



The Effect of Emotion-Focused Group Therapy (EFGT) on Emotional Dysregulation, Impulsivity and Tendency to Risky Behaviors in Self-Harming Female Students

Afshaneh Mahmoudi¹, Majid Mahmoud Alilou^{2*}, Khalil Esmaeilpour³,
Touraj Hashemi Nosratabad⁴

1- PhD student in Clinical Psychology, Aras Campus, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

2- Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

3- Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

4- Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

Corresponding Author: Majid Mahmoud Alilou, Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

Email: m-alilou@tabrizu.ac.ir

Received: 6 May 2024

Accepted: 26 July 2024

Abstract

Introduction: Studies have demonstrated the effectiveness of emotion-focused group therapy (EFGT) on psychopathology in vulnerable groups. However, it remains unclear whether this intervention is effective for self-harming students. The present study aimed to investigate the effect of EFGT on emotional dysregulation, impulsivity, and tendency to risky behaviors in self-harming female students.

Methods: This semi-experimental study utilized a pre-test, post-test, and follow-up design with a control group. The statistical population comprised all female secondary school students in Bukan City during the academic year 2023. A sample of 45 students was selected based on inclusion and exclusion criteria and randomly assigned to experimental, placebo, and control groups (15 students each). Participants completed the Difficulties in Emotion Regulation Scale, Barratt Impulsiveness Scale, Self-Harm Inventory, and Iranian Adolescents Risk-taking Scale before and after the group therapy and in the follow-up phase. The emotion-focused treatment protocol developed by Watson and Greenberg (2006) was administered over 8 sessions lasting 90 minutes each, conducted for 2 months for the experimental group. Data were analyzed by mixed ANOVA using SPSS-25 software.

Results: The findings indicated that EFGT significantly reduced emotional dysregulation, impulsivity, tendency to risky behaviors, and self-harm tendencies in the experimental group compared to the placebo and control groups ($p < 0.01$). These effects were sustained during the follow-up phase ($p < 0.01$).

Conclusions: The results of the present study provided appropriate experimental support for the effect of EFGT in reducing emotional dysregulation, impulsivity, tendency to risky behaviors, and self-harm tendencies in at-risk students. Therefore, clinical experts and psychotherapists can use this intervention to effectively treat emotional dysregulation, risky behaviors, and self-harm tendencies in students.

Keywords: Emotion-Focused Therapy, Impulsive Behavior, Risk-Taking, Self-Injurious Behavior, Students.



تأثیر گروه درمانی متمرکز بر هیجان (EFGT) بر بدتنظیمی هیجانی، تکانشگری و گرایش به رفتارهای پرخطر در دانش آموزان دختر خودآسیب رسان

افسانه محمودی^۱، مجید محمود علیلو^{۲*}، خلیل اسماعیل پور^۳، تورج هاشمی نصرت آباد^۴

- ۱- دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، واحد پردیس ارس، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
- ۲- استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
- ۳- استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
- ۴- استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

نویسنده مسئول: مجید محمود علیلو، استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
ایمیل: m-alilou@tabrizu.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۵/۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۲/۱۷

چکیده

مقدمه: مطالعات زیادی اثربخشی گروه درمانی متمرکز بر هیجان (EFGT) را بر انواع آسیب شناسی روانی در گروه های آسیب پذیر نشان داده اند. با این حال، مشخص نیست که آیا این مداخله برای دانش آموزان خودآسیب رسان مؤثر است یا خیر. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر گروه-درمانی متمرکز بر هیجان بر بدتنظیمی هیجانی، تکانشگری و گرایش به رفتارهای پرخطر در دانش آموزان دختر خودآسیب رسان انجام شد.

روش کار: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری بود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر، کلیه‌ی دانش آموزان دختر متوسطه دوم شهرستان بوکان در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بودند که از این میان ۴۵ دانش آموز با روش نمونه گیری چند مرحله ای و با توجه به ملاک های ورود و خروج انتخاب شدند و به طور تصادفی به گروه های آزمایش، پلاسیبو و گواه (هر کدام ۱۵ دانش آموز) تخصیص یافتند. شرکت کنندگان قبل و بعد از گروه درمانی و در مرحله ی پیگیری، پرسشنامه رفتارهای خودآسیب رسان، پرسشنامه بدتنظیمی هیجانی، مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی و پرسشنامه تکانشگری را تکمیل کردند. پروتکل درمان هیجان مدار واتسون و گرینبرگ (۲۰۰۶) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طی ۲ ماه برای گروه آزمایش اجرا شد. تحلیل داده ها با استفاده از تحلیل واریانس مختلط از طریق نرم افزار SPSS-25 انجام شد. یافته ها: نتایج نشان داد که EFGT می تواند به طور معناداری موجب کاهش نمرات بدتنظیمی هیجانی، تکانشگری، گرایش به رفتارهای پرخطر و خودآسیب رسان دانش آموزان در گروه آزمایش نسبت به گروه های پلاسیبو و گواه گردد ($p < 0/01$) و این نتایج در مرحله پیگیری پایدار بود ($p < 0/01$).

نتیجه گیری: نتایج پژوهش حاضر حمایت تجربی مناسبی برای تأثیر EFGT در جهت کاهش بدتنظیمی هیجانی، تکانشگری، تمایل به رفتارهای پرخطر و تمایلات خودآسیبی در دانش آموزان در معرض خطر فراهم آورد. از این رو، متخصصان بالینی و روان درمان گران می توانند از این مداخله برای درمان مؤثر مشکلات هیجانی، رفتارهای پرخطر و تمایلات خودآسیبی در دانش آموزان بهره گیرند.

کلیدواژه ها: درمان متمرکز بر هیجان، رفتار تکانشی، ریسک پذیری، رفتار آسیب رسان به خود، دانش آموزان.

مقدمه

رفتارهای خودآسیب رسان یک مشکل رو به رشد بالینی و بهداشت عمومی است که به عنوان رفتار خودجراحی بدون خودکشی (Non-suicidal Self-Injury; NSSI) شناخته می شوند، و این رفتارها باعث تخریب مستقیم و عمدی بافت بدن فرد در غیاب قصد کشنده و به دلایلی که از نظر اجتماعی مورد تایید نیستند، می شود (۱). میزان شیوع جهانی NSSI در بین نوجوانان و بزرگسالان جوان تر (طول زندگی ۱۷/۲ درصد در میان نوجوانان، ۱۳/۴ درصد در میان بزرگسالان جوان) نسبت به افراد مسن تر (طول زندگی ۵/۵ درصد) بالاتر است (۲)، و اکثر پژوهش های صورت گرفته در زمینه ی اتیلوژی و تبیین ویژگیهای بالینی و درمانی NSSI، بر روی نمونه های بزرگسال و بالینی بوده است (۱). این موضوع که چرا برخی از نوجوانان به خود آسیب می ساندند، دقیقاً مشخص نیست اما تحقیقات تجربی و نظری عوامل مختلف بین فردی و درون فردی را در بروز رفتارهای خودآسیبی نوجوانان شناسایی و پیشنهاد کرده اند (۱، ۳-۵). از این میان، بدتنظیمی هیجانی (۵،۶) و تکانش گری (۳،۷) از مهم ترین عوامل روانشناختی (درون روانی) می باشند که نوجوانان را در مراحل رشد به NSSI آسیب پذیر می کنند (۱). بدتنظیمی به معنای ناتوانی در مدیریت هیجانات است و در نوجوانان معمولاً به دلایل مختلفی از جمله تجربه های ناخوشایند در گذشته، نقص در توانایی مدیریت هیجانات، مشکلات در روابط اجتماعی و فشارهای روانشناختی ناشی از شرایط محیطی و فرهنگی بروز می کند (۶،۸). رفتارهای NSSI در نوجوانان فاقد مهارت در تنظیم هیجان سازگارانه، به عنوان روشی برای خودتنبیهی یا خود-تسکین دهنده برای منحرف کردن خود از پریشانی و بازیابی حس کنترل بر خود استفاده می شود (۸،۹). در مطالعه ای بر روی زیرگروههایی از جوانانی که به خود آسیب می رسانند و عوامل خطر طولی منجر به خودآزاری مورد بررسی قرار گرفته بود، نتایج نشان داد که ۲ مسیر متمایز (آسیب شناسی روانی و رفتار مخاطره آمیز) برای آسیب رساندن به خود در نوجوانان می تواند وجود داشته باشد. مسیر «آسیب شناسی روانی» حاکی از آن است که نوجوانان با مشکلات روان شناختی و تنظیم هیجانی اولیه و مداوم (به عنوان مثال، افرادی با علائم افسردگی، عزت نفس پایین، نامالایمات اولیه و عوامل استرس زای محیطی) از NSSI به عنوان یک رفتار منفی که نوعی فرار، مدیریت یا تنظیم هیجانات ناخواسته را فراهم

