجانی که به عنوان قدرت تشخیص و ابراز هیجان‌ات و همچنین توانایی سازگاری با شرایط چالش‌برانگیز تعریف شده است باعث افزایش قدرت روانی دختران نوجوان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان شده و از این طریق نشخوار فکری آنان را کاهش می‌دهد. در تبیینی دیگر باید گفت درمان هیجان‌مدار تلاش دارد با گسترش پردازش هیجانی افراد، تغییرات درمانی را در آنها ایجاد کند. این درمان برای گسترش پردازش هیجانی و تغییر فرآیند آسیب‌های روانی همچون استرس مزمن، بر چهار اصل افزایش آگاهی هیجانی، گسترش تنظیم هیجان، تعمق در مورد هیجان و دگرگونی هیجان استوار

است. این اصول در متن محتوای بسته درمانی قرار دارند و بر حمایت هیجانی و محیطی تکیه می‌کنند (دانش‌پرور، ۱۴۰۱). بنابراین این درمان در ایجاد خودگویی‌های مثبت و تجارب تازه تسهیل پردازش شناختی و روانی و کاهش مشکلات شناختی، هیجانی و روانی می‌تواند مؤثر باشد. بدین صورت که دختران نوجوان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان با تجربه‌ای که در مرحله آگاهی هیجانی را کسب می‌کردند، آموختند که به جای سرکوب کردن هیجان‌های خود یا مغلوب شدن توسط آنها، بر وجود هیجان‌های خود، آگاه باشند و تلاش کنند تجربه خود را هرچه عمیق‌تر دریافت کنند. دختران نوجوان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان در طول جلسات به این درک رسیدند که هیجان‌ها نه الزاماً ترسناک هستند و نه پایدار؛ بنابراین می‌توان به جای گریز از آنها یا غرق شدن در آنها، پیام پنهانی‌شان را شنید. افزایش آگاهی از هیجان‌ها و بیان آنها؛ کنار آمدن با دشواری‌های تنظیم هیجان و ابراز مناسب‌شان را با یکدیگر هماهنگ می‌کند و باعث می‌گردد که دختران نوجوان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان به ادراک تازه‌ای از تفکر و شناخت خود دست یافته و بر پایه ادراک توانمندی هیجانی و روانی درونی، مشغولیت شناختی و نشخوار فکری کمتری را تجربه نمایند.

یافته دوم مبنی بر اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر احساس حقارت دختران نوجوان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان، با نتایج پژوهش هنربخش و همکاران (۱۴۰۰) مبنی بر اثر آموزش راهبردهای مبتنی بر درمان هیجان‌مدار بر بهبود مؤلفه‌های هوش کلامی و کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان؛ با یافته مبشر و همکاران (۱۴۰۰) مبنی بر تاثیر درمان هیجان‌مدار بر خودمراقبتی بیماران؛ با گزارش مستاجران و همکاران (۱۴۰۰) مبنی بر تاثیر درمان هیجان‌مدار بر کیفیت زندگی افراد و در نهایت با نتایج پژوهش لسچ، براین و اندرسون (۲۰۱۹) و ولچ و همکاران (۲۰۱۷) مبنی بر اثر درمان هیجان‌مدار بر بهبود عملکرد روانی و شناختی افراد همسو بود. در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کاهش احساس حقارت دختران نوجوان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان باید گفت درمان هیجان‌مدار به جای سرکوب هیجان‌ات، به نوجوانان کمک می‌کند هیجان‌اتی