می کند، استفاده می کنند. مسیر «رفتار مخاطره آمیز»، که به موجب آن ریسک پذیری و چالش های بیرونی بعدی در نوجوانی ظاهر می شود و با خودآزاری همراه است (۹). مرور تحقیقات اخیر نیز نشان می دهد که NSSI و رفتارهای پرخطر باهم اتفاق می افتند و به وقوع همزمان آنها آسیب دوگانه می گویند. در مطالعه ای مروری که یک نظریه مبتنی بر شواهد برای مدل شناختی هیجانی آسیب-دوگانه (پرخاصگری و آسیب به خود) ارائه شده بود، پژوهشگران بیان کردند که نقص در تنظیم هیجانی ممکن است به استفاده از اجتناب تجربی (تلاش هایی برای اجتناب از هیجانات ناراحت کننده از طریق خودآزاری و رفتارهای پرخطر) به عنوان پاسخی به تجربیات هیجانی ناراحت کننده باشد (۱۰). علاوه بر این، شواهدی نیز وجود دارد که ویژگی های مرتبط با تکانشگری به طور قابل توجهی با آسیب دوگانه (آسیب به خود و رفتارهای پرخطر) و بدتنظیمی هیجانی در نوجوانان مرتبط باشد (۱۱). نوجوانان در دوره نوجوانی با هیجانات زیادی روبرو می شوند و اغلب از تکانشگری به عنوان یک راهبرد مقابله ای برای رهایی از حالات روانی و هیجانی غیرقابل تحمل استفاده می کنند. نتایج یک مطالعه ی مروری سیستماتیک در نوجوانان ۱۱ تا ۲۵ سال حاکی از این بود که ابعاد مختلف تکانشگری (بُعد تکانشگری مبتنی بر هیجان و خلق، و بُعد شناختی تکانشگری) می توانند نقش متمایزی را در طول دوره زندگی NSSI نوجوانان داشته باشند. تکانشگری مبتنی بر هیجان و خلق (مربوط به تمایل به واکنش تکانشی در هنگام تجربه حالات هیجانی شدید) با شروع خودآزاری مرتبط بود، در حالی که جنبه های شناختی تکانشگری (مربوط به مشکلات حفظ تمرکز یا عمل بدون پیش اندیشی) با حفظ خودآزاری در نوجوانان مرتبط بود. علاوه بر این، تکانشگری رفتاری بیشترین ارتباط را با آسیب رساندن به خود در شرایط هیجان منفی داشت (۱۲). این یافته ها و متون پژوهشی مرور شده نشان می دهد که بدتنظیمی هیجانی، تکانشگری و گرایش به رفتارهای پرخطر از جمله مسائل و مشکلات اساسی مرتبط با NSSI در نوجوانان بوده که نیازمند پرداختن دقیق به ابعاد مختلف آن، و طراحی و اجرای برنامه های درمانی و مداخلاتی برای پیشگیری و کاهش اثرات منفی آن در نوجوانان می باشد. با وجود روش های متنوع روانی اجتماعی برای درمان NSSI و همچنین تاکید بسیاری از متون روان شناختی و روان پزشکی به اهمیت مقوله هیجان و کار کردن

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: روش پژوهش بر مبنای هدف کاربردی و از منظر گردآوری داده‌ها جزء تحقیقات کمی و از نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل و پلاسیبو بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهرستان بوکان با دامنه‌ی سنی ۱۵ تا ۲۰ سال در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بودند که از میان آن‌ها اعضای گروه نمونه به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج از بین ۱۸ مدرسه دخترانه دوره دوم متوسطه شهرستان بوکان به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند؛ به این صورت که ابتدا از این مدارس، ۸ مدرسه دوره دوم متوسطه نظری به طور تصادفی انتخاب شد. سپس ۱۰ کلاس پایه دهم تا دوازدهم به طور تصادفی از بین این مدارس انتخاب و پرسشنامه خودآسیب‌رسان ویدرمن و سانسون (۱۹۹۸) بین ۵۰۰ دانش‌آموز توزیع شد. سپس از میان این ۵۰۰ نفر، ۴۵ دانش‌آموز با توجه به ملاک‌های ورود و خروج پژوهش، انتخاب شدند. اعضای گروه نمونه به صورت تصادفی به سه گروه آزمایش، پلاسیبو و کنترل تقسیم شدند (هرگروه ۱۵ نفر). معیارهای ورود برای تحقیق عبارت بودند از: ارجاع شده به دفتر مشاوره مدرسه برای برخی از مشکلات رفتاری، تمایل به شرکت در مطالعه؛ محدوده سنی بین ۱۵-۲۰ سال سن؛ مشغول به تحصیل در یکی از پایه‌های مقطع متوسطه دوم؛ کسب نمره بالاتر از ۵+ در پرسشنامه خودآسیب‌رسان ویدرمن و سانسون (۱۹۹۸)، شرکت نداشتن همزمان در جلسات مداخله‌ای دیگر. غیبت در یکی از جلسات مداخله‌ای و عدم رعایت مقررات گروه از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. این پژوهش برخی اصول اخلاقی از جمله کسب اجازه و رضایت آگاهانه از اولیای و خود دانش‌آموزان، توضیح اهداف پژوهش برای گروه‌ها، اختیاری بودن پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخلات، پاسخ به سوالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به دانش‌آموزان و ارائه جلسات مداخله به صورت فشرده به دانش‌آموزان گروه‌های پلاسیبو و کنترل بعد از اجرای مرحله پیگیری را رعایت نمود. بعد از توجیه دانش‌آموزان، برای گروه آزمایش جلسات EFT (مشمول بر ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) طی دو ماه به صورت گروهی اجرا شد و برای گروه کنترل در این مدت هیچ برنامه‌ی مداخله‌ای اجرا نشد و گروه پلاسیبو ۸ جلسه به صورت پلاسیبو (صحبت‌های گروهی بدون پروتکل خاص)