مانند شرم یا خشم را به احساساتی مانند خودپذیری و عزت نفس تبدیل کند (هنربخش و همکاران، ۱۴۰۰). این تغییر از طریق تکنیک‌هایی مانند «بازسازی هیجانی» انجام می‌شود و احساس حقارت را کاهش می‌دهد. همچنین درمان هیجان‌مدار تقویت دلبستگی ایمن را در پی دارد. بسیاری از نوجوانان با احساس حقارت، تجربیات دلبستگی ناایمن (مثل طرد شدن یا بی‌اعتبارسازی توسط والدین) دارند. بر این اساس درمان هیجان‌مدار با ایجاد فضای امن درمانی، به آن‌ها کمک می‌کند تا اعتماد کنند و روابط سالم‌تری بسازند، که این مسئله احساس ارزشمندی را افزایش و احساس حقارت را کاهش می‌دهد. در تبیینی دیگر باید گفت رفتارهای خودآسیب‌رسان گاهی ناشی از گفتار درونی منفی و احساس بی‌ارزشی است (ادواردز، تیلور و گرای، ۲۰۲۴). درمان هیجان‌مدار با به چالش کشیدن این الگوهای فکری و جایگزینی آن‌ها با پذیرش خود، از شدت احساس حقارت می‌کاهد. در تبیینی دیگر باید گفت درمان هیجان‌مدار این قابلیت را به افراد می‌دهد تا با افزایش آگاهی هیجانی بتوانند هیجانات منفی از قبیل اضطراب، افسردگی و ناامیدی و وضعیت‌های نیمه تمام در گذشته را کنترل نموده و میزان سازگاری روان‌شناختی خود را بالا ببرد (لسچ و همکاران، ۲۰۱۹). در درمان هیجان‌مدار تلاش می‌شود تا در جریان درمان، مراجع تشویق شود تا افکار ناراحت کننده خود را مورد سوال قرار داده و خودگویی‌های جایگزین برای مقابله با این هیجانات و پریشانی روانی که سبب آشفتگی می‌شود را بر طرف نماید (ولچ و همکاران، ۲۰۱۹). پرداختن به این موضوعات در جلسات آموزشی درمان هیجان‌مدار منجر به بهبود سطح تحمل روانی و هیجانی در دختران نوجوان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان شده که این روند نیز سبب کاهش احساس حقارت آنان می‌شود. علاوه بر این در درمان هیجان‌مدار سعی می‌شود افراد در بیان هیجان‌اتشان در برابر توقعات محیطی هشیارانه و ناهشیارانه تعدیل ایجاد نمایند (مستاجران و همکاران، ۱۴۰۰). بر این اساس درمان هیجان‌مدار باعث می‌گردد دختران نوجوان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان، بر روی نوع، زمان و چگونگی تجربه هیجان و بیان آن، تغییر طول دوره یا شدت فرایندهای

رفتاری و تجربی و یا جسمانی هیجان‌ها تغییراتی را اعمال نمایند. این فرایند باعث می‌شود تا آنها از بروز هیجانات منفی آنی و شتاب‌زده که می‌تواند به تشدید مشکلات در سلامت روانی و هیجانی منجر شود، خودداری نمایند که این فرایند می‌تواند به مرور منجر به شکل‌گیری هیجان مثبت، بهبود سلامت روانی و در نتیجه کاهش احساس حقارت دختران نوجوان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان شود. در تبیینی تکمیلی می‌بایست بیان نمود که روان‌درمانی هیجان‌مدار به دختران نوجوان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان می‌آموزد که بجای اجتناب و یا سرکوب هیجان منفی و نگرانی، آن را بپذیرند. پذیرش این روند این افراد را از درگیری شناختی و روانی با خود رهاکننده و سبب می‌شود تا آنها نگرانی کمتری را درباره خود تجربه نمایند که این روند سبب بهبود قدرت تاب‌آوری و کاهش احساس حقارت آنان می‌شود. از طرفی دیگر روان‌درمانی هیجان‌مدار به دختران نوجوان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان می‌آموزد که هیجان‌ها قابل تحمل هستند و آنها توانایی مقابله با هیجانات و پردازش‌های شناختی منفی و ناکارآمد را دارند. این فرایند باعث می‌شود که دختران نوجوان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان در هنگام مواجهه به مشکلات و ناسازگاری‌های شناختی و روان‌شناختی همچون درگیری مفراط ذهنی با شرایط خود، هیجانات و پردازش‌های شناختی منفی خود را مدیریت کرده و واکنش هیجانی و غیرساختارمند از خود نشان ندهند که به شکل معمول این فرایند با بهبود آرامش روانی، افزایش در تاب‌آوری و کاهش احساس حقارت دختران نوجوان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان را به دنبال دارد.