روی آن به منظور دستیابی به درمان مفیدتر (۲۶،۱۱)، در مطالعه‌ی حاضر ما بر درمان متمرکز بر هیجان (Emotion-focused therapy; EFT) پرداخته ایم. EFT به عنوان یک رویکرد ساختاری تجربی در برنامه‌های مداخلاتی و روان‌درمانی معاصر مطرح شده است. مسئله اصلی در EFT این است که هیجان بخش اساسی ساختار فرد است و عامل کلیدی برای سازماندهی خود می‌باشد (۱۳). در فرآیند مداخله‌ی EFT، افراد هیجانات خود را بدون ترس از تنبیه شدن یا مورد انتقاد قرار گرفتن تجربه می‌کنند و جنبه‌های متضاد خویش را می‌پذیرند. بر طبق این درمان با تقویت آگاهی‌های درمان‌جو از حس‌های بدنی و تنظیم هیجانی، فرایند تغییر در فرد اتفاق می‌افتد. درمانگر EFT به شیوه‌ای کاملاً مشارکتی عمل کرده و به تناوب تجربیات هیجانی را هدایت کرده و یا به پیگیری جهات هیجانی می‌پردازد که بیمار به سمت آن‌ها حرکت می‌کند (۱۳). در مطالعه‌ی ای که جباری و عقیلی (۱۴) اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار بر رفتارهای خودآسیب‌رسان و نیازهای بین‌فردی در نوجوانان دختر دارای افکار خودکشی مورد مقایسه قرار داده بودند، نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار نسبت به درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری در کاهش ادراک سربار بودن، تعلق‌پذیری خنثی، رفتارهای خودآسیب‌رسان داشت و درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش افکار خودکشی تاثیر بیشتری داشت. یافته‌های مطالعات مروری اخیر بر روی EFT نشان می‌دهد که اکثراً مداخله‌ی EFT در انواع مشکلات زوجی، افسردگی، اضطراب اجتماعی، تروما و اختلالات خوردن مورد استفاده قرار گرفته و اثربخش بوده است (۱۴،۱۵). همچنین، نتایج یک مطالعه‌ی مروری در زمینه‌ی مداخلات والدگری متمرکز بر هیجان در پیشگیری و درمان مشکلات سلامت روان کودکان، نوجوانان و خانواده‌های آن‌ها، حاکی از اثربخشی این شیوه‌ی درمانی در نوجوانان می‌باشد (۱۶). با این حال، مطالعات محدودی به بررسی اثربخشی EFT در نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان به همراه مشکلات هیجانی، تکانشگری و رفتارهای پرخطر پرداخته‌اند. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر گروه درمانی متمرکز بر هیجان بر بدتنظیمی هیجانی، تکانشگری و گرایش به رفتارهای پرخطر در دانش‌آموزان دختر خودآسیب‌رسان انجام شد.

دریافت کردند. سنجش با ابزارهای پژوهش، در سه مرحله پیش آزمون، پس-آزمون و پیگیری برای گروه‌ها اجرا شد.

ترتیب جلسات EFGT به طور خلاصه در جدول ۱ ارائه گردیده است.

جدول ۱. مختصری از محتوای جلسات گروه درمانی متمرکز بر هیجان

جلسه	هدف	شرح جلسات	تکالیف
اول	رابطه درمانی، اجرای پیش آزمون	ایجاد ارتباط اولیه، بیان اهداف، آشناسازی اعضا باهم، شناسایی چرخه تعاملی معیوب و شناسایی هیجان‌های اساسی، ارزیابی انتظارات و نگرانی‌های دانش آموزان، آموزش در مورد درمان متمرکز بر هیجان، تشریح قوانین گروه	مشخص کردن اهداف خود از شرکت در این دوره مداخلاتی گروه توسط دانش آموزان
دوم	آگاهی هیجانی و تنظیم هیجانی	بحث مقدماتی راجع به هیجان‌ها، کنترل و تنظیم آنها، به دانش آموزان اجازه می‌دهیم که به اشتباهات خود اقرار و منابع اشتباهات را شناسایی و درباره‌ی آنها در گروه صحبت کنند. به طور آگاهانه دانش آموزان را در معرض هیجان‌ها خودشان قرار می‌دهیم و در انجام این کار به آن‌ها کمک می‌کنیم بپذیرد که این هیجان‌ها را دارند و با آن‌ها مواجه شوند و اجتناب نکنند.	دادن کتابچه‌هایی برای آموزش و ثبت هیجان‌های ناسازگار، تکانشگری، رفتارهای پرخطر و خودآسیب رسان
سوم	بیان و ابراز هیجان‌ها و پیامدهای مرتبط با آنها	بیان هیجان‌ها ناسازگار منفی شدید توسط دانش‌آموزان در درمان گروهی به آنها کمک میکند تا این هیجان‌ها را بپذیرند. بیان هیجان‌ها ناسازگارانه به منزله مواجهه هیجانی درون تنی است. همچنین، دانش‌آموزان در این جلسه پیامدهای هیجان‌هاشان (هم برای خودشان و هم دیگران) را بیان می‌کنند. همچنین، موانع و محدودیت‌های بخشش خود، توسط دانش‌آموزان بررسی می‌شود. از تکنیک صندلی خالی برای شناسایی هیجان‌ها استفاده می‌شود.	آموزش شناسایی هیجان‌ها (به کمک برگه ثبت هیجانی)، ارزیابی آنها و کمک به پذیرش با ارائه دو تکنیک ذهن آگاهی اسکن بدن و فضای تنفس سه دقیقه‌ای
چهارم	افزایش هشیاری نسبت به پیامدهای به تأخیر انداختن فرایند بخشش	بیان و آشکار کردن جنبه‌های متضاد شناسایی شده در تکالیف خانگی، افزایش هشیاری دانش‌آموزان نسبت به پیامدهای به تأخیر انداختن فرایند پذیرش هیجانی، شکلهای مجدد چرخه تعاملات، هماهنگی بین شخص درمانگر و اعضای گروه؛ پذیرش چرخه تعامل توسط اعضا	فن صندلی خالی، شروع آشتی دادن صداهای طرف متضاد مراجع
پنجم	اتصال مجدد ارزش‌ها و ادامه آگاهی هیجانی	بیان ارزش‌های خود (اشاره به نیازها و انگیزه‌های متصل به رفتارهای تکانشی خودآسیب‌رسان و پرخطر) و چگونگی زندگی با آنها. پذیرش احساسات تعریف نشده، شناسایی نیازهای دل‌بستگی انکار شده هیجان‌ها و تلفیق نیازها با تعاملات	انجام تمرین دو صندلی و صندلی خالی، آگاهی هیجانی و نامگذاری هیجانی
ششم	آموزش شفقت و خود تسکین دهی سازگارانه	آموزش خود شفقت ورزی، استفاده از تکنیک آرام سازی، رفتارهای جبرانی و تنظیم هیجانی سازگارانه در مقابل بدتنظیمی هیجانی که منجر به رفتار خودآسیبی برای خود تسکین دهی در دانش‌آموزان میشود.	گفتگوی دو صندلی، تسهیل در بیان و توصیف احساس‌ها، نیازها و آرزوها
هفتم	یادآوری تغییرات مثبت و حرکت رو به جلو	با تمرکز بر روی تغییرات مثبت از زمان انجام عمل خودآسیب رسانی و تکانشی، به دانش‌آموزان در یادآوری دوره‌های خودآسیب رسانی، تجربیات و حالات منفی روانشناختی کمک می‌شود. همچنین، آموزش داده می‌شود تا هیجان‌ها منفی باقیمانده را با احساسات خود بخشودگی و خود شفقت ورزی جایگزین کنند.	جایگزین کردن هیجان‌ها سازگارانه بهجای هیجان‌ها ناسازگار، تکنیک‌های شفقت ورزی و بخشودگی
هشتم	مرور درمان، آگاهی نسبت به موفقیت‌های درمانی و پس آزمون	به دانش‌آموزان کمک خواهد شد که موارد پیشرفت و نحوه حفظ این عایدات را شناسایی کنند. کلیاتی از کاربرد خودآگاهی و پذیرش هیجانی و تنظیم هیجانی سازگارانه در انواع رفتارهای تکانشی، پرخطر و آسیب رسان ارائه می‌شود. اجرای پس آزمون، مراسم خداحافظی.	مرور تکلیف انجام‌شده و تداوم این تکالیف در دوره‌های بعدی زندگی، خداحافظی همدلانه

ابزار پژوهش:

۳۶ و حداکثر نمره آن ۱۸۰ که نشان‌دهنده دشواری بیشتر در تنظیم هیجان است. حداقل نمره ضریب پایایی کل پرسش‌نامه با استفاده از همسانی درونی ۰/۹۳ و پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش کرده است (۱۷). در بررسی ویژگی روان‌سنجی این مقیاس در جمعیت ایرانی، ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها، بین ۰/۸۶ تا ۰/۸۸ و ضریب پایایی بازآزمایی پس از یک هفته بازآزمون، بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (۱۸). مقیاس تکانشگری بارت: این مقیاس توسط پاتون، استانفورد و بارت در سال ۱۹۹۵ طراحی گردیده است و

پرسش‌نامه دشواری در تنظیم هیجان: این پرسش‌نامه توسط گراتز و رومر در سال ۲۰۰۴ ساخته شده و از ۳۶ گویه و در ۶ خرده‌مقیاس (شامل عدم‌پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی) تشکیل شده است. نمره‌گذاری گویه‌ها در آن از طریق لیکرت ۵ درجه‌ای (تقریباً هرگز، گاهی اوقات، نیمی از اوقات، بیشتر اوقات، تقریباً همیشه) صورت می‌گیرد. حد پایین نمره آن

همگرای آن را مناسب گزارش کردند (۲۲).
 مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی: این مقیاس توسط زاده
 محمدی احمدآبادی و حیدی در سال ۱۳۹۰ به منظور ارزیابی
 رفتارهای خطرپذیری بر اساس ساختار فرهنگی جامعه
 ایران در قالب ۳۸ گویه طراحی کرده اند و بر روی ۱۲۰۴
 دانش-آموزان دبیرستانی شهر تهران اجرا کردند. نمره‌گذاری
 گویه‌ها در به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالف،
 مخالف، نه مخالف نه موافق، موافق و کاملاً) صورت
 می‌گیرد که پایین‌ترین و بالاترین نمره به ترتیب ۳۸ و
 ۱۹۰ می‌باشد. گرایش به رفتار پرخطر در هفت حوزه مواد
 مخدر، الکل، سیگار، خشونت، رابطه و رفتار جنسی، رابطه
 با جنس مخالف و رانندگی خطرناک ارزیابی می‌شود.
 میزان آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۴ و خرده مقیاس‌ها
 بین ۰/۷۴ و ۰/۹۳ و همچنین روایی صوری ۰/۷۷ گزارش شد.
 نتایج تحلیل عاملی اکتشافی ز نشان داد این پرسشنامه می
 تواند ۶۴/۸۴ درصد واریانس خطرپذیری را در دانش آموزان
 دبیرستانی پیش بینی کند (۲۳).

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از شاخص
 های میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از
 تحلیل واریانس مختلط با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS-25
 استفاده گردید.

یافته‌ها

بر پایه یافته‌های جمعیت شناختی ارائه شده در
 جدول ۲، گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای سن، پایه
 و رشته‌های تحصیلی، تحصیلات پدر و مادر و شغل پدر
 همگن بودند و تفاوت معناداری بین گروه‌ها گزارش نشد.

شامل ۳۰ گویه چهار درجه ای لیکرت (به ندرت: ۱، گاهی
 اوقات: ۲، اغلب: ۳ و تقریباً همیشه: ۴) و ۳ عامل تکانشگری،
 عدم برنامه ریزی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری شناختی
 بوده که پایین‌ترین و بالاترین نمره به ترتیب ۳۰ و ۱۲۰
 می‌باشد. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای
 کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۳، خرده مقیاس توجهی ۰/۷۴،
 حرکتی ۰/۷۴، بی برنامه‌گی ۰/۷۳ بالا گزارش شده است.
 همچنین این مقیاس با سایر پرسش نامه‌های خودگزارشی
 تکانشگری مانند مقیاس هیجان خواهی زاگرمین، مقیاس
 تکانشگری آیزنک و مقیاس بازداری فعال سازی رفتاری،
 همبستگی خوبی دارد (۱۹). در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی
 مقیاس در دانشجویان ایرانی، روایی همگرای این مقیاس با
 محاسبه ضریب همبستگی زیرمقیاس‌های آن با یکدیگر
 تأیید شد ($P < 0.05$). اعتبار کل مقیاس با استفاده از دو روش
 آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۷ گزارش
 شده است (۲۰).

پرسش نامه خودآسیب رسان: این پرسش نامه سانسون،
 ویدرمن و سانسون در سال ۱۹۹۸ برای رفتارهای خودآسیب
 رسان از قبیل اقدام به خودکشی، مصرف مواد، بریدن عمدی
 خود سوزاندن عمدی خود طراحی شده است که شامل ۲۲
 گویه (با پاسخ بله/خیر) است. دامنه نمرات این پرسشنامه
 بین ۰ تا ۲۲، نقطه برش ۵ یا بیشتر است و افرادی که
 نمره ۵ یا بیشتر در این پرسش نامه می‌گیرند، به احتمال
 ۸۵ درصد دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی می
 باشند. ضریب آلفای کرونباخ این پرسش نامه ۰/۸۱ و روایی
 همزمان با پرسشنامه تجدیدنظر شده تشخیصی شخصیت
 ۰/۵۷ گزارش شده است (۲۱). در ایران طاهباز حسین زاده،
 قربانی و نبوی (۱۳۹۰) ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۴ و اعتبار

جدول ۲. اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان به تفکیک گروه

P-Value	Pearson chi-square test	گروه کنترل	گروه پلاسیبو	گروه مداخله	دسته بندی	متغیرها
		تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)		
۰/۸۹۶	۱/۰۹۲	۵ (۳۳/۳٪)	۶ (۴۰٪)	۷ (۴۶/۷٪)	دهم	پایه ی تحصیلی
		۵ (۳۳/۳٪)	۵ (۳۳/۳٪)	۳ (۲۰٪)	یازدهم	
		۵ (۳۳/۳٪)	۴ (۲۶/۷٪)	۵ (۳۳/۳٪)	دوازدهم	
۰/۷۴۵	۱/۹۴۸	۵ (۳۳/۳٪)	۶ (۴۰٪)	۴ (۲۶/۷٪)	علوم انسانی	رشته ی تحصیلی
		۷ (۴۶/۷٪)	۵ (۳۳/۳٪)	۵ (۳۳/۳٪)	ریاضی فیزیک	
		۳ (۲۰٪)	۴ (۲۶/۷٪)	۶ (۴۰٪)	علوم تجربی	

		۶ (۴۰٪)	۷ (۴۶٪)	۸ (۵۳٪)	ابتدایی	
۰/۷۶۷	۱/۸۲۹	۴ (۲۶٪)	۵ (۳۳٪)	۵ (۳۳٪)	متوسطه	تحصیلات مادر
		۵ (۳۳٪)	۳ (۲۰٪)	۲ (۱۳٪)	دانشگاهی	
۰/۲۶۰	۵/۲۷۵	۹ (۶۰٪)	۳ (۲۰٪)	۷ (۴۶٪)	ابتدایی	تحصیلات پدر
		۳ (۲۰٪)	۷ (۴۶٪)	۵ (۳۳٪)	متوسطه	
		۳ (۲۰٪)	۵ (۳۳٪)	۳ (۲۰٪)	دانشگاهی	
۰/۷۱۱	۰/۶۸۲	۱۰ (۶۶٪)	۱۲ (۸۰٪)	۱۱ (۷۳٪)	شاغل	شغل پدر
		۵ (۳۳٪)	۳ (۲۰٪)	۴ (۲۶٪)	بیکار	
P-Value	F-test	M±SD	M±SD	M±SD		سن (سال)
	۰/۹۵۰	۰/۰۵۲	۱۷/۵۰ ± ۱/۶۰	۱۷/۴۰ ± ۱/۷۰		۱۷/۳۳ ± ۱/۷۹