دامنه محدود پژوهش به دختران نوجوان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی آموزش و پرورش شهر اصفهان، عدم کنترل متغیرهای محیطی، خانوادگی و اجتماعی مؤثر بر نشخوار فکری و احساس حقارت دختران نوجوان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان، عدم استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی و عدم برگزاری مرحله پیگیری طولانی (شش ماهه و یک ساله) از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود برای

است آموزشی عمومی برای دانش‌آموزان در جهت کاهش نشخوار فکری و احساس حقارت صورت پذیرد تا از تبدیل این رفتار به افکار و اقدام به خودکشی پیشگیری گردد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی نویسنده اول مقاله در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد بود. بدین وسیله از تمام افراد حاضر در پژوهش و مسئولین آموزش و پرورش شهر اصفهان و همچنین مسئولین مراکز مشاوره آموزش و پرورش نواحی ششگانه که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

حمایت مالی

هیچ سازمان دولتی و خصوصی از این پژوهش حمایت مالی نکرده است.

تعارض منافع

در این پژوهش هیچ تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

افزایش قدرت تعمیم‌پذیری، در سطح پژوهشی، این پژوهش در شهرها و مناطق و جوامع با فرهنگ‌های مختلف، دیگر گروه‌های سنی، سایر جامعه دختران همانند دختران قربانی خشونت خانگی، دختران دارای والدین معتاد، جنسیت پسران، مهار عوامل ذکر شده و اجرای مرحله پیگیری طولانی‌تر اجرا گردد. با توجه به درمان هیجان‌مدار بر نشخوار فکری و احساس حقارت دختران نوجوان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان، پیشنهاد می‌شود در سطح عملی درمان هیجان‌مدار با تهیه برشور و کتابچه‌های علمی به مشاوران، روان‌شناسان و درمانگران مراکز مشاوره (به خصوص مراکز مشاوره اداره آموزش و پرورش) ارائه شود تا با استفاده از محتوای این مداخله در جهت کاهش نشخوار فکری و کاهش احساس حقارت دختران نوجوان با سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان گام‌های عملی بردارند. همچنین پیشنهاد می‌شود که کارشناسان مشاوره و مدیران مراکز مشاوره ادارت آموزش و پرورش با همکاری معاونت پرورشی و همچنین معاون آموزش نواحی، نسبت به شناسایی این نوجوانان و همچنین ریشه‌یابی علل زیربنایی چنین فرایندی با توجه به زیست‌بوم هر منطقه اقدام نمایند. پس از مرحله شناسایی لازم

منابع

- ارتضایی، ب.، نیسی، ع.، حمید، ن.، و داوودی، ا. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر درد ذهنی، اجتناب تجربی و بخشش زنان مبتلا به افسردگی دارای تجربه شکست عاطفی. روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۹(۶)، ۶۴-۷۷.
- آقایوسفی، علیرضا، خاربو، اکرم، و حاتمی، حمیدرضا. (۱۳۹۴). نقش نشخوار فکری در بهزیستی روانی و اضطراب در همسران بیماران مبتلا به سرطان در استان قم، فصلنامه روان‌شناسی سلامت، ۴(۱۴)، ۹۷-۷۹.
- بهوندی، ن.، خیاطان، ف.، و گل‌پرور، م. (۱۴۰۱). مقایسه درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت با درمان متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی بیماران سردرد اولیه. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲۸(۲)، ۲۱۰-۲۲۱.
- جباری، ن.، عقلی، س.م. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار بر رفتارهای خودآسیب‌رسان و نیازهای بین‌فردی در نوجوانان دختر دارای افکار خودکشی. پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۱۸(۶۹)، ۷۰-۶۱.
- چایچی، ر.، محب، ن. (۱۴۰۳). رابطه علی سبک‌های دلبستگی با نشخوار فکری در نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیبی: نقش میانجی ترومای کودکی. نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۱۱(۲)، ۱۱۲-۱۰۱.
- دانش‌پرور، ه. (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر تنظیم شناختی نوجوانان با تجربه اعتیاد، دومین کنفرانس ملی تحقیقات میان رشته‌ای در علوم تربیتی، روانشناسی، مشاوره و مطالعات فرهنگی، اردیبهشت.