Note: M= Mean; SD = Std.Deviation

در جدول ۳، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای بدتنظیمی هیجانی، تکانش گری، خودآسیب رسانی و رفتارهای پرخطر گروه های مورد مطالعه ارائه شده است. در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای

جدول ۳. میانگین و انحراف متغیرهای پژوهش در مراحل درمانی

متغیرها	گروه آزمایش		گروه پلاسیبو		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بدتنظیمی هیجانی	۱۱۶/۰۶	۱۲/۰۷	۱۱۴/۱۳	۱۳/۱۶	۱۱۵/۳۳	۱۰/۸۰
	۸۵/۶۶	۱۰/۵۲	۱۱۲/۹۳	۱۱/۱۸	۱۱۵/۰۱	۹/۷۴
	۸۷/۴۶	۸/۸۴	۱۱۳/۱۳	۱۰/۳۷	۱۱۴/۹۳	۹/۷۲
تکانشگری	۷۰/۴۶	۴/۸۵	۷۰/۹۳	۴/۳۰	۶۸/۶۶	۴/۶۷
	۵۵/۷۳	۴/۰۶	۶۷/۸۰	۴/۰۲	۶۸/۰۰	۴/۹۷
	۵۶/۰۶	۴/۳۶	۶۷/۳۳	۳/۴۵	۶۸/۳۳	۴/۲۰
خودآسیب رسانی	۱۰/۰۶	۲/۱۲	۹/۸۶	۲/۱۳	۹/۶۰	۱/۷۲
	۴/۹۳	۱/۸۳	۱۰/۰۰	۲/۱۷	۱۰/۰۱	۱/۷۷
	۴/۶۰	۱/۹۱	۱۰/۱۳	۱/۷۶	۹/۶۰	۱/۸۴
رفتارهای پرخطر	۱۱۱/۷۳	۸/۸۶	۱۰۸/۲۶	۹/۰۴	۱۰۹/۳۳	۵/۴۹
	۸۸/۷۳	۷/۴۷	۱۰۹/۲۰	۷/۳۸	۱۰۸/۴۰	۵/۵۵
	۸۹/۵۳	۶/۸۴	۱۰۸/۵۳	۷/۱۷	۱۰۹/۷۳	۵/۴۴

آزمون مستلزم رعایت چند فرض اولیه است که ابتدا به بررسی این فرض ها پرداخته شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد و مقادیر آن برای متغیرهای بدتنظیمی هیجانی، تکانش گری، خودآسیب رسانی و رفتارهای پرخطر در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایشی معنادار نبود ($P > 0.05$) که حاکی از نرمال بودن توزیع نمرات در این متغیرها هست.

نتایج آزمون ام. باکس جهت بررسی مفروضه همسانی

همان طور که میانگین نمرات بدتنظیمی هیجانی، تکانش گری، خودآسیب رسانی و رفتارهای پرخطر در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای سه گروه در جدول ۳ ملاحظه می شود، نمرات دانش آموزان گروه آزمایش در مقایسه با گروه های پلاسیبو و کنترل در متغیرهای پژوهش در مراحل پس آزمون و پیگیری تغییراتی داشته است. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در نمرات پس آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می باشند یا خیر، از تحلیل واریانس مختلط استفاده گردید. استفاده از این

افسانه محمودی و همکاران

تکانش گری ($W = 0/910$) ماچلی، $3/87 =$ تخمین خی دو، $2 =$ درجه آزادی، ($P = 0/144$) و خودآسیب رسانی ($W = 0/891$) ماچلی، $4/71 =$ تخمین خی دو، $2 =$ درجه آزادی، ($P = 0/095$) در مراحل پیش-آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان داد که آماره موچلی برای اثر زمان معنی دار نیست و این پیش فرض برقرار است ($P > 0/05$)؛ اما برای متغیر رفتارهای پرخطر ($W = 0/718$) ماچلی، $780 =$ گرین هاوس گیسر، $13/57 =$ تخمین خی دو، $2 =$ درجه آزادی، ($P = 0/001$) معنی دار بود ($P < 0/05$) و مبنای F بر اساس گرین هاوس گیسر گزارش خواهد شد. در جدول ۴، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی اثرات درون آزمودنی و بین آزمودنی نشان داده شده است.

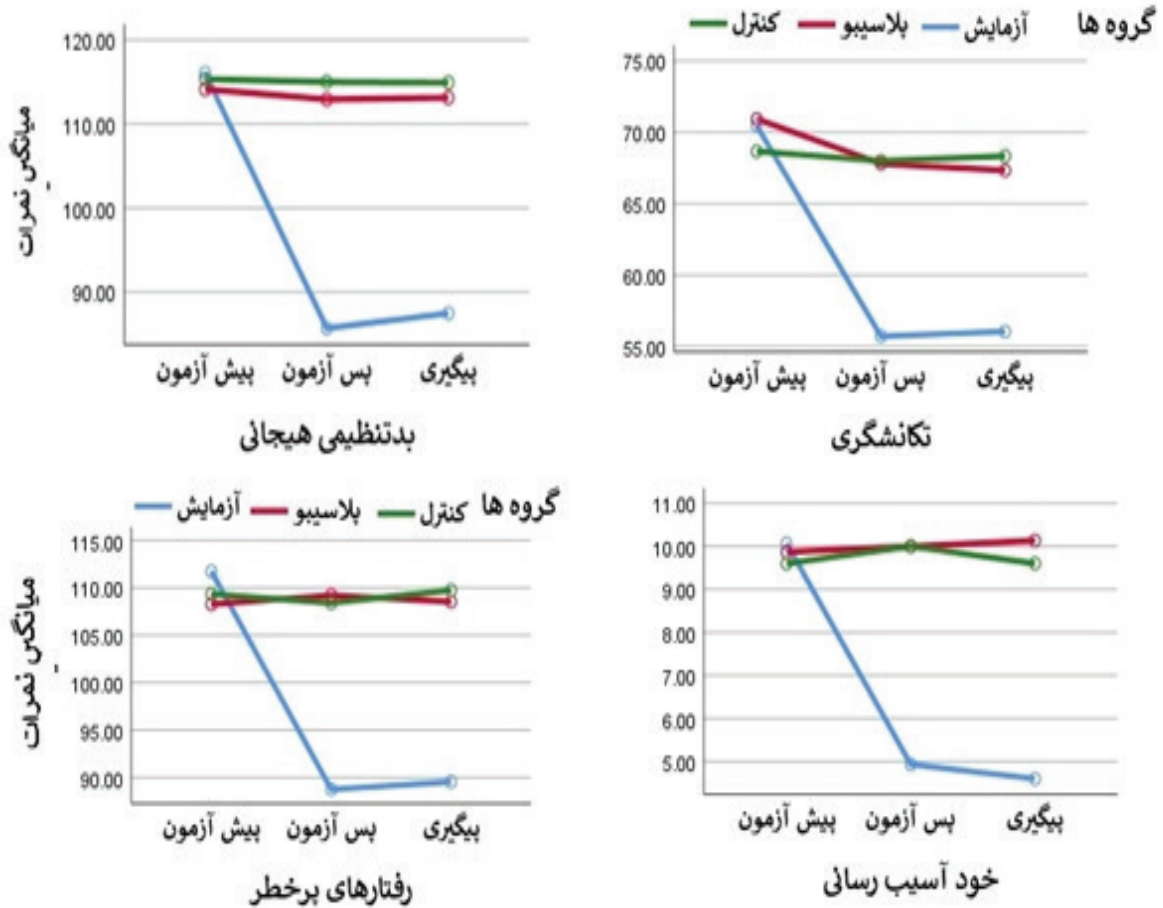
ماتریس های کوواریانس ها نشان داد که متغیرهای بدتنظیمی هیجانی ($F = 1/601$, Box's $M = 21/454$, $P = 0/08$)، تکانش گری ($F = 1/365$, Box's $M = 18/292$, $P = 0/17$)، خودآسیب رسانی ($F = 1/466$, Box's $M = 19/640$, $P = 0/12$) و رفتارهای پرخطر ($F = 1/236$, Box's $M = 16/559$, $P = 0/25$) در نمونه حاضر معنادار نیست، بنابراین این مفروضه برقرار می باشد ($P > 0/05$). نتایج آزمون لئون نشان داد که همگونی واریانس ها در متغیرهای بدتنظیمی هیجانی، تکانش گری، خودآسیب رسانی و رفتارهای پرخطر برقرار می باشد ($P > 0/05$). نتایج آزمون موچلی به منظور بررسی مفروضه کرویت نمرات بدتنظیمی هیجانی ($W = 0/867$) ماچلی، $5/853 =$ تخمین خی دو، $2 =$ درجه آزادی، ($P = 0/054$)،