- صیادی، گ.، گل محمدیان، م.، و رشیدی، ع. (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره درمانی بر احساس حقارت دختران نوجوان خانواده‌های طلاق. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۷(۱)، ۸۹-۱۰۰.
- عباسی آبرزگه، م.، ضرغام حاجبی، م.، آقاییوسفی، ع. (۱۴۰۲). تدوین مدل رفتارهای آسیب به خود براساس راهبردهای شناختی تنظیم هیجانی در نوجوانان مراجعه-کننده به مراکز DIC شهر تهران: نقش واسطه‌ای کنترل تکانه. مجله روانشناسی سلامت و رفتار اجتماعی، ۳(۱)، ۱۱۲-۱۲۴.
- غلامی، س.، کشاورزی، ف.، محمدخانی، پ.، و حسنی، ف. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و خودانتقادی دختران نوجوان با تجربه سوگ طلاق والدین، پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۷(۶۷)، ۱۷۸-۱۹۴.
- مستاجران، م.، جزایری، ر.، و فاتحی زاده، م. (۱۴۰۰). تأثیر درمان تلفیقی هیجان‌مدار (گرینبرگ) و متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی زناشویی زنان متأهل. پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، ۱۱(۱)، ۸۵-۱۰۶.
- مینایی، ح. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کاهش اضطراب و خودشفقت‌ورزی نوجوانان. خانواده درمانی کاربردی، ۳(۲)، ۵۱۷-۵۳۰.
- هنربخش، ف.، سعیدی اصل، س.، سالاری چینه، پ.، منظری توکلی، و. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش راهبردهای مبتنی بر درمان هیجان‌مدار بر مؤلفه‌های هوش کلامی و پرخاشگری دانش‌آموزان پیش دبستانی. فصلنامه سلامت روان کودکان، ۸(۳)، ۷۳-۸۶.
- Akdoğan, R., Çimşir, E. (2022). Collectivistic ambivalence: A potential source of social anxiety for individuals with higher inferiority feelings. *International Journal of Intercultural Relations*, 89, 195-207.
- Almeida, B., Silva, S., Cunha, C. (2025). Emotion-Focused Therapy for Resolving Emotional Injuries in Older Adults: A Hermeneutic Single-Case Efficacy Design Study. *Counseling and Psychotherapy Research*, 25(2), 700-707.
- Carpenter, R. K., & Alloway, T. P. (2023). Exploring working memory, self-criticism, and rumination as factors related to self-harm. *Psychological reports*, 126(4), 1642-1660.
- Chen, Y., Zhao, X., Liu, X., Wu, D., Zhan, S., Liu, S., & Yin, H. (2024). Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury among Chinese adolescents: a moderated mediation model of psychological suzhi and inferiority complex. *Current Psychology*, 43(6), 5661-5673.
- Chen, D., Ying, J., Liu, S., Xu, Z., Wu, H., Zhou, X., You, J. (2023). The protective effects of meaning in life on the relationships between attachment anxiety, rumination, and nonsuicidal self-injury: A moderated mediation model. *Children and Youth Services Review*, 155, 1072-1077.
- Cheng, L., Wang, L., Lin, J., Chen, J. (2025). Exploring the mediating role of self-hate in the relationship between adverse childhood experiences and non-suicidal self-injury among adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 373, 60-66.
- Coccaro, E.F., Drossos, T., Kline, D., Lazarus, S., Joseph, J.J., Groot, M. (2022). Diabetes distress, emotional regulation, HbA_{1c} in people with diabetes and A controlled pilot study of an emotion-focused behavioral therapy intervention in adults with type 2 diabetes. *Primary Care Diabetes*, 16(3), 381-386.
- 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.
- 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.
- Fakoya, O. A., McCorry, N. K., & Donnelly, M. (2020). Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC public health*, 20, 1-14.
- Goldman-Mellor, S., Cruz, S.S., Jensen, J., Hall, C. (2023). Child and adolescent suicidal and self-harm behavior. *Encyclopedia of Child and Adolescent Health*, 2, 516-530.
- Greenman, P.S., Campbell, T.L., Allan, R. (2024). Attachment, emotion, and change: Emotionally focused individual therapy (EFIT) within a process-based therapy (PBT) framework. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 32, 1007-1011.
- Kaggwa, M. M., Abaatyo, J., Otika, D., Pebolo, P. F., & Bongomin, F. (2024). Chronicity of self-harming behaviors among adolescent teenage girls living in refugee settlements in Northern Uganda. *BMC psychology*, 12(1), 394.

- 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.
- Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscava, M. M., Schmahl, C., & Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 51(7), 1057-1067.
- Lesch, E., Bruin, K., Anderson, C. (2018). A Pilot Implementation of the Emotionally Focused Couple Therapy Group Psycho education Program in a South African Setting, *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 17(4), 313-337.
- Musslifah, A. R., Tjahjono, H. K., Khilmiyah, A., & Suud, F. M. (2024). Forms of Self-Harm Behavior in Adolescent Students at Boarding School. *Nazhruna: Jurnal Pendidikan Islam*, 7(2), 338-356.
- Nguyen, T.P., Lerch, S., Maggetti, A., Reichl, C., Tarokh, L., Kaess, M. (2023). The relationship between sleep disturbance and self-harming behaviours in high-risk clinical adolescents. *Journal of Psychiatric Research*, 158, 81-87.
- Tümlü, G.U., Şimşek, B.K. (2021). The effects of psychodrama groups on feelings of inferiority, flourishing, and self-compassion in research assistants. *The Arts in Psychotherapy*, 73, 1017-1021.
- Warwar, S.H., Greenberg, L.S. (2023). Emotion-focused therapy. *Encyclopedia of Mental Health (Third Edition)*, 743-750.
- Watson, J.C., Sharbanee, J.M. (2021). Emotion Focused Therapy – Case Conceptualization and Treatment: Adults. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*, 145, 241-251.
- Welch, S., Lachmar, E., & Wittenborn, K. (2019). Establishing safety in emotionally focused couple therapy, A single-case process study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 45, 402-415.
- Yao, S. N., Cottraux, J., Martin, R., Mollard, E., Guerin, J., Hanauer, M. T. & Ladouceur, R. (1997). Inferiority, guilt and responsibility in OCD, social phobics and controls. *Psychotherapies Cognitive e Comparlinental*, 3 (2), 210-211.

*Original Article***The Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Rumination and Inferiority Feeling in Adolescent Girls with Self-Harming Behaviors**

Received: 18/08/2025 - Accepted: 20/12/2025

Fatemeh Nazem Akroaya¹
Sharifi Tayyeb^{2*}
Mohammad Ghasemi Pirbaloti³

¹ PhD Student, Department of
Psychology, Shk.C., Islamic Azad
University, Shahrekord, Iran

² Professor, Department of Psychology,
Shk.C., Islamic Azad University,
Shahrekord, Iran (Corresponding
Author)

³ Assistant Professor, Department of
Psychology, Shk.C., Islamic Azad
University, Shahrekord, Iran

Email: Ta.sharifi@iau.ac.ir

Abstract

Introduction: Non-suicidal self-injury behaviors in adolescents often occur to reduce acute negative emotions or to self-punish. These behaviors are more prevalent in adolescent girls and are significantly correlated with rumination and feelings of inadequacy. Accordingly the present study was conducted to investigate the effectiveness of emotion focused therapy on rumination and inferiority feeling in adolescent girls with self-harming behaviors.

Methods: The current study was a experimental application with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The statistical population of the present study consisted of adolescent girls with self-harming behaviors who referred to education counseling centers in Isfahan in the academic year 2024-2025. In this research, 36 adolescent girls with self-harming behaviors were selected by purposeful sampling and randomly assigned to experimental and control groups (19 adolescent in the experimental group and 17 adolescent in the control group). The adolescent in the experimental group received the emotion focused therapy during ten weeks in ten 90-minute sessions. Self-Harm Behaviors Questionnaire (SHBQ), Rumination Questionnaire (RQ) and Inferiority Feeling Questionnaire (IFQ) were used in the present study. The data were analyzed through mixed ANOVA via SPSS23 software.

Results: The results showed that emotion focused therapy has significant effect on the rumination ($p < 0.0001$) and inferiority feeling ($p < 0.0001$) in adolescent girls with self-harming behaviors.

Conclusion: Based on the findings of the research, it can be concluded that the dialectical behavior therapy can be used as an efficient method to reduce self-harming behaviors and emotional distress in adolescent girls with self-harming behaviors by applying through applying the Conceptualizing emotional awareness and introducing the methods of achieving it, creating emotional change and creating confrontational self-soothing excitement.

Keywords: Adolescent Girls, Emotion Focused Therapy, Inferiority Feeling, Self-Harming Behaviors, Rumination