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط مربوط به اثرات درون گروهی و برون گروهی

متغیر	منابع	مجموع اثرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
بدتنظیمی هیجانی	زمان	۳۲۰۵/۷۹	۲	۱۶۰۲/۸۹	۲۱۴/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۸۳
	درون آزمودنی	۵۵۳۴/۷۸	۴	۱۳۸۳/۶۹	۱۸۵/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۸۹
	خطا (زمان)	۶۲۷/۴۲	۸۴	۷/۴۶	-	-	-
تکانشگری	بین آزمودنی	۹۶۱۶/۹۰	۲	۴۸۰۸/۴۵	۱۴/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۴۰
	درون آزمودنی	۱۱۳۲/۷۲	۲	۵۶۶/۳۶	۳۲۲/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۸۸
	خطا (زمان)	۱۱۰۸/۲۹	۴	۲۷۷/۰۷	۱۵۷/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۸۸
خودآسیب رسانی	بین آزمودنی	۱۴۷/۶۴	۸۴	۱/۷۵	-	-	-
	درون آزمودنی	۱۸۰۷/۳۰	۲	۹۰۳/۶۵	۱۷/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۴
	خطا (زمان)	۸۰/۹۳	۲	۴۰/۴۶	۷۱/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۶۳
رفتارهای پرخطر	درون آزمودنی	۲۰۲/۹۳	۴	۵۰/۷۳	۸۹/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۸۱
	بین آزمودنی	۴۷/۴۶	۸۴	۰/۵۶	-	-	-
	خطا (زمان)	۳۳۴/۹۳	۲	۱۶۷/۴۶	۱۶/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۸۶
رفتارهای پرخطر	درون آزمودنی	۱۶۵۸/۰۵	۱/۵۶	۱۰۶۲/۶۹	۳۰۷/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۸۸
	بین آزمودنی	۳۴۷۵/۳۱	۳/۱۲	۱۱۱۳/۷۱	۳۲۲/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۸۹
	خطا (زمان)	۲۲۶/۶۲	۶۵/۵۳	۳/۴۵	-	-	-
بین آزمودنی	۴۵۰۳/۱۷	۲	۲۲۵۱/۵۸	۱۵/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۴۱	

بین سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیرهای مورد پژوهش تفاوت وجود دارد (شکل ۱).

نتایج حاکی از آن است که اثر زمان (مراحل درمان) بر بدتنظیمی هیجانی، تکانش گری، خودآسیب رسانی و رفتارهای پرخطر معنی دار شده اند ($P < 0/001$)؛ بنابراین



شکل ۱. نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های مورد مطالعه

همچنین در اثر گروه نیز با توجه به مقادیر F سطح معنی‌داری مشاهده می‌گردد و بین گروه‌های مورد مطالعه معنی‌داری مشاهده می‌گردد و بین گروه‌های مورد مطالعه معنی‌داری مشاهده می‌گردد و بین گروه‌های مورد مطالعه معنی‌داری مشاهده می‌گردد.

جدول ۵. نتایج آزمون بونفرونی جهت مقایسه زوجی گروه‌ها در متغیرهای وابسته

متغیر وابسته	گروه و زمان (i)	زمان و گروه (j)	تفاوت میانگین‌ها (i-j)	خطای انحراف استاندارد	سطح معناداری
بدن‌تنظیمی هیجانی	آزمایش	پلاسیبو	-۱۷/۰۰	۳/۸۵	۰/۰۰۱
	آزمایش	گواه	-۱۸/۶۸	۳/۸۵	۰/۰۰۱
	پلاسیبو	گواه	-۱/۶۸	۳/۸۵	۱/۰۰
	پیش آزمون	پس‌آزمون	۱۰/۶۴	۰/۵۹	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۱۰/۰۰	۰/۶۵	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۶۴	۰/۴۶	۰/۵۲۷
تکانشگری	آزمایش	پلاسیبو	-۷/۹۳	۱/۵۳	۰/۰۰۱
	آزمایش	گواه	-۷/۵۷	۱/۵۳	۰/۰۰۱
	پلاسیبو	گواه	۰/۳۵	۱/۵۳	۱/۰۰
	پیش آزمون	پس‌آزمون	۶/۱۷	۰/۲۷	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۶/۱۱	۰/۳۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۰۶	۰/۲۴	۱/۰۰

افسانه محمودی و همکاران

۰/۰۰۱	۰/۶۶	-۳/۴۶	پلاسیبو	آزمایش	
۰/۰۰۱	۰/۶۶	-۳/۲۰	گواه	آزمایش	گروه
۱/۰۰	۰/۶۶	۰/۲۶	گواه	پلاسیبو	
۰/۰۰۱	-۰/۱۵	۱/۵۳	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	خودآسیب‌رسانی
۰/۰۰۱	-۰/۱۸	۱/۷۳	پیگیری	پیش‌آزمون	زمان
۰/۴۷	۰/۱۳۹	۰/۲۰	پیگیری	پس‌آزمون	
۰/۰۰۱	۲/۵۶	-۱۲/۰۰	پلاسیبو	آزمایش	
۰/۰۰۱	۲/۵۶	-۱۲/۴۸	گواه	آزمایش	گروه
۱/۰۰	۲/۵۶	-۰/۴۸	گواه	پلاسیبو	
۰/۰۰۱	۰/۲۹	۷/۶۶	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	رفتارهای پرخطر
۰/۰۰۱	۰/۴۲	۷/۱۷	پیگیری	پیش‌آزمون	زمان
۰/۳۳	۰/۲۹	-۰/۴۸	پیگیری	پس‌آزمون	

افرادی که با دشواری در تنظیم هیجانات مواجه هستند، ممکن است دچار تغییرات شدید در حالت‌های خلقی مثل استرس و اضطراب شوند و نتوانند به طور موثر با هیجانات خود کنار بیایند (۱۷). رفتارهای NSSI به شدت با مدیریت هیجان مرتبط هستند (۸، ۱۰، ۶). بدتنظیمی هیجانی می‌تواند به صورت مکانیسم راه‌انداز در رفتارهای خودآزارگرانه در نوجوانان عمل کند (۶). به عنوان مثال، یافته‌های پژوهش په و همکاران (۸) نشان داد که رفتارهای خودآزاری ممکن است نشان‌دهنده تلاش‌های ناسازگار برای مدیریت بدتنظیمی هیجانی در نوجوانان باشد که متأثر از بدرفتاری در دوران کودکی است. در EFGT مراجعان یاد می‌گیرند به هیجانات اولیه خود آگاه گردند و به مشکلات هیجانی خود رسیدگی کنند (۱۵، ۲۴). در درمان متمرکز بر هیجان به صورت گروه درمانی که برای درمان بدتنظیمی هیجانی در دانش‌آموزان با رفتارهای NSSI انجام شد، به طیف کامل هیجانات اعضای گروه پرداخته شد و به آن‌ها در شناسایی هیجانات و پذیرش مسئولیت آن‌ها کمک شد. همچنین، باعث EFGT می‌شود که دانش‌آموزان با رهایی از هیجانات دردناک و شناسایی نیازهای هیجانی خود بر مشکلات بدتنظیمی خود فائق گردند (۲۴). محیط درمانی گروهی در این شیوه‌ی درمانی به دانش‌آموزان در ابراز هرچه بهتر هیجانات دردناک و منفی بیشتر کمک می‌کند (۲۷). دانش‌آموزان یاد می‌گیرند که این هیجانات (چه به صورت مثبت و چه منفی) یک قسمت از سازمان روانی و زندگی آن‌ها را تشکیل می‌دهد و مختص یک فرد نیست و با یادگیری شیوه‌ی بخشش هیجانی (به

با توجه به جدول ۵، ملاحظه می‌گردد که در اثربخشی مداخلات بین EFGT، پلاسیبو و گروه کنترل بر روی متغیرهای مورد مطالعه به لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0/001$). همچنین، در بدتنظیمی هیجانی، تکانش-گری، خودآسیب‌رسانی و رفتارهای پرخطر روند تغییرات بر اثر EFGT از پیش‌آزمون به پس‌آزمون معنی‌دار بود ($P < 0/001$) و از مرحله‌ی پس‌آزمون به پیگیری ثابت بوده است ($P = 1/00$). همچنین، روند تغییرات در طی دو ماه از پیش‌آزمون به پیگیری حفظ‌شده است ($P < 0/001$)، اما مداخله‌ی پلاسیبو بر روی هیچ کدام از متغیرهای مورد مطالعه تأثیر معنی‌داری نداشت ($P = 1/00$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی EFGT بر بدتنظیمی هیجانی، تکانشگری و گرایش به رفتارهای پرخطر در دانش‌آموزان دختر خودآسیب‌رسان انجام شد. نتایج نشان داد که EFGT نسبت به مداخله‌ی پلاسیبو به طور معناداری باعث کاهش بدتنظیمی هیجانی، تکانشگری و گرایش به رفتارهای پرخطر و خودآسیبی در دانش‌آموزان می‌شود. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات شهرهمانی و همکاران (۱۵)، هویگرست و همکاران (۲۴)، نیاستی، قربان شیروودی، خلعتبری و تیزدست (۲۵)، اسمری برده زرد، رسولی و اسکندری (۲۶) و جباری و عقیلی (۱۴) همسویی دارد. در تبیین اثربخشی EFGT بر بدتنظیمی هیجانی می‌توان گفت بدتنظیمی هیجانی معمولاً به صورت ناپایداری در تجربه، بیان و واکنش به هیجانات نشان داده می‌شود.

معناداری داشت. در تبیین این نتایج می توان بیان کرد که درگیر شدن در رفتارهای پرخطر می تواند به طور مستقیم یا غیرمستقیم باعث افزایش خودآسیبی در نوجوانان شود (۹،۱۰،۱۴). ممکن است خودآسیبی در نوجوانان از طریق رفتارهای پرخطر (به عنوان مثال، استفاده از مواد مخدر و الکل، خشونت، رفتارهای جنسی و رانندگی خطرناک) با هدف ایجاد و تجربه هیجانات خاص و یا تخلیه هیجانات منفی، کاهش استرس یا تسکین درد انجام می شود (۴،۵). همچنین، افزایش استرس و اضطراب ناشی از درگیر شدن در رفتارهای پرخطر ممکن است منجر به افزایش خودآسیبی (به عنوان یک استراتژی ناکارآمد برای کاهش این استرس و اضطراب ها) گردد (۳،۹). در EFGT دانش آموزان یاد می گیرند تا هیجانات خود را شناخته و با تسلط بر مهارت های مدیریت هیجانی، روابط خود را با همسالان شان تقویت می کنند و از حمایت دیگران استفاده کنند. در نهایت با انواع استرس های درونی و بیرونی و هیجانات منفی بهتر مقابله می کنند و کمتر در رفتارهای پرخطر و خودآسیبی درگیر می شوند. همچنین، EFGT باعث تقویت خودآگاهی و تنظیم گری هیجانی دانش آموزان می شود که آن ها را قادر می سازد تا از استراتژی های مثبت برای کنترل هیجانات منفی (به عنوان یکی از منابع اصلی راه انداز رفتارهای پرخطر و خودآسیب رسان) استفاده کنند. علاوه بر این، با تقویت خودآگاهی، دانش آموزان می توانند رفتارهای خودآسیبی و پرخطر خود را شناسایی کرده و در این رفتارها درگیر نشوند.

از آنجایی که این پژوهش بر روی دانش آموزان دختر دارای رفتارهای خودآسیب رسان در شهرستان بوکان صورت گرفته است، باید در تعمیم نتایج به دانش آموزان دارای سایر مشکلات روان شناختی و رفتاری احتیاط گردد. همچنین تمرکز پژوهش بر یک جنس (دختران) و شهر موجب شده است که نتایج این پژوهش قابل تعمیم به سایر افراد و مناطق نباشد. باید مطالعاتی در شهرها و فرهنگ های دیگر (به غیر از قومیت و زبان کردی) بر روی دانش آموزان دارای رفتارهای خودآسیب رسان پسر نیز اجرا شود تا به نتایج دقیق تری از اثربخشی این مداخله در متغیرهای بررسی شده رسید. در اکثر پژوهش ها، این مداخله با فرمت های فردی، والدگری و خانواده برای انواع مشکلات رفتاری و روان شناختی (۲۴،۱۶،۱۵) صورت گرفته است، لازم است پژوهش های آتی به بررسی و

عنوان مثال شفقت و همدلی) به جای فرار و یا اجتناب هیجانی با هیجانات منفی و ناسازگار کنار بیایند (۱۳). همسو با این یافته ها، وفایی و همکاران (۲۷) نیز در مطالعه ی خود نشان دادند که آموزش تنظیم هیجان به صورت گروهی به کاهش مشکلات خودآزاری، افسردگی و خشم نوجوانان کمک می کند. همچنین، در تبیین اثربخشی EFGT بر تکانشگری دانش آموزان دختر می توان بیان کرد که تکانشگری به همراه بدتنظیمی هیجانی باعث کاهش عملکرد هیجانی- رفتاری و ظرفیت ذهن آگاهی نوجوانان شده و آن ها را در انواع رفتارهای پرخطر و رفتارهای خودآسیبی شود (۳،۱۲). این ویژگی ممکن است منجر به انجام اقدامات بدون تفکر و بررسی دقیق عواقب آن ها شود. دانش آموزانی که دارای سطح بالایی از تکانشگری هستند، ممکن است در مواجهه با موقعیت های تصمیم گیری، تصمیمات نادرست یا خطرناک بگیرند. این رفتارها ممکن است منجر به اتفاقات ناگوار و آسیب های جسمی یا روانی شود. به عنوان مثال، دانش آموزان با تکانشگری بالا ممکن است تمایل داشته باشند تا به طور ناگهانی و بدون فکر و تفکر به موقعیت های خطرناک مثل مصرف مواد مخدر، شرکت در رفتارهای خشونت آمیز یا رفتارهای خودآسیبی دیگر پرداخته و عمل کنند (۱۳). همسو با یافته های مطالعه ی حاضر، پژوهش ها مداخله ی EFGT را یک روش درمانی موثر برای کاهش تکانشگری و بهبود مهارت های تصمیم گیری دانش آموزان دارای رفتارهای NSSI معرفی کرده اند (۱۴،۲۵). این شیوه ی درمانی بر فراگیری و درک هیجانات و افکار ناخواسته تأکید داشته و به دانش آموزان کمک می کند تا با هیجانات منفی خود آشنا شوند، آنها را تحلیل کنند و راهکارهایی برای مدیریت آنها پیدا کنند. در EFGT با شناسایی عامل های تأثیرگذار بر تکانشگری (از جمله احساسات منفی، نگرانی ها و استرس های ناخواسته) به دانش آموزان برای مقابله بهتر و کارآمد کمک می شود. همچنین، EFGT از طریق تقویت مهارت های تصمیم گیری و افزایش توانایی دانش آموزان در مدیریت هیجانات و آگاهی از هیجانات، به آن ها کمک می کند تا به طور موثرتر با تکانشگری خود برخورد کنند. بنابراین، استفاده از EFGT به عنوان یک روش درمانی موثر می تواند به کاهش تکانه های ناسازگار و رفتارهای NSSI منجر گردد.

همچنین رفتارهای پرخطر یکی دیگر از متغیرهایی بود که تحت تأثیر مداخله EFGT در دانش آموزان دختر کاهش

پرخاطر داشته باشد. از این رو، استفاده از EFGT به عنوان یک روش موثر واقعی برای کاهش بدتنظیمی هیجانی و پیشگیری از رفتارهای پرخاطر در افراد خودآسیب‌رسان پیشنهاد می‌شود.

سپاسگزاری

بر این اساس نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از دانشگاه مربوطه سپاسگزاری لازم را داشته باشند. همچنین از مسئولین محترم آموزش و پرورش بوکان به خاطر کمک در صدور مجوز و اجرای پژوهش، و نیز معلمان و دانش آموزان گرامی که پژوهش گران را در اجرای این پژوهش یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاریم. لازم به ذکر است که پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکتری تخصصی رشته روان‌شناسی بالینی در دانشگاه تبریز به کد اخلاق IR.TABRIZU.REC.1402.152 می‌باشد.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ تضاد منافی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌نمایند.

References

1. Knipe D, Padmanathan P, Newton-Howes G, Chan LF, Kapur N. Suicide and self-harm. *The Lancet*. 2022;399(10338):1903-16. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00173-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00173-8)
2. Lurigio AJ, Nesi D, Meyers SM. Nonsuicidal self injury among young adults and adolescents: Historical, cultural and clinical understandings. *Social Work in Mental Health*. 2024;22(1):122-48. <https://doi.org/10.1080/15332985.2023.2264434>
3. Latina D, Stattin H. Adolescents who self-harm: The patterns in their interpersonal and psychosocial difficulties. *Journal of research on adolescence*. 2018;28(4):824-38. <https://doi.org/10.1111/jora.12368>
4. Hyland P, Karatzias T, Ford JD, Fox R, Spinazzola J. The latent structure of child and adolescent psychopathology and its association with different forms of trauma and suicidality and self-harm: latent structure of psychopathology. *Research on child and adolescent psychopathology*. 2022;50(11):1501-13. <https://doi.org/10.1007/s10802-022-00925-1>
5. Reinhardt M, Rice KG, Horváth Z. Non-

مقایسه ی EFT با فرمت های مختلف در هر دو جنس (باهم و یا به طور مجزا) بپردازند تا اطلاعات درمانی جامعی از این شیوه ی درمانی به دست آید. بر اساس نتایج به دست آمده، به درمان گران کودک و نوجوان پیشنهاد می‌شود که برای فائق آمدن بر انواع مشکلات هیجانی رفتارهای تکانشی، پرخاطر و خودآسیبی در کنار مداخلات روان-شناختی و روانپزشکی دیگر، با انجام مداخله ی EFGT به بهبود مشکلات دانش آموزان و نوجوانان کمک کنند.

نتیجه گیری

در مجموع، نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر حاکی از تأثیرات مثبت و معنادار EFGT بر کاهش بدتنظیمی هیجانی، تکانشگری و گرایش به رفتارهای پرخاطر در دانش آموزان دختر خودآسیب‌رسان بود. این نتایج نشان می‌دهند که EFGT می‌تواند بهبود قابل توجهی در افراد با این ویژگی‌ها ایجاد کند و بتواند به عنوان یک روش درمانی موثر در کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز در افراد خودآسیب‌رسان مورد استفاده قرار گیرد. همچنین، تلاش برای افزایش آگاهی از هیجان‌ها و کار با آن‌ها می‌تواند بهبود قابل توجهی در کنترل هیجان و پیشگیری از رفتارهای

- suicidal self-injury motivations in the light of self-harm severity indicators and psychopathology in a clinical adolescent sample. *Frontiers in psychiatry*. 2022; 13:1046576. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1046576>
6. Mittermeier S, Seidel A, Scheiner C, Kleindienst N, Romanos M, Buerger A. Emotional dysregulation and its pathways to suicidality in a community-based sample of adolescents. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2024;18(1):15. <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00699-4>
 7. Lockwood J, Daley D, Townsend E, Sayal K. Impulsivity and self-harm in adolescence: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*. 2017;26:387-402. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0915-5>
 8. Peh CX, Shahwan S, Fauziana R, Mahesh MV, Sambasivam R, Zhang Y, Ong SH, Chong SA, Subramaniam M. Emotion dysregulation as a mechanism linking child maltreatment exposure and self-harm behaviors in adolescents. *Child abuse & neglect*. 2017;67:383-90. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.013>

9. Uh S, Dalmaijer ES, Siugzdaite R, Ford TJ, Aštle DE. Two pathways to self-harm in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2021;60(12):1491-500. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.03.010>
10. Shafti M, Taylor PJ, Forrester A, Pratt D. The co-occurrence of self-harm and aggression: a cognitive-emotional model of dual-harm. *Frontiers in psychology*. 2021; 12:586135. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.586135>
11. Shafti M, Taylor P, Forrester A, Handerer F, Pratt D. A systematic review of the co-occurrence of self-harm and aggression: Is dual harm a unique behavioural construct?. *Frontiers in psychiatry*. 2023;14:1083271. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1083271>
12. Lockwood J, Townsend E, Daley D, Sayal K. Impulsivity as a predictor of self-harm onset and maintenance in young adolescents: a longitudinal prospective study. *Journal of affective disorders*. 2020 Sep 1;274:583-92. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.021>
13. Greenberg LS, Goldman RN. *Clinical handbook of emotion-focused therapy*. American Psychological Association; 2019. <https://doi.org/10.1037/0000112-000>
14. Jabari, N., Aghili, M. The Effectiveness of Compassion and Emotion-focused Therapy on Self-harming Behaviors and Interpersonal Needs in Female Adolescents with Suicidal Ideation. *Journal of Modern Psychological Researches*, 2023; 18(69): 61-70.
15. Shahrahmani N, Mollazadeh S, Taghipour A, Mahmoudinia M, Roudsari RL. The Impact of Emotion-focused Counseling on Marital Issues of Infertile Couples: A Systematic Review. *Journal of Midwifery & Reproductive Health*. 2023;11(4):1-8.
16. Fülep M, Pilárik L, Novák L, Mikoška P. The effectiveness of emotion-focused therapy: A systematic review of experimental studies. *Československá psychologie*. 2021;65(5):459-73. <https://doi.org/10.51561/cspsych.65.5.459>
17. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2004;26:41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
18. Khanzadeh M, Saeediyani M, Hosseinchari M, Edrissi F. Factor structure and psychometric properties of difficulties in emotional regulation scale. *Int J Behav Sci*. 2012;6(1):87-96.
19. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*. 1995;51(6):768-74